Spitzenverband

Leitfaden Prävention

Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014

In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene

Impressum
Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Verantwortlich: Mandy Handschuch, Karin Schreiner-Kürten, Dr. Volker Wanek, Abteilung Gesundheit

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH
Fotonachweis: Titelseite, von links: Lunaundmo, Ammentorp, pixel66, alle fotolia.com
Stand: Dezember 2014

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

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

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

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

Leitfaden Prävention

Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes
zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V
vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014

In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene

Inhalt

1 Präambel 6

2 Grundlagen 8

2.1 Gesetzliche Regelungen 8

2.2 Grundsätze 10

3 Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV 14

3.1 Methodik der Zielauswahl 15

3.2 Ergebnisse der Zielauswahl: Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV 2013-2018 16

4 Setting-Ansatz nach § 20 Abs. 1 SGB V 19

4.1 Einleitung 19

4.2 Grundverständnis 20

4.3 Der Gesundheitsförderungsprozess im Setting-Ansatz 22

4.4 Leistungsarten, Förderkriterien und Ausschlusskriterien 25

4.5 Gesundheitsförderung in der Kommune 26

4.6 Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte 34

4.7 Gesundheitsfördernde Schule 36

5 Individueller Ansatz nach § 20 Abs. 1 SGB V 41

5.1 Einleitung 41

5.2 Grundverständnis 42

5.3 Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien 44

5.4 Ausschlusskriterien 47

5.5 Kriterienprüfung 47

5.6 Handlungsfelder 49

5.6.1 Bewegungsgewohnheiten 49

5.6.2 Ernährung 55

5.6.3 Stressmanagement 59

5.6.4 Suchtmittelkonsum 65

6 Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V 70

6.1 Einleitung. 70

6.2 Grundverständnis 71

6.3 Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess 72

6.4 Leistungsarten und Förderkriterien 76

6.5 Verknüpfung der für die Gesundheit relevanten inner- und überbetrieblichen Akteurinnen/Akteure im betrieblichen Gesundheitsmanagement. 78

6.6 Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben. 81

6.7 Handlungsfelder. 82

6.7.1 Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung. 84

6.7.2 Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil. 96

6.7.3 Überbetriebliche Vernetzung und Beratung. 99

7 Anhang 102

7.1 Berührungspunkte/Abgrenzungen von Leistungen nach § 20 SGB V zu gesetzlichen Aufgaben anderer Träger für besondere Zielgruppen im Setting Kommune 102

7.2 Arbeitgebergeförderte Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen 104

7.3 Antrag auf Bezuschussung des Versicherten. 106

7.4 Perzentile für den Body-Mass-Index von Mädchen und Jungen 108

1 Präambel

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

Mit diesem Leitfaden legt der GKV-Spitzenverband Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung nach den §§ 20 und 20a des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) vor, die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten. Der Leitfaden bildet die Grundlage für die Förderung bzw. Bezuschussung von Maßnahmen, die Versicherte dabei unterstützen, Krankheitsrisiken möglichst frühzeitig vorzubeugen und ihre gesundheitlichen Potenziale und Ressourcen zu stärken. Maßnahmen, die nicht den in diesem Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen von § 20 und § 20a 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 hier vorgelegte siebte Auflage erfolgte ebenso wie die vorhergehenden im Konsens mit der Beratenden Kommission unabhängiger Expertinnen und Experten, die die GKV bei der Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention berät.

Der Schutz vor Krankheit und die Förderung der Gesundheit sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Wesentliche Determinanten des Gesundheitszustandes der Bevölkerung liegen außerhalb des Einflussbereichs der Gesundheitspolitik und -versorgung im engeren Sinne: Die Qualität von Bildung und Erziehung, berufliche Anforderungen und Belastungen, die Integration in den Arbeitsmarkt und die soziale Teilhabe, die Einkommenssituation einschließlich des sozialen Schutzes gegen Verarmung und die Wohnbedingungen 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 daher die gesundheitsförderliche Ausrichtung der genannten Lebensbereiche und Politikfelder. Prävention und Gesundheitsförderung sind daher in unterschiedlichen Bereichen und bei verschiedenen Akteuren zu verorten. Auch innerhalb der gesundheitlichen Versorgung sind neben den Krankenkassen zahlreiche weitere Akteure für die Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung zuständig: die gesundheitliche Aufklärung mit ihrem bevölkerungsweiten Fokus, der öffentliche Gesundheitsdienst mit seiner regionalen und kommunalen Ausrichtung, die Unfallversicherung, der staatliche und der betriebliche Arbeitsschutz mit ihrem Arbeitsweltbezug sowie zahlreiche freie und gemeinnützige Initiativen und Organisationen. Präventive Bezüge haben auch Leistungen,

für die die Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit verantwortlich sind. Im Idealfall arbeiten diese Akteure zielbezogen entsprechend ihrer spezifischen Kompetenzen und Zuständigkeiten zusammen und ergänzen einander. Der Beitrag der GKV zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und -verhaltens der Versicherten bildet daher einen Baustein im Rahmen eines größeren Verbundes unterschiedlicher verantwortlicher Akteure[1].

Auch innerhalb der Aufgaben der GKV ist eine Konzentration auf gezielte, bedarfsgerechte, ziel- und qualitätsorientierte sowie nachhaltige Interventionen in vorrangigen Handlungsfeldern notwendig. Die GKV erbringt Präventionsleistungen, die zur Verhütung der von ihr versicherten Risiken beiträgt. Das erfordert eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit allen an Prävention und Gesundheitsförderung beteiligten Stellen. Hierbei ist eine Konzentration auf Zielgruppen mit hohem Bedarf auch unter dem Gesichtspunkt der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit erforderlich.

Um die Präventionsanstrengungen der Krankenkassen auf Felder mit besonderem Handlungsbedarf zu fokussieren, hat die GKV auf epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlicher Basis über die Definition von Handlungsfeldern und Kriterien hinaus auch Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die GKV erarbeitet.

Der GKV-Spitzenverband passt den Leitfaden in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und unter Beteiligung von unabhängigem Sachverstand kontinuierlich an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen an.

1 GKV-Spitzenverband (2013). Prävention und Gesundheitsförderung weiterentwickeln. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes, beschlossen vom Verwaltungsrat am 27. Juni 2013. Berlin.

2 Grundlagen

2.1 Gesetzliche Regelungen

Die gesetzlichen Regelungen zur Primärprävention, betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§§ 20 Abs. 1 und 2 sowie 20a und 20b SGB V) lauten wie folgt:

„§ 20 SGB V Abs. 1 und 2 [Primärprävention]

(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

(2) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach den §§ 20a und 20b sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,74 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen."

Erläuterung: In § 20 Abs. 1 SGB V macht der Gesetzgeber die Primärprävention als Sollvorschrift zu einer gesetzlichen Aufgabe der Krankenkassen mit stark verpflichtendem Charakter. Die Leistungen der Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Die Ausgestaltung der Leistungen obliegt den Krankenkassen in ihren jeweiligen Satzungen.

Mit dem vorliegenden Leitfaden kommt der GKV-Spitzenverband seinem gesetzlichen Auftrag zur gemeinsamen und einheitlichen Definition prioritärer Handlungsfelder und Kriterien der primärpräventiven Leistungen der Krankenkassen nach[2].

Für die Ausgaben für Leistungen nach §§ 20, 20a und 20b zusammen gilt ein jährlich anzupassender Sollwert pro Kopf der Versicherten[3].

„§ 20a SGB V [Betriebliche Gesundheitsförderung]

(1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. § 20 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 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. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend."

Erläuterung: In § 20a SGB V macht der Gesetzgeber die betriebliche Gesundheitsförderung – ein

2 Der Leitfaden ist in enger Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und unter Einbeziehung der Empfehlungen unabhängiger Expertinnen und Experten (vgl. Kapitel 2.2.3) erarbeitet worden und wird kontinuierlich weiter entwickelt.

3 Die Zuschusshöhe zu einzelnen Leistungen richtet sich nach den Satzungen der Krankenkassen.

für Betriebe und Beschäftigte freiwilliger Maßnahmenkomplex – zu einer Pflichtaufgabe der Krankenkassen. Die Krankenkassen können die von den Betrieben in Anspruch genommenen Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung entweder selbst erbringen, geeignete Dritte oder zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften beauftragen. Die Gesetzesnorm soll sicherstellen, dass die Maßnahmen am betrieblichen Bedarf ausgerichtet sind. Bei der Planung werden die Versicherten und die Verantwortlichen des Betriebes eingebunden und die gesundheitlichen Risiken und Potenziale der Beschäftigten gleichermaßen berücksichtigt. Geeignete Instrumente zur Erfassung der gesundheitlichen Situation im Betrieb sind Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens, allgemeine Bedarfsanalysen der Zielgruppe (für Klein- und Kleinstbetriebe), Auswertungen von arbeitsmedizinischen Untersuchungen und Gefährdungsbeurteilungen, Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Thema „Arbeit und Gesundheit“ sowie betriebliche Gesundheitszirkel.

Das Gesetz schreibt den Krankenkassen eine Unterstützungsfunktion für die Umsetzung der ermittelten „Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ (§ 20a Abs. 1 Satz 1 SGB V) zu. Die ausdrückliche Verpflichtung der Arbeitgeber zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie der Unfallversicherungsträger (UV-Träger), arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten, bleibt weiterhin gültig. Eine Übertragung (von Teilen) dieser Verantwortung auf die Krankenkassen ist nicht beabsichtigt. Die Krankenkassen dürfen aus den Mitteln nach § 20a SGB V keine originären Aufgaben des Arbeitsschutzes (mit-)finanzieren, die in die alleinige Zuständigkeit von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern fallen (z. B. Helme, Sicherheitsschuhe, Absaugvorrichtungen, Hebehilfen, sonstige Geräte oder bauliche Veränderungen). Zu den Leistungen, die von den Krankenkassen gefördert werden können, vgl. Kapitel 6.4.

In § 20a SGB V werden die Krankenkassen zur Zusammenarbeit mit dem zuständigen UV-Träger verpflichtet. Dies bedeutet, dass sich die Krankenkasse und der zuständige UV-Träger über das gemeinsame Vorgehen abzustimmen haben. Die Spitzenorganisationen von Kranken- und Unfallversicherung haben die Zusammenarbeit auf Ebene der Träger und ihrer Verbände nach Form und Inhalt in einer entsprechenden Rahmenvereinbarung geregelt[4]. Das Gesetz sieht eine Zusammenarbeit der Krankenkassen untereinander in der betrieblichen Gesundheitsförderung als Soll-Regelung vor. Die gewünschte Zusammenarbeit bezieht sich laut Gesetzesbegründung auf diejenigen Krankenkassen, bei denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Betriebes versichert sind. Bereits in der Erhebungs- und Planungsphase betrieblicher Gesundheitsförderung sollten die im Betrieb vertretenen Krankenkassen untereinander ein Benehmen herstellen. Vor allem Krankenkassen, die im jeweiligen Betrieb mit einem relevanten Anteil an den Beschäftigten vertreten sind, sollten sich abstimmen. Die für die betrieblichen Gesundheitsförderungsleistungen aufgewandten Mittel können zwischen den aktiv beteiligten Krankenkassen entsprechend der Mitgliederzahl im jeweiligen Betrieb aufgeteilt werden, sofern es hierzu vor Projektbeginn einvernehmliche Absprachen gegeben hat.

„§ 20b SGB V [Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren]

(1) Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Insbesondere unterrichten sie diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen

4 Rahmenvereinbarung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren vom Oktober 2009 (Internet: www.praevention-arbeitswelt.de).

und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. 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) Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen. Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend."

Erläuterung: Über die betriebliche Gesundheitsförderung hinaus arbeiten die Krankenkassen auch bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eng mit den Unfallversicherungsträgern zusammen und unterstützen sie bei ihren gesetzlichen Aufgaben. Die Rahmenvereinbarung von Kranken- und Unfallversicherung regelt auch die Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

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 (Gesetz zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, § 2).

2.2 Grundsätze

Für Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote nach den §§ 20 und 20a SGB V gelten die gleichen Rahmenbedingungen wie für andere 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."

Die Krankenkassen können innerhalb des vom GKV-Leitfaden Prävention gesteckten Rahmens ihre Schwerpunkte der Förderung und weitere Anforderungen weitgehend selbst festlegen und ausgestalten[5].

2.2.1 Ansätze und Zugangswege

§ 20 Abs. 1 SGB V regelt, dass Krankenkassen mit ihren Leistungen zur primären Prävention sowohl einen Beitrag zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes als auch insbesondere zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Damit müssen die Leistungen sowohl allen Versicherten offen stehen, als auch in besonderer Weise sozial benachteiligten Zielgruppen zugänglich gemacht werden. Soziale Benachteiligungen bestehen insbesondere dann, wenn die Möglichkeiten von Menschen, allgemein als erstrebenswert geltende Ziele zu erreichen, aufgrund individuell nur schwer kompensierbarer Hemmnisse eingeschränkt sind. Die Hemmnisse resultieren oftmals aus ungünstigen sozialen und persönlichen Ausgangsbedingungen. So sind z. B. die Ausgangsbedingungen von Menschen mit unvollständiger familiärer Sozialisation, schlechten Sprachkenntnissen und geringer allgemeiner und beruflicher Bildung eingeschränkt. Ungünstige Startbedingungen beeinträchtigen auch die Teilhabemöglichkeiten im Hinblick auf die weitere berufliche und ökonomische Entwicklung[6]. Ein niedriger sozialer Status ist häufig auch mit gesundheitlichen Nachteilen infolge erhöhter Belastungen

5 Engelmann, K. & R. Schlegel (Hrsg.). Juris PraxisKommentar SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung – . Saarbrücken. 20122. Kommentar zu § 20 SGB V (Schütze). S. 325 (Randziffer 44).

6 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bd. 2. Baden-Baden. Kapitel 6 Primärprävention in vulnerablen Gruppen. Textziffern 791 ff. (S. 238).

und herabgesetzter Bewältigungsmöglichkeiten verbunden[7]. Weitere gesundheitlich relevante Benachteiligungen können sich z. B. aus dem Alter, dem Geschlecht, der individuellen Biografie und einem Migrationshintergrund ergeben.

Um die Primärpräventionsleistungen allen Versicherten verfügbar zu machen und zugleich die sozialbedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern, beschreibt der GKV-Leitfaden Prävention zwei grundlegende Ansätze bzw. Zugangswege für Interventionen:

- Interventionen, die primär auf Lebenswelten abzielen, durch Strukturbildung die gesundheitlichen Rahmenbedingungen verbessern und damit zugleich gesundheitsförderliches Verhalten erleichtern (Setting-Ansatz, Kapitel 4 und Betriebliche Gesundheitsförderung, Kapitel 6) und
- 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 (Individueller Ansatz, Kapitel 5, s. Abb. 1).

7 Zu den Zusammenhängen von sozialem Status und Gesundheitschancen vgl. die in Kapitel 4.1 zitierte Literatur.

Abb. 1: Ansätze und Zugangswege

Quelle: Eigene Darstellung

Um den Auftrag zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen – auch unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Diversität (Vielfalt) im Hinblick auf Alter, Geschlecht und Kultur bzw. Migrationshintergrund – zu erfüllen, bedarf es insbesondere lebensweltbezogener Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz[8]. Individuell orientierte Präventionsmaßnahmen sollen ebenfalls die besonderen Bedürfnisse sozial benachteiligter Zielgruppen und die gesellschaftliche Diversität berücksichtigen.

2.2.2 Qualitätsmanagement, Dokumentation und Erfolgskontrolle

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

Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung erfordern daher zweckmäßige Verfahren zur Sicherung der Angebotsqualität, zur Dokumentation und zur Erfolgskontrolle; diese sind als fortlaufende Routinen zu etablieren. Nur so kann die erforderliche Transparenz erreicht werden, die es den einzelnen Krankenkassen, ihren Verbänden, der Politik und der Wissenschaft ermöglicht zu überprüfen, ob die gesetzten Ziele und Erwartungen erreicht wurden. Indem die gewonnenen Daten und Erfahrungen in die Planung der zukünftigen Aktivitäten einfließen, wird ein permanenter Optimierungsprozess der Angebote in Gang gesetzt.

Um zu gewährleisten, dass die Maßnahmen hinsichtlich Inhalten, Methoden, Durchführungsbedingungen und Anbieterqualifikationen (Strukturqualität) den in diesem Leitfaden definierten Anforderungen entsprechen, hat sich die GKV auf geeignete Instrumente zur freiwilligen Nutzung verständigt[9].

Darüber hinaus werden die Leistungen der Krankenkassen einheitlich dokumentiert[10]. Die Dokumentation stellt Transparenz über die Leistungsinanspruchnahme und -erbringung auch unter qualitativen Gesichtspunkten her.

Für eine kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Planungs-, Prozess- und Ergebnisqualität im Routinebetrieb ist eine begleitende stichprobenartige Evaluation sinnvoll. Hierfür wurden gemeinsame und einheitliche Instru-

8 Vgl. auch: Einstimmige Beschlüsse der 85. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 2012 zu TOP 09.1: Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“, der 83. GMK 2010 zu TOP 10.3: Nationales Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“, der 74. GMK vom 22. Juni 2001: Geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit und Krankheit sowie 21. Beschluss der (Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen/minister, -senatorinnen/-senatoren der Länder (GFMK) vom 16./17. Juni 2011 zu TOP 7.4 „Geschlechterperspektive für wirksameren Arbeits- und Gesundheitsschutz: Sachlage, Handlungsbedarf und Ansatzpunkte“; Die Bundesregierung 2012: Nationaler Aktionsplan Integration. Zusammenhalt stärken – Teilhabe verwirklichen.

9 GKV-Spitzenverband unter Beteiligung von AOK-Bundesverband, BKK Dachverband, IKK e. V., Knappschaft, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Verband der Ersatzkassen e. V. und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg.) (2010). Materialien zum Qualitätsmanagement in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß den §§ 20 und 20a SGB V.; Download: www.gkv-spitzenverband.de -> Krankenversicherung -> Prävention, Selbsthilfe, Beratung -> Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung -> Qualitätsmanagement. Die Krankenkassen prüfen die Übereinstimmung von Angeboten des individuellen Ansatzes mit den Anforderungen dieses Leitfadens. Die Mehrzahl der Krankenkassen hat die Zentrale Prüfstelle Prävention mit diesem Prüfgeschäft beauftragt (s. auch Kapitel 5.5).

10 GKV-Spitzenverband und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg.) (2014). Präventionsbericht 2014. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2013. Essen und Berlin (erscheint fortlaufend).

mente entwickelt. Mittels dieser Instrumente kann stichprobenartig Aufschluss gewonnen werden, zu welchem Grad die vorab festgelegten Maßnahmenziele erreicht wurden[11]. Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene empfehlen den Krankenkassen, diese Instrumente und Verfahren nach Bedarf anzuwenden. Die Krankenkassen stellen Anbieterinnen und Anbietern von Präventionsmaßnahmen diese und/oder weitere Instrumente zur Qualitätssicherung zur Verfügung.

2.3.3 Kommission zur Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien

Der GKV-Spitzenverband beteiligt bei der Anpassung des Leitfadens zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen kontinuierlich unabhängigen Sachverstand. Dazu wurde ein Gremium eingerichtet, das den GKV-Spitzenverband berät. Diese „Beratende Kommission des GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“ setzt sich aus je einer Vertreterin / einem Vertreter des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG), der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zusammen. Ständige Gäste sind jeweils eine Vertreterin/ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK). Zu Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden darüber hinaus die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) sowie der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) beteiligt. Im Bedarfsfall werden bei themenspezifischen Fragestellungen auf Vorschlag der Beratenden Kommission und Beschluss des GKV-Spitzenverbandes weitere Expertinnen und Experten zu den Beratungen hinzugezogen. Die Beratende Kommission tagt im Regelfall zweimal pro Jahr und unterstützt den GKV-Spitzenverband im Rahmen der §§ 20 und 20a SGB V insbesondere hinsichtlich der folgenden Themenfelder:

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

11 Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008). Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu § 20 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen. Bergisch Gladbach. Download: www.gkv-spitzenverband.de -> Krankenversicherung -> Prävention, Selbsthilfe, Beratung -> Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung -> Evaluation. Vgl. auch: Kliche, T., K. Riemann, C. Bockermann, K. Niederbühl, V. Wanek, U. Koch (2011). Gesundheitswirkungen der Prävention: Entwicklung und Erprobung eines Routine-Evaluations-Systems für Primärprävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen in Settings, Betrieben und Gesundheitskursen. Gesundheitswesen 73. 247-257.

3 Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV

In Prävention und Gesundheitsförderung sind gemeinsame Ziele notwendig, um die Aktivitäten und Leistungen unterschiedlicher Verantwortlicher auf prioritäre Felder (z. B. Risiken, Zielgruppen, Lebensbereiche, Maßnahmearten) zu bündeln. Die GKV hat erstmals 2007 für ihre eigenen präventiven und gesundheitsfördernden Aktivitäten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele entwickelt. Diese basieren auf epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlicher Grundlage und berücksichtigen Festlegungen von Ziele-Initiativen mit nationaler Bedeutung. Die Ziele wurden unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes definiert und galten für die Jahre 2008 bis 2012. Die Verständigung auf gemeinsame Präventions- und Gesundheitsförderungsziele hat zu einer Verstärkung darauf bezogener hochwertiger Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei gleichzeitigem Erhalt der autonomen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen vor Ort geführt[12].

Die Ausrichtung der Aktivitäten an gemeinsamen Zielen hat sich bewährt und wird fortgeführt. Bei der Festlegung der Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013-2018 wurden die Erfahrungen und Ergebnisse der ersten Ziele-Periode 2008-2012 sowie erneut die Ergebnisse von Ziele-Initiativen mit nationaler Bedeutung berücksichtigt[13]. Zu Aktivitäten, die die Krankenkassen in der ersten Periode bereits stark oberhalb der angestrebten Zuwachsraten ausgebaut hatten, wurden keine weiteren Zielvorgaben gemacht[14]. Die arbeitsweltbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele wurden unter Beteiligung unabhängiger Expertinnen und Experten[15] einschließlich der Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbandes sowie der Spitzenorganisationen der Sozialpartner und der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz erarbeitet; sie sind kompatibel zu den Zielen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie[16].

Die Präventions- und Gesundheitsförderungsziele 2013-2018 sollen dazu anregen, dass die Krankenkassen in diesem Zeitraum gemäß den in diesem Leitfaden festgelegten Handlungsfeldern und Qualitätskriterien diejenigen Maßnahmen überproportional ausweiten, die zur Zielerreichung beitragen. Dabei bleiben die Vielfalt an Handlungsmöglichkeiten für die Krankenkassen vor Ort und die Möglichkeit der eigenen Schwerpunktsetzung gemäß diesem Leitfaden bestehen[17].

12 Zur Bilanz der Zielerreichung der Periode 2008-2012 vgl. GKV-Spitzenverband und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2013). Präventionsbericht 2013. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2012. Essen und Berlin. S. 77-80.

13 Forum „gesundheitsziele.de“ (insbesondere Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“), der „Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit“ (mit Empfehlungen zu Inhalten und Vorgehensweisen in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung), die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern, der Nationale Aktionsplan IN FORM der Bundesregierung zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten sowie seit 2012 die Demografiestrategie der Bundesregierung zur Bewältigung der Folgen des demografischen Wandels.

14 Dies betrifft insbesondere die Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in Kindertagesstätten. Diese sind seit der erstmaligen Verabschiedung der GKV-Präventions- und Gesundheitsförderungsziele durch die Krankenkassen sehr stark ausgebaut worden, sodass die Unterstützung einer weiteren Expansion durch darauf bezogene Ober-und Teilziele nicht erforderlich ist.

15 Teilnehmer/innen am Expertendialog: Prof. Dr. E. Bamberg (Universität Hamburg), Prof. Dr. N. Dragano (Universität Düsseldorf), Prof. Dr. A. Ducki (Beuth-Hochschule Berlin), Prof. Dr. G. Faller (Hochschule Magdeburg-Stendal), Prof. Dr. G. Huber (Universität Heidelberg), A. Knoll (DGUV), Dr. U. Lenhardt (BAuA), Dr. H. Pauli (DGB), Prof. Dr. A. Oppolzer (Universität Hamburg), S. Röddecke (Nationale Arbeitsschutzkonferenz NAK), A. Scholz (BDA), Prof. Dr. M. Tiemann (Universität Karlsruhe TH, Vertretung Prof. Dr. K. Bös).

16 Die Ziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie für die Periode 2013-2018 lauten: (1) „Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes“, (2) „Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich“, (3) „Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung“ (www.gda-portal.de).

17 Engelmann, K. & R. Schlegel (Hrsg.). Juris PraxisKommentar SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung – . Saarbrücken. 2012[2]. Kommentar zu § 20 SGB V (Schütze). S. 325 (Randziffer 44).

Bei der Umsetzung der Präventions- und Gesundheitsförderungsziele strebt die GKV im Sinne eines konzertierten Vorgehens eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit allen Organisationen und Gremien an, die sich mit der Entwicklung und Umsetzung nationaler Präventions- und Gesundheitsziele beschäftigen.

3.1 Methodik der Zielauswahl

Die Zielauswahl erfolgte gemäß dem von der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) entwickelten Verfahren[18].

Primärprävention
Um die Präventionsziele auf die epidemiologisch bedeutsamsten Erkrankungen auszurichten, wurde eine Rangordnung der Krankheitsgruppen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, ICD 10. Revision, auf Basis von acht Indikatoren[19] erstellt. Die Rangplätze, die die einzelnen Krankheitsgruppen bei den verschiedenen Indikatoren einnehmen, wurden durch Addition zu einem „Gesamtrang" der jeweiligen Krankheitsgruppe im gesellschaftlichen Morbiditätsspektrum aggregiert. Die Rangordnung wurde zunächst unter Berücksichtigung der Daten aller GKV-Versicherten aufgestellt, um Ziele für die allgemeine lebensweltbezogene Prävention zu generieren, und ein zweites Mal für die GKV-Mitglieder im erwerbsfähigen Alter zur Bestimmung der arbeitsweltbezogenen Präventionsziele. Dieses Rangordnungsverfahren dient einer „integrierenden Priorisierung" zur Identifikation von Krankheiten mit besonderer epidemiologischer Bedeutung, da nur solche Krankheitsgruppen vordere Plätze belegen, die bei mehreren Indikatoren hohe Werte erzielen. Nach der Identifikation epidemiologisch bedeutsamer Erkrankungen wurde geprüft, ob zu ihrer Verhütung wirksame Präventionsmöglichkeiten in GKV-Zuständigkeit bzw. Teilzuständigkeit bestehen. Sofern dies der Fall ist, wurden für die epidemiologisch besonders bedeutsamen Krankheiten Ober- und Teilziele formuliert. Das Oberziel benennt die zu verhütende Krankheit und die Hauptzielgruppen, die Teilziele enthalten Vorgaben für den Ausbau von Aktivitäten für diese Zielgruppen bzw. Lebensbereiche. Von einer Quantifizierung der anzustrebenden Steigerungen von Präventionsaktivitäten wurde abgesehen. Die Formulierung „Steigerung von Zahl und Anteil…" soll sicherstellen, dass nicht nur die in den Teilzielen genannten Aktivitäten gesteigert werden, sondern dass diese Steigerung auch über den allgemeinen Leistungsausbau insgesamt hinausgeht.

