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 19. Dezember 2024

Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Verantwortlich: Abteilung Gesundheit, Referat Prävention – Jens Hupfeld, Dr. Anke Siebeneich
E-Mail: praevention@gkv-spitzenverband.de

Alle Abbildungen und Tabellen sind, wenn nicht anders angegeben, eigene Darstellungen.
Quelle ist, sofern nicht anders vermerkt, der GKV-Spitzenverband.
Fotos: Titelbild: Oksana Kuzmina – stock.adobe.com
Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH

An der Erstellung des Leitfadens waren beteiligt:
AOK-Bundesverband, Berlin
BKK Dachverband, Berlin
IKK e. V., Berlin
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel
KNAPPSCHAFT, Bochum
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

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 und Logo sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Inhalt

1 Präambel **8**

2 Grundlagen **10**
2.1 Gesetzliche Regelungen 10
2.2 Übergreifende Qualitätssicherung 15
2.3 Zum Aufbau dieses Leitfadens 17

3 Präventions- und Gesundheitsförderungsziele 2019–2025 **18**
3.1 Ziele für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten 20
3.2 Ziele für die betriebliche Gesundheitsförderung 20

4 Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten **22**
4.1 Gegenstandsbereich und Grundverständnis 22
4.2 Leistungsarten, Förder- und Ausschlusskriterien sowie Anbieterqualifikation 26
4.2.1 Leistungsarten 26
4.2.2 Förderkriterien 27
4.2.3 Ausschlusskriterien 28
4.2.4 Anbieterqualifikation 29
4.3 Der lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsprozess 29
4.3.1 Vorbereitungsphase 30
4.3.2 Nutzung/Aufbau von Strukturen 30
4.3.3 Analyse 30
4.3.4 Maßnahmenplanung 31
4.3.5 Umsetzung 31
4.3.6 Evaluation 31
4.3.7 Zyklusphasenübergreifende Partizipation 31
4.4 Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune 32
4.4.1 Gegenstandsbereich und zentrale Anforderungen 32
4.4.2 Verbünde und Netzwerke für Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen 34
4.4.3 Besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune 36
4.4.4 Querschnittsthema Klimawandel und Gesundheit 41
4.5 Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte 42
4.6 Gesundheitsfördernde Schule 45
4.7 Gesundheitsfördernde Hochschule 47

5 Individuelle verhaltensbezogene Prävention 50
5.1 Grundlagen 50
5.2 Bedarf und Wirksamkeit 54
5.2.1 Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten 54
5.2.2 Handlungsfeld Ernährung 57
5.2.3 Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement 60
5.2.4 Handlungsfeld Suchtmittelkonsum 66
5.3 Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien 68
5.3.1 Strukturqualität: Anbieterqualifikation 69
5.3.2 Konzept- und Planungsqualität: Generelle Anforderungen 71
5.3.3 Prozessqualität 72
5.3.4 Evaluation und Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele 72
5.3.5 Kriterien für besondere Zielgruppen / Einbeziehung von Eltern bzw. erwachsenen Bezugspersonen / Kompaktangebote 73
5.3.6 Breitenwirksamkeit und Nachhaltigkeit 74
5.3.7 Ausschlusskriterien 74
5.3.8 Zertifizierung 75
5.3.9 Nachweis und finanzielle Förderung der Teilnahme 76
5.4 Handlungsfeldspezifische Förderkriterien 77
5.4.1 Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten 77
Präventionsprinzip: Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität 77
Präventionsprinzip: Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme 80
5.4.2 Handlungsfeld Ernährung 83
Präventionsprinzip: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung 83
Präventionsprinzip: Vermeidung und Reduktion von Übergewicht 85
5.4.3 Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement 88
Präventionsprinzip: Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement 88
Präventionsprinzip: Förderung von Entspannung und Erholung 91
5.4.4 Handlungsfeld Suchtmittelkonsum 97
Präventionsprinzip: Förderung des Nichtrauchens 97
Präventionsprinzip: Risikoarmer Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums 99

6 Betriebliche Gesundheitsförderung 102
6.1 Gegenstandsbereich und Grundverständnis 102
6.2 Leistungsarten, Förder- und Ausschlusskriterien sowie Anbieterqualifikation 104
6.2.1 Leistungsarten 104
6.2.2 Förderkriterien 104
6.2.3 Ausschlusskriterien 105
6.2.4 Anbieterqualifikation 106
6.3 Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess 106
6.3.1 Vorbereitungsphase 108
6.3.2 Nutzung/Aufbau von Strukturen 108

6.3.3 Analyse 109
6.3.4 Maßnahmenplanung 109
6.3.5 Umsetzung 109
6.3.6 Evaluation 110
6.3.7 Prozessschritte übergreifende Anforderungen 110
6.4 Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements 110
6.5 Handlungsfelder 113
6.5.1 Handlungsfeld Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung 114
Präventionsprinzip: Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen 115
Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Führung 117
Präventionsprinzip: Gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen 121
6.5.2 Handlungsfeld Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil 131
Präventionsprinzip: Stressbewältigung und Ressourcenstärkung 132
Präventionsprinzip: Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte 133
Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag 133
Präventionsprinzip: Verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb 134
6.5.3 Handlungsfeld Überbetriebliche Vernetzung und Beratung 134
Präventionsprinzip: Verbreitung und Implementierung von BGF durch überbetriebliche Netzwerke 134

7 Digitale Prävention und Gesundheitsförderung 138
7.1 Digitale Angebote in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention 138
7.1.1 Kennzeichen und Differenzierungsmerkmale 138
7.1.2 Formate 139
7.2 Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien für digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention 142
7.2.1 Abgrenzung von Kursen im Präsenz- und IKT-Format 142
7.2.2 Prüfung und Berücksichtigung gesetzlicher Regelungen und weiterer Anforderungen 143
7.2.3 Beleg des gesundheitlichen Nutzens 144
7.2.4 Strukturqualität 146
7.2.5 Konzept- und Planungsqualität 148
7.2.6 Nutzungsdauer 149
7.2.7 Ausschlusskriterien 149
7.2.8 Nachweis der Nutzung und finanzielle Förderung 150
7.2.9 Zertifizierung 150
7.3 Digital unterstützte Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie Betrieben 150
7.3.1 Arten und Anwendungsfelder 150
7.3.2 Qualitätskriterien 151

8 Anhang **154**
8.1 Gesetzliche Regelungen und Erläuterungen 154
8.1.1 Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V) 154
8.1.2 Individuelle verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V) 158
8.1.3 Betriebliche Gesundheitsförderung (§ 20b SGB V) 159
8.1.4 Digitale Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 Abs. 4 SGB V) in Abgrenzung zu digitalen Gesundheitsanwendungen (§ 33a SGB V) 161
8.2 Berührungspunkte von Leistungen nach § 20a SGB V zu gesetzlichen Zuständigkeiten und Leistungen anderer Träger für besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune 163
8.3 Präventionsempfehlung 166
8.4 Steuerfreie Arbeitgeberleistungen zur Förderung der Mitarbeitergesundheit 167
8.5 Teilnahmebescheinigung und Antrag auf Bezuschussung – Musterformulare für von der Zentrale Prüfstelle Prävention zertifizierte Maßnahmen 168
8.5.1 Formular für Präsenz- und IKT-Kurse gemäß Kapitel 5 168
8.5.2 Formular für digitale Angebote gemäß Kapitel 7 169
8.6 Perzentile für den Body-Mass-Index von Mädchen und Jungen 170

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Rechtsnatur, Ziele und Gliederung der Leistungen der Krankenkassen nach § 20 SGB V 15
Abbildung 2: Primärprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten 23
Abbildung 3: Der lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsprozess 32
Abbildung 4: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention 52
Abbildung 5: Gliederung des Handlungsfeldes Stress- und Ressourcenmanagement 63
Abbildung 6: Voraussetzungen für die Anbieterqualifikation 71
Abbildung 7: Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess 107
Abbildung 8: Betriebliches Gesundheitsmanagement 111
Abbildung 9: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien in der betrieblichen Gesundheitsförderung 113
Abbildung 10: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung (Themen) 115
Abbildung 11: Handlungsempfehlungen für eine gesunde Gestaltung mobiler Arbeit 131
Abbildung 12: Charakteristika digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote 141
Abbildung 13: Differenzierung von zertifizierungsfähigen Präventionsmaßnahmen gemäß Kapitel 5 und Kapitel 7 hinsichtlich Lernformaten 143
Abbildung 14: Abgrenzung digitaler Angebote nach § 20 SGB V und DiGA nach § 33a SGB V 162
Abbildung 15: Präventionsempfehlung 166

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anbieterqualifikation für das Präventionsprinzip: Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität 80
Tabelle 2: Anbieterqualifikation für das Präventionsprinzip: Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme 83
Tabelle 3: Anbieterqualifikation für das Präventionsprinzip: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung 85
Tabelle 4: Anbieterqualifikation für das Präventionsprinzip: Vermeidung und Reduktion von Übergewicht 88
Tabelle 5: Anbieterqualifikation für das Präventionsprinzip: Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement 91
Tabelle 6: Anbieterqualifikation für Progressive Relaxation (PR) und Autogenes Training (AT) 93
Tabelle 7: Anbieterqualifikation für Hatha-Yoga 94
Tabelle 8: Anbieterqualifikation für Tai-Chi und Qigong 95
Tabelle 9: Anbieterqualifikation für das Präventionsprinzip: Förderung von Entspannung und Erholung – Förderung gesunden Schlafes 97
Tabelle 10: Anbieterqualifikation für das Präventionsprinzip: Förderung des Nichtrauchens 99
Tabelle 11: Anbieterqualifikation für das Präventionsprinzip: Risikoarmer Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums 101

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, der Klimawandel und andere globale Umweltveränderungen sowie die sich verändernden Anforderungen in der Arbeitswelt und im Privatleben machen eine Intensivierung vorbeugender, auf die Minderung gesundheitlicher Belastungen und die Stärkung gesundheitlicher Potenziale und Ressourcen gerichteter Strategien und Interventionen erforderlich. Gesundheit unterliegt umweltbezogenen, gesellschaftlichen und persönlichen Einflüssen. Sie hängt von der natürlichen Umgebung ebenso ab wie von den alltäglichen sozialen Lebensumständen und der persönlichen Lebensweise. 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. 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 1. Dezember 2023 geltenden Fassung zitiert. Die angegebenen Internetquellen wurden im August 2024 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 der natürlichen Umweltbedingungen (Luft, Boden, Wasser, Klima) sowie des Ernährungssystems (von der Produktion bis zum Verzehr der Nahrungsmittel), 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 Wohnbedingungen 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 einschließlich des Schutzes der natürlichen Lebensgrundlagen. Prävention und Gesundheitsförderung sind daher in unterschiedlichen Bereichen, politischen Ressorts 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 Patientenvertretungen 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 und Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten und unterstützen gesundheitsförderliche Strukturen in Lebenswelten und Betrieben. Wegen der Abhängigkeit der menschlichen Gesundheit von den lebensfördernden Ökosystemen sollen Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen der GKV möglichst so ausgerichtet werden, dass sie mittelbar dem Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen zugutekommen.[1]

1 In diesem Kontext steht der Auftrag der GKV zur Gesundheitsförderung und Prävention im Einklang mit der Agenda 2030 der Vereinten Nationen, die mit gemeinschaftlichen internationalen Zielen eine nachhaltige Entwicklung anstrebt (vgl. insbesondere die Ziele „Gesundheit und Wohlergehen“, „Maßnahmen zum Klimaschutz“ und „Partnerschaften zur Erreichung der Ziele“).

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 Abs. 1–4 SGB V dargestellt und erläutert.

Primäre Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V)

„(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 und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen. 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.

2Bei 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. 3Bei 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. 4Bei 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. 5Der 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 § 20 Abs. 1 SGB V

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 Abs. 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“[2]) für die GKV. Die in der Ottawa-Charta bezeichnete Handlungsebene „Entwicklung persönlicher [gesundheitsbezogener] Kompetenzen“ wird in der Begriffsdefinition des § 20 Abs. 1 SGB V besonders betont und in das Aufgabenportfolio der GKV integriert. Die weiteren Handlungsebenen der Ottawa-Charta wie insbesondere die „Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen“ sowie die „Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten“ werden in den §§ 20a und 20b SGB V berücksichtigt (siehe hierzu die Kapitel 4 und 6 dieses Leitfadens). 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 Abs. 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 Abs. 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.

2 Weltgesundheitsorganisation (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (https://iris.who.int ▷ Ottawa Charter for Health Promotion).

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“.

Erläuterung zu § 20 Abs. 2 SGB V

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: mit den unterschiedlichen Maßnahmen adressierte Personen, 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, Anbietende von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sowie ärztlichen Fachpersonen 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[3] zusammen mit einer Übersicht zertifizierter Leistungen auf seiner Internetseite zu veröffentlichen[4] (Satz 3). Die hierzu erforderlichen Auskünfte und Daten haben die Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband nicht versichertenbezogen zur Verfügung zu stellen (Satz 4).

Erläuterung zu § 20 Abs. 3 SGB V

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.

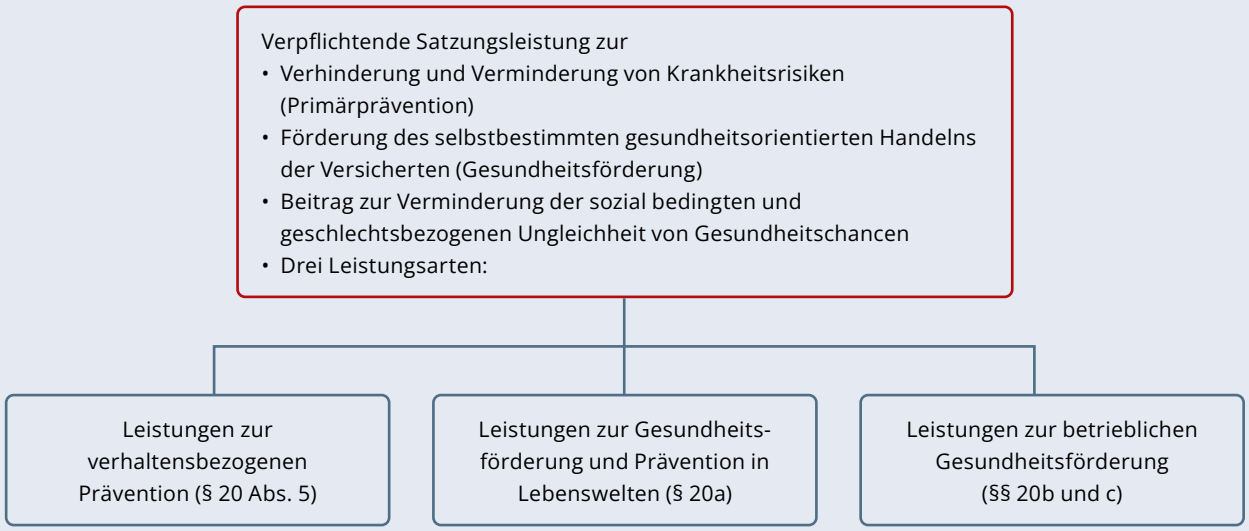
Erläuterung zu § 20 Abs. 4 SGB V

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

3 Kriterien zur Zertifizierung von Kursangeboten gemäß Kapitel 5 und von digitalen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten gemäß Kapitel 7 unter www.gkv-spitzenverband.de ▷ Krankenversicherung ▷ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▷ Leitfaden Prävention ▷ Dokumente und Links.

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

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



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 Anbietenden 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 haben die 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.[5] Die Dokumentation stellt Transparenz über die Leistungsinanspruchnahme und -erbringung auch unter qualitativen Gesichtspunkten her.

5 GKV-Spitzenverband & Medizinischer Dienst Bund (Hrsg.) (fortlaufend). Präventionsbericht. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. Essen und Berlin.

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 Anbietenden entsprechender Leistungen unterstützen.

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 an 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 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 (BVPG)
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
- Deutscher Behindertenrat (DBR)
- Robert Koch-Institut (RKI)

Die ständigen Mitglieder entsenden je eine Vertretung in die „Beratende Kommission“. Ständige Gäste sind jeweils eine Vertretung 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 Anbietenden.
- Qualitätssicherung

6 Siehe 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.

- 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.

2.3 Zum Aufbau dieses Leitfadens

Dieses Kapitel zeigt den Aufbau des Leitfadens und beschreibt die Inhalte der einzelnen Abschnitte.

- **Kapitel 3** beschreibt die angestrebten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele. Aus dem in den Kapiteln 4–7 beschriebenen Spektrum förderfähiger Leistungen werden diejenigen hervorgehoben, die vorrangig ausgeweitet werden sollen.
- **Kapitel 4–7:** In den Kapiteln 4–7 werden die nach den §§ 20, 20a und 20b SGB V förderfähigen Leistungen detailliert beschrieben und die rechtlichen Anforderungen definiert, die Leistungen erfüllen müssen, sodass Krankenkassen sie erbringen oder ihre Erbringung finanziell fördern können. Ferner werden Ausschlusskriterien aufgeführt, bei deren Vorliegen eine Förderung nicht möglich ist (siehe Zentrale Regelungen zur Prüfung der Fördervoraussetzungen auf einen Blick).
  - **Kapitel 4** enthält die Regelungen zu den Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in Lebenswelten (außer Betrieben) nach § 20a SGB V.
  - **Kapitel 5** enthält die Regelungen zu den Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention (Präventionskurse). Die Zertifizierung von Angeboten der individuellen verhaltensbezogenen Prävention erfolgt im Auftrag der Krankenkassen durch die Zentrale Prüfstelle Prävention. Weitere, ausführliche Informationen zur Zertifizierung finden Sie bei den Downloads unter: www.zentrale-pruefstelle-praevention.de.
  - **Kapitel 6** enthält die Regelungen zu den Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V.
  - **Kapitel 7** enthält die Regelungen zu den digitalen Angeboten in Prävention und Gesundheitsförderung
- **Kapitel 8** enthält Erläuterungen zu den gesetzlichen Grundlagen, Übersichten sowie Hinweise auf komplementäre Leistungen anderer Träger, Musterformulare und weitere Materialien, die bestimmte Inhalte der Kapitel 4–7 näher erläutern oder konkretisieren. Diese Materialien wurden zur besseren Lesbarkeit aus dem Haupttext ausgegliedert und als Anhang zum Leitfaden aufgenommen.

Zentrale Regelungen zur Prüfung der Fördervoraussetzungen auf einen Blick

Kapitel	Für welche Leistungen?
Kapitel 4.2	Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten
Kapitel 5.3 + 5.4	individuelle verhaltensbezogene Prävention (Präventionskurse)
Kapitel 6.2 + 6.5	betriebliche Gesundheitsförderung
Kapitel 7.2	digitale Angebote der individuellen verhaltensbezogenen Prävention

3 Präventions- und Gesundheitsförderungsziele 2019–2025

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: Bewohnende stationärer Pflegeeinrichtungen[9]

Für die Zielgruppen werden Handlungsfelder sowie zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen in der lebens- und arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung beschrieben. Leistungen

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 Vertretungen des Bundes, der Länder, der Kommunalen Spitzenverbände, der Bundesagentur für Arbeit, der Sozialpartner, der Patientenvertretung und des Präventionsforums als Mitglieder mit beratender Stimme zusammen (www.npk-info.de ▷ Die NPK).

9 Für die entsprechenden Präventionsleistungen ist die soziale Pflegeversicherung zusammen mit den jeweiligen Einrichtungen verantwortlich, vgl. GKV-Spitzenverband (2023). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin.

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. Mithilfe des Präventionsberichts der NPK soll der Stand der Zielerreichung bundesweit und trägerübergreifend dokumentiert werden.

Die Bundesrahmenempfehlungen formulieren als Kernintentionen der lebens- und arbeitswelt-bezogenen 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 2019–2025 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

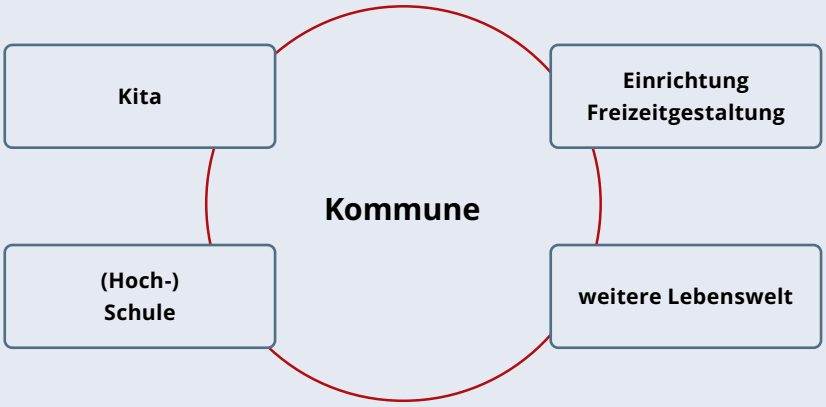
4.1 Gegenstandsbereich und Grundverständnis

Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sind in § 20a SGB V geregelt. Lebenswelten sind danach „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“. Lebenswelten im Sinne des § 20a SGB V sind von ihrer Umwelt durch eigene Mitgliedschafts- bzw. Zugehörigkeitsregeln abgegrenzt und weisen jeweils rechtlich geregelte interne Rollen- und Kompetenzgefüge auf. Dies unterscheidet sie von sozialen Primärgruppen wie der Familie. Jeder Mensch gehört meist mehreren Lebenswelten an. Lebenswelten als soziale Systeme verfolgen in der Regel andere Primärzwecke als die Gesundheitsförderung und Prävention (das soziale System Schule z. B. das Ziel der Bildung bzw. Ausbildung). Gleichwohl können in ihnen die Bedingungen von Gesundheit positiv beeinflusst und mitgestaltet werden und Menschen für Gesundheitsförderung und Prävention sensibilisiert sowie dazu motiviert und angeleitet werden. Dies setzt voraus, dass die Menschen sich regelmäßig für einen längeren Zeitraum in den Lebenswelten aufhalten.

Entsprechend der oben zitierten, nicht abschließenden Aufzählung bilden insbesondere Kommunen (Quartiere, Städte, Landkreise und Gemeinden sowie der ländliche Raum), Kindergärten/Kindertagesstätten, Schulen, Hochschulen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe, Jugend-, Frauen- und Seniorenzentren sowie Vereine und andere Einrichtungen der Freizeitgestaltung Lebenswelten im Sinne des § 20a Abs. 1 SGB V. Mit gesundheitsfördernden und präventiven Leistungen in diesen Lebenswelten können auch die gesundheitlichen Bedingungen in Familien positiv beeinflusst werden.

Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zielen stets auf die Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns (Gesundheitsförderung) und die Verhinderung oder Verminderung von Krankheitsrisiken (Primärprävention). Gesundheitsfördernde und präventive Leistungen in Lebenswelten sind dabei gleichermaßen an die Menschen in den Lebenswelten und auf die Lebenswelten als Organisation bzw. soziales System gerichtet. Der Lebenswelt- oder Setting-Ansatz ist geprägt durch eine enge Verknüpfung von Interventionen, die sowohl die gesundheitlich relevanten Rahmenbedingungen (Verhältnisse) in den Blick nehmen als auch das gesundheitsbezogene Verhalten. Über eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Rahmenbedingungen in der jeweiligen Lebenswelt werden die Motivation, das Erlernen und die Ausübung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen ermöglicht bzw. erleichtert (Abbildung 2).

Abbildung 2: Primärprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten



Kombination von

verhältnisbezogenen Maßnahmen **verhaltensbezogenen Maßnahmen**

auf Basis des selbst oder unter Nutzung bereits vorhandener Daten ermittelten Bedarfs

Unterstützung bei Aufbau und Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen, z. B.
- Beratung zur Umgestaltung gesundheitsrelevanter Bedingungen, z. B. der Gemeinschaftsverpflegung, Stadtteilgestaltung
- Initiierung von Steuerungsgremien
- Schulung von Multiplikatoren (Fachkräfte und Personen aus den Zielgruppen, z. B. Peers)
- Vernetzung mit anderen Einrichtungen in der Region
- Kooperation, z. B. mit kommunalen Akteuren wie Stadtteilzentren, Sportvereinen

Information, Motivation, Kompetenzvermittlung, z. B.
- Angebote zur Bewegungsförderung, zur gesundheitsförderlichen Ernährung u. Ä.
- Angebote zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung
- Aufklärung zu stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchtgefahren und Suchtprävention
- Förderung von Gesundheitskompetenz zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns

Zu den gesundheitlich relevanten Rahmenbedingungen zählt auch die Qualität der natürlichen Umgebung, von der der Mensch als Lebewesen und Teil der Natur trotz aller technischen Errungenschaften abhängig ist und bleibt. Für die GKV ist es daher ein Anliegen, dass gesundheitsfördernde Interventionen möglichst so gestaltet werden, dass sie mittelbar zum Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen beitragen.

Die Krankenkassen initiieren, unterstützen und begleiten Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte und -programme[10] in Lebenswelten zeitlich befristet, im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe. Lebensweltbezogene Leistungen setzen ein eigenes Engagement des Trägers der Lebenswelten voraus. Der Umfang dieses Engagements kann in Abhängigkeit von der (finanziellen) Leistungsfähigkeit und/oder dem Grad der sozialen Benachteiligung der Zielgruppen variieren.

10 Projekte sind einzelne, zeitlich begrenzte Vorhaben mit einem spezifischen Ziel. Dagegen sind Programme aufeinander abgestimmte, zusammenhängende Projekte, um ein übergeordnetes Ziel zu erreichen. Programme haben oft eine längere Laufzeit und erfordern eine strategische Ausrichtung.

Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten stehen allen GKV-versicherten Menschen in der jeweiligen Lebenswelt unabhängig von der Mitgliedschaft in einer bestimmten Krankenkasse zur Verfügung.

Bei den Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten liegt ein besonderes Augenmerk auf der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Daher sind die Leistungen so auszurichten, dass sie die gesundheitliche Chancengleichheit fördern. Durch lebenswelt-bezogene Maßnahmen können sozial benachteiligte Menschen und Menschen mit Behinderungen besser als mit Angeboten der individuellen verhaltensbezogenen Prävention erreicht werden. Hierzu sollen die Leistungen insbesondere auf solche Lebenswelten ausgerichtet werden, in denen Menschen, die in sozial benachteiligenden Bedingungen leben, erreicht werden können.

Zur Erreichung sozial benachteiligter Zielgruppen geeignete Lebenswelten sind insbesondere:

- Kindergärten/Kindertagesstätten, vor allem in Stadt- und Ortsteilen, die stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und ein eingeschränktes soziales Netzwerk haben
- Grund-/Haupt-/Realschulen (samt zusammenfassenden Schulformen wie z. B. Mittelschulen/Gesamtschulen), Förderschulen sowie Berufsschulen
- Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, dazu zählen auch besondere Wohnformen und Tagesförderstätten
- Stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe
- Jugend-, Frauen- und Seniorenzentren
- Vereine und andere Einrichtungen der Freizeitgestaltung
- Kommunen mit niedrigem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen bzw. hohem Anteil an Arbeitslosen, Menschen, die Grundsicherung oder Bürgergeld nach SGB II erhalten, und Menschen mit Migrationshintergrund
- Kommunen im ländlichen Raum, insbesondere Gebiete mit schlechter Infrastruktur und einem hohen Anteil älterer Menschen

Da die Kommunen alle übrigen genannten Lebenswelten umfassen und sie auch politische Gestaltungskompetenz für ihr Gebiet besitzen, bilden sie gewissermaßen das Dach über den anderen Lebenswelten.

Lebenswelten sind oder umfassen zugleich Arbeitsstätten für die dort beschäftigten Menschen. Bei präventiven und gesundheitsfördernden Leistungen für Beschäftigte in diesen Lebenswelten gelten die Anforderungen des Kapitels 6 (Betriebliche Gesundheitsförderung) dieses Leitfadens. Es kann sinnvoll sein, Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten mit Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbinden.

Die Leistungen sollen im Rahmen eines Prozesses im Sinne eines Lernzyklus (Gesundheitsförderungsprozess vgl. Kapitel 4.3) implementiert werden.

Vorrangiges Förderziel der lebensweltbezogenen Interventionen besteht im Sinne der Nachhaltigkeit im Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Dies umfasst insbesondere:

- Umgestaltung gesundheitsrelevanter Bedingungen, z. B. der Gemeinschaftsverpflegung, Stadtteilgestaltung
- Initiierung von Steuerungsgremien

- Schulung von Multiplikatoren (Fachkräfte und Personen aus den Zielgruppen, z. B. Peers)
- Vernetzung mit anderen Einrichtungen in der Region

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. Insbesondere ist es erforderlich, dass die Verantwortlichen für die Lebenswelt bereit sind, an der Umsetzung von Maßnahmen mitzuwirken. Ihr Engagement ist ein entscheidender Erfolgsfaktor für die Verstetigung der mit Unterstützung von Krankenkassen initiierten Maßnahmen.

Maßnahmen in Lebenswelten sollen möglichst in institutionen- und lebensphasenübergreifende Strategien und Vernetzungsprozesse eingebettet sein. Hierdurch 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 (Präventionsketten).[11] Für die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Bildungseinrichtungen (insbesondere in Kitas und Schulen) sind in den vergangenen Jahren unter der Federführung der zuständigen Landesministerien in den Bundesländern Landesprogramme zur integrierten Förderung von Bildung und Gesundheit aufgelegt worden, an denen die Krankenkassen konstruktiv mitwirken. Zudem bestehen hier gemeinsame Schnittmengen zum Präventionsauftrag der Unfallversicherungsträger. Landesbehörden, Krankenkassen und Unfallversicherungsträger stimmen sich darin über ihre jeweiligen Vorhaben ab und kooperieren bedarfsbezogen.[12] Sofern die in einer Einrichtung bestehenden Bedarfe in die Zuständigkeit anderer Partner fallen, nehmen Krankenkassen auch aktiv eine Lotsenfunktion wahr, vermitteln den Kontakt zu den Verantwortlichen in den jeweils zuständigen Organisationen und treffen bedarfsbezogen Absprachen über eine Zusammenarbeit.

Die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sollen möglichst in engem Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst sowie bei arbeitslosen Menschen mit Jobcentern / Agenturen für Arbeit entsprechend den Landesrahmenvereinbarungen in Abhängigkeit von landesspezifischen Bedarfen erbracht werden.

In der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention kooperieren die Krankenkassen auch untereinander. Die krankenkassenübergreifende Zusammenarbeit gemäß den in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V[13] vorgesehenen Regularien reicht von wechselseitiger Information und Abstimmung über geplante Vorhaben bis zu gemeinsamer Durchführung und Finanzierung von Maßnahmen. Insbesondere das „GKV-Bündnis für Gesundheit“, eine Initiative aller gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a Absätze 3–8 SGB V, zielt darauf ab, Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gemeinsam voranzubringen (www.gkv-buendnis.de). 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.

11 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. Vgl. Richter-Kornweitz, A., Kilian, H., Holz, G. Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2021). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln. (Letzte Aktualisierung am 12.03.2023, https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesamtstrategie-zur-gesundheitsfoerderung-und-praevention).

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

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

Über die in diesem Leitfaden beschriebenen Kriterien hinaus können Krankenkassen modellhaft unter wissenschaftlicher Begleitung innovative lebensweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote entwickeln und fördern. Auch die im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit gewonnenen Erkenntnisse aus der Erprobung modellhafter Ansätze fließen in die Weiterentwicklung dieses Leitfadens ein.

4.2 Leistungsarten, Förder- und Ausschlusskriterien sowie Anbieterqualifikation

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, die in einer Lebenswelt durchgeführt werden, bedürfen stets der Zustimmung des Trägers dieser Lebenswelt (z. B. Kita, Schule). Träger und Einrichtungen können von Krankenkassen unterstützt werden

- durch krankenkasseneigene oder -beauftragte Fachkräfte,
- durch nach einem spezifischen Multiplikatoren-Schulungskonzept geschulte Fachkräfte oder andere Personen aus der Lebenswelt/Zielgruppe („Peers“),
- durch qualitätsgesicherte Konzepte und Programme und/oder
- mit finanziellen Mitteln.

Die Krankenkassen können eigene Konzepte, Projekte und Programme entwickeln, erproben, umsetzen und evaluieren. Sie können mit geeigneten Fachkräften und -institutionen, wie z. B. Universitäten und gemeinnützigen Vereinen, kooperieren oder diese mit der Umsetzung beauftragen.

Alle Leistungen müssen mit den fördernden Krankenkassen im Vorfeld abgestimmt werden. Eine Abrechnung von zuvor nicht abgestimmten Leistungen ist nicht zulässig.

4.2.1 Leistungsarten

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 Multiplikatoren (Fachkräfte sowie Personen aus der Lebenswelt/Zielgruppe im Sinne von „Peer-Education“) zu Prävention und Gesundheitsförderung
- Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen (Information, Motivation und Kompetenzvermittlung)
- Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung
- Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit
- Förderung von Vernetzungsprozessen

Die Krankenkassen können bei ihren Leistungen auch digitale Angebote integrieren (vgl. Kapitel 7.3). Dabei sind die gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit sowie die Nutzbarkeit durch Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen; der Gefahr der Exklusion digital weniger affiner Bevölkerungsgruppen („Digital Divide“) ist vorzubeugen.[14]

14 Die Vorbeugung von Digital Divide kann durch flankierende Leistungen zur Förderung digitaler Gesundheitskompetenz bzw. in Lebenswelten mit unzureichender digitaler Infrastruktur oder bei Zielgruppen mit unzureichenden Zugangsmöglichkeiten auch durch Bereitstellung alternativer nicht-digitaler Partizipationsmöglichkeiten erfolgen.

4.2.2 Förderkriterien

Lebensweltbezogene Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen können von Krankenkassen unterstützt werden, wenn sie einen direkten Gesundheitsbezug haben und entlang des oben dargestellten Gesundheitsförderungsprozesses die nachstehenden Bedingungen erfüllen:

Bedarf
Für die geplanten Aktivitäten wird ein Bedarf nachgewiesen.

Zielgruppenbestimmung
Die Zielgruppen werden unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Personengruppen definiert. Die Ansprache und Einbeziehung in die Maßnahme erfolgt stigmatisierungsfrei (z. B. bei der Benennung von Angeboten).

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

Niedrigschwelligkeit
Zugangshürden für eine Beteiligung an der Aktivität werden vorab aus der Perspektive der Zielgruppe reflektiert, wobei die Mitglieder der Zielgruppe möglichst einzubeziehen sind. Durch geeignete Maßnahmen sollen identifizierte Zugangshürden wenn möglich gesenkt werden.

Partnerschaften
Die originär zuständigen Träger beteiligen sich mit ihren jeweiligen Kompetenzen und finanziellen sowie personellen Ressourcen an der Prävention und Gesundheitsförderung. Vorhandene Strukturen, Einrichtungen, Netzwerke und Akteure, Finanzierungsträger (Drittmittel) im Setting werden ermittelt und möglichst genutzt bzw. eingebunden. Ressortübergreifende Strukturen werden gefördert.

Partizipation
In den gesamten Gesundheitsförderungsprozess sind die Zielgruppen und ggf. weitere Beteiligte aktiv einbezogen.

Zieldefinition
Die definierten Ziele sowie die zur Zielerreichung vorgesehenen Maßnahmen sollen möglichst konkret und messbar formuliert werden. Dabei ist der Verhältnis- und der Verhaltensbezug zu beachten.

Finanzierungskonzept
Ein Finanzierungskonzept liegt vor, welches die Aktivitäten in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses umfasst (siehe Abbildung 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 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/Lebenswelten, zur Strukturbildung und Vernetzung 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.

Zugang
Die Leistungen 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.

