



Die Nationale Präventionskonferenz



Erster Präventionsbericht

nach § 20d Abs. 4 SGB V

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK):



Impressum

Herausgeber

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz:

GKV-Spitzenverband

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

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. Spitzenverband

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030 288763800
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

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

Deutsche Rentenversicherung Bund

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

sowie als stimmberechtigtes NPK-Mitglied:

Verband der Privaten Krankenversicherung

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

Stand: Juni 2019

Gestaltung

BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

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



Die Nationale Präventionskonferenz



Erster Präventionsbericht

nach § 20d Abs. 4 SGB V

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK):



Vorwort

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gernot Kiefer
GKV-Spitzenverband

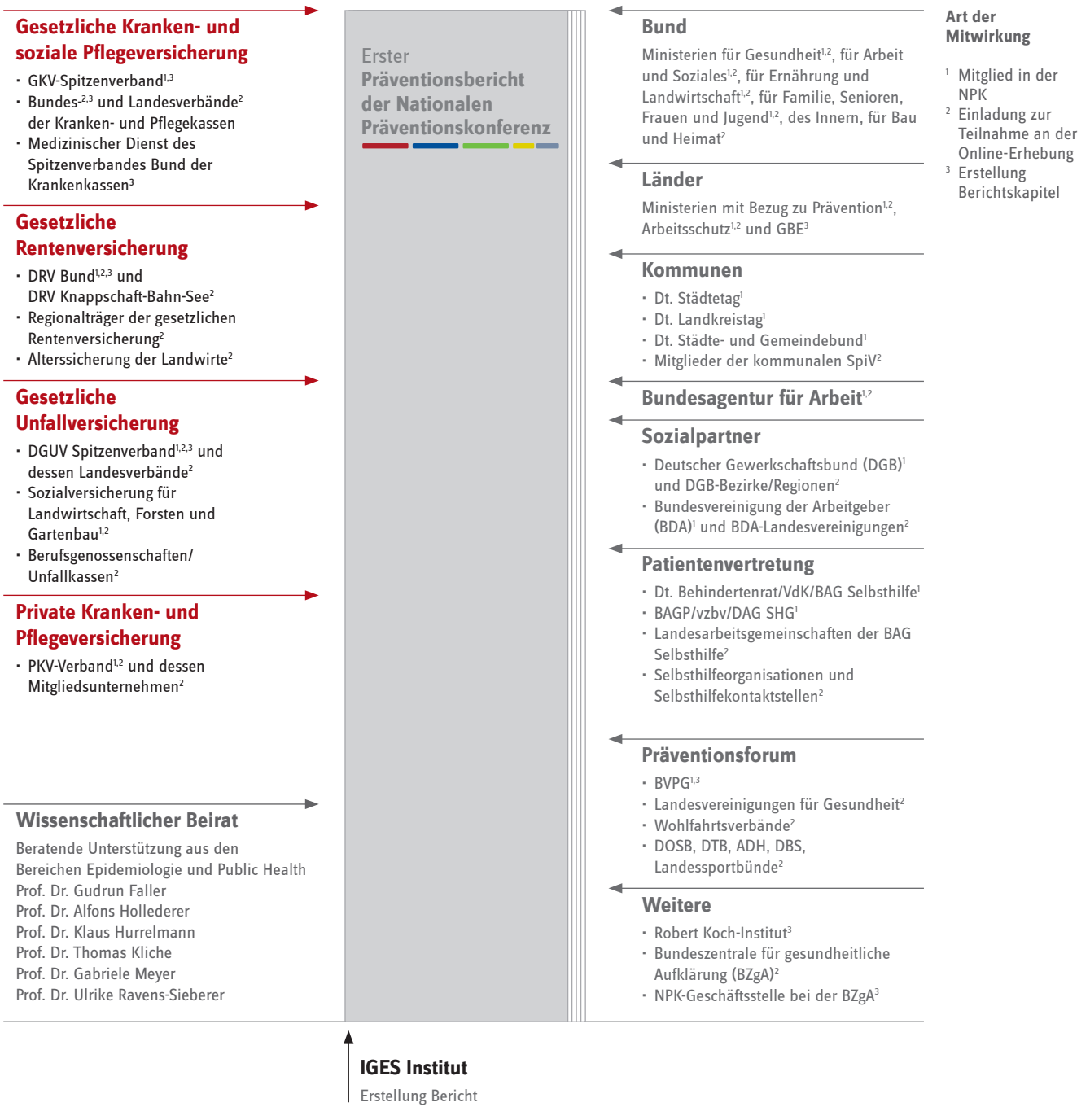
Dr. Stefan Hussy
DGUV

Arnd Spahn
SVLFG

Brigitte Gross
DRV Bund

Dr. Timm Genett
PKV-Verband

Mitwirkende



Abkürzungen:

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

Inhalt

1	Einleitung.....	10
1.1	Kontext des ersten Präventionsberichts der NPK	10
1.2	Gesetzliche Grundlage und Ziele des Berichts	13
1.3	Methodik der Berichterstellung.....	15
2	Überblick über die Akteurslandschaft	23
2.1	Akteure	23
2.2	Kooperationsstrukturen	34
3	Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung	39
3.1	Gesundheitliche Lage in Deutschland und ihre Einflussfaktoren	41
3.2	Präventionsbedarfe und -potenziale	62
3.3	Regionale Erkenntnisse aus den Bundesländern	68
4	Wissensstand zu Wirksamkeit und Nutzen	98
4.1	Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention	98
4.2	Arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention	107
5	Stand der Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen	117
5.1	Vorgehensweise bei den durchgeführten Aktivitäten.....	120
5.2	Engagement zum Ziel Gesund aufwachsen.....	125
5.3	Engagement zum Ziel Gesund leben und arbeiten.....	130
5.4	Engagement zum Ziel Gesund im Alter.....	138
5.5	Zieleübergreifendes Engagement	141
5.6	Engagement zur Verminderung ungleicher Gesundheitschancen.....	143
5.7	Modellvorhaben nach § 20g SGB V bzw. § 14 SGB VI.....	147
6	Inhalte und Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen	150
6.1	Beteiligte.....	151
6.2	Leistungen der Beteiligten	152
6.3	Gemeinsame Ziele und Handlungsfelder	153
6.4	Gremien zur Steuerung und Koordination	156
6.5	Klärung von Zuständigkeitsfragen	158
6.6	Kooperationsvereinbarungen	160
6.7	Kooperationen mit dem ÖGD sowie der Kinder- und Jugendhilfe.....	162
6.8	Handlungsbedarfe	163
7	Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes.....	165
7.1	Erfahrungen mit der Zusammenarbeit.....	165
7.2	Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation.....	195
7.3	Durchführung des Präventionsforums.....	207
7.4	Beauftragung der BZgA zur Unterstützung der Krankenkassen.....	209
7.5	Arbeit der regionalen BGF-Koordinierungsstellen	212
7.6	Weiterentwicklung des GKV-Leitfadens Prävention.....	215
7.7	Individuelle verhaltensbezogene Leistungen der GKV	217
7.8	Erfahrungen mit ärztlichen Präventionsempfehlungen.....	218
7.9	Entwicklung des SPV-Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.....	221

8 Ausgaben	223
8.1 Routinedaten der Sozialversicherungsträger und Daten der PKV	223
8.2 Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes.....	236
8.3 Empfehlungen für die weitere Entwicklung der Ausgabenwerte der GKV.....	243
9 Fazit und Ausblick	245
9.1 Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele	245
9.2 Weiterentwicklung der Leistungen	247
9.3 Weiterentwicklung der Kooperation und Koordination	249
9.4 Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation.....	251
9.5 Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen.....	253
9.6 Ausblick auf den zweiten Präventionsbericht der NPK.....	254
9.7 Gesamtgesellschaftliche Perspektiven.....	256
Anhang	258
1 Details zur Methodik	259
1.1 Online-Erhebung.....	259
1.2 Interviews	276
1.3 Workshop	277
2 Literatur zu Kapitel 3.1 und 3.2	278
3 Glossar.....	290
4 Abkürzungsverzeichnis.....	295
Kurzfassung	297

1 Einleitung

Das am 25.07.2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz fordert die gesetzlichen Krankenkassen auf, gemeinsam mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln sowie deren Umsetzung und Fortschreibung durch die Nationale Präventionskonferenz zu gewährleisten (§ 20d SGB V). Der vorliegende erste Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz ist - neben den Bundesrahmenempfehlungen - die zweite Säule der nationalen Präventionsstrategie. In Kapitel 1 werden der Kontext des Präventionsberichts, dessen gesetzliche Grundlage und Ziele sowie die Methodik der Berichterstellung erläutert.

1.1 KONTEXT DES ERSTEN PRÄVENTIONSBERICHTS DER NPK

Am 18.06.2015 verabschiedete der Bundestag nach mehreren Versuchen in vorherigen Legislaturperioden¹ das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (**Präventionsgesetz** - PräVG)“². Hintergrund für das Präventionsgesetz war, dass „die demografische Entwicklung von einer anhaltend niedrigen Geburtenrate, einem erfreulichen Anstieg der Lebenserwartung und der damit verbundenen Alterung der Bevölkerung geprägt ist und mit einem Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen sowie veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt [einhergeht]“³. Ziel des Präventionsgesetzes ist es daher, „unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger, der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger auch unter Nutzung bewährter Strukturen und Angebote zu stärken. Außerdem sollen Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterentwickelt und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz verbessert werden“⁴.^{ebd.}

Mit dem Präventionsgesetz wurde die **Nationale Präventionskonferenz** (NPK) eingeführt (§ 20e SGB V). Die NPK konstituierte sich am 26.10.2015. Ihre Träger sind die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die gesetzliche Rentenversicherung (GRV), die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV), vertreten durch ihre Spitzenorganisationen: GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen (zwei Sitze) und der Pflegekassen (zwei Sitze), Deutsche Rentenversicherung Bund (zwei Sitze), Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (ein Sitz) sowie Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (ein Sitz). Sie bilden die NPK als Arbeitsgemeinschaft nach § 94 Abs. 1a SGB X. Im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung (PKV) an Programmen und Projekten im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen (s. u.) erhält der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. ebenfalls einen Sitz; dies ist

1 Meierjürgen, R., Becker, S., & Warnke, A. (2016). Die Entwicklung der Präventionsgesetzgebung in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11(4), 206-213.

2 BGBl I Nr. 31 vom 24.07.2015, S. 1368-1379. Auch nachfolgende Erwähnungen von „Präventionsgesetz“ beziehen sich auf diese Quelle. Falls nicht anders vermerkt, beziehen sich Verweise auf Gesetzbücher auf die am 15.03.2019 geltende Fassung.

3 Deutscher Bundestag Drucksache 18/5261, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vom 17.06.2015.

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



Quelle: GKV-Präventionsbericht 2016, Abbildung 1 (aktualisiert)

seit dem 10.02.2017 der Fall.⁴ Als beratende Mitglieder sind Bund (vier Sitze) und Länder (vier Sitze), die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene (drei Sitze), die Bundesagentur für Arbeit (ein Sitz), die Sozialpartner (zwei Sitze), die Interessenvertretungen von Patientinnen und Patienten gemäß § 140f Abs. 2 SGB V (zwei Sitze) und das Präventionsforum (ein Sitz, siehe auch Kapitel 7.3) in der NPK vertreten.

Aufgabe der NPK ist es, eine **nationale Präventionsstrategie** (Abbildung 1) zu entwickeln und fortzuschreiben (§ 20d SGB V). Die nationale Präventionsstrategie umfasst zwei Säulen:

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

Die **Bundesrahmenempfehlungen** (BRE) dienen der „Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und Betrieben zuständigen Träger und Stellen“ (§ 20d Abs. 3 SGB V).⁵ Sie werden

4 Unter Berücksichtigung der Vereinbarung, dass die PKV ihr Engagement in Lebenswelten sukzessive sowohl inhaltlich als auch finanziell ausweitet und dabei gewährleistet, auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstands und unter Beachtung anerkannter Qualitätsstandards zu agieren – einschließlich der Qualitätskriterien der GKV und der SPV, die in den jeweiligen Präventionsleitfäden des GKV-Spitzenverbandes definiert sind.

5 Gemäß der in § 20a SGB V eingeführten Legaldefinition sind Lebenswelten für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, des Arbeitens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Freizeitgestaltung und des Sports.

im Benehmen mit fünf Bundesministerien⁶ und den Bundesländern vereinbart. An ihrer Vorbereitung werden die Bundesagentur für Arbeit, die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt. Die NPK verabschiedete am 19.02.2016 erstmals Bundesrahmenempfehlungen. Seit dem 29.08.2018 liegt eine erste weiterentwickelte Fassung vor.

Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie sieht das Präventionsgesetz den Abschluss von **Landesrahmenvereinbarungen** (LRV) vor, die durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der GRV, den Landesverbänden der GUV und den in den Ländern zuständigen Stellen geschlossen werden (§ 20f SGB V). An der Vorbereitung der Landesrahmenvereinbarungen sind die Bundesagentur für Arbeit, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene zu beteiligen; sie können den Landesrahmenvereinbarungen auch beitreten. Die erste Landesrahmenvereinbarung wurde am 01.04.2016 in Hessen geschlossen; die letzte folgte am 11.07.2018 in Berlin, wobei 15 Vereinbarungen bereits bis zum 26.06.2017 vorlagen.

Das Präventionsgesetz ist ein Mantelgesetz mit primärer Verankerung im SGB V, dem Sozialgesetzbuch für die **GKV**. Neben der Einführung der NPK und der von ihr zu verantwortenden nationalen Präventionsstrategie brachte es im SGB V mehrere weitere Veränderungen (Auswahl):

- **Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten** (§ 20a SGB V) wurden zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen.
- Für Leistungen in Lebenswelten und für Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (§ 20b SGB V) müssen die gesetzlichen Krankenkassen seit 2016 jährlich einen **Mindestbetrag** von jeweils 2,00 Euro je Versicherten (ansteigend um die Veränderung der monatlichen Bezugsgröße) ausgeben (Kapitel 8.1.1). Fast ein Viertel der lebensweltbezogenen Mindestausgaben erhält die Bundeszentrale

für gesundheitliche Aufklärung zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (Kapitel 7.4).⁷

- Um mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) insbesondere auch kleine und mittlere Betriebe stärker zu erreichen, gründeten die gesetzlichen Krankenkassen **regionale BGF-Koordinierungsstellen** nach § 20b Abs. 3 SGB V (Kapitel 7.5).
- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) ist verpflichtet, die vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de entwickelten und in § 20 Abs. 3 SGB V genannten **Gesundheitsziele** sowie die im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie erarbeiteten **Arbeitsschutzziele** bei der Entwicklung der Handlungsfelder und Kriterien der Krankenkassen für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu berücksichtigen (§ 20 Abs. 3 SGB V, Kapitel 7.6).
- Im Rahmen der ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen nach §§ 25 und 26 SGB V sollen neben der Früherkennung bedeutsamer Krankheiten noch zielgerichteter als bisher gesundheitliche Risiken und Belastungen von Versicherten erfasst und bewertet werden und eine präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus⁸, erfolgen. Außerdem können Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Untersuchungen schriftliche **Präventionsempfehlungen** für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention ausstellen (§§ 20 Abs. 5, 25 Abs. 1 Satz 2 und 26 Abs. 1 Satz 3 SGB V, Kapitel 7.8).

Für die **SPV** brachte das Präventionsgesetz die Einführung des § 5 SGB XI. Dieser legt fest, dass die Pflegekassen **Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen** für in der SPV versicherte Personen erbringen. Dazu sollen sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Ausgaben für die neuen Leistungen sollen 0,30 Euro je Versicherten (2016) betragen (Kapitel

6 Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium des Innern.

7 Eine weitere Anpassung finanzieller Vorgaben wurde in § 20h SGB V vorgenommen: Der Sollwert für die Ausgaben der GKV zur Förderung von Selbsthilfegruppen und -organisationen wurde auf 1,05 Euro je Versicherten im Jahr 2016 festgelegt.

8 Eine weitere Änderung bezüglich Impfungen wurde in § 20i SGB V vorgenommen: Es wurde ergänzt, dass der Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen die Bereitstellung des erforderlichen Impfausweisvordrucks einschließt.

8.1.2). Zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags hat der GKV-Spitzenverband den Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen entwickelt (Kapitel 7.9).

Die **GRV** wurde durch das „Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (**Flexirentengesetz** - FlexiG)“ vom 08.12.2016 verpflichtet, **Leistungen zur Prävention** zu erbringen (§ 14 SGB VI). Die Leistungen dienen der Sicherung der Erwerbsfähigkeit bei Versicherten, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Zuvor wurden die Leistungen als Ermessens-, nicht als Pflichtleistungen erbracht (Kapitel 5). Außerdem soll die GRV darauf hinwirken, dass die Einführung einer freiwilligen, individuellen, berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahrs trägerübergreifend in Modellprojekten erprobt wird (§ 14 Abs. 3 SGB VI, Kapitel 5.7). Mit dem Flexirentengesetz wurde auch eine Verpflichtung der **Alterssicherung der Landwirte** eingeführt, **Leistungen zur Prävention** zu erbringen (§ 7 Abs. 2 ALG).

Das Präventionsgesetz verpflichtet die **GUV**, sich an der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d-20f SGB V zu beteiligen (§ 14 Abs. 3 SGB VII); der gesetzliche **Leistungsauftrag** der GUV - mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen (§ 14 SGB VII) - wurde nicht geändert.

Gemäß § 3 Abs. 2 SGB IX beteiligen sich GKV, GRV, GUV, Bundesagentur für Arbeit und Träger der öffentlichen Jugendhilfe als Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-4 und 6 SGB IX an der nationalen Präventionsstrategie insbesondere mit der Zielsetzung, Beeinträchtigungen bei der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu vermeiden.

1.2 GESETZLICHE GRUNDLAGE UND ZIELE DES BERICHTS

Der Präventionsbericht ist alle vier Jahre, erstmals zum 01.07.2019, von der NPK zu erstellen und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zuzuleiten (§ 20d Abs. 4 SGB V). Das BMG fügt dem Bericht eine Stellungnahme der Bundesregierung bei und legt ihn den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vor. Laut der Gesetzesbegründung dient der Bericht „der Dokumentation, der Erfolgskontrolle und der Evaluation“ und soll den Akteuren „eine Grundlage für die Verbesserung der Kooperation und Koordination sowie für die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele“ verschaffen.⁹ Gemäß § 20d Abs. 4 SGB V hat der Präventionsbericht der NPK insbesondere zu folgenden Themen Angaben zu machen und mögliche Schlussfolgerungen zu enthalten:

- Erfahrungen mit der Anwendung der §§ 20 bis 20g SGB V (Kapitel 6, 7.3-7.9),
- Ausgaben für die Leistungen der Krankenkassen, der Träger der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, der Pflegekassen sowie, im Falle der Wahrnehmung des Stimmrechts in der NPK, der privaten Kranken- und Pflegeversicherung (Kapitel 8.1),
- Zugangswege, erreichte Personen, Erreichung der gemeinsamen Ziele und der Zielgruppen (Kapitel 5),
- Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Leistungen (Kapitel 7.1 und 7.2),
- Empfehlungen für die weitere Entwicklung des in § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V bestimmten Ausgabenrichtwerts für Leistungen der Krankenkassen nach den §§ 20 bis 20c SGB V und der in § 20 Abs. 6 Satz 2 SGB V bestimmten Mindestwerte für Leistungen der Krankenkassen nach den §§ 20a und 20b SGB V (Kapitel 8.3).

Ferner soll das Robert Koch-Institut (RKI) für den Präventionsbericht die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings erhobenen relevanten Informationen liefern (Kapitel 3.1 und 3.2). Den Ländern wird die Option eröffnet, regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung zu stellen (Kapitel 3.3).

Ausgehend von den gesetzlichen Vorgaben enthält der erste Präventionsbericht der NPK acht inhaltliche Schwerpunkte:

1. Überblick über die Akteurslandschaft in der Gesundheitsförderung und Prävention (Kapitel 2),

2. Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung (Kapitel 3),
3. Wirksamkeit und Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention (Kapitel 4),
4. Stand der Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d SGB V (Kapitel 5),
5. Inhalte und Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V (Kapitel 6),
6. Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes (Kapitel 7),
7. Ausgaben der NPK-Akteure gemäß der Berichtspflicht in § 20d Abs. 4 Satz 3 SGB V (Kapitel 8),
8. Empfehlungen für die Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie (Kapitel 9).

Als Querschnittsthema zieht sich die gesamtgesellschaftliche Aufgabe, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu reduzieren, durch den Bericht.

Querschnittsthema: Gesundheitliche Chancengleichheit

Um das letztendliche Ziel der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zu erreichen – nämlich die Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe der Bevölkerung zu verbessern –, muss berücksichtigt werden, dass Menschen unterschiedliche Gesundheitschancen haben. Diese „lassen sich zumindest partiell auf Unterschiede in der Verteilung von Gesundheitsbelastungen und gesundheitsrelevanten Ressourcen zurückführen. Von Bedeutung sind u. a.:

- diverse Umwelteinflüsse (Arbeits- und Wohnbedingungen, natürliche Umwelt, Entwicklungsbedingungen im Kindes- und Jugendalter),
- personale Ressourcen (u. a. physische und psychische Konstitution, Bildung und Verhaltensspielräume),
- soziale Ressourcen (soziale Unterstützung, soziale Netzwerke) und materielle Ressourcen (Einkommen, Vermögen und finanzielle Planungssicherheit),
- individuelle und sozial vermittelte Verhaltensweisen, Konsummuster und Lebensstile.¹⁰

Die genannten Belastungen und Ressourcen unterscheiden sich nicht nur zwischen Individuen, sondern variieren systematisch mit dem sozioökonomischen Status: „Angehörige statusniedrigerer sozialer Schichten sind tendenziell mehr Belastungen z. B. durch psychosoziale Faktoren und Umweltfaktoren ausgesetzt, weisen überproportional häufig der Gesundheit abträgliche Verhaltensweisen auf und verfügen zugleich über weniger Ressourcen bzw. Bewältigungsstrategien als Angehörige statushöherer Sozialschichten.“¹¹ Weiterhin variieren Belastungen und Ressourcen zwischen den Geschlechtern.¹¹ Die Unterschiede resultieren dabei teilweise aus genetischen Bedingungen, teilweise aus gesellschaftlichen Strukturen und Traditionen.¹² Sie zeigen auch je nach Lebensalter andere Ausprägungen. Im Erwachsenenalter z. B. strahlen die jeweiligen Rollenmuster (Frauen wird die Verantwortung für den sozialen und emotionalen Zusammenhalt und das psychische Wohlbefinden von Familienmitgliedern zugesprochen; Männer werden als zuständig für Beruf und die ökonomische Basis gesehen) auf gesundheitliche Probleme aus. Dabei fällt auf, dass Frauen flexibler mit Lebensbelastungen umgehen: Auch wenn ihre ökonomische und soziale Lage häufig ungünstiger ist im Vergleich zu Männern, scheint sich dies weniger direkt auf die Krankheitshäufigkeit auszuwirken.¹²

Das Präventionsgesetz greift den Aspekt unterschiedlicher Gesundheitschancen auf, indem es die GKV mittels einer Soll-Vorschrift dazu verpflichtet, mit ihren Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen [beizutragen]“ (§ 20 Abs. 1 SGB V). Aufgrund der Vielzahl an Einflussfaktoren auf die Gesundheitschancen (Kapitel 3) müssen jedoch auch andere verantwortliche Akteure ihren jeweiligen Beitrag leisten, um bemerkbare und nachhaltige Verbesserungen zu erzielen (Kapitel 9.7).

Ziele des ersten Präventionsberichts der NPK

Mit dem vorliegenden Präventionsbericht wird eine erste Bilanz zur Umsetzung des Präventionsgesetzes gezogen.

10 Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag Drucksache 15/5670. S. 111.

11 Geschlecht ist ein Aspekt von Vielfalt/Diversität. Auch weitere relevante Merkmale von Vielfalt/Diversität wie u. a. Alter, Behinderung, Migrationshintergrund, sozioökonomischer Hintergrund, Religion/Weltanschauung sollten bei der Gesundheitsförderung und Prävention berücksichtigt werden.

12 Hurrelmann, K., & Richter, M. (2018). Gesundheits- und Medizinsoziologie (8. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa. S. 52-65. Siehe auch: Pieck, N. (2017). Gesundheitliche Chancengleichheit im Betrieb: Schwerpunkt Gender. iga.Report 35. Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit. Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention; Dokumentation des BZgA-Workshops am 18.04.2008 in Köln. Köln: BZgA.

Ein wesentlicher Schwerpunkt liegt darauf, erstmalig in strukturierter Form die Umsetzung der 2015 ins Leben gerufenen nationalen Präventionsstrategie abzubilden. Hierfür werden in dem Bericht bisher separat vorliegende Informationen zusammengeführt und durch eigens erhobene Informationen neue Erkenntnisse generiert. Dem ersten Präventionsbericht der NPK kommt damit vorrangig die Bedeutung einer Bestandsaufnahme zu.

Um in der lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention nachhaltige Effekte für die Gesundheit der Menschen zu erzielen, ist ein aufeinander abgestimmtes Agieren zahlreicher Akteure notwendig. Im Rahmen der Berichterstellung war es daher ein wichtiges Ziel, sowohl die Perspektive der stimmberechtigten NPK-Mitglieder als auch die der beratenden NPK-Mitglieder zu berücksichtigen. Um dies zu erreichen, wurde eine Methodik gewählt (Kapitel 1.3), die einer Vielzahl von Akteuren die Möglichkeit gab, zu dem Bericht einen Beitrag zu leisten.

Ausgehend von der Bestandsaufnahme werden im vorliegenden Bericht mögliche Weiterentwicklungen der nationalen Präventionsstrategie abgeleitet. Im Fokus stehen insbesondere:

- die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele,
- die Weiterentwicklung der Leistungen,
- die weitere Verbesserung von Kooperation und Koordination sowie
- die Weiterentwicklung von Qualitätssicherung und Evaluation.

Darüber hinaus werden Ansatzpunkte aufgezeigt, wie das Engagement aller in der NPK vertretenen - und für die Gesundheitsförderung und Prävention in der Verantwortung stehenden - Akteure im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Agierens weiterentwickelt werden kann.

1.3 METHODIK DER BERICHTERSTELLUNG

Ausgehend von der gesetzlichen Grundlage (Kapitel 1.2) hat die NPK ein Konzept für die Ziele, die Methodik und die Inhalte des ersten Präventionsberichts der NPK entwickelt. In die Entwicklung waren neben den NPK-Mitgliedern das RKI und ein wissenschaftlicher Beirat eingebunden. Im Rahmen eines Vergabeverfahrens wurde das IGES Institut beauftragt, das Konzept weiter zu detaillieren, es methodisch umzusetzen und den Bericht zu erstellen.

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

- einer Online-Erhebung,
- 16 Interviews,
- einem Workshop zur Gesundheitsberichterstattung der Länder,
- mehreren Kapiteln, die von Mitgliedern der NPK und weiteren Institutionen beigesteuert wurden.

Literaturquellen, auf die bei der Berichterstellung zurückgegriffen wurde, sind in den Fußnoten vermerkt.

Der Bericht wird durch einen **Tabellenanhang** ergänzt.¹³ Dieser enthält Tabellen aus dem Gesundheitsmonitoring, die den Kapiteln 3.1 und 3.2 zugrunde liegen, sowie die Ergebnisse der Online-Erhebung, die den Kapiteln 5, 6, 7.1 und 7.2 zugrunde liegen.

1.3.1 ONLINE-ERHEBUNG

Für die Erstellung des Präventionsberichts wurde eine Online-Erhebung zu folgenden vier Themen durchgeführt:

- Engagement der in der NPK vertretenen Akteure auf Basis der Bundesrahmenempfehlungen¹⁴,
- Stand der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen,
- Erfahrungen mit der Zusammenarbeit,
- Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation.

Nachfolgend werden die Inhalte, die eingeladenen Organisationen und der Ablauf der Online-Erhebung erläutert.

¹³ Der Tabellenanhang steht auf www.npk-info.de zur Verfügung.

¹⁴ Für GKV und SPV wurden analoge Informationen aus bestehenden Dokumentationssystemen entnommen.

Inhalte der Online-Erhebung

Die Online-Erhebung umfasste vier Module. Die Fragen wurden vom IGES Institut ausgehend von den im Konzept für den NPK-Präventionsbericht definierten Inhalten entwickelt. Die Entwicklung der Fragen fand in Abstimmung mit den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern und unter Einbeziehung des wissenschaftlichen Beirats statt. Weiterhin wurden relevante Literaturquellen berücksichtigt (siehe Anhang 1.1.1). Zusätzlich zu den Fragen wurde auch eine Definition einer „Aktivität der Gesundheitsförderung und Prävention“ entwickelt, die dem Fragebogen zugrunde gelegt wurde (siehe Anhang 1.1.2).

Im **ersten Modul** waren die teilnehmenden Organisationen aufgefordert, über die Aktivitäten zu berichten, die sie im Jahr 2017 durchführten, um die in den Bundesrahmenempfehlungen der NPK formulierten Ziele und Zielgruppen zu erreichen. Die Sozialversicherungsträger konnten auch über Modellvorhaben nach § 20g SGB V oder § 14 Abs. 3 SGB VI berichten. Jede teilnehmende Organisation konnte für ihre Aktivitäten insgesamt sowie für bis zu 50 einzelne Aktivitäten bzw. bis zu 5 Modellvorhaben Angaben machen. Bei den Angaben handelte es sich um Informationen zu Zielen, Zielgruppen, Inhalten, Art der Intervention, erreichten Personen, erreichten Lebenswelten, Kooperationspartnern, Ressourcen, Qualitätssicherung, Evaluation sowie zur Berücksichtigung des Themas sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen. Die Ergebnisse des ersten Moduls bildeten eine Grundlage für Kapitel 5 „Stand der Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen“. Weiterhin flossen in das Kapitel die Ergebnisse aus der Dokumentation der Aktivitäten der GKV und der SPV ein, welche über den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. durchgeführt wird.

Das **zweite Modul** hatte den Stand der Umsetzung der LRV nach § 20f SGB V zum Thema. Die teilnehmenden Organisationen konnten folgende Aspekte bewerten: die in den LRV definierten Ziele und Handlungsfelder, Kooperationen auf Basis der LRV, die Arbeit der Gremien auf Landes- und kommunaler Ebene, die Steuerung der LRV-Umsetzung sowie Handlungsbedarfe in den Bundesländern. Jede teilnehmende Organisation konnte die Fragen für jedes der 16 Bundesländer beantworten. Die Ergebnisse des zweiten Moduls bildeten eine Grundlage für Kapitel 6 „Inhalte und Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen“.

Das **dritte Modul** widmete sich den Erfahrungen mit der Zusammenarbeit. Dabei wurden drei Kontexte unterschieden: (1) Zusammenarbeit im Kontext kommunaler Lebenswelten (z. B. Quartier, Gemeinde, Kita, Schule, stationäre Pflegeeinrichtung), (2) Zusammenarbeit im Kontext Arbeitswelt, wobei zwischen der betrieblichen und der überbetrieblichen Ebene unterschieden wurde, und (3) Zusammenarbeit im Kontext der Arbeits- und Gesundheitsförderung. Gefragt wurde zum einen, mit welchen Kooperationspartnern die teilnehmenden Organisationen im Jahr 2017 zusammengearbeitet hatten und wie häufig sie mit diesen in Zukunft zusammenarbeiten möchten. Zum anderen waren die teilnehmenden Organisationen aufgefordert, die Zusammenarbeit mit bis zu vier konkreten Kooperationspartnern zu bewerten, mit denen sie bei der Durchführung von Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zusammengearbeitet hatten. Zunächst sollte angegeben werden, welche Kooperationspartner an dem Beispiel der Zusammenarbeit beteiligt waren. Anschließend wurde erfragt, zu welchen Elementen der Zusammenarbeit (z. B. gegenseitige Information und Abstimmung über Aktivitäten, gemeinsame Erarbeitung von Konzepten, Zusammenarbeit in Steuerungsgremien) mit dem Kooperationspartner zusammengearbeitet wurde und wie wichtig diese für den Erfolg der Aktivität waren. Schließlich bewerteten die teilnehmenden Organisationen, inwiefern der Kooperationspartner bekannte Erfolgsfaktoren für Zusammenarbeit (z. B. Transparenz, Dokumentation der Beiträge/Leistungen, persönliches Kennenlernen) umsetzte. Die Ergebnisse des dritten Moduls bildeten eine Grundlage für Kapitel 7.1 „Erfahrungen mit der Zusammenarbeit“.

Das **vierte Modul** der Befragung beschäftigte sich mit den Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation. Es wurden Informationen zu folgenden Aspekten erhoben: Komplexitätsstufe der Qualitätssicherung, Instrumente der Qualitätssicherung, Arten von Evaluationen, Evaluationsgegenstände, Verantwortlichkeiten für Qualitätssicherung, Teilnahme an Fortbildungen, Finanzierung von Evaluationen, Nutzung von Evaluationsergebnissen und Weiterentwicklungsbedarfe. Die Fragen wurden separat für Qualitätssicherung und Evaluation bei Aktivitäten im Kontext kommunaler Lebenswelten (z. B. Quartier, Gemeinde, Kita, Schule, stationäre Pflegeeinrichtung) und im arbeitsweltbezogenen Kontext gestellt. Die Ergebnisse des vierten Moduls bildeten eine Grundlage für Kapitel 7.2 „Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation“.

Eingeladene Organisationen

Zielgruppe der Online-Erhebung waren die NPK-Mitglieder bzw. die durch sie vertretenen Organisationen (Tabelle 1). Die Organisationsebenen bzw. Mitgliedsorganisationen, für die zu erwarten war, dass sie relevante Informationen zu der Online-Erhebung beitragen konnten, wurden vom IGES Institut in Abstimmung mit den NPK-Mitgliedern identifiziert. Bei der Auswahl der eingeladenen Organisationen lag der Fokus darauf, möglichst allen in der NPK vertretenen Akteursgruppen die Möglichkeit zu geben, Informationen zum NPK-Präventionsbericht beizusteuern.

Ablauf der Online-Erhebung

Die Online-Erhebung wurde über die Fragebogenplattform Questionnaire des IGES Instituts umgesetzt. Die eingeladenen Organisationen erhielten per E-Mail einen Link, über den sie die Online-Erhebung zwischen dem 19.04.2018 und dem 29.06.2018 bearbeiten konnten. Vor Beginn der Online-Erhebung wurde ein Pre-Test durchgeführt. Nach Abschluss der Online-Erhebung wurden die Daten vom IGES Institut aufbereitet und ausgewertet. Weitere Details zum Ablauf sind im Anhang 1.1.4 dargestellt.

Tabelle 1: Anzahl und Namen der Organisationen, die zu der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht eingeladen waren

Akteursgruppe	Eingeladene Organisationen	Gesamt
Gesetzliche Krankenversicherung	AOK-Bundesverband und 11 AOKs Verband der Ersatzkassen e. V. auf Bundesebene und 16 Landesvertretungen Techniker Krankenkasse Hauptverwaltung und 16 Landesvertretungen BARMER Ersatzkasse Hauptverwaltung und 13 Landesvertretungen DAK-Gesundheit Hauptverwaltung und 16 Landesvertretungen Kaufmännische Krankenkasse Handelskrankenkasse Hanseatische Krankenkasse BKK Dachverband e. V. und 4 Landesverbände IKK e. V. und 6 IKKs KNAPPSCHAFT Hauptverwaltung und 8 Regionaldirektionen Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Krankenversicherung	102
Soziale Pflegeversicherung	Analog zu gesetzliche Krankenversicherung	102
Gesetzliche Rentenversicherung	16 Träger der gesetzlichen Rentenversicherung Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Alterssicherung der Landwirte	17
Gesetzliche Unfallversicherung	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. und 6 Landesverbände 9 Berufsgenossenschaften und 23 Unfallkassen Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft	40
Private Kranken- und Pflegeversicherung	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und 41 Mitgliedsunternehmen	42

Akteursgruppe	Eingeladene Organisationen	Gesamt
Bund	Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat Bundesministerium für Arbeit und Soziales Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Bundesministerium für Gesundheit Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	6
Bundesagentur für Arbeit	Bundesagentur für Arbeit (auf Bundesebene)	1
Länder	16 Landesministerien mit Zuständigkeit für Arbeitsschutz 16 Landesministerien mit Zuständigkeit für Prävention und Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten	32
Kommunen	Alle Landkreise Alle unmittelbaren Mitgliedstädte des Deutschen Städtetags (inklusive aller 107 kreisfreien Städte) 17 Landesorganisationen und ca. 10.500 Städte und Gemeinden des Deutschen Städte- und Gemeindebunds	294 195 n. z.
Arbeitgeberorganisationen	15 Landesvereinigungen der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände	15
Arbeitnehmerorganisationen	9 Bezirke und 59 Regionen des Deutschen Gewerkschaftsbunds	68
Vertretungen der Patientinnen und Patienten	Ca. 300 Selbsthilfeorganisationen (NAKOS grüne Adressen) Ca. 340 Selbsthilfekontaktstellen (NAKOS rote Adressen) BAG Selbsthilfe e. V. sowie 6 ihrer Landesarbeitsgemeinschaften bzw. -vereinigungen	n. z.
Präventionsforum	13 Landesvereinigungen für Gesundheit, Landesgesundheitsamt BW, Landeszentrum Gesundheit NW Deutscher Olympischer Sportbund e. V., 16 Landessportbünde, Deutscher Behindertensportverband e. V., Deutscher Turner-Bund e. V., Allgemeiner Deutscher Hochschulsportverband e. V. Landesorganisationen der Wohlfahrtsverbände AWO, Caritas, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz und Diakonie	15 20 n. z.

Anmerkungen: GUV: Die Kommunale Unfallversicherung Bayern und die Bayerische Landesunfallkasse erhielten einen gemeinsamen Zugang, daher sind hier 23 der 24 Unfallkassen genannt. Länder: Jedes Bundesland erhielt zwei Fragebögen, auch wenn die Zuständigkeiten in einigen Bundesländern in einem Ministerium angesiedelt sind. Präventionsforum: Die Namen der Landesvereinigungen für Gesundheit variieren zwischen den Ländern. BE und BB haben eine gemeinsame Landesvereinigung. In BW und NW gibt es staatliche Analoga. n. z. bedeutet, dass keine genauen Angaben vorliegen, wie viele Organisationen erreicht wurden.

Rücklauf der Online-Erhebung

Die vier Module der Online-Erhebung unterteilten sich in Untermodule und konnten unabhängig voneinander beantwortet werden. Nicht alle Module bzw. Untermodule waren für alle teilnehmenden Organisationen relevant; z. B. war das Modul zur Zusammenarbeit in kommunalen Lebenswelten für die Rentenversicherungsträger nicht relevant, da ihr Engagement in der Arbeitswelt stattfindet. Daher wurden nicht alle Module von allen teilnehmenden Organisationen bearbeitet. Um einen Gesamteindruck der Beteiligung an der Online-Erhebung zu vermitteln, zeigt Tabelle 2 die Anzahl der Organisationen je Akteursgruppe, die zu der Online-Erhebung eingeladen waren (vergleiche Tabelle 1), und die Anzahl der Organisationen, die ein oder mehr Module der Online-Erhebung vollständig beantworteten. Die Anzahl der

Antworten je Modul, die in die Auswertung einfließen, sind im Anhang 1.1.6 dargestellt.

Die Beteiligung bei den Sozialversicherungsträgern, dem Bund (einschließlich der Bundesagentur für Arbeit), den Ländern, den Landesvereinigungen für Gesundheit (LVG) und den Sportverbänden war hoch (75 % oder höher). Die Beteiligung bei den Arbeitgeberorganisationen lag mit 60 % im Mittelfeld. Bei der PKV, den Landkreisen, den Städten, die unmittelbare Mitglieder des Deutschen Städtetags sind, sowie den Gewerkschaften und Arbeitnehmerorganisationen war die Beteiligung eher niedrig (26 % oder weniger). Auch für Gemeinden, die Vertretungen der Patientinnen und Patienten sowie die Wohlfahrtsverbände war die Beteiligung eher gering, wobei der Anteil der teilnehmenden Organisationen nicht berechnet werden konnte, da keine genauen Angaben

Tabelle 2: Rücklauf der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht

Akteursgruppe	Eingeladene Organisationen	Ein oder mehr Module beantwortet	Anteil
GKV	102	96	94 %
SPV	102	95	93 %
GRV	17	15	88 %
GUV	40	31	78 %
PKV	42	11	26 %
Bund, einschl. BA	7	6	86 %
Länder	16	15	94 %
Landkreise	294	24	8 %
Städte	195	42	22 %
Gemeinden	n. z.	7	n. z.
Arbeitgeberorganisationen	15	9	60 %
Gewerkschaften und Arbeitnehmerorganisationen	68	12	18 %
Vertretungen der Patientinnen und Patienten	n. z.	26	n. z.
LVG	15	12	80 %
Sportverbände	20	15	75 %
Wohlfahrtsverbände	n. z.	5	n. z.

Anmerkungen: BA = Bundesagentur für Arbeit. LVG = Landesvereinigungen für Gesundheit. Für die Länder ist die Anzahl Bundesländer gezeigt, die an der Online-Erhebung teilnahmen. Einige Bundesländer füllten zwei Fragebögen aus (für Arbeitsschutz und Lebenswelten separat), andere nur einen. Die Kategorie „Städte“ umfasst die 200 unmittelbaren Mitglieder des Deutschen Städtetags. Für Gemeinden, Vertretungen der Patientinnen und Patienten sowie Wohlfahrtsverbände liegen keine genauen Angaben vor, wie viele Organisationen eine Einladung erhielten (für ungefähre Angaben siehe Tabelle 1).

vorlagen, wie viele Organisationen die Einladung zu der Online-Erhebung tatsächlich erhalten hatten.

Die relativ niedrige Beteiligung seitens der PKV begründet sich darin, dass ihr Präventionsengagement im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. stellvertretend für die einzelnen Mitgliedsunternehmen durchgeführt wird. Der Verband beantwortete die relevanten Module daher stellvertretend. Dennoch hatten auch die Mitgliedsunternehmen die Möglichkeit, an der Online-Erhebung teilzunehmen und nutzten diese, um die Module Einleitung (N = 10) und Aktivitäten (N = 4) zu beantworten.

Die relativ niedrige Beteiligung seitens der Kommunen (Landkreise, Städte, Gemeinden), Gewerkschaften und Arbeitnehmerorganisationen, Vertretungen der Patientinnen und Patienten sowie der Wohlfahrtsverbände lässt sich zum Teil durch organisatorische Herausforderungen bei der Beantwortung der Online-Erhebung erklären (siehe auch Kapitel 1.3.5). Die erhobenen Informationen lagen oftmals nicht einer einzelnen Person bzw. in einer einzelnen Abteilung vor, sondern mussten aus verschiedenen Bereichen zusammengestellt werden. Insofern war bereits die Identifikation einer verantwortlichen Kontaktperson nicht einfach, gefolgt von der Schwierigkeit, die relevanten Informationen zusammenzustellen, abzustimmen und zu dokumentieren. Weiterhin dürfte der relativ hohe Zeitaufwand für die Beantwortung der Online-Erhebung bei diesen Organisationen zu einer niedrigeren Beteiligung geführt haben. Schließlich sollte erwähnt werden, dass trotz Erläuterung der vier Module im Anschreiben der Online-Erhebung bei einigen Akteuren der Eindruck entstand, dass es sich lediglich um eine Erhebung von Aktivitäten handelte. Daher scheint einigen Akteuren nicht bewusst gewesen zu sein, dass sie z. B. das Modul zu den LRV hätten bearbeiten können, auch wenn sie nicht über Aktivitäten berichten konnten oder wollten.

1.3.2 INTERVIEWS

Eine zweite Quelle für Inhalte des Präventionsberichts waren 16 Telefoninterviews zu den Themen „Erfahrungen mit der Zusammenarbeit“ (12 Interviews, davon 5 für den Kontext kommunale Lebenswelten, 4 für den Kontext Betrieb und 3 für den Kontext Arbeits- und Gesundheitsförderung) sowie „Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation“ (4 Interviews). Die Interviews wurden als Fallbeispiele aufbereitet, in denen fördernde

und hemmende Faktoren für die Qualitätssicherung und Evaluation bzw. die Zusammenarbeit aufgezeigt wurden.

Um Beispiele für die Interviews zu identifizieren, enthielt die Online-Erhebung ein Freitextfeld, in dem die teilnehmenden Organisationen Vorschläge machen konnten. Aus den so erhaltenen Vorschlägen wurden 16 ausgewählt. Die Interviews wurden telefonisch anhand eines Interviewleitfadens, den das IGES Institut in Abstimmung mit den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern entwickelte, durchgeführt. Die Ergebnisse der Interviews sind als Fallbeispiele in den Kapiteln 7.1 und 7.2 dargestellt. Weitere Details zur Methodik der Interviews können dem Anhang 1.2 entnommen werden.

1.3.3 WORKSHOP ZUR GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DER LÄNDER

Nach § 20d Abs. 4 Satz 7 SGB V können die Länder Informationen aus ihrer Gesundheitsberichterstattung für den Präventionsbericht der NPK zur Verfügung stellen. Im Rahmen der „Bund-Länder-Workshops der Gesundheitsberichterstattung zu Präventionsgesetz und Präventionsberichterstattung“ im November 2016 und 2017 hatten mehrere Länder ihre Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung vorgestellt.¹⁵ Um auf diesen Diskussionen aufzubauen und relevante Erkenntnisse aus den Ländern in den NPK-Präventionsbericht einfließen zu lassen, lud das IGES Institut Mitglieder der Arbeitsgruppe „Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden und Vertretungen des RKI zu einem Workshop ein. Die stimmberechtigten Mitglieder der NPK und ein Mitglied des wissenschaftlichen Beirats nahmen ebenfalls an dem Workshop teil.

Ziel des Workshops war, eine fachliche Empfehlung für die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zu entwickeln, welche Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung der Länder für den Präventionsbericht der NPK zur Verfügung gestellt werden könnten. Die aus dem Workshop resultierende Empfehlung, die die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden im April 2018 annahm, kann dem Anhang 1.3 entnommen werden. Ausgehend von der Empfehlung verfasste jedes Bundesland einen Beitrag über die Nutzung von Gesundheitsberichterstattung und ggf. Sozialberichterstattung im Kontext der Gesund-

¹⁵ Ergebnisveröffentlichung: Robert Koch-Institut Berlin (2017). Journal of Health Monitoring 2(S2). doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-073 und Robert Koch-Institut Berlin (2018). Journal of Health Monitoring 3(S2). doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-037

heitsförderung und Prävention. Die Beiträge sind in Kapitel 3.3 enthalten. Die Empfehlung zeigte auch auf, dass die Beiträge um eine länderübergreifende Darstellung von Indikatoren aus der Gesundheitsberichterstattung und ggf. Sozialberichterstattung ergänzt werden könnten. Dieser Teil der Empfehlung konnte für den Präventionsbericht 2019 noch nicht übernommen werden; die Länder haben aber eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die prüft, ob künftig länderübergreifende Präventionsindikatoren bereitgestellt werden können.

1.3.4 KAPITEL VON NPK-MITGLIEDERN UND WEITEREN INSTITUTIONEN

Eine vierte Quelle für Inhalte des Präventionsberichts waren Kapitel, die von NPK-Mitgliedern und weiteren Institutionen verfasst wurden. Hierbei handelte es sich um:

- NPK-Geschäftsstelle: Kapitel 2.1
- RKI: Kapitel 3.1 und 3.2
- Landesministerien: Kapitel 3.3
- Initiative Gesundheit und Arbeit gemeinsam mit der DRV Bund: Kapitel 4.2
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.: Kapitel 7.3
- GKV-Spitzenverband: Kapitel 7.4, 7.6, 7.7, 7.9 und 8.3
- Kooperationsgemeinschaft der kassenartenübergreifenden Umsetzung der regionalen BGF-Koordinierungsstellen: Kapitel 7.5
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen: Kapitel 7.8

1.3.5 STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER METHODIK DER BERICHTERSTELLUNG

Bei der Erstellung des NPK-Präventionsberichts stand im Fokus, möglichst vielen Akteuren die Möglichkeit zu geben, ihre Erfahrungen und Perspektiven einfließen zu lassen (siehe auch Kapitel 1.2). Dies wurde durch die Nutzung von vier unterschiedlichen Methoden realisiert: Online-Erhebung, Interviews, Workshop und Beiträge durch Berichtskapitel.

Die Methodik einer **Online-Erhebung** wurde gewählt, weil sie in besonderem Maße geeignet ist, eine große Zahl von Organisationen mit ihren Sichtweisen und Erfahrungen zu beteiligen. Mit der Online-Erhebung wurde das Ziel verfolgt, für die vier berücksichtigten Themenkomplexe (Aktivitäten auf Basis der Bundesrahmenempfehlungen der NPK, Landesrahmenvereinbarungen, Zu-

sammenarbeit sowie Qualitätssicherung und Evaluation) eine träger- und organisationsübergreifende, einheitliche Datenbasis zu schaffen. Im Hinblick auf die Aktivitäten existierte bislang keine einheitliche Datengrundlage mit für den NPK-Präventionsbericht relevanten Aspekten. Die jährliche Dokumentation der GKV und SPV für ihre jeweiligen Präventionsberichte kam einer solchen einheitlichen Datenbasis am nächsten und wurde entsprechend für den vorliegenden Bericht genutzt. Um ein analoges Bild von den Aktivitäten der übrigen Organisationen gewinnen zu können, blieb einzig der Weg einer nachträglichen Erhebung. In Bezug auf die anderen drei Themenkomplexe gab es zu einer strukturierten Befragung keine praktikable methodische Alternative, die eine vergleichbare Breite der Akteursgruppenabdeckung ermöglicht hätte. Die praktische Umsetzung der Online-Erhebung erwies sich als weitgehend problemlos, wenngleich die Bearbeitung aufgrund des Umfangs der Fragen aufwendig war. Die Kontaktperson für die Online-Erhebung beantwortete die Fragen für ihre jeweilige Organisation, wobei ggf. auch mehrere Personen mit ihrer jeweiligen Expertise in die Beantwortung einbezogen wurden. Bei der Auswertung zeigten sich nur an wenigen Stellen (z. B. bei der Frage nach der Beteiligung an Kooperationsvereinbarungen oder der Frage, ob die „primäre“ Zielgruppe einer Aktivität sozial benachteiligte Personen waren) Unstimmigkeiten in den Antworten. Der Fragebogen scheint also insgesamt für die Antwortenden verständlich gewesen zu sein.

Die mit Hilfe der Online-Erhebung gewonnenen Ergebnisse unterliegen bestimmten Einschränkungen, die aus Schwächen der Methodik resultieren¹⁶: Als wichtigste Einschränkung sind je nach Akteursgruppe und Themenbereich unterschiedlich ausgeprägte Antwortausfälle zu nennen. In einigen Teilgruppen (z. B. Kommunen) beteiligten sich nur relativ wenige zur Teilnahme eingeladene Institutionen an der Befragung (Tabelle 2). Dabei ist nicht auszuschließen, dass es sich bei denjenigen, die teilnahmen, um eine selektive Gruppe handelte, also beispielsweise um Organisationen, die ein besonders ausgeprägtes Engagement im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention aufweisen. Grundsätzlich gilt, dass durch solche Selektivität bedingte Verzerrungen der Ergebnisse umso weniger ins Gewicht fallen, je höher die Rücklaufquote ist. Im Umkehrschluss werden durch einen niedrigen Rücklauf verzerrende Effekte begünstigt und die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse kann in diesen Fällen eingeschränkt sein. Den Darstellungen der Ergebnisse aus der Online-Erhebung wurde daher jeweils

16 Spezifische Besonderheiten für die Ergebnisse zum Modul „Aktivitäten“ werden in Kapitel 5 dargestellt.

eine Information zum Rücklauf vorangestellt. Als eine weitere Einschränkung ist der retrospektive Charakter der Erhebung zu nennen: Die Befragten waren möglicherweise bei manchen Fragen nicht in der Lage, die gewünschten Informationen im Nachhinein zu ermitteln oder korrekt zu erinnern.

Der Vorteil einer strukturierten Befragung, nämlich die Schaffung einer über alle Befragten hinweg einheitlichen Datenbasis, wird damit erkauft, dass Besonderheiten des Einzelfalls nicht oder nur begrenzt berücksichtigt werden können. So konnten einzelne Befragte möglicherweise nicht zu Aspekten Stellung nehmen, die aus ihrer Sicht besonders relevant waren (weil der Fragebogen keine entsprechende Frage enthielt). Umgekehrt wurden Befragte sicher auch mit Fragen konfrontiert, die sie in ihrem Fall als wenig relevant wahrnahmen oder die sie kaum beantworten konnten.

Um dieser methodischen Schwäche zumindest in Bezug auf ausgewählte Fragestellungen entgegenzuwirken, wurden zusätzlich 16 leitfadengestützte, qualitative **Interviews** durchgeführt. Die Interviews boten die Möglichkeit, einzelne Beispiele der Zusammenarbeit bzw. der Qualitätssicherung und Evaluation näher zu beleuchten. Durch die Teilnahme möglichst vieler an einer Aktivität beteiligten Organisationen konnten unterschiedliche Perspektiven ausgetauscht werden und in die Auswertung der Fallbeispiele einfließen. Hierbei konnte auf die spezifischen Situationen in den Beispielen eingegangen werden. Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Interviews war es jedoch nicht möglich, von den spezifischen Situationen auf alle Erfahrungen mit der Zusammenarbeit bzw. Qualitätssicherung und Evaluation zu verallgemeinern.

Der **Workshop** mit Vertretungen der Länder erwies sich als ein geeignetes Forum, um eine Entscheidung der Länder herbeizuführen bezüglich der gesetzlichen Kann-Regelung, regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung zu stellen. So konnten die ursprünglich teils sehr unterschiedlichen Vorstellungen der Länder abgestimmt werden und die 16 Beiträge über die Gesundheitsberichterstattung der Länder im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention in den NPK-Präventionsbericht einfließen. Ein besonderer Diskussionspunkt war, ob eine vergleichende Darstellung länderübergreifender Präventionsindikatoren vorgenommen werden sollte. Letztlich wurde darauf verzichtet, jedoch eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die sich mit der methodischen Weiterentwicklung länderübergreifender Präventionsindikatoren befassen wird.

Die **Berichtskapitel**, die vom RKI, den Ländern, der Initiative Gesundheit und Arbeit gemeinsam mit der DRV Bund, der NPK-Geschäftsstelle, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V., dem GKV-Spitzenverband, dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kooperationsgemeinschaft der kassenartenübergreifenden Umsetzung der BGF-Koordinierungsstellen erstellt wurden, brachten die Expertisen unterschiedlicher Organisationen ein und trugen zusätzlich dazu bei, ein breites Spektrum an Akteuren an der Erstellung des Berichts zu beteiligen.

Die Erfahrungen, die bei der Erstellung des ersten NPK-Präventionsberichts gewonnen wurden, sollten für die methodische Vorbereitung des nächsten Berichts im Jahr 2023 genutzt werden. Die bereits erwähnte Arbeitsgruppe zu Präventionsindikatoren auf Ebene der Bundesländer ist ein Beispiel dafür. Weitere Anregungen und Empfehlungen für methodische Weiterentwicklungen finden sich in Kapitel 9.6.

2 Überblick über die Akteurslandschaft

In Deutschland gibt es eine Vielzahl von Akteuren, die sich in unterschiedlicher Weise mit Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung befassen. Sie initiieren, finanzieren bzw. organisieren Aktivitäten, bestimmen deren Rahmenbedingungen oder führen diese durch. Da die Akteure im gesamten Präventionsbericht immer wieder erwähnt werden, stellt Kapitel 2.1 die zentralen Akteure mit ihren (gesetzlichen) Aufträgen und Aufgaben vor. In Kapitel 2.2 wird eine Auswahl der Kooperationsstrukturen vorgestellt, an denen viele der beschriebenen Akteure beteiligt sind.

2.1 AKTEURE

Die Akteure der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Deutschland lassen sich unterteilen in: gesetzliche Sozialversicherung und private Krankenversicherung, Bund, Länder, Kommunen, lebensweltbezogene Akteure, arbeitsweltbezogene Akteure, Leistungserbringende, Wohlfahrtspflege, weitere Akteure der Zivilgesellschaft sowie Akteure der Forschung (Abbildung 2).

2.1.1 GESETZLICHE SOZIALVERSICHERUNG UND PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

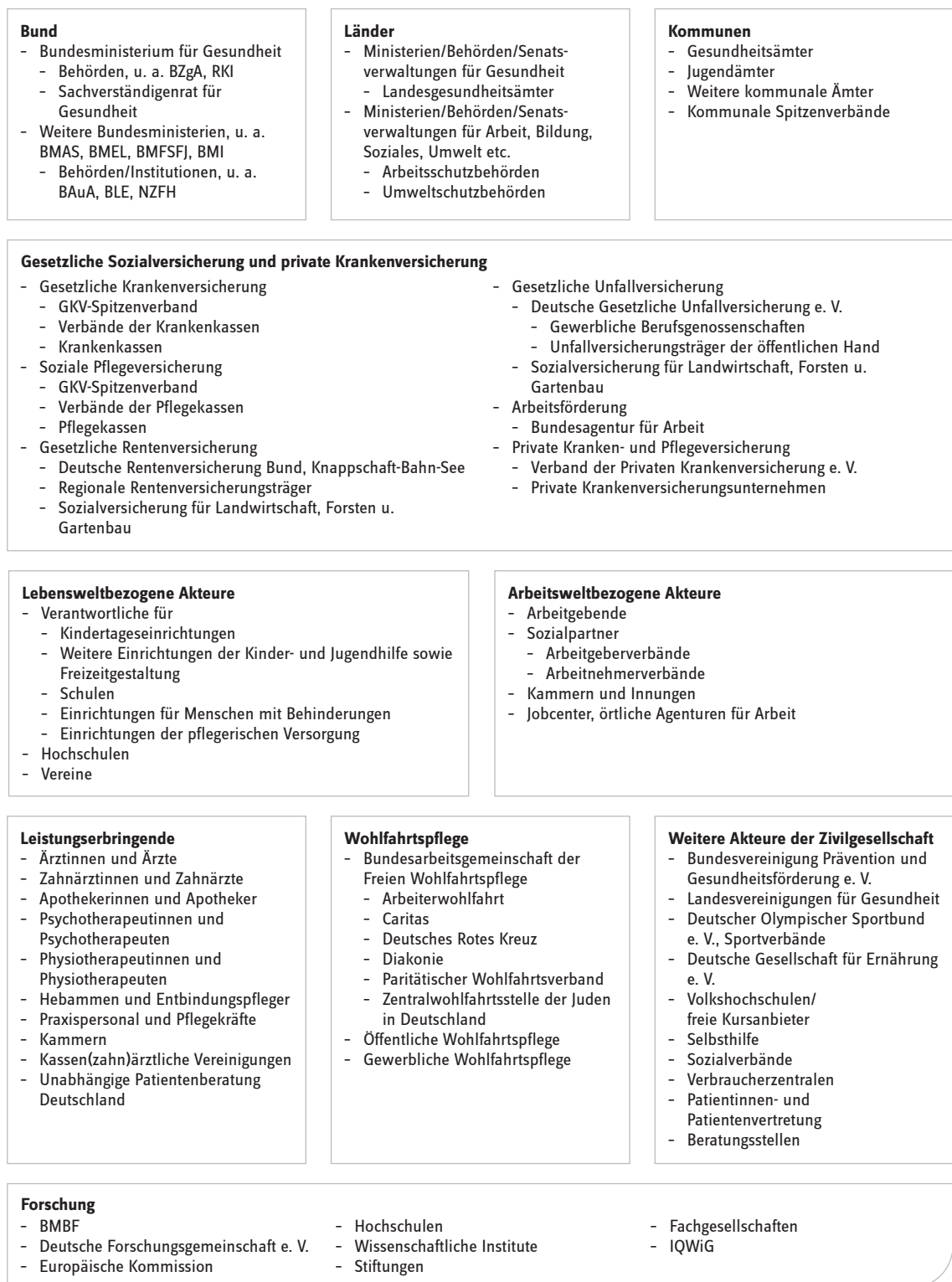
Das 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz adressiert insbesondere die gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, die soziale Pflegeversicherung sowie die private Krankenversicherung. In der Nationalen Präventionskonferenz (NPK, Kapitel 2.2.1) nehmen deren Spitzenorganisationen eine herausgehobene Rolle bei der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie ein.

Die gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte sowie die soziale Pflegeversicherung stellen die Versicherungszweige der Sozialversicherung gemäß § 1 Abs. 1 SGB IV dar. Ihre Träger sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 29 Abs. 1 SGB IV). Auch die Bundesagentur für Arbeit gilt als Versicherungsträger im Sinne des SGB IV; sie ist Trägerin der Arbeitsförderung. Die Sozialversicherungsträger unterliegen der Rechtsaufsicht des Staats; im Bereich der Prävention in der gesetzlichen Unfallversicherung erstreckt sich die Aufsicht auch auf die Fachaufsicht.¹⁷ Nach § 2 Abs. 2 SGB IV sind in allen Zweigen der Sozialversicherung Arbeitnehmende, Auszubildende, in geschützten Einrichtungen beschäftigte Menschen mit Behinderungen sowie Landwirtinnen und Landwirte pflichtversichert. Die Durchführung und Finanzierung der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sind in den verschiedenen SGB unterschiedlich geregelt. Im Falle der Kranken- und Pflegeversicherung besteht mit der privaten Kranken- und Pflegeversicherung eine zweite, privatwirtschaftliche Säule der Absicherung.

Die **gesetzliche Krankenversicherung** (GKV) hat nach § 1 SGB V die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Hierfür erbringt die GKV u. a.

17 Weitere Informationen zur Fach- und Rechtsaufsicht finden sich im Glossar (siehe Anhang 3).

Abbildung 2: Akteure der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung



Leistungen zur Erfassung gesundheitlicher Risiken, zur Früherkennung von Krankheiten sowie zur Behandlung einer Krankheit (§ 11 SGB V). Darüber hinaus sehen die gesetzlichen Krankenkassen in ihren Satzungen Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (Primärprävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor (§ 20 Abs. 1 SGB V). Diese Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Sie werden erbracht als Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V), als Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V) und als Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung, § 20b SGB V). Mit dem Präventionsgesetz wurde die GKV verpflichtet, ihr Engagement zur Primärprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben auszuweiten und dort, unbeschadet der Aufgaben anderer, insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen zu unterstützen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen umfassen dabei die Aspekte Bedarfsermittlung, Information und Beratung, Fortbildung von Multiplikatoren, Planung und Umsetzung von Maßnahmen, Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung, Öffentlichkeitsarbeit, Förderung von Vernetzung sowie Mitwirkung in Gremien zur Gesundheitsförderung. Alle Leistungen der GKV unterliegen dem Gebot, dass sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V). Die gesetzlichen **Krankenkassen** sind in sechs Kassensysteme gegliedert: allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Ersatzkassen, Innungskrankenkassen, KNAPPSCHAFT und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Der **GKV-Spitzenverband** (www.gkv-spitzenverband.de) ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Krankenkassen. Ihm obliegt u. a. die Aufgabe, einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und Gesundheitsförderung (GKV-Leitfaden Prävention, Kapitel 7.6) festzulegen, die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten (§ 20 Abs. 2 SGB V).

Die **soziale Pflegeversicherung** (SPV) dient nach § 1 SGB XI der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Sie hat die Aufgabe, Personen zu unterstützen, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf Hilfe angewiesen sind. Seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes werden zudem Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen für Versicherte erbracht (§ 5 SGB XI).

Gemeinsam mit den Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung sollen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickelt sowie ihre Umsetzung unterstützt werden. Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die **Pflegekassen**. Diese werden ebenfalls durch den **GKV-Spitzenverband** vertreten und sind in Verbandsstrukturen analog zu denen der GKV organisiert.

Aufgabe der **gesetzlichen Unfallversicherung** (GUV) ist es nach § 14 Abs. 1 SGB VII, mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeits-, Schul- und Wegeunfällen, von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu sorgen. Dies schließt bedarfsgerechte Elemente der betrieblichen Gesundheitsförderung ein, wenn sie zur Vermeidung von Berufskrankheiten bzw. zum Abbau von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und damit zum Erhalt der Gesundheit beitragen. Ebenso sorgt die GUV für eine wirksame Erste Hilfe und geht den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren nach. Der gesetzliche Auftrag der GUV findet in der „Vision Zero“ Ausdruck, mit der die GUV eine Welt ohne Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren anstrebt. Höchste Priorität hat dabei die Vermeidung von tödlichen und schweren Arbeitsunfällen sowie von Berufskrankheiten. Weiterhin sollen über eine Kultur der Prävention Sicherheit und Gesundheit auf allen Entscheidungs- und Handlungsebenen integriert werden. Versichert sind in der gesetzlichen Unfallversicherung alle abhängig Beschäftigten, Kinder, Schülerinnen und Schüler, Studierende und ehrenamtlich Tätige. Unfälle von Versicherten in Kindertageseinrichtungen, Schulen oder Hochschulen bzw. auf dem Weg dorthin unterstehen als Arbeits- bzw. Wegeunfälle ebenfalls dem Versicherungsschutz der GUV. Nach Eintritt von Unfällen oder Berufskrankheiten soll die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederhergestellt werden bzw. sind sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen (§ 1 Abs. 2 SGB VII). Der Präventionsauftrag „mit allen geeigneten Mitteln“ ermöglicht ein breites Spektrum angebotener Präventionsleistungen. Ausdruck dessen ist der folgende (nicht abschließende) Katalog: (1) Anreizsysteme (z. B. für die Durchführung von Präventionsmaßnahmen; monetäre und nicht monetäre Vorteile), (2) Beratung (auf Anforderung; z. B. zum Thema Organisation von Sicherheit und Gesundheit einschließlich Arbeitsschutzmanagementsystemen und betrieblichen Gesundheitsmanagementsystemen), (3) Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung, (4) Ermittlung (u. a. mögliche Ursachen für Arbeitsunfälle, Berufs-

krankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren), (5) Forschung, Entwicklung und Modellprojekte, (6) Information und Kommunikation einschließlich Medienentwicklung, (7) Präventionskampagnen, (8) Prüfung und Zertifizierung, (9) Vorschriften- und Regelwerk (z. B. Unfallverhütungsvorschriften, Regeln und Informationen), (10) Qualifizierung und (11) Überwachung einschließlich anlassbezogene Beratung. Zu ihrer Finanzierung erhebt die GUV - anders als die anderen Zweige der Sozialversicherung - keine Beiträge von Arbeitnehmenden, sondern ausschließlich von Arbeitgebenden. Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.** (DGUV, www.dguv.de) ist der Spitzenverband der nach Branchen orientierten 9 **gewerblichen Berufsgenossenschaften** und der 24 **Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand** (i. d. R. Unfallkassen). Die DGUV befasst sich unter Wahrung der Selbstständigkeit ihrer Mitglieder u. a. mit der Koordinierung, Durchführung und Förderung gemeinsamer Maßnahmen, der Forschung auf dem Gebiet der Prävention von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie der Klärung von grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen. Für ihre Präventionsforschung unterhält die DGUV drei Institute: das Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG), das Institut für Arbeitsschutz (IFA) sowie das Institut für Prävention und Arbeitsmedizin (IPA). Die bundesweite Durchführung der landwirtschaftlichen Unfallversicherung nimmt in eigenständiger Verbandsfunktion die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** (SVLFG, www.svlfg.de) wahr (§ 123 SGB VII).

Die **gesetzliche Rentenversicherung** (GRV) dient der finanziellen Absicherung ihrer Versicherten bei Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, im Alter sowie bei Tod deren Hinterbliebenen. Sie zahlt Renten und erbringt Leistungen im Rahmen von Prävention und Rehabilitation. Mit dem am 14.12.2016 in Kraft getretenen Flexirentengesetz¹⁸ erhielt die Rentenversicherung den Auftrag, bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen Leistungen zur Prävention zu erbringen (§ 14 Abs. 1 SGB VI). Hierbei handelt es sich um „medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit von Versicherten, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden“. Die Präventionsleistungen umfassen verhaltenspräventive Maßnahmen, um die Kompetenz und die Motivation für eine gesundheitsbewusste Einstellung und ein gesundheitsförderliches Verhalten zu erhöhen. Weiterhin berät die Rentenversicherung über ihren Firmenservice Arbeitgebende, Betriebs- und Werksärztinnen und -ärz-

te, Betriebs- und Personalvertretungen sowie Schwerbehindertenvertretungen rund um die Themen gesunde Beschäftigte (einschließlich Angebote der Prävention), Rente und Altersvorsorge sowie Sozialabgaben. Neben den bundesweit agierenden Trägern - **Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)** und **Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** - gibt es auf regionaler Ebene 14 weitere **Rentenversicherungsträger**. Die DRV Bund (www.deutsche-rentenversicherung.de/bund) nimmt auch Grundsatz- und Querschnittsaufgaben wie etwa Öffentlichkeitsarbeit und Forschung sowie gemeinsame Angelegenheiten der Rentenversicherungsträger wahr (§ 138 SGB VI). Für die eigenständige bundesweite Durchführung der Alterssicherung der Landwirte ist die **SVLFG** als Rentenversicherungsträger verantwortlich (§ 49 Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte).

Die **Arbeitsförderung** verfolgt nach § 1 Abs. 1 SGB III die Ziele, dem Entstehen von Arbeitslosigkeit entgegenzuwirken, die Dauer der Arbeitslosigkeit zu verkürzen und den Ausgleich von Angebot und Nachfrage auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt zu unterstützen. Durch die Verbesserung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit soll Langzeitarbeitslosigkeit vermieden werden. Trägerin der Arbeitsförderung ist die **Bundesagentur für Arbeit** (BA, www.arbeitsagentur.de). Die örtlichen Agenturen für Arbeit sowie deren Niederlassungen setzen die Aufgaben der BA vor Ort um (Kapitel 2.1.4). Zu den finanziellen Leistungen der BA gehört z. B. die Gewährung des Arbeitslosengelds bei Arbeitslosigkeit (§ 3 Abs. 4 Nr. 1 SGB III). Ein weiterer zentraler Bestandteil des Aufgabenspektrums ist die Förderung der beruflichen Weiterbildung nach §§ 81 ff. SGB III.

Als **private Kranken- und Pflegeversicherung** (PKV) bilden ca. 40 **privatwirtschaftliche Unternehmen** eine zweite, privatwirtschaftliche Säule der Kranken- bzw. Pflegeversicherung. Grundlage ist die Pflicht zur Versicherung gemäß § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Diese gilt z. B. nicht für in der GKV Pflichtversicherte sowie für Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Grundsicherung gemäß SGB XII. Angeboten werden Vollversicherungen sowie Zusatzversicherungen für Beihilferechtigte und Angehörige von Heilfürsorgeempfängerinnen und -empfängern. Leistungen der Primärprävention im Sinne der Bundesrahmempfehlungen werden auf freiwilliger Basis erbracht. Mit der Umsetzung beauftragen die Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung den **Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.** (PKV-Verband,

¹⁸ Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben vom 08.12.2016. BGBl I Nr. 59 vom 13.12.2016, S. 2838-2847.

www.pkv.de), in dem nahezu alle Anbieter der privaten Kranken- und Pflegeversicherung organisiert sind. Über den Verband unterstützen die Mitglieder zum einen die Deutsche AIDS-Stiftung. Mit Mitteln der PKV wird hier insbesondere Aufklärung für geflüchtete Menschen und bereits länger in Deutschland lebende Menschen mit Migrationshintergrund finanziert. Zum anderen wird die Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unterstützt, so z. B. bei der Förderung der sexuellen Gesundheit, bei der Alkoholprävention sowie zur Förderung der Altersgesundheit. Darüber hinaus wird mit der Stiftung Gesundheitswissen das Ziel verfolgt, die gesundheitlichen Kompetenzen in der Bevölkerung zu erhöhen.

2.1.2 BUND, LÄNDER UND KOMMUNEN

Der Staat nimmt – auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene – Einfluss auf Rahmenbedingungen für die Gesundheit der Bevölkerung. Die Bandbreite der Einflussmöglichkeiten auf den einzelnen föderalen Ebenen reicht dabei von der Normsetzung und Überwachung im Lebensmittel-, Arbeits- und Umweltschutz über die Bildungspolitik und die Steuererhebung bis zu Aktivitäten explizit in den Bereichen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung.

Der Bund (Kapitel 2.1.2.1) ist als oberste Ebene des föderalen Staats für die Organisation von wesentlicher (auch sozialer) Infrastruktur zuständig, u. a. mit dem Ziel, über soziale und regionale Unterschiede hinweg auf eine Gleichwertigkeit von Lebensverhältnissen hinzuwirken (Art. 72 Abs. 2 GG). Diese Aufgabe stellt sich über alle Politikfelder hinweg. Die Möglichkeiten des Bundes sind jedoch begrenzt: In erster Linie haben die Länder (Kapitel 2.1.2.2) die Gesetzgebungskompetenz im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention; sie gestalten damit maßgeblich auch die Rahmenbedingungen für die Kommunen (Kapitel 2.1.2.3).

Der föderale Staat agiert auch im internationalen Kontext. Regelungen der Europäischen Union (EU) sind zum Teil für die Mitgliedsstaaten bindend (z. B. zur Umweltpolitik oder zum Tabakwerbsverbot) – in der Gesundheitspolitik sind die Mitgliedsstaaten eher autark. Mit dem **Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten** (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC, www.ecdc.europa.eu) betreibt die EU eine Agentur, die ihre Mitgliedsstaaten u. a. zu den Risiken übertragbarer Krankheiten wissenschaftlich berät. Sie arbeitet zusammen mit dem **Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation**

(World Health Organization, WHO, www.euro.who.int/de). Dieses verfolgt u. a. einen Aktionsplan zur Prävention und Bekämpfung nicht übertragbarer Krankheiten. Die WHO ist die Koordinierungsbehörde der Vereinten Nationen für das öffentliche Gesundheitswesen.

2.1.2.1 Bund

Oberste Bundesbehörde in Deutschland mit Zuständigkeit für das Politikfeld Gesundheit ist das **Bundesministerium für Gesundheit** (BMG, www.bundesgesundheitsministerium.de); die Abteilung „Pflegerische, Prävention“ widmet sich speziell den mit dem Präventionsgesetz in Verbindung stehenden Themen. Das BMG erarbeitet Gesetzentwürfe (wie beispielsweise das Präventionsgesetz) und Rechtsverordnungen (wie beispielsweise die Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung) für seinen Zuständigkeitsbereich. Es ist insbesondere seine Aufgabe, die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung zu erhalten, zu sichern und fortzuentwickeln. Im Geschäftsbereich des BMG nimmt die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (BZgA, www.bzga.de) insbesondere Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention wahr. Sie entwickelt Strategien, setzt sie in Kampagnen, Programmen und Projekten um und evaluiert diese. Ebenfalls im Geschäftsbereich des BMG ist das **Robert Koch-Institut** (RKI, www.rki.de) angesiedelt. Seine Daten des Gesundheitsmonitorings stellt es im Rahmen der von ihm verantworteten Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur Verfügung. Das BMG beruft gemäß § 142 SGB V einen **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen** (SVR Gesundheit, www.svr-gesundheit.de). Der SVR erstellt regelmäßig Gutachten über die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen und beschreibt darin auch Präventionsbedarfe, z. B. in den Gutachten von 2005 und 2009.

Gemäß dem „Gesundheit-in-allen-Politikfeldern“-Ansatz stellen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung nicht nur eine Aufgabe des Gesundheitsressorts dar, sondern eine Querschnittsaufgabe, die auch Gegenstand der Politik anderer Ministerien ist, wie beispielsweise des **Bundesministeriums für Arbeit und Soziales** (BMAS, www.bmas.de) mit Zuständigkeit für Rechtssetzung, Forschung und Berichterstattung im Arbeitsschutz. Die dem BMAS nachgeordnete **Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin** (BAuA, www.baua.de) berät das BMAS zu Fragen von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Das **Bundesmi-**

ministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL, www.bmel.de) ist u. a. zuständig für die Förderung ausgewogener Ernährung, Lebensmittelsicherheit, Landwirtschaft und ländliche Entwicklung. Gemeinsam mit dem BMG betreut das BMEL den Nationalen Aktionsplan „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ (www.in-form.de). Teil der im Geschäftsbereich des BMEL angesiedelten **Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung** (BLE, www.ble.de) ist das **Bundeszentrum für Ernährung** (BZfE). Dort ist u. a. auch das „Nationale Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule“ (NQZ) angesiedelt. Das **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** (BMFSFJ, www.bmfsfj.de) befasst sich mit Themen, die für die in seinem Titel spezifizierten Zielgruppen relevant sind, sowie übergreifend mit den Themen Gleichstellung und zivilgesellschaftliches Engagement. Es finanziert u. a. das **Nationale Zentrum Frühe Hilfen** (NZFH, www.fruehehilfen.de) und damit die bundesweite Koordination Früher Hilfen, die der frühzeitigen Unterstützung insbesondere von Familien mit Kleinkindern in belastenden Lebenslagen dienen und dadurch Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen fördern. Ferner zu nennen ist das **Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat** (BMI, www.bmi.bund.de), das z. B. den Breitensport fördert und für Fragen von Migration und Integration zuständig ist.

2.1.2.2 Länder

Auch auf Landesebene bearbeiten verschiedene Ministerien - oftmals sind hier Themen wie z. B. Gesundheit, Arbeit, Soziales, Familie und Ernährung in einem Ministerium zusammengeführt - Fragen zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung. Die für Gesundheit zuständigen **Landesministerien** erarbeiten z. B. Entwürfe für Gesetze, die die Rahmenbedingungen des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD) regeln (Kapitel 2.1.2.3). Die Kultusministerien der Länder erlassen die Lehrpläne (Bezeichnungen variieren) für Schulen und Hochschulen und definieren damit die Lernziele und Lehrinhalte des dortigen Unterrichts, die auch Gesundheitsthemen umfassen.

Auch bei vielen weiteren gesundheitsrelevanten Themen obliegt nicht dem Bund, sondern den Ländern das Recht der Gesetzgebung, z. B. bei der Raumordnung, Kulturpolitik sowie dem Ladenschluss- und Gaststättenrecht. Entsprechend werden hier vielfältige Entscheidungen getroffen, die sich auf die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen (Kapitel 2.1.2.3) und anderen Lebenswelten (Kapitel 2.1.3)

auswirken. In den Landesverfassungen können Grundlagen beispielsweise zu vorbeugendem Gesundheitsschutz oder zur Förderung des Wohls der Bevölkerung und insbesondere von Kindern und Jugendlichen festgelegt werden. Per Gesetz können Länder der kommunalen Ebene Vorgaben zur Qualitätssicherung wie z. B. zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung oder Gesundheitsplanung machen. Auf Grundlage sozialraumbezogener Daten, die im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung erhoben werden, können die Länder sozialraumorientierte Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention durchführen (Kapitel 3.3). Weiterhin haben die Länder die Möglichkeit, Kommunen (Kapitel 2.1.2.3) und freien Trägern (Kapitel 2.1.3 und 2.1.6) finanzielle Zuwendungen zu Zwecken der Gesundheitsförderung und Prävention zu erteilen.

Im Bundesrat, dem Verfassungsorgan zur Vertretung der Länder auf Bundesebene, gibt es einen Gesundheitsausschuss, dessen Aufgabenbereich die Zuständigkeiten des BMG widerspiegelt und in den die Länder Angelegenheiten von bundesweiter Bedeutung einbringen können. Dieser Ausschuss berät - ebenso wie der gleichnamige Ausschuss im Deutschen Bundestag - auch zu gesundheitsrelevanten Angelegenheiten der EU.

Die **Landesgesundheitsämter** (Bezeichnungen variieren) nehmen z. T. Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung und fachlichen Beratung des (kommunalen) ÖGD wahr. Die **Arbeitsschutzbehörden** der Bundesländer überwachen die Einhaltung der gesetzlichen Arbeitsschutzanforderungen in den Betrieben und beraten u. a. zu Unterstützungsmöglichkeiten. **Umweltschutzbehörden** der Bundesländer (Bezeichnungen variieren) messen und kontrollieren z. B. gesundheitsrelevante Schadstoffe in Böden, Gewässern und in der Luft.

2.1.2.3 Kommunen

Art. 28 Abs. 2 des Grundgesetzes garantiert den Städten, Landkreisen und Gemeinden das Recht, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln (Garantie der kommunalen Selbstverwaltung). Hierzu zählt auch die Bereitstellung der erforderlichen Einrichtungen, Dienste und Angebote der Daseinsvorsorge.

Aufgaben des ÖGD werden auf kommunaler Ebene durch Landkreise und kreisfreie Städte wahrgenommen. Zumeist sind diese Aufgaben nicht als (pflichtige) Selbstverwaltungsaufgaben, sondern staatlich ausgestaltet. D. h. sie werden nach Weisung erfüllt und unterliegen

der Fachaufsicht des Landes; zwei Länder nehmen die Aufgaben durch staatliche Gesundheitsämter selbst wahr. Kommunale **Gesundheitsämter** sind u. a. zuständig für Aufsicht und Kontrolle (z. B. Schuleingangsuntersuchungen), Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. Impfen) und Netzwerkarbeit (z. B. Gesundheits- und Pflegekonferenzen).

Die Förderung von Kindern, Jugendlichen und Familien im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe obliegt dem **Jugendamt**, dessen gesetzliche Grundlage das SGB VIII ist. Leistungen zur Förderung der Erziehung in der Familie können gemäß § 16 Abs. 2 SGB VIII insbesondere auch dazu dienen, Familien in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken. Die entsprechende Ergänzung geht auf das Präventionsgesetz zurück. Als wesentlicher Gestalter der Lebenswelt Kommune hat diese selbst Einfluss auf gesundheitsrelevante Infrastruktur wie beispielsweise Stadt- und Raumgestaltung sowie Abfall- und Abwasserwirtschaft. Als Träger von Kindertageseinrichtungen und Schulen sind Kommunen verantwortlich für Gebäude und deren Einrichtung und somit auch für die gesundheitsförderliche Gestaltung dieser Lebenswelten (Kapitel 2.1.3). Verschiedene **kommunale Ämter** (Aufgabenschnitte und Bezeichnungen variieren) nehmen die damit verbundenen Gestaltungsaufgaben wahr.

Die **kommunalen Spitzenverbände** (Deutscher Städtetag, www.staedtetag.de; Deutscher Landkreistag, www.landkreistag.de; Deutscher Städte- und Gemeindebund, www.dstgb.de) sind freiwillige Zusammenschlüsse und Organisationen der deutschen Städte, Landkreise und Gemeinden auf Landes- und Bundesebene. Sie organisieren den Erfahrungsaustausch und Meinungsbildungsprozess zwischen ihren Mitgliedern und vertreten deren Interessen bei kommunal relevanten Entscheidungen gegenüber Bund und Ländern - auch zu Themen der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung.

Kommunen bilden - unabhängig von der Trägerschaft für Einrichtungen - als übergeordnete Lebenswelt aller in einer Stadt, einem Landkreis oder einer Gemeinde lebenden Menschen den wichtigsten Bezugsrahmen für die einzelnen Lebenswelten (s. u.).

2.1.3 LEBENSWELTBEZOGENE AKTEURE

Gemäß der in § 20a SGB V eingeführten Legaldefinition sind Lebenswelten für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, des Arbeitens, der medi-

zischen und pflegerischen Versorgung, der Freizeitgestaltung und des Sports. Den für einzelne Lebenswelten verantwortlichen Akteuren kommt eine herausragende Stellung zu, da sie direkten Einfluss auf die Gestaltung der jeweiligen Lebenswelten ausüben. Die Bereitschaft der Lebensweltverantwortlichen, Gesundheitsförderung und Prävention in die Strukturen und Prozesse der Lebenswelten zu integrieren, ist eine Voraussetzung für den Erfolg des Lebensweltansatzes der Gesundheitsförderung (siehe auch Kapitel 5.1). Die Trägerschaft von Lebenswelten ist heterogen und kann z. B. Kommunen, gemeinnützige Organisationen und private Anbieter umfassen. Bei der nachfolgenden Vorstellung ergeben sich daher zum Teil Überschneidungen mit den Kapiteln 2.1.2.3, 2.1.6 und 2.1.7.

Die **Träger von Kindertageseinrichtungen** (Kitas) können Kommunen, Organisationen der Freien Wohlfahrtspflege, Vereine oder privatwirtschaftliche Anbieter sein. Kitas sind die ersten Bildungseinrichtungen im Leben nahezu aller Kinder; hier sammeln Kinder z. B. Erfahrungen zu Signalen des eigenen Körpers sowie sozialen Zusammenhängen, die für den Erwerb von Gesundheitskompetenz und das spätere Gesundheitsverhalten relevant sein können. Gesundheitsförderung in der Kita kann als Teil ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags gemäß SGB VIII verstanden werden. Auf Landesebene sind entsprechende Themen in Kita-Gesetzen verankert und die diesbezüglichen Aufgaben beschrieben. Eine analoge Verantwortung zu Trägern von Kitas haben **Träger weiterer Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe**, wie z. B. Beratungsstellen, Familienbildungsstätten, Familienzentren, Jugendzentren und Wohnheime. Sie benötigen für den Betrieb von Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe in den meisten Fällen eine Erlaubnis. Diese ist an die Gewährleistung des Kindeswohls gekoppelt und damit gemäß § 45 Abs. 2 SGB VIII auch daran, dass ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld in der Einrichtung unterstützt wird. Die entsprechende Ergänzung geht auf das Präventionsgesetz zurück.

Öffentliche und private Schulträger agieren gemäß Art. 7 Abs. 1 GG unter Aufsicht des Staats. Für Kinder und Jugendliche stellen allgemeine und berufliche Schulen eine wichtige Lebenswelt dar. Heute verbringen Schülerinnen und Schüler durchschnittlich mehr Zeit in der Schule als früher. So kommt gerade der Ganztagschule besondere Bedeutung zu, Schülerinnen und Schüler dabei zu begleiten, ihre Bedürfnisse nach Verpflegung, Bewegung und Erholung zunehmend eigenverantwortlich miteinander in Einklang zu bringen und Gesundheitskompetenzen zu entwickeln.

Hochschulen als Anbieter akademischer Bildung sind zumeist öffentlich-rechtliche Körperschaften, die den jeweiligen Landeshochschulgesetzen unterliegen. Besonderheit der Hochschulen ist ihre Schlüsselfunktion in Bezug auf die Sensibilisierung kommender Führungskräfte für Themen der Gesundheitsförderung und Prävention. Zu diesen Themen haben sich auch einige Hochschulen im „Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen“ (AGH, www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de) zusammengeschlossen.

Die **Träger von Werkstätten und von Wohnstätten für Menschen mit Behinderungen** sowie von entsprechenden Beratungszentren sind häufig Organisationen der Freien Wohlfahrtspflege, Kommunen oder Kommunalverbände bzw. Landschaftsverbände. Die Finanzierung der Angebote ist in SGB III, V, VII, VIII, IX, XI und XII geregelt. Durch betriebliche Gesundheitsförderung können in den Werkstätten arbeitende Menschen zu selbstbestimmtem Gesundheitshandeln befähigt werden, die beim Zugang zu Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention benachteiligt sind (z. B. Menschen mit Lernbehinderungen). Entsprechende Angebote werden von Renten- und Unfallversicherungsträgern sowie Krankenkassen gefördert.

Die **Träger von Pflegeheimen und ambulant betreuten Wohnformen für pflegebedürftige (ältere) Menschen** sind Kommunen, Organisationen der Freien Wohlfahrtspflege und privatwirtschaftliche Unternehmen. Sie sind für Lebenswelten verantwortlich, die aufgrund der demographischen Entwicklung immer bedeutsamer werden. Fokus der Gesundheitsförderung und Prävention ist hier insbesondere der Erhalt der Selbstständigkeit und von Fähigkeiten mit dem Ziel der Verzögerung, Vermeidung oder Verhinderung von gesundheitsbedingten Einschränkungen.

Viele Menschen sind in **Vereinen** aktiv, in denen sie einen Teil ihrer Freizeit verbringen. Vereine verschiedener Zwecke erfüllen Funktionen der Erholung, der körperlichen Betätigung und des Ausgleichs für Belastungen des Alltags. Beispiele dafür sind Sport-, Musik- oder Gartenvereine. Sie sind soziale Gebilde zivilgesellschaftlichen Engagements (siehe auch Kapitel 2.1.7), die einen Beitrag zu Gesundheitsförderung und Prävention leisten können.

2.1.4 ARBEITSWELTBEZOGENE AKTEURE

Erwerbstätige Menschen verbringen einen Großteil ihrer Zeit an ihrer Arbeitsstätte in Unternehmen bzw. Betrieben. **Arbeitgebende** sind verpflichtet, Maßnahmen zur

Verhütung von Unfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) durchzuführen. Dabei werden sie unterstützt durch die Unfall-, Renten- und Krankenversicherungsträger (Kapitel 2.1.1). Die Arbeitgebenden können diese Aktivitäten (z. B. durchgeführt von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten, Kapitel 2.1.5) mit ihrem freiwilligen Engagement für die betriebliche Gesundheitsförderung verzahnen. Große Unternehmen bzw. Betriebe können für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung eine eigene Infrastruktur bereitstellen, während kleinere Unternehmen bzw. Betriebe dabei oftmals auf überbetriebliche Strukturen angewiesen sind.

Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung im Betrieb ist auch eines der Betätigungsfelder der **Sozialpartner**. Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften bzw. Arbeitnehmerorganisationen engagieren sich in der Selbstverwaltung der Sozialversicherungen und betreiben z. B. Initiativen oder treten solchen bei, die die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Gesundheit der Beschäftigten fördern. Die **Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände** (BDA, www.arbeitgeber.de) und der **Deutsche Gewerkschaftsbund** (DGB, www.dgb.de) sind z. B. an der Initiative „Neue Qualität der Arbeit“ (Kapitel 2.2.4) beteiligt. Branchenbezogene Verbände und Gewerkschaften nehmen auch berufsspezifische Gesundheitsförderungsbedarfe in den Blick. Ihre regionalen Untergliederungen sind ortsbezogen aktiv, ebenso **lokale Unternehmensnetzwerke, Kammern und Innungen**.

Die **Jobcenter** sind im Rahmen der Grundsicherung für arbeitssuchende Menschen (SGB II) u. a. für die berufliche Beratung sowie für Leistungen zur Eingliederung in Arbeit und zur Sicherung des Lebensunterhalts (Arbeitslosengeld II) verantwortlich. Träger sind im Regelfall die örtlichen Agenturen für Arbeit (Kapitel 2.1.1) sowie Landkreise und kreisfreie Städte als kommunale Träger, die in gemeinsamen Einrichtungen zusammenarbeiten. Daneben gibt es kommunale Jobcenter, die als zugelassene kommunale Träger eigenständig die SGB II-Aufgaben wahrnehmen. In den Jobcentern und Agenturen für Arbeit können arbeitslose Menschen u. a. eine gesundheitsorientierte Beratung in Anspruch nehmen, wenn das Jobcenter oder die Agentur für Arbeit z. B. in dem Projekt „Verzahnung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ (Kapitel 7.4) mitwirkt. Ziel dieser Beratung ist es, für das Thema Gesundheit zu sensibilisieren und einen Zugang zu Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten der gesetzlichen Krankenkassen zu schaffen.

2.1.5 LEISTUNGSERBRINGENDE

Es gibt viele Berufe innerhalb verschiedener Systeme, die sich mit Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung befassen. So erbringen **ambulant und stationär tätige Ärztinnen und Ärzte** Leistungen der GKV gemäß den vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA, www.g-ba.de) erlassenen Richtlinien. Dazu zählen auch Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und zur Früherkennung von Krankheiten. Sie sind zudem Ansprechpartner in Fragen zur Gesunderhaltung und können, z. B. im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gemäß §§ 25 und 26 SGB V sowie im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge, schriftliche Präventionsempfehlungen ausstellen (Kapitel 7.8). Bei der Beratung Schwangerer weisen sie gemäß § 24d SGB V bei Bedarf auch auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind hin (z. B. Frühe Hilfen). Auch **Zahnärztinnen und Zahnärzte** erbringen Leistungen zur Prävention und Vorsorge. Dabei handelt es sich um die Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V insbesondere in Kindergärten und Schulen, die Individualprophylaxe nach § 22 SGB V, die Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen nach § 22a SGB V sowie die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach § 26 Abs. 1 Satz 5 ff. SGB V. **Betriebsärztinnen und Betriebsärzte** sowie **Fachkräfte für Arbeitssicherheit** werden gemäß DGUV Vorschrift 2 vom Unternehmen bestellt. Je nach Größe eines Unternehmens, eines Betriebs oder einer Dienststelle werden sie dort angestellt oder als externe Dienstleistende herangezogen. Ihre Aufgaben bestehen u. a. in der Beratung der für Sicherheit und Gesundheit verantwortlichen Personen sowie im Falle der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte zusätzlich in der Untersuchung, Beratung und Impfung der Arbeitnehmenden. **In Rehabilitationseinrichtungen tätige Ärztinnen und Ärzte** erbringen Leistungen im Rahmen des gesetzlichen Auftrags der Rentenversicherung. Sie arbeiten in multiprofessionellen Teams gemeinsam z. B. mit Psychologinnen und Psychologen, Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftlern, Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftlern. Sie begleiten die Versicherten während der Durchführung der Rehabilitations- oder Präventionsleistung und beraten auch zu den Themen Gesundheitsförderung und Prävention.

Apothekerinnen und Apotheker sind ebenfalls potenzielle Beraterinnen und Berater zum Thema Gesundheit. **Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten** unterstützen Klientinnen und Klienten im Prozess der Sta-

bilisierung und Ressourcenstärkung für die psychische Gesundheit. **Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten** leiten diese zu gesundem Bewegungsverhalten an. **Hebammen und Entbindungspfleger** beraten Eltern u. a. zur Ernährung des Kindes sowie zur Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Situation für die ganze Familie. **Praxispersonal und Pflegekräfte** in ambulanter und stationärer Versorgung können ebenfalls Empfehlungen geben und Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen. Einige Einrichtungen, in denen die genannten Leistungserbringenden tätig sein können, haben sich zusammengeschlossen, um Gesundheitsförderung und Prävention in ihren Strukturen und Prozessen zu verankern. Ein Beispiel ist das Deutsche Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (DNGFK, www.dngfk.de).

Ärztekammern, Zahnärztekammern, Apothekerkammern, Psychotherapeutenkammern und Pflegekammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, in denen die jeweiligen Berufsangehörigen Pflichtmitglieder sind. Sie fördern die Fortbildung ihrer Mitglieder, u. a. zu Gesundheitsförderung und Prävention, und betreiben gemeinsam mit Partnern in den Lebenswelten auch eigene Projekte und Initiativen zu diesen Themen. **Kassenärztliche und kassenzahnärztliche Vereinigungen** (KBV, www.kbv.de; KZBV, www.kzbv.de) haben die Aufgabe, die ambulante ärztliche Versorgung sicherzustellen und betreiben Qualitätssicherung bezüglich der erbrachten Leistungen.

Ein unabhängiges Beratungsangebot für alle Bürgerinnen und Bürger ist die **Unabhängige Patientenberatung Deutschland** (UPD, www.patientenberatung.de). Die geschulten Beraterinnen und Berater informieren telefonisch, online und in Beratungsstellen über Krankheiten, Vor- und Nachsorge, Patientinnen- und Patientenrechte, Selbsthilfeangebote und alle Fragen rund um die Themen Kranken- und Pflegeversicherung. Finanziert wird das Angebot vom GKV-Spitzenverband. Der PKV-Verband finanziert ein Beratungsangebot in russischer, türkischer und arabischer Sprache.

2.1.6 WOHLFAHRTSPFLEGE

Die Freie Wohlfahrtspflege umfasst gemeinnützige Organisationen unter freier Trägerschaft, die sich im Sozial- und Gesundheitswesen betätigen. Die Spitzenverbände von **Arbeiterwohlfahrt** (AWO, www.awo.org), **Caritas** (www.caritas.de), **Deutschem Roten Kreuz e. V.** (DRK, www.drk.de), **Diakonie** (www.diakonie.de), **Paritätischem Wohlfahrtsverband** (www.der-paritaetische.de)

und **Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.** (ZWST, www.zwst.org) sind in der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.** (BAGFW, www.bagfw.de) zusammengeschlossen. Die Verbände unterscheiden sich in ihren weltanschaulichen oder religiösen Motiven und Zielvorstellungen. Auch sind sie unterschiedlich regional untergliedert. Die Freie Wohlfahrtspflege trägt durch ihre Angebote, wie z. B. Kitas, Offener Ganzttag, Einrichtungen zur Altenpflege und Beratungsangebote, zu gesundheitsfördernden Lebensbedingungen bei. Sie ist wesentlicher Bestandteil vieler kommunaler Angebotsstrukturen, was eine Besonderheit des deutschen Sozialstaats im internationalen Vergleich darstellt. Die Freie Wohlfahrtspflege finanziert sich über Leistungsentgelte (z. B. öffentlicher Leistungsträger, insbesondere Sozialversicherungen), über staatliche Zuschüsse (z. B. für den Bau von Einrichtungen), Zuschüsse aus Kirchensteuermitteln für die konfessionellen Verbände, Mitgliedsbeiträge und Spenden sowie über Geldmittel aus staatlich zugelassenen Lotterien. Außer hauptamtlichen Mitarbeitenden sind auch viele Ehrenamtliche in der freien Wohlfahrtspflege engagiert. Neben der Freien Wohlfahrtspflege gibt es auch die **öffentliche** und die **gewerbliche Wohlfahrtspflege**. Öffentliche Wohlfahrtspflege wird z. B. von Kommunen durch Gesundheitsämter geleistet (Kapitel 2.1.2.3). Gewerbliche Wohlfahrtspflege wird durch gewinnorientierte Unternehmen erbracht, die z. B. Einrichtungen der Altenpflege betreiben (Kapitel 2.1.3).

2.1.7 WEITERE AKTEURE DER ZIVILGESELLSCHAFT

Als Zivilgesellschaft wird die Gesamtheit des nicht profitorientierten Engagements der Bürgerinnen und Bürger verstanden. Dazu zählen z. B. die bereits dargestellten Vereine (Kapitel 2.1.3). Die Freie Wohlfahrtspflege (Kapitel 2.1.6) ist ein Beispiel dafür, wie sich aus privaten Einzelhilfen durch organisatorische Zusammenfassung Akteure der Zivilgesellschaft institutionalisieren, die mit konkreten Maßnahmen oder durch ihre Verbands- und/oder Vernetzungsarbeit zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Als Akteure der Zivilgesellschaft übernehmen sie zum Teil auch öffentliche bzw. gesetzlich definierte Aufgaben.

In der **Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.** (BVPg, www.bvpraevention.de) sind 133 für Gesundheitsförderung und Prävention relevante Institutionen und Verbände zusammengeschlossen mit dem Ziel, die Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern. Dies erfolgt in erster Linie durch Vernetzung der Akteure aus Praxis, Wissenschaft,

Wirtschaft und Politik; hierdurch sollen Ressourcen gebündelt und Synergien gefördert werden. Die BVPg ist zudem gesetzlich beauftragt, das Präventionsforum nach § 20e Abs. 2 SGB V durchzuführen (Kapitel 7.3).

Die **Landesvereinigungen für Gesundheit** bzw. äquivalente Institutionen in den Bundesländern (Bezeichnungen variieren) befassen sich u. a. themen- und zielgruppenspezifisch mit Gesundheitsförderung und Prävention. Sie vermitteln insbesondere Transparenz über bestehende Angebote und tragen zur Vernetzung von Akteuren aus Praxis, Forschung und Politik bei. In den meisten Bundesländern sind bei den Landesvereinigungen auch die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) angesiedelt (Kapitel 2.2.4).

Der **Deutsche Olympische Sportbund e. V.** (DOSB, www.dosb.de) und auf einzelne Sportarten fokussierte **Sportverbände** (z. B. Deutscher Fußball-Bund, Deutscher Turner-Bund) erreichen durch ihre regionalen Untergliederungen eine Vielzahl von Personen, die im Breitensport aktiv sind. Sie unterstützen ihre Mitgliedsorganisationen bei der Umsetzung präventions- und gesundheitsförderungsbezogener Projekte. Zudem betreiben die Verbände Qualitätsentwicklung, u. a. in Bezug auf die Qualifizierung der Übungsleiterinnen und Übungsleiter.

Die **Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.** (DGE, www.dge.de) informiert über neue Erkenntnisse und Entwicklungen auf dem Gebiet der Ernährung. Sie erstellt für einzelne Lebenswelten (z. B. Kitas, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser und Senioreneinrichtungen) spezifische Qualitätsstandards zur Gemeinschaftsverpflegung.

Ernährung und Bewegung sind auch Themen des Kurs- und Vortragsangebots von **Volkshochschulen**, das sich insbesondere an Erwachsene richtet. Volkshochschulen haben ihren Ursprung u. a. in Arbeiter- und Handwerkerbildungsvereinen. Träger der Volkshochschulen sind zumeist Kommunen, aber auch Vereine oder private Anbieter. Ihr öffentlicher Auftrag wird in den Bundesländern definiert und in den Kommunen umgesetzt. Die Finanzierung erfolgt über öffentliche Zuschüsse sowie Teilnahmegebühren. Ebenso wie Volkshochschulen können **freie Kursanbieter** einen Beitrag zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung leisten.

Als Selbsthilfe werden alle Handlungsformen außerhalb professioneller Systeme verstanden. **Selbsthilfegruppen** sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen. **Selbsthilfekontaktstellen** bieten Unterstützung

und Beratung für Selbsthilfegruppen und daran interessierte Menschen an. **Selbsthilfeorganisationen** umfassen auf Landes- oder Bundesebene mehrere regionale Selbsthilfegruppen und/oder einzelne Mitglieder und sind oftmals wiederum in Dachverbänden organisiert, die Kontakte zu professionellen Systemen herstellen. Unter gesundheitsbezogener Selbsthilfe werden Aktivitäten verstanden, die sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, Krankheitsfolgen und/oder auch psychischen Problem richten, von denen Menschen entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind. Die Angebote können durch ihre präventive und rehabilitative Ausrichtung die Ressourcen chronisch kranker Menschen und Menschen mit Behinderungen sowie die ihrer Angehörigen stärken. Die GKV fördert Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen nach § 20h SGB V. Zu den für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe berufenen maßgeblichen Spitzenorganisationen (§ 20h SGB V) gehören: **Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.** (BAG SELBSTHILFE, www.bag-selbsthilfe.de), **Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.**, (www.der-paritaetische.de), **Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.** (DAG SHG, www.dag-shg.de), **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.** (DHS, www.dhs.de).

Sozialverbände dienen der sozialpolitischen Interessenvertretung der Bürgerinnen und Bürger. Sie beraten ihre Mitglieder in Fragen des Sozialrechts. Größte Verbände sind der **Sozialverband VdK e. V.** (www.vdk.de), der **Sozialverband Deutschland e. V.** (SoVD, www.sovd.de) und die **Volkssolidarität** (www.volkssolidaritaet.de).

Ziel der auf Landesebene organisierten **Verbraucherzentralen** (www.verbraucherzentrale.de) ist es, die Bevölkerung in Bezug auf vielfältige Themen zu informieren, zu beraten und zu unterstützen. Der **Verbraucherzentrale Bundesverband** (VZBV, www.vzbv.de) vertritt die Interessen der Verbraucherzentralen auf Bundesebene.

Selbsthilfe, Sozialverbände und Verbraucherzentralen sind - neben dem **Deutschen Behindertenrat** (DBR, www.deutscher-behindertenrat.de) und der **Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen** (BAGP, www.bagp.de) - auch in der **Patientinnen- und Patientenvertretung** gegenüber der Politik, gegenüber Verbänden oder im Gemeinsamen Bundesausschuss (Kapitel 2.1.5) aktiv. Zudem bieten sie rechtlichen Beistand oder Beratung zu gesundheitsbezogenen Themen an.

Auch die Freie Wohlfahrtspflege (Kapitel 2.1.6) sowie weitere freie Träger oder Vereine unterhalten **Beratungsstellen**, in denen Ratsuchende (teilweise telefonisch) bei einer Antragstellung oder der Klärung von Rechtsansprüchen Hilfe erhalten. Das Angebotspektrum ist unterschiedlich ausgestaltet und reicht von reiner Sachberatung bis hin zu einer psychosozialen Krisenintervention. Spezialisierte Beratungsstellen rücken entweder ein Thema (z. B. Gesundheit, Drogen/Sucht, Konflikte in Partnerschaft/Familie) oder eine Zielgruppe (z. B. Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund, Schwangere) in den Fokus. Beratungsstellen sind oft gut vernetzt mit weiteren lokalen oder überregionalen Hilfestrukturen und können durch die Vermittlung weiterführender Angebote Hilfestellung leisten.

2.1.8 FORSCHUNG

Forschung im Bereich Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung wird durch staatliche Institutionen wie Bundes- und Landesministerien mit Gesundheits-, Arbeits- oder Sozialbezug gefördert (Kapitel 2.1.2.1 und 2.1.2.2). So forschen beispielsweise die dem BMG nachgeordneten Behörden BZgA und RKI als Ressortforschungseinrichtungen zu Fragestellungen der Gesundheitsförderung und Prävention; die BZgA vergibt hierzu auch Forschungsaufträge bzw. erteilt entsprechende Zuwendungen. Einen ersten themenspezifischen Förderschwerpunkt „Präventionsforschung“ richtete das **Bundesministerium für Bildung und Forschung** (BMBF, www.bmbf.de) ein (Förderzeitraum: 2004-2012), gefolgt von seiner Fördermaßnahme „Forschungsverbünde zur Primärprävention und Gesundheitsförderung“ (Förderzeitraum: 2014-2021). Auch die **Deutsche Forschungsgemeinschaft e. V.** (DFG, www.dfg.de) erhält ihre finanziellen Mittel größtenteils von Bund und Ländern und fördert damit Vorhaben aus allen wissenschaftlichen Fachrichtungen. Auf Ebene der EU schreibt beispielsweise die **Europäische Kommission** (European Commission, www.ec.europa.eu) Forschungsprogramme - teilweise auch mit gesundheitsförderlichen und präventiven Bezügen - aus. Neben staatlichen bzw. staatlich geförderten Akteuren finanzieren auch Sozialversicherungsträger (Kapitel 2.1.1) relevante Forschungsprojekte oder Stiftungslehrstühle an **Hochschulen** und haben überdies eigene **Institute** gegründet, die Forschung betreiben. Auch **Stiftungen** führen Projekte mit gesundheitsförderlichen und präventiven Bezügen durch bzw. fördern diese. Die geförderten Forschungsprojekte bestehen oftmals aus Kooperationen von Hochschulen bzw. wissenschaftlichen Instituten mit in der Praxis agierenden Akteuren in den Bereichen Gesundheit, Bildung, Arbeit und Soziales.

Die verschiedenen präventions- und gesundheitsförderungsbezogenen Wissenschaften werden durch **Fachgesellschaften** vertreten. Diese verfolgen das Ziel, ihr jeweiliges Feld weiterzuentwickeln und die Forschungsergebnisse in gesellschaftliche und gesundheitspolitische Diskurse einzubringen, wie z. B. die **Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V.** (DGSM, www.dgsm.de), die **Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V.** (DGPH, www.deutsche-gesellschaft-public-health.de) und die **Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie e. V.** (DGEpi, www.dgepi.de).

Die Bevölkerung unmittelbar über Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten und Angebote der Gesundheitsversorgung zu informieren, ist u. a. Ziel des **Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen** (IQWiG, www.iqwig.de), das dazu wissenschafts- und evidenzbasierte Gutachten zugrunde legt. Seine Aufträge erhält das IQWiG vom G-BA als oberstem Beschlussgremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen oder vom BMG.

2.2 KOOPERATIONSSTRUKTUREN

Die in Kapitel 2.1 vorgestellten Akteure arbeiten in einer Vielzahl von Kooperationsstrukturen zusammen, um ihr Engagement für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung abzustimmen und weiterzuentwickeln. Nachfolgend wird eine Auswahl dieser Strukturen vorgestellt.

2.2.1 NATIONALE PRÄVENTIONSKONFERENZ UND NATIONALE ARBEITSSCHUTZKONFERENZ

Die **Nationale Präventionskonferenz** (NPK, www.npk-info.de) nach § 20e SGB V, eingeführt durch das am 25.07.2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz, konstituierte sich am 26.10.2015. Ihre Aufgabe ist die Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie. Dies beinhaltet insbesondere die Vereinbarung bundeseinheitlicher, trägerübergreifender Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten einschließlich Betrieben (Bundesrahmenempfehlungen, § 20d Abs. 3 SGB V) und die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention im Vierjahresturnus (Präventionsbericht, § 20d Abs. 4 SGB V). Weiterhin kann die NPK die Durchführung von Modellvorhaben nach § 20g SGB V anregen. Bei der Festlegung der gemeinsamen Ziele für die nationale Präventionsstrategie berücksichtigt die NPK u. a. die Ziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie, die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (s. u.) festgelegt werden.

In der NPK sind die gesetzlichen Sozialversicherungen GKV, GRV, GUV und SPV durch ihre Spitzenorganisationen (die Träger der NPK¹⁹, je zwei Sitze) und – seit dem 10.02.2017 – die PKV durch den PKV-Verband (ein Sitz) als stimmberechtigte Mitglieder vertreten. Der Bund (vertreten durch BMG, BMAS, BMEL, BMFSFJ, vier Sitze), die Länder (vertreten durch GMK, ASMK, vier Sitze), die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene (vertreten durch Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städte- und Gemeindebund, drei Sitze), die Bundesagentur für Arbeit (ein Sitz), die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden (vertreten durch BDA, DGB, zwei Sitze) sowie das Präventionsforum nach § 20e Abs. 2 SGB V (vertreten durch die BVPG, ein Sitz, siehe auch Kapitel 7.3) entsenden Vertretungen mit beratender Stimme in die NPK. Weiterhin haben gemäß § 140f Abs. 2 SGB V die Interessenvertretungen von Patientinnen und Patienten ein Mitberatungsrecht (zwei Sitze).

19 Sie bilden die NPK als Arbeitsgemeinschaft nach § 94 Abs. 1a SGB X.

Die **Nationale Arbeitsschutzkonferenz** (NAK, www.gda-portal.de) ist gemäß § 20b Arbeitsschutzgesetz das zentrale Entscheidungsgremium zur Umsetzung der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA). Sie wurde 2008 mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung eingeführt und löste ein zuvor bestehendes Spitzengespräch ab. Die Aufgaben der NAK umfassen insbesondere die Planung, Koordination und Evaluation der Maßnahmen der GDA. Dazu entwickelt die NAK Arbeitsschutzziele und Handlungsfelder und leitet daraus Eckpunkte für Arbeits- und Aktionsprogramme ab. Sie ist auch für die Evaluation der GDA²⁰ verantwortlich.

Die NAK setzt sich aus Vertretungen des Bundes, der Arbeitsschutzbehörden der Länder und der Unfallversicherungsträger als stimmberechtigte Mitglieder zusammen. Weiterhin nehmen die Spitzenorganisationen der Arbeitgebenden und der Arbeitnehmenden mit beratender Stimme an der NAK teil. Die NAK wird durch das Arbeitsschutzforum unterstützt, das in der Regel einmal jährlich tagt. Das Arbeitsschutzforum hat die Aufgabe, eine frühzeitige und aktive Teilhabe der sachverständigen Fachöffentlichkeit an der Entwicklung und Fortschreibung der GDA sicherzustellen und die NAK entsprechend zu beraten (§ 20b Abs. 3 Arbeitsschutzgesetz). Darüber hinaus können Einrichtungen, die mit Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit befasst sind, der NAK Vorschläge unterbreiten.

2.2.2 KOOPERATIONSSTRUKTUREN IN DEN BUNDESLÄNDERN

Die Landesministerien arbeiten in Fachministerkonferenzen zusammen, in denen eine fachliche und politische Beratung und Abstimmung stattfindet. Im Zusammenhang mit Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sind die **Gesundheitsministerkonferenz** (GMK, www.gmkonline.de), die **Arbeits- und Sozialministerkonferenz** (ASMK²¹), die **Kultusministerkonferenz** (KMK, www.kmk.org/) und die **Jugend- und Familienministerkonferenz** (JFMK, www.jfmk.de) von besonderer Bedeutung. Unter dem Dach der GMK arbeitet die Arbeitsgruppe „Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Für die ASMK übernimmt der Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI, www.lasi-info.com) die Funktion eines koordinierenden Gremiums und bearbeitet grundlegende Fragen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes in der Arbeitswelt. Die Vorarbeiten für Entscheidungen der KMK werden von Hauptausschüssen und Kommissionen geleistet, wobei insbesondere der Schulausschuss, der Ausschuss für Berufliche Bildung und der Hochschulausschuss sowie die Kommission Sport für die Themen der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung relevant sind.

Durch die Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V wurden in den Bundesländern Kooperationsstrukturen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie nach § 20d SGB V definiert. In einigen Ländern wurde dazu an bereits bestehende Strukturen angeknüpft, in anderen wurden neue Strukturen geschaffen. In der Ausgestaltung der **Kooperationsstrukturen auf Basis der Landesrahmenvereinbarungen** wurden unterschiedliche Ansätze gewählt: (1) dialogorientierte Strukturen, die primär dem gegenseitigen Austausch dienen, (2) abstimmungsorientierte Strukturen, die der Koordination der Aktivitäten dienen, und (3) entscheidungsorientierte Strukturen mit expliziten und verbindlichen Entscheidungskompetenzen (Kapitel 6.4).²²

Zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Unfallversicherungsträgern und den für den Arbeitsschutz zuständigen Behörden haben die Unfallversicherungsträger **Gemeinsame Landesbezogene Stellen** (GLS) nach § 20 Abs. 2 SGB VII eingerichtet. Die sechs GLS sind bei den sechs DGUV-Landesverbänden angesiedelt und haben – dem gesetzlichen Auftrag folgend, den sie 2008 mit Verabschiedung des Unfallversicherungsmodernisierungsgesetzes erhielten – in jedem Bundesland mit den für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden gleichlautende Rahmenvereinbarungen abgeschlossen. Die Vereinbarungen betreffen die zur Umsetzung der gemeinsamen Beratungs- und Überwachungsstrategie notwendige Maßnahmen sowie gemeinsame Arbeitsprogramme, insbesondere zur Umsetzung der Eckpunkte der GDA. Zu den Aufgaben der GLS gehören die Auswahl, Begleitung und Durchführung gemeinsamer Projekte und Schwerpunktktionen sowie die Steuerung der Mitwirkung der Unfallversicherungsträger an der Umsetzung der GDA auf der Länder-, Bezirks- und Lokalebene.

20 Siehe www.gda-portal.de/DE/GDA/Evaluation/Evaluation_node.html

21 www.mags.nrw/nordrhein-westfalen-hat-2018-den-vorsitz-der-arbeits-und-sozialministerkonferenz-asmk

22 Böhm, K., & Klinnert, D. (2018). Die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Länderebene: Eine Analyse der Landesrahmenvereinbarungen. Das Gesundheitswesen. doi: 10.1055/a-0638-8172

Weiterhin gibt es in den Ländern **Arbeitsgruppen, Bündnisse, Netzwerke, Runde Tische** etc., die sich mit Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung beschäftigen. Sie fokussieren z. B. auf einzelne Ziele der Bundesrahmenempfehlungen (z. B. Gesund aufwachsen), bestimmte Themen (z. B. Sucht, Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung) oder Lebenswelten (z. B. Stadt, Arbeitswelt).

2.2.3 KOOPERATIONSSTRUKTUREN AUF KOMMUNALER EBENE

Das **Gesunde Städte-Netzwerk** (www.gesunde-staedte-netzwerk.de) ist ein freiwilliger Zusammenschluss von 84 Städten, Gemeinden und Landkreisen (Stand 30.01.2019). Es wurde 1989 aus einer Initiative der Weltgesundheitsorganisation heraus gegründet und versteht sich als ein „Lern-, Aktions- und Diskussionsinstrument“, das die teilnehmenden Kommunen in ihrer Arbeit vor Ort unterstützt. Die Mitgliedskommunen verpflichten sich einem 9-Punkte-Programm, das Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne der „Gesunde Städte“-Bewegung der Weltgesundheitsorganisation in den Prozessen und Strukturen der Kommunen verankert.

In Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen bestehen weitgehend flächendeckend **kommunale Gesundheitskonferenzen** (in Bayern Gesundheitsregionen^{plus}, in Berlin und Hamburg Bezirksliche Gesundheitskonferenzen, in Hessen Regionale Gesundheitskonferenzen). In Sachsen gibt es Regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung. Auch in anderen Bundesländern haben einzelne Kommunen kommunale Gesundheitskonferenzen oder analoge Strukturen gegründet. Die kommunalen Gesundheitskonferenzen zeichnen sich durch große Heterogenität ihrer Ziele und Arbeitsweisen aus, können jedoch verallgemeinert als Gremien beschrieben werden. In ihnen sind die relevanten Akteure des Gesundheitswesens mit dem Ziel der Information und Verständigung, Kooperation und Partizipation in Bezug auf Gesundheitsfragen vertreten.²³

Das **Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt“** (www.staedtebaufoerderung.info) ist Teil der Städtebauförderung von Bund, Ländern und Kommunen. Es wurde 1999 gegründet und förderte bisher 891 Gebiete in 513 Kommunen. Ziel des Programms ist die „Stabilisierung und Aufwertung städtebaulich, wirtschaftlich

und sozial benachteiligter und strukturschwacher Stadt- und Ortsteile.“ Dabei ist Gesundheitsförderung eines der Handlungsfelder.

2.2.4 WEITERE KOOPERATIONSSTRUKTUREN

Das **GKV-Bündnis für Gesundheit** (www.gkv-buendnis.de) wurde 2016 als Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gegründet. Dem gesetzlichen Auftrag in § 20a Abs. 3 und 4 SGB V folgend, hat der GKV-Spitzenverband als Vertretung aller gesetzlichen Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Umsetzung der Aufgaben des Bündnisses beauftragt. Die Schwerpunkte des GKV-Bündnisses für Gesundheit umfassen die krankenkassenübergreifende Unterstützung kommunaler Gesundheitsförderung, insbesondere zur Erreichung vulnerabler Zielgruppen, die Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung sowie die Stärkung der wissenschaftlichen Grundlagen und der Qualitätssicherung (Kapitel 7.4).

Der **Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit** (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) wurde 2003 von der BZgA initiiert. Der Verbund hat 75 Mitglieder (Stand 07.01.2019), darunter die Landesvereinigungen für Gesundheit, die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V., die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene, einzelne gesetzliche Krankenkassen, die kommunalen Spitzenverbände, die Bundesagentur für Arbeit, die Bundesverbände der Ärzteschaft, fünf Wohlfahrtsverbände und vier Landesministerien. Der Kooperationsverbund verfolgt das Ziel, „die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung in der öffentlichen Wahrnehmung wie auch in der praktischen Umsetzung zu fördern und weiterzuentwickeln“.²⁴ Um dies zu erreichen, fördert er die Transparenz im Handlungsfeld, unterstützt den Aufbau und die Weiterentwicklung der strukturellen Rahmenbedingungen für eine bedarfsorientierte und nachhaltige Gesundheitsförderung in Deutschland und trägt zur Vernetzung der Akteure und zur Bündelung der vorhandenen Ressourcen bei. Das Angebot des Kooperationsverbunds beinhaltet u. a. den kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für alle“, eine Praxisdatenbank und die Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit“. Am kommunalen Partnerprozess nehmen derzeit ca. 60 Kommunen teil. Sie haben die Möglichkeit, sich in Fachveranstaltungen

23 Hollederer, A. (2015). Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. *Das Gesundheitswesen*, 77(03), 161-167.

24 Ziele des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit. 20.02.2018. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=29aeb21e95aa777716ad3641a7555cde

und über ein Online-Portal (www.inforo.online) auszutauschen. Weiterhin erhalten sie fachliche Begleitung und Unterstützung (z. B. in Form von Gute Praxis-Werkstätten). Die Praxisdatenbank enthält ca. 3.000 Beispiele für Angebote der Gesundheitsförderung, die sich insbesondere an Menschen in schwieriger sozialer Lage richten. Mehr als 120 der Einträge in der Datenbank wurden im Rahmen eines Gute Praxis-Auswahlverfahrens ausgezeichnet, da sie mindestens drei der zwölf Gute Praxis-Kriterien des Kooperationsverbunds in beispielhafter Weise erfüllen.

Um die Arbeit des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit in die Bundesländer und Kommunen zu tragen, wurden in allen 16 Bundesländern **Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC)** aufgebaut. Sie sind beauftragt, den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren auf Landes- und kommunaler Ebene anzuregen, Gute Praxis-Projekte zu identifizieren und zu verbreiten und damit die Qualitätsentwicklung zu fördern. Sie werden durch die gesetzlichen Krankenkassen, die Länder und aus Bundesmitteln durch die BZgA gefördert. Im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit (s. o.) wurde das Fachpersonal der Koordinierungsstellen aufgestockt und eine inhaltliche und qualitative Weiterentwicklung ihrer Arbeit initiiert (Kapitel 7.4).

Das **Netzwerk Gesund ins Leben** (www.gesund-ins-leben.de) wurde 2009 vom Bundesministerium für Ernährung (BMEL) als Teil des Nationalen Aktionsplans „INFORM“ (www.in-form.de) gegründet. Seit 2017 ist es als eigenständiges Referat im Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) angesiedelt. Das Netzwerk wird von einer Lenkungsgruppe geleitet und gesteuert, der Vertretungen des Berufsverbands der Frauenärzte e. V., des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte e. V., des Deutschen Hebammenverbands e. V., der Plattform Ernährung und Bewegung e. V., des BMEL und des BZfE angehören. Ziel des Netzwerks ist es, „Eltern einheitliche Botschaften zur Ernährung und Bewegung zu vermitteln, damit sie und ihre Kinder gesund leben und aufwachsen“. Die Arbeit des Netzwerks umfasst die Qualifikation von Multiplikatoren, das Erstellen und Verbreiten von Medien, Info- und Schulungsmaterial sowie Öffentlichkeitsarbeit. Grundlage sind dabei die bundesweiten Handlungsempfehlungen, die das Netzwerk erarbeitet hat.

In den **Netzwerken Frühe Hilfen** (www.fruehehilfen.de/bundesstiftung-fruehe-hilfen/kommunale-netzwerke/)

arbeiten Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe, der Schwangerschaftsberatung und Frühförderung sowie Gesundheitsfachkräfte (z. B. Familienhebammen) und Ehrenamtliche zusammen. Die Netzwerke stimmen Hilfsangebote für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern aufeinander ab, um eine bessere Beratung für Familien anbieten zu können. Die Netzwerke wurden 2012 im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ins Leben gerufen und in fast allen der ca. 580 Kommunen, die örtliche Träger der Kinder- und Jugendhilfe sind, etabliert. Seit 2018 werden die Netzwerke durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen gefördert.

Der Kooperationsverbund **gesundheitsziele.de** (www.gesundheitsziele.de/) wurde im Jahr 2000 mit dem Ziel gegründet, nationale Gesundheitsziele weiterzuentwickeln. An dem Kooperationsverbund sind ca. 140 Organisationen beteiligt wie z. B. Verantwortliche aus Politik in Bund, Ländern und Kommunen, Vertretungen von Kostenträgern, Leistungserbringenden, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden, Fachverbänden, Industrie und Wissenschaft. Die Kooperationspartner entwickeln in einem Konsensverfahren Empfehlungen für Gesundheitsziele, welche jeweils aus einem Oberziel, Teilzielen, Strategien und Maßnahmen zur Zielerreichung sowie Startermaßnahmen bestehen. Bisher hat gesundheitsziele.de zu neun Themen – Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Tabakkonsum, Gesund aufwachsen, Patient(inn)ensouveränität, depressive Erkrankungen, Gesund älter werden, Alkoholkonsum und Gesundheit rund um die Geburt – Gesundheitsziele entwickelt. Der GKV-Spitzenverband berücksichtigt im GKV-Leitfaden Prävention (Kapitel 7.6) die in § 20 Abs. 3 SGB V genannten Gesundheitsziele²⁵ im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.

In der **Initiative Gesundheit und Arbeit** (iga, www.iga-info.de) kooperieren seit 2002 der BKK Dachverband e. V., die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., der AOK-Bundesverband und der Verband der Ersatzkassen e. V., um die Verbreitung von Gesundheitsförderung und Prävention in Betrieben zu fördern. Die iga führt Projekte zu den Themenfeldern „Wirksamkeit von Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung“, „Gestaltung gesunder Arbeit“, „Kooperation und Vernetzung“ sowie „Arbeit im Wandel“ durch. Ein Beispiel des Engagements zum Thema Wirksamkeit sind die iga.Reporte 3, 13, 28 und 40, in denen die Evidenzlage systematisch

25 Das Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ wurde nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes veröffentlicht und findet daher in der gesetzlichen Regelung keine Erwähnung.

aufgearbeitet wurde (Kapitel 4.2). Weiterhin führt die iga Veranstaltungen durch, erstellt Veröffentlichungen und ist Träger des Deutschen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF, www.dnbgf.de).

Die **Initiative Neue Qualität der Arbeit** (inqa, www.inqa.de) wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gegründet. Ihrem Steuerkreis gehören neben dem BMAS selbst Vertretungen der Wirtschaft und der Gewerkschaften an sowie die Arbeits- und Sozialministerkonferenz und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände. Weiterhin sind vier Themenbotschafter vertreten, die als Expertinnen und Experten für die vier Schwerpunktthemen der inqa (Führung, Chancengleichheit & Diversity, Gesundheit, Wissen & Kompetenz) dienen. Die inqa kooperiert mit zahlreichen Partnern (u. a. Vertretungen der GKV und GUV). Das Angebot der inqa umfasst Anleitungen für Bestandsaufnahmen, Handlungshilfen, Praxisbeispiele, das Beratungsprogramm „unternehmensWert:Mensch“, das „INQA-Audit Zukunftsfähige Unternehmenskultur“ und Vernetzung durch über 60 Unternehmens-, Experten- und Beraternetzwerke sowie Fachkreise. Eines dieser Netzwerke ist z. B. die Offensive Mittelstand (www.offensive-mittelstand.de). Schließlich fördert die inqa im Rahmen regelmäßiger Ausschreibungen Transfer- und Strategiprojekte. Ein Beispiel ist das Projekt Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (psyGA, www.psyga.info), an dessen Umsetzung mehrere gesetzliche Krankenkassen und Unfallversicherungsträger beteiligt sind.

Die gesetzlichen Krankenkassen kooperieren in den **regionalen BGF-Koordinierungsstellen** nach § 20b Abs. 3 SGB V (www.bgf-koordinierungsstelle.de), um Unternehmen Beratung und Unterstützung zu betrieblicher Gesundheitsförderung anzubieten und eine Lotsenfunktion bei Fragestellungen der Unternehmen zu den anderen Sozialversicherungen wahrzunehmen (Kapitel 7.5).

3 Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung

Ausgangspunkte für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sind eine Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und ihrer Einflussfaktoren sowie daraus ableitbare Präventionsbedarfe und -potenziale. Dafür werden Daten sowohl auf Bundes- als auch auf Länder- und kommunaler Ebene benötigt. Aufgrund dieser Notwendigkeit hat der Gesetzgeber in § 20d Abs. 4 SGB V festgelegt, dass das Robert Koch-Institut (RKI) für den Präventionsbericht der NPK relevante Informationen aus dem Gesundheitsmonitoring liefert. Kapitel 3.1 und 3.2 enthalten die vom RKI hierzu erarbeiteten Informationen.

Um auch geografisch feingliedrigere Informationen einzubeziehen, sieht das Präventionsgesetz vor, dass die Länder regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stellen können (§ 20d Abs. 4 Satz 7 SGB V). Dieser Option kommen die Länder mit Kapitel 3.3 nach: Jedes Bundesland verfasste einen

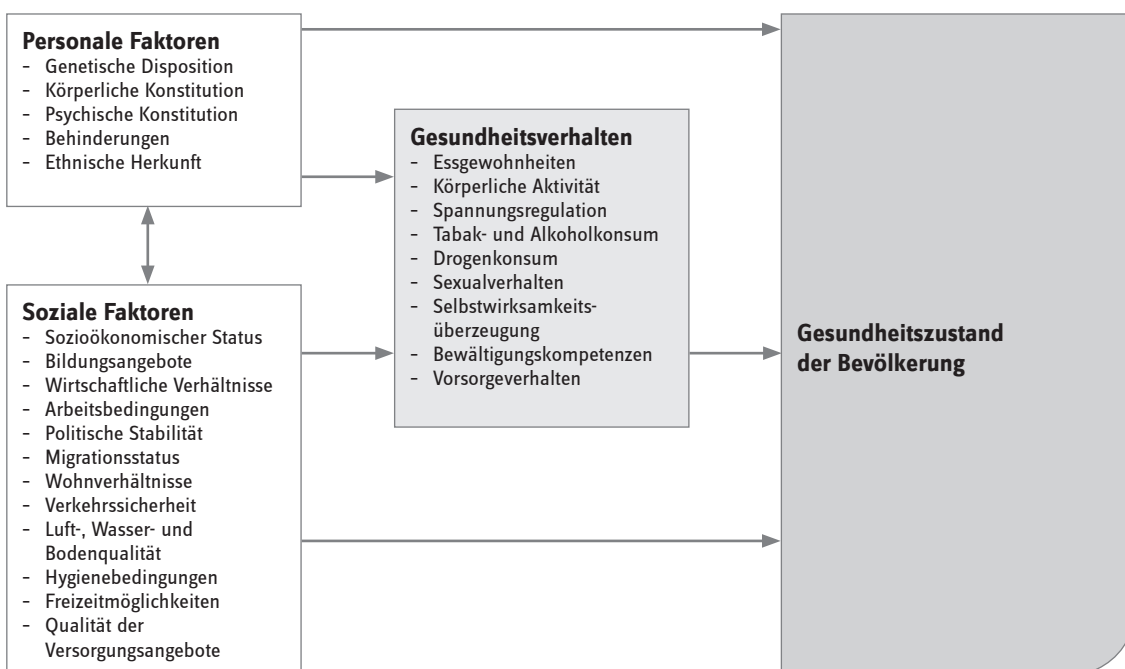
Beitrag über die jeweiligen Erkenntnisse aus seiner Gesundheits- und Sozialberichterstattung.

Lebenserwartung, Krankheitsspektrum und Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand

Als Kontext für die Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung ist festzustellen, dass die Bevölkerung in Deutschland im internationalen Vergleich einen guten Gesundheitszustand aufweist. Dies reflektiert sich z. B. in der Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt, einem wichtigen Indikator zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Sie betrug im Jahr 2016 durchschnittlich 81,0 Jahre (Frauen: 83,3 Jahre, Männer: 78,7 Jahre). Damit lag Deutschland auf Platz 26 von 183 Ländern.²⁶ Wie in vielen anderen Ländern auch, hat sich das Krankheitsspektrum in Deutschland über die letzten Generationen gewandelt: Infektionskrankheiten traten als Todesursache in den Hintergrund, während

26 World Health Organization: Life expectancy and Healthy life expectancy, Data by country, Last updated: 2018-04-06, <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXv?lang=en>. Die höchste Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt hatten Japan (84,2 Jahre), die Schweiz (83,3) und Spanien (83,1).

Abbildung 3: Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung



chronische Erkrankungen an Bedeutung gewonnen haben.²⁷ Die gesundheitliche Lage der Bevölkerung wird heute vor allem von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, sowie psychischen und Verhaltensstörungen geprägt. Bezogen auf bestimmte Zielgruppen spielen auch Adipositas, Karies, allergische Erkrankungen, Erkrankungen des Atemsystems, Unfälle bzw. Unfallverletzungen sowie demenzielle Erkrankungen eine Rolle.

Die Gesundheit der Bevölkerung wird durch personale und soziale Faktoren sowie das Gesundheitsverhalten beeinflusst (Abbildung 3). Diese Einflussfaktoren treten nicht isoliert auf, sondern bedingen sich gegenseitig. Weiterhin sind sie in der Gesellschaft unterschiedlich ausgeprägt, woraus sich Unterschiede in den Gesundheitschancen der Menschen ergeben. Unter den sozialen Faktoren hat sich der sozioökonomische Status – typischerweise gemessen anhand des Einkommens-, Bildungs- und Berufsstatus – als besonders wichtig erwiesen.²⁸ Auch das Geschlecht spielt eine Rolle^{ebd.} – als biologisches Geschlecht ist es ein Element der genetischen Disposition und als soziales Geschlecht ein Einflussfaktor, der in Interaktion mit anderen personalen und sozialen Faktoren entsteht.

Frauen und Männer mit Einkommen unterhalb der Armutrisikogrenze²⁹ haben ein signifikant höheres Mortalitätsrisiko als der Bevölkerungsdurchschnitt. Differenziert nach Einkommensgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede in der Lebenserwartung: Die Lebenserwartung bei Geburt beträgt bei Frauen am unteren Ende der Einkommensverteilung 78,4 Jahre und damit 4,4 Jahre weniger als bei Frauen am oberen Ende der Einkommensverteilung, die im Durchschnitt 82,8 Jahre alt werden. Männer haben insgesamt eine niedrigere Lebenserwartung bei Geburt als Frauen und der Unterschied nach Einkommen ist bei ihnen noch ausgeprägter: Männer in der niedrigsten Einkommensgruppe haben eine Lebenserwartung bei Geburt von 71,0 Jahren im Vergleich zu Männern in der höchsten Einkommensgruppe, die im Durchschnitt 79,6 Jahre alt werden, d. h. im Vergleich 8,6 Jahre länger leben.³⁰ Ähnliche Ergebnisse ergeben sich bezogen auf die fernere Lebenserwartung im Alter von

65 Jahren und den Anteil der Menschen, die vor Vollendung des 65. Lebensjahrs sterben.^{ebd.}

Auch bezogen auf die Häufigkeit von Erkrankungen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe zeigen sich – wie nachfolgend im Detail dargestellt – deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von personalen und sozialen Faktoren sowie dem Gesundheitsverhalten.

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

28 Hurrelmann, K., & Richter, M. (2018). Gesundheits- und Medizinsoziologie (8. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.

29 Die Armutrisikogrenze ist hier definiert als ein Einkommen unterhalb 60 % des medianen Netto-Äquivalenzeinkommens.

30 Lampert, T., Hoebel, J., & Kroll, L. E. (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 4(1). doi: 10.25646/5868. Die Angaben beziehen sich auf eine Auswertung von Daten des sozioökonomischen Panels aus den Jahren 1992 bis 2016.

3.1 GESUNDHEITLICHE LAGE IN DEUTSCHLAND UND IHRE EINFLUSSFAKTOREN

Das folgende, vom RKI erstellte Kapitel gibt einen Überblick über die gesundheitliche Lage und ihre Einflussfaktoren für die Bevölkerungsgruppen, die in den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (Kapitel 2.2.1) als Zielgruppen definiert wurden. Das sind

- für das Ziel Gesund aufwachsen: werdende und junge Familien, Kinder von 0 bis 6 Jahren und 7 bis 10 Jahren, Kinder und Jugendliche von 11 bis 17 Jahren, Auszubildende und Studierende (Kapitel 3.1.1 bis 3.1.6);
- für das Ziel Gesund leben und arbeiten: erwerbstätige Menschen, arbeitslose Menschen und ehrenamtlich tätige Personen (Kapitel 3.1.7 bis 3.1.9) und
- für das Ziel Gesund im Alter: Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune und Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen (Kapitel 3.1.10 und 3.1.11).

Den Ausführungen liegen überwiegend Daten aus dem Gesundheitsmonitoring des RKI zugrunde. Das Gesundheitsmonitoring des RKI findet im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit statt und beobachtet auf kontinuierlicher Basis Entwicklungen im Krankheitsgeschehen sowie im Gesundheits- und Risikoverhalten in Deutschland.³¹ Zentrale Bestandteile sind die Studie zur „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ (KiGGS), die Studie zur „Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGSI) und die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Die Daten werden deutschlandweit in regelmäßigen Abständen erhoben und enthalten umfangreiche Informationen zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten der Befragten. Sie ermöglichen eine alters- und geschlechtsbezogene sowie nach sozialem Status oder Bildung differenzierte Darstellung für die Beschreibung der gesundheitlichen Lage (Erkrankungen und Beschwerden) und gesundheitsbezogener Einflussfaktoren. Ständen für die entsprechenden Bevölkerungsgruppen keine Daten des Gesundheitsmonitorings zur Verfügung, wurden externe Datenquellen wie z. B. von den gesetzlichen Krankenkassen oder der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin herangezogen.

Als Auswahlkriterien für die dargestellten Erkrankungen, Beschwerden und Einflussfaktoren wurden Präventionsrelevanz und Public-Health-Bedeutung herangezogen,

d. h. sie sollten präventiv beeinflussbar sein, eine hohe Prävalenz (Häufigkeit) aufweisen oder schwerwiegende Auswirkungen haben, z. B. im Hinblick auf die Morbidität (Krankheitslast), die Mortalität (Sterblichkeit) oder die vorzeitige Sterblichkeit. Der Auswahlprozess erfolgte in drei Schritten:

1. Umfassende Analyse der nationalen und internationalen Literatur hinsichtlich potenziell vermeidbarer Erkrankungen und Beschwerden oder beeinflussbarer Risikofaktoren und Ressourcen,
2. Identifizierung relevanter Erkrankungen, Beschwerden und Einflussfaktoren für die elf Bevölkerungsgruppen und
3. Prüfung der Datenverfügbarkeit, d. h. Identifikation geeigneter, möglichst etablierter Indikatoren für die ausgewählten Erkrankungen, Beschwerden und Einflussfaktoren.

Die hier präsentierte Auswahl beschränkt sich auf wesentliche Erkrankungen, Beschwerden und Einflussfaktoren in den o. g. Bevölkerungsgruppen, wobei für einzelne Bevölkerungsgruppen nur begrenzt Informationen dazu vorliegen. Dargestellt wird der jeweilige Anteil in einer Bevölkerungsgruppe, der eine Erkrankung oder einen Risikofaktor aufweist oder der über eine Ressource nicht oder nur eingeschränkt verfügt. Das ermöglicht es, konkrete Präventionsbedarfe und -potenziale abzuleiten (Kapitel 3.2).

Die jeweiligen Erkrankungen, Beschwerden und Einflussfaktoren werden anhand von Prävalenzen dargestellt und, wo möglich, nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status bzw. Bildungsstand stratifiziert. Werden diesbezüglich Unterschiede beschrieben, sind diese signifikant. In allen anderen Fällen werden nur die Häufigkeiten der Erkrankungen, Beschwerden und Einflussfaktoren dargestellt. Die im Text genannten Ergebnisse, die auf eigenen Berechnungen des RKI auf Grundlage der Daten des Gesundheitsmonitorings beruhen, sind im **Tabellenanhang** auch tabellarisch dargestellt.

3.1.1 WERDENDE UND JUNGE FAMILIEN

Unter der Bevölkerungsgruppe „Werdende und junge Familien“ werden im Folgenden Schwangere sowie Eltern mit Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahrs mit besonderer Berücksichtigung der Alleinerziehenden betrachtet.

3.1.1.1 Schwangere

Die Zahl der Schwangeren kann indirekt über die Zahl der Geburten geschätzt werden. Im Jahr 2017 wurden in Deutschland 784.901 Kinder geboren und es gab 14.712 Mehrlingsgeburten. Der Altersdurchschnitt der Mütter lag für erstgebärende Frauen bei 29,8 Jahren [1]³² und insgesamt waren 75 % der Gebärenden zwischen 18 und 34 Jahre alt [2].

Schwangerschaft und Geburt sind bedeutende biografische Ereignisse, die neben Veränderungen in der sozialen Rolle auch körperliche und psychische Veränderungen mit sich bringen [3]. Die Schwangerschaft ist eine Lebensphase, die von den meisten Schwangeren und ihrem sozialen Umfeld gut bewältigt wird. Dennoch gibt es Schwangere mit besonderem Unterstützungsbedarf, z. B. Frauen, die von Armut oder prekären Lebenssituationen betroffen sind [4, 5].

Wichtige Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Schwangeren und von ungeborenen Kindern sind der Tabak- und Alkoholkonsum. In Bezug auf die gesundheitliche Lage ist insbesondere die Verbreitung von Adipositas und von Schwangerschaftsdiabetes hervorzuheben.

Aspekte des Gesundheitsverhaltens der Eltern werden mit der KiGGS-Studie erhoben, die sich zum Teil auf die Phase der Schwangerschaft beziehen [6]. Über das bundesweite Qualitätssicherungsverfahren Geburtshilfe werden neben Indikatoren zur Einschätzung der Qualität in der geburtshilflichen Versorgung im Krankenhaus auch Angaben zur Schwangerschaft aus dem Mutterpass erhoben, die eine Einschätzung von gesundheitlichen Risiken in der Schwangerschaft erlauben [2]. Mit diesen Datenquellen können die gesundheitsbezogenen Einflussfaktoren und die gesundheitliche Lage von Schwangeren, auch bezüglich soziallyagenbezogener Unterschiede, beschrieben werden.

Gesundheitsbezogene Einflussfaktoren

Mütterlicher Tabak- oder Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist mit erheblichen Risiken für die Entwicklung des ungeborenen Kindes verbunden [7, 8]. Rauchen Frauen während der Schwangerschaft, birgt dies auch Risiken für das Auftreten von Schwangerschaftskomplikationen [9-11]. Insgesamt geben 10,9 % der Mütter, deren Kinder zwischen 2007 und 2016 geboren wurden, an, während der Schwangerschaft regelmäßig oder ab und

zu geraucht zu haben [12]. Dies waren vor allem jüngere Mütter unter 25 Jahren (22,5 %). Außerdem zeigt sich ein sozialer Gradient: Mütter mit einem hohen Sozialstatus rauchen signifikant seltener während der Schwangerschaft als Mütter mit einem niedrigen oder mittleren Sozialstatus.

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann eine fetale Alkohol-Spektrum-Störung (fetal alcohol spectrum disorder, FASD) verursachen, die mit schweren bleibenden geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen der Kinder einhergeht [4, 8]. Daher sollten Frauen während der Schwangerschaft keinen Alkohol trinken. Nach der KiGGS Basiserhebung (2003-2006) beträgt der Anteil der Frauen, die während der Schwangerschaft gelegentlich Alkohol konsumiert haben, 14 % [13]. Hier zeigt sich ebenfalls ein sozialer Gradient, allerdings in der Richtung, dass Alkoholkonsum während der Schwangerschaft bei Frauen mit hohem Sozialstatus häufiger vorkam (20,3 %) als bei Frauen mit niedrigem Sozialstatus (8,5 %).

Gesundheitliche Lage

Adipositas zu Beginn sowie eine hohe Gewichtszunahme während der Schwangerschaft können negative gesundheitliche Folgen für Mutter und Kind haben [4]. Adipositas gilt als maßgeblicher Risikofaktor für das Auftreten eines Schwangerschaftsdiabetes [14] und erhöht das Risiko für Säuglingssterblichkeit, für Adipositas und Übergewicht der Kinder und für die damit verbundenen Folgeerkrankungen [15-17]. Im Jahr 2017 waren 21,9 % der Frauen zu Beginn der Schwangerschaft übergewichtig und 14,7 % adipös [2], wobei diese Anteile in den letzten Jahren angestiegen sind [13, 18].

Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) ist, wenn dieser unerkannt bleibt, ein erheblicher Risikofaktor für die Mutter und das ungeborene Kind. Unbehandelt führt diese Erkrankung oft zu einer starken Zunahme der Fruchtwassermenge und zu einem abnormalen Größenwachstum des Kindes bei einer gleichzeitigen Entwicklungsverzögerung, insbesondere hinsichtlich der Lungenreifung. Für Frauen mit Gestationsdiabetes besteht während der Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko für Harnwegsinfekte und Bluthochdruck [19]. Sie haben darüber hinaus in den Folgejahren ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines manifesten Diabetes mellitus Typ 2 [20]. Das Screening auf Gestationsdiabetes, welches im Jahr 2012 im Rahmen der gesetzlichen

Krankenversicherung eingeführt wurde, hat die frühzeitige Erkennung der Krankheit verbessert [21]. Schwangerschaftsdiabetes wurde im Jahr 2017 in 44.907 Fällen dokumentiert, das entspricht 5,9 % der Schwangeren [2].

3.1.1.2 Junge Familien unter Berücksichtigung von Alleinerziehenden

Der Begriff „Familie“ umfasst gemäß der Definition des Statistischen Bundesamtes alle Eltern-Kind-Gemeinschaften, also Ehepaare, nichteheliche und gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften sowie alleinerziehende Mütter und Väter mit ledigen Kindern im Haushalt. Unter diesem Familienbegriff werden neben leiblichen Kindern auch Stief-, Pflege- und Adoptivkinder verstanden [22]. Als alleinerziehend zählen Mütter und Väter, die ohne Ehe- oder Lebenspartner mit einem oder mehreren minder- oder volljährigen Kindern in einem Haushalt leben [23]. Im Jahr 2017 lebten in Deutschland 11,6 Millionen Familien. Davon hatten 8,2 Millionen mindestens ein minderjähriges Kind; davon wiederum waren 25,4 % Familien mit mindestens einem Kind unter 3 Jahren [24]. Im Jahr 2017 gab es ca. 1,5 Millionen Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, was in etwa 19 % aller Familien entspricht. Davon waren ca. 1,4 Millionen alleinerziehende Mütter und 190.000 alleinerziehende Väter. Das bedeutet, dass die Mehrheit der Alleinerziehenden (88 %) Frauen sind [23].

In den ersten Lebensjahren eines Kinds werden wichtige Weichen für die spätere Gesundheit gestellt. Dabei prägen das Familienleben, die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen der Eltern und die Lebenswelten der Kinder ihre gesundheitliche Entwicklung. Wesentlich ist dabei für die Eltern, welche Ressourcen ihnen zur Verfügung stehen, aber auch welchen Belastungen sie in ihrem Alltag ausgesetzt sind. Die meisten Familien in Deutschland sagen, dass es ihnen gesundheitlich gut geht und sie zufrieden mit ihrem Familienleben sind [25, 26].

In Bezug auf die Gesundheit junger Familien sind Ernährung inklusive Stillen, körperliche Aktivität sowie Tabak- und Alkoholkonsum als wichtige Einflussfaktoren zu nennen. Ein wesentlicher Aspekt der gesundheitlichen Lage ist die Verbreitung von Adipositas bei Eltern von null- bis dreijährigen Kindern. Alleinerziehende haben oftmals ungünstigere Gesundheitschancen (z. B. in Bezug auf Stressbelastung und Rauchen) und eine schlechtere gesundheitliche Lage (z. B. in Bezug auf Adipositas, Rückenschmerzen und Depression).

Das Stillverhalten der Mütter kann mit den Daten der KiGGS-Studie beschrieben werden. Für weitere Aspekte der gesundheitlichen Lage und ihrer Einflussfaktoren von jungen Familien kann auf die Ergebnisse der gepoolten Daten der GEDA-Studie 2009, 2010 und 2012 zurückgegriffen werden (eigene Berechnungen), welche auch Ergänzungen zu Alleinerziehenden ermöglichen. Beide Datenquellen erlauben Aussagen über mögliche soziallagenbezogene Unterschiede. Anhand der Daten des Mikrozensus kann die Adipositasprävalenz von Eltern beschrieben werden.

Gesundheitsbezogene Einflussfaktoren

Muttermilch gilt für Säuglinge als natürlichste und beste Ernährungsform. Stillen stärkt die Bindung zwischen Mutter und Kind und birgt gleichzeitig gesundheitliche Vorteile für das Kind. Über alle Erhebungswellen der KiGGS-Studie hinweg ist der Anteil jemals gestillter Kinder tendenziell angestiegen [27]. Das gilt allerdings nicht für die Stilldauer; es gibt nach wie vor einen starken Abfall der Stillrate ab dem zweiten Lebensmonat der Kinder. Es bestehen außerdem große bildungsspezifische Unterschiede im Stillverhalten: 68,5 % der Kinder von Müttern mit niedriger Bildung wurden nach der Geburt gestillt, bei Kindern von Müttern mit hoher Bildung lag der Anteil bei 94,5 % [28].

Hinsichtlich der wichtigen Einflussfaktoren Ernährung und Bewegung auf die Gesundheit der Eltern fällt auf, dass 42,8 % der Mütter und Väter mit Kindern unter drei Jahren nicht täglich Obst verzehren und 51,7 % der Mütter und Väter nicht täglich Gemüse essen. 58,5 % der Mütter und Väter mit Kindern unter drei Jahren erreichen nicht die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur körperlichen Aktivität für Erwachsene. Sie sind also weniger als 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv. 29,8 % der Mütter und Väter mit Kindern unter drei Jahren rauchen täglich oder gelegentlich (23,3 % der Mütter und 37,1 % der Väter) und 18,4 % weisen einen riskanten Alkoholkonsum auf. Bezüglich Ernährung und Rauchen zeigt sich ein sozialer Gradient dahingehend, dass Eltern mit niedrigem Sozialstatus die negativen Aspekte des Gesundheitsverhaltens signifikant häufiger berichten. Alleinerziehende Mütter und Väter rauchen signifikant häufiger als in Partnerschaft lebende Eltern [29].

Gesundheitliche Lage

Sind Eltern adipös, gilt das als Risikofaktor für die Entwicklung einer Adipositas bei ihren Kindern [30]. Bei etwa jeder zehnten Mutter (10,1 %) und jedem siebten

Vater (13,9 %) von null- bis sechsjährigen Kindern liegt eine Adipositas vor [31]. Bei Alleinerziehenden mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren im Haushalt sind 12,6 % der Mütter und 16,5 % der alleinerziehenden Väter adipös [29].

Alleinerziehende haben oftmals durch die alleinige Verantwortung für Erwerbstätigkeit, Kinderbetreuung und Haushalt eine höhere und chronische Stressbelastung, die sich körperlich und psychisch äußern kann. Bei alleinerziehenden Müttern zeigen sich im Vergleich zu Müttern, die in Partnerhaushalten leben, häufiger chronische Rückenschmerzen. Ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostizierte Depression oder depressive Verstimmung und psychische Belastungen geben 15,0 % der alleinerziehenden Mütter und 12,4 % der alleinerziehenden Väter an [29].

3.1.2 KINDER VON NULL BIS SECHS JAHREN

Ende 2017 lebten in Deutschland fünf Millionen null- bis sechsjährige Kinder [32]. Gut drei Millionen von ihnen besuchten eine Kindertagesbetreuung. Bei den unter Dreijährigen war das insgesamt etwa ein Drittel, wobei die Betreuungsquoten stark altersabhängig sind. So wurden 2 % der unter Einjährigen in Kindertageseinrichtungen betreut, bei den Einjährigen waren es 32,6 %, bei den Zweijährigen 62,9 % [33, 34]. Nahezu alle Kinder im Alter von drei Jahren bis zum Schuleintritt besuchten eine Betreuungseinrichtung [33]. Somit ist die außerhäusliche Kindertagesbetreuung neben der Familie eine weitere zentrale Sozialisationsinstanz und hat großen Einfluss auf die Entwicklung und Gesundheit der Kinder.

Im jungen Kindesalter werden Grundlagen für die Gesundheit im späteren Leben gelegt, und für eine normale Entwicklung sind sowohl körperliches als auch psychisches Wohlbefinden wichtige Voraussetzungen [35]. Zentrale Entwicklungsaufgaben sind der Aufbau von Vertrauen durch emotionale und sichere Bindungserfahrungen, das Erlernen und Vertiefen grundlegender motorischer Funktionen sowie die Sprachentwicklung [36, 37].

Wesentliche Einflussfaktoren in dieser Lebensphase, die noch sehr stark von den Eltern geprägt ist, sind Ernährung, körperliche Aktivität, die Mundhygiene sowie soziale Schutzfaktoren. Kinder im Alter von null bis sechs Jahren sind im Allgemeinen gesund, auch wenn Infektionskrankheiten wie Atemwegsinfekte häufig auftreten. Diese verlaufen aber in der Regel harmlos. Weiterhin spielen Allergien, Adipositas, Karies, Unfälle und Verlet-

zungen, psychische Auffälligkeiten sowie der plötzliche Kindstod eine Rolle.

Für Kinder im Altersbereich von null bis sechs Jahren liegen aus der KiGGS-Studie umfangreiche und aktuelle Daten zur gesundheitlichen Lage und ihrer Einflussfaktoren vor, die es auch ermöglichen, geschlechts- und sozialisationsbezogene Unterschiede zu beschreiben, wobei viele Ergebnisse für die Altersgruppe der Drei- bis Sechsjährigen vorliegen, nicht aber für jüngere Kinder. Ergänzt werden diese Daten um Ergebnisse der Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. sowie anderer Untersuchungen und um die Daten der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes.

Gesundheitsbezogene Einflussfaktoren

Der Organismus von null- bis sechsjährigen Kindern weist im Vergleich zu älteren Kindern und Jugendlichen einen relativ hohen Mikro- und Makronährstoffbedarf bei gleichzeitig noch kleiner Magenkapazität auf. Dies erfordert eine nährstoffreiche Ernährung zur optimalen Versorgung des rasch wachsenden Körpers [35]. Für Kinder in diesem Alter ist daher eine obst- und gemüsereiche Ernährung wichtig, da sie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente, sekundäre Pflanzenstoffe und Ballaststoffe liefert [38]. Als problematisch wird der Konsum zuckerhaltiger Getränke bewertet, der mit der Entwicklung von Karies, Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2 und weiteren chronischen Krankheiten in Verbindung gebracht wird [39-41]. Im Alter von drei bis sechs Jahren konsumieren 11,2 % der Kinder täglich mindestens einmal zuckerhaltige Getränke und 84,0 % der Mädchen und Jungen verzehren nicht die empfohlenen fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag [eigene Berechnungen nach 42, 43].

Regelmäßige körperliche Aktivität fördert die gesunde Entwicklung und kognitive Leistungen und kann bereits im jungen Kindesalter zur Prävention zahlreicher Erkrankungen beitragen [44, 45]. Die Bewegungsempfehlungen der WHO von mindestens 60 Minuten mäßiger bis anstrengender körperlicher Aktivität am Tag werden allerdings von 54,2 % der drei- bis sechsjährigen Kinder in Deutschland nicht erreicht [eigene Berechnungen nach 46]. Ebenso sind 49,1 % der Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren nicht in einem Sportverein aktiv. Der Anteil ist mit 71,2 % bei Jungen und mit 61,8 % bei Mädchen mit niedrigem Sozialstatus signifikant höher als in der jeweils hohen Statusgruppe [eigene Berechnungen nach 47].

Ein weiterer wichtiger gesundheitlicher Einflussfaktor für Null- bis Sechsjährige ist die Mundhygiene, denn frühkindliche Karies ist weit verbreitet. 22,9 % der Mädchen und Jungen weist ein ungenügendes Zahnputzverhalten auf und putzt weniger als zweimal am Tag die Zähne. Bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus liegt dieser Anteil deutlich höher (35,1 % in der niedrigen Statusgruppe vs. 15,2 % in der hohen Statusgruppe) [eigene Berechnungen nach 48].

Während Risikofaktoren wie die oben genannten die Gesundheit beeinträchtigen können, wirken sich Schutzfaktoren stärkend auf die psychische und körperliche Gesundheit aus und können Risikofaktoren entgegensteuern. Bei Kindern im Alter von null bis sechs Jahren spielen vor allem soziale Schutzfaktoren wie eine hohe soziale Unterstützung, sichere Bindungserfahrung und positive Aufmerksamkeit von Familienmitgliedern eine Rolle [49, 50]. Es liegen jedoch keine bevölkerungsbezogenen Daten zur Verbreitung personaler Schutzfaktoren bei dieser Altersgruppe vor.

Gesundheitliche Lage

Chronische Erkrankungen kommen im frühen Kindesalter selten vor. Die häufigsten chronischen Erkrankungen sind Karies sowie Allergien wie Asthma bronchiale und Heuschnupfen. Daneben können Adipositas und Übergewicht bereits im Kindesalter zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen und mit Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus oder psychischen Belastungen assoziiert sein [51, 52]. Darüber hinaus bleibt eine im Kindesalter erworbene Adipositas häufig auch im Erwachsenenalter bestehen [53]. Die Übergewichtsprävalenz (einschließlich Adipositas) bei Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren ist in den letzten Jahren nicht weiter gestiegen, bleibt jedoch sowohl bei Mädchen (10,8 %) als auch bei Jungen (7,3 %) auf einem hohen Niveau [54].

Allergien wie Asthma bronchiale und Heuschnupfen können das alltägliche Leben von Kindern erheblich beeinträchtigen. Eine frühzeitige Diagnose sowie die angemessene Versorgung allergischer Erkrankungen sind von hoher Bedeutung, insbesondere aufgrund des Risikos, dass sich aus Heuschnupfen Asthma entwickeln kann. Daher bedarf dieses Thema, trotz einer Stabilisierung der Erkrankungshäufigkeit in den letzten Jahren, erhöhter Aufmerksamkeit [55]. Die Prävalenz von Asthma bronchiale liegt bei 2,0 %, die von Heuschnupfen bei 3,1 % bei null- bis sechsjährigen Kindern in Deutschland [56].

Frühkindliche Milchzahnkaries ist eine ernste Gesundheitsstörung. Wenngleich Regionalstudien einen deutlichen Kariesrückgang bei Kindern unter drei Jahren zeigen [265], ist die Saugerflaschen- bzw. Milchzahnkaries nach wie vor stark verbreitet, insbesondere bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus [57]. Etwa 14 % der dreijährigen Kinder sowie 46 % der Schulanfänger in Deutschland haben Karies im Milchgebiss [58].

Unfälle und Unfallverletzungen stellen ein erhebliches Gesundheitsrisiko für Kinder dar. Erfahrungsgemäß besteht die höchste Unfallgefährdung im zweiten Lebensjahr, denn zu diesem Zeitpunkt dehnt sich der Bewegungsradius der Kinder aus [59]. Verletzungen sind zudem bei den Ein- bis Vierjährigen der zweithäufigste Grund für eine Krankenhausbehandlung [60]. Unfallverletzungen kommen bei Jungen mit 14,3 % häufiger vor als bei Mädchen (11,4 %) und ereignen sich zumeist im häuslichen Umfeld [61].

Neben den körperlichen Erkrankungen spielen im frühen Kindesalter auch psychische Auffälligkeiten eine Rolle. Auf Grundlage eines Screening-Instruments für emotionale und Verhaltensprobleme von Kindern kann eingeschätzt werden, dass Jungen wesentlich häufiger betroffen sind als Mädchen (20,7 % vs. 14,0 %) [62]. Auch Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus gehören häufiger zur Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (31,2 % vs. 8,8 %) [eigene Berechnungen nach 62].

Der plötzliche Kindstod ist neben angeborenen Fehlbildungen, Schädigungen durch Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen, Frühgeburtlichkeit oder niedrigem Geburtsgewicht die häufigste Todesursache bei Säuglingen im ersten Lebensjahr. Die Sterberate am plötzlichen Kindstod ist allerdings in den vergangenen 25 Jahren deutlich zurückgegangen und liegt derzeit nach Angaben der Todesursachenstatistik bei 0,2 je 1.000 Lebendgeburten [63, 64].

3.1.3 KINDER VON SIEBEN BIS ZEHN JAHREN

Ende 2017 lebten in Deutschland 2,9 Millionen Kinder im Alter von sieben bis zehn Jahren [32]. Die Familie ist der zentrale Ort des Aufwachsens und der Sozialisation in diesem Alter, aber darüber hinaus prägen auch der Eintritt in die Schule und die damit verbundene Änderung der Alltagsstruktur diese Lebensphase. Das Erlernen von grundlegenden Fähigkeiten im Lesen, Schreiben und Rechnen, die Entwicklung sozialer Kompetenzen sowie der Umgang mit Bewertungen und eventuellen Misserfolgen stehen

dabei im Mittelpunkt [65, 66]. Kinder dieser Altersgruppe zeigen eine ausgeprägte Bewegungslust und das Erlernen motorischer Fertigkeiten (z. B. Schwimmen, Radfahren, Fußballspielen) ist wichtig für ihre körperliche Entwicklung [35]. Zu den beliebtesten Freizeitbeschäftigungen der Grundschul Kinder zählen „Freunde treffen“, gefolgt von „draußen spielen“ und „fernsehen“ [67].

Das Grundschulalter ist durch eine relativ moderate Veränderung des Körpers gekennzeichnet, im Gegensatz zu den rasanten Wachstumsphasen in den frühen Lebensjahren und in der Pubertät. Im Allgemeinen gilt dieses Alter als Phase guter Gesundheit [35]. Insbesondere durch das soziale Umfeld wie Familie und Schule werden Lebensgewohnheiten sowie gesundheitsförderliche oder auch schädigende Verhaltensweisen im Grundschulalter geprägt [68].

