

**Landesrahmenvereinbarung
zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V
im Land Baden-Württemberg („LRV Baden-Württemberg“)**

zwischen

der AOK Baden-Württemberg
zugleich für die Pflegekasse der AOK Baden-Württemberg

dem BKK Landesverband Süd
zugleich für die Pflegekassen des BKK Landesverbandes Süd

der IKK classic
zugleich für die Pflegekasse der IKK classic

der Knappschaft Regionaldirektion München
zugleich für die Pflegekasse der Knappschaft Regionaldirektion München

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse zugleich für die Pflegekasse der SVLFG

den nachfolgend benannten Ersatzkassen, zugleich für die bei ihnen errichteten Pflegekassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- DAK-Gesundheit
- Kaufmannische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis.
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung

(nachfolgend „Krankenkassen“ genannt),

der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg
der Deutschen Rentenversicherung Bund
der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See

(nachfolgend „Träger der Rentenversicherung“ genannt),

der Unfallkasse Baden-Württemberg
der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) Landesverband Südwest
der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirt-
schaftliche Berufsgenossenschaft

(nachfolgend „Träger der Unfallversicherung“ genannt)

und

dem Land Baden-Württemberg, vertreten durch das Ministerium für Soziales und Integration
Baden-Württemberg,

(nachfolgend „Land Baden-Württemberg“ genannt),

alle zusammen nachfolgend „Beteiligte“ genannt.

Präambel

Die Beteiligten schließen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen tragerübergreifenden Rahmenempfehlungen sowie der Ziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie diese Landesrahmenvereinbarung (LRV) mit dem Ziel, die nationale Präventionsstrategie im Land Baden-Württemberg unter Berücksichtigung der im Land formulierten gesundheitsbezogenen Ziele umzusetzen

Als Ergebnis eines breiten Diskussionsprozesses zu den Leitplanken der Gesundheitspolitik in Baden-Württemberg wurde gemeinsam mit den wesentlichen Akteuren des Gesundheitswesens und mit Bürgerinnen und Bürgern sowie Patientinnen und Patienten ein Gesundheitsleitbild entwickelt, das der Orientierung bei der zukünftigen Ausgestaltung des baden-württembergischen Gesundheitswesens dient. Hierbei ist Gesundheitsförderung und Prävention eines der drei Handlungsfelder, die zukunftsorientiert als gesamtgesellschaftliche Aufgabe weiter entwickelt werden sollen. Dies wird im Leitbild bei Gesundheitsförderung und Prävention so formuliert: „Die Gesunderhaltung der Menschen steht in Baden-Württemberg im Mittelpunkt. Allen Menschen wird die Chance gegeben, von Geburt an so gesund wie möglich aufzuwachsen und zu leben. Gesundheit wird als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen und ist in allen Politikbereichen verankert. Alle Akteure stimmen ihr Handeln ab. Die Menschen werden vor Ort unterstützt, ihre Lebenswelt und ihr Leben nach ihren Vorstellungen gesundheitsförderlich zu gestalten.“ „Eine selbstbestimmte Lebensführung bleibt allen Menschen so lange wie möglich erhalten. Um dies zu erreichen ist es wichtig, dass durch präventive niederschwellige und/oder aufsuchende Ansätze Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegebedarf vermieden wird oder möglichst spät erforderlich wird.“ (Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg, Handlungsfeld Pflege).

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Das setzt voraus, dass die jeweiligen Verantwortungsträger auf der Basis ihrer gesetzlich zugewiesenen Verantwortung tätig werden und sich angemessen beteiligen

Die Beteiligten an dieser LRV sind sich einig, dass die Intensivierung des Engagements der Sozialversicherungsträger nicht zu einer Reduktion des Engagements der übrigen Beteiligten oder anderer verantwortlicher Akteure führen darf. Die Beteiligten der LRV setzen sich vielmehr gemeinsam dafür ein, weitere Partner für Gesundheitsförderung und Prävention im Land Baden-Württemberg zu gewinnen und die Reichweite ihrer Aktivitäten zu erweitern.

Die Beteiligten dieser LRV und ihre Partner haben in den letzten Jahren viele erfolgreiche Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention initiiert, begleitet und unterstützt. Im Land Baden-Württemberg haben sich daraus bewährte Strukturen der Zusammenarbeit sowie verbindliche Kooperationen etabliert. Zu nennen sind hier u.a. die Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg, die Kommunalen Gesundheitskonferenzen in den Land- und Stadtkreisen, das Bündnis für Arbeit und Gesundheit Baden-Württemberg und im Bereich der Suchtprävention die Rahmenempfehlung für Präventionsprojekte mit den Beauftragten für Suchtprophylaxe / Kommunalen Suchtbeauftragten der Stadt- und Landkreise. Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen in den Stadt- und Landkreisen, die nach dem Landesgesundheitsgesetz Baden-Württemberg (LGG in der Fassung vom 17.12.2015 veröffentlicht im Gesetzblatt für Baden-Württemberg, Ausgabe 2015, Nr. 25, S. 1205-1210) in allen Land- und Stadtkreisen mit einem Gesundheitsamt verpflichtend einzurichten sind und in den Stadtkreisen ohne Gesundheitsamt auf freiwilliger Basis geschaffen werden können,

tragen maßgeblich dazu bei, dass Gesundheitsförderung und Prävention regional, vernetzt und partizipativ umgesetzt werden

Die Zielsetzung besteht darin, die gesundheitliche Prävention in Baden-Württemberg als gesamtgesellschaftliche Aufgabe insbesondere durch die Unterstützung von Maßnahmen der Vernetzung und Kooperation im Bereich der allgemeinen Gesundheitsförderung und die Verbreitung evaluierter, lebensweltorientierter Programme, Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu fördern. Die vorliegende LRV bietet den Rahmen, bewährte Ansätze und Kooperationen der Gesundheitsförderung und Prävention fortzuführen bzw. auszubauen, neue Initiativen gemeinsam voranzubringen und die Zusammenarbeit auf alle Sozialversicherungsträger sowie weitere Partner auszudehnen. Dies kann sowohl landesweit als auch regional begrenzt entsprechend der jeweiligen Bedarfe geschehen. Die Beteiligten stimmen sich in der tragerübergreifenden Zusammenarbeit bedarfsbezogen ab

Die Beteiligten dieser LRV sind sich einig in der Zielsetzung, Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention nachhaltig anzulegen und dabei den jeweils aktuellen Qualitätsanforderungen gerecht zu werden. Dies beinhaltet insbesondere eine Orientierung an den bestehenden Bedarfen auf der Grundlage der Gesundheitsberichterstattung des Landes und der Kommunen. Die weiteren Beteiligten der LRV bringen hier die ihnen zur Verfügung stehenden Informationen in diese ein. Die daraus sichtbaren Ursachen ungleicher Gesundheitschancen bilden einen wesentlichen Ausgangspunkt für die Planung von gemeinsamen Maßnahmen. Besondere Beachtung bei der Planung von Maßnahmen soll die Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen finden. Daran sind alle verantwortlichen Ressorts der Landesverwaltung sowie ggf. der beigetretenen Kommunen im Rahmen ihrer kommunalen Daseinsvorsorge, die für Gesundheitsförderung und Prävention Verantwortung tragen, zu beteiligen. Bei der Umsetzung von Maßnahmen haben Evaluation und Qualitätssicherung einen hohen Stellenwert.

§ 1 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention

(1) Grundlagen dieser LRV sind

- 1 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gemäß § 20a SGB V in Verbindung mit dem Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 – (nachfolgend Leitfaden Prävention) – in der jeweils gültigen Fassung,
- 2 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Gesundheitsförderung in Betrieben gemäß § 20b SGB V in Verbindung mit dem Leitfaden Prävention,
- 3 Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung gemäß § 5 Abs. 1 und Abs. 2 SGB XI,
- 4 Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung gemäß § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI,
- 5 Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung gemäß § 14 Abs. 1 SGB VII,
- 6 Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention des Landes im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 2 und § 7 OGDG sowie des Landesgesundheitsgesetzes (LGG),
- 7 ggf. Leistungen von dieser LRV Beigetretenen im Sinne des § 20 f Abs. 2 Satz 2 und Satz 3 SGB V im Rahmen ihres jeweiligen gesetzlichen Auftrages

(2) Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention auf der Grundlage anderer Rechtsvorschriften – z. B. nach dem SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) – werden von dieser Vereinbarung nicht berührt. Sie gehören nicht zu den Aufgaben und Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherungsträger und werden von dieser Vereinbarung nicht umfasst. Zur Regelung des Zusammenwirkens der zuständigen Leistungsträger, der interdisziplinären Frühförderstellen und der Sozialpädiatrischen Zentren zur Früherkennung und Frühförderung gemäß § 30 Abs. 1 und 2 SGB IX gilt eine separate Landesrahmenvereinbarung.

§ 2 Beitritt

- (1) Macht ein Beitrittsberechtigter im Sinne des § 20 f Abs. 2 Satz 3 SGB V von seinem gesetzlichen Beitrittsrecht Gebrauch, wird er Beteiligter an dieser LRV
- (2) Der Beitritt erfolgt schriftlich durch Abgabe der Beitrittserklärung (Anlage 1 zur LRV). Die Beitrittserklärung enthält Angaben zu den Leistungen des Beitrittsberechtigten und deren Rechtsgrundlagen gemäß § 1 Nr. 7. Die Beitrittserklärung ist an die von den Beteiligten dafür beauftragte Stelle nach § 5 zu richten und wird wirksam mit Zugang

§ 3 Gemeinsame Ziele und Handlungsfelder

- (1) Die Beteiligten an der LRV richten im Rahmen dieser Vereinbarung ihre Aktivitäten prioritar auf die in den Bundesrahmenempfehlungen (Anlage 2 zur LRV) festgelegten Ziele und Handlungsfelder entsprechend ihres jeweiligen gesetzlichen Auftrages aus. Dabei sollen auch landesspezifische gesundheitsbezogene Ziele berücksichtigt werden. Für das Land Baden-Württemberg wurden bereits Gesundheitsziele im Rahmen der Gesundheitsstrategie festgelegt (siehe www.gesundheitsdialog-bw.de, „Zukunftsplan Gesundheit“). Die Formulierung weiterer Ziele und die Weiterentwicklung der Gesundheitsziele im Land Baden-Württemberg finden im Rahmen der im LGG in seiner jeweils gültigen Fassung beschriebenen Strukturen und Prozesse statt. Die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die im Bündnis für Arbeit und Gesundheit Baden-Württemberg vereinbarten Ziele (Anlage 3 zur LRV) sind zu berücksichtigen. Die Bündnispartner unterstützen die Entwicklung und Einführung wirksamer und zusätzlicher Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit am Arbeitsplatz und für Arbeitssuchende.
- (2) Grundlage bilden die Daten der Gesundheitsberichterstattung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Die Krankenkassen und die Träger der Renten- und Unfallversicherung werden Informationen und Daten im Rahmen ihrer gesetzlichen und bestehenden technischen Möglichkeiten in den Prozess der gesundheitsbezogenen Zieleplanung einbringen.
- (3) Der Landesausschuss für Gesundheitsförderung und Prävention nach § 8 LGG begleitet die Umsetzung der LRV und erarbeitet Empfehlungen zu landesweiten Strategien und Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Die Beteiligten der LRV informieren regelmäßig die Geschäftsstelle des Landesausschusses über anstehende Projekte, Programme und Maßnahmen sowie Kooperationsmaßnahmen gem. § 4.

§ 4 Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten

- (1) Die Koordinierung von Leistungen gem. § 20f Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V zwischen den Beteiligten der LRV kann in separaten Kooperationsvereinbarungen zwischen den jeweils Beteiligten geregelt werden. Diese können sich auf einzelne Maßnahmen bzw. Projekte beziehen oder Grundsätze zur Vorgehensweise in bestimmten Lebenswelten beinhalten. Des Weiteren ist eine angemessene Eigenleistung der für die Lebenswelten Verantwortlichen festzulegen.
- (2) An den Kooperationsvereinbarungen zu einzelnen Maßnahmen bzw. Projekten sind jeweils zu beteiligen:
 - mindestens eine Krankenkasse und/oder ein Landesverband und/oder ein Träger der Rentenversicherung und/oder ein Träger der Unfallversicherung,
 - mindestens ein Verantwortlicher für die Lebenswelt, in der die Maßnahme/das Projekt durchgeführt wird.

Die Unterzeichner dieser Kooperationsvereinbarung bestimmen dort Naheres zur Kooperation, insbesondere

- (a) den Bezug zu den maßgeblichen Handlungsfeldern und Zielen,
- (b) den Bezug zu den maßgeblichen Rechtsgrundlagen der beteiligten Akteure,
- (c) die geplante Vorgehensweise,
- (d) die konkreten Leistungen/Beiträge aller Unterzeichner,
- (e) die Qualitätssicherung, die Dokumentation und die Evaluation.

An den Kooperationsvereinbarungen, die sich auf Grundsätze zu Vorgehensweisen in bestimmten Lebenswelten beziehen, sind die Sozialversicherungsträger zu beteiligen, die einen Unterstützungs- bzw. Leistungsauftrag für diese Lebenswelt haben, sowie das Ministerium für Soziales und Integration als federführendes Ministerium für die LRV. Sind die Belange eines anderen Ministeriums wesentlich berührt, tritt es an die Stelle des Ministeriums für Soziales und Integration. Liegt ein solcher Fall vor, wird das Ministerium für Soziales und Integration die Partner der Landesrahmenvereinbarung darüber informieren

- (3) Den in § 20f Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 und/oder in § 20f Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V Genannten soll die Möglichkeit gegeben werden, sich an der Kooperationsvereinbarung zu beteiligen.
- (4) Die Beteiligten der LRV streben trägerübergreifende Kooperationen an und informieren sich bedarfsbezogen gegenseitig über ihre jeweiligen Angebote zu Gesundheitsförderung und Prävention
- (5) Soweit Kooperationsvereinbarungen im örtlichen Zuständigkeitsbereich einer Kommunalen Gesundheitskonferenz wirksam werden sollen, ist deren Geschäftsstelle nach Möglichkeit frühzeitig über die entsprechenden Vorbereitungen in geeigneter Form zu informieren. Den Trägern und Akteuren der Kommunalen Gesundheitskonferenzen soll nach Möglichkeit Gelegenheit gegeben werden, sich an den Kooperationsvereinbarungen zu beteiligen.

§ 5 Einbindung der Stiftung für gesundheitliche Prävention

Die Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg kann von Beteiligten der LRV mit der Durchführung bestimmter trägerübergreifender Projekte und Aufgaben betraut werden. Hierzu wird eine entsprechende Vereinbarung geschlossen. Diese beinhaltet auch Angaben über die jeweiligen Beiträge der Beteiligten dieser Vereinbarung.

§ 6 Klärung von Zuständigkeitsfragen

- (1) Die Krankenkassen und die Träger der Rentenversicherung sowie der Unfallversicherung sind grundsätzlich über das Leistungsspektrum von Kranken-, Renten- und Unfallversicherung zu Gesundheitsförderung und Prävention informiert und unterrichten bei Bedarf die Träger von Lebenswelten über bestehende Unterstützungsmöglichkeiten

- (2) Die Krankenkassen und die Träger der Rentenversicherung sowie der Unfallversicherung stimmen sich bedarfsbezogen in geeigneter Form über Zuständigkeitsfragen bei Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention ab

§ 7 Gegenseitige Beauftragung nach dem SGB X

Die Krankenkassen, ihre Landesverbände, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung können sich gegenseitig mit der Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention beauftragen, wenn die Voraussetzungen des § 88 SGB X gegeben sind.

§ 8 Laufzeit, Kündigung, Anpassung

- (1) Diese LRV ist unbefristet und tritt mit Unterzeichnung der Beteiligten in Kraft
- (2) Ein Beitrittsberechtigter, welcher der LRV gem. § 2 beigetreten ist, kann seinen Beitritt mit einer Frist von 3 Monaten jeweils zum 31.12. eines Jahres, erstmals zum 31.12.2017, gegenüber der in § 2 Abs. 2 genannten Stelle schriftlich kündigen. Die Beteiligung der übrigen Beteiligten einschließlich weiterer Beigetreter wird dadurch nicht berührt.
- (3) Die LRV endet, wenn sie durch eine neue LRV ersetzt wird, die dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 20f SGB V entspricht. Die neue LRV kommt zustande mit Unterzeichnung der gemäß § 20f Abs. 1 SGB V vorgesehenen Beteiligten.
- (4) Ein Beteiligter kann unter schriftlicher Angabe erheblicher Gründe auch unterhalb der Schwelle des § 59 SGB X von den anderen Beteiligten eine Änderung der LRV unter angemessener Berücksichtigung seiner erheblichen Gründe verlangen. Die Beteiligten haben hierüber innerhalb von sechs Monaten zu entscheiden.
- (5) Die LRV endet, wenn ihre gesetzliche Grundlage ersatzlos wegfällt

§ 9 Schlussbestimmungen

- (1) Alle Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform, dies gilt auch für einen Verzicht auf das Schriftformerfordernis selbst. Mündliche Nebenabreden sind nicht getroffen
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieser LRV ganz oder teilweise nichtig bzw. unwirksam oder nicht durchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Die Beteiligten werden die nichtigen bzw. unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmungen durch wirksame Bestimmungen ersetzen, die dem gewollten Inhalt möglichst nahe kommen

Anlagen

- Anlage 1 Beitrittserklärung
- Anlage 2. Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V einschließlich der Anlagen (entnommen)
- Anlage 3. Bündnis für Arbeit und Gesundheit Baden-Württemberg

Stuttgart, den 19.10.2016

Krankenkassen und ihre Verbände

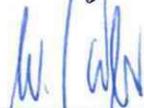

AOK Baden-Württemberg


BKK Landesverband Süd

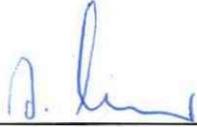

IKK classic


Knappschaft Regionaldirektion München

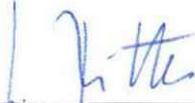

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)


Walter Scheller
vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg

Träger der Rentenversicherung



Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg



Deutsche Rentenversicherung Bund



Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See

Träger der Unfallversicherung



Unfallkasse Baden-Württemberg



Landesverband Südwest der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV)



Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft

Land Baden-Württemberg



Land Baden-Württemberg
vertreten durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg

**Erklärung über den Beitritt
gemäß § 2 der LRV zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie
gemäß § 20f Abs. 2 Satz 3 SGB V im Land Baden-Württemberg**

(Beitrittserklärung)

Hiermit erklären wir,

Name, Anschrift des Beitretenden

.....
.....
.....

verbindlich unseren Beitritt zur LRV zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Land Baden-Württemberg in der Fassung vom 19.10.2016.