4.2.3 Ausschlusskriterien

Von der Förderung ausgeschlossen sind insbesondere:

- Aktivitäten, die zu den Pflichtaufgaben anderer Einrichtungen oder Verantwortlicher gehören (z. B. die Suchtberatung sowie weitere gesetzlich geregelte Beratungs-, Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsaufträge)[15]
- isolierte, nicht in ein Gesamtkonzept eingebundene Maßnahmen externer Anbietender
- 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, Computer und andere digitale Geräte, Bring- und Fahrdienste
- Regelfinanzierung von auf Dauer angelegten Stellen, z. B. in Beratungseinrichtungen[16]
- Angebote, die weltanschaulich nicht neutral sind

15 Siehe Anhang, Abschnitt 8.2: Berührungspunkte / Abgrenzungen von Leistungen nach § 20a SGB V zu gesetzlichen Anspruchsgrundlagen anderer Träger für Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune.
16 Eine Ausnahme besteht bei der Finanzierung der Koordinierungsstellen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Diese werden im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit (www.gkv-buendnis.de) maßgeblich durch die GKV finanziert.

4.2.4 Anbieterqualifikation

Organisations- und Prozessberatung: Die Beratung und Unterstützung der Lebenswelt-Verantwortlichen zu allen Schritten des Gesundheitsförderungsprozesses (siehe Abbildung 3) erfolgt mit Ausnahme der Durchführung verhaltensbezogener Maßnahmen (s. u.) durch krankenkasseneigene oder -beauftragte Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss[17] 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.

Verhaltensbezogene Maßnahmen: Die Durchführung verhaltensbezogener Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen des Lebenswelt-/Setting-Ansatzes (z. B. Übungsgruppen, Seminare, Workshops, Beratungen) im Prozessschritt „Umsetzung“ (siehe Abbildung 3 unter Umsetzung, Kasten 2) erfolgt durch krankenkasseneigene oder –beauftragte Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss (siehe vorhergehende Fußnote) mit dadurch belegten fachwissenschaftlichen und fachpraktischen Kompetenzen im jeweiligen Themenbereich[18] sowie fachübergreifend in Gesundheitsförderung/Prävention. Im Interesse der Nachhaltigkeit können die Maßnahmen auch durch in Gesundheitsförderung und Prävention geschulte Fachkräfte oder „Peers“ (Multiplikatoren) in den Lebenswelten umgesetzt und über den Förderzeitraum hinaus eigenständig weitergeführt werden. Für projektbezogene Qualifizierungen von Fachkräften in den Lebenswelten sowie Maßnahmen der „Peer-Education“ zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention ist immer ein spezifisches zielgruppenadäquates Schulungskonzept durch ausgewiesene Fachkräfte notwendig.

4.3 Der lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsprozess

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ist ein Prozess mit den Elementen:

- Bedarfsermittlung im Hinblick auf vorhandene gesundheitliche Risiken und Potenziale
- eine daraus abgeleitete Zielbestimmung
- Entwicklung von Vorschlägen für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, -projekten und -programmen zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Verhältnisse und Verhaltensweisen
- Unterstützung von deren Umsetzung

Unter direkter und kontinuierlicher Beteiligung der Betroffenen (Partizipation) und der Verantwortlichen für die jeweilige Lebenswelt sollen die Gesundheitspotenziale/-risiken in der Lebenswelt ermittelt und ein Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen angeregt und unterstützt werden. 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. Abbildung 3).

17 Durch bestandene Prüfung abgeschlossene 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 oder einer nach § 70 Hochschulrahmengesetz (HRG) anerkannten Hochschule.

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

Der Gesundheitsförderungsprozess gliedert sich in die Schritte „Vorbereitung“, „Nutzung/Aufbau von Strukturen“, „Analyse“, „Maßnahmenplanung“, „Umsetzung“ und „Evaluation“.[19] Die Sensibilisierung aller Beteiligten für die Gesundheitsförderung sowie die interne Öffentlichkeitsarbeit sind kontinuierliche Aufgaben während des gesamten Prozesses. Damit die Aktivitäten im Rahmen des Gesundheitsförderungsprozesses langfristig Bestand haben und eine nachhaltige Wirkung erzielen können, ist die Beratung und Qualifizierung der Träger und Verantwortlichen von Lebenswelten zur eigenständigen Weiterführung essenziell.

4.3.1 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.

4.3.2 Nutzung/Aufbau von Strukturen

Zu Beginn von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ist es wichtig, die relevanten Akteure in der Lebenswelt einschließlich Vertretungen der Zielgruppen zusammenzubringen. Dabei wird empfohlen, dass Krankenkassen sich möglichst in bereits vorhandene Strukturen und Netzwerke einbringen bzw. bereits aktive 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.[20]

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 Akteure mitwirken, die Präventions- und Gesundheitsförderungsaufgaben für die Zielgruppen in der Lebenswelt vorsehen (z. B. Öffentlicher Gesundheitsdienst). Im Steuerungsgremium sind die Möglichkeiten einer Verstetigung und Sicherung der Nachhaltigkeit stets zu berücksichtigen. Vor der Umsetzung von Maßnahmen ist es entscheidend, dass im Steuerungsgremium ein gemeinsames Verständnis von lebensweltbezogener Gesundheitsförderung entwickelt wird. Ein grundsätzliches Einvernehmen ist ebenfalls von großer Bedeutung, um wirksame Schritte zur Förderung gesunder Verhältnisse und eines gesunden Verhaltens planen und durchführen zu können.

4.3.3 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

19 Zu Qualitätskriterien des lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsprozesses vgl. auch: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021). 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.

20 Hierzu haben die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung(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 (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Diese Strukturbildung ist eine Gemeinschaftsinitiative von GKV und öffentlicher Hand im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Bereiche und Zielgruppen sollen die gesundheitliche Situation, 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. Fokusgruppen, Gesundheitszirkel oder -werkstätten.

4.3.4 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 Akteuren, 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.

4.3.5 Umsetzung

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

4.3.6 Evaluation

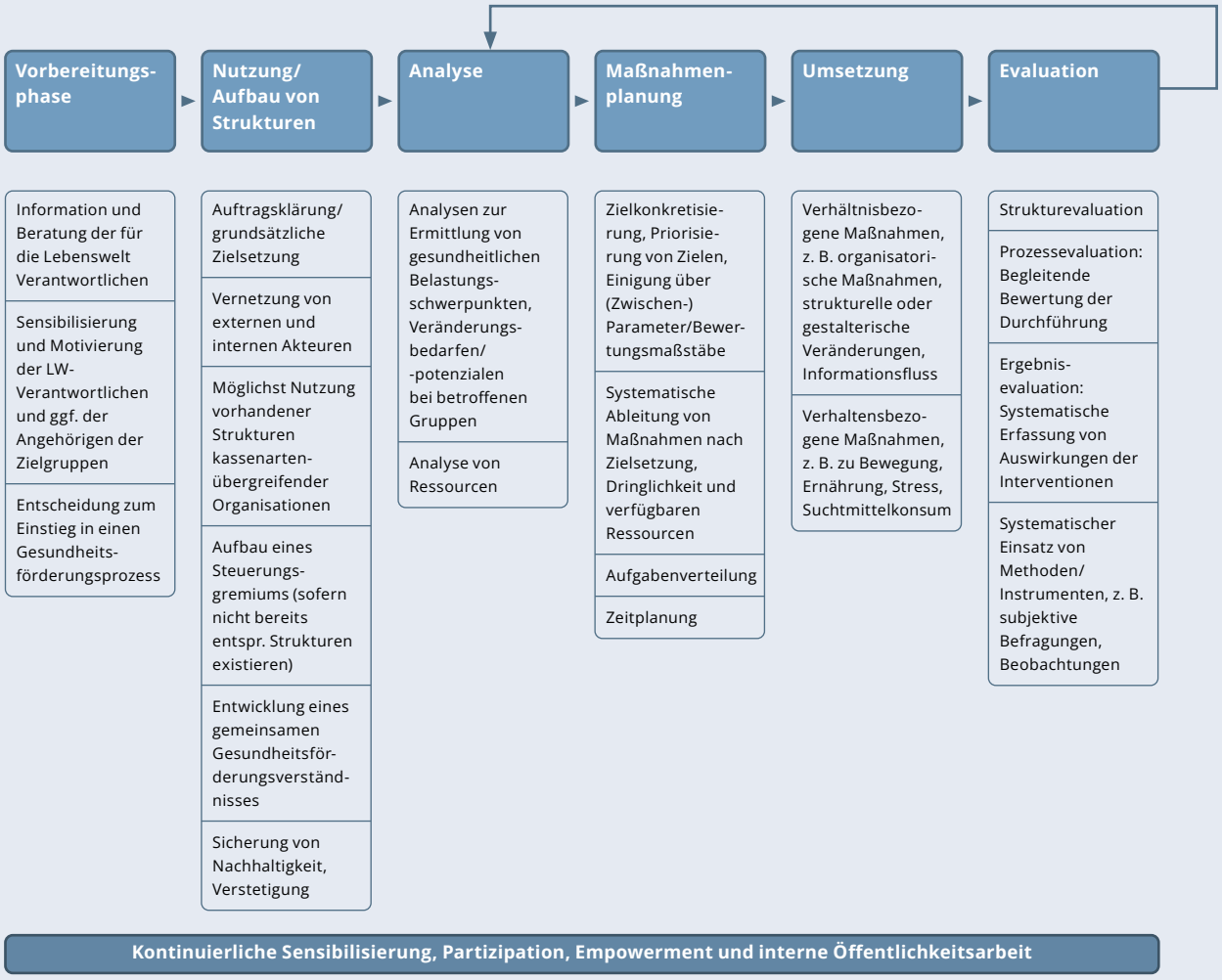
Die Krankenkassen wirken darauf hin, dass zu den erfolgten Maßnahmen eine Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation[21], auch unter dem Gesichtspunkt der Verstetigung und Nachhaltigkeit, durchgeführt wird. Die Evaluation umfasst die regelmäßige Dokumentation und Reflexion der Umsetzung von Interventionen anhand festgelegter Routinen mittels wissenschaftlicher Methoden und Instrumente.[22] Die Evaluationsergebnisse können für die Bestimmung des Handlungsbedarfs im folgenden Zyklus genutzt werden.

4.3.7 Zyklusphasenübergreifende Partizipation

Beteiligungsorientierte Methoden, wie z. B. Fokusgruppen, Gesundheitszirkel und -werkstätten, sind geeignete Instrumente sowohl zur Analyse, Maßnahmenplanung und Umsetzung als auch zur Evaluation (vgl. Punkt „Analyse“). Dabei sind die Kompetenzen der Zielgruppen in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses möglichst einzubeziehen und zu fördern (Empowerment). Für kleinere Kinder kommen als Instrumente der Mitgestaltung entwicklungsgemäße, insbesondere spielerische und nicht verbale Beteiligungsmethoden in Betracht. Je nach Zielgruppe können auch andere niedrigschwellige Instrumente in Betracht gezogen werden.

21 Eine Ergebnisevaluation kann bei der Verwendung bereits evaluierter Konzepte entfallen.
22 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).

Abbildung 3: Der lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsprozess



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

Weitere Hinweise und Praxistipps zum Gesundheitsförderungsprozess insbesondere für Lebensweltverantwortliche sind auf der Internetseite des GKV-Bündnisses für Gesundheit (www.gkv-buendnis.de ▷ Klick auf Lebenswelt ▷ Wegweiser) zu finden.

4.4 Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune

4.4.1 Gegenstandsbereich und zentrale Anforderungen

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, vgl. Kapitel 4.6 und 4.7), des Arbeitens (Betriebe, siehe Kapitel 6 Betriebliche Gesundheitsförderung) und der Freizeitgestaltung. 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. Sie können über Einrichtungen der Freizeitgestaltung (z. B. Sportvereine, Jugendhäuser, Eltern-, Arbeitslosen- und Seniorentreffs) oder über die Kommune selbst erreicht werden. 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 und Prävention kommt daher den Kommunen selbst eine Schlüsselfunktion zu. Es ist grundsätzlich Aufgabe der Kommunen, einen gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozess anzustoßen, zu koordinieren und zu leiten. In diesen sind immer auch andere verantwortliche und zivilgesellschaftliche Akteure einzubinden.[23]

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.[24] 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 Menschen.

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.

Da in der Kommune viele Akteure sowie Bedarfe im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention zusammentreffen, werden für Leistungen nach dem Lebenswelt-Ansatz in Kommunen Kooperationen empfohlen, die krankenkassenübergreifend und bedarfsbezogen sowie auch sozialversicherungsträgerübergreifend sind. Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungsträgern, kommunalen Einrichtungen und Bildungsträgern mit Bezug zur Primärprävention und Gesundheitsförderung sind im Anhang dargestellt (siehe Kapitel 8.2 Berührungspunkte / Abgrenzungen von Leistungen nach § 20a SGB V zu gesetzlichen Anspruchsgrundlagen anderer Träger für besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune).

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.[25]

23 Quilling, E. & Kruse, S. (2018). Evidenzlage kommunaler Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung: Eine Literatur- und Datenbankrecherche (Rapid Review). GKV-Bündnis für Gesundheit. Herausgegeben vom GKV-Spitzenverband. (www.gkv-buendnis.de ▷ Publikationen). Böhme, C., Reimann, B. (2018). Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. Rahmenbedingungen, Steuerung und Kooperation – Ergebnisse einer Akteursbefragung. Berlin (Deutsches Institut für Urbanistik) (https://difu.de ▷ Publikationen ▷ Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung).

24 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., Böhme, C., Reimann, B. (2009). Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. S. 12 und 16 f.

25 Link: www.gkv-buendnis.de ▷ Förderprogramm.

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 genutzt werden, ggf. ergänzt um spezifische gesundheitsbezogene Analysen.

Aus den Erfahrungen des Netzwerks für Gesunde Städte sowie dem Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt" (siehe folgender Abschnitt) ergeben sich folgende übergreifende Qualitätskriterien für eine gesundheitsförderliche Stadt(teil)entwicklung:

- 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 dort lebenden Menschen entwickelte Gesundheitsziele
- die Schaffung geeigneter Abstimmungs-, Koordinierungs- und Umsetzungsstrukturen (Gesundheitskonferenzen, Stadtteilzentren, Vernetzungs- und Beteiligungsbüros, Quartiersmanagement)
- die Etablierung von Gesundheitsverträglichkeit als Entscheidungskriterium für öffentliche Planungen

4.4.2 Verbünde und Netzwerke für Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen

Die folgenden Verbünde und Netzwerke spielen eine wesentliche Rolle bei der Qualitätsentwicklung und Verbreitung guter Praxis in Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

Der 2003 gegründete Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit[26] ist ein bundesweiter Zusammenschluss von 75 Kooperationspartnern aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Umwelt, Stadtentwicklung, Bildung, Kinder- und Jugendhilfe und weiteren relevanten Bereichen. Er 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 betreibt 16 Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit. 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, u. a. durch sogenannte Praxislernstätten.[27]

26 Link: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, unter „Gesundheitsförderung im Quartier" sowie unter „Gesundheit für alle! PARTNERPROZESS".

27 Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Berlin. Richter-Kornweitz, A. (2013): Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen, Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen, Hannover.

Netzwerk für Gesunde Städte

Das Netzwerk für Gesunde Städte[28] 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
- 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 Sozialer Zusammenhalt

Anknüpfungspunkte für eine soziallagenbezogene kommunale Gesundheitsförderung bietet das Programm der deutschen Städtebauförderung „Sozialer Zusammenhalt- Zusammenleben im Quartier gemeinsam gestalten“[29]. Das unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen 1999 ins Leben gerufene Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Die Soziale Stadt“ wurde 2020 in das Bund-Länder-Programm „Sozialer Zusammenhalt“ überführt. Ziel ist die Behebung komplexer städtebaulicher, funktionaler wie auch sozioökonomischer Missstände sowie die Stabilisierung und Aufwertung von Lebensbedingungen und Lebensqualität aller dort lebender Menschen. Hierüber sollen mehr Nutzungsvielfalt, Generationengerechtigkeit und Familienfreundlichkeit erreicht werden. Ferner stehen die Erhöhung von Gesundheits- und Bildungschancen, Integration, Umweltgerechtigkeit, Klimaschutz und der Sicherheit vor Ort im Fokus. Im neuen Programm werden das Quartiersmanagement und die Mobilisierung von Teilhabe und ehrenamtlichem Engagement stärker betont. Im Zentrum steht die Verbesserung der Lebensbedingungen der Bevölkerung benachteiligter Stadt- und Ortsteile. Anhand eines integrierten Handlungsprogramms sollen Probleme identifiziert, Maßnahmen zur Problemlösung formuliert und Umsetzungsmöglichkeiten entwickelt werden. Notwendige Bedingung für „sozialen Zusammenhalt“ ist die Aktivierung und Beteiligung der Bevölkerung des Stadtteils. Die dort lebenden Menschen 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.

Gesundheitsförderung im ländlichen Raum

Zur Gesundheitsförderung im ländlichen Raum gibt es erfolgversprechende Beispiele, die für ein kooperatives Engagement der Krankenkassen mit den verantwortlichen Partnern genutzt werden können:

28 Link: www.gesunde-staedte-netzwerk.de.
29 Link: www.staedtebaufoerderung.info ▷ Programme ▷ Sozialer Zusammenhalt, Es geht „darum, lokale Initiativen, Organisationen, insbesondere auch der Gemeinwesenarbeit und Träger der Kinder- und Jugendhilfe, sowie Unternehmen im Quartier miteinander zu vernetzen und die individuellen Problemlösungskompetenzen der Quartiersbewohnerinnen und Quartiersbewohner im Sinne des Empowerments zu stärken“.

- „Gesundheitsregionen[plus]“ des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege: www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/gesundheitsregionenplus
- Innovationsfondsprojekt „Trittsicher in die Zukunft“ der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in Kooperation mit dem Deutschen Städte- und Gemeindebund und der Robert-Bosch-Gesellschaft für Medizinische Forschung. Die praktische Umsetzung wird durch den Deutschen Turner-Bund und den Deutschen Olympischen Sportbund unterstützt (zukunft-trittsicher.de).

4.4.3 Besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune

Nachfolgend werden beispielhaft einige Zielgruppen für Maßnahmen kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention betrachtet, die einen besonderen Bedarf an Unterstützung haben.

Werdende Familien und Alleinerziehende in der Kommune

Werdende Eltern (das sind Erziehungsberechtigte mit Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Kindergartenalter) zeigen sich tendenziell besonders empfänglich für Gesundheitsthemen, sodass bei ihnen gute Chancen bestehen, einen gesundheitsförderlichen und ökologisch nachhaltigen Lebensstil zu fördern und weiterzuentwickeln. Diese Familien sowie Alleinerziehende sollen als Zielgruppe bei lebensweltbezogenen 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[30]; höherer Tabak-/Alkoholkonsum[31]).

Im kommunalen Setting können sich Krankenkassen an evaluierten verhaltensorientierten Programmen für Familien und Alleinerziehende, die nicht explizit in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenkassen fallen, die aber gesundheitsförderliche Aspekte berücksichtigen und entsprechende Effekte versprechen,[32] 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.

Ältere/alte Menschen in der Kommune[33]

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.[34] Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung, Mobilität und Selbstständigkeit sollen möglichst bis ins hohe Alter erhalten, die Entstehung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit vermieden und hinausgezögert werden. Auch im höheren Lebensalter können gesundheitliche Risiken durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil und

30 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.
31 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., Mohn, K., Sitzler, F., Welbrink, A. & Witte, M. (2001). Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Weinheim.
32 z. B. Angebote zur Stärkung von Elternkompetenz; nicht bezuschussungsfähig sind Angebote zur frühkindlichen Förderung.
33 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 2023).
34 vgl. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2012). Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Berlin.

umweltbezogene Maßnahmen reduziert werden.[35] Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf alleinlebende 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 Berücksichtigung der Präferenzen und Bedürfnisse älterer Menschen erbracht werden.[36]

Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind auch für ältere und alte Menschen sinnvoll, die bereits pflegebedürftig sind und zu Hause von Angehörigen oder durch ambulante Pflegedienste versorgt werden.[37] 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.

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, (städtischen) Senioreneinrichtungen hinsichtlich eines gesundheitsfördernden und nachhaltigen Verpflegungsangebots über offene Mittagstische in den Einrichtungen bzw. einem Angebot von „Essen auf Rädern“[38]
- Ambulanten Pflegediensten
- Pflegestützpunkten
- 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

35 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., Lavoie, K., Bacon, S. (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.

36 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. & Wolter, B. (2018). Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen. Ergebnisbericht. Berlin. (Hrsg. GKV-Spitzenverband) (www.gkv-buendnis.de ▷ Publikationen).

37 Braesecke, G., Lingott, N., Schiffhorst, G. (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).

38 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (2023). DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung mit „Essen auf Rädern“ und in Senioreneinrichtungen. 2. Auflage. Bonn. (www.dge.de ▷ Gemeinschaftsgastronomie ▷ DGE-Qualitätsstandards).

psychischen Störungen.[39] Zugleich ist ein beruflicher Wiedereinstieg für gesundheitlich eingeschränkte Erwerbslose erheblich erschwert. Mit Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention wird dieser Personenkreis eher schwer erreicht.[40] 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.[41] 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 lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppe. Es ist zu empfehlen, weitere Partner einzubeziehen, die dazu beitragen, auch Rahmenbedingungen gesundheitsförderlich weiterzuentwickeln und die Gesundheit der Zielgruppe zu stärken, wie z. B.[42]

- Arbeitslosenvertretungen,
- Beschäftigungsträger,
- Sportvereine,
- Wohlfahrtsverbände,
- Nachbarschafts- und Stadtteilzentren.

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 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.[43] 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.

39 Robert Koch-Institut (Hrsg.). Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. GBE kompakt 1/2012. Berlin. Hollederer, A. (2021). Gesundheit und Krankheit von Arbeitslosen sowie Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung. In: Ders. (Hrsg.) Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. S. 12–35.
40 Gesundheitsberichterstattung des Bundes September 2006 (RKI Hrsg.). Gesundheit in Deutschland. Berlin.
41 Siehe auch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012). Gemeinsam handeln: Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Eckpunkte zum Vorgehen im kommunalen Rahmen (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de in der Rubrik „Materialien“).
42 Nationale Präventionskonferenz (2018). Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V. Erste weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018. Berlin. S. 30.
43 Evaluationsbericht Modellprojekt Arbeits- und Gesundheitsförderung von GKV und Bundesagentur für Arbeit (www.gkv-spitzenverband.de ▷ Krankenversicherung ▷ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▷ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▷ Evaluation).

Im bundesweiten Projekt teamw()rk für Gesundheit kooperiert die GKV-Gemeinschaft im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit mit der Bundesagentur und den Agenturen für Arbeit, den Jobcentern sowie den Kommunalen Spitzenverbänden bei der Gesundheitsförderung und Prävention für arbeitslose Menschen: Das Projekt zielt darauf ab, arbeitslose Menschen mit niedrigschwelligen und bedarfsorientierten Angeboten in ihrer Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit zu unterstützen.[44]

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, 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 (vgl. Kapitel 4.6 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 Partner vermittelt werden, wie z. B.

- Jugendämter,
- ärztliche Fachpersonen,
- psychotherapeutische Fachpersonen,
- Schulsozialarbeit,
- Polizei oder Justiz.

Neben Alkohol und Tabak können im Rahmen derartiger gemeindebasierter Präventionsprojekte bedarfsbezogen auch weitere Suchtthemen, wie der Konsum von Cannabis, 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.

44 Die Ergebnisse des Projekts sind im Evaluationsbericht des IGES Instituts, des Instituts für angewandte Wirtschaftsförderung (IAW) und des Instituts für Sozialforschung & Kommunikation (SOKO) veröffentlicht: GKV-Bündnis für Gesundheit (Hrsg.) (2021): Evaluation des Modellprojekts „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“. (www.gkv-buendnis.de).

Das GKV-Bündnis für Gesundheit fördert das Programm „HaLT – Hart am LimiT“, ein Programm zur kommunalen Alkoholprävention mit über 150 Standorten in 13 Bundesländern (2024). Das Programm besteht aus zwei Bausteinen: HaLT-proaktiv (kommunal verankerte Präventionsstrategie) und HaLT-reaktiv (Prävention auf der individuellen Ebene). HaLT ist als lernendes Netzwerk organisiert, das sowohl bundesweit als auch auf Länderebene koordiniert wird. Die Umsetzung erfolgt auf kommunaler bzw. regionaler Ebene.[45]

Eine besonders vulnerable Zielgruppe sind Kinder aus suchtbelasteten Familien bzw. aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil[46]. 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.[47] Bei allen Aktivitäten sollte die Bildung verlässlicher und tragfähiger Beziehungen im Vordergrund stehen. Es sollte darauf hingewirkt werden, dass die 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 Stärkung der Resilienz von Kindern aus suchtbelasteten Familien durch die Förderung entsprechender Fortbildungen unterstützen.

Menschen in 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 oder die Aufklärung und Motivation zu ökologisch nachhaltigem und gesundheitsförderlichem Alltagsverhalten beinhalten. Empfohlen wird für diese Art der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung eine Einbindung in kommunale Strukturen und Konzepte. Für die GKV-Unterstützung sind die in Kapitel 4.2 beschriebenen Leistungsarten, Förder- und Ausschlusskriterien maßgeblich.

45 Weitere Informationen unter www.gkv-buendnis.de ▷ Bündnisaktivitäten ▷ Bundesweite Aktivitäten ▷ HaLT.
46 AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe (Hrsg.) (2020). Abschlussbericht Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern. Hannover. (www.ag-kpke.de).
GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2021). Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern. Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Berlin. (www.gkv-buendnis.de).
47 Kinder mit fetalem Alkoholsyndrom (FASD) stellen eine spezifische Zielgruppe mit besonderen Beeinträchtigungen und Risiken dar, auf die Angebote der Gesundheitsförderung bedarfsbezogen eingehen sollen.

4.4.4 Querschnittsthema Klimawandel und Gesundheit

Der Klimawandel stellt eine zentrale Herausforderung für die Gesundheitsförderung und Prävention im 21. Jahrhundert dar. Mehr (neuartige) Infektionskrankheiten, Allergien, Verletzungen infolge von Extremwetterereignissen, hitzebedingte Todesfälle, Angstzustände, posttraumatische Belastungen und Depressionen können die Folge sein. Der Klimawandel hat weitreichende Auswirkungen auf alle Bereiche der Gesellschaft und erfordert daher eine umfassende Betrachtung von Mensch, Natur und Umwelt. Von den gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels sind Menschen z. B. in Abhängigkeit vom Lebensalter, von sozioökonomischen Bedingungen oder Vorerkrankungen unterschiedlich stark betroffen.[48, 49] Im Pariser Klimaabkommen hat sich die Weltgemeinschaft verpflichtet, den Temperaturanstieg in der Atmosphäre auf deutlich unter zwei Grad Celsius zu begrenzen und Anstrengungen auf eine Begrenzung von nicht mehr als 1,5 Grad zu unternehmen. Das deutsche Klimaschutzgesetz[50] sieht hierzu vor, die CO_2-Emissionen in Deutschland bis 2030 um mindestens 65 % gegenüber dem Stand von 1990 zu reduzieren.[51] Die praktische Umsetzung dieser Verpflichtung erfordert grundlegende Änderungen in allen Lebensbereichen. Die kommunale Ebene spielt für die Erreichung der Klimaschutzziele eine wichtige Rolle: Viele Städte und Landkreise haben Klimaschutzkonzepte entwickelt und messen ihre Umsetzung in regelmäßigen Abständen.[52] Viele Klimaschutzmaßnahmen kommen auch der menschlichen Gesundheit zugute: Kommunale Mobilitätskonzepte, die das Zufußgehen und den Radverkehr fördern, oder die Anlage von schattenspendenden und CO_2 absorbierenden Grünflächen sind Beispiele hierfür. Im individuellen Alltagsverhalten liegen ebenfalls große Potenziale für eine Reduktion von Treibhausgasemissionen mit positiven gesundheitlichen Folgen, insbesondere durch veränderte Bewegungs- und Ernährungsmuster (siehe die Ausführungen in Kapitel 5.4.1 und 5.4.2). Neben dem Klimaschutz bildet die Klimaanpassung das zweite Standbein der Klimapolitik: Trotz der Priorität von Emissionssenkung zum Abwenden katastrophaler Konsequenzen muss sich das Gemeinwesen auf das häufigere Auftreten von Wetterextremen einstellen, um Folgeschäden für die menschliche Gesundheit zu verhüten.[53] Unter den klimawandelbedingten Gesundheitsgefahren mit Bezug zum Präventions- und Gesundheitsförderungsauftrag der GKV stechen insbesondere die sich häufenden Hitzeperioden hervor, für die gezielte Vorsorge auf kommunaler Ebene zu treffen ist.

Kommunale Aufgabe Hitzeaktionsplanung

Durch kommunale Hitzeaktionspläne, die über die Weitergabe von Informationen hinausgehen, kann die Mortalität bei vulnerablen Gruppen, wie insbesondere älteren Menschen, gesenkt werden.[54] Die Gesundheitsministerkonferenz hat sich dafür ausgesprochen, dass alle kreisfreien Städte und Landkreise bis 2025 Hitzeaktionspläne entsprechend den unter Federführung des Bundesumweltministeriums hierzu

48 Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet den Klimawandel als die derzeitig größte gesundheitliche Bedrohung der Menschheit: World Health Organization (2021). COP26 Special Report on Climate Change and Health: the Health Argument for Climate Action. Genf: WHO. S. 2 (www.who.int ▷ Publications).

49 Robert Koch-Institut (2023). Sachstandsbericht Klimawandel und Gesundheit. Berlin (www.rki.de ▷ Gesundheit A-Z ▷ Klimawandel und Gesundheit).

50 Bundes-Klimaschutzgesetz (KSG) vom 12.12.2019 in der Fassung vom 18.08.2021 (www.gesetze-im-internet.de ▷ KSG).

51 Bei den derzeitigen Emissionen würde die 1,5 Grad-Marke jedoch bereits gegen Ende der 2020er Jahre erreicht. Vgl. Schulz, C. M. & Simon, B. (2021). Anthropozän – Die Überschreitung planetarer Grenzen. In: Traidl-Hoffmann, C., Schulz, C., Herrmann, M., Simon, B. (Hrsg.). Planetary Health. Klima, Umwelt und Gesundheit im Anthropozän (S. 7–26). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

52 Deutsches Institut für Urbanistik (Difu) (2020). Klimaschutz und Gesundheit. Umwelt- und Lebensqualität in Kommunen sichern und fördern. Köln. (https://difu.de ▷ Publikationen ▷ Klimaschutz & Gesundheit). Bertelsmanns Stiftung (2020). Monitor Nachhaltige Kommune. Bericht 2020. Schwerpunktthema Klima und Energie. Gütersloh (www.dstgb.de ▷ Aktuelles ▷ Archiv 2021 ▷ Klimaschutz hat in Kommunen hohen Stellenwert).

53 Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (BMU) (2020). Den Klimawandel gesundheitlich meistern! Empfehlungen zur Vorsorge. Bonn. (www.bmu.de ▷ Publikationen).

54 Belege in: Blättner, B., Grewe, H. A., Janson, D. et al. (2021). Arbeitshilfe zur Entwicklung und Implementierung eines Hitzeaktionsplans für Städte und Kommunen. Public Health Zentrum Fulda. (www.hs-fulda.de).

entwickelten Empfehlungen[55] verabschieden und implementieren.[56] In jeder Kreisgesundheitsbehörde bzw. jedem städtischen Gesundheitsamt (in den Stadtstaaten dem Bezirksgesundheitsamt) soll hiernach eine Koordinierungsstelle geschaffen werden, in der Krankenhäuser, niedergelassene Ärzteschaft, Rettungsdienste, Feuerwehren, Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen, Wohlfahrts- und Hilfsorganisationen, Bildungseinrichtungen und bürgerschaftliche Organisationen und Netzwerke (Vereine, Nachbarschaftszentren usw.) zusammenwirken. Die Koordinierungsstelle stimmt sich mit den Zuständigen für die Hitzeaktionsplanung in der Landesgesundheitsbehörde engmaschig ab.[57] Die kommunale Koordinierungsstelle gibt im Falle bevorstehender Hitzeereignisse Hinweise zum Verhalten und zur Kühlung von Innenräumen auf zuvor abgestimmten Kommunikationswegen heraus. Für vulnerable Personengruppen, wie insbesondere ältere Menschen, Pflegebedürftige, Menschen mit chronischen Erkrankungen, Säuglinge und Kleinkinder sowie Personen mit Arbeit oder längerem Aufenthalt im Freien sollen zielgruppenspezifische Maßnahmenpläne im Hinblick auf Flüssigkeitsversorgung, Ernährung, Bewegung, Medikation usw. mit konkreten Betreuungsmaßnahmen erarbeitet und bei Eintritt des Hitzeereignisses umgesetzt werden. Hitzeaktionspläne sollten auch längerfristig wirkende gebäudebezogene (z. B. Thermoverglasung) und städtebauliche (z. B. schattenspendende und feuchtigkeitsspeichernde Grünanlagen) Maßnahmen enthalten.

Krankenkassen können Städte, Landkreise und Gemeinden zu gesundheitlich relevanten Aspekten des Klimaschutzes und der Klimaanpassung u. a. durch folgende Maßnahmen unterstützen:

- Mitwirkung an der Entwicklung oder Weiterentwicklung von kommunalen Konzepten hinsichtlich gesundheitsrelevanter Themen
- Mitwirkung in kommunalen Gremien zum Klima- und Hitzeschutz
- Information der Menschen in der Kommune zum Schutz der Gesundheit im Kontext klimatischer Veränderungen
- Fortbildung von Fachkräften in Einrichtungen (z. B. Kitas, Schulen, Einrichtungen der Freizeitgestaltung wie z. B. Stadtteil- oder Gemeindezentren, Pflegeeinrichtungen) sowie von ehrenamtlich Helfenden zum Schutz vor Gesundheitsrisiken infolge klimatischer Veränderungen

Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat für interessierte Akteure einen Wegweiser zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune erstellt. Der Wegweiser bietet Informationen, Tipps und Handlungsempfehlungen, um geeignete Maßnahmen zu planen und umzusetzen (GKV-Bündnis: Wegweiser Kommune (gkv-buendnis.de)).

4.5 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 und ökologisch nachhaltige Lebensgewohnheiten entscheidend beeinflusst und geprägt werden können.

55 Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMU) (2017). Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit. Bonn. (www.bmu.de ▷ Themen ▷ Gesundheit ▷ Gesundheit im Klimawandel ▷ Handlungsempfehlungen zu Hitzeaktionsplänen).
56 Gesundheitsministerkonferenz (2020). Beschlüsse der 93. GMK: TOP: 5.1 Der Klimawandel – eine Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen. (www.gmkonline.de ▷ Beschlüsse).
57 Die Landesgesundheitsbehörden ihrerseits bilden für überregionale Aufgaben (z. B. Regeln für die Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit, Evaluation der Folgen von Hitzeereignissen) ein eigenes landesbezogenes Netzwerk unter Einbindung der kommunalen Verbände sowie der Verantwortlichen im Gesundheits- und Sozialwesen.

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 des erzieherisch tätigen Personals 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.

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas sollen insbesondere die Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung[59], Entspannung, Stressbewältigung, Stärkung psychischer Ressourcen (wie z. B. Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit) und Resilienz (Widerstandsfähigkeit), sozial-emotionaler Kompetenzen umfassen und in deren Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrag integriert sein.[60] In vielen Kitas werden entsprechende Ansätze bereits verfolgt, und der Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen sollte dabei als Querschnittsthema integriert werden. Die Rolle der Krankenkassen kann deshalb darin bestehen, solche Ansätze mit gesundheitsförderlichen Programmen und Projekten zu begleiten.

Die Integration von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in den pädagogischen Alltag stärkt nicht nur die Gesundheits- und Bildungsressourcen der Kinder, sondern erleichtert dem Kita-Team auch die Wahrnehmung seiner pädagogischen Aufgaben: So können 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 werden. Diese Effekte wiederum können die Belastungen des Erziehungspersonals reduzieren und sich damit auch positiv auf dessen Gesundheit und Leistungsfähigkeit auswirken. Förderlich für die Umsetzung und unterstützend für das Personal können auch Austausch und Vernetzung der Kitas untereinander sein.