Wichtige Einflussfaktoren auf die Gesundheit sieben- bis zehnjähriger Kinder sind Ernährung, körperliche Aktivität und die Mundhygiene. Zentrale gesundheitliche Probleme sind Übergewicht und Adipositas, Allergien, Unfallverletzungen sowie psychische Auffälligkeiten.

Die Beschreibung der gesundheitlichen Lage und ihrer Einflussfaktoren der sieben- bis zehnjährigen Kinder basiert vorwiegend auf den umfassenden Daten der KiGGS-Studie, die auch Auswertungen hinsichtlich geschlechts- und soziallyagenbezogener Unterschiede ermöglichen. Ergänzt werden diese Daten durch Ergebnisse der Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. zum Thema Karies sowie der European Injury Data Base zum Thema Unfälle und Verletzungen, die jedoch jeweils keine soziallyagenbezogenen Auswertungen ermöglichen.

Gesundheitsbezogene Einflussfaktoren

Eine gesunde Ernährung ist für die Entwicklung und die geistige Leistungsfähigkeit der Sieben- bis Zehnjährigen wichtig [35], wobei eine obst- und gemüsereiche Ernährung dafür wesentlich ist. Kritisch für die Gesundheit der Sieben- bis Zehnjährigen wird hingegen der Konsum zuckerhaltiger Getränke gesehen. Insgesamt erreichen 83,3 % der Sieben- bis Zehnjährigen nicht die empfohlene Menge von mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag, obwohl der Verzehr in den letzten Jahren gestiegen ist [eigene Berechnungen nach 43]. 17,8 % der Kinder nehmen täglich mindestens einmal zuckerhaltige Erfrischungsgetränke zu sich. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus konsumieren diese Getränke

häufiger als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (31,5 % vs. 5,6 %) [eigene Berechnungen nach 42].

Körperliche Aktivität trägt neben einer ausgewogenen Ernährung zur gesunden Entwicklung von Kindern bei. Der Alltag von Sieben- bis Zehnjährigen ist mit dem Eintritt in die Grundschule jedoch durch lange Sitzzeiten geprägt [35, 69]. 73,5 % der Grundschul Kinder erreichen nicht die Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation von 60 Minuten Aktivität pro Tag. Bei den Mädchen ist der Anteil etwas höher als bei den Jungen (77,2 % vs. 70,0 %). Ebenso sind deutlich mehr Mädchen (35,5 %) als Jungen (26,6 %) nicht in einem Sportverein aktiv, was auch auf mehr Kinder aus Familien mit niedrigem als mit hohem Sozialstatus zutrifft [eigene Berechnungen nach 47].

Der häufige Konsum zuckerhaltiger Getränke sowie eine ungenügende Mundhygiene beeinflussen die Häufigkeit von Karies und Parodontalerkrankungen. Die Auswertungen zum Zahnputzverhalten zeigen, dass sich 24,2 % der Mädchen und 28,8 % der Jungen nicht mindestens zweimal am Tag die Zähne putzen. Der Anteil ist bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien deutlich höher: Über 40 % der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weisen eine ungenügende Mundhygiene auf [eigene Berechnungen nach 48].

Gesundheitliche Lage

Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas unter den Sieben- bis Zehnjährigen ist seit einigen Jahren nicht weiter gestiegen, mit einer Prävalenz von 15,5 % ist jedoch jedes sechste Kind betroffen [eigene Berechnungen nach 54].

Allergische Erkrankungen wie Asthma bronchiale und Heuschnupfen treten häufig erstmals ab dem Schulalter auf und können die Lebensqualität der Kinder erheblich beeinträchtigen. Mit einer 12-Monats-Prävalenz von 4,3 % bzw. 8,7 % kommen Asthma bronchiale und Heuschnupfen eher selten vor – bei Jungen aber jeweils etwa doppelt so häufig wie bei Mädchen [56].

Für Deutschland ist ein deutlicher Rückgang der Kariesprävalenz bei Kindern zu verzeichnen. Dennoch weisen 44 % der Erstklässler nicht naturgesunde Milchzähne auf. Mit etwa sechs Jahren beginnen die Milchzähne auszufallen und die bleibenden Zähne brechen durch. Zahnpflege ist zu diesem Zeitpunkt noch einmal besonders wichtig, um das bleibende Gebiss vor Karies zu schützen [58].

Verletzungen sind ein erhebliches Gesundheitsrisiko und Unfälle der häufigste Grund für einen Krankenhausaufenthalt im Grundschulalter [70]. Unfallverletzungen kommen bei Jungen im Alter von sieben bis zehn Jahren signifikant häufiger vor als bei Mädchen (18,6 % vs. 14,0 %) [eigene Berechnungen nach 61]. Die häufigsten Unfallorte sind das Zuhause, die Bildungseinrichtung und Spiel- bzw. Sportplätze. Beabsichtigte Verletzungen durch körperliche oder psychische Gewalt treten auch bei Grundschulkindern auf, wobei Gewalt am häufigsten in der Schule und auf der Straße ausgeübt wird [71].

Psychische Auffälligkeiten sind neben den angeführten körperlichen Beschwerden ein bedeutendes Gesundheitsproblem im Grundschulalter und können zu weitreichenden Belastungen des familiären, schulischen und erweiterten sozialen Umfelds führen [72]. Anhand eines Screening-Instruments für emotionale und Verhaltensprobleme von Kindern [62] wurde ermittelt, dass Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen (22,1 % vs. 14,8 %) und Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (36,0 % vs. 10,3 %) [eigene Berechnungen nach 62].

3.1.4 KINDER UND JUGENDLICHE VON ELF BIS SIEBZEHN JAHREN

In Deutschland lebten Ende 2017 5,3 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter von elf bis siebzehn Jahren [32]. Diese Übergangsphase vom Kindes- in das Jugendalter ist geprägt von Entwicklungsaufgaben wie der Ausbildung von Körper- und Geschlechtsidentität, kognitiven und sozialen Kompetenzen sowie Normen und Wertvorstellungen [73]. Die Familie ist weiterhin der zentrale Ort des Aufwachsens für Kinder und Jugendliche, wobei mit zunehmendem Alter die Loslösung von den Eltern beginnt [74]. Dies geht mit einer steigenden Bedeutung der Gleichaltrigengruppe (Peergroup) einher. Sie ist eine wichtige Ressource, die emotionale Unterstützung bei der Bewältigung schulischer oder familiärer Probleme bietet [75].

Generell gilt das Kindes- und Jugendalter als die gesündeste Phase im Leben eines Menschen. Gesundheitsrisikante Verhaltensweisen werden besonders im Jugendalter ausprobiert. Sie werden von den Jugendlichen dabei oft nicht als riskant für die eigene Gesundheit wahrgenommen. Verhaltensmuster und Einstellungen, die in dieser Lebensphase entwickelt werden, beeinflussen die Gesundheit und das Wohlbefinden auch noch im späteren Lebensverlauf [76, 77].

Wesentliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Elf- bis Siebzehnjährigen sind Ernährung und körperliche Aktivität, der (beginnende) Tabak- und Alkoholkonsum, der Konsum illegaler Drogen, aber auch soziale Schutzfaktoren. Gesundheitliche Probleme sind Übergewicht und Adipositas, Asthma und Heuschnupfen, beabsichtigte und unbeabsichtigte Verletzungen sowie psychische Auffälligkeiten.

Die Beschreibung der gesundheitsbezogenen Einflussfaktoren und der gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen im Alter von elf bis siebzehn Jahren basiert vorwiegend auf der KiGGS-Studie, ergänzt um Daten der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie der Mundgesundheitsstudie vom Institut der Deutschen Zahnärzte. Anhand der Daten der KiGGS-Studie können geschlechts- und soziallagenbezogene Unterschiede hinsichtlich der gesundheitlichen Lage beschrieben werden. Dies ist bei den Daten der anderen Quellen nur eingeschränkt möglich.

Gesundheitsbezogene Einflussfaktoren

Für Kinder und Jugendliche in der Pubertät ist eine altersgemäße Nährstoff- und Energieversorgung von Bedeutung, um den erhöhten Bedarf daran in dieser Lebensphase zu decken [38]. Ein täglicher Obst- und Gemüsekonsum bietet dafür eine gute Grundlage. Dennoch essen 88,4 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von elf bis siebzehn Jahren nicht die empfohlenen fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag [eigene Berechnungen nach 43]. Kritisch ist auch, dass 25,3 % der Heranwachsenden mindestens einmal täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke konsumieren, Jungen etwas häufiger als Mädchen (29,3 % vs. 21,1 %). Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus konsumieren sehr viel häufiger täglich zuckerhaltige Getränke als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (34,2 % vs. 11,0 %) [eigene Berechnungen nach 42].

Körperlich-sportliche Inaktivität kann sich, wie eine unausgewogene Ernährung, bereits im Jugendalter nachteilig auf die Gesundheit auswirken [78] und wird häufig im Erwachsenenalter beibehalten. 88,9 % der Mädchen und 81,8 % der Jungen erreichen nicht die WHO-Empfehlung von mindestens 60 Minuten körperlicher Aktivität am Tag. Bei Mädchen aus Familien mit hohem Sozialstatus ist der Anteil höher als bei Mädchen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (92,3 % vs. 86,7 %) [eigene Berechnungen nach 46].

Zusätzlich zur Förderung einer gesunden Ernährung und eines aktiven Bewegungsverhaltens ist die Vermeidung des Rauchens und des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen im Alter von elf bis siebzehn Jahren wichtig. Zum einen, da der heranwachsende Organismus besonders anfällig für Schädigungen durch Tabakrauch und Alkohol ist, und zum anderen, weil der Einstieg in den Konsum üblicherweise in der Jugendphase (vor dem 18. Lebensjahr) erfolgt [8, 79]. Je früher mit dem Rauchen begonnen wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer Tabakabhängigkeit und der Aufrechterhaltung des Tabakkonsums im weiteren Lebensverlauf [80]. Ein früher Einstieg und übermäßiger Alkoholkonsum in diesen jungen Lebensjahren kann das Risiko eines problematischen Alkoholkonsums und einer Alkoholabhängigkeit im späteren Leben erhöhen [81, 82].

Insgesamt rauchen 7,2 % der Mädchen und Jungen in Deutschland täglich oder gelegentlich. Es zeigt sich ein deutlicher Einfluss des Sozialstatus: Heranwachsende mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus rauchen häufiger als Gleichaltrige mit hohem Sozialstatus. Der Anteil Rauchender unter Minderjährigen ist seit Jahren rückläufig und von 21,4 % (KiGGS Basis [2003-2006]) auf 7,2 % (KiGGS Welle 2 [2014-2017]) gesunken. Diese Entwicklung lässt sich in allen sozialen Statusgruppen beobachten [83].

51,0 % der Mädchen und Jungen im Alter von elf bis siebzehn Jahren geben an, schon einmal Alkohol getrunken zu haben. Ein riskanter Alkoholkonsum (nach dem Instrument AUDIT-C³³[84]) ist bei 12,1 % der Jugendlichen festzustellen und regelmäßiges Rauschtrinken (mindestens einmal im Monat Konsum von sechs oder mehr Getränken zu einer Gelegenheit) wird von 7 % der Heranwachsenden praktiziert. Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich beim Risikokonsum mit signifikant höherer Prävalenz bei Mädchen, beim Rauschtrinken mit signifikant höherer Prävalenz bei Jungen. Rauschtrinken kommt dabei bei Jungen aus Familien mit hohem und mittlerem Sozialstatus häufiger vor als bei Jungen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (9,4 % vs. 9,2 % vs. 4,5 %) [18, 85].

Neben dem Konsum legaler Substanzen wie Tabak und Alkohol spielt auch der Konsum illegaler Substanzen eine Rolle. Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Droge in Deutschland und kann bei häufigem und regelmäßigem Konsum zu psychischen und physischen Folgeerkrankungen führen. Nach Daten der Drogenaffi-

nitätsstudie geben etwa 8 % der zwölf- bis siebzehnjährigen Jungen und 6 % der gleichaltrigen Mädchen an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Die Lebenszeitprävalenz liegt bei 9,7 % (Mädchen: 8,2 %; Jungen: 11,2 %) und ist seit dem Jahr 2011 weiter angestiegen [86].

Ressourcen aus dem personalen, familiären und sozialen Bereich können positiv auf die Gesundheit wirken und eine gesunde psychische und körperliche Entwicklung unterstützen. Mädchen berichten im Vergleich zu Jungen häufiger über geringe und sehr geringe personale und familiäre Ressourcen, Jungen hingegen geben häufiger geringe soziale Ressourcen an. Ein niedriger Sozialstatus der Familie kann mit weniger zur Verfügung stehenden personalen, familiären und sozialen Ressourcen einhergehen [87].

Gesundheitliche Lage

Bereits im Kindes- und Jugendalter können sich Adipositas und Übergewicht nachteilig auf die Gesundheit auswirken und negative gesundheitliche Folgen für das spätere Erwachsenenalter begünstigen [51, 52, 88]. Die Prävalenz von Übergewicht einschließlich Adipositas hat sich in den letzten Jahren auf hohem Niveau stabilisiert und liegt für Elf- bis Siebzehnjährige bei 18,7 %. Wird nur Adipositas betrachtet, beträgt die Prävalenz bei Mädchen 7,2 % und bei Jungen 8,7 %. Jugendliche mit einem niedrigeren Sozialstatus weisen eine höhere Übergewichts- und Adipositasprävalenz auf als Jugendliche mit mittlerem und hohem Sozialstatus [eigene Berechnungen nach 54].

Die mit Asthma bronchiale und Heuschnupfen verbundenen Beschwerden können Alltagsaktivitäten, Lebensqualität und Schulerfolg belasten. Die Erkrankungshäufigkeit von Asthma bronchiale und Heuschnupfen hat sich in den letzten Jahren nicht wesentlich geändert, derzeit sind 4,7 % der Kinder und Jugendlichen von Asthma und 14,1 % von Heuschnupfen betroffen (12-Monats-Prävalenz), wobei Jungen signifikant häufiger von Heuschnupfen betroffen sind als Mädchen (16,0 % vs. 12,1 %) [56].

Verletzungen sind ein vorrangiges Gesundheitsproblem und eine der häufigsten Todesursachen von Kindern und Jugendlichen. Sie können unbeabsichtigte (durch Unfälle) als auch beabsichtigte (durch Gewalt) Ursachen haben [71]. Jungen verunfallen häufiger als Mädchen:

22,4 % der Jungen und 18,0 % der Mädchen mussten innerhalb der letzten 12 Monate wegen eines Unfalls ärztlich behandelt werden [eigene Berechnungen nach 61]. Hinzu kommt, dass auf Jungen im Alter von 15-17 Jahren fast ein Drittel (31,4 %) der tödlichen Unfälle von Kindern und Jugendlichen entfällt [89]. Erfahrungen von körperlicher Gewalt innerhalb eines Jahrs machte fast ein Viertel der Jugendlichen [90].

Der Übergang von der Kindheit ins Jugendalter scheint eine sensible Phase für das Entstehen und Bestehen von psychischen Auffälligkeiten zu sein [91]. 14,6 % der Mädchen und 16,7 % der Jungen weisen auf Grundlage eines Screening-Instruments für emotionale und Verhaltensprobleme von Kindern und Jugendlichen eine psychische Auffälligkeit auf. Unabhängig vom Geschlecht sind Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus (19,4 % vs. 10,0 %) [eigene Berechnungen nach 62].

3.1.5 AUSZUBILDENDE

Auszubildende sind nach der Berufsbildungsstatistik Personen in einem Berufsausbildungsverhältnis, das nach dem Berufsbildungsgesetz bzw. der Handwerksordnung geregelt ist. Der Ausbildung liegt das unmittelbare Lernen am Arbeitsplatz zugrunde. Sie findet in betrieblichen bzw. überbetrieblichen Ausbildungswerkstätten statt in Verbindung mit dem gleichzeitigen Besuch einer Berufsschule mit Teilzeitunterricht (Duales Ausbildungssystem) [92]. Im Jahr 2016 gab es 1,3 Millionen Auszubildende in Deutschland, anteilig waren es 38 % Frauen. Auszubildende sind in Deutschland in der Regel zwischen 16 und 25 Jahre alt (im Durchschnitt etwa 20 Jahre) [93].

In der Ausbildung werden die Grundsteine für das Erwerbstätigenleben gelegt. Zudem bietet die Zeit der Ausbildung Chancen und Anreize für das Erlernen oder das Aufrechterhalten eines gesundheitsförderlichen Lebensstils [94]. Gesundheitsförderliche und gesunderhaltende Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sind dafür essenziell.

Neben den gesundheitlichen Einflussfaktoren Ernährung, körperliche Aktivität und Substanzkonsum ist auch die Einschätzung der Arbeitsbelastungen sowie der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz zu berücksichtigen. Auszubildende haben mehrheitlich einen guten Gesundheitszustand. Dennoch gibt es einige Aspekte von gesundheitlicher Relevanz, wie die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas. Häufige Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit

sind Atemwegserkrankungen, Unfälle, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie psychische und Verhaltensstörungen.

Für die Beschreibung der gesundheitlichen Lage und gesundheitsbezogenen Einflussfaktoren der Auszubildenden werden die Daten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Daten gesetzlicher Krankenkassen sowie Ergebnisse von Einzelstudien herangezogen. Zu beachten ist, dass für diese Bevölkerungsgruppe wenige repräsentative Daten vorliegen und selten Aussagen bezüglich der sozialen Lage oder der Ausbildungsbranche möglich sind.

Gesundheitsbezogene Einflussfaktoren

Auszubildende, die sich in einer Phase der Weiterentwicklung und Festigung von gesundheitsrelevanten Gewohnheiten befinden, sollten die Möglichkeit bekommen, ein gesundes Ernährungs- und Aktivitätsverhalten im beruflichen Kontext zu entwickeln. Nach Ergebnissen zweier Einzelstudien verzehren ca. 17 % der Auszubildenden mehrmals pro Woche Fast Food, welches ernährungsphysiologisch ungünstig bewertet wird, da es häufig energiereich und nährstoffarm ist [94]. 9,6 % der weiblichen Auszubildenden geben an, mehrmals pro Woche Fast Food zu konsumieren, bei den männlichen Auszubildenden nennen dies 23,4 % [94]. Der Konsum von ausreichend Obst und Gemüse ist ein entscheidendes Element einer gesundheitsförderlichen und nährstoffreichen Ernährung [95]. 66,1 % der Auszubildenden (hier: medizinische Berufsschüler) essen täglich frisches Obst und 38,2 % essen täglich Salat oder Rohkost [96]. Damit erreichen viele Auszubildende die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung nicht, täglich fünf Portionen Obst und Gemüse zu verzehren [97].

Die gesundheitsförderlichen Potenziale von sportlicher Aktivität sind belegt [98], jedoch geben 26,1 % der Auszubildenden an, nie oder nur einmal pro Monat sportlich aktiv zu sein [94]. Männliche Auszubildende zeigen hier eine geringere Inaktivität als weibliche Auszubildende (23,6 % vs. 28,9 %) [94].

Substanzkonsum von Tabak, Alkohol oder illegalen Drogen kann für Auszubildende mit gesundheitlichen Risiken einhergehen. Diese ergeben sich zum einen wegen der erhöhten Vulnerabilität des sich noch in der Entwicklung befindenden Organismus [79] und zum anderen aufgrund von gesundheitlichen Konsequenzen [99, 100]. 40,7 % der Auszubildenden rauchen täglich, dabei

sind dies mehr männliche als weibliche Auszubildende (Männer 42 %, Frauen 39,3 %). Nach den Schulabschlüssen der Auszubildenden zeigen sich höhere Tabakprävalenzen zuungunsten der niedrigeren Bildungsabschlüsse (Hauptschulabschluss 54,2 %, Mittlere Reife 37,7 %, Abitur/Fachhochschulabschluss 27,2 %) [101]. Wird nach dem Berufsfeld unterschieden, rauchen Auszubildende aus personenbezogenen Dienstleistungen am häufigsten täglich, gefolgt von Auszubildenden aus Berufen des Sozial- und Gesundheitswesens, aus gewerblich-technischen Berufen sowie aus Wirtschafts- und Verwaltungsberufen [101]. 68,9 % der Auszubildenden haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Das geben deutlich mehr männliche als weibliche Auszubildende an (77,0 % vs. 59,4 %) [101]. Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen (sechs oder mehr Getränke bei einer Gelegenheit) wurde von 32,3 % der Auszubildenden praktiziert [101]. Beim Konsum von illegalen Drogen ist Cannabis die häufigste illegale Substanz: 7,5 % der Auszubildenden haben in dem letzten Monat Cannabis konsumiert, männliche Auszubildende häufiger als weibliche (10,7 % vs. 3,6 %). Ebenfalls zeigen sich Unterschiede im Konsum nach den Schulabschlüssen der Befragten. So ist das Risiko für Cannabiskonsum bei Auszubildenden mit Hauptschulabschluss signifikant höher als bei Auszubildenden mit Mittlerer oder Hochschulreife [101].

In der Ausbildung kann es einerseits zu Arbeitsbelastungen kommen, andererseits kann die Ausbildung eine Quelle von Ressourcen sein, z. B. durch soziale Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen oder Lehrende. 61,8 % der Auszubildenden geben an, insgesamt nicht zufrieden mit ihrer Arbeit zu sein. Diese Unzufriedenheit resultiert beispielsweise aus der Nichtzufriedenheit mit dem Einkommen (83,0 %), den Arbeitsmitteln (73,9 %), der Arbeitszeit (76,5 %) oder den körperlichen Arbeitsbedingungen (77,3 %) [102]. Weitere Befragungen ergaben, dass 33,3 % der Auszubildenden häufig starkem Termin- oder Leistungsdruck ausgesetzt sind, etwa die Hälfte der Betroffenen fühlt sich davon subjektiv belastet. Knapp 12,7 % der befragten Auszubildenden geben an, bei der Arbeit bis an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit gehen zu müssen, was die Mehrheit der Betroffenen belastet [102].

Im Hinblick auf die soziale Unterstützung, die direkt auf das psychische Wohlbefinden der Auszubildenden wirkt, Stress lindern und ebenso Folgen ungünstiger Lebensbedingungen abmildern kann [103], empfinden 87 % der befragten Auszubildenden die Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen als gut. Rund 83 % der Auszubildenden fühlen sich als Teil einer Gemeinschaft

an ihrem Arbeitsplatz. Etwa 57 % der Auszubildenden erhalten ausreichend Hilfe und Unterstützung von ihren Vorgesetzten, wenn diese benötigt wird, deutlich mehr ist es von Kolleginnen und Kollegen (88 %) [102].

Gesundheitliche Lage

Adipositas und Übergewicht können zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen und negative gesundheitliche Folgen haben [104]. Eine Befragung von Auszubildenden aus klein- und mittelständischen Unternehmen ermittelte eine Adipositasprävalenz (Body-Mass-Index [BMI] über 30 kg/m²) von 6,3 % aller befragten Auszubildenden. Die Zahlen zum Übergewicht (BMI 25 bis ≤30 kg/m²) liegen bei 26,3 %. Weibliche Auszubildende sind weniger häufig von Übergewicht bzw. Adipositas betroffen als männliche (Übergewicht: 16,7 % vs. 34,1 %; Adipositas: 4,2 % vs. 8,0 %) [94].

Nach Auswertungen der Techniker Krankenkasse sind Auszubildende im Durchschnitt mit 2,0 Arbeitsunfähigkeitsfällen (AU) je Versicherungsjahr arbeitsunfähig gemeldet. Weibliche Auszubildende weisen mehr AU-Fälle auf als männliche Auszubildende [105]. Die häufigsten Diagnosen einer Arbeitsunfähigkeit bei Auszubildenden sind Atemwegserkrankungen, Unfälle, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie psychische und Verhaltensstörungen [105].

21,1 % der Auszubildenden aus klein- und mittelständischen Betrieben geben an, häufig oder immer an Rückenschmerzen zu leiden. Weibliche Auszubildende sind häufiger betroffen als männliche Auszubildende (31,8 % vs. 11,8 %) [94]. 7,3 % aller Fehltage der Auszubildenden sind auf Arbeits- und Wegeunfälle zurückzuführen. Männliche Auszubildende sind dabei bis zu zweimal so häufig betroffen wie weibliche Auszubildende. Bei körperlich belastenden Ausbildungsberufen entfallen die meisten AU-Tage auf Arbeits- und Wegeunfälle. Geringere Fehlzeiten aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen kommen bei sitzenden Bürotätigkeiten vor [105]. Auch depressive Episoden können bei Auszubildenden zu Arbeitsunfähigkeit führen. Die Häufigkeiten für AU-Tage aufgrund von depressiven Episoden sind je nach Quelle verschieden und liegen für Auszubildende bei der DAK-Gesundheit bei 22,4 und für Versicherte bei der Techniker Krankenkasse bei 36,5 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre. Krankheitstage aufgrund einer depressiven Episode sind bei weiblichen Auszubildenden deutlich häufiger als bei männlichen Auszubildenden [105-107]. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass bei Männern Depressionen häufig mit anderen Symptomen als bei Frauen einhergehen

und die Prävalenzen für Männer demnach unterschätzt werden könnten [108].

3.1.6 STUDIERENDE

Studierende sind nach der Definition der Hochschulstatistik in einem Fachstudium immatrikulierte/eingeschriebene Personen, ohne vom Studium Beurlaubte, Studienkollegiaten und Gasthörer [109]. In Deutschland studierten im Wintersemester 2016/17 rund 2,8 Millionen Menschen, davon waren 48,2 % Studentinnen und 51,8 % Studenten. Studierende stellen unter anderem hinsichtlich ihrer finanziellen Möglichkeiten und ihrem familiären Hintergrund eine heterogene Bevölkerungsgruppe dar [110]. Durch das Studium können sich Studierende eine gute berufliche Ausgangsposition schaffen und neue Erfahrungen sammeln. Es stellt sie aber auch vor Herausforderungen wie das Zurechtfinden in einer neuen Lebenswelt und den Umgang mit möglichem Leistungsdruck [111].

Studierende sind aufgrund ihres Lebensalters und ihrer sozial zumeist privilegierten Situation eine vorwiegend gesunde Bevölkerungsgruppe [112]. Jedoch gibt es Hinweise, dass die hohen Leistungsanforderungen sowie Prüfungsstress die Gesundheit der Studierenden belasten können [113].

Relevante gesundheitliche Einflussfaktoren bei Studierenden sind Ernährung, körperliche Aktivität, Tabak, Alkohol- oder illegaler Drogenkonsum, Neuro-Enhancement sowie soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeit. In Bezug auf die gesundheitliche Lage sind bei Studierenden psychische Störungen bedeutsam.

Für die Darstellung der gesundheitlichen Lage und ihrer Einflussfaktoren liegen mit der Studie „Gesundheit Studierender in Deutschland 2017“ der Freien Universität Berlin und des Deutschen Zentrums für Hochschul- und Wissenschaftsforschung erstmals repräsentative Ergebnisse für die Gesundheit der Studierenden in Deutschland vor [114], die im Folgenden um aussagekräftige Einzelstudien ergänzt werden. Aussagen zu soziallagenbezogenen Unterschieden sind kaum möglich, allerdings kann teilweise nach Hochschulform und Studienfach unterschieden werden.

Gesundheitsbezogene Einflussfaktoren

Eine ausgewogene Ernährung hat eine bedeutende Rolle für die Gesundheit der Studierenden, verringert das Risiko für eine Vielzahl von Erkrankungen [115] und beein-

flusst auch die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit. Zur Beschreibung der Ernährung von Studierenden liegen Einzelstudien mit den Indikatoren Fast Food- sowie Obst- und Gemüsekonsum vor. 17 % der befragten Studierenden konsumieren regelmäßig Fast Food. Studenten verzehren häufiger Fast Food bzw. Fertiggerichte als Studentinnen (23 % vs. 10 %) [116]. Mit einem durchschnittlichen Verzehr von 2,7 Portionen Obst, Gemüse und Salat pro Tag essen Studierende zwar regelmäßig Obst und Gemüse, erreichen allerdings nicht die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung von fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag [117].

Die WHO-Empfehlungen für eine gesundheitsförderliche körperliche Aktivität von Erwachsenen liegen bei wöchentlich mindestens 150 Minuten mäßiger (oder mindestens 75 Minuten intensiver) körperlicher Aktivität und zusätzlicher Aktivitäten für die Muskelkräftigung [69, 114]. 26,7 % der Studierenden erreichen die Empfehlung von 2,5 Stunden pro Woche körperlicher Aktivität, wobei Studentinnen diese Empfehlung seltener erreichen als Studenten (24,0 % vs. 29,1 %). Der Anteil der Studierenden, die ausreichend körperlich aktiv sind, ist an Fachhochschulen geringer als an Universitäten (23,4 % vs. 28,0 %) [114].

Studierende zeigen ein für diese Lebensphase typisches Risikoverhalten, das sich im Konsum verschiedener Substanzen niederschlägt [113, 118-120]. 18,5 % der Studierenden rauchen täglich oder gelegentlich [114]. Ein höherer Anteil von Studenten als Studentinnen raucht regelmäßig oder gelegentlich (19,6 % vs. 17,3 %). 26,0 % der Studierenden der Fächergruppe Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik geben an zu rauchen, während es in den Fächergruppen Mathematik/Naturwissenschaften 12,4 % sind. Studierende an Universitäten rauchen mit 16,6 % deutlich seltener als Studierende an Fachhochschulen (22,2 %) [114]. Ein Drittel der Befragten gibt an, mindestens einmal im Monat gesundheitsriskantes Rauschtrinken (sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen) zu betreiben. Der Anteil derjenigen, der Rauschtrinken praktiziert, liegt bei Studenten höher (39,5 %) als bei Studentinnen (22,7 %) und ist an Fachhochschulen weiter verbreitet als an Universitäten (34,5 % vs. 29,4 %) [114]. Insgesamt 40,6 % der Studierenden weisen einen problematischen Alkoholkonsum auf. Hier zeigt sich kein Unterschied nach Geschlecht oder Hochschultyp, jedoch machen auch hier Studierende der Fächergruppe Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik den größten Anteil aus [114]. Unter den illegalen Drogen ist Cannabis die verbreitetste Droge. 7,8 % der Studie-

renden konsumierten in den letzten 30 Tagen Cannabis und 5 % der Befragten gaben an, seit Studienbeginn mindestens einmal mit dem Ziel der Leistungssteigerung verschreibungspflichtige oder illegale Substanzen eingenommen zu haben (Neuro-Enhancement). Studenten konsumieren häufiger Cannabis als Studentinnen. Für Neuro-Enhancer zeigt sich kein geschlechtsbezogener Unterschied [114, 121].

Für Studierende können insbesondere Prüfungszeiträume als vulnerable Phase für psychosozialen Stress gelten [122]. Im 13. Studierenden-Survey des Bundesministeriums für Bildung und Forschung berichten Studierende von Belastungen, die durch die Leistungsanforderungen, Prüfungssituationen sowie die Planung und Organisation des Studiums entstehen und somit Stress auslösen können [110]. Insgesamt 25,3 % der Studierenden berichten von einem hohen Stresserleben [114].

Soziale Unterstützung kann das Stresserleben mildern, und auch eine hohe Selbstwirksamkeit kann bei der Stressbewältigung helfen [123, 124], was sich positiv auf den Studienerfolg und die Lebenszufriedenheit auswirken kann [125]. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung bedeutet, dass Studierende die subjektive Überzeugung haben, schwierige Anforderungssituationen aus eigener Kraft und mit persönlichen Kompetenzen erfolgreich bewältigen zu können [126, 127]. Der höchste in dem verwendeten verkürzten Selbstbeurteilungsverfahren erreichbare Wert liegt bei 16, der geringste Wert liegt bei 4. Die befragten Studierenden weisen einen Mittelwert für die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung auf, der bei 12,0 liegt (Frauen: 11,7; Männer: 12,4) [114]. Die soziale Unterstützung im Studium kann neben einem besseren Umgang mit Stress das Wohlbefinden fördern und mögliche negative Wirkungen von Belastungen auf die Gesundheit abmildern [123]. Eine Unterstützung von Mitstudierenden als auch von Lehrenden wird von Studierenden als „oft“ angegeben, wobei Studentinnen ein höheres Maß an wahrgenommener Unterstützung durch ihre Mitstudierenden erleben als männliche Studierende. Von Studierenden der Fachhochschulen wird eine höhere wahrgenommene Unterstützung durch Lehrende und Mitstudierende berichtet als von Studierenden der Universitäten [114].

Gesundheitliche Lage

Es gibt Hinweise, dass psychische Störungen unter Studierenden relativ häufig sind [128-130], was als ein Indiz dafür gewertet werden kann, dass sich hohe Anforderungen des Studiums gesundheitlich negativ auswirken

können. Die Prävalenz für eine depressive Symptomatik bei Studierenden liegt bei 15,6 % [114] mit höheren Werten bei Studentinnen (16,9 %) als bei Studenten (14,0 %). Die Ergebnisse zeigen höhere Prävalenzen unter Studierenden an Universitäten als an Fachhochschulen (16,6 % vs. 13,8 %) [114].

3.17 PERSONEN IM ERWERBSFÄHIGEN ALTER - ERWERBSTÄTIGE MENSCHEN

Erwerbsarbeit nimmt in modernen Gesellschaften eine zentrale Rolle im Leben der Menschen ein. Bei den meisten Menschen ist Erwerbsarbeit nicht nur die wichtigste Einkommensquelle zur Sicherung des Lebensunterhalts, sondern sie fördert darüber hinaus auch die Einbindung in soziale Beziehungsnetzwerke, strukturiert den Alltag, wirkt sinnstiftend und kann zu sozialer Anerkennung und gesellschaftlichem Ansehen führen [131].

Erwerbstätige Menschen sind nach der Definition der internationalen Arbeitsorganisationen (ILO), die auch im Mikrozensus Anwendung findet, „Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, die im Berichtszeitraum mindestens eine Stunde gegen Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen, selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben, einen freien Beruf ausüben oder als mithelfende Familienangehörige im Betrieb eines Familienmitglieds mitarbeiten, ohne dafür Lohn und Gehalt zu beziehen.“ [132]. Im August 2018 gab es in Deutschland insgesamt 44,8 Millionen erwerbstätige Menschen, d. h. mehr als 75 % der Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren gehen einer Arbeit nach [133].

Die meisten erwerbstätigen Menschen haben einen guten Gesundheitszustand, nur 17 % der erwerbstätigen Männer und 19 % der erwerbstätigen Frauen zwischen 18 und 64 Jahren bewerten ihren Gesundheitszustand als schlecht [134]. Während junge erwerbstätige Menschen in der Regel eine gute Gesundheit haben, weisen Beschäftigte im mittleren und höheren Alter häufiger chronische Erkrankungen auf [134].

Der Gesundheitszustand von erwerbstätigen Menschen wird vielseitig beeinflusst. Neben den Arbeitsbedingungen beeinflusst auch das Privatleben die Gesundheit. Nachfolgend liegt der Fokus auf der Beschreibung der Verbreitung physischer und psychischer Arbeitsbelastungen sowie der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz. Arbeitsbedingt häufige Erkrankungen und Beschwerden werden anhand der Daten zur Arbeitsunfähigkeit dargestellt, wobei Muskel-Skelett-Erkrankungen, Unfallverlet-

zungen und psychische Erkrankungen im Vordergrund stehen.

Die Informationen zur gesundheitlichen Lage und ihrer Einflussfaktoren von erwerbstätigen Menschen beruhen auf Daten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, von gesetzlichen Krankenkassen und der Initiative Gesundheit und Arbeit. Die Daten ermöglichen auch geschlechts- und branchenbezogene Aussagen.

Gesundheitsbezogene Einflussfaktoren

Verschiedene physische und psychische Anforderungen aus der Arbeit können negative Auswirkungen auf die Gesundheit von erwerbstätigen Menschen haben. Nach dem Belastungs- und Beanspruchungsmodell kann eine negative Wirkung auf die Gesundheit eintreten, wenn die Belastungen der Arbeit die persönliche Leistungsfähigkeit der erwerbstätigen Menschen übersteigen und diese weder durch individuelle Bewältigungsstrategien noch durch Änderungen in den Anforderungen bzw. der Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen ausgeglichen werden können [135]. Beispiele für Arbeitsbelastungen können schwere körperliche Arbeit, hohe Arbeitsintensität, Arbeitsplatzunsicherheit, Überstunden und Schichtarbeit, geringe Handlungsspielräume, aber auch ein als ungerecht empfundenes Verhältnis von Belohnung und Arbeitsanforderungen sein [136].

Körperliche Arbeitsbelastungen können u. a. durch Umgebungseinflüsse am Arbeitsplatz entstehen. So berichten 12,6 % der erwerbstätigen Frauen und 13,9 % der erwerbstätigen Männer, die häufig unter Lärm arbeiten, dass sie dies als belastend empfinden. Ein Teil der erwerbstätigen Frauen und Männer, die häufig unter Kälte, Nässe, Feuchtigkeit und Zugluft sowie im Stehen arbeiten, empfinden die Situation ebenfalls als belastend (Kälte, Nässe, Feuchtigkeit und Zugluft: Frauen: 8,3 %, Männer: 13,1 %; Arbeiten im Stehen: Frauen: 14,8 %, Männer: 15,7 %) [137]. Erwerbstätige in Bauberufen (38,7 %), in der Landwirtschaft (38,2 %) und im produzierenden Gewerbe (27,7 %) waren am häufigsten physischen Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt [138].

Die Bedeutung von psychischen Arbeitsbelastungen ist in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Als Gründe werden die zunehmende Globalisierung und der Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft diskutiert. In deren Folge werden hohe Anforderungen an die Beschäftigten gestellt, vor allem hinsichtlich einer lebenslangen Bereitschaft zur Weiterbildung, zum Um-

gang mit digitalen Medien, zum mobilen Arbeiten sowie zu ständiger Erreichbarkeit [139, 140].

Viele Erwerbstätige sind von psychischen Arbeitsbelastungen betroffen wie z. B. die gleichzeitige Betreuung verschiedener Arbeiten (Frauen: 67,8 %, Männer: 58,1 %) oder starker Termin- und Leistungsdruck (Frauen: 55,9 %, Männer: 56,4 %) [137], wobei der starke Termin- und Leistungsdruck überwiegend als belastend empfunden wird.

Die Dauer und die Lage der Arbeitszeit (Beginn, Ende, Pausenzeiten, Schichtarbeit) haben Einfluss auf die Gesundheit von Beschäftigten [141]. Beispielsweise ist Schichtarbeit mit einem erhöhten Unfallrisiko assoziiert. Bei vielen Betroffenen ist außerdem das Risiko für Schlafstörungen, vorzeitige Ermüdung, Konzentrations-schwierigkeiten, Appetitlosigkeit und Magenbeschwerden größer als bei nicht in Schichtarbeit Beschäftigten [142]. Vier von fünf Beschäftigten arbeiten innerhalb der „normalen“ Arbeitszeit zwischen 7:00 und 19:00 Uhr, 8 % der Beschäftigten haben versetzte Arbeitszeiten, 7 % arbeiten in Wechselschicht mit Nachtarbeit oder Dauernachtarbeit und 5 % in Wechselschicht ohne Nachtarbeit [141]. 65 % der erwerbstätigen Menschen, die in Wechselschicht mit Nachtarbeit arbeiten, sind Männer. Zudem arbeiten niedrigqualifizierte erwerbstätige Menschen häufiger in Schichtarbeit als höherqualifizierte [141].

Auch lange Arbeitswege oder häufige Dienstreisen können die davon betroffenen erwerbstätigen Menschen vor hohe psychische Anforderungen stellen. 29,8 % der Frauen und 40,4 % der Männer geben an, dass ihre Arbeit räumliche Mobilität erfordert. Dies gilt insbesondere für jüngere Beschäftigte und für die Branchen Verkehr und Lagerei (46,8 %), Kommunikation, Medien und Verlagswesen (43,0 %) sowie das Baugewerbe (41,4 %) [143].

Befristete Arbeitsverhältnisse oder Zeitarbeit werden von Beschäftigten als unsicher wahrgenommen [144]. Die Folgen sind z. B. Schwierigkeiten, das eigene Leben vorausschauend planen zu können und geringere Einbindung in organisationale Strukturen [145]. In der jüngsten Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren ist der Anteil an befristeten Arbeitsverträgen am höchsten. Für Frauen liegt dieser bei 24 % und für Männer bei 22 %. Die Befristungsquote sinkt mit steigendem Alter und liegt bei ab 55-Jährigen bei ca. 5 % [146]. Angehörige akademischer Berufe (11,9 %) und Hilfsarbeiterkräfte in Dienstleistungsbereufen (9,9 %) haben den höchsten Anteil an befristeten Arbeitsverhältnissen [147].

Die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz ist eine bedeutende Ressource für die Gesundheit der erwerbstätigen Menschen und trägt zum psychischen Wohlbefinden und zur Stresslinderung bei und kann hohen Arbeitsbelastungen positiv entgegenwirken [148]. Etwa zwei Drittel der Beschäftigten (Frauen: 66 %, Männer: 70 %) berichten, dass sie in ihrer Arbeit von Kolleginnen und Kollegen unterstützt werden. Der Anteil steigt mit zunehmendem Alter von 56 % bei 18- bis 24-Jährigen bis 70 % in der Altersgruppe der ab 55-Jährigen deutlich an [149]. Von ihrer Führungskraft ausreichend unterstützt fühlen sich mehr als die Hälfte der Beschäftigten (Frauen: 52 %, Männer: 58 %). Auch hier steigt der Anteil mit zunehmendem Alter von 44 % bei den 18- bis 24-Jährigen bis auf 60 % bei den 45- bis 54-Jährigen an, um dann wieder leicht auf 54 % in der höchsten Altersgruppe der Beschäftigten (ab 55 Jahre) abzusinken [149].

Gesundheitliche Lage

Arbeitsunfähigkeit (AU) ist grundsätzlich ein wichtiger Indikator für die Beschreibung des Gesundheitszustands von erwerbstätigen Menschen [150]. Bei der Interpretation ist zu bedenken, dass die Anzahl der Fälle und Länge der AU auch durch die jeweilige Arbeitsmarktsituation und das Verschreibungsverhalten beeinflusst werden [150, 151]. Frühberentungsdaten geben ebenfalls Hinweise, welche Erkrankungen bei erwerbstätigen Menschen dazu führen, dass sie vor Erreichen der Altersgrenze in Rente gehen müssen [152].

In Deutschland verursachen Erkrankungen des Atemsystems den höchsten Anteil an AU-Fällen sowohl bei Frauen (23,9 %) als auch bei Männern (22,1 %) und liegen auf Rang drei als Ursache für die meisten AU-Tage für erwerbstätige Frauen (13,1 %) und Männer (11,8 %). Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes bestimmen ebenfalls das Krankheitsgeschehen bei erwerbstätigen Menschen. Sie verursachen mit 21,2 % bei Frauen und 24,2 % bei Männern die meisten AU-Tage in dieser Bevölkerungsgruppe. Bei Frauen spielen psychische und Verhaltensstörungen eine wesentliche Rolle: diese sind für 14,1 % aller AU-Tage verantwortlich. Bei Männern sind Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (13,4 % der AU-Tage) von Bedeutung [153].

Die durchschnittliche AU-Dauer bei den im Jahr 2016 versicherten erwerbstätigen AOK-Mitgliedern lag bei 19,4 AU-Tagen pro Jahr, wobei Personen, die in der Hochschullehre und -forschung arbeiteten, deutlich weniger AU-Tage hatten (durchschnittlich 4,4 AU-Tage) als er-

werbstätige Menschen in der Ver- und Entsorgung (Energieversorgung, Wasser- und Abfallwirtschaft) mit durchschnittlich 31,8 Tagen [154].

Die Zusammenhänge zwischen dem Heben und Tragen von schweren Lasten, Arbeiten in ungünstigen Haltungen sowie Ganzkörpervibration und der Entstehung von arbeitsbedingten Muskel-Skelett-Erkrankungen sind gut belegt, aber auch sitzende Tätigkeiten können zu einem fehlenden Training des Muskel-Skelett-Systems und dadurch bedingten Verletzungen führen. Als Einzeldiagnose sind Rückenschmerzen von hoher Bedeutung [155]. Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachen den zweithöchsten Anteil an AU-Fällen bei Frauen (13,5 %) und Männern (18,0 %) und den höchsten Anteil an AU-Tagen (Frauen: 21,2 %, Männer: 24,2 %) [153]. Darüber hinaus sind sie für mehr als jede zehnte Frühberentung verantwortlich (Frauen: 13,1 %, Männer: 12,7 %) [139]. Eine altersspezifische Zunahme dieser Diagnose ist für beide Geschlechter und vor allem für Beschäftigte mit geringem und mittlerem Qualifikationsniveau zu beobachten. Männer und Frauen in industriellen und landwirtschaftlichen Berufen sind überdurchschnittlich häufig von Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen, bei Frauen sind es zusätzlich noch Raum- und Hausratreinigerinnen, Helferinnen in Krankenpflege und Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialpflegerinnen [155].

Die Anzahl der Arbeitsunfälle ist ein guter Indikator für die Sicherheit am Arbeitsplatz [138]. Bei der Häufigkeit von gemeldeten Arbeitsunfällen sind deutliche geschlechts-, alters- und branchenbezogene Unterschiede erkennbar. 74,3 % aller bei einer betrieblichen Tätigkeit meldepflichtigen Unfälle und sogar 96,3 % aller tödlichen Unfälle entfielen im Jahr 2016 auf Männer (Frauen: 26,6 % nicht tödliche Unfälle, 3,8 % tödliche Unfälle), da Männer häufiger in Berufen mit einer hohen Unfallgefahr arbeiten. Bei Berufsanfängern, älteren Menschen und Beschäftigten im Bereich der Bauwirtschaft ist das Risiko, einen meldepflichtigen oder sogar tödlichen Arbeitsunfall im Betrieb zu erleiden, am größten [156].

Seit den 1990er Jahren nimmt die Bedeutung von psychischen und Verhaltensstörungen als Ursache für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung kontinuierlich zu [157]. Im Jahr 2016 machten psychische und Verhaltensstörungen einen Anteil von 16,2 % aller AU-Tage aus und haben mit 28,6 AU-Tagen je Fall die höchste durchschnittliche Falldauer. Ebenso ist der Anteil an Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund dieser Diagnose im Vergleich zu anderen Erkrankungen am höchsten und liegt anteilig bei 42,8 % (Frauen: 49,0 %, Männer: 36,6 %) [158].

Männer: 36,5 %) [158]. Die drei Berufsgruppen mit besonders hohen Fallzahlen und Fehlzeiten aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen waren Berufe im Dialogmarketing (z. B. die Arbeit im Call-Center) mit 28,8 Fällen je 100 Mitglieder und durchschnittlich 23,9 AU-Tagen je Fall, in der Altenpflege (19,8 Fälle je 100 Mitglieder und 30,3 AU-Tagen) sowie in der Haus- und Familienpflege (20,0 Fälle je 100 Mitglieder und 29,0 AU-Tagen) [159].

3.1.8 PERSONEN IM ERWERBSFÄHIGEN ALTER – ARBEITSLLOSE MENSCHEN

Nach der Definition der Bundesagentur für Arbeit, die auf § 53a Abs. 1 SGB II und § 16 Abs. 1 SGB III beruht, sind Menschen arbeitslos, wenn sie nicht oder mit weniger als 15 Stunden wöchentlich in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, eine versicherungspflichtige Beschäftigung von mindestens 15 Wochenstunden suchen, sich arbeitslos gemeldet haben und den Vermittlungsbemühungen der Agenturen für Arbeit zur Verfügung stehen. Arbeitslosengeld als Leistung der deutschen Arbeitslosenversicherung wird gezahlt, wenn die betroffene Person arbeitslos ist, sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet hat und die Anwartschaftszeit erfüllt hat [160]. Als langzeitarbeitslos gelten arbeitslose Personen, die ein Jahr und länger arbeitslos gemeldet sind. Sie erhalten – sofern sie hilfebedürftig sind – Arbeitslosengeld II (Alg II). Beim Alg II handelt es sich um Zahlungen für erwerbsfähige Leistungsberechtigte zur Sicherstellung des sozialen Existenzminimums [161].

Die Arbeitslosenquote bezeichnet den Anteil der Arbeitslosen an allen zivilen Erwerbspersonen, d. h. sozialversicherungspflichtige Beschäftigte, Beamte, Selbständige, mithelfende Familienangehörige und Arbeitslose [162]. Im November 2018 lag die Arbeitslosenquote bei 4,8 %, dies entspricht ca. 2,2 Millionen Menschen in Deutschland [163]. 2017 waren 36 % aller arbeitslosen Menschen länger als ein Jahr arbeitslos gemeldet, davon etwa die Hälfte mit einer Dauer zwischen einem und zwei Jahren [164]. Das Risiko, langzeitarbeitslos zu werden, ist besonders bei Geringqualifizierten, bei Älteren, bei Menschen, die Kinder unter drei Jahren betreuen, sowie bei Personen mit sprachlichen oder gesundheitlichen Einschränkungen erhöht [164]. Insgesamt stellen langzeitarbeitslose Menschen eine besonders stark von sozialem Abstieg und Armut bedrohte Personengruppe dar [165].

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit wird mit zwei unterschiedlichen Hypothesen erklärt, wonach einerseits chronisch erkrankte Menschen ein erhöhtes Risiko haben, arbeitslos zu werden, da sie

beispielsweise häufiger von Kündigungen betroffen sind und ein (Wieder)Einstieg schwierig ist. Andererseits wirkt sich Arbeitslosigkeit auch direkt auf die Gesundheit aus, beispielsweise aufgrund der damit einhergehenden psychischen Belastung, finanzieller Einbußen, fehlender Zeitstrukturen oder verminderter Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe [166, 167]. Insbesondere bei Menschen, die längere Zeit arbeitslos sind und deren Chancen auf eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt gering sind, sind negative gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit wahrscheinlich [168].

Relevante Einflussfaktoren auf die Gesundheit arbeitsloser Menschen sind soziale Unterstützung, körperliche Aktivität sowie Tabak- und Alkoholkonsum. Wichtige Aspekte der gesundheitlichen Lage sind die Verbreitung von psychischen Störungen (insbesondere Depression), Adipositas und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems.

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage und ihr Einflussfaktoren für arbeitslose Menschen werden die Daten der GEDA-Studie 2009, 2010 und 2012 (Einzelauswertungen bzw. gepoolt) des RKI sowie Daten von gesetzlichen Krankenkassen herangezogen. Als Unterscheidungsmerkmal werden die aktuell vorliegende Arbeitslosigkeit zum Erhebungszeitpunkt oder die Dauer der Arbeitslosigkeitserfahrung innerhalb der letzten fünf Jahre genutzt. Dabei wird zwischen Kurzeitarbeitslosigkeit (weniger als ein Jahr) und Langzeitarbeitslosigkeit (ein Jahr und mehr) unterschieden. Häufig können auch geschlechterdifferenzierte Ergebnisse dargestellt werden. Eine Differenzierung nach Sozialstatus oder Bildungsabschluss ist meistens nicht möglich bzw. erscheint bei dieser Bevölkerungsgruppe eher von untergeordneter Bedeutung.

Gesundheitsbezogene Einflussfaktoren

Ein stabiles Selbstwertgefühl, finanzielle Rücklagen, ein konstruktiver Umgang mit der Situation, eine Distanzierung von der verlorenen Arbeit und nicht zuletzt ein gutes soziales Netzwerk haben sich als wichtige Ressourcen erwiesen, um die Folgen von Arbeitslosigkeit, die sehr unterschiedlich sein können, abzuschwächen [169]. Allerdings schätzen nur 65 % der arbeitslosen Frauen und 71 % der arbeitslosen Männer ihre soziale Unterstützung als mittel oder hoch ein [11]. Langzeitarbeitslose Menschen bewerten ihre gesellschaftliche Integration (mit 6 von 10 Punkten) relativ schlecht. Auch sind sie selten in einer Organisation wie z. B. in einem Verein oder der Kirchengemeinde engagiert (23,9 %). Ein Vergleich mit erwerbstätigen Menschen zeigt dabei im-

mer deutlich ungünstigere Werte für langzeitarbeitslose Menschen. [165].

Unzureichende körperliche Aktivität zählt weltweit zu den größten Risikofaktoren für chronische Erkrankungen und Mortalität [69]. Körperliche Aktivität reduziert hingegen das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einigen Krebsarten und Diabetes mellitus Typ 2, verbessert die Gesundheit des Bewegungsapparats und hilft, das Körpergewicht zu kontrollieren. Außerdem sind die positiven psychosozialen Effekte von körperlicher Aktivität wie die Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeitserwartung [170] sowie die antidepressive Wirkung [171] von Bedeutung. Frauen und Männer mit längerer Arbeitslosigkeitserfahrung, d. h. mindestens 12 Monate innerhalb der letzten fünf Jahre, sind deutlich häufiger sportlich inaktiv als diejenigen ohne Arbeitslosigkeitserfahrung [131]. Bei jungen Menschen zwischen 18 und 29 Jahren gaben 38,8 % der Frauen und 29,7 % der Männer mit längerer Arbeitslosigkeitserfahrung an, in den letzten drei Jahren keinen Sport getrieben zu haben. Dieser Anteil steigt bei 30- bis 64-Jährigen mit längerer Arbeitslosigkeitserfahrung auf etwa die Hälfte an. Insgesamt nimmt sportliche Inaktivität mit steigendem Alter sowohl bei arbeitslosen als auch erwerbstätigen Menschen deutlich zu [131].

Rauchen zählt zu den bedeutenden Risikofaktoren für chronische Erkrankungen wie z. B. Lungenkrebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. [172]. Je nach Altersgruppe rauchen zwischen 39,8 % und 57,4 % der Frauen und zwischen 47,6 % und 66,3 % der Männer mit längerer Arbeitslosigkeitserfahrung [131]. Insgesamt steigt bei beiden Geschlechtern mit zunehmender Arbeitslosigkeitserfahrung auch die Häufigkeit des Rauchens deutlich an und liegt je nach Altersgruppe zwischen 10 und 30 Prozentpunkte höher als bei Frauen und Männern ohne Arbeitslosigkeitserfahrung. Diese Unterschiede in der Raucherquote sind in der jüngeren Altersgruppe stärker ausgeprägt.

Die Übergänge zwischen dem Genuss alkoholischer Getränke bis hin zur Alkoholabhängigkeit sind fließend [173]. Je nach Altersgruppe geben zwischen 15,3 % und 24,0 % der Frauen, die innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens 12 Monate arbeitslos waren, einen riskanten Alkoholkonsum nach dem AUDIT-C-Instrument an [84]. Bei Männern mit längerer Arbeitslosigkeitserfahrung sind es zwischen 23,8 % und 40,8 % [131]. Im Vergleich zu erwerbstätigen Menschen weisen die Ergebnisse darauf hin, dass arbeitslose Menschen nicht häufiger Alkohol trinken. Das bestätigen auch andere Studien [174].

Gesundheitliche Lage

Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustands ist ein international verwendeter Indikator, der die persönliche und soziale Dimension des eigenen Befindens abbildet [175]. Ein als schlecht oder sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand ist u. a. mit der erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, dem Auftreten von chronischen Erkrankungen und Sterblichkeit assoziiert [176, 177]. 37,2 % der langzeitarbeitslosen Menschen (Alg II-Empfänger) bewerten ihren eigenen Gesundheitszustand als weniger gut bis schlecht. Dieser Anteil ist deutlich höher als bei erwerbstätigen Menschen (17,7 %) [165].

Die Statistiken zur Arbeitsunfähigkeit (s. u.), aber auch Ergebnisse internationaler Studien belegen, dass arbeitslose Menschen im Vergleich zu erwerbstätigen Menschen deutlich häufiger von psychischen Störungen betroffen sind [165, 166, 178]. Mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeitserfahrung steigt die Prävalenz einer selbstberichteten, ärztlich diagnostizierten Depression deutlich an. Bei jüngeren Frauen zwischen 18 und 39 Jahren hatten 13,1 % der Frauen mit einer Arbeitslosigkeitserfahrung von mindestens 12 Monaten eine ärztlich diagnostizierte Depression im Vergleich zu 6,3 % ohne Arbeitslosigkeitserfahrung. Dieser Unterschied ist auch bei 40- bis 64-jährigen Frauen erkennbar (17,8 % vs. 10,7 %). Bei Männern zwischen 18 und 39 Jahren hatten 14,9 % mit einer Arbeitslosigkeitserfahrung von 12 oder mehr Monaten innerhalb der letzten fünf Jahre eine ärztlich diagnostizierte Depression, im Vergleich zu 2,7 % ohne Arbeitslosigkeitserfahrung. In der Altersgruppe der 40- bis 64-jährigen Männer waren es 15,6 % im Vergleich zu 6,9 % [131].

Statistiken zur Arbeitsunfähigkeit (AU) werden von den gesetzlichen Krankenkassen erfasst und enthalten ärztlich bescheinigte AU-Fälle und AU-Zeiten ihrer Pflichtmitglieder und freiwilligen Mitglieder mit einem Krankengeldanspruch [179]. Auch Alg I- und Alg II-Bezieher müssen krankheitsbedingte AU bei der Agentur für Arbeit spätestens vor Ablauf des dritten Kalendertags melden und eine AU-Bescheinigung vom Arzt vorlegen (§ 311 SGB III und § 56 SGB II). Die Statistik zur AU bei arbeitslosen Versicherten der Betriebskrankenkassen zeigt, dass die Hauptursachen für AU-Tage psychische Störungen (36,8 %) und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (29,3 %) sind [180]. Vor allem psychische Störungen treten bei arbeitslosen Menschen deutlich häufiger auf als bei erwerbstätigen Menschen [180]. Insgesamt werden arbeitslose Menschen

zwar seltener arbeitsunfähig geschrieben, aber insgesamt länger als erwerbstätige Menschen [181].

Adipositas wird mit einem erhöhten Risiko für chronische Erkrankungen wie Diabetes, koronare Herzerkrankungen, Hypertonie, einigen Krebsarten [182] und einer erhöhten Gesamtmortalität [183] assoziiert. 23,2 % der arbeitslosen Frauen und 19,8 % der arbeitslosen Männer zwischen 15 und 64 Jahren sind adipös, d. h. sie haben einen BMI ≥ 30 kg/m². Der Anteil von adipösen Menschen ist bei Beschäftigten etwas niedriger (19,3 % bei Frauen und 18,2 % bei Männern) [184]. Bei einer differenzierteren Betrachtung nach Altersgruppen zeigt sich, dass vor allem junge langzeitarbeitslose Frauen häufiger von Adipositas betroffen sind als sicher beschäftigte Frauen [168].

3.1.9 EHRENAMTLICH TÄTIGE PERSONEN

Unter dem Begriff „Ehrenamt“ wird üblicherweise das Übernehmen von Funktionen in formalen Organisationen verstanden, die freiwillig und unentgeltlich geleistet werden [185]. Weiter gefasst ist der Begriff des „freiwilligen Engagements“ [186]. Zentrale Merkmale der Tätigkeiten im Rahmen des freiwilligen Engagements sind, dass sie freiwillig, nicht auf materiellen Gewinn gerichtet, gemeinwohlorientiert, im öffentlichen Raum stattfindend und in der Regel gemeinschaftlich/kooperativ ausgeübt werden [187]. Daneben gibt es weitere Formen des zivilgesellschaftlichen Handelns wie z. B. informelle Unterstützungsleistungen für Nachbarn, Freunde oder Bekannte, die in der Regel nicht öffentlich erbracht werden und sich häufig an Personen aus dem näheren sozialen Umfeld richten [186].

Nach Daten des Deutschen Freiwilligen-Survey (FWS) haben sich im Jahr 2014 43,6 % der Bevölkerung freiwillig engagiert – das sind ca. 30,9 Millionen Menschen. Ein knappes Viertel der Engagierten geht der freiwilligen Tätigkeit täglich oder mehrmals pro Woche nach, 42,4 % wenden mindestens einmal pro Woche oder mehrmals im Monat Zeit dafür auf. Die übrigen 34,3 % geben an, sich einmal monatlich oder seltener zu engagieren [188].

Freiwilliges Engagement findet in vielen verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen statt. Der FWS unterscheidet die folgenden: Sport und Bewegung, Schule und Kindergarten, Kultur und Musik, sozialer Bereich, kirchlicher oder religiöser Bereich, Freizeit und Geselligkeit, außerschulische Jugendarbeit oder Bildungsarbeit für Erwachsene, Politik und politische Interessenvertretung, Umwelt, Naturschutz oder Tierschutz, Unfall- oder Rettungsdienst oder Freiwillige Feuerwehr, berufliche Inter-

essenvertretung außerhalb des Betriebs, Gesundheitsbereich, Justiz oder Kriminalitätsprobleme sowie sonstiger Bereich [186]. Der mit Abstand höchste Anteil freiwillig Engagierter ist im Bereich Sport und Bewegung aktiv: 16,3 % übernehmen hier freiwillige oder ehrenamtliche Aufgaben. Es folgen die Bereiche Schule oder Kindergarten mit 9,1 % und Kultur und Musik mit 9,0 %. Insgesamt ist das Engagement in fast allen Bereichen in den letzten 15 Jahren gestiegen.

Freiwillige oder ehrenamtliche Tätigkeiten können sich positiv auf die Gesundheit und Lebenszufriedenheit auswirken, aber auch mit physischen und psychischen Belastungen verbunden sein. Die gesundheitlichen Herausforderungen können sich dabei sowohl aus der Art der Tätigkeit als auch aus den jeweiligen Lebensphasen bzw. -situationen der freiwillig Engagierten ergeben. Ein Bereich des freiwilligen Engagements, der mit besonderen Belastungen verknüpft sein kann, ist der des Rettungswesens (Unfall-/Rettungsdienst oder Freiwillige Feuerwehr). Freiwillig Engagierte sind ein fester Bestandteil des Rettungswesens in Deutschland. Im Vergleich zu anderen Bereichen ist dieser im Hinblick auf den Anteil freiwillig Engagierter aber relativ klein (2,9 %) [186].

Für die Bevölkerungsgruppe der ehrenamtlich tätigen Personen liegen Informationen zu psychischen Belastungen und zur Verbreitung von Unfallverletzungen vor.

Die Datenlage zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage und ihrer Einflussfaktoren von freiwillig Engagierten ist sehr begrenzt. Nachfolgend wird daher ausschließlich auf die gesundheitliche Lage eingegangen. Die Daten der Feuerwehr-Statistik sowie die Daten der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung können dabei zur Beschreibung der Einsatzbereiche der Feuerwehren und zur Beschreibung des Unfallgeschehens ehrenamtlich Tätiger herangezogen werden.

Gesundheitliche Lage

Laut der Umfrage des Deutschen Feuerwehrverbandes waren im Jahr 2016 995.341 Personen in freiwilligen Feuerwehren engagiert [189]. Werden die Einsätze nach Tätigkeitsbereichen betrachtet, lag der Schwerpunkt aller Feuerwehreinsätze – nicht nur der der freiwilligen Feuerwehren – bei der Notfallrettung (2.239.185 Einsätze), gefolgt von technischen Hilfeleistungen (577.770 Einsätze). Insgesamt waren die Feuerwehren wegen 179.083 Bränden und Explosionen im Einsatz. Aufgrund der Tätigkeitsbereiche kann davon ausgegangen werden, dass

die Arbeit von Feuerwehrleuten neben den körperlichen Belastungen in besonderen Situationen auch psychisch belastend sein kann [190]. Es liegen allerdings keine detaillierten Daten zur Verbreitung psychischer Belastungen von Feuerwehrleuten vor.

Im Jahr 2016 waren 4.410.930 ehrenamtlich Tätige über die DGUV versichert, bei denen ca. 2.400 meldepflichtige Unfälle registriert wurden [191]. Das sind Unfälle, die eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen oder den Tod zur Folge hatten. Sechs Unfälle von Versicherten im Ehrenamt waren tödlich. Die Mehrheit der meldepflichtigen Unfälle waren mit 79 % Unfälle, die im Rahmen der Tätigkeit auftraten; bei 21 % handelte es sich um Wegeunfälle. Nach Unfallhergang unterschieden, machten Stolper-, Rutsch- und Sturzunfälle einen Anteil von 39 % aus. Die Altersgruppen der 20- bis unter 25-jährigen und die der 65-jährigen und Älteren hatten die meisten Unfälle. Geschlechts- oder sozialsituationbezogene Aussagen sind für beide Aspekte nicht möglich.

3.1.10 PERSONEN NACH DER ERWERBSPHASE IN DER KOMMUNE

Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune werden als Personen definiert, die eine gesetzliche oder private Rente erhalten und größtenteils selbstständig in ihrem eigenen Zuhause leben. Für das vorliegende Kapitel werden dazu Personen ab 65 Jahren beschrieben [192]. Ende 2017 lebten in Deutschland rund 17,7 Millionen Personen ab 65 Jahren. Dies entspricht einem Anteil von 21,4 % an der Gesamtbevölkerung [193].

Der Lebensabschnitt nach der Erwerbsphase wird von vielen Personen als sehr positiv empfunden, da Zeit und Aufgaben selbstbestimmt gestaltet werden können und Belastungen des Erwerbslebens entfallen [194]. Allerdings müssen sich Personen im Ruhestand mit veränderten Alltagsstrukturen und den damit einhergehenden neuen Herausforderungen auseinandersetzen [194]. Personen ab 65 Jahren in der Kommune (d. h. Personen, die zu Hause leben) sind hinsichtlich ihres Gesundheitszustands eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe. So wird die erste Phase des Ruhestands häufig in guter Gesundheit verbracht. Mit steigendem Alter nehmen Erkrankungen zu, wobei die chronischen Erkrankungen das Krankheitsspektrum dominieren [195]. Mehrfacherkrankungen, eine eingeschränkte Selbstständigkeit und eine Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer Pflege können die Folge sein [196].

Wichtige gesundheitliche Einflussfaktoren nach der Erwerbsphase sind Ernährung, körperliche Aktivität, Tabak- und Alkoholkonsum sowie soziale Unterstützung. Zu den relevanten gesundheitlichen Problemen in dieser Altersgruppe gehören die koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 2, Krebserkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Mehrfacherkrankungen und Multimedikation, Verletzungen sowie psychische Beschwerden.

Die gesundheitliche Lage und ihre Einflussfaktoren können für Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune mit den Daten des Gesundheitsmonitorings des RKI über die Definition des Alters „ab 65 Jahren“ sehr gut dargestellt werden [197]. Je nach verwendetem Indikator werden die Daten der DEGS-Studie oder der GEDA-Studie herangezogen und durch Krebsregisterdaten, Daten von gesetzlichen Krankenkassen und Daten des Statistischen Bundesamtes ergänzt. Die umfangreiche Datenlage für Personen ab 65 Jahren erlaubt größtenteils geschlechtsbezogene Auswertungen und Aussagen zu Unterschieden hinsichtlich der Bildung oder des Sozialstatus.

Gesundheitsbezogene Einflussfaktoren

Die Ernährung spielt u. a. aufgrund des veränderten Nährstoffbedarfs im Alter eine besondere Rolle [198]. Der tägliche Obst- und Gemüsekonsum gilt als Baustein für eine ausgewogene, nährstoffreiche Ernährung. Allerdings verzehren 32,5 % der ab 65-jährigen nicht täglich Obst und 57,2 % der ab 65-jährigen nicht täglich Gemüse. Männer in dieser Altersgruppe essen im Vergleich zu Frauen seltener Obst und Gemüse. Bei Frauen zeigt sich ein Einfluss des Bildungsniveaus, wobei Frauen aus der niedrigen Bildungsgruppe seltener Obst und Gemüse essen als Frauen aus höheren Bildungsgruppen [eigene Berechnungen nach 199, 200].

Eine ausreichende körperliche Aktivität als ein wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit erreichen nur wenige der älteren Personen ab 65 Jahren. Die deutliche Mehrheit (79,8 %) erreicht die Teilempfehlungen der WHO zur Ausdauer- und Muskelaktivität für diese Altersgruppe nicht. Frauen und Männer ab 65 Jahren aus niedrigeren Bildungsgruppen zeigen dabei eine geringere körperliche Aktivität im Vergleich zu Personen mit höherem Bildungsniveau [eigene Berechnungen nach 201].

Hinsichtlich des Tabak- und Alkoholkonsums weisen 14,8 % der älteren Personen einen riskanten und damit gesundheitlich schädlichen Alkoholkonsum auf (riskanter Alkoholkonsum: mehr als 10-12 g pro Tag für Frauen und 20-24 g für Männer) [eigene Berechnungen nach

202] und 7,8 % rauchen täglich oder gelegentlich. Bezüglich des Rauchens zeigen Männer gegenüber Frauen in der Altersgruppe ab 65 Jahren ein gesundheitlich ungünstigeres Verhalten [eigene Berechnungen nach 203]. Riskanten Alkoholkonsum geben Personen aus höheren Bildungsgruppen häufiger an als Personen aus niedrigeren Bildungsgruppen [eigene Berechnungen nach 202].

Einen positiven Einfluss auf die Gesundheit kann die soziale Unterstützung haben [204, 205]. Jedoch empfindet ein Fünftel (19,7 %) der älteren Personen eine geringe soziale Unterstützung. Geringe soziale Unterstützung berichten Männer mit niedriger Bildung häufiger als Männer aus der höheren Bildungsgruppe [eigene Berechnungen nach 103]. Bei Frauen bestätigt sich diese Tendenz.

Gesundheitliche Lage

Mit dem Alter nimmt das Risiko für chronische Erkrankungen zu [196]. Zu den häufigsten jemals diagnostizierten chronischen Erkrankungen gehören u. a. die koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 2 und Muskel-Skelett-Erkrankungen wie Arthrose [120, 206].

23,0 % der Befragten ab 65 Jahren geben das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit an, wobei Männer deutlich häufiger betroffen sind als Frauen (28,8 % vs. 18,7 %). Die Daten weisen auf soziale Unterschiede zugunsten der älteren Personen mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus im Vergleich zu älteren Personen mit hohem Sozialstatus hin [120].

Nahezu die Hälfte aller Frauen und Männer in Deutschland erkrankt im Laufe ihres Lebens an Krebs. Das Risiko für eine Krebserkrankung steigt mit dem Alter; fast zwei Drittel aller Krebserkrankungen treten nach dem 65. Lebensjahr auf [207]. Im Jahr 2014 erkrankten 135.535 Frauen und 164.600 Männer im Alter ab 65 Jahren neu an einer Krebserkrankung. Insgesamt ist bei 9,7 % der in Deutschland lebenden Personen über 65 Jahren in den letzten zehn Jahren ein bösartiger Tumor diagnostiziert worden [eigene Berechnungen nach 208]. Neueste Analysen zeigen, dass die Erkrankungshäufigkeit für einige Krebsarten mit regionalen sozioökonomischen Unterschieden in Verbindung steht [209].

Diabetes mellitus Typ 2 ist multifaktoriell bedingt; dabei sind neben genetischen Faktoren, eine ungesunde Ernährungsweise und Bewegungsmangel und damit in Verbindung stehendes Übergewicht bzw. Adipositas zentrale Risikofaktoren [210, 211]. Rund ein Fünftel (19,1 %) der Personen ab 65 Jahren haben einen ärztlich diag-

nostizierten Diabetes. Männer haben dabei eine höhere Prävalenz [eigene Berechnungen nach 211].

Muskel-Skelett-Erkrankungen sind typische Beschwerden des Alters [212]. Arthrose kommt bei älteren Personen am häufigsten vor (40,7 %), wobei Frauen ab 65 Jahren nach den Analysen der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Arthrose in den letzten 12 Monaten deutlich häufiger betroffen sind als Männer (48,1 % vs. 31,3 %) [eigene Berechnungen nach 206].

Eine zentrale Krankheitslast mit zunehmendem Alter stellen Mehrfacherkrankungen dar, die mit einer verminderten Lebensqualität und erhöhter Mortalität einhergehen [213]. Ab einem Alter von 65-74 Jahren leiden bereits 73,2 % an mindestens zwei chronischen Erkrankungen (Frauen: 73,2 %, Männer: 68,0 %) [196]. Frauen in dieser Altersgruppe mit niedrigem Sozialstatus sind häufiger von Multimorbidität betroffen als Frauen mit hohem Sozialstatus. Aufgrund der Mehrfacherkrankungen verwenden ältere Personen häufig mehrere Arznei- oder Nahrungsergänzungsmittel zur Behandlung der vorliegenden Erkrankungen. Durch diese Multimedikation kann es u. a. zu Wechsel- und Nebenwirkungen kommen, die die Gesundheit zusätzlich beeinträchtigen (potenziell inadäquate Medikation, PIM) [214]. Im Alter von 65-79 Jahren liegt der Anteil der PIM bei 46,6 % (Frauen: 50,5 %, Männer: 42,1 %) (inklusive nicht ärztlich verordnete Präparate wie z. B. Nahrungsergänzungsmittel oder Schmerzmittel) [215]. Bis zu einem Alter von 69 Jahren nehmen Frauen deutlich häufiger fünf und mehr unterschiedliche Arzneimittel ein als Männer [215].

Als Folge von körperlichen und kognitiven Einschränkungen steigt mit zunehmendem Alter das Risiko für Unfälle und daraus resultierende Verletzungen, die bei älteren Personen häufig schwerwiegender sind als bei jüngeren Personen. Die häufigste Unfallursache bei ab 65-Jährigen sind Stürze [196]. 8,5 % der Frauen und 5,3 % der Männer geben mindestens eine Unfallverletzung in den letzten 12 Monaten an, die ärztlich versorgt werden musste [216]. Zudem treten Unfallverletzungen bei älteren Menschen am häufigsten zu Hause auf [217].

Neben den physischen Erkrankungen müssen ebenso psychische Belastungen berücksichtigt werden, da das zunehmende Lebensalter mit verschiedenen einschränkenden Faktoren oder Ereignissen einhergehen kann, die das psychische Wohlbefinden beeinflussen können. Eine depressive Symptomatik in den letzten zwei Wochen berichten 7,2 % der älteren Personen (Frauen: 8,7 %, Männer: 5,4 %). Frauen mit niedriger Bildung sind

deutlich häufiger von einer depressiven Symptomatik (11,7 %) betroffen als Frauen mit mittlerer (7,1 %) und hoher Bildung (3,6 %) [eigene Berechnungen nach 218].

3.1.11 BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER VON STATIONÄREN PFLEGE-EINRICHTUNGEN

Im Jahr 2017 wurden in Deutschland 818.000 Personen vollstationär in Pflegeeinrichtungen versorgt.³⁴ Davon nahmen Frauen einen Anteil von 70 % ein; 50 % waren 85 Jahre oder älter [219].

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) enthält die Vorschriften für die soziale Pflegeversicherung und definiert Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI). Danach gelten Personen, die eine gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbstständigkeit aufweisen und Hilfe von anderen benötigen, als pflegebedürftig. Die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen können von diesen Personen nicht selbstständig kompensiert oder bewältigt werden. Die Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung kann durch die Unterstützung der zu Pflegenden, der Betreuung in Alltagssituationen und der räumlichen Anpassung an die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ihre gesundheitliche Situation und die Lebensqualität erhalten oder erhöhen [220].

Wichtige gesundheitliche Einflussfaktoren bei Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen sind Ernährung und körperliche Aktivität. Neben den im vorherigen Kapitel bereits beschriebenen Erkrankungen sind Dekubitus, Schmerzen, Verletzungen und Depressionen relevant. Gewaltsituationen im Rahmen der Pflege können vorkommen.

Die Datenlage für die Beschreibung der gesundheitlichen Lage und deren Einflussfaktoren für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner ist in Deutschland aktuell unzureichend, insbesondere hinsichtlich gesundheitlicher Ressourcen und geschlechtsspezifischer oder soziallagenbezogener Aussagen. Im Folgenden werden Daten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und aussagekräftige Einzelstudien herangezogen.

Gesundheitsbezogene Einflussfaktoren

Für den Erhalt und die Förderung der Gesundheit nehmen eine ausgewogene Ernährung und eine ausreichende

körperliche Aktivität – im Sinne von Mobilität – eine zentrale Rolle ein [221-223]. So kann die Sicherung des Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarfs von Pflegeheimbewohnenden durch körperliche oder psychische Veränderungen eingeschränkt sein [224]. Laut MDS weisen knapp neun Prozent (8,7 %) der Bewohnenden einen nicht angemessenen Ernährungszustand auf (definiert als Gewichtsverlust ≥ 5 % in ein bis drei Monaten oder ≥ 10 % in sechs Monaten) [225]. Eine spezifische Studie zur Ernährungssituation von Pflegeheimbewohnenden berichtet eine deutlich höhere Prävalenz. Hier liegt das Risiko für eine Mangelernährung bei 27,9 % (nach den zwei Kriterien definiert: BMI ≤ 20 kg/m² und wenn die/der Betroffene drei Tage lang nicht oder kaum gegessen hat oder für die Dauer einer Woche weniger als die normale Menge zu sich genommen hat) [226].

40 % bzw. 16 % der Pflegeheimbewohnenden sind körperlich und in ihrer Mobilität so stark eingeschränkt, dass sie nicht bzw. nur unter Schwierigkeiten in der Lage sind, allein in einem Zimmer umherzugehen, und spezifischer Förderung bedürfen [227]. Treppensteigen können von den befragten Pflegeheimbewohnenden nur 29 %; 11 % sind bettlägerig [227].

Gesundheitliche Lage

Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen sind häufig von mehreren chronischen Erkrankungen betroffen. Neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen (65,8 %), demenziellen Erkrankungen (51,0 %), Erkrankungen des Bewegungsapparats (48,6 %) und einer höheren Disposition für Infektionskrankheiten sind in diesem Lebensabschnitt entstandene Erkrankungen oder Beschwerden vor allem Dekubitus, Schmerzen, beabsichtigte und unbeabsichtigte Verletzungen sowie Depressionen [228, 229].

Dekubitus, auch als Wundliegen bezeichnet, beschreibt eine chronische Wunde und gilt, wenn er aufgrund äußerer Faktoren wie z. B. falscher Lagerung auftritt, als Pflegefehler [230]. Die Häufigkeit von Dekubitus wird als Indikator für die Versorgungsqualität in der ambulanten und stationären Pflege genutzt, da durch eine wirkungsvolle Prophylaxe ein Dekubitus in der Regel vermieden werden kann [231, 232]. Die Prävalenz von Dekubitus bei bereits immobilen bettlägerigen Bewohnerinnen und Bewohnern liegt bei knapp 4 % [225].

³⁴ Weitere 104.000 Personen wurden teilstationär in Pflegeeinrichtungen versorgt. Die Literatur zur gesundheitlichen Lage und ihren Einflussfaktoren lässt nicht immer einer Differenzierung zwischen voll- und teilstationär versorgten pflegebedürftigen Menschen zu.

Häufig leiden Pflegeheimbewohnende aufgrund ihrer Erkrankungen an Schmerzen und müssen diesbezüglich medikamentös versorgt werden. Schmerzprotokolle, anhand derer die Schmerzanamnese erfasst und die Schmerztherapie überwacht werden kann, sind in den Pflegeeinrichtungen bereits gängiger Standard [225]. Nach den Auswertungen des MDS erhalten 4 % der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen die verordneten Medikamente jedoch nicht wie vorgesehen [225]. Im Rahmen der Studie „Pflegeprobleme in Deutschland“ der Berliner Charité aus dem Jahr 2015 berichteten 33,3 % der Pflegeheimbewohnenden über Schmerzen. Ähnlich wie bei der Überprüfung des MDS erhielten 6,4 % der Befragten mit Schmerzen in Ruheposition und 5,8 % mit Schmerzen in der Bewegung keine entsprechende medikamentöse Behandlung [229].

Depressionen, oft unerkannt, da die Symptome häufig als typische Verhaltensweisen älterer Personen eingeordnet werden [235]. Die Prävalenzen für Depressionen bei Pflegeheimbewohnerinnen und bewohnern schwanken je nach Quelle zwischen 8 % und 38 % [236, 237].

Trotz einer professionellen Versorgung und einer angepassten Umgebung in Pflegeeinrichtungen können Verletzungen bei Pflegebedürftigen auftreten. Aufgrund des verschlechterten Gesundheitszustands von Bewohnenden kommt es vermehrt zu Stürzen (6,2 % in den letzten zwei Wochen). Gründe hierfür können fehlende Kraft- und Balanceübungen, fehlende erforderliche Hilfsmittel sowie eine unzureichende Anpassung der Medikation sein [225].

Gewalt in der Pflege kann vorkommen und vielfältige Formen haben. In einer Befragung von Pflegedienstleistungen und Qualitätsbeauftragten wurde erfasst, wie häufig im Allgemeinen Gewalt in ihren Einrichtungen vorkommt [233]. Bis zu 25 % der Befragten geben an, in ihren Einrichtungen verbale Aggressivität gelegentlich oder oft zu beobachten, gefolgt von Vernachlässigung (19 %), freiheitsentziehende Maßnahmen (9 %), körperlicher Gewalt (8 %), und 3 % der Befragten geben an, finanziellen Missbrauch an Pflegebedürftigen gelegentlich zu beobachten. In einer Befragung von Pflegepersonal konnte ermittelt werden, dass 30,8 % in den letzten drei Monaten eher häufig bis sehr häufig ungewollte Pflegemaßnahmen an pflegebedürftigen Menschen bzw. Patientinnen und Patienten³⁵ beobachtet haben [234]. Es wurde zudem gefragt, wie häufig im Arbeitsalltag Gewalt im Allgemeinen an pflegebedürftigen Menschen vorkommt. Jeder zehnte Befragte berichtete, dass dies sehr häufig (1,2 %) bzw. eher häufig (10,2 %) zu beobachten war [234].

Bei Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Pflegeheimen bleiben psychische Erkrankungen, z. B.

35 Es liegen keine Angaben vor, wo die betroffenen Personen gepflegt bzw. versorgt wurden.

3.2 PRÄVENTIONSBEDARFE UND -POTENZIALE

Auf Grundlage der Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung werden nachfolgend mögliche Präventionsbedarfe und -potenziale abgeleitet. **Präventionsbedarfe** beziehen sich dabei auf noch nicht ausgeschöpfte Möglichkeiten, Erkrankungsraten durch Gesundheitsförderung und Prävention zu senken (Ausgangspunkt sind Erkenntnisse zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung). **Präventionspotenziale** berücksichtigen noch nicht genutzte Chancen, das Gesundheitsverhalten zu fördern bzw. die Lebensverhältnisse und Rahmenbedingungen zu verbessern (Ausgangspunkt sind Erkenntnisse zu den Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit).

Die Darstellung der Präventionsbedarfe und -potenziale baut auf den in Kapitel 3.1 berichteten Ergebnissen auf und erfolgt entlang der drei lebensphasenorientierten Ziele der Bundesrahmenempfehlungen (Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten und Gesundheit im Alter) und den jeweils relevanten Lebenswelten. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf den im Präventionsgesetz und in den Bundesrahmenempfehlungen formulierten Zielen der Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen.

Die verschiedenen Zielgruppen der lebensphasenbezogenen Ziele in den Bundesrahmenempfehlungen kennzeichnet eine gewisse Heterogenität, z. B. hinsichtlich Lebensformen, Berufsbranchen oder Lebensräumen. Dieser Ausdifferenzierung kann bei der Formulierung von Präventionsbedarfen und -potenzialen nur teilweise Rechnung getragen werden, sollte aber bei der Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Strategien für alle Zielgruppen, wie auch die Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen und soziallagenbezogenen Aspekten, mitgedacht werden.

Einordnung der dargestellten Präventionsbedarfe und -potenziale

Bei den hier dargestellten Präventionsbedarfen und -potenzialen ist zu bedenken, dass sie sich auf die in den Bundesrahmenempfehlungen genannten Zielgruppen und deren gesundheitliche Lage beziehen und dabei nur ein Baustein neben anderen im Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz sind, die zur konkreten Weiterentwicklung der Bundesrahmenempfehlungen

beitragen sollen. Im Sinne eines gesundheitspolitischen Aktionszyklus sollten für die Weiterentwicklung neben den Ergebnissen zur Verbreitung der verschiedenen Maßnahmen von Gesundheitsförderung und Prävention auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene auch der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand zu Wirksamkeit und Nutzen (Kapitel 4), aber auch Prozessindikatoren verschiedener Maßnahmen einfließen [238-240]³⁶. Übergeordnet betrachtet sind die Bundesrahmenempfehlungen nur ein Baustein im Hinblick auf die von der Weltgesundheitsorganisation und anderen Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention geforderten Strategien im Sinne des Ansatzes von „Gesundheit in allen Politikfeldern“ [241, 242]. Für eine künftige Herleitung von Präventionsbedarfen und -potenzialen, aufbauend auf den Ergebnissen der aktuellen gesundheitlichen Lage in Deutschland im Allgemeinen und spezifischer Bevölkerungsgruppen, sollten auch umfassende Mehrebenenstrategien und Wirkmodelle Berücksichtigung finden, die sich an der Strategie von „Gesundheit in allen Politikfeldern“ orientieren [243, 244].

3.2.1 ZIEL GESUND AUFWACHSEN

Im Fokus des Ziels Gesund aufwachsen der Bundesrahmenempfehlungen stehen werdende und junge Familien sowie Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende. Diese Bevölkerungsgruppen werden vor allem über die Lebenswelten Kita und andere Formen der Kinderbetreuung, verschiedene Bildungseinrichtungen wie allgemeinbildende und berufsbegleitende Schulen sowie Hochschulen erreicht. Darüber hinaus können Maßnahmen in der übergeordneten Lebenswelt Kommune und in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie gesetzliche Regelungen in allen die Gesundheit direkt oder indirekt beeinflussenden Bereichen zur Verbesserung der Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppen beitragen [243-245].

Werdende und junge Familien

Im Hinblick auf den Präventionsbedarf zeigen Schwangere (werdende Familien) und junge Familien aufgrund des überwiegend jungen Lebensalters dieser Bevölkerungsgruppe allgemein eine gute Gesundheit. Für sie ergeben sich im Prinzip die gleichen Präventionsbedarfe wie für kinderlose Erwachsene. Jedoch gibt es einige Gesundheitsthemen, die eine besondere Aufmerksamkeit erhalten sollten. Die Adipositasprävalenz von Schwangeren ist wie auch die der gesamten erwachsenen Bevöl-

36 Das Literaturverzeichnis für Kapitel 3.1 und 3.2 befindet sich in Anhang 2.

kerung in den letzten Jahren gestiegen. Übergewichtige und adipöse Frauen haben ein erhöhtes Risiko für Gestationsdiabetes. Adipositas hat nicht nur Auswirkungen auf die elterliche Gesundheit, sondern gilt auch als Risikofaktor für die Entwicklung einer Adipositas bei ihren Kindern [30, 31]. Bei alleinerziehenden Müttern zeigen sich im Vergleich zu Müttern, die in Partnerhaushalten leben, häufiger chronische Rückenschmerzen und psychische Belastungen in Form einer Depression [246]. Hier gibt es ein Präventionspotenzial durch die Förderung von sozialer Unterstützung.

Während der Schwangerschaft, aber auch bereits davor, werden die ersten Weichen für die gesundheitliche Entwicklung des Kindes gestellt. In dieser Lebensphase besteht zudem eine erhöhte Bereitschaft, sich gesund zu verhalten bzw. das Gesundheitsverhalten zu verbessern [25]. Hier gilt es, Schwangere zu unterstützen und einen gesunden Lebensstil zu fördern.

Da Kinder in erster Linie von ihren Eltern lernen und durch die von ihnen vermittelten Werte und Verhaltensweisen entscheidend geprägt werden, bietet das Gesundheitsverhalten von jungen Eltern Präventionspotenzial, das auch der Gesundheit der Kinder zugutekommt. Insbesondere sollten Maßnahmen ergriffen werden, um den Konsum von Tabak und Alkohol in der Schwangerschaft zu verringern und dabei berücksichtigen, dass Tabakkonsum eher bei Schwangeren aus sozial benachteiligten Verhältnissen [12] sowie bei alleinerziehenden Müttern und Vätern [29] zu beobachten ist, wohingegen Alkoholkonsum bei Schwangeren aus sozial besser gestellten Verhältnissen häufiger vorkommt [247]. In Anbetracht der Risiken des Tabakkonsums für die rauchende Person selbst und im Hinblick auf die Passivrauchbelastung für das Kind und die anderen Familienmitglieder besteht auch für junge Familien ein erhebliches Präventionspotenzial, da fast ein Drittel der Mütter und Väter mit Kindern unter drei Jahren täglich oder gelegentlich raucht. Dabei berichteten Eltern mit niedrigem Sozialstatus häufiger, dass sie rauchen. Der riskante Alkoholkonsum der Eltern ist zwar weniger verbreitet, kann aber neben den Gesundheitsrisiken für den Betroffenen mit Risiken für die psychosoziale Gesundheit der ganzen Familie einhergehen [7].

Ein Präventionspotenzial liegt außerdem in der Ernährung. Hervorzuheben sind die Förderung des ausschließlichen Stillens, mindestens bis zu den ersten vier bis sechs Lebensmonaten [248], mit besonderem Handlungsbedarf bei Müttern mit niedriger Bildung. Aber auch der Obst- und Gemüseverzehr kann verbessert werden,

da von den meisten jungen Familien nicht die empfohlenen gesundheitsfördernden fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag erreicht werden. Hierbei zeigt sich ein sozialer Gradient dahingehend, dass Eltern mit niedrigem Sozialstatus seltener die Empfehlungen erreichen. Für den Bereich der körperlichen Aktivität zeigt sich ebenfalls ein Präventionspotenzial. Mehr als die Hälfte der Mütter und Väter mit Kindern unter drei Jahren erreichen nicht die WHO-Teilempfehlung zur körperlichen Aktivität für Erwachsene. Das bedeutet, sie sind weniger als 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv. Ein weiterer Aspekt der Prävention und Gesundheitsförderung ist die soziale Unterstützung, eine wichtige Ressource zur Stressreduktion und zur Förderung des Wohlbefindens, die gerade für Familien in dieser neuen Lebensphase Belastungen entgegenwirken kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Eltern mit einem Kind unter drei Jahren und niedrigem Sozialstatus geringere soziale Unterstützung berichten als Eltern mit höherem Sozialstatus.

Kinder und Jugendliche

Im Allgemeinen gilt das Kita- und Schulalter als Phase guter Gesundheit. Hier werden grundlegende Entwicklungsaufgaben bewältigt und Grundlagen für die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf gelegt. Dennoch gibt es einige Gesundheitsthemen, die auf Handlungsbedarf hinweisen. So stellen unbeabsichtigte und beabsichtigte Verletzungen durch Unfälle oder Gewalt einen wichtigen Präventionsbedarf in dieser Altersgruppe dar, dabei sind Jungen vom Kleinkind- bis zum Jugendalter häufiger von Verletzungen betroffen als Mädchen. Während bei Kleinkindern noch das häusliche Umfeld dominiert, kommen später die Bildungseinrichtungen und Spiel- bzw. Sportplätze als Verletzungsorte hinzu [249]. Ein weiterer Präventionsbedarf zeigt sich im Hinblick auf Adipositas aufgrund ihrer assoziierten Folgeerkrankungen und dem erhöhten Risiko, dass eine im Kindesalter erworbene Adipositas häufig auch im Erwachsenenalter bestehen bleibt [52, 53]. Die Verbreitung von Adipositas (etwa 6 %) und Übergewicht (etwa 15 % inklusive Adipositas) sind im Kindes- und Jugendalter nach wie vor auf einem hohen Niveau. Nicht nur für den Bereich der körperlichen Gesundheit, sondern auch für die psychische Gesundheit lässt sich ein Präventionsbedarf bei Kindern und Jugendlichen identifizieren. Von psychischen Auffälligkeiten wie emotionalen Problemen, Verhaltensproblemen, Hyperaktivität oder Problemen mit Gleichaltrigen sind je nach Altersgruppe zwischen einem Siebtel und knapp einem Fünftel betroffen. Hierbei zeigen sich soziallagen- und geschlechtsbezogene Unterschiede zuungunsten der Gruppe mit niedrigem Sozialstatus und Jungen in allen Altersgruppen.

Im Kindes- und Jugendalter werden zentrale Gesundheitsverhaltensweisen erlernt, geprägt und gefestigt, die für die Gesundheit im Kindesalter und im weiteren Lebensverlauf bedeutsam sind. Hier sollten in allen Lebenswelten sowie in den strukturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Voraussetzungen geschaffen werden, die es Kindern und Jugendlichen mit ihren Familien erleichtern, gesundheitserhaltende Entscheidungen zu treffen [245].

Ausreichend Bewegung und eine ausgewogene Ernährung gelten als Gesundheitsverhalten, die das Risiko für viele chronische Erkrankungen sowie Krebserkrankungen verringern können [250]. Anhand der nicht erreichten Empfehlungen von fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag und des Konsums von zuckerhaltigen Getränken, zeigt sich ein Präventionspotenzial für die Ernährung über die gesamte Altersspanne von Kindheit und Jugend. Geschlechts- und sozillagenbezogene Unterschiede zeigen sich beim Konsum zuckerhaltiger Getränke zuungunsten von Jungen und der Gruppe mit niedrigem Sozialstatus. Auch Präventionsmaßnahmen für eine Förderung der körperlichen Aktivität sind weiterhin notwendig. Die Bewegungsempfehlungen der WHO von 60 Minuten körperlicher Aktivität am Tag werden mit steigendem Alter der Kinder und Jugendlichen immer weniger erreicht [46]. Für den Substanzkonsum zeichnet sich ein Präventionspotenzial ab, das besonders den Tabak- und Alkoholkonsum betrifft. Mit dem Einstieg in das Jugendalter treffen die Heranwachsenden vermehrt eigene gesundheitsrelevante Entscheidungen wie die des Rauchens [251] und des Alkoholtrinkens. Kinder und Jugendliche sind besonders anfällig für gesundheitliche Schädigungen durch Tabakrauch und Alkohol. Zwar hat sich der Anteil rauchender Mädchen und Jungen unter den Minderjährigen in den letzten Jahren reduziert, jedoch zeigt sich ein deutlicher Einfluss des Sozialstatus zuungunsten der Heranwachsenden mit niedrigerem Sozialstatus. Sowohl ein riskanter Alkoholkonsum als auch ein regelmäßiges Rauschtrinken werden von Jugendlichen praktiziert. Im Vergleich zum riskanten Alkoholkonsum, bei dem Mädchen signifikant höhere Prävalenzen aufweisen, zeigt sich beim Rauschtrinken ein umgekehrtes Verhältnis zwischen den Geschlechtern mit signifikant höheren Prävalenzen bei Jungen [85]. Jungen aus der hohen Statusgruppe weisen zudem beim Lebenszeitkonsum und Rauschtrinken höhere Prävalenzen auf.

Auszubildende und Studierende

Eine Ausbildung oder ein Studium bieten die Chance einer persönlichen und gesellschaftlichen Perspektive

und sind in der Regel mit einem Lebensabschnitt verbunden, der von wachsender Eigenständigkeit und Selbstverantwortung geprägt ist. Auszubildende und Studierende werden als eine überwiegend gesunde Bevölkerungsgruppe beschrieben. Jedoch zeigt die Analyse der Arbeitsunfähigkeitstage von Auszubildenden, dass erste körperliche und psychische Beschwerden auftreten können. Häufig auftretende Rückenschmerzen in der Ausbildung weisen auf verhaltens- und verhältnispräventiven Handlungsbedarf, besonders bei weiblichen Auszubildenden, hin. Bei männlichen Auszubildenden sollte verstärkt der Entwicklung von Adipositas entgegengewirkt werden und der Vorbeugung von Arbeits- und Wegeunfällen, Letzteres trifft auch besonders auf Auszubildende in körperlich fordernden Berufen zu. Ein weiterer Präventionsbedarf zeigt sich für Auszubildende und Studierende hinsichtlich des Auftretens einer depressiven Symptomatik, dies gilt stärker für Frauen als für Männer und stärker für Studierende an Universitäten als an Fachhochschulen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weibliche und männliche Auszubildende und Studierende andere Diagnosekriterien und Versorgungsstrukturen benötigen, d. h. solche, die Geschlecht und Lebenssituation berücksichtigen.

Im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen in Ausbildung und Studium zeigt sich ein Präventionspotenzial insbesondere für eine gesunde Ernährung und eine ausreichende körperliche Aktivität, die in den Lebenswelten Betrieb bzw. Hochschule gestärkt werden können. Auch der Substanzkonsum von Tabak, Alkohol und Cannabis verweist bei Auszubildenden und Studierenden auf Präventionspotenzial. Geschlechtsbezogene Unterschiede weisen auf einen stärkeren Handlungsbedarf für männliche Auszubildende und Studierende in Bezug auf Ernährung und Substanzkonsum in beiden Lebenswelten hin, für weibliche Auszubildende und Studentinnen hingegen auf körperliche Aktivität. Eine höhere Inaktivität und vermehrter Substanzkonsum sind auch bei Studierenden an Fachhochschulen im Vergleich zu Universitäten zu beobachten. Neben einer Verringerung von Arbeitsbelastungen kann die Förderung von gesundheitlichen Ressourcen (z. B. soziale Unterstützungsangebote in der Bildungseinrichtung) den psychosozialen Belastungen des neuen Lebensabschnitts entgegenwirken.

3.2.2 ZIEL GESUND LEBEN UND ARBEITEN

Das Ziel Gesund leben und arbeiten ist darauf ausgerichtet, die Gesundheit von Menschen im erwerbsfähigen Alter zu fördern. Dabei werden unterschiedliche Zielgrup-

pen angesprochen, die überwiegend zwischen 15 und 64 Jahre alt sind. Die Zielgruppen befinden sich in sehr unterschiedlichen privaten und arbeitsbedingten Lebenssituationen und Lebenswelten, die mit unterschiedlichen schützenden oder belastenden Einflussfaktoren auf die Gesundheit einhergehen. Mit dem Ziel Gesund leben und arbeiten soll zum einen die Gesundheit von verschiedenen Erwerbstätigen Gruppen gefördert werden, die über die Arbeitswelt erreichbar sind. Zum anderen geht es um arbeitslose Menschen, zu denen der Zugang insbesondere auch über die Arbeitsagenturen und Jobcenter erfolgen soll. Daneben adressiert dieses Ziel auch die Gruppe der ehrenamtlich Tätigen. In den Bundesrahmenempfehlungen sind damit diejenigen gemeint, die im Auftrag einer Gebietskörperschaft ehrenamtlich aktiv sind, da für diesen Personenkreis die gesetzliche Unfallversicherung einen Unterstützungsauftrag hat.

Für das gesamte Ziel Gesund leben und arbeiten sollten, um die Präventionsbedarfe zu decken und die Präventionspotenziale auszuschöpfen, zusätzlich zu den durch das Präventionsgesetz begründeten Maßnahmen in der Arbeitswelt, den Arbeitsagenturen/Jobcentern und den Kommunen auch Rahmenbedingungen (z. B. Arbeitsschutz) derart gestaltet und ausgebaut werden, dass sie Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der genannten Bevölkerungsgruppen unterstützen [252].

Personen im erwerbsfähigen Alter - Erwerbstätige Menschen

Über drei Viertel der Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren sind erwerbstätig. Erwerbstätigkeit kann sich positiv auf die Gesundheit auswirken, aber ebenso mit körperlichen und psychischen Belastungen verbunden sein. Auch wenn der Gesundheitszustand von erwerbstätigen Menschen multifaktoriell bedingt ist, wird im Folgenden im Hinblick auf das Ziel Gesund leben und arbeiten der Fokus auf Potenziale für die Arbeitswelt gelegt.

Die meisten erwerbstätigen Menschen schätzen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Ein Präventionsbedarf zeigt sich bei der Betrachtung des Gesundheitszustands im Altersverlauf. So geben Beschäftigte im mittleren und höheren Alter häufiger chronische Erkrankungen an als jüngere erwerbstätige Menschen [253]. Auf Grundlage der Tage mit Arbeitsunfähigkeit (AU-Tage) lässt sich an erster Stelle ein Präventionsbedarf für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes ableiten [153]. Männer und Frauen in industriellen und landwirtschaftlichen Berufen sind überdurchschnittlich häufig von Muskel-Skelett-Erkrankun-

gen betroffen; bei Frauen sind es zusätzlich Raum- und Hausratreinigerinnen, Helferinnen in Krankenpflege und Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialpflegerinnen [155]. Der Häufigkeit der AU-Tage zufolge gibt es für erwerbstätige Frauen auch einen besonderen Bedarf für die Vorbeugung von psychischen und Verhaltensstörungen. Allgemein ist der Präventionsbedarf für psychische und Verhaltensstörungen in den letzten Jahren im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung gestiegen. Für Berufe im Dialogmarketing (z. B. die Arbeit im Call-Center), Pflegeberufe und Servicekräfte im Luftverkehr [159] gibt es einen besonderen Handlungsbedarf zur Vorbeugung von psychischen und Verhaltensstörungen. Im Hinblick auf Arbeitsunfälle hat die Bauwirtschaft den größten Präventionsbedarf [156].

Erwerbsarbeit stellt für die meisten Menschen nicht nur die wichtigste Einkommensquelle dar, sondern Menschen können durch sie auch soziale Unterstützung erfahren [148], der eine allgemeine gesundheitsunterstützende Wirkung zugeschrieben wird und die die Stressreaktionen bei nicht vermeidbaren Arbeitsbelastungen abmildern kann. Bei der Verbesserung der sozialen Unterstützung sollte ein besonderer Fokus auf jüngere Beschäftigte und Frauen gelegt werden. Wenn die Belastungen der Arbeit die persönliche Leistungsfähigkeit der erwerbstätigen Menschen übersteigen, kann dies mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergehen. Bestimmte Tätigkeiten und Branchen haben ein hohes Präventionspotenzial im Hinblick auf die Verringerung von physischen Belastungen wie Lärm, Nässe, Hitze etc. am Arbeitsplatz. Dazu gehört die Bauwirtschaft, die Landwirtschaft und das produzierende Gewerbe [254]. Auch psychosoziale Anforderungen treten in bestimmten Branchen häufiger auf, sodass sich hier Präventionspotenziale identifizieren lassen. Dazu gehören Branchen, die Schichtarbeit (vor allem im Gesundheitswesen, Verkehr und im Hotel- und Gaststättengewerbe), lange Arbeitswege oder häufige Dienstreisen (insbesondere in den Branchen Verkehr und Lagerei; Kommunikation, Medien und Verlagswesen; Baugewerbe) erfordern. Weiterhin werden atypische Beschäftigungsverhältnisse wie Zeitarbeit oder befristete Arbeitsverträge mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen assoziiert [141, 142].

Personen im erwerbsfähigen Alter - Arbeitslose Menschen

Arbeitslosigkeit und die damit verbundenen sozialen und gesundheitlichen Problemlagen stellen eine sozial- und gesundheitspolitische Aufgabe dar. Ein Präventionsbedarf liegt im Fall von Arbeitslosigkeit in der

Vorbeugung und Minimierung von gesundheitlichen Einschränkungen, da der Anteil von arbeitslosen Menschen mit schlechterem Gesundheitszustand deutlich größer ist als der bei erwerbstätigen Menschen. Der größte Präventionsbedarf liegt bei Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und psychischen Störungen [166, 178, 180, 255]. Je länger die Arbeitslosigkeit andauert, umso größer ist der Handlungsbedarf, vor allem für psychische Erkrankungen wie Depressionen. Auch die Adipositasprävalenz, insbesondere bei jungen, arbeitslosen Frauen, weist auf ein Präventionspotenzial hin [168].

In Arbeitslosigkeit, insbesondere in Langzeitarbeitslosigkeit zu leben, stellt besondere Herausforderungen für die Betroffenen dar. Neben finanziellen Einschränkungen kann Arbeitslosigkeit mit einem Verlust von zeitlichen und räumlichen Orientierungsstrukturen sowie von Kommunikations- und Beziehungsstrukturen einhergehen. Ohne Arbeit geht auch eine Quelle möglicher Sinnstiftung verloren [256, 257]. Um den daraus entstehenden möglichen negativen Auswirkungen im Falle einer Arbeitslosigkeit, insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit vorzubeugen, besteht neben der Vermittlung in Arbeit und des allgemeinen Abbaus von Langzeitarbeitslosigkeit ein Präventionspotenzial in der Verbesserung von finanziellen Rücklagen und in der Stärkung von psychosozialen Ressourcen wie Selbstwertgefühl und ein gutes soziales Netzwerk. Die Förderung der sozialen Unterstützung sollte Frauen, aber auch Männer erreichen. Um die körperliche und psychische Gesundheit von arbeitslosen Menschen zu stärken, liegt ein Präventionspotenzial in der Förderung des Nichtrauchens und von regelmäßiger körperlicher Aktivität. Dabei sollte ein besonderer Fokus auf Menschen mit Langzeitarbeitslosigkeitsereignissen liegen.

Ehrenamtlich tätige Personen

Die Übernahme von ehrenamtlichen Aufgaben kann sich positiv auf die Gesundheit und Lebenszufriedenheit auswirken, kann aber auch mit körperlichen und psychischen Belastungen verbunden sein. Die Präventionsbedarfe und -potenziale ergeben sich dabei sowohl aus der Art der Tätigkeit als auch aus den jeweiligen Lebensphasen bzw. -situationen der ehrenamtlich Tätigen. Ein Präventionsbedarf liegt in der Verringerung und Vermeidung von Unfällen. Bezogen auf die verschiedenen Altersgruppen der ehrenamtlich Tätigen ergibt sich ein größerer Handlungsbedarf für die unter 20-Jährigen und Personen ab 65 Jahren [191]. Auch wenn der Bereich des Rettungswesens (Unfall- oder Rettungsdienst oder Freiwillige Feuerwehr) im Vergleich zu anderen Bereichen

des freiwilligen Engagements einen Anteil von nur 2,9 % ausmacht [258], ist es ein Bereich mit herausgehobenem Präventionsbedarf und -potenzial, um den damit verbundenen körperlichen und psychischen Belastungen zu begegnen. Um freiwilliges Engagement und Ehrenamt zu fördern, gilt es geeignete Rahmenbedingungen für diese Tätigkeiten zu schaffen und diese gesundheitsfördernd zu gestalten.

3.2.3 ZIEL GESUND IM ALTER

Die körperliche und psychische Gesundheit von Menschen nach der Erwerbsphase ist sehr heterogen. Die erste Phase nach der Erwerbstätigkeit wird häufig in einem guten Gesundheitszustand verbracht. Mit zunehmendem Alter treten Einschränkungen der Gesundheit auf, teilweise verbunden mit der Inanspruchnahme von ambulanter oder stationärer pflegerischer Leistung [195]. Dementsprechend berücksichtigt das dritte Ziel der Bundesrahmenempfehlungen Gesund im Alter die unterschiedlichen Lebens- und Versorgungssituationen dieser Lebensphase und benennt zwei Zielgruppen: Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune und Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen. Während die erste Gruppe vorrangig über die übergeordnete Lebenswelt Kommune mit ihren ganz unterschiedlichen Akteuren erreicht werden kann, wird die zweite Gruppe durch die sehr spezifische und bislang in der Gesundheitsförderung und Prävention wenig berücksichtigte Lebenswelt stationäres Pflegeheim adressiert. Neben lebensweltorientierten Maßnahmen [259] braucht es auch übergeordnete Strategien, welche die Voraussetzungen für Strukturen vor Ort schaffen und gesundheitliche und soziale Chancengleichheit gewährleisten, um Gesundheit und soziale Teilhabe in dieser Lebensphase zu fördern [195].

Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune

Nach der Erwerbsphase erhöht sich die Selbstbestimmung und mögliche Belastungen durch das Erwerbsleben entfallen [194]. Andererseits nehmen gesundheitliche Einschränkungen mit steigendem Alter zu, wobei chronische Erkrankungen das Krankheitsspektrum dominieren. Besonderen Präventionsbedarf gibt es im Hinblick auf die koronare Herzkrankheit und Diabetes mellitus Typ 2, an denen jeweils etwa fast jede vierte Person ab 65 Jahren leidet, sowie Krebserkrankungen als zweithäufigste Todesursache nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen [260]. Darüber hinaus besteht Präventionsbedarf bei Muskel-Skelett-Erkrankungen (Arthrose, chronische Rückenschmerzen und Osteoporose) [196], Unfallver-

letzungen und im Bereich der psychischen Gesundheit (depressive Symptomatik).

Insgesamt sollte bei der Gesundheitsförderung und Prävention von Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune ein Fokus auf den Umgang mit Multimorbidität und der damit zusammenhängenden Multimedikation gelegt werden. Geschlechtsbezogene Betrachtungen der gesundheitlichen Lage zeigen, dass Arthrose, Unfallverletzungen, depressive Symptomatik sowie Multimorbidität und Multimedikation bei Frauen ab 65 Jahren und koronare Herzkrankheit, Diabetes und Krebserkrankungen bei Männern ab 65 Jahren adressiert werden sollten. Sozialogenbezogene Unterschiede weisen auf Präventionsbedarf vor allem bei niedrigeren Statusgruppen hin, insbesondere hinsichtlich koronarer Herzkrankheit, depressiver Symptomatik (bei Frauen) und Multimorbidität (bei Frauen).

Während früher die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen im höheren Lebensalter unterschätzt wurde, wird heute von positiven gesundheitlichen Effekten ausgegangen [195, 259]. So gibt es für Menschen ab 65 Jahren im Bereich Gesundheitsverhalten Präventionspotenziale. Diese liegen zum einen in der Ernährung und körperlichen Aktivität, da große Anteile der 65-Jährigen und Älteren nicht täglich Obst oder Gemüse verzehren oder nicht das von der WHO empfohlene Ausmaß an Ausdauer- und Muskelaktivität erreichen. Zum anderen betrifft dies den Tabak- und Alkoholkonsum, da fast 8 % der Personen ab 65 Jahren zumindest gelegentlich rauchen [203] und jeder siebte einen riskanten Alkoholkonsum aufweist [202]. Ein größeres Präventionspotenzial liegt bei Männern im Bereich Ernährung und Substanzkonsum im Vergleich zu Frauen. Ebenso zeigt sich bei 65-Jährigen und Älteren mit niedriger Bildung im Vergleich zu ab 65-Jährigen mit mittlerer und hoher Bildung in den Bereichen körperliche Aktivität und Ernährung (bei Frauen) ein Präventionspotenzial. Bei ab 65-Jährigen mit hoher Bildung zeigt sich ein Präventionspotenzial beim Alkoholkonsum. Neben dem Gesundheitsverhalten hat auch die Gestaltung des unmittelbaren Lebensumfelds Präventionsrelevanz (z. B. altersgerechte Infrastruktur), um beispielsweise soziale Teilhabe in der Kommune zu fördern [195]. Da berufsbedingte soziale Kontakte verloren gehen und der altersbedingte Verlust von Angehörigen wahrscheinlicher wird [261], liegt in der Förderung der sozialen Unterstützung ein Präventionspotenzial, von dem Männer mit niedriger Bildung besonders profitieren könnten.

Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen

Das Leben in einer stationären Pflegeeinrichtung soll pflegebedürftigen Menschen, die nicht mehr selbstständig wohnen können, die Unterstützung geben, die sie zur Bewältigung ihres Alltags und ihrer gesundheitlichen Situation benötigen, um so ihre Lebensqualität zu erhalten oder zu erhöhen [262]. Neben dem für die Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune schon genannten Präventionsbedarf besteht hier spezifisch bei der Verhinderung von infektiösen Wunden, bei der Behandlung von Schmerzen und der Verringerung von Verletzungen, sei es durch Stürze oder auch Gewalterfahrungen, ein Handlungsbedarf. Die psychische Gesundheit, insbesondere die Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Depressionen sollte für Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen verstärkt Aufmerksamkeit erhalten [196, 263].

Damit trotz gesundheitlicher Einschränkungen die Gesundheit, Selbstständigkeit, Mobilität und das Wohlbefinden bestmöglich unterstützt werden, kommen der Ernährung und der körperlichen Aktivität von Pflegeheimbewohnenden wichtige Rollen zu. Präventionspotenziale liegen in der Förderung von Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (Nährstoffversorgung) und der gezielten Bewegungsförderung. Außerdem ist davon auszugehen, dass die Förderung der sozialen Unterstützung für die Pflegeheimbewohnenden die soziale Teilhabe und das Wohlbefinden erhöht [264].

3.3 REGIONALE ERKENNTNISSE AUS DEN BUNDESLÄNDERN

Die Gesundheitsberichterstattung der Länder bildet eine wichtige Grundlage für die Definition von Zielen und Handlungsfeldern für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung. In allen Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie (§ 20f SGB V) werden dementsprechend Festlegungen getroffen, dass die Gesundheitsberichterstattung, aber auch weitere Daten wie z. B. die Sozialberichterstattung oder Routinedaten der Sozialversicherungsträger für die Definition von gemeinsamen Zielen und Handlungsfeldern in den Landesrahmenvereinbarungen genutzt werden sollen (Kapitel 6).

Die Bundesländer haben, entsprechend dem föderalen System der Bundesrepublik Deutschland, jeweils eigene Strukturen und Prozesse für die Gesundheitsberichterstattung etabliert und blicken auf langjährige Erfahrungen mit der Nutzung von Gesundheitsberichterstattung im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention zurück.³⁷ Neben den länderspezifischen Vorgehensweisen gibt es auch gemeinsame Elemente, wie z. B. den im Jahr 2003 vereinbarten Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder.³⁸

Vor diesem Hintergrund haben Vertretungen der Arbeitsgruppe „Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden im Februar 2018 im Rahmen eines Workshops Möglichkeiten beraten, wie sich die Kann-Regelung in § 20d Abs. 4 Satz 7 SGB V umsetzen lässt, wonach die Länder regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung für den Präventionsbericht zur Verfügung stellen können. Die als Ergebnis des Workshops (Kapitel 1.3.3) erarbeitete Empfehlung, die die Arbeitsgemeinschaft im April 2018 annahm, sieht vor, dass jedes Land in einem individuellen Beitrag über die Nutzung der Gesundheitsberichterstattung und ggf. der Sozialberichterstattung im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention berichtet. Darüber hinaus arbeiten die Länder unter Federführung des Landes Berlin an der Entwicklung länderübergreifender Präventionsindikatoren.

Die nachfolgenden Beiträge wurden von den Ländern verfasst.

3.3.1 BADEN-WÜRTTEMBERG

Im Rahmen des neuen Gesundheitsdienstgesetzes (ÖGDG) wurde in Baden-Württemberg ab 2016 die Gesundheitsplanung (§ 6) mit der dazu gehörigen Basis der Gesundheitsberichterstattung (GBE) neu akzentuiert. Die Erkenntnisse aus der Analyse der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung sind Grundlage für die Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsämter sowie der Kommunalen Gesundheitskonferenzen in den Stadt- und Landkreisen. GBE und Gesundheitsatlas sind die Basis für die Entwicklung von landesweiten Strategien und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention für die baden-württembergische Gesundheitspolitik.

Ermittlung des regionalen Bedarfs für Gesundheitsförderung und Prävention

Für die Ermittlung regionaler Bedarfe sind neben dem Austausch auf Expertenebene im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenz Daten auf Landkreisebene verfügbar. Dazu wird auf Landesebene der Gesundheitsatlas Baden-Württemberg bereitgestellt. Im Gesundheitsatlas finden sich neben Kreisprofilen zu Themen wie Jungen- und Männergesundheit, Diabetes mellitus und Kindergesundheit auch Vergleichsdaten zu Einzelindikatoren auf Landkreisebene. Hier wird es auf Kreisebene ermöglicht, z. B. Daten zur Adipositas im Kindesalter aus den Daten der Einschulungsuntersuchung zu vergleichen.

Auch ein umfangreicher Datensatz, insbesondere für die Primärprävention ist verfügbar, da die im Rahmen der Einschulungsuntersuchung erhobenen Impfquoten auf Landkreisebene verglichen werden können. So werden beispielsweise im Vorfeld der Europäischen Impfwoche diese Daten unter Berücksichtigung des Datenschutzes bis auf Gemeindeebene abgebildet. Dies ermöglicht dem Öffentlichen Gesundheitsdienst ein bedarfsorientiertes Vorgehen.

Im Jahr 2019 soll zum Präventionsschwerpunkt Kinder- und Jugendgesundheit ein Gesundheitsbericht erstellt werden. 2018 erfolgten die dazu notwendigen Abstimmungsarbeiten mit den betroffenen Ressorts (Ministerium für ländlichen Raum und Verbraucherschutz, Ministerium für Kultus, Jugend und Sport) und eine Zusammenstellung der Themenfelder und Indikatoren. Hilfreich für die künftige

37 Siehe z. B. Robert Koch-Institut Berlin (2017) Journal of Health Monitoring 2(S2). doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-073 und Robert Koch-Institut Berlin (2018) Journal of Health Monitoring 3(S2). doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-037

38 www.gbe-bund.de/pdf/Indikatorensatz_der_Laender_2003.pdf

tige Präventionsarbeit werden neben den Themenfeldern individuelle Einflussfaktoren auf Gesundheit wie z. B. Teilnahme an den Präventionsangeboten der GKV (Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen) auch verhältnisbezogene Einflussfaktoren wie Bildungsangebote, Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und die medizinische Versorgung ambulant und stationär sein.

Strukturierter Austausch der Akteure in der Prävention zur Analyse und Ermittlung des Bedarfs

Baden-Württemberg hat zur Begleitung und Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention die neuen Aspekte in bereits bestehende Strukturen integriert und sich eine strukturierte Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen gegeben, letztlich auch um Doppelstrukturen zu vermeiden. Hierzu wurde der Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention mit dem „Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg und zur Änderung anderer Gesetze“³⁹ gesetzlich verankert. Der Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention nahm im April 2016 seine Arbeit auf und hat folgende Aufgaben:

- Verbindung zur kommunalen Ebene und zu den kommunalen Gesundheitskonferenzen herstellen,
- Befassung mit landesweiten Strategien und Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie Erarbeitung entsprechender Empfehlungen, orientiert am Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg,
- Begleitung der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung Baden-Württemberg.

Schwerpunkte der Förderung der Präventionsarbeit in Baden-Württemberg

Im Rahmen des Landesausschusses für Gesundheitsförderung und Prävention wurden vier Wege erarbeitet, wie eine Förderung auf Basis der Landesrahmenvereinbarung Baden-Württemberg gewährt werden kann. Einer der Förderwege wird über die Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg ermöglicht.⁴⁰ Diese befördert in besonderem Maße krankenkassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten unter Berücksichtigung der Bedarfsorientierung.

Das aktuelle Schwerpunktthema zielt darauf ab, die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund zu stärken. Aufgrund der Tatsache, dass Gesundheitskompetenz im Alltag eine wichtige Rolle spielt, um Entscheidungen im Bereich der Krankheitsbewältigung, Prävention sowie Gesundheitsförderung treffen zu können, wurde dieses Schwerpunktthema priorisiert.

Regional werden Projekte und Förderungen auch mit Hilfe der kommunalen Gesundheitskonferenzen koordiniert. Die kommunalen Gesundheitskonferenzen sind wichtige Partner bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes.

Die ressortübergreifende Ernährungsstrategie dient ebenfalls der Vernetzung mit den Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention in Baden-Württemberg. Neben Bildungsangeboten werden insbesondere Strukturmaßnahmen im Bereich der Außer-Haus-Verpflegung vom Kita- bis zum Seniorenbereich vorgebracht.

Landesweites Programm „Be Smart - Don't Start“

Der bundesweite Schulklassenwettbewerb wird gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Deutsche Krebshilfe und die AOK sowie durch weitere öffentliche und private Institutionen. Er zählt zu den in Deutschland am weitesten verbreiteten Programmen zur Prävention des Rauchens und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Tabakprävention bei Jugendlichen. Konzipiert ist der Wettbewerb in erster Linie für die Klassenstufen sechs bis acht. Damit setzt er in einem Alter an, in dem viele Schülerinnen und Schüler mit dem Rauchen experimentieren.

In Baden-Württemberg wird der Wettbewerb vom Ministerium für Soziales und Integration, dem Ministerium für Kultus, Jugend und Sport und der AOK Baden-Württemberg gefördert und vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg in enger Kooperation mit den kommunalen Suchtbeauftragten koordiniert. Neben dem Bundeswettbewerb schreibt das Land Baden-Württemberg jedes Jahr einen Kreativwettbewerb aus, an dem sich Schulklassen mit selbstgestalteten Beiträgen zum Thema Nichtraucher beteiligen können.

39 Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg und zur Änderung anderer Gesetze, Landesgesundheitsgesetz (LGG) vom 17.12.2015, Gesetzblatt für Baden-Württemberg 2015, S. 1205.

40 Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg (2018) www.praeventionsstiftung-bw.de/foerdermoeglichkeiten.html

Landesinitiative Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg

Ziel der Landesinitiative ist es, die Gesundheit aller im Quartier lebenden Menschen und soziales Miteinander zu fördern und Teilhabe zu ermöglichen. Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg ist eine Initiative des Ministeriums für Soziales und Integration und des Landesgesundheitsamts. Eine integrierte Strategie der gesundheitsförderlichen Kommunalentwicklung zeichnet sich durch eine Zusammenarbeit der kommunalen Fachbereiche und der örtlichen Akteure sowie eine Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger aus. Durch den Quartiersansatz werden lokale Besonderheiten berücksichtigt. Die Landesinitiative unterstützt gemeinsam mit den Gesundheitsämtern der Land- und Stadtkreise sowie den kommunalen Gesundheitskonferenzen Städte und Gemeinden dabei, eine integrierte Gesundheitsstrategie zu entwickeln und umzusetzen oder auch Gesundheit in eine Gesamtstrategie der Kommunalentwicklung zu integrieren.

Ausblick

Baden-Württemberg verfolgt in der Gesundheitsförderung und Prävention den Ansatz, Strategien, Maßnahmen und Projekte zu vernetzen und zu koordinieren, damit diese mit größtmöglicher Effizienz in der Fläche Wirkungen entfalten können. GBE und Gesundheitsatlas dienen als wichtige Grundlage zur Ermittlung des regionalen und kommunalen Bedarfs. Der Gesundheitsatlas wird in Kooperation mit den Gesundheitsämtern weiter ausgebaut.

3.3.2 BAYERN

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) unterstützt in Bayern die Prävention im Sinne eines Agenda-Settings sowie strategischen Monitorings wichtiger Handlungsfelder auf mehreren Ebenen. Nach Art. 10 des bayerischen Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes bildet sie eine „fachliche Grundlage für die Planung und Durchführung von Maßnahmen, welche die Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten“. Damit ist sie auch eingebunden in die Entwicklung und Umsetzung des Bayerischen Präventionsplans, das 2015 verabschiedete Rahmenkonzept für Gesundheitsförderung und Prävention im Freistaat. Die GBE liefert Beiträge zu dessen Hand-

lungsfeldern und zu landesweiten Themenschwerpunkten des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege ebenso wie zur regionalen Bedarfsanalyse, insbesondere in den Gesundheitsregionen^{plus}.

Bayerischer Präventionsplan

Der Bayerische Präventionsplan⁴¹ definiert mit den Themenbereichen

- Gesundes Aufwachsen in der Familie, in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und in der Schule,
- Gesundheitskompetenz in der Arbeitswelt und betriebliche Präventionskultur,
- Gesundes Altern im selbstbestimmten Lebensumfeld sowie
- Gesundheitliche Chancengleichheit

vier zentrale Handlungsfelder, um bestmögliche Gesundheit für alle Bürgerinnen und Bürger zu erreichen. In seine ressortübergreifend angelegte Entwicklung flossen zwei Erhebungen ein, mit denen in den Jahren 2006 und 2015 landesweit Präventionsmaßnahmen erfasst wurden.⁴² Die Umsetzung des Plans wird durch ein breites gesellschaftliches Bündnis für Prävention sowie nachhaltig angelegte Prozesse und Strukturen getragen. Zu Letzteren gehören u. a. das Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, die Einsetzung von Präventionsmanagern an den Bezirksregierungen, die Gesundheitsregionen^{plus} sowie die Initiative Gesund.Leben.Bayern., die wegweisenden Projekten eine Anschubförderung gewährt. Mit Schwerpunktaktionen befördert das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege zukunftsweisende Themen. Der Präventionsplan ist auch eine Grundlage der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V.

Im Rahmen des Präventionsplans werden umfassende Gesundheitsberichte zu Themen aus den Handlungsfeldern des Plans sowie zu den Schwerpunktthemen für Bayern erarbeitet; bislang erschienen Berichte zu Männergesundheit (2012), Krebs (2013), Diabetes mellitus (2014), Kindergesundheit (2015), psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (2016), psychischer Gesundheit bei Erwachsenen mit Schwerpunkt Depression (2017) sowie Seniorengesundheit (2018). Bereits 2011 war der Bericht „Gesundheit und Migration“ herausgegeben worden.⁴³

41 www.präventionsplan.bayern.de

42 Reisig, V., Kuhn, J., Loos, S., Nennstiel-Ratzel, U., Wildner, M., & Caselmann, W. H. (2017). Primärprävention und Gesundheitsförderung in Bayern - eine explorative Bestandsaufnahme. *Das Gesundheitswesen*, 79(04), 238-246.

43 Die Berichte sind unter www.bestellen.bayern.de erhältlich.

Erkenntnisse aus diesen Berichten sind auch Ausgangspunkt für Präventionsprojekte. So gab beispielsweise der Befund im Kindergesundheitsbericht (2015) zur Häufigkeit von Depressionen bei Jugendlichen für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege den Anstoß zur Förderung des Präventionsprojekts „PRODO“⁴⁴ an der LMU München. Der Bericht zur Seniorengesundheit (2018) schildert u. a. das Sturzgeschehen bei Älteren und die damit verbundene Häufigkeit ärztlicher Behandlungen. Die Befunde finden Eingang in Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, die den Erhalt von Mobilität und Selbstständigkeit im Alter unterstützen. Erkenntnisse aus dem Bericht „Gesundheit und Migration“ (2011) bestimmten die Schwerpunktsetzung in Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund mit. Angesichts besonderer gesundheitlicher Belastungen wie z. B. einer im Vergleich zur einheimisch-deutschen Bevölkerung höheren Säuglingssterblichkeit, eines höheren Anteils adipöser Kinder, einer geringeren körperlichen Aktivität oder eines höheren Raucheranteils in einigen Gruppen sind spezielle Präventionsangebote erforderlich. Sie werden umgesetzt insbesondere im Projekt „MiMi - Mit Migranten für Migranten“, in dessen Rahmen Menschen mit Migrationshintergrund gesundheitsbezogene Informationen muttersprachlich an Landsleute weitergeben, aber auch im Projekt „ELTERNTALK“ mit moderierten Treffen zu Themen der Suchtvorbeugung, im Programm „BIG - Bewegung als Investition in Gesundheit“ und weiteren Initiativen.

Die Gesundheitsberichte dokumentieren zugleich Erfolge der Prävention, etwa den Rückgang der Karieshäufigkeit bei 12-Jährigen, die historisch niedrige Raucherrate bei 12- bis 17-Jährigen, den Stopp des Anstiegs des Anteils stark übergewichtiger Kinder in der Schuleingangsuntersuchung (Kindergesundheitsbericht 2015) oder die vergleichsweise gute Inanspruchnahme der Grippe-schutzimpfung im höheren Alter (Bericht zur Seniorengesundheit 2018).

In der Reihe „Gesundheitsreport Bayern“ erscheinen Kurzberichte zu weiteren präventionsrelevanten Themen. Der Gesundheitsreport Bayern 1/2018 thematisiert mit der Gesundheit der Beschäftigten das zweite Handlungsfeld des Bayerischen Präventionsplans. Befunde der GBE haben u. a. dazu beigetragen, das Projekt „Flexibilisierung, Erreichbarkeit und Entgrenzung in der Arbeitswelt“ (FlexA) auf den Weg zu bringen. Es greift die gestiegenen psychischen Belastungen im Zu-

sammenhang mit der Digitalisierung im Arbeitsalltag auf und bietet Lösungsansätze, insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen.

Aufbau der bayerischen Präventionsberichterstattung

Der Präventionsplan sieht den Aufbau einer speziellen Präventionsberichterstattung in Bayern vor. Die Basis bildet ein Kernindikatorensatz, der gemeinsam mit Partnern des Bündnisses für Prävention entwickelt wurde und Daten zu gesundheitlichen Rahmenbedingungen, gesundheitsrelevantem Verhalten, zum Krankheits- und Sterblichkeitsgeschehen sowie zur Prävention enthält. Darauf aufbauend wird der erste Bayerische Präventionsbericht erstellt.

Gesundheitsregionen^{plus}

Prävention findet in erster Linie vor Ort statt, dort, wo die Menschen leben und arbeiten. Die derzeit 50 Gesundheitsregionen^{plus} (Stand Januar 2019) bieten dafür eine Infrastruktur; sie sind Kooperationsnetzwerke auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte. Hier werden Bedarfsanalysen erstellt, die auch die Form von Gesundheitsberichten haben können. Eckdaten zur regionalen Gesundheit sind im bayerischen Gesundheitsindikatorensatz bzw. dem Gesundheitsatlas Bayern des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit verfügbar; eine Berichtsschablone sowie methodische Handlungshilfen (Reihe „GBE-Praxis“) erleichtern die Erstellung kleiner Übersichtsberichte. Dem Umsetzungsmonitoring in den Gesundheitsregionen^{plus} dienen halbjährlich erscheinende Fortschrittsberichte. Exemplarisch für die Nutzung regionaler Daten der GBE können folgende Aktivitäten genannt werden:

- Gesundheitsregion^{plus} Erlangen-Höchststadt & Erlangen: Eine zu Projektbeginn durchgeführte partizipative und ressortübergreifende Bedarfsanalyse war die Grundlage der politisch und fachlich verabschiedeten „Gemeinsamen Gesundheitsstrategie“. Im Zuge der Umsetzung in den benannten Handlungsfeldern werden Projekte u. a. zur Gesundheitsförderung von Kindern psychisch kranker Eltern sowie von Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit durchgeführt und Strukturen wie Gesundheitsnetzwerke, Kinderstreifzüge und Mittlerstrukturen in Gemeinden und Stadtteilen realisiert.
- Gesundheitsregion^{plus} Dillingen: Ausgehend vom Befund einer gegenüber dem Landesdurchschnitt

44 Primärprävention von Depression bei Kindern und Jugendlichen mit einem an Depression erkrankten Elternteil, www.zpg-bayern.de/prodo-primarpraevention-von-depression.html

etwas erhöhten Sterberate wurde ein Gesundheitsbericht erstellt, den die kommunale Gesundheitskonferenz als Ausgangspunkt für die Entwicklung von Gesundheitszielen nutzt, u. a. zur Sicherung der ärztlichen Versorgung, der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie für Maßnahmen zur Kindergesundheit.

- Gesundheitsregionplus Günzburg: Auf Grundlage des Gesundheitsberichts für die Region wurde das Gesundheitsziel Gesundes Aufwachsen in der Familie, in Kindertageseinrichtungen und in der Schule festgelegt. Zur Umsetzung dient u. a. der mehrjährige Wettbewerb „Gesunde Einrichtung“, der auf eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung abzielt und die Themen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, Medienkompetenz und Mitarbeitergesundheit aufgreift.

Ausblick

Die Präventionsberichterstattung im Freistaat wird gemeinsam mit den Partnern im Bündnis für Prävention weiterentwickelt. Ein Augenmerk wird dabei auf der Erschließung neuer präventionsspezifischer Indikatoren, der Bereitstellung regionaler Daten sowie auf methodischen Fragestellungen liegen. Auf Bundesebene haben die Länder vereinbart, in einer Arbeitsgruppe die Möglichkeit zur Definition länderübergreifender Präventionsindikatoren zu prüfen.

3.3.3 BERLIN

Die Bereitstellung von „Daten für Taten“ durch die integrierte Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist im Land Berlin seit Jahrzehnten etabliert. Mit dem Fokus auf der Nutzung der Daten für Primärprävention und Gesundheitsförderung werden nachfolgend zwei Anwendungsbereiche exemplarisch hervorgehoben.

Gesundheits- und Sozialstrukturanalysen als Planungsgrundlagen

Sozialstrukturelle Berechnungen der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung bilden seit vielen Jahren eine Planungsgrundlage für Akteure in der Berliner Politik und Verwaltung, für Verbände und Träger des öffentlichen und nichtöffentlichen Bereichs. Allgemeines Ziel ist eine der Sozialstruktur des Raums adäquate Ressourcenverteilung, seit 2006 auf Grundlage der

lebensweltlich orientierten Räume. Der handlungsorientierte Sozialstrukturatlas Berlin 2013⁴⁵ enthält im fünften Kapitel wichtige fachpolitische Anwendungsbeispiele bzw. Umsetzungsvorhaben aus unterschiedlichen Politikbereichen. Einen Schwerpunktbereich stellen die Gesundheitsziele für eine sozialraumorientierte Gesundheitsförderung dar, da von den positiven Effekten der Gesundheitsförderung und Prävention bekanntermaßen nicht alle Bevölkerungsgruppen in gleichem Maße profitieren. Im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses wird auch die Verknüpfung von Gesundheit mit sozialen Aspekten in den Bereichen Verbesserung gesellschaftlicher Teilhabechancen, der Förderung der zivilgesellschaftlichen Verantwortungsübernahme und Stärkung der sozialen Gemeinschaft, z. B. durch das Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren, adressiert.

Jenseits der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung und Prävention werden die sozialstrukturellen Berechnungen des Weiteren im Rahmen der bezirklichen Versorgungssteuerung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, der Krankenhausplanung des Landes Berlin für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie in den Kontaktstellen Pflegeengagement genutzt.

Die umfassenden Gesundheits- und Sozialstrukturanalysen, welche dem Sozialstrukturatlas zugrunde liegen, werden in der Regel einmal pro Legislaturperiode durchgeführt. Die Veröffentlichung der aktuellen Sozialstrukturberechnungen ist für 2019 geplant.

GBE-Daten zur Kindergesundheit im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses der Landesgesundheitskonferenz Berlin

Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) Berlin, ein Zusammenschluss von derzeit 30 Mitgliedern aus Politik, Verwaltung, Gesundheits- und Bildungswesen sowie weiteren gesundheitsrelevanten Bereichen unter Leitung der für Gesundheit zuständigen Senatorin, bearbeitet die drei Gesundheitszieleprozesse Gesund aufwachsen, Gesund arbeiten und Gesund altern. Im Rahmen dieser Prozesse werden gesundheitspolitische Empfehlungen formuliert, die die Mitglieder der LGK im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung umsetzen.

45 Abrufbar unter www.berlin.de/sen/gesundheits/service/gesundheitsberichterstattung/veroeffentlichungen/spezialberichte/, „Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013“.

Der Kindergesundheitszieleprozess *Gesund aufwachsen* wurde als erster Prozess in Berlin unter dem Oberziel Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen - Benachteiligung abbauen im Jahr 2007 begonnen. Die aufgestellten Ergebnisziele in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung und Sprache stützen sich dabei stark auf Daten der Einschulungsuntersuchungen in Berlin. Die Einschulungsuntersuchungen in Berlin werden in den zwölf Bezirken in Abstimmung mit der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung nach einem landesweit einheitlichen, standardisierten und qualitätsgesicherten Verfahren flächendeckend durchgeführt und dokumentiert. Die Daten stehen jährlich für die GBE zur Verfügung. Für den Kindergesundheitszieleprozess der LGK wurden die Daten genutzt, um Handlungsfelder mit Relevanz für Gesundheitsförderung und Prävention zu benennen, Zielgruppen zu identifizieren, deren Gesundheitschancen anhand der Datenlage als beeinträchtigt eingeschätzt wurden, und Sozialräume zu identifizieren, in denen aufgrund der Kumulation von Problemen in verschiedenen Handlungsfeldern dringender Handlungsbedarf gesehen wird.

Dabei erweist es sich als Stärke der Daten der Einschulungsuntersuchung, dass diese auf der individuellen Ebene zu verschiedenen Aspekten der Kindergesundheit, des Gesundheitsverhaltens und den familiären Lebensumständen Auskunft geben und zugleich einen sozialräumlichen Bezug aufweisen, der für Zwecke der Planung und Steuerung wertvolle Informationen enthält.⁴⁶ In den drei Handlungsfeldern des Berliner Kindergesundheitszieleprozesses Ernährung, Bewegung und Sprache wurden Teilziele auf Basis der Einschulungsdaten formuliert und mit zeitlichen und quantitativen Zielvorgaben konkretisiert. Zusätzlich wurden auf die Daten der Einschulungsuntersuchungen bezogene Unterziele zum Abbau von Benachteiligung aufgrund von sozialer Lage bzw. Migrationshintergrund aufgestellt.

Im Sinne des Public Health Action Cycle wird ein Monitoring des Zielerreichungsgrads durchgeführt, für das entsprechend die Daten der Einschulungsuntersuchungen im Zeitverlauf herangezogen werden. In den Jahren 2011 und 2016 wurde jeweils der Stand der Zielerreichung bilanziert. Es zeigte sich, dass die gesetzten Ziele in den verschiedenen Teilbereichen (noch) nicht erreicht wurden. Allerdings haben sich die Unterschiede in gesundheitlichen Auffälligkeiten zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund im Zeitverlauf deutlich reduziert, in Teilbereichen wurde die formulierte Zielvorga-

be diesbezüglich sogar übertroffen. Im Gegensatz dazu hat sich der Abstand von Kindern aus sozial benachteiligten Familien zu den übrigen Kindern tendenziell im Zeitverlauf sogar vergrößert, sodass insbesondere für die Erreichung vulnerabler Zielgruppen noch erheblicher Handlungsbedarf aus den Daten abzuleiten ist.

Der Gesundheitszieleprozess *Gesund aufwachsen* der LGK wird aktuell weiterentwickelt und über die bestehenden Handlungsfelder hinaus auf weitere Handlungsfelder und Altersgruppen ausgeweitet. Die Daten der Einschulungsuntersuchungen haben sich als wertvolle Planungsgrundlage für Gesundheitsförderung und Prävention erwiesen und können auch für das Monitoring von Ergebniszielen zur gesundheitlichen Lage der Kinder genutzt werden. Es wird aber auch deutlich, dass Bedarf an weiteren Datenquellen zur Gewinnung von Erkenntnissen über weitere Altersgruppen und Handlungsfelder und für ein Monitoring von Aktivitäten, die zur Zielerreichung durchgeführt werden, besteht.

Ausblick

Im Zuge der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung nach § 20f SGB V werden die Daten zur Gesundheits- und Sozialstruktur der Berliner GBE eine wichtige Grundlage für die sozialräumliche Steuerung der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention sein. Wie bereits in dem Beitrag zu den Kindergesundheitszielen angedeutet, zeichnet sich schon heute ab, dass es bei den Gesundheitsdaten einen Bedarf an einer breiteren Datenbasis, insbesondere in einer tieferen regionalen Gliederung als auf Landesebene, gibt. Hierfür sind alle an der Gesundheitsförderung und Prävention beteiligten Akteure anzusprechen, die Nutzbarmachung von bei ihnen vorliegenden Daten zu prüfen.

Darüber hinaus wird von den Ländern die Entwicklung eines gemeinsamen Indikatorensatzes zu Gesundheitsförderung und Prävention als erforderlich erachtet. Für die von der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation, Sozialmedizin der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden eingerichtete Länderarbeitsgruppe hat das Land Berlin die Federführung übernommen.

46 Grundausswertungen der Daten der Einschulungsuntersuchungen in Berlin abrufbar unter www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung/veroeffentlichungen/grundausswertungen/

3.3.4 BRANDENBURG

Indikatoren und Daten der Gesundheits- und Sozialberichterstattung im Kontext der Planung und Umsetzung von Programmen und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention werden in Brandenburg bereits sehr lange genutzt. Seit 2002 wird durch die Landessuchtkonferenz, seit 2004 durch das Bündnis Gesund aufwachsen und seit 2012 durch das Bündnis Gesund älter werden an der Ausgestaltung von Gesundheitszielen gearbeitet. Anhand von Daten werden Handlungsbedarfe ermittelt, inhaltliche Schwerpunkte festgelegt und gesundheitsbezogene Ziele vereinbart.

Gesundheits- und Sozialberichterstattung als Planungsgrundlagen

Die Gesundheitszieleprozesse werden durch regelmäßige Datensammlungen und Berichte zur Gesundheit unterstützt. Zu den regulären Formaten gehören die Monitorings, die alle zwei Jahre als kompakte Datensammlungen den Bündnissen Gesund Aufwachsen und Gesund älter werden sowie der Landessuchtkonferenz zur Verfügung stehen. Außerdem werden sowohl umfangreichere Reports wie z. B. zur Gesundheit von Kindern als auch kürzere Berichte, insbesondere zur Mundgesundheit, als Grundlagen verwendet.

Die Gesundheitsberichterstattung in Brandenburg soll gesundheitliche Lagen beschreiben, Erfordernisse aufzeigen und für Beteiligungsprozesse im Sinne des Public Health Action Cycle motivieren. Mit dem im Mai 2018 erschienenen Kindergesundheitsbericht „Gesundheit und Gesundheitschancen für Kinder im Land Brandenburg“⁴⁷ wurden Daten für konkrete Taten beschrieben. Der Bericht enthält neben den Daten des Öffentlichen Gesundheitsdiensts auch Brandenburger Angaben von gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung. Außerdem werden Basisdaten zur gesundheitlichen Lage der Kinder und soziale Rahmenbedingungen sowie die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen dargestellt. Ferner werden integrierte Strategien für kommunale Gesundheitsförderung in den Kreisen abgebildet.

Mit der Vorstellung und Analyse der Daten zur Kindergesundheit werden Public-Health-relevante Probleme erkannt, quantifiziert beschrieben und Bezüge zu Änderungsmöglichkeiten abgeleitet. Dabei sind die Erfahrungen der Koordinierungsstelle für Gesundheitliche

Chancengleichheit Brandenburg (KGC) beschrieben worden, welche in zwei Modellregionen exemplarisch den Aufbau von Präventionsketten begleitet. Im Evaluationsbericht der KGC wird festgehalten, dass sozialraumorientierte Daten eine gute Validität und eine räumliche Vergleichbarkeit aufweisen sollten.⁴⁸ Dementsprechend kann kommunale Gesundheitsberichterstattung erkenntnisleitend für die Praxis vor Ort sein, um Lebenswelten wie z. B. Kommunen, Betriebe, Schulen und Kitas nachhaltig gesundheitsförderlich gestalten zu können.

In Brandenburg soll Gesundheits- und Sozialberichterstattung planendes Handeln aktivieren und unterstützen sowie ein gewisser Ehrgeiz entwickelt werden, etwas ändern zu können. Schließlich geht es darum, wie beim Einzelnen Verhaltensänderungen angestoßen sowie persönliche Ressourcen erweckt werden können, um im jeweiligen Wirkungs- und Verantwortungsbereich einen Beitrag zur Gestaltung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten zu leisten.

Schwerpunktsetzungen auf Grundlage von Daten zu Gesundheit und Lebensumständen

Beispielgebend ist der Plenumsbeschluss des Bündnisses Gesund Aufwachsen zur Gesundheit rund um die Geburt. Das Bündnis unterstützt das Anliegen, die Bedingungen im Land Brandenburg für eine informierte Entscheidung werdender Mütter und Väter zur natürlichen Geburt weiterzuentwickeln. Anlass waren insbesondere die hohe Kaiserschnitt-Rate in Deutschland und die verbreitete Haltung, Schwangerschaft intensiv medizinisch-diagnostisch zu begleiten. Statt Ressourcen, Kompetenzen und Wohlbefinden von Frauen zu stärken, nimmt die Tendenz zu, gesundheitliche Risikofaktoren für Mutter und Kind herauszustellen. Dies führt manchmal zu großer Verunsicherung bei den Familien. In Brandenburg ist heute knapp jede dritte Entbindung (30 %) eine Kaiserschnitt-Geburt. Die Rate liegt zwar unter dem Bundesdurchschnitt, ist aber doppelt so hoch wie 1991.

Der Kindergesundheitsbericht 2018 „Gesundheit und Gesundheitschancen für Kinder im Land Brandenburg“ weist aus, dass werdende Mütter in Brandenburg während der Schwangerschaft vergleichsweise häufig im Krankenhaus sind. In 14,3 % der Schwangerschaften gab es einen stationären Aufenthalt vor der Geburt (Bundeschnitt: 7,1 %). Schwangere in Brandenburg sind im Vergleich zum bundesweiten Schnitt eher jünger. 8 % der Brandenburgerinnen gaben im Jahr 2016 an, trotz

47 www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/Brb_MASGF_Gesundheit_Kinder_2018.pdf

48 www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/brandenburg/evaluationsbericht-kgc-brandenburg/

Schwangerschaft zu rauchen. Die Dunkelziffer ist möglicherweise hoch, da mehr als ein Viertel der Frauen die Frage nicht beantwortete. 14,5 % der werdenden Mütter in Brandenburg waren stark übergewichtig.

Neben der gesundheitlichen Situation ist ebenso die soziale Lage ein entscheidender Faktor bei Schwangerschaft und Geburt. Jedes Kind soll das gleiche Recht haben, gesund aufzuwachsen. Einkommen oder der Wohnort der Eltern dürfen keinen Einfluss darauf haben, wie gesund oder krank ein Kind ist. Leider ist dies noch zu häufig der Fall.

Das Bündnis Gesund Aufwachsen hat sich seit vielen Jahren zur Aufgabe gemacht, dass alle Kinder die gleichen Chancen für ein gesundes Aufwachsen in Brandenburg erhalten. Zu einem gelingenden Start ins Leben gehören ebenso eine gesunde Schwangerschaft, natürliche Geburt sowie die Kompetenzstärkung der Familien. Dies wurde bei der Kindergesundheitskonferenz im Mai 2018 gefordert. Der im August 2018 durchgeführte Fachtag „Gesundheit rund um die Geburt“ trug Unterstützungsangebote und Strukturen für Schwangere sowie für werdende und junge Eltern zusammen. Es wurde speziell den Fragen nachgegangen, wo Angebote verbessert werden können und wie es gelingen kann, Familien und Fachkräfte in ihren Kompetenzen so zu stärken, dass sie eine informierte Entscheidung zur natürlichen Geburt treffen können.

Die bereits vorhandenen Aktivitäten werden im Bündnis Gesund Aufwachsen zusammengeführt und weiterentwickelt. Folgende Schwerpunkte sind beispielsweise bedeutsam:

- Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebensphasen von Schwangerschaft, Geburt bis zum ersten Lebensjahr des Kindes,
- Hilfen für Eltern in Überforderungssituationen, z. B. durch eine schwierige wirtschaftliche oder soziale Lage, eigene Erkrankungen oder seelische Belastungen,
- Einbeziehung in kommunale Gesundheitsförderung, Aufbau von Präventionsketten.

Ausblick

Die Gesundheits- und Sozialberichterstattung des Landes Brandenburg stellt umfassende Daten bereit und ermöglicht auf dieser Basis ein Monitoring mit Blick auf die gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung. Die aktuelle Herausforderung besteht darin, die Erkenntnisse dieser Berichterstattung in die Gesundheitsplanungen der Kommunen besser zu integrieren.

Der Landtag fordert die Landesregierung auf, über die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung und deren Ergebnisse zu berichten, erstmals im Juli 2019. In den Bericht werden Informationen zu den Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention gemäß § 1 und zur Umsetzung der gemeinsamen Ziele und Handlungsfelder gemäß § 3 Landesrahmenvereinbarung Brandenburg einfließen. Ferner wird eine Einschätzung der brandenburgischen Erfahrungen mit der Gestaltung von Gesundheitszieleprozessen im Zusammenhang mit den Bundesrahmenempfehlungen der NPK, den nationalen Gesundheitszielen des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de sowie des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit eingearbeitet.

Der vom Landtag geforderte Präventionsbericht wird gemeinsam mit den Partnern in der Brandenburger Konferenz für Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt sowie als Prozess zur Erarbeitung von präventionspezifischen Indikatoren gestaltet.

3.3.5 BREMEN

Seit den 1980er Jahren fördert Bremen gezielt gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen im Land. So gehörte Bremen 1988 zu den Gründungsmitgliedern des europäischen Gesunde Städte-Netzwerks der Weltgesundheitsorganisation. Bremen ist darüber hinaus als Wissenschaftsstandort mit einem international anerkannten gesundheitswissenschaftlichen Schwerpunkt hervorzuheben, etwa mit dem Leibniz Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) und dem Institut für Public Health und Pflegeforschung. Die Umsetzung des Präventionsgesetzes in Bremen führt nunmehr zu einem Ausbau bestehender Strukturen mit dem Ziel, eine größtmögliche Chancengleichheit herzustellen.

Entwicklung einer Präventionsberichterstattung

Die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit setzen Daten und Analysen voraus, die Aussagen über eine Entwicklung sozialer Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung im Zeitverlauf geben. Diese Angaben werden zudem von der im Aufbau befindlichen Präventionsberichterstattung des Bundes nachgefragt.

Vor diesem Hintergrund baut das Land Bremen erstmalig eine Präventionsberichterstattung auf und erweitert die integrierte Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Landes um relevante Indikatoren. Dabei geht es im ersten Schritt darum, Maßnahmen abzubilden, die auf rele-

vante Bevölkerungsgruppen bezogen sind (Zielgruppenorientierung) und deren Lebensbedingungen und Problemlagen berücksichtigen (Lebensweltansatz). Zudem werden relevante Netzwerkstrukturen auf Stadtteil- bzw. soweit möglich auf Ortsteilebene erhoben. Eine erstmalige Veröffentlichung der Maßnahmenfassung (Präventionsmonitoring) im Rahmen der erweiterten GBE Bremens befindet sich in der Vorbereitung.

Eine Herausforderung ist, dass die Präventionsberichterstattung Bremens nicht auf vorhandene (vollständige) Datensätze zurückgreifen kann, sondern Daten über relevante Maßnahmen systematisch erhoben werden müssen. Dabei kann auf die Expertise der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V. in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. zurückgegriffen werden, die unter anderem im Projekt „Gesunde Quartiere“ der AOK Bremen z. T. für die Präventionsberichterstattung relevante Daten erhoben hat. Damit der Präventionsbericht Bremens nicht nur dem reinen Erkenntnisgewinn dient, sondern auch Möglichkeiten der Planung von Maßnahmen bietet, wird angestrebt, die Daten möglichst kleinräumig (ortsteilbezogen) und - wenn möglich - auch nach sozialräumlichen Clustern auszuwerten. Ziel ist es, für Bremen und Bremerhaven Maßnahmen, Aktivitäten und (Netzwerk-)Strukturen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu erfassen und in einer Datenbank darzustellen.

Um weitere geeignete Indikatoren zur Gesundheit von schulpflichtigen Kindern zu erhalten, nimmt das Land Bremen an der Studie „Childhood Obesity Surveillance Initiative“ (COSI) teil.⁴⁹ COSI ist eine europaweit durchgeführte Studie der Weltgesundheitsorganisation, an deren Umsetzung das Leibniz Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie formal als „Collaborating Centre“ der Weltgesundheitsorganisation beteiligt ist. COSI erhebt Daten zum Übergewicht von Kindern anhand von Indikatoren, die sich nicht nur auf individuelle Angaben (z. B. Gewicht) beziehen, sondern auch auf das Umfeld, in dem die Kinder aufwachsen (z. B. Bewegungsumfeld, Ernährungs- und Sportangebote in der Schule und in der Freizeit). Damit stellt COSI ein Forschungsdesign dar, mit dem sowohl verhältnis- als auch verhaltenspräventive Maßnahmen evaluiert werden können. Insbesondere für die Evaluierung von verhältnisorientierten Maßnahmen hatten bisher geeignete Indikatoren gefehlt. COSI wurde im Herbst 2018 an allen Grundschulen in Bremen und an ausgewählten

Grundschulen in Bremerhaven durchgeführt. Eine Wiederholung ist vorgesehen.

Inhalte der Präventionsberichterstattung

In einer ersten Phase erfolgt eine Maßnahmenfassung, die sich an den lebensphasenbezogenen Zielen der Nationalen Präventionskonferenz orientiert, ergänzt um die Lebensphase der Schwangerschaft und Geburt: Werden- und junge Familie, Gesund aufwachsen, In der Mitte des Lebens, Gesund älter werden. Um einen Fokus auf den Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit zu legen, werden in der Maßnahmenfassung Bremens ausgewählte Maßnahmen anhand der Gute Praxis-Kriterien des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit beschrieben, wobei mindestens zwei Kriterien besonders gut erfüllt werden müssen. Folgende Handlungsfelder sollen berücksichtigt werden:

- Gesundheitskompetenz allgemein,
- Sport/Bewegung, körperliche Aktivität,
- Ernährung,
- Psychische Gesundheit,
- Suchtmittelkonsum,
- Sexuelle Gesundheit,
- Lebenskompetenzen.

Es werden alle Maßnahmen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention erfasst, die nicht ausschließlich verhaltensorientiert sind, aktuell durchgeführt werden und mindestens noch bis Mitte 2020 laufen. Methodisch werden die Maßnahmen über Internet-Recherchen sowie ergänzende Interviews mit Stadtteilakteuren ermittelt.

Einen besonderen Schwerpunkt nimmt die Intervention in der Lebenslage von Kindern und Jugendlichen ein. Ein Beispiel sind die vom Land Bremen und der GKV im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes finanzierten Präventionsfachkräfte an Schulen, deren Maßnahmen sowohl an der Veränderung gesundheitlich beeinträchtigender Rahmenbedingungen (Verhältnisprävention) als auch an der Veränderung gesundheitlich gefährdender Verhaltensweisen (Verhaltensprävention) ansetzen. Weitere langjährige Maßnahmen des Landes wurden vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst etabliert, etwa die Familienhebammen, das Programm „Junge Familien in Schwung“ zur Zertifizierung von Bewegungskindergärten, Hör- und Stoffwechsel-Screenings sowie Impfprogramme.

49 Die fünfte der alle drei Jahre stattfindenden Erhebungswellen von COSI findet 2018-19 statt.

Ausblick

Der Aufbau der Präventionsberichterstattung im Land Bremen kann nur ein Ausgangspunkt für eine notwendige kontinuierliche Präventionsberichterstattung sein. Ein langfristiges Ziel ist eine Berichterstattung, die Aussagen über evidenzbasierte Maßnahmen sowie zur Wirksamkeit und zur Bedarfsorientierung zulässt. Diese stellt – auch auf der Grundlage der Ergebnisse der integrierten Landesgesundheitsberichterstattung – eine wesentliche Grundlage für die Erarbeitung und Weiterentwicklung einer quartiersbezogenen Landespräventionsstrategie dar. Für eine perspektivische Weiterentwicklung der Präventionsberichterstattung und der GBE im Land Bremen wird angestrebt, die Zielgruppen sowie beteiligte Einrichtungen, Akteure und Netzwerke in den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven sowie dort auf Stadtteilebene partizipativ einzubeziehen.

3.3.6 HAMBURG

Eine unverzichtbare Grundlage für die Gesundheitsförderung und Prävention sind Berichte und Daten der Gesundheitsberichterstattung (GBE) und – sofern sinnvoll – auch der Sozial- und Lebenslagenberichterstattung. Hierzu kann Hamburg auf eine lange Tradition zurückblicken. Gesetzlich verankert ist die GBE über § 4 Abs. 2 des Hamburger Gesundheitsdienstgesetzes, wonach auf der Grundlage von Indikatoren und Kriterien Berichte über die gesundheitliche Lage erstellt werden sollen. Im Rahmen der lebensphasenbezogenen GBE wurden z. B. indikatoren- und datengeleitete Berichte „Arbeit und Gesundheit“ sowie Berichte zur Säuglings- und Kindergesundheit, zur Gesundheit im jüngeren und mittleren Lebensalter und zur Gesundheit älterer Menschen erstellt.⁵⁰ Datenquellen sind u. a. Routinedaten zur Einschulungsuntersuchung, Geburten- und Todesursachenstatistik, Krankenhausdiagnosestatistik sowie Befragungsdaten. Soweit methodisch vertretbar, werden bei den Routinedaten sozialräumliche Datenbezüge berücksichtigt. Hierzu wird u. a. eine stadtteilbezogene Klassifikation nach sozialer Lage angewendet.

Indikatoren/Daten im Kontext des Präventionsgesetzes

Datenzugänge für die Zieleplanung und den alle vier Jahre erscheinenden Hamburger Gesundheitsförderungs- und Präventionsbericht sind in der Hamburger Landesrahmenvereinbarung geregelt. Dabei werden

auch die bisher genutzten Datenzugänge berücksichtigt. Zur Förderung der Transparenz wurden bereits zahlreiche Angebote erhoben, erfasst und veröffentlicht. Kriterien der Maßnahmenbeschreibungen des Hamburger Pakts für Prävention wurden berücksichtigt. Ziel ist es, einen verbesserten Überblick zu Strukturen, Prozessen, Ergebnissen und der Finanzierung zu erhalten. Diese Bestandsaufnahme wird sukzessive ergänzt und aktualisiert. Die Definition geeigneter Indikatoren für die Präventionsberichterstattung und die weitere Einbeziehung von Daten werden als laufende Entwicklungsaufgabe begriffen. Gesetzliche Krankenkassen, die Träger der Renten- und Unfallversicherung sowie die Kassenärztliche Vereinigung Hamburgs werden Informationen und Daten einbringen. Weitere Ressorts der Landesverwaltung sowie die Bezirksamter werden beteiligt.

Inhaltliche Schwerpunktsetzungen

Das Strategieforum Prävention vereinbarte auf seiner konstituierenden Sitzung am 22.03.2017 nachfolgende Schwerpunkte:

- Gesundheitsförderungsziel: „Stärkung der Psychosozialen Gesundheit in jedem Lebensalter“. Dieses Ziel kann verknüpft sein mit gesunder Ernährung und gesundheitsfördernder Bewegung. Diese Zielsetzung wurde u. a. von den Hamburger Kindergesundheitsberichten sowie den entsprechenden Daten u. a. der Schuleingangsuntersuchungen flankiert.
- Regionale Schwerpunktsetzung: Bürgerinnen und Bürger mit erhöhten Gesundheitsrisiken sollen dort gezielt erreicht werden, wo sie leben. Auf der Basis von Sozialdaten und sozialräumlicher Klassifikation (Indexbildung mehrerer Daten zur sozialen Lage) und Daten der GBE (u. a. Schuleingangsuntersuchungen) wurden drei regionale Schwerpunkte mit insgesamt 16 Stadtteilen mit eher niedrigem Sozialindex als Zielregionen festgelegt. Insbesondere vulnerable, benachteiligte Bevölkerungsgruppen sollen erreicht werden.
- Zur Gesundheitsförderung im Stadtteil wurde der Auftrag erteilt, eine integrierte kommunale Gesundheitsförderungsstrategie (Gesundheitsförderungsaktionsprogramm) zu entwickeln.
- Förderung der Transparenz für abgestimmte Planungen und Aktivitäten sowie Vermeidung von Doppelangeboten und -strukturen.

Darüber hinaus sollen im Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung durch eine zielgerichtete Kooperation niedrigschwellige Zugänge zu kleinen und mittleren Betrieben geschaffen werden. Diese Ausrichtung hat sich u. a. über Befragungsdaten der jüngeren und mittleren Bevölkerung und dem publizierten Gesundheitsbericht „Arbeit und Gesundheit“ ergeben.

Bisherige Umsetzungsschritte im Rahmen des Präventionsgesetzes und der Hamburger Landesrahmenvereinbarung

Die beteiligten Hamburger Akteure haben sich auf den Auf- und Ausbau von Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention auf lokaler Ebene verständigt. Es wurden in zwei Stadtteilen Beteiligungsprozesse mit Expertinnen und Experten, Bürgerinnen und Bürgern sowie ehrenamtlich Tätigen begonnen, um beispielgebend integrierte kommunale Gesundheitsförderungsprozesse zu erproben. Mit dem Ziel der Entwicklung integrierter kommunaler Strategien und des Aufbaus von Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten wurden acht lokale Vernetzungsstellen für Gesundheitsförderung etabliert. Diese werden von der Stadt Hamburg und den gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam finanziert und über die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit und die Gesundheitsämter der Hamburger Bezirke unterstützt. Ein Ausbau ist geplant.

Gesundheitsbezogene Stadtteilkonferenzen unterstützen den Beteiligungsprozess von Bürgerinnen und Bürgern. Bei diesen Prozessen werden auch sozialräumliche Gesundheits- und Sozialdaten, u. a. Daten der Schuleingangsuntersuchungen und Stadtteilprofile Hamburgs⁵¹, einbezogen.

In der Lebenswelt Betrieb konnte der Datenaustausch zwischen dem staatlichen Arbeitsschutz und den Unfallversicherungsträgern bisher noch nicht vollumfänglich realisiert werden. Beide nutzen jedoch die Daten aus den Arbeitsschwerpunkten und Befragungen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die Veröffentlichungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zu dem Thema. Hier sind insbesondere der Projektbericht „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“⁵² und die Berichte „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“⁵³ hervorzuheben.