Rechtsgrundlagen und Leistungen des Beitrittsberechtigten:

Ort, Datum

Unterschrift Beitretender

vertreten durch:
Name, Vorname,
Funktion beim Beitretenden

.....
.....
.....



Bundesrahmenempfehlungen

der Nationalen Präventionskonferenz

nach § 20d Abs. 3 SGB V

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

Mitglieder mit Stimmrecht:

- Gesetzliche Krankenversicherung: GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen (zwei Sitze)
- Soziale Pflegeversicherung: GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Pflegekassen (zwei Sitze)
- Gesetzliche Unfallversicherung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (jeweils ein Sitz)
- Gesetzliche Rentenversicherung: Deutsche Rentenversicherung Bund (zwei Sitze)
- [Im Falle einer angemessenen finanziellen Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung an Programmen und Projekten im Sinne dieser Bundesrahmenempfehlungen erhält der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e.V. einen Sitz mit Stimmrecht]

Mitglieder mit beratender Stimme:

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

An der Vorbereitung der Bundesrahmenempfehlungen waren beteiligt:

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

Zu diesen Bundesrahmenempfehlungen wurde das Benehmen mit folgenden Partnern hergestellt

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

Inhalt

1. Präambel	5
2. Grundsätze	5
3. Gemeinsame Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder	10
3.1 Ziel Gesund aufwachsen	12
3.1.1 Zielgruppen werdende und junge Familien, Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende	12
3.2 Ziel Gesund leben und arbeiten	17
3.2.1 Zielgruppe Personen im erwerbsfähigen Alter – Erwerbstätige	17
3.2.2 Zielgruppe Personen im erwerbsfähigen Alter – Arbeitslose Menschen	22
3.2.3 Zielgruppe Ehrenamtlich tätige Personen	23
3.3 Ziel Gesund im Alter	26
3.3.1 Zielgruppe Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune	26
3.3.2 Zielgruppe Bewohnerinnen / Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen	27
4. Dokumentations- und Berichtspflichten	30
5. Schlussbestimmungen	30

1. Präambel

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) hat im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention die folgenden bundeseinheitlichen trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen (Bundesrahmenempfehlungen) beschlossen. Die Rahmenempfehlungen dienen der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und in Betrieben zuständigen Träger und Stellen insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, zu beteiligender Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten. Sie sind beim Beschluss der trägerübergreifenden Rahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie in den Ländern, unter Beachtung der länderspezifischen Bedarfe, durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (auch für die Pflegekassen), die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sowie die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung mit den in den Ländern zuständigen Stellen zu berücksichtigen. Die Bundesrahmenempfehlungen sollen dazu beitragen, die Zusammenarbeit von gesetzlicher Kranken-, Unfall-, Renten- sowie sozialer Pflegeversicherung auf der Grundlage gemeinsamer Ziele¹ untereinander und mit den Zuständigen für die jeweiligen Lebenswelten in Bund, Ländern, Kommunen und weiteren Sozialversicherungsträgern zu stärken.

2. Grundsätze

Die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie sozialen Pflegeversicherung unterstützen Lebensweltverantwortliche und Betriebe bei ihren Aktivitäten zur Umsetzung von gesundheitsförderlichen und präventiven Interventionen bzw. ihren Verpflichtungen zum Arbeitsschutz. Ziel ist es, die Menschen dabei zu stärken, ihre Gesundheitspotenziale auszuschoffen sowie den Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen zu fördern.

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

- Kommunen²
- Kindertagesstätten
- Sonstige Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Freizeitgestaltung
- Allgemeinbildende und berufsbildende Schulen
- Hochschulen

¹ Hierbei werden die im Präventionsgesetz genannten Ziele berücksichtigt.

² Innerhalb von Kommunen (Städte, Landkreise und Gemeinden) können weitere Differenzierungen z. B. nach Stadt-/Ortstellen oder nach speziellen Einrichtungen z. B. für Jugendliche, Alleinerziehende, Seniorinnen und Senioren, Arbeitslose oder Generationen übergreifende Einrichtungen sinnvoll sein. Gemeinde übergreifende Ansätze bieten sich z. B. im ländlichen Raum an.

- Betriebe³
- Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen
- Einrichtungen der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung

Die Kommune (auch Stadtteil/Quartier) ist eine Lebenswelt von besonderer Bedeutung, weil sie die anderen in der Aufzählung genannten Lebenswelten umgreift. In der Lebenswelt Kommune werden auch Zielgruppen erreicht, die nicht über eine der anderen genannten Lebenswelten erreicht werden können (z. B. allein lebende Ältere, Arbeitslose, Selbständige, Freiberufler, Hausfrauen/-männer, Erwerbsgeminderte). Darüber hinaus besitzen Kommunen – zusätzlich zu und auch unabhängig von ihrer Trägerverantwortung für einzelne weitere Lebenswelten wie Kindertagesstätten und Schulen – politische Gestaltungskompetenz für ihr Gebiet.

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: niedriger Bildungsstand, niedrige berufliche Stellung bzw. Erwerbslosigkeit und geringes Einkommen) ohne Stigmatisierung erreicht werden können. Dies gelingt z. B. in Kommunen mit niedrigem durchschnittlichem Pro-Kopf-Einkommen bzw. hohem Anteil an Arbeitslosen, Empfängerinnen und Empfängern von Grundsicherung nach SGB II oder Migrantinnen und Migranten, Fördergebieten des Städtebauförderungsprogramms Soziale Stadt sowie Kommunen bzw. Einrichtungen im ländlichen Raum mit schlechter Infrastruktur und einem hohen Anteil älterer Menschen. Leistungen sind auf Basis der in der jeweiligen Lebenswelt ermittelten Bedarfe zu erbringen. Hierbei sollten auch die im Rahmen der Gesundheits- und Sozialberichterstattung erhobenen Daten der Länder (und ggf. Kommunen) sowie die Daten der Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung berücksichtigt werden.

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.

Der Schutz vor Krankheiten und Unfällen und die Förderung von Gesundheit, Sicherheit und gesellschaftlicher Teilhabe in Lebenswelten bilden gesamtgesellschaftliche Aufgaben mit vielen Zuständigen und Verantwortlichen. Wesentliche Ansatzpunkte für eine präventive, gesundheits-, sicherheits- und teilhabeförderliche Lebensweltgestaltung sind regulative Eingriffe (z. B. Rauchverbote zum Nichtraucherschutz), die Ausstattung mit einer die Gesundheit fördernden Infrastruktur (z. B. für Erholung, Sport und ausgewogene Ernährung), die Berücksichtigung gesundheitlicher Belange (z. B. in Lehrplänen und Curricula) durch die Verantwortlichen für die jeweiligen

³ Der Begriff „Betrieb“ schließt mit Blick auf die Zielgruppe Beschäftigte u. a. auch Bildungseinrichtungen (Kindertagesstätten, Schulen, Hochschulen etc.) Einrichtungen der Behindertenhilfe und Werkstätten für Behinderte sowie Pflegeeinrichtungen mit ein.

Lebenswelten sowie die gesundheitliche Aufklärung. Das erfordert die Bereitschaft zu Ressort- und auch Sozialversicherungszweige übergreifendem Handeln und die Bereitschaft, effektive und aufeinander abgestimmte Maßnahmen zu implementieren bzw. bestehende effektive Maßnahmen miteinander zu verzahnen. Die nach § 20f SGB V zu schließenden Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie leisten einen Beitrag zu dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe.

Mit den Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen von gesetzlicher Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie sozialer Pflegeversicherung sollen die für die Lebenswelten Verantwortlichen bei der präventiven sowie gesundheits-, sicherheits- und teilhabeförderlichen Weiterentwicklung ihrer jeweiligen Lebenswelt unterstützt werden. Voraussetzung für ein entsprechendes Engagement ist, dass die für die Lebenswelt Verantwortlichen – Träger der Lebenswelt und politisch Verantwortliche – bereit sind, die Umsetzung bedarfsgerechter präventiver und gesundheitsförderlicher Aktivitäten in der jeweiligen Lebenswelt zu unterstützen sowie auf eine dauerhafte Implementierung hinzuwirken. Für die Leistungen der GKV ist eine angemessene Eigenleistung der für die Lebenswelt Verantwortlichen in § 20a Abs. 2 SGB V als gesetzliche Voraussetzung verankert. Durch gemeinsame und gleichgerichtete Anstrengungen der Verantwortlichen für die Lebenswelten und der sie unterstützenden Träger der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung entsteht der größte Mehrwert für die Gesundheit – insbesondere dann, wenn bei der Planung und Umsetzung konkreter Maßnahmen die Zielgruppen partizipativ eingebunden und bestehende Strukturen auf Landes- bzw. regionaler Ebene, auch unter Einbeziehung weiterer Akteure, genutzt werden.

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz wirken in gemeinsamer Verantwortung darauf hin, die Lebenswelten, für die sie einen gesetzlichen Unterstützungs- bzw. Leistungsauftrag haben, so zu gestalten, dass Gesundheit gefördert und gesundheitliche Risiken vermindert werden.⁴

- Die **gesetzlichen Krankenkassen** erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte gemäß § 20a Abs. 1 SGB V sowie Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben gemäß §§ 20b und 20c SGB V. Mit den Leistungen sollen unbeschadet der Aufgaben Anderer insbesondere gesundheitsförderliche Strukturen in den Lebenswelten aufgebaut und gestärkt werden. Hierzu erheben die Krankenkassen unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelten Verantwortlichen⁵ die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale, entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Bei Maßnahmen, die auf arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken in Betrieben ausgerichtet sind (§ 20c Abs. 1 SGB V), werden die Ergebnisse vorliegender Gefährdungsbeurteilungen nach dem Arbeitsschutzgesetz und der DGUV Vorschrift 1 (Grundsätze der Prävention) berücksichtigt. Außer-

⁴ Lebenswelten wie z.B. Betriebe und Bildungseinrichtungen eignen sich darüber hinaus auch als Zugangswege zur Erreichung von Zielgruppen für Leistungen zum Schutz vor übertragbaren Erkrankungen wie insbesondere Schutzimpfungen. In Betrieben unterstützen die Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Fachkräfte für Arbeitssicherheit die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei der Wahrnehmung der Verantwortung.

dem fordern die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den zuständigen Behörden der Länder die Schutzimpfungen ihrer Versicherten (§ 20i Abs. 3 SGB V).

- Die **Pflegekassen** erbringen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte gemäß § 5 Abs. 1 SGB XI.
- Die **gesetzlichen Unfallversicherungsträger** haben gemäß § 14 Abs. 1 SGB VII mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Sie sollen dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen.
- Die **gesetzlichen Rentenversicherungsträger** erbringen gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben. Mit den Leistungen sollen die Kompetenz und die Motivation für gesundheitsförderliches Verhalten erhöht, Informationen und Fähigkeiten zu den Themen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung vermittelt sowie die Zusammenhänge zwischen Lebensführung und der Entstehung und / oder der Verschlimmerung von Krankheiten anschaulich und mit Bezügen auf den Lebensalltag der Versicherten vermittelt werden. Es handelt sich um verhaltenspräventive Leistungen, die der / dem einzelnen Versicherten zur Verfügung gestellt werden, um die Erwerbsfähigkeit mittel- bis langfristig zu sichern.

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

Die vorliegenden Bundesrahmenempfehlungen legen Ziele und Handlungsfelder mit gemeinsamer Verantwortung sowie Verfahrensgrundsätze für die Zusammenarbeit fest. Sofern lebensweltbezogene Aktivitäten eines Trägers den Zuständigkeitsbereich eines oder mehrerer anderer Träger berühren, sollen diese sich wechselseitig über ihre Vorhaben in der entsprechenden Lebenswelt informieren und bedarfsbezogen Absprachen über eine Zusammenarbeit treffen. Die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung machen ihre lebensweltbezogenen Leistungen gemäß diesen Bundesrahmenempfehlungen transparent und stimmen sich bezüglich eines Vorgehens ab. Dies dient auch dem Ziel, dass Maßnahmen zugunsten einer Zielgruppe sich nicht nachteilig auf eine andere Zielgruppe auswirken. Die wechselseitige Information, Abstimmung und Zusammenarbeit der Träger untereinander und mit weiteren Verantwortlichen – bis hin zur gemeinsamen Durchführung von Maßnahmen – ist in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie auf der Landesebene zu regeln. Die Träger nehmen ihre jeweiligen gesetzlichen Aufgaben eigenständig wahr, Aufgaben- und Kostenverlagerungen untereinander und von Dritten auf die Träger sind auszuschließen.

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

- Rahmenvereinbarung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (Oktober 2009, Anlage 1)
- Empfehlung zur Zusammenarbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der gesetzlichen Krankenversicherung zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit (Februar 2012, Anlage 2)
- Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune (Mai 2013, Anlage 3)
- Kooperationsvereinbarung zur Förderung gemeinsamer Aktivitäten bei der Umsetzung der GDA⁶-Arbeitsprogramme 2013-2018 sowie der Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der Gesetzlichen Krankenversicherung (Juni 2015, Anlage 4)

Diese Vereinbarungen gelten grundsätzlich weiter und unterstützen die Umsetzung auch dieser Bundesrahmenempfehlungen. Sie können auf deren Basis angepasst und um weitere lebensweltbezogene Vereinbarungen ergänzt werden.

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

- Für die **gesetzliche Krankenversicherung**
 - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes nach § 20 SGB V (Leitfaden Prävention in der Fassung vom 10. Dezember 2014, www.gkv-spitzenverband.de)
- Für die **gesetzliche Unfallversicherung** insbesondere
 - Präventionsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger, April 2009 (http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/aus_weiter/documents/praev_leist.pdf)
 - Gemeinsames Verständnis zur Ausgestaltung des Präventionsfeldes „Gesundheit im Betrieb“ durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der DGUV, September 2011 (www.dguv.de WebCode d138325)
 - Qualitätskriterien im Präventionsfeld „Gesundheit im Betrieb“ der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der DGUV (www.dguv.de WebCode d138333)
 - Fachbereiche der DGUV als Kompetenz-Netzwerk Prävention der DGUV (u.a. Erarbeitung des Vorschriften- und Regelwerks der Unfallversicherungsträger) (<http://www.dguv.de/de/Prävention/Fachbereiche-der-DGUV/index.jsp>)
 - Qualitätsverbund Qualifizierung (QVQ) und Qualitätsrahmenmodell für die Aus- und Fortbildung durch die Unfallversicherungsträger (www.dguv.de WebCode d101144)

⁶ GDA: Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie

- Für die **gesetzliche Rentenversicherung**
 - Rahmenkonzept zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI (RV-Leitfaden Präventionsleistungen der Rentenversicherungsträger in der Fassung vom 22. September 2014)
- Für die **soziale Pflegeversicherung** werden entsprechende Kriterien in Anlehnung an die Kriterien der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit entwickelt.

3. Gemeinsame Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder

Zielgerichtete Leistungen von gesetzlicher Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie sozialer Pflegeversicherung (Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung) leiten sich insbesondere aus epidemiologischen und gesellschaftlichen Herausforderungen ab (z. B. Wandel von akuten zu chronischen Erkrankungen und psychischen Erkrankungen, Entwicklung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, demografischer Wandel). Die wesentlichen Gesundheitsprobleme der Bevölkerung (entsprechend den Indikatoren ambulante und stationäre Morbidität, Krankheitskosten, Arbeitsunfähigkeit, Sterblichkeit, vorzeitige Berentung) sind insbesondere die chronischen nichtübertragbaren Erkrankungen⁷. Sie werden in ihrer Entstehung durch verbreitete Risikofaktoren (insbesondere Bewegungsmangel, Fehl- und Überernährung, beruflicher und privater Stress, Gewalterfahrungen, Rauchen, Alkoholkonsum) begünstigt. Außerdem gewinnen psychische Belastungen, die sich in allen Lebensbereichen manifestieren können, an Bedeutung. In der Arbeitswelt schlägt sich dies auch in der gesetzlichen Klarstellung nieder, psychische Belastungsfaktoren im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung zu berücksichtigen. Aufgrund des demografischen Wandels ist eine gezielte und nachhaltige Förderung der Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Motivation der Beschäftigten, auch unter Berücksichtigung der Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention sinnvoll, um ein Arbeiten in Gesundheit auch für Ältere und ein gesundes Leben im Alter zu ermöglichen.