Bei der Planung und Umsetzung der Maßnahmen ist auf eine enge Kooperation mit den Eltern und auf die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse, 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 Kita-Team. Dabei bietet es sich auch an, Möglichkeiten zur Veränderung familiärer Gewohnheiten, z. B. bei der

58 Grundsätze der Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen entsprechend § 22 SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe.
59 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (2023). DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Kitas. 6. Auflage. Bonn. (www.dge.de ▷ Gemeinschaftsgastronomie ▷ DGE-Qualitätsstandards).
60 Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2010). Nationales Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“. (Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit) Berlin.

Ernährung, der Alltagsmobilität 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.

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 Kita-Team 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.

Das Engagement des Kita-Trägers und der Kita-Leitung für die Gesundheitsförderung und Prävention bildet eine wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung und Verstetigung der von den Krankenkassen geförderten Maßnahmen. Die Krankenkassen wirken daher 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 Kita-Trägers, der betrieblichen Verantwortlichen, der Krankenkasse, des zuständigen Unfallversicherungsträgers sowie der Eltern). Wo immer möglich und sinnvoll, sollte das Kita-Team weitere Unterstützungsmöglichkeiten für die eigene Arbeit nutzen. Bei der Beratung zu und Vermittlung von Angeboten Dritter nehmen Krankenkassen aktiv ihre Lotsenfunktion wahr.[61]

In den letzten Jahren haben einzelne Bundesländer Landesprogramme zur integrierten Förderung von Bildung und Gesundheit in der Kita unter Beteiligung der Krankenkassen aufgelegt. Teilnehmende Kitas erhalten darin fachliche Unterstützung für Initiierung und Umsetzung eines Qualitäts- und Organisationsentwicklungsprozesses, u. a. durch Schulungen von erzieherisch tätigem Personal und fachliche Beratung zu den Schritten des Gesundheitsförderungsprozesses.

61 In der Gemeinde können z. B. ärztliche und psychotherapeutische Fachpersonen für Kinder, zahnärztliche Fachpersonen, 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 zur gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung leisten, insbesondere im Hinblick auf die Sicherheit und Gesundheit von erzieherisch tätigem Personal und Kindern, die Bewegungsförderung sowie den Bau, die Ausstattung und die Einrichtung von Kitas bei Fragen zu Möglichkeiten der Gestaltung von Bewegungsräumen / bewegungsfreundlichen Spielflächen (Internetquelle: sichere-kita.de Plattform der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen mit Informationen, Arbeitshilfen und Regularien zur sicherheits- und gesundheitsfördernden Kitaentwicklung). Die Vernetzungsstellen für Kita- und Schulverpflegung können bei Fragen zu Verpflegungsangeboten Beratung anbieten.

Beispiele für Landesprogramme zur integrierten Bildungs- und Gesundheitsförderung in der Kita:

- Nordrhein-Westfalen: Der anerkannte Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung (www.bewegungskindergarten-nrw.de)
- Berlin: „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ (www.gute-gesunde-kitas-in-berlin.de)

Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat für interessierte Akteure einen Wegweiser zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Kita erstellt. Der Wegweiser bietet Informationen, Tipps und Handlungsempfehlungen, um geeignete Maßnahmen zu planen und umzusetzen (GKV-Bündnis: Wegweiser Kita (gkv-buendnis.de)).

4.6 Gesundheitsfördernde Schule[62]

Die Schule eignet sich besonders für zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung, weil hier alle Kinder und Jugendlichen unabhängig von ihrer sozialen Herkunft 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 Lernenden mit Behinderungen, stellen das System „Schule“ vor besondere Herausforderungen und bieten gleichzeitig Ansatzpunkte auch für die lebensweltbezogene schulische Gesundheitsförderung und Prävention. Lernende sowie Lehrende engagieren sich zudem in den letzten Jahren vermehrt für den Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen. Hierdurch ergeben sich ebenfalls Anknüpfungspunkte für eine mit ökologischer Nachhaltigkeit verknüpfte Gesundheitsförderung und Prävention („Planetare Gesundheit“). Die seit Anfang der 1990er Jahre etablierten Aktivitäten und Strukturen und die Erfahrungen der GKV in diesem Feld zeigen, dass es Schulen gelingen kann, sich zu gesundheitsfördernden Schulen zu entwickeln.[63]

Die Projekte und Programme sollen die Lernenden befähigen, ihr physisches, psychisches und soziales Gesundheitspotenzial auszuschöpfen, indem sie insbesondere frühzeitig in ihren Lebens- und Gesundheitskompetenzen gestärkt und ihre gesundheitlichen Ressourcen und Resilienz umfassend unterstützt werden. Die Maßnahmen sollen verhältnis- und gleichermaßen verhaltenspräventiv sowie partizipativ angelegt sein. Die Bedarfe und Bedürfnisse der Lernenden, deren Einstellungen sowie lebens- und sozialräumlichen Voraussetzungen sind zu berücksichtigen.[64]

Krankenkassen beraten Schulen zu verhältnisbezogenen Maßnahmen mit dem Ziel, ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernumfeld zu schaffen, das zugleich zum Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen beiträgt. Hierzu zählen insbesondere eine angemessene und ökologisch nachhaltig orientierte Gestaltung der Gebäude, Einrichtung/Möblierung, Spielflächen/Ruhebereiche, des

62 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.

63 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008). Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung Band II. Baden-Baden, S. 364–432. Paulus, P., Schumacher, L., Sieland, B., Burrows, E., Rupprecht, S., Schwarzenberg, K. (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.

64 Beschluss der Kulturministerkonferenz (KMK) vom 15.11.2012. Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule.

Verpflegungsangebots[65] sowie der Pausengestaltung. Sofern die Maßnahmen Aspekte von Sicherheit und Unfallschutz berühren, sind die zuständigen Unfallversicherungsträger einzubeziehen[66].

Gleichzeitig können Krankenkassen Schulen insbesondere zu folgenden Themen und Handlungsfeldern durch verhaltensbezogene Maßnahmen unterstützen:

- Ernährungsbildung
- Bewegungs-, Spiel- und Sportförderung
- Stressprävention, Selbstmanagement, gesundheitsförderlicher Umgang miteinander (Kontrollfähigkeit, Selbststeuerung, Konfliktlösung, insbesondere Gewalt- und Mobbingprävention)
- Prävention von Abhängigkeitsverhalten durch Vermeidung des Einstiegs in den Konsum legaler und illegaler Suchtmittel bzw. suchtriskanter Verhaltensweisen, Vermeidung einer exzessiven Nutzung elektronischer Medien

Der Erfolg von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Schulen hängt in hohem Maße von der Umsetzungsfähigkeit und -bereitschaft der Lehrenden ab. 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.

Das Engagement des Schulträgers und der Schulleitung für die Gesundheitsförderung und Prävention bildet eine weitere wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung und Verstetigung der von den Krankenkassen geförderten Maßnahmen. Damit Gesundheitsförderung im Setting Schule nachhaltig wirksam wird, müssen folgende strukturelle Bedingungen erfüllt sein bzw. werden:

- die Entscheidung der Schulkonferenz (Lehrer-, Eltern- und Schülervertretungen), in einen Gesundheitsförderungsprozess einzutreten
- die Einbindung des Schulträgers und der Schulaufsicht in den Gesamtprozess
- Bildung einer Steuerungsgruppe bzw. Bestellung eines entscheidungskompetenten Schulprojektteams, in dem alle relevanten Gruppen und Akteure vertreten sind (sofern nicht bereits vorhanden)
- Integration des Themas „Gesundheit“ in Schulprogramm bzw. schulisches Leitbild
- Bereitschaft der Schule zur Mitwirkung in Netzwerken gesundheitsfördernder Schulen und/oder Landesprogrammen zur guten gesunden Schule[67], sofern vorhanden

Die Krankenkassen bringen sich in gesundheitsförderliche und präventive Projekte und Programme im Setting Schule sowie in die Integration entsprechender Elemente in den Unterricht partnerschaftlich ein. Sie unterstützen diesen Prozess mit erprobten und evaluierten gesundheitsförderlichen Projekten,

65 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (2023). DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen. 5. Auflage. Bonn. (www.dge.de ▷ Gemeinschaftsgastronomie ▷ DGE-Qualitätsstandards). Die dort beschriebenen Qualitätskriterien sollten gleichermaßen für die von Schulen selbst erstellten und für die von externen Anbietenden bezogenen Angebote gelten.

66 Plattform www.sichere-schule.de der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) mit Informationen, Arbeitshilfen und Regularien zur sicherheits- und gesundheitsfördernden Schulentwicklung einschließlich Verkehrssicherheit. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.) (2017). Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule. Informationen und Umsetzungshilfen für Schulleitungen. DGUV Information 202-058. Berlin.

67 Landesprogramme zur Entwicklung einer guten gesunden Schule unter Federführung der zuständigen Landesministerien/Senatsverwaltungen (Stand Frühjahr 2023):
- Berlin: Landesprogramm für die „Gute gesunde Schule (www.berlin.de)
- Brandenburg: Gute gesunde Schule – Landesprogramm (mbjs.brandenburg.de)
- Landesprogramm Bayern: gute gesunde Schule Bayern (www.ggs.bayern.de)
- Mecklenburg-Vorpommern (MV): Landesprogramm Gute Gesunde Schule MV (www.bildung-mv.de)
- Nordrhein-Westfalen (NRW): Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW: Start (www.bug-nrw.de)

Die Landesprogramme für die gute gesunde Schule haben sich zum Ziel gesetzt, einen Beitrag zur Verbesserung der Bildungsqualität und der gesundheitlichen Situation aller Beteiligten zu leisten. Schulen, die an den Landesprogrammen teilnehmen, erhalten Informationsmaterialien, Beratungen und Fortbildungen. Darüber hinaus werden gesundheitsförderliche Projekte unterstützt und Netzwerke aufgebaut. Die Umsetzung der Landesprogramme für die gute gesunde Schule wird von Krankenkassen, Unfallkassen und Ministerien unterstützt.

Programmen oder Modulen und begleiten den Transfer, z. B. durch Fortbildung und Beratung der Schulen und Lehrkräfte.

Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat für interessierte Akteure einen Wegweiser zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule erstellt. Der Wegweiser bietet Informationen, Tipps und Handlungsempfehlungen, um geeignete Maßnahmen zu planen und umzusetzen (GKV-Bündnis: Wegweiser Schule (gkv-buendnis.de)).

4.7 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, insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Hochschulen zu unterstützen.

Entgegen einer verbreiteten Auffassung sind Studierende keine überdurchschnittlich gesunde Bevölkerungsgruppe. Sie schätzen ihre Gesundheit schlechter ein und nennen häufiger physische und psychische Beschwerden als nichtstudierende Gleichaltrige. Auch verhalten sie sich in bestimmten Bereichen häufiger nicht gesundheitsbewusst, wie z. B. hinsichtlich eines problematischen Konsums von Alkohol, diverser illegaler Drogen sowie Schmerzmitteln. Hinzu kommt, dass sie weniger Sport treiben. Mehr als 10 % von ihnen haben gesundheitliche Beeinträchtigungen. Das Studium selbst wird 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.[68]

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 Hochschulleitung, Studienberatung und Gleichstellungsbeauftragte u. a. vertreten sind. Das Engagement des Trägers der Hochschule und ihrer Leitung für die Gesundheitsförderung und Prävention bildet eine wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung und Verstetigung der von den Krankenkassen geförderten Maßnahmen.

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. Absolvierende der Hochschulen sind damit auch wichtige Multiplikatoren für die Gesundheitsförderung und Prävention.

68 Grützmacher, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S., Willige, J. (2018). Gesundheit Studierender in Deutschland 2017. Ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse. Berlin und Hamburg (www.tk.de).

Die nachfolgenden **Gütekriterien** wurden vom Arbeitskreis gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) 2005 erstmals erstellt und 2020 aktualisiert.[69] 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[70] 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 ihrer 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.

69 Link: www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de.
70 Im Gesundheitsmodell der Salutogenese (lateinisch: salus = Gesundheit/Wohlbefinden, genese = Entstehung) steht die Frage nach der Entstehung von Gesundheit im Mittelpunkt. Salutogenese steht für einen ressourcenorientierten Ansatz, der sich auf die Stärkung einer gesundheitsfördernden Umgebung und der individuellen Ressourcen (Schutzfaktoren) konzentriert.

Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat für interessierte Akteure einen Wegweiser zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Hochschule erstellt. Der Wegweiser bietet Informationen, Tipps und Handlungsempfehlungen, um geeignete Maßnahmen zu planen und umzusetzen (GKV-Bündnis: Wegweiser Hochschule (gkv-buendnis.de)).

5 Individuelle verhaltensbezogene Prävention

5.1 Grundlagen

Die gesetzlichen Anforderungen an die verhaltensbezogenen primärpräventiven Leistungen sind in § 20 Abs. 5 SGB V geregelt.

Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention richten sich an einzelne Versicherte und sollen sie motivieren und befähigen, Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung auszuschöpfen.[71] Die Maßnahmen finden grundsätzlich in Gruppen statt und sollen die Teilnehmenden über die Laufzeit der Maßnahme hinaus zur 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[72] zeigt, dass folgende Krankheitsbilder von besonderer epidemiologischer Bedeutung sind:

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

71 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.

72 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.

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
- Typ-2-Diabetes: 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 mellitus 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 Suchtmittelkonsum bilden wichtige Risikofaktoren für zahlreiche der o. g. Erkrankungen. Deshalb fokussieren die prioritären Handlungsfelder der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention auch auf diese Risikofaktoren (siehe 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 handlungsfeldspezifischen Kriterien miteinander kombiniert werden.

Abbildung 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. Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement 2. Förderung von Entspannung und Erholung
Suchtmittelkonsum	1. Förderung des Nichtrauchens 2. Risikoarmer Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums

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 durch die Krankenkassen unterstützten 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“[73] festgelegt ist. Zudem sollen geschlechtsbezogene Ungleichheiten von Gesundheitschancen verringert werden. Die Verringerung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen gelingt besonders dann, wenn Maßnahmen den besonderen Lebensbedingungen des jeweiligen Geschlechts 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.[74] Nachhaltige Wirkung entfalten individuelle verhaltenspräventive Maßnahmen dann, wenn die Versicherten die erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen

73 Siehe 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.

74 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., Bellwinkel, M. & Schröer, A. (Hrsg.). Prävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm 'Mehr Gesundheit für alle'. Essen, S. 7–150; hier S. 62 f.

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[75] offen. Krankenkassen informieren ihre Versicherten über Angebote der individuellen verhaltensbezogenen Prävention durch z. B.:

- allgemeine Öffentlichkeitsarbeit (z. B. 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 ärztlichen Fachpersonen 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 (siehe Formular Präventionsempfehlung im Anhang).

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.[76] 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 (siehe 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“).

75 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.

76 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.

Anbietende 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-Leistungskatalogs sind, abzugrenzen.

5.2 Bedarf und Wirksamkeit

5.2.1 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.[77] Allerdings stellt sich Gesundheit bei körperlich-sportlichen Aktivitäten nicht „automatisch" ein: Potenzielle Gesundheitseffekte sind vielmehr abhängig vom Umfang und der Art der Aktivitäten bzw. 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. Maßnahmen aus dem Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten sollen Versicherte dabei unterstützen, 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.

Im alltäglichen Mobilitätsverhalten liegen bedeutende Synergiepotenziale für Kombinationen von Gesundheitsförderung und Primärprävention mit dem Umwelt- und Klimaschutz. Regelmäßiges Gehen, Joggen oder Radfahren mit moderater Intensität beugen kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes und bestimmten Krebsarten, z. B. Colon-/Rektumkarzinomen, vor und fördert – vor allem in der Natur – auch das psychische Befinden. Gleichzeitig ist es gut für Klima und Umwelt: Rund ein Sechstel (16,4 %) aller CO_2-Emissionen des Verkehrssektors entfällt auf Wegstrecken von bis zu 10 km.[78] Durch Fuß- und insbesondere Rad-, ggf. E-Radverkehr könnten diese Emissionen weitgehend vermieden werden. Bei längeren Distanzen könnten durch die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel mit Zubringerwegen zu Fuß oder per Fahrrad anstelle des motorisierten Individualverkehrs ebenfalls bedeutende Emissionsreduktionen zusammen mit gleichzeitigen Gesundheitsverbesserungen erzielt werden. Besonderes Augenmerk sollte auf die Sicherheit beim Radfahren gelegt werden, damit die gesundheitlichen und klimatischen Vorteile nicht durch Unfälle beeinträchtigt werden.

77 Insbesondere zeigt eine Vielzahl von epidemiologischen Studien eine starke Evidenz für Zusammenhänge zwischen körperlich-sportlicher Aktivität und positiven Gesundheitswirkungen. Vgl. u. a. Bös, K. & Brehm, W. (2006). Gesundheitssport – Ein Handbuch. Schorndorf. Hänsel, F. (2007). Körperliche Aktivität und Gesundheit. In: Fuchs, R., Göhner, W. & Seelig, H. (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).

78 Schelewsky, M., Follmer, R. & Dickmann, C. (2020). CO_2-Fußabdrücke im Alltagsverkehr. Datenauswertung auf Basis der Studie Mobilität in Deutschland im Auftrag des Umweltbundesamtes. infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft. Berlin/Bonn. S. 45. (www.umweltbundesamt.de ▷ Publikationen).

Präventionsprinzip:
Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität

Entsprechend den vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten evidenzbasierten Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung[79] sollen differenziert nach Altersgruppen folgende Minimalbeanspruchungen durch körperlich-sportliche Aktivitäten angestrebt werden:

Kinder ab 6 Jahren und Jugendliche

- „Mindestens 90 Minuten Bewegung pro Tag mit mittlerer bis hoher Intensität
- Davon können bis zu 60 Minuten mit Alltagsaktivitäten wie Radfahren oder Gehen absolviert werden
- Zusätzlich an zwei bis drei Tagen pro Woche intensive Beanspruchung größerer Muskelgruppen, um Kraft und Ausdauer zu stärken (angepasst an den individuellen Entwicklungsstand)
- Vermeidbare Sitzzeiten auf ein Minimum reduzieren
- Nutzung von Bildschirmmedien auf ein Minimum reduzieren (höchstens 60 Minuten pro Tag für bis 11-Jährige, höchstens 120 Minuten pro Tag bei bis 18-Jährigen)“

Erwachsene von 18–65 Jahren

- „Mindestens 150 Minuten pro Woche ausdauerorientierte Bewegung mit mittlerer Intensität (z. B. 5 x 30 Minuten die Woche schnelles Gehen, Radfahren oder Schwimmen)
  oder
- Mindestens 75 Minuten ausdauerorientierte Bewegung mit höherer Intensität (z. B. 5 x 15 Minuten die Woche Laufen, schnelles Radfahren oder schnelles Schwimmen)
  oder
- Eine gleichwertige Kombination von ausdauerorientierter Bewegung mit mittlerer und höherer Intensität (z. B. 3 x 30 Minuten die Woche schnelles Gehen, Radfahren oder Schwimmen und 2 x 15 Minuten die Woche Laufen, schnelles Radfahren oder schnelles Schwimmen)
- Zusätzlich an mindestens zwei Tagen in der Woche muskelkräftigende Bewegung (z. B. funktionsgymnastische Übungen, Krafttraining oder das Bewegen von höheren Gewichten bei der Gartenarbeit oder im Haushalt und
- Langes Sitzen vermeiden und Sitzen durch Bewegung unterbrechen (z. B. kleinere Spaziergänge, Arbeiten im Stehen, Besprechungen im Gehen)“

Chronisch Kranke

„Menschen mit chronischen Erkrankungen wird die gleiche Bewegung empfohlen wie gesunden Erwachsenen. Sie sollten so aktiv sein, wie es ihre aktuelle Gesundheitssituation zulässt.“

79 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2019). Lebenslang bewegen. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit. Erlangen-Nürnberg. (https://cdn.dosb.de/user_upload/Sport_pro_Gesundheit/PDF/bzga_-_Menschen_in_Bewegung_bringen.pdf).

Ältere Erwachsene

Zusätzlich zu den vorstehend genannten Empfehlungen sollten ältere Erwachsene mit eingeschränkter Mobilität an mindestens zwei Tagen pro Woche Gleichgewichtsübungen durchführen, um Stürze zu vermeiden.

Nur ein Fünftel der Erwachsenen in Deutschland erreicht eine Minimalbeanspruchung durch körperlich-sportliche Aktivität von ca. zweieinhalb Stunden wöchentlich mit mäßig anstrengender Intensität.[80] Der Anteil Erwachsener, die regelmäßig Krafttraining oder muskelkräftigende Aktivitäten durchführen, liegt nach internationalen Studien sogar noch niedriger.[81] Von den Kindern und Jugendlichen ist lediglich ca. ein Viertel mindestens eine Stunde pro Tag körperlich aktiv.[82] Die negativen Folgen sind für die Lebensqualität, für die Volksgesundheit sowie für die Ökonomie gravierend. 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.[83] Die neugefassten WHO Guidelines on physical activity and sedentary behavior[84] legen ebenso wie die bereits zitierten Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung ein besonderes Augenmerk auf die Vermeidung langer Sitzzeiten.

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.[85] 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.[86] 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[87] im Alter zunehmend an Bedeutung. Die gesundheitlichen Vorteile regelmäßiger Bewegung sind unabhängig vom Körpergewicht und von einer eventuellen Gewichtsabnahme. Auf die ökologischen Vorteile wurde oben bereits hingewiesen.

80 Krug, S. et al. (2013). Körperliche Aktivität – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Jg. 56. S. 765–771. DOI 10.1007/s00103-012-1661-6.
81 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.
82 Finger, J.D., Varnaccia, G., Borrmann, A. Lange, C. & Mensink, G.B. (2018). Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle2 und Trends. Journal of Health Monitoring, 3(1). DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-006.2.
83 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.
84 World Health Organization (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Genf. (www.who.int/publications/i/item/9789240015128).
85 Für eine Zusammenstellung der epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlichen Befunde zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Sport und Bewegung vgl. Knoll, M., Banzer, W. & Bös, K. (2006). Aktivität und physische Gesundheit. In: Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.). Handbuch Gesundheitssport (2. Auflage). Schorndorf: S. 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.
86 Brown W.J.,Bauman, A.E., Bull, F.C. 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.
87 Angevaren, M., Aufdemkampe, G., Verhaar, H.J.J., Aleman, A. & Vanhees, L. (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., Poon, L.W. & Chodzko-Zajko, W. (Hrsg.) (2008). Exercise and its mediating effects on cognition. Champaign, IL: Human Kinetics. Hollmann W. & Strüder, H. (2003). Gehirngesundheit, -leistungsfähigkeit und körperliche Aktivität. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin. Jg. 54 (9): S. 265–266.

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

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

Insgesamt zeigen die vorliegenden Studien eine hohe Evidenz der gesundheitlichen Wirksamkeit ausdauer- und kraftorientierter körperlicher Aktivität.[88] 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).

5.2.2 Handlungsfeld Ernährung

Der Ernährung kommt eine zentrale Rolle sowohl für den Erhalt der Gesundheit als auch bei der Entstehung bestimmter Erkrankungen zu. In gesundheitlicher Hinsicht zu empfehlen ist eine pflanzenbetonte Ernährungsweise bei gleichzeitig begrenztem Verzehr von tierischen Lebensmitteln wie insbesondere Fleischerzeugnissen und Wurst entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung.[89] Individuelle gesundheitliche Vorteile bietet auch der Verzehr von frischen bzw. schonend verarbeiteten Lebensmitteln. Bei stark verarbeiteten Lebensmitteln können Vitamine verloren gehen bzw. kann die Nährstoffzusammensetzung z. B. durch hohe Gehalte von raffiniertem Zucker, Fett und Salz ungünstig sein.[90] Zudem wird bei der Herstellung viel Energie verbraucht.

Die tatsächliche Ernährungssituation ist demgegenüber durch einen hohen Verbrauch energiedichter Lebensmitteln tierischen Ursprungs gekennzeichnet, während der Verbrauch pflanzlicher Lebensmittel wie Gemüse, Obst und Getreide zu niedrig liegt oder sogar sinkt.[91] Diese Ernährungsweise produziert nicht nur in individueller, sondern auch in ökologischer Hinsicht erhebliche Folgeschäden: Weltweit verursacht die Herstellung und Verarbeitung von Lebensmitteln rund ein Drittel aller Treibhausgasemissionen. Nahrungsmittel tierischer Herkunft verursachen pro Gewichtseinheit wesentlich höhere Treibhausgasemissionen und benötigen höhere Energie- und Düngemittelmengen sowie Bodenflächen (insbesondere

88 Samitz, G. & Baron, R. 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., Robertson, M.C, Gillespie, W.J. 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., Blissmer, B., Deschenes, M.R. 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.

89 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (2024). Die DGE-Empfehlungen „Gut essen und trinken" 1. Auflage. Bonn. (www.dge.de/gesunde-ernaehrung/gut-essen-und-trinken/dge-empfehlungen): Pflanzliche Lebensmittel wie Gemüse, Obst und Vollkornprodukte weisen einen hohen Gehalt an Nähr- und Ballaststoffen sowie sekundären Pflanzenstoffen bei einer gegenüber tierischen Lebensmitteln niedrigeren Energiedichte auf. Die individuellen Kompetenzen, sich ausgewogen und gesundheitsförderlich zu ernähren, sind zudem sozial sehr unterschiedlich verteilt. Vgl. Kolpatzik, K. & R. Zaunbrecher (2020). Ernährungskompetenz in Deutschland. Berlin (KomPart).

90 Bosy-Westphal, A. & Müller, M. J. (2021). Ernährungsmedizin. In: Traidl-Hoffmann, C., Schulz, C. M., Herrmann, M. & Simon, B. (Hrsg.). Planetary Health. Klima, Umwelt und Gesundheit im Anthropozän. Berlin (Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft). S. 102–112, hier: S. 105.

91 Gedrich, K. (2020). Trendanalysen zum Lebensmittelverbrauch auf Basis der Agrarstatistik. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (Hrsg.). 14. Ernährungsbericht. Bonn (DGE). S. 20–44.

für die Futtermittelproduktion) als pflanzliche Lebensmittel.[92] Der Lebensmitteltransport über weite Strecken sowie die Kühlung bei Lagerung und Transport schlagen ebenfalls negativ in der Klimabilanz zu Buche.

Regionalität und Saisonalität als Kriterien der Lebensmittelauswahl helfen, energieintensive Transportwege und Lagerzeiten zu vermeiden. Um eine gesundheitlich und ökologisch orientierte Lebensmittelauswahl zu treffen, müssen die Versicherten verstehen und beurteilen können, was die Angaben auf verarbeiteten oder frischen Lebensmitteln hinsichtlich ihrer Produktionsbedingungen und Herkunft aussagen. Ebenso wichtig ist das Verständnis der Information zu den enthaltenen Inhaltsstoffen dem Nährwert der und Lebensmittelkennzeichnung.[93]

Aufgrund der großen Bedeutung des Ernährungsverhaltens für die Erhaltung der individuellen und planetaren Gesundheit stellt die Förderung einer gesundheitsgerechten und ökologisch nachhaltigen Ernährung ein zentrales Handlungsfeld der Krankenkassen in der primären Prävention dar.

Da das Ernährungsverhalten auch von strukturellen Voraussetzungen (z. B. der Verfügbarkeit eines qualitativ hochwertigen Lebensmittelangebots) abhängig ist, sind neben den in diesem Kapitel beschriebenen verhaltenspräventiven Maßnahmen weitere, insbesondere verhältnispräventive Maßnahmen (z. B. in Bezug auf die Lebensmittelerzeugung, -kennzeichnung, -besteuerung sowie Verpackung und Transport) erforderlich, die nicht in die Zuständigkeit der GKV fallen.

Präventionsprinzip: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

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 Typ-2-Diabetes).[94] Zusätzlich werden Allergien und Lebensmittelunverträglichkeiten sowie Mangelerkrankungen als durch die Ernährungsweise beeinflussbar angesehen.[95]

Auf Grundlage der Nationalen Verzehrstudie II[96] ist die Ernährungssituation der Bevölkerung weiterhin als unbefriedigend einzustufen in Bezug auf:

- Höhe und Qualität der Fettzufuhr (zu hohe Aufnahme gesättigter Fette)
- Höhe und Qualität der Kohlenhydratzufuhr (zu hoher Zuckerverzehr, zu geringe Aufnahme an Ballaststoffen)
- Höhe der Natriumzufuhr (zu hoher Kochsalzverzehr bei Männern)
- Versorgung mit Kalzium und Jod
- Versorgung mit Folat und Eisen, insbesondere bei Frauen, die schwanger werden wollen oder könnten
- ausreichende Flüssigkeitszufuhr mit energiefreien/-armen Getränken

92 So sind die CO_2-Emissionen bei der Herstellung von einem Kilogramm Rindfleisch 13-mal so hoch wie bei der Herstellung der gleichen Masse Sojabratlingen („Veggieburger"). Vgl. Reinhardt, G., Gärtner, S. & Wagner, T. (2020). Ökologische Fußabdrücke von Lebensmitteln und Gerichten in Deutschland. Institut für Energie- und Umweltforschung. Heidelberg. S. 20 (www.ifeu.de).
93 Vgl. die Zusammenstellung und Beschreibung der verschiedenen Lebensmittelsiegel und -kennzeichen auf der Webseite der Verbraucherzentrale Bundesverband (www.verbraucherzentrale.de ▷ Lebensmittel ▷ Kennzeichnung und Inhaltsstoffe ▷ Lebensmittel: Zahlen, Zeichen, Codes und Siegel).
94 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.). Ernährungsbericht 2004. Bonn. S. 94–96.
95 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (2013). DGE-Beratungsstandards. 2. Auflage, Bonn.
96 2005–2007, N = 19.329 Jugendliche und Erwachsene zwischen 14 und 80 Jahren.

Insgesamt werden in Deutschland zu viele Lebensmittel tierischen Ursprungs wie Fleischerzeugnisse und Wurst und zu wenige pflanzliche Lebensmittel wie Obst und Gemüse verzehrt.[97] Zur Verbesserung der Ernährungssituation sind Verhaltensänderungen in der Bevölkerung in Richtung einer fleischreduzierten[98] sowie fett-, zucker- und salzärmeren und gleichzeitig vitamin-, mineralstoff- sowie ballaststoffreicheren Ernährungsweise erforderlich. Eine Ernährungsweise mit geringer Energiedichte und hoher Nährstoffdichte sollte aus gesundheitlichen und ökologischen Gründen angestrebt werden.

Vorhandene Studien belegen, dass eine bedarfsgerechte und ausgewogene Ernährungsweise wirksam zur Verhütung zahlreicher Erkrankungen beitragen kann.[99]

Präventionsprinzip: Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Sofern die individuelle Energiezufuhr in Form von Kohlehydraten, Fett und Eiweiß den individuellen Energieverbrauch übersteigt (positive Energiebilanz), wird der Großteil der überschüssigen Energie in Fettzellen unter der Haut (subkutan), in der Bauchhöhle (abdominell bzw. viszeral) oder in den inneren Organen, z. B. der Leber (ektopisch) gespeichert. Viszerales und ektopisches Fett ist besonders stoffwechselaktiv. Es produziert Substanzen wie Fettsäuren und entzündungsfördernde Botenstoffe, die den Organismus, insbesondere Herz, Leber, Bauchspeicheldrüse und Arterien, schädigen können.

Durch Übergewicht (Body-Mass-Index (BMI) ≥ 25[100]) und Adipositas (BMI ≥ 30) erhöht sich das Risiko für zahlreiche Krankheiten, insbesondere des Herz-Kreislauf-Systems, des Stoffwechsels, des Muskel-Skelett-Systems sowie für bestimmte Krebserkrankungen.[101] Für das Erkrankungsrisiko spielt zusätzlich zum Übergewicht als solchem auch das Fettverteilungsmuster eine wichtige Rolle. Eine überhöhte viszerale bzw. abdominelle Fettmasse (Taillenumfang ≥ 94 cm bei Männern und ≥ 80 cm bei Frauen) erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich.[102]

In Deutschland waren 2019/2020 47 % der Frauen und 60 % der Männer übergewichtig (einschließlich adipös). 19 % der Erwachsenen waren adipös (hier bestand kein bedeutender Unterschied zwischen den Geschlechtern).[103] Seit 1999 ist der Anteil übergewichtiger Personen bei Männern um sechs Prozentpunkte und bei Frauen um fast zwölf Prozentpunkte gestiegen. Auch die Verbreitung von Adipositas hat von 1999 bis 2020 bei Männern um 7,5 Prozentpunkte, bei Frauen sogar um neun Prozentpunkte zugenommen.

97 Deutsche Gesellschaft für Ernährung im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (Hrsg.). 12. Ernährungsbericht 2012. Bonn. S. 19–85, insbesondere S. 82–84.
98 Auch: gänzlich auf Fleischkonsum verzichtenden.
99 Maretzke, F., Schmidt, A., Lehmann, A. et al. (2020). Gemüse-, Obst- und Fleischverzehr und das Risiko für ausgewählte ernährungsmitbedingte Erkrankungen: Ein Umbrella Review von Metaanalysen. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (Hrsg.). 14. Ernährungsbericht. Bonn (DGE). S. 355–389. Willett, W.C. & Stampfer, M.J. (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., Feller, S., Bergmann, M.M. & Boeing, H. (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. DOI: 10.1038/ejcn.2013.7.
100 Body-Mass-Index (BMI) = Körpergewicht [kg] / Quadrat der Körperlänge [m2]. Der BMI-Bereich zwischen 25 und 30 wird als Präadipositas bezeichnet.
101 Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG), Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung und Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) (Hrsg.) (2014). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. Version 2.0. S. 17 ff. (www.awmf.org).
102 Ebd., Fußnote 7, S. 18.
103 Prävalenzangaben für 2019/2020 nach Robert Koch-Institut (2022). Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell – GEDA 2019/2020. Berlin. DOI: 10.25646/9362 und für 1999 nach Heseker, H. (2020). Die Entwicklung und Verbreitung von Übergewicht (Präadipositas und Adipositas) in Deutschland. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (Hrsg.). 14. Ernährungsbericht. Bonn. S. 78–113.

Der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher (3–17 Jahre) lag gemäß den Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts im Durchschnitt der Jahre 2003 bis 2006 bei 15,0 %; 6,3 % aller Kinder und Jugendlichen waren adipös.[104] Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen waren nicht zu erkennen. Bei der 2014 bis 2017 durchgeführten Folgeuntersuchung ergaben sich bei den Drei- bis 17-Jährigen Prävalenzen von 15,4 % (für Übergewicht) bzw. 5,9 % (für Adipositas).[105] Übergewicht und Adipositas sind stark mit dem sozialen Status assoziiert: Sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen sind Übergewicht und Adipositas bei Personen in benachteiligter sozialer Stellung weitaus häufiger.

Maßnahmen, die sowohl Module zu einem bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsverhalten als auch zu körperlicher Bewegung beinhalten, können eine nachhaltige Senkung des Körpergewichts bewirken.[106] Empfohlen werden spezifische Methoden der Verhaltensmodifikation.[107] 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.[108]

5.2.3 Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement

Psychosozialer Stress stellt eine umfassende – biologische, psychische und verhaltensmäßige – Reaktion (kritisch ausgeprägte Beanspruchung) des Organismus auf einen oder mehrere Stressoren (Belastungsfaktoren) dar. Stressoren können sowohl beobachtbare als auch individuell erlebte Anforderungen, Herausforderungen oder Bedrohungen sein. Die individuelle Reaktion auf den Stressor besteht dabei in einer kognitiven, emotionalen und körperlichen Aktivierung, die dazu dient, den Stressor zu verarbeiten und zu bewältigen. Die Intensität dieser Aktivierung ist von der Qualität, Intensität und Dauer des Stressors – oder einer Kumulation von Stressoren – sowie von den verfügbaren Ressourcen der betroffenen Person abhängig. Als Ressourcen können dabei individuelle/personale Kompetenzen ebenso wie situativ zur Verfügung stehende soziale bzw. strukturelle Unterstützung wirken. Folgt auf die Aktivierung eine angemessene Erholung, bildet eine einzelne Stressepisode eine gesunde Reaktion des Organismus und kann neben der Bewältigung der akuten Belastung auch positiv zur persönlichen Weiterentwicklung, z. B. durch Lernen und Erfolgserlebnisse, beitragen. Zu häufige oder zu intensive Stressepisoden sowie chronischer Stress stellen jedoch bedeutsame (mit-)verursachende, auslösende oder aggravierende Faktoren für viele der heute sozialmedizinisch besonders relevanten kardiovaskulären, muskulo-skelettalen, immunologischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen dar.[109] Insbesondere chronischer Stress gefährdet im Zusammenhang mit einer unausgeglichenen Beanspruchungs-Erholungs-Bilanz sowie einem zunehmenden gesundheitlichen Risikoverhalten als inadäquatem Bewältigungsversuch

104 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/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.