Das Hamburger Strategieforum Prävention fokussiert in seinem Beschluss vom 22.03.2017 im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung und die Herstellung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen. Psychische Belastungen sollen dabei eine herausragende Rolle spielen. Die Erstellung einer umfassenden Gefährdungsbeurteilung einschließlich psychischer Belastungen steht bereits im Mittelpunkt der Beratungs- und Aufsichtsaktivitäten des staatlichen Arbeitsschutzes und der Unfallversicherungsträger im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie. Es besteht das Ziel, mit weiteren Akteuren der Landesrahmenvereinbarung ein abgestimmtes und sich ergänzendes Vorgehen zu entwickeln. Dieses setzt im ersten Schritt eine verstärkte Transparenz über bereits bestehende Angebote der verschiedenen Akteure voraus.

Ausblick

Es gibt in Hamburg eine gute und langjährige Zusammenarbeit von Behörden, Sozialversicherungsträgern und weiteren Akteuren in der Gesundheitsförderung. Trotzdem sind bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes nicht unerhebliche Anlaufschwierigkeiten und Verzögerungen aufgetreten. Zwar ist es den Beteiligten in Hamburg gelungen, sich auf eine gemeinsame Strategie und Vorgehensweise zu verständigen, die Maßnahmenentwicklung ist aber kompliziert und Abstimmungsprozesse sind langwierig. Insbesondere partizipativ aus der Praxis heraus entwickelte Projekte sind dabei nicht immer leicht mit den Anforderungen des GKV-Leitfadens Prävention (Kapitel 7.6) in Übereinstimmung zu bringen. Erschwerend kommt hinzu, dass keine Transparenz über die Höhe der Mittel, die von den gesetzlichen Krankenkassen in Hamburg eingesetzt werden, vorhanden ist. Eine weiter verbesserte Transparenz über bestehende und vor allen Dingen auch geplante Angebote und Maßnahmen bleibt eine ständige Herausforderung. Für die Gesundheitsförderung und Prävention in betrieblichen Lebenswelten wird angestrebt, die Sozialversicherungsträger verstärkt einzubeziehen. Diese oben beschriebenen Sachverhalte werden auch die Diskussionen und Planungen zu weiteren Datenzugängen und die Weiterentwicklung der GBE mitprägen.

Das aktuellste GBE-Vorhaben ist ein Gesundheitsbericht zu Risikofaktoren und Prävention von Diabetes mellitus

51 www.statistik-nord.de/presse-veroeffentlichungen/nord.regional/

52 Rothe, I., et al. (2017). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Wissenschaftliche Standortbestimmung. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. doi: 10.21934/baua:bericht20170421

53 www.baua.de: Themen ▶ Arbeitswelt und Arbeitsschutz im Wandel ▶ Arbeitsweltberichterstattung ▶ SUGA.

Typ 2. Die Wahl des Themas ist begründet durch das Präventionspotenzial bei dieser Erkrankung. Genutzt werden in diesem Bericht u. a. kleinräumige Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburgs sowie der Externen Qualitätssicherung im stationären Bereich. Für eine verbesserte Datenlage wurden u. a. eine Befragung von 1.500 Hamburgerinnen und Hamburgern zwischen 20 und 60 Jahren sowie Fokusgruppeninterviews mit Diabetes-mellitus-Typ-2-Erkrankten zur Erfassung der Lebensqualität und dem Umgang mit der Krankheit durchgeführt und ausgewertet.

3.3.7 HESSEN

In Hessen wurde die Landesrahmenvereinbarung (LRV) im April 2016 von allen Sozialversicherungsträgern und dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration unterzeichnet. Auf Basis der aktuell vorliegenden Gesundheitsdaten sollen Handlungsfelder identifiziert und gemeinsame Aktivitäten geplant und umgesetzt werden. Mit dem Hessischen Gesundheitsbericht⁵⁴ und dem zweiten Hessischen Landessozialbericht⁵⁵ liegen Teildaten der hessischen Bevölkerung vor. Diese werden von den Partnern der LRV genutzt, um differenzierte Handlungsempfehlungen hinsichtlich Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zielgruppenspezifisch weiterzuentwickeln sowie gemeinsame Schwerpunkte in den Lebensphasen Gesund aufwachsen, Gesund bleiben und Gesund altern zu setzen. Die Plattform für die Zusammenarbeit bietet das „Dialogforum Prävention“. In Zukunft bieten die Daten der Gesundheitsberichterstattung (GBE) die Chance, auf dieser Plattform sowie an anderen Stellen Effekte der umgesetzten Maßnahmen darzustellen und Ergebnisse noch effizienter und zielgenauer zu nutzen.

Kommunale Lebenswelten

Die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit ist allen Akteuren in Hessen ein großes Anliegen. Daher werden von den Partnern der LRV insbesondere vulnerable Zielgruppen wie Erwerbslose, Alleinerziehende und Menschen mit Migrationshintergrund für gemeinsame Aktivitäten in den Blick genommen. Vor diesem Hintergrund unterstützt das Land Hessen gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen Kommunen bei der Entwicklung von kommunalen Netzwerken, Präventionsketten und integrierten Gesamtstrategien, die u. a. die

gesundheitliche Situation von Menschen in schwierigen sozioökonomischen Situationen verbessern sollen. Das Land Hessen wird sich weiter stark für das Thema engagieren und den Rahmen für entsprechende Strategien und Maßnahmen mit allen relevanten Akteuren auf Grundlage der LRV und der Bundesrahmenempfehlungen weiterentwickeln.

Schwerpunkt Gesund aufwachsen

Mehr als jedes zehnte Kind in Hessen war laut Daten der Schuleingangsuntersuchungen (Stand 2014)⁵⁶ übergewichtig, hiervon fast die Hälfte adipös. Rund jedes zehnte Kind war zudem untergewichtig, hiervon ein Drittel stark untergewichtig. Die Ergebnisse zeigen, wie wichtig es ist, allen Kindern frühzeitig eine gesunde Lebensführung zu ermöglichen. Hieraus abgeleitet wurden Projekte konzipiert und modellhaft umgesetzt: Im Fortbildungsmodul „Gesundheitsfördernde Kita“ werden auf Basis des hessischen Bildungs- und Erziehungsplans Einrichtungsleitungen und Fachberatungen zum Thema Gesundheitsförderung praxisnah weitergebildet. Die „Schulgesundheitsfachkraft“ wird im Rahmen eines Modellprojekts an zehn hessischen Schulen eingesetzt, um u. a. das Thema Gesundheit in den Schulalltag zu integrieren und die Gesundheitskompetenz aller in der Lebenswelt Schule nachhaltig zu fördern und zu verbessern.

Im Rahmen des Landesprogramms „Schule & Gesundheit“ werden Inhalte zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern vermittelt sowie Programme und Maßnahmen zur Suchtprävention unterstützt. Als zentrale Maßnahme wurde das Zertifizierungsprogramm „Gesundheitsfördernde Schule“ aufgelegt. Hierzu gehört z. B. die Etablierung von Ernährungs- und Bewegungsthemen im Schulalltag. Daneben fördert das Land gezielte Beratungs- und Informationsangebote für Eltern sowie Pädagoginnen und Pädagogen zur gesundheitlichen Aufklärung junger Menschen beim Übergang von der Schule in den Beruf sowie zur Suchtprävention. Aufgrund der hohen Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die mit Alkoholintoxikationen in Krankenhäuser eingeliefert wurden, unterstützt das Land z. B. in Kooperation mit der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung, der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen, den Suchthilfeträgern sowie den beteiligten kommunalen Gebietskörperschaften alle Landkreise

54 Gesundheitsbericht Hessen GesundLeben - GesundBleiben (2016). Wiesbaden: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration.

55 Zweiter Hessischer Landessozialbericht (2017). Wiesbaden: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration.

56 Gesundheitsbericht Hessen GesundLeben - GesundBleiben (2016). Wiesbaden: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. S. 46.

und kreisfreien Städte mit dem Projekt „Hart am Limit“ (HaLT), das sich an Kinder und Jugendliche wendet, um exzessiven Alkoholkonsum zu verhindern.

Die Zahngesundheit von Kindern in Hessen hat sich laut Hessischem Gesundheitsbericht innerhalb von 15 Jahren deutlich verbessert. In der siebten zahnärztlichen Querschnittsuntersuchung in 9 Landkreisen und 3 kreisfreien Städten in Hessen⁵⁷ zeigten durchschnittlich 85 % der Dreijährigen und 66 % der Fünfjährigen kariesfreie Milchzähne. Zudem wurden in der epidemiologischen Begleitstudie zur Gruppenprophylaxe 2016⁵⁸ bei 56,5 % der Sechs- bis Siebenjährigen sowie 81,6 % der Zwölfjährigen naturgesunde Gebisse dokumentiert. Neben der gesetzlich vorgeschriebenen Gruppenprophylaxe ist dies auch der Verdienst des hessenweiten Programms „Zuckerfreier Vormittag“, einem Kooperationsprojekt der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen und der Sektion Hessen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Mit diesem Programm wird ein Beitrag sowohl zur Zahngesundheit als auch zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens geleistet.

Die Hessische Landesregierung sieht in der frühen Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Kindertageseinrichtung und Schule die Chance, Gesundheitsthemen auch Bevölkerungsgruppen zugänglich zu machen, welche ansonsten eher schwer erreichbar sind. Erfahrungen zeigen, dass Kindertageseinrichtungen nicht nur Kindern, sondern auch Eltern, Großeltern und Beschäftigten eine gute Kontakt- und Kommunikationsplattform für Angebote der Gesundheitsförderung und Primärprävention in allen Lebensphasen bieten. So entstanden in Hessen mittlerweile 154 Familienzentren, welche, unterstützt durch das Land, u. a. Angebote zur Förderung eines gesunden Lebensstils umsetzen.

Schwerpunkt Arbeitswelt

Im Bereich des Arbeitsschutzes – d. h. in der Lebenswelt Betrieb – ist die Gewährleistung der Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten in Hessen das zentrale Ziel. Dies umfasst – neben den technischen Fragen der Sicherheit und der Verhütung von Berufskrankheiten – auch die Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen. Ein besonderer Schwerpunkt in der Beratung und Überwachung von hessischen Be-

trieben liegt dabei auf dem Thema der psychischen Belastungen in Zusammenhang mit Berufsausübung und Arbeitsplatz, denn der Gesundheitsbericht Hessen weist klar darauf hin, dass in der mittleren Lebensphase hierzu besonderer Handlungsbedarf besteht. Nicht zuletzt bedingt durch die Veränderungen der Arbeit (Arbeit 4.0), die durch Flexibilisierung, Digitalisierung und Globalisierung gekennzeichnet sind, verändern sich die Anforderungen und Belastungsprofile an den meisten Arbeitsplätzen. Es wird daher darauf ankommen, die Unternehmen zu befähigen, ihre Arbeitsplätze auch unter den veränderten Rahmenbedingungen sicher, diskriminierungsfrei und am menschlichen Wohl orientiert auszugestalten. Um flankierend die Präventions- und Aufsichtsstrategien zielgerichtet weiterzuentwickeln, nutzt der staatliche Arbeitsschutz – ergänzend zu arbeitsweltbezogenen Daten – die Informationen aus dem Gesundheitsbericht Hessen.

Ausblick

Aufbauend auf bestehenden Strukturen und bereits vorhandenen Aktivitäten hat sich das Land Hessen mit Verabschiedung des Präventionsgesetzes und Unterzeichnung der LRV mit den Möglichkeiten der Umsetzung auseinandergesetzt. Strukturen und Vernetzungsstellen wurden geschaffen, das Dialogforum als Austauschplattform etabliert. Zudem wurde durch die LRV die Bedeutung der GBE als Grundlage für gemeinsame Aktivitäten gestärkt. Daher hat es sich das Land Hessen zur Aufgabe gemacht, die neuen Möglichkeiten der Digitalisierung für die GBE zu nutzen, um die GBE auszuweiten und dabei mit möglichst aktuellen Daten sowohl landesweit als auch regional passgenaue Maßnahmen und Strategien etablieren zu können.

3.3.8 MECKLENBURG-VORPOMMERN

In Mecklenburg-Vorpommern (MV) erfolgt bisher keine gesonderte Präventionsberichterstattung. Alle relevanten gesundheitsbezogenen Daten des Landes sind tabellarisch und nach Themenschwerpunkten aufbereitet auf den Seiten der Landesregierung zugänglich.⁵⁹ Hier werden über die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Landes 171 Indikatoren erfasst. Darüber hinaus wurde im Jahr 2011 eine gesonderte GBE zum Thema Kinder- und Jugendgesundheit etabliert, in der 28 Indikatoren speziell für

57 Siebte zahnärztliche Querschnittsuntersuchung Drei- bis Fünfjähriger in 9 Landkreisen und 3 kreisfreien Städten in Hessen 2016/2017; www.soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/siebte_querschnittsuntersuchung.pdf

58 Basner, R., Santamaria, R. M., Schmoeckel, J., Schüler, E., & Splieth, C. H. (2017). Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016. Bonn: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.

59 www.regierung-mv.de/Landesregierung/wm/Aktuelles--Blickpunkte/Gesundheitsberichterstattung/

die Altersgruppe unter 18 Jahren dargestellt werden. Neben Indikatoren zur Demografie und Morbidität werden die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Befunde der Schuluntersuchungen erfasst. In MV erfolgt keine eigene Sozialberichterstattung, sondern relevante Daten werden in die GBE integriert. Weiterhin ist ein anlassbezogener Zugriff, insbesondere im SGB XII-Bereich, möglich. Zu ausgewählten Schwerpunktthemen (z. B. Familien, Menschen mit Behinderungen, Pflegeberufe) werden in unregelmäßigen Abständen Berichte veröffentlicht.

Im Rahmen des Landesaktionsplanes Gesundheitsförderung und Prävention wurden im Jahr 2008 durch das dafür ins Leben gerufene Aktionsbündnis für Gesundheit sowie die Interministerielle Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung und Prävention erstmals gemeinsame Ziele, Strategien und Handlungsschwerpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention in MV festgelegt. Während zu diesem Zeitpunkt nur einige Inhalte des Landesaktionsplans auf Grundlage der GBE ausgearbeitet wurden, erfolgte die im Jahr 2013 durchgeführte Neuausrichtung der sechs landesspezifischen Kindergesundheitsziele vor allem auf Grundlage der Daten der GBE des Landes. Derzeit erfolgt auch eine Neuausrichtung des Aktionsbündnisses für Gesundheit. Auf Grundlage der GBE des Landes sowie Daten der gesetzlichen Krankenkassen, Unfallversicherungsträger und Rentenversicherung Nord werden Gesundheitsziele für die entlang der Lebensphasen definierten Zielgruppen und Handlungsfelder generiert. Für auf Basis der GBE in MV konzipierte und durchgeführte Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention gibt es gute Beispiele, von denen einige nachfolgend aufgeführt werden.

Impfstatus und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

MV liegt bezüglich des Impfstatus der eingeschulterten Kinder mit Impfquoten zwischen 95 % und 98 % über dem Bundesdurchschnitt und erfüllt damit die Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation. Damit diese Durchimpfungsraten auch weiterhin gehalten werden und bei Erwachsenen und Senioren auftretende Impflücken geschlossen werden, führt die Landesregierung seit Herbst 2018 eine umfassende landesweite Impfkampagne durch.

Bezogen auf die im sechsten Kindergesundheitsziel des Landes verankerte stärkere Nutzung der Gesundheitsvorsorge durch Jugendliche ist zu konstatieren, dass seit einem im Jahr 2011 gestarteten Pilotprojekt zur J1-Erin-

nerung und dem seit April 2014 in Kraft getretenen § 15c des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern die Inanspruchnahme der J1 durch die 13- bis 14-jährigen Jugendlichen in MV deutlich und sprunghaft angestiegen ist. Sie wird nun konstant von über der Hälfte der Jugendlichen im Land wahrgenommen. Die Vorsorgeuntersuchungen U3 bis U9 werden seit Jahren auf konstant hohem Niveau (80-90 %) in Anspruch genommen.

Mund-/Zahngesundheit

Das vierte Kindergesundheitsziel in MV beinhaltet die Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung. In diesem Bereich hat es einige positive Entwicklungen gegeben. So nähert sich beispielsweise die Kariesprävalenz bei den Drei- bis Zwölfjährigen in MV immer weiter den bundesweiten Werten an. Es besteht jedoch auch Handlungsbedarf. Die Schülerinnen und Schüler der 1. Klassen in MV weisen beispielsweise im Vergleich zum Bundesdurchschnitt seit Jahren höhere Karieswerte auf. Als eine Konsequenz aus diesen Daten hat die Landesregierung MV eine Anregung der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LAJ) aufgegriffen und eine Neuregelung des Kindertagesförderungsgesetzes MV beschlossen. Die regelmäßige Zahnpflege in den Kindertageseinrichtungen des Landes wurde darin als wichtiges gesundheitliches Ziel der frühkindlichen Bildung und Erziehung aufgenommen. Insbesondere Kinder aus sozial schwachen Familien weisen einen schlechten Zahnstatus auf. In MV werden daher durch das LAJ-Projekt „Kita mit Biss“ die für das Zähneputzen notwendigen Utensilien zur Verfügung gestellt.

Tabak- und Alkoholkonsum

Jeder vierte Einwohner in MV rauchte im Jahr 2013 regelmäßig, womit MV über dem Bundesdurchschnitt liegt. Die Raucherquote in MV ist jedoch seit Jahren leicht rückläufig. Stationäre Krankenhausaufenthalte auf Grund psychischer und Verhaltensstörungen sind bei der Bevölkerung in MV mit Ausnahme Affektiver Störungen bei Frauen mit deutlichem Abstand durch Alkohol bedingt. Die nationalen Gesundheitsziele Tabakkonsum reduzieren und Alkoholkonsum reduzieren haben daher in MV eine hohe Relevanz. Die Landesregierung fördert seit vielen Jahren Strukturen, Projekte und Maßnahmen der Suchthilfe und Suchtprävention. Ein zentraler Akteur ist dabei die Landeskoordinierungsstelle für Suchtthemen. Einen wichtigen Beitrag zum Schutz von Nichtrauchernden in MV hat das im Jahr 2014 entfristete Nichtrauchererschutzgesetz geleistet.

Übergewicht und Adipositas

Rund 60 % der Einwohner in MV sind übergewichtig, davon sind rund 20 % adipös. Bei den Schuleingangsuntersuchungen liegt der Anteil übergewichtiger Kinder seit einigen Jahren bei über 12 %, der Anteil adipöser einzuschulender Kinder bei über 5 %. Es besteht somit Handlungsbedarf. Die Landesregierung fördert derzeit das 2,5-jährige Pilotprojekt „Gesund mal Zwei“ (GemaZ) zur intensiven, mehrfachen Ernährungsberatung adipöser Schwangerer, um pränatalen Fehlprogrammierungen bezüglich Hunger und Sättigungsgefühl bei den ungeborenen Kindern vorzubeugen und die Makrosomie-Rate der Neugeborenen zu senken. Weiterhin werden die Vernetzungsstellen Kita- und Schulverpflegung durch die Landesregierung gefördert. Bezüglich dieses Handlungsfelds sind dennoch die Anstrengungen weiter zu intensivieren.

Ausblick

In MV wird derzeit die strategische Ausrichtung der GBE diskutiert. Angestrebt wird beispielsweise eine engere Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern der Landkreise und kreisfreien Städte, um die GBE so aufzustellen, dass sie besser für regionale Bedarfsplanungen und die Ableitung von regionalen Präventionsmaßnahmen genutzt werden kann.

Auch wenn die Daten der GBE nicht geeignet sind, die Erfolge einzelner präventiver Maßnahmen auf der Mikro- und Mesebene zu evaluieren, bietet die GBE in MV einige Chancen. Viele der Indikatoren sind gut geeignet, Handlungsbedarfe für Gesundheitsförderung und Prävention abzuleiten. Mit der gesonderten GBE zur Kindergesundheit existiert ein spezifischer Datensatz, der für die Prävention im Kindes- und Jugendalter genutzt werden kann. Wie sinnvoll eine Verknüpfung zwischen der GBE und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention ist, hat sich in der Vergangenheit in der Umsetzung einzelner Projekte bereits gezeigt. Künftig geht es darum, aus dieser Erfahrung zu lernen und die bestehenden Potenziale auszuschöpfen.

Eine Herausforderung in MV besteht darin, die Landesrahmenvereinbarung mit mehr Leben zu füllen. Aus den gesundheitsbezogenen Daten abgeleitete, bedarfsorientierte und nachhaltige Projekte, trägerübergreifende Kooperationen und eine gemeinsame Finanzierung durch unterschiedliche Förderer sind nach wie vor die Ausnah-

me. Auch ein transparenteres Verfahren der Steuerung von Ressourcen wäre wünschenswert. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist aufgrund seiner in § 1 Abs. 2 N. 1 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst festgeschriebenen Rolle als regionaler Koordinator für Gesundheitsförderung und Prävention explizit in der Landesrahmenvereinbarung als Kooperationspartner benannt. Er sollte deutlich stärker einbezogen werden.

3.3.9 NIEDERSACHSEN

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist in Niedersachsen als Aufgabe bereits seit 1990 im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung verankert und wurde seitdem kontinuierlich auf- und ausgebaut. Deshalb kann auf die Indikatoren einer systematischen GBE zurückgegriffen werden, die in Federführung des Niedersächsischen Landesgesundheitsamts erarbeitet und veröffentlicht werden. Eine explizite Präventionsberichterstattung erfolgt bisher allerdings nicht. Darüber hinaus wird in Niedersachsen bereits seit 2010 eine handlungsorientierte Sozialberichterstattung durchgeführt, die regelmäßig ein Kapitel zum Thema Gesundheit enthält. Die kontinuierliche und systematische Nutzung der Gesundheits- und Sozialberichterstattung ist eine gute Voraussetzung für eine zielorientierte Ausrichtung von gesundheitspolitischen Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.

GBE als Aufgabe von Land und Kommunen

Die allgemeine systematische GBE ist Aufgabe des Niedersächsischen Landesgesundheitsamts (NLGA). Grundlage ist § 8 „Gesundheitsberichterstattung“ des Niedersächsischen Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst⁶⁰ vom 24.03.2006. Demnach dient die GBE der Planung und Durchführung von Maßnahmen, die die Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten.

Die Daten in den Berichten werden zielgruppenbezogen und geschlechterspezifisch dargestellt und bewertet. Dies ist Aufgabe der Landkreise und kreisfreien Städte, die die gesundheitlichen Verhältnisse im Rahmen der kommunalen GBE erheben. Das NLGA erstellt Landesgesundheitsberichte zur Gesundheitssituation der niedersächsischen Bevölkerung, stellt gesundheitsbezogene Basisdaten bereit und fertigt darüber hinaus Spezialberichte zu verschiedenen Themenfeldern, auch mit gesundheitsförderlichem bzw. Präventionsbezug. Weiterhin wertet das NLGA auch die Daten der kinder- und

60 § 8 NGöGD, www.nds-voris.de

jugendärztlichen Untersuchungen aus und gibt regelmäßig Berichte zur Kindergesundheit im Einschulungsalter⁶¹ heraus, jeweils mit unterschiedlichen Schwerpunkten wie z. B. zu den Themen Hören, Sehvermögen und psychische Gesundheit.

Aktuell wurden im vierten Bericht insbesondere Korrelationen mit den Faktoren Geschlecht, Migrationshintergrund, Ausbildungsgrad der Eltern und Kindergartenbesuch konstatiert. Diese Ergebnisse können sowohl in der Diskussion um gesundheitspolitische Maßnahmen als auch für die Weiterentwicklung der Schwerpunktthemen verwendet werden. Sie bilden eine wesentliche Grundlage für ziel- und bedarfsorientierte Interventionen und Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung, die sich an den Lebensphasen und Lebenswelten ausrichtet. Ergebnisse der GBE werden genutzt, um erkannte kritische Lagen im Rahmen von Spezialberichten zu vertiefen, z. B. Übergewicht und Bewegungsmangel bei Kindern oder Gesund älter werden.

Die GBE in Niedersachsen orientiert sich an dem 2003 entwickelten Indikatorenansatz für die GBE der Länder mit seinen elf Themenfeldern zu den Bereichen Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens, Gesundheitszustand der Bevölkerung, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens.

Daten als Grundlage für Zieldefinitionen

Vor dem Hintergrund des Kinder- und Jugendgesundheitsberichts, der 2002 von einer Vielzahl von Expertinnen und Experten sowie unterschiedlichen Akteuren erstellt wurde, erarbeitete Niedersachsen bereits 2003 eigene Gesundheitsziele für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche:

- Verminderung von Kinderunfällen,
- Reduktion des Tabakkonsums bei Kindern und Jugendlichen,
- Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (U8, U9, J1).

Dafür wurde eine Arbeitsgruppe aus Vertretungen des Sozialministeriums, des NLGA, der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nieder-

sachsen e. V. (LVG&AFS), der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und des Deutschen Kinderschutzbundes eingerichtet.

Für die fachliche Begleitung und Weiterentwicklung der aus den Gesundheitszielen resultierenden Projekte zeichnen sich Mitglieder der niedersächsischen Kooperationspartner verantwortlich. Die Koordinierung der bisherigen Zielbereiche und die Formulierung neuer Ziele sind bei der LVG&AFS⁶² angesiedelt.

In den vergangenen etwa 15 Jahren wurde eine Reihe von Programmen und Aktivitäten initiiert und umgesetzt, die zu einem strategischen, systematischen und ressortübergreifenden Strukturaufbau in Kitas, Schulen, Betrieben und Kommunen im Flächenland beitragen. Darüber hinaus gibt es Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention zahlreicher Einrichtungen auch in Kooperationen, z. B. aus den Bereichen Ernährung, Sport und Bildung.

Finanziert aus Mitteln des Landes, von Sozialversicherungsträgern und weiteren Förderern, wird eine Vielzahl dieser Aktivitäten federführend von der LVG&AFS fachlich begleitet. Dazu gehört auch das Projekt Gesundheitsregionen Niedersachsen, mit dem das Ziel verfolgt wird, die Gesundheitsversorgung vor Ort zu gestalten. Seit 2014 fördert die Landesregierung gemeinsam mit der Ärztekammer Niedersachsen, der AOK Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, den Ersatzkassen, dem BKK Landesverband Mitte sowie der IKK classic die Entwicklung von kommunalen Strukturen und innovativen Projekten. Bei der Auswahl von Zielstellungen und Schwerpunkten in den Regionen kann auf die kommunale GBE zurückgegriffen werden.

Verknüpfung mit der Landesrahmenvereinbarung

Die LVG&AFS unterstützt die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung.⁶³ Auch künftig sollen im Rahmen der GBE erhobene Daten (bzw. geeignete, bereits formulierte Indikatoren) dafür genutzt werden, um innerhalb der geschaffenen Strukturen (z. B. dem Dialogforum Prävention) über eine datengestützte Weiterentwicklung der gemeinsamen Ziele und Handlungsfelder im Sinne des § 3 Abs. 3 der Landesrahmenvereinbarung zu diskutieren:

61 Siehe Internetseite des NLGA: www.nlga.niedersachsen.de/startseite/

62 Die LVG&AFS ist ein gemeinnütziger, unabhängiger und landesweit arbeitender Fachverband, in dem alle wesentlichen niedersächsischen Institutionen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich vertreten sind. Der Verein ist mit Projekten und Programmen in diversen Lebenswelten auf der Multiplikatorenebene aktiv. Die Aktivitäten umfassen alle Lebensphasen und Ziele der nationalen Präventionsstrategie – von Gesund aufwachsen über Gesund leben und arbeiten bis Gesund im Alter.

63 § 3 der Landesrahmenvereinbarung von Niedersachsen.

„Einzubeziehen sind die Daten der Gesundheitsberichterstattung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, ggfs. auch der handlungsorientierten Sozialberichterstattung sowie Informationen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Gesundheitsregionen Niedersachsen“.

Für die Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention sind bestehende Strukturen und Rahmenbedingungen von Bedeutung, insbesondere in Bezug auf die Erreichbarkeit von Zielgruppen, vorhandene Ressourcen in den Lebenswelten und dem Grad der Vernetzung. Gesundheitsförderung und Prävention sind dann am wirksamsten, wenn sie nicht als isolierte Einzelmaßnahmen durchgeführt werden, sondern durch das Zusammenwirken verschiedenster Institutionen und Akteure gesundheitsförderliche Strukturen geschaffen und integrierte Handlungskonzepte umgesetzt werden. Dafür besteht in Niedersachsen ein interministerieller Austausch und als Struktur das Dialogforum Prävention.

Ausblick

In Niedersachsen werden die Indikatoren zur Säuglingssterblichkeit, zu bösartigen Neubildungen, zu psychischen Störungen, zu Krankenhausfällen, zur Kariesprävalenz und zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und zu Gesundheitsausgaben auf ihre Eignung als Indikatoren für die Auswirkungen von Gesundheitsförderung und Prävention diskutiert und überprüft. Darüber hinaus müssen ggf. weitere Indikatoren entwickelt werden, die einen stärkeren Zusammenhang zwischen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention auf die Gesundheit bzw. deren Rahmenbedingungen beschreiben.

Wenn sich auch ein kausaler Zusammenhang zwischen regionalen Präventionsmaßnahmen und Gesundheit nicht unmittelbar bzw. durch GBE-Indikatoren objektivierbar herstellen lässt, können diese Indikatoren zumindest orientierende Aussagen über durch Gesundheitsförderung beeinflussbare Kennzahlen zu Morbidität und Mortalität ermöglichen. Weiterhin ist eine stärkere Verknüpfung mit weiteren Berichterstattungen, z. B. aus dem Bereich der Suchthilfe oder des Arbeitsschutzes, geplant.

3.3.10 NORDRHEIN-WESTFALEN

Durch die Landesgesundheitskonferenz (LGK) und ihre Arbeitsgremien wurde bereits 1991 eine Struktur ge-

meinsamen Handelns in Nordrhein-Westfalen aufgebaut und 2005 ein Landespräventionskonzept beschlossen. Es wurden inhaltliche Schwerpunkte vereinbart sowie Arbeitsstrukturen und Landesinitiativen eingerichtet. Inzwischen hat die LGK das Landespräventionskonzept weiterentwickelt. Durch die Einrichtung eines übergreifenden Lenkungsgremiums sollen Zielsetzung und Austausch zwischen bisherigen Arbeitsstrukturen verbessert, die Verknüpfung von Handlungsfeldern erleichtert und die Umsetzung des Präventionsgesetzes sowie die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention durch das Land gefördert werden.

Ziel ist es, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen und auf Dauer sicherzustellen. Maßnahmen, Programme und Strukturen sollen künftig an der Leitidee „Gesundheit in allen Politikbereichen“ sowie Erkenntnissen aktueller Datenlagen (insbesondere Gesundheits- und Sozialberichterstattung) und daraus abgeleiteter Handlungserfordernisse ausgerichtet werden. Angestrebt wird ein nach abgestimmten Zielen ausgerichtetes, gemeinsames Handeln. Den Vorsitz des neuen Lenkungsgremiums übernimmt das für Gesundheit zuständige Ministerium.

Auf der Grundlage des Präventionsgesetzes wurde im August 2016 die Landesrahmenvereinbarung geschlossen und eine Steuerungsgruppe als Umsetzungsgremium eingerichtet. Aufgabe der Steuerungsgruppe ist insbesondere die Verminderung der Ungleichheiten von Gesundheitschancen, die Fortführung, Weiterentwicklung und der Ausbau bewährter Ansätze und Kooperationen, die Entwicklung neuer Initiativen und Maßnahmen sowie die Koordinierung aller Leistungen.

Bedarfsermittlung für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention

Die regelmäßige Erstellung von Gesundheitsberichten ist im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen festgelegt. Die Berichte werden als Grundlage gesundheitspolitischer Planungen dem Landtag zugeleitet.

Der aktuelle Landesgesundheitsbericht für Nordrhein-Westfalen⁶⁴ ist 2016 erschienen und enthält neben einer ausführlichen Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung auch Schlussfolgerungen für übergreifende Präventions- und Versorgungsbedarfe. Soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit stellen in dem

64 www.lzg.nrw.de/ges_bericht/basisberichte/landesgesundheitsberichte/index.html

Bericht ein zentrales Querschnittsthema dar. In diesem Zusammenhang wird auch auf jährliche, repräsentative Gesundheitssurveys zurückgegriffen, in deren Rahmen neben Daten zum Gesundheitszustand auch Daten zu sozialen und weiteren Gesundheitsdeterminanten erfasst und analysiert werden. Darüber hinaus werden aggregierte Daten auf Kreisebene für die Darstellung von Zusammenhängen zwischen Sozial- und Gesundheitsindikatoren genutzt. Wird beispielsweise die Arbeitslosenquote als Indikator für die soziale Lage herangezogen, zeigt sich, dass in Kreisen und kreisfreien Städten mit niedriger Arbeitslosenquote die Lebenserwartung deutlich höher ist als in Kreisen mit hoher Arbeitslosenquote. Der Fokus liegt somit insbesondere auf Bedarfen zur Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen.

Ein weiterer wichtiger Bereich der Landes-GBE ist die Unterstützung der Kreise und kreisfreien Städte durch die Bereitstellung und kontinuierliche Aktualisierung von 78 Indikatoren des Länderindikatorensatzes, weiterer Daten auf Kreisebene (z. B. aus den Schuleingangsuntersuchungen) sowie durch unterschiedliche Informations- und Beratungsangebote. Interaktive Berichtsformate wie die „Kreisprofile“⁶⁵ bieten einen kompakten Überblick über präventionsrelevante Sozial- und Gesundheitsindikatoren. In der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie wird die Rolle der Kommunen „beim Aufbau von lebensweltübergreifenden Präventionsketten und bei der Bündelung von Aktivitäten“ besonders hervorgehoben. Deshalb kommt auch der kommunalen Berichterstattung als initialem Bestandteil des Public Health Action Cycle auf kleinräumiger Ebene eine wachsende Bedeutung zu.

Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung

Die derzeit gültige Version des Länderindikatorensatzes enthält ca. 360 Indikatoren, die zehn Themenfeldern zugeordnet sind. Indikatoren der Themenfelder 4 (Gesundheitsverhalten) und 5 (Gesundheitsrisiken) sind als Gesundheitsdeterminanten präventionsrelevant, und Indikatoren zu Impfquoten und Teilnehmeraten an Früherkennungsuntersuchungen aus dem Themenfeld 7 haben eine Bedeutung als Prozessindikatoren.

Viele Indikatoren des Themenfelds 3 zu Morbidität und Mortalität der Bevölkerung eignen sich als Outcome-Indikatoren für die Präventionsberichterstattung. Allerdings besteht hier ein Mangel an Indikatoren, die zur Abschätzung der Prävalenz präventionsrelevanter Er-

krankungen genutzt werden können. Zum Teil liegen surveybasierte Daten auf Bundes- und Landesebene vor. Für eine zielgerichtete Planung auf kommunaler Ebene werden aber auch routinemäßig verfügbare Daten auf kleinräumiger Ebene benötigt. Hier könnten z. B. Daten der gesetzlichen Krankenversicherung zu ambulanten Behandlungsdiagnosen herangezogen werden, die für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich beim Bundesversicherungsamt zusammengeführt und an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information übermittelt werden. Laut Datentransparenzverordnung sollen diese Daten auch für Zwecke der GBE zur Verfügung gestellt werden. Hier besteht ein großer Bedarf an der Vereinfachung des Antragsverfahrens und der zeitnahen Datenbereitstellung für die Landes-GBE.

Eine weitere Datenquelle mit großem Potenzial für die GBE stellen die Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen zum ambulanten Behandlungsgeschehen dar. In Nordrhein-Westfalen werden bereits seit 2005 Diagnosehäufigkeiten von den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe für die Landes-GBE zur Verfügung gestellt. Aktuell ist die Erprobung eines Indikatorensets für die kommunale GBE geplant. Zur Ergänzung des bestehenden Länderindikatorensatzes für eine zielführende Präventionsberichterstattung sind in Zukunft auch Daten zur Erfassung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und weitere strukturbezogene Daten notwendig. Diese Daten sollten dazu genutzt werden, Indikatoren zu strukturellen Ressourcen zu entwickeln, um lebensweltbezogene Gesundheitsdeterminanten im Bereich einer gesundheitsförderlichen Infrastruktur abbilden und über zeitliche und räumliche Dimensionen hinweg vergleichen zu können. Als Einstieg wären beispielsweise strukturbezogene Indikatoren im Bereich der Bewegungsförderung denkbar (Radwegkilometer etc.).

Im Hinblick auf die Identifikation von räumlichen Einheiten, die aufgrund ungünstiger Konstellationen von Risiken und fehlenden Ressourcen im Bereich kompositioneller und kontextueller Einflussfaktoren auf die Gesundheit einen besonders hohen Bedarf an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention aufweisen, sind eine verstärkte Nutzung weiterer Datenquellen aus unterschiedlichen Ressorts und die Entwicklung von integrierten (ressortübergreifenden) Berichtssystemen notwendig. In Nordrhein-Westfalen existiert im Rahmen des „Masterplans Umwelt und Gesundheit“ ein interministeriell getragener Ansatz, die integrierte Berichterstat-

65 www.lzg.nrw.de/ges_bericht/komm_gbe/nrw-kreisprofile/index.html

tung auf kommunaler Ebene zu fördern. Einige Berichte, die Charakteristika einer integrierten Berichterstattung aufweisen, sind bereits in der Datenbank „Kommunale Gesundheitsberichterstattung“ auf der Webseite des Landesentrums Gesundheit abrufbar.⁶⁶ Die Entwicklung integrierter Berichterstattung steht in Einklang mit der Leitidee des Landespräventionskonzepts „Gesundheit in allen Politikbereichen“ und unterstützt die Umsetzung integrierter Handlungskonzepte im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention.

Insbesondere auf kleinräumiger Ebene muss es darüber hinaus darum gehen, vermehrt partizipative Elemente in die GBE einzubeziehen, um Bürgerinnen und Bürger an Planungsprozessen zu beteiligen und damit die Erfolgsaussichten von Maßnahmen zu erhöhen.

Ausblick

Grundlage für die Ziele und Handlungsfelder der Landesrahmenvereinbarung sollen insbesondere die Daten der GBE auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie weitere einschlägige Berichterstattungen sein. Bislang konnten konkrete Verknüpfungen mit der GBE jedoch nur teilweise erfolgen und spielen somit eine vergleichsweise untergeordnete Rolle. Das zuständige Ministerium wirkt daher als Partner der Landesrahmenvereinbarung auf eine stärkere Hinzuziehung entsprechender Datenlagen hin. Die Handlungsoptionen der Partner der Steuerungsgruppe finden ihre Grenzen jedoch in den gesetzlichen Vorgaben. Wünschenswert wäre hier eine Anpassung der gesetzlichen Grundlagen der Sozialgesetzbücher, um die trägerübergreifende Zusammenarbeit und deutlichere Zielsetzungen zu erleichtern.

Nordrhein-Westfalen beteiligt sich in einer von der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation, Sozialmedizin der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden eingerichteten Länderarbeitsgruppe an der Entwicklung eines gemeinsamen Indikatorenansatzes zu Gesundheitsförderung und Prävention.

3.3.11 RHEINLAND-PFALZ

In Rheinland-Pfalz (RP) bilden verschiedene Datenquellen eine Basis für die Planung, Entwicklung und Implementierung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen. Es werden Daten der rheinland-pfälzischen Gesundheitsberichterstattung (GBE), Sozialbe-

richterstattung, Auswertungen repräsentativer regionaler Befragungen und Forschungsarbeiten und Daten bundesweiter Studien sowie Surveys einschlägiger Institute (z. B. Robert Koch-Institut) herangezogen.

Die GBE erfolgt in RP in enger Zusammenarbeit mit dem Statistischen Landesamt. Grundlage bilden ausgewählte Indikatoren aus dem Indikatorenansatz der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden. Seit 2007 werden diese Daten regelmäßig auf Landes- und Kreisebene aufbereitet und anhand entsprechender Statistiken im Internet zum Abruf bereitgestellt. Unter anderem existiert der rheinland-pfälzische Gesundheitssatlas. Dieser erlaubt eine kartografische Darstellung spezifischer Gesundheitsindikatoren auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte. Zudem existiert die Gesundheitsausgabenrechnung für den Bereich Prävention und Gesundheitsschutz. Diese erlaubt ein grundsätzliches Monitoring der entsprechenden Ausgaben verschiedener Sozialversicherungsträger. All diese Daten sind für Maßnahmenplanungen sowohl im Zeitvergleich als auch in regionalen Vergleichen von Interesse.

Die folgenden Ausführungen geben einen Überblick über prioritäre Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention in RP, welche auf Basis entsprechender Erkenntnisse aus den genannten Datenquellen geplant und entwickelt werden können.

Förderung eines gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens

Eine ungesunde Ernährung und mangelnde Bewegung sind maßgebliche Risikofaktoren für die Genese von Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauferkrankungen oder Bluthochdruck. Herz-Kreislauferkrankungen sind seit 2002 der häufigste Grund für einen Krankenhausaufenthalt in RP. Übergewicht und Adipositas spielen ebenfalls eine wichtige Rolle in der Genese der genannten Erkrankungen. Der Anteil übergewichtiger und adipöser Erwachsener lag in RP zwischen 1999 und 2013 überwiegend leicht über dem Bundesdurchschnitt. Die Fortführung, Weiterentwicklung und Planung entsprechender Maßnahmen bleibt daher ein wichtiges Handlungsfeld in RP.

Reduktion des Tabak- und Alkoholkonsums

In RP erfolgt keine gesonderte Datenerhebung zur Verbreitung des Konsums legaler oder illegaler Suchtmittel.

Hinweise zum Konsumverhalten der 12- bis 25-jährigen Bevölkerung gibt die „Drogenaffinitätsstudie“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Der „Epidemiologische Suchtsurvey“ des Instituts für Therapieforschung erfasst den Konsum von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen sowie Medikamenten in der 18- bis 64-jährigen Allgemeinbevölkerung Deutschlands. Beide Studien sind bundesweit repräsentativ, sodass die erhobenen Trends auch für RP angenommen werden. Die Daten des Statistischen Landesamts geben Anhaltspunkte zu den mit einer Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ in Krankenhäusern vollstationär behandelten Personen mit Wohnort in RP. Trotz des überwiegend abnehmenden Trends beim Konsum von Alkohol und Tabak sind die Konsumentenzahlen nach wie vor hoch. Daher bleiben Maßnahmen in diesem Handlungsfeld weiterhin wichtig.

Stärkung der psychischen Gesundheit

Auch die Stärkung der psychischen Gesundheit bleibt ein wichtiges Gesundheitsziel in RP. Von 2006 bis 2016 stiegen in RP die Krankenhausesfälle, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sonstige Leistungen zur Teilhabe und die Rentenzugänge aufgrund psychischer Störungen oder Verhaltensstörungen. In der Vergangenheit sind vor diesem Hintergrund zahlreiche Maßnahmen zur Prävention psychischer Störungen und zur Stärkung der Resilienz für Kinder aus Familien mit betroffenen Eltern u. a. in der Lebenswelt Schule in die Umsetzung gekommen. Die Stressreduktion und Prävention psychischer Belastungen im Arbeitskontext sind ein weiteres wichtiges Handlungsfeld. Die rheinland-pfälzischen Daten geben seit 2003 Hinweise darauf, dass insbesondere im Alter zwischen 50 und 60 Jahren vermehrt Rentenzugänge wegen einer verminderten Erwerbsfähigkeit aufgrund affektiver Störungen zu verzeichnen sind.

Kindergesundheit

Die Schuleingangsuntersuchungen bilden als kontinuierliche Reihenuntersuchung eine wichtige Basis zur Ermittlung der Kindergesundheit und damit für die Bedarfsermittlung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen. Um die Datenqualität künftig weiter zu verbessern, entwickelt RP das Datenmanagementsystem der Gesundheitsämter kontinuierlich weiter. Künftig erhalten die Gesundheitsämter zudem standardisierte regionale Auswertungen der Daten der Schuleingangsuntersuchungen, um anhand dessen bedarfsspezifische Maßnahmen im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention entwickeln zu können.

Förderung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen

RP schenkt der Zahngesundheit bei der Beratung, Überwachung, Prophylaxe und Behandlung im Kindesalter große Aufmerksamkeit. Die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen verbesserte sich in RP seit 1984, dem Gründungsjahr der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege, fortlaufend. Die Ergebnisse der Epidemiologischen Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2016 der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege machen deutlich, dass die rheinland-pfälzischen Zwölfjährigen im Bundesvergleich das gesündeste Gebiss besitzen. Auch hinsichtlich der Zahl der kariösen, gefüllten und fehlenden Zähne im Milchgebiss weisen die Kinder in RP im Bundesvergleich ein sehr gesundes Milchgebiss auf. Die rheinland-pfälzischen Werte liegen unter den drei besten im Bundesdurchschnitt.

Förderung der Impfquoten

Schutzimpfungen zählen zu den wichtigsten und effektivsten medizinischen Vorsorgemaßnahmen. Eine bundesweite und kontinuierliche Überwachung von Impfquoten nach dem Infektionsschutzgesetz wird (ausschließlich) bei Kindern im Einschulungsalter durch die Schuleingangsuntersuchungen gewährleistet. Im Rahmen des rheinland-pfälzischen Landeskinderschutzgesetzes wird seit 2008 ein zentrales Einladungs- und Erinnerungswesen zu den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U4-J1) umgesetzt. Dies hat dazu geführt, dass 98 % der eingeladenen Kinder an den Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, welche eine regelmäßige Impfberatung beinhalten. Dies hat zu einem deutlichen Anstieg der Durchimpfungsraten geführt. So konnte die Impfquote für die zweifache Masernimpfung in RP von 88,6 % im Jahr 2008 auf 93,6 % im Jahr 2016 gesteigert werden (Bundesdurchschnitt: 92,9 %).

Ausblick

Die rheinland-pfälzische Landesrahmenvereinbarung hat einen Handlungsrahmen geschaffen, der die Zusammenarbeit der wichtigsten Akteure erstmals kontinuierlich im Rahmen entsprechender Gremien verbindlich macht. Übergeordnetes Ziel aller Gremien ist es, nachhaltige und qualitätsgesicherte Maßnahmen bedarfsorientiert zu entwickeln, weiterzuentwickeln und umzusetzen. Unter anderem wurden mit allen wichtigen Partnern vier Landespräventionsnetzwerke gegründet: (1) Gesund aufwachsen, (2) Gesund leben und arbeiten, (3) Gesund im Alter, (4) Gesundheitsförderung in der Kom-

mune. Eine übergeordnete Querschnittsaufgabe ist die Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung und die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit, da der sozioökonomische Hintergrund eng mit etwaigen Gesundheitsrisiken und Gesundheitschancen assoziiert ist. Zugänge zu entsprechenden Angeboten, insbesondere für vulnerable Zielgruppen, sollen weiter verbessert werden. Die Daten der oben genannten Quellen sollen künftig verstärkt systematisch und themenspezifisch aufgearbeitet werden und so die Planungs- und Umsetzungsprozesse entsprechender Maßnahmen in den Lebenswelten untermauern.

Bislang erfolgt in RP keine gesonderte Präventionsberichterstattung. Die bestehenden Indikatoren der GBE und Sozialberichterstattung bilden jedoch eine Basis. Die Messung der Wirkung von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention bringt, z. B. aufgrund multikausaler Wirkungszusammenhänge, jedoch besondere Herausforderungen mit sich und ist ein langfristiges Unterfangen. Um die Gesundheitsförderung und Prävention langfristig auf Basis einer soliden Datenlage weiterentwickeln zu können, sollen länderübergreifende Präventionsindikatoren identifiziert werden. Auch sind der Aufbau und die Weiterentwicklung entsprechender Bundessurveys eine wichtige Basis. Insbesondere solche Surveys, die eine Datenauswertung auf Landes- oder gar Kreisebene ermöglichen, leisten für die Planung und Umsetzung landesspezifischer Maßnahmen und das langfristige Monitoring einen wichtigen Beitrag.

3.3.12 SAARLAND

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) im Saarland ist angesiedelt im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes (MSGFF). Ziel der GBE ist, Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, zu Gesundheitsdeterminanten und zur Gesundheitsversorgung systematisch zu sammeln, auszuwerten und öffentlich zugänglich zu machen. Damit stellt die GBE eine wichtige Grundlage für die Planung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung dar. Dies ist auch im Koalitionsvertrag verankert: „Um passgenaue Präventionsangebote entwickeln zu können, bedarf es einer auf die Morbidität der Bevölkerung ausgerichteten Gesundheitsberichterstattung.“

Für die Planung von Gesundheitsförderung werden neben dem Indikatorensatz der GBE der Länder u. a. auch darüber hinausgehende Ergebnisse des Gesundheits-

surveys des Robert Koch-Instituts (RKI) „Gesundheit in Deutschland aktuell“ genutzt. Da die Daten der Erhebungswellen 2009-2012 keine Auswertung auf Saarländerebene zugelassen hätten, hat das MSGFF das RKI mit einer dafür erforderlichen Stichproben-Aufstockung beauftragt. Zudem werden für die Planung und Umsetzung von Präventionsangeboten Erkenntnisse aus Studien, die am MSGFF (mit) durchgeführt werden, verwendet. Diese sind teilweise bei der GBE selbst oder im Saarländischen Krebsregister des MSGFF angesiedelt.

Verankerung in der Landesrahmenvereinbarung

Gemäß § 3 Abs. 3 Landesrahmenvereinbarung Saarland zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie bilden die Daten der GBE die Grundlage für die Zielplanung und Aktivitäten im Bereich Prävention. Durch die GBE konnten insbesondere fünf Risikofaktoren bzw. Krankheiten identifiziert werden, deren Prävalenz im Saarland hoch ist und die damit als häufigste Todesursache zählen: Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Sucht (z. B. Nikotin, Alkohol) und Krebs.

In der Anlage der Landesrahmenvereinbarung Saarland wurde daher verankert, dass diese Risikofaktoren/Krankheiten neben chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten allgemein bei der Umsetzung der Präventionsziele im Fokus stehen sollen. Somit konnte bereits auf struktureller Ebene ein steuernder Effekt der GBE auf die Gesundheitsförderung im Saarland erzielt werden.

Studien des MSGFF

Nachfolgend werden zwei saarlandspezifische Studien exemplarisch vorgestellt, deren Erkenntnisse für die Darmkrebs- und Herzinfarktprävention genutzt werden.

Effektivität der Früherkennungs-Koloskopie: KolosSal

Bei der KolosSal-Studie⁶⁷ wird die von den gesetzlichen Krankenkassen angebotene Präventions- und Früherkennungs-Koloskopie im Hinblick auf Effektivität und mögliche Optimierungen wissenschaftlich evaluiert. Die Studie wird seit 2005 vom Saarländischen Krebsregister gemeinsam mit den Gastroenterologen, der Abteilung Klinische Epidemiologie und Altersforschung des Deutschen Krebsforschungszentrums sowie dem Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt. Bis 2012 wurden knapp 20.000 Saarländerinnen und Saarländer ab 55 Jahren rekrutiert, die sich einer Früherkennungs-Koloskopie unterzogen. Eine Nachbeobachtung

67 Effektivität der Früherkennungs-Koloskopie: Eine Saarland-weite Studie.

erfolgt über einen Zeitraum von 20 Jahren. Durch regelmäßige Abgleiche mit Daten des Krebsregisters können Darmkrebsinzidenz und Darmkrebsmortalität in der Studienpopulation ermittelt werden, die zu den erwarteten Werten in Relation gesetzt werden.

Das saarländische Krebsregister des MSGFF führt zudem seit 2003, zusammen mit den Gastroenterologen unter Federführung von Genesis und der Stiftung Lebensblicke, die Kampagne „Saarland gegen Darmkrebs“ mit verschiedenen Aktionen im Rahmen des Schwerpunktmonats „Darmkrebs“ (jeweils März) und zahlreichen Projekten durch⁶⁸:

- Informationen zur Aufklärung der Bevölkerung allgemein: Flyer, Veranstaltungen, Internetseite,
- Materialien für Unternehmen zur Durchführung von betrieblichen Präventionsprogrammen sowie
- mietbarer Darmkrebs-Infopoint mit interaktiven, multimedialen Möglichkeiten zur Aufklärung (auch als kompaktere Tablet-Version ausleihbar); entwickelt und finanziert vom MSGFF, Genesis, Stiftung Lebensblicke und Techniker Krankenkasse.

Im Rahmen dieser Präventionsbemühungen werden auch Erkenntnisse der KolosSal-Studie genutzt. Dies hat sicherlich dazu beigetragen, dass die Aktivitäten Wirkung zeigen: Auch wenn der Trend bundesweit insgesamt rückläufig ist, sind die kumulierten Teilnahmeraten an der Präventionskoloskopie im Saarland 3 % höher als im Bund. Der wichtigste Erfolg ist jedoch die rückläufige Zahl an Neuerkrankungen sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Dies zeigt eine Gegenüberstellung von beobachteten und erwarteten Neuerkrankungen an Darmkrebs (letzteres: Berechnungen basierend auf den Neuerkrankungsraten im Zeitraum 1998–2000, vor Einführung der Präventionskoloskopie [2002] im Früherkennungsprogramm).

Myokardinfarkt-Register Saarland

Das Myokardinfarkt-Register Saarland (MIR-SL) wird von der Stiftung Institut für Herzinfarktforschung (IHF) durchgeführt. Dabei sollen belastbare Daten zur aktuellen Therapie des Myokardinfarkts im Saarland gewonnen werden, die auch die zeitlichen Abläufe von Symptombeginn bis zur Reperfusion berücksichtigen. Ziel ist es, den Status der Herzinfarktversorgung im Saarland zu dokumentieren und auf Basis der Erkenntnisse die Versorgung von Herzinfarktpatientinnen und -patienten weiter zu optimieren und somit auch der hohen Morbidität an Herzinfarkten weiterhin gerecht zu werden.

Das MIR-SL wurde vom 01.10.2016 bis 30.06.2018 zunächst im prähospitalen und klinischen Bereich umgesetzt und beinhaltete drei Phasen: Phase I: Evaluation der Herzinfarktversorgung; Phase II: Interventionsphase: Auswertung der Ergebnisse sowie Erarbeitung und Umsetzung von Verbesserungen gemeinsam mit den Kliniken und dem Rettungsdienst; Phase III: Re-Evaluation der Herzinfarktversorgung.

Das MIR-SL beinhaltet zudem eine telefonische Nachbefragung (seit 01.01.2017) der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten durch das MSGFF bis insgesamt 2023. Ziel der Nachbeobachtungen ist es, Erkenntnisse über den Behandlungsverlauf der Patientinnen und Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt zu gewinnen. Insgesamt berücksichtigt das Konzept des MIR-SL somit umfassend die verschiedenen Bereiche der Herzinfarktversorgung.

Aus den bisherigen Studienergebnissen wurde u. a. die Notwendigkeit einer umfassenden Aufklärungskampagne für die Bevölkerung zum Thema Herzinfarkt und Schlaganfall abgeleitet. Ziel ist die Informationsvermittlung über Krankheitsbilder, Symptomatik und das richtige Verhalten im Notfall sowie über Maßnahmen der Primärprävention. Die Kampagne besteht aus mehreren, sich ergänzenden Komponenten: interaktives Infoterminal, Broschüre, Videos und Informationsveranstaltungen.

Ausblick

Die Umsetzung der Kampagne in den Kommunen erfolgt im Rahmen von „Das Saarland lebt gesund!“. Die Informationsveranstaltungen werden durch das MSGFF konzipiert. Das Konzept soll nach einer Auftaktveranstaltung 2018 an den Verein für Prävention und Gesundheit im Saarland e. V. (PuGiS) übergeben werden. Aufgabe des Vereins ist die Förderung der Gesundheit der saarländischen Bevölkerung und hierbei insbesondere die Durchführung des Projekts „Das Saarland lebt gesund!“ (kurz: DSLG). DSLG wurde vom MSGFF 2011 initiiert und wird seit 01.02.2017 von PuGiS weitergeführt. Hierfür wird PuGiS vom MSGFF finanziell gefördert. Ziel von DSLG ist es u. a., die Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen zu intensivieren, sodass ein breit gefächertes Angebot im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung geschaffen wird. Zudem sollen die unterschiedlichen Akteure vernetzt sowie die Bevölkerung durch Informationen und Mitmachprojekte mobilisiert werden. Über DSLG können die Informationsmodule zur

68 Künftig wird die Kampagne „Saarland gegen Darmkrebs“ vom Verein für Prävention und Gesundheit im Saarland e. V. durchgeführt.

Prävention von Herzinfarkt und Schlaganfall somit in die Kommunen getragen und in den Lebenswelten der Saarländerinnen und Saarländer verankert und umgesetzt werden.

Derzeit werden in einer von der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation, Sozialmedizin der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden eingerichteten Länderarbeitsgruppe länderübergreifende Präventionsindikatoren entwickelt. An diesem Prozess ist auch das Saarland beteiligt. Zudem besteht die Absicht, eine Präventionsberichterstattung im Saarland aufzubauen, die zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention beitragen kann.

3.3.13 SACHSEN

Das Präventionsgesetz und die nach diesem Gesetz zu erstellenden Landesrahmenvereinbarungen (LRV) haben auf Bundes- und Länderebene die Errichtung von Strukturen erfordert, die es ermöglichen, kassenart- und trägerübergreifend sowie mit den relevanten Akteuren zusammenzuarbeiten. Vor dem Hintergrund dieses gesetzlichen Auftrags hat Sachsen den seit 2004/2005 geführten Gesundheitszieleprozess in die am 01.06.2016 von den LRV-Beteiligten für den Freistaat Sachsen unterzeichnete LRV überführt.

Die LRV Sachsen sieht für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ein bedarfsbezogenes Agieren vor. Grundlage für die Ermittlung von Bedarfen bilden nach LRV unter anderem folgende Quellen: Auswertungen von Daten der LRV-Beteiligten, Daten und Informationen der Landkreise und kreisfreien Städte, wissenschaftliche Studien sowie konkret in den Lebenswelten erhobene Bedarfe. Die LRV sieht folgende gemeinsame Zielbereiche und Handlungsfelder vor: Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten sowie Gesundheitsförderung von Erwerbslosen und Gesund im Alter.

Bei der Konzeption und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention befürworten die LRV-Beteiligten ein möglichst datengestütztes Vorgehen, um grundsätzlich der Handlungsweise des Public Health Action Cycle unter den jeweiligen Rahmenbedingungen zu folgen. Darüber hinaus sind sich die LRV-Beteiligten bewusst, dass nicht sämtliche Präventionsbedarfe für jede Lebenswelt zu jeder Zeit in einem „Datenformat“ vorliegen oder sich abbilden lassen. Das strategische Vorgehen des LRV-Steuerungsgremiums wurde mit einem Umsetzungskonzept unterlegt und finanziell untersetzt.

Vorgehen

Ausgangspunkt für das strategische Vorgehen der Beteiligten war und ist das folgende, für den Freistaat Sachsen formulierte Oberziel: „In Sachsen ist ein landesweites System zur bedarfsbezogenen Information, Beratung und Vernetzung von Trägern und Einrichtungen in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention aufgebaut. Es bestehen nachhaltige und qualitätsgesicherte Strukturen, Prozesse und Angebote. Dies erfolgt unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Chancengleichheit und des Sozialraumbezugs in der Kommune.“

Auf Basis dieses Oberziels erarbeiteten 42 Institutionen in Sachsen einschließlich der LRV-Beteiligten und begleitet von der LRV-Geschäftsstelle Unterziele für die Lebenswelten Kommune, Kita, Schule, Betrieb und Gesund im Alter. Diese Unterziele wurden einem qualitätsbasierten Bewertungsverfahren unterzogen, das u. a. den regionalen Bedarf als Kriterium einbezog. Vorbehaltlich einer guten Umsetzung werden die erarbeiteten Ziele und Maßnahmen zur Erreichung des LRV-Oberziels sowie zur Befähigung und Stärkung der jeweiligen Zielgruppen und Akteure beitragen. Zur Illustration der Nutzung kleinräumiger Gesundheitsberichterstattung unter Einbeziehung sozioökonomischer Erfordernisse wird der aktuelle Stand zur Lebenswelt Kita beispielhaft und auszugsweise dargestellt:

- **Unterziel Lebenswelt Kita:** Drei Landkreise sind mit drei Regionalstellen inkl. eines koordinierenden Anteils 2018/2019 ausgestattet, um Kitas bei der Umsetzung und Qualitätssicherung von Gesundheitsförderung sowie bei der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit zu unterstützen, zu vernetzen und zu beraten. Dies erfolgt in enger Kooperation mit kommunalen Entscheidungsträgern, der Kita-Fachberatung, den Gesundheits- und Jugendämtern, den Regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung sowie weiteren relevanten Akteuren der Gesundheitsförderung und frühkindlichen Bildung vor Ort.
- **Relation Ober-/Unterziel:** Das bedarfsorientierte Vorgehen vermeidet den „Gießkannenansatz“. Es erfolgt eine sozialraumorientierte, nach Gesichtspunkten der Chancengerechtigkeit ausgerichtete Förderung der Gesundheit in der Lebenswelt Kita. Nachhaltigkeit und Qualität werden über die Bedarfsorientierung und Integration in die Qualitätsmanagementsysteme der Kitas ermöglicht und bilden darüber die Inhalte des Public Health Action Cycle ab.

- **Umsetzungsprozess:** Kita-Bedarfe werden unter Einbeziehung der Daten des Kinder- und Jugendärztlichen sowie Jugendzahnärztlichen Diensts (KJÄD, KJZÄD) und sozialraumbezogener Indikatoren ermittelt. Mit Hilfe der Regionalstellen werden Unterstützungsangebote geprüft bzw. kitaeigene Maßnahmen geplant. Kitas setzen Maßnahmen um. Maßnahmen werden überprüft und ggf. neu ausgerichtet.
- **Dokumentation, Evaluation:** Regionalstellen dokumentieren ihre Aktivitäten; Kitas führen entsprechend ihrer QM-Systeme Selbstevaluationen durch. Die Daten des KJÄD, KJZÄD ermöglichen ein einrichtungsbezogenes Monitoring (Kita-Untersuchung im vierten Lebensjahr, Schulaufnahmeuntersuchung). Die Landeskoordinierung sichert den Übergang fachlicher Ergebnisse und Diskurse von der Landesebene auf regionale Strukturen und reflektiert die Prozessqualität der Regionalstelle mit der Perspektive des Transfers der Ergebnisse und Erfahrungen auf weitere Regionen.
- **Partizipation:** Die Beteiligung von Kindern, Fachkräften und Eltern ist für eine nachhaltige Gesundheitsförderung unerlässlich. Von der Kita benannte Verantwortliche stehen im engen Austausch mit den Regionalstellen; weitere Kita-Akteure werden angesprochen und integriert, z. B. mittels Arbeitsgruppen, Befragungen, Fokusgruppen. Die Gestaltung der Umsetzung unterliegt kitaspezifischen Erfordernissen.
- **Auswahl Landkreise:** Durchführung eines Interessenbekundungsverfahrens auf Basis definierter Kriterien aus Gesundheit, Soziales, Kooperation.

Ausblick

Derzeit liegt für den Freistaat Sachsen keine explizite Präventionsberichterstattung vor. Für die Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung Sachsens wird auf den bestehenden Indikatorenkatalog der Gesundheitsberichterstattung der Länder inklusive der Daten des KJÄD und KJZÄD (Zusatzindikatoren) auf regionaler Ebene zurückgegriffen. Die Daten zu ausgewählten Themen werden kontinuierlich in Faktenblättern veröffentlicht.⁶⁹

Das Land wird weiterhin die bedarfsbezogene und datengestützte Ermittlung von Erfordernissen der Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene unterstützen. Die Umsetzung in gesundheitsförderliches

Handeln im Sinne von „Daten für Taten“ erfordert parallel dazu weitergehendes Empowerment kommunaler und lebensweltbezogener Akteure mit Hilfe eines konzentrierten Blicks auf den Sozialraum. Perspektivisch werden daher die Daten des KJÄD und KJZÄD hinsichtlich ausgewählter Sozialindikatoren erweitert, um kommunalen Akteuren den Blick für die Ermittlung potenzieller regionaler Handlungsbedarfe im Feld gesundheitlicher Chancengleichheit zu erleichtern.

3.3.14 SACHSEN-ANHALT

In Sachsen-Anhalt erfolgt bisher keine gesonderte Präventionsberichterstattung. Allerdings werden schon seit 1997/1998 landeseigene Gesundheitsziele festgelegt, welche alle einen expliziten Präventionsbezug haben.

Verbesserung der Zahngesundheit der Bevölkerung auf Bundesdurchschnitt (1998, modifiziert 2003)

In Anbetracht der Tatsache, dass in Sachsen-Anhalt die Milchzahngesundheit, die den Grundstein für die Zahngesundheit im Erwachsenenalter legt, nach wie vor deutlich schlechter ist als im Bundesdurchschnitt, müssen die überwachenden, prophylaktischen und behandelnden Anstrengungen bei Kleinkindern intensiviert werden. Vor dem Hintergrund des nach wie vor erhöhten Anteils sozial schwacher Familien in Sachsen-Anhalt dürfen bei der breitflächigen Betreuung der Kinder sowie der Beratung der Eltern durch die zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter keine (personellen) Abstriche gemacht werden. Die Datenlage zur Zahngesundheit von Erwachsenen muss verbessert werden.

Entwicklung eines gesunden Bewegungsverhaltens und Verbesserung von Bewegungsangeboten für die Bevölkerung (2003) und Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens und gesunder Ernährungsangebote für die Bevölkerung (2003)

Angesichts der Erkenntnis, dass in Sachsen-Anhalt a) bewegungsbezogene Verhaltensindikatoren, b) bewegungs- und ernährungsbedingte Risikofaktoren (Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2) und c) Herz-Kreislauf-Erkrankungen (welche maßgeblich durch mangelnde Bewegung und ungesunde Ernährung verursacht werden) nach wie vor und zum Teil sehr deutlich gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöht sind, behalten die beiden Landesgesundheitsziele Bewegung und Ernährung weiterhin hohe Priorität. Neben der Fort-

führung/Verstärkung der Angebote und Strategien von bewegungs- und ernährungsbezogener Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt sollten landesweit auch die frühzeitige Diagnose von Bluthochdruck und die schnelle Versorgung von Herz-Kreislauf-Notfällen (Herzinfarkte, Schlaganfälle) sichergestellt und vorangetrieben werden. Die Verfügbarkeit von Primärdaten zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Bevölkerung muss verbessert werden, z. B. durch Finanzierung der Aufweitung der Landesstichprobe in einem bundesweiten Survey.

Senkung des Anteils an Rauchern in der Bevölkerung und der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt (1998, modifiziert 2003)

Teilziel: Senkung des Anteils an Rauchern in der Bevölkerung

Aufgrund der Gegebenheit, dass in Sachsen-Anhalt die Raucherquoten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen derzeit noch immer bzw. zum Teil sogar zunehmend höher sind als im Bundesdurchschnitt, und Tabakkonsum der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für chronische, nichtübertragbare Krankheiten ist, behält das Teilziel Reduktion des Tabakkonsums weiterhin hohe Priorität. Angesichts der steigenden Raucher- und Lungenkrebsquoten bei Frauen sollten Tabakpräventionsstrategien verstärkt das weibliche Geschlecht fokussieren. Die Verfügbarkeit von Primärdaten zum Tabakkonsum der Bevölkerung muss verbessert werden, z. B. durch Finanzierung der Aufweitung der Landesstichprobe in einem bundesweiten Survey.

Teilziel: Senkung der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt

Ausgehend von der Feststellung, dass in Sachsen-Anhalt a) bei Sechstklässlern die Nähe zu Alkohol und der Eigenkonsum von Alkohol noch immer höher sind als im Bundesdurchschnitt, b) die stationär behandelte Alkoholsucht und Alkoholleber bei Männern unvermindert deutlich häufiger sind als im Bundesdurchschnitt und c) viele alkoholassoziierte Diagnosen und Indikatoren häufiger sind als im Bundesdurchschnitt, behält auch dieses Teilziel weiterhin hohe Priorität. Die Verfügbarkeit von Primärdaten zum Alkoholkonsum der Bevölkerung muss verbessert werden, z. B. durch Finanzierung der Aufweitung der Landesstichprobe in einem bundesweiten Survey.

Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung (1998)

Zwar haben sich Datenlage und Impfquoten bei Kindern bis zum Grundschulalter deutlich verbessert, Nachholbedarf gibt es jedoch bei der rechtzeitigen Inanspruchnahme der Impfungen, insbesondere der Masern-Mumps-Röteln-Impfung (MMR-Impfung) sowie bei den Auffrischimpfungen. Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche ist eine gute Gelegenheit, um Impfausweise zu überprüfen und Impflücken zu schließen.

Bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen muss die Datenlage deutlich verbessert werden, beispielsweise durch eine Ausweitung der Impfsurveillance auf Basis von Abrechnungsdaten der kassenärztlichen Vereinigungen. Insbesondere bei Auffrischimpfungen und der Pneumokokkenimpfung sind ebenso Defizite bei der Durchimpfung zu vermuten, wie dies bei der jährlichen Influenzaimpfung von Menschen ab 60 Jahren bereits belegt wurde.

Förderung der psychischen Gesundheit als übergreifender Zielbereich in den anderen Gesundheitszielen (2012)

In Anbetracht der Tatsache, dass in Sachsen-Anhalt a) die ambulante psychiatrische/psychotherapeutische Versorgungsdichte nach wie vor deutlich geringer ist als im Bundesdurchschnitt, b) die stationären Behandlungsquoten von psychischen Erkrankungen (u. U. deshalb) überproportional hoch sind und c) die stationären Behandlungszahlen und Frühverrentungen in den letzten Jahren noch dramatischer gestiegen sind als im Bundesdurchschnitt, behält dieser Zielbereich hohe Priorität. Ob das Gesundheitsziel Förderung der psychischen Gesundheit besser als Querschnittsaufgabe (wie derzeit) innerhalb der anderen Gesundheitsziele oder doch in Form eines neuen, eigenständigen Gesundheitsziels umgesetzt werden kann, sollte von Experten und Politik intensiv diskutiert und dann entschieden werden.

Ausblick

Trotz Verbesserungen in bestimmten Teilaspekten sind alle landesspezifischen Zielbereiche (Zahngesundheit, Bewegung, Ernährung, Tabakkonsum, Alkoholschäden und Impfen) sowie der übergreifende Zielbereich psychische Gesundheit nach wie vor aktuell und bedürfen einer Fortführung des Engagements. Auf Grundlage der Daten aus der Gesundheitsberichterstattung werden

in den einzelnen Zielbereichen folgende Fokussierungen vorgeschlagen: Milchzahngesundheit von (Klein-) Kindern, Verbesserung des Zugangs von Kindern und Jugendlichen zu Bewegungsangeboten, Raucherquote bei Mädchen/Frauen, Alkoholkonsum bei Jungen/Männern, Auffrischimpfungen bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen, psychische Störungen bei älteren Beschäftigten.

Die weite Verbreitung von ungesunden Lebensstilen und Risikofaktoren ist die Hauptursache für die erhöhte Krankheitslast der Bevölkerung. Diese ungünstigen Lebensstile und die daraus folgenden Gesundheitsprobleme sind sehr eng mit der sozialen Lage der Bevölkerung verknüpft. Die Verbesserung des Zugangs sozial schwacher Bevölkerungsgruppen zu gesundheitsförderlichen Informationen und Angeboten sollte deshalb eine vordringliche Querschnittsaufgabe in allen Zielbereichen sein.

Mit Inkrafttreten der Landesrahmenvereinbarung am 23.11.2016 fand eine stärkere Einbindung der Gesundheitsberichterstattung am Landesamt für Verbraucherschutz (LAV) in die Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie in Sachsen-Anhalt statt. Das LAV sieht dabei seine primäre Aufgabe in der Beratung und (wo möglich) Beteiligung bei der Verbesserung einer kleinräumigen Bedarfsermittlung für regionale und kommunale Präventionsstrategien. Dazu wurde einerseits ein neues GBE-Instrument online zur Verfügung gestellt: die Kreisgesundheitsprofile Sachsen-Anhalt⁷⁰. Diese erlauben den Landkreisen/kreisfreien Städten anhand einer Auswahl aussagekräftiger Regionalindikatoren einen bildhaften „Direktvergleich“ (auf einen Blick) ihrer Gesundheits- und Versorgungslage mit dem Landesdurchschnitt. Andererseits wurden in ausgewählten Landkreisen Pilotprojekte gestartet, wo mit fachlicher Hilfe des LAV Instrumente für eine neue, regelmäßige kleinräumige Bedarfsermittlung und Berichterstattung für Präventionsmaßnahmen aufgebaut werden soll. Dabei soll u. a. die Erfassung präventionsrelevanter Informationen im Rahmen der schulärztlichen Untersuchungen getestet

werden. Diese sollen der Identifizierung von Risikogemeinden, -quartieren und/oder -schulen bezüglich der Gesundheit von Kindern dienen und eine längerfristige datengestützte Beobachtung nach Intervention ermöglichen.⁷¹

3.3.15 SCHLESWIG-HOLSTEIN

Die am 01.01.2017 in Kraft getretene Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie in Schleswig-Holstein (SH) sieht vor, dass die Zieleplanung und die Festlegung von gesundheitsbezogenen Zielen durch das vom Land durchzuführende Strategieforum Prävention erfolgen soll. Die Grundlage dafür sollen Daten der Gesundheitsberichterstattung (GBE) auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene bilden. Die gesetzlichen Krankenkassen und die Träger der Renten- und Unfallversicherung sollen Informationen und Daten im Rahmen ihrer Möglichkeiten in den Prozess der gesundheitsbezogenen Zieleplanung einbringen.

Die GBE des Landes SH erfolgt überwiegend themenspezifisch. Im Fokus der Berichte stehen jeweils spezielle Gesundheitsthemen (beispielsweise Krebserkrankungen, Todesursachen) oder ausgewählte Bevölkerungsgruppen (Kinder/Jugendliche, ältere Menschen). Einen besonderen Stellenwert nehmen die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen sowie der Krebsregistrierung ein. Hierüber berichtet das Land seit rund 20 Jahren ausführlich und regelmäßig. Hinzu kommen Berichte, die von interdisziplinären Arbeitsgruppen erstellt werden, wie beispielsweise der Diabetes-Bericht (2016) oder die Bestandsaufnahme zur Versorgungssituation von psychisch Erkrankten (Psychiatriebericht 2016).⁷²

Die Ergebnisse sowie die in den Berichten enthaltenen Handlungsempfehlungen werden auf fachlicher Ebene und im gesundheitspolitischen Raum erörtert und im Hinblick auf möglichen Handlungsbedarf diskutiert. Als Folge dieses Diskussionsprozesses wurde bereits im Jahr 1994 das Gesundheitsziel Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus vereinbart.

70 <https://lpsa-lav.azurewebsites.de/gbe-net/profile/kreisgesundheitsprofile/atlas.html>

71 Wahl, G. (2017). Potenzial der Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Kindertagesstätten und Schulen für die Präventionsberichterstattung. *Journal of Health Monitoring*, 52, 33-36.

72 Die Berichte können hier eingesehen werden: www.krebsregister-sh.de/berichte; www.schleswig-holstein.de: Startseite ▶ Landesregierung ▶ Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren ▶ Service ▶ Broschüren ▶ Gesundheit bzw. Landesregierung ▶ Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren ▶ Service ▶ Gesetzesvorhaben/Landtag ▶ Bericht der Landesregierung „Psychiatriebericht 2016“ bzw. Landesregierung ▶ Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren ▶ Service ▶ Gesetzesvorhaben/Landtag A ▶ Bericht der Landesregierung „Ergänzungsbericht zum Stand der Diabetes-Erkrankungen in Schleswig-Holstein sowie zu den präventiven und nachhaltigen Maßnahmen zur Krankheitseindämmung.“

Im Rahmen von folgenden Landesgesundheitskonferenzen haben Vertretungen des Öffentlichen Gesundheitsdiensts, der Gesundheitspolitik, von Wissenschaftsinstitutionen, gesetzlichen Krankenkassen und Selbsthilfegruppen weitere Gesundheitsziele vereinbart, z. B. Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit an koronaren Herzkrankheiten aufgrund des Berichts über die Sterblichkeit in SH 1980-1998⁷³. Dieser zeigte, dass die Häufigkeit von Todesfällen an koronaren Herzkrankungen im Alter zwischen 35 und 64 Jahren in SH über dem Durchschnitt der westdeutschen Länder lag und die Sterblichkeit daran deutliche regionale Unterschiede aufwies. Daraufhin hat das Land SH ein bevölkerungsbezogenes Präventionsprojekt initiiert, um einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu stärken und zu unterstützen. Die Umsetzung begann in den beiden Kreisen mit der höchsten Sterblichkeit an koronaren Herzkrankungen und wurde dann schrittweise auf das ganze Land ausgedehnt. Die Aktivitäten werden aktuell von der Landesarbeitsgemeinschaft Herz-Kreislauf-Erkrankungen fortgeführt.

Im Rahmen des ersten Strategieforums Prävention wurden vier Präventionsziele erörtert:

1. Diabetes mellitus verhindern
2. Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen
3. Alkoholkonsum und Tabakkonsum reduzieren
4. Psychische Belastungen verringern

Die Auswahl der Ziele 1 bis 3 resultiert insbesondere aus den dargestellten Grundlagen. Nach wie vor bestimmen chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen sowie Diabetes mellitus zunehmend das Krankheitsgeschehen; sie stehen in engem Zusammenhang mit den Lebensgewohnheiten. Das 4. Ziel wurde aufgrund der im Psychiatriebericht dargestellten Relevanz ausgewählt. Die Datenlage muss jedoch noch verbessert werden. Insgesamt wurden auch die vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de dazu entwickelten und publizierten nationalen Gesundheitsziele berücksichtigt.

Präventionsziele Diabetes mellitus verhindern und Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen

Die vorliegenden Daten und Erkenntnisse wurden im Verlauf des Strategieforums bezogen auf die Lebensweltasätze diskutiert. Für diese beiden Präventionsziele stehen Maßnahmen zur Ernährung und Bewegung im Vordergrund. Bestehende verhältnispräventive Maß-

nahmen wurden als positiv bewertet. Dazu zählen die Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung sowie die Einführung des Schulobst-Programms.

Ebenfalls auf den Erkenntnissen des Diabetesberichts basierend ist das Projekt „Die ersten 1.000 Tage rund um die Geburt“ entwickelt worden. Neben den Daten aus dem Diabetesbericht wurden verschiedene bundesweite Daten herangezogen. Ziel des Projekts ist es, alle Berufsgruppen, die Schwangere und junge Mütter beraten, so fortzubilden, dass alle den aktuellen Stand hinsichtlich einer geeigneten Ernährung vertreten.

Präventionsziel Alkoholkonsum und Tabakkonsum reduzieren

Teilziel: Senkung des Anteils an Rauchern in der Bevölkerung

Laut Mikrozensus rauchten in Deutschland 2013 25 % der Bevölkerung im Alter von 18 Jahren und älter. In SH betrug dieser Anteil 31,1 % und liegt damit deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Ebenfalls erhöht sind die Neuerkrankungsraten an Lungenkrebs, wie die Ergebnisse der Krebsregistrierung wiederholt gezeigt haben. Da Tabakkonsum einer der wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren für Lungenkrebs und viele andere chronische, nichtübertragbare Krankheiten ist, behält das Teilziel Reduktion des Tabakkonsums weiterhin hohe Priorität. Präventionsangebote wie „Be Smart - Don't Start“ und „NICHT RAUCHEN. TIEF DURCHATMEN“ sollen weitergeführt und in Richtung rauch- und tabakfreie E-Zigaretten ausgebaut werden, da diese als Einstieg zum Rauchen von Zigaretten dienen.

Teilziel: Senkung der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt

Laut Krankenhausdiagnosestatistik wurden im Jahr 2015 in SH jeweils 103 Jungen und Mädchen je 100.000 Einwohnerinnen/Einwohnern unter 18 Jahren wegen einer akuten Alkoholvergiftung eingewiesen. Hier gilt es, die vorhandenen Präventionsangebote wie z. B. „Hart am Limit“ (HaLT) und den „KlarSicht-Koffer“ weiter auszubauen.

In einer Beobachtungsstudie (2006-2015) des Instituts für Therapie und Gesundheitsforschung über die Vorhersage des Rauschtrinkens im jungen Erwachsenenalter (in SH und Sachsen-Anhalt) wurde festgestellt: Der im frühen Jugendalter wahrgenommene elterliche Alkohol-

⁷³ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein (Hg.) (2001). Sterblichkeit in Schleswig-Holstein 1980-1998. Kiel: Ehlers.

konsum kann als möglicher Risikofaktor des Rauschtrinkens im jungen Erwachsenenalter angesehen werden. Hier müssen entsprechende Präventionsangebote in den Lebenswelten weiterentwickelt werden. Es werden zusätzliche entsprechende Projekte geprüft, die zielgruppenspezifisch ausgerichtet sind und den aufgezeigten Bedarfen in den Soziallagen gerecht werden.

Präventionsziel Psychische Belastungen verringern

Der Psychiatriebericht 2016 stellt zusammenfassend fest, dass die Häufigkeit von Erkrankungen in den vergangenen anderthalb Jahrzehnten (2000–2015) relativ stabil geblieben ist, dass sich die Auswirkungen auf die Fehlzeiten in der Arbeitswelt, auf die Frühberentungen und die Anerkennung von Schwerbehinderungen jedoch erheblich verändert haben. Unter anderem der Arbeitsausfall aufgrund psychischer Ursachen hat sich deutlich von der Entwicklung der Fehlzeiten aufgrund anderer Erkrankungen oder Verletzungen abgekoppelt; der Anteil von Versicherten, der aufgrund einer psychischen Erkrankung erwerbsunfähig wird, liegt in SH höher als im Bundesgebiet. Die Anzahl der Menschen, denen eine Schwerbehinderung aufgrund einer psychischen Erkrankung anerkannt worden ist, hat sich von 2003 bis 2015 etwa verfünffacht, während sich die Zahl der anerkannten Schwerbehinderungen aufgrund von Suchterkrankungen mehr als verdoppelt hat.

Von einer psychischen Erkrankung sind nicht nur die erkrankten Menschen selbst, sondern auch ihr soziales Umfeld wie z. B. die Angehörigen betroffen. Dabei stellen die Kinder psychisch kranker Eltern eine besonders verletzte Gruppe dar, die ein höheres Risiko haben, selbst psychisch zu erkranken, als Kinder, deren Eltern nicht psychisch erkrankt sind.

Übereinstimmende Hinweise von Expertinnen und Experten auf dieses Problemfeld haben den Ausschlag für Präventionsaktivitäten gegeben. In einem ersten Schritt soll die bestehende Struktur der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit für die Schaffung eines Netzwerks beteiligter Institutionen zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern und Eltern mit Suchterkrankung“ genutzt werden.

Ausblick

Schleswig-Holstein beteiligt sich an der länderübergreifenden Erarbeitung von Präventionsindikatoren. Ein abgestimmter Indikatorensatz wird sehr hilfreich sein, um die bislang thematisch orientierte Herangehensweise bei der Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie auf Landesebene datenbasiert zu unterstützen sowie kontinuierlich und systematisch fortzuentwickeln.

Für die GBE in SH entstehen in diesem Zusammenhang insbesondere folgende Herausforderungen:

- Bedarf an Prävention/Gesundheitsförderung möglichst kleinräumig ermitteln,
- Datenquellen erschließen, die gemeindebezogene Aussagen zu den Lebensverhältnissen ermöglichen,
- Wirkungen von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung/Prävention messen,
- Datenbasis für den Bereich psychische Gesundheit/Krankheit verbreitern und vertiefen.

3.3.16 THÜRINGEN

Der Freistaat Thüringen arbeitet schon seit 2007 an der Ausgestaltung von Gesundheitszielen. Mit dem Regierungswechsel in Thüringen Ende des Jahres 2014 wurde seitens des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie das Ziel entwickelt, den Thüringer Gesundheitszieleprozess unter Beteiligung aller agierenden Akteure zu einer Landesgesundheitskonferenz (LGK) weiterzuentwickeln. Die LGK agiert als institutionalisiertes Beschlussgremium für Gesundheitsziele und gesundheitspolitische Empfehlungen. Durch die Etablierung einer LGK als ständige Institution und mit Fachveranstaltungen in Thüringen wurde eine neue Kultur gemeinsamen Handelns im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt. Die Definition der Landesgesundheitsziele erfolgte in sog. Strategiearbeitsgruppen auf der Basis von Priorisierungsprozessen und orientiert sich an den Lebensphasen Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten und Gesund alt werden. Dabei stellte die Konzentration auf zentrale und gemeinsame Ziele für die beteiligten Akteure eine sehr große Herausforderung dar. Die Formulierung von Wirkungszielen und entsprechenden Indikatoren innerhalb des kurzen zur Verfügung stehenden Zeitfensters wurde ebenso als sehr anspruchsvoll wahrgenommen. Aktuelle Daten der GBE, z. B. über das Online-Gesundheitsportal für Thüringen, über den Thüringer Online-Sozialstrukturatlas⁷⁴, über kinder- und jugendärztliche

Untersuchungen der letzten 20 Jahre, über das Thüringen-Modul⁷⁵ der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)⁷⁶ oder über das Gemeinsame Krebsregister wurden bei der Erarbeitung einer „Zielesystematik der Strategiearbeitsgruppen der LGK“ (2017) als Grundlage verwendet. Nachfolgend werden ausgewählte Gesundheitsziele aus der zusammengetragenen Zielesystematik beispielhaft angeführt und veranschaulicht, wie Indikatoren und Daten der GBE für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Thüringen verwendet werden.

Gesundheitsziele: Förderung der Bewegung/des Sports und Förderung einer gesunden Ernährung bei Kindern und Jugendlichen

Übergewicht und Adipositas in Thüringen haben seit den 1990er Jahren stark zugenommen, insbesondere zwischen der Untersuchung zum Zeitpunkt der Einschulung und der Untersuchung in der 4. Klasse. Laut der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) des Robert Koch-Instituts sind im Alter von 70 bis 79 Jahren 83 % der Männer und 80 % der Frauen deutschlandweit übergewichtig. Daneben ist eine Zunahme von Erkrankungen des Bewegungsapparats im Altersverlauf zu verzeichnen. Laut den Daten des KiGGS-Thüringen-Moduls erreichen 60 % der Thüringer Kinder nicht die Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation zur körperlichen Aktivität. Überdies sind nur 46 % der Kinder im Land Thüringen Mitglied in einem Sportverein im Vergleich zum Bundesdurchschnitt von 60 %. Diese Datenlage spricht eindeutig dafür, dass die Aspekte Bewegungsförderung und Förderung einer gesunden und adäquaten Ernährung möglichst frühzeitig im Lebensverlauf in den Lebenswelten Kita, Schule, Kommune und Familie hohe Priorität einnehmen müssen. Entsprechende Maßnahmen, wie z. B. die Erhöhung des Anteils an durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung zertifizierten Gemeinschaftsverpflegungen in Kita und Schule, sind daher aus GBE-Sicht ableitbar.

Gesundheitsziel: Förderung der psychischen Gesundheit als übergreifendes Ziel in allen Lebensphasen

Laut dem KiGGS-Thüringen-Landesmodul gelten 20 % der Thüringer Kinder und Jugendlichen als psychisch auffällig. Die Befunde in den kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen weisen in dieselbe Richtung. Auch über das Kindesalter hinaus ist die Förderung der psychischen Gesundheit angezeigt: Für den Bereich Gesund arbeiten wurde die verminderte Erwerbsfähigkeit (Indikatoren 3.37-3.39) des Online-Gesundheitsportals ausgewertet mit dem Ergebnis, dass unter den Diagnosegruppen die „Psychischen- und Verhaltensauffälligkeiten“ als Hauptgrund für die verminderte Erwerbsfähigkeit angeführt wird – insbesondere bei Frauen. Auch langzeitarbeitslose Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung und/oder Sucht nicht ins Erwerbsleben integriert werden können, müssen Zielgruppe gesundheitsfördernder Prozesse und Maßnahmen sein. Zuletzt zeigt sich eine Zunahme für Krankenhausbehandlungen (Indikator 3.82) von psychischen Erkrankungen im Zeitverlauf bei Männern. Psychische Erkrankungen finden sich im Alter häufig im Kontext von Suchterkrankungen. Weitere Anzeichen für psychische Erkrankungen finden sich in der Auswertung des Indikators 3.88, den Suizidfällen in Thüringen. Die Selbsttötungszahlen bei Männern ab 70 Jahren ist in Thüringen stark angestiegen. Im Vergleich zu Frauen ist die Suizidrate bei Männern viermal so hoch. Diese hohe Rate gilt möglicherweise als Anzeichen für das Vorhandensein von Depressionen, Partnerverlust, erlebter Einsamkeit und einem Mangel an sozialen Kontakten bei Männern. Deshalb muss auch die Förderung der sozialen Teilhabe älterer Menschen Bestandteil der Maßnahmen der Gesundheitsförderung sein. Aus Sicht der GBE sollte die Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Aktivitäten unter anderem geschlechtersensibel ausgerichtet sein.

Gesundheitsziel: Gesundheits- und Vorsorgekompetenz stärken – insbesondere von Männern im erwerbsfähigen Alter

Laut den Zahlen des Gemeinsamen Krebsregisters ist ein Anstieg aller Krebserkrankungen in Thüringen aufgrund des wachsenden Anteils älterer Menschen, insbesondere von Brust- und Prostatakrebs, zu verzeichnen. Laut ei-

75 Krause, L., Kuntz, B., Lampert, T., & Kamtsiuris, P. (2015). KiGGS Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisbericht zum Thüringen-Modul aus KiGGS Welle 1. Erfurt: Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.

76 www.kiggs-studie.de

ner Auswertung der IKK⁷⁷ ging 2015 nur jede zweite Frau und jeder vierte Mann zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Aussagen hierzu soll künftig der Indikator 7.16 des Gesundheitsportals geben. Wegen Neubildungen werden die Menschen in Thüringen am zweithäufigsten pro 100.000 Einwohner im Krankenhaus behandelt (Indikator 3.26). Daher ist aus Sicht der GBE die Steigerung der Vorsorge- und Gesundheitskompetenz im erwerbsfähigen Alter und darüber hinaus in Thüringen angezeigt. Beispielsweise wird das Ziel angestrebt, die Anzahl der Männer im erwerbsfähigen Alter, die eine informierte Krebsvorsorge in Anspruch nehmen, um 15 % zu erhöhen. Die Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit soll insgesamt gefördert werden. Dazu werden vor allem auch evidenzbasierte und verständlich aufbereitete Informationsangebote benötigt.

Ausblick

Datengrundlage der GBE in Thüringen bilden zahlreiche Erhebungen. Eine erweiterte, kleinräumige GBE wird angestrebt. Überdies soll ein Basisindikatorensatz für eine kommunale integrierte GBE in Thüringen etabliert werden, um eine bedarfsgerechte Kommunalplanung zu ermöglichen.

Die Studienlage zum Zielbereich Gesund alt werden ist sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene noch lückenhaft. Untersuchungen sollten sich daher auf die Erschließung von Datenlücken zur Funktionsfähigkeit und Funktionseinschränkungen im Alter wie z. B. die Seh- und Hörfähigkeit, Mund- und Zahngesundheit, Inkontinenz und Gebrechlichkeit im Alter sowie die Möglichkeiten der Partizipation konzentrieren. Zudem liegen für die ältere Thüringer Bevölkerung keine aktuellen Daten zu Übergewicht und Adipositas (Body-Mass-Index) vor, weshalb eine erneute Erhebung notwendig erscheint. Die Herausforderung für die Datenerfassung der kommenden Jahre wird zudem sein, die Kinder mit Entwicklungsrisiken, auffälligkeiten und -störungen nach sozialer Lage und in den Sozialräumen mit geeigneten Messmethoden zu erfassen, um bedarfsgerechte, geeignete Maßnahmen zu entwickeln.

Nachdem in den Strategiearbeitsgruppen bereits erste Ideen für Umsetzungsstrategien und -möglichkeiten der Gesundheitsziele diskutiert wurden, ist vorgesehen, diese auf der vierten Landesgesundheitskonferenz zu beraten. Der weitere Ausbau von Kooperation und Vernet-

zung aller wichtigen Akteure gilt dabei als die zentrale Herangehensweise des künftigen Prozesses.

4 Wissensstand zu Wirksamkeit und Nutzen

Ausgehend von der gesundheitlichen Lage und ihren Einflussfaktoren sowie den sich daraus ergebenden Präventionsbedarfen und -potenzialen (Kapitel 3) stellt sich die Frage, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und Krankheiten vorzubeugen. Diese Frage wird im Rahmen von Studien untersucht, die sich der Wirksamkeit und dem Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention widmen. Dieses Kapitel gibt einen Einblick in den Stand der Forschung im Jahr 2018 zu Wirksamkeit und Nutzen lebensweltbezogener (Kapitel 4.1) bzw. arbeitsweltbezogener (Kapitel 4.2) Gesundheitsförderung und Prävention.

4.1 LEBENSWELTBEZOGENE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Mit Stärkung der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention durch das Präventionsgesetz entstand das Erfordernis, eine allen verantwortlichen Akteuren zugängliche Wissensbasis zu wirksamen Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen und deren Implementierung aufzubauen. Entsprechend führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit (Kapitel 7.4) eine Aufbereitung empirischer Erkenntnisse zur Wirksamkeit und zum Nutzen lebensweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention durch. Bei den in den nachfolgenden Unterkapiteln skizzierten Ergebnissen ist zu beachten, dass es sich um eine Momentaufnahme eines sich fortwährend weiterentwickelnden Wissensstands handelt.

Evidenzbasierung in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention

Die Forderung nach einer evidenzbasierten Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne der gewissenhaften, ausdrücklichen und vernünftigen Nutzung des gegenwärtig besten verfügbaren Wissens bei der praktischen Entscheidungsfindung ist nicht neu. Dass Maßnahmen geeignet und wirksam sein sollen und darüber hinaus nicht mit unerwünschten Nebenwirkungen einhergehen dürfen, bildet nicht zuletzt angesichts begrenzter finanzieller Mittel die Grundvoraussetzung für das Handeln der beteiligten Akteure. Dennoch steht die Evidenzbasierung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland noch weitgehend am Anfang - u. a. auch deswegen, weil die Frage danach, welchen Standards und Kriterien das beste verfügbare Forschungswissen in der Gesundheitsförderung und Prävention genügen sollte, bislang nicht hinreichend geklärt ist.

Nach wie vor werden mehrere methodische Vorgehensweisen diskutiert. Wie auch in Kapitel 4.2 zur Wirksamkeit arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt, kommt Forschungswissen eine besondere Bedeutung zu, welches durch die Erstellung systematischer Übersichtsarbeiten qualitativ hochwertiger, randomisierter kontrollierter Studien, abgekürzt RCT (randomized controlled trial), bzw. im Falle der Gesundheitsförderung und Prävention häufig auch quasiexperimenteller, nicht randomisierter Kontrollstudien gewonnen wird. Die Methodendiskussion dreht sich im Kern

um Schwierigkeiten, die im Zuge der Durchführung von Evaluationsstudien in Lebenswelten entstehen, darunter in erster Linie die Komplexität und Kontextabhängigkeit der Interventionen sowie der mit den Studien verbundene Aufwand.⁷⁸ Obwohl die Kritik in Teilen durchaus ihre Berechtigung hat, muss festgehalten werden, dass die Zahl an methodisch überzeugenden Studien aus Deutschland im internationalen Vergleich gering ausfällt.⁷⁹ Zu diesen bzw. ähnlichen Ergebnissen kommen auch die meisten der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit mit Forschungsarbeiten beauftragt wurden.

Für die Lektüre der nachfolgenden Seiten (wie auch des Kapitels 4.2) ist es wichtig zu betonen, welche Bedeutung mit der Aussage verbunden sein kann, es gebe für eine bestimmte Maßnahme der Gesundheitsförderung und Prävention keine Evidenz. In der Regel kann dies nicht mit der Annahme gleichgesetzt werden, die betreffende Maßnahme sei nicht wirksam. Vielmehr ist es häufig so, dass zu einer konkreten Maßnahme entweder keine oder aber nicht ausreichend methodisch anspruchsvolle, kontrollierte Studien identifiziert werden können, die einen Wirkungszusammenhang belegen. Ferner ist es möglich, dass Effekte nicht entdeckt werden, weil z. B. der Stichprobenumfang zu gering oder die Methodik der Untersuchung unzureichend war, unberücksichtigte Einflussfaktoren eine Unterschätzung der Wirksamkeit bedingen oder eine Maßnahme nicht wie vorgesehen implementiert wurde. Solche Maßnahmen gelten nach obigem Ansatz somit als noch nicht ausreichend evidenzbasiert, obwohl die Wirksamkeit möglicherweise grundsätzlich gegeben ist. Anders verhält es sich im Falle gut untersuchter Maßnahmen, für die bereits eine überzeugende Studienbasis existiert. Wenn innerhalb einer solchen Studienbasis wiederholt ausbleibende Effekte auf relevante Zielgrößen festgestellt werden, steht der Ausdruck „keine Evidenz“ für die Unwirksamkeit der Intervention.

4.1.1 SCHAFFEN EINER WISSENSBASIS IM RAHMEN DES GKV-BÜNDNISSES FÜR GESUNDHEIT

Die im Rahmen des GKV-Bündnisses erteilten Forschungsaufträge verfolgen das Ziel, verfügbares Wissen sowohl aus der Praxis als auch aus der Forschung zu identifizieren. Hierfür werden zum einen Bestandsauf-

nahmen von erfolgreich umgesetzten Maßnahmen und Modellen „Guter Praxis“ im deutschsprachigen Raum beauftragt. Zum anderen werden systematische Literaturrecherchen durchgeführt, die die beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit und zum Nutzen lebensweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention zusammenstellen. Insgesamt wurden bisher 24 solcher Forschungsaufträge vergeben.

Im Fokus steht insbesondere, Erkenntnisse hinsichtlich wirksamer Strategien zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu generieren. Der GKV-Spitzenverband hat im Austausch mit der BZgA und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene verschiedene vulnerable Gruppen ausgewählt, zu denen Forschungsaufträge vergeben werden; diese umfassen: Menschen mit Behinderungen, Alleinerziehende, ältere Menschen, arbeitslose Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Kinder aus suchtselasteten Familien und Kinder aus psychisch belasteten Familien.

Neben der Wirksamkeit von Maßnahmen für die ausgewählten vulnerablen Gruppen wurde Wissen zu weiteren übergreifenden Themen und generellen Fragestellungen synthetisiert – darunter geeignete Zugangswege und Möglichkeiten zur Verbesserung der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in den Lebenswelten Kommune, Schule und Kita, Strategien der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention, Modelle und Interventionen zur Förderung der intersektoralen Kooperation, die Förderung psychischer Gesundheit in der Schule sowie die Prävention des Alkoholmissbrauchs bei Heranwachsenden und speziell im schulischen Kontext.

4.1.2 QUALITÄT DER EVIDENZ

Ausgehend von den im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit zusammengetragenen Erkenntnissen lässt sich die Qualität der Evidenzbasis für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten derzeit nicht allgemeingültig beurteilen. Ein erstes Indiz ist hierbei die verfügbare Studienlage, die bei Vergleich der einzelnen vulnerablen Gruppen erheblich variiert. So stehen beispielsweise 23 vorgefundene Studien in der Literaturrecherche zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Alleinerziehenden einer Zahl von 186 und damit achtmal mehr Studien für die Zielgruppe der Älteren gegenüber.

78 Vgl. z. B. Bödeker, W. (2012). Wirkungen und Wirkungsnachweis bei komplexen Interventionen. In: Evaluation komplexer Interventionen in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? (S. 33-42) Berlin: RKI.

79 Vgl. Zeeb, H., & Brand, T. (2014). Prävention und Evidenzbasierung – zu viel verlangt? Kontext (offizielles Medium der Ärztekammer Bremen), Ausgabe September 2014, 1-2, und Bödeker, W. (2016). Lohnt sich betriebliche Gesundheitsförderung für Unternehmen wirklich? DGUV Forum, 6, 36-37.

Wird zudem die Qualität der in den Literaturrecherchen einbezogenen Einzelstudien oder Übersichtsarbeiten genauer betrachtet, lassen sich allgemeine Aussagen über die Evidenzlage noch schwieriger treffen: Während für einige Zielgruppen kaum RCTs ausfindig gemacht werden können oder nur Studien mit erheblichen methodischen Mängeln existieren, finden sich für manche Zielgruppen viele systematische Reviews zu methodisch überzeugenden Studien von vergleichsweise guter Qualität. Mithin gibt es für einen Teil der vulnerablen Gruppen eine recht belastbare Evidenzbasis, welche die Ableitung von Handlungsempfehlungen zulässt – insbesondere für ältere Menschen sowie Menschen mit Migrationshintergrund. Für andere Gruppen ist dagegen die Formulierung evidenzbasierter Empfehlungen auf Grundlage der vorliegenden Studienergebnisse nur schwer bis gar nicht möglich. Dazu zählen vor allem Alleinerziehende, arbeitslose Menschen und Kinder aus suchtbelasteten oder aus psychisch belasteten Familien. Für die Gruppe der Menschen mit Behinderungen liegt die Evidenz im mittleren Bereich.

Weiterhin gibt es Besonderheiten, die bei allen Zielgruppen gleichermaßen auftreten und die berichteten Studienergebnisse in ihrer Aussagekraft einschränken. So wird die Bewertung der Wirksamkeit dadurch erschwert, dass eine hohe Heterogenität vorherrscht, u. a. im Hinblick auf die Art der Intervention, die Erfassung der Zielparameter, die Differenzierung der jeweiligen Zielgruppe oder die Charakteristika der jeweiligen Studienpopulation. Auch sind nicht selten einzelne Subgruppen der jeweiligen Zielgruppe unterrepräsentiert, beispielsweise Kinder mit Behinderungen als Teilgruppe der Menschen mit Behinderungen oder geflüchtete Menschen als Untergruppe der Menschen mit Migrationshintergrund. Mit Blick auf die Inhalte der untersuchten Interventionen zeigt sich, dass Interventionen zu Bewegung oder Ernährung in der Regel gut untersucht sind, während beispielsweise für Maßnahmen zur Bewältigung von Stress meist weniger qualitativ hochwertige Studien vorliegen. Schließlich stellen viele der mit der Durchführung von Evidenzsynthesen beauftragten Autorinnen und Autoren fest, dass der größte Nachholbedarf bei der Erforschung verhält-

nispräventiver im Gegensatz zu verhaltenspräventiven Interventionen besteht.

4.1.3 ERKENNTNISSTAND ZU WIRKSAMKEIT UND NUTZEN

Die folgenden Abschnitte geben einen Überblick über den Stand der Evidenzsynthese im Juni 2018⁸⁰. Die Darstellungen konzentrieren sich in erster Linie auf inhaltliche Gesichtspunkte, mit dem Ziel aufzuzeigen, welche Interventionen im jeweiligen Themenfeld evaluiert wurden und inwiefern die Ergebnisse Hinweise in Bezug auf deren Wirksamkeit liefern. Auf bestehende studienmethodische Probleme (siehe Kapitel 4.1.2) wird nicht eingegangen.

Aufgrund der Fülle an generiertem Wissen kann lediglich ein Auszug wesentlicher Erkenntnisse vorgestellt werden. Für weiterführende Informationen sei daher auf die zitierten Einzelberichte sowie auf das Portal des GKV-Bündnisses für Gesundheit⁸¹ verwiesen.

Menschen mit Behinderungen

Die Forschung zu Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderungen liefert gemäß Latteck und Backhaus⁸² in erster Linie Hinweise auf die Wirksamkeit für Erwachsene, wobei das Handlungsfeld Bewegung am besten untersucht ist. Nachgewiesen ist ein positiver Einfluss von bewegungsfördernden Interventionen auf die Aktivität und Mobilität der Menschen mit Behinderungen. Positive Effekte lassen sich auch für Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung nachweisen. Im Bereich Stressmanagement gibt es ebenfalls erste Belege für die Wirksamkeit in Form einer Reduktion des subjektiv wahrgenommenen Stresses, wengleich das Feld laut Latteck und Backhaus bisher zu wenig Beachtung findet. Ähnliches gilt für Maßnahmen zur Kontrolle des Konsums von Suchtmitteln wie Alkohol oder Nikotin, die bei Menschen mit geistigen Behinderungen z. B. ein verbessertes Verständnis für den Gebrauch von Suchtmitteln bewirken. Darüber hinaus finden sich Hinweise für die Wirksamkeit multifaktorieller Programme.

80 In einigen Fällen fanden zu diesem Zeitpunkt vorliegende Zwischenberichte Berücksichtigung. Forschungsaufträge, für die erst nach diesem Zeitpunkt Berichte vorlagen, konnten nicht berücksichtigt werden.

81 www.gkv-buendnis.de

82 Latteck, Ä.-D., & Backhaus, J. (2017). Durchführung einer systematischen nationalen und internationalen Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit Behinderungen und der Auswertung der vorliegenden Evidenz der Ansätze. Ergebnisbericht. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.

Die Bestandsaufnahme von Altgeld et al.⁸³ identifiziert für den deutschsprachigen Raum 28 Modelle guter Praxis zu unterschiedlichen Themenfeldern. Generell wird deutlich, dass Betroffene umso schlechter erreicht werden, je komplexer ihre Beeinträchtigungen sind. Interventionen, die strukturelle Veränderungen in der Lebenswelt beinhalten, z. B. die Integration der Gesundheitsförderung und Prävention in die Prozesse des Alltags fördern, sind selten. Als Schlüsselfaktoren für den Erfolg künftiger Projekte werden ein Umdenken auf gesellschaftlicher Ebene hin zu einem ressourcenorientierten Ansatz, die Berücksichtigung der Heterogenität der Menschen mit Behinderungen sowie deren Bedarfe, das Andocken von Interventionen an kommunale Strukturen sowie die Öffnung bestehender Angebote auch für Menschen mit Behinderungen benannt.

Alleinerziehende

Die wenigen verfügbaren Studien, die Geene und Töpitz⁸⁴ in ihrer Übersichtsarbeit ausfindig machen, liefern Hinweise darauf, dass dem Empowerment im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Alleinerziehende besondere Bedeutung zukommt. Ebenso sollten Maßnahmen in den Blick genommen werden, die strukturelle Aspekte wie beispielsweise Kinderbetreuung oder niedrigschwellige Hilfen sowie die Vermeidung von Vorurteilen und die Vernetzung verschiedener kommunaler Akteure, Strukturen und bestehender Angebote adressieren. Möglicherweise bildet das Fehlen von Studien zu typischen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung und Prävention wie Ernährung oder Bewegung ein Indiz dafür, dass diese Themen für Alleinerziehende eine eher untergeordnete Rolle spielen und eine unspezifische Ressourcenstärkung im Sinne des Empowerment, beispielsweise im Hinblick auf Selbstwirksamkeit oder Selbstorganisation den gesundheitsrelevanten Problemlagen von Alleinerziehenden eher gerecht wird.

Erwartungsgemäß zur Studienlage finden sich laut der Arbeit von Geene und Boger⁸⁵ für den deutschsprachigen

Raum nur wenige evaluierte und als „Gute Praxis“ klassifizierte Projekte, die sich explizit der Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden widmen. Diese fokussieren vorrangig auf psychosoziale Ressourcenstärkung durch individuell oder kollektiv ausgerichtete Maßnahmen.

Ältere Menschen

Die Erkenntnislage zur Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen ist laut Grill und Ulrich⁸⁶ sehr umfangreich. Hinsichtlich der Wirksamkeit am besten untersucht ist das Feld Sturzprävention. So eignet sich beispielsweise ein Assessment des individuellen Sturzrisikos in Kombination mit multifaktoriellen Interventionen, um die Anzahl von Stürzen bei alleinlebenden Älteren zu verringern. Auch Interventionen zur Erhöhung der körperlichen Aktivität bei älteren Menschen sind laut Studienlage wirksam. Am erfolgreichsten sind dabei personalisierte Programme, die auf die individuellen Bedarfslagen zugeschnitten sind, in Gruppen durchgeführt werden, aus mehreren Komponenten bestehen, sowohl theoretische Aspekte als auch deren praktische Umsetzung miteinander kombinieren und über mehrere Kommunikationswege bekannt gemacht werden. Das Themenfeld Ernährung wird im Vergleich eher spärlich behandelt: Generell werden entsprechende Interventionen aber als erfolgreich eingeschätzt, beispielsweise hinsichtlich des Wissens um gesunde Ernährung oder einer Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums. Multidisziplinäre Programme zur Förderung der Funktionsfähigkeit, die aus mehreren interagierenden Komponenten bestehen, sind in ihrer Wirksamkeit nicht eindeutig, auch wenn sich generell funktionale Parameter dadurch verbessern lassen. Im Handlungsfeld Kognition sind Programme zur Bewegungsförderung offenbar in der Lage, die kognitiven Fähigkeiten älterer Menschen zumindest in Teilbereichen zu verbessern. Im Themenfeld seelische Gesundheit erweisen sich psychosoziale Interventionen wie beispielsweise gemeinsame Gruppenaktivitäten als potenziell geeignet zur Verringerung von Zielgrößen wie Einsamkeit oder Depressivität.

83 Altgeld, T., Rothofer, P., Sädler, T., & Vanheiden, T. (2017). Durchführung einer Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderung. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.

84 Geene, R., & Töpitz, K. (2017). Systematische nationale und internationale Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Alleinerziehenden und Auswertung der vorliegenden Evidenz der Ansätze. Abschlussbericht. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.

85 Geene, R., & Boger, M. (2017). Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Alleinerziehenden. Abschlussbericht. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.

86 Grill, E., & Ulrich, S. (2017). Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei älteren Menschen und Auswertung der vorliegenden Evidenz. Ergebnisbericht. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.

Die Bestandsaufnahme von Modellen guter Praxis zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Älteren⁸⁷ berichtet eine große Vielzahl an verhältnis- und verhaltensbezogenen Interventionen. Ein Großteil davon fokussiert auf die Stärkung von Bewegung und Aktivität älterer Menschen. Darüber hinaus werden Themenfelder wie Ernährung und Alltagsunterstützung, Lotsen- und Begleitdienste oder Qualifizierung aufgegriffen. Auf der Verhältnisebene finden sich u. a. im Rahmen der Quartierentwicklung Interventionen zur baulichen Anpassung und Gestaltung einer alter(n)s-gerechten und gesundheitsförderlichen Umwelt. Es fällt auf, dass es für den ländlichen Raum deutlich weniger präventive und gesundheitsfördernde Interventionen für ältere Menschen gibt als für urbane Räume.

Arbeitslose Menschen

Gemäß der Arbeit von Holleder⁸⁸ ist die Gesundheitsförderung bei arbeitslosen Menschen in den letzten Jahren fortgeschritten, z. B. im Hinblick auf die Entwicklung von Interventionen. Vorgefundene Maßnahmen bestehen meist aus mehreren Komponenten, die als Einzelberatungen und/oder Gruppenangebote durchgeführt werden. Erfolge können u. a. hinsichtlich verschiedener Zielgrößen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Entspannung nachgewiesen werden. Interventionen zum Tabakkonsumverhalten scheinen bei arbeitslosen Menschen als Eins-zu-eins-Betreuung wirksamer zu sein als Gruppenformate.

Pospiech⁸⁹ stellt in einer Bestandsaufnahme insgesamt 50 Aktivitäten steckbriefartig vor. Es zeigt sich eine breite Palette an befristeten Vorhaben. Stabile, nachhaltig gesundheitsförderliche Interventionen nach dem Lebenswelt-Ansatz, beispielsweise die Einbettung von Maßnahmen in sogenannte „Präventionsketten“, die auf Basis kommunaler Netzwerke gebildet werden, sind bisher lediglich in Ansätzen auffindbar.

Menschen mit Migrationshintergrund

Wie der Bericht von Brand et al.⁹⁰ zeigt, handelt es sich bei der migrationssensiblen Gesundheitsförderung und Prävention um ein recht häufig untersuchtes Forschungsfeld, wobei viele der Studien jedoch methodisch nicht überzeugen können. Es gibt Hinweise darauf, dass eine umfassende kulturelle Adaptierung von Programmen deren Effektivität verbessern kann, sofern dabei mehrere Strategien kombiniert werden. Dies betrifft beispielsweise Anpassungen hinsichtlich der Art der Ansprache, kulturspezifischer Normen und Überzeugungen oder auch die Einbeziehung des sozialen Umfelds. Im Bereich Bewegung erweisen sich theoretisch fundierte und kulturell angepasste Interventionen als tendenziell geeignet, wenn sie das Thema soziale Unterstützung aufgreifen und in religiösen Kontexten stattfinden. Dem Handlungsfeld Ernährung widmet sich der Großteil der eingeschlossenen Studien, wobei die Wirksamkeit ernährungsbezogener Interventionen meist in Kombination mit Bewegungsprogrammen untersucht wird. Die Evidenzlage stellt sich widersprüchlich dar, wenngleich kombinierte Programme effektiver zu sein scheinen. Für psychosoziale Interventionen liefert die Studienlage nicht genügend Belege für die Effektivität kultursensibler Interventionskomponenten; auch im Bereich Sucht ergeben die Studienbefunde ein uneinheitliches Bild. Für einzelne Subgruppen, beispielsweise Afroamerikanerinnen und -amerikaner, berichten die Studien im Vergleich zu anderen ethnischen Gruppen häufiger Hinweise für Wirksamkeit. Für Deutschland gibt es mehrere implementierte Projekte der migrationssensiblen Gesundheitsförderung und Prävention, allerdings fehlen hier weitgehend verlässliche Wirksamkeitsnachweise.

Altgeld et al.⁹¹ berichten über 24 Modelle guter Praxis aus Deutschland, neun aus Österreich und vier aus der Schweiz, die in ihrer Konzeption ein kultur- und/oder sprachsensibles Vorgehen beschreiben, spezifische Wege zur Ansprache von Zugewanderten nutzen, über Beratungsangebote und Maßnahmen zur Verhaltensänderung hinaus gesundheitsförderlich konzipiert und zudem ausreichend dokumentiert sind. In sehr vielen

87 Stellmacher, T., & Wolter, B. (2017). Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen (InGe). Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.

88 Holleder, A. (2017). Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungsprojekten bei arbeitslosen Menschen und Auswertung der vorliegenden Evidenz. Ergebnisbericht. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.

89 Pospiech, S. (2017). Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei arbeitslosen Menschen in Deutschland. Ergebnisbericht. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.

90 Brand, T., Christianson, L., Gencer, H., Samkange-Zeeb, F., & Zeeb, H. (2017). Durchführung einer systematischen nationalen und internationalen Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit Migrationshintergrund und Auswertung der vorliegenden Evidenz der Ansätze. Projektbericht. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.

91 Altgeld, T., Pape, S., Paeck, T., Reuschel, E., & Wächter-Raquet, M. (2017). Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Bestandsaufnahme. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.

der identifizierten Projekte wird mit muttersprachlichen Multiplikatoren aus den Communities der Zugewanderten zusammengearbeitet. Des Weiteren ist auffällig, dass in vielen lebensweltbasierten Projekten ein Fokus auf Zugewanderte gelegt wird, eine kultursensible Ausrichtung aber in der Regel nicht eindeutig erkennbar ist.

Kinder aus suchtbelasteten Familien

Dem Review von Thomasius und Klein⁹² zufolge ist die Studienlage zur Zielgruppe Kinder aus suchtbelasteten Familien spärlich. Bei wirksamen Programmen handelt es sich oft um eine Mischung aus aufsuchender Familienarbeit (z. B. mittels Familienhelfenden, welche die Eltern-Kind-Interaktion stärken) und Psychoedukation (z. B. Wissensvermittlung zu Suchterkrankungen) mit Interventionszeiträumen von mehreren Jahren. Die gegenseitige Unterstützung betroffener Kinder untereinander, z. B. als Mentoren, scheint ebenfalls ein erfolgversprechender Interventionsansatz zu sein. Weiterhin deuten die Ergebnisse darauf hin, dass kreative und körperliche Aktivitäten als Bestandteile von Interventionsprogrammen effektiv sein können, u. a. im Hinblick auf Selbstwertgefühl oder depressive Symptome. Der überwiegende Teil der Interventionen baut auf Gruppensitzungen auf, in denen verschiedene Themen kindgerecht aufgearbeitet werden. Häufig sind in effektiven Interventionen auch die Eltern integriert. Für Themenbereiche außerhalb der psychischen Gesundheit und des Suchtmittelkonsums mangelt es bislang an Wirksamkeitsbelegen, weshalb die Autoren weiteren Forschungsbedarf attestieren. Zudem weisen sie auf mangelnde Betreuungsangebote für betroffene Familien hin, beispielsweise durch die Kinder- und Jugendhilfe.

Die Bestandsaufnahme zu existierenden Angeboten für die Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern aus suchtbelasteten Familien fand in Form eines Expertenhearings statt.⁹³ Nach Ansicht der Expertinnen und Experten bilden insbesondere die Langfristigkeit von Angeboten (um Kontaktabbrüche möglichst zu vermeiden), die kontinuierliche Verfügbarkeit einer festen Bindungsperson, die Niedrigschwelligkeit von Angeboten, die Vernetzung verschiedener Akteure (zielgruppenspezifisch und darüber hinaus), eine individuelle Familien-

und Bedarfsorientierung, die Durchführung einer Risikoerschätzung sowie die inhaltliche Ausrichtung von Maßnahmen auf die Stärkung von Ressourcen und Resilienzfaktoren wesentliche Kriterien für den Erfolg eines Interventionsprogramms. Wenn möglich sollten Frühinterventionen durchgeführt werden, die sowohl Einzel- als auch Gruppenarbeit umfassen, Wissensvermittlung hinsichtlich der Suchtkrankheit leisten, die Eltern aktiv mit einbeziehen und theoretisch fundiert sind. Wünschenswert ist aus Sicht der Expertinnen und Experten eine verstärkte Evaluation zur Erbringung von Wirksamkeitsnachweisen, auch für bereits bestehende Ansätze.

Kinder aus psychisch belasteten Familien

Auch für die Zielgruppe Kinder aus psychisch belasteten Familien ist die Studienlage als schwach einzustufen, wie aus der Literaturübersicht von Kölch et al.⁹⁴ hervorgeht. Zwar existieren einzelne Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder von Eltern mit affektiven Störungen, diese sind jedoch mehrheitlich nicht ausreichend evaluiert. Kindbezogene Interventionen sind im Vergleich zu familien- und elternbezogenen deutlich seltener. Im Fokus stehen auch bei dieser Zielgruppe wieder Aspekte der psychosozialen Gesundheit. Studien zu Ernährung oder Bewegung finden sich kaum, sodass ähnlich wie bei der Zielgruppe der Alleinerziehenden diese Handlungsfelder aus Perspektive der Betroffenen ggf. von nachrangiger Bedeutung sind. Bestandteile aller Interventionen sind die Aufklärung der Kinder über die Erkrankung der Eltern sowie Elemente zur Verbesserung sozialer Beziehungen oder der Entwicklung von Coping-Strategien zur besseren Bewältigung von Stress bzw. belastenden Situationen. Nur in wenigen Studien zeigen sich hinreichende Wirksamkeitsnachweise für die Interventionen, beispielsweise in Form kleiner bis mittlerer Effekte auf eine verbesserte gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder, gesteigerte Problemlösekompetenz oder verringerte verhaltensspezifische Symptome wie Depressivität. Hierzu gehören z. B. Interventionen, bei denen in Einzelterminen mit den Familien die familiäre Kommunikation verbessert wird, Coping-Strategien erlernt werden und eine Vermittlung in weitere Hilfesysteme erfolgt. Überzeugende Ergebnisse zu verhältnisprä-

92 Thomasius, R., & Klein, M. (2017). Durchführung einer systematischen nationalen und internationalen Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Kindern aus suchtbelasteten Familien und der Auswertung der vorliegenden Evidenz. Abschlussbericht. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.

93 GKV-Bündnis für Gesundheit (2017). Expertenhearing zur Bestandsaufnahme für die Zielgruppe „Kinder aus suchtbelasteten Familien“. Internes Dokument.

94 Kölch, M., Nolkemper, D., & Ziegenhain, U. (2018). Durchführung einer systematischen nationalen und internationalen Literaturrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Kindern aus psychisch belasteten Familien und der Auswertung der vorliegenden Evidenz der Ansätze. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.

ventiven Interventionen liefern die verfügbaren Studien nicht.

Die Bestandsaufnahme von Obermaier und Köhler⁹⁵ bestätigt die Resultate der Literaturrecherche: Die Autoren identifizierten 18 primärpräventiv ausgerichtete Projekte; allen mangelt es an Wirksamkeitsnachweisen, methodischer Klarheit, konzeptioneller Nachvollziehbarkeit und ausreichender Berücksichtigung von Qualitäts- und Gute Praxis-Kriterien.

Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in den Lebenswelten Kita und Schule

Gemäß den Zwischenergebnissen von Ehlen und Rehaag⁹⁶ zur übergreifenden Fragestellung der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in den Lebenswelten Kita und Schule kann der Großteil der Interventionsstudien in den Bereichen Prävention von Fehl-Ernährung und Übergewicht bzw. Adipositas verortet werden. Viele der Interventionen sind zudem mit Ansätzen zur Reduktion von Bewegungsarmut kombiniert. Nur wenige Studien finden sich zu Interventionen zur Förderung seelischer Gesundheit. Meist wird ein kombinierter Ansatz mit verhaltens- und verhältnispräventiven Komponenten verfolgt. Am häufigsten stehen sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen im Fokus der Interventionen. Eine Gesamtbeurteilung der Evidenzlage ist auf Basis des Zwischenberichts noch nicht möglich. Nach Einschätzung des Autors und der Autorin ist eine detaillierte Beschreibung von Rekrutierungs-, Zugangs- und Aufrechterhaltungsstrategien, die der Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen dienen, jedoch eher die Ausnahme. Ziel der weiteren Recherche ist es u. a., Erkenntnisse zu Strategien der Erreichbarkeit abzuleiten sowie förderliche und hemmende Faktoren der Inanspruchnahme zu identifizieren.

Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Lebenswelt Kommune

Dem Review von Sörensen et al.⁹⁷ zufolge stellen die Einbindung der Zielgruppe (Partizipation), der Aufbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten (Empowerment) so-

wie die Anpassung von Botschaften, Maßnahmen oder Aktivitäten an die Besonderheiten und Bedürfnisse der Zielgruppe (Tailoring) Strategien dar, mit denen sich vulnerable Gruppen in der Lebenswelt Kommune erreichen lassen. Auch die Kooperation mit unterschiedlichen, von der Zielgruppe genutzten Einrichtungen, eine Ansprache über Multiplikatoren oder Peers erweisen sich als hilfreiche Strategien. Wirksamkeitshinweise finden sich ebenfalls im Hinblick auf eher „klassische“ Rekrutierungsstrategien, die ein persönliches Gespräch erlauben, wie beispielsweise Informationsveranstaltungen. Diese erscheinen zudem effektiver als massenmediale Strategien. Entsprechend dem Partizipationsansatz empfiehlt es sich zudem, Personen aus der Zielgruppe oder Akteure aus der Kommune in die Planung, Durchführung oder Steuerung von gesundheitsförderlichen Angeboten aktiv einzubinden. Der Einsatz von technik- bzw. internetbasierten Interventionen ermöglicht es der Zielgruppe, Maßnahmen im eigenen häuslichen Umfeld durchzuführen, wodurch sich verschiedenste Hindernisse einer Teilnahme umgehen lassen. Auf verhältnispräventiver Ebene lässt sich die Erreichbarkeit verbessern, indem die Fähigkeiten der Bürgerinnen und Bürger zur gemeinschaftlichen Durchführung präventiver und gesundheitsförderlicher Aktivitäten weiterentwickelt sowie kommunale Ressourcen auf- und ausgebaut werden, beispielsweise durch Kooperationen in der Kommune oder die Bereitstellung finanzieller Mittel. Gleichmaßen gibt es Hinweise, dass die Einrichtung öffentlicher Bewegungsparcours, urbaner Gemeinschaftsgärten oder auch die Anpassung von Kindermenüs in Restaurants zur Förderung gesunder Ernährung beitragen können. Barrieren für eine Teilnahme an Angeboten stellen u. a. ein zu hoher finanzieller Aufwand, schlechte Erreichbarkeit und die Angst vor Ausgrenzung seitens der Zielgruppe dar. Aspekte, die eine Inanspruchnahme begünstigen können, sind z. B. empathische und verständnisvolle Kursleitende bei Kursangeboten, die Bereitstellung kostenloser Angebote und Transportmöglichkeiten und ein aktiver Einbezug der Zielgruppe. Die Konzeption und Umsetzung von Angeboten sollte theoretisch fundiert erfolgen; zudem sollte insbesondere auf die Aspekte Niedrigschwelligkeit, leichte Erreichbarkeit sowie möglichst geringe Teilnahmegebühren bzw. Kostenfreiheit geachtet werden.

95 Obermaier, M., & Köhler, T. (o. J.). Durchführung einer Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern aus psychisch belasteten Familien. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.

96 Ehlen, S., & Rehaag, R. (2018). Literaturbasierte Identifikation geeigneter Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas und Schulen. Zwischenbericht. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit. Internes Dokument.

97 Sörensen, J., Barthelmes, I., & Marschall, J. (2018). Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. Ein Scoping Review. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.

Kommunale Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention

Der Zwischenbericht von Quilling und Kruse⁹⁸ zu kommunalen Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention beschreibt ein inhaltlich breites Spektrum der Literatur. Die Schwerpunkte liegen auf Formen der stadtteil- bzw. quartiersbezogenen kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention, der Nutzung von Gesundheitskonferenzen und Modellvorhaben sowie auf Beiträgen, die sich mit Aspekten des Projektmanagements zur kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention befassen. Auch Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention zu bestimmten Inhalten (z. B. Adipositas- oder Suchtprävention) oder für Menschen in bestimmten Lebensabschnitten werden thematisiert. Eine erste Einordnung der Rechercheergebnisse weist einen deutlichen Schwerpunkt auf Evaluationsstudien und Praxisberichte aus. RCTs ließen sich aus der Sichtung der Abstracts noch nicht identifizieren. Zwar lassen sich hieraus noch keine Aussagen zu gefundenen Evidenzklassen ableiten, jedoch ist bereits absehbar, dass im Zusammenhang mit der Erfassung der Evidenz im Kontext der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention noch eine Reihe offener Fragen besteht.

Intersektorale Kooperation in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention

Dem Zwischenbericht von Walter et al.⁹⁹ zufolge gibt es eine Vielzahl an Definitionen und Synonymen für den Begriff der intersektoralen Kooperation sowie verschiedene Modelle für ihre Umsetzung. Eine Definition besagt z. B., dass intersektorale Kooperation „eine formalisierte, austauschbasierte und zielgerichtete Beziehung verschiedener Interessengruppen ist, die sich auf lokaler, nationaler oder internationaler Ebene entlang eines horizontalen oder vertikalen Hierarchieverhältnisses beschreiben lässt“¹⁰⁰. Potenzielle Interessengruppen

bilden dabei z. B. Behörden, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Akteure aus der Praxis und Nichtregierungsorganisationen. Ziel der weiteren Recherche ist es, eine Übersicht wirksamer, theoretisch fundierter Strategien zur Förderung intersektoraler Kooperation in der Gesundheitsförderung und Prävention zu erstellen und Empfehlungen zur Nutzung der Strategien abzuleiten.

Psychische Gesundheitsförderung in der Schule

Anliegen der Literaturrecherche von Hoffmann et al.¹⁰¹ ist es, Studien zu ganzheitlichen Ansätzen der psychischen Gesundheitsförderung in der Schule zu identifizieren und deren Wirksamkeit zu bewerten. Ganzheitlich sind nach Verständnis der Autorinnen und Autoren solche Interventionen, die verhältnis- und verhaltensbezogene Elemente systematisch miteinander verknüpfen, auf verschiedenen Schulebenen ansetzen (z. B. Klassenraum, Schulgebäude, Außenanlagen) und sich an mehrere Zielgruppen richten (z. B. Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte, nicht unterrichtendes Personal, Eltern). Es wurden über 20 systematische Übersichtsarbeiten ausfindig gemacht. In den meisten der eingeschlossenen Studien bildet ein Ansatz aus der kognitiven Verhaltenstherapie die Interventionsgrundlage. Die Übersichtsarbeiten berichten in Abhängigkeit vom jeweils beobachteten Endpunkt (z. B. Depression, Suizid) Follow-up-Zeiten von wenigen Monaten bis zu mehreren Jahren. Die meisten der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten finden positive Effekte der untersuchten Interventionen auf die jeweils betrachteten Endpunkte der psychischen Gesundheit. Auffällig ist jedoch, dass keine der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten das Kriterium des ganzheitlichen Ansatzes abbildet.

Maßnahmen zur Alkoholprävention bei Heranwachsenden und im schulischen Bereich

Einen Überblick über die Evidenzlage im Bereich der Alkoholprävention bei Kindern, Jugendlichen und jungen

98 Quilling, E., & Kruse, S. (2018). Rapid Review zur Evidenzlage kommunaler Strategien in der Gesundheitsförderung und Prävention. Zwischenbericht. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit. Internes Dokument. Der Bericht befand sich zum Zeitpunkt der Beiträgerstellung noch in Bearbeitung, sodass die hier wiedergegebenen Ergebnisse einen Zwischenstand berichten.

99 Walter, U., Quilling, E., Komeinda, N., Kruse, S., & Röding, D. (2018). Intersektorale Kooperation in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung. Aktueller Arbeitsstand zum Projekt. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit. Internes Dokument.

100 In Anlehnung an Chircop, Basset & Taylor (2015) zitiert nach Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2017a). Anlage 1: Leistungsbeschreibung. Öffentliche Ausschreibung Az.: 123-02.05-20.1234-17-II-G „Modelle und Evidenzen der intersektoralen Kooperation in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung“.

101 Hoffmann, D., De Bock, F., & Urschitz, M. S. (2018). Wirksamkeit ganzheitlicher Ansätze der psychischen Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Ein systematisches Review kontrollierter Studien. Zwischenbericht. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit. Internes Dokument.

Erwachsenen liefert der Review von Korczak et al.¹⁰². Dabei handelt es sich um eine Aktualisierung der Ergebnisse eines Health Technology Assessment (HTA) aus dem Jahr 2011. In diesem wurde ausgeführt, dass motivierende Kurzinformationen, personalisierte Interventionen, computer- bzw. webgestützte Programme, familienbezogene und Multikomponentenprogramme wirksam sein können, beispielsweise im Hinblick auf Endpunkte wie Trinkmenge, Häufigkeit des Rauschtrinkens, Alter des Erstkonsums oder alkoholbedingte Probleme. Auch verhältnispräventive Maßnahmen wie z. B. Steuer- und Preiserhöhungen, Verkehrskontrollen und Kontrollen des Verkaufspersonals, Einschränkung der Zugriffsnähe und der Werbemöglichkeiten für alkoholische Getränke weisen dem HTA zufolge eine hohe Effektivität auf. Der hier vorgelegte Review neuerer Studien kommt im Wesentlichen zu denselben Schlussfolgerungen. Mehr als die Hälfte der eingeschlossenen Studien stammt aus den USA und dem Vereinigten Königreich. Die Übertragbarkeit der Studienergebnisse der in diesen Ländern durchgeführten Interventionen an Colleges oder Universitäten auf deutsche Verhältnisse ist problematisch, u. a. aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen zum Alkoholkonsum Jugendlicher. Generell zeigt sich, dass Studien, bei denen eine Interventionswirkung auf primäre Outcome-Variablen wie Reduzierung der Alkoholtrinkhäufigkeit/-menge oder auf die Häufigkeit des Rauschtrinkens festgestellt wird, eine schwache Effektstärke aufweisen. Dies trifft auch auf Studien aus Deutschland zu, von denen fünf identifiziert werden konnten.

Unter Berücksichtigung methodisch bedingter Einschränkungen erweisen sich auf Basis des Reviews von Korczak et al. verschiedene schulische Interventionsprogramme als wirksam. Motivierende Kurzinterventionen im schulischen oder universitären Kontext können kurzfristig den täglichen Alkoholkonsum reduzieren. Programme, die schulische und familienbasierte Interventionen kombinieren, sind wirksam, aber nicht besser als Interventionen, die nur mit einer Komponente arbeiten. Bei computer- und webbasierten Interventionen kann ein personalisiertes Feedback die Wirkung der Intervention verbessern. Im Vergleich mit computerbasierten Interventionen erweisen sich Face-to-Face-Interventionen tendenziell als wirksamer. Das Screening von Alkoholrisikokonsum kann Hochrisikopersonen identifizieren. Für die Wirkung anschließender motivierender

Kurzinterventionen fehlen hingegen eindeutige Belege. Motivierende Kurzinterventionen nach Alkoholintoxikationen (z. B. im Programm „Hart am Limit“) sind dem Wirkungseffekt durch die Erfahrung einer klinischen Notaufnahme nicht überlegen. Angesichts der mit den Programmen verbundenen erheblichen Aufwände und der im Verhältnis dazu meist nur geringen und kurzfristigen Effekte wird nachdrücklich empfohlen, deutsche Alkoholpräventionsprogramme für Kinder und Jugendliche verstärkt auf ihre Wirkung hin zu evaluieren.

Kraus et al.¹⁰³ haben in einer Bestandsaufnahme 42 Programme zur Alkoholprävention im schulischen Kontext identifiziert, die vornehmlich auf Schülerinnen und Schüler im Alter von 13 bis 14 Jahren ausgerichtet sind. Die Programme zielen hauptsächlich auf eine Sensibilisierung der Schülerinnen und Schüler sowie auf risikoarmen Konsum ab. In den meisten Programmen ist das Thema Alkohol nur ein Bestandteil neben weiteren Komponenten. Beteiligte Akteure sind neben Lehrerinnen und Lehrern sowie Schulleitungen auch Ministerien und Behörden der Länder und in einigen Programmen die Eltern. In die ergänzende Literaturübersicht wurden Studien zu insgesamt elf schulischen Präventionsprogrammen eingeschlossen. Für nahezu alle Programme liegen positive Evaluationsergebnisse vor, wenngleich dies nicht auf alle erhobenen Zielgrößen zutrifft. Programme, die sich auf das Thema Alkohol beschränkten, sind den Studien zufolge nicht effektiver oder weniger effektiv als allgemeine, auf mehrere Problemverhaltensweisen ausgerichtete Programme. Es zeigte sich eine Tendenz, dass die Wirksamkeit von Schülerinterventionen durch ergänzende Elterninterventionen verstärkt werden konnte, vorausgesetzt, die Eltern konnten für die Teilnahme gewonnen werden. Universelle schulische Programme, d. h. Programme, die sich an Gruppen der Normalbevölkerung allgemein wenden (in diesem Fall Schülerinnen und Schüler) und damit sowohl Personen mit geringem als auch erhöhtem Risiko umfassen, können zur Prävention des (schädlichen) Alkoholkonsums wirksam sein. Grundsätzlich sind Programme mit einer breiteren Ausrichtung auf Lebenskompetenzen zu empfehlen.

4.1.4 RESÜMEE ZUM DERZEITIGEN WISSENSSTAND

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass es sich bei der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention trotz der in Kapitel 4.1.2 angesprochenen metho-

102 Korczak, D., Schneider, M., & Steinhauser, G. (2017). Aktualisierung der Evidenz zur Prävention des Alkoholmissbrauchs bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Systematischer Review. Abschlussbericht. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.

103 Kraus, L., Seitz, N.-N., & Gomes de Matos, E. (2017). Bestandsaufnahme schulbasierter Modelle zur Reduktion oder Verhinderung von riskantem Alkoholkonsum bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.

dischen Schwierigkeiten um ein Feld handelt, welches zunehmend Gegenstand der Forschung ist und – zumindest auf internationaler Ebene – bereits eine substantielle Anzahl an Studien vorweisen kann. Die Evidenz ist jedoch noch uneinheitlich.

Für einige der betrachteten Aspekte (z. B. Alkoholprävention bei Heranwachsenden und Gesundheitsförderung für ältere Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund) erlauben die Ergebnisse eine differenzierte Beurteilung der Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen. Für andere Aspekte wiederum wird großer Nachholbedarf in Sachen Wirksamkeitsforschung deutlich – zu nennen sind hier Maßnahmen für Alleinerziehende, Kinder aus sucht- oder psychisch belasteten Familien sowie Menschen mit Behinderungen. Ein positiver Trend ist für die Evidenz von Präventionsmaßnahmen bei arbeitslosen Menschen zu verzeichnen. Hinsichtlich der untersuchten themenübergreifenden Fragestellungen nach geeigneten Zugangsstrategien, Modellen der intersektoralen Kooperation sowie der spezifischen Handlungsfelder schulbasierte Alkoholprävention und Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule liefert die Studienlage erste Hinweise auf mögliche effektive Ansatzpunkte.

Wie eingangs erläutert, spiegeln die hier zusammengestellten Ergebnisse nur einen Teil des im Rahmen der Evidenzaufbereitung generierten Wissens wider. Um die fortlaufend gewonnenen Erkenntnisse möglichst breit zu streuen und nutzbar zu machen, werden sie adressatengerecht aufbereitet und über das Portal des GKV-Bündnisses für Gesundheit (Kapitel 7.4) veröffentlicht. Sie stehen damit allen Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention zur Nutzung zur Verfügung.

4.2 ARBEITSWELTBEZOGENE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Im Sinne eines wirtschaftlich und sozialökologisch nachhaltigen Handelns ist es für Unternehmen sinnvoll, Programme zur gezielten Förderung der Beschäftigten-gesundheit und der Sicherheit am Arbeitsplatz zu implementieren. Dennoch gestaltet sich die Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland – wenn man die Ergebnisse verschiedener Unternehmensbefragungen der letzten Jahre heranzieht¹⁰⁴ – als heterogen. Vor diesem Hintergrund haben sich die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., der BKK Dachverband e. V., der AOK-Bundesverband und der Verband der Ersatzkassen e. V. im Rahmen der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) seit mehr als zwei Jahrzehnten der Aufgabe verschrieben, das Thema Gesundheit im Arbeitsleben stärker in die Unternehmen zu bringen.

Evidenzbasierung in der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention

Ein wesentlicher Schwerpunkt von iga ist die Aufbereitung des aktuellen Wissensstands zur Wirksamkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention. Die Methodik der für diesen Zweck erstellten iga.Reporte orientiert sich am Grundgedanken der Evidenzbasierten Medizin (EbM), welche den gewissenhaften, ausdrücklichen und vernünftigen Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz bei der Entscheidungsfindung in der medizinischen Praxis beschreibt. Die beste verfügbare externe Evidenz wiederum bilden Informationen aus wissenschaftlichen Studien sowie aus systematisch zusammengetragenen klinischen Erfahrungen, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen.¹⁰⁵ Durch die Erstellung systematischer Übersichtsarbeiten (Reviews) wird das verfügbare Wissen recherchiert, aufbereitet und kritisch hinterfragt. Angestrebt wird, die gewonnenen Erkenntnisse mit der individuellen Expertise in der medizinischen Praxis zu verknüpfen, um so die bestmögliche externe Evidenz in die tägliche Arbeit zu integrieren.

Wie bereits in Kapitel 4.1 zur Wirksamkeit lebensweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt, gelten in der Interventionsforschung weithin sogenannte randomisierte kontrollierte Studien, abge-

104 Faller, G. (2018). Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung/Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Deutschland: Stand und Entwicklungsbedarfe der einschlägigen Forschung. *Gesundheitswesen*, 57(03), 278-285. doi: 10.1055/s-0042-100624

105 www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/

kürzt RCT (randomized controlled trial), und auf deren Grundlage erstellte systematische Übersichtsarbeiten als Königsweg für den Nachweis von Wirksamkeit. Im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention gestalten sich sowohl die Durchführung einer Randomisierung als auch die Umsetzung anspruchsvoller nicht randomisierter Kontrollstudien schwierig und sind mit erheblichen Aufwänden verbunden. Als Hürden werden dabei in erster Linie die Komplexität und Kontextabhängigkeit der Interventionen angeführt, die nur schwer beherrschbar seien und in der Folge eine Übertragbarkeit von Ergebnissen erschweren.¹⁰⁶ Hinzu kommt in Bereichen wie z. B. dem Arbeitsschutz, dass infolge gesetzlicher Vorgaben die Bildung von Kontrollgruppen schwierig bis gar nicht möglich ist. Allerdings stellen Komplexität, Aufwände sowie Limitierungen aufgrund gesetzlicher Regelungen für die Evidenzbasierung von Maßnahmen keine spezifischen Charakteristika der Gesundheitsförderung und Prävention in Betrieben dar, sondern sind gleichermaßen in vielen Handlungsfeldern der medizinischen Versorgung anzutreffen.¹⁰⁷ Folglich geht es für die Evidenzbasierung der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt darum, das bestmögliche und der konkreten Interventionsmaßnahme angemessene Studiendesign zu identifizieren sowie die mit verschiedenen möglichen Designs verbundenen Stärken und Schwächen sorgfältig abzuwägen.¹⁰⁸

Wie auch für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (Kapitel 4.1), so ist auch für Maßnahmen im betrieblichen Kontext noch einmal hervorzuheben, dass fehlende Evidenzbelege nicht automatisch mit der Annahme gleichgesetzt werden können, die untersuchte Intervention sei nicht effektiv. Die Aussage „Es gibt keine Evidenz“ ist oftmals dem Umstand geschuldet, nicht ausreichend überzeugendes Studienmaterial vorzufinden. Denkbar ist weiterhin, dass Effekte von Interventionen bedingt durch den Einfluss nicht berücksichtigter Einflussfaktoren unentdeckt bleiben. Die

in Studien mit schwächeren Designs nachgewiesene potenzielle Wirksamkeit der Maßnahme kann – obwohl gegeben – aufgrund fehlender verzerrungsarmer Studien nicht als zweifelsfrei belegt angesehen werden. Abzugrenzen ist dieses Verständnis von „keiner Evidenz“ allerdings von relativ eindeutigen Belegen für die Unwirksamkeit einiger Maßnahmen. Ein gutes Beispiel hierfür stellen edukative Wissensvermittlungsmaßnahmen zur Vermeidung von Rückenschmerzen im Betrieb dar, die aufgrund überzeugender Studien inzwischen als nachgewiesenermaßen ineffektiv gelten.¹⁰⁹

4.2.1 SCHAFFEN EINER WISSENSBASIS IM RAHMEN DER INITIATIVE GESUNDHEIT UND ARBEIT

Mit dem iga.Report 28¹¹⁰ erschien im Jahr 2015 bereits zum dritten Mal eine Zusammenschau der wissenschaftlichen Evidenz für die Wirksamkeit und den Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Alle drei Reporte verfolgen ein Ziel: Eine umfassende Wissensbasis aufzubauen, die sowohl für das Fachpublikum als auch die interessierte Öffentlichkeit zugänglich ist und dadurch das verfügbare Forschungswissen für die Praxis nutzbar macht. Neben einer „Standortbestimmung“ durch Beantwortung der Kernfrage nach den gesundheitlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen von Interventionen in der Lebenswelt Betrieb geben die drei iga.Reporte den relevanten Akteuren in der Praxis belastbare Informationen an die Hand, die als Argumentationsgrundlagen dienen können, insbesondere wenn es darum geht, Entscheidungsträger in den Unternehmen zu überzeugen.

2018 initiierten die iga-Partner in Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) die vierte Aktualisierung der Evidenzzusammenstellung, die systematische Übersichtsarbeiten der Veröffentlichungsjahre 2012-2018 einschließt. Konnten im Zuge der erstmaligen Zusammenstellung im iga.Report 3¹¹¹ nur gut

106 Vgl. Bödeker, W. (2012). Wirkungen und Wirkungsnachweis bei komplexen Interventionen. In: Evaluation komplexer Interventionen in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? (S. 33-42) Berlin: RKI.

107 Vgl. z. B. Mühlhauser, I., Lenz, M., & Meyer, G. (2012). Bewertung von komplexen Interventionen: Eine methodische Herausforderung. Deutsches Ärzteblatt International, 109(1-2), 22-23.

108 Gerhardus, A., Rehfuess, E., & Zeeb, H. (2015). Evidenzbasierte Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung: Welche Studiendesigns brauchen wir? Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 109(1), 40-45. doi: 10.1016/j.zefq.2014.12.002

109 Pieper, C., Schröer, S., Bräunig, D., & Kohstall, T. (2015). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. iga.Report 28. Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit.

110 Pieper, C., Schröer, S., Bräunig, D., & Kohstall, T. (2015). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. iga.Report 28. Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit.

111 Kreis, J., & Bödeker, W. (2003). Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. iga.Report 3. Essen, Dresden: BKK Bundesverband, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.

20 Reviews identifiziert werden, waren es im iga.Report 13¹¹² mit 45 bereits in etwa doppelt so viele. Der iga.Report 28 schließlich wertete 65 Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung sowie ergänzend drei Übersichtsarbeiten plus weiterführende Literatur zum Nutzen des betrieblichen Arbeitsschutzes aus, die zwischen September 2006 und März 2012 erschienen sind. Die Resultate der vierten Aktualisierung für den Zeitraum 2012-2018 zeigen, dass sich dieser Trend in den letzten Jahren fortgesetzt hat und die Zahl der Reviews sowohl in der betrieblichen Gesundheitsförderung als auch im Bereich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz gestiegen ist: Nach Abschluss der Literaturrecherche konnten mit Stand November 2018 111 potenziell relevante Reviews und damit mehr als andert-halbmal so viele Arbeiten identifiziert werden wie für den vorangegangenen iga.Report 28, der einen ebenso langen Veröffentlichungszeitraum abdeckte.

Dies zeigt deutlich, dass die arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention zwischenzeitlich auf erheblich größere Resonanz stoßen. Gleichermassen ist dies ein Indiz dafür, dass sich die Forschung stärker ausdifferenziert hat und damit zunehmend spezifischeren Fragestellungen nachgeht, beispielsweise der Wirksamkeit von Maßnahmen bei bestimmten Teilen der Belegschaft (z. B. Älteren), bei verschiedenen Berufsgruppen oder hinsichtlich bestimmter Interventionen, die bislang nur selten im Fokus standen. Ob die studienmethodische Qualität und damit die Güte der Evidenz allerdings in ähnlichem Maße gestiegen ist wie die Zahl der Veröffentlichungen, bleibt fraglich (Kapitel 4.2.2).

4.2.2 QUALITÄT DER EVIDENZ

Angesichts der Fülle an systematischen Übersichtsarbeiten entsteht der Eindruck, dass es sich bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention um ein sehr gut untersuchtes Forschungsgebiet handelt. Die große Zahl an Studien täuscht jedoch zunächst über eine grundsätzliche Herausforderung hinweg, die sich der Interventionsforschung in der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention (und vermutlich die Gesundheitsförderung und Prävention generell) bereits seit langem stellt – die große Heterogenität. Sie besteht hinsichtlich der untersuchten Interventionen, Zielgrößen, der verwendeten Erhebungsmethoden und -instru-

mente, der gewählten Studiendesigns und insbesondere deren Durchführungsqualität und nicht zuletzt auch hinsichtlich der Vorgehensweisen bei der Erstellung von Übersichtsarbeiten und der gewählten Verfahren zur Evidenzsynthese, und das unabhängig vom jeweils betrachteten Handlungsfeld. Die daraus resultierende mangelnde Vergleichbarkeit lässt quantitative Auswertungen in Form von Meta-Analysen in der Regel nicht zu, sodass die Evidenzbasierung hier stets aufs Neue an ihre Grenzen stößt. Fehlende bzw. nicht konsistent befolgte Berichtsstandards sowie unscharfe Beschreibungen von Interventionen, Studienpopulationen und Outcomes kommen noch erschwerend hinzu. Ein Großteil der verfügbaren Primärstudien ist zudem mit methodischen Mängeln behaftet, weshalb systematische Verzerrungen der Ergebnisse häufig nicht ausgeschlossen werden können. In der Folge sind die Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit der Maßnahmen in ihrer Aussagekraft eingeschränkt.

Nichtsdestotrotz gibt es für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention bereits eine recht umfangreiche Wissensbasis. Die Evidenz stellt sich jedoch in Abhängigkeit vom jeweils betrachteten Handlungsfeld unterschiedlich dar. Nachholbedarf für die Forschung besteht themenübergreifend vor allem im Hinblick auf verhältnisbezogene Interventionen, die auf eine präventive und gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsumgebung, -bedingungen, -abläufe und anderer organisationsbezogener Prozesse abzielen. Hier liegen in der Regel deutlich weniger Studien vor als für verhaltensbezogene Interventionen und die Evidenz kann meist nur als uneinheitlich beurteilt werden. Dieser Mangel an Studien wiegt umso schwerer, als dass die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und damit die verhältnisbezogene Ausrichtung eines der Kernprinzipien der betrieblichen Gesundheitsförderung darstellt.¹¹³ Vernachlässigt wurde in der Übersichts-literatur zufolge bislang ebenfalls das Thema Alkoholprävention. Auch die Frage nach dem ökonomischen Nutzen von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention lässt sich entsprechend der Studienlage gegenwärtig nicht abschließend beantworten. Besonders umfangreich erforscht sind Maßnahmen zur Förderung der allgemeinen Gesundheit und des Wohlbefindens von Beschäftigten, darunter beispielsweise Interventionen zur Bewegungssteigerung, Förderung gesunder Ernährung oder Nikotin-

112 Sockoll, I., Kramer, I., & Bödeker, W. (2008). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. iga.Report 13. Essen, Dresden, Bonn, Siegburg: BKK Bundesverband, BGAG - Institut Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, AOK-Bundesverband, Verband der Ersatzkassen e. V.

113 Vgl. z. B. GKV-Spitzenverband. (2018). Leitfaden Prävention. Berlin: GKV-Spitzenverband.

entwöhnung. Auch Maßnahmen zur Vermeidung von arbeitsbezogenen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Störungen bilden nicht zuletzt aufgrund ihrer großen Bedeutung für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wesentliche Forschungsschwerpunkte. Ein positiver Entwicklungstrend ist darüber hinaus für die Evidenzbasierung von Maßnahmen zur Förderung der Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz zu verzeichnen, deren Wirksamkeit zunehmend auch in den Fokus systematischer Reviews und Meta-Reviews rückt.

4.2.3 ERKENNTNISSTAND ZU WIRKSAMKEIT UND NUTZEN

Im Zuge der Literaturrecherche für den iga.Report 40 wurden neben systematischen Übersichtsarbeiten von Primärstudien auch elf Meta-Reviews zu verschiedenen Handlungsfeldern der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention identifiziert. Letztere bilden die Grundlage der nachfolgenden Ergebnisdarstellungen.¹¹⁴ Die Meta-Reviews verfolgen denselben methodischen Ansatz wie der iga.Report und untersuchen Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention auf Basis systematischer Reviews. Für Themenfelder, für die keine aktuellen Meta-Reviews auffindig gemacht werden konnten, wurde auf die Ergebnisse des iga.Reports 28 zurückgegriffen. Die Ausführungen fokussieren in erster Linie primärpräventive Ansätze im Sinne der Förderung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und der Krankheitsvorbeugung. Da die Übergänge zu sekundärpräventiven Maßnahmen, die bei bestehenden Symptomen in einem möglichst frühen Krankheitsstadium ansetzen und das Fortschreiten bzw. vollständige Ausbilden der Erkrankung unterbinden sollen, jedoch meist fließend verlaufen, werden diese mitberichtet. Hintergrund ist zudem, dass in vielen Primärstudien häufig auch Beschäftigte eingeschlossen werden, die entweder bestimmte Risikofaktoren für eine Erkrankung oder bereits erste Symptome wie z. B. Rückenschmerzen oder Depressivität aufweisen. Verzichtet wurde jedoch auf die Darstellung von Ergebnissen, die sich eindeutig auf die Effektivität tertiärpräventiver Maßnahmen beziehen.

Die Erkenntnisse zum Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention werden im Folgenden nach einzelnen Themenfeldern geordnet berichtet. Die Zusammenstellung der Themenfelder orientiert sich dabei an den bisherigen iga.Reporten zur Wirksamkeit, darunter im Einzelnen: Maßnahmen zur Förderung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen (gesunde Ernährung, Bewegungsförderung, Gewichtskontrolle, Nikotinentwöhnung, Alkoholprävention), zur Vermeidung arbeitsbezogener psychischer Störungen, Reduktion von Stress und Förderung der mentalen Gesundheit, zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen, zu Ansätzen der partizipativen Ergonomie sowie zum ökonomischen Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention. Ergänzt werden diese durch einen neu hinzugekommenen Themenschwerpunkt, der sich in den letzten Jahren in der Forschung zunehmend etabliert hat – die Reduktion von Sitzzeiten während der Arbeit. Weiterhin fanden sich zwei systematische Meta-Reviews, die im Hinblick auf Interventionen in der Arbeitswelt übergreifende Relevanz besitzen – nämlich zu den Erfolgsfaktoren bei Einführung und Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention sowie den gesundheitlichen Wirkungen von Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Arbeitsplätzen. Angemerkt sei abschließend, dass aufgrund der Breite des Forschungsfelds die hier vorgenommene Zusammenstellung lediglich einen Ausschnitt des verfügbaren Wissens abbilden kann. Für weiterführende Informationen sei daher auf die bisher zur Thematik veröffentlichten iga.Reporte 3, 13 und 28¹¹⁵ sowie den aktuellen Report zur Wirksamkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention¹¹⁶ verwiesen.

Förderung der körperlichen Aktivität

White et al.¹¹⁷ trennen in ihrer Analyse systematischer Reviews zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität im Betrieb nach Interventionen für „reguläre“ Beschäftigte und solchen für Beschäftigte, die zur Zeit der Intervention arbeitsunfähig sind. Im Sinne der o. g. Ausführungen zur inhaltlichen Ausrichtung des iga.Reports fokussiert die nachfolgende Darstellung auf die Ergebnisse für die erstgenannte Gruppe. Evidenz gibt es für die Effektivität von Interventionen zur Erhöhung der

114 Zum Zeitpunkt der Erstellung des NPK-Präventionsberichts befand sich der iga.Report 40 in Bearbeitung. Daher konnte noch nicht auf die finalen Ergebnisse zurückgegriffen werden.

115 Quellenangaben siehe Fußnote 110, 111 und 112.

116 Barthelmes I., Bödeker W., Sörensen J. & Kleinlercher K.-M. (2019). Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz für den Zeitraum 2012 bis 2018. iga.Report 40. Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit gemeinsam mit der DRV Bund.

117 White, M. I. et al. (2016). Physical Activity and Exercise Interventions in the Workplace Impacting Work Outcomes: A Stakeholder-Centered Best Evidence Synthesis of Systematic Reviews. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 7(2), 61-74. doi: 10.15171/ijocem.2016.739

körperlichen Aktivität im Hinblick auf eine Reduzierung des Krankenstands. Die überzeugendsten Belege sprechen dabei für den Einsatz kurzer, einfacher Übungs- und Fitnessprogramme mit ein bis zwei Komponenten. Bezüglich produktivitätsbezogener Zielgrößen sind die Ergebnisse widersprüchlich. Ebenfalls uneinheitlich gestaltet sich die Evidenz für die Wirksamkeit komplexer Interventionen mit mehreren Komponenten, die auf Beschäftigte fokussieren, die bereits gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen. Outcomes im Zusammenhang mit Produktivität im Arbeitsalltag wurden bislang nur selten erhoben und die verfügbaren Studien berichten inkonsistente Ergebnisse.

Dömling et al.¹¹⁸ untersuchen in ihrem Überblicksartikel die Wirksamkeit des Betriebssports anhand von 22 Reviews und Einzelstudien. Für unternehmenseitige Wirkungen ist die Befundlage aufgrund uneinheitlicher Ergebnisse für Fehlzeiten, Mitarbeiterfluktuation und Steigerung der Identifikation der Beschäftigten mit dem Unternehmen gemischt. Mithin kann bislang für organisationsbezogene Outcomes weder auf eine eindeutig positive noch negative Wirkung von Betriebssportprogrammen geschlossen werden. Auf Seiten beschäftigtenbezogener Outcomes in Zusammenhang mit psychischem und physischem Wohlbefinden sind die Ergebnisse ebenfalls häufig widersprüchlich, es finden sich jedoch Hinweise für eine positive Wirkung des Sports auf die körperliche Fitness der Beschäftigten und die Reduktion der Intensität muskulärer Schmerzen sowie auf Outcomes im sozialen Bereich, z. B. die Anzahl sozialer Kontakte. Betriebssport kann demnach laut den Autorinnen und Autoren zum gegebenen Zeitpunkt nicht uneingeschränkt empfohlen werden.

Die Veröffentlichung von Schröer et al.¹¹⁹ widmet sich der Wirksamkeit lebensstilbezogener Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention, darunter Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung, Bewegung sowie der Gewichtskontrolle. Insgesamt werden 15 Reviews ausgewertet, von denen sieben Arbeiten ausschließlich das Handlungsfeld Bewegung betrachten. In sechs der Reviews beinhalten die Programme neben Bewegung auch Komponenten zum Thema Ernährung. Große Heterogenität besteht hinsichtlich der untersuchten Interventionen, die sowohl edukative Komponenten

als auch Beratung, Übungen und/oder Veränderungen im Arbeitsumfeld beinhalten. Die überzeugendsten Belege gibt es laut der Autorinnen für die Wirksamkeit von Mehrkomponentenprogrammen, die sowohl Komponenten zur Bewegungsförderung als auch organisationale Veränderungen beinhalten. Für den Großteil der übrigen Interventionen gestaltet sich die Befundlage unklar, z. B. im Hinblick auf Gruppen- und Einzelinterventionen, Interventionen zur Förderung des Laufens oder Beratungsangebote. Die Evidenz wird daher als begrenzt eingeschätzt.

Reduktion von Sitzzeiten

Backé et al.¹²⁰ geben in ihrem Meta-Review anhand zehn eingeschlossener Reviews eine Übersicht über die Wirksamkeit von Interventionen, die zu Sitzunterbrechung und Veränderung des Sitzverhaltens am Arbeitsplatz anregen. Viele Erkenntnisse liegen zu Interventionen, die die Arbeitsumgebung adressieren, vor: Höhenverstellbare Schreibtische können Sitzzeiten um 30 Minuten bis zwei Stunden pro achtstündigem Arbeitstag reduzieren, tragen jedoch im Gegensatz zu dynamischen Arbeitsplätzen, z. B. dem Laufbandschreibtisch, kaum zur Steigerung des Energieverbrauchs bei. Inkonsistent ist die Ergebnislage für die Effektivität der Interventionen hinsichtlich kardiometabolischer Parameter. Gleiches gilt für die Wirksamkeit von Laufbandschreibtischen, Ergometern am Schreibtisch oder Pedaltrainern, wenngleich vereinzelt positive Effekte nachgewiesen sind. Dynamische Arbeitsplätze gingen den Reviews zufolge teils auch mit negativen Auswirkungen auf die Arbeitsleistung einher, vereinzelt wurden auch Schmerzen bzw. Unbequemlichkeiten berichtet. In Bezug auf die Reduktion der Sitzzeit sind auf die Arbeitsumgebung bezogene Interventionen und Multikomponenten-Interventionen gegenüber den auf das Individuum bezogenen edukativen Maßnahmen (z. B. Informationsvermittlungen über Medien) effektiver.

Förderung gesunder Ernährung

Zwei der von Schröer et al.¹²¹ eingeschlossenen Reviews betrachten ausschließlich ernährungsbezogene Interventionen: in insgesamt sechs Reviews beinhalten die Programme neben ernährungs- auch bewegungsbezogene Komponenten. Evaluierte Interventionen auf verhaltens-

118 Dömling, P., Heinze, R., & Daumann, F. (2016). Wirkungen des Betriebssports - ein systematischer Review. *Sciamus - Sport und Management*, 3, 1-22.