Gesundheitsförderung
Für die Bestimmung der Gesundheitsförderungsziele ist ein epidemiologisch fundiertes Auswahlverfahren wie bei den Zielen für Prävention nicht anwendbar, da es hier nicht um die Verhütung spezifischer Erkrankungen, sondern um die Stärkung allgemeiner (krankheitsunspezifischer) gesundheitlicher Ressourcen geht. In der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986 werden fünf hauptsächliche Handlungsfelder der Gesundheitsförderung genannt:

- Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik,
- Gesundheitsfördernde Lebenswelten,
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste,
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen,
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen.

Für die GKV bilden hierbei insbesondere Maßnahmen in den Lebenswelten der Zielgruppen **(„Gesundheitsfördernde Lebenswelten")** nach dem Setting-Ansatz eine wichtige Aufgabe[20]. Die

18 Bindzius, F.; Bödeker, W. u. a. (2005). Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen. iga-Report 8. Berlin und Essen (http://iga-info.de > Veröffentlichungen > iga-Reporte).

19 Einbezogen wurden die Indikatoren Mortalität, verlorene Lebensjahre, Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, direkte Krankheitskosten, ambulante Behandlungsfälle, stationäre Behandlungsfälle, Fälle in der stationären Rehabilitation, Verweildauer in der stationären Rehabilitation jeweils nach ICD-Hauptgruppen.

20 Vgl. auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bd. 2. Baden-Baden. Kapitel 6 Primärprävention in vulnerablen Gruppen. Textziffern 782 ff. (S. 233 ff.).

Gesundheitsförderungsziele wurden daher auf die gesundheitsfördernde Entwicklung von Lebenswelten für definierte Zielgruppen ausgerichtet und mit operativen Teilzielen unterlegt.

Die Gesundheitsförderungsziele sind komplementär auf die Präventionsziele bezogen, insofern als sie zu einer Verschränkung krankheitsbezogener Präventionsanstrengungen mit der Förderung positiver gesundheitlicher Rahmenbedingungen in den gleichen Lebensbereichen (z. B. Betrieben und Schulen) beitragen sollen.

3.2 Ergebnisse der Zielauswahl: Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV 2013-2018

3.2.1 Lebensweltbezogene Präventionsziele

Bezogen auf alle Versicherten führen die Krankheiten des Kreislaufsystems die Rangliste der epidemiologisch bedeutsamsten Erkrankungen an. Damit bleibt die „Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems“ wie bereits in den Jahren 2008-2012 das Oberziel der GKV in der Primärprävention. Kinder und Jugendliche wurden als Zielgruppe ausgewählt, um möglichst frühzeitig der Entwicklung dieser Erkrankungen vorzubeugen. Mit der Ausrichtung auf die Förderung von Bewegung, Stressbewältigung/Entspannung, gesunder Ernährung und Nichtrauchen nimmt das Teilziel die maßgeblichen Risikofaktoren der Krankheiten des Kreislaufsystems ins Visier. Da sich diese Risikofaktoren gegenseitig beeinflussen, sollte den Maßnahmen ein ganzheitliches Konzept mit multifaktorieller Ausrichtung (mindestens Bewegungs- und Ernährungsaspekte, möglichst auch Integration von Entspannung/Stressbewältigung und Suchtmittelkonsum) zugrunde gelegt werden. Für frühzeitige Präventionsmaßnahmen bieten sich insbesondere Schulen an, da Kinder und Jugendliche in dieser Lebenswelt sehr gut erreicht werden. Vor dem Hintergrund, dass Kinder aus sozial benachteiligten Elternhäusern überproportional häufig und frühzeitig Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen entwickeln, wurde eine Konzentration auf solche Schulen empfohlen, in denen diese Zielgruppen häufiger anzutreffen sind und die bisher noch unterdurchschnittlich von GKV-Maßnahmen erreicht werden (Haupt-, Förder- und Berufsschulen).

Oberziel lebensweltbezogene Prävention:
Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems
(Zielgruppen Kinder und Jugendliche)

Teilziel 1: Die Zahl der mit multifaktoriell* ausgerichteten verhaltens- **und** verhältnispräventiven Aktivitäten erreichten Kinder/Jugendlichen an Haupt-, Förder- und Berufsschulen ist erhöht.

* auf mehrere Risiko- bzw. Schutzfaktoren für Krankheiten des Kreislaufsystems bezogene Interventionen, insbesondere Förderung von Bewegung, Entspannung, gesunder Ernährung und Nichtrauchen

3.2.2 Lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsziele

Das lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsziel der GKV richtet sich auf die Ausschöpfung gesundheitsförderlicher Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen. Zur Umsetzung wird den Krankenkassen empfohlen, in kommunalen Gremien zur Koordination und Abstimmung lebensweltbezogener Aktivitäten mit allen verantwortlichen Partnern mitzuwirken (Teilziel 1)[21]. Zur Stärkung von Qualität und Nach-

21 Zur Umsetzung auf kommunaler Ebene vgl. auch die „Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune“ aus dem Jahr 2013 (Internet: www.gkv-spitzenverband.de -> Prävention, Selbsthilfe, Beratung -> Leitfaden Prävention -> Dokumente und Links): „Zur Ausgestaltung der Kooperation empfehlen die Partner ihren Mitgliedern, vorrangig ein bestehendes Informations- und Abstimmungsgremium in der jeweiligen Kommune (z. B. Gesundheitskonferenz) zu nutzen oder anderenfalls zu

haltigkeit der Gesundheitsförderung in Schulen wird die Etablierung von entsprechenden Steuerungsgremien in Haupt-, Förder- und Berufsschulen angeregt, da diese Schulformen bisher noch unterproportional in Maßnahmen der Gesundheitsförderung einbezogen sind (Teilziel 2).

Oberziel lebensweltbezogene Gesundheitsförderung:
Ausschöpfung der gesundheitsfördernden Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen

Teilziel 1: Aktive Mitwirkung der Krankenkassen in kommunalen Gremien zur Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern (z. B. Bündnisse für Kindergesundheit).

Teilziel 2: Zahl und Anteil der Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit einem Steuerungsgremium für die Gesundheitsförderung sind erhöht.

3.2.3 Arbeitsweltbezogene Präventionsziele

Bei Versicherten im erwerbsfähigen Alter (15-64 Jahre) belegen Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen gemäß der Begrifflichkeit der ICD 10 entsprechend dem beschriebenen Rangordnungsverfahren gemeinsam den ersten Platz des Krankheitsspektrums. Daher werden für die arbeitsweltbezogenen Präventionsaktivitäten der GKV im Zeitraum 2013-2018 die Oberziele „Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen“ sowie „Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen“ formuliert.

In Bezug auf die Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen wird eine Verstärkung verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates empfohlen (Teilziel 1.1). Diese Maßnahmen sind häufig auch in Bezug auf die Verhütung weiterer Krankheiten und Beschwerden wirksam.

Die auf die Verhütung psychischer und Verhaltensstörungen gerichteten Teilziele sehen einen Ausbau verhältnispräventiver Maßnahmen zur Verminderung psychischer Fehlbelastungen vor. Psychische Fehlbelastungen führen zu Fehlbeanspruchungen wie z. B. Stress und Ermüdung und stellen Risikofaktoren für psychische und Verhaltensstörungen, aber auch somatische Erkrankungen dar. Empfohlen werden insbesondere bedarfsgerechte Angebote zur Veränderung der Arbeits- und Betriebsorganisation (einschließlich Arbeitszeitgestaltung), der Handlungs- und Entscheidungsspielräume sowie der Informations- und Kommunikationskultur (Teilziel 2.1). Vom Führungsverhalten gehen wichtige Einflüsse auf die psychische Beanspruchung der Beschäftigten aus. Empfohlen wird daher der Ausbau von Maßnahmen zur „gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung“ (Teilziel 2.2). Schließlich sollen verhaltensbezogene Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz für Beschäftigte verstärkt werden (Teilziel 2.3). Wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der Stressbewältigungskompetenz beugen nicht nur psychischen, sondern auch somatischen Erkrankungen vor.

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 1:
Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Teilziel 1.1: Zahl und Anteil der durch Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates mit verhaltens- **und** verhältnispräventiver Ausrichtung erreichten Betriebe sind erhöht.

bilden.“ Zum Aufbau von integrierten Strukturen und Prozessen kommunaler Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche vgl.: Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (2012). Gemeinsam für ein gesundes Aufwachsen. Der kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“ 2012/2013. Berlin.

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 2:
Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen

Teilziel 2.1: Zahl und Anteil der Betriebe mit verhältnispräventiven Aktivitäten zur Verringerung psychischer Fehlbelastungen sind erhöht.

Teilziel 2.2: Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer „gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung" sind erhöht.

Teilziel 2.3: Zahl und Anteil der Betriebe mit verhaltensbezogenen Aktivitäten zur „Stressbewältigung am Arbeitsplatz" sind erhöht.

3.2.4 Arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderungsziele

Die arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderungsziele sollen dazu beitragen, die Lebenswelt „Betrieb" unter Beteiligung möglichst aller Verantwortlichen und unter Einbeziehung der Bedürfnisse der Beschäftigten nachhaltig gesundheitsförderlich weiterzuentwickeln. Kleine und mittlere Betriebe mit weniger als 100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden bisher vergleichsweise gering mit Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung erreicht. Gemäß Teilziel 1 sollen daher bisher weniger gut erreichte Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten für Gesundheitsförderungsaktivitäten gewonnen werden. Die Steuerung der Gesundheitsförderung durch ein betriebsinternes Gremium – zweckmäßigerweise verankert in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung – ist ein wichtiges Element der Strukturqualität. Teilziel 2 fokussiert daher auf die vermehrte Etablierung von Steuerungsgremien für die Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz zuständigen Akteure[22]. Zur Vorbereitung bedarfsorientierter Maßnahmen haben sich dabei Gesundheitszirkel als partizipatives Instrument der Problemdiagnose bewährt. Teilziel 3 empfiehlt deshalb die verstärkte Einrichtung von Gesundheitszirkeln. Zudem werden Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben gemäß Teilziel 4 empfohlen, um die gesundheitlichen Ressourcen der Beschäftigten zu stärken.

Oberziel arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung:
Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeitswelt mit bedarfsgerechter, nachhaltiger und partizipativer betrieblicher Gesundheitsförderung

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

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

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

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

*Es wird empfohlen, die Teilziele 2 und 3 kombiniert zu verfolgen.

Die Umsetzung der Ziele wird kontinuierlich durch den vom GKV-Spitzenverband und dem MDS herausgegebenen Präventionsbericht kassenartenübergreifend dokumentiert und transparent gemacht. Die Erkenntnisse hieraus werden auch in die Ziele-Initiativen mit nationaler Bedeutung zur Weiterentwicklung eingebracht.

22 Für kleinere Betriebe kann die Steuerung der betrieblichen Gesundheitsförderung auch betriebsübergreifend bzw. im Rahmen von Unternehmensnetzwerken sichergestellt werden.

4 Setting-Ansatz nach § 20 Abs. 1 SGB V

4.1 Einleitung

Die alltäglichen Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen üben einen erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung der Menschen aus und prägen gesundheitsbezogene Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen. Deshalb sind für die gesundheitliche Entwicklung Einzelner primär solche Interventionen erfolgversprechend, die vor allem auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung und Beeinflussung von Bedingungen in der jeweiligen Lebenswelt (Setting) gerichtet sind. Settings sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Lernens, Arbeitens und Wohnens, in denen Menschen große Teile ihrer Zeit verbringen[23]. In diesem Sinne stellen insbesondere Kitas, Schulen und Ausbildungseinrichtungen, Betriebe und Kommunen/Stadtteile/ländlicher Raum sowie Einrichtungen der (pflegerischen) Langzeitversorgung[24] Settings für die Gesundheitsförderung dar. Die Einrichtungen der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und des Spielens sind hierbei wichtige Partner insbesondere auf kommunaler Ebene. Bei Leistungen nach dem Setting-Ansatz handelt es sich um primärpräventive und gesundheitsfördernde Interventionen, die sich im Sinne aufsuchender Information und Beratung an Lebenswelten richten und dabei sowohl die gesundheitlichen Rahmenbedingungen als auch gesundheitlichen Kompetenzen von Einzelnen weiterentwickeln.

Die Ausführungen zum Setting-Ansatz in diesem Kapitel beziehen sich auf alle Settings außer auf das Setting Betrieb; die betriebliche Gesundheitsförderung wird in Kapitel 6 beschrieben.

Ein besonderes Augenmerk liegt – auch im Hinblick auf den Gesetzesauftrag nach § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V – auf der **Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen**. Soziale Benachteiligungen können sich insbesondere aus einem niedrigen Bildungsstand, einer niedrigen beruflichen Stellung oder Erwerbslosigkeit sowie einem geringen Einkommen ergeben. Sozial benachteiligte Zielgruppen sind meist höheren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt und verfügen gleichzeitig über geringere Bewältigungsressourcen und höhere Zugangsbarrieren als sozial Bessergestellte[25]. Auch Menschen mit Migrationshintergrund sowie Versicherte im ländlichen Raum haben einen erschwerten Zugang zu Präventionsleistungen. Mit Interventionen in Settings werden kontraproduktive Stigmatisierungen vermieden, da hier nicht ausschließlich sozial Benachteiligte anzutreffen sind. Zur Erreichung sozial benachteiligter Zielgruppen geeignete Settings sind insbesondere:

- Kindergärten/Kindertagesstätten,
- Grund-/Haupt-/Realschulen (samt zusammenfassenden Schulformen wie z. B. Mittelschulen/Gesamtschulen), Förderschulen sowie Berufsschulen,
- Einrichtungen der (pflegerischen) Langzeitversorgung,

23 Vgl. Rosenbrock, R., Hartung, S. (2011): Settingansatz/Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Gamburg, 497-500. Empfehlungen der WHO (1999): Gesundheit21. Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle", Nr. 6.

24 Hierzu zählen insbesondere ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. Bei Leistungen nach dem Setting-Ansatz in diesen Einrichtungen stehen nicht die Beschäftigten, sondern die Nutzer/innen bzw. Bewohner/innen im Fokus. Dabei sind stets die jeweils gesetzlich geregelten (Finanzierungs-)Zuständigkeiten, wie z. B. nach dem Pflegeversicherungs- und Sozialhilferecht zu berücksichtigen. An Beschäftigte gerichtete Leistungen sind der betrieblichen Gesundheitsförderung zugeordnet.

25 Über Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und Gesundheitszustand vgl. Lampert, T., Kroll, L.E., von der Lippe, E., Müters, S. & Stolzenberg, H. (2013): Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung/Gesundheitsschutz, Bd. 56, Heft 5/6, 2013, 814-821. GBE kompakt 5/2010 (RKI Hrsg.): Armut und Gesundheit, Berlin. Siegrist, S.& Marmot, M. (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Bern. Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Kapitel 3, 115-180. Mielck, A (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern.

- Kommunen mit niedrigem durchschnittlichem Pro-Kopf-Einkommen bzw. hohem Anteil an Arbeitslosen, Empfängerinnen/Empfängern von Grundsicherung nach SGB II oder Migrantinnen/Migranten sowie Kommunen im ländlichen Raum (insbesondere Gebiete mit schlechter Infrastruktur und einem hohen Anteil älterer Menschen).

4.2 Grundverständnis

Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz zielt darauf ab, unter möglichst direkter und kontinuierlicher Beteiligung der Betroffenen **(Partizipation)** die jeweiligen Gesundheitspotenziale/-risiken im Setting zu ermitteln und einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen. Gesundheit soll als Leitbild in Settings etabliert werden. Das schließt die Integration von Gesundheitsförderung, -bildung und -erziehung in die Prozesse des Alltags ein. Verknüpft mit dem Bemühen, Gesundheit als Organisationsprinzip in Settings zu integrieren, sollte die persönliche Handlungsfähigkeit Einzelner für die Gestaltung ihrer gesundheitlichen Lebensbedingungen gestärkt werden, um sie zu gesundheitsgerechtem Verhalten zu motivieren und zu befähigen **(Autonomie und Empowerment)**. Der Setting-Ansatz ist geprägt durch eine enge Verknüpfung von Interventionen, die sowohl auf die Rahmenbedingungen **(Verhältnisse)** im Setting als auch auf das gesundheitsbezogene **Verhalten** Einzelner gerichtet sind[26] (vgl. Abb. 2). Der Gesundheitsförderungsprozess ist als Lernzyklus zu konzipieren, um möglichst langfristige positive Wirkungen zu erzielen. Es sollen Prozesse initiiert werden, die unter aktiver Mitwirkung aller Beteiligten zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation führen sollen.

Ein zentrales Ziel ist die **nachhaltige Verankerung** von Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Dies setzt voraus, dass Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden und gestaltet sowie in politikfeldübergreifende gesundheitsförderliche Strategien und Vernetzungsprozesse zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Organisationen, Institutionen oder informellen Gruppen eingebunden wird. Die originär zuständigen Träger müssen sich mit ihren jeweiligen Kompetenzen und finanziellen wie personellen Ressourcen an der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligen. Maßnahmen in Lebenswelten sollen möglichst in lebensphasenübergreifende Strategien (lebensphasen- und institutionsübergreifende „Präventionsketten“[27]) eingebettet sein. Dadurch lassen sich Angebote und Aktivitäten der verschiedenen Träger über Ressortgrenzen hinweg aufeinander abstimmen und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote, z. B. von der Schwangerschaft bzw. Geburt bis zur Berufsausbildung, sicherstellen[28].

Gesetzliche Krankenkassen initiieren, unterstützen und begleiten Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte in Lebenswelten zeitlich befristet im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe. Sie sind dabei nicht alleinige Finanzierungsträger und kompensieren nicht einen eventuellen Rückzug anderer primär verantwortlicher Akteure. Notwendig sind abgestimmte Vorgehensweisen und

26 Vgl. auch Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (2013): Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung. Bonn.

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

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

Kooperationen der Krankenkassen mit den in der Prävention und Gesundheitsförderung verantwortlichen Partnerinnen und Partnern, insbesondere den Einrichtungsträgern sowie den für das Setting politisch Verantwortlichen. Hierbei sollte an die Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände mit der GKV zur Zusammenarbeit in Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune sowie bedarfsbezogen zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit an die Empfehlung von Bundesagentur für Arbeit und GKV angeknüpft werden[29].

29 Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune, Mai 2013. Empfehlung zur Zusammenarbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Februar 2012 (beide Empfehlungen im Internet erhältlich unter http://www.gkv-spitzenverband.de in der Rubrik „Krankenversicherung", „Prävention, Selbsthilfe, Beratung", „Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung", „Leitfaden Prävention").

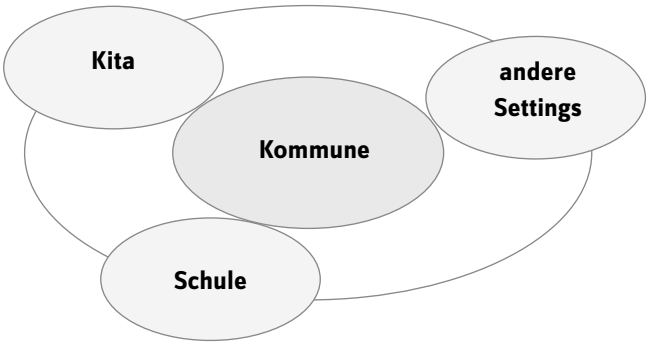
Abb. 2: Primärprävention und Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz

Kombination
von

verhältnispräventiven Maßnahmen und **verhaltenspräventiven Maßnahmen**

z. B.
- Bedarfsermittlung
- Beratung zur Umgestaltung z. B. der Gemeinschaftsverpflegung
- Multiplikator/innenschulung
- Vernetzung mit anderen Einrichtungen in der Region

z. B.
- Bewegungsangebote
- Ernährungsaufklärung
- Training sozial-emotionaler Kompetenzen
- Aufklärung zu Suchtgefahren



Quelle: Eigene Darstellung

4.3 Der Gesundheitsförderungsprozess im Setting-Ansatz

Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten stellt einen Prozess dar, der die Elemente Bedarfsermittlung einschließlich vorhandener Risiken und Potenziale, eine daraus abgeleitete Zielbestimmung und Entwicklung von Vorschlägen und Maßnahmen zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Verhältnisse und Verhaltensweisen sowie die Unterstützung von deren Umsetzung, jeweils unter Beteiligung der im Setting befindlichen Menschen und den im Setting Verantwortlichen, umfasst. Bei einer nachhaltigen Etablierung von Gesundheitsförderung im Setting wiederholt sich dieser Prozess im Sinne eines Lernzyklus: An die Umsetzung schließt sich wiederum eine Analysephase an, in der die Ergebnisse der bereits durchgeführten Maßnahmen bewertet werden, um darauf aufbauend weitere Maßnahmen zu erarbeiten und umzusetzen (vgl. Abb. 3).

Der Gesundheitsförderungsprozess gliedert sich in die Schritte „Vorbereitung", „Analyse", „Maßnahmeplanung", „Umsetzung" und „Evaluation"[30]. Die Sensibilisierung aller Beteiligten für die Gesundheitsförderung sowie die interne Öffentlichkeitsarbeit stellen kontinuierliche Aufgaben während des gesamten Prozesses dar.

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

2. Nutzung/Aufbau von Strukturen: Zu Beginn von Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Setting ist es wichtig, die relevanten Akteure zusammenzubringen. Dabei wird empfohlen, dass Krankenkassen sich möglichst in bereits vorhandene Netzwerke und Strukturen einbringen bzw. bereits aktive Partnerinnen und Partner mit einbeziehen, sodass ein untereinander abgestimmtes Handeln – am besten innerhalb einer integrierten kommunalen Gesamtstrategie – erfolgen kann. Das schließt die Nutzung bereits vorhandener Strukturen kassenartenübergreifender Organisationen (Auswahl und Begleitung geeigneter Projekte) und der Qualitätssicherung ein[31].

Es empfiehlt sich, ein Steuerungsgremium zu bilden, welches den Gesamtprozess steuert und koordiniert. Dabei sind die Möglichkeiten einer Verstetigung und Sicherung der Nachhaltigkeit stets zu berücksichtigen. Im Vorfeld der Maßnahmen sollte im Steuerungsgremium ein gemeinsames, von allen getragenes Grundverständnis von Gesundheitsförderung im Setting sowie ein grundsätzliches Einvernehmen über das weitere Vorgehen entwickelt werden.

3. Analyse: Ziel dieser Phase ist die Ermittlung des Handlungsbedarfs durch Erhebung der gesundheitlichen Situation im Setting einschließ-

30 Qualitätskriterien aller Schritte im settingbezogenen Gesundheitsförderungsprozess hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) am Beispiel von Maßnahmen der Übergewichtsprävention bei Kindern und Jugendlichen beschrieben: BZgA (2010). Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Köln.

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

lich Risiken und Potenzialen. Für das Setting als Ganzes, die einzelnen Settingbereiche und Zielgruppen sollen die gesundheitliche Situation, Veränderungsbedarfe und -potenziale, gesundheitliche Belastungsschwerpunkte sowie Ressourcen möglichst systematisch ermittelt werden. Hierfür bietet es sich an, zunächst die vorhandenen Erkenntnisse über die gesundheitlichen Bedingungen (z. B. aus der regionalen/kommunalen Gesundheitsberichterstattung) zusammenzutragen und gemeinsam im Steuerungsgremium auszuwerten. Geeignete Analyseinstrumente zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und Potenziale sind u. a. Settingbegehungen, standardisierte Zielgruppenbefragungen und beteiligungsorientierte Verfahren, wie z. B. Gesundheitszirkel.

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 verhaltens- als auch verhältnisbezogene Maßnahmen enthalten und neben der Reduzierung von Risiken auch die Stärkung von Ressourcen der Zielgruppen vorsehen. Er bringt die Maßnahmen nach Priorität und Machbarkeit in eine Reihenfolge und legt die Rollen und Verantwortlichkeiten von Akteuren, Kooperationspartnerinnen/Kooperationspartnern sowie Finanziers für die Gestaltung der einzelnen Interventionen und Interventionsschritte inner- und außerhalb des Settings fest. Der Maßnahmenplan enthält zudem im Rahmen der Qualitätssicherung die in Abstimmung getroffenen (Zwischen-)Ergebnisparameter und Bewertungsmaßstäbe von Interventionen sowie Routinen für die Dokumentation der Maßnahmen. Ferner sind darin die Zeitplanung und einzelne Fristen festgelegt. Das Steuerungsgremium wirkt auf die Realisierung des Plans hin.

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

6. Evaluation: Es wird empfohlen, eine Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation – auch unter dem Gesichtspunkt der Verstetigung und Nachhaltigkeit durchzuführen. Sie umfasst die regelmäßige Dokumentation und Reflexion der Umsetzung von Interventionen anhand festgelegter Routinen sowie die Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation anhand wissenschaftlicher Methoden und Instrumente[32]. Die Nutzung der Ergebnisse kann für die Bestimmung des Handlungsbedarfs im folgenden Zyklus genutzt werden.

Durchgängiges partizipatives Erfordernis:
Beteiligungsorientierte Methoden, wie z. B. Gesundheitszirkel und -werkstätten, sind geeignete Instrumente sowohl zur Analyse, Maßnahmenplanung und Umsetzung als auch zur Evaluation. Ferner ist die Weiterentwicklung von gesundheitlichen Kompetenzen der Zielgruppen (Empowerment) in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses empfehlenswert.

32 S. auch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012): Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Reihe: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln.

Abb. 3: Der Gesundheitsförderungsprozess im Setting-Ansatz

Kontinuierliche Sensibilisierung und interne Öffentlichkeitsarbeit

Vorbereitungsphase	Nutzung/ Aufbau von Strukturen	Analyse	Maßnahmenplanung	Umsetzung	Evaluation
Information und Beratung der im Setting Verantwortlichen Sensibilisierung und Motivierung der im Setting Verantwortlichen Entscheidung zum Einstieg in einen Gesundheitsförderungsprozess	Auftragsklärung/ grundsätzliche Zielsetzung Vernetzung mit externen und internen Akteuren Möglichst Nutzung vorhandener Strukturen kassenartenübergreifender Strukturen Aufbau eines Steuerungsgremiums Sicherung von Nachhaltigkeit, Verstetigung	Analysen zur Ermittlung von gesundheitlichen Belastungsschwerpunkten im Setting, Veränderungsbedarf/ -potenziale bei Betroffenen Analysen von Ressourcen	Zielkonkretisierung, Priorisierung von Zielen, Einigung über (Zwischen-) Parameter/ Bewertungsmaßstäbe Analyse von Ressourcen	Verhältnispräventive Maßnahmen, z. B. organisatorische Maßnahmen, strukturelle oder gestalterische Veränderungen, Informationsfluss Verhaltenspräventive Maßnahmen, z. B. Bewegung, Ernährung, Stress	Strukturevaluation Prozessevaluation: Begleitende Bewertung der Durchführung Ergebnisevaluation: Systematische Erfassung von Auswirkungen der Interventionen Systematischer Einsatz von Methoden/ Instrumenten, z. B. subjektive Befragungen, Beobachtungen

Partizipation von Zielgruppen/Stakeholdern, z. B. über Gesundheitszirkel/-werkstätten

Empowerment von Zielgruppen

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

4.4 Leistungsarten, Förderkriterien und Ausschlusskriterien

Die folgenden übergreifenden Kriterien beziehen sich auf alle Aktivitäten und Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz. Darüber hinaus gelten für Projekte in einzelnen Settings (Kommunen, Kitas, Schulen) spezifische Anforderungen und Kriterien (vgl. Kapitel 4.5.3, 4.6.3, 4.7.3).

Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz können von Krankenkassen durch Fachkräfte oder durch qualitätsgesicherte Konzepte und Programme und ggf. finanziell unterstützt werden. Die Krankenkassen können dabei entsprechende Konzepte und Programme eigenständig entwickeln sowie erproben und/oder Dritte mit der Nutzung, Erprobung und Evaluation beauftragen. **Mögliche Leistungen** der Krankenkassen im Setting-Ansatz können z. B. Beratung, Moderation und Projektmanagement sein.

Inhalte sind insbesondere:

- Bedarfsermittlung und Zielentwicklung
- Beratung zu verhältnispräventiven Umgestaltungen
- Fortbildung von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung
- Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen
- Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung
- Öffentlichkeitsarbeit
- Förderung von Vernetzungsprozessen

Leistungen nach dem Setting-Ansatz stehen grundsätzlich allen Zielgruppen offen, unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind. Dies gilt auch, wenn nicht alle Krankenkassen im jeweiligen Projekt beteiligt sind.

Die Projekte, für die Leistungen der Krankenkassen nach dem Setting-Ansatz beantragt werden, müssen grundsätzlich – entlang des oben dargestellten Gesundheitsförderungsprozesses bzw. -zyklus' – die nachstehenden Bedingungen erfüllen[33]:

- **Bedarfsermittlung:** Für die geplanten Aktivitäten wird ein Bedarf nachgewiesen.
- **Zielgruppenbestimmung**: Die Zielgruppen werden unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Personengruppen definiert.
- **Vielfalt/Diversität**: Die Vielfalt/Diversität der Zielgruppen wird berücksichtigt[34].
- **Partnerschaften:** Vorhandene Strukturen, Einrichtungen, Netzwerke und Akteure, Finanzierungsträger (Drittmittel) im Setting werden ermittelt und möglichst genutzt bzw. eingebunden[35]. Ressortübergreifende Strukturen werden gefördert.
- **Partizipation:** In den gesamten Gesundheitsförderungsprozess sind die Zielgruppen aktiv einbezogen.
- **Zieldefinition**: Die Zieldefinition erfolgt möglichst operationalisiert; dabei sind der Verhältnis- und der Verhaltensbezug beachtet.
- **Finanzierungskonzept:** Ein Finanzierungskonzept liegt vor, welches die Aktivitäten in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses umfasst (s. Kapitel 4.3). Insbesondere die für das Setting zuständigen Träger bringen einen angemessenen Anteil an Mitteln – auch in Form geldwerter Leistungen – in die Aktivitäten ein.
- **Transparenz:** Die Partnerinnen/Partner informieren sich gegenseitig laufend über den jeweils aktuellen Sachstand.
- **Ausrichtung der Interventionen:** Die geplanten Aktivitäten stärken über die Krankheits-

33 Vgl. auch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Gesundheitsförderung Konkret Bd. 5, 5. erweiterte und überarbeitete Auflage, Köln (Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

34 Relevante Merkmale der Vielfalt (Diversität) sind unter anderem Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund.

35 Die originär zuständigen Träger/innen müssen sich mit ihren jeweiligen Kompetenzen und finanziellen wie personellen Ressourcen an der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligen.

vermeidung hinaus die gesundheitsfördernden und -schützenden Ressourcen Einzelner und verbessern die Rahmenbedingungen.

- **Nachhaltigkeit:** Ein Nachhaltigkeitskonzept (z. B. zur Verstetigung des Prozesses, zur Strukturbildung) liegt vor.
- **Qualitätssicherung:** Die im bzw. für das Setting Verantwortlichen verpflichten sich zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Anbieterqualifikation:
Die Durchführung von Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz durch die – bzw. im Auftrag – der Krankenkassen erfolgt durch Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss mit Bezug zu Gesundheit und Prävention. Diese müssen außerdem über spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten in den Bereichen Prozess- und Projektmanagement verfügen. Für individuumsbezogene verhaltenspräventive Maßnahmen im Rahmen des Setting-Ansatzes gelten die Anforderungen an die Anbieterqualifikation in Kapitel 5 entsprechend.

Von der Förderung ausgeschlossen sind insbesondere:

- Aktivitäten, die zu den **Pflichtaufgaben anderer Einrichtungen oder Verantwortlicher** gehören (z. B. die Suchtberatung durch entsprechende Beratungsstellen oder Suchtprophylaxebeauftragte),
- **isolierte**, d. h. nicht in ein Gesamtkonzept eingebundene **Maßnahmen** externer Anbieterinnen/Anbieter,
- **individuumsbezogene Abrechnung** von Maßnahmen,
- **Förderanträge**, die **nicht von der Einrichtung /dem Einrichtungsträger selbst** gestellt werden,
- **Forschungsprojekte/Screenings** ohne Interventionsbezug,
- 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 Projekt gebunden sind,
- Kosten für **Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenstände**, **Mobiliar** und **technische Hilfsmittel,**
- **Regelfinanzierung** von auf Dauer angelegten Stellen, z. B. in Beratungseinrichtungen[36],
- Angebote, die **weltanschaulich nicht neutral** sind.

4.5 Gesundheitsförderung in der Kommune

4.5.1 Grundsätze und Ziele von Gesundheitsförderung in Kommunen

Die Kommune bildet ein besonders geeignetes Setting der Gesundheitsförderung, 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. Hier lassen sich auch solche Zielgruppen erreichen, die über die Einrichtungen, wie Kita, Schule, Betrieb, in der Regel nicht erreicht werden, wie z. B. Arbeitslose und ältere Menschen. Die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen können sich auf ganze Kommunen, Teile derselben (z. B. Stadtteile) oder den ländlichen Raum (ggf. kommunenübergreifend) beziehen.

36 Eine Ausnahme besteht bei der Finanzierung der Koordinierungsstellen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Diese werden paritätisch von den Krankenkassen und den Bundesländern finanziert.

Die Kommunen verfügen über das grundgesetzlich verbriefte Recht, „alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln" (Artikel 28 Abs. 2 Grundgesetz). Bei der Gesundheitsförderung kommt daher den Kommunen selbst eine Schlüsselfunktion zu. Es ist grundsätzlich Aufgabe der Kommunen, einen gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozess anzustoßen, zu koordinieren und zu leiten. In diesen sind immer auch andere verantwortliche Akteure einzubinden[37].

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[38]. Um hier die Zusammenarbeit in der Primärprävention und Gesundheitsförderung zu intensivieren, haben der GKV-Spitzenverband und die kommunalen Spitzenverbände im Mai 2013 eine Empfehlung zur Zusammenarbeit im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune verabschiedet[39].

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

38 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. Ebd. S. 12 und 16 f.

39 Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune, Mai 2013 (Download: www.gkv-spitzenverband.de unter Krankenversicherung/Prävention, Selbsthilfe, Beratung/ Leitfaden Prävention).

4.5.2 Qualitätskriterien für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in Kommunen

Wesentliche Quellen für kommunal orientierte Primärprävention und Gesundheitsförderung sind:

- **Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit**[40]
  Der 2003 gegründete Kooperationsverbund mit zurzeit 60 Mitgliedern macht Angebote der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung über seine Datenbank transparent, vernetzt Institutionen aus verschiedenen Bereichen, fördert den Austausch von Wissenschaft und Praxis und verknüpft bestehende Strukturen. Der Kooperationsverbund hat 16 „Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit" (ehemals „Regionale Knoten") aufgebaut, die seit Anfang 2007 in allen 16 Bundesländern arbeiten. Ihr Auftrag ist es, den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren auf Landes- und kommunaler Ebene anzuregen, Good-Practice-Projekte zu identifizieren und zu verbreiten und damit die Qualitätsentwicklung zu fördern. Ein Schwerpunkt der Arbeit des Kooperationsverbundes ist seit 2011 der kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!". Dieser richtet sich sowohl an Kommunen, die bereits über ausdifferenzierte Strukturen und ressortübergreifende Strategien für die Gesundheitsförderung verfügen, als auch an solche, die sich auf den Weg hin zu einem kommunalen Gesamtkonzept machen möchten. Im Kern geht es darum, für jedes Kind möglichst optimale Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen zu schaffen. Über die kommunalen Handlungsfelder und Zuständigkeiten hinweg werden die gesundheitsförderlichen Angebote an den Übergängen der kindlichen Entwicklung bis

40 Link: http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, unter „Gesundheitsförderung im Quartier" sowie unter „Gesund aufwachsen für alle! PARTNERPROZESS".

zum Einstieg ins Erwachsenenalter miteinander verzahnt und bedarfsgerecht gestaltet („Präventionsketten")[41].

- **Netzwerk für Gesunde Städte**[42]
  Das Netzwerk für Gesunde Städte ging 1989 aus einer Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hervor. Die dem Netzwerk angehörenden Kommunen setzen das Thema Gesundheit im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen auf die Tagesordnung. Sie verpflichten sich per Rats- bzw. Kreistagsbeschluss, die folgenden Mindestkriterien zur kommunalen Gesundheitsförderung zu unterstützen:
  - Erstellen einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung, die Eingang in politische Entscheidungen hält
  - Definition spezifischer gesundheitsbezogener Problemfelder
  - Implementierung kommunaler Gesundheitskonferenzen, die einer Vereinbarung kommunaler Gesundheitsziele dienen
  - Gemeinsame Entwicklung, Umsetzung und Evaluation eines Gesundheits-Aktions-Programms
  - Intensive Öffentlichkeitsarbeit

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

- **Bund-Länder-Programm Soziale Stadt**[43]
  Anknüpfungspunkte für eine soziallagenbezogene kommunale Gesundheitsförderung bietet das Programm der deutschen Städtebauförderung „Soziale Stadt". Unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen wurde es 1999 als Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Die Soziale Stadt" ins Leben gerufen. Ziel ist hier, die Lebensbedingungen der Bevölkerung benachteiligter Stadtteile und damit gleichzeitig ihre Lebensperspektiven zu verbessern. Anhand eines integrierten Handlungsprogramms sollen Probleme in besonders benachteiligten Stadtteilen identifiziert, Maßnahmen zur Problemlösung formuliert und Umsetzungsmöglichkeiten entwickelt werden. Notwendige Bedingung einer „Sozialen Stadt" ist die Aktivierung und Beteiligung der Bevölkerung des Stadtteils.

  Die Bewohnerinnen und Bewohner sind daher stets in die Prozesse der Maßnahmenplanung und -umsetzung einzubeziehen. Bei der Umsetzung der Maßnahmen kommt dem sogenannten Quartiermanagement eine besondere Funktion zu. Es bringt die unterschiedlichen Akteure aus Politik, Verwaltung, Schulen, freien Trägern, Bewohnerschaft, Gewerbe etc. durch Bildung und Moderation bereichsübergreifender Initiativen und Arbeitsgruppen zusammen. Themen der Gesundheitsförderung wurden 2005 in das Programm „Soziale Stadt" integriert[44].

Auch zur Gesundheitsförderung im ländlichen Raum gibt es erfolgversprechende Beispiele, deren Erfahrungen für kooperatives Engagement der

41 Richter-Kornweitz, A. (2013): Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen, Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Hannover.

42 Link: http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de.

43 Link: http://www.staedtebaufoerderung.info, unter „Soziale Stadt".

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

Krankenkassen mit den verantwortlichen Partnern genutzt werden können[45].
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.

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

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

45 Beispiele für Gesundheitsförderung im ländlichen Raum: Die Modellprojekte „Gesunder Landkreis" (Initiative Gesund.Leben.Bayern) und „Gesunde Gemeinde" (Reutlingen) setzen den Fokus auf die Prävention und Gesundheitsförderung in der ländlichen Region. Bei „Gesunder Landkreis" wird ein kommunales Netzwerk zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention vor Ort errichtet, ausgerichtet auf die Bedingungen und Bedarfe in den (insbesondere auch ländlichen) Regionen (http://www.zpg-bayern.de/gesunder-landkreis.html). Eine „Gesunde Gemeinde" zielt auf den Erhalt der Lebensqualität vor allem im ländlichen Raum des Landkreises Reutlingen ab. Hierfür wurde ein Qualitätszertifikat „Gesunde Gemeinden – Gesunde Städte im Landkreis Reutlingen" entworfen, das mit Start im Jahr 2014 in drei Gemeinden modellhaft erprobt wird. Ziel ist die Erhöhung von Transparenz und Qualität bei gesundheitsförderlichen Angeboten sowie die Förderung von deren Weiterentwicklung (s. Bericht der Arbeitsgruppe „Gesunde Gemeinden – Gesunde Städte im Landkreis Reutlingen (Zertifikatsentwicklung, als PDF-Datei zu finden unter http://www.kreis-reutlingen.de/kgk/Gesunde-Gemeinde-Gesunde-Stadt).

Qualitätselemente integrierter und ressortübergreifender Gesundheitsförderung im Setting Kommune

In Veröffentlichungen des Deutschen Instituts für Urbanistik (Difu) und von Gesundheit Berlin Brandenburg e. V. wurde dargelegt, wie Gesundheitsförderung als Teil der Stadtentwicklung im Sinne eines integrierten und ressortübergreifenden Vorgehens erfolgreich implementiert und umgesetzt werden kann[46]. Als praxistaugliche „Qualitätselemente der gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung" sind hervorzuheben:

Stadtteilbezogene Bedarfsanalysen (Aufgabe der Kommunen):
Datengewinnung, -aufbereitung und -zusammenführung zu einem breiten Spektrum gesundheitsbezogener Themen wie:

- umweltbezogene Gesundheitsbelastungen (z. B. Lärm- und Luftbelastung, Kfz-Dichte)
- individuelle Gesundheitsbelastungen (z. B. Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug)
- Gesundheitszustand der Bevölkerung (z. B. Übergewicht, Motorik- und Sprachstörungen bei Kindern)
- Gesundheitsversorgung (z. B. Anzahl der Arztpraxen)
- Gesundheitspotenziale (z. B. bewegungsanregende Infrastruktur, öffentliche Grünflächen, Gesundheitsprojekte in Kitas und Schulen)
- Ergänzung dieser Daten um qualitative Einschätzungen der Vor-Ort-Akteure und der Bewohnerschaft
- ggf. Ergänzung dieser Daten um Daten der Sozialversicherungsträger

Konzeptentwicklung:

- Integration von Themen und Zielen der Gesundheitsförderung in die „Integrierten Entwicklungskonzepte"
- hierbei Verbindung der klassischen Präventionsfelder Ernährung, Bewegung und Suchtprävention mit Themen und Zielen aus den Bereichen Umwelt und Städtebau

Strukturentwicklung:

- nachhaltige Etablierung von Steuerungs- und Koordinierungsstellen für die gesundheitsfördernde Stadt-(teil)entwicklung unter Beteiligung von Vertreter/innen der zuständigen Ämter, Gesundheitsakteure, Vor-Ort-Aktiven und Bewohnerschaft
- Ansiedlung dieser Koordinierungsstellen beim Quartiermanagement bzw. in enger Zusammenarbeit mit diesem

Projektentwicklung durch Beteiligung und Zielgruppenorientierung:

- institutionalisierte Mitgestaltungsmöglichkeiten der Bürger/innen bei der Angebotsplanung
- Ausrichtung der niedrigschwelligen Angebote auf (nach Herkunft, Geschlecht und Alter möglichst genau definierte und homogene) Zielgruppen in Zusammenarbeit mit den für diese Zielgruppen relevanten Institutionen (z. B. Schulen, Kitas und Jugendclubs)

Nutzung vorhandener und Schaffung neuer Finanzierungsmodelle:
Mobilisierung und Zusammenführung von Ressourcen aus unterschiedlichen Quellen, z. B.:

- Mittel für „Nichtbauliche Modellvorhaben" des Programms „Soziale Stadt"
- Mittel der „Verfügungsfonds" des Programms „Soziale Stadt"
- kommunale Mittel
- Mittel von Stiftungen
- GKV-Mittel nach § 20 SGB V auf der Grundlage dieses Leitfadens

46 Bär, G., Böhme, C. & Reimann, B. (2009). Gesundheitsförderung und Stadtteilentwicklung. In: Kuhn, D., Papies-Winkler, I. & Sommer, D. (Hrsg.) (2009). Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten. Erfahrungen aus der Lebenswelt Stadtteil. Frankfurt/M. S. 249-259, hier: S. 250.

4.5.3 Spezielle Förderkriterien für Gesundheitsförderung im Setting Kommune

Die nachfolgenden speziellen Kriterien konkretisieren bzw. ergänzen die übergreifenden Kriterien für Maßnahmen im Setting-Ansatz in Kapitel 4.4:

- Ziel bei der Nutzung und Schaffung von Strukturen ist grundsätzlich die **Nachhaltigkeit** und **Verankerung von Gesundheitsförderung in den Kommunen**. Das schließt ein, dass das Ziel Gesundheit in den Zielkatalog der Kommune aufgenommen wird/ist.
- Gesetzliche Krankenkassen bringen sich bei Projekten ausschließlich dann ein, wenn die **Partner ihren jeweiligen** inhaltlichen und finanziellen **Teil** erfüllen.

Für Leistungen nach dem Setting-Ansatz in Kommunen werden krankenkassenübergreifende Kooperationen empfohlen. In der Kommune treffen viele Verantwortliche aufeinander, die in ihrem Bereich für Gesundheitsförderung und Prävention zuständig sind. Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungsträgern, kommunalen Einrichtungen und Bildungsträgern mit Bezug zur Primärprävention und Gesundheitsförderung sind im Anhang dargestellt (s. Anhang, Kapitel 7.1: Berührungspunkte/Abgrenzungen von Leistungen nach § 20 SGB V zu gesetzlichen Aufgaben anderer Träger für besondere Zielgruppen im Setting Kommune).

4.5.4 Besondere Zielgruppen im Setting Kommune

Nachfolgend werden beispielhaft drei Zielgruppen betrachtet, die einen besonderen Bedarf an Unterstützung haben können. Im Vorfeld einer konkreten Förderung ist jedoch auch hier eine Bedarfsanalyse notwendig.

Werdende, junge Familien und Alleinerziehende im Setting Kommune

Werdende und junge Eltern zeigen sich tendenziell besonders empfänglich für Gesundheitsthemen, sodass bei diesen gute Chancen zu gesundheitsförderlichen Lebensstiländerungen gesehen werden. Familien in der Phase der Schwangerschaft, mit Säuglingen und Kindern im Kleinkind-/Kindergartenalter sowie Alleinerziehende sollen als Zielgruppe bei settingbezogenen Maßnahmen in Kommunen stärkere Berücksichtigung finden. 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[47]; höherer Tabak-[48]/Alkoholkonsum).

Handlungsleitende Förderkriterien für an Familien gerichtete Maßnahmen

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

- Zielgruppen sind werdende Familien, junge Familien mit Säuglingen und Kindern im Klein-

47 Cairney, J., Boyle, M., Offord, D.R. & Racine, Y. (2003). Stress, social support and depression in single and married mothers. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Jg. 38. S. 424-429.
Franz, M., Lensche, H. & Schmitz, N. (2003). Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Jg. 38. S. 59-68.

48 Rahkonen, O., Laaksonen, M. & Karvonen, S. (2005). The contribution of lone parenthood and economic difficulties to smoking. Social Science and Medicine, Jg. 61. S. 211-216.
Franke, A., Mohn, K., Sitzler, F., Welbrink, A. & Witte, M. (2001). Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Weinheim.

kind-/Kindergartenalter[49] sowie Ein-Eltern-Familien.

- Das Augenmerk liegt auf schwer erreichbaren „sozial benachteiligten" Familien. Mögliche Stigmatisierungen (z. B. durch Titulierungen der Angebote) sind auszuschließen.
- Die Angebote für Familien sollten möglichst niedrigschwellig[50] in Einrichtungen in der Kommune (z. B. Bürgerzentren, Stadtteiltreffs) umgesetzt werden.
- Partnerschaften sind auch möglich mit Einrichtungen von Kirchen und Wohlfahrtsverbänden, Familienbildungswerken, Wohnbaugesellschaften sowie Vereinen (z. B. für Migrantinnen und Migranten, Stadtteiltreffs).
- Im Setting Kommune können sich Krankenkassen an evaluierten verhaltensorientierten Programmen, die nicht explizit in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenkassen fallen, die aber gesundheitsförderliche Aspekte berücksichtigen und entsprechende Effekte versprechen[51], ausschließlich an den gesundheitsförderlichen Inhalten beteiligen. Diese Programme müssen in eine Gesamtkonzeption eingebunden sein, um ggf. aus dem gemeinsamen Projektbudget anteilig finanziert werden zu können.

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

Ältere/alte Menschen im Setting Kommune

Aufgrund der demografischen Entwicklung und daraus entstehender Herausforderungen ist der Zielgruppe „ältere/alte Menschen" in der Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt Beachtung zu schenken[52]. Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung, Mobilität und Selbstständigkeit sollen möglichst bis ins hohe Alter erhalten, die Entstehung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit vermieden und hinausgezögert werden. Zwar wird bereits im jungen Alter der Grundstein für eine gesundheitsbewusste Lebensführung gelegt, die Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebensqualität im Alter hat[53]. Doch können einige gesundheitliche Risiken auch im höheren Lebensalter durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil und umweltbezogene Maßnahmen beeinflusst werden[54].

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

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

51 Z. B. Angebote zur Stärkung von Elternkompetenz. Nicht bezuschussungsfähig sind Angebote zur frühkindlichen Förderung.

52 Vgl. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden" (März 2012).

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

54 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.

Für Leistungen der Primärprävention nach § 20 SGB V zum Erhalt von Mobilität und Selbstständigkeit kommen insbesondere selbstständig lebende ältere/alte Menschen in Betracht. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf isoliert lebende und sozial benachteiligte ältere/alte Menschen zu legen. Die für ältere/alte Menschen zugeschnittenen Leistungen sollen wohnortnah, niedrigschwellig, im Rahmen kommunaler Strukturen und in Kooperation von verschiedenen Akteuren vor Ort sowie möglichst in Mitwirkung älterer Menschen erbracht werden[55]. Die jeweils gesetzlich geregelten (Finanzierungs-)Zuständigkeiten, wie z. B. nach dem Pflegeversicherungs- und Sozialhilferecht, sind stets zu berücksichtigen.

Partnerschaften können insbesondere eingegangen werden mit:

- Bürger- und Seniorenzentren, Begegnungsstätten,
- Wohnungsbaugesellschaften/-genossenschaften,
- Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände,
- Koordinierungsstellen für Gesundheitsförderung in den Kommunen,
- Vereinen, insbesondere Sportvereinen, im ländlichen Raum auch mit Landfrauenverbänden,
- Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger.

Arbeitslose Menschen im Setting Kommune

Anhaltende Arbeitslosigkeit ist ein erheblicher gesundheitlicher Risikofaktor, z. B. weisen ca. 35 % der Leistungsberechtigten in der Grundsicherung für Arbeitsuchende gesundheitliche Einschränkungen auf. Arbeitslose leiden insbesondere unter psychischen Belastungen und in der Folge vielfach auch an psychischen Erkrankungen[56]. Zugleich ist ein beruflicher Wiedereinstieg für gesundheitlich eingeschränkte Erwerbslose erheblich erschwert. Präventionsmaßnahmen des individuellen Ansatzes erreichen diesen Personenkreis schwer[57]. 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 der Stärkung von Bewältigungskompetenzen und Selbstwertgefühl gerichtet sind, sollen in Kooperation mit weiteren verantwortlichen Partnern im Rahmen der Kommune erbracht werden. Für eine Verzahnung von Gesundheitsförderung mit Arbeitsförderungsmaßnahmen sind hier die Jobcenter als Partner bedeutsam, zu denen sowohl Einrichtungen gemäß § 44b SGB II als auch kommunale Träger der Grundsicherung (Optionskommunen) zählen sowie die Agenturen für Arbeit. Es empfiehlt sich, dass Jobcenter/Agenturen für Arbeit und Krankenkassen im Setting Kommune weitere Partner einbeziehen, wie z. B. Arbeitslosenvertretungen, Beschäftigungsträger, Sportvereine, Wohlfahrtsverbände, Nachbarschafts- und Stadtteilzentren, die dazu beitragen, auch Rahmenbedingungen gesundheitsförderlich weiterzuentwickeln und die Gesundheit der Zielgruppe zu stärken[58].

55 Vgl. auch einstimmigen Beschluss der 85. Gesundheitsministerkonferenz vom 28. Juni 2012, TOP 9.1: Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden". Hinweise zur Gesundheitsförderung für ältere/alte Menschen im Quartier s. auch Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. – Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (2010): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Gesund und Aktiv älter werden, Heft 6.

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

57 Gesundheitsberichterstattung des Bundes September 2006 (RKI Hrsg.): Gesundheit in Deutschland. Datentabellen, Berlin.

58 Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune, Mai 2013; Empfehlung zur Zusammen-

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. Bei verhaltenspräventiven Bausteinen, die die Krankenkassen bereitstellen, sollte es sich insbesondere um zielgruppenspezifische Programme für Arbeitslose handeln[59].

4.6 Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte

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

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

Das Ziel der pädagogischen Arbeit der Kita, die Entwicklung einer „eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit"[60], kann wesentlich auch durch Gesundheitsinterventionen zur Unterstützung der physischen, psychischen und sozialen Entwicklung der Kinder gefördert werden. Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas sind daher nicht als isolierte Zusatzaufgabe zu begreifen, sondern stellen einen integralen Bestandteil des Bildungs- und Erziehungsauftrags der Kita dar.

4.6.1 Ziele von Gesundheitsförderung in Kitas

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas sollen insbesondere die Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung, Entspannung, Stressbewältigung und Resilienz (Widerstandsfähigkeit) umfassen und in deren Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrag integriert sein[61]. In vielen Kitas werden entsprechende Ansätze bereits verfolgt. Die Rolle der Krankenkassen kann deshalb darin bestehen, solche Ansätze zu begleiten, die sich (ggf. in Kombination mit weiteren Handlungsfeldern wie Gewalt- und Suchtprävention) auf die Erreichung folgender Ziele konzentrieren:

arbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Februar 2012 (beide Empfehlungen im Internet erhältlich unter http://www.gkv-spitzenverband.de in der Rubrik „Krankenversicherung", „Prävention, Selbsthilfe, Beratung", „Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung", „Leitfaden Prävention").