105 Kurth, B.M. & Schaffrath Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5–6): 736–743. Schienkiewitz, A., Brettschneider, A.-K., Damerow, S. & Schaffrath Rosario, A. (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1):16–23. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-005.2.

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

107 Goldapp, C., Mann, R. & Shaw. R. (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.

108 Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Deutsche Adipositas-Gesellschaft (Hrsg.) (2019). Evidenzbasierte S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, der Deutschen Adipositas-Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Kinder-und Jugendmedizin. Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. (www.awmf.org ▷ Leitlinien).

109 McEwen, B.S. (2017). Neurobiological and Systemic Effects of Chronic Stress. Chronic Stress. Thousand Oaks, Calif.

die körperliche wie psychische Gesundheit (u. a. über eine nachhaltige Schwächung des Immunsystems, eine andauernde Aktivierung des Herz-Kreislauf-Systems, erhöhte muskulo-skelettale Anspannung, reduzierte kognitive Flexibilität und emotionale Überlastung). Chronischer Stress als gesundheitlicher Risikofaktor kann durch unterschiedliche Stressoren hervorgerufen werden, wozu insbesondere Arbeitsüberlastung und Überforderung, soziale Überlastung, Leistungsdruck, überfordernder Kommunikationsbedarf, Mangel an sozialer Anerkennung, Unzufriedenheit mit der Arbeit, soziale Spannungen und soziale Isolation zählen.[110] Dabei kann Arbeit alle Arten von Tätigkeiten, wie berufliche Arbeit, Familienarbeit oder die Pflege von Angehörigen, umfassen.

Stand bei der Erforschung des Stressphänomens ab den 1930er Jahren („Allgemeines Anpassungssyndrom“[111]) zunächst die Gleichförmigkeit der Reaktion auf unterschiedlichste Reize (Stressoren) im Mittelpunkt, so hat die seitherige Forschung insbesondere die Bedeutung von Schutzfaktoren (Ressourcen) für die interindividuell sehr unterschiedliche Stärke der Stressreaktion sowie der von ihr ausgehenden gesundheitlichen Folgen herausgearbeitet.[112] Wie stark bei gegebener Belastung durch einen Stressor die Stressreaktion ausfällt, hängt in hohem Maße von den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab. Ressourcen wirken unterstützend bei der Bewältigung von Stresssituationen und können selbst aktiv gestärkt werden.[113] Ressourcen sind entweder als genetisch angelegte oder erworbene Eigenschaften in der Person selbst oder in der Umwelt verortet. Zu den internen Ressourcen zählen (neuro-)biologische Schutzfaktoren (z. B. geringere Stressreagibilität) sowie individuelle Merkmale (wie z. B. ein aktiver Coping-Stil, Selbstwirksamkeitserwartung, kognitive Flexibilität, Erleben positiver Emotionen), aber auch erlernbare Fähigkeiten wie Zeit- und Selbstmanagement-Techniken.[114] Ressourcen können aber auch extern durch die Umwelt bereitgestellt werden (situative Ressourcen, u. a. soziale Unterstützung, Anerkennung, Wertschätzung und Handlungsspielraum). Bei diesen externen bzw. situativen Ressourcen ist die persönliche Kompetenz zur Wahrnehmung und zum förderlichen Einsatz ein entscheidender Faktor der Wirksamkeit.

Im Rahmen des Stress- und Ressourcenmanagements kommt es darauf an, verfügbare personale Ressourcen zu aktivieren und deren Nutzung zu verbessern sowie personale Ressourcen, die nicht wahrgenommen werden, zugänglich zu machen und zukünftige personale Ressourcen aufzubauen.[115] Bei der Förderung von internen Ressourcen kommt positiven Emotionen eine besondere Rolle zu. Positive Emotionen erweitern den Gedankenhorizont und regen dazu an, neue Verhaltensweisen auszuprobieren. Die Möglichkeiten „verbreitern“ oder „erweitern“ sich. Erweiterte, neue und kreative Möglichkeiten, neue Sichtweisen auf Dinge und Ereignisse zu entwickeln und mit ihnen umzugehen, fördert wiederum den nachhaltigen Aufbau von persönlichen Ressourcen.[116]

Ressourcen können nicht nur akute oder chronische Stressreaktionen dämpfen und abmildern. Der Aufbau von Ressourcen wirkt auch präventiv für zukünftige Stressereignisse. Die Stärkung von internen Ressourcen (Resilienzfaktoren) ist daher für Personen mit und ohne Stressbelastung gesundheitsförderlich.

110 Schulz, P., Schlotz, W. & Becker, P. (2004). Das Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS, Version 3) – Manual. Göttingen: Hogrefe.
111 Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. British Medical Journal, 1(4667), S. 1383–1392.
112 Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer. Zur Übersicht vgl. Koch, S., D. Lehr & A. Hillert (2015). Burnout und chronischer beruflicher Stress. (1. Aufl.) (Fortschritte der Psychotherapie; Band 60). Hogrefe Verlag.
113 Linz, S., Helmreich, I., Kunzler, A., Chmitorz, A., Lieb, K. & Kubiak, T. (2020). Interventionen zur Resilienzförderung bei Erwachsenen. Psychother Psychosom Med Psychol., 70(1). S. 11–21. Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Schriftenreihe zu Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 43. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
114 Diese Ressourcen werden auch als personale Resilienzfaktoren bezeichnet. Unter Resilienz (von lat. resilire: zurückspringen, abprallen) ist die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der psychischen Gesundheit während oder nach stressvollen Lebensereignissen zu verstehen.
115 Willutzki, U. & Teismann, T. (2013). Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie. Fortschritte der Psychotherapie (Band 52). Göttingen: Hogrefe.
116 Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. American Psychologist, 56, S. 218–226.

Insgesamt zeigt sich eine positive Wirkung des Ressourcenaufbaus bei Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen (Kindheit, Jugend, Studium/Ausbildung, Erwerbsleben, Berentung, höheres Alter). Neben der großen Gruppe der Berufstätigen und Personen in Ausbildung profitieren auch Menschen in familiär belastenden Umständen, mit chronischer Erkrankung, bei Arbeitsplatzverlust und anderen belastenden Lebenssituationen von einer gezielten Stärkung ihrer internen Ressourcen, und zwar unabhängig von bereits bestehendem akuten Stress, um vorhandene oder zu erwartende Belastungen gesund verarbeiten zu können. Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention zum Stress- und Ressourcenmanagement bilden nur einen Teilbereich einer ganzheitlichen Prävention und Gesundheitsförderungsstrategie. Zur Primärprävention der mit Stress assoziierten Erkrankungen sollten stets auch die objektiven Quellen der Stressbelastung bei der Arbeit und im Privatleben in den Blick genommen und gesundheitsförderlich gestaltet werden (Verhältnisprävention); vgl. hierzu Kapitel 4 und 6.

Chronischer Stress und fehlende Ressourcen zur Stressbewältigung sind mit dem Auftreten und der Aufrechterhaltung zahlreicher stressassoziierter Erkrankungen verbunden. Diese umfassen sowohl Erkrankungen, die direkt mit den psychobiologischen Regulationssystemen von Stress assoziiert sind (u. a. depressive Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen[117], Schlafstörungen[118]), als auch Symptome, die indirekt als Folge dysfunktionaler Bewältigungsaktivitäten auftreten (u. a. Erschöpfung[119], gesteigerter Medikamenten- und Suchtmittelkonsum[120], Partnerschaftskonflikte).[121] In den vergangenen Jahren haben insbesondere psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen absolut und relativ bei den Ursachen von Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung zugenommen.[122]

Das Stresserleben in der Bevölkerung ist stark verbreitet und zunehmend. Laut einer Repräsentativbefragung in der deutschsprachigen Bevölkerung ab 18 Jahren mit 1.200 Teilnehmenden fühlten sich 2016 61 % gestresst (23 % häufig, 38 % manchmal). Verglichen mit der 2013 mit gleicher Methodik durchgeführten Vorgängerstudie hat das Stresserleben zugenommen: In diesem Jahr lag der Anteil der Gestressten (Antwortkategorien „häufig“ und „manchmal“) noch bei 57 %. Das Stresserleben ist vor allem im erwerbsfähigen Alter stark verbreitet und betrifft Frauen in stärkerem Maße als Männer.[123] Jedoch sind auch Lernende in der Schule sowie Studierende zu beträchtlichen Anteilen von psychosozialem Stress betroffen.[124] Querschnittstudien zeigen, dass die Intensität und Häufigkeit des Stresserlebens in einem engen Zusammenhang mit dem sozio-ökonomischen Status, der wahrgenommenen sozialen Unterstützung sowie gesundheitlichen Symptomen, wie z. B. depressiven Symptomen, dem Gefühl des Ausgebrannntseins sowie Schlafstörungen, stehen.[125]

117 Cohen, B.E., Edmondson, D. & Kronish, I.M. (2015). State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. American Journal of Hypertension, 28(11). S. 1295–1302.
118 Åkerstedt, T. (2006). Psychosocial stress and impaired sleep. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 32(6), S. 493–501.
119 Bellingrath, S., Weigl, T. & Kudielka, B.M. (2009). Chronic work stress and exhaustion is associated with higher allostastic load in female school teachers. Stress, 12(1). S. 37–48.
120 DAK Gesundheit (2015). DAK Gesundheitsreport 2015. (www.dak.de).
121 Heinrichs, M., Stächele, T. & Domes, G. (2015). Stress und Stressbewältigung (Fortschritte der Psychotherapie). Göttingen: Hogrefe.
122 Jacobi F, Höfler, M., Strehle, J. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Nervenarzt, 85, S. 77–87. Doi:10.1007/s00115-013-3961-y. Bundesgesundheitsministerium (2018). Arbeitsunfähigkeit: Fälle und Tage nach Alters- und Krankheitsartengruppen. Online unter: www.bmg.bund.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Geschaeftsergebnisse/Diagnosen_Alter_2018.pdf; Stand: 08.11.2020. Deutsche Rentenversicherung Bund (2020). Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rente 2019. Rentenzugang, Rentenwegfall, Rentenänderung und Rentenbestand. Online unter: https://statistik-rente.de.
123 Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2016). Entspann Dich Deutschland – TK Stressstudie 2016. Hamburg (www.tk.de). Zur Frage arbeitsbedingter Stressbelastung und den Maßnahmen zu ihrer Verringerung vgl. insbesondere Kapitel 6.5.1 und 6.5.2.
124 Zum Stresserleben von Schülerinnen und Schülern vgl. Storm, A. (Hrsg.) (2019). Kinder- und Jugendreport 2019. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 31). Heidelberg (medhochzwei). S. 209 ff. (www.dak.de/dak/gesundheit/kinder--und-jugendreport-2019-2168342.html#/). Zum Stresserleben von Studierenden: Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2015). TK-CampusKompass – TK-Studie zur Gesundheit und Mediennutzung von Studierenden. Hamburg (www.tk.de).
125 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. (DOI 101007/s00103-013-1690-9).

Das Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement gliedert sich in die Präventionsprinzipien Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement sowie Förderung von Entspannung und Erholung (vgl. Abbildung 5). Innerhalb des Präventionsprinzips Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement sind Maßnahmen zur Förderung von Entspannung und Erholung integriert. Maßnahmen aus dem Präventionsprinzip Förderung von Entspannung und Erholung können aber auch unabhängig davon als eigenständige Maßnahmen umgesetzt werden.

Abbildung 5: Gliederung des Handlungsfeldes Stress- und Ressourcenmanagement

Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement

Präventionsprinzip
Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement

Bedarfsorientierte Schwerpunktsetzung

Ansatzebene	**Fokus Belastungsbewältigung und akute Stressreduktion**	**Fokus Ressourcenförderung und Resilienzstärkung**
Instrumentelles Stress- und Ressourcen-management (S+R)	u. a. systematisches Problemlösen, Zeit-/Selbstmanagement, Arbeitstechniken, Nutzung sozialer und institutioneller Unterstützung, selbstbehauptendes Verhalten	u. a. Förderung sozial-kommunikativer Kompetenzen, Stärkung empathischer persönlicher Beziehungen, (Selbst-)Mitgefühl, Selbstfürsorge, Achtsamkeit
Kognitives S+R	u. a. positive Selbstinstruktion, aktive Wahrnehmungslenkung, Akzeptanz und Distanzierungsfähigkeit von Stressquellen	u. a. Förderung von Selbstwirksamkeitserwartung, persönlichen Sinn-, Wert- und Zielorientierungen, realistischem Optimismus, gedanklicher Flexibilität

Präventionsprinzip
Förderung von Entspannung und Erholung

Palliativ-regeneratives S+R	Palliation	Regeneration
	• Einübung von Entspannungsverfahren	• Förderung gesunden Schlafes

Präventionsprinzip: Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement

Zur Primärprävention der durch Stress (mit-)bedingten Erkrankungen haben sich Maßnahmen des multimodalen Stress- und Ressourcenmanagements bewährt, die das Stresserleben, die psychophysischen Reaktionen sowie das Stressbewältigungsverhalten gesundheitsförderlich verändern sowie langfristig die psychische Belastbarkeit erhöhen und die Erholungsfähigkeit verbessern.[126] Diese Maßnahmen zielen sowohl auf die akute individuelle Stressbewältigung als auch auf die längerfristig wirksame Ressourcen- und Resilienzstärkung auf folgenden Ebenen:

Instrumentelles Stress- und Ressourcenmanagement setzt an den Stressoren selbst an mit dem Ziel, diese zu reduzieren oder sie ganz auszuschalten, z. B. durch verbesserte Arbeitsorganisation und die Nutzung sozialer Unterstützung. Instrumentelles Stress- und Ressourcenmanagement kann sowohl auf konkrete, aktuelle Belastungssituationen (reaktiv) als auch auf die Verringerung oder Ausschaltung zukünftiger Belastungen (präventiv) ausgerichtet sein. Reaktives instrumentelles Stress- und Ressourcenmanagement erfordert Sachkompetenz, sozialkommunikative Kompetenzen und Selbstmanagementkompetenz als Fähigkeit zu einem eigengesteuerten und zielgerichteten Handeln. Zum präventiven instrumentellen Stress- und Ressourcenmanagement zählt auch die langfristige Pflege persönlicher Beziehungen, Selbstfürsorge und Achtsamkeit (als absichtsvolle, wertungsfreie Aufmerksamkeitsausrichtung bezogen auf den gegenwärtigen Moment), im Privatbereich und am Arbeitsplatz.

Kognitives Stress- und Ressourcenmanagement 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. Unter dem Aspekt der Stärkung situationsübergreifender habitueller Bewertungsmuster gilt es, Resilienzfaktoren wie z. B. die Selbstwirksamkeitserwartung und den Kohärenzsinn (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und persönliche Sinnorientierung) zu stärken sowie die Entwicklung persönlicher Wert- und Zielorientierungen zu unterstützen.

Beim **palliativ-regenerativen Stress- und Ressourcenmanagement** steht die Regulierung und Kontrolle der physiologischen und psychischen Stressreaktion im Vordergrund. Die Maßnahmen setzen auf der psychophysiologischen Ebene an, um aktiv psychophysische Prozesse positiv zu beeinflussen, indem Erregungsspitzen gekappt werden und die Grundanspannung gesenkt wird. 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 Entspannung und regelmäßigen Erholung (hier: Regeneration durch Förderung gesunden Schlafes) dienen. Zur Primärprävention der mit Stress assoziierten gesundheitlichen Probleme eignen sich Entspannungstrainings, bei denen die unter Stress auftretende psychophysische Aktivierung reguliert wird. Entspannungstrainings und Maßnahmen zur Förderung gesunden Schlafes sind Elemente multimodaler Stress- und Ressourcenmanagementprogramme, können aber auch als eigenständige Maßnahme durchgeführt werden (siehe vorstehende Abbildung 5).

126 Für eine ganzheitliche Prävention der durch Stress mitverursachten Erkrankungen sind darüber hinaus verhältnispräventive Maßnahmen aus dem Bereich des instrumentellen Stressmanagements in Verknüpfung mit individuumsbezogenen Maßnahmen erforderlich (für die betriebliche Gesundheitsförderung vgl. Kapitel 6.5.1 und 6.5.2).

Die in der Abbildung den Ebenen des instrumentellen, kognitiven und palliativ-regenerativen Stress- und Ressourcenmanagements sowie den beiden Schwerpunkten Stressreduktion und Ressourcenstärkung zugeordneten Inhalte sind in der Praxis nicht vollständig trennscharf. So haben z. B. verbesserte instrumentelle Techniken des Zeit- und Selbstmanagements auch Auswirkungen auf Einstellungen (z. B. ein höheres Gefühl der Selbstwirksamkeit) und die psychophysische Anspannung. Somit bestehen enge Interdependenzen zwischen den Ebenen und Schwerpunkten des multimodalen Ansatzes. Dessen Stärke liegt in einem möglichst breiten Bewältigungsrepertoire und einer möglichst hohen Flexibilität im Umgang mit Stressbelastungen. Innerhalb der Maßnahmen können die Schwerpunkte je nach Zielgruppe auf Hilfen zur akuten Bewältigung von Belastungen und das längerfristig wirksame Ressourcenmanagement gelegt werden.

Meta-Analysen zeigen, dass Maßnahmen zum multimodalen Stress- und Ressourcenmanagement mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen wirksam durchgeführt werden können.[127] Ressourcenstärkende Interventionen aus dem Feld der positiven Psychologie zeigten sich im Hinblick auf mehrere Merkmale der psychischen Gesundheit als erfolgreich.[128] Auch die Wirksamkeit von resilienzfördernden Interventionen ist in aktuellen systematischen Übersichtsarbeiten belegt worden.[129] Reviews und Metaanalysen zur Wirksamkeit resilienzfördernder Interventionen an klinischen und nicht-klinischen Populationen, die an einer Vielzahl von Faktoren ansetzten, zeigten kurz- bis mittelfristig kleine bis moderate Effekte in Bezug auf die Steigerung von Resilienz und die Verbesserung der psychischen Gesundheit (z. B. Rückgang des Stresserlebens, Abnahme von Angst und Depressivität). Zudem gibt es Hinweise, dass die Effekte auch langfristig erhalten bleiben, die Befundlage dazu ist aber noch nicht ausreichend gesichert.[130]

Präventionsprinzip: Förderung von Entspannung und Erholung

Es existieren mehrere Entspannungsverfahren, die sich in der Praxis bewährt haben und deren Wirksamkeit empirisch belegt ist.[131] 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.

Gesunder Schlaf ist der wichtigste Erholungsprozess. Gestörter Schlaf im Sinne von Störungen beim Einschlafen, Durchschlafen, Früherwachen oder einer schlechten Schlafqualität betrifft über 30 % der Bevölkerung. Frauen sind stärker von Einschlaf- und Durchschlafschwierigkeiten betroffen, Ältere leiden

127 Richardson, K.M. & Rothstein, H.R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. Journal of Occupational Health Psychology, 13(1), S. 69–93. https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.1.69. Martin, A., Sanderson, K. & Cocker, F. (2009). Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. Scandinavian Journal of Work and Environmental Health, 35(1), S. 7–18.

128 Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G.J., Riper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. BMC Public Health, 13, S. 119. DOI 10.1186/1471-2458-13-119.

129 Kunzler, A.M., Helmreich, I., Chmitorz, A. et al. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. Cochrane Database Syst Rev 2020, Issue 7, Art. No.: CD012527. DOI 10.1002/14651858.CD012527.pub2. Linz, S., I. Helmreich, A. Kunzler, A. Chmitorz, K. Lieb & Kubiak, T. (2020). Interventionen zur Resilienzförderung bei Erwachsenen. Psychother Psychosom Med Psychol., 70(1), S. 11–21. Leppin, A.L., Bora, P.R., Tilburt, J.C. et al. (2014). The efficacy of resiliency training programs: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. PLoS ONE, 9, e111420.

130 Vgl. zusätzlich zu den in der vorigen Fußnote zitierten Untersuchungen: Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I. et al. (2018). Intervention studies to foster resilience – A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. Clin Psychol Rev, 59, S. 78–100 sowie zusammenfassend: Helmreich, I., Kunzler, A., Chmitorz, A. et al. (2017). Psychological interventions for resilience enhancement in adults (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2, Art No: CD012527 2017.

131 Petermann, F. (Hrsg.) (2020). Entspannungsverfahren Praxishandbuch (6. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union. Linden, W. & Chambers, L. (1994). Clinical Effectiveness of Non-Drug Treatment for Hypertension: A Meta-Analysis. Annals of Behavior Medicine, 16(1), S. 35–45. Stetter, F. & Kupper, S. (2002). Autogenic Training: A Meta-Analysis of Clinical Outcome Studies. Applied Psychophysiology and Biofeedback, 27, S. 45–98. Singh Khalsa, S.B., McCall, T., Cohen, L. & Telles, S. (2016). Principles and Practice of Yoga in Health Care. Handspring Publishing.

überwiegend unter schlechter Schlafqualität. Gestörter Schlaf stellt einen Risikofaktor für verschiedene Erkrankungen dar. Er geht einher mit einem erhöhten Risiko für Depressionen und Angststörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Adipositas.

Gestörter Schlaf kann durch Verhaltensänderungen positiv beeinflusst werden. In Bezug auf insomnische Beschwerden, Störungen beim Einschlafen, Durchschlafen, Früherwachen oder einer schlechten Schlafqualität wurden kognitiv-behaviorale Methoden entwickelt, die sich in unterschiedlichen Zielgruppen als wirksam erwiesen haben.

5.2.4 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- und Nikotinersatzprodukten wie z. B. E-Zigaretten, Tabakerhitzer[132], Alkohol und anderen Drogen zu verhindern. Hierfür sind in erster Linie Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz (siehe 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- sowie Nikotinprodukte erklärt sich einerseits mit dem hohen Verbreitungsgrad 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 Akteure an der Gestaltung der Rahmenbedingungen zusammenwirken.[133] Damit wird die Bedeutung von parallelen Ansätzen zur Gestaltung der unterschiedlichen Lebensverhältnisse unterstrichen, ohne die Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention nicht wirksam greifen.

Präventionsprinzip:
Förderung des Nichtrauchens

Rund 30 % der erwachsenen Bevölkerung – ca. 34 % der Männer und 24 % der Frauen – rauchen. 24 % der Rauchenden konsumieren 20 und mehr Zigaretten täglich und gelten damit nach der WHO-Definition als stark Rauchende, 36,6 % konsumieren eine bis neun Zigaretten und 39,4 % zehn bis 19 Zigaretten

132 Hanewinkel R., Hansen, J. (2024). Konsum von Tabakzigaretten, E-Zigaretten und Wasserpfeifen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Präventionsradars von 2016 bis 2023. Pneumologie, 77, S. 1001–1008. https://doi.org/10.1055/a-2249-3796.
133 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004). „gesundheitsziele.de“ – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Berlin. Kapitel 8.

täglich.[134] Das in Tabak- und Nikotinersatzprodukten 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 Lungenkrebs-Sterblichkeit beträgt in Deutschland bei Männern 91 %, bei Frauen 75 %. Die um 60 % gestiegene Lungenkrebs-Sterblichkeit bei Frauen in Deutschland zwischen 1980 und 1997 ist im Wesentlichen auf die Zunahme ihres Tabakkonsums in den vergangenen Jahrzehnten zurückzuführen. Allein in Deutschland sterben jährlich rund 127.000 Menschen an tabakbedingten Krankheiten.[135] Die Aerosole von E-Zigaretten können verschiedene gesundheitsschädliche Substanzen enthalten, darunter atemwegsreizende Substanzen wie Propylenglykol, krebserzeugende Substanzen wie Formaldehyd und gesundheitsschädigende Metalle wie Blei und Chrom.[136]

Das Rauchen ist aber nicht ausschließlich ein persönliches Gesundheitsrisiko. Durch das Passivrauchen werden auch nichtrauchende Personen belastet, die ebenfalls ein erhöhtes Erkrankungsrisiko an einigen der genannten 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 und settingorientierte Maßnahmen ineinandergreifen müssen und die Wirksamkeit der Interventionen von einem umfassenden Policy-Mix (siehe Präventionsprinzip „Risikoarmer Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums“) abhängt.

Ein Rauchverzicht – unabhängig vom Alter der rauchenden Person – 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.[137]

134 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2022). Jahrbuch Sucht 2022. Lengerich (Pabst). S. 53 und 66. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2013). Drogen- und Suchtbericht. Mai 2013. Berlin. S. 25.
135 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2022). Jahrbuch Sucht. Lengerich (Pabst). S. 23.
136 Deutsches Krebsforschungszentrum (2023). Risiken von E-Zigaretten und Tabakerhitzern. Heidelberg.
137 Dies gilt für länger angelegte Kursmaßnahmen: Rasch, A. & Greiner, W. (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., Feuerstein, A., Herbst, A. & Mooshammer, H. (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.

Präventionsprinzip:
Risikoarmer Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums

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 lag – nach einer bis 2010 zunächst rückläufigen Tendenz – im Jahr 2019 bei 10,2 l und etwa auf dem gleichen Niveau wie in den Vorjahren. In Deutschland weisen 12,6 % der erwachsenen Bevölkerung (= 6,7 Mio. Menschen) einen riskanten Alkoholkonsum auf. Von diesen sind 1,6 Mio. Menschen als alkoholabhängig einzustufen.[138]

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 den Folgen zählen u. a. Erkrankungen der Leber, der Lunge, des Magen-Darm-Traktes, der Bauchspeicheldrüse, neurologische Störungen (z. B. Schlaganfall), Herz-Kreislauf-Erkrankungen 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.

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

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.[139]

Alle von den Krankenkassen geförderten Maßnahmen müssen hohen Qualitätsmaßstäben genügen. Zur Sicherstellung einer hohen Effektivität (Ergebnisqualität) sind die Leistungen von Anbietenden 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 setzt voraus, dass die durch den Leitfaden Prävention definierten Anforderungen an die Anbietenden zur Strukturqualität (Anbieterqualifikation), zur Konzept- und Planungsqualität sowie zur Prozessqualität

138 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2022). Jahrbuch Sucht. Lengerich (Pabst). S. 9–18.
139 Engelmann, K. & Schlegel, R. (Hrsg.) (2023). juris PraxisKommentar SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung. Saarbrücken. Kommentierung zu § 20 Abs. 1: RZ 21. S. 352 (Verf. Schütze).

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.

5.3.1 Strukturqualität: Anbieterqualifikation[140]

Für die Durchführung der Maßnahmen kommen unter Berücksichtigung der Ausführungen zu den Handlungsfeldern und Präventionsprinzipien Anbietende mit folgenden Voraussetzungen in Betracht:

- durch bestandene Prüfung
  - abgeschlossene handlungsfeldbezogene Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf gemäß dem Verzeichnis nach § 90 Berufsbildungsgesetz (BBiG)
  - 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[141]
- ggf. Einweisung in das durchzuführende Programm bzw. die vorgesehenen Inhalte/Verfahren

Im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten sowie im Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement, Präventionsprinzip „Förderung von Entspannung und Erholung“ (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 Kriterium Anbieterqualifikation unter 5.4.1 und 5.4.3).

> Weitere Erläuterungen sind dem Dokument „Kriterien zur Zertifizierung von Kursangeboten in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention“ zu entnehmen: www.gkv-spitzenverband.de ▷ Prävention, Selbsthilfe Beratung ▷ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▷ Leitfaden Prävention

Die für die Anbieterqualifikation relevanten Kompetenzen umfassen personale Kompetenzen und Fachkompetenzen[142]. 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 (siehe die Ausführungen zur Anbieterqualifikation in den Kapiteln 5.4.1–5.4.4). Die Fachkompetenzen gliedern sich in fachwissenschaftliche, fachpraktische und fachübergreifende Kompetenzen. Die Mindeststandards zu den fachpraktischen Kompetenzen im Handlungsfeld Bewegung und im Handlungsfeld Stress- und

140 Unter Anbieterqualifikation wird die Qualifikation der Kursleitenden verstanden.
141 Der Nachweis der Erfüllung dieser Mindeststandards kann im Einzelfall auch durch den Nachweis des erfolgreichen Abschlusses einer oben genannten Ausbildung oder eines obengenannten Studiums geführt werden, wenn die Ausbildungs- oder Studieninhalte durch eine per Gesetz oder Verordnung unmittelbar staatlich geregelte Ausbildungs-, Studien- oder Prüfungsordnung festgelegt sind und deren Inhalte die im Leitfaden Prävention für das jeweilige Handlungsfeld bzw. Präventionsprinzip festgelegten Mindestkompetenzen inhaltlich vollständig abbilden.
142 Vgl. Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR) für lebenslanges Lernen (www.dqr.de).

Ressourcenmanagement (Autogenes Training, Progressive Relaxation, Hatha-Yoga, Tai-Chi und Qigong) müssen in Präsenzunterricht erbracht werden. Kursleitende, die über einen staatlich anerkannten handlungsfeldbezogenen Studien- oder Berufsabschluss verfügen, können in ihrer Ausbildung in Bezug auf die Mindeststandards fehlende Module in einem Umfang von bis zu 40 % des Gesamtumfangs durch weitere Qualifizierungsmaßnahmen ergänzen.[143] Im Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement kann der Anteil von 40 % in Bezug auf die fernöstlichen Entspannungsverfahren Hatha-Yoga, Tai-Chi und Qigong auch überschritten werden, sofern ein handlungsfeldbezogener Berufs- und Studienabschluss zur Erfüllung der Mindestkompetenzen zugrunde gelegt werden kann.

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

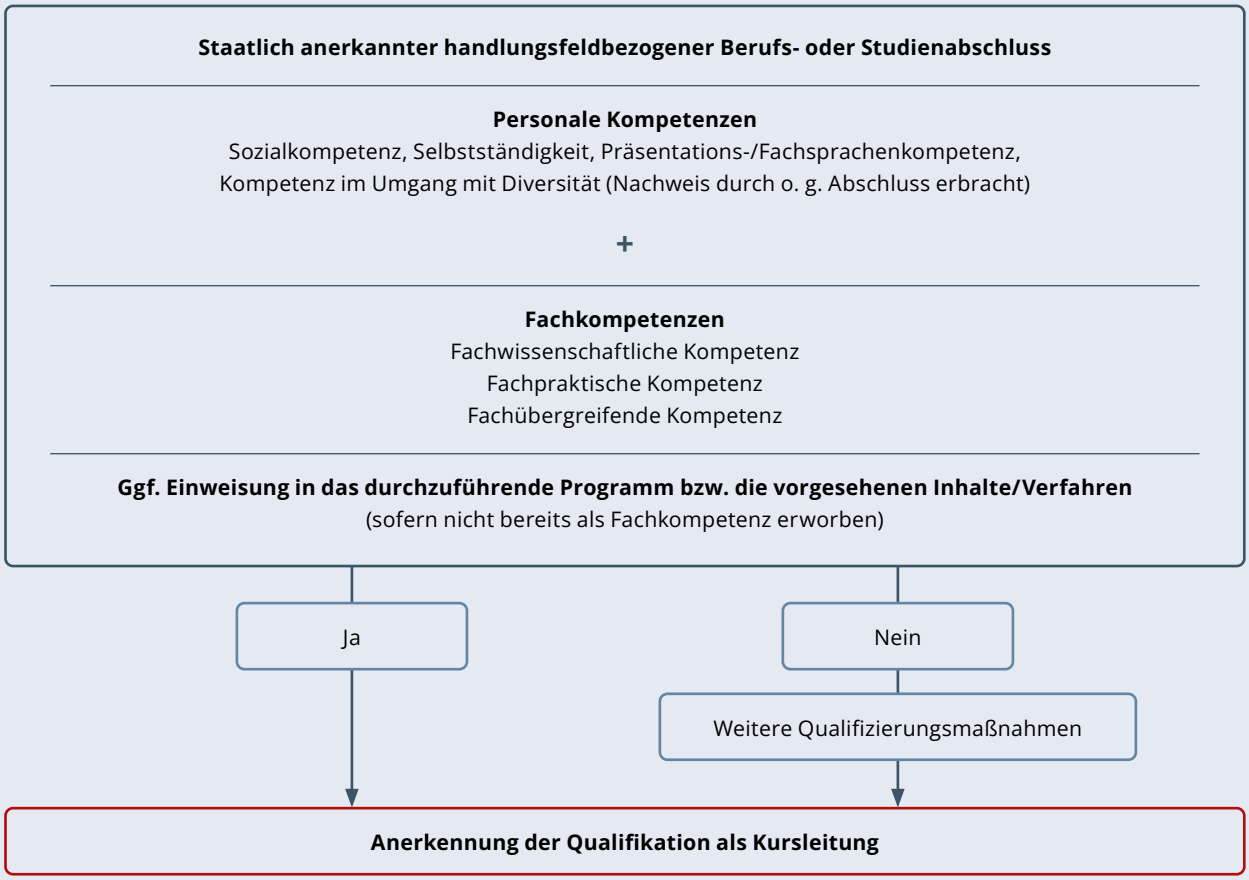
Alle erforderlichen Fachkompetenzen einschließlich Programmeinweisungen und Weiterbildungen zu Inhalten/Verfahren sind anhand aussagefähiger Unterlagen (Curricula, Studienbücher, Urkunden mit Inhalten und Umfängen, Leistungsnachweise etc.) nachzuweisen.

Die Erfüllung der Mindeststandards kann im Einzelfall auch dann anerkannt werden, wenn Kursanbietende aufgrund von Schließungen oder nicht mehr bestehenden Aufbewahrungspflichten der jeweiligen Ausbildungsinstitutionen die oben genannten Nachweise zur Erfüllung der Mindeststandards nicht vorweisen können. Voraussetzung ist, dass die/der Kursanbietende schlüssig darlegt und – in der Regel durch Vorlage einer entsprechenden Bestätigung der Ausbildungsinstitution oder einer für die Ausbildungsinstitution zuständigen Behörde – glaubhaft macht, warum die zum Nachweis erforderlichen Unterlagen (z. B. Curriculum, Modulhandbuch) nicht vorgelegt werden können. Weitere Voraussetzung ist, dass die/der Kursanbietende darlegt und glaubhaft macht, dass in der Ausbildung die Inhalte der Mindeststandards vollständig vermittelt wurden.

Der GKV-Spitzenverband analysiert kontinuierlich die Erfahrungen mit der Umsetzung der fachlichen Mindeststandards und passt diese bei zukünftigen Weiterentwicklungen des Leitfadens ggf. an. Dies betrifft auch die Definition von Anforderungen an die regelmäßige Fortbildung von Kursleitenden.

143 Zur Erfüllung der Mindeststandards bei Kursleitenden, die über sog. nicht formale berufliche Qualifizierungen mit einem Abschluss verfügen und zur Ergänzung von handlungsfeldbezogenen Berufs- und Studienabschlüssen durch fernöstliche Entspannungsverfahren (Hatha-Yoga, Tai Chi und Qigong) werden nur Maßnahmen (z. B. Weiterbildungen, Ausbildungen) anerkannt, die in solchen Institutionen der Aus-, Fort und Weiterbildung absolviert wurden, die staatlich anerkannte Berufs- und Studienabschlüsse vergeben bzw. die staatlich anerkannt sind. Zudem können Maßnahmen (z. B. Weiterbildungen) anerkannt werden, die vollständig bei Berufs- und Fachverbänden des jeweiligen Handlungsfeldes bzw. deren Mitgliedern absolviert wurden.

Abbildung 6: Voraussetzungen für die Anbieterqualifikation



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.