119 Schröer, S., Haupt, J., & Pieper, C. (2014). Evidence-based lifestyle interventions in the workplace - an overview. *Occupational Medicine*, 64(1), 8-12. doi: 10.1093/occmed/kqt136

120 Backé, E. M., Kreis, L., & Latza, U. (2018). Interventionen am Arbeitsplatz, die zur Veränderung des Sitzverhaltens anregen. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*. doi: 10.1007/s40664-018-0284-7

121 Schröer, S., Haupt, J., & Pieper, C. (2014). Evidence-based lifestyle interventions in the workplace - an overview. *Occupational Medicine*, 64(1), 8-12. doi: 10.1093/occmed/kqt136

präventiver Ebene waren meist edukative Maßnahmen zur Wissensvermittlung, Ernährungsberatung und Entwicklung von Ernährungsplänen. Verhältnispräventive Maßnahmen waren häufig Veränderungen im Essensangebot von Kantinen und Cafeterien oder dem Angebot in Essensautomaten. Ernährungsverhalten wurde in Form von z. B. Obst- und Gemüsekonsum, Fettverzehr oder ernährungsbezogenem Wissen erhoben. Alle Reviews fanden kleine bis moderate Effekte für Verbesserungen in den erhobenen ernährungsbezogenen Outcomes; aufgrund methodischer Mängel in den verfügbaren Studien werden diese laut der Autorinnen aber möglicherweise überschätzt.

Alkoholprävention

Den Erkenntnissen des iga.Reports 28 von Pieper et al.¹²² zufolge werden betriebliche Maßnahmen zur Alkoholprävention selten und methodisch nur mangelhaft evaluiert. In der Regel handelt es sich bei untersuchten Programmen um kurzfristige Interventionen, die auf Beschäftigte mit wenig riskanten Verhaltensweisen abzielen. Bei Hochrisikogruppen erzielen Programme der externen Mitarbeiterberatung, sogenannte „Employee Assistance Programs“ (EAP), geringere Effekte als Interventionen, die spezifisch für diese Gruppe konzipiert sind. Generell wird den kurzfristigen Maßnahmen durchaus Potenzial bescheinigt; es besteht jedoch ein erheblicher Forschungsbedarf.

Nikotinentwöhnung und Tabakkontrolle

Die in den von Fishwick et al.¹²³ analysierten Reviews betrachteten Interventionen umfassen Selbsthilfe, individuelle Beratung, Gruppeninterventionen zur Nikotinentwöhnung, edukative Maßnahmen mit einem breit angelegten Fokus auf Gesundheitsverhalten, pharmakologische Nikotinersatztherapie sowie Anreizsysteme und Wettbewerbe. Darüber hinaus finden sich Beispiele für Mehrkomponentenprogramme unter den evaluierten Maßnahmen. Die Ergebnisse der Reviews sprechen einheitlich dafür, dass verhaltensbezogene Gruppeninterventionen, individuelle Beratung und pharmakologische Therapie geeignete Ansätze zur Nikotinentwöhnung darstellen, denen moderate Evidenz bescheinigt wird. Die berichteten Aufhorraten variieren allerdings stark. Die

durch Selbsthilfematerialien und soziale Unterstützung während des Entwöhnungsprozesses erzielten Aufhorraten fallen demgegenüber geringer aus. Anreize und Wettbewerbsstrategien eignen sich zwar zur Erhöhung der Teilnehmerzahl, sind in Bezug auf die Aufhorraten jedoch deutlich weniger effektiv. Dies spricht dafür, dass der Erfolg von Maßnahmen stark von der Bereitschaft der Teilnehmenden, mit dem Rauchen aufzuhören, beeinflusst wird. Für Mehrkomponentenprogramme ist die Evidenzlage uneinheitlich, ebenso wie für die Einführung von Rauchverboten. Verglichen mit anderen Interventionssettings erweist sich der Arbeitsplatz als ähnlich wirksam, nicht aber als überlegen. Klare Vorteile zeigen sich jedoch im Hinblick auf die Erreichbarkeit von Rauchern in Form höherer Rekrutierungsraten.

Gewichtskontrolle

Acht der von Schröer et al.¹²⁴ einbezogenen Reviews berichten über die Wirksamkeit von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention im Hinblick auf gewichtsbezogene Endpunkte wie Body-Mass-Index (BMI), Körpergewicht oder Körperfettanteil. Als Interventionen kommen entweder Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität (edukativ oder via Übung) oder zur Veränderung des Essverhaltens oder aber Mehrkomponentenprogramme zum Einsatz, die mehrere Strategien sowohl auf Individual- als auch auf Verhältnisebene kombinieren. Moderate Evidenz findet sich für die Wirksamkeit der kombinierten Programme; isolierte Maßnahmen in den Bereichen Bewegung bzw. Ernährung nehmen dagegen laut Studienlage keinen Einfluss auf gewichtsbezogene Endpunkte.

Partizipative Ergonomie

Maßnahmen der partizipativen Ergonomie (PE) als Bestandteil der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention verfolgen das Ziel, Beschäftigte in die Planung und Durchführung von Arbeitsvorgängen einzubeziehen und erhöhen so deren Einflussnahme auf Arbeitsprozesse und Ziele. Insgesamt werden den Ansätzen in der verfügbaren Literatur, die von Pieper et al.¹²⁵ zusammengefasst wurde, eine positive Wirkung auf gesundheitsrelevante Zielparameter bescheinigt. So gibt es moderate Evidenz dafür, dass PE-Maßnahmen die Symptome von

122 Pieper, C., Schröer, S., Bräunig, D., & Kohstall, T. (2015). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. iga.Report 28. Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit.

123 Fishwick, D. et al. (2013). Smoking cessation in the workplace. *Occupational Medicine*, 63(8), 526-536. doi: 10.1093/occmed/kqt107

124 Schröer, S., Haupt, J., & Pieper, C. (2014). Evidence-based lifestyle interventions in the workplace-an overview. *Occupational Medicine*, 64(1), 8-12. doi: 10.1093/occmed/kqt136

125 Pieper, C., Schröer, S., Bräunig, D., & Kohstall, T. (2015). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. iga.Report 28. Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit.

Muskel-Skelett-Erkrankungen beeinflussen, und teilweise Evidenz dafür, dass PE-Maßnahmen helfen können, Verletzungsraten zu reduzieren. Auch die Zahl der Fehlertage, die durch Muskel-Skelett-Erkrankungen bedingt waren, konnte teilweise positiv beeinflusst werden. Weiterer Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Nachhaltigkeit partizipativer ergonomischer Maßnahmen sowie ihrer Wirtschaftlichkeit.

Prävention psychischer Störungen, Stressreduktion und Förderung der mentalen Gesundheit

Die Ergebnisse von Bhui et al.¹²⁶ stützen sich auf mehr als 20 Reviews, darunter zwölf Meta-Analysen. Im Fokus der Analyse steht die Wirksamkeit der untersuchten Maßnahmen im Hinblick auf Absentismus und psychische Gesundheit. Die Autorinnen und Autoren finden ein komplexes Forschungsfeld vor, in dem Interventionen auf individueller und organisationaler Ebene sowie gemischte Interventionen mit Komponenten auf beiden Ebenen untersucht werden. Verglichen mit organisationalen Maßnahmen erzielen Maßnahmen auf individueller Ebene, die einen verhaltensbezogenen Ansatz verfolgen, laut der einbezogenen Meta-Analysen größere Effektstärken. Darunter finden sich u. a. kognitiv-behaviorale Maßnahmen zur Psychoedukation und Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien, Entspannungstechniken und Bewegungsprogramme. Insbesondere Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie zur Stressreduktion sind im Hinblick auf die Reduktion von Symptomen wie Ängste, Stress und Depressivität zu empfehlen. Organisationsrelevante Zielgrößen wie Absentismus werden allerdings laut der einbezogenen Reviews durch die Interventionen auf individueller Ebene nicht beeinflusst. Darüber hinaus wurden teils unerwünschte Effekte berichtet, wie im Falle einer Maßnahme, die eine Komponente zur Nikotinentwöhnung beinhaltete, in deren Zuge es zu einer Zunahme depressiver Symptome kam.

Für die Wirksamkeit ausschließlich organisationaler Maßnahmen, z. B. Veränderungen in den Arbeitsinhalten oder -abläufen, ergibt sich ein uneinheitliches Bild, bedingt vor allem durch die vergleichsweise geringere Zahl an Studien. Sie scheinen jedoch ebenso wie gemischte Mehrebenen-Interventionen neben individuumsbezogenen (z. B. Stress) auch organisationsbezogene Zielgrößen

(z. B. Absentismus) beeinflussen zu können. Dazu zählen beispielsweise Maßnahmen zur Verbesserung des Zeitmanagements oder der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Darüber hinaus gibt es erste Hinweise für die Effektivität von Mehrebenenprogrammen im Hinblick auf Präsentismus. In der Zusammenschau stehen die Ergebnisse der Meta-Analysen im Einklang mit denen der Reviews mit narrativer Synthese.

Joyce et al.¹²⁷ analysieren 20 systematische Reviews mit moderater bis hoher Studienqualität. Die Autorinnen und Autoren finden moderate Evidenz für primärpräventiv ausgerichtete Interventionen, die den Handlungsspielraum für Beschäftigte erweitern sowie für Bewegungsmaßnahmen, welche sich ebenfalls als geeignet zur Förderung der psychischen Gesundheit erweisen. Im sekundärpräventiven Bereich überzeugen verhaltensbezogene Stressmanagementprogramme, deren Wirksamkeit laut Studienlage starke Evidenz attestiert wird. Für andere sekundärpräventive Ansätze, beispielsweise Beratung, ist die Evidenzbasis weniger belastbar. Joyce et al. schlussfolgern, dass es geeignete Maßnahmen zur Prävention verbreiteter psychischer Störungen gibt, die am Arbeitsplatz sinnvoll eingesetzt werden können.

Muskel-Skelett-Erkrankungen

Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) zählen zu den am häufigsten untersuchten Handlungsfeldern innerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention, wie anhand der 20 eingeschlossenen Reviews im iga.Report 28¹²⁸ und insbesondere der Vielfalt der darin untersuchten Interventionen deutlich wird. Die Studienergebnisse sprechen dafür, dass edukative Präventionsmaßnahmen, die auf reine Wissens- und Informationsvermittlung in Unterrichtsform abzielen (z. B. klassische Rückenschulen) hinsichtlich MSE-bezogener Zielgrößen uneffektiv sind. Für aktive Bewegungs- und Sportprogramme zur Kräftigung und Steigerung der körperlichen Belastbarkeit, Verbesserung der Beweglichkeit und Erhöhung der Fitness von Beschäftigten liegen die deutlichsten Wirksamkeitsnachweise vor, z. B. in Form reduzierter Fehlzeiten aufgrund von MSE oder einer geringeren Zahl an Neuerkrankungen. Stressmanagementprogramme scheinen den Studienbefunden zufolge als Mittel speziell zur Prävention von MSE ungeeignet. Verhältnispräventive

126 Bhui, K. S., Dinos, S., Stansfeld, S. A., & White, P. D. (2012). A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *Journal of Environmental and Public Health*, 2012, 515874. doi: 10.1155/2012/515874

127 Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med*, 46(4), 683–697. doi: 10.1017/s0033291715002408

128 Pieper, C., Schröer, S., Bräunig, D., & Kohstall, T. (2015). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. iga.Report 28. Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit.

Maßnahmen, beispielsweise im Bereich der klassischen Ergonomie, technische oder andere Hilfsmittel wie lumbale Stützgürtel oder auch die Neugestaltung des Arbeitsplatzes sind dagegen deutlich seltener untersucht. Da sich die einzelnen Studienergebnisse zu verhältnispräventiven Interventionen häufig widersprechen, kann für den Großteil der evaluierten Maßnahmen nur uneinheitliche Evidenz festgestellt werden.

Ökonomischer Nutzen

Pronk¹²⁹ untersucht in einem Meta-Review den gesundheitlichen und ökonomischen Nutzen von umfassenden, integrierten Ansätzen zur Förderung der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Diese vereinen die Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes (englisch: integrated worker health protection and health promotion, IWHPP), indem Maßnahmen so gestaltet werden, dass sie sowohl berufsbezogene Erkrankungen und Unfälle verhindern als auch Gesundheit und Wohlbefinden von Beschäftigten fördern. Ergänzend zu elf experimentellen Studien und einer Auswahl von Fallstudien wurden drei systematische Literaturreviews, vier narrative, allgemeine Reviews sowie vier Reports eingeschlossen. Diese schlussfolgern mit Ausnahme eines Reports übergreifend, dass sich mittels IWHPP-Programmen tendenziell positive Effekte für gesundheitsbezogene Outcomes erzielen lassen. In fünf der Arbeiten werden positive Ergebnisse für ökonomische Outcomes in Form von Produktivitätsindikatoren (z. B. im Zusammenhang mit Absentismus oder Präsentismus) berichtet. Die Befunde stammen jedoch nahezu ausschließlich aus Studien, die Programme in den Bereichen Arbeitssicherheit und Schutz der Gesundheit bzw. in der betrieblichen Gesundheitsförderung separat evaluieren, weshalb der Autor die Evidenz für den ökonomischen Nutzen integrierter Ansätze als deutlich limitiert beurteilt. IWHPP-Programme würden aus Sicht des Autors daher insbesondere von vermehrter Forschung zu den ökonomischen Interventionswirkungen profitieren.

Anliegen der Übersichtsarbeit von Astrella¹³⁰ ist es, Erkenntnisse aus ab dem Jahr 2000 veröffentlichter Literatur zum ökonomischen Nutzen von Programmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention („Workpla-

ce Wellness Programs“ gemäß der Definition der Centers for Disease Control and Prevention) zusammenzustellen. Drei Reviews und vier Studien gehen in die Auswertung ein. Ökonomische Evaluationen von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention prüfen in der Regel die Wirkung der Intervention auf direkte, durch Krankheit verursachte Kosten und/oder indirekte, auf Fehlzeiten und Produktivitätsausfälle zurückgehende Kosten. Durch Gegenüberstellung der eingesparten Kosten und der für die Intervention nötigen Aufwendungen wird neben dem Nettoertrag der Maßnahmen häufig auch der Return on Investment (ROI) ermittelt, der Aufschluss über die auf die Investition zurückgehenden Kosteneinsparungen gibt. Der Großteil der Studien zum ökonomischen Nutzen stammt aus dem nordamerikanischen Raum, weshalb die Ergebnisse bezüglich möglicher Einsparungen durch verminderte Krankheitskosten für Unternehmen in Deutschland aufgrund der nicht vergleichbaren (Sozial-)Versicherungssysteme nur begrenzt übertragbar sind. Astrella kommt zu dem Schluss, dass die Evidenzlage für den ökonomischen Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention nicht eindeutig ist. Im Hinblick auf Krankheitskosten widersprechen sich die Ergebnisse der Einzelstudien. Demgegenüber berichten die einbezogenen Reviews von einem positiven ROI sowohl bei Betrachtung direkter, durch Krankheit verursachter als auch indirekter, durch Fehlzeiten und Produktionsausfälle bedingter Kosten.

Gemischte Ergebnisse und teilweise widersprüchliche Schlussfolgerungen berichten Fishwick et al.¹³¹ (2013) für die Kosteneffektivität von Maßnahmen zur Nikotinentwöhnung bzw. Tabakkontrolle im betrieblichen Kontext. Die Aussagekraft der verfügbaren Daten wird insbesondere dadurch geschmälert, dass die in den Reviews gewählten Perspektiven der ökonomischen Analysen eine Vergleichbarkeit erschweren. Empfohlen wird, in künftigen Evaluationen sowohl die direkten als auch indirekten Kosten und darüber hinaus ökonomisch relevante Zielgrößen einschließlich Absentismus und Produktivität stärker zu berücksichtigen.

Einer der von Schröer et al.¹³² ausgewerteten Reviews zu betrieblichen Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung betrachtet auch ökonomische Outcomes der Interventionen. Er kommt basierend auf 13 Studien zu dem

129 Pronk, N. P. (2013). Integrated worker health protection and promotion programs: overview and perspectives on health and economic outcomes. *J Occup Environ Med*, 55(12 Suppl), S30-37. doi: 10.1097/jom.0000000000000031

130 Astrella, J. A. (2017). Return on Investment: Evaluating the Evidence Regarding Financial Outcomes of Workplace Wellness Programs. *J Nurs Adm*, 47(7-8), 379-383. doi: 10.1097/nna.0000000000000499

131 Fishwick, D. et al. (2013). Smoking cessation in the workplace. *Occupational Medicine*, 63(8), 526-536. doi: 10.1093/occmed/kqt107

132 Schröer, S., Haupt, J., & Pieper, C. (2014). Evidence-based lifestyle interventions in the workplace - an overview. *Occupational Medicine*, 64(1), 8-12. doi: 10.1093/occmed/kqt136

Schluss, dass sich die Maßnahmen für Arbeitgebende aufgrund reduzierter Fehlzeiten, Produktivitätsverluste und Fluktuation rentieren. Für Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität sowie zur Gewichtskontrolle werden ebenfalls positive ökonomische Effekte für Unternehmen berichtet; insgesamt ist die Studienlage allerdings wenig überzeugend.

Die Evidenz für den ökonomischen Nutzen von betrieblichen Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität ist den Recherchen von White et al.¹³³ zufolge limitiert und erlaubt daher keine Schlussfolgerungen. In der Tendenz werden jedoch positive Effekte berichtet, dass sich die Maßnahmen für Unternehmen auszahlen, beispielsweise in Form von Kosteneinsparungen durch reduzierte Fehlzeiten.

Erfolgsfaktoren der Einführung und Umsetzung von Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention

Anliegen des Gutachtens von Elke et al.¹³⁴, das auf 182 systematischen Reviews beruht, ist es, Erfolgsfaktoren der Einführung und Umsetzung von Maßnahmen im Arbeitsschutz und der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention zu identifizieren und deren konzeptionelle Grundlagen zu analysieren. Es zeigt sich, dass moderierende Einflüsse im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit nur vereinzelt systematisch untersucht werden. Während in den Studien zu Arbeitsschutzinterventionen am häufigsten auf Moderatoren verwiesen wird, die sich auf Prozessvariablen beziehen, fokussiert die Forschung im Bereich der Gesundheitsförderung primär Interventionsmerkmale. Für beide Bereiche werden beispielsweise der Einsatz von Multikomponentenprogrammen, die Nutzung verhaltens- und verhältnisbezogener Elemente in Kombination als potenzielle Erfolgsfaktoren für die Wirksamkeit identifiziert. Für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, für die insgesamt deutlich mehr Hinweise zu Erfolgsfaktoren vorliegen, scheinen u. a. eine hohe Intensität der Interventionen sowie zielgruppenspezifisch konzipierte Programme von Vorteil, auch zeigt sich im Handlungsfeld körperliche Aktivität die Überlegenheit von Programmen, die am Arbeitsplatz und während der Arbeitszeit durchgeführt

werden. Darüber hinaus werden Einflüsse der Prozessgestaltung, z. B. das Engagement des Managements oder die Einbindung der Führungskräfte und Beschäftigten als Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit, berichtet. Wenig bekannt ist bislang, welche Faktoren die nachhaltige Beibehaltung von Interventionen beeinflussen. Das Gutachten bescheinigt der Interventionsforschung in der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention durchgängig eine „Theorielosigkeit“ bis hin zur „Theorieignoranz“. Um diese zu überwinden, empfehlen Elke et al., verstärkt auch auf Ansätze und Modelle aus anderen Wissenschaftsbereichen zurückzugreifen und diese für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zu adaptieren.

Arbeitsweltbezogene Interventionen zur Sicherung nachhaltiger Arbeitsplätze im Gesundheitswesen

Der Meta-Review von Haby et al.¹³⁵ beschäftigt sich mit der Wirksamkeit von Programmen, Strategien, Regelungen und anderen unternehmerischen Handlungen, die auf die Gestaltung und Förderung nachhaltiger, gesunder Arbeitsplätze und gerechter Arbeitsbedingungen abzielen. Die konzeptionelle Grundlage des Meta-Reviews bildet die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung, die 2015 von den Vereinten Nationen verabschiedet wurde, mit dem Anliegen, wirtschaftlichen Fortschritt im Einklang mit sozialer Gerechtigkeit und im Rahmen der ökologischen Grenzen der Erde zu gestalten. Obwohl nicht ursprünglich intendiert, fokussiert der Meta-Review auf Arbeitsplätze im Gesundheitssektor. 14 Reviews erfüllen final die Einschlusskriterien. Die überzeugendsten Belege für einen positiven Einfluss auf Gesundheitsoutcomes finden sich in den Reviews für die Durchsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Regelungen in den Bereichen Arbeitssicherheit und Gesundheit. Dazu gehören z. B. Begehungen und Inspektionen, die Festlegung von Versicherungsprämien in der Unfallversicherung unter Berücksichtigung historischer Versicherungsfälle des Unternehmens, flexible Arbeitsarrangements, die Kontroll- und Wahlmöglichkeiten für Beschäftigte erhöhen (z. B. hinsichtlich Berentung, Teilzeitarbeit, Telearbeit), Veränderungen in der Arbeitsorganisation in Bezug auf Schichtarbeit (Wechsel von langsamer hin zu schneller Rotation der Schichten mit nicht mehr als drei aufeinanderfolgenden Früh-, Spät- oder Nachtschichten, Wechsel

133 White, M. I. et al. (2016). Physical Activity and Exercise Interventions in the Workplace Impacting Work Outcomes: A Stakeholder-Centered Best Evidence Synthesis of Systematic Reviews. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 7(2), 61-74. doi: 10.15171/ijom.2016.739

134 Elke, G., Gurt, J., Möltner, H., & Externbrink, K. (2015). Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung - vergleichende Analyse der Prädiktoren und Moderatoren guter Praxis. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

135 Haby, M. M., Chapman, E., Clark, R., & Galvao, L. A. (2016). Interventions that facilitate sustainable jobs and have a positive impact on workers' health: an overview of systematic reviews. *Rev Panam Salud Publica*, 40(5), 332-340.

von Rückwärts- hin zur Vorwärtsrotation und selbstgesteuerte Schichtplangestaltung) sowie diverse partizipative Ansätze zur Einbindung von Beschäftigten (z. B. in Form von Gremien). Andere Interventionen gehen demgegenüber (skandinavische Staaten ausgenommen) mit negativen gesundheitlichen Effekten einher, darunter prekäre Beschäftigungsverhältnisse und Rationalisierungsmaßnahmen (z. B. durch Restrukturierung, Ausgliederung, Zeit- und Leiharbeit) sowie die Einführung autonomer Gruppen, einer Form der Restrukturierung der Arbeitsorganisation. Für einige weitere Interventionen ist die Evidenzlage unklar. Ebenso nicht bekannt ist der Einfluss der Interventionen im Hinblick auf die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit. Reviews zum wirtschaftlichen Nutzen der Interventionen für Beschäftigte im Gesundheitswesen, welche die Einschlusskriterien erfüllen, können die Autorinnen und Autoren nicht ausmachen.

4.2.4 RESÜMEE ZUM DERZEITIGEN WISSENSSTAND

Vorbehaltlich der dargestellten methodischen Einschränkungen liefert die Interventionsforschung zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention eine Reihe von Hinweisen, mit welchen Maßnahmen Unternehmen die Gesundheit von Beschäftigten erhalten und Erkrankungen vorbeugen können.

Zu nennen sind hier vor allem verhaltenspräventive Interventionen (zumeist mit mehreren Komponenten) zur Vermeidung psychischer Störungen, zur Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten sowie zur Steigerung der körperlichen Aktivität. Allerdings lassen sich teils nur überschaubare Effekte erzielen und die Nachweise für Wirksamkeit sind nicht so überzeugend, wie es die umfangreiche Studienlage zunächst erwarten lässt. Relativ robust zeigt sich die Evidenzbasis im Handlungsfeld Rauchen, für das sich der Arbeitsplatz als besonders geeignete Lebenswelt im Hinblick auf die Erreichbarkeit der Zielgruppe erwiesen hat. Unzureichend evaluiert ist die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Alkoholprävention, obwohl auch hier der Arbeitsplatz als geeignete Lebenswelt für Interventionen angesehen wird. Eine breite Studienbasis liegt auch für Maßnahmen zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen vor; das Gesamtbild ist jedoch uneinheitlich.

Die Studienlage hinsichtlich der Wirkung verhältnispräventiver Maßnahmen lässt Fragen offen, obwohl Verhältnisprävention als eine der wesentlichen Grundlagen für

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

Der ökonomische Nutzen von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention ist in vielen Fällen unklar; wenn Evaluationen vorliegen, deuten diese in der Tendenz in Richtung Wirtschaftlichkeit. Dafür sprechen auch die Ergebnisse der vorangegangenen iga.Reporte 3, 13 und 28, die auf einen positiven Return on Investment (ROI) hinweisen. So berichtet der iga.Report 28 z. B. einen ROI von 1:3,27 für Einsparungen medizinischer Kosten und 1:2,73 für die Senkung krankheitsbedingter Fehlzeiten.¹³⁶

Mit Blick auf die teils uneinheitliche Evidenzlage und die angesprochenen methodischen Herausforderungen der Evaluation sei noch einmal darauf verwiesen, dass mangelnde Evidenzbelege für Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention nicht zwangsläufig mit fehlender Effektivität gleichzusetzen sind. Vielmehr illustrieren sie den Bedarf, bestehende Schwierigkeiten in der Interventionsforschung zu überwinden – durch eine sorgfältige, abwägende Wahl von Studiendesigns, stärkere Theorieorientierung bei der Planung und nicht zuletzt die Verbesserung der Berichtsqualität von Studien. Im Fokus stehen sollte dabei die genaue Beschreibung der durchgeführten Maßnahmen und der Rahmenbedingungen, z. B. in Bezug auf die Erreichbarkeit von Zielgruppen, um dadurch eine größere Vergleichbarkeit zu schaffen und dem Wesen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention als systematischem, partizipativ gestaltetem Prozess stärker gerecht zu werden.

136 Pieper, C., Schröer, S., Bräunig, D., & Kohstall, T. (2015). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. iga.Report 28. Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit.

5 Stand der Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) hat die Aufgabe, trägerübergreifende, bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen (Bundesrahmenempfehlungen, BRE¹³⁷) für die lebens- und arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln und fortzuschreiben. Hierfür sind insbesondere gemeinsame Ziele, vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten festzulegen (§ 20d SGB V). Die ersten BRE verabschiedete die NPK im Februar 2016; seit August 2018 liegt eine erste weiterentwickelte Fassung vor.

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Aktivitäten, die die in der NPK vertretenen Akteure im Jahr 2017 durchführten, um die in den BRE formulierten Ziele zu

erreichen (Tabelle 3). Zunächst wird die grundsätzliche Vorgehensweise beschrieben (Kapitel 5.1), anschließend wird für jedes in den BRE vereinbarte Ziel dargestellt, welche Zielgruppen adressiert wurden, welche Inhalte die Aktivitäten kennzeichneten, wie viele Personen erreicht wurden und auf welche Lebenswelten sich die Aktivitäten konzentrierten (Kapitel 5.2-5.5). Danach werden das Engagement zur Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitsschancen (Kapitel 5.6) sowie aktuelle Modellvorhaben vorgestellt (Kapitel 5.7).

Die Darstellung erfolgt für die **stimmberechtigten NPK-Mitglieder**: gesetzliche Krankenversicherung (GKV), soziale Pflegeversicherung (SPV), gesetzliche Rentenversicherung (GRV), gesetzliche Unfallversicherung (GUV),

137 Die Bundesrahmenempfehlungen können auf www.npk-info.de eingesehen werden.

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

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

Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft¹³⁸ und private Kranken- und Pflegeversicherung (PKV). Da es sich bei Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung um gesamtgesellschaftliche Aufgaben handelt, wird auch über das Engagement der **beratenden NPK-Mitglieder** berichtet. Basierend auf den hierfür freiwillig zur Verfügung gestellten Informationen ist dies für Bund, Kommunen und organisierte Zivilgesellschaft (OZG) möglich. Unter OZG wurden Mitgliedsorganisationen der Vertretungen der Patientinnen und Patienten in der NPK sowie Organisationen, die über das Präventionsforum in der NPK vertreten sind, zusammengefasst. Für die übrigen beratenden NPK-Mitglieder (Bundesagentur für Arbeit und Sozialpartner) liegen keine ausreichenden Informationen vor.

Besonderheiten bei der Interpretation der Ergebnisse

Bei der Interpretation der Ergebnisse zum Engagement auf Basis der BRE sind – zusätzlich zu den in Kapitel 1.3.5 dargelegten Stärken und Schwächen der Methodik der Online-Erhebung – ein paar Besonderheiten zu beachten. Um Missverständnissen vorzubeugen, sollen diese Besonderheiten erläutert werden, bevor die Darstellung der Ergebnisse erfolgt.

Die Kapitel 5.2-5.6 basieren auf zwei Informationsquellen: Für die GKV und SPV konnte auf das Dokumentationssystem des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) zurückgegriffen werden. Über die **MDS-Dokumentation** erfassen die Krankenkassen seit 2001 und die Pflegekassen seit 2017 auf kontinuierlicher Basis Angaben zu Zielgruppen, erreichten Personen und Lebenswelten, Inhalten, Art der Intervention, Kooperationspartnern und Erfolgskontrollen ihrer Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Die Ergebnisse werden jährlich in den GKV- bzw. SPV-Präventionsberichten veröffentlicht.¹³⁹

Die Akteure der GRV, GUV, SVLFG und PKV dokumentierten ihre Aktivitäten im Rahmen der **Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht**. Dabei griffen sie auf Dokumentationssysteme ihrer jeweiligen Systeme bzw.

Organisationen zurück.¹⁴⁰ Die beratenden NPK-Mitglieder bzw. die durch sie vertretenen Organisationen konnten ihre Aktivitäten ebenfalls im Rahmen der Online-Erhebung dokumentieren. Das Angebot nahmen eine ausreichende Anzahl Organisationen in den Akteursgruppen Bund, Kommunen und OZG an, um in die Auswertung einzugehen. Weitere Details zur Methodik der Online-Erhebung sind in Kapitel 1.3.1 dargestellt.

Die Daten aus der Online-Erhebung sind **nicht komplett deckungsgleich** mit denen aus der MDS-Dokumentation, da teils mit anderen Fragen, unterschiedlichem Wortlaut und unterschiedlichen Antwortkategorien gearbeitet wurde. Um eine Vergleichbarkeit herzustellen, wurden die Angaben aus der MDS-Dokumentation teilweise angeglichen (siehe Anhang 1.1.7).

Die Erfassung von Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung stellt eine Herausforderung dar, da es sich um eine **sehr heterogene Gruppe von Projekten, Maßnahmen, Programmen, Kampagnen und Leistungen** handelt, die von sehr unterschiedlichen Organisationen auf verschiedenen Ebenen (z. B. Individuen, Lebenswelten, Bevölkerung) durchgeführt werden. Da es keine gemeingültige Definition einer „Aktivität“ gibt, wurde für die Online-Erhebung des NPK-Präventionsberichts eine Definition entwickelt (siehe Anhang 1.1.2). Sie wurde weit genug gefasst, um die große Heterogenität der Aktivitäten abzubilden, setzte jedoch gleichzeitig Grenzen, z. B. in Bezug auf medizinische und zahnmedizinische Interventionen (z. B. Ausschluss von Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Check-ups, Zahnprophylaxe). Auch die MDS-Dokumentation gibt Definitionen für die Berichtseinheiten der Aktivitäten der GKV und SPV vor (siehe Anhang 1.1.2). Ein weiterer Faktor, der die Heterogenität der Aktivitäten erhöht, ist der unterschiedliche **Detaillierungsgrad** der Dokumentation. Die GKV und SPV geben in der MDS-Dokumentation z. B. jede konkrete Erbringung einer Leistung als eine Aktivität an, während die GUV und die GRV ihre Leistungen im Rahmen der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht in aggregierter Form dokumentierten. Eine Konsequenz der Heterogenität und des unterschiedlichen Detaillierungsgrads ist, dass sich das

138 In der Akteursgruppe SVLFG werden die Aktivitäten der SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft dargestellt. Aktivitäten der SVLFG als Kranken- und Pflegekasse sind in der Akteursgruppe GKV bzw. SPV enthalten. Die SVLFG als Alterssicherung der Landwirte führte im Jahr 2017 nur Modellvorhaben durch und erscheint daher nicht unter Aktivitäten.

139 www.gkv-spitzenverband.de, Krankenversicherung ▶ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▶ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▶ Präventionsbericht.

140 GRV: Reha-Statistik-Datenbasis, ein etabliertes, personenbezogenes Dokumentationssystem von Rehabilitationsleistungen (inklusive Präventions- und Nachsorgeleistungen). GUV: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“. SVLFG: Dokumentationssystem SPIRIT. PKV: Dokumentation in Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern.

Engagement der in der NPK vertretenen Akteure nicht anhand der Anzahl der durchgeführten Aktivitäten vergleichen lässt (zehn Aktivitäten einer Organisation sind nicht doppelt so viel Engagement wie fünf Aktivitäten einer anderen). Gleiches gilt für die Anzahl erreichter Personen und Lebenswelten.

Bei der Dokumentation der Aktivitäten im Rahmen der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht handelte es sich um ein **retrospektives Verfahren**, von dem die Akteure während der Planung und Durchführung der Aktivitäten nichts wussten. Insofern wurden nur Merkmale abgefragt, von denen vermutet wurde, dass sie typischerweise bekannt bzw. im Nachhinein ermittelbar sind. Ausgewählt wurden die Aspekte Ziele, Zielgruppen, Inhalte, Interventionsansatz und -ebene, erreichte Personen, erreichte Lebenswelten, Kooperationspartner sowie Qualitätssicherung und Evaluation. Darüber hinaus wurden Informationen erfragt, die Einblicke in das Thema „Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen“ erlauben. Es muss jedoch bedacht werden, dass möglicherweise nicht immer sämtliche Aktivitäten bzw. damit assoziierte Aspekte erfolgreich erinnert und erfasst werden konnten. Falls zu einer Frage keine Informationen vorlagen, konnte mit „keine Angabe“ geantwortet werden.

Auf Basis der **Rückläufe** sind zwei Gruppen zu unterscheiden: Die Angaben von GKV, SPV, GRV, GUV, SVLFG und PKV können als Vollerhebung erachtet werden, d. h. sie entsprechen der Gesamtheit des Engagements dieser Akteure im Bereich der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung gemäß den BRE im Jahr 2017. Auch für die Bundesministerien bzw. deren nachgeordnete Stellen, die an der Online-Erhebung der Aktivitäten teilnahmen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS], Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft [BMEL], Bundesministerium für Gesundheit [BMG] und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]), ist davon auszugehen, dass es sich um eine Vollerhebung ihrer Aktivitäten handelt. Über das Engagement weiterer Ministerien und nachgeordneter Stellen kann keine Aussage getroffen werden. Für die Akteursgruppen Kommunen und OZG stellen die teilnehmenden Organisationen und damit die erhobenen Aktivitäten lediglich einen Ausschnitt des tatsächlichen bundesweiten Engagements dar, da sich bei weitem nicht alle relevanten Organisationen an der Online-Erhebung beteiligt haben. Insgesamt flossen Aktivitäten von

29 Kommunen und von 22 Organisationen der OZG in die Auswertung ein.

Viele Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung werden in Kooperation durchgeführt. Daher kann es vorkommen, dass dieselbe Aktivität von mehreren Organisationen berichtet wurde. Eine **Doppelnennung von Aktivitäten** innerhalb der Akteursgruppen GKV, GRV, GUV, SVLFG, SPV und PKV wurde durch die Erhebungsmethodik ausgeschlossen.¹⁴¹ Zwischen den Akteursgruppen sowie innerhalb der Akteursgruppen Bund, Kommunen und OZG können jedoch Doppelnennungen auftreten. Das dargestellte Engagement ist daher jeweils aus der Perspektive der einzelnen Akteursgruppen zu betrachten, nicht als ein Gesamtbild aller Aktivitäten.

Eine quantitative Auswertung der **Anzahl erreichter Personen bzw. Lebenswelten**¹⁴² im Jahr 2017 ist mit den Daten der Sozialversicherungsträger und der PKV möglich. Für Bund, Kommunen und OZG können beispielhafte Angaben für einzelne Aktivitäten gemacht werden. Es ist zu berücksichtigen, dass die angegebenen Zahlen zum Teil nicht vergleichbar sind, da aufgrund der retrospektiven Erhebung keine einheitliche Definition einer erreichten Person bzw. Lebenswelt vorgegeben werden konnte. Am deutlichsten zeigt sich die mangelnde Vergleichbarkeit bei Aktivitäten mit Online-Angeboten und bei Medienkampagnen. Hier wurden zum Teil sehr hohe Anzahlen erreichter Personen angegeben, die vermutlich auf Klick- bzw. Zuschauerzahlen zurückzuführen sind. Diese Angaben sind z. B. nicht mit der Anzahl Personen vergleichbar, die durch ein Angebot zu gesunder Ernährung in einer Kindertageseinrichtung erreicht wurden. Eine weitere Herausforderung stellen Aktivitäten dar, die sich an Multiplikatoren richten, da sich Angaben zu den erreichten Personen in diesen Fällen auf die Multiplikatoren beziehen können oder die von diesen erreichten Personen. Letztere Anzahl kann schwieriger zu ermitteln sein. Ebenso wie bei der Anzahl der Aktivitäten ist zu berücksichtigen, dass Doppelzählungen nicht ausgeschlossen werden können.

Im Zusammenhang mit der Anzahl erreichter Personen bzw. Lebenswelten stellt sich auch die Frage nach der **Erreichungsquote**, d. h. dem Anteil der Personen einer Zielgruppe, die erreicht wurden bzw. dem Anteil der zu erreichenden Lebenswelten, die tatsächlich erreicht wurden. Eine aussagekräftige Messung der Erreichungsquo-

141 Für die GKV und SPV berichtet jeweils nur die federführende Kranken- bzw. Pflegekasse über kassenübergreifende Aktivitäten. Die Aktivitäten von GRV, GUV, SVLFG und PKV wurden jeweils zentral dokumentiert und somit Dopplungen vermieden.

142 Mit einer Lebenswelt ist hierbei z. B. eine Kita, ein Betrieb oder eine stationäre Pflegeeinrichtung gemeint.

te setzt voraus, dass die Gesamtheit der zu erreichenden Personen bzw. Lebenswelten präzise definiert wurde und die tatsächlich erreichte Anzahl Personen bzw. Lebenswelten nach einer definierten und einheitlich umgesetzten Methodik erhoben wurde. Die Methodik muss dabei u. a. adressieren, wie eine erreichte Person bzw. Lebenswelt definiert ist¹⁴³ und wie mit möglichen Doppelzählungen umgegangen wird. Da diese Voraussetzungen für den ersten NPK-Präventionsbericht nicht erfüllt waren, wird von einer Berechnung von Erreichungsquoten abgesehen. Um dennoch einen Anhaltspunkt zu geben, in welchem Kontext die Anzahl erreichter Personen zu sehen ist, wird jeweils die Gesamtzahl der Personen angegeben, die zu den Zielgruppen für die Ziele Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten sowie Gesund im Alter gehören. Dies gibt dem Leser die Möglichkeit einer groben Einordnung der Zahlen. Eine Bewertung im Sinne von: „Es wurde eine (nicht) ausreichende Anzahl Personen erreicht“, kann jedoch nicht erfolgen.

Die Ergebnisse sind auf **glatte Prozentwerte bzw. Anzahlen** gerundet. Die genauen Werte können dem **Tabellenanhang** entnommen werden.

5.1 VORGEHENSWEISE BEI DEN DURCHFÜHRTEN AKTIVITÄTEN

Das Engagement der in der NPK vertretenen Akteure basiert auf dem Lebensweltansatz der Gesundheitsförderung, den die Weltgesundheitsorganisation konzeptionell entwickelte¹⁴⁴. Auch auf der Ebene der Europäischen Union wird der Lebensweltansatz angewendet und weiterentwickelt.¹⁴⁵ Nach diesem Ansatz sollen Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe systematisch in die Strukturen und Prozesse der Lebenswelten integriert werden.

Gemäß der in § 20a SGB V eingeführten Legaldefinition sind Lebenswelten für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, des Arbeitens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Freizeitgestaltung und des Sports.

Ein wichtiges Anliegen, das mit dem Lebensweltansatz der Gesundheitsförderung und Prävention verbunden ist, ist die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit. So sollen z. B. solche Lebenswelten erreicht werden, in denen Menschen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen leben und geschlechtsspezifische Bedürfnisse und Bedarfe bei der Planung und Umsetzung von Aktivitäten Berücksichtigung finden (Kapitel 5.6). In seiner Grundidee ist der Lebensweltansatz der Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur dann nachhaltige Effekte erzielen kann, wenn alle relevanten Akteure ihre jeweilige Verantwortung wahrnehmen.

5.1.1 GRUNDSÄTZLICHES VORGEHEN

In den BRE legen die Sozialversicherungsträger ihren Beitrag zur Umsetzung des Lebensweltansatzes dar. Für die vereinbarten gemeinsamen **Ziele** war maßgebend, dass sie „alle Lebenswelten berücksichtigen, Menschen in jeder Lebensphase adressieren und gleichzeitig einen relativ hohen Allgemeinheitsgrad aufweisen“¹⁴⁶. Um die

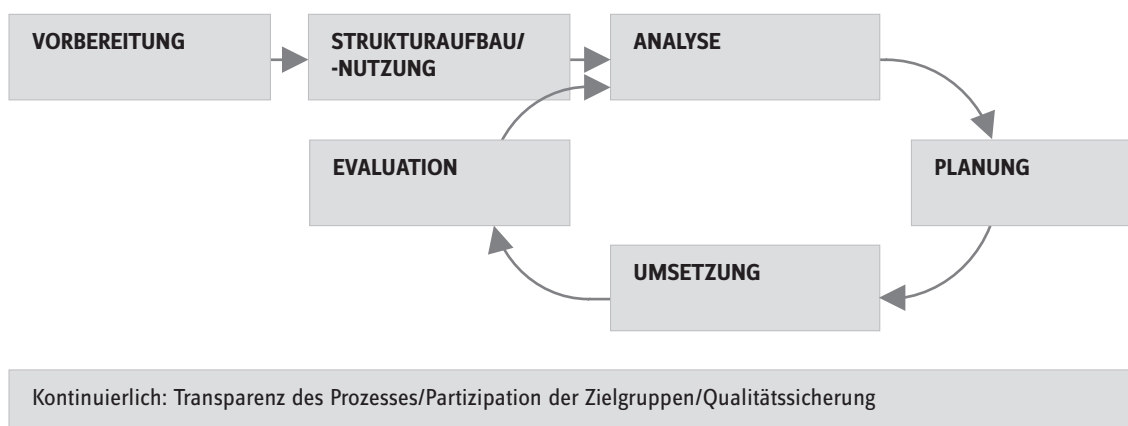
¹⁴³ Dies schließt auch ein, über welchen Zeitraum eine Person als erreicht gilt. Insbesondere bei der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten sollten sich nachhaltige Effekte ergeben, sodass Personen auch über den Zeitpunkt der initialen Umgestaltung hinaus als „erreicht“ angesehen werden könnten.

¹⁴⁴ Ottawa-Charter: www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986. Jakarta Deklaration: www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index1.html. Siehe auch www.who.int/healthpromotion und www.who.int/maternal_child_adolescent

¹⁴⁵ Siehe z. B. Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006) Health in All Policies - Prospects and potentials. Finland: Ministry of Social affairs and Health & Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies. Battel Kirk, B., Stegeman, I., Chiotan, C., Costongs, C., & Kunkel, T. (2015) Health Promotion and Primary Prevention in 14 European countries: a comparative overview of key policies, approaches, gaps and needs. Brussels: JA-CHRODIS.

¹⁴⁶ Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, S. 15.

Abbildung 4: Lebensweltbezogene Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung als systematischer Prozess



Quelle: Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, Abbildung 1

sem Anspruch gerecht zu werden, wurden drei Ziele gewählt, die sich am Lebenslauf orientieren:

- Gesund aufwachsen
- Gesund leben und arbeiten
- Gesund im Alter

Für jedes der drei Ziele sind in den BRE **Zielgruppen** definiert, an die sich Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung vorrangig richten sollten (Tabelle 3).

Die **Vorgehensweise** der Sozialversicherungsträger auf Basis der BRE umfasst die Unterstützung von Lebenswelten beim Aufbau und der Umsetzung systematischer Strukturen und Prozesse zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung. Hierfür bieten sie bedarfsorientierte qualitätsgesicherte Lösungen an. Die Unterstützung erfolgt im Rahmen eines systematischen Prozesses, der sich am gesundheitspolitischen Aktionszyklus¹⁴⁷ orientiert. Der Prozess beginnt mit Vorbereitung und Strukturaufbau bzw. Strukturnutzung. Danach schließt sich der eigentliche Zyklus an, der aus Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation besteht. Nach der Evaluation folgt erneut die Analyse-Phase (Abbildung 4).

„Ziel ist es, dass die Lebensweltverantwortlichen im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe diesen Prozess eigenverantwortlich gestalten und fortführen können.“¹⁴⁸

In den Kapiteln 5.2-5.5 wird das Engagement der Sozialversicherungsträger, der PKV sowie von Bund, Kommunen und OZG zu den Zielen Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten sowie Gesund im Alter dargestellt. Zuvor werden die Ergebnisse zu drei grundsätzlichen Aspekten der Aktivitäten dargestellt: der Interventions-ebene und dem Interventionsansatz (Kapitel 5.1.2), der Qualitätssicherung und Evaluation (Kapitel 5.1.3) sowie den Kooperationspartnern (Kapitel 5.1.4). Die Angaben beruhen auf der Auswertung der Aktivitäten, die im Rahmen der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht bzw. der MDS-Dokumentation berichtet wurden. Dabei handelt es sich um folgende Anzahlen von Aktivitäten (für das Jahr 2017): GKV N = 12.546, GRV N = 2, GUV N = 6, SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft N = 17, SPV N = 721, PKV N = 39, Bund N = 99, Kommunen N = 173 und OZG N = 116. Die stark unterschiedlichen Anzahlen von Aktivitäten ergeben sich u. a. aufgrund des unterschiedlichen Detaillierungsgrads, mit dem die Aktivitäten berichtet wurden (s. o.).

¹⁴⁷ Rosenbrock, R., & Hartung, S. (2011) Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 469-471.

¹⁴⁸ Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, S. 13.

5.1.2 INTERVENTIONSEBENE UND INTERVENTIONSANSATZ

Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung können anhand ihrer Interventionsebene und ihres Interventionsansatzes charakterisiert werden.¹⁴⁹ Mit **Interventionsebene** ist gemeint, ob sich Aktivitäten an Individuen, Lebenswelten und/oder die Bevölkerung richten.¹⁵⁰ Durch Aktivitäten, die sich an Individuen richten, werden Einzelpersonen angesprochen wie z. B. in Gesundheitskursen und Gesundheitsberatungen. Aktivitäten auf der Interventionsebene Lebenswelt sprechen Personen in einer Lebenswelt an bzw. streben eine Veränderung einer Lebenswelt an. Beispiele sind tabakfreie Schule, betriebliche Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung oder Gewaltprävention in Pflegeheimen. Auf der Interventionsebene Bevölkerung wird die gesamte Bevölkerung adressiert wie z. B. durch Medienkampagnen, Tabaksteuer, Werbeverbote oder Normen zum Verbraucherschutz.

Als Interventionsebenen der Aktivitäten werden fast ausschließlich Individuen, Lebenswelten oder beide angegeben (80-100 % der Aktivitäten je Akteursgruppe). Dies trifft bei Aktivitäten zu den drei lebensphasenbezogenen Zielen für alle Akteursgruppen zu. Bei zieleübergreifenden Aktivitäten nennen Bund, Kommunen und OZG häufig die Interventionsebene Bevölkerung in Kombination mit Individuen bzw. Lebenswelten oder auch allein (40-50 % der Aktivitäten). Da auf der Interventionsebene Bevölkerung alle Lebensphasen und somit alle drei Ziele der BRE adressiert werden, ist es plausibel, dass Aktivitäten mit der Interventionsebene Bevölkerung besonders häufig zieleübergreifend sind.

Mit **Interventionsansatz** ist gemeint, ob verhältnisbezogene oder verhaltensbezogene Elemente oder beide Arten von Elementen genutzt werden. Verhaltensbezogene Elemente einer Aktivität vermitteln der Zielgruppe gesundheits- und sicherheitsbezogene Informationen, praktische Fertigkeiten und/oder Kompetenzen. Durch verhältnisbezogene Elemente findet eine gesundheits- und sicherheitsförderliche Umgestaltung des Umfelds, der Strukturen, von Prozessen oder von Abläufen statt. Die BRE emp-

fehlen, verhältnis- und verhaltensbezogene Elemente zu kombinieren.¹⁵¹

Die von den Akteuren berichteten Aktivitäten nutzen meist verhältnis- und verhaltensbezogene Elemente in Kombination (60 % der Aktivitäten von GKV, SVLFG, Bund und OZG, 50 % bei der PKV, 40 % bei Kommunen; jeweils über alle Ziele hinweg betrachtet) oder verhaltensbezogene Elemente allein (50 % der Aktivitäten der Kommunen, 40 % bei GKV, PKV und Bund, 30 % bei der OZG, 20 % bei der SVLFG, Ausnahmen sind GRV und GUV, s. u.). Rein verhältnisbezogene Aktivitäten werden selten genannt (0-20 % der Aktivitäten). Unterteilt nach den Zielen ergibt sich jeweils ein ähnliches Bild, wobei die Aktivitäten der GKV zum Ziel Gesund aufwachsen im Vergleich zu ihren Aktivitäten zu den anderen Zielen besonders häufig verhältnis- und verhaltensbezogene Elemente in Kombination verwenden (80 % der Aktivitäten). Die Aktivitäten der GUV nutzen besonders häufig sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogene Elemente (80 % der Aktivitäten). Die Leistungen zur Prävention der GRV sind per Definition verhaltensbezogen. Der Firmenservice der GRV verfolgt einen verhältnisbezogenen Ansatz. Bei den Angaben für die GKV ist zu berücksichtigen, dass Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V (Kapitel 7.7) nicht unter die BRE fallen und daher hier und im Rest des Kapitels keine Berücksichtigung finden.

Insgesamt betrachtet zeigt sich, dass für die Erreichung der in den BRE definierten Ziele und Zielgruppen alle drei Interventionsebenen (Individuum, Lebenswelt, Bevölkerung) genutzt werden und die Akteure der Empfehlung der BRE nachkommen, verhältnis- und verhaltensbezogene Elemente zu kombinieren. Es wird zu beobachten sein, inwiefern die Nutzung beider Elemente im Gegensatz zu rein verhaltensbezogenen Aktivitäten zunehmen wird.

5.1.3 QUALITÄTSSICHERUNG UND EVALUATION

Im Rahmen der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht bzw. der MDS-Dokumentation der GKV und SPV wurde erfragt, ob für eine Aktivität bereits mindestens eine Erfolgskontrolle durchgeführt wurde und wenn

149 Rosenbrock, R. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung - gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik. Das Gesundheitswesen, 66(03), 146-152. Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag Drucksache 15/5670, S. 102 ff.

150 Siehe auch Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag Drucksache 15/5670, S. 102 ff.

151 Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, S. 14.

ja, was im Rahmen der Erfolgskontrolle untersucht wurde. Für 40 % der Aktivitäten der GKV wird berichtet, dass mindestens eine **Erfolgskontrolle** durchgeführt wurde.¹⁵² Der Anteil ist bei Aktivitäten zu den drei Zielen bzw. zieleübergreifenden Aktivitäten ähnlich. Bei den Aktivitäten der SPV fand für die Hälfte mindestens eine Erfolgskontrolle statt. Die Leistungen zur Prävention der GRV unterliegen den gleichen Qualitätsanforderungen wie die Rehabilitationsleistungen.¹⁵³ Für den Firmenservice der GRV liegen keine Angaben vor. Für die Aktivitäten der GUV wurde mindestens eine Erfolgskontrolle durchgeführt, mit Ausnahme von „Ermittlungen“, für die keine Angabe vorliegt. Von den Akteursgruppen SVLFG, PKV, Bund, Kommunen und OZG wird angegeben, dass für jeweils 70-90 % ihrer Aktivitäten mindestens eine Erfolgskontrolle durchgeführt wurde. Auch hier ist der Anteil bei Aktivitäten zu den drei Zielen bzw. zieleübergreifenden Aktivitäten ähnlich.

Bei Betrachtung der durchgeführten **Arten von Erfolgskontrollen**¹⁵⁴ ist zu beobachten, dass Erfolgskontrollen, die relativ einfach durchführbar sind, wie Zugänglichkeit, Akzeptanz bei der Zielgruppe, Inanspruchnahme und Zufriedenheit der erreichten Personen mit der Aktivität, am häufigsten zur Anwendung kommen. Auch Prozesse, Abläufe der Aktivität werden relativ häufig untersucht. Erfolgskontrollen, die aufwendiger durchzuführen sind, werden seltener durchgeführt. Hierunter fallen Erfolgskontrollen, die direkte Effekte einer Aktivität auf die erreichten Personen untersuchen, wie Kompetenzen der erreichten Personen oder Verhaltensparameter der erreichten Personen und insbesondere solche, die Auswirkungen auf die Gesundheit erheben (subjektive Einschätzung Gesundheit/Funktionalität erreichter Personen und Gesundheitsparameter der erreichten Personen). Erfolgskontrollen, die auf die Nachhaltigkeit einer Aktivität abzielen, wie z. B. Kooperation, Netzwerkbildung, Verstetigung der Intervention, Dauereinrichtung oder Streuung der Aktivität, liegen im Mittelfeld der Häufigkeit der Nennungen. Gesundheitsökonomische Analyse (z. B. Kostenerfassung der Aktivität, Kosten-Nutzen-Analyse) wird so gut wie nicht genannt.

In der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht¹⁵⁵ wurden weiterhin folgende Aussagen zur Qualitätssicherung und Evaluation¹⁵⁶ mit Trifft voll und ganz zu, Trifft eher zu, Teils-teils, Trifft eher nicht zu, Trifft gar nicht zu oder Keine Angabe bewertet:

- Die Aktivität beruht auf gesicherten wissenschaftlichen Ansätzen.
- Die Aktivität basiert auf Vorschriften, Regeln und Handlungsinformationen (z. B. im Kontext des Arbeitsschutzes).
- Es liegt ein schriftliches Konzept für die Aktivität vor.
- Die Zielgruppe wurde in die Planung der Aktivität einbezogen.
- Es gibt eine regelmäßig fortgeschriebene Dokumentation.
- Die Prozesse zur Durchführung der Aktivität werden regelmäßig überprüft.
- Die Erreichung der Ziele der Aktivität wird regelmäßig überprüft.
- Die Ergebnisse der Erfolgskontrollen sind allen Beteiligten (Umsetzenden, erreichten Personen, Trägern, etc.) zugänglich.
- Die Aktivität wird basierend auf den Ergebnissen der Erfolgskontrollen kontinuierlich weiterentwickelt.
- Die Aktivität wird von einer externen, unabhängigen Institution evaluiert.

In allen Akteursgruppen bis auf Kommunen besteht bei 90 % oder mehr der Aktivitäten Zustimmung¹⁵⁷, dass gesicherte wissenschaftliche Ansätze oder Vorschriften, Regeln und Handlungsinformationen als Grundlage verwendet werden (Kommunen 70 %). Auch die Aussage zum Vorliegen eines schriftlichen Konzepts findet hohe Zustimmung (90 % oder mehr der Aktivitäten je Akteursgruppe). Bei der Aussage zur Einbeziehung der Zielgruppe in die Planung von Aktivitäten variiert die Zustimmung zwischen den Akteursgruppen: Für Aktivitäten von GRV, PKV und OZG besteht überwiegend Zustimmung (70 % oder mehr der Aktivitäten); Aktivitäten von SVLFG, Bund und Kommunen liegen im Mittelfeld

152 Eine zusätzliche Frage in der MDS-Dokumentation der GKV erhebt, ob eine Erfolgskontrolle geplant ist. Dies wird für 60 % der Aktivitäten bejaht, für die noch keine Erfolgskontrolle stattgefunden hat. Dies entspricht 30 % aller Aktivitäten.

153 Die Präventionsleistungen der GRV finden in von der Deutschen Rentenversicherung zugelassenen Reha-Einrichtungen statt, die zur Einhaltung der Qualitätssicherung verpflichtet sind.

154 Die Antwortmöglichkeiten können dem Anhang 1.1.3 entnommen werden.

155 Analoge Informationen werden in der MDS-Dokumentation nicht erhoben. Daher liegen für GKV und SPV keine Angaben vor.

156 Die Aussagen, mit Ausnahme der zweiten und der letzten, beruhen auf: Kliche, T., Riemann, K., Bockermann, C., Niederbühl, K., Wanek, V., & Koch, U. (2011). Gesundheitswirkungen der Prävention: Entwicklung und Erprobung eines Routine-Evaluationssystems für Primärprävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen in Settings, Betrieben und Gesundheitskursen. *Das Gesundheitswesen*, 73(04), 247-257.

157 Die Bewertungen Trifft voll und ganz zu und Trifft eher zu wurden als „Zustimmung“ zusammengefasst. Keine Angabe wurde bei der Berechnung der Anteile nicht berücksichtigt.

(Zustimmung bei 50–60 % der Aktivitäten). Bei Aktivitäten der GUV besteht selten Zustimmung (20 % der Aktivitäten), was – wie bei der SVLFG – in der Art der Aktivitäten, wie z. B. der Überwachung, begründet liegt. Für die meisten Aktivitäten liegt eine regelmäßige Dokumentation vor und es erfolgt eine regelmäßige Überprüfung der Prozesse bzw. der Zielerreichung (60 % oder mehr der Aktivitäten, wobei Kommunen zu allen drei Aussagen am unteren Ende der Spanne liegen, während die anderen Akteursgruppen meist bei 90 % oder mehr liegen). Letzteres Ergebnis stimmt mit dem oben beschriebenen Ergebnis einer relativ häufigen Durchführung von Erfolgskontrollen überein. Die Ergebnisse von Erfolgskontrollen werden für eine kontinuierliche Weiterentwicklung genutzt (Zustimmung bei 80 % oder mehr der Aktivitäten je Akteursgruppe, Ausnahme GUV mit 20 %). Allerdings besteht Verbesserungspotenzial beim Zugänglichmachen der Ergebnisse von Erfolgskontrollen für alle Beteiligten (Zustimmung bei 30–60 % der Aktivitäten je Akteursgruppe). Externe Fremdevaluationen kommen, außer bei PKV und Bund, selten vor (Zustimmung bei 85 bzw. 50 % der Aktivitäten von PKV und Bund, ansonsten weniger als 25 %). Dies war zu erwarten, da nicht jede Aktivität einer solchen Evaluation unterzogen werden muss (siehe auch Kapitel 7.2).

Insgesamt betrachtet zeigen die Ergebnisse, dass wichtige Aspekte der Qualitätssicherung und Evaluation bei den berichteten Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zur Anwendung kommen. Dies zeigt sich auch in den Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation, über die in Kapitel 7.2 berichtet wird.

5.1.4 KOOPERATIONSPARTNER

In der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht bzw. der MDS-Dokumentation der GKV und SPV waren die teilnehmenden Organisationen aufgefordert, für jede ihrer Aktivitäten anzugeben, welche Kooperationspartner beteiligt waren. Eine Kooperation war dabei über das gemeinsame Einbringen von Ressourcen für eine Aktivität definiert. Die nachfolgenden Ausführungen beruhen auf Angaben zu den beteiligten Arten von Kooperationspartnern (z. B. Rentenversicherungsträger, Bildungseinrichtung).¹⁵⁸ Die Anzahl einzelner Organisationen, die an einer Aktivität beteiligt waren, wurde nicht erhoben. Dennoch wird der Lesbarkeit halber von „Kooperationspartnern“, nicht „Arten von Kooperationspartnern“ gesprochen.

Der Anteil der Aktivitäten in den einzelnen Akteursgruppen, für die kein Kooperationspartner genannt wird bzw. ein bis zwei, drei bis fünf oder sechs oder mehr Kooperationspartner, zeigt, wie verbreitet Kooperationen sind. Die Angabe „kein Kooperationspartner“ wird selten gemacht mit Ausnahme bei der GKV, wo für 60 % der Aktivitäten kein Kooperationspartner angegeben wird. Dabei ist zu beachten, dass durch eine gesetzliche Krankenkasse beauftragte Leistungserbringende (z. B. gewerbliche Anbieter) nicht als Kooperationspartner gezählt werden. Am häufigsten werden ein bis zwei oder drei bis fünf Kooperationspartner genannt. Für 10–20 % der Aktivitäten von GUV, PKV, Bund, Kommunen und OZG werden jedoch auch sechs oder mehr Kooperationspartner angegeben.

Die im Einzelnen genannten Kooperationspartner stellen ein breites Spektrum von Akteuren dar: Jede der 26 Antwortmöglichkeiten (siehe Anhang 1.1.3) wird – über alle Akteursgruppen und Aktivitäten hinweg betrachtet – mindestens einmal genannt. Je nach Ziel der Aktivitäten ergeben sich unterschiedliche Muster. So ist das Spektrum an Kooperationspartnern bei zieleübergreifenden Aktivitäten besonders breit, wohingegen bei Aktivitäten zu den lebensphasenbezogenen Zielen Schwerpunkte erkennbar sind (z. B. Bildungseinrichtungen und Landesministerien bei Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen).

Kooperationen unter den Sozialversicherungsträgern werden am häufigsten, jedoch absolut gesehen noch relativ selten, bei Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten angegeben: Die GKV berichtet bei 25 % ihrer Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten mit Unfallversicherungsträgern und bei 3 % mit Rentenversicherungsträgern zusammenzuarbeiten. Die GRV gibt an, im Rahmen des Firmenservices mit gesetzlichen Krankenkasse(n) und Unfallversicherungsträgern zusammenzuarbeiten. Die GUV arbeitet bei den Aktivitäten Beratung auf Anforderung, Ermittlung und Anreizsysteme mit gesetzlichen Krankenkasse(n) zusammen, bei der Beratung auf Anforderung arbeitet sie auch mit Rentenversicherungsträgern zusammen. Aufgrund der aggregierten Form der Angaben kann nicht ermittelt werden, bei wie vielen einzelnen Beratungen etc. gemeinsame Ressourcen eingebracht wurden.

Bezogen auf die Nennungen der Sozialversicherungsträger als Kooperationspartner durch andere Akteure treten gesetzliche Krankenkasse(n) am häufigsten auf

¹⁵⁸ Die Antwortmöglichkeiten können dem Anhang 1.1.3 entnommen werden.

(OZG 60-70 % der Aktivitäten je nach Ziel, Bund und Kommunen 10-40 % der Aktivitäten je nach Ziel, PKV 3 %). Unfallversicherungsträger werden insbesondere von der OZG bei Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen (25 %) und dem Bund bei Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten (25 %) genannt. Rentenversicherungsträger sind besonders häufig bei Aktivitäten des Bundes zum Ziel Gesund leben und arbeiten Kooperationspartner (25 %). Ansonsten werden Unfallversicherungsträger und Rentenversicherungsträger relativ selten genannt (0-10 % der Aktivitäten je Ziel und Akteursgruppe).

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung häufig in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern durchgeführt werden und insgesamt ein breites Spektrum von Akteuren beteiligt ist. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen zu den Erfahrungen mit der Zusammenarbeit wider (Kapitel 7.1).

5.2 ENGAGEMENT ZUM ZIEL GESUND AUFWACHSEN

Unter dem Ziel Gesund aufwachsen sollen gemäß den BRE schwerpunktmäßig vier Zielgruppen erreicht werden: werdende und junge Familien, Kinder und ihre Eltern in der Kita-Phase, Kinder und Jugendliche im Schulalter bzw. in der Ausbildung sowie Jugendliche und junge Erwachsene im Studium. Nachfolgend werden zunächst die grundsätzlichen Leistungen erläutert, die von den NPK-Trägern – ausgehend von ihren gesetzlichen Aufträgen – gemäß den BRE erbracht werden. Dabei wird auch der Kontext des Engagements der PKV erläutert. Danach wird über die Ergebnisse aus der Online-Erhebung bzw. der MDS-Dokumentation zu den im Jahr 2017 durchgeführten Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen berichtet.

5.2.1 GRUNDSÄTZLICHE LEISTUNGEN

Für die unter dem Ziel Gesund aufwachsen in den BRE hervorgehobenen Zielgruppen ist die gesundheitsförderliche Gestaltung von Bildungseinrichtungen von besonderer Bedeutung.¹⁵⁹ Auch Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Einrichtungen der Freizeitgestaltung sowie Kommunen spielen eine wichtige Rolle. Durch eine gesundheitsförderliche Gestaltung dieser Lebenswelten kann früh der Grundstein zur Förderung der Gesundheitskompetenz sowie für gesundheits- und sicherheitsgerechtes Verhalten in späteren Lebensphasen gelegt werden.

Die Gestaltung der unter dem Ziel Gesund aufwachsen relevanten Lebenswelten wird entscheidend durch die Länder und Kommunen beeinflusst. So wird in den BRE die kommunale Daseinsvorsorge, die Gesetzgebung (z. B. Verankerung der Gesundheitsförderung und Prävention in den Schul- und Kitagesetzen¹⁶⁰), die Bildungs- und Lehrplangestaltung¹⁶¹ (z. B. Schulsport, Gesundheitskompetenz) und die Haushaltspolitik (z. B. Bereitstellung ausreichender Ressourcen für gesunde Schul- und Kita-Verpflegung¹⁶²) als wichtige Aufgabfelder der Länder und Kommunen hervorgehoben.

159 Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, Kapitel 3.1.1.

160 Siehe u. a. Niehues, C., Höldke, B., & Gericke, C. A. (2006). Vergleich der Schulgesetze der Länder der Bundesrepublik Deutschland im Hinblick auf die Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im Gesetzestext. *Das Gesundheitswesen* 68(2), 101-109.

161 Siehe auch www.bildungserver.de/Bildungsplaene-der-Bundeslaender-fuer-die-fruehe-Bildung-in-Kindertageseinrichtungen-2027-de.html

162 Informationen zu mehr Qualität beim Essen und Trinken stehen unter www.nqz.de/

Die **GKV** trägt zur Erreichung des Ziels Gesund aufwachsen durch Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V bei.¹⁶³ Die Leistungen umfassen insbesondere:

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

Die Leistungen werden auf Grundlage des GKV-Leitfadens Prävention (Kapitel 7.6) erbracht und richten sich an alle Versicherten in einer Lebenswelt, d. h. nicht nur an die Versicherten einer einzelnen Krankenkasse. Voraussetzung für die Leistungserbringung ist die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen, Vorschläge umzusetzen sowie eine angemessene Eigenleistung zu erbringen (§ 20a Abs. 2 SGB V).

Die **GUV** trägt zur Erreichung des Ziels Gesund aufwachsen durch ihre Präventionsleistungen (Kapitel 2.1.1) in Bildungseinrichtungen bei.¹⁶⁴ Ihre Unterstützung richtet sich insbesondere an die Unternehmerinnen und Unternehmer, die für die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten, Kinder in Kindertageseinrichtungen, Schülerinnen und Schüler, Auszubildende, Studierende sowie der ehrenamtlich Tätigen in Bildungseinrichtungen verantwortlich sind. Die Verpflichtung der Unternehmerinnen und Unternehmer (z. B. Schulsachkostenträger, Schulhoheitsträger) ergibt sich aus dem Arbeitsschutzgesetz, dem Vorschriften- und Regelwerk der DGUV

und den länderspezifischen Vorschriften. Die **SVLFG** als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft leistet u. a. durch ihr Engagement für Auszubildende einen Beitrag zum Ziel Gesund aufwachsen. Da es sich bei den Präventionsleistungen der GUV und der SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft zum Ziel Gesund aufwachsen und zum Ziel Gesund leben und arbeiten um analoge Leistungen handelt, werden sie gemeinsam in Kapitel 5.3.1 vorgestellt. Herauszuheben für das Ziel Gesund aufwachsen sind das Fachkonzept „Frühe Bildung mit Sicherheit und Gesundheit fördern. Prävention und Gesundheitsförderung in der guten gesunden Kindertageseinrichtung“¹⁶⁵, der Schulentwicklungsansatz „Gute gesunde Schule“¹⁶⁶ sowie das Präventionsprogramm „Jugend will sich-er-leben“¹⁶⁷.

Die **PKV** unterstützt die Erreichung des Ziels Gesund aufwachsen durch ihre auf freiwilliger Basis erbrachten Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Das Engagement wird durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) im Auftrag der in ihm organisierten Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung umgesetzt.¹⁶⁸ Zur Durchführung der Leistungen zum Ziel Gesund aufwachsen kooperiert der PKV-Verband mit der BZgA (z. B. Entwicklung einer Unterrichtseinheit an Schulen zur Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen sowie Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit“ mit den darin eingebetteten Aktivitäten „KlarSicht-Koffer“ und „Mitmachparcours KlarSicht“) und mit der Deutschen AIDS-Stiftung (z. B. „Beratung von Familien mit Migrationshintergrund“).

5.2.2 DURCHGEFÜHRTE AKTIVITÄTEN ZUM ZIEL GESUND AUFWACHSEN

Die Auswertungen zum Ziel Gesund aufwachsen beruhen auf Angaben von GKV, GUV, SVLFG, PKV, Bund, Kommunen und OZG für das Jahr 2017. Die Akteursgruppen SPV und GRV engagierten sich nicht zum Ziel Gesund aufwachsen, weil sie hier keinen gesetzlichen Auftrag haben. Die Auswertungen zum Ziel Gesund aufwachsen beruhen auf folgenden Anzahlen von Aktivitäten für das

163 Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V fallen nicht unter die BRE und finden daher in diesem Kapitel keine Berücksichtigung.

164 Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, Kapitel 3.1.1.

165 <https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/202-100.pdf>

166 <https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/si-8097.pdf>

167 www.jwsl.de

168 Die Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung erbringen möglicherweise selbst auch Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen. Über dieses mögliche Engagement liegen jedoch keine ausreichenden Informationen vor. Im Rahmen der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht dokumentierten zwar ein paar Unternehmen der privaten Krankenversicherung Aktivitäten. Es handelt sich jedoch um zu wenige Antworten, um aussagekräftige Ergebnisse präsentieren zu können.

Jahr 2017¹⁶⁹: GKV N = 3.514, GUV N = 6, SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft N = 3, PKV N = 13, Bund N = 44, Kommunen N = 80, OZG N = 66.

Bei den von GKV, GUV, SVLFG und PKV genannten Aktivitäten handelte es sich um die in Kapitel 5.2.1 dargestellten Leistungen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die GKV über einzelne Durchführungen von Leistungen nach § 20a SGB V berichtete, während die GUV über sechs ihrer elf Präventionsleistungen (Überwachung einschließlich anlassbezogene Beratung, Beratung [auf Anforderung], Qualifizierung, Anreizsysteme, Ermittlung sowie Forschung, Entwicklung und Modellprojekte)¹⁷⁰ in aggregierter Form berichtete. Für die SVLFG lagen Angaben zu drei konkreten Umsetzungen von Leistungen vor. Die PKV berichtete über 13 einzelne Aktivitäten. Aufgrund der unterschiedlichen Detaillierungsgrade ergaben sich stark unterschiedliche Anzahlen von Aktivitäten (siehe auch die einleitend in Kapitel 5 dargestellten Besonderheiten bei der Interpretation der Ergebnisse).

Vom Bund gingen Aktivitäten des BMEL, des BMG und der BZgA in die Auswertung ein. Dabei handelte es sich in vielen Fällen um Aktivitäten, die im Rahmen von „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“¹⁷¹ durchgeführt wurden, z. B. „Vernetzungsstellen Kita- und Schulverpflegung“, „Klasse, Kochen“, „SchmExperten“, „Netzwerk Gesund ins Leben“, „Let us go – jeder Schritt hält fit“. Eine weitere Gruppe von Aktivitäten behandelte das Thema Suchtprävention, z. B. „Kid-Kit networks“, „rauchfrei unterwegs – du und dein Kind“, „Schwanger? Dein Kind trinkt mit! Alkohol? Kein Schluck – kein Risiko!“, „Internetangebot www.drugcom.de“. In der Akteursgruppe Kommune berichteten 15 Landkreise, Städte und Gemeinden über ihre Aktivitäten, wobei die Namen der Aktivitäten eine große Heterogenität widerspiegeln, z. B. „Kampagne Schütteltrauma“, „Gesunde Ernährung in der Kita“, „Erziehergesundheit“, „Projekt zur Förderung der seelischen Gesundheit bei Jugendlichen“, „HIV Jugendsprechstunde“. Die unter OZG vorgestellten Aktivitäten wurden von acht Landesvereinigungen für Gesundheit, vier Landessportbünden und einer Selbsthilfeorganisation berichtet. Beispiele der hier genannten Aktivitäten waren: „Audit Gesunde Kita“ bzw. „Audit Gesunde Schule“, „Vernetzungsstellen Kita- und Schulverpflegung“, „Be Smart –

Don't Start Wettbewerb“, „Streetballtour“ und „Elternwerkstatt“.

Zielgruppen der Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen

Die am häufigsten genannten Zielgruppen waren Kinder und Jugendliche im Schulalter bzw. in der Ausbildung (40-70 % der Aktivitäten von GKV, PKV, Bund, Kommunen und OZG, alle Aktivitäten der GUV und SVLFG)¹⁷², Kinder und ihre Eltern in der Kitaphase (40-50 % der Aktivitäten von GKV, Bund, Kommunen und OZG, alle Aktivitäten der GUV, eine von drei der SVLFG) und Werdende und junge Familien (20-40 % der Aktivitäten von GKV, Bund, Kommunen und OZG, alle Aktivitäten der GUV, eine von drei der SVLFG). Somit spiegeln die in der Praxis zu Gesund aufwachsen am häufigsten genannten Zielgruppen die in den BRE definierten Zielgruppen wider. Die Nennung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Studium kam vergleichsweise selten vor (1-10 % bei GKV, Kommunen und OZG, 20 % bei PKV und Bund, alle Aktivitäten der GUV).

Neben den Zielgruppen aus den BRE wurde von PKV, Bund, Kommunen und OZG auch relativ häufig „Sonstige“ als Zielgruppe angegeben (30-80 % der Aktivitäten). Dies wurde z. B. als Eltern, Lehrkräfte, Erziehende oder pädagogische Fachkräfte näher spezifiziert und bringt zum Ausdruck, dass auch Erwachsene im Umfeld von Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen als Zielgruppe wahrgenommen wurden. Zum Teil sind die Lehrkräfte, Erziehenden oder pädagogischen Fachkräfte als Multiplikatoren Zielgruppen der Aktivität. Dies dürfte auch erklären, warum Erwerbstätige, arbeitslose Menschen und ehrenamtlich Tätige als Zielgruppen für Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen genannt wurden (1-20 % der Aktivitäten von PKV, Bund, Kommunen und OZG).

Inhalte der Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen

Das inhaltliche Spektrum der Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen fiel breit aus: Zum einen vermittelten relativ wenige Aktivitäten nur einen Inhalt (0-20 % der Aktivitäten je Akteursgruppe), zum anderen wurde das

169 Für Bund, Kommunen und OZG sind die Anzahl berichtende Organisationen N = 3, N = 15 bzw. N = 13.

170 Die übrigen fünf Präventionsleistungen der GUV (betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung, Information und Kommunikation, Präventionskampagnen, Prüfung/Zertifizierung, Regelwerk) werden hier nicht berichtet, da sie nicht im Sinne der Definition einer Aktivität, wie sie für die Online-Erhebung verwendet wurde, erfasst werden können.

171 www.in-form.de

172 Bei den Antworten waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozente beziehen sich auf den Anteil der Aktivitäten mit einer gegebenen Nennung an der Gesamtzahl der Aktivitäten, die zu dem entsprechenden Ziel von der jeweiligen Akteursgruppe berichtet wurden. In den Abschnitten zu Inhalten und erreichten Lebenswelten wurde analog vorgegangen.

gesamte Spektrum der als Antwortoptionen vorgegebenen Inhalte¹⁷³ abgedeckt.

Die am häufigsten genannten Inhalte waren der relativ allgemein gehaltene Inhalt Vermittlung von Gesundheitskompetenz (60-90 % der Aktivitäten je Akteursgruppe^{174, 175}) sowie auf die allgemeine körperliche und psychische Gesundheit bezogene Themen (Förderung gesunder Ernährung, Förderung von Bewegung, Stärkung psychischer Ressourcen und Resilienz und Entspannungstechniken und Stressbewältigung wurden für jeweils 30-70 % der Aktivitäten der Akteursgruppen GKV, Bund, Kommunen und OZG genannt). Alle Aktivitäten der GUV vermittelten die Inhalte Prävention von Unfällen und Verhinderung bestimmter Krankheiten (einschließlich Berufskrankheiten). Letzterer Inhalt wurde auch von den drei Aktivitäten der SVLFG vermittelt. Die PKV nannte häufig Prävention bzw. Reduzierung von Suchtmittelkonsum, insbesondere Alkoholkonsum, und damit in Zusammenhang stehende Inhalte wie Stärkung psychischer Ressourcen und Resilienz, Förderung eines gesundheitsgerechten Umgangs miteinander und Gewaltprävention, Verhinderung bestimmter Krankheiten sowie Prävention von Unfällen (jeweils 80 % der Aktivitäten).

Erreichte Personen der Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen

Die Frage nach der Anzahl erreichter Personen wurde nur für einen Teil der Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen beantwortet (GKV 90 % der Aktivitäten, GUV 50 %, SVLFG 100 %, PKV 80 %, Bund 60 %, Kommunen 90 % und OZG 70 %)¹⁷⁶. Die Anzahl der im Berichtsjahr 2017 erreichten Personen ist im Kontext von 15,3 Millionen unter 20-Jährigen in Deutschland¹⁷⁷ zu sehen (siehe auch die einleitend in Kapitel 5 dargestellten Besonderheiten bei der Interpretation der Ergebnisse).

Die Aktivitäten der GKV zum Ziel Gesund aufwachsen erreichten im Jahr 2017 insgesamt 2,6 Millionen Personen. Die Mehrheit der Personen wurde durch Aktivitäten erreicht, die weniger als 50 Personen bzw. 50-499 Personen je Aktivität erreichten (30 bzw. 60 % der Aktivitäten der GKV). Nur 10 % der Aktivitäten der GKV richteten sich an mehr als 500 Personen je Aktivität. Die maxi-

male Teilnehmerzahl betrug 330.000 Personen. Dies verdeutlicht, wie detailliert das Engagement der GKV dokumentiert wurde. Weiterhin deutet die relativ kleine Anzahl der erreichten Personen je Aktivität darauf hin, dass die Aktivitäten der GKV häufig auf den jeweiligen Kontext zugeschnitten wurden. Die Ausfüllhinweise der MDS-Dokumentation definieren, dass in einem Dokumentationsbogen alle Aktivitäten zusammengefasst werden sollen, „die zu einer ‚inhaltlich gleich strukturierten Gesamtheit an Aktivitäten‘ gehören“¹⁷⁸. Insofern sollten gleichartige Aktivitäten, die in mehreren Lebenswelten stattfanden, zusammengefasst werden. Da dies selten auftritt, scheinen Aktivitäten, wenn sie in mehreren Lebenswelten durchgeführt wurden, nicht als „inhaltlich gleich strukturiert“ wahrgenommen zu werden.

Die Anzahl Personen, die durch die Aktivitäten der GUV zum Ziel Gesund aufwachsen erreicht wurden, wurde nicht separat erfasst. Daher erfolgt eine Darstellung der insgesamt durch die Aktivitäten der GUV erreichten Personen in Kapitel 5.3.2. Die drei Aktivitäten der SVLFG erreichten 10.000 Personen („Sonne(n) mit Verstand statt Sonnenbrand - Gesund.Leben.Bayern.“) bzw. 360 („Azubi Aktiv - fit for green - Ausbildung Fachkräfte für Agrarservice“) bzw. 280 („Azubi Aktiv - fit for green - Deutsche Lehranstalten für Agrartechnik“).

Das Präventionsengagement der PKV beinhaltete das Sponsoring der Jugendkampagne „Alkohol? Kenn Dein Limit“ zur Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen, wodurch 47 Millionen Personen erreicht wurden. Die Anzahl lag über der Anzahl der Kinder und Jugendlichen in Deutschland, da im Rahmen der als Mehrebenenprogramm angelegten Aktivität auch Eltern und andere Erwachsene im Umfeld von Kindern adressiert wurden. Weitere von der PKV gesponserte Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen hatten insgesamt 60.000 Teilnehmer; 25.000 davon wurden durch eine „Peer-Aktion“ erreicht, weitere jeweils 10.000 durch die Aktivitäten „Jugendfilmtage Nikotin und Alkohol“ und „Mitmachparcours KlarSicht“.

Der Bund berichtete zum Ziel Gesund aufwachsen über acht Aktivitäten (30 %), die jeweils mehr als 500.000 Personen erreichten. Die meisten Personen wurden durch ein „modulares Informationsangebot zur gesun-

173 Die Antwortmöglichkeiten können dem Anhang 1.1.3 entnommen werden.

174 Vermittlung von Gesundheitskompetenz wird von der GKV nicht als Inhalt erhoben.

175 Mehrfachnennungen waren möglich. Siehe Fußnote 172 in Kapitel 5.2.2 bezüglich Berechnung der Prozentwerte.

176 Dies entspricht GKV N = 3.279, PKV N = 11, Bund N = 25, Kommunen N = 70, OZG N = 47 Aktivitäten.

177 Statistisches Bundesamt: Bevölkerung (Code 12411-0005), Stichtag 31.12.2017, Stand: 27.03.2019. Zusätzlich wären auch die Eltern in werdenden und jungen Familien zu berücksichtigen.

178 Ausfüllhinweise MDS-Dokumentation für lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention, Berichtsjahr 2017.

den kindlichen Entwicklung im frühen Kindesalter für Eltern“ (7,9 Millionen), „Eltern- und Beratungsmedien zu Vorsorgeuntersuchungen“ (1,6 Millionen) sowie das „Internetangebot www.drugcom.de“ (1,5 Millionen) erreicht. Die weiteren Aktivitäten des Bundes, für die Angaben vorliegen, erreichten 5.000-499.000 Personen (20 % der Aktivitäten) bzw. 50-4.999 Personen (50 % der Aktivitäten). Die Aktivitäten, über die Kommunen berichteten, erreichten meist kleinere Personenkreise von weniger als 500 Personen (80 % der Aktivitäten). Für die übrigen 20 % der Aktivitäten waren es zwischen 500 bis 8.000 Personen. Die von Akteuren der OZG berichteten Aktivitäten erreichten zu 50 % weniger als 500 Personen, für die übrigen 50 % waren es zwischen 500 und 15.000 Personen. Wie bereits für die GKV angemerkt, zeigen die relativ kleinen Anzahlen erreichter Personen den hohen Detaillierungsgrad der Dokumentation der Aktivitäten.

Die breite Spanne der Anzahl erreichter Personen reflektiert u. a. die Heterogenität der Aktivitäten: Teils handelt es sich um Aktivitäten in einzelnen Kitas oder Schulklassen, teils um bundesweite Kampagnen.

Erreichte Lebenswelten der Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen

Die Aktivitäten, die sich an die Interventionsebene Lebenswelt richteten¹⁷⁹, fanden hauptsächlich in den für das Ziel Gesund aufwachsen zu erwartenden Bildungseinrichtungen statt: Kindertageseinrichtungen, Grundschulen, „Real-, Haupt-, Gesamt-, Förderschulen“, Gymnasien sowie berufsbildende Schulen.

Für die Aktivitäten der GKV wurden am häufigsten Kindertageseinrichtungen (40 % der Aktivitäten), Grundschulen (30 % der Aktivitäten) sowie „Real-, Haupt-, Gesamt-, Förderschulen“ (20 %¹⁸⁰) als erreichte Lebenswelten angegeben. Die Aktivitäten der GUV fanden in allen Arten von Bildungseinrichtungen statt. Zwei der Aktivitäten der SVLFG fanden in berufsbildenden Schulen statt, eine in Betrieben. Die Aktivitäten der PKV erreichten am häufigsten die Lebenswelten „Gemeinden, Kommunen, Quartiere, Stadtteile“ (50 % der Aktivitäten). Weiterhin wurden von der PKV Einrichtungen der Freizeitgestaltung, „Real-, Haupt-, Gesamt-, Förderschulen“ und Gymnasien (jeweils 30 % der Aktivitäten) sowie berufsbildende Schulen (20 % der Aktivitäten) genannt. Bund, Kommunen und OZG gaben am häufigsten

an, Kindertageseinrichtungen, Grundschulen, „Real-, Haupt-, Gesamt-, Förderschulen“, Gymnasien sowie berufsbildende Schulen erreicht zu haben (jeweils 30-70 % der Aktivitäten). Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie Einrichtungen der Freizeitgestaltung wurden seltener genannt (jeweils 10-20 % der Aktivitäten von Bund, Kommunen und OZG; GKV 1-2 %).

Die meisten Aktivitäten erreichten eine kleine Anzahl von Lebenswelten. Dies entspricht auch der oben erwähnten Beobachtung, dass die Anzahl erreichter Personen je Aktivität häufig gering war. Nachfolgend wird das Ergebnis am Beispiel von Bildungseinrichtungen vertiefend dargestellt, da diese am häufigsten genannt wurden.¹⁸¹ Eine Lebenswelt ist dabei z. B. eine Kita oder eine Grundschule. Für die Aktivitäten der GKV wurde am häufigsten angegeben, dass eine Bildungseinrichtung je Aktivität erreicht wurde (90 % der Aktivitäten). Von der SVLFG wurden zwei Bildungseinrichtungen je Aktivität erreicht, von der PKV ca. 100 je Aktivität. Bei Bund, Kommunen und OZG zeichnete sich ab, dass meist weniger als 100 Bildungseinrichtungen je Aktivität erreicht wurden. Da jedoch evtl. die Anzahl „0“ oder „1“ auch angegeben wurde, um anzuzeigen, dass eine Lebenswelt erreicht wurde, die Anzahl jedoch nicht bekannt war, konnte die Verteilung nicht genau ermittelt werden. Die von Aktivitäten der GUV zum Ziel Gesund aufwachsen erreichten Lebenswelten wurden nicht separat erfasst. Daher erfolgt eine Darstellung der insgesamt erreichten Lebenswelten in Kapitel 5.3.2.

179 Dies sind für GKV N = 3.514, GUV N = 6, SVLFG N = 3, PKV N = 11, Bund N = 24, Kommunen N = 41, OZG N = 54 Aktivitäten.

180 Mehrfachnennungen waren möglich. Siehe Fußnote 172 in Kapitel 5.2.2 bezüglich Berechnung der Prozentwerte.

181 Es wurden nur Aktivitäten berücksichtigt, für die Angaben zur Anzahl erreichter Bildungseinrichtungen gemacht wurden. Dies waren für GKV N = 3.304, GUV N = 0, SVLFG N = 2, PKV N = 2, Bund N = 16, Kommunen N = 35, OZG N = 46 Aktivitäten.

5.3 ENGAGEMENT ZUM ZIEL GESUND LEBEN UND ARBEITEN

Unter dem Ziel Gesund leben und arbeiten sollen gemäß den BRE schwerpunktmäßig drei Zielgruppen erreicht werden: Erwerbstätige, arbeitslose Menschen und ehrenamtlich Tätige. Nachfolgend werden zunächst die grundsätzlichen Leistungen erläutert, die von den NPK-Trägern - ausgehend von ihren gesetzlichen Aufträgen - gemäß den BRE erbracht werden. Danach wird über die Ergebnisse aus der Online-Erhebung bzw. der MDS-Dokumentation zu den im Jahr 2017 durchgeführten Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten berichtet.

5.3.1 GRUNDSÄTZLICHE LEISTUNGEN

Die Gesundheit von **erwerbstätigen Menschen** kann insbesondere durch Gestaltung des betrieblichen Umfelds gefördert werden. Dazu wird eine systematische Verknüpfung der Beiträge der Kranken-, Renten- und Unfallversicherungsträger mit dem Engagement der Arbeitgebenden und Beschäftigten angestrebt (Abbildung 5).¹⁸²

Arbeitgebende sind verpflichtet, „die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen“ (§ 3 Abs. 1 ArbSchG). Die Beschäftigten sind verpflichtet, „nach ihren Möglichkeiten sowie gemäß der Unterweisung und Weisung des Arbeitgebers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen“ (§ 15 Abs. 1 ArbSchG). Die Präventionsleistungen der GUV, insbesondere Beratungen, Überwachung und Qualifizierung von Betrieben bezüglich Verhütung von Unfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, unterstützen Arbeitgebende und Beschäftigte bei der Einhaltung des Arbeitsschutzes und dem Erhalt von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Die Arbeitgebenden sind weiterhin zu betrieblichem Eingliederungsmanagement verpflichtet (§ 167 SGB IX). Dabei werden sie durch die gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherungsträger unterstützt. Für Beschäftigte ist das betriebliche Eingliederungsmanagement freiwillig. Sowohl für Arbeitgebende als auch für Beschäftigte freiwillig ist die Durchführung von bzw. Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung. Betrieben, die betriebliche Gesundheitsförderung durchführen möchten, bieten die gesetzlichen Krankenkassen Unterstützung an

(§§ 20b und 20c SGB V). Schließlich haben Beschäftigte mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen zur Prävention der GRV gemäß § 14 Abs. 1 SGB VI.

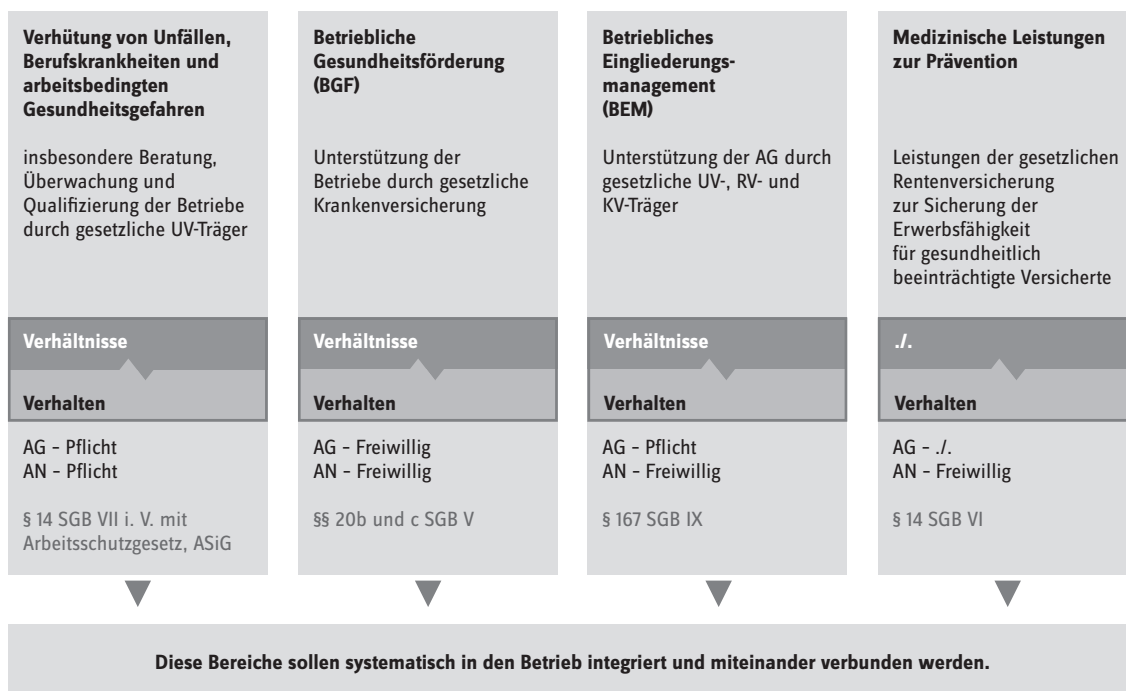
Um ihrem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen (§ 14 Abs. 1 SGB VII), erbringt die **GUV** (einschließlich der SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft) elf Präventionsleistungen.¹⁸³ Den Kern des Engagements der GUV bilden Beratungen auf Anforderung, die hoheitliche Überwachung einschließlich anlassbezogener Beratungen und Qualifizierungsmaßnahmen. Die Beratungen auf Anforderung informieren Unternehmerinnen und Unternehmer, betriebliche Interessenvertretungen, Versicherte und sonstige beteiligte Kreise zu den Themen Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und Ausbildung. Während dieser Beratungen informieren die Vertretungen der GUV auch über den Aufbau eines Managements von Sicherheit und Gesundheit sowie über das Leistungsangebot der anderen Sozialversicherungsträger, zu denen ggf. Kontakte hergestellt werden. Durch die hoheitliche Überwachung wird die Durchführung betrieblicher Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie zur Sicherstellung der Ersten Hilfe nachgehalten. Qualifizierungsmaßnahmen für die mit der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und Ausbildung betrauten oder daran beteiligten Personen sind eine wichtige Säule vor dem Hintergrund des Aufbaus von Risiko- und Gesundheitskompetenz in Bildungseinrichtungen und Betrieben sowie bei den in diesen Lebenswelten für Sicherheit und Gesundheit zuständigen Personen. Weitere Präventionsleistungen der GUV sind:

- Anreizsysteme für die Durchführung bestimmter Präventionsmaßnahmen bzw. die Realisierung eines bestimmten Schutzniveaus (monetäre und nichtmonetäre Vorteile),
- betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung zur Unterstützung der Arbeitgebenden bei der Umsetzung des Arbeitssicherheitsgesetzes,
- Ermittlungen der möglichen Ursachen und der Begleitumstände für Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten oder arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren,
- Forschung, Entwicklung und Modellprojekte, u. a. zur Erprobung neuer Präventionsmaßnahmen,

182 Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, Kapitel 3.2.1.

183 www.dguv.de, Webcode: d1090649. Siehe auch „Position der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention“ unter www.dguv.de/praevention/prae_v_lohnt_sich/gemeinsame-position/index.jsp

Abbildung 5: Gesundheit in der Arbeitswelt - Beiträge der Unfall-, Kranken- und Rentenversicherungsträger



Anmerkung: AG: Arbeitgebende, AN: Arbeitnehmende
Quelle: Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, Abbildung 2

- Information und Kommunikation einschließlich Medienentwicklung,
- Präventionskampagnen zur Verbreitung von Wissen um die Notwendigkeit von Prävention und zur konkreten Durchführung von Präventionsmaßnahmen,
- Prüfung und Zertifizierung von Arbeitsmitteln und Systemen hinsichtlich der Einhaltung von Sicherheits- und Gesundheitsanforderungen sowie
- Erstellung von Unfallverhütungsvorschriften, Regeln und Informationen und damit Bereitstellung eines Vorschriften- und Regelwerks für die Durchführung von Maßnahmen der Prävention und Sicherheitsförderung.

Die Aktivitäten der GUV werden u. a. unter dem Dach der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) in Zusammenarbeit mit den staatlichen Arbeitsschutzbehörden durchgeführt. In den Jahren 2013–2018 wurden im Rahmen der GDA vorrangig die Ziele verfolgt, die Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes zu verbessern, arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich zu verringern und die Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung zu schützen und zu stärken.¹⁸⁴ Daher legen auch die Aktivitäten der GUV im Jahr 2017 Schwerpunkte auf diese Themen.¹⁸⁵ Beispiele der Aktivitäten, die die GUV im Rahmen der Arbeitsprogramme „Organisation“, „Muskel-Skelett Erkrankungen“ und „Psyche“ durchführ-

¹⁸⁴ Siehe auch GDA-Dachevaluation. www.gda-portal.de/DE/GDA/Evaluation/2013-2018/2013-2018_node.html

¹⁸⁵ In der ersten weiterentwickelten Fassung der BRE vom 29.08.2018 wurde das Ziel Gesund leben und arbeiten um zwei mit der GDA abgestimmte Ziele ergänzt. Vgl. Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, S. 18 und 28 f.

te, können den Berichten „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“¹⁸⁶ entnommen werden.

Die Präventionsleistungen der **SVLFG** als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft sind analog zu den Präventionsleistungen der **GUV**. Als eine Besonderheit werden sie als Teil eines integrierten Gesamtkonzepts erbracht. Dies wird durch die Organisation der **SVLFG** als zwei-geübergreifendem Sozialversicherungsträger ermöglicht. So kann der Außendienst der **SVLFG**, der die Funktion einer aufsuchenden Hilfe hat, den in der **SVLFG** versicherten Betrieben und Personen sowohl Leistungen zur Prävention von arbeitsbedingten und arbeitsunabhängigen Gesundheitsgefahren als auch Leistungen zur Gesundheitsförderung und der medizinischen Versorgung anbieten. Die Angebote der **SVLFG** zur Vermeidung psychischer Belastungen werden in dem Modellvorhaben „Mit uns im Gleichgewicht“¹⁸⁷ zusammengefasst (Kapitel 5.7).

Die Leistungen der **GKV** zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V dienen insbesondere dem Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher betrieblicher und überbetrieblicher Strukturen. Gemäß den **BRE**^{188, 189} umfassen die Leistungen:

- Information und Beratung von Betrieben zu betrieblicher Gesundheitsförderung/zu betrieblichem Gesundheitsmanagement,
- Unterstützung beim Aufbau von innerbetrieblichen Strukturen für die Steuerung von betrieblichen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen,
- Ermittlung und Analyse des Handlungsbedarfs, Erhebung der gesundheitlichen Situation,
- Unterstützung bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Handlungsfeldern der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung und des gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstils (Stressbewältigung und Ressourcenstärkung, Bewegungsförderung, gesundheitsgerechte Ernährung und Suchtprävention),

- Unterstützung bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen der Prävention insbesondere chronischer Krankheiten,
- Unterstützung bei der Qualifizierung innerbetrieblicher Multiplikatoren für Prävention- und Gesundheitsförderung, inkl. gesundheitsgerechter Führung von Mitarbeitenden,
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung,
- Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit zur gesundheitsförderlichen Gestaltung an alle Zielgruppen,
- überbetriebliche Vernetzung und Beratung sowie
- aktive Mitwirkung in Gremien zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern auf Landes- und kommunaler Ebene.

Die Leistungen werden gemäß dem im **GKV**-Leitfaden Prävention (Kapitel 7.6) dargelegten Handlungsrahmen erbracht. § 20c SGB V verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen, bei der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit der **GUV** zusammenzuarbeiten. Dazu sollen sie insbesondere in Abstimmung mit den Unfallversicherungsträgern auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren ausgerichtete Leistungen nach § 20b SGB V erbringen. Betriebe können sich u. a. über die regionalen **BGF**-Koordinierungsstellen der **GKV** (Kapitel 7.5) zu den Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung, aber auch zu den Angeboten der Sozialversicherungsträger insgesamt bezüglich Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung im Allgemeinen beraten lassen.

Die **GRV** bietet zum Ziel Gesund leben und arbeiten zwei Aktivitäten an: (1) medizinische Leistungen zur Prävention nach § 14 Abs. 1 SGB VI und (2) den Firmenservice der **GRV**. Versicherte der **GRV**, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, welche die ausgeübte Beschäftigung gefährden, können Leistungen zur Prävention gemäß § 14 Abs. 1 SGB VI in Anspruch nehmen.¹⁹⁰ Bei den Leistungen handelt es sich um verhaltenspräventive Maßnahmen, die aus einer Initialphase, einer Trainingsphase, einer Eigenaktivitätsphase und einem

186 www.baua.de: Themen ▶ Arbeitswelt und Arbeitsschutz im Wandel ▶ Arbeitsweltberichterstattung ▶ SUGA.

187 www.svlfg.de/31-gesundheitsangebote/index.html

188 Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, S. 22.

189 Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V fallen nicht unter die **BRE** und finden daher in diesem Kapitel keine Berücksichtigung.

190 Siehe auch Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 14 Absatz 2 SGB VI über medizinische Leistungen für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden (Präventionsrichtlinie) vom 28. Juni 2018. Bundesanzeiger vom 26.10.2018.

oder mehreren Auffrischungstagen bestehen.¹⁹¹ Die Initialphase findet stationär oder ganztätig ambulant in einer Rehabilitationseinrichtung statt und dauert drei bis fünf Tage. Während der Initialphase wird der individuelle Gesundheitszustand durch eine ärztliche Eingangsdiagnostik und die Erstellung eines berufsbezogenen, individuellen Anforderungs- und Fähigkeitsprofils erfasst. Weiterhin findet der theoretische und praktische Einstieg in das Präventionsprogramm statt. Dazu werden Impulsvorträge und -veranstaltungen angeboten sowie ein individueller Trainingsplan erstellt. Die mindestens dreimonatige Trainingsphase findet berufsbegleitend statt. Die Teilnehmenden erhalten an ein bis zwei Terminen pro Woche eine praxisorientierte Vermittlung von Strategien zum erfolgreichen Selbstmanagement für einen nachhaltig gesunden Lebensstil. Die Themenfelder sind Ernährung, Bewegung sowie Stressbewältigung und Resilienzbildung. Der Trainingsphase schließt sich die Eigenaktivitätsphase an, während der die Teilnehmenden das Gelernte eigenständig umsetzen. Drei bis sechs Monate nach Abschluss der Trainingsphase schließt die Präventionsleistung mit der Auffrischungsphase ab. Hier wird an einem oder mehreren Tagen in einer Rehabilitationseinrichtung das zuvor Erlernte aufgefrischt und verstetigt sowie Unterstützung bei der Bewältigung von Umsetzungshindernissen gegeben.

Der Firmenservice der GRV richtet sich an Betriebe, insbesondere Unternehmerinnen und Unternehmer, Personalverantwortliche, Werks- oder Betriebsärztinnen und -ärzte, Betriebs- und Personalvertretungen sowie Schwerbehindertenvertretungen. Er berät zu den Themen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Prävention und betriebliches Eingliederungsmanagement. Weiterhin informiert er über den Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements und über das Leistungsangebot der anderen Sozialversicherungsträger. Schließlich vermittelt er Kontakte, z. B. zu den anderen Sozialversicherungsträgern.

Für **arbeitslose Menschen** hat die **GKV** einen Präventions- und Gesundheitsförderungsauftrag.¹⁹² Im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit (Kapitel 7.4) unterstützen die gesetzlichen Krankenkassen die Verzahnung

von Arbeits- und Gesundheitsförderung. In Kooperation mit den Verantwortlichen der Jobcenter bzw. Arbeitsagenturen und kommunalen Stellen (Näheres über die Zusammenarbeit ist in Kapitel 7.1 enthalten) wird seit 2016 bundesweit ein verhältnis- und verhaltensbezogenes Angebot für arbeitslose Menschen zur Vermeidung von Gesundheitsrisiken und zur Stärkung persönlicher Ressourcen aufgebaut. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen beruhen auf § 20a SGB V und können insbesondere Folgendes umfassen:

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

Die Leistungen werden auf Basis des im GKV-Leitfaden Prävention (Kapitel 7.6) dargestellten Handlungsrahmens erbracht. Details zum Stand des Projekts „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ können dem GKV-Präventionsbericht 2018¹⁹³ entnommen werden.

Für **ehrenamtlich tätige Personen**, die ihr Ehrenamt im Auftrag einer Gebietskörperschaft (Bund, Länder, Kommunen) austragen, hat die **GUV** einen Unterstützungsauftrag entsprechend der Zielgruppe der erwerbstätigen Menschen (s. o.).¹⁹⁴ Die ehrenamtlich tätigen Personen können z. B. zur Hilfe bei Unglücksfällen, im Zivilschutz, in Bildungseinrichtungen oder in der Flüchtlingshilfe im Einsatz sein.

5.3.2 DURCHGEFÜHRTE AKTIVITÄTEN ZUM ZIEL GESUND LEBEN UND ARBEITEN

Die Auswertungen zum Ziel Gesund leben und arbeiten beruhen auf Angaben von GKV, GRV, GUV und SVLFG sowie Bund, Kommunen und OZG für das Jahr 2017. Die Anzahl der berichteten Aktivitäten für das Jahr 2017 be-

191 Rahmenkonzept zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 14 Abs. 1 SGB VI. www.deutsche-rentenversicherung.de: Infos für Experten ▶ Sozialmedizin & Forschung ▶ Reha-Wissenschaften ▶ Reha-Konzepte ▶ Konzepte ▶ Rahmenkonzepte.

192 Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, Kapitel 3.2.2.

193 www.gkv-spitzenverband.de: Krankenversicherung ▶ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▶ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▶ Präventionsbericht.

194 Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, Kapitel 3.2.3.

trug¹⁹⁵: GKV N = 8.154, GRV N = 2, GUV¹⁹⁶ N = 6, SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft N = 17, Bund N = 23, Kommunen N = 48 und OZG N = 15.

Bei den von GKV, GRV, GUV und SVLFG genannten Aktivitäten handelte es sich um die Leistungen, die sie gemäß den BRE zur Erreichung des Ziels Gesund leben und arbeiten erbrachten (Kapitel 5.3.1). Die GKV berichtete dabei über jede einzelne Durchführung einer Leistung nach § 20b SGB V in einem einzelnen Betrieb oder Unternehmen. Die GRV und GUV dagegen berichteten über die Erbringung ihrer Leistungen in aggregierter Form. Bei der GRV waren dies die Leistungen zur Prävention nach § 14 Abs. 1 SGB VI und der Firmenservice der GRV. Bei der GUV handelte es sich um die sechs Leistungen Überwachung, Beratung, Qualifizierung, Ermittlung, Anreizsysteme sowie Forschung, Entwicklung und Modellprojekte.¹⁹⁷ Die SVLFG berichtete teils über aggregierte Leistungen, teils über einzelne Durchführungen von Leistungen. Aufgrund der unterschiedlichen Detaillierungsgrade ergaben sich stark unterschiedliche Anzahlen von Aktivitäten (siehe auch die einleitend in Kapitel 5 dargestellten Besonderheiten bei der Interpretation der Ergebnisse).

Für den Bund berichteten das BMAS, BMEL und BMG sowie die BZgA über ihre Aktivitäten. Beispiele für die Aktivitäten waren „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (Kapitel 2.2.4), „Buchstäblich fit“, „Gemeinschaftsaktion zum Welt-AIDS-Tag“, „Kenn dein Limit (Zielgruppe Erwachsene)“ und „Frühintervention für erst auffällige (Crystal-Meth)-Amphetaminkonsumenten“. In der Akteursgruppe Kommunen dokumentierten 14 Landkreise, Städte und Gemeinden ihre Aktivitäten. Dabei handelte es sich zum Teil um Aktivitäten für Bürgerinnen und Bürger (z. B. „Aktionstag Sportabzeichen“, „Geschäftsstelle Arbeits- und Gesundheitsschutz“, „Fachtag Gesund in der Pflege“), zum Teil schien es sich auch um Aktivitäten für Mitarbeitende der kommunalen Verwaltungen zu handeln (z. B. „Fitnessraum im Tiefbauamt“, „Teilnahme am RUN und FUN Firmenlauf“, „Mitarbeiterbefragung i. R. der Gefährdungsbeurteilung“). Die Aktivitäten der OZG stammten von fünf Landesvereinigungen für Gesundheit, fünf Sportbünden und einer Selbsthilfeorganisation. Vier der Landesvereinigungen berichteten über die Aktivität „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ in Zusammenarbeit mit

dem GKV-Bündnis für Gesundheit und der Bundesagentur für Arbeit. Weitere Beispiele für genannte Aktivitäten waren „BIG – Bewegung als Investition in Gesundheit“, „Altersgerechter Impfstatus bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Gesundheitswesen“, „Führung und Gesundheit – Führen mit Kopf und Herz“ sowie „Platzwechsel – Bewege Dein Leben“.

Zielgruppen der Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten

Die Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten richteten sich überwiegend an die in den BRE definierte Zielgruppe der Erwerbstätigen. Andere Zielgruppen wie arbeitslose Menschen, ehrenamtlich tätige Personen und Erwachsene außerhalb des Kontexts der Erwerbstätigkeit wurden insgesamt betrachtet selten genannt.

Die Aktivitäten der GKV zum Ziel Gesund leben und arbeiten richteten sich überwiegend an erwerbstätige Menschen, wobei Erwerbstätige in Betrieben mit 50-499 Beschäftigten am häufigsten als Zielgruppe genannt wurden (55 % der Aktivitäten), gefolgt von Erwerbstätigen in Betrieben mit mehr als 500 Beschäftigten (20 %) bzw. 10-49 Beschäftigten (15 %¹⁹⁸). Erwerbstätige in Betrieben mit weniger als zehn Beschäftigten wurden nur für 5 % der Aktivitäten der GKV als Zielgruppe genannt. Die Zielgruppe arbeitslose Menschen wurde für insgesamt 150 Aktivitäten der GKV angegeben¹⁹⁹. Für 70 der Aktivitäten wurde kenntlich gemacht, dass sie im Rahmen der Aktivität „Verzahnung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ (Kapitel 7.4) durchgeführt wurden. Die Leistungen zur Prävention der GRV richteten sich an erwerbstätige Menschen mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Der Firmenservice der GRV richtete sich an Betriebe, insbesondere Unternehmerinnen und Unternehmer, Personalverantwortliche, Werks- oder Betriebsärztinnen und -ärzte, Betriebs- und Personalvertretungen sowie Schwerbehindertenvertretungen. Die Größe der Betriebe, in denen die erreichten Personen arbeiteten bzw. die der Firmenservice erreichte, wurde im Berichtszeitraum noch nicht standardmäßig erfasst. Die Aktivitäten der GUV und der SVLFG erreichten erwerbstätige Menschen sowie Unternehmerinnen und Unternehmer als Zielgrup-

195 Für Bund, Kommunen und OZG sind die Anzahlen der berichtenden Organisationen N = 4, N = 14 bzw. N = 11.

196 Über fünf der elf Präventionsleistungen der GUV wurde nicht berichtet.

197 Die übrigen fünf Präventionsleistungen der GUV (betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung, Information und Kommunikation, Präventionskampagnen, Prüfung/Zertifizierung, Regelwerk) werden hier nicht berichtet, da sie nicht im Sinne der Definition einer Aktivität, wie sie für die Online-Erhebung verwendet wurde, erfasst werden können.

198 Mehrfachnennungen waren möglich. Siehe Fußnote 172 in Kapitel 5.2.2 bezüglich Berechnung der Prozentwerte.

199 32 davon sind dem Ziel Gesund leben und arbeiten zugeordnet, die übrigen 118 sind zieleübergreifende Aktivitäten.

pe, wobei die Größe der erreichten Betriebe im Rahmen der Online-Erhebung nicht dokumentiert wurde.

Für die Aktivitäten des Bundes wurden Erwerbstätige (in allen Betriebsgrößen), arbeitslose Menschen sowie Jugendliche und junge Erwachsene im Studium als Zielgruppen genannt (jeweils 20–30 % der Aktivitäten). Als sonstige Zielgruppen wurden Erwachsene außerhalb des Kontexts der Erwerbstätigkeit genannt (z. B. Angehörige, Erwachsene, Patientinnen und Patienten; 50 % der Aktivitäten). Erwerbstätige in großen Betrieben mit mehr als 500 Beschäftigten waren bei den Aktivitäten der Kommunen die häufigste Zielgruppe (80 % der Aktivitäten). Die Aktivitäten der OZG richteten sich an Erwerbstätige und arbeitslose Menschen (jeweils 30 % der Aktivitäten); zudem an Jugendliche und junge Erwachsene im Studium sowie ehrenamtlich Tätige (jeweils 10 % der Aktivitäten).

Inhalte der Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten

Wie auch bei Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen, fiel das inhaltliche Spektrum der Aktivitäten zu Gesund leben und arbeiten breit aus: Zum einen vermittelten relativ wenige Aktivitäten nur einen Inhalt (0–20 % der Aktivitäten je Akteursgruppe, GKV 35 %), zum anderen deckten die Aktivitäten das gesamte Spektrum der als Antwortoptionen möglichen Inhalte²⁰⁰ ab, ausgenommen Altersgerechtes Wohnen und Wohnumfeld.

Bei den Aktivitäten der GKV standen die Inhalte Förderung von Bewegung, Entspannungstechniken und Stressbewältigung, Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit sowie Förderung gesunder Ernährung im Vordergrund (jeweils 30–60 % der Aktivitäten²⁰¹). Auch gesundes Führen sowie Verbesserung der Umgebungsbedingungen und gesundheitsförderliche Raumgestaltung wurden relativ häufig genannt (jeweils 20 % der Aktivitäten). Die Leistungen zur Prävention der GRV umfassten die Inhalte Vermittlung von Gesundheitskompetenz, Förderung von Bewegung, Entspannungstechniken und Stressbewältigung, Stärkung psychischer Ressourcen und Resilienz, Förderung gesunder Ernährung sowie Prävention bzw. Reduzierung von Suchtmittelkonsum. Der Firmenservice der GRV beriet zu Fragen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, zur Prävention

sowie zum betrieblichen Eingliederungsmanagement. Zum betrieblichen Gesundheitsmanagement wurden Informationen vermittelt, die sich auf Inhalte, den konkreten Nutzen für den Betrieb und mögliche Hilfen bei der Implementation (z. B. durch die GKV) bezogen. Ebenso wie Informations- und Beratungsangebote, die auch die anderen Sozialversicherungsträger anboten, übernahm der Firmenservice eine Lotsen- und Wegweiserfunktion. Bei den Präventionsleistungen der GUV und der SVLFG standen Prävention von Unfällen, Verhinderung bestimmter Krankheiten (insbesondere Berufskrankheiten), Gefährdungsbeurteilungen sowie gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen und -tätigkeiten im Vordergrund (jeweils 70–100 % der Aktivitäten). Es wurden jedoch auch fast alle anderen bei der Online-Erhebung als Antwortmöglichkeiten vorgegebenen Inhalte vermittelt.

Für fast alle Aktivitäten des Bundes wurde der Inhalt Vermittlung von Gesundheitskompetenz angegeben (80 % der Aktivitäten). Weiterhin wurden Stärkung psychischer Ressourcen und Resilienz, Verhinderung bestimmter Krankheiten sowie Prävention bzw. Reduzierung von Suchtmittelkonsum häufig genannt (40–50 % der Aktivitäten). Die Aktivitäten von Kommunen und OZG vermittelten ein relativ breites Spektrum an Inhalten, wobei Vermittlung von Gesundheitskompetenz, Förderung von Bewegung sowie Stärkung psychischer Ressourcen und Resilienz besonders häufig genannt wurden (jeweils 50 % der Aktivitäten von Kommunen und 60–80 % bei OZG). Für Aktivitäten der OZG wurden auch Entspannungstechniken und Stressbewältigung häufig genannt (70 % der Aktivitäten). Die anderen Inhalte wurden bei Bund, Kommunen und OZG seltener genannt (10–20 % der Aktivitäten) oder gar nicht.

Erreichte Personen der Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten

Die Anzahl erreichter Personen lag nur für einen Teil der Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten vor (GKV 95 %, GRV für Leistungen zur Prävention [nicht Firmenservice], GUV 50 %, SVLFG 90 %, Bund 50 %, Kommunen 75 %, OZG 70 %)²⁰². Die Anzahl der im Berichtsjahr 2017 erreichten Personen ist im Kontext von 44,6 Millionen erwerbstätigen Menschen²⁰³ und 2,4 Millionen arbeitslosen Menschen²⁰⁴ zu sehen (siehe auch die ein-

200 Die Antwortmöglichkeiten können dem Anhang 1.1.3 entnommen werden.

201 Mehrfachnennungen waren möglich. Siehe Fußnote 172 in Kapitel 5.2.2 bezüglich Berechnung der Prozentwerte.

202 Dies entspricht GKV N = 7.789, GRV N = 1, GUV N = 3, SVLFG N = 16, Bund N = 11, Kommunen N = 37, OZG N = 10 Aktivitäten.

203 Statistisches Bundesamt: Erwerbstätige (Code 13321-0001), Angabe für Dezember 2017, Stand: 27.03.2019.

204 Statistisches Bundesamt: Arbeitslose (Code 13211-0004), Angabe für Dezember 2017, Stand: 27.03.2019.

leitend in Kapitel 5 dargestellten Besonderheiten bei der Interpretation der Ergebnisse). Die Zielgruppe der ehrenamtlich Tätigen umfasste in einer breiten Definition 30,9 Millionen Menschen, die einer freiwilligen Tätigkeit nachgingen (Kapitel 3.1.9).

Die Aktivitäten der GKV zum Ziel Gesund leben und arbeiten erreichten im Jahr 2017 1,9 Millionen Personen, wobei es sich fast ausschließlich um erwerbstätige Menschen handelte.²⁰⁵ Je Aktivität waren es meist weniger als 50 Personen bzw. 50-499 Personen (45 bzw. 50 % der Aktivitäten). Die maximale Teilnehmerzahl war 84.000 Personen. Die relativ geringe Anzahl erreichter Personen je Aktivität ist u. a. damit zu erklären, dass – wie eingangs erwähnt – in der MDS-Dokumentation für Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung eine Aktivität als die „Prozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V in einem [einzelnen] Betrieb oder Unternehmen“²⁰⁶ definiert ist. Somit handelte es sich bei den je Aktivität erreichten Personen um die Anzahl Personen, die in einem Betrieb oder Unternehmen erreicht wurden. Die Leistungen zur Prävention gemäß § 14 Abs. 1 SGB VI der GRV erreichten 4.500 Personen. Die GUV erreichte mit ihren drei Kernaktivitäten die folgenden Anzahlen von Personen²⁰⁷: „Beratung auf Anforderung“ 6,32 Millionen Personen, „Überwachung einschließlich anlassbezogene Beratung“ 4,64 Millionen Personen und „Qualifizierung“ 1,99 Millionen Personen. Die Angaben der GUV bezogen sich nicht allein auf Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten, sondern auch auf Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen (Kapitel 5.2), da keine separate Erfassung erfolgte. Die SVLFG erreichte durch die Aktivität „Besichtigungen und Beratungen“ 240.000 Personen. Für die Aktivität „Aus- und Fortbildung der Versicherten allgemein“ waren es 80.000 Personen. Die übrigen Aktivitäten der SVLFG hatten 60.000 Teilnehmer.

Die Aktivitäten des Bundes zum Ziel Gesund leben und arbeiten erreichten sehr unterschiedliche Anzahlen von Personen. Für fünf Aktivitäten waren es weniger als 500

Personen je Aktivität. Die Aktivitäten „Gemeinschaftsaktion zum Welt-AIDS-Tag“ und „Prävention in vulnerablen Gruppen (Zuwendungen an die Deutsche AIDS-Hilfe)“ erreichten 29 bzw. 12 Millionen Personen. Die übrigen vier Aktivitäten erreichten zwischen 8.000 und 2 Millionen Personen. Die Aktivitäten der Kommunen und OZG erreichten überwiegend weniger als 50 bzw. 50-499 Personen je Aktivität (jeweils 45 % der Aktivitäten von Kommunen; 40 bzw. 50 % bei OZG). Die maximale Teilnehmerzahl einer Aktivität war 8.000 Personen.

Die breite Spanne der Teilnehmerzahlen reflektiert u. a. die Heterogenität der Aktivitäten: Teils handelte es sich um Aktivitäten in einzelnen Betrieben, teils um bundesweite Kampagnen.

Erreichte Lebenswelten der Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten

Die Aktivitäten, die sich an die Interventionsebene Lebenswelt richteten²⁰⁸, fanden hauptsächlich in der für das Ziel Gesund leben und arbeiten zu erwartenden Lebenswelt Betrieb statt. Für einige Aktivitäten wurden auch Bildungseinrichtungen oder „Gemeinde, Kommune, Quartier, Stadtteil“ als Lebenswelten genannt. Für GKV und SVLFG lagen bei den meisten Aktivitäten, die in Lebenswelten stattfanden, Daten zur Anzahl der erreichten Lebenswelten vor (GKV 99 % der Aktivitäten, SVLFG 80 %). Für GRV und GUV lagen keine Angaben zur Anzahl der erreichten Lebenswelten vor, jedoch Angaben zur Anzahl Besichtigungen, Beratungen bzw. Lehrgänge. Die Anzahl der erreichten Betriebe bzw. der Besichtigungen und Beratungen ist im Kontext von 5,4 Millionen Unternehmen zu sehen.²⁰⁹

Die Aktivitäten der GKV im Jahr 2017 fanden in 17.700 Betrieben bzw. Standorten²¹⁰ statt. Die meisten Aktivitäten erreichten mittlere Betriebe mit 50-499 Beschäftigten (55 % der Aktivitäten), gefolgt von großen Betrieben mit mehr als 500 Beschäftigten und kleinen Betrieben

205 Die Aktivitäten der GKV zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung befanden sich im Jahr 2017 in der Anlaufphase, sodass die Anzahl erreichter Personen gering war. Ehrenamtlich Tätige werden von der GKV nicht als Zielgruppe dokumentiert.

206 Ausfüllhinweise MDS-Dokumentation für betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2017.

207 Die Anzahl der erreichten Personen ist mit der mittleren Größe des Arbeitsschutzausschusses in den Betrieben (10 Personen) hochgerechnet und bis zur vierten Stelle auf null abgerundet worden. Es ist davon auszugehen, dass mindestens diese Personen von den entsprechenden Aktivitäten direkt erreicht wurden.

208 Dies sind für GKV N = 8.154, GRV N = 1, GUV N = 6, SVLFG N = 16, Bund N = 16, Kommunen N = 17, OZG N = 11 Aktivitäten.

209 Der Angabe liegt die Anzahl Unternehmen zugrunde, die bei der GUV (3,9 Millionen, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2016. www.dguv.de: Zahlen und Fakten ▶ Veröffentlichungen) und der SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft (1,5 Millionen, Auf einen Blick, Daten und Zahlen 2017, www.svlfg.de) versichert sind.

210 Laut den Ausfüllhinweisen der MDS-Dokumentation für betriebliche Gesundheitsförderung (Berichtsjahr 2017) wird „Betrieb mit ‚Standort‘ gleichgesetzt, also einem räumlich abgegrenzten Produktions- oder Dienstleistungsort“.

mit 10-49 Beschäftigten (20 bzw. 15 % der Aktivitäten²¹¹). Kleinstbetriebe mit weniger als 10 Beschäftigten wurden von nur 5 % der Aktivitäten erreicht. Andere Lebenswelten wurden kaum genannt (weniger als 1 % der Aktivitäten). Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass Aktivitäten in nichtbetrieblichen Lebenswelten, die sich (auch) an Erwachsene richten, meist als zieleübergreifende Aktivitäten klassifiziert wurden. Bei der überwiegenden Anzahl der Aktivitäten wurde ein Betrieb bzw. Standort je Aktivität erreicht (80 % der Aktivitäten). Weitere 10 % der Aktivitäten erreichten 2-9 Betriebe bzw. Standorte. Wie im vorhergehenden Abschnitt erläutert, ist dies auf die Definition der Berichtseinheit in der MDS-Dokumentation zurückzuführen.

Der Firmenservice der GRV richtete sich an die Lebenswelt Betrieb und führte im Jahr 2017 33.835 Beratungen durch; davon u. a. 5.000 zum Thema Prävention, 1.200 zum Thema betriebliches Gesundheitsmanagement und 5.300 zum Thema betriebliches Eingliederungsmanagement.²¹² Die Anzahl und Größe der erreichten Betriebe wurde nicht erfasst.

Die Aktivitäten der GUV zum Ziel Gesund leben und arbeiten fanden in der Lebenswelt Betrieb statt. In dieser Lebenswelt sowie in den über die Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen erreichten Lebenswelten (Kapitel 5.2.2)²¹³ führte die GUV im Jahr 2017 im Rahmen der Präventionsleistung „Überwachung einschließlich anlassbezogener Beratung“ 464.000 Besichtigungen und im Rahmen der Präventionsleistung „Beratungen auf Anforderung der Betriebe“ 632.000 Beratungen durch. Weiterhin wurden im Rahmen der Präventionsleistung „Qualifizierung“ 200.000 Lehrgänge angeboten. Im Rahmen von „Ermittlungen“ wurden 33.000 Unfälle und 59.000 Verdachtsfälle von Berufskrankheiten untersucht. Schließlich fanden 140 Forschungs- und Entwicklungsprojekte statt. Die SVLFG erreichte durch die Aktivität „Besichtigungen und Beratungen“ 60.000 Betriebe. Die Aktivität „Aus- und Fortbildung der Versicherten allgemein“ fand in 1.800 Betrieben statt. Die übrigen Aktivitäten der SVLFG erreichten in Summe 17.000 Betriebe. Die Größe der Betriebe wurde nicht erfasst.

Für die Aktivitäten des Bundes zum Ziel Gesund leben und arbeiten wurden die Antwortoptionen Betriebe, deren Anzahl Beschäftigte nicht bekannt ist, und „Gemeinden, Kommunen, Quartiere, Stadtteile“ am häufigsten als die erreichten Lebenswelten genannt (25 bzw. 20 %

der Aktivitäten). Auch „Sonstige“ wurde häufig angegeben (50 % der Aktivitäten), wobei der ergänzende Freitext häufig medizinische Einrichtungen nannte (30 % der Aktivitäten). Kommunen und OZG erreichten mit ihren Aktivitäten ein breites Spektrum an Lebenswelten. Am häufigsten wurden große Betriebe mit mehr als 500 Beschäftigten (60 % der Aktivitäten von Kommunen) bzw. Betriebe, deren Anzahl Beschäftigte nicht bekannt ist (30 % der Aktivitäten der OZG), sowie „Gemeinden, Kommunen, Quartiere, Stadtteile“ (30 % bei Kommunen, 40 % bei OZG) angegeben. Bildungseinrichtungen, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie Einrichtungen der Freizeitgestaltung wurden für jeweils 10-20 % der Aktivitäten genannt. Die Anzahl der von Bund, Kommunen und OZG erreichten Lebenswelten lag nur lückenhaft vor und wird daher hier nicht berichtet.

211 Mehrfachnennungen waren möglich. Siehe Fußnote 172 in Kapitel 5.2.2 bezüglich Berechnung der Prozentwerte.

212 Bei den übrigen Beratungen standen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur medizinischen Rehabilitation im Fokus.

213 Es erfolgt derzeit keine separate Erfassung der Besichtigungen etc. nach Ziel.

5.4 ENGAGEMENT ZUM ZIEL GESUND IM ALTER

Unter dem Ziel Gesund im Alter sollen gemäß den BRE schwerpunktmäßig zwei Zielgruppen erreicht werden: Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune sowie Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen²¹⁴. Der hohe Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention für diese Zielgruppen wurde auch im Siebten Altenbericht herausgearbeitet.²¹⁵ Nachfolgend werden zunächst die grundsätzlichen Leistungen erläutert, die von den NPK-Trägern – ausgehend von ihren gesetzlichen Aufträgen – gemäß den BRE erbracht werden. Auch der Kontext des Präventionsengagements der PKV wird erläutert. Danach wird über die Ergebnisse aus der Online-Erhebung bzw. der MDS-Dokumentation zu den im Jahr 2017 durchgeführten Aktivitäten zum Ziel Gesund im Alter berichtet.

5.4.1 GRUNDSÄTZLICHE LEISTUNGEN

Die Beeinflussung gesunder Lebensverhältnisse für **Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune** ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, insbesondere für die Ressorts Bau/Umwelt, Gesundheit, Soziales und Senioren.²¹⁶ Die **GKV** trägt durch ihre Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V zur Erreichung der Zielgruppe Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune bei.²¹⁷ Gemäß den BRE umfassen die Leistungen insbesondere:

- Unterstützung bei der Ermittlung gesundheitsbezogener Bedarfe in der Kommune,
- Planung/Unterstützung von Managementprozessen (einschließlich Vernetzung),
- Mitwirkung in Gremien zur Unterstützung der Verknüpfung von verhältnispräventiven Maßnahmen mit Angeboten des SGB V (Leitfaden Prävention),
- Fortbildung von Multiplikatoren in Gesundheitsförderung und Prävention,
- Konzeption und Durchführung von verhaltenspräventiven Angeboten für unterschiedliche Altersgruppen, insbesondere zu den Themen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum,

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

Die Leistungen nach § 20a SGB V werden auf Basis des GKV-Leitfadens Prävention (Kapitel 7.6) erbracht, wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen gegeben ist, Vorschläge umzusetzen sowie eine angemessene Eigenleistung zu erbringen (§ 20a Abs. 2 SGB V). Die Leistungen richten sich an alle Versicherten in einer Lebenswelt, d. h. nicht nur an die Versicherten einer einzelnen Krankenkasse.

Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen sind für ein gesundes Älterwerden maßgeblich auf die Gestaltung der Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtung angewiesen. Die **SPV** unterstützt die gesundheitsförderliche Gestaltung stationärer Pflegeeinrichtungen durch Leistungen zur Prävention nach § 5 SGB XI. Im Rahmen dieser Leistungen werden, unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung, Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickelt und umgesetzt.²¹⁸ Als Grundlage für die Leistungen dient der SPV-Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (Kapitel 7.9). Bei der Erbringung der Leistungen nach § 5 SGB XI ist gemäß den BRE zu berücksichtigen, dass die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Abs. 1 SGB XI, insbesondere zur Gewährleistung einer aktivierenden Pflege, unberührt bleiben.

Die **PKV** unterstützt die Erreichung des Ziels Gesund im Alter durch ihr Sponsoring des Programms „Älter werden in Balance“ der BZgA. Dazu gehören zum einen das Rahmenprogramm für „Älter werden in Balance“, zum anderen die Aktivitäten „Alltagstrainingsprogramm“, „Alltagstrainingsprogramm für vulnerable Zielgruppen“ und „Lübecker Modell Bewegungswelten“. Mit der Umsetzung ihres freiwilligen Präventionsengagements im Sinne der BRE beauftragen die Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung den PKV-Verband (Kapitel 5.2.1).

214 Letztere Zielgruppe schließt alle pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen ein sowie Besucherinnen und Besucher von Tages-, Kurzzeit- und Nachtpflegeeinrichtungen.

215 Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015). Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Deutscher Bundestag Drucksache 18/10210.

216 Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, Kapitel 3.3.1.

217 Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V fallen nicht unter die BRE und finden daher in diesem Kapitel keine Berücksichtigung.

218 Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, Kapitel 3.3.2.

5.4.2 DURCHGEFÜHRTE AKTIVITÄTEN ZUM ZIEL GESUND IM ALTER

Die Ergebnisse zum Ziel Gesund im Alter beruhen auf Angaben von GKV, SPV, PKV, Bund, Kommunen und OZG für das Jahr 2017. Allerdings wurden nur zwei der insgesamt 99 Aktivitäten der GKV, die sich ausschließlich an Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune richteten, dem Ziel Gesund im Alter zugeordnet. Die übrigen 97 Aktivitäten adressierten auch andere Zielgruppen und wurden daher als zieleübergreifende Aktivitäten klassifiziert (Kapitel 5.5). Daher wird das Engagement der GKV zum Ziel Gesund im Alter hier nicht weiter ausgeführt. Die SVLFG als Alterssicherung der Landwirte berichtete über ein Modellvorhaben zum Ziel Gesund im Alter (Kapitel 7.1.4.3). Die Anzahl der Aktivitäten für das Jahr 2017, auf der die nachfolgenden Ausführungen beruhen, betrug somit²¹⁹: SPV N = 721, PKV N = 4, Bund N = 5, Kommunen N = 18 und OZG N = 9. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die einleitend in Kapitel 5 genannten Besonderheiten zu berücksichtigen.

Bei den von der SPV genannten Aktivitäten handelte es sich um Leistungen nach § 5 SGB XI, die sie gemäß den BRE zur Erreichung des Ziels Gesund im Alter erbrachte (Kapitel 5.4.1). Die Erbringung von Leistungen nach § 5 SGB XI in jeweils einer einzelnen stationären Pflegeeinrichtung wurde als eine Aktivität dokumentiert.²²⁰ Die Aktivitäten, von denen die PKV berichtete, gehörten zu ihrem freiwilligen Engagement im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention und wurden in Kooperation mit der BZgA erbracht.

Das BMEL, das BMG und die BZgA berichteten als Akteure des Bundes über die Aktivitäten „ELDERLY - Transferstudie“, „Prävention hitzebedingter Risiken bei älteren Menschen“, „Gesund und aktiv älter werden“, „Qualifizierung von Akteuren in der Seniorenarbeit“ und „Qualifizierung von Verantwortlichen in der kommunalen Seniorenarbeit“. Die Aktivitäten von Kommunen beruhen auf den Angaben von 13 Landkreisen, Städten und Gemeinden. Beispiele der Aktivitäten waren „Präventive Hausbesuche“, „Seniorenforum Gesundheit“, „Gesundheitstag“, „Mobile Seniorenberatung“ und „Ernährungsberatung“. Für die OZG beruhen die Ergebnisse auf Aktivitäten, die von drei Landesvereinigungen für Gesundheit und fünf Sportbünden berichtet wurden. Beispiele für diese Aktivitäten waren „Alltagstrainings-

programm“, „Sturzprävention“, „Mach mit - bleib fit“, „Zentrum für Bewegungsförderung“ und „Seniorenportfestival“.

Zielgruppen der Aktivitäten zum Ziel Gesund im Alter

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag erreichten die Aktivitäten der SPV die Zielgruppe Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen. Die Aktivitäten von PKV, Bund, Kommunen und OZG erreichten Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune, Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen sowie ehrenamtlich Tätige. Als Freitext wurden auch Multiplikatoren wie z. B. Pflegefachkräfte, Angehörige und in der Seniorenarbeit Tätige aufgeführt.

Inhalte der Aktivitäten zum Ziel Gesund im Alter

Für die Aktivitäten der SPV wurden überwiegend ein oder zwei bis drei Inhalte²²¹ angegeben (70 bzw. 30 % der Aktivitäten²²²). Der meistgenannte Inhalt war Förderung von Bewegung (90 % der Aktivitäten), gefolgt von Stärkung psychischer Ressourcen und Resilienz sowie Förderung kognitiver Leistungen (jeweils 30 % der Aktivitäten). Die vier Aktivitäten der PKV zum Ziel Gesund im Alter vermittelten die Inhalte Förderung von Bewegung, Stärkung psychischer Ressourcen und Resilienz, Vermittlung von Gesundheitskompetenz, Verhinderung bestimmter Krankheiten sowie Prävention von Unfällen (jeweils 100 % der Aktivitäten). Die Aktivitäten von Bund, Kommunen und OZG vermittelten mit wenigen Ausnahmen mehr als zwei Inhalte; insgesamt über diese Akteursgruppen betrachtet wurden für 30 % der Aktivitäten mehr als sechs Inhalte genannt. Am häufigsten genannt wurden Förderung von Bewegung und Vermittlung von Gesundheitskompetenz (60-100 % der Aktivitäten je Akteursgruppe). Auch die anderen bei der Online-Erhebung zur Auswahl gestellten Inhalte wurden genannt (jeweils 10-60 % der Aktivitäten).

219 Für Bund, Kommunen und OZG sind die Anzahlen der berichtenden Organisationen N = 3, N = 13 bzw. OZG = 8.

220 Ausfüllhinweise MDS-Dokumentation für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI, Berichtsjahr 2017.

221 Die Antwortmöglichkeiten können dem Anhang 1.1.3 entnommen werden.

222 Mehrfachnennungen waren möglich. Siehe Fußnote 172 in Kapitel 5.2.2 bezüglich Berechnung der Prozentwerte.

Erreichte Personen der Aktivitäten zum Ziel Gesund im Alter

Für 50 % der Aktivitäten der SPV lagen Angaben zur Anzahl der erreichten Personen vor. Auf diese Aktivitäten bezogen ergaben sich in Summe 14.400 erreichte pflegebedürftige Menschen im Jahr 2017. Dies ist im Kontext von 922.000 pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen zu sehen²²³ (siehe auch die einleitend in Kapitel 5 dargestellten Besonderheiten bei der Interpretation der Ergebnisse). Da die Leistungen der SPV nach § 5 SGB XI erst seit 2015 gesetzlich verankert sind, handelt es sich um eine Momentaufnahme während des Aufbaus der Strukturen und Prozesse für die Erbringung der neuen Leistungen (siehe auch Kapitel 7.9).

Die von der PKV gesponserte Aktivität „Alltagstrainingsprogramm“ erreichte im Jahr 2017 7,2 Millionen Personen. Das auf spezifische Zielgruppen fokussierte „Alltagstrainingsprogramm für vulnerable Zielgruppen“ startete Ende 2017 mit zwei Pilotkursen für 85 Personen. Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ erreichte im Jahr 2017 800 Personen. Für die vierte Aktivität der PKV lagen keine Angaben vor. Mit den Aktivitäten „Älter werden in Balance“ und „Gesund und aktiv älter werden“ der BZgA wurden im Jahr 2017 118.000 bzw. 75.400 ältere Menschen erreicht. Für die übrigen Aktivitäten zum Ziel Gesund im Alter waren es jeweils weniger als 1.000 Personen, wobei nur für 60 % der Aktivitäten von Bund, Kommunen und OZG Angaben vorliegen. Die Anzahl der im Berichtsjahr 2017 erreichten Personen ist im Kontext von 14,8 Millionen Menschen zu sehen, die 68 Jahre oder älter sind; davon sind 10,3 Millionen 68-80 Jahre alt und 4,4 Millionen älter als 80 Jahre.²²⁴

Wie bereits bei den anderen Zielen erwähnt, entstand die breite Spanne der Teilnehmerzahlen u. a. aufgrund der Heterogenität der Aktivitäten.

Erreichte Lebenswelten der Aktivitäten zum Ziel Gesund im Alter

Die Aktivitäten der SPV im Jahr 2017 wurden in 721 stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Darüber hinaus informierten die Pflegekassen im Berichtsjahr alle vollstationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland über die neuen Leistungen der SPV nach § 5 SGB XI, um eine Sensibilisierung und Motivierung der in den stationären Pflegeeinrichtungen verantwortlichen Personen zu erreichen. Für die Aktivitäten von PKV, Bund, Kommunen und

OZG wurden überwiegend die Lebenswelten „Gemeinden, Kommunen, Quartiere, Stadtteile“ und stationäre Pflegeeinrichtungen angegeben.

²²³ Statistisches Bundesamt (2018), Pflegestatistik 2017.

²²⁴ Statistisches Bundesamt: Bevölkerung (Code 12411-0005), Stichtag 31.12.2017, Stand: 27.03.2019.

5.5 ZIELEÜBERGREIFENDES ENGAGEMENT

Einige Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung adressieren zwei oder alle drei der in den BRE formulierten Ziele bzw. definieren ihre Zielgruppen nicht entlang der Lebensphasen und lassen sich daher nicht allein einem der drei Ziele der BRE zuordnen. Diese Aktivitäten werden nachfolgend als zieleübergreifende Aktivitäten vorgestellt.

Im Jahr 2017 durchgeführte, zieleübergreifende Aktivitäten wurden von den Akteursgruppen GKV, PKV, Bund, Kommunen und OZG berichtet. Die Auswertung beruht auf folgenden Anzahlen von Aktivitäten²²⁵: GKV N = 859, PKV N = 22, Bund N = 27, Kommunen N = 27, OZG N = 26. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die einleitend in Kapitel 5 genannten Besonderheiten zu berücksichtigen.

Die zieleübergreifenden Aktivitäten, über die die GKV berichtete, waren Leistungen nach § 20a SGB V (Kapitel 5.2.1). Wie bereits in Kapitel 5.2.2 erläutert, dokumentierte die GKV jede einzelne Durchführung einer Leistung als eine Aktivität. Die von der PKV genannten Aktivitäten sind Teil ihres freiwilligen Engagements zur Gesundheitsförderung und Prävention und wurden teils in Kooperation mit der BZgA erbracht (z. B. „Liebesleben“, „Fortbildungscurriculum Let's talk about sex“, „Mobilausstellung Große Freiheit“), teils in Kooperation mit der Deutschen AIDS-Stiftung. Weiterhin gehörte die Stiftung Gesundheitswissen zu den zieleübergreifenden Aktivitäten der PKV. Ziel dieser im Aufbau befindlichen gemeinnützigen Stiftung ist es, die gesundheitliche Kompetenz in der Bevölkerung zu erhöhen und die Souveränität der Patientinnen und Patienten zu stärken. Die Stiftungszwecke werden verwirklicht durch Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie durch die Entwicklung und Bereitstellung von laienverständlichen Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen auf Grundlage der Methoden der evidenzbasierten Medizin. Das bisherige und künftige Engagement wird sukzessive inhaltlich auf Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Stands und unter Beachtung anerkannter Qualitätsstandards hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ausgerichtet.

Von den Akteuren des Bundes berichteten BMEL, BMG und BZgA über ihre Aktivitäten. Teils handelte es sich hierbei wiederum um Aktivitäten im Rahmen von „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“²²⁶ (z. B. „geprüfte IN FORM-Rezpte“, „IN FORM in der Gemeinschaftsverpflegung“). Das BMG nannte das Präventionsgesetz als eine Aktivität. Weiterhin wurden die Entwicklung und Evaluation von Interventionen (z. B. „Entwicklung und Evaluation eines Schulungsprogramms für Angehörige von Menschen mit Diabetes mellitus“) und Kampagnen (z. B. „Deutschland sucht den Impfpass“) genannt. Für Kommunen berichteten 13 Landkreise, Städte und Gemeinden über ihre Aktivitäten. Beispiele waren „Tage der seelischen Gesundheit“, „Bürgercafé“, „Fit im Park“, „Gesundheitstag“ und „Gesundheitsförderung in der Mehrgenerationenarbeit im Landkreis“. Die Aktivitäten in der Gruppe OZG wurden von sieben Landesvereinigungen für Gesundheit, vier Landessportbünden und vier Selbsthilfeorganisationen berichtet. Fünf der Landesvereinigungen nannten die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (Kapitel 2.2.4) als Aktivitäten. Andere Beispiele für Aktivitäten der OZG waren „Vereinswochenenden“, „Lärmschutz“ und „Bewegung gegen Krebs“.

Zielgruppen der zieleübergreifenden Aktivitäten

Wie für ihren zieleübergreifenden Charakter zu erwarten, richteten sich die zieleübergreifenden Aktivitäten an eine Vielzahl von Zielgruppen. Von den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurden Kinder und Jugendliche im Schulalter bzw. in der Ausbildung (30-70 % der Aktivitäten von GKV, Bund, Kommunen und OZG), werdende und junge Familien sowie Kinder und ihre Eltern in der Kita-Phase (60 bzw. 40 % der Aktivitäten der GKV, 10-30 % der Aktivitäten von Bund, Kommunen und OZG²²⁷) häufig genannt. Erwerbstätige wurden für 70 % der Aktivitäten der GKV, 40 % der Aktivitäten des Bundes und 10 % der Aktivitäten von Kommunen und OZG genannt. Ehrenamtlich Tätige und Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune fanden ebenfalls häufig eine Nennung (30-40 % der Aktivitäten von Bund, Kommunen und OZG, 10 % der Aktivitäten der GKV²²⁸). Zusätzlich zu den vorgegebenen Antworten wurde häufig „Sonstige“ angegeben (50 % der Aktivitäten der GKV, 80-100 % der Aktivitäten von PKV, Bund, Kommunen und OZG). PKV, Bund, Kommunen und OZG nutzten das Freitextfeld, um die sonstigen Zielgruppen näher zu beschreiben. Häufig

225 Für Bund, Kommunen und OZG sind die Anzahl berichtende Organisationen N = 3, N = 13 bzw. N = 15.

226 www.in-form.de

227 Mehrfachnennungen waren möglich. Siehe Fußnote 172 in Kapitel 5.2.2 bezüglich Berechnung der Prozentwerte.

228 Nur bezogen auf Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune. Ehrenamtlich Tätige werden von der GKV nicht erfasst.

genannt wurden die Bevölkerung insgesamt, Menschen mit Migrationshintergrund, geflüchtete Menschen sowie Personen mit hohem Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten oder Drogenkonsum. Insbesondere für die Aktivitäten der PKV wurden HIV-positive Menschen und Menschen mit hohem Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten häufig genannt (70 % der Aktivitäten).

Inhalte der zieleübergreifenden Aktivitäten

Die zieleübergreifenden Aktivitäten vermittelten viele unterschiedliche Inhalte²²⁹, wobei für die meisten zieleübergreifenden Aktivitäten zwei oder mehr Inhalte genannt wurden (80-100 % der Aktivitäten je Akteursgruppe). Der Inhalt Vermittlung von Gesundheitskompetenz (60-70 % der Aktivitäten je Akteursgruppe^{230, 231}) und die auf die allgemeine körperliche und psychische Gesundheit bezogenen Inhalte Förderung von Bewegung, Förderung gesunder Ernährung, Stärkung psychischer Ressourcen und Resilienz sowie Entspannungstechniken und Stressbewältigung wurden häufig genannt (30-70 % der Aktivitäten von GKV, Bund, Kommunen und OZG). Auch die Verhinderung bestimmter Krankheiten wurde häufig angegeben (40 % der Aktivitäten von PKV, Bund, Kommunen und OZG²³²). Für 90 % der Aktivitäten der PKV wurde sexuelle Gesundheit als Inhalt genannt. Über alle Aktivitäten betrachtet wurden alle als Antwortmöglichkeiten vorgegebenen Inhalte mindestens einmal genannt.

Erreichte Personen der zieleübergreifenden Aktivitäten

Die Anzahl erreichter Personen lag nur für einen Teil der zieleübergreifenden Aktivitäten vor (GKV 95 % der Aktivitäten, PKV 90 %, Bund 40 %, Kommunen 80 %, OZG 60 %²³³). Aufgrund der breit definierten Zielgruppen bzw. der Vielzahl spezifischer Zielgruppen, die durch zieleübergreifende Aktivitäten erreicht wurden, ist es nicht möglich, eine aussagekräftige Anzahl Personen anzugeben, in deren Kontext die im Berichtsjahr 2017 erreichten Personen hätten gesehen werden können (siehe auch die einleitend in Kapitel 5 dargestellten Besonderheiten bei der Interpretation der Ergebnisse).

Die zieleübergreifenden Aktivitäten der GKV erreichten im Jahr 2017 insgesamt 1,8 Millionen Personen. Für 50 % der Aktivitäten waren es weniger als 50 Personen je Aktivität; für 30 % der Aktivitäten 50-499 Personen. Nur 1 % (N = 9) der Aktivitäten erreichte über 50.000 Personen je Aktivität. Die maximale Teilnehmerzahl je Aktivität betrug 280.000 Personen. Wie bereits beim Ziel Gesund aufwachsen erläutert, zeigt die relativ geringe Anzahl der erreichten Personen je Aktivität, dass die Aktivitäten der GKV sehr detailliert dokumentiert wurden. Weiterhin schienen auch die zieleübergreifenden Aktivitäten nicht als „inhaltlich gleich strukturiert“ wahrgenommen zu werden, sodass bei der Dokumentation keine Zusammenfassung der Aktivitäten erfolgte (Kapitel 5.2.2). Die zieleübergreifenden Aktivitäten der PKV erreichten im Jahr 2017 mehrheitlich 50-499 Personen je Aktivität (60 % der Aktivitäten). In Summe waren es 3.000 Personen. Zwei Aktivitäten der PKV erreichten besonders viele Personen: „Liebesleben - Rahmenkampagne“ mit 51,7 Millionen Personen und „Mobilausstellung Große Freiheit“ mit 35.000 Personen. Die übrigen Aktivitäten erreichten zwischen 500 und 5.000 Personen bzw. eine Aktivität erreichte weniger als 50 Personen.

Für sechs der zehn zieleübergreifenden Aktivitäten des Bundes wurde angegeben, dass mehr als 500.000 Personen erreicht wurden. Hierbei handelte es sich um Kampagnen bzw. Infoblätter („Liebesleben“ 100 Millionen Personen²³⁴, „Deutschland sucht den Impfpass“ 73 Millionen, „Wo waren deine Hände heute?“ 7 Millionen, „Wir kommen der Grippe zuvor“ 3 Millionen, „Check dein Spiel, Spielen mit Verantwortung“ 0,8 Millionen und „Lebensmittel-Infoblätter für Tafelkunden“ 0,6 Millionen). Die zieleübergreifenden Aktivitäten der Kommunen erreichten etwa zur Hälfte 500-4.999 Personen je Aktivität. Am zweithäufigsten waren es 50-499 Personen je Aktivität (40 % der Aktivitäten). Die Aktivitäten der OZG erreichten mehrheitlich 50-499 Personen je Aktivität (75 % der Aktivitäten).

Die breite Spanne der Teilnehmerzahlen reflektiert u. a. die Heterogenität der Aktivitäten.

229 Die Antwortmöglichkeiten können dem Anhang 1.1.3 entnommen werden.

230 Vermittlung von Gesundheitskompetenz wird von der GKV nicht als Inhalt erhoben.

231 Mehrfachnennungen waren möglich. Siehe Fußnote 172 in Kapitel 5.2.2 bezüglich Berechnung der Prozentwerte.

232 Verhinderung bestimmter Krankheiten wird von der GKV nicht als Inhalt erhoben, daher liegen keine Angaben vor.

233 Dies entspricht GKV N = 828, PKV N = 20, Bund N = 10, Kommunen N = 21, OZG N = 16 Aktivitäten.

234 Da Deutschland 83 Millionen Einwohner hat (Statistisches Bundesamt: Bevölkerung [Code 12411-0005], Stichtag 31.12.2017, Stand: 27.03.2019.), ist anzunehmen, dass Doppelzählungen vorliegen.

Erreichte Lebenswelten der zieleübergreifenden Aktivitäten

Als erreichte Lebenswelten wurden für die zieleübergreifenden Aktivitäten häufig „Gemeinden, Kommunen, Quartiere, Stadtteile“ angegeben (80-100 % der Aktivitäten von PKV, Kommunen und OZG, 40 % der Aktivitäten des Bundes und 20 % der Aktivitäten der GKV²³⁵). Auch Kindertageseinrichtungen, Grundschulen sowie „Real-, Haupt-, Gesamt-, Förderschulen“ wurden häufig genannt (10-40 % der Aktivitäten von GKV, Bund, Kommunen und OZG). Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe wurden für 20 % der Aktivitäten von Bund und Kommunen genannt, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen für 20 % der Aktivitäten der OZG und Einrichtungen der Freizeitgestaltung von 20 % der Aktivitäten von Bund, Kommunen und OZG. Für die Aktivitäten der anderen Akteursgruppen wurden diese Lebenswelten seltener oder gar nicht genannt.

Um die Anzahl erreichter Lebenswelten darzustellen, wurden Aktivitäten nach den durch sie erreichten Lebenswelten in den Gruppen Kommunen, Bildungseinrichtungen und sonstige Einrichtungen zusammengefasst²³⁶. In der Auswertung zählte z. B. eine Kommune, eine Kita, eine Grundschule oder eine Einrichtung der Freizeitgestaltung als eine Lebenswelt. Durch die zieleübergreifenden Aktivitäten der GKV, die in der Lebenswelt Kommunen stattfanden, wurde überwiegend eine Kommune erreicht (80 % der Aktivitäten, die Kommunen erreichten). 15 % der Aktivitäten fanden in 2-9 Kommunen statt. Auch durch zieleübergreifende Aktivitäten der GKV in Bildungseinrichtungen oder sonstigen Einrichtungen wurden überwiegend eine Bildungseinrichtung bzw. eine sonstige Einrichtung erreicht (jeweils 80 % der Aktivitäten, die Bildungseinrichtungen bzw. sonstige Einrichtungen erreichten). 10 % der Aktivitäten erreichten 2-9 Bildungseinrichtungen bzw. sonstige Einrichtungen. Die relativ niedrige Anzahl je Aktivität stand mit der relativ geringen Anzahl erreichter Personen je Aktivität im Einklang (s. o.). Auch für die Aktivitäten der Akteursgruppen PKV, Bund, Kommunen und OZG zeichnete sich ab, dass nur wenige Lebenswelten je Aktivität erreicht wurden. Allerdings lagen für nur wenige Aktivitäten Angaben vor.²³⁷

5.6 ENGAGEMENT ZUR VERMINDERUNG UNGLEICHER GESUNDHEITSCHANCEN

§ 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V fordert die gesetzlichen Krankenkassen auf, mit ihren Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere zur Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen. Das Ziel der Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen wurde auch in die Grundsätze der BRE aufgenommen:

- „Lebensweltbezogene Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sind ein Beitrag zu größerer gesundheitlicher Chancengleichheit. Hierzu ist u. a. eine Konzentration von Aktivitäten auf solche Lebenswelten erforderlich, in denen insbesondere auch Menschen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen (Indikatoren z. B.: niedriger Bildungsstand, niedrige berufliche Stellung, Erwerbslosigkeit, geringes Einkommen) ohne Stigmatisierung erreicht werden können.“
- „Zwischen Frauen und Männern existieren Unterschiede in Mortalität, Morbidität und Gesundheitsverhalten (z. B. in Bezug auf Ernährung, Bewegung, Suchtmittelkonsum). Sowohl bei der Bedarfsermittlung als auch bei der Planung und Erbringung von Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen sind daher geschlechtsbezogene Aspekte zu berücksichtigen.“²³⁸

Nachfolgend werden Ergebnisse aus der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht und der MDS-Dokumentation der GKV vorgestellt, die Hinweise liefern, inwiefern das Engagement der in der NPK vertretenen Akteure darauf ausgerichtet ist, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern.

5.6.1 VERMINDERUNG SOZIAL BEDINGTER UNGLEICHHEIT VON GESUNDHEITSCHANCEN

Die gesetzlichen Krankenkassen haben in den 2000er Jahren unter Einbindung sozialepidemiologischen Sachverständs zwei Indikatoren entwickelt, um abzuschätzen, inwieweit ihre Aktivitäten zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

²³⁵ Mehrfachnennungen waren möglich. Siehe Fußnote 172 in Kapitel 5.2.2 bezüglich Berechnung der Prozentwerte.

²³⁶ Für die GKV ergeben sich N = 171 Aktivitäten in der Gruppe Kommunen, N = 425 Aktivitäten in der Gruppe Bildungseinrichtungen und N = 285 Aktivitäten in der Gruppe sonstige Einrichtungen.

²³⁷ Insgesamt für die Akteursgruppen PKV, Bund, Kommunen und OZG: N = 35 in der Gruppe Kommunen, N = 16 in der Gruppe Bildungseinrichtungen und N = 12 in der Gruppe sonstige Einrichtungen.

²³⁸ Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, S. 7-8.

So wird für Aktivitäten in Lebenswelten über die MDS-Dokumentation erhoben, wie viele der erreichten **Lebenswelten in „sozialen Brennpunkten“** liegen. Die Ausfüllhinweise der MDS-Dokumentation erläutern hierzu: „Sozialer Brennpunkt‘ ist kein scharf definierter Begriff. Es handelt sich um Wohngebiete, in denen 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‘ eingeführt und allgemein verständlich ist, verwendet ihn die GKV im vorliegenden Dokumentationsbogen. Als Hinweis auf die Unschärfe der Terminologie ist der Begriff in Anführungszeichen gesetzt.“²³⁹ Für Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung wird erhoben, wie viele der erreichten Betriebe/Standorte einen **hohen Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung** haben. Dies ist gemäß den Ausfüllhinweisen definiert als ein „Betrieb mit mehr als 20 % an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung, Auszubildende zählen mit dazu“. Weiterhin heißt es: „Der Grenzwert von 20 % charakterisiert branchenübergreifend das Drittel an Betrieben in Deutschland mit einem ‚hohen‘ Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung. Die beiden anderen Drittel der Betriebe verfügen über einen ‚mittleren‘ und einen ‚niedrigen‘ Anteil.“²⁴⁰ Die Indikatoren stellen lediglich eine Annäherung dar, das Erreichen sozial benachteiligter Zielgruppen abzubilden; validere Kennzahlen fehlen derzeit für eine Routine-Erhebung.

40 % der Aktivitäten der GKV, die im Jahr 2017 Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder Landkreise, Städte, Stadtteile bzw. Orte erreichten, fanden in „sozialen Brennpunkten“ statt. Für Aktivitäten in den Lebenswelten Kindergarten/Kindertageseinrichtung, Grundschule, Förder-/Sonderschule, Hauptschule, Realschule, Gesamtschule, Berufsschule o. Ä., Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtung für Freizeitgestaltung, Krankenhaus sowie andere lag der Anteil bei 10-20 %; für Gymnasien und Hochschulen bei 5 % bzw. 2 %. Die übrigen Aktivitäten fanden jeweils nicht in „sozialen Brennpunkten“ statt oder es liegen keine Angaben vor. Von den Aktivitäten der GKV zur betrieblichen Gesundheitsförderung fanden 10 % in Betrieben mit einem hohen Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene

Berufsausbildung statt. Allerdings liegen für 80 % der Aktivitäten keine Angaben vor.

Im Rahmen der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht wurden zum Thema Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zwei Aspekte erfragt: (1) eine Einschätzung des Stellenwerts, den die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bei der Konzeption einer Aktivität hatte und (2) eine Einschätzung, ob sozial benachteiligte Personen die primäre Zielgruppe einer Aktivität waren. Falls sozial benachteiligte Personen die primäre Zielgruppe waren, wurde auch erfragt, welche sozial benachteiligten Personen erreicht wurden und wie viele. Die Einschätzung des Stellenwerts wurde auf einer kontinuierlichen Skala von 0 („sehr geringer Stellenwert“) bis 100 („sehr hoher Stellenwert“) angegeben. Für die Auswertung wurden die Antworten in sehr gering (< 10), gering (10 bis < 50), mittel (50), hoch (> 50 bis 90) und sehr hoch (> 90) kategorisiert.

Stellenwert der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bei der Konzeption von Aktivitäten: Bei 40-50 % der Aktivitäten von Bund, Kommunen und OZG wurde der Stellenwert der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen als hoch oder sehr hoch eingeschätzt. Bei der PKV traf dies auf 90 % der Aktivitäten zu. Bei den übrigen Aktivitäten dieser Akteure lagen die Einschätzungen bei mittel bis sehr gering oder es lag keine Angabe vor (Bund 45 %, Kommunen 25 %, OZG 15 %). Der relativ hohe Anteil der Aktivitäten der PKV mit einem (sehr) hohen Stellenwert der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ist auf die Schwerpunkte des Engagements der PKV im Bereich der Sexual- und Suchtmittelprävention zurückzuführen sowie auf die Aktivitäten der PKV, die sich an geflüchtete Menschen sowie Menschen mit Migrationshintergrund richten.

Um die Aktivitäten, bei deren Konzeption die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen einen hohen oder sehr hohen Stellenwert hatte, näher zu beschreiben, wurden sie mit Aktivitäten mit niedrigerem Stellenwert der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen verglichen. Dabei wurden die Aktivitäten von PKV, Bund, Kommunen und OZG gemeinsam analysiert.²⁴¹ Betrachtet

239 Ausfüllhinweise MDS-Dokumentation für lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention, Berichtsjahr 2017.

240 Ausfüllhinweise MDS-Dokumentation für betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2017.

241 Dies waren N = 197 Aktivitäten mit (sehr) hohem Stellenwert (davon PKV N = 35, Bund N = 35, Kommunen N = 70, OZG N = 57) und N = 123 Aktivitäten mit sehr geringem bis mittlerem Stellenwert (davon PKV N = 4, Bund N = 19, Kommunen N = 58, OZG N = 42).

tet man die Ziele der Aktivitäten in Abhängigkeit vom Stellenwert der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, zeigt sich, dass bei den Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten weniger häufig ein hoher oder sehr hoher Stellenwert angegeben wurde im Vergleich zu Aktivitäten zu den anderen Zielen oder zieleübergreifenden Aktivitäten (20 % vs. 50-60 % der Aktivitäten). Die Aktivitäten mit hohem oder sehr hohem Stellenwert der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen richteten sich eher an spezifische Zielgruppen (z. B. Personen in schwieriger sozialer Lage, geflüchtete Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Personen mit spezifischen Erkrankungen) und fanden häufiger in der Lebenswelt „Gemeinden, Kommunen, Quartiere, Stadtteile“ statt. Auch spezielle Orte wie z. B. Beratungsstellen, Gemeinschaftsunterkünfte und medizinische Einrichtungen wurden häufig genannt. Betriebe waren seltener die erreichte Lebenswelt. Bildungseinrichtungen wurden in beiden Gruppen etwa gleich häufig erreicht.

Sozial benachteiligte Personen als primäre Zielgruppe: Bei 20 % der Aktivitäten von Bund, Kommunen und OZG waren sozial benachteiligte Personen die primäre Zielgruppe, bei der PKV waren es 40 % der Aktivitäten. Diese Aktivitäten erreichten eine Vielzahl verschiedener sozial benachteiligter Gruppen. So wurde auf die Frage nach der Art der erreichten sozial benachteiligten Gruppe jede der 18 zur Auswahl gestellten sozial benachteiligten Gruppen²⁴² mindestens einmal genannt. Für Aktivitäten der PKV mit sozial benachteiligten Personen als primäre Zielgruppe wurden Asylbewerberinnen und Asylbewerber, geflüchtete Menschen, Menschen ohne Aufenthaltsgenehmigung, Menschen mit Migrationshintergrund in schwieriger sozialer Lage sowie (als Freitext) Menschen mit HIV bzw. hohem Risiko einer HIV-Infektion besonders häufig genannt (jeweils 40-50 % der Aktivitäten²⁴³). Bei den relevanten Aktivitäten des Bundes fielen die meisten Nennungen auf suchtkranke Personen, Menschen mit Migrationshintergrund in schwieriger sozialer Lage sowie Personen mit niedriger Schulbildung (jeweils 40-50 % der Aktivitäten). Kommunen nannten für diese Aktivitäten am häufigsten Menschen mit Migrationshintergrund in schwieriger sozialer Lage, Personen

mit niedrigem Einkommen und Personen mit niedriger Schulbildung (jeweils 50 % der Aktivitäten). Für Aktivitäten der OZG wurden Personen mit niedrigem Einkommen, (langzeit)arbeitslose Menschen und sozial isolierte bzw. vereinsamte Personen besonders häufig genannt (jeweils 50 % der Aktivitäten).