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

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

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

- Das Kita-Team sorgt für ein ausgewogenes und abwechslungsreiches Angebot frischer und gesunder Lebensmittel.
- Die Kinder werden in die Zubereitung der Mahlzeiten – sofern die räumlich-strukturellen Voraussetzungen hierfür gegeben sind – aktiv integriert, um ihnen sinnliche Lernerfahrungen im Umgang mit Lebensmitteln zu ermöglichen.
- Die Esssituation wird vom Kita-Team gemeinsam mit den Kindern freudvoll und gesellig gestaltet.
- Der Kita-Träger stellt vielfältige und möglichst naturnahe Bewegungsräume und Bewegungsmöglichkeiten zur Verfügung.
- Über Bewegungsspiele in Gruppen werden die körperliche Leistungsfähigkeit, die Lernfähigkeit und -bereitschaft sowie die sinnlichen Erfahrungsmöglichkeiten der Kinder verbessert.
- Über Entspannung im rhythmischen Wechsel mit Bewegungseinheiten werden die Körperwahrnehmung verbessert und die Lern- und Konzentrationsfähigkeit wiederhergestellt.
- Psychische Ressourcen wie Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit werden gestärkt.
- Netzwerke werden initiiert, die ausgehend von Kitas nachhaltig gesundheitsförderliche Strukturen in der Region unterstützen. Die Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen zur Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung wird ausgelotet.
- Sozial-emotionale Kompetenzen (wie z. B. Selbststeuerung, Rücksichtnahme, Konfliktlösung) werden gestärkt.
- Die Gesundheitsförderungskompetenzen von Eltern werden gestärkt.
- Das Kita-Team wirkt bei Eltern und Kindern auf einen maßvollen Umgang mit Medien hin.
- Das Kita-Team selbst wird in Fragen der Gesundheitsförderung unterstützt (ggf. Verknüpfung mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung).

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

Bei der Planung und Umsetzung der Maßnahmen ist auf eine enge Kooperation mit den Eltern und eine 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 Ernährung und dem Medienkonsum zu erörtern. Eltern mit Migrationshintergrund und geringen Deutschkenntnissen sollten hierbei möglichst bedarfsgerecht (z. B. durch muttersprachliche Materialien bzw. Angebote) informiert und einbezogen werden.

4.6.2 Umsetzung von Gesundheitsförderung in Kitas

Die Krankenkassen beteiligen sich partnerschaftlich an gesundheitsfördernden Projekten und Maßnahmen zur integrierten Förderung von Bildung und Gesundheit in Kitas mit verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung. Dabei beteiligen sich der Kita-Träger, 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 Projekte oder Module 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.

Anzustreben ist ein Beschluss des Kita-Trägers, in einen integrierten Prozess der Bildungs- und Gesundheitsförderung einzutreten sowie ein entscheidungskompetentes internes oder einrichtungsübergreifendes Steuerungsgremium zu etablieren (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. In der Gemeinde können z. B. Kinderärztinnen/Kinderärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, kommunale Ämter (Jugend-, Gesundheits-, Sozialamt), Stadtteiltreffs, Beratungsstellen, Polizeidienststellen, kulturelle Einrichtungen und Vereine, insbesondere Sportvereine, themen- und anlassbezogen den Gesundheitsförderungsprozess in der Kita unterstützen und den Kita-Alltag (z. B. durch Exkursionen) bereichern. Die Unfallversicherungsträger als weitere mögliche Partner können beratende Unterstützung bei Fragen zu Möglichkeiten der Gestaltung von Bewegungsräumen/bewegungsfreundlichen Spielflächen leisten.

4.6.3 Spezielle Förderkriterien für Leistungen im Setting Kita

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

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

4.7 Gesundheitsfördernde Schule

Die Schule eignet sich insbesondere für zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung, weil hier alle Kinder und Jugendlichen einer bestimmten Altersstufe

erreicht werden können. Die gesundheitlichen Bedingungen an Schulen sind mitentscheidend dafür, mit welcher Qualität die Schule ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag erfüllen kann. Die seit Anfang der 1990er Jahre etablierten Aktivitäten und Strukturen in diesem Feld und die Erfahrungen der GKV in der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts zeigen, dass es Schulen gelingen kann, sich zu gesundheitsfördernden Schulen zu entwickeln[62].

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

Die Evaluation des Projekts „gesund leben lernen" zeigt ebenso wie die Evaluationen und Erfahrungen anderer großer Gesundheitsförderungsprojekte, dass Gesundheitsförderung in Schulen nach dem Setting-Ansatz mit Unterstützung durch die Krankenkassen dann erfolgreich ist, wenn wichtige Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. 4.7.2)[64].

4.7.1 Ziele von Gesundheitsförderung in Schulen

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

- Das gesundheitsbezogene Verantwortungsbewusstsein Einzelner, der Familie und der Gemeinschaft wird gefördert.
- Gesundheitsförderung im Bereich „Schule" wird im breiten Sinne als Bildungsressource begriffen, die den Schülerinnen und Schülern u. a. auch dazu verhilft, sich zu mündigen Nutzerinnen und Nutzern der sozialen Sicherungssysteme zu entwickeln. Dabei ist unter aktiver Einbeziehung der Lernenden ein kohärentes Curriculum für diesen Problembereich zu erstellen.
- Netzwerke werden initiiert, die ausgehend von Schulen nachhaltig gesundheitsförderliche Strukturen in der Region unterstützen. Die Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen zur Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung wird ausgelotet.
- Alle Schülerinnen und Schüler werden befähigt, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial auszuschöpfen – dies schließt die Stärkung von Resilienz ein – und ihre Selbstachtung zu fördern (Empowerment). Dabei werden zur Förderung von Gesundheit der gesamten Schulgemeinschaft (Kinder und Erwachsene) klare Ziele gesteckt.
- Die Schülerinnen und Schüler werden unterstützt, einen gesundheitsförderlichen Umgang

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

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

64 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. DOI 10.1007/s11553-010-0243-4; Paulus P., Gediga G. (2008). Evaluation von Anschub.de. Wirkung eines Programms zur Förderung der guten gesunden Schule. Download: www.anschub.de, Dokumente, Evaluationsergebnisse.

miteinander zu pflegen (Kontrollfähigkeit, Selbststeuerung, Konfliktlösung).
- Durch Berücksichtigung von Aspekten der Gesundheitsförderung bei allen wichtigen Entscheidungen, durch die (Weiter-)Entwicklung partizipativer Strukturen und durch Stärkung der persönlichen Kompetenzen wird ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernklima für alle Beteiligten geschaffen.
- Die Gesundheitsförderungskompetenzen von Eltern werden gestärkt.
- Durch eine angemessene Gestaltung der Gebäude, Einrichtungen/Möblierung, Spielflächen, Schulmahlzeiten, Sicherheitsmaßnahmen usw. wird ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernumfeld geschaffen.
- Lehrerinnen und Lehrer wirken bei Schülerinnen/Schülern und ihren Eltern auf einen maßvollen Umgang mit Medien hin.
- Das Schulpersonal selbst wird in Fragen der Gesundheitsförderung unterstützt (ggf. Verknüpfung mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung).

4.7.2 Umsetzung von Gesundheitsförderung in Schulen

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

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

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

Darüber hinaus können in der Steuerungsgruppe/im Schulprojektteam folgende Gruppen mit jeweils unterschiedlicher Verantwortung vertreten sein:
- Eltern,
- Schulträger,
- Schulaufsicht,
- Unfallkassen und Gemeinde-Unfallversicherungsverbände,
- Öffentlicher Gesundheitsdienst,
- Krankenkassen,
- private Krankenversicherungen.

Weitere Akteure sollten je nach Schwerpunkt des Gesundheitsförderungsprojektes und regionalen Gegebenheiten in der Steuerungsgruppe bzw. im Schulprojektteam mitwirken, z. B. Landesvereinigungen für Gesundheit oder vergleichbare Organisationen, kommunale Vertretungen, Vereine (insbesondere Sportvereine), Polizei, Unternehmen, Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Stiftungen etc.

Erfahrungen und Empfehlungen aus dem Krankenkassenengagement in und mit Schulen

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

Gesundheitsförderung in Schulen bringt eine zeitliche und organisatorische Zusatzbelastung für die Beteiligten, insbesondere die Lehrkräfte, mit sich. Dies sollte den Schulen vor Aufnahme von GKV-geförderten Gesundheitsförderungsleistungen deutlich kommuniziert werden. Es hat sich gezeigt, dass nur die Schulen, die auch selbst in den Gesundheitsförderungsprozess investieren und viele mehrdimensionale Aktivitäten in zeitlicher Dichte statt vereinzelt umsetzen, letztlich profitieren. Die Bereitschaft zu einer intensiven Teilnahme am Projekt (Zeiteinsatz, Aktivitätendichte) ist ein Erfolgsfaktor.

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

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

Alternativ kann das Ergebnis der probatorischen Phase auch die Entscheidung der Schule gegen eine weitere Projektteilnahme sein.

Die Rahmenvereinbarung soll auch die Verpflichtung der Schule zu einer Dokumentation und Evaluation enthalten. Hierzu empfiehlt der GKV-Spitzenverband die kontinuierliche Maßnahmendokumentation und mindestens den regelmäßigen Einsatz des Strukturbogens zu festgelegten Zeitpunkten[65]. Darüber hinaus sind in der Rahmenvereinbarung auch verbindliche Zeitpunkte für gemeinsame Zwischenbilanzen

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

zu definieren; diese sollten minimal je Schuljahr einmal stattfinden und dokumentiert werden.

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

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

4.7.3 Spezielle Förderkriterien für Leistungen im Setting Schule

Die Krankenkassen bringen sich in die Umsetzung gesundheitsförderlicher Projekte im Setting Schule sowie in die Integration entsprechender Elemente in den Unterricht partnerschaftlich ein. Bei der Entscheidung darüber, in welchen Projekten sich Krankenkassen engagieren, sind die nachfolgenden speziellen Kriterien – in Ergänzung der in Kapitel 4.4 genannten übergreifenden Kriterien zum Setting-Ansatz – handlungsleitend[66].

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

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

5 Individueller Ansatz nach § 20 Abs. 1 SGB V

5.1 Einleitung

Präventionsangebote nach dem individuellen Ansatz richten sich an einzelne Versicherte. Sie sollen sie motivieren und befähigen, Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung auszuschöpfen. 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 qualifizieren[67].

Zur Ermittlung der primärpräventiven Handlungsfelder im individuellen Ansatz 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[68] zeigt, dass folgende Krankheitsbilder von besonderer epidemiologischer Bedeutung sind:

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

Das Ziel der präventiven Leistungen der Krankenkassen ist daher die Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Erkrankungen durch Senkung der ihnen zugrunde liegenden Risikofaktoren.

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

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

67 Evidenzbasierte Informationen für Versicherte zu Präventionsthemen hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellt: www.gesundheitsinformation.de.

68 Robert Koch-Institut (2013). Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt. Jg. 56. H. 5-6. Robert Koch-Institut (2006). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin; 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.

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 im individuellen Ansatz auch auf diese Risikofaktoren (s. hierzu Kapitel 5.6.1–5.6.4). Die Handlungsfelder sind dabei ziel- und indikationsbezogen in unterschiedliche Präventionsprinzipien gegliedert.

Zur Förderung von innovativen Ansätzen sind darüber hinaus Modelle zur Erprobung der Wirksamkeit weiterer Präventionsprinzipien möglich, in denen über eine begleitende Dokumentation und Evaluation die Wirkung des jeweiligen Prinzips überprüft wird.

5.2 Grundverständnis

Ziel der primärpräventiven Maßnahmen ist es, den allgemeinen Gesundheitszustand der Versicherten zu verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen. Primärpräventive Interventionen müssen neben der Vermeidung von Risikofaktoren auch gesundheitsfördernde (= Ressourcen stärkende) Anteile enthalten[69].

69 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, 7-150; hier: 62 f.

Abb. 4: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien des individuellen Ansatzes

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

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

Stressmanagement
- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- Förderung von Entspannung

Suchtmittelkonsum
- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

Quelle: Eigene Darstellung

Nachhaltige Wirkung entfalten primärpräventive Interventionen nur dann, wenn die Versicherten die erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen regelmäßig und dauerhaft in ihren Lebensalltag integrieren. Die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen sollen daher die Teilnehmenden zur regelmäßigen Ausübung positiver gesundheitsbezogener Verhaltensweisen anregen und befähigen.

Voraussetzung einer individuellen primärpräventiven Intervention ist grundsätzlich, dass sich die Wirksamkeit der Intervention in Studien oder Metaanalysen (Evidenzbasierung) erwiesen hat.

Eine weitere Voraussetzung für die individuelle primärpräventive Intervention 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 sind dabei die nachhaltige Verringerung von gesundheitsriskanten und der Aufbau gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen.

Bei der konkreten Auswahl von Maßnahmen, deren Wirksamkeit prinzipiell erwiesen ist, sollte eine Fokussierung auf Zielgruppen erfolgen, bei denen der Bedarf am größten ist. Indikatoren für spezifische Zielgruppen können dabei neben den geläufigen Sozialindikatoren wie Einkommen, Bildung, Beruf, Lebensumfeld (Land, Stadt) und Wohnungssituation weitere allgemeine soziodemografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Familienstand oder spezifische Lebenszyklusphasen, Phasen nach kritischen Lebensereignissen, besondere Belastungen oder Risiken sein. Inhalte und Methodik der Intervention wie auch die Zugangswege sind speziell auf die Zielgruppen abzustellen.

Zur Erreichung der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen – insbesondere auch solcher aus sozial benachteiligten Familien – ist die Förderung von Settingmaßnahmen in Kindergärten/Kindertagesstätten (Kitas), Schulen und Kommunen nach Kapitel 4 einer Förderung nach dem individuellen Ansatz grundsätzlich vorzuziehen. Deshalb werden keine Kursangebote für Kinder unter sechs Jahren gefördert.

Die Maßnahmen können den Zielgruppen in einer Kommstruktur oder in einer Bringstruktur angeboten werden. Bei einer Kommstruktur werden Interessierte durch öffentliche Bekanntmachung auf die Maßnahme aufmerksam gemacht und eingeladen. Beispiele sind:

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

Bei einer Bringstruktur tragen die Krankenkassen oder die Anbieterinnen und Anbieter die Maßnahmen durch persönliche Ansprache aktiv an die Zielgruppe in deren Lebensumfeld (z. B. Einrichtungen für Seniorinnen und Senioren, Vereine im ländlichen Raum, z. B. Landfrauenverbände, Arbeitsagenturen, Beschäftigungs- und Qualifizierungseinrichtungen) heran. Dieses Vorgehen eignet sich insbesondere zur Erreichung sozial benachteiligter Zielgruppen. Maßnahmen mit Bringstruktur, die nicht von der Krankenkasse selbst angeboten werden, bedürfen immer einer vorherigen Einwilligung der zuständigen Krankenkassen; Doppelfinanzierungen sind auszuschließen.

Eine Mischform von Komm- und Bringstruktur ist die Ansprache durch Kooperationspartner, die von der Zielgruppe besonders frequentiert werden (z. B. Ärztinnen/Ärzte, Ämter, Kirchen, Kulturvereine und Stadtteilinitiativen, Vereine im ländlichen Raum).

Anbieterinnen und Anbieter primärpräventiver 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.

5.3 Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien

Krankenkassen fördern Maßnahmen ausschließlich entsprechend den nachstehend definierten Handlungsfelder übergreifenden und Handlungsfeld spezifischen Kriterien. Die Kriterien sind verbindlich. Die Schwerpunkte der Förderung und weitere Anforderungen können die Krankenkassen innerhalb dieser Kriterien weitgehend selbst festlegen; sie müssen nicht das gesamte Spektrum abdecken[70].

Für die in Kapitel 5.6.1 bis 5.6.4 beschriebenen Handlungsfelder und ihre Kriterien gilt Folgendes: Aus Gründen der Übersichtlichkeit sowie im Hinblick auf die praktische Umsetzung werden die einzelnen Handlungsfelder mit ihren Präventionsprinzipien getrennt dargestellt. Für eine erfolgreiche, ganzheitlich angelegte Primärprävention kann die Verknüpfung von Maßnahmen aus verschiedenen Handlungsfeldern sinnvoll sein. Dadurch wird auch dem Prinzip Rechnung getragen, nicht isoliert einzelne Krankheiten oder „Risikofaktoren" in das Zentrum der präventiven Bemühung zu stellen, sondern auf den allgemeinen Gesundheitszustand abzuzielen.

Alle von den Krankenkassen geförderten Maßnahmen müssen hohen Qualitätsmaßstäben genügen. Zur Sicherstellung einer hohen Effektivität (Ergebnisqualität) sind die Leistungen von Anbieterinnen und Anbietern mit geeigneter fachlicher und pädagogischer Qualifikation (Strukturqualität), auf Basis erprobter und evaluierter Konzepte (Konzept- und Planungsqualität) und unter angemessenen organisatorischen Durchführungsbedingungen (Prozessqualität) zu erbringen. 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.

Kriterien für die Strukturqualität (Anbieterqualifikation)
Für die Durchführung der Maßnahmen kommen unter Berücksichtigung der Ausführungen zu den einzelnen Präventionsprinzipien Anbieterinnen und Anbieter mit folgenden Voraussetzungen in Betracht:

- Grundqualifikation: Staatlich anerkannter Berufs- oder Studienabschluss im jeweiligen Fachgebiet (Handlungsfeld)
- Zusatzqualifikation: Spezifische, in der Fachwelt anerkannte Fortbildung[71]
- Einweisung in das durchzuführende Programm (ist ggf. in der Grund- bzw. Zusatzqualifikation enthalten)

Ferner müssen Anbieterinnen und Anbieter über pädagogische, methodische und didaktische Kompetenzen sowie Berufserfahrung verfügen. Insbesondere bei Maßnahmen, die sich an sozial Benachteiligte richten, sollen zusätzlich sozialpädagogische Kompetenzen vorhanden sein.

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

- Konkrete Definition der adressierten Zielgruppe/n

70 Engelmann, K. & R. Schlegel (Hrsg.). Juris PraxisKommentar SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung – . Saarbrücken. 2012². Kommentar zu § 20 SGB V (Schütze). S. 325 (Randziffer 44). Noftz, W. (Hrsg.). Sozialgesetzbuch (SGB) V Kommentar. Berlin. Erg. Lfg. 6/09. 20 SGB V. Rz. 5 (Kommentar zu § 20 SGB V. S. 4. Rz. 5, Verfasser: Gerlach).

71 Diese kann ggf. in der Grundqualifikation enthalten sein. Dies ist durch aussagefähige Unterlagen nachzuweisen.

- Manual mit schriftlicher Fixierung von Aufbau und Zielen sowie von Inhalten und Methoden der Kurseinheiten
- Unterlagen für Teilnehmerinnen/Teilnehmer (Teilnahmeunterlagen)
- Wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit

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. Übungen zur selbstständigen Durchführung nach Maßnahmeende, Nachbetreuung nach Abschluss der Maßnahme, Kontaktvermittlung zu selbst finanziert wahrgenommenen Präventionsangeboten).

Grundsätzlich können die Krankenkassen, ggf. mit Kooperationspartnern, evaluierte interaktive Selbstlernprogramme mit persönlicher, auf die individuelle Situation der Teilnehmenden abgestimmter Betreuung (z. B. expertenmoderiertes Forum per Telekommunikation, Internet, E-Mail) vorhalten. Dabei müssen alle Kriterien dieses Leitfadens (mit Ausnahme der Kriterien zu Gruppenberatung/maximale Teilnehmerzahl und Räumlichkeiten) erfüllt sein. Interaktive Selbstlernprogramme sollen den Teilnehmenden Möglichkeiten zum expertenmoderierten Austausch untereinander sowie bedarfsbezogen eine Nachbetreuung nach Abschluss der Maßnahme bieten.

Kriterien für die Prozessqualität

Für die Durchführung der Maßnahmen gelten folgende Kriterien:

- Gruppengröße: Zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und zur Motivationsstärkung der Teilnehmenden untereinander finden die Maßnahmen grundsätzlich in Gruppen angemessener Größe (maximal 15 Personen) statt.
- Zielgruppenhomogenität/Kontraindikationen: Die Kursteilnehmer/innen gehören der ausgewiesenen Zielgruppe an; Kontraindikationen sind auszuschließen.
- Umfang/Frequenz: Die Maßnahmen umfassen grundsätzlich mindestens acht thematisch aufeinander aufbauende Einheiten von jeweils mindestens 45 Minuten Dauer, in der Regel im wöchentlichen Rhythmus. Sie sollen zwölf Einheiten à 90 Minuten Dauer nicht überschreiten. Bei Handlungsfelder übergreifenden Maßnahmen muss die Intervention zum primären Handlungsfeld mindestens acht Einheiten à 45 Minuten mit thematisch aufeinander aufbauenden Einheiten umfassen.
- Räumlichkeiten: Die Räumlichkeiten sind der Maßnahme und Gruppengröße angemessen.

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 fördern. Kompaktangebote können wohnortnah oder wohnortfern durchgeführt werden. Zielgruppen für Kompaktangebote sind insbesondere berufstätige Versicherte mit Arbeitszeiten, die eine Regelmäßigkeit nicht zulassen, sowie Versicherte mit hoher zeitlicher Beanspruchung, z. B. pflegende Angehörige und Alleinerziehende. Für Kompaktangebote gelten alle hier und in den Kapiteln 5.6.1–5.6.4 beschriebenen Kriterien uneingeschränkt.

Bei wohnortfernen Kompaktangeboten beteiligen sich die Krankenkassen ausschließlich an den Kosten der Präventionskurse selbst, nicht an denen für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und andere Leistungen; diese Kosten sind von den Kosten der Maßnahme getrennt transparent auszuweisen. Kompaktkurse müssen immer vorab bei der Krankenkasse beantragt und vor Kursteilnahme von dieser genehmigt sein.

Jegliche Quersubventionierung von Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und andere Leistungen ist unzulässig und wird von den Kran-

kenkassen nicht finanziert[72]. Die Krankenkassen sind berechtigt, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens in der geltenden Fassung – auch vor Ort – zu überprüfen. Eine Prüfung muss für die Krankenkassen mit einem vertretbaren Aufwand möglich sein.

Kriterien für die Ergebnisqualität
Die den geförderten Maßnahmen zugrunde liegenden Programme müssen ihre prinzipielle Wirksamkeit bereits vorab wissenschaftlich nachgewiesen haben (s. Kriterien für die Konzeptqualität). Für eine kontinuierliche Qualitätssicherung und -verbesserung im Routinebetrieb ist eine begleitende stichprobenartige Evaluation sinnvoll. Hierzu stehen den Krankenkassen erprobte Instrumente und Verfahren zur Verfügung[73]. Anbieterinnen und Anbieter müssen sich bereit erklären, sich an von Krankenkassen und ihren Verbänden initiierten oder durchgeführten Evaluationsmaßnahmen zu beteiligen.

Kriterien für eine erleichterte Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Zielgruppen
Um sozial benachteiligten Personen – insbesondere Empfängerinnen und Empfängern von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld I und II und Grundsicherung – die Nutzung von Präventionsmaßnahmen des individuellen Ansatzes zu erleichtern, sollen die Krankenkassen für diesen Personenkreis nach vorheriger Prüfung und Genehmigung der Maßnahme die Kosten ganz oder teilweise direkt übernehmen (Vermeidung eines Eigenanteils und/oder von Vorleistungen der Versicherten). Hierzu sind regionale und/oder landesweite Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und geeigneten Trägern (z. B. Träger der Grundsicherung/der Einrichtung) möglichst kassenartenübergreifend notwendig. In diesen Vereinbarungen sind auch die Modalitäten der Kostenübernahme zu regeln (z. B. Befreiung der Zielgruppe von Vorleistungen, Ausschluss von Doppelfinanzierungen). Krankenkasseneigene Angebote, die sich speziell an sozial benachteiligte Personengruppen richten, sollen über geeignete Zugangswege an diese Zielgruppen herangetragen werden.

Kriterien für die Breitenwirksamkeit und Nachhaltigkeit
Krankenkassen fördern ausschließlich zeitlich befristete Maßnahmen (s. Kriterien für die Prozessqualität). Eine kontinuierliche Inanspruchnahme von Maßnahmen (Dauerangebote) kann von den Krankenkassen nicht finanziert werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Maßnahmen sollen befähigt und motiviert werden, nach Abschluss der Intervention das erworbene Wissen bzw. die erworbenen Fertigkeiten/Übungen selbstständig anzuwenden und fortzuführen sowie in ihren (beruflichen) Alltag zu integrieren. Krankenkassen und Anbieterinnen/Anbieter weisen daher die Versicherten/Teilnehmenden auf ergänzende Angebote, z. B. von Sportvereinen, Volkshochschulen, hin, 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.

Kriterien für die Einbindung der Eltern/der Bezugsperson bei Maßnahmen für Kinder
Bei Kursen, die sich an Kinder von sechs bis in der Regel zwölf Jahren richten, müssen Eltern/ein Elternteil/eine Bezugsperson über die Ziele und Inhalte der Maßnahmen, über die eigene

72 Unrealistisch niedrige Preise für Unterkunft und Verpflegung können ein Indiz für Quersubventionierung sein.
73 Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008). Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu § 20 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen. Bergisch Gladbach; Handbücher und Instrumente zum Download: www.gkv-spitzenverband.de; Versorgungsbereiche der GKV, Prävention.

Vorbildfunktion sowie darüber, wie die Inhalte in den Alltag der Familie integriert werden können, informiert und geschult werden. Sie sind mit wenigstens zwei Terminen aktiv in das Programm (zu Beginn und zum Ende hin) einzubinden.

5.4 Ausschlusskriterien

Nicht förder- bzw. bezuschussungsfähig sind Maßnahmen, die

- von Anbietern durchgeführt werden, welche ein wirtschaftliches Interesse am Verkauf von Begleitprodukten (z. B. Diäten, Nahrungsergänzungs- oder homöopathische Mittel, Sportgeräte) besitzen,
- nicht weltanschaulich neutral sind,
- an eine bestehende oder zukünftige Mitgliedschaft gebunden sind,
- sich an Kinder unter sechs Jahren richten,
- auf Dauer angelegt sind.

5.5 Kriterienprüfung

Vor der Entscheidung über eine Förderung bzw. Bezuschussung prüfen die Krankenkassen die Einhaltung der Qualitätskriterien dieses Leitfadens[74]. Sind diese nicht erfüllt, darf die Maßnahme nicht zulasten der Krankenkasse durchgeführt werden. Zur Prüfung stehen den Krankenkassen gemeinsame und einheitliche Materialien und Instrumente zur Verfügung[75].

Der Anhang des Leitfadens (Kapitel 7) enthält ein **Musterformular** für einen Antrag auf Bezuschussung der Versicherten/des Versicherten mit der vom Anbieter/von der Anbieterin auszufüllenden Teilnahmebescheinigung und der Verpflichtungserklärung der Anbieterin/des Anbieters.