5.3.2 Konzept- und Planungsqualität: Generelle Anforderungen

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 Teilnehmende (Teilnehmerunterlagen)
- wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit auf Grundlage der bestverfügbaren Evidenz

Gesundheitliche Aussagen entsprechen dem aktuellen Wissensstand und sind belegbar; Heilungsversprechungen sind unzulässig.

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).

Anforderungen an Informations- und Kommunikationstechnologie gestützte Kurse (IKT-Kurse)
Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention können auch als IKT-Kurse umgesetzt werden. IKT-Kurse werden auf elektronischem Weg angeboten. Auch Blended Learning-Formate (teilweise in Präsenz und teilweise auf elektronischem Weg) sind möglich.[144] 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).

5.3.3 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 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.

5.3.4 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 (siehe 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

144 Kurse, die die Präsenz von Versicherten an einem bestimmten Ort vorsehen, können nicht als IKT-Kurs zertifiziert werden. Nur bei Blended-Learning-Formaten sind ortsgebundene Kurseinheiten zulässig.

subjektiver Gesundheitszustand im Vorher-Nachher-Vergleich mit Follow-up (Katamnese) ermittelt werden. Seit 2024 wird ein kassenübergreifendes System zur Evaluation/Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele auf Stichprobenbasis erprobt, um es anschließend zu implementieren.

Anbietende müssen sich im Rahmen der Zertifizierung bereit erklären, sich an den Evaluationsmaßnahmen zu beteiligen.

5.3.5 Kriterien für besondere Zielgruppen / Einbeziehung von Eltern bzw. erwachsenen Bezugspersonen / Kompaktangebote

Zielgruppen mit sozialen Benachteiligungen
Krankenkassen können im Einzelfall auf Antrag von sozial benachteiligten Personen – insbesondere von Beziehenden von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld I und II oder Grundsicherung – die Nutzung von individuellen verhaltensbezogenen Primärpräventionsmaßnahmen erleichtern, indem sie nach vorheriger Prüfung und Genehmigung des Antrags die Kosten ganz oder teilweise direkt übernehmen (Vermeidung eines Eigenanteils und/oder von Vorleistungen der Versicherten).[145] Sogenannte Abtretungserklärungen ohne vorherige Feststellung des wohlverstandenen Interesses der sozial benachteiligten Person durch die Krankenkasse im Einzelfall sind unwirksam (vgl. § 53 Abs. 2 Nr. 2 SGB I).

Pflegende Angehörige
Präventions- und Gesundheitsförderungskurse, die sich speziell an pflegende Angehörige richten, können auch in Kombination mit kostenlosen Pflegekursen nach § 45 SGB XI durchgeführt werden. Dies gilt auch für (wohnortferne) Kompaktangebote.

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.

Einbindung der Eltern/Bezugsperson bei Maßnahmen für Kinder
Bei Kursen, die sich an Kinder von sechs bis in der Regel zwölf Jahren 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 (zu Beginn und gegen Ende) aktiv in das Programm einzubinden.

Kompaktangebote
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

145 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 Partnern, die einen besonderen Zugang zur Zielgruppe haben, angeboten werden; bei Maßnahmen für erwerbslose Menschen ist die Zusammenarbeit mit Jobcentern und Arbeitsagenturen notwendig (siehe Kapitel 4 dieses Leitfadens).

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.

5.3.6 Breitenwirksamkeit und Nachhaltigkeit

Krankenkassen fördern ausschließlich zeitlich befristete Maßnahmen (siehe 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 Teilnehmenden 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 Anbietende 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.

5.3.7 Ausschlusskriterien

Nicht förder- bzw. bezuschussungsfähig sind Maßnahmen, die

- von Kursanbietenden bzw. Kursleitenden 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,
- in den regulären Betrieb und die Organisation von Einrichtungen oder Institutionen der Lebenswelten im Sinne von § 20a Abs. 1 Satz 1 SGB V integriert sind und sich somit an Versicherte in Lebenswelten richten und keine Maßnahmen der Individualprävention darstellen[146],
- auf Dauer angelegt sind oder

146 Maßnahmen dieser Art können gemäß § 20a SGB V nach Kapitel 4 dieses Leitfadens unter Beachtung der dort definierten Kriterien gefördert werden.

- im Falle von auf Informations- und Kommunikationstechnologie basierten Programmen aus reinen Foren/Communities oder Informationsportalen bestehen.

Nicht förderfähig sind ferner Computer und andere digitale Geräte.

5.3.8 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.

Die im Zuge des Zertifizierungsantrags vom Anbieter definierte Teilnahmegebühr muss für alle Teilnehmenden einer Maßnahme gleichermaßen gelten. Die Möglichkeiten von Krankenkassen zur Förderung der Inanspruchnahme von Präventionskursen durch Angehörige sozial benachteiligter Zielgruppen gemäß Kapitel 5.3.5 bleiben unberührt.

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)
- Teilnahmeunterlagen, 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 ist folgende Verpflichtungserklärung abzugeben:

> Sofern ich 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 bzw. die Kooperationsgemeinschaft gesetzlicher Krankenkassen zur Zertifizierung von Präventionskursen nach erfolgter Anhörung ein Verfahren einleiten, das die Aufhebung der Kurszertifizierungen oder den Ausschluss des Anbietenden vom Zertifizierungsverfahren zur Folge haben kann. Die Erstattung einer Strafanzeige bleibt vorbehalten. Schwerwiegende Verstöße gegen den GKV-Leitfaden Prävention sind insbesondere:
> - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
> - Nichterfüllung organisatorischer, sächlicher, fachlicher und/oder personeller Voraussetzungen
> - irreführende bzw. falsche Bewerbung der Leistung
> - nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
>
> Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen. Ich verpflichte mich, die Versicherten insoweit freizustellen und zu Unrecht erhaltene Beträge direkt an die betroffene Krankenkasse zurückzuführen.

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 Anbietenden beziehen 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 ärztlichen Fachpersonen (Präventionsempfehlung nach § 20 Abs. 5 SGB V) auf der Internetseite der jeweiligen Krankenkasse und des GKV-Spitzenverbandes[147] 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.

5.3.9 Nachweis und finanzielle Förderung der Teilnahme

Der Anhang des Leitfadens (Kapitel 8.5) enthält ein Musterformular für von der Zentrale Prüfstelle Prävention zertifizierte Präsenz- und IKT-Kurse mit allen verpflichtenden Angaben. Dieses kann für einen Antrag auf Bezuschussung der Versicherten zusammen mit der vom Kursanbietenden auszufüllenden Teilnahmebescheinigung und ggf. der Verpflichtungserklärung der Anbietenden bei der Krankenkasse eingereicht werden. Eine persönliche Unterschrift der/des Anbietenden auf dem Formular kann durch eine digitale Signatur ersetzt werden. Die Krankenkasse entscheidet über die Bezuschussung auf Basis der vollständig aufgeführten Angaben.

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

Als Alternative zur Übersendung einer Teilnahmebescheinigung können Krankenkassen einen digitalen Austausch aller vorstehend genannten Informationen (ohne persönliche Unterschriften) über die Teilnahme von Versicherten im Rahmen von Kostenerstattungsprozessen vorsehen. Hierbei muss die Identifizierung der Versicherten sowie der Kursanbietenden zweifelsfrei sichergestellt sein. Wenn Krankenkassen ein solches Verfahren anbieten, regeln sie die Einzelheiten hinsichtlich der Rechtswirksamkeit und Sicherheit.

Um den Versicherten eine schnelle und unkomplizierte Erstattung mithilfe digital unterstützter Prozesse zu gewährleisten, ist eine verbindliche Verwendung der Muster-Teilnahmebescheinigungen ab 1. Januar 2026 vorgesehen (siehe Anhang 8.5).

147 Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht diese Informationen gemäß § 20 Absatz 2 Satz 3 SGB V auf seiner Internetseite: www.gkv-spitzenverband.de ▷ Service ▷ Präventionskurse.

5.4 Handlungsfeldspezifische Förderkriterien

5.4.1 Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten

Präventionsprinzip:
Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität

Zielgruppe
Menschen mit Bewegungsmangel / Menschen, die in Bewegung (wieder-)einsteigen; 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:[148]

- 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, Körperkonzept, soziale Kompetenz und Einbindung)
- Kernziel 3: Verminderung von Risikofaktoren (insbesondere solche des Herz-Kreislauf-Systems sowie des Muskel-Skelett-Systems)
- Kernziel 4: Bewältigung von psychosomatischen Beschwerden und Missbefindenszuständen
- Kernziel 5: Aufbau von Bindung an gesundheitssportliche Aktivität sowie Einbindung in den alltäglichen Tagesablauf (Treppe statt Aufzug, Fahrrad statt Auto …)
- Kernziel 6: Verbesserung der Bewegungsverhältnisse (u. a. durch den Aufbau kooperativer Netzwerke beim Zugang zu einer gesundheitssportlichen Aktivität und bei deren Weiterführung)[149]

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[150] ausgezeichnet sind.

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

148 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., Bös, K., Opper, E. & Saam, J. (2002). Gesundheitssportprogramme in Deutschland. Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement für Sportverbände, Sportvereine und andere Anbieter von Gesundheitssport. Schorndorf; Brehm, W., Pahmaier, I., Tiemann, M., Ungerer-Röhrich, U. & Bös, K. (2002). Psychosoziale Ressourcen – Stärkung von psychosozialen Ressourcen im Gesundheitssport. Deutscher Turnerbund. Frankfurt.
149 Tiemann, M., Brehm, W. & Sygusch, R. (2002). Flächendeckende Institutionalisierung evaluierter Gesundheitssportprogramme. In: Walter, U., Drupp, M. & Schwartz, F.W. (Hrsg.) (2002). Prävention durch Krankenkassen. Weinheim: S. 226–238.
150 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).

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 und ökologisch vorteilhaften Bewegungsabläufen im Alltag, vermehrter regelmäßiger Bewegung im Alltag (z. B. Treppensteigen, Zufußgehen und Radfahren beim beruflichen Pendeln und für Besorgungen), 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.

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 Teilnehmenden 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, Motivation zu ökologisch vorteilhafter Mobilität: Radfahren, Zufußgehen im Alltag)
- Vernetzung des Angebots einerseits zur Erleichterung eines Einstiegs (z. B. mit ärztlichen Fachpersonen), andererseits zur Unterstützung des Übergangs in Folgeangebote (z. B. durch Kooperation mit Sportvereinen oder anderen Sportanbietenden)

Anbieterqualifikation

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

- Staatlich anerkannter bewegungsbezogener Berufs- oder Studienabschluss mit Nachweis der in Tabelle 1 aufgeführten Mindeststandards
- Einweisung in das durchzuführende Programm (bei Verwendung eines zertifizierten Konzepts) bzw. die vorgesehenen Inhalte/Verfahren (z. B. Aquagymnastik, Nordic Walking)

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 12-monatiger Dauer und Abschlussprüfung erfüllt werden (siehe Dokument Kriterien zur Zertifizierung).

Zur Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3.1, S. 71.

Tabelle 1: Anbieterqualifikation für das Präventionsprinzip: Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität

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.

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

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).

Zielgruppe

Versicherte mit speziellen Risiken im Bereich des Muskel-Skelett-Systems, im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems und des metabolischen Systems, im psychosomatischen Bereich und im Bereich der motorischen Kontrolle, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen des Bewegungsapparats.

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.[151]

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
- 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 und ökologisch vorteilhaften Bewegungsabläufen im Alltag, vermehrter regelmäßiger Bewegung im Alltag (z. B. Treppensteigen, Radfahren und Zufußgehen beim beruflichen Pendeln und für Besorgungen), Anleitung zur Vermeidung längerer Sitzzeiten im Alltag und am Arbeitsplatz, Anregungen für eine ergonomische und gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung sowie zur Vermeidung von körperlich 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

151 Vgl. Becker, C. & Blessing-Kapelke, U. 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.

transferierbare Übungen (mit oder ohne Übungsmaterialien) in vergleichbarem Umfang zu vermitteln. Gleiches gilt für gerätegestützte Ausdauertrainingsprogramme.

Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit
Siehe hierzu die Ausführungen auf S. 78.

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-Skelett-Systems, den Bereich des Herz-Kreislauf-Systems 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 Teilnehmenden, 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, Motivation zu ökologisch vorteilhafter Mobilität: Radfahren, Zufußgehen im Alltag)
- Vernetzung des Angebots einerseits zur Erleichterung eines Einstiegs (z. B. mit ärztlichen Fachpersonen), andererseits zur Unterstützung des Übergangs in Folgeangebote (z. B. durch Angebote im institutionellen Rahmen von Sportvereinen und anderen Sportanbietenden)

Anbieterqualifikation

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

- Staatlich anerkannter bewegungsbezogener Berufs- oder Studienabschluss mit Nachweis der in Tabelle 2 aufgeführten Mindeststandards[152]
- 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.

152 Für Maßnahmen zum Beckenbodentraining kommen darüber hinaus staatlich geprüfte Hebammen in Betracht.

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 12-monatiger Dauer und Abschlussprüfung erfüllt werden. Die fachwissenschaftliche Kompetenz im Bereich „Pathologie, Pathophysiologie" kann durch eine Weiterbildung erlangt werden, die in solchen Institutionen absolviert wurde, die staatlich anerkannt sind, oder bei handlungsfeldbezogenen Berufs- und Fachverbänden bzw. deren Mitgliedern (siehe Dokument Kriterien zur Zertifizierung in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention, vgl. Fußnote 3).

Zur Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3.1, S. 71.

Tabelle 2: Anbieterqualifikation für das Präventionsprinzip: Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

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.

5.4.2 Handlungsfeld Ernährung

Präventionsprinzip:
Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

Ziel der Maßnahme

- Stärkung der Motivation und Handlungskompetenz zu einer eigenverantwortlichen und nachhaltigen Umstellung auf eine individuell bedarfsgerechte sowie klima- und umweltfreundliche Ernährung

einschließlich eines sicheren Umgangs mit ernährungsrelevanten Informationen nach den jeweils aktuellen Referenzwerten für Deutschland[153], lebensmittelbezogenen Empfehlungen[154] und DGE-Beratungsstandards[155] bzw. den Empfehlungen des Forschungsdepartements für Kinderernährung (FKE)[156] 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[157]

Inhalt

Trainings-/Schulungsmodule:
- zur Förderung von Kompetenzen und Motivation für ein bedarfsgerechtes, gesundheitsförderndes Ernährungsverhalten
- 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

---

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

153 Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Österreichische Gesellschaft für Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (2024). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 2. Auflage. 8. Ausgabe. Bonn.
154 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (2014). Die DGE-Empfehlungen „Gut essen und trinken". 1. Auflage. Bonn. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (2016). Die Dreidimensionale DGE-Lebensmittelpyramide – Fachinformation 6. Auflage. Bonn. (www.dge.de/gesunde-ernaehrung/gut-essen-und-trinken/dge-empfehlungen)
155 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (2021). DGE-Beratungsstandards. 2. Auflage, 1. Ausgabe. Bonn.
156 Kersting, M. Kalhoff, H. & Lücke, T. (2017). Von Nährstoffen zu Lebensmitteln und Mahlzeiten: das Konzept der optimierten Mischkost für Kinder und Jugendliche in Deutschland. Aktuelle Ernährungsmedizin. Jg. 42. Heft 4. S. 304–315 (DOI 10.1055/s-0043-116499). Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (2015). Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. Die optimierte Mischkost optimix. 11. Auflage. Dortmund.
157 Für sich vegan ernährende Versicherte sind spezifische Angebote zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung sinnvoll.

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

- Staatlich anerkannter ernährungsbezogener Berufs- oder Studienabschluss mit Nachweis der in Tabelle 3 aufgeführten 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.

Zur Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3.1, S. 71.

Tabelle 3: Anbieterqualifikation für das Präventionsprinzip: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

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

Ziel der Maßnahme
Erwachsene

- gesundheitsförderndes Ernährungs- und Bewegungsverhalten, bei Handlungsfelder übergreifenden 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

---

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.–97. Perzentile der Häufigkeitsverteilung der alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Werte 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

---

Inhalt

Trainings-/Schulungsmodule:

- zu Ursachen des Übergewichts
- zur Förderung von Kompetenzen und Motivation für ein individuell bedarfsgerechtes, gesundheitsförderndes sowie ökologisch nachhaltiges Ernährungsverhalten einschließlich eines sicheren Umgangs mit ernährungsrelevanten Informationen (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[158] bzw. der optimierten Mischkost des FKE)
- 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)

158 Sofern die in den Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr genannten prozentualen Anteile von Kohlenhydraten und Fett 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 (vgl. Fußnote 3).

- 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

---

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 der in Tabelle 4 aufgeführten 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.

Zur Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3.1, S. 71.

Tabelle 4: Anbieterqualifikation für das Präventionsprinzip: Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

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

Präventionsprinzip:
Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement

Ziel der Maßnahme

Die Maßnahmen zielen sowohl auf die Förderung eines gesunden Umgangs mit akuten Belastungssituationen als gleichzeitig auch auf den Aufbau und die Stärkung von Ressourcen bzw. Resilienzfaktoren zur anhaltenden Prävention zukünftig auftretender Belastungssituationen im Sinne eines langfristigen Stress- und Ressourcenmanagements. Unter dem Gesichtspunkt akuter Belastungsbewältigung besteht das Ziel darin, negative Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit aufgrund von Stresserfahrungen zu vermeiden, indem die individuellen Bewältigungskompetenzen gestärkt werden mit dem Ziel eines möglichst breiten Bewältigungsrepertoires und einer möglichst hohen Flexibilität im Umgang mit Stressbelastungen. Unter dem Gesichtspunkt langfristiger Ressourcen- und Resilienzförderung geht es darum, die Kompetenzen der Teilnehmenden u. a. zu Selbstfürsorge, zur Mobilisierung und Nutzung sozialer Unterstützung, zur Entwicklung eines positiven Selbstbildes, positiver gesundheitsbezogener Einstellungen, Kontrollüberzeugungen und Werte sowie eines positiven Zukunftskonzepts, persönlicher Sinnorientierung und weiterer Resilienzfaktoren zu stärken.

Zielgruppe
Die Maßnahmen zum multimodalen Stress- und Ressourcenmanagement 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. Multimodale Maßnahmen insbesondere zur Ressourcenförderung eignen sich auch für Versicherte ohne aktuelle Stressbelastung oder mit anderen psychosozialen Belastungen.

Kursleitende haben darauf hinzuweisen, dass Maßnahmen zum multimodalen Stress- und Ressourcenmanagement keine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung ersetzen. Für Versicherte mit schweren behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen sind Maßnahmen zum multimodalen Stress- und Ressourcenmanagement kontraindiziert.

Kinder ab acht Jahren können an spezifisch auf diese Altersgruppe ausgerichteten Maßnahmen unter Einbeziehung der Familie teilnehmen.

Inhalt
In Maßnahmen zum multimodalen Stress- und Ressourcenmanagement werden mehrere unterschiedliche Inhalte zu den drei Ebenen des Stress- und Ressourcenmanagements auf der Basis eines kognitiv-verhaltensorientierten Interventionsansatzes integriert. Interventionen zielen auf die Stärkung individueller Kompetenzen, Wahrnehmungen und Einstellungen sowie psychophysischer Reaktionsmuster und Prozesse auf drei Ebenen.

Instrumentelles Stress- und Ressourcenmanagement:
- Förderung von Selbstmanagement-Kompetenz als Fähigkeit zu einem eigengesteuerten und zielgerichteten Handeln; insbesondere systematisches Problemlösen, Zeitmanagement und persönliche Arbeitsorganisation
- Förderung sozialkommunikativer Fähigkeiten
- Förderung von Fähigkeiten zum Aufbau und zur Inanspruchnahme sozialer Unterstützung
- Förderung von Fähigkeiten zu selbstbehauptendem Verhalten und Aktivierung von Ressourcen in der Arbeit und im Privatleben
- Förderung von Fähigkeiten zu „Selbstmitgefühl“ und „Selbstfürsorge“
- Förderung von Achtsamkeit und Einüben von achtsamkeitsbasierten Verfahren, z. B. Meditation

Kognitives Stress- und Ressourcenmanagement:
- Förderung kognitiver Flexibilität (Fähigkeit, auf veränderte Umweltbedingungen flexibel durch Variationen im Denken und Handeln zu reagieren; insbesondere positive (Um-)Bewertung oder Akzeptanz unangenehmer Situationen oder Emotionen)
- Förderung übergreifender positiver gesundheitsbezogener Überzeugungen und Resilienzfaktoren (z. B. Selbstwirksamkeitserwartung, realistischer Optimismus, gedankliche Distanzierungsfähigkeit,

Erleben positiver Emotionen, Selbstwertgefühl, Entwicklung persönlicher Sinn-, Wert- und Zielorientierungen, Kohärenzsinn ...)

Palliativ-regenerativer Stress- und Ressourcenmanagement:

- Einübung eines Entspannungsverfahrens (Progressive Relaxation, Autogenes Training, Hatha-Yoga, Tai-Chi oder Qigong) zur Vermeidung oder Reduzierung andauernder körperlicher oder gedanklicher Anspannung
- Förderung gesunden Schlafes z. B. durch gedankliche Entspannung, Vermeidung koffeinhaltiger und alkoholischer Getränke, Einüben von Einschlafritualen, Strukturierung des Schlaf-Wach-Rhythmus und richtigen Umgang mit Wachliegezeiten

Bei Interventionsmaßnahmen zur Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) werden alle drei Ebenen adressiert.

Methodik

Bei multimodalen Stress- und Ressourcenmanagementtrainings handelt es sich um systematische kognitiv-verhaltensorientierte Maßnahmen, die sich an Gruppen richten und an den individuellen Bedarfen der Teilnehmenden orientiert sind. Die Trainings enthalten eine praktische Einübung von Methoden der Stressreduktion, der Ressourcen- und Resilienzförderung und von Entspannungsverfahren 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 der in Tabelle 5 aufgeführten Mindeststandards

Zur Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3.1, S. 71.

Tabelle 5: Anbieterqualifikation für das Präventionsprinzip: Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement

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 Stressbewältigungs- und Ressourcenförderungsprogramm	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.

Präventionsprinzip: Förderung von Entspannung und Erholung

A Entspannungsverfahren

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 Stress- und Ressourcenmanagements 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 schweren, behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen sind die Maßnahmen kontraindiziert. Sie ersetzen zudem auch keine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung.

Inhalt
Als Maßnahmen zur Förderung der Entspannung kommen in Betracht:
- Progressive Relaxation (PR)
- Autogenes Training (AT) – Grundstufe
- Hatha-Yoga
- Tai-Chi
- Qigong
- Alle Entspannungsverfahren müssen anfängertauglich sein.

Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit
Hatha-Yoga, Tai-Chi und Qigong: Die Förderung ist auf entspannungsorientierte Maßnahmen beschränkt; vornehmlich bewegungs-, workout- bzw. an der Kampfkunst orientierte Maßnahmen sind ausgeschlossen. Die Entspannungsverfahren sind weltanschaulich neutral zu vermitteln; weltanschaulich/religiös gefärbte Praktiken im Sinne aktiver Ausübung einer Glaubensrichtung sowie Heilungsversprechungen sind nicht zulässig.

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
Zur Durchführung der Entspannungstrainings **Progressive Relaxation** (PR) und **Autogenes Training** (AT) kommen Fachkräfte mit folgenden Voraussetzungen in Betracht:
- Staatlich anerkannter Berufs- oder Studienabschluss mit einem Gesundheits- oder Sozialbezug mit Nachweis der in Tabelle 6 aufgeführten Mindeststandards:

Zur Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3.1, S. 71.

Tabelle 6: Anbieterqualifikation für Progressive Relaxation (PR) und Autogenes Training (AT)

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; davon 24 Std. Einweisung in eines der beiden Verfahren
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.

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

- Staatlich anerkannter Berufs- oder Studienabschluss mit Nachweis der in Tabelle 7 aufgeführten Mindeststandards (Berufsausbildung bzw. Studium müssen Bezug zu mindestens einer der fachwissenschaftlichen Kompetenzen haben)

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.

Anbietende, 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 Stunden Kursleitungserfahrung nachweisen.

Zur Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3.1, S. 71.

Tabelle 7: Anbieterqualifikation für Hatha-Yoga

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	270 h oder 9 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.

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

- Staatlich anerkannter Berufs- oder Studienabschluss mit Nachweis der in Tabelle 8 aufgeführten Mindeststandards (Berufsausbildung bzw. Studium müssen Bezug zu mindestens einer der fachwissenschaftlichen Kompetenzen haben)

Tabelle 8: Anbieterqualifikation für Tai-Chi und Qigong

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	180 h oder 6 ECTS-Punkte
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.

Anbietende, 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 Stunden Kursleitungserfahrung nachweisen.

B Förderung gesunden Schlafes

Ziel der Maßnahme
Die Maßnahmen zielen auf die Förderung von erholsamem Schlaf, die Steigerung der Schlafqualität und -dauer sowie den Aufbau von schlafförderlichen Verhaltensweisen.

Zielgruppe
Die Maßnahmen richten sich an gesunde Versicherte, die lernen wollen, ihren Schlaf zu verbessern, um dadurch potenziell behandlungsbedürftige gesundheitliche Beschwerden zu vermeiden. Sie können auch für spezielle Zielgruppen angeboten werden, deren Lebenssituation spezifische Herausforderungen für einen erholsamen Schlaf beinhaltet (z. B. Eltern mit Neugeborenen, Personen mit pflegebedürftigen Angehörigen, Kinder sowie Jugendliche, Personen mit entgrenzten beruflichen Situationen oder in Schichtarbeit).

Inhalt
- Psychoedukation zu Schlaf
- Anleitung zur Selbstbeobachtung des Schlafes
- Vermittlung schlafförderlicher Verhaltensweisen, insbesondere körperliche und gedankliche Entspannung zum Abbau von Hyperarousal, Umgang mit koffeinhaltigen und alkoholischen Getränken, schlafhygienische Regeln, Umgang mit schlaffördernden Substanzen
- Einübung von Einschlafritualen
- Strukturierung des Schlaf-Wach-Rhythmus und des Umgangs mit Wachliegezeiten
- chronobiologische Aspekte des Schlafes sowie Schlaf über die Lebensspanne

Trainings, die sich an spezielle Zielgruppen richten, bieten zusätzlich Inhalte an, die den Versicherten helfen, mit den spezifischen Herausforderungen umzugehen.

Methodik
Bei Trainings zur Förderung von gesundem Schlaf handelt es sich um systematische kognitiv-verhaltensorientierte Maßnahmen, die sich an Gruppen richten. Neben der Edukation haben die Maßnahmen einen übenden Charakter und bieten Anleitung 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 mit Nachweis der in Tabelle 9 aufgeführten Mindeststandards

Tabelle 9: Anbieterqualifikation für das Präventionsprinzip: Förderung von Entspannung und Erholung – Förderung gesunden Schlafes

Kompetenz	Inhalt	Umfang
Fachwissenschaftliche Kompetenz	Psychologische Grundlagen	180 h oder 6 ECTS-Punkte
	Psychologie des Gesundheitsverhaltens	180 h oder 6 ECTS-Punkte
	Grundlagen Schlaf, Erholung und Gesundheit	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 einem Training zur Förderung gesunden Schlafes	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	**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.

5.4.4 Handlungsfeld Suchtmittelkonsum

Präventionsprinzip:
Förderung des Nichtrauchens

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)

Zielgruppe
Rauchende Versicherte (zielgruppenspezifische Ansprachen z. B. für Schwangere, junge Familien bzw. Eltern, arbeitslose Männer, Jugendliche, Personen mit entgrenzten beruflichen Situationen oder in Schichtarbeit)

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)
- 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 der in Tabelle 10 aufgeführten Mindeststandards

Zur Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3.1, S. 71.

Tabelle 10: Anbieterqualifikation für das Präventionsprinzip: Förderung des Nichtrauchens

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 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	**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.

Präventionsprinzip: Risikoarmer Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums

Ziel der Maßnahme

- 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

---

Zielgruppe

- Versicherte mit riskantem Alkoholkonsum (i. d. R. 25–60 g Reinalkohol pro Tag für Männer, 13–40 g für Frauen).[159] Das Vorliegen einer Abhängigkeitserfahrung/-erkrankung gilt als Kontraindikation für Maßnahmen nach diesem Präventionsprinzip.

Inhalt

- Aufklärung über die gesundheitlichen Risiken des Alkoholkonsums
- Reflexion des individuellen Trinkverhaltens
- 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
- 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 der in Tabelle 11 aufgeführten Mindeststandards

Zur Übergangsregelung siehe Kapitel 5.3.1, S. 71.

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

Tabelle 11: Anbieterqualifikation für das Präventionsprinzip: Risikoarmer Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums

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.

6 Betriebliche Gesundheitsförderung

6.1 Gegenstandsbereich und Grundverständnis

Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) sind in den §§ 20b und 20c SGB V geregelt.

Arbeitsbedingungen besitzen ebenso wie die alltäglichen Lebens-, Wohn-, Lern- und Freizeitbedingungen (vgl. Kapitel 4 Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten) erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen, hier der Beschäftigten. Im Betrieb können gesundheitliche Rahmenbedingungen gezielt gesundheitsförderlich gestaltet werden; gleichzeitig können auch solche Zielgruppen erreicht werden, die individuelle verhaltensbezogene Präventionsangebote seltener in Anspruch nehmen (z. B. Männer, junge Menschen). Betriebe sind daher als Settings für Gesundheitsförderung und Prävention in besonderer Weise geeignet.

Erwerbsarbeit besitzt große gesundheitsfördernde Potenziale. Sie generiert 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 ermöglicht sie in der Regel kollegiale Kontakte und soziale Zugehörigkeit. Die mit (unfreiwilliger) Arbeitslosigkeit 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.

BGF-Leistungen zielen auf die „Verbesserung der gesundheitlichen Situation“ im Betrieb insbesondere durch „den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderliche(r) Strukturen“ (§ 20b Abs. 1 SGB V). BGF-Leistungen adressieren nicht primär einzelne Versicherte. Vielmehr geht es darum, strukturelle Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz bzw. im Arbeitskontext gesundheitsförderlich zu gestalten. 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). Nachhaltigkeit entsteht dann, wenn solche organisatorischen Regelungen und Handlungsroutinen dauerhaft implementiert werden.

Mit BGF 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.[160] In prozessualer Hinsicht stellen die partizipative Einbeziehung der Beschäftigten, die Unterstützung durch Betriebsleitung und Führungskräfte, interne Strukturen für Steuerung und

160 Pieper, C. & Schröer, S. (2015). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006–2012. iga.Report 28. Essen sowie Barthelmes, I., Bödeker, W., Sörensen, J., Kleinlercher, K.-M., Odoy, J. (2019). iga. Report 40. Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012-2018. Dresden (Initiative Gesundheit und Arbeit). (www.iga-info.de ▷ Veröffentlichungen ▷ iga.Reporte).

Koordination (z. B. ein Arbeitskreis Gesundheit) sowie ein systematisches Vorgehen mit Prozessevaluation wesentliche Erfolgsfaktoren für die Umsetzung und Wirksamkeit dar.[161]

Höheres gesundheitliches Wohlbefinden kommt über die Steigerung von Arbeitszufriedenheit, Motivation und Einsatzbereitschaft auch dem Unternehmenserfolg zugute. Die Krankenkassen bieten deshalb interessierten Betrieben Unterstützung bei der Planung und Umsetzung von BGF an. BGF leistet auch einen Beitrag zur Bewältigung der mit dem technologischen, organisatorischen und demografischen Wandel in der Arbeitswelt verbundenen Herausforderungen.

Dabei sind die Beschäftigten und ihre gesetzlichen Vertretungen sowie alle verantwortlichen internen und nach Bedarf externen Akteure einschließlich der im Betrieb tätigen Fachkräfte für Arbeitsmedizin und für Arbeitssicherheit – sofern vorhanden – in Abstimmung mit den Verantwortlichen für den Betrieb einzubeziehen; dabei ist der Diversität der Beschäftigten Rechnung zu tragen.[162]

BGF richtet sich an den Betrieb als Organisation[163] und an die einzelnen Beschäftigten gleichermaßen. Maßnahmen der BGF müssen bedarfsbezogen allen Beschäftigten unabhängig von ihrem arbeitsrechtlichen Status offenstehen. Die Unterstützung der Krankenkasse bei der BGF versteht sich als Hilfe zur Selbsthilfe der betrieblichen Akteure. 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 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 der BGF genutzt werden (siehe hierzu auch Kapitel 8.4 „Steuerfreie Arbeitgeberleistungen zur Förderung der Mitarbeitergesundheit“).

Krankenkassen können Arbeitgebenden auch Hinweise zum Einbezug der Arbeitsschutzakteure geben im Hinblick auf die Erfüllung ihrer arbeitsschutzrechtlichen Pflichten insbesondere nach dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG).

Die Unterstützung von Betrieben mit BGF-Leistungen 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 für Multiplikatoren sowie Betriebsverantwortlichen, Medien sowie betriebsübergreifende Beratungen (siehe Kapitel 6.5.3 Handlungsfeld Überbetriebliche Vernetzung und Beratung)

Beide Zugangs- und Verbreitungswege eignen sich auch für kleine und kleinste Betriebe.

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

162 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.).

163 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.

6.2 Leistungsarten, Förder- und Ausschlusskriterien sowie Anbieterqualifikation

BGF-Maßnahmen können mit Zustimmung der Verantwortlichen für den Betrieb durch krankenkassen-eigene oder -beauftragte Fachkräfte, nach einem spezifischen Multiplikatorenkonzept geschulte Fachkräfte oder andere Personen aus dem Betrieb / der Zielgruppe („Peers"), durch qualitätsgesicherte Konzepte und Programme und/oder finanziell unterstützt werden. Die Krankenkassen können Konzepte, Projekte und Programme selbst oder durch Beauftragung Dritter entwickeln, erproben und umsetzen, auch in Kooperation mit geeigneten Partnern, wie z. B. Universitäten und gemeinnützigen Vereinen.

6.2.1 Leistungsarten

Mögliche Leistungen der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind:

- Analyseleistungen (z. B. Arbeitsunfähigkeits-, Arbeitssituations- und Altersstrukturanalysen, Befragungen von Beschäftigten, Durchführung von Workshops) zur Bedarfsermittlung
- Beratung zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen in Abstimmung mit den Vertretungen 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 Multiplikatoren in der betrieblichen Gesundheitsförderung (Prozessgestaltung und Durchführung von Maßnahmen in den BGF-Handlungsfeldern)
- Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen (Information, Motivation und Kompetenzvermittlung)
- Unterstützung der internen Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit sowie
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung

Die Leistungen können digital unterstützt werden (vgl. Kapitel 7.3). Dabei sind die gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit sowie die Nutzbarkeit durch Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen; der Gefahr der Exklusion digital weniger affiner Bevölkerungsgruppen („Digital Divide") ist vorzubeugen.[164]

6.2.2 Förderkriterien

Alle Leistungen müssen mit den fördernden Krankenkassen im Vorfeld abgestimmt werden. Eine Abrechnung von zuvor nicht abgestimmten Leistungen ist nicht zulässig.

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. Über die Einzelheiten wird auf Basis dieses Leitfadens vorab eine Vereinbarung zwischen der/den Krankenkasse(n) und dem Betrieb abgeschlossen. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung der Krankenkassen setzen ein finanzielles und/oder personelles Eigenengagement des Betriebes voraus.

164 Die Vorbeugung von Digital Divide kann durch flankierende Leistungen zur Förderung digitaler Gesundheitskompetenz bzw. in Betrieben mit unzureichender digitaler Infrastruktur oder bei Zielgruppen mit unzureichenden Zugangsmöglichkeiten auch durch Bereitstellung alternativer nicht-digitale Partizipationsmöglichkeiten erfolgen.

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 Bausteinen im Rahmen der BGF mit anderen Krankenkassen oder freien Anbietern im Rahmen der BGF ist ebenfalls ausgeschlossen (keine Abtretungserklärungen).

Ausgehend von den Qualitätskriterien des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung[165] unterstützen die Krankenkassen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, 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/Vereinbarung).
- 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 Partnern zugänglich.