Die MDS-Dokumentation der Aktivitäten der GKV enthielt nicht die Frage, ob sich eine Aktivität primär an eine sozial benachteiligte Zielgruppe richtete. Es wurde jedoch erfragt, ob sich eine Aktivität an spezielle Zielgruppen richtete, im Gegensatz zu allen Personen in den erreichten Lebenswelten. Als spezielle Zielgruppen konnten u. a. arbeitslose Menschen, Personen mit Migrationshintergrund sowie Menschen mit Behinderungen angegeben werden.²⁴⁴ Für 30 % der zieleübergreifenden Aktivitäten der GKV wurde mindestens eine dieser Zielgruppen angegeben. Bei Aktivitäten zum Ziel Gesund aufwachsen waren es 10 %, bei Aktivitäten zum Ziel Gesund leben und arbeiten weniger als 1 %. Durch die Aktivitäten, die die drei speziellen Zielgruppen erreichten, wurden am häufigsten Personen mit Migrationshintergrund erreicht (80 % der relevanten Aktivitäten), gefolgt von arbeitslosen Menschen (25 %) und Menschen mit Behinderungen (10 %).²⁴⁵

5.6.2 VERMINDERUNG GESCHLECHTSBEZOGENER UNGLEICHHEIT VON GESUNDHEITSCHANCEN

Für die Aktivitäten der GKV wurde dokumentiert, ob sie eine geschlechtsbezogene Zielgruppe adressierten. Für jeweils 1 % der im Jahr 2017 durchgeführten Aktivitäten wurde angegeben, dass sie speziell männliche Personen bzw. speziell weibliche Personen erreichen. Die übrigen 98 % der Aktivitäten richteten sich gleichermaßen an beide Geschlechter einer spezifischen Zielgruppe bzw. an alle Menschen in einer Lebenswelt, unabhängig vom Geschlecht. Die Anteile unterschieden sich nicht maßgeblich zwischen den Zielen.

Aus den Ergebnissen der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht lässt sich der Anteil erreichter weiblicher bzw. männlicher Personen berechnen. Allerdings liegen nur für einen Teil der Aktivitäten Angaben

242 Die Antwortmöglichkeiten können in Anhang 1.1.3 eingesehen werden. Sie beruhen auf den Zielgruppen, die in der Praxisdatenbank des Kooperationsverbands Gesundheitliche Chancengleichheit (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank) verwendet werden. Für die in der Datenbank derzeit enthaltenen Angebote werden die Zielgruppen Migrantinnen in schwieriger sozialer Lage, Personen mit sehr niedrigem Einkommen, suchtkranke Personen sowie Alleinerziehende in schwieriger sozialer Lage besonders häufig genannt (15 % oder mehr der 3.061 Angebote in der Datenbank, Stand Februar 2019). Dieses Ergebnis ist ähnlich dem Ergebnis aus der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht.

243 Mehrfachnennungen waren möglich. Siehe Fußnote 172 in Kapitel 5.2.2 bezüglich Berechnung der Prozentwerte.

244 Die anderen möglichen speziellen Zielgruppen sind zum Thema soziale Benachteiligung nicht relevant.

245 Mehrfachnennungen waren möglich. Siehe Fußnote 172 in Kapitel 5.2.2 bezüglich Berechnung der Prozentwerte.

vor (PKV 70 % der Aktivitäten, Bund 25 %, Kommunen 50 %, OZG 30 %). Bei den Aktivitäten von PKV und Bund, für die das Geschlecht der erreichten Personen vorliegt, ist das Verhältnis von Frauen und Männern meist ausgewogen (50 bzw. 60 % der Aktivitäten). 5-10 % der Aktivitäten richteten sich jedoch auch ausschließlich an Frauen oder ausschließlich an Männer. Bei Kommunen und OZG überwogen – so Angaben vorliegen – Aktivitäten, die sich vermehrt oder ausschließlich an Frauen richteten (60 bzw. 80 % der Aktivitäten). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass für Aktivitäten, die sich besonders an ein Geschlecht richten, das Geschlecht der erreichten Personen eher erfasst bzw. erinnert wird als für Aktivitäten, die sich an beide Geschlechter richten.

Im Rahmen der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht wurden zwei weitere Aspekte zum Thema Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erfragt: (1) eine Einschätzung des Stellenwerts, den die Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen bei der Konzeption einer Aktivität hatte, und (2) eine Einschätzung, ob bei der Planung und Durchführung einer Aktivität geschlechtsspezifische Bedürfnisse und Bedarfe berücksichtigt wurden (und wenn ja, ob die Aktivität geschlechtsspezifische Elemente nutzte). Der Stellenwert wurde mittels einer kontinuierlichen Skala erhoben (analog zum Stellenwert der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, siehe vorheriger Abschnitt).

Stellenwert der Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen bei der Konzeption einer Aktivität: Bei 85 % der Aktivitäten der PKV hatte die Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen einen hohen oder sehr hohen Stellenwert. Bei Bund, Kommunen und OZG traf dies auf 20-30 % der Aktivitäten zu. Bei den übrigen Aktivitäten war der Stellenwert niedriger oder es lagen keine Angaben vor (Bund 40 % der Aktivitäten, Kommunen 30 %, OZG 20 %). Die Verteilungen sind bei Aktivitäten zu einzelnen Zielen der BRE ähnlich.

Die **Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse und Bedarfe bei der Planung und Durchführung einer Aktivität** wurde für 30-90 % der Aktivitäten bejaht (PKV 90 %, Bund 60 %, Kommunen 40 %, OZG 30 %). Unterteilt nach dem Ziel der Aktivitäten ergaben sich ähnliche Anteile. Für Aktivitäten, die geschlechtsspezifische Bedürfnisse und Bedarfe berücksichtigten, wurde

von PKV und Bund meist angegeben, dass sie sowohl Elemente nur für Männer/Jungen als auch nur für Frauen/Mädchen umfassten (jeweils 90-100 % der Aktivitäten²⁴⁶). Aktivitäten von Kommunen und OZG beinhalteten häufiger Elemente nur für Frauen/Mädchen (80 bzw. 70 %) im Vergleich zu nur für Männer/Jungen (60 bzw. 40 %). Elemente für andere Geschlechter und die Umsetzung keiner geschlechtsspezifischen Elemente wurden selten genannt (jeweils weniger als 30 %).

246 Mehrfachnennungen waren möglich. Siehe Fußnote 172 in Kapitel 5.2.2 bezüglich Berechnung der Prozentwerte.

5.7 MODELLVORHABEN NACH § 20G SGB V BZW. § 14 SGB VI

§ 20g SGB V enthält eine Kannregelung, nach der die Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie die Pflegekassen allein oder in Kooperation mit anderen Modellvorhaben durchführen können, um „die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ zu verbessern. Weiterhin können die Modellvorhaben „der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit“ dienen. Für die GRV gibt § 14 Abs. 3 Satz 2 SGB VI vor, dass die Träger der Rentenversicherung darauf hinwirken, „dass die Einführung einer freiwilligen, individuellen, berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahrs trägerübergreifend in Modellprojekten erprobt wird“.

Vor diesem Hintergrund waren die Sozialversicherungsträger im Rahmen der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht aufgefordert, über Modellvorhaben zu berichten, die sie nach § 20g SGB V oder § 14 Abs. 3 Satz 2 SGB VI durchführen. Nach Entfernung von Mehrfachnennungen wurden N = 46 Modellvorhaben nach § 20g SGB V und N = 5 Modellvorhaben nach § 14 Abs. 3 Satz 2 SGB VI genannt. Weiterhin wurden zwei Modellvorhaben zur Umsetzung von § 5 SGB XI genannt und ein Förderprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit. Bei Betrachtung der für die Modellvorhaben genannten Namen zeigte sich, dass nicht in allen Fällen Übereinstimmung bestand, dass es sich um Modellvorhaben auf den genannten Gesetzesgrundlagen handelte. In einigen Fällen dürfte es sich um reguläre Leistungen zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung gehandelt haben, die jedoch evtl. im umgangssprachlichen Sinne als Modellvorhaben bezeichnet werden. Um kein verzerrtes Bild der derzeit durchgeführten Modellvorhaben zu zeichnen, werden daher exemplarisch Modellvorhaben unterschiedlicher Definitionen vorgestellt. Die Auswahl verdeutlicht die Möglichkeiten und die Heterogenität von Modellvorhaben.

Förderung der psychischen Gesundheit von Männern

Im Rahmen des von der Techniker Krankenkasse geförderten und begleiteten Modellvorhabens nach § 20g SGB V werden Ansätze und Wege entwickelt, um die

psychische Gesundheit von männlichen Beschäftigten in der Lebenswelt Betrieb zu stärken.²⁴⁷ Unternehmen sollen konkrete Unterstützung für eine gendersensible Gesundheitsförderung erhalten.

Im Fokus stehen drei Teilzielgruppen: junge Väter, Männer im mittleren Alter in einer hohen Belastungssituation sowie Männer am Übergang vom Erwerbsleben in die Rente. Im ersten Schritt wurden das Erleben stressbelasteter Männer und deren Bedürfnisse an Informations- und Hilfsangeboten mit qualitativen Interviews erhoben. Daraus abgeleitet werden gendersensible, lebensweltorientierte Beratungs- und Informationsangebote entwickelt und in Unternehmen in Prozessschritten des betrieblichen Gesundheitsmanagements mit Beschäftigten erprobt. Zusätzlich wird eine interaktive, öffentlich zugängliche Website entwickelt, die die Sensibilisierung für die psychische Gesundheit von Männern in Deutschland unterstützen soll. Sie richtet sich an Männer generell sowie an Multiplikatoren. Inhaltlich fokussiert das Modellvorhaben auf die Förderung von Gesundheitskompetenz und primärpräventiv wirksamer Lebensstile.

Erkenntnisse aus dem Modellvorhaben werden zielgerichtet für Multiplikatoren nutzbar gemacht, z. B. durch eine jährliche Fachtagung. An dem Modellvorhaben ist neben der Techniker Krankenkasse die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. als Kooperationspartner beteiligt. Das Modellvorhaben wird während seiner dreijährigen Laufzeit von der Universität Bielefeld evaluiert.

Ü45-Check

Dem gesetzlichen Auftrag in § 14 Abs. 3 Satz 2 SGB VI folgend, entwickeln die Rentenversicherungsträger in Modellprojekten Screening-Untersuchungen für Menschen über 45 Jahre (sogenannter Ü45-Check). Ziel des Ü45-Checks ist es, berufsbezogene Probleme, die dazu führen können, dass die Menschen aus gesundheitlichen Gründen nicht bis zur Regelaltersgrenze arbeiten können, rechtzeitig aufzudecken. So kann Einschränkungen der Teilhabe am Arbeitsleben frühzeitig mit den Präventions- oder Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung entgegengewirkt werden.

Zur Durchführung des Ü45-Checks entwickelten die Träger der Rentenversicherung einen Fragebogen, der eine differenzierte Bedarfsfeststellung zum Ergebnis hat. Dabei wird unterschieden in keinen Bedarf, Präventi-

247 www.gesundheit-nds.de/index.php/arbeitschwerpunkte-lvg/psychische-gesundheit/1126-foerderung-psychische-gesundheit-maenner

onsbedarf und Rehabilitationsbedarf. Der Fragebogen wird im Rahmen eines Forschungsprojekts validiert. Zeitgleich haben einige Rentenversicherungsträger Modellprojekte initiiert, die unterschiedliche Strategien erproben hinsichtlich Zugangsweg, Art und Ausmaß der Screening-Untersuchung sowie Zielgruppen des Checks.

Nach Abschluss der Modellprojekte wird auf Basis der Ergebnisse entschieden, ob bzw. in welcher Form der Ü45-Check in die Routine überführt wird. Wesentliche Aspekte sind hierbei Effektivität, Ressourcenverbrauch und Akzeptanz der verschiedenen Strategien.

ErgoKiTa

Das Modellvorhaben „ErgoKiTa - Prävention von Muskel-Skelett-Belastungen bei Erzieherinnen und Erziehern in Kindertageseinrichtungen“ zielte darauf ab, Belastungsschwerpunkte in der pädagogischen Arbeit zu untersuchen und belastungsreduzierende ergonomische Maßnahmen für den Kita-Alltag abzuleiten. Zunächst ermittelte das Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA) in Kooperation mit dem Institut für Arbeitswissenschaft der TU Darmstadt (IAD) sowie dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Goethe-Universität Frankfurt (ASU) den Ist-Zustand in 24 Kitas. Dabei kamen z. B. Vor-Ort-Begleitheftungen, Befragungen, Workshops und CUELA²⁴⁸-Messungen zum Einsatz. Auf Basis der Befunde wurden Lösungsansätze zur Belastungsreduktion entwickelt. Dazu gehören z. B. ergonomisch gestaltete Wickeltische, ergonomisch gewichtsoptimiertes Mobiliar zur Reduzierung von Zwangshaltungen und Lastgewichten, organisatorische Maßnahmen zur Förderung des Belastungswechsels und individualpräventive Maßnahmen.

Die als wirksam erachteten Lösungsansätze wurden auf Initiative der Unfallkasse Rheinland-Pfalz in Zusammenarbeit mit dem IFA beim Umbau der Muster-Kita „Kinderplanet“ in einem Neuwieder Stadtteil aufgegriffen. Neben ergonomischen Aspekten wurden bei der (Um-) Gestaltung raumakustische, klimatische und beleuchtungstechnische Aspekte berücksichtigt. Ziel war und ist, dass andere Kitas und Ausbildungsstätten Ideen für gesundheitsförderliche Bauweise und Ausstattung sammeln und umsetzen.²⁴⁹

Mit uns im Gleichgewicht

Die bei der SVLFG versicherten Betriebe sind überwiegend kleine und mittlere Betriebe. Gesundheitsförderung und Prävention stehen hier angesichts der logistischen und wirtschaftlichen Gegebenheiten vor großen Herausforderungen. Die SVLFG nutzt ihren Charakter als sozialversicherungszweigübergreifend zuständige Organisation, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Dazu hat sie Konzepte zur Prävention arbeitsbedingter und arbeitsunabhängiger Gesundheitsgefahren, zur Gesundheitsförderung sowie zur medizinischen Versorgung zu einem integrierten Gesamtkonzept vereint. Ziel ist die Stärkung des familiären und gesellschaftlichen Zusammenhalts in den ländlichen Regionen. Ein Schwerpunkt des Gesamtkonzepts sind Angebote für seelische Gesundheit. Sie werden seit 2017 im Rahmen des Modellvorhabens „Mit uns im Gleichgewicht“²⁵⁰ in der Lebenswelt land-, forstwirtschaftlicher, gartenbaulicher Klein- und Mittelstandsbetrieb erprobt und evaluiert.

Das Modellvorhaben umfasst eine Vielzahl an flexibel nutzbaren Maßnahmen wie z. B. Stressmanagementseminare, gecoachtes Online-Selbsthilfetool zur Burn-out-Prävention, psychologisches Telefoncoaching, Krisenhotline. Das Herzstück von „Mit uns im Gleichgewicht“ ist ein Fallkoordinator, der als sozialversicherungszweigübergreifender Lotse und Fallmanager fungiert. Weiterhin beraten die SVLFG-Außendienstmitarbeiter und ein eigens eingerichtetes Telezentrum zu den Maßnahmen. Unter dem Leitsatz „Sicher & gesund aus einer Hand“ erhält der Versicherte alle benötigten gesetzlichen Leistungen. Dabei wird auch den Vorgaben des Bundesteilhabegesetzes, drohende Behinderungen frühzeitig zu erkennen und gezieltes Handeln noch vor Eintritt der Rehabilitation zu ermöglichen, Rechnung getragen. Ziel des Modellvorhabens ist also auch die Entwicklung innovativer Maßnahmen und neuer Kooperationsformen zwischen den Rehabilitationsträgern im Verbundsystem der SVLFG.

ICE-PflegeGesund

Unter der Dachmarke „Gesunde Lebenswelten - Ein Angebot der Ersatzkassen“ setzt der Verband der Ersatzkassen e. V. im Auftrag und Namen der Ersatzkassen u. a. Projekte nach § 5 SGB XI um. Hierfür entwickeln Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Pflegepraxis

248 Computerunterstützte Erfassung und Langzeit-Analyse von Belastungen des Muskel-Skelett-Systems.

249 Weitere Informationen: www.dguv.de/ifa/publikationen/reports-download/reports-2015/ifa-report-2-2015/index.jsp und www.dguv.de/ifa/publikationen/reports-download/reports-2015/ifa-report-2-2015/index.jsp

250 www.svlfg.de/31-gesundheitsangebote/index.html

Maßnahmen und Instrumente zur Gesundheitsförderung und Prävention und erproben diese mit stationären Pflegeeinrichtungen.

Ein Modellprojekt ist „ICE-PfleGesund“.²⁵¹ ICE steht für Implementation, Coaching und Entwicklung. Dies bezeichnet die systematische Einführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen auf Grundlage von Qualitätsmanagementsystemen und unter Einbeziehung und Befähigung aller Beteiligten (d. h. pflegebedürftige Menschen, Beschäftigte und Führungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen). Indem an vorhandene, gut etablierte Strukturen und Einrichtungsabläufe angeknüpft wird, lässt sich eine sachgerechte Implementation und Verstetigung gesundheitsförderlicher bzw. präventiver Maßnahmen sicherstellen. Zielsetzung des Projekts ist deshalb die Entwicklung eines Qualitätsmanagement-Handbuchs „Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung“ zur Einbindung gesundheitsfördernder Ansätze in die Prozesse und Strukturen stationärer Pflegeeinrichtungen sowie die Bereitstellung entsprechender Instrumente zur Unterstützung der Umsetzung. Die Entwicklung findet in Kooperation mit einem privaten Dienstleister statt.

QualiPEP

Im Forschungsprojekt „QualiPEP“ entwickelt der AOK-Bundesverband in voll- und teilstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und für pflegebedürftige Menschen einheitliche Qualitätskriterien bzw. Qualitätssicherungsmaßnahmen für Gesundheitsförderung und Prävention und setzt diese um.²⁵² QualiPEP wird vom Bundesministerium für Gesundheit von 2017 bis 2021 gefördert.

Der AOK-Bundesverband verfolgt mit QualiPEP vorrangig drei Ziele: In teil- und vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und für pflegebedürftige Menschen wird ein einheitlicher Qualitätsrahmen für Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt. Zum Zweiten wird die organisationale Gesundheitskompetenz der Einrichtungen und die Gesundheitskompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Beschäftigten gestärkt. Zum Dritten wird die betriebliche Gesundheitsförderung in den Einrichtungen qualitätsgesichert weiterentwickelt. Im Zuge des QualiPEP-Projekts werden nicht nur die Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Einrichtungen, sondern auch alle Beschäftigten und die Einrichtung selbst als Zielgruppen definiert.

Eine ganzheitliche Betrachtung der gesamten Organisation umfasst die diversen Zielgruppen unter der gemeinsamen Zielrichtung der Verknüpfung von Verhältnis- und Verhaltensprävention. Die Konzepte werden in allen drei Zielbereichen partizipativ entwickelt, erprobt und umgesetzt. Die erarbeiteten Qualitätssicherungs-Konzepte sollen die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen verbessern.

QualiPEP wird im gesamten Zeitverlauf von einem wissenschaftlichen Beirat begleitet und unterstützt, der mit ausgewiesenen Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Politik, Trägern der Eingliederungshilfe und Pflegeeinrichtungen, dem GKV-Spitzenverband sowie den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen besetzt ist.

251 www.vdek.com/vertragspartner/Praevention/projekt_ice--pfle-gesund/projekt-ice-pflegesund.html

252 www.aok-bv.de/engagement/qualipep/

6 Inhalte und Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen

Das Präventionsgesetz sieht vor, dass zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie in den Bundesländern Landesrahmenvereinbarungen (LRV) abgeschlossen werden. In § 20f Abs. 2 SGB V werden Mindestanforderungen an deren Inhalt definiert. So sollen die LRV Festlegungen zu Zielen und Handlungsfeldern, zur Koordinierung von Leistungen, zur Klärung von Zuständigkeiten, zu Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger nach SGB X, zur Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe sowie zur Mitwirkung weiterer relevanter Einrichtungen oder Organisationen treffen. Ausgehend von diesen gesetzlichen Vorgaben erstellten die Sozialversicherungsträger eine Muster-LRV. Das Muster diente als Ausgangspunkt für die zwischen dem 01.04.2016 (Hessen) und dem 11.07.2018 (Berlin) geschlossenen 16 LRV, wobei 15 LRV bereits bis zum 26.06.2017 (Bayern) vereinbart wurden.²⁵³ Trotz der für das Muster entwickelten Inhalte sind die Beteiligten in der konkreten Ausgestaltung der LRV recht frei und dazu angehalten, regionale Erfordernisse zu berücksichtigen. Daher ergeben sich teilweise deutliche Unterschiede zwischen den LRV einzelner Länder.

In dem vorliegenden Kapitel erfolgt eine Analyse der inhaltlichen Schwerpunktsetzungen in den LRV. Dabei dient die Muster-LRV als Bezugspunkt. Eine inhaltliche Analyse der LRV wurde auch von Böhm und Klinnert²⁵⁴ durchgeführt und wird im Folgenden, wo angemessen, zitiert. Die Analyse der LRV wird ergänzt durch Ergebnisse aus der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht. In dem Modul „Stand der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V“ wurde untersucht, inwieweit die LRV bereits Wirkung entfalten. Im Fokus standen folgende Fragen:

- Finden die gemeinsamen Ziele und Handlungsfelder Zustimmung?
- Wie wird die Arbeit der Gremien zur Steuerung und Koordination bewertet?
- Wie verläuft die Klärung von Zuständigkeitsfragen?
- Fördern die LRV die Kooperation?
- Welche vorrangigen Handlungsbedarfe sehen die Akteure?

Die insgesamt 18 Fragen beantworteten N = 87 Organisationen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), N = 11 Organisationen der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), N = 14 Organisationen der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV), N = 73 Organisationen der sozialen Pflegeversicherung (SPV), die Bundesagentur für Arbeit (BA), N = 15 Landesministerien (Länder), N = 15 Kommunen und N = 19 Organisationen der organisierten Zivilgesellschaft (OZG). Unter OZG wurden Mitgliedsorganisationen der Vertretungen der Patientinnen und Patienten in der NPK und Organisationen, die über das Präventionsforum in der NPK vertreten sind, zusammengefasst. Jede teilnehmende Organisation konnte bis zu 16 Bewertungen – eine je Bundesland – abgeben. Daher gehen in die hier dargestellte bundesweite Auswertung mehr Bewertungen als antwortende Organisationen ein. Die ausgewertete Anzahl Bewertungen beträgt: GKV N = 156 (8-11 Organisationen je Bundesland), GRV N = 13 (1-2 Organisationen je Bundesland außer Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen mit 0), GUV N = 22 (1-2 Organisationen je Bundesland außer Sachsen und Sachsen-Anhalt mit 0), SPV N = 109 (6-8 Organisationen je Bundesland), BA N = 15 (eine Antwort je Bundesland außer Berlin), Länder N = 24 (1-2 Organisationen je Bundesland außer Berlin²⁵⁵), Kommunen N = 15 (1-2 Kommunen in Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt, 5 in Hessen) und OZG N = 19 (1-2 Organisationen je Bundesland außer Berlin, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen mit 0). Weitere Informationen zur Methodik der Online-Erhebung sind in Kapitel 1.3.1 dargestellt.

Besonderheiten bei der Interpretation der Ergebnisse

Bei der Interpretation der Ergebnisse aus der Online-Erhebung ist zu berücksichtigen, dass die **Rückläufe** der Akteursgruppen unterschiedlich ausfielen (siehe auch Kapitel 1.3.5). Die Beteiligung der Sozialversicherungsträger und Länder an dem Modul zu den LRV war relativ hoch, sodass für die meisten Bundesländer Antworten vorliegen (s. o.). Weiterhin beantworteten jeweils fast alle Vereinbarungspartner der LRV (Kapitel 6.1) das Modul.²⁵⁶ Auch für die BA war die Beteiligung in dem Sinne hoch, als dass für alle Bundesländer eine Bewertung vor-

253 Die LRV können auf www.npk-info.de eingesehen werden.

254 Böhm, K., & Klinnert, D. (2018). Die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Länderebene: Eine Analyse der Landesrahmenvereinbarungen. Gesundheitswesen (EFirst). doi: 10.1055/a-0638-8172

255 Jedes Landesministerium antwortete für ein Bundesland. In einigen Bundesländern liegen die Verantwortlichkeiten jedoch bei zwei Ministerien, sodass zwei Antworten aus diesen Bundesländern eingingen. Für Berlin liegt keine Antwort vor, da die LRV Berlin zum Zeitpunkt der Online-Erhebung noch nicht abgeschlossen war.

256 Im Fall der Kranken- bzw. Pflegekassen beteiligten sich die Ersatzkassen auch als einzelne Kassen, daher ergeben sich z. T. mehr Antworten als kassenseitige Partner je Bundesland.

liegt, die zum Zeitpunkt der Online-Erhebung eine LRV abgeschlossen hatten. Die Beteiligung der kommunalen Akteure und der Akteure der OZG an dem Modul zu den LRV war geringer. Während von den Akteuren der OZG für die meisten Bundesländer Antworten vorliegen, trifft dies bei den Kommunen für nur ca. die Hälfte der Bundesländer zu (s. o.). Die Anzahl Antworten je Bundesland ist, insbesondere bei den Kommunen, sehr viel geringer als zu erwarten gewesen wäre. Basierend auf den Rückläufen sollten die Ergebnisse für die Sozialversicherungsträger, BA und Länder ein aussagekräftiges Meinungsbild widerspiegeln. Für Kommunen und OZG stellen die Ergebnisse nur einen kleinen Ausschnitt der möglichen Meinungen dar, wodurch die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse eingeschränkt sein kann und verzerrende Effekte auf die Ergebnisse begünstigt werden können.

Weiterhin sollte berücksichtigt werden, dass es sich bei den Ergebnissen um ein **vorläufiges Meinungsbild** handelt, welches im Zeitraum Mai bis Juni 2018 (also ein bis zwei Jahre nach Abschluss der LRV) erhoben wurde. In der weiteren Entwicklung, insbesondere nach einer längeren Zeit für den Auf- bzw. Ausbau von Strukturen und der Entwicklung einer „gemeinsamen Sprache“ im Bereich der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung kann sich das Meinungsbild ändern.

Die Ergebnisse werden auf **glatte Prozentwerte** gerundet dargestellt; die genauen Werte können dem **Tabellenanhang** entnommen werden. Der Tabellenanhang enthält auch die Ergebnisse für die einzelnen Länder und kann als Grundlage für Diskussionen über den Stand der Umsetzung der LRV und mögliche Weiterentwicklungen in den einzelnen Ländern genutzt werden.

6.1 BETEILIGTE

Die an den LRV beteiligten Partner variieren zwischen den 16 Bundesländern nur wenig. Immer zugehörig sind, wie gesetzlich gefordert, Vertretungen

- der sechs Krankenkassensysteme aus dem jeweiligen Bundesland (zugleich in der Wahrnehmung der Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen nach § 52 SGB XI): AOK, BKK, IKK, KNAPPSCHAFT, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Krankenkasse und Ersatzkassen (TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk, HEK),
- des regionalen Rentenversicherungsträgers,
- der Deutschen Rentenversicherung Bund,
- der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (der jeweiligen Regionaldirektion),
- der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (DGUV),
- der SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft und
- des jeweiligen Landes (durch einschlägige Ministerien, Senatsverwaltungen oder Behörden).

Aus der Auflistung geht hervor, dass immer mindestens zwölf Partner die LRV unterzeichnet haben. Mehr Partner unterzeichneten in Baden-Württemberg, Hessen und Niedersachsen (13 Partner) sowie Bayern (14) und Nordrhein-Westfalen (15). Dabei handelt es sich zumeist um eine zusätzlich beigetretene regionale Unfallkasse bzw. einen Landesverband der DGUV oder weitere regionale Rentenversicherungsträger. In Nordrhein-Westfalen haben die AOK, die IKK classic und die Deutsche Rentenversicherung jeweils zwei regionale Vertretungen.

Gemäß § 20f Abs. 2 SGB V können die Bundesagentur für Arbeit, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene den LRV beitreten. Inwieweit diese Kannregelung wahrgenommen wurde, unterscheidet sich zwischen den Bundesländern und den Organisationen mit der Möglichkeit des Beitritts.²⁵⁷ Die **Bundesagentur für Arbeit** ist in 14 Bundesländern der jeweiligen LRV beigetreten, nicht jedoch in Berlin und Thüringen, wobei sie in Thüringen beratendes Mitglied ist. Die für den **Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde** ist lediglich in Berlin und Baden-Württemberg nicht der LRV beigetreten. In Bayern wurde die LRV durch das federführende Staatsministerium für Gesundheit und Pflege stellvertretend für die Staatsregierung abgeschlossen,

²⁵⁷ Die Angaben beruhen auf einer Abfrage durch die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden in den Ländern im November 2018.

sodass die oberste Arbeitsschutzbehörde einbezogen ist. In Baden-Württemberg ist die zuständige Behörde aufgrund einer Regierungsumbildung nicht vertreten, wohl aber die zuvor für den Arbeitsschutz zuständige Behörde. Der Beitritt **kommunaler Spitzenverbände auf Landesebene** ist bisher in Baden-Württemberg, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen und Thüringen nicht erfolgt, wobei sie in Thüringen beratende Mitglieder sind. Der Beitritt entfällt in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg, da dort keine kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene existieren. In den neun Bundesländern mit beigetretenen kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene sind teilweise alle in dem jeweiligen Bundesland präsenten kommunalen Spitzenverbände beigetreten (Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt); teilweise steht der Beitritt eines oder zweier Verbände noch aus (Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein).

6.2 LEISTUNGEN DER BETEILIGTEN

Der Paragraph „Leistungen“ beschreibt die Leistungen, die die Grundlage für die LRV bilden. Hierbei handelt es sich gemäß der Muster-LRV um:

1. Leistungen der GKV zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gemäß § 20a SGB V in Verbindung mit dem Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 – in der jeweils gültigen Fassung,
2. Leistungen der GKV zur Gesundheitsförderung in Betrieben gemäß § 20b SGB V in Verbindung mit dem Leitfadens Prävention,
3. Leistungen der SPV gemäß § 5 Abs.1 und 2 SGB XI,
4. Leistungen der GRV gemäß § 14 Abs. 1 SGB VI,
5. Leistungen der GUV gemäß § 14 Abs. 1 SGB VII,
6. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention des Landes gemäß ... (gesetzliche Grundlage),
7. ggf. Leistungen von den der LRV Beigetretenen im Sinne des § 20f Abs. 2 Satz 2 SGB V im Rahmen ihres jeweiligen gesetzlichen Auftrags.

Bei den Leistungen der Sozialversicherungsträger zeigen sich in den 16 LRV leichte Variationen, u. a. durch die Konkretisierung oder das Entfernen von Absätzen in den in der Aufzählung genannten Paragraphen der Sozialgesetzbücher. Die Variationen beinhalten jedoch keine grundlegende Änderung der zu erbringenden Leistungen und werden daher an dieser Stelle nicht im Detail aufgeführt.

In Hinblick auf die gesetzlichen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention des jeweiligen Landes (Punkt 6) nehmen **Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein** und **Thüringen** Bezug auf konkrete Gesetze (z. B. Gesundheitsdienstgesetz, Landesgesundheitsgesetz, Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz, Schulgesetz, Kinderschutzgesetz, Landeshaushaltsordnung). **Rheinland-Pfalz**, das **Saarland** und **Sachsen** verweisen lediglich auf die Gesetzgebung des eigenen Bundeslandes, ohne konkrete Gesetze zu benennen. **Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern** und **Niedersachsen** nennen ebenfalls die Gesetze des Landes im Allgemeinen und ergänzen, dass die Leistungen „freiwillig“ bzw. „nach Maßgabe des Haushalts“ erbracht werden. **Nordrhein-Westfalen** nennt Leistungen auf Basis des Alten- und Pflegegesetzes sowie die zusätzliche Erbringung freiwilliger Leistungen durch das Land.

Neben diesen Anpassungen sind in einigen Bundesländern weitere Leistungen ergänzt. In **Brandenburg** und **Berlin** sind dies Leistungen der Arbeitsschutzbehörden des Landes zur Prävention in der Arbeitswelt im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie gemäß § 20a ArbSchG und § 20 SGB VII. **Hamburg** verweist auf weitere Leistungen der Freien und Hansestadt Hamburg, die diese aufgrund eines gesetzlichen Auftrags im Bereich des Arbeitsschutzes erbringt (§ 21 ArbSchG). **Nordrhein-Westfalen** weist darauf hin, dass Leistungen auch auf weiteren Grundlagen erbracht werden können. Diese sind Vereinbarungen des GKV-Spitzenverbandes und der kommunalen Spitzenverbände bzw. der Bundesagentur für Arbeit sowie Rechtsvorschriften der LRV-Beigetretenen im Rahmen ihres jeweiligen gesetzlichen Auftrags. **Sachsen** erwähnt zusätzlich die Empfehlungen zum Impfschutz entsprechend der Ständigen Impfkommision (STIKO) und gegebenenfalls der Sächsischen Impfkommision (SIKO) sowie Maßnahmen der Landkreise und kreisfreien Städte gemäß dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (SächsGDG) in der jeweils gültigen Fassung.

6.3 GEMEINSAME ZIELE UND HANDLUNGSFELDER

In dem Paragraphen „Gemeinsame Ziele und Handlungsfelder“ konkretisieren die Partner der LRV ihre Vereinbarungen zu den in § 20f Abs. 2 Nr. 1 SGB V geforderten „gemeinsamen und einheitlich zu verfolgenden Zielen und Handlungsfeldern“ im Bundesland. Zum einen wird festgelegt, welche Gesichtspunkte einschließlich bereits bestehender Ziele und Handlungsfelder bei der Zieleplanung Berücksichtigung finden sollen. Zum anderen wird vereinbart, durch wen und auf welcher Datengrundlage die Zieleplanung erfolgt.

Bezüglich des bei der Zieleplanung zu berücksichtigenden Kontexts findet sich in allen 16 LRV ein Verweis auf die Ziele der BRE (Kapitel 5) sowie auf landesspezifische gesundheitsbezogene Ziele. In allen LRV finden die Ziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) in der Präambel Erwähnung; acht Länder (Baden-Württemberg, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Thüringen) verweisen ergänzend in anderen Paragraphen auf die GDA-Ziele. Zwölf LRV enthalten weitere Ausführungen, die bei der Zieleplanung zu berücksichtigen sind. Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über diese Ergänzungen. Die LRV von **Berlin**, **Bremen**, **Sachsen-Anhalt** und **Schleswig-Holstein** enthalten keine Ergänzungen.

Baden-Württemberg verweist auf im Rahmen der Gesundheitsstrategie des Landes festgelegte Ziele und erwähnt explizit die Unterstützung bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz und für Arbeitssuchende. In der **bayerischen** LRV finden sich die Ziele des bayerischen Präventionsplans, die neben den drei lebensphasenorientierten Zielen auch Gesundheitliche Chancengleichheit umfassen. **Brandenburg** benennt neben den drei lebensphasenorientierten Zielen als weitere Handlungsfelder die kommunale Gesundheitsförderung und die Suchtprävention. Die Partner der LRV in **Hamburg** nennen explizit die drei Ziele des hamburgischen „Pakts für Prävention“, die analog zu den Zielen der Bundesrahmenempfehlungen formuliert sind. Bei dem Ziel Gesundheit werden heben sie hervor, dass auch die Prävention in Pflegeeinrichtungen eingeschlossen ist. Außerdem sollen die Aktivitäten vorrangig auf Sozialräume bzw. klein- und mittelständische Betriebe ausgerichtet werden, in denen sozial benachteiligte Menschen oder besonders belastete Beschäftigte oder ehrenamtlich Tätige erreicht werden. Dabei sollen Präventionsketten

in der Kommune weiter ausgebaut und neue Angebote mit bereits bestehenden Angeboten verknüpft werden. In **Hessen** und **Niedersachsen** wird die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit hervorgehoben, weshalb ausdrücklich besondere Zielgruppen wie u. a. Menschen mit Migrationshintergrund sowie erwerbslose Menschen und Alleinerziehende fokussiert werden. In **Mecklenburg-Vorpommern** wird das Ziel Gesund arbeiten vorwiegend in kleinen und mittleren Unternehmen verfolgt. Weiterhin sollen die Aktivitäten prioritär auf Menschen mit Behinderungen und/oder Menschen mit stationärem Pflegebedarf sowie erwerbslose Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund ausgerichtet werden. Um insbesondere die Gesundheitsförderung und Prävention bei erwerbslosen Menschen zu fördern, wird eine Kooperationsvereinbarung mit Jobcentern, Arbeitsagenturen und der Regionaldirektion Nord der Bundesagentur für Arbeit angestrebt. **Nordrhein-Westfalen** hebt das Ziel hervor, den Austausch mit den Kommunen unter Berücksichtigung regionaler Aktivitäten zu stärken, ihre Gesundheitspotenziale auszuschöpfen sowie den Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher und vernetzter Strukturen zu fördern. Zudem werden Präventionsketten und vulnerable Zielgruppen besonders berücksichtigt. In der betrieblichen Lebenswelt wird der Fokus auf kleine und mittelständische Unternehmen gelegt. Auch die Erbringung von Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen für die Bewohnerinnen und Bewohner findet in der LRV Berücksichtigung. Die Partner der **rheinland-pfälzischen** und der **saarländischen LRV** spezifizieren ebenfalls die Ziele und Handlungsfelder und legen dabei den Fokus auf übergreifende Präventionsaktivitäten, vulnerable Zielgruppen sowie die Reduktion chronischer Erkrankungen. Besonders hervorgehoben werden Maßnahmen, von denen insbesondere auch Menschen profitieren, die aufgrund von besonderen Lebenslagen oder Mehrfachbelastungen (z. B. Beruf, Familie, häusliche Pflege oder Ehrenamt) einen erhöhten Bedarf aufweisen. **Sachsen** stellt einen Sonderfall dar, da die Ziele und Handlungsfelder ausführlich in der LRV erläutert werden. Zu jedem der drei lebensphasenorientierten Ziele definieren die Akteure in der LRV konkrete Ziele, benennen die Handlungsfelder und legen für jeden Zielbereich Zielgruppen fest. Die Partner in **Thüringen** führen - neben den Zielen der Bundesrahmenempfehlungen - auf, die Menschen dabei stärken zu wollen, ihre Gesundheitspotenziale auszuschöpfen sowie den Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen zu fördern.

Bezüglich der Verantwortlichkeit für die Zieleplanung verfolgen die Länder zwei unterschiedliche Ansätze: In Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern findet die Zieleplanung in Strukturen und Prozessen statt, die im Landesgesundheitsgesetz verankert sind bzw. vom Land initiiert werden. Dabei handelt es sich um die Landesgesundheitskonferenz (Baden-Württemberg²⁵⁸, Berlin), die Bündnisse Gesund aufwachsen und Gesund älter werden sowie den Arbeitskreis Arbeit und Gesundheit (Brandenburg) und das Aktionsbündnis für Gesundheit (Mecklenburg-Vorpommern). In anderen Bundesländern findet die Zieleplanung in Strukturen und Prozessen statt, die durch die LRV definiert werden. Dabei handelt es sich in Bayern und Nordrhein-Westfalen um das Steuerungsgremium der Beteiligten der LRV, in Hamburg und Schleswig-Holstein um das Strategieforum Prävention, in Hessen und Niedersachsen um das Dialogforum Prävention, in Rheinland-Pfalz und dem Saarland um die Landespräventionskonferenz und in Sachsen um die Beteiligten der LRV. Den LRV von Bremen, Sachsen-Anhalt und Thüringen ist nicht eindeutig zu entnehmen, wo die Verantwortlichkeit für die Zieleplanung liegt.

In der Muster-LRV ist definiert, dass die Daten der Gesundheitsberichterstattung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene die Grundlage für die Zieleplanung bilden. Weiterhin sollen die gesetzlichen Krankenkassen und die Träger der Renten- und Unfallversicherung Informationen und Daten im Rahmen ihrer Möglichkeiten in den Prozess der gesundheitsbezogenen Zieleplanung einbringen. Diese Formulierungen wurden in den einzelnen LRV oftmals übernommen oder lediglich geringfügig abgeändert. Die Änderungen umfassen erweiterte Datengrundlagen folgender Quellen: Studien bzw. Forschungsergebnisse (Sachsen, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern), „Qualitätskriterien für Gute Praxis“ der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbands Gesundheitliche Chancengleichheit (Hamburg), Sozialberichterstattung (Niedersachsen, Bremen, Brandenburg) oder Arbeitsschutzberichterstattung (Mecklenburg-Vorpommern) sowie Informationen des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (Niedersachsen). Berlin weist darauf hin, dass die Daten zudem für ein regelmäßiges Monitoring und die Evaluation des Berliner Gesundheitszieleprozesses verwendet werden.

258 Zusätzlich sind die kommunalen Gesundheitskonferenzen, der Gesundheitsdialog und der Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention involviert.

Ergebnisse aus der Online-Erhebung zu den gemeinsamen Zielen und Handlungsfeldern

Im Rahmen der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht wurden die teilnehmenden Akteure darum gebeten, die auf Basis der LRV vereinbarten Ziele und Handlungsfelder zu beurteilen. Hierfür wurde die Zustimmung²⁵⁹ zu den folgenden Aussagen erfragt:

- Die gemeinsamen Ziele und Handlungsfelder sind eine sinnvolle Ergänzung zu bereits existierenden Zielen des jeweiligen Bundeslandes.
- Der Prozess zur Definition der gemeinsamen Ziele und Handlungsfelder war mit bereits existierenden Prozessen der Landespolitik abgestimmt.
- Die gemeinsamen Ziele und Handlungsfelder werden als Grundlage für die zielgerichtete Umsetzung von Aktivitäten auf Landes- und kommunaler Ebene genutzt.
- Die gemeinsamen Ziele und Handlungsfelder werden als Grundlage für die Zusammenarbeit bei Aktivitäten auf Landes- und kommunaler Ebene genutzt.
- Die gemeinsamen Ziele und Handlungsfelder tragen insbesondere dazu bei, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu reduzieren.

Die Ziele und Handlungsfelder wurden überwiegend positiv beurteilt, wobei aus Sicht einzelner Akteursgruppen noch Verbesserungsbedarf besteht.²⁶⁰ Über alle Aussagen hinweg zeigte sich, dass GKV, SPV, BA und Länder den Aussagen tendenziell eher zustimmten als GRV, GUV, Kommunen und OZG. Die beiden letzteren Akteursgruppen zeigten bei allen Aussagen eine relativ geringe Zustimmung, wobei diese bei den Kommunen durchweg am niedrigsten ausfiel.

Die Aussage, dass die Ziele und Handlungsfelder auf Basis der LRV eine sinnvolle Ergänzung zu den bereits im Bundesland existierenden Zielen sind, fand breite Zustimmung (80-100 % der Akteure der GKV, GRV, GUV, SPV, BA und Ländern stimmten zu²⁶¹, 60 % bei Kommunen und OZG). Bei jeweils 80 % oder mehr der Akteure der GKV, SPV, BA und Länder fanden die Prozesse zur Definition und die Nutzung der Ziele und Handlungsfelder Zustimmung. Bei GRV, GUV und OZG waren es jeweils

60 %. Die kommunalen Akteure zeigten weniger Zustimmung (jeweils 30-40 %). Hinsichtlich des Beitrags der gemeinsamen Ziele und Handlungsfelder zur Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen äußerten GKV und SPV, aber auch Länder und BA relativ hohe Zustimmung (90 % bei GKV und SPV, 60 bzw. 70 % bei Ländern und BA); bei GRV, GUV, Kommunen und OZG war die Zustimmung dagegen niedriger (jeweils 40 %).

Die relativ kritische Meinung von Kommunen und OZG zeigte sich auch in den übrigen Themen, die bezüglich der LRV untersucht wurden, und deutet darauf hin, dass sich diese Akteure noch nicht zufriedenstellend in die Prozesse und Strukturen, die durch die LRV geregelt werden, einbezogen fühlen. Inwieweit die Akteure die vereinbarten Strukturen und Prozesse der Zieleplanung nutzen werden, um die (je nach Land mehr oder weniger konkreten) Vorgaben in den LRV in nachhaltige Ziele auszuformulieren (z. B. unter Berücksichtigung der SMART-Kriterien - spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch, terminierbar), wird sich in den kommenden Jahren zeigen.

259 Antwortoptionen: Trifft voll und ganz zu, Trifft eher zu, Teils-teils, Trifft eher nicht zu, Trifft gar nicht zu, Keine Angabe.

260 Bei einer gesammelten Betrachtung über alle Items hinweg besteht ein statistisch signifikanter Unterschied in den Antworten zwischen den Akteursgruppen (Chi-Quadrat-Test nach Pearson, $p < 0,001$). Für den Signifikanztest wurden die Antworten dichotomisiert, indem Trifft voll und ganz zu und Trifft eher zu sowie Teils-teils, Trifft eher nicht zu und Trifft gar nicht zu zusammengefasst wurden.

261 Die Antwortoptionen Trifft voll und ganz zu sowie Trifft eher zu wurden als „Zustimmung“ zusammengefasst. Keine Angabe wurde bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

6.4 GREMIEN ZUR STEUERUNG UND KOORDINATION

In allen Bundesländern wurden Kooperationsstrukturen zur Umsetzung der LRV definiert. In Baden-Württemberg und Thüringen wurde dabei an bestehende Strukturen angeknüpft, in den übrigen Bundesländern sind neue Strukturen geschaffen worden. Im Folgenden werden die Kooperationsstrukturen – eingeteilt nach ihrer Funktion in dialog-, abstimmungs- und entscheidungsorientierte Gremien²⁶² – vorgestellt.

Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen nutzen dialogorientierte Strukturen, d. h. die Strukturen dienen primär dem gegenseitigen Austausch. Die Brandenburger Konferenz für Prävention und Gesundheitsförderung sowie das Dialogforum Prävention in Hessen und in Niedersachsen kommen einmal jährlich zum gegenseitigen Austausch zusammen. Weiterhin sollen diese Gremien Handlungsbedarfe identifizieren, Handlungsempfehlungen aussprechen und die Zieleerreichung bzw. den Erfolg der LRV überprüfen. Die Dialogforen sind auch für die Zieleplanung verantwortlich. Die LRV von Mecklenburg-Vorpommern sieht einen einmal jährlichen Austausch über Kooperationsvereinbarungen vor. Die Gesundheitszieleplanung wird in Mecklenburg-Vorpommern vom „Aktionsbündnis für Gesundheit“ durchgeführt, in dem die Beteiligten der LRV im Rahmen ihres jeweiligen gesetzlichen Auftrags mitwirken. Die Gesundheitszieleplanung bezieht sich dabei auf das gesamte Gesundheitswesen, nicht nur auf Gesundheitsförderung und Prävention.

In **Rheinland-Pfalz**, dem **Saarland** und **Schleswig-Holstein** wurden abstimmungsorientierte Strukturen aufgebaut, die aus jeweils zwei Gremien bestehen. Die Landespräventionskonferenz Rheinland-Pfalz, die Saarländische Präventionskonferenz bzw. das Strategieforum Prävention in Schleswig-Holstein tagen jährlich und haben ähnliche Aufgaben wie die Dialogforen in Hessen und Niedersachsen. Als zweites Gremium gibt es in Schleswig-Holstein eine Steuerungsgruppe, der alle LRV-Beteiligten angehören. Sie klärt grundsätzliche Fragen und empfiehlt Förderungen. In Rheinland-Pfalz und dem Saarland beschränken sich die Steuerungsgruppen auf die Sozialversicherungsträger und dienen der Koordination landesweiter Projektvorschläge oder Konzepte für besondere Zielgruppen.

In den übrigen Bundesländern wurden Steuerungsgremien mit expliziten und verbindlichen Entscheidungskompetenzen eingerichtet. Zusätzlich gibt es in einigen der Bundesländer jährlich tagende, dialogorientierte Gremien. In **Baden-Württemberg** sind die Strukturen zur Umsetzung der LRV eng mit den über das Landesgesetz für Gesundheit definierten Strukturen verbunden. So werden im Rahmen des „Gesundheitsdialogs“ die Gesundheitsstrategie einschließlich der Gesundheitsziele für Baden-Württemberg festgelegt. Der Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention nach § 8 des Landesgesetzes für Gesundheit entwickelt Empfehlungen zu landesweiten Strategien und Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention und begleitet die Umsetzung der LRV. Der Koordinierungsausschuss der Vereinbarung zur Einbindung der Stiftung für Prävention ist für Fördermöglichkeiten über § 5 der LRV von Baden-Württemberg verantwortlich. In **Bayern** hat das Steuerungsgremium der LRV-Beteiligten die Aufgaben, einen laufenden Austausch zu fördern, Handlungsziele und -schwerpunkte festzulegen sowie über LRV-Maßnahmen zu entscheiden. Es kann dabei auf den Sachverstand der Landesarbeitsgemeinschaft Prävention und kommunale Netzwerke, wie z. B. die Gesundheitsregionen^{plus} (Kapitel 2.2.3), zurückgreifen. Das Abstimmungsgremium der Partner der LRV in **Berlin** ist für die Herstellung von Transparenz über präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten sowie für die Koordination und Abstimmung der umzusetzenden Aktivitäten und der erforderlichen Ressourcen verantwortlich. Die Planung und Festlegung von Gesundheitszielen für Berlin erfolgt durch die Landesgesundheitskonferenz. Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz, die Kooperationsvereinbarungen im Sinne der LRV abgeschlossen haben, können Mitglied des Abstimmungsgremiums werden. Das Strategieforum Prävention des Landes **Bremen** und das Landesforum Prävention **Sachsen-Anhalt** sind mit der Steuerung und Umsetzung der LRV betraut, wobei die LRV-Beteiligten stimmberechtigt sind und die LRV-Beigetretene eine beratende Funktion haben. In Bremen wird zudem angestrebt, eine jährliche Präventionskonferenz durchzuführen. Das Koordinierungsgremium zur Umsetzung der LRV **Hamburg** bereitet Sitzungen des mindestens einmal jährlich tagenden Strategieforums Prävention vor und nach und steuert die Umsetzung von Aktivitäten. Dem Koordinierungsgremium gehören neben den LRV-Beteiligten und -Beigetretene auch je nach Anlass weitere Organisationen an. Aufgabe des Strategieforums Prävention ist es, Rahmenvorgaben (inhaltliche Schwerpunkte) für die Umsetzung der LRV festzulegen. In **Nordrhein-Westfa-**

262 Böhm, K., & Klünnert, D. (2018). Die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Länderebene: Eine Analyse der Landesrahmenvereinbarungen. Gesundheitswesen (EFirst). doi: 10.1055/a-0638-8172

len entwickelt eine Steuerungsgruppe der LRV-Beteiligten und -Beigetretene die Gesundheitsförderung und Prävention weiter und trifft Grundsatzentscheidungen zu strategischen, konzeptionellen, organisatorischen und finanziellen Fragestellungen. Die Steuerungsgruppe legt insbesondere gemeinsame Handlungsziele und schwerpunkte verbindlich fest und verständigt sich auf gemeinsame Kooperationsangebote. Die Steuerungsgruppe informiert die Landesgesundheitskonferenz über ihre Aktivitäten. Das Steuerungsgremium LRV in **Sachsen**, in dem LRV-Beteiligte und -Beigetretene vertreten sind, entscheidet über gemeinsam durchzuführende und abgestimmte Maßnahmen.²⁶³ Weitere Organisationen können sich über eine Unterstützungserklärung beteiligen. Mindestens einmal jährlich findet eine Landeskonferenz zu Prävention und Gesundheitsförderung statt. Die LRV von **Thüringen** verweist nicht auf Strukturen zu ihrer Umsetzung. Allerdings gibt es in Thüringen ein Steuerungsgremium der LRV Thüringen, das über gemeinsam durchzuführende Maßnahmen entscheidet.²⁶⁴

Ergebnisse aus der Online-Erhebung zu den Gremien zur Steuerung und Koordination

Die Ergebnisse der Online-Erhebung geben Aufschluss darüber, wie die Akteure die Arbeit der in den LRV festgelegten Kooperationsstrukturen bewerteten.²⁶⁵ Die Bewertung erfolgte sowohl durch Akteure, die in den bewerteten Gremien vertreten waren, als auch durch Akteure, die nicht vertreten waren. Ergänzend waren die Akteure aufgefordert, die Arbeit in kommunalen Gesundheitskonferenzen bzw. Gesundheitsregionen^{plus} (Kapitel 2.2.3) zu bewerten. Diese Bewertung erfolgte nur durch Akteure, die in diesen Gremien vertreten waren. Es wurde die Zustimmung²⁶⁶ zu folgenden Aussagen erfragt:

- In dem Gremium arbeiten alle relevanten Akteure zusammen.
- Das Gremium erreicht Ziele, die von keinem Einzelakteur im Gesundheitssektor erreicht werden.

- Die Arbeit des Gremiums ist nicht durch Partikularinteressen bestimmt.
- Das Gremium stärkt die politikfelderübergreifende Zusammenarbeit.
- Das Gremium fördert die sektorenübergreifende Zusammenarbeit.
- Das Gremium nimmt sich Themen vor, die es nicht wirklich beeinflussen kann.
- Durch das Gremium wird die Umsetzung von Aktivitäten verbessert.
- Die Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ist ein besonderer Fokus des Gremiums.
- Die Verringerung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen ist ein besonderer Fokus des Gremiums.
- Das Gremium trägt dazu bei, dass nachhaltige Strukturen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung etabliert werden.
- Das Gremium trägt zur Vermeidung von Doppelstrukturen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung bei.

In der Gesamtschau gingen die Meinungen hinsichtlich der Arbeit in den Gremien zur Umsetzung der LRV teilweise deutlich auseinander.²⁶⁷ Bei GKV, SPV, BA und den Ländern fand die Gremienarbeit über alle oben genannten Aussagen die meiste Zustimmung (durchschnittlich 70-80 % der Antwortenden stimmten zu²⁶⁸). Kommunale Akteure und solche der OZG beurteilten die Arbeit in den Gremien als nicht zufriedenstellend - im Durchschnitt über die Aussagen drückten hier lediglich 20 bzw. 35 % der Antwortenden Zustimmung aus. GRV und GUV befanden sich mit 50-60 % Zustimmung im Mittelfeld.

Bei der Betrachtung einzelner Aussagen fiel auf, dass die Sozialversicherungsträger, BA und Länder besonders hohe Zustimmung zu der Aussage äußerten, dass in den Gremien zur Umsetzung der LRV alle relevanten Akteure

263 www.sifg.de/geschaeftsstelle-lrv/steuerungsgremium-lrv/

264 www.abethur.de/arbeitschwerpunkte/geschaeftsstelle-landesrahmenvereinbarung/aufgaben-und-struktur-der-landesrahmenvereinbarung-thueringen.html

265 Spezifisch erfolgte die Bewertung folgender Gremien: BW: Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention; BY, NW, SN: Steuerungsgremium der LRV; BE, TH: Landesgesundheitskonferenz; BB: Brandenburger Konferenz für Prävention und Gesundheitsförderung; HB, SH: Strategieforum Prävention; HH: Koordinierungsgremium zur Umsetzung der LRV; HE, NI: Dialogforum Prävention; MV: Aktionsbündnis für Gesundheit; RP: Landespräventionskonferenz; SL: Saarländische Präventionskonferenz; ST: Landesforum Prävention.

266 Antwortoptionen: Trifft voll und ganz zu, Trifft eher zu, Trifft eher nicht zu, Trifft gar nicht zu, Keine Angabe.

267 Bei einer gesammelten Betrachtung über alle Items hinweg besteht ein statistisch signifikanter Unterschied in den Antworten zwischen den Akteursgruppen (Chi-Quadrat-Test nach Pearson, $p < 0,001$). Für den Signifikanztest wurden die Antworten dichotomisiert, indem Trifft voll und ganz zu und Trifft eher zu sowie Teils-teils, Trifft eher nicht zu und Trifft gar nicht zu zusammengefasst wurden.

268 Die Antwortoptionen Trifft voll und ganz zu sowie Trifft eher zu wurden als „Zustimmung“ zusammengefasst. Keine Angabe wurde bei der Berechnung nicht berücksichtigt. Für das Item „Das Gremium nimmt sich Themen vor, die es nicht wirklich beeinflussen kann“ wurden Trifft eher/gar nicht zu zusammengefasst.

vertreten waren (90-100 % der Antwortenden stimmen zu). Bei Kommunen und OZG war die Zustimmung niedriger (30 bzw. 50 %). Am wenigsten Zustimmung erhielt die Aussage, dass die Verringerung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen ein besonderer Fokus der Gremien ist (10-50 % der Antwortenden stimmten zu, Länder 60 %). Die Aussage, dass die Arbeit der Gremien einen besonderen Fokus auf die Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen legt, erhielt dagegen relativ hohe Zustimmung (90 % der Antwortenden in den Akteursgruppen GKV, SPV, BA und Länder stimmten zu, 50 % bei GRV und GUV, 30 % bei Kommunen, 70 % bei OZG). Weiterhin zeigte sich tendenziell niedrigere Zustimmung dahingehend, dass keine Doppelstrukturen aufgebaut werden (10-40 % stimmten zu in den Akteursgruppen GRV, GUV, Kommunen und OZG, 60-80 % bei GKV, SPV, BA und Ländern) und dass die Arbeit des Gremiums nicht durch Partikularinteressen bestimmt wird (0 bzw. 10 % stimmten zu bei OZG und Kommunen, 40 % bei GRV und Ländern, 60-80 % bei GKV, GUV, SPV und BA). Der Einfluss von Partikularinteressen muss jedoch nicht unbedingt als negativ gewertet werden, da es Teil der Aufgabe der Gremien ist, die Einzelinteressen der Akteure zusammenzubringen und zu beraten.

Auch bei der Bewertung der Arbeit der kommunalen Gesundheitskonferenzen bzw. Gesundheitsregionen^{plus} bestanden zwischen den Akteursgruppen Unterschiede.²⁶⁹ Insgesamt war die Zustimmung zurückhaltender als bei der Bewertung der Arbeit der Gremien zur Umsetzung der LRV (durchschnittlich über alle Aussagen stimmten 40-60 % der Antwortenden je Akteursgruppe zu, bei den Ländern waren es 80 %²⁷⁰). Auffällig war die bessere Bewertung der Arbeit der Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsregionen^{plus} durch die kommunalen Akteure (50 % der Antwortenden äußerten Zustimmung) im Vergleich zu der Bewertung der Arbeit der in den LRV festgelegten Gremien. Es handelte sich jedoch um sehr wenige Antworten (N = 9). Die Beurteilung einzelner Aspekte der Arbeit der kommunalen Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsregionen^{plus} fiel ähnlich aus wie bei den Gremien zur Umsetzung der LRV.

6.5 KLÄRUNG VON ZUSTÄNDIGKEITSFRAGEN

In dem Paragraphen „Klärung von Zuständigkeitsfragen“ legen sich die gesetzlichen Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Unfallversicherungsträger die Verpflichtung auf, grundsätzlich über das Leistungsspektrum von Kranken-, Renten- und Unfallversicherung zu Gesundheitsförderung und Prävention informiert zu sein und bei Bedarf die Träger von Lebenswelten über bestehende Unterstützungsmöglichkeiten zu unterrichten. **Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern** und **Niedersachsen** ergänzen an dieser Stelle, dass auch das Land über die entsprechenden Leistungen informiert sein soll und Angebote des Landes Berücksichtigung finden sollen. In allen LRV ist festgeschrieben, dass sich die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der Rentenversicherung sowie die Träger der Unfallversicherung bedarfsbezogen über Zuständigkeitsfragen bei der Gesundheitsförderung und Prävention abstimmen, wobei das Wort „bedarfsbezogen“ vereinzelt ersetzt wird, z. B. durch „in regelmäßigen Abständen“ oder „in Einzelfällen“. Weiterhin findet sich bei der Mehrheit der LRV ein Verweis auf die regionalen BGF-Koordinierungsstellen (Kapitel 7.5).

Alle LRV enthalten den Paragraphen Gegenseitige Beauftragung nach dem SGB X. Aus diesem geht hervor, dass die Krankenkassen, ihre Landesverbände, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sich gegenseitig mit der Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention beauftragen können, wenn die Voraussetzungen des § 88 SGB X gegeben sind.

Ergebnisse aus der Online-Erhebung zur Klärung von Zuständigkeitsfragen

Im Rahmen der Online-Erhebung konnten die Akteure beurteilen, wie die Klärung von Zuständigkeitsfragen untereinander gelingt, insbesondere zwischen gesetzlichen Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherungsträgern. Dabei wurde die Zustimmung²⁷¹ zu folgenden Aussagen erfragt:

- Die Beteiligten der LRV informieren sich bedarfsbezogen gegenseitig über ihre jeweiligen Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention.
- Die Krankenkassen unterrichten bei Bedarf die Träger von Lebenswelten über bestehende Unter-

269 Signifikanztest wie in Fußnote 267 in Kapitel 6.4 beschrieben, $p < 0,001$.

270 Die BA beantwortete die Fragen nicht, da sie nicht in den kommunalen Gremien vertreten ist.

271 Antwortoptionen: Trifft voll und ganz zu, Trifft eher zu, Teils-teils, Trifft eher nicht zu, Trifft gar nicht zu, Keine Angabe.

stützungsmöglichkeiten (analog für Unfallversicherungsträger und Rentenversicherungsträger).

- Die Rentenversicherungsträger und die Krankenkassen stimmen sich über Zuständigkeitsfragen bei der Prävention und Gesundheitsförderung ab (analog für die Unfallversicherungsträger und die Krankenkassen bzw. die Unfallversicherungsträger und die Rentenversicherungsträger).

Akteure der GKV und SPV sowie die BA bewerteten die gegenseitige bedarfsbezogene Information der Beteiligten der LRV über ihre jeweiligen Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention als überwiegend positiv (80 % stimmten zu).²⁷² Bei Befragten der GRV, GUV und der Länder war die Zustimmung etwas geringer (60 %). Am niedrigsten war sie bei Kommunen und OZG (20 % bzw. 40 %).²⁷³

Bei den Ergebnissen zu der Aussage „Die Krankenkassen unterrichten bei Bedarf die Träger von Lebenswelten über bestehende Unterstützungsmöglichkeiten“ war zwischen der Eigenbewertung durch die GKV-Akteure und der Fremdbewertung durch Nicht-GKV-Akteure zu unterscheiden. Analoges galt für die entsprechenden Aussagen über die Renten- und Unfallversicherungsträger. In der Eigenbewertung stimmten fast alle GKV-Akteure (97 %) zu, dass die gesetzlichen Krankenkassen bei Bedarf die Träger von Lebenswelten über bestehende Unterstützungsmöglichkeiten unterrichten. In der Fremdbewertung äußerten SPV, BA und Länder ebenfalls relativ hohe Zustimmung (jeweils 80-90 % der Akteure stimmten zu); bei Kommunen und OZG lag der Anteil der Zustimmenden bei nur 20 bzw. 50 %. Die Akteure der GRV und GUV zeigten geringere Zustimmungen in der Eigenbewertung ihrer Informationsweitergabe an die Träger von Lebenswelten (40 bzw. 60 %). Die GKV, SPV und Länder bewerteten die Informationsweitergabe durch GRV und GUV relativ positiv (jeweils 70-90 % der Antwortenden stimmen zu), während Kommunen und OZG noch nicht überzeugt waren (jeweils 0-30 % stimmten zu). Dabei ist zu erwähnen, dass bei den Fremdbewertungen für die GRV und GUV 50 % oder mehr der Antwortenden keine Angaben machten.

Auch bei den Ergebnissen zu der Aussage „Die Rentenversicherungsträger und die Krankenkassen stimmen sich über Zuständigkeitsfragen bei der Prävention und

Gesundheitsförderung ab“ (bzw. den analogen Aussagen für die anderen Konstellationen von Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherungsträgern) war zwischen Eigen- und Fremdbewertungen zu unterscheiden. Da bei den Fremdbewertungen die meisten Antwortenden keine Angabe machten (jeweils 50-90 %), wird hier nur über die Eigenbewertungen berichtet. Die Akteure der GKV stimmten überwiegend zu, dass sie sich mit Renten- bzw. Unfallversicherungsträgern über Zuständigkeitsfragen abstimmen (jeweils 70 %). Bei Akteuren der GRV und GUV war die Zustimmung dagegen niedriger (jeweils 40 %).

In der Online-Erhebung wurde auch danach gefragt, wie häufig²⁷⁴ die in den LRV vorgesehene Option genutzt wird, nach der sich die Krankenkassen, ihre Landesverbände, die Träger der GRV und die Träger der GUV gegenseitig mit der Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention beauftragen können. Die Ergebnisse zeigen dass eine solche Beauftragung so gut wie nie erfolgte: Jeweils 90-100 % der Akteure der GKV, GRV und GUV (sowie SPV) antworteten, dass eine gegenseitige Beauftragung nie stattfand. Die übrigen befragten Akteure machten keine Angaben (jeweils 50-100 %), vermutlich weil eine Beauftragung ein Prozess zwischen den Sozialversicherungsträgern ist, der anderen Akteuren nicht zwingend bekannt ist.

272 Die Antwortoptionen Trifft voll und ganz zu sowie Trifft eher zu wurden als „Zustimmung“ zusammengefasst. Keine Angabe wurde bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

273 Signifikanztest wie oben beschrieben, $p < 0,05$. Allerdings sind die Antworthäufigkeiten teilweise zu gering, sodass keine gesicherte Aussage getroffen werden kann.

274 Antwortoptionen: Sehr oft, Oft, Manchmal, Selten, Nie, Keine Angabe.

6.6 KOOPERATIONSVEREINBARUNGEN

Die Muster-LRV sieht zur Durchführung von Maßnahmen oder Projekten sowie zur Festlegung von Grundsätzen zur Vorgehensweise in bestimmten Lebenswelten Kooperationsvereinbarungen vor. Sie sollen die jeweiligen Vorhaben konkretisieren und dazu Folgendes beinhalten:

- Bezug zu den maßgeblichen Handlungsfeldern und Zielen,
- Bezug zu den maßgeblichen Rechtsgrundlagen der beteiligten Akteure,
- geplante Vorgehensweise,
- konkrete Leistungen/Beiträge der Unterzeichner,
- Qualitätssicherung, Dokumentation und Evaluation.

Die Muster-LRV sieht vor, dass an den Kooperationsvereinbarungen je 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 Maßnahme oder das Projekt durchgeführt werden, beteiligt sind. Zusätzlich können der Öffentliche Gesundheitsdienst und/oder Träger der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe sowie weitere relevante Einrichtungen an den Kooperationsvereinbarungen beteiligt werden. Die Muster-LRV sieht außerdem vor, dass sich an Kooperationsvereinbarungen, die sich auf Grundsätze zu Vorgehensweisen in den beteiligten Lebenswelten beziehen, diejenigen Sozialversicherungsträger beteiligen, die einen Unterstützungs- bzw. Leistungsauftrag für diese Lebenswelt haben.

Die Formulierungen aus der Muster-LRV wurden in den meisten Ländern übernommen. In **Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern** und **Schleswig-Holstein** erfolgt eine stärkere Verbindlichkeit, indem der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zur Verpflichtung für die Durchführung von Projekten gemacht wurde. Bei Kooperationen, die sich auf Grundsätze zu Vorgehensweisen in bestimmten Lebenswelten beziehen, sind in **Baden-Württemberg** und **Sachsen-Anhalt** neben den entsprechenden Sozialversicherungsträgern auch die Ministerien einzubeziehen. In sieben Bundesländern (**Bayern, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen** und **Nordrhein-Westfalen**) ist in den LRV ein allgemeiner Informationsaustausch zwischen den Sozialversicherungsträgern und dem Mi-

nisterium in Hinblick auf Maßnahmen und Projekte vorgesehen. In **Mecklenburg-Vorpommern** findet dies in abgeschwächter Form statt, da das Ministerium eingebunden werden kann, jedoch nicht eingebunden werden muss. **Baden-Württemberg** hebt die Einbeziehung von kommunalen Gesundheitskonferenzen hervor, wenn die Kooperationsvereinbarungen in deren Zuständigkeitsbereich fallen. Weiterhin wird ergänzt, dass angemessene Eigenleistungen²⁷⁵ der für die Lebenswelten Verantwortlichen festzulegen sind. In **Bayern** wird der Ausbau von Netzwerken zur Verständigung über Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention auf der kommunalen Ebene befürwortet. In **Nordrhein-Westfalen** konkretisieren die Akteure die darzulegenden Inhalte des Paragraphen dahingehend, dass Näheres zu der Nutzung und dem Aufbau von Strukturen, den Analysen zur Bedarfsermittlung und von Ressourcen, der Maßnahmenplanung und der Umsetzung von Maßnahmen in den Kooperationsvereinbarungen festgelegt werden muss. **Mecklenburg-Vorpommern** ergänzt die Inhalte der Kooperationsvereinbarung um eine Information mehrerer fördernder Kooperationspartner untereinander mit dem Ziel Doppelförderungen auszuschließen.

Ergebnisse aus der Online-Erhebung zu Kooperationsvereinbarungen

In der Online-Erhebung wurde ermittelt, ob die Antwortenden Kooperationsvereinbarungen geschlossen haben. In allen Akteursgruppen gibt es Organisationen, die an Kooperationsvereinbarungen beteiligt sind: Bei den Akteuren der GKV sind es 80 % der Organisationen, bei der SPV 60 % und bei den übrigen Akteuren 30-40 %. Weiterhin waren die Antwortenden aufgefordert, Beispiele für Kooperationsvereinbarungen zu nennen. Nach Entfernung von Angaben, die sich nicht auf Kooperationsvereinbarungen bezogen, und von Dopplungen verbleiben 61 Kooperationsvereinbarungen, deren Titel verdeutlichen, dass bereits zu vielfältigen Themen der Gesundheitsförderung und Prävention Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen wurden. Beispielfhaft seien genannt²⁷⁶:

- Kooperationsvereinbarungen für die BGF-Koordinierungsstellen nach § 20b Abs. 3 SGB V,
- Kooperationsvereinbarungen für die Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit,

275 Eigenleistungen von lebensweltverantwortlichen Trägern und politischen Verantwortlichen finden ansonsten in den LRV von Rheinland-Pfalz und dem Saarland als eine Voraussetzung für die Unterstützung auf Basis der LRV Erwähnung (im Paragraph „Gemeinsame Ziele und Handlungsfelder“).

276 Eine vollständige Liste der genannten Kooperationsvereinbarungen kann dem Tabellenanhang entnommen werden.

- Kooperationsvereinbarungen für Landesprogramme zu Bildung und Gesundheit,
- Kooperationsvereinbarungen für die Einführung von Fachkräften für Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen,
- Kooperationsvereinbarungen für „Hart am Limit“ (HaLT), ein kommunales Alkoholpräventionsprogramm für Kinder und Jugendliche,
- Kooperationsvereinbarungen für Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.

Während die obigen Beispiele von Akteuren in mehreren Bundesländern genannt werden, beziehen sich folgende Beispiele auf bestimmte Bundesländer:

- Kooperationsvereinbarung mit der Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg,
- Kooperationsvereinbarung für Gesundheitsförderung in Quartieren der Sozialen Stadt (Berlin),
- Kooperationsvereinbarung für „Lieber sicher. Lieber leben.“, die Verkehrssicherheitskampagne des Landes Brandenburg,
- Kooperationsvereinbarung über die gemeinsame Durchführung des Projekts Gesundheitsförderung und Prävention in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (Niedersachsen),
- Kooperationsvereinbarung zu „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ (Nordrhein-Westfalen),
- Kooperationsvereinbarung für „Das Saarland lebt gesund!“,
- Kooperationsvereinbarung zu „Umsetzung des EU-Schulprogramms in Sachsen“,
- Kooperationsvereinbarung zur Koordinierung von Beratung und Angeboten für Gesunde Schulen in Thüringen (KoBAGS).

Auch Kooperationsvereinbarungen für einzelne Kommunen wurden genannt, darunter z. B.:

- Kooperationsvereinbarung für „Gesund in Eimsbüttel“,
- Kooperationsvereinbarung „Moderierte Gesundheitszirkel zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung der Stadt Frankfurt“.

Für die Beispiele von Kooperationsvereinbarungen sollte im Rahmen der Online-Erhebung auch angegeben werden, welche Kooperationspartner beteiligt waren. Dazu lagen für 49 der insgesamt 61 Kooperationsvereinbarungen Angaben vor. An 44 der 49 Kooperationsvereinbarungen

waren mindestens ein Sozialversicherungsträger und ein Lebensweltverantwortlicher beteiligt.²⁷⁷ Dies entspricht den Festlegungen in den LRV. An 35 der 49 Kooperationsvereinbarungen war ein Sozialversicherungsträger beteiligt, wobei dies am häufigsten die GKV war (30 Kooperationsvereinbarungen). An den übrigen 14 waren zwei oder mehr Sozialversicherungsträger beteiligt. Insgesamt betrachtet war der beteiligte Sozialversicherungsträger am häufigsten die GKV (46 der 49 Kooperationsvereinbarungen), gefolgt von GUV (16), GRV (4) und SPV (2).

Das Instrument der Kooperationsvereinbarungen wurde, wie die Ergebnisse der Online-Erhebung zeigen, angenommen, um die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Maßnahmen oder Projekten zu regeln sowie Grundsätze zur Vorgehensweise in bestimmten Lebenswelten zu vereinbaren. Es kann allerdings noch nicht abgeschätzt werden, inwieweit sich Kooperationsvereinbarungen im Sinne der LRV flächendeckend etablieren werden, um das Engagement der Akteure zu untermauern. Weiterhin wird die Relevanz der Kooperationsvereinbarungen für eine effektive und reibungslose Umsetzung von Aktivitäten zu beobachten sein.

²⁷⁷ Für fünf Kooperationsvereinbarungen wurde kein Lebensweltverantwortlicher genannt, wobei nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Nennung vergessen wurde.

6.7 KOOPERATIONEN MIT DEM ÖGD SOWIE DER KINDER- UND JUGENDHILFE

In § 20f Abs. 2 Nr. 5 SGB V wird gefordert, dass die LRV die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe regeln sollen. Diesem Auftrag kommen die LRV auf unterschiedliche Weise nach: **Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein** und **Thüringen** erwähnen die Leistungen des ÖGD explizit im Paragraphen „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention“. **Niedersachsen** hält fest, dass der ÖGD bei der Zieleplanung einbezogen wird. **Brandenburg** weist darauf hin, dass existierende Präventionsmaßnahmen des ÖGD und der Jugend- und Familienhilfe bei der Definition der Ziele und Handlungsfelder zu berücksichtigen sind. **Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt** und **Thüringen** heben die besondere Rolle des ÖGD sowie der Kinder- und Jugendhilfe hervor und streben künftig eine bedarfsgerechte und zielorientierte Zusammenarbeit mit den beiden Akteuren an.

Ergebnisse aus der Online-Erhebung zu Kooperationen mit ÖGD sowie Kinder- und Jugendhilfe

Im Rahmen der Online-Erhebung wurde untersucht, ob die Zusammenarbeit mit dem ÖGD sowie der Kinder- und Jugendhilfe durch die LRV gefördert wird. Hierfür wurde die Zustimmung²⁷⁸ zu den folgenden Aussagen erfragt:

- Die Regelungen in der LRV fördern die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst.
- Die Regelungen in der LRV fördern die Zusammenarbeit mit der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe.
- Aufgrund der LRV arbeitet unsere Organisation verstärkt mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen.
- Aufgrund der LRV arbeitet unsere Organisation verstärkt mit der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe zusammen.

Insgesamt betrachtet war die Zustimmung hinsichtlich der ersten Aussage relativ gering.²⁷⁹ Akteure der GKV, SPV und Länder stimmten einer Förderung der Zusammenarbeit mit dem ÖGD eher zu (jeweils 70–80 % der Akteure stimmten zu), im Vergleich zu den übrigen Akteuren (jeweils 30–50 %). Hinsichtlich einer Förderung der Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe waren die Zustimmungen über alle Akteursgruppen hinweg relativ niedrig (jeweils 0 bis 50 % der Akteure stimmten zu). Akteure der GRV und GUV sowie die BA machten auch relativ häufig keine Angabe (30–50 % der Antwortenden). Bezogen auf die Kinder- und Jugendhilfe (aber nicht den ÖGD) machten 40 % der Kommunen keine Angabe.

Eine verstärkte Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe fand aufgrund der LRV bisher überwiegend nicht statt (jeweils 0–20 % der Akteure stimmten zu). Eine verstärkte Zusammenarbeit mit dem ÖGD schien es eher zu geben: 30–60 % der Akteure der GKV, SPV, Länder, Kommunen und OZG stimmten zu; für GRV, GUV und BA waren es 0–10 %. Auch bei diesen Fragen wurde von GRV und Kommunen relativ häufig mit keine Angabe geantwortet (jeweils 30–60 %).

Die Ergebnisse zeigten auf, dass die gesetzlich erwünschte Einbindung des ÖGD und der Kinder- und Jugendhilfe noch nicht in zufriedenstellender Weise erfolgt. Im Hinblick auf die potenziellen Stärken des ÖGD²⁸⁰ und der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sollten die Beteiligten der LRV verstärkt ihre Möglichkeiten ausschöpfen, um auf eine bessere Einbindung hinzuarbeiten. Die Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz „Perspektiven zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“ und „Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst“²⁸¹ leisten hierzu einen Beitrag, indem sie u. a. „Beratung und Information, Begutachtung, Gesundheitsförderung und Prävention, niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Gesundheitshilfen, insbesondere bei Personen mit besonderen Bedarfen“ als einen Schwerpunkt des ÖGD in allen Bundesländern definieren.

278 Antwortoptionen: Trifft voll und ganz zu, Trifft eher zu, Teils-teils, Trifft eher nicht zu, Trifft gar nicht zu, Keine Angabe.

279 Die Antwortoptionen Trifft voll und ganz zu sowie Trifft eher zu wurden als „Zustimmung“ zusammengefasst. Keine Angabe wurde bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

280 Vgl. z. B. Szagun, B., Kuhn, J., & Starke, D. (2016). Kommunale Gesundheitsförderungspolitik und das Präventionsgesetz. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11(4), 265–270.

281 Beschlüsse der 89. GMK (2016) TOP: 4.1 Perspektiven zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und Beschlüsse der 91. GMK (2018) TOP: 10.21 Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) - „Der ÖGD: Public Health vor Ort“. www.gmkonline.de/Beschluesse.html

6.8 HANDLUNGSBEDARFE

Im Rahmen der Online-Erhebung wurde auch nach Handlungsbedarfen in Hinsicht auf die weitere Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention in den Bundesländern gefragt. Hierfür wurden die Akteure gebeten, aus einer Liste mit 23 Möglichkeiten diejenigen fünf Bereiche auszuwählen, bei denen sie die größten Handlungsbedarfe wahrnehmen. Die Antwortmöglichkeiten umfassten die Aspekte Finanzierung, Zusammenarbeit, Weiterentwicklung der Gesetzgebung, Qualitätssicherung und Evaluation von Aktivitäten, organisationale Weiterentwicklungen bei den Akteuren, verstärkte Berücksichtigung von Benachteiligung, politischer Wille sowie Sonstiges.

Bei der Auswertung wurde für jede Akteursgruppe gezählt, wie häufig die Handlungsbedarfe von den befragten Akteuren ausgewählt wurden. Darauf basierend wurde eine Rangfolge erstellt, die zeigt, welche Handlungsbedarfe oft bzw. weniger oft genannt wurden. Tabelle 4 zeigt dieses Ranking. Eine „1“ bedeutet dabei, dass der Handlungsbedarf am häufigsten genannt wurde, eine „2“ bedeutet, dass der Handlungsbedarf am zweithäufigsten genannt wurde usw. Die Ränge eins bis fünf sind durch Fettung hervorgehoben. Wenn ein Handlungsbedarf nicht genannt wurde, ist das entsprechende Feld leer.

Tabelle 4: Ranking von Handlungsbedarfen zur weiteren Verbesserung von Gesundheitsförderung und Prävention in den Bundesländern

Das Ranking erfolgte nach der Häufigkeit, mit der ein Handlungsbedarf als wichtig genannt wurde. 1 bedeutet häufigste Nennung als großer Handlungsbedarf, 24 seltenste Nennung. Leer bedeutet keine Nennung.

Handlungsbedarfe	GKV	GRV	GUV	SPV	BA	Länder	Komm.	OZG
Finanzierungsstrukturen	5	5	17	3	3	4	4	4
Nachhaltigkeit der Finanzierung	2	10	16	2	3	1	2	1
Finanzierungsvolumen	23	8		22	5	15	10	19
Stärkere Einbeziehung der öffentlichen Hand	1		6	1	12	9	1	4
Stärkere Einbeziehung der Sozialversicherungsträger	18	3	6	13		20		
Bessere Kooperation zwischen allen relevanten Akteuren	6	1	6	7	8	5	3	2
Bessere Kooperation der SV-Träger untereinander	15	3	2	13	8	2	7	13
Einbeziehung eines breiteren Spektrums an Akteuren	19	10	9	20	12	15		4
Verstärkte Netzwerkbildung	10	5	4	5	5	15	10	8
Weiterentwicklung der Gesetzgebung auf Bundesebene	4	5		5	19	2	5	8
Weiterentwicklung der Gesetzgebung auf Landesebene	9			16			7	19
Weiterentwicklung der Gesetzgebung auf kommunaler Ebene	3			3	12		15	15
Entwicklung neuer, wirksamer Ansätze	12	2	1	8	1	6	15	15
Weitergabe bewährter Ansätze	20	10	5	16	12	9	15	13
Nachweis der Wirksamkeit von PGF-Aktivitäten	14	8	14	10	1	15	10	19
Verbesserung der Datengrundlage für die Bedarfsermittlung	12	10	9	13	10	7	7	10
Verstärkte Partizipation der Zielgruppen	7	10	14	12	12	15	10	4
Vermehrte Umsetzung von Qualitätssicherung	21	10	9	21		11	15	10
Fort-/Weiterbildung der Akteure	16		3	16	12	11	15	15
Organisationsentwicklung	8	10	9	10		20	15	15
Stärkere Fokussierung auf sozial bedingte gesundheitliche Benachteiligung	16	10		16	5	11	10	10
Stärkere Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Aspekten	24			24				19
Politischer Wille	11	10	9	9	10	7	5	3
Sonstige	22		17	23	12	11	15	19

Anmerkung: Die Ränge 1-5 sind durch Fettung hervorgehoben. Anzahl Antworten: GKV N = 156, GRV N = 13, GUV N = 22, SPV N = 109, BA N = 15, Länder N = 24, Kommunen (Komm.) N = 15 und OZG (organisierte Zivilgesellschaft) N = 19. Organisationen, die in mehreren Bundesländern aktiv sind, konnten für jedes relevante Bundesland eine Antwort abgeben (siehe auch Einleitung zu Kapitel 6).

Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

In den Ergebnissen zeichneten sich drei Bereiche ab, in denen von mehreren Akteursgruppen hoher Handlungsbedarf gesehen wird:

(1) Bei allen Akteursgruppen, abgesehen von der GUV, wurden die **Finanzierungsstrukturen** als wichtiger Handlungsbedarf identifiziert, ebenso wie die Nachhaltigkeit der Finanzierung (ausgenommen GUV und GRV). Das Finanzierungsvolumen wurde dagegen von den meisten Akteuren als ausreichend beurteilt (lediglich bei der BA auf Platz fünf, bei den restlichen Akteursgruppen in den hinteren Rängen platziert). (2) Bei der **Zusammenarbeit** wurde Handlungsbedarf gesehen, wobei insbesondere die stärkere Einbeziehung der öffentlichen Hand, die bessere Kooperation zwischen allen relevanten Akteuren und die verstärkte Netzwerkbildung bei jeweils vier Akteursgruppen in den Rängen eins bis fünf lagen. Die stärkere Einbeziehung der öffentlichen Hand lag sowohl bei GKV und SPV als auch bei Kommunen auf Rang eins. (3) Die Weiterentwicklung der **Gesetzgebung** auf Bundesebene belegte in den Antworten von GKV, GRV, SPV, Ländern und Kommunen jeweils einen hohen Rang. Die Weiterentwicklung der Gesetzgebung auf Landesebene und die Weiterentwicklung der Gesetzgebung auf kommunaler Ebene wurden dagegen weniger häufig als Handlungsbedarfe angegeben. Die Ergebnisse erlauben keine Präzisierung, welche Weiterentwicklungen der Gesetzgebung sich die Akteure wünschen. Dies sollte im Rahmen weiterer Diskussionen geklärt werden (s. u.).

Die Handlungsbedarfe, die sich auf die Weiterentwicklung von Aktivitäten und ihre Wirksamkeit beziehen, wurden relativ selten genannt, wobei jedoch die Entwicklung neuer, wirksamer Ansätze für GUV und BA Rang eins belegte und für die GRV Rang zwei. Die Handlungsbedarfe Stärkere Fokussierung auf sozial bedingte gesundheitliche Benachteiligung und Stärkere Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Aspekten wurden selten bis gar nicht als wichtig eingestuft (Ausnahme ist die BA mit Rang fünf für Stärkere Fokussierung auf sozial bedingte gesundheitliche Benachteiligung).

Insgesamt betrachtet bieten die Ergebnisse zu den Handlungsbedarfen einen Anknüpfungspunkt für Diskussionen in den Gremien zur Umsetzung der LRV. Ziel der Diskussionen sollte die Entwicklung konkreter Vorschläge sein, wie die Handlungsbedarfe, die von mehreren Akteursgruppen als wichtig eingeschätzt wurden bzw. von einzelnen Akteursgruppen als besonders wichtig eingestuft wurden, adressiert werden können. Dabei sollte insbesondere diskutiert werden, welche Veränderungen angestrebt werden und wie diese tatsächlich erreicht werden können.

7 Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes

Dieses Kapitel widmet sich den Erfahrungen, die die NPK-Mitglieder mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes gesammelt haben. Im Fokus stehen dabei die Erfahrungen mit der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Aktivitäten (Kapitel 7.1) und die Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation (Kapitel 7.2). Ergänzend wird über folgende Aspekte berichtet: die Durchführung des Präventionsforums (Kapitel 7.3), die Beauftragung der BzGA zur Unterstützung der gesetzlichen Krankenkassen (Kapitel 7.4), die Arbeit der regionalen BGF-Koordinierungsstellen (Kapitel 7.5), die Weiterentwicklung des GKV-Leitfadens Prävention (Kapitel 7.6), die individuellen verhaltensbezogenen Leistungen der GKV (Kapitel 7.7), die ärztlichen Präventionsempfehlungen (Kapitel 7.8) sowie die Entwicklung des SPV-Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (Kapitel 7.9).

7.1 ERFahrungen MIT DER ZUSAMMENARBEIT

Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben und erfordern damit die Zusammenarbeit einer Vielzahl von Akteuren.²⁸² In den Bundesrahmenempfehlungen (BRE) nach § 20d SGB V (Kapitel 5) sind insbesondere die Schnittstellen und das Zusammenwirken der NPK-Träger beschrieben. Um zu veranschaulichen, wie darüber hinaus ein gesamtgesellschaftliches Zusammenwirken gelingen kann, hat die NPK zwei Anwendungsbeispiele entwickelt: eines zur Bewegungsförderung in Lebenswelten, ein weiteres zur Gemeinschaftsverpflegung in Lebenswelten. Für beide Beispiele wird in der neuen Fassung der BRE skizziert, welche Aktivitäten die NPK-Träger übernehmen können und wie sich die Beiträge der unterschiedlichen Verantwortlichen gesamtgesellschaftlich ergänzen lassen.²⁸³

Bereits vor Verabschiedung des Präventionsgesetzes hatten einige Sozialversicherungsträger Vereinbarungen zur Zusammenarbeit geschlossen – sowohl untereinander als auch mit Dritten. Die Vereinbarungen fokussierten u. a. die Zusammenarbeit

- in der Kommune (Beteiligte: kommunale Spitzenverbände, GKV),
- bei der betrieblichen Gesundheitsförderung (GUV, GKV),
- im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (Nationale Arbeitsschutzkonferenz, GKV) und
- bei der Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung (Bundesagentur für Arbeit, GKV).

Diese Vereinbarungen wurden den ersten BRE als Anhang beigelegt und schließlich in den Text der ersten weiterentwickelten Fassung integriert. Die konkrete Ausgestaltung des mit den BRE gesteckten Rahmens für die Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung obliegt den Akteuren in den Ländern und Kommunen. Um auch auf diesen Ebenen die Zusammenarbeit zu fördern, sieht das Präventionsgesetz Landesrahmenvereinbarungen vor (Kapitel 6).

Fragestellungen zur Zusammenarbeit

Die Erfahrungen mit der Zusammenarbeit wurden zum einen mittels der Online-Erhebung für den NPK-Präven-

282 Kapitel 2.1 gibt einen Überblick über die Akteure.

283 Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, S. 35-40.

tionsbericht untersucht, zum anderen wurden zwölf Interviews durchgeführt. Das Modul „Erfahrungen mit der Zusammenarbeit“ der Online-Erhebung ging folgenden Fragestellungen nach:

- Mit welchen Kooperationspartnern arbeiteten die Akteure im Rahmen von Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung im Jahr 2017 zusammen und mit welchen Kooperationspartnern möchten sie künftig zusammenarbeiten?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit, d. h. welche Elemente der Zusammenarbeit werden genutzt und wie wichtig sind diese für den Erfolg der Aktivitäten?
- Inwieweit werden Erfolgsfaktoren für Zusammenarbeit umgesetzt?

Gegenstand der Interviews waren spezifische Aktivitäten, zu deren Umsetzung mehrere Organisationen beitrugen. Je Interview nahmen ein bis zwei Vertretungen der beteiligten Organisationen teil, sodass verschiedene Blickwinkel auf die Zusammenarbeit beleuchtet werden konnten. Die Interviews wurden hinsichtlich fördernder und hemmender Faktoren der Zusammenarbeit ausgewertet und aufbereitet. Weitere Informationen zur Methodik können Kapitel 1.3 entnommen werden.

Sowohl in der Online-Erhebung als auch in den Interviews wurden die Erfahrungen mit der Zusammenarbeit in drei Kontexten untersucht:

- Zusammenarbeit bei Aktivitäten in kommunalen Lebenswelten,
- Zusammenarbeit bei Aktivitäten in der Arbeitswelt, unterteilt in:
 - betriebliche Ebene (d. h. Aktivitäten mit einzelnen Betrieben) und
 - überbetriebliche Ebene (d. h. Aktivitäten in regionalen Netzwerken und Arbeitsgemeinschaften),
- Zusammenarbeit bei Aktivitäten zur Arbeits- und Gesundheitsförderung.

Nachfolgend werden zunächst die Ergebnisse aus der Online-Erhebung (Kapitel 7.1.1-7.1.3) dargestellt. Daran schließen sich auf den Interviews beruhende Fallbeispiele an (Kapitel 7.1.4).

7.1.1 TATSÄCHLICHE UND GEWÜNSCHTE KOOPERATIONSPARTNER

Die erste Fragestellung zu den Erfahrungen mit der Zusammenarbeit untersuchte, welche Akteure im Jahr 2017 zusammenarbeiteten und welche Kooperationspartner sich die Akteure für die Zukunft wünschen. Dazu wählten die an der Online-Erhebung teilnehmenden Organisationen aus einer Liste von 24 bis 31 möglichen Kooperationspartnern²⁸⁴ diejenigen aus, mit denen sie im Jahr 2017 im Rahmen von Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zusammenarbeiteten. Weiterhin gaben sie für die möglichen Kooperationspartner an, wie häufig²⁸⁵ sie in Zukunft mit ihnen zusammenarbeiten möchten. Die Liste der Kooperationspartner enthielt nicht die Namen einzelner Organisationen, sondern Bezeichnungen für Arten von Organisationen wie z. B. Unfallversicherungsträger oder Einrichtung der Freizeitgestaltung. Dennoch wird der Lesbarkeit halber von „Kooperationspartnern“, nicht „Arten von Kooperationspartnern“ gesprochen.

Für die Zusammenarbeit im Kontext kommunaler Lebenswelten gingen Antworten von Organisationen in den Akteursgruppen gesetzliche Krankenversicherung (GKV, N = 72), gesetzliche Unfallversicherung (GUV, N = 11), soziale Pflegeversicherung (SPV, N = 29), private Kranken- und Pflegeversicherung (PKV, N = 1)²⁸⁶, der Bundesministerien und nachgeordneter Behörden (Bund, N = 3), der Kommunen (N = 26) und der organisierten Zivilgesellschaft (OZG, N = 23) in die Auswertung ein.²⁸⁷ Unter OZG wurden Vertretungen der Patientinnen und Patienten in der NPK sowie Organisationen, die über das Präventionsforum in der NPK vertreten sind, zusammengefasst. Im Kontext der Arbeitswelt wurden die Antworten von Organisationen der Akteursgruppen GKV (N = 48 betrieblich bzw. N = 43 überbetrieblich), GRV (N = 8 bzw. 5), GUV (N = 23 bzw. 18), Kommunen (N = 13 bzw. 10) und Arbeitgeberorganisationen (AO, N = 4 bzw. 5) bei der Auswertung berücksichtigt. Die Antworten zur Zusammenarbeit bei der Arbeits- und Gesundheitsförderung stammen von Organisationen der GKV (N = 41), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, N = 1) und Landesvereinigungen für Gesundheit (LVG, N = 3). Für die übrigen Akteursgruppen lagen jeweils nicht genügend Antworten vor, um sie in

284 Die Optionen variierten leicht je nach Kontext der Zusammenarbeit. Listen mit den zur Auswahl stehenden Kooperationspartnern können in Anhang 1.1.3 eingesehen werden.

285 Antwortoptionen: Viel häufiger, Häufiger, Keine Veränderung, Seltener, Viel seltener, Keine Angabe.

286 Hierbei handelt es sich um die Antwort des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V., der für seine Mitgliedsunternehmen stellvertretend antwortete.

287 Die Antworten der SVLFG als Krankenkasse, Pflegekasse, Alterssicherung bzw. Berufsgenossenschaft wurden jeweils mit den Antworten der GKV, SPV, GRV bzw. GUV gruppiert.

die Auswertung einzubeziehen. Auch bei den ausgewerteten Akteursgruppen ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl Organisationen, für die Antworten vorliegen, teilweise sehr gering ist - insbesondere im Vergleich zur Anzahl eingeladenen Organisationen (siehe Anhang 1.1.6). Aufgrund des niedrigen **Rücklaufs** kann die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse eingeschränkt sein und Verzerrungseffekte sind möglich. Die Ergebnisse sind auf **glatte Prozentwerte** gerundet; die genauen Werte können dem **Tabellenanhang** entnommen werden.

Tatsächliche Kooperationspartner

Über die Akteursgruppen hinweg betrachtet wurde jeder der zur Auswahl stehenden 24 bis 31 Kooperationspartner mindestens einmal genannt. Dies traf in jedem der drei Kontexte der Zusammenarbeit zu. Ausnahmen waren private Krankenkasse(n), staatlicher Arbeitsschutz und Stiftung, die im Kontext Arbeits- und Gesundheitsförderung nicht genannt wurden. Dies zeigt bereits, wie breit das Spektrum der Akteure ist, die bei Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zusammenarbeiten.

Auch bezogen auf einzelne Akteure war das Spektrum der Kooperationspartner breit: Die Mehrzahl der Akteure gab an, im Jahr 2017 mit mehreren Kooperationspartnern zusammengearbeitet zu haben. Dies galt in allen drei Kontexten der Zusammenarbeit. Besonders viele Kooperationspartner wurden von Kommunen angegeben, sowohl im Kontext kommunaler Lebenswelten als auch der Arbeitswelt (jeweils 80 % der Kommunen nannten sechs oder mehr Kooperationspartner²⁸⁸). Auch die Organisationen der GKV nannten in den beiden Kontexten häufig sechs oder mehr Kooperationspartner (jeweils 50-60 % der Organisationen), gefolgt von drei bis fünf Kooperationspartnern (jeweils 30-40 %). 50 % der Akteure der OZG nannten für die Zusammenarbeit in kommunalen Lebenswelten sechs oder mehr Kooperationspartner, 40 % nannten drei bis fünf. Die PKV und die Akteure des Bundes gaben an, mit sechs oder mehr Kooperationspartnern in kommunalen Lebenswelten zusammengearbeitet zu haben. Für GRV, GUV und AO wurden im Kontext der Arbeitswelt überwiegend drei bis fünf oder sechs oder mehr Kooperationspartner angegeben (jeweils 30-60 % der Organisationen). Bei der Zusammenarbeit zur Arbeits- und Gesundheitsförderung gaben Organisationen der GKV am häufigsten drei bis fünf oder sechs oder mehr Kooperationspartner an (50 bzw. 50 %); die BZgA gab fünf Kooperationspartner an;

die LVG überwiegend sechs oder mehr (70 %). Lediglich in der Akteursgruppe SPV wurden relativ häufig ein bis zwei Kooperationspartner genannt (50 % der Organisationen); am zweithäufigsten wurden drei bis fünf Kooperationspartner genannt (40 %).

Die am häufigsten genannten Kooperationspartner entsprachen den Erwartungen für den jeweiligen Kontext. So waren - über alle Akteursgruppen hinweg betrachtet - in **kommunalen Lebenswelten** die fünf am häufigsten genannten Kooperationspartner gesetzliche Krankenkasse(n), Bildungseinrichtung, Landesministerium, sonstige kommunale Verwaltung und Öffentlicher Gesundheitsdienst. Auch die übrigen häufig genannten Kooperationspartner waren solche, die im Kontext kommunaler Lebenswelten zu erwarten waren (Tabelle 5). Bei einer Unterteilung in die einzelnen Akteursgruppen ergab sich für jede Gruppe ein ähnliches Bild, wobei bestimmte Kooperationspartner in einzelnen Akteursgruppen besonders häufig genannt wurden. Die Akteure der SPV nannten z. B. häufig Pflegekasse(n) als Kooperationspartner (40 % der Organisationen), was dem gesetzlich gewünschten Ansatz kassenübergreifender Kooperationen entspricht. Die Akteure des Bundes nannten häufig die BZgA (zwei von drei Organisationen). Von Kommunen wurden verschiedene Kooperationspartner häufig genannt, darunter gesetzliche Krankenkasse(n), Bildungseinrichtung, sonstige kommunale Verwaltung, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Wohlfahrtsverband, Sozialverband, Suchtberatungsstelle, Selbsthilfe-Kontaktstelle und örtliche öffentliche Jugendhilfe (jeweils 50 % oder mehr der Organisationen).

Auch bei der Zusammenarbeit in der **Arbeitswelt** wurden die zu erwartenden Kooperationspartner häufig genannt (Tabelle 6). Über alle Akteursgruppen hinweg betrachtet waren dies sowohl auf der betrieblichen als auch der überbetrieblichen Ebene gesetzliche Krankenkasse(n) und Unfallversicherungsträger. Rentenversicherungsträger, Arbeitgeber- oder Unternehmensorganisation sowie Gewerkschaft oder Arbeitnehmerorganisation sowie Landesministerium wurden ebenfalls häufig genannt, wobei sie im überbetrieblichen Kontext häufiger auftauchten als im betrieblichen.

Die am häufigsten genannten Kooperationspartner innerhalb der Akteursgruppen GKV, GRV, GUV und AO ergaben ein ähnliches Bild wie das Ergebnis über alle Akteursgruppen hinweg. Kommunen dagegen nannten zwar auch gesetzliche Krankenkasse(n) (70-80 % der

²⁸⁸ In der Auswertung wurde die Anzahl Kooperationspartner entlang folgender Gruppen ausgewertet: keine Kooperationspartner, ein bis zwei, drei bis fünf, sechs oder mehr.

Tabelle 5: Anteil der antwortenden Organisationen, die angaben, mit dem jeweiligen Kooperationspartner im Jahr 2017 in kommunalen Lebenswelten zusammengearbeitet zu haben (Prozent)

Kooperationspartner	Anteil
Gesetzliche Krankenkasse(n)	72 %
Bildungseinrichtung (z. B. Kita, Grundschule, Gymnasium, Hochschule)	59 %
Landesministerium (z. B. Sozial- oder Gesundheitsministerium)	52 %
Sonstige kommunale Verwaltung (z. B. Sozial-, Jugend-, Schulverwaltungsamt)	49 %
Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsamt	44 %
Landesvereinigung/-zentrale für Gesundheit(sförderung)	39 %
Einrichtung der Freizeitgestaltung (z. B. Sportverein)	39 %
Wissenschaftliche Einrichtung (z. B. Universität, Forschungsinstitut)	38 %
Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit	32 %
Wohlfahrtsverband, Sozialverband	31 %
Suchtberatungsstelle	29 %
Unfallversicherungsträger	28 %
Selbsthilfe-Kontaktstelle	22 %
Örtliche öffentliche Jugendhilfe	21 %

Anmerkung: Dargestellt sind Kooperationspartner, die von 20 % oder mehr der antwortenden Organisationen ausgewählt wurden. Die Antworten aller Akteursgruppen sind aggregiert gezeigt.

Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

Tabelle 6: Anteil der antwortenden Organisationen, die angaben, mit dem jeweiligen Kooperationspartner im Jahr 2017 auf der betrieblichen Ebene (Anteil 1) oder der überbetrieblichen Ebene (Anteil 2) zusammengearbeitet zu haben (Prozent)

Kooperationspartner	Anteil 1	Anteil 2
Gesetzliche Krankenkasse(n)	80 %	80 %
Unfallversicherungsträger	64 %	63 %
Rentenversicherungsträger	44 %	63 %
Wissenschaftliche Einrichtung (z. B. Universität, Forschungsinstitut)	41 %	36 %
Bildungseinrichtung (z. B. Kita, Grundschule, Gymnasium, Hochschule)	33 %	26 %
Arbeitgeber- oder Unternehmensorganisation (z. B. Arbeitgeberverband)	32 %	62 %
Arbeitnehmerorganisation (z. B. Gewerkschaft)	29 %	38 %
Staatlicher Arbeitsschutz	28 %	33 %
Landesministerium (z. B. Sozial- oder Gesundheitsministerium)	27 %	52 %
Einrichtung der Freizeitgestaltung (z. B. Sportverein)	23 %	k. A.
Sonstige kommunale Verwaltung (z. B. Sozial-, Jugend-, Schulverwaltungsamt)	23 %	25 %
Agentur für Arbeit, Jobcenter	17 %	25 %
Landesvereinigung/-zentrale für Gesundheit(sförderung)	15 %	23 %
Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsamt	14 %	20 %

Anmerkung: Dargestellt sind Kooperationspartner, die entweder auf der betrieblichen oder der überbetrieblichen Ebene von 20 % oder mehr der antwortenden Organisationen ausgewählt wurden. Die Antworten aller Akteursgruppen sind aggregiert gezeigt. K. A. = keine Angabe, da das Item fälschlicherweise nicht angezeigt wurde.

Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

Organisationen) und – auf der betrieblichen Ebene – Unfall- und Rentenversicherungsträger relativ häufig (60 % bzw. 40 % der Organisationen), die übrigen häufig genannten Kooperationspartner unterschieden sich jedoch im Vergleich zu den anderen Akteursgruppen. Dies war insbesondere auf der überbetrieblichen Ebene der Fall, wo sonstige kommunale Verwaltung, Agentur für Arbeit, Jobcenter und Suchtberatungsstelle von jeweils 60 bzw. 70 % der Kommunen genannt wurden. Kommunen scheinen demnach im Kontext Arbeitswelt mit anderen Kooperationspartnern zusammenzuarbeiten als die Akteure der GKV, GRV, GUV und AO.

In der Aktivität „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ (Kapitel 7.4), auf die sich die Auswertung im Kontext **Arbeits- und Gesundheitsförderung** konzentrierte, bauen die gesetzlichen Krankenkassen, die Agenturen für Arbeit und Jobcenter, die BZgA und die LVG ein Präventions- und Gesundheitsförderungsangebot für arbeitslose Menschen auf und integrieren die Nutzung dieses Angebots in die Arbeitsförderung. Wie vor diesem Hintergrund zu erwarten, wurden daher als häufigste Kooperationspartner Jobcenter, gesetzliche Krankenkasse(n), Agentur für Arbeit, BZgA, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit und LVG angegeben.

Gewünschte Kooperationspartner

In den Ergebnissen zur Häufigkeit, mit der in Zukunft eine Zusammenarbeit gewünscht wird, ließen sich drei Gruppen von Kooperationspartnern erkennen: Kooperationspartner, mit denen eine viel häufigere oder häufigere Zusammenarbeit gewünscht wurde²⁸⁹, Kooperationspartner, für die keine Veränderung in der Häufigkeit der Zusammenarbeit gewünscht wurde und Kooperationspartner, zu denen viele Akteure keine Angabe machten. Letztere Gruppe kann so interpretiert werden, dass die Kooperationspartner in dem jeweiligen Kontext nicht relevant waren bzw. ihre Relevanz von den Akteuren bisher nicht wahrgenommen wurde und daher keine Angabe gemacht wurde.

Eine vierte Gruppe, die aufgrund der Antwortmöglichkeiten auftreten sollte, war in den Ergebnissen kaum vertreten: Kooperationspartner, mit denen eine seltenere oder viel seltenere Zusammenarbeit gewünscht wur-

de. Über alle Akteursgruppen und Kooperationspartner hinweg betrachtet wurde eine (viel) seltenere Zusammenarbeit von nur 3 % oder weniger der Akteure gewünscht. Dies galt in jedem der drei untersuchten Kontexte. Auch handelte es sich um vereinzelte Nennungen für verschiedene Kooperationspartner, nicht um einen oder wenige Kooperationspartner, für die gehäuft eine (viel) seltenere Zusammenarbeit gewünscht wurde. Die an der Online-Erhebung teilnehmenden Akteure signalisierten also, dass sie keinen Rückgang der Zusammenarbeit wünschten. Dies ist ein erster Hinweis darauf, dass die erfolgte Zusammenarbeit positiv bewertet bzw. ein Mehrwert der Zusammenarbeit gesehen wurde.

Die Ergebnisse für die einzelnen Kooperationspartner zeigen, dass von vielen Akteuren – insbesondere bezogen auf die Sozialversicherungsträger als Kooperationspartner – künftig eine verstärkte Zusammenarbeit gewünscht wird. Es ist also zu erwarten, dass sich das Netzwerk der Akteure weiter ausbilden und verstärken wird. Dabei gab es jedoch Variationen zwischen den Kontexten kommunale Lebenswelten, Arbeitswelt sowie Arbeits- und Gesundheitsförderung.

Für die **Zusammenarbeit in kommunalen Lebenswelten** bestanden ausgeprägte Mehrheiten in den Akteursgruppen für eine verstärkte Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern. Akteure von Bund, Kommunen und OZG gaben an, (viel) häufiger mit den Sozialversicherungsträgern GKV, GUV und SPV zusammenarbeiten zu wollen (jeweils 70 % oder mehr der Organisationen²⁹⁰, ²⁹¹). Akteure der GKV und GUV äußerten ebenfalls den Wunsch, mit dem jeweils anderen Partner (viel) häufiger zusammenarbeiten zu wollen (jeweils 60 bzw. 70 % der Organisationen). Bezogen auf die Zusammenarbeit innerhalb der GKV, GUV oder SPV wurde überwiegend „keine Veränderung“ angegeben (60, 90 bzw. 60 % der Organisationen). Letzteres traf auch auf die Bewertung gesetzlicher Krankenkasse(n) durch die SPV zu (60 % „keine Veränderung“). Die SPV wünschte mit Unfallversicherungsträgern überwiegend eine (viel) häufigere Zusammenarbeit (70 % der Organisationen).

Bei Betrachtung der weiteren möglichen Kooperationspartner fiel auf, dass relativ viele Organisationen von GKV, Bund, Kommunen und OZG eine (viel) häufigere Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst,

289 Nachfolgend mit „(viel) häufiger“ bezeichnet.

290 Mit Ausnahme von Kommunen, die nur zu 50 % angaben, (viel) häufiger mit Pflegekasse(n) zusammenarbeiten zu wollen.

291 „Keine Angabe“ wurde bei der Berechnung der Prozentzahlen nicht berücksichtigt. Da die Angabe viel seltener oder seltener kaum gemacht wurde, kommen die Prozentangaben einer Dichotomisierung in „(viel) häufiger“ und „keine Veränderung“ nah. Diese Hinweise gelten auch für die nachfolgenden Angaben.

der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe und sonstiger kommunaler Verwaltung wünschten (jeweils 70-80 % der Organisationen für GKV, Bund und OZG; 60 % für Kommunen²⁹²). Auch die PKV wünschte eine (viel) häufigere Zusammenarbeit. GUV und SPV machten zu 30-60 % keine Angabe. Bezogen auf LVG und Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit gaben Bund, Kommunen und OZG in der Mehrheit an, (viel) häufiger zusammenarbeiten zu wollen (60-70 % der Organisationen); auch die PKV wünschte mehr Zusammenarbeit. Die Akteure der GKV gaben am häufigsten „keine Veränderung“ an (60-70 % der Organisationen). Dies könnte darin begründet sein, dass die Zusammenarbeit im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit bereits verstärkt wurde. Die GUV machte zu 50-70 % keine Angabe.

Für die Kooperationspartner Bildungseinrichtung, Einrichtung der Freizeitgestaltung und wissenschaftliche Einrichtung nannten Kommunen und OZG überwiegend (viel) häufiger (70-80 % der Organisationen); auch die PKV und jeweils zwei von drei Organisationen des Bundes wünschten mit Bildungseinrichtungen und Einrichtungen der Freizeitgestaltung mehr Zusammenarbeit. Bei der GKV, GUV und SPV waren die Antworten jeweils zu 50 % „(viel) häufiger“ oder „keine Veränderung“²⁹³. Bezogen auf Landesministerien, Suchtberatungsstellen, Selbst-Hilfekontraktstellen und Wohlfahrts-, Sozialverbände gab es keine Akteursgruppe, die besonders häufig eine (viel) häufigere Zusammenarbeit wünschte (meist entfielen 50-60 % der Antworten auf „(viel) häufiger“ oder „keine Veränderung“).

Die Gruppe der Kooperationspartner, für die häufig keine Angabe gemacht wurde²⁹⁴, umfasst: Rentenversicherungsträger, private Krankenkasse(n), Bundesministerium, staatlicher Arbeitsschutz, Integrationsamt, Gewerkschaft oder Arbeitnehmerorganisation, Arbeitgeber- oder Unternehmensorganisation, Betrieb, Agentur für Arbeit, Jobcenter, BZgA und Stiftung. Es erscheint plausibel, dass diesen Kooperationspartnern im Kontext kommunaler Lebenswelten (und bei separater Betrachtung der Zusammenarbeit zur Arbeits- und Gesundheitsförderung) weniger Relevanz beigemessen wurde als den anderen Kooperationspartnern.

Für die **Zusammenarbeit in der Arbeitswelt** insgesamt betrachtet deutete sich der Wunsch nach einer verstärkten Zusammenarbeit mit GKV, GRV und GUV an, während für eine verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Kooperationspartnern keine Mehrheiten bestanden. So gab die Mehrheit der Akteure von GKV, GRV, GUV und Kommunen an, (viel) häufiger mit gesetzlichen Krankenkasse(n), Rentenversicherungsträgern und Unfallversicherungsträgern zusammenarbeiten zu wollen (jeweils 60-90 % der Organisationen, wobei die höheren Werte insbesondere für Unfallversicherungsträger auftraten). Für die Häufigkeit der Zusammenarbeit innerhalb des eigenen Zweigs der Sozialversicherungen gaben GKV, GRV und GUV überwiegend „keine Veränderung“ an (70-80 % der Organisationen). Akteure der AO äußerten sich tendenziell zurückhaltender bezüglich einer vermehrten Zusammenarbeit, wobei allerdings nur zwei bis vier Antworten mit Angaben vorlagen. Das Beschriebene traf sowohl für die betriebliche als auch die überbetriebliche Ebene zu.

Bezogen auf die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern staatlicher Arbeitsschutz, Integrationsamt, Gewerkschaft oder Arbeitnehmerorganisation, Arbeitgeber- oder Unternehmensorganisation, Agentur für Arbeit, Jobcenter und wissenschaftliche Einrichtung gab es in keiner der Akteursgruppen besonders ausgeprägte Mehrheiten, die den Wunsch nach einer (viel) häufigeren Zusammenarbeit ausdrückten. Dies war sowohl auf der betrieblichen als auch der überbetrieblichen Ebene der Fall.

Im Kontext der Arbeitswelt war die Gruppe der Kooperationspartner, für die häufig keine Angabe gemacht wurde²⁹⁵, relativ groß. Dies war insbesondere auf der betrieblichen Ebene der Fall, wo die Gruppe folgende Kooperationspartner umfasste²⁹⁶: Pflegekasse(n), private Krankenkasse(n)^, Bundesministerium^, Landesministerium, Öffentlicher Gesundheitsdienst, örtliche öffentliche Jugendhilfe^, sonstige kommunale Verwaltung^, BZgA^, LVG, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit^, Einrichtungen der Freizeitgestaltung, Suchtberatungsstelle, Selbsthilfe-Kontaktstelle, Wohlfahrtsverband, Sozialverband, Bildungseinrichtung und Stiftung^. Da die Zusammenarbeit auf der betrieb-

292 Mit Ausnahme des ÖGD, für den nur 40 % der Kommunen eine (viel) häufigere Zusammenarbeit angeben.

293 Mit Ausnahme von Einrichtungen der Freizeitgestaltung bei der GUV und Bildungseinrichtungen bei der SPV, wo auch relativ häufig keine Angabe gemacht wurde (50 bzw. 40 % keine Angabe).

294 Die Auswertung basiert auf folgender Operationalisierung von „häufig keine Angabe“: Für die genannten Kooperationspartner machten jeweils 30 % oder mehr der Organisationen in fünf bis sieben der sieben Akteursgruppen keine Angabe.

295 Die Auswertung basiert auf folgender Operationalisierung von „häufig keine Angabe“: Für die genannten Kooperationspartner machten jeweils 30 % oder mehr der Organisationen in vier oder fünf der fünf Akteursgruppen keine Angabe.

296 Für mit ^ markierte Kooperationspartner wurde auch auf der überbetrieblichen Ebene häufig keine Angabe gemacht.

lichen Ebene darauf abzielt, Aktivitäten in einzelnen Betrieben umzusetzen, erscheint es plausibel, dass den genannten Kooperationspartnern weniger Relevanz beigemessen wurde.

Bei der **Zusammenarbeit zur Arbeits- und Gesundheitsförderung** zeigte sich, dass die Organisationen, die die Aktivität „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ gemeinsam durchführen, bei der Häufigkeit der Zusammenarbeit untereinander überwiegend keinen Veränderungsbedarf sahen: Akteure der GKV gaben für die Kooperationspartner gesetzliche Krankenkasse(n), Agentur für Arbeit, Jobcenter, BZgA, LVG und Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit in der Mehrheit „keine Veränderung“ für die Häufigkeit der künftigen Zusammenarbeit an (jeweils 60-80 % der Organisationen der GKV). Dies galt auch für die LVG (jeweils zwei bis drei von drei LVG). Auch die BZgA gab für gesetzliche Krankenkasse(n), Agentur für Arbeit und Jobcenter „keine Veränderung“ an. Mit den LVG wünschte die BZgA eine häufigere Zusammenarbeit; für Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit lagen keine Angaben vor. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass nur von 41 Organisationen der GKV, von drei LVG und von der BZgA Antworten vorlagen.

Bezogen auf weitere Kooperationspartner, die in die Zusammenarbeit zur Arbeits- und Gesundheitsförderung eingebunden werden könnten, signalisierte die Mehrheit der Organisationen der GKV den Wunsch nach einer (viel) häufigeren Zusammenarbeit mit Rentenversicherungsträgern, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, Einrichtungen der Freizeitgestaltung und Suchtberatungsstellen (jeweils 70 % der Organisationen). Für die drei letztgenannten Kooperationspartner stimmten jeweils zwei von drei LVG dem Wunsch nach einer (viel) häufigeren Zusammenarbeit zu. Von der BZgA lagen keine Angaben vor. Für weitere mögliche Kooperationspartner lagen keine eindeutigen Mehrheiten für eine (viel) häufigere Zusammenarbeit vor (50-60 % der Organisationen der GKV, eine von drei LVG bzw. zwei von drei für Selbsthilfe-Kontaktstelle). Hierbei handelte es sich um die Kooperationspartner sonstige kommunale Verwaltung, Arbeitslosenzentrum/-beratungsstelle, Beschäftigungs- und Qualifizierungsgesellschaft, Selbsthilfe-Kontaktstelle sowie Wohlfahrtsverband, Sozialverband. Die BZgA gab

für die Kooperationspartner Arbeitslosenzentrum/-beratungsstelle, Selbsthilfe-Kontaktstelle sowie Wohlfahrtsverband, Sozialverband die Bewertung häufiger an.

Die Gruppe der Kooperationspartner, für die häufig²⁹⁷ keine Angabe gemacht wurde, umfasste: Pflegekasse(n), Unfallversicherungsträger, private Krankenkasse(n), Integrationsamt, örtliche öffentliche Jugendhilfe, Gewerkschaft oder Arbeitnehmerorganisation, Arbeitgeber- oder Unternehmensorganisation, Betrieb, Bildungseinrichtung, wissenschaftliche Einrichtung, Stiftung, Gesundheitsorganisation, Ärzte, Therapeuten im ambulanten Bereich sowie Gesundheitsorganisation, Ärzte, Therapeuten im stationären Bereich. Für Bundesministerium, Landesministerium und staatlichen Arbeitsschutz machten 40-60 % der Organisationen der GKV und die BZgA keine Angabe.²⁹⁸ Auch hier erscheint es plausibel, dass die genannten Organisationen im Kontext der Arbeits- und Gesundheitsförderung weniger Relevanz haben. Bei der häufigen Auswahl von „keine Angabe“ für Gesundheitsorganisation, Ärzte, Therapeuten im ambulanten/stationären Bereich dürfte eine Rolle spielen, dass der Fokus der Online-Erhebung auf der „nichtmedizinischen“ Gesundheitsförderung und Prävention lag.

7.1.2 ELEMENTE DER ZUSAMMENARBEIT

Die Zusammenarbeit in der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung kann unterschiedlich gestaltet sein - je nachdem, welche und wie viele Elemente der Zusammenarbeit genutzt werden. So kann eine Zusammenarbeit z. B. aus der gegenseitigen Information und Abstimmung bestehen. In anderen Situationen arbeiten Kooperationspartner z. B. gemeinsam an der Umsetzung einer Aktivität und führen dazu eine gemeinsame Bedarfserhebung, gemeinsame Planung und gemeinsame Steuerung der Aktivität durch.

Um zu untersuchen, wie sich die Zusammenarbeit gestaltet, waren die an der Online-Erhebung teilnehmenden Organisationen aufgefordert, an ein konkretes Beispiel der Zusammenarbeit zu denken. Spezifisch hieß es: „Bitte denken Sie an das letzte Mal, als Ihre Organisation mit dem unten aufgeführten Kooperationspartner bei einer Aktivität in kommunalen Lebenswelten²⁹⁹ zusammengearbeitet hat und beantworten Sie die nachfolgenden Fragen in Bezug auf diese konkrete Zusammenarbeit.“

297 Die Auswertung basiert auf folgender Operationalisierung von „häufig keine Angabe“: Für die genannten Kooperationspartner machten jeweils 30 % oder mehr der Organisationen in allen drei Akteursgruppen keine Angabe.

298 Für die LVG liegen zwar Angaben vor, da es sich jedoch um nur drei Antworten handelte, wird darauf hier nicht genauer eingegangen.

299 Bzw. auf der betrieblichen Ebene, auf der überbetrieblichen Ebene oder im Kontext der Arbeitsförderung.

Bei dem „unten aufgeführten Kooperationspartner“ handelte es sich um einen Kooperationspartner³⁰⁰, den die antwortende Organisation zuvor ausgewählt hatte.

Mit Bezug auf die konkreten Beispiele der Zusammenarbeit wurde gefragt, welche der folgenden Elemente der Zusammenarbeit genutzt wurden:

- Gegenseitige Information und Abstimmung über Aktivitäten
- Gemeinsame Erarbeitung von Konzepten
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, Erstellung gemeinsamer Informationsmaterialien (z. B. Handlungshilfen, Broschüren)
- Gemeinsame Bedarfserhebung
- Gemeinsame Planung von Aktivitäten
- Gemeinsame Umsetzung von Aktivitäten
- Zusammenarbeit in Steuerungsgremien
- Gemeinsame Mitwirkung in Gesundheitszirkeln
- Gemeinsame Durchführung von Evaluationen
- Gemeinsame Einbringung finanzieller Ressourcen
- „Sonstige“ (Freitext)

Weiterhin wurde untersucht, wie wichtig³⁰¹ die genutzten Elemente für den Erfolg der Aktivität waren. Für Elemente, die in dem Beispiel der Zusammenarbeit nicht genutzt wurden, wurde gefragt: „Wenn Ihre Organisation die Zusammenarbeit mit dem Kooperationspartner nochmals beginnen würde, wie wichtig wäre es für den Erfolg der Aktivität, bei den folgenden Elementen zusammenzuarbeiten?“ Die Beispiele wurden auch genutzt, um Erfolgsfaktoren für Zusammenarbeit zu beleuchten (Kapitel 7.1.3).

Für die Auswertungen zu den Elementen der Zusammenarbeit wurden die Beispiele der Zusammenarbeit in Gruppen zusammengefasst, damit genügend Beispiele für aussagekräftigere Ergebnisse vorlagen. Jede Gruppe enthielt dabei Beispiele, in denen dieselben Akteure entweder die Bewertung selbst abgaben oder für sie eine Bewertung abgeben wurde. Zum Beispiel wurden alle Beispiele der Zusammenarbeit zwischen Akteuren der GKV und GRV zusammengefasst, unabhängig davon, ob die GKV oder die GRV die bewertende bzw. die bewertete Organisation war. Hintergrund für diese Gruppierung

war die Annahme, dass es sich bei den genutzten Elementen der Zusammenarbeit und ihrer Wichtigkeit um Eigenschaften der Beispiele der Zusammenarbeit zwischen den jeweiligen Kooperationspartnern handelte und daher beide Kooperationspartner eine ähnliche Einschätzung abgaben.

Für die Interpretation der nachfolgend dargestellten Ergebnisse ist zu beachten, dass es sich um die Erfahrungen der Akteure zu tatsächlich erfolgter Zusammenarbeit handelt. Faktoren, die das Zustandekommen von Zusammenarbeit beeinflussen, wurden nicht untersucht. Auch kann über die Einschätzung derjenigen, mit denen keine Kooperation zustande kam, keine Aussage getroffen werden. Bezogen auf die Beispiele, die die antwortenden Organisationen bei der Beantwortung der Fragen vor Augen hatten, wurden keine Vorgaben gemacht, ob es sich um „erfolgreiche“ oder „weniger erfolgreiche“ Beispiele handeln sollte. Inwieweit dennoch eine Selektion von Beispielen mit bestimmten Erfahrungen stattfand, kann aus den Daten nicht ermittelt werden. Da es sich nur um einen kleinen Ausschnitt aller stattgefundenen Kooperationen handelt, kann die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse eingeschränkt sein, und Verzerrungseffekte sind möglich.

Zusammenarbeit in kommunalen Lebenswelten

Die nachfolgend vorgestellten Ergebnisse für den Kontext kommunaler Lebenswelten beruhen auf insgesamt N = 159 Beispielen der Zusammenarbeit. Diese fielen in sechs Gruppen: Beispiele der Zusammenarbeit zwischen

- Gesetzlichen Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern (GKV-GUV, N = 26),
- Gesetzlichen Krankenkassen und Kommunen (GKV-Komm., N = 32),
- Gesetzlichen Krankenkassen und Landesvereinigungen für Gesundheit (GKV-LVG, N = 31),
- Landesvereinigungen für Gesundheit und Kommunen (LVG-Komm., N = 13),
- Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-GKV, N = 47),
- Kommunen und kommunaler Verwaltung (Komm.-Komm., N = 10).³⁰²

300 Die zur Auswahl stehende Liste umfasste: Gesetzliche Krankenkasse(n), Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Private Krankenkasse(n), Bundesministerium, Landesministerium, kommunale Verwaltung, Bundesagentur für Arbeit, Arbeitgeberorganisation, Arbeitnehmerorganisation, Patientenvertretung, Landesvereinigung für Gesundheit, Wohlfahrtsverband/Sportverband. Es wurde absichtlich eine relativ kurze Liste gewählt, um möglichst viele Bewertungen für bestimmte Kooperationspartner zu erhalten.

301 Antwortkategorien: Entscheidend, Sehr wichtig, Wichtig, Weniger wichtig, Gar nicht wichtig, Keine Angabe.

302 In wie vielen Beispielen jeweils welche Akteursgruppe die bewertende bzw. bewertete war, kann dem Anhang 1.1.6 entnommen werden. Die Anzahl Beispiele, die je Akteursgruppe ausgewertet wurde, sowie die Anzahl Organisationen, die die Beispiele nannten, können dem Tabellenanhang entnommen werden.

Tabelle 7: Anteil der Beispiele der Zusammenarbeit in kommunalen Lebenswelten, in denen das jeweilige Element der Zusammenarbeit genutzt wird (Prozent)

Element der Zusammenarbeit	GKV-GUV	GKV-Komm.	GKV-LVG	LVG-Komm.	GKV-GKV	Komm.-Komm.
Gegenseitige Information und Abstimmung über Aktivitäten	96 %	91 %	94 %	85 %	94 %	100 %
Zusammenarbeit in Steuerungsgremien	62 %	81 %	87 %	77 %	70 %	90 %
Gemeinsame Einbringung finanzieller Ressourcen	50 %	72 %	58 %	62 %	77 %	70 %
Gemeinsame Erarbeitung von Konzepten	54 %	59 %	61 %	85 %	66 %	90 %
Gemeinsame Bedarfserhebung	35 %	56 %	52 %	69 %	51 %	80 %
Gemeinsame Planung von Aktivitäten	69 %	59 %	71 %	85 %	72 %	90 %
Gemeinsame Umsetzung von Aktivitäten	65 %	56 %	65 %	54 %	62 %	70 %
Gemeinsame Mitwirkung in Gesundheitszirkeln	15 %	31 %	23 %	23 %	28 %	40 %
Gemeinsame Durchführung von Evaluationen	35 %	44 %	39 %	31 %	32 %	70 %
Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, gem. Informationsmaterialien	69 %	72 %	84 %	23 %	79 %	70 %
Sonstige	8 %	0 %	3 %	8 %	0 %	0 %

Anmerkung: Es handelt sich um Beispiele der Zusammenarbeit zwischen: GKV-GUV: Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern (N = 26), GKV-Komm.: Krankenkassen und Kommunen (N = 32), GKV-LVG: Krankenkassen und Landesvereinigungen für Gesundheit (N = 31), LVG-Komm.: Landesvereinigungen für Gesundheit und Kommunen (N = 13), GKV-GKV: Krankenkassen (N = 47), Komm.-Komm.: Kommunen (N = 10).

Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

Jedes der zur Auswahl stehenden elf Elemente der Zusammenarbeit wurde in jeder Gruppe mindestens einmal genannt, mit Ausnahme von „Sonstige“, was selten oder gar nicht genannt wurde. Dieses Ergebnis weist bereits darauf hin, wie unterschiedlich sich die Zusammenarbeit gestalten kann.

Betrachtet man die Anzahl Elemente der Zusammenarbeit, die je Beispiel genannt wurden, zeigt sich, dass die Zusammenarbeit in allen Gruppen relativ umfassend war. Besonders ausgeprägt war dies in der Gruppe Komm.-Komm., in der für 90 % der Beispiele sechs oder mehr³⁰³ der elf Elemente der Zusammenarbeit angegeben wurden. In den übrigen Gruppen wurden für 40-60 % der Beispiele sechs oder mehr Elemente der Zusammenarbeit genannt, wobei es in der Gruppe GKV-GUV mit 40 % am wenigsten häufig mindestens sechs Elemente waren. Am zweithäufigsten wurden drei bis fünf Elemente angegeben (jeweils 30-50 % der Beispi-

le³⁰⁴), am seltensten ein bis zwei Elemente (jeweils 10 % der Beispiele).

Tabelle 7 zeigt den Anteil der Beispiele, in denen jedes der einzelnen Elemente der Zusammenarbeit genutzt wurde.³⁰⁵ Wie aufgrund der oben erwähnten häufigen Nennung von sechs oder mehr genutzten Elementen je Beispiel zu erwarten war, wurden die meisten Elemente in mehr als 50 % der Beispiele genutzt. Dies trifft insbesondere in der Gruppe Komm.-Komm. zu. Das am häufigsten genannte Element der Zusammenarbeit war gegenseitige Information und Abstimmung über Aktivitäten (90-100 % der Beispiele je Gruppe). Dies war insofern zu erwarten, weil die gegenseitige Information und Abstimmung quasi das Minimum jeder Zusammenarbeit darstellt und in vielen Fällen den Zweck der Zusammenarbeit erfüllt. Ebenfalls häufig genannt wurden Zusammenarbeit in Steuerungsgremien und gemeinsame Planung von Aktivitäten (60-90 % der Beispiele je Gruppe). In allen Gruppen selten genannt wurde die gemeinsame

303 In der Auswertung wurde die Anzahl Elemente der Zusammenarbeit entlang folgender Gruppen ausgewertet: ein bis zwei, drei bis fünf, sechs oder mehr.

304 Mit Ausnahme in der Gruppe Komm.-Komm., wo die übrigen 10 % der Beispiele ein bis zwei Elemente nutzen.

305 Bei den Antworten waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozente beziehen sich auf den Anteil der Beispiele mit einer gegebenen Nennung an der Gesamtzahl der Beispiele, die in der jeweiligen Gruppe berichtet wurden.

Mitwirkung in Gesundheitszirkeln (20-30 % der Beispiele je Gruppe, Komm.-Komm. 40 %). Bei diesem Ergebnis kann allerdings nicht unterschieden werden, ob bei Gesundheitszirkeln selten eine Zusammenarbeit stattfindet oder ob Gesundheitszirkel an sich selten durchgeführt werden. Weiterhin relativ selten genannt wurde die gemeinsame Durchführung von Evaluationen (30-40 % der Beispiele je Gruppe), mit Ausnahme in der Gruppe Komm.-Komm. (70 % der Beispiele).

Hervorgehoben sei noch die relativ seltene Nennung von gemeinsamer Bedarfserhebung in der Gruppe GKV-GUV (35 % der Beispiele). Da die gesetzlichen Krankenkassen und die Unfallversicherungsträger über unterschiedliche Datensätze verfügen, die einer Bedarfserhebung zugrunde gelegt werden könnten, wäre eine häufigere Zusammenarbeit bei diesem Element wünschenswert. Eine Verknüpfung der Datensätze erweist sich jedoch aus datenschutzrechtlichen Gründen als schwierig. Es müssten also jeweils Einzelheiten bezüglich der Möglichkeiten einer gemeinsamen Nutzung von Daten zum Zweck einer Bedarfserhebung geklärt werden.

Gefragt nach der Wichtigkeit der Elemente, wurde für die meisten Beispiele angegeben, dass die **bereits genutzten** Elemente für den Erfolg der Aktivitäten entscheidend oder sehr wichtig waren (jeweils 70-90 % der Beispiele je Element und Gruppe³⁰⁶). Im Gegensatz dazu³⁰⁷ wurden Elemente, die **bisher nicht genutzt** worden waren, nur in einem kleinen Anteil der Beispiele als entscheidend oder sehr wichtig eingestuft, falls die Aktivität künftig nochmals durchgeführt wird (0-30 % der Beispiele je Element und Gruppe³⁰⁸). Eine Ausnahme war die Zusammenarbeit in Steuerungsgremien, die in den Gruppen GKV-Komm. und GKV-GKV von den Akteuren, die dieses Element bisher nicht nutzten, relativ häufig als entscheidend oder sehr wichtig für eine künftige Zusammenarbeit eingestuft wurde (40 % der Beispiele). Dasselbe galt für die gemeinsame Planung von Aktivitäten in den Gruppen GKV-GUV und GKV-Komm. sowie für gemeinsame Umsetzung von Aktivitäten, gemeinsame Durch-

führung von Evaluationen sowie gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, gemeinsame Informationsmaterialien in der Gruppe LVG-Komm. Die Ausnahmen deuten darauf hin, dass es vereinzelt den Wunsch gibt, in Zukunft bestimmte Elemente der Zusammenarbeit vermehrt zu nutzen. Insgesamt gesehen schienen die Akteure jedoch von der Wahl der in den Beispielen genutzten bzw. nicht genutzten Elemente überzeugt zu sein, d. h. die für eine bestimmte Zusammenarbeit als wichtig empfundenen Elemente wurden tatsächlich genutzt, die als weniger wichtig empfundenen wurden nicht genutzt.

Zusammenarbeit in der Arbeitswelt

Die nachfolgenden Ergebnisse für den Kontext der Arbeitswelt beruhen auf insgesamt N = 74 Beispielen der Zusammenarbeit auf der betrieblichen Ebene und N = 51 Beispielen auf der überbetrieblichen Ebene. Die Beispiele fielen in vier Gruppen: Beispiele der Zusammenarbeit zwischen

- Gesetzlichen Krankenkassen und Arbeitgeberorganisationen (GKV-AO, N = 15 bzw. 13 für betrieblich und überbetrieblich),
- Gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern (GKV-GRV, N = 17 bzw. 10),
- Gesetzlichen Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern (GKV-GUV, N = 34 bzw. 21),
- Rentenversicherungsträgern und Unfallversicherungsträgern (GRV-GUV, N = 8 bzw. 7).³⁰⁹

Jedes der zur Auswahl stehenden elf Elemente der Zusammenarbeit wurde in jeder der Gruppen und sowohl für die betriebliche als auch die überbetriebliche Ebene mindestens einmal genannt. Ausnahmen waren die Nennung von „Sonstige“, was nur in der Gruppe GRV-GUV auf der betrieblichen Ebene genannt wurde, und von gemeinsamer Mitwirkung in Gesundheitszirkeln, was nur in den Gruppen GKV-AO und GKV-GUV auf der überbetrieblichen Ebene genannt wurde.

306 Ausnahmen: Unter den 60 Kombinationen aus zehn Elementen (ohne „Sonstige“) und sechs Gruppen wird bei fünf für nur 60 % und einer für nur 30 % der Beispiele Entscheidend oder Sehr wichtig ausgewählt. Falls für ein Element in einer Gruppe fünf oder weniger Beispiele vorlagen, wurden diese aufgrund der niedrigen Fallzahl nicht berücksichtigt. Dies trifft auf fünf der 60 Kombinationen zu.

307 Bei einer gesammelten Betrachtung über alle Elemente hinweg besteht ein statistisch signifikanter Unterschied in den Antworten zwischen den bereits genutzten und den bisher nicht genutzten Elementen (exakter Test nach Fisher, $p < 0,01$). Für den Signifikanztest wurden die Antworten dichotomisiert, indem Entscheidend und Sehr wichtig sowie Wichtig, Weniger wichtig und Gar nicht wichtig zusammengefasst wurden.

308 Falls für ein Element in einer Gruppe fünf oder weniger Beispiele vorlagen, wurden diese aufgrund der niedrigen Fallzahl nicht berücksichtigt. Dies trifft auf 21 der 60 Kombinationen von zehn Elementen (ohne „Sonstige“) und sechs Gruppen zu.

309 In wie vielen Beispielen jeweils welche Akteursgruppe die bewertende bzw. bewertete war, kann dem Anhang 1.1.6 entnommen werden. Die Anzahl Beispiele, die je Akteursgruppe ausgewertet wurde, sowie die Anzahl Organisationen, die die Beispiele nannten, können dem Tabellenanhang entnommen werden.

Tabelle 8: Anteil der Beispiele der Zusammenarbeit auf der betrieblichen Ebene, in denen das jeweilige Element der Zusammenarbeit genutzt wird (Prozent)

Element der Zusammenarbeit	GKV-AO	GKV-GRV	GKV-GUV	GRV-GUV
Gegenseitige Information und Abstimmung über Aktivitäten	100 %	71 %	85 %	88 %
Zusammenarbeit in Steuerungsgremien	60 %	47 %	53 %	25 %
Gemeinsame Einbringung finanzieller Ressourcen	40 %	41 %	47 %	25 %
Gemeinsame Erarbeitung von Konzepten	67 %	53 %	59 %	63 %
Gemeinsame Bedarfserhebung	47 %	35 %	35 %	25 %
Gemeinsame Planung von Aktivitäten	60 %	59 %	71 %	63 %
Gemeinsame Umsetzung von Aktivitäten	53 %	71 %	82 %	63 %
Gemeinsame Mitwirkung in Gesundheitszirkeln	33 %	24 %	26 %	13 %
Gemeinsame Durchführung von Evaluationen	33 %	12 %	24 %	13 %
Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, gemeinsame Informationsmaterialien	73 %	47 %	44 %	63 %
Sonstige	0 %	0 %	0 %	25 %

Anmerkung: Es handelt sich um Beispiele der Zusammenarbeit zwischen: GKV-AO: Krankenkassen und Arbeitgeberorganisationen (N = 15), GKV-GRV: Krankenkassen und Rentenversicherungsträger (N = 17), GKV-GUV: Krankenkassen und Unfallversicherungsträger (N = 34), GRV-GUV: Renten- und Unfallversicherungsträger (N = 8).

Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

Im Vergleich zu den zuvor für die Zusammenarbeit in kommunalen Lebenswelten dargestellten Ergebnissen war die Zusammenarbeit im Kontext der Arbeitswelt weniger umfangreich, d. h. die Anzahl der Elemente der Zusammenarbeit, die je Beispiel genannt wurde, war geringer. Dies war insbesondere auf der überbetrieblichen Ebene der Fall. Auf der betrieblichen Ebene nutzten noch relativ viele Beispiele sechs oder mehr Elemente der Zusammenarbeit (40–50 % der Beispiele je Gruppe), gefolgt von drei bis fünf (40 % der Beispiele je Gruppe, nur 20 % bei GKV-GRV). Ein bis zwei Elemente wurden für 10 % der Beispiele in der Gruppe GKV-AO, 20 % in GKV-GUV und GRV-GUV sowie 40 % in GKV-GRV angegeben. Auf der überbetrieblichen Ebene wurde in der Gruppe GKV-AO am häufigsten angegeben, dass die Beispiele ein bis zwei Elemente der Zusammenarbeit nutzten (50 % der Beispiele), 30 % nutzten drei bis fünf, der Rest sechs oder mehr. In der Gruppe GKV-GRV wurde für jeweils 40 % der Beispiele angegeben, dass sie drei bis fünf bzw. sechs oder mehr Elemente nutzten. In den Gruppen GKV-GUV und GRV-GUV wurden am häufigsten drei bis fünf Elemente genannt (70 bzw. 60 % der Bei-

spiele je Gruppe), sechs oder mehr Elemente wurden am zweithäufigsten angegeben (20 bzw. 40 %).

Die Anteile der Beispiele, in denen jedes der einzelnen Elemente der Zusammenarbeit genutzt wurde, sind in Tabelle 8 (betriebliche Ebene) und Tabelle 9 (überbetriebliche Ebene) zu sehen.³¹⁰ Wie auch im Kontext kommunaler Lebenswelten wurde gegenseitige Information und Abstimmung über Aktivitäten in den meisten Beispielen genannt (90–100 % der Beispiele je Gruppe; Ausnahme: GKV-GRV mit 70 % auf der betrieblichen Ebene). Dies traf auf der betrieblichen und der überbetrieblichen Ebene zu und ist vermutlich wiederum darauf zurückzuführen, dass gegenseitige Information und Abstimmung quasi das Minimum jeder Zusammenarbeit darstellen und in vielen Fällen den Zweck der Zusammenarbeit erfüllen. Über die Abstimmung und Information hinaus zeichneten sich auf der betrieblichen und überbetrieblichen Ebene unterschiedliche Schwerpunkte in den genutzten Elementen ab: Auf der betrieblichen Ebene erhielten Elemente, die eine engere Zusammenarbeit andeuten, wie z. B. gemeinsame Planung und Umsetzung von Akti-

310 Bei den Antworten waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozente beziehen sich auf den Anteil der Beispiele mit einer gegebenen Nennung an der Gesamtzahl der Beispiele, die in der jeweiligen Gruppe berichtet wurden.

Tabelle 9: Anteil der Beispiele der Zusammenarbeit auf der überbetrieblichen Ebene, in denen das jeweilige Element der Zusammenarbeit genutzt wird (Prozent)

Element der Zusammenarbeit	GKV-AO	GKV-GRV	GKV-GUV	GRV-GUV
Gegenseitige Information und Abstimmung über Aktivitäten	92 %	100 %	95 %	100 %
Zusammenarbeit in Steuerungsgremien	46 %	70 %	67 %	71 %
Gemeinsame Einbringung finanzieller Ressourcen	31 %	10 %	43 %	29 %
Gemeinsame Erarbeitung von Konzepten	38 %	60 %	48 %	100 %
Gemeinsame Bedarfserhebung	23 %	40 %	33 %	29 %
Gemeinsame Planung von Aktivitäten	46 %	40 %	67 %	71 %
Gemeinsame Umsetzung von Aktivitäten	31 %	30 %	43 %	57 %
Gemeinsame Mitwirkung in Gesundheitszirkeln	15 %	0 %	5 %	0 %
Gemeinsame Durchführung von Evaluationen	15 %	20 %	19 %	14 %
Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, gemeinsame Informationsmaterialien	69 %	80 %	48 %	43 %
Sonstige	0 %	0 %	0 %	0 %

Anmerkung: Es handelt sich um Beispiele der Zusammenarbeit zwischen: GKV-AO: Krankenkassen und Arbeitgeberorganisationen (N = 13), GKV-GRV: Krankenkassen und Rentenversicherungsträger (N = 10), GKV-GUV: Krankenkassen und Unfallversicherungsträger (N = 21), GRV-GUV: Renten- und Unfallversicherungsträger (N = 7).

Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

vitäten, mehr Nennungen als auf der überbetrieblichen Ebene (Tabelle 8 und Tabelle 9).

In allen Gruppen und auf beiden Ebenen wurden gemeinsame Mitwirkung in Gesundheitszirkeln und gemeinsame Durchführung von Evaluationen selten genannt (0-30 % der Beispiele). Für Gesundheitszirkel dürfte dies darin begründet liegen, dass sie eine betriebssinterne Aktivität darstellen. Evtl. deutet das Ergebnis jedoch auch auf eine seltene Durchführung von Gesundheitszirkeln hin, woraus sich ebenfalls eine seltene Nennung ergeben würde.

Ein weiteres Element, das relativ selten genutzt wurde, war die gemeinsame Bedarfserhebung (20-40 % der Beispiele je Gruppe, in der Gruppe GKV-AO auf der betrieblichen Ebene waren es 50 %). Wie bereits im Kontext kommunaler Lebenswelten hervorgehoben, stehen jedem der Sozialversicherungsträger unterschiedliche Datensätze zur Verfügung, die im Rahmen einer Bedarfserhebung aufschlussreich sein können. Eine gemein-

same Nutzung der Daten stellt daher ein noch nicht ausgeschöpftes Potenzial für Bedarfserhebungen dar. Allerdings müssen in der Praxis jeweils datenschutzrechtliche Fragen geklärt werden, bevor eine gemeinsame Nutzung von Daten erfolgen kann.

Die Ergebnisse zur Wichtigkeit der Elemente der Zusammenarbeit ergaben insgesamt betrachtet ein ähnliches Bild wie bei der Zusammenarbeit in kommunalen Lebenswelten: Elemente, die im Rahmen der Beispiele **genutzt** worden waren, wurden häufig als entscheidend oder sehr wichtig für den Erfolg der Aktivitäten eingeschätzt. Dagegen wurde den Elementen, die in den Beispielen **nicht genutzt** worden waren, auch bei einer erneuten Durchführung der Aktivität, selten eine entscheidende oder sehr wichtige Funktion zugesprochen.³¹¹ Allerdings zeigte sich bei der Zusammenarbeit im Kontext der Arbeitswelt eine etwas zurückhaltendere Bewertung der Wichtigkeit der genutzten Elemente im Vergleich zum Kontext kommunaler Lebenswelten. Insbesondere in der Gruppe GKV-GUV war der Anteil der

311 Bei einer gesammelten Betrachtung über alle Elemente hinweg besteht ein statistisch signifikanter Unterschied in den Antworten zwischen den bereits genutzten und den bisher nicht genutzten Elementen (exakter Test nach Fisher, $p < 0,05$). Für den Signifikanztest wurden die Antworten dichotomisiert, indem Entscheidend und Sehr wichtig sowie Wichtig, Weniger wichtig und Gar nicht wichtig zusammengefasst wurden.

Beispiele, in denen die einzelnen Elemente als entscheidend oder sehr wichtig bewertet wurden, relativ niedrig (betrieblich: 40-60 % der Beispiele für acht Elemente, 70 bzw. 75 % für zwei; überbetrieblich: 40-60 % der Beispiele für fünf Elemente, 70 % für drei)³¹².

Die nichtgenutzten Elemente wurden auf beiden Ebenen und in allen Gruppen nur selten mit entscheidend oder sehr wichtig für eine künftige Wiederholung der Aktivität eingeschätzt (0-30 % der Beispiele)³¹³. Lediglich in zwei Fällen wurde für 40 % der Beispiele entscheidend oder sehr wichtig angegeben: zum einen für die gemeinsame Erarbeitung von Konzepten in der Gruppe GKV-GUV auf der betrieblichen Ebene, zum anderen für gemeinsame Einbringung finanzieller Ressourcen in der Gruppe GKV-AO auf der überbetrieblichen Ebene. Insgesamt gesehen deuteten die Ergebnisse darauf hin, dass die Akteure die Wahl der Elemente, die sie in der Zusammenarbeit nutzen bzw. nicht nutzen, als richtig einschätzten.

Zusammenarbeit bei Arbeits- und Gesundheitsförderung

Die Ergebnisse für den Kontext der Arbeits- und Gesundheitsförderung beruhen auf insgesamt N = 61 Beispielen der Zusammenarbeit. Bei diesen Beispielen ist anzunehmen, dass sie sich auf die Aktivität „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ des GKV-Bündnisses für Gesundheit und der Bundesagentur für Arbeit beziehen (Kapitel 7.4). Die Beispiele fielen in drei Gruppen: Beispiele der Zusammenarbeit zwischen

- Gesetzlichen Krankenkassen und Bundesagentur für Arbeit (GKV-BA, N = 17),
- Gesetzlichen Krankenkassen und Landesvereinigungen für Gesundheit (GKV-LVG, N = 16),
- Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-GKV, N = 28).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass - mit Ausnahme von drei Beispielen in der Gruppe GKV-LVG - immer eine Organisation der GKV die Bewertung vornahm.³¹⁴

Jedes der zur Auswahl stehenden elf Elemente der Zusammenarbeit wurde in jeder Gruppe mindestens einmal genannt, mit Ausnahme von „Sonstige“. Die Anzahl Elemente der Zusammenarbeit, die je Beispiel genannt wurden, war in allen drei Gruppen relativ hoch, was auf eine umfassende Zusammenarbeit hindeutet. Am häufigsten wurden sechs oder mehr Elemente der Zusammenarbeit je Beispiel angegeben (60 % der Beispiele für GKV-BA und GKV-GKV, 70 % für GKV-LVG). Am zweithäufigsten waren es drei bis fünf Elemente (20-25 % der Beispiele). Der Rest der Beispiele nutzte ein bis zwei Elemente.

Tabelle 10 zeigt den Anteil der Beispiele, in denen jedes der einzelnen Elemente der Zusammenarbeit genutzt wurde.³¹⁵ Die meisten Elemente wurden in einem großen Anteil der Beispiele genutzt - wie basierend auf der oben beschriebenen umfassenden Zusammenarbeit - zu erwarten war. Am häufigsten wurde die gegenseitige Information und Abstimmung über Aktivitäten sowie die Zusammenarbeit in Steuerungsgremien genutzt (jeweils 80-90 % der Beispiele je Gruppe). In den Gruppen GKV-BA und GKV-LVG wurde auch gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, gemeinsame Informationsmaterialien häufig genannt (80 % der Beispiele je Gruppe). Selten genannt wurde die gemeinsame Mitwirkung in Gesundheitszirkeln (10-20 % der Beispiele je Gruppe), was evtl. mit der geringeren Relevanz von Gesundheitszirkeln im Rahmen der Aktivität „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ zu tun hat. Ebenfalls selten genannt wurde die gemeinsame Einbringung finanzieller Ressourcen in der Gruppe GKV-LVG (20 % der Beispiele). Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die LVG hier keinen eigenen Finanzierungsbeitrag leisten, sondern im Auftrag der GKV tätig sind.

Die Beurteilung der Wichtigkeit der Elemente der Zusammenarbeit für den Erfolg der Aktivitäten zeigt, dass die in den Beispielen **genutzten** Elemente überwiegend als entscheidend oder sehr wichtig bewertet wurden (jeweils 60-90 % der Beispiele je Gruppe, wobei es in der Hälfte der Fälle 80-90 % waren)³¹⁶. Elemente der

312 Falls für ein Element in einer Gruppe fünf oder weniger Beispiele vorlagen, wurden diese aufgrund der niedrigen Fallzahl nicht berücksichtigt. Dies trifft auf der betrieblichen Ebene für 13 der 40 Kombinationen von zehn Elementen (ohne „Sonstige“) und vier Gruppen zu, darunter neun in der Gruppe GRV-GUV.

313 Falls für ein Element in einer Gruppe fünf oder weniger Beispiele vorlagen, wurden diese aufgrund der niedrigen Fallzahl nicht berücksichtigt. Dies trifft auf der betrieblichen Ebene für 11 und auf der überbetrieblichen Ebene für 15 der 40 Kombinationen von zehn Elementen (ohne „Sonstige“) und vier Gruppen zu.

314 Vgl. Anhang 1.1.6 für die Anzahl Beispiele, die je Akteursgruppe ausgewertet wurde. Die Anzahl Organisationen, die die Beispiele nannten, kann dem Tabellenanhang entnommen werden.

315 Bei den Antworten waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozente beziehen sich auf den Anteil der Beispiele mit einer gegebenen Nennung an der Gesamtzahl der Beispiele, die in der jeweiligen Gruppe berichtet wurden.

316 Falls für ein Element in einer Gruppe fünf oder weniger Beispiele vorlagen, wurden diese aufgrund der niedrigen Fallzahl nicht berücksichtigt. Dies trifft für 3 der 30 Kombinationen von zehn Elementen (ohne „Sonstige“) und drei Gruppen zu.

Tabelle 10: Anteil der Beispiele der Zusammenarbeit zur Arbeits- und Gesundheitsförderung, in denen das jeweilige Element der Zusammenarbeit genutzt wird (Prozent)

Element der Zusammenarbeit	GKV-BA	GKV-GKV	GRV-LVG
Gegenseitige Information und Abstimmung über Aktivitäten	94 %	93 %	94 %
Zusammenarbeit in Steuerungsgremien	82 %	93 %	81 %
Gemeinsame Einbringung finanzieller Ressourcen	53 %	75 %	19 %
Gemeinsame Erarbeitung von Konzepten	65 %	68 %	69 %
Gemeinsame Bedarfserhebung	59 %	54 %	56 %
Gemeinsame Planung von Aktivitäten	76 %	75 %	75 %
Gemeinsame Umsetzung von Aktivitäten	71 %	75 %	56 %
Gemeinsame Mitwirkung in Gesundheitszirkeln	18 %	21 %	13 %
Gemeinsame Durchführung von Evaluationen	41 %	25 %	50 %
Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, gemeinsame Informationsmaterialien	82 %	57 %	75 %
Sonstige	0 %	25 %	0 %

Anmerkung: Es handelt sich um Beispiele der Zusammenarbeit zwischen: GKV-BA: Krankenkassen und Bundesagentur für Arbeit (N = 17), GKV-GKV: Krankenkassen (N = 28), GKV-LVG: Krankenkassen und Landesvereinigungen für Gesundheit (N = 16).

Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

Zusammenarbeit, die in den Beispielen **nicht genutzt** worden waren, wurden - bezogen auf ihre Nutzung bei einer künftigen Durchführung der Aktivität - selten als entscheidend oder sehr wichtig eingestuft (jeweils 0-30 % der Beispiele je Gruppe)^{317, 318}. Eine Ausnahme war die gemeinsame Einbringung finanzieller Ressourcen, die in den Gruppen GKV-BA und GKV-GKV in vielen Beispielen als entscheidend oder sehr wichtig bei einer künftigen Durchführung bewertet wurde (70 bzw. 80 % der Beispiele). Interessanterweise wurde die gemeinsame Einbringung finanzieller Ressourcen in den Gruppen GKV-BA und GKV-GKV nur in 60 bzw. 70 % der Beispiele, die dieses Element bereits nutzten, als entscheidend oder sehr wichtig eingestuft. Im Vergleich zur Bewertung der Wichtigkeit der übrigen genutzten Elemente ist dies relativ niedrig. Ein weiteres Element, das in relativ vielen Beispielen als entscheidend oder sehr wichtig für die Zukunft bewertet wurde, war die gemeinsame Bedarfserhebung in der Gruppe GKV-LVG.

Insgesamt zeigt sich, dass - wie bereits in den Kontexten kommunale Lebenswelten und Arbeitswelt - auch im Kontext der Arbeits- und Gesundheitsförderung die Wahl der im Rahmen einer bestimmten Zusammenarbeit genutzten und der nicht genutzten Elemente der Zusammenarbeit als gut empfunden wurde. Lediglich vereinzelt wurde für bisher nicht genutzte Elemente signalisiert, dass sie zum Erfolg einer Aktivität beitragen würden, wenn sie künftig genutzt würden.

7.1.3 UMSETZUNG VON ERFOLGSFAKTOREN FÜR ZUSAMMENARBEIT

Eine dritte Fragestellung betraf die Umsetzung von Erfolgsfaktoren für Zusammenarbeit. Ziel war es herauszufinden, inwieweit Schritte, die zu einer erfolgreichen Zusammenarbeit beitragen, bereits unternommen werden. Die Fragestellung wurde anhand der in Kapitel 7.1.2 erwähnten Beispiele untersucht. Für jedes Beispiel be-

317 Falls für ein Element in einer Gruppe fünf oder weniger Beispiele vorlagen, wurden diese aufgrund der niedrigen Fallzahl nicht berücksichtigt. Dies trifft für 12 der 30 Kombinationen von zehn Elementen (ohne „Sonstige“) und drei Gruppen zu.

318 Bei einer gesammelten Betrachtung über alle Elemente hinweg besteht ein statistisch signifikanter Unterschied in den Antworten zwischen den bereits genutzten und den bisher nicht genutzten Elementen (exakter Test nach Fisher, $p < 0,01$). Für den Signifikanztest wurden die Antworten dichotomisiert, indem Entscheidend und Sehr wichtig sowie Wichtig, Weniger wichtig und Gar nicht wichtig zusammengefasst wurden.

werteten die an der Online-Erhebung teilnehmenden Organisationen, inwieweit³¹⁹ die folgenden Erfolgsfaktoren für Zusammenarbeit umgesetzt wurden:

- Der Kooperationspartner hat dazu beigetragen, dass die Aktivitäten für alle Beteiligten transparent und aufeinander abgestimmt waren. (Transparenz)
- Es fand ein regelmäßiger Informationsaustausch mit dem Kooperationspartner über den Verlauf der Zusammenarbeit statt, insbesondere beim Auftreten von Schwierigkeiten. (Informationsaustausch)
- Die konkreten Beiträge/Leistungen des Kooperationspartners im Rahmen der Zusammenarbeit waren schriftlich dokumentiert. (Dokumentation der Beiträge)
- Es gab ein praxistaugliches Manual, das u. a. die Organisation, gesetzlichen Grundlagen und Handlungsprinzipien des Kooperationspartners beschrieb. (Praxistaugliches Manual)
- Es war immer klar, wer der Ansprechpartner bei dem Kooperationspartner ist. (Klare Festlegung einer Ansprechperson)
- Es gab Möglichkeiten, die Ansprechpartner des Kooperationspartners persönlich kennenzulernen, z. B. am Rande der offiziellen Projektmanagement- und Abstimmungs-Meetings, um auch auf der personalen Ebene gegenseitiges Vertrauen zu schaffen. (Persönliches Kennenlernen)
- Die Zuständigkeit zwischen den gesetzlichen Krankenkassen war klar geregelt. (Klare Zuständigkeit unter den Krankenkassen)³²⁰

Die Erfolgsfaktoren für Zusammenarbeit wurden aus den Empfehlungen abgeleitet, die im Rahmen der Evaluation des Modellprojekts „Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting“³²¹ entwickelt wurden.

Für die Auswertungen zu den Erfolgsfaktoren für Zusammenarbeit wurden die Beispiele der Zusammenarbeit in Gruppen zusammengefasst. Jede Gruppe enthielt dabei Beispiele, in denen für dieselbe Art von Kooperationspartner Bewertungen abgegeben wurden, egal von welchem Akteur die Bewertungen stammten; z. B. wurden

alle Beispiele der Zusammenarbeit zusammengefasst, in denen ein Rentenversicherungsträger bewertet wurde. Die Bewertungen konnten dabei z. B. von Organisationen der GKV, Unfallversicherungsträgern und Kommunen stammen. In einigen Fällen wurden auch „Selbstbewertungen“ betrachtet, d. h. Beispiele, in denen der bewertete Kooperationspartner aus derselben Akteursgruppe stammte wie der bewertende Kooperationspartner. Diese „Selbstbewertungen“ bilden jeweils eigene Gruppen. Hintergrund für die Gruppierung war das Bestreben darzustellen, wie ein jeweiliger Kooperationspartner wahrgenommen wird. Es wäre wünschenswert, jeweils auch zwischen den bewertenden Akteuren zu unterscheiden; es lagen jedoch nicht genügend Beispiele vor, um auch mit dieser weiteren Unterteilung ausreichend große Gruppen zu bilden.

Die Bewertungen werden nachfolgend als „**durchschnittliche Zustimmung**“ der bewertenden Akteure dargestellt. Die durchschnittliche Zustimmung wurde berechnet, indem die Antworten Trifft voll und ganz zu, Trifft zu, Teils-teils, Trifft eher nicht zu und Trifft gar nicht zu in die Werte 5, 4, 3, 2 bzw. 1 umgewandelt wurden und dann der Mittelwert über alle Antworten einer Gruppe berechnet wurde. Eine durchschnittliche Zustimmung von 5,0 bedeutet also, dass alle Akteure Trifft voll und ganz zu angaben; 1,0 bedeutet, dass alle Akteure Trifft gar nicht zu angaben. Je näher die durchschnittliche Zustimmung an 5,0 liegt, umso mehr Akteure äußerten hohe Zustimmung³²². Die Darstellung wurde gewählt, um die Verteilung der Antworten auf die Antwortoptionen genauer wiedergeben zu können, als mit einer Dichotomisierung möglich wäre³²³.

Wie bereits in Kapitel 7.1.2 erläutert, ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass es sich um die Erfahrungen der Akteure zu tatsächlich erfolgter Zusammenarbeit handelt. Faktoren, die das Zustandekommen von Zusammenarbeit beeinflussen, wurden nicht untersucht. Weiterhin sei nochmals wiederholt, dass bezogen auf die Beispiele, die die antwortenden Organisationen bei der Beantwortung der Fragen vor Augen hatten, kei-

319 Antwortoptionen: Trifft voll und ganz zu, Trifft eher zu, Teils-teils, Trifft eher nicht zu, Trifft gar nicht zu, Keine Angabe.