Notwendige Angaben auf diesem Formular sind:

vonseiten der Versicherten/des Versicherten:

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

vonseiten des Anbieters:

- Bestätigung der Teilnahme des Versicherten mit Titel, Zeitraum, Anzahl und Dauer der Einheiten der besuchten Maßnahme
- Zuordnung der Maßnahme zu einem Präventionsprinzip
- Name des Kursleiters/der Kursleiterin mit Angaben zur Qualifikation und Zusatzqualifikation
- Erklärung der persönlichen Durchführung durch die Kursleitung
- Höhe der entrichteten Teilnahmegebühr,
- Erklärung, dass die Maßnahme von der Krankenkasse als förderfähig anerkannt und nach den Kriterien des GKV-Leitfadens umgesetzt wurde
- Erklärung, der Steuerpflicht und der Pflicht zur Abführung von Beiträgen zur Sozialversicherung zu entsprechen

74 Im Interesse der Verwaltungseffizienz und der einheitlichen Anwendung des Leitfadens Prävention hat die Mehrzahl der Krankenkassen die Zentrale Prüfstelle Prävention mit der Prüfung von Angeboten des individuellen Ansatzes einschließlich der Qualifikation von Anbieterinnen/von Anbietern auf Übereinstimmung mit den Kriterien dieses Leitfadens beauftragt (www.zentrale-pruefstelle-praevention.de).

75 GKV-Spitzenverband unter Beteiligung von AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V., Knappschaft, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Verband der Ersatzkassen e. V. und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg.) (2010). Materialien zum Qualitätsmanagement in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß §§ 20 und 20a SGB V.; Download: www.gkv-spitzenverband.de-> Krankenversicherung -> Prävention, Selbsthilfe, Beratung -> Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung -> Qualitätsmanagement.

- Bestätigung, dass keine Verrechnung bzw. Erstattung der Teilnahmegebühr erfolgt und die Teilnahme nicht an die Bedingung einer Mitgliedschaft geknüpft ist
- Erklärung, dass die Teilnahmegebühr ausschließlich der Bezahlung des Präventionsangebots dient (keine Quersubventionierung)
- Erklärung, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen
- Kenntnisnahme des Rechts der Krankenkassen zur unangemeldeten Prüfung der Einhaltung der Bestimmungen des GKV-Leitfadens vor Ort
- Kenntnisnahme möglicher rechtlicher Folgen von Verstößen gegen den GKV-Leitfaden Prävention

  „Sofern ich als Anbieter/in die mir nach dem GKV-Leitfaden Prävention obliegenden Pflichten nicht erfülle und/oder entgegen dessen Bestimmungen handle, kann von der betroffenen Krankenkasse Abhilfe und/oder Unterlassung verlangt werden. Hierfür setzt die Krankenkasse eine angemessene Frist.
  Bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen kann die betroffene Krankenkasse nach erfolgter Anhörung eine angemessene Strafzahlung bis zu 5.000 EURO festsetzen. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen. Ich verpflichte mich, den Versicherten/die Versicherte insoweit freizustellen und zu Unrecht erhaltene Beträge direkt an die betroffene Krankenkasse zurückzuführen.
  Schwerwiegende oder wiederholte Verstöße rechtfertigen ferner den Ausschluss von weiterer Förderung der von mir angebotenen individuellen Maßnahmen.
  Schwerwiegende Verstöße gegen den GKV-Leitfaden Prävention sind insbesondere:
  - Nichterfüllung organisatorischer, sächlicher, fachlicher und/oder personeller Voraussetzungen;
  - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen;
  - Nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.“
- Persönliche Unterschrift des Anbieters

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

5.6 Handlungsfelder

5.6.1 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[76]. Allerdings stellt sich Gesundheit bei körperlich-sportlichen Aktivitäten nicht „automatisch" ein: Gesundheitseffekte sind vielmehr abhängig von den Qualitäten der Aktivitäten bzw. von den Qualitäten der Interventionen. Von zentraler Bedeutung sind dabei die Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen sowie die richtige Dosierung der Belastung. Ferner erfordert eine nachhaltige Sicherung von Gesundheitseffekten – insbesondere für die große Gruppe der langfristig bewegungsabstinenten Menschen – Interventionen auf den Ebenen des Verhaltens und der Verhältnisse. Gesundheitssport kann auf diese Weise als bedeutendes Element einer allgemeinen Gesundheitsförderung aufgefasst werden, mit der gleichermaßen Gesundheits-, Verhaltens-, und Verhältniswirkungen angestrebt werden.
In der ersten Phase der Intervention sind dabei Verhaltens- und Verhältniswirkungen prioritär gegenüber Gesundheitswirkungen (im engeren Sinne). Ziel dieser Phase ist es, eine Bindung an gesundheitssportliche Aktivität aufzubauen, da nur so langfristig wirksame Gesundheitseffekte dieser Aktivitäten erreichbar sind. Unter gesundheitlichen Aspekten ideal sind Trainingsinhalte, die regelmäßig und mit moderater Intensität die Fitnessfaktoren Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit/Beweglichkeit, Koordinationsfähigkeit und Entspannungsfähigkeit sowie die psychosozialen Faktoren (positives emotionales Erleben) adressieren[77].

Präventionsprinzip: Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität

Bedarf:
Legt man – wie von der WHO empfohlen – eine Minimalbeanspruchung durch körperlich-sportliche Aktivität von ca. zweieinhalb Stunden wöchentlich mit mäßig anstrengender Intensität zugrunde, so wird diese hierzulande derzeit nur von maximal 10-20 % der erwachsenen Bevölkerung erreicht[78]. Die negativen Folgen sind für die Lebensqualität, für die Volksgesundheit sowie für die Ökonomie gravierend. Bewegungsmangel ist ein zentraler Risikofaktor für die Entstehung insbesondere von Herz-Kreislauf- sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen. Körperliche Inaktivität mit ihren Folgen wurde demzufolge bereits als das zentrale Gesundheitsproblem des dritten Jahrtausends bezeichnet[79].

Wirksamkeit:
Große Bevölkerungsstudien belegen, dass ein zusätzlicher Energieverbrauch durch körperlich-sportliche Aktivität von etwa 1.000 kcal pro Woche insbesondere das koronare Erkrankungsrisiko stark reduziert, aber auch präventiv wirksam ist bei allgemeinen bewegungsmangelbedingten

76 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). www.plosmedicine.org. doi:10.1371/journal.pmed.1001335.

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

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

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

(körperlichen und psychosomatischen) Beschwerden. Bewegung, die zielgerichtet, regelmäßig, mit moderater Intensität und einem Mindestumfang von etwa zwei Stunden pro Woche durchgeführt wird, stellt gesichert einen zentralen Schutzfaktor der Gesundheit dar[80]. Mit Blick auf den demografischen Wandel gewinnt der Zusammenhang zwischen regelmäßiger körperlicher Aktivität und der Aufrechterhaltung der geistigen Leistungsfähigkeit[81] zudem zunehmend an Bedeutung.

Zielgruppe:
Gesunde – auch ältere – Versicherte mit Bewegungsmangel, Bewegungseinsteiger und -wiedereinsteiger, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen

Ziel der Maßnahme:
Zur Erzielung von Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniswirkungen und der zu erlangenden Handlungskompetenz und Eigenverantwortung sind sechs Kernziele anzusteuern[82]:

- 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
- Kernziel 6: Verbesserung der Bewegungsverhältnisse (u. a. durch den Aufbau kooperativer Netzwerke beim Zugang zu einer gesundheitssportlichen Aktivität und bei deren Weiterführung)[83]

Bezogen auf die Zielgruppe ist der Aufbau von Bindung an regelmäßige gesundheitssportliche Aktivität (Kernziel 5) von zentraler Bedeutung.

Inhalt:
Zur Realisierung der sechs Kernziele sollten folgende Inhalte Bestandteile der Programme sein und sich mit ausformulierten Bausteinen im Kursleitermanual 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

80 Für eine Zusammenstellung der epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlichen Befunde zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Sport und Bewegung vgl. Knoll, M., Banzer, W. & Bös, K. (2006[2]). Aktivität und physische Gesundheit. In: Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.). Handbuch Gesundheitssport. Schorndorf: 82-102. Bouchard, C. (2001). Physical activity, and health: introduction to the dose-response symposium. Medicine & Science in Sports & Exercise, 33, 6, 347-350.

81 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, 54(9): 265-266.

82 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.

83 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: 226-238. (vgl. auch weitere Beiträge in diesem Band).

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. Belastungsdosierung, korrekte Ausführung der Übungen)
- Vermittlung von Körpererfahrung und positiven Bewegungserlebnissen in der Gruppe,
- Maßnahmen zur Unterstützung der Integration des Gelernten in das Alltagsleben nach Interventionsende
- Kontinuierliche Information und Anleitung zu gesundheitsförderlichen Bewegungsabläufen im Alltag, vermehrter regelmäßiger Bewegung im Alltag (z. B. Treppensteigen, Radfahren) Anregungen für eine ergonomische und gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung sowie zur Vermeidung von einseitig belastenden Situationen in Beruf und Alltag
- Unterstützung der Weiterführung gesundheitssportlicher Aktivitäten z. B. in Sportvereinen oder Fitnessstudios

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

- Angebote des allgemeinen Freizeit- und Breitensports,
- Maßnahmen, die vorwiegend dem Erlernen einer Sportart dienen,
- Maßnahmen, die einseitige körperliche Belastungen beinhalten,
- reine oder überwiegend gerätegestützte Angebote,
- Angebote, die an die Nutzung von Geräten bestimmter Firmen gebunden sind,
- Dauerangebote.

Der Zugang zu den Bewegungsmöglichkeiten, die in der Folge des Bewegungsprogramms 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 Zielgruppe, 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 emotionalen Erleben (z. B. durch Rhythmisierung, durch Einsatz von Geräten und Materialien, durch Gruppenaufgaben)
- Verbindungen herstellen zwischen einer problemzentrierten Bewältigung gesundheitlicher Probleme und einer emotionszentrierten Bewältigung

- Vermittlung von Strategien zur Bindung an körperliche Aktivität (z. B. Handlungsplanung, Barrierenmanagement)
- Vernetzung des Angebots einerseits zur Erleichterung eines Einstiegs (z. B. mit Ärztinnen/Ärzten), andererseits zur Unterstützung des Übergangs in Folgeangebote (z. B. durch Kooperation mit Sportvereinen)

Anbieterqualifikation:
Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich Bewegung in Betracht, insbesondere:

- Sportwissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Staatsexamen, Magister, Master, Bachelor),
- Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in,
- Sport- und Gymnastiklehrer/in,
- Ärztin/Arzt,

sofern sie im Rahmen einer Schulung in das durchzuführende Gesundheitssportprogramm speziell eingewiesen sind.

- Lizenzierte Übungsleiter/innen der Turn- und Sportverbände mit der Ausbildung „Sport in der Prävention" (Lizenzstufe II), die in das durchzuführende Gesundheitssportprogramm speziell eingewiesen sind. Der Einsatz der Übungsleiter/innen ist auf Angebote der Turn- und Sportvereine beschränkt, die mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet wurden. Weiterhin muss das Präventionsangebot alle hier und in Kapitel 5.3 genannten übergreifenden Förderkriterien erfüllen.

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

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

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

Wirksamkeit:
Insgesamt zeigen die vorliegenden Studien eine hohe Evidenz der gesundheitlichen Wirksamkeit körperlicher Aktivitäten[84]. Von besonderer Bedeutung ist eine an den Zielgruppen und ihren Gefährdungen ausgerichtete Intervention (z. B. Frauen vor einsetzender Menopause zur Prävention von Osteoporose, Ältere zur Prävention sturzbedingter Verletzungen).

Zielgruppe:
Versicherte mit speziellen Risiken im Bereich des Muskel-Skelett-Systems, im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems und des metabolischen

84 Dickhuth, H-H. (2000). Einführung in die Sport- und Leistungsmedizin. Schorndorf; Linton, S.J. & van Tulder, M.W. (2001). Preventive Interventions for Back and Neck Pain Problems? Spine, 26, 7, 778-787; Pandolf, K.B. (ed.): Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence based symposium. Med Sci Sports Exerc 33(2001) Suppl., 345-641; Samitz, G. & Baron R. Epidemiologie der körperlichen Aktivität. In: Samitz G., Mensink G. (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, 551-586. Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Lamb, S.E., Gates, S., Cumming, R.G., Rowe, B.H. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. Apr. 15;(2):CD007146.

Bereichs, im psychosomatischen Bereich und im Bereich der motorischen Kontrolle, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen

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.

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), 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[85].

Unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen sollten folgende Inhalte Bestandteile der Programme sein und sich mit ausformulierten Bausteinen im Kursleitermanual 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. indikationsbezogene Belastungsdosierung, korrekte Ausführung der Übungen)
- Vermittlung von Körpererfahrung und positiven Bewegungserlebnissen in der Gruppe
- Maßnahmen zur Unterstützung der Integration des Gelernten in das Alltagsleben nach Interventionsende
- Kontinuierliche Information und Anleitung zu gesundheitsförderlichen Bewegungsabläufen im Alltag, vermehrter regelmäßiger Bewegung im Alltag (z. B. Treppensteigen, Radfahren)
- Anregungen für eine ergonomische und gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung sowie zur Vermeidung von einseitig belastenden Situationen in Beruf und Alltag
- Unterstützung der Weiterführung gesundheitssportlicher Aktivitäten z. B. in Sportvereinen

Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit
Angebote, die sich nicht explizit und inhaltlich erkennbar auf die sechs Kernziele des Gesundheitssports beziehen, können nicht gefördert werden. Ausgeschlossen sind:

- Angebote des allgemeinen Freizeit- und Breitensports,
- Maßnahmen die vorwiegend dem Erlernen einer Sportart dienen,

85 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 44 (2011) 121-128.

- Maßnahmen, die einseitige körperliche Belastungen beinhalten,
- reine oder überwiegend gerätegestützte Angebote,
- Angebote, die an die Nutzung von Geräten bestimmter Firmen gebunden sind sowie
- Dauerangebote.

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

Methodik:

- Verhaltensorientierte Gruppenberatung mit praktischem Training zum Kennenlernen und Einüben des neuen Bewegungsverhaltens
- Informationen über die Zielgruppe, insbesondere zu den speziellen Gesundheitsproblemen und Risiken der Zielgruppe (differenziert nach den jeweils spezifischen Problemen im Hinblick auf den Bereich des Muskel-Skelett-Systems, den Bereich des Herz-Kreislauf-Systems und den metabolischen Bereich sowie den psychosomatischen Bereich); Informationen zu Barrieren der Zielgruppe, regelmäßige körperliche Aktivität aufzunehmen und beizubehalten,
- Eingehen auf die spezifische Situation der Zielgruppe, 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 Problembereichs)
- Verbindung von körperlicher Beanspruchung mit positivem emotionalen Erleben (z. B. durch Rhythmisierung, durch Einsatz von Geräten und Materialien, durch Gruppenaufgaben)
- Zielgruppenangemessene Belastungsvorgaben, insbesondere unter Berücksichtigung vorhandener Risikofaktoren, des jeweiligen gesundheitlichen Problembereichs, von Barrieren und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen
- Vermittlung von Strategien zur Bindung an körperliche Aktivität (z. B. Handlungsplanung, Barrierenmanagement)
- Vernetzung des Angebots einerseits zur Erleichterung eines Einstiegs (z. B. mit Ärzten), andererseits zur Unterstützung des Übergangs in Folgeangebote (z. B. durch Angebote im institutionellen Rahmen von Sportvereinen)

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich Bewegung in Betracht, insbesondere:

- Sportwissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Staatsexamen, Magister, Master, Bachelor),
- Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in,
- Sport- und Gymnastiklehrer/in,
- Ärztin/Arzt

mit Zusatzqualifikation einer anerkannten Institution für den jeweiligen Problembereich (z. B. Lizenz zur Durchführung der Rückenschule[86], vergleichbar in anderen Indikationsbereichen) und Einweisung in das durchzuführende Bewegungsprogramm[87].

Zur Durchführung von Maßnahmen für Personen mit speziellen Risiken im Bereich des Muskel-Skelett-Systems kommen ferner Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten sowie Masseurinnen/Masseure jeweils mit einer Zusatzqualifikation für diesen

86 Entsprechend den Inhalten des Curriculums der Konföderation der deutschen Rückenschulen (KddR) zur Weiterbildung Rückenschullehrer/in (www.kddr.de).

87 Für Kursangebote zur Sturzprävention kommen ferner lizenzierte Übungsleiterinnen/Übungsleiter der Turn- und Sportverbände mit der Ausbildung „Sport in der Prävention“ (Lizenzstufe II) sowie Fortbildung zur Sturzprävention und Einweisung in das durchzuführende Sturzpräventionsprogramm in Betracht. Der Einsatz der Übungsleiterinnen/Übungsleiter ist auf Sturzpräventionsangebote der Turn- und Sportvereine beschränkt, die mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet wurden. Weiterhin muss das Präventionsangebot alle hier und in Kapitel 5.3 genannten übergreifenden Kriterien erfüllen.

Bereich bei einer anerkannten Institution sowie einer Einweisung in das durchzuführende Gesundheitssportprogramm in Betracht.

5.6.2 Ernährung

Der Ernährung kommt eine zentrale Rolle sowohl für den Erhalt der Gesundheit als auch bei der Entstehung bestimmter Erkrankungen zu. Nach Angaben des Ernährungsberichts 2004 sind über zwei Drittel aller Todesfälle auf Erkrankungen zurückzuführen, bei denen die Ernährung als alleinige Ursache oder als einer von mehreren Faktoren an der Krankheitsentstehung beteiligt ist[88]. Aufgrund der großen Bedeutung des Ernährungsverhaltens für die Entstehung dieser Erkrankungen stellt die Förderung einer gesundheitsgerechten Ernährung ein zentrales Handlungsfeld der Krankenkassen in der primären Prävention dar.

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

Präventionsprinzip:
Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

Bedarf:
Für viele chronische Krankheiten wurde eine Abhängigkeit von der Ernährung festgestellt. Zu diesen zählen insbesondere Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, einige bösartige Neubildungen, Krankheiten des Verdauungssystems sowie endokrine Erkrankungen und Stoffwechselkrankheiten (darunter mit wachsender epidemiologischer Bedeutung Diabetes mellitus Typ 2)[89]. Zusätzlich werden Allergien und Lebensmittelunverträglichkeiten sowie Mangelerkrankungen als durch die Ernährungsweise beeinflussbar angesehen[90].

Auf Grundlage der Nationalen Verzehrstudie II[91] ist die Ernährungssituation der Bevölkerung weiterhin als unbefriedigend einzustufen in Bezug auf:

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

Insgesamt werden in Deutschland zu viele Lebensmittel tierischen Ursprungs wie Fleischerzeugnisse und Wurst und zu wenige pflanzliche Lebensmittel wie Obst und Gemüse verzehrt[92]. Zur Verbesserung der Ernährungssituation sind Verhaltensänderungen in der Bevölkerung in Richtung einer fleisch-, fett-, zucker- und salzärmeren, gleichzeitig aber vitamin-, mineralstoff- sowie ballaststoffreicheren Ernährungsweise erforderlich. Eine Ernährungsweise mit geringer Energiedichte und hoher Nährstoffdichte sollte angestrebt werden.

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

89 Ebd., S. 95.

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

91 2005-2007, N=19.329 Jugendliche und Erwachsene zwischen 14 und 80 Jahren.

92 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (Hrsg.). 12. Ernährungsbericht 2012. Bonn. S. 19-85, insbesondere S. 82-84.

Wirksamkeit:
Vorhandene Studien belegen, dass eine bedarfsgerechte und ausgewogene Ernährungsweise wirksam zur Verhütung zahlreicher Erkrankungen beitragen kann[93].

Ziel der Maßnahme:
- Stärkung der Motivation und Handlungskompetenz zu einer eigenverantwortlichen und nachhaltigen Umstellung auf eine individuell bedarfsgerechte Ernährung nach den jeweils aktuellen lebensmittelbezogenen Empfehlungen[94] und DGE-Beratungsstandards[95] bzw. den Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE)[96]
- Motivation zu vermehrter Bewegung im Alltag

Zielgruppe:
- Versicherte mit ernährungsbezogenem Fehlverhalten ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen des Stoffwechsels oder psychische (Ess-)Störungen

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

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, in der Regel in Gruppen
- Praktische Übungen, z. B. zum Essverhalten

Anbieterqualifikationen:
Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich Ernährung in Betracht, insbesondere:
- Diätassistent/in,
- Oecotrophologin/Oecotrophologe (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung; Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor),
- Ernährungswissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor),
- Ernährungs- und Hygienetechnik, Schwerpunkt „Ernährungstechnik“, Ernährung und Versorgungsmanagement, Schwerpunkt „Ernährung“ (Abschlüsse: Dipl.-Ing., Master, Bachelor)

mit themenbezogener Zusatzqualifikation gemäß z. B. den Qualitätsstandards der Ernährungs-

93 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 Online unter: doi: 10.1038/ejcn.2013.7.

94 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.) (2013). Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. 9. Auflage. Bonn. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.) (2013). Dreidimensionale Lebensmittelpyramide – Fachinformation. 45. Auflage, Bonn.

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

96 Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (2013). Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. Die optimierte Mischkost optimix. 10. Auflage. Dortmund (http://www.fke-do.de).

beratung[97] einer anerkannten Institution im Handlungsfeld[98] sowie

- Ärztin/Arzt mit Fortbildungsnachweis gemäß dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin[99].

Präventionsprinzip: Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Bedarf:

Nach den Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1: N=7.116, Erhebungszeitraum 2008-2011) sind 67,1 % der Männer und 53,0 % der Frauen übergewichtig oder adipös (43,8 % der Männer und 29,0 % der Frauen haben einen Body-Mass-Index [BMI] von 25-29,9, 23,3 % der Männer und 23,9 % der Frauen haben einen BMI≥30)[100]. Der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher (3-17 Jahre) betrug gemäß den Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys im Durchschnitt der Jahre 2003-2006 (N=17.641) 15,0 %, 6,3 % aller Kinder und Jugendlichen waren adipös. Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen waren nicht zu erkennen[101].

Der Anteil von Personen mit Normalgewicht (BMI 18,5-24,9) hat von 1999 bis 2009 erheblich abgenommen, der Anteil von Personen mit Übergewicht bis BMI 29,9 ist weitgehend konstant geblieben, während der Anteil adipöser Personen deutlich zugenommen hat. Auch bei Kindern und Jugendlichen wurde in den letzten 20 Jahren ein Anstieg der Adipositasprävalenz beobachtet. Durch Übergewicht und Adipositas erhöht sich das Risiko für zahlreiche Krankheiten, insbesondere des Herz-Kreislauf-Systems, des Stoffwechsels, des Muskel- und Skelett-Systems sowie für bestimmte Krebserkrankungen[102]. Für das Erkrankungsrisiko spielt zusätzlich zum Übergewicht als solchem auch das Fettverteilungsmuster eine wichtige Rolle. Eine überhöhte viszerale Fettmasse (Taillenumfang ≥102 cm bei Männern und ≥88 cm bei Frauen) erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich[103].

Wirksamkeit:

Maßnahmen, die sowohl Module zu einem bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsverhalten als auch zu körperlicher Bewegung beinhalten, können eine nachhaltige Senkung des Körpergewichts bewirken[104]. Empfohlen werden spezifische Methoden der Verhaltensmodifika-

97 Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung (2014). Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland in der Fassung vom 16.06.2014. S. 8 (Internet: http://www.dge.de/pdf/fb/14-06-16-KoKreis-EB-RV.pdf).

98 Entsprechend den themenbezogenen Inhalten eines der folgenden Curricula: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE): Ernährungsberater/DGE, Ernährungsmedizinischer Berater/DGE (www.dge.de); Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD): VDD-Fortbildungszertifikat (www.vdd.de); Verband der Oecotrophologen e. V. (VDOE): Zertifikat Ernährungsberater VDOE (www.vdoe.de); Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED): VFED-Zertifizierung (www.vfed.de); Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung e. V. (QUETHEB): QUETHEB-Registrierung (www.quetheb.de); Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e. V. (UGB): Ernährungsberater UGB (www.ugb.de).

99 Bundesärztekammer & Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (2007). Strukturierte curriculare Fortbildung „ERNÄHRUNGSMEDIZIN“. Lehr- und Lerninhalte für die Fortbildungskurse zur Ernährungsmedizin nach den Richtlinien der Bundesärztekammer. 2. Aufl. (www.baek.de).

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

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

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

103 Ebd. S. 15.

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

tion[105]. 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[106].

Zielgruppe:

Erwachsene:

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

Kinder und Jugendliche:

- Übergewichtige Kinder und Jugendliche im Alter von 8-18 Jahren im Bereich der 90. bis 97. Perzentile der Häufigkeitsverteilung der alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Werte[107] unter Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfelds

Ausschlusskriterien für eine Teilnahme:

- Sekundäre und syndromale Adipositasformen,
- Psychiatrische Grunderkrankung/Essstörung
- Bei Kindern und Jugendlichen außerdem: mangelnde Bereitschaft der Eltern, eine kontinuierliche Teilnahme zu unterstützen

Ziel der Maßnahme:

Erwachsene:

- Gesundheitsförderndes Ernährungs- und Bewegungsverhalten
- Angemessene Gewichtsreduktion und -stabilisierung

Kinder und Jugendliche:

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

Inhalt:

Trainings-/Schulungsmodule

- Zu Ursachen des Übergewichts,
- Zur Förderung eines bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsverhaltens [Ziel: ausgewogene Energiebilanz durch fettmoderate, kohlenhydratbetonte (Stärke, nicht Zucker) und ballaststoffreiche Kost nach den jeweils aktuellen Empfehlungen und Beratungs-Standards der DGE 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),
- Zum Einüben des verbesserten Koch- und Einkaufsverhaltens (u. a. Reflexion von Werbestrategien und eigenem Konsumverhalten)

105 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.

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

107 Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes. und Jugendalter (Hrsg.) (2013). Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. S. 25 f. (www.awmf.org -> Leitlinien): Bei Kindern und Jugendlichen lässt sich das Ausmaß des Übergewichts nicht durch feste BMI-Grenzwerte bestimmen. Die Einstufung von Kindern und Jugendlichen als übergewichtig bzw. adipös erfolgt auf der Grundlage von Verteilungen der alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Werte, die in bevölkerungsbezogenen Untersuchungen ermittelt wurden (Referenzwerte). Kinder und Jugendliche werden als übergewichtig eingestuft, wenn ihr BMI höher liegt als bei 90 % der Kinder/der Jugendlichen gleichen Alters und Geschlechts (oberhalb der 90. Perzentile P 90). Als adipös werden sie eingestuft, wenn ihr BMI höher ist als bei 97 % der Kinder/Jugendlichen gleichen Alters und Geschlechts (oberhalb der 97. Perzentile P 97); Die derzeit geltenden Referenzwerte sind den Tabellen 1 (für Mädchen) und 2 (für Jungen) in Kapitel 7.4 zu entnehmen.