Interessierte Betriebe können sich an jede Krankenkasse ihrer Wahl wenden, bei der ein Teil der Beschäftigten versichert ist. Eine Kontaktaufnahme mit Möglichkeit einer Erstberatung ist über die Firmenkundenberatung und die Arbeitgeberportale der Krankenkassen im Internet sowie über die regionalen BGF-Koordinierungsstellen jederzeit möglich.[166] Krankenkassen stellen in der BGF den Betrieben und ihren Beschäftigten eigene Dienstleistungen/Beratungen zur Verfügung oder arbeiten mit von ihnen beauftragten externen Dienstleistern zusammen.

6.2.3 Ausschlusskriterien

Von der Förderung ausgeschlossen sind:

- Aktivitäten, die zu den Pflichtaufgaben eingebundener oder anderer Akteure und Partner gehören
- isolierte, d. h. nicht in ein Gesamtkonzept eingebundene Maßnahmen externer Anbietender
- 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

165 Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (1999): Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung. Essen. (www.enwhp.org).
166 BGF-Koordinierungsstellen im Internet unter: www.bgf-koordinierungsstelle.de.

- Kosten für Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenstände, Mobiliar, technische Hilfsmittel, persönliche Schutzausrüstung, Computer und andere digitale Geräte
- nicht-leitfadenkonforme Angebote des Betriebssports
- Angebote, die weltanschaulich nicht neutral sind

6.2.4 Anbieterqualifikation

Organisations- und Prozessberatung
Die Beratung und Unterstützung der Verantwortlichen für den Betrieb gemäß den Schritten des Gesundheitsförderungsprozesses (vgl. Kapitel 6.3) und die Durchführung von Maßnahmen aus den BGF-Handlungsfeldern „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung“ und „Überbetriebliche Beratung und Vernetzung“ durch die oder im Auftrag der Krankenkassen erfolgt durch Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss[167] 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.

Individuumsbezogene Maßnahmen
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 (siehe vorhergehende Fußnote) mit dadurch belegten fachwissenschaftlichen und fachpraktischen Kompetenzen im jeweiligen Themenbereich sowie in Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt.[168]

6.3 Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess

Betriebliche Gesundheitsförderung ist nach § 20b SGB V 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 auch die Ergebnisse der bereits durchgeführten Maßnahmen ermittelt und bewertet und bei der Planung der weiteren Maßnahmen berücksichtigt werden.

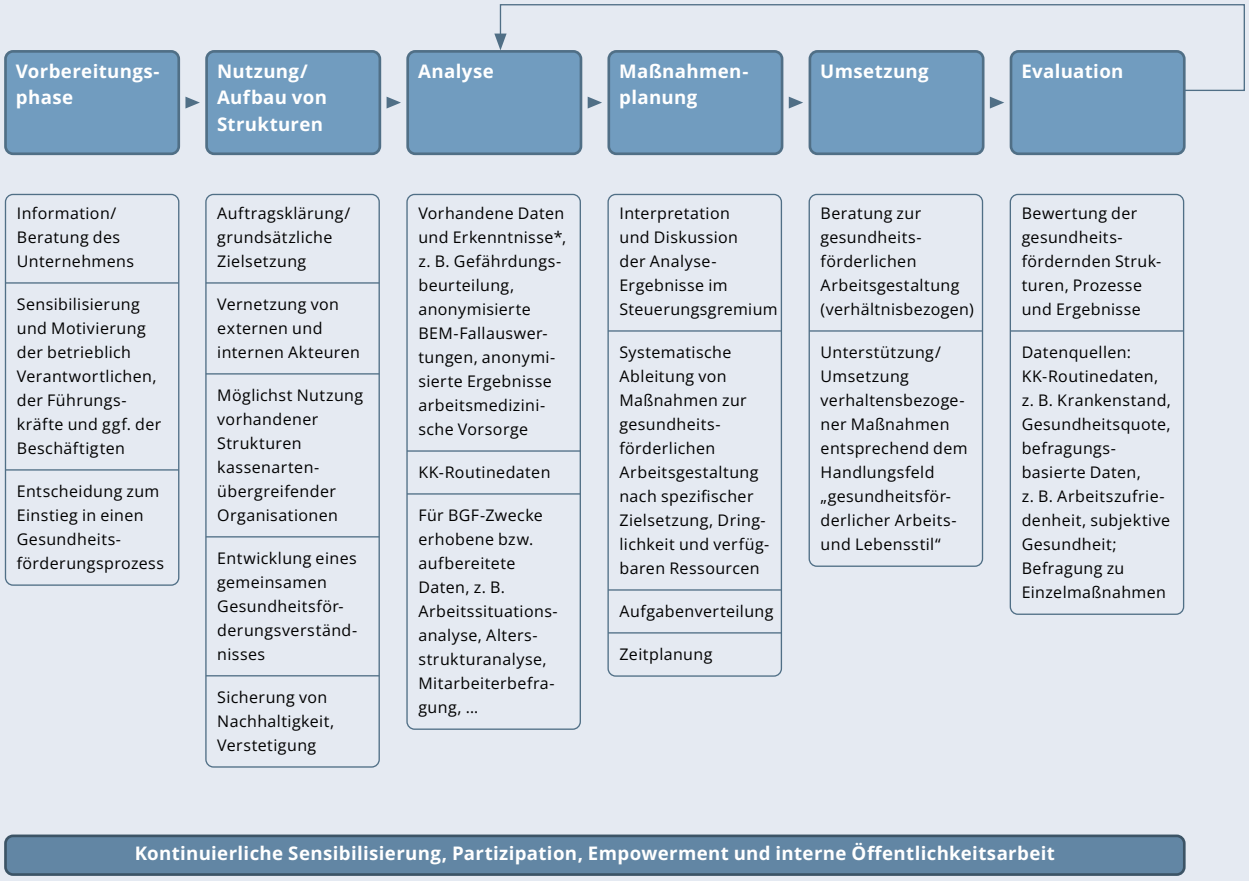
Das im Folgenden dargestellte systematische Vorgehen (siehe Abbildung 7) beschreibt grundlegende Anforderungen an die von den Krankenkassen unterstützte BGF; die Ausgestaltung von Strukturen, Prozessen und Leistungen kann entsprechend der Betriebsgröße und sonstiger betrieblicher Rahmenbedingungen variieren. Die Beratung und Qualifizierung der Betriebsverantwortlichen zum Aufbau und zur

167 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.
168 Zu den Bereichen Bewegung und fernöstliche Entspannungsverfahren vgl. die Spezifizierungen in den Kapiteln 5.4.1 und 5.4.3.

eigenständigen Weiterführung der Aktivitäten ist eine wesentliche Voraussetzung für die Verstetigung und Sicherung der Nachhaltigkeit.

Zu Beginn des Prozesses sollte betriebsintern die grundsätzliche Bereitschaft der Betriebsparteien (Firmenleitung und Beschäftigte bzw. deren Vertretung), in einen BGF-Prozess einzutreten, geklärt und für die Mitwirkung der Belegschaft an einer systematischen BGF geworben werden. Diese Phase wird auch als Vorbereitungsphase bezeichnet.[169] 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".[170] 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 Einbindung der Beschäftigten bei allen Prozessschritten ist im Interesse von Akzeptanz, Bedarfsgerechtigkeit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen unverzichtbar.

Abbildung 7: Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess



* Die Erhebung dieser Daten stellt keine GKV-Leistung dar.

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

169 Pieck, N. (2012). Betriebliches Gesundheitsmanagement fällt nicht vom Himmel. Handlungsanleitung zum Einstieg ins Betriebliche Gesundheitsmanagement. 2. überarb. Aufl. Düsseldorf (Hans-Böckler-Stiftung). S. 18.

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

6.3.1 Vorbereitungsphase

Durch Information und Beratung einschließlich der Bereitstellung von Medien unterstützen die Krankenkassen, auch über die regionalen BGF-Koordinierungsstellen, 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. Mit öffentlichkeitsorientierten Maßnahmen im Betrieb wie z. B. Gesundheitstagen können Krankenkassen den Betrieb und die Belegschaft für betriebliche Gesundheitsförderung sensibilisieren und den Einstieg in einen strukturierten Gesundheitsförderungsprozess entsprechend diesem Leitfaden anbahnen. Am Ende der Vorbereitungsphase steht die Grundsatzentscheidung der betrieblich Verantwortlichen, in einen Gesundheitsförderungsprozess einzutreten.

6.3.2 Nutzung/Aufbau von Strukturen

Zu Beginn des Gesundheitsförderungsprozesses ist es wichtig, alle betrieblichen Akteure, die mit der Gesundheit der Beschäftigten 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 alle an der Gesundheitsförderung beteiligten Gruppen vertreten sein und kontinuierlich mitwirken:

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

Die fördernde(n) Krankenkasse(n) sollten während der GKV-Förderung im Steuerungsgremium mitwirken. Es kann sinnvoll sein, Vertretungen weiterer betrieblicher Bereiche (z. B. des Controllings) bzw. von externen Partnern (z. B. des zuständigen Unfallversicherungsträgers) in das Steuerungsgremium einzubeziehen.

Das Steuerungsgremium sollte eine Person für die innerbetriebliche Koordination bestimmen. Die unterschiedlichen 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. Kapitel 6.4) – entwickelt wird, eine Verständigung über die Zielsetzung erfolgt, und ein grundsätzliches Einvernehmen über das weitere Vorgehen erzielt wird. In Kleinst- und Kleinbetrieben kann die Funktion des Steuerungsgremiums durch regelmäßige Gespräche mit der Inhaberin oder mit dem Inhaber und ggf. weiteren betrieblichen Verantwortlichen erfüllt werden. Ferner kann hier die Steuerung der innerbetrieblichen Gesundheitsförderung auch auf überbetrieblicher Ebene (Branche, Innung) unterstützt werden (siehe Kapitel 6.5.3).

6.3.3 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 (z. B. Gesundheitsberichte der Krankenkassen), 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 Beschäftigten 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.

6.3.4 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.

6.3.5 Umsetzung

Die vom Steuerungsgremium befürworteten Maßnahmen aus den unten definierten Handlungsfeldern (siehe Kapitel 6.5) 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).

6.3.6 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.

6.3.7 Prozessschritte übergreifende Anforderungen

Die kontinuierliche Sensibilisierung, Partizipation und das Empowerment der Beschäftigten sowie die regelmäßige interne Öffentlichkeitsarbeit bilden 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 Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements

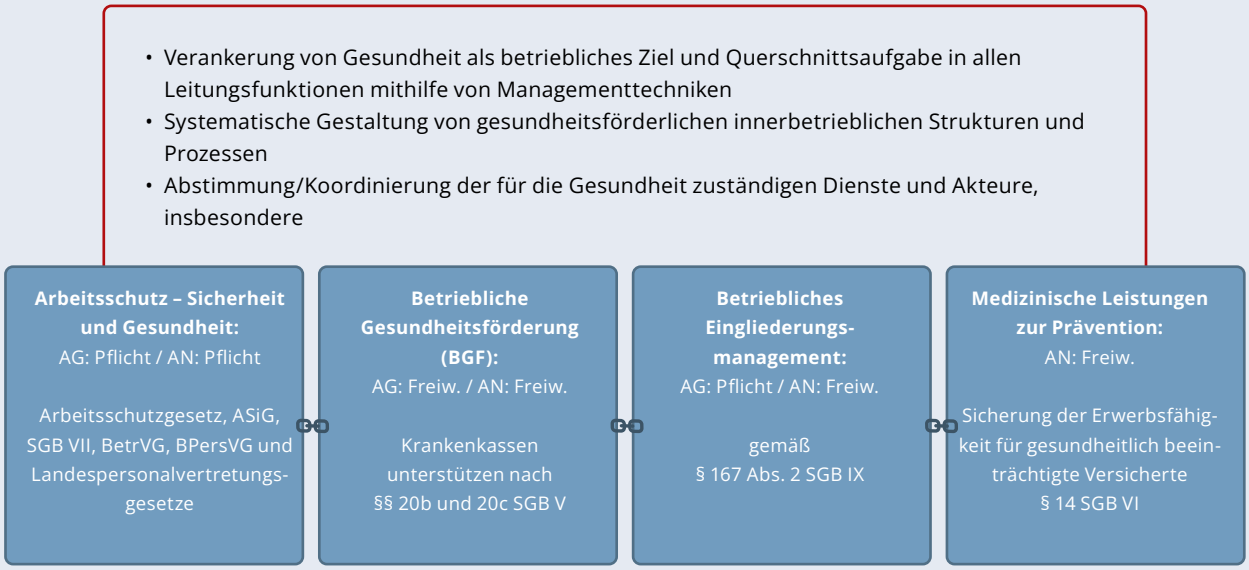
BGF ist ein für Arbeitgebende sowie Beschäftigte freiwilliger Leistungskomplex, der den gesetzlich verpflichtenden Arbeitsschutz (auf Basis des Arbeitsschutzgesetzes und des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG), des SGB VII und weiterer Gesetze[171]) und das für Arbeitgebende 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 BGF 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. Betriebliches Gesundheitsmanagement beinhaltet die Verankerung von Gesundheit als betriebliches Ziel und Querschnittsaufgabe in allen Leitungsfunktionen mithilfe von Managementstrategien, die systematische Gestaltung von gesundheitsförderlichen innerbetrieblichen Strukturen und Prozessen einschließlich der Befähigung zu gesundheitsbewusstem Verhalten sowie die systematische Abstimmung und Koordinierung aller für die Gesundheit zuständigen inner- und außerbetrieblichen Dienste und Akteure (siehe Abbildung 8).

171 Alle Regelungen zur Umsetzung des gesetzlichen Arbeitsschutzes der Beschäftigten im Betrieb unterliegen der Mitbestimmung des Betriebs- bzw. Personalrats.

BGF besitzt Berührungspunkte und Schnittmengen mit dem gesetzlichen Arbeitsschutz[172] sowie dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM).

Abbildung 8: Betriebliches Gesundheitsmanagement



AG: Arbeitgebende, AN: Arbeitnehmende

Die genannten Bereiche können im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements vielfach sinnvoll miteinander verknüpft werden:

- 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 Reduzierung physischer und psychischer Fehlbelastungen leisten.
- In Führungskräfteschulungen können Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit solchen des Arbeitsschutzes und des BEM kombiniert vermittelt werden.
- 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.

Die Verknüpfung ist eine originäre betriebliche Gestaltungsaufgabe. Bei der Initiierung und Koordinierung dieser Verknüpfungen kommt den innerbetrieblichen Arbeitsschutzakteuren – betriebs-/werksärztliche Fachpersonen, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragte – über die Unterstützung des Arbeitgebers bei seinen Aufgaben im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutzes hinaus eine wichtige Funktion zu. Krankenkassen beraten hinsichtlich einer Verzahnung und unterstützen Betriebe bei der Etablierung von innerbetrieblichen Steuerungsstrukturen.

172 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 Akteure vor Ort, um eine sinnvolle Koordination zu gewährleisten.

Kooperationen mit weiteren außerbetrieblichen Partnern können das betriebliche Gesundheitsmanagement unterstützen. Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand) 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.[173] Verzahnungsmöglichkeiten der Aktivitäten bestehen z. B. bei:

- Beratung zu einem systematischen Vorgehen zu allen Themen der Gesundheit im Betrieb
- Zusammenarbeit in Steuerungsgremien
- Durchführung von Analysen, Risikobewertungen und Befragungen von Beschäftigten[174]
- Qualifizierung von Führungskräften sowie von Multiplikatoren
- Gestaltung von Medien, der innerbetrieblichen Öffentlichkeitsarbeit und überbetrieblicher Informationskampagnen
- Betreuung von Betrieben im Rahmen von Netzwerken

Krankenkassen und Unfallversicherungsträger sollen sich, in Absprache mit dem Betrieb und sofern sinnvoll, 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.[175]

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
- 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

173 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; die Inhalte der Rahmenvereinbarung sind in die Bundesrahmenempfehlungen der NPK vom 29. August 2018 integriert worden.

174 Hinweise und Empfehlungen zur Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger im Zusammenhang mit der Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2022). Leitfaden zur Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger bei der Beratung der Betriebe einschließlich Bildungseinrichtungen zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen (Gefährdungsbeurteilung). Berlin (https://publikationen.dguv.de ▷ Prävention ▷ Allgemeine Informationen).

175 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 (siehe auch Kapitel 6.2).

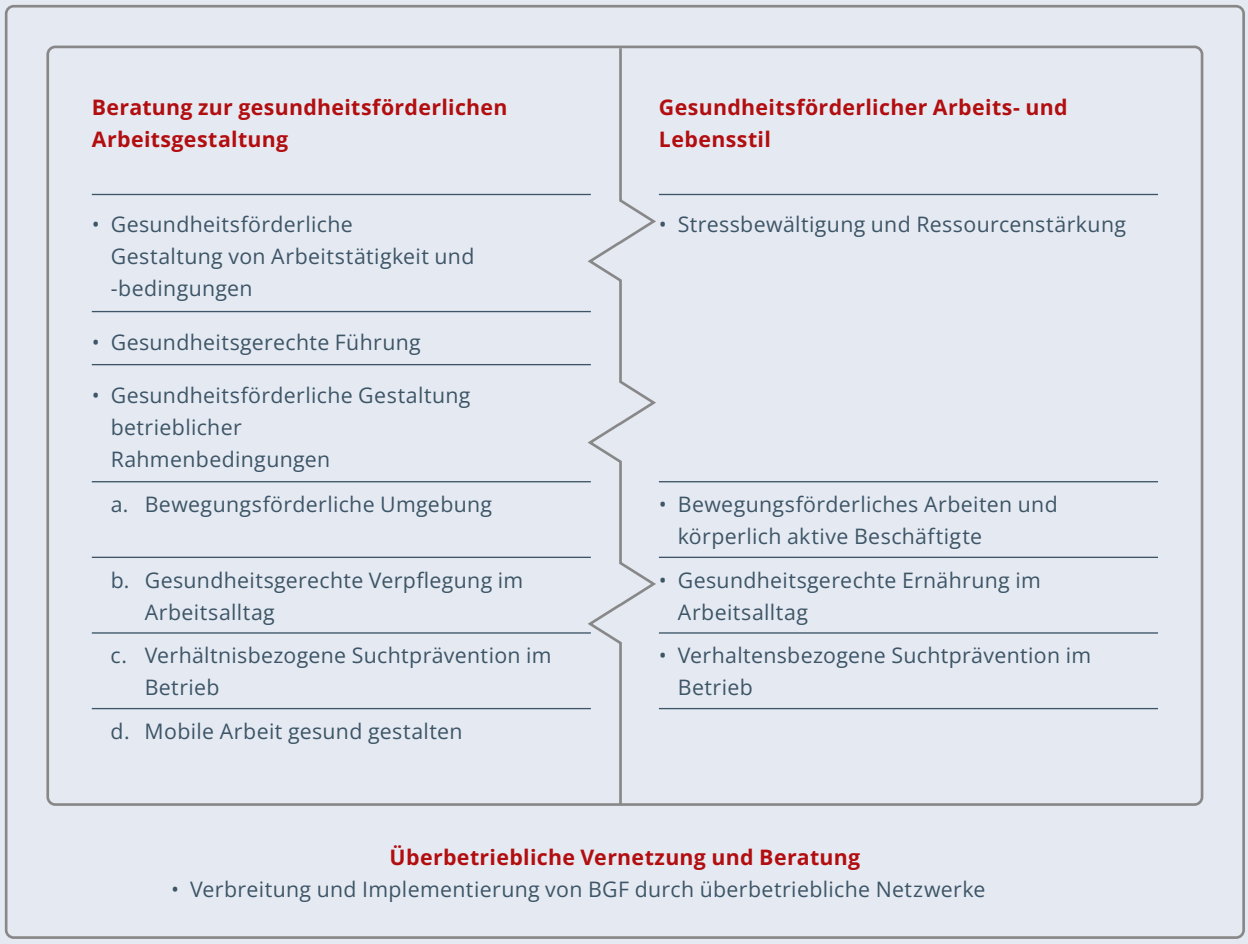
- Zivilgesellschaftliche Anbieter in der Kommune
  - Freizeit-/Breitensportangebote der Sportvereine

Zur Förderung einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme und wechselseitigen Verzahnung der von externen 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 Partner hinweisen sowie im Bedarfsfall den Kontakt zu den dort Zuständigen vermitteln.

6.5 Handlungsfelder

Die Handlungsfelder umfassen die möglichen Maßnahmen, die auf Grundlage aussagefähiger 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. Kapitel 6.3.5).

Abbildung 9: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien in der betrieblichen Gesundheitsförderung



Im Rahmen dieses oben beschriebenen betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses unterstützen Krankenkassen Maßnahmen in den folgenden Handlungsfeldern (vgl. Abbildung 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 und barrierefrei ausgestaltet werden.

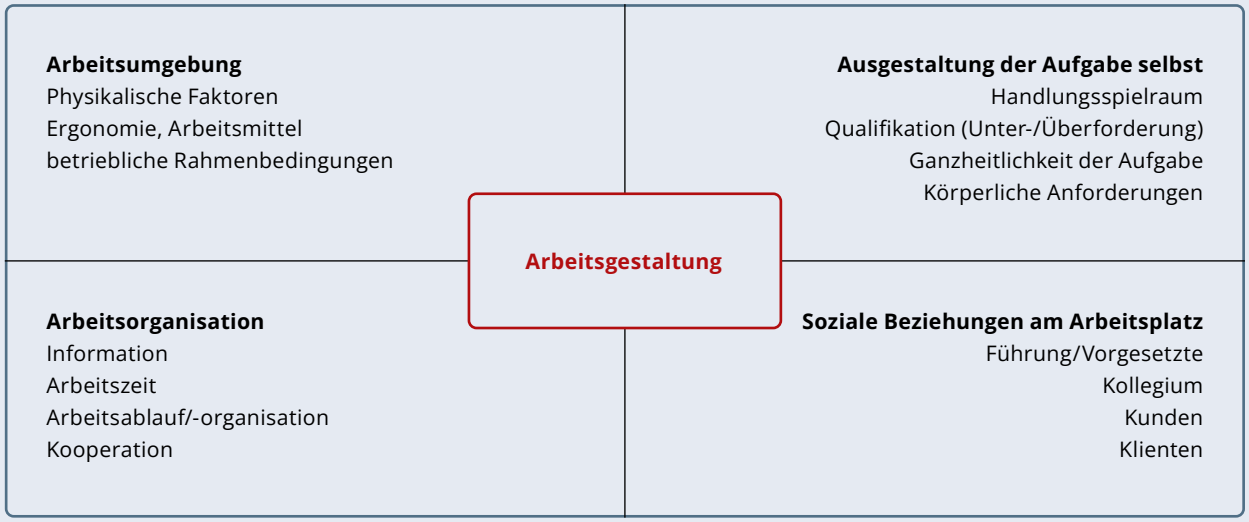
6.5.1 Handlungsfeld Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung

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).[176] 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 auf Angebote und Hilfen weiterer Zuständiger und Verantwortlicher hin.[177]

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

177 Beratungen zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung können Betriebe auch bei der Erfüllung ihrer arbeitsschutzrechtlichen Aufgaben unterstützen. Die Gestaltungsempfehlungen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) insbesondere zum Themenbereich der psychischen Belastung sollten daher bei der Beratung berücksichtigt werden: Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) (2022). Berücksichtigung psychischer Belastung in der Gefährdungsbeurteilung. Empfehlungen zur Umsetzung in der betrieblichen Praxis. 4. Aufl. Berlin. S. 26–30 (www.gda-portal.de).

Abbildung 10: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung (Themen)



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.

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".[178] 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

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

in Reaktion auf unterschiedliche äußere Einwirkungen (Stressoren) dar. Die Stressreaktion bildet das Bindeglied zwischen äußeren Belastungen und körperlichen und psychischen Erkrankungen. Sie wird definiert als „unangenehm empfundener Zustand, der von der Person als bedrohlich, kritisch, wichtig und unausweichlich erlebt wird“[179]. 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“[180] 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.[181] 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 6.5.2) 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.[182]

Zielgruppe

alle Beschäftigten im Unternehmen, fokussierte Berücksichtigung von Beschäftigtengruppen mit besonderen Belastungen

179 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2010). Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben. Dortmund. S. 13.

180 Siegrist, J. & Dragano, N. (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.

181 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.

182 Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung ist aufbereitet in: Pieper, C. & Schröer, S. (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., Kramer, I., Bödeker, W. (2008). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. iga.Report 13. Essen. insbes. S. 63–66 (www.iga-info.de ▷ Veröffentlichungen ▷ iga.Reporte).

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 Beschäftigten)

Inhalt

- betriebsspezifische Beratung zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen der Arbeitsgestaltung (vgl. Abbildung 10)
- 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 (siehe Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, Kapitel 6.5.2) bei Bedarf Schulung von Peers mit Mentorenfunktion (Fürsprechende der Beschäftigten z. B. in multikulturellen Arbeitsteams, für sozial benachteiligte Beschäftigtengruppen), Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Führung

Bedarf

Führungskräfte besitzen erheblichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit, die Motivation und die Gesundheit der unterstellten Beschäftigten. Dabei ist die Tätigkeit von Führungskräften selbst in der Regel mit hohen Anforderungen verbunden. 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 Beschäftigte, 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.

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 Beschäftigten. Oftmals ist kränkendes oder unzureichendes Führungsverhalten Ausdruck von Überforderung, mangelndem Wissen über Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit oder fehlenden unterstützenden Rahmenbedingungen im Unternehmen.[183]

Bei ganzheitlichen BGF-Prozessen kommt Führungskräften somit aufgrund ihres Einflusses auf die Arbeitsbedingungen sowie die gesundheitlich relevanten Verhaltensweisen ihrer Beschäftigten eine Schlüsselposition zu. Sie bedürfen zugleich einer besonderen Unterstützung, da sie aufgrund ihrer „Sandwich-Position"[184] selbst besonders beansprucht sind. Ihre aktive Mitwirkung ist daher entscheidend für die Schaffung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen 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 Beschäftigten ausgeprägt waren, umso geringer war das Risiko für akute Herz-Kreislauf-Erkrankungen.[185] Auch der Stressreport 2019 belegt, dass das Führungsverhalten stark mit Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfähigkeit der unterstellten Beschäftigten assoziiert ist.[186] Wichtige gesundheitsförderliche Führungsmerkmale sind u. a. offene Kommunikation, soziale Unterstützung der Beschäftigten, Gewährung von Mitbestimmungsmöglichkeiten und Handlungsspielräumen sowie Anerkennung und Wertschätzung.[187] Gesundheitsförderliches Führungsverhalten hat auch positive Auswirkungen auf die persönlichen gesundheitlichen Verhaltensweisen der Beschäftigten.

Zielgruppe

- alle Führungskräfte eines Unternehmens
- Führungskräfte mit erhöhter Stressbelastung

183 Vgl. auch Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2014). Fachkonzept Führung und psychische Gesundheit. Berlin.
184 Deutsche Gesellschaft für Personalführung (2011). Psychische Beanspruchung von Mitarbeitern und Führungskräften, Düsseldorf.
185 Nyberg, A., Alfredsson, L., Theorell, T., Westerlund, H., Vahtera, J., Kivimäki, M. (2009). Managerial Leadership and Ischaemic Heart Disease Among Employees: The Swedish WOLF Study. Occupational and Environmental Medicine, 66(1), S. 51–55. Vgl. auch die Meta-Analyse von Montano et al., in der die Auswirkungen von Führungsstilen auf Gesundheit und Performance dargestellt werden: Montano, D., Reeske, A., Franke, F., Hüffmeier, J. (2017). Leadership, followers' mental health and job performance in organizations: A comprehensive meta-analysis from an occupational health perspective. Journal of Organizational Behavior, 38(3), S. 327–350.
186 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2020). Stressreport Deutschland 2019 – Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund und Berlin. S. 14f. sowie 105–126.
187 Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (2011). Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin. Gregersen, S., Kuhnert, S., Zimber, A., Nienhaus, A. (2011). Führungsverhalten und Gesundheit – Zum Stand der Forschung. Das Gesundheitswesen. Jg. 73. S. 3–12.

- 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 und möglichst unter Berücksichtigung vorliegender Gefährdungsbeurteilungen 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
- Unterstützung beim Aufbau von Kompetenzen im Umgang mit unklaren, komplexen und konfliktträchtigen Arbeitssituationen
- Befähigung zur gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeit (z. B. Vermeidung von Störungen und Unterbrechungen, Bearbeitung von ungünstig gestalteten Prozessen und 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 das Kollegium sowie durch Führungskräfte, Umgang mit digitalen Anforderungen), wobei die Berücksichtigung von Merkmalen der Vielfalt/Diversität – insbesondere von Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und Behinderung – eingeschlossen sind
- Befähigung zu einer wertschätzenden Kommunikation mit Beschäftigten
- Beteiligung von Beschäftigten und Kommunikation im Team: Schaffung von Strukturen (z. B. regelmäßige Teambesprechungen), Festlegung von Informationsabläufen, Schaffung von Beteiligungsmöglichkeiten, Pausenregelungen, Angebot von Begegnungsräumen
- Gestaltung von Prozessen und Befähigung zum integrativen Umgang mit den aus langer Krankheit oder Abwesenheit zurückkehrenden Beschäftigten und für die Unterstützung von suchtkranken, behinderten, chronisch kranken oder leistungsgeminderten/-gewandelten Beschäftigten in Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen für das betriebliche Eingliederungsmanagement und ggf. weiteren Unterstützenden (z. B. Suchtbeauftragten, Vertrauensperson für Menschen mit Beeinträchtigungen)

Führungsverhalten: Kompetenz „Gesundheit“ ausbauen

- Sensibilisierung der Führungskräfte für Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und dem Wohlbefinden, den psychophysischen Belastungen, den Ressourcen und der Gesundheit der Beschäftigten
- Förderung der Selbstreflexions- und Introspektionsfähigkeit bei Führungskräften
- Entwicklung eines an den Beschäftigten orientierten und gesundheitsgerechten Kommunikations- und Führungsstils
- Reduzierung psychischer Fehlbelastungen aufseiten der Beschäftigten 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 (z. B. Vorbeugung von Entgrenzung, Notwendigkeit von Detachement während arbeitsfreier Zeit)
- Entfaltung der Vorbildfunktion und Impulsgebung für Gesundheitsförderung bei den unterstellten Beschäftigten

---

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 Beschäftigten
- 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 Beschäftigten 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 (u. a. gesundheitsgerechtes Führen auf Distanz auch unter Berücksichtigung der Digitalisierung)
- Umgang mit gesundheitlich belasteten Beschäftigten und Auswirkung auf Team- und Arbeitsstrukturen

---

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 möglichst auf Basis vorliegender Gefährdungsbeurteilungen
- „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. Die Maßnahmen der Krankenkassen auf diesem Feld zielen darauf ab, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen durch die Gestaltung struktureller Rahmenbedingungen zu erleichtern. Krankenkassen können Betriebe bei der gesundheitsförderlichen Gestaltung der genannten Rahmenbedingungen sowie bedarfsbezogen zu weiteren Themen unterstützen.

A Bewegungsförderliche Umgebung

Bedarf

Etwa 25 % aller Arbeitsunfähigkeitstage treten infolge von Muskel- und Skelett-Erkrankungen 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).[188] Der in der modernen Arbeitswelt verbreitete Bewegungsmangel infolge körperlicher Inaktivität und langer Sitzzeiten ist auch für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie für Typ-2-Diabetes 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-, Herz-Kreislauf- und Verdauungs-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, die Initiierung von

188 Initiative Gesundheit und Arbeit (2010). iga.Fakten 2 – Starke Muskeln, gesunde Knochen – beweglich bleiben im Beruf. S. 8 (www.iga-info.de ▷ Veröffentlichungen ▷ iga.Fakten).

Gruppenaktivitäten und die Nutzung von technischen Hilfsmitteln abheben sowie das individuelle Verhalten beeinflussen. Durch Förderung des Zufußgehens und der Fahrradnutzung können zugleich Treibhausgasemissionen vermieden werden. 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.[189]

Zielgruppe

- betriebliche Personen in Entscheidungspositionen
- 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 Anbietenden (gesundheits-)sportlicher Maßnahmen (einschließlich digitaler Gesundheitsförderungsangebote)

Methodik

- Analyse der Bewegungssituation
- Beratung/Schulung von betrieblichen Personen in Entscheidungspositionen
- betriebliche Informations- und Motivationskampagnen

Die Schaffung gesundheitsgerechter betrieblicher Bedingungen sollte mit begleitenden präventiven Angeboten zur Verhaltensmodifikation und Unterstützung eines gesundheitsgerechten Lebensstils kombiniert werden (siehe Handlungsfeld Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Kapitel 6.5.2).

189 Pieper, C. & Schröer, S. (2015). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006–2012. In iga.Report 28. Essen. insbesondere S. 61 f. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand der Jahre 2000–2006 ist aufbereitet in: Sockoll, I., Kramer, I., Bödeker, W. (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 (www.iga-info.de ▷ Veröffentlichungen ▷ iga.Reporte).

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. In Deutschland waren 2019/2020 mit steigender Tendenz 60 % der Männer und 47 % der Frauen übergewichtig; 19 % waren adipös (vgl. Kapitel 5.2.2 Handlungsfeld Ernährung, Präventionsprinzip Vermeidung und Reduktion von Übergewicht), was mit einem stark erhöhten Risiko für Typ-2-Diabetes, Stoffwechselstörungen, Bluthochdruck etc. einhergeht. 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.[190] Die gesundheitsfördernde Funktion der Verpflegung im Arbeitsalltag wird maßgeblich von der ernährungsphysiologischen Qualität des Speisenangebots bestimmt.

Wirksamkeit

Eine Ernährungsweise, die überwiegend aus pflanzlichen Lebensmitteln wie Gemüse und Obst, Vollkornprodukten sowie Hülsenfrüchten und zu einem geringeren Anteil aus Lebensmitteln tierischer Herkunft sowie hoch verarbeiteten Lebensmittel besteht und die die Zufuhr gesättigter Fettsäuren und zugesetztem Zucker einschränkt, trägt zum Wohlbefinden und zur Leistungsfähigkeit der Beschäftigten sowie zur Vermeidung/Verringerung ernährungsmitbedingter Krankheiten wie z. B. Adipositas, Typ-2-Diabetes, Stoffwechselstörungen, Bluthochdruck etc. maßgeblich bei.[191] Zugleich hilft sie, Treibhausgasemissionen zu vermindern.[192]

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
- Kennzeichnung der Speisen, insbesondere, wenn sie über reine Kalorien- und Nährwertangaben hinausgeht (z. B. Ampelsysteme)
- Aspekte der Nachhaltigkeit, z. B. regionale und saisonale Lebensmittel, Produkte aus ökologischer Landwirtschaft
- Präsentation und Ausgabe der Speisen, geschultes Ausgabepersonal sowie Begleitmedien, „Nudging“[193]
- Gestaltung des Betriebsrestaurants (Ambiente), Nähe zum Arbeitsplatz
- Pausenregelungen, flexible Verfügbarkeit des Verpflegungsangebots

190 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. (www.iga-info.de ▷ Veröffentlichungen ▷ iga.Fakten).
191 Vgl. Kapitel 5.4.2 dieses Leitfadens.
192 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (2021). DGE-Positionspapier zur nachhaltigeren Ernährung. Ernährungs Umschau 68. S. 144–154. (DOI 10.4455/eu.2021.03).
193 Vgl. Eichhorn, D. & Ott, I. (2019). Nudging im Unternehmen. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). iga-Report 38. Dresden (www.iga-info.de ▷ Veröffentlichungen ▷ iga.Reporte).