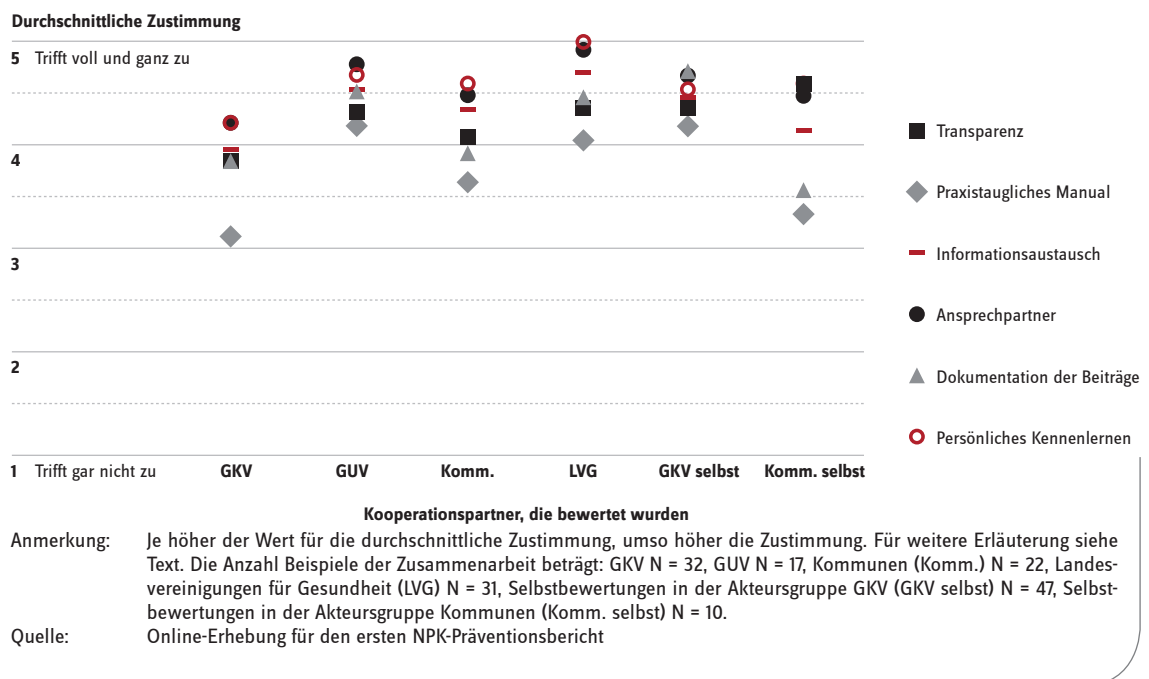
320 Der Erfolgsfaktor „Klare Zuständigkeit unter den Krankenkassen“ wurde nur bewertet, wenn der bewertete Kooperationspartner eine gesetzliche Krankenkasse war.

321 Schreiner-Kürten, K., Bellwinkel, M., Melzer K., Nürnberger, K., Guggemos, P., & Milles, R. (2016). Gesamtbericht zur Evaluation: Modellprojekt zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit & Berlin: GKV-Spitzenverband. S. 48-53. (Vorläufer der Aktivität „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ [siehe Kapitel 7.4]).

322 „Keine Angabe“ wurde bei der Berechnung nicht berücksichtigt. „Keine Angabe“ wurde selten angegeben (in weniger als 10 % der Antworten je Erfolgsfaktor, Gruppe und Kontext der Zusammenarbeit, mit Ausnahme des Erfolgsfaktors Praxistaugliches Manual, für den in einigen Gruppen und Kontexten 10-20 % und einmal 30 % der Antworten „Keine Angabe“ waren).

323 Z. B. Unterteilung in den Anteil der Antworten, die Trifft voll und ganz zu oder Trifft zu sind im Vergleich zu Teils-teils, Trifft eher nicht zu oder Trifft gar nicht zu.

Abbildung 6: Durchschnittliche Zustimmung, dass der jeweilige Kooperationspartner die Erfolgsfaktoren für Zusammenarbeit im Kontext kommunale Lebenswelten umsetzt (relative Werte)



ne Vorgaben gemacht wurden, ob es sich um „erfolgreiche“ oder „weniger erfolgreiche“ Beispiele handeln sollte. Inwieweit dennoch eine Selektion von Beispielen mit bestimmten Erfahrungen stattfand, kann aus den Daten nicht ermittelt werden. Da es sich nur um einen kleinen Ausschnitt aller stattgefundenen Kooperationen handelt, kann die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse eingeschränkt sein und Verzerrungseffekte sind möglich.

Zusammenarbeit in kommunalen Lebenswelten

Aus dem Kontext kommunaler Lebenswelten lagen insgesamt N = 159 Beispiele vor. Sie verteilten sich auf folgende Gruppen: Bewertungen für gesetzliche Krankenkassen (GKV, N = 32), Bewertungen für Unfallversicherungsträger (GUV, N = 17), Bewertungen für Kommunen (Komm., N = 22), Bewertungen für Landesvereinigungen für Gesundheit (LVG, N = 31), Selbstbewertungen in der Akteursgruppe GKV (GKV selbst, N = 47), Selbstbewertungen in der Akteursgruppe Kommunen (Komm. selbst, N = 10).

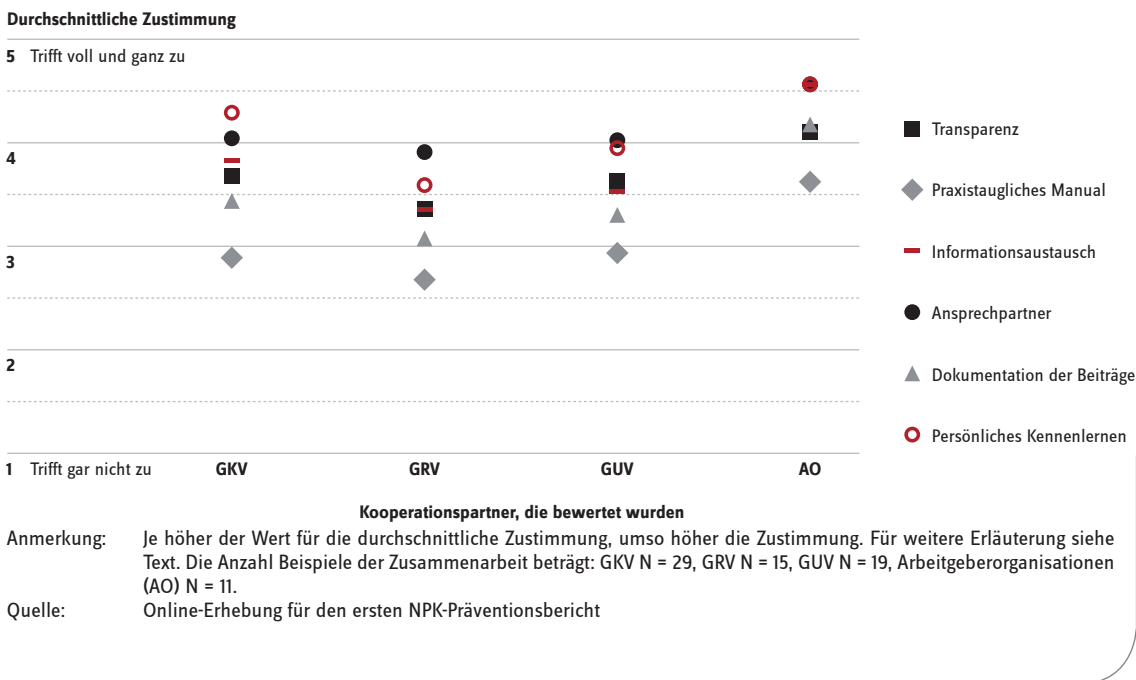
Bei der Bewertung der ersten sechs Erfolgsfaktoren für Zusammenarbeit³²⁴, bezogen auf die Beispiele der Zusammenarbeit in kommunalen Lebenswelten, bestand insgesamt betrachtet hohe Zustimmung, dass die Kooperationspartner die Erfolgsfaktoren umsetzten (Abbildung 6). Insbesondere Erfolgsfaktoren zu interpersonellen Aspekten der Zusammenarbeit (klare Festlegung einer Ansprechperson, persönliches Kennenlernen) erhielten in allen Gruppen hohe Zustimmung (jeweils 4,2-4,9 je Gruppe). Die Dokumentation der Beiträge des Kooperationspartners und das Vorliegen eines praxistauglichen Manuals für die Zusammenarbeit erhielten tendenziell weniger Zustimmung (jeweils 3,1-4,7 je Gruppe).

Zusammenarbeit in der Arbeitswelt

Aus dem Kontext Arbeitswelt lagen insgesamt N = 74 Beispiele auf der betrieblichen Ebene und N = 51 Beispiele auf der überbetrieblichen Ebene vor. Sie verteilten sich auf folgende Gruppen: Bewertungen für gesetzliche Krankenkassen (GKV, N = 29 bzw. 18 für betrieblich und überbetrieblich), Bewertungen für Rentenversicherungsträger (GRV, N = 15 bzw. 12), Bewertungen für Unfallver-

324 Der Erfolgsfaktor Klare Zuständigkeit unter den Krankenkassen wird separat dargestellt.

Abbildung 7: Durchschnittliche Zustimmung, dass der jeweilige Kooperationspartner die Erfolgsfaktoren für Zusammenarbeit im Kontext Arbeitswelt (betriebliche Ebene) umsetzt (relative Werte)



sicherungsträger (GUV, N = 19 bzw. 11), Bewertungen für Arbeitgeberorganisationen (AO) (N = 11 bzw. 10).

Auf der **betrieblichen Ebene** bestand insgesamt betrachtet bei der Bewertung der Erfolgsfaktoren nur teilweise Zustimmung, dass die Sozialversicherungsträger die Erfolgsfaktoren umsetzten; bezogen auf die Arbeitgeberorganisationen war die Zustimmung tendenziell höher (Abbildung 7). Die relativ höchste Zustimmung bestand, wie auch im Kontext kommunale Lebenswelten, bezogen auf die Erfolgsfaktoren klare Festlegung einer Ansprechperson und persönliches Kennenlernen (jeweils 3,6–4,5 je Gruppe). Die relativ niedrigste Zustimmung bestand für den Erfolgsfaktor praxistaugliches Manual (2,7–2,9 für die Gruppen GKV, GRV und GUV; 3,6 für AO).

Auf der **überbetrieblichen Ebene** ergab sich ein ähnliches Bild wie auf der betrieblichen Ebene, wobei die Zustimmung tendenziell höher war (Abbildung 8). Hohe Zustimmung erhielten die klare Festlegung einer Ansprechperson und die Möglichkeit des persönlichen Kennenlernens (jeweils 4,1–4,8 je Gruppe). Die geringste

Zustimmung erhielten die Erfolgsfaktoren praxistaugliches Manual (2,6–3,4 je Gruppe) und Dokumentation der Beiträge (3,3–3,8 je Gruppe).

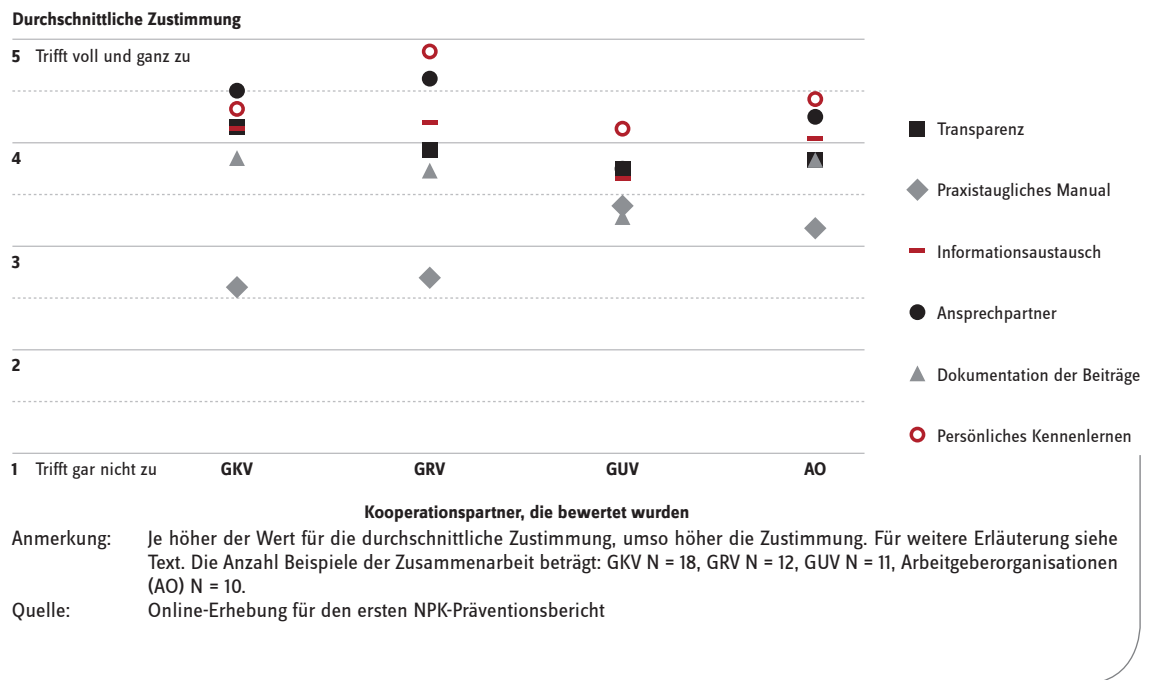
Zusammenarbeit bei Arbeits- und Gesundheitsförderung

Aus dem Kontext der Arbeits- und Gesundheitsförderung lagen insgesamt N = 58 Beispiele vor³²⁵. Die bewertende Organisation war in diesen Beispielen immer eine Organisation aus der Akteursgruppe GKV. Somit kann hier nur über die Perspektive der GKV berichtet werden. Die Beispiele verteilten sich auf folgende Gruppen: Bewertungen für die Bundesagentur für Arbeit (BA, N = 17), Bewertungen für Landesvereinigungen für Gesundheit (LVG) N = 13, Selbstbewertungen in der Akteursgruppe GKV (GKV selbst) N = 28.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Organisationen der GKV hohe Zustimmung äußerten, dass die Kooperationspartner Erfolgsfaktoren für Zusammenarbeit umsetzten (Abbildung 9). Insbesondere bei den Bewertungen für die

³²⁵ Die Differenz zu den N = 61 in Kapitel 7.1.2 genannten Beispielen entsteht, da drei Beispiele, in denen LVG eine Bewertung für gesetzliche Krankenkassen abgaben, aufgrund der geringen Fallzahl nicht dargestellt werden.

Abbildung 8: Durchschnittliche Zustimmung, dass der jeweilige Kooperationspartner die Erfolgsfaktoren für Zusammenarbeit im Kontext Arbeitswelt (überbetrieblichen Ebene) umsetzt (relative Werte)



LVG war die Zustimmung sehr hoch für die Erfolgsfaktoren Transparenz, Informationsaustausch, klare Festlegung einer Ansprechperson und persönliches Kennenlernen (jeweils 4,8).

Zuständigkeit unter den Krankenkassen

In allen drei Kontexten waren die an der Online-Erhebung teilnehmenden Organisationen, die angaben, mit gesetzlichen Krankenkassen zusammengearbeitet zu haben, zusätzlich aufgefordert, den Erfolgsfaktor „Die Zuständigkeit zwischen den gesetzlichen Krankenkassen war klar geregelt.“ (Klare Zuständigkeit unter den Krankenkassen) zu bewerten. Wie bei den anderen Erfolgsfaktoren erfolgte die Bewertung in Bezug auf die Beispiele der Zusammenarbeit, die die antwortenden Akteure vor Augen hatten. Es konnten also Aussagen dazu getroffen werden, inwiefern Unklarheiten bei der Zuständigkeit der Krankenkassen im Rahmen von tatsächlich stattfindenden Beispielen der Zusammenarbeit eine Behinderung waren. Es konnten keine Aussagen getroffen werden, inwiefern Unklarheiten in Bezug auf die

Zuständigkeit der Krankenkassen das Zustandekommen einer Zusammenarbeit verhinderten.

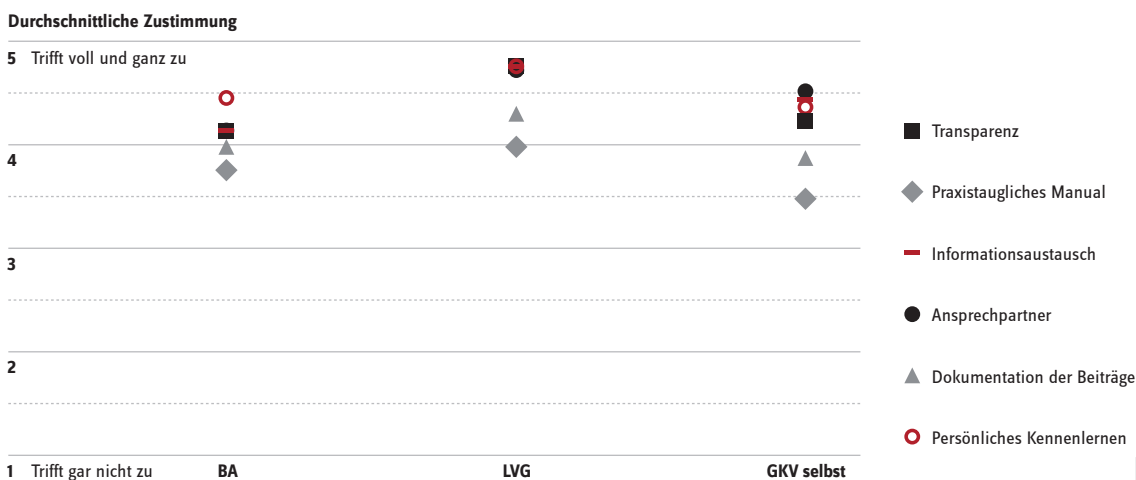
Die Ergebnisse zeigen, dass die Organisationen der GKV in der Selbstbewertung hohe Zustimmung zu dem Erfolgsfaktor klare Zuständigkeit unter den Krankenkassen äußerten (4,5 in kommunalen Lebenswelten und 4,4 im Kontext Arbeits- und Gesundheitsförderung³²⁶). Aus Sicht der anderen Akteure war die Zustimmung niedriger, aber immer noch relativ hoch (3,7 in kommunalen Lebenswelten und 3,6 bzw. 4,0 in der Arbeitswelt auf der betrieblichen bzw. überbetrieblichen Ebene³²⁷). Somit schien Unklarheit bei der Zuständigkeit zwischen den gesetzlichen Krankenkassen - zumindest bezogen auf die hier bewerteten Beispiele der Zusammenarbeit - kein grundsätzliches Problem zu sein.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass in allen drei Kontexten der Zusammenarbeit relativ hohe Zustimmung bestand, dass die Kooperationspartner Schritte unternehmen, die die Erfolgsaussichten einer Zusammenarbeit vergrößern. Die Zusammenarbeit scheint also auf

326 Im Kontext Arbeitswelt wurden die Selbstbewertungen nicht ausgewertet.

327 Im Kontext der Arbeits- und Gesundheitsförderung liegt keine ausreichende Anzahl Beispiele vor.

Abbildung 9: Durchschnittliche Zustimmung, dass der jeweilige Kooperationspartner die Erfolgsfaktoren für Zusammenarbeit im Kontext der Arbeits- und Gesundheitsförderung umsetzt (relative Werte)



Anmerkung: Je höher der Wert für die durchschnittliche Zustimmung, umso höher die Zustimmung. Für weitere Erläuterung siehe Text. Die Anzahl Beispiele der Zusammenarbeit beträgt: Bundesagentur für Arbeit (BA) N = 17, Landesvereinigungen für Gesundheit (LVG) N = 13, Selbstbewertungen in der Akteursgruppe GKV (GKV selbst) N = 28.

Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

einem relativ hohen professionellen Niveau abzulaufen. Lediglich die Verwendung praxistauglicher Manuale und die Dokumentation der Beiträge der Kooperationspartner sollten mehr Beachtung finden. Praxistaugliche Manuale enthalten z. B. Beschreibungen der kooperierenden Organisationen, Informationen über die gesetzlichen Grundlagen, auf denen sie handeln, sowie zu ihren Handlungsprinzipien. Diese Informationen leicht zur Hand zu haben, kann Missverständnissen vorbeugen und damit die Zusammenarbeit erleichtern. Die Dokumentation der Beiträge bzw. Leistungen, die Kooperationspartner in die Zusammenarbeit einbringen (z. B. in Form einer Kooperationsvereinbarung auf Basis der Landesrahmenvereinbarungen, Kapitel 6.6), kann verhindern, dass falsche Erwartungen an die Kooperationspartner entstehen. Gleichzeitig können Dokumentationen Transparenz darüber schaffen, ob im Rahmen einer Kooperation tatsächlich alle notwendigen Beiträge bzw. Leistungen erbracht werden können.

7.1.4 FALLBEISPIELE FÜR ZUSAMMENARBEIT

Nachfolgend werden zwölf Fallbeispiele vorgestellt, anhand derer fördernde und hemmende Faktoren der Zusammenarbeit aufgezeigt werden. Die Ausführungen beruhen auf Telefoninterviews mit den jeweiligen Kooperationspartnern.³²⁸ Wiederkehrende Faktoren sind z. B. das Finden einer „gemeinsamen Sprache“, der Aufbau klarer Entscheidungsstrukturen, die Nutzung der spezifischen Expertise der Kooperationspartner sowie die Unterstützung durch Vorgesetzte oder externe Führungspersonen. Die Fallbeispiele verdeutlichen, wie unterschiedlich Aktivitäten gestaltet sein können.

7.1.4.1 Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW

Kontext der Zusammenarbeit: Aktivitäten in kommunalen Lebenswelten

Beschreibung der Aktivität: Ausgehend von dem Leitmotiv „Gute gesunde Schule“ ist das Landesprogramm Bildung und Gesundheit (BuG) NRW ein Programm zur

328 Weitere Informationen zur Auswahl der Fallbeispiele können dem Anhang 1.2.1 entnommen werden.

Förderung der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung in Schulen. Ziel ist die nachhaltige Verbesserung der Gesundheits- und Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen sowie das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit der in den Schulen tätigen Erwachsenen. Dabei werden Themen wie z. B. Ernährung, Bewegung, Schulklima, Stressreduktion und Sicherheit bearbeitet. Die Träger des Landesprogramms bringen finanzielle und personelle Ressourcen ein und verstehen sich als Kooperationspartner der Schulen.

Zielgruppe: Schulen in NRW einschließlich aller am Schulleben beteiligten Personen wie Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte, schulisches Personal

Kooperationspartner: GKV (AOK NORDWEST, AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, BKK Landesverband Nordwest, DAK-Gesundheit, Handelskrankenkasse, Hanseatische Krankenkasse, IKK classic, Kaufmännische Krankenkasse, KNAPPSCHAFT, SVLFG, Techniker Krankenkasse), GUV (Unfallkasse Nordrhein-Westfalen), Ministerium für Schule und Bildung NRW, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, Landeszentrum Gesundheit NRW, Schulen

Weiterführende Informationen: www.bug-nrw.de

In der Steuerungsgruppe auf Landesebene stellte das Finden eines gemeinsamen Verständnisses eine der wesentlichen Herausforderungen, aber auch die grundlegende Entscheidungsgrundlage für alle Beteiligten dar. Ausgehend von einem unterschiedlichen Selbstverständnis dessen, was integrierte Gesundheits- und Qualitätsentwicklung im Bildungsbereich generell und spezifisch in der Schule bedeutet, mussten und müssen die Schnittstellen des gemeinsamen Handelns stets aufs Neue ausgelotet und weiterentwickelt werden. Zu Beginn der Kooperation wurden Fragen grundsätzlicher Natur erörtert auch heute noch wird in den jährlich mehrfach stattfindenden Treffen durchaus kontrovers und teilweise langwierig diskutiert. Verschiedene Blickwinkel der einzelnen Träger, unterschiedliche fachliche Hintergründe und sich ergänzende Kompetenzen werden im Rahmen der Steuerungsgruppe jedoch als Bereicherung und Mehrwert verstanden, die insbesondere die konzeptionelle Weiterentwicklung befördern. Die zugestandenen Aufwendungen für die Arbeit auf strategischer Ebene sowie das gemeinsam getragene Leitbild ermöglichen den Kooperationspartnern Konsensfähigkeit, die auch nach Beitritt neu hinzukommender Partner oder bei Personalwechsel Bestand hat und damit einen der wesentlichen Erfolgsfaktoren der Zusammenarbeit darstellt.

Um die Effizienz des Steuerungsgremiums auf Landesebene zu erhöhen, werden nach Bedarf Arbeitsgruppen gebildet, die sich mit bestimmten inhaltlichen Themen intensiver auseinandersetzen und Vorlagen zur Eingabe in die Steuerungsgruppe entwickeln. Alle Beteiligten der Steuerungsgruppe verstehen ihre Zusammenarbeit als kontinuierlichen Prozess, bei dem es gilt, einmal eingeschlagene Wege auch zu hinterfragen und bei Bedarf Richtungsänderungen und Anpassungen vorzunehmen.

Das Landesprogramm kann eine sehr gut aufgebaute und bewährte Infrastruktur vorweisen, bestehend aus einer Steuerungsgruppe auf Landesebene, Bezirkskoordinatoren auf Ebene der fünf nordrhein-westfälischen Regierungsbezirke sowie regionalen BuG-Koordinatorinnen und BuG-Koordinatoren aus der Lehrerschaft, die über das Ministerium für Schule und Bildung freigestellt werden und im operativen Geschäft die Schulen beraten. Die obere Schulaufsicht wirkt durch Beratung der Koordinatorinnen und Koordinatoren ebenfalls entscheidend mit. Struktur, Grundkonzept und Leitidee des Landesprogramms sind in einer Geschäftsordnung festgeschrieben.

Inzwischen verfügt das Programm durch die breite Trägerschaft über ein erhebliches Finanzvolumen und damit einen entsprechend großen Handlungs- und Gestaltungsspielraum. Gleichermaßen sieht sich die Zusammenarbeit gerade dadurch aber auch vor Schwierigkeiten gestellt, beispielweise wenn es um datenschutzrechtliche Fragen, die Verwaltung gemeinsamer finanzieller Mittel, öffentliche Ausschreibungen oder die Schaffung spezifischer Personalstellen für das Landesprogramm geht. Hier besteht seitens der Kooperationspartner der Wunsch an den Gesetzgeber, einen geeigneten rechtlichen Rahmen zu schaffen, damit die Zusammenarbeit künftig noch weiter ausgebaut werden kann.

7.1.4.2 Spielbox Aufgetischt!

Kontext der Zusammenarbeit: Aktivitäten in kommunalen Lebenswelten

Beschreibung der Aktivität: Die „Spielbox Aufgetischt!“ ist eine Zusammenstellung von 15 Tischspielen, die Kinder und Jugendliche beim Deutschlernen unterstützen soll. Sie schafft Lese-, Schreib- und Gesprächsanlässe zu den Alltagsthemen Essen und Trinken. Durch die Spielbox werden spielerisch Ernährungs- und Gesundheitskompetenzen vermittelt und gleichzeitig Sprachlernen unterstützt. Sie wird von ehren- und hauptamtlichen Kräften im Bereich der Migrantenbetreuung oder der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Sprach-

barrieren eingesetzt (z. B. in Jugendeinrichtungen und Wohnheimen). Die Spielbox wurde im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ durch Förderung des BMEL entwickelt und evaluiert.³²⁹

Zielgruppe: Deutschlernende vom Grundschul- bis Erwachsenenalter

Kooperationspartner: GKV (Verband der Ersatzkassen e. V.³³⁰, BKK Landesverbände Bayern, Mitte, NORDWEST und Süd, BAHN-BKK, BIG direkt gesund, IKK Brandenburg und Berlin, IKK classic, IKK Nord, IKK gesund plus, IKK Südwest, KNAPPSCHAFT und SVLFG), Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL), Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) in der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE), Europauniversität Flensburg (EUF)

Weiterführende Informationen: www.in-form.de/netzwerk/projekte/aufgetischt-spielend-deutsch-lernen-mit-dem-thema-essen-und-trinken/

Im Zuge des Inkrafttretens des Präventionsgesetzes initiierten die leitenden Selbstverwalter auf Ebene der Kassenartenverbände eine Zusammenarbeit der gesetzlichen Krankenkassen. Im Austausch mit dem BMEL wurde die Aktivität „Spielbox Aufgetischt!“ für die Zusammenarbeit ausgewählt. Der von dieser hohen Ebene der GKV ausgehende Impuls war förderlich für die Zusammenarbeit und hat die Kooperation in hohem Maße handlungsfähig gemacht. Die Initiatoren haben die Thematik mit viel „Herzblut“ vorangebracht.

Ein weiterer Erfolgsfaktor für die Zusammenarbeit ist die klare Arbeitsteilung gemäß den Kompetenzen der Kooperationspartner: So sind z. B. die EUF für die Evaluation des Einsatzes der Spielbox, die gesetzlichen Krankenkassen für die Finanzierung der Aktivität und für die Sicherstellung eines Zugangs in die entsprechenden Lebenswelten und das BZfE u. a. für die Koordination von Produktion und Verteilung sowie für die erforderlichen Ausschreibungen zuständig. Das BMEL begleitet die Zusammenarbeit auf fachlicher Ebene sowie durch die Schirmherrschaft der Bundesministerin. Eine Besonderheit in der Zusammenarbeit ist bei dieser Aktivität, dass die kooperierenden Partner ein (durch EUF und BZfE)

entwickeltes, qualitätsvolles Präventionsprodukt - die Spielbox - vorfanden, das gezielt in die Lebensweltaktivitäten der Krankenkassen integriert werden kann.

Die Partner entwickelten Strukturen der Zusammenarbeit: eine Kooperationsvereinbarung, regelmäßige Treffen und ein Konsensverfahren für Entscheidungen. Zur Struktur gehört auch die Federführung durch eine der gesetzlichen Krankenkassen. Wichtig sind darüber hinaus klare Absprachen sowie Zusammenfassungen und Protokolle der Treffen und Telefonkonferenzen.

Was haben die Partner über die Zusammenarbeit in einer Aktivität der Gesundheitsförderung und Prävention gelernt? Es ist zwar intensive Arbeit und viel Zeit nötig, um die Strukturen der Zusammenarbeit zu schaffen, um ein gemeinsames Ziel zu entwickeln sowie Kommunikations- und Entscheidungswege herzustellen und Verständnis für die jeweilige Arbeitsweise bzw. institutionellen Interessen der Partner zu entwickeln. Aber der Aufwand rentiert sich für alle Beteiligten: Die Entwickler gewinnen mit den Kassenverbänden leistungsstarke Partner und erreichen eine große Flächendeckung bei der Verteilung. Die Kassenverbände können auf ein bereits bestehendes, qualitätsgesichertes und evaluiertes Konzept zurückgreifen.

7.1.4.3 Trittsicher durchs Leben

Kontext der Zusammenarbeit: Aktivitäten in kommunalen Lebenswelten

Beschreibung der Aktivität: Die Aktivität „Trittsicher durchs Leben“ möchte durch das Angebot von wohnortnahen Bewegungskursen die Alltags-Mobilität älterer Menschen im ländlichen Raum erhalten und verbessern. Die Teilnehmenden erlernen Kraft- und Balanceübungen, durch die ihre Mobilität erhöht und das Sturzrisiko im Alltag vermindert werden sollen.

Zielgruppe: Ältere Menschen im ländlichen Raum

Kooperationspartner: Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Deutscher Landfrauenverband e. V. (dlv), Deutscher Turner-Bund e. V. (DTB), Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, Abteilung für Geriatrie und Geriatrische Rehabilitation (RBK)

329 Im Rahmen eines dreijährigen INTERREG-Projekts der EUF war eine Vorläuferversion der Spielbox im Kontext der Alphabetisierung und Grundbildung entstanden. Diese wurde kooperativ durch das BZfE und die EUF weiterentwickelt und bezüglich Einsatz und Nutzen getestet.

330 Im Namen und Auftrag der Techniker Krankenkasse, BARMER, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse, Handelskrankenkasse, Hanseatische Krankenkasse.

Weiterführende Informationen: www.trittsicher.org

Ziel der Kooperationspartner ist es, ein möglichst flächendeckendes und niedrigschwelliges Angebot für ältere Menschen im ländlichen Raum bereitzustellen. Das Angebot soll in den kommunalen Strukturen so verankert werden, dass ein nachhaltiges und regelhaftes Angebot entsteht.

Die Erreichung dieses Ziels ist vor allem durch die jeweilige spezifische Expertise der beteiligten Kooperationspartner gelungen. Die Erfahrungen mit „Trittsicher durchs Leben“ haben gezeigt, dass die Umsetzung einer Aktivität in der Lebenswelt Kommune gut gelingen kann, wenn die Kooperationspartner in den Strukturen vor Ort persönlich verhaftet sind. So sind die Landfrauen in ländlichen Kommunen gut vernetzt, wodurch die Platzierung der Idee „Trittsicher durchs Leben“ und die Organisation von Bewegungskursen in den Kommunen erleichtert wurde. Der Turner-Bund bietet ein überregionales, flächendeckendes Netz von ausgebildeten Übungsleiterinnen und -leitern an, die im Thema Sturzprävention erfahren sind. Er hat darüber hinaus Kontakte in die Vereine und Vereinsstrukturen und bringt seine Expertise für einen funktionierenden Regelbetrieb des Kursangebots ein. Die Besonderheit der SVLFG, alle Zweige der Sozialversicherung unter einem Dach anzubieten, macht es der Krankenversicherung möglich, im Rahmen des übergreifenden Themenfelds Prävention den Außendienst der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft bei der Gewinnung von Kursteilnehmern einzubinden.

Wissenschaftlich begleitet wurde die Aktivität vom Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart. Klare Vorgaben an Studienaufbau, Teilnehmerzahlen und Ablauf erleichterten es den Kooperationspartnern, den Studienablauf umzusetzen. Durch immer wieder neue Impulse aus der Forschung des RBK konnte das Projekt in seiner Ausrichtung profitieren.

Durch die Zusammenarbeit der Kooperationspartner ist es gelungen, die Aktivität „Trittsicher durchs Leben“ zunächst in fünf Bundesländern pilothaft zu verankern und von September 2015 bis September 2017 28.000 Kursteilnehmer zu gewinnen. Darüber hinaus richtete die SVLFG drei Telezentren ein, die für Ablauf und Organisation des Projekts zuständig sind. Diese sind mit jeweils drei Mitarbeitenden ausgestattet und bilden den Kern der Projektorganisation.

Für die Zusammenarbeit wählten die Partner unterschiedliche Formen und Formate. In Sitzungen der Steu-

erungsgruppe wurde die konzeptionelle übergeordnete Ebene des Projekts gemeinsam erarbeitet. Ergänzend gab es viele Arbeitstreffen, Workshops und Telefonkonferenzen, in denen die konkrete Arbeit und Umsetzung vor Ort geplant wurde.

7.1.4.4 Pflegebedürftige Aktiv Fördern

Kontext der Zusammenarbeit: Aktivitäten in kommunalen Lebenswelten

Beschreibung der Aktivität: Die Aktivität „Pflegebedürftige Aktiv Fördern“ (PAF) wendet sich an stationäre Pflegeeinrichtungen und verfolgt das Ziel, die Mobilität der Bewohnerinnen und Bewohner zu fördern und dadurch die Lebensqualität und das Wohlbefinden zu verbessern. Die Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen werden in einem mehrstufigen Prozess dazu befähigt, Kraft- und Balance-Trainings für die Bewohnerinnen und Bewohner durchzuführen und die Mobilitätsförderung in den Pflegealltag zu integrieren. Die Qualifizierung findet über einen Zeitraum von sechs Monaten statt und wird von Mitarbeitenden eines privaten Dienstleisters im Sinne eines begleitenden Praxiscoachings durchgeführt. Einrichtungen, die an PAF teilnehmen, erhalten ein Zertifikat.

Zielgruppe: pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen

Kooperationspartner: SPV (AOK Sachsen-Anhalt, BARMER, Bahn BKK, DAK-Gesundheit, Handelskrankenkasse, Hanseatische Krankenkasse, IKK gesund plus, Kaufmännische Krankenkasse, Salus BKK, SVLFG, KNAPPSCHAFT, Techniker Krankenkasse), privater Dienstleister

Weiterführende Informationen: www.eumediast.de/projekt_paf.html

Die Idee für die Aktivität „Pflegebedürftige Aktiv Fördern“ (PAF) entstand im Zuge der Landesrahmenvereinbarung in Sachsen-Anhalt. Unter dem Dach des Landesforums Prävention, das für die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung in Sachsen-Anhalt verantwortlich ist, wurde die Arbeitsgruppe „Prävention in der Pflege“ gegründet. Diese entwickelte - ausgehend von dem mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes neuen Auftrag der SPV, Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen - die Idee für PAF.

Die kassenartenübergreifende Zusammenarbeit findet unter der Federführung einer Pflegekasse statt. Weiterhin wurde ein privater Dienstleister, der in der Organisa-

tions- und Persönlichkeitsentwicklung Erfahrung hat, für die Kooperation gewonnen.

Seitens der Pflegeeinrichtungen in Sachsen-Anhalt stößt PAF auf großes Interesse. Vorgesehen war, das Programm bis Ende 2018 in 330 Pflegeheimen umzusetzen. Dieses Ziel wurde bereits im Mai 2018 erreicht. Aufgrund der großen Nachfrage und bestehender Wartelisten ist eine aktive Akquise derzeit nicht mehr erforderlich. Die große Anzahl erreichter und interessierter Einrichtungen bedeutet auch einen relativ hohen Finanzierungsbedarf. Dieser kann durch die kassenübergreifende Aufstellung und gemeinsam definierte Zielsetzung von PAF gut realisiert werden.

Auf strategischer und konzeptioneller Ebene beförderte insbesondere das von allen Kooperationspartnern gemeinsam getragene Verständnis der Prävention in der Pflege sowie gemeinsame Vorerfahrungen aus anderen Kontexten die erfolgreiche Realisierung des Programms. Zur Optimierung der Projektorganisation ist die Einrichtung einer Internetseite geplant, um die Kommunikation zwischen den Beteiligten auf Anbieterseite und den Zielrichtungen noch reibungsloser zu gestalten.

7.1.4.5 Gesundheit fördern - Versorgung stärken

Kontext der Zusammenarbeit: Aktivitäten in kommunalen Lebenswelten

Beschreibung der Aktivität: Unter dem Titel „Gesundheit fördern - Versorgung stärken“ haben es sich der Landkreis Marburg-Biedenkopf und die Universitätsstadt Marburg zur Aufgabe gemacht, Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in der Region zu koordinieren und an einer abgestimmten Strategie auszurichten. Ein Schritt dazu war die Schaffung einer Geschäftsstelle im Gesundheitsamt und die Einstellung eines Präventionskoordinators sowie die Einrichtung der Koordinierungsstelle Gesunde Stadt bei der Universitätsstadt Marburg. Weiterhin wurden Bedarfsanalysen und jährliche Präventionskonferenzen durchgeführt. Aufbauend auf dieser Basis planen die kommunalen Verwaltungen nun bestehende Maßnahmen zu koordinieren und (wo relevant) neue Maßnahmen umzusetzen. Weiterhin soll eine kommunale Gesundheitsberichterstattung aufgebaut werden.

Zielgruppe: Menschen im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in der Stadt Marburg in allen Lebensphasen

Kooperationspartner: Landkreis Marburg-Biedenkopf, Universitätsstadt Marburg

Weiterführende Informationen: https://www.marburg-biedenkopf.de/soziales_und_gesundheit/gesundheitsfoerdern/gesundheitsfoerdern-versorgung-staerken.php und www.marburg.de/politik-stadtgesellschaft/stadtpolitik/gesunde-stadt/gesundheitsfoerdern-versorgung-staerken/

Auslöser für die Initiative „Gesundheit fördern - Versorgung stärken“ war die Beobachtung, dass es im Landkreis und in der Stadt bereits eine Vielzahl von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention gab, die jedoch unkoordiniert nebeneinander verliefen und daher nicht ihr volles Potenzial entfalten konnten. Weiterhin fand die gesundheitliche Chancengleichheit nicht ausreichend Berücksichtigung. Mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes wuchs das Interesse an Gesundheitsförderung und Prävention weiter. Um diese Chance wahrzunehmen und die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention entlang einer Gesamtstrategie zu ermöglichen, wurde die Initiative gegründet. Ein wichtiger Erfolgsfaktor an dieser Stelle war, dass die politisch Verantwortlichen der Stadt und des Landkreises den Auftrag zur Umsetzung der Initiative gaben. Der deutliche politische Wille erleichtert der Initiative die Zusammenarbeit bei der Umsetzung ihrer Ziele.

Um die Initiative organisatorisch zu verankern, wurde im Gesundheitsamt des Landkreises eine Geschäftsstelle eingerichtet und ein Präventionskoordinator eingestellt, bei der Stadt wurde die Koordinierungsstelle „Gesunde Stadt Marburg“ eingerichtet. Ausgehend von diesem organisatorischen Kern konnte die Initiative die Grundlagen schaffen, um Gesundheitsförderung und Prävention regional zu stärken. So wurde z. B. mittels strukturierter Interviews, Bürgerdialogen und Online-Befragungen eine Bedarfsanalyse durchgeführt. Dabei war die enge Zusammenarbeit mit den Gemeinden und Städten im Landkreis bzw. den Stadtteilen der Stadt entscheidend. Weiterhin fand 2017 eine erste Präventionskonferenz statt, zu der alle relevanten Akteure innerhalb (z. B. Jugendamt, Stabsstelle für Altenhilfe, Kreisjobcenter) und außerhalb (z. B. freie Träger, Vereine) der kommunalen Verwaltung eingeladen waren. Auf der Konferenz stellte sich die Initiative den fast 200 teilnehmenden Akteuren vor. Weiterhin wurde ein gemeinsames Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention erarbeitet und davon ausgehend die lebensphasenorientierte Gesamtstrategie weiterentwickelt. Die Akteure setzten ihre Arbeit nach der Präventionskonferenz in lebensphasenbezoge-

nen Arbeitskreisen fort. Dabei hat sich die Einbindung von Expertinnen und Experten in die Arbeitskreise als erfolgreiches Element der Zusammenarbeit herausgestellt.

Aufgrund der stärkeren Vernetzung der Akteure durch die Initiative konnte das Thema Gesundheitsförderung und Prävention als Querschnittsthema innerhalb der kommunalen Verwaltung etabliert werden. Im nächsten Schritt sollen partizipativ entwickelte Gesundheitsziele etabliert werden, welche die Grundlage für prioritäre Handlungsfelder und Maßnahmen sein werden. Denkbar wäre, dabei auch Sozialversicherungsträger anzusprechen und für die Zusammenarbeit zu gewinnen.

7.1.4.6 Konflikt hotline

Kontext der Zusammenarbeit: Aktivitäten in der Arbeitswelt

Beschreibung der Aktivität: Im Rahmen der Konflikt hotline Baden-Württemberg bieten geschulte Ehrenamtliche über eine Telefon-Hotline eine Erstberatung bei Konflikten am Arbeitsplatz an. Die ehrenamtlichen Berater werden durch ein Team, bestehend aus Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Psychologinnen und Psychologen sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, qualifiziert, damit sie die Beratung über die Hotline ausüben können. Ziel ist die Prävention konfliktbedingter psychischer Belastungen.

Zielgruppe: Erwerbstätige in Baden-Württemberg

Kooperationspartner: GKV (AOK Baden-Württemberg, BKK Landesverband Süd), GRV (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg), GUV (Unfallkasse Baden-Württemberg), Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Wohnungsbau Baden-Württemberg, Reha-Zentren Baden-Württemberg, Deutscher Gewerkschaftsbund Baden-Württemberg, Schlossklinik Bad Buchau, Luisenlinik, ZfP Südwürttemberg, Kirchlicher Dienst in der Arbeitswelt Baden und Württemberg, Katholische Betriebsseelsorge Diözese Rottenburg-Stuttgart

Weiterführende Informationen: www.konflikt-hotline-bw.de

Die Konflikt hotline in ihrer heutigen Form ist im Rahmen der Zusammenarbeit der Kooperationspartner entstanden. Ein zentrales Erfolgsmerkmal der Zusammenarbeit war die Bereitschaft der Beteiligten, gegenüber neuen Ideen offen zu sein und so die Konflikt hotline weiterzuentwickeln. Durch den Ideenaustausch zwischen den

Kooperationspartnern wurden bestehende Angebote mit dem Themenschwerpunkt „Mobbing“, einer Form von eskalierten Konflikten, hin zu einem stärker präventiven Ansatz, der jegliche Formen von Arbeitsplatzkonflikten umfasst, weiterentwickelt.

Vorgänger der Konflikt hotline war die im Jahr 2008 auf Initiative der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg gegründete „Mobbing-Hotline Baden-Württemberg“. Damals wurden Beratungsangebote der Gewerkschaften und Kirchen (regionale Mobbing-Telefonie) in das Konzept integriert und unter dem Dach der „Mobbing-Hotline Baden-Württemberg“ in einem Netzwerk organisiert. Es entstand ein landesweit koordiniertes, strukturiertes Beratungsangebot nach einheitlichen Qualitätsstandards.

2013 wurde das Netzwerk in eine Vereinsstruktur, bestehend aus einem Vorstand, einer Mitgliederversammlung, einem Verwaltungsrat und einem Expertinnen- und Expertenbeirat, überführt und in „Konflikt hotline Baden-Württemberg e. V.“ umbenannt. Im Rahmen dieses Prozesses gelang es den Kooperationspartnern, ihre jeweiligen Expertisen zu bündeln und so ein überzeugendes Angebot zum Thema „Arbeitsplatzkonflikte“ zu entwickeln. Der Neuausrichtung war ein Diskussionsprozess innerhalb der Kooperationsgemeinschaft vorausgegangen, in dem entstandene Spannungsfelder aufgegriffen wurden. Erfolgsfaktoren für das Gelingen des Prozesses und damit der Fortführung der Zusammenarbeit waren u. a. regelmäßige Gespräche, das gegenseitige Anhören und Einnehmen von anderen Standpunkten sowie das Verständnis für die Standpunkte der Partner und ein Bemühen um Interessenausgleiche.

Die Beteiligten möchten gerne noch weitere Perspektiven im Hinblick auf den Umgang mit Konflikten am Arbeitsplatz in ihre Arbeit einfließen lassen. Deshalb besteht der Wunsch, auch Arbeitgeberverbände als Förderer des Vereins zu gewinnen. Auch künftig möchte sich der Verein mit Blick auf eine sich wandelnde Arbeitswelt weiterentwickeln, z. B. um auch jüngere Erwerbstätige und Berufseinsteigende besser ansprechen zu können. Weitere Erfolgsfaktoren sehen die Akteure in der regelmäßigen Qualitätssicherung ihrer Aktivitäten, der Einbeziehung eines Expertenbeirats und der Evaluation.

7.1.4.7 Ganzheitliches Präventionsmodell zur Beschäftigungsfähigkeit

Kontext der Zusammenarbeit: Aktivitäten in der Arbeitswelt

Beschreibung der Aktivität: Die Aktivität „Ganzheitliches Präventionsmodell zur Beschäftigungsfähigkeit“ bietet kommunalen Verwaltungen, kommunalen Unternehmen und Bildungseinrichtungen eine umfassende Beratung und Unterstützung an. Den Organisationen wird dabei ein Projektmanager zur Seite gestellt, der die Angebote der Kooperationspartner für die Bereiche Arbeitssicherheit, Arbeits- und Gesundheitsschutz, betriebliches Eingliederungsmanagement, Demografie und betriebliche Gesundheitsförderung koordiniert und somit eine Lotsenfunktion durch den gesamten Bereich der Sozialversicherung ausübt. Ziel ist, die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit in Organisationen zu erhalten.

Zielgruppe: Organisationen der kommunalen Verwaltung

Kooperationspartner: GKV (AOK Niedersachsen, DAK-Gesundheit, Handelskrankenkasse, BKK Public), GRV (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover), GUV (Braunschweigischer Gemeinde-Unfallversicherungsverband), privater Dienstleister

Weiterführende Informationen: n. z.

Die Kooperation im Rahmen der Aktivität „Ganzheitliches Präventionsmodell zur Beschäftigungsfähigkeit“ entstand ausgehend von Kontakten, die bei der Zusammenarbeit in vorherigen Einzelprojekten mit Unternehmen geknüpft wurden. Die Akteure kannten sich daher sowohl persönlich als auch in Bezug auf die unterschiedlichen Ansätze der Prävention im weitesten Sinne, die sie in ihrer Arbeit einsetzen. Durch den vorherigen Austausch bestand bereits ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis, was die Kooperationspartner als einen wesentlichen Erfolgsfaktor für ihre Zusammenarbeit ansehen.

Ein wichtiges Element des ganzheitlichen Präventionsmodells zur Beschäftigungsfähigkeit ist eine Bedarfsanalyse, die die Kooperationspartner gemeinsam durchführen. Die GUV übernimmt dabei die Gesamtkoordination und stellt die Verbindung zu den Kooperationspartnern her. Bei der Bedarfsanalyse beraten die Kooperationspartner häufig mehrere konkrete Maßnahmen, um eine gemeinsame Lösung für die Organisationen der kommunalen Verwaltungen und Unternehmen zu finden. Ein Ergebnis der Bedarfsanalyse kann z. B. eine Weiterentwicklung des Eingliederungsmanagements sein, die dann immer mit Bezug zu den anderen Bereichen (z. B. betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeitsschutz) des Präventionsmodells gedacht und gestaltet wird. Im Rahmen des Eingliederungsmanagements werden für die

gemeinsame Lösungsfindung auch konkrete Einzelfälle beraten. Aus den Erkenntnissen der Einzelfallberatung werden Lösungen zur systemischen Optimierung abgeleitet. Die Kooperationspartner lassen dann jeweils die ihrem gesetzlichen Auftrag entsprechenden Leistungen in das weitere Projekt einfließen. Um die gemeinsame Bedarfserhebung zu ermöglichen, stimmten die Kooperationspartner Regelungen bezüglich des Datenschutzes ab, die ein trägerübergreifendes Agieren ermöglichen.

Die Akteure erleben es als sehr bereichernd, an der gesamten Prozesskette von Bedarfserhebung über Umsetzung bis zur Erfolgskontrolle teilzuhaben und diese gemeinsam gestalten zu können. Daraus erwächst eine hohe Motivation aller Beteiligten. In der trägerübergreifenden Zusammenarbeit hat es sich bewährt, die Entscheidungsstrukturen jedes einzelnen Trägers zu berücksichtigen, auch wenn es dadurch zu längeren Abstimmungsprozessen kommen kann. Durch die Abstimmung lernen die Kooperationspartner die Arbeit der anderen besser kennen und sammeln wertvolle Erfahrungen.

Einen weiteren Erfolgsfaktor ihrer Arbeit sehen die Kooperationspartner darin, dass sie sich gegenüber den Organisationen der kommunalen Verwaltung zu einer hohen Flexibilität und Kundenorientierung verpflichtet sehen, wodurch ein lösungsorientiertes Vorgehen befördert wird und strukturelle Unterschiede in den Hintergrund treten.

7.1.4.8 Starke Partner für gesundes Leben und Arbeiten

Kontext der Zusammenarbeit: Aktivitäten in der Arbeitswelt

Beschreibung der Aktivität: Im Rahmen eines Modellprojekts mit der VR FinanzDienstLeistung GmbH erproben die GRV und die GUV eine gemeinsame Beratung zum Thema betriebliches Eingliederungsmanagement, Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Mitarbeitende der GRV und GUV informierten sich zunächst in einem Workshop über die jeweiligen Leistungsangebote und stimmten das gemeinsame Vorgehen ab. Dem folgten gemeinsame Beratungstermine der Geschäftsführung, der Leiterin des Personalbereichs und der Interessenvertretungen bei der VR FinanzDienstLeistung GmbH. Auf der Arbeitsebene wurden Einzelmaßnahmen (wie z. B. Gesundheitstag, Workshop Gefährdungsbeurteilung, Präventionsleistungen der GRV) koordiniert und in die Umsetzung gebracht.

Zielgruppe: Betriebe und ihre Beschäftigten

Kooperationspartner: GRV (Deutsche Rentenversicherung Bund), GUV (Verwaltungs-Berufsgenossenschaft), VR FinanzDienstLeistung GmbH

Weiterführende Informationen: https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Infothek/Betriebe_und_Interessenvertretungen/2016/DGUV-DRV_Bund_-_gemeinsame_Erkl%C3%A4rung.pdf

Hintergrund der Zusammenarbeit im Rahmen des Modellprojekts mit der VR FinanzDienstLeistung GmbH ist die gemeinsame Erklärung „Starke Partner für gesundes Leben und Arbeiten“, die die GRV und GUV unterzeichnet haben. Die Erklärung soll dazu beitragen, die Zusammenarbeit von GRV und GUV bei der Beratung von Unternehmen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement sowie zur Gesundheitsförderung und Prävention durch gemeinsame Handlungsfelder und Maßnahmen zu koordinieren und zu stärken. Bisher hatte die GUV im Rahmen eines Projekts Beratung und Unterstützung zum Thema betriebliches Eingliederungsmanagement angeboten. Separat dazu berät und unterstützt der Firmenservice der GRV u. a. bei der Ein- und Durchführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements. Die gemeinsame Erklärung sieht vor, dass im Rahmen von Modellprojekten kooperative Strukturen geschaffen und Erfahrungen in der gemeinsamen Beratung von Unternehmen gesammelt werden. Eines der Modellprojekte für die Region Berlin-Brandenburg ist die gemeinsame Beratung der VR FinanzDienstLeistung GmbH. Ein übergeordneter Begleitkreis koordiniert alle Modellprojekte bundesweit und führt die Ergebnisse der Einzelprojekte zusammen. Ziel ist es, ein strukturiertes Vorgehen für die bundesweite Beratung der Betriebe abzustimmen.

Der Workshop zu Beginn des Modellprojekts ermöglichte es den Mitarbeitenden der GRV und GUV, ein gemeinsames Begriffsverständnis zu entwickeln, sich über Angebote, Strukturen und Vorgehensweisen zu informieren, Schnittstellen zu klären und Möglichkeiten für eine gemeinsame Beratung zu erarbeiten. Dadurch wurde eine gute Grundlage für die weitere Arbeit gelegt. Im Rahmen der nachfolgenden Beratungstermine (Auftakt, Zwischenbilanz) mit Entscheidungsträgern der VR FinanzDienstLeistung GmbH wurden die Unterstützungsleistungen vorgestellt und ein gemeinsames Vorgehen abgestimmt. Für die Umsetzung einzelner Maßnahmen wurde eine Gruppe auf der Arbeitsebene gebildet. Hier standen die Akteure in engem Kontakt und pflegten einen schnellen und unbürokratischen Austausch. Verabredete Aufga-

benverteilungen und Absprachen wurden per E-Mail für alle dokumentiert und festgehalten. So erfolgte die Erbringung der Leistungen in abgestimmter Weise, wobei die konkreten Leistungen durch den jeweils zuständigen Sozialversicherungsträger durchgeführt wurden. Aus Sicht der Akteure besteht keine Notwendigkeit, die Zusammenarbeit auf der Arbeitsebene weiter zu formalisieren.

Die Akteure auf der Arbeitsebene empfinden es als besonders förderlich für ihre Zusammenarbeit, dass sie innerhalb ihrer Institutionen große Unterstützung für das Modellprojekt erfahren, wodurch interne Abstimmungsprozesse und Entscheidungsfindungen, etwa über das Einbringen finanzieller oder personeller Ressourcen, zügig vorangebracht werden können. Insgesamt kann eine positive Bilanz gezogen werden. Die VR FinanzDienstLeistung GmbH profitiert von den breiten und aufeinander abgestimmten Unterstützungsmöglichkeiten. Die Mitarbeitenden von GRV und GUV lernen die Angebote des kooperierenden Trägers kennen und können in der regulären Betriebsberatung, die nicht gemeinsam erfolgt, gezielter auf die Angebote des anderen Trägers verweisen.

7.1.4.9 Gesunde Arbeit Hamburg

Kontext der Zusammenarbeit: Aktivitäten in der Arbeitswelt

Beschreibung der Aktivität: Unter dem Titel „Gesunde Arbeit Hamburg“ erproben GKV, GRV und GUV in Kooperation mit Hamburger Betrieben neue Wege zur Verbesserung der trägerübergreifenden Prävention in der Arbeitswelt. Derzeit finden Aktivitäten in zwei unterschiedlichen Branchen statt: Das Gesundheitsprogramm am Hamburg Airport und ein Programm im Bereich Pflege, das in Zusammenarbeit mit der Asklepios Klinik Wandsbek und den Sozialeinrichtungen des Arbeiter-Samariter-Bunds (ASB) in Hamburg umgesetzt wird.

Zielgruppe: Beschäftigte in Hamburger Betrieben

Kooperationspartner: GKV (DAK-Gesundheit, Techniker Krankenkasse), GRV (Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Nord), GUV (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation, Unfallkasse Nord), Hamburg Airport (Groundstars GmbH), Asklepios Klinik Wandsbek, ASB Sozialeinrichtungen (Hamburg) GmbH, privater Dienstleister

Weiterführende Informationen: n. z.

Wenn es um die Gestaltung von sicheren und gesunden Arbeitsbedingungen, die Förderung der Beschäftigtengesundheit sowie die Unterstützung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Unfall oder Krankheit geht, sind neben den Unternehmen die Sozialversicherungsträger gefragt. In der Aktivität „Gesunde Arbeit Hamburg“ kooperieren Berufsgenossenschaften, Unfallkassen, Rentenversicherungsträger und gesetzliche Krankenkassen mit dem Ziel, ihre jeweiligen Leistungen in den Bereichen Prävention und Rehabilitation stärker miteinander zu verzahnen und gezielter aufeinander abzustimmen. Den thematischen Schwerpunkt der Kooperation bildet die Reduktion von Muskel-Skelett-Erkrankungen, insbesondere Rückenbeschwerden.

Im Bereich Pflege pilotieren die Sozialversicherungsträger ein mit den Praxispartnern entwickeltes Case/Reha-Management, welches Versicherte zielgerichtet durch das gegliederte Sicherungssystem navigiert. Dieses basiert auf der Ausarbeitung und Identifizierung von Schnittstellen und -mengen der vorhandenen Angebote der Sozialversicherungsträger. Eine besondere Herausforderung sehen die beteiligten Sozialversicherungen in der bedarfsorientierten Verzahnung ihrer Leistungen sowie der dazu erforderlichen intensiven und vertrauensvollen Kooperation. Mit Hilfe von qualitativen und quantitativen Erhebungen wird der Nutzen der Zusammenarbeit evaluiert. Darüber hinaus werden wertvolle Anregungen für die Sozialversicherungsträger erarbeitet, um darauf aufbauend die Erfolgsaussichten möglicher weiterer Aktivitäten im Sinne des Präventionsgesetzes zu steigern.

Im Mittelpunkt der Aktivität am Hamburger Flughafen stehen Prävention und Reduktion von Muskel-Skelett-Erkrankungen der Flugzeugabfertiger. Hier arbeiten die Sozialversicherungsträger mit dem Hamburg Airport und einem externen Gesundheitsdienstleister Hand in Hand. Die Basis bildet ein von dem Dienstleister neu entwickeltes, für verschiedenste Tätigkeiten anpassbares Simulationsraum-Konzept mit integrierter Videoanalyse. Rückenfehlbelastungen und -erkrankungen der Beschäftigten werden in einer Kombination aus Arbeitsschutz, betrieblicher Gesundheitsförderung und Therapie vorgebeugt. Eine Herausforderung stellten die unterschiedlichen monetären Möglichkeiten der Sozialversicherungsträger im Zusammenhang mit der Unterstützung spezifischer Vorhaben, wie z. B. einer Evaluation, dar.

Die strategische Planung der Aktivität erfolgt durch ein übergeordnetes Steuergremium. Operative Entscheidungen werden durch nachgeschaltete Projektgruppen getroffen. Grundlage der Zusammenarbeit bildet eine Vereinbarung zwischen den Sozialversicherungsträgern. Als wesentliches Element stellte sich das Finden einer gemeinsamen Sprache heraus, da z. B. der Präventionsbegriff von allen Beteiligten zu Beginn unterschiedlich verstanden und gelebt wurde. Aufgrund der daraus resultierenden Missverständnisse erwies sich die Zusammenarbeit auf der strategischen Ebene zunächst als schwierig. Durch gegenseitigen Austausch und die explizite Verständigung auf eine einheitliche Begrifflichkeit konnte diese Hürde erfolgreich genommen werden. Ähnliches gilt für das Schnittstellenmanagement, d. h. die Abstimmung der Prozesse, Strukturen und Leistungen der einzelnen Organisationen sowie die Abgrenzung von Zuständigkeiten. Im Bereich Pflege trug die Ausarbeitung – unter aktiver Beteiligung der Betriebe – eines „Rücken-Leitfadens“ mit Aufklärungs- und Lotsenfunktion dazu bei, Schnittstellenprobleme zu lösen.

Aufgrund seiner Vorbildfunktion erhält das Modellvorhaben „Gesunde Arbeit Hamburg“ Rückhalt aus der Hamburger Regierung, insbesondere seitens der Gesundheitsministerin. Dies wiederum fördert die Motivation der Kooperationspartner.

7.1.4.10 Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in Berlin-Lichtenberg

Kontext der Zusammenarbeit: Aktivitäten zur Arbeits- und Gesundheitsförderung

Beschreibung der Aktivität: Im Rahmen des bundesweiten Projekts „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ (Kapitel 7.4) kooperieren in Berlin-Lichtenberg gesetzliche Krankenkassen und Jobcenter sowie Gesundheit Berlin Brandenburg e. V., um gemeinsam die gesundheitliche Lage von arbeitslosen Menschen zu verbessern. Mit Hilfe gesundheitsorientierter Beratungsgespräche sensibilisieren die Beschäftigten des Jobcenters arbeitslose Menschen für ihre Gesundheit und bestärken sie, ein für sie geeignetes gesundheitsförderliches Angebot in Anspruch zu nehmen. Weiterhin ist es Ziel, mit kommunalen Partnern ein Netzwerk für Gesundheitsförderung für arbeitslose Menschen aufzubauen.

Zielgruppe: arbeitslose Menschen

Kooperationspartner: GKV (alle sechs Krankenkassensysteme), Jobcenter Berlin Lichtenberg, Gesundheit Berlin Brandenburg e. V.³³¹, Kiezspinne Frankfurter Allee Süd (FAS) e. V., Organisationseinheit Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdiensts des Bezirksamtes Lichtenberg von Berlin.

Weiterführende Informationen: www.gkv-buendis.de: Gesunde Lebenswelten ▶ Kommune ▶ Besondere Zielgruppen

Um für die Zusammenarbeit eine gemeinsame Zielrichtung und eine Rollenverteilung festzulegen, entwickelten die beteiligten Akteure des Projekts am Standort Berlin-Lichtenberg zunächst ein Konzeptpapier. Dieses schuf u. a. ein gemeinsames Begriffsverständnis von Gesundheitsförderung und legte wesentliche Rahmenbedingungen fest. So kennt jeder Akteur seine Rolle; gleichzeitig gelingt es dadurch, die Angebote auf die Bedarfe und Bedürfnisse der erwerbslosen Menschen auszurichten.

Die wesentliche Struktur zur Zusammenarbeit bei der Planung und Umsetzung des Projekts stellt der gemeinsame Steuerungskreis dar. Die Kooperationsvereinbarung und die Geschäftsordnung schaffen Verbindlichkeit für die Zusammenarbeit. Alle wichtigen Entscheidungen – z. B. hinsichtlich der Zielgruppendefinierung oder Planung von Angeboten – werden im Konsens getroffen.

Als wesentlichen Faktor für die gute Zusammenarbeit weisen die Akteure auf bereits zuvor bestehende Strukturen der Zusammenarbeit hin. Das Jobcenter Berlin-Lichtenberg setzt regelmäßig gemeinsam mit dem Verein Kiezspinne Aktivitäten um, die bisher allerdings auf Themen der Arbeitsförderung fokussiert waren. Auch eine der gesetzlichen Krankenkassen hatte bereits mit dem Jobcenter zusammengearbeitet, wobei jedoch eher Angebote für die Beschäftigten im Jobcenter im Vordergrund standen. Da im Rahmen dieser Aktionen eine große Sensibilität der Mitarbeitenden in Hinblick auf gesundheitsrelevante Themen wahrgenommen wurde, standen die gesetzlichen Krankenkassen dem Projekt von Beginn an positiv gegenüber. Weiterhin betonen die Beteiligten die sich gut ergänzenden Zuständigkeiten und Kompetenzen, die sich oftmals aus gesetzlichen Aufträgen ergeben, als Erfolgsfaktor für eine gelingende Zusammenarbeit. Hierbei wird insbesondere auch die Beteiligung von Gesundheit Berlin Brandenburg e. V. positiv hervorgehoben, da dieser einen großen Erfahrungsschatz aufweist und das Modellprojekt u. a. an diesem

Standort federführend im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen koordiniert. Auch den Einbezug des regional ansässigen Vereins Kiezspinne erachten die Akteure als zielführend, insbesondere vor dem Hintergrund der Schaffung nachhaltiger Strukturen.

Als hemmende Faktoren der Zusammenarbeit stellen sich strukturelle Herausforderungen heraus, die z. B. den administrativen Aufwand oder die „engen“ Rahmenbedingungen (z. B. fehlende Gelder für Kinderbetreuungen) betreffen. Besonders förderlich empfinden die Kooperationspartner die zeitlichen Spielräume im Projekt, sodass keine Durchführung „überstürzter“ Aktivitäten nötig ist und genügend Zeit dafür aufgewendet werden kann, eine zielgerichtete Vorgehensweise zu entwickeln, was sich wiederum positiv auf die Zusammenarbeit auswirkt.

7.1.4.11 Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Altmarkkreis Salzwedel

Kontext der Zusammenarbeit: Aktivitäten zur Arbeits- und Gesundheitsförderung

Beschreibung der Aktivität: Im Rahmen des bundesweiten Projekts „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ (Kapitel 7.4) kooperieren im Altmarkkreis Salzwedel in Sachsen-Anhalt gesetzliche Krankenkassen und Jobcenter sowie die Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V., um gemeinsam die gesundheitliche Lage von arbeitslosen Menschen zu verbessern. Dafür werden regionale Anbieter akquiriert, die ihr Gesundheitsförderungsangebot für erwerbslose Menschen öffnen oder ein zielgruppenspezifisches Angebot entwickeln. Mit Hilfe motivierender Gesundheitsgespräche sensibilisieren die Beschäftigten des Jobcenters langzeitarbeitslose Menschen für ihre Gesundheit und bestärken sie, ein für sie geeignetes gesundheitsförderliches Angebot zu nutzen. Ziel ist es, langzeitarbeitslosen Menschen Teilhabe und gesundheitliche Chancengleichheit zu ermöglichen und dabei kommunale Partner, wie die Kreisverwaltung Salzwedel, einzubeziehen, um ein regionales Netzwerk gesundheitsförderlicher Anbieter aufzubauen.

Zielgruppe: langzeitarbeitslose Menschen

Kooperationspartner: GKV (alle sechs Krankenkassensysteme), Jobcenter Altmarkkreis Salzwedel, Landesver-

331 Im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen im Land Berlin.

einigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V.³³², Kreisverwaltung Altmarkkreis Salzwedel

Weiterführende Informationen: www.gkv-buendnis.de: Gesunde Lebenswelten ▶ Kommune ▶ Besondere Zielgruppen

Die Motivation für die Zusammenarbeit ergab sich für das Jobcenter vorrangig daraus, dass das Thema „Gesundheit“ einen immer höheren Stellenwert bei der Arbeitsvermittlung der Kunden einnimmt. Zudem ist aufgrund eines betrieblichen Gesundheitsmanagements im Haus bereits eine Sensibilität gegenüber dem Thema vorhanden, das nun mithilfe des Projekts auch für die Kunden zugänglich gemacht werden kann. Die gesetzlichen Krankenkassen und die Landesvereinigung für Gesundheit sehen in dem Projekt eine Chance, die vulnerable Gruppe der Langzeitarbeitslosen besser zu erreichen, ihnen Teilhabe zu ermöglichen und gesundheitsförderliche Strukturen in der Lebenswelt Kommune für alle Bevölkerungsgruppen auf- und auszubauen. Dabei ergänzen sich die Möglichkeiten der einzelnen Akteure: Das Jobcenter hat den Zugang zur Zielgruppe, die Landesvereinigung koordiniert den Prozess mit gesundheitsförderlicher Expertise in den Lebenswelten und die gesetzlichen Krankenkassen ermöglichen gesundheitsförderliche Angebote. Die Einbindung kommunaler Partner ist wichtig, um das Projekt dauerhaft und nachhaltig zu verankern.

Die Beteiligten betonen die Bedeutung eines gemeinsamen Begriffsverständnisses von Gesundheitsförderung. Dies sollte so früh wie möglich entwickelt werden, ebenso eine gemeinsame Vorstellung der Projektziele. Dementsprechend lud die Landesvereinigung im ersten Schritt das Jobcenter zu einem Auftaktgespräch ein. Hier wurden das Projekt beschrieben, Erwartungen besprochen, Ziele definiert und Rollen geklärt. In einer Halbtagschulung erarbeitete die Landesvereinigung mit allen Beschäftigten im Jobcenter ein gemeinsames Gesundheits- und Projektverständnis.

Zentrale Struktur der Zusammenarbeit ist das regionale Steuerungsgremium, in dem die Kooperationspartner alle relevanten Themen besprechen und Entscheidungen im Konsens treffen. Aufgaben, die sich für die einzelnen Partner aus den Besprechungen ergeben, setzen diese selbstständig um. Die einvernehmliche Entscheidungsfindung erachten die Beteiligten als wichtig, da sonst einzelne Akteure die Motivation verlieren könnten. Teils gibt

es Überschneidungen in den Kompetenzen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und der Landesvereinigung (z. B. bei der Identifikation von Anbietern); dies wird jedoch aufgrund einer Partnerschaft auf Augenhöhe als bereichernd angesehen. Da zu Beginn klare Zuständigkeitsbereiche definiert wurden, kommt es dahingehend nicht zu Konflikten.

Weitere Faktoren, die sich förderlich auf die Zusammenarbeit auswirken, sind u. a. die räumliche Nähe der Partner, kurze Kommunikationswege sowie die Projektkoordination und -entwicklung durch die Landesvereinigung, die nur eine gesetzliche Krankenkasse als Ansprechpartner hat, welche das gesamte Kassensystem vertritt. Dadurch werden Kommunikation und Abstimmung deutlich erleichtert.

7.1.4.12 Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in Mainz und im Vogtland

Kontext der Zusammenarbeit: Aktivitäten zur Arbeits- und Gesundheitsförderung

Beschreibung der Aktivität: Im Rahmen des bundesweiten Modellprojekts „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ (Kapitel 7.4) kooperieren in Mainz gesetzliche Krankenkassen, die Agentur für Arbeit und die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. (im Auftrag der Krankenkassen), um gemeinsam die gesundheitliche Lage von arbeitslosen Menschen zu verbessern und die Beschäftigungsfähigkeit zu stärken. Im Vogtland kooperieren zur Erreichung desselben Ziels das Jobcenter, die gesetzlichen Krankenkassen und weitere kommunale Partner. Mit Hilfe gesundheitsorientierter Beratungsgespräche sensibilisieren die Beschäftigten des Jobcenters bzw. der Agentur für Arbeit die arbeitslosen Menschen für ihre Gesundheit und bestärken sie, ein für sie geeignetes gesundheitsförderliches Angebot in Anspruch zu nehmen. Weiterhin werden kommunale Partner einbezogen, um ein Netzwerk gesundheitsförderlicher Anbieter aufzubauen.

Zielgruppe: arbeitslose Menschen

Kooperationspartner: Standort Mainz: GKV (alle sechs Krankenkassensysteme), Agentur für Arbeit Mainz, die dem Agenturbezirk Mainz zugehörigen Jobcenter, Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V.³³³; Standort Vogtland: GKV (alle sechs Krankenkassen)

332 Im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen in Sachsen-Anhalt.

333 Im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen in Rheinland-Pfalz.

sensysteme), Jobcenter Vogtland, Gesundheitsamt des Landkreises Vogtland, Arbeitsloseninitiative, Kreissportbund, Fortbildungsakademie der Wirtschaft gGmbH³³⁴

Weiterführende Informationen: www.gkv-buendnis.de:
Gesunde Lebenswelten ▶ Kommune ▶ Besondere Zielgruppen

Wesentliches Motiv für die Zusammenarbeit sind die Synergieeffekte, die sich durch den Zusammenschluss der Partner ergeben. Während die Jobcenter und Agenturen für Arbeit täglich in Kontakt mit der Zielgruppe der erwerbslosen Menschen stehen und diese demnach gut erreichen können, verfügen die gesetzlichen Krankenkassen über gesundheitsförderliche Angebote, die häufig nicht von der Zielgruppe in Anspruch genommen werden. Durch die Zusammenarbeit können die Akteure der Arbeitsvermittlung ihren Kundinnen und Kunden bedarfsbezogene Angebote der Krankenkassen unterbreiten. Auch gute Kontakte zu einer Krankenkasse (im Kontext eines betrieblichen Gesundheitsmanagements im Jobcenter Vogtland) hatten eine positive Wirkung auf die Entscheidung zur Teilnahme an dem Projekt. In Mainz wurde sich außerdem dazu entschieden, mit allen im Agenturbezirk liegenden Jobcentern in das Projekt einzusteigen, um allen Kundinnen und Kunden die gleiche, bestmögliche Unterstützung anbieten zu können. Zu Beginn war es – insbesondere in Mainz – wichtig, dass die Kooperationspartner sich zunächst gegenseitig über die jeweils vorhandenen Organisationsstrukturen, Prozessabläufe und Kommunikationswege informierten. So konnten jeweilige Ansprechpartner identifiziert, eine gemeinsame Kommunikationsstruktur sowie ein gemeinsames Projektverständnis entwickelt werden. Darüber hinaus musste anfangs auch viel Zeit in die Erarbeitung von möglichen Produkten, deren inhaltlicher Ausgestaltung, Zielsetzung und gewünschter Zielgruppe investiert werden. Im Vogtland konnte an dieser Stelle bereits aus den Vorerfahrungen mit gesundheitsbezogenen Themen und der Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des Projekts „Perspektive50+“ profitiert werden. Gleichwohl wurde auch im Vogtland zunächst eine gemeinsame Projektstrategie entwickelt, die ein zielgerichtetes Vorgehen aller Akteure ermöglichte.

An beiden Standorten ist der Entscheidungsmodus für projektrelevante Angelegenheiten der Konsens – innerhalb des Steuerungskreises oder per E-Mail- und Telefonabsprachen. Dieser Entscheidungsmodus drückt den Respekt aus, den die Partner vor den Kompetenzen der

jeweils anderen haben. Zu Beginn wurde im Vogtland geklärt, welcher Partner welche Zuständigkeiten übernimmt, wer was leisten und finanzieren kann. In Mainz gestaltet sich die Abstimmung deutlich ressourcenintensiver, da die Agentur für Arbeit für mehrere Landkreise zuständig ist, in denen die jeweiligen Jobcenter (mit einer Ausnahme) ebenfalls am Projekt teilnehmen. Um diesem Umstand gerecht zu werden, mussten die Akteure zuerst ein geeignetes Kommunikationsmodell entwickeln. An jedem Standort gibt es nun ein eigenes Steuerungsgremium, außerdem ein- bis zweimal jährlich einen Austausch mit allen Standorten im Bezirk der Agentur. Die LZG, die für alle Standorte in Rheinland-Pfalz als von der GKV beauftragter Dritter zuständig ist, koordiniert zudem einmal monatlich eine Telefonkonferenz mit den sechs Krankenkassensystemen auf Länderebene.

Neben den gesetzlichen Krankenkassen und Jobcentern bzw. Arbeitsagenturen ist die Gesundheitsförderung bei arbeitslosen Menschen in der kommunalen Lebenswelt auf weitere kommunale Partner angewiesen. Auch Multiplikatoren – z. B. Maßnahmenträger – sind wichtig für den Projekterfolg. Mainz setzt hierbei in der Netzwerkarbeit einen besonderen Schwerpunkt im Projekt. Auch im Vogtland wird die Zusammenarbeit mit den kommunalen Akteuren als Erfolgsfaktor für die Durchführung des Projekts angesehen.

Als besonders förderlichen Faktor für die Zusammenarbeit sehen die Partner die Unterstützung durch die Führungsebene im Jobcenter bzw. der Agentur für Arbeit an. Diese wirkt sich nicht nur positiv auf die Projektkoordinatoren, sondern auf alle Beschäftigten aus, was für die erfolgreiche Ansprache der erwerbslosen Menschen förderlich ist. Als weiteren Erfolgsfaktor einer gelungenen Zusammenarbeit nennen die Interviewpartner den offenen Umgang miteinander, der auch Diskussionen über weniger erfolgreiche Projektschritte miteinschließt. Als ein Hemmnis der Zusammenarbeit stellt sich seitens der LZG die Unsicherheit in Hinblick auf die Gesamtlaufrzeit des Projekts heraus.

³³⁴ Das Interview wurde mit dem Jobcenter Vogtland und der Agentur für Arbeit Mainz gemeinsam geführt, weshalb sich die Ausführungen auf zwei Projektstandorte beziehen.

7.2 ERFAHRUNGEN MIT DER QUALITÄTSSICHERUNG UND EVALUATION

In den vergangenen Jahren fand sowohl in der Forschung als auch in der Praxis eine intensive Auseinandersetzung mit den Themen Qualitätssicherung und Evaluation im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention statt. Dabei ging es u. a. darum,

- Begriffe wie Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Qualitätsentwicklung und Evaluation zu definieren bzw. abzugrenzen,
- Übersichten existierender Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation zu erstellen,
- neue Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation zu entwickeln bzw. existierende Methoden weiterzuentwickeln,
- den Umgang mit Qualitätssicherung und Evaluation in der Praxis zu untersuchen sowie
- Strukturen zur Unterstützung bei der Umsetzung von Qualitätssicherung und Evaluation zu entwickeln.³³⁵

Auch in den Bundesrahmenempfehlungen (BRE) weisen die Sozialversicherungsträger auf den hohen Stellenwert von Qualität hin: „Präventive und gesundheitsfördernde Leistungen aller Träger müssen einen belegbaren Nutzen haben, allgemein anerkannten Qualitätsmaßstäben entsprechen sowie in fachlich gebotener Qualität und wirtschaftlich erbracht werden.“³³⁶ Weiterhin wird in den BRE auf Dokumente verwiesen, die die Qualitätskriterien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) und sozialen Pflegeversicherung (SPV) enthalten. Dazu gehören:

- der GKV-Leitfaden Prävention (Kapitel 7.6),
- der SPV-Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (Kapitel 7.9),
- die Qualitätskriterien im Präventionsfeld Gesundheit im Betrieb der GUV sowie

- das Rahmenkonzept zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung der GRV.³³⁷

Den in den Dokumenten definierten Qualitätskriterien ist gemeinsam, dass sie auf einem Regelkreislauf im Sinne des gesundheitspolitischen Aktionszyklus³³⁸ basieren. Die Vorgehensweise entlang dieses Zyklus – bestehend aus Aufbau von Strukturen, Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation (Abbildung 4 in Kapitel 5.1.1) – wurde von den NPK-Trägern auch als Grundlage für ihr Vorgehen auf Basis der BRE vereinbart.³³⁹

Fragestellungen zu Qualitätssicherung und Evaluation

Die Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation wurden zum einen mittels der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht untersucht; zum anderen wurden vier Interviews durchgeführt. Dabei wurden unter **Qualitätssicherung** alle systematischen Anstrengungen verstanden, die der Verbesserung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen dienen.³⁴⁰ **Evaluation** wurde definiert als die systematische Analyse und Bewertung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen.³⁴¹

Das Modul „Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation“ der Online-Erhebung ging folgenden Fragestellungen nach:

- Welche Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation werden genutzt?
- Wie sind Qualitätssicherung und Evaluation in den Organisationen verankert?
- Wie werden Evaluationsergebnisse genutzt?
- Welche Weiterentwicklungsbedarfe sehen die Akteure?

Die zehn Fragen des Moduls konnten bezogen auf kommunale Lebenswelten und/oder die Arbeitswelt beantwortet werden. Für kommunale Lebenswelten gingen die Antworten von Organisationen der GKV (N = 38), der

335 Vgl. Referenzen, die in Anhang 1.1.1 als Quellen für die Entwicklung des Moduls aufgeführt sind.

336 Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, S. 11.

337 www.gkv-spitzenverband.de: Krankenversicherung ▶ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▶ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▶ Leitfaden Prävention. www.dguv.de, Webcode d138333. www.deutsche-rentenversicherung.de: Infos für Experten ▶ Sozialmedizin & Forschung ▶ Reha-Wissenschaften ▶ Reha-Konzepte ▶ Konzepte ▶ Rahmenkonzepte.

338 Rosenbrock, R., & Hartung, S. (2011). Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 469-471.

339 Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, S. 13.

340 Leitfaden Qualitätssicherung von „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ (2017). Berlin: Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. S. 7.

341 Leitfaden Evaluation von „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ (2017). Berlin: Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. S. 5.

GUV (N = 6), der SPV (N = 20) und der PKV (N = 1)³⁴² sowie von Bundesministerien bzw. nachgeordneten Stellen (Bund, N = 4), Kommunen (N = 19) und der organisierten Zivilgesellschaft (OZG, N = 12) in die Auswertung ein. Unter OZG wurden Vertretungen der Patientinnen und Patienten in der NPK sowie Organisationen, die über das Präventionsforum in der NPK vertreten sind, zusammengefasst. Für die Arbeitswelt gingen die Antworten von Organisationen der GKV (N = 33), GRV (N = 6) und GUV (N = 14) in die Auswertung ein.³⁴³ Die Antworten beziehen sich auf das Jahr 2017.

Die Anzahl der Antworten ist - insbesondere im Vergleich zur Anzahl der eingeladenen Organisationen (siehe Anhang 1.1.6) - relativ niedrig. Der geringe **Rücklauf** könnte u. a. an der Platzierung des Moduls an letzter Stelle im Inhaltsverzeichnis für die Online-Erhebung liegen: Auch wenn die Organisationen die Module nicht in der aufgeführten Reihenfolge beantworten mussten, könnte es sein, dass sie mit dem zuerst aufgeführten Modul begannen und aus Zeitgründen das letzte Modul nicht mehr beantworteten. Aufgrund des niedrigen Rücklaufs kann die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse eingeschränkt sein und Verzerrungseffekte sind möglich. Die Ergebnisse wurden auf **glatte Prozentwerte** gerundet; die genauen Werte können dem **Tabellenanhang** entnommen werden.

Die Ergebnisse aus der Online-Erhebung (Kapitel 7.2.1-7.2.4) werden durch vier Fallbeispiele (Kapitel 7.2.5) ergänzt, die auf Interviews beruhen. In den Fallbeispielen werden für die in den Interviews besprochenen Aktivitäten fördernde und hemmende Faktoren für die Qualitätssicherung und Evaluation herausgearbeitet. Aufgrund der begrenzten Anzahl von vier Interviews ist keine Verallgemeinerung möglich. Dennoch können sie als Inspiration für Akteure dienen, die sich mit der Qualitätssicherung und Evaluation ihrer Aktivitäten auseinandersetzen. Weitere Informationen zur Methodik können Kapitel 1.3 entnommen werden.

7.2.1 GENUTZTE METHODEN DER QUALITÄTSSICHERUNG UND EVALUATION

Um die Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation zu untersuchen, wurden die im Jahr 2017 angewandten Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation erfragt. Insbesondere waren die an der Online-Erhebung teilnehmenden Organisationen aufgefordert, Fragen zu der Häufigkeit der Verwendung bestimmter Instrumente der Qualitätssicherung, der Komplexitätsstufe der Qualitätssicherung, die ihre Organisation durchführt, und der Art der genutzten Evaluationen zu beantworten.

Im Bereich der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung steht eine Vielzahl an **Instrumenten der Qualitätssicherung** zur Verfügung.³⁴⁴ Um zu untersuchen, welche der Instrumente in der Praxis am häufigsten zum Einsatz kommen, wurden sie in neun Gruppen zusammengefasst und die an der Online-Erhebung teilnehmenden Akteure wurden aufgefordert zu bewerten, wie häufig³⁴⁵ sie die verschiedenen Arten einsetzen:

- Leitfäden, Handbücher, Vorschriften, Regeln, Handlungsinformationen
- Schulungen, Qualifizierungen, Fortbildungen für Mitarbeitende/Beteiligte/Multiplikatoren
- Qualitätszirkel
- Dienstbesprechungen, Mitarbeitendengespräche, kollegiale Beratungen
- Vorlagen für Arbeitsmaterialien
- Vorlagen für Teilnehmerbefragungen, Umfragen, Feedbackbögen
- Evaluierete Konzepte
- Systematische Dokumentationssysteme
- Checklisten oder Protokolle, die Aufgaben und Zuständigkeiten zur Sicherung bzw. Verbesserung der Qualität festhalten
- Sonstige eingesetzte Maßnahmen: [Freitext]

Insgesamt betrachtet gaben die teilnehmenden Organisationen für die meisten Instrumente der Qualitätssicherung an, dass sie (sehr) oft zum Einsatz kamen (jeweils 70 % oder mehr der antwortenden Organisationen je Ak-

342 Hierbei handelt es sich um die Antwort des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V., der für seine Mitgliedsunternehmen stellvertretend antwortete.

343 Die Antworten der SVLFG als Krankenkasse, Pflegekasse, Alterssicherung bzw. Berufsgenossenschaft wurden jeweils mit den Antworten der GKV, SPV, GRV bzw. GUV gruppiert.

344 Vgl. Referenzen, die in Anhang 1.1.1 als Quellen für die Entwicklung des Moduls aufgeführt sind.

345 Antwortoptionen: „Sehr oft“, „Oft“, „Manchmal“, „Selten“, „Nie“, „Keine Angabe“. Die Auswahl von „Sehr oft“ oder „Oft“ wird in der Darstellung als „(sehr) oft“ zusammengefasst.

teursgruppe³⁴⁶, jedoch mit Ausnahme der Kommunen, s. u.). Dies war sowohl in kommunalen Lebenswelten als auch in der Arbeitswelt der Fall. Ausnahmen waren Qualitätszirkel³⁴⁷ und systematische Dokumentationssysteme³⁴⁸, die bei den meisten Akteursgruppen seltener Verwendung fanden, insbesondere jedoch von Kommunen wenig genutzt wurden (jeweils 20 % der Kommunen wählen [sehr] oft aus). Auch die übrigen Instrumente der Qualitätssicherung wurden von Kommunen weniger häufig genutzt (jeweils 40-60 % der Kommunen wählen [sehr] oft aus). Somit deutet sich an, dass die Nutzung von Instrumenten der Qualitätssicherung durch Kommunen weniger ausgeprägt ist im Vergleich zu den anderen Akteuren, und hier z. B. im Rahmen von Kooperationen mit den Sozialversicherungsträgern ein Austausch erfolgen könnte, um relevante Instrumente der Qualitätssicherung in Kommunen zu verankern.

Als ein zweiter Aspekt zu den Methoden der Qualitätssicherung waren die an der Online-Erhebung teilnehmenden Organisationen aufgefordert, sich selbst bezüglich der **Komplexität ihrer Qualitätssicherung** zu bewerten. Grundlage hierfür bildeten die Stufen des Gute Praxis-Kriteriums „Qualitätsmanagement“ des Kooperationsverbands Gesundheitliche Chancengleichheit³⁴⁹. Für die folgenden Aussagen sollte jeweils angegeben werden, wie häufig³⁵⁰ sie zutrafen:

- Stufe 1: Qualitätssicherung wird spontan durchgeführt, insbesondere, wenn Schwierigkeiten auftreten.
- Stufe 2: Es findet eine regelmäßige Prüfung und Sicherung der Qualität statt, mit dem Ziel, die vorhandene Qualität sicherzustellen.
- Stufe 3: Es findet eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung statt, mit dem Ziel einer beständigen Verbesserung von Prozessen und Strukturen.
- Stufe 4: Es findet ein kontinuierliches, systematisches und umfassendes Qualitätsmanagement statt, mit dem Ziel der systematischen Weiterentwicklung von Konzepten und Arbeitsweisen.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Akteure in der Selbstbewertung der Komplexitätsstufe ihrer Qualitätssicherung bei Aktivitäten in kommunalen Lebenswelten

am ehesten auf Stufe 2 sahen. Stufe 1 wurde nur selten angegeben, Stufe 3 und Stufe 4 lagen im Mittelfeld. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Stufen unabhängig voneinander bewertet wurden. Daher konnte es sein, dass dieselbe Organisation z. B. sowohl Stufe 2 als auch Stufe 3 mit oft bewertete. Im Detail betrachtet war der Anteil der Organisationen von GKV, GUV, PKV und Bund, die für Stufe 2 (sehr) oft angaben, am größten (90-100 % je Akteursgruppe), gefolgt von SPV, Kommunen und OZG (70-80 %). Die komplexeren Stufen wurden sukzessive weniger häufig mit (sehr) oft bewertet (für Stufe 3 gaben im Durchschnitt über alle Akteursgruppen 70 % der Organisationen [sehr] oft an, für Stufe 4 50 %). Die Abnahme war bei Kommunen besonders ausgeprägt (50 % [sehr] oft für Stufe 3, 20 % Stufe 4). Dies weist, wie auch das oben dargestellte Ergebnis zu den genutzten Instrumenten der Qualitätssicherung, darauf hin, dass insbesondere aus Sicht der Kommunen eine Weiterentwicklung der Qualitätssicherung angestrebt werden sollte. Akteure der GKV, SPV und OZG bewerteten auch Stufe 1 relativ häufig mit (sehr) oft (25, 20 bzw. 45 % der Organisationen) und zeigten damit ebenfalls Weiterentwicklungsbedarf bei der Umsetzung von Qualitätssicherung auf.

Bei der Qualitätssicherung von Aktivitäten in der Arbeitswelt ergab sich für die GKV ein ähnliches Bild wie in kommunalen Lebenswelten: Stufe 2 wurde am häufigsten mit (sehr) oft bewertet, gefolgt von Stufe 3, dann 4 und zuletzt 1 (80, 70, 60 bzw. 20 % der Organisationen der GKV). Für die GRV und GUV deutete sich an, dass die Akteure ihre Qualitätssicherung relativ häufig auf Stufe 3 oder 4 sahen. So bewerteten Akteure der GRV und GUV Stufe 2, 3 und 4 etwa gleich häufig mit (sehr) oft (jeweils 3 oder 4 Organisationen der GRV von sechs insgesamt, 60 % der Organisationen der GUV). Auch wenn die Anzahl Antworten relativ gering war und es sich um Selbsteinschätzungen handelte, deutete sich eine höhere Komplexität der Qualitätssicherung bei GRV und GUV im Kontext der Arbeitswelt an.

Um die in der Praxis genutzten Methoden der Evaluation zu beleuchten, wurden die an der Online-Erhebung teilnehmenden Organisationen nach der Art der von ihnen

346 „Keine Angabe“ wurde bei der Berechnung der Prozentzahlen nicht berücksichtigt. Dies trifft für alle Auswertungen dieses Kapitels zu.

347 Kommunale Lebenswelten: 20-30 % (sehr) oft bei GUV, Kommunen und OZG, 60-70 % bei GKV, SPV und Bund, keine Verwendung bei PKV; Arbeitswelt: 30-50 % bei GKV, GRV und GUV.

348 Kommunale Lebenswelten: 20 % (sehr) oft bei Kommunen, 50-60 % bei GKV, GUV und OZG, 75 % bei SPV und Bund, keine Verwendung bei PKV; Arbeitswelt: 50-60 % bei GKV und GUV, 100 % bei GRV.

349 www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/qualitaetsentwicklung/10-qualitaetsmanagement/

350 Antwortoptionen: „Sehr oft“, „Oft“, „Manchmal“, „Selten“, „Nie“, „Keine Angabe“. Die Auswahl von „Sehr oft“ oder „Oft“ wird in der Darstellung als „(sehr) oft“ zusammengefasst.

eingesetzten Evaluationen gefragt. Die Art der Evaluation wurde dabei über zwei Merkmale charakterisiert: Zum einen, ob es sich um Selbst- oder Fremdevaluationen handelte, zum anderen, ob Strukturen/Prozesse bzw. Ergebnisse untersucht wurden. Für die Differenzierung zwischen **Selbst- und Fremdevaluationen** wurden drei Antwortmöglichkeiten vorgegeben, die entlang der Häufigkeit³⁵¹ ihrer Verwendung zu bewerten waren:

- **Selbstevaluation:** Evaluation durch Personen, die auch an der Durchführung der Aktivität beteiligt sind.
- **Interne Fremdevaluation:** Evaluation durch Personen, die nicht an der Durchführung der Aktivität beteiligt sind, aber einer Organisation angehören, die an der Durchführung der Aktivität beteiligt ist.
- **Externe Fremdevaluation:** Evaluation durch Außenstehende in einer anderen Organisation (z. B. ein wissenschaftliches Institut).

Bei Betrachtung der Ergebnisse für Evaluationen von Aktivitäten in kommunalen Lebenswelten zeigt sich, dass Selbstevaluationen, insbesondere für Kommunen und OZG, einen hohen Stellenwert hatten. Jeweils 80-90 % der Kommunen und Organisationen der OZG gaben an, Selbstevaluationen (sehr) oft genutzt zu haben. Bei internen bzw. externen Fremdevaluationen waren es jeweils nur 20-30 % bzw. 0-10 %. Auch bei Akteuren der GUV kamen Selbstevaluationen häufig zum Einsatz, ebenso jedoch externe Fremdevaluationen (100 % bzw. 80 % der Organisationen der GUV wählten [sehr] oft). In der Akteursgruppe GKV gaben 70 % der Organisationen an, Selbstevaluationen (sehr) oft durchzuführen. Für interne bzw. externe Fremdevaluationen waren es jeweils 30 % der Akteure der GKV. Lediglich für Akteure der SPV war der Anteil, die externe Fremdevaluationen mit (sehr) oft bewerteten, größer als die Anteile bei Selbstevaluationen oder interne Fremdevaluationen (70, 40 bzw. 10 %). Die PKV setzte interne und externe Fremdevaluationen ein. Auch beim Bund schienen diese die größte Rolle zu spielen.³⁵²

Die Ergebnisse für Evaluationen von Aktivitäten in der Arbeitswelt wiesen ebenfalls auf die häufige Nutzung von Selbstevaluationen hin (80 % der Organisationen der GKV gaben [sehr] oft an, 60 % für GRV und GUV).

Interne oder externe Fremdevaluationen kamen seltener zum Einsatz, wobei jedoch auch hier jeweils 30-50 % der Akteure der GKV und GUV (sehr) oft angaben³⁵³.

Die häufige Durchführung von Selbstevaluationen ist u. a. vor dem Hintergrund zu sehen, dass die letzte Phase des gesundheitspolitischen Aktionszyklus (s. o.), während der eine Bewertung der Umsetzungsphase stattfindet, häufig (u. a. in den BRE) als „Evaluation“ bezeichnet wird (Abbildung 4). In diesem Kontext ist die Durchführung einer Selbstevaluation folgerichtig und kann die häufige Nennung von Selbstevaluationen in der Online-Erhebung erklären.

Die Differenzierung zwischen **Struktur-/Prozessevaluationen** und **Ergebnisevaluationen** wurde untersucht, da sich die Evaluation von Ergebnissen, insbesondere bei komplexeren Interventionen, als methodisch herausfordernd erweisen kann. Die Analyse von Strukturen und Prozessen kann häufig anhand leichter messbaren Indikatoren erfolgen. Auf eine weitere Differenzierung zwischen Strukturevaluation und Prozessevaluation wurde verzichtet, da die Unterscheidung nicht immer eindeutig ist bzw. unterschiedliche Verständnisse vorliegen. Die an der Online-Erhebung teilnehmenden Organisationen gaben an, inwieweit sie folgenden Aussagen zustimmen³⁵⁴:

- Bei der Durchführung von Aktivitäten führen wir immer Evaluationen der Prozesse und Strukturen durch (z. B. Arbeit von Steuerungsgremien, Konzepttreue, Streuung von Programmen).
- Bei der Durchführung von Aktivitäten führen wir immer Evaluationen der Ergebnisse durch (z. B. Wirksamkeit der Aktivität, unerwünschte Effekte, Nachhaltigkeit).

In den Ergebnissen zeigt sich relativ hohe Zustimmung zu beiden Aussagen, sowohl im Kontext kommunaler Lebenswelten als auch im Kontext Arbeitswelt (jeweils 50 % oder mehr der Organisationen je Akteursgruppe stimmten zu³⁵⁵). Die niedrigste Zustimmung äußerten Kommunen und OZG im Kontext kommunaler Lebenswelten bezogen auf die Durchführung von Ergebnisevaluationen (50 % der Organisationen stimmten zu); bei der Bewertung von Struktur-/Prozessevaluationen war die Zustimmung etwas höher (60 bzw. 80 % für Kommunen

351 Antwortoptionen: Sehr oft, Oft, Manchmal, Selten, Nie, Keine Angabe. Die Auswahl von sehr oft oder oft wird in der Darstellung als (sehr) oft zusammengefasst.

352 Auf eine Angabe der Prozentzahlen wird aufgrund der geringen Anzahl Antworten verzichtet.

353 Drei der sechs Akteure der GRV machten zu Fremdevaluationen keine Angabe. Wegen der geringen Anzahl Antworten werden die Ergebnisse hier nicht berichtet.

354 Antwortoptionen: Trifft voll und ganz zu, Trifft eher zu, Teils-teils, Trifft eher nicht zu, Trifft gar nicht zu, Keine Angabe.

355 Die Antwortoptionen Trifft voll und ganz zu sowie Trifft eher zu wurden als „Zustimmung“ zusammengefasst. Keine Angabe wurde bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

bzw. OZG). GKV und SPV äußerten sowohl zu Struktur/ Prozessevaluationen als auch Ergebnisevaluationen die höchste Zustimmung (jeweils 80-90 % der Organisationen), abgesehen von PKV und Bund, die ebenfalls hohe Zustimmung äußerten, allerdings bei nur einer bzw. vier teilnehmenden Organisationen. Im Kontext Arbeitswelt stimmten zu beiden Aussagen 80 % der Akteure der GKV und 60-70 % der GUV zu. Auch bei der GRV deutete sich hohe Zustimmung an, jeweils 30 % der Akteure wählten jedoch keine Angabe.

7.2.2 VERANKERUNG VON QUALITÄTSSICHERUNG UND EVALUATION IN DEN ORGANISATIONEN

Als zweiter Aspekt der Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation wurden im Rahmen der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht die Verantwortlichkeiten für Qualitätssicherung, die Teilnahme an Fortbildungen und die Finanzierung von Evaluationen untersucht.

Die **Verantwortlichkeiten für Qualitätssicherung** wurden erfragt, indem die teilnehmenden Organisationen auswählten, welche der folgenden Aussagen am besten ihre Organisation beschreibt³⁵⁶:

- Option 1: Es gibt Mitarbeitende, die ausschließlich für die Qualitätssicherung der Aktivitäten zuständig sind.
- Option 2: Es gibt Mitarbeitende, die neben anderen Aufgaben für die Qualitätssicherung der Aktivitäten zuständig sind.
- Option 3: Es gibt keine Mitarbeitenden, die für die Qualitätssicherung der Aktivitäten zuständig sind.

Über alle Akteursgruppen hinweg betrachtet, wurde Option 2 am häufigsten ausgewählt (70 bzw. 80 % der Antworten im Durchschnitt über alle Akteursgruppen für kommunale Lebenswelten bzw. Arbeitswelt). Es ergaben sich jedoch auch Hinweise auf Unterschiede zwischen den Akteursgruppen und zwischen kommunalen Lebenswelten und der Arbeitswelt. Dabei fiel insbesondere auf, dass für Aktivitäten in kommunalen Lebenswelten kein Akteur der Kommunen und OZG Option 1 auswählte, während 30 bzw. 20 % Option 3 auswählten. Dieses Ergebnis reihte sich in die oben dargestellten Hinweise ein, dass die Durchführung von Qualitätssicherung aus Sicht der Kommunen noch eine Herausforderung darstellt. Im Gegensatz dazu gaben 10 bzw. 20 % der Organisationen der GKV und SPV sowie drei der vier Akteure des Bundes an, dass Option 1 am besten auf sie zutrif.

Im Kontext der Arbeitswelt war die Angabe von Option 2 bei der GUV besonders ausgeprägt (90 % der Organisationen). Bei der GKV waren es 80 %, bei der GRV 50 % der Organisationen.

Fortbildungen zu Qualitätssicherung und Evaluation sind ein wichtiges Mittel, um die qualitativ hochwertige Umsetzung von Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zu gewährleisten. Daher wurde erfragt, ob die Mitarbeitenden der an der Online-Erhebung teilnehmenden Organisationen im Jahr 2017 Fortbildungen zu den Themen Qualitätssicherung und Evaluation besuchten. Falls die Frage verneint wurde, wurden die Gründe für die Nicht-Teilnahme erfragt. Zur Auswahl standen:

- Es gab kein zeitlich oder örtlich erreichbares Angebot.
- Die Teilnahme wäre zu teuer gewesen.
- Es gab kein Angebot, das für unsere Arbeit relevante Inhalte vermittelt.
- Fortbildungen zu dem Thema sind keine sinnvolle Investition von Zeit und Geld.
- Unsere Mitarbeitenden hatten kein Interesse.
- Kein Bedarf, da die Mitarbeitenden bereits geschult waren.
- Sonstige Gründe: [Freitext]

Die Teilnahme an Fortbildungen wurde über alle Akteursgruppen hinweg betrachtet von 50 % der Organisationen bejaht. Im Kontext kommunaler Lebenswelten schwankte der Anteil jedoch zwischen 20 und 100 %, zum Teil getrieben durch die kleinen Fallzahlen (GKV und SPV 50 % Ja, GUV 20 %, PKV eine von einer Antwort, Bund drei von vier Antworten, Kommunen 30 %, OZG 80 %). Im Kontext Arbeitswelt bejahten jeweils 50 % für GKV und GUV; für die GRV machten 4 von 6 keine Angabe, die übrigen bejahten.

Als Gründe für die Nichtteilnahme wurde am häufigsten angegeben, dass kein Bedarf bestand, da die Mitarbeitenden bereits geschult worden waren (jeweils 40 % oder mehr der Organisationen je Akteursgruppe). Am zweit- und dritthäufigsten wurde angegeben, dass es kein Angebot gab, das für die Arbeit relevante Inhalte vermittelte, bzw. dass es kein zeitlich oder örtlich erreichbares Angebot gab. Somit deutet sich an, dass für einen Teil der Akteure eine Verbesserung des Fortbildungsangebots wünschenswert wäre. Hier könnte z. B. an den „Entwurf einer Bund-Länderstruktur zum Transfer von Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesund-

³⁵⁶ Es konnte auch „Sonstige“ oder keine Angabe ausgewählt werden. Falls „Sonstige“ angegeben wurde (N = 3), konnte die Antwort im Rahmen der Auswertung anhand der Freitext-Angaben jeweils Option 2 zugeordnet werden.

heitsförderung und Prävention“ angeknüpft werden, der im Rahmen des Kooperations- und Forschungsprojekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten: Entwicklung und Sicherung der Qualität“ entwickelt wurde³⁵⁷. Mit der Umsetzung einiger der Empfehlungen wurde die BZgA bereits vom GKV-Spitzenverband beauftragt (Kapitel 7.4).

Als dritter Aspekt der organisationalen Verankerung von Qualitätssicherung und Evaluation wurde nach der **Finanzierung von Evaluationen** gefragt. Dazu sollte ausgewählt werden, welche der folgenden Aussagen³⁵⁸ am besten auf die antwortende Organisation zutrifft:

- Option 1: Wir haben ein separates Budget für Evaluationen.
- Option 2: Die Kosten für die Evaluation sind in der Regel in den Budgets für einzelne Aktivitäten ausgewiesen.
- Option 3: Die Evaluation ist in der Regel in den Budgets unserer Aktivitäten inbegriffen, aber nicht separat ausgewiesen.
- Option 4: Unsere Aktivitäten haben in der Regel keine explizite Finanzierung für die Evaluation.

Die antwortenden Organisationen nutzten alle vier zur Auswahl stehenden Optionen, um zu beschreiben, wie die Finanzierung von Evaluationen bei ihnen meistens abläuft. In kommunalen Lebenswelten zeigten sich dabei deutliche Unterschiede zwischen den Akteursgruppen: Jeweils 50 % der Akteure der GKV und SPV gaben an, dass Evaluationskosten separat ausgewiesen wurden (Option 2) bzw. dass Evaluationskosten in den Budgets inbegriffen, aber nicht ausgewiesen waren (Option 3). Von der GUV wurden alle vier Optionen etwa gleich häufig genannt (jeweils 1-2 Organisationen je Option bei sechs Antworten insgesamt). Die PKV gab an, dass Evaluationskosten separat ausgewiesen wurden (Option 2). Ein Akteur des Bundes wählte Option 1, drei wählten Option 2. Kommunen gaben überwiegend an, keine explizite Finanzierung für Evaluationen gehabt zu haben (Option 4, 70 % der Organisationen); Option 3 wurde am zweithäufigsten genannt (20 %). Auch bei Akteuren der OZG wurde keine explizite Finanzierung häufig genannt (40 %), wobei separat ausgewiesene Evaluationskosten gleich häufig genannt wurden.

Im arbeitsweltbezogenen Kontext fand Option 3 bei allen Akteursgruppen jeweils die häufigste Nennung

(GKV 70 % der Organisationen, GRV 80 %, GUV 40 %). Am zweithäufigsten nannten Akteure der GKV Option 2 (30 %), bei GRV und GUV war es Option 4 (20 bzw. 30 %).

Die Nutzung eines separaten Budgets für Evaluationen bzw. das separate Ausweisen von Evaluationskosten in den Budgets für Aktivitäten kann förderlich sein, um klarzustellen, in welchem Umfang und welche Arten von Evaluationen durchgeführt werden sollen. Die Ergebnisse der Online-Erhebung zeigen jedoch, dass viele Akteure die finanziellen Mittel für Evaluationen nicht separat ausweisen bzw. keine explizite Finanzierung vorliegt. Dem könnte zugrunde liegen, dass eine differenziertere Budgetierung zusätzlichen Aufwand bedeutet, der bei bestimmten Aktivitäten nicht angemessen wäre. Dennoch sollten die Akteure die Ergebnisse als Impuls nutzen, um zu prüfen, inwieweit die Budgetierung für eine Aktivität als Auslöser genutzt werden kann, um Klarheit über Art und Umfang von Evaluationen zu schaffen.

7.2.3 NUTZUNG VON EVALUATIONSERGEBNISSEN

Ein dritter Aspekt der Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation ist die Nutzung von Evaluationsergebnissen. Hier war insbesondere von Interesse, inwieweit Evaluationsergebnisse genutzt wurden, um auch „harte Konsequenzen“ für Aktivitäten zu ziehen, z. B. durch die Neuallokation finanzieller Mittel (mehr finanzielle Mittel für positiv evaluierte Aktivitäten, weniger für negativ evaluierte) oder auch die Beendigung von Aktivitäten aufgrund schlechter Evaluationsergebnisse. Die an der Online-Erhebung teilnehmenden Organisationen bewerteten³⁵⁹ die folgenden Aussagen:

1. Wir nutzen Evaluationsergebnisse, um Aktivitäten zu verbessern.
2. Wir haben schon einmal Aktivitäten aufgrund schlechter Evaluationsergebnisse eingestellt.
3. Wir nutzen Evaluationsergebnisse, um den Einsatz unserer finanziellen Ressourcen zu steuern.
4. Evaluationsergebnisse eignen sich sehr gut, um den Einsatz unserer finanziellen Ressourcen zu steuern.

Die Zustimmung zu der Aussage „Wir nutzen Evaluationsergebnisse, um Aktivitäten zu verbessern“ war sowohl im Kontext kommunaler Lebenswelten als auch im

357 Altgeld, T., Brandes, S., Bregulla, I., Castedello, U., Dehn-Hindenberg, A., Flor, W., et al. (2015). Gesamtprojektbericht Kooperations- und Forschungsprojekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten - Entwicklung und Sicherung von Qualität“. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

358 Es konnte auch „Sonstige“ oder Keine Angabe ausgewählt werden. Die Auswahl von „Sonstige“ oder Keine Angabe war selten (N = 2 bzw. 9 über alle Akteursgruppen) und wurde bei der Berechnung der Prozentwerte nicht berücksichtigt.

359 Antwortoptionen: Trifft voll und ganz zu, Trifft eher zu, Teils-teils, Trifft eher nicht zu, Trifft gar nicht zu, Keine Angabe.

Kontext Arbeitswelt sehr hoch (80-100 % der Organisationen je Akteursgruppe stimmten zu³⁶⁰, bei Kommunen 70 %). Bei den anderen drei Aussagen war die Zustimmung geringer. Bezogen auf Aktivitäten in kommunalen Lebenswelten war die Zustimmung zu der Aussage, dass Aktivitäten aufgrund schlechter Evaluationsergebnisse eingestellt wurden, bei Kommunen am höchsten (60 % der Organisationen stimmen zu), GUV und Bund lagen im Mittelfeld (50 %), GKV, SPV und OZG stimmten am wenigsten zu (20-30 %). Die PKV antwortete mit Teils-Teils. Die Aussage, dass Evaluationsergebnisse zur Steuerung finanzieller Ressourcen genutzt wurden, fand am ehesten bei GKV, SPV und Bund Zustimmung (50-60 %); GUV, Kommunen und OZG antworteten zurückhaltender (20-30 %). Die PKV stimmte zu. Ein ähnliches Bild ergab sich bei der Aussage zur Eignung von Evaluationsergebnissen zur Steuerung finanzieller Ressourcen, wobei insgesamt die Zustimmung etwas höher war (GKV, Bund 70 %, GUV, SPV, Kommunen 40-50 %, OZG 20 %).

Für Aktivitäten in der Arbeitswelt stimmten 50-60 % der Organisationen der GKV den Aussagen 2 bis 4 zu. Bei der GUV sind es 60 % für Aussage 2, 50 % für Aussage 3 und 100 % für Aussage 4. Von den sechs Organisationen der GRV machten nur vier Angaben. In den Antworten zeichnete sich keine Zustimmung zur Beendigung von Aktivitäten aufgrund schlechter Evaluationsergebnisse ab, während jeweils zwei der vier Organisationen der Nutzung und der Eignung von Evaluationsergebnissen für finanzielle Entscheidungen zustimmten.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Evaluationsergebnisse eher zur Weiterentwicklung von Aktivitäten genutzt werden als zur Steuerung finanzieller Ressourcen. Über die Weiterentwicklung einzelner Aktivitäten hinaus könnten Evaluationsergebnisse auch einen wichtigen Beitrag dazu leisten, das Portfolio der durchgeführten Aktivitäten so zu entwickeln, dass die am positivsten bewerteten Aktivitäten verstärkt fortgeführt werden, während schlechter bewertete Aktivitäten beendet werden.

7.2.4 WEITERENTWICKLUNGSBEDARFE

Die vorhergehenden Abschnitte weisen bereits auf Möglichkeiten hin, wie Qualitätssicherung und Evaluation weiterentwickelt werden könnten. Um auch die Perspektive der Akteure selbst zu berücksichtigen, waren die an der Online-Erhebung teilnehmenden Organisati-

onen aufgefordert, die fünf aus ihrer Sicht wichtigsten Weiterentwicklungsbedarfe auszuwählen. Folgende Aspekte standen – getrennt für Qualitätssicherung und für Evaluation – zur Auswahl:

- (Weiter-)Entwicklung von Methoden der Qualitätssicherung bzw. Evaluation, die spezifisch auf Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention zugeschnitten sind,
- Bereitstellung praxisrelevanter Anleitungen zur Qualitätssicherung bzw. Evaluation (z. B. Leitfäden, Checklisten),
- Vermehrte individuelle Beratung zur Qualitätssicherung bzw. Evaluation,
- Verringerung der Komplexität von Methoden der Qualitätssicherung bzw. Evaluation,
- Bereitstellung finanzieller Ressourcen für Qualitätssicherung bzw. Evaluation,
- Vereinfachung der Begrifflichkeiten und des Vokabulars im Kontext der Qualitätssicherung bzw. Evaluation,
- Verbesserung des Fortbildungsangebots zu Qualitätssicherung bzw. Evaluation,
- Bereitstellung einer Plattform für den fachlichen Austausch zu Qualitätssicherung bzw. Evaluation,
- „Sonstige“: [Freitext]

Nur für Qualitätssicherung stand zusätzlich zur Auswahl:

- Verbesserung der Anschlussfähigkeit von Qualitätssicherung für Aktivitäten an andere Qualitätssicherungssysteme.

Nur für Evaluation standen zusätzlich zur Auswahl:

- Verstärkte Nutzung von Evaluationen zur Verbesserung von Aktivitäten,
- Verbesserung der Methoden der Selbstevaluation
- Hilfestellung bei der Auftragsvergabe für Evaluationen,
- (Weiter-)Entwicklung von Indikatoren, um die Wirksamkeit von Aktivitäten nachzuweisen.

Die (Weiter-)Entwicklung von Methoden der Qualitätssicherung bzw. Evaluation, die spezifisch auf Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention zugeschnitten sind sowie die Bereitstellung praxisrelevanter Anleitungen zur Qualitätssicherung bzw. Evaluation (z. B. Leitfäden, Checklisten) wurden in fast allen Akteursgruppen am häufigsten ausgewählt³⁶¹. Dies traf sowohl in den beiden Kontexten kommunale Lebenswelten und

360 Die Antwortoptionen Trifft voll und ganz zu sowie Trifft eher zu wurden als „Zustimmung“ zusammengefasst. Keine Angabe wurde bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

361 Rang eins bis drei der häufigsten Nennungen bei vier bis sieben von sieben Akteursgruppen in kommunalen Lebenswelten; Rang eins bis drei der häufigsten Nennungen bei zwei bis drei von drei Akteursgruppen in der Arbeitswelt.

Arbeitswelt zu als auch für die Bewertungen für Qualitätssicherung und für Evaluation. Die große Wichtigkeit, die diesen beiden Weiterentwicklungsbedarfen zugesprochen wurde, überrascht vor dem Hintergrund der Vielzahl existierender Instrumente der Qualitätssicherung und Evaluation sowie Anleitungen für deren Nutzung³⁶². Gleichzeitig unterstreicht das Ergebnis, dass das Engagement des GKV-Bündnisses für Gesundheit im Rahmen der Beauftragung der BZgA (Kapitel 7.4) genau dort ansetzt, wo die Akteure prioritären Handlungsbedarf sehen.

Die Bereitstellung finanzieller Ressourcen für Qualitätssicherung bzw. Evaluation lag für Kommunen sowohl für Qualitätssicherung als auch Evaluation auf Rang eins der häufigsten Nennungen. Auch für GUV, Bund und OZG hatte dieser Weiterentwicklungsbedarf eine relativ hohe Wichtigkeit (Rang eins bis vier der häufigsten Nennungen). Dieses Ergebnis stellt einen Hinweis dar, dass die Umsetzung von Qualitätssicherung und Evaluation, insbesondere aus Sicht der Kommunen, noch mit Herausforderungen verbunden ist.

Vor dem Hintergrund der in Kapitel 4 erläuterten durchwachsenen Evidenzlage zu Gesundheitsförderung und Prävention sei hervorgehoben, dass die (Weiter)Entwicklung von Indikatoren, um die Wirksamkeit von Aktivitäten nachzuweisen im Kontext kommunaler Lebenswelten von GUV, Bund und Kommunen jeweils auf Rang eins oder zwei der häufigsten Nennungen lag. Auch die PKV sah hier Handlungsbedarf. Bei den übrigen Akteuren belegte dieser Weiterentwicklungsbedarf Rang fünf oder sechs (von zwölf). Somit scheint eine Verbesserung der Evidenzlage im Bewusstsein der Akteure einen hohen Stellenwert einzunehmen und entsprechende Vorhaben sollten gefördert werden.

7.2.5 FALLBEISPIELE FÜR QUALITÄTSSICHERUNG UND EVALUATION

Nachfolgend werden vier Fallbeispiele vorgestellt, anhand derer fördernde und hemmende Faktoren für die Qualitätssicherung und Evaluation aufgezeigt werden. Sie beruhen auf Telefoninterviews mit Organisationen, die an der Umsetzung sowie an der Qualitätssicherung und Evaluation der jeweiligen Aktivitäten beteiligt waren.³⁶³ In allen vier Beispielen wurden bzw. werden umfassende wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit der Interventionen durchgeführt. Durch die Qualitätssicherung wird sichergestellt, dass die im Rahmen der

Wirksamkeitsstudien beobachteten Effekte auch bei nachfolgenden Anwendungen der Interventionen erreicht werden.

7.2.5.1 LIEBESLEBEN – Es ist deins. Schütze es.

Beschreibung der Aktivität: Die Aktivität „LIEBESLEBEN – Es ist deins. Schütze es.“ zur Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) wendet sich als langfristige, komplexe Intervention an die Gesamtbevölkerung und an einzelne Teilzielgruppen (z. B. Schülerinnen und Schüler oder junge Erwachsene mit häufig wechselnden Sexualpartnern). Die Ansprache der Zielgruppen erfolgt auf mehreren Ebenen. Im öffentlichen Raum wird die Gesamtbevölkerung über Plakate, Radio, Kinospots, Online-Werbemittel und Printanzeigen angesprochen. Eine vertiefende, zielgruppenspezifische Ansprache erfolgt z. B. über das Online-Portal www.liebesleben.de. Darüber hinaus werden Informationen für die Ansprache über Multiplikatoren, z. B. in Schulen und Arztpraxen, bereitgestellt. Eine individuelle Ansprache findet über Hotlines und soziale Medien statt.

Zielgruppe: Gesamtbevölkerung und spezifische Teilzielgruppen

Kooperationspartner: BZgA, PKV

Weiterführende Informationen: www.liebesleben.de

Die Qualitätssicherung der komplexen Intervention „LIEBESLEBEN“ erfolgt gemäß dem gesundheitspolitischen Aktionszyklus. Hierbei stehen vier Fragen im Vordergrund: (1) Welche Gesundheitsrisiken (z. B. Einstellungen und Verhaltensweisen) sollen prioritär verändert werden? (2) Welche Maßnahmen sind hierzu wissenschaftlich begründet? (3) Wie können die Maßnahmen realisiert werden? (4) Sind die Maßnahmen erfolgreich bzw. welche Faktoren sind entscheidend für den Erfolg und Misserfolg der Maßnahmen? Die Ergebnisse jeder Umsetzungsphase fließen in die Planung der jeweils nächsten ein. Es geht darum, eine realistische Einschätzung darüber zu erhalten, wie die gesetzten Ziele unter Beachtung der gegebenen Rahmenbedingungen und in Abstimmung und Kooperation mit den relevanten Partnern im Feld schrittweise erreicht werden können.

Zur Beantwortung der ersten Fragestellung werden epidemiologische Daten und Daten aus regelmäßig wiederholten Repräsentativbefragungen der BZgA herange-

362 Vgl. Referenzen, die in Anhang 1.1.1 als Quellen für die Entwicklung des Moduls aufgeführt sind.

363 Weitere Informationen zur Auswahl der Fallbeispiele können Anhang 1.2.1 entnommen werden.

zogen. Die Befragungen sind eine wichtige Quelle, um künftige Präventionsaktivitäten zu optimieren (Erhöhung der Ergebnisqualität) und günstige bzw. problematische Entwicklungen frühzeitig zu identifizieren (Gesundheits-Monitoring). Die Studie „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“ begleitet die HIV-Prävention der BZgA bereits seit 1987. Mit der Studie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland“, die seit 2018 durchgeführt wird, werden erstmalig bundesweit wichtige Basisdaten zu sexuellen Erfahrungen sowie Einstellungen und Beziehungen zur Sexualität Erwachsener gewonnen, die weit über den HIV-Kontext hinausgehen.

In Bezug auf die zweite Fragestellung werden die Einzelmedien (Plakate, Anzeigen, Broschüren, Spots etc.) vor ihrem Einsatz anhand standardisierter Verfahren auf ihre Wirksamkeitsvoraussetzungen geprüft. Dazu gehören Untersuchungen, z. B. zur Zielgruppenerreichung, zur Verständlichkeit der Botschaften, zur Akzeptanz und zum Mediennutzungsverhalten der Zielgruppen. Die Ergebnisse dienen dazu, die Medien noch vor ihrer Veröffentlichung zu optimieren und damit die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass sie in gewünschter Weise wirken. Ein weiterer Bestandteil der Qualitätssicherung ist die fortwährende inhaltliche Überprüfung der eingesetzten Materialien und Methodensammlungen hinsichtlich des aktuellen Forschungsstands in der HIV- und STI-Prävention.

Die dritte und vierte Fragestellung werden mittels Evaluationen auf unterschiedlichen Ebenen untersucht: Zum einen überprüfen Prozess- und Ergebnisevaluationen Durchführbarkeit und Wirksamkeit von einzelnen Elementen der komplexen Intervention. Zum anderen wird auf einer übergeordneten Ebene überprüft, inwieweit die Ziele von LIEBESLEBEN in der Gesamtbevölkerung erreicht werden, nämlich einen hohen Wissensstand zu HIV und STI zu erhalten, die Schutzmotivation zu erhöhen und ein adäquates Schutzverhalten zu befördern. Hierzu wird auf die Daten der genannten Wiederholungsbefragungen zurückgegriffen. Sie sind auch wichtige Datenquellen für die nationale und internationale Gesundheitsberichterstattung und damit letztendlich Grundlage für politisches Handeln.

Die Evaluationen der einzelnen LIEBESLEBEN-Komponenten werden durch das Forschungsreferat der BZgA durchgeführt oder begleitet. Die Qualitätsstandards, denen sich die BZgA verpflichtet, fordern erhebliche zeitliche und personelle Ressourcen. Zeit und Geschwin-

digkeit spielen jedoch bei der Entwicklung von Maßnahmen eine zunehmend größere Rolle, was demnach für die Prozesse der Qualitätssicherung eine zunehmende Herausforderung darstellt. Bei der Evaluation der bevölkerungsweiten Komponenten der Gesamtkampagne von LIEBESLEBEN, wie z. B. Plakatkampagnen, sind die Möglichkeiten einer Kontrollgruppenbildung stark eingeschränkt. Kausale Zusammenhänge der Effekte sind daher nur schwer nachweisbar. Um die gesamte Aktivität LIEBESLEBEN einschließlich möglicher Strukturänderungen (z. B. in Schulen durch den Multiplikatorenansatz) auf Wirksamkeit evaluieren zu können, ist ein komplexes und aufwendiges Studiendesign erforderlich. Bei der aktuellen Weiterentwicklung eines solchen Evaluationsdesigns gemäß internationalen Standards werden Prozessevaluation, Evaluation von Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Aktivität und Ergebnisevaluation miteinander verbunden.

7.2.5.2 Präventionsangebote und Unterstützung im Lebensraum für Alleinerziehende

Beschreibung der Aktivität: Ziel der Aktivität „Präventionsangebote und Unterstützung im Lebensraum für Alleinerziehende“ ist es, alleinerziehende Mütter und Väter in ihrem Alltag durch eine Kombination aus individuellen und strukturellen Maßnahmen zu entlasten und dadurch Gesundheitsrisiken zu verringern. Auf individueller Ebene wird den Alleinerziehenden ein evidenzbasiertes Programm („wir2“) angeboten, mit dessen Hilfe die Eltern-Kind-Bindung stabilisiert und gestärkt werden soll. Auf der Verhältnisebene soll ein Netzwerk wirksamer Hilfen aufgebaut werden und durch ein verbessertes Informationsmanagement der Zugang zu den Angeboten erleichtert werden.

Zielgruppe: Alleinerziehende

Kooperationspartner: GKV (Verband der Ersatzkassen e. V.³⁶⁴), Landesvertretung Hessen, Stadt Kassel, Walter Blüchert Stiftung, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD)

Weiterführende Informationen: n. z.

Mit „Präventionsangebote und Unterstützung im Lebensraum für Alleinerziehende“ wurde in Hessen ein krankenkassenübergreifendes Präventionsprogramm für eine sozial benachteiligte Zielgruppe in der Lebenswelt

364 Im Namen und Auftrag der Techniker Krankenkasse, BARMER, DAK-Gesundheit, Kaufmännischen Krankenkasse, Handelskrankenkasse und Hanseatischen Krankenkasse.

Kommune initiiert. Ein wichtiges Qualitätsmerkmal sind Kooperationsvereinbarungen zwischen allen Akteuren, wodurch eine verbindliche Basis für die Zusammenarbeit geschaffen wurde. Das Programm wird durch ein zentrales Gremium gesteuert, an dem Vertretungen aller Kooperationspartner beteiligt sind, darunter Vertretungen der Stadt Kassel (u. a. Frauenbüro, Gesundheitsamt, Allgemeiner Sozialer Dienst), die Landesvertretungen der beteiligten gesetzlichen Krankenkassen, die Walter Blüchert Stiftung, das Klinische Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (UKD) sowie Vertretungen der Familienzentren, bei denen das Training „wir2“ (s. u.) angesiedelt ist. Die Aktivitäten des Steuerungs- und Koordinationsgremiums auf struktureller Ebene sind auf die Ermittlung von Bedarfen und die Entwicklung von passgenauen Angeboten und Informationsmaterialien für die Zielgruppe ausgerichtet. Besonderer Wert wird auf die Einbindung von Praxis-Experten gelegt. Im Rahmen der Qualitätssicherung ist auch die Durchführung von Workshops unter Beteiligung der Zielgruppe geplant. Aufgrund des Pilotcharakters der Aktivität erfolgte die qualitative Evaluation der Struktur- und Prozessqualität bislang in erster Linie durch Reflexions- und Feedbackschleifen.

Mit dem wir2-Elterntraining wird als zweiter Baustein der Aktivität eine wirksamkeitsgeprüfte Maßnahme angeboten. Es handelt sich um ein bindungstheoretisch fundiertes, manualbasiertes Training mit 20 Sitzungen für Einelternfamilien mit Kindern im Vorschul- oder Grundschulalter. Ziele sind die Verringerung seelischer Belastungen sowie die Stärkung elterlicher Kompetenzen und damit auch der Beziehung zum Kind. Das Training wird durch speziell geschulte und zertifizierte Gruppenleiterpaare durchgeführt. wir2 ist eine Weiterentwicklung des „PALME“-Programms, welches im Rahmen einer kontrollierten randomisierten Studie evaluiert wurde^{365, 366}. Die Evaluation der Wirksamkeit spezifisch für Kassel wird von den Entwicklern des Programms an der Universitätsklinik Düsseldorf durchgeführt. Die Entscheidung zugunsten des wir2-Programms wurde bewusst vor dem Hintergrund getroffen, eine bestehende Intervention mit belegter Wirksamkeit anbieten zu wollen. Durch fest angestelltes Personal vor Ort in den durchführenden Familienzentren wird die Kontinuität und Nachhaltigkeit des Trainings sichergestellt.

Die größte Herausforderung ist es, die Erreichbarkeit der Zielgruppe zu verbessern. Hier werden aktuell Ideen für eine gezieltere und breitere Ansprache diskutiert, beispielsweise indem im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung Problemlagen erfragt werden und bei Bedarf auf die Unterstützungsangebote verwiesen wird. Hinzu kommen Überlegungen, weitere niedrigschwellige Angebote zu entwickeln, um auch die Alleinerziehenden anzusprechen, die mit wir2 z. B. aufgrund von Sprachbarrieren nur schlecht erreicht werden können (z. B. Alleinerziehende mit Migrationshintergrund).

7.2.5.3 Verrückt? Na und!

Beschreibung der Aktivität: „Verrückt? Na und!“ ist ein von Irrsinnig Menschlich e. V. entwickeltes Schulprojekt, das Jugendliche für das Themenfeld psychische Gesundheit sensibilisieren soll. Hierfür gestaltet das Projektteam einen Schultag, an dem den Schülerinnen und Schülern Wissen über psychische Erkrankungen vermittelt wird. Ein Kernelement ist dabei die Begegnung mit Menschen, die selbst Erfahrungen im Umgang mit psychischen Erkrankungen gemacht haben.

Zielgruppe: Schülerinnen und Schüler der Altersgruppe 15 bis 20 Jahre

Kooperationspartner: GKV (BARMER), Irrsinnig Menschlich e. V., Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, Universität Leipzig

Weiterführende Informationen: www.irrsinnig-menschlich.de/psychisch-fit-lernen/

Die präventive und stigmareduzierende Wirkung des Schulprojekts wurde mehrfach extern durch die Universität Leipzig evaluiert. In einer quasiexperimentellen Längsschnittstudie wurden mittels Fragebogeninstrumenten die Hilfesuchstrategien sowie der Wunsch nach sozialer Distanz zu psychisch kranken Menschen (Stigmatisierung) untersucht. Befragt wurden dazu Schülerinnen und Schüler, die am Projekt teilgenommen haben, sowie solche einer Kontrollgruppe. Es konnten eine kurzfristige, stigmareduzierende Wirkung sowie ein positiver Effekt auf das Hilfesuchverhalten nachgewiesen werden.

365 Franz, M., Weihrauch, L., Buddenberg, T., Güttgemanns, J., Haubold, S., & Schäfer, R. (2010). Effekte eines bindungstheoretisch fundierten Gruppenprogramms für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder: PALME. *Kindheit und Entwicklung*, 19(2), 90-101.

366 Weihrauch, L., Schäfer, R., & Franz, M. (2014). Long-term efficacy of an attachment-based parental training program for single mothers and their children: a randomized controlled trial. *Journal of Public Health*, 22(2), 139-153.

Die Ergebnisse der Evaluation wurden in einer Fachzeitschrift veröffentlicht.³⁶⁷

Im Rahmen der Evaluation wurde darüber hinaus untersucht, inwieweit seitens der Lehrkräfte Weiterbildungsbedarf zum Thema „Psychische Gesundheit/Krankheit“ besteht. Die Ergebnisse wurden zur Weiterentwicklung von Informationsangeboten genutzt, die im Rahmen des Projekts zur Verfügung gestellt werden.

Die Umsetzung von „Verrückt? Na und!“ wird kontinuierlich durch Maßnahmen der Qualitätssicherung begleitet. Dafür steht ein standardisiertes Konzept zur Verfügung, das stetig weiterentwickelt wird. Als Teil des Konzepts nutzen die zuständigen Projektmanagerinnen und -manager vorgegebene Ausbildungsmaterialien, Handbücher, Leitfäden und andere Materialien. Eine aus Sicht der Projektverantwortlichen zentrale Grundlage für die Entwicklung des Konzepts sind die Qualitätskriterien des GKV-Leitfadens Prävention.

Die Kooperationspartner von „Verrückt? Na und!“ haben es sich zum Ziel gesetzt, möglichst alle Schülerinnen und Schüler innerhalb ihrer Schullaufbahn mindestens einmal zu erreichen. Zentrale Erkenntnisse für die Erreichung dieses Ziels erhoffen sich die Akteure durch die aktuell laufende Nutzeranalyse zu erhalten, die von der Universität Leipzig durchgeführt wird. Darin sollen die relevanten förderlichen und hemmenden Faktoren für die Nutzung des Angebots ermittelt werden.

Eine Voraussetzung für die Durchführung einer qualitativ hochwertigen Evaluation ist nach Aussage der Akteure die Gewinnung kompetenter Kooperationspartner und das Vorhandensein der entsprechenden finanziellen und personellen Ressourcen. Die Organisation der benötigten finanziellen Mittel wird dabei als sehr aufwendig eingeschätzt und eher als Hindernis betrachtet. Als förderliche Faktoren für die Beschaffung der benötigten Ressourcen wird das Aufgreifen relevanter gesellschaftlicher Probleme, ein hohes Forschungsinteresse seitens der Evaluatoren und ein hohes Maß an Einsatzbereitschaft aller Beteiligten genannt. Eine Evaluation der Wirksamkeit stellt für die gesetzlichen Krankenkassen eine Voraussetzung für das Einbringen finanzieller Mittel dar.

7.2.5.4 JolinchenKids – Fit und gesund in der Kita

Beschreibung der Aktivität: JolinchenKids ist eine Aktivität in der Lebenswelt Kita, die die Gesundheit von Kindern bis sechs Jahre fördert. Schwerpunkte des Programms bilden die Themen Ernährung, Bewegung und seelisches Wohlbefinden. JolinchenKids bezieht Eltern aktiv mit ein und adressiert auch die Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher.

Zielgruppe: Kinder bis sechs Jahre in der Kita, Eltern, Erzieherinnen und Erzieher

Kooperationspartner: GKV (alle AOKs); Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie; Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und psychosomatik; Universität Flensburg, Institut für Gesundheits-, Ernährungs-, Sportwissenschaften; Universität Potsdam, Humanwissenschaftliche Fakultät, Abteilung Regulative Physiologie und Prävention; Bundeszentrale für Ernährung; Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.

Weiterführende Informationen: www.aok.de/jolinchenkids

Bereits in der Planungsphase von JolinchenKids wurden grundlegende Aspekte der Qualitätssicherung mit bedacht. So waren Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis an der Entwicklung beteiligt, und vorab wurde eine wissenschaftliche Literaturrecherche zu relevanten Risikofaktoren und Ansatzpunkten für die Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern durchgeführt. Das Programm ist an den Qualitätskriterien des GKV-Leitfadens Prävention ausgerichtet und berücksichtigt gleichermaßen auch die Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit³⁶⁸. Qualitätssicherung findet bei JolinchenKids auf mehreren Ebenen statt: erstens auf Ebene der teilnehmenden Kitas durch die Dokumentation und Beteiligung am gesamten Gesundheitsförderungsprozess, zweitens auf Ebene der einzelnen Krankenkassen in Form der fachlichen Betreuung durch geschulte Präventionsexpertinnen und -experten sowie drittens auf Bundesebene durch die

367 Conrad, I., Heider, D., Schomerus, G., Angermeyer, M. C., & Riedel-Heller, S. (2010). Präventiv und stigmareduzierend? Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58(4), 257-264.

368 Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.) (2017). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. 2. Auflage. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=cd82d07635b7a783faaba0d28430f8f9>

Koordinierung übergreifender Prozesse, darunter insbesondere die der Evaluation.

Die Präventionsfachkräfte der gesetzlichen Krankenkassen werden geschult, nehmen Kontakt zu den interessierten Kitas auf und führen dort zunächst ein Strategie- und Beratungsgespräch. Diesem folgt ein konkreter Beschluss zur Programmimplementierung, bei welchem die Kitaleitung explizit einbezogen wird. Durch Abschluss eines Vertrags, mit welchem sich die Kita dazu verpflichtet, das Programm über drei Jahre durchzuführen, wird Verbindlichkeit geschaffen. Im Gegenzug erhalten die teilnehmenden Einrichtungen kostenlos alle benötigten Programmmaterialien sowie die beratende Begleitung durch die Präventionsfachkräfte.

JolinchenKids strebt über mehrere Elemente Nachhaltigkeit an. Dazu gehören die Durchführung von Multiplikatorenschulungen für die Erzieherinnen und Erzieher und die Gründung eines Steuergremiums in den Kitas. Die angestrebte Beteiligung der Eltern an diesem Gremium ist ein weiterer Faktor, der die Qualität des Programms in der Praxis sicherstellt. Obwohl als entscheidend für die Wirksamkeit erachtet, gestaltet sich dieser Aspekt nach den bisherigen Erfahrungen als größte Herausforderung, insbesondere aufgrund der meist begrenzten zeitlichen Ressourcen der Eltern.

JolinchenKids besteht aus mehreren Modulen, deren Umsetzung von den Kitas mit Unterstützung der gesetzlichen Krankenkassen geplant und dokumentiert wird. Hierfür hält JolinchenKids einen entsprechenden Leitfa-den vor. Jährlich finden regionale Austauschtreffen von teilnehmenden Kitas zum gemeinsamen Austausch statt, darüber hinaus besteht regelmäßiger Kontakt zwischen den Krankenkassen bzw. den eingebundenen Mitarbeitenden.

Die Evaluation der Wirksamkeit des Programms wird innerhalb von JolinchenKids als Bestandteil der Qualitätssicherung angesehen und wurde von Beginn an auch als solche forciert. Hintergrund ist der Anspruch der gesetzlichen Krankenkasse, mit JolinchenKids ein evidenzbasiertes Programm anbieten zu wollen. Die Evaluation von JolinchenKids stellt ein gutes Beispiel für die Durchführung einer systematischen Analyse und

Bewertung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen dar. Ein externes wissenschaftliches Institut (Leibniz-Institut für Prävention und Epidemiologie) wurde beauftragt, sowohl eine Implementierungs- als auch eine Ergebnisevaluation durchzuführen. Die Ergebnisse der Implementierungsstudie, welche in drei Pilotregionen stattfand, liegen seit 2014 vor und sind in einer entsprechenden Publikation nachzulesen.³⁶⁹ Die Ergebnisevaluation läuft seit 2016 und befindet sich derzeit in der Finalisierung. Sie ist als kontrollierte cluster-randomisierte Studie mit Vorher-Nachher-Design konzipiert und erhebt sowohl quantitative als auch qualitative Daten. So wurden neben Interviews, Fokusgruppen und einem telefonbasierten Survey auch anthropometrische sowie Akzelerometriemessungen durchgeführt. Anlage und Methoden der Studie wurden vorab ebenfalls in einer Fachzeitschrift veröffentlicht³⁷⁰. Die Publikation der Ergebnisse nach Abschluss der Studie ist verbindlich geplant. Neben wissenschaftlichen Kriterien im Hinblick auf den Wirksamkeitsnachweis flossen Hinweise aus der Implementierungsevaluation in die Gestaltung der Ergebnisevaluation mit ein (u. a. zu den Inhalten). Das Studienkonzept wurde durch das externe Institut ausgearbeitet und anschließend mit einem wissenschaftlichen Beirat diskutiert und abgestimmt.

Die Ergebnisse der Evaluation wurden bzw. werden systematisch zur Weiterentwicklung des Programms genutzt. So wurde JolinchenKids beispielsweise auf Basis der Rückmeldungen aus der Implementierungsevaluation auf den Krippensektor ausgeweitet und der regionale Austausch der teilnehmenden Kitas untereinander eingeführt. Eine Weiterentwicklung des Programms auf Basis der (derzeit noch ausstehenden) Ergebnisevaluation ist ebenfalls vorgesehen.

369 Steenbock, B., Zeeb, H., Liedtke, S., & Pischke, C. R. (2016). Ergebnisse der Prozessevaluation eines Programms zur Gesundheitsförderung von 3- bis 6-jährigen Kita-Kindern: „JolinchenKids – Fit und gesund in der Kita“. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11(1), 12-19. doi: 10.1007/s11553-015-0520-3

370 Steenbock, B., Zeeb, H., Rach, S., Pohlabein, H., & Pischke, C. R. (2018). Design and methods for a cluster controlled trial conducted at sixty-eight daycare facilities evaluating the impact of "JolinchenKids – Fit and Healthy in Daycare", a program for health promotion in 3- to 6-year-old children. *BMC Public Health*, 18:6. doi 10.1186/s12889-017-4551-x

7.3 DURCHFÜHRUNG DES PRÄVENTIONSFORUMS

In § 20e Abs. 2 SGB V heißt es: „Die Nationale Präventionskonferenz wird durch ein Präventionsforum beraten, das in der Regel einmal jährlich stattfindet. Das Präventionsforum setzt sich aus Vertretungen der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz nach Absatz 1 zusammen. Die Nationale Präventionskonferenz beauftragt die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums.“

In Teil B, dem Besonderen Teil des Gesetzes, wird dieser Absatz 2 wie folgt erläutert: „Die Vorschrift ermöglicht die fachliche Rückkoppelung der Nationalen Präventionskonferenz mit der Fachöffentlichkeit in einem als Fachkonferenz ausgestalteten Präventionsforum.“³⁷¹

Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben

Das Präventionsforum wird von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG, Kapitel 2.1.7) im Auftrag der Träger der NPK und des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. in Form einer jährlichen Veranstaltung durchgeführt, die sich inhaltlich an den Bundesrahmenempfehlungen (BRE) ausrichtet. Das Präventionsforum ist also eine Veranstaltung, zu der eingeladen wird. Es dient als Plattform für den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen der NPK und der Fachöffentlichkeit und ermöglicht so die beratende Beteiligung der Fachöffentlichkeit an der nationalen Präventionsstrategie.

Das Veranstaltungskonzept, das jährliche Programm und der jeweilige Teilnehmendenkreis werden auf Vorschlag der BVPG von der NPK festgelegt. Am Planungsprozess sind die von der NPK eingerichteten Arbeitsgruppen „Kommunale Lebenswelten“ und „Arbeitswelt“ beteiligt. Wesentlich für die Erstellung des Einladungsverteilers sind die jeweils anstehenden Fachthemen. Die Ergebnisse des Präventionsforums werden dokumentiert³⁷² und in der NPK beraten, auch im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Veranstaltungskonzepts. Dieser grundlegenden Konzeption entsprechend wurden bislang drei Präventionsforen durchgeführt.

Ergebnisse der ersten drei Präventionsforen

Das **erste Präventionsforum** fand am 13.09.2016 mit 255 Teilnehmenden in Berlin statt. Im Mittelpunkt der Veranstaltung standen insbesondere Kooperations- und Vernetzungsmöglichkeiten zur Umsetzung der am 19.02.2016 erstmals verabschiedeten BRE. Das Schwerpunktthema wurde im Plenum zunächst aus Sicht der Sozialversicherungsträger beleuchtet; in nachfolgenden Workshops hatten die Vertretungen der eingeladenen Fachorganisationen Gelegenheit, ihre Perspektive in die Diskussion einzubringen. In den Workshops, die sich an den in den BRE definierten Zielgruppen orientierten, wurde das Thema Kooperation und Vernetzung aus der Perspektive der Fachkundigen konkretisiert und diskutiert. Leitfragen waren:

- Wie kann künftig stärker zusammengearbeitet werden?
- Wie können Aktivitäten besser aufeinander abgestimmt werden?

Die Diskussionsergebnisse zeigen u. a., dass folgende Faktoren zu einem Gelingen von Kooperation und Vernetzung beitragen: ein gemeinsames Verständnis von Zielen, Strategien und Vorgehensweisen, die Benennung unterschiedlicher Interessen, die Identifizierung von Schnittstellen, die Berücksichtigung der jeweiligen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sowie eine verlässliche Finanzierung. Deutlich wurde auch, dass dazu bereits eine Reihe guter Ansätze vorliegt - sowohl bei den einzelnen Sozialversicherungen als auch in ihrer Zusammenarbeit mit Dritten.

Das **zweite Präventionsforum** fand am 23.10.2017 mit 265 Teilnehmenden ebenfalls in Berlin statt und ging in Plenums- und Workshop-Phasen der Schwerpunktfrage nach, wie kommunale Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden können; zusätzlich wurde auch die Arbeitswelt im Rahmen zweier Workshops in den Blick genommen. Leitfragen waren diesmal:

- Welche Strukturen und Prozesse sollten vorhanden sein, um kommunale Gesundheitsförderung und Prävention erfolgreich umzusetzen?
- Wie können Klein- und Kleinstunternehmen mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden?

Die im Rahmen des Präventionsforums erarbeiteten Ergebnisse boten vielfältige Anknüpfungspunkte zur Stärkung kommunaler und betrieblicher Gesundheitsförde-

371 Deutscher Bundestag Drucksache 18/4282, S. 38.

372 Die Dokumentationen können auf www.npk-info.de eingesehen werden.

rung. So wurde z. B. eine kommunalpolitische Strategie als Ausgangspunkt für Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention empfohlen. Entsprechend sollten Maßnahmen nicht losgelöst und als Einzelprojekte durchgeführt werden, sondern als integraler Bestandteil in eine kommunale Gesamtstrategie Eingang finden. Die Bestätigung einer kommunalen Strategie durch Rats-/ Kreistagsbeschlüsse wurde als förderlich angesehen. Angeregt wurde in diesem Zusammenhang, sowohl vorhandene Anknüpfungspunkte zu nutzen und auszubauen als auch neue Strukturen (koordinierende Stellen, Netzwerke) zu etablieren und zu stabilisieren.

Mit Blick auf Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde u. a. empfohlen, die Realität von Klein- und Kleinstunternehmen stärker zu berücksichtigen. Notwendig sei zudem eine stärkere Kooperation der Sozialversicherungsträger untereinander. So sollten sich die Sozialversicherungsträger gegenseitig über ihre jeweiligen Leistungen besser informieren, um in den Betrieben eine Lotsenfunktion wahrnehmen zu können.

Das **dritte Präventionsforum** fand am 24./25.09.2018 mit 227 Teilnehmenden in Dresden statt und erörterte in Impulsvorträgen, Diskussionsrunden und Workshops, wie eine koordinierte Zusammenarbeit, insbesondere im Hinblick auf die gemeinsamen Ziele der NPK und der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK, Kapitel 2.2.1), erreicht werden kann. Leitfragen waren:

- Warum ist ein abgestimmtes Vorgehen (z. B. aller Akteure in einem Betrieb) unverzichtbar?
- Welcher Mehrwert entsteht durch Kooperation?

Gemeinsam wurden bestehende Ressourcen und Herausforderungen eines koordinierten Zusammenwirkens in den jeweiligen Feldern diskutiert. Die unterschiedlichen Impulse zeigten, dass es kein allgemeingültiges Erfolgsrezept für eine effektive Zusammenarbeit gibt, sondern dass viele Wege zum Erfolg führen können. In den Workshops haben die Teilnehmenden Empfehlungen zur Umsetzung und Weiterentwicklung der BRE erarbeitet, in denen sie sich u. a. dafür aussprachen, die trägerübergreifende Transparenz bestehender Angebote zu verbessern, um den Zugang zu Präventionsleistungen zu vereinfachen. Weiterhin wurde eine verstärkte Kooperation und Vernetzung auf regionaler Ebene unter Einbindung von Betrieben angeregt; dabei sollte u. a. ein Informations- und Erfahrungsaustausch über die Verknüpfung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention in betrieblichen und nichtbetrieblichen Lebenswelten stattfinden. Schließlich wurde festgehalten, Gesundheitsförderung und Prävention in die berufliche

Aus-, Fort- und Weiterbildung aufzunehmen, um Menschen in betrieblichen und nichtbetrieblichen Lebenswelten (z. B. Mitarbeitende in Betrieben, in Kommunen, in Agenturen für Arbeit/Jobcentern, von Anbietern gesundheitsförderlicher Leistungen) als Koordinatorinnen und Koordinatoren bzw. Lotsinnen und Lotsen für Gesundheitsförderung und Prävention zu qualifizieren.

Die Beispiele aus der Praxis zeigten, dass seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes neue Kooperationen entstanden sind und so mancher Stolperstein der Zusammenarbeit überwunden wurde. Gleichzeitig wurde immer wieder betont, dass der Aufbau von Kooperationsbeziehungen und Vernetzungsstrukturen Zeit braucht, um Vertrauen aufzubauen und Routinen der Zusammenarbeit zu etablieren bzw. zu verfestigen.

Nutzung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Präventionsforen wurden in den NPK-Arbeitsgruppen „Kommunale Lebenswelten“ und „Arbeitswelt“ vorgestellt und diskutiert. Die Arbeitsgruppen haben u. a. den Auftrag, Vorschläge für die Weiterentwicklung der BRE zu entwickeln und dabei die Empfehlungen des Präventionsforums zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der Präventionsforen werden zudem stets in den Sitzungen der NPK vorgestellt und beraten.

Die Ergebnisse der ersten beiden Präventionsforen fanden insbesondere bei der Ausarbeitung der ersten weiterentwickelten Fassung der BRE Berücksichtigung, die am 29.08.2018 verabschiedet wurde (Kapitel 9.5). Die Ergebnisse des dritten Präventionsforums wurden im Februar 2019 in den Arbeitsgruppen der NPK vorgestellt und werden in die nächste Weiterentwicklung der BRE einfließen.

Weiterentwicklung des Präventionsforums

Bei den ersten beiden Präventionsforen ließ sich beobachten, dass für einige Teilnehmende weniger die Weiterentwicklung der BRE als vielmehr ihre organisationalen Arbeitsschwerpunkte und/oder die kritische Auseinandersetzung mit dem Präventionsgesetz im Allgemeinen im Vordergrund standen. Deshalb sollte die bereits beim dritten Präventionsforum erfolgte bessere Fokussierung auf die Aufgabe des Präventionsforums, die NPK zu beraten, beibehalten werden.

Beim zweiten und dritten Präventionsforum wurden deutlich konkretere Ergebnisse als beim ersten Präventionsforum erzielt – sicher auch aufgrund der themenspe-

zifischeren Ausrichtung. Diese sollte deshalb beibehalten werden. Für das vierte Präventionsforum im Herbst 2019 ist geplant, den ersten Präventionsbericht der NPK in den Fokus zu rücken und insbesondere die Ergebnisse zur Qualitätssicherung und Evaluation zu diskutieren.

Eine Empfehlung insbesondere der ersten beiden Präventionsforen lautete, die gemeinsame Strategie und das gemeinsame Vorgehen der Sozialversicherungsträger sichtbarer werden zu lassen. Diese Empfehlung, die beim Präventionsforum 2018 bereits umgesetzt wurde (insbesondere die Vorträge verdeutlichten die intensivierte Verzahnung der bestehenden Angebote der Sozialversicherungsträger), sollte auch in der Konzeption der nächsten Präventionsforen berücksichtigt werden.

7.4 BEAUFTRAGUNG DER BZGA ZUR UNTERSTÜTZUNG DER KRANKENKASSEN

Mit dem Präventionsgesetz wurde der GKV-Spitzenverband verpflichtet, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V insbesondere mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation zu beauftragen. Mit der Beauftragung sollen insbesondere die in § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V festgelegte Zielsetzung der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen unterstützt und die Voraussetzungen verbessert werden, um auf vulnerable Gruppen eingehen zu können. Grundlagen für die Beauftragung sind der GKV-Leitfaden Prävention (Kapitel 7.6) und die in den Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie (Kapitel 6) getroffenen Festlegungen.

Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben

Im ersten Halbjahr 2016 haben der GKV-Spitzenverband und die BZgA eine Vereinbarung zur Unterstützung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a Abs. 3 und 4 SGB V abgeschlossen. Gegenstand der Vereinbarung sind von der BZgA zu erbringende Leistungen, insbesondere für:

- Konzeptentwicklung und -erprobung von Gesundheitsförderung zur nachhaltigen Implementierung für vulnerable Zielgruppen,
- Literaturrecherchen zu evidenzbasierten Interventionsmöglichkeiten in Lebenswelten,
- empirische Begleitung und Evaluation von Projekten in Lebenswelten auf Bundes- und Landesebene,
- Entwicklung von Schulungskonzepten sowie Durchführung von Schulungen für Lebensweltverantwortliche,
- Qualitätssicherungsaufgaben,
- Entwicklung von Wissens- und Informationsplattformen,
- Unterstützung von Vernetzungsprozessen sowie
- weitere Forschungsaufträge nach GKV-Bedarf.

Der GKV-Spitzenverband stellt der BZgA seit dem ersten Quartal 2016 die gesetzlich vorgesehenen Finanzmittel quartalsweise zur Verfügung.³⁷³ Basierend auf der o. g.

373 Der GKV-Spitzenverband hat im Januar 2016 beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg Klage eingereicht, um die Finanzierung der BZgA als staatliche Behörde durch Beitragselder der gesetzlichen Krankenversicherung auf ihre Rechtmäßigkeit überprüfen zu lassen.

Vereinbarung und den von der BZgA vorgelegten Angeboten zum 01.07.2016 wurden bisher acht auf mehrere Jahre angelegte Aufträge und zum 02.09.2016 ein weiterer Auftrag erteilt. Seit der zweiten Jahreshälfte 2016 finanziert die BZgA planmäßig 30 Personalstellen aus den GKV-Mitteln (seit dem vierten Quartal 2018 werden 35 Personalstellen finanziert). Für die Umsetzung der Aufträge zieht die BZgA Kooperationspartner heran und vergibt hierfür in der Regel Unteraufträge.

GKV-Bündnis für Gesundheit

Das GKV-Bündnis für Gesundheit ist die gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Das Bündnis fördert u. a. Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung, Erprobung und Implementierung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen, sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation. Die Aufgaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit werden gemäß den o. g. Grundlagen von der BZgA mit den Finanzmitteln der gesetzlichen Krankenkassen umgesetzt. Auf der Informationsplattform www.gkv-buendnis.de, die seit August 2018 online ist, werden die Ergebnisse der Beauftragung kommuniziert und öffentlich verfügbar gemacht.

Im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit erfolgte die strukturelle Stärkung der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) in allen Bundesländern und die Ausweitung des Projekts „Verzahnung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ auf 129 Standorte. Zudem wurden Aufträge erteilt, um die empirische Basis für lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken, und ein Förderprogramm für die kommunale Gesundheitsförderung auf den Weg gebracht.

Ausbau und Weiterentwicklung der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit

Ende des Jahres 2016 haben die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit damit begonnen, die KGC des Kooperationsverbands Gesundheitliche Chancengleichheit (Kapitel 2.2.4) mit den Mitteln nach § 20a Abs. 3 und 4 SGB V personell aufzustocken. Pro Bundesland wurde das Personal auf durchschnittlich zwei GKV-finanzierte Vollzeitstellen erweitert. Die Verteilung erfolgte unter Berücksichtigung

der Faktoren Einwohnerzahl und Fläche des Bundeslandes und mit Hilfe eines Index, der die gesundheitliche und soziale Belastung der Bevölkerung zusammenfasst. Seit Ende 2017 finanziert die GKV bundesweit 32 Personalstellen. Die für Gesundheit zuständigen Landesministerien steuern ebenfalls nicht unerhebliche Mittel bei. So haben einige Bundesländer (z. B. Brandenburg, Nordrhein-Westfalen und Thüringen) ihre Förderung an den Umfang der GKV-Förderung angeglichen.

Die Aufstockung des Fachpersonals ging mit einer inhaltlichen und qualitativen Weiterentwicklung der KGC einher, die auch in den kommenden Jahren fortgesetzt wird. Seit April 2018 wird die Arbeit der KGC durch eine Evaluation begleitet, die u. a. Ergebnisse zu hinderlichen bzw. förderlichen Faktoren bei der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit bzw. für die Arbeit der KGC generieren wird. Zudem sollen wirksame Strukturen und Prozesse identifiziert und im Sinne eines Gute Praxis-Ansatzes KGC-übergreifend implementiert werden.

Verzahnung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt

Seit mehreren Jahren kooperieren gesetzliche Krankenkassen und Jobcenter bzw. Agenturen für Arbeit, um gemeinsam die gesundheitliche Lage von arbeitslosen Menschen zu verbessern. Das 2014 begonnene Modellprojekt von GKV und Bundesagentur für Arbeit zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt wird seit 2016 im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit ausgeweitet und inhaltlich weiterentwickelt.

Um die Gesundheit arbeitsloser Menschen zu erhalten und zu stärken, ihre Lebensqualität zu verbessern und gleichzeitig den Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt zu erleichtern, sind Kooperationen wichtig. So werden Maßnahmen zur Arbeitsförderung von Jobcentern und Agenturen für Arbeit mit Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen und möglichst weiteren Angeboten kommunaler Partner verzahnt. Dazu plant ein gemeinsames Steuerungsgremium in der jeweiligen Kommune die Aktivitäten der Partner. Derzeit wird die Zusammenarbeit in allen Bundesländern an insgesamt 129 Standorten unter wissenschaftlicher Begleitung erprobt. Die 2020 zu erwartenden Evaluationsergebnisse sollen künftig bei der flächendeckenden Umsetzung genutzt werden. Auf der Bundesebene sind die Bundesagentur für Arbeit, der Deutsche Städtetag sowie der Deutsche Landkreistag

Projektpartner der GKV-Gemeinschaft. Die BZgA unterstützt das Projekt im GKV-Auftrag: Sie übernimmt die bundesweite Koordination, unterstützt die Standorte und betreut die Evaluation.

Forschungsaufträge zur lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention

Die BZgA führt im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V umfassende Aufbereitungen der empirischen Erkenntnisse zur Wirksamkeit und zum Nutzen lebensweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention durch. Mit den Ergebnissen steht den Krankenkassen und allen anderen für Gesundheitsförderung und Prävention verantwortlichen Akteuren eine umfassende Wissensbasis für ihr lebensweltbezogenes, zielgruppenorientiertes Engagement zur Verfügung. Das IGES Institut hat die BZgA dabei unterstützt, für den vorliegenden ersten Präventionsbericht der NPK eine Zusammenfassung aus den bisher 24 einzelnen Forschungsaufträgen zu erstellen (Kapitel 4.1).

Die Aufbereitung internationaler Forschungsergebnisse zu verschiedenen Themen bzw. Fragestellungen der Gesundheitsförderung und Prävention wird als Beitrag zur Qualitätsentwicklung im Rahmen von Unterbeauftragungen kontinuierlich fortgeführt und für die Fachpraktiker bereitgestellt.³⁷⁴ Beauftragt sind u. a. internationale Literaturrecherchen zu Handlungsempfehlungen zur Prävention des Tabakkonsums und zur Förderung des Nichtrauchens, zur Evidenz von Ernährungsempfehlungen sowie zu ganzheitlichen Ansätzen der psychischen Gesundheitsförderung in Schulen. Nach dem Vorbild der auf einen Bundestagsbeschluss hin durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung³⁷⁵ sollen so für weitere Handlungsfelder Empfehlungen abgeleitet und für die Praxis aufbereitet werden. Für die Begleitevaluation von krankenkassenübergreifenden Projekten hat die BZgA 2018 einen Rahmenvertrag mit Kooperationspartnern geschlossen. Um die Überprüfung von Präventionsmaßnahmen und ihre Verbreitung zu unterstützen, ist in der Beauftragung auch die Entwicklung und Standardisierung von Evaluationsinstrumenten vorgesehen.

Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit

2018 hat der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit der BZgA ein Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit auf den Weg gebracht, das die kommunale Gesundheitsförderung bundesweit stärken und einen Qualitätsentwicklungsprozess anstoßen soll.³⁷⁶ Die Umsetzung des Förderprogramms ist mit einer ersten Förderphase im Januar 2019 gestartet. Rund 200 Kommunen, die auf Grundlage des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD)³⁷⁷ vom Robert Koch-Institut (RKI) als sozioökonomisch benachteiligt identifiziert wurden, können eine drei- bis fünfjährige finanzielle Förderung in Höhe von jeweils bis zu 250.000 Euro für den Aufbau von kommunalen Strukturen zur Steuerung und Kooperation für Gesundheitsförderung beantragen. Das GKV-Bündnis für Gesundheit schafft damit eine wesentliche Voraussetzung, um die Planung, Umsetzung und nachhaltige Etablierung gesundheitsförderlicher Angebote in der Kommune zu verbessern. Ab Mitte 2019 wird das Angebot um die Förderung bedarfsbezogener Gesundheitsförderungsmaßnahmen für vulnerable Zielgruppen erweitert. Das auf fünf Jahre angelegte Förderprogramm wird wissenschaftlich begleitet, um Erkenntnisse hinsichtlich der Wirksamkeit kommunaler Koordinierungsprozesse zu generieren.

Erfahrungen mit der Umsetzung der Beauftragung

Über die oben dargestellten Aufträge und Ergebnisse hinaus wurden bereits für 2016 bzw. 2017 weitere Aufgaben beauftragt, wie die Entwicklung von Qualitätsindikatoren in den Lebenswelten Kindertageseinrichtung, Schule und Kommune sowie von neuen Interventionsansätzen für vulnerable Zielgruppen, die in der Umsetzung verzögert sind oder noch nicht begonnen wurden. Von den 2016 bis 2018 an die BZgA überwiesenen GKV-Mitteln in Höhe von 98,6 Millionen Euro hat die BZgA bis Ende 2018 nur 19,4 Millionen Euro verausgabt.

Die vom Gesetzgeber vorgegebene Beauftragung der BZgA als Bundesbehörde durch den GKV-Spitzenverband stellt beide Seiten vor die Herausforderung, die unterschiedlichen Rechtskreise so auszugestalten, dass die Aufgaben im Zusammenspiel bewältigt werden können. So waren aufgrund der Anwendung der Bundeshaus-

374 www.gkv-buendnis.de/publikationen

375 www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/bewegungsempfehlungen.html

376 www.gkv-buendnis.de/foerderprogramm/foerderangebote

377 Kroll, L.E., Schumann, M., Hoebel, J., & Lampert, T. (2017). German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) Version 1.0. GESIS Datenarchiv. Datensatz. doi: 10.7802/1460

haltsordnung (BHO) grundlegende Probleme zu lösen, was im ersten Beauftragungsjahr und darüber hinaus zu Zeitverzug bei der Umsetzung der Aufgaben beitrug. Die Anwendung des GKV-Leitfadens Prävention (Kapitel 7.6) als Handlungsrahmen und Qualitätssicherungsinstrument durch die BZgA und die Kooperationspartner erfordert eine intensive Unterstützung durch die GKV. Die Koordinierung der Zusammenarbeit mit weiteren Auftragnehmern und Kooperationspartnern durch die BZgA führt insgesamt zu nicht geringen zusätzlichen Aufwänden. Die beauftragte Unterstützung der gesetzlichen Krankenkassen beim qualitätsgesicherten Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, mit der insbesondere sozial benachteiligte Zielgruppen erreicht werden sollen, konnte von der BZgA nur teilweise umgesetzt werden.