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, in der Regel in Gruppen,
- Praktische Übungen, z. B. zum Ess- und Bewegungsverhalten.

Anbieterqualifikation:
Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich Ernährung in Betracht, insbesondere:
- Diätassistent/in,
- Oecotrophologin/Oecotrophologe (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung; Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor),
- Ernährungswissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor),
- Ernährungs- und Hygienetechnik, Schwerpunkt „Ernährungstechnik“, Ernährung und Versorgungsmanagement, Schwerpunkt „Ernährung“ (Abschlüsse: Dipl.-Ing., Master, Bachelor)

mit themenbezogener Zusatzqualifikation gemäß z. B. den Qualitätsstandards der Ernährungsberatung[108] einer anerkannten Institution im Handlungsfeld[109] sowie
- Ärztin/Arzt mit Fortbildungsnachweis gemäß dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin[110].

Werden Präventionskurse zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht in Kombination mit Bewegungs- und/oder Entspannungs-/Stressbewältigungskursen angeboten, gelten für diese Kursbestandteile die Anforderungen der jeweiligen Handlungsfelder dieses Leitfadens.

5.6.3 Stressmanagement

Psychosozialer Stress stellt einen bedeutsamen (mit-)verursachenden, auslösenden oder aggravierenden Faktor für viele der heute sozialmedizinisch besonders relevanten kardiovaskulären, muskulo-skelettalen, immunologischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen dar[111]. Insbesondere chronische psychobiologische

108 Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung (2014). Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland in der Fassung vom 16.06.2014. S. 8 (Internet: http://www.dge.de/pdf/fb/14-06-16-KoKreis-EB-RV.pdf).

109 Entsprechend den themenbezogenen Inhalten eines der folgenden Curricula: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE): Ernährungsberater/DGE, Ernährungsmedizinischer Berater/DGE (www.dge.de); Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD): VDD-Fortbildungszertifikat (www.vdd.de); Verband der Oecotrophologen e. V. (VDOE): Zertifikat Ernährungsberater VDOE (www.vdoe.de); Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED): VFED-Zertifizierung (www.vfed.de); Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung e. V. (QUETHEB): QUETHEB-Registrierung (www.quetheb.de); Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e. V. (UGB): Ernährungsberater UGB (www.ugb.de).

110 Bundesärztekammer & Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (2007). Strukturierte curriculare Fortbildung „ERNÄHRUNGSMEDIZIN“. Lehr- und Lerninhalte für die Fortbildungskurse zur Ernährungsmedizin nach den Richtlinien der Bundesärztekammer. 2. Aufl. (www.baek.de).

111 Björntorp, P. (2001). Heart and Soul: Stress and the metabolic syndrome. Scandinavian Cardiovascular Journal, Jg. 35. S. 172-177.; Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for

Stressreaktionen gefährden im Zusammenhang mit einer unausgeglichenen Beanspruchungs-Erholungs-Bilanz, einer nachhaltigen Schwächung des Immunsystems sowie einem zunehmenden gesundheitlichen Risikoverhalten als inadäquatem Bewältigungsverhalten die körperliche wie psychische Gesundheit. Dabei ist davon auszugehen, dass aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen, wie etwa den zunehmenden Anforderungen an Mobilität, Flexibilität und Leistungsbereitschaft sowie der zunehmenden Auflösung traditionsbestimmter Sinn-, Werte- und Sozialstrukturen, das Belastungsniveau für den Einzelnen zukünftig eher noch steigen wird.

Bedarf:
Bereits im Kindes- und Jugendalter lassen sich vielfältige Symptomatiken finden, die mit einem Stresserleben in Zusammenhang gebracht werden können. In der internationalen WHO-Vergleichsstudie Health Behaviour in School-aged Children wurden 2001 und 2002 repräsentative Stichproben 11-, 13- und 15-jähriger aus 35 Ländern befragt[112]. Unter den erfassten Symptomen werden Müdigkeit bzw. Erschöpfung am häufigsten berichtet. 25 % fühlen sich „fast täglich“ oder „mehrmals in der Woche“ müde oder erschöpft, 21 % erleben dies nach eigenen Angaben „fast jede Woche“. Danach folgen Einschlafschwierigkeiten mit 14 % bzw. 11 % und Gereiztheit und schlechte Laune (14 % bzw. 17 %). Unter den Schmerzsymptomen werden Kopfschmerzen am häufigsten genannt (12 % erleben sie fast täglich oder mehrmals in der Woche, 12 % fast jede Woche), gefolgt von Rückenschmerzen mit 8 % bzw. 9 % und Bauchschmerzen, die von 7 % mehrmals wöchentlich und von 9 % fast jede Woche erlebt werden[113]. Wie auch andere Studien zeigen, stehen die Symptomangaben von Kindern und Jugendlichen mit dem Ausmaß des Stresserlebens in Beziehung: Je mehr Stress erlebt wird, desto höher fallen die Symptomangaben aus[114].

Für die Gruppe der Erwachsenen konnten negative somatische und psychische Effekte hoher Stressbelastung in prospektiven Studien nachgewiesen werden[115]. Querschnittstudien zeigen, dass die Intensität und Häufigkeit des Stresserlebens in einem engen Zusammenhang mit dem sozio-ökonomischen Status, der wahrgenommenen sozialen Unterstützung sowie gesundheitlichen Beschwerden, wie z. B. depressiven Symptomen, dem Gefühl des Ausgebranntseins sowie Schlafstörungen, stehen[116]. Die Bedeutung des Stresserlebens für die Entwicklung gesundheitlicher Beschwerden ist dabei interindividuell und situationsbedingt unterschiedlich ausgeprägt.

health. Nature Rev. Immunol. Jg. 5. S. 243-251; Siegrist, J. (2001). Psychosoziale Einflüsse auf Entstehung und Verlauf der koronaren Herzkrankheit. Herz, 26, S. 316-325; Rensing, L. et. al. (2006). Mensch im Stress. Psyche – Körper – Moleküle. München.

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

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

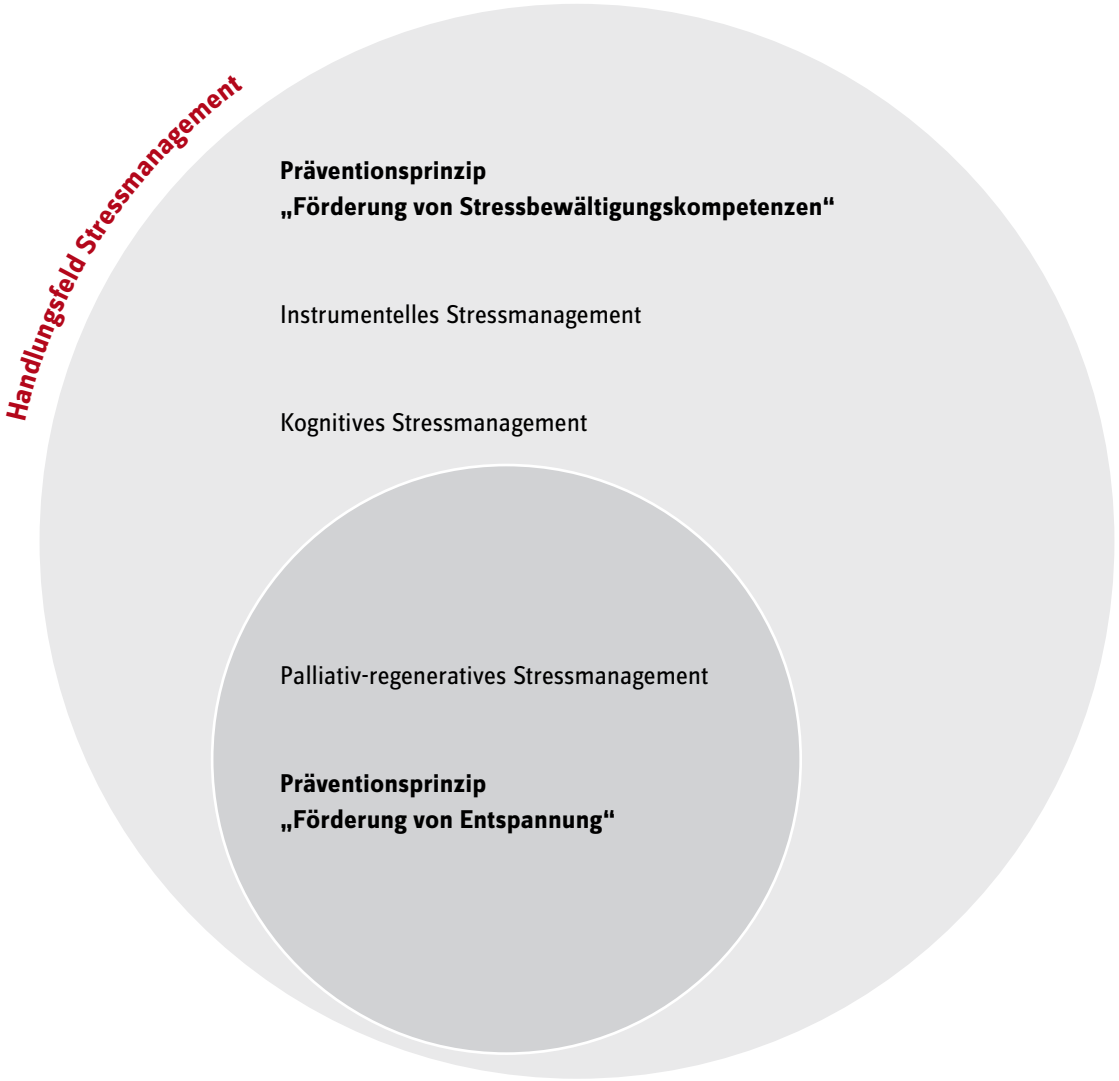
114 Lohaus, A., Beyer, A. & Klein-Heßling, J. (2004). Stresserleben und Stresssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 36, 38-46.

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

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

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

Abb. 5: Gliederung des Handlungsfeldes Stressmanagement



Quelle: Eigene Darstellung

Instrumentelles Stressmanagement setzt an den Stressoren an mit dem Ziel, diese zu reduzieren oder sie ganz auszuschalten, z. B. durch Umorganisation des Arbeitsplatzes, durch Veränderung von Arbeitsabläufen, durch die Organisation von Hilfen etc. Instrumentelles Stressmanagement kann sowohl auf konkrete, aktuelle Belastungssituationen (reaktiv) als auch auf die Verringerung oder Ausschaltung zukünftiger Belastungen (präventiv) ausgerichtet sein. Instrumentelles Stressmanagement erfordert Sachkompetenz, sozialkommunikative Kompetenzen und Selbstmanagementkompetenz als Fähigkeit zu einem eigengesteuerten und zielgerichteten Handeln.

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

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

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

Bei der Entscheidung, ob eher multimodale oder rein entspannungsorientierte Verfahren zum Einsatz gelangen sollen, spielen vor allem die Problemlage und die Art der Zielgruppe eine Rolle. So ist es beispielsweise nicht sinnvoll, (nur) auf die Einübung von Entspannung zu setzen, wenn konkrete Stressoren vorliegen, auf die mit einem instrumentellen Vorgehen Einfluss genommen werden kann.

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

Präventionsprinzip: Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (Multimodales Stressmanagement)

Wirksamkeit:
Meta-Analysen einschlägiger Evaluationsstudien konnten die auch längerfristige Wirksamkeit von Maßnahmen zur Stressbewältigung besonders im Hinblick auf eine Reduzierung von körperlichen Risikofaktoren und Beschwerden sowie negativer psychischer Befindlichkeit (Ängstlichkeit, Depressivität) sowie einen Rückgang von Ärger- und Feindseligkeitsreaktionen belegen. Verbesserungen bei der individuellen Bewältigung konnten ebenfalls in mehreren Studien nachgewiesen werden[117].

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

Ziel der Maßnahme:
Maßnahmen zum multimodalen Stressmanagement zielen darauf ab, negative Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit aufgrund von chronischen 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. Die Bewältigungsbemühungen müssen auf allen drei oben beschriebenen Ebenen des Stressmanagements ansetzen.

Zielgruppe:
Die Maßnahmen richten sich an 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) durchgeführt werden. Kinder ab acht Jahren können an spezifisch auf diese Altersgruppe ausgerichteten Programmen unter Einbeziehung der Familie teilnehmen. Für Versicherte mit akut behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen sind die Maßnahmen kontraindiziert.

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

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

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

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

Anbieterqualifikation:
Zur Durchführung von multimodalen Stressbewältigungstrainings kommen Fachkräfte aus dem Bereich der psychosozialen Gesundheit in Betracht, die über einen staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss verfügen, insbesondere:

- Psychologin/Psychologe (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Pädagogin/Pädagoge (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor, Staatsexamen),
- Sozialpädagogin/Sozialpädagoge sowie Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Sozialwissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Gesundheitswissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor) sowie
- Ärztin/Arzt

einem primärpräventiven Stressbewältigungstraining. Zeitschrift für Medizinische Psychologie. Jg. 8. S. 73-84.

mit Zusatzqualifikation im Bereich Stressmanagement (Einweisung in das durchzuführende Stressbewältigungsprogramm).

Präventionsprinzip: Förderung von Entspannung (Palliativ-regenerativer Stressmanagement)

Wirksamkeit:
Es existieren mehrere Entspannungsverfahren, die sich in der Praxis bewährt haben und deren Wirksamkeit empirisch belegt ist[118]. 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[119].

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

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

Inhalt:
Als Maßnahmen zur Förderung der Entspannung kommen in Betracht:
- Progressive Relaxation (PR) nach Edmund Jacobson
- Autogenes Training (AT) – Grundstufe – nach Johannes-Heinrich Schultz
- Hatha Yoga
- Tai Chi
- Qigong[120]

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 PR und AT kommen zusätzlich zu den für multimodale Stressbewältigungstrainings geeigneten Anbieterinnen und Anbietern (s. Präventionsprinzip Förderung von Stressbewältigungskompetenzen) auch Fachkräfte mit insbesondere den nachstehenden Qualifikationen in Betracht:
- Sportwissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Staatsexamen, Magister, Master, Bachelor),
- Sport- und Gymnastiklehrer/in,
- Physiotherapeut/in, Krankengymnast/in,
- Ergotherapeut/in,

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

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

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

- Erzieher/in,
- Gesundheitspädagogin/Gesundheitspädagoge (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Heilpädagogin/Heilpädagoge

mit Zusatzqualifikation im Bereich Entspannung (Nachweis einer entsprechenden Qualifikation als Trainingsleiterin/Trainingsleiter im jeweiligen Verfahren im Umfang von mindestens 32 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten in Präsenzunterricht).

Für die fernöstlichen Verfahren Hatha Yoga, Tai Chi, Qigong kommen weiter Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss in einem Gesundheits- oder Sozialberuf in Betracht, denen durch die jeweiligen Fachorganisationen für Hatha Yoga, Tai Chi und Qigong nach den dort gültigen Ausbildungsstandards eine entsprechende Zusatzqualifikation bescheinigt wird[121]. Aus dieser muss die Befähigung zu einer Tätigkeit als Trainingsleiterin oder Trainingsleiter hervorgehen[122]. Die Ausbildung muss bei Yoga mindestens 500 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten und bei Qigong oder Tai Chi mindestens 300 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten in Präsenzunterricht umfassen. Die nachzuweisende Mindestdauer der Ausbildung in einem der genannten fernöstlichen Verfahren beträgt mindestens zwei Jahre.

121 Z. B.: Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e. V. BDY/EYU; Deutsche Yoga Gesellschaft DYG; Iyengar Yoga Vereinigung Deutschland IYVD; Berufsverband Unabhängiger Gesundheitswissenschaftlicher Yoga-Lehrender BUGY; Deutscher Dachverband für Qigong und Taijiquan DDQT; Prüfkommission Qigong Uni Oldenburg; Medizinische Gesellschaft für Qigong Yangsheng, Bonn.

122 Inhaber eines staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschlusses außerhalb des Gesundheits- oder Sozialbereichs kommen als Kursleiter für Hatha Yoga, Tai Chi oder Qigong nur in Betracht, wenn zusätzlich zu den o. g. Anforderungen an die Zusatzqualifikation mindestens 200 Stunden entsprechende Kursleitererfahrung nachgewiesen werden.

5.6.4 Suchtmittelkonsum

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

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

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

Probleme des Suchtmittelkonsums beziehen sich nicht nur auf die legalen Drogen wie Alkohol und Nikotin, sondern ebenso auf illegale Drogen und Medikamente mit Suchtpotenzial. Die inhaltliche Schwerpunktsetzung der GKV-Präventionsansätze auf die beiden legalen Drogen Alkohol und Tabak erklärt sich einerseits mit dem hohen Verbreitungsgrad (siehe Bedarf) und andererseits auch mit dem Vorliegen wirksamer Interventionskonzepte (siehe Wirksamkeit, Inhalte, Methodik). Bezogen auf illegale Drogen und bezogen auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche stoßen individuell ausgerichtete Präventionsangebote an ihre Grenzen. Hier ist nur ein Bündel unterschiedlichster Maßnahmen (sog. Policy-Mix) Erfolg versprechend und ist nur zu leisten, wenn vorrangig auch die anderen gesellschaftlichen und politischen Akteurinnen und Akteure an der Gestaltung der

Rahmenbedingungen zusammenwirken[123]. Damit wird die Bedeutung von parallelen Ansätzen zur Gestaltung der unterschiedlichen Lebensverhältnisse unterstrichen, ohne die Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention letztlich nicht wirksam greifen.

Präventionsprinzip: Förderung des Nichtrauchens

Bedarf:
Rund 30 % der erwachsenen Bevölkerung – ca. 33 % der Männer und 27 % der Frauen – rauchen. 24 % der Raucherinnen und Raucher konsumieren 20 und mehr Zigaretten täglich und gelten damit nach der WHO-Definition als starke Raucherinnen und Raucher, 36,6 % konsumieren 1-9 Zigaretten und 39,4 % 10-19 Zigaretten täglich[124]. Das in Tabakprodukten enthaltene Nikotin ist stark suchterzeugend und provoziert eine Fortsetzung des Konsums und eine Dosissteigerung.

Rauchen ist der bedeutsamste einzelne individuell vermeidbare Risikofaktor für die Entstehung und die Verschlimmerung von mehr als 40 meist chronischen Krankheiten. Hierzu gehören Herz-Kreislauf-Krankheiten, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes sowie viele Krebserkrankungen z. B. im Mund-, Nasen- und Rachenraum, im Kehlkopf, in der Speiseröhre, in der Lunge, im Magen, in der Bauchspeicheldrüse, in Leber, Niere, Harnblase und in der Gebärmutter. Bei regelmäßigem Tabakkonsum weiblicher Jugendlicher ist deren erhöhtes Brustkrebsrisiko belegt. Der rauchbedingte Anteil an der gesamten Lungenkrebssterblichkeit beträgt in Deutschland bei Männern 91 %, bei Frauen 75 %. Die um 60 % gestiegene Lungenkrebssterblichkeit bei Frauen in Deutschland zwischen 1980 und 1997 ist im Wesentlichen auf die Zunahme ihres Tabakkonsums in den vergangenen Jahrzehnten zurückzuführen. Allein in Deutschland sterben jährlich zwischen 100.000 und 120.000 Menschen an tabakbedingten Krankheiten[125].

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

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

Wirksamkeit:
Ein Rauchverzicht – unabhängig vom Alter des Rauchers – trägt entscheidend zur Verminderung von Gesundheitsrisiken bei. Das gilt für die Folgeerkrankungen des Rauchens ebenso wie für die Tabakintoxikation und Tabakabhängigkeit. Bereits kurzfristig nach dem Rauchstopp normalisieren sich Körperfunktionen: Senkung des Kohlenmonoxidgehalts im Blut, Erhöhung des Sauerstoffspiegels, Stabilisierung des Kreislaufs, Verbesserung der Lungenfunktion. Das Risiko, an einer durch das Rauchen verursachten Herzerkrankung zu sterben, ist ein bis zwei Jahre nach dem Aufhören halbiert. Die Risiken anderer Erkrankun-

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

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

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

gen (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[126].

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

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

Inhalt:
- Aufklärung über die gesundheitlichen Risiken des Rauchens
- Analyse des persönlichen Rauchverhaltens,
- Klärung von subjektiven Gründen, Überzeugungen und Gedanken zum Konsum bzw. zum Nichtrauchen
- Darstellung der psychologischen und physiologischen Effekte des Rauchens
- Darstellung der psychologischen und physiologischen Effekte des Entzugs
- Festlegung des Rauchstopps
- Angebot zur Nachbetreuung (Wiederholungsangebot, Telefonkontakt)
- Aufklärung über Einsatz und Wirkungsweise von nikotinhaltigen Präparaten (gemäß § 34 SGB V keine Leistung der Krankenkassen) und anderen medikamentösen Hilfen zur Tabakentwöhnung
- 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 einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich psychosoziale Gesundheit in Betracht, insbesondere:
- Psychologin/Psychologe (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Pädagogin/Pädagoge (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor, Staatsexamen),
- Sozialpädagogin/Sozialpädagoge sowie Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Sozialwissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Gesundheitswissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Ärztin/Arzt

mit ausgewiesener Zusatzqualifikation (Einweisung in das durchzuführende Tabakentwöhnungsprogramm).

126 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: Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

Bedarf:
Alkoholische Getränke werden von rund 90 % der erwachsenen Bevölkerung an mindestens einer Gelegenheit im Jahr konsumiert. Der Pro-Kopf-Konsum der Bevölkerung in Litern reinen Alkohols liegt – nach einer bis 2010 zunächst rückläufigen Tendenz – im Jahr 2012 bei 9,5 l und damit auf dem gleichen Niveau wie in den beiden Vorjahren. In Deutschland weisen 14,2 % der erwachsenen Bevölkerung (=7,3 Mio. Menschen) einen riskanten Alkoholkonsum[127] auf. Von diesen sind 1,8 Mio. Menschen als alkoholabhängig einzustufen[128].

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

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

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

Zielgruppe:
- Versicherte mit riskantem Alkoholkonsum (i. d. R. bis 60 g Reinalkohol pro Tag für Männer, bis 40 g für Frauen)[129]
- Jugendliche Versicherte mit riskantem Konsummuster nur dann, wenn die Maßnahme in verhältnispräventive Aktivitäten auf kommunaler Ebene eingebettet ist

Das Vorliegen einer Abhängigkeitserfahrung/-erkrankung gilt als Kontraindikation für Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 SGB V.

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

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

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

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

Inhalt:

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

Methodik:

- Kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppeninterventionen (z. B. Selbstbeobachtung, Protokollierung, Rollenspiel, Visualisierung)
- Informationsvermittlung über Möglichkeiten zur Reduzierung des Alkoholkonsums
- 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 einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich psychosoziale Gesundheit in Betracht, insbesondere:

- Psychologin/Psychologe (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Pädagogin/Pädagoge (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor, Staatsexamen)
- Sozialpädagogin/Sozialpädagoge sowie Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Sozialwissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Gesundheitswissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Ärztin/Arzt

mit qualifizierter beruflicher Erfahrung in der Suchtprävention und Suchtberatung oder mit ausgewiesener Zusatzqualifikation im Suchtbereich (Einweisung in das durchzuführende Programm).

6 Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V

6.1 Einleitung

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

Unter dem Einfluss dieser Veränderungen verschiebt sich das Spektrum der mit der Arbeit verbundenen Anforderungen. Körperliche Anforderungen sind infolge des technischen Fortschritts und des damit verbundenen Strukturwandels, aber auch aufgrund von Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung teilweise rückläufig. Die einerseits zu begrüßende Entlastung von körperlicher Anstrengung trägt andererseits auch zu verbreitetem Bewegungsmangel als Risikofaktor für unterschiedliche chronische Krankheiten bei. Psychische Anforderungen wie z. B. Termin- und Zeitdruck, Störungen und Unterbrechungen sowie die gleichzeitige Erledigung bzw. Überwachung unterschiedlicher Arbeitsvorgänge nahmen bis Mitte des letzten Jahrzehnts deutlich zu und sind seitdem auf hohem Niveau stabil[130].

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

Da das Risiko einer chronischen Erkrankung und daraus möglicherweise folgender eingeschränkter Erwerbsfähigkeit ab dem mittleren Erwachsenenalter stark steigt, gewinnen Anstrengungen zum Erhalt von Gesundheit, Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit an Bedeutung – dies zusätzlich vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. Die Unternehmen müssen sich in den kommenden Jahren auf stark alternde Belegschaften einstellen. Bis zum Jahr 2030 wird das Erwerbspersonenpotenzial bundesweit voraussichtlich um mehr als sechs Mio. Personen abnehmen[131]. Daher müssen über die gesamte Spanne des Erwerbslebens die Möglichkeiten zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit in Zukunft noch stärker genutzt werden.

130 Lohmann-Haislah, A (2012). Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden. S. 36; Für den Zeitraum davor vgl. Lenhardt, U., M. Ertel & M. Morschhäuser (2010). Psychische Arbeitsbelastungen in Deutschland. Schwerpunkte – Trends – betriebliche Umgangsweisen. WSI-Mitteilungen Jg. 63, Nr. 7, S. 335-341.

131 Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.

Erwerbsarbeit besitzt große gesundheitsfördernde Potenziale[132]. Sie vermittelt einen anerkannten sozialen Status und ein Einkommen, gibt dem Tag eine Zeitstruktur und führt zur Stärkung des Selbstwertgefühls bei erfolgreicher Bewältigung von Aufgaben. Darüber hinaus sind mit der Erwerbsarbeit in der Regel kollegiale Kontakte und soziale Zugehörigkeit verbunden. Die mit (unfreiwilliger) Arbeitslosigkeit häufig einhergehenden Gesundheitsrisiken unterstreichen die positiven gesundheitlichen Potenziale von Erwerbsarbeit ebenso wie die Verbesserung des Gesundheitszustandes vormals Arbeitsloser nach der Wiedererlangung einer Beschäftigung. Andererseits können Fehlbelastungen im Beruf aber auch zu körperlichen und/oder psychischen Gesundheitsschäden führen.

Mit betrieblicher Gesundheitsförderung lassen sich die in der Arbeit liegenden positiven gesundheitlichen Potenziale stärken, Erkrankungsrisiken von Beschäftigten senken, ihre gesundheitlichen Kompetenzen verbessern sowie ihre Arbeitsfähigkeit langfristig sichern. Die vorliegenden in- und ausländischen Evaluationsstudien zeigen, dass durch betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen krankheitsbedingte Fehlzeiten und Behandlungskosten reduziert werden können[133].

Höheres gesundheitliches Wohlbefinden kommt über die Steigerung von Arbeitszufriedenheit, Motivation und Einsatzbereitschaft letztlich auch dem Unternehmenserfolg zugute. Die Krankenkassen bieten deshalb interessierten Betrieben[134] entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag nach § 20a SGB V Unterstützung bei der Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) an.

6.2 Grundverständnis

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

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

Mit rund 40 Mio. Erwerbstätigen stellt die Lebenswelt „Betrieb" ein ideales Setting für die Gesundheitsförderung dar, denn im Betrieb können wichtige gesundheitliche Rahmenbedingungen gezielt beeinflusst werden; gleichzeitig können auch solche Zielgruppen erreicht werden, die indivi-

132 Vgl. Friedrichs, M. et al. (2011). iga-Barometer 3. Welle 2010: Einschätzungen der Erwerbsbevölkerung zum Stellenwert der Arbeit, zum Gesundheitsverhalten, zum subjektiven Gesundheitszustand und zu der Zusammenarbeit in altersgemischten Teams. iga.Report 21. Berlin und Essen. (http://www.iga-info.de -> Veröffentlichungen -> iga-Reporte): „77 % der Männer und 86 % der Frauen finden, dass ihre Arbeit sie fit hält; 84 % der Männer und 87 % der Frauen denken, dass ihre Arbeit ihnen Anerkennung bringt; von Männern und Frauen [wird zu] jeweils 87 % ihre Arbeit als vielseitig und abwechslungsreich empfunden; Unterstützung von Kollegen und Vorgesetzten [wird] von 83 % der Männer und 88 % der Frauen wahrgenommen."

133 Sockoll, I.; I. Kramer & W. Bödeker (2008). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. iga.Report 13. Essen. S. 58. (http://www.iga-info.de -> Veröffentlichungen -> iga-Reporte) Wirksam sind insbesondere bedarfsgerechte, mehrfaktorielle, d. h. unterschiedliche Maßnahmearten und Risikobereiche berücksichtigende Programme, die nachhaltig verankert und professionell gesteuert werden.

134 Als Betriebe in diesem Sinne gelten auch Dienststellen der Verwaltung sowie betriebsanaloge und betriebsähnliche Organisationsformen, in denen z. B. Personen im Rahmen von Maßnahmen zur Förderung der Arbeitsmarktintegration tätig sind.

duelle Präventionsangebote seltener in Anspruch nehmen (z. B. Männer, junge Menschen)[135].
Nach der Luxemburger Deklaration des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung[136] umfasst „[b]etriebliche Gesundheitsförderung [...] alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

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

Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung sollten dementsprechend in der Form eines multimodalen, ganzheitlichen Vorgehens und nicht als isolierte Einzelmaßnahmen umgesetzt werden[137]. Sie sollten unter Beteiligung der Beschäftigten und ihrer gesetzlichen Vertretungen sowie aller erforderlichen internen und externen Akteure entwickelt und umgesetzt werden. Betriebliche Gesundheitsförderung richtet sich an den Betrieb als Organisation und an die einzelnen Beschäftigten gleichermaßen. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung müssen bedarfsbezogen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unabhängig von ihrem arbeitsrechtlichen Status offen stehen. Die Unterstützung der Krankenkasse bei der betrieblichen Gesundheitsförderung versteht sich als Hilfe zur Selbsthilfe der betrieblichen Akteurinnen und Akteure auf diesem Feld.

Einzelmaßnahmen sowie die begleitende Öffentlichkeitsarbeit können dann unterstützt werden, wenn die Betriebsparteien (Firmenleitung und Betriebs-/Personalrat/Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kleinbetrieben) sich auf den betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess als grundlegendes Vorgehensschema verpflichtet haben.

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

6.3 Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess

Nach § 20a SGB V ist betriebliche Gesundheitsförderung 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 Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb. Bei nachhaltiger Etablierung der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) schließt sich an die Umsetzung eine (erneute) Analysephase an, in der die Ergebnisse der bereits durchgeführten Maßnahmen ermittelt und bewertet werden. Wesentliche Elemente des Verständnisses der BGF als eines Lernzyklus sind damit bereits im Gesetzeswortlaut verankert.

Das im Folgenden dargestellte systematische Vorgehen (Abb. 6) beschreibt grundlegende Anforderungen an die BGF; die Ausgestaltung von Strukturen, Prozessen und Leistungen kann entsprechend der Betriebsgröße variieren.

135 Jordan, S. & E. von der Lippe (2013). Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Jg. 56. Nr. 5/6. S. 878-884.

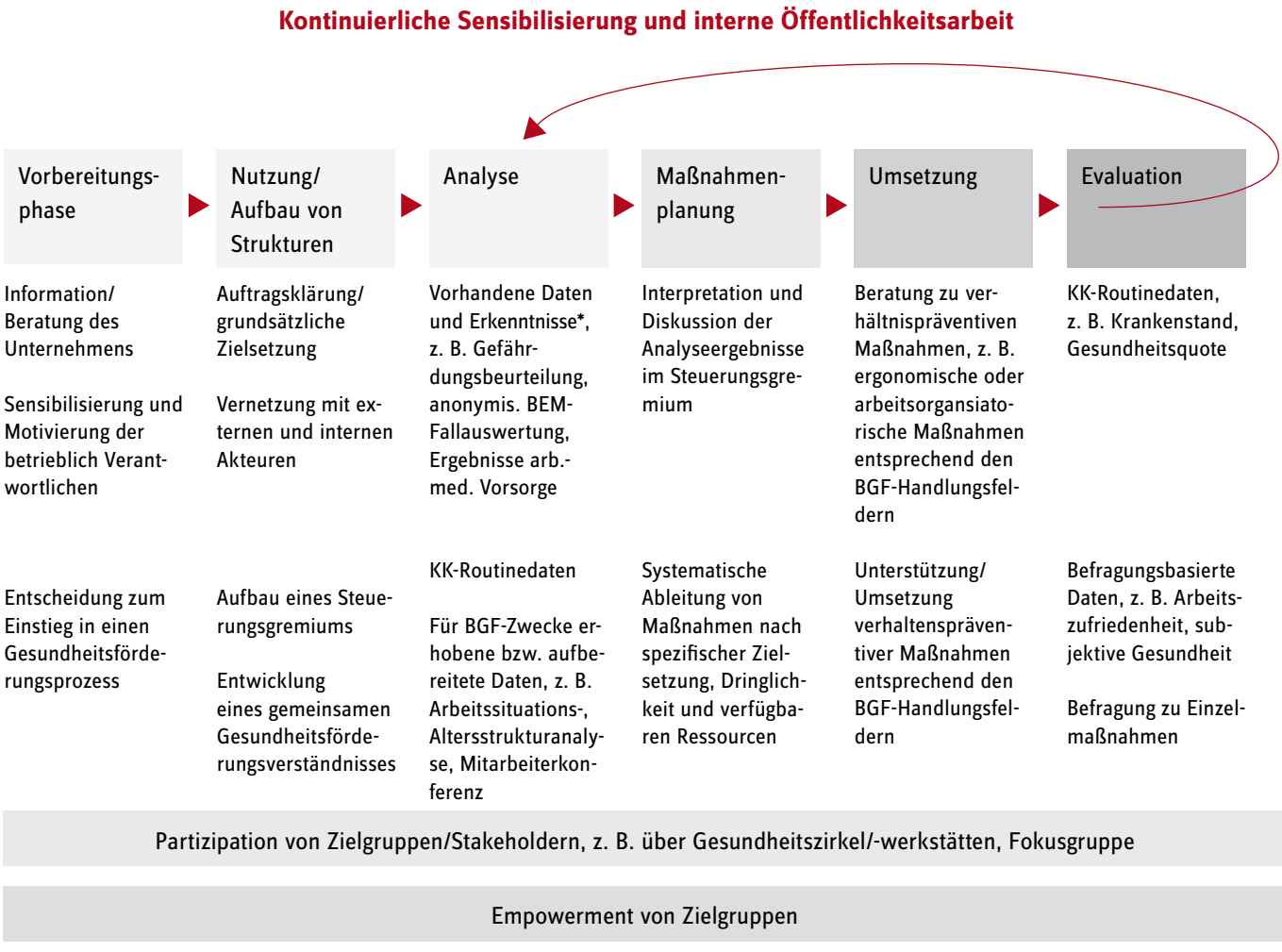
136 Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (1997/2007): Luxemburger Deklaration zur Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (http://www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de -> Luxemburger Deklaration).

137 Einzelmaßnahmen wie z. B. Gesundheitstage können in der Belegschaft für das Thema sensibilisieren und den Einstieg in einen strukturierten Gesundheitsförderungsprozess gemäß diesem Leitfaden erleichtern.

Zu Beginn des Prozesses sollte betriebsintern die grundsätzliche Bereitschaft der Betriebsparteien (Firmenleitung und Betriebs-/Personalrat / Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kleinbetrieben), in einen BGF-Prozess einzutreten geklärt und für die Mitwirkung der Belegschaft an einer systematischen betrieblichen Gesundheitsförderung geworben werden. Diese Phase wird auch als Vorbereitungsphase bezeichnet[138]. Danach sollten Strukturen aufgebaut werden, durch die der Gesundheitsförderungsprozess gesteuert wird. Der Gesundheitsförderungsprozess gliedert sich in die Schritte „Analyse", „Maßnahmeplanung", „Umsetzung" und „Evaluation". Die Sensibilisierung aller Beteiligten für die Gesundheitsförderung sowie die interne Öffentlichkeitsarbeit stellen kontinuierliche Aufgaben während des gesamten Prozesses dar.

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

Abb. 6: Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess



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

1. Vorbereitungsphase
Durch Information und Beratung einschließlich Medien unterstützen die Krankenkassen das Interesse von Betrieben für betriebliche Gesundheitsförderung. In der persönlichen Beratung interessierter Betriebe können die betrieblich Verantwortlichen und die Beschäftigten selbst für nachhaltige Gesundheit in der Arbeitswelt sensibilisiert und auf ein gemeinsames Verständnis von BGF vorbereitet werden. Am Ende der Vorbereitungsphase steht die Grundsatzentscheidung der betrieblich Verantwortlichen, überhaupt in einen Gesundheitsförderungsprozess einzutreten.

2. Strukturaufbau
Zu Beginn des Gesundheitsförderungsprozesses ist es wichtig, alle betrieblichen Akteurinnen und Akteure, die mit der Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befasst sind, zusammenzuführen. Hierfür wird empfohlen, ein betriebsinternes Gremium – Steuerungsgremium, Arbeitskreis Gesundheit o. ä. – zu 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 können als Steuerungsstruktur für die Gesundheitsförderung genutzt werden.

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

- Betriebsleitung,
- Führungskräfte,
- Personalabteilung, insbesondere die für die Personalentwicklung zuständige Stelle,
- Betriebs- bzw. Personalrat/Vertretung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Kleinbetrieben,
- Betriebsärztin/Betriebsarzt,
- Fachkraft für Arbeitssicherheit,
- ggf. Schwerbehindertenvertretung,
- ggf. Gleichstellungsbeauftragte,
- ggf. Sucht- und Konfliktbeauftragte sowie Sozialberatung.

Es kann sinnvoll sein, Vertreterinnen/Vertreter des Controllings in das Steuerungsgremium einzubeziehen, um ihre methodischen Kompetenzen bei der quantitativen Erfassung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen für die Evaluation des Gesundheitsförderungsprozesses nutzbar zu machen.

Das Steuerungsgremium sollte einen innerbetrieblichen Koordinator bestimmen. Die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure bringen ihre jeweilige 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 Strukturaufbau ist dann erfolgreich, wenn im Steuerungsgremium ein gemeinsames, von allen getragenes Grundverständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung entwickelt wird, eine Verständigung über die grundsätzliche Zielsetzung erfolgt und ein grundsätzliches Einvernehmen über das weitere Vorgehen erzielt wird. In Kleinbetrieben wird die Funktion des Steuerungsgremiums durch regelmäßige Gespräche mit der Inhaberin/mit dem Inhaber und ggf. weiteren betrieblichen Verantwortlichen erfüllt. Ferner kann hier die Steuerung der innerbetrieblichen Gesundheitsförderung auch auf überbetrieblicher Ebene (Branche, Innung) unterstützt werden (s. Kapitel 6.6).

3. Analyse
Ziel dieser Phase ist die Ermittlung des Handlungsbedarfs durch Erhebung der gesundheitlichen Situation im Betrieb einschließlich Risiken und Potenzialen. Für den Betrieb als Ganzes sowie die einzelnen Betriebsteile und Beschäftigtengruppen sollen die gesundheitliche Situation sowie die relevanten Belastungen und Ressourcen möglichst systematisch ermittelt werden. Hierfür bietet es sich an, zunächst die vorhandenen Erkenntnisse über die gesundheitlichen Bedin-

gungen zusammenzutragen und gemeinsam im Steuerungsgremium auszuwerten. Datenquellen hierfür sind insbesondere Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens im Betrieb, Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung nach § 5 Arbeitsschutzgesetz, anonymisierte Fallauswertungen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX sowie Erkenntnisse der arbeitsmedizinischen Vorsorge und betriebsärztlicher Tätigkeit. Weitere geeignete Analyseinstrumente zur Erfassung der gesundheitlichen Risiken und Potenziale sind u. a. Arbeitsplatzbegehungen, standardisierte Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu Arbeit und Gesundheit, Altersstrukturanalysen (Projektionen der zukünftigen Altersverteilung und des damit einhergehenden gesundheitlichen Problempanoramas im Unternehmen) sowie als beteiligungsorientierte Verfahren z. B. Arbeitssituationsanalysen und Gesundheitszirkel.

Sofern die Analysen arbeitsbedingte Gefährdungen ergeben, bildet deren Beseitigung eine Aufgabe der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers als Teil des Arbeitsschutzes und ist von diesen zu finanzieren.

4. Maßnahmeplanung
Das Steuerungsgremium interpretiert und bewertet die gesammelten Informationen und entwickelt daraus spezifische Ziele, die in Form eines Maßnahmenplans für die einzelnen Arbeitsbereiche und Personengruppen operationalisiert werden. Dieser Maßnahmenplan sollte verhaltens- mit verhältnisbezogenen Maßnahmen kombinieren und neben der Reduzierung von Risiken auch die Stärkung von Schutzfaktoren für die körperliche wie auch die psychische Gesundheit (z. B. soziale Unterstützung, Förderung von Kompetenzen für einen gesundheitsgerechten Umgang miteinander) vorsehen. Er bringt die Maßnahmen nach Dringlichkeit und verfügbaren Ressourcen in eine Reihenfolge und legt Verantwortlichkeiten und Fristen fest. Das Steuerungsgremium wirkt im Betrieb auf die Realisierung des Maßnahmenplans hin.

5. Umsetzung
Die vom Steuerungsgremium befürworteten Maßnahmen aus den unten definierten Handlungsfeldern (s. Kapitel 6.7 „Handlungsfelder“) werden entsprechend dem Maßnahmenplan schrittweise umgesetzt.

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 befragungsproduzierten Kennzahlen als Evaluationskriterien. Beteiligungsorientierte Methoden wie z. B. Gesundheitszirkel/-werkstätten und Arbeitssituationsanalysen sind geeignete Instrumente sowohl zur Analyse, Maßnahmeplanung, Umsetzung als auch zur Evaluation.

In Abhängigkeit von betrieblichen Besonderheiten sind Abweichungen von diesem Vorgehensschema möglich; allerdings muss die logische Folge von Bedarfsanalyse, Interventionsplanung, Umsetzung und Erfolgskontrolle gewährleistet sein. Bei der Prozessgestaltung kommt der ausführlichen betrieblichen Kommunikation sowie der Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiterin in allen Phasen der Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation eine besondere Bedeutung zu. Die Ermöglichung vielfältiger Arten einer Beteiligung der Belegschaft ist unter Gesichtspunkten der Akzeptanz und Erfolgsaussicht der Maßnahmen unverzichtbar.

6.4 Leistungsarten und Förderkriterien

Mögliche Leistungen der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind:

- Analyseleistungen (z. B. Arbeitsunfähigkeits-, Arbeitssituations- und Altersstrukturanalysen, Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Durchführung von Workshops u. a. Verfahren) zur Bedarfsermittlung
- Beratung zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen
- 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 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung
- Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen
- Interne Öffentlichkeitsarbeit
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung

Für Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung sollten finanzielle und personelle Ressourcen des Unternehmens vorgesehen werden.

Von der Förderung ausgeschlossen sind:

- Aktivitäten, die zu den **Pflichtaufgaben eingebundener oder anderer Akteurinnen/Akteure und Partnerinnen/Partner** gehören
- **Isolierte**, d. h. nicht in ein Gesamtkonzept eingebundene, Maßnahmen externer Anbieterinnen/Anbieter und deren **individuumsbezogene Abrechnung**
- **Forschungsprojekte/Screening** ohne Interventionsbezug
- 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 an das Projekt gebunden sind
- Kosten für **Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenstände, Mobiliar, technische Hilfsmittel** und **persönliche Schutzausrüstung**
- Angebote, die **weltanschaulich nicht neutral** sind

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

- Unmittelbar durch Gesundheitsförderungsaktivitäten im Betrieb selbst
- Mittelbar durch Gesundheitsförderungsaktivitäten in betriebsübergreifenden Strukturen wie Netzwerken und Unternehmensorganisationen sowie durch überbetriebliche Informations- und Fortbildungsveranstaltungen, Medien (Print- und Onlineangebote) sowie betriebsübergreifende Beratungen (s. Handlungsfeld Überbetriebliche Vernetzung und Beratung)

Ausgehend von den Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung der European Foundation for Quality Management[139] sollten Krankenkassen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nur dann fördern, wenn die folgenden unternehmensseitigen Bedingungen gegeben sind bzw. die Bereitschaft besteht, sie im Laufe des Prozesses zu schaffen:

- Es existiert eine Unternehmensleitlinie zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder ein Äquivalent (in Klein-/Kleinstbetrieben: Absichtserklärung).

139 Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (1999): Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung. Essen (Internet: http://www.dnbgf.de -> Downloads -> Luxemburger Deklaration, dort unter „Qualitätskriterien für die BGF“).

- Die Beschäftigten bzw. deren gewählte Vertretungen (Betriebs- bzw. Personalrat) werden an Entscheidungen in Gesundheitsfragen beteiligt.
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen basieren auf einer (möglichst regelmäßig aktualisierten) Ist-Analyse.
- Maßnahmen werden durch ein internes Gremium gesteuert; in dieses sollte der Betrieb auch den Arbeitsschutzausschuss nach § 11 des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG) einbeziehen.
- Alle Maßnahmen sind in eine regelmäßige Auswertung und Begleitung eingebunden.
- Die Ergebnisse von Maßnahmen werden dokumentiert und sind den an der BGF beteiligten Partnerinnen und Partnern zugänglich.

Das Engagement der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung orientiert sich am Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe. Die Förderung von Maßnahmen durch Krankenkassen ist daher grundsätzlich zeitlich befristet. Betriebe sollen unterstützt werden, nachhaltig auch nach Beendigung einer GKV-Förderung die BGF in eigener Verantwortung weiterzuführen. Hierzu trägt die Möglichkeit einer bedarfsorientiert auch wiederholten Förderung von Analyse- und Beratungsleistungen bei. Auch die Einkommensteuerbefreiung für primärpräventive und gesundheitsförderliche Leistungen nach § 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz kann für die nachhaltige Verankerung betrieblicher Gesundheitsförderung genutzt werden (s. hierzu auch Kapitel 7.2 „Arbeitgeber geförderte Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen“).

Interessierte Betriebe können sich an jede Krankenkasse ihrer Wahl wenden, bei der ein Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versichert ist. Eine Kontaktaufnahme ist über die Firmenkundenberater sowie die Arbeitgeberportale der Krankenkassen jederzeit möglich[140]. In der Praxis stellen Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung eigene Dienstleistungen zur Verfügung oder arbeiten mit von ihnen beauftragten externen Dienstleistern zusammen.

Die finanziellen Fördermöglichkeiten der Krankenkassen sind durch den Gesetzgeber begrenzt. Schwerpunkte und Voraussetzungen kann die Krankenkasse in dem von diesem Leitfaden abgesteckten Rahmen selbst festlegen. Betriebe sollen über die Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung informiert werden; interessierte Betriebe sollen Beratung zur Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderung erhalten. Die Förderung der Krankenkassen kann in persönlicher, sächlicher und/oder finanzieller Form erfolgen. Über die Einzelheiten wird auf Basis dieses Leitfadens vorab eine Vereinbarung zwischen der/den Krankenkasse(n) und dem Betrieb abgeschlossen. Eine nachträgliche Finanzierung bzw. Förderung von Maßnahmen ist nicht möglich (keine Abtretungserklärungen). Bei Kooperationsprojekten mit Beteiligung unterschiedlicher Krankenkassen kann der von der GKV zu finanzierende Anteil zwischen den beteiligten Krankenkassen 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 ist ebenfalls ausgeschlossen.

140 Eine Linkliste zu den BGF-Ansprechpartnern der Krankenkassen findet sich auch auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes unter www.gkv-spitzenverband.de -> Krankenversicherung -> Prävention/Selbsthilfe/Beratung -> Betriebliche Gesundheitsförderung.

6.5 Verknüpfung der für die Gesundheit relevanten inner- und überbetrieblichen Akteurinnen/ Akteure im betrieblichen Gesundheitsmanagement

Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein für Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber sowie Versicherte freiwilliger Leistungskomplex. Der gesetzlich verpflichtende Arbeits- und Gesundheitsschutz (auf Basis des Arbeitsschutzgesetzes und des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG), des SGB VII und weiterer Gesetze[141]) und das für Arbeitgeber verpflichtende, für Beschäftigte freiwillige betriebliche Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs. 2 SGB IX) bilden weitere wichtige Regelungsbereiche für die Gesundheit der Beschäftigten. 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 und Beruf aus. Soweit Betriebe solche Angebote vorhalten, sollten sie im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements verknüpft werden. Die Rentenversicherung bietet auf Basis des § 31 Abs. 2 SGB VI Versicherten mit besonderen gesundheitlichen Risiken, bei denen aber noch kein Rehabilitationsbedarf nach § 15 SGB VI besteht, berufsbegleitend medizinische Teilhabeleistungen an.

Wenn die betriebliche Gesundheitsförderung mit den weiteren für die Gesundheit in der Arbeitswelt bedeutsamen Diensten verknüpft wird, kann sie in ein betriebliches Gesundheitsmanagement münden (s. Abb. 7).

Die Definitionen betrieblichen Gesundheitsmanagements[142] stellen ab auf:

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

Betriebliche Gesundheitsförderung besitzt zahlreiche Berührungspunkte und Schnittmengen mit dem gesetzlichen Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Die einzelnen Bereiche können im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements vielfach sinnvoll miteinander verknüpft werden, wie folgende Beispiele zeigen[143]:

- Beteiligungsorientierte Analyseinstrumente (z. B. Arbeitssituationsanalyse und betriebliche Gesundheitszirkel) der betrieblichen Gesundheitsförderung können einen Beitrag zur Unterstützung des betrieblichen Arbeitsschutzes leisten.
- In Führungskräfteschulungen können Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit solchen des Arbeitsschutzes und des BEM kombiniert vermittelt werden[144].

141 Alle Regelungen zur Umsetzung des gesetzlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes der Beschäftigten im Betrieb unterliegen der Mitbestimmung des Betriebsrates/des Personalrates.

142 Faller, G. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern u. a. (Huber) S. 25. Bamberg, E., A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.) (2011): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch. Göttingen u. a. (Hogrefe). S. 128 und 133, Oppolzer, A. (2010). Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit. 2. erweiterte und aktualisierte Auflage. Hamburg (VSA). S. 23 und 31.

143 Faller, G. (Hrsg.) 2010. Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. S. 37 f., 195.

144 Führungskräfte prägen durch ihr Verhalten und ihr Vorbild maßgeblich die betrieblichen Umgangsweisen mit arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und das generelle Klima des sozialen Miteinanders im Betrieb. Außer zu Themen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes können

- Bei der Planung betrieblicher Gesundheitsförderung kann auf vorhandene Datenquellen, wie z. B. anonymisierte Fallauswertungen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX zurückgegriffen werden.

Führungskräfteschulungen nach § 3 Abs. 2 ArbSchG daher auch zu Themen einer „gesundheitsgerechten Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern" qualifizieren.

Abb. 7: Gesundheit in der Arbeitswelt (nur gesetzlich geregelte Bereiche)

Quelle: Eigene Darstellung

Zur Initiierung und Koordinierung dieser Verknüpfungen sind u. a. die innerbetrieblichen Dienste des Arbeits- und Gesundheitsschutzes – Betriebsärztin/Betriebsarzt, Werksärztin/Werksarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragte – wichtige innerbetriebliche Akteurinnen und Akteure. Kooperationen mit weiteren außerbetrieblichen Partnerinnen und Partnern können das betriebliche Gesundheitsmanagement unterstützen. So können komplementäre Informationsquellen genutzt, Doppelarbeiten vermieden sowie das Gesundheitsmanagement ganzheitlich gestaltet werden. Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften und Unfallkassen) verfügen über hohe Kompetenzen zur Identifizierung arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken sowie zur Entwicklung und Umsetzung von Arbeitsschutzmaßnahmen einschließlich Maßnahmen zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit. Entsprechend verpflichtet § 20 a SGB V Krankenkassen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Zusammenarbeit mit den zuständigen Unfallversicherungsträgern. Die Grundzüge der Zusammenarbeit sind in einer Rahmenvereinbarung niedergelegt[145]. Verzahnungsmöglichkeiten der Aktivitäten von Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern bestehen z. B. bei der

- Zusammenarbeit in Steuerungsgremien,
- Durchführung von Analysen, Risikobewertungen und Befragungen von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern,
- Qualifizierung von Führungskräften und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren,
- Gestaltung von Medien/innerbetrieblichen Öffentlichkeitsarbeit/überbetrieblichen Informationskampagnen,
- Betreuung von Betrieben im Rahmen von Netzwerken.

145 Rahmenvereinbarung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren vom Oktober 2009 (Internet: www.praevention-arbeitswelt.de). Dort finden Sie auch Beispiele und Handlungshilfen erfolgreicher Zusammenarbeit.

Krankenkassen und Unfallversicherungsträger sollen sich wechselseitig über ihre Vorhaben in einem Betrieb informieren. Eine eventuelle Einbindung des jeweils anderen Partners/der Partnerin 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.

Weitere wichtige externe Kooperationspartnerinnen/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
  - Hierbei Fokus auf verhältnispräventive Maßnahmen insbesondere innerbetriebliche Strukturen und Prozesse.
- Träger der gesetzlichen Rentenversicherung:
  - Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
  - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Integrationsämter:
  - Zuschüsse zu behinderten- bzw. leidensgerechten Arbeitsplatzausstattungen.

Zur Förderung einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme und wechselseitigen Verzahnung der von externen Partnerinnen und Partnern vorgehaltenen Leistungen sollten die oben Genannten in der Beratung der betrieblich Verantwortlichen nicht nur auf die jeweils eigenen Instrumente und Angebote, sondern auch auf die Unterstützungsmöglichkeiten der anderen Partnerinnen und Partner hinweisen.

Es ist Aufgabe der betrieblichen Führung, den gesetzlichen Arbeitsschutz, das betriebliche Eingliederungsmanagement und die betriebliche Gesundheitsförderung innerbetrieblich systematisch zu institutionalisieren und miteinander zu verzahnen. Krankenkassen unterstützen Betriebe

bei der Etablierung von innerbetrieblichen Steuerungsstrukturen als einem wesentlichen Qualitätsmerkmal betrieblicher Gesundheitsförderung[146].

6.6 Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben

Circa 40 % der Beschäftigten in Deutschland arbeiten in Klein- und Kleinstbetrieben mit weniger als 50 bzw. weniger als zehn Beschäftigten. Klein- und Kleinstbetriebe weisen gegenüber großen und auch größeren mittelständischen Unternehmen eine Reihe betriebsstruktureller bzw. arbeitsprozessbezogener Besonderheiten auf, die für die Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung bedeutsam sind:

- Geringere Arbeitsteiligkeit der Produktions- und Dienstleistungsprozesse
- Kürzere Kommunikations- und weniger formalisierte Entscheidungswege
- Häufig fehlende Belegschaftsvertretungen und Strukturen des Arbeitsschutzes
- Meist flachere Hierarchien und geringere soziale Distanz zwischen Führungskräften und Mitarbeiterschaft (insbesondere in eigentümergeführten Unternehmen)
- Damit verbunden geringere Distanz von Berufs- und Privatsphäre
- Größere Flexibilitätsanforderungen
- Mitarbeit ehemaliger Betriebsleiterinnen/ Betriebsleiter bis ins hohe Alter

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

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

Die unmittelbare Betreuung von Klein- und Kleinstbetrieben im Rahmen der BGF erfolgt grundsätzlich wie diejenige größerer Betriebe entsprechend dem betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess mit den Schritten „Analyse“, „Maßnahmeplanung“, „Umsetzung“ und „Evaluation“. Das für die Analyse der gesundheitlichen Situation im Betrieb nutzbare Methodenrepertoire konzentriert sich bei Klein- und Kleinstbetrieben stärker auf Verfahren mit direktem Kontakt. Arbeitsunfähigkeitsanalysen von Krankenkassen und schriftliche Beschäftigtenbefragungen kom-

146 Nach den GKV/MDS-Präventionsberichten sind Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bei Vorhandensein einer innerbetrieblichen Steuerungsstruktur qualitativ anspruchsvoller und nachhaltiger als ohne eine solche Struktur: GKV-Spitzenverband und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2012). Präventionsbericht 2012. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Essen. S. 89.

men aus Datenschutzgründen nur eingeschränkt in Frage; zur Sensibilisierung können hier auch entsprechende branchenspezifische Erhebungen herangezogen werden. Daher ist in Kleinbetrieben eine Konzentration auf beteiligungsorientierte Verfahren wie z. B. Gesundheitszirkel und Gruppendiskussionen in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses sinnvoll.

Die mittelbare Betreuung auf überbetrieblicher Ebene (z. B. über Branchenverbände, Innungen, Handwerkskammern, Industrie- und Handelskammern, Kreishandwerkerschaften) ist eine gerade für Klein- und Kleinstbetriebe sinnvolle Betreuungsform, um möglichst vielen dieser Betriebe und deren Beschäftigten die Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung zu ermöglichen (vgl. hierzu Handlungsfeld „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“, Kapitel 6.7.3). Bei mittelbarer Betreuung durch überbetriebliche Vernetzung können z. B. regelmäßige Sitzungen des Steuerungsgremiums durch die Teilnahme an moderierten Projekttagen ersetzt werden. An diesen treffen sich die in betrieblicher Gesundheitsförderung aktiven Unternehmer oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus mehreren Kleinbetrieben der Region, um sich gegenseitig geplante oder laufende Projekte vorzustellen, Erfahrungen auszutauschen und gemeinsam die nächsten Schritte zu diskutieren. Vielfach bestehen in den Regionen auch Unternehmensnetzwerke, die den Erfahrungsaustausch organisieren sowie Lernmöglichkeiten und wechselseitige Unterstützung bei der Planung und Umsetzung von Projekten bieten. Krankenkassen unterstützen diese Netzwerke bedarfsbezogen und bieten im Einzelfall speziell für Kleinbetriebe erarbeitete Kurskonzepte und Selbstlernmaterialien an. Diese Form der mittelbaren Betreuung ist auch aus Effizienzgründen sinnvoll. Das Forum „Kleine und mittlere Unternehmen“ (KMU) des Deutschen Netzwerks Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) stellt ein Positionspapier zu den relevanten Faktoren in der Gesundheitsförderung in Kleinbetrieben zur Verfügung und ermöglicht einen fachlichen Austausch von Betrieben, Forschern und Praktikern in den regelmäßigen Tagungen des Forums (http://www.dnbgf.de/forum-kleine-und-mittlere-unternehmen-kmu.html).

6.7 Handlungsfelder

Die Handlungsfelder beschreiben die möglichen Maßnahmen, die auf Grundlage detaillierter Analysen geplant und im Entscheidungsgremium (z. B. AK Gesundheit) beschlossen werden. Im Prozessverlauf von Analyse, Maßnahmeplanung, Umsetzung und Evaluation sind die Handlungsfelder in die Umsetzungsphase einzuordnen (s. o. Abb. 6).

Im Rahmen dieses oben beschriebenen betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses unterstützen Krankenkassen Maßnahmen in den folgenden Handlungsfeldern (Abb. 8):

- Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung,
- gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil,
- überbetriebliche Vernetzung und Beratung

entsprechend den jeweils definierten Kriterien.

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

Anbieterqualifikation:
Die Durchführung von Maßnahmen der BGF durch die oder im Auftrag der Krankenkassen erfolgt durch Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss mit Bezug

Abb. 8: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Quelle: Eigene Darstellung

zu Gesundheit und Prävention. Diese Fachkräfte müssen außerdem über Kenntnisse und Fähigkeiten in den Bereichen Organisationsentwicklung, Organisationsberatung, Prozess- und Projektmanagement sowie über eine auf das jeweilige Handlungsfeld bezogene themenspezifische Qualifikation verfügen. Dies gilt insbesondere für die Handlungsfelder „Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung“ (Kapitel 6.7.1) sowie „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“ (Kapitel 6.7.3).

Für individuumsbezogene verhaltenspräventive Maßnahmen im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung im Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“ (Kapitel 6.7.2) gelten die Anforderungen an die Anbieterqualifikation in den Kapiteln 5.6.1-5.6.4 entsprechend.

6.7.1 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 (Abb. 9)[147]. Krankenkassen beraten Betriebe zu Möglichkeiten der Berücksichtigung gesundheitlicher Belange bei der Arbeitsgestaltung. Neben eigenen Leistungen

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

Abb. 9: Beratungen zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung (Themen)

Quelle: Eigene Darstellung

im Rahmen dieses Leitfadens weisen sie auf Angebote und Hilfen weiterer Zuständiger und Verantwortlicher hin.

Präventionsprinzip: Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen

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

Nach der repräsentativen Beschäftigtenbefragung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und des Bundesinstituts für berufliche Bildung 2012 werden von Beschäftigten vor allem psychische Faktoren im betrieblichen Umfeld als subjektiv belastend empfunden. 52 % der Beschäftigten geben an, „häufig" unter starkem Termin- und Leistungsdruck zu arbeiten und 34 % der Befragten fühlen sich dadurch stark belastet. Auch Multitasking gehört zu den Faktoren, die von den Beschäftigten als stark oder sehr stark belastend wahrgenommen werden. Außerdem stellen Arbeitsunterbrechungen mit 44 % „häufig" für Betroffene eine hohe Anforderung dar, die von 26 % der Befragten als belastend beschrieben wird[148]. Neben psychischen Anforderungen aus Arbeitsinhalt und -gestaltung ist auch die Arbeitszeitorganisation ein wichtiger gesundheitlicher Einflussfaktor: So können z. B. überlange Arbeitszeiten und Schichtarbeit zu einem Mangel an Erholungsmöglichkeit und einer Akkumulation von Ermüdung führen, die sich in der verbleibenden Ruhezeit nicht mehr ausgleichen lässt. Personen mit überlangen Arbeitszeiten weisen ein um 37 % erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf[149].

Die heutige Arbeitswelt ist zudem durch ständige Veränderungsprozesse gekennzeichnet. Dabei spielen nicht nur große Restrukturierungsmaßnahmen eine Rolle, sondern auch viele kleine Veränderungen, die den Arbeitsalltag prägen. Im Stressreport 2012 gaben 42 % der Erwerbstätigen an, von Reorganisationen in den letzten zwei Jahren betroffen gewesen zu sein. Veränderungsprozesse gehen häufig mit steigenden Anforderungen an die Beschäftigten einher und führen zu unterschiedlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Je mehr Veränderungen stattfinden, desto mehr Beschäftigte fühlen sich „weniger gut oder schlecht"[150].

Seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts wird – bis ca. 2006 – ein Anstieg der psychischen Belastungen in der Arbeitswelt vermerkt; seither ist eine Stabilisierung auf hohem Niveau eingetreten[151]. Wichtige Themen einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung sind neben den arbeitsbezogenen Anforderungen im engeren Sinne auch die Qualität der sozialen Beziehungen zu Kolleginnen/Kollegen und Vorgesetzten am Arbeitsplatz sowie die Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben[152].

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

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

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

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

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

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"[153]. Die psychische Beanspruchung ist das Resultat der bewussten und unbewussten Verarbeitung der Belastung.

Psychische Belastungen in der Arbeitswelt führen nicht zwangsläufig zu psychischen oder körperlichen Erkrankungen; Belastungen sind untrennbar mit jeder Art Arbeit verbunden und nicht per se krankmachend. Sie besitzen vielmehr auch positive Auswirkungen wie Aktivierung und Lernförderung. Problematisch werden sie, wenn sie im Organismus zu Fehlbeanspruchungen führen. Stress stellt – neben psychischer Ermüdung und ermüdungsähnlichen Zuständen wie Monotonie – eine solche Fehlbeanspruchung in Reaktion auf unterschiedliche äußere Einwirkungen (Stressoren) dar. Die Stressreaktion bildet das Bindeglied zwischen äußeren Belastungen und körperlichen und psychischen Erkrankungen. Sie wird definiert als „unangenehm empfundener Zustand, der von der Person als bedrohlich, kritisch, wichtig und unausweichlich erlebt wird"[154]. Anders als im alltäglichen Sprachgebrauch sind also nicht z. B. Zeitdruck und Hektik 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"[155] 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.

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

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

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

Einflussreiche Arbeitsstressmodelle:

Insbesondere die folgenden wissenschaftlichen Modelle haben zur Aufklärung der Zusammenhänge zwischen arbeitsbedingten psychosozialen Stressoren und körperlichen und psychischen Erkrankungen bedeutende Beiträge geleistet[156]:

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

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

Die in den Modellen verwendeten Konstrukte von „Arbeitsstress“ wurden in zahlreichen prospektiven Studien auf ihre Vorhersagekraft für das Auftreten körperlicher und psychischer Erkrankungen in der Folgezeit getestet. Die zusammenfassenden Übersichtsarbeiten über die Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass das Risiko der unter Stress bei der Arbeit leidenden Beschäftigten für die Entwicklung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung oder psychischen Störung, beispielsweise einer Depression oder Angststörung, in einem zehnjährigen Beobachtungszeitraum nach der überwiegenden Mehrzahl dieser Studien beim Eineinhalb bis Zweifachen des Wertes von Nichtbetroffenen liegt. Die Zusammenhänge waren für Männer – insbesondere im mittleren Erwachsenenalter – gegenüber Frauen stärker ausgeprägt[157].

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

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

Wirksamkeit:
Als wirksam haben sich ganzheitliche Prozesse erwiesen, die analysebasiert auf eine Optimierung der Arbeitsbedingungen und des individuellen Verhaltens (siehe auch Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil", Kapitel 6.7.2.) abzielen. Solche Programme beinhalten neben ergonomischen und arbeitsorganisatorischen Veränderungen, Maßnahmen zur Personalentwicklung, eine verbesserte Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln und verhaltensschulende Maßnahmen. Die aktive Beteiligung von Beschäftigten im Rahmen von Optimierungs- und Entscheidungsprozessen verbessert die Akzeptanz und die Wirksamkeit der Intervention[158]. Deshalb sind Methoden, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbeziehen, wie z. B. Gesundheitszirkel, -werkstätten und Fokusgruppen, in allen Phasen des betrieblichen Gesundheitsförderungszyklus zu empfehlen.

Zielgruppe:
- alle Beschäftigten im Unternehmen

Ziel der Maßnahme:
- Gestaltung gesundheitsgerechter Arbeit und Arbeitsbedingungen
- Balance zwischen Anforderung und Ressourcen, ressourcenkonformer Einsatz der Beschäftigten
- beschäftigtenorientierte Gestaltung von Veränderungsprozessen (Erhalt der Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter)

Inhalt:
- Betriebsspezifische Beratung zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen der Arbeitsgestaltung
- Analyse des unternehmensspezifischen Arbeitsunfähigkeitsgeschehens und der Arbeitssituation unter ganzheitlichen Aspekten
- Analysebasierte Maßnahmenplanung und -umsetzung (zur Optimierung der Arbeitsbedingungen)
- 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.
- Bedarfsspezifische Ableitung und Umsetzung von Maßnahmen zur Optimierung der Arbeitsbedingungen (ergonomisch, organisatorisch, im sozialen Miteinander)
- Verzahnung mit Maßnahmen zu einem gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstil (s. Handlungsfeld Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil, Kapitel 6.7.2)
- Bei Bedarf Schulung von Peer-Mentoren (Fürsprecher für Beschäftigte z. B. in multikulturellen Arbeitsteams, für sozial benachteiligte Beschäftigtengruppen) zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

Anbieterqualifikation:
Für die Durchführung dieser Maßnahmen gelten die in Kapitel 6.7 beschriebenen Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern.

158 Sockoll, I.; I. Kramer & W. Bödeker (2008). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Iga.Report 13. Essen. S. 63-66 (http://www.iga-info.de -> Veröffentlichungen -> iga-Reporte).

Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Führung

Bedarf:
Führungskräfte werden in der betrieblichen Gesundheitsförderung zunehmend als diejenigen Akteurinnen und Akteure identifiziert, die erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Beschäftigten haben – im positiven wie im negativen Sinne. Dabei ist die Tätigkeit von Führungskräften selbst in der Regel mit hohen Anforderungen verbunden. Nach dem „Stressreport 2012" der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sind die von Führungskräften am häufigsten genannten Anforderungen „Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit", „starker Termin- und Leistungsdruck" und die „gleichzeitige Betreuung verschiedenartiger Aufgaben" stärker als bei nachgeordneten Beschäftigten verbreitet. Diese Anforderungen werden umso häufiger, je größer die Führungsspanne ist. Auch berichten Führungskräfte häufiger als nachgeordnete Beschäftigte über eine Verwischung der Grenzen zwischen Arbeits- und Privatsphäre insbesondere durch Wochenendarbeit und lange Arbeitszeiten[159].

Führungskräfte besitzen aber auch erheblichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit, die Motivation und die Gesundheit der unterstellten Beschäftigten. Führungskräfte können als Vorbilder, als Gestaltende der Arbeitsbedingungen – hinsichtlich Arbeitsorganisation, Zeit- und Leistungsdruck, Entscheidungs- und Handlungsspielräume, Konflikt- und Problembewältigung, soziale Unterstützung – sowie durch wertschätzendes Verhalten Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten nehmen. Positive Führung arbeitet nach salutogenen Prinzipien (Transparenz, Vermittlung von Sinn u. a.), fördert Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, bietet soziale Unterstützung und Anerkennung, ist team-, mitarbeiter- und ressourcenorientiert. In Bezug auf eine Belegschaft, die im Schnitt immer älter wird und eine größere Varianz (Altersspanne) aufweist, wird zunehmend eine auf Diversität achtende, vorurteilsfreie Führung notwendig, um ein spannungsfreies Arbeiten in altersgemischten Teams zu begleiten[160].

Führungskräfte sind nicht immer in ihrer Führungskompetenz ausgebildet bzw. mit dem Wissen über die Zusammenhänge des eigenen Verhaltens mit der Motivation und Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgestattet. Oftmals ist kränkendes oder unzureichendes Führungsverhalten Ausdruck von Überforderung, mangelndem Wissen über Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit oder fehlenden unterstützenden Rahmenbedingungen im Unternehmen[161].

Bei ganzheitlichen BGF-Prozessen kommt Führungskräften somit aufgrund ihres Einflusses auf die Arbeitsbedingungen eine Schlüsselposition zu. Sie bedürfen zugleich einer besonderen Unterstützung, da sie aufgrund ihrer „Sandwich-Position"[162] selbst besonders beansprucht sind. Ihre aktive Mitwirkung ist daher entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsprojekten 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 Beteili-

159 Lohmann-Haislah, A. (2012). Stressreport Deutschland. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden. S. 42, 59 und 125.

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

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

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

gung der Beschäftigten: Je höher diese Führungsmerkmale aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgeprägt waren, umso geringer war das Risiko für akute Herz-Kreislauf-Erkrankungen[163]. Auch der Stressreport 2012 belegt, dass das Führungsverhalten stark mit Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfähigkeit der unterstellten Beschäftigten assoziiert ist. Wichtige gesundheitsförderliche Führungsmerkmale sind u. a. offene Kommunikation, soziale Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Gewährung von Mitbestimmungsmöglichkeiten und Handlungsspielräumen sowie Anerkennung und Wertschätzung[164]. Gesundheitsförderliches Führungsverhalten hat auch positive Auswirkungen auf die persönlichen gesundheitlichen Verhaltensweisen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter[165].

Zielgruppe:

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

Ziel der Maßnahme:

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

Systemisch: Führungskultur im Unternehmen

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

Führungsverhalten: Kompetenz „Gesundheit" ausbauen

- Sensibilisierung der Führungskräfte für Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und dem Wohlbefinden, den psychophysischen Belastungen, den Ressourcen und der Gesundheit der Mitarbeiter

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

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

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

- Entwicklung eines an den Beschäftigten orientierten und gesundheitsgerechten Kommunikations- und Führungsstils
- Reduzierung psychischer Fehlbelastungen aufseiten der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sowie Aufbau von Ressourcen zur Erhöhung von Zufriedenheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz

Persönliches Gesundheitsverhalten und Vorbildfunktion

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

Inhalt:

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

Methodik:

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

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich psychosoziale Gesundheit in Betracht, insbesondere:

- Psychologin/Psychologe (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Pädagogin/Pädagoge (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor, Staatsexamen),
- Sozialpädagogin/Sozialpädagoge, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Sozialwissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Gesundheitswissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Ärztin/Arzt, Betriebsärztin/Betriebsarzt

mit Kenntnissen in Organisations- und Personalentwicklung und in Methoden der Verhaltensmodifikation sowie mit Erfahrungen in der Durchführung von Führungskräftetrainings.

Präventionsprinzip: Gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen

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

a) Bewegungsförderliche Umgebung

Bedarf:
Über 25 % aller Arbeitsunfähigkeitstage treten infolge von Muskel- und Skeletterkrankungen auf, der Schwerpunkt liegt bei den Dorsopathien. Rücken- und Nackenschmerzen sind ein sehr häufig auftretendes Phänomen, das fast die gesamte Bevölkerung betrifft. Risiken für diese Beschwerden resultieren sowohl aus physischen Einflüssen (z. B. langes Sitzen, Heben und Tragen von Lasten) als auch aus psychosozialen Faktoren (z. B. mangelnde soziale Unterstützung, niedriger Handlungsspielraum)[166]. Der in der modernen Arbeitswelt verbreitete Bewegungsmangel ist auch für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie für Diabetes Typ 2 ein wichtiger Risikofaktor (vgl. Abschnitt „Bewegungsgewohnheiten" im Rahmen des individuellen Ansatzes, Kapitel 5.6.1).

Wirksamkeit:
Durch ergonomische, bewegungsfreundliche Arbeitsplatzgestaltung sowie regelmäßige körperliche Aktivität bei der Arbeit und in der Freizeit lassen sich Krankheitsrisiken insbesondere für das Muskel-Skelett-System nachhaltig reduzieren. Erfolgversprechend sind umfassende multifaktoriell angelegte Programme, die auf die Gestaltung der Arbeitsumgebung und eine Kombination ergonomischer Optimierungen, arbeitsorganisatorischer Veränderungen und die Nutzung von technischen Hilfsmitteln abheben sowie das individuelle Verhalten beeinflussen. Die Beteiligung der Beschäftigten an allen programmrelevanten Entscheidungsprozessen verbessert die Akzeptanz und die Wirksamkeit der Intervention. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist Regelmäßigkeit und Verstetigung. Rein edukative Maßnahmen zur Information und Wissensvermittlung sind hingegen ineffektiv[167].

Zielgruppe:
- Betriebliche Entscheidungsträger
- Mittelbar alle Beschäftigten

Ziel der Maßnahme:
- Bewegungsförderliche betriebliche Umgebung zur Förderung von Bewegung am Arbeitsplatz

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

Methodik:
- Analyse der Bewegungssituation
- Beratung/Schulung betrieblicher Entscheidungsträger
- Betriebliche Informations- und Motivationskampagnen

166 Initiative Gesundheit und Arbeit (2010). iga.Fakten 2 – Starke Muskeln, gesunde Knochen – beweglich bleiben im Beruf, S. 8.

167 Sockoll I., I. Kramer & W. Bödeker (2008). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000-2006. Iga.Report 13. Essen, Dresden, Bonn, Siegburg. S. 53 und 55.

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

Anbieterqualifikation:
Siehe Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern in Kapitel 6.7.

b) Gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag

Bedarf:
Die Ernährung hat eine zentrale Bedeutung sowohl für die Erhaltung der Gesundheit als auch für die Entstehung bestimmter Krankheiten. Nach den Ergebnissen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2008-2011) (vgl. Kapitel 5.6.2.) ist fast ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung – 23,9 % der Frauen, 23,3 % der Männer – fettleibig (adipös = BMI > 30), was mit einem stark erhöhten Risiko für Diabetes, Stoffwechselstörungen, Bluthochdruck etc. einhergeht. Insgesamt 67 % der Männer und 53 % der Frauen im Alter zwischen 18 und 80 Jahren sind übergewichtig, wobei mit dem Alter der Anteil der Übergewichtigen zunimmt[168]. 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[169]. Die gesundheitsfördernde Funktion der Verpflegung im Arbeitsalltag wird maßgeblich von der ernährungsphysiologischen Qualität des Speisenangebots bestimmt.

Wirksamkeit:
Eine bedarfsgerechte, ausgewogene Ernährung während des Arbeitstages trägt zum Wohlbefinden und der Leistungsfähigkeit der Beschäftigten bei. Sie trägt t dadurch auch zur Vermeidung/Verringerung ernährungsmitbedingter Krankheiten wie z. B. Adipositas, Diabetes mellitus, Stoffwechselstörungen, Bluthochdruck etc. bei[170].

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

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

Durch Optimierung der o. g. betrieblichen Einflussfaktoren kann das Ernährungsverhalten der Beschäftigten während des Arbeitstages und auch darüber hinaus positiv beeinflusst werden. Programme, die verhältnis- und verhaltenspräventive (vgl. Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil", Kapitel 6.7.2) Maßnahmen kombinieren, zeigen die größten Effekte. Solche Interventionen erwiesen sich in mehreren Untersuchungen noch erfolgreicher in Kombination mit Programmen zur Gewichtskontrolle. Den Ergebnissen eines Reviews zufolge

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

169 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).

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

schwankt der Prozentsatz der Effekte hinsichtlich der Umsetzung eines gesundheitsbewussten Ernährungs-verhaltens, die durch Ernährungsinterventionen erreicht und aufrechterhalten wurden, im Zeitraum von sechs Monaten bis zu einem Jahr zwischen 30 und 65 %[171].

Zielgruppe:

- Kantinenleitung und -mitarbeiterinnen/-mitarbeiter
- Führungskräfte
- Mittelbar alle Beschäftigten

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

- Nachtarbeiter/innen
- Diabetiker/innen
- Muslimische Mitarbeiter/innen
- Vegetarier/innen

Ziel der Maßnahme:

- Ausrichtung des Verpflegungsangebots einschließlich Flüssigkeitsversorgung (Kantinen-, Pausen- und Meetingverpflegung, ggf. auch externe Angebote) an den D-A-CH-Referenzwerten[172] und dem DGE-Qualitätsstandard für die Betriebsverpflegung[173] sowie an Bedarf und Bedürfnissen der Beschäftigten

Inhalt:

- Ausrichtung der Betriebsverpflegungsangebote an den aktuellen Ernährungsempfehlungen und dem DGE-Qualitätsstandard für die Betriebsverpflegung
- Optimierung der Essensausgabeverfahren zur Erhöhung der Wahlmöglichkeiten und Verkürzung der Wartezeiten
- Abstimmung der Öffnungszeiten der Verpflegungseinrichtungen auf die Bedürfnisse und Arbeitszeiten der Beschäftigten (z. B. bei Schicht- und Wochenendarbeit)
- bedarfsgerechte, ansprechende Gestaltung des Betriebsrestaurants und der Sozialräume
- Ausschluss eines Alkoholangebots im Rahmen der Betriebsverpflegung
- Informationen über gesundheitsgerechte Verpflegungsmöglichkeiten bei Betrieben ohne Gemeinschaftsverpflegung

Methodik:

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

Die Schaffung gesundheitsgerechter betrieblicher Bedingungen sollte mit begleitenden präventiven Angeboten zur Verhaltensmodifikation und Unterstützung eines gesundheitsgerechten Lebensstils

171 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).

172 DGE, ÖGE, SGE, SVE (2013). D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Neustadt an der Weinstraße.

173 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2014). DGE-Qualitätsstandard für die Betriebsverpflegung. Bonn. (www.jobundfit.de).

kombiniert werden (s. Handlungsfeld „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“, Kapitel 6.7.2).

Anbieterqualifikation:
Siehe Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern in Kapitel 6.7.

c) Verhältnisbezogene Suchtprävention im Betrieb

Bedarf:
Suchtmittelkonsum beeinträchtigt im beruflichen Kontext die individuelle Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Arbeitssicherheit und -qualität (s. hierzu auch Kapitel 5.6.4 „Suchtmittelkonsum“). Dabei spielen unterschiedliche Rausch- und Suchtmittel eine Rolle, wobei der Konsum von Tabak, Alkohol und Medikamenten sowohl im Hinblick auf die quantitative Verbreitung als auch im Hinblick auf die gesundheitlichen Folgen von besonderer Bedeutung: Rauchen ist in Deutschland die häufigste vermeidbare Einzelursache für Invalidität und den frühzeitigen Tod. Jährlich sterben 100.000 bis 120.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Rauchen ist Hauptrisikofaktor für:

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

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

Epidemiologische Daten belegen ferner den Umfang von riskantem, missbräuchlichem und abhängigem Alkoholkonsum in Deutschland: Bei 7,3 Mio. Menschen in der Altersgruppe von 18 bis 64 Jahren besteht z. B. ein riskanter Alkoholkonