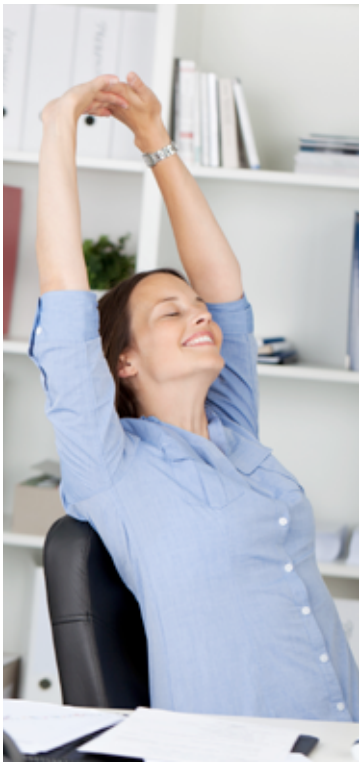
Spitzenverband



Leitfaden Prävention

Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V

Leitfaden Prävention

in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI

Ausgabe 2020 – nur als PDF verfügbar

Dieser Band enthält den **Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V** und ab Seite 153 den **Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI.**

Impressum
Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstr. 28
10117 Berlin

Verantwortlich: Referat Prävention – Jens Hupfeld, Dr. Volker Wanek, Karin Schreiner-Kürten

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH
Fotonachweis: Titelseite, von links: Tobias Vollmer http://tobiasvollmer.de, Medizinfotografie Hamburg, Sebastian Schupfner www.schupfner.com, contrastwerkstatt – Fotolia.com
Stand: 14. Dezember 2020

An der Erstellung des Leitfadens waren beteiligt:
Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene

AOK-Bundesverband, Berlin
BKK Dachverband, Berlin
IKK e. V., Berlin
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Kassel
Knappschaft, Bochum
Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Leitfaden Prävention

Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V
zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V
vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 14. Dezember 2020

In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene

Inhalt

1. Präambel 6

2. Grundlagen 8
   2.1 Gesetzliche Regelungen 8
   2.2 Übergreifende Qualitätssicherung 13

3. Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV 2019-2024 15
   3.1 Ziele für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten 17
   3.2 Ziele für die betriebliche Gesundheitsförderung. 17

4. Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V 19
   4.1 Gesetzliche Grundlagen 19
   4.2 Grundverständnis 23
   4.3 Der lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsprozess 26
   4.4 Leistungsarten, Förderkriterien und Ausschlusskriterien 30
   4.5 Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune 32
      4.5.1 Grundsätze und Ziele 32
      4.5.2 Qualitätskriterien für die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen 33
      4.5.3 Spezielle Förderkriterien für Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune 39
      4.5.4 Besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune 39
   4.6 Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte 44
      4.6.1 Ziele von Gesundheitsförderung in Kitas 45
      4.6.2 Umsetzung von Gesundheitsförderung in Kitas. 46
      4.6.3 Spezielle Förderkriterien für Leistungen in Kitas. 46
   4.7 Gesundheitsfördernde Schule 47
      4.7.1 Ziele von Gesundheitsförderung in Schulen 48
      4.7.2 Umsetzung von Gesundheitsförderung in Schulen 48
      4.7.3 Spezielle Förderkriterien für Leistungen in Schulen 51
   4.8 Gesundheitsfördernde Hochschule. 51
      4.8.1 Ziele von Gesundheitsförderung an Hochschulen 51

5. Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V . . 53
   5.1 Gesetzliche Grundlagen 53
   5.2 Grundverständnis 53
   5.3 Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien 57
   5.4 Handlungsfelder. 65
      5.4.1 Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten 65
      5.4.2 Handlungsfeld Ernährung 73
      5.4.3 Handlungsfeld Stress-und Ressourcenmanagement 79
      5.4.4 Handlungsfeld Suchtmittelkonsum 88

6. Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V. 93
   6.1 Gesetzliche Grundlagen 93
   6.2 Grundverständnis 95

6.3 Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess 98
6.4 Leistungsarten und Förderkriterien 102
6.5 Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements 104
6.6 Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben 107
6.7 Handlungsfelder 109
6.7.1 Handlungsfeld Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung 110
6.7.2 Handlungsfeld Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil 123
6.7.3 Handlungsfeld Überbetriebliche Vernetzung und Beratung 125

7. Digitale Prävention und Gesundheitsförderung 128
7.1 Gesetzliche Grundlagen 128
7.1.1 Regelungen nach § 20 Abs. 4 SGB V 128
7.1.2 Abgrenzung zu § 33a SGB V 128
7.2 Digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention 130
7.2.1 Kennzeichen digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote 130
7.2.2 Formate digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote 131
7.3 Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien für digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote 133

8. Anhang 144
8.1 Berührungspunkte von Leistungen nach § 20a SGB V zu gesetzlichen Zuständigkeiten und Leistungen anderer Träger für besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune . 144
8.2 Präventionsempfehlung 147
8.3 Steuerfreie Arbeitgeberleistungen zur Förderung der Mitarbeitergesundheit 148
8.4 Musterformular für von der Zentrale Prüfstelle Prävention zertifizierte Kurse 149
8.5 Perzentile für den Body-Mass-Index von Mädchen und Jungen 151

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Rechtsnatur, Ziele und Gliederung der Leistungen der Krankenkassen nach § 20 SGB V 12
Abb. 2: Primärprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten 26
Abb. 3: Der lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsprozess 29
Abb. 4: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention 55
Abb. 5: Voraussetzungen für die Anbieterqualifikation 59
Abb. 6: Gliederung des Handlungsfeldes Stress- und Ressourcenmanagement 81
Abb. 7: Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess 99
Abb. 8: Gesundheit in der Arbeitswelt (nur gesetzlich geregelte Bereiche) 105
Abb. 9: Handlungsfelder (rot) und Präventionsprinzipien (schwarz) in der betrieblichen Gesundheitsförderung 109
Abb. 10: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung (Themen) 111
Abb. 11: Abgrenzung digitaler Angebote nach § 20 SGB V und DiGA nach § 33a SGB V 129
Abb. 12: Charakteristika digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote 132
Abb. 13: Abgrenzung digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote und Kurse im Präsenzformat 134

1. Präambel

Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind der Schutz vor Krankheiten und die Förderung der Gesundheit unverzichtbare Aufgaben, um Lebensqualität und Leistungsfähigkeit ihrer Versicherten unabhängig von Geschlecht und sozialer Stellung langfristig zu erhalten und ihnen ein gesundes Altern zu ermöglichen. Der Wandel des Krankheitsspektrums zu den chronisch-degenerativen Erkrankungen, der demografische Alterungsprozess und die sich verändernden Anforderungen in der Arbeitswelt machen eine Intensivierung vorbeugender, auf die Minderung gesundheitlicher Belastungen und die Stärkung gesundheitlicher Potenziale und Ressourcen gerichteter Strategien und Interventionen erforderlich. Da Krankheiten und ihre Risikofaktoren in der Bevölkerung sozial ungleich verteilt sind, ist gerade auf Versicherte in sozial benachteiligter Lage ein besonderes Augenmerk zu richten. Dies gilt umso mehr, als gerade diese Versicherten präventive Angebote mit Kommstruktur aller Erfahrung nach nur unterproportional nutzen.

Mit diesem Leitfaden legt der GKV-Spitzenverband Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und Gesundheitsförderung nach den §§ 20, 20a und 20b des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) vor, die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten. Der Leitfaden bildet die Grundlage für die Förderung bzw. Bezuschussung von Maßnahmen, die Versicherte dabei unterstützen, Krankheitsrisiken möglichst frühzeitig vorzubeugen und ihre gesundheitlichen Potenziale und Ressourcen zu stärken. Maßnahmen, die nicht den in diesem Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen von §§ 20, 20a und 20b SGB V durchgeführt oder gefördert werden. In Zweifelsfällen können die jeweiligen Aufsichtsbehörden eingeschaltet werden.

Seit der erstmaligen Verabschiedung der „Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien“ zur Umsetzung der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung am 21. Juni 2000 haben die Krankenkassen ihre Leistungen auf diesen Feldern erheblich ausgebaut. Der Leitfaden bildet seitdem das zentrale Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung. Die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen sowie neue wissenschaftliche Erkenntnisse wurden und werden kontinuierlich integriert. Die Weiterentwicklung erfolgt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes sowie des Sachverstandes der Menschen mit Behinderung. Alle Gesetze werden in der am 14. Dezember 2020 geltenden Fassung zitiert. Die angegebenen Internetquellen wurden im November 2020 überprüft.

Der Schutz vor Krankheit und die Förderung der Gesundheit sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Wesentliche Determinanten des Gesundheitszustandes der Bevölkerung liegen außerhalb des Einflussbereichs der 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- und Umweltbedingungen in der Kommune 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 im Sinne der Verhaltensprävention zu übernehmen. Notwendig ist die gesundheitsförderliche Ausrichtung der genannten Lebensbereiche und Politikfelder. Prävention und Gesundheitsförderung sind daher in unterschiedlichen Bereichen und bei verschiedenen Akteuren zu verorten.

Auch innerhalb der gesundheitlichen Versorgung sind neben den Krankenkassen zahlreiche weitere Akteure für die Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung zuständig: die gesundheitliche Aufklärung mit ihrem bevölkerungsweiten Fokus, der öffentliche Gesundheitsdienst mit seiner regionalen und kommunalen Ausrichtung, die Unfallversicherung, der staatliche und der betriebliche

Arbeitsschutz mit ihrem Arbeitsweltbezug sowie zahlreiche freie und gemeinnützige Initiativen und Organisationen. Präventive Bezüge haben auch Leistungen, für die die Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit verantwortlich sind. Im Idealfall arbeiten diese Akteure zielbezogen entsprechend ihrer spezifischen Kompetenzen und Zuständigkeiten zusammen und ergänzen einander. Der Beitrag der GKV zur Verbesserung der gesundheitlichen Rahmenbedingungen sowie des Gesundheitszustandes und -verhaltens der Versicherten bildet daher einen Baustein im Rahmen eines größeren Verbundes unterschiedlicher verantwortlicher Akteure.

Sozialversicherungsträger, Bund, Länder, kommunale Spitzenverbände, Sozialpartner sowie Vertretungen der Patientinnen und Patienten und zivilgesellschaftlicher Akteure arbeiten in der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) zusammen, welche mit dem Präventionsgesetz vom 25. Juli 2015 geschaffen wurde. Die NPK entwickelt die nationale Präventionsstrategie zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Zusammenarbeit der verantwortlichen Akteure (Bundesrahmenempfehlungen) und analysiert deren Umsetzung im Rahmen des alle vier Jahre vorzulegenden trägerübergreifenden Präventionsberichts.

Die Bundesrahmenempfehlungen formulieren Ziele für die lebens- und arbeitsweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Vorgehens. Die GKV als ein Träger der NPK legt diese Zielstellungen zugrunde und definiert für ihre eigenen kooperativen Aktivitäten daran ausgerichtete Ziele.

Die Krankenkassen leisten mit dem auf diesem Leitfaden basierenden präventiven und gesundheitsförderlichen Engagement einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit ihrer Versicherten und unterstützen gesundheitsförderliche Strukturen in Lebenswelten und Betrieben.

2. Grundlagen

2.1 Gesetzliche Regelungen

Die gesetzlichen Regelungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen sind in den §§ 20, 20a, 20b und 20c SGB V niedergelegt. Der Gesamtkomplex der von diesen Paragrafen bezeichneten Leistungen gliedert sich in:

- Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V
- Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben nach §§ 20b und 20c SGB V

Die Absätze 1–3 von § 20 SGB V definieren die übergreifenden Anforderungen für alle Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung, Absatz 4 enthält die o. g. Gliederung nach Leistungsarten der verhaltensbezogenen Prävention, lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention sowie betrieblichen Gesundheitsförderung. Im Folgenden werden die Regelungen des § 20 Absätze 1–4 dargestellt und erläutert:

„§ 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

(1) 1Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. 2Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. 3Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.

(2) 1Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverstandes sowie des Sachverstandes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. 2Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. 3Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. 4Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.

(3) 1Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:
1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
3. Tabakkonsum reduzieren,
4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,
5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,

7. gesund älter werden und
8. Alkoholkonsum reduzieren.
[2]Bei der Berücksichtigung des in Satz 1 Nummer 1 genannten Ziels werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. [3]Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 2, 3 und 8 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 27. April 2015 (BAnz. AT 19.05.2015 B3) festgelegt sind. [4]Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. [5]Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

(4) Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als
1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5,
2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und
3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b."

Erläuterung:
Zu Absatz 1: Satz 1 verpflichtet die Krankenkassen, in ihrer Satzung präventive und gesundheitsfördernde Leistungen für ihre Versicherten vorzusehen. Ihrer Zielsetzung nach müssen diese Leistungen auf die „Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken" (primäre Prävention) sowie die „Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten" (Gesundheitsförderung) gerichtet sein. Die Verknüpfung der Primärprävention mit der Gesundheitsförderung trägt der Tatsache Rechnung, dass die Verhütung erworbener (nicht erblicher) Erkrankungen sowohl die Minderung von Belastungen (Gesundheitsrisiken wie z. B. Bewegungsmangel oder Suchtmittelkonsum) erfordert als auch die Mehrung von Möglichkeiten, solche Risiken zu meiden (z. B. durch Bildung), sie besser zu bewältigen (z. B. über Erholungsmöglichkeiten in der Freizeit oder Handlungsspielräume bei der Arbeit) bzw. ihnen etwas Positives entgegen zu setzen (z. B. durch soziale Unterstützung). Primärprävention und Gesundheitsförderung bilden somit komplementäre Strategien der Verhütung von Erkrankungen und der Sicherung der Gesundheit.

Mit dem Begriffsverständnis von Gesundheitsförderung als „Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns" adaptiert der Gesetzgeber in § 20 Absatz 1 SGB V die Definition der Weltgesundheitsorganisation aus der 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung („Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen" [1]) für die GKV. Die in der Ottawa-Charta bezeichneten Handlungsebenen der Gesundheitsförderung werden in der Begriffsdefinition des § 20 Absatz 1 SGB V allerdings nur beschränkt auf die Ebene der „Entwicklung persönlicher Kompetenzen"[2] in das Aufgabenportfolio der Krankenversicherung übernommen, da die übrigen Ebenen (z. B. insbesondere die „Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik") den Krankenkassen strukturell verschlossen sind.

1 Weltgesundheitsorganisation (1986). Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (Internet: www.euro.who.int/de/ ▸ Publikationen ▸ Grundsatzdokumente ▸ Ottawa-Charter for Health Promotion).
2 Ebd.

Elemente der weiteren Handlungsebenen der Ottawa-Charta, z. B. die „Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen“ und „Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten“ werden in Kapitel 4 (Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V) sowie Kapitel 6 (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V) im Hinblick auf die Förderung selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns berücksichtigt.

Mit der kombinierten Ausrichtung auf die Minderung gesundheitlicher Risiken und die Mehrung gesundheitlicher Ressourcen besitzen die Leistungen nach § 20 SGB V stets vorbeugenden Charakter, d. h. sie setzen im Vorfeld von Erkrankungen an. Maßnahmen der Krankenbehandlung und Rehabilitation können daher nicht Teil der Leistungen nach § 20 SGB V sein. Auch die an anderer Stelle im SGB V normierten präventiven Leistungen wie insbesondere Schutzimpfungen (§ 20i SGB V), Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen durch Individual- und Gruppenprophylaxe (§§ 21, 22 und 22a SGB V), Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Hebammenhilfe (§§ 23, 24 und 24d SGB V) sowie zur Früherkennung von Erkrankungen (§ 25 und 26 SGB V) sind ebenfalls nicht Bestandteil von Leistungen nach § 20 Absatz 1 SGB V. Ausgeschlossen aus dem Leistungsspektrum des § 20 SGB V sind ferner Maßnahmen zur Verhütung von Verschlimmerungen von Erkrankungen (tertiäre Prävention) im Rahmen von Leistungen zur Rehabilitation nach den §§ 40–43b SGB V.

Zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns kommt ein breites Spektrum an Maßnahmen in Betracht. Nicht alle diese Maßnahmen können von der gesetzlichen Krankenversicherung gefördert werden, weil sie in die Zuständigkeit anderer Träger fallen (z. B. Gesundheitsförderung als Teil des Bildungsauftrags öffentlicher Schulen) oder der Eigenverantwortung der Versicherten zuzurechnen sind (z. B. gesunde Nahrungsmittel, ausreichend Bewegung). Gemäß dem Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung als einer Gemeinschaft zur solidarischen Absicherung von Krankheitsrisiken fallen insbesondere solche Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung, die ihrer Zielsetzung nach auf Förderung einer gesundheitsbewussten Lebensführung der Versicherten zur Verhütung des Versicherungsfalls „Krankheit“ gemäß § 1 Absatz 1 SGB V ausgerichtet sind. Der Finalbezug der Leistungen auf die Förderung einer gesundheitsbewussten Lebensführung zur Verhütung des Versicherungsfalls „Krankheit“ kann dabei unmittelbar (z. B. bei der direkten Motivation und Befähigung für gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen) oder mittelbar (z. B. durch Unterstützung der Implementation organisatorischer Änderungen in Lebenswelten, um gesundheitsbewusstes Verhalten im Alltag zu erleichtern) gegeben sein.

Satz 2 verlangt, dass Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozialer oder geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Zur Reduzierung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit haben die Krankenkassen ihre Maßnahmen daher vorrangig auf solche Versicherten bzw. Gruppen von Versicherten auszurichten, die nach gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen überdurchschnittlich hohen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und/oder von sich aus keine oder nur eine unterdurchschnittliche Neigung zur Beteiligung an Gesundheitsförderung und Prävention zeigen. Zur Reduzierung geschlechtsbezogener gesundheitlicher Ungleichheiten tragen die Krankenkassen den besonderen Bedarfen und Bedürfnissen von Männern und Frauen bei der Maßnahmenplanung und Zielgruppenansprache Rechnung und berücksichtigen dabei die unterschiedlichen Lebensbedingungen von Männern und Frauen.

Satz 3 legt fest, dass die Krankenkassen bei der Leistungsgewährung an die vom GKV-Spitzenverband in diesem Leitfaden getroffenen

Festlegungen gebunden sind. Leistungen, die nicht den hier beschriebenen Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht erbracht oder gefördert werden.

Für Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote nach den §§ 20, 20a und 20b SGB V gelten die gleichen Rahmenbedingungen wie für alle anderen Leistungen der GKV (vgl. § 12 Abs. 1 SGB V). Danach müssen „die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen".

Zu Absatz 2: Die Norm zielt auf die Sicherstellung einer hohen und kassenübergreifend einheitlichen Qualität der Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen. Satz 1 beauftragt den GKV-Spitzenverband, einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für alle primärpräventiven und gesundheitsfördernden Leistungen der Krankenkassen festzulegen und hierbei den Sachverstand der für Prävention und Gesundheitsförderung relevanten wissenschaftlichen Disziplinen – insbesondere Gesundheitswissenschaft, Medizin, Arbeitsmedizin, Psychotherapie, Psychologie, Pflegewissenschaft, Ernährungswissenschaft, Sportwissenschaft, Suchtforschung, Erziehungswissenschaft und Sozialwissenschaft – sowie den Sachverstand der Menschen mit Behinderung zu nutzen. Durch Festlegung gemeinsamer Handlungsfelder wird die thematische Vielfalt möglicher Leistungen beschränkt, indem die Krankenkassen ihre Aktivitäten auf eine begrenzte Zahl prioritärer Aktivitätsbereiche ausrichten. Die festzulegenden – in diesem Leitfaden im Folgenden festgelegten – Kriterien für die Leistungen formulieren Fördervoraussetzungen im positiven („Förderkriterien") wie im negativen Sinne („Ausschlusskriterien"), insbesondere zu den Themen:

- „Bedarf": die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung eines relevanten Gesundheitsproblems; üblicherweise wird „Bedarf" anhand von Indikatoren, wie z. B. der Verbreitung, medizinischen Bedeutung (z. B. durch Einbußen an Lebenserwartung und -qualität) und volkswirtschaftlichen Relevanz von grundsätzlich prävenierbaren Gesundheitsproblemen abgebildet
- „Zielgruppen": vorrangige Adressatinnen und Adressaten der unterschiedlichen Maßnahmen, für die ein Bedarf im o. g. Sinne existiert
- „Zugangswege": Verbreitungswege der Maßnahmen und Modi der Erreichung der Zielgruppen
- „Inhalt": Bestimmung erforderlicher Bestandteile der Maßnahmen
- „Methodik": Vorgehensweisen bei der Maßnahmedurchführung
- „Qualität": möglichst hoher Grad der Erreichung der angestrebten Maßnahmewirkungen (Ergebnisqualität); der Ergebnisqualität als Voraussetzungen vorgelagert sind Struktur-, Planungs- und Prozessqualität
- „intersektorale Zusammenarbeit": Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren außerhalb des Gesundheitswesens
- „wissenschaftliche Evaluation": Bewertung der Durchführung und der Ergebnisse der Maßnahmen
- „Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele" (als Teilbereich der Evaluation): Überprüfung des Maßnahmeerfolgs im Hinblick auf die vorab definierten Ziele

Satz 2 verpflichtet den GKV-Spitzenverband zur Festlegung der Anforderungen und eines einheitlichen Verfahrens der Zertifizierung der Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention und der verhaltensbezogenen Maßnahmen im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung. Durch die Norm soll eine bundesweit einheitliche Qualität der Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen sichergestellt werden. Im Interesse der Transparenz für Versicherte, Anbieterinnen und Anbieter von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

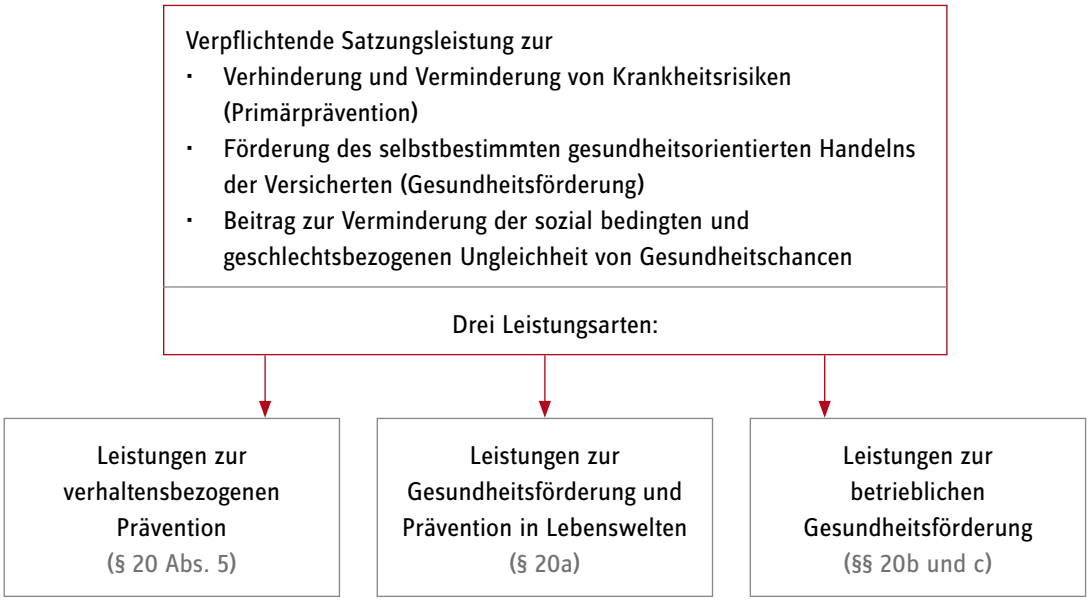
sowie Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Präventionsempfehlung nach § 20 Abs. 5 SGB V hat der GKV-Spitzenverband die gemeinsamen Handlungsfelder und Kriterien, die Anforderungen und ein Verfahren für die Zertifizierung der individuellen verhaltensbezogenen Präventionsangebote zusammen mit einer Übersicht zertifizierter Leistungen auf seiner Internetseite zu veröffentlichen (Satz 3).[3] Die hierzu erforderlichen Auskünfte und Daten haben die Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband nicht versichertenbezogen zur Verfügung zu stellen (Satz 4).

Zu Absatz 3: Der GKV-Spitzenverband hat bei der Festlegung der Handlungsfelder und Kriterien im Rahmen dieses Leitfadens auch die vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de" erarbeiteten nationalen Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz erarbeiteten Arbeitsschutzziele zu berücksichtigen.

Zu Absatz 4: Die abschließende Aufzählung der unterschiedlichen Leistungsarten – verhaltensbezogene Prävention, Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie betriebliche Gesundheitsförderung – fungiert als Einweisungsnorm für die §§ 20 Abs. 5, 20a und 20b SGB V. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention umfassen Interventionen, die auf einzelne Menschen und ihr Verhalten ausgerichtet sind und die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung aufzeigen und stärken (vgl. Kapitel 5 dieses Leitfadens). Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie betriebliche Gesundheitsförderung zielen darauf ab, durch Strukturbildung die gesundheitlichen Rahmenbedingungen zu verbessern und damit zugleich gesundheitsförderliches Verhalten zu

3 Übersicht über die zertifizierten Leistungen unter www.gkv-spitzenverband.de ▸ Services ▸ Informationen für Versicherte ▸ Präventionskurse.

Abb. 1: Rechtsnatur, Ziele und Gliederung der Leistungen der Krankenkassen nach § 20 SGB V



Quelle: Eigene Darstellung

erleichtern (vgl. Kapitel 4 und 6 dieses Leitfadens) (vgl. Abb. 1).

Die gesetzlichen Regelungen in § 20 Absatz 6 SGB V betreffen die Höhe der von den Krankenkassen zu verausgabenden Mittel für Leistungen der Gesundheitsförderung und Primärprävention und sind nicht Gegenstand dieses Leitfadens.

2.2 Übergreifende Qualitätssicherung

Wie alle anderen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch müssen Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen sowie in der fachlich gebotenen Qualität und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots erbracht werden. Daher sind insbesondere die Anbieterinnen und Anbieter entsprechender Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet (§§ 2, 70, 135a SGB V).

Vor der Entscheidung über die Förderung prüft die Krankenkasse die Einhaltung der Qualitätskriterien und weiteren Anforderungen dieses Leitfadens. Im Bereich der individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V hat die Mehrzahl der Krankenkassen die Zentrale Prüfstelle Prävention (www.zentrale-pruefstelle-praevention.de) mit der Prüfung der Fördervoraussetzungen beauftragt. Bei Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten (§ 20 Abs. 4 Nr. 2 SGB V) sowie bei Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20 Abs. 4 Nr. 3 SGB V) prüfen die Krankenkassen in der Regel selbst die Einhaltung der Kriterien und weiteren Fördervoraussetzungen.

Die Leistungen der Krankenkassen in der primären Prävention und Gesundheitsförderung werden einheitlich dokumentiert.[4] Die Dokumentation stellt Transparenz über die Leistungsinanspruchnahme und -erbringung auch unter qualitativen Gesichtspunkten her.

Für eine kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Planungs-, Prozess- und Ergebnisqualität im Routinebetrieb ist eine begleitende stichprobenartige Evaluation sinnvoll. Hierfür werden gemeinsame und einheitliche Instrumente und ein kassenübergreifendes System der anonymen Datenerhebung und -auswertung entwickelt. Hiermit kann stichprobenartig Aufschluss gewonnen werden, zu welchem Grad die vorab festgelegten Maßnahmenziele erreicht wurden. Das System soll eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Leistungen auch im Dialog mit den Anbieterinnen und Anbietern entsprechender Leistungen unterstützen.[5]

Die in § 20 Abs. 3 SGB V genannten Gesundheitsziele sind, soweit sie die Primärprävention und Gesundheitsförderung betreffen, in den Handlungsfeldern und Kriterien dieses Leitfadens berücksichtigt.[6]

Der GKV-Spitzenverband beteiligt gemäß § 20 Absatz 2 SGB V kontinuierlich unabhängigen Sachverstand bei der Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung im Hinblick auf die Integration neuer Erkenntnisse sowie aufgrund der in der Praxis gewonnenen Erfahrungen. Die „Beratende Kommission des

4 GKV-Spitzenverband & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg.) (fortlaufend). Präventionsbericht. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Essen und Berlin.

5 In Vorbereitung

6 S. Übersicht unter www.gkv-spitzenverband.de ▸ Krankenversicherung ▸ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▸ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▸ Präventions- und Gesundheitsförderungsziele ▸ Dokument: Berücksichtigung der vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ verabschiedeten Ziele und Teilziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im GKV-Leitfaden Prävention.

GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“ besteht aus einem Kreis ständiger Mitglieder sowie einem erweiterten Mitgliederkreis, der themenbezogen zur Stellungnahme zur Weiterentwicklung des Leitfadens eingeladen wird.

Ständige Mitglieder der „Beratenden Kommission“ sind:

- Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH)
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG)
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
- Deutscher Behindertenrat
- Robert Koch-Institut (RKI)

Die ständigen Mitglieder entsenden je eine Vertretung in die „Beratende Kommission“. Ständige Gäste sind jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK).

Der erweiterte Mitgliederkreis der „Beratenden Kommission“ bringt seine jeweilige wissenschaftliche Fachexpertise in Stellungnahmen zu Entwürfen des Leitfadens Prävention ein.

Die „Beratende Kommission“ tagt im Regelfall ein- bis zweimal pro Jahr und unterstützt den GKV-Spitzenverband insbesondere hinsichtlich der folgenden Themenfelder:

- Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse sowie der aus der Praxis gewonnenen Erfahrungen. Hierzu zählen u. a. die Aufnahme neuer Handlungsfelder und die Prüfung bereits genannter bzw. neu aufzunehmender Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern.
- Qualitätssicherung
- Weiterentwicklung praktikabler und ökonomischer Methoden zur Auswertung gesundheitsbezogener Daten und ggf. Ableitung geeigneter Präventionsmaßnahmen
- Empfehlungen zu weiteren Kooperationen
- Erfahrungsaustausch über Praxismodelle
- Weitergabe wissenschaftlicher Erkenntnisse
- Ziele der GKV für die Primärprävention und Gesundheitsförderung.

3. Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV 2019–2024

Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung sind in diesen Aufgabenfeldern gemeinsame Ziele notwendig, um die Aktivitäten und Leistungen der unterschiedlichen Verantwortlichen auf prioritäre Felder, z. B. Zielgruppen, Lebenswelten oder bestimmte Maßnahmearten, zu bündeln. Seit 2007 richtet die GKV ihre Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in Lebenswelten einschließlich Betrieben daher an gemeinsamen Präventions- und Gesundheitsförderungszielen aus und dokumentiert den Stand der Erreichung im Rahmen der GKV-Präventionsberichte. Die bis einschließlich 2018 geltenden Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV sind synergetisch auf die Ziele-Festlegungen von Initiativen mit nationaler Bedeutung[7] bezogen; durch Kooperationsvereinbarungen der GKV mit der Unfallversicherung, der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK), der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Spitzenverbänden fördert die GKV darüber hinaus die notwendige Abstimmung und Zusammenarbeit der Verantwortlichen vor Ort.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) vom 25. Juli 2015 wurde die NPK als Arbeitsgemeinschaft der Spitzenorganisationen von gesetzlicher Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie sozialer Pflegeversicherung[8] beauftragt, eine nationale Präventionsstrategie zu formulieren. Ein Hauptelement der nationalen Präventionsstrategie sind die bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention (Bundesrahmenempfehlungen), welche die NPK am 29. August 2018 in einer weiterentwickelten Fassung verabschiedet hat. In den Bundesrahmenempfehlungen sind drei am Lebenslauf orientierte Ziele mit jeweils spezifischen Zielgruppen definiert:

- Gesund aufwachsen
  - Zielgruppen werdende und junge Familien, Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende
- Gesund leben und arbeiten
  - Zielgruppe: Personen im erwerbsfähigen Alter – Erwerbstätige
  - Zielgruppe: Personen im erwerbsfähigen Alter – Arbeitslose Menschen
  - Zielgruppe: Ehrenamtlich tätige Personen
- Gesund im Alter
  - Zielgruppe: Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune
  - Zielgruppe: Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen[9]

Für die Zielgruppen werden Handlungsfelder sowie zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen in der lebens- und arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung beschrieben. Leistungen zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sollen für alle Zielgruppen und Handlungsfelder als gesamtgesellschaftlicher Ansatz in Form eines systematischen Prozesses in die Strukturen und Prozesse der Lebenswelten eingebracht und umgesetzt werden. Die Landesrahmenvereinbarungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und den in den Ländern zuständigen Stellen berücksichtigen und konkretisieren diese Ziele unter Berücksichtigung regionaler und landesspezifischer Bedarfe. Mit Hilfe des Präventionsberichts der NPK soll der

7 Berücksichtigt wurden insbesondere die Ziele-Festlegungen folgender Initiativen: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Qualitätskriterien für die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung), Gemeinsame Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA), der Nationale Aktionsplan IN FORM der Bundesregierung gegen Bewegungsmangel, Fehlernährung, Übergewicht und damit zusammenhängende Krankheiten sowie das Forum „gesundheitsziele.de“ (insbesondere Nationales Gesundheitsziel gesund aufwachsen).

8 In der Nationalen Präventionskonferenz wirken die Spitzenorganisationen von gesetzlicher Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, sozialer Pflegeversicherung sowie der Verband der Privaten Krankenversicherung als stimmberechtigte Mitglieder mit Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Länder, der Kommunalen Spitzenverbände, der Bundesagentur für Arbeit, der Sozialpartner, der Patientenvertretung und des Präventionsforums als Mitglieder mit beratender Stimme zusammen.

9 Für die entsprechenden Präventionsleistungen ist die soziale Pflegeversicherung zusammen mit den jeweiligen Einrichtungen verantwortlich, vgl. GKV-Spitzenverband (2018). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin.

Stand der Zielerreichung bundesweit und trägerübergreifend dokumentiert werden.

Die Bundesrahmenempfehlungen formulieren als Kernintentionen der lebens- und arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung

- die Stärkung bzw. Schaffung von Strukturen, welche einen Beitrag zu gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen leisten,
- die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Menschen sowie
- die Förderung von Ressourcen für ein gesundes Leben.

Sie betonen die besondere Bedeutung der Kommunen für den Gesamtkomplex lebensweltbezogener Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Ein besonderes Augenmerk gilt der Förderung gesundheitlicher und geschlechtsbezogener gesundheitlicher Chancengleichheit durch Ausrichtung der Leistungen an den sozial und geschlechtsbezogen differierenden Bedarfen und Bedürfnissen der unterschiedlichen Zielgruppen in den jeweiligen Lebenswelten.

Als lebensphasenübergreifendes Struktur- und Prozessziel wird in den Bundesrahmenempfehlungen die Unterstützung der für die jeweiligen Lebenswelten Verantwortlichen (insbesondere auf kommunaler Ebene) bei der Etablierung von Steuerungsstrukturen für Prävention und Gesundheitsförderung hervorgehoben. Funktionierende Steuerungsstrukturen mit allen relevanten Akteuren bilden die Basis für eine systematische und bedarfsgerechte Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung. In inhaltlicher Hinsicht betonen die Bundesrahmenempfehlungen lebensphasenübergreifend einen hohen Bedarf an der Förderung ausreichender Bewegung und Bewegungsmöglichkeiten, gesunder Ernährung und Verpflegungsmöglichkeiten sowie einer Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen. Für die Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt heben die Bundesrahmenempfehlungen den Schutz und die Stärkung des Muskel-Skelett-Systems einerseits und der psychischen Gesundheit der Erwerbstätigen andererseits als prioritäre Ziele hervor.

Die im Folgenden dargestellten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV für die Jahre 2019-2024 operationalisieren die Zielstellungen der Bundesrahmenempfehlungen für die GKV. Sie konzentrieren sich auf die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V und die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V. Sie konkretisieren den gesetzlichen Auftrag an die Krankenkassen zur Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen und der gesundheitlichen Chancengleichheit, der Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie der Förderung selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns. Sie sind zudem synergetisch auf die Unterstützung abgestimmter und verzahnter Aktivitäten der unterschiedlichen Verantwortlichen und Zuständigen in den jeweiligen Lebenswelten bezogen.

Krankenkassen sind hiernach aufgefordert, diejenigen Maßnahmen gemäß den in diesem Leitfaden festgelegten Handlungsfeldern und Qualitätskriterien vorrangig auszuweiten, die zur Zielerreichung beitragen. Die Vielfalt an Handlungsmöglichkeiten für die Krankenkassen vor Ort und die Möglichkeit der eigenen Schwerpunktsetzung gemäß diesem Leitfaden bleibt dabei bestehen. Die arbeitsweltbezogenen Ziele (Kapitel 3.2) sind mit der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) abgestimmt. Mit den zielbezogenen Leistungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie erbringt die GKV einen maßgeblichen Beitrag zu deren Erfolg. Der Grad der Zielerreichung wird wie bisher durch die GKV-Präventionsberichte dokumentiert (beginnend 2020 mit der Bestimmung des Ausgangsniveaus im Jahr 2019).

3.1 Ziele für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

(1) Die Zahl der Kommunen (Städte, Landkreise, Gemeinden), die mit Unterstützung der Krankenkassen intersektoral zusammengesetzte Steuerungsgremien für die Gesundheitsförderung und Prävention unter Beteiligung der Zielgruppen der Maßnahmen etabliert haben, ist erhöht.

(2) In die Leistungen für die Zielgruppe arbeitslose Menschen im Kooperationsprojekt zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung mit Jobcentern und Agenturen für Arbeit sind auch Beiträge der in Städten, Landkreisen und Gemeinden politisch verantwortlichen Stellen und weiterer freigemeinnütziger Träger integriert.

(3) Zahl und Anteil der von Krankenkassen mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen erreichten Kinder und Jugendlichen in Kindertagesstätten und Schulen
- in sozialen Brennpunkten/Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf,
- in Kooperation mit kommunalen Ämtern und/oder mit dem kommunalen Steuerungsgremium bei Planung und Umsetzung,
- mit partizipativer Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern in die Maßnahmeplanung und -gestaltung
- mit kombiniert verhältnis- und verhaltensbezogener Ausrichtung

sind erhöht.

(4) Zahl und Anteil der auf Angehörige vulnerabler Zielgruppen ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten für
- ältere Menschen in der Kommune,
- Menschen mit Behinderungen,
- Menschen mit Migrationshintergrund,
- Alleinerziehende,
- Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien

sowie der damit erreichten Personen sind erhöht.

3.2 Ziele für die betriebliche Gesundheitsförderung

(1) Zahl und Anteil der betreuten Betriebe, die über ein Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz und das betriebliche Eingliederungsmanagement zuständigen Akteure verfügen, sind erhöht.

(2) Fachkräfte der Krankenkassen kennen das Leistungsspektrum aller Träger zur arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits-und Teilhabeförderung sowie die Verknüpfungsmöglichkeiten von Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit den Leistungen von Unfall- und Rentenversicherungsträgern zum Arbeitsschutz, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur betrieblichen Wiedereingliederung.

(3) Die Zahl der durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung erreichten Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigten ist erhöht.

(4) Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung (Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstätten, Arbeitssituationsanalysen und vergleichbare Formate) im Rahmen eines ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses sind erhöht.

(5) Zahl und Anteil der Betriebe mit einem hohen Anteil Beschäftigter ohne abgeschlossene Berufsausbildung, die Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung durchführen, sind erhöht.

(6) Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems in der Arbeitswelt: Zahl und Anteil der mit verhältnis- und verhaltensbezogenen

Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates sowie zur Förderung von Bewegung im Betrieb und im betrieblichen Umfeld erreichten Betriebe sind erhöht.

(7) Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt: Zahl und Anteil der Betriebe, die auf die Stärkung psychosozialer Ressourcen und die Minderung von Risiken für die psychische Gesundheit bei Beschäftigten gerichtete verhältnis- und verhaltensbezogene BGF-Maßnahmen durchführen, sind erhöht.

4. Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V

4.1 Gesetzliche Grundlagen

Die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gemäß § 20 Absatz 4 Nr. 2 sind in § 20a SGB V geregelt:

„§20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

(1) [1]Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. [2]Die Krankenkassen fördern im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. [3]Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. [4]Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen. [5]Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonderes erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.

(2) [1]Die Krankenkasse kann Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen, wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20f beitragen."

Erläuterung:
Zu Absatz 1: § 20a SGB V konkretisiert den Leistungsauftrag des § 20 Abs. 4 Nr. 2 SGB V. Im Unterschied zu den Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention richten sich die Leistungen in Lebenswelten nicht an einzelne Versicherte, sondern an Gruppen von Versicherten in bestimmten Lebenszusammenhängen. Wie alle anderen primärpräventiven und gesundheitsfördernden Leistungen der Krankenkassen auch zielen die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten auf die Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie auf die Stärkung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns (Gesundheitsförderung) der Versicherten (vgl. § 20 Abs. 1 SGB V einschließlich der Erläuterung in Kapitel 2.1 Gesetzliche Regelungen). Im Unterschied zu Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention können die gesundheitsfördernden und präventiven Leistungen der Krankenkassen in Lebenswelten sowohl auf die Gestaltung von Rahmenbedingungen (Verhältnisse) als auch auf die Motivation und das Erlernen gesundheitsförderlicher Lebensgewohnheiten (Verhalten) gerichtet sein. § 20a Absatz 1 Satz 1 trägt der Tatsache Rechnung, dass die alltäglichen Lebens-, Wohn-, Lern- und Freizeitbedingungen einen erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung der Menschen ausüben. Neben direkten Einflüssen dieser Bedingungen auf die Gesundheit der Menschen (z. B. durch Luftqualität, Erholungsmöglichkeiten) prägen sie maßgeblich gesundheitsbezogene Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen. Für den Schutz vor Krankheiten und die Förderung der Gesundheit sind daher insbesondere auch solche Interventionen

erfolgversprechend, die über eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Bedingungen in der jeweiligen Lebenswelt das Erlernen bzw. Praktizieren gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen ermöglichen bzw. erleichtern. § 20a SGB V führt die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte Konzeption der Gesundheitsförderung durch die Gestaltung gesunder Lebenswelten (Setting-Ansatz[10]) in das deutsche Sozialrecht ein (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986: Abschnitt „Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen"). Durch lebensweltbezogene Interventionen kann die bei der individuellen verhaltensbezogenen Prävention häufig bestehende Problematik neutralisiert werden, dass Personen mit hohem Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung entsprechende Maßnahmen in der Regel nur unterdurchschnittlich nachfragen. Setting- bzw. lebensweltbezogene Interventionen tragen daher insbesondere zur Verwirklichung des Ziels der Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen (§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V) bei. Die Rechtsgrundlagen für Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen in der Lebenswelt „Betrieb" sind in § 20b SGB V geregelt (vgl. Kap. 6 dieses Leitfadens).

Satz 1 enthält die Legaldefinition des Begriffs „Lebenswelten". Aus dem Gesamtspektrum der alltäglichen Lebens-, Wohn-, Lern- und Freizeitbedingungen sowie der medizinischen und pflegerischen Versorgung fokussiert die Norm auf „die für die Gesundheit bedeutsame[n], abgrenzbare[n] soziale[n] Systeme". Lebenswelten als soziale Systeme sind gegenüber ihren „Umwelten" (andere soziale Systeme) meist durch formelle Zugehörigkeits- bzw. Mitgliedschaftsregelungen abgegrenzt (z. B. Wohnort, Schule) und weisen intern spezifische Rollen- und Kompetenzgefüge auf. Die formell (in der Regel sogar gesetzlich) geregelten Zugehörigkeits- und Kompetenzregelungen unterscheiden Lebenswelten von sozialen Primärgruppen wie der Familie. Durch Interventionen in Lebenswelten wie Kita und Schule können aber auch die gesundheitlichen Bedingungen in Familien positiv beeinflusst werden. Jeder Mensch ist in der Regel Mitglied mehrerer Lebenswelten. Obgleich Lebenswelten in der Regel andere Primärzwecke als die Gesundheitsförderung und Prävention verfolgen (die Schule z. B. das Ziel Bildung bzw. Ausbildung), können in Lebenswelten die Bedingungen für Gesundheit mitgestaltet werden. Voraussetzung hierfür ist eine regelmäßige und kontinuierliche Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in die Lebenswelt. Entsprechend der nicht abschließenden Aufzählung der „Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports" müssen daher vor allem Kommunen (auch Teile derselben sowie kommunenübergreifend der ländliche Raum) und in den Kommunen Bildungseinrichtungen (Kitas, Schulen, Hochschulen), Jugend-, Frauen- und Seniorenzentren, Vereine, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sowie Einrichtungen der ambulanten pflegerischen Langzeitversorgung[11] als wichtige Lebenswelten für die Gesundheitsförderung und Prävention betrachtet werden.
Die genannten Lebenswelten sind oder umfassen zugleich Arbeitsstätten für die dort beschäftigten Menschen. Gesundheitsförderung und Prävention für Beschäftigte in Lebenswelten erfolgt gemäß §§ 20b und 20c SGB V (Betriebliche Gesundheitsförderung, vgl. Kapitel 6 dieses Leitfadens). Wenn Leistungen für Mitglieder der Lebenswelten mit Leistungen für die dort Beschäftigten verknüpft werden, kann dies die Bereitschaft der dort tätigen Fachkräfte fördern, sich für die Gesundheitsförderung der ihnen anvertrauten Menschen zu engagieren.

Satz 2 nennt als Förderziel der lebensweltbezogenen Interventionen „insbesondere den Aufbau

10 Die Begriffe Setting und Lebenswelt werden im Leitfaden synonym verwendet.

11 Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI erbringt die soziale Pflegeversicherung auf Basis des „Leitfaden[s] Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen".

und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen". Dieses Ziel sollen die Krankenkassen auf der Grundlage der trägerübergreifenden Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V „unbeschadet der Aufgaben anderer" verfolgen. Mit dem Begriff der „gesundheitsförderlichen Strukturen" werden der Gesundheit dienliche verhältnisbezogene Regelungen und Handlungsroutinen bezeichnet. Hierbei handelt es sich um organisatorische Regelungen (z. B. eine bewegungsförderliche Pausengestaltung, ein vollwertiges Verpflegungsangebot oder die regelmäßige Integration von Gesundheitsthemen in den Unterricht) sowie Gremien zur Koordination und Steuerung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt. Zu gesundheitsförderlichen Strukturen im Sinne von Nachhaltigkeit werden solche organisatorischen Regelungen und Gremien dann, wenn sie dauerhaft implementiert werden. Mit der Formulierung „unbeschadet der Aufgaben anderer" wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind, für die auch die Gebietskörperschaften (insbesondere Länder und Kommunen) sowie die Träger der jeweiligen Lebenswelten verantwortlich sind und neben den Krankenkassen weitere Sozialversicherungsträger (Renten- und Unfallversicherung, Bundesagentur für Arbeit) entsprechend ihrer jeweiligen Zuständigkeiten mitwirken. Die Formulierung bringt zum Ausdruck, dass keine Übertragung dieser von Gebietskörperschaften und anderen Sozialversicherungsträgern wahrzunehmenden Aufgaben im Zusammenhang mit der Schaffung und Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen auf die Krankenkassen intendiert ist (vgl. hierzu auch die Erläuterungen zu Absatz 2). Die Leistungen insbesondere zum Aufbau und zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen erfolgen „im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst" (Gesundheitsämter). In Städten und Landkreisen sind häufig die Gesundheitsämter mit der Planung und Koordination von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention aller vor Ort vertretenen Anbieterinnen und Anbieter (Gesundheitskonferenzen) sowie der Bereitstellung und Aufbereitung der hierfür erforderlichen Daten (Gesundheitsberichterstattung) betraut. Neben ihren hoheitlichen Aufgaben (z. B. Hygiene und Infektionsschutz) stellen die Gesundheitsämter – abhängig von den landesgesetzlich unterschiedlich definierten Aufgaben und der finanziellen und personellen Ausstattung der Ämter – in vielen Fällen auch selbst Leistungen für besondere Zielgruppen (z. B. zur Suchtprävention oder bei der Beratung von Schwangeren) zur Verfügung. Die Gesundheitsämter sind damit ein zentraler Partner der Krankenkassen bei der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. Laut der Begründung zu § 20a Abs. 1 Satz 2 in der Fassung des Masernschutzgesetzes vom 10. Februar 2020 sollen durch die Verpflichtung zum Zusammenwirken mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst die „Gesundheitsämter in die Lage versetzt [werden], ihre in den Gesetzen der Länder über deren öffentlichen Gesundheitsdienst meist enthaltenen Aufgaben zur Mitwirkung in der Gesundheitsförderung und Prävention besser erfüllen zu können."[12] Die Art und Weise des Zusammenwirkens wird gesetzlich nicht vorgeschrieben, sondern ist von den Partnern der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V in Abhängigkeit von den landesspezifischen Schwerpunkten und Handlungsmöglichkeiten zu vereinbaren. Die Möglichkeiten des Zusammenwirkens von Krankenkassen und Gesundheitsämtern sind umso größer, je stärker die Gesundheitsämter selbst in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention aktiv sind. Krankenkassen können mit ihren Leistungen zur lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention keine Aufgaben übernehmen, für die die rechtliche Zuständigkeit bei den Gesundheitsämtern liegt und/oder die bereits – auch auf freiwilliger Grundlage – von diesen wahrgenommen werden oder wurden.

Satz 3 fasst die Inhalte der von den Krankenkassen in der lebensweltbezogenen

12 Gesetzentwurf der Bundesregierung (2019). Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz) vom 08.07.2019, S. 37.

Gesundheitsförderung und Prävention zu erbringenden Leistungen zu drei wesentlichen Bereichen im Sinne eines idealtypischen Prozessablaufs zusammen:

- Erhebung der gesundheitlichen Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale
- Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für die jeweilige Lebenswelt
- Unterstützung bei der Umsetzung der Vorschläge

Nach dem Willen des Gesetzgebers haben Krankenkassen in einem partizipativen Prozess („unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen") die gesundheitlichen Risiken und Ressourcen in der jeweiligen Lebenswelt zu erheben, um auf der Grundlage des ermittelten Bedarfs darauf bezogene Vorschläge (z. B. Projekte und Programme) zu erarbeiten und schließlich deren Umsetzung zu unterstützen. Die Partizipation der Menschen und der Verantwortlichen für die Lebenswelt sichern die spätere Akzeptanz der strukturellen Änderungen und gesundheitsfördernden Angebote bei den Beteiligten. Mit der Beschränkung der Krankenkassenverantwortung auf die Unterstützung der Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Interventionen bringt die Norm zum Ausdruck, dass die Verantwortung für die Umsetzung von (insbesondere verhältnisorientierten) Maßnahmen beim Lebensweltträger selbst sowie bei den Zuständigen für die kommunale Daseinsvorsorge liegt (s. dazu auch die Erläuterung zu Absatz 2).

Satz 4 normiert die Zusammenarbeit der Krankenkassen und die Erbringung kassenübergreifender Leistungen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne einer Sollregelung. Die praktische Umsetzung richtet sich nach den Regelungen der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V und den zu ihrer Umsetzung geschlossenen Kooperationsvereinbarungen. Kassenübergreifende Leistungserbringung bedeutet, dass mehrere Krankenkassen in einer Lebenswelt gemeinsam agieren können, oder eine Krankenkasse die Leistungen – stellvertretend für alle Krankenkassen – erbringt. In beiden Fällen stehen die Leistungen der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention allen GKV-Versicherten in der jeweiligen Lebenswelt unabhängig von der Mitgliedschaft in einer bestimmten Krankenkasse zur Verfügung. Kassenübergreifenden Charakter haben auch die Leistungen, die aus der Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V durch den GKV-Spitzenverband resultieren.

Satz 5 hebt unter den Zielgruppen der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention jene Versicherten hervor, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, und verpflichtet für diese Gruppe die Krankenkassen zur Zusammenarbeit mit den Jobcentern.[13] Bei Menschen mit gesundheitlich bedingten beruflichen Eingliederungserschwernissen handelt es sich in der Regel um arbeitslose Menschen (vgl. hierzu Kapitel 4.5.4 „Besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune – Arbeitslose Menschen").

Zu Absatz 2: Die Regelung verdeutlicht, dass für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere die Träger der jeweiligen Lebenswelten Verantwortung tragen und den Krankenkassen hier eine unterstützende Funktion zukommt (vgl. auch Erläuterung zu Abs. 1 Satz 3). Erfolgversprechende Interventionen sind zwingend auf die Umsetzungsbereitschaft der für die jeweilige Lebenswelt verantwortlichen Träger angewiesen. Dies unterstreicht, dass Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben darstellen, für die nicht allein die Krankenkassen aufzukommen haben. Bei der Bemessung von Art und Höhe der von den Lebensweltverantwortlichen in die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V

13 Jobcenter sowohl als gemeinsam von Bundesagentur für Arbeit (BA) und Kommunen betriebene Einrichtungen als auch als zugelassene kommunale Träger der Grundsicherung.

einzubringenden Eigenleistungen ist auch der gesetzliche Auftrag zu berücksichtigen, mit präventiven und gesundheitsfördernden Leistungen insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen. Dies kann in der Praxis eine Staffelung der erforderlichen Eigenleistungen in Abhängigkeit von der finanziellen Leistungsfähigkeit der Träger der Lebenswelt und/oder dem Grad der sozialen Benachteiligung der Zielgruppen in der Lebenswelt bedeuten.

Für die Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gilt der Mindest-Ausgabenwert nach § 20 Abs. 6 Satz 2 SGB V.

In den hier nicht wiedergegebenen Absätzen 3 und 4 des § 20a SGB V wird die vom GKV-Spitzenverband vorzunehmende Beauftragung der BZgA „mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation“ geregelt.

4.2 Grundverständnis

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zielen darauf ab, unter möglichst direkter und kontinuierlicher Beteiligung der Betroffenen **(Partizipation)** und der Verantwortlichen für die jeweilige Lebenswelt die Gesundheitspotenziale/-risiken in der Lebenswelt zu ermitteln und einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen. Gesundheit soll als Leitbild in den Lebenswelten etabliert werden. Das schließt die Integration von Gesundheitsförderung, -bildung und -erziehung in die Prozesse des Alltags ein. Verknüpft mit dem Bemühen, Gesundheit als Organisationsprinzip nachhaltig in Lebenswelten zu integrieren, sollte die persönliche Handlungsfähigkeit Einzelner gestärkt werden, um sie zu befähigen, sich für eine gesundheitsförderliche Gestaltung ihrer Lebenswelt einzusetzen **(Autonomie** und **Empowerment)**. Ein weiteres Ziel ist es, Menschen zu einem eigenverantwortlichen gesundheitsförderlichen Verhalten zu motivieren und zu befähigen. Der Lebenswelt- oder Setting-Ansatz ist geprägt durch eine enge Verknüpfung von Interventionen, die sowohl auf die Rahmenbedingungen **(Verhältnisse)** im Setting als auch auf das gesundheitsbezogene **Verhalten** Einzelner gerichtet sind.[14] Der Gesundheitsförderungsprozess ist als Lernzyklus zu konzipieren, um möglichst langfristige positive Wirkungen zu erzielen. Es sollen Prozesse initiiert werden, die unter aktiver Mitwirkung aller Beteiligten zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation führen.

Ein zentrales Ziel ist die **nachhaltige Verankerung** von Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Dies setzt voraus, dass Gesundheitsförderung und Prävention nach dem Lebenswelt- oder Setting-Ansatz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden und gestaltet sowie in politikfeldübergreifende gesundheitsförderliche Strategien und Vernetzungsprozesse zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Organisationen, Institutionen oder informellen Gruppen eingebunden werden. Die originär zuständigen Träger müssen sich mit ihren jeweiligen Kompetenzen und finanziellen sowie personellen Ressourcen an der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligen; die Krankenkassen kompensieren nicht einen eventuellen Rückzug der primär verantwortlichen Akteure. Maßnahmen in Lebenswelten sollen möglichst in lebensphasenübergreifende Strategien (lebensphasen- und institutionsübergreifende

14 Vgl. auch Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (2013). Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung. Bonn. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. (Hrsg. Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.) Berlin. Rosenbrock, R. & S. Hartung (2011). Settingansatz/Lebensweltansatz. In: BZgA (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Neuausgabe 2011. Köln. S. 497–500.

„Präventionsketten“[15]) eingebettet sein. Dadurch lassen sich Angebote und Aktivitäten der verschiedenen Träger über Ressortgrenzen hinweg aufeinander abstimmen und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote, z. B. von der Schwangerschaft bzw. Geburt bis zur Berufsausbildung, sicherstellen.[16] Für die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Bildungseinrichtungen (Kitas, Schulen und Hochschulen) bestehen gemeinsame Schnittmengen zum Präventionsauftrag der Unfallversicherungsträger. Krankenkassen und Unfallversicherungsträger sollten sich daher über ihre jeweiligen Vorhaben informieren und bedarfsbezogen kooperieren.[17]

Bei den Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten liegt ein besonderes Augenmerk – auch im Hinblick auf den Gesetzesauftrag nach § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V – auf der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Soziale Benachteiligungen können sich insbesondere aus einem niedrigen Bildungsstand, einer niedrigen beruflichen Stellung oder Erwerbslosigkeit sowie einem geringen Einkommen ergeben. Auch die Gesundheitschancen Alleinerziehender sowie alleinlebender Älterer in der Kommune können sozial bedingt beeinträchtigt sein. Sozial benachteiligte Zielgruppen sind meist höheren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt und verfügen gleichzeitig über geringere Bewältigungsressourcen und höhere Zugangsbarrieren als sozial Bessergestellte.[18] Auch Menschen mit Migrationshintergrund sowie Versicherte im ländlichen Raum können einen erschwerten Zugang zu Präventionsleistungen haben. Mit lebensweltbezogenen Interventionen können sozial Benachteiligte leichter erreicht werden; zugleich werden kontraproduktive Stigmatisierungen vermieden, da hier in der Regel nicht ausschließlich sozial Benachteiligte anzutreffen sind. Zur Erreichung sozial benachteiligter Zielgruppen geeignete Lebenswelten sind insbesondere:

- Kindergärten/Kindertagesstätten
- Grund-/Haupt-/Realschulen (samt zusammenfassenden Schulformen wie z. B. Mittelschulen/Gesamtschulen), Förderschulen sowie Berufsschulen
- Einrichtungen der ambulanten pflegerischen Versorgung
- Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen
- Kommunen mit niedrigem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen bzw. hohem Anteil an Arbeitslosen, Empfängerinnen und Empfängern von Grundsicherung nach SGB II oder Migrantinnen und Migranten sowie Kommunen im ländlichen Raum (insbesondere Gebiete mit schlechter Infrastruktur und einem hohen Anteil älterer Menschen)

Die Krankenkassen initiieren, unterstützen und begleiten Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte und -programme in Lebenswelten zeitlich befristet im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe.

15 Bei Präventionsketten handelt es sich um kommunale, lebensphasenübergreifende Gesundheitsstrategien, die die Voraussetzungen für ein möglichst langes und gesundes Leben für alle Menschen der Kommune verbessern, unabhängig von der jeweiligen sozialen Lage. Die Gesundheitsstrategien schaffen den Rahmen, um die auf kommunaler Ebene verfügbaren Unterstützungsangebote öffentlicher und privater Träger zusammenzuführen und sie über Altersgruppen und Lebensphasen hinweg aufeinander abzustimmen. Ziel ist auch, die verfügbaren Mittel wirkungsvoller einzusetzen (s. http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de ▸ Service ▸ Artikel und Meldungen ▸ Prävention im Lebenslauf).

16 Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes (2013). Prävention und Gesundheitsförderung weiterentwickeln. Vgl. auch Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (2013). Potenzial Gesundheit. Strategien zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in der 18. Legislaturperiode aus Sicht der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG).

17 Nationale Präventionskonferenz (2018). Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V. Erste weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018. S. 19. (Download: www.npk-info.de).

18 Über Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und Gesundheitszustand vgl. Lampert T., J. Hoebel & L.E. Kroll (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. Journal of Health Monitoring Bd. 4. Heft 1. S, 3–15 DOI 10.25646/5868 sowie die Beiträge in Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung/Gesundheitsschutz. Bd. 59. Heft 2. 2016 (Leitthema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“).

Bei allen Aktivitäten der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention arbeiten die Krankenkassen mit den für die jeweilige Lebenswelt Verantwortlichen, insbesondere den Einrichtungsträgern sowie den zuständigen Gebietskörperschaften, eng zusammen. Dies setzt voraus, dass die Verantwortlichen für die Lebenswelt bereit sind, an der Umsetzung von Maßnahmen mitzuwirken und sich mit einer angemessenen Eigenleistung daran zu beteiligen. Der Umfang der Eigenleistung kann in Abhängigkeit von der finanziellen Leistungsfähigkeit und/oder dem Grad der sozialen Benachteiligung der Zielgruppen variieren.

In der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention kooperieren die Krankenkassen auch untereinander. Die krankenkassenübergreifende Zusammenarbeit gemäß den in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V[19] vorgesehenen Regularien reicht von wechselseitiger Information und Abstimmung über geplante Vorhaben bis zu gemeinsamer Durchführung und Finanzierung von Maßnahmen. Unabhängig davon, ob unterschiedliche Krankenkassen oder eine einzelne Krankenkasse in einer Lebenswelt Leistungen erbringen, stehen die erbrachten Leistungen allen GKV-Versicherten in der jeweiligen Lebenswelt zur Verfügung. Berührt das jeweilige Vorhaben den Zuständigkeitsbereich anderer Sozialversicherungsträger, sollten die Krankenkassen diese informieren und bedarfsbezogen Absprachen über eine Zusammenarbeit treffen.[20]

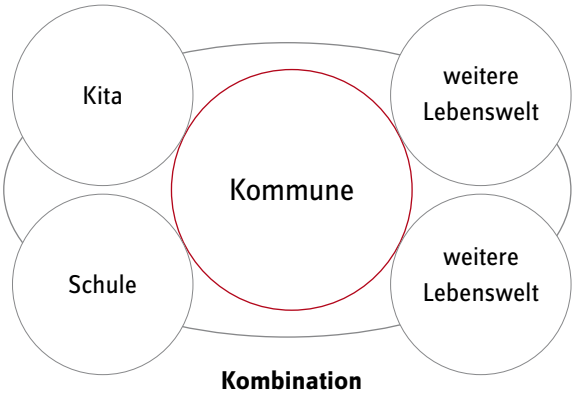
Über die in diesem Leitfaden beschriebenen Kriterien hinaus können Krankenkassen modellhaft unter wissenschaftlicher Begleitung innovative lebensweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote entwickeln und fördern.

Dieses Vorgehen dient der inhaltlichen und methodischen Weiterentwicklung der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung. Auch die BZgA wird gemäß § 20a Abs. 3 SGB V durch den GKV-Spitzenverband „mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation“ beauftragt. Erkenntnisse aus der Erprobung modellhafter Ansätze fließen in die Weiterentwicklung dieses Leitfadens ein.

19 Download Landesrahmenvereinbarungen: www.npk-info.de/die-npk/downloads

20 Zur Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention grundlegend: Nationale Präventionskonferenz (2018). Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V. Erste weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018 Berlin (Download: www.npk-info.de/die-npk/downloads).

Abb. 2: Primärprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten



Kombination
von

verhältnisbezogenen Maßnahmen*

Unterstützung bei Aufbau und Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen, z. B.

- Beratung zur Umgestaltung gesundheitsrelevanter Bedingungen, z. B. der Gemeinschaftsverpflegung, Stadtteilgestaltung
- Initiierung von Steuerungsgremien
- Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- Vernetzung mit anderen Einrichtungen in der Region

und

verhaltensbezogenen Maßnahmen*

Information, Motivation, Kompetenzvermittlung, z. B.

- Angebote zur Bewegungsförderung, zur gesundheitsförderlichen Ernährung u. ä.
- Training sozial-emotionaler Kompetenzen
- Angebote zur Stressbewältigung
- Aufklärung zu Suchtgefahren und Suchtprävention
- Förderung von Gesundheitskompetenzen

* auf Basis des selbst oder unter Nutzung bereits vorhandener Daten ermittelten Bedarfs
Quelle: Eigene Darstellung

4.3 Der lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsprozess

Gesundheitsförderung und Prävention in (nicht-betrieblichen) Lebenswelten stellen einen Prozess dar, der die Elemente Bedarfsermittlung einschließlich vorhandener Risiken und Potenziale, eine daraus abgeleitete Zielbestimmung und Entwicklung von Vorschlägen für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, -projekte und -programme zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Verhältnisse und Verhaltensweisen sowie die Unterstützung von deren Umsetzung umfasst, jeweils unter Beteiligung der Menschen in der jeweiligen Lebenswelt und der Verantwortlichen. Bei einer nachhaltigen Etablierung von Gesundheitsförderung in der Lebenswelt wiederholt sich dieser Prozess im Sinne eines Lernzyklus: An die Umsetzung schließt sich unter Nutzung der Evaluationsergebnisse wiederum eine Analysephase an, in der die bereits durchgeführten Maßnahmen bewertet werden, um darauf aufbauend weitere Maßnahmen zu erarbeiten und umzusetzen bzw. erfolgreiche Maßnahmen weiterzuführen (vgl. Abb. 3).

Der Gesundheitsförderungsprozess gliedert sich in die Schritte „Vorbereitung“, „Nutzung/

Aufbau von Strukturen", „Analyse", „Maßnahmenplanung", „Umsetzung" und „Evaluation".[21] Die Sensibilisierung aller Beteiligten für die Gesundheitsförderung sowie die Öffentlichkeitsarbeit stellen kontinuierliche Aufgaben während des gesamten Prozesses dar. Die Beratung und Qualifizierung der Träger und Verantwortlichen von Lebenswelten zum Aufbau und zur eigenständigen Weiterführung der Aktivitäten entsprechend dem nachstehend beschriebenen Gesundheitsförderungsprozess ist eine wesentliche Voraussetzung für die Verstetigung und Sicherung der Nachhaltigkeit.

1. Vorbereitungsphase: Durch persönliche und/oder mediengestützte Information und Beratung wecken und unterstützen die Krankenkassen das Interesse für Gesundheitsförderung und Prävention bei den für die Lebenswelt Verantwortlichen. In der persönlichen Beratung können interessierte Lebenswelt-Verantwortliche für nachhaltige Gesundheit in der Lebenswelt sensibilisiert, und es kann ein gemeinsames Verständnis von Gesundheitsförderung nach dem Lebenswelt-/ Setting-Ansatz vorbereitet werden. Am Ende der Vorbereitungsphase steht die Grundsatzentscheidung, überhaupt in einen Gesundheitsförderungsprozess einzutreten.

2. Nutzung/Aufbau von Strukturen: Zu Beginn von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ist es wichtig, die relevanten Akteurinnen und Akteure in der Lebenswelt einschließlich Vertretungen der Zielgruppen zusammenzubringen. Dabei wird empfohlen, dass Krankenkassen sich möglichst in bereits vorhandene Netzwerke und Strukturen einbringen bzw. bereits aktive Partnerinnen und Partner mit einbeziehen, sodass ein untereinander abgestimmtes Handeln – am besten innerhalb einer integrierten kommunalen bzw. kommunenübergreifenden Gesamtstrategie – erfolgen kann. Das schließt die Nutzung bereits vorhandener Strukturen kassenartenübergreifender Organisationen und der Qualitätssicherung ein.[22]

Die Krankenkassen wirken darauf hin, ein Steuerungsgremium zu bilden, welches den Gesamtprozess steuert und koordiniert. In diesem Gremium sollten die Verantwortlichen für die jeweilige Lebenswelt und ggf. weitere Akteurinnen und Akteure mitwirken, die Präventions- und Gesundheitsförderungsaufgaben für die Zielgruppen in der Lebenswelt versehen (z. B. Öffentlicher Gesundheitsdienst). Im Steuerungsgremium sind die Möglichkeiten einer Verstetigung und Sicherung der Nachhaltigkeit stets zu berücksichtigen. Im Vorfeld der Maßnahmen sollte im Steuerungsgremium ein gemeinsames, von allen getragenes Grundverständnis von lebensweltbezogener an den Verhältnissen und dem Verhalten ansetzender Gesundheitsförderung sowie ein grundsätzliches Einvernehmen über das weitere Vorgehen entwickelt werden.