7.5 ARBEIT DER REGIONALEN BGF-KOORDINIERUNGSSTELLEN

Mit dem Ziel, die Zahl der in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) aktiven Betriebe - insbesondere kleiner und mittelständischer Unternehmen (KMU) - zu erhöhen, formuliert das Präventionsgesetz in § 20b Abs. 3 SGB V die Anforderung, dass die gesetzlichen Krankenkassen zur Beratung und Unterstützung von Unternehmen im Bereich der BGF regionale Koordinierungsstellen einrichten. Die Ausgestaltung der Aufgaben, Arbeitsweise und Finanzierung der BGF-Koordinierungsstellen sowie die Einbeziehung örtlicher Unternehmensorganisationen obliegt den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Sie sind angehalten, die Koordinierungsstellen als ein gemeinsames Angebot der Krankenkassen einzurichten und dabei bestehende Strukturen zu nutzen, um Doppelstrukturen zu vermeiden. Die BGF-Koordinierungsstellen sind ein möglicher Zugangsweg für Unternehmen zu den Leistungen der NPK-Träger zur betrieblichen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung. Weitere Zugangswege existieren über die regionalen Präventionsdienste der Unfallversicherungsträger, den Firmenservice der Rentenversicherungsträger, den Außendienst der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie überbetriebliche Netzwerke.³⁷⁸

Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben

Die gesetzlichen Krankenkassen haben das Angebot der regionalen BGF-Koordinierungsstellen im Mai 2017 realisiert. Kernelement ist die Beratung von Unternehmen durch Expertinnen und Experten der Krankenkassen. Die Beratung zeichnet sich dadurch aus, dass sie qualitätsgesichert, persönlich, betriebsspezifisch, wettbewerbsneutral und kostenfrei ist. Über das Informations- und Beratungsportal www.bgf-koordinierungsstelle.de können interessierte Unternehmen entweder selbst eine Krankenkasse auswählen, von der sie beraten werden möchten, oder sie können sich über ein Kontaktformular eine Beratung durch eine Krankenkasse vermitteln lassen. Innerhalb von zwei Werktagen meldet sich eine Krankenkasse bei anfragenden Unternehmen. Die Beratung kann sowohl telefonisch als auch vor Ort im Unternehmen erfolgen.

Zur Steuerung der regionalen BGF-Koordinierungsstellen haben die gesetzlichen Krankenkassen eine Kooperationsgemeinschaft Bund und 16 Länder-Kooperations-

³⁷⁸ Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, S. 26.

gemeinschaften gegründet, in denen jeweils alle sechs Kassensysteme (Kapitel 2.1.1) vertreten sind. Zur Verbreitung des Angebots werden örtliche Unternehmensorganisationen, d. h. Arbeitgeberverbände, Kammern (Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern) sowie Wirtschaftsfachverbände (wie Branchen- und Handwerksverbände, z. B. Innungen) über Kooperationsvereinbarungen aktiv beteiligt. Sie sollen aufgrund ihres Zugangs zu Unternehmen als Transferpartner helfen, das Angebot der BGF-Koordinierungsstellen bekannt zu machen. Bundesweit konnten bisher 60 Unternehmensorganisationen für die BGF-Koordinierungsstellen als Kooperationspartner gewonnen werden.

Evaluation der regionalen BGF-Koordinierungsstellen

Die Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen wurde durch eine Evaluation untersucht.³⁷⁹ Ziel der Evaluation war es, den Umsetzungsstand Mitte 2018 abzubilden und eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung zu ermöglichen. Dazu wurden insbesondere folgende Aspekte untersucht:

- Aktivitäten der GKV-Kooperationsgemeinschaften in den Ländern,
- Zusammenarbeit zwischen den GKV-Kooperationsgemeinschaften und den örtlichen Unternehmensorganisationen sowie die daraus resultierenden Aktivitäten der örtlichen Unternehmensorganisationen zur Bekanntmachung der BGF-Koordinierungsstellen,
- Nutzung vorhandener Strukturen sowie fördernde und hemmende Faktoren beim Aufbau der BGF-Koordinierungsstellen,
- Inanspruchnahme und das Nutzerprofil der BGF-Koordinierungsstellen.

Zur Beantwortung der Evaluationsfragen wurden bei der Kooperationsgemeinschaft Bund und den 16 Länder-Kooperationsgemeinschaften der gesetzlichen Krankenkassen sowie bei den örtlichen Unternehmensorganisationen mittels Interviews und Fragebögen Daten erhoben. Weiterhin wurde die Webstatistik des Portals www.bgf-koordinierungsstelle.de analysiert. Der Evaluationszeitraum umfasst Mai 2017 bis November 2018.

Die gesetzlichen Krankenkassen führen – häufig in Kooperation mit anderen Akteuren – vielfältige **Aktivitäten zur Verbreitung des Wissens über die regionalen BGF-Koordinierungsstellen** durch. Ein Schwerpunkt sind Veranstaltungen, um das Angebot der BGF-Koordinierungsstellen vorzustellen und Unternehmen bezüg-

lich Möglichkeiten, Inhalten und Erfolgsfaktoren von BGF-Maßnahmen zu sensibilisieren und so in den direkten Austausch zu treten. Elemente dieser Veranstaltungen sind neben Informationsständen u. a. Impulsvorträge, eine Vorstellung der Internetplattform, Aufzeigen von Best-Practice-Beispielen sowie ein direkter Austausch mit den Unternehmen. Über Veranstaltungen hinaus werden Pressemitteilungen in verschiedenen Medien platziert, Vorträge in Netzwerken gehalten, Multiplikatoren in die Öffentlichkeitsarbeit eingebunden, Verlinkungen zum Online-Portal auf den Internetseiten der Unternehmensorganisationen erstellt und Unternehmen direkt angesprochen.

Die Zusammenarbeit von gesetzlichen Krankenkassen und Unternehmensorganisationen

wird sowohl seitens der Krankenkassen als auch seitens der Unternehmensorganisationen als grundsätzlich positiv bewertet. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses wird dabei als notwendige Voraussetzung für die Zusammenarbeit beschrieben. Die Klärung, welche Erwartungen die Partner an die Kooperation haben, sowie die Definition von Aufgaben und Rollen innerhalb der Kooperationsvereinbarungen sind ebenso von Bedeutung. Die Ergebnisse aus den Interviews mit Vertretungen der Krankenkassen geben Hinweise darauf, dass die Krankenkassen bei der Ansprache von Unternehmensorganisationen häufig auf Vorbehalte gegenüber Krankenkassen stoßen. Die Ergebnisse aus den Interviews mit den Unternehmensorganisationen bestätigen eine eher kritische Haltung gegenüber den Krankenkassen und dem Mehrwert einer Zusammenarbeit. Sie weisen außerdem darauf hin, dass die kassenartenübergreifende und wettbewerbsneutrale Ausgestaltung des Beratungs- und Informationsangebots der BGF-Koordinierungsstellen ein entscheidender Faktor dafür ist, dass sich Unternehmensorganisationen für eine Kooperation mit den BGF-Koordinierungsstellen entscheiden. Dabei ist hervorzuheben, dass die Kooperation für die Unternehmensorganisationen freiwillig ist, da die Kooperationsverpflichtung im Präventionsgesetz nur auf Seiten der Krankenkassen verbindlich als Soll-Vorschrift geregelt wurde.

Die **Mitwirkung der Unternehmensorganisationen** bei der Ansprache und Information von Unternehmen gestaltet sich in den Erfahrungen der GKV-Kooperationsgemeinschaften unterschiedlich. Während in einigen Bundesländern die Unternehmensorganisationen sehr engagiert sind, gemeinsam mit den gesetzlichen Kran-

379 Hildebrandt, S., Sörensen, J., & Marschall J. (2019). Evaluation der regionalen BGF-Koordinierungsstellen. Berlin: Kooperationsgemeinschaft BGF-Koordinierungsstellen auf Bundesebene. www.bgf-koordinierungsstelle.de

kenkassen Veranstaltungen konzipieren und sich aktiv als Multiplikatoren einbringen, bleiben diese in anderen Ländern eher zurückhaltend. Die Gründe für zurückhaltendes Engagement liegen in fehlenden zeitlichen Ressourcen, aber auch teilweise noch in der Unkenntnis über den Mehrwert der BGF-Koordinierungsstellen. In Folge dessen kommt es zum Teil zu einer geringeren Priorisierung von Aktivitäten zur Bewerbung der BGF-Koordinierungsstellen.

Der Aufbau der regionalen BGF-Koordinierungsstellen erfolgte überwiegend unter **Nutzung bestehender landesspezifischer Strukturen**. So haben beispielsweise die Kooperationsgemeinschaften bei der Einrichtung einer Steuerungsstruktur auf bewährte Arbeits- und Expertenkreise und regionale Netzwerke zurückgegriffen und für die Beteiligung regionaler Partner bereits bestehende Kontakte zu Unternehmensorganisationen und zu anderen Sozialversicherungsträgern wie Unfall- und Rentenversicherungsträger genutzt. Die Nutzung bestehender Strukturen und der Ausbau bewährter Kooperationsmodelle erwiesen sich zudem als ein Erfolgsfaktor für die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses.

Die **Nutzung des Online-Portals der BGF-Koordinierungsstellen** wurde für den Zeitraum seit der Liveschaltung im Mai 2017 bis November 2018 untersucht. In diesem Zeitraum wurde das Portal 33.400 Mal besucht und es wurden 4.560 Kontaktaufnahmen übermittelt. Dabei wählten die anfragenden Unternehmen rund siebenmal häufiger den direkten Weg zu einer gesetzlichen Krankenkasse (4.000 Kontaktaufnahmen), als dass sie über das Kontaktformular eine Vermittlung zu einer Krankenkasse anfragten (560 Kontaktaufnahmen). Die 4.560 Kontaktaufnahmen sind im Kontext der 17.700 Betriebe bzw. Standorte zu sehen, in denen die GKV im Jahr 2017 Aktivitäten der BGF durchführte (Kapitel 5.3). Die Differenz in den Anzahlen weist darauf hin, dass sich die meisten Betriebe über andere Zugangswege als die BGF-Koordinierungsstellen an die Krankenkassen wandten.

Rund 40 % der anfragenden Unternehmen waren KMU mit bis zu 49 Mitarbeitenden, weitere 30 % der Anfragen stammten von KMU mit 50-249 Beschäftigten. Der große Anteil kleinerer Unternehmen steht im Kontrast zur Größe der Betriebe, in denen die GKV im Jahr 2017 BGF-Aktivitäten durchführte: Nur ca. 20 % der Aktivitäten wurden in Betrieben mit bis zu 49 Mitarbeitenden durchgeführt (Kapitel 5.3). Somit scheinen die BGF-Ko-

ordinierungsstellen einen geeigneten Zugangsweg zu den typischerweise schwieriger zu erreichenden kleineren Unternehmen darzustellen. Das Online-Portal der BGF-Koordinierungsstellen steht interessierten Unternehmen rund um die Uhr zur Verfügung. Diese Flexibilität nutzen insbesondere KMU: Die außerhalb der üblichen Bürosprechzeiten erhaltenen Kontaktanfragen stammen überwiegend von KMU.

Resümee zum Aufbau der regionalen BGF-Koordinierungsstellen

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

Bei der Weiterentwicklung der BGF-Koordinierungsstellen wird die GKV einen Fokus darauf legen, das Angebot der BGF-Koordinierungsstellen noch bekannter zu machen und mehr Betriebe zur Umsetzung von BGF-Aktivitäten zu motivieren. Um das Thema in den Betrieben zu verankern, ist es besonders wichtig, den Nutzen von BGF für die Unternehmen zu identifizieren und die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen zu sichern. Untersuchungen zeigen, dass gerade KMU aufgrund ihrer begrenzten personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen³⁸⁰ eine erhebliche Hürde sehen, ganzheitliche und an die unternehmensspezifischen Bedarfe angepasste BGF-Maßnahmen zu implementieren und langfristig umzusetzen. Darüber hinaus steht gerade bei Kleinst- und Kleinunternehmen zunächst der Unternehmenszweck im Mittelpunkt, denn dies sichert das Bestehen des Unternehmens. BGF ist allerdings nur dann erfolgreich, wenn die Unternehmen – auf freiwilliger Basis – auch eigene Ressourcen einbringen und in langfristig wirksame Strukturveränderungen investieren.

380 Vgl. Bechmann, S., Jäckle, R., Lück, P., & Herdegen R. (2011). Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement. Iga.Report 20 (2. aktualisierte Auflage). Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit.

7.6 WEITERENTWICKLUNG DES GKV-LEITFADENS PRÄVENTION

Der seit dem Jahr 2000 zunächst von den früheren Spitzenverbänden der Krankenkassen und seit 2008 vom GKV-Spitzenverband verantwortete GKV-Leitfaden Prävention legt einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung fest. Mit dem Präventionsgesetz hat der Gesetzgeber die Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes bei der Gestaltung der Handlungsfelder und Kriterien für die Primärprävention und Gesundheitsförderung bestätigt, konkretisiert und ausgeweitet:

- Im GKV-Leitfaden Prävention sind nunmehr – zusätzlich zu den bislang schon zu berücksichtigenden Kriterien zu „Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt [und] Methodik“ – weitere Kriterien zu „Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele“ zu definieren.
- Der bei der Erarbeitung bereits von Beginn an zu berücksichtigende unabhängige Sachverstand wurde gesetzlich konkretisiert: Einzubeziehen sind die für Primärprävention und Gesundheitsförderung relevanten Wissenschaftsdisziplinen, namentlich Gesundheitswissenschaft, Humanmedizin, Arbeitsmedizin, Psychotherapie, Psychologie, Pflegewissenschaft, Ernährungswissenschaft, Sportwissenschaft, Suchtwissenschaft/-forschung, Erziehungswissenschaft sowie Sozialwissenschaft. Auch der Sachverstand der Menschen mit Behinderungen ist einzubeziehen.
- Die vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ entwickelten nationalen Gesundheitsziele sind – soweit sie die Primärprävention und Gesundheitsförderung betreffen und in § 20 Abs. 3 SGB V benannt sind – bei der Weiterentwicklung des GKV-Leitfadens zu berücksichtigen. Analoges gilt für die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK) im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) nach § 20a Abs. 2 Nr. 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.
- Schließlich hat der GKV-Spitzenverband die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren der Zer-

tifizierung der Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention (Kapitel 7.7) zu definieren und diese Festlegungen sowie eine Übersicht der zertifizierten Leistungen auf seiner Internetseite zu veröffentlichen.

Beratende Kommission für Primärprävention und Gesundheitsförderung

Seit dem Jahr 2000 besteht die Beratende Kommission für Primärprävention und Gesundheitsförderung, durch die unabhängiger Sachverstand kontinuierlich in die Erarbeitung des GKV-Leitfadens Prävention einfließt. Infolge des Präventionsgesetzes wurde die Kommission 2016 neu konstituiert. Als ständige Mitglieder wirken jeweils eine Vertretung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der Deutschen Gesellschaft für Public Health e. V., der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V., der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V., der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände, des Deutschen Gewerkschaftsbundes sowie des Deutschen Behindertenrates mit. Mit Gaststatus sind jeweils eine Vertretung des Bundesministeriums für Gesundheit sowie der Gesundheitsministerkonferenz der Länder vertreten. Vertretungen der in § 20 Abs. 2 SGB V genannten, für Primärprävention und Gesundheitsförderung relevanten Fachdisziplinen (s. o.) werden als „erweiterter Kreis“ im Rahmen schriftlicher Stellungnahmeverfahren in die Weiterentwicklung des Leitfadens einbezogen. In vertrauensvoller Zusammenarbeit mit der Beratenden Kommission und unter Integration ihrer zahlreichen Vorschläge konnte 2018 die Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention im Hinblick auf die Anforderungen des Präventionsgesetzes abgeschlossen werden.³⁸¹

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der gesetzlichen Krankenversicherung

Die GKV definiert seit 2007 im GKV-Leitfaden Prävention Ziele für ihre Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in Lebenswelten einschließlich Betrieben. Der Stand der Erreichung der Ziele wird jährlich im Rahmen des GKV-Präventionsberichts dokumentiert. Die bis einschließlich 2018 geltenden Ziele der GKV waren auf die Zielefestlegungen von Initiativen mit nationaler Bedeu-

381 www.gkv-spitzenverband.de ▶ Krankenversicherung ▶ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▶ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▶ Leitfaden Prävention.

tung³⁸² bezogen; durch Kooperationsvereinbarungen mit der GUV, der NAK, der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Spitzenverbänden hat die GKV darüber hinaus die notwendige Abstimmung und Zusammenarbeit der Verantwortlichen vor Ort unterstützt.

Mit dem Präventionsgesetz wurde die Aufgabe der Zieldefinition für die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten der NPK übertragen. Die Bundesrahmempfehlungen (BRE) der NPK enthalten dementsprechend die gemeinsamen Ziele von GKV, GRV, GUV und SPV.

Die von der GKV neugefassten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2019–2024 operationalisieren die Zielstellungen der BRE für die von der GKV verantworteten Aktivitäten. Die Ziele konzentrieren sich auf die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie die betriebliche Gesundheitsförderung. Dabei konkretisieren sie den Auftrag zur Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen, der gesundheitlichen Chancengleichheit, der Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie der Förderung selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns. Auch auf die Koordinierung von Aktivitäten sowie auf die Vernetzung der unterschiedlichen Verantwortlichen in Lebenswelten und Betrieben sind die Ziele ausgerichtet. Die arbeitsweltbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV fokussieren mit „Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit“ sowie „Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems“ auf die auch von der NAK im Rahmen der GDA verfolgten inhaltlichen Schwerpunkte.

Entsprechend § 20 Abs. 3 SGB V wurde der GKV-Leitfaden im Hinblick auf die Berücksichtigung der vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de erarbeiteten Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention untersucht. Der Abgleich hat verdeutlicht, dass der Leitfaden zu jedem der relevanten Ziele spezifische und breit gefächerte Umsetzungsbeiträge der gesetzlichen Krankenkassen enthält – sowohl im Rahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention also auch in der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie in der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Weitere Neuerungen im GKV-Leitfaden Prävention

Der GKV-Leitfaden Prävention wurde nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes an die neuen gesetzlichen Regelungen angepasst und gleichzeitig inhaltlich weiterentwickelt. Neben der Neufassung der GKV-Ziele in der Primärprävention und Gesundheitsförderung (s. o.) wurden u. a. im Bereich der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention die Zielgruppenbeschreibungen um Kinder und Jugendliche mit Suchtgefährdung bzw. aus suchtblasteten oder psychisch belasteten Familien ergänzt. Zudem erfolgte eine Beschreibung von Lebenswelten der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports in der Kommune und eine Konkretisierung der Einbindung von Laien aus der Zielgruppe als Multiplikatoren (sog. Peer-Ansatz).

Weitere Änderungen betreffen die individuelle verhaltensbezogene Prävention (Präventionskurse). Hier wurden insbesondere ein einheitliches Verfahren der Zertifizierung von Leistungen definiert und die Anforderungen an die Anbieterqualifikation neu geregelt (Kapitel 7.7). Auch Kriterien zur Erleichterung einer Inanspruchnahme von Präventionsangeboten durch Menschen mit Behinderungen wurden ergänzt.

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

382 Berücksichtigt wurden insbesondere die Zielvorgaben folgender Initiativen: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Qualitätskriterien für die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung), Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA), der Nationale Aktionsplan IN FORM der Bundesregierung gegen Bewegungsmangel, Fehl-Ernährung, Übergewicht und damit zusammenhängende Krankheiten sowie das Forum „gesundheitsziele.de“ (insbesondere nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen).

7.7 INDIVIDUELLE VERHALTENSBEZOGENE LEISTUNGEN DER GKV

Die gesetzlichen Krankenkassen können nach § 20 Abs. 5 SGB V Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention für einzelne Versicherte erbringen. Die grundsätzlich als Gruppenangebot erbrachten Leistungen („Präventionskurse“) haben zum Ziel, die Versicherten für eine gesunde Lebensführung zu motivieren und sie zu befähigen, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen dauerhaft in den Alltag zu integrieren. Mit Kursangeboten in den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum bieten die Krankenkassen den Versicherten die Chance, ihre Gesundheit zu verbessern bzw. möglichen Erkrankungen aktiv vorzubeugen.

Die Präventionskurse müssen einheitlichen Qualitätsvorgaben genügen, die im GKV-Leitfaden Prävention (Kapitel 7.6) ausgeführt sind. Der Leitfaden wurde 2018 u. a. im Hinblick auf die Regelungen zur Anbieterqualifikation in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention neu gefasst, um der wachsenden Vielfalt Rechnung zu tragen, insbesondere interdisziplinärer Bachelor- und Master-Studiengänge im Zuge des „Bologna-Prozesses“. Anstelle der bisherigen beispielhaften Aufzählungen von in Frage kommenden Berufs- oder Studienabschlüssen werden nun inhaltliche und quantitative Mindeststandards für die fachliche Qualifikation von Kursleiterinnen und Kursleitern definiert. Diese Mindeststandards bieten eine durch fachwissenschaftliche Expertise abgesicherte Grundlage für Anerkennungen und sind auch als Grundlage für handlungsfeldbezogene Nachqualifizierungen im Sinne lebenslangen Lernens nutzbar. Die angestrebte Qualitätsstärkung wird durch Bestandsschutzregelungen und Übergangsfristen für bislang anerkannte Kursleitende flankiert.

Für die individuelle verhaltensbezogene Prävention soll darüber hinaus ab 2020 ein krankenkassenübergreifendes System zur Evaluation von Präventionskursen etabliert werden, insbesondere zur Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele auf Basis von Stichproben.

Einheitliches Zertifizierungsverfahren und Übersicht über zertifizierte Leistungen

Mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes wurde der GKV-Spitzenverband verpflichtet, Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten zu definieren und diese Festlegungen sowie eine Übersicht der zertifizierten Leistungen auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Die für die Zertifizierung der Leistungen geltenden Anforderungen werden im GKV-Leitfaden Prävention (Kapitel 7.6) beschrieben und wurden im Rahmen der letzten Weiterentwicklung neu geregelt.

Die 2013 von den Krankenkassen gegründete „Zentrale Prüfstelle Prävention“ prüft mittlerweile im Auftrag nahezu aller 110 Krankenkassen (Stand 2018) Präventionsangebote im Hinblick auf Leitfadenskonformität und schafft für die Versicherten Transparenz über alle zertifizierten Angebote (www.zentrale-pruefstelle-praevention.de). Durch die zentrale Kriterienprüfung reduziert sich der bürokratische Aufwand sowohl für Kursanbieterinnen und -anbieter als auch für die Krankenkassen. Versicherte können aus sämtlichen zertifizierten Angeboten die für sie geeigneten Präventionskurse auf den Internetseiten ihrer Krankenkasse recherchieren. Auch die Website des GKV-Spitzenverbandes³⁸³ verweist auf die Recherchemöglichkeiten. In der betrieblichen Gesundheitsförderung prüfen und zertifizieren die Krankenkassen die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention selbst. Es ist auch keine bundesweite Bekanntheit erforderlich, weil die Leistungen betriebspezifisch ausgestaltet sind und sich ausschließlich an die Beschäftigten des jeweiligen Betriebs richten.

Inanspruchnahme von Präventionskursen im Jahr 2017

Daten zur Inanspruchnahme der Kurse werden jährlich im GKV-Präventionsbericht veröffentlicht. Die Dokumentation erfolgt für jede Kursteilnahme und beinhaltet das Handlungsfeld und Präventionsprinzip des Kurses sowie Alter und Geschlecht der Teilnehmenden. Im Berichtsjahr 2017 wurden insgesamt 1.675.008 Teilnahmen an individuellen Präventionskursen dokumentiert.³⁸⁴ Damit sind die Kursteilnahmen seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 relativ konstant geblieben.

383 www.gkv-spitzenverband.de ▶ Services ▶ Informationen für Versicherte ▶ Präventionskurse.

384 Darin sind auch Teilnahmen an sogenannten informations- und kommunikationstechnologiebasierten (IKT) Selbstlernprogrammen enthalten, die einen wechselseitigen Austausch zwischen den Nutzerinnen und Nutzern und dem E-Kursleitenden bzw. E-Coach ermöglichen. Da jeder Versicherte zwei Kurse pro Jahr mit Unterstützung der GKV besuchen kann, liegt die Anzahl der erreichten Personen unter der Anzahl Teilnahmen.

70 % der Teilnahmen erfolgten in Kursen zum Thema Bewegung, 26 % zum Thema Stressmanagement, wobei hier Entspannungsangebote wie z. B. Progressive Relaxation nach Jacobson, Autogenes Training Grundstufe nach Schultz, Hatha Yoga, Tai-Chi und Qigong dominieren (91 % der Teilnahmen im Handlungsfeld Stressmanagement). Die übrigen Kursteilnahmen haben die Themen Ernährung oder Suchtmittelkonsum zum Inhalt (4 %).

Die Kursangebote werden überwiegend von Frauen besucht (81 % der Kursteilnahmen). Ausnahmen bilden Kurse zum Thema Suchtmittelkonsum (zumeist Kurse zur Förderung des Nichtrauchens), die von Männern und Frauen zu etwa gleichen Teilen besucht werden. Differenziert nach Alter nehmen 40- bis 60-jährige Versicherte gesundheitsförderliche Kursangebote überproportional häufig in Anspruch: 42 % der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer befinden sich in dieser Altersgruppe; der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung ist mit 30 % deutlich niedriger.

7.8 ERFAHRUNGEN MIT ÄRZTLICHEN PRÄVENTIONSEMPFEHLUNGEN

Durch das Präventionsgesetz wurden in das SGB V Regelungen für eine ärztliche Präventionsempfehlung aufgenommen, die in Form einer schriftlichen Bescheinigung ausgestellt wird (§§ 20 Abs. 5, 25 Abs. 1 Satz 2 und 26 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss erhielt die Aufgabe, Näheres dazu in seinen Richtlinien zu regeln. Ärztinnen und Ärzte können 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. Vorgesehen ist die Empfehlung individueller verhaltensbezogener Leistungen zur Primärprävention gemäß § 20 Abs. 5 Satz 2 SGB V (Kapitel 7.7). Entsprechend dem GKV-Leitfaden Prävention (Kapitel 7.6) finden diese Leistungen grundsätzlich in Gruppen statt („Präventionskurse“) und sollen die Teilnehmenden zur regelmäßigen Ausübung positiver gesundheitsbezogener Verhaltensweisen anregen und befähigen.³⁸⁵

Um die Präventionsempfehlung in die Versorgung einzuführen, ergänzte der Gemeinsame Bundesausschuss die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien und die Bundesmantelvertragspartner vereinbarten ein Formular („Muster 36“ nach Bundesmantelvertrag Ärzte³⁸⁶), das seit Mitte 2017 zur Verfügung steht. Auf dem Formular können Vertragsärztinnen und -ärzte die empfohlenen Maßnahmen zur individuellen Prävention aus den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum des GKV-Leitfadens Prävention auswählen sowie „Sonstiges“ angeben. Außerdem können sie Hinweise eintragen, um die Präventionsempfehlung zu konkretisieren. Nach dem Ausstellen der Präventionsempfehlung sind die Versicherten gebeten, sich bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse über zertifizierte Präventionsangebote und die Förder Voraussetzungen zu informieren. Die Krankenkassen berücksichtigen gemäß § 20 Abs. 5 SGB V die ärztliche Präventionsempfehlung bei ihrer Förderentscheidung.

Befragung der gesetzlichen Krankenkassen

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) führte für den vorliegenden

385 www.gkv-spitzenverband.de ▶ Krankenversicherung ▶ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▶ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▶ Leitfaden Prävention.

386 www.gkv-spitzenverband.de Krankenversicherung ▶ Ärztliche Versorgung ▶ Bundesmantelvertrag ▶ Anlagen zum Bundesmantelvertrag ▶ Einzelne Anlagen zum BMV ▶ Mustersammlung Vordrucke.

Tabelle 11: Altersverteilung von Versicherten mit Präventionsempfehlung sowie von Versicherten, die im Jahr 2017 an Präventionskursen teilnahmen (Prozent)

	Unter 20	20-40	40-60	Über 60
Versicherte mit Präventionsempfehlung	7 %	27 %	48 %	17 %
Versicherte, die an Präventionskursen teilnahmen	4 %	22 %	42 %	32 %

Quelle: Befragung bei den gesetzlichen Krankenkassen durch den MDS; GKV-Präventionsbericht 2018

NPK-Präventionsbericht im Herbst 2018 eine schriftliche Befragung bei den Krankenkassen durch, um deren bisherige Erfahrungen mit der Berücksichtigung von Präventionsempfehlungen bei der Entscheidung über Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention zu erheben. Die Befragung wurde bei Krankenkassenmitarbeitenden durchgeführt, die zu Präventionskursen beraten oder entsprechende Leistungen bewilligen. Sie gaben retrospektiv Auskunft über die in den letzten sechs Monaten von den Versicherten vorgelegten oder erwähnten Präventionsempfehlungen. Des Weiteren wurden die Krankenkassen um Auskünfte über die Gesamtzahl der jährlichen Präventionskursteilnahmen ihrer Versicherten - mit oder ohne Präventionsempfehlung - gebeten.

Ergebnisse

An der Umfrage beteiligten sich 58 gesetzliche Krankenkassen, darunter 38 bundesweit tätige. Dies sind 53 % der insgesamt 110 gesetzlichen Krankenkassen (Stand 2018). Die an der Umfrage beteiligten Kassen verzeichneten 880.000 Teilnahmen ihrer Versicherten an Präventionskursen im Jahr 2017. Dies sind 52 % der 1,68 Millionen in der GKV insgesamt im Jahr 2017 verzeichneten Kursteilnahmen.³⁸⁷

Die teilnehmenden Krankenkassen übermittelten dem MDS 438 ausgefüllte Fragebögen. Jeder Fragebogen bezog sich auf eine Präventionsempfehlung für je eine Versicherte oder einen Versicherten. Eine Krankenkasse stellte summarische Angaben zu 286 Präventionsempfehlungen zur Verfügung. Diese bezogen sich auf die beiden Parameter Empfohlenes Handlungsfeld sowie

Facharztgruppe. Bei der Auswertung der beiden Parameter gingen diese 286 Fälle ebenfalls in die Auswertung ein.

Ein Aspekt der Auswertungen untersuchte **Strukturfaktoren**. Hierbei zeigte sich, dass die Präventionsempfehlungen zu 72 % von Allgemeinärzten, zu 23 % von Fachärzten und zu 5 % von Kinder- und Jugendärzten ausgestellt wurden. Mit einer Präventionsempfehlung wandten sich zu 62 % weibliche und zu 38 % männliche Versicherte an die Krankenkassen. Im Vergleich dazu nahmen an allen bundesweiten Präventionskursen zu 81 % weibliche und zu 19 % männliche Versicherte teil.^{ebd.} Rund die Hälfte der Präventionsempfehlungen richtete sich an die Altersgruppe zwischen 40 und 60 Jahren (Tabelle 11). Auffallend ist der im Vergleich zu den bundesweiten Kursteilnehmenden deutlich geringere Anteil der über 60-Jährigen mit Präventionsempfehlung.^{ebd.}

Bezüglich der **Inhalte von Präventionsempfehlungen** wurde am häufigsten ein Kurs im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten empfohlen (56 % der Präventionsempfehlungen). Ziel dieser Kurse ist, entweder durch gesundheitssportliche Aktivität Bewegungsmangel zu reduzieren oder spezifischen gesundheitlichen Risiken vorzubeugen bzw. diese zu vermindern.³⁸⁸ Am zweithäufigsten wurden Kurse zum Thema Ernährung empfohlen (26 % der Präventionsempfehlungen). Diese zielen auf die Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung bzw. auf die Vermeidung und Reduktion von Übergewicht. 13 % der Präventionsempfehlungen bezogen sich auf Maßnahmen zum Stressmanagement mit den Präventionsprinzipien „Förderung von Stressbewältigungskompetenzen“

387 www.mds-ev.de/Richtlinien/Publicationen ▶ Prävention ▶ Präventionsbericht 2018.

388 www.gkv-spitzenverband.de ▶ Krankenversicherung ▶ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▶ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▶ Leitfaden Prävention, Abb. 4, S. 50.

bzw. „Förderung von Entspannung“. Krankenkassengeförderte Interventionen zum Suchtmittelkonsum wurden mit 3 % der Präventionsempfehlungen angeregt. Diese beziehen sich auf die Präventionsprinzipien „Förderung des Nichtrauchens“ bzw. „Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums“.

Die von den Ärztinnen und Ärzten in die Formulare eingetragenen zusätzlichen Hinweise bezogen sich vor allem auf die Aspekte Adipositas, Rückenschulung und Nikotinrentwöhnung, des Weiteren auf Einzelthemen wie z. B. Laktoseintoleranz oder Reittherapie.

Bei Betrachtung der **Entscheidungen aufgrund der Präventionsempfehlungen** zeigt sich, dass die Mitarbeitenden der Krankenkassen in 99 % der Fälle einer krankenkassengeförderten Präventionsmaßnahme oder einer anderen Leistung der gesetzlichen Krankenkasse zustimmten. Dabei förderten sie bei 67 % der Versicherten mit Präventionsempfehlung einen Präventionskurs nach § 20 Abs. 5 SGB V. Sie erläuterten den Zugang, führten bei einem krankenkasseneigenen Kurs gleich die Anmeldung durch, verwiesen alternativ auf einen von der Zentralen Prüfstelle Prävention³⁸⁹ zertifizierten Kurs externer Anbieter oder veranlassten eine Kostenerstattung für einen bereits absolvierten Kurs.

Bei den verbleibenden 33 % der Versicherten erwies sich die Präventionsempfehlung als leistungsrechtlich nicht auf die primärpräventiven Präventionskurse nach § 20 Abs. 5 SGB V bezogen, sondern auf tertiärpräventive Maßnahmen nach §§ 40–43 SGB V zur Verhütung der Verschlimmerung von Erkrankungen. In diesem Rahmen veranlassten die Krankenkassen für die betroffenen Versicherten vor allem Patientenschulungsmaßnahmen gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V: Bei 23 % der Versicherten waren dies Ernährungsberatungen durch Personal der eigenen Kasse³⁹⁰ und bei 8 % andere Patientenschulungsmaßnahmen. 2 % der Versicherten verwiesen die Krankenkassen auf Rehabilitationssport/Funktionstraining nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Eine stationäre medizinische Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 SGB V boten sie 0,3 % der Versicherten an. In einigen Fällen baten die Kassenmitarbeitenden die Ärztinnen und Ärzte im Nachhinein, noch eine entsprechende Verordnung auszustellen. Nur 0,6 % der Versicherten mussten die Krankenkassen mitteilen, dass die von der Ärztin oder dem Arzt empfohlene bzw. bereits in Anspruch genommene Leistung nicht im Leistungsspektrum der GKV enthalten ist.

Ergänzend konnten die Mitarbeitenden der Krankenkassen im Rahmen der Befragung eine **Gesamteinschätzung zur Präventionsempfehlung** abgeben. Ein Teil äußerte sich positiv, beispielsweise mit der Auffassung, die Präventionsempfehlung sei grundsätzlich ein guter Ansatz und eine Hilfe bei der Beratung. Allerdings seien sowohl die Ärzteschaft als auch die Versicherten noch kaum über die Präventionsempfehlung informiert. Geäußert wurde auch, dass das Umsetzen der Empfehlung weniger von der Form der Empfehlung selbst abhängt (Empfehlung im Gespräch oder per schriftlichem Formular), sondern vielmehr von der Qualität der Arzt-Patient-Beziehung sowie von der Bereitschaft der Versicherten, an einem Präventionskurs teilzunehmen.

Perspektiven

Die vorliegende retrospektive Datenerhebung bezieht sich auf die Anfangsphase der Präventionsempfehlung. Sie spiegelt demnach den Einstieg in dieses neue Instrument zur ärztlichen Anregung einer verhaltensbezogenen Präventionsleistung wider. Die bisherigen Erfahrungen der gesetzlichen Krankenkassen deuten darauf hin, dass derzeit ein relativ großer Anteil der Präventionsempfehlungen nicht für primärpräventive, sondern für tertiärpräventive Leistungen ausgestellt wird. Inwiefern sich die Passgenauigkeit der Präventionsempfehlungen ändern wird oder Veränderungen in den Teilnahmequoten und nachgefragten Handlungsfeldern von Präventionskursen auftreten werden, wird sich erst beurteilen lassen, wenn sich die Präventionsempfehlung weiter verbreitet hat.

389 www.zentrale-pruefstelle-praevention.de

390 Ein gewisser Teil dieser Ernährungsberatungen erfolgt allerdings nach § 20 SGB V.

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

Mit dem Präventionsgesetz wurden die Pflegekassen verpflichtet, Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen für Versicherte in der sozialen Pflegeversicherung zu erbringen (§ 5 SGB XI). Dahinter steht der Gedanke, im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen der NPK auch für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln und qualitativ auszubauen. Unter Beteiligung der Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen sollen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen entwickelt und umgesetzt werden. Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung dieser Aufgaben sollten im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen (§ 5 Abs. 2 SGB XI). Dieser verpflichtende Mindestwert wird jährlich angepasst.

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Durch die Umsetzung präventiver Leistungen sollen die gesundheitsfördernden Potenziale von stationären Pflegeeinrichtungen gestärkt werden. In Deutschland werden 818.000 Pflegebedürftige vollstationär und 104.000 teilstationär in 14.480 Pflegeeinrichtungen versorgt; 765.000 Beschäftigte stellen die Pflege, Versorgung und Betreuung in den Pflegeeinrichtungen sicher.³⁹¹ Bei den Pflegebedürftigen handelt es sich überwiegend um ältere bzw. hochaltrige pflegebedürftige Menschen, die aufgrund körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen auf Unterstützung in der alltäglichen Versorgung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben angewiesen sind. Dennoch verfügen sie über Gesundheitspotenziale, die gefördert werden können. Im besten Fall wird durch gesundheitsfördernde Maßnahmen die Pflegebedürftigkeit überwunden, gemindert oder einer weiteren Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit vorgebeugt.

Leitfaden Prävention in der stationären Pflege

Zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags hat der GKV-Spitzenverband den Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI³⁹² ent-

wickelt. Ziel des Leitfadens ist es, die Pflegekassen bei der Entwicklung und Umsetzung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu unterstützen. Die Entwicklung des Leitfadens fand in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene und unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) statt. Wesentliche Grundlage für den Leitfaden war die gesetzlich vorgesehene Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen. Hierfür hatte der GKV-Spitzenverband im Jahr 2015 einen Auftrag vergeben, um Kriterien der Prävention, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und Messbarkeit der Zielerreichung zu erarbeiten. Die Ergebnisse lagen Ende 2015 in Form einer wissenschaftlichen Expertise vor und sind in den Leitfaden eingeflossen. Im Juni 2018 wurde eine aktualisierte Fassung des Leitfadens veröffentlicht.

Präventionsziele und Handlungsfelder in der stationären Pflege

Im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen werden Ziele und Teilziele der Prävention in der stationären Pflege definiert und fünf Handlungsfelder festgelegt, in denen Pflegekassen Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention gemeinsam mit pflegebedürftigen Menschen in Pflegeeinrichtungen entwickeln und umsetzen. Die Handlungsfelder sind:

- Ernährung,
- körperliche Aktivität,
- Stärkung kognitiver Ressourcen,
- psychosoziale Gesundheit und
- Prävention von Gewalt in der Pflege.

Die Angebote und Maßnahmen zielen auf die Verhältnisprävention, d. h. den Aufbau von gesundheitsfördernden Strukturen in Pflegeeinrichtungen, und auf Maßnahmen für Verhaltensprävention. Ein mögliches verhältnispräventives Angebot ist die Implementierung eines Konzepts zur Gewaltprävention. Beispiele für verhaltenspräventive Maßnahmen sind zeitlich begrenzte Gruppenangebote für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen wie z. B. Stuhlgymnastik zur Förderung der Mobilität oder für motorisch ausgeprägtes Gedächtnistraining zur Stärkung kognitiver Ressourcen. Darüber hinaus ist es sinnvoll, Maßnahmen der Prävention für Pflegebedürftige in der stationären Pflege mit Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V für die Pflegekräfte zu verbinden, um eine

391 Statistisches Bundesamt (2018). Pflegestatistik 2017.

392 www.gkv-spitzenverband.de: Pflegeversicherung ▶ Prävention.

nachhaltige Wirkung zu erreichen. Letztendlich geht es darum, präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen als ein kontinuierliches Angebot von Pflegeeinrichtungen zu etablieren, die insgesamt auch Impulse zur Erreichung einer gesundheitsfördernden Pflegeeinrichtung liefern können.

Dokumentation, Messung der Zielerreichung und Berichtswesen

Die im Leitfaden definierten Präventionsziele gelten als erfüllt, wenn eine Pflegeeinrichtung – unterstützt durch eine Pflegekasse – ein Konzept für die Prävention im jeweiligen Handlungsfeld vorweist und Maßnahmen zu dessen Umsetzung ergriffen hat. Um die Zielerreichung messen und bewerten zu können, dokumentieren die Pflegekassen seit 2017 die Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen im Onlinesystem des MDS bzw. in pflegekasseneigenen Dokumentationssystemen. Diese Daten, etwa zur Anzahl der erreichten Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen und zur Qualitätssicherung der durchgeführten Maßnahmen, werden jährlich ausgewertet. So kann beispielsweise in Zukunft gemessen werden, ob die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, zunimmt. Ergebnisse der Dokumentation wurden erstmals im Präventionsbericht 2018 vom MDS und dem GKV-Spitzenverband veröffentlicht.

Resümee zum Einstieg in Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Die in Kapitel 5.4 und im SPV-Präventionsbericht 2018 vorgestellten Ergebnisse veranschaulichen den Einstieg in die Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege. Es konnten Strukturen aufgebaut werden, um Pflegeeinrichtungen über die Fördermöglichkeiten auf Grundlage des Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI zu informieren. Gemeinsam mit den Pflegeeinrichtungen werden Bedarfe analysiert sowie Maßnahmen umgesetzt und evaluiert. Der Fokus liegt hierbei auf der Verstetigung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Organisationsablauf der Pflegeeinrichtungen.

Ziel der Pflegekassen ist es, künftig eine größere Anzahl an Pflegeeinrichtungen zu erreichen und die Aktivitäten in Pflegeeinrichtungen zu verstärken. Der vom Gesetzgeber formulierte und von den Pflegekassen im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI integrierte Ansatz der partizipativen Beteiligung

der Akteure in den Einrichtungen sowie der Zielgruppe der Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen und ihrer Angehörigen ist dabei der zentrale Anker für eine erfolgreichere Umsetzung und Verstetigung. Weiterhin ist die Kooperation der Pflegekassen untereinander ein wichtiger Erfolgsfaktor. Schließlich sind die Pflegekassen für die weitergehende Verbreitung der Gesundheitsförderung und Prävention auf das weitere Mitwirken und die Bereitschaft der Pflegeeinrichtungen angewiesen, aber auch auf die Angebotsstruktur externer Akteure, die Interventionen bzw. Evaluationen in den Einrichtungen anbieten.

Parallel zum quantitativen Ausbau ist auch weiterhin in die Qualität und in die wissenschaftlich fundierte Umsetzung der Maßnahmen und Angebote zu investieren. Damit werden Erkenntnisse sowohl aus der Praxis als auch aus der Wissenschaft in die Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen einfließen.

8 Ausgaben

Dieses Kapitel berichtet über die Ausgaben der stimmberechtigten und – soweit möglich – der beratenden NPK-Mitglieder für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung gemäß § 20d Abs. 4 Satz 3 SGB V (Kapitel 8.1 und 8.2). Weiterhin werden Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Richt- und Mindestwerte für die Ausgaben der GKV gegeben (Kapitel 8.3).

8.1 ROUTINEDATEN DER SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER UND DATEN DER PKV

In Tabelle 12 sind die Ausgaben der stimmberechtigten NPK-Mitglieder in den Jahren 2012–2017 dargestellt. Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) handelt es sich um Ausgaben, die zur Umsetzung der §§ 20–20g SGB V getätigt wurden; sie umfassen Ausgaben für Aktivitäten im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen (BRE) auf Grundlage der §§ 20a–20c SGB V (Kapitel 5) und Ausgaben für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V (Kapitel 7.7). Für die soziale Pflegeversicherung (SPV), gesetzliche Unfallversicherung (GUV), gesetzliche Rentenversicherung (GRV), Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) sowie die private Kranken- und Pflegeversicherung (PKV) handelt es sich um Ausgaben für Aktivitäten im Sinne der BRE (Kapitel 5). Die gesetzliche Grundlage ergibt sich für die SPV aus § 5 SGB XI, für die GUV und die SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft aus § 14 SGB VII, für die GRV aus § 14 SGB VI, für die SVLFG als Alterssicherung der Landwirte aus § 7 Abs. 1 ALG und für die PKV aus der gesetzlichen Option in § 20e Abs. 1 SGB V. Im Jahr 2017 betragen die relevanten Ausgaben insgesamt 1,8 Milliarden Euro.

In Tabelle 13 ist die Veränderung der Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr dargestellt. Im Jahr 2013 betrug die Ausgabensteigerung 53,8 Millionen Euro (+4,2 %) ³⁹³, im Jahr 2014 waren es 72,7 Millionen Euro (+5,3 %) und im Jahr 2015 68,4 Millionen Euro (+4,7 %). Im Jahr 2016 sind die Ausgaben deutlich stärker als in den übrigen Jahren angestiegen und zwar um 223,4 Millionen Euro. Dies entspricht einer Ausgabensteigerung in Höhe von 14,7 %. Der starke Anstieg entfällt im Wesentlichen auf die GKV und dürfte ursächlich darauf zurückzuführen sein, dass die GKV durch die Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 zu gesetzlich festgelegten Mindestwerten ihrer Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und Betrieben verpflichtet wurde (Kapitel 8.1.1). Auch die Ausgabensteigerung im Jahr 2017 in Höhe von 79,4 Millionen Euro dürfte zumindest teilweise aus der veränderten Gesetzeslage resultieren. Ausgehend von einem bereits relativ hohen Ausgabenniveau stiegen die Ausgaben im Jahr 2017 damit um weitere 4,5 % an.

³⁹³ Die Ausgabenveränderung für das Jahr 2013 enthält nicht die Ausgaben der SVLFG, da für deren Ausgaben im Jahr 2012 keine Angaben vorliegen.

Tabelle 12: Ausgaben der stimmberechtigten NPK-Mitglieder gemäß der Berichtspflicht in § 20d Abs. 4 SGB V (in Millionen Euro)

Akteure	2012	2013	2014	2015	2016	2017
GKV	238,0	266,8	292,5	317,5	473,9	519,0
SPV	n. z.	n. z.	n. z.	n. z.	21,3	22,2
GUV	1.013,3	1.037,8	1.083,2	1.122,6	1.168,9	1.197,7
GRV	1,0	1,5	1,8	1,9	2,7	4,0
SVLFG	k. A.	63,3	64,5	61,4	60,0	63,4
PKV	13,5	13,5	13,5	20,5	20,5	20,5
Gesamt	1.265,8	1.382,9	1.455,5	1.523,9	1.747,3	1.826,7

Anmerkung: Die gesetzlichen Grundlagen der Ausgaben sind im Text erläutert. Da die relevanten Leistungen der SPV erst seit 2016 umgesetzt werden, lagen 2012-2015 keine Ausgaben vor. SVLFG beinhaltet Ausgaben als Alterssicherung der Landwirte und landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft. Ausgaben der SVLFG als Kranken- und Pflegekasse sind unter GKV bzw. SPV berücksichtigt. Aufgrund des Gesetzes zur Neuordnung der Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung können Ausgabedaten der SVLFG erst ab dem Jahr 2013 zur Verfügung gestellt werden. Angaben für die GKV und SPV schließen Ausgaben ein, die an den GKV-Spitzenverband abgeführt wurden. Bei Summenbildung kann es ggf. zu Rundungsdifferenzen kommen.

Quelle: KJ 1-Statistik (GKV), PJ 1-Statistik (SPV), Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (GUV), Rechnungsergebnisse und Statistik der Deutschen Rentenversicherung (GRV), Rechnungsergebnisse der SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft /Alterssicherung der Landwirte, Haushalt bzw. Zahlenbericht des PKV-Verbands (PKV).

Tabelle 13: Veränderung der Ausgaben der stimmberechtigten NPK-Mitglieder gemäß der gesetzlichen Forderung in § 20d Abs. 4 Satz 3 SGB V im Vergleich zum Vorjahr (in Millionen Euro)

Akteure	2013	2014	2015	2016	2017
GKV	+28,8	+25,8	+25,0	+156,4	+45,1
SPV	n. z.	n. z.	n. z.	+21,3	+0,9
GUV	+24,5	+45,4	+39,4	+46,3	+28,7
GRV	+0,5	+0,3	+0,1	+0,8	+1,3
SVLFG	k. A.	+1,3	-3,1	-1,4	+3,3
PKV	0,0	0,0	+7,0	0,0	0,0
Gesamt	+53,8	+72,7	+68,4	+223,4	+79,4

Anmerkung: Die gesetzlichen Grundlagen der Ausgaben sind im Text erläutert. Da die relevanten Leistungen der SPV erst seit 2016 umgesetzt werden, lagen 2012-2015 keine Ausgaben vor. SVLFG beinhaltet Ausgaben als Alterssicherung der Landwirte und landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft. Ausgaben der SVLFG als Kranken- und Pflegekasse sind unter GKV bzw. SPV berücksichtigt. Aufgrund des Gesetzes zur Neuordnung der Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung können Ausgabedaten der SVLFG erst ab dem Jahr 2013 zur Verfügung gestellt werden. Angaben für die GKV und SPV schließen Ausgaben ein, die an den GKV-Spitzenverband abgeführt wurden. Bei Summenbildung kann es ggf. zu Rundungsdifferenzen kommen.

Quelle: KJ 1-Statistik (GKV), PJ 1-Statistik (SPV), Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (GUV), Rechnungsergebnisse und Statistik der Deutschen Rentenversicherung (GRV), Rechnungsergebnisse der SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft /Alterssicherung der Landwirte, Haushalt bzw. Zahlenbericht des PKV-Verbands (PKV).

8.1.1 GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG

Tabelle 14 zeigt – gemäß § 20d Abs. 4 Satz 3 SGB V – die Ausgaben der GKV in den Jahren 2012–2017. Die Ausgaben wurden zur Umsetzung der §§ 20–20g SGB V getätigt, d. h. sie entfallen auf drei Leistungen:

1. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V (Konto 5110 der KJ 1-Statistik),
2. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V (Konto 5155 der KJ 1-Statistik) sowie
3. Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V (Konto 5170 der KJ 1-Statistik).

Die ersten beiden Leistungen erbringt die GKV im Rahmen der Umsetzung der BRE (Kapitel 5). Die Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention gehören zusätzlich zum Engagement der GKV zur Umsetzung der §§ 20–20g SGB V (Kapitel 7.7).

Im Jahr 2017 entfielen von den Gesamtausgaben in Höhe von 519,0 Millionen Euro 311,4 Millionen Euro auf Leistungen im Sinne der BRE. Diese unterteilen sich in 153,3 Millionen Euro für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und 158,1 Millionen Euro für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Die Ausgaben für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention betragen 207,6 Millionen Euro.

Gemäß § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V i. d. F. vom 17.07.2015 sollten die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 Euro und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7,00 Euro umfassen. Von 2016 an steigt dieser Richtwert mit der Änderungsrate der Bezugsgröße gemäß § 18 Abs. 1 SGB IV (§ 20 Abs. 6 SGB V), sodass sich für das Jahr 2017 ein Richtwert in Höhe von 7,17 Euro je Versicherten ergibt. Der Richtwert berücksichtigt Ausgaben für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention.

Tabelle 15 zeigt die Ausgaben je Versicherten, die für den Richtwert nach § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V relevant sind. Im Jahr 2015 beliefen sich die Ausgaben auf 4,49 Euro je Versicherten. Damit lagen die Ausgaben im Jahr 2015 um 1,32 Euro je Versicherten über dem gesetzlichen Richtwert. Im Jahr 2016 betragen die Ausgaben 6,64 Euro je Versicherten, womit der Richtwert um 0,36 Euro je Versicherten leicht unterschritten wurde. Im Jahr 2017 lagen die Ausgaben mit einer Höhe von 7,18 Euro je Versicherten über dem gesetzlich vorgeschriebenen Richtwert.

Gemäß § 20 Abs. 6 Satz 2 SGB V i. d. F. vom 17.07.2015 wenden die gesetzlichen Krankenkassen ab dem Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,00 Euro jeweils für Leistungen nach den §§ 20a und 20b SGB V auf. Die 2,00 Euro je Versicherten für Leistungen nach § 20a SGB V schließen 0,45 Euro je Versicherten ein, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach § 20a Abs. 3 SGB V zur Unterstützung der Krankenkassen erhält (Kapitel 7.4). Bei den gesetzlichen Vorgaben von 2,00 Euro je Versicherten handelt es sich um verpflichtende Mindestwerte. Wenn eine Krankenkasse den Mindestwert nicht erreicht, sieht das Gesetz Regelungen vor, die zu einer Verausgabung der Mittel im darauffolgenden Jahr führen (s. u.). Auch die Mindestwerte werden mit der Änderungsrate der Bezugsgröße gemäß § 18 Abs. 1 SGB IV angepasst (§ 20 Abs. 6 SGB V), sodass sich für das Jahr 2017 ein Mindestwert in Höhe von 2,05 Euro je Versicherten ergibt.

Im Jahr 2016 erbrachten die gesetzlichen Krankenkassen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V in Höhe von 116,2 Millionen Euro. Dies entspricht 1,63 Euro je Versicherten (Tabelle 15). Damit lagen die Ausgaben um 0,37 Euro je Versicherten unterhalb des gesetzlich vorgeschriebenen Mindestwerts von 2,00 Euro je Versicherten. In absoluten Zahlen unterschritten die Ausgaben der GKV den Betrag der gesetzlich vorgeschriebenen Ausgaben um 26,7 Millionen Euro.³⁹⁴ Liegt eine solche Unterschreitung der Ausgaben vor, so stellen die Krankenkassen die nichtverausgabten Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V zur Verfügung (§ 20 Abs. 6 SGB V).

Im Jahr 2017 gaben die gesetzlichen Krankenkassen 153,3 Millionen Euro für Leistungen nach § 20a SGB V aus (Tabelle 14). Dies entspricht 2,12 Euro je Versicherten (Ta-

³⁹⁴ Bei den Angaben für die nichtverausgabten Mittel handelt es sich um die Summe der Mehr- und Minderausgaben der einzelnen gesetzlichen Krankenkassen. Der tatsächliche Wert der nichtverausgabten Mittel wäre die Summe der Minderausgaben der einzelnen Kassen. Dieser dürfte nahe an den dargestellten Angaben liegen, es sei denn, einige Kassen hatten signifikante Mehrausgaben.

Tabelle 14: Ausgaben der GKV zur Umsetzung der §§ 20-20g SGB V, d. h. Ausgaben für Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage der §§ 20a-20c SGB V und für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention auf Grundlage von § 20 Abs. 5 SGB V (in Millionen Euro)

Art der Ausgaben	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V	27,7	29,6	31,7	38,1	116,2	153,3
Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V	46,1	54,5	67,8	76,2	146,9	158,1
Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V	164,1	182,7	193,0	203,2	210,8	207,6
Gesamt	237,9	266,8	292,5	317,5	473,9	519,0

Anmerkung: Die Ausgaben nach § 20b SGB V und § 20c SGB V enthalten nichtverausgabte Mittel der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 6,5 Millionen Euro (2016) bzw. 4,0 Millionen Euro (2017), die nach § 20b Abs. 4 SGB V dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt wurden. Der GKV-Spitzenverband überweist nichtverausgabte Mittel jährlich an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Umsetzung der Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen in Zusammenarbeit mit örtlichen Unternehmensorganisationen. Bei Summenbildung kann es ggf. zu Rundungsdifferenzen kommen.

Quelle: KJ 1-Statistik

Tabelle 15: Ausgaben der GKV je Versicherten zur Umsetzung der §§ 20-20g SGB V, d. h. Ausgaben für Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage der §§ 20a-20c SGB V und für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention auf Grundlage von § 20 Abs. 5 SGB V (in Euro je Versicherten)

Art der Ausgaben	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V	0,40	0,42	0,45	0,54	1,63	2,12
Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V	0,66	0,78	0,96	1,08	2,06	2,19
Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V	2,35	2,61	2,75	2,87	2,95	2,87
Gesamt	3,41	3,81	4,16	4,49	6,64	7,18

Anmerkung: Die Ausgaben nach § 20a SGB V in den Jahren 2016 und 2017 enthalten die Mittel, die die BZgA nach § 20a Abs. 3 SGB V erhielt. Die Ausgaben nach § 20b SGB V und § 20c SGB V enthalten nichtverausgabte Mittel der gesetzlichen Krankenkassen, die nach § 20b Abs. 4 SGB V dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt wurden, in Höhe von 0,09 Euro je Versicherten (2016) bzw. 0,05 Euro je Versicherten (2017). Bei Summenbildung kann es ggf. zu Rundungsdifferenzen kommen.

Quelle: KJ 1-Statistik

belle 15). Um den gesetzlich vorgeschriebenen Mindestwert in Höhe von 2,05 Euro je Versicherten zu erreichen, hätten die Krankenkassen 148,1 Millionen Euro ausgeben müssen. Diesen Wert haben sie um 5,2 Millionen Euro überschritten. Allerdings sind im Jahr 2017 die oben erwähnten nichtverausgabten Mittel des Vorjahrs in Höhe von 26,7 Millionen Euro zusätzlich zu veranschlagen. Unter Berücksichtigung dieser zusätzlich zu tätigen Ausgaben hätten die Krankenkassen im Jahr 2017 insgesamt 174,8 Millionen Euro ausgeben müssen. Somit entstanden im Jahr 2017 erneut nichtverausgabte Mittel in Höhe von 21,6 Millionen Euro, die im Jahr 2018 zusätzlich für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V zur Verfügung zu stellen sind.

Die Ausgaben für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach §§ 20b und 20c SGB V belaufen sich auf 2,06 Euro je Versicherten im Jahr 2016 und 2,19 Euro je Versicherten im Jahr 2017. Damit überschreiten die Ausgaben die gesetzlichen Mindestwerte formal um 0,06 Euro je Versicherten (2016) bzw. 0,14 Euro je Versicherten (2017). Die Angaben beinhalten, wie gesetzlich vorgesehen, nichtverausgabte Mittel, die nach § 20b Abs. 4 SGB V an den GKV-Spitzenverband abzuführen sind, wenn die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den gesetzlichen Mindestwert unterschreiten. Der GKV-Spitzenverband leitet die Mittel an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Umsetzung der Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen (Kapitel 7.5) in Zusammenarbeit mit örtlichen Unternehmensorganisationen weiter. In absoluten Beträgen beläuft sich die Höhe der nichtverausgabten Mittel auf 6,5 Millionen Euro (2016) und 4,0 Millionen Euro (2017). Dies entspricht 0,09 Euro je Versicherten (2016) bzw. 0,05 Euro je Versicherten (2017). Die tatsächlich verausgabten Mittel betragen somit im Jahr 2016 1,96 Euro je Versicherten und im Jahr 2017 2,13 Euro je Versicherten.

In Tabelle 16 ist die Veränderung der Ausgaben der GKV zur Umsetzung der §§ 20-20g SGB V im Vergleich zum Vorjahr dargestellt. Der Darstellung ist zu entnehmen, dass sich die Ausgaben insbesondere im Jahr 2016 im Vergleich zum Vorjahr stark erhöhten. Während in den Jahren 2012-2015 die jährliche Ausgabensteigerung zwischen 25,0 Millionen Euro und 28,8 Millionen Euro betrug (+9-12 %), stiegen die Ausgaben im Jahr 2016 sprunghaft um 156,4 Millionen Euro (+49 %) an. Diese Ausgabensteigerung dürfte im Wesentlichen auf die Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 und die im Präventionsgesetz verankerten Mindestwerte für

die Ausgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und Betrieben zurückzuführen sein. Im Jahr 2017 betrug die Ausgabensteigerung 45,1 Millionen Euro (+10 %).

Unterteilt nach den einzelnen Leistungen zeigt sich, dass der Anstieg der Ausgaben 2015-2016 auf die Leistungen entfällt, für die seit dem Jahr 2015 Mindestausgabenwerte gelten. So stiegen die Ausgaben für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V) im Jahr 2016 um 78,1 Millionen (+205 %) und für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§§ 20b und 20c SGB V) um 70,7 Millionen Euro (+93 %). Im Jahr 2017 betrug die Anstiege 37,1 Millionen Euro (+32 %) bzw. 11,2 Millionen Euro (+10 %). Somit lagen die Anstiege der absoluten Ausgaben auch 2017 über der aufgrund des Anstiegs der Bezugsgröße zu erwartenden Steigerung von 2,4 %. Dem liegt zugrunde, dass sowohl die Anzahl der Versicherten als auch die Ausgaben je Versicherten zunahm. Der Anstieg der Ausgaben je Versicherten war für Leistungen nach § 20a SGB V besonders ausgeprägt, da aufgrund der Unterschreitung des Mindestwerts im Jahr 2016 ein Aufholleffekt entstand. Aufgrund der nichtverausgabten Mittel in Höhe von 21,6 Millionen Euro im Jahr 2017 ist auch im Jahr 2018 eine anhaltend hohe Ausgabensteigerung innerhalb dieser Leistungsart zu erwarten.

Die Ausgabenentwicklung für Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V) fällt mit einem Zuwachs von 7,6 Millionen Euro (+3,8 %) im Jahr 2016 deutlich schwächer und für 2017 sogar rückläufig aus. Dies spiegelt die Verschiebung des Engagements der GKV zugunsten von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, einschließlich Betrieben, wider.

8.1.2 SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG

Tabelle 17 zeigt - gemäß § 20d Abs. 4 Satz 3 SGB V - die Ausgaben der SPV in den Jahren 2012-2017. Hierbei handelt es sich um Ausgaben für Leistungen nach § 5 SGB XI, die die SPV im Rahmen der Umsetzung der BRE erbringt (Kapitel 5). Die Ausgaben unterteilen sich in die tatsächlich verausgabten Mittel, welche in der amtlichen Statistik PJ 1 im Unterkonto 09998 des Kontos 4720 erfasst werden, und den Betrag, der aufgrund einer Unterschreitung des Mindestwerts nach § 5 Abs. 3 Satz 2 SGB XI dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) zur Verfügung zu stellen ist. Der GKV-Spitzenverband leitet die Mittel an Pflegekassen weiter, die

Tabelle 16: Veränderung der Ausgaben der GKV zur Umsetzung der §§ 20-20g SGB V, d. h. Ausgaben für Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage der §§ 20a-20c SGB V und für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention auf Grundlage von § 20 Abs. 5 SGB V, im Vergleich zum Vorjahr (in Millionen Euro)

Art der Ausgaben	2013	2014	2015	2016	2017
Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V	+1,9	+2,1	+6,4	+78,1	+37,1
Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V	+8,4	+13,3	+8,5	+70,7	+11,2
Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V	+18,6	+10,4	+10,1	+7,6	-3,2
Gesamt	+28,8	+25,8	+25,0	+156,4	+45,1

Anmerkung: Bei Summenbildung kann es ggf. zu Rundungsdifferenzen kommen.
Quelle: KJ 1-Statistik

Tabelle 17: Ausgaben der SPV für Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage von § 5 SGB XI (in Millionen Euro)

Art der Ausgaben	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tatsächlich erbrachte Leistungen nach § 5 SGB XI	n. z.	n. z.	n. z.	n. z.	4,4	8,5
Nichtverausgabte Mittel nach § 5 SGB XI	n. z.	n. z.	n. z.	n. z.	16,9	13,7
Gesamt	n. z.	n. z.	n. z.	n. z.	21,3	22,2

Anmerkung: Nichtverausgabte Mittel wurden an den GKV-Spitzenverband abgeführt und zweckgebunden an Pflegekassen mit Kooperationsvereinbarungen weitergeleitet. Da die Leistungen erst seit 2016 erbracht werden, lagen 2012-2015 keine Ausgaben vor. Bei Summenbildung kann es ggf. zu Rundungsdifferenzen kommen.
Quelle: PJ 1-Statistik

Tabelle 18: Ausgaben je Versicherten der SPV für Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage von § 5 SGB XI (in Euro je Versicherten)

Art der Ausgaben	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tatsächlich erbrachte Leistungen nach § 5 SGB XI	n. z.	n. z.	n. z.	n. z.	0,06	0,12
Nichtverausgabte Mittel nach § 5 SGB XI	n. z.	n. z.	n. z.	n. z.	0,24	0,19
Gesamt	n. z.	n. z.	n. z.	n. z.	0,30	0,31

Anmerkung: Nichtverausgabte Mittel wurden an den GKV-Spitzenverband abgeführt und zweckgebunden an Pflegekassen mit Kooperationsvereinbarungen weitergeleitet. Da die Leistungen erst seit 2016 erbracht werden, lagen 2012-2015 keine Ausgaben vor. Bei Summenbildung kann es ggf. zu Rundungsdifferenzen kommen.
Quelle: PJ 1-Statistik

Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben.

Da eine gesetzliche Verpflichtung zu Leistungen zur Prävention nach § 5 SGB XI erst seit dem Jahr 2016 besteht, liegen aus den Jahren 2012–2015 keine Daten vor. Im Jahr 2016 betragen die Ausgaben insgesamt 21,3 Millionen Euro; davon entfielen 4,4 Millionen Euro auf Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, die die Pflegekassen tatsächlich erbrachten, und 16,9 Millionen Euro auf nichtverausgabte Mittel, die an den GKV-Spitzenverband abgeführt wurden. Im Jahr 2017 betragen die Ausgaben insgesamt 22,2 Millionen Euro, wovon 8,5 Millionen Euro auf tatsächlich erbrachte Leistungen entfielen und 13,7 Millionen auf nichtverausgabte Mittel. Der GKV-Spitzenverband leitete die an ihn abgeführten Mittel an Pflegekassen weiter, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Somit stehen diese Mittel den Pflegekassen in den kommenden Jahren für Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung.

Gemäß § 5 Abs. 2 SGB XI sollen die Ausgaben der Pflegekassen für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Für das Jahr 2017 wurde dieser Mindestwert an die Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV angepasst, sodass sich für 2017 ein Mindestwert von 0,31 Euro je Versicherten ergab. Im Jahr 2016 betragen die Gesamtausgaben der SPV 0,30 Euro je Versicherten und im Jahr 2017 0,31 Euro je Versicherten (Tabelle 18). Damit werden die gesetzlich vorgegebenen Mindestwerte in den Jahren 2016 und 2017 formal erreicht. Allerdings schließt diese Betrachtung, wie gesetzlich vorgesehen, die oben erläuterten, an den GKV-Spitzenverband abgeführten Mittel ein. Die tatsächlich verausgabten Mittel betragen lediglich 0,06 Euro je Versicherten in 2016 und 0,12 Euro je Versicherten in 2017 (Tabelle 18).

8.1.3 GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG

In Tabelle 19 sind – gemäß § 20d Abs. 4 Satz 3 SGB V – die Ausgaben der GUV in den Jahren 2012–2017 dargestellt. Es handelt sich um Ausgaben für Leistungen, die die GUV auf Grundlage von § 14 SGB VII zur Umsetzung der BRE erbringt (Kapitel 5). Die Angaben basieren auf den Rechnungsergebnissen der gewerblichen Berufsgenos-

schaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Bei der Interpretation der Ausgaben ist zu berücksichtigen, dass die Unfallversicherungsträger die Steuerungskosten tragen, die bei der Einleitung von Präventionsmaßnahmen anfallen. Die Durchführungskosten, deren Umfang nicht erfasst wird, die jedoch um ein Vielfaches höher liegen dürften, werden von den Mitgliedsunternehmen selbst aufgebracht.³⁹⁵

Die Ausgaben der GUV im Sinne der BRE setzen sich aus acht Konten zusammen:

1. Kosten für die Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften gem. §§ 15 und 16 SGB VII (Konto 590),
2. Personal- und Sachkosten der Prävention (Konto 591),
3. Kosten der Aus- und Weiterbildung gem. § 23 SGB VII ohne die Kosten für die Ausbildung in Erster Hilfe (Konto 592),
4. Zahlungen an Verbände für Prävention (Konto 593)³⁹⁶,
5. Aufwendungen und Erträge der überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienste (Konto 594),
6. Aufwendungen und Erträge der sicherheitstechnischen Dienste (Konto 595),
7. sonstige Kosten der Prävention wie z. B. Kosten für Prüfstellen sowie Prämien nach § 162 Abs. 2 SGB VII und die Informationen für die Versicherten und die Mitgliedsunternehmen (Konto 597) und
8. Aus- und Fortbildungskosten der Ersten Hilfe nach § 23 Abs. 2 SGB VII (Konto 598).

Im Jahr 2017 betragen die Ausgaben der GUV im Sinne der BRE 1,2 Milliarden Euro. Davon entfielen 672,9 Millionen Euro auf Personal- und Sachkosten der Prävention. Dieser größte Ausgabenposten ist auf den gesetzlichen Auftrag der Unfallversicherung zurückzuführen: Zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren nimmt die Beratungs-, aber auch die Aufsichtstätigkeit der Aufsichtspersonen und Präventionsfachkräfte einen personalintensiven Raum ein. Weitere 140,1 Millionen Euro entfielen auf die Aus- und Fortbildung, 125,6 Millionen Euro auf Zahlungen an Verbände, 114,6 Millionen Euro auf sonstige Kosten der Prävention, 65,2 Millionen Euro auf die Kosten der Ersten Hilfe, 77,4 Millionen Euro auf die arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Dienste und 1,7 Millionen Euro auf die Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften.

³⁹⁵ Dies gilt auch für die Durchführungskosten für Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung der GKV.

³⁹⁶ Hier weisen die Unfallversicherungsträger vor allem den Umlageanteil an den Kosten der Präventionsaufgaben der DGUV aus.

Tabelle 19: Ausgaben der GUV für Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage von § 14 SGB VII (in Millionen Euro)

Art der Ausgaben	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kosten für die Herstellung von UVVen (§§ 15 und 16 SGB VII)	2,3	1,9	1,8	2,0	1,8	1,7
Personal- und Sachkosten der Prävention	587,1	604,4	624,1	632,1	652,5	672,9
Kosten der Aus- und Fortbildung (§ 23 SGB VII)	121,8	128,3	133,5	138,2	140,6	140,1
Zahlungen an Verbände für Prävention	112,3	100,6	107,9	115,4	122,7	125,6
Kosten der arbeitsmedizinischen Dienste	50,2	53,4	46,4	49,6	51,0	48,2
Kosten der sicherheitstechnischen Dienste	14,4	15,2	26,7	29,3	29,7	29,3
Sonstige Kosten der Prävention	86,9	90,9	96,8	103,4	105,7	114,6
Kosten der Ersten Hilfe (§ 23 Abs. 2 SGB VII)	38,3	43,0	46,0	52,5	64,8	65,2
Gesamt	1.013,3	1.037,7	1.083,2	1.122,5	1.168,8	1.197,6
Anmerkung:	UVVen: Unfallverhütungsvorschriften. Bei Summenbildung kann es ggf. zu Rundungsdifferenzen kommen.					
Quelle:	Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand					

Tabelle 20: Veränderung der Ausgaben der GUV für Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage von § 14 SGB VII im Vergleich zum Vorjahr (in Millionen Euro)

Art der Ausgaben	2013	2014	2015	2016	2017
Kosten für die Herstellung von UVVen (§§ 15 und 16 SGB VII)	-0,3	-0,1	+0,2	-0,2	-0,1
Personal- und Sachkosten der Prävention	+17,3	+19,7	+8,0	+20,4	+20,4
Kosten der Aus- und Fortbildung (§ 23 SGB VII)	+6,5	+5,2	+4,7	+2,4	-0,5
Zahlungen an Verbände für Prävention	-11,7	+7,3	+7,5	+7,2	+3,0
Kosten der arbeitsmedizinischen Dienste	+3,2	-7,0	+3,2	+1,4	-2,9
Kosten der sicherheitstechnischen Dienste	+0,8	+11,5	+2,6	+0,4	-0,5
Sonstige Kosten der Prävention	+4,0	+5,9	+6,6	+2,4	+8,9
Kosten der Ersten Hilfe (§ 23 Abs. 2 SGB VII)	+4,7	+3,0	+6,6	+12,3	+0,4
Gesamt	+24,5	+45,5	+39,4	+46,3	+28,7
Anmerkung:	UVVen: Unfallverhütungsvorschriften. Bei Summenbildung kann es ggf. zu Rundungsdifferenzen kommen.				
Quelle:	Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand				

Im Jahr 2017 stiegen die Ausgaben der GUV im Vergleich zum Vorjahr um 28,7 Millionen Euro (Tabelle 20). Dies entspricht einem Anstieg von 3 %. Die Ausgabensteigerung lässt sich maßgeblich auf höhere Personal- und Sachkosten der Prävention zurückführen. Diese erhöhten sich im Jahr 2017 um 20,4 Millionen Euro (+3 %). Darüber hinaus gab die GUV 8,9 Millionen Euro (+8 %) mehr für Leistungen aus, die unter Sonstige Kosten der Prävention und damit z. B. für Prämien verbucht wurden.

In den Jahren 2013-2016 betrug die jährliche Ausgabensteigerung zwischen 24,5 Millionen Euro (2013) und 46,3 Millionen Euro (2016), und die Ausgabensteigerungsrate betrug zwischen 2 % (2013) und 4 % (2014). Das Präventionsgesetz verpflichtet die GUV, sich an der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präven-

tionsstrategie nach §§ 20d-20f SGB V zu beteiligen (§ 14 Abs. 3 SGB VII); der gesetzliche Leistungsauftrag der GUV gemäß § 14 SGB VII wurde nicht geändert. Daher ist - wie erwartet - kein direkter Effekt des Präventionsgesetzes auf die Höhe der Ausgaben der GUV zu beobachten.

8.1.4 GESETZLICHE RENTENVERSICHERUNG

In Tabelle 21 sind - gemäß § 20d Abs. 4 Satz 3 SGB V - die Ausgaben der GRV in den Jahren 2012-2017 dargestellt. Es handelt sich um Ausgaben für das Engagement der GRV zur Umsetzung der BRE, d. h. um Ausgaben für Leistungen zur Prävention nach § 14 Abs. 1 SGB VI und für den Firmenservice (Kapitel 5). Im Jahr 2017 gab die GRV 4,0 Millionen Euro für die Leistungen zur Prävention aus. Da die Rentenversicherungsträger die Kosten ihrer

Tabelle 21: Ausgaben der GRV für Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage von § 14 SGB VI (in Millionen Euro)

Art der Ausgaben	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Leistungen zur Prävention nach § 14 Abs. 1 SGB VI	1,0	1,5	1,8	1,9	2,7	4,0
Modul „Gesunde Mitarbeiter“ des Firmenservices	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Gesamt	1,0	1,5	1,8	1,9	2,7	4,0

Anmerkung: Die Leistungen zur Prävention wurden bis 2016 als Ermessensleistung gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI gewährt und werden seit 2017 als Pflichtleistung gemäß § 14 Abs. 1 SGB VI erbracht.
 Quelle: Rechnungsergebnisse und Statistik der Deutschen Rentenversicherung

Tabelle 22: Veränderung der Ausgaben der GRV für Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage von § 14 SGB VI im Vergleich zum Vorjahr (in Millionen Euro)

Art der Ausgaben	2013	2014	2015	2016	2017
Leistungen zur Prävention nach § 14 Abs. 1 SGB VI	+0,5	+0,3	+0,1	+0,8	+1,3
Modul „Gesunde Mitarbeiter“ des Firmenservices	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Gesamt	+0,5	+0,3	+0,1	+0,8	+1,3

Anmerkung: Die Leistungen zur Prävention wurden bis 2016 als Ermessensleistung gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI gewährt und werden seit 2017 als Pflichtleistung gemäß § 14 Abs. 1 SGB VI erbracht.
 Quelle: Rechnungsergebnisse und Statistik der Deutschen Rentenversicherung

Leistungen im Rahmen des Firmenservices bis zum Jahr 2017 noch in unterschiedlichen Buchungskonten erfasst haben, liegt für den Betrachtungszeitraum keine rentenversicherungsträgerübergreifende Statistik dieser Ausgaben vor.

Die Ausgaben der GRV für Leistungen zur Prävention sind in den Jahren 2016 und 2017 im Vergleich zu den übrigen Jahren stärker angestiegen (Tabelle 22). Im Jahr 2016 stiegen die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 0,8 Millionen Euro (+42 %), im Jahr 2017 um 1,3 Millionen Euro (+48 %). Der höhere Ausgabenanstieg im Jahr 2017 dürfte auf die ab dem Jahr 2017 geltende gesetzliche Verpflichtung der GRV zu Leistungen zur Prävention zurückzuführen sein. Bis einschließlich 2016 wurden die Leistungen zur Prävention als Ermessensleistung gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI in der vor dem 14.12.2016 geltenden Fassung gewährt. Der Anstieg im Jahr 2016 ist vermutlich auf die Aktivitäten des Firmenservices und eine langsame Zunahme der potenziellen Anbieter in den Regionen zurückzuführen.

8.1.5 SOZIALVERSICHERUNG FÜR LANDWIRTSCHAFT, FORSTEN UND GARTENBAU

Tabelle 23 zeigt – gemäß § 20d Abs. 4 Satz 3 SGB V – die Ausgaben der SVLFG in den Jahren 2012–2017. Dargestellt sind die Ausgaben, die die SVLFG in ihrer Funktion als Alterssicherung der Landwirte und als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für Leistungen zur Umsetzung der BRE (Kapitel 5) tätigt. Ausgaben der SVLFG in ihrer Funktion als Kranken- und Pflegekasse sind in den Ausgaben der GKV und SPV enthalten (Kapitel 8.1.1 und 8.1.2). Aufgrund des Gesetzes zur Neuordnung der Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung können Daten zu den Ausgaben der SVLFG erst ab dem Jahr 2013 zur Verfügung gestellt werden.

In ihrer Funktion als Alterssicherung der Landwirte erbringt die SVLFG Leistungen zur Prävention gemäß § 7 ALG. Im Jahr 2017 betragen diese Ausgaben für Leistungen zur Prävention und Nachsorge 0,6 Millionen Euro. Hierbei handelt es sich um „Anlaufkosten“ im ersten Jahr der Erbringung der Leistungen. Da die Präventionsleistungen der Alterssicherung erst seit 2017 mit Inkrafttreten des Flexirentengesetzes gesetzlich verpflichtend sind, liegen aus den Jahren 2012–2016 keine Daten vor.

Die Leistungsausgaben, die die SVLFG als Berufsgenossenschaft der Landwirte im Sinne der BRE tätigt, basieren auf dem gesetzlichen Auftrag in § 14 SGB VII und setzen sich aus den gleichen Leistungsarten zusammen wie die Leistungsausgaben der GUV (Kapitel 8.1.3). Sie betragen im Jahr 2017 insgesamt 62,7 Millionen Euro. Davon entfielen 57,2 Millionen Euro auf Personal- und Sachkosten der Prävention, 2,0 Millionen Euro auf die Kosten der Aus- und Fortbildung, 1,8 Millionen Euro auf die sicherheitstechnischen Dienste, 1,1 Millionen Euro auf sonstige Kosten der Prävention und 0,8 Millionen Euro auf die Kosten der Ersten Hilfe.

In Tabelle 24 ist die Ausgabenentwicklung der SVLFG aufgeführt. Den Angaben ist zu entnehmen, dass die Ausgaben der SVLFG im Betrachtungszeitraum kleineren unsystematischen Schwankungen unterworfen waren, in der Höhe jedoch weitgehend stabil geblieben sind. Nach einem leichten Rückgang der Gesamtausgaben in den Jahren 2015 und 2016 in Höhe von 3,13 Millionen Euro (-4,9 %) bzw. 1,40 Millionen Euro (-2,3 %) sind die Ausgaben 2017 wieder leicht um 3,34 Millionen Euro (+5,6 %) angestiegen. Die Ausgabensteigerung im Jahr 2017 in Höhe von 3,34 Millionen Euro beinhaltet auch die erstmalig anfallenden Leistungsausgaben in Höhe

Tabelle 23: Ausgaben der SVLFG als Alterssicherung der Landwirte und als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage von § 7 Abs. 1 ALG bzw. § 14 SGB VII (in Millionen Euro)

Art der Ausgaben	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Alterssicherung der Landwirte	n. z.	n. z.	n. z.	n. z.	n. z.	0,6
Leistungen zur Prävention und Nachsorge	n. z.	n. z.	n. z.	n. z.	n. z.	0,6
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft	k. A.	63,2	64,5	61,4	60,0	62,7
Kosten für die Herstellung von UVVen (§§ 15 und 16 SGB VII)	k. A.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Personal- und Sachkosten der Prävention	k. A.	58,3	59,1	56,9	54,8	57,2
Kosten der Aus- und Fortbildung (§ 23 SGB VII)	k. A.	1,5	1,6	1,7	1,8	2,0
Zahlungen an Verbände für Prävention	k. A.	0,1	0,0	0,0	-0,1	-0,1
Kosten der arbeitsmedizinischen Dienste	k. A.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kosten der sicherheitstechnischen Dienste	k. A.	1,3	1,4	1,6	1,6	1,8
Sonstige Kosten der Prävention	k. A.	1,5	1,9	0,7	1,1	1,1
Kosten der Ersten Hilfe	k. A.	0,5	0,5	0,6	0,7	0,8
Gesamt	k. A.	63,2	64,5	61,4	60,0	63,4

Anmerkung: Da die Präventionsleistungen der Alterssicherung erst seit 2017 erbracht werden, lagen 2012-2016 keine Ausgaben vor. Aufgrund des Gesetzes zur Neuordnung der Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung können Ausgabedaten der SVLFG erst ab dem Jahr 2013 zur Verfügung gestellt werden. Ausgaben der SVLFG als Kranken- und Pflegekasse sind unter GKV bzw. SPV berücksichtigt. UVVen: Unfallverhütungsvorschriften. Bei Summenbildung kann es ggf. zu Rundungsdifferenzen kommen.

Quelle: Rechnungsergebnisse der SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, Rechnungsergebnisse der SVLFG als Alterssicherung der Landwirte

von 0,6 Millionen Euro für Prävention der SVLFG als Alterssicherung der Landwirte. Das Präventionsgesetz verpflichtet die SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft - wie die GUV im Allgemeinen -, sich an der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f SGB V zu beteiligen, gibt jedoch keine Veränderung des Leistungsauftrags für die SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft vor. Daher lässt sich - wie erwartet und wie auch bei der GUV beobachtet (Kapitel 8.1.3) - kein direkter Effekt der Verabschiedung des Präventionsgesetzes auf die Höhe der Ausgaben der SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft beobachten.

Tabelle 24: Veränderung der Ausgaben der SVLFG als Alterssicherung der Landwirte und als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für Leistungen im Sinne der BRE auf Grundlage von § 7 Abs. 1 ALG bzw. § 14 SGB VII im Vergleich zum Vorjahr (in Millionen Euro)

Art der Ausgaben	2014	2015	2016	2017
Alterssicherung der Landwirte	n. z.	n. z.	n. z.	+0,62
Leistungen zur Prävention und Nachsorge	n. z.	n. z.	n. z.	+0,62
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft	+1,26	-3,13	-1,40	+2,71
Kosten für die Herstellung von UVVen (§§ 15 und 16 SGB VII)	0,00	0,00	0,00	0,00
Personal- und Sachkosten der Prävention	+0,78	-2,14	-2,11	+2,40
Kosten der Aus- und Fortbildung (§ 23 SGB VII)	+0,05	+0,08	+0,13	+0,18
Zahlungen an Verbände für Prävention	-0,02	-0,05	-0,10	+0,02
Kosten der arbeitsmedizinischen Dienste	-0,04	0,00	0,00	0,00
Kosten der sicherheitstechnischen Dienste	+0,09	+0,15	+0,07	+0,14
Sonstige Kosten der Prävention	+0,36	-1,23	+0,47	-0,08
Kosten der Ersten Hilfe	+0,04	+0,06	+0,14	+0,05
Gesamt	+1,26	-3,13	-1,40	+3,34

Anmerkung: Da die Präventionsleistungen der Alterssicherung erst seit 2017 erbracht werden, lagen 2012-2016 keine Ausgaben vor. Aufgrund des Gesetzes zur Neuordnung der Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung können Ausgabedaten der SVLFG erst ab dem Jahr 2013 zur Verfügung gestellt werden. Ausgaben der SVLFG als Kranken- und Pflegekasse sind unter GKV bzw. SPV berücksichtigt. UVVen: Unfallverhütungsvorschriften. Bei Summenbildung kann es ggf. zu Rundungsdifferenzen kommen.

Quelle: Rechnungsergebnisse der SVLFG als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, Rechnungsergebnisse der SVLFG als Alterssicherung der Landwirte

Tabelle 25: Ausgaben der PKV im Sinne der BRE auf Grundlage von § 20e Abs. 1 SGB V (in Millionen Euro)

Art der Ausgaben	2012	2013	2014	2015	2016	2017
An Kooperationspartner BZgA	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2
An Kooperationspartner Stiftung Gesundheitswissen	n. z.	n. z.	n. z.	7,0	7,0	7,0
An Kooperationspartner Deutsche Aids-Stiftung	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Gesamtausgaben	13,5	13,5	13,5	20,5	20,5	20,5

Anmerkung: Die Stiftung Gesundheitswissen besteht seit 2015. Daher lagen 2012-2014 keine Ausgaben vor. Bei Summenbildung kann es ggf. zu Rundungsdifferenzen kommen.

Quelle: Haushalt bzw. Zahlenbericht des PKV-Verbands

8.1.6 PRIVATE KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

Tabelle 25 zeigt – gemäß § 20d Abs. 4 Satz 3 SGB V – die Ausgaben der PKV in den Jahren 2012-2017. Hierbei handelt es sich um die finanzielle Beteiligung der PKV an Programmen und Projekten im Sinne der BRE auf Grundlage von § 20e Abs. 1 SGB V (Kapitel 5). Die Angaben beinhalten die Ausgaben des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband), die dieser für seine Mitglieder vornimmt und denen entsprechende Zahlungen an den Verband gegenüberstehen.³⁹⁷

Im Jahr 2017 betragen die Ausgaben der PKV im Sinne der BRE 20,5 Millionen Euro. Diese setzten sich aus Ausgaben an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 13,2 Millionen Euro), die Stiftung Gesundheitswissen (7,0 Millionen Euro) und die Deutsche Aids Stiftung (0,3 Millionen Euro) zusammen.³⁹⁸ Die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention werden zurzeit als individualbezogene und/oder lebensweltbezogene Leistungen erbracht. Die PKV richtet das bisherige und künftige Engagement sukzessive inhaltlich und finanziell auf Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Stands und unter Beachtung anerkannter Qua-

litätsstandards hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aus.

Nach konstanten Ausgaben in den Jahren 2012-2014 erhöhten sich die Ausgaben im Jahr 2015 sprunghaft um 7,0 Millionen Euro (+52 %). In den Jahren 2016 und 2017 blieben die Leistungsausgaben im Vergleich zum Vorjahr konstant.

Die Erhöhung der Ausgaben der PKV im Jahr 2015 um 7 Millionen Euro erfolgte im Zuge der Verabschiedung des Präventionsgesetzes. § 20e Abs. 1 SGB V formuliert, dass die PKV einen Sitz in der NPK im Falle einer angemessenen finanziellen Beteiligung an Programmen und Projekten im Sinne der BRE erhält. Die Höhe der Mittel im Bereich Krankenversicherung bemisst sich mindestens nach dem Betrag, den die gesetzlichen Krankenkassen nach § 20 Abs. 6 Satz 2 und 3 SGB V für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20a aufzuwenden haben (2,00 Euro je Versicherten in 2016 und 2017), multipliziert mit der Anzahl der in der privaten Krankenversicherung Vollversicherten. Die Höhe der Mittel im Bereich Pflegeversicherung bemisst sich nach dem Betrag, den die Pflegekassen nach § 5 Abs. 2 SGB XI für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben (0,30 bzw. 0,31 Euro je Versicherten in den Jah-

³⁹⁷ Möglicherweise erbringen die einzelnen Unternehmen der PKV über die Zahlungen an den PKV-Verband hinaus weitere Präventionsleistungen, über die jedoch nicht genügend Informationen vorliegen (einschließlich aus der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht).

³⁹⁸ Die Ausgaben werden derzeit nicht nach Art der Leistung erfasst.

ren 2016 bzw. 2017), multipliziert mit der Anzahl ihrer Versicherten.

Gemessen an den Versichertenzahlen in der privaten Krankenvollversicherung und der privaten Pflegeversicherung ergeben sich für die Jahre 2016 und 2017 Ausgabenvolumina in Höhe von 20,4 Millionen Euro. Somit erfüllte die PKV die gesetzliche Anforderung für das Stimmrecht. Dabei ist jedoch die Vereinbarung zu berücksichtigen, dass die PKV ihr Engagement in Lebenswelten sukzessive sowohl inhaltlich als auch finanziell ausweitet. Sie gewährleistet, auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstands und unter Beachtung anerkannter Qualitätsstandards zu agieren - einschließlich der Qualitätskriterien der GKV und der SPV, die in den jeweiligen Präventionsleitfäden des GKV-Spitzenverbandes (Kapitel 7.6 und 7.9) definiert sind.

8.2 GESUNDHEITSAUSGABENRECHNUNG DES STATISTISCHEN BUNDESAMTES

Ziel der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes ist „die vollständige Erfassung der Ausgaben für Waren und Dienstleistungen im Gesundheitswesen und ihre Gliederung anhand von nachvollziehbaren und sinnvollen Kriterien“.³⁹⁹ Die Gesundheitsausgabenrechnung misst aus einer volkswirtschaftlichen Perspektive die „ökonomische Belastung“ der Bevölkerung Deutschlands durch drei Aspekte: (1) Maßnahmen, die mit der Prävention, Behandlung und Rehabilitation von Krankheiten oder der Pflege im Zusammenhang stehen, (2) Kosten der Verwaltung im Gesundheitswesen sowie (3) Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Sie dient als Datengrundlage für die gesundheitspolitische Diskussion und als Entscheidungshilfe für die Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen.^{ebd.}

Die Gesundheitsausgabenrechnung bildet die Ausgaben im Gesundheitswesen nach Leistungsart, Einrichtung und Ausgabenträger ab. Den methodischen Ausgangspunkt des Rechenwerks bildet ein von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) veröffentlichter Standard zur Berechnung von Gesundheitsausgaben. Erfasst werden die Ausgaben der GKV, SPV, GUV, GRV, PKV, der öffentlichen Haushalte, der Arbeitgebenden und der privaten Haushalte bzw. Organisationen ohne Erwerbszweck. Zu den abgebildeten Leistungsarten gehören Investitionen und laufende Gesundheitsausgaben. Letztere werden in Prävention und Gesundheitsschutz, ärztliche Leistungen, pflegerische und therapeutische Leistungen, Unterkunft und Verpflegung, Waren (z. B. Arzneimittel), Transporte und Verwaltungsleistungen untergliedert. Die Ausgaben nach Ausgabenträger und Leistungsart werden stratifiziert nach dem Leistungserbringenden bzw. der Einrichtung ausgewiesen. Diese sind gegliedert u. a. in Einrichtungen des Gesundheitsschutzes, ambulante Einrichtungen, stationäre bzw. teilstationäre Einrichtungen, Rettungsdienste, Verwaltung sowie sonstige Einrichtungen und private Haushalte.

Leistungsart Prävention und Gesundheitsschutz

Die Leistungsart Prävention und Gesundheitsschutz der Gesundheitsausgabenrechnung bildet eine Möglichkeit, auch für Akteure über die stimmberechtigten NPK-Mit-

glieder hinaus, einen Eindruck von ihren Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention zu bekommen. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass das Konto Prävention und Gesundheitsschutz in der Gesundheitsausgabenrechnung anders definiert ist als die in Kapitel 8.1 dargestellten Ausgaben. Dies zeigt sich zunächst darin, dass der Anteil der Ausgaben der Sozialversicherungsträger und der PKV für Prävention und Gesundheitsschutz gemäß Gesundheitsausgabenrechnung an den Gesamtausgaben des Gesundheitswesens deutlich größer ausfällt als der Anteil der Ausgaben für Leistungen im Sinne der BRE an den Gesamtausgaben. Im Jahr 2017 betragen die Gesamtausgaben des Gesundheitswesens 375,6 Mrd. Euro.⁴⁰⁰ Der Anteil der Ausgaben der Sozialversicherungsträger und der PKV für Prävention und Gesundheitsschutz gemäß Gesundheitsausgabenrechnung beläuft sich auf 2,2 % (8,341 Milliarden Euro), während der Anteil der Ausgaben im Sinne der BRE nur 0,43 % (1,619 Milliarden Euro)⁴⁰¹ beträgt.

Der Vergleich zeigt weiterhin, dass sich der Anteil der in der Gesundheitsausgabenrechnung abgebildeten Ausgaben für Leistungen im Sinne der BRE zwischen den Akteuren stark unterscheidet. Während bei der GUV die in der Gesundheitsausgabenrechnung abgebildeten Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz weitestgehend den Ausgaben für Leistungen im Sinne der BRE entsprechen, stellen bei den anderen Akteuren die Ausgaben für Leistungen im Sinne der BRE nur einen Teil der in der Gesundheitsausgabenrechnung ausgewiesenen Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz dar.

Diese Unterschiede werden im Folgenden zunächst für die stimmberechtigten NPK-Mitglieder erläutert. Darauf folgt eine Darstellung der Ausgaben der öffentlichen Haushalte, der Arbeitgebenden und der privaten Haushalte bzw. Organisationen ohne Erwerbszweck für Prävention und Gesundheitsschutz laut der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes und eine Einordnung dieser Ausgaben – soweit möglich – relativ zu den Ausgaben für Leistungen im Sinne der BRE.

8.2.1 AUSGABEN DER STIMMBERECHTIGTEN NPK-MITGLIEDER IN DER GESUNDHEITSAUSGABENRECHNUNG

In Tabelle 26 sind die Ausgaben der stimmberechtigten NPK-Mitglieder für die Leistungsart Prävention und Gesundheitsschutz gemäß der Gesundheitsausgabenrech-

nung abgebildet. Die Darstellung beinhaltet eine Tiefengliederung der Leistungsart, sodass ersichtlich ist, aus welchen Leistungsunterarten sich die Leistungsausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz zusammensetzen. Dazu gehören der Allgemeine Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Früherkennung von Krankheiten sowie Gutachten und Koordination.

Gemäß Gesundheitsausgabenrechnung gab die GKV im Jahr 2017 6,079 Milliarden Euro für Prävention und Gesundheitsschutz aus, die SPV verfügte über Leistungsausgaben in Höhe von 434 Millionen Euro, die GUV 1,343 Milliarden Euro, die GRV 139 Millionen Euro und die PKV 348 Millionen Euro. Beim Vergleich der Angaben aus der Gesundheitsausgabenrechnung mit den Ausgaben für Leistungen im Sinne der BRE (Kapitel 8.1) fällt auf, dass die Gesundheitsausgabenrechnung systematisch höhere Werte ausweist. Ursächlich hierfür ist eine enger gefasste Definition der relevanten Ausgaben. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz nach einer anderen Systematik ausgewiesen werden und sich die Zuordnungssystematik der in Kapitel 8.1 dargestellten Ausgaben zu Leistungsarten der Gesundheitsausgabenrechnung zwischen den Akteuren unterscheidet. Dies wird im Folgenden für jeden der Akteure näher ausgeführt.

In Tabelle 27 sind die **Ausgaben der GKV** für Gesundheitsförderung gemäß Gesundheitsausgabenrechnung angegeben. Gesundheitsförderung ist ein Unterkonto der Leistungsart Prävention und Gesundheitsschutz (Tabelle 26). Nach der Gesundheitsausgabenrechnung wird eine Leistung zum Zweig Gesundheitsförderung gezählt, „wenn sie darauf abzielt, das Verhalten eines Einzelnen oder einer Gruppe in einer ganz bestimmten Weise zu beeinflussen oder zu fördern, um dadurch den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern oder zu erhalten. In der Gesundheitsausgabenrechnung werden unter dieser Leistungsart Leistungen zur Vorbeugung spezifischer Krankheiten erfasst, welche auch unter dem Begriff ‚primäre Prävention‘ zusammengefasst werden. Das Leistungsspektrum, das dabei von staatlichen, privaten und betrieblichen Einrichtungen angeboten wird, ist breit gefächert und reicht von Informations- und Aufklärungsmaßnahmen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge über AIDS-Beratung bis hin zu zahnprophylaktischen Leistungen. Zur Gesundheitsförderung werden außerdem die von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisatio-

400 Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung (Code 23611BJ008), Abruf: 21.03.2019.

401 Der Anteil ist ähnlich, wenn auch die Ausgaben der GKV für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt werden (0,49 % oder 1,827 Milliarden Euro).

Tabelle 26: Ausgaben der stimmberechtigten NPK-Mitglieder für Prävention und Gesundheitsschutz gemäß Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes (in Millionen Euro)

Akteur und Leistungsart	2012	2013	2014	2015	2016	2017
GKV	4.805	4.922	5.283	5.541	5.822	6.079
Allgemeiner Gesundheitsschutz	1.258	1.184	1.325	1.493	1.465	1.551
Gesundheitsförderung	1.671	1.793	1.905	1.964	2.199	2.305
Früherkennung von Krankheiten	1.458	1.494	1.584	1.606	1.656	1.702
Gutachten und Koordination	418	451	469	478	502	521
SPV	330	357	371	376	399	434
Gesundheitsförderung	n. z.	n. z.	n. z.	n. z.	6	17
Gutachten und Koordination	330	357	371	376	393	417
GUV	1.148	1.173	1.221	1.263	1.315	1.343
Allgemeiner Gesundheitsschutz	1.036	1.055	1.099	1.128	1.161	1.192
Gesundheitsförderung	39	44	47	53	66	66
Gutachten und Koordination	73	74	75	82	88	85
GRV	199	206	211	213	211	139
Gesundheitsförderung	18	18	20	21	21	34
Gutachten und Koordination	181	188	191	192	190	105
PKV	248	304	301	335	344	348
Gesundheitsförderung	125	118	125	159	164	165
Früherkennung von Krankheiten	89	145	137	137	139	140
Gutachten und Koordination	34	41	39	39	41	43

Anmerkung: SPV: Da die unter Gesundheitsförderung berücksichtigten Ausgaben für Leistungen getätigt werden, die erst seit 2016 gesetzlich verankert sind, lagen 2012-2015 keine Ausgaben vor. Weitere Erläuterungen zu der Tabelle sind im Text zu finden. Bei Summenbildung kann es ggf. zu Rundungsdifferenzen kommen.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung (Code 23611BJ008), Abruf: 21.03.2019.

Tabelle 27: Ausgaben der GKV für Gesundheitsförderung nach der Einrichtungsart gemäß Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes (in Millionen Euro)

Einrichtungen	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gesundheitsschutz	46	49	49	51	80	92
Ambulante Einrichtungen	921	971	1.038	1.063	1.101	1.144
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	415	457	475	480	491	502
Sonstige Einrichtungen und private Haushalte	280	309	337	364	519	559
Ausland (Importe)	9	7	6	6	8	8
Gesamt	1.671	1.793	1.905	1.964	2.199	2.305

Anmerkung: Bei Summenbildung kann es ggf. zu Rundungsdifferenzen kommen.
 Quelle: Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung (Code 23611BJ008), Abruf: 21.03.2019.

nen und Selbsthilfekontaktstellen erbrachten Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsleistungen gerechnet⁴⁰².

Im Jahr 2017 gab die GKV gemäß Gesundheitsausgabenrechnung 2,305 Milliarden Euro für Gesundheitsförderung aus. Dies beinhaltet – neben Ausgaben für Leistungen zur Umsetzung der §§ 20-20g SGB V – z. B. Ausgaben für Zahnprophylaxe bei Kindern, medizinische Vorsorge für Mütter und Väter, Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen sowie Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung. Um die Ausgaben für Leistungen zur Umsetzung der §§ 20-20g SGB V aufzeigen zu können, beinhaltet Tabelle 27 eine Unterteilung nach der Art der Einrichtung, wo die Ausgaben getätigt wurden. Die Konten der Rechnungsergebnisse der GKV, die die relevanten Leistungsausgaben erfassen, sind in den Ausgaben der Einrichtungsart Sonstige Einrichtungen und private Haushalte enthalten. Die Ausgaben dieser Einrichtungsart belaufen sich im Jahr 2017 gemäß Gesundheitsausgabenrechnung auf 559 Millionen Euro. Diese sind höher als die in Tabelle 14 gezeigten 519,0 Millionen Euro, da – neben Ausgaben für Leistungen zur Umsetzung der §§ 20-20g SGB V – 40 Millionen Euro weitere Ausgaben unter Gesundheitsförderung in Sonstigen Einrichtungen und privaten Haushalten gebucht werden.

Die **Ausgaben der SPV** für die Leistungsart Gesundheitsförderung der Gesundheitsausgabenrechnung betragen im Jahr 2017 17,0 Millionen Euro (Tabelle 26). Darin sind die tatsächlich verausgabten Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne der BRE in Höhe von 8,5 Millionen Euro enthalten.⁴⁰³

Die Höhe der **Ausgaben der GUV** für Prävention und Sicherheitsförderung im Sinne der BRE entspricht nahezu vollständig den Angaben der Gesundheitsausgabenrechnung für Prävention und Gesundheitsschutz. Die im Sinne der BRE relevanten Konten werden in der Gesundheitsausgabenrechnung größtenteils der Leistungsart Allgemeiner Gesundheitsschutz zugeordnet. Auch in den Leistungsarten Gesundheitsförderung sowie Gutachten und Koordination sind relevante Ausgaben enthalten (z. B. werden die Kosten der Ersten Hilfe in der Gesundheitsausgabenrechnung unter Gesundheitsförderung gebucht). Ein Vergleich der beiden Statistiken zeigt jedoch auch, dass in der Gesundheitsausgabenrechnung weitere Leistungskonten zugeordnet werden, die nicht Bestandteil der BRE sind. Daher fallen die Angaben des Statistischen Bundesamtes etwas höher aus als die im Sinne der BRE ausgewiesenen Beträge.

402 Statistisches Bundesamt: Erläuterung für die Statistik 23611 „Gesundheitsausgabenrechnung“.

403 Die Differenz zwischen den 17,0 und 8,5 Millionen Euro ergibt sich aufgrund von Buchungsunterschieden zwischen den an das statistische Bundesamt übermittelten Daten und den Daten, die der GKV-Spitzenverband für den NPK-Präventionsbericht zur Verfügung stellte.

Bei den **Ausgaben der GRV**, die in der Gesundheitsausgabenrechnung unter Prävention und Gesundheitsschutz erfasst werden, handelt es sich hauptsächlich um Ausgaben des Sozialmedizinischen Diensts. Unter der Leistungsart Gesundheitsförderung wird neben Kosten für den Sozialmedizinischen Dienst auch ein Teil der Ausgaben im Sinne der BRE verbucht. Hierbei handelt es sich um Mittel, die an Einrichtungen fließen für die Durchführung von Leistungen nach § 14 SGB VI. Der Teil der Ausgaben im Sinne der BRE, der ggf. während einer Präventionsleistung als Übergangsgeld an den Versicherten gezahlt wird, ist in der Gesundheitsausgabenrechnung unter Einkommensleistungen im erweiterten Leistungsbereich verbucht.

Die **Ausgaben der PKV**, die in der Gesundheitsausgabenrechnung unter Prävention und Gesundheitsschutz ausgewiesen sind, werden von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und der Postbeamtenkasse für ihre jeweiligen Versicherten getätigt. Die an das Statistische Bundesamt mitgeteilten Leistungsausgaben werden mittels eines proprietären, nicht öffentlich verfügbaren Schlüssels auf die jeweiligen Leistungsarten und Einrichtungen/Leistungserbringende verteilt.⁴⁰⁴ Die in Kapitel 8.1.6 dargestellten Ausgaben, die der PKV-Verband im Namen seiner Mitgliedsunternehmen für Gesundheitsförderung und Prävention tätigt, werden in der Gesundheitsausgabenrechnung nicht unter Prävention und Gesundheitsschutz erfasst.

Resümee zu den Ausgaben der stimmberechtigten NPK-Mitglieder laut Gesundheitsausgabenrechnung

Insgesamt gestaltet es sich schwierig, die Ausgaben für Leistungen im Sinne der BRE in die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung einzuordnen. Die Gesundheitsausgabenrechnung verwendet eine deutlich weiter gefasste Definition von Prävention und Gesundheitsschutz und verfügt über eine Zuordnungssystematik, die nicht auf die Darstellung von Ausgaben im Sinne der BRE ausgelegt ist. Daher sind die Ergebnisse der beiden Statistiken nicht vergleichbar. Da der Anteil der in der Gesundheitsausgabenrechnung enthaltenen Ausgaben im Sinne der BRE sich zwischen den Ausgabenträgern stark unterscheidet und keine trägereinheitliche Zuweisung der Ausgaben zu einer bestimmten Leistungsart erfolgt, lassen sich die Unterschiede nur sehr eingeschränkt interpretieren.

Eine sinnvolle Ergänzung der Gesundheitsausgabenrechnung könnte sein, die Ausgaben im Sinne der BRE als Davon-Wert innerhalb der Leistungsarten darzustellen. Die Ausgaben im Sinne der BRE werden in bestimmten Konten der Rechnungsergebnisse der Sozialversicherungsträger erfasst. Gleichzeitig besteht eine feste Zuordnung dieser Konten zu den Leistungsarten der Gesundheitsausgabenrechnung. Insofern könnte die Integration eines Davon-Werts für die Ausgaben im Sinne der BRE unter Beibehaltung der Zuordnungssystematik basierend auf dem „System of Health Accounts“ erfolgen. Die Darstellung der für Deutschland spezifischen Informationen könnte somit unter Beibehaltung der internationalen Vergleichbarkeit, basierend auf der im Jahr 2000 von der OECD entwickelten Systematik erfolgen.

404 Die Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten der privaten Krankenkassen bzw. der Beihilfe sind vor und nach 2015 nur eingeschränkt vergleichbar, da der Verteilungsschlüssel ab Berichtsjahr 2015 auf einer erweiterten Stichprobe basiert. Statistisches Bundesamt (2019). Qualitätsbericht Gesundheitsausgabenrechnung 2017.

Tabelle 28: Ausgaben der öffentlichen Haushalte, Arbeitgeber und privaten Haushalte für Prävention und Gesundheitsschutz gemäß Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes (in Millionen Euro)

Akteur und Leistungsart	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Öffentliche Haushalte	2.071	2.078	2.099	2.112	2.137	2.139
Allgemeiner Gesundheitsschutz	1.252	1.252	1.252	1.252	1.252	1.252
Gesundheitsförderung	760	765	774	783	798	801
Früherkennung von Krankheiten	9	10	13	15	20	16
Gutachten und Koordination	50	51	60	62	67	70
Arbeitgebende	904	949	973	1.012	1.050	1.098
Allgemeiner Gesundheitsschutz	4	3	3	3	4	4
Gesundheitsförderung	847	859	887	924	960	1.003
Früherkennung von Krankheiten	53	87	83	85	86	91
Gutachten und Koordination	0	0	0	0	0	0
Private Haushalte/Organisationen ohne Erwerbszweck	632	585	569	542	525	512
Gesundheitsförderung	607	554	542	515	493	472
Früherkennung von Krankheiten	25	31	27	27	32	40
Gutachten und Koordination	0	0	0	0	0	0

Anmerkung: Bei Summenbildung kann es ggf. zu Rundungsdifferenzen kommen.
Quelle: Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung (Code 23611BJ008), Abruf: 21.03.2019.

8.2.2 AUSGABEN WEITERER AKTEURE IN DER GESUNDHEITSAUSGABENRECHNUNG

Im Gegensatz zu den Ausgaben der stimmberechtigten NPK-Mitglieder werden die Ausgaben der beratenden NPK-Mitglieder im Sinne der BRE nicht gesondert erfasst. Um dennoch über die Ausgaben der beratenden Mitglieder zu berichten, kann nur auf die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen werden. Sie weist Ausgaben der öffentlichen Haushalte, der Arbeitgebenden und der privaten Haushalte bzw. Organisationen ohne Erwerbszweck aus. Diese Gruppen können als Näherung für die durch die beratenden NPK-Mitglieder vertretenen Akteure genutzt werden.

Bei der Interpretation der Ausgaben der öffentlichen Haushalte, der Arbeitgebenden und der privaten Haushalte bzw. Organisationen ohne Erwerbszweck auf Basis

der Gesundheitsausgabenrechnung (Tabelle 28) sind die in Kapitel 8.2.1 dargestellten Limitationen hinsichtlich Vergleichbarkeit und Aussagekraft zu berücksichtigen. Dabei wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es methodisch kaum möglich ist, die für diese Akteure in der Gesundheitsausgabenrechnung genannten Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz mit den Leistungsausgaben der stimmberechtigten NPK-Mitglieder im Sinne der BRE zu vergleichen.

Die öffentlichen Haushalte wendeten im Jahr 2017 2,139 Milliarden Euro für Prävention und Gesundheitsschutz gemäß Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes auf (Tabelle 28). Die Ausgaben setzten sich aus den Leistungsarten Allgemeiner Gesundheitsschutz (1,252 Milliarden Euro), Gesundheitsförderung (801 Millionen Euro), Früherkennung von Krankheiten (16 Millionen Euro) sowie Gutachten und Koordination (70 Millionen Euro) zusammen. Ausgaben im Sinne der

BRE dürften am ehesten in der Leistungsart Gesundheitsförderung enthalten sein, da die Gesundheitsausgabenrechnung hier Ausgaben verbucht, die darauf abzielen, „das Verhalten eines Einzelnen oder einer Gruppe in einer ganz bestimmten Weise zu beeinflussen oder zu fördern, um dadurch den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern oder zu erhalten“⁴⁰⁵. Die Ausgaben der öffentlichen Haushalte für Gesundheitsförderung setzen sich aus bestimmten Anteilen der Ausgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und der Sozialhilfe zusammen. Eine weitere Aufschlüsselung ist anhand öffentlich verfügbarer Informationen nicht möglich. Daher kann auch die Höhe der tatsächlich relevanten Ausgaben nicht ermittelt werden. Die unter Allgemeiner Gesundheitsschutz veranschlagten Ausgaben könnten auch für Aktivitäten im Sinne der BRE getätigt worden sein. Insgesamt scheint dieses Konto jedoch breiter gefasst zu sein, da es die von den Gesundheitsämtern im Rahmen der Gesundheitsbeobachtung, des Infektionsschutzes, der allgemeinen und speziellen Hygieneüberwachung oder des Umweltmonitorings bereitgestellten Gesundheitsgüter (z. B. AIDS-Tests der Gesundheitsämter und Impfschutz) enthält.^{ebd.}

Die Ausgaben der **Arbeitgebenden** für Prävention und Gesundheitsschutz betragen im Jahr 2017 gemäß Gesundheitsausgabenrechnung 1,098 Milliarden Euro (Tabelle 28). Die Ausgaben setzten sich aus den Leistungsarten Gesundheitsförderung (1.003 Millionen Euro), Früherkennung von Krankheiten (91 Millionen Euro) und Allgemeiner Gesundheitsschutz (4 Millionen Euro) zusammen. Ausgaben im Sinne der BRE dürften am ehesten in der Leistungsart Gesundheitsförderung enthalten sein. Diese Leistungsart umfasst mit hohem Volumen den betrieblichen Gesundheitsdienst. Weiterhin enthält sie Anteile aus den Konten der Beihilfen der öffentlichen und privaten Arbeitgebenden.

Die Ausgaben der **privaten Haushalte bzw. Organisationen ohne Erwerbszweck** für Prävention und Gesundheitsschutz betragen im Jahr 2017 gemäß Gesundheitsausgabenrechnung 512 Millionen Euro, die nahezu vollständig der Leistungsart Gesundheitsförderung zugeordnet werden (Tabelle 28). Hierbei handelt es sich u. a. um Anteile der individuellen Gesundheitsleistungen im

Rahmen der ärztlichen Behandlung (IGeL) und Zuzahlungen für Mütter- oder Vätervorsorgekuren.

Resümee zu den Ausgaben der beratenden NPK-Mitglieder laut Gesundheitsausgabenrechnung

Ob und inwieweit die hier erfassten Ausgaben den in den BRE dargelegten Inhalten und Zielen entsprechen, kann nicht beurteilt werden. Hintergrund ist, dass in den BRE zwar die Ziele von Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung auch für die öffentlichen Haushalte, Arbeitgebenden und privaten Haushalte umrissen, allerdings inhaltlich nicht konkretisiert werden.⁴⁰⁶ Damit lässt sich derzeit auch nicht definieren, welche Ausgaben der beratenden NPK-Mitglieder den Leistungen im Sinne der BRE entsprechen.

Ebenso wenig lässt sich ablesen, ob es sich bei den Ausgaben der beratenden NPK-Mitglieder in der Gesundheitsausgabenrechnung um Ausgaben handelt, die bereits seit längerem erbracht werden, oder ob die mit den Ausgaben korrespondierenden Leistungen – auch ohne explizite gesetzliche Verpflichtung – anlässlich der Verabschiedung des Präventionsgesetzes zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie neu eingeführt wurden.

Um die Ausgaben der beratenden NPK-Mitglieder ausweisen zu können, bedürfte es einer genaueren Definition ihrer Aktivitäten im Sinne der BRE. Mit einer solchen Definition könnte – unter Verwendung existierender Datenquellen – eine Zuordnungslogik für eine gesonderte Ausweisung der relevanten Ausgaben in der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes geprüft werden. Perspektivisch ergäbe sich so die Möglichkeit, die Ausgaben im Sinne der BRE sowohl für die stimmberechtigten (Kapitel 8.2.1) als auch die beratenden NPK-Mitglieder in der Gesundheitsausgabenrechnung auszuweisen.

405 Statistisches Bundesamt: Erläuterung für die Statistik 23611 „Gesundheitsausgabenrechnung“.

406 So heißt es beispielsweise in den BRE, dass „Länder und Kommunen im Rahmen ihrer Verantwortung für Infrastruktur, Raumplanung und den Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie auch in ihrer Rolle als Einrichtungsträger [...] maßgeblich die Entwicklung eines förderlichen Umfeldes für ein gesundes und sicheres Aufwachsen“ gestalten. Ein besonderer Bedarf wird bei der Unterstützung junger Familien durch die Träger der Kinder- und Jugendhilfe, der Ermöglichung ausreichender Bewegung und gesunder Verpflegung in Schulen und Kitas sowie bei der Resilienzförderung, Raumgestaltung und Gewaltprävention gesehen. Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, S. 18.

8.3 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERE ENTWICKLUNG DER AUSGABENWERTE DER GKV

Entsprechend § 20d Abs. 4 Satz 4 SGB V sind im Präventionsbericht der NPK Empfehlungen zur weiteren Entwicklung des in § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V bestimmten Richtwerts für Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nach den §§ 20-20c SGB V und der in § 20 Abs. 6 Satz 2 SGB V bestimmten Mindestwerte für Leistungen der Krankenkassen nach den §§ 20a und 20b SGB V abzugeben.

Mit dem Präventionsgesetz wurde der Richtwert für die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen nach den §§ 20-20c SGB V von 3,17 Euro (2015) auf 7,00 Euro (2016) mehr als verdoppelt (§ 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V i. d. F. vom 17.07.2015). Nach der regierungsamtlichen Begründung stellt dieser Wert keinen Grenzwert dar, sondern ist von den Krankenkassen unter Berücksichtigung der Mindestwerte für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und zur betrieblichen Gesundheitsförderung (s. u.) anzustreben und kann von ihnen auch überschritten werden.⁴⁰⁷ Der Ausgabenrichtwert ist mit der Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV dynamisiert (§ 20 Abs. 6 SGB V) und betrug 2017 daher 7,17 Euro je Versicherten.

Der Richtwert stellt eine flexible und dynamische Orientierungsgröße als Summe dreier Leistungsbereiche dar, von denen zwei mit Mindestausgabewerten quotiert sind:

- Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V mit einem Mindestausgabewert von zunächst 2,00 Euro je Versicherten in 2016, dynamisiert mit der Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (2017: 2,05 Euro),
- Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V (einschließlich Mitwirkung an der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V) mit ebenfalls 2,00 Euro Mindestausgaben in 2016 und ebenfalls dynamisiert mit der monatlichen Bezugsgröße (2017: 2,05 Euro) sowie

- Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V (ohne gesetzlichen Mindestausgabewert).

Empfehlungen für die weitere Entwicklung der Mindestausgabenwerte

Der Gesetzgeber hat die Mindestausgabenwerte für Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und zur betrieblichen Gesundheitsförderung (jeweils 2,00 Euro je Versicherten für 2016) deutlich über den tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen für diese Bereiche vor Verabschiedung des Präventionsgesetzes angesetzt (Tabelle 15). Hierdurch sollte nach der amtlichen Begründung eine „stärkere Förderung von Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten gewährleistet“ werden.⁴⁰⁸ Die Mindestwerte wurden zudem gesetzlich mit der Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV dynamisiert, sodass die bereitzustellenden Mittel mit der Einnahmeentwicklung der GKV-Mitglieder wachsen.

Wie aus den Ausführungen in Kapitel 8.1.1 deutlich wird, hat die GKV ihre Ausgaben für Leistungen zur lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention entsprechend den gesetzlichen Vorgaben in den Jahren 2016 und 2017 stark ausgeweitet.⁴⁰⁹ Auch wenn zunächst aufgrund der Herausforderung, die Ausgaben von einem Jahr auf das nächste unter Berücksichtigung des Gebots der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu verdoppeln bzw. zu vervierfachen, Überträge nichtverausgabter Mittel in die nachfolgenden Jahre entstanden sind, ist damit zu rechnen, dass die Soll-Ausgaben auch unter Berücksichtigung der Überträge aus den Vorjahren in diesem oder spätestens dem kommenden Jahr erreicht sein werden.

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Ausgaben der GKV in einem Feld mit vielen Zuständigen und Verantwortlichen – wie es die lebens- und arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention darstellen – können nicht gestützt auf eine Betrachtung der Ausgaben dieses Ausgabenträgers allein, sondern nur auf Basis einer Analyse der finanziellen Beiträge aller Akteure for-

407 Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention vom 11.03.2015. Deutscher Bundestag Drucksache 18/4282, S. 34.

408 Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention vom 11.03.2015. Deutscher Bundestag Drucksache 18/4282, S. 34.

409 Gesetzliche Mindestausgaben 2017: 2,05 Euro zzgl. Übertrag nichtverausgabter Mittel aus 2016 von 0,37 Euro ergibt 2,42 Euro je Versicherten. Dem standen Ist-Ausgaben im Jahr 2017 von 2,12 Euro gegenüber mit einer Differenz von 0,30 Euro zum Mindestausgabewert (einschließlich Übertrag).

muliert werden. Ohne eine solche Gesamtbetrachtung birgt eine lediglich auf die GKV ausgerichtete Empfehlung die Gefahr ungerechtfertigter Lastenverschiebungen, wenn z. B. andere Verantwortliche spiegelbildlich zu einem vergrößerten Engagement der GKV ihre Ausgaben verringern oder konstant halten.

In Tabelle 12 und Tabelle 13 wurden die Ausgaben der stimmberechtigten NPK-Mitglieder für Leistungen zur Umsetzung der §§ 20–20g SGB V sowie deren Entwicklung dargestellt. In den Jahren 2016 und 2017 sind danach von den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern zusammen 302,8 Mio. Euro⁴¹⁰ zusätzlich für die Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne der BRE mobilisiert worden. Hiervon entfielen 67 % auf die GKV (201,5 Mio. Euro), 25 % auf die GUV und 7 % auf die SPV, während die Ausgaben der GRV, SVLFG und PKV konstant geblieben oder – im Vergleich zu den Gesamtausgaben – geringfügig gewachsen sind.

Durch das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG)⁴¹¹ wurde der für die gesetzlichen Krankenkassen geltende Mindestausgabewert nach § 20 Abs. 6 Satz 2 SGB V für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nochmals um 1,00 Euro (auf 3,15 Euro beginnend mit dem Jahr 2019) angehoben. Mit den zusätzlich bereitzustellenden Mitteln soll die betriebliche Gesundheitsförderung für Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gestärkt werden. Diese zwischenzeitlich erfolgte Gesetzesänderung wird den Anteil der GKV an den von den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern zusätzlich bereitgestellten Mitteln für die arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention weiter vergrößern.

Nach den in Kapitel 8.2.2 dargestellten Ergebnissen zu den Ausgaben der öffentlichen Haushalte, der Arbeitgebenden und der privaten Haushalte und Organisationen ohne Erwerbszweck für Prävention und Gesundheitsschutz entsprechend der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes kann derzeit nicht beurteilt werden, ob und in welcher Höhe die in dieser Statistik ausgewiesenen Ausgaben dieser Akteure auf die Ziele und Handlungsfelder der BRE ausgerichtet waren. Es ist daher eine Definition von Ausgaben der beratenden NPK-Mitglieder (bzw. der von ihnen vertretenen Organisationen) für Aktivitäten im Sinne der BRE und ihre gesonderte Ausweisung in der Gesundheitsausgabenrechnung notwendig, um beurteilen zu können, wie sich die Aufwendungen aller Zuständigen und Verantwortlichen für die lebens- und arbeitsweltbezogene Gesundheits-

förderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben entwickelt haben (siehe auch Kapitel 8.2.2).

Da die GKV unter den stimmberechtigten Mitgliedern der NPK den größten Teil der finanziellen Mehraufwendungen für die Ziele und Handlungsfelder der BRE aufgebracht hat (mit einer nochmaligen Erhöhung durch das PpSG) und die Beiträge der beratenden NPK-Mitglieder derzeit nicht bezifferbar sind, wird empfohlen, die derzeitigen Bestimmungen zu den Mindestwerten in § 20 Abs. 6 Satz 2 SGB V unverändert zu lassen. Die geltende Kopplung der GKV-Ausgaben an die Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße stellt sicher, dass die von den gesetzlichen Krankenkassen für die lebens- und arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention bereitgestellten finanziellen Mittel weiter entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung der GKV-Mitglieder zunehmen werden.

Empfehlungen für die weitere Entwicklung des Ausgabenrichtwerts

Nach Tabelle 15 hat die GKV den 2015 geltenden Richtwert mit Ist-Ausgaben von 4,49 Euro je Versicherten um 41 % übertroffen. In den Folgejahren wurden die Ausgaben für die beiden mit Mindestausgabewerten belegten Leistungsbereiche der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung erheblich ausgeweitet, während die Ausgaben für die individuelle verhaltensbezogene Prävention nahezu konstant geblieben sind. Dies spiegelt die Verschiebung des Engagements der GKV hin zu Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, einschließlich Betrieben, wider. Der Ausgabenrichtwert wurde im ersten Jahr der Geltung des Präventionsgesetzes (2016) um 0,36 Euro je Versicherten unterschritten, aber bereits im Folgejahr 2017 erreicht. Da der Ausgabenrichtwert eine anzustrebende, dynamische und durch die gesetzlichen Krankenkassen auch überschreitbare Orientierungsgröße darstellt, besteht kein Bedarf für eine Anhebung über die ohnehin stattfindenden jährlichen Anpassungen gemäß der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV hinaus. In den kommenden Jahren ist die Entwicklung der Ausgaben insbesondere auch für die individuelle verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V sorgfältig zu beobachten. Die Ergebnisse und Praxiserfahrungen sollten bei der Empfehlung zur weiteren Entwicklung des Ausgabenrichtwerts im zweiten Präventionsbericht der NPK 2023 berücksichtigt werden.

410 Summe der Veränderung der Ausgaben in den Jahren 2016 und 2017 in Tabelle 13.

411 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG vom 11.12.2018, BGBl I Nr. 45 vom 14.12.2018, S. 2394–2421, hier: S. 2402.



9 Fazit und Ausblick

Mit den Ausführungen in den Kapiteln 1 bis 8 dieses Präventionsberichts der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) liegt erstmals eine umfassende Bestandsaufnahme zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Deutschland vor. In Anlehnung an den gesundheitspolitischen Aktionszyklus (siehe auch Kapitel 5.1) beginnt die Bestandsaufnahme mit einer Analyse der Ausgangssituation. Hierbei wird aufgezeigt, welche Akteure in der Gesundheitsförderung und Prävention mit welchen (gesetzlichen) Aufgaben agieren und kooperieren; es wird ein Überblick über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und ihre Einflussfaktoren in Deutschland sowie in den einzelnen Bundesländern gegeben; und es wird der Forschungsstand zu Wirksamkeit und Nutzen von lebens- und arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention erläutert. Daran anschließend wird dargelegt, welche Aktivitäten in den Systemen der NPK-Mitglieder zur Erreichung der von der NPK in den Bundesrahmenempfehlungen definierten Ziele und Zielgruppen im Jahr 2017 erbracht wurden und wie sich der Stand der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen im Jahr 2017 gestaltet hat. Auch über die von den Akteuren gesammelten Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes und die getätigten Ausgaben wird berichtet.

Aufbauend auf diesen Ausführungen werden Perspektiven zur Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie abgeleitet – insbesondere bezüglich der gemeinsamen Ziele (Kapitel 9.1), der zu erbringenden Leistungen (Kapitel 9.2), der Kooperation und Koordination (Kapitel 9.3) sowie der Qualitätssicherung und Evaluation (Kapitel 9.4). Danach wird ein Ausblick auf die Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen (Kapitel 9.5) und den zweiten NPK-Präventionsbericht (Kapitel 9.6) gegeben. Schließlich werden Perspektiven aufgezeigt, wie das Engagement im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftlich weiterentwickelt werden kann (Kapitel 9.7).

9.1 WEITERENTWICKLUNG GEMEINSAMER ZIELE

In den Bundesrahmenempfehlungen sind die drei gemeinsamen Ziele *Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten* sowie *Gesund im Alter* formuliert. Diese an Lebensphasen orientierte Zielsystematik wurde von der NPK bewusst wegen ihres umfassenden Charakters gewählt: Sie stellt einen allgemeinen Handlungsrahmen dar, der alle Lebenswelten und potenziellen Personengruppen umgreift. In der ersten weiterentwickelten Fassung der Bundesrahmenempfehlungen wurden ein übergreifendes Ziel zur verstärkten Etablierung von Steuerungsstrukturen und Vernetzungsprozessen für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung (Struktur- und Prozessziel) sowie spezielle Ziele für die Zielgruppen *erwerbstätige Menschen* und *arbeitslose Menschen* ergänzt. Für die weitere Konkretisierung, z. B. durch Schwerpunktsetzungen, wird – entsprechend den gesetzlichen Vorgaben in § 20f SGB V – vorrangig auf die Landesrahmenvereinbarungen (LRV) verwiesen, in denen zusätzlich regionale Erfordernisse berücksichtigt werden sollen.

Die Analyse der LRV (Kapitel 6) zeigt, dass die meisten Bundesländer in ihren Formulierungen bezüglich der Ziele und Handlungsfelder nah an den Bundesrahmenempfehlungen bleiben bzw. dort enthaltene Akzentuierungen – wie z. B. die Ausrichtung auf sozial benachteiligte Zielgruppen oder im betrieblichen Bereich auf kleine und mittelständische Unternehmen – aufgreifen. Vereinzelt werden weitergehende Konkretisierungen im Sinne der Nennung von Teilzielen oder besonderen Zielgruppen vorgenommen. In allen LRV finden sich ergänzende Verweise auf die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA); in mehreren LRV wird darüber hinaus auf Strategiedokumente des jeweiligen Landes verwiesen (z. B. Bayerischer Präventionsplan, Hamburger „Pakt für Prävention“).

Auch die stimmberechtigten NPK-Mitglieder nehmen in ihren jeweiligen Grundlagendokumenten – z. B. Leitfaden Prävention der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen der sozialen Pflegeversicherung (SPV), Position der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) zur Prävention, Rahmenkonzept der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 14

Abs. 1 SGB VI⁴¹² – unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufgabenbereiche Konkretisierungen und Ausdifferenzierungen der in den Bundesrahmenempfehlungen formulierten Zielbereiche vor. Die GKV – und künftig auch die SPV – überprüfen in ihrem Präventionsbericht⁴¹³, inwieweit die zuvor formulierten Ziele im Berichtszeitraum erreicht wurden. Das Engagement der GUV wird seit Beginn der ersten Strategieperiode 2008 im Rahmen der GDA evaluiert, wodurch bereits Ergebnisse zu den neuen speziellen Zielen der Bundesrahmenempfehlungen „Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems bzw. der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt“ zur Verfügung stehen und künftig weitere Ergebnisse generiert werden.

Bezogen auf die von den stimmberechtigten NPK-Mitgliedern für ihre Systeme formulierten Ziele ist erkennbar, dass sich die durchgeführten Aktivitäten grundsätzlich auf die zuvor spezifizierten Handlungsfelder konzentrieren bzw. die für das jeweilige System formulierten Ziele mehrheitlich erreicht werden. Bei den Zielen handelt es sich meist um Steigerungen in der Anzahl an Aktivitäten bzw. erreichten Personen oder Änderungen in Strukturen und Prozessen. In der Diktion der heute im Bereich der Evaluationsforschung verwendeten Logik-Modelle heißt dies: Die mit den eingesetzten Inputs (z. B. Zeit, Geld, Mitarbeitende, Materialien, Räumlichkeiten) erzielten Outputs (z. B. durchgeführte Aktivitäten, Strukturaufbau, Etablierung von Prozessen) entsprechen den Zielen, die unter Berücksichtigung der epidemiologisch wichtigsten Gesundheitsprobleme und daraus abgeleiteter Präventionsbedarfe und Potenziale formuliert wurden. Bisher noch nicht erkennbar sind jedoch die dadurch erzielten Outcomes (Wirkungen auf Ebene der Zielgruppe) bzw. Impacts (Wirkungen auf Ebene der Bevölkerung).

Perspektiven

Eine Weiterentwicklung der Bundesrahmenempfehlungen sollte gewährleisten, dass die Ziele weiterhin einen Rahmen für die Auswahl und Planung von Aktivitäten abstecken und darüber hinaus den Weg zu einer Überprüfung von Outcomes und Impacts (s. o.) eröffnen. Eine

Möglichkeit besteht darin, dass die NPK eine begrenzte Zahl von inhaltlich qualifizierten Schwerpunkten unterhalb der Ebene der bisherigen Ziele formuliert. Eine solche Fokussierung bedeutet, dass einerseits Handlungsfelder priorisiert, andererseits nicht fokussierte Themen zeitweise zurückgestellt werden. Durch eine Fokussierung des Engagements auf die Schwerpunkte könnte nicht nur die Evaluation von Outcomes und Impacts ermöglicht, sondern auch die Effektivität und möglicherweise die Effizienz der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung erhöht werden. Es könnten auch noch stärkere Impulse gegeben werden, die gemeinsamen Ziele und Handlungsfelder in den LRV und die jeweiligen Beiträge der LRV-Beteiligten weiter zu konkretisieren. Schließlich könnte auch dem im Rahmen der Online-Erhebung für den vorliegenden Präventionsbericht vor allem von Ländern, Kommunen und organisierter Zivilgesellschaft⁴¹⁴ geäußerten Wunsch nach größerer Transparenz bei Entscheidungen über die Förderung von Aktivitäten entsprochen werden.

Die Formulierung der Schwerpunkte sollte in einem strukturierten Prozess erfolgen, in dem die NPK zunächst die Schwerpunkte auswählt und anschließend für die Schwerpunkte Ziele definiert. Die vom Robert Koch-Institut in den Kapiteln 3.1 und 3.2 und von den Ländern in Kapitel 3.3 dargestellten Gesundheitsprobleme und Präventionsbedarfe bzw. -potenziale bieten zahlreiche Anknüpfungspunkte für die Auswahl und Abgrenzung von Schwerpunkten. Neben der (epidemiologischen) Relevanz der Thematik sollten auch die Evidenzlage bezüglich sozial bedingter und geschlechtsbezogener Einflussfaktoren sowie Wirksamkeit und Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention im jeweiligen Handlungsfeld (Kapitel 4) Berücksichtigung finden. Darauf aufbauend sollte reflektiert werden, in welcher Weise sich alle verantwortlichen Akteure in die Umsetzung eines Schwerpunkts einbringen können und welche konkreten Beiträge der Akteure aus fachlicher Sicht besonders erfolversprechend erscheinen. Auch angrenzende wissenschaftliche Diskurse sollten berücksichtigt werden (z. B. im Austausch mit dem Robert Koch-Institut, der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, der Deutschen Gesellschaft für Public Health

412 GKV-Leitfaden: www.gkv-spitzenverband.de: Krankenversicherung ▶ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▶ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▶ Leitfaden Prävention. SPV-Leitfaden: www.gkv-spitzenverband.de: Pflegeversicherung ▶ Prävention. GUV-Positionspapier: www.dguv.de/de/praevention/praev_lohnt_sich/gemeinsame-position/index.jsp. GRV-Rahmenkonzept: www.deutsche-rentenversicherung.de: Infos für Experten ▶ Sozialmedizin & Forschung ▶ Reha-Wissenschaften ▶ Reha-Konzepte ▶ Konzepte ▶ Rahmenkonzepte.

413 www.gkv-spitzenverband.de: Krankenversicherung ▶ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▶ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▶ Präventionsbericht.

414 Unter organisierter Zivilgesellschaft wurden Antworten von Vertretungen der Patientinnen und Patienten sowie von Organisationen, die über das Präventionsforum in der NPK vertreten sind, zusammengefasst.

und dem Zukunftsforum Public Health)⁴¹⁵ sowie europäische und nationale Aktionspläne bzw. Strategien (z. B. zu den Themen Ernährung und Bewegung, Gesundheitskompetenz, Alkohol sowie Reduktion von Zucker, Fetten und Salz)⁴¹⁶. Um Ergebnisevaluationen von Schwerpunkten zu erleichtern, sollten bereits bei der Definition eines Schwerpunkts sowohl die Methoden als auch die notwendigen Dokumentationen mitgedacht werden. Hier bietet sich u. a. eine Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut an, um z. B. zu prüfen, inwieweit sich dafür die Daten des Gesundheitsmonitorings eignen.

9.2 WEITERENTWICKLUNG DER LEISTUNGEN

In den Bundesrahmenempfehlungen ist erstmals trägerübergreifend dargelegt, welche Leistungen die Sozialversicherungsträger zur lebens- und arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung auf Basis ihrer jeweiligen gesetzlichen Grundlagen erbringen:

- GKV: Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V sowie Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V.
- GUV: Leistungen zur Prävention und Sicherheitsförderung nach § 14 Abs. 1 SGB VII, deren Kern hoheitliche Überwachung, Beratungen auf Anforderung und Qualifizierungsmaßnahmen darstellen.
- GRV: medizinische Leistungen zur Prävention nach § 14 Abs. 1 SGB VI und Firmenservice der GRV⁴¹⁷.
- SPV: Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI.

Im Kreis der stimmberechtigten NPK-Mitglieder werden die Leistungen der Sozialversicherungsträger durch das freiwillige Engagement der privaten Kranken- und Pflegeversicherung (PKV) ergänzt. Insgesamt tätigten sie für ihr Engagement im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen Ausgaben in Höhe von 1,6 Milliarden Euro (Kapitel 8).

Kapitel 5 berichtet im Detail über die im Jahr 2017 umgesetzten Leistungen im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen und die erreichten Zielgruppen und Lebenswelten. Im Fokus des Engagements standen die in den Bundesrahmenempfehlungen genannten Zielgruppen. Zum Ziel Gesund aufwachsen sind dies werdende und junge Familien, Kinder und ihre Eltern in der Kita-Phase, Kinder und Jugendliche im Schulalter bzw. in der Ausbildung, Jugendliche und junge Erwachsene im Studium. Die Zielgruppen zum Ziel Gesund leben und arbeiten umfassen Beschäftigte, Betriebe, insbesondere kleinste, kleine und mittlere Betriebe und ihre Beschäftigten, arbeitslose Menschen und ehrenamtlich Tätige. Unter dem Ziel Gesund im Alter werden Personen nach der Erwerbphase in der Kommune und Personen in der Lebenswelt der stationären pflegerischen Versorgung erreicht.

Das Engagement der stimmberechtigten NPK-Mitglieder zur Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen stellt

415 www.rki.de, www.dgsmv.de, <http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de>, www.zukunftsforum-public-health.de

416 www.in-form.de, www.nap-gesundheitskompetenz.de, www.euro.who.int/de/publications/abstracts/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021, www.bmel.de/DE/Ernaehrung/_Texte/ReduktionsstrategieZuckerSalzFette.html

417 Weitere Beratungsangebote für Betriebe sind die regionalen BGF-Koordinierungsstellen der GKV, die regionalen Präventionsdienste der GUV und der Außendienst der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.

einen Beitrag zur Umsetzung des Lebensweltansatzes der Gesundheitsförderung und Prävention dar, wie ihn die Weltgesundheitsorganisation konzeptionell entwickelt⁴¹⁸. Mit dem Lebensweltansatz wird angestrebt, Strukturen und Prozesse in Lebenswelten systematisch so zu verändern, dass die Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe der Menschen verbessert werden. Zu berücksichtigen ist dabei, dass das lebensweltbezogene Engagement der NPK-Träger auf oben genannten gesetzlichen Aufträgen beruht und somit Grenzen aufweist. Um dem Anspruch des Lebensweltansatzes nachzukommen und nachhaltige Effekte zu erzielen, müssen daher auch eine Vielzahl weiterer Akteure (Kapitel 2.1) ihrer Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention nachkommen. Kapitel 5 beleuchtet das Engagement eines Ausschnitts dieser weiteren Akteure (Bund, Kommunen, organisierte Zivilgesellschaft), basierend auf den im Rahmen der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht auf freiwilliger Basis zur Verfügung gestellten Informationen. Insgesamt zeigt sich ein vielfältiges Engagement, mit dem viele unterschiedliche Zielgruppen und Lebenswelten erreicht werden.

Perspektiven

Basierend auf den Ergebnissen zum Engagement der in der NPK vertretenen Akteure (Kapitel 5) und zum Wissensstand zu Wirksamkeit und Nutzen (Kapitel 4) kommt drei Aspekten ein hoher Stellenwert zur Weiterentwicklung der Leistungen zu: (1) Fortsetzung der Verknüpfung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Elementen, (2) vermehrte Investition in die Entwicklung bzw. Erforschung wirksamer Interventionen und (3) vermehrte Umsetzung in der Fläche von Interventionen mit nachgewiesener Wirksamkeit. Die Aspekte werden nachfolgend detailliert.

Dem Lebensweltansatz liegt u. a. die Erkenntnis zugrunde, dass insbesondere Veränderungen der Verhältnisse geeignet sind, alle Menschen zu erreichen und indirekt auch zu einer Veränderung des Verhaltens beizutragen. Veränderungen im Verhalten durch reine Wissensvermittlung (Informations- und Edukationsmaßnahmen)

sind dagegen schwer herbeizuführen bzw. treten nur bei Menschen ein, die bereits vor der Wissensvermittlung gegenüber einer Verhaltensänderung offen waren.⁴¹⁹

Betrachtet man das bisherige Engagement der in der NPK vertretenen Akteure auf Basis der Bundesrahmempfehlungen, zeigt sich, dass die Aktivitäten in vielen Fällen bereits verhältnis- und verhaltensbezogene Elemente verbinden (Kapitel 5.1.2); d. h. es findet sowohl eine gesundheitsförderliche Umgestaltung des Umfelds, der Strukturen, Prozesse oder Abläufe statt als auch eine Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen, praktischer Fertigkeiten und/oder Kompetenzen. Auch in Zukunft sollten verhältnis- und verhaltensbezogene Elemente verbunden werden. Ziel sollte sein, Synergien zwischen Kooperationspartnern entsprechend ihren spezifischen Kompetenzen und Zuständigkeiten zu generieren. Hierfür sollte bereits bei der Planung einer Aktivität geprüft werden, welche verhältnis- und welche verhaltensbezogenen Elemente bedarfsorientiert zur Anwendung kommen können.

Unabhängig von der Art der Intervention zeigen die Ausführungen in Kapitel 4, dass noch großer Forschungsbedarf bezüglich der Wirksamkeit und des Nutzens von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention besteht. Die zu einigen Themen bzw. bestimmten Zielgruppen vorliegende gute Evidenz sollte als Ansporn dafür genommen werden, dass es auch in anderen Bereichen möglich sein kann, Fortschritte zu erzielen. Hieraus ergeben sich zwei Bereiche für Weiterentwicklungen: Zum einen sollte die wissenschaftliche Forschung zu neuen Handlungsansätzen, aber auch zu Wirksamkeit und Nutzen bereits existierender, insbesondere lebensweltbezogener Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzepte intensiviert werden. Die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten in diesem Bereich liegen primär bei den Wissenschaftsinstitutionen.⁴²⁰ Zum anderen sollte gewährleistet werden, dass Interventionen mit nachgewiesener Wirksamkeit verstärkt zur Anwendung kommen. Hierfür setzen sich die Sozialversicherungsträger mit ihren jeweiligen gesetzlichen Leistungen ein.

418 Ottawa-Charter: www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986. Jakarta Deklaration: www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index1.html. Siehe auch: www.who.int/healthpromotion und www.who.int/maternal_child_adolescent

419 Siehe z. B. Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag Drucksache 15/5670. S. 111 ff. und Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag Drucksache 16/13770. S. 125 ff.

420 Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert entsprechende Forschungsvorhaben, z. B. auf Grundlage der „Richtlinie zur Förderung von Forschung zur Stärkung der Evidenzbasierung und des Transfers in der Präventionsforschung“ vom 21.11.2018 (BAnz vom 05.12.2018) oder der Rahmenbekanntmachung zum Förderschwerpunkt „Geschlechtsspezifische Besonderheiten in der Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung“ vom 19.12.2018. www.forschung-bundesgesundheitsministerium.de

Um die skizzierten Weiterentwicklungen umzusetzen, sollte in einem ersten Schritt Transparenz über weiter zu erforschende bzw. für die Anwendung bereits vorliegende Aktivitäten geschaffen werden. Hierzu könnte die NPK eine gemeinsame, z. B. internetbasierte Ressource auf ihrer Website (www.npk-info.de) entwickeln, die den Wissensstand zur Wirksamkeit von Aktivitäten beschreibt. Die Darstellung könnte auch die zugrunde liegenden Theorien und relevanten Merkmale von Aktivitäten sowie potenzielle Prüfroutinen für eine bedarfsgerechte Umsetzung in der Fläche beinhalten (Kapitel 9.4). Hierbei ließe sich an die vom GKV-Bündnis für Gesundheit (Kapitel 7.4) entwickelte Website anknüpfen, auf der Informationen zu wirksamen Strategien und Vorgehensweisen im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, auch für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen, veröffentlicht werden. Auch eine weitere Aufbereitung der Ergebnisse der iga-Reporte zu Wirksamkeit und Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt (Kapitel 4.2) könnte integriert werden.

Die Weiterentwicklungen der Leistungen treten mit der in Kapitel 9.1 vorgeschlagenen Schwerpunktsetzung in Wechselwirkung. So wäre für jeden der Schwerpunkte zu entscheiden, wie das Engagement hinsichtlich der Anwendung versus Entwicklung von Aktivitäten ausgestaltet wird. Die Gewichtung dieser Aufgaben würde dabei auch durch den jeweiligen gesetzlichen Auftrag der Akteure vorgegeben. Insbesondere bei der Entwicklung neuer Aktivitäten wird sich jedoch erst in den kommenden Jahren zeigen, welche Akteure bzw. Kooperationen (z. B. mit Hochschulen, Dienstleistern, nachgeordneten Behörden von Bundesministerien, Forschungseinrichtungen der Sozialversicherungsträger) am zielführendsten agieren. Bereits bei der Definition der Schwerpunkte selbst sollte im Auge behalten werden, ob zu einem potenziellen Ziel umsetzbare Aktivitäten vorliegen oder zunächst Entwicklungs- bzw. Forschungsbedarf besteht.

9.3 WEITERENTWICKLUNG DER KOOPERATION UND KOORDINATION

Ein wichtiges Anliegen, das der Gesetzgeber mit dem Präventionsgesetz verfolgt, ist, die Zusammenarbeit bei der Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken. Die Zusammenarbeit findet auf verschiedenen Ebenen statt, u. a.:

- auf Bundesebene in der durch das Präventionsgesetz eingeführten NPK (Kapitel 2.2.1),
- auf Landesebene in den Gremien, die in den ebenfalls mit dem Präventionsgesetz eingeführten Landesrahmenvereinbarungen vereinbart wurden (Kapitel 2.2.2),
- auf kommunaler Ebene in Gesundheitskonferenzen (Kapitel 2.2.3) und
- in Lebenswelten und Betrieben bei der Planung und Umsetzung einzelner Aktivitäten.

Für den NPK-Präventionsbericht wurde insbesondere die Zusammenarbeit auf Basis der Landesrahmenvereinbarungen und bei einzelnen Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung untersucht. Insgesamt gesehen zeigt sich, dass bereits heute eine Vielzahl von Akteuren an Kooperationen beteiligt ist und die Akteure eine noch stärkere Zusammenarbeit wünschen (Kapitel 5.1.4 und 7.1.1). Die Zusammenarbeit bei einzelnen Aktivitäten ist unterschiedlich eng gestaltet, d. h. sie kann eine gegenseitige Information und Abstimmung umfassen, aber auch die Zusammenarbeit in Steuerungsgremien, gemeinsame Bedarfserhebungen oder die gemeinsame Umsetzung von Aktivitäten.

Die Akteure, die an der Online-Erhebung teilgenommen haben, zeigten sich mit der Ausgestaltung und Intensität der Zusammenarbeit in der Regel zufrieden (Kapitel 7.1.2). Sie bestätigten auch, dass wichtige Erfolgsfaktoren für gelingende Zusammenarbeit, wie z. B. die klare Benennung von Ansprechpersonen sowie die Möglichkeit eines persönlichen Kennenlernens, häufig zum Tragen kommen (Kapitel 7.1.3). Somit ergibt sich das Bild einer soliden Grundlage für die weitere Zusammenarbeit.

Perspektiven

Ein Ziel der kommenden Jahre wird sein, die etablierten Strukturen und Prozesse zu verstetigen, wobei der Aufbau neuer bzw. weiterer Strukturen und Prozesse zunehmend in den Hintergrund und der fachliche Austausch und die inhaltliche Arbeit zunehmend in den Vordergrund rücken sollten. Zusätzlich weisen die Ergebnisse der Online-Erhebung auf vier Bereiche mit Verbesse-

rungsmöglichkeiten hin: (1) Klärung von Zuständigkeitsfragen, (2) Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und der Kinder- und Jugendhilfe, (3) Einbeziehung der Kommunen bei der Umsetzung der LRV und (4) Zusammenarbeit bei Bedarfserhebungen. Auf die Aspekte wird im Folgenden eingegangen.

Transparente Zuständigkeiten bilden eine Voraussetzung für gute Zusammenarbeit. Die Ergebnisse der Online-Erhebung deuten darauf hin, dass die Klärung von Zuständigkeitsfragen insbesondere zwischen den an den LRV Beteiligten, und dies insbesondere aus Sicht der Kommunen und Akteure der organisierten Zivilgesellschaft, noch nicht zufriedenstellend läuft (Kapitel 6.5 und 6.8).⁴²¹ Um hier Verbesserungen zu erzielen, würde es sich anbieten, die in den Bundesrahmenempfehlungen illustrierten Anwendungsbeispiele als Anknüpfungspunkte zu nutzen – wobei vorrangig die bereits vorliegenden Beispiele zur Gemeinschaftsverpflegung und Bewegungsförderung in der Praxis mit Leben gefüllt werden sollten. Perspektivisch sollten für weitere Handlungsfelder Beispiele entwickelt werden, die die Zuständigkeiten konkretisieren. Dabei könnten auch Finanzierungsaspekte explizit aufgegriffen werden. Auch die zum Ziel *Gesund leben und arbeiten* in den Bundesrahmenempfehlungen beschriebenen Beiträge und Zuständigkeiten der Sozialversicherungsträger (Kapitel 5.3, Abbildung 5) sollten als Grundlage für die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit genutzt werden.

Kapitel 6.7 zeigt, dass der ÖGD und die Kinder- und Jugendhilfe verstärkt in die Gesundheitsförderung und Prävention einbezogen werden sollten. Ein Schritt in diese Richtung wäre, die Festlegungen in den LRV über die Zusammenarbeit mit dem ÖGD und der Kinder- und Jugendhilfe zu konkretisieren. Weiterhin sollten die Länder Möglichkeiten prüfen, den ÖGD hinsichtlich seiner finanziellen Mittel und seines Aufgabenprofils so weiterzuentwickeln, dass er verstärkt als Partner der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention agieren kann. Das 2018 von der Gesundheitsministerkonferenz verabschiedete „Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst“ unterstützt eine solche

Entwicklung, indem es z. B. „Beratung und Information, Begutachtung, Gesundheitsförderung und Prävention, niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Gesundheitshilfen, insbesondere bei Personen mit besonderen Bedarfen“ als einen gemeinsamen verbindenden Schwerpunkt für die Aufgaben des ÖGD in den Ländern hervorhebt.⁴²²

Vor dem Hintergrund der relativ kritischen Meinungen der Kommunen in Bezug auf die LRV (Kapitel 6.3, 6.4 und 6.5)⁴²³ sollte die Einbeziehung der Kommunen bei der Umsetzung der LRV verbessert werden, auch über den ÖGD und die Kinder- und Jugendhilfe hinaus. Eine Herausforderung dabei sind die heterogenen Strukturen in Kommunen und die Vielzahl der kommunalen Aufgabengebiete, in denen Gesundheitsförderung und Prävention relevant sind (z. B. in den Bereichen Bildung, Verkehr, Wohnungsbau, Quartierentwicklung, Sport). Angestrebt werden sollten insbesondere Verknüpfungen mit den Aktivitäten des GKV-Bündnisses für Gesundheit, wie z. B. im Rahmen des Ausbaus und der Weiterentwicklung der Koordinierungsstellen *Gesundheitliche Chancengleichheit*, der Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt sowie des kommunalen Förderprogramms (Kapitel 7.4). Auch die Fachkonzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen und in Schulen sowie das Präventionsprogramm für Jugendliche der GUV⁴²⁴ können als Anknüpfungspunkte genutzt werden, um das gemeinsame Vorgehen entsprechend den jeweiligen Aufträgen der Kooperationspartner zu verbessern. Schließlich sieht § 20f Abs. 2 SGB V vor, dass die LRV auch für die Mitwirkung weiterer, für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen Festlegungen treffen. Daher sollte geprüft werden, inwieweit eine bessere Zusammenarbeit mit kommunalen Akteuren durch eine Konkretisierung der LRV gelingen kann.

Eine Voraussetzung für die Unterstützung von Aktivitäten durch die GKV, GRV, GUV, SPV und PKV ist der möglichst datenbasierte Nachweis von Bedarfen.⁴²⁵ Da den Ergebnissen der Online-Erhebung für den NPK-Präventions-

421 Abgefragte Aspekte von Zuständigkeiten: gegenseitige bedarfsbezogene Information der LRV-Beteiligten untereinander, die Unterrichtung der Träger von Lebenswelten – bei Bedarf – über bestehende Unterstützungsmöglichkeiten der GKV, GRV und GUV sowie die Abstimmung zwischen GKV, GRV und GUV bei Zuständigkeitsfragen. Auch der große Handlungsbedarf, der bei Finanzierungsstrukturen gesehen wird, deutet auf Verbesserungspotenzial bei der Transparenz zu Zuständigkeiten hin.

422 Beschlüsse der 91. GMK (2018). TOP: 10.21, Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der ÖGD: Public Health vor Ort“. www.gmkonline.de/Beschluesse.html.

423 Dies betrifft die bereits erwähnten Zuständigkeitsfragen, aber auch die Prozesse zur Definition und die Nutzung der Ziele und Handlungsfelder sowie die Arbeit der Gremien.

424 <https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/202-100.pdf>, <https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/si-8097.pdf>; www.jwsl.de

425 Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, Fassung vom 29.08.2018, S. 8-9.

bericht zufolge bisher noch relativ selten Möglichkeiten für eine gemeinsame Bedarfserhebung genutzt werden (Kapitel 7.1.2), sollte diesen in Zukunft vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden. Auch wenn eine feinteilige und insbesondere eine personenbezogene Datenauswertung aufgrund des Datenschutzes nicht möglich ist, können aggregierte Darstellungen für Bedarfserhebungen genutzt werden. Ziel sollte sein, relevante Informationen von Ländern, Kommunen, Sozialversicherungsträgern, Arbeitgebenden und anderen Akteuren zusammenzuführen, um Ursachen unterschiedlicher Gesundheitschancen zu ermitteln und erfolgversprechende Aktivitäten für alle verantwortlichen Akteure abzuleiten.

Weitere Impulse für eine noch engere Zusammenarbeit sind von den in Kapitel 9.1 vorgeschlagenen themenbezogenen Schwerpunkten zu erwarten: Für deren gemeinsame inhaltliche Entwicklung, die Steuerung der operativen Umsetzung und die Evaluation der Zielerreichung müssten die in der NPK vertretenen Akteure für eine festgelegte Dauer enge fachliche Kooperationsstrukturen nutzen. In diesem Zusammenhang könnten auch, z. B. im Rahmen von Modellvorhaben, arbeitsteilige Kooperationsformen erprobt werden, in denen die beteiligten Organisationen innerhalb eines Schwerpunkts jeweils ihre (gesetzlich) definierten Aufträge, Verantwortlichkeiten bzw. Rollen aufeinander abstimmen.⁴²⁶

9.4 WEITERENTWICKLUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG UND EVALUATION

Die in Kapitel 7.2 dargestellten Ergebnisse aus der Online-Erhebung deuten auf unterschiedliche Erfahrungen der Akteure mit der Qualitätssicherung und Evaluation hin: Auf der einen Seite scheint eine zunehmende Professionalisierung stattzufinden. Hinweise dafür sind z. B. die Anwendung verschiedener Instrumente der Qualitätssicherung und die regelmäßige Durchführung von Evaluationen (meist als Selbstevaluationen). Auch die Fortbildung von Mitarbeitenden zu Qualitätssicherung und Evaluation und das Vorhandensein von Mitarbeitenden mit Verantwortlichkeit sowohl für die Umsetzung als auch die Qualitätssicherung von Aktivitäten deuten auf diese Entwicklung hin. Die Finanzierung von Evaluationen wird häufig fest eingeplant, wenn auch nicht immer separat ausgewiesen. Auf der anderen Seite werden, insbesondere durch die Antworten der Kommunen, Herausforderungen deutlich. Die häufige Anwendung verschiedener Instrumente der Qualitätssicherung wird z. B. von Kommunen zurückhaltender beurteilt. Weiterhin weisen sie auf fehlendes Personal für die Qualitätssicherung und mangelnde Finanzierung für Qualitätssicherung und Evaluation hin. Schließlich sehen fast alle Akteure bei der (Weiter-)Entwicklung von Methoden der Qualitätssicherung bzw. Evaluation sowie der Bereitstellung praxisrelevanter Anleitungen zur Qualitätssicherung bzw. Evaluation (z. B. Leitfäden, Checklisten) Weiterentwicklungsbedarf.

Perspektiven

Aus strategischer Perspektive können drei Ansätze aufgezeigt werden, die zu einer Verbreitung von Qualitätssicherung führen könnten:

- Verbreitung durch Diffusion: Verfügbares Wissen wird mit Verzögerung, aber zunehmend genutzt.
- Dezentral-professionelle Verbreitung: Kleine Anwendergruppen übernehmen neue Problemlösungen in ihr Handlungsrepertoire, wenn sich diese für die täglichen Anforderungen bewähren.
- Zentral gesteuerte Verbreitung: Vorgaben durch bzw. innerhalb von Organisationen sorgen für eine obligate Einführung von Qualitätsmanagement.⁴²⁷

⁴²⁶ Angelehnt z. B. an das Vorgehen im Projekt „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ des GKV-Bündnisses für Gesundheit mit den gesetzlich Verantwortlichen für die Arbeitsförderung (siehe Kapitel 7.4).

⁴²⁷ Kliche, T., Töppich, J., & Koch, U. (2015) Strategien für wirkungsbezogenes Qualitätsmanagement in Prävention und Gesundheitsförderung - Erfahrungen mit QIP, einem System zur Qualitätsmessung. In: Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: BZgA, S. 132-147.

Alle drei Ansätze weisen Vor- und Nachteile auf und haben bisher nicht zu einer flächendeckenden und kontinuierlichen Verankerung von Qualitätssicherung geführt. Dies war auch einer der motivierenden Faktoren für das Kooperations- und Forschungsprojekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“⁴²⁸, das 2014-2015 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert wurde. Kliche et al. sehen auf Basis ihrer Analyse von Strategien für wirkungsbezogenes Qualitätsmanagement die „Steuerungsinstanzen der Prävention und Gesundheitsförderung“ vor der Aufgabe, „das Feld mit einer klug dosierten Mischung aus Anreizen für hohe Qualität und Eingriffen bei Unterschreitung von Mindeststandards voranzubringen“. Nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes ist eine wesentliche Steuerungsinstanz die NPK.

Indem die NPK-Träger in den Bundesrahmenempfehlungen ihre Qualitätskriterien und ihre gemeinsame Vorgehensweise bei der Durchführung von Aktivitäten erläutert haben, machen sie für die Qualitätssicherung und Evaluation ihre Standards und Anforderungen transparent. Durch ein konsequentes Nachhalten der Qualitätskriterien und der gemeinsamen Vorgehensweisen haben die NPK-Träger die Möglichkeit, die Umsetzung von Qualitätssicherung und Evaluation in der Praxis zu fördern. Angesichts der speziellen Kompetenzanforderungen, die für eine sachgerechte Qualitätssicherung und Evaluation erforderlich sind, sowie der knappen Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention könnte hierbei noch stärker zu einem Konzept der Entwicklung und Evaluation von Aktivitäten durch Expertinnen und Experten, gefolgt von einer strukturierten Verbreitung in die Fläche, übergegangen werden. In Bezug auf Lebenswelten hat u. a. das GKV-Bündnis für Gesundheit, das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bei der Entwicklung der Art und Qualität kassenübergreifender Leistungen unterstützt wird, diesen Weg bereits eingeschlagen (Kapitel 7.4). Im Bereich der Arbeitswelt treiben die GUV und die staatlichen Arbeitsschutzbehörden im Rahmen der GDA-Dachevaluation die Qualitätsentwicklung systematisch voran.

Konkret würde das vorgeschlagene Vorgehen bedeuten, dass Aktivitäten typisiert und durch Expertinnen und Experten entwickelt und evaluiert werden. Als Ergebnis läge für jede Aktivität eine Dokumentation vor, die

die Wirkung der Aktivität (d. h. was verändert sich in der Zielgruppe durch die Durchführung der Aktivität?) und die für die Durchführung der Aktivität relevanten Merkmale (d. h. was muss zwingend gemacht werden, damit die Aktivität ihre Wirkung entfaltet?) beschreibt. Für die relevanten Merkmale (ggf. in Form von Modulen) werden Vorgaben bzw. Zielkorridore angegeben, deren Erreichbarkeit bei regelgerechter Durchführung nachgewiesen wurde⁴²⁹. Für die Durchführung in der Fläche würde die Dokumentation einfache Prüfroutinen beschreiben, anhand derer die Einhaltung der Vorgaben bzw. Zielkorridore überprüft wird (im Sinne von richtig/falsch; zu niedrig/zuhoch). Die Dokumentation könnte in die in Kapitel 9.2 vorgeschlagene Ressource der NPK integriert werden.

Durch ein solches Vorgehen würden die Akteure der Praxis von der Eigenentwicklung von Instrumenten der Qualitätssicherung entlastet und könnten sich – nach vorheriger Bedarfserhebung und Auswahl bereits evaluierter Aktivitäten – auf die Umsetzung konzentrieren. Dabei würden sie durch ein „Qualitätssicherungs-Kit“ der Aktivität geleitet, der spezifisch für eine konzeptgetreue Umsetzung der Aktivität in der Fläche entwickelt wurde.