Durch Optimierung der o. g. betrieblichen Einflussfaktoren kann das Ernährungsverhalten der Beschäftigten während des Arbeitstages und auch darüber hinaus positiv beeinflusst werden.[194] Programme, die verhältnis- und verhaltenspräventive (vgl. Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil", Kapitel 6.5.2) Maßnahmen kombinieren, zeigen die größten Effekte. Solche Interventionen erwiesen sich in mehreren Untersuchungen erfolgreicher, wenn sie mit Programmen zur Gewichtskontrolle kombiniert wurden. 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 %.[195]

Zielgruppe

- Kantinenleitung und Beschäftigte in der Kantine
- 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:

- Beschäftigte, die nachts arbeiten
- Beschäftigte mit Diabetes mellitus
- Beschäftigte muslimischen Glaubens
- Beschäftigte, die sich vegan oder vegetarisch ernähren

Ziel der Maßnahme

Ausrichtung des Verpflegungsangebots einschließlich Flüssigkeitsversorgung (Kantinen-, Pausen- und Meetingverpflegung, ggf. auch externe Angebote) an den Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr[196] und dem DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Betrieben[197] sowie an Bedarf und Bedürfnissen der Beschäftigten

---

Inhalt

- Ausrichtung der Betriebsverpflegungsangebote an den aktuellen Ernährungsempfehlungen und dem DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Betrieben
- Optimierung der Essensausgabeverfahren zur Erhöhung der Wahlmöglichkeiten und Verkürzung der Wartezeiten

194 Barthelmes, I. et al. (2022). Gestaltung von Rahmenbedingungen und wirksame Ansätze zur Förderung einer gesunden Ernährungsweise und der individuellen Ernährungskompetenz in Lebenswelten. Ein Umbrella-Review. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit.
195 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. (www.iga-info.de ▷ Veröffentlichungen ▷ iga.Fakten).
196 Deutsche Gesellschaft für Ernährung , Österreichische Gesellschaft für Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährung, (Hrsg.) (2024). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 2. Auflage, 8. aktualisierte Ausgabe. Bonn.
197 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2023). DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Betrieben, Behörden und Hochschulen. 6. Auflage. Bonn. (www.dge.de/gemeinschaftsgastronomie/dge-qualitaetsstandards).

- Abstimmung der Öffnungszeiten der Verpflegungseinrichtungen auf die Bedürfnisse und Arbeitszeiten der Beschäftigten (z. B. bei Schicht- und Wochenendarbeit)
- 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 Beschäftigten an der Erhebung der Verpflegungssituation z. B. durch Beschäftigtenbefragungen
- Verbesserung der bestehenden Verpflegungssituation z. B. durch Angebot und optimierte Darbietung gesundheitsförderlicher und ökologisch nachhaltiger 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 (z. B. Interne Öffentlichkeitsarbeit, Screenings, Ernährungsberatung)
- Schulungen (z. B. des Küchenpersonals) zur Umsetzung der aktuellen Ernährungsempfehlungen und des DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Betrieben

Die Schaffung gesundheitsgerechter betrieblicher Bedingungen sollte mit begleitenden präventiven Angeboten zur Verhaltensmodifikation und Unterstützung eines gesundheitsgerechten Lebensstils kombiniert werden (siehe Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, Kapitel 6.5.2).

C Verhältnisbezogene Suchtprävention im Betrieb

Bedarf

Suchtmittelkonsum beeinträchtigt im beruflichen Kontext die individuelle Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Arbeitssicherheit und -qualität (siehe hierzu auch Kapitel 5.2.4 Handlungsfeld 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 über 120.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Rauchen ist Hauptrisikofaktor für:

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

Passiv Rauchende erleiden – wenn auch in geringerem Ausmaß und seltener – die gleichen akuten und chronischen Gesundheitsschäden wie Rauchende.

Epidemiologische Daten belegen ferner den Umfang von riskantem, missbräuchlichem und abhängigem Alkoholkonsum in Deutschland: Bei 7,9 Mio. Menschen in der Altersgruppe von 18–64 Jahren besteht z. B. ein riskanter Alkoholkonsum, davon weisen ca. 1,4 Mio. Menschen einen missbräuchlichen Konsum auf und bei 1,6 Mio. der Gesamtzahl liegt ein Abhängigkeitssyndrom vor.[198] 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, 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“)[199] zur vermeintlich besseren Bewältigung von Anforderungen des Arbeitsalltags. Darüber hinaus konsumieren in Deutschland hochgerechnet etwa 283.000 Erwachsene im Alter von 18–64 Jahren Cannabis und illegale Drogen wie Kokain oder Amphetamine missbräuchlich.

198 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2023). DHS Jahrbuch Sucht 2023. Lengerich. S. 15 f.
199 Kowalski, H. (2013). Neuroenhancement – Gehirndoping am Arbeitsplatz. In: Badura, B., Ducki, A.et al. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft. Heidelberg. S. 27–34, hier: S. 32.

Wirksamkeit

Maßnahmen auf der organisatorischen Ebene, wie z. B. Alkohol-, Cannabiskonsum- und Rauchverbote, reduzieren den Suchtmittelkonsum während der Arbeitszeit erheblich. Beim Thema Alkohol, Cannabis, 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
- betriebs-/werksärztliche Fachkraft
- 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: Risikoarmer Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums)

Inhalt

Bestandteile von Programmen zur Suchtprävention sind:[200]

- Erarbeitung von Führungsleitlinien zum Suchtmittelkonsum mit Regeln und Kommunikationsangeboten zum Umgang mit „Verstößen“
- Schulung von Führungskräften und anderen betrieblichen Entscheidungspersonen 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
- Ausrichtung eines attraktiven nicht-alkoholischen Getränke-Angebots in der Betriebsverpflegung
- Förderung einer alkoholfreien Betriebskultur („Null Promille am Arbeitsplatz“), Stärkung der Vorbildrolle der Vorgesetzten und des Kollegiums

200 Anleitungen für betriebliche Suchtpräventionsprogramme: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2011). Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe. 2. aktualisierte und ergänzte Auflage. Hamm (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 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).

- Maßnahmen zur Organisations- und Personalentwicklung zur Verbesserung von Unternehmenskultur, Führungsstil, Betriebsklima und Arbeitszufriedenheit (z. B. Schulung in Gesprächsführung von Führungskräften und Personalvertretung, Betriebsklima-Gruppen, 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 (siehe Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, Kapitel 6.5.2).

D Mobile Arbeit gesund gestalten

Bedarf
Eine steigende Zahl von Tätigkeiten, besonders aus dem Bürokontext, ist dank moderner Informations- und Kommunikationstechnologien an keine feste Betriebsstätte mehr gebunden: Arbeit kann so auch von zu Hause oder einem anderen frei gewählten Ort aus geleistet werden. Diese Form der beruflichen Leistungserbringung wird mit dem Begriff der mobilen Arbeit bezeichnet. Mobile Arbeit ist bislang rechtlich nicht abschließend definiert. Die Ausführungen dieses Kapitels konzentrieren sich auf Beschäftigte mit Tätigkeiten, die auch in der Arbeitsstätte durchgeführt werden könnten. Bis 2017 war die Verbreitung mobiler Arbeit in Deutschland noch verhalten und folgte keinem klaren Trend.[201] Der Durchbruch erfolgte vor allem während der Covid-19-Pandemie ab 2020 (hier insbesondere auch als Mittel der Kontaktbeschränkung). Auch nach Auslaufen der pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen wird das mobile Arbeiten den Arbeitsalltag der Zukunft voraussichtlich stark prägen.

Mobil arbeitende Beschäftigte äußern sich überwiegend zufrieden mit dieser Art der Tätigkeit[202], wobei insbesondere der Wegfall des Arbeitsweges, die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben und die ruhigere Arbeitsatmosphäre durch Reduzierung von Störungen und Unterbrechungen als Vorzüge genannt werden.[203] Gleichwohl kann mobile Arbeit auch gesundheitliche Risiken beinhalten. Im Unterschied zu den im Betrieb tätigen Beschäftigten wäre bei mobil Arbeitenden eine gute

201 2018 gaben 12 % der Beschäftigten an, dass sie „gewöhnlich oder manchmal“ von zu Hause arbeiteten. Bereits im Juni 2019 war der Anteil der „gelegentlich oder regelmäßig“ Homeoffice Nutzenden auf 24 % angestiegen; nach Ausbruch der Covid-19-Pandemie 2020 nutzten im Juli/August sogar 36 % der Beschäftigten ständig oder an manchen Tagen das Homeoffice. Mobil Arbeitende sind zumeist an mehreren Tagen in der Woche auch im Betrieb tätig: Im Durchschnitt arbeiteten in Vollzeit tätige Homeoffice Nutzende 2020 26 Arbeitsstunden pro Woche von zu Hause aus. Alle Angaben nach: Bonin, H. et al. (2020). Kurzexpertise. Verbreitung und Auswirkungen von mobiler Arbeit und Homeoffice. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Institut für Arbeit und Qualifikation – Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung – IZA Institute of Labor Economics. Berlin. (www.bmas.de ▷ Service ▷ Publikationen ▷ Forschungsberichte ▷ Forschungsbericht 549 „Verbreitung und Auswirkungen von mobiler Arbeit und Homeoffice“) Dies entspricht in etwa dem gewünschten Umfang: In Befragungen äußern Beschäftigte, dass sie im Mittel an etwas mehr als zweieinhalb Arbeitstagen pro Woche mobil arbeiten möchten. (Kunze, F., K. Hampel, S. Zimmermann (2020). Homeoffice in der Corona-Krise – eine nachhaltige Transformation in der Arbeitswelt? Universität Konstanz. Policy Paper N0 02. www.progressives-zentrum.org ▷ COVID-19 und soziale Ungleichheit – Thesen und Befunde). Angaben für das Jahr 2021: Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) (2021). Kurzbericht Sonderauswertung 2021. New Work & Führung. Mobile Arbeit und Homeoffice. (www.iga-info.de ▷ Veröffentlichungen).

202 Bonin, H. et al. (2020). Kurzexpertise. Verbreitung und Auswirkungen von mobiler Arbeit und Homeoffice. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Institut für Arbeit und Qualifikation – Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung – IZA Institute of Labor Economics. Berlin. S. 118.

203 Vgl. Behrens, J., Maurer, T., Stender, S. (2021). Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0: Wirkung der zunehmenden Flexibilisierung von Arbeitsort und -zeit sowie der digitalen Kommunikation auf das Wohlbefinden von Beschäftigten. In: Badura, B. et al. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2021. Betriebliche Prävention stärken – Lehren aus der Pandemie. S. 405–418.

Arbeitsplatzgestaltung z. B. im Hinblick auf die Ergonomie auch von den häuslichen Rahmenbedingungen und Ressourcen abhängig. Durch die Integration des Arbeitsplatzes z. B. in die private Wohnung und die dortige berufliche Erreichbarkeit können berufliche Aufgaben in den Privatbereich eindringen und die Grenzen zwischen Beruf und Privatleben verwischen („Entgrenzung"). Diese Problematik kann sich verstärken, wenn z. B. mit den Arbeitgebenden keine verbindlichen Arrangements über Erreichbarkeitszeiten getroffen worden sind. Weiterhin drohen ggf. Gesundheitsschäden durch langes Sitzen („sedentary lifestyle") – vor allem wenn die durch den Wegfall der Arbeitswege gewonnene Zeit nicht zur körperlichen Betätigung genutzt und Pausen übergangen oder sitzend verbracht werden.[204]

Die gesundheitlichen Auswirkungen mobiler Arbeit sind daher insgesamt als ambivalent zu beurteilen: die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben kann zugleich zu einer unerwünschten Vermischung führen; eine ruhigere Arbeitsatmosphäre ist mit reduzierten persönlichen Kontakten zum Kollegium verbunden, der Wegfall des Arbeitswegs leistet dem Bewegungsmangel Vorschub. Bei vergleichender Betrachtung des gesundheitlichen Befindens berichteten mobil arbeitende Beschäftigte häufiger über Symptome emotionaler Irritation (Erschöpfung, Nervosität und Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit) sowie sozialer Isolation als stationär im Betrieb Tätige.[205] Auf der anderen Seite stehen größere Zufriedenheit und höheres Wohlbefinden der Beschäftigten, wie bereits frühere Studien zu mobiler Arbeit herausfanden.[206]

Wirksamkeit

Die durch die Digitalisierung eröffneten Flexibilisierungsspielräume müssen gesundheitserhaltend gestaltet werden und können – auf freiwilliger Basis – gesundheitsförderliche Aspekte und Angebote berücksichtigen. Aus betrieblichen Fallstudien zu den Erfahrungen von Beschäftigten und betrieblichen Führungskräften mit der Einführung und Umsetzung mobiler Arbeit wurden „Gelingensbedingungen" für eine beide Seiten zufrieden stellende Organisation dieser Arbeitsform abgeleitet: Unverzichtbar sind eine verlässlich funktionierende IT, klare Absprachen über die Erreichbarkeit der Beschäftigten, die routinemäßige Erfassung der Arbeitszeit sowie ein hohes Maß an Selbstmanagement- und Gesundheitskompetenzen bei den Beschäftigten. Eine übergreifende Bedingung für die erfolgreiche Implementierung von mobiler Arbeit und Homeoffice ist ferner eine durch Vertrauen zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden gekennzeichnete allgemeine Betriebskultur.[207] Wichtig bei der Ausgestaltung mobiler Arbeit sind zum einen passende und gut gestaltete ergonomische Verhältnisse (wo auch immer sich der Arbeitsort ggf. befindet). Zum anderen kann mobile Arbeit den Beschäftigten ein höheres Maß an Eigenverantwortung abverlangen, daher muss auch die Entwicklung von Selbstmanagement- und Gesundheitskompetenzen der Beschäftigten thematisiert werden.

204 Mojtahedzadeh, N., Rohwer, E., Lengen, J., Harth, V., Mache, S. (2021). Gesundheitsfördernde Gestaltung im Homeoffice im Kontext der COVID-19-Pandemie. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie. 71. S. 69–74. (www.springermedizin.de/covid-19/gesundheitsfoerdernde-arbeitsgestaltung-im-homeoffice-im-kontext/18747332).

205 Waltersbacher, A., Maisuradze, M., Schröder, H. (2019). Arbeitszeit und Arbeitsort – (wie viel) Flexibilität ist gesund? Ergebnisse einer repräsentativen Befragung unter Erwerbstätigen zu mobiler Arbeit und gesundheitlichen Beschwerden. In: Badura, B., A. Ducki, H. Schröder, Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.). Fehlzeiten Report 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen. Berlin (Springer). S. 77–107, hier: S. 98. Kunze, F., Hampel, K., Zimmermann, S. (2020). Homeoffice in der Corona-Krise – eine nachhaltige Transformation in der Arbeitswelt? Universität Konstanz. Policy Paper N0 02. (www.progressives-zentrum.org/covid-19-und-soziale-ungleichheit).

206 Beermann, B., Amlinger-Chatterjee, M., Brenscheidt, F., Gerstenberg, S., Niehaus, M., Wöhrmann, A.M. (2018): Orts- und zeitflexibles Arbeiten: Gesundheitliche Chancen und Risiken. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund Berlin Dresden.

207 Bonin, H. et al. (2020). Kurzexpertise. Verbreitung und Auswirkungen von mobiler Arbeit und Homeoffice. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Institut für Arbeit und Qualifikation – Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung– IZA Institute of Labor Economics. Berlin. S. 87 f.

Zielgruppe

- betriebliche Personen mit Entscheidungsbefugnis
- Führungskräfte
- mittelbar alle Beschäftigten mit mindestens gelegentlicher mobiler Arbeit

Ziel der Maßnahme

Gesundheitsförderliche Gestaltung von mobiler Arbeit zur Minimierung ihrer gesundheitlichen Risiken und Entfaltung ihrer gesundheitsfördernden Potenziale

Inhalt

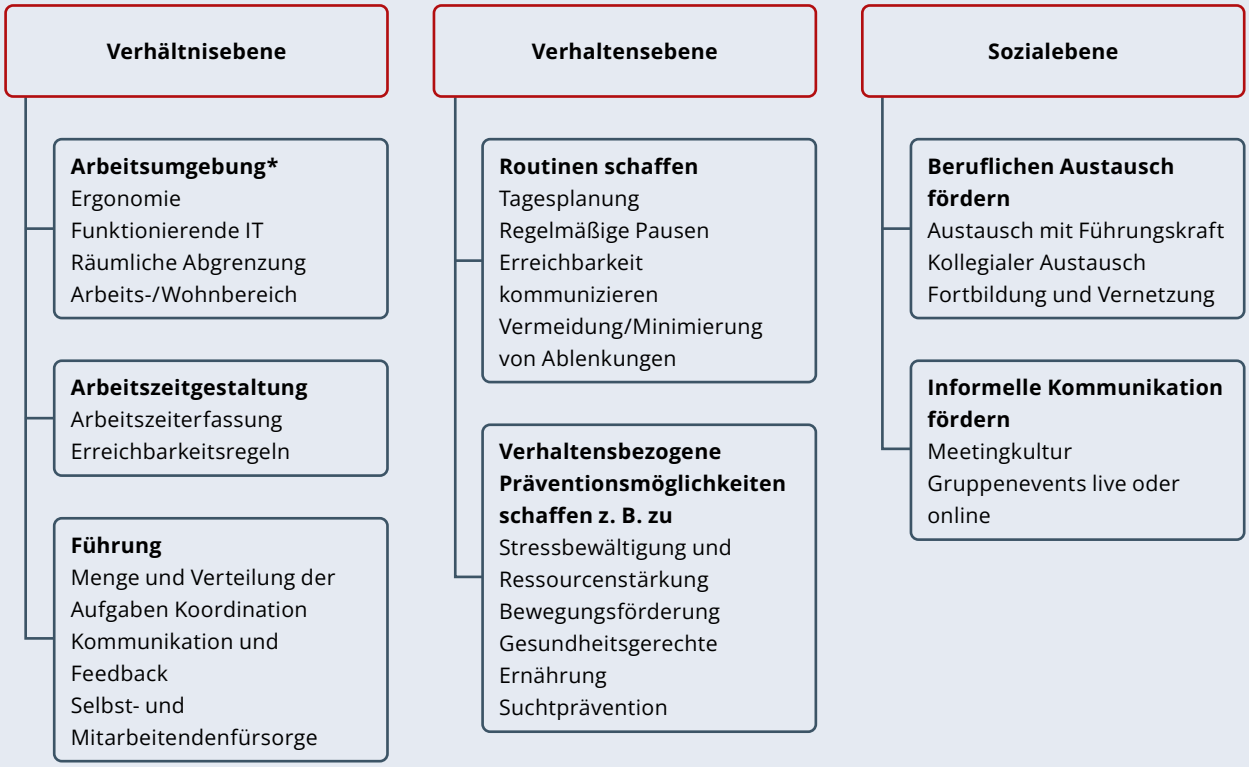
- Beratung der betrieblich Verantwortlichen und Führungskräfte[208] zur ganzheitlichen gesundheitsförderlichen Gestaltung mobiler Arbeit auf den Ebenen
  - Verhältnisse (gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung nach Kapitel 6.5.1)
  - Verhalten (Schaffung von Tagesroutinen und verhaltensbezogener Präventionsmöglichkeiten nach Kapitel 6.5.2)
  - soziale Einbindung und Betriebskultur (insbesondere Förderung beruflichen und informellen Austausches)
- Verzahnung mit Maßnahmen zu einem gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstil (siehe Kapitel 6.5.2)
- Beratung zur Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten bei der Ausgestaltung von Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen zu mobiler Arbeit / Homeoffice

Methodik

- Entwicklung und Umsetzung ganzheitlicher unternehmensspezifischer Konzepte zu mobiler Arbeit / Homeoffice
- Einbindung von Beschäftigten durch vertiefende Analysen, z. B. Beschäftigtenbefragungen, Moderation von Arbeitssituationsanalysen und Gesundheitszirkeln, Durchführung von Interviews usw.

208 Gestaltungsempfehlungen für Führungskräfte und Beschäftigte: Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG) (2021). CHECK-UP Homeoffice – Kurz- und Langversion. (https://publikationen.dguv.de; Kurzversion Webcode p021663; Langversion Webcode p021662).

Abbildung 11: Handlungsempfehlungen für eine gesunde Gestaltung mobiler Arbeit



*Die im Rahmen von Maßnahmen zur Arbeitsplatzgestaltung erforderlichen Anschaffungen stellen keine GKV-Leistungen dar.

Quelle: Modifiziert und ergänzt nach Backfisch, A., Ducki, A., Borde, T. (2021). Arbeitsorte der Zukunft – Gesundheitsfördernde Gestaltung von Coworking Spaces und Homeoffice. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Meyer, M. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2021. Betriebliche Prävention stärken – Lehren aus der Pandemie. Berlin (Springer). S. 311–326, hier: S. 320.

6.5.2 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 6.5.1) als auch auf die Stärkung individueller Bewältigungskompetenzen durch individuelle verhaltensbezogene Interventionen („Verhalten“). Als besonders effektiv haben sich Interventionsstrategien erwiesen, die verhältnis- und verhaltensbezogene Angebote kombinieren.[209]

Verhaltensbezogene Interventionen in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind folgenden Präventionsprinzipien zugeordnet:

- Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

209 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 (Hrsg.). Präventionsbericht 2013. Berlin und Essen. S. 24 f.

- Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
- Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
- Suchtprävention im Betrieb

Leistungen gemäß diesen Präventionsprinzipien sind auf die Reduzierung der wichtigsten Risikofaktoren epidemiologisch besonders bedeutsamer Erkrankungen gerichtet (siehe Kapitel 5.2). 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 Arbeitgebende finanziert sind, kombiniert werden. Hierzu können Krankenkassen Betrieben Hinweise auch zur Nutzung der Bestimmungen nach § 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz (vgl. Kapitel 8.4) geben.

Präventionsprinzip:
Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

In Kombination mit verhältnisbezogenen Maßnahmen (siehe Präventionsprinzipien „Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen“ sowie „Gesundheitsgerechte Führung“, Kapitel 6.5.1) ist bedarfsbezogen insbesondere für Beschäftigte mit Stressbelastung, die lernen wollen, damit sicherer und gesundheitsbewusster umzugehen, sowie für Beschäftigte mit spezifischen Tätigkeitsprofilen (z. B. Beschäftigte im Schichtdienst, mit hohen Anteilen an Interaktions- und Kommunikationsarbeit, in mobiler Arbeit, Auszubildende, Außendienstmitarbeitende etc.) ein begleitendes Angebot an verhaltenspräventiven, ggf. auch digitalen, 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 und „Selbstfürsorge“, 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
- Maßnahmen zur Förderung der Schlafhygiene und gesunden Schlafverhaltens
- Vermittlung von Selbstbehauptungs- und sozialkommunikativen Kompetenzen
- Anleitungen für Übungen außerhalb der Trainingssitzungen

Auch Bewegungsangebote (siehe Präventionsprinzip „Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte“) können Stressbelastungen moderieren.

Präventionsprinzip: Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte

In Kombination mit verhältnisbezogenen Maßnahmen (siehe Handlungsfeld „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung“, Präventionsprinzip „Gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen / Bewegungsförderliche Umgebung“ in Kapitel 6.5.1) 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-Skelett-Systems
- 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 (siehe Präventionsprinzip „Gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag“) ist bedarfsbezogen ein begleitendes Angebot an verhaltensbezogenen (Gruppen-) Beratungen sowie digitale Angebote (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, gesundheitsförderliche und zahngesunde (z. B. in Bezug auf säure- und zuckerhaltige Lebensmittel und Getränke) 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, ggf. auch digitale, 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, Vermittlung und Durchführung von betrieblichen Angeboten zur Tabakentwöhnung, zum risikoarmen Alkoholkonsum sowie zu weiteren Suchtmitteln
- ggf. Hinweise auf Angebote und Einrichtungen der Suchthilfe und Selbsthilfekontaktstellen/-gruppen

6.5.3 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.[210] Klein- und Kleinstbetriebe haben oftmals einen besonderen Unterstützungsbedarf.[211] Neben der individuellen Beratung von Betrieben und deren Unterstützung bei der Analyse und Verbesserung der gesundheitlichen Situation im Betrieb ist die überbetriebliche Betreuung im Rahmen von Netzwerken und Gemeinschaftsberatungen eine sinnvolle Alternative.

Die mittelbare Betreuung auf überbetrieblicher Ebene ist eine sinnvolle Betreuungsform, um möglichst vielen Betrieben und deren Beschäftigten die Teilnahme an BGF zu ermöglichen. Bei mittelbarer Betreuung durch überbetriebliche Vernetzung und Beratung (z. B. über Firmennetzwerke, Branchenverbände, Innungen, Handwerkskammern, Industrie- und Handelskammern, Kreishandwerkerschaften) können u. a. regelmäßige Sitzungen des Steuerungsgremiums durch die Teilnahme an moderierten Projekttagen ersetzt werden. An diesen treffen sich die in BGF aktiven Unternehmen und/oder Beschäftigten aus mehreren Betrieben der Region, um sich gegenseitig geplante oder laufende Projekte vorzustellen, Erfahrungen auszutauschen und – ggf. unter Hinzuziehung externer Personen mit Expertise – 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 und die BGF-Koordinierungsstellen 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.

210 Sczesny, C., Keindorf, S., Droß, P.J., Jasper, G. (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 10 % der Kleinstbetriebe mit bis zu 5 Beschäftigten Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung anbieten, trifft dies auf über 73 % der Betriebe ab 100 Beschäftigten zu.

211 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 Netzwerkpartnern (z. B. Unternehmensvertretungen, 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 und die BGF-Koordinierungsstellen können gemeinsam mit diesen Kooperationspartnern 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 (u. a. auch digital unterstützt) 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 6.5.1 und „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, Kapitel 6.5.2) 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.
- Akteure auf überbetrieblicher Ebene mit Entscheidungs- und/oder interner und externer Multiplikationsfunktion
- Vertretungen u. a. aus den Institutionen der Sozialversicherungen sowie andere 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, 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. Abbildung 8)
- Stärkung der Bereitschaft von Entscheidungspersonen sowie Multiplikatoren auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene, in die Verbreitung guter Praxis zu investieren
- Erreichung von Unternehmen und überbetrieblichen 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 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 Netzwerkpartnern, 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

Die Arbeit mit und in Netzwerken kann digital unterstützt werden.

7 Digitale Prävention und Gesundheitsförderung

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 Weiterentwicklung (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 modellhaften Erprobungen der Krankenkassen (vgl. Kapitel 5.1) zur Förderung weiterer innovativer digitaler Ansätze fließen in diese Weiterentwicklung ein.

Spezifische Erläuterungen zu Handlungsfelder übergreifenden Förderkriterien sind ebenso wie handlungsfeld- bzw. präventionsprinzip-spezifische Kriterien im ergänzenden Dokument „Kriterien zur Zertifizierung digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote gemäß Leitfaden Prävention, Kapitel 7“[212] aufgeführt.

7.1 Digitale Angebote in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention

Digitale Angebote im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung bieten eine große Vielfalt, die es ermöglicht, die jeweiligen Bedürfnisse und Bedarfe der Versicherten zu berücksichtigen. Digitale Angebote können daher für die individuelle verhaltensbezogene Prävention eine wertvolle Erweiterung des bestehenden Angebotsspektrums darstellen.

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.

Krankenkassen können den Einsatz digitaler Angebote durch die Versicherten vorbereitend oder begleitend durch Leistungen zur Förderung digitaler Gesundheitskompetenz unterstützen.

Im Folgenden werden die Kennzeichen digitaler Angebote erläutert (7.1.1) und die Formate digitaler Angebote beschrieben (7.1.2).

7.1.1 Kennzeichen und Differenzierungsmerkmale

Bei digitalen Angeboten übernimmt digitale Technologie wesentliche Funktionen, die in herkömmlichen, d. h. nicht-digitalen Präventionsmaßnahmen typischerweise durch Kursleitungen wahrgenommen werden. Auch künstliche Intelligenz bzw. maschinelles Lernen können hierbei Anwendung finden.

212 Download unter: www.gkv-spitzenverband.de ▷ Krankenversicherung ▷ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▷ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▷ Leitfaden Prävention.

Wesentliche Kennzeichen und Differenzierungsmerkmale digitaler Angebote – insbesondere in Abgrenzung zu nicht-digitalen Kursen – sind im Folgenden beschrieben.[213]

Funktionen der Kursleitung
Während bei Kursen im Präsenz- und den meisten IKT-Formaten 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 Angebote 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
Präsenz- und IKT-Formate sind meist derart gestaltet, dass alle Gruppenmitglieder gleichermaßen profitieren sollen, weshalb sie thematisch und methodisch breit angelegt sind und die Möglichkeiten zur Anpassung an einzelne Personen begrenzt sind. Digitale Angebote sind für eine Individualisierung hingegen besonders geeignet, da sie persönliche Schwerpunkte gezielt berücksichtigen können.

Thematische Fokussierung einer Maßnahme
Digitale Angebote 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
Präsenz- und IKT-Formate werden in der Regel in einem vorgegebenen Rhythmus (z. B. wöchentlich) für eine definierte Dauer (z. B. 90 Minuten) durchgeführt. Bei digitalen Angeboten 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).

7.1.2 Formate

Im Folgenden werden verschiedene Formate digitaler Angebote beschrieben. Es können Internet-Interventionen, mobile Anwendungen und hybride Trainingskonzepte unterschieden werden.

213 Lehr, D. & Boß, L. (2019). Occupational e-Mental Health – eine Übersicht zu Ansätzen, Evidenz und Implementierung. In Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (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., Burns, M.N., Schueller, S.M., Klinikman, M. (2013). Behavioral intervention technologies: Evidence review and recommendations for future research in mental health. Gen Hosp Psych. Jg. 35. S. 332–338.

Internet-Interventionen
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 ermöglichen214. 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
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.

Hybride Trainingskonzepte
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.

214 Ritterband, L. M. & Thorndike, F. (2006). Internet Interventions or Patient Education Websites? Journal of Medical Internet Research. Jg. 8. e18.

Abbildung 12: Charakteristika digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote

Internet-Interventionen

Trainings-konzept	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

Mobile Anwendungen

Trainings-konzept	Folgt oft einem Trainings-konzept, 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

Hybride Anwendungen

Trainings-konzept	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

Internet-Interventionen und mobile Anwendungen können mit unterschiedlicher Intensität einer individuellen Unterstützung durch eine Person angeboten werden. Bei einem minimal unterstützten digitalen Angebot 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 des digitalen Angebots 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.[215]

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

215 Schueller, S.M., Tomasino, K.N., Mohr, D.C. (2017). Integrating Human Support Into Behavioral Intervention Technologies: The Efficiency Model of Support. Clinical Psychology: Science and Practice. Jg. 24. S. 27–45.

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 in diesem Bereich sind nur solche digitalen Angebote durch die GKV förderfähig, die einen gesundheitlichen Nutzen in den Handlungsfeldern des Leitfadens Prävention (vgl. Kapitel 5.2, 5.4) belegt haben.

7.2 Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien für digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention

Krankenkassen fördern ausschließlich digitale Angebote, die den nachstehend definierten, Handlungsfelder übergreifenden Kriterien vollständig entsprechen und sind Bedingung für die Zertifizierung:

- Abgrenzung von digitalen Angeboten und Kursen im Präsenzformat sowie IKT-Format (vgl. Abschnitt 7.2.1)
- Prüfung und Berücksichtigung gesetzlicher Regelungen und weiterer Anforderungen (vgl. Abschnitt 7.2.2)
- Beleg des gesundheitlichen Nutzens (vgl. Abschnitt 7.2.3)
- Strukturqualität (vgl. Abschnitt 7.2.4)
  - Verfügbarkeit individueller Unterstützung
  - Qualifikation der die Unterstützung anbietenden Personen
  - Information der Versicherten
  - soziale Funktionalitäten
- Konzept- und Planungsqualität (vgl. Abschnitt 7.2.5)
  - 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 (vgl. Abschnitt 7.2.6)
- Ausschlusskriterien (vgl. Abschnitt 7.2.7)
- Nachweis und finanzielle Förderung der Nutzung (vgl. Abschnitt 7.2.8)

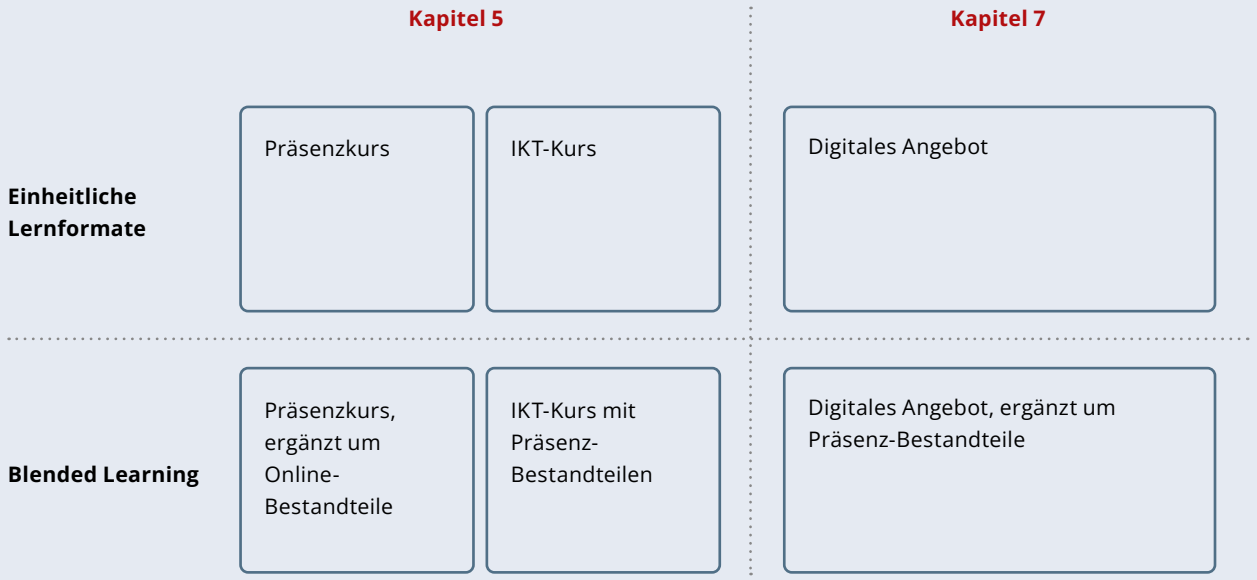
7.2.1 Abgrenzung von Kursen im Präsenz- und IKT-Format

Bei digitalen Angeboten werden typische Funktionen der Kursleitung (z. B. Edukation, Anleitung zu Übungen) teilweise oder nahezu vollständig durch digitale Technologie wahrgenommen. Bei Leitung der Maßnahme durch eine reale Person gelten immer die Regelungen des Kapitels 5 (Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention); bei Übertragung dieser Funktion auf digitale Technologie, handelt es sich um ein digitales Angebot. Es gelten die Regelungen dieses Kapitels.[216] Neben reinen Präsenz-, IKT- und digitalen Angeboten sind auch Mischformen (Blended Learning) möglich (vgl. Abbildung 13).

216 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.

Wenn die Nutzung digitaler Angebote 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 Anteile jedoch nur begleitend und unterstützend zu einem Präsenzkurs eingesetzt, so handelt es sich um ein Kursangebot im Präsenzformat (vgl. Kapitel 5.1); in diesem Fall stellt der digitale Anteil eine für den Erfolg des Präsenzkurses nicht notwendige Erweiterung dar.

Abbildung 13: Differenzierung von zertifizierungsfähigen Präventionsmaßnahmen gemäß Kapitel 5 und Kapitel 7 hinsichtlich Lernformaten



7.2.2 Prüfung und Berücksichtigung gesetzlicher Regelungen und weiterer Anforderungen

Zur Gewährleistung eines bestmöglichen Schutzes der Versicherten sind ausschließlich solche digitalen Angebote förderfähig, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Der Anbieter[217] ist dafür verantwortlich, die gesetzlichen Regelungen zum Einsatz des digitalen Angebots 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. Bei digitalen Angeboten, die sich an Jugendliche unter 16 Jahren richten, sind insbesondere die Bestimmungen des Artikel 8 DSGVO zu beachten.
- Zum Schutz der Versicherten findet dabei insbesondere eine detaillierte Datenschutz-Folgenabschätzung nach Artikel 35 EU-DSGVO statt, die zu belegen ist. Weitere Unterlagen sind unter Wahrung einer angemessenen Frist auf Nachfrage vorzulegen.
- Die vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) spezifizierten „Anforderungen an Anwendungen im Gesundheitswesen“ werden entsprechend der jeweils geltenden technischen

217 Mit Anbieter ist die Institution gemeint, die das digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot verantwortet und zur Nutzung zur Verfügung stellt.

Richtlinie BSI TR-03161 berücksichtigt. Erfolgt eine Datenverarbeitung außerhalb der Europäischen Union sind alle datenschutzrechtlichen Anforderungen an die Übermittlung in Drittstaaten, insbesondere die Art. 44–50 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 Angebote sind datenschutzfreundlich zu gestalten. Das Angebot ermöglicht den selbstbestimmten Umgang der Versicherten mit ihren Daten. Versicherte können dem Anbieter oder wissenschaftlichen Einrichtungen ihre 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 Angebote sind frei von Produktwerbung.
- Digitale Angebote enthalten keine Funktionen oder Schnittstellen, die die Vertraulichkeit der Daten der Nutzenden gefährden. Sie enthalten insbesondere keinerlei Funktionen und Schnittstellen zum unerwünschten Ausleiten, Einleiten oder Verändern von Daten.
- Aufgrund der hohen Dynamik im Bereich digitaler Angebote 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) und orientiert sich dabei an der ISO 27001. Eine Zertifizierung des ISMS gemäß ISO 27001 ist zum 01.01.2025 vorzulegen. Dabei ist nachzuweisen, dass die Zertifizierung alle zur Leistungserbringung notwendigen Systeme und Prozesse umfasst; bei der Beauftragung von Cloud-Diensten ist eine Zertifizierung des Cloud-Betreibers gemäß ISO 27018 nachzuweisen.
- Der Anbieter erklärt bei der Darlegung der Konzepte, Prozesse und Methoden zur sicheren Software-Entwicklung, dass er sich grundsätzlich an der ISO-Norm 27034 orientiert.

7.2.3 Beleg des gesundheitlichen Nutzens

Der Beleg eines gesundheitlichen Nutzens, den Versicherte oder definierte Gruppen von Versicherten durch das digitale Angebot haben, wird durch eine aussagekräftige wissenschaftliche Studie zu dem digitalen Angebot erbracht (Konkretisierungen hierzu im Dokument „Kriterien zur Zertifizierung digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote“, vgl. Fußnote 3). Digitale Angebote 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 Anbietenden neue wissenschaftliche Evidenz zum Nutzen seines digitalen Angebots bekannt, die den Nutzen infrage stellt, so sind die Krankenkassen bzw. die von ihnen mit der Prüfung beauftragte Stelle umgehend darüber zu informieren.

Bei der Planung und dem Bericht von Studienergebnissen sind die folgenden 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 Angebots einen gesundheitlichen Vorteil im Vergleich zum Startzeitpunkt aufweisen.

Transparente Planung
Die Studie wird in einem öffentlich einsehbaren Studienregister registriert.[218] 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).[219] 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 (vgl. Fußnote 3).

Studienplanung
Der Studienregistrierung liegt ein Studienprotokoll zugrunde, das sich an der Gliederung etablierter Richtlinien orientiert.[220] Im Studienprotokoll sind sämtliche für die Beurteilung der Wirksamkeit des digitalen Angebots 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 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 Angebot 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.[221] 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.

218 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.
219 Deutsches Register klinischer Studien: https://www.drks.de/drks_web/; Open Science Framework: https://osf.io/.
220 Guidance for Clinical Trial Protocols: www.spirit-statement.org.
221 z. B. Consolidated Standards of Reporting Trials: www.consort-statement.org.

7.2.4 Strukturqualität

Verfügbarkeit individueller Unterstützung
Förderfähig sind ausschließlich solche digitalen Angebote, 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 sind.
- 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 7.1.2). 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 digitalen Angebote, 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 Angebot 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 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 digitalen Angebote, die folgende Voraussetzungen erfüllen:
- Die Versicherten werden vom Anbieter über den gesundheitlichen Nutzen der digitalen Angebote informiert. Die Information ist vollständig und präzise, d. h., es wird über positive Effekte, nicht vorhandene 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[222] (P Personen, I Intervention, C Kontrollbedingung, O Outcome), d. h., es wird dargestellt, welche Merkmale die (P) Personen aufweisen, die an der zugrunde liegenden Studie teilnahmen, welches digitale Angebot (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 Angebot 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 Evidenz-Leveln 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 alle gesetzlichen Regelungen zum Einsatz des digitalen Angebots berücksichtigt wurden.

Soziale Funktionalitäten

Digitale Angebote 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, soziale Unterstützung und soziale Rückmeldungen können gezielt zur Verbesserung des digitalen Angebots eingesetzt werden.

Förderfähig sind ausschließlich solche digitalen Angebote, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Das digitale Angebot muss auch ohne soziale Funktionalitäten nutzbar sein.
- Etwaige soziale Funktionalitäten müssen von den Nutzenden selbst aktiviert werden (Opt-in statt Opt-out).
- Sind Nutzende des digitalen Angebots 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.

222 Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G., Donner-Banzhoff, N. (Hrsg.) (2007). Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. 2. Auflage. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

7.2.5 Konzept- und Planungsqualität

Zielgruppendefinition, Trainingskonzept und -inhalt, Manuale für Unterstützungspersonen
Förderfähig sind ausschließlich solche digitalen Angebote, 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"[223] sowie die „Gute Praxis Gesundheitsinformation"[224] 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 Angebote systematisch zu berücksichtigen[225] (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.

Gestaltung der digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote (Nutzerfreundlichkeit/Usability)
Die im Folgenden aufgeführten Kriterien sind Empfehlungen zur Gestaltung der digitalen Angebote. Sie orientieren sich an der „Mobilen App Rating Scale"[226] (MARS) in ihrer deutschen Version.[227] Eine Alternative bietet das Enlight Instrument.[228]

Das digitale Angebot 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).

223 Lühnen, J., Albrecht, M., Mühlhauser, I., Steckelberg, A. (2017). Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Online unter: www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/.
224 Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2015). Gute Praxis Gesundheitsinformation. Berlin. (www.ebm-netzwerk.de ▷ Veröffentlichungen ▷ Weitere Publikationen).
225 Michie, S., Wood, C. E., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J.J., Hardeman, W. (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.
226 Stoyanov, S.R., Hides, L., Kavanagh, D.J., Zelenko, O., Tjondronegoro, D., Mani, M. (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.
227 Messner, E.M., Terhorst, Y., Barke, A., Baumeister, H., Stoyanov, S., Hides, L., Kavanagh, D., Pryss, R., Sander, L., Probst, T. (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.
228 Baumel, A., Faber, K., Mathur, N., Kane, J. M., Muench, F., Enlight, A. (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.

Das digitale Angebot weist ein hohes Maß an Gebrauchstauglichkeit (Usability) auf. Dies bedeutet, dass das Angebot keine technischen Fehler aufweist und schnell funktioniert, intuitiv und einfach zu benutzen ist, die Benutzung leicht erlernbar ist und verständliche Instruktionen zur Nutzung bereitgestellt werden (z. B. Video-Tutorials).

Digitale Angebote sollten sich an der Norm EN ISO 9241 zur Mensch-Computer-Interaktion, insbesondere Teil 10: „Grundsätze der Dialoggestaltung“ und Teil 11: „Anforderungen an die Gebrauchstauglichkeit“, orientieren.

Kulturelle bzw. zielgruppenspezifische Adaptionen
Bei der Gestaltung von digitalen Angeboten sind sowohl bei der Anpassung für andere Zielgruppen (z. B. das digitale Angebot 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 Angebote gelten die in Kapitel 5 spezifizierten Regelungen für eine erleichterte Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Zielgruppen.

Inanspruchnahme durch Menschen mit Behinderung
Krankenkassen fördern digitale Angebote, 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 Angebot beinhaltet.

7.2.6 Nutzungsdauer

Förderfähig sind ausschließlich solche digitalen Angebote, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Digitale Angebote, 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 Angebot 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.

7.2.7 Ausschlusskriterien

Es gelten die Ausschlusskriterien des Kapitels 5.3. Zusätzlich sind digitale Angebote, 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 Angebote, deren Schwerpunkt die Messung von Gesundheitsverhalten oder Risikofaktoren ist. Ausgeschlossen sind der Verkauf von Begleitprodukten bzw. ergänzenden Angeboten im Zusammenhang mit dem digitalen Angebot.

7.2.8 Nachweis der Nutzung und finanzielle Förderung

Für digitale Angebote gelten die in Kapitel 5.3.9 spezifizierten Regelungen für den Nachweis und die finanzielle Förderung der Teilnahme bzw. Nutzung entsprechend.

Der Anhang des Leitfadens (Kapitel 8.5) enthält ein Musterformular für von der Zentrale Prüfstelle Prävention zertifizierte digitale Angebote gemäß Kapitel 7 Leitfaden Prävention mit allen verpflichtenden Angaben. Dieses kann für einen Antrag auf Bezuschussung der/des Versicherten mit der vom Kursanbietenden auszufüllenden Teilnahmebescheinigung bei der Krankenkasse eingereicht werden.

> 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).

7.2.9 Zertifizierung

Die Zertifizierung digitaler Angebote erfolgt zweistufig: Zunächst muss ein Konzept anerkannt werden, dann ist das digitale Angebot zu zertifizieren. Steht der Beleg des gesundheitlichen Nutzens durch eine Studie noch aus, kann eine Anerkennung des Konzepts bei Erfüllung aller anderen Kriterien und Vorlage des Studiendesigns zunächst für ein Jahr erfolgen und bei Nachreichung der Studie auf insgesamt drei Jahre verlängert werden (Konkretisierungen hierzu im Dokument „Kriterien zur Zertifizierung digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote“).

Die in Kapitel 7.2 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 Angebote mit einer Förderung durch die Krankenkassen zur Verfügung stehen.

7.3 Digital unterstützte Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie Betrieben

7.3.1 Arten und Anwendungsfelder

Die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) können digital unterstützt werden. Die digitale Unterstützung kann sowohl organisatorisch-technisch den Gesundheitsförderungsprozess (vgl. Kapitel 4.3 bzw. 6.3) betreffen als auch die Bereitstellung eines Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots im Rahmen des Gesundheitsförderungsprozesses umfassen. So können z. B. in der Vorbereitungsphase Online-Seminare zur Sensibilisierung und Motivierung von Unternehmens- und Lebensweltverantwortlichen für den Einstieg in einen Gesundheitsförderungsprozess eingesetzt werden. In der Analysephase kann die Erhebung der gesundheitlichen Situation z. B. durch anonymisierte Daten zum Gesundheitsverhalten aus mobilen Anwendungen ergänzt werden. In der Umsetzungsphase können Gesundheitsförderungsmaßnahmen für die Menschen in der Lebenswelt bzw. für die Beschäftigten z. B. bedarfsbezogen teilweise digital angeboten werden. Prozessschrittübergreifend können digitale Informationsplattformen der kontinuierlichen Sensibilisierung, der Partizipation, dem Empowerment und der internen Öffentlichkeitsarbeit dienen. Damit sollen Beiträge

zur Erreichung der in den Kapiteln 4.4–4.7 sowie 6.5.1–6.5.3 des Leitfadens Prävention beschriebenen verhältnis- und verhaltensbezogenen Ziele erbracht werden.

Bei digital unterstützter Gesundheitsförderung und Prävention ist der Auftrag der GKV zur Verringerung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen zu berücksichtigen; damit soll der Gefahr der Exklusion digital weniger affiner Bevölkerungsgruppen („Digital Divide") vorgebeugt werden. Die Vorbeugung von Digital Divide kann durch flankierende Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz bzw. in Lebenswelten/Betrieben mit unzureichender digitaler Infrastruktur auch durch Bereitstellung alternativer nicht-digitaler Partizipationsmöglichkeiten erfolgen.[229]

Die digitale Unterstützung im Rahmen des Gesundheitsförderungsprozesses kann in die bestehenden digitalen Strukturen von Betrieben und Lebenswelten integriert sein oder als eigene Gesundheitsplattform etabliert werden. Gesundheitsplattformen – integriert in eine bestehende Struktur oder als eigenes System – bieten den Menschen in einer Lebenswelt oder einem Betrieb einen geschützten Zugriff auf qualitätsgesicherte Informationen zu Gesundheitsthemen; sie ermöglichen den Beteiligten zusätzlich einen orts- und zeitunabhängigen interaktiven Austausch (z. B. für Schichtarbeitende, Beschäftigte in mobiler Arbeit/Telearbeit); auch können verhaltensbezogene digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote auf der Plattform bereitgestellt werden. Digital bereitgestellte spezifische Informationen für verantwortliche Akteure in den Lebenswelten und Betrieben, z. B. für die Zielgruppe der Fach- und Führungskräfte, ermöglichen einen fachlichen und strategischen Austausch zu handlungsfeldbezogenen Gesundheitsthemen des Leitfadens Prävention und erleichtern den Zugang zu informellem Erfahrungswissen. Bei Aufbau und Betrieb solcher Gesundheitsplattformen ist seitens der Lebenswelt- bzw. Betriebsverantwortlichen die Einbeziehung der jeweiligen Mitbestimmungsorgane zu berücksichtigen. Auch die externe, d. h. einrichtungsübergreifende Vernetzung von Lebenswelten und Betrieben kann durch Gesundheitsplattformen erleichtert werden (Kapitel 4.4 und 6.5.3). Durch die Integration von wissenschaftlich fundierten Fachinformationen zur Gesundheitsförderung und Prävention in diese Plattformen wird zudem die Verbreitung guter Praxis gefördert.

7.3.2 Qualitätskriterien

Digital unterstützte Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und betriebliche Gesundheitsförderung müssen die nachstehend beschriebenen Qualitätskriterien erfüllen.[230] Für die Einhaltung dieser Qualitätskriterien bei der Leistungserbringung sind die jeweiligen Anbietenden verantwortlich. Eine Förderung bzw. Bezuschussung prüfen die Krankenkassen individuell.

Informationssicherheit und Datenschutz

- Die eingesetzten technischen Systeme sind im Hinblick auf die Informationssicherheit sowie den Datenschutz zu prüfen.
- 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.

229 Vgl. übergreifend Cornejo Müller, A., Wachtler, B., Lampert, T. (2020). Digital Divide – Soziale Unterschiede in der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote. Bundesgesundheitsblatt 63:185–191. https://doi.org/10.1007/s00103-019-03081-y. Die Ausstattung mit Computern und anderen digitalen Geräten ist keine Leistung nach § 20 Abs. 4 SGB V; vgl. hierzu auch Ausschlusskriterien in den Kapiteln 4.2 und 6.2. Eine Krankenkasse kann im Rahmen einer modellhaften Erprobung einer digitalen Anwendung eine Ausnahme für Leihgeräte machen.

230 Zusätzlich wird eine Orientierung an der Qualitätsrichtlinie zur Sicherstellung der Ergonomie interaktiver Systeme (DIN EN ISO 9241) empfohlen.

- Die vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) spezifizierten „Sicherheitsanforderungen an digitale Gesundheitsanwendungen“ werden entsprechend der jeweils geltenden technischen Richtlinie BSI TR-03161 berücksichtigt. Erfolgt eine Datenverarbeitung außerhalb der Europäischen Union sind alle datenschutzrechtlichen Anforderungen an die Übermittlung in Drittstaaten, insbesondere die Art. 44–50 EU-DSGVO einschließlich der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zu beachten.
- Alle Personen mit Zugang zu personenbezogenen Daten sind auf Verschwiegenheit zu verpflichten.
- Die eingesetzten Anwendungen ermöglichen den selbstbestimmten Umgang der Nutzenden mit ihren Daten. Die Vorgaben der EU-DSGVO für die Einwilligung zur Nutzung von personenbezogenen Daten 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 der Anwenderin bzw. 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).
- Die verwendeten Konzepte, Prozesse, und Methoden zur sicheren Software-Entwicklung müssen dargelegt werden.

Qualität der bereitgestellten Informationen

Wenn gesundheitsbezogene Informationen gegenüber einer größeren Zielgruppe kommuniziert werden (z. B. auf einer Intranet-Webseite), hat der Anbieter der Anwendung deren Qualität sicherzustellen.[231]

Information der Nutzenden

- Die Nutzenden sind deutlich und in leicht verständlicher Weise über die technischen Voraussetzungen zur Bedienung eines digitalen Angebots zu informieren. Die Information soll auch mögliche Aspekte der anwendungsbezogenen Datenverarbeitung umfassen.
- Bei digitalen verhaltensbezogenen Maßnahmen sind die Zielgruppe und der Anwendungsbereich transparent und verständlich zu kommunizieren. Informationen zur wissenschaftlichen Fundierung der Maßnahmen sind unter Nennung der Quellen zielgruppengerecht darzustellen. Es ist ein technischer Support zur Verfügung zu stellen.

Regelungen beim Einsatz webgestützter Befragungen und Messungen

Beim Einsatz von webgestützten Befragungen oder anderen webgestützten Messinstrumenten mit einer integrierten Rückmeldung von Ergebnissen, z. B. in der Analysephase, sind die Datenflüsse zu beschreiben und es ist darzulegen, auf Grundlage welcher wissenschaftlichen Quellen Rückmeldungen oder Empfehlungen aus Befragungs- bzw. Testergebnissen abgeleitet werden. Die jeweiligen Mitbestimmungsorgane sind von den Lebenswelt- bzw. Betriebsverantwortlichen einzubeziehen.

231 Kriterien für qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen in: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2015). Gute Praxis Gesundheitsinformation. Berlin (www.ebm-netzwerk.de ▷ Veröffentlichungen ▷ Weitere Publikationen). Lühnen, J., Albrecht, M., Mühlhauser, I., Steckelberg, A. (2017). Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Hamburg (www.leitlinie-gesundheitsinformation.de).

Barrierefreiheit
Es ist zu beschreiben, welche Bedienhilfen ein digitales Angebot für Menschen mit Einschränkungen beinhaltet.

8 Anhang

8.1 Gesetzliche Regelungen und Erläuterungen

Die gesetzlichen Regelungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen sind in den §§ 20, 20a, 20b und 20c SGB V niedergelegt und werden im Folgenden dargestellt und erläutert.

8.1.1 Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V)

„(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 § 20a Abs. 1 SGB V

§ 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[232]) 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. Kapitel 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[233] 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 erfolgen gemäß §§ 20b und 20c SGB V (Betriebliche Gesundheitsförderung, vgl. Kapitel 6 dieses Leitfadens). Wenn Leistungen für Mitglieder der Lebenswelten mit Leistungen für die

232 Die Begriffe Setting und Lebenswelt werden im Leitfaden synonym verwendet.
233 Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI erbringt die soziale Pflegeversicherung auf Basis des „Leitfaden[s] Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen".

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 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 Anbietenden (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."[234] 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.

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

Satz 3 fasst die Inhalte der von den Krankenkassen in der lebensweltbezogenen 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 (siehe 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 im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit erbracht werden.

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.[235] Bei Menschen mit gesundheitlich bedingten beruflichen Eingliederungserschwernissen handelt es sich in der Regel um arbeitslose Menschen (vgl. hierzu Kapitel 4.4.3 „Besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune – Arbeitslose Menschen").

Erläuterung zu § 20a Abs. 2 SGB V

Die Regelung im § 20a Abs. 2 SGB V 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

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

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 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.

8.1.2 Individuelle verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V)

„(5) 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 zu § 20 Abs. 5 SGB V

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[236]; 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

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

Primärprävention gelten darüber hinaus die Anforderungen des § 20 Abs. 1 SGB V (vgl. Kapitel 2 „Grundlagen“ dieses Leitfadens).

8.1.3 Betriebliche Gesundheitsförderung (§ 20b SGB V)

„(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 zu § 20b Abs. 1 SGB V

Die Norm verdeutlicht, dass in der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht primär einzelne Versicherte adressierte Personen 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 betriebsärztlichen Fachpersonen und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit. Die Beteiligung der betriebsärztlichen Fachpersonen sowie der Fachkräfte für Arbeitssicherheit trägt dem Ergänzungsverhältnis von betrieblicher Gesundheitsförderung zu den arbeitsschutzrechtlichen Pflichten des Arbeitgebers Rechnung.

Zusammenarbeit mit Unfallversicherungsträgern sowie mit den für Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20b Abs. 2 SGB V)

„(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 zu § 20b Abs. 2 SGB V

Betriebliche Gesundheitsförderung bedarf der Kooperation der Krankenkassen mit weiteren verantwortlichen 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.[237] 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.

BGF-Koordinierungsstelle (§ 20b Abs. 3 SGB V)

„(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, die Förderung überbetrieblicher Netzwerke zur betrieblichen Gesundheitsförderung 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 zu § 20b Abs. 3 SGB V

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 BGF-Koordinierungsstellen sollen auch überbetriebliche Netzwerke zur betrieblichen Gesundheitsförderung fördern. Die Kooperation der regionalen BGF-Koordinierungsstellen[238] mit örtlichen Unternehmensorganisationen erleichtert die überbetriebliche Vernetzung und Beratung (vgl. Kapitel 6.5.3 Handlungsfeld „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“).

237 Vgl. hierzu NPK (2018). Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz. Erste weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018. (www.npk-info ▷ Präventionsstrategie -> Bundesrahmenempfehlungen). Vgl. auch die Kooperationsempfehlungen und Umsetzungsbeispiele der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga): www.iga-info.de ▷ Kooperation.

238 Link: www.bgf-koordinierungsstelle.de.

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.

Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20c SGB V)
„(1) [1]Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. [2]Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. [3]Ist 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."

„(2) [1]Zur 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. [2]Dazu 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 zu § 20c Abs. 1 SGB V
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 6.4). 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.

Erläuterung zu § 20c Abs. 2 SGB V
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).

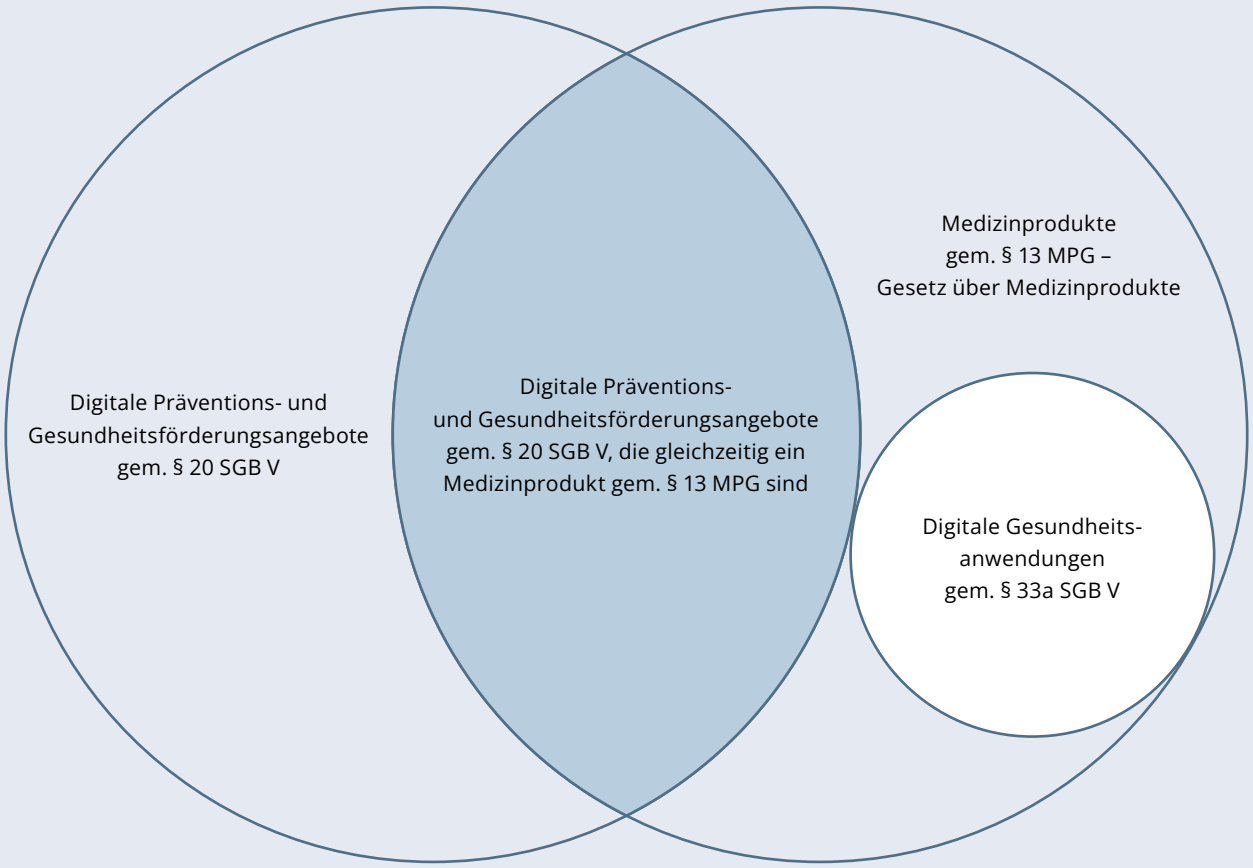
8.1.4 Digitale Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 Abs. 4 SGB V) in Abgrenzung zu digitalen Gesundheitsanwendungen (§ 33a SGB V)

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.

Von Leistungen nach § 20 SGB V abzugrenzen sind digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 33a Abs. 1 SGB V. 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 Leistungserbringende „[…] die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen […]“ zu unterstützen. 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.[239]

Abbildung 14: Abgrenzung digitaler Angebote nach § 20 SGB V und DiGA nach § 33a SGB V



239 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen. https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis.

8.2 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 Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz; Inhalt und Umfang der Aufgaben sind über das jeweilige Landesrecht geregelt.		§ 16 SGB VIII
Formulierung eines Anspruchs von Personensorgeberechtigten auf Hilfe zur Erziehung; mögliche Akteure sind in §§ 28 bis 35 SGB VIII genannt (u. a Erziehungsbeistand/Betreuungshilfe, Jugendheime, Tagesgruppen).		§ 27 SGB VIII
Erziehungsberatung (insb. Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme, Lösung von Erziehungsfragen („Elternkompetenz"))	Erziehungsberatungsstellen, 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)	sozialpädagogische Fachkräfte	§ 31 SGB VIII
Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfelds 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	Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG)
Hebammenhilfe für Schwangere, bei und nach der Entbindung	Hebammen	§ 24c SGB V
Schul(eingangs)untersuchungen, Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)	Öffentlicher Gesundheitsdienst, kinder-/zahnärztliche Fachpersonen	Landesgesetze, § 21 SGB V
Betreuungs-, Erziehungs-, Bildungsaufträge	Kindergärten/-tagesstätten, Schulen	§ 22 SGB VIII; Kultusministerkonferenz (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	Altenpflegende, auch sonstige Pflegefachkräfte	Altenpflegegesetz (AltPflG), siehe auch Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“[240]
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

240 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 Wohlfahrtsverbänden oder Gemeinden)	Freiwillige Leistung der kommunalen Daseinsvorsorge auf Grundlage des Sozialstaatsprinzips nach Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz ohne bundesstaatliche oder landesrechtliche Rahmenvorgaben

8.3 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. untenstehendes Muster] für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus."

Abbildung 15: Präventionsempfehlung

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)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2017

8.4 Steuerfreie Arbeitgeberleistungen zur Förderung der Mitarbeitergesundheit

Arbeitgeberleistungen zur Förderung der Mitarbeitergesundheit sind steuerlich begünstigt. Bis zu 600 Euro kann ein Unternehmen pro beschäftigter Person 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 Arbeitgebenden für zertifizierte Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention sowie für Leistungen zur Gesundheitsförderung im Betrieb, die den Kriterien dieses Leitfadens entsprechen.

Zur Nutzung dieser Bestimmung durch die Betriebe hat das Bundesministerium der Finanzen (BMF) eine „Umsetzungshilfe zur steuerlichen Anerkennung von Arbeitgeberleistungen nach § 3 Nummer 34 EstG" erarbeitet, die unter folgendem Link auf der BMF-Homepage heruntergeladen werden kann: https://esth.bundesfinanzministerium.de/lsth/2023/B-Anhaenge/Anhang-18c/anhang-18c.html.

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 sind zu finden unter www.gkv-spitzenverband.de ▷ Krankenversicherung ▷ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▷ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▷ Betriebliche Gesundheitsförderung, hier: Steuerfreie Arbeitgeberleistung.

8.5 Teilnahmebescheinigung und Antrag auf Bezuschussung – Musterformulare für von der Zentrale Prüfstelle Prävention zertifizierte Maßnahmen

Um den Versicherten eine schnelle und unkomplizierte Erstattung mithilfe digital unterstützter Prozesse zu gewährleisten, ist eine verbindliche Verwendung der Muster-Teilnahmebescheinigungen ab 1. Januar 2026 vorgesehen.

8.5.1 Formular für Präsenz- und IKT-Kurse gemäß Kapitel 5

Formular für von der Zentrale Prüfstelle Prävention zertifizierte Präsenz- und IKT-Kurse gemäß Kapitel 5 Leitfaden Prävention

Version 12/2024 Kapitel 5

Das anbietende Unternehmen / die anbietende Organisation füllt **Teil 1 „Teilnahmebescheinigung“** aus.
Die GKV-versicherte Person füllt **Teil 2 „Antrag auf Bezuschussung“** aus und leitet das ausgefüllte Formular (Teil 1 und Teil 2) an die Krankenkasse weiter.

Datenschutzhinweis: 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.

1. Teilnahmebescheinigung für zertifizierte Präventionsangebote (Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention)
(von dem anbietenden Unternehmen / der anbietenden Organisation in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen und zu unterschreiben)

..... hat an der Maßnahme mit dem Titel
Vor- und Nachname der teilnehmenden Person

.....

von ..... bis .....
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

an ..... von ..... Kurseinheiten á ..... Minuten Dauer teilgenommen.

Präventionsprinzip .....

Kursleitung .....
Nachname, Vorname

Kurs-ID (Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention) ..... **IKT-Kurs** ☐

Die oben genannte Kursleitung hat die Maßnahme persönlich durchgeführt.

Die teilnehmende Person 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 Teilnehmenden nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft. Es handelt sich nicht um ein Abonnement.

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.

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 Unterschrift bzw. digitale Signatur des anbietenden Unternehmens / der anbietenden Organisation

2. Antrag auf Bezuschussung
(von der GKV-versicherten Person bzw. von deren gesetzlichen Vertretung, bei Minderjährigen der sorgeberechtigten Person, in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen und zu unterschreiben)

....
Vor- und Nachname der GKV-versicherten Person Geburtsdatum Versicherten-Nr. (siehe Krankenversichertenkarte)

....
Vor- und Nachname der gesetzlichen Vertretung, bei Minderjährigen der sorgeberechtigten Person Geburtsdatum

Ich beantrage einen Zuschuss zu der oben genannten Maßnahme, durchgeführt von:

.....
Name des anbietenden Unternehmens / der anbietenden Organisation

.....
Adresse des anbietenden Unternehmens / der anbietenden Organisation

Ich bestätige, dass ich an der oben genannten Maßnahme teilgenommen habe und dass sie von der Kursleitung persönlich durchgeführt wurde.

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. Es handelt sich nicht um ein Abonnement.

Ein zu Unrecht erhaltener Zuschuss ist zurückzuzahlen.

Ich bitte um Überweisung auf mein Konto:

.....
IBAN

....
Ort Datum Unterschrift bzw. digitale Signatur der GKV-versicherten Person bzw. von deren gesetzlichen Vertretung, bei Minderjährigen der sorgeberechtigten Person (bei digitalem Upload in der App oder im Login-Bereich der Krankenkasse entbehrlich)

8.5.2 Formular für digitale Angebote gemäß Kapitel 7

Formular für von der Zentrale Prüfstelle Prävention zertifizierte digitale Angebote gemäß Kapitel 7 Leitfaden Prävention

Version 12/2024 Kapitel 7

Das anbietende Unternehmen / die anbietende Organisation füllt **Teil 1 „Teilnahmebescheinigung“** aus.
Die GKV-versicherte Person füllt **Teil 2 „Antrag auf Bezuschussung“** aus und leitet das ausgefüllte Formular (Teil 1 und Teil 2) an die Krankenkasse weiter.

Datenschutzhinweis: 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.

1. Teilnahmebescheinigung für zertifizierte Präventionsangebote (Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention)
(von dem anbietenden Unternehmen / der anbietenden Organisation in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen und zu unterschreiben)

..... hat an der Maßnahme mit dem Titel
Vor- und Nachname der teilnehmenden Person

.....

von ..... bis ..... teilgenommen.
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

☐ Die teilnehmende Person hat die vorgegebene Nutzungsintensität des digitalen Angebots gemäß Zertifizierung durch die Zentrale Prüfstelle Prävention erfüllt. Der gesundheitliche Nutzen bezieht sich auf Endpunkte (d. h. trainierbare Gesundheitsförderungsfaktoren) des folgenden Präventionsprinzips:

.....

Name des Unternehmens/der Organisation (verantwortliche Stelle)[1] .....

Angebots-ID (Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention) .....

Die Anforderungen an qualifiziertes Fachpersonal gemäß Leitfaden Prävention werden erfüllt.
Die Maßnahme gemäß Kapitel 7 steht der teilnehmenden Person grundsätzlich ein Jahr als digitales Angebot zur Verfügung.

Die teilnehmende Person 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 Teilnehmenden nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Präventionsangebot ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft. Es handelt sich nicht um ein Abonnement.

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 Unterschrift bzw. digitale Signatur der unterzeichnungsberechtigten Person

2. Antrag auf Bezuschussung
(von der GKV-Versicherten Person bzw. von deren gesetzlichen Vertretung, bei Minderjährigen der sorgeberechtigten Person, in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen und zu unterschreiben)

....
Vor- und Nachname der GKV-versicherten Person Geburtsdatum Versicherten-Nr. (siehe Krankenversichertenkarte)

....
Vor- und Nachname der gesetzlichen Vertretung, bei Minderjährigen der sorgeberechtigten Person Geburtsdatum

Ich beantrage einen Zuschuss zu der oben genannten Maßnahme, durchgeführt von:

.....
Name des anbietenden Unternehmens / der anbietenden Organisation

.....
Adresse des anbietenden Unternehmens / der anbietenden Organisation

Ich bestätige, dass ich an der oben genannten Maßnahme teilgenommen 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 Präventionsangebot ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft. Es handelt sich nicht um ein Abonnement.

Ein zu Unrecht erhaltener Zuschuss ist zurückzuzahlen.

Ich bitte um Überweisung auf mein Konto:

.....
IBAN

....
Ort Datum Unterschrift bzw. digitale Signatur der GKV-versicherten Person bzw. von deren gesetzlichen Vertretung, bei Minderjährigen der sorgeberechtigten Person (bei digitalem Upload in der App oder im Login-Bereich der Krankenkasse entbehrlich)

[1] Gemäß Artikel 4 DSGVO. Bei nicht öffentlichen Einrichtungen die Geschäftsführung.

8.6 Perzentile für den Body-Mass-Index von Mädchen und Jungen

Perzentile für den Body-Mass-Index (in kg/m²) von Mädchen im Alter von 0–18 Jahren[241]

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

241 Kromeyer-Hauschild K., Wabitsch, M., Geller, F., Ziegler, A., Geiß, H. C., Hesse, V., Hippel, V., Jäger, U., Johnsen, D., Kiess, W., Korte, W., Kunze, D., Menner, K., Müller, M., Niemann-Pilatus, A., Remer, Th., Schäfer, F., Wittchen, H.U., Zabransky, S., Zellner, K. & Hebebrand, J. (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 0–18 Jahren[242]

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

242 Kromeyer-Hauschild K., Wabitsch, M., Geller, F., Ziegler, A., Geiß, H. C., Hesse, V., Hippel, V., Jäger, U., Johnsen, D., Kiess, W., Korte, W., Kunze, D., Menner, K., Müller, M., Niemann-Pilatus, A., Remer, Th., Schäfer, F., Wittchen, H.U., Zabransky, S., Zellner, K. & Hebebrand, J. (2001). Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 2001, 149: 807-818.

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
Telefax: 030 206288-88
www.gkv-spitzenverband.de
X/Twitter: @GKV_SV