3. Analyse: Ziel dieser Phase ist die Ermittlung des Handlungsbedarfs durch Erhebung der gesundheitlichen Situation im Setting einschließlich Risiken und Potenzialen. Für die Lebenswelt als Ganzes und die einzelnen Bereiche und Zielgruppen sollen die gesundheitliche Situation,

21 Zu Qualitätskriterien des lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsprozesses vgl. auch: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Berlin; sowie am Beispiel von Maßnahmen der Übergewichtsprävention bei Kindern und Jugendlichen: BZgA (2010). Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Köln.

22 Hierzu haben die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) und die Landesvereinigungen für Gesundheit in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und weiteren Kooperationspartnern ein bundesweites Netzwerk zur Dokumentation und partizipativen Qualitätsentwicklung von Projekten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten sowie in den Bundesländern „Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit" zur Unterstützung vor Ort aufgebaut; vgl. Internet: http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. Diese Strukturbildung ist eine Gemeinschaftsinitiative von GKV und öffentlicher Hand im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Veränderungsbedarfe und -potenziale, gesundheitliche Belastungsschwerpunkte sowie Ressourcen möglichst systematisch ermittelt werden. Dies kann auch durch Nutzung bereits vorhandener Daten und Erkenntnisse über die gesundheitlichen Bedingungen (z. B. aus der regionalen/kommunalen Gesundheitsberichterstattung, aus wissenschaftlicher Literatur etc.) erfolgen. Geeignete Analyseinstrumente zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und Potenziale sind u. a. Begehungen, standardisierte Zielgruppenbefragungen und beteiligungsorientierte Verfahren, wie z. B. Gesundheitszirkel oder -werkstätten.

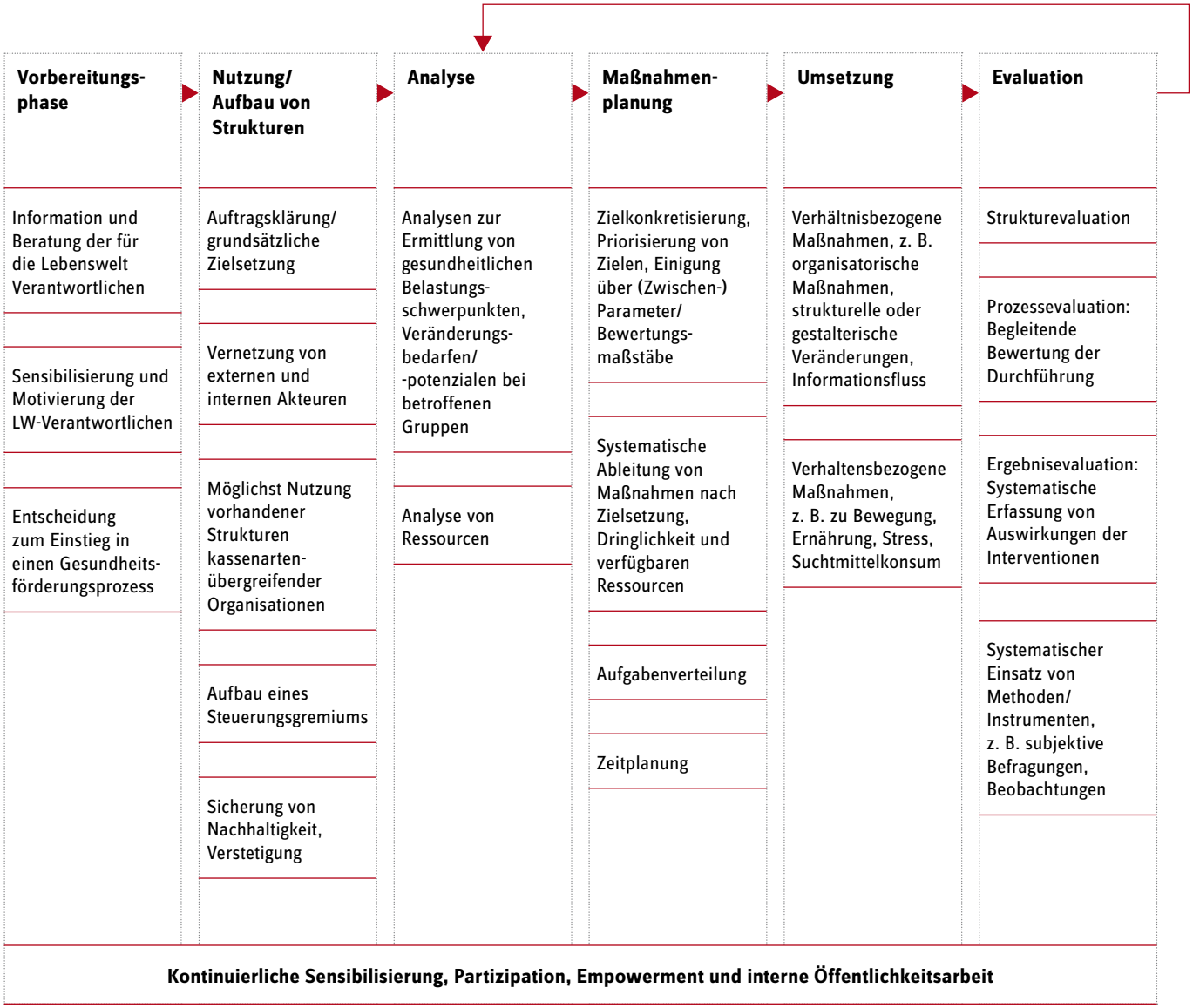
4. Maßnahmenplanung: Das Steuerungsgremium interpretiert und bewertet die gesammelten Informationen und leitet daraus Interventionsziele ab. Diese werden in Abstimmung priorisiert und fließen in einen Maßnahmenplan für die einzelnen Handlungsbereiche und Personengruppen ein. Dieser Maßnahmenplan sollte sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogene Maßnahmen enthalten und sowohl die Stärkung von Ressourcen der Zielgruppen als auch die Reduzierung von Risiken vorsehen. Er bringt die Maßnahmen nach Priorität und Machbarkeit in eine Reihenfolge und legt die Rollen und Verantwortlichkeiten von Akteurinnen und Akteuren, Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern sowie Finanziers für die Gestaltung der einzelnen Interventionen und Interventionsschritte inner- und außerhalb des Settings fest. Der Maßnahmenplan enthält zudem im Rahmen der Qualitätssicherung die in Abstimmung getroffenen (Zwischen-)Ergebnisparameter und Bewertungsmaßstäbe von Interventionen sowie Routinen für die Dokumentation der Maßnahmen. Ferner sind darin die Zeitplanung und einzelne Fristen festgelegt. Das Steuerungsgremium wirkt auf die Realisierung des Plans hin.

5. Umsetzung: Die von den Projektverantwortlichen/vom Steuerungsgremium beschlossenen verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen werden entsprechend dem Maßnahmenplan schrittweise umgesetzt.

6. Evaluation: Die Krankenkassen wirken darauf hin, dass zu den erfolgten Maßnahmen eine Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation, auch unter dem Gesichtspunkt der Verstetigung und Nachhaltigkeit, durchgeführt wird. Die Evaluation umfasst die regelmäßige Dokumentation und Reflexion der Umsetzung von Interventionen anhand festgelegter Routinen mittels wissenschaftlicher Methoden und Instrumente.[23] Die Evaluationsergebnisse können für die Bestimmung des Handlungsbedarfs im folgenden Zyklus genutzt werden.

23 Die gemeinsamen GKV-Evaluationsinstrumente für lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsaktivitäten (in Schulen sowie für verhaltensbezogene innerhalb der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung) stehen auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes zum Download und zur kostenfreien Verwendung zur Verfügung (www.gkv-spitzenverband.de ▸ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▸ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▸ Evaluation). S. auch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012): Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Reihe: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln.

Abb. 3: Der lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsprozess



Quelle: Modifiziert in Anlehnung an Mahltig, G. & S. Voermans (2011). Vernetzung und Qualität – Vernetzung als Erfolgsfaktor im Gesundheitswesen. In: Klusen, N., A. Meusch & E. Thiel (Hrsg.): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Baden-Baden (Nomos). S. 29-56.

Zyklusphasenübergreifende Partizipation
Beteiligungsorientierte Methoden, wie z. B. Gesundheitszirkel und -werkstätten, sind geeignete Instrumente sowohl zur Analyse, Maßnahmenplanung und Umsetzung als auch zur Evaluation. Dabei sind die Kompetenzen der Zielgruppen (Empowerment) in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses möglichst einzubeziehen und zu fördern. Für kleinere Kinder kommen als Instrumente der Mitgestaltung entwicklungsgemäße, insbesondere spielerische und nicht verbale Beteiligungsmethoden in Betracht.

4.4 Leistungsarten, Förderkriterien und Ausschlusskriterien

Die folgenden übergreifenden Kriterien beziehen sich auf alle Aktivitäten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in allen Lebenswelten nach § 20a SGB V (spezielle Förderkriterien für die Lebenswelten Kommune, Kita und Schule in Kapitel 4.5.3, 4.6.3 und 4.7.3). Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten können von Krankenkassen durch eigene oder externe Fachkräfte, durch nach einem spezifischen Multiplikatorenschulungskonzept geschulte Fachkräfte aus der Lebenswelt oder Laien aus der Zielgruppe („Peers"), durch qualitätsgesicherte Konzepte und Programme und/oder finanziell unterstützt werden. Die Krankenkassen können dabei entsprechende Konzepte, Projekte und Programme eigenständig entwickeln, erproben und umsetzen und/oder Dritte mit der Entwicklung, Erprobung, Umsetzung und Evaluation beauftragen bzw. in Kooperation mit geeigneten Partnern, wie z. B. Universitäten und gemeinnützigen Vereinen, umsetzen. Darüber hinaus können in jeder Lebenswelt auch innovative Zugänge zu den Versicherten in digitaler Form genutzt werden.

Mögliche Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sind dabei insbesondere

- Unterstützung bei Bedarfsermittlung und Zielentwicklung,
- Moderation und Projektmanagement,
- Beratung zur verhältnispräventiven Umgestaltung,
- Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Fachkräfte aus den Lebenswelten sowie Personen aus der Zielgruppe im Sinne von „Peer-Education") zu Prävention und Gesundheitsförderung,
- Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen,
- Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung,
- Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit sowie
- Förderung von Vernetzungsprozessen.

Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten stehen grundsätzlich allen Zielgruppen in der Lebenswelt offen, unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind. Dies gilt auch, wenn nicht alle Krankenkassen an dem jeweiligen Vorhaben beteiligt sind oder die Leistungen durch eine Krankenkasse erbracht werden.

Lebensweltbezogene Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten können von Krankenkassen unterstützt werden, wenn sie – entlang des oben dargestellten Gesundheitsförderungsprozesses bzw. -zyklus – die nachstehenden Bedingungen erfüllen:

- **Bedarfsermittlung:** Für die geplanten Aktivitäten wird ein Bedarf nachgewiesen.
- **Zielgruppenbestimmung:** Die Zielgruppen werden unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Personengruppen definiert.
- **Vielfalt/Diversität:** Die Vielfalt/Diversität der Zielgruppen wird berücksichtigt.[24]
- **Partnerschaften:** Vorhandene Strukturen, Einrichtungen, Netzwerke und Akteure, Finanzierungsträger (Drittmittel) im Setting werden ermittelt und möglichst genutzt bzw.

24 Relevante Merkmale der Vielfalt (Diversität) sind u. a. Alter, Geschlecht, Behinderung, Migrationshintergrund, sozioökonomischer Hintergrund, Religion/Weltanschauung.

eingebunden.[25] Ressortübergreifende Strukturen werden gefördert.

- **Partizipation:** In den gesamten Gesundheitsförderungsprozess sind die Zielgruppen aktiv einbezogen.
- **Zieldefinition:** Die Zieldefinition erfolgt möglichst operationalisiert; dabei sind der Verhältnis- und der Verhaltensbezug beachtet.
- **Finanzierungskonzept:** Ein Finanzierungskonzept liegt vor, welches die Aktivitäten in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses umfasst (s. Abb. 3). Insbesondere die für die Lebenswelt zuständigen Träger bringen einen angemessenen Anteil an Mitteln – auch in Form geldwerter Leistungen – in die Aktivitäten ein.
- **Transparenz:** Die Partnerinnen und Partner informieren sich gegenseitig laufend über den jeweils aktuellen Sachstand.
- **Ausrichtung der Interventionen:** Die geplanten Aktivitäten stärken über die Krankheitsvermeidung hinaus die gesundheitsfördernden und -schützenden Ressourcen Einzelner und verbessern die Rahmenbedingungen.
- **Nachhaltigkeit:** Ein Nachhaltigkeitskonzept, z. B. zur Verstetigung des Prozesses, auch durch (weitergebildete) Fachkräfte in den Einrichtungen bzw. Peers aus den Zielgruppen, und zur Strukturbildung, liegt vor.
- **Dokumentation:** Die für die Lebenswelt Verantwortlichen verpflichten sich zur Mitwirkung am Verfahren der GKV-Dokumentation der Maßnahmen in Lebenswelten.
- **Qualitätssicherung:** Die für die Lebenswelt Verantwortlichen verpflichten sich zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Anbieterqualifikation:
Die Beratung und Unterstützung der Lebenswelt-Verantwortlichen zu den Schritten des Gesundheitsförderungsprozesses (Kapitel 4.3) und die Durchführung von entsprechenden Maßnahmen durch die Krankenkassen bzw. in ihrem Auftrag erfolgt durch Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss[26] mit dadurch belegten Kenntnissen und Fähigkeiten in Public Health bzw. Gesundheitsförderung und Prävention sowie insbesondere zu den Bereichen Prozess- und Projektmanagement und Organisationsentwicklung. Darüber hinaus sind Systemkenntnisse der gesetzlichen Zuständigkeiten in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere Kenntnisse über gemeinsam abgestimmte Vorgehensweisen der Sozialleistungsträger wünschenswert. Die Umsetzung von individuumsbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen des Lebenswelt-/Setting-Ansatzes (z. B. Übungsgruppen, Seminare, Workshops, Beratungen) erfolgt durch Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss (s. vorhergehende Fußnote) mit dadurch belegten fachwissenschaftlichen und fachpraktischen Kompetenzen im jeweiligen Themenbereich[27] sowie fachübergreifend in Gesundheitsförderung/Prävention. Für projektbezogene Qualifizierungen von Fachkräften in den Lebenswelten sowie Ansätze der „Peer-Education" zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention ist immer ein spezifisches zielgruppenadäquates Multiplikatorenschulungskonzept durch ausgewiesene Fachkräfte notwendig. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus den Lebenswelten sollen hierdurch befähigt werden, nachhaltig auch nach Beendigung einer GKV-Förderung Gesundheitsförderung und Prävention eigenständig weiterzuführen.

25 Die originär zuständigen Träger müssen sich mit ihren jeweiligen Kompetenzen und finanziellen sowie personellen Ressourcen an der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligen.

26 Durch bestandene Prüfung abgeschlossene Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf gemäß dem Verzeichnis nach § 90 BBiG oder durch bestandene Prüfung abgeschlossenes handlungsfeldbezogenes Studium an einer staatlichen Universität oder Hochschule oder einer nach § 70 HRG anerkannten Hochschule.

27 Zu den Bereichen Bewegung und fernöstliche Entspannungsverfahren vgl. die Spezifizierungen in den Kapiteln 5.4.1 und 5.4.3.

Von der Förderung ausgeschlossen sind insbesondere:

- Aktivitäten, die zu den **Pflichtaufgaben anderer Einrichtungen oder Verantwortlicher** gehören (z. B. die Suchtberatung durch entsprechende Beratungsstellen oder Suchtprophylaxebeauftragte, Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsaufträge)
- **isolierte**, d. h. nicht in ein Gesamtkonzept eingebundene **Maßnahmen** externer Anbieterinnen und Anbieter
- **individuumsbezogene Abrechnung** von Maßnahmen
- **Förderanträge**, die **nicht von der Einrichtung/dem Einrichtungsträger selbst** gestellt werden
- **Forschungsprojekte** ohne Interventionsbezug
- **Screenings** ohne verhältnis- und verhaltensbezogene Intervention
- Aktivitäten von **politischen Parteien** sowie **parteinahen Organisationen und Stiftungen**
- Aktivitäten, die einseitig **Werbezwecken** für bestimmte Einrichtungen, Organisationen oder Produkte dienen
- **ausschließlich öffentlichkeitsorientierte Aktionen, Informationsstände** (z. B. bei Stadtteil-, Schul- und Kita-Festen, in öffentlichen Bereichen) oder ausschließlich mediale **Aufklärungskampagnen**
- **berufliche Ausbildung und Qualifizierungsmaßnahmen**, die nicht an das Vorhaben gebunden sind
- Kosten für **Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenstände, Mobiliar** und **technische Hilfsmittel**
- **Regelfinanzierung** von auf Dauer angelegten Stellen, z. B. in Beratungseinrichtungen[28]
- Angebote, die **weltanschaulich nicht neutral** sind

4.5 Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune

4.5.1 Grundsätze und Ziele

Die Kommune bildet ein besonders geeignetes Setting der Gesundheitsförderung und Prävention, weil die kommunale Lebenswelt von hoher gesundheitlicher Relevanz für die dort lebenden Menschen ist und sozial benachteiligte und gesundheitlich belastete Menschen hier ohne Stigmatisierung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden können. Die Lebenswelt Kommune umgreift auch die Lebenswelten des Lernens (Bildungseinrichtungen, s. Kapitel 4.6 und 4.7), des Arbeitens (Betriebe, s. Kapitel 6 Betriebliche Gesundheitsförderung) und der Freizeitgestaltung (zivilgesellschaftliche Einrichtungen, wie z. B. Sportvereine, Jugendhäuser, Eltern-, Arbeitslosen- und Seniorentreffs). In der Kommune werden auch solche Zielgruppen erreicht, die über die Einrichtungen wie Kita, Schule, Betrieb in der Regel nicht erreicht werden, z. B. Arbeitslose, pflegende Angehörige und ältere Menschen. Die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen können sich auf ganze Kommunen (Städte, Landkreise, Gemeinden), Teile derselben (z. B. Stadtteile) oder den ländlichen Raum (ggf. kommunenübergreifend) beziehen.

Die Kommunen verfügen über das grundgesetzlich verbriefte Recht, „alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln“ (Artikel 28 Abs. 2 Grundgesetz). Bei der Gesundheitsförderung kommt daher den Kommunen selbst eine Schlüsselfunktion zu. Es ist grundsätzlich Aufgabe der Kommunen, einen gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozess anzustoßen, zu koordinieren

28 Eine Ausnahme besteht bei der Finanzierung der Koordinierungsstellen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Diese werden im Rahmen der Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach § 20a Abs. 3 SGB V maßgeblich durch die GKV finanziert.

und zu leiten. In diesen sind immer auch andere verantwortliche Akteure einzubinden.[29]

Der Beitrag der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und -verhaltens der Menschen in der Kommune bildet dabei einen wichtigen Baustein im Rahmen eines größeren Verbundes an unterschiedlichen verantwortlichen Akteuren.[30] Zielgruppen für Leistungen der Krankenkassen sind sowohl die kommunal verantwortlichen Fachkräfte, die durch Beratung und Qualifizierung zur strukturellen Verankerung und nachhaltigen Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention befähigt werden, als auch die in der Kommune lebenden Bürgerinnen und Bürger.

Krankenkassen unterstützen Kommunen zu allen Schritten des Gesundheitsförderungsprozesses entsprechend den Qualitätskriterien dieses Leitfadens. Auf Bundes- und Landesebene leistet die GKV-Gemeinschaft zusätzlich Unterstützung über das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit.[31]

4.5.2 Qualitätskriterien für die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen

Konzeptionelle Grundlagen kommunal orientierter Primärprävention und Gesundheitsförderung bieten:

- **Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit**[32]
  Der 2003 gegründete Kooperationsverbund mit über 65 Mitgliedern macht Angebote der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung über seine Datenbank transparent, vernetzt Institutionen aus verschiedenen Bereichen, fördert den Austausch von Wissenschaft und Praxis und verknüpft bestehende Strukturen. Der Kooperationsverbund hat 16 Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit aufgebaut, die seit Anfang 2007 in allen 16 Bundesländern arbeiten. Ihr Auftrag ist es, den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren auf Landes- und kommunaler Ebene anzuregen, Good-Practice-Projekte zu identifizieren und zu verbreiten und damit die Qualitätsentwicklung zu fördern. Ein Schwerpunkt der Arbeit des Kooperationsverbundes ist seit 2011 der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle!“, in dessen Rahmen kommunale, lebensphasenübergreifende Gesundheitsstrategien („Präventionsketten“) die Voraussetzungen für ein möglichst langes und gesundes Leben für alle Menschen der Kommune unabhängig von der jeweiligen sozialen Lage verbessern sollen. Die Gesundheitsstrategien schaffen den Rahmen, um die auf kommunaler Ebene verfügbaren Unterstützungsangebote öffentlicher und privater Träger zusammenzuführen und sie über Altersgruppen und Lebensphasen hinweg aufeinander abzustimmen. Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit begleiten und beraten Kommunen hierbei.[33]

29 Bär, G., C. Böhme, & B. Reimann (2009). Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Deutsches Institut für Urbanistik. Berlin, S. 12. Stender, K.-P. (2004). Netzwerk Gesunde Städte. Gesundheit wird auch in Rathäusern entschieden. In: Göpel, E. & V. Schubert-Lehnhardt (Hrsg.) Gesundheit gemeinsam gestalten 2. Kommunale Gesundheitsförderung. Frankfurt/M. S. 47–65, hier S. 48.

30 Diese Komplexität kommt u. a. darin zum Ausdruck, dass in den Kommunen immer mehrere Ämter mit gesundheitsfördernden Aufgaben befasst sind, mindestens die Ämter für Gesundheit, Umweltschutz, Jugend und Familie, Soziales, Bildung sowie Stadtentwicklung. Hieraus resultiert bereits ein erheblicher verwaltungsinterner Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf; vgl. Bär, G., C. Böhme & B. Reimann (2009). Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. S. 12 und 16f.

31 www.gkv-buendnis.de ▸ Förderprogramm.

32 Link: http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, unter „Gesundheitsförderung im Quartier“ sowie unter „Gesundheit für alle! PARTNERPROZESS“.

33 Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. 2. Aufl. Berlin. Richter-Kornweitz, A. (2013): Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen, Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Hannover.

- **Netzwerk für Gesunde Städte**[34]
  Das Netzwerk für Gesunde Städte ging 1989 aus einer Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hervor. Die dem Netzwerk angehörenden Kommunen setzen das Thema Gesundheit im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen auf die Tagesordnung. Sie verpflichten sich per Rats- bzw. Kreistagsbeschluss, die folgenden Mindestkriterien zur kommunalen Gesundheitsförderung zu unterstützen:
  - Erstellen einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung, die Eingang in politische Entscheidungen hält
  - Definition spezifischer gesundheitsbezogener Problemfelder
  - Implementierung kommunaler Gesundheitskonferenzen, die einer Vereinbarung kommunaler Gesundheitsziele dienen
  - gemeinsame Entwicklung, Umsetzung und Evaluation eines Gesundheits-Aktions-Programms und
  - intensive Öffentlichkeitsarbeit

  Der Hauptansatzpunkt liegt in der Stärkung des interdisziplinären und intersektoralen Charakters von Gesundheitsförderung. Kommunalpolitische Entscheidungen werden auch und besonders unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung betrachtet.

- **Bund-Länder-Programm Soziale Stadt**[35]
  Anknüpfungspunkte für eine soziallagenbezogene kommunale Gesundheitsförderung bietet das Programm der deutschen Städtebauförderung „Soziale Stadt". Unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen wurde es 1999 als Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Die Soziale Stadt" ins Leben gerufen. Ziel ist hier, die Lebensbedingungen der Bevölkerung benachteiligter Stadtteile und damit gleichzeitig ihre Lebensperspektiven zu verbessern. Anhand eines integrierten Handlungsprogramms sollen Probleme in besonders benachteiligten Stadtteilen identifiziert, Maßnahmen zur Problemlösung formuliert und Umsetzungsmöglichkeiten entwickelt werden. Notwendige Bedingung einer „Sozialen Stadt" ist die Aktivierung und Beteiligung der Bevölkerung des Stadtteils. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind daher stets in die Prozesse der Maßnahmenplanung und -umsetzung einzubeziehen. Bei der Umsetzung der Maßnahmen kommt dem Quartiersmanagement eine besondere Funktion zu. Es bringt die unterschiedlichen Akteure aus Politik, Verwaltung, Schulen, freien Trägern, Bewohnerschaft, Gewerbe etc. durch Bildung und Moderation bereichsübergreifender Initiativen und Arbeitsgruppen zusammen. Themen der Gesundheitsförderung wurden 2005 in das Programm „Soziale Stadt" integriert.[36]

34 Link: http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de.
35 Link: http://www.staedtebaufoerderung.info, unter „Soziale Stadt".

36 Zur Ausgestaltung von Gesundheitsförderung in Kommunen der Programmgebiete der „Sozialen Stadt" vgl. auch das Positionspapier der Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL 2014): Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt – Ein Plädoyer für eine stärkere Integration, Nr. 97.

Auch zur Gesundheitsförderung im ländlichen Raum gibt es erfolgversprechende Beispiele. Die gesammelten Erfahrungen können für ein kooperatives Engagement der Krankenkassen mit den verantwortlichen Partnern genutzt werden.[37]

Nachhaltige Verbesserungen der Gesundheit erwarten die Krankenkassen insbesondere von solchen Projekten, die in kommunale Gesamtstrategien eingebettet sind, mit denen Kommunen ihre Verantwortung und ihren Gestaltungswillen für gesündere und sozial ausgleichende Lebensbedingungen auch durch Einbringung von kommunalen bzw. anderweitig beschafften Drittmitteln dokumentieren. Hierbei können auch Instrumente und Datenquellen der Stadtplanung und des Umweltschutzes, ggf. ergänzt um spezifische gesundheitsbezogene Analysen, genutzt werden.

Aus den Erfahrungen des Netzwerks für Gesunde Städte sowie dem Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt" ergeben sich folgende **übergreifende Qualitätskriterien** für eine gesundheitsförderliche Stadt(teil)entwicklung (vgl. hierzu auch Infokasten):

- die Aufnahme des Ziels Gesundheit in den Zielekatalog der Kommune
- eine systematische und in die Sozialberichterstattung integrierte Gesundheitsberichterstattung
- daraus abgeleitete, mit Zielen aller einschlägigen kommunaler Ressorts (insbesondere Stadtentwicklung, Jugendhilfe, Bildung) abgeglichene und unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger entwickelte Gesundheitsziele
- die Schaffung geeigneter Abstimmungs-, Koordinierungs- und Umsetzungsstrukturen (Gesundheitskonferenzen, Stadtteilzentren, Vernetzungs- und Beteiligungsbüros, Quartiersmanagement)
- die Etablierung von Gesundheitsverträglichkeit als Entscheidungskriterium für öffentliche Planungen

37 Beispiele für Gesundheitsförderung im ländlichen Raum:
- „Gesundheitsregionenplus" des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege: Mit dem Konzept der Gesundheitsregionenplus soll die regionale Gesundheitsvorsorge und -versorgung sowie Pflege im Freistaat Bayern weiter verbessert werden. Die regionalen Netzwerke sollen auf kommunaler Ebene zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Die Aktivitäten zur Stärkung von Gesundheitsförderung im ländlichen Raum werden auch in anderen Bundesländern von den jeweiligen Landesregierungen unterstützt. (www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/gesundheitsregionenplus/).
- Programm „Trittsicher" der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Landfrauenverband, dem Deutschen Turner-Bund und dem Robert-Bosch-Krankenhaus: Das Programm zielt darauf ab, vorwiegend ältere Menschen im ländlichen Raum zu befähigen, selbstständig zu bleiben, ihre Beweglichkeit zu verbessern und ihr Sturzrisiko zu senken. Es beinhaltet Bewegungskurse zur Verbesserung der körperlichen Fitness und Verbesserung der Standfestigkeit, Untersuchungen zur Knochengesundheit sowie Empfehlungen zur Sicherheit rund um Haus und Hof (www.svlfg.de ▸ Arbeitssicherheit und Gesundhheit ▸ Mit uns im Gleichgewicht ▸ Trittsicher durchs Leben).

Qualitätselemente integrierter und ressortübergreifender Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt Kommune
In zwei Veröffentlichungen des GKV-Bündnisses für Gesundheit sowie des Deutschen Instituts für Urbanistik wird analysiert, wie Gesundheitsförderung und Prävention als Teil der Stadtentwicklung im Sinne eines integrierten und ressortübergreifenden Vorgehens insbesondere zur Vergrößerung gesundheitlicher Chancengleichheit in Zusammenarbeit kommunaler und zivilgesellschaftlicher Akteure mit Krankenkassen erfolgreich implementiert und umgesetzt werden können.

1. **GKV-Bündnis für Gesundheit:** Auf der Grundlage einer Analyse der wissenschaftlichen Literatur zu den Gelingensfaktoren kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention wurden Kriterien für die weitere Förderung guter kommunaler Praxis auf diesem Feld erarbeitet.[38] Die Kriterien richten sich primär an die Kommunen; sie bilden aber auch nützliche Entscheidungshilfen für Krankenkassen bei der Vorbereitung und Abstimmung von Maßnahmen in Zusammenarbeit mit den kommunal Verantwortlichen (Auszüge, die Zwischenüberschriften nach den Aufzählungszeichen stammen vom GKV-Spitzenverband):
   - **Planungsqualität: Einbindung aller Stakeholder und integriertes sozialräumliches Monitoring**
     „Stakeholder für Gesundheitsförderung und Prävention sind in der Kommune systematisch zu eruieren und in ressortübergreifende bzw. intersektorale Planungsprozesse einzubinden. Für die Planung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention (…) sollte ein integriertes regelmäßiges stadtteilbezogenes bzw. sozialräumliches Monitoring erfolgen, das Daten zur Sozialstruktur mit denen zur Bildung, Gesundheitszustand und Umweltqualität kombiniert."
   - **Netzwerkbildung**
     „Lokale bzw. regionale Netzwerke und strategische Partnerschaften sind zur Überwindung gesundheitlicher Ungleichheit unabdingbar. Durch Vernetzung können Schnittstellenprobleme überwunden, Transitionen erleichtert sowie Synergien für die Bündnispartner/-innen identifiziert und nutzbar gemacht werden. (…) Es wird empfohlen, die Leitung und Koordination zur Bildung von Netzwerken zur Gesundheitsförderung bei der Kommunalverwaltung zu verankern bzw. dort zu verantworten, auch wenn die Operationalisierung des Netzwerkmanagements an einen Träger innerhalb der Kommune ausgelagert wird."
   - **Partizipation aller Verantwortlichen sowie der Nutzerinnen und Nutzer**
     „Träger des Sozial- Bildungs- und Gesundheitswesens, Vereine und alle weiteren Akteure sind ebenso wie die Nutzenden der Angebote in der Kommune aktiv an der Angebotsentwicklung und der Implementierung von Maßnahmen zu beteiligen. Einen partizipativen Zugang zur Angebotsentwicklung und -durchführung formulieren alle Publikationen zu Stadtteil- oder Quartiersprojekten, und sie verweisen auf den Zugewinn eines solchen Vorgehens. Auch für zielgruppenspezifische Interventionen ist ein an Grundsätzen der Beteiligung ausgerichtetes Verfahren als Fundament für den Erfolg der ▶

38 Quilling, E. & S. Kruse. (2018). Evidenzlage kommunaler Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung: Eine Literatur- und Datenbankrecherche (Rapid Review). GKV-Bündnis für Gesundheit. Herausgegeben vom GKV-Spitzenverband. (Internet: https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Rapid-Review_Komm-Strategien_Quilling_2019.pdf)

betreffenden Maßnahme zu gewährleisten (…). Partizipation bildet somit eine unabdingbare Grundbedingung für die erfolgreiche Entwicklung von gesundheitsfördernden Angeboten, die akzeptiert und auf die Bedürfnisse der Nutzenden abgestimmt sind."

- **Nutzung niedrigschwelliger Zugangswege – Zusammenarbeit mit Partnern aus der Zivilgesellschaft**
  „Die Lebenswelt Kommune birgt die Chance, Menschen in ihrem unmittelbaren Alltag für Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention zu interessieren. Um diesen Zugangsweg zu erschließen, ist auf die Expertise von Trägern des Sozial- und Gesundheitswesens zu setzen, die in der Kommune bzw. in den Stadtteilen bereits langjährig verankert und in der lokalen, institutionellen Landschaft ebenso wie bei den Bewohnerinnen und Bewohnern weitgehend bekannt sind. (…) Insbesondere die Fachstellen für Quartiersmanagement (des Bund-Länder-Programms Soziale Stadt) haben häufig spezielles Wissen über Zugangswege zu und Kontaktmöglichkeiten mit den Menschen im Stadtteil, das für die Entwicklung niedrigschwelliger Angebote nutzbar gemacht werden sollte. Neben den unterschiedlichsten Vereinen eines Stadtteils können Bewohner/-innen auch über lokale Kleinunternehmen, aufsuchende und Peer-gestützte Angebote niedrigschwellig in gesundheitsfördernde Maßnahmeneinbezogen werden. Diese Zugänge erfordern Flexibilität und eine Offenheit der unterschiedlichen Verantwortlichen und Kooperationspartner/-innen, innovative Wege zu gehen (…)."

- **Ressortübergreifendes Vorgehen**
  „(…) Gesundheitsförderung und Prävention (sind) als Querschnittsaufgabe zu begreifen und in der Kommune ressortübergreifend – im Sinne eines Health in all Policies-Ansatzes – zu verankern. (…) In diesem Kontext kommt es insbesondere darauf an, dass ein integriertes Verwaltungshandeln umgesetzt wird und zudem die entsprechenden gewachsenen Strukturen im Feld nutzbar gemacht werden (…). So ist zu empfehlen, an kommunal bereits vorhandene Strukturen wie etwa Netzwerke zur Bildung, Stadtentwicklung oder die Netzwerke Frühen Hilfen mit ihren bestehenden Kooperationsformaten anzuknüpfen und diese für gesundheitliche Fragen zu sensibilisieren. Gemeinsam mit diesen Netzwerkpartner/innen können neue Wege zu einer umfassenden kommunalen Gesundheitsförderung erschlossen werden. Zudem ist es sinnvoll, das Thema Gesundheitsförderung und Prävention auch regelmäßig in politischen Gremien zu diskutieren und es beispielsweise stärker in bestehenden Kommunalen Gesundheitskonferenzen zu verankern."

2. **Deutsches Institut für Urbanistik (difu)**[39]: Die difu-Studie basiert auf Befragungen von Schlüsselakteurinnen und -akteuren aus Kommunen/Kommunalen Spitzenverbänden, Krankenkassen(verbänden) und zivilgesellschaftlichen Organisationen zu ihren Erfahrungen bei der Zusammenarbeit im Rahmen kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention unter den Bedingungen des Präventionsgesetzes. Ein wesentliches Ergebnis lautet: „Mit dem lebensweltorientierten Ansatz des Präventionsgesetzes lässt sich Gesundheitsförderung konsequenter an den Zielgruppen und den tatsächlichen Bedarfen vor Ort ausrichten. Auf diese Weise kann eine bessere Wirkung gesundheitsfördernder Maßnahmen erzielt werden. Dies gelingt aber nur, wenn Krankenkassen und Kommunen eng zusammenarbeiten. Bislang bedarf die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen noch einer starken Vermittlungsarbeit. Zudem erfordert eine erfolgreiche und zielführende Kooperation vor Ort gut durchdachte und nachhaltige Strukturen.“ Für die Ausgestaltung der Zusammenarbeit von Kommunen mit Krankenkassen bei der Umsetzung von „integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung“ gibt das Difu folgende Empfehlungen (Auszug):
   - „Besonders wichtig ist eine Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung, die aktiv mit Unterstützung der politischen oder der Verwaltungsspitze auf Krankenkassen zugeht und Ansprechpartner für diese ist, also eine vermittelnde Rolle einnimmt. Die Krankenkassen ihrerseits sollten gewährleisten, dass bei den örtlichen oder regionalen Krankenkassenniederlassungen qualifizierte und entscheidungsbefugte Ansprechpersonen für die Prävention in kommunalen Lebenswelten zur Verfügung stehen.
   - Um integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung gemeinsam zu entwickeln und umzusetzen, ist zudem ein stetiger Austausch zwischen Kommune und Krankenkassen erforderlich. Hierfür sollten bereits vorhandene Strukturen wie beispielsweise Steuerungsgruppen und kommunale Gesundheitskonferenzen genutzt werden. (…)
   - Zentrale Voraussetzung für das Engagement von Krankenkassen sind die Federführung und Verantwortungsübernahme für die lebensweltorientierte Gesundheitsförderung durch die Kommune, die unter anderem durch politische Beschlüsse, die personelle Mitwirkung der Kommunalverwaltung sowie durch den Einsatz öffentlicher Mittel ihren Ausdruck finden können.“

   Weitere Empfehlungen aus Sicht der Kommunen und kommunalen Spitzenverbände: Bei der Planung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen im kommunalen Rahmen, auch bei solchen in Kitas, Schulen oder Senioreneinrichtungen, sollten die Krankenkassen die speziellen Prioritäten der jeweiligen Kommune berücksichtigen und die vorgesehenen Maßnahmen gemeinsam im jeweiligen kommunalen Steuerungsgremium/der kommunalen Gesundheitskonferenz abstimmen. Empfohlen werden krankenkassenübergreifende Kooperationsvereinbarungen mit Kommunen, in denen die Rollen und Aufgaben der beteiligten Partner sowie deren monetäre und nichtmonetäre Beiträge zur

39 Böhme, C. & B. Reimann (2018). Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. Rahmenbedingungen, Steuerung und Kooperation – Ergebnisse einer Akteursbefragung. Berlin (Deutsches Institut für Urbanistik) (https://difu.de/publikationen/2018/integrierte-strategien-kommunaler-gesundheitsfoerderung)

Umsetzung festgelegt werden, wie z. B. Personalressourcen, Zurverfügungstellung von Räumlichkeiten u. a. Im Interesse der sozialbezogenen gesundheitlichen Chancengleichheit sollten vor allem sozial benachteiligte Kommunen und entlegene ländliche Räume bei der Förderung von Maßnahmen stärker berücksichtigt werden. Zur Förderung der Zusammenarbeit sind Fortbildungsveranstaltungen für kommunale Fachkräfte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen zu ausgewählten Themen der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention sinnvoll. Beispielhaft werden Möglichkeiten zur operativen Mitwirkung von Krankenkassen in kommunalen Strategien der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung beschrieben: „So könnten beispielsweise in einem Wohnquartier mit hohem Anteil älterer Menschen kassenfinanziert eine Analyse von Bewegungsbarrieren durchgeführt und gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern konkrete räumliche Ziele entwickelt werden. Aber auch verhaltenspräventive Maßnahmen sind in diesem Handlungsfeld möglich, denn die Qualität eines Raums (Platz, Park, Schulhof) ergibt sich erst aus dem Zusammenspiel seiner Gestaltung und Nutzung.“ Krankenkassen können unter Nutzung der von der Kommune bereitgestellten Infrastruktur z. B. niedrigschwellige verhaltenspräventive Maßnahmen der Bewegungsförderung für Bewohnerinnen und Bewohner unterstützen.

4.5.3 Spezielle Förderkriterien für Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune

Die nachfolgenden speziellen Kriterien konkretisieren die übergreifenden Kriterien für Maßnahmen in Kapitel 4.4.

Ziel bei der Nutzung und Schaffung von Strukturen ist grundsätzlich die **Nachhaltigkeit** und **Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen**. Das schließt ein, dass das Ziel Gesundheit in den Zielekatalog der Kommune aufgenommen ist bzw. wird und dass die verantwortlichen **Partner ihren jeweiligen** inhaltlichen und finanziellen **Teil** erfüllen.

Für Leistungen nach dem Lebenswelt-Ansatz in Kommunen werden Kooperationen empfohlen, die krankenkassenübergreifend und bedarfsbezogen auch sozialversicherungsträgerübergreifend sind. In der Kommune treffen viele Verantwortliche aufeinander, die in ihrem Bereich für Gesundheitsförderung und Prävention zuständig sind. Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungsträgern, kommunalen Einrichtungen und Bildungsträgern mit Bezug zur Primärprävention und Gesundheitsförderung sind im Anhang dargestellt (s. Anhang, Kapitel 8.1: Berührungspunkte/ Abgrenzungen von Leistungen nach § 20a SGB V zu gesetzlichen Anspruchsgrundlagen anderer Träger für besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune).

4.5.4 Besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune

Nachfolgend werden beispielhaft (d. h. nicht abschließend) einige Zielgruppen betrachtet, die einen besonderen Bedarf an Unterstützung haben.

Werdende, junge Familien und Alleinerziehende in der Kommune

Werdende und junge Eltern zeigen sich tendenziell besonders empfänglich für Gesundheitsthemen, sodass bei ihnen gute Chancen bestehen, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu fördern und weiterzuentwickeln. Familien in der Phase

der Schwangerschaft, mit Säuglingen und Kindern im Kleinkind-/Kindergartenalter sowie Alleinerziehende sollen als Zielgruppe bei settingbezogenen Maßnahmen in Kommunen stärker berücksichtigt werden. Alleinerziehende sind durch ihre Lebenslage (häufig schlechtere sozioökonomische Lage, höhere Stressbelastung) oft erheblichen Belastungen ausgesetzt. Alleinerziehende weisen gegenüber Erziehenden in einem Zwei-Eltern-Haushalt höhere gesundheitliche Risiken auf (u. a. stärkere psychische Belastungen, vor allem Depressionen[40]; höherer Tabak-/Alkoholkonsum[41]).

Förderkriterien für an Familien gerichtete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention

Für die Planung, Umsetzung und Nachbereitung von Leistungen nach dem Setting-Ansatz, die Krankenkassen anteilig besonders für werdende, junge und belastete Familien erbringen können, gelten nachfolgende Kriterien. Sie konkretisieren die übergreifenden Förderkriterien zur lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention (Kapitel 4.4) sowie zur Lebenswelt Kommune (Kapitel 4.5.3):

- Zielgruppen sind werdende Familien, junge Familien mit Säuglingen und Kindern im Kleinkind-/Kindergartenalter[42] sowie Alleinerziehende.
- Das Augenmerk liegt auf schwer erreichbaren „sozial benachteiligten" Familien. Mögliche Stigmatisierungen (z. B. durch Benennung der Angebote) sind auszuschließen.
- Die Angebote für Familien sollten möglichst niedrigschwellig[43] in Einrichtungen in der Kommune (z. B. Bürgerzentren, Stadtteiltreffs) umgesetzt werden.
- Partnerschaften sind möglich mit Einrichtungen von Religionsgemeinschaften und Wohlfahrtsverbänden, Familienbildungswerken, Wohnbaugesellschaften sowie Vereinen (z. B. für Migrantinnen und Migranten, Stadtteiltreffs).
- Im Setting Kommune können sich Krankenkassen an evaluierten verhaltensorientierten Programmen, die nicht explizit in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenkassen fallen, die aber gesundheitsförderliche Aspekte berücksichtigen und entsprechende Effekte versprechen,[44] anteilig für die gesundheitsförderlichen Inhalte beteiligen. Diese Programme müssen in eine Gesamtkonzeption eingebunden sein, um ggf. aus dem gemeinsamen Projektbudget anteilig finanziert werden zu können.

Beispiele für Netzwerke oder Plattformen zur familienbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention sind „Bündnis für Familie" (www.lokale-buendnisse-fuer-familie.de/), „Gesundheit für alle – PARTNERPROZESS" (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=partnerprozess), „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie" (im Rahmen von IN FORM www.gesund-ins-leben.de/), „Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen" (www.fruehehilfen.de/).

40 Rattay, P. et al. (2017). Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4). S. 24–44. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-112.

41 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2013). Tabakabhängigkeit. S. 16. Download: www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_2_Tabak.pdf. Franke, A., K. Mohn, F. Sitzler, A. Welbrink & M. Witte (2001). Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Weinheim.

42 „Junge Familie" mit einem jüngeren Kind: Mindestens ein Erwachsener im „Familienverbund" ist für dieses Kind erziehungsberechtigt (Bevollmächtigungen von nicht direkt Erziehungsberechtigten – z. B. Großeltern – zur Teilnahme an Maßnahmen möglich).

43 Z. B. durch Beteiligung an Multiplikatorenausbildung (soweit eng gesundheitsbezogen) von Menschen im Setting zu Stadtteilmüttern, Gesundheitslotsen etc.

44 Z. B. Angebote zur Stärkung von Elternkompetenz; nicht bezuschussungsfähig sind Angebote zur frühkindlichen Förderung.

Ältere/alte Menschen in der Kommune[45]

Aufgrund der demografischen Entwicklung und damit im Zusammenhang stehender Herausforderungen (z. B. sozialräumlicher Infrastrukturmängel) ist der Zielgruppe „ältere/alte Menschen" in der Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt Beachtung zu schenken.[46] Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung, Mobilität und Selbstständigkeit sollen möglichst bis ins hohe Alter erhalten, die Entstehung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit vermieden und hinausgezögert werden. Bereits im jungen Alter wird der Grundstein für eine gesundheitsbewusste Lebensführung gelegt, die Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebensqualität im Alter hat.[47] Jedoch können einige gesundheitliche Risiken auch im höheren Lebensalter durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil und umweltbezogene Maßnahmen reduziert werden.[48]

Für Leistungen der Primärprävention nach §§ 20, 20a SGB V zum Erhalt von Mobilität und Selbstständigkeit kommen insbesondere selbstständig lebende ältere/alte Menschen in Betracht. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf allein lebende und sozial benachteiligte ältere/alte Menschen zu legen. Die für ältere/alte Menschen zugeschnittenen Leistungen sollen wohnortnah, niedrigschwellig, im Rahmen kommunaler Strukturen und in Kooperation mit verschiedenen Akteuren vor Ort sowie möglichst unter Mitwirkung älterer Menschen erbracht werden.[49]

Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind auch für ältere und alte Menschen sinnvoll, die pflegebedürftig sind und zu Hause von Angehörigen oder durch ambulante Pflegedienste versorgt werden.[50] Für einen bedarfsgerechten Zugang der Versicherten zu diesen Leistungen ist eine Zusammenarbeit mit den Stellen, die die Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) oder die Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 SGB XI) durchführen, zu empfehlen.

45 Für ältere/alte Menschen in der Lebenswelt Kommune, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, erbringt die Soziale Pflegeversicherung Präventionsleistungen nach § 5 SGB XI gemäß dem Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (GKV-Spitzenverband der Pflegekassen 2018).

46 Vgl. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2012). Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden". Berlin.

47 Bspw. kann vor allem durch ausreichende Bewegung und einen gesunden Lebensstil, geistige Aktivität sowie soziale Teilhabe das Risiko, im späteren Lebensalter an Demenz zu erkranken, verringert bzw. der Krankheitsbeginn hinausgeschoben werden, wohingegen bei Mental- und Gedächtnistrainings keine hinreichende Evidenz zu den Effekten vorliegt. Elwood, P., J. Galante, J. Pickering, S. Palmer, A. Bayer, Y. Ben-Shlomo, M. Longley, J. Gallacher & K. Sathian (2013). Healthy Lifestyles Reduce the Incidence of Chronic Diseases and Dementia: Evidence from the Caerphilly Cohort Study, PLoS ONE, 8(12), e81877. S. auch Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (März 2012). Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden" (www.gesundheitsziele.de). Berlin.

48 Studien zufolge wiesen Menschen, die erst im Alter von etwa 65 Jahren gesundheitsbewusster lebten (d. h. sich mehr bewegten und gesünder ernährten), eine messbar höhere körperliche Leistungsfähigkeit und Lebensqualität auf, als Inaktive der gleichen Altersgruppe: Hammer, M., K. Lavoie & S. Bacon (2014). Taking up physical activity in later life and healthy aging: the English Longitudinal Study of Ageing. British Journal of Sports Medicine, 48, 239–243. Kuhlmann, A. (2009). Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise, gefördert durch das BMG. Berlin.

49 Vgl. als Beispiele:
- Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Quartier (vdek in Kooperation mit dem AWO-Bundesverband): www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-vor-ort/aeltere-menschen/quartiersprojekt-fuer-aeltere-14/
- Kommunale Gesundheitsförderung für und mit Menschen im mittleren Lebensalter (vdek in Kooperation mit der Region Hannover, Landeshauptstadt Hannover (ÖGD) und der Medizinische Hochschule Hannover: www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-vor-ort/weitere-projekte/kommunale-gesundheitsfoerderung-fuer-und-mit-menschen-im-mittleren-lebensalter-27/
- Stellmacher, T. & B. Wolter (2018). Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen. Ergebnisbericht. Berlin. (Hrsg. GKV-Spitzenverband) (www.gkv-buendnis.de ▸ Publikationen).

50 Braesecke, G., N. Lingott & G. Schiffhorst (2020). Prävention in der ambulanten Pflege. Bestandsaufnahme von zielgruppenspezifischen präventiven und gesundheitsförderlichen Bedarfen, Potenzialen und Interventionsmaßnahmen (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 16 (Hrsg. GKV-Spitzenverband). Berlin. (www.gkv-spitzenverband.de ▸ Pflegeversicherung ▸ Forschung ▸ Publikationen der Forschungsstelle Pflegeversicherung)

Bei allen an ältere/alte Menschen in der Kommune gerichteten Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen sind zur Vermeidung von Doppelförderungen jeweils die gesetzlich geregelten (Finanzierungs-)Zuständigkeiten z. B. nach dem Pflegeversicherungs- und Sozialhilferecht zu berücksichtigen.

Partnerschaften können insbesondere eingegangen werden mit:

- Bürger- und Seniorenzentren, Begegnungsstätten
- Wohnungsbaugesellschaften/-genossenschaften
- Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände und von Religionsgemeinschaften
- Ambulanten Pflegediensten
- Koordinierungsstellen für Gesundheitsförderung in den Kommunen
- Seniorenräten auf kommunaler oder Landesebene
- Vereinen, insbesondere Sportvereinen, im ländlichen Raum auch mit Landfrauenverbänden
- Volkshochschulen

Arbeitslose Menschen in der Lebenswelt Kommune

Anhaltende Arbeitslosigkeit ist ein erheblicher gesundheitlicher Risikofaktor. So weisen ca. 35 % der Leistungsberechtigten in der Grundsicherung für Arbeitsuchende gesundheitliche Einschränkungen auf. Arbeitslose leiden insbesondere unter psychischen Belastungen und in der Folge vielfach auch an psychischen Störungen.[51] Zugleich ist ein beruflicher Wiedereinstieg für gesundheitlich eingeschränkte Erwerbslose erheblich erschwert. Mit Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention wird dieser Personenkreis eher schwer erreicht.[52] Arbeitslose Versicherte sind von daher eine sozial benachteiligte Gruppe mit besonderem Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarf.

Für arbeitslose Versicherte zugeschnittene Leistungen, die insbesondere auf die Bewältigung der mit der Arbeitslosigkeit verbundenen psychischen Belastungen und die Stärkung von Bewältigungskompetenzen und Selbstwertgefühl gerichtet sind, sollen in Kooperation mit weiteren verantwortlichen Partnern in der Kommune erbracht werden.[53] Für eine Verzahnung von Gesundheitsförderung mit Arbeitsförderungsmaßnahmen sind die Jobcenter – sowohl Einrichtungen gemäß § 44b SGB II als auch kommunale Träger der Grundsicherung (Optionskommunen) – als Partner bedeutsam, ebenso wie die Agenturen für Arbeit. Die Kommune ist – über ihre mögliche Rolle als Trägerin der Grundsicherung hinaus – immer zentrale Akteurin und Partnerin der lebenswelt-bezogenen Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppe. Es ist zu empfehlen, weitere Partnerinnen und Partner einzubeziehen, wie z. B. Arbeitslosenvertretungen, Beschäftigungsträger, Sportvereine, Wohlfahrtsverbände, Nachbarschafts- und Stadtteilzentren, die dazu beitragen, auch Rahmenbedingungen gesundheitsförderlich weiterzuentwickeln und die Gesundheit der Zielgruppe zu stärken.[54]

Bei einem gemeinsamen Vorgehen mit den Krankenkassen haben die Jobcenter/Agenturen für Arbeit folgende Aufgaben: Sie sollen die Zielgruppe für die Thematik „Gesundheit“ zur Verbesserung

51 Robert Koch-Institut (Hrsg.). Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. GBE kompakt 1/2012. Berlin. Hollederer, A. (2009). Gesundheit und Krankheit von Arbeitslosen sowie Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung. In: Ders. (Hrsg.) Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, S. 12–38. Paul., K. & K. Moser (2009). Meta-analytische Moderatorenanalysen zu den psychischen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit – Ein Überblick. In: Ebd. S. 39–61.

52 Gesundheitsberichterstattung des Bundes September 2006 (RKI Hrsg.). Gesundheit in Deutschland. Berlin.

53 S. auch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012). Gemeinsam handeln: Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Eckpunkte zum Vorgehen im kommunalen Rahmen (Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de in der Rubrik „Materialien“).

54 Nationale Präventionskonferenz (2018). Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V. Erste weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018. Berlin. S. 30.

der individuellen (Wieder-)Eingliederungschancen ins Erwerbsleben sensibilisieren und sie für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil und – unter Beachtung des Grundsatzes der Freiwilligkeit – ggf. zu einer Teilnahme an gesundheitsfördernden und primärpräventiven Maßnahmen motivieren. Hierbei sind unterschiedliche Zugänge zur Zielgruppe möglich, z. B. über speziell geschulte Integrationsfachkräfte, beauftragte Träger von Arbeitsmarktintegrationsmaßnahmen oder über die Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit. Bei verhaltenspräventiven Bausteinen, die die Krankenkassen bereitstellen, sollte es sich insbesondere um zielgruppenspezifische Programme für Arbeitslose handeln.[55] Zielgruppen gesundheitsförderlicher Programme können dabei gemäß § 20a Abs. 1 Satz 5 SGB V auch Personen sein, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist.

Kinder und Jugendliche, insbesondere mit Suchtgefährdung bzw. aus suchtbelasteten oder psychisch belasteten Familien, in der Kommune

Jugendliche sind in ihrem Lebensumfeld mannigfachen Suchtgefahren ausgesetzt: Werbung für legale Drogen wie Alkohol und Tabak, die Festkultur im Familien- und Freundeskreis oder im Vereins- oder Gemeindekontext sowie der Suchtmittelkonsum von erwachsenen Bezugspersonen begünstigen bei Jugendlichen den Einstieg in und die Verfestigung eines riskanten Suchtmittelkonsums. Ergänzend zu suchtpräventiven Maßnahmen an Schulen (Kapitel 4.7 Gesundheitsfördernde Schule) sind daher an Jugendliche gerichtete Maßnahmen der Suchtprävention auf Gemeindeebene sinnvoll. Bewährt haben sich kombinierte Ansätze einer zugleich verhältnis- und verhaltensbezogenen Präventionsarbeit mit Vernetzung und zielgerichteter Zusammenarbeit aller Zuständigen und Verantwortlichen auf Gemeindeebene. Eine kommunal verankerte verhältnisbezogene Präventionsstrategie mit dem Ziel, schädlichen Alkoholkonsum und Alkoholexzesse im Vorfeld zu verhindern, beinhaltet neben Verantwortung und Vorbildverhalten von Erwachsenen im Umgang mit Alkohol die konsequente Einhaltung des Jugendschutzgesetzes auf Festen, in der Gastronomie und im Einzelhandel sowie eine breite Sensibilisierung der Bevölkerung.
In Kommunen kann der Zugang zu gefährdeten Jugendlichen für verhaltensbezogene Präventionsmaßnahmen auch durch die Jugendhilfe, Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Schulsozialarbeit, Polizei oder Justiz vermittelt werden. Neben Alkohol und Tabak können im Rahmen derartiger gemeindebasierter Präventionsprojekte bedarfsbezogen auch weitere Suchtthemen thematisiert werden. Krankenkassen können kombiniert verhältnis- und verhaltenspräventiv angelegte Aktivitäten auf Gemeindeebene mit Vernetzung aller Zuständigen und Verantwortlichen in Bezug auf einzelne Suchtmittel sowie suchtmittelübergreifend fördern.

Eine besonders vulnerable Zielgruppe sind Kinder aus suchtbelasteten Familien[56] bzw. aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Diese unterliegen einer hohen Gefährdung für die Entwicklung eines eigenen Suchtverhaltens bzw. anderer psychischer und körperlicher Störungen. Krankenkassen fördern daher spezielle präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Zielgruppe Kinder suchtkranker bzw. psychisch erkrankter Eltern, die darauf zielen, die Resilienz der Kinder zu stärken, z. B. im Rahmen von Spielgruppen, Gesprächsangeboten, Einzelberatungen sowie erlebnispädagogischen Angeboten.[57] Bei allen Aktivitäten sollte die Bildung verlässlicher und tragfähiger Beziehungen im Vordergrund stehen. Es sollte darauf hingewirkt werden, dass die

55 Evaluationsbericht Modellprojekt Arbeits- und Gesundheitsförderung von GKV und Bundesagentur für Arbeit Krankenversicherung www.gkv-spitzenverband.de ▸ Krankenversicherung ▸ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▸ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▸ Evaluation

56 Vgl. Drogen- und Suchtbericht 2017, S. 83-118. Download: https://www.drogenbeauftragte.de/service/publikationen/

57 Kinder mit fetalem Alkoholsyndrom (FASD) stellen eine spezifische Zielgruppe mit besonderen Beeinträchtigungen und Risiken dar, auf die Angebote der Gesundheitsförderung bedarfsbezogen eingehen sollen.

von Sucht- oder anderen psychischen Problemen betroffenen Eltern selbst therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Im Verweigerungsfall ist dies jedoch kein Hinderungsgrund für die Durchführung der an die Kinder gerichteten gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen. Krankenkassen können ferner die Qualifizierung der pädagogischen Fachkräfte in Kitas und Schulen zur Resilienzstärkung von Kindern aus suchtbelasteten Familien durch die Förderung entsprechender Fortbildungen unterstützen.

Lebenswelten der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports in der Kommune

Lebenswelten der Freizeitgestaltung im Sinne dieses Leitfadens sind freigemeinnützige Einrichtungen bzw. Vereine ohne Erwerbszweck mit und ohne formelle Mitgliedschaftsregelungen in unterschiedlicher Trägerschaft, in denen Menschen sich begegnen und an gemeinsamen Aktivitäten teilnehmen. Lebenswelten der Freizeitgestaltung bieten die Möglichkeit, Freizeit erlebnisreich und kreativ zu gestalten. Häufig bieten sie darüber hinaus Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen und für die persönliche Lebensgestaltung im Kreis Gleichgesinnter. Insbesondere sind dies Sportvereine, Jugendhäuser, Kulturvereine, Elterntreffs/-cafés, Altenbegegnungsstätten und weitere vergleichbare Strukturen. In diesen Lebenswelten können Krankenkassen gesundheitsbezogene Angebote fördern, die den Vereins- bzw. Einrichtungszweck ergänzen und dabei helfen, den Verein bzw. die Einrichtung selbst gesundheitsförderlich weiterzuentwickeln. Dies kann z. B. die Integration von Maßnahmen der Suchtprävention in die alltägliche Vereinsarbeit und Sportveranstaltungen sowie die Unterbreitung niedrigschwelliger gesundheitsförderlicher Zusatzangebote in Elterncafés beinhalten. Empfohlen wird für diese Art der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung eine Einbindung in kommunale Strukturen und Konzepte. Für die GKV-Unterstützung sind die in Kapitel 4.4 beschriebenen Leistungsarten, Förder- und Ausschlusskriterien maßgeblich.

4.6 Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte

Kindertagesstätten (Kitas) eignen sich in besonderer Weise als Setting der Gesundheitsförderung und Prävention, weil hier Kinder in einer Lebensphase erreicht werden, in der gesundheitsförderliche Erlebens- und Verhaltensweisen entscheidend beeinflusst und geprägt werden können. Damit werden u. a. wichtige Grundsteine für die weitere Bildung und Persönlichkeitsentwicklung der Kinder insgesamt gelegt. Ausgehend vom Setting Kita können auch die gesundheitlichen Rahmenbedingungen in den Familien positiv beeinflusst werden, denn insbesondere in der frühen Lebensphase von Kindern haben Eltern ein großes Interesse an der gesunden Entwicklung ihres Kindes. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen und Abläufe in Kitas kann schließlich auch zur Verringerung der Belastungen und damit zur Verbesserung der Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher beitragen.

Insbesondere in Kitas in sozial benachteiligten Kommunen/Stadtteilen können Kinder mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen erreicht werden. Bei der Planung gesundheitsfördernder Maßnahmen sollten daher Kitas in sozial benachteiligten Kommunen/Stadtteilen besonders berücksichtigt werden.

Das Ziel der pädagogischen Arbeit der Kita, die Entwicklung einer „eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“[58], kann auch durch Gesundheitsinterventionen zur Unterstützung der physischen, psychischen und sozialen Entwicklung der Kinder wesentlich gefördert werden. Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas sind daher nicht als isolierte Zusatzaufgaben zu begreifen, sondern stellen einen integralen Bestandteil ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags dar.

58 Grundsätze der Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen entsprechend § 22 SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe.

4.6.1 Ziele von Gesundheitsförderung in Kitas

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas sollen insbesondere die Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung, Entspannung, Stressbewältigung, sozial-emotionaler Kompetenzen und Resilienz (Widerstandsfähigkeit) umfassen und in deren Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrag integriert sein.[59] In vielen Kitas werden entsprechende Ansätze bereits verfolgt. Die Rolle der Krankenkassen kann deshalb darin bestehen, solche Ansätze mit gesundheitsförderlichen Programmen und Projekten zu begleiten, die sich (ggf. in Kombination mit weiteren Handlungsfeldern wie Gewalt- und Suchtprävention) auf die Erreichung folgender Ziele konzentrieren:

- Das Kitateam sorgt für ein ausgewogenes und abwechslungsreiches Verpflegungsangebot aus gesunden Lebensmitteln einschließlich Getränken.[60]
- Die Kinder werden in die Zubereitung der Mahlzeiten – sofern die räumlich-strukturellen Voraussetzungen hierfür gegeben sind – aktiv integriert, um ihnen vielfältige Lernerfahrungen im Umgang mit Lebensmitteln (sensorische Unterschiede, Wahrnehmung von Hunger und Sättigung, Esskultur, Hygiene, Küchenpraxis) zu ermöglichen.
- Die Esssituation wird vom Kitateam gemeinsam mit den Kindern freudvoll und gesellig gestaltet.
- Der Kitaträger stellt vielfältige, sichere und möglichst naturnahe Bewegungsräume und Bewegungsmöglichkeiten zur Verfügung.
- Über Bewegungsspiele in Gruppen werden die motorische Leistungsfähigkeit, die Lernfähigkeit und -motivation sowie die sinnlichen Erfahrungsmöglichkeiten der Kinder verbessert.
- Über Entspannung im rhythmischen Wechsel mit Bewegungseinheiten werden die Körpererfahrung verbessert sowie die Lern- und Konzentrationsfähigkeit gefördert.
- Psychische Ressourcen wie Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit und Resilienz werden gestärkt.
- Netzwerke werden initiiert, die ausgehend von Kitas nachhaltig gesundheitsförderliche Strukturen in der Region unterstützen. Die Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen zur Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung wird ausgelotet.
- Sozial-emotionale Kompetenzen (wie z. B. Selbststeuerung, Rücksichtnahme, Konfliktlösung) werden gestärkt.
- Die Gesundheitsförderungskompetenzen von Eltern werden gestärkt.
- Das Kitateam wirkt bei Eltern und Kindern auf einen maßvollen Umgang mit insbesondere elektronischen Medien hin.
- Das Kitateam verhält sich selbst gesundheitsförderlich (ggf. Verknüpfung mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung).

Die Integration der Ziele und skizzierten Maßnahmen in den pädagogisch gestalteten Alltag stärkt nicht nur die Gesundheits- und Bildungsressourcen der Kinder, sondern erleichtert dem Kitateam auch die Wahrnehmung seiner pädagogischen Aufgaben: So werden emotionale Spannungen sowie aggressive Handlungen verringert, das Zusammengehörigkeitsgefühl sowie die Freude und der Genuss bei gemeinsamen Aktivitäten gesteigert und die Lernmotivation sowie die Konzentration der Kinder vergrößert. Diese Effekte wiederum verringern die Belastungen des Erziehungspersonals und wirken sich damit auch positiv auf dessen Gesundheit und Leistungsfähigkeit aus. Förderlich für die Umsetzung und unterstützend für das Personal können auch Austausch und Vernetzung der Kitas untereinander wirken.

Bei der Planung und Umsetzung der Maßnahmen ist auf eine enge Kooperation mit den Eltern und auf die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse,

59 Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2010). Nationales Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung". (Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit) Berlin.

60 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) (2015). DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder. 5. Auflage, 2. korrigierter Nachdruck, Bonn.

Kompetenzen und Voraussetzungen zu achten. Hierzu gehören eine Transparenz des Geschehens in der Kita für die Eltern und ihre möglichst aktive Einbindung in gemeinsame Aktivitäten, wie z. B. die Vorbereitung und Durchführung von Veranstaltungen mit dem Kitateam. Dabei bietet es sich auch an, Möglichkeiten zur Veränderung familiärer Gewohnheiten, z. B. bei der Ernährung und dem Medienkonsum, zu erörtern. Eltern mit Migrationshintergrund und geringen Deutschkenntnissen sollten hierbei möglichst bedarfsgerecht (z. B. durch muttersprachliche Materialien bzw. Angebote) informiert und einbezogen werden.

4.6.2 Umsetzung von Gesundheitsförderung in Kitas

Die Krankenkassen beteiligen sich partnerschaftlich an gesundheitsfördernden Projekten und Programmen zur integrierten Förderung von Bildung und Gesundheit in Kitas mit verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung. Dabei beteiligen sich der Kitaträger, das Kitateam sowie Krankenkassen und Unfallversicherungsträger gemäß ihrem Aufgaben- und Verantwortungsbereich an dem Prozess der integrierten Bildungs- und Gesundheitsförderung. Hierbei ist die Kooperation mit den zuständigen kommunalen Ämtern (Jugend- und Gesundheitsamt) sowie Vereinen vor Ort zu empfehlen. Insbesondere bei Maßnahmen im Handlungsfeld Bewegung ist die Zusammenarbeit mit Sportvereinen sinnvoll, um die dauerhafte Bindung der Kinder an gesundheitssportliche Aktivitäten zu gewährleisten. Weitere Akteure können je nach Schwerpunkt und regionalen Gegebenheiten einbezogen werden.

Leistungen der Krankenkassen in Kitas können zunächst an einzelnen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung anknüpfen. So sind z. B. Angebote zu gesunder Ernährung und Bewegung schon heute integraler Bestandteil des Kita-Alltags in sehr unterschiedlichen Ausprägungen. Bei entsprechender Nachfrage der Kitas kann die Arbeit des Personals und die Qualität der Angebote hierbei dadurch unterstützt werden, dass vermehrt bereits praxisgetestete, evaluierte und standardisierte gesundheitsförderliche Projekte und Programme oder Module daraus in die pädagogisch gestalteten Abläufe in der Kita aufgenommen werden. Die Krankenkassen können diesen Transfer begleiten und fördern, z. B. durch Fortbildung und Beratung des Personals.

Die Krankenkassen wirken darauf hin, dass der Kitaträger den Beschluss zum Einstieg in einen integrierten Prozess der Bildungs- und Gesundheitsförderung fasst sowie ein entscheidungskompetentes internes oder einrichtungsübergreifendes Steuerungsgremium etabliert (mit Beteiligung des Kitaträgers, der betrieblichen Verantwortlichen, der Krankenkasse, des zuständigen Unfallversicherungsträgers sowie der Eltern).

Wo immer möglich und sinnvoll, sollte das Kitateam weitere Unterstützungsmöglichkeiten für die eigene Arbeit nutzen. In der Gemeinde können z. B. Kinderärztinnen und Kinderärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Zahnärztinnen und Zahnärzte, kommunale Ämter (Jugend-, Gesundheits-, Sozialamt), Stadtteiltreffs, Beratungsstellen, Polizeidienststellen, kulturelle Einrichtungen und Vereine, insbesondere Sportvereine, themen- und anlassbezogen den Gesundheitsförderungsprozess in der Kita unterstützen und den Kita-Alltag (z. B. durch Exkursionen) bereichern. Die Unfallversicherungsträger als weitere mögliche Partner können beratende Unterstützung bei Fragen zu Möglichkeiten der Gestaltung von Bewegungsräumen/bewegungsfreundlichen Spielflächen leisten. Die Vernetzungsstellen für Kita- und Schulverpflegung können bei Fragen zu Verpflegungsangeboten Beratung anbieten.