Ergänzende Hinweise

Es ist hervorzuheben, dass der beschriebene Ansatz zwar eine Typisierung von Aktivitäten und eine genaue Beschreibung der für eine wirksame Umsetzung kritischen Merkmale beinhaltet, damit jedoch keinen „ein Programm für alle“-Ansatz darstellt. Ob sich eine Aktivität in bestimmten Situationen eignet, hängt von den Bedarfen und Bedürfnissen der zu erreichenden Zielgruppe, den regionalen Gegebenheiten und dem daraus abgeleiteten Ziel ab, das mit der Aktivität verfolgt werden soll. Nach Festlegung des Ziels erfolgt die Auswahl einer Aktivität, deren dokumentierte Wirkung als für die Zielerreichung vielversprechend eingeschätzt wird.

Ein Einwand könnte sein, dass es eine so große Vielzahl an Bedarfen und Bedürfnissen gibt, sodass es unmöglich ist, für jede Situation eine passende Aktivität „vorzuhalten“. Anfänglich wäre tatsächlich zu erwarten, dass nicht genügend verschiedene Aktivitäten für die Verbreitung in der Fläche vorliegen. Ziel des obigen Ansatzes ist es jedoch, mit der Zeit die Anzahl der zur Auswahl stehenden Aktivitäten zu vergrößern. Wie bei allen Forschungs- und

428 Altgeld, T., Brandes, S., Bregulla, I., Castedello, U., Dehn-Hindenberg, A., Flor, W., et al. (2015). Gesamtprojektbericht Kooperations- und Forschungsprojekt Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität. Köln: BZgA.

429 Um z. B. Gesundheitszirkel erfolgreich durchzuführen, müssen bei einer maximalen Teilnehmerzahl von x-y die Personengruppen x, y und z vertreten sein, eine Person moderiert, es muss ein Protokoll mit Angaben zu x, y, z verfasst werden etc.

Entwicklungsvorhaben sind dabei Prioritäten zu setzen. Auch wenn es – ebenfalls analog zu anderen Ansätzen – nie für jede beliebige Situation eine auf ihre Wirksamkeit geprüfte und für die Verbreitung in die Fläche bereite Aktivität geben kann, können sukzessive für die wichtigsten Handlungsfelder wirksame Aktivitäten entwickelt werden.

Letztere Überlegungen zeigen auch auf, dass der vorgeschlagene Ansatz keine Einschränkung der Entwicklung neuer Aktivitäten bezweckt. Vielmehr geht es um eine bewusste Trennung zwischen der Entwicklung von neuen und der Umsetzung von bereits bewährten Aktivitäten. In Situationen, in denen bereits evaluierte Aktivitäten Anwendung finden können, sollte dies geschehen. Für Situationen, die bisher nicht adressiert werden können, sollte – unter Berücksichtigung der Prioritäten der involvierten Akteure – eine Aktivität entwickelt werden, wobei hierzu Expertinnen und Experten für Qualitätssicherung und Evaluation herangezogen werden sollten.

Die beschriebene Vorgehensweise ergänzt den Vorschlag, die gemeinsamen Ziele der Bundesrahmenempfehlungen durch thematisch fokussierte Schwerpunkte weiterzuentwickeln (Kapitel 9.1). Ein wichtiges Argument für eine zumindest teilweise Bündelung der Aktivitäten ist auch die Verbesserung der Voraussetzungen für die Durchführung von Evaluationen. Die vorgeschlagenen Schwerpunkte können insofern auch als Entwicklungsprogramme verstanden werden, die den Kanon von erprobten und evaluierten Handlungskonzepten vergrößern.

9.5 FORTSCHREIBUNG DER BUNDESRAHMENEMPFEHLUNGEN

In den Bundesrahmenempfehlungen legen die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und sozialen Pflegeversicherung gemeinsame Ziele, vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen für ihr Engagement in der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung fest.

Die im Februar 2016 erstmals verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen sind in drei am Lebenslauf orientierte Ziele gegliedert, denen sich die Sozialversicherungsträger entsprechend ihrem jeweiligen Gesetzesauftrag widmen: Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten sowie Gesund im Alter. Für alle drei Zielbereiche sind wesentliche gesundheitsförderliche Handlungsbedarfe und prioritäre Zielgruppen beschrieben. Zudem wird skizziert, mit welchen lebens- und arbeitsweltbezogenen Leistungen die vier Sozialversicherungen zur Erreichung der Ziele beitragen. Auf Kooperationsmöglichkeiten und Kooperationserfordernisse wird ebenfalls eingegangen – mit Blick auf die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger untereinander und auf die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren.

Im August 2018 verabschiedete die NPK eine erste weiterentwickelte Fassung der Bundesrahmenempfehlungen. Sie enthält sowohl übergreifende als auch einzelne Zielbereiche betreffende Weiterentwicklungen. Übergreifend wurden folgende Anpassungen vorgenommen:

- Beschreibung eines systematischen Prozesses der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung (inklusive Hinweisen zu Steuerungsstrukturen und gemeinsamer Finanzierung),
- Ergänzung eines grundlegenden Struktur- und Prozessziels zur verstärkten Etablierung von Steuerungsstrukturen und Vernetzungsprozessen, insbesondere auf kommunaler Ebene,
- Darstellung zweier Anwendungsbeispiele zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit (Gemeinschaftsverpflegung und Bewegungsförderung) sowie
- Integration der Inhalte bestehender Kooperationsvereinbarungen (Anlagen 1-4 der ersten Bundesrahmenempfehlungen vom 19.02.2016) in die Bundesrahmenempfehlungen.

In der neuen Fassung nehmen insbesondere die Ausführungen zum Ziel Gesund leben und arbeiten und damit zur arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung großen Raum ein, da in diesem Bereich sowohl Kranken- als auch Renten-

und Unfallversicherungsträger einen Unterstützungsauftrag haben. Unter anderem sind die möglichen Beiträge der Sozialversicherungsträger zur betrieblichen Gesundheitsförderung, zum betrieblichen Eingliederungsmanagement sowie zu den betrieblichen Aufgaben der Gefährdungsbeurteilung aufgabenbezogen dargestellt. Auch die Zugangswege für Betriebe werden beschrieben, z. B. über die regionalen BGF-Koordinierungsstellen der GKV (Kapitel 7.5), den Firmenservice der GRV oder die regionalen Präventionsdienste der GUV. Der inhaltliche Fokus wurde in der Arbeitswelt auf die Ziele „Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems“ sowie „Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit“ gerichtet – und damit auf die gleichen Themen, die auch die Nationale Arbeitsschutzkonferenz (NAK) als Schwerpunkte für die laufende und die kommende Zielperiode der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie identifiziert hat. Ein gemeinsames Prozessziel wurde mit der NAK ebenfalls abgestimmt. Ergänzend haben die NPK-Träger als Ziel vereinbart, sich dafür einzusetzen, dass Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen für arbeitslose Menschen angeboten und diese Leistungen in den auf kommunaler Ebene existierenden Steuerungsstrukturen (gemäß dem o. g. Struktur- und Prozessziel) koordiniert werden.

Kurz- und mittelfristig wird der Fokus auf der Umsetzung und Verstetigung des bisher in den Bundesrahmenempfehlungen Vereinbarten liegen. Gleichzeitig bildet der vorliegende erste NPK-Präventionsbericht eine Grundlage für die weitere Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen.

Insbesondere eine Weiterentwicklung der gemeinsamen Ziele – wie in Kapitel 9.1 skizziert – sollte in dieser Hinsicht diskutiert werden. Der Arbeitsweise der NPK entsprechend werden bei der Fortschreibung auch die Diskussionen in den NPK-Arbeitsgruppen „Kommunale Lebenswelten“ und „Arbeitswelt“ sowie die Ergebnisse der Präventionsforen (Kapitel 7.3) Berücksichtigung finden. Darüber hinaus sollten die Erfahrungen, die die Akteure derzeit im Rahmen der Umsetzung der ersten weiterentwickelten Fassung sammeln, in die Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen einfließen.

9.6 AUSBLICK AUF DEN ZWEITEN PRÄVENTIONSBERICHT DER NPK

Die NPK ist aufgefordert, alle vier Jahre einen Präventionsbericht zu erstellen (§ 20d Abs. 4 SGB V). Der hier vorliegende erste Präventionsbericht ist der Start für eine Berichtsserie, deren zweiter Bericht im Jahr 2023 erscheinen wird. Die Präventionsberichte der NPK sollen „der Dokumentation, der Erfolgskontrolle und der Evaluation“ dienen und den Akteuren „eine Grundlage für die Verbesserung der Kooperation und Koordination sowie für die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele“ verschaffen.⁴³⁰

Ebenso wie bei der Erstellung des ersten Präventionsberichts muss die NPK auch bei den Folgeberichten mehrere Herausforderungen adressieren, die mit einer Berichterstattung über Gesundheitsförderung und Prävention verbunden sind.⁴³¹ Insbesondere wird zu klären sein, (1) wie Veränderungen im Zeitverlauf dargestellt werden können, (2) welcher Kompromiss zwischen Breite und Tiefe der Berichterstattung getroffen wird und (3) welche Art der Dokumentation des Engagements der in der NPK vertretenen Akteure den Berichten zugrunde gelegt wird. Diese Aspekte werden im Folgenden weiter detailliert.

Während der hier vorliegende erste Präventionsbericht vornehmlich eine Bestandsaufnahme darstellt, wird für den zweiten Bericht die Frage in den Vordergrund rücken, wie sich Gesundheitsförderung und Prävention im Zeitverlauf verändert haben. Dies betrifft z. B. den Stand der Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen und der Landesrahmenvereinbarungen, die Zusammenarbeit, die Qualitätssicherung und Evaluation sowie die Ausgaben. In Bezug auf die durch das Präventionsgesetz geschaffenen Strukturen und Prozesse wird zu hinterfragen sein, inwieweit sie ihre intendierte Funktion erfüllen. Dazu gehört z. B., inwiefern die Landesrahmenvereinbarungen steuernd wirksam sind und die Umsetzung von Aktivitäten in den Ländern befördern. Um derartige Bewertungen vornehmen zu können, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein: Erstens muss definiert sein, anhand welcher Indikatoren Veränderungen gemessen werden. Zweitens muss festgelegt werden, welche Veränderungen erreicht werden sollen, d. h. mit welcher erwünschten Veränderung das Erreichte verglichen wird,

430 Deutscher Bundestag Drucksache 18/4282, Entwurf des Präventionsgesetzes, Besonderer Teil, S. 37.

431 Siehe auch: Jordan, S., Varnaccia, G., & Starker, A. (2017). Möglichkeiten der Präventionsberichterstattung. *Journal of Health Monitoring*, 2(S2). doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-077. Reisig, V., Kuhn, J., Poppe, F., & Caselmann, W. H. (2018). Aufbau einer Präventionsberichterstattung in Bayern – Konzept und erste Umsetzungsschritte. *Das Gesundheitswesen*, 80(01), 43-49. Starke, D., Arnold, L., Fertmann, R., March, S., Moebus, S., Terschüren, C., & Szagun, B. (2018). Methodische Herausforderungen der Präventionsberichterstattung. *Das Gesundheitswesen*, 80(08/09), 732-740.

um die Zielerreichung zu beurteilen. Inwieweit im zweiten Präventionsbericht der NPK bereits Veränderungen abgebildet und beurteilt werden können, wird entscheidend davon abhängen, ob bzw. wann es der NPK gelingt, diese Voraussetzungen – zumindest in Teilbereichen der nationalen Präventionsstrategie – zu schaffen.

Auf der konzeptionellen Ebene muss auch für den zweiten NPK-Präventionsbericht wieder ein Kompromiss gefunden werden zwischen der Breite der möglichen Themen und der Tiefe, in der jedes einzelne Thema behandelt wird. Wie in Kapitel 9.1 dargelegt, würde die Festlegung von Schwerpunkten zusätzlich zu den bestehenden Zielen in den Bundesrahmenempfehlungen eine vertiefende Berichterstattung begünstigen, da durch die Schwerpunktsetzung die Breite der Themen eingeschränkt würde. Innerhalb der Schwerpunkte könnte erogen werden, einzelne Aktivitäten genauer zu beleuchten. Dabei könnte z. B. das Thema Zusammenarbeit im Fokus stehen, um die Rollen- und Aufgabenverteilung der Akteure sowie Schnittstellen im Rahmen ihrer Zusammenarbeit zu analysieren und daraus abzuleiten, welche Vorteile unterschiedliche Kooperationsformen und Kombinationen von Kooperationspartnern bieten. Ein solcher Ansatz könnte auch genutzt werden, um die Qualitätssicherung innerhalb eines Schwerpunkts näher zu untersuchen. Die Fallbeispiele in Kapitel 7.1.4 und 7.2.5 nehmen bereits eine solche Fokussierung vor, wenn auch in kleinem Stil (einstündige Interviews). Zugleich verdeutlichen sie die Schwierigkeit, die mit einer Fokussierung auf einzelne Aktivitäten einhergeht, nämlich aus konkret vorgefundenen Einzelergebnissen allgemeingültige Schlussfolgerungen zu ziehen. Der NPK-Präventionsbericht sollte jedoch auch auf einer übergeordneten Ebene Auskunft über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention geben können. Insofern sollten auch Möglichkeiten zur Aggregation von Informationen aus unterschiedlichen Quellen wie z. B. kommunalen und Länder-Präventionsberichten oder bestehenden bzw. eigens beauftragten Studien erogen werden. Wobei insbesondere die Verwendung bereits bestehender Quellen relevant ist, um Redundanzen und Parallelentwicklungen in der Erhebung zu vermeiden.

Die Weiterentwicklung der gemeinsamen Ziele wird auch beeinflussen, welche Art der Dokumentation des Engagements der in der NPK vertretenen Akteure notwendig sein wird, um die Zielerreichung zu überprüfen. Zum einen wird zu definieren sein, welche Aspekte erhoben werden sollen (z. B. entlang der Systematik Inputs, Outputs, Outcomes, Impact). Zum anderen wird zu beantworten sein, ob eine einheitliche Dokumentation

durch alle Akteure möglich und zielführend ist. Beide Entscheidungen sollten Teil des Prozesses zur Weiterentwicklung der Ziele der nationalen Präventionsstrategie sein. Dabei sollte auch die Wirtschaftlichkeit der Erhebung berücksichtigt werden, da Ressourcen, die in die Dokumentation fließen, nicht für die primäre Aufgabe – d. h. die Umsetzung von Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung – zur Verfügung stehen. Sobald für die Bundesrahmenempfehlungen Schwerpunkte abgestimmt sind, sollte die Vorgehensweise für die Überprüfung des Erfolgs und die dafür notwendige Dokumentation kommuniziert werden. Nur so können die Akteure parallel zur Durchführung ihrer Aktivitäten die notwendigen Informationen für die Erfolgskontrolle dokumentieren.

Unabhängig von Art und Umfang der Dokumentation, die für den zweiten NPK-Präventionsbericht angestrebt wird, sollte in ein gemeinsames Set von Kategorien investiert werden, das einer Dokumentation des Engagements zur Gesundheitsförderung und Prävention zugrunde gelegt werden kann. Solche Kategorien könnten auch in der in Kapitel 9.2 und 9.4 skizzierten Ressource Verwendung finden. Beispiele für zu entwickelnde Kategorien wären: Arten von Aktivitäten (z. B. Kampagnen, Programme, Projekte), Interventionsansätze und -ebenen (z. B. verhältnis- und/oder verhaltensbezogen, Interventionsebene Individuum, Lebenswelt, Bevölkerung), vermittelte Inhalte (z. B. Bewegungsförderung, gesunde Ernährung, Suchtmittelkonsum), genutzte Methoden (z. B. Wissensvermittlung, Prozessänderung), Arten von Kooperationspartnern (z. B. Bildungseinrichtung, Betrieb, Sportverein) und Instrumente der Qualitätssicherung (z. B. Leitfäden, Qualitätszirkel). Die Kategorisierung könnte auch die Entwicklung einer „gemeinsamen Sprache“ fördern, die in mehreren Fallbeispielen (Kapitel 7.1.4) als Erfolgsfaktor für die Zusammenarbeit hervorgehoben wurde.

Für die Erstellung des zweiten NPK-Präventionsberichts im Jahr 2023 wird die NPK wieder konkrete Lösungen für die beschriebenen Herausforderungen bei der Präventionsberichterstattung finden. Damit wird die Entwicklung der Berichtsserie jedoch nicht abgeschlossen sein. Vielmehr gilt es, das für die Berichte gewählte Konzept und die verwendete Methodik kontinuierlich weiterzuentwickeln.

9.7 GESAMTGESELLSCHAFTLICHE PERSPEKTIVEN

Der vorliegende Bericht veranschaulicht, dass seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes vieles auf den Weg gebracht wurde, um die lebens- und arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention weiterzuentwickeln. Ein wesentliches Ergebnis der für den Bericht durchgeführten Bestandsaufnahme ist, dass vor allem beim Aufbau von Kooperationsstrukturen sowie bei der Verbesserung der Koordination von Aktivitäten wichtige Meilensteine gesetzt wurden:

- Mit den von der NPK verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen wurde 2016 erstmals trägerübergreifend ein bundeseinheitlicher Handlungsrahmen für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten einschließlich Betrieben abgesteckt.
- In allen Bundesländern wurden Landesrahmenvereinbarungen geschlossen, in denen sich die Sozialversicherungsträger, Landesministerien und weitere Akteure auf gemeinsame Grundsätze ihrer Zusammenarbeit und Abstimmungsprozesse für die Koordination von Gesundheitsförderung und Prävention verständigt haben.
- In vielen Kommunen wurden Kooperationsstrukturen weiter ausgebaut oder neu geschaffen, z. B. in Form von Gesundheits- oder Präventionskonferenzen, um Gesundheitsförderung und Prävention regional zu koordinieren.
- Das Beratungsangebot für Unternehmen wurde ausgebaut; die entsprechenden Angebote der Sozialversicherungsträger – bestehend aus den regionalen BGF-Koordinierungsstellen der GKV, dem Firmenservice der GRV, den regionalen Präventionsdiensten der GUV und dem Außendienst der SVLFG – wurden aufeinander abgestimmt.

Damit ist es gelungen, tragfähige Strukturen und koordinierte Prozesse zu etablieren, die für die Umsetzung der von der NPK entwickelten nationalen Präventionsstrategie eine solide Grundlage darstellen.

Nach der Phase des Aufbaus von gemeinsamen Strukturen und Prozessen rückt zunehmend die Weiterentwicklung konkreter Aktivitäten in den Mittelpunkt. Aufbauend auf den bisher gesammelten Erfahrungen wurden in den Kapiteln 9.1-9.6 Perspektiven aufgezeigt, wie die nationale Präventionsstrategie und die Aktivitäten zu ihrer Umsetzung weiterentwickelt werden können. Als ein

übergreifendes Ziel wird eine noch stärkere Ergebnisorientierung angestrebt. Dabei wird vorgeschlagen, die Ziele in den Bundesrahmenempfehlungen um konkrete Schwerpunkte zu ergänzen und sich bei der Auswahl u. a. an den in Kapitel 3 identifizierten epidemiologischen Herausforderungen in Deutschland zu orientieren.

Wenngleich mit dem Präventionsgesetz der Fokus stark auf die Sozialversicherungsträger (insbesondere die GKV) gerichtet wurde, werden die meisten der in Kapitel 3 benannten gesundheitlichen Problemlagen in erheblichem Maße durch Faktoren beeinflusst, die jenseits ihrer gesetzlichen Leistungsspektren liegen. Eine merkliche Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung kann daher nur erzielt werden, wenn alle Akteure eine ihrer Verantwortung entsprechende Rolle einnehmen und ihren jeweiligen Beitrag zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung leisten.⁴³²

Die Weltgesundheitsorganisation hat diese Verknüpfung in der Ottawa-Charta wie folgt zusammengefasst:

„Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien.“⁴³³

Für die nationale Präventionsstrategie lässt sich aus dem Zitat der Weltgesundheitsorganisation schlussfolgern, dass beispielsweise die Eindämmung von Fehl-Ernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel, psychosozialen Belastungen und Substanzkonsum zwar zu ihren prioritären Handlungsfeldern zählen, aber größere Fortschritte hier nur erzielt werden können, wenn sämtliche Einflussfaktoren adressiert werden und gesamtgesellschaftlich vorgegangen wird. Das bedeutet, dass Themen wie z. B. ein möglichst flächendeckendes Angebot gesunder Gemeinschaftsverpflegung und niedrigschwelliger Bewegungsmöglichkeiten in Bildungseinrichtungen, Betrieben und Kommunen sowie gesetzliche Vorgaben, z. B. zu Verfügbarkeit, Konsum und Preisgestaltung von Tabak und Alkohol sowie zur Werbung für diese Produkte, auf die politische Agenda gehören.

432 Bartley, M., Blane, D., Brunner, E., Dorling, D., Ferrie, J., Jarvis, M., et al. (2004). Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.

433 www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986

Die Beiträge, die von den für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung verantwortlichen Akteuren geleistet werden können, sind sehr unterschiedlich; gerade darin begründet sich die Notwendigkeit, gemeinsam vorzugehen. So setzt der Bund z. B. sowohl durch seine Gesundheitspolitik als auch durch seine Wirtschafts-, Sozial-, Arbeitsmarkt-, Familien- und Umweltpolitik entscheidende Akzente für die Gesundheit der Bevölkerung. Die Bundesländer gestalten z. B. durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst und ihre Bildungspolitik die gesundheitlichen Rahmenbedingungen der Bevölkerung maßgeblich. Ob das lokale Umfeld der Menschen gesundheitsförderlich ist und gesundheitsförderliches Verhalten ermöglicht, beeinflussen schließlich die Kommunen mit ihrer Zuständigkeit für die Daseinsvorsorge. Zusätzlich zu den staatlichen Stellen kommt noch zahlreichen anderen Akteuren (Kapitel 2) eine wichtige gesundheitsrelevante Bedeutung zu.

Die Notwendigkeit, Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben umzusetzen, wird besonders auch bei der im SGB V verankerten Zielsetzung deutlich, sozial bedingte sowie geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern: Mit ihrer Kernaufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern, beugt die GKV auch negativen sozialen Folgen von Krankheit vor. In Bezug auf die umgekehrte Kausalität, nämlich die gesundheitlichen Folgen sozialer Benachteiligung sowie unterschiedlicher geschlechtsbezogener Belastungen und Ressourcen zu verringern, können die gesetzlichen Krankenkassen, ebenso wie die anderen Sozialversicherungsträger, lediglich einen unterstützenden Beitrag leisten. Hintergrund ist, dass gesundheitliche Risiken eng mit Aspekten korreliert sind, die außerhalb ihres Einflussbereichs liegen. Hierzu gehören z. B. „Umwelteinflüsse (Arbeits- und Wohnbedingungen, natürliche Umwelt, Entwicklungsbedingungen im Kindes- und Jugendalter), personale Ressourcen (u. a. physische und psychische Konstitution, Bildung und Verhaltensspielräume), soziale Ressourcen (soziale Unterstützung, soziale Netzwerke) und materielle Ressourcen (Einkommen, Vermögen und finanzielle Planungssicherheit), individuelle und sozial vermittelte Verhaltensweisen, Konsummuster und Lebensstile“.⁴³⁴ Bezogen auf Unterschiede in den Gesundheitschancen zwischen den Geschlechtern sind wichtige Einflussfaktoren z. B. die Arbeitsteilung in Beruf und

Familie sowie die Bewertung der typischerweise von Frauen und Männern verübten Tätigkeiten.⁴³⁵ Gelingt es langfristig nicht, diese Faktoren noch stärker bei der Gesundheitsförderung und Prävention zu berücksichtigen, können die nachgelagerten, rein kompensatorischen Anstrengungen der Sozialversicherungsträger auch unter Aufwendung hoher finanzieller Mittel nicht den gewünschten Effekt auf ein gesundes Leben erzielen.

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

434 Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag Drucksache 15/5670. S. 111 ff.

435 Pieck, N. (2017). Gesundheitliche Chancengleichheit im Betrieb: Schwerpunkt Gender. iga.Report 35. Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit.



Anhang

INHALT

1	Details zur Methodik	259
1.1	Online-Erhebung.....	259
1.2	Interviews.....	276
1.3	Workshop.....	277
2	Literatur zu Kapitel 3.1 und 3.2	278
3	Glossar.....	290
4	Abkürzungsverzeichnis	295

Anhang 1

Details zur Methodik

1.1 ONLINE-ERHEBUNG

Die nachfolgenden Abschnitte enthalten weitere Informationen zur Methodik der Online-Erhebung für den ersten Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK).

1.1.1 VERWENDETE LITERATUR

Bei der Entwicklung der Fragen für die Online-Erhebung wurden relevante Literaturquellen berücksichtigt. Im Folgenden werden die wichtigsten Quellen aufgeführt.

Bei der Entwicklung des Moduls zu **Aktivitäten und Modellvorhaben** wurden bereits existierende Ansätze zur Erhebung von Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung berücksichtigt. Dazu gehören insbesondere:

- Dokumentation des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. für die Präventionsleistungen der Kranken- und der Pflegekassen
- Qualität in der Prävention (<https://www.uke.de/extern/qip/>)
- Maßnahmen-Datenbank von gesundheitsziele.de (http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=gz_datenbank_fragebogen)
- Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank)
- Reisig, V., Kuhn, J., Loos, S., Nennstiel-Ratzel, U., Wildner, M., & Caselmann, W. H. (2017). Primärprävention und Gesundheitsförderung in Bayern – eine explorative Bestandsaufnahme. *Das Gesundheitswesen*, 79(04), 238–246
- Kliche, T., Riemann, K., Bockermann, C., Niederbühl, K., Wanek, V., & Koch, U. (2011). Gesundheitswirkungen der Prävention: Entwicklung und Erprobung eines Routine-Evaluationssystems für Primärprävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen in Settings, Betrieben und Gesundheitskursen. *Das Gesundheitswesen*, 73(04), 247–257

Bei der Entwicklung der Fragen zum **Stand der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen** (LRV) fanden u. a. die Texte der LRV sowie ein Fragebogen für eine Evaluation der kommunalen Gesundheitskonferenz in Reutlingen (Evaluation durch das IGES Institut; Ergebnisse noch nicht veröffentlicht) Berücksichtigung.

Bei der Entwicklung des Moduls **Erfahrungen mit der Zusammenarbeit** fanden u. a. Berücksichtigung:

- Eine Untersuchung des Arbeitskreises Prävention in der Arbeitswelt: „Entwicklung der Zusammenarbeit zwischen den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und der betrieblichen Gesundheitsförderung“, Ergebnisbericht einer Bestandsaufnahme von 2011 des Arbeitskreises Prävention in der Arbeitswelt
- Evaluation des Modellprojekts zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting: Schreiner-Kürten, K., Bellwinkel, M., Melzer, K., Nürnberger, K., Guggemos, P., & Milles, R. (2016). Modellprojekt zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting. Gesamtbericht zur Evaluation. Hg.: Bundesagentur für Arbeit und GKV-Spitzenverband

Die Entwicklung der Fragen im Modul **Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation** berücksichtigte u. a.:

- Die Bundesrahmenempfehlungen und die darin erwähnten Qualitätskriterien der NPK-Träger⁴³⁶
- Altgeld, T., Brandes, S., Bregulla, I., Castedello, U., Dehn-Hindenber, A., Flor, W. et al. (2015). Gesamtprojektbericht Kooperations- und Forschungsprojekt Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Tempel, N., Bödeker, M., Reker, N., Schaefer, I., Klärs, G. & Kolip, P. (2013). Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 42. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag Drucksache 15/5670. S. 154 ff.
- Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag Drucksache 16/13770. S. 125 ff.
- Leitfäden und Anleitungen zu den Themen Qualitätssicherung und Evaluation. Z. B.:
 - Leitfaden Qualitätskriterien von BZgA und IN FORM (<https://www.bzga.de/infomaterialien/ernaehrung-bewegung-stressbewaeltigung/leitfaeden-qualitaetskriterien/>)
 - Leitfaden Qualitätssicherung von IN FORM (<https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/>)

- Materialien/IN_FORM_Leitfaden_Qualitaets-sicherung.pdf)
- Leitfaden Evaluation von IN FORM (https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/Materialien/IN_FORM_Leitfaden_Evaluation.pdf)
- Qualitätsinstrumente in Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Leitfaden für Praktiker in Nordrhein-Westfalen vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/liga-praxis/liga-praxis_8_qualitaetswegweiser.pdf)
- Fünf Schritte zur gesunden Gemeinde. Ein Handlungsleitfaden für die Praxis vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (<https://www.zpg-bayern.de/zpg-publikationen.html>)
- Erwerbstätige
- Kleine und mittlere Unternehmen und ihre Beschäftigten
- Arbeitslose Menschen
- Ehrenamtlich Tätige
- Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune
- Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen

Prävention bezieht sich auf die Vermeidung von Krankheiten, Unfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie auf den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, personale, soziale und materielle Ressourcen für die Gesunderhaltung zu stärken.

Bei einer PGF-Aktivität kann es sich z. B. um ein **Projekt** (auch Modell- oder Pilotprojekt), ein **Programm**, eine **Maßnahme**, eine **Kampagne** oder, im Fall von Sozialversicherungsträgern, eine **Leistung** handeln. Eine PGF-Aktivität kann einmalig durchgeführt worden sein oder mehrmals (sequenziell hintereinander oder parallel zueinander). Falls eine PGF-Aktivität mehrere Komponenten (z. B. Teilprojekte) umfasst, berichten Sie bitte über alle Komponenten zusammen als eine PGF-Aktivität.

Nicht erfasst werden medizinische und zahnmedizinische Interventionen (z. B. Impfen, Vorsorgeuntersuchungen, Check-ups, Zahnprophylaxe), Rehabilitationsleistungen, gesetzliche Aufgaben des Infektionsschutzes und der Lebensmittelsicherheit, Aktivitäten der Selbsthilfe nach § 20h SGB V sowie Aktivitäten der Sozialversicherungsträger, die nicht unter die Bundesrahmenempfehlungen fallen.

1.1.2 DEFINITION EINER „AKTIVITÄT“

Da es keine gemeingültige Definition einer „Aktivität“ zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung gibt, wurde der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht eine Definition beigelegt. Auch die Dokumentation des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) für die Aktivitäten der GKV und SPV definiert in den Ausfüllhinweisen die zu verwendende Berichtseinheit.

1.1.2.1 Definition im Rahmen der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht

Eine **PGF-Aktivität** ist ein **abgegrenztes, in sich durchdachtes und zusammenhängend aufgebautes Vorhaben zur Prävention und Gesundheitsförderung**, das die in der NPK vertretenen Akteure zur Erreichung der in den Bundesrahmenempfehlungen der NPK formulierten Ziele und Zielgruppen durchgeführt haben bzw. durchführen.

Die in den Bundesrahmenempfehlungen formulierten Ziele sind:

- Gesund aufwachsen
- Gesund leben und arbeiten
- Gesund im Alter

Die in den Bundesrahmenempfehlungen formulierten Zielgruppen sind:

- werdende und junge Familien
- Kinder und ihre Eltern in der Kita-Phase
- Kinder und Jugendliche im Schulalter bzw. in der Ausbildung
- Jugendliche und junge Erwachsene im Studium

1.1.2.2 Definition im Rahmen der MDS-Dokumentation der GKV und SPV

Nachfolgend finden sich die Definitionen „einer Aktivität“, die im Rahmen der MDS-Dokumentation der GKV und der SPV verwendet werden.

Leistungen der GKV nach § 20a SGB V

„Bitte fassen Sie in einem Dokumentationsbogen alle Aktivitäten zusammen, die zu einer ‚inhaltlich gleich strukturierten Gesamtheit an Aktivitäten‘ gehören (Berichtseinheit). Dabei kann es sich um eine oder mehrere inhaltlich gleiche Aktivitäten handeln, die in einer oder in mehreren Lebenswelten identisch durchgeführt werden. Ein Beispiel für eine ‚Gesamtheit an Aktivitäten‘:

Wenn an einer Schule a) Schulstrukturveränderungen, b) ein Hauswirtschaftskurs Ernährung und c) eine Projektwoche durchgeführt werden und diese Aktivitäten koordiniert ablaufen, ist hierfür ein Bogen auszufüllen. Das Gleiche gilt, wenn dieses Bündel an inhaltlich gleichen Aktivitäten an 2 oder 20 Schulen stattfindet; auch in diesem Fall ist nur ein Bogen auszufüllen, wobei die Anzahl der verschiedenen Lebenswelten einzutragen ist.⁴³⁷

Leistungen der GKV nach § 20b SGB V

„Die Berichtseinheit ist die Gesamtheit der in einem koordinierten Gesamtprozess erbrachten Leistungen sowie die Gesamtheit der Strukturen, in denen die Leistungen erbracht werden. Bitte füllen Sie jeweils einen Bogen aus für Aktivitäten (= Prozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V) in einem Betrieb oder Unternehmen. Nur einen Bogen füllen Sie bitte ebenfalls aus für Aktivitäten, wenn diese im Rahmen eines koordinierten Gesamtprozesses mit denselben Konzepten oder Inhalten verwirklicht werden, in mehreren Betrieben (diese können auch unterschiedliche Standorte eines Unternehmens sein) [oder] für überbetriebliche Netzwerkprojekte, die in der Umsetzungsphase der betrieblichen Gesundheitsförderung stattfinden. Haben die Betriebe jedoch Aktivitäten unternommen, die nicht einem Gesamtprozess zurechenbar sind und unterschiedliche Konzepte und Inhalte verwirklichen, ist für jeden Betrieb ein einzelner Dokumentationsbogen auszufüllen.“⁴³⁸

Leistungen der SPV nach § 5 SGB XI

„Füllen Sie bitte im MDS-Online-System den ‚Dokumentationsbogen P2: Umsetzungsphase‘ aus, wenn Sie in der jeweiligen stationären Pflegeeinrichtung eine oder mehrere der folgenden Aktivitäten unternommen haben:

- Analyse von Bedürfnissen/Ressourcen/Strukturen
- Maßnahmenplanung
- Umsetzung der verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen
- Evaluation

Dabei füllen Sie bitte für jede stationäre Pflegeeinrichtung einen Bogen P2 aus.⁴³⁹

1.1.3 AUSGEWÄHLTE ANTWORTMÖGLICHKEITEN

Die folgenden Listen zeigen die Antwortmöglichkeiten, die in der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht zur Auswahl standen. Antwortmöglichkeiten zu weiteren Fragen sind im Bericht selbst enthalten.

1.1.3.1 Aktivitäten und Modellvorhaben

Die Antwortmöglichkeiten für Erfolgskontrollen waren (Mehrfachnennung möglich):

- Umfeld, Strukturen der PGF-Aktivität
- Prozesse, Abläufe der PGF-Aktivität
- Verhaltensparameter der erreichten Personen (z. B. Ernährungs- oder Bewegungsmuster, Stressbewältigung, rückschonendes Bewegen)
- Kompetenzen der erreichten Personen (z. B. Wissen, Selbstbewusstsein, Mitwirkung bei der Umgestaltung des Umfelds)
- Gesundheitsparameter der erreichten Personen (z. B. Blutdruck, Körperfettanteil)
- Subjektive Einschätzung der Gesundheit und Funktionalität der erreichten Personen
- Krankenstand bei den erreichten Personen
- Gesundheitsökonomische Analyse (z. B. Kostenerfassung der PGF-Aktivität, Kosten-Nutzen-Analyse)
- Zugänglichkeit, Akzeptanz bei der Zielgruppe, Inanspruchnahme
- Zufriedenheit der erreichten Personen mit der PGF-Aktivität
- Zufriedenheit der Personen, die die PGF-Aktivitäten umsetzen
- Bekanntheitsgrad der PGF-Aktivität bei der Zielgruppe
- Kooperation, Netzwerkbildung
- Verstetigung der Intervention, Dauereinrichtung
- Streuung der PGF-Aktivität, d. h. Ausbreitung der PGF-Aktivität in neue Strukturen und Kontexte
- „Sonstiges“: [Freitext]

Die Antwortmöglichkeiten für Arten von Kooperationspartnern waren (Mehrfachnennung möglich):

- Gesetzliche Krankenkasse(n)
- Rentenversicherungsträger
- Pflegekasse(n)
- Unfallversicherungsträger
- Private Krankenkasse(n)
- Bundesministerium (z. B. Bundesgesundheitsministerium, Bundesministerium für Arbeit und Soziales)

437 Ausfüllhinweise MDS-Dokumentation für lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention, Berichtsjahr 2017.

438 Ausfüllhinweise MDS-Dokumentation für betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2017.

439 Ausfüllhinweise MDS-Dokumentation für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI, Berichtsjahr 2017.

- Landesministerium (z. B. Sozial- oder Gesundheitsministerium)
- Staatlicher Arbeitsschutz
- Integrationsamt
- Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsamt
- Örtliche öffentliche Jugendhilfe
- Sonstige kommunale Verwaltung (z. B. Sozial-, Jugend-, Schulverwaltungsamt)
- Arbeitnehmerorganisation (z. B. Gewerkschaft)
- Arbeitgeber- oder Unternehmensorganisation (z. B. Arbeitgeberverband)
- Betriebe
- Agentur für Arbeit, Jobcenter
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Landesvereinigung für Gesundheit
- Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit
- Einrichtung der Freizeitgestaltung (z. B. Sportverein)
- Suchtberatungsstelle
- Selbsthilfe-Kontaktstelle
- Wohlfahrtsverband, Sozialverband
- Bildungseinrichtung (z. B. Kita, Grundschule, Gymnasium, Hochschule)
- Wissenschaftliche Einrichtung (z. B. Universität, Forschungsinstitut)
- Stiftung
- „Sonstige“: [Freitext]
- Keine Kooperationspartner

Die Antwortmöglichkeiten für Inhalte⁴⁴⁰ waren (Mehrfachnennung möglich):

- Förderung von Bewegung
- Förderung gesunder Ernährung
- Förderung gesunder Gemeinschaftsverpflegung[^]
- Stärkung psychischer Ressourcen, Resilienz
- Entspannungstechniken, Stressbewältigung
- Vermittlung von Gesundheitskompetenz[^]
- Verkehrserziehung, Verkehrssicherheitstraining
- Altersgerechtes Wohnen und Wohnumfeld[^]
- Förderung eines gesundheitsgerechten Umgangs miteinander, Gewaltprävention
- Verbesserung der Umgebungsbedingungen, gesundheitsförderliche Raumgestaltung
- Prävention bzw. Reduzierung von Suchtmittelkonsum (z. B. Rauchen, Alkohol)
- Verhinderung bestimmter Krankheiten (z. B. Brustkrebs, Diabetes, Berufskrankheiten)[^]
- Prävention von Unfällen (z. B. Arbeitsunfälle, Wegeunfälle)[^]

- Sexuelle Gesundheit
- Gefährdungsbeurteilung (im Kontext Betrieb)
- Gesundes Führen
- Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen
- „Sonstige“: [Freitext]

Für Aktivitäten der SPV waren die Antwortmöglichkeiten für Inhalte (Mehrfachnennung möglich):

- Förderung gesunder Gemeinschaftsverpflegung
- Förderung von Bewegung
- Förderung kognitiver Fähigkeiten
- Stärkung psychischer Ressourcen, Resilienz
- Förderung eines gesundheitsgerechten Umgangs miteinander, Gewaltprävention
- „Sonstige“: [Freitext]

Die Antwortmöglichkeiten für Lebenswelten waren (Mehrfachnennung möglich):

- Kindertageseinrichtungen: [Freitext Zahl]
- Grundschulen: [Freitext Zahl]
- Real-, Haupt-, Gesamt-, Förderschulen: [Freitext Zahl]
- Gymnasien: [Freitext Zahl]
- Berufsbildende Schulen (z. B. Berufs- und Fachoberschulen): [Freitext Zahl]
- Hochschulen (z. B. Fachhochschulen, Universitäten): [Freitext Zahl]
- Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe: [Freitext Zahl]
- Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen: [Freitext Zahl]
- Einrichtungen für Freizeitgestaltung (z. B. Sportvereine): [Freitext Zahl]
- „Gemeinden, Kommunen, Quartiere, Stadtteile“: [Freitext Zahl]
- Kleinbetriebe mit weniger als 10 Beschäftigten: [Freitext Zahl]
- Kleine Betriebe mit 10 bis 49 Beschäftigten: [Freitext Zahl]
- Mittlere Betriebe mit 50 bis 499 Beschäftigten: [Freitext Zahl]
- Große Betriebe mit mehr als 500 Beschäftigten: [Freitext Zahl]
- Betriebe, deren Anzahl Beschäftigte nicht bekannt ist: [Freitext Zahl]
- Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime): [Freitext Zahl]
- „Sonstige“ (Beschreibung und Anzahl): [Freitext]

440 Mit ^ markierte Inhalte werden in der MDS-Dokumentation der GKV nicht erhoben.

Die Antwortmöglichkeiten für sozial benachteiligte Gruppen waren (Mehrfachnennung möglich):⁴⁴¹

- Personen mit niedrigem Einkommen (z. B. Personen im Niedriglohnsektor, Personen mit niedrigen Rentenbezügen)
- Personen mit niedriger Schulbildung (z. B. Personen ohne qualifizierten Schulabschluss)
- Personen mit niedrigem beruflichem Status (z. B. ungelernete Arbeiterinnen und Arbeiter)
- Schwangere in schwieriger sozialer Lage
- Alleinerziehende in schwieriger sozialer Lage
- Asylbewerberinnen und Asylbewerber, Flüchtlinge, Menschen ohne Aufenthaltsgenehmigung
- Migrantinnen und Migranten in schwieriger sozialer Lage
- (Langzeit)arbeitslose Menschen
- Personen mit gesundheitsbelastenden bzw. prekären Arbeitsbedingungen
- Personen in strukturschwachen Wohnregionen, Quartieren
- Sozial isolierte bzw. vereinsamte Personen
- Menschen mit Behinderungen in schwieriger sozialer Lage
- Chronisch kranke, mobilitätseingeschränkte bzw. kognitiv beeinträchtigte Personen in schwieriger sozialer Lage
- Pflegebedürftige Personen in schwieriger sozialer Lage
- Angehörige von Personen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf (z. B. Angehörige von Menschen mit Behinderungen, pflegende Angehörige)
- Suchtkranke Personen
- Strafgefangene, Haftentlassene
- Wohnungslose
- „Sonstige“: [Freitext]

1.1.3.2 Stand der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen

Die Antwortkategorien sind im NPK-Präventionsbericht aufgeführt.

1.1.3.3 Erfahrungen mit der Zusammenarbeit

Kooperationspartner im Kontext kommunale Lebenswelten:

- Gesetzliche Krankenkasse(n)
- Rentenversicherungsträger
- Pflegekasse(n)
- Unfallversicherungsträger

- Private Krankenkasse(n)
- Bundesministerium (z. B. Bundesgesundheitsministerium, Bundesministerium für Arbeit und Soziales)
- Landesministerium (z. B. Sozial- oder Gesundheitsministerium)
- Staatlicher Arbeitsschutz
- Integrationsamt
- Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsamt
- Örtliche öffentliche Jugendhilfe
- Sonstige kommunale Verwaltung (z. B. Sozial-, Jugend-, Schulverwaltungsamt)
- Arbeitnehmerorganisation (z. B. Gewerkschaft)
- Arbeitgeber- oder Unternehmensorganisation (z. B. Arbeitgeberverband)
- Betriebe
- Agentur für Arbeit, Jobcenter
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Landesvereinigung für Gesundheit
- Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit
- Einrichtung der Freizeitgestaltung (z. B. Sportverein)
- Suchtberatungsstelle
- Selbsthilfe-Kontaktstelle
- Wohlfahrtsverband, Sozialverband
- Bildungseinrichtung (z. B. Kita, Grundschule, Gymnasium, Hochschule)
- Wissenschaftliche Einrichtung (z. B. Universität, Forschungsinstitut)
- Stiftung
- „Sonstige“: [Freitext]

Kooperationspartner im Kontext Arbeitswelt, betriebliche und überbetriebliche Ebene:

- Gesetzliche Krankenkasse(n)
- Rentenversicherungsträger
- Pflegekasse(n)
- Unfallversicherungsträger
- Private Krankenkasse(n)
- Bundesministerium (z. B. Bundesgesundheitsministerium, Bundesministerium für Arbeit und Soziales)
- Landesministerium (z. B. Sozial- oder Gesundheitsministerium)
- Staatlicher Arbeitsschutz
- Integrationsamt
- Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsamt
- Örtliche öffentliche Jugendhilfe
- Sonstige kommunale Verwaltung (z. B. Sozial-, Jugend-, Schulverwaltungsamt)
- Arbeitnehmerorganisation (z. B. Gewerkschaft)

⁴⁴¹ Die Antwortmöglichkeiten beruhen auf den Zielgruppen, die in der Praxisdatenbank des Kooperationsverbands Gesundheitliche Chancengleichheit verwendet werden. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/

- Arbeitgeber- oder Unternehmensorganisation (z. B. Arbeitgeberverband)
- Agentur für Arbeit, Jobcenter
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Landesvereinigung für Gesundheit
- Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit
- Einrichtung der Freizeitgestaltung (z. B. Sportverein)
- Suchtberatungsstelle
- Selbsthilfe-Kontaktstelle
- Wohlfahrtsverband, Sozialverband
- Bildungseinrichtung (z. B. Kita, Grundschule, Gymnasium, Hochschule)
- Wissenschaftliche Einrichtung (z. B. Universität, Forschungsinstitut)
- Stiftung
- „Sonstige“: [Freitext]

Kooperationspartner im Kontext Arbeits- und Gesundheitsförderung:

- Gesetzliche Krankenkasse(n)
- Rentenversicherungsträger
- Pflegekasse(n)
- Unfallversicherungsträger
- Private Krankenkasse(n)
- Bundesministerium (z. B. Bundesgesundheitsministerium, Bundesministerium für Arbeit und Soziales)
- Landesministerium (z. B. Sozial- oder Gesundheitsministerium)
- Staatlicher Arbeitsschutz
- Integrationsamt
- Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsamt
- Örtliche öffentliche Jugendhilfe
- Sonstige kommunale Verwaltung (z. B. Sozial-, Jugend-, Schulverwaltungsamt)
- Arbeitnehmerorganisation (z. B. Gewerkschaft)
- Arbeitgeber- oder Unternehmensorganisation (z. B. Arbeitgeberverband)
- Betriebe
- Agentur für Arbeit
- Jobcenter
- Arbeitslosenzentrum/-beratungsstelle
- Beschäftigungs- und Qualifizierungsgesellschaft
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Landesvereinigung für Gesundheit
- Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit
- Einrichtung der Freizeitgestaltung (z. B. Sportverein)
- Suchtberatungsstelle
- Selbsthilfe-Kontaktstelle
- Wohlfahrtsverband, Sozialverband

- Bildungseinrichtung (z. B. Kita, Grundschule, Gymnasium, Hochschule)
- Wissenschaftliche Einrichtung (z. B. Universität, Forschungsinstitut)
- Stiftung
- Gesundheitsorganisation, Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten im ambulanten Bereich
- Gesundheitsorganisation, Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten im stationären Bereich
- „Sonstige“: [Freitext]

Kooperationspartner, die für die Beispiele der Zusammenarbeit ausgewählt werden konnten:

- Gesetzliche Krankenkasse(n)
- Rentenversicherungsträger
- Unfallversicherungsträger
- Private Krankenkasse(n)
- Bundesministerium
- Landesministerium
- Kommunale Verwaltung
- Bundesagentur für Arbeit
- Arbeitgeberorganisation
- Arbeitnehmerorganisation
- Patientenvertretung
- Landesvereinigung für Gesundheit
- Wohlfahrtsverband/Sportverband

1.1.3.4 Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation

Die Antwortkategorien sind im NPK-Präventionsbericht aufgeführt.

1.1.4 ABLAUF DER ONLINE-ERHEBUNG

Vor dem Beginn der Online-Erhebung wurde ein Pre-Test durchgeführt. Ziel des Pre-Tests war es zu ermitteln, ob die Fragen und Anweisungen verständlich formuliert waren, ob die Reihenfolge der Fragen und die Übergänge zwischen (Unter-)Modulen nachvollziehbar waren und ob es technische Probleme bei der Bearbeitung gab. Weiterhin wurden die Teilnehmenden des Pre-Tests gebeten, über die Dauer der Bearbeitung zu berichten. Für den Pre-Test wurden fünf Organisationen ausgewählt, die verschiedenen Akteursgruppen angehörten. Der Pre-Test fand vom 03.03.2018 bis 10.03.2018 statt. Die Rückmeldungen der Teilnehmenden des Pre-Tests wurden vom IGES Institut geprüft und entsprechende Anpassungen in der Online-Erhebung vorgenommen.

Die Online-Erhebung wurde über die Fragebogenplattform Questionnaire des IGES Instituts umgesetzt. Die eingeladenen Organisationen erhielten vom IGES Institut per E-Mail einen Link, der sie zu dem für die jeweilige Organisation spezifischen Fragebogen führte. Im Vorfeld der Einladung durch das IGES Institut hatten die NPK-Mitglieder die jeweiligen Organisationen bereits informiert.

Ausnahmen zu dem Vorgehen stellten die Kommunen, die Wohlfahrtsverbände und die Vertretungen der Patientinnen und Patienten dar. Die kommunalen Spitzenverbände, die Spitzenverbände von Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Deutschem Roten Kreuz und Diakonie⁴⁴² sowie die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) erhielten vom IGES Institut einen allgemeinen Link zu der Online-Erhebung. Diesen Link streuten sie über ihre E-Mail-Verteiler in ihre Mitgliedschaft. Die so eingeladenen Organisationen konnten über den allgemeinen Link einen für ihre Organisation spezifischen Zugangscode generieren und so die Online-Erhebung bearbeiten.

In einigen Fällen wurde im Vorfeld der Online-Erhebung vereinbart, welche Module für bestimmte Organisationen in die Auswertung eingehen bzw. welche Organisationen bestimmte Module bearbeiten würden:

- Für die Länder und die Wohlfahrtsverbände wurde vereinbart, dass nur ihre Antworten in dem Modul zum Stand der Umsetzung der LRV in die Auswertung eingehen würden.
- Für die GUV und die GRV wurde vereinbart, dass die DGUV und die DRV Bund in gebündelter Form über die Aktivitäten der Unfall- bzw. Rentenversicherungsträger berichten, da sie die erfragten Informationen in standardisierter Form den existierenden Dokumentationssystemen entnehmen können.⁴⁴³ Die einzelnen Unfall- und Rentenversicherungsträger bearbeiteten daher das Modul zu den Aktivitäten nicht. Sie waren jedoch aufgefordert, alle anderen Module (einschließlich Modellvorhaben) zu bearbeiten.
- Für die GKV und die SPV wurde vereinbart, dass ihre Aktivitäten auf Basis der jährlich durch den MDS erhobenen Dokumentation dargestellt würden. Die Kranken- und Pflegekassen bearbeiteten daher das Modul zu Aktivitäten nicht. Sie waren jedoch aufgefordert, alle anderen Module (einschließlich Modellvorhaben) zu bearbeiten.

Die Online-Erhebung fand zwischen dem 19.04.2018 und dem 29.06.2018 statt. Die Organisationen, die direkt vom IGES Institut eingeladen wurden, erhielten zwei Erinnerungsschreiben. Die Organisationen, die über die kommunalen Spitzenverbände, die Spitzenverbände der freien Wohlfahrt und NAKOS eingeladen wurden, erhielten ein Erinnerungsschreiben.

1.1.5 AUFBEREITUNG DER DATEN

Die Rohdaten der Online-Erhebung wurden in die Statistik- und Analyse-Software SPSS eingelesen und aufbereitet. Im Zuge der Datenaufbereitung wurden zum einen die Antworten identifiziert, die vollständig waren und daher in die Auswertung eingehen konnten. Zum anderen wurden Dopplungen entfernt, falls dieselbe Organisation die Online-Erhebung über zwei oder mehr unterschiedliche Zugangscodes beantwortet hatte. Schließlich wurden die Organisationen den Akteursgruppen zugeordnet und die Schreibweise der Organisationsnamen vereinheitlicht.

Identifikation von Antworten, die in die Auswertung eingingen

Der Fragebogen für den Präventionsbericht der NPK enthielt drei Mechanismen, um sicherzustellen, dass nur abschließend bearbeitete Antworten ausgewertet wurden:

1. Die antwortenden Organisationen wurden aufgefordert, den Fragebogen endgültig abzuschließen, nachdem sie mit der Bearbeitung fertig waren.
2. Die antwortenden Organisationen wurden am Ende von jedem Modul gefragt, ob alle Fragen abschließend beantwortet wurden oder ob das Modul später weiterbearbeitet würde.
3. Pflichtfragen mussten beantwortet werden, da sonst die Beantwortung nachfolgender Fragen nicht möglich gewesen wäre.

Um die Anzahl der auswertbaren Antworten zu maximieren, auch wenn nicht alle Organisationen den endgültigen Abschluss oder den Modulabschluss durchgeführt hatten, wurde die Entscheidung, welche Antworten in die Auswertung eingingen, je Modul getroffen.

- Einleitung: Die Antworten in der Einleitung wurden ausgewertet, wenn alle Pflichtfragen beantwortet worden waren und der Modulabschluss bejaht oder nicht bearbeitet worden war.

442 Die Landesorganisationen des Paritätischen Wohlfahrtsverbands wurden vom IGES Institut eingeladen.

443 Die SVLFG als Alterssicherung der Landwirte und landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft beantwortete das Modul zu den Aktivitäten separat.

- Einleitende Fragen zu Aktivitäten: Die Antworten zu Aktivitäten allgemein wurden ausgewertet, wenn alle Pflichtfragen beantwortet worden waren.
- Fragen zu einzelnen Aktivitäten und zu einzelnen Modellvorhaben: Bei den einzelnen Aktivitäten und Modellvorhaben wurde die Entscheidung je Aktivität bzw. Modellvorhaben getroffen. Die Antworten zu einer Aktivität bzw. einem Modellvorhaben wurden ausgewertet, wenn für die Aktivität bzw. das Modellvorhaben alle Pflichtfragen beantwortet worden waren.
- LRV: Die Entscheidung wurde je Bundesland getroffen. Die Antworten zu einem Bundesland wurden ausgewertet, wenn für das Bundesland alle Pflichtfragen beantwortet worden waren und wenn die Frage nach dem Modulabschluss bejaht oder nicht bearbeitet worden war.
- Zusammenarbeit - Kooperationspartner: Die Antworten zu den tatsächlichen und gewünschten Kooperationspartnern wurden ausgewertet, wenn alle Pflichtfragen beantwortet worden waren und wenn die einleitende Frage nach der relevanten Erfahrung bejaht worden war und wenn die Frage nach dem Modulabschluss bejaht oder nicht bearbeitet worden war.
- Zusammenarbeit - Beispiele der Zusammenarbeit: Die Entscheidung wurde je Kooperation getroffen: Die Antworten zu einer Kooperation wurden ausgewertet, wenn alle Pflichtfragen beantwortet worden waren und wenn die einleitende Frage nach der relevanten Erfahrung bejaht worden war und wenn die Frage nach dem Modulabschluss bejaht oder nicht bearbeitet worden war. Weiterhin musste ein Kooperationspartner für das Beispiel benannt sein.
- Qualitätssicherung und Evaluation: Die Antworten wurden ausgewertet, wenn alle Pflichtfragen beantwortet worden waren und die Frage nach der relevanten Erfahrung bejaht worden war und der Modulabschluss bejaht oder nicht bearbeitet worden war.
- Für die Länder und Wohlfahrtsverbände wurden, wie mit den Organisationen im Vorfeld der Online-Erhebung vereinbart, nur die Antworten im Modul LRV ausgewertet.

Entfernen von Dopplungen

Da die Online-Erhebung sowohl über organisationsspezifische Zugangscodes als auch über einen allgemeinen Link zugänglich war, konnte es vorkommen, dass für eine Organisation zwei oder mehr Versionen der Online-Erhebung vorlagen. Solche Dopplungen wurden im Rahmen

der Aufbereitung der Daten entfernt. In den Modulen Einleitung, Aktivitäten (nur einleitende Fragen zu Aktivitäten), Zusammenarbeit (nur Fragen zu tatsächlichen und gewünschten Kooperationspartnern) sowie Qualitätssicherung und Evaluation wurden Dopplungen entfernt, wenn für dieselbe Organisation in dem jeweiligen Modul zwei oder mehr Versionen vorlagen. Im Modul LRV wurden Dopplungen entfernt, wenn für dieselbe Organisation zwei oder mehr Versionen für ein Bundesland vorlagen. Bei der Entscheidung, welche Version auszuwerten war, wurde sequenziell wie folgt vorgegangen, um die Version zu identifizieren, die ausgewertet wurde:

- Modul als „abschließend beantwortet“ markiert (im Gegensatz zu keiner Beantwortung der Frage nach dem Modulabschluss)
- Fragebogen endgültig abgeschlossen (im Gegensatz zu nicht endgültig abgeschlossen)
- Fragebogen mit spezifischem Zugang (im Gegensatz zu selbst generiertem Fragebogen)

Zuordnung zu Akteursgruppen und Vereinheitlichung der Organisationsnamen

Die antwortenden Organisationen, die selbst einen Fragebogen generiert hatten, wurden der Akteursgruppe zugeordnet, durch die sie in der NPK vertreten sind. Dazu wurde zunächst die Antwort auf die Frage in der Einleitung „Bitte geben Sie an, durch wen Ihre Organisation in der NPK vertreten wird“ genutzt. Die Zuordnung wurde dann manuell geprüft und ggf. basierend auf dem Namen der Organisation angepasst. Im Rahmen dieser Prüfung wurden auch die als Freitext eingegebenen Namen der Organisationen vereinheitlicht (z. B. falls eine Stadt zwei Fragebögen generierte, einen als „Stadt X, NRW“ und einen zweiten als „Stadt X (NRW)“ wurde die Schreibweise als „Stadt X, NRW“ vereinheitlicht).

1.1.6 ANZAHL AUSGEWERTETER ANTWORTEN JE MODUL

Die Auswertung der Online-Erhebung erfolgte je Modul bzw. Untermodul. Im Folgenden wird die Anzahl Antworten dargestellt, die je Modul bzw. Untermodul in die Auswertung einfließen. In einigen Fällen flossen Antworten, auch wenn sie vollständig waren, nicht in die Auswertung ein. Dies war zum einen der Fall, wenn in einer Akteursgruppe zu wenige Antworten vorlagen, um aussagekräftig zu sein und auch keine Möglichkeit bestand, die Antworten in eine andere Gruppe zu integrieren. Zum anderen flossen Antworten nicht in die Auswertung ein, wenn aus inhaltlichen Gründen nicht zu erwarten war, dass ein Akteur zu einem Thema Aussagen machen

Tabelle 29: Ausgewertete Antworten für die Einleitung

Akteursgruppe	Anzahl eingeladene Organisationen	Anzahl ausgewertete Organisationen
GKV	102	90
GRV	17	15
GUV	40	31
SPV	102	88
PKV	42	10
Bund, einschl. BA	7	5
Kommunen	n. z.	71
Arbeitgeberorganisationen	15	9
Arbeitnehmerorganisationen	68	12
Vertretungen der Patientinnen und Patienten	n. z.	23
Präventionsforum	25	25

Anmerkungen: BA = Bundesagentur für Arbeit. n. z. = Die Anzahl eingeladener Organisationen ist nicht genau benannt.
Für das Präventionsforum gingen Antworten der LVG und Sportverbände in die Auswertung ein.
Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

würde. Z. B. wurden Antworten von Pflegekassen zur Zusammenarbeit bei der Arbeits- und Gesundheitsförderung nicht ausgewertet, da ein Engagement der Pflegekassen in diesem Bereich nicht zu erwarten war.

1.1.6.1 Einleitung

Tabelle 29 zeigt die Anzahl Organisationen, die in die Auswertung der Einleitung einfließen. Zusätzlich ist für die ausgewerteten Akteursgruppen gezeigt, wie viele Organisationen zu der Online-Erhebung eingeladen waren.

1.1.6.2 Aktivitäten und Modellvorhaben

In dem Modul zu den Aktivitäten konnte jede antwortende Organisation über bis zu 50 Aktivitäten berichten. Tabelle 30 zeigt die Anzahl Aktivitäten, die in die Auswertung einfließen, und die Anzahl Organisationen, die diese Aktivitäten beschrieben. Weiterhin ist für die ausgewerteten Akteursgruppen gezeigt, wie viele Organisationen zu der Online-Erhebung eingeladen waren. In der Darstellung ist zu beachten, dass die Aktivitäten der Sozialversicherungsträger und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung (PKV) jeweils von den Spitzenverbänden bzw. dem Verband der Privaten Kran-

kenversicherung e. V. (PKV-Verband) stellvertretend für die angegebene Anzahl ausgewertete Organisationen beschrieben wurden. Weiterhin ist zu beachten, dass über die Aktivitäten auf unterschiedlichen Detailebenen berichtet wurde, sodass ein reiner Mengenvergleich im Sinne von „100 Aktivitäten sind mehr Engagement als 10 Aktivitäten“ nicht aussagekräftig ist.

1.1.6.3 Stand der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen

In dem Modul zu den Landesrahmenvereinbarungen konnten die antwortenden Organisationen Bewertungen für jedes für sie relevante Bundesland abgeben. D. h. eine Organisation konnte bis zu 16 Bewertungen abgeben. Tabelle 31 zeigt die Anzahl Organisationen, deren Bewertungen der Landesrahmenvereinbarungen in die Auswertung einfließen, und die Anzahl der Bewertungen, die diese Organisationen abgaben. Weiterhin ist für die ausgewerteten Akteursgruppen gezeigt, wie viele Organisationen zu der Online-Erhebung eingeladen waren.

Tabelle 30: Ausgewertete Antworten im Modul Aktivitäten

Akteursgruppe	Anzahl eingeladene Organisationen	Anzahl ausgewertete Organisationen	Anzahl Aktivitäten
GKV	n. z.	110	12.546
GRV	n. z.	17	2
GUV	n. z.	40	23
SPV	n. z.	110	721
PKV	n. z.	42	47
Bund, einschl. BA	7	4	99
Kommunen	n. z.	29	173
Vertretungen der Patientinnen und Patienten	n. z.	6	13
Präventionsforum	25	16	103

Anmerkungen: BA = Bundesagentur für Arbeit. Die Aktivitäten der GKV, GRV, GUV, SPV und PKV wurden von den jeweiligen Spitzenorganisationen bzw. dem PKV-Verband berichtet. Daher treffen die Angaben zu den eingeladenen Organisationen hier nicht zu. Die 110 Organisationen der GKV und SPV beziehen sich auf die 110 einzelnen Kranken- und Pflegekassen (Stand 2018), nicht auf die 102 zur Online-Erhebung eingeladenen GKV- bzw. SPV-Organisationen. Die Anzahl eingeladener Kommunen und Vertretungen der Patientinnen und Patienten ist nicht genau benannt.

Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

1.1.6.4 Erfahrungen mit der Zusammenarbeit

Das Modul zur Zusammenarbeit war in vier Untermodulen unterteilt (Kontext kommunale Lebenswelten, Kontext Betrieb auf der betrieblichen Ebene, Kontext Betrieb auf der überbetrieblichen Ebene, Kontext Arbeits- und Gesundheitsförderung). In den Untermodulen wurden die Fragen zu den tatsächlichen und gewünschten Kooperationspartnern separat zu den Fragen zu konkreten Beispielen der Zusammenarbeit ausgewertet. Zu jedem Untermodul folgen daher jeweils zwei Tabellen, die die Anzahl ausgewerteter Antworten zeigen.

In den konkreten Beispielen der Zusammenarbeit waren die antwortenden Organisationen aufgefordert auszuwählen, welche Art von Kooperationspartner (z. B. Unfallversicherungsträger, Kommune) sie in dem konkreten Beispiel bewerteten. Somit gab es für jedes Beispiel einen bewertenden und einen bewerteten Kooperationspartner. Jede antwortende Organisation konnte bis zu vier Beispiele bewerten. In der Auswertung wurden die Beispiele der Zusammenarbeit auf zwei Arten gruppiert:

(1) Bei der Auswertung der Elemente der Zusammenarbeit wurden jeweils zwei Arten von Kooperationspart-

nern gepaart (z. B. Krankenkasse und Rentenversicherungsträger) und alle Beispiele gruppiert, in denen diese Kooperationspartner entweder der bewertende oder der bewertete Kooperationspartner waren. Z. B. wurden alle Beispiele zusammengefasst, in denen eine Krankenkasse einen Rentenversicherungsträger bewertete oder ein Rentenversicherungsträger eine Krankenkasse bewertete. Diese Art der Gruppierung fußt in der Erwartung, dass die Elemente, die bei der Zusammenarbeit genutzt werden, unabhängig davon sind, wer über die Zusammenarbeit berichtet.

(2) Bei der Auswertung der Erfolgsfaktoren für Zusammenarbeit wurden alle Beispiele gruppiert, in denen der bewertete Kooperationspartner der gleichen Art von Organisation angehörte. Z. B. wurden alle Beispiele gruppiert, in denen Kommunen bewertet wurden. Diese Art der Gruppierung erlaubt es, Aussagen über die Wahrnehmung einer bestimmten Art von Kooperationspartnern zu machen. Wenngleich auch eine Unterteilung nach verschiedenen Arten von bewertenden Organisationen wünschenswert gewesen wäre, gab es nicht genügend Beispiele, um bei einer weiteren Unterteilung aussagekräftige Ergebnisse abzuleiten.

Tabelle 31: Ausgewertete Antworten im Modul Landesrahmenvereinbarungen

Akteursgruppe	Anzahl eingeladene Organisationen	Anzahl ausgewertete Organisationen	Anzahl Bewertungen
GKV	102	87	156
GRV	17	11	13
GUV	40	14	22
SPV	102	73	109
Bundesagentur für Arbeit	1	1	15
Länder	16	15	24
Kommunen	n. z.	15	15
Vertretungen der Patientinnen und Patienten	n. z.	1	1
Präventionsforum	n. z.	18	18

Anmerkungen: 15 Bundesländer beantworteten das Modul zu den Landesrahmenvereinbarungen, wobei für 9 Bundesländer separate Antworten für Arbeitsschutz und Lebenswelten vorliegen. Daher ergeben sich 24 Bewertungen.
Die Anzahl eingeladener Kommunen und Vertretungen der Patientinnen und Patienten ist nicht genau benannt.
Die Anzahl eingeladener Wohlfahrtsverbände ist nicht genau bekannt, daher kann für das Präventionsforum hier keine Angabe zur Anzahl eingeladener Organisationen gemacht werden.

Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

Tabelle 32: Ausgewertete Antworten zu Erfahrungen mit der Zusammenarbeit in kommunalen Lebenswelten. Tatsächliche und gewünschte Kooperationspartner

Akteursgruppe	Anzahl eingeladene Organisationen	Anzahl ausgewertete Organisationen
GKV	102	72
GUV	40	11
SPV	102	29
PKV	1	1
Bund, einschl. BA	7	3
Kommunen	n. z.	26
Vertretungen der Patientinnen und Patienten	n. z.	6
Präventionsforum	25	17

Anmerkungen: PKV: Hierbei handelt es sich um die Antwort des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V., der für seine Mitgliedsunternehmen stellvertretend antwortete. BA = Bundesagentur für Arbeit. n. z. = Die Anzahl eingeladener Organisationen ist nicht genau bekannt.

Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

Tabelle 33: Ausgewertete Antworten zu Erfahrungen mit der Zusammenarbeit in kommunalen Lebenswelten. Beispiele der Zusammenarbeit

Bewerteter Kooperationspartner	Bewertender Kooperationspartner			
	GKV	GUV	Kommunen	LVG
GKV	47	9	16	7
GUV	17	-	-	-
Kommunen	16	-	10	6
LVG	24	-	7	-

Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

Um die Lesart für Tabelle 33 zu erläutern, seien zwei Beispiele vorgestellt:

Beispiel 1: In die Auswertung der Elemente der Zusammenarbeit gingen 47 Beispiele ein, in denen zwei Krankenkassen sich gegenseitig bewerteten. Weiterhin 26 (d. h. 17 + 9) Beispiele, in denen die sich bewertenden Kooperationspartner der GKV und der GUV angehörten. 32 (d. h. 16 + 16) Beispiele, in denen die sich bewertenden Kooperationspartner der GKV und Kommunen angehörten.

Beispiel 2: In die Auswertung der Erfolgsfaktoren für Zusammenarbeit gingen 47 Beispiele ein, in denen eine Krankenkasse eine andere Krankenkasse bewertete. Weiterhin 32 (d. h. 9 + 16 + 7) Beispiele, in denen eine Krankenkasse von einem anderen Akteur (GUV, Kommunen, LVG) bewertet wurde.

Tabelle 32 und Tabelle 33 zeigen die ausgewerteten Antworten für das Modul Zusammenarbeit in kommunalen Lebenswelten.

Tabelle 34: Ausgewertete Antworten zu Erfahrungen mit der Zusammenarbeit in Betrieben auf der betrieblichen Ebene. Tatsächliche und gewünschte Kooperationspartner

Akteursgruppe	Anzahl eingeladene Organisationen	Anzahl ausgewertete Organisationen
GKV	102	48
GRV	17	8
GUV	40	23
Kommunen	n. z.	13
Arbeitgeberorganisationen	15	4

Anmerkungen: n. z. = Die Anzahl eingeladener Organisationen ist nicht genau benannt.
 Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

Tabelle 35: Ausgewertete Antworten zu Erfahrungen mit der Zusammenarbeit in Betrieben auf der betrieblichen Ebene. Beispiele der Zusammenarbeit

Bewerteter Kooperationspartner	Bewertender Kooperationspartner			
	GKV	GRV	GUV	AO
GKV	-	6	19	4
GRV	11	-	4	-
GUV	15	4	-	-
AO	11	-	-	-

Anmerkung: AO = Arbeitgeberorganisationen
 Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

Tabelle 34 und Tabelle 35 zeigen die ausgewerteten Antworten für das Modul Zusammenarbeit in Betrieben auf der betrieblichen Ebene.

Tabelle 36: Ausgewertete Antworten zu Erfahrungen mit der Zusammenarbeit in Betrieben auf der überbetrieblichen Ebene. Tatsächliche und gewünschte Kooperationspartner

Akteursgruppe	Anzahl eingeladene Organisationen	Anzahl ausgewertete Organisationen
GKV	102	43
GRV	17	5
GUV	40	18
Kommunen	n. z.	10
Arbeitgeberorganisationen	15	5

Anmerkungen: n. z. = Die Anzahl eingeladener Organisationen ist nicht genau benannt.
Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

Tabelle 37: Ausgewertete Antworten zu Erfahrungen mit der Zusammenarbeit in Betrieben auf der überbetrieblichen Ebene. Beispiele der Zusammenarbeit

Bewerteter Kooperationspartner	Bewertender Kooperationspartner			
	GKV	GRV	GUV	AO
GKV	-	3	12	3
GRV	7	-	5	-
GUV	9	2	-	-
AO	10	-	-	-

Anmerkung: AO = Arbeitgeberorganisationen
Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

Tabelle 36 und Tabelle 37 zeigen die ausgewerteten Antworten für das Modul Zusammenarbeit in Betrieben auf der überbetrieblichen Ebene.

Tabelle 38: Ausgewertete Antworten zu Erfahrungen mit der Zusammenarbeit bei Arbeits- und Gesundheitsförderung. Tatsächliche und gewünschte Kooperationspartner

Akteursgruppe	Anzahl eingeladene Organisationen	Anzahl ausgewertete Organisationen
GKV	102	41
Bundesagentur für Arbeit	1	1
Kommunen	n. z.	6
LVG	15	3

Anmerkungen: Die Anzahl eingeladener Kommunen ist nicht genau benannt. LVG = Landesvereinigungen für Gesundheit
 Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

Tabelle 39: Ausgewertete Antworten zu Erfahrungen mit der Zusammenarbeit bei Arbeits- und Gesundheitsförderung. Beispiele der Zusammenarbeit

Bewerteter Kooperationspartner	Bewertender Kooperationspartner	
	GKV	LVG
GKV	28	3
Bundesagentur für Arbeit	17	-
LVG	13	-

Anmerkung: LVG = Landesvereinigungen für Gesundheit
 Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

Tabelle 38 und Tabelle 39 zeigen die ausgewerteten Antworten für das Modul Zusammenarbeit bei Arbeits- und Gesundheitsförderung.

Tabelle 40: Ausgewertete Antworten im Modul Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation

Akteursgruppe	Anzahl eingeladene Organisationen	Anzahl ausgewertete Organisationen, Arbeitswelt	Anzahl ausgewertete Organisationen, kommunale Lebenswelten
GKV	102	33	38
GRV	17	6	-
GUV	40	14	6
SPV	102	-	20
PKV	1	-	1
Bund, einschl. BA	7	-	4
Kommunen	n. z.	-	19
Vertretungen der Patientinnen und Patienten	n. z.	-	1
Präventionsforum	25	-	11

Anmerkungen: PKV: Hierbei handelt es sich um die Antwort des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V., der für seine Mitgliedsunternehmen stellvertretend antwortete. BA = Bundesagentur für Arbeit. n. z. = Die Anzahl eingeladener Organisationen ist nicht genau benannt.

Quelle: Online-Erhebung für den ersten NPK-Präventionsbericht

1.1.6.5 Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation

Das Modul „Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation“ untergliederte sich in die beiden Untermodule Arbeitswelt und kommunale Lebenswelten. Tabelle 40 zeigt die Anzahl Organisationen, deren Antworten in die Auswertung einfließen. Weiterhin ist für die ausgewerteten Akteursgruppen gezeigt, wie viele Organisationen zu der Online-Erhebung eingeladen waren.

1.1.7 AUSWERTUNG DER MDS-DOKUMENTATION FÜR GKV UND SPV

Die Erhebung von Aktivitäten der GKV und der SPV erfolgte über das seit 2001 etablierte Dokumentationssystem des MDS. Hierbei handelt es sich um ein laufendes Verfahren, mittels dessen die Krankenkassen und – seit 2017 – die Pflegekassen jährlich auf freiwilliger Basis ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention dokumentieren und in einem Präventionsbericht veröffentlichen. Der MDS stellte den Datensatz für das Jahr 2017 dem IGES Institut zur Verfügung. In Abstimmung mit dem MDS und dem GKV-Spitzenverband wertete das

IGES Institut den Datensatz aus, sodass möglichst analoge Aussagen zu den Ergebnissen aus dem Modul Aktivitäten der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht getroffen werden konnten. Die anderen Module der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht beantworteten die Kranken- und Pflegekassen wie alle anderen eingeladenen Organisationen.

Als Vorbereitung für die Auswertung wurden die Aktivitäten den Zielen der Bundesrahmenempfehlungen zugeordnet. Alle Aktivitäten der SPV wurden dem Ziel Gesund im Alter zugeordnet. Die Aktivitäten der GKV wurden zunächst wie in Tabelle 41 gezeigt auf Basis der Lebenswelten und der Zielgruppen den Zielen zugeordnet, wobei eine Aktivität auch zwei oder allen drei Zielen zugeordnet werden konnte. Im Anschluss wurden Aktivitäten, die zwei oder drei Zielen zugeordnet wurden, als zieleübergreifend klassifiziert. Für N = 17 Aktivitäten (0,1 %) war keine Zuordnung möglich, sodass sie nicht in die Auswertung eingingen.

Weiterhin wurden Antwortkategorien, die sich zwischen dem MDS- und dem NPK-Datensatz unterschieden, übergeleitet. Z. B. wurde die Zielgruppe „Vorschulalter“ des

Tabelle 41: Zuordnung der Aktivitäten der GKV zu den Zielen der Bundesrahmenempfehlungen

Ziel	Lebenswelten	Zielgruppen
Gesund aufwachsen	Grundschule, Förder-/ Sonderschule, Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Gesamtschule, Berufsschule, Hochschule, Kindergarten/-tagesstätte, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe	Alle Menschen in der Lebenswelt ODER gleichermaßen beide Geschlechter, spezielle Zielgruppe: weibliche Personen, spezielle Zielgruppe: männliche Personen
	Alle	Vorschulalter, Kindesalter, Jugendliche, junges Erwachsenenalter, werdende und junge Familien, Eltern als Multiplikatoren, Lehrer/Erzieher/anderes pädagogisches Personal als Multiplikatoren, nichtpädagogisches Personal
Gesund leben und arbeiten	Betriebe (d. h. alle Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung)	Alle
	Alle	Erwachsene in der frühen Erwerbsphase, Erwachsene in der späteren Erwerbsphase, arbeitslose Menschen
Gesund im Alter	Alle	Jüngere Alte, Betagte und Hochbetagte
Zielübergreifend	Einrichtungen für Freizeitgestaltung, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Landkreis/ Stadt/Stadtteil/Ort, Krankenhaus, andere Lebenswelt	Alle Menschen in der Lebenswelt ODER gleichermaßen beide Geschlechter, spezielle Zielgruppe: weibliche Personen, spezielle Zielgruppe: männliche Personen
	Egal	Mit spezifischen Gesundheitsgefahren belastete Gruppen, Personen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderungen, sonstige Zielgruppen

Quelle: IGES Institut

MDS-Datensatzes in die Zielgruppe „Kinder und ihre Eltern in der Kita-Phase“ des NPK-Datensatzes übergeleitet. Bei den Aktivitäten der GKV fand für die Zielgruppen, Inhalte, Lebenswelten und Kooperationspartner eine Überleitung statt. Bei den Aktivitäten der SPV wurden für die Inhalte, Interventionsansatz, Kooperationspartner und Art der Erfolgskontrolle Überleitungen durchgeführt. Nach diesen Vorbereitungen lagen für die Themen Ziele, Zielgruppen, Inhalte, Interventionsansatz, Interventionsebene erreichte Personen, erreichte Lebenswelten, Kooperationspartner und Erfolgskontrollen⁴⁴⁴ analoge Informationen aus dem MDS- und dem NPK-Datensatz vor. Bezüglich eingebrachter Ressourcen liegen keine Angaben vor - außer, dass die GKV und SPV immer finanzielle Ressourcen einbringen.

Zum Thema sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen liegen im MDS-Datensatz keine direkt vergleichbaren Informationen vor. Allerdings konnte das Thema für die GKV anhand anderer Informationen in dem MDS-Datensatz betrachtet werden. So wird dokumentiert, wie viele der erreichten Lebenswelten in „sozialen Brennpunkten“ liegen bzw. wie viele der erreichten Betriebe einen Anteil von mindestens 20 % an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung haben. Weiterhin werden als spezielle Zielgruppen Personen/Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund, arbeitslose Menschen und Menschen mit Behinderungen erhoben. In Bezug auf das Geschlecht werden die speziellen Zielgruppen gleichermaßen beide Geschlechter, spezielle Zielgruppe: weibliche Personen, spezielle Zielgruppe: männliche Personen erhoben.

⁴⁴⁴ Der NPK-Datensatz enthält zusätzlich zu den Angaben zu Erfolgskontrollen noch Angaben zur Umsetzung bestimmter Aspekte der Qualitätssicherung und Evaluation. Letztere Informationen sind in dem MDS-Datensatz nicht enthalten.

1.2 INTERVIEWS

Für den ersten Präventionsbericht der NPK wurden 16 Interviews durchgeführt. Nachfolgend wird erläutert, wie die Interviews ausgewählt und durchgeführt wurden.

1.2.1 AUSWAHL DER INTERVIEWS

Ausgangspunkt für die Auswahl der Interviews waren die Antworten auf folgende Fragen in der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht:

- „Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung, wie Qualitätssicherung und Evaluation im Rahmen der PGF-Aktivität umgesetzt wurde. Z. B.: Wie heißt die PGF-Aktivität? Welche Methoden wurden eingesetzt? Was lief besonders gut? Was lief nicht so gut?“
- „Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung des Beispiels der Zusammenarbeit. Z. B.: Wie heißt die PGF-Aktivität, bei der die Zusammenarbeit stattfand? Welche Organisationen arbeiteten zusammen? Was lief besonders gut? Was lief nicht so gut?“

Nach Aufbereitung der Daten lagen 93 Beispiele vor. Die Beschreibungen der Beispiele wurden gelesen und Beispiele, die nicht in Frage kamen, in einer Vorauswahl aussortiert (z. B. wenn Dopplungen auftraten oder wenn noch keine Aussagen möglich waren). Es verblieben 58 Beispiele:

- 15 für Qualitätssicherung und Evaluation
- 29 für Zusammenarbeit bei Aktivitäten in kommunalen Lebenswelten
- 10 für Zusammenarbeit bei Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung, des Arbeitsschutzes oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements
- 4 für Zusammenarbeit bei Aktivitäten im Kontext der Arbeitsförderung

Die verbleibenden Beispiele wurden nach folgenden Kriterien klassifiziert:

- Qualitätssicherung und Evaluation: Zielgruppe/ Lebenswelt.
- Zusammenarbeit kommunale Lebenswelten: Art und Anzahl der Kooperationspartner, Anzahl der kooperierenden Sozialversicherungsträger, Vorliegen von negativen Einschätzungen zur Zusammenarbeit. Das letztgenannte Kriterium wurde verwendet, da auch Negativbeispiele Berücksichtigung finden sollten. In der finalen Auswahl wurde dieses Kriterium jedoch nicht berücksichtigt, da für viele Beispiele weder zu positiven noch negativen Erfahrungen Angaben gemacht wurden.

- Zusammenarbeit Betriebe: Art und Anzahl der Kooperationspartner, Anzahl der kooperierenden Sozialversicherungsträger, Vorliegen von negativen Einschätzungen zur Zusammenarbeit (s. o.).
- Zusammenarbeit Arbeitsförderung: keine weitere Klassifikation (nur vier geeignete Beispiele).

Anhand der Kriterien wurden Gruppen von ähnlichen Beispielen gebildet. Die Gruppen waren:

- Qualitätssicherung und Evaluation: (1) spezielle vulnerable Zielgruppen, (2) Familien, Kinder, Kita, Schule, (3) Ältere, Pflegebedürftige, Pflegeeinrichtungen, (4) Bevölkerung.
- Zusammenarbeit kommunale Lebenswelten: (1) GKV, GRV und GUV bzw. GKV und GUV arbeiteten zusammen, (2) Beteiligung der GKV, (3) Beteiligung der SPV, (4) Beteiligung der SVLFG, (5) keine Erwähnung eines Sozialversicherungsträgers.
- Zusammenarbeit Betriebe: (1) GKV, GRV und GUV arbeiteten zusammen, (2) GKV und GUV arbeiteten zusammen, (3) nur ein oder kein Sozialversicherungsträger beteiligt.

Die finale Auswahl wurde schließlich wie folgt getroffen:

- Qualitätssicherung und Evaluation: Auswahl je eines Beispiels per Zufallszahl aus den Gruppen 1-3. Gruppe 4 enthielt nur ein Beispiel, welches ausgewählt wurde. Somit enthielt die finale Auswahl vier Beispiele mit verschiedenen Lebenswelten/ Zielgruppen.
- Zusammenarbeit kommunale Lebenswelten: Auswahl je eines Beispiels per Zufallszahl aus den Gruppen 1, 2, 3 und 5. Gruppe 4 enthielt nur ein Beispiel, welches ausgewählt wurde. Somit ergaben sich fünf Interviews mit verschiedenen Sozialversicherungsträgern als Kooperationspartner.
- Zusammenarbeit Betriebe: Auswahl der vier Beispiele in Gruppe 1, da im betrieblichen Kontext die Zusammenarbeit der drei Sozialversicherungsträger untereinander von besonderem Interesse ist.
- Zusammenarbeit Arbeitsförderung: Auswahl der vier Beispiele, wobei ein Interview jedoch nicht möglich war, sodass drei Interviews verblieben. Die Beispiele reflektieren unterschiedliche Erfahrungen mit der Aktivität „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ des GKV-Bündnisses für Gesundheit.

Ein Interview zur Zusammenarbeit in kommunalen Lebenswelten konnte nicht durchgeführt werden, sodass per Zufallszahl ein Ersatz ausgewählt wurde.

1.2.2 ABLAUF DER INTERVIEWS

Die Interviewpartner wurden zwischen dem IGES Institut und der Kontaktperson für die Online-Erhebung, über die ein Interview identifiziert wurde, abgestimmt. Bei den Interviews zu Erfahrungen mit der Zusammenarbeit stand bei der Auswahl der Interviewpartner im Fokus, unterschiedliche Akteursgruppen zu involvieren. Bei den Interviews zu Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation stand im Fokus, sowohl Interviewpartner zu identifizieren, die eine Aktivität umsetzten, als auch Interviewpartner, die mit der Qualitätssicherung und Evaluation betraut waren.

Die Interviews wurden von Mitarbeitenden des IGES Instituts anhand eines Interview-Leitfadens durchgeführt. Sie fanden als Telefonkonferenzen statt, sodass für jedes der 16 Interviews die Interviewpartner gemeinsam zu ihren Erfahrungen mit der Zusammenarbeit bzw. der Qualitätssicherung und Evaluation sprechen konnten.

Die Interviews zu Erfahrungen mit der Zusammenarbeit deckten folgende Themen ab:

- Kennenlernen der Aktivität
- Entstehung, Grund und Ziele der Zusammenarbeit
- Elemente der Zusammenarbeit
- Strukturen der Zusammenarbeit
- Konflikte bei der Zusammenarbeit
- Fördernde und hemmende Faktoren
- Abschluss

Die Interviews zu Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und Evaluation deckten folgende Themen ab:

- Kennenlernen der Aktivität
- Übersicht der Qualitätssicherung und Evaluation für die Aktivität
- Methoden der Qualitätssicherung
- Organisation der Qualitätssicherung
- Effekte der Qualitätssicherung
- Planung der Evaluation (so zutreffend)
- Durchführung der Evaluation (so zutreffend)
- Nutzung der Evaluationsergebnisse (so zutreffend)
- Fördernde und hemmende Faktoren
- Abschluss

Die Telefonkonferenzen wurden aufgezeichnet und transkribiert. Die Transkripte wurden dann für die Erstellung der Fallbeispiele von fördernden und hemmenden Faktoren bei der Zusammenarbeit bzw. der Qualitätssicherung und Evaluation ausgewertet.

1.3 WORKSHOP

Die aus dem Workshop zur Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Länder resultierende Empfehlung, die die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden im April 2018 annahm, lautete:

„Die Expertinnen und Experten für die Gesundheitsberichterstattung der Länder schlagen vor, dass die Länder der gesetzlichen Kannregelung in § 20d Abs. 4 S. 7 SGB V („Die Länder können regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung für den Präventionsbericht zur Verfügung stellen.“) nachkommen, indem jedes Land über die Nutzung von Gesundheitsberichterstattung und ggf. Sozialberichterstattung (SBE) im Kontext der Primärprävention und Gesundheitsförderung berichtet.

Jeder Einzelbeitrag eines Landes sollte zwei Elemente enthalten:

- Darstellung anhand von Beispielen, wie das Bundesland Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung und ggf. Sozialberichterstattung nutzt, um Aktivitäten zur Primärprävention und Gesundheitsförderung zu planen und umzusetzen. Hierbei können - wo angebracht - konkrete Zahlen für die beschriebenen Indikatoren genannt werden.
- Darstellung und kritische Diskussion, wie Gesundheitsberichterstattung und Sozialberichterstattung des Bundeslandes weiterentwickelt werden sollten, um eine noch bessere Unterstützung von und Verzahnung mit Primärprävention und Gesundheitsförderung zu ermöglichen.

Der Beitrag sollte nicht mehr als zwei bis drei Seiten (bis zu 1.000 Wörter) je Bundesland umfassen und in ein eigenes Unterkapitel in Kapitel 2 der vorläufigen Gliederung des Präventionsberichts einfließen. Eine Synthese der von den Ländern vorgeschlagenen Weiterentwicklungen könnte in Kapitel 6 (Fazit und Ausblick) einfließen.

Weiterhin zeigen die Expertinnen und Experten für die GBE der Länder auf, dass der skizzierte Beitrag der Länder um eine länderübergreifende Darstellung von Indikatoren aus der GBE und ggf. SBE ergänzt werden könnte. Eine solche Darstellung bietet sich an, falls die Länder auf ein oder mehrere gemeinsame, nationale Ziele der Primärprävention und Gesundheitsförderung hinarbeiten und sich hierzu vergleichend darstellen möchten. Die Expertinnen und Experten für die GBE der Länder empfehlen diese Option abschließend in der Sitzung der AOLG AG GPRS im April 2018 zu beraten.“

Anhang 2

Literatur zu Kapitel 3.1 und 3.2

1. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2018). Geburten. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html> (Stand: 21.11.2018).
2. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (Hg.). (2018). Qualitätsicherungsverfahren Geburtshilfe. <https://iqtig.org/qs-verfahren/gebh/> (Stand: 11.11.2018).
3. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.). (2001). Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklungen in West- und Ostdeutschland. Stuttgart: Kohlhammer.
4. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.). (2017). Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. gesundheitsziele.de. Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses, Berlin.
5. Koller, D., Lack, N., & Mielck, A. (2009). Soziale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen, beim Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft und beim Geburtsgewicht des Neugeborenen. Empirische Analyse auf Basis der Bayerischen Perinatal-Studie. *Gesundheitswesen*, 71(1), 10-18.
6. Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.). (2018). KiGGS - Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. <https://www.kiggs-studie.de/deutsch/studie.html> (Stand: 09.11.2018).
7. Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hg.). (2015). Tabakatlas Deutschland 2015. DKFZ, Lengerich.
8. Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hg.). (2017). Alkoholatlas Deutschland. Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft, Heidelberg.
9. Cnattingius, S. (2004). The epidemiology of smoking during pregnancy: Smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine and Tobacco Research*, 6(SUPPL. 2), 125-140.
10. Mei-Dan, E., Walfisch, A., Weisz, B. et al. (2015). The unborn smoker: Association between smoking during pregnancy and adverse perinatal outcomes. *Journal of Perinatal Medicine*, 43(5), 553-558.
11. Forray, A., & Foster, D. (2015). Substance Use in the Perinatal Period. *Current Psychiatry Reports*, 17(11), 91.
12. Kuntz, B., Zeiher, J., Starker, A. et al. (2018). Rauchen in der Schwangerschaft - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Helath Monitoring*, 3(1), 47-4
13. Bergmann, K. E., Bergmann, R. L., Ellert, U. et al. (2007). Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 670-676.
14. Stubert, J., Reister, F., Hartmann, S. et al. (2018). Risiken bei Adipositas in der Schwangerschaft. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(16), 276-283.
15. Koletzko, B., Brands, B., Grote, V. et al. (2017). Long-Term Health Impact of Early Nutrition: The Power of Programming. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 70(3), 161-169.
16. Johansson, S., Villamor, E., Altman, M. et al. (2014). Maternal overweight and obesity in early pregnancy and risk of infant mortality: A Population based cohort study in Sweden. *BMJ (Online)*, 349, g6572.
17. Kapoor, D., & Kean, L. (2017). Effects of maternal obesity on maternal and fetal health. *Current Women's Health Reviews*, 13(1), 3-10.
18. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (Hg.). (2016). Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2016. IQTIG, Berlin.
19. Kleinwechter, H., Schäfer-Graf, U., Bühner, C. et al. (2017). Gestationsdiabetes mellitus (GDM) -Diagnostik, Therapie und Nachsorge 1,2: Praxisleitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). *Diabetologie und Stoffwechsel*, 12, 218-232.
20. Rayanagoudar, G., Hashi, A. A., Zamora, J. et al. (2016). Quantification of the type 2 diabetes risk in women with gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis of 95,750 women. *Diabetologia*, 59(7), 1403-1411.
21. Adamczewski, H., Weber, D., Faber-Heinemann, G. et al. (2016). Einfluss der Gestationsdiabetes-Leitlinie der DDG auf die Versorgungsrealität: Analysen des Register GestDiab. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 11(5), 341-349.
22. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2017). Kinderlosigkeit, Geburten und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2016. Destatis, Wiesbaden.

23. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2018). Alleinerziehende. Tabellenband zur Pressekonferenz am 02.08.2018 in Berlin. Ergebnisse des Mikrozensus 2017. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/AlleinerziehendeTabellenband.html> (Stand: 12.10.2018).
24. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2018). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Destatis, Wiesbaden.
25. Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.). (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.
26. Albrecht, M., Marschall, J., Ochmann, R. et al. (2018). AOK-Familienstudie 2018. Eine quantitative und qualitative Befragung von Eltern mit Kindern im Alter von 4 bis 14 Jahren. IGES Institut, Studie für den AOK-Bundesverband, Berlin.
27. Brettschneider, A. K., Von der Lippe, E., & Lange, C. (2018). Stillverhalten in Deutschland - Neues aus KiGGS Welle 2. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 61(8), 920-925.
28. Von der Lippe, E., Brettschneider, A. K., Gutsche, J. et al. (2014). Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland: Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 57(7), 849-859.
29. Rattay, P., Von der Lippe, E., Borgmann, L. S. et al. (2017). Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. Journal of Health Monitoring, 2(4), 24-44.
30. Pate, R. R., O'Neill, J. R., Liese, A. D. et al. (2013). Factors associated with development of excessive fatness in children and adolescents: A review of prospective studies. Obesity Reviews, 14(8), 645-658.
31. Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.) (2018). Adi-Mon-Themenblatt: Adipositas der Eltern. www.rki.de/adimon (Stand: 26.02.2018).
32. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2018). Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/link/tabelleErgebnis/12411-0005> (Stand: 15.11.2018).
33. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.). (2018). Kindertagesbetreuung Kompakt. Ausbaustand und Bedarf 2017. BMFSFJ, Berlin.
34. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2018). 33,6 % der unter 3-Jährigen am 1. März 2018 in Kindertagesbetreuung. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/10/PD18_401_225.html (Stand: 31.10.2018).
35. Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.). (2008). Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
36. Hurrelmann, K., & Büchel, B. (2003). Einführung in die Kindheitsforschung. (2. Aufl.). Beltz, Weinheim, Basel, Berlin.
37. Oerter, R. (2002). Kindheit. In R. Oerter, & L. Montada (Hg.), Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz (S. 209-255).
38. Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.). (2015). Obst- und Gemüsekonsum. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung 2009-2012. RKI, Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/KiGGS_W1/kiggs1_fakten_obst_gemuese.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 09.11.2015).
39. Malik, V. S., Pan, A., Willet, W. C. et al. (2013). Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis. American Journal of Clinical Nutrition, 98(4), 1084-1102.
40. O'Connor, L., Imamura, F., Lentjes, M. A. et al. (2015). Prospective associations and population impact of sweet beverage intake and type 2 diabetes, and effects of substitutions with alternative beverages. Diabetologia, 58(7), 1474-1483.
41. Armfield, J. M., Spencer, A. J., Roberts-Thomson, K. F. et al. (2013). Water fluoridation and the association of sugar-sweetened beverage consumption and dental caries in Australian children. American Journal of Public Health, 103(3), 494-500.
42. Mensink, G. B. M., Schienkiewitz, A., Rabenberg, M. et al. (2018). Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring, 3(1), 32-39.
43. Krug, S., Finger, J. D., Lange, C. et al. (2018). Sport- und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring, 3(2), 3-22.

44. Kwon, S., Kathleen, F. J., Elena, M. L. et al. (2015). Active lifestyle in childhood and adolescence prevents obesity development in young adulthood: Iowa Bone Development Study. *Obesity*, 23(12), 2462-2469.
45. Lees, C., & Hopkins, J. (2013). Effect of Aerobic Exercise on Cognition, Academic Achievement, and Psychosocial Function in Children: A Systematic Review of Randomized Control Trials. *Preventing Chronic Disease*, 10, E174.
46. Finger, J. D., Varnaccia, G., Borrmann, A. et al. (2018). Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trend. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 24-31.
47. Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.). (2014). Sport. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung 2009-2012. RKI, Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/KiGGS_W1/kiggs1_fakten_koerp_aktivitaet.pdf%3F_blob%3DpublicationFile (Stand: 23.07.2018).
48. Knopf, H., Rieck, A., & Schenk, L. (2008). Mundhygiene. Daten des KiGGS zum Karies-präventiven Verhalten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51(11), 1314-1320.
49. Lyssenko, L., & Bengel, J. (2016). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung - Resilienz und Schutzfaktoren. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/resilienz-und-schutzfaktoren/> (Stand: 22.05.2018).
50. Bengel, J., Meinders-Lücking, F., & Rottmann, N. (2009). Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen - Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 35. Köln.
51. Friedemann, C., Heneghan, C., Mahtani, K. et al. (2012). Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal (BMJ)*, 345, e4759.
52. Tsiros M. D., Olds T., Buckley J. D. et al. (2009). Health-related quality of life in obese children and adolescents. *International Journal Obesity (Lond)*, 33(4), 387-400.
53. Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G. et al. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(2), 95-107.
54. Schienkiewitz, A., Brettschneider, A. K., Damerow, S. et al. (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 16-23.
55. Poethko-Müller, C., Thamm, M., & Thamm, R. (2018). Heuschnupfen und Asthma bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 55-59.
56. Thamm, R., Poethko-Müller, C., Hüther, A. et al. (2018). Allergische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(3), 3-18.
57. Treuner, A., & Splieth, C. H. (2013). Gebissdestruktion im Kleinkindalter: Frühkindliche Karies - Fakten und Prävention. <https://www.zm-online.de/archiv/2013/17/zahnmedizin/fruehkindliche-karies-fakten-und-praevention/> (Stand: 10.10.2018).
58. Basner, R., Santamaria, R. M., Schmoeckel, J. et al. (2017). Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V., Bonn.
59. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2018). Kindergesundheit. Unfallschwerpunkte im 2. und 3. Lebensjahr. <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/sicher-aufwachsen/1-3-jahre/unfallschwerpunkte/> (Stand: 11.07.2018).
60. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2017). Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). Fachserie 12, Reihe 621. Destatis, Wiesbaden.
61. Saß, A. C., Kuhnert, R., & Gutsche, J. (2018). Unfallverletzungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(3), 54-59.
62. Klipter, K., Baumgarten, F., Göbel, K. et al. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(3), 37-45.
63. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2017). Veränderung der Zahl der Lebendgeborenen zum jeweiligen Vorjahr. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/LebendgeboreneDifferenz.html-Die%20Publikation%20%5b11> (Stand: 08.11.2018).

64. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2018). Todesursachenstatistik: Sterbefälle durch Unfälle nach äußeren Ursachen und Unfallkategorien. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=1&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_30&D.000=3737&D.001=1000001&D.002=22&D.003=1000004&D.004=1000006 (Stand: 27.06.2018).
65. Jürgens, E. (1995). Zur Begründung von Leistungsanforderungen in der Schule. *Grundschulmagazin*, 10(1), 37-40.
66. Mietzel, G. (2002). Wege in die Entwicklungspsychologie: Kindheit und Jugend (4., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
67. Feierabend, S., Plankenhorn, T., & Rathgeb, T. (2017). KIM-Studie 2016. Kindheit, Internet, Medien. Basisstudie zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs), Stuttgart.
68. Haug-Schnabel, G., & Bensele, J. (1999). Die Welt verstehen wollen. Das Kind von sechs bis zehn Jahren, kindergarten heute, 22-28.
69. World Health Organization (WHO) (Hg.). (2010). Global recommendations on physical activity for health. WHO, Genf.
70. Saß, A. C., Schmitz, R., Gutsche, J. et al. (2016). Unfälle in Deutschland - Woran verletzen sich Kinder und Jugendliche?, GBE kompakt. Robert Koch-Institut, Berlin.
71. Ellsäßer, G. (2017). Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2014. Fachbericht. Destatis, Wiesbaden.
72. Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.). (2014). Psychische Auffälligkeiten. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung 2009-2012. RKI, Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/KiGGS_W1/kiggs1_fakten_psych_auffaelligkeiten.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 21.07.2014).
73. Hurrelmann, K., & Quenzel, G. (2012). Lebensphase Jugend: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung (11., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
74. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.). (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. BMFSJ, Berlin.
75. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.). (2017). Familienreport 2017: Leistungen, Wirkungen, Trends. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.
76. Hurrelmann, K., & Quenzel, G. (2016). Lebensphase Jugend: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung (13., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
77. Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D. et al. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228.
78. Hallal, P. C., Victora, C. G., Azevedo, M. R. et al. (2006). Adolescent physical activity and health. *Sports Medicine*, 36(12), 1019-1030.
79. US Department of Health and Human Services (2012). Preventing tobacco use among youth and young adults: A report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion et al., Atlanta, USA.
80. Garcia-Rodriguez, O., Blanco, C., & Wall, M. M. (2014). Toward a comprehensive developmental model of smoking initiation and nicotine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 144(0), 160-169.
81. Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P. et al. (2008). Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(12), 2149-2160.
82. Rossow, I., & Kuntsche, E. (2013). Early onset of drinking and risk of heavy drinking in young adulthood - a 13-year prospective study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(Suppl 1), E297-304.
83. Zeiher, J., Starker, A., & Kuntz, B. (2018). Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 40-46.
84. Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B. et al. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). *Alcohol Use Disorders Identification Test*. *Archives of Internal Medicine*, 158(16), 1789-1795.
85. Zeiher, J., Lange, C., Starker, A. et al. (2018). Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), 23-44.

86. Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), BZgA-Forschungsbericht. BZgA, Köln.
87. Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S. et al. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50(5/6), 800-809.
88. Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G. et al. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. Obesity Reviews, 17(2), 95-107.
89. Varnaccia, G., Saß, A. C., & Rommel, A. (2014). Das Unfallgeschehen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Datenquellen und Ergebnisse. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 57(6), 613-620.
90. Bergmann, M. C., Baier, D., Rehbein, F. et al. (2017). Jugendliche in Niedersachsen. Ergebnisse des Niedersachsensurveys 2013 und 2015. Forschungsbericht Nr. 131, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (KFN), Hannover.
91. Baumgarten, F., Klipker, K., Göbel, K. et al. (2018). Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen - Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. Journal of Health Monitoring, 3(1), 60-65.
92. Uhly, A. (2017). Erläuterungen zum Datensystem Auszubildende (DAZUBI) Auszubildenden-Daten, Berufsmerkmale, Berechnungen des BIBB - Berufsbildungsstatistik der statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), Bonn.
93. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hg.). (2017). BIBB-Datenblatt. Ausbildungsberufe insgesamt in Deutschland. <https://www2.bibb.de/bibbtools/tools/dazubi/data/Z/B/30/99600000.pdf> (Stand: 06.03.2018).
94. Betz, M., Haun, D., & Böttcher, M. (2015). Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung bei Auszubildenden. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder et al. (Hg.). Fehlzeiten-Report 2015 Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement (S 143-163). Heidelberg: Springer.
95. Boeing, H., Bechthold, A., Bub, A. et al. (2012). Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. European Journal of Nutrition, 51(6), 637-663.
96. Von Lindeman, K., Kugler, J., & Klewer, J. (2011). Ernährungsgewohnheiten, BMI und Diätversuche von Auszubildenden in Gesundheitsfachberufen. HeilberufeSCIENCE, 2(2), 67-70.
97. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (Hg.). (2017). Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. www.dge.de (Stand: 05.12.2018).
98. Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.). (2014). Sportliche Aktivität. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. www.rki.de/geda (Stand: 25.10.2014).
99. Langness, A., Richter, M., & Hurrelmann, K. (2005). Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Ergebnisse der internationalen „Health Behaviour in School-aged Children“-Studie. Gesundheitswesen, 67(6), 422-431.
100. Lampert, T., & Kuntz, B., KiGGS Study Group (2014). Tabak und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 57(7), 830-839.
101. Montag, J., Hanewinkel, R., & Morgenstern, M. (2015). Verbreitung und Korrelate des Substanzkonsums unter 5.688 Auszubildenden an beruflichen Schulen. Gesundheitswesen, 77(06), 411-417.
102. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hg.). (2015). Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2015. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung. BIBB, Bonn.
103. Borgmann, L. S., Rattay, P., & Lampert, T. (2017). Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland. Journal of Health Monitoring, 2(4), 117-123.
104. Schienkiewitz, A., Mensink, G. B. M., Kuhnert, R. et al. (2017). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring, 2(2), 21-28.
105. Techniker Krankenkasse (TK) (Hg.). (2017). Gesundheitsreport. Gesundheit von Auszubildenden. TK, Hamburg.
106. DAK-Gesundheit (Hg.). (2015). Azubis: Frauen häufiger mit Psycho-Diagnosen. DAK-Gesundheitsreport zeigt gesundheitliche Belastung von jungen Berufsstartern. <https://www.dak.de/dak/bundes-themen/psycho-diagnosen-bei-azubis-1652498.html> (Stand: 19.06.2018).
107. DAK-Gesundheit und IGES Institut (Hg.). (2015). Gesundheitsreport 2015. Auszubildende (15 bis 19 Jahre). <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-psycho-diagnosen-bei-azubis-1652924.pdf> (Stand: 30.07.2018).

108. Karger, A. (2014). Geschlechtsspezifische Aspekte bei depressiven Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57(9), 1092-1098.
109. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2017). *Bildung und Kultur. Studierende an Hochschulen. Wintersemester 2016/2017*. Destatis, Wiesbaden.
110. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hg.). (2017). *Studiensituation und studentische Orientierungen*, 13. Studierendensurvey an Universitäten und Fachhochschulen. BMBF, Berlin.
111. Ackermann, E., & Schumann, W. (2010). Die Uni ist kein Ponyhof. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(3), 231-237.
112. Gusy, B. (2010). *Gesundheitsberichterstattung bei Studierenden. Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(3), 250-256.
113. Gusy, B., Lohmann, K., & Wörfel, F. (2015). *Gesundheitsmanagement für Studierende - eine Herausforderung für Hochschulen*. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg). *Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement*. Heidelberg: Springer.
114. Grützmaker, J., Gusy, B., Lesener, T. et al. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland 2017. Ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse*.
115. World Health Organization (WHO) (Hg.). (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO Technical Report Series, 916*. WHO, Genf.
116. Techniker Krankenkasse (TK) (Hg.). (2015). *TK-CampusKompass. Umfrage zur Gesundheit von Studierenden*. TK, Hamburg.
117. Gusy, B., Lohmann, K., Wörfel, F. et al. (2010). „GiS“ *Gesundheit im Studium*. Schriftenreihe des AB Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung. Freie Universität Berlin, Berlin.
118. Neinstein, L. S., & Irwin, C. E. (2013). Young adults remain worse off than adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(5), 559-561.
119. Institute of Medicine and National Research Council (Hrsg). (2015). *Investing in the health and well-being of young adults*. The National Academies Press, Washington, D.C., USA.
120. Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.). (2017). *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. RKI, Berlin.
121. Middendorff, E., Poskowsky, J., & Isserstedt, W. (2012). *Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden. HISBUS-Befragung zur Verbreitung und zu Mustern von Hirndoping und Medikamentenmissbrauch*. HIS, Hannover.
122. Zunhammer, M., Eberle, H., Eichhammer, P. et al. (2013). *Somatic Symptoms Evoked by Exam Stress in University Students: The Role of Alexithymia, Neuroticism, Anxiety and Depression*. *PLOS ONE*, 8(12), e84911.
123. Kienle, R., Knoll, N., & Renneberg, B. (2006). *Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen*. Springer Medizin, Berlin.
124. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.). (2018). *Soziale Unterstützung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. BZgA, Köln.
125. Frost, B., & Mierke, K. (2013). *Stresserleben und Stressbewältigung bei Studierenden. Funktionale und dysfunktionale Strategien und weitere Einflussvariablen*. *Journal of Business and Media Psychology*, 4(1), 13-24.
126. Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C. et al. (2006). *Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit*. *Diagnostica*, 52(1), 26-32.
127. Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin.
128. Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E. et al. (2013). *A systematic review of studies of depression prevalence in university students*. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391-400.
129. Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G. et al. (2016). *Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. *Psychological Medicine*, 46(14), 2955-2970.
130. Wege, N., Muth, T., Li, J. et al. (2016). *Mental health among currently enrolled medical students in Germany*. *Public Health*, 132, 92-100.

131. Kroll, L. E., Müters, S., & Lampert, T. (2016). Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit - Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA2010 und GEDA2012. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59, 228-237.
132. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2016). Mikrozensus - Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland. Fachserie 1, Reihe 411. Wiesbaden.
133. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2018). Zahl der Erwerbstätigen im August 2018 um 1,3% höher als im Vorjahr <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Erwerbstaetigkeit.html> (Stand: 18.10.2018).
134. Burr, H., Kersten, N., Kroll, L. E. et al. (2013). Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Beruf und Alter in der Erwerbsbevölkerung. Bundesgesundheitsblatt, 56, 349-358.
135. Rohmert, W. (1984). Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 38(10), 196-200.
136. Kroll, L. E., Müters, S., & Dragano, N. (2011). Arbeitsbelastungen und Gesundheit, Robert Koch-Institut, GBE-Kompakt, 2(5). Berlin.
137. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hg.). (2018). Arbeitswelt im Wandel: Zahlen - Daten - Fakten. Forschung für Arbeit und Gesundheit. BAuA, Dortmund.
138. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2018). Dimension 1: Arbeitssicherheit und Gleichstellung. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/QualitaetArbeit/QualitaetArbeit.html> (Stand: 28.09.2018).
139. Bendig, H., Lück, P., Mätschke, L. M. et al. (2016). Psyche und Gesundheit im Erwerbsleben. igaFakten 10. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), Berlin.
140. Knieps, F., & Pfaff, H. (Hg.). (2016). Gesundheit und Arbeit. BKK Gesundheitsreport 2016. BKK Dachverband, Berlin.
141. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hg.). (2016). Arbeitszeitreport Deutschland. BAuA, Dortmund.
142. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (Hg.). (2012). Schichtarbeit - Rechtslage, gesundheitliche Risiken und Präventionsmöglichkeiten. DGUV Report 1/2012. DGUV, Berlin.
143. Brodersen, S., & Lück, P. (2016). Tabellenband zum iga Report 36. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), Dresden.
144. Ferrie, J. E. (2006). Gesundheitliche Folgen der Arbeitsplatzunsicherheit. In B. Badura, H. Schnell-schmidt, & C. Vetter (Hrsg). Fehlzeiten-Report 2005. Berlin: Springer.
145. Rau, R. (2015). Risikobereiche für psychische Belastungen. igaReport 31. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), Berlin.
146. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) (Hg.). (2018). Befristete Beschäftigte nach Altersgruppen 1991-2016. <https://www.boeckler.de/53500.htm> (Stand: 31.10.2018).
147. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2017). Qualität der Arbeit. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/BroschuereQualitaetArbeit0010015179004.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 30.09.2018).
148. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hg.). (2014). Unterstützung durch Vorgesetzte - Dreifach wichtig, einfach unterschätzt. Factsheet, 09. BAuA, Dortmund.
149. Brodersen, S., & Lück, P. (2016). iga.Barometer 2016 - Erwerbstätigenbefragung zum Stellenwert der Arbeit. iga-Report 36. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), Berlin.
150. Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.). (2015). Kapitel 3. Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit? Gesundheit in Deutschland. RKI, Berlin, 158-163.
151. Pietzner, G. (2007). Krankenstands- und Arbeitslosenquote in Deutschland: Eine ökonomische Perspektive Organisationsökonomie humaner Dienstleistungen. München: Hampp.
152. Robert Koch Institut (RKI) (Hg.). (2006). Gesundheitsbedingte Frühberentung. Themenheft der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
153. Wissenschaftliches Institut der AOK (WiIdO) (Hg.). (2016). Arbeitsunfähigkeit bei erwerbstätigen AOK-Mitgliedern (jeweilige Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage als Anteil aller Fälle bzw. Tage). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Wirtschaftszweig - WZ 2008, ICD10. www.gbe-bund.de (Stand: 20.11.2018).
154. Sozialpolitik aktuell (2017). Arbeitsunfähigkeitstage von AOK-Mitgliedern nach Lebensalter und Krankheitsarten 2016. http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbV10b.pdf (Stand: 20.11.2018)
155. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hg.). (2009). Berufsspezifische Arbeitsunfähigkeit durch Muskel-Skelett-Erkrankungen in Deutschland. BAuA, Dortmund.

156. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (Hg.). (2016). Arbeitsunfallgeschehen. DGUV, Berlin.
157. Nationale Akademie der Wissenschaften (Leopoldina) (Hg.). (2018). Arbeit und psychische Erkrankungen: Eine gesellschaftliche Herausforderung. <https://www.leopoldina.org/politikberatung%20/arbeitsgruppen/arbeit-und-psychische-erkrankungen/> (Stand: 09.10.2018).
158. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hg.). (2017). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2016. Unfallverhütungsbericht Arbeit. BAuA, Dortmund, Berlin, Dresden.
159. Sozialpolitik aktuell (2018). Psychische und Verhaltensstörungen von AOK-Mitgliedern nach Berufen 2017. http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbV14.pdf (Stand: 30.09.2018).
160. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hg.). (2014). Arbeitslosengeld-Bezugsdauer, Höhe, Regelungen zum Arbeitslosengeld <https://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsmarkt/Arbeitslosengeld/arbeitslosengeld-1.html> (Stand: 26.11.2018).
161. Bundesagentur für Arbeit (BA) (Hg.). (2018). Arbeitslos und Arbeit finden <https://www.arbeitsagentur.de/arbeitslos-arbeit-finden> (Stand: 11.12.2018).
162. Bundesagentur für Arbeit (BA) (Hg.). (2018). Glossar der Statistik der Bundesagentur für Arbeit (BA). <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Grundlagen/Glossare/Generische-Publikationen/Gesamtglossar.pdf> (Stand: 29.09.2018).
163. Bundesagentur für Arbeit (BA) (Hg.). (2018). Arbeitslosigkeit, Unterbeschäftigung und gemeldetes Stellenangebot – Die aktuellen Entwicklungen in Kürze. November 2018. Nürnberg.
164. Bundesagentur für Arbeit (BA) (Hg.). (2018). Die Arbeitsmarktsituation von langzeitarbeitslosen Menschen 2017. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Mai 2018. Nürnberg.
165. Beste, J., Bethmann, A., & Gundert, S. (2014). Materielle und soziale Lage der ALG-II-Empfänger. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), IAB-Kurzbericht. Nürnberg.
166. Herbig, B., Dragano, N. & Angerer, P. (2013). Health in the long-term unemployed. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(23-24), 413-419.
167. Janlert, U., & Hammarström, A. (2009). Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health*, 9(1), 235.
168. Lampert, T., Kuntz, B., Hoebel, J. et al. (2016). Arbeitslosigkeit und Gesundheit <http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2016/226592/gesundheitliche-ungleichheit> (Stand: 29.09.2018).
169. McKee, M. F., Song, Z., Wanberg, C. et al. (2005). Arbeitslosigkeit – Ressourcen schützen vor nachteiligen Folgen. *Deutsches Ärzteblatt*, 6, 258.
170. Schulz, K. H., Meyer, A., & Langguth, N. (2012). Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55, 55-56.
171. Müller, T. (2013). Sport hilft so gut wie Antidepressivum. https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/depressionen/article/850155/depressionen-sport-hilft-antidepressivum.html (Stand: 15.10.2018).
172. Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hg.). (2018). Gesundheitliche Folgen des Rauchens. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Gesundheitliche_Folgen_des_Rauchens.html (Stand: 14.10.2018).
173. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.). (2018). Gefahren und Folgen – Wenn zu viel Alkohol Ihr Leben prägt. <https://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/schaedlicher-konsum/gefahren-und-folgen/> (Stand: 10.10.2018).
174. Eggs, J., Trappmann, M., & Unger, S. (2014). Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich. ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung, IAB-Kurzbericht. Nürnberg.
175. Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.). (2014). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
176. Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.
177. Schnittker, J., & Bacak, V. (2014). The increasing predictive validity of self-rated health. *PLoS One*, 9(1), e84933.
178. Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behaviour*, 74, 264-282.
179. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hg.). (2009). Methodische Erläuterungen zur Erfassung und Bewertung von Indikatoren zur Arbeitsunfähigkeit. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=12428 (Stand: 27.08.2017).

180. BKK Dachverband (2013). Zahlen, Daten, Fakten – Die Highlights aus dem BKK- Gesundheitsreport 2013. https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/presse/pressemitteilungen/Zahlen_Daten_Fakten.pdf (Stand: 05.12.2018).
181. Techniker Krankenkasse (TK) (Hg.). (2017). Gesundheitsreport. Weitere Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten. TK, Hamburg.
182. Hruby, A., Manson, J. E., Qi, L. et al. (2016). Determinants and consequences of obesity. *American Journal of Public Health*, 106(9), 1656-1662.
183. Flegal, K. M., Kit, B. K., Orpana, H. et al. (2013). Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Journal of the American Medical Association*, 309(1), 71-82.
184. Holleder, A. & Voigtländer, S. (2016). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Arbeitslosen https://www.boeckler.de/wsimit_2016_05_holleder.pdf (Stand: 09.10.2018).
185. Stricker, M. (2011). Ehrenamt. In: Olk, T. & Hartnuß, B. (Hg.). *Handbuch Bürgerschaftliches Engagement*. Beltz Juventa, Weinheim, 163-171.
186. Vogel, C., Hagen, C., Simonson, J. et al. (2017). Freiwilliges Engagement und gemeinschaftliche Aktivität. In J. Simonson, C. Vogel, & C. Tesch-Römer (Hg.). *Freiwilliges Engagement in Deutschland – Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014*. (S. 91-151). Wiesbaden: Springer VS.
187. Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ (2002). *Bürgerschaftliches Engagement: Auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft*. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/8900. Berlin.
188. Hameister, N., Müller, D., & Ziegelmann, J. P. (2017). Zeitlicher Umfang, Häufigkeit und biografische Dauer des freiwilligen Engagements. In J. Simonson, C. Vogel, & C. Tesch-Römer (Hg.). *Freiwilliges Engagement in Deutschland – Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014* (S. 333-354). Wiesbaden: VS.
189. Deutscher Feuerwehrverband e. V. (DFV) (Hg.). (2015). *Feuerwehr-Statistik*. <http://www.feuerwehrverband.de/statistik.html> (Stand: 19.07.2018).
190. Hanseatische Feuerwehr-Unfallkasse Nord, Feuerwehr-Unfallkasse Mitte und Feuerwehr-Unfallkasse Brandenburg (Hg.), (2014). *Gemeinsame Schrift FUK-Dialog, Ausgabe 1-2014 Psychische Belastung im Feuerwehrdienst*. https://www.fuk-dialog.de/files/fukdialog/ausgaben/2014/fuk-dialog_0114.pdf (Stand: 24.04.2019).
191. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (Hg.). (2018). *Unfälle im Ehrenamt 2012-2016* (Auswertungen für das Robert Koch-Institut). DGUV, Referat Statistik, Berlin.
192. Deutsche Rentenversicherung (DRV) (Hg.). (2018). *Wann Sie in Rente gehen können – Viele Rentenarten, viele Möglichkeiten*. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/1_Lebenslagen/05_Kurz_vor_und_in_der_Rente/01_Kurz_vor_der_Rente/03_Wann_Sie_in_Rente_gehen_koennen/Wann_Sie_in_Rente_gehen_koennen_node.html (Stand: 19.07.2018).
193. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2018). *Rund jede fünfte Person in Deutschland ist 65 Jahre oder älter*. Pressemitteilung Nr. 370 vom 27.09.2018. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/09/PD18_370_12411.html (Stand: 08.10.2018).
194. Wurm, S., Engstler, H., & Tesch-Römer, C. (2009). *Ruhestand und Gesundheit*. Informationsdienst Altersfragen, 2, 02-07.
195. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.). (2012). *Nationales Gesundheitsziel: Gesund älter werden*. Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. BMG, Berlin.
196. Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.). (2015). *Kapitel 8. Wie gesund sind die älteren Menschen?* In: RKI (Hg.) *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, 408-430.
197. Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.). (2016). *Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.
198. Bauer, J. M. (2011). *Ernährung im Alter: Grundlage für den Erhalt von Funktionalität und Lebensqualität*. *Der Internist*, 52(8), 946-954.
199. Mensink, G. B. M., Schienkiewitz, A., & Lange, C. (2017). *Obstkonsum bei Erwachsenen in Deutschland*. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 45-51.
200. Mensink, G. B. M., Schienkiewitz, A., & Lange, C. (2017). *Gemüsekonsum bei Erwachsenen in Deutschland*. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 52-58.
201. Finger, J. D., Mensink, G. B. M., Lange, C. et al. (2017). *Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland*. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 37-44.
202. Lange, C., Manz, K., & Kuntz, B. (2017). *Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen*. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 66-73.

203. Zeiher, J., Kuntz, B., & Lange, C. (2017). Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 59-65.
204. Wurm, S., & Huxhold, O. (2010). Individuelle Altersbilder. Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer.
205. Huxhold, O., Mahne, K. & Naumann, D. (2010). Soziale Integration. Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer.
206. Fuchs, J., Kuhnert, R., & Scheidt-Nave, C. (2017). 12-Monats-Prävalenz von Arthrose in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(3), 55-60.
207. Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) (Hg.). (2017). Krebs in Deutschland für 2013/2014. 11. Ausgabe. RKI und GEKID, Berlin.
208. Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) (Hg.). (2018). Datenbankabfrage. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe1_node.html (Stand: 16.11.2018).
209. Hoebel, J., Kröll, L. E., Fiebig, J. et al. (2018). Socioeconomic inequalities in total and site-specific cancer incidence in Germany: a population-based registry study. *Frontiers in Oncology*, 8, 402.
210. Chen, L., Magliano, D. J., & Zimmet, P. Z. (2011). The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus-present and future perspectives. *Nature Reviews Endocrinology*, 8(4), 228-236.
211. Heidemann, C., Kuhnert, R., Born, S. et al. (2017). 12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(1), 48-56.
212. Fuchs, J., Rabenberg, M., & Scheidt-Nave, C. (2013). Prävalenz ausgewählter muskuloskelettaler Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 5(6), 678-686.
213. Yarnall, A. J., Sayer, A. A., Clegg, A. et al. (2017). New horizons in multimorbidity in older adults. *Age Ageing*, 46(6), 882-888.
214. Amann, U., Schmedt, N., & Garbe, E. (2012). Ärztliche Verordnungen von potenziell inadäquater Medikation bei Älteren. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(5), 69-75.
215. Knopf, H., & Grams, D. (2013). Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 5(6), 868-877.
216. Saß, A. C., Kuhnert, R., & Rommel, A. (2017). Unfallverletzungen bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(3), 97-104.
217. Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.). (2013). Das Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse des Unfallmoduls der Befragung „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
218. Bretschneider, J., Kuhnert, R., & Ulfert, H. (2017). Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(3), 81-88.
219. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2017). Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Destatis, Wiesbaden.
220. Döhner, H., & Rothgang, H. (2006). Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(6), 583-594.
221. Küpper, C. (2008). Ernährung älterer Menschen. *Ernährungsumschau*, 09, 548-558.
222. Weening-Dijksterhuis, E., De Greef, M. H., Scherder, E. J. et al. (2011). Frail institutionalized older persons: A comprehensive review on physical exercise, physical fitness, activities of daily living, and quality-of-life. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 90(2), 156-168.
223. Valenzuela, T. (2012). Efficacy of Progressive Resistance Training Interventions in Older Adults in Nursing Homes: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(5), 418-428.
224. Volkert, D., Bauer, J. M., Frühwald, T. et al. (2013). Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 38(03), e1-e48.
225. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2017). Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Essen.
226. Reuther, S., Nie-Visser, N., Meijers, J. et al. (2013). Mangelernährung und Demenz bei Bewohnern in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland. Ergebnisse von Prävalenzerhebungen aus den Jahren 2008 und 2009. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46, 260-267.
227. Kleina, T. (2014). Mobilität und Bewegungsfähigkeiten von Nutzern stationärer Langzeitversorgung - Ergebnisse einer Analyse von Studienergebnissen und Versorgungsdaten. *Beltz Juventa Pflege und Gesellschaft*, 19(H2), 101-112.

228. Ruscher, C., Kraus-Haas, M., Nassauer, A. et al. (2015). Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long term care facilities (HALT-2): Deutsche Ergebnisse der zweiten europäischen Prävalenzerhebung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(4-5), 436-451.
229. Lahmann, N., Dassen, T., Tannen, A. et al. (2015). Pflegeprobleme in Deutschland. Ergebnisse von 15 Jahren Forschung in Pflegeheimen und Kliniken 2001-2015. Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin.
230. Deutsche Stiftung Patientenschutz (2018). Dekubitus. <https://www.stiftung-patientenschutz.de/themen/dekubitus> (Stand: 06.12.2018).
231. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.). (2017). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2017 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. DNQP, Osnabrück.
232. AQUA-Institut GmbH (Hg.). (2015). Pflege: Dekubitusprophylaxe. https://sqg.de/front_content.php?idart=124 (Stand: 11.07.2018).
233. Eggert, S., Schnapp, P., & Sulmann, D. (2017). Gewalt in der stationären Langzeitpflege. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/2017_06_13_AnalyseGewaltStationaerePflege_vf.pdf (Stand: 16.07.2018).
234. Weidner, F., Daniel, T., & Peter, J. (2017). DIP-Befragung: Gewalt in der Pflege. Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegefachpersonen und Schülern der Pflegeberufe. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) (Hg.), Köln.
235. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.). (2015). Die Hochaltrigen - Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter über 80 Jahren. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. Band 47. Köln.
236. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hg.). (2013). Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. *Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland*. DIMDI, Köln.
237. Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2013). Barmer GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, Band 23. Barmer GEK, Schwäbisch Gmünd.
238. Gerhardus, A., Breckenkamp, J., Razum, O. et al. (Hrsg.). (2010). *Evidenc-based Public Health*. Bern: Hans Huber.
239. Robert Koch-Institut (RKI) und das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.). (2012). *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI, Berlin.
240. Starke, D., Arnold, L., Fertmann, R. et al. (2018). *Methodische Herausforderungen der Präventionsberichterstattung*. *Gesundheitswesen*, 80(08/09), 732-740.
241. Kickbusch, I., & Buckett, K. (2010). *Implementing health in all policies: Adelaide 2010*. Health in All Policies Unit, SA Department of Health. Adelaide, Australien.
242. World Health Organization (WHO) (Hg.). (2014). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. Helsinki, Finnland.
243. Jordan, S., Varnaccia, G., & Starker, A. (2017). Möglichkeiten der Präventionsberichterstattung. *Journal of Health Monitoring*, 2(S2), 22-25.
244. Saier, U. (2017). Perspektiven für die Präventionsberichterstattung der Länder. *Journal of Health Monitoring*, 2(S2), 30-31.
245. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.). (2010). *Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung*. BMG, Berlin.
246. Müters, S., Hoebel, J., & Lange, C. (2013). Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. *GBE kompakt*, 4(2), www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 30.09.2013). Robert Koch-Institut, Berlin.
247. Popova, S., Lange, S., Probst, C. et al. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(3), e290-e299.
248. Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (2004). *Stilldauer. Empfehlung der Nationalen Stillkommission am BfR vom 1. März 2004*. www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf (Stand: 31.07.2018).
249. Saß, A. C., Poethko-Müller, C., Rommel, A. et al. (2014). Das Unfallgeschehen im Kindes- und Jugendalter - Aktuelle Prävalenzen, Determinanten und Zeitvergleich. *Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57(7), 789-797.
250. Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R. et al. (2011). Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet*, 377(9775), 1438-1447.

251. Pinquart, M., & Silbereisen, R. K. (2002). Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 45(11), 873-878.
252. Karsten, H., & Dienel, C. (2017). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit als Politikfeld in Deutschland. In G. Faller (Hg.). Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, (S. 477-486). Bern: Hogrefe.
253. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2018). Erwerbstätigkeit älterer Menschen nimmt weiter zu. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ImFokus/Arbeitsmarkt/ErwerbstaetigkeitAlter.html> (Stand: 19.09.2018).
254. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2018). Dimension 1: Arbeitssicherheit und Gleichstellung - Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/_Doorpage/Indikatoren_QualitaetDerArbeit.html (Stand: 20.09.2018).
255. BKK Bundesverband (2010). BKK Gesundheitsreport 2010 - Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft. BKK Gesundheitsreport. BKK Bundesverband, Berlin.
256. Promberger, M. (2008). Arbeit, Arbeitslosigkeit und soziale Integration. Aus Politik und Zeitgeschichte (APUZ), 40-41.
257. Kroll, L. E. & Lampert, T. (2011). Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung und gesundheitliche Beschwerden: Ergebnisse aus der GEDA-Studie 2009. Deutsches Ärzteblatt, 108(4), 47-52.
258. Simonson, J., Vogel, C., & Tesch-Römer, C. (2016). Freiwilliges Engagement in Deutschland: der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Berlin.
259. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.). (2009). Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise. BMG, Berlin.
260. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.). (2015). Todesursachenstatistik. www.gbe-bund.de (Stand: 04.06.2018).
261. Tesch-Römer, C., Wiest, M., Wurm, S. et al. (2013). Einsamkeitstrends in der zweiten Lebenshälfte. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46(3), 237-241.
262. Döhner, H., & Rothgang, H. (2006). Pflegebedürftigkeit. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 49(6), 583-594.
263. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.). (2006). Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV). TNS Infratest Sozialforschung, München.
264. Oppikofer, S., Albrecht, K., & Martin, M. (2010). Auswirkungen erhöhter sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43, 310-316.
265. Strippel, H. (2018). Prävention von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock, S. (Hg.), Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung (S. 227-240). (5., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Hogrefe.

Anhang 3

Glossar

Das Glossar beruht weitgehend auf dem Glossar, das vom GKV-Bündnis für Gesundheit zusammengestellt wurde (www.gkv-buendnis.de/glossar/). Weitere Einträge wurden ergänzt und mit entsprechenden Referenzen versehen.

Bewegungsförderung

Bewegungsförderung steht für gezielte Maßnahmen, die das Bewegungsverhalten von Menschen verbessern. Diese Maßnahmen können auf einzelne Personen oder ganze Personengruppen ausgerichtet sein.

Bundesrahmenempfehlungen

Die Bundesrahmenempfehlungen (BRE) nach § 20d SGB V legen Ziele und Handlungsfelder sowie Verfahrensgrundsätze für die trägerübergreifende Zusammenarbeit in der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung bundesweit fest. Sie sollen dazu beitragen, die Zusammenarbeit von gesetzlicher Kranken-, Unfall-, Renten- sowie sozialer Pflegeversicherung zu stärken. Übergreifende Ziele sind Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten sowie Gesund im Alter. Durch diese Orientierung am Lebenslauf sollen grundsätzlich alle Menschen mit lebensweltbezogener Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung erreicht werden. Die BRE wurden am 19.02.2016 durch die Nationale Präventionskonferenz verabschiedet. Am 29.08.2018 erschien die erste weiterentwickelte Fassung.

Empowerment

„Empowerment (Ermächtigung, Übertragung von Verantwortung) zielt darauf ab, dass Menschen, Gruppen und Organisationen Möglichkeiten erhalten und Fähigkeiten entwickeln, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten [...]. Durch das Schaffen geeigneter Bedingungen werden für Menschen, Gruppen und Organisationen die Handlungsoptionen erweitert und sie werden darin unterstützt, Verantwortung für die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer zu übernehmen.“⁴⁴⁵ Empowerment ist eine zentrale Handlungsstrategie der Gesundheitsförderung.

Siehe auch Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und Gute Praxis.

Fachaufsicht

Die Sozialversicherungsträger unterliegen der Rechtsaufsicht des Staats; im Bereich der Prävention in der GUV erstreckt sich die Aufsicht auch auf die Fachaufsicht. Die Aufsicht über bundesunmittelbare Versicherungsträger führt das Bundesversicherungsamt (BVA), auf den Gebieten der Prävention in der GUV das BMAS. Die Aufsicht über die Unfallversicherung Bund und Bahn auf dem Gebiet der Prävention führt das BMI. Die Aufsicht über Versicherungsträger, deren Zuständigkeitsbereich sich nicht über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt (landesunmittelbare SV-Träger), führen die für die SV zuständigen obersten Landesverwaltungsbehörden oder die von den Landesregierungen durch Rechtsverordnungen bestimmten Behörden. Soweit sich der Zuständigkeitsbereich eines SV-Träger über mehr als drei Länder hinaus erstreckt, bestimmen die beteiligten Länder das aufsichtsführende Land; die konkrete Aufsichtsbehörde ergibt sich aus den Vorgaben für landesunmittelbare SV-Träger und den entsprechenden landesrechtlichen Regelungen. Die Aufsicht über die DRV Bund führt das BVA. Soweit die DRV Bund Grundsatz- und Querschnittsaufgaben wahrnimmt, führt das BMAS die Aufsicht; es kann sie teilweise dem BVA übertragen. Soweit die DGUV gesetzliche Aufgaben gemäß SGB VII wahrnimmt, unterliegt sie der Rechtsaufsicht des BMAS; das BMAS kann die Aufsicht mit Ausnahme der Aufsicht im Bereich der Prävention ganz oder teilweise dem BVA übertragen (§ 87 und § 90 SGB IV).

Gesundheit in allen Politikfeldern

Der Ansatz „Gesundheit in allen Politikfeldern“ (englisch „Health in All Policies“) verfolgt das Ziel, den Aspekt Gesundheit in alle Politikfelder hineinzutragen, um Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung auf einer breiten Basis wirksam zu fördern. Das bedeutet, dass strukturelle Voraussetzungen für diese Verankerung geschaffen (z. B. politikfeldübergreifende Arbeitszusammenhänge) und die Entscheidungsprozesse entsprechend ausgerichtet werden müssen. Dies setzt ein komplexes Zusammenwirken verschiedener Ebenen voraus. Unterschieden werden fünf Gestaltungs- bzw. Umsetzungsebenen (global, Europäische Union, Bund, Land und Kommune) sowie verschiedene Politikbereiche (Gesundheit, Soziales, Bildung, Arbeit/Wirtschaft, Finanzen, Umwelt, Verkehr, Stadtentwicklung, Verteidigung etc.).⁴⁴⁶

⁴⁴⁵ <https://www.quint-essenz.ch/de/concepts>

⁴⁴⁶ www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/gemeinsam.gerecht.gesund/

Der Ansatz „Gesundheit in allen Politikfeldern“ geht auf die Alma Ata Deklaration „Primary Health Care“ (1978) und die Ottawa-Charta (1986) der Weltgesundheitsorganisation zurück. Er wurde u. a. im Rahmen der „8th Global Conference on Health Promotion“ im Jahr 2013 bestärkt und weiterentwickelt.⁴⁴⁷

Gesundheitliche Chancengleichheit

Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet, dass jeder Mensch die gleichen Möglichkeiten hat, gesund zu sein und gesund zu bleiben – unabhängig von sozialem Status, Nationalität, Alter und Geschlecht. Das Recht auf die Herstellung gleicher gesundheitlicher Chancen ist in den Menschenrechten nachhaltig verankert.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung wurde erstmals 1986 in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation näher beschrieben. Dort heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ Hieran anknüpfend wird Gesundheitsförderung im Präventionsgesetz als „Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns“ definiert (§ 20 Abs. 1 SGB V).

Gesundheitskompetenz

„Gesundheitskompetenz (englisch „Health Literacy“) bezeichnet die Fähigkeiten einer Person, sich über Fragen zur Gesundheit zu informieren und Entscheidungen treffen zu können, die die Gesundheit fördern und erhalten. Dazu gehört die Fähigkeit, sich Informationen zu verschaffen, diese zu verstehen [, zu beurteilen] und umsetzen zu können.“⁴⁴⁸ Die „Health Literacy“ ist somit eine spezifische Form des Empowerment.

Gesundheitspolitischer Aktionszyklus

Der gesundheitspolitische Aktionszyklus (englisch: „Public Health Action Cycle“) ist die Übertragung und Weiterentwicklung des aus der Politikwissenschaft stammenden „Policy Cycle“ auf gesundheitspolitische Projekte und Prozesse. Der gesundheitspolitische Aktionszyklus gliedert Interventionen in vier Phasen: 1. die Definition und Bestimmung des zu bearbeitenden Problems (Problembestimmung), 2. die Konzipierung und Festlegung einer zur Problembearbeitung geeignet erscheinenden Strategie bzw. Maßnahme (Strategieformulierung), 3. die Durchführung der definierten Aktionen (Umsetzung) sowie 4. die Abschätzung der erzielten Wirkungen (Bewertung). Wird das Ergebnis der Bewertung mit der ursprünglichen Problembestimmung in Beziehung gesetzt, so kommt es zu einer neuen Problembestimmung. Dann kann der Zyklus von Neuem beginnen und wird zur Spirale. Zu beachten ist allerdings, dass es sich dabei um einen Idealtypus handelt, der in der Realität zumeist weder Interventionen der Gesundheitspolitik noch irgendeiner anderen Politik entspricht.⁴⁴⁹

Gute Praxis

Als „Gute Praxis“ (englisch „good practice“) bezeichnet man Ansätze, Lösungen oder Verfahrensweisen, deren Konzept, Struktur, Prozesse und Ergebnisse teilweise als Vorbild für die Praxis fungieren können. Im Gegensatz zu „Beste Praxis“ (englisch „best practice“) leisten diese Angebote gute und vorbildliche Arbeit, aber nicht die „beste“ in allen Bereichen. Dies kann zugleich eine Stärke sein, denn Gute Praxis-Angebote lassen sich breiter vergleichen, was auch einen praktischen Nutzen haben kann.

In der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung spielen die Gute Praxis-Kriterien des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit eine bedeutende Rolle. Sie zeigen den Akteuren vor Ort, wie die insgesamt zwölf Kriterien Guter Praxis sinnvoll in die Planung, Durchführung und Bewertung der Projektarbeit integriert werden können.⁴⁵⁰

Siehe auch Empowerment und Gesundheitsförderung.

447 <https://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/>

448 www.gesundheitsinformation.de

449 Vgl. Rosenbrock, R., & Hartung, S. (2018). Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Hg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. doi: 10.17623/BZGA:224-E-book-2018

450 Gesundheitsförderung Konkret, Band 5, BZgA, 2011.

Integrierte kommunale Strategie

Siehe Präventionskette.

Interventionsebenen

Aktivitäten zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung können auf verschiedenen Interventionsebenen stattfinden. Aktivitäten wie z. B. Gesundheitskurse oder Gesundheitsberatungen, die Einzelpersonen ansprechen, finden auf der Interventionsebene des Individuums statt. Aktivitäten wie z. B. tabakfreie Schule, betriebliche Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung oder Gewaltprävention in Pflegeheimen, die Personen in einer Lebenswelt ansprechen bzw. eine Veränderung von Lebenswelten anstreben, finden auf der Interventionsebene der Lebenswelt statt. Aktivitäten wie z. B. Medienkampagnen, Tabaksteuer, Werbeverbote oder Normen zum Verbraucherschutz, die sich an die gesamte Bevölkerung richten, finden auf der Interventionsebene der Bevölkerung statt.

Lebenswelt

Die Begriffe Lebenswelt und Setting werden im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention häufig synonym verwendet. Lebenswelten werden im Präventionsgesetz vom 17.07.2015 definiert als für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports (§ 20a SGB V).

Siehe auch Lebensweltansatz.

Lebensweltansatz

Das Konzept der Gesundheitsförderung in Lebenswelten wird auch als Lebenswelt- oder Setting-Ansatz bezeichnet. Mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach dem Lebensweltansatz werden die Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld wie Kommune, Kita oder Schule angesprochen und erreicht. Maßnahmen nach dem Lebensweltansatz sind darauf ausgerichtet, sowohl das Verhalten Einzelner (Verhaltensprävention) als auch die Lebenswelten selbst (Verhältnisprävention) gesundheitsförderlich zu verändern. Verhaltens- und verhält-

nisbezogene Elemente werden immer miteinander verknüpft: Dabei beziehen die Maßnahmen die Menschen vor Ort mit ein (Partizipation) und stärken die Eigenverantwortung der Zielgruppen (Empowerment).

Siehe auch Lebenswelt, Partizipation und Empowerment.

Multiplikatoren

Als Multiplikatoren gelten alle Personen oder Institutionen, die Fachwissen, Fachkönnen, Forschungsergebnisse oder Lehrmeinungen an andere Personen weitergeben und dadurch verbreiten. So erhöhen sie die Reichweite von Wissen und Erfahrungen. Multiplikatoren haben somit eine wichtige Transfer-Funktion, um Absichten und Ziele an die Zielgruppe heranzutragen.⁴⁵¹ Typische Multiplikatoren sind Fachkräfte (z. B. Lehrkräfte) oder auch Peers (Gleichaltrige).

Nachhaltigkeit

Bezogen auf die Gesundheitsförderung und Prävention bedeutet Nachhaltigkeit, dass die erzielten Erfolge über mehrere Jahre möglichst stabil bleiben.⁴⁵² Gesundheitsfördernde Maßnahmen gelten dann als nachhaltig, wenn sie nachweislich dauerhafte Veränderungen hervorbringen. Diese Veränderungen betreffen die Rahmenbedingungen in den Lebenswelten wie auch die Einstellung und das eigenverantwortliche, gesundheitsförderliche Verhalten der Zielgruppen.

Siehe auch Verhaltensprävention und Verhältnisprävention.

Partizipation

Partizipation ist die aktive Einbeziehung von Menschen in die Planung und Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Maßnahmen gelten als wirkungsvoller und nachhaltiger, wenn die Menschen einbezogen werden. Deshalb bildet Partizipation in der Ottawa-Charta ein grundlegendes Prinzip für die Praxis der Gesundheitsförderung.⁴⁵³

451 Vgl. Blümel, S., & Lehmann, F. (2018). Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Hg: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. doi: 10.17623/BZGA:224-E-book-2018

452 Vgl. Trojan, A., & Süß, W. (2018). Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Hg: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. doi: 10.17623/BZGA:224-E-book-2018

453 Vgl. <https://www.quint-essenz.ch/de/topics/1117>

Prävention

Im Gesundheitswesen fasst man unter Prävention Maßnahmen zur Vermeidung oder Vorbeugung von Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen zusammen. Es wird unterschieden zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention. Primäre Prävention setzt noch vor Eintritt von Krankheiten und entsprechenden Symptomen an. Sekundäre Prävention konzentriert sich auf die Früherkennung und Frühbehandlung von Krankheiten. Die tertiäre Prävention hat zum Ziel, dass eine bereits bestehende Erkrankung nicht weiter fortschreitet, Folgeschäden und Rückfälle, also ein Wiederauftreten einer Krankheit, vermieden werden. Im Kontext der Unfallversicherung bezieht sich Prävention insbesondere auf die Verhütung von Unfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren.

Hinweis: Im Kontext des NPK-Präventionsberichts wird der Begriff Prävention im Sinne von Primärprävention verwendet.

Siehe auch Primärprävention und Sekundärprävention.

Präventionskette/Integrierte kommunale Strategie

Bei einer Präventionskette handelt es sich um eine integrierte kommunale Strategie der Gesundheitsförderung. Ziel ist es, allen Menschen unabhängig vom sozialen Status die gleichen Chancen auf ein gesundes Aufwachsen und Wohlergehen bis ins hohe Alter zu eröffnen. Beim Aufbau einer Präventionskette geht es darum, unterschiedliche kommunale Akteure und Institutionen zu vernetzen und deren Angebote aufeinander abzustimmen. Auf diese Weise können die Menschen über alle Lebensphasen hinweg mit bedarfsgerechten, passgenauen und niedrigschwiligen Angeboten wirksam unterstützt werden.

Primärprävention

Primäre oder auch „unspezifische“ Prävention umfasst alle Maßnahmen, die nicht auf bestimmte Krankheiten bezogen sind, sondern darauf abzielen, Risiken zu senken und Krankheiten sowie Unfälle von vornherein zu verhindern. Daher setzt Primärprävention an, bevor eine Erkrankung oder ein Unfall auftritt. Entsprechende Maßnahmen können sein:

- die Verhinderung bzw. Verminderung verhaltensbedingter Risikofaktoren wie z. B. Gesundheitsbildung und -aufklärung zu Bewegung sowie Ernährung,
- die Veränderung von Faktoren in der Umwelt wie z. B. städtebauliche oder auch Hygiene-Maßnahmen ebenso wie Frühe Hilfen.⁴⁵⁴

Siehe auch Prävention und Sekundärprävention.

Rechtsaufsicht

Siehe Fachaufsicht.

Sekundärprävention

Sekundäre Prävention umfasst alle Maßnahmen, die das Ziel haben, bestimmte Krankheiten und deren Symptome frühzeitig zu erkennen. Zu den Maßnahmen zählen beispielsweise Gesundheits-Check-ups und Früherkennungsuntersuchungen oder Screenings bei ausgewählten Bevölkerungsgruppen wie die Mammographie zur Brustkrebsfrüherkennung oder die Darmspiegelung. Im Anschluss daran können Maßnahmen ergriffen werden, um zu verhindern, dass die noch beschwerdelose Erkrankung fortschreitet. Dazu zählen z. B. Behandlungen wie beispielsweise zur Blutdrucksenkung und individuelle Empfehlungen für Lebensstilveränderungen wie Diät-, Trainings- und Entspannungsempfehlungen.

Siehe auch Prävention und Primärprävention.

Setting

Siehe Lebenswelt.

Settingansatz

Siehe Lebensweltansatz.

Teilhabeförderung

Mit Teilhabe wird laut der „Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) die „Einbezogenheit in eine Lebenssituation“ bezeichnet. Teilhabeförderung hat zum Ziel, die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen zu verbessern, damit sie die gleichen Chancen haben wie Menschen ohne Beeinträchtigungen.⁴⁵⁵ Leistungen zur Teilhabe

454 Vgl. Franzkowiak, P., Homfeldt, H. G., & Mühlum, A. (2011). Lehrbuch Gesundheit. Weinheim: Beltz Juventa.

455 Vgl. Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen (2013) Hg.: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

werden u. a. von der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht (§§ 9-32 SGB VI).

Verhaltensprävention

Verhaltensprävention bzw. Individualprävention setzt direkt an den Menschen an, um deren gesundheits- und sicherheitsbezogenes Verhalten zu beeinflussen. Dabei geht es darum, für die Gesundheit und Sicherheit riskante Verhaltensweisen zu vermeiden bzw. zu verändern (z. B. Rauchen, riskanter Alkoholkonsum), gesundheits- und sicherheitsförderliches Verhalten zu unterstützen (z. B. gesunde Ernährung, Bewegung) und über Wissen und Einstellungen die Voraussetzungen dafür zu schaffen. Beispiele für Maßnahmen der Verhaltensprävention sind z. B. Bewegungsangebote oder Aufklärung über Ernährung.⁴⁵⁶

Siehe auch Verhältnisprävention.

Verhältnisprävention

Verhältnisprävention verfolgt das Ziel, über die Gestaltung der sozialen, ökologischen, ökonomischen und kulturellen Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und Sicherheit zu nehmen.⁴⁵⁷ Mit der Verhältnisprävention wird anerkannt, dass die Gesundheit und Sicherheit der Menschen und ihr gesundheits- und sicherheitsbezogenes Verhalten von Faktoren bestimmt werden, die sie selbst nicht beeinflussen können. Maßnahmen der Verhältnisprävention setzen deshalb an den Rahmenbedingungen an. Beispiele sind gesetzliche Regelungen wie das Rauchverbot oder das Präventionsgesetz, städtebauliche Maßnahmen zur Bewegungsförderung oder auch Maßnahmen der Organisationsentwicklung beispielsweise in Kindertageseinrichtungen, Schulen oder Betrieben.⁴⁵⁸

Siehe auch Verhaltensprävention.

Vulnerable Gruppen

Der Begriff „vulnerabel“ (lat. vulnerare = verwunden) bedeutet „verletzbar“ oder „verletzlich“. Zu vulnerablen Gruppen zählen Menschen, deren volle Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt ist. Dies wiederum führt zu

einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen, Einschränkungen der Lebensqualität und der Mortalität. Diese Einschränkungen ergeben sich aus:

- der Zugehörigkeit zu einer Gruppe mit einem erhöhten Belastungspotenzial (z. B. Alleinerziehende, Menschen mit Behinderungen),
- eingeschränkten materiellen Verhältnissen (z. B. arbeitslose Menschen)
- oder aus einer Kombination dieser und weiterer Faktoren.⁴⁵⁹

Zielgruppe

In der Gesundheitsförderung und Prävention versteht man unter einer Zielgruppe einen Teil der Bevölkerung mit definierten, gemeinsamen Merkmalen, wie z. B. arbeitslose Menschen oder Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien. Gesundheitsförderliche und präventive Aktivitäten werden auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten.

456 Vgl. Paulus, P., & Dadaczynski, K. (2018). Gesundheitsförderung in der Schule. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Hg: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. doi: 10.17623/BZGA:224-E-book-2018

457 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit 2005. <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=16>

458 Vgl. Paulus, P., & Dadaczynski, K. (2018). Gesundheitsförderung in der Schule. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Hg: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. doi: 10.17623/BZGA:224-E-book-2018

459 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit 2007. <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15>

Anhang 4 Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz	ca.	circa
AGH	Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen	COSI	Childhood Obesity Surveillance Initiative
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	d. h.	das heißt
ALG	Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte	DAG SHG	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
Alg I	Arbeitslosengeld I	DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
Alg II	Arbeitslosengeld II	DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
AO	Arbeitgeberorganisationen	DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	DGEpi	Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie e. V.
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden	DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft e. V.
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz	DGPH	Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V.
ASB	Arbeiter-Samariter-Bund	DGSMP	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V.
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz	DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.
AU	Arbeitsunfähigkeit	DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption	dlv	Deutscher LandFrauenverband e. V.
AWO	Arbeiterwohlfahrt	DNBGF	Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
BA	Bundesagentur für Arbeit	DNGFK	Deutsches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen
BAG SELBSTHILFE	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.	DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund e. V.
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.	DRK	Deutsches Rotes Kreuz
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin	DRV Bund	Deutsche Rentenversicherung Bund
BB	Brandenburg	DTB	Deutscher Turner-Bund e. V.
BDA	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände	e. V.	eingetragener Verein
BE	Berlin	EAP	Employee Assistance Program
BGF	betriebliche Gesundheitsförderung	ebd.	ebenda
BHO	Bundeshaushaltsordnung	EbM	Evidenzbasierte Medizin
BIG	Bewegung als Investition in Gesundheit	ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control, Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten
BIPS	Leibniz Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie	EU	Europäische Union
BKK	Betriebskrankenkasse	FASD	fetal alcohol spectrum disorder
BLE	Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung	FlexA	Flexibilisierung, Erreichbarkeit und Entgrenzung in der Arbeitswelt
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales	FWS	Deutscher Freiwilligen-Survey
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung	G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft	GBE	Gesundheitsberichterstattung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	GEDA	Studie Gesundheit in Deutschland aktuell
BMI	Body-Mass-Index	gem.	gemäß
BMI	Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat	GemaZ	Gesund mal Zwei
BRE	Bundesrahmenempfehlungen	GG	Grundgesetz
BVA	Bundesversicherungsamt	GKV	gesetzliche Krankenversicherung
BVPG	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.	GLS	Gemeinsame Landesbezogene Stellen
BW	Baden-Württemberg	GMK	Gesundheitsministerkonferenz
BY	Bayern	GRV	gesetzliche Rentenversicherung
BZfE	Bundeszentrum für Ernährung	GUV	gesetzliche Unfallversicherung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	HaLT	Hart am Limit
		HB	Bremen
		HE	Hessen
		HEK	Hanseatische Krankenkasse
		Hg.	Herausgeber
		HH	Hamburg

hkk	Handelskrankenkasse	PGF-Aktivitäten	Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung (Bezeichnung im Rahmen der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht)
iga	Initiative Gesundheit und Arbeit	PKV	private Kranken- und Pflegeversicherung
IKK	Innungskrankenkassen	PrävG	Präventionsgesetz
inqa	Initiative Neue Qualität der Arbeit	PRODO	Primärprävention von Depression bei Kindern und Jugendlichen mit einem an Depression erkrankten Elternteil
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	PuGiS	Verein für Prävention und Gesundheit im Saarland e. V.
IWHPP	integrated worker health protection and health promotion	RBK	Robert Bosch-Krankenhaus
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung	RCT	Randomized controlled trial, randomisierte kontrollierte Studie
KGC	Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit	RKI	Robert Koch-Institut
KI	Konfidenzintervall	ROI	Return on Investment
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland	RP	Rheinland-Pfalz
KJÄD	Kinder- und Jugendärztlicher Dienst	SächsGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen
KJZÄD	Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst	SGB	Sozialgesetzbuch
KKH	Kaufmännische Krankenkasse	SH	Schleswig-Holstein
KMK	Kultusministerkonferenz	SL	Saarland
KMU	kleine und mittelständische Unternehmen	SN	Sachsen
KolosSal	Effektivität der Früherkennungs-Koloskopie: eine saarlandweite Studie	SoVD	Sozialverband Deutschland e. V.
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	SPV	soziale Pflegeversicherung
LASI	Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik	ST	Sachsen-Anhalt
LAV	Landesamt für Verbraucherschutz	STIKO	Ständige Impfkommision
LGK	Landesgesundheitskonferenz	SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
LRV	Landesrahmenvereinbarungen	SVR	Gesundheit Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
LVG	Landesvereinigungen für Gesundheit	TH	Thüringen
LVG&AFS	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.	TK	Techniker Krankenkasse
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	u. a.	unter anderem
MHH	Medizinische Hochschule Hannover	u. ä.	und ähnlich
MiMi	Mit Migranten für Migranten	UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
MIR-SL	Myokardinfarkt-Register Saarland	UVW'en	Unfallverhütungsvorschriften
MMR	Masern, Mumps, Röteln	vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
MSE	Muskel-Skelett-Erkrankungen	VdK	Sozialverband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands e. V.
MSGFF	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Saarland	vs.	versus
MV	Mecklenburg-Vorpommern	VVG	Versicherungsvertragsgesetz
NAK	Nationale Arbeitsschutzkonferenz	VZBV	Verbraucherzentrale Bundesverband
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen	WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation
NI	Niedersachsen	z. B.	zum Beispiel
NLGA	Niedersächsisches Landesgesundheitsamt	z. T.	zum Teil
NPK	Nationale Präventionskonferenz	ZWST	Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.
NW	Nordrhein-Westfalen		
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen		
o. g.	oben genannte/r/n		
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung		
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst		
ÖGDG	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst		
OZG	organisierte Zivilgesellschaft		
PE	partizipative Ergonomie		

Die Nationale Präventionskonferenz



Erster Präventionsbericht

nach § 20d Abs. 4 SGB V

KURZFASSUNG

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK):



Inhalt

1	Einleitung.....	299
2	Überblick über die Akteurslandschaft	300
3	Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung	301
4	Wissensstand zu Wirksamkeit und Nutzen	302
5	Stand der Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen	303
6	Inhalte und Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen	307
7	Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes.....	310
8	Ausgaben	316
9	Fazit und Ausblick	317

1 Einleitung

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

Kontext des ersten Präventionsberichts der NPK

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

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

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

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

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

Ziele des Präventionsberichts der NPK

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

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

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

Methodik der Berichterstellung

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

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

2 Überblick über die Akteurslandschaft

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

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

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

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

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

3 Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung

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

Krankheitsspektrum und Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand

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

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

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

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

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

Erkenntnisse aus dem Gesundheitsmonitoring des RKI

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

Regionale Erkenntnisse aus den Bundesländern

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

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

4 Wissensstand zu Wirksamkeit und Nutzen

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

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

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

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

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

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

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

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

5 Stand der Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen

Der erste Präventionsbericht der NPK stellt die Aktivitäten vor, die GKV, GRV, GUV, SVLFG¹, SPV und PKV sowie Bund, Kommunen und organisierte Zivilgesellschaft (OZG²) im Jahr 2017 zur Erreichung der in den Bundesrahmenempfehlungen formulierten Ziele – **Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter – durchführten. Die Ergebnisse beruhen auf der Online-Erhebung für den NPK-Präventionsbericht bzw. der Dokumentation, die die GKV und SPV für ihre jeweiligen Präventionsberichte durchführten.**

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

5.1 VORGEHENSWEISE BEI DEN DURCHGEFÜHRTEN AKTIVITÄTEN

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 ENGAGEMENT ZUM ZIEL GESUND AUFWACHSEN

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

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

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

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

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

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

5.3 ENGAGEMENT ZUM ZIEL GESUND LEBEN UND ARBEITEN

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

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

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

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

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

5.4 ENGAGEMENT ZUM ZIEL GESUND IM ALTER

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

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

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

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

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

5.5 ZIELEÜBERGREIFENDES ENGAGEMENT

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

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

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

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

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

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

5.6 ENGAGEMENT ZUR VERMINDERUNG UNGLEICHER GESUNDHEITSCHANCEN

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

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

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

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

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

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

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

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

6 Inhalte und Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen

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

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

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

6.1 BETEILIGTE

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

6.2 LEISTUNGEN DER BETEILIGTEN

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

6.3 GEMEINSAME ZIELE UND HANDLUNGSFELDER

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

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

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

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

6.4 GREMIEN ZUR STEUERUNG UND KOORDINATION

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

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

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

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

6.5 KLÄRUNG VON ZUSTÄNDIGKEITSFRAGEN

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

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

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

6.6 KOOPERATIONSVEREINBARUNGEN

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

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

6.7 KOOPERATIONEN MIT DEM ÖGD SOWIE DER KINDER- UND JUGENDHILFE

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

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

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

6.8 HANDLUNGSBEDARFE

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

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

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

7 Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes

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

7.1 ERFAHRUNGEN MIT DER ZUSAMMENARBEIT

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

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

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

Tatsächliche und gewünschte Kooperationspartner

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

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

Elemente der Zusammenarbeit

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

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

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

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

Umsetzung von Erfolgsfaktoren für die Zusammenarbeit

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

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

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

Fallbeispiele für Zusammenarbeit

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

7.2 ERFahrungen mit der QUALITÄTSSICHERUNG UND EVALUATION

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

Genutzte Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation

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

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

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

Verankerung von Qualitätssicherung und Evaluation in den Organisationen

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

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

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

Nutzung von Evaluationsergebnissen

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

Weiterentwicklungsbedarfe

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

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

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

Fallbeispiele für Qualitätssicherung und Evaluation

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

7.3 DURCHFÜHRUNG DES PRÄVENTIONSFORUMS

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

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

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

7.4 BEAUFTRAGUNG DER BZGA ZUR UNTERSTÜTZUNG DER KRANKENKASSEN

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

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

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

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

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

7.5 ARBEIT DER REGIONALEN BGF-KOORDINIERUNGSSTELLEN

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

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

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

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

7.6 WEITERENTWICKLUNG DES GKV-LEITFADENS PRÄVENTION

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

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

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

ner Inanspruchnahme von Präventionsangeboten durch Menschen mit Behinderungen wurden ergänzt.

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

7.7 INDIVIDUELLE VERHALTENSBEZOGENE LEISTUNGEN DER GKV

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

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

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

7.8 ERFAHRUNGEN MIT ÄRZTLICHEN PRÄVENTIONSEMPFEHLUNGEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8 Ausgaben

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

8.1 ROUTINEDATEN DER SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER UND DATEN DER PKV

In § 20d Abs. 4 SGB V ist festgelegt, dass die Träger der NPK und die PKV - so sie ihr Stimmrecht wahrnimmt - im Präventionsbericht der NPK über ihre Ausgaben berichten. Für die GKV handelt es sich hierbei um Ausgaben für Aktivitäten im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen auf Grundlage der §§ 20a-20c SGB V und um Ausgaben für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V. Für die SPV, GUV, GRV, SVLFG und PKV handelt es sich um ihre Ausgaben für Aktivitäten im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen (Kapitel 5). Im Jahr 2017 betragen die relevanten Ausgaben insgesamt 1,8 Milliarden Euro. Sie verteilen sich wie folgt: GUV 1,2 Milliarden Euro, GKV 519 Millionen Euro, SVLFG³ 63 Millionen Euro, SPV 22 Millionen Euro, PKV 21 Millionen Euro und GRV 4 Millionen Euro.

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

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

wert, sodass größere Überträge in nachfolgende Jahre entstanden.

8.2 GESUNDHEITSAUSGABENRECHNUNG DES STATISTISCHEN BUNDESAMTES

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

8.3 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERE ENTWICKLUNG DER AUSGABENWERTE DER GKV

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

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

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

9 Fazit und Ausblick

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

9.1 WEITERENTWICKLUNG DER GEMEINSAMEN ZIELE

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

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

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

Transparenz bei Entscheidungen über die Förderung von Aktivitäten entsprochen werden.

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

9.2 WEITERENTWICKLUNG DER LEISTUNGEN

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

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

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

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

9.3 WEITERENTWICKLUNG DER KOOPERATION UND KOORDINATION

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

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

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

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

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

9.4 WEITERENTWICKLUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG UND EVALUATION

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

Akteure vor größeren Herausforderungen, Qualitätssicherung und Evaluationen umzusetzen.

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

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

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

9.5 FORTSCHREIBUNG DER BUNDESRAHMENEMPFEHLUNGEN

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

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

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

9.6 AUSBLICK AUF DEN ZWEITEN PRÄVENTIONSBERICHT

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

9.7 GESAMTGESELLSCHAFTLICHE PERSPEKTIVEN

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

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

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

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

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK):