Chronische nichtübertragbare Erkrankungen sind in starkem Maße mit sozialen Faktoren, wie insbesondere Bildung, Berufsstatus und Einkommen, assoziiert. Hieraus resultierende sozialbedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu reduzieren ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die das Engagement zahlreicher Verantwortlicher auch außerhalb des Gesundheitswesens erfordert. Die Sozialversicherungsträger leisten mit ihren Maßnahmen im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie dazu einen Unterstützungsbeitrag. Nachhaltige Effekte sind insbesondere dann zu erzielen, wenn auch die anderen Akteure diesbezüglich ihre Verantwortung wahrnehmen.

⁷ Herz-Kreislauferkrankungen (insbesondere Herzinfarkte, Schlaganfälle und Krankheiten des cerebro-vaskulären Systems), Diabetes mellitus (insbes. Typ 2), Adipositas, bösartige Neubildungen, Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, chronische Lungen- und Atemwegserkrankungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie psychische / psychosomatische Krankheiten einschließlich Suchterkrankungen.

Aufgabe der Prävention sowie der Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung ist die Reduktion von lebens- und arbeitsweltbedingten Risiken, die Reduktion insbesondere chronischer nichtübertragbarer Erkrankungen durch Senkung der ihnen zugrunde liegenden Risikofaktoren und gleichzeitig die Stärkung allgemeiner (krankheitsunspezifischer) gesundheitlicher Ressourcen und Kompetenzen der Bürgerinnen und Bürger. Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sollen Lebenswelten und die dortigen Rahmenbedingungen menschengerecht gestalten und gesundheitsförderlich weiterentwickeln sowie die hier lebenden und arbeitenden Menschen bei der Aufnahme und Verstärkung gesundheitsförderlicher und sicherheitsrelevanter Verhaltensweisen unterstützen. Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe sollen systematisch in die Prozesse und Strukturen der Lebenswelten integriert werden. Dabei stellen insbesondere

- Partizipation der Zielgruppen
- Konzeptbasiertes Vorgehen unter Verwendung möglichst evidenzbasierter Programme
- Stärkung von persönlicher gesundheitsbezogener Handlungsfähigkeit und Selbstbestimmung
- Integration verhältnis- und verhaltensbezogener Interventionen sowie
- Nachhaltigkeit durch gesundheitsförderliche Strukturen, wie insbesondere Steuerungsgremien für die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten mit allen verantwortlichen Akteuren

förderliche Faktoren für die lebensweltbezogene Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung dar⁸

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

Durch gemeinsame Ziele werden die Anstrengungen der verschiedenen Akteure der Prävention sowie der Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung auf vorrangige gesundheitliche Gestaltungsaufgaben gebündelt. Die gemeinsamen Ziele auf Bundesebene müssen alle Lebenswelten berücksichtigen, Menschen in jeder Lebensphase adressieren und gleichzeitig einen relativ hohen

⁸ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Setting- bzw. Lebensweltansatz der Gesundheitsförderung konzeptionell entwickelt und verbreitet. Ottawa-Charta (1986), Jakarta-Deklaration (1997).

Allgemeinheitsgrad aufweisen⁹. Für die NPK sind folgende am Lebenslauf orientierte gemeinsame Ziele handlungsleitend:

- **Ziel Gesund aufwachsen**
- **Ziel Gesund leben und arbeiten**
- **Ziel Gesund im Alter**¹⁰

Mit dieser Zielesystematik können im Grundsatz alle Menschen mit lebensweltbezogenen Präventions-, Gesundheitsförderungs-, Sicherheits- bzw. Teilhabeangeboten erreicht werden. Da Menschen in der Regel mehrere gesellschaftliche Rollen einnehmen, bieten Lebenswelten komplementäre Zugangsmöglichkeiten – Beschäftigte sind bspw. gleichzeitig in der betrieblichen Gesundheitsförderung und ggf. als Eltern durch Aktivitäten in Kita und Schule erreichbar¹¹.

Gesetzliche Krankenkassen, gesetzliche Unfallversicherungsträger, gesetzliche Rentenversicherungsträger und Pflegekassen bringen sich entsprechend ihrer gesetzlichen Mitgestaltungsverantwortung gemäß diesen Bundesrahmenempfehlungen mit ihren zielbezogenen Umsetzungsaktivitäten ein. Sie legen dabei auch ihre jeweiligen tragerspezifischen Ziele-Festlegungen sowie die Präventions- und Gesundheitsförderungsziele übergreifender Initiativen von bundesweiter Bedeutung zugrunde. Dies sind insbesondere die auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommision erstellte Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Ziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus den vorangegangenen GDA-Perioden. Für die Periode ab 2019 streben die Träger der Nationalen Präventionskonferenz an, das Ziel „Gesund leben und arbeiten“ mit den Zielen der GDA zu einem einheitlichen Zielesystem zu verknüpfen.

3.1 Ziel Gesund aufwachsen

3.1.1 Zielgruppen werdende und junge Familien, Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende

Werdende und junge Familien sowie Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende sind wichtige Zielgruppen präventiver und gesundheitsförderlicher Bemühungen. Für werdende und junge Familien sowie Kinder und Jugendliche (einschließlich junger Erwachsener in Ausbildung und Studium) haben Krankenkassen einen Unterstützungsauftrag, um zusammen mit weiteren verantwortlichen Partnern ein gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche zu erleichtern und persönliche Gesundheitskompetenzen zu fördern. Die Unfallversicherungsträger haben für Kinder und Jugendliche (einschließlich junger Erwachsener) in Bildungseinrichtungen einen Unter-

⁹ Konkretisierungen und Schwerpunktbildungen gemäß regionaler Bedarfe für die Tätigkeit der für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung Zuständigen und Verantwortlichen werden in den Landesrahmenvereinbarungen verankert. Die Bundesrahmenempfehlungen bilden für alle denkbaren Schwerpunktbildungen einen allgemeinen Rahmen.

¹⁰ Der Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ hat ebenfalls am lebenslauf orientierte Ziele definiert: Nationales Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ (2010), Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ (2012), auch die übrigen Ziele von „gesundheitsziele.de“ weisen Bezüge zu den am lebenslauf orientierten Zielen dieser Bundesrahmenempfehlungen auf.

¹¹ Darüber hinaus stehen GKV-Versicherten Angebote der individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V zur Verfügung.

Stützungs-auftrag Für die Bildungseinrichtungen *als Betriebe* haben die gesetzlichen Krankenkassen, gesetzlichen Unfallversicherungsträger und gesetzlichen Rentenversicherungsträger einen Unterstützungsauftrag (s. hierzu Ziel *Gesund leben und arbeiten*)

Werdende und junge Eltern¹² zeigen sich tendenziell besonders empfänglich für Gesundheitsthemen. Insbesondere Alleinerziehende und ihre Kinder sind durch ihre Lebenslage häufig erheblichen psychosozialen und materiellen Belastungen ausgesetzt und sollten bei Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten daher besonders berücksichtigt werden.

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

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

Ältere Jugendliche und junge Erwachsene werden außer durch Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb / am Arbeitsplatz (siehe Ziel *Gesund leben und arbeiten*) auch durch Prävention und Gesundheitsförderung an Berufsschulen und Hochschulen erreicht.

Alle Bildungseinrichtungen sind zugleich Betriebe. Für Betriebe und deren Beschäftigte kommen Aktivitäten zum Ziel *Gesund leben und arbeiten* in Betracht (siehe 3.2.1). Die Wirkung von Aktivitäten zum Ziel *Gesund aufwachsen* kann durch eine Verknüpfung mit Aktivitäten zum Ziel *Gesund leben und arbeiten* verstärkt werden.

Länder und Kommunen, auch in ihrer Rolle als Einrichtungsträger, gestalten maßgeblich die Entwicklung eines förderlichen Umfeldes für ein gesundes und sicheres Aufwachsen. Es liegt auch in ihrer Verantwortung, für die Sicherheit und Gesundheit der Zielgruppen in den Lebenswelten zu sorgen. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz sehen einen besonderen Bedarf bei der Ermöglichung ausreichender Bewegung und gesunder Verpflegung in Schulen und Kitas sowie bei der Resilienzförderung und Gewaltprävention. Diese Aufgaben betreffen die Gesetzgebung (z. B.

¹² Unabhängig von Lebensweltangeboten stehen GKV-Versicherten insbesondere für die medizinische und pflegerische Unterstützung während der Schwangerschaft, für die Geburt und einige Monate nach der Geburt Leistungen der Hebammenhilfe nach §§ 24d ff. V.m. dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a Abs. 1 SGB V zur Verfügung.

Verankerung der Prävention und Gesundheitsförderung in den Schul- und Kita-Gesetzen), die Lehrplangestaltung (z. B. Schulsport, Gesundheitskompetenz) und die Haushaltspolitik (z. B. Bereitstellung ausreichender Ressourcen für gesunde Schul- und Kita-Verpflegung).

Gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung tragen zur Umsetzung des Ziels *Gesund aufwachsen* durch folgende Leistungen / Aktivitäten bei:

Gesetzliche Krankenkassen

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

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

- Bewegungsförderung
- Förderung gesunder Ernährung
- Stärkung psychischer Ressourcen
- Stressreduktion / Entspannung
- Förderung eines gesundheitsgerechten Umgangs miteinander / Gewaltprävention
- Prävention von Suchtmittelkonsum
- Gesundheitsbezogene Elternkompetenzen
- Förderung der Inanspruchnahme empfohlener Schutzimpfungen
- weitere Themen nach Bedarf der Zielgruppe, die gesundheitliche Aspekte berücksichtigen

Gesetzliche Unfallversicherungsträger

Die Unfallversicherungsträger haben im Rahmen ihrer Präventionsleistungen in Bildungseinrichtungen folgende Schwerpunkte:

- Prävention von Unfällen
- Psychische Gesundheit
- Gewaltprävention
- Förderung von Bewegung, Spiel und Sport
- Vermittlung von Sicherheits- und Gesundheitskompetenzen
- Verkehrserziehung
- Förderung einer Präventions- und Sicherheitskultur

Die gesetzlichen Krankenkassen und gesetzlichen Unfallversicherungsträger orientieren sich am Gesundheitsförderungsprozess im Sinne eines Lernzyklus sowie an einem Ansatz, Sicherheit und Gesundheit systematisch in die Lebensweltprozesse zu integrieren. Dabei streben sie Nachhaltigkeit durch Strukturbildung (z. B. Steuerungsgremium) an. Sie arbeiten bei der Prävention, Gesundheits- und Sicherheitsförderung zum Ziel „Gesund aufwachsen“ eng zusammen und beteiligen sich an Gremien zur wechselseitigen Abstimmung und Koordination auf Landes- und kommunaler Ebene. Formen der Zusammenarbeit sind die gegenseitige Information über geplante und durchzuführende Maßnahmen, die Abstimmung über jeweils geplante Maßnahmen sowie die trägerübergreifende Maßnahmenplanung, -finanzierung, -durchführung und -bewertung¹³.

Die NPK unterstützt zielbezogene ressortübergreifende kommunale Strategien der Gesundheitsförderung. Über die kommunalen Zuständigkeiten und Handlungsfelder hinweg sollen gesundheits- und sicherheitsförderliche Angebote an den Übergängen der kindlichen Entwicklung bis zum Einstieg ins Erwachsenenalter miteinander verzahnt und bedarfsgerecht gestaltet werden („Präventionsketten“). Hierbei sind bereits bestehende effektive Strukturen und Präventionsmaßnahmen in den Settings, wie z. B. die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V¹⁴, zu berücksichtigen.

¹³ Vgl. hierzu Kapitel 2 Grundsätze

¹⁴ Rahmenempfehlung zur Förderung der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V insbesondere in Kindergärten und Schulen der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen in Abstimmung mit der Bundeszahnärztekammer, dem deutschen Ausschuss für Jugendzahnpflege e.V. (heute Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.), dem Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vom Juni 1993

Übersicht 1 Ziel „Gesund aufwachsen“ Zielgruppen, Handlungsfelder, Beiträge der Mitgliedsorganisationen der NPK-Träger und zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen

Zielgruppe	Handlungsfeld	Beiträge der beteiligten Sozialversicherungsträger	Zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen*
Werdende und junge Familie	Familienbezogene Prävention und Gesundheitsförderung	GKV: Aktivitäten zur Umsetzung des lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsziels ‚Kom-mune‘, Leistungen nach dem Setting-Ansatz Kommune des Leitfadens Prävention	Öffentliche und freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe
Kinder und ihre Eltern in der Kita-Phase	Prävention, Gesundheits- und Sicherheitsförderung in Kindertagesstätten	GKV: Leistungen nach dem Setting-Ansatz Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte des GKV-Leitfadens Prävention GUV: Präventionsleistungen nach dem Ansatz der Guten gesunden Kita (Konzept wird derzeit entwickelt)	Kita-Träger und Träger von anderen Betreuungseinrichtungen, Kommunen (auch unabhängig von etwaiger Trägerschaft), freigemeinnützige Organisationen wie z. B. Sportvereine
Kinder und Jugendliche im Schulalter bzw. in der Ausbildung	Prävention, Gesundheits- und Sicherheitsförderung in Schulen (einschl. berufsbildender Schulen) und Freizeiteinrichtungen	GKV: Aktivitäten zur Umsetzung der lebensweltbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele, Leistungen nach dem Setting-Ansatz Gesundheitsfördernde Schule des Leitfadens Prävention GUV: Präventionsleistungen nach dem Konzept „Mit Gesundheit gute Schule entwickeln“ (DGUV Information 202-083)	Länder, Schulträger, Kommunen (auch unabhängig von etwaiger Trägerschaft), freigemeinnützige Organisationen wie z. B. Sportvereine
Jugendliche und junge Erwachsene im Studium	Prävention, Gesundheits- und Sicherheitsförderung in Hochschulen	GKV: Leistungen nach dem Setting-Ansatz des Leitfadens Prävention GUV: Maßnahmen nach dem Präventionsleistungskatalog	Hochschulen, Kommunen, freigemeinnützige Organisationen wie z. B. Sportvereine, Hochschulsport, Studierendwerke
* Exemplarische Nennung, weitere Organisationen, Einrichtungen und Akteure (z. B. Länder / Öffentlicher Gesundheitsdienst, Netzwerke oder freigemeinnützige Organisationen etwa aus dem Ernährungs- und / oder Bewegungsbereich) können sich themenbezogen und in Abhängigkeit der regionalen Bedarfe und Möglichkeiten mit Ressourcen einbringen			

3.2 Ziel Gesund leben und arbeiten

3.2.1 Zielgruppe Personen im erwerbsfähigen Alter – Erwerbstätige

Der Erwerbsarbeit kommt ein hoher Stellenwert für die Gesundheit der Beschäftigten zu. Einerseits besitzt die Erwerbsarbeit ein großes gesundheitsförderndes Potenzial, da Arbeit die persönliche Identität des Einzelnen positiv prägt, Sinn und sozialen Zusammenhalt stiftet und für die Sicherung des Wohlstandes und des sozialen Status wesentlich ist. Andererseits können sich Arbeitsbedingungen auch nachteilig auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirken. Für das Ziel „Gesund leben und arbeiten, Zielgruppe „Personen im erwerbsfähigen Alter – Erwerbstätige“¹⁵, haben die gesetzlichen Krankenkassen, gesetzlichen Unfallversicherungsträger und gesetzlichen Rentenversicherungsträger einen Unterstützungs- bzw. Leistungsauftrag.

Um Unfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, haben Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber Pflichten der Arbeitsschutzgesetze und -verordnungen zu erfüllen und u. a. Arbeit menschengerecht zu gestalten, wobei die Arbeitsschutzbehörden der Länder und die gesetzlichen Unfallversicherungsträger sie unterstützen. Da Erwerbstätige einen großen Teil ihrer Lebenszeit am Arbeitsplatz verbringen, sind Betriebe auch ein geeignetes Setting für Maßnahmen der Gesundheitsförderung – zum einen, um Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten, zum anderen, um Beschäftigte bei einem gesundheitsgerechten Lebensstil zu unterstützen. Von den gesetzlichen Krankenkassen initiierte und begleitete Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention stehen bedarfsbezogen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unabhängig von ihrem arbeitsrechtlichen Status offen. Dabei können in besonderer Weise Zielgruppen erreicht werden, die Angebote im Bereich der individuellen Gesundheitsförderung und Prävention nur zu einem geringen Anteil nutzen, z. B. Auszubildende und jüngere Beschäftigte, aber auch Beschäftigtengruppen, die auf Grund von sozial bedingten Lebensumständen über geringere Gesundheitschancen verfügen (gering qualifizierte Beschäftigte, Beschäftigte mit Migrationshintergrund, alleinerziehende Mutter und Vater u. a.). Ein besonderes Augenmerk soll auf Beschäftigte in kleinen und mittleren Betrieben gelegt werden¹⁶, zu denen 99 % aller Betriebe in Deutschland gehören. Verhaltensbezogene Präventionsangebote, wie sie von den Rentenversicherungsträgern dem einzelnen Versicherten angeboten werden, tragen zu einer nachhaltigen Teilhabe am Erwerbsleben und am gesellschaftlichen Leben bei.

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, des Arbeitsschutzes und der Teilhabe sollen bedarfsgerecht aufeinander bezogen werden.

Gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen fordern die Vereinbarkeit von Beruf und anderen Lebensbereichen und beeinflussen damit mittelbar auch wichtige gesundheitsrelevante Bedingun-

gen in den Familien und damit die Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.