4.6.3 Spezielle Förderkriterien für Leistungen in Kitas

Bei der Entscheidung darüber, in welchen Projekten und Programmen sich Krankenkassen engagieren, sind die nachfolgenden speziellen Kriterien – in Ergänzung der in Kapitel 4.4 definierten übergreifenden Förderkriterien – handlungsleitend:

- Es handelt sich um Maßnahmen zur integrierten Förderung von Bildung und Gesundheit in Kitas mit verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung.
- Die Kita ist nicht nur Zugangsweg zur Erreichung der Kinder und ihrer Familien, sondern ist selbst Gegenstand gesundheitsförderlicher Umgestaltung.
- Zielgruppen sind insbesondere die Kinder und deren Familien.
- Die Maßnahmen bauen auf dem tatsächlichen Bedarf der Kita auf, der z. B. durch Befragungen der Eltern und Erzieherinnen und Erziehern erhoben wird.
- Es handelt sich um Gemeinschaftsprojekte mit mehreren Partnerinnen und Partnern bzw. Finanzierungsverantwortlichen. Insbesondere hat auch der Kitaträger selbst eigene sächliche oder finanzielle Mittel in das Projekt/Programm/die Maßnahme einzubringen.
- Umsetzung und Ergebnisse der Intervention werden dokumentiert, evaluiert und allen Beteiligten zur Verfügung gestellt.

4.7 Gesundheitsfördernde Schule[61]

Die Schule eignet sich besonders für zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung, weil hier alle Kinder und Jugendlichen einer bestimmten Altersstufe erreicht werden können. Die gesundheitlichen Bedingungen an Schulen sind mitentscheidend dafür, mit welcher Qualität die Schule ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag erfüllen kann. Bildungspolitische Reformen wie z. B. der Ausbau der Ganztagsbetreuung und die Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit Behinderungen stellen das System „Schule" vor besondere Herausforderungen und bieten gleichzeitig Ansatzpunkte auch für die lebensweltbezogene schulische Gesundheitsförderung. Die seit Anfang der 1990er Jahre etablierten Aktivitäten und Strukturen in diesem Feld und die Erfahrungen der GKV in der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts zeigen, dass es Schulen gelingen kann, sich zu gesundheitsfördernden Schulen zu entwickeln.[62]

Die gesetzlichen Krankenkassen haben zwischen 2003 und 2008 das Modellvorhaben „gesund leben lernen", ein kassenartenübergreifendes Schulprojekt in drei Bundesländern, das gemeinsam mit den jeweiligen Landesvereinigungen für Gesundheit durchgeführt wurde, gefördert. In den letzten Jahren sind weitere qualitativ hochwertige Projekte und Programme etabliert worden, die sich – analog zur betrieblichen Gesundheitsförderung – durch Strukturen zur organisatorisch-inhaltlichen Steuerung, ein bedarfsorientiertes Vorgehen, die Arbeit in Gesundheitszirkeln, kombiniert verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen und eine Erfolgskontrolle auszeichnen.[63]

Die Evaluation des Projekts „gesund leben lernen" zeigt ebenso wie die Evaluationen und Erfahrungen anderer großer Gesundheitsförderungsprojekte, dass Gesundheitsförderung in Schulen nach dem Setting-Ansatz mit Unterstützung durch die Krankenkassen dann erfolgreich

61 Neben den allgemein- und berufsbildenden Schulen stellen auch Schulen, an denen Schulabschlüsse auf dem zweiten Bildungsweg erworben werden können, wichtige Lebenswelten dar, in denen sich Krankenkassen gesundheitsförderlich und präventiv engagieren. Die für Schulen geltenden Förderkriterien gelten für die zu einem Schulabschluss auf dem zweiten Bildungsweg führenden Schulen entsprechend.

62 Beschluss der Kulturministerkonferenz (KMK) vom 15.11.2012. Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008). Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung Band II. Baden-Baden, S. 364-432; Barkholz, U., Gabriel, R., Jahn, H., Paulus, P. (2001). Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen. Hrsg. vom Bundesministerium für Bildung und Forschung.

63 Z. B. „Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland"; Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW. Internet: www.bug-nrw.de. Paulus, P. (2010): Die gute gesunde Schule. Mit Gesundheit gute Schule machen. Hrsg. Von Verein Anschub.de und BARMER GEK.

ist, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. 4.7.2).[64]

4.7.1 Ziele von Gesundheitsförderung in Schulen

Die inhaltliche Ausrichtung der Projekte und Programme soll das Erreichen folgender Ziele ermöglichen:

- Das gesundheitsbezogene Verantwortungsbewusstsein Einzelner, der Familie und der Gemeinschaft wird gefördert.
- Netzwerke werden initiiert, die ausgehend von Schulen nachhaltig gesundheitsförderliche Strukturen in der Region unterstützen. Die Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen zur Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung wird ausgelotet.
- Alle Schülerinnen und Schüler werden befähigt, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial auszuschöpfen – dies schließt die Stärkung von Resilienz ein – und ihre Selbstachtung zu fördern (Empowerment). Dabei werden zur Förderung von Gesundheit der gesamten Schulgemeinschaft (Kinder und Erwachsene) klare Ziele gesteckt.
- Die Schülerinnen und Schüler werden unterstützt, einen gesundheitsförderlichen Umgang miteinander zu pflegen (Kontrollfähigkeit, Selbststeuerung, Konfliktlösung).
- Durch Berücksichtigung von Aspekten der Gesundheitsförderung bei allen wichtigen Entscheidungen, durch die (Weiter-)Entwicklung partizipativer Strukturen und durch Stärkung der persönlichen Kompetenzen wird ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernklima für alle Beteiligten geschaffen. Die Kompetenzen von Lehrerinnen und Lehrern, Schülerinnen und Schülern sowie von Eltern zur Beschaffung und Bewertung von Gesundheitsinformationen sowie zu selbstbestimmtem gesundheitsbezogenen Handeln werden gestärkt.
- Durch eine angemessene Gestaltung der Gebäude, Einrichtungen/Möblierung, Spielflächen, des Verpflegungsangebots[65], Pausengestaltung, Sicherheitsmaßnahmen usw. wird ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernumfeld geschaffen.
- Lehrerinnen und Lehrer wirken bei Schülerinnen und Schülern und ihren Eltern auf einen maßvollen Umgang mit insbesondere elektronischen Medien in der Freizeit hin.
- Das Schulpersonal einschließlich Schulleitung selbst wird in Fragen der Gesundheitsförderung unterstützt (ggf. Verknüpfung mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung).

4.7.2 Umsetzung von Gesundheitsförderung in Schulen

Alle Partnerinnen und Partner beteiligen sich gemäß ihrem Aufgaben- und Verantwortungsbereich an dem Prozess der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Krankenkassen können diesen Prozess mit erprobten und evaluierten gesundheitsförderlichen Projekten, Programmen oder Modulen unterstützen und den Transfer begleiten, z. B. durch Fortbildung und Beratung der Schulen und Lehrkräfte. Zur Erreichung einer möglichst hohen Effektivität legen die am Projekt Beteiligten ihre Aufgaben vor Beginn im Konsens fest. Dies dient einer zielführenden Projektarbeit, identifiziert Schnittstellen und vermeidet Überschneidungen.

64 Paulus, P., L. Schumacher, B. Sieland, E. Burrows, S. Rupprecht & K. Schwarzenberg (2014).: Evaluationsbericht „Gemeinsam gesunde Schule entwickeln". Eine Initiative der DAK-Gesundheit. Lüneburg: Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG Forschungs- und Arbeitsberichte, Band 30), Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de und www.schulen-entwickeln.de. Kliche, T. et al. (2010). (Wie) wirkt Gesundheitsfördernde Schule? Effekte des Kooperationsprojektes „gesund leben lernen". Prävention und Gesundheitsförderung. S. 377-388. Download: DOI 10.1007/s11553-010-0243-4. Paulus P. & G. Gediga (2008). Evaluation von Anschub.de. Wirkung eines Programms zur Förderung der guten gesunden Schule. DGUV (2017). Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule. Informationen und Umsetzungshilfen für Schulleitungen. DGUV Information 202-058. Berlin.

65 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) (2015). DGE-Qualitätsstandard für die Schulverpflegung. 4. Auflage, 1.korrigierter Nachdruck. Bonn.

Notwendig sind:
- die Entscheidung der Schulkonferenz (Lehrer-, Eltern- und Schülervertretungen), in einen Gesundheitsförderungsprozess einzutreten sowie
- die Einbindung des Schulträgers und der Schulaufsicht in den Gesamtprozess.

Damit Gesundheitsförderung im Setting Schule wirtschaftlich erfolgt und nachhaltig wirksam wird (Wirtschaftlichkeitsgebot), müssen folgende strukturelle Bedingungen erfüllt sein bzw. werden:
- Bildung einer Steuerungsgruppe bzw. Bestellung eines entscheidungskompetenten Schulprojektteams mit Vertreterinnen und Vertretern aller relevanten Gruppen und Akteure. Die Steuerungsgruppe bzw. das Schulprojektteam beschließt das Vorgehen konzeptionell, sorgt für die Umsetzung und bewertet die erzielten Ergebnisse (Schulleitung sowie Vertretungen der Lehrkräfte sowie der Schülerinnen und Schüler sind in der Steuerungsgruppe bzw. im Schulprojektteam unverzichtbar).
- Integration des Themas „Gesundheit" in Schulprogramm bzw. schulisches Leitbild
- Bereitschaft der Schule zur Mitwirkung in Netzwerken gesundheitsfördernder Schulen

Darüber hinaus können in der Steuerungsgruppe/im Schulprojektteam insbesondere folgende Gruppen mit jeweils unterschiedlicher Verantwortung vertreten sein:
- Eltern
- Schulträger
- Schulaufsicht
- für den inneren Schulbereich Beauftragte (z. B. Sicherheitsbeauftragte)
- Unfallversicherungsträger
- Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Krankenkassen
- private Krankenversicherungen

Weitere Akteure sollten je nach Schwerpunkt der Gesundheitsförderungsmaßnahmen und regionalen Gegebenheiten in der Steuerungsgruppe bzw. im Schulprojektteam mitwirken, z. B. Landesvereinigungen für Gesundheit oder vergleichbare Organisationen, kommunale Vertretungen, Vereine (insbesondere Sportvereine), Vernetzungsstellen für Kita- und Schulverpflegung, Polizei, Unternehmen, Ärztinnen und Ärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Stiftungen etc.

Erfahrungen und Empfehlungen aus dem Krankenkassenengagement in und mit Schulen

Schulen, die Gesundheitsförderung dauerhaft in ihre Organisation einbinden wollen, benötigen eine qualifizierte externe Beratung im Sinne einer langfristigen Begleitung. Hierdurch werden die schulinternen Akteure im Aufbau und dem Erhalt von Motivation und Kompetenzen unterstützt, schwierige Phasen leichter überwunden sowie die Nachhaltigkeit gesichert. Die Beratung sollte zunächst relativ engmaschig sein und kann im weiteren Verlauf in Abhängigkeit von den in der Schule selbst aufgebauten Strukturen und Kompetenzen reduziert werden. Geeignete Stellen für die langfristige externe Begleitung sind Landesvereinigungen für Gesundheit und die bei diesen angesiedelten Koordinierungsstellen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit". Die Mitwirkung in Netzwerken mit anderen Schulen ist sinnvoll, wenn der Aufbau einer Steuerungsstruktur in der Schule fortgeschritten ist.

Gesundheitsförderung in Schulen bringt eine zeitliche und organisatorische Zusatzbelastung für die Beteiligten, insbesondere die Lehrkräfte, mit sich. Dies sollte den Schulen vor Aufnahme von GKV-geförderten Gesundheitsförderungsleistungen deutlich kommuniziert werden. Es hat sich gezeigt, dass nur die

Schulen, die auch selbst in den Gesundheitsförderungsprozess investieren und viele mehrdimensionale Aktivitäten in zeitlicher Dichte statt vereinzelt umsetzen, letztlich profitieren. Die Bereitschaft zu einer intensiven Teilnahme am Projekt (Zeiteinsatz, Aktivitätendichte) ist ein Erfolgsfaktor.

Schulen, die an einem Gesundheitsförderungsprozess interessiert sind, sollten mit den für eine Förderung infrage kommenden Krankenkassen zunächst eine Klärungs- und Vorbereitungsphase (probatorische Phase) vereinbaren (der Zeitraum sollte projektbezogen mit den Schulen definiert werden). In dieser Phase muss der Projekt- bzw. Programmaufwand ebenso wie der erwartbare Nutzen (Schulstruktur- und Schulklimaverbesserung, Gesundheitsgewinne für Lehrkräfte und Schülerinnen und Schüler, Imagestärkung der Einrichtung etc.) schulintern kommuniziert und diskutiert werden.

Am Ende der probatorischen Phase entscheidet die Schule über die Durchführung des Gesundheitsförderungsprojekts. Eine Entscheidung für das Projekt bzw. Programm ist in jedem Fall durch einen Beschluss der Schulkonferenz zu dokumentieren und zu legitimieren. So wird die gemeinsame Verpflichtung aller Projektbeteiligten zur aktiven Mitwirkung und Umsetzung deutlich. Zu diesem Zeitpunkt soll eine Rahmenvereinbarung zwischen der Schule, Krankenkasse(n) und ggf. weiteren Akteuren (z. B. Unfallversicherung) mit den jeweiligen Rechten und Pflichten der Partnerinnen und Partner im Gesundheitsförderungsprozess geschlossen werden.

Alternativ kann das Ergebnis der probatorischen Phase auch die Entscheidung der Schule gegen eine weitere Projektteilnahme sein. Die Rahmenvereinbarung soll auch die Verpflichtung der Schule zu einer Dokumentation und Evaluation enthalten. Hierzu empfiehlt der GKV-Spitzenverband die kontinuierliche Maßnahmendokumentation und mindestens den regelmäßigen Einsatz des Strukturbogens zu festgelegten Zeitpunkten.[66] Darüber hinaus sind in der Rahmenvereinbarung auch verbindliche Zeitpunkte für gemeinsame Zwischenbilanzen zu definieren; diese sollten mindestens einmal im Schuljahr stattfinden und dokumentiert werden.

Die Unterstützung durch die Schulbehörden ist erforderlich. Ohne diese Unterstützung, insbesondere der Kultusbehörden und der Schulträger, bleibt jedes Engagement noch so motivierter Akteurinnen und Akteure letztlich wirkungslos, vergeudet Ressourcen und demotiviert diejenigen, die zur Partizipation gewonnen wurden. Mindestens ebenso wichtig wie finanzielle oder infrastrukturelle Unterstützung sind Freistellungen von Unterrichtsstunden als (Teil-) Ausgleich für die zusätzliche Arbeitsbelastung der beteiligten Lehrkräfte. Qualifizierungsmaßnahmen von Lehrkräften im Rahmen des Gesundheitsförderungsprojektes sollten als Fortbildung durch die zuständigen Landeslehrinstitute anerkannt werden. Neben der Ressource „Zeit“ (s. o.) ist die damit verbundene behördliche Wertschätzung für die Beteiligten ein Erfolgsfaktor.

Insofern empfiehlt der GKV-Spitzenverband, die begrenzten Fördermittel nur da einzusetzen, wo die primär Schulverantwortlichen bereit und in der Lage sind, die Einrichtungen auch mit Ressourcen in personeller und infrastruktureller Hinsicht weiter zu entwickeln.

66 Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu § 20 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008). Bergisch Gladbach; Download: www.gkv-spitzenverband.de unter Krankenversicherung/Prävention, Selbsthilfe, Beratung/Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung/Qualitätsmanagement (Handbuch Schule).

4.7.3 Spezielle Förderkriterien für Leistungen in Schulen

Die Krankenkassen bringen sich in die Umsetzung gesundheitsförderlicher und präventiver Projekte und Programme im Setting Schule sowie in die Integration entsprechender Elemente in den Unterricht partnerschaftlich ein. Bei der Entscheidung darüber, in welchen Projekten bzw. Programmen und Maßnahmen sich Krankenkassen engagieren, sind die nachfolgenden speziellen Kriterien – in Ergänzung der in Kapitel 4.4 genannten übergreifenden Kriterien zum Setting-Ansatz – handlungsleitend:[67]

- Die Schule dient nicht nur als Zugangsweg zur Erreichung der Schülerinnen und Schüler, sondern ist selbst Gegenstand gesundheitsförderlicher Umgestaltung.
- Zielgruppen sind insbesondere die Schülerinnen und Schüler und deren Familien.
- Der Bedarf der Zielgruppen an gesundheitsfördernden Interventionsmaßnahmen ist begründet, z. B. durch Daten der Gesundheitsberichterstattung sowie einer schulischen Unfall- und Fehlzeitenstatistik.
- Die Projekt- bzw. Programmangebote werden von den Schulen tatsächlich nachgefragt.
- Der Erfolg von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Schulen ist in hohem Maße auf die Umsetzungsfähigkeit und -bereitschaft der Lehrenden angewiesen. Daher müssen auch die gesundheitlichen Belange und Probleme dieser Gruppe unter Berücksichtigung der originären Zuständigkeiten der Schulträger innerhalb der jeweiligen Projekte und Programme flankierend berücksichtigt werden.
- Es handelt sich möglichst um Gemeinschaftsprojekte mit mehreren Projektbeteiligten bzw. Finanzierungsträgern. Das bedeutet auch, dass sich die übrigen Verantwortlichen (z. B. aus den Bereichen Bildung, Jugendhilfe) ebenfalls zu Gesundheitsförderung als Leitbild und Orientierung bekennen.
- Eine wirksame und effiziente Gesundheits- und Sicherheitsförderungspolitik in Schulen muss darüber hinaus auch die Eltern sowie außerschulische Akteure, wie z. B. Vereine, Freizeiteinrichtungen, Behörden und Gewerbetreibende vor Ort, einbeziehen.
- Umsetzung und Ergebnisse der Interventionen werden dokumentiert und evaluiert und allen Beteiligten zur Verfügung gestellt.

67 Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Bundesverband der Unfallkassen und Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung (2004). Empfehlungen zur Gesundheitsförderung in Schulen. Bergisch Gladbach und München.

4.8 Gesundheitsfördernde Hochschule

Im Präventionsgesetz findet die Gesundheitsförderung und Prävention in der „Lebenswelt des Studierens“ eine besondere Berücksichtigung. Zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen gehört es, den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Hochschulen zu unterstützen.

Studierende gelten im Allgemeinen als eine eher gesunde Bevölkerungsgruppe. Dennoch haben mehr als 10 % von ihnen gesundheitliche Beeinträchtigungen. Darüber hinaus wird das Studium von vielen Studierenden als belastend empfunden: Leistungsanforderungen, hoher Zeitaufwand und verdichtete Studienabläufe führen u. a. zu Stress. Wer neben dem Studium arbeitet oder eine Familie gründet, beansprucht die Gesundheit noch stärker.

4.8.1 Ziele von Gesundheitsförderung an Hochschulen

Gesundheitsfördernde Hochschulen stärken die Gesundheitskompetenz von Studierenden durch zielgruppenspezifische Maßnahmen (Verhaltensprävention) und schaffen entsprechende Rahmenbedingungen (Verhältnisprävention). In einer „Gesundheitsfördernden Hochschule“ ist die Gesundheitsförderung sektorenübergreifend als Querschnittsaufgabe verankert und wird von vielen Akteuren getragen. Dazu gehören ein Steuerungskreis und Arbeitsgruppen, in denen die Professorenschaft, Lehrbeauftragte und Studierende sowie

Repräsentanten der Hochschulleitung, Studienberatung und Gleichstellungsbeauftragte u. a. vertreten sind. Universitäten und Fachhochschulen kommt für die Gesundheitsförderung und Prävention eine besondere gesellschaftliche Bedeutung zu. Sie können Einfluss nehmen auf die Herausbildung des Gesundheitsbewusstseins von rund drei Millionen Studierenden, die hier zu Fach- und Führungskräften oder Forschenden ausgebildet werden und perspektivisch verantwortungsvolle Aufgaben in unserer Gesellschaft übernehmen. Absolventinnen und Absolventen der Hochschulen sind damit wichtige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Gesundheitsförderung und Prävention.

Die nachfolgenden **Gütekriterien**, wurden vom Arbeitskreis gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) 2005 erstmals erstellt und 2020 aktualisiert[68]. Sie sind die Grundlage für die Durchführung von Gesundheitsprojekten an Hochschulen:

„1. Eine gesundheitsfördernde Hochschule arbeitet nach dem Setting-Ansatz.
2. Eine gesundheitsfördernde Hochschule orientiert sich am Konzept der Salutogenese und nimmt Bedingungen und Ressourcen für Gesundheit umfassend in den Blick. Eine gesundheitsfördernde Hochschule betrachtet Gesundheit als mehrdimensionales Konzept.
3. Eine gesundheitsfördernde Hochschule erarbeitet und verankert ein Konzept der Gesundheitsförderung in ihre Hochschulorganisation und Hochschulpolitik.
4. Eine gesundheitsfördernde Hochschule berücksichtigt Gesundheitsförderung als strukturelle Querschnittsaufgabe bei allen Prozessen und Entscheidungen. Dies bezieht sich auf Beschäftigung, Lehre, Studium, Forschung und Wissensmanagement.
5. Eine gesundheitsfördernde Hochschule beauftragt eine hochschulweit zuständige Steuerungsgruppe – in der die relevanten Bereiche und Statusgruppen der Hochschule vertreten sind – mit der Entwicklung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen.
6. Eine gesundheitsfördernde Hochschule betreibt ein transparentes Kommunikations- und Informationsmanagement. Die Hochschule formuliert Ziele und Maßnahmen auf der Grundlage regelmäßiger Analysen und Evaluationen, die im Rahmen einer kontinuierlichen Gesundheitsberichtserstattung zusammengefasst werden.
7. Eine gesundheitsfördernde Hochschule führt gesundheitsfördernden Maßnahmen für alle Statusgruppen durch, die sich sowohl an einer Verhaltens- als auch Verhältnisdimension orientieren. Dabei sind die Verhaltens- und Verhältnisebene zu verschränken und partizipativ auszurichten.
8 Eine gesundheitsfördernde Hochschule verpflichtet sich durch die Unterzeichnung der Okanagan Charta dem normativen Prinzip der nachhaltigen Entwicklung sowie einer globalen und intergenerationellen Gerechtigkeit. Sie fördert die Stärkung von Kompetenzen, die für die Mitgestaltung der gesellschaftlichen Herausforderungen notwendig sind. Hochschulen werden durch Bildung, Lehre, Forschung und Praxistransfer Impulsgeber für einen Wandel hin zu mehr Nachhaltigkeit für die gesamte Gesellschaft.
9. Eine gesundheitsfördernde Hochschule integriert in ihr Konzept zur Gesundheitsförderung die Themen Chancengleichheit, Inklusion, Diversity, Gender Mainstreaming sowie Cultural Mainstreaming. Die Steuerungsgruppe schafft Synergien mit allen Personen, die in diesen Bereichen an der Hochschule tätig sind.
10. Eine gesundheitsfördernde Hochschule vernetzt sich mit ihrer Kommune und innerhalb ihrer Region. Zudem vernetzt sie sich sowohl national als auch international mit anderen Hochschulen und Wissenschaftseinrichtungen.“

Die Hochschulen können im Rahmen des studentischen Gesundheitsmanagements spezifische Handlungsfelder für ihre Institution(en) ableiten. Die gesundheitsförderlichen Maßnahmen sollen zu einer Entlastung der Studierenden führen und ihre Gesundheitskompetenz nachhaltig stärken.

68 www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de

5. Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V

5.1 Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Anforderungen an die verhaltensbezogenen primärpräventiven Leistungen sind in § 20 Abs. 5 SGB V geregelt:
„1Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 [Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5] erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. 2Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung. 3Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. 4Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. 5Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen. 6Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend."

Erläuterung:
Im Interesse der Sicherstellung einer einheitlichen und hohen Qualität der Leistungen verlangt die Norm in Satz 1, dass alle individuellen verhaltensbezogenen Primärpräventionsangebote entsprechend den Kriterien dieses Leitfadens von einer Krankenkasse bzw. einer von ihr autorisierten Stelle zertifiziert sind. Die Anforderungen und das einheitliche Verfahren der Zertifizierung werden in diesem Kapitel beschrieben. Bei ihrer Förderentscheidung berücksichtigt die Krankenkasse nach Satz 2 auch eine eventuelle ärztliche Präventionsempfehlung gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien, der Kinder-Richtlinie oder den Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung des Gemeinsamen Bundesausschusses[69]; eine Präventionsempfehlung kann auch im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder sonstigen ärztlichen Untersuchung gegeben werden. Die geförderten Leistungen müssen nach Art und Umfang den Kriterien dieses Leitfadens entsprechen. Die Regelungen der Sätze 3 und 4 dienen dem Schutz der personenbezogenen Daten. Satz 5 ermöglicht den Krankenkassen eine Übertragung der Leistungserbringung an andere Krankenkassen, deren Verbände oder an Arbeitsgemeinschaften. Satz 6 verweist auf in der Satzung der Krankenkasse zu regelnde Möglichkeiten der Bezuschussung von sonstigen Kosten bei wohnortfernen Primärpräventionsangeboten. Für alle Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention gelten darüber hinaus die Anforderungen des § 20 Abs. 1 SGB V (vgl. Kapitel 2 „Grundlagen" dieses Leitfadens).

5.2 Grundverständnis

Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention richten sich an einzelne Versicherte. Sie sollen sie motivieren und befähigen, Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung auszuschöpfen.[70] Die Maßnahmen finden grundsätzlich in Gruppen statt und sollen die Teilnehmenden über die Laufzeit der Maßnahme hinaus zur

69 Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.07.2016 zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2658/2016-07-21_GU-RL_Praeventionsempfehlung.pdf; https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2659/2016-07-21_Kinder-RL_Praeventionsempfehlung.pdf; https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2660/2016-07-21_JU-RL_Praeventionsempfehlungen.pdf.

70 Evidenzbasierte Informationen zu Möglichkeiten eigenverantwortlicher Prävention und Gesundheitsförderung sind auf den Internetseiten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): www.gesundheitsinformation.de sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): www.bzga.de (insbesondere Themen „Suchtprävention" sowie „Ernährung-Bewegung-Stressregulation") zusammengestellt.

regelmäßigen Ausübung positiver gesundheitsbezogener Verhaltensweisen anregen und befähigen.

Zur Ermittlung der Handlungsfelder in der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention wurden die vorhandenen Datenquellen daraufhin ausgewertet, mit welcher Häufigkeit, medizinischen Relevanz und volkswirtschaftlichen Bedeutung bestimmte Erkrankungen auftreten. Anschließend wurde geprüft, ob für die Prävention dieser Erkrankungen wirksame Interventionen zu angemessenen Kosten möglich sind und qualitätsgesichert erbracht werden können.

Die Auswertung der für eine entsprechende Bedarfsermittlung zur Verfügung stehenden Literatur[71] zeigt, dass folgende Krankheitsbilder von besonderer epidemiologischer Bedeutung sind:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insbesondere Herzinfarkte, Schlaganfälle und Krankheiten des cerebrovaskulären Systems)
- Diabetes mellitus, insbes. Typ 2
- Adipositas
- bösartige Neubildungen
- Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes
- Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane
- psychische/psychosomatische Krankheiten

Das Ziel der individuellen verhaltensbezogenen Primärpräventionsleistungen der Krankenkassen ist daher die Reduktion der Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieser Erkrankungen durch Senkung der ihnen zugrunde liegenden verhaltensbedingten Risikofaktoren und die gleichzeitige Stärkung gesundheitsfördernder Faktoren (= Ressourcen).

Folgende primärpräventive Interventionen sind vorrangig für die verschiedenen Krankheitsbilder zu empfehlen:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Vermeidung von Rauchen, Übergewicht, unausgewogener Ernährung, Hyperlipoproteinämie, Bluthochdruck, riskantem Alkoholkonsum, Dysstress (vor allem in Bezug auf Herzinfarkte und Schlaganfälle), Förderung von Bewegung
- Diabetes mellitus Typ 2: Vermeidung des metabolischen Syndroms (gekennzeichnet durch eine Kombination aus Übergewicht bzw. Adipositas, Hyperlipoproteinämie, Hypertonie und erhöhten Blutzuckerwerten, die mit einer Insulinresistenz, Glukosetoleranzstörung bzw. einem manifesten Diabetes einhergeht) durch Förderung von Bewegung und ausgewogener Ernährung, Reduzierung der o. g. Risikofaktoren
- bösartige Neubildungen: Förderung einer ballaststoffreichen Ernährung und Förderung von Bewegung zur Vermeidung von Colon-Rektumkarzinomen; Förderung des Nichtrauchens zur Vermeidung von Lungenkarzinomen, generell Vermeidung von Übergewicht und riskantem Alkoholkonsum sowie Förderung von Bewegung
- Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes: Vermeidung von Übergewicht, Verhütung von Gelenkverletzungen, Förderung von Bewegung, insbesondere Kräftigung der Muskulatur (vor allem in Bezug auf Arthrosen und Dorsopathien)
- Depressionen und Angststörungen: Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung und Stärkung psychischer Gesundheitsressourcen sowie Förderung von Bewegung

Bewegungsmangel, Fehlernährung, Übergewicht und Adipositas, mangelnde Stressbewältigungs- und Entspannungskompetenzen sowie

71 Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2013). Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt. Jg. 56. H. 5–6. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998). Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden; Leistungsstatistiken der GKV (z. B. Krankheitsartenstatistiken der Verbände der Krankenkassen); Gesundheitsberichte der Bundesländer und Statistiken anderer gesundheitsrelevanter Institutionen (z. B. des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der Unfallversicherungsträger usw.); spezifische Analysen und Umfragen aus dem Gesundheitsbereich.

Abb. 4: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention

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

Ernährung
1. Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
2. Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stress- und Ressourcenmanagement
1. Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
2. Förderung von Entspannung

Suchtmittelkonsum
1. Förderung des Nichtrauchens
2. Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

Quelle: Eigene Darstellung

Suchtmittelkonsum bilden wichtige Risikofaktoren für zahlreiche der o. g. Erkrankungen. Deshalb fokussieren die prioritären Handlungsfelder der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention auch auf diese Risikofaktoren (s. hierzu Kapitel 5.4.1–5.4.4). Die Handlungsfelder sind dabei ziel- und indikationsbezogen in unterschiedliche Präventionsprinzipien gegliedert. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die einzelnen Handlungsfelder mit ihren Präventionsprinzipien getrennt dargestellt. In der Leistungserbringung vor Ort können die Inhalte aus den unterschiedlichen Präventionsprinzipien unter Beachtung aller Handlungsfelder übergreifenden und Handlungsfelder-spezifischen Kriterien miteinander kombiniert werden.

Zur Förderung von innovativen Ansätzen können die Krankenkassen darüber hinaus modellhaft die Wirksamkeit weiterer Präventionsprinzipien erproben. Über eine begleitende Dokumentation und Evaluation wird die Wirkung des jeweiligen Prinzips überprüft. Die hieraus resultierenden Erkenntnisse fließen in die Weiterentwicklung dieses Leitfadens ein.

Ziel der individuellen verhaltenspräventiven Maßnahmen ist es, Versicherte zur kritischen Reflexion ihres gesundheitsbezogenen Verhaltens und ihrer gesundheitlichen Situation anzuregen, Anreize zur Stärkung ihres selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns zu bieten und so Krankheitsrisiken zu verhindern bzw. zu vermindern. Die Maßnahmen richten sich an gesunde Versicherte, ggf. mit gesundheitlichen Risikofaktoren, bei denen die Erkrankung(en), auf deren Verhütung die Maßnahme zielt, (noch) nicht vorliegt bzw. vorliegen. Die Leistungen sollen zugleich einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit leisten, wie dies auch in den „Kriterien für eine erleichterte Inanspruchnahme durch

sozial benachteiligte Zielgruppen"[72] festgelegt ist. Zudem sollen geschlechtsbezogene Ungleichheiten von Gesundheitschancen verringert werden. Die Verringerung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen gelingt besonders dann, wenn Maßnahmen den besonderen Lebensbedingungen von Männern und Frauen Rechnung tragen (Gendersensibilität). Primärpräventive Interventionen müssen neben der Vermeidung von Risikofaktoren für spezifische Erkrankungen auch gesundheitsfördernde (= die Ressourcen Wissen, Motivation und Kompetenzen stärkende) Elemente enthalten.[73] Nachhaltige Wirkung entfalten individuelle verhaltenspräventive Maßnahmen dann, wenn die Versicherten die erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen regelmäßig und dauerhaft in ihren Lebensalltag integrieren. Die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen sollen daher die Versicherten zur regelmäßigen Ausübung positiver gesundheitsbezogener Verhaltensweisen anregen und befähigen.

Voraussetzung einer individuellen verhaltenspräventiven Maßnahme ist grundsätzlich, dass sich ihre Wirksamkeit in Studien oder Metaanalysen (Evidenzbasierung) erwiesen hat.

Eine weitere Voraussetzung ist eine konkrete Zielbestimmung der Maßnahme, die sich operationalisieren und quantifizieren lässt, sodass sich eine Veränderung bzw. Verbesserung in Bezug auf die Zielerreichung durch die erfolgte Intervention messen lässt. Wesentliche Zielkriterien bilden dabei die nachhaltige Verringerung von gesundheitsriskanten und der Aufbau gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen.

Die Teilnahme an Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention steht allen Versicherten nach Vollendung des sechsten Lebensjahres[74] offen. Krankenkassen informieren ihre Versicherten über Angebote der individuellen verhaltensbezogenen Prävention durch z. B.:

- allgemeine Öffentlichkeitsarbeit (Internetauftritt mit Suchfunktion, Versichertenzeitschriften, Tagespresse, Plakate, Veranstaltungsprogramme)
- zielgruppenspezifische Medien (z. B. Versichertenzeitschriften für bestimmte Altersgruppen)
- Direkt-Mailingaktionen (z. B. für Schwangere, Eltern von Kindern bestimmter Altersgruppen etc.)

Eine individuell bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention kann auch von Ärztinnen und Ärzten durch Empfehlungen zur verhaltensbezogenen Prävention unterstützt werden (Präventionsempfehlung). Präventionsempfehlungen können im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V, Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach § 26 SGB V, arbeitsmedizinischer Vorsorge und sonstigen ärztlichen Untersuchungen schriftlich abgegeben werden. Eine ärztliche Präventionsempfehlung gemäß § 20 Abs. 5 SGB V für eine verhaltensbezogene Präventionsmaßnahme nach diesem Leitfaden wird von der Krankenkasse bei ihrer Förderentscheidung berücksichtigt (s. Formular Präventionsempfehlung im Anhang).

72 S. Kapitel 5.3. Zur Verminderung von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bedarf es weiterer Anstrengungen zur gesundheitsgerechten Gestaltung von Lebens- und Arbeitswelten. Die Beiträge der GKV zu dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe werden in den Kapiteln 4 und 6 dieses Leitfadens beschrieben.

73 Rosenbrock, R. (2004). Primäre Prävention zur Vermeidung von sozialbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Umsetzungsvorschlag des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV; in: Ders., M. Bellwinkel & A. Schröer (Hrsg.). Prävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm ‚Mehr Gesundheit für alle'. Essen, S. 7–150; hier S. 62 f.

74 Der Aufbau von Handlungskompetenz und die eigenverantwortliche Umsetzung des Gelernten setzen ein gewisses Mindestalter der Teilnehmenden voraus. Zur Erreichung von Kindern unter sechs Jahren kommen an Eltern gerichtete individuelle verhaltensbezogene Präventionsmaßnahmen sowie Maßnahmen der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung in Kindergärten/Kindertagesstätten (Kitas), Schulen und Kommunen in Betracht.

Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention sollen möglichst spezifisch auf die unterschiedlichen Bedarfe und Bedürfnisse von Zielgruppen ausgerichtet werden. Sofern sich Versicherte in ihren gesundheitsbezogenen Bedarfen und Bedürfnissen in Abhängigkeit von Lebenssituation und -phase, Geschlecht und/oder sozialen Merkmalen wie z. B. Wohnort, Bildungsstand, Migrationshintergrund voneinander unterscheiden, sollen möglichst zielgruppendifferenzierte Maßnahmen angeboten und durchgeführt werden.[75] Bei der konkreten Auswahl von Maßnahmen, deren Wirksamkeit prinzipiell erwiesen ist, sollte eine Fokussierung auf Zielgruppen erfolgen, bei denen der Bedarf am größten ist. Generell sind die Inhalte und die Methodik der Maßnahmen wie auch die Zugangswege speziell auf die jeweiligen Zielgruppen abzustimmen (s. hierzu auch die Abschnitte „Kriterien für eine erleichterte Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Zielgruppen“ sowie „Kriterien für die Inanspruchnahme durch Menschen mit Behinderung“ in Kapitel 5.3 „Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien“).

Anbieterinnen und Anbieter individueller verhaltenspräventiver Maßnahmen nach § 20 SGB V haben diese deutlich gegenüber verordnungspflichtigen Leistungen für Versicherte (Krankenbehandlung und Rehabilitation) sowie weiteren Dienstleistungen, die nicht Bestandteil des GKV-Leistungskataloges sind, abzugrenzen.

5.3 Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien

Krankenkassen fördern Maßnahmen ausschließlich entsprechend den nachstehend definierten Handlungsfelder übergreifenden und handlungsfeldspezifischen Kriterien. Die Kriterien sind verbindlich. Die Schwerpunkte der Förderung und weitere Anforderungen können die Krankenkassen innerhalb dieser Kriterien selbst festlegen.[76]

Alle von den Krankenkassen geförderten Maßnahmen müssen hohen Qualitätsmaßstäben genügen. Zur Sicherstellung einer hohen Effektivität (Ergebnisqualität) sind die Leistungen von Anbieterinnen und Anbietern mit geeigneter fachlicher und pädagogischer Qualifikation (Strukturqualität), auf Basis erprobter und evaluierter Konzepte (Konzept- und Planungsqualität) und unter angemessenen organisatorischen Durchführungsbedingungen (Prozessqualität) zu erbringen. Die Anerkennung eines Präventionskurses als förderfähig erfolgt durch die Kooperationsgemeinschaft der Krankenkassen zur Zertifizierung von Präventionskursen – § 20 SGB V bzw. eine Krankenkasse in Form einer Zertifizierung und setzt voraus, dass die durch den Leitfaden Prävention definierten Anforderungen an die Anbieterinnen und Anbieter zur Strukturqualität (Anbieterqualifikation), zur Konzept- und Planungsqualität sowie zur Prozessqualität erfüllt sind. Insbesondere für sozial benachteiligte Zielgruppen sind die Maßnahmen möglichst niedrigschwellig zur Verfügung zu stellen.

Die Krankenkasse hat das Recht, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens in der geltenden Fassung auch vor Ort zu überprüfen. Doppelfinanzierungen von Maßnahmen sind auszuschließen.

75 Durch Zielgruppenspezifität und -homogenität können die individuellen verhaltenspräventiven Maßnahmen auf die konkreten Lebensbedingungen der Zielgruppen abgestimmt und der Einfluss dieser Lebensbedingungen auf das individuelle gesundheitsbezogene Verhalten besser berücksichtigt werden.

76 Engelmann, K. & R. Schlegel (Hrsg.) (2016). juris Praxis-Kommentar SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung. Saarbrücken. Kommentierung zu § 20 Abs. 1: RZ 21. S. 352 (Verf. Schütze).

Kriterien für die Strukturqualität
Anbieterqualifikation[77]:
Für die Durchführung der Maßnahmen kommen unter Berücksichtigung der Ausführungen zu den Handlungsfeldern und Präventionsprinzipien Anbieterinnen und Anbieter mit folgenden Voraussetzungen in Betracht:

- durch bestandene Prüfung abgeschlossene handlungsfeldbezogene Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf gemäß dem Verzeichnis nach § 90 Berufsbildungsgesetz (BBiG) oder durch bestandene Prüfung abgeschlossenes handlungsfeldbezogenes Studium an einer staatlichen Universität oder Hochschule bzw. einer nach § 70 Hochschulrahmengesetz (HRG) anerkannten Hochschule (im Folgenden: staatlich anerkannter handlungsfeldbezogener Berufs- oder Studienabschluss) mit Nachweis der Mindeststandards in Bezug auf fachwissenschaftliche, fachpraktische und fachübergreifende Kompetenzen für das jeweilige Handlungsfeld/Präventionsprinzip
- ggf. Einweisung in das durchzuführende Programm bzw. die vorgesehenen Inhalte/Verfahren

Im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten sowie im Handlungsfeld Stressmanagement, Präventionsprinzip „Förderung von Entspannung" (in Bezug auf Hatha-Yoga, Tai-Chi und Qigong) kann unter bestimmten Bedingungen vom Erfordernis eines handlungsfeldbezogenen staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschlusses abgewichen werden (vgl. Ausführungen zum Kriterien Anbieterqualifikation unter 5.4.1 und 5.4.3).

Weitere Erläuterungen sind den „Kriterien zur Zertifizierung" unter www.gkv-spitzenverband.de ▶ Prävention, Selbsthilfe Beratung ▶ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▶ Leitfaden Prävention zu entnehmen.

Die für die Anbieterqualifikation relevanten Kompetenzen umfassen **personale Kompetenzen** und **Fachkompetenzen**[78]. Die personalen Kompetenzen werden über den staatlich anerkannten handlungsfeldbezogenen Studien- oder Berufsabschluss oder im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten sowie im Handlungsfeld Stressmanagement in Bezug auf Hatha-Yoga, Tai-Chi und Qigong auch durch den erfolgreichen Abschluss einer nichtformalen beruflichen Qualifizierung nachgewiesen. Die Fachkompetenzen werden über die nachfolgend definierten Mindeststandards (Inhalte und Umfänge) nachgewiesen (s. die Ausführungen zur Anbieterqualifikation in den Kap. 5.4.1 bis 5.4.4). Die Fachkompetenzen gliedern sich in fachwissenschaftliche, fachpraktische und fachübergreifende Kompetenzen. Die Mindeststandards zu den fachpraktischen Kompetenzen müssen im Handlungsfeld Bewegung und im Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement in Bezug auf die fernöstlichen Entspannungsverfahren Hatha-Yoga, Tai-Chi und Qigong in Präsenzunterricht erfüllt werden). Im Sinne des lebenslangen Lernens können fehlende Module in Bezug auf die Mindeststandards bis zu 40 % des Gesamtumfangs[79] durch weitere Qualifizierungsmaßnahmen ergänzt werden.[80]

Die Einweisung in das durchzuführende Programm bzw. die vorgesehenen Inhalte/Verfahren kann ggf. in den Mindeststandards enthalten sein.

Der GKV-Spitzenverband wird in den Jahren 2021 und 2022 die Erfahrungen mit der Umsetzung

77 Unter Anbieterqualifikation wird die Qualifikation der Kursleiterinnen und Kursleiter verstanden.

78 Vgl. Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR) für lebenslanges Lernen (www.dqr.de).

79 Die fernöstlichen Entspannungsverfahren Hatha-Yoga, Tai-Chi und Qigong werden in der Regel in eigenständigen Ausbildungen erlernt. Daher können für den Nachweis der Mindeststandards alle auf Hatha-Yoga, Tai-Chi und Qigong bezogenen Module außerhalb des staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschlusses erworben worden sein.

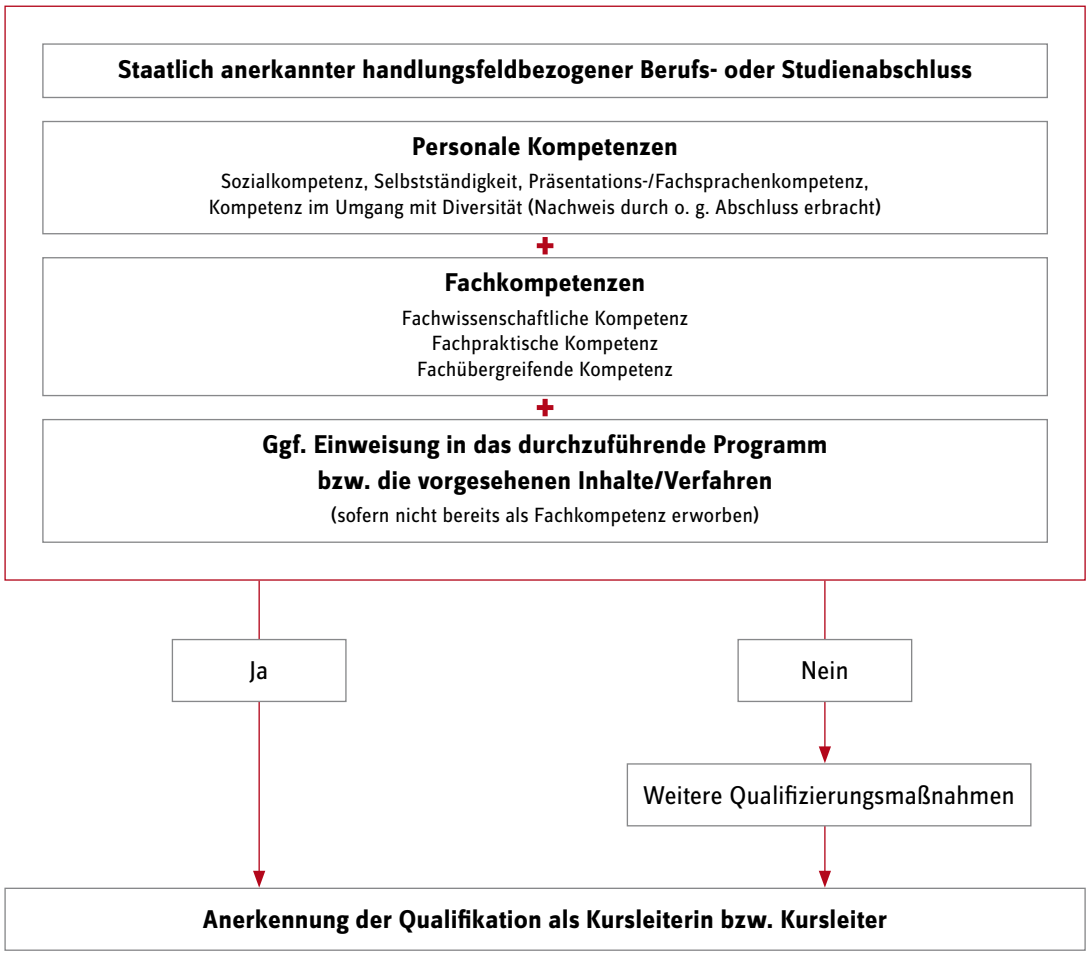
80 Anerkennungsfähig zur Erfüllung der Mindeststandards sind weitere Qualifizierungsmaßnahmen von Institutionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung, die staatlich anerkannte Berufs- und Studienabschlüsse vergeben bzw. die staatlich anerkannt sind, sowie von Berufs- und Fachverbänden und deren Mitgliedern.

der fachlichen Mindeststandards auswerten und diese bei einer zukünftigen Weiterentwicklung des Leitfadens ggf. präzisieren. Dies betrifft auch die Definition von Anforderungen an die regelmäßige Fortbildung von Kursleiterinnen und Kursleitern.

Alle erforderlichen Fachkompetenzen einschließlich Programmeinweisungen und Weiterbildungen zu Inhalten/Verfahren sind anhand aussagefähiger Unterlagen (Curricula, Studienbücher, Urkunden Vgl. Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR) für lebenslanges Lernen (www.dqr.de). mit Inhalten und Umfängen, Leistungsnachweise etc.) nachzuweisen.

Regelung zum Bestandsschutz:
Anbietern und Anbieterinnen (Kursleiterinnen und Kursleiter), für die zum Stichtag 30. September 2020 ein Präventionskurs durch Zertifizierung als förderfähig anerkannt war oder anerkannt ist, ist für die Zukunft von der Kooperationsgemeinschaft der Krankenkassen zur Zertifizierung von Präventionskursen – § 20 SGB V bzw. der Krankenkasse, die sie anerkannt hatte, Bestandsschutz auf ihre

Abb. 5: Voraussetzungen für die Anbieterqualifikation



Quelle: Eigene Darstellung

Qualifikation im jeweiligen Handlungsfeld bzw. Präventionsprinzip zu gewähren.[81] Voraussetzung für das Entstehen des Bestandsschutzes ist, dass die Zertifizierung auf Grundlage des Leitfadens Prävention in der Fassung vom 1. Oktober 2018 materiell rechtmäßig erfolgt ist.

Übergangsregelung: Kursanbietende, die ihre Qualifikation (Berufs- oder Studienabschluss bzw. nichtformale berufliche Qualifizierung) zwischen dem 31. Dezember 2020 und dem 31. Dezember 2024 abschließen, können den Antrag auf Zertifizierung noch bis 31. Dezember 2025 nach den bis 30. September 2020 geltenden Regelungen stellen. Grundlage hierfür ist der Leitfaden Prävention in der Fassung vom 1. Oktober 2018.

Kriterien für die Konzept- und Planungsqualität
Förderfähig sind ausschließlich Konzepte, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- konkrete Definition der adressierten Zielgruppe/n
- Manual mit schriftlicher Fixierung von Aufbau und Zielen sowie von Inhalten und Methoden der Kurseinheiten (Stundenverlaufspläne)
- Unterlagen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Teilnehmerunterlagen)
- wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit auf Grundlage der bestverfügbaren Evidenz

Nachhaltige Wirkung entfalten Präventionsmaßnahmen nur dann, wenn die Versicherten die erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen regelmäßig und dauerhaft in ihren Lebensalltag integrieren. Die Sicherung der Nachhaltigkeit ist im Konzept besonders zu berücksichtigen (z. B. Integration des Gelernten in den Alltag, Nachbetreuung nach Abschluss der Maßnahme, Kontaktvermittlung zu selbstfinanziert wahrgenommenen Präventionsangeboten).

Informations- und Kommunikationstechnologie gestützte Kurse (IKT-Kurse)
Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention können auch als IKT-Kurse umgesetzt werden. Es gelten alle Kriterien dieses Kapitels. Zur Unterstützung der Teilnehmenden muss das Programm einen wechselseitigen Austausch zwischen IKT-Kursleitenden und -Lernenden vorhalten. Zudem können die Maßnahmen den Teilnehmenden die Möglichkeit zu einem von der bzw. dem Kursleitenden moderierten Gruppenaustausch (z. B. Forum) sowie bedarfsbezogen eine Nachbetreuung nach Abschluss der Maßnahme bieten. Die bzw. der IKT-Kursleitende verfügt über eine leitfadenkonforme Qualifikation.

Für IKT-Kurse gelten die gesetzlichen Regelungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Telemediengesetzes (TMG) und zum Sozialgeheimnis im Ersten Sozialgesetzbuch (SGB I).

Einsatz digitaler Anwendungen zur Gesundheitsförderung und Prävention
Im Rahmen der Maßnahmen können auch digitale Anwendungen zur Gesundheitsförderung und Prävention entsprechend den Kriterien in Kapitel 7 dieses Leitfadens zum Einsatz kommen.

Kriterien für die Prozessqualität
Für die Durchführung der Maßnahmen gelten folgende Kriterien:

- **Gruppengröße:** Zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und zur Motivationsstärkung der Teilnehmenden untereinander finden die Maßnahmen grundsätzlich in Gruppen angemessener Größe (sechs bis max. 15 Personen) statt.
- **Zielgruppenhomogenität/Kontraindikationen:** Die Kursteilnehmenden gehören der ausgewiesenen Zielgruppe an; Kontraindikationen sind auszuschließen.
- **Umfang/Frequenz:** Die Maßnahmen umfassen grundsätzlich mindestens acht thematisch

81 Sofern ein Anbieter/eine Anbieterin (Kursleiter oder Kursleiterin) über eine Qualifikation verfügt, die den Anforderungen des Leitfadens Prävention in der Fassung vom 1. Oktober 2018 in allen Präventionsprinzipien eines bestimmten Handlungsfeldes entspricht, erhält der Anbieter/die Anbieterin Bestandsschutz für das gesamte Handlungsfeld. Entspricht die Qualifikation nur in einem Präventionsprinzip eines Handlungsfeldes den Anforderungen, gilt der Bestandsschutz nur für dieses Präventionsprinzip.

aufeinander aufbauende Einheiten von jeweils mindestens 45 Min. Dauer, in der Regel im wöchentlichen Rhythmus; zum Transfer des Gelernten in den Alltag sind größere Intervalle möglich. Die Maßnahmen sollen zwölf Einheiten à 90 Min. Dauer nicht überschreiten. Handlungsfelder übergreifende Maßnahmen müssen einem primären Handlungsfeld zugeordnet werden und mindestens acht Einheiten à 45 Min. mit thematisch aufeinander aufbauenden Einheiten umfassen.

- **Räumlichkeiten:** Die Räumlichkeiten sind der Maßnahme und Gruppengröße angemessen. Wünschenswert sind barrierefreie Räumlichkeiten.

Alle Kursleitenden haben im Zuge der Durchführung der Maßnahmen die von den Gesundheitsbehörden der Länder bzw. den Gesundheitsämtern zum Schutz vor übertragbaren Krankheiten erlassenen Regelungen zu beachten.

Krankenkassen können im Ausnahmefall für **besondere Zielgruppen, die nicht regelmäßig an mehrwöchigen Kursen teilnehmen können**, die Maßnahmen auch als Kompaktangebote, verteilt auf mindestens zwei Tage, bei gleichem Gesamtumfang wie Angebote im wöchentlichen Rhythmus fördern. Kompaktangebote können wohnortnah oder wohnortfern durchgeführt werden. Zielgruppen für Kompaktangebote sind insbesondere berufstätige Versicherte mit Arbeitszeiten, die eine Regelmäßigkeit nicht zulassen, sowie Versicherte mit hoher zeitlicher Beanspruchung, z. B. pflegende Angehörige und Alleinerziehende. Für Kompaktangebote gelten alle hier und in den Kapiteln 5.4.1–5.4.4 beschriebenen Kriterien uneingeschränkt.

Kompaktangebote müssen immer vorab bei der Krankenkasse beantragt und vor Kursteilnahme von dieser genehmigt sein. Anbietende von Kompaktmaßnahmen müssen die Maßnahmekosten sowie die Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und andere Leistungen getrennt ausweisen. Jegliche Quersubventionierung von Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und andere Leistungen ist unzulässig. Die Krankenkassen sind berechtigt, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens in der geltenden Fassung – auch vor Ort – zu überprüfen. Eine Prüfung muss für die Krankenkassen mit einem vertretbaren Aufwand möglich sein.

Kriterien für die Evaluation und Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele

Die den geförderten Maßnahmen zugrunde liegenden Programme müssen ihre prinzipielle Wirksamkeit bereits vorab wissenschaftlich nachgewiesen haben (s. Kriterien für die Konzept- und Planungsqualität). Für eine kontinuierliche Qualitätssicherung und -verbesserung im Routinebetrieb ist eine begleitende stichprobenartige Evaluation sinnvoll. Hiermit kann die Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele in den Bereichen Gesundheitsverhalten, gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektiver Gesundheitszustand im Vorher-Nachher-Vergleich mit Follow-up (Katamnese) ermittelt werden. Im Laufe des Jahres 2021 wird ein kassenübergreifendes System zur Evaluation/Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele auf Stichprobenbasis erprobt und anschließend implementiert.[82] Anbieterinnen und Anbieter müssen sich im Rahmen der Zertifizierung bereiterklären, sich an den Evaluationsmaßnahmen zu beteiligen.

Kriterien für eine erleichterte Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Zielgruppen

Um sozial benachteiligten Personen – insbesondere Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld I und II und Grundsicherung – die Nutzung von individuellen verhaltensbezogenen Primärpräventionsmaßnahmen zu erleichtern, sollen die Krankenkassen für diesen Personenkreis nach vorheriger Prüfung und Genehmigung der Maßnahme die Kosten ganz oder teilweise direkt übernehmen (Vermeidung eines Eigenanteils und/oder von Vorleistungen

82 In Vorbereitung

der Versicherten). Hierzu sind regionale und/oder landesweite Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und geeigneten Trägern (z. B. Träger der Grundsicherung/der Einrichtung) möglichst kassenartenübergreifend notwendig. In diesen Vereinbarungen sind auch die Modalitäten der Kostenübernahme (z. B. Befreiung der Zielgruppe von Vorleistungen, Ausschluss von Doppelfinanzierungen)[83] sowie der besonderen Ansprache dieser Zielgruppen zu regeln.

Kriterien für die Inanspruchnahme durch Menschen mit Behinderung
Versicherten mit Behinderung stehen Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention zur Verfügung. Die Krankenkassen halten Angebote vor, die auch für Menschen mit Behinderung geeignet sind, und weisen diese entsprechend aus.

Kriterien für die Einbindung der Eltern/der Bezugsperson bei Maßnahmen für Kinder
Bei Kursen, die sich an Kinder von sechs bis in der Regel zwölf Jahre richten, müssen Eltern/ein Elternteil/eine Bezugsperson über die Ziele und Inhalte der Maßnahmen, über die eigene Vorbildfunktion sowie darüber, wie die Inhalte in den Alltag der Familie integriert werden können, informiert und geschult werden. Sie sind mit wenigstens zwei Terminen aktiv in das Programm (zu Beginn und zum Ende hin) einzubinden.

Kriterien für die Breitenwirksamkeit und Nachhaltigkeit
Krankenkassen fördern ausschließlich zeitlich befristete Maßnahmen (s. Kriterien für die Prozess- und Planungsqualität), an denen regelmäßig teilgenommen wurde. Eine kontinuierliche Inanspruchnahme von Maßnahmen (Dauerangebote) kann von den Krankenkassen nicht finanziert werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen befähigt und motiviert werden, das in den Maßnahmen erworbene Wissen bzw. die erworbenen Fertigkeiten/Übungen selbstständig anzuwenden und fortzuführen sowie in ihren (beruflichen) Alltag zu integrieren. Krankenkassen und Anbieterinnen und Anbieter weisen die Versicherten bzw. Teilnehmenden auf ergänzende Angebote hin, z. B. von Sportvereinen, Volkshochschulen, die in Eigenverantwortung wahrgenommen werden können.

Zur Erhöhung der Breitenwirksamkeit der verfügbaren finanziellen Mittel ist ferner die Förderung durch die Krankenkassen auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

Die Übernahme bzw. Bezuschussung von Mitgliedschaftsbeiträgen in Sportvereinen, Fitnessstudios und ähnlichen Einrichtungen sowie die Gewährung finanzieller Anreize nach § 20 SGB V hierzu ist nicht zulässig. Gleiches gilt für die Verrechnung von aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen mit Kursgebühren.

Ausschlusskriterien
Nicht förder- bzw. bezuschussungsfähig sind Maßnahmen, die

- von Kursleiterinnen und Kursleitern durchgeführt werden, welche ein Interesse am Verkauf von Begleitprodukten (z. B. Diäten, Nahrungsergänzungs- oder homöopathische Mittel, Sportgeräte) besitzen,
- nicht weltanschaulich neutral sind,
- an eine bestehende oder zukünftige Mitgliedschaft gebunden sind,
- sich an Kinder unter sechs Jahren richten,
- auf Dauer angelegt sind oder,
- im Falle von auf Informations- und Kommunikationstechnologie basierten Programmen, aus reinen Foren/Communities oder Informationsportalen bestehen.

83 Verhaltensbezogene primärpräventive Maßnahmen für sozial benachteiligte Zielgruppen können zur Förderung der Inanspruchnahme auch im Rahmen von Aktivitäten der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V in Zusammenarbeit mit weiteren verantwortlichen Partnerinnen und Partnern, die einen besonderen Zugang zur Zielgruppe haben, angeboten werden; bei Maßnahmen für erwerbslose Menschen ist die Zusammenarbeit mit Jobcentern und Arbeitsagenturen notwendig (s. Kapitel 4 dieses Leitfadens).

Kriterien der Zertifizierung
Vor der Entscheidung über eine Förderung bzw. Bezuschussung prüfen die Krankenkassen bzw. die von ihnen beauftragte Zentrale Prüfstelle Prävention (www.zentrale-pruefstelle-praevention.de) die Einhaltung der Qualitätskriterien dieses Leitfadens (Zertifizierung). Die Zertifizierung erstreckt sich auf Kurskonzepte (Kursinhalt) in Verbindung mit der Qualifikation der Kursleitung.
Für die Zertifizierung eines Kurses sind die folgenden Unterlagen erforderlich:

- Beschreibung des durchzuführenden Programms in Form von Stundenverlaufsplänen (Ziele, Inhalte sowie Beschreibung des Aufbaus der einzelnen Kursstunden, Kontraindikationen)
- Teilnehmerunterlagen, d. h. Unterlagen, welche die Teilnehmenden zum Kurs erhalten
- Die Qualifikation der Kursleitung entsprechend den im jeweiligen Handlungsfeld bzw. Präventionsprinzip definierten Anforderungen ist durch aussagefähige Unterlagen zu belegen (Curricula, Studienbücher, Urkunden mit Inhalten und Umfängen, Leistungsnachweise etc.)

Im Rahmen der Zertifizierung oder auf der Teilnahmebescheinigung für den Versicherten bzw. die Versicherte ist folgende Verpflichtungserklärung abzugeben:

„Sofern ich als Anbieter bzw. Anbieterin die mir nach dem GKV-Leitfaden Prävention obliegenden Pflichten nicht erfülle und/oder entgegen dessen Bestimmungen handle, kann von der betroffenen Krankenkasse Abhilfe und/oder Unterlassung verlangt werden. Hierfür setzt die Krankenkasse eine angemessene Frist.
Bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen kann die betroffene Krankenkasse nach erfolgter Anhörung eine angemessene Strafzahlung bis zu 5.000 Euro festsetzen. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen. Ich verpflichte mich, den Versicherten bzw. die Versicherte insoweit freizustellen und zu Unrecht erhaltene Beträge direkt an die betroffene Krankenkasse zurückzuführen.
Schwerwiegende oder wiederholte Verstöße rechtfertigen den Ausschluss von weiterer Förderung der von mir angebotenen individuellen Maßnahmen (Widerruf der Zertifizierung).
Schwerwiegende Verstöße gegen den GKV-Leitfaden Prävention sind insbesondere:

- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen;
- Nichterfüllung organisatorischer, sächlicher, fachlicher und/oder personeller Voraussetzungen;
- nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.“

Die Zertifizierung eines Kurses kann entweder auf der Basis eines individuell erstellten Kurskonzeptes oder eines bereits zertifizierten Kurskonzeptes (Kursinhalt) erfolgen. Letzteres steht mit den Stundenverlaufsplänen anderen Kursanbietenden zur Nutzung zur Verfügung. Bei Nutzung eines bereits geprüften Kurskonzeptes (Kursinhalt) ist die Vorlage individuell zu erstellender Stundenverlaufspläne daher nicht erforderlich; die Anbieterin bzw. der Anbieter bezieht sich im Zertifizierungsverfahren stattdessen auf das bereits geprüfte Kurskonzept.

Die Zertifizierung von Kursen und Kurskonzepten ist auf drei Jahre befristet und kann dann verlängert werden (Rezertifizierung). Das Prüfergebnis wird der bzw. dem Kursanbietenden mitgeteilt. Die Angebote, die die Qualitätskriterien des Leitfadens erfüllen, sind von den Versicherten sowie Ärztinnen und Ärzten (Präventionsempfehlung nach § 20 Abs. 5 SGB V) auf der Internetseite der jeweiligen Krankenkasse und des

GKV-Spitzenverbandes[84] recherchierbar. Sind die Anforderungen dieses Leitfadens nicht erfüllt, darf die Maßnahme nicht von der Krankenkasse gefördert oder durchgeführt werden. Maßnahmen, die für Versicherte mit Behinderung geeignet sind, weist die Krankenkasse entsprechend aus.

Kriterien für Nachweis und finanzielle Förderung der Teilnahme

Der Anhang des Leitfadens (Kapitel 8.4) enthält ein **Musterformular** für einen Antrag auf Bezuschussung der Versicherten/des Versicherten mit der vom Kursanbietenden auszufüllenden Teilnahmebescheinigung und ggf. der Verpflichtungserklärung der Anbieterin/des Anbieters.

Notwendige Angaben auf diesem Formular sind:

- vonseiten der bzw. des Versicherten:
  - Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer, Bankverbindung
  - Bestätigung der Teilnahme an der von der Anbieterin bzw. dem Anbieter bezeichneten Maßnahme
  - Bestätigung, dass die von der Anbieterin bzw. vom Anbieter genannte Kursleitung die Maßnahme persönlich durchgeführt hat
  - Bestätigung, dass keine Verrechnung bzw. Erstattung der Teilnahmegebühr durch die Anbieterin bzw. den Anbieter erfolgt
  - Kenntnisnahme, dass ein zu Unrecht erhaltener Zuschuss zurückzuzahlen ist
  - persönliche Unterschrift der bzw. des Versicherten

- vonseiten der Anbieterin bzw. des Anbieters:
  - Bestätigung der Teilnahme der bzw. des Versicherten mit Titel, Zeitraum, Anzahl und Dauer der Einheiten der besuchten Maßnahme
  - Zuordnung der Maßnahme zu einem Präventionsprinzip (bei Handlungsfelder übergreifenden Angeboten zum primären Präventionsprinzip)
  - Name der Kursleitung mit Angaben zur Qualifikation und Zusatzqualifikation
  - Erklärung der persönlichen Durchführung durch die Kursleitung
  - Höhe der entrichteten Teilnahmegebühr
  - Erklärung, dass die Maßnahme von der Krankenkasse als förderfähig anerkannt wurde und nach den Kriterien des GKV-Leitfadens umgesetzt wurde
  - Erklärung, der Steuerpflicht und der Pflicht zur Abführung von Beiträgen zur Sozialversicherung zu entsprechen
  - Bestätigung, dass keine Verrechnung bzw. Erstattung der Teilnahmegebühr erfolgt und die Teilnahme nicht an die Bedingung einer Mitgliedschaft geknüpft ist
  - Erklärung, dass die Teilnahmegebühr ausschließlich der Bezahlung des Präventionsangebots dient (keine Quersubventionierung)
  - Bei wohnortfernen Kompaktangeboten: getrennte Ausweisung der Kosten der Präventionsmaßnahme sowie der sonstigen Kosten
  - Erklärung, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen
  - Kenntnisnahme des Rechts der Krankenkassen zur unangemeldeten Prüfung der Einhaltung der Bestimmungen des GKV-Leitfadens vor Ort
  - persönliche Unterschrift der Anbieterin bzw. des Anbieters

Falsche Angaben auf der Teilnahmebescheinigung im Hinblick auf die Voraussetzungen für eine Förderung können zu Rückforderungen der gezahlten Beträge und zum Ausschluss aller von der entsprechenden Anbieterin bzw. vom entsprechenden Anbieter durchgeführten Maßnahmen von weiterer Förderung führen. Sie können weitere rechtliche Schritte nach sich ziehen. Näheres regeln die Krankenkassen vor Ort.

84 Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht diese Informationen gemäß § 20 Absatz 2 Satz 3 SGB V auf seiner Internetseite: https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/praeventionskurse/primaerpraeventionskurse.jsp.