Gesetzliche Krankenversicherung Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V sind für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber grundsätzlich freiwillig¹⁷. Gesundheitsförderungsleistungen von gesetzlichen Krankenkassen dienen insbesondere dem Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher betrieblicher und überbetrieblicher Strukturen. Im Rahmen eines systematischen Vorgehens werden auf der Grundlage einer Beurteilung der gesundheitlichen Situation der Versicherten, einschließlich der Risiken und Potenziale, unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen ermittelt. Leistungen sind vorrangig auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken hin ausgerichtet (§ 20c Abs. 1 SGB V), dabei werden die Ergebnisse vorliegender Gefährdungsbeurteilungen nach dem Arbeitsschutzgesetz und der DGUV-Vorschrift 1 (Grundsätze der Prävention) berücksichtigt. Die gesetzlichen Krankenkassen unterstützen die Betriebe auch bei der Evaluation von Präventions- bzw. betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen. In gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen bieten sie Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen Beratung und Unterstützung an (§ 20b Abs. 3 SGB V). Dies umfasst die Information über die Leistungen und die Klärung über die Erbringung der Leistung im Einzelfall. Die gesetzlichen Krankenkassen entwickeln Modellprojekte, fördern den Wissenstransfer zu Best-Practice und evidenzbasierten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zur Prävention im betrieblichen Setting und bringen sich in entsprechende Experten- und Unternehmensnetzwerke ein.

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

¹⁵ Die Zielgruppe Erwerbstätige umfasst auch freiwillig Beschäftigte im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes (BFD), des Freiwilligen Sozialen Jahres (FSJ) und des Freiwilligen Ökologischen Jahres (FÖJ).

¹⁶ Insbesondere bei Klein- und Familienunternehmen wird der Fokus auch auf Sicherheit und Gesundheit von Heranwachsenden und sog. Alteilern gelegt (vor allem im landwirtschaftlichen Bereich).

¹⁷ Werden im Rahmen einer durch die gesetzlichen Krankenkassen durchgeführten oder geforderten Untersuchung zur gesundheitlichen Situation im Betrieb arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren ermittelt, so ist der Arbeitgeber / die Arbeitgeberin für entsprechende Maßnahmen verantwortlich.

Gesetzliche Rentenversicherung: Die verhaltenspräventiven Maßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherungsträger zur systematischen Sicherung der Erwerbsfähigkeit gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI richten sich an Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung im erwerbsfähigen Alter, die aktiv im Erwerbsleben stehen. Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben und nicht akut erkrankt sind oder einen aktuellen Bedarf an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung haben, können Leistungen der Rentenversicherung zur Primärprävention und zur Gesundheitsförderung erhalten. Darüber hinaus bietet die gesetzliche Rentenversicherung Firmen- bzw. betriebsbezogene Beratungsleistungen, unter anderem zum betrieblichen Gesundheitsmanagement, an.

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

Leistungen/Aktivitäten der **gesetzlichen Krankenkassen**

- Information und Beratung von Betrieben
- 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 Präventions- und Gesundheitsförderungsmultiplikatoren, inkl. gesundheitsgerechter Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung
- Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit zur gesundheitsförderlichen Gestaltung an allen Zielgruppen
- Überbetriebliche Vernetzung und Beratung
- Aktive Mitwirkung in Gremien zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern auf Landes- und kommunaler Ebene

Die Krankenkassen schließen außerdem regionale Vereinbarungen über allgemeine Schutzimpfungen mit Betriebsärztinnen und Betriebsärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Darüber hinaus sollen die gesetzlichen Krankenkassen in ihrer Satzung Anreizsysteme, u. a. für die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen oder für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, vorsehen.

Leistungen/Aktivitäten der **gesetzlichen Unfallversicherungsträger**.

Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger erbringen grundsätzlich folgende Präventionsleistungen:

- Anreizsysteme (z. B. Gutesiegel, Auszeichnungen, Prämienysteme)
- Beratung
- Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung
- Ermittlung (z. B. von Unfallursachen)
- Forschung, Entwicklung und Modellprojekte
- Information und Kommunikation (z. B. Handlungshilfen, Messen, Fachkongresse)
- Prüfung / Zertifizierung
- Vorschriften- und Regelwerk
- Qualifizierung (insbes. betriebliche Akteure des Arbeitsschutzes einschli. Führungskräfte)
- Überwachung einschließlich anlassbezogener Beratung

Dabei werden die Ziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie berücksichtigt, die bis Ende des Jahres 2018 folgende Ziele umfassen:

- Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes
- Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich
- Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung

Leistungen/Aktivitäten der **gesetzlichen Rentenversicherungsträger**

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

Es ist gemeinsames Ziel der Sozialversicherungsträger, den gesetzlichen Arbeitsschutz, das betriebliche Eingliederungsmanagement und die betriebliche Gesundheitsförderung innerbetrieblich systematisch zu institutionalisieren und miteinander zu verzahnen. Die gesetzlichen Krankenkassen sowie die gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherungsträger unterstützen Betriebe bei dieser Aufgabe, insbesondere – unter Nutzung vorhandener Strukturen, z. B. Arbeitsschutzausschuss – auch bei der Etablierung von innerbetrieblichen Steuerungsstrukturen im Rahmen eines Managementansatzes (z. B. des betrieblichen Gesundheitsmanagements). Hierfür ist die frühzeitige Einbeziehung der Betriebsparteien – Betriebsleitung und Betriebs- / Personalrat – unabdingbar.

Kooperationen mit den Sozialpartnern (Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften) auf regionaler Ebene können eine nachhaltige Verankerung zusätzlich unterstützen

Die gesetzlichen Krankenkassen sowie die gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherungsträger sollen sich wechselseitig über ihre Vorhaben in einem Betrieb informieren¹⁸. Eine eventuelle Einbindung der jeweils anderen Partner ist im Benehmen mit dem Betrieb zu klären. Bedarfsbezogen sollten Absprachen getroffen werden, wie sich die Beteiligten entsprechend ihrer gesetzlichen Zuständigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen in gemeinsame Aktivitäten einbringen

Möglichkeiten der Zusammenarbeit¹⁹ von gesetzlichen Krankenkassen und der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherungsträger im Rahmen ihrer gesetzlichen Zuständigkeiten bestehen z. B. bei der

- Zusammenarbeit in Steuerungsgremien
- Durchführung von Analysen, Risikobewertungen und Befragungen von Beschäftigten
- Qualifizierung von Führungskräften und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- Gestaltung von Medien / innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit / überbetriebliche Informationskampagnen
- Betreuung von Betrieben im Rahmen von Netzwerken

Weitere wichtige externe Kooperationspartnerinnen / Kooperationspartner im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention (mit beispielhafter Nennung von möglichen Beiträgen)

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

Zur Förderung einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme und wechselseitigen Verzahnung der von externen Partnerinnen und Partnern vorgehaltenen Leistungen sollten die gesetzlichen Krankenkassen sowie die gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherungsträger in der Beratung der betrieblich Verantwortlichen nicht nur auf die jeweils eigenen Instrumente und Angebote, sondern auch auf die Unterstützungsmöglichkeiten der anderen Partnerinnen und Partner hinweisen

¹⁸ Siehe hierzu Kapitel 2 Grundsätze

¹⁹ Beispiele der Zusammenarbeit sind beschrieben in Arbeitskreis Prävention in der Arbeitswelt (AOK-Bundesverband, BKK Dachverband e.V., Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, GKV-Spitzenverband, IKK e.V., Knappschaft Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Verband der Ersatzkassen e.V.) (Hrsg.) „Gemeinsam für gesunde Betriebe“ (www.praevention-arbeitswelt.de)

Bei der überbetrieblichen bzw. regionalen Kooperation der Sozialversicherungsträger ist die Abstimmung gemeinsamer Vorgehensweisen, Konzepte und Qualitätskriterien, der Aufbau von überbetrieblichen Netzwerken, der Austausch und die Herstellung von Transparenz über die jeweiligen Leistungen der Sozialversicherungsträger und die Vermittlung von deren Unterstützungsangeboten, die über den eigenen Zuständigkeitsbereich hinausgehen, auch zur Erschließung von Synergieeffekten von Bedeutung. Die konkrete Ausgestaltung der wechselseitigen Information, Abstimmung und Zusammenarbeit der Träger untereinander und mit weiteren Verantwortlichen ist in den Landesrahmenvereinbarungen gemäß § 20f SGB V zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie zu regeln

3.2.2 Zielgruppe Personen im erwerbsfähigen Alter – Arbeitslose Menschen

Anhaltende Arbeitslosigkeit ist ein bedeutender gesundheitlicher Risikofaktor. Die Erkrankungsgefahr steigt mit der Dauer der Arbeitslosigkeit, dem Alter und abnehmendem sozioökonomischem Status. Für Arbeitslose mit bereits eingetretenen gesundheitlichen Einschränkungen ist der berufliche Wiedereinstieg erheblich erschwert. Arbeitslose Menschen sind daher eine sozial benachteiligte Gruppe mit besonderem Gesundheitsförderungs- und Präventionsbedarf. Zum Ziel „Gesund leben und arbeiten“ für die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen haben die gesetzlichen Krankenkassen einen Präventions- und Gesundheitsförderungsauftrag. Hierbei arbeiten sie mit Jobcentern²⁰ und Arbeitsagenturen zusammen. Die Empfehlungsvereinbarung der GKV mit der Bundesagentur für Arbeit, die bisher nur für die Arbeitsagenturen und Jobcenter in gemeinsamer Einrichtung greift (Anlage 2), soll analog auch für die Zusammenarbeit von gesetzlichen Krankenkassen mit Jobcentern in kommunaler Trägerschaft Anwendung finden. Für Arbeitslose, die an Arbeitsförderungsmaßnahmen teilnehmen, haben die gesetzlichen Krankenkassen und die gesetzlichen Unfallversicherungsträger einen Unterstützungs- bzw. Leistungsauftrag.

Ziel der gesundheitsfördernden und präventiven Aktivitäten von gesetzlichen Krankenkassen ist es, gesundheitlichen Einschränkungen von Arbeitslosen vorzubeugen bzw. sie zu minimieren und die Menschen darin zu unterstützen, ihre Gesundheit und Erwerbsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern. Zuständig für die Arbeitsförderung und Arbeitsmarktintegration Arbeitsloser sind die Arbeitsagenturen und Jobcenter. Sie haben Gesundheitsorientierung als übergreifende Handlungsstrategie in ihre Beratungs- und Vermittlungstätigkeit integriert. Zur gesundheitsbezogenen Sensibilisierung und Motivierung der Zielgruppe wird das Beratungs- und Dienstleistungsangebot der Jobcenter und Arbeitsagenturen auch auf die Gesundheitsförderung ausgerichtet. Jobcenter und Arbeitsagenturen sowie von ihnen beauftragte Träger der Arbeitsmarktintegration bieten sich als Zugangswege für die freiwillige Nutzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten der gesetzlichen Krankenkassen an. Hierbei wird eine Verzahnung des Leistungsangebots der Arbeitsagenturen und Jobcenter mit den von den gesetzlichen Krankenkassen erbrachten Präventionsleistungen angestrebt. Die Förderung von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen zur Vermeidung von Gesundheitsrisiken bzw. zur Stärkung persönlicher Ressourcen er-

²⁰ Jobcenter als gemeinsame Einrichtungen der Bundesagentur für Arbeit und der Kommunen sowie als zugelassene kommunale Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

folgt krankenkassenübergreifend im Rahmen des Settingansatzes Kommune nach dem GKV-Leitfaden Prävention (für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kostenfrei). Sinnvoll ist die Nutzung (bzw. Implementierung) eines in der Kommune verankerten Steuerungsgremiums unter Beteiligung von Verantwortlichen der Jobcenter / Arbeitsagenturen, kommunaler Stellen und gesetzlichen Krankenkassen sowie des freigemeinnützigen Sektors (z.B. Vereine). In diesen Gremien sollen die Verantwortlichen das Vorgehen vor Ort planen und ihre spezifischen Beiträge zur Verknüpfung von Leistungen der Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung abstimmen. Beiträge von Jobcentern und Arbeitsagenturen sind insbesondere die Qualifizierung ihrer Integrationsfachkräfte und die Integration gesundheitsfördernder Anteile in Arbeitsförderungsmaßnahmen. Kommunen können z.B. Räumlichkeiten für gesundheitsfördernde Aktivitäten zur Verfügung stellen.

Leistungen / Aktivitäten der **gesetzlichen Krankenkassen** können insbesondere sein

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

3.2.3 Zielgruppe: Ehrenamtlich tätige Personen

Ehrenamtlich tätige Personen können gleichermaßen wie Beschäftigte Risiken und gesundheitlichen Gefährdungen im Rahmen ihrer Tätigkeiten ausgesetzt sein. Für diese Personen bedarf es daher entsprechender präventiver und unterstützender Maßnahmen der Verantwortlichen der Lebenswelten, in denen sie tätig werden.

Für die Zielgruppe der ehrenamtlich Tätigen, die zur Hilfe bei Unglücksfällen und im Zivilschutz eingesetzt sind, z.B. der freiwilligen Feuerwehr, der Rettungsdienste oder des Technischen Hilfswerks, haben die gesetzlichen Unfallversicherungsträger einen Unterstützungsauftrag entsprechend der Zielgruppe Beschäftigter. Hier kommen die oben genannten Aktivitäten der gesetzlichen Unfallversicherungsträger für die Zielgruppe Erwerbstätige zum Tragen²¹. Für alle anderen ehrenamtlich tätigen Personen werden der mögliche Versicherungsschutz und damit der Unterstützungsauftrag in der jeweiligen Satzung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger festgelegt.

²¹ Es bestehen Verzahnungsmöglichkeiten mit Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen im Setting Kommune.

Übersicht 2: Ziel „Gesund leben und arbeiten“ Zielgruppen, Handlungsfelder, Beiträge der Mitgliedsorganisationen der NPK-Träger und zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen

Zielgruppe	Handlungsfeld	Beiträge der beteiligten Sozialversicherungsträger	Zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen*
Beschäftigte (bedarfsbezogen unterschiedlich alle, mit Gesundheitsgefährdungen Belastete, Beschäftigte mit spezifischen Bedarfen, z.B. Frauen / Männer, Menschen mit Behinderungen, Ältere, Migrantinnen und Migranten, Führungskräfte)	Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung / Unterstützung innerbetrieblicher Maßnahmen	GKV Leistungen nach dem Leitfaden Prävention in den BGF-Handlungsfeldern „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung“ und „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“ GUV Präventionsleistungen nach dem „Gemeinsamen Verständnis zur Ausgestaltung des Präventionsfeldes „Gesundheit im Betrieb“ der gesetzlichen UV“ auf Grundlage der Qualitätskriterien „Gesundheit im Betrieb“ der GUV GRV Leistungen nach dem RV-Rahmenkonzept. Auf Antrag des Versicherten Ermittlung und Beurteilung des verhaltensbezogenen Präventionsbedarfs sowie Erbringung von medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit / Förderung der Eigenverantwortung zur Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils im Alltag und am Arbeitsplatz	Unternehmensleitung einschl. Personalverantwortliche, Betriebs- und Personalrate, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Gleichstellungsbeauftragte, Vertrauenspersonen der schwerbehinderten Menschen, Arbeitsschutzbehörden der Länder
Kleine und mittlere Unternehmen und ihre Beschäftigten (bedarfsbezogen unterschiedlich)	Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung / Förderung und Unterstützung von Netzwerken	GKV Leistungen nach dem Leitfaden Prävention, BGF-Handlungsfeld „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“ GUV : Präventionsleistungen nach dem „Gemeinsamen Verständnis zur Ausgestaltung des Präventionsfeldes „Gesundheit im Betrieb“ der GUV“	Unternehmensorganisationen/-verbände, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Arbeitgeberverbände,

Zielgruppe	Handlungsfeld	Beiträge der beteiligten Sozialversicherungsträger	Zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen*
alle, mit Gesundheitsgefährdungen Belastete, Beschäftigte mit spezifischen Bedarfen, z B Frauen / Männer / Menschen mit Behinderungen, Ältere, Migrantinnen und Migranten, Führungskräfte)		tung des Präventionsfeldes ‚Gesundheit im Betrieb‘ der gesetzlichen Unfallversicherungsträger“ auf Grundlage der Qualitätskriterien „Gesundheit im Betrieb“ der GUV GRV. Information und Beratung von Betrieben und Unternehmen zum Thema gesunde Beschäftigte / Zusammenarbeit und Vernetzung mit Haus-, Werks-, und Betriebsärztinnen und -ärzten, mit Selbsthilfegruppen sowie mit anderen regionalen und überregionalen Beratungs- und Präventionsangeboten für Betriebe und deren Beschäftigte, Unterstützung bei der Ein- und Durchführung von betrieblichem Eingliederungsmanagement, Information und Beratung zum Thema „Betriebliches Gesundheitsmanagement“	Gewerkschaften, Arbeitsschutzbehörden der Länder
Arbeitslose Menschen	Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit	GKV. Leistungen nach dem Leitfadens Prävention, Settingansatz Kommune GUV. Für Arbeitslose in Maßnahmen der Arbeitsmarkt-förderung Leistungen wie für Beschäftigte, s o	Jobcenter, Arbeitsagenturen, Kommunen, ggf Qualifizierungs- und Beschäftigungsträger, Unternehmenspartner
Ehrenamtlich Tätige (eingesetzt bei Unfallsfällen und im Zivilschutz)	Prävention und Gesundheitsförderung für Ehrenamtliche	GUV. Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger mit allen geeigneten Mitteln zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit wie für Beschäftigte, s o	Vereine, Freiwilligenorganisationen, Kommunen, Hilfsorganisationen, Feuerwehren, Landesfeuerwehrverbände
Ehrenamtlich Tätige (alle)	Prävention und Gesundheitsförderung	GUV: Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger	Vereine, Freiwilligenorganisationen,

Zielgruppe	Handlungsfeld	Beiträge der beteiligten Sozialversicherungsträger	Zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen*
anderen)	für Ehrenamtliche	ger mit allen geeigneten Mitteln zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit wie für Beschäftigte, s o	Kommunen, Betriebe, Wohlfahrtsverbände
* Exemplarische Nennung, weitere Organisationen, Einrichtungen und Akteure (z B Länder / Öffentlicher Gesundheitsdienst, Netzwerke oder freigemeinnützige Organisationen etwa aus dem Ernährungs- und / oder Bewegungsbereich) können sich themenbezogen und in Abhängigkeit der regionalen Bedarfe und Möglichkeiten mit Ressourcen einbringen			

3.3 Ziel Gesund im Alter

3.3.1 Zielgruppe Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune

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

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

Gesundes Altern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, insbesondere für die Ressorts Bau-/Umwelt, Gesundheit, Soziales und Senioren. Mit den Menschen gemeinsam muss überlegt werden, wie sie alt werden wollen, was sie selbst in den Prozess einbringen können und wo sie Hilfe und Unterstützung erwarten. Die Beeinflussung gesunder Lebensverhältnisse mit Angeboten der Stärkung der Verantwortung für die eigene Gesundheit ist eine Herausforderung für die Koordination der Maßnahmen der unterschiedlichen Verantwortungsträger. Vorhandene Strukturen sollten genutzt und vorhandene Angebote miteinander koordiniert und verzahnt werden.

Ebenso wie die Anzahl älter Menschen in der Gesellschaft stetig zunimmt, steigt auch die Zahl hochbetagter und pflegebedürftiger Menschen, die im häuslichen Umfeld betreut werden. Der

Fokus von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen für Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune muss daher auch auf diese Personengruppen gerichtet werden. Ziel ist es, ihre Gesundheit zu erhalten und der bestehenden Pflegebedürftigkeit oder einer Verschlechterung entgegenzuwirken. Dabei sollten auch pflegende Angehörige mit in den Blick genommen werden, die aufgrund der mit der Pflegesituation verbundenen physischen wie psychischen Beanspruchungen ebenfalls von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen profitieren können. Die Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen und ihre pflegenden Angehörigen können im Rahmen kommunaler Strukturen und in Kooperation mit verschiedenen Akteuren vor Ort erbracht werden. Sie sind umso erfolgreicher, je mehr der Fokus auf die jeweilige Lebenswelt der Zielgruppen gerichtet wird.

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

- Unterstützung bei der Ermittlung gesundheitsbezogener Bedarfe in der Kommune
- Planung / Unterstützung von Managementprozessen (einschließlich Vernetzung)
- Mitwirkung in Gremien zur Unterstützung der Verknüpfung von verhältnispräventiven Maßnahmen mit Angeboten des SGB V (Leitfaden Prävention)
- Konzeption und Durchführung von verhaltenspräventiven Angeboten für unterschiedliche Altersgruppen insbesondere zu den Themen „Bewegungsgewohnheiten“, „Ernährung“, „Stressmanagement“ und „Suchtmittelkonsum“
- Förderung der Inanspruchnahme empfohlener Schutzimpfungen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung

Abgegrenzt hiervon bietet die soziale Pflegeversicherung für pflegende Angehörige Pflegekurse nach § 45 SGB XI an. Hierbei werden die pflegebedingten körperlichen und seelischen Belastungen und deren Reduktion für den pflegenden Angehörigen in den Vordergrund gestellt. Erhalt der pflegebedürftigen Mensch Leistungen durch eine ambulante Pflegeeinrichtung, so hat diese auch präventive Maßnahmen in Form von Prophylaxen (z. B. Dekubitusprophylaxe) zu erbringen sowie die aktivierende Pflege anzuwenden.

An Beschäftigte in ambulanten Pflegeeinrichtungen gerichtete Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung sind dem Ziel *Gesund leben und arbeiten* zugeordnet.

3.3.2 Zielgruppe: Bewohnerinnen / Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen

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

Die besondere Herausforderung hierbei besteht darin, diese Präventionsleistungen von den genuinen Bestandteilen professioneller Pflege klar abzugrenzen. Wesentlicher Bestandteil professioneller Pflege ist die Förderung verbliebener Fähigkeiten („Aktivierende Pflege“) sowie das Vorbeugen von Komplikationen, die sich aus vorübergehenden und dauerhaften Funktionseinschränkungen sowie daraus resultierender Pflegebedürftigkeit ergeben können. Klassische pflegerische Prophylaxen befassen sich beispielsweise mit dem Erkennen des Risikos und dem Verhindern von Druckgeschwüren, Ernährungsdefiziten oder Stürzen bzw. Sturzfolgen. Insofern ist Prävention in Form von Aufklärung, Beratung und Anleitung von Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen sowie der Planung und Durchführung prophylaktischer Maßnahmen bereits unabhängig von den neuen Leistungen gemäß § 5 SGB XI Bestandteil pflegerischen Handelns in allen Versorgungssetzungen.

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

- Die Pflegekassen sollen unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln und deren Umsetzung unterstützen.
- Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1, insbesondere zur Gewährleistung einer aktivierenden Pflege, bleiben unberührt. Dabei sind stets die jeweils gesetzlich geregelten (Finanzierungs-) Zuständigkeiten, wie z. B. nach dem Pflegeversicherungs- und Sozialhilferecht zu berücksichtigen.

Die Pflegekassen orientieren sich am Gesundheitsförderungsprozess im Setting-Ansatz. *(Derzeit erfolgt die Erarbeitung eines Handlungsleitfadens durch den GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Pflegekassen)*. Bei der Umsetzung sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen können die Pflegekassen Kooperationsvereinbarungen schließen.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind zugleich Betriebe. Für Betriebe und deren Beschäftigte kommen Aktivitäten zum Ziel *Gesund leben und arbeiten* in Betracht. Hier haben auch gesetzliche Krankenkassen sowie die gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherungsträger einen Unterstützungs- bzw. Leistungsauftrag (s. Ziel *Gesund leben und arbeiten* – Zielgruppe *Erwerbstätige*). Die Wirkung von Aktivitäten zum Ziel *Gesund im Alter* kann durch eine Verknüpfung mit Aktivitäten zum Ziel *Gesund leben und arbeiten* verstärkt werden.

Übersicht 3: Ziel Gesund im Alter Zielgruppen, Handlungsfelder, Beiträge der Mitgliedsorganisationen der NPK-Träger und zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen

Zielgruppe	Handlungsfeld	Beiträge der beteiligten Sozialversicherungsträger	Zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen*
Personen in der nachberuflichen Lebensphase (Differenzierung nach spezifischen Bedarfen, z B Frauen / Männer, Menschen mit Behinderungen, aktive Personen, bei denen Pflegebedürftigkeit noch vermieden bzw verzögert werden kann, Menschen, die zu Hause gepflegt werden, pflegende Angehörige)	Prävention und Gesundheitsförderung für ältere und alte Menschen im Setting Kommune (zur Vermeidung gesundheitlicher Risiken, Stärkung von Ressourcen und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit)	GKV Leistungen nach dem Setting-Ansatz Ältere / alte Menschen im Setting Kommune	Kommunen, Gemeinsame Servicestellen der Rehabilitations-träger, freigemeinnützige Organisationen, z B Sportvereine
Personen in der Lebenswelt der stationären pflegerischen Versorgung	Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen Mögliche Themen Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit inkl Stress- und Gewaltprävention, Suchtmittelkonsum, Stärkung kognitiver Ressourcen	SPV Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz „Stationäre Pflegeeinrichtungen“ (Handlungsleitfaden in der Entwicklung)	Stationäre Pflegeeinrichtungen
* Exemplarische Nennung, weitere Organisationen, Einrichtungen und Akteure können sich themenbezogen und in Abhängigkeit der regionalen Bedarfe und Möglichkeiten mit Ressourcen einbringen, z B Lander / Öffentlicher Gesundheitsdienst, Bürger- und Seniorenzentren, Begegnungsstätten, Wohnungsbaugesellschaften/-genossenschaften, Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände, Landfrauenverbände, Kultur- und Freizeitvereine sowie Netzwerke oder freigemeinnützige Organisationen etwa aus dem Ernährungs- und / oder Bewegungsbereich			

4. Dokumentations- und Berichtspflichten

Die Nationale Präventionskonferenz erstellt im vierjährigen Turnus den Präventionsbericht, erstmals zum 01.07.2019. Mit dem Präventionsbericht wird Transparenz über die von den unterschiedlichen Verantwortlichen für Gesundheitsförderung und Prävention erbrachten Leistungen, die Erfahrungen bei der Erreichung der gemeinsamen Ziele und bei der Zusammenarbeit sowie über die gesundheitliche Lage hinsichtlich Präventionsbedarfen und -potenzialen in der Bevölkerung geschaffen. Hierzu berichten die von den stimmberechtigten Mitgliedern der NPK vertretenen Organisationen datengestützt auf der Grundlage dieser Bundesrahmenempfehlungen insbesondere über

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

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

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

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

5. Schlussbestimmungen

Diese Bundesrahmenempfehlungen treten am 19.02.2016 in Kraft. Sie sollen zukünftig unter Beteiligung der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz sowie der in die Vorbereitung Einbeziehung und der Beteiligungspartner und auf Basis der Beratung durch das Präventionsforum weiterentwickelt werden.



Anlagen zum Entwurf der

Bundesrahmenempfehlungen

der Nationalen Präventionskonferenz

nach § 20d Abs. 3 SGB V:

Anlage 1: Rahmenvereinbarung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (Oktober 2009)S. 2

Anlage 2: Empfehlung zur Zusammenarbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der gesetzlichen Krankenversicherung zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit (Februar 2012).....S. 16

Anlage 3: Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune (Mai 2013).....S. 21

Anlage 4: Kooperationsvereinbarung zur Förderung gemeinsamer Aktivitäten bei der Umsetzung der GDA-Arbeitsprogramme 2013-2018 sowie der Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der Gesetzlichen Krankenversicherung (Juni 2015).....S. 25

Anlage 1:

Rahmenvereinbarung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

Oktober 2009

Rahmenvereinbarung

der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.,
der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und
der GKV-Spitzenverband,

unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene:

AOK-Bundesverband
BKK Bundesverband (Beitritt BKK Dachverband)
IKK e.V.
Knappschaft
Verband der Ersatzkassen e.V.

kommen überein, die bisherige „Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ auf der Grundlage der geänderten Rechtslage durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 zu aktualisieren und weiterzuentwickeln. Die neue gemeinsame Rahmenvereinbarung zeigt Wege für die Zusammenarbeit entsprechend der durch das Sozialgesetzbuch, Bücher V und VII gegebenen neuen Rechtslage. Sie ersetzt die Rahmenvereinbarung von 1997 und deren Ergänzung von 2001.

Präambel

Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeiten Unfallversicherungsträger und Krankenkassen auf der Grundlage unterschiedlicher, sich ergänzender Handlungsmöglichkeiten partnerschaftlich und unter Wahrung der gesetzlichen Aufgaben und Kompetenzen des jeweiligen Vereinbarungspartners zusammen

Die Rahmenvereinbarung geht von einem ganzheitlichen Arbeitsschutzverständnis im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes und dem Verständnis der betrieblichen Gesundheitsförderung nach der „Luxemburger Deklaration“ (1997) des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP)¹ aus. Sie will die Zusammenarbeit fördern und keine Einengung der Kreativität der Mitglieder der Vereinbarungspartner durch enge Vorgaben bewirken. Sie definiert den Rahmen, innerhalb dessen die Zusammenarbeit der Vereinbarungspartner und ihrer Mitglieder erfolgen soll und zeigt den Handlungsspielraum durch die Beschreibung von Optionen auf.

¹ Die Luxemburger Deklaration wurde im September 2007 überarbeitet und steht auf der Seite www.dnbgf.de unter Downloads zur Verfügung.

Zentrales Anliegen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen ist es, durch ihre Zusammenarbeit die Arbeitgeber in der Durchführung der Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in den Betrieben zu unterstützen und deren Effektivität und Effizienz zu steigern. Die Arbeitgeber sind durch das Arbeitsschutzgesetz verpflichtet, die zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren erforderlichen Maßnahmen auf der Basis der von ihnen durchzuführenden Gefährdungsbeurteilung² zu treffen.

Die Vereinbarungspartner begrüßen die durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 erfolgte Verpflichtung zur Leistung der betrieblichen Gesundheitsförderung, die von den Krankenkassen in Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern durchgeführt wird, um die gesundheitliche Situation der berufstätigen Versicherten zu verbessern und deren gesundheitliche Ressourcen zu stärken. Damit wird die Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in sinnvoller Weise ergänzt.

Um vorhandene Potentiale wirksam und effektiv in für die Gesundheit und Sicherheit der Versicherten bedeutsamen Feldern einzusetzen und zu bündeln, haben erstmals im Jahr 2007 die gesetzliche Krankenversicherung arbeitsweltbezogene Präventionsziele und die gesetzliche Unfallversicherung im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie Arbeitsschutzziele festgelegt, an denen Maßnahmen vorrangig ausgerichtet werden sollen.

Bei ihrer Zusammenarbeit orientieren sich die Partner an diesen Zielen und verständigen sich möglichst auf (gemeinsame) Handlungsfelder und Maßnahmen, die die Zielsetzungen der Partner berücksichtigen. In erster Linie orientiert sich der Inhalt der Zusammenarbeit am gesundheitlichen Bedarf der Beschäftigten und der betrieblichen Situation des Unternehmens.

1. Gesetzliche Grundlagen und Zielsetzung

Mit dem Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz – BeitrEntlG) 1997 und der Einordnung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung in das Sozialgesetzbuch (UVEG) 1996 bestand für die Krankenkassen und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung durch § 20 Abs. 1 SGB V (seit 01.04.2007 § 20b SGB V) und § 14 Abs. 2 SGB VII die Verpflichtung zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

² § 5 Abs. 1 ArbSchG

Die Krankenkassen haben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung insbesondere über Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen gewonnen haben, zu unterrichten Betriebsgeheimnisse dürfen dabei nicht verletzt werden

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Krankenkassen fordern in Ergänzung hierzu das Ziel, Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und deren gesundheitlichen Auswirkungen zu gewinnen und im Hinblick auf Handlungsbedarf zu beurteilen

Durch die Novellierung des § 20 SGB V im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde der Handlungsrahmen der Krankenkassen um die Möglichkeit, den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen, erweitert Der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen erstmals 2000 verabschiedete Leitfaden Prävention³ beschreibt in der jeweils geltenden Fassung verbindlich für alle Krankenkassen prioritäre Handlungsfelder und Qualitätskriterien für Leistungen zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung

Mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes am 1. April 2007 wurde mit dem § 20a SGB V die betriebliche Gesundheitsförderung zur Pflichtleistung der Krankenkassen Bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben arbeiten die Krankenkassen mit den gesetzlichen Unfallversicherungs-trägern zusammen Ab dem 1. Juli 2008 ist für die Weiterentwicklung der gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien der Leistungen der Krankenkassen zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung der GKV-Spitzenverband zuständig⁴

Die verpflichtende Zusammenarbeit der Träger der gesetzlichen Unfallversicherungsträger und der Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in § 20b SGB V (zuvor geregelt in § 20 Abs. 2 SGB V) und § 14 Abs. 2 SGB VII wird beibehalten und bestätigt Dabei sollen Krankenkassen und Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden

³ Leitfaden Prävention — Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung von 2. Juni 2008

⁴ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gem. § 217a SGB V

2 Aufgaben

Die Verpflichtung zur Zusammenarbeit der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ergibt sich durch die gesetzlich geregelten jeweiligen Kompetenzbereiche Für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung werden diese Aufgaben bzw. Pflichten durch das SGB VII, für die Krankenkassen durch das SGB V geregelt

2.1 Aufgaben – Betriebliche Gesundheitsförderung

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz besteht für die Krankenkassen seit 2007 eine gesetzliche Verpflichtung, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen

Es ist Aufgabe der Krankenkassen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung, unter Einbeziehung aller Beteiligten, Prozesse zur gesundheitsgerechten Gestaltung der betrieblichen Umwelt zu initiieren und die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln, um die persönliche Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern Der Gesetzgeber gibt dafür den Rahmen mit folgenden Maßgaben vor

- Erhebung der gesundheitlichen Situation im Betrieb einschließlich Risiken und Potenzialen
- Beteiligung der Versicherten und Verantwortlichen
- Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und
- Unterstützung bei der Umsetzung von betrieblichen Maßnahmen

Die Krankenkassen arbeiten bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern zusammen

Auch wenn für die gesetzliche Unfallversicherungsträger keine eigene gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung besteht, ist es Aufgabe der Unfallversicherungsträger, sich dabei mit ihren Kompetenzen und Erfahrungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten und Ressourcen einzubringen

Die Zusammenarbeit aller im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz Verantwortung tragenden Akteure ist zu forcieren, um auch dadurch die Abstimmung der Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit dem Arbeitsschutz sicherzustellen

len Parallelaktivitäten verschiedener Funktionsträger und Institutionen sollten vermieden werden

Die Verpflichtung der Arbeitgeber zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie der Unfallversicherungsträger, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten, bleibt weiterhin gültig. Die Krankenkassen übernehmen keine originären Aufgaben des Arbeitsschutzes oder finanzieren Maßnahmen, die in die Zuständigkeit des Arbeitgebers (z. B. Beschaffungskosten für ergonomische Arbeitsplätze, etc.) bzw. der Unfallversicherung fallen.

2.2 Aufgaben – Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren den Auftrag erhalten, der neben den Überwachungstätigkeiten und dem Erlassen von Unfallverhütungsvorschriften auch

- die Ermittlung der Ursachen von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren
- die Beratung der Betriebe
- die Durchführung von Motivations- und Qualifizierungsmaßnahmen für Unternehmer
- die Qualifizierung der Akteure des betrieblichen Arbeitsschutzes
- die Möglichkeit der Einrichtung überbetrieblicher arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Dienste
- die Forschung

beinhaltet

Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren unterstützen die Krankenkassen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben und arbeiten eng mit den Unfallversicherungsträgern zusammen. Dazu sollen sie und ihre Verbände regionale Arbeitsgemeinschaften bilden.

Aufgaben und Pflichten der Krankenkassen sind insbesondere

- die Ermittlung von Erkenntnissen über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen
- die Unterrichtung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung über diese Erkenntnisse
- die Mitteilung von berufsbedingten gesundheitlichen Gefährdungen oder Berufskrankheiten an die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Einzelfall

Die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene sehen in der vorliegenden Vereinbarung eine Ausgangsbasis zur Förderung der weiteren Zusammenarbeit, die durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Krankenkassen ausgestaltet werden soll. Sie stecken damit einen Handlungsrahmen ab und beschreiben mögliche Wege und Aktivitäten. Bisherige, gemeinsam durchgeführte Projekte und vorhandene Erfahrungen stellen eine geeignete Grundlage zur Entwicklung neuer Formen und Inhalte der Zusammenarbeit dar.

3 Handlungsrahmen für die Zusammenarbeit

3.1 Handlungsrahmen bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Das Engagement der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung orientiert sich an den vorgegebenen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, u. a. auch an dem vorgegebenen Richtwert⁵ für Leistungen der Prävention inkl. der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die begrenzten Mittel der Krankenkassen erfordern die Konzentration auf gezielte Interventionen und eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit allen an der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligten Stellen. Krankenkassen können betriebliche Gesundheitsförderungsleistungen entweder selbst erbringen, geeignete Dritte oder zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (der Krankenkassen und ihrer Verbände) beauftragen.

Der Handlungsrahmen für die betriebliche Gesundheitsförderung ergibt sich aus dem Leitfaden Prävention⁶ in der jeweils gültigen Fassung. Dort werden Kriterien und Anforderungen festgelegt, die für die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen verbindlich gelten.

So sind Maßnahmen vornehmlich orientiert am betrieblichen Bedarf durchzuführen. Die Ermittlung von Risiken, Risikofaktoren und Gesundheitspotenzialen der Beschäftigten im Interventionsbetrieb dient als Grundlage. Geeignete Instrumente zur Erfassung der gesundheitlichen Situation im Betrieb sind z. B. Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens.

⁵ Gem. § 20 Abs. 2 SGB V sollen die Ausgaben der Krankenkassen für die Aufgaben nach §§ 20 Abs. 1, 20a und 20b SGB V insgesamt im Jahr 2006 für jeden Versicherten 2,74 Euro betragen. Dieser ist jährlich entsprechend § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen (Richtwert 2009: 2,82 Euro).

⁶ Leitfaden Prävention – Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008. Bergisch Gladbach.

(betrieblicher Gesundheitsbericht) und der Arbeitssituation, Auswertung von arbeitsmedizinischen Untersuchungen und Gefährdungsbeurteilungen, Mitarbeiterbefragungen zum Thema "Arbeit und Gesundheit" sowie betriebliche Gesundheitszirkel. Für die Analyse sind branchenspezifische Erkenntnisse und Erfahrungen der Unfallversicherungsträger zu berücksichtigen und Erkenntnisse aus arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen und betriebsärztlicher Tätigkeit einzubeziehen.

Auf Grundlage des ermittelten Bedarfs entwickeln die Krankenkassen in Abstimmung mit dem Betrieb und im Benehmen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger ein Vorgehenskonzept für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Dieses Konzept sollte ganzheitlich und langfristig angelegt sein. Dabei sind sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen zu berücksichtigen.

Krankenkassen und Unfallversicherungsträger treffen für die Planung und Durchführung der Maßnahmen Absprachen, um sich entsprechend ihrer gesetzlichen Zuständigkeiten, Kompetenzen, Möglichkeiten und Ressourcen einzubringen.

Bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen empfehlen die Vereinbarungspartner die direkte Zusammenarbeit mit dem jeweils für den Betrieb zuständigen Unfallversicherungsträger. Dabei kann in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit der Beschäftigten zu verschiedenen Krankenkassen eine kassenartenübergreifende Zusammenarbeit notwendig sein.

Im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung können sich auch Präventionsmaßnahmen i. S. des Arbeitsschutzes ergeben. Soweit es sich um solche handelt, ist es Sache des Betriebes, sie unter Beratung durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zu realisieren.

3.2 Handlungsrahmen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

Die konkrete Zusammenarbeit von Krankenkassen und Trägern der Unfallversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren kann bei Bedarf auf der Ebene der Betriebe, Wirtschaftszweige bzw. Branchen, Innungen und darüber hinausgehend auf der Ebene ihrer Spitzenverbände erfolgen. Die Vereinbarungspartner empfehlen auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene (Wirtschaftszweig, Branche, Innung) eine direkte Zusammenarbeit der Träger der Unfallversicherung und der Krankenkassen. Dabei kann der Anstoß hierfür sowohl von Seiten der Betriebe als auch von den Vereinbarungspartnern bzw. von deren Mitgliedern erfolgen.

Für die überbetriebliche Ebene sollen Krankenkassen und Unfallversicherungsträger und ihre Verbände insbesondere "regionale Arbeitsgemeinschaften" bilden und auf bewährte Strukturen auf Landesebene bzw. regionaler Ebene zurückgreifen.

Im Rahmen der Kooperation können unterschiedliche Informationen, Instrumente und Methoden genutzt werden, um Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen zu untersuchen. Daten- und Informationsquellen sind zum Beispiel

- der Betrieb (z. B. Gefährdungsbeurteilungen, Betriebsarzt und/oder Fachkraft für Arbeitssicherheit)
- die Krankenkasse (z. B. anonymisierte Arbeitsunfähigkeits-Daten und sonstige Leistungsdaten, anonymisierte Informationen aus Gesundheitszirkeln)
- die Träger der Unfallversicherung (z.B. Berufskrankheiten- und Unfalldaten, das spezifische Wissen und die Erkenntnisse der Technischen Aufsichtsdienste bzw. Präventionsabteilungen)

Darüber hinaus können, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist, ergänzende Daten und Informationen (z. B. Mitarbeiter- und Expertenbefragungen, Informationen aus betrieblichen Gremien und Projekten) erhoben werden.

Zur Erkennung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sind die Arbeitsunfähigkeitsdaten der Krankenkassen in Verknüpfung mit Angaben zu den an den jeweiligen Arbeitsplätzen bestehenden Gefährdungen und Belastungen erforderlich. Für eine integrierte Auswertung unterschiedlicher Daten von Krankenkassen, Trägern der gesetzlichen Unfallversicherungen und Betrieben eignen sich auch die seitens der Spitzenverbände im Rahmen des Integrationsprogramms IPAG gemeinsam entwickelten Instrumente⁷. Mit Blick auf eine kassenarten-übergreifende Auswertungsmöglichkeit hat der Arbeitskreis „Prävention in der Arbeitswelt“ der Spitzenverbände von Unfall- und Krankenversicherung in seinem Positionspapier „Kassenarten übergreifende Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen“⁸ entsprechende Empfehlungen gegeben.

⁷ Informationen unter www.praevention-arbeitswelt.de/d/pages/projekt/branche/ipaq.html

⁸ Das Positionspapier kann im Internet unter www.praevention-arbeitswelt.de/d/pages/service/pdf/index.html herunter geladen werden.

Bei der Erhebung bzw. der Zusammenfassung von Daten ist vorrangig von einem pragmatischen Einstieg auf der Basis vorhandener Daten und einer Berücksichtigung der Bedarfssituation der Betriebe auszugehen. So können z. B. die seitens der Krankenkassen erstellten betriebs-, innungs- und branchenbezogenen Gesundheitsberichte die Grundlage für eine Auswertung, gemeinsame Interpretation mit Betrieb und Unfallversicherung und ggf. Ableitung von Präventionsmaßnahmen sein. Bei der Interpretation von Arbeitsunfähigkeitsdaten der Krankenkassen in Verknüpfung mit Angaben zu den an den jeweiligen Arbeitsplätzen bestehenden Gefährdungen und Belastungen sind auch die Gesundheit beeinflussende Faktoren, die außerhalb der Arbeitswelt liegen, zu berücksichtigen.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Krankenkassen tragen dafür Sorge, dass geeignete Instrumente eingesetzt und die Verfahren bzw. Maßnahmen evaluiert werden.

4. Zusammenarbeit von Krankenkassen und Unfallversicherung

4.1 Zusammenarbeit auf betrieblicher Ebene

Die Zusammenarbeit der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und Krankenkassen soll auf Betriebsebene unter Berücksichtigung des betrieblichen Bedarfs und der festzulegenden Prioritäten und unter Einschluss der betrieblichen Erfahrungen und Erkenntnisse der Arbeitgeber und Arbeitnehmer erfolgen und in den betrieblichen Arbeitsschutz bzw. das betriebliche Gesundheitsmanagement eingebunden sein.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Krankenkassen sehen auf der Ebene der krankenkassenseitig erstellten betrieblichen Gesundheitsberichte einen möglichen Einstieg in die Zusammenarbeit. Ausgehend von den durch die Träger der Unfallversicherung, den Krankenkassen und dem Betrieb vorgenommenen Interpretationen vorhandener betrieblicher Gesundheitsberichte können evtl. weitergehende Schritte erfolgen, z. B. ein Abgleich mit vorhandenen Ergebnissen aus Gefährdungsbeurteilungen oder weitergehenden Ermittlungen.

In die betriebsbezogene Auswertung können je nach Bedarfssituation des Betriebes auch weitere Daten einbezogen werden. Die gemeinsame Bewertung hat das Ziel, hieraus Präventionsvorschläge abzuleiten und umzusetzen. Soweit es sich dabei um die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes handelt, ist es Sache des Betriebes, sie unter Beratung und Überwachung durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zu realisieren. Bei darüber hinausgehenden Maßnahmen wird der Betrieb durch die Krankenkassen gemäß den Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Einzelfall beraten und unterstützt.

4.2 Zusammenarbeit auf überbetrieblicher Ebene (Wirtschaftszweige, Branchen, Innungen)

Ist z. B. aufgrund der Betriebsgröße ein einzelbetriebliches Vorgehen nicht sinnvoll, sollte ein überbetriebliches, regionales Vorgehen unter Berücksichtigung vorhandener Strukturen, auch in S. der gesetzlichen Forderung nach regionalen Arbeitsgemeinschaften angestrebt werden. Solche sind z. B. die Vertretungen der Krankenkassen auf Landes- bzw. regionaler Ebene, die Landesverbände der Unfallversicherungsträger aber auch Innungen und Kreis- handwerkerschaften, über die regionale, überbetriebliche Vorgehensweisen (dauerhaft oder projektbezogen) koordiniert werden können.

Ein Einstieg in die Kooperation auf Basis der von den Krankenkassen erstellten überbetrieblichen Arbeitsunfähigkeitsanalysen wird empfohlen.

Die Zusammenarbeit auf der Ebene von Wirtschaftszweigen, Branchen und Innungen ergibt sich in erster Linie zwischen Krankenkassen und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherungen unter Einbeziehung von Vertretern der betroffenen Wirtschaftszweige. Empfohlen werden branchenbezogene Aufbereitungen von Krankenkassendaten im Sinne einer branchenbezogenen Gesundheitsberichterstattung. Sie dienen als Ausgangspunkt möglicher weiterer Analyseschritte. Hieraus können sich für die Vereinbarungspartner weitere Handlungsfelder sowie die Ableitung von branchenorientierten Präventionskonzepten ergeben. Soweit es sich um Maßnahmen des Arbeitsschutzes handelt, ist dies Sache der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung.

Seitens der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung kann bei den Krankenkassen angeregt werden, eine Analyse vorhandener Krankenkassendaten gezielt nach expositions- und diagnosebezogenen Schwerpunkten vorzunehmen.

Seitens der Krankenkassen kann angeregt werden, vorhandene Informationen und/oder Daten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ergänzend für Krankenkassenanalysen auszuwerten und zur Verfügung zu stellen.

Neben einer rein branchenbezogenen Vorgehensweise streben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Krankenkassen auch eine Analyse von über mehrere oder alle Wirtschaftszweige hinweggehenden Schwerpunkten, z. B. Erkrankungshäufungen, bestimmte Tätigkeitsbereiche usw. an.

4.3 Zusammenarbeit auf der Ebene der Spitzenverbände und der Verbände auf Bundesebene

Die Vereinbarungspartner streben mit dieser Rahmenvereinbarung eine Fortführung und Intensivierung der begonnenen Zusammenarbeit an. Sie tauschen sich hierzu regelmäßig über den Stand und die Entwicklung der Zusammenarbeit von Kranken- und Unfallversicherung auf betrieblicher, überbetrieblicher und Verbands- bzw. Spitzenverbandsebene.

mit dem Ziel der Weiterentwicklung und Optimierung ihrer Zusammenarbeit aus. Hierzu gehören

- regelmäßige Erhebungen über den Stand und die Qualität ihrer Zusammenarbeit und der Zusammenarbeit ihrer Träger und ihre Bewertung
- die Förderung von gemeinsamen Informations- und Fortbildungsveranstaltungen sowie Konsultationen auf der Ebene der Verbände und einzelner Krankenkassen sowie der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- die Ermittlung und Veröffentlichung von Beispielen guter Praxis
- die Entwicklung fundierter sowie praktikabler einheitlicher Evaluationsmethoden
- die Durchführung gemeinsamer Modellprojekte, Kampagnen, Veranstaltungen und bundesweiter Öffentlichkeitsarbeit
- das Aufzeigen von Entwicklungs- und Forschungsbedarf
- die Erprobung gemeinsamer, praxisnaher Projekte und Maßnahmen im Bereich der drei genannten Kooperationsebenen
- die gemeinsame Entwicklung von Methoden z. B. zur Optimierung von Verfahren einer aufeinander abgestimmten Datenerhebung und -pflege sowie zur Ableitung von Präventionskonzepten
- Durch die Verbände wird dabei die Entwicklung kompatibler, bei den einzelnen Datenträgern zu verwendender Schlüsselsystematiken, angestrebt

Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene stellen den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf Anfrage verfügbare routinisierte Krankheitsartenstatistiken oder überbetriebliche Auswertungen von Arbeitsunfähigkeitsdaten, soweit möglich geordnet nach ICD, Regionen, Branchen, Betriebsgrößen, Geschlecht, Altersgruppen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit und evtl. weiteren Differenzierungskriterien zur Verfügung. Das Nähere regeln die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung mit den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden auf Bundesebene.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung stellen den Krankenkassen auf Anfrage verfügbare Statistiken über meldepflichtige Unfälle und Wegeunfälle, Anzeigen auf Verdacht von Berufskrankheiten und anerkannte Berufskrankheiten, geordnet nach Wirtschaftszweigen, zur Verfügung.

Die Modalitäten über spezifische Analysen werden zwischen den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den Krankenkassen abgestimmt.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung prüfen im Einvernehmen mit den Krankenkassen, inwieweit Erkenntnisse, die sich aus der Zusammenarbeit ergeben, zu Änderungen oder Ergänzungen ihres Vorschriften- oder Regelwerks führen oder inwieweit die Erkenntnisse geeignet sind, dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zur Aktualisierung oder Differenzierung seiner Berufskrankheiten-Liste vorgelegt zu werden.

Darüber hinaus berät die DGUV den GKV-Spitzenverband bei der Weiterentwicklung des GKV-Leitfadens Prävention im Rahmen der Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene wirken im Rahmen ihrer Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Gestaltung und Weiterentwicklung der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie mit. Sie beraten als Mitwirkende im Arbeitsschutzforum⁹ auch die Nationale Arbeitsschutzkonferenz.

5. Mitteilung von berufsbedingten gesundheitlichen Gefährdungen oder Berufskrankheiten

Nach § 20 b SGB V sind die Krankenkassen auch verpflichtet, Hinweise auf berufsbedingte gesundheitliche Gefährdungen oder Berufskrankheiten bei einzelnen Versicherten unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

Zur Umsetzung dieser Verpflichtung erhalten die Krankenkassen von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung Anhaltspunkte zur Mitteilung berufsbedingter gesundheitlicher Gefährdungen bei einem Versicherten.

Das Mitteilungsverfahren bei Berufskrankheiten ist in besonderen Vereinbarungen geregelt.¹⁰

⁹ § 20b Abs. 3 ArbSchG

¹⁰ Es liegen entsprechende von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung erarbeitete Mitteilungsverfahren zu den

- Bandscheibenbedingten Wirbelsäulen-Berufskrankheiten nach Nm 2108-2110 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BeKV) und
- Hauterkrankungen nach Nr. 5101 der Anlage 1 zur BeKV vor

6. Inkrafttreten

Die Rahmenvereinbarung tritt nach Unterzeichnung in Kraft

Für die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.

Dr. J. Breuer

Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V., Berlin

Für den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Eckhart Stuwe

Geschäftsführer des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel

Für den GKV-Spitzenverband

Dr. Doris Pfeiffer

Vorsitzende des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes, Berlin

Für den AOK-Bundesverband

Dr. Herbert Reichelt

Vorsitzender des Geschäftsführenden Vorstandes des AOK-Bundesverbandes, Berlin

Für den BKK Bundesverband

Heinz Kaltenbach

Geschäftsführer des BKK Bundesverbandes (GbR), Essen

Für den IKK e.V.

Rolf Stuppardt

Vorsitzender des Vorstandes IKK e.V., Berlin

Für die Knappschaft

Rolf Stadié

Direktor der Knappschaft, Bochum

Für den Verband der Ersatzkassen e.V.

Thomas Ballast

Vorsitzender des Vorstandes des Verbandes der Ersatzkassen e.V., Berlin

Der BKK Dachverband e.V. ist dieser Rahmenvereinbarung beigetreten

Anlage 2

Nürnberg und Berlin, Februar 2012

Empfehlung zur Zusammenarbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Die Bundesagentur für Arbeit, der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene empfehlen eine Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie der BA als Träger der Grundsicherung und Arbeitsförderung zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Ausgangslage

Im Jahresdurchschnitt 2011 waren in Deutschland knapp 3 Millionen Menschen arbeitslos gemeldet. Ein Drittel davon war länger als 12 Monate arbeitslos und gilt damit als langzeitarbeitslos.

Bei Arbeitslosigkeit spielen wirtschaftliche, arbeitsmarktliche und individuelle Faktoren eine Rolle. Diese Empfehlung konzentriert sich auf die Verbesserung der individuellen Voraussetzungen für die Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit, um Beschäftigungsfähigkeit zu fördern und Beschäftigung wieder zu erlangen. Rahmen dieser Empfehlung sind die geltenden Regelungen der Sozialgesetzbücher II, III und V.

Neben weiteren Ursachen wie mangelnder Qualifikation ist eine bedeutsame Ursache für das Scheitern von Integrationsbemühungen und den Verbleib der Menschen in den sozialen Sicherungssystemen die gesundheitliche Leistungsfähigkeit von Arbeitslosen, wobei hier ein sich selbst verstärkender Zusammenhang besteht. Anhaltende Arbeitslosigkeit ist ein erheblicher gesundheitlicher Risikofaktor, gleichzeitig ist ein beruflicher Wiedereinstieg für gesundheitlich eingeschränkte Erwerbslose erheblich erschwert. Ein nennenswerter Anteil der Arbeitslosen ist betroffen. Aktuelle wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge weisen z. B. ca. 35 % der Leistungsberechtigten in der Grundsicherung für Arbeitsuchende gesundheitliche Einschränkungen auf.

Geringere Nutzung von Präventionsmaßnahmen, häufigere Krankenhausaufenthalte und stationäre Behandlungstage, zahlreiche Verordnungen von Psychopharmaka, ungünstigere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sowie ein signifikant erhöhtes Risiko für vorzeitige Sterblichkeit kennzeichnen die gesundheitliche Lage betroffener Erwerbsloser. Besondere Bedeutung kommt dabei psychosozialen Belastungen mit erheblichen Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl sowie Depressivität und

Angstsymptomen zu. Die Erkrankungsgefahr steigt mit der Dauer der Arbeitslosigkeit, dem Alter und mit sinkendem sozialökonomischen Status an.

Die sozialen Leistungssysteme sind aufgrund dieses Sachverhaltes mit überdurchschnittlichen Leistungsausgaben konfrontiert, bei den beitragsfinanzierten Sozialversicherungsträgern geht damit auch ein Rückgang an Beitragseinnahmen einher. Bei den Trägern der Grundsicherung erhöhen sich die Kosten für Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur Eingliederung in Arbeit.

Somit wird erkennbar, dass die GKV und die BA ein gleichgerichtetes Interesse daran haben, dass Arbeitslose gesund und beschäftigungsfähig sind. Denn der Hilfebedarf von Arbeitslosen kann durch die Integrationsarbeit der BA nur vermieden oder verringert werden, wenn Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit als Voraussetzung dafür erhalten bzw. wieder hergestellt werden.

Es besteht deshalb Handlungsbedarf, sowohl das Erkrankungsrisiko und die mit Erwerbslosigkeit verbundenen psychosozialen Belastungen durch zielgruppenspezifische Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu verringern als auch ggf. bereits eingetretene Krankheiten so früh wie möglich zu erkennen und zu behandeln, um schwere und chronische Krankheitsverläufe zu vermeiden bzw. deren Folgen abzumildern.

Bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gilt das Gebot der Freiwilligkeit.

Zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit der Betroffenen trägt auch die Betreuungsqualität der Sozialleistungsträger bei. Der Erfolg einer Wiedereingliederung ist in hohem Maße auch von wirtschaftlichen und arbeitsmarktlichen Rahmenbedingungen abhängig.

Handlungsbedarfe

Die Träger dieser Empfehlung haben in den letzten Jahren vielfältige Ansätze entwickelt, um die gesundheitliche Situation der Erwerbslosen zu verbessern. Die Bundesagentur schafft den Rahmen, den Präventionsgedanken und die Gesundheitsorientierung als integrale Bestandteile in ihre Beratungs- und Vermittlungsprozesse von Erwerbslosen aufzunehmen, die GKV entwickelt den Rahmen für eine erleichterte Inanspruchnahme von Primärpräventionsmaßnahmen durch diesen Personenkreis. Mit ihren regionalen und bundesweiten Initiativen haben die Träger auch der Empfehlung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007 Rechnung getragen, die Gesundheits- und Arbeitsmarktpolitik enger zu verzahnen. Im Rahmen dieser Empfehlung setzen sie ihre Kooperation fort und entwickeln diese weiter. Sie wollen ihre Kompetenzen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich

und unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Finanzierungsverantwortung kooperativ und zielorientiert koordinieren. Dabei beziehen sie weitere Akteure mit ein.

Die Unterzeichner beabsichtigen, insbesondere in den folgenden Handlungsfeldern ihre Zusammenarbeit zu intensivieren:

- Austausch und Zusammenarbeit bei Leistungen zur Gesundheit für erwerbsfähige Leistungsberechtigte, Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Beschäftigte
- Aufbau und Weiterentwicklung von Kooperationen
- (Weiter-)Entwicklung von Programmen und Leistungserbringung
- Qualitätsmanagement

Sie streben an, hierzu Absprachen zu treffen. Über die Umsetzung entscheiden die Akteure in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich. Erste Überlegungen für die Ausgestaltung der Handlungsfelder enthält die beigefugte Anlage.

Die Partner etablieren eine trägerübergreifende Lenkungsgruppe, die über Aktivitäten zur Ausgestaltung der Handlungsfelder berät. Zugleich werden die Krankenkassen, die Jobcenter in Form Gemeinsamer Einrichtungen gem. § 44b SGB II und die Agenturen für Arbeit ermutigt, im Sinne dieser Empfehlung zusammen zu arbeiten.

Die Partner vereinbaren, binnen zwei Jahren in einem trägerübergreifenden Workshop die Kooperation zu bewerten und Anregungen für eine Weiterentwicklung zu geben.

Für die Bundesagentur für Arbeit

Heinrich Alt
Vorstand Grundsicherung
Nürnberg, den 16.02.2012

Raimund Becker
Vorstand Arbeitslosenversicherung
Nürnberg, den 17.02.2012

Für den GKV-Spitzenverband

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes
Berlin, den 29.02.2012

Für den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Eckhart Stuwe
Geschäftsführer des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung
Kassel, den 07.03.2012

Für den AOK-Bundesverband

Jürgen Graalmann
Vorsitzender des Geschäftsführenden Vorstandes des AOK-Bundesverbandes
Berlin, den 23.03.2012

Für den BKK Bundesverband

Heinz Kaltenbach
Geschäftsführer des BKK Bundesverbandes (GfB)
Essen, den 28.03.2012

Für den IKK e.V.

Jürgen Hohn
Geschäftsführer des IKK e.V.
Berlin, den 06.03.2012

Für die Knappschaft

Rolf Stadié
Direktor der Knappschaft
Bochum, den 05.03.2012

Für den Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Thomas Ballast
Vorsitzender des Vorstandes des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Berlin, den 07.03.2012

Der BKK Dachverband e.V. ist dieser Empfehlung beigetreten.

Anlage. Erste Überlegungen zur Ausgestaltung relevanter Handlungsfelder

Austausch und Zusammenarbeit bei Leistungen zur Gesundheit für erwerbsfähige Leistungsberechtigte, Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Beschäftigte

- Herstellung von Transparenz über das jeweilige Leistungsangebot von BA und GKV (einschließlich gegenseitige Abgrenzung der Leistungen) aber auch weiterer Akteure im Gesundheitssystem

- Herstellung von Transparenz über das Versorgungsangebot in der Fläche

- Verständigung über die jeweiligen Bezugs-/Wertesysteme und Handlungskonzepte

Aufbau und Weiterentwicklung von Kooperationen

- Verbesserung einer tragerübergreifenden Information und Abstimmung von Initiativen

- Optimierung der Schnittstellen zwischen den Integrationsprozessen der BA und dem GKV-Fallmanagement (u.a. auch bezüglich der Behandlung psychischer Erkrankungen)

- Empfehlungen zur Umsetzung der Kriterien für eine erleichterte Inanspruchnahme von Maßnahmen gemäß Leitfadent Prevention

- Einbezug weiterer Akteure

(Weiter-)Entwicklung von Programmen und Leistungserbringung

- Weiterentwicklung zielgruppenspezifischer Angebote, auch unter Berücksichtigung des Setting-Ansatzes

- Entwicklung von Qualitätskriterien für Elemente der Gesundheitsorientierung im Produktportfolio der BA

- Verbesserung der Information und Motivation Arbeitsloser zur Teilnahme an von der GKV geforderten Präventionsmaßnahmen durch geeignete Beratungen im Rahmen von Maßnahmen der Gesundheitsorientierung der BA

- Abstimmung von inhaltlichen Schwerpunkten insbesondere im Bereich psychischer Belastungen und Erkrankungen

- Integration von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Arbeitsmarktmaßnahmen

- Zusammenarbeit bei der Optimierung von Förderstrategien und -konzepten (z.B. zeitliche und inhaltliche Abstimmung, Nahtlosigkeit)

Qualitätsmanagement

- Berücksichtigung des Gebots der Freiwilligkeit bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

- Ausschluss von Vorleistungen für die Betroffenen und Doppelfinanzierung durch die Sozialleistungsträger

- Zusammenarbeit bei der Weiterentwicklung von Maßnahmen der Qualitätssicherung in den Bereichen Personal, Prozesse und Programme

Anlage 3:

Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune

Berlin, im Mai 2013

Der Schutz vor Krankheit und die Förderung der Gesundheit sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Wesentliche Determinanten des Gesundheitszustandes der Bevölkerung liegen außerhalb des Einflussbereichs von Gesundheitspolitik und -versorgung im engeren Sinne. Die Qualität von Bildung und Erziehung, berufliche Anforderungen und Belastungen, die Integration in den Arbeitsmarkt und die soziale Teilhabe, die Einkommenssituation einschließlich des sozialen Schutzes gegen Verarmung sowie die Wohn-, Verkehrs- und Umweltbedingungen beeinflussen nachhaltig das Risiko zu erkranken und die Chancen, gesund zu bleiben. Diese Determinanten wirken auch auf die individuelle Fähigkeit und Bereitschaft ein, Verantwortung für das persönliche Gesundheitsverhalten zu übernehmen.

Städte, Gemeinden und Landkreise gestalten die Lebensbedingungen der Bürger maßgeblich mit und besitzen dadurch einen großen Einfluss auf deren Gesundheitschancen. Aufgrund ihres verfassungsmäßigen Selbstverwaltungsrechts (Art. 28 Abs. 2 Satz 1 und 2 GG) kommt ihnen für die kommunale Gesundheitsförderung eine wichtige Funktion zu.

Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind der Schutz vor Krankheiten und die Förderung der Gesundheit unverzichtbare Aufgaben, um Lebensqualität und Leistungsfähigkeit ihrer Versicherten langfristig zu erhalten und ihnen ein gesundes Altern zu ermöglichen. Gemäß § 1 SGB V wirken sie auch auf gesunde Lebensverhältnisse hin und sollen nach § 20 Abs. 1 SGB V Satzungsleistungen zur Primärprävention vorsehen.

Da Krankheiten und ihre Risikofaktoren in der Bevölkerung sozial bedingt ungleich verteilt sind, ist gerade Menschen in sozial benachteiligter Lage bei der Gesundheitsförderung ein besonderes Augenmerk zu widmen. In der Kommune können alle Menschen mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention ohne Stigmatisierung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden.

Bestehende überregionale Strukturen können zur Vernetzung genutzt und weiterentwickelt werden. Notwendig sind die gesundheitsförderliche Ausrichtung kommunaler Entscheidungen und Aktivitäten sowie die Zusammenarbeit der in der Kommune verantwortlichen Akteure mit weiteren verantwortlichen Partnern. Der Beitrag der GKV zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und -verhaltens der Menschen in der Kommune bildet da-

bei einen wichtigen Baustein im Rahmen eines größeren Verbundes unterschiedlicher verantwortlicher Akteure.

Vor diesem Hintergrund empfehlen die kommunalen Spitzenverbände – Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag und Deutscher Städte- und Gemeindebund – und der GKV-Spitzenverband sowie die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene eine Zusammenarbeit zwischen Städten, Gemeinden, Landkreisen und Krankenkassen sowie ggf. ihren Verbänden zur gemeinsamen gesundheitsfördernden Ausgestaltung von Lebensräumen gemäß dem Setting-Ansatz der Primärprävention und Gesundheitsförderung.

1. Grundlagen dieser Empfehlung sind für die Städte, Gemeinden und Landkreise die jeweiligen Gesundheitsdienstgesetze der Länder in Verbindung mit dem kommunalen Auftrag zur Daseinsvorsorge und für die Krankenkassen die Regelungen des § 20 Abs. 1 SGB V einschließlich des zu seiner Umsetzung beschlossenen GKV-Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung.
2. Die Partner dieser Empfehlung betonen die Bedeutung eines an der kommunalen Ebene ausgerichteten, lebensweltorientierten Ansatzes insbesondere für benachteiligte Zielgruppen in ihrem jeweiligen Lebensumfeld. Sie gehen davon aus, dass entsprechende Aktivitäten zu einer Stärkung gesundheitsfördernder und -schützender Kompetenzen und Rahmenbedingungen führen und Krankheiten vermeiden können.
3. Ziel dieser Empfehlung ist es, durch eine intensivierte Kooperation im Rahmen primärpräventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen von Städten, Gemeinden und Landkreisen und Krankenkassen Synergien zu erschließen.
4. Die Partner empfehlen ihren Mitgliedern, ihre primärpräventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen in der jeweiligen Kommune möglichst weitgehend aufeinander abzustimmen sowie nachhaltig und tragfähig auszugestalten. Geeignete Grundlage hierfür ist eine systematische und mit der Sozialberichterstattung eng verknüpfte Gesundheitsberichterstattung in der Kommune. Es wird empfohlen, soweit vorhanden oder bereitgestellt, auch Erkenntnisse und Daten der GKV einzubeziehen.
5. Zur Ausgestaltung der Kooperation empfehlen die Partner ihren Mitgliedern, vorrangig ein bestehendes Informations- und Abstimmungsgremium in der jeweiligen Kommune (z. B. Gesundheitskonferenz) zu nutzen oder anderenfalls zu bilden. Das Gremium kann sich u. a. folgende Aufgaben geben:
 - Gegenseitige Information über geplante bzw. durchzuführende Maßnahmen
 - Abstimmung über jeweils geplante Maßnahmen

- Verständigung auf Präventions- und Gesundheitsförderungsziele in der Kommune
- Trägerübergreifende Maßnahmenplanung, -finanzierung und -durchführung

Über die Ausgestaltung der kontinuierlichen Kooperation ist ein Konsens herzustellen

- 6 Die Partner der Empfehlung sind sich einig, dass die Kooperation der Stärkung der Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune zu dienen hat. Von daher intensivieren die Partner vor Ort ihr Engagement in der kommunalen Primärprävention und Gesundheitsförderung, die Kooperation darf nicht zur Reduktion des finanziellen und inhaltlichen Engagements zulasten eines oder mehrerer der Partner vor Ort führen
- 7 Die Partner dieser Empfehlung laden ausdrücklich andere Träger von setting-orientierter Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune ein, sich an der jeweiligen Kooperation zu beteiligen. Sie empfehlen ihren Mitgliedern, diese entsprechend deren inhaltlichen bzw. finanziellen Engagements in die Kooperation mit einzubeziehen
- 8 Die Partner werden spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten dieser Empfehlung eine gemeinsame Bewertung über deren Umsetzung vornehmen und streben eine Weiterentwicklung auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse an

Dr. Stephan Articus
Geschäftsführendes Präsidialmitglied des Deutschen Städtetages

Prof. Dr. Hans-Günter Henneke
Geschäftsführendes Präsidialmitglied des Deutschen Landkreistages

Dr. Gerd Landsberg
Geschäftsführendes Präsidialmitglied des Deutschen Städte- und Gemeindebundes

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes

Jürgen Graalmann
Vorsitzender des Geschäftsführenden Vorstandes des AOK-Bundesverbandes

Heinz Kaltenbach
Geschäftsführer des BKK Bundesverbandes (GbR)

Jürgen Hohnl
Geschäftsführer des IKK e.V.

Bettina am Orde
Mitglied der Geschäftsführung der Knappschaft

Geschäftsführung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Ulrike Eisner
Vorsitzende des Vorstandes des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Der BKK Dachverband e.V. ist dieser Empfehlung beigetreten

**Kooperationsvereinbarung
zur Förderung gemeinsamer Aktivitäten bei der Umsetzung der
GDA-Arbeitsprogramme 2013 – 2018
sowie der Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der Gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV)**

zwischen
der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK)
vertreten durch den NAK-Vorsitz
und
GKV-Spitzenverband
und
Verbande der Krankenkassen auf Bundesebene

AOK-Bundesverband
BKK Dachverband e. V.
IKK e. V.
Knappschaft
Verband der Ersatzkassen e. V.

I Vorwort

Mit der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) wurden die Grundlagen geschaffen, neue Präventionspotentiale gemeinsam zu nutzen und wichtige Themen der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in Deutschland wirkungsvoller und effizienter zu gestalten

Zentrales Element ist dabei die Festlegung gemeinsamer Arbeitsschutzziele und Handlungsfelder und deren bundesweite Umsetzung in gemeinsamen Arbeitsprogrammen

Schlüssel- und Erfolgsfaktoren für eine erfolgreiche Umsetzung der Arbeitsprogramme und somit letztlich nachhaltig für sichere, gesunde und menschengerechte Arbeitsbedin-

gungen zu sorgen, ist die Einbindung von Kooperationspartnern und die Bündelung von Präventionsaktivitäten der an Sicherheit und Gesundheit beteiligten Akteure
Die Nationale Arbeitsschutzkonferenz hat es sich daher zum Ziel gesetzt, für die Umsetzung der GDA-Arbeitsprogramme 2013 – 2018 Kooperationspartner, die im Aufgabenfeld des Erhalts und der Förderung der Gesundheit bei der Arbeit tätig sind, für eine Zusammenarbeit zu gewinnen. Hierzu hat die NAK bereits bei der Auswahl der Arbeitsschutzziele eine Konsultation der Fachöffentlichkeit zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit durchgeführt und die „Kooperationsrelevanz“ und das „Potential zur Aktivierung weiterer Akteure“ als zentrale Entscheidungskriterien festgelegt

Krankenkassen unterstützen Betriebe durch Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung bei der Ermittlung gesundheitlicher Risiken und Ressourcen im Betrieb, der Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie bei der Umsetzung derselben unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb gemäß dem GKV-Leitfaden Prävention. In diesem Rahmen bestehen Schnittmengen mit den Aktivitäten der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie. Zur Förderung der Abstimmung und Zusammenarbeit der Krankenkassen und ihrer Verbände mit der NAK wird folgende Vereinbarung geschlossen

II. Gemeinsame Ziele und Handlungsfelder

a) Arbeitsschutzziele und Handlungsfelder

Für den Zeitraum 2013 – 2018 wurden von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK) in enger Abstimmung und Konsultation der Fachöffentlichkeit zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit nachfolgende Arbeitsschutzziele und Handlungsfelder festgelegt

Ziel: Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes (ORGA)

mit den Handlungsfeldern

- Sicherheit und Gesundheit in betriebliche Prozesse und Entscheidungsbereiche integrieren sowie
- Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung verbessern

Ziel: Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich (MSE)

mit den Handlungsfeldern

- Tätigkeiten mit hohen körperlichen Belastungen gesundheitsgerecht gestalten sowie
- bewegungsarme und einseitig belastende Tätigkeiten gesundheitsgerecht gestalten

Ziel: Schulung und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung (PSYCHE)

mit den Handlungsfeldern

- arbeitsbedingte psychische Belastungen frühzeitig erkennen und im Hinblick auf Gesundheitsgefährdungen beurteilen sowie
- präventive, arbeitsorganisatorische sowie gesundheits- und kompetenzfördernde Maßnahmen zur Verminderung arbeitsbedingter psychischer Gefährdungen entwickeln und umsetzen

b) Arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV

Die GKV hat für ihre betrieblichen Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten im Zeitraum 2013 – 2018 die folgenden Ziele und Teilziele beschlossen

1 Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Teilziel 1 1 Zahl und Anteil der durch Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates mit verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung erreichten Betriebe sind erhöht

2 Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen

Teilziel 2 1 Zahl und Anteil der Betriebe mit verhältnispräventiven Aktivitäten zur Verringerung psychischer Fehlbelastungen sind erhöht

Teilziel 2 2 Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer „gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung“ sind erhöht

Teilziel 2 3 Zahl und Anteil der Betriebe mit verhaltensbezogenen Aktivitäten zur „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ sind erhöht

3 Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeitswelt mit bedarfsgerechter, nachhaltiger und partizipativer betrieblicher Gesundheitsförderung

Teilziel 3 1 Zahl und Anteil der mit Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten sind erhöht

Teilziel 3 2 Zahl und Anteil der Betriebe mit einem Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz zuständigen Akteure sind erhöht

Teilziel 3 3 Zahl und Anteil der Betriebe, in denen Gesundheitszirkel durchgeführt werden, sind erhöht

Teilziel 3 4 Zahl und Anteil der Betriebe mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben sind erhöht

III Inhalte der Vereinbarung

Die Kooperationspartner verpflichten sich grundsätzlich, die unter II genannten Ziele wechselseitig zu unterstützen und zu fordern

Die Zusammenarbeit von GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene mit der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz wird dabei wie folgt konkretisiert

a) Aktivitäten und Beiträge der Kooperationspartner

Die Kooperationspartner

- (1) beteiligen sich personell und inhaltlich an Veranstaltungen von bundesweiter Relevanz,
- (2) machen die Zusammenarbeit durch Nennungen und Verlinkung wechselseitig auf ihren Internetseiten sichtbar,
- (3) weisen in geeigneten Medien auf die Aktivitäten des Kooperationspartners hin (z B Broschüren, Arbeitgeber-Magazinen und Leitfaden der Prävention),
- (4) stellen auf Anfrage und nach interner Abstimmung tragerspezifische Informationen zur Verfügung,
- (5) unterstützen sich auf Anfrage gegenseitig bei der redaktionellen Erstellung von Publikationen und Flyern,
- (6) raumen die Nutzung ihrer Logos ein, die im Zusammenhang mit gemeinsamen Aktivitäten und Medien stehen,
- (7) beteiligen sich auf Wunsch des Partners und nach interner Abstimmung an den unterschiedlichen Projekten, die auf die Verwirklichung der gemeinsamen Zielsetzungen ausgerichtet sind,
- (8) stimmen sich auch in Zukunft bei der Weiterentwicklung der Zielbildung untereinander ab,
- (9) gewahren bei Bedarf die Mitwirkungsmöglichkeit in den entsprechenden Arbeitsgruppen, wenn Schnittstellen und Gemeinsamkeiten vorliegen, unter den in b) genannten Rahmenbedingungen,
- (10) laden sich zu regelmäßigen Informations- und Erfahrungsaustauschen im Rahmen der dafür vorgesehenen Gesprächsrunden ein,
- (11) unterstützen sich gegenseitig bei der Suche nach produkt- und themenbezogenen Referentinnen und Referenten, die im Rahmen übergeordneter Veranstaltungen und/oder mit Teilnehmern auf Leitungsebene tätig werden

b) Rahmenbedingungen der Partnerschaft

- (1) Die Partner erhalten wechselseitig für die Umsetzung ihrer jeweiligen Pläne und Kooperationsaktivitäten die notwendigen Informationen bzw Unterlagen
- (2) Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene erhalten im Rahmen der Mitarbeit einen privilegierten Zugang zu Informationen und den relevanten Unterlagen der Arbeitsprogramme, die einen Bezug zum Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung haben
- (3) Eine themenbezogene Teilnahme an den Sitzungen des jeweils anderen Kooperationspartners kann ermöglicht werden
- (4) Mitglieder der Arbeitsprogrammgruppen aus dem Kreis der GDA-Träger erhalten das Recht, ohne Teilnahmegebühren und dgl an den Aktivitäten bzw Beiträgen des GKV-Spitzenverbandes teilzunehmen
- (5) Gegenseitige finanzielle Erstattungen für Aufwendungen sind nicht möglich
- (6) Veröffentlichungen dürfen nur dann mit dem Logo des jeweils anderen versehen werden, wenn sie von den entsprechenden Entscheidungsgremien freigegeben wurden
- (7) Die Vertreter/innen der Kooperationspartner wirken darauf hin, dass die Beratungsaktivitäten in den Unternehmen und Betrieben starker vernetzt werden und tragen im öffentlichen Diskurs gegenseitig dazu bei, die gesellschaftspolitische Bedeutung von Prävention und gesunder Arbeit für den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und Entlastung der Sozialversicherung herauszustellen

c) Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt nach der Unterzeichnung in Kraft

Für den NAK-Vorsitz

Michael Koll

Dr Sibylle Scriba

Dr Walter Eichendorf

Für den GKV-Spitzenverband

Dr Doris Pfeffer

Für den AOK-Bundesverband

Uwe Deh

Für den BKK Dachverband e.V

Franz Knieps

Für den IKK e.V.

Jurgen Hohl

Für die Knappschaft

Bettina am Orde

Für den Verband der Ersatzkassen

Ulrike Elsner



Baden-Württemberg

Bündnis Arbeit und Gesundheit in Baden-Württemberg

I. Präambel

Der Erhalt und die Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten haben in der Arbeitswelt eine immer größere Bedeutung. Prävention und Gesundheitsförderung sind daher zentrale Aufgaben. Der Arbeitsschutz in den Unternehmen zeigt große Erfolge bei der Verhältnisprävention, deren Bedeutung ungemindert ist. Daher wird der Umsetzung der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie in Baden-Württemberg auch künftig hohe Priorität beigemessen.

Ein zusätzlicher Schwerpunkt ist die Verhaltensprävention. Wenn Lebenswelten wie z. B. Schule oder Betrieb gesundheitsfördernd sind, dann fällt es dem Einzelnen leichter, gesund zu leben.

Die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg „Gesundheit in allen Lebensbereichen“ setzt sowohl bei der Verantwortung und Entscheidung des Einzelnen als auch bei der Schaffung einer gesunden Arbeitswelt und der Integration der Gesundheitsförderung in den Alltag an. Die Umsetzung der Gesundheitsstrategie soll im Rahmen des Gesundheitsdialogs Baden-Württemberg erfolgen.

In „Kommunalen Gesundheitsdialogen Arbeit und Gesundheit“ sollen die Beschäftigten, die Unternehmen und weitere Partner vor Ort die jeweils passenden Maßnahmen planen und sich an der Durchführung beteiligen.

II. Leitsätze zu Arbeit und Gesundheit in Baden Württemberg

1. Arbeit darf nicht krank machen.

Die berufliche Integration besitzt einen entscheidenden Stellenwert für die soziale und wirtschaftliche Teilhabe. Ziele sind im ganzheitlichen Sinn die Förderung der Gesundheit, die Vermeidung krank machender Faktoren und die Gewährleistung eines wirksamen Arbeits- und Gesundheitsschutzes unter Einbindung aller betrieblichen Akteure.

2. Jeder trägt Verantwortung für seine Gesundheit.

Gesundheit ist die unabdingbare Voraussetzung dafür, private und berufliche Lebensziele zu erreichen. Die Stärkung der eigenen Gesundheit kann Krankheiten wirkungsvoll vorbeugen und die Arbeitsfähigkeit erhalten. Arbeitgeber und Arbeitnehmer unterstützen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit im Betrieb und berücksichtigen dabei, soweit möglich, auch andere Lebensbereiche.

3. Die demografische Entwicklung erfordert eine vermehrte Integration von Arbeitsuchenden und Beschäftigten mit Einschränkungen. Kein Mensch darf mit seinen Talenten verloren gehen.

Der Veränderung der Altersstruktur und der längeren Lebensarbeitszeit, die im Rentenrecht angelegt ist, muss insbesondere mit Blick auf ältere Beschäftigte und Beschäftigte mit Handicaps Rechnung getragen werden. Es sollte selbstverständlich werden, sie bei der Ausgestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsbedingungen, wie z. B. der Arbeitszeit oder der Gewährung von Reha-Maßnahmen, zu unterstützen.

4. Gesunde und arbeitsfähige Arbeitskräfte sind ein Wettbewerbsvorteil für Unternehmen.

Gesunde und arbeitsfähige Beschäftigte sind ein wichtiger Bestandteil von Unternehmensstrategien und stärken den Betrieb im Wettbewerb. Durch Krankheit, Präsentismus und Absentismus entstehende Kosten und Produktionsausfälle sind beeinflussbare Faktoren. Gesunde Beschäftigte sind zudem eine Strategie zur Verringerung des Fachkräftemangels.

5. Die Gesundheit der Beschäftigten stärkt auch die Sozialversicherungen und die öffentlichen Haushalte.

Gesunde Beschäftigte sowie leistungsfähige Betriebe sind eine wichtige Voraussetzung für eine auskömmliche Finanzierung der Sozialsysteme und der staatlichen Leistungen.

6. Die Programme der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie sind verbindlich abgestimmte Gesundheitsziele und entsprechen insbesondere der betrieblichen Verhältnisprävention.

Der betriebliche Arbeitsschutz, die Unfallversicherungsträger, die Gewerbeaufsicht und die Sozialversicherungsträger haben den Erhalt der Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit zum Ziel. Verhältnisprävention bezeichnet dabei die Gestaltung der Rahmenbedingungen, die durch die Gewerbeaufsicht und die gesetzlichen Unfallversicherungsträger überprüft werden. Die Programme der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie werden daher als dauerhafte konzertierte Aktionen gemeinsam von Arbeitgebern, Gewerkschaften, gesetzlichen Unfallversicherungsträgern, Bund und Ländern festgelegt und unterstützt. Die GDA-Strategie verfolgt für 2013 bis 2018 unter anderem den Schutz und die Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingten körperlichen und psychischen Belastungen.

7. Betriebliche Gesundheitsförderung und -prävention sollen gestärkt werden

Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention, die die Gesundheitsressourcen und -potenziale der einzelnen Beschäftigten unterstützen, sollen gestärkt werden, um in der Breite wirksam zu werden und möglichst viele Beschäftigte einzubeziehen.

8. Ein passendes betriebliches Gesundheitsmanagement enthält eine sinnvolle Kombination aus Verhältnisprävention und Verhaltensprävention.

Auf der Grundlage der jeweiligen ganzheitlichen Gefährdungsbeurteilung ist es sinnvoll, ein arbeitsplatzbezogenes Gesamtkonzept zu entwickeln, das die Realisierung der Unternehmensziele durch möglichst gesunde Beschäftigte unterstützt.

9. Gerade kleine und mittlere Unternehmen brauchen Beispiele guter Praxis mit belegtem return on investment.

Große Unternehmen haben ihren strukturellen Vorteil bei der Entwicklung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements meist genutzt. Kleine und mittlere Unternehmen sind vermehrt auf niedrigschwellig verfügbare, verlässliche Informationen angewiesen; dabei ist die mehrdimensionale Bedeutung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements hinsichtlich Kostenersparnis, Arbeitszufriedenheit, Arbeitsfähigkeit, Mitarbeitermotivation und anderem mehr herauszuarbeiten. Das Sozialministerium trägt im Rahmen seiner Möglichkeiten dazu bei, Modellprojekte durchzuführen und die Ergebnisse wissenschaftlich zu evaluieren.

10. Sinnvolle Lösungen müssen gemeinsam und sozialgesetzbuchübergreifend umgesetzt werden.

Die in den einzelnen Sozialgesetzbüchern festgelegten Verantwortlichkeiten haben sich grundsätzlich bewährt. Schnittstellenprobleme müssen durch eine vertrauensvolle Kooperation der Verantwortlichen und abgestimmten Mitteleinsatz überwunden werden. Das Sozialministerium ist bereit, in diesem Prozess eine Moderatorenrolle zu übernehmen.

11. Das Thema Gesundheit in der Arbeitswelt muss im vernetzten Diskurs auf kommunaler Ebene vorangebracht werden.

Die Gesundheitsförderung in den Betrieben wird in „Kommunalen Gesundheitsdialogen Arbeit und Gesundheit“ im Rahmen des Gesundheitsdialogs Baden-Württemberg thematisiert, um daraus unter gemeinsamer Beteiligung der Akteure gesundheitsfördernde Maßnahmen insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen zu entwickeln.

Katrin Altpeter MdL
Ministerin für Arbeit und
Sozialordnung, Familie,
Frauen und Senioren
Baden-Württemberg



Baden-Württemberg
MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

Peer-Michael Dick
Hauptgeschäftsführer der
Landesvereinigung
Baden-Württembergischer
Arbeitgeberverbände e.V.



Arbeitgeber
Baden-Württemberg
Landesvereinigung Baden-Württembergischer Arbeitgeberverbände e.V.

Nikolaus Landgraf
Vorsitzender des Deutschen
Gewerkschaftsbundes
Baden-Württemberg



DGB
Baden-Württemberg

Martina Lehmann
Geschäftsführerin Arbeitslosen-
versicherung der Regional-
direktion Baden-Württemberg
der Bundesagentur für Arbeit



Bundesagentur für Arbeit
Regionaldirektion
Baden-Württemberg

Thomas Köhler
Landesdirektor des Landes-
verbandes Südwest der
Deutschen Gesetzlichen
Unfallversicherung (DGUV) e.V.



DGUV
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung
Landesverband Südwest



UKBW
Unfallkasse
Baden-Württemberg

Dr. Christopher Hermann
Vorsitzender des Vorstands der
Allgemeinen Ortskrankenkasse
Baden-Württemberg



AOK
Die Gesundheitskasse.
AOK Baden-Württemberg

Walter Scheller
Arbeitsgemeinschaft B 52-
Verbändekooperation Baden-
Württemberg, vertreten durch
den Leiter der Landesvertre-
tung Baden-Württemberg des
Verbandes der Ersatzkassen
e.V.



Hubert Seiter
Erster Direktor der Deutschen
Rentenversicherung
Baden-Württemberg



**Deutsche
Rentenversicherung**
Baden-Württemberg