5.4 Handlungsfelder

5.4.1 Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten

Es ist unstrittig, dass Bewegungsmangel einerseits einen zentralen Risikofaktor für die Gesundheit darstellt und körperlich-sportliche Aktivitäten andererseits zu den zentralen Faktoren der Erhaltung sowie der Wiederherstellung der physischen und der psychosozialen Gesundheit gehören.[85] Allerdings stellt sich Gesundheit bei körperlich-sportlichen Aktivitäten nicht „automatisch" ein: Gesundheitseffekte sind vielmehr abhängig von den Qualitäten der Aktivitäten bzw. von den Qualitäten der Interventionen. Von zentraler Bedeutung sind dabei die Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen sowie die richtige Dosierung der Belastung. Ferner erfordert eine nachhaltige Steigerung von gesundheitsfördernden körperlich-sportlichen Aktivitäten – insbesondere für die große Gruppe der langfristig bewegungsabstinenten Menschen – Interventionen auf den Ebenen des Verhaltens und der Verhältnisse. Gesundheitssport kann auf diese Weise als bedeutendes Element einer allgemeinen Gesundheitsförderung aufgefasst werden, mit der gleichermaßen Gesundheitswirkungen sowie Verhaltens- und Verhältniswirkungen angestrebt werden. In der ersten Phase der Intervention sind dabei Verhaltens- und Verhältniswirkungen prioritär gegenüber Gesundheitswirkungen (im engeren Sinne). Ziel dieser Phase ist es, eine Bindung an gesundheitssportliche Aktivität aufzubauen, da nur so langfristig wirksame Gesundheitseffekte dieser Aktivitäten erreichbar sind. Unter gesundheitlichen Aspekten ideal sind Trainingsinhalte, die regelmäßig und mit moderater Intensität die Fitnessfaktoren Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit/Beweglichkeit, Koordinationsfähigkeit und Entspannungsfähigkeit sowie die psychosozialen Faktoren (positives emotionales Erleben, soziale Unterstützung und Einbindung) adressieren. Die Weltgesundheitsorganisation sowie führende Fachgesellschaften empfehlen für Erwachsene ca. 150 Min. ausdauerorientierte Bewegung mit mittlerer Intensität oder 75 Min. mit hoher Intensität pro Woche sowie muskelkräftigende Aktivitäten an mindestens 2 Tagen der Woche.[86] Für Kinder und Jugendliche gelten 60 Min. tägliche Bewegung als Minimum.[87]

Präventionsprinzip: Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität

▶ **Bedarf:**

Legt man – wie von der WHO empfohlen – eine Minimalbeanspruchung durch körperlich-sportliche Aktivität von ca. zweieinhalb Stunden wöchentlich mit mäßig anstrengender Intensität zugrunde, so wird diese hierzulande derzeit nur von maximal zehn bis 20 % der erwachsenen Bevölkerung erreicht.[88] Der Anteil derer, die regelmäßig Krafttraining oder muskelkräftigende Aktivitäten durchführen, liegt nach internationalen Studien sogar noch niedriger.[89] Die negativen Folgen sind für die Lebensqualität, für die Volksgesundheit sowie für die Ökonomie gravierend.

85 Insbesondere zeigt eine Vielzahl von epidemiologischen Studien eine starke Evidenz für Zusammenhänge zwischen körperlich-sportlicher Aktivität und positiven Gesundheitswirkungen. Vgl. u. a. Bös, K. & W. Brehm (2006). Gesundheitssport – Ein Handbuch. Schorndorf. Hänsel, F (2007). Körperliche Aktivität und Gesundheit. In: Fuchs, R., W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.) (2007). Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils. Göttingen. 23-44. Moore, S.C. et al. (2012). Leisure Time Physical Activity of Moderate to Vigorous Intensity and Mortality: A Large Pooled Cohort Analysis. PLoS Medicine 9 (11).

86 World Health Organization (2010). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Genf. Rütten, A. & K. Pfeifer (2016) (Hrsg.). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit. Erlangen-Nürnberg.

87 Brehm, W. et al. (2013). Sport als Mittel in Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung – Eine Expertise. Bundesgesundheitsblatt. Jg. 56. S. 1385–1389. Online unter: DOI 10.1007/s00103-013-1798-y.

88 Krug, S. et al. (2013). Körperliche Aktivität – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Jg. 56. S. 765–771. Online unter: DOI 10.1007/s00103-012-1661-6.

89 Chevan, J. (2008). Demographic Determinants of Participation in Strength Training Activities among U.S. Adults. In: Journal of strength and conditioning research / National Strength & Conditioning Association 22 (2), S. 553–558. DOI: 10.1519/JSC.0b013e3181636bee.

Bewegungsmangel und damit verbunden niedrige kardiorespiratorische und muskuläre Fitness sind zentrale Risikofaktoren für die Entstehung insbesondere von Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel- sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen und den Verlust an Selbstständigkeit im Alter. Körperliche Inaktivität mit ihren Folgen wurde demzufolge bereits als das zentrale Gesundheitsproblem des dritten Jahrtausends bezeichnet.[90]

▶ Wirksamkeit:

Große Bevölkerungsstudien belegen, dass ein zusätzlicher Energieverbrauch durch körperlich-sportliche Aktivität von etwa 1.000 kcal pro Woche insbesondere das Risiko von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen sowie bestimmten Krebsarten bedeutsam senken kann und auch bei allgemeinen bewegungsmangelbedingten (körperlichen und psychosomatischen) Beschwerden präventiv wirksam ist. Bewegung, die zielgerichtet, regelmäßig, mit moderater Intensität und einem Mindestumfang von zweieinhalb Stunden pro Woche durchgeführt wird, stellt gesichert einen zentralen Schutzfaktor der Gesundheit dar.[91] Es ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass der umfassendste gesundheitliche Nutzen dann zu erwarten ist, wenn Aktivitäten zu allen motorischen Hauptbeanspruchungsformen (Ausdauer, Beweglichkeit, Kraft, Koordination) durchgeführt werden.[92] Mit Blick auf den demografischen Wandel gewinnt der Zusammenhang zwischen regelmäßiger körperlicher Aktivität, selbstständiger Lebensführung, Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens und Aufrechterhaltung der geistigen Leistungsfähigkeit[93] im Alter zunehmend an Bedeutung. Die gesundheitlichen Effekte regelmäßiger Bewegung sind unabhängig vom Körpergewicht und von einer eventuellen Gewichtsabnahme.

▶ Zielgruppe:

Versicherte mit Bewegungsmangel, Bewegungseinsteiger und -wiedereinsteiger, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen des Bewegungsapparats.

▶ Ziel der Maßnahme:

Zur Erzielung von Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniswirkungen und der zu erlangenden Handlungskompetenz und Eigenverantwortung sind sechs Kernziele anzusteuern:[94]

- Kernziel 1: Stärkung physischer Gesundheitsressourcen (insbesondere die Faktoren gesundheitsbezogene Fitness, Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit, Entspannungsfähigkeit)
- Kernziel 2: Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen (insbesondere Handlungs- und Effektwissen, Selbstwirksamkeit, Stimmung,

90 Blair, S.N. (2000). Physical Inactivity: The major Public Health problem of the next millennium. In: Avela, J., P.V. Komi & J. Komulainen (Eds.). Proceedings, 5th Annual Congress of the European College of Sport Science. Jyväskylä. S. 8.

91 Für eine Zusammenstellung der epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlichen Befunde zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Sport und Bewegung vgl. Knoll, M., W. Banzer & K. Bös (20062). Aktivität und physische Gesundheit. In: Bös, K. & W. Brehm (Hrsg.). Handbuch Gesundheitssport. Schorndorf: 82-102. Bouchard, C. (2001). Physical activity, and health: introduction to the dose-response symposium. Medicine & Science in Sports & Exercise, Jg. 33 (6) S. 347-350.

92 Brown W.J., A.E. Bauman, F.C. Bull et al. (2012). Development of Evidence-Based Physical Activity Recommendations for Adults (18-64 years), Report prepared for the Australian Government Department of Health. World Health Organization (2010). Global recommendations on physical activity for health. Genf.

93 Angevaren, M., G. Aufdemkampe, H.J.J. Verhaar, A. Aleman & L. Vanhees (2008). Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Spirduso, W.W., L.W. Poon & W. Chodzko-Zajko (Hrsg.) (2008). Exercise and its mediating effects on cognition. Champaign, IL: Human Kinetics. Hollmann W. & H. Strüder (2003). Gehirngesundheit, -leistungsfähigkeit und körperliche Aktivität. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin. Jg. 54 (9): S. 265-266.

94 Zur Begründung der Ziele und deren Umsetzung vgl. u. a. American College of Sports Medicine (2000). Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Philadelphia etc.; Brehm, W., K. Bös, E. Opper & J. Saam (2002). Gesundheitssportprogramme in Deutschland. Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement für Sportverbände, Sportvereine und andere Anbieter von Gesundheitssport. Schorndorf; Brehm, W., I. Pahmaier, M. Tiemann., U. Ungerer-Röhrich & K. Bös (2002). Psychosoziale Ressourcen – Stärkung von psychosozialen Ressourcen im Gesundheitssport. Deutscher Turnerbund. Frankfurt.

Körperkonzept, soziale Kompetenz und Einbindung)
- Kernziel 3: Verminderung von Risikofaktoren (insbesondere solche des Herz-Kreislauf-Systems sowie des Muskel-Skelettsystems)
- Kernziel 4: Bewältigung von psychosomatischen Beschwerden und Missbefindenszuständen
- Kernziel 5: Aufbau von Bindung an gesundheitssportliche Aktivität
- Kernziel 6: Verbesserung der Bewegungsverhältnisse (u. a. durch den Aufbau kooperativer Netzwerke beim Zugang zu einer gesundheitssportlichen Aktivität und bei deren Weiterführung)[95]

Bezogen auf die Zielgruppe ist der Aufbau von Bindung an regelmäßige eigenständige gesundheitssportliche Aktivität (Kernziel 5) von zentraler Bedeutung. Einen Beitrag zur Bindung an eigenständige gesundheitssportliche Aktivität leisten u. a. gesundheitsorientierte Sportangebote im Sportverein, die mit dem vom Deutschen Olympischen Sportbund gemeinsam mit der Bundesärztekammer entwickelten Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT[96] ausgezeichnet sind.

Bei Handlungsfelder übergreifenden Maßnahmen zur Prävention des metabolischen Syndroms siehe insbesondere auch Ziele in Kapitel 5.4.2 (Handlungsfeld Ernährung).

▶ Inhalt:
Zur Realisierung der sechs Kernziele sollten folgende Inhalte Bestandteile der Maßnahme sein und sich mit ausformulierten Bausteinen in den Stundenverlaufsplänen wiederfinden:

- Module zur Verbesserung der physischen Ressourcen Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit, mit Hinweisen zur Belastungsdosierung und Belastungsanpassung, zur korrekten Ausführung von Aufgabenstellungen und Übungen, zur motivierenden Durchführung der Module (z. B. Einsatz von Musik, Herstellung positiver sozialer Kontexte, Kursleiterverhalten)
- Lockerungsübungen im Rahmen der genannten Module zur Förderung der physischen Ressourcen sowie ein Modul zur Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
- Aufbau von Handlungs- und Effektwissen zur gesundheitsförderlichen Wirkung von Bewegung und Entspannung insbesondere der durchgeführten Aufgaben zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Fitness (z. B. Informationen zur Notwendigkeit von Bewegung, Belastungsdosierung, korrekte Ausführung der Übungen)
- Vermittlung von Körpererfahrung und positiven Bewegungserlebnissen in der Gruppe
- Module zur Unterstützung der Integration des Gelernten in das Alltagsleben nach Interventionsende
- kontinuierliche Information und Anleitung zu gesundheitsförderlichen Bewegungsabläufen im Alltag, vermehrter regelmäßiger Bewegung im Alltag (z. B. Treppensteigen, Radfahren), Anleitung zur Vermeidung längerer Sitzzeiten im Alltag und am Arbeitsplatz, Anregungen für eine ergonomische und gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung sowie zur Vermeidung von einseitig belastenden Situationen in Beruf und Alltag
- Motivation zu und Unterstützung bei der Weiterführung gesundheitssportlicher Aktivitäten in individueller oder kollektiver Form z. B. in Sportvereinen bzw. bei anderen Sportanbietern
- Anlass- und bedarfsbezogen: Sensibilisierung für die potenziellen Gefahren von Nahrungsergänzungsmittelkonsum, Medikamentenmissbrauch und Doping

95 Tiemann, M., W. Brehm & R. Sygusch (2002). Flächendeckende Institutionalisierung evaluierter Gesundheitssportprogramme. In: Walter, U., M. Drupp & F.W. Schwartz (Hrsg.) (2002). Prävention durch Krankenkassen. Weinheim: 226-238.

96 Angebote mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT sind bei Erfüllung aller Kriterien des Leitfadens innerhalb der Sportvereinsstrukturen förderfähig (gilt auch für Sturzpräventionsangebote im Präventionsprinzip Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken).

Bei gerätegestützten Maßnahmen ist der Geräteeinsatz auf maximal die Hälfte des Programmumfangs beschränkt. Für alle am Gerät trainierten Hauptmuskelgruppen sind alternative, in den Alltag transferierbare Übungen (mit oder ohne Übungsmaterialien) in vergleichbarem Umfang zu vermitteln. Gleiches gilt für gerätegestützte Ausdauertrainingsprogramme.

Maßnahmen, die sich vorrangig auf bestimmte Organe oder -systeme beziehen, sind immer dem Präventionsprinzip „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“ zuzuordnen.

▶ Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit:

Maßnahmen, die sich nicht explizit und inhaltlich erkennbar auf die sechs Kernziele des Gesundheitssports beziehen, können nicht gefördert werden. Ausgeschlossen sind:

- Maßnahmen des allgemeinen Freizeit- und Breitensports
- Maßnahmen, die vorwiegend dem Erlernen einer Sportart dienen
- Maßnahmen, die einseitige körperliche Belastungen erfordern
- Maßnahmen, die an die Nutzung von Geräten bestimmter Firmen gebunden sind
- Maßnahmen, die passive Trainingsmethoden wie z. B. Elektrostimulation oder Vibrationstraining beinhalten
- Dauerangebote

Der Zugang zu den Bewegungsmöglichkeiten, die in der Folge des Bewegungsprogrammes ausgeübt werden sollen, muss niedrigschwellig möglich sein (z. B. im Hinblick auf Ausstattungsbedarf und Kosten, um eine kontinuierliche Ausübung sowie Erreichbarkeit zu ermöglichen).

▶ Methodik:

- Verhaltensorientierte Gruppenberatung mit praktischem Training zum Kennenlernen und Einüben des neuen Bewegungsverhaltens
- Informationen über die Zielgruppe, insbesondere zu den Folgewirkungen des Risikofaktors Bewegungsmangel sowie zu Barrieren der Zielgruppe, regelmäßige körperliche Aktivität aufzunehmen und beizubehalten
- Eingehen auf die spezifische Situation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Barrieren, regelmäßige gesundheitssportliche Aktivität aufzunehmen und beizubehalten (u. a. zielgruppenangemessene Belastungsvorgaben)
- Verbindung von praktischer Erfahrung mit Kenntnisvermittlung (bzw. Information)
- Verbindung von körperlicher Beanspruchung mit positivem emotionalem Erleben (z. B. durch Rhythmisierung, durch Einsatz von Geräten und Materialien, durch Gruppenaufgaben)
- Verbindungen herstellen zwischen einer problemzentrierten Bewältigung gesundheitlicher Probleme mit einer emotionszentrierten Bewältigung
- Vermittlung von Strategien zur Bindung an körperliche Aktivität (z. B. Handlungsplanung, Barrierenmanagement)
- Vernetzung des Angebots einerseits zur Erleichterung eines Einstiegs (z. B. mit Ärztinnen/Ärzten), andererseits zur Unterstützung des Übergangs in Folgeangebote (z. B. durch Kooperation mit Sportvereinen oder anderen Sportanbietern)

▶ Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit folgenden Voraussetzungen in Betracht:

- Staatlich anerkannter bewegungsbezogener Berufs- oder Studienabschluss mit Nachweis folgender Mindeststandards:

Kompetenz	Inhalt	Umfang
Fachwissenschaftliche Kompetenz	Trainings- und Bewegungswissenschaften	150 h oder 5 ECTS-Punkte
	Medizin	150 h oder 5 ECTS-Punkte
	Pädagogik, Psychologie	150 h oder 5 ECTS-Punkte
Fachpraktische Kompetenz	Theorie und Praxis der Sportarten und Bewegungsfelder	150 h oder 5 ECTS-Punkte
Fachübergreifende Kompetenz	Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention	30 h oder 1 ECTS-Punkt
	Frei wählbar aus den o. g. Inhalten	120 h oder 4 ECTS-Punkte
	Gesamt für Präventionsprinzip 1	**750 h oder 25 ECTS-Punkte**

ECTS: European Credit Transfer and Accumulation System. Europäisches System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen. 1 ECTS-Punkt entspricht einem Workload von 30 Zeitstunden. Die fachpraktische Kompetenz ist ausschließlich in Präsenzunterricht im Umfang von 150 Std. erwerbbar.

- Einweisung in das durchzuführende Programm (bei Verwendung eines zertifizierten Konzepts) bzw. die vorgesehenen Inhalte/Verfahren (z. B. Aquagymnastik, Nordic Walking, s. Dokument Kriterien zur Zertifizierung).

Die Einweisung kann ggf. in den Mindeststandards enthalten sein. Die Mindeststandards können auch mittels einer nichtformalen beruflichen Qualifizierung auf Grundlage eines wissenschaftsbasierten Curriculums, aus dem Lernziele, Inhalte, Umfänge und Methoden ersichtlich sind, mit mindestens zwölfmonatiger Dauer und Abschlussprüfung erfüllt werden (s. Dokument Kriterien zur Zertifizierung). Perspektivisch soll diese Regelung zur Anerkennung nichtformaler Qualifizierungen in die in Vorbereitung befindlichen Anerkennungsverfahren im Rahmen des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) überführt werden.

Zu Bestandsschutz- und Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3, S. 59.

Präventionsprinzip: Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

▶ **Bedarf:**

Einen hohen Stellenwert in den Statistiken der Krankheitsarten nehmen insbesondere folgende Problembereiche bzw. Krankheitsbilder ein, denen primärpräventiv vorgebeugt werden kann:

- Probleme im Bereich des Muskel-Skelett-Systems, insbesondere Rückenbeschwerden, Arthrosen, Osteoporose, Inkontinenz sowie Störungen der Motorik (Sturzrisiko, Gangunsicherheiten)
- Probleme im metabolischen Bereich, insbesondere anormale Werte des Blutzuckers, des Blutdrucks, der Lipidparameter, des Gewichts
- Probleme im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems sowie des respiratorischen Systems, insbesondere Einschränkungen im Hinblick auf die Herz-Kreislauf-Leistungsfähigkeit sowie die Atmungs- und Lungenfunktionsgrößen
- Probleme im psychischen und psychosomatischen Bereich, z. B. Depressivität, Muskelverspannungen, psychovegetative Probleme, allgemeines psychisches Missbefinden

Wirksamkeit:
Insgesamt zeigen die vorliegenden Studien eine hohe Evidenz der gesundheitlichen Wirksamkeit ausdauer- und kraftorientierter körperlicher Aktivität.[97] Von besonderer Bedeutung ist eine an den Zielgruppen und ihren Gefährdungen ausgerichtete Intervention (z. B. Frauen vor einsetzender Menopause zur Prävention von Osteoporose, Ältere zur Prävention sturzbedingter Verletzungen).

Zielgruppe:
Versicherte mit speziellen Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems, im Bereich des Herz-Kreislaufsystems und des metabolischen Bereichs, im psychosomatischen Bereich und im Bereich der motorischen Kontrolle, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen des Bewegungsapparats.

Ziel der Maßnahme:
Wie beim Präventionsprinzip „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität" sind auch hier die Maßnahmen an den sechs Kernzielen von Gesundheitssport auszurichten, wobei zielgruppenspezifische Betonungen einzelner Kernziele notwendig sind. Bei Handlungsfelder übergreifenden Maßnahmen zur Prävention des metabolischen Syndroms siehe insbesondere auch Ziele in Kapitel 5.4.2 (Handlungsfeld Ernährung).

Inhalt:
Die folgenden Inhalte beziehen sich wie beim Präventionsprinzip „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität" grundsätzlich auf die sechs Kernziele von Gesundheitssport. Im Hinblick auf die Prävention der unter „Bedarf" genannten Krankheitsarten gilt es, die Inhalte jeweils auf die spezifischen Problembereiche zu beziehen und dabei u. a. spezielle Ressourcen zu betonen (z. B. die Ausdauer bei Problemen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems, Kraft im Bereich metabolische Erkrankungen sowie Kraft und Gleichgewicht im Bereich Sturzprävention und Selbstständigkeit im Alter), indikationsbezogene Inhalte deutlich zu machen (z. B. Zusammenhang zwischen Bewegung und Ernährung bei Problemen im metabolischen Bereich) oder problemzentrierte Bewältigungsstrategien zu spezifizieren (z. B. Schmerzbewältigung bei Problemen im Bereich des Muskel-Skelett-Systems). Als spezifische Angebote für ältere Versicherte kommen insbesondere Trainings zur Sturzprävention in Betracht, da hier vor allem Frakturen vermieden werden können.[98]

Unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen sollten folgende Inhalte Bestandteile der Maßnahme sein und sich mit ausformulierten Bausteinen in den Stundenverlaufsplänen wiederfinden:

- Module zur Verbesserung der physischen Ressourcen Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit unter Berücksichtigung zielgruppengemäßer Schwerpunktsetzungen, mit Hinweisen zur indikationsspezifischen Belastungsdosierung und Belastungsanpassung, zur korrekten Ausführung von Aufgabenstellungen und Übungen, zur motivierenden Durchführung der Module (z. B. Einsatz von Musik, Herstellung positiver sozialer Kontexte, Kursleiterverhalten)
- Lockerungsübungen im Rahmen der genannten Module zur Förderung physischer Ressourcen sowie ein Modul zur Verbesserung der Entspannungsfähigkeit

97 Samitz, G. & R. Baron Epidemiologie der körperlichen Aktivität. In: Samitz G. & G. Mensink (Hrsg.) (2002). Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. München; Vuori, I. (2001). Dose-response of physical activity and low back pain, osteoarthritis, and osteoporosis. Med. Sci. Sports Exerc., 33. S. 551–586. Gillespie, L.D., M.C Robertson, W.J. Gillespie et al. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. Apr. 15 (2). CD007146. Garber, C.E., B. Blissmer, M.R. Deschenes et al. (2011). Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise. Med Sci Sports Exerc. Jg. 43. S. 1334–1359.

98 Vgl. Becker, C. & U. Blessing-Kapelke im Auftrag der Bundesinitiative Sturzprävention (2011). Empfehlungspapier für das körperliche Training zur Sturzprävention bei älteren, zu Hause lebenden Menschen; Z Gerontol Geriat Jg. 44. S. 121–128.

- Aufbau von Handlungs- und Effektwissen zur Wirkung der körperlichen Aktivitäten bei der problemzentrierten Bewältigung spezifischer Gesundheitsprobleme
- Aufbau von Handlungs- und Effektwissen zur Durchführung der Aktivitäten (z. B. Informationen zur Notwendigkeit von Bewegung, indikationsbezogene Belastungsdosierung, korrekte Ausführung der Übungen)
- Vermittlung von Körpererfahrung und positiven Bewegungserlebnissen in der Gruppe
- Module zur Unterstützung der Integration des Gelernten in das Alltagsleben nach Interventionsende
- kontinuierliche Information und Anleitung zu gesundheitsförderlichen Bewegungsabläufen im Alltag, vermehrter regelmäßiger Bewegung im Alltag (z. B. Treppensteigen, Radfahren), Anleitung zur Vermeidung längerer Sitzzeiten im Alltag und am Arbeitsplatz, Anregungen für eine ergonomische und gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung sowie zur Vermeidung von einseitig belastenden Situationen in Beruf und Alltag
- Motivation zu und Unterstützung bei der Weiterführung gesundheitssportlicher Aktivitäten in individueller oder kollektiver Form, z. B. in Sportvereinen bzw. bei anderen Sportanbietern
- anlass- und bedarfsbezogen: Sensibilisierung für die potenziellen Gefahren von Nahrungsergänzungsmittelkonsum, Medikamentenmissbrauch und Doping

Bei gerätegestützten Maßnahmen ist der Geräteeinsatz auf maximal die Hälfte des Programmumfangs beschränkt. Für alle am Gerät trainierten Hauptmuskelgruppen sind alternative, in den Alltag transferierbare Übungen (mit oder ohne Übungsmaterialien) in vergleichbarem Umfang zu vermitteln. Gleiches gilt für gerätegestützte Ausdauertrainingsprogramme.

▶ **Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit:**

Maßnahmen, die sich nicht explizit und inhaltlich erkennbar auf die sechs Kernziele des Gesundheitssports beziehen, können nicht gefördert werden. Ausgeschlossen sind:

- Maßnahmen des allgemeinen Freizeit- und Breitensports
- Maßnahmen, die vorwiegend dem Erlernen einer Sportart dienen
- Maßnahmen, die einseitige körperliche Belastungen erfordern
- Maßnahmen, die an die Nutzung von Geräten bestimmter Firmen gebunden sind
- Maßnahmen, die passive Trainingsmethoden wie z. B. Elektrostimulation oder Vibrationstraining beinhalten
- Dauerangebote

Der Zugang zu den Bewegungsmöglichkeiten, die in der Folge des Bewegungsprogrammes ausgeübt werden sollen, muss niedrigschwellig möglich sein (z. B. im Hinblick auf Ausstattungsbedarf und Kosten, um eine kontinuierliche Ausübung sowie Erreichbarkeit) zu ermöglichen.

▶ **Methodik:**

- verhaltensorientierte Gruppenberatung mit praktischem Training zum Kennenlernen und Einüben des neuen Bewegungsverhaltens
- Informationen über die Zielgruppe, insbesondere zu den speziellen Gesundheitsproblemen und Risiken der Zielgruppe (differenziert nach den jeweils spezifischen Problemen im Hinblick auf den Bereich des Muskel-Skelettsystems, den Bereich des Herz-Kreislaufsystems und des metabolischen Bereichs sowie den psychosomatischen Bereich). Informationen zu Barrieren der Zielgruppe, regelmäßige körperliche Aktivität aufzunehmen und beizubehalten
- eingehen auf die spezifische Situation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Barrieren, regelmäßige gesundheitssportliche Aktivität

aufzunehmen und beizubehalten (u. a. zielgruppenangemessene Belastungsvorgaben)
- Verbindung von praktischer Erfahrung mit Kenntnisvermittlung (Handlungs- und Effektwissen unter Berücksichtigung des speziellen Problembereiches)
- Verbindung von körperlicher Beanspruchung mit positivem emotionalem Erleben (z. B. durch Rhythmisierung, durch Einsatz von Geräten und Materialien, durch Gruppenaufgaben)
- zielgruppenangemessene Belastungsvorgaben, insbesondere unter Berücksichtigung vorhandener Risikofaktoren, dem jeweiligen gesundheitlichen Problembereich, Barrieren und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen
- Vermittlung von Strategien zur Bindung an körperliche Aktivität (z. B. Handlungsplanung, Barrierenmanagement)
- Vernetzung des Angebots einerseits zur Erleichterung eines Einstiegs (z. B. mit Ärztinnen und Ärzten), andererseits zur Unterstützung des Übergangs in Folgeangebote (z. B. durch Angebote im institutionellen Rahmen von Sportvereinen und anderen Sportanbietern)

▶ **Anbieterqualifikation:**
Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit folgenden Voraussetzungen in Betracht:
- Staatlich anerkannter bewegungsbezogener Berufs- oder Studienabschluss mit Nachweis folgender Mindeststandards:

Kompetenz	Inhalt	Umfang
Fachwissenschaftliche Kompetenz	Trainings- und Bewegungswissenschaften	150 h oder 5 ECTS-Punkte
	Medizin	150 h oder 5 ECTS-Punkte
	Pädagogik, Psychologie	150 h oder 5 ECTS-Punkte
	Pathologie, Pathophysiologie	120 h oder 4 ECTS-Punkte
Fachpraktische Kompetenz	Theorie und Praxis der Sportarten und Bewegungsfelder	150 h oder 5 ECTS-Punkte
Fachübergreifende Kompetenz	Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention	30 h oder 1 ECTS-Punkt
	Frei wählbar aus den o. g. Inhalten	120 h oder 4 ECTS-Punkte
	Gesamt für Präventionsprinzip 2	**870 h oder 29 ECTS-Punkte**

ECTS: European Credit Transfer and Accumulation System. Europäisches System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen. 1 ECTS-Punkt entspricht einem Workload von 30 Zeitstunden. Die fachpraktische Kompetenz ist ausschließlich in Präsenzunterricht im Umfang von 150 Std. erwerbbar.

- Einweisung in das durchzuführende Programm (bei Verwendung eines zertifizierten Konzepts) bzw. die vorgesehenen Inhalte/Verfahren (z. B. Rückenschule, Pilates, siehe hierzu Kriterien der Zertifizierung). Die Einweisung kann ggf. in den Mindeststandards enthalten sein.

Die Mindeststandards können auch mittels einer nichtformalen beruflichen Qualifizierung auf Grundlage eines wissenschaftsbasierten Curriculums, aus dem Lernziele, Inhalte, Umfänge und Methoden ersichtlich sind, mit mindestens 24-monatiger Dauer (bei Maßnahmen der Sturzprävention zwölf Monate) und Abschlussprüfung erfüllt werden (s. Dokument Kriterien zur Zertifizierung). Perspektivisch soll diese Regelung zur Anerkennung nichtformaler Qualifizierungen in die in Vorbereitung befindlichen staatlichen Anerkennungsverfahren im Rahmen des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) überführt werden.

Zu Bestandsschutz und Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3, S. 59.

5.4.2 Handlungsfeld Ernährung

Der Ernährung kommt eine zentrale Rolle sowohl für den Erhalt der Gesundheit als auch bei der Entstehung bestimmter Erkrankungen zu. Nach Angaben des Bundesernährungsberichts sind über zwei Drittel aller Todesfälle auf Erkrankungen zurückzuführen, bei denen die Ernährung als alleinige Ursache oder als einer von mehreren Faktoren an der Krankheitsentstehung beteiligt ist.[99] Aufgrund der großen Bedeutung des Ernährungsverhaltens für die Entstehung dieser Erkrankungen stellt die Förderung einer gesundheitsgerechten Ernährung ein zentrales Handlungsfeld der Krankenkassen in der primären Prävention dar.

Das Ernährungsverhalten ist auch von strukturellen Voraussetzungen (z. B. der Verfügbarkeit eines qualitativ hochwertigen Lebensmittelangebots) abhängig. Um die Ernährungssituation in Deutschland nachhaltig zu verbessern, sind neben den in diesem Kapitel beschriebenen verhaltenspräventiven Ernährungsangeboten daher auch weitere, insbesondere verhältnispräventive Maßnahmen (z. B. in Bezug auf das Lebensmittelangebot und die Lebensmittelkennzeichnung) erforderlich, die nicht in die Zuständigkeit der GKV fallen.

Präventionsprinzip: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

▶ **Bedarf:**
Für viele chronische Krankheiten wurde eine Abhängigkeit von der Ernährung festgestellt. Zu diesen zählen insbesondere Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, einige bösartige Neubildungen, Krankheiten des Verdauungssystems sowie endokrine Erkrankungen und Stoffwechselkrankheiten (darunter mit wachsender epidemiologischer Bedeutung Diabetes mellitus Typ 2).[100] Zusätzlich werden Allergien und Lebensmittelunverträglichkeiten sowie Mangelerkrankungen als durch die Ernährungsweise beeinflussbar angesehen.[101]

Auf Grundlage der Nationalen Verzehrstudie II[102] ist die Ernährungssituation der Bevölkerung weiterhin als unbefriedigend einzustufen in Bezug auf

- Höhe und Qualität der Fettzufuhr
- Höhe und Qualität der Kohlenhydratzufuhr (zu hoher Zuckerverzehr, zu geringe Aufnahme an Ballaststoffen)
- Höhe der Natriumzufuhr (zu hoher Kochsalzverzehr bei Männern)
- Versorgung mit Calcium und Jod
- Versorgung mit Folat und Eisen, insbesondere bei Frauen, die schwanger werden wollen oder könnten

99 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e. V. im Auftrag des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (Hrsg.). Ernährungsbericht 2004. Bonn. S. 94–96.

100 Ebd. S. 95

101 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.) (2013). DGE-Beratungs-Standards. 10. vollständ. überarb. Auflage, Bonn.

102 2005–2007, N=19.329 Jugendliche und Erwachsene zwischen 14 und 80 Jahren.

- ausreichende Flüssigkeitszufuhr mit energiefreien/-armen Getränken

Insgesamt werden in Deutschland zu viele Lebensmittel tierischen Ursprungs wie Fleischerzeugnisse und Wurst und zu wenige pflanzliche Lebensmittel wie Obst und Gemüse verzehrt.[103] Zur Verbesserung der Ernährungssituation sind Verhaltensänderungen in der Bevölkerung in Richtung einer fleischreduzierten[104] sowie fett-, zucker- und salzärmeren und gleichzeitig vitamin-, mineralstoff- sowie ballaststoffreicheren Ernährungsweise erforderlich. Eine Ernährungsweise mit geringer Energiedichte und hoher Nährstoffdichte sollte angestrebt werden.

▶ Wirksamkeit:
Vorhandene Studien belegen, dass eine bedarfsgerechte und ausgewogene Ernährungsweise wirksam zur Verhütung zahlreicher Erkrankungen beitragen kann.[105]

▶ Ziel der Maßnahme:
- Stärkung der Motivation und Handlungskompetenz zu einer eigenverantwortlichen und nachhaltigen Umstellung auf eine individuell bedarfsgerechte Ernährung nach den jeweils aktuellen Referenzwerten für Deutschland[106], lebensmittelbezogenen Empfehlungen[107] und DGE-Beratungs-Standards[108] bzw. den Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE)[109] sowie
- Motivation zu vermehrter Bewegung im Alltag; bei Handlungsfelder übergreifenden Maßnahmen siehe auch Ziele in Kapitel 5.4.1 (Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten“, Präventionsprinzip „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“)

▶ Zielgruppe:
- Versicherte mit ernährungsbezogenem Fehlverhalten ohne psychische (Ess-)Störungen[110]

▶ Inhalt:
Trainings-/Schulungsmodule:
- zur Förderung eines bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsverhaltens
- zur Verhaltensmodifikation durch Training der flexiblen Verhaltenskontrolle
- zur Motivation zu vermehrter Bewegung im Alltag
- zum Einüben des verbesserten Koch- und Einkaufsverhaltens unter Einbeziehung des sozialen Umfelds und Berücksichtigung der Alltagssituation

103 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (Hrsg.). 12. Ernährungsbericht 2012. Bonn. S. 19–85, insbesondere S. 82–84.
104 Auch: gänzlich auf Fleischkonsum verzichtenden.
105 Willett, W.C. & M.J. Stampfer (2013). Current Evidence on Healthy Eating. Annu Rev Public Health Jg. 34. S. 77–95. Online unter: doi: 10.1146/annurev-publhealth-031811-124646. Von Ruesten, A., S. Feller, M.M. Bergmann & H. Boeing (2013): Diet and Risk of Chronic Diseases: Results from the First 8 Years of Follow-Up in the EPIC-Potsdam Study. Eur J of Clin Nutr Jg. 67. S. 412–419 Online unter: doi: 10.1038/ejcn.2013.7.
106 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Österreichische Gesellschaft für Ernährung e. V., Schweizerische Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.) (2015). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 2. Auflage, 1. Ausgabe. Bonn.
107 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.) (2017). Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. 10. Auflage. Bonn. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.) (2016). Die Dreidimensionale DGE-Lebensmittelpyramide – Fachinformation 6. Auflage. Bonn.
108 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.) (2013). DGE-Beratungs-Standards. 10. vollst. überarb. Auflage. Bonn.
109 Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (2015). Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. Die optimierte Mischkost optimix. 11. Auflage. Dortmund. (http://www.fke-do.de).
110 Für sich vegan ernährende Versicherte sind spezifische Angebote zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung sinnvoll.

▶ Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit:

- Produktwerbung und Produktverkauf
- Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln, Formula-Diäten und weiteren Produkten
- spezielle Messungen von Stoffwechselparametern, genetische Analysen oder Allergietests
- reine Koch- und Backkurse

▶ Methodik:

- verhaltensorientierte Beratung und Informationsvermittlung, in der Regel in Gruppen
- praktische Übungen, z. B. zum Essverhalten

▶ Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit folgenden Voraussetzungen in Betracht:

- Staatlich anerkannter ernährungsbezogener Berufs- oder Studienabschluss mit Nachweis folgender Mindeststandards:
- Einweisung in das durchzuführende Programm (bei Verwendung eines zertifizierten Konzepts) bzw. die vorgesehenen Inhalte bzw. Verfahren. Die Einweisung kann ggf. in den Mindeststandards enthalten sein.

Zu Bestandsschutz und Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3, S. 59.

Kompetenz	Inhalt	Umfang
Fachwissenschaftliche Kompetenz	Ernährung	360 h oder 12 ECTS-Punkte
	Medizin, Ernährungsmedizin	360 h oder 12 ECTS-Punkte
	Pädagogik, Psychologie	450 h oder 15 ECTS-Punkte
Fachpraktische Kompetenz	Theorie und Praxis der Lebensmittel- und Warenkunde	450 h oder 15 ECTS-Punkte
Fachübergreifende Kompetenz	Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention	30 h oder 1 ECTS-Punkt
	Frei wählbar aus den o. g. Inhalten	150 h oder 5 ECTS-Punkte
	Gesamt für Präventionsprinzip 1	**1800 h oder 60 ECTS-Punkte**

ECTS-Punkte: European Credit Transfer and Accumulation System. Europäisches System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen. 1 ECTS-Punkt entspricht einem Workload von 30 Zeitstunden.

Präventionsprinzip: Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

▶ Bedarf:

Nach den Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1: N = 7.116, Erhebungszeitraum 2008–2011) sind 67,1 % der Männer und 53,0 % der Frauen übergewichtig oder adipös (43,8 % der Männer und 29,0 % der Frauen haben einen Body-Mass-Index (BMI) von 25–29,9, 23,3 % der Männer und 23,9 % der Frauen haben einen BMI ≥ 30).[111] Der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher (drei bis 17 Jahre) betrug gemäß den Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys im Durchschnitt der Jahre 2003–2006 (N = 17.641) 15,0 %, 6,3 % aller Kinder und Jugendlichen waren adipös. Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen waren nicht zu erkennen.[112]

Der Anteil von Personen mit Normalgewicht (BMI 18,5–24,9) hat von 1999 bis 2009 erheblich abgenommen, der Anteil von Personen mit Übergewicht bis zum BMI 29,9 ist weitgehend konstant geblieben, während der Anteil adipöser Personen deutlich zugenommen hat. Auch bei Kindern und Jugendlichen wurde in den letzten 20 Jahren ein Anstieg der Adipositasprävalenz beobachtet. Durch Übergewicht und Adipositas erhöht sich das Risiko für zahlreiche Krankheiten, insbesondere des Herz-Kreislauf-Systems, des Stoffwechsels, des Muskel- und Skelettsystems sowie für bestimmte Krebserkrankungen.[113] Für das Erkrankungsrisiko spielt zusätzlich zum Übergewicht als solchem auch das Fettverteilungsmuster eine wichtige Rolle. Eine überhöhte abdominelle Fettmasse (Taillenumfang ≥ 94 cm bei Männern und ≥ 80 cm bei Frauen) erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich.[114]

▶ Wirksamkeit:

Maßnahmen, die sowohl Module zu einem bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsverhalten als auch zu körperlicher Bewegung beinhalten, können eine nachhaltige Senkung des Körpergewichts bewirken.[115] Empfohlen werden spezifische Methoden der Verhaltensmodifikation.[116] Bei Kindern und Jugendlichen hängt die langfristige Effektivität von Maßnahmen zur Stabilisierung bzw. Senkung des Körpergewichts auch davon ab, dass die Eltern der Kinder in die Durchführung einbezogen werden.[117]

▶ Zielgruppe:

Erwachsene:

- Personen mit einem BMI ≥ 25 bis < 30 (BMI ≥ 30 bis < 35 nur nach ärztlicher Rücksprache) ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen des Stoffwechsels oder psychische (Ess-) Störungen

Kinder und Jugendliche:

- übergewichtige Kinder und Jugendliche im Alter von 8–18 Jahren im Bereich der 90. bis 97. Perzentile der Häufigkeitsverteilung der

111 Mensink, G.B.M., A. Schienkiewitz, M. Haftenberger & T. Lampert (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt. Jg. 56. S. 786–794 (Online unter: DOI 10.1007/s00103-012-1656-3).

112 Kurth, B.-M. & A. Schaffrath Rosario (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt. Jg. 50. S. 736–743 (Online unter: DOI 10.1007/s00103-007-0235-5).

113 Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e. V., Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. und Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e. V. (Hrsg.) (2014). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas". Version 2.0. S. 17ff (www.awmf.org).

114 Ebd. S. 15.

115 Ebd. Ferner u. a.: Schacky, v. C. (2008). Primary prevention of cardiovascular disease – how to promote healthy eating habits in population? J Public Health Jg. 16. S. 13–20.

116 Goldapp, C., R. Mann & R. Shaw (2005). Qualitätsraster für Präventionsmaßnahmen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Reihe Gesundheitsförderung konkret Bd. 4. Köln. S. 18–19.

117 Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes und Jugendalter (Hrsg.) (2009). S3 Leitlinie. Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 2009 (in Überarbeitung). S. 57f. (www.awmf.org ▸ Leitlinien).

alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Werte[118] unter Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfelds

▶ Ausschlusskriterien für eine Teilnahme:

- sekundäre und syndromale Adipositasformen
- psychiatrische Grunderkrankung/Essstörung
- bei Kindern und Jugendlichen außerdem: mangelnde Bereitschaft der Eltern, eine kontinuierliche Teilnahme zu unterstützen

▶ Ziel der Maßnahme:

Erwachsene:

- gesundheitsförderndes Ernährungs- und Bewegungsverhalten, bei handlungsfelderübergreifenden Maßnahmen siehe auch Ziele in Kapitel 5.4.1 (Handlungsfeld Bewegung, Präventionsprinzip „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“)
- angemessene Gewichtsreduktion und -stabilisierung

Kinder und Jugendliche:

- gesundheitsförderndes Ernährungs- und Bewegungsverhalten
- Konstanthaltung des Körpergewichts bei gleichzeitigem Längenwachstum (ggf. Gewichtsreduktion)
- Vermeidung von Adipositas und Adipositas-assoziierten Erkrankungen
- Verbesserung des Körperbewusstseins, des Selbstbewusstseins und des Selbstwertgefühls

▶ Inhalt:

Trainings-/Schulungsmodule:

- zu Ursachen des Übergewichts
- zur Förderung eines bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsverhaltens (Ziel: ausgewogene bzw. während des Abnehmens negative Energiebilanz durch ballaststoffreiche (Obst und Gemüse) und fettmoderate Kost nach den jeweils aktuellen Empfehlungen und Beratungs-Standards der DGE bzw. der optimierten Mischkost des FKE)[119]
- zum Erkennen und Verändern situationsabhängigen Essverhaltens
- zur flexiblen Verhaltenskontrolle
- zur Motivation und Anleitung zu vermehrter Alltagsbewegung und ggf. sportlicher Aktivität sowie Reduzierung von Inaktivität (z. B. Fernsehen, Computernutzung)
- zum Einüben des verbesserten Koch- und Einkaufsverhaltens (u. a. Reflexion von Werbestrategien und eigenem Konsumverhalten) unter Einbeziehung des sozialen Umfelds und Berücksichtigung der Alltagssituation
- zur Vermeidung des „Jo-Jo-Effektes“
- bei Kindern und Jugendlichen außerdem: Förderung eines verbesserten Körpergefühls und Selbstbewusstseins; Einbeziehung der Eltern; möglichst Kombination von Ernährung und Bewegung

118 Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes und Jugendalter (Hrsg.) (2015). Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. S. 25 f. (www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=9): Bei Kindern und Jugendlichen lässt sich das Ausmaß des Übergewichts nicht durch feste BMI-Grenzwerte bestimmen. Die Einstufung von Kindern und Jugendlichen als übergewichtig bzw. adipös erfolgt auf der Grundlage von Verteilungen der alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Werte, die in bevölkerungsbezogenen Untersuchungen ermittelt wurden (Referenzwerte). Kinder und Jugendliche werden als übergewichtig eingestuft, wenn ihr BMI höher liegt als bei 90 % der Kinder/der Jugendlichen gleichen Alters und Geschlechts (oberhalb der 90. Perzentile P 90). Als adipös werden sie eingestuft, wenn ihr BMI höher ist als bei 97 % der Kinder/Jugendlichen gleichen Alters und Geschlechts (oberhalb der 97. Perzentile P 97); Die derzeit geltenden Referenzwerte sind den Tabellen 1 (für Mädchen) und 2 (für Jungen) im Anhang zu entnehmen.

119 Sofern die in den D-A-C-H-Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr genannten prozentualen Anteile von Kohlehydraten, Fett und Protein an der Gesamtenergiezufuhr (Nährstoffrelation) über- oder unterschritten werden, ist eine fachliche Begründung unter Berücksichtigung der Zielgruppe und Zielsetzung auf Basis der Fachexpertise einschlägiger Fachorganisationen notwendig. Die Anforderungen sind im Dokument „Kriterien zur Zertifizierung“ hinterlegt.

▶ Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit:

- Produktwerbung und Produktverkauf
- Einsatz von Medikamenten zur Gewichtsabnahme, Formula-Diäten (Nahrungsersatz- oder -ergänzungsmittel) sowie extrem kalorienreduzierter Kost
- spezielle Messungen von Stoffwechselparametern, genetische Analysen oder Allergietests
- reine Koch- und Backkurse

▶ Methodik:

- verhaltensorientierte Beratung und Informationsvermittlung, in der Regel in Gruppen
- praktische Übungen, z. B. zum Ess- und Bewegungsverhalten

▶ Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit folgenden Voraussetzungen in Betracht:

- Staatlich anerkannter ernährungsbezogener Berufs- oder Studienabschluss mit Nachweis folgender Mindeststandards:
- Einweisung in das durchzuführende Programm (bei Verwendung eines zertifizierten Konzepts) bzw. die vorgesehenen Inhalte bzw. Verfahren. Die Einweisung kann ggf. in den Mindeststandards enthalten sein.

Zu Bestandsschutz und Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3, S. 59.

Kompetenz	Inhalt	Umfang
Fachwissenschaftliche Kompetenz	Ernährung	360 h oder 12 ECTS-Punkte
	Medizin, Ernährungsmedizin	360 h oder 12 ECTS-Punkte
	Pädagogik, Psychologie	450 h oder 15 ECTS-Punkte
Fachpraktische Kompetenz	Theorie und Praxis der Lebensmittel- und Warenkunde	450 h oder 15 ECTS-Punkte
Fachübergreifende Kompetenz	Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention	30 h oder 1 ECTS-Punkt
	Frei wählbar aus den o. g. Inhalten	150 h oder 5 ECTS-Punkte
	Gesamt für Präventionsprinzip 2	**1800 h oder 60 ECTS-Punkte**

ECTS-Punkte: European Credit Transfer and Accumulation System. Europäisches System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen. 1 ECTS-Punkt entspricht einem Workload von 30 Zeitstunden.

5.4.3 Handlungsfeld Stress-und Ressourcenmanagement[120]

Psychosozialer Stress stellt einen bedeutsamen (mit-)verursachenden, auslösenden oder aggravierenden Faktor für viele der heute sozialmedizinisch besonders relevanten kardiovaskulären, muskuloskelettalen, immunologischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen dar.[121] Insbesondere chronische psychobiologische Stressreaktionen gefährden im Zusammenhang mit einer unausgeglichenen Beanspruchungs-Erholungs-Bilanz, einer nachhaltigen Schwächung des Immunsystems sowie einem zunehmenden gesundheitlichen Risikoverhalten als inadäquatem Bewältigungsverhalten die körperliche wie psychische Gesundheit. Dabei ist davon auszugehen, dass aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen, wie etwa den zunehmenden Anforderungen an Mobilität, Flexibilität und Leistungsbereitschaft sowie der zunehmenden Auflösung traditionsbestimmter Sinn-, Werte- und Sozialstrukturen, das Belastungsniveau für den Einzelnen zukünftig eher noch steigen wird.

▶ **Bedarf:**

Bereits im Kindes- und Jugendalter lassen sich vielfältige Symptomatiken finden, die mit einem Stresserleben in Zusammenhang gebracht werden können. In der internationalen WHO-Vergleichsstudie Health Behaviour in School-aged Children wurden 2001 und 2002 in repräsentativen

120 Die folgenden Ausführungen sind aus der Perspektive des Stressmanagements formuliert. Es ist beabsichtigt, die Kriterien baldmöglichst im Hinblick auf psychische Ressourcen zu aktualisieren. Ressourcenfördernde Leistungen z. B. zur Unterstützung von Achtsamkeit und Resilienz sind ungeachtet dessen bereits jetzt als Bestandteile der Leistungen möglich und erwünscht. In Erweiterung der Ausführungen in Kapitel 5.2 zu den Handlungsfeldern, die aus der Häufigkeit, medizinischen Relevanz, den volkswirtschaftlichen Folgen bestimmter Erkrankungen und dem Vorliegen von wirksamen präventiven bzw. gesundheitsfördernden Interventionen abgeleitet sind, zeigen aktuelle Erkenntnisse, dass gestörter Schlaf mit einem erhöhten Risiko für Depressionen und Angststörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 und Adipositas assoziiert ist. Das Thema Schlaf wird daher – zunächst nur für digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote (vgl. Kapitel 7) – im Handlungsfeld Stressmanagement ergänzt; bei der Weiterentwicklung des Handlungsfeldes soll dies 2021 auch für nicht-digitale Angebote ergänzt werden. Denn: Gestörter Schlaf im Sinne von Störungen beim Einschlafen, Durchschlafen, Früherwachen oder einer schlechten Schlafqualität stellt einen Risikofaktor dar, der durch Verhaltensänderungen positiv beeinflusst werden kann. Gesunder Schlaf ist der wichtigste Erholungsprozess. Digitale Angebote zur Verbesserung dieses Erholungsprozesses können als individuelle verhaltensbezogene Maßnahmen sinnvoll eingesetzt werden. Sie zielen auf den Abbau von schlafschädigenden Verhaltensweisen und den Aufbau von gesundheitsförderlichem Schlafverhalten ab. (Quellen: Anothaisintawee, T., S. Reutrakul, E. Van Cauter & A. Thakkinstian (2015). Sleep disturbances compared to traditional risk factors for diabetes development: Systematic review and meta-analysis, Sleep Med Rev. Jg. 30. S. 11–24. Online unter: doi:10.1016/j.smrv.2015.10.002. de Almondes, K. M., M. V. Costa, L. F. Malloy-Diniz & B. S. Diniz (2016). Insomnia and risk of dementia in older adults: Systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. Jg. 77. S. 109–115 Online unter: doi:10.1016/j.jpsychires.2016.02.021. Fatima, Y., S. A. Doi & A. A. Mamun (2015). Longitudinal impact of sleep on overweight and obesity in children and adolescents: a systematic review and bias-adjusted meta-analysis. Obes Rev. Jg. 16(2). S.137–149. Online unter: doi:10.1111/obr.12245. Hertenstein, E., B. Feige, T. Gmeiner, C. Kienzler, K. Spiegelhalder, A. Johann, M. Jansson-Fröjmark, L. Palagini, G. Rücker, D. Riemann & C. Baglioni (2019). Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. Sleep Medicine Reviews. Online unter doi:10.1016/j.smrv.2018.10.006. Léger, D. & V. Bayon (2010). Societal costs of insomnia. Sleep Med Rev. Jg. 4(6). S.379–389. Online unter: doi:10.1016/j.smrv.2010.01.003. Li, M., X. W. Zhang, W. S. Hou & Z. Y. Tang (2014). Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis of cohort studies. Int J Cardiol. Jg. 176(3). S. 1044–1047. Online unter: doi:10.1016/j.ijcard.2014.07.284. Pigeon, W. R, M. Pinquart & K. Conner (2012). Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. J Clin Psychiatry. Jg. 73(9). e1160–e1167. Online unter doi:10.4088/JCP.11r07586. Wu, Y., L. Zhai & D. Zhang (2014). Sleep duration and obesity among adults: a meta-analysis of prospective studies. Sleep Med. Jg. 15(12) S.1456–1462. Online unter: doi:10.1016/j.sleep.2014.07.018 Luik, A. I., T. van der Zweerde, A. van Straten & J. Lancee (2019). Digital Delivery of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia. Curr Psychiatry Rep. Jg. 21(7) S. 50. Online unter: doi:10.1007/s11920-019-1041-0. Practice. Jg. 24 S. 27–45.Spiegelhalder, K., J. Acker, H. Baumeister, A. Büttner-Teleaga, H. Danker-Hopfe, D. D. Ebert, I. Fietze, L. Frase, S. Klein, D. Lehr, A. Maun, I. Mertel, K. Richter, D. Riemann, C. Sauter, C. Schilling, A. A. Schlarb, M. Specht, L. Steinmetz, H. G. Weeß & T. Crönlein (2020). Digitale Behandlungsangebote für Insomnie – eine Übersichtsarbeit. Somnologie. Online unter: doi:10.1007/s11818-020-00238-9. Zachariae, R., M. S. Lyby, L. M. Ritterband & M. S. O'Toole (2016). Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Sleep Med Rev. Jg. 30. S.1–10. Online unter doi:10.1016/j.smrv.2015.10.004.)

121 Björntorp, P. (2001). Heart and Soul: Stress and the metabolic syndrome. Scandinavian Cardiovascular Journal. Jg. 35. S. 172–177.; Glaser, R. & J.K. Kiecolt-Glaser (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health. Nature Rev. Immunol. Jg. 5. S. 243–251; Siegrist, J. (2001). Psychosoziale Einflüsse auf Entstehung und Verlauf der koronaren Herzkrankheit. Herz. Jg. 26. S. 316–325; Rensing, L. et. al. (2006). Mensch im Stress. Psyche – Körper – Moleküle. München.

Stichproben 11-, 13- und 15-Jährige aus 35 Ländern befragt.[122] Unter den erfassten Symptomen werden Müdigkeit bzw. Erschöpfung am häufigsten berichtet. 25 % fühlen sich „fast täglich" oder „mehrmals in der Woche" müde oder erschöpft, 21 % erleben dies nach eigenen Angaben „fast jede Woche". Danach folgen Einschlafschwierigkeiten mit 14 % bzw. 11 % und Gereiztheit und schlechte Laune (14 % bzw. 17 %). Unter den Schmerzsymptomen werden Kopfschmerzen am häufigsten genannt (12 % erleben sie fast täglich oder mehrmals in der Woche, 12 % fast jede Woche), gefolgt von Rückenschmerzen mit 8 % bzw. 9 % und Bauchschmerzen, die von 7 % mehrmals wöchentlich und von 9 % fast jede Woche erlebt werden.[123] Wie auch andere Studien zeigen, stehen die Symptomangaben von Kindern und Jugendlichen mit dem Ausmaß des Stresserlebens in Beziehung: Je mehr Stress erlebt wird, desto höher fallen die Symptomangaben aus.[124]

Für die Gruppe der Erwachsenen konnten negative somatische und psychische Effekte hoher Stressbelastung in prospektiven Studien nachgewiesen werden.[125] Querschnittstudien zeigen, dass die Intensität und Häufigkeit des Stresserlebens in einem engen Zusammenhang mit dem sozio-ökonomischen Status, der wahrgenommenen sozialen Unterstützung sowie gesundheitlichen Beschwerden, wie z. B. depressiven Symptomen, dem Gefühl des Ausgebranntseins sowie Schlafstörungen, stehen.[126] Die Bedeutung des Stresserlebens für die Entwicklung gesundheitlicher Beschwerden ist dabei interindividuell und situationsbedingt unterschiedlich ausgeprägt.

122 Currie, C., C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V.B. Rasmussen (2004). Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey. Copenhagen (World Health Organization). Eine ausführliche Beschreibung und Interpretation der Ergebnisse der deutschen Teilstichprobe mit 5.640 Kindern und Jugendlichen findet sich bei Hurrelmann, K., A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.) (2003). Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim.

123 S. zusammenfassend Klein-Heßling, J. (2005). Gesundheit im Kindesalter: Symptomatik, gesundheitsförderliches und gesundheitsriskantes Verhalten. Erscheint in A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Heßling (Hrsg.), Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen.

124 Lohaus, A., A. Beyer & J. Klein-Heßling (2004). Stresserleben und Stresssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 36. S. 38–46.

125 Chandola, T., E. Brunner & M. Marmot (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. British Medical Journal. doi: 10.1136/bmj; Dragano, N., Y. He et al. (2008). Two models of job stress and depressive symptoms. Results from a population-based study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology Jg. 43 (1). S. 72–78.

126 Z. B. Hapke, U. et al (2013). Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt. Jg. 56. S. 749–754. (online unter: DOI 101007/s00103-013-1690-9).

Abb. 6: Gliederung des Handlungsfeldes Stress- und Ressourcenmanagement

Quelle: Eigene Darstellung

Ebenen der Stressbewältigung:
Zur Primärprävention der durch Stress (mit-) bedingten Erkrankungen haben sich Maßnahmen des multimodalen Stressmanagements bewährt, die sowohl das Stressbewältigungsverhalten, das Stresserleben als auch die psychophysischen Reaktionen gesundheitsförderlich verändern können. Diese Maßnahmen unterstützen die individuelle Stressbewältigung auf folgenden Ebenen:

Instrumentelles Stressmanagement setzt an den Stressoren an mit dem Ziel, diese zu reduzieren oder sie ganz auszuschalten: z. B. durch Umorganisation des Arbeitsplatzes, durch Veränderung von Arbeitsabläufen, durch die Organisation von Hilfen etc. Instrumentelles Stressmanagement kann sowohl auf konkrete, aktuelle Belastungssituationen (reaktiv) als auch auf die Verringerung oder Ausschaltung zukünftiger Belastungen

(präventiv) ausgerichtet sein. Instrumentelles Stressmanagement erfordert Sachkompetenz, sozialkommunikative Kompetenzen und Selbstmanagementkompetenz als Fähigkeit zu einem eigengesteuerten und zielgerichteten Handeln.

Kognitives Stressmanagement zielt auf eine Änderung von persönlichen Motiven, Einstellungen und Bewertungen. Auch hier können sich die Bewältigungsbemühungen auf aktuelle Bewertungen in konkreten Belastungssituationen oder auf situationsübergreifende, habituelle Bewertungsmuster beziehen. Diese bewusst zu machen, kritisch zu reflektieren und in Stress vermindernde Bewertungen zu transformieren, ist das Ziel kognitiver Interventionsansätze der Stressbewältigung.

Beim **palliativ-regenerativen Stressmanagement** steht die Regulierung und Kontrolle der physiologischen und psychischen Stressreaktion im Vordergrund. Auch hier kann unterschieden werden zwischen solchen Bewältigungsversuchen, die zur kurzfristigen Erleichterung und Entspannung auf die Dämpfung einer akuten Stressreaktion abzielen (Palliation), sowie eher längerfristigen Bemühungen, die der regelmäßigen Erholung und Entspannung dienen (Regeneration).

Zur Primärprävention der mit Stress assoziierten gesundheitlichen Probleme eignen sich auch Entspannungstrainings, bei denen die unter Stress auftretende psychophysische Aktivierung reguliert wird. Entspannungstrainings sind ein Element multimodaler Stressmanagementprogramme, können aber auch als eigenständige Maßnahme durchgeführt werden (s. vorstehende Abbildung).

Bei der Entscheidung, ob eher multimodale – d. h. alle Ebenen der Stressbewältigung umfassende – oder rein entspannungsorientierte Verfahren aus dem Methodenrepertoire des palliativ regenerativen Stressmanagements zum Einsatz gelangen sollen, spielen vor allem die Problemlage und die Art der Zielgruppe eine Rolle. So ist es beispielsweise nicht sinnvoll, (nur) auf die Einübung von Entspannung zu setzen, wenn konkrete Stressoren vorliegen, auf die mit einem instrumentellen Vorgehen Einfluss genommen werden kann.

Weiterhin sind für manche Zielgruppen reine Entspannungstrainings weniger geeignet. So werden beispielsweise für das Kindesalter bei einer primärpräventiven Ausrichtung eher multimodale Trainings empfohlen, die nicht nur eine emotionsregulierende Ausrichtung enthalten.

Präventionsprinzip: Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (Multimodales Stressmanagement)

▶ **Wirksamkeit:**
Meta-Analysen einschlägiger Evaluationsstudien konnten die auch längerfristige Wirksamkeit von Maßnahmen zur Stressbewältigung besonders im Hinblick auf eine Reduzierung von körperlichen Risikofaktoren und Beschwerden sowie negativer psychischer Befindlichkeit (Ängstlichkeit, Depressivität) sowie einen Rückgang von Ärger- und Feindseligkeitsreaktionen belegen. Verbesserungen bei der individuellen Bewältigung konnten ebenfalls in mehreren Studien nachgewiesen werden.[127]

▶ **Ziel der Maßnahme:**
Maßnahmen zum multimodalen Stressmanagement zielen darauf ab, negative Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit aufgrund von chronischen Stresserfahrungen zu vermeiden,

127 Korczak, D., G. Steinhauser & M. Dietl (2011). Effektivität von Maßnahmen im Rahmen primärer Prävention am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen und des metabolischen Syndroms. (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. Schriftenreihe Health Technology Assessment Bd. 110). Vgl. insb. S. 56f. Kaluza, G. (1997). Evaluation von Stressbewältigungstrainings in der primären Prävention – eine Meta-Analyse (quasi-) experimenteller Feldstudien. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. Jg. 5. S. 149–169. Kaluza, G. (1999). Sind die Effekte eines primärpräventiven Stressbewältigungstrainings von Dauer? Eine randomisierte, kontrollierte Follow-up-Studie. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. Jg. 7. S. 88–95; ders. (1999). Mehr desselben oder Neues gelernt? – Veränderungen von Bewältigungsprofilen nach einem primärpräventiven Stressbewältigungstraining. Zeitschrift für Medizinische Psychologie. Jg. 8. S. 73–84.

indem die individuellen Bewältigungskompetenzen gestärkt werden mit dem Ziel eines möglichst breiten Bewältigungsrepertoires und einer möglichst hohen Flexibilität im Umgang mit Stressbelastungen. Die Bewältigungsbemühungen müssen auf allen drei oben beschriebenen Ebenen des Stressmanagements ansetzen.

▶ Zielgruppe:
Die Maßnahmen richten sich an gesunde Versicherte mit Stressbelastungen, die lernen wollen, damit sicherer und gesundheitsbewusster umzugehen, um dadurch potenziell behandlungsbedürftige Stressfolgen zu vermeiden. Die Maßnahmen können auch für spezielle Zielgruppen zur Bewältigung spezifischer Belastungen (z. B. familiäre Überlastung, berufliche Überlastung – auch durch Schichtarbeit –, psychosoziale Belastungen infolge von Arbeitslosigkeit, Gewalterfahrung) durchgeführt werden. Kinder ab acht Jahren können an spezifisch auf diese Altersgruppe ausgerichteten Maßnahmen unter Einbeziehung der Familie teilnehmen. Für Versicherte mit akut behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen sind die Maßnahmen kontraindiziert.

▶ Inhalt:
In Maßnahmen zum multimodalen Stressmanagement werden mehrere unterschiedliche Interventionsmethoden auf der Basis eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionsansatzes integriert, um auf den Ebenen des instrumentellen, des kognitiven und des palliativ-regenerativen Stressmanagements anzusetzen. Die dabei am häufigsten genutzten Interventionsmethoden sind:

- Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen, wie systematisches Problemlösen, Zeitmanagement und persönlicher Arbeitsorganisation
- Vermittlung von Methoden der kognitiven Umstrukturierung mit dem Ziel der Einstellungsänderung und positiven Selbstinstruktion
- Vermittlung psychophysiologischer Entspannungsverfahren
- Training von selbstbehauptendem Verhalten und sozial-kommunikativen Kompetenzen

Möglich sind auch über das reine Stressmanagement hinausgehende Bausteine bzw. Maßnahmen, die Achtsamkeit und Resilienz als grundlegende gesundheitliche Ressourcen stärken.

▶ Methodik:
Bei Stressmanagementtrainings handelt es sich um systematische kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahmen, die sich an Gruppen richten und an den individuellen Stressproblemen der Teilnehmenden orientiert sind. Die Trainings enthalten eine praktische Einübung von Stressreduktions- und Entspannungsmethoden sowie Anleitungen für Übungen außerhalb der Trainingssitzungen, um einen Transfer in den Alltag zu gewährleisten.

▶ Anbieterqualifikation:
Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit folgenden Voraussetzungen in Betracht:

- Staatlich anerkannter Studienabschluss mit Bezug zur psychosozialen Gesundheit und mit Nachweis folgender Mindeststandards:

Kompetenz	Inhalt	Umfang
Fachwissenschaftliche Kompetenz	Psychologische Grundlagen	180 h oder 6 ECTS-Punkte
	Psychologie des Gesundheitsverhaltens	180 h oder 6 ECTS-Punkte
	Theorien zu Stress und Stressbewältigung	180 h oder 6 ECTS-Punkte
	Medizin	90 h oder 3 ECTS-Punkte
	Evaluation, Qualitätssicherung, Forschungsmethoden, Statistik	90 h oder 3 ECTS-Punkte
Fachpraktische Kompetenz	Beratung, Training, Schulung, Selbsterfahrung und Einweisung in das Stressbewältigungsprogramm	90 h oder 3 ECTS-Punkte
Fachübergreifende Kompetenz	Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention	30 h oder 1 ECTS-Punkt
	Frei wählbar aus den o. g. Inhalten	60 h oder 2 ECTS-Punkte
	Gesamt für Präventionsprinzip 1	**900 h oder 30 ECTS-Punkte**

ECTS: European Credit Transfer and Accumulation System. Europäisches System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen. 1 ECTS-Punkt entspricht einem Workload von 30 Zeitstunden.

Zu Bestandsschutz und Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3, S. 59.

Präventionsprinzip: Förderung von Entspannung (Palliativ-regenerativer Stressmanagement)

▶ **Wirksamkeit:**
Es existieren mehrere Entspannungsverfahren, die sich in der Praxis bewährt haben und deren Wirksamkeit empirisch belegt ist.[128] Durch das Erlernen eines Entspannungsverfahrens wird die Fähigkeit zur Selbstregulation von psychophysischen Stressreaktionen verbessert. Die verschiedenen Entspannungsverfahren lösen ungeachtet ihrer methodischen Unterschiede eine sogenannte Entspannungsreaktion aus.[129]

128 Linden, W. & L. Chambers (1994). Clinical Effectiveness of Non-Drug Treatment for Hypertension: A Meta-Analysis. Annals of Behavior Medicine Jg. 16 (1) S. 35–45; Stetter, F. & S. Kupper (2002). Autogenic Training: A Meta-Analysis of Clinical Outcome Studies. Applied Psychophysiology and Biofeedback 27. S. 45–98.

129 Vaitl, D & F. Petermann (Hrsg.) (1993). Handbuch der Entspannungsverfahren. Bd 1: Grundlagen und Methoden. Weinheim.

▶ Ziel der Maßnahme:
Entspannungsverfahren zielen darauf ab, physischen und psychischen Spannungszuständen vorzubeugen bzw. diese zu reduzieren. Sie setzen damit im Wesentlichen auf der Ebene des palliativ-regenerativen Stressmanagements an. Die zu erlernende Entspannungsreaktion stellt den Gegenpol zu den unter Stress auftretenden körperlichen Reaktionen dar. Im Verlaufe eines Entspannungstrainings wird durch regelmäßiges Üben die selbstständige Auslösung der Entspannungsreaktion gebahnt und für den alltäglichen Einsatz stabilisiert.

▶ Zielgruppe:
Versicherte mit Stressbelastungen, die ein Verfahren zur gezielten Dämpfung der akuten Stressreaktion erlernen und über dessen regelmäßige Anwendung zu vegetativ wirksamer Erholung und Regeneration finden möchten. Kinder ab sechs Jahren können an spezifisch auf diese Altersgruppe ausgerichteten Entspannungstrainings unter Einbeziehung der Familie teilnehmen. Für Versicherte mit akut behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen sind die Maßnahmen kontraindiziert.

▶ Inhalt:
Als Maßnahmen zur Förderung der Entspannung kommen in Betracht:
- Progressive Relaxation (PR) nach Edmund Jacobson
- Autogenes Training (AT) – Grundstufe – nach Johannes-Heinrich Schultz
- Hatha-Yoga
- Tai-Chi
- Qigong[130]

▶ Methodik:
Verhaltensorientierte Gruppenberatung mit Erläuterung der psychophysischen Wirkzusammenhänge von Stress und Entspannung, Einübung des Entspannungsverfahrens sowie Anleitung für Übungen außerhalb der Trainingssitzungen, um einen Transfer in den Alltag zu gewährleisten.

▶ Anbieterqualifikation:
Anbieterqualifikation für Progressive Relaxation (PR) und Autogenes Training (AT):
Zur Durchführung der Entspannungstrainings PR und AT kommen Fachkräfte mit folgenden Voraussetzungen in Betracht:
- Staatlich anerkannter Berufs- oder Studienabschluss mit einem Gesundheits- oder Sozialbezug mit Nachweis folgender Mindeststandards:

Kompetenz	Inhalt	Umfang
Fachwissenschaftliche Kompetenz	Pädagogik, Psychologie	180 h oder 6 ECTS-Punkte
	Medizin	180 h oder 6 ECTS-Punkte
Fachpraktische Kompetenz	Beratung, Training und Schulung sowie Selbsterfahrung und Einweisung in PR/AT	90 h oder 3 ECTS-Punkte
Fachübergreifende Kompetenz	Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention	30 h oder 1 ECTS-Punkt
	Frei wählbar aus den o. g. Inhalten	150 h oder 5 ECTS-Punkte
	Gesamt	**630 h oder 21 ECTS-Punkte**

ECTS: European Credit Transfer and Accumulation System. Europäisches System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen. 1 ECTS-Punkt entspricht einem Workload von 30 Zeitstunden. Die fachpraktische Kompetenz ist ausschließlich in Präsenzunterricht im Umfang von 90 Std. erwerbbar.

Zu Bestandsschutz und Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3, S. 59.

130 Die Förderung ist auf entspannungsorientierte Hatha-Yoga-, Tai Chi- und Qigong-Maßnahmen beschränkt. Vornehmlich bewegungs-, workout- bzw. an der Kampfkunst orientierte Maßnahmen sowie Maßnahmen mit therapeutischer oder weltanschaulicher Ausrichtung sind ausgeschlossen.

Anbieterqualifikation für Hatha-Yoga:
Zur Durchführung von Hatha-Yoga kommen Fachkräfte mit folgenden Voraussetzungen in Betracht:

- Staatlich anerkannter Berufs- oder Studienabschluss mit Nachweis folgender Mindeststandards (Berufsausbildung bzw. Studium müssen Bezug zu mindestens einer der fachwissenschaftlichen Kompetenzen haben):

Kompetenz	Inhalt	Umfang
Fachwissenschaftliche Kompetenz	Pädagogik, Psychologie	30 h oder 1 ECTS-Punkte
	Philosophie und Geschichte des Yoga	60 h oder 2 ECTS-Punkte
	Naturwissenschaftlich-medizinische Grundlagen	60 h oder 2 ECTS-Punkte
	Medizin	30 h oder 1 ECTS-Punkt
Fachpraktische Kompetenz	Yoga-Praxis für Gesunde	180 h oder 6 ECTS-Punkte
	Yoga-Praxis und Krankheit	90 h oder 3 ECTS-Punkte
Fachübergreifende Kompetenz	Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention	30 h oder 1 ECTS-Punkt
	Gesamt	**480 h oder 16 ECTS-Punkte**

ECTS: European Credit Transfer and Accumulation System. Europäisches System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen. 1 ECTS-Punkt entspricht einem Workload von 30 Zeitstunden. Die fachpraktische Kompetenz ist ausschließlich in Präsenzunterricht im Umfang von 270 Std. erwerbbar.

Hatha-Yoga wird in der Regel in einer eigenständigen Ausbildung erlernt. Daher können für den Nachweis der Mindeststandards alle auf Hatha-Yoga bezogenen Module sowie die weiteren Kompetenzen – unter Berücksichtigung der mit dem Berufs- oder Studienabschluss nachgewiesenen fachwissenschaftlichen Kompetenz – außerhalb des staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschlusses erworben worden sein. Die Ausbildungsdauer muss mindestens zwei Jahre betragen.

Anbieterinnen und Anbieter, die die Mindeststandards erfüllen und einen staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss ohne Bezug zu den fachwissenschaftlichen Kompetenzen haben oder keinen staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss besitzen, können als Kursleitende anerkannt werden, wenn sie mindestens 200 Std. Kursleitererfahrung nachweisen.

Zu Bestandsschutz und Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3, S. 59.

▶ Anbieterqualifikation für Tai Chi und Qigong:
Zur Durchführung von Tai-Chi und Qigong kommen Fachkräfte mit folgenden Voraussetzungen in Betracht:

- Staatlich anerkannter Berufs- oder Studienabschluss mit Nachweis folgender Mindeststandards (Berufsausbildung bzw. Studium müssen Bezug zu mindestens einer der fachwissenschaftlichen Kompetenzen haben):

Kompetenz	Inhalt	Umfang
Fachwissenschaftliche Kompetenz	Pädagogik, Psychologie	30 h oder 1 ECTS-Punkt
	Philosophie und Geschichte des Tai-Chi/ Qigong	30 h oder 1 ECTS-Punkt
	Naturwissenschaftlich-medizinische Grundlagen	60 h oder 2 ECTS-Punkte
	Medizin	30 h oder 1 ECTS-Punkt
Fachpraktische Kompetenz	Tai-Chi-/Qigong-Praxis für Gesunde	150 h oder 5 ECTS-Punkte
	Tai-Chi-/Qigong-Praxis und Krankheit	30 h oder 1 ECTS-Punkt
Fachübergreifende Kompetenz	Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention	30 h oder 1 ECTS-Punkt
	Gesamt	**360 h oder 12 ECTS-Punkte**

ECTS: European Credit Transfer and Accumulation System. Europäisches System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen. 1 ECTS-Punkt entspricht einem Workload von 30 Zeitstunden. Die fachpraktische Kompetenz ist ausschließlich in Präsenzunterricht im Umfang von 180 Std. erwerbbar.

Tai-Chi und Qigong werden in der Regel in eigenständigen Ausbildungen erlernt. Daher können für den Nachweis der Mindeststandards alle auf Tai-Chi und Qigong bezogenen Module sowie die weiteren Kompetenzen – unter Berücksichtigung der mit dem Berufs- oder Studienabschluss nachgewiesenen fachwissenschaftlichen Kompetenz – außerhalb des staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschlusses erworben worden sein. Die Ausbildungsdauer muss mindestens zwei Jahre betragen.

Anbieterinnen und Anbieter, die die Mindeststandards erfüllen und einen staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss ohne Bezug zu den fachwissenschaftlichen Kompetenzen haben oder keinen staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss besitzen, können als Kursleitende anerkannt werden, wenn sie mindestens 200 Std. Kursleitererfahrung nachweisen.

Zu Bestandsschutz und Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3, S. 59.

5.4.4 Handlungsfeld Suchtmittelkonsum

Rauchen sowie Alkoholkonsum gehören zu den Gesundheitsrisiken unserer Gesellschaft, die – in unterschiedlichem Ausmaß – in allen Schichten und Altersgruppen vertreten sind.

Für Kinder und Jugendliche kommt es vorrangig darauf an, den Einstieg in den Konsum von Tabak, Alkohol und anderen Drogen zu verhindern. Hierfür sind in erster Linie Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz (s. Kapitel 4) geeignet.

Die individuell ausgerichteten GKV-Präventionsmaßnahmen zielen darauf ab, Versicherte für einen verantwortlichen Konsum von Alkohol zu sensibilisieren und das Nichtrauchen zu fördern. Vorrangig auf das Individuum gerichtete Maßnahmen sind erfolgreich, wenn sie von strukturellen Maßnahmen flankiert werden und wenn ein gesellschaftlicher Wertewandel bezüglich des Suchtmittelkonsums verstärkt wird. Dies ist allerdings eine gesellschaftspolitische Querschnittsaufgabe, die strukturell, konzeptionell und finanziell ausgestaltet werden muss, um Effektivität zu entfalten.

Probleme des Suchtmittelkonsums beziehen sich nicht nur auf die legalen Drogen wie Alkohol und Nikotin, sondern ebenso auf illegale Drogen und Medikamente mit Suchtpotenzial. Die inhaltliche Schwerpunktsetzung der GKV-Präventionsansätze auf die beiden legalen Drogen Alkohol und Tabak erklärt sich einerseits mit dem hohen Verbreitungsgrad (siehe Bedarf) und andererseits auch mit dem Vorliegen wirksamer Interventionskonzepte (siehe Wirksamkeit, Inhalte, Methodik). Bezogen auf illegale Drogen und bezogen auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche stoßen individuell ausgerichtete Präventionsmaßnahmen an ihre Grenzen. Hier ist nur ein Bündel unterschiedlichster Maßnahmen (sog. Policy-Mix) Erfolg versprechend und ist nur zu leisten, wenn vorrangig auch die anderen gesellschaftlichen und politischen Akteurinnen und Akteure an der Gestaltung der Rahmenbedingungen zusammenwirken.[131] Damit wird die Bedeutung von parallelen Ansätzen zur Gestaltung der unterschiedlichen Lebensverhältnisse unterstrichen, ohne die Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention letztlich nicht wirksam greifen.

Präventionsprinzip: Förderung des Nichtrauchens

▶ **Bedarf:**

Rund 30 % der erwachsenen Bevölkerung – ca. 33 % der Männer und 27 % der Frauen – rauchen. 24 % der Raucherinnen und Raucher konsumieren 20 und mehr Zigaretten täglich und gelten damit nach der WHO-Definition als starke Raucherinnen und Raucher, 36,6 % konsumieren eine bis neun Zigaretten und 39,4 % zehn bis 19 Zigaretten täglich.[132] Das in Tabakprodukten enthaltene Nikotin ist stark suchterzeugend und provoziert eine Fortsetzung des Konsums und eine Dosissteigerung.

Rauchen ist der bedeutsamste einzelne individuell vermeidbare Risikofaktor für die Entstehung und die Verschlimmerung von mehr als 40 meist chronischen Krankheiten. Hierzu gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes sowie viele Krebserkrankungen z. B. im Mund-, Nasen- und Rachenraum, im Kehlkopf, in der Speiseröhre, in der Lunge, im Magen, in der Bauchspeicheldrüse, in Leber, Niere, Harnblase und in der Gebärmutter. Bei regelmäßigem Tabakkonsum weiblicher Jugendlicher ist deren erhöhtes Brustkrebsrisiko belegt. Der rauchbedingte Anteil an der gesamten Lungenkrebssterblichkeit beträgt in Deutschland bei Männern 91 %, bei Frauen 75 %. Die um 60 % gestiegene Lungenkrebssterblichkeit bei Frauen in Deutschland zwischen 1980 und 1997 ist im Wesentlichen auf die Zunahme ihres Tabakkonsums

131 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004). „gesundheitsziele.de" – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Berlin. Kapitel 8.

132 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2013). Drogen- und Suchtbericht. Mai 2013. Berlin. S. 25.

in den vergangenen Jahrzehnten zurückzuführen. Allein in Deutschland sterben jährlich zwischen 100.000 und 120.000 Menschen an tabakbedingten Krankheiten.[133]

Das Rauchen ist aber nicht ausschließlich ein persönliches Gesundheitsrisiko der jeweiligen Raucherin oder des Rauchers. Durch das Passivrauchen werden auch nichtrauchende Personen belastet, die ebenfalls ein erhöhtes Erkrankungsrisiko an einigen der o. g. Erkrankungen haben. Bei Kindern erhöht sich z. B. das Risiko von akuten oder chronischen Entzündungen der unteren Atemwege um 50 bis 100 %, wenn sie dem Passivrauch ausgesetzt sind.

Bezogen auf Präventionsbemühungen bei Kindern und Jugendlichen gilt, dass individuelle Maßnahmen mit settingorientierten Maßnahmen zusammen greifen müssen und die Wirksamkeit der Interventionen von einem umfassenden Policy-Mix (s. Präventionsprinzip „Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums“) abhängt.

▶ Wirksamkeit:
Ein Rauchverzicht – unabhängig vom Alter des Rauchers – trägt entscheidend zur Verminderung von Gesundheitsrisiken bei. Das gilt für die Folgeerkrankungen des Rauchens ebenso wie für die Tabakintoxikation und Tabakabhängigkeit. Bereits kurzfristig nach dem Rauchstopp normalisieren sich Körperfunktionen: Senkung des Kohlenmonoxidgehalts im Blut, Erhöhung des Sauerstoffspiegels, Stabilisierung des Kreislaufs, Verbesserung der Lungenfunktion. Das Risiko, an einer durch das Rauchen verursachten Herzerkrankung zu sterben, ist ein bis zwei Jahre nach dem Aufhören halbiert. Die Risiken anderer Erkrankungen (Krebserkrankungen, Lungenkrankheiten, Schlaganfall und andere Gefäßerkrankungen) verringern sich ebenfalls – wenn auch langsamer. Die Wirkung unterstützender Interventionen zum Rauchstopp und zur Reduzierung des Zigarettenkonsums als Teilschritt zum Rauchstopp ist belegt.[134]

▶ Zielgruppe:
Rauchende Versicherte (zielgruppenspezifische Ansprachen z. B. für Schwangere, junge Familien bzw. Eltern, arbeitslose Männer)

▶ Ziel der Maßnahme:
Beendigung des Tabakkonsums, dadurch auch Förderung des Nichtraucherschutzes (hier insbesondere bezogen auf schwangere Frauen mit ihrem noch ungeborenen Kind, Kinder und Jugendliche)

▶ Inhalt:
- Aufklärung über die gesundheitlichen Risiken des Rauchens
- Analyse des persönlichen Rauchverhaltens
- Klärung von subjektiven Gründen, Überzeugungen und Gedanken zum Konsum bzw. zum Nichtrauchen
- Darstellung der psychologischen und physiologischen Effekte des Rauchens
- Darstellung der psychologischen und physiologischen Effekte des Entzugs
- Festlegung des Rauchstopps
- Angebot zur Nachbetreuung (Wiederholungsangebot, Telefonkontakt)

133 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014). Jahrbuch Sucht. Lengerich. S. 24.; Bornhäuser, A. (2002). Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland, hrsg. vom Deutschen Krebsforschungszentrum, Heidelberg; Goecke, M. (2002). Rauchfrei am Arbeitsplatz. Ein Leitfaden für Betriebe. Köln/Bonn.

134 Dies gilt für länger angelegte Kursmaßnahmen: Rasch, A. & W. Greiner (2009). Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Raucherentwöhnungskursen in der GKV: eine Literaturübersicht. Gesundheitswesen. Jg. 71. S. 732–738; die Ergebnisse der wenigen Studien zu eintägigen Kompaktangeboten mit kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierter Gruppenberatung deuten auf eine Wirksamkeit auch dieser Maßnahmen hin: Vgl. z. B. Csillag, H., A. Feuerstein, A. Herbst & H. Mooshammer (2005). Langzeiterfolg betrieblicher Nichtraucher-Seminare. Sichere Arbeit 6/2005: 28–34. Die Entscheidung, ggf. auch Eintageskurse zu fördern, die im übrigen alle Kriterien des GKV-Leitfadens erfüllen müssen, bleibt der einzelnen Krankenkasse überlassen.

- Aufklärung über Einsatz und Wirkungsweise von nikotinhaltigen Präparaten und anderen medikamentösen Hilfen zur Tabakentwöhnung (gemäß § 34 SGB V keine Leistung der Krankenkassen)
- Informationen zu Strategien der Rückfallprävention

▶ Methodik:

- kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenberatung
- Informationsvermittlung zum Ausstieg (stufenweiser Ausstieg oder Ausstieg in einem Schritt)
- Motivationsstärkung

▶ Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit folgenden Voraussetzungen in Betracht:

- Staatlich anerkannter Studienabschluss mit Bezug zur psychosozialen Gesundheit und mit Nachweis folgender Mindeststandards:

Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

▶ Bedarf:

Alkoholische Getränke werden von rund 90 % der erwachsenen Bevölkerung an mindestens einer Gelegenheit im Jahr konsumiert. Der Pro-Kopf-Konsum der Bevölkerung in Litern reinen Alkohols liegt – nach einer bis 2010 zunächst rückläufigen Tendenz – im Jahr 2012 bei 9,5 l und damit auf dem gleichen Niveau wie in den beiden Vorjahren. In Deutschland weisen 14,2 % der erwachsenen Bevölkerung (= 7,3 Mio. Menschen)

Kompetenz	Inhalt	Umfang
Fachwissenschaftliche Kompetenz	Pädagogik, Soziale Arbeit	180 h oder 6 ECTS-Punkte
	Psychologische Grundlagen	90 h oder 3 ECTS-Punkte
	Psychologie des Gesundheitsverhaltens	90 h oder 3 ECTS-Punkte
	Grundlagen Sucht, Suchtmittel, Suchtprävention	90 h oder 3 ECTS-Punkte
	Evaluation, Qualitätssicherung, Forschungsmethoden, Statistik	90 h oder 3 ECTS-Punkte
Fachpraktische Kompetenz	Beratung, Training, Schulung, Selbsterfahrung und Einweisung in das Nichtraucherprogramm	180 h oder 6 ECTS-Punkte
Fachübergreifende Kompetenz	Grundlagen der Gesundheits-förderung und Prävention	30 h oder 1 ECTS-Punkt
	Frei wählbar aus den o. g. Inhalten	150 h oder 5 ECTS-Punkte
	Gesamt für Präventionsprinzip 1	**900 h oder 30 ECTS-Punkte**

ECTS: European Credit Transfer and Accumulation System. Europäisches System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen. 1 ECTS-Punkt entspricht einem Workload von 30 Zeitstunden.

einen riskanten Alkoholkonsum[135] auf. Von diesen sind 1,8 Mio. Menschen als alkoholabhängig einzustufen.[136]

Zu den gesundheitlichen Folgen eines riskanten Alkoholkonsums zählt eine Vielzahl von somatischen und psychischen Erkrankungen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Schädigungen unbeteiligter Dritter, z. B. durch Unfälle oder Kriminalität unter Alkoholwirkung. Ein hoher Alkoholkonsum wird in der Allgemeinheit meist ausschließlich mit dem Risiko der Suchterkrankung und seinen körperlichen und psychosozialen Folgen in Verbindung gebracht. Weniger im Bewusstsein ist die Wirkung eines – sozial meist relativ unauffälligen – regelmäßigen Risikokonsums. Zu diesen Störungen gehören Erkrankungen der Leber, der Lunge, des Magen-Darm-Traktes, der Bauchspeicheldrüse, neurologische Störungen (z. B. Schlaganfall), Herz-Kreislauf- sowie diverse Krebserkrankungen, Bluthochdruck, Ernährungsstörungen und andere Erkrankungen.

Die Reduzierung des Alkoholkonsums, die Sensibilisierung für einen risikoarmen Konsum sowie die Förderung einer Motivation zur Abstinenz in relevanten Situationen (z. B. bei Schwangerschaft, im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz, im Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten) haben einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit. Damit gehören sie zu den wesentlichen Zielen der Maßnahmen innerhalb dieses Handlungsfeldes.

▶ Wirksamkeit:
Vorhandene Studien belegen, dass eine Reduzierung der individuellen Konsummenge das Erkrankungsrisiko für eine Vielzahl der mit dem Alkoholkonsum in Verbindung stehenden Erkrankungen senkt.

▶ Zielgruppe:
- Versicherte mit riskantem Alkoholkonsum (i. d. R. 25 bis 60 g Reinalkohol pro Tag für Männer, 13 bis 40 g für Frauen)[137]

Das Vorliegen einer Abhängigkeitserfahrung/-erkrankung gilt als Kontraindikation für Maßnahmen nach diesem Präventionsprinzip.

▶ Ziel der Maßnahme:
- Stärkung der Motivation für den gesundheitsbewussten Umgang mit Alkohol
- Information über gesundheitliche Effekte durch risikoarmen Konsum
- Hilfe bei der Entwicklung individueller Strategien zur Reduzierung des Alkoholkonsums
- Analyse der eigenen Belastungssituationen und Problemlösungsstrategien, die für die Veränderung des Trinkverhaltens relevant sind
- Stärkung persönlicher Kompetenzen und Ressourcen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Belastungen

▶ Inhalt:
- Aufklärung über die gesundheitlichen Wirkungen des riskanten Alkoholkonsums
- Reflexion des individuellen Trinkverhaltens
- Grenzwerte des riskanten Alkoholkonsums
- Wechselwirkung von Alkohol- und Nikotinkonsum
- Umgang mit Risikosituationen
- Stärkung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung

▶ Methodik:
- kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppeninterventionen (z. B. Selbstbeobachtung, Protokollierung, Rollenspiel, Visualisierung)
- Informationsvermittlung über Möglichkeiten zur Reduzierung des Alkoholkonsums

135 Das Wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) benennt folgende Grenzwerte für einen risikoarmen und riskanten Konsum:
- Risikoarmer Konsum: 1–24 g Reinalkohol/Tag Männer, 1–12 g Reinalkohol/Tag Frauen
- Riskanter Konsum: 25–60 g Reinalkohol/Tag Männer, 13–40 g Reinalkohol/Tag Frauen
- Gefährlicher Konsum: > 60 g Reinalkohol/Tag Männer, > 40 g Reinalkohol/Tag Frauen

136 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014). Jahrbuch Sucht. Lengerich. S. 9.

137 Beispiel: 10 g Reinalkohol entsprechen 0,25 l Bier, 0,1 l Wein oder 0,02 l Spirituosen.

- Motivationsstärkung
- Anleitung zur Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Ergänzt werden können diese Methoden durch Einbindung moderner Kommunikationsmedien (z. B. Internetangebote, Hotline-Beratung)

▶ **Anbieterqualifikation:**

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit folgenden Voraussetzungen in Betracht:

- Staatlich anerkannter Studienabschluss mit Bezug zur psychosozialen Gesundheit und mit Nachweis folgender Mindeststandards:

Kompetenz	Inhalt	Umfang
Fachwissenschaftliche Kompetenz	Pädagogik, Soziale Arbeit	180 h oder 6 ECTS-Punkte
	Psychologische Grundlagen	90 h oder 3 ECTS-Punkte
	Psychologie des Gesundheitsverhaltens	90 h oder 3 ECTS-Punkte
	Grundlagen Sucht, Suchtmittel, Suchtprävention	90 h oder 3 ECTS-Punkte
	Evaluation, Qualitätssicherung, Forschungsmethoden, Statistik	90 h oder 3 ECTS-Punkte
Fachpraktische Kompetenz	Beratung, Training, Schulung, Selbsterfahrung und Einweisung in das Programm zur Reduktion des Alkoholkonsums	180 h oder 6 ECTS-Punkte
Fachübergreifende Kompetenz	Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention	30 h oder 1 ECTS-Punkt
	Frei wählbar aus den o. g. Inhalten	150 h oder 5 ECTS-Punkte
	Gesamt für Präventionsprinzip 2	**900 h oder 30 ECTS-Punkte**

ECTS: European Credit Transfer and Accumulation System. Europäisches System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen. 1 ECTS-Punkt entspricht einem Workload von 30 Zeitstunden.

Zu Bestandsschutz und Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3, S. 59.

6. Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V

6.1 Gesetzliche Grundlagen

Die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung in Betrieben gemäß § 20 Abs. 4 Nr. 3 SGB V sind in § 20b SGB V geregelt.

„§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung
(1) [1]Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. [2]Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. [3]Für im Rahmen der Gesundheitsförderung in Betrieben erbrachte Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention gilt § 20 Abs. 5 Satz 1 entsprechend."

Erläuterung:
Die Norm verdeutlicht, dass in der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht primär einzelne Versicherte Adressatinnen und Adressaten von Leistungen sind; vielmehr geht es darum, strukturelle Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz bzw. im Arbeitskontext gesundheitsförderlich zu gestalten. Ebenso wie die alltäglichen Lebens-, Wohn- und Freizeitbedingungen üben auch die Arbeitsbedingungen einen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen, hier der Beschäftigten, aus. Daher stellt die Lebenswelt „Betrieb" ein geeignetes Setting für die Gesundheitsförderung dar, denn im Betrieb können gesundheitliche Rahmenbedingungen gezielt beeinflusst werden; gleichzeitig können auch solche Zielgruppen erreicht werden, die individuelle verhaltensbezogene Präventionsangebote seltener in Anspruch nehmen (z. B. Männer, junge Menschen). Gesundheitsförderliche Strukturen beinhalten verhältnisbezogene Regelungen und Handlungsroutinen (z. B. gesundheitsförderliche Führungs- und Kommunikationskultur, bewegungsfreundliche Arbeitsumgebung, gesundheitsgerechte Verpflegungsangebote) sowie Gremien zur Koordination und Steuerung des Prozesses (betriebliche Arbeitskreise zur Steuerung der Gesundheitsförderung). Zu gesundheitsförderlichen Strukturen im Sinne von Nachhaltigkeit werden solche organisatorischen Regelungen dann, wenn sie dauerhaft implementiert werden. Betriebliche Gesundheitsförderung ist im Sinne des Gesetzes ein Prozess mit den Elementen Erhebung der gesundheitlichen Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale, der hieraus abgeleiteten Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie der Unterstützung von deren Umsetzung, jeweils unter Beteiligung der Beschäftigten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie – nach Möglichkeit – der Betriebsärztinnen und -ärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit. Die Beteiligung der Betriebsärztinnen und -ärzte sowie der Fachkräfte für Arbeitssicherheit trägt dem Ergänzungsverhältnis von betrieblicher Gesundheitsförderung zu den arbeitsschutzrechtlichen Pflichten des Arbeitgebers Rechnung.

„(2) [1]Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Abs. 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. [2]Sie können Aufgaben nach Abs. 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. [3]§ 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend."

Erläuterung:
Betriebliche Gesundheitsförderung bedarf der Kooperation der Krankenkassen mit weiteren verantwortlichen Partnerinnen und Partnern. Zusätzlich zu den im vorigen Absatz genannten betriebsinternen Verantwortlichen sind dies die Unfallversicherungsträger und die staatlichen

Aufsichtsbehörden der Länder (vgl. hierzu auch Erläuterung zu § 20c Abs. 1 SGB V). Die Zusammenarbeit mit den zuständigen Berufsgenossenschaften oder Unfallkassen kann von wechselseitiger Information bis zu gemeinsamen Aktivitäten in Betrieben entsprechend der trägerspezifischen gesetzlichen Zuständigkeit in Abstimmung mit dem jeweiligen Betrieb reichen. Möglichkeiten der Zusammenarbeit bestehen sowohl auf verbandlicher als auch auf betrieblicher Ebene, bei der Öffentlichkeitsarbeit sowie bei der Betreuung von Betrieben im Rahmen von Netzwerken. In diese Zusammenarbeit können bedarfsbezogen – über den hier erläuterten gesetzlichen Auftrag hinaus – auch die Rentenversicherungsträger einbezogen werden.[138] Jeder Sozialversicherungsträger sollte bei der Beratung von Unternehmensverantwortlichen auf Unterstützungsmöglichkeiten durch die jeweils anderen Sozialversicherungsträger hinweisen bzw. deren branchenbezogene Kompetenzen einbeziehen. Sofern mehrere Krankenkassen gemeinsam in einem Betrieb Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach diesem Leitfaden erbringen, ist vorab eine Abstimmung über die von den Beteiligten einzubringenden Ressourcen erforderlich. Die Leistungen einer Krankenkasse in einem Betrieb stehen allen Beschäftigten unabhängig von der Mitgliedschaft in der betreffenden Krankenkasse zur Verfügung.

„(3) 1Die Krankenkassen bieten Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. 2Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen nach Abs. 1 und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Abs. 1 im Betrieb erbringt. 3Örtliche Unternehmensorganisationen sollen an der Beratung beteiligt werden. 4Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen. 5Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Abs. 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung."

Erläuterung:
Nach dieser Norm sollen alle Krankenkassen gemeinsam regionale Beratungs- und Unterstützungsstrukturen für Unternehmen vorhalten und dabei bestehende Strukturen und niedrigschwellige Zugangswege nutzen. Dies soll insbesondere Klein- und Kleinstbetrieben sowie mittelständischen Unternehmen (KMU) den Zugang zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Unterstützung einer Krankenkasse erleichtern. Im Rahmen der regionalen BGF-Koordinierungsstellen erfolgt eine Erstberatung zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie – bei Interesse des Betriebs – die Vermittlung zu einer Krankenkasse. Die Kooperation der regionalen BGF-Koordinierungsstellen[139] mit örtlichen Unternehmensorganisationen erleichtert die überbetriebliche Vernetzung und Beratung (vgl. Kapitel 6.7.3 Handlungsfeld „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung").

Die gesetzliche Regelung des § 20b Abs. 4 SGB V betrifft die Verteilung nicht verausgabter BGF-Mittel durch den GKV-Spitzenverband und ist nicht Gegenstand dieses Leitfadens.

„§ 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren
(1) 1Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. 2Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b

138 Vgl. hierzu NPK (2018). Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz. Erste weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018. (www.npk-info.de ▸ Präventionsstrategie ▸ Bundesrahmenempfehlungen)

139 https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/.

und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. 3Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen."

Erläuterung:
Die Regelung bezieht die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung in Betrieben auch auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren. Dazu sollen die Krankenkassen die Ergebnisse vorhandener Gefährdungsbeurteilungen nach § 5 des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) bei der betrieblichen Gesundheitsförderung nutzen und so die betriebliche Gesundheitsförderung mit dem Arbeitsschutz enger verzahnen, wie es bereits in § 20b Abs. 2 und im Verständnis der Krankenkassen und der anderen Sozialversicherungsträger angelegt ist (vgl. hierzu u. a. Bundesrahmenempfehlungen der NPK vom 29. August 2018 und die Ausführungen in Kapitel 6.5). Folgerichtig sieht die Norm eine Abstimmung über zu erbringende Leistungen vor. Die aus Routine- oder Befragungsdaten gewonnenen Hinweise auf mögliche Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen bringen die Krankenkassen in die Zusammenarbeit ein. Die individuumsbezogene Informationspflicht der Krankenkasse gegenüber den zuständigen Stellen nach Satz 3 ist nicht Teil der betrieblichen Gesundheitsförderung.

„(2) 1Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Abs. 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. 2Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. 3§ 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend."

Erläuterung:
Die Formulierung verweist auf die enge Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Unfallversicherungsträgern und den Landesarbeitsschutzbehörden zur Unterstützung bei ihren gesetzlichen Aufgaben; dies ist auch in den Bundesrahmenempfehlungen der NPK vom 29. August 2018 verankert.

Für den Zuständigkeitsbereich der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) gilt überdies das agrarsoziale Sonderrecht, wonach die SVLFG alle Zweige der landwirtschaftlichen Sozialversicherung durchführt (vgl. § 2 des Gesetzes zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau).

6.2 Grundverständnis

Die Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts ist durch tiefgreifende Wandlungsprozesse gekennzeichnet: Der technische Fortschritt und der zunehmende globale Wettbewerb führen zu einer Beschleunigung der meisten Herstellungs- und Kommunikationsprozesse. Erworbenes Wissen veraltet immer schneller, lebenslanges Lernen wird zur Norm. Die heutigen Informations- und Kommunikationstechnologien gestatten es, räumlich getrennte Produktions- und Dienstleistungsprozesse zu verknüpfen und ermöglichen eine Erreichbarkeit rund um die Uhr und an jedem Ort, wodurch u. a. auch die Grenzen zwischen Arbeits- und Privatleben immer mehr verwischen. Ergebnisorientierte Management- und Entlohnungsmethoden vergrößern tendenziell die Verantwortung der Beschäftigten für die Ausführung und Ergebnisse ihrer Arbeit. Diskontinuierliche und flexible Beschäftigungsformen, die zunehmenden räumlichen Mobilitätsanforderungen und häufige betriebliche Umstrukturierungen führen auch zu wachsender Instabilität sozialer Positionen und Beziehungen.

Unter dem Einfluss dieser Veränderungen verschiebt sich das Spektrum der mit der Arbeit verbundenen Anforderungen. Körperliche

Anforderungen sind infolge des technischen Fortschritts und des damit verbundenen Strukturwandels, aber auch aufgrund von Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung teilweise rückläufig. Die einerseits zu begrüßende Entlastung von körperlicher Anstrengung trägt andererseits auch zu verbreitetem Bewegungsmangel (körperliche Inaktivität und lange Sitzzeiten) als Risikofaktor für unterschiedliche chronische Krankheiten bei. Psychische Anforderungen wie z. B. Termin- und Zeitdruck, Störungen und Unterbrechungen sowie die gleichzeitige Erledigung bzw. Überwachung unterschiedlicher Arbeitsvorgänge nahmen bis Mitte des letzten Jahrzehnts deutlich zu und sind seitdem auf hohem Niveau stabil.

Der Arbeitsschutz hat maßgeblich zur Verbesserung der Gesundheitsbedingungen der Erwerbstätigen beigetragen. Aufbauend auf diesen Erfolgen sind zum Erhalt und zur Stärkung der Gesundheit Erwerbstätiger weitere Anstrengungen erforderlich. Bei den heute dominierenden Gesundheitsproblemen der Erwerbstätigen – gemessen an den Indikatoren Behandlungskosten, Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung und Sterblichkeit – handelt es sich vor allem um Erkrankungen des Muskel-Skelett-, des Kreislauf- und des Verdauungssystems sowie in zunehmendem Maße um psychische und Verhaltensstörungen. An der Entstehung sowie Chronifizierung dieser Erkrankungen sind Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen, private Lebensumstände sowie persönliche Lebensgewohnheiten in unterschiedlichem Maße beteiligt.

Da das Risiko einer chronischen Erkrankung und daraus möglicherweise folgender eingeschränkter Erwerbsfähigkeit ab dem mittleren Erwachsenenalter stark steigt, gewinnen Anstrengungen zum Erhalt und Stärkung von Gesundheit, Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit an Bedeutung – dies zusätzlich vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. Die Unternehmen müssen sich in den kommenden Jahren auf stark alternde Belegschaften einstellen. Daher müssen über die gesamte Spanne des Erwerbslebens die Möglichkeiten zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit in Zukunft noch stärker genutzt werden.

Erwerbsarbeit besitzt große gesundheitsfördernde Potenziale. Sie sichert ein Einkommen, hat Einfluss auf den sozialen Status einer Person, gibt dem Tag eine Struktur und führt zur Stärkung des Selbstwertgefühls bei erfolgreicher Bewältigung von Aufgaben. Darüber hinaus sind mit der Erwerbsarbeit in der Regel kollegiale Kontakte und soziale Zugehörigkeit verbunden. Die mit (unfreiwilliger) Arbeitslosigkeit häufig einhergehenden Gesundheitsrisiken unterstreichen die positiven gesundheitlichen Potenziale von Erwerbsarbeit ebenso wie die Verbesserung des Gesundheitszustandes vormals Arbeitsloser nach der Wiedererlangung einer Beschäftigung. Andererseits können Fehlbelastungen im Beruf aber auch zu körperlichen und/oder psychischen Gesundheitsschäden führen.

Nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986 zielt „Gesundheitsförderung […] auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ Gesundheitsförderung ist nach dieser Grundsatzcharta ein Programm gezielter sozialer Weiterentwicklung von Gesellschaften und Organisationen. Ein wesentlicher Ansatzpunkt hierfür ist die gesundheitsfördernde Gestaltung von Lebenswelten, im Falle der Lebenswelt Betrieb durch betriebliche Gesundheitsförderung.

Ziel betrieblicher Gesundheitsförderung ist die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen der berufstätigen Versicherten. Indem betriebliche Gesundheitsförderung Beschäftigte und Betriebe bei Erhalt und Stärkung der Beschäftigtengesundheit unterstützt, leistet sie auch einen Beitrag zur Bewältigung der mit dem technologischen, organisatorischen und dem demografischen Wandel in der Arbeitswelt verbundenen Herausforderungen. Das bedeutet,

dass die betriebliche Gesundheitsförderung dann besonders effektiv ist, wenn sie in die Unternehmensziele der Betriebe integriert ist bzw. die Unternehmenskultur auch die Förderung der Beschäftigtengesundheit beinhaltet.

Mit betrieblicher Gesundheitsförderung lassen sich die positiven Gesundheitspotenziale der Arbeit stärken, Erkrankungsrisiken von Beschäftigten senken, ihre gesundheitlichen Kompetenzen verbessern sowie ihre Arbeitsfähigkeit langfristig sichern. Die vorliegenden Studien zu Wirksamkeit und Nutzen zeigen, dass durch betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen auch krankheitsbedingte Fehlzeiten und Behandlungskosten reduziert werden können.[140] In prozessualer Hinsicht stellen die partizipative Einbeziehung der Beschäftigten, die Unterstützung durch Betriebsleitung und Führungskräfte, interne Strukturen für Steuerung und Koordination (z. B. ein Arbeitskreis Gesundheit) sowie ein systematisches Vorgehen mit Prozessevaluation wesentliche Erfolgsfaktoren für die Umsetzung und Wirksamkeit dar.[141]

Höheres gesundheitliches Wohlbefinden kommt über die Steigerung von Arbeitszufriedenheit, Motivation und Einsatzbereitschaft letztlich auch dem Unternehmenserfolg zugute. Die Krankenkassen bieten deshalb interessierten Betrieben[142] entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag nach § 20b SGB V Unterstützung bei der Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung an.

Nach der Luxemburger Deklaration des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung umfasst „[b]etriebliche Gesundheitsförderung […] alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen."[143]

Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung sollten dementsprechend in Form eines multimodalen, ganzheitlichen Vorgehens möglichst unter Nutzung evidenzbasierter Konzepte im Rahmen eines strukturierten Prozesses (s. Kapitel 6.3) umgesetzt werden. Die Beschäftigten und ihre gesetzlichen Vertretungen sowie alle verantwortlichen internen und nach Bedarf externen Akteurinnen und Akteure einschließlich der im Betrieb tätigen Betriebsärztinnen und -ärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit – sofern vorhanden – sind dabei einzubeziehen. Mit Einzelmaßnahmen wie z. B. Gesundheitstagen können Krankenkassen den Betrieb und die Belegschaft für betriebliche Gesundheitsförderung sensibilisieren und den Einstieg in einen strukturierten Gesundheitsförderungsprozess gemäß diesem Leitfaden anbahnen.

Betriebliche Gesundheitsförderung richtet sich an den Betrieb als Organisation und an die einzelnen

140 Barthelmes, I., W. Bödeker, J. Sörensen, K.-M. Kleinlercher & J. Odoy (2019). Iga.Report 40. Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012–2018. Dresden (Initiative Gesundheit und Arbeit). (http://www.iga-info.de ▸ Veröffentlichungen ▸ iga.Reporte)

141 Elke, G., J. Gurt, H. Möltner & K. Externbrink (2015). Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung – vergleichende Analyse der Prädiktoren und Moderatoren guter Praxis, Dortmund, Berlin, Dresden (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin). S. 133–136. (https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Gd82.html)

142 Als Betriebe in diesem Sinne gelten auch Dienststellen der Verwaltung, Bildungseinrichtungen wie Kitas, Schulen, Universitäten (jeweils für die dort Beschäftigten) sowie betriebsanaloge und betriebsähnliche Organisationsformen, in denen z. B. Personen im Rahmen von Maßnahmen zur Förderung der Arbeitsmarktintegration tätig sind.

143 Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (1997/2007). Luxemburger Deklaration zur Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (https://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de ▸ Rechtsgrundlagen ▸ Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung).

Beschäftigten gleichermaßen; dabei ist der Diversität der Beschäftigten Rechnung zu tragen.[144]

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung müssen bedarfsbezogen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unabhängig von ihrem arbeitsrechtlichen Status offenstehen. Die Unterstützung der Krankenkasse bei der betrieblichen Gesundheitsförderung versteht sich als Hilfe zur Selbsthilfe der betrieblichen Akteurinnen und Akteure.

Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung können unmittelbar im einzelnen Betrieb sowie mittelbar auf überbetrieblichen Verbreitungswegen z. B. durch Beratung und Qualifizierung insbesondere von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Betriebsverantwortlichen erbracht werden. Der mittelbare Zugangs- und Verbreitungsweg eignet sich besonders für Kleinbetriebe (s. hierzu auch „Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben" – Kapitel 6.6 – sowie „Handlungsfeld Überbetriebliche Vernetzung und Beratung" – Kapitel 6.7.3).

Interessierte Betriebe können sich an jede Krankenkasse ihrer Wahl wenden, bei der ein Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versichert ist. Eine Kontaktaufnahme ist über die Firmenkundenberaterinnen und -berater, die Arbeitgeberportale der Krankenkassen sowie über die regionalen BGF-Koordinierungsstellen nach § 20b Abs. 3 SGB V jederzeit möglich.[145] In der Regel stellen Krankenkassen eigene Dienstleistungen/Beratungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung oder arbeiten mit von ihnen beauftragten externen Dienstleistern zusammen.

6.3 Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess

Nach § 20b SGB V ist betriebliche Gesundheitsförderung – als Beitrag zum Aufbau und zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen im Betrieb – ein Prozess mit den Elementen Erhebung der gesundheitlichen Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale, der hieraus abgeleiteten Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten sowie der Unterstützung von deren Umsetzung, jeweils unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb. Bei nachhaltiger Etablierung der betrieblichen Gesundheitsförderung schließt sich an die Umsetzung eine (erneute) Analysephase an, in der die Ergebnisse der bereits durchgeführten Maßnahmen ermittelt und bewertet werden.

Das im Folgenden dargestellte systematische Vorgehen (Abbildung 7) beschreibt grundlegende Anforderungen an die von den Krankenkassen unterstützte BGF; die Ausgestaltung von Strukturen, Prozessen und Leistungen kann entsprechend der Betriebsgröße und sonstiger betrieblicher Rahmenbedingungen variieren. Die Beratung und Qualifizierung der Betriebsverantwortlichen zum Aufbau und zur eigenständigen Weiterführung der Aktivitäten entsprechend dem nachstehend beschriebenen Gesundheitsförderungsprozess ist eine wesentliche Voraussetzung für die Verstetigung und Sicherung der Nachhaltigkeit.

Zu Beginn des Prozesses sollte betriebsintern die grundsätzliche Bereitschaft der Betriebsparteien (Firmenleitung und Betriebs-/Personalrat bzw. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Klein- und Kleinstbetrieben), in einen BGF-Prozess einzutreten, geklärt und für die Mitwirkung der Belegschaft an einer systematischen betrieblichen Gesundheitsförderung geworben werden. Diese

144 Relevante Merkmale der Diversität sind u. a. Alter, Geschlecht (vgl. hierzu Pieck, N. (2017). iga.Report 35. Gesundheitliche Chancengleichheit im Betrieb: Schwerpunkt Gender. Dresden. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)) sowie Behinderung, Migrationshintergrund etc.

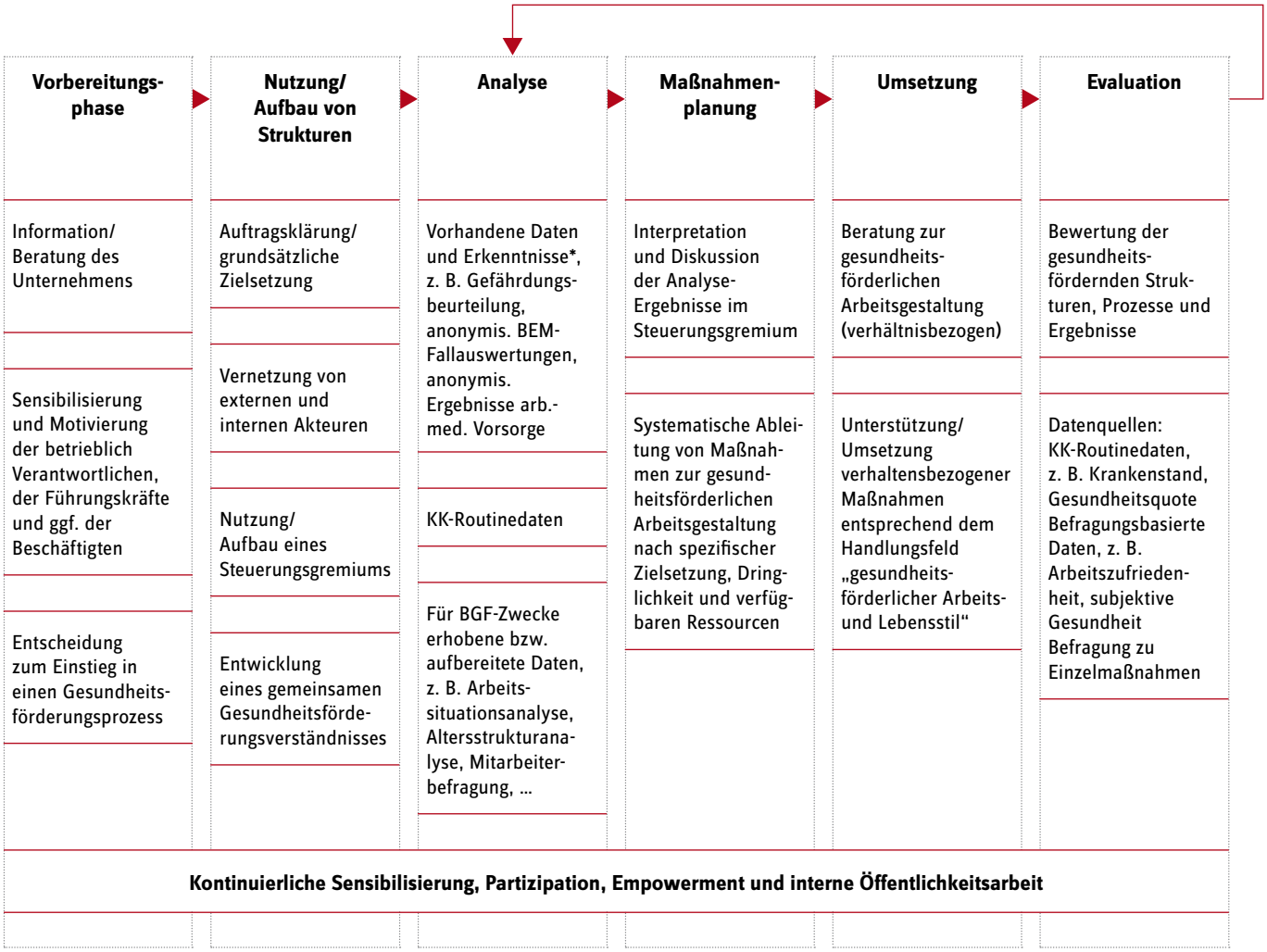
145 BGF-Koordinierungsstellen im Internet unter: https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/. Eine Linkliste zu den BGF-Ansprechpartnerinnen und -partnern der Krankenkassen findet sich auch auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes unter www.gkv-spitzenverband.de ▸ Krankenversicherung ▸ Prävention/Selbsthilfe/Beratung ▸ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▸ Betriebliche Gesundheitsförderung.

Phase wird auch als Vorbereitungsphase bezeichnet.[146] Danach sollten Strukturen aufgebaut bzw. vorhandene genutzt werden, durch die der Gesundheitsförderungsprozess gesteuert wird. Der Gesundheitsförderungsprozess gliedert sich in die Schritte „Analyse", „Maßnahmenplanung", „Umsetzung" und „Evaluation".[147] Die Sensibilisierung aller Beteiligten für die Gesundheitsförderung, die kontinuierliche Einbindung der Beschäftigten sowie die interne Öffentlichkeitsarbeit stellen kontinuierliche Aufgaben während des gesamten Prozesses dar. Eine aktive Mitarbeitereinbindung in der betrieblichen

146 Pieck, N. unter Mitarbeit von A. Wartmann, K. Bolm, E. Linnemann, G. Schnelle, K. Schahn & B. Gutheil (2012). Betriebliches Gesundheitsmanagement fällt nicht vom Himmel. Handlungsanleitung zum Einstieg ins Betriebliche Gesundheitsmanagement. 2. überarb. Aufl. Düsseldorf (Hans-Böckler-Stiftung). S. 18.

147 Rosenbrock, R. & S. Hartung (2011). Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. in; BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Gamburg (Verlag für Gesundheitsförderung). Internet: www.Leitbegriffe.bzga.de.

Abb. 7: Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess



* Die Erhebung dieser Daten stellt keine GKV-Leistung dar.
Quelle: Modifiziert nach G. Mahltig & S. Voermans (2011). Vernetzung und Qualität – Vernetzung als Erfolgsfaktor im Gesundheitswesen. In: N. Klusen, A. Meusch & E. Thiel (Hrsg.). Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Baden-Baden (Nomos). S. 29-56.

Gesundheitsförderung in allen Prozessschritten ist dabei im Interesse von Akzeptanz, Bedarfsgerechtigkeit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen unverzichtbar.

1. Vorbereitungsphase: Durch Information und Beratung einschließlich der Bereitstellung von Medien unterstützen die Krankenkassen, auch über die regionalen BGF-Koordinierungsstellen gemäß § 20b Abs. 3 SGB V, das Interesse von Betrieben für betriebliche Gesundheitsförderung. In der persönlichen Beratung interessierter Betriebe können die betrieblich Verantwortlichen und die Beschäftigten selbst für die gesundheitsförderliche Gestaltung struktureller Rahmenbedingungen an den Arbeitsplätzen bzw. im Arbeitskontext sowie ergänzend für die persönliche Gesundheit sensibilisiert werden, um auf Basis eines gemeinsamen Verständnisses von BGF eine nachhaltige betriebliche Gesundheitsstrategie vorzubereiten. Am Ende der Vorbereitungsphase steht die Grundsatzentscheidung der betrieblich Verantwortlichen, in einen Gesundheitsförderungsprozess einzutreten.

2. Nutzung/Aufbau von Strukturen: Zu Beginn des Gesundheitsförderungsprozesses ist es wichtig, alle betrieblichen Akteurinnen und Akteure, die mit der Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befasst sind, zusammenzuführen. Hierfür wird empfohlen, ein betriebsinternes Gremium – Steuerungsgremium, Arbeitskreis Gesundheit o. ä. – zu nutzen bzw. zu etablieren, das den Gesamtprozess steuert und koordiniert. Bestehende Strukturen zum Thema Gesundheit im Betrieb, wie z. B. der Arbeitsschutzausschuss nach § 11 des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit sollten als Steuerungsstruktur auch für die Gesundheitsförderung genutzt werden.

Im Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung sollten Vertreterinnen und Vertreter aller an der Gesundheitsförderung beteiligten Gruppen kontinuierlich mitwirken:

- Betriebsleitung
- Führungskräfte
- Personalabteilung, ggf. die für die Personalentwicklung zuständige Stelle
- Betriebs- bzw. Personalrat/Vertretung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Betrieben ohne institutionalisierte Beschäftigtenvertretung
- Betriebsärztin bzw. Betriebsarzt
- Fachkraft für Arbeitssicherheit
- ggf. Beauftragte bzw. Beauftragter für das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM)
- ggf. Schwerbehindertenvertretung
- ggf. Gleichstellungsbeauftragte
- ggf. Vertreterinnen bzw. Vertreter weiterer betrieblicher Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, z. B. Sucht- und Konfliktbeauftragte

Während der GKV-Förderung ist auch die Mitwirkung der fördernden Krankenkasse(n) im Steuerungsgremium sinnvoll. Es kann sinnvoll sein, Vertreterinnen und Vertreter weiterer betrieblicher Bereiche (z. B. des Controllings) bzw. von externen Partnerinnen und Partnern (z. B. des zuständigen Unfallversicherungsträgers) in das Steuerungsgremium einzubeziehen.

Das Steuerungsgremium sollte eine Person für die innerbetriebliche Koordination bestimmen. Die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure bringen ihre jeweiligen professionell geprägten Sichtweisen und spezifischen Interessen in den Gesundheitsförderungsprozess ein. Das Steuerungsgremium verständigt sich auf die in den Blick zu nehmenden gesundheitlichen Belastungen, Ressourcen und Gestaltungsbereiche. Der Kreis der Mitwirkenden kann dadurch bedarfsbezogen im Lauf des BGF-Prozesses verändert werden. Der Strukturaufbau ist dann erfolgreich, wenn im Steuerungsgremium ein gemeinsames, von allen getragenes Grundverständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung – auch verknüpft mit den weiteren Bereichen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (vgl. Kap. 6.5) – entwickelt wird, eine Verständigung über die Zielsetzung erfolgt, und ein grundsätzliches Einvernehmen über das weitere Vorgehen erzielt wird. In Kleinbetrieben wird die Funktion

des Steuerungsgremiums durch regelmäßige Gespräche mit der Inhaberin oder mit dem Inhaber und ggf. weiteren betrieblichen Verantwortlichen erfüllt. Ferner kann hier die Steuerung der innerbetrieblichen Gesundheitsförderung auch auf überbetrieblicher Ebene (Branche, Innung) unterstützt werden (s. Kapitel 6.6).

3. Analyse: Ziel dieser Phase ist die Ermittlung des Handlungsbedarfs durch Erhebung der gesundheitlichen Situation im Betrieb einschließlich Risiken und Potenzialen. Für den Betrieb als Ganzes sowie die einzelnen Betriebsteile und Beschäftigtengruppen sollen die gesundheitliche Situation sowie die relevanten Belastungen und Ressourcen systematisch ermittelt werden. Hierfür bietet es sich an, zunächst die vorhandenen Erkenntnisse über die gesundheitlichen Bedingungen zusammenzutragen und gemeinsam im Steuerungsgremium auszuwerten. Datenquellen hierfür sind insbesondere Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens im Betrieb, Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung nach § 5 Arbeitsschutzgesetz, anonymisierte Fallauswertungen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 167 Abs. 2 SGB IX sowie anonymisierte Ergebnisse der arbeitsmedizinischen Vorsorge und betriebsärztlicher Tätigkeit. Weitere geeignete Analyseinstrumente zur Erfassung der gesundheitlichen Risiken und Potenziale sind u. a. Arbeitsplatzbegehungen, standardisierte Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu Arbeit und Gesundheit einschließlich Gesundheitsverhalten, Altersstrukturanalysen (Projektionen der zukünftigen Altersverteilung und des damit einhergehenden gesundheitlichen Problempanoramas im Unternehmen) sowie als beteiligungsorientierte Verfahren z. B. Arbeitssituationsanalysen und Gesundheitszirkel.

4. Maßnahmenplanung: Das Steuerungsgremium interpretiert und bewertet die gesammelten Informationen. Aus den Ergebnissen werden gemeinsam spezifische Ziele abgeleitet und in Form eines Maßnahmenplans für die einzelnen Arbeitsbereiche und Personengruppen operationalisiert. Dieser Maßnahmenplan sollte die Gestaltungspotenziale aller beteiligten Ebenen einbeziehen, dabei verhaltens- mit verhältnisbezogenen Maßnahmen kombinieren und neben der Reduzierung von Risiken auch die Stärkung von organisationalen und individuellen Schutzfaktoren für die körperliche wie auch die psychische Gesundheit vorsehen. Er bringt die Maßnahmen nach Dringlichkeit und verfügbaren Ressourcen in eine Reihenfolge und legt Verantwortlichkeiten und Fristen fest. Das Steuerungsgremium wirkt im Betrieb auf die Realisierung des Maßnahmenplans hin.

5. Umsetzung: Die vom Steuerungsgremium befürworteten Maßnahmen aus den unten definierten Handlungsfeldern (s. Kapitel 6.7 „Handlungsfelder“) werden entsprechend dem Maßnahmenplan schrittweise umgesetzt. Darüber hinaus steht es den Betrieben frei, weitere Veränderungen, die über diese Handlungsfelder hinausgehen, umzusetzen (keine Leistung der GKV).

6. Evaluation: Die Ergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung sollen ermittelt und für die Bestimmung des Handlungsbedarfs im folgenden Zyklus genutzt werden. Empfehlenswert ist die kombinierte Verwendung von prozess- und ergebnisbezogenen Indikatoren sowie von objektiven Daten und subjektiven Einschätzungen als Evaluationskriterien. Beteiligungsorientierte Methoden wie z. B. Gesundheitszirkel/-werkstätten und Arbeitssituationsanalysen sind geeignete Instrumente sowohl zur Analyse, Maßnahmenplanung und -umsetzung als auch zur Evaluation.

Prozessschrittübergreifend bilden die kontinuierliche Sensibilisierung, Partizipation und das Empowerment der Beschäftigten sowie die regelmäßige interne Öffentlichkeitsarbeit wesentliche Erfolgsfaktoren im Hinblick auf Akzeptanz und Nachhaltigkeit.

In Abhängigkeit von betrieblichen Besonderheiten sind Abweichungen von diesem Vorgehensschema möglich; allerdings muss die logische Folge von

Bedarfsanalyse, Interventionsplanung, Umsetzung und Erfolgskontrolle gewährleistet sein.

6.4 Leistungsarten und Förderkriterien

Mögliche Leistungen der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind:

- Analyseleistungen (z. B. Arbeitsunfähigkeits-, Arbeitssituations- und Altersstrukturanalysen, Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Durchführung von Workshops) zur Bedarfsermittlung
- Beratung zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen in Abstimmung mit den Vertreterinnen und Vertretern des betrieblichen und ggf. überbetrieblichen Arbeitsschutzes sowie den gesetzlichen Vertretungen der Beschäftigten (Betriebs- und Personalräte, Gleichstellungsbeauftragte, Schwerbehindertenvertretung)
- Beratung zur Ziel- und Konzeptentwicklung sowie zu allen Themen der Beschäftigtengesundheit einschließlich Unterstützungsmöglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben
- Unterstützung beim Aufbau eines Projektmanagements
- Moderation von Arbeitsgruppen, Gesundheitszirkeln und ähnlichen Gremien
- Qualifizierung/Fortbildung von Beschäftigten zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der betrieblichen Gesundheitsförderung (Prozessgestaltung und Durchführung von Maßnahmen in den BGF-Handlungsfeldern)
- Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen
- Unterstützung der internen Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit sowie
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung der Krankenkassen setzen ein finanzielles und/oder personelles Eigenengagement des Betriebes voraus.

Von der Förderung ausgeschlossen sind:

- Aktivitäten, die zu den **Pflichtaufgaben eingebundener oder anderer Akteurinnen und Akteure und Partnerinnen und Partner** gehören
- **Isolierte**, d. h. nicht in ein Gesamtkonzept eingebundene **Maßnahmen** externer Anbieterinnen und Anbieter
- **individuumsbezogene Abrechnung** von Maßnahmen
- **Forschungsprojekte** ohne Interventionsbezug
- **Screenings** ohne Interventionen aus den BGF-Handlungsfeldern
- Aktivitäten von **politischen Parteien** sowie **parteinahen Organisationen und Stiftungen**
- Aktivitäten, die einseitig **Werbezwecken** für bestimmte Einrichtungen, Organisationen oder Produkte dienen
- **Berufliche Ausbildung und Qualifizierungsmaßnahmen**, die nicht auf den Gesundheitsförderungsprozess bezogen sind
- Kosten für **Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenstände, Mobiliar, technische Hilfsmittel und persönliche Schutzausrüstung**
- Nicht leitfadenkonforme Angebote des **Betriebssports**
- Angebote, die **weltanschaulich nicht neutral** sind

Die Unterstützung von Betrieben mit Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung kann auf zwei unterschiedlichen Zugangs- und Verbreitungswegen erfolgen:

- unmittelbar durch Gesundheitsförderungsaktivitäten im Betrieb
- mittelbar durch Gesundheitsförderungsaktivitäten in betriebsübergreifenden Strukturen wie Netzwerken und Unternehmensorganisationen, durch überbetriebliche Informations- und Fortbildungsveranstaltungen, Medien (Print- und Onlineangebote) sowie betriebsübergreifende Beratungen (s. Kapitel 6.7.3 Überbetriebliche Vernetzung und Beratung)

Ausgehend von den Qualitätskriterien des Europäischen Netzwerkes für betriebliche

Gesundheitsförderung[148] sollten Krankenkassen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nur dann fördern, wenn die folgenden unternehmensseitigen Bedingungen gegeben sind bzw. die Bereitschaft besteht, sie im Laufe des Prozesses zu schaffen:

- Es existiert eine Unternehmensleitlinie zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder ein Äquivalent (in Klein-/Kleinstbetrieben: Absichtserklärung).
- Die Beschäftigten bzw. deren gewählte Vertretungen (Betriebs- bzw. Personalrat) werden am gesamten Prozess des Aufbaus und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen beteiligt.
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen basieren auf einer (möglichst regelmäßig aktualisierten) Ist-Analyse.
- Maßnahmen werden durch ein internes Gremium gesteuert; in dieses sollte der Betrieb auch den Arbeitsschutzausschuss nach § 11 des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG) einbeziehen.
- Alle Maßnahmen sind in eine regelmäßige Auswertung und Begleitung eingebunden.
- Die Ergebnisse von Maßnahmen werden dokumentiert und sind den an der BGF beteiligten Partnerinnen und Partnern zugänglich.

Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung ersetzen nicht die arbeitsschutzrechtlichen Pflichten des Arbeitgebers insbesondere nach dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG). Krankenkassen können Betrieben Hinweise zum Einbezug der Arbeitsschutzakteure geben.

Das Engagement der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung orientiert sich am Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe. Die Förderung von Maßnahmen durch Krankenkassen ist daher grundsätzlich zeitlich befristet. Betriebe sollen dazu befähigt werden, auch nach Beendigung einer GKV-Förderung die BGF nachhaltig und in eigener Verantwortung weiterzuführen, z. B. durch weitergebildete Beschäftigte als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Hierzu trägt die Möglichkeit einer bedarfsorientiert auch wiederholten Förderung von Analyse- und Beratungsleistungen bei. Auch die Einkommensteuerbefreiung für primärpräventive und gesundheitsförderliche Leistungen nach § 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz kann für die nachhaltige Verankerung betrieblicher Gesundheitsförderung genutzt werden (s. hierzu auch Kapitel 8.3 „Steuerfreie Arbeitgeberleistungen zur Förderung der Mitarbeitergesundheit“).

Die finanziellen Fördermöglichkeiten der Krankenkassen sind durch den Gesetzgeber vorgegeben. Schwerpunkte und Voraussetzungen kann die Krankenkasse in dem von diesem Leitfaden abgesteckten Rahmen selbst festlegen. Interessierte Betriebe sollen über die Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung informiert werden und eine Beratung zur Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderung erhalten; dies kann auch über die regionalen BGF-Koordinierungsstellen erfolgen. Die Förderung der Krankenkassen kann in persönlicher, sächlicher und/oder finanzieller Form erfolgen. Über die Einzelheiten wird auf Basis dieses Leitfadens vorab eine Vereinbarung zwischen der/den Krankenkasse(n) und dem Betrieb abgeschlossen. Eine nachträgliche Finanzierung bzw. Förderung von Maßnahmen ist nicht möglich (keine Abtretungserklärungen). Bei Kooperationsprojekten mit Beteiligung unterschiedlicher Krankenkassen kann der von der GKV zu finanzierende Anteil zwischen den beteiligten Krankenkassen z. B. nach Mitgliederanteil aufgeteilt werden. Krankenkassen können gegenüber nicht am BGF-Prozess beteiligten anderen Krankenkassen nachträglich keine finanziellen Forderungen geltend machen. Eine individuumsbezogene Abrechnung von verhaltenspräventiven

148 Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (1999): Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung. Essen.

Bausteinen im Rahmen der BGF mit anderen Krankenkassen ist ebenfalls ausgeschlossen.

6.5 Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Beschäftigte freiwilliger Leistungskomplex, der den gesetzlich verpflichtenden Arbeitsschutz (auf Basis des Arbeitsschutzgesetzes und des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG), des SGB VII und weiterer Gesetze[149]) und das für Arbeitgeber verpflichtende, für Beschäftigte freiwillige betriebliche Eingliederungsmanagement (§ 167 Abs. 2 SGB IX) ergänzt. Positive Auswirkungen auf die Beschäftigtengesundheit gehen auch von den freiwilligen betrieblichen Angeboten der Sucht- und Sozialberatung, des Betriebssports sowie von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie/Privatleben und Beruf aus. Soweit Betriebe solche Angebote vorhalten, sollten sie im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements verknüpft werden. Die Rentenversicherung bietet gemäß § 14 Abs. 1 SGB VI Versicherten mit besonderen gesundheitlichen Risiken, bei denen aber noch kein Rehabilitationsbedarf nach § 15 SGB VI besteht, medizinische Leistungen zur Prävention an. Diese werden überwiegend berufsbegleitend durchgeführt.

Wenn die betriebliche Gesundheitsförderung mit den weiteren für die Gesundheit in der Arbeitswelt bedeutsamen Bereichen – insbesondere dem gesetzlichen Arbeitsschutz und dem betrieblichen Eingliederungsmanagement, daneben auch bedarfsbezogen weiteren Bereichen wie z. B. Sozialberatung und Konfliktmanagement – verknüpft wird, kann sie in ein betriebliches Gesundheitsmanagement münden (s. Abb. 8).

149 Alle Regelungen zur Umsetzung des gesetzlichen Arbeitsschutzes der Beschäftigten im Betrieb unterliegen der Mitbestimmung des Betriebsrates/des Personalrates.

Betriebliches Gesundheitsmanagement beinhaltet:

- die Verankerung von Gesundheit als betriebliches Ziel und Querschnittsaufgabe in allen Leitungsfunktionen mit Hilfe von Managementstrategien
- die Abstimmung und Koordinierung der für die Gesundheit der Beschäftigten zuständigen inner- und außerbetrieblichen Dienste und Akteure sowie
- die systematische Gestaltung von gesundheitsförderlichen innerbetrieblichen Strukturen und Prozessen einschließlich der Befähigung zu gesundheitsbewusstem Verhalten[150]

Betriebliche Gesundheitsförderung besitzt zahlreiche Berührungspunkte und Schnittmengen mit dem gesetzlichen Arbeitsschutz[151] sowie dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Die einzelnen Bereiche können im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements vielfach sinnvoll miteinander verknüpft werden, wie folgende Beispiele zeigen:[152]

- Beteiligungsorientierte Analyseinstrumente (z. B. Arbeitssituationsanalyse und betriebliche Gesundheitszirkel) der betrieblichen Gesundheitsförderung können einen Beitrag zur Unterstützung des betrieblichen Arbeitsschutzes z. B. bei der Identifikation und

150 Faller, G. (Hrsg.) (2017). Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3. vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern (Hogrefe). S. 28. Bamberg; E., A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.) (2011). Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch. Göttingen u. a. (Hogrefe). S. 128 und 133; Oppolzer, A. (2010). Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit. 2. erweiterte und aktualisierte Auflage. Hamburg (VSA). S. 23 und 31. Initiative Neue Qualität der Arbeit (2014). Gesunde Mitarbeiter – gesundes Unternehmen. Eine Handlungshilfe für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Berlin. S. 10 (www.inqa.de).

151 Aufgrund des erweiterten Präventionsauftrags des Arbeitsschutzes zu den „arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit“ (§ 2 Abs. 1 ArbSchG) weist der Arbeitsschutz eine gemeinsame Schnittmenge mit der betrieblichen Gesundheitsförderung auf. Es bedarf daher konkreter Absprachen der Akteurinnen und Akteure vor Ort, um eine sinnvolle Koordination zu gewährleisten.

152 Faller, G. (Hrsg.) (2017). Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. 3. Aufl. Bern. S. 60, 62, 70 und passim.

Reduzierung physischer und psychischer Fehlbelastungen leisten.

- In Führungskräfteschulungen können Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit solchen des Arbeitsschutzes und des BEM kombiniert vermittelt werden.[153]
- Bei der Planung betrieblicher Gesundheitsförderung kann auf vorhandene Datenquellen, wie z. B. anonymisierte Fallauswertungen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 167 Abs. 2 SGB IX oder die Gefährdungsbeurteilung nach § 5 ArbSchG, zurückgegriffen werden.

153 Führungskräfte prägen durch ihr Verhalten und ihr Vorbild maßgeblich die betrieblichen Umgangsweisen mit arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und das generelle Klima des sozialen Miteinanders im Betrieb. Außer zu Themen des Arbeitsschutzes können Führungskräfteschulungen nach § 3 Abs. 2 ArbSchG daher auch zu Themen einer „gesundheitsgerechten Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern" qualifizieren.

Abb. 8: Gesundheit in der Arbeitswelt (nur gesetzlich geregelte Bereiche)

AG: Arbeitgeber
AN: Arbeitnehmer

Quelle: Eigene Darstellung

Die Verknüpfung ist eine originäre betriebliche Gestaltungsaufgabe. Bei der Initiierung und Koordinierung dieser Verknüpfungen kommt den innerbetrieblichen Arbeitsschutzakteurinnen und -akteuren – Betriebsärztin oder Betriebsarzt, Werksärztin oder Werksarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragte – über die Unterstützung des Arbeitgebers bei seinen Aufgaben im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutzes hinaus eine wichtige Funktion zu.

Kooperationen mit weiteren außerbetrieblichen Partnerinnen und Partnern können das betriebliche Gesundheitsmanagement unterstützen. So können komplementäre Informationsquellen (z. B. Daten des Betriebes, der Krankenkassen, der Unfallversicherungsträger) genutzt, Doppelarbeiten vermieden sowie das Gesundheitsmanagement ganzheitlich gestaltet werden. Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften und Unfallkassen) verfügen über hohe Kompetenzen zur Identifizierung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie zur Entwicklung und Umsetzung von Arbeitsschutzmaßnahmen einschließlich Maßnahmen zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit. Entsprechend sieht § 20b Abs. 2 SGB V bei der betrieblichen Gesundheitsförderung der Krankenkassen die Zusammenarbeit mit den zuständigen Unfallversicherungsträgern sowie mit den Landesarbeitsschutzbehörden vor. Die Grundzüge der Zusammenarbeit von Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern im Sinne eines koordinierten Vorgehens sind in den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz niedergelegt.[154] Verzahnungsmöglichkeiten der Aktivitäten bestehen z. B. bei der

- Beratung zu einem systematischen Vorgehen zu allen Themen der Gesundheit im Betrieb,
- Zusammenarbeit in Steuerungsgremien,
- Durchführung von Analysen, Risikobewertungen und Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern,
- Qualifizierung von Führungskräften und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren,
- Gestaltung von Medien, der innerbetrieblichen Öffentlichkeitsarbeit und überbetrieblicher Informationskampagnen sowie
- Betreuung von Betrieben im Rahmen von Netzwerken.

Krankenkassen und Unfallversicherungsträger sollen sich wechselseitig über ihre Vorhaben in einem Betrieb informieren. Eine eventuelle Einbindung des jeweils anderen Partners ist im Benehmen mit dem Betrieb zu klären. Bedarfsbezogen sollen Absprachen getroffen werden, wie sich die Beteiligten entsprechend ihrer gesetzlichen Zuständigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen in gemeinsame Aktivitäten einbringen.[155]

Weitere wichtige externe Kooperationspartner im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind (mit beispielhafter Nennung von möglichen Beiträgen):

- Staatlicher Arbeitsschutz
  - Information und Beratung der Betriebe zu allen Themen des Arbeitsschutzes
  - Überwachung und Kontrolle der Umsetzung der Arbeitsschutzgesetze und -verordnungen

154 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 vom Oktober 2009 (Internet: www.praevention-arbeitswelt.de); die Inhalte der Rahmenvereinbarung sind in die Bundesrahmenempfehlungen der NPK vom 29. August 2018 integriert worden.

155 Vgl. hierzu Bundesrahmenempfehlungen der NPK. In die Planung betrieblicher Gesundheitsförderung sollen Krankenkassen gemäß § 20c Abs. 1 SGB V im Einvernehmen mit dem Betrieb die Ergebnisse aus Gefährdungsbeurteilungen nach § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) – sofern vorhanden – einbeziehen und darauf bezogene Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Abstimmung mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger erbringen. Die förderfähigen Leistungen sind auf die in diesem Leitfaden beschriebenen BGF-Handlungsfelder begrenzt. Insbesondere dürfen keine Maßnahmen des technischen Arbeitsschutzes (z. B. technische Hilfsmittel, persönliche Schutzausrüstung) übernommen bzw. finanziert werden (s. auch Kapitel 6.4).

- Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
  - Präventionsleistungen (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)
  - Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Integrationsämter
  - Gestaltungsvorschläge und Zuschüsse zu behinderten- bzw. leidensgerechten Arbeitsplatzausstattungen
- Beratungsstellen in Trägerschaft von Kommunen oder Wohlfahrtsverbänden
  - Familien-, Erziehungs-, Sucht-, Schulden- und Sozialberatung
- Zivilgesellschaftliche Anbieter in der Kommune
  - Freizeit-/Breitensportangebote der Sportvereine

Zur Förderung einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme und wechselseitigen Verzahnung der von externen Partnerinnen und Partnern vorgehaltenen Leistungen sollten die oben Genannten 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.

Es ist Aufgabe der betrieblichen Führung, den gesetzlichen Arbeitsschutz[156], das betriebliche Eingliederungsmanagement und die betriebliche Gesundheitsförderung innerbetrieblich systematisch zu institutionalisieren und miteinander zu verzahnen. Krankenkassen beraten hinsichtlich einer Verzahnung und unterstützen Betriebe bei der Etablierung von innerbetrieblichen Steuerungsstrukturen als wesentliches Qualitätsmerkmal betrieblicher Gesundheitsförderung.[157]

6.6 Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben

Circa 40 % der Beschäftigten in Deutschland arbeiten in Klein- und Kleinstbetrieben mit weniger als 50 bzw. weniger als zehn Beschäftigten.[158] Klein- und Kleinstbetriebe bieten große Potenziale für die gesundheitsförderliche Weiterentwicklung von Prozessen und persönlichen Verhaltensweisen der Beschäftigten.[159] Sie weisen gegenüber großen und auch größeren mittelständischen Unternehmen eine Reihe betriebsstruktureller bzw. arbeitsprozessbezogener Besonderheiten auf, die für die Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung bedeutsam sind:

- geringere Arbeitsteiligkeit der Produktions- und Dienstleistungsprozesse
- kürzere Kommunikations- und weniger formalisierte Entscheidungswege
- häufig fehlende Belegschaftsvertretungen und Strukturen des Arbeitsschutzes
- meist flachere Hierarchien und geringere soziale Distanz zwischen Führungskräften und Mitarbeiterschaft (insbesondere in eigentümergeführten Unternehmen)

156 Für die Einschätzung ihrer internen Arbeitsschutzorganisation steht Betrieben als Selbstbewertungsinstrument der „ORGAcheck“ der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie zur Verfügung: http://www.gda-orgacheck.de/daten/gda/index.htm

157 Nach den GKV/MDS-Präventionsberichten sind Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bei Vorhandensein einer innerbetrieblichen Steuerungsstruktur inhaltlich komplexer und qualitativ anspruchsvoller als ohne eine solche Struktur: GKV-Spitzenverband und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2016). Tabellenband zum Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Essen. S. 58 f. (Download: www.gkv-spitzenverband.de ▸ Krankenversicherung ▸ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▸ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▸ Präventionsbericht).

158 Daten zur wirtschaftlichen Bedeutung von Klein- und Kleinstunternehmen in Deutschland liefert das Statistische Bundesamt www.destatis.de (Zahlen & Fakten ▸ Gesamtwirtschaft & Umwelt ▸ Unternehmen, Handwerk ▸ Kleine und mittlere Unternehmen, Mittelstand).

159 Lück, P. & P. Meisel (2020). Gesund im Kleinbetrieb. Empfehlungen für Betriebliches Gesundheitsmanagement aus einer qualitativen Befragung. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). Dresden u. a.

- damit verbunden geringere Distanz von Berufs- und Privatsphäre
- größere Flexibilitätsanforderungen
- insbesondere bei Familienbetrieben Mitarbeit ehemaliger Betriebsleiterinnen und Betriebsleiter bzw. erfahrener Fachkräfte bis ins hohe Alter

Diese Merkmale von Klein- und Kleinstunternehmen haben für die betriebliche Gesundheitsförderung teils fördernde, teils hemmende Auswirkungen. Fehlende Mitbestimmungs- und Arbeitsschutzstrukturen als mögliches Hemmnis für die Gestaltung betrieblicher Gesundheitsförderung können sehr gut durch die kürzeren Entscheidungswege in ihrer Wirkung kompensiert werden. Die Besonderheiten von Kleinbetrieben führen in der Regel dazu, dass die betriebliche Gesundheitsförderung informeller angelegt ist als in größeren Betrieben und neben dem Tagesgeschäft von nicht speziell hierfür ausgebildeten Verantwortlichen initiiert und gesteuert werden muss. Der Inhaberin oder dem Inhaber des Klein(st)betriebs kommt noch stärker als in größeren Unternehmen eine Schlüsselrolle für die Initiierung und Ausrichtung von betrieblicher Gesundheitsförderung zu. Bei der Ansprache und Motivierung sollten daher die besonderen Bedürfnisse der Inhaberin oder des Inhabers Berücksichtigung finden.

Bei Zugrundelegung dieser Rahmenbedingungen sollte der Kreis von Unternehmen, in denen krankenkassenseitig Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung finanziell oder strukturell unterstützt werden, auf diejenigen fokussiert werden, die gesundheitliche Fragen auf der Entscheider-Ebene ernst nehmen bzw. bereits begonnen haben, gesundheitliche Kriterien in die betrieblichen Abläufe zu integrieren. Eine diesbezügliche Eigeninitiative des Klein- und Kleinstbetriebs sollte erkennbar sein. Isolierte einmalige und primär von externen Akteurinnen und Akteuren getragene Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung haben sich hinsichtlich einer dauerhaften Wirksamkeit demgegenüber – unabhängig von der Betriebsgröße – nicht bewährt.

Die unmittelbare Betreuung von Klein- und Kleinstbetrieben im Rahmen der BGF erfolgt grundsätzlich wie diejenige größerer Betriebe entsprechend dem betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess mit den Schritten „Analyse“, „Maßnahmenplanung“, „Umsetzung“ und „Evaluation“. Das für die Analyse der gesundheitlichen Situation im Betrieb nutzbare Methodenrepertoire konzentriert sich bei Klein- und Kleinstbetrieben stärker auf Verfahren mit direktem Kontakt. Arbeitsunfähigkeitsanalysen von Krankenkassen und schriftliche Beschäftigtenbefragungen kommen aus Datenschutzgründen nur eingeschränkt infrage; zur Sensibilisierung können hier auch entsprechende branchenspezifische Erhebungen herangezogen werden. Daher ist in Kleinbetrieben eine Konzentration auf beteiligungsorientierte Verfahren wie z. B. Gesundheitszirkel und Gruppendiskussionen in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses sinnvoll.

Die mittelbare Betreuung auf überbetrieblicher Ebene (z. B. über Branchenverbände, Innungen, Handwerkskammern, Industrie- und Handelskammern, Kreishandwerkerschaften) ist eine gerade für Klein- und Kleinstbetriebe sinnvolle Betreuungsform, um möglichst vielen dieser Betriebe und deren Beschäftigten die Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung zu ermöglichen (vgl. hierzu Handlungsfeld „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“, Kapitel 6.7.3). Bei mittelbarer Betreuung durch überbetriebliche Vernetzung können z. B. regelmäßige Sitzungen des Steuerungsgremiums durch die Teilnahme an moderierten Projekttagen ersetzt werden. An diesen treffen sich die in betrieblicher Gesundheitsförderung aktiven Unternehmer und/oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus mehreren Kleinbetrieben der Region, um sich gegenseitig geplante oder laufende Projekte vorzustellen, Erfahrungen auszutauschen und – ggf. unter Hinzuziehung externer Expertinnen und Experten – gemeinsam die nächsten Schritte zu diskutieren.

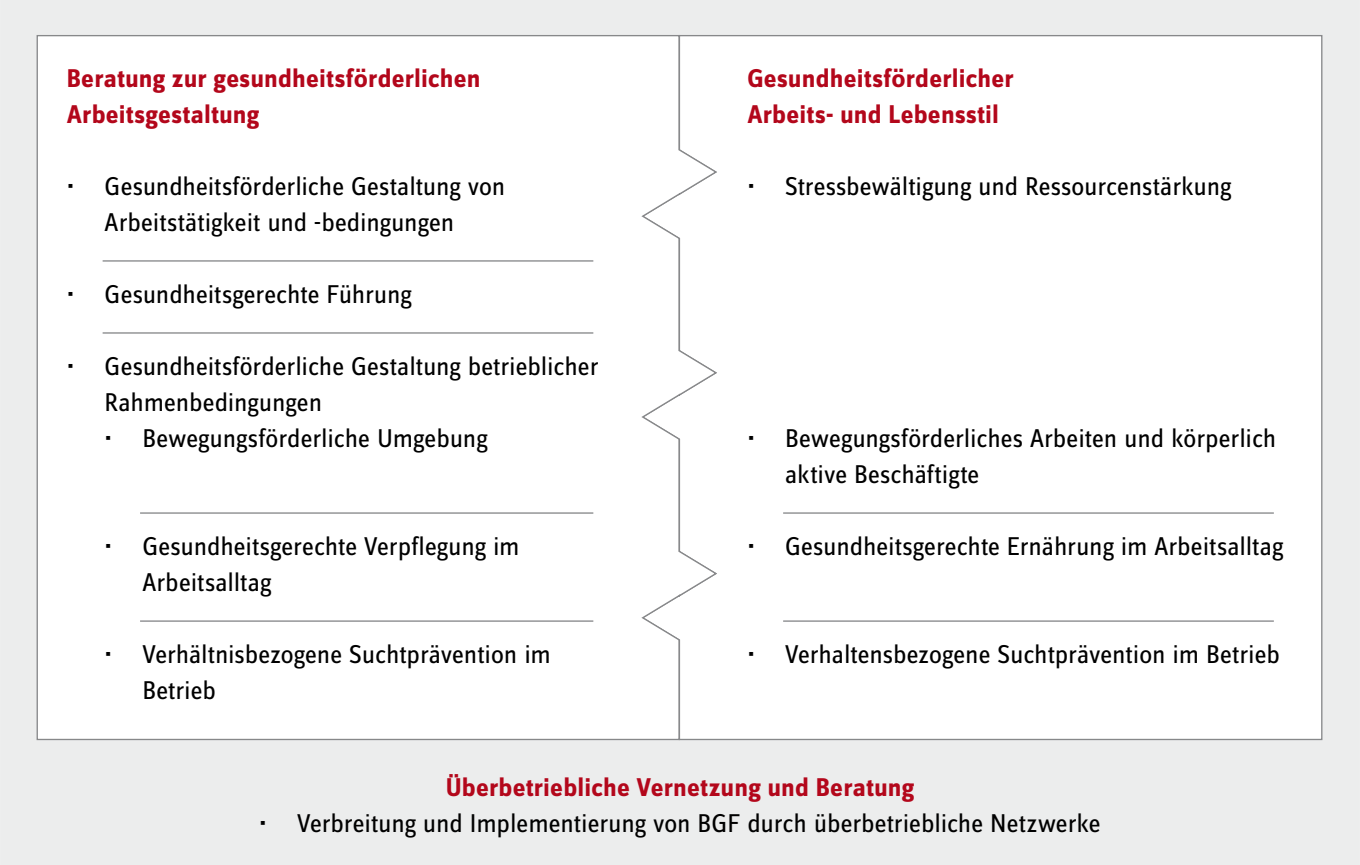
Vielfach bestehen in den Regionen auch Unternehmensnetzwerke, die den Erfahrungsaustausch organisieren sowie Lernmöglichkeiten und wechselseitige Unterstützung bei der Planung und Umsetzung von Projekten bieten. Krankenkassen unterstützen diese Netzwerke bedarfsbezogen und bieten im Einzelfall speziell für Kleinbetriebe erarbeitete Konzepte und Selbstlernmaterialien an. Diese Form der Betreuung ist auch aus Effizienzgründen sinnvoll.

Die regionalen BGF-Koordinierungsstellen nach § 20b Abs. 3 SGB V (www.bgf-koordinierungsstelle.de) stellen einen weiteren Zugangsweg für die mittelbare Betreuung von Klein- und Kleinstbetrieben durch die Krankenkassen dar und können das Interesse an und die Verbreitung von BGF unterstützen.

6.7 Handlungsfelder

Die Handlungsfelder umfassen die vor dem Hintergrund des skizzierten arbeitsweltbezogenen Belastungsspektrums möglichen Maßnahmen, die auf Grundlage detaillierter Analysen geplant und im Entscheidungsgremium (z. B. Arbeitskreis Gesundheit) beschlossen werden. Im Prozessverlauf von Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation sind die Handlungsfelder in die **Umsetzungsphase** einzuordnen (vgl. Kap. 6.3).

Abb. 9: Handlungsfelder (rot) und Präventionsprinzipien (schwarz) in der betrieblichen Gesundheitsförderung



Quelle: Eigene Darstellung

Im Rahmen dieses oben beschriebenen betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses unterstützen Krankenkassen Maßnahmen in den folgenden Handlungsfeldern (Abb. 9):

- Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung
- Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil
- Überbetriebliche Vernetzung und Beratung entsprechend den jeweils definierten Kriterien.

Die GKV setzt im Interesse hoher Wirksamkeit auf eine Kombination verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen. Mit diesen Maßnahmen unterstützen die Krankenkassen Betriebe und Beschäftigte gleichermaßen bei der Minderung gesundheitlicher Risiken und der Stärkung gesundheitlicher Ressourcen einschließlich der Stärkung gesundheitlicher Eigenverantwortung der Beschäftigten. Betriebliche Gesundheitsförderung soll auch die Bewältigung der Folgen des demografischen Wandels unterstützen und zu einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Privatleben beitragen. Alle Maßnahmen sollen die Diversität der Beschäftigten berücksichtigen und bedarfsbezogen alters-, geschlechts- sowie kultur-/migrationssensibel ausgestaltet werden.

Anbieterqualifikation:
Die Prozess- und Organisationsberatung gemäß den Schritten des Gesundheitsförderungsprozesses (Kapitel 6.3) und die Durchführung von Maßnahmen aus den BGF-Handlungsfeldern durch die oder im Auftrag der Krankenkassen erfolgt durch Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss[160] mit Kenntnissen und Fähigkeiten in Public Health bzw. betrieblicher Gesundheitsförderung und insbesondere zu den Bereichen Organisationsentwicklung, Organisationsberatung sowie Prozess- und Projektmanagement. Darüber hinaus sind Systemkenntnisse der gesetzlichen Zuständigkeiten in der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere Kenntnisse über gemeinsam abgestimmte Vorgehensweisen der Sozialleistungsträger wünschenswert. Dies gilt insbesondere für die Handlungsfelder „Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung“ (Kapitel 6.7.1) sowie „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“ (Kapitel 6.7.3).

Maßnahmen im Präventionsprinzip „Gesundheitsgerechte Führung“ sowie Maßnahmen im Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“ (z. B. Vorträge, Übungsgruppen, Seminare, Workshops, Beratungen) werden von Fachkräften mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss (s. vorhergehende Fußnote) mit dadurch belegten fachwissenschaftlichen und fachpraktischen Kompetenzen im jeweiligen Themenbereich sowie in Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt.[161]

6.7.1 Handlungsfeld Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung

Die Gestaltung der Arbeit beeinflusst das Ausmaß körperlicher und geistiger Anforderungen, die jede Tätigkeit und jeden Arbeitsplatz kennzeichnen. Zur Arbeitsgestaltung gehören außer der Ausgestaltung der Aufgabe selbst auch die Arbeitsorganisation, die Arbeitsumgebung und die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz (Abbildung 10).[162] Krankenkassen beraten Betriebe zu Möglichkeiten der Berücksichtigung gesundheitlicher Belange bei der Arbeitsgestaltung. Dabei fokussieren sie insbesondere auf die im Folgenden beschriebenen Schlüsselfaktoren der Arbeitsgestaltung zur Senkung von Gesundheitsrisiken und Stärkung von Gesundheitsressourcen. Neben eigenen Leistungen im Rahmen dieses Leitfadens weisen sie

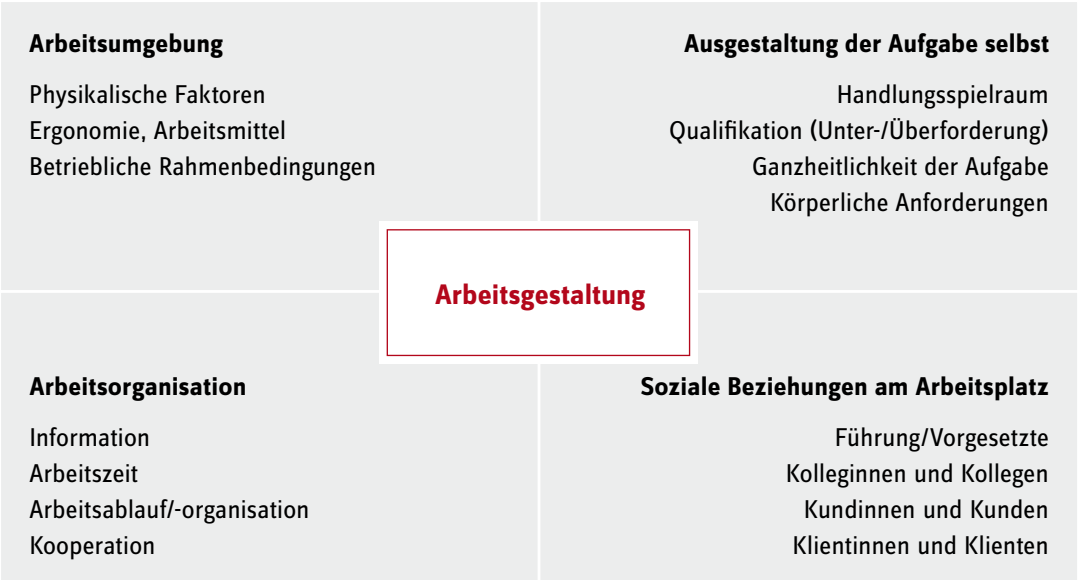
160 Durch bestandene Prüfung abgeschlossene Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf gemäß dem Verzeichnis nach § 90 BBiG oder durch bestandene Prüfung abgeschlossenes handlungsfeldbezogenes Studium an einer staatlichen Universität oder Hochschule oder einer nach § 70 HRG anerkannten Hochschule.

161 Zu den Bereichen Bewegung und fernöstliche Entspannungsverfahren vgl. die Spezifizierungen in den Kapiteln 5.4.1 und 5.4.3.

162 Schlick, C., R. Bruder & H. Luczak (2010). Arbeitswissenschaft. Heidelberg.

auf Angebote und Hilfen weiterer Zuständiger und Verantwortlicher hin.

Abb. 10: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung (Themen)



Quelle: Eigene Darstellung

Präventionsprinzip: Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen

▶ **Bedarf:**
Eine ungünstige Arbeitsgestaltung kann zu Fehlbeanspruchungen – verbunden mit betrieblichen und gesellschaftlichen Folgekosten – führen. Die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen bildet daher einen wichtigen Ansatzpunkt für Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung.

Nach der repräsentativen Beschäftigtenbefragung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und des Bundesinstituts für berufliche Bildung 2012 werden von Beschäftigten vor allem psychische Faktoren im betrieblichen Umfeld als subjektiv belastend empfunden. 52 % der Beschäftigten geben an, „häufig" unter starkem Termin- und Leistungsdruck zu arbeiten und 34 % der Befragten fühlen sich dadurch stark belastet. Auch Multitasking gehört zu den Faktoren, die von den Beschäftigten als stark oder sehr stark belastend wahrgenommen werden. Außerdem stellen Arbeitsunterbrechungen mit 44 % „häufig" für Betroffene eine hohe Anforderung dar, die von 26 % der Befragten als belastend beschrieben wird.[163] Neben psychischen Anforderungen aus Arbeitsinhalt und -gestaltung ist auch die Arbeitszeitorganisation ein wichtiger gesundheitlicher Einflussfaktor: So können z. B. überlange Arbeitszeiten und Schichtarbeit zu einem Mangel

163 Lohmann-Haislah, A. (2012). Stressreport Deutschland. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin u. Dresden. S. 35-37.

an Erholungsmöglichkeit und einer Akkumulation von Ermüdung führen, die sich in der verbleibenden Ruhezeit nicht mehr ausgleichen lässt. Personen mit überlangen Arbeitszeiten weisen ein um 37 % erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf.[164]

Die heutige Arbeitswelt ist zudem durch ständige Veränderungsprozesse gekennzeichnet. Dabei spielen nicht nur große Restrukturierungsmaßnahmen eine Rolle, sondern auch viele kleine Veränderungen, die den Arbeitsalltag prägen. Im Stressreport 2012 gaben 42 % der Erwerbstätigen an, von Reorganisationen in den letzten zwei Jahren betroffen gewesen zu sein. Veränderungsprozesse gehen häufig mit steigenden Anforderungen an die Beschäftigten einher und führen zu unterschiedlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Je mehr Veränderungen stattfinden, desto mehr Beschäftigte fühlen sich „weniger gut oder schlecht".[165]

Seit den 1990er-Jahren wird – bis ca. 2006 – ein Anstieg der psychischen Belastungen in der Arbeitswelt vermerkt; seither ist eine Stabilisierung auf hohem Niveau eingetreten.[166] Wichtige Themen einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung sind neben den arbeitsbezogenen Anforderungen im engeren Sinne auch die Qualität der sozialen Beziehungen zu Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzten am Arbeitsplatz sowie die Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben.[167]

Das integrierte Belastungs- und Beanspruchungskonzept stellt mit den Begriffen „Belastung", „Beanspruchung", „Handlungsregulation" und „Beanspruchungsfolgen" einen einheitlichen disziplinübergreifenden begrifflichen Bezugsrahmen für die Erforschung der Auswirkungen von Arbeitsbelastungen auf die menschliche Gesundheit bereit: Unter psychischen Belastungen ist „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse [zu verstehen], die von außen auf einen Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken". Davon unterschieden ist der Begriff der psychischen Beanspruchung definiert als „die unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden oder augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien".[168] Die psychische Beanspruchung ist das Resultat der bewussten und unbewussten Verarbeitung der Belastung.

Psychische Belastungen in der Arbeitswelt führen nicht zwangsläufig zu psychischen oder körperlichen Erkrankungen; Belastungen sind untrennbar mit jeder Art Arbeit verbunden und nicht per se krankmachend. Sie besitzen vielmehr auch positive Auswirkungen wie Aktivierung und Lernförderung. Problematisch werden sie, wenn sie im Organismus zu Fehlbeanspruchungen führen. Stress stellt – neben psychischer Ermüdung und ermüdungsähnlichen Zuständen wie Monotonie – eine solche Fehlbeanspruchung in Reaktion auf unterschiedliche äußere Einwirkungen (Stressoren) dar. Die Stressreaktion bildet das Bindeglied zwischen äußeren Belastungen und körperlichen und psychischen Erkrankungen. Sie wird definiert

164 Kang, M. Y.; H. Park; J. Seo, D. Kim, Y.H. Lim, S. Lim. S.H. Cho & Y.C. Hong (2012). Long Working Hours and Cardiovascular Disease: a Metaanalysis of Epidemiologic Studies. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 54 (5). S. 532 – 537. Wirtz, A. (2010). Gesundheitliche und soziale Auswirkungen langer Arbeitszeiten. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund.

165 Initiative Gesundheit und Arbeit (2012). iga.Fakten 4. Restrukturierung: Gesunde und motivierte Mitarbeiter im betrieblichen Wandel. Berlin und Essen (www.iga-info.de ▸ Veröffentlichungen).

166 Lohmann-Haislah, A. (2012). Stressreport Deutschland. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden. S. 35–37.

167 Kroll, L., S. Müters & N. Dragano (2011). Arbeitsbelastungen und Gesundheit. Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg.) GBE kompakt 2 S. 5. Lohmann-Haislah, A. (2012). Stressreport Deutschland. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden. S. 51.

168 DIN EN ISO 10075-1. Ergonomic principles related to mental work load.

als „unangenehm empfundener Zustand, der von der Person als bedrohlich, kritisch, wichtig und unausweichlich erlebt wird“[169]. Anders als im alltäglichen Sprachgebrauch sind z. B. Zeitdruck und Hektik nicht per se bereits Stress bzw. stressend. Vielmehr soll mit dem Begriff Stress „die Erfahrung eines drohenden oder realen Verlusts der Handlungskontrolle der arbeitenden Person in einer sie herausfordernden Situation“[170] zum Ausdruck gebracht werden. Das Ausmaß der von den Stressoren ausgehenden Fehlbeanspruchung wird durch die subjektive Bewertung (neutral, herausfordernd, bedrohend) sowie die Verfügbarkeit von Ressourcen – z. B. Handlungsspielraum, soziale Unterstützung, Anerkennung, Erholung – moderiert.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat in einer systematischen Literaturanalyse die für die psychische Gesundheit der Beschäftigten zentralen Schlüsselfaktoren der Arbeitsgestaltung ermittelt.[171] Insbesondere die Faktoren „Tätigkeitsspielraum“, „quantitative Anforderungen/Arbeitsintensität“, „Anteil von Emotionsarbeit“, „Führungsverhalten von Vorgesetzten“ sowie „Länge und Verteilung der Arbeitszeit“ weisen konsistente Zusammenhänge mit der psychischen Gesundheit von Beschäftigten auf und sollten daher – wenn sie im konkreten Fall gesundheitlich nachteilige Ausprägungen aufweisen – bei Beratungen zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung berücksichtigt werden.

▶ **Wirksamkeit:**
Als wirksam haben sich ganzheitliche Prozesse erwiesen, die analysebasiert auf eine Optimierung der Arbeitsbedingungen und des individuellen Verhaltens (siehe auch Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, Kapitel 6.7.2.) abzielen. Solche Programme beinhalten, neben ergonomischen und arbeitsorganisatorischen Veränderungen, Maßnahmen zur Personalentwicklung, eine verbesserte Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln und verhaltensbezogene Maßnahmen. Die aktive Beteiligung von Beschäftigten im Rahmen von Optimierungs- und Entscheidungsprozessen verbessert die Akzeptanz und die Wirksamkeit der Intervention.[172]

▶ **Zielgruppe:**
- alle Beschäftigten im Unternehmen, fokussierte Berücksichtigung von Beschäftigtengruppen mit besonderen Belastungen

▶ **Ziel der Maßnahme:**
- Gestaltung gesundheitsgerechter Arbeit und Arbeitsbedingungen
- Balance zwischen Anforderung und Ressourcen, Einsatz der Beschäftigten entsprechend ihren individuellen Stärken und Ressourcen
- beschäftigtenorientierte Gestaltung von Veränderungsprozessen (Erhalt der Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter)

169 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (20105). Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben. Dortmund. S. 13.

170 Siegrist, J. & N. Dragano (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen Bundesgesundheitsblatt. Jg. 51. S. 305–312, hier: S. 305. Die Stressoren versetzen den Organismus über eine Ausschüttung von Hormonen und die Aktivierung des autonomen Nervensystems in Alarmbereitschaft. Erfolgt kein Abbau über Muskelarbeit, wirkt die Stressreaktion als körperlicher und psychischer Spannungszustand fort. Chronischer Stress kann langfristig zu körperlichen und psychischen Krankheiten führen.

171 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2017). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wissenschaftliche Standortbestimmung. Dortmund. Insbesondere S. 85–87. Das Spektrum der berücksichtigten Indikatoren für die psychische Gesundheit der Beschäftigten reicht von subjektivem psychischen Wohlbefinden bzw. Befindensbeeinträchtigungen und Motivation bis zu psychischen Störungen wie Depression und Angst.

172 Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung ist aufbereitet in: Pieper, C. & S. Schröer unter Mitarbeit von J. Haupt und I. Kramer (2015). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006–2012. iga. Report 28. Essen. insbes. S. 32 und 61; sowie für die Jahre 2000–2006: Sockoll, I.; I. Kramer & W. Bödeker (2008). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Iga.Report 13. Essen. insbes. S. 63–66 (Download: http://www.iga-info.de ▸ Veröffentlichungen ▸ iga.Reporte).

Einflussreiche Arbeitsstressmodelle:
Insbesondere die folgenden wissenschaftlichen Modelle haben zur Aufklärung der Zusammenhänge zwischen arbeitsbedingten psychosozialen Stressoren und körperlichen und psychischen Erkrankungen bedeutende Beiträge geleistet:[173]

- Das **Anforderungs-Kontrollmodell** nach R. Karasek und T. Theorell: Stressauslösend ist danach vor allem die Kombination von hohen psychischen Anforderungen mit niedrigem Handlungsspielraum bei der Arbeit. Umgekehrt können ausreichende Handlungs- und Entscheidungsspielräume – in späteren Veröffentlichungen der Autoren wird auch auf die Wirkung sozialer Unterstützung eingegangen – vor negativen gesundheitlichen Folgen hoher psychischer Belastungen schützen.
- Die **Handlungs-Regulationstheorie** nach W. Hacker: Sie thematisiert die Auswirkungen der unmittelbaren Arbeitsbedingungen, insbesondere der Arbeitsaufgaben und ihrer Ausführbarkeit. Gesundheitsförderlich sind danach Arbeitsbedingungen, die anspruchsvolle Aufgaben mit Autonomie in der Arbeitstätigkeit kombinieren. Die Theorie betont die stressauslösende Wirkung von Komplikationen des Handlungsvollzugs (Störungen, Unterbrechungen bei der Arbeit) in Kombination mit hohen Anforderungen.
- Das **Modell beruflicher Gratifikationskrisen** nach J. Siegrist: In diesem Modell wird „Arbeitsstress" als Folge eines Ungleichgewichts von hoher beruflicher Verausgabung (Anforderungen, Belastungen) mit niedrigen Belohnungen (Gratifikationen in Gestalt von Geld, Sicherheit, beruflichem Aufstieg und Anerkennung) verstanden.

Die genannten Modelle benennen Belastungskonstellationen mit erhöhten Risiken für körperliche und psychische Erkrankungen sowie die moderierende Wirkung von eigenständigen arbeitsbezogenem Regulationschancen, sozialer Unterstützung und Belohnungen.

Die in den Modellen verwendeten Konstrukte von „Arbeitsstress" wurden in zahlreichen prospektiven Studien auf ihre Vorhersagekraft für das Auftreten körperlicher und psychischer Erkrankungen in der Folgezeit getestet. Die zusammenfassenden Übersichtsarbeiten über die Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass das Risiko der unter Stress bei der Arbeit leidenden Beschäftigten für die Entwicklung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung oder psychischen Störung, beispielsweise einer Depression oder Angststörung, in einem zehnjährigen Beobachtungszeitraum nach der überwiegenden Mehrzahl dieser Studien beim eineinhalb bis zweifachen des Wertes von Nichtbetroffenen liegt. Die Zusammenhänge waren bei Männern – insbesondere im mittleren Erwachsenenalter – gegenüber Frauen stärker ausgeprägt.[174]

173 Vgl. zum Folgenden zusammenfassend mit weiteren Nachweisen: Schröer, A. & R. Sochert (2012). Gesundheitszirkel seit 25 Jahren erfolgreich. Die BKK Nr. 11. S. 464-471, hier: S. 466f.

174 Bödeker, W. & I. Barthelmes (2011). Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Berufe mit hoher Krankheitslast in Deutschland. Synopse des wissenschaftlichen Kenntnisstandes und ergänzende Datenanalysen. iga.Report 22. Essen und Berlin. S. 39-41, 53.

▶ **Inhalt:**

- betriebsspezifische Beratung zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen der Arbeitsgestaltung Analyse des unternehmensspezifischen Arbeitsunfähigkeitsgeschehens und der Arbeitssituation unter ganzheitlichen Aspekten
- analysebasierte Maßnahmenplanung und -umsetzung (zur Optimierung der Arbeitsbedingungen) sowie Koordination von Bewertungs- und Entscheidungsprozessen
- Evaluation der Maßnahmen

▶ **Methodik:**

- Initiierung und nachhaltige Implementierung von Strukturen und Prozessen der Gesundheitsförderung
- Entwicklung und Umsetzung ganzheitlicher unternehmensspezifischer BGF-Konzepte (siehe vorherige Ausführungen zu „Inhalt")
- Einbindung der Beschäftigten durch vertiefende Analysen, z. B. Beschäftigtenbefragungen, Moderation von Arbeitssituationsanalysen und Gesundheitszirkeln, Durchführung von Interviews usw.
- Verzahnung mit Maßnahmen zu einem gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstil (s. Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil", Kapitel 6.7.2)
- bei Bedarf Schulung von Peer-Mentorinnen und -Mentoren (Fürsprecherinnen und Fürsprecher für Beschäftigte z. B. in multikulturellen Arbeitsteams, für sozial benachteiligte Beschäftigtengruppen), Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Führung

▶ **Bedarf:**

Führungskräfte werden in der betrieblichen Gesundheitsförderung zunehmend als diejenigen Akteure identifiziert, die erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Beschäftigten haben – im positiven wie im negativen Sinne. Dabei ist die Tätigkeit von Führungskräften selbst in der Regel mit hohen Anforderungen verbunden. Nach dem „Stressreport 2012" der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sind die von Führungskräften am häufigsten genannten Anforderungen „Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit", „starker Termin- und Leistungsdruck" und die „gleichzeitige Betreuung verschiedenartiger Aufgaben" stärker als bei nachgeordneten Beschäftigten verbreitet. Diese Anforderungen werden umso häufiger genannt, je größer die Führungsspanne ist. Auch berichten Führungskräfte häufiger als nachgeordnete Beschäftigte über eine Verwischung der Grenzen zwischen Arbeits- und Privatsphäre, insbesondere durch Wochenendarbeit und lange Arbeitszeiten.[175]

Führungskräfte besitzen aber auch erheblichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit, die Motivation und die Gesundheit der unterstellten Beschäftigten. Führungskräfte können als Vorbilder, als Gestaltende der Arbeitsbedingungen – hinsichtlich Arbeitsorganisation, Zeit- und Leistungsdruck, Entscheidungs- und Handlungsspielräume, Konflikt- und Problembewältigung, soziale Unterstützung – sowie durch wertschätzendes Verhalten Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten nehmen. Positive Führung arbeitet nach salutogenen Prinzipien (Transparenz, Vermittlung von Sinn u. a.), fördert Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, bietet soziale Unterstützung und Anerkennung, ist team-, mitarbeiter- und ressourcenorientiert. In Bezug auf eine Belegschaft, die im Schnitt immer älter wird und eine größere Varianz (Altersspanne) aufweist, wird zunehmend eine auf Diversität achtende, vorurteilsfreie Führung notwendig, um ein spannungsfreies Arbeiten in altersgemischten Teams zu begleiten.[176]

175 Lohmann-Haislah, A. (2012). Stressreport Deutschland. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden. S. 42, 59 und125.

176 Vgl. Friedrichs, M. et al. (2011). iga-Barometer 3. Welle 2010: Einschätzungen der Erwerbsbevölkerung zum Stellenwert der Arbeit, zum Gesundheitsverhalten, zum subjektiven Gesundheitszustand und zu der Zusammenarbeit in altersgemischten Teams. iga.Report 21. Berlin und Essen. (Download: http://www.iga-info.de ▸ Veröffentlichungen ▸ iga.Reporte).

Führungskräfte sind nicht immer in ihrer Führungskompetenz ausgebildet bzw. verfügen nicht immer über ausreichendes Wissen zu den Zusammenhängen zwischen eigenem Verhalten und der Motivation und Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Oftmals ist kränkendes oder unzureichendes Führungsverhalten Ausdruck von Überforderung, mangelndem Wissen über Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit oder fehlenden unterstützenden Rahmenbedingungen im Unternehmen.[177]

Bei ganzheitlichen BGF-Prozessen kommt Führungskräften somit aufgrund ihres Einflusses auf die Arbeitsbedingungen sowie die gesundheitlich relevanten Verhaltensweisen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Schlüsselposition zu. Sie bedürfen zugleich einer besonderen Unterstützung, da sie aufgrund ihrer „Sandwich-Position"[178] selbst besonders beansprucht sind. Ihre aktive Mitwirkung ist daher entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung der Gesundheitsförderung in den Betrieben.

▶ Wirksamkeit:

Eine schwedische Längsschnittstudie verdeutlicht die positiven gesundheitlichen Auswirkungen eines Führungsverhaltens, das gekennzeichnet ist durch Wertschätzung, Klarheit von Aufgaben und Rollenerwartungen, Information und Feedback, Begleitung bei der Bewältigung von Veränderungsprozessen und Förderung einer aktiven Beteiligung der Beschäftigten: Je höher diese Führungsmerkmale aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgeprägt waren, umso geringer war das Risiko für akute Herz-Kreislauf-Erkrankungen.[179] Auch der oben zitierte „Stressreport 2012" belegt, dass das Führungsverhalten stark mit Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfähigkeit der unterstellten Beschäftigten assoziiert ist. Wichtige gesundheitsförderliche Führungsmerkmale sind u. a. offene Kommunikation, soziale Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Gewährung von Mitbestimmungsmöglichkeiten und Handlungsspielräumen sowie Anerkennung und Wertschätzung.[180] Gesundheitsförderliches Führungsverhalten hat auch positive Auswirkungen auf die persönlichen gesundheitlichen Verhaltensweisen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.[181]

▶ Zielgruppe:

- alle Führungskräfte eines Unternehmens
- Führungskräfte mit erhöhter Stressbelastung
- Führungskräfte, bei deren unterstellten Beschäftigten eine erhöhte Arbeitsunzufriedenheit und/oder ein erhöhter Krankenstand besteht
- mittelbar alle Beschäftigten

▶ Ziel der Maßnahme:

Mit den Maßnahmen werden bedarfsbezogen gesundheitsförderliche Prozesse auf der Ebene des Betriebs, der Führungspraxis sowie des persönlichen Gesundheitsverhaltens der Führungskräfte angestrebt:

Systemisch: Führungskultur im Unternehmen

- Gestaltung von Rahmenbedingungen (z. B. Mitarbeiteranzahl im Verantwortungsbereich, Zeitressourcen für Führungsaufgaben, Weiterbildung) zur Ermöglichung eines gesundheitsgerechten Führungsverhaltens

177 Vgl. auch Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2014). Fachkonzept Führung und psychische Gesundheit. Berlin.

178 Deutsche Gesellschaft für Personalführung e. V. (2011). Psychische Beanspruchung von Mitarbeitern und Führungskräften, Düsseldorf.

179 Nyberg, A., L. Alfredsson, T. Theorell, H. Westerlund, J. Vahtera & M. Kivimäki (2009). Managerial Leadership and Ischaemic Heart Disease Among Employees: The Swedish WOLF Study. Occupational and Environmental Medicine, 66 (1) S. 51 – 55.

180 Badura, B., A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (2011). Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin. Gregersen, S., S. Kuhnert, A. Zimber & A. Nienhaus (2011). Führungsverhalten und Gesundheit – Zum Stand der Forschung. Das Gesundheitswesen. Jg. 73. S. 3 – 12.

181 Franke, F. & J. Felfe (2011). Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership". In: Badura, B., A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (2011). Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin. S. 3–13.

- Befähigung zur gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeit (z. B. Vermeidung von Störungen und Unterbrechungen, Bearbeitung von kontraproduktiven Schnittstellen, Abbau von starkem Termin- und Zeitdruck und die Verminderung von gleichzeitiger Betreuung verschiedenartiger Aufgaben, Gewährung ausreichender Handlungsspielräume, Anpassung von Qualifikation an die Anforderungen der Tätigkeit, Organisation sozialer Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen sowie Führungskräfte), wobei die Berücksichtigung von Merkmalen der Vielfalt/Diversität – insbesondere von Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund – eingeschlossen sind
- Befähigung zu einer wertschätzenden Kommunikation mit Beschäftigten
- Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Kommunikation im Team: Schaffung von Strukturen (z. B. regelmäßige Teambesprechungen), Festlegung von Informationsabläufen, Schaffung von Beteiligungsmöglichkeiten, Pausenregelungen, Angebot von Begegnungsräumen
- Schaffung von Routinen für den Umgang mit aus langer Krankheit oder Abwesenheit zurückkehrenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und für die Unterstützung von suchtkranken, behinderten oder leistungsgeminderten/-gewandelten Beschäftigten

Führungsverhalten: Kompetenz „Gesundheit“ ausbauen

- Sensibilisierung der Führungskräfte für Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und dem Wohlbefinden, den psychophysischen Belastungen, den Ressourcen und der Gesundheit der Mitarbeiter
- Förderung der Selbstreflexions- und Introspektionsfähigkeit bei Führungskräften
- Entwicklung eines an den Beschäftigten orientierten und gesundheitsgerechten Kommunikations- und Führungsstils
- Reduzierung psychischer Fehlbelastungen auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Aufbau von Ressourcen zur Erhöhung von Zufriedenheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz

Persönliches Gesundheitsverhalten und Vorbildfunktion

- Stärkung gesundheitsfördernder Ressourcen bei den Führungskräften
- gesundheitsgerechtes Bewegungs-, Ernährungs-, Stressbewältigungsverhalten, Vermeidung bzw. Reduzierung des Konsums von Suchtmitteln
- ausgeglichene Lebensführung unter Berücksichtigung von Arbeit und Privatleben
- Entfaltung der Vorbildfunktion und Impulsgebung für Gesundheitsförderung bei den unterstellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

▶ **Inhalt:**

- Informationen über Zusammenhänge zwischen Führungsverhalten einerseits und psychischer Belastung, Ressourcen, Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten andererseits
- Reflexion führungsrelevanter Einstellungen und des eigenen Führungsverhaltens im Hinblick auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Wirkung der Ressource „Wertschätzende Unternehmenskultur“ vertiefen und Einflussmöglichkeiten durch das Führungsverhalten entwickeln
- Entwicklung von Strategien zur gesundheitsförderlichen und alternsgerechten Arbeitsorganisation, einer an den Beschäftigten orientierten Kommunikation und Gesprächsführung auch zur Verbesserung des Umgangs mit belasteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder bei Konflikten am Arbeitsplatz
- Einübung und Transfer dieser Strategien in den betrieblichen Alltag
- Erprobung und Übung instrumenteller, kognitiver und palliativ-regenerativer Strategien zum Umgang mit eigenen Belastungen, insbesondere in schwierigen Führungssituationen

- Beratung der unternehmensintern Verantwortlichen zur Stärkung der gesundheitsgerechten Führungskultur

▶ **Methodik:**

- Systematische und strukturierte Programme, in der Regel in Gruppen
- Bezugnahme auf die jeweils konkreten betrieblichen Bedingungen
- Verknüpfung mit Aktivitäten in weiteren Handlungsfeldern und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen
- „Führungswerkstatt": moderierte Gruppengespräche zum Erfahrungsaustausch untereinander und zur Selbstreflexion der teilnehmenden Führungskräfte
- praktische Einübung von Gesprächs- und Stressmanagementstrategien
- Anleitungen für einen Transfer dieser Strategien in den Führungsalltag

Präventionsprinzip: Gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen

Außer durch Maßnahmen der Arbeitsgestaltung und Führung wird die Gesundheit der Beschäftigten auch durch betriebliche Rahmenbedingungen, wie z. B. Bewegungs- und Erholungsmöglichkeiten im Betrieb, Verpflegungsangebote im Arbeitsalltag, Regelungen zum Suchtmittelkonsum, Angebot von Ruheräumen bzw. Rückzugsmöglichkeiten, beeinflusst. Krankenkassen können Betriebe bei der gesundheitsförderlichen Gestaltung der genannten Rahmenbedingungen sowie bedarfsbezogen zu weiteren Themen unterstützen.

a) Bewegungsförderliche Umgebung

▶ **Bedarf:**

Über 25 % aller Arbeitsunfähigkeitstage treten infolge von Muskel- und Skeletterkrankungen auf, der Schwerpunkt liegt bei den Dorsopathien. Rücken- und Nackenschmerzen sind ein sehr häufig auftretendes Phänomen, das fast die gesamte Bevölkerung betrifft. Risiken für diese Beschwerden resultieren sowohl aus physischen Einflüssen (z. B. langes Sitzen, Heben und Tragen von Lasten) als auch aus psychosozialen Faktoren (z. B. mangelnde soziale Unterstützung, niedriger Handlungsspielraum).[182] Der in der modernen Arbeitswelt verbreitete Bewegungsmangel infolge körperlicher Inaktivität und langer Sitzzeiten ist auch für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie für Diabetes mellitus Typ 2 ein wichtiger Risikofaktor (vgl. Abschnitt „Bewegungsgewohnheiten" im Rahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention, Kapitel 5.4.1).

▶ **Wirksamkeit:**

Ergonomische, bewegungsfreundliche Arbeitsplatzgestaltung sowie regelmäßige körperliche Aktivität bei der Arbeit und in der Freizeit tragen dazu bei, Krankheitsrisiken insbesondere für das Muskel-Skelett-System nachhaltig zu reduzieren. Als wirksam haben sich multifaktoriell angelegte Programme erwiesen, die auf die Gestaltung der Arbeitsumgebung und eine Kombination ergonomischer Optimierungen, arbeitsorganisatorischer Veränderungen und die Nutzung von technischen Hilfsmitteln abheben sowie das individuelle Verhalten beeinflussen. Die Beteiligung der Beschäftigten an allen programmrelevanten Entscheidungsprozessen verbessert die Akzeptanz und die Wirksamkeit der Intervention. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung sind Regelmäßigkeit und Verstetigung sowie geringe Zugangsbarrieren z. B. durch aufsuchende Maßnahmendarbietung am oder nahe am Arbeitsplatz. Rein edukative Maßnahmen zur Information und Wissensvermittlung sind hingegen ineffektiv.[183]

182 Initiative Gesundheit und Arbeit (2010). iga.Fakten 2 – Starke Muskeln, gesunde Knochen – beweglich bleiben im Beruf. S. 8 (Download: http://www.iga-info.de ▸ Veröffentlichungen ▸ iga.Fakten).

183 Pieper, C. & S. Schröer unter Mitarbeit von J. Haupt und I. Kramer (2015). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006-2012. In iga. Report 28. Essen. insbesondere S. 61f. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand der Jahre 2000-2006 ist aufbereitet in: Sockoll I., I. Kramer & W. Bödeker (2008). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000-2006. Iga.Report 13. Essen, Dresden, Bonn, Siegburg. S. 53 und 55 (Download: http://www.iga-info.de ▸ Veröffentlichungen ▸ iga.Reporte).

▶ **Zielgruppe:**
- betriebliche Entscheidungsträgerinnen und -träger
- mittelbar alle Beschäftigten

▶ **Ziel der Maßnahme:**
- bewegungsförderliche betriebliche Umgebung zur Förderung von Bewegung am Arbeitsplatz und Reduzierung bzw. Unterbrechung langer Sitzzeiten

▶ **Inhalt:**
- Initiierung bewegungsförderlicher Gestaltung betrieblicher Räumlichkeiten, z. B. Bewegungsräume, gesicherte Fahrradstellplätze, Umkleiden
- Initiierung betrieblicher Gruppenaktivitäten (Betriebssportgruppen, Organisation gezielter Ausgleichsaktivitäten wie z. B. „Aktivpausen", „Treppe statt Aufzug", „Mit dem Rad zur Arbeit")
- Aufbau von Kooperationen mit Anbieterinnen und Anbietern (gesundheits-)sportlicher Maßnahmen (einschließlich digitaler Gesundheitsförderungsangebote)

▶ **Methodik:**
- Analyse der Bewegungssituation
- Beratung/Schulung betrieblicher Entscheidungsträgerinnen und -träger
- betriebliche Informations- und Motivationskampagnen

Die Schaffung gesundheitsgerechter betrieblicher Bedingungen sollte mit begleitenden präventiven Angeboten zur Verhaltensmodifikation und Unterstützung eines gesundheitsgerechten Lebensstils kombiniert werden (s. Handlungsfeld Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Kapitel 6.7.2).

b) Gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag

▶ **Bedarf:**

Die Ernährung hat eine zentrale Bedeutung sowohl für die Erhaltung der Gesundheit als auch für die Entstehung bestimmter Krankheiten. Nach den Ergebnissen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2008–2011, vgl. Kapitel 5.4.2) ist fast ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung – 23,9 % der Frauen, 23,3 % der Männer – fettleibig (adipös = BMI ≥ 30), was mit einem stark erhöhten Risiko für Diabetes mellitus Typ 2, Stoffwechselstörungen, Bluthochdruck etc. einhergeht. Insgesamt 67 % der Männer und 53 % der Frauen im Alter zwischen 18 und 80 Jahren sind übergewichtig, wobei mit dem Alter der Anteil der Übergewichtigen zunimmt.[184] Rund 36 % der Männer und 31 % der Frauen überschreiten den Richtwert der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für die tägliche Energiezufuhr bei mittlerer körperlicher Aktivität.[185] Die gesundheitsfördernde Funktion der Verpflegung im Arbeitsalltag wird maßgeblich von der ernährungsphysiologischen Qualität des Speisenangebots bestimmt.

▶ **Wirksamkeit:**

Eine bedarfsgerechte, ausgewogene Ernährung während des Arbeitstages trägt zum Wohlbefinden und zur Leistungsfähigkeit der Beschäftigten bei. Sie trägt dadurch auch zur Vermeidung/Verringerung ernährungsmitbedingter Krankheiten wie z. B. Adipositas, Diabetes mellitus, Stoffwechselstörungen, Bluthochdruck etc. bei.[186]

184 Mensink, G.B.M., Schienkiewitz, A., Haftenberger, M. & Lampert, T. (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt (56) H. 5/6. S. 786–794.

185 Initiative Gesundheit und Arbeit (2012). iga.Fakten 3. Gesund leben – auch am Arbeitsplatz. Möglichkeiten der betrieblichen Prävention von lebensstilbezogenen Erkrankungen. Berlin und Essen. S. 5. (Download: http://www.iga-info.de ▸ Veröffentlichungen ▸ iga.Fakten).

186 Trapp, U., A. Bechthold & M. Neuhäuser-Berthold (2004). Ernährungsmanagement. In: Meifert, M.T. & M. Kesting. Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Berlin. S. 217–233.

Einflussfaktoren auf das Ernährungsverhalten während des Arbeitstages sowie auf die Inanspruchnahme eines betrieblichen Verpflegungsangebots sind:

- sensorische Qualität der Speisen, Vielfältigkeit des Angebots, Möglichkeit zur individuellen Zusammenstellung von Menükomponenten
- ernährungsphysiologische Qualität der angebotenen Speisen
- Preisgestaltung
- Aspekte der Nachhaltigkeit, z. B. regionale und saisonale Lebensmittel, Produkte aus ökologischer Landwirtschaft
- Präsentation und Ausgabe der Speisen, geschultes Ausgabepersonal sowie Begleitmedien
- Gestaltung des Betriebsrestaurants (Ambiente), Nähe zum Arbeitsplatz
- Pausenregelungen, flexible Verfügbarkeit des Verpflegungsangebots

Durch Optimierung der o. g. betrieblichen Einflussfaktoren kann das Ernährungsverhalten der Beschäftigten während des Arbeitstages und auch darüber hinaus positiv beeinflusst werden. Programme, die verhältnis- und verhaltenspräventive (vgl. Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil", Kapitel 6.7.2) Maßnahmen kombinieren, zeigen die größten Effekte. Solche Interventionen erwiesen sich in mehreren Untersuchungen noch erfolgreicher in Kombination mit Programmen zur Gewichtskontrolle. Den Ergebnissen eines Reviews zufolge schwankt der Prozentsatz der Effekte hinsichtlich der Umsetzung eines gesundheitsbewussten Ernährungsverhaltens, die durch Ernährungsinterventionen erreicht und aufrechterhalten wurden, im Zeitraum von sechs Monaten bis zu einem Jahr zwischen 30 und 65 %.[187]

187 Initiative Gesundheit und Arbeit (2012). iga.Fakten 3. Gesund leben – auch am Arbeitsplatz. Möglichkeiten der betrieblichen Prävention von lebensstilbezogenen Erkrankungen. Berlin und Essen. S. 12. (Download: http://www.iga-info.de ▸ Veröffentlichungen ▸ iga.Fakten).

▶ Zielgruppe:

- Kantinenleitung und -mitarbeiterinnen und -mitarbeiter
- Führungskräfte
- mittelbar alle Beschäftigten

In Abhängigkeit von den betrieblichen Rahmenbedingungen (z. B. Betriebsgröße, Art und Schwere der ausgeübten Tätigkeiten – körperlich anstrengend versus sitzend – in der Belegschaft vertretende Nationalitäten, Vorkommen von Schichtarbeit etc.) sind zielgruppenspezifische Angebote sinnvoll, z. B. für:

- Nachtarbeiterinnen und Nachtarbeiter
- Diabetikerinnen und Diabetiker
- Muslimische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Vegetarierinnen und Vegetarier

▶ Ziel der Maßnahme:

- Ausrichtung des Verpflegungsangebots einschließlich Flüssigkeitsversorgung (Kantinen-, Pausen- und Meetingverpflegung, ggf. auch externe Angebote) an den D-A-CH-Referenzwerten[188] und dem DGE-Qualitätsstandard für die Betriebsverpflegung[189] sowie an Bedarf und Bedürfnissen der Beschäftigten

▶ Inhalt:

- Ausrichtung der Betriebsverpflegungsangebote an den aktuellen Ernährungsempfehlungen und dem DGE-Qualitätsstandard für die Betriebsverpflegung
- Optimierung der Essensausgabeverfahren zur Erhöhung der Wahlmöglichkeiten und Verkürzung der Wartezeiten
- Abstimmung der Öffnungszeiten der Verpflegungseinrichtungen auf die Bedürfnisse und Arbeitszeiten der Beschäftigten (z. B. bei Schicht- und Wochenendarbeit)

188 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Österreichische Gesellschaft für Ernährung e. V., Schweizerische Gesellschaft für Ernährung e. V., (Hrsg.) (2015). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 2. Auflage 1. Ausgabe Bonn.

189 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2015). DGE-Qualitätsstandard für die Betriebsverpflegung. 4. Auflage. 1. korrigierter Nachdruck. Bonn. (www.jobundfit.de).

- bedarfsgerechte, ansprechende Gestaltung des Betriebsrestaurants und der Sozialräume
- Ausschluss eines Alkoholangebots im Rahmen der Betriebsverpflegung
- Informationen über gesundheitsgerechte Verpflegungsmöglichkeiten bei Betrieben ohne Gemeinschaftsverpflegung

▶ **Methodik:**

- Analyse der bestehenden Verpflegungssituation im Betrieb (inkl. Speiseplananalyse)
- Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Erhebung der Verpflegungssituation z. B. durch Beschäftigtenbefragungen
- Verbesserung der bestehenden Verpflegungssituation z. B. durch Angebot und optimierte Darbietung gesundheitsförderlicher Lebensmittel („Healthy Choices") oder Einführung einer nährstoffoptimierten Menülinie
- Beratungen (z. B. zum Aufbau eines Netzwerks zur Betriebsverpflegung oder zur Schaffung eines angenehmen Ambientes in der Verpflegungseinrichtung)
- Informations- und Motivationskampagnen (bspw. interne Öffentlichkeitsarbeit, Screenings, Ernährungsberatung)
- Schulungen (z. B. des Küchenpersonals) zur Umsetzung der aktuellen Ernährungsempfehlungen und des DGE-Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung

Die Schaffung gesundheitsgerechter betrieblicher Bedingungen sollte mit begleitenden präventiven Angeboten zur Verhaltensmodifikation und Unterstützung eines gesundheitsgerechten Lebensstils kombiniert werden (s. Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil", Kapitel 6.7.2).

c) Verhältnisbezogene Suchtprävention im Betrieb

▶ **Bedarf:**

Suchtmittelkonsum beeinträchtigt im beruflichen Kontext die individuelle Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Arbeitssicherheit und -qualität (s. hierzu auch Kapitel 5.4.4 Suchtmittelkonsum). Dabei spielen unterschiedliche Rausch- und Suchtmittel eine Rolle, wobei der Konsum von Tabak, Alkohol und Medikamenten sowohl im Hinblick auf die quantitative Verbreitung als auch im Hinblick auf die gesundheitlichen Folgen von besonderer Bedeutung ist: Rauchen ist in Deutschland die häufigste vermeidbare Einzelursache für Invalidität und den frühzeitigen Tod. Jährlich sterben 100.000 bis 120.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Rauchen ist Hauptrisikofaktor für:

- zahlreiche Krebserkrankungen
- Herzinfarkt und Schlaganfälle
- chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Lungenemphysem

Passivraucherinnen und Passivraucher erleiden – wenn auch in geringerem Ausmaß und seltener – die gleichen akuten und chronischen Gesundheitsschäden wie Raucher.

Epidemiologische Daten belegen ferner den Umfang von riskantem, missbräuchlichem und abhängigem Alkoholkonsum in Deutschland: Bei 7,3 Mio. Menschen in der Altersgruppe von 18 bis 64 Jahren besteht z. B. ein riskanter Alkoholkonsum, davon haben ca. 1,6 Mio. Menschen einen missbräuchlichen Konsum und bei 1,8 Mio. der Gesamtzahl liegt ein Abhängigkeitssyndrom vor.[190] Diese Werte sind im Wesentlichen auf den betrieblichen Bereich übertragbar.

Daneben steht eine Vielzahl von Erkrankungen im Zusammenhang mit einem schädlichen Alkoholkonsum (alkoholassoziierte Erkrankungen). Während die betriebliche Problematik eines starken Alkoholkonsums offensichtlich ist,

190 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014). Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich. S. 9-20.

werden die Wirkungen eines verhältnismäßig geringeren Alkoholkonsums auf z. B. Feinmotorik und Konzentrationsfähigkeit auch in der betrieblichen Öffentlichkeit oft unterschätzt. Betriebliche Maßnahmen müssen daher auf eine Kultur der Punktnüchternheit („Null Promille am Arbeitsplatz") ausgerichtet sein.

Der Medikamentenmissbrauch hat in Deutschland in den letzten 15 Jahren erheblich zugenommen. Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) gibt es ca. 1,5 Mio. Medikamentenabhängige in Deutschland, wobei von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist. In diesem Zusammenhang zeigt sich in den letzten Jahren auch ein wachsender Trend zu einer verstärkten Einnahme von leistungssteigernden Mitteln („Hirndoping", „Neuroenhancement")[191] zur vermeintlich besseren Bewältigung von Anforderungen des Arbeitsalltags. Darüber hinaus konsumieren in Deutschland hochgerechnet etwa 283.000 Erwachsene im Alter von 18–64 Jahren missbräuchlich die illegalen Drogen Cannabis, Kokain oder Amphetamine.

▶ Wirksamkeit:
Maßnahmen auf der organisatorischen Ebene, wie z. B. Alkohol- und Rauchverbote, reduzieren den Suchtmittelkonsum während der Arbeitszeit erheblich. Beim Thema Alkohol, Medikamente und illegale Drogen ist ein zentrales Element die sogenannte konstruktive Konfrontation, also die Thematisierung des Problems durch eine Vorgesetzte oder einen Vorgesetzten, welche in erster Linie die Vermittlung von internen oder externen Hilfsangeboten zum Ziel hat.

▶ Zielgruppe:
- Führungskräfte
- Betriebs- und Personalräte
- Fachkraft für Arbeitssicherheit
- Betriebsärztin und Betriebsarzt, Werksärztin und Werksarzt
- mittelbar alle Beschäftigten

▶ Ziel der Maßnahme:
- Schaffung von Rahmenbedingungen für einen bewussten und sensiblen Umgang mit Suchtmitteln sowie Punktnüchternheit bei der Arbeit
- Reduktion des Tabakkonsums bzw. vollständiger Rauchverzicht bei rauchenden Beschäftigten
- kein bzw. risikoarmer/geringer Alkoholkonsum im Alltag (s. a. Grenzwerte in Kapitel 5.4.4, Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums)

▶ Inhalt:
Bestandteile von Programmen zur Suchtprävention sind:[192]
- Erarbeitung von Führungsleitlinien zum Suchtmittelkonsum mit Regeln und Kommunikationsangeboten zum Umgang mit „Verstößen"
- Schulung von Führungskräften und anderen betrieblichen Entscheidern zum Umgang mit (suchtmittel-)auffälligen Beschäftigten
- Information und Beratung zu strukturellen Interventionen bezüglich des Suchtmittelkonsums (z. B. Dienstvereinbarungen, arbeitsorganisatorische Maßnahmen, betriebliche Rauchverbote, Abbau von Zigarettenautomaten, Einschränkungen des Zigarettenverkaufs im Betrieb etc.) einschließlich Beratung zur betriebsinternen Kommunikation und Mediation

191 Kowalski, H. (2013). Neuroenhancement – Gehirndoping am Arbeitsplatz. In: Badura, B., A. Ducki et al. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft. Heidelberg. S. 27–34, hier: S. 32.

192 Anleitungen für betriebliche Suchtpräventionsprogramme: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2011). Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe. 2. aktualisierte und ergänzte Aufl. Hamm (Internet: www.dhs.de ▸ Arbeitsfelder ▸ Arbeitsplatz); BARMER GEK & Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2010). Alkohol am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Führungskräfte. Wuppertal und Hamm; Fachverband Sucht e. V. und Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (Hrsg.) (2013). Suchtprobleme in Klein- und Kleinstbetrieben – Ein praxisorientierter Leitfaden für Führungskräfte. Bonn und Karlsruhe. (www.sucht.de ▸ Veröffentlichungen).

- Ausrichtung eines attraktiven nicht alkoholischen Getränke-Angebots in der Betriebsverpflegung
- Förderung einer alkoholfreien Betriebskultur („Null Promille am Arbeitsplatz"), Stärkung der Vorbildrolle der Vorgesetzten und Kollegen
- Maßnahmen zur Organisations- und Personalentwicklung zur Verbesserung von Unternehmenskultur, Führungsstil, Betriebsklima und Arbeitszufriedenheit (z. B. Schulung in Gesprächsführung von Führungskräften und Personalvertreterinnen und -vertretern, Klimagruppen, Zufriedenheitszirkel)

▶ **Methodik:**

- Beratung der Betriebsverantwortlichen bei der Schaffung einer betrieblichen Struktur zur Suchtprävention und -hilfe sowie Aufbau von Kooperationsbeziehungen mit externen Einrichtungen der Suchthilfe und -prävention sowie Selbsthilfekontaktstellen

Die Schaffung gesundheitsgerechter betrieblicher Bedingungen sollte mit begleitenden präventiven Angeboten zur Verhaltensmodifikation und Unterstützung eines gesundheitsgerechten Lebensstils kombiniert werden (s. Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil", Kapitel 6.7.2).

6.7.2 Handlungsfeld Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil

Das generelle Ziel von verhaltensbezogenen Interventionen besteht darin, negative Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit aufgrund von chronischen beruflichen Belastungen sowie persönlichen Risiken bzw. Risikoverhaltensweisen zu vermeiden oder zu reduzieren. Diese Interventionen müssen in ein umfassendes Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach der in Kapitel 6.3 beschriebenen Vorgehensweise eingebunden werden. Wirksame Maßnahmen richten sich sowohl auf die Gestaltung der objektiven Bedingungen bei der Arbeit („Verhältnisse": insbesondere Arbeitszeit, -umgebung, -aufgaben, -organisation, Information und Partizipation sowie soziales Miteinander, siehe Handlungsfeld „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung", Kapitel 6.7.1) als auch auf die Stärkung individueller Bewältigungskompetenzen durch verhaltensbezogene Interventionen („Verhalten"). Als besonders effektiv haben sich Interventionsstrategien erwiesen, die verhältnis- und verhaltensbezogene Angebote kombinieren.[193]

Verhaltensbezogene Interventionen in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind den Präventionsprinzipien:

- Stressbewältigung und Ressourcenstärkung
- Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
- Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
- Suchtprävention im Betrieb

zugeordnet. Leistungen gemäß diesen Präventionsprinzipien sind auf die Reduzierung der wichtigsten Risikofaktoren epidemiologisch besonders bedeutsamer Erkrankungen gerichtet (s. a. Kapitel 5.2 dieses Leitfadens). Sie werden in der Regel in Gruppen oder in digitaler Form durchgeführt und sollten im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten auch für Beschäftigte mit Behinderung nutzbar sein.

Zur Vorbereitung ist die Sensibilisierung der Belegschaft für einen gesundheitsgerechten Arbeits- und Lebensstil möglich, beispielsweise durch die Durchführung von Gesundheitstagen/-aktionen, auch mit Erstellung individueller Gesundheitsprofile (z. B. Status von Muskelkraft, Beweglichkeit, Ernährungs-, Stoffwechsel- und Stressparameter).

Die seitens der Krankenkassen förderfähigen Leistungen können zur Stärkung von Kontinuität und Nachhaltigkeit mit Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung, die durch

193 Ducki, A. (2013). Betriebliche Interventionsansätze zur Bekämpfung psychischer Erkrankungen und zur Förderung psychischer Gesundheit. In: GKV-Spitzenverband und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg.). Präventionsbericht 2013. Berlin und Essen. S. 24f.

Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber finanziert sind, kombiniert werden. Hierzu können Krankenkassen Betrieben Hinweise auch zur Nutzung der Bestimmungen nach § 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz (EStG, vgl. Kapitel 8.3 dieses Leitfadens) geben.

Präventionsprinzip: Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

In Kombination mit verhältnisbezogenen Maßnahmen (s. Präventionsprinzipien „Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen" sowie „Gesundheitsgerechte Führung", Kapitel 6.7.1) ist bedarfsbezogen insbesondere für Beschäftigte mit Stressbelastung, die lernen wollen, damit sicherer und gesundheitsbewusster umzugehen, sowie für Beschäftigte mit spezifischen Belastungsprofilen (z. B. Beschäftigte im Schichtdienst, Auszubildende, Außendienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter etc.) ein begleitendes Angebot an verhaltenspräventiven Maßnahmen gemäß folgenden Kriterien sinnvoll:

- Vermittlung und praktische Einübung von Selbstmanagement-Kompetenzen in Bereichen wie systematisches Problemlösen, Zeitmanagement und persönliche Arbeitsorganisation
- Vermittlung von Methoden zur Ressourcenstärkung, insbesondere kognitive Umstrukturierung zur Einstellungsänderung, positive Selbstinstruktion, Stärkung der Achtsamkeit, Resilienz, Balance von Berufs- und Privatleben sowie deren praktische Einübung
- Vermittlung und praktische Einübung von Entspannungsverfahren wie Autogenes Training und Progressive Relaxation, Hatha-Yoga, Tai-Chi und Qigong
- Vermittlung von Selbstbehauptungs- und sozialkommunikativen Kompetenzen
- Anleitungen für Übungen außerhalb der Trainingssitzungen

Auch Bewegungsangebote (s. Präventionsprinzip „Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte") können Stressbelastungen moderieren.

Präventionsprinzip: Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte

In Kombination mit verhältnisbezogenen Maßnahmen (s. Handlungsfeld „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung", Präventionsprinzip „Gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen, a) Bewegungsförderliche Umgebung") kommen arbeitsplatzbezogene verhaltensorientierte Gruppenverfahren sowie digitale Angebote zur Vermittlung von Wissen und zum Aufbau von Handlungskompetenzen zur Bindung an eigenständig durchgeführte körperliche Aktivität, auch zur Vermeidung bzw. Reduzierung langer Sitzzeiten, sowie zur Bewältigung von Belastungen und Beschwerden des Bewegungsapparats gemäß folgenden Kriterien in Betracht:

- Vermittlung von Wissen und Aufbau von Handlungskompetenzen zur Vorbeugung von bewegungsmangelbedingten und durch Fehlbeanspruchungen induzierten Beschwerden und Erkrankungen
- Anleitung zur Bewältigung von Schmerzen und Beschwerden im Bereich des Muskel- und Skelettsystems
- Beratung und soziale Unterstützung zur Aufnahme und Verstetigung eigenständiger körperlicher Aktivitäten mit dem Ziel, physische und psychosoziale Gesundheitsressourcen zu stärken
- Hinweis auf Sportangebote, z. B. im Rahmen des Betriebssports sowie primärpräventive Kursangebote nach Kapitel 5.4.1 dieses Leitfadens

Die Maßnahmen richten sich an alle Beschäftigten, insbesondere Beschäftigte, die vorwiegend sitzend tätig sind, Beschäftigte mit einseitiger oder hoher Belastung, bewegungsarmen Tätigkeiten bzw. mit bereits vorhandenen Beschwerden des Bewegungsapparats sowie Beschäftigte aus betrieblichen Bereichen mit individuellen und/oder arbeitsplatzbedingten Chronifizierungsrisiken.

Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag

In Kombination mit verhältnisbezogenen Maßnahmen (s. Präventionsprinzip „Gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag") ist bedarfsbezogen ein begleitendes Angebot an verhaltensbezogenen (Gruppen-) Beratungen (z. B. zur Gewichtsreduktion, Ernährung bestimmter Berufsgruppen) gemäß den folgenden Kriterien sinnvoll:

- Information und Motivation der Belegschaft zu einer gesundheitsförderlichen Ernährungsweise sowie zur Reduzierung ungesunder Ernährungsweisen (z. B. durch Aktionswochen, Informationskampagnen)
- Sensibilisierung der Belegschaft für einen gesundheitsgerechten Ernährungsstil im Rahmen von Gesundheitstagen/-aktionen, auch durch Erstellung individueller Gesundheitsprofile (z. B. Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Metabolisches Syndrom)
- Erhöhung der Akzeptanz und Inanspruchnahme bedarfsgerechter gesundheitsfördernder Verpflegungsangebote
- Stärkung der Motivation und Handlungskompetenz der Beschäftigten zu einer eigenverantwortlichen Umstellung auf eine individuell bedarfsgerechte Ernährung
- Verhaltenspräventive Maßnahmen z. B. zur Vermeidung/Reduzierung von Übergewicht sowie von Mangel- und Fehlernährung gemäß den Kriterien des individuellen Ansatzes (Kapitel 5.4.2)

Präventionsprinzip: Verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb

In Kombination mit den im Präventionsprinzip „Verhältnisbezogene Suchtprävention im Betrieb" definierten verhältnisbezogenen Maßnahmen der Suchtprävention kommen verhaltenspräventive Maßnahmen der Suchtprävention gemäß den folgenden Kriterien in Betracht:

- Informationsangebote zu allen suchtrelevanten Themen für die Beschäftigten
- Sensibilisierung der Belegschaft zu Suchtgefahren und ihrer Verhütung
- Stärkung der Motivation zur bedarfsbezogenen Nutzung von Angeboten der Suchtprävention
- Beratung zu, Vermittlung und Durchführung von betrieblichen Angeboten zur Tabakentwöhnung, zum gesundheitsgerechten Alkoholkonsum sowie zu weiteren Suchtmitteln
- ggf. Hinweise auf Angebote und Einrichtungen der Suchthilfe und Selbsthilfekontaktstellen/-gruppen

6.7.3 Handlungsfeld Überbetriebliche Vernetzung und Beratung

Präventionsprinzip: Verbreitung und Implementierung von BGF durch überbetriebliche Netzwerke

▶ **Bedarf:**
Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden überwiegend in großen oder mittleren Unternehmen angeboten, die selbst über die hierfür nötigen Ressourcen verfügen.[194] Klein- und Kleinstbetriebe besitzen insofern einen besonderen Unterstützungsbedarf.[195] Neben der individuellen Beratung von Betrieben und deren Unterstützung bei der Analyse und Verbesserung der gesundheitlichen Situation im Betrieb gewinnt in diesem Zusammenhang die überbetriebliche Betreuung im Rahmen von Netzwerken und Gemeinschaftsberatungen zunehmend an Bedeutung.

194 Sczesny, C., S. Keindorf, P.J. Droß & G. Jasper (2014). Kenntnisstand von Unternehmen und Beschäftigten auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in KMU. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden. S. 31. Während nach Daten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) 10 % der Kleinstbetriebe mit bis zu 5 Beschäftigten Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung anbieten, trifft dies auf über 73 % der Betriebe ab 100 Beschäftigten zu.

195 Siehe in diesem Leitfaden Kapitel 3.2 Ziele für die betriebliche Gesundheitsförderung Nr. 3: „Die Zahl der durch überbetriebliche Beratung und Vernetzung erreichten Betriebe mit bis zu 49 Beschäftigten ist erhöht."

Netzwerke sind zeitlich relativ stabile Gruppen, die sich aus Netzwerkpartnerinnen und -partnern (z. B. Unternehmensvertreterinnen und -vertretern, regionalen Akteuren usw.) zusammensetzen und sich nach innen hin auf bestimmte Ziele und Aufgaben sowie Regeln der Zusammenarbeit verständigen. Netzwerke können in einer niedrigschwelligen Form v. a. solche Betriebe für betriebliche Gesundheitsförderung sensibilisieren, motivieren und unterstützen, die (noch) nicht über ausreichende interne Ressourcen für die Organisation von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen verfügen. Im Rahmen von Netzwerken können Betriebe ihren eigenen Stand in der Gesundheitsförderung mit der Praxis in anderen Betrieben bzw. der eigenen Branche oder auch branchenübergreifend vergleichen und von den Erfahrungen anderer profitieren. Außer durch überbetriebliche Netzwerke können Informationen zur betrieblichen Gesundheitsförderung auch in Kooperationen mit Arbeitgeberverbänden, Gewerkschaften und anderen Organisationen, wie z. B. Innungen, Handwerkskammern, Wirtschaftsfachverbänden, Branchenverbänden und Industrie- und Handelskammern, vermittelt werden. Gesetzliche Krankenkassen können gemeinsam mit diesen Kooperationspartnerinnen und -partnern Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen für Betriebe durchführen. Hier bieten sich auch gemeinsame Aktivitäten der verschiedenen Sozialversicherungsträger an, um Betriebe „aus einer Hand“ über die trägerspezifischen Angebote zu Gesundheitsthemen zu informieren.

Ziel ist es, Betriebe zu erreichen und diese niedrigschwellig für betriebliche Gesundheitsförderung zu sensibilisieren und zu motivieren. Hieraus können dann weiterführende Maßnahmen, sowohl in Form von Netzwerkaktivitäten als auch betrieblichen Projekten (vgl. Handlungsfelder „Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung“, Kapitel 6.7.1 und „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, Kapitel 6.7.2) erwachsen.

Wirksamkeit:
Die Arbeit in Netzwerken stellt einen wirksamen ergänzenden Ansatz zur Sensibilisierung von Unternehmen für alle Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie für die Verbreitung guter Praxis dar. Mit diesem niedrigschwelligen Ansatz können bislang noch nicht erreichte Gruppen von Unternehmen wirksam angesprochen werden. Netzwerke stärken und fördern die Bereitschaft von betrieblichen Entscheidern, in entsprechende Maßnahmen zu investieren, insbesondere dann, wenn erkannt wird, dass andere Unternehmen sich erfolgreich in diesem Feld engagieren. Unterstützend wirkt zudem, wenn der Nutzen eines solchen Engagements für wettbewerblich relevante Ziele der Unternehmenspolitik sichtbar wird.

Der informelle Austausch und der Zugang zu informellem Erfahrungswissen initiieren Lernprozesse in Organisationen und fördern die Eigenverantwortung der betrieblichen Entscheider. Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften und Organisationen, wie z. B. Innungen, Handwerkskammern, Wirtschaftsfachverbände, Branchenverbände und Industrie- und Handelskammern, können ihre Mitglieder aufgrund ihres jeweiligen Auftrages auch in Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichen. Netzwerkansätze tragen zu einer Steigerung des Wirkungsgrades betrieblicher Gesundheitsförderung in der Erreichung von Betrieben bei.

Zielgruppe:
- Betriebliche Akteure mit Entscheidungs- und/oder interner Multiplikationsfunktion
- Vertretungen der Bereiche Personalwirtschaft und Unternehmensleitung/Betriebs- und Personalräte/innerbetrieblicher Arbeitsschutz u. a.
- Akteurinnen und Akteure auf überbetrieblicher Ebene mit Entscheidungs- und/oder interner und externer Multiplikationsfunktion
- Vertreterinnen und Vertreter u. a. aus den Institutionen der Sozialversicherungen sowie andere Akteurinnen und Akteure aus

Bereichen der sozialen Sicherheit/staatlichen Einrichtungen
- Vertretungen, die im Auftrag von Gruppen von Unternehmen handeln können (wie z. B. Wirtschaftsfachverbände, Industrie- und Handelskammern, Innungen, Branchenverbände u. a.)
- Akteure, die größere Gruppen von Unternehmen erreichen können (wie z. B. Banken und Versicherungen/Wirtschaftsförderungsagenturen u. a.)
- Mittelbar v. a. kleine und mittelständische Betriebe sowie Betriebe in bislang wenig erreichten Branchen/Bereichen der Arbeitswelt

Ziel der Maßnahme:
- Schaffung von niedrigschwelligen Zugängen zu informellem BGF-Erfahrungswissen
- Erreichung, Sensibilisierung und Motivierung von kleinen und mittleren Unternehmen für Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie des Arbeitsschutzes und des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) (vgl. Abb. 8)
- Stärkung der Bereitschaft von Entscheiderinnen und Entscheidern sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene, in die Verbreitung guter Praxis zu investieren
- Erreichung von Unternehmen und überbetrieblichen Akteurinnen und Akteuren, die mit anderen Mitteln nicht aktiviert werden können
- höhere Verbreitung guter Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt
- Stärkung des unternehmenspolitischen Stellenwertes der betrieblichen Gesundheitsförderung
- Transparenz über die Angebote der verschiedenen Sozialversicherungsträger (Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung) zu Themen der Mitarbeitergesundheit
- Förderung der übergreifenden Zusammenarbeit von Trägern einschließlich des Arbeitsschutzes und des BEM

Inhalt:
- Initiierung, Organisation und Begleitung von Netzwerken, deren Mitglieder Betriebe sind
- Initiierung, Organisation und Begleitung von Netzwerken, deren Mitglieder überwiegend überbetriebliche Akteurinnen und Akteure sind (insbesondere für die Zielgruppe der KMU relevant)
- Entwicklung und Förderung der Infrastruktur für Netzwerke auf lokaler und regionaler sowie auf Landes- und Bundesebene
- Gewinnung von Netzwerkmitgliedern und Netzwerkpartnerinnen und -partnern, insbesondere mit Multiplikationsfunktion
- begleitende Öffentlichkeitsarbeit
- Identifizierung von handlungsleitenden Prioritäten für den Austausch und Organisation des Austausches
- Entwicklung von geeigneten Angeboten für die Sensibilisierung/Informationsverbreitung, die in gemeinsamer Kooperation durchgeführt werden

Methodik:
- Analyse und Identifizierung von potenziell geeigneten und erreichbaren Organisationen für eine Partnerschaft auf überbetrieblicher Ebene, die bestimmte Gruppen von Unternehmen ansprechen können
- Konzeptentwicklung einschließlich der Definition der Zielgruppe und der Ausrichtung des Netzwerkes
- gemeinsame Entwicklung von niedrigschwelligen Angeboten für die Sensibilisierung
- Entwicklung von Methoden, die Lernprozesse in Gruppen unterstützen
- verschiedene Methoden der internen und externen Kommunikation
- Vermittlung von Inhalten rund um das Thema BGF und dessen Umsetzung in der Praxis
- Durchführung von Informationsveranstaltungen

7. Digitale Prävention und Gesundheitsförderung

Vorbemerkung: Mit diesem Kapitel entwickelt der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkassen den Leitfaden Prävention für das zunehmend bedeutsame Feld digitaler Prävention und Gesundheitsförderung weiter. Die Erkenntnisse aus der Anwendung der nachstehenden Regelungen werden – zusätzlich zu der für den gesamten Leitfaden Prävention geltenden kontinuierlichen Weitentwicklung (vgl. hierzu Kapitel 2.2) – in Hinblick auf spezifischen Anpassungsbedarf reflektiert und die Regelungen bedarfsbezogen weiterentwickelt. Dies trägt auch dem dynamischen Fortschritt in diesem Bereich Rechnung. Auch Erkenntnisse aus etwaigen modellhaften Erprobungen der Krankenkassen (vgl. Kapitel 5.2) zur Förderung weiterer innovativer digitaler Ansätze fließen in diese Weiterentwicklung ein.

Es werden die gesetzlichen Grundlagen (7.1) einschließlich einer Abgrenzung digitaler Prävention und Gesundheitsförderung von Leistungen nach § 33a SGB V beschrieben. Die Kennzeichen und Formate digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention finden sich in Kapitel 7.2.

In Kapitel 7.3 werden die Handlungsfelder übergreifenden Förderkriterien für digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote beschrieben. Spezifische Erläuterungen dazu sind ebenso wie handlungsfeld-bzw. präventionsprinzip-spezifische Kriterien im Dokument „Kriterien zur Zertifizierung digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote“[196] aufgeführt, welches dieses Kapitel ergänzt.

7.1 Gesetzliche Grundlagen

7.1.1 Regelungen nach § 20 Abs. 4 SGB V

Die digitale Prävention und Gesundheitsförderung stellt eine Erweiterung der Angebote und Vorgehensweisen in den drei Bereichen „Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention“ (§ 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V), „Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ nach § 20a SGB V (§ 20 Abs. 4 Nr. 2 SGB V) sowie der „betrieblichen Gesundheitsförderung“ nach § 20b SGB V (§ 20 Abs. 4 Nr. 3 SGB V) dar. Es gelten damit die in den Kapiteln 4.1, 5.1 und 6.1 im Leitfaden Prävention genannten und erläuterten Gesetzesregelungen.

Digitale Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne des Leitfadens Prävention hat wie alle anderen Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen das Ziel, Krankheitsrisiken zu verhindern und vermindern sowie selbstbestimmtes gesundheitsorientiertes Handeln der Versicherten zu fördern.[197]

7.1.2 Abgrenzung zu § 33a SGB V

Von Leistungen nach § 20 SGB V abzugrenzen sind digitale Gesundheitsanwendungen (DIGA) nach § 33a Abs. 1 SGB V, die mit dem „Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG“ vom 9. Dezember 2019 eingeführt wurden. Nach § 33a SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer „[…] die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen […]“

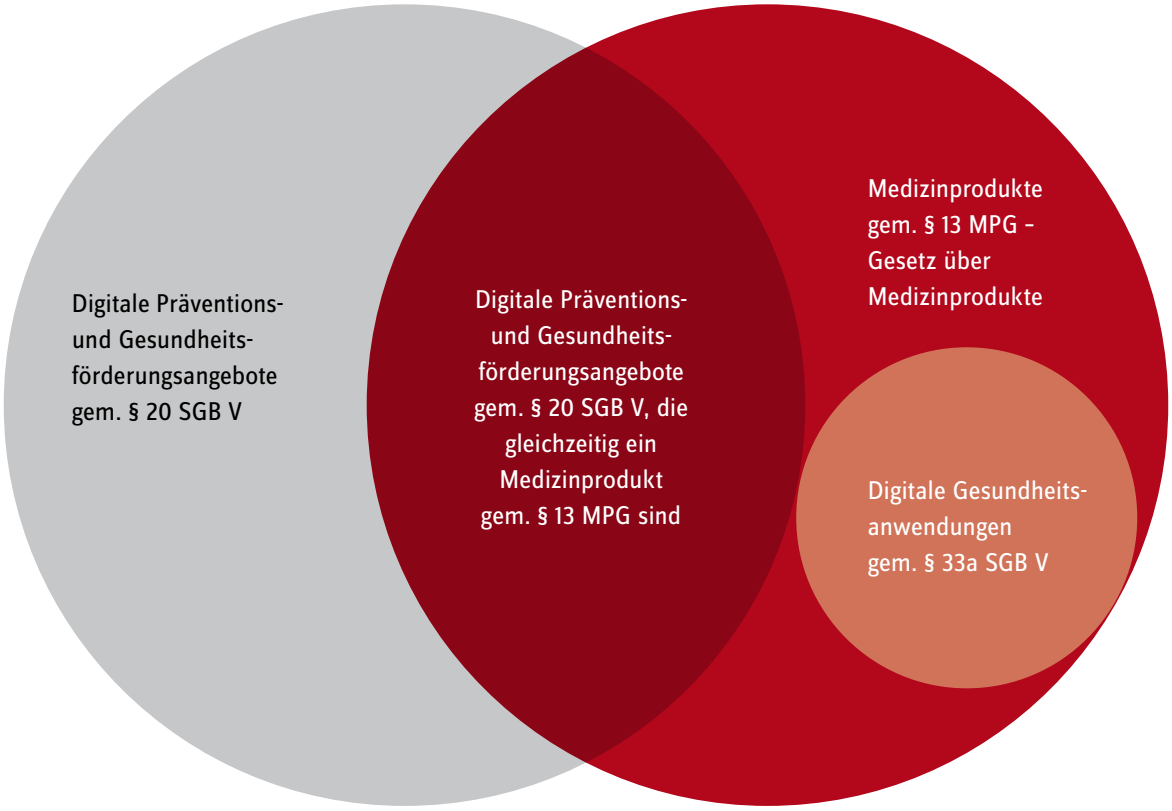
196 Download unter: www.gkv-spitzenverband.de ▸ Krankenversicherung ▸ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▸ Prävention und und betriebliche Gesundheitsförderung ▸ Leitfaden Prävention

197 Für die Frage, ob ein digitales Präventionsangebot den Anforderungen an Medizinprodukte entsprechen muss, ist seine Zweckbestimmung ausschlaggebend. In Abhängigkeit vom spezifizierten Zweck (Verhütung einer Erkrankung) kann es sich bei einer präventiven digitalen Anwendung ggf. auch um ein Medizinprodukt handeln (vgl. hierzu Abb. 11).

zu unterstützen. Dabei muss es sich um solche DIGA handeln, die in das Verzeichnis nach § 139e SGB V aufgenommen wurden und entweder nach ärztlicher oder psychotherapeutischer Verordnung oder mit Genehmigung der Krankenkasse angewendet werden. Im Unterschied zur o. g. digitalen Prävention und Gesundheitsförderung erfordern DIGA das Vorliegen einer medizinischen Indikation, für welche die digitale Gesundheitsanwendung bestimmt ist. DIGA nach § 33a SGB V richten sich demnach an erkrankte oder von einer Behinderung betroffene Versicherte oder sie dienen dem Feststellen einer Diagnose oder Behinderung. Der Einsatz von digitalen Anwendungen, die ausschließlich dem Zweck der Verhütung von Krankheiten dienen, sind von § 33a SGB V nicht umfasst. Zur Abgrenzung kann das Verzeichnis nach § 139e SGB V herangezogen werden.[198]

198 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – Verzeichnis für Digitale Gesundheitsanwendungen unter: https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis

Abb. 11: Abgrenzung digitaler Angebote nach § 20 SGB V und DiGA nach § 33a SGB V



Quelle: Eigene Darstellung

7.2 Digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention

Digitale Anwendungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung bieten eine große Vielfalt, die es ermöglicht, die jeweiligen Bedürfnisse und Bedarfe der Versicherten zu berücksichtigen. Digitale Anwendungen können daher für die individuelle verhaltensbezogene Prävention eine wertvolle Erweiterung des bestehenden Angebotsspektrums darstellen.[199]

Wie alle anderen individuellen verhaltensbezogenen Primärpräventions- und Gesundheitsförderungsangebote richten sich digitale Angebote an einzelne Versicherte. Sie sollen die Versicherten motivieren und befähigen, Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung auszuschöpfen. Dabei sollen die Maßnahmen zu einer nachhaltigen Ausübung positiver gesundheitsbezogener Verhaltensweisen anregen und befähigen.

Im Folgenden werden die Kennzeichen digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote erläutert (7.2.1) und die Formate digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote beschrieben (7.2.2).

7.2.1 Kennzeichen digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote

Bei digitalen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten übernimmt digitale Technologie wesentliche Funktionen, die in herkömmlichen, d. h. nicht-digitalen Präventionsmaßnahmen typischerweise durch Personen – die Kursleiterinnen und Kursleiter – wahrgenommen werden. Auch künstliche Intelligenz bzw. maschinelles Lernen können hierbei Anwendung finden.

Wesentliche Kennzeichen und Differenzierungsmerkmale digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote – insbesondere in Abgrenzung zu nicht-digitalen Kursen – sind:[200]

- **Funktionen der Kursleitung:** Während bei nicht-digitalen Angeboten, also Kursen im Präsenzformat, die Kursleitung für z. B. Edukation, Motivation, Reflexion oder Individualisierung verantwortlich ist, sind diese Funktionen in digitalen Angeboten teilweise oder vollständig digitalisiert (z. B. durch Lernvideos, Reflexionsfragen mit automatisiertem und/oder personalisiertem Feedback).
- **Intensität und Modus der persönlichen Unterstützung:** Digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote unterscheiden sich darin, ob und in welchem Ausmaß Versicherte bei der Durchführung einer Maßnahme durch E-Coaches persönlich unterstützt werden. Diese Unterstützung ist i. d. R. individuell und kann asynchron (z. B. schriftlich) oder synchron (z. B. telefonisch) erfolgen. Die Initiative für die Unterstützung kann dabei vom E-Coach oder vom Teilnehmenden ausgehen.
- **Funktionen weiterer Personen, die an einer Maßnahme teilnehmen:** In nicht-digitalen Kursangeboten bieten andere Personen, die am Kurs teilnehmen, die Möglichkeit zum sozialen Lernen. In digitalen Präventionsangeboten kann soziales Lernen durch Erfahrungsberichte angestoßen werden und/oder durch die Einbindung von Funktionalitäten sozialer Medien.
- **Art und Ausmaß der Individualisierung einer Maßnahme:** Nicht-digitale Kursangebote sind meist derart gestaltet, dass alle Gruppenmitglieder gleichermaßen profitieren sollen,

199 Weitere Regelungen für den Einsatz digitaler Anwendungen in der lebensweltbezogenen und der betrieblichen Gesundheitsförderung folgen im Laufe des Jahres 2021.

200 Lehr, D., & L. Boß (2019). Occupational e-Mental Health – eine Übersicht zu Ansätzen, Evidenz und Implementierung. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2019: Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen. S. 155–178. Berlin. Heidelberg: Springer Nature. Online unter doi:10.1007/978-3-662-59044-7_1. Mohr, D. C., M. N. Burns, S. M. Schueller & M. Klinikman (2013). Behavioral intervention technologies: Evidence review and recommendations for future research in mental health. Gen Hosp Psych. Jg. 35 S. 332–338.

weshalb sie thematisch und methodisch breit angelegt sind und die Möglichkeiten zur Anpassung an einzelne Personen begrenzt sind. Digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote sind für eine Individualisierung hingegen besonders geeignet, da sie persönliche Schwerpunkte gezielt berücksichtigen können. In aktuell bestehenden digitalen Anwendungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung wird von dieser Möglichkeit in unterschiedlichem Ausmaß Gebrauch gemacht. Die Pfade für die Individualisierung sind dabei meist von Expertinnen und Experten entwickelt, können zukünftig aber auf selbstlernenden Systemen basieren.

- **Thematische Fokussierung einer Maßnahme:** Digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote unterscheiden sich stärker als nicht-digitale Kursformate darin, in welcher Breite oder thematischen Fokussierung die Veränderung von Gesundheitsverhalten angestrebt wird. Insbesondere mobile Anwendungen bieten sich für fokussierte Trainingskonzepte an, bei denen ein eng umschriebenes Gesundheitsverhalten adressiert wird.
- **Autonomie und Flexibilität der Nutzung:** Nicht-digitale Kursangebote werden in der Regel in einem vorgegebenen Rhythmus (z. B. wöchentlich) für eine definierte Dauer (z. B. 90 Minuten) durchgeführt. Bei digitalen Präventionsangeboten können der Rhythmus und die Dauer i. d. R. weitgehend selbst von den Versicherten bestimmt werden. In Abhängigkeit vom Endgerät werden unterschiedliche Nutzungsmuster beobachtet, z. B. wöchentliche und länger dauernde Nutzung (z. B. via Laptop) oder tägliche, jedoch kürzere Nutzung der Anwendung (z. B. via Smartphone).

7.2.2 Formate digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote

Im Folgenden werden verschiedene Formate digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote beschrieben. Es können Internet-Interventionen, mobile Anwendungen und hybride Trainingskonzepte unterschieden werden.

Internet-Interventionen (synonym Online-Gesundheitstrainings) sind typischerweise (kognitiv-) verhaltensorientierte Trainingsmaßnahmen, die für eine Bereitstellung über das Internet angepasst wurden. In der Regel sind sie stark strukturiert, werden mit minimaler oder mit intensiveren Formen der Unterstützung durch eine oder einen E-Coach angeboten, basieren auf effektiven Methoden aus Face-to-Face-Trainingsmaßnahmen, sind personalisiert und interaktiv gestaltet. Dabei werden Grafiken, Animationen, Audios oder Videos eingesetzt. Sie sind in einer Art gestaltet, die Rückmeldungen zum Trainingsstand ermöglichen.[201] Diese Merkmale lassen sich auf mobile Anwendungen übertragen.

Typischerweise handelt es sich bei Internet-Interventionen um Trainingsprogramme, die vier bis zehn Einheiten umfassen, die in der Regel wöchentlich, meist an einem Laptop bzw. Desktop-Computer oder Tablets durchgeführt werden.

Mobile Anwendungen (Apps) folgen meist einem Trainingskonzept, das auf die regelmäßige, meist tägliche Einübung eines umschriebenen Gesundheitsverhaltens abzielt. Damit unterscheiden sie sich von Internet-Interventionen, die nach dem Absolvieren der letzten Trainingseinheit ein natürliches Ende haben und fokussieren stärker die nachhaltige Verankerung eines Gesundheitsverhaltens im Lebensalltag. Bei mobilen Anwendungen spielt oft die Beobachtung bzw. Messung des Gesundheitsverhaltens und/oder seiner Effekte eine wichtige Rolle, z. B. in der Form von Tagebüchern oder Sensordaten. Die Nutzung dieser Angaben kann z. B. zur Bestimmung von Verhaltenszielen, zur motivierenden Rückmeldung oder zur Belohnung bei Zielerreichung in ein übergreifendes Trainingskonzept integriert werden. Bei mobilen Anwendungen wird typischerweise ein Smartphone als Endgerät genutzt, wobei eine Strukturierung nach Trainingseinheiten selten ist.

201 Ritterband, L. M. & F. Thorndike (2006). Internet Interventions or Patient Education Web sites? Journal of Medical Internet Research. Jg. 8. e18.

Hybride Trainingskonzepte kombinieren die thematisch meist breiter angelegten Internet-Interventionen mit ihren längeren Nutzungsintervallen und mobile Anwendungen, mit ihrer Fokussierung und kürzeren Nutzungsintervallen; z. B. wird ein aus mehreren aufeinander aufbauenden Lern- und Übungseinheiten bestehendes im wöchentlichen Rhythmus zu nutzendes digitales Stressmanagement-Training kombiniert mit einer (mehrfach) täglich kurz situativ anzuwendenden Entspannungsübung.

Internet-Interventionen und mobile Anwendungen können mit unterschiedlicher Intensität einer individuellen Unterstützung durch eine Person angeboten werden. Bei einem minimal unterstützten digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot erhalten die Nutzenden Hilfe bei technischen und bei programmbezogenen inhaltlichen Fragen.

Bei intensiveren Formen der individuellen Unterstützung gibt es eine oder einen E-Coach mit einem breiten Aufgabenspektrum. Er soll Teilnehmende bei der technischen Handhabung der

Abb. 12: Charakteristika digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote

Internet-Interventionen

Trainingskonzept: Folgt oft einer kursähnlichen Konzeption mit einer begrenzten Anzahl von Einheiten von ca. 30 bis 60 Minuten, die in einem definierten Rhythmus (z. B. wöchentlich) absolviert werden.

Endgerät: Optimiert für Laptop- bzw. Desktop-Computer und Tablets

Hybride Anwendungen

Trainingskonzept: Hybride Trainings kombinieren die thematisch meist breiter angelegten Internet-Interventionen und die auf längerfristige Anwendung einzelner Übungen angelegten mobilen Anwendungen.

Endgerät: Kombination aus Laptop- bzw. Desktop-Computer und Smartphone

Mobile Anwendungen

Trainingskonzept: Folgt oft einem Trainingskonzept, das auf regelmäßige, meist tägliche Einübung eines umschriebenen Gesundheitsverhaltens abzielt; häufige (z. B. tägliche) kurze Nutzung über einen längeren Zeitraum hinweg.

Endgerät: Optimiert für Smartphones

Quelle: Eigene Darstellung

Anwendung unterstützen, das Engagement der Nutzenden fördern, z. B. durch positive Verstärkung, Ausdruck von Empathie, Rückmeldung von Ressourcen, auf die Passung der Intervention zu den individuellen Bedürfnissen und Problemen achten, bei Bedarf mit zusätzlichen individuellen Informationen helfen, damit Übungen besser verstanden und korrekt durchgeführt werden und Nutzende dabei unterstützen, das Erlernte, z. B. ein neues Gesundheitsverhalten, im Alltag nachhaltig zu verankern.[202]

Internet-Interventionen und mobile Anwendungen können spielerische Elemente enthalten (Gamifizierte Anwendung) oder als Spiel konzipiert sein (Serious Game). Ebenso können sie in einer Art und Weise gestaltet sein, dass Nutzende im direkten Kontakt miteinander interagieren, um soziales Lernen und gegenseitige Unterstützung zu fördern (Integration von Funktionalitäten sozialer Medien). Als weitere Besonderheit können technisch erhobene Daten, z. B. durch die Nutzung der Sensorik eines Smartphones oder von Wearables Teil eines Interventionskonzeptes sein. Schließlich können Internet-Interventionen und mobile Anwendungen als virtuelle oder erweiterte Realität (Augmented Reality) gestaltet sein.

Vor dem Hintergrund der Vielfalt von Internet-Interventionen und mobilen Anwendungen, den zahlreichen Durchführungs- und Nutzungsvariationen und der dynamischen Entwicklung digitaler Anwendungen sind nur solche digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote durch die GKV förderfähig, die einen gesundheitlichen Nutzen in den Handlungsfeldern des Leitfadens Prävention (vgl. Kapitel 5.2, 5.4) belegt haben.

202 Schueller, S. M., K. N. Tomasino & D. C. Mohr (2017). Integrating Human Support Into Behavioral Intervention Technologies: The Efficiency Model of Support. Clinical Psychology: Science and Practice. Jg. 24 S. 27-45.

7.3 Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien für digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote

Förderfähige digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote umfassen Internet-Interventionen, mobile Anwendungen sowie hybride Anwendungen in den Handlungsfeldern des Leitfadens Prävention. Krankenkassen fördern ausschließlich digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote, deren gesundheitlicher Nutzen belegt ist und die den nachstehend definierten, Handlungsfelder übergreifenden Kriterien entsprechen.

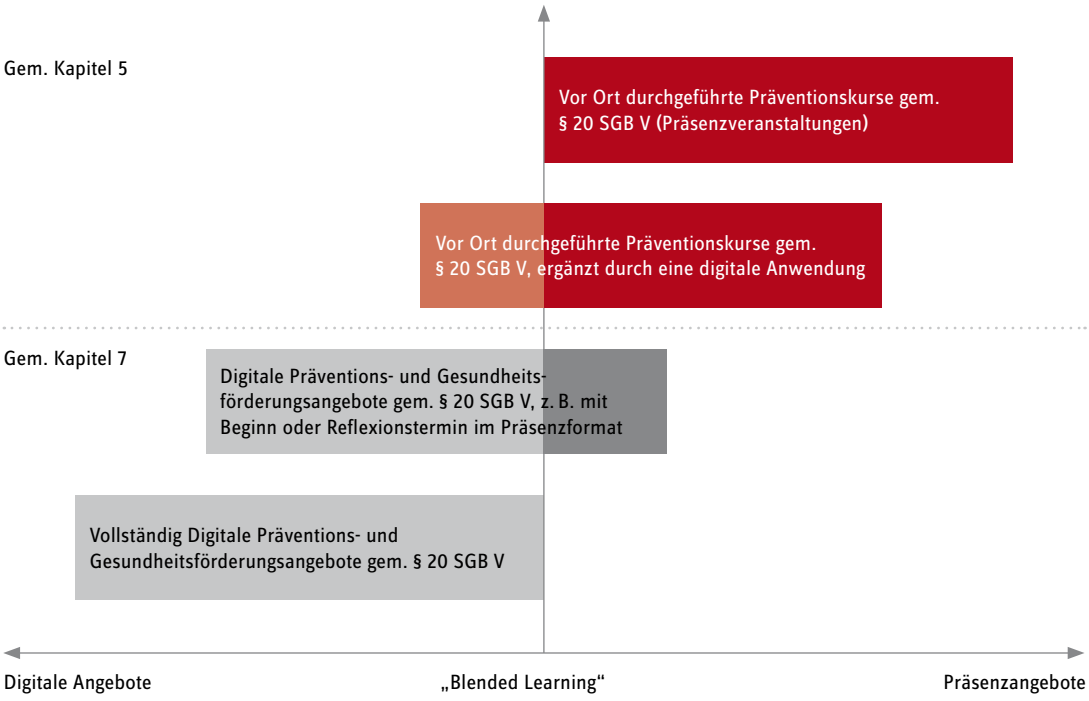
- Abgrenzung von digitalen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten und Kursen im Präsenzformat
- Prüfung und Berücksichtigung gesetzlicher Regelungen und weiterer Anforderungen
- Beleg des gesundheitlichen Nutzens
- Strukturqualität
  - Verfügbarkeit individueller Unterstützung
  - Qualifikation der die Unterstützung anbietenden Personen
  - Information der Versicherten
  - Soziale Funktionalitäten
- Konzept-und Planungsqualität
  - Zielgruppendefinition, Trainingskonzept und -inhalt, Manuale für Unterstützungspersonen
  - Gestaltung der digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote (Nutzerfreundlichkeit/Usability)
  - Kulturelle bzw. zielgruppenspezifische Adaptionen
  - Erleichterte Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Zielgruppen
  - Inanspruchnahme durch Menschen mit Behinderung
- Nutzungsdauer
- Ausschlusskriterien
- Nachweis und finanzielle Förderung der Nutzung

Erläuterung der Kriterien
Kriterien zur Abgrenzung von digitalen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten und Kursen im Präsenzformat
Bei digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangeboten werden typische Funktionen (z. B. Edukation, Anleitung zu Übungen), die in nicht-digitalen Angeboten, also Kursen im Präsenzformat, typischerweise Kursleiterinnen und Kursleiter ausüben, teilweise oder nahezu vollständig durch digitale Technologie wahrgenommen.

Internet-Interventionen und mobile Anwendungen können mit Präsenzformaten kombiniert werden (Blended Learning). Je nach Schwerpunkt kann es sich um ein digitales Angebot oder um ein Präsenzangebot handeln: Wenn die Nutzung digitaler Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote z. B. zu Beginn in einem Präsenzformat vor Ort eingeführt und/oder deren Nutzung punktuell in einem Präsenzformat reflektiert wird, handelt es sich insgesamt um ein digitales Angebot. Werden digitale Anwendungen jedoch nur begleitend und unterstützend zu einem Präsenzkurs eingesetzt, so handelt es sich um ein Kursangebot im Präsenzformat (vgl. Kapitel 5.2); in diesem Fall stellt die digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsanwendung eine für den Erfolg des Präsenzkurses nicht notwendige Erweiterung dar.

Werden in einem nicht-digitalen Kurs Anwendungen aus dem Bereich virtueller oder erweiterter Realitäten (Augmented Reality) eingesetzt, so gelten die Regelungen in Kapitel 5 für nicht-digitale Angebote.

Abb. 13: Abgrenzung digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote und Kurse im Präsenzformat



Quelle: Eigene Darstellung

Kriterien zur Prüfung und Berücksichtigung gesetzlicher Regelungen und weiterer Anforderungen

Zur Gewährleistung eines bestmöglichen Schutzes der Versicherten sind ausschließlich solche digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote förderfähig, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

Der Anbieter[203] ist dafür verantwortlich, die gesetzlichen Regelungen zum Einsatz des digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots zu identifizieren und einzuhalten.

Insbesondere sind dabei – auch wenn sie im Folgenden nicht ausdrücklich benannt werden – die gesetzlichen Regelungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Telemediengesetzes (TMG) und zum Sozialgeheimnis im ersten Sozialgesetzbuch (SGB I) zu berücksichtigen.

Zum Schutz der Versicherten findet dabei insbesondere eine detaillierte Datenschutz-Folgenabschätzung nach Artikel 35 EU-DSGVO statt, die zu veröffentlichen ist.

Die zum jeweiligen Zeitpunkt aktuellen vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) spezifizierten „Sicherheitsanforderungen an digitale Gesundheitsanwendungen“ werden berücksichtigt (derzeitiger Stand Mai 2020, technische Richtlinie BSI TR-03161). Erfolgt eine Datenverarbeitung außerhalb der europäischen Union sind alle datenschutzrechtlichen Anforderungen an die Übermittlung in Drittstaaten, insbesondere die Art. 44 bis 50 EU-DSGVO einschließlich der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zu beachten.

Der Anbieter verpflichtet alle für ihn tätigen Personen auf Verschwiegenheit im Umgang mit personenbezogenen Daten der Versicherten. Digitale Anwendungen sind datenschutzfreundlich zu gestalten. Die Anwendung ermöglicht den selbstbestimmten Umgang des Versicherten mit seinen Daten. Der Versicherte kann dem Anbieter oder wissenschaftlichen Einrichtungen seine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Produktverbesserung (z. B. Verbesserung der User Experience; Verbesserung von selbstlernenden Systemen bzw. künstlicher Intelligenz) oder zu wissenschaftlichen Zwecken zur Verfügung stellen (z. B. Datenspenden zu wissenschaftlichen Zwecken). Die Zurverfügungstellung von Daten ist freiwillig. Die Vorgaben der EU-DSGVO für die Einwilligung sind zu beachten. Es entstehen keine Nachteile, falls Daten nicht zur Verfügung gestellt werden. Die Nutzung von Daten zum Zwecke von Produktwerbung ist ausgeschlossen. Digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote sind frei von Produktwerbung.

Digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote enthalten keine Funktionen oder Schnittstellen, die die Vertraulichkeit der Daten des Anwenders gefährden. Sie enthalten insbesondere keinerlei Funktionen und Schnittstellen zum unerwünschten Ausleiten, Einleiten oder Verändern von Daten.

Aufgrund der hohen Dynamik im Bereich digitaler Anwendungen sind Risiken für die Informationssicherheit fortlaufend zu analysieren und zu bewerten. Maßnahmen zum Schutz der Informationssicherheit sind stetig an aktuelle Risiken und neue Bedrohungslagen anzupassen. Sie müssen zu jedem Zeitpunkt dem Stand der Technik entsprechen. Der Anbieter etabliert ein Managementsystem für Informationssicherheit (ISMS). Der Nachweis eines ordnungsgemäßen ISMS erfolgt durch eine Zertifizierung gemäß ISO 27001, die alle zur Leistungserbringung notwendigen Infrastrukturen, Systeme und Prozesse umfasst. Die Zertifizierung muss erstmalig zum 1. Januar 2022 vorgelegt und über den gesamten Zeitraum

203 Mit Anbieter ist die Institution gemeint, die das digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot verantwortet und zur Nutzung zur Verfügung stellt.

der Leistungserbringung hinweg gültig sein. Bei der Nutzung von Cloud-Diensten ist bei der Zertifizierung insbesondere auch die ISO 27018 zu berücksichtigen.

Konzepte, Prozesse, und Methoden zur sicheren Softwareentwicklung gemäß ISO 27034 sind erstmalig zum 1. Januar 2022 nachzuweisen.

Kriterien für den Beleg des gesundheitlichen Nutzens

Der Beleg eines gesundheitlichen Nutzens, den Versicherte oder definierte Gruppen von Versicherten durch das digitale Präventions- oder Gesundheitsförderungsangebot haben, wird durch eine aussagekräftige wissenschaftliche Studie (Konkretisierungen hierzu im Dokument Kriterien zur Zertifizierung digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote) zu dem digitalen Angebot erbracht. Bei der Planung und dem Bericht von Studienergebnissen sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

- **Studienart:** Der gesundheitliche Nutzen für die Versicherten wird mindestens durch eine prospektive Beobachtungsstudie mit drei Messzeitpunkten belegt; höherwertige, vergleichende Studien (Kontrollgruppendesign) sind erwünscht. Der gesundheitliche Nutzen gilt als belegt, wenn Personen nach der Nutzung des digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots einen gesundheitlichen Vorteil im Vergleich zum Startzeitpunkt aufweisen.
- **Transparente Planung:** Die Studie wird in einem öffentlich einsehbaren Studienregister registriert.[204] Das Studienregister ist ein Primärregister oder Partnerregister der Weltgesundheitsorganisation (Deutsches Register Klinischer Studien – DRKS – für Deutschland) oder ein anderes öffentlich einsehbares Register (z. B. Open Science Framework – OSF).[205] Bei der Durchführung der Studie sind Maßnahmen zur Gewährleistung ethischer Standards zu ergreifen und transparent darzustellen. Das Hinzuziehen einer Ethikkommission wird empfohlen und ist für die Durchführung von Studien mit vulnerablen Gruppen verpflichtend.
- **Mögliche Endpunkte:** Der gesundheitliche Nutzen zeigt sich in der Verhinderung oder Verminderung eines Risikofaktors oder im Aufbau einer gesundheitlichen Ressource. Zulässige Erfolgsmaße (Endpunkte) zur Messung des gesundheitlichen Nutzens sind spezifiziert für die jeweiligen Handlungsfelder und Präventionsprinzipien im Dokument „Kriterien zur Zertifizierung digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote“ beschrieben.
- **Studienplanung:** Der Studienregistrierung liegt ein Studienprotokoll zugrunde, das sich an der Gliederung etablierter Richtlinien orientiert.[206] Im Studienprotokoll sind sämtliche für die Beurteilung der Wirksamkeit des digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots erhobenen Merkmale aufzuführen. Das Studienprotokoll enthält Angaben zur Zielgruppe; die Stichprobenplanung ist entsprechend kriteriengestützt mit Einschluss- und Ausschlusskriterien darzulegen. Das Hauptziel der Studie (primäres Erfolgskriterium, Endpunkt) und die Nebenziele der Studien werden spezifiziert. Es wird angegeben, mit welchem Instrument der primäre Endpunkt gemessen wird und zu welchem Zeitpunkt der Nutzen durch den Vorher-Nachher-Vergleich festgestellt wird. Der erste Messzeitpunkt liegt zu Beginn des Trainings; der für die zweite Messung gewählte Zeitpunkt richtet sich nach dem Trainingskonzept des digitalen Angebots, soll aber mindestens sechs Wochen nach Trainingsbeginn liegen. Um die Nachhaltigkeit des erzielten Effekts zu untersuchen, sind

204 Der Eintrag in das Studienregister dient der Qualitätssicherung durch Transparenz. Dabei wird das Studiendesign vorab dokumentiert, Abweichungen und Weiterentwicklungen müssen transparent dargestellt und nachvollziehbar begründet werden. Registrierungen nach einer Datenauswertung sind ausgeschlossen.

205 Deutsches Register klinischer Studien: https://www.drks.de/drks_web/; Open Science Framework: https://osf.io/.

206 Guidance for Clinical Trial Protocols: www.spirit-statement.org.

die Erfolgskriterien drei bis sechs Monaten nach Trainingsbeginn (dritter Messzeitpunkt) nochmals zu messen. Die gesundheitlichen Erfolgskriterien sind mit validierten Instrumenten zu erfassen. Wünschenswert sind zudem die Messung der Zufriedenheit mit dem digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot sowie die Erfassung des Nutzungsverhaltens, um Nutzung-Wirkungs-Zusammenhänge nachzuweisen.

- **Transparente Darstellung der Ergebnisse:** Die Ergebnisse einer Studie sind vollständig, nachvollziehbar und transparent zu berichten und folgen akzeptierten Standards.[207] Es wird deutlich, in welchen Bereichen ein Nutzen vorliegt, in welchen Bereichen ein Nutzen erwartet aber nicht nachgewiesen werden konnte und ob ggf. Verschlechterungen zu beobachten sind. Die Studiensprache ist deutsch oder englisch.

Kriterien für die Strukturqualität
Verfügbarkeit individueller Unterstützung
Förderfähig sind ausschließlich solche digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Anbieter müssen den Zugang der Versicherten zu individueller technischer Unterstützung durch eine Person sicherstellen, damit die Installation und Nutzung des digitalen Angebots gewährleistet ist.
- Für Fragen zum Trainingsinhalt, zur korrekten Durchführung von Übungen oder zu auftretenden gesundheitlichen Beschwerden im Zusammenhang mit der Nutzung des digitalen Angebots muss ebenfalls eine individuelle Unterstützungsmöglichkeit durch eine Person zur Verfügung gestellt werden.
- Die Informationen zum Zugang zur Unterstützung sind leicht verständlich und für die Teilnehmenden gut erkennbar zu platzieren. Die Versicherten erhalten innerhalb von 48 Stunden die individuelle Unterstützung durch eine Person. Die Anbieter sind dabei frei in der Wahl des Mediums (z. B. E-Mail, telefonisch).
- Darüber hinaus können digitale Angebote mit Unterstützung durch eine oder einen E-Coach angeboten werden (vgl. Kapitel 7.2.2). Je nach Trainingskonzept kann die Initiative zur Unterstützung durch die oder den E-Coach von den Versicherten ausgehen (z. B. Anfrage an die oder den E-Coach bei Unterstützungsbedarf) oder vom E-Coach (z. B. regelmäßige Unterstützung zu jeder Trainingseinheit). Die Unterstützung kann synchron oder asynchron erfolgen; telefonische, internet- und videogestützte oder schriftliche Kommunikation ist möglich.

Qualifikation der die Unterstützung anbietenden Personen
Förderfähig sind ausschließlich solche digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Für alle Personen, die zur persönlichen Unterstützung der Versicherten zur Verfügung stehen (s. o. Kriterien zur Verfügbarkeit individueller Unterstützung) gelten die in Kapitel 5 jeweils unter Anbieterqualifikation beschriebenen Kriterien für das Vorliegen eines staatlich anerkannten handlungsfeldbezogenen Berufs- oder Studienabschlusses, personaler Kompetenzen und Fachkompetenzen.
- Für diese Personengruppe liegt außerdem ein Einweisungskonzept in das digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot vor, das technische Aspekte, Aspekte der User-Experience und die spezifischen Inhalte des digitalen Angebots umfasst. Die Durchführung dieser Einweisung ist nachzuweisen.

Umfasst die persönliche Unterstützung – über die unter Kriterien zur Verfügbarkeit individueller Unterstützung beschriebene verpflichtende Mindestunterstützung hinaus – zusätzlich eine Unterstützung durch E-Coaches, so muss dafür ein Coaching-Manual vorliegen und die E-Coaches sind in dessen Anwendung bei der Durchführung

207 Z. B. Consolidated Standards of Reporting Trials: www.consort-statement.org

von E-Coachings auf Basis eines Schulungskonzepts zu schulen. Dies wird dokumentiert und ist nachzuweisen. Je nach digitalem Angebot kann das Coaching schriftlich, telefonisch oder per Video durchgeführt werden. Das Schulungskonzept für E-Coaches umfasst darüber hinaus das Durchführen von E-Coachings unter Super- oder Intervision. Zur Qualitätssicherung etabliert der Anbieter regelmäßige Super- oder Intervision (Super- oder Intervisionskonzept).

Information der Versicherten

Förderfähig sind ausschließlich solche digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Die Versicherten werden vom Anbieter über den gesundheitlichen Nutzen der digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote informiert. Die Information ist vollständig und präzise, d. h., es wird über positive Effekte, nichtvorhandene Effekte und ggf. über negative Effekte informiert. Für ein digitales Angebot werden keine gesundheitlichen Versprechungen kommuniziert, die nicht durch die Studie zum gesundheitlichen Nutzen (mit Quellenangabe) gedeckt sind.
- Die Information folgt dem PICO-Schema[208] (P Personen, I Intervention, C Kontrollbedingung, O Outcome), d. h., es wird dargestellt, welche Merkmale die (P) Personen aufweisen, die an der zugrundeliegenden Studie teilnahmen, welches digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot (ggf. in welcher Variante) genutzt wurde (I), ggf. mit welcher Kontrollbedingung verglichen wurde (C), ob und welche Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten – vor und nach der Intervention bzw. – bei Kontrollgruppendesign – zur Kontrollgruppe festgestellt wurden (O). Die Versicherten erkennen, welchen Nutzen sie durch das digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot erwarten können. Zusätzlich können Versicherte in verständlicher Art und Weise über den Grad der Gewissheit (Level of Evidence) informiert werden, mit dem der intendierte Nutzen durch die Nutzung der digitalen Maßnahme erreicht wird. Für diese Information kann ein anerkanntes Schema zu Evidenzleveln bzw. der Qualität der Evidenz genutzt werden (z. B. Oxford CEBM Levels of Evidence, GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).
- Die Versicherten werden über Kontraindikationen informiert und bestätigen dies.
- Die Versicherten sind deutlich und in einfach verständlicher Weise über die technischen Voraussetzungen zur Nutzung des digitalen Angebots zu informieren (Kompatibilitätszusage). Ziel ist, dass Versicherte klar erkennen, ob die Nutzung des digitalen Angebots einfach möglich ist oder zusätzlicher Aufwand oder Kosten zu erwarten sind. Zu den Angaben zur Kompatibilität gehören die Angaben, für welche Endgeräte eine digitale Anwendung erfolgreich getestet wurde (z. B. Version eines Smartphones), welches Betriebssystem erforderlich ist (z. B. Android Version 9 oder höher), welche Browser möglich sind (z. B. Firefox Version 76.0.1 oder höher) oder weitere Angaben, die Voraussetzung für eine vollständige und fehlerfreie Nutzung sind.
- Die Versicherten werden vom Anbieter darüber informiert, dass er alle gesetzlichen Regelungen zum Einsatz des digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots berücksichtigt.

Soziale Funktionalitäten

Digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote können Funktionalitäten sozialer Medien enthalten und den Austausch zwischen den Teilnehmenden ermöglichen (z. B. Teilen von Erfolgserlebnissen, Austausch von Erfahrungen in der Umsetzung der Übungen des Trainings). Mehrere Techniken zur Veränderung von Gesundheitsverhalten, Behavior Change Techniques (BCT), basieren auf sozialem Austausch. Soziales Lernen,

208 Kunz, R., G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz & N. Donner-Banzhoff N (Hrsg.) (2007). Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. 2. Auflage. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

soziale Unterstützung und soziale Rückmeldungen können gezielt zur Verbesserung des digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots eingesetzt werden.

Förderfähig sind ausschließlich solche digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Das digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot muss auch ohne soziale Funktionalitäten nutzbar sein.
- Etwaige soziale Funktionalitäten müssen vom Nutzenden selbst aktiviert werden (Opt-in statt Opt-out).
- Sind Nutzende des digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots untereinander vernetzt, so ergreift der Anbieter geeignete Maßnahmen, um Cyber-Mobbing zu verhindern. Die Teilnehmenden sind vor unerwünschter Kontaktaufnahme, Belästigung, Verleumdung oder Herabwürdigung zu schützen. Ebenso ergreift der Anbieter angemessene Maßnahmen, um mit offensichtlich gesundheitsschädlichen Anregungen, Ratschlägen etc. der Teilnehmenden untereinander umzugehen.
- Der Anbieter führt eine Risikofolgen-Einschätzung zum Einsatz sozialer Funktionalitäten durch und benennt vorbeugende Maßnahmen.

Kriterien für die Konzept-und Planungsqualität Zielgruppendefinition, Trainingskonzept und -inhalt, Manuale für Unterstützungspersonen

Förderfähig sind ausschließlich solche digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Definition der adressierten Zielgruppe bzw. Zielgruppen und Beschreibung von Kontraindikationen.
- Gesundheitliche Aussagen und Informationen im digitalen Angebot entsprechen dem aktuellen Wissensstand und sind belegbar, z. B. „wer sich mehr bewegt, schützt sich damit vor einer bestimmten Erkrankung". Als Beleg gelten anerkannte Quellen; alle verwendeten Quellen sind anzugeben. Bei Darstellung von gesundheitlichen Informationen sollen die „Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation"[209] sowie die „Gute Praxis Gesundheitsinformation"[210] beachtet werden.
- Beschreibung der im Training eingesetzten Übungen, deren Ziele und der zur Zielerreichung verwendeten Techniken der Verhaltensänderung. Klar umschriebene, akzeptierte und wirksame Techniken zur Veränderung von Gesundheitsverhalten (Behavior Change Techniques, BCT) sind bei der Konzeption der digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote systematisch zu berücksichtigen[211] (z. B. www.bct-taxonomy.com). Dazu zählen z. B. das Setzen von Verhaltenszielen oder Ergebniszielen, die Anleitung zur Ausführung eines Verhaltens, Handlungsplanung, Selbstbeobachtung des Verhaltens, Umgestaltung der sozialen Umgebung, mentales Üben, ergebnisbezogene Belohnung, Fokussierung zurückliegender Erfolge. BCTs stellen die potenziell aktiven „Wirkstoffe" einer Intervention dar. Die Beschreibung des digitalen Angebots umfasst eine Übersicht zu den verwendeten BCTs.
- Vorliegen eines FAQ-Manuals für die technische und handlungsfeldspezifische Unterstützung für Fragen der Nutzenden zu diesen Aspekten des digitalen Angebots.
- Werden digitale Angebote mit persönlicher Unterstützung durch eine oder einen E-Coach angeboten, geschieht dies auf der Grundlage eines Coaching-Manuals.

209 Lühnen, J, M. Albrecht, I. Mühlhauser & A. Steckelberg (2017). Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Online unter: www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/.

210 Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2015). Gute Praxis Gesundheitsinformation. Berlin. Online unter: https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/weitere-publikationen.

211 Michie, S., C. E. Wood, M. Johnston, C. Abraham, J. J. Francis & W. Hardeman (2015). Behaviour change techniques: the development and evaluation of a taxonomic method for reporting and describing behaviour change interventions (a suite of five studies involving consensus methods, randomised controlled trials and analysis of qualitative data). Health Technol Assess. Jg. 19(99) Online unter doi:10.3310/hta19990.

Gestaltung der digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote (Nutzerfreundlichkeit/Usability)
Die im Folgenden aufgeführten Kriterien sind **Empfehlungen** zur Gestaltung der digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote. Sie orientieren sich an der „Mobilen App Rating Scale"[212] (MARS) in ihrer deutschen Version.[213] Eine Alternative bietet das Enlight Instrument.[214]

Das digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot folgt in seiner Gestaltung den Zielen, ein hohes Engagement der Nutzenden herzustellen und ein positives Nutzungserlebnis (User Experience) zu bieten, wozu eine hohe Gebrauchstauglichkeit (Usability) und ein ansprechendes Interaktionsdesign gehören.

Es werden geeignete Gestaltungsprinzipien verwendet, um eine hohe Nutzungsintensität anzuregen, z. B. durch Personalisierbarkeit, hohe Interaktivität, interessenweckende Präsentation von Inhalten oder den Einsatz von spielerischen Elementen (Gamification).

Das digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot weist ein hohes Ausmaß an Gebrauchstauglichkeit (Usability) auf. Dies bedeutet, dass die Anwendung keine technischen Fehler aufweist und schnell funktioniert, intuitiv und einfach zu benutzen ist, die Benutzung leicht erlernbar ist und verständliche Instruktionen zur Nutzung bereitstellt (z. B. Video-Tutorials).

212 Stoyanov, S.R., L. Hides, D. J. Kavanagh, O. Zelenko, D. Tjondronegoro & M. Mani (2015). Mobile app rating scale: a new tool for assessing the quality of health mobile apps. JMIR Mhealth Uhealth. Jg. 3(1). e27. Online unter doi:10.2196/mhealth.3422.

213 Messner, E. M., Y. Terhorst, A. Barke, H. Baumeister, S. Stoyanov, L. Hides, D. Kavanagh, R. Pryss, L. Sander & T. Probst (2020). The German Version of the Mobile App Rating Scale (MARS-G): Development and Validation Study. JMIR Mhealth Uhealth. Jg. 8(3). e14479. Online unter: doi:10.2196/14479.

214 Baumel, A, K. Faber, N. Mathur, J. M. Kane, F. Muench & A. Enlight (2017). A Comprehensive Quality and Therapeutic Potential Evaluation Tool for Mobile and Web-Based eHealth Interventions. J Med Internet Res. Jg. 19(3). e82. Online unter: doi:10.2196/jmir.7270.

Förderfähig sind ausschließlich solche digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Die Orientierung an der Norm EN ISO 9241 zur Mensch-Computer-Interaktion, insbesondere Teil 10: „Grundsätze der Dialoggestaltung" und Teil 11: „Anforderungen an die Gebrauchstauglichkeit" ist vom Anbieter zu erklären.

Kulturelle bzw. zielgruppenspezifische Adaptionen
Bei der Gestaltung von digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangeboten sind sowohl bei der Anpassung für andere Zielgruppen (z. B. das digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot wird für sozial benachteiligte Gruppen oder Menschen mit Behinderung angepasst), als auch beim Wechsel der Sprache (z. B. ein englisches digitales Angebot wird für Deutschland angepasst) kulturelle Aspekte zu berücksichtigen. Kulturelle Adaptionen sind anhand eines strukturierten Vorgehens durchzuführen und die Qualität der Anpassung ist zu überprüfen (z. B. Fokusgruppen mit Personen aus der neuen Zielgruppe).

Erleichterte Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Zielgruppen
Für digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote gelten die in Kapitel 5 spezifizierten Regelungen für eine erleichterte Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Zielgruppen.

Inanspruchnahme durch Menschen mit Behinderung
Krankenkassen fördern digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangeboten, die auch für Menschen mit Behinderung geeignet sind, und weisen diese entsprechend aus. Damit dies möglich ist, erklärt der Anbieter im Rahmen der Zertifizierung, welche Bedienhilfen für Menschen mit Einschränkungen sein digitales Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot beinhaltet.

Kriterien für die Nutzungsdauer
Förderfähig sind ausschließlich solche digitale Präventions- bzw.

Gesundheitsförderungsangebote, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote, die in Trainingseinheiten gegliedert sind, sollen innerhalb von sechs Monaten absolviert werden. Für diesen Zeitraum steht die individuelle Mindestunterstützung durch eine Person zur Verfügung.
- Im Anschluss können die Versicherten das digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot selbstständig weiter nutzen, um auf das Erarbeitete weiter zugreifen zu können und das Gesundheitsverhalten nachhaltig in ihrem Lebensalltag zu integrieren.
- Der freie Zugang zum digitalen Angebot muss insgesamt mindestens ein Jahr betragen.

Ausschlusskriterien

Es gelten die Ausschlusskriterien des Kapitel 5.3. Zusätzlich sind digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote, die keinen Trainingscharakter haben, d. h. bei denen die einzuübende Veränderung von Gesundheitsverhalten nicht im Mittelpunkt steht, nicht förder- bzw. bezuschussungsfähig. Dazu zählen reine Foren/Communities, Informationsportale oder Anwendungen, deren Schwerpunkt die Messung von Gesundheitsverhalten oder Risikofaktoren ist. Ausgeschlossen sind der Verkauf von Begleitprodukten bzw. ergänzenden Anwendungen im Zusammenhang mit dem digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot.

Digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote, die sich an Jugendliche unter 16 Jahren richten, werden nicht gefördert.[215]

Kriterien für Nachweis und finanzielle Förderung der Nutzung

Für digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote gelten die in Kapitel 5.3 spezifizierten Regelungen für den Nachweis und die finanzielle Förderung der Teilnahme bzw. Nutzung analog.

Die Teilnahme- bzw. Nutzungsbestätigung[216] für die Versicherte bzw. den Versicherten wird durch den Anbieter ausgestellt. Persönliche Unterschriften können durch eine digitale Signatur der Anbieterin bzw. des Anbieters ersetzt werden.

Bei digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangeboten, die in Trainingseinheiten gegliedert sind, ist auf der Teilnahme- bzw. Nutzungsbestätigung die Anzahl der innerhalb von (maximal) sechs Monaten absolvierten Trainingseinheiten in Relation zur Gesamtzahl der Einheiten (z. B. zehn von zehn Trainingseinheiten) anzugeben.

Bei digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangeboten, die abweichend konzipiert sind (i. d. R. mobile Anwendungen), ist auf der Teilnahme-/Nutzungsbestätigung das Maß der Nutzung – innerhalb maximal eines Jahres – in Relation zu der vom Anbieter in Hinblick auf den gesundheitlichen Nutzen als geeignet definierten Nutzungsintensität anzugeben (z. B. 50-malige Nutzung von 60 als geeignet empfohlenen Nutzungen). Die als geeignet definierte Nutzungsintensität leitet sich aus der Studie zum Beleg des gesundheitlichen Nutzens bzw. im Falle einer vorläufigen Zertifizierung aus dem Studienprotokoll ab.

Vor der Entscheidung über eine Förderung bzw. Bezuschussung prüfen die Krankenkassen bzw. die von ihnen mit der Prüfung beauftragte Stelle die Einhaltung der Qualitätskriterien dieses Leitfadens (Zertifizierung).

215 Die Förderung digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote für Jugendliche unter 16 Jahren wird unter Berücksichtigung der einschlägigen Regelungen der EU-DSGVO in Hinblick auf die Einwilligung der Eltern zur Datenverarbeitung für die erste Weiterentwicklung dieses Kapitels vorgesehen.

216 Die notwendigen Inhalte der Teilnahme-/Nutzungsbestätigung sind dem Dokument Kriterien zur Zertifizierung digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote zu entnehmen.

Zertifizierung
Für die Zertifizierung eines digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots sind die folgenden Unterlagen erforderlich (Näheres s. „Kriterien zur Zertifizierung digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote"):

- Der gesundheitliche Nutzen des digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots wird durch einen Bericht belegt, der die im Abschnitt „Kriterien für den Beleg des gesundheitlichen Nutzens" genannten Qualitätskriterien beinhaltet.[217] Der Bericht enthält eine Angabe darüber, ob der wissenschaftliche Beleg durch den Anbieter des digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots erbracht wurde oder der gesundheitliche Nutzen von einer unabhängigen Institution geprüft wurde.
- Beschreibung der im Training eingesetzten Übungen und deren Ziele. Dabei werden die verwendeten Techniken zur Veränderung von Gesundheitsverhalten (BCT) aufgeführt.
- Erklärung, dass die Qualifikation der Personen, die die persönliche Unterstützung erbringen, den im jeweiligen Handlungsfeld bzw. Präventionsprinzip definierten Anforderungen entspricht; aussagefähige Unterlagen sind zur Verfügung zu stellen (Nachweis zu o. g. Einweisungen und/oder Schulungen in das digitale Präventionsangebot, Curricula, Studienbücher, Urkunden mit Inhalten und Umfängen, Leistungsnachweise etc.).
- Vorlage eines Einweisungskonzepts für die individuelle Mindestunterstützung durch eine Person mit zugehörigen FAQ-Manual; ggf. Schulungskonzept für E-Coaches mit zugehörigem Coaching-Manual; Super- oder Intervisionskonzept für E-Coaches.
- Bericht dazu, wie bei der Identifikation der relevanten gesetzlichen Regelungen zur Informationssicherheit und dem Datenschutz vorgegangen wurde und Erklärung darüber, wie diese berücksichtigt werden. Das Informationssicherheitsmanagementsystem wird beschrieben. Der Bericht enthält eine Datenschutz-Folgenabschätzung. Weitere Unterlagen sind unter Wahrung einer angemessenen Frist auf Nachfrage vorzulegen.
- Erklärung, dass sich der Anbieter bei der Gestaltung Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots an der Norm EN ISO 9241 zur Mensch-Computer-Interaktion, insbesondere Teil 10: „Grundsätze der Dialoggestaltung" und Teil 11: „Anforderungen an die Gebrauchstauglichkeit" orientiert hat.
- Erklärung zur Barrierefreiheit. In den Angaben zur Barrierefreiheit ist zu beschreiben, welche Bedienhilfen das digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot für Menschen mit Einschränkungen beinhaltet.
- Sofern das digitale Präventionsangebot soziale Funktionalitäten beinhaltet, ist die entsprechende Risiko-Folgen-Abschätzung mit vorbeugenden Maßnahmen vorzulegen.

Der Anbieter hat die Möglichkeit einer Vorabprüfung seines wissenschaftlichen Evaluationskonzeptes durch die Krankenkassen bzw. durch die von ihnen mit der Prüfung beauftragte Stelle. Ziel der Vorabprüfung des Konzeptes zur Überprüfung des gesundheitlichen Nutzens (Studienprotokoll) ist es, für den Anbieter Planungssicherheit herzustellen. Diese Vorabprüfung eines Studienprotokolls wird empfohlen.

217 Liegt ein qualitätsgeprüfter Bericht in Form einer Fachpublikation mit Peer-Review-Verfahren vor, so kann diese vorgelegt werden und ist ggf. um fehlende Angaben zu ergänzen.

- Digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote, für die nach dem 1. Juli 2021 erstmalig ein Zertifizierungsantrag gestellt wird, können eine vorläufige Zertifizierung für zwölf Monate erhalten, wenn lediglich der Beleg des gesundheitlichen Nutzens zum Zeitpunkt der Beantragung der Zertifizierung noch nicht vorliegt.

  Wird dem Anbieter neue wissenschaftliche Evidenz zum Nutzen seines digitalen Präventionsangebots bekannt, die den Nutzen infrage stellt, so sind die Krankenkassen bzw. die von ihnen mit der Prüfung beauftragte Stelle umgehend darüber zu informieren.

  Die Zertifizierung digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote erfolgt auf drei Jahre befristet und kann dann verlängert werden (Rezertifizierung).

  Bestandsschutz: Für digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote, die am 1. Juli 2021 bereits zertifiziert sind, gilt Folgendes: Bei einer Rezertifizierung nach der für drei Jahre geltenden Zertifizierung werden die Regelungen dieses Kapitels zugrunde gelegt.

Die in Kapitel 7.3 beschriebenen Förderkriterien werden in Hinblick auf ihre Praxistauglichkeit engmaschig geprüft und bedarfsbezogen weiterentwickelt. Hierbei können sich ggf. Anpassungen zu den Anforderungen an den Beleg des gesundheitlichen Nutzens als Zertifizierungskriterium ergeben. Maßstab ist, dass für die Versicherten wirksame digitale Präventions- und Gesundheitsangebote mit einer Förderung durch die Krankenkassen zur Verfügung stehen.

8. Anhang

8.1 Berührungspunkte von Leistungen nach § 20a SGB V zu gesetzlichen Zuständigkeiten und Leistungen anderer Träger für besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune

Aufgaben	Mögliche Akteure/ Zuständige	Gesetzliche Grundlage
Zielgruppe werdende, junge Familien und Alleinerziehende		
Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie einschließlich Angeboten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz; Inhalt und Umfang der Aufgaben sind über das jew. Landesrecht geregelt.		§ 16 SGB VIII
Formulierung eines Anspruchs von Personensorgeberechtigten auf Hilfe zur Erziehung; mögliche Akteurinnen/Akteure sind in §§ 28 bis 35 SGB VIII genannt (u. a. Erziehungsbeistand/Betreuungshelfer, Jugendheime, Tagesgruppen).		§ 27 SGB VIII
Erziehungsberatung (insb. Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme, Lösung von Erziehungsfragen („Elternkompetenz"))	Erziehungsberatungs-stellen, andere (kommunale) Beratungsdienste/ -einrichtungen	§ 28 SGB VIII
Sozialpädagogische Familienhilfe (intensive Betreuung und Begleitung von Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, Lösung von Konflikten und Krisen, Unterstützung im Kontakt mit Ämtern und Institutionen, Hilfe zur Selbsthilfe)	Sozialpädagoginnen/ Sozialpädagogen	§ 31 SGB VIII
Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes in der Einrichtung	Träger von Kindertagesstätten	§ 45 Abs. 2 Nr. 2 SGB VIII
Unterstützung von Eltern/Familien in belastenden Situationen, gesundheitliche Versorgung und psychosoziale Unterstützung bis ein Jahr nach Geburt des Kindes; auch Übernahme von Aufgaben nach §§ 16 und 31 SGB VIII	Familienhebammen	Bundeskinderschutz-gesetz (BKiSchG)
Hebammenhilfe für Schwangere, bei und nach der Entbindung	Hebammen	§ 24c SGB V
Schul(-eingangs-)untersuchungen, Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe), Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche	Öffentlicher Gesundheitsdienst, Zahnärztinnen/-ärzte, Kinderärztinnen/-ärzte	Landesgesetze, § 21 SGB V, § 26 SGB V
Betreuungs-, Erziehungs-, Bildungsaufträge	Kindergärten/ -tagesstätten, Schulen	§ 22 SGB VIII; KMK, Art. 7 GG

Aufgaben	Mögliche Akteure/ Zuständige	Gesetzliche Grundlage
Zielgruppe ältere/alte Menschen		
Aufgaben der Altenhilfe, die dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen, insbesondere: · Leistungen zu einer Betätigung/zum gesellschaftlichen Engagement · Leistungen bei der Beschaffung/Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht · Beratung/Unterstützung in Fragen der Aufnahme in eine Betreuungseinrichtung/Beschaffung eines Heimplatzes · Beratung/Unterstützung bei Fragen zur Inanspruchnahme altersgerechter Dienste · Leistungen zum Besuch von Veranstaltungen/ Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen · Leistungen, die alten Menschen die Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglichen	Kommunen, Länder	§ 71 SGB XII
Sturzprophylaxe	Altenpflegerinnen/ Altenpfleger, auch sonst. Pflegefachkräfte	Altenpflegegesetz (AltPflG), s. auch Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“[218]
Aufklärung und Beratung durch die Pflegekassen: Diese unterstützen die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Beratung und wirken auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hin.	Pflegekassen	§ 7 SGB XI

218 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2013). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Februar 2006. Aktualisierung Januar 2013. Diese Standards gelten als anerkannter Stand der Pflegeforschung und damit als Maßstab für pflegefachliches Handeln.

Aufgaben	Mögliche Akteure/ Zuständige	Gesetzliche Grundlage
Zielgruppe arbeitslose Menschen		
Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung: Die Jobcenter können neben arbeitsmarktbezogenen Inhalten zusätzlich gesundheitsbezogene Bausteine in die entsprechenden Maßnahmen integrieren.	Qualifizierungs- und Beschäftigungsträger im Auftrag des Jobcenters	§ 16 SGB II in Verbindung mit § 45 SGB III
kommunale Eingliederungsleistungen: insbesondere psychosoziale Betreuung, Suchtberatung	kommunale Träger	§ 16a SGB II
Zielgruppe Kinder und Jugendliche, insbesondere mit Suchtgefährdung bzw. aus suchtbelasteten oder psychisch belasteten Familien in der Kommune		
Aufklärung der in der Gemeinde lebenden Menschen über Suchtgefahren, deren Prävention und Bewältigung; Vermittlung von professionellen Hilfen und Behandlungsmaßnahmen	Suchtberatungsstellen (meist in Trägerschaft von Wohlfahrts-verbänden oder Gemeinden)	Freiwillige Leistung der kommunalen Daseinsvorsorge auf Grundlage des Sozialstaatsprinzips nach Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz ohne bundesstaatliche oder landesrechtliche Rahmenvorgaben

8.2 Präventionsempfehlung

Aus dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien: Regelungen zur Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 25 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 20 Absatz 5 SGB V (Primärprävention), in Kraft getreten zum 1. Januar 2017:

„Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung [vgl. unten stehendes Muster] für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus."

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Empfehlung **36**

zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

- ☐ Bewegungsgewohnheiten
- ☐ Ernährung
- ☐ Stressmanagement
- ☐ Suchtmittelkonsum

Sonstiges

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.

Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 36 (7.2017)

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2017

8.3 Steuerfreie Arbeitgeberleistungen zur Förderung der Mitarbeitergesundheit

Arbeitgeberleistungen zur Förderung der Mitarbeitergesundheit sind steuerlich begünstigt. Bis zu 600 Euro kann ein Unternehmen pro Beschäftigte bzw. pro Beschäftigten und pro Jahr steuerfrei für zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn erbrachte Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken und zur Förderung der Gesundheit erbringen:

> § 3 Nummer 34 Einkommensteuergesetz (EStG): „Steuerfrei sind zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn erbrachte Leistungen des Arbeitgebers zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken und zur Förderung der Gesundheit in Betrieben, die hinsichtlich Qualität, Zweckbindung, Zielgerichtetheit und Zertifizierung den Anforderungen der §§ 20 und 20b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genügen, soweit sie 600 Euro im Kalenderjahr nicht übersteigen."

Steuerfrei sind danach Aufwendungen von Arbeitgebern für zertifizierte Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention sowie für Leistungen zur Gesundheitsförderung im Betrieb, die den Kriterien dieses Leitfadens entsprechen.

Der GKV-Spitzenverband hält eine Verzahnung von krankenkassen- und arbeitgebergeförderten Leistungen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung auf Grundlage von §§ 20, 20b und 20c SGB V einerseits sowie § 3 Nr. 34 EStG andererseits zur Erzielung von Synergieeffekten und höherer Nachhaltigkeit für sinnvoll. Doppelförderungen gleicher oder gleichartiger Maßnahmen und unabgestimmte Vorgehensweisen von Krankenkassen und Arbeitgebern sollten vermieden werden. Weitere Informationen unter www.gkv-spitzenverband.de ▶ Krankenversicherung ▶ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▶ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▶ Betriebliche Gesundheitsförderung, hier: Steuerfreie Arbeitgeberleistung

8.4 Musterformular für von der Zentrale Prüfstelle Prävention zertifizierte Kurse

Formular für von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifizierte Kurse

1. Teilnahmebescheinigung der Anbieterin/des Anbieters
2. Antrag der/des Versicherten auf Bezuschussung

Die Anbieterin/Der Anbieter füllt Teil 1 „Teilnahmebescheinigung" aus.

Die Versicherte/Der Versicherte füllt Teil 2 „Antrag auf Bezuschussung" aus.

Die/Der Versicherte leitet das ausgefüllte Formular (Teil 1 und Teil 2) an die Krankenkasse weiter.

Hinweis für die/den Versicherte/n: Die hier erhobenen Daten werden zur Bearbeitung Ihres Leistungsantrags verwendet, um zu prüfen, ob die Krankenkasse Kosten erstatten kann. Dazu ist der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. e) DS-GVO i. V. m. § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

Vermerke der Krankenkasse:

1. Teilnahmebescheinigung für zertifizierte Präventionsangebote (Datenbank der Zentralen Prüfstelle Prävention)
(von der Anbieterin/dem Anbieter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Frau/Herr _____ hat an der Maßnahme mit dem Titel

_____

von _____ bis _____
(Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)

an ____ von ____ Kurseinheiten à ____ Minuten Dauer teilgenommen.

Präventionsprinzip/Inhalt: (nur **ein** Präventionsprinzip ankreuzen, dasjenige, auf dem der Schwerpunkt liegt)

- ☐ Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- ☐ Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme
- ☐ Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung
- ☐ Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- ☐ Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- ☐ Förderung von Entspannung
- ☐ Förderung des Nichtrauchens
- ☐ Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/ Reduzierung Alkoholkonsum

Kursleiterin/Kursleiter
(Name, Vorname) _____

Kurs-ID
(Datenbank der Zentralen Prüfstelle Prävention) _____

Die o. g. Kursleiterin/Der o. g. Kursleiter hat die Maßnahme persönlich durchgeführt.

Die Teilnehmerin/Der Teilnehmer hat die Gebühr von € _____ entrichtet.

Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben: Ich bestätige, dass der Zuschuss der Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird der Teilnehmerin/dem Teilnehmer nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft.

Bei wohnortfernen Angeboten: Ich versichere, dass die Kursgebühr ausschließlich der Bezahlung des genannten Präventionsangebotes dient und es keinerlei Quersubventionierung von Übernachtungs-, Verpflegungs- oder sonstigen Kosten gibt.

Bitte wenden

Ich versichere, dass die hier gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Hinweis: Die Krankenkasse hat das Recht, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung auch vor Ort unangemeldet zu überprüfen.

Ort	Datum	Persönliche Unterschrift der Anbieterin/des Anbieters

2. Antrag auf Bezuschussung
(der/des Versicherten bzw. von deren/dessen gesetzlicher Vertreterin/gesetzlichem Vertreter, in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Name der/des Versicherten	Vorname der/des Versicherten	Geburtsdatum der/des Versicherten	Versicherten-Nr. (s. Krankenversichertenkarte)

Ich beantrage einen Zuschuss zu der umseitig genannten Maßnahme

durchgeführt von:
Name, Adresse, Tel. und E-Mail-Adresse der Anbieterin/des Anbieters:

Name der Anbieterin/des Anbieters	Vorname der Anbieterin/des Anbieters

Adresse der Anbieterin/des Anbieters

Telefonnummer der Anbieterin/des Anbieters	E-Mail-Adresse der Anbieterin/des Anbieters

Ich bestätige, dass ich an der o. g. Maßnahme teilgenommen habe und dass sie von der/dem umseitig genannten Kursleiterin/Kursleiter persönlich durchgeführt wurde. Ich füge einen Nachweis (z. B. Original-Quittung oder Kontoauszug) darüber bei, dass ich die Teilnahmegebühr gezahlt habe.

Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben: Ich bestätige, dass der Zuschuss der Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird mir nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft.

Ein zu Unrecht erhaltener Zuschuss ist zurückzuzahlen.

Ich bitte um Überweisung auf mein Konto:

IBAN	BIC	Bank

Ort	Datum	Unterschrift der/des Versicherten

8.5 Perzentile für den Body-Mass-Index von Mädchen und Jungen

Perzentile für den Body-Mass-Index (in kg/m²) von Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren[219]

Alter (Jahre)	P3	P10	P25	P50 (M)	P75	P90	P97	P99,5
0	10,21	10,99	11,75	12,58	13,40	14,12	14,81	15,61
0,5	13,86	14,55	15,29	16,16	17,08	17,95	18,85	19,98
1	14,14	14,81	15,53	16,40	17,34	18,25	19,22	20,41
1,5	13,94	14,59	15,32	16,19	17,16	18,11	19,15	20,48
2	13,68	14,33	15,05	15,93	16,93	17,92	19,03	20,48
2,5	13,46	14,10	14,82	15,71	16,73	17,76	18,92	20,51
3	13,29	13,93	14,64	15,54	16,57	17,64	18,84	20,46
3,5	13,16	13,79	14,51	15,42	16,46	17,56	18,81	20,54
4	13,06	13,69	14,42	15,33	16,40	17,54	18,85	20,75
4,5	13,00	13,64	14,37	15,31	16,41	17,58	18,97	20,97
5	12,97	13,61	14,36	15,32	16,46	17,69	19,16	21,34
5,5	12,94	13,60	14,36	15,35	16,53	17,83	19,40	21,74
6	12,92	13,59	14,37	15,39	16,63	17,99	19,67	22,28
6,5	12,93	13,62	14,42	15,48	16,77	18,21	20,01	22,78
7	12,98	13,69	14,52	15,62	16,98	18,51	20,44	23,48
7,5	13,06	13,80	14,66	15,81	17,24	18,86	20,93	24,25
8	13,16	13,92	14,82	16,03	17,53	19,25	21,47	25,19
8,5	13,27	14,06	15,00	16,25	17,83	19,65	22,01	26,02
9	13,38	14,19	15,17	16,48	18,13	20,04	22,54	26,69
9,5	13,48	14,33	15,34	16,70	18,42	20,42	23,04	27,50
10	13,61	14,48	15,53	16,94	18,72	20,80	23,54	28,17
10,5	13,76	14,66	15,74	17,20	19,05	21,20	24,03	28,73
11	13,95	14,88	15,99	17,50	19,40	21,61	24,51	29,36
11,5	14,18	15,14	16,28	17,83	19,78	22,04	25,00	29,88
12	14,45	15,43	16,60	18,19	20,18	22,48	25,47	30,47
12,5	14,74	15,75	16,95	18,56	20,58	22,91	25,92	30,77
13	15,04	16,07	17,30	18,94	20,98	23,33	26,33	31,26
13,5	15,35	16,40	17,64	19,30	21,36	23,71	26,70	31,43
14	15,65	16,71	17,97	19,64	21,71	24,05	27,01	31,72
14,5	15,92	17,00	18,27	19,95	22,02	24,35	27,26	31,81
15	16,18	17,26	18,53	20,22	22,28	24,59	27,45	31,86
15,5	16,40	17,49	18,76	20,45	22,50	24,77	27,57	31,85
16	16,60	17,69	18,96	20,64	22,67	24,91	27,65	31,79
16,5	16,78	17,87	19,14	20,81	22,82	25,02	27,69	31,71
17	16,95	18,04	19,31	20,96	22,95	25,11	27,72	31,61
17,5	17,11	18,20	19,47	21,11	23,07	25,20	27,74	31,51
18	17,27	18,36	19,62	21,25	23,19	25,28	27,76	31,42

219 Kromeyer-Hauschild K., M. Wabitsch, F. Geller, A. Ziegler, H. C. Geiß, V. Hesse, V. Hippel, U. Jäger, D. Johnsen, W. Kiess, W. Korte, D. Kunze, K. Menner, M. Müller, A. Niemann-Pilatus, Th. Remer, F. Schäfer, H. U. Wittchen, S. Zabransky, K. Zellner & J. Hebebrand (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 2001, 149: 807-818.

Perzentile für den Body-Mass-Index (in kg/m²) von Jungen im Alter von 0 bis 18 Jahren[220]

Alter (Jahre)	P3	P10	P25	P50 (M)	P75	P90	P97	P99,5
0	10,20	11,01	11,81	12,68	13,53	14,28	15,01	15,86
0,5	14,38	15,06	15,80	16,70	17,69	18,66	19,72	21,09
1	14,58	15,22	15,93	16,79	17,76	18,73	19,81	21,25
1,5	14,31	14,92	15,60	16,44	17,40	18,37	19,47	20,95
2	14,00	14,58	15,25	16,08	17,03	18,01	19,14	20,69
2,5	13,73	14,31	14,97	15,80	16,76	17,76	18,92	20,51
3	13,55	14,13	14,79	15,62	16,59	17,62	18,82	20,51
3,5	13,44	14,01	14,67	15,51	16,50	17,56	18,80	20,61
4	13,36	13,94	14,60	15,45	16,46	17,54	18,83	20,68
4,5	13,30	13,88	14,55	15,42	16,45	17,56	18,90	20,87
5	13,24	13,83	14,51	15,40	16,46	17,61	19,02	21,17
5,5	13,20	13,80	14,50	15,40	16,50	17,71	19,19	21,52
6	13,18	13,79	14,51	15,45	16,59	17,86	19,44	21,92
6,5	13,19	13,82	14,56	15,53	16,73	18,07	19,76	22,40
7	13,23	13,88	14,64	15,66	16,92	18,34	20,15	23,07
7,5	13,29	13,96	14,76	15,82	17,14	18,65	20,60	23,81
8	13,37	14,07	14,90	16,01	17,40	19,01	21,11	24,62
8,5	13,46	14,18	15,05	16,21	17,68	19,38	21,64	25,48
9	13,56	14,31	15,21	16,42	17,97	19,78	22,21	26,55
9,5	13,67	14,45	15,38	16,65	18,27	20,19	22,78	27,34
10	13,80	14,60	15,57	16,89	18,58	20,60	23,35	28,35
10,5	13,94	14,78	15,78	17,14	18,91	21,02	23,91	29,21
11	14,11	14,97	16,00	17,41	19,24	21,43	24,45	30,11
11,5	14,30	15,18	16,24	17,70	19,58	21,84	24,96	30,63
12	14,50	15,41	16,50	17,99	19,93	22,25	25,44	31,38
12,5	14,73	15,66	16,77	18,30	20,27	22,64	25,88	31,72
13	14,97	15,92	17,06	18,62	20,62	23,01	26,28	32,08
13,5	15,23	16,19	17,35	18,94	20,97	23,38	26,64	32,45
14	15,50	16,48	17,65	19,26	21,30	23,72	26,97	32,61
14,5	15,77	16,76	17,96	19,58	21,63	24,05	27,26	32,79
15	16,04	17,05	18,25	19,89	21,95	24,36	27,53	32,96
15,5	16,31	17,33	18,55	20,19	22,26	24,65	27,77	32,94
16	16,57	17,60	18,83	20,48	22,55	24,92	27,99	33,11
16,5	16,83	17,87	19,11	20,77	22,83	25,18	28,20	33,09
17	17,08	18,13	19,38	21,04	23,10	25,44	28,40	33,24
17,5	17,32	18,39	19,64	21,31	23,36	25,68	28,60	33,21
18	17,56	18,63	19,89	21,57	23,61	25,91	28,78	33,19

220 Ebd.

Leitfaden Prävention

in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI
in der redaktionell überarbeiteten Fassung vom August 2020

In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene

Impressum
Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Verantwortlich: Referat Pflegeversicherung, Ulrike Bode, Gabriela Seibt-Lucius, Jörg Schemann

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH
Stand: August 2020

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Inhalt

1. Einleitung 4

2. Gesetzliche Grundlagen. 6

3. Der Gesundheitsförderungsprozess in der stationären Pflege 7

4. Differenzierung von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung 10

5. Umsetzungs- und Ausschlusskriterien 11

6. Präventionsziele in der stationären Pflege 13

7. Handlungsfelder 14
   - 7.1 Ernährung 14
   - 7.2 Körperliche Aktivität 15
   - 7.3 Stärkung kognitiver Ressourcen 16
   - 7.4 Psychosoziale Gesundheit 17
   - 7.5 Prävention von Gewalt. 18

8. Dokumentation, Messung der Zielerreichung und Berichtswesen 20

9. Evaluation 21

1. Einleitung

In Deutschland werden (Stand 31.12.2019) rund 860.000 pflegebedürftige Menschen[1] in rund 14.500 stationären Pflegeeinrichtungen[2] von rund 765.000 Beschäftigten[3] versorgt. Etwa 70 % der pflegebedürftigen Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen sind 80 Jahre und älter.[4] Pflegebedürftigkeit ist aber nicht vom Erreichen eines bestimmten Alters abhängig. Aufgrund des demografischen Wandels ist zu erwarten, dass trotz des Grundsatzes „ambulant vor stationär" der Anteil der Bevölkerung, der in der stationären Pflege versorgt wird, tendenziell steigen wird. Hochaltrigkeit ist mit einem höheren Risiko von Pflegebedürftigkeit verbunden. In Regionen mit abnehmender Bevölkerungsdichte und einem steigenden Anteil von Einzelhaushalten sinkt zugleich das Potenzial einer familiären Versorgung Pflegebedürftiger im häuslichen Umfeld.[5]

Pflegebedürftige Menschen sind aufgrund körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen auf Hilfe bei Aktivitäten im Alltag, bei der Gestaltung von Lebensbereichen und bei sozialer Teilhabe angewiesen. Beeinträchtigte, multimorbide und pflegebedürftige Menschen verfügen dennoch über Gesundheitspotenziale, die gefördert werden können. Voraussetzung für die Umsetzung einer Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen ist, dass die Lebensbedingungen entsprechend nachhaltig gestaltet werden. Prävention in der stationären Pflege muss deshalb konsequent dem Ansatz der Gesundheitsförderung in Lebenswelten (Settings) folgen.[6]

Die starke Abhängigkeit pflegebedürftiger Menschen vom Handeln der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen lässt es sinnvoll erscheinen, Maßnahmen der Prävention für Pflegebedürftige in der stationären Pflege mit Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V in der Pflegeeinrichtung zu verbinden, um eine nachhaltige Wirkung zu erreichen.

Zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten gehört der Anspruch, die Zielgruppen an der Ermittlung von Gesundheitsrisiken und -potenzialen, an der Entwicklung von Lösungsstrategien und der Evaluation des Prozesses geplanter organisatorischer Veränderungen zu beteiligen (Partizipation)[7]. In stationären Pflegeeinrichtungen bietet sich an, zusätzlich zu den Pflegebedürftigen ggf. auch Heim- bzw. Bewohnerbeiräte, Angehörige sowie gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer einzubeziehen.[8]

Mit dem Präventionsgesetz wurde die Verpflichtung der Pflegekassen eingeführt, Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte zu erbringen. Damit leisten die Pflegekassen auch einen zusätzlichen Beitrag zur Förderung der Mobilität von pflegebedürftigen Menschen, der den

1 Bundesministerium für Gesundheit: Soziale Pflegeversicherung: Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2019.
2 Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2019:147
3 https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/personal-pflegeeinrichtungen.html; Zugriff am 28.10.2020.
4 Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2019:136
5 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW (2007): Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007, Hamburg, www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW04-09-014_Pflegereport2007_Download.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff am 14.04.2020.
6 Rosenbrock R, Hartung S (2018): Settingansatz/Lebensweltansatz, in: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, www.leitbegriffe.bzga.de/fileadmin/user_upload/leitbegriffe/e-Books/E-Book_Leitbegriffe_2018_08.pdf, Zugriff am 14.04.2020.
7 Wright M (2016): Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, in: BzgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, www.leitbegriffe.bzga.de/fileadmin/user_upload/leitbegriffe/e-Books/E-Book_Leitbegriffe_2018_08.pdf: 705 – 711, Zugriff am 15.04.2020.
8 Heim- bzw. Bewohnerbeiräte sind die offiziellen Vertreterinnen und Vertreter der Pflegebedürftigen in der stationären Versorgung; gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer haben die Aufgabe, für diejenigen zu sprechen, die sich selbst nicht in solche Entscheidungsprozesse einbringen können.

Gedanken des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (siehe Modul 1 „Mobilität“ des Begutachtungsinstruments) aufgreift.

Für den Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V berichtet die soziale Pflegeversicherung als einer der Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) nach § 20e SGB V entsprechend der Beschlüsse der NPK.

Der vorliegende Leitfaden legt gemäß § 5 Abs. 1 Satz 3 SGB XI die Kriterien für die Leistungen der Pflegekassen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen fest und soll den Pflegekassen Hilfestellungen bei der Entwicklung und Unterstützung der Umsetzung von Vorschlägen für Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung geben. Der Leitfaden wurde durch den GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) erstellt.

Wesentliche Grundlage für den „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ war die gesetzlich vorgesehene Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes. Hierfür hat der GKV-Spitzenverband im Jahr 2015 einen Auftrag zur Entwicklung von Vorschlägen für Kriterien der Prävention, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele vergeben. Die Ergebnisse lagen Ende 2015 in Form einer Expertise vor, wurden Ende 2017 aktualisiert und sind in den Leitfaden eingeflossen.

2. Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Regelungen zu den Leistungen der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI Abs. 1–3 lauten wie folgt:

(1) Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes die Kriterien für die Leistungen nach Satz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.

(2) Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.[9] Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.

(3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht, stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.

Erläuterung:
In § 5 Abs. 1 SGB XI macht der Gesetzgeber die Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Pflege als Sollvorschrift zu einer gesetzlichen Aufgabe der Pflegekassen mit stark verpflichtendem Charakter. Die Leistungen beziehen sich dabei auf einen partizipativen Organisationsentwicklungsprozess und sollen sich von den Aufgaben der Pflegeeinrichtungen insbesondere nach § 11 SGB XI, der aktivierenden Pflege, abgrenzen. Für die Ausgaben nach § 5 Abs. 1 SGB XI gilt ein jährlich anzupassender Sollwert pro Kopf der Versicherten. § 5 Abs. 3 SGB XI stellt dabei klar, dass die Pflegekassen diese Leistungen in Kooperation erbringen sollen.

9 Im Jahr 2020 betragen die Sollausgaben für jeden Versicherten bereits 0,33 Euro.

3. Der Gesundheitsförderungsprozess in der stationären Pflege

Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt der stationären Pflege stellt einen Prozess dar, der die Elemente

- Bedarfsermittlung einschließlich vorhandener Risiken und Potenziale,
- eine daraus abgeleitete Zielbestimmung und
- Entwicklung von Vorschlägen und Maßnahmen zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Verhältnisse und Verhaltensweisen sowie
- die Unterstützung von deren Umsetzung jeweils unter Beteiligung der in der stationären Pflegeeinrichtung befindlichen Menschen und der Verantwortlichen umfasst. Bei einer nachhaltigen Etablierung von Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen wiederholt sich dieser Prozess im Sinne eines Lernzyklus: An die Umsetzung schließt sich wiederum eine Analysephase an, in der die Ergebnisse der bereits durchgeführten Maßnahmen, z. B. aus definierten Handlungsfeldern, bewertet werden. Darauf aufbauend können weitere Maßnahmen erarbeitet und umgesetzt werden (vgl. Abbildung 1).

Der Präventions- und Gesundheitsförderungsprozess gliedert sich in die Schritte „Vorbereitung", „Nutzung von Strukturen", „Analyse", „Maßnahmenplanung", „Umsetzung" und „Evaluation". Die Sensibilisierung aller Beteiligten für die Prävention und Gesundheitsförderung von pflegebedürftigen Menschen in der stationären Pflegeeinrichtung sowie die interne Öffentlichkeitsarbeit stellen kontinuierliche Aufgaben während des gesamten Prozesses dar.

1. **Vorbereitungsphase:** Durch persönliche und/oder mediengestützte Information und Beratung unterstützen die Pflegekassen das Interesse der in den stationären Pflegeeinrichtungen Verantwortlichen für die Prävention/Gesundheitsförderung. In der persönlichen Beratung interessierter Verantwortlicher können diese für das Thema Prävention/Gesundheitsförderung pflegebedürftiger Menschen in der stationären Pflegeeinrichtung sensibilisiert und für ein gemeinsames Verständnis von Prävention/Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz vorbereitet werden. Am Ende der Vorbereitungsphase steht die Entscheidung der stationären Pflegeeinrichtung, in einen Präventions- und Gesundheitsförderungsprozess einzutreten. Es erfolgt eine Klärung von Auftrag und Zielsetzung.

2. **Nutzung von Strukturen:** Wurde in der stationären Pflegeeinrichtung die Entscheidung für einen Einstieg in den Prozess der Prävention/Gesundheitsförderung getroffen, ist es wichtig, die relevanten Akteurinnen und Akteure zusammenzubringen. Empfehlenswert ist die Einrichtung bzw. die Erweiterung eines bestehenden Steuerungsgremiums. Es empfiehlt sich, vorhandene Strukturen (z. B. aus dem Qualitätsmanagement) zu nutzen. Das Steuerungsgremium hat die Aufgabe, die Analyse des Bedarfs, die Festlegung von Zielen, die Planung und Umsetzung der Maßnahmen sowie die Evaluation zu koordinieren. In der Steuerungsgruppe müssen die Leitung der Einrichtung und die Zielgruppe vertreten sein.

Anzustreben ist die Beteiligung folgender Akteurinnen und Akteure:

- Einrichtungsleitung und Verantwortliche für das Qualitätsmanagement
- Pflegefachkräfte als zentrale Beschäftigtengruppe
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Betreuung
- pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen
- Heim- bzw. Bewohnerbeiräte
- gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer

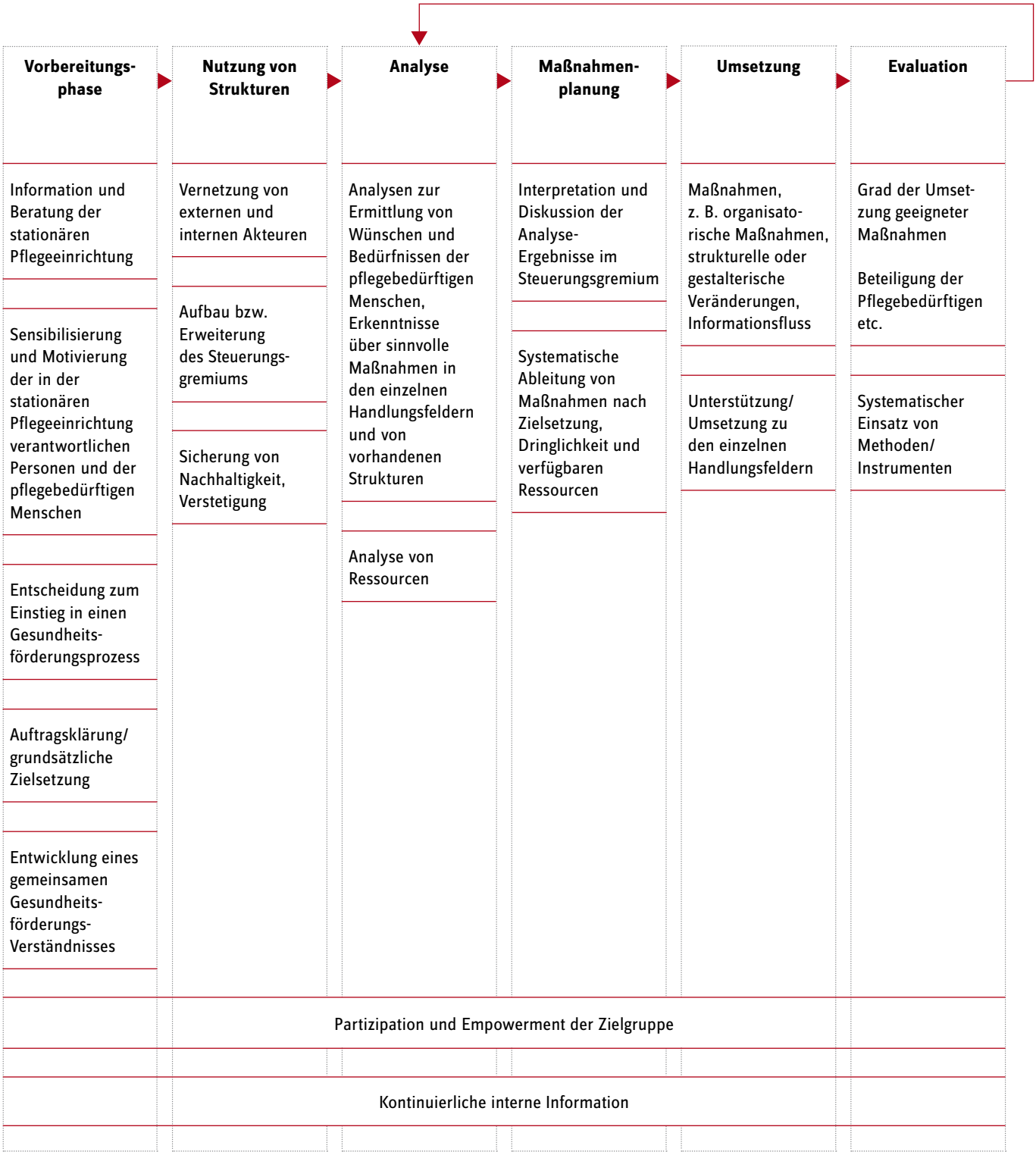
3. **Analyse:** Hierbei werden Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen in den einzelnen Handlungsfeldern sowie vorhandene Strukturen analysiert. Zur Erfassung von Bedarf und Angebot sowie zur Evaluation setzen Pflegekassen geeignete Instrumente ein. In wissenschaftlich begleiteten Modellprojekten sollten insbesondere Methoden der Beteiligung entwickelt werden, auch für die Pflegebedürftigen, die sich ggf. nicht von sich aus adäquat in Entscheidungsprozesse über die Gestaltung der Pflegeeinrichtung einbringen.

4. **Maßnahmenplanung:** Das Steuerungsgremium interpretiert und bewertet die gesammelten Informationen und leitet daraus Interventionsziele ab. Diese werden in Abstimmung priorisiert und fließen in einen Maßnahmenplan für die einzelnen Handlungsbereiche ein. Dieser Maßnahmenplan sollte sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Maßnahmen enthalten, die zur Stärkung von Ressourcen der Zielgruppen beitragen. Er bringt die Maßnahmen nach Priorität und Machbarkeit in eine Reihenfolge und legt die Verantwortlichkeiten der Akteurinnen und Akteure und der Kooperationspartner für die Gestaltung der einzelnen Interventionen und Interventionsschritte fest. Der Maßnahmenplan enthält die vereinbarten (Zwischen-)Ergebnisparameter und Bewertungsmaßstäbe von Interventionen sowie Routinen für die Dokumentation. Ferner sind darin die Zeitplanung sowie einzelne Fristen festgelegt. Das Steuerungsgremium wirkt auf die Realisierung des Plans hin.

5. **Umsetzung:** Die von den Projektverantwortlichen/vom Steuerungsgremium beschlossenen verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen werden entsprechend dem Maßnahmenplan schrittweise umgesetzt. In der Umsetzung von Maßnahmen muss ein Schwerpunkt im Aufbau nachhaltiger Strukturen liegen. Dazu gehört auch der Auf- und Ausbau von Kooperationen mit externen Anbietern wie z. B. geeigneten Physiotherapiepraxen oder Sportvereinen und Trägern der Erwachsenen- und Seniorenbildung.

6. **Evaluation:** Die Evaluation sollte institutionsbezogen mindestens den Grad der Umsetzung geeigneter Maßnahmen sowie die Beteiligung der pflegebedürftigen Menschen erfassen. Zur Weiterentwicklung können unter Einbezug wissenschaftlicher Expertise die Entwicklung von Erhebungsinstrumenten von für pflegebedürftige Menschen relevanten Eckpunkten (z. B. Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität) entwickelt werden. In den einzelnen Handlungsfeldern sind Vorschläge für Indikatoren formuliert.

Abb. 1:
Der Gesundheitsförderungsprozess in stationären Pflegeeinrichtungen



4. Differenzierung von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung

Pflegeeinrichtungen sind mit ihren Leistungen in der Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung bereits präventiv tätig. Nach § 11 SGB XI haben Inhalt und Organisation der Leistungen eine humane und aktivierende Pflege zu gewährleisten. Der weitgehende Erhalt der Gesundheit der pflegebedürftigen Menschen sowie die Stärkung der körperlichen, psychischen und geistigen Fähigkeiten gehören damit bereits zu den Zielen der stationären Pflege.

Die Inhalte der von den stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringenden Leistungen werden gesetzlich nach §§ 41, 42, 43 und 43b SGB XI bestimmt und durch die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI, die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI, sowie durch die Betreuungskräfte-Richtlinien nach § 53b SGB XI konkretisiert. So sind die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und die pflegerische Betreuung, die Unterkunft und Verpflegung unter anderem darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der pflegebedürftigen Menschen auch in Form aktivierender Pflege wiederzugewinnen oder zu erhalten (Maßstäbe und Grundsätze für die vollstationäre Pflege nach § 113 SGB XI). Hierzu gehören z. B. Hilfen bei der Mobilität zur Förderung von Beweglichkeit und zum Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung oder prophylaktische Maßnahmen gegen Druckgeschwüre, Pneumonien, Stürze, Kontrakturen und Mangelernährung.

Von diesen Pflegeinterventionen und Betreuungsleistungen sind die durch das Präventionsgesetz vorgesehenen Leistungen der Pflegekassen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI aus leistungsrechtlichen Gründen abzugrenzen. Pflegekassen sollen ihre Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung durch die Beratung und zeitlich begrenzte (finanzielle) Unterstützung von Pflegeeinrichtungen erfüllen, die geeignete Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung unter Beteiligung der Pflegebedürftigen entwickeln, implementieren und evaluieren. Pflegekassen können vor allem die Anstrengungen der Pflegeeinrichtungen unterstützen, partizipativ gesundheitsfördernde Strukturen in der Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtung zu schaffen. Die Angebote sollen sich insbesondere dadurch auszeichnen, dass sie entweder alle pflegebedürftigen Menschen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut bzw. versorgt werden, oder nach ihren körperlichen und kognitiven Fähigkeiten differenzierte Gruppen von pflegebedürftigen Menschen des Settings erreichen.

Die Maßnahmen zielen auf die Verhältnisprävention und damit den Aufbau von gesundheitsfördernden Strukturen in Pflegeeinrichtungen ab und können auch Maßnahmen der Verhaltensprävention in bestimmten Handlungsfeldern (siehe Kap. 7) beinhalten. Individuelle Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI) sind hiervon ausgenommen. Entsprechend wird mit Mitteln nach § 5 SGB XI die Umsetzung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen unterstützt, deren Inhalt sich entweder von der individuell notwendigen Leistungserbringung bei Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung im Rahmen des Pflegeprozesses abgrenzt oder über deren Maß hinausgeht (zusätzliche qualitätsgesicherte Angebote, z. B. Gruppenangebote im Bereich Bewegung).

Darüber hinaus können zur Förderung von innovativen Ansätzen aus Mitteln nach § 5 SGB XI Interventionskonzepte für die Lebenswelt der stationären Pflegeeinrichtungen entwickelt und ggf. auch weiterentwickelt werden. Hierbei soll auch über eine begleitende Dokumentation und Evaluation die Wirkung präventiver Maßnahmen überprüft werden.

5. Umsetzungs- und Ausschlusskriterien

Die folgenden Kriterien für unterstützungsfähige Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen orientieren sich an den Förder- und Ausschlusskriterien, die grundsätzlich für den Settingansatz nach § 20a Abs. 1 SGB V[10] definiert worden sind. Darüber hinaus gelten für die Prävention/Gesundheitsförderung im Setting „stationäre Pflegeeinrichtungen" spezifische Anforderungen und Kriterien.

Voraussetzung für Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 5 SGB XI sind Vereinbarungen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen, die mindestens den Umfang und die zeitliche Dauer der Unterstützung durch die jeweilige Pflegekasse festlegen.

Pflegekassen sollen ihre Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung durch die Beratung von Pflegeeinrichtungen und durch Unterstützung mittels Einbringen von Ressourcen erfüllen. Mögliche Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI im Setting Pflegeeinrichtung können darüber hinaus z. B. Moderation und Projektmanagement sein; ebenso können Pflegekassen qualitätsgesicherte Konzepte und Programme unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der jeweiligen Pflegeeinrichtung entwickeln und umsetzen. Darüber hinaus können Pflegekassen von Dritten entwickelte bzw. vorgeschlagene Konzepte berücksichtigen.

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen können auf der Grundlage von qualitätsgesicherten Konzepten und Programmen durch eigene Fachkräfte der Pflegekassen oder durch von ihnen beauftragte Dritte durchgeführt bzw. finanziell unterstützt werden. Die Pflegekassen wirken darauf hin, dass die Nachhaltigkeit der umgesetzten Maßnahmen in den Pflegeeinrichtungen sichergestellt wird.

Dazu müssen die Maßnahmen dauerhaft in den Pflegeeinrichtungen implementiert und kontinuierlich angewandt werden. Der Aufbau und die eigenständige Weiterführung der Maßnahmen sind entsprechend dem beschriebenen Gesundheitsförderungsprozess eine wesentliche Voraussetzung für die Verstetigung und Sicherung der Nachhaltigkeit.

Anforderungen:

- offener Zugang: Die Maßnahmen stehen grundsätzlich allen pflegebedürftigen Menschen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen offen, unabhängig davon, bei welcher Pflegekasse sie versichert sind. Dies gilt auch, wenn nicht alle Pflegekassen bei der jeweiligen Maßnahme beteiligt sind.
- Ausrichtung: Die geplanten Aktivitäten sollen die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeeinrichtungen stärken.
- Vielfalt/Diversität[11]: Die Vielfalt/Diversität der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeeinrichtungen wird berücksichtigt.
- Qualifikation: Fachkräfte der Pflegekassen oder von Pflegekassen beauftragte Fachkräfte, welche die in den einzelnen Handlungsfeldern (s. Kap. 7) aufgeführten verhaltenspräventiven Maßnahmen durchführen, verfügen über folgende grundsätzliche Voraussetzungen:
  - Grundqualifikation: staatlich anerkannter Berufs- oder Studienabschluss im jeweiligen Handlungsfeld
  - Zusatzqualifikation: spezifische, in der Fachwelt anerkannte Fortbildung[12]
  - Einweisung in die durchzuführenden Maßnahmen[13]

  Die jeweilige Anerkennung der Qualifikation obliegt den Pflegekassen.

10 GKV-Spitzenverband (2020): Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 14. Dezember 2020.

11 Relevante Merkmale der Vielfalt (Diversität) sind u. a. Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund.

12 Diese kann ggf. in der Grundqualifikation enthalten sein und ist durch aussagefähige Unterlagen nachzuweisen.

13 Diese kann ggf. in der Grundqualifikation enthalten sein und ist durch aussagefähige Unterlagen nachzuweisen.

- Partnerschaften: Vorhandene Strukturen, Einrichtungen, Netzwerke sowie Akteurinnen und Akteure werden möglichst genutzt bzw. eingebunden.
- Konzeptionierung: Vorlage eines Konzepts zur Beschreibung der Maßnahme, insbesondere mit Angaben
  - zur Zielrichtung (Zieldefinition erfolgt möglichst operationalisiert; dabei ist die Ausrichtung auf die Prävention/Gesundheitsförderung zu beachten),
  - zur Dauer (Kontinuität und Regelmäßigkeit sollten gewährleistet sein),
  - zur Qualifikation der Ausführenden,
  - zu den Kosten einschließlich eines Finanzierungskonzepts,
  - zu Qualitätssicherungsmaßnahmen,
  - zur Evaluation der Maßnahme sowie
  - zur Nutzung/Einbindung vorhandener Strukturen.
- Partizipation: In den gesamten Präventions-/Gesundheitsförderungsprozess sollten die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen aktiv einbezogen werden.
- Transparenz: Die Akteurinnen und Akteure informieren sich gegenseitig laufend über den jeweils aktuellen Sachstand bzgl. der jeweiligen Maßnahme.

Ausgeschlossen sind insbesondere:

- Leistungen der stationären Pflegeeinrichtungen, die im Rahmen der aktivierenden Pflege gemäß § 11 SGB XI bzw. aufgrund individueller Bedarfe und Bedürfnisse im Rahmen der Pflege, Betreuung (einschließlich zusätzlicher Betreuung) und hauswirtschaftlichen Versorgung nach §§ 41, 42, 43 und 43b i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI zu erfolgen haben
- Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI
- Leistungen, die zu den Pflichtaufgaben anderer Einrichtungen oder die in den Zuständigkeitsbereich anderer Leistungsträger gehören; insbesondere die Finanzierung von Heil- und Hilfsmitteln nach §§ 32 ff. SGB V
- Finanzierung von Pflegehilfsmitteln nach § 40 SGB XI
- Finanzierung von Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenständen, Mobiliar und technischen Hilfsmitteln
- Finanzierung beruflicher Ausbildungen
- Finanzierung von Qualifizierungsmaßnahmen, die nicht an die Maßnahme gebunden sind
- Finanzierung von Qualifizierungsmaßnahmen, deren Kosten bereits in den vereinbarten Pflegesätzen der Pflegeeinrichtungen enthalten sind
- Regelfinanzierung von auf Dauer angelegten Stellen, z. B. in Beratungseinrichtungen
- auf einzelne Pflegebedürftige bezogene Abrechnung von Maßnahmen
- isolierte, d. h. nicht in ein Gesamtkonzept eingebundene Maßnahmen
- Forschungsprojekte/Screenings ohne Interventionsbezug
- Aktivitäten von politischen Parteien sowie parteinahen Organisationen und Stiftungen
- Aktivitäten, die Werbezwecken für kommerzielle Einrichtungen, Organisationen oder Produkte dienen
- ausschließlich auf Öffentlichkeitsarbeit ausgerichtete Aktionen, Informationsstände oder ausschließlich mediale Aufklärungskampagnen
- Angebote, die weltanschaulich nicht neutral sind

6. Präventionsziele in der stationären Pflege

Die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V vom 19. Februar 2016 beschreiben unter dem Ziel „Gesund im Alter" für die Zielgruppe Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen Präventionsthemen, bei deren Umsetzung die stationären Pflegeeinrichtungen von den Pflegekassen gemäß § 5 SGB XI unterstützt werden können.

Ziel präventiver/gesundheitsfördernder Leistungen in Pflegeeinrichtungen ist die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und Ressourcen der pflegebedürftigen Menschen unter deren Beteiligung. Das Oberziel ist dabei die Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen. Zur Umsetzung wird den Pflegekassen daher empfohlen, in den Pflegeeinrichtungen Steuerungsgremien zu unterstützen, die sich mit der Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflegeeinrichtung befassen (Teilziel 1).

Oberziel der Prävention in der stationären Pflege:
Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen

Teilziel 1: Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit einem Steuerungsgremium, das sich mit der Prävention und Gesundheitsförderung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Gäste befasst, ist erhöht.

Die zwischen den Pflegekassen oder den Kooperationspartnern und den stationären Pflegeeinrichtungen vereinbarten präventiven/gesundheitsfördernden Maßnahmen sollten sich an den folgenden inhaltlichen Teilzielen (2.1 bis 2.5) orientieren.[14] Mit dem vorliegenden Leitfaden werden die Zielformulierungen konkretisiert.

Teilziele 2.1 bis 2.5: Handlungsfelder

Teilziele der Pflegekassen für die einzelnen Handlungsfelder

Teilziel 2.1 (Ernährung):
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein auf anerkannten Qualitätsstandards (z. B. DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen) beruhendes Konzept zur Verpflegung vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

Teilziel 2.2 (Körperliche Aktivität):
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

Teilziel 2.3 (Kognitive Ressourcen):
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung kognitiver Leistungen vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

Teilziel 2.4 (Psychosoziale Gesundheit):
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Stärkung psychosozialer Gesundheit vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

Teilziel 2.5 (Prävention von Gewalt):
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die einrichtungsinterne Handlungsleitlinien oder ein Konzept zur Prävention von Gewalt in der Pflege vorweisen und die Handlungsleitlinien oder die Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

Die vorgenannten Teilziele werden im Zuge der Evaluation der Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung ggf. weiterentwickelt.

14 Diese berücksichtigen die Ziele „Gesund älter werden" (siehe www.gesundheitsziele.de).

7. Handlungsfelder

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen umfassen folgende Handlungsfelder:

- Ernährung
- körperliche Aktivität
- kognitive Ressourcen
- psychosoziale Gesundheit
- Prävention von Gewalt

Die Empfehlungen zu den Handlungsfeldern basieren auf dem Expertenurteil der einbezogenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Da die zugrundeliegende Literaturauswertung für die einzelnen Handlungsfelder insgesamt geringe Evidenz für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne des § 5 SGB XI ergab, besteht grundsätzlicher Forschungsbedarf zur Wirksamkeit von gesundheitsfördernden und präventiven Interventionen im Setting der stationären Pflege mit für pflegebedürftige Menschen relevanten Outcomes. Aufgrund des teilweise fehlenden Erkenntnisstandes werden von den Expertinnen und Experten auch Interventionen empfohlen, deren Wirksamkeit angenommen wird. In solchen Projekten sollte die Umsetzung wissenschaftlich begleitet werden.

7.1 Ernährung

Bei pflegebedürftigen Menschen tragen krankheitsbedingte Faktoren, die entweder die Nahrungsaufnahme einschränken oder den Energie- und Nährstoffbedarf erhöhen, dazu bei, dass das Risiko für Mangelernährung erhöht ist. In Einrichtungen der stationären Pflege sind bis zu zwei Drittel der Pflegebedürftigen davon betroffen. Mangelernährung kann wiederum dazu führen, dass sich Erkrankungen verschlimmern und Gebrechlichkeit zunimmt.[15]

Zur Vermeidung von Mangelernährung liegt ein Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in der ersten Aktualisierung aus dem Jahr 2017 vor.[16] Er beschreibt den pflegerischen Beitrag zum Ernährungsmanagement mit dem Ziel der Sicherung und Förderung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten oralen Ernährung von kranken und pflegebedürftigen Menschen, die angemessene Unterstützung bei der Aufnahme von Speisen und Getränken sowie bei der Gestaltung der Mahlzeiten.

Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung nach § 5 SGB XI kann die Verbesserung des Ernährungsangebotes und der Esssituationen insgesamt sein. Pflegekassen können Einrichtungen diesbezüglich in der Umsetzung – beispielsweise in Anlehnung des auf Konsens beruhenden „DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“ – beraten und unterstützen.

15 Volkert D, Bauer JM, Frühwald T, Gehrke I, Lechleitner M, Lenzen-Großimlinghaus R, Wirth R, Sieber C und das DGEM Steering Committee (2013): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. Klinische Ernährung in der Geriatrie. Aktuel Ernahrungsmed 2013; 38: e1–e48; DOI http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1343169.

16 https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18467, Zugriff am 14.04.2020.

Ziel: Verbesserung der Ernährungssituation der Pflegebedürftigen

Maßnahme: Umsetzung anerkannter Qualitätsstandards (z. B. DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen) in den Pflegeeinrichtungen

Evidenz: Der DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen beruht auf starkem Konsens.

Erfolgsindikatoren (Teilziel 2.1): Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein auf anerkannten Qualitätsstandards (z. B. DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen) beruhendes Konzept zur Verpflegung vorweisen und Maßnahmen des Konzepts umsetzen, ist erhöht.

Indikatoren für Wirksamkeit: Ernährungsstatus (z. B. mit dem Mini Nutritional Assessment) und gesundheitsbezogene Lebensqualität

7.2 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität bei Pflegebedürftigkeit ist hochrelevant für den Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit und für die Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens. Sie kann kognitive Ressourcen stärken (siehe Kap. 7.3) und die Prävention zusätzlicher Erkrankungen unterstützen. Gleichgewichtsübungen können alleine oder in Kombination mit Krafttraining einen positiven Effekt auf die Gleichgewichtsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen in der stationären Pflege haben.[17]

Seit 2014 liegt ein Expertenstandard nach § 113a SGB XI zur „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ im Entwurf vor.[18] Unter Mobilität wird dort in Anlehnung an das fachliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit die Eigenbewegung des Menschen verstanden, mit dem Ziel sich mit oder ohne Hilfen fortzubewegen und Lageveränderungen des Körpers vorzunehmen. Der Erhalt und die Förderung der Mobilität einzelner Pflegebedürftiger im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses werden als zentrale Ziele der professionellen Pflege verstanden. Leistungen der Prävention gemäß § 5 SGB XI sind davon gesondert zu betrachten.

Maßnahmen zur Förderung von Bewegung, die über das alltägliche Maß hinausgehen, können die Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens begünstigen.[19] Pflegekassen können die Pflegeeinrichtungen darin unterstützen, Bewegungsprogramme in Gruppen anzubieten und die körperliche Aktivität pflegebedürftiger Menschen im Alltag zu erhöhen. Pflegebedürftige Menschen sollten motiviert werden, regelmäßig und dauerhaft an Angeboten teilzunehmen, die ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und ihrem Bedarf entsprechen.

17 Crocker T, Forster A, Young J, Brown L, Ozer S, Smith J, Green J, Hardy J, Burns E, Glidewell E, Greenwood D.C. (2013): Physical rehabilitation for older people in long-term care (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2: 1-269. Weening-Dijksterhuis E,de Greef MHG, Scherder EJA, Slaets JPJ, van der Schrans CP (2011): Frail institutionalized older persons. A comprehensive review on physical exercise, physical fitness, activities of daily living and quality-of-life. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 90, 2: 156-168.

18 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Pflege_Expertenstandard_Mobilitaet_Abschlussbericht_14-07-14_finaleVersion.pdf, Zugriff am 14.04.2020.

19 Wöhl C, Siebert H, Blättner B (2017): Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität in Pflegeheimen. Systematische Übersicht der Wirksamkeit universeller Prävention. ZGerontolGeriatr 50(6), 475-482.

Ziel: Steigerung der körperlichen Aktivität der Pflegebedürftigen

Maßnahme: Anzustreben sind Angebote an Bewegungsprogrammen in Gruppen und die Entwicklung von Konzepten zur Förderung der körperlichen Aktivität im Alltag.

Evidenz: Es liegt moderate Evidenz dafür vor, dass Bewegung eine Verbesserung der Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens[20] und der kognitiven Leistungsfähigkeit (siehe Kap. 7.3) bewirken kann.
Gleichgewichtsübungen können alleine oder in Kombination mit Krafttraining einen positiven Effekt auf die Gleichgewichtsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen in der stationären Pflege haben.[21 22]

Erfolgsindikatoren (Teilziel 2.2): Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität vorweisen und umsetzen, ist erhöht.

Indikatoren für Wirksamkeit: Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens und gesundheitsbezogene Lebensqualität (körperliche Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden)

7.3 Stärkung kognitiver Ressourcen

Aufgrund des hohen Anteils von pflegebedürftigen Menschen mit demenzbedingten Einschränkungen und des generellen Risikos kognitiver Einbußen bei hochaltrigen Pflegebedürftigen ist die Stärkung kognitiver Ressourcen ein relevantes Thema der Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen. Sowohl kognitive[23] als auch körperliche[24] Aktivitäten können die kognitive Leistungsfähigkeit verbessern. Von Maßnahmen zur Stärkung der kognitiven Fähigkeiten können insbesondere kognitiv weniger eingeschränkte Personen profitieren, von Maßnahmen zur Stärkung der körperlichen Fähigkeiten können auch kognitiv stärker eingeschränkte Personen profitieren. Kognitives Training und kognitive Stimulation erfordern ein Eingehen auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Übungen mit komplexeren mentalen Leistungsanforderungen können einen besseren Schutz vor dem Verlust kognitiver Leistungsfähigkeiten bieten als reines Gedächtnistraining.[25]

20 Wöhl C, Siebert H, Blättner B (2017): Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität in Pflegeheimen. Systematische Übersicht der Wirksamkeit universeller Prävention. ZGerontolGeriatr 50(6), 475–482.

21 Crocker T, Forster A, Young J, Brown L, Ozer S, Smith J, Green J, Hardy J, Burns E, Glidewell E, Greenwood DC (2013): Physical rehabilitation for older people in long-term care (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2: 1–269.

22 Weening-Dijksterhuis E, de Greef MHG, Scherder EJA, Slaets JPJ, van der Schrans CP (2011): Frail institutionalized older persons. A comprehensive review on physical exercise, physical fitness, activities of daily living and quality-of-life. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 90, 2: 156–168.

23 Wöhl C, Richter S, Blättner B (2017): Kognitive Interventionen in Pflegeheimen. Systematische Übersicht der präventiven Wirksamkeit auf die kognitive Leistungsfähigkeit von Pflegebedürftigen. ZGerontolGeriatr, online first doi.org/10.1007/s00391-017-1330-3.

24 Ebd.

25 Gates NJ, Sachdev PS, Fiatarone Singh MA, Valenzuela M (2011): Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A Systematic Review. BMC Geriatrics, 11 (55): 1–14.

Ziel: Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen

Maßnahme: Ergänzend zu den Angeboten zur Förderung körperlicher Aktivität (Kap. 7.2) sind regelmäßige Angebote mit kognitiven Aktivitäten zur Stärkung kognitiver Fähigkeiten anzustreben, die sich nicht auf reines Gedächtnistraining beschränken.

Evidenz: Es liegt moderate Evidenz dafür vor, dass sich körperliche und mentale Aktivität generell fördernd auf die kognitive Leistungsfähigkeit bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen auswirkt.[26]

Erfolgsindikatoren (Teilziel 2.3): Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung kognitiver Leistungen vorweisen und umsetzen, ist erhöht.

Indikatoren für Wirksamkeit: kognitive Fähigkeiten (kognitive Leistungsfähigkeit), gesundheitsbezogene Lebensqualität (Wohlbefinden)

7.4 Psychosoziale Gesundheit

Die psychosoziale Gesundheit pflegebedürftiger Menschen in der stationären Pflege zu erhalten, zu stärken oder wiederherzustellen ist eine besondere Herausforderung. Neurodegenerative Erkrankungen wie die Alzheimer-Demenz und die Parkinsonsche Erkrankung sind besonders häufig mit Depressionen verbunden. Depressionen gelten als relevanteste psychische Erkrankung in der stationären Pflege. Es muss von einer Prävalenz depressiver Symptome bei bis zu 50 % und von schwerer Depression bei bis zu 20 % der Pflegebedürftigen ausgegangen werden.[27]

In eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit[28] wurden sieben Primärstudien eingeschlossen, deren Interventionen eine Aktivierung von Erinnerungen, Freizeitaktivitäten und gesellschaftliche Teilhabe umfassten. Die Studien hatten überwiegend ein hohes Verzerrungspotenzial. Positive Effekte von Erinnerungstherapien oder Freizeitaktivitäten auf depressive Symptome und auf die fremd eingeschätzte und selbstberichtete Lebensqualität oder Lebenszufriedenheit waren statistisch nicht signifikant. Das Ausbleiben der Maßnahmen führte allerdings zur Verschlechterung depressiver Symptome bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz. Freizeitaktivitäten in Gruppen führten im Vergleich zur Erinnerungsaktivierung zu einer Verbesserung des Wohlbefindens. Eine quasi-experimentelle Studie zur gesellschaftlichen Teilhabe zeigte eine statistisch signifikante Steigerung des Wohlbefindens und ein vermindertes Auftreten depressiver Symptome. In die Studie wurden jedoch nur 39 Teilnehmende einbezogen.

26 Wöhl C, Richter S, Blättner B (2017): Kognitive Interventionen in Pflegeheimen. Systematische Übersicht der präventiven Wirksamkeit auf die kognitive Leistungsfähigkeit von Pflegebedürftigen. ZGerontolGeriatr, online first doi.org/10.1007/s00391-017-1330-3.

27 Wittchen HU, Jacobi F, Klose M und Ryl L (2010): Depressive Erkrankungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, RKI: Berlin.

28 Richter S, Glöckner JM, Blättner B (2017): Psychosoziale Interventionen in der stationären Pflege. Systematische Übersicht des Effekts universeller und selektiver Prävention auf die psychische Gesundheit. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, DOI: 10.1007/s00391-017-1231-5.

Aus theoretischen Überlegungen lässt sich ableiten, dass die Stärkung von Resilienz und des Empfindens von Kohärenz sinnvolle Ansätze zur universellen Prävention sein können. Daraus ergibt sich die Empfehlung, pflegebedürftigen Menschen die Teilhabe an sozial anerkannten Aktivitäten zu ermöglichen.

Der hohe Anteil von Menschen mit Suchterkrankungen in Pflegeeinrichtungen kann einen Bedarf an Therapie und individueller Prävention sowie eine Optimierung des Medikationsprozesses in der stationären Pflege begründen. Empfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe im Sinne des § 5 SGB XI können mangels geeigneter Studien nicht gegeben werden. Von Expertinnen und Experten wird hier ebenfalls die Stärkung von Resilienz empfohlen.

Ziel: Stärkung der psychosozialen Gesundheit durch Stärkung der Resilienz

Maßnahme: Förderung der Teilhabe Pflegebedürftiger an sozial anerkannten Aktivitäten

Evidenz: Expertise

Erfolgsindikatoren (Teilziel 2.4):
Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Stärkung psychosozialer Gesundheit vorweisen und umsetzen, ist erhöht.

Indikatoren für Wirksamkeit:
gesundheitsbezogene Lebensqualität (Wohlbefinden)

Anmerkung: Dieses Ziel kann auch für die Suchtprävention hilfreich sein.

7.5 Prävention von Gewalt

Gewalt gegenüber alten Menschen sind nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation[29] eine einmalige oder wiederholte Handlungen oder das Unterlassen gebotener Handlungen, die bei den Betroffenen zu Schaden oder Leid führen. Damit sind Formen emotionaler, körperlicher und sexualisierter Gewalt sowie Vernachlässigung gemeint. Gewalt gegen und Gewalt durch pflegebedürftige Menschen bedingen sich oft wechselseitig. Die Relevanz des Themas ist unter Expertinnen und Experten unbestritten.

In wenigen Bundesländern (z. B. Hessen) bestehen explizite Verpflichtungen in den Heimgesetzen, Konzepte für gewaltfreie Pflege vorzulegen. Primär sollten Pflegeeinrichtungen bei der Implementierung geeigneter Konzepte in Kooperation mit der jeweiligen Heimaufsicht und dem Träger der Kranken- bzw. Unfallversicherung unterstützt werden.

Während mit partizipativen Ansätzen zur Prävention von Gewalt in Pflegeeinrichtungen erste Erfahrungen vorliegen[30], ist die Erkenntnislage zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen noch unbefriedigend. Eine Übersichtsarbeit zur Gewaltprävention in der Pflege[31] konnte lediglich eine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit eines Schulungsprogramms identifizieren und kommt zu dem Schluss, dass diese Studie aufgrund erheblicher methodischer Schwächen und mangelnder Übertragbarkeit keine zuverlässigen Schlüsse über die Wirksamkeit von Interventionen zur Gewaltprävention zulässt. Das hat sicherlich auch damit zu tun, dass sich Maßnahmen zur Gewaltpräven-

29 WHO (2002): The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse. WHO. Genf.
30 Müller B (2008): Gute Lösungen in der Pflege II. Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Dresden.
31 Meyer G, Abraham J (2017): ZQP-Report: Gewaltprävention in der Pflege, https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Gewalt_Praevention_Pflege_Alte_Menschen.pdf, Zugriff am 14.04.2020.

tion in der stationären Pflege nicht nur auf einen singulären Aspekt beziehen können, sondern auf Systemebene, an den Strukturen einer stationären Pflegeeinrichtung, ansetzen müssen. Dementsprechend muss ein Konzept zur Gewaltprävention ein Bündel unterschiedlicher Maßnahmen enthalten.[32] [33] Hierzu gehören neben einer Sensibilisierung und regelmäßigen Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Thema auch die Entwicklung und Festlegung von einrichtungsinternen Handlungsleitlinien zum Umgang mit Verdachtsfällen und bei aktuell verübter Gewalt. Übereinstimmend wird den Pflegeeinrichtungen auch empfohlen, eine Präventionsbeauftragte bzw. einen Präventionsbeauftragten zu installieren, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als Ansprechpartner und Beratungsinstanz zur Verfügung stehen und sie bei dem Ziel unterstützen, Übergriffe und Gewalt zu verhindern.[34] [35]

Ziel: Vermeidung von Gewaltereignissen und gesundheitlichen Folgen

Maßnahme: partizipative Entwicklung von Konzepten gewaltfreier Pflege sowie deren Umsetzung

Evidenz: Expertise; In methodisch moderaten Übersichtsarbeiten konnte keine Studie methodisch hinreichend guter Qualität identifiziert werden.

Erfolgsindikatoren (Teilziel 2.5): Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die einrichtungsinterne Handlungsleitlinien oder ein Konzept zur Prävention von Gewalt in der Pflege vorweisen und umsetzen, ist erhöht.

Indikatoren für Wirksamkeit: gesundheitsbezogene Lebensqualität (Wohlbefinden)

32 Schempp N, Brucker U, Kimmel A (2012): Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse. MILCEA Final Report. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), www.milcea.eu/pdf/120712_final_report_milcea.pdf, Zugriff am 14.04.2020.

33 Müller-Hergl C (2011): Gewalt und Vernachlässigung (Elder Abuse): Stand der Diskussion [Mai 2011]. Witten: Landesinitiative Demenz-Service NRW, dzd.blog.uni-wh.de/wp-content/uploads/2015/10/Gewalt-und-Vernachlaessigung_Elder_Abuse-1.pdf, Zugriff am 14.04.2020.

34 Schempp et al. (2012).

35 Siegel M, Gahr B, Mazheika Y, Mennicken R, Ritz-Timme S (2014) Intervention zur Prävention von Gewalt in der Pflege: Von der Sensibilisierung zur Handlungskompetenz. Palliativmedizin 2014, 15 (03): PD 335.

8. Dokumentation, Messung der Zielerreichung und Berichtswesen

Die nach § 5 SGB XI von den Pflegekassen erbrachten Leistungen sind durch diese zu dokumentieren. Insbesondere zum Zweck der Berichterstattung gemäß § 20d Abs. 4 SGB V (Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz) i. V. m. § 5 Abs. 5 SGB XI und der Messung der Erreichung der Präventionsziele in der stationären Pflege erfolgt die Dokumentation jährlich und umfasst insbesondere:

- Anzahl der erreichten Pflegeeinrichtungen, differenziert nach Zugangsweg (Setting): vollstationär, Kurzzeitpflege, Tages- oder Nachtpflege
- Art, Dauer und Anzahl der von den Pflegekassen (z. B. finanziell) unterstützten Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
- Anzahl der erreichten pflegebedürftigen Menschen
- Zielgruppen
- Steuerungsgremien
- Angaben zur Qualitätssicherung
- Kooperationspartner
- Höhe der verausgabten Mittel

Die Dokumentation erfolgt in der zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene abgestimmten Weise im Onlinesystem des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bzw. in pflegekasseneigenen Dokumentationssystemen.

Die Nationale Präventionskonferenz erstellt den trägerübergreifenden Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Nach den Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V beschließen die Träger die erforderlichen Angaben in trägerübergreifend abgestimmter Form. Die Pflegekassen stellen dem GKV-Spitzenverband die erforderlichen Daten und Auskünfte zur Verfügung.

9. Evaluation

Der GKV-Spitzenverband vergibt in regelmäßigen Abständen Aufträge über die wissenschaftliche Evaluation der Leistungen der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI.

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
Telefax: 030 206288-88
www.gkv-spitzenverband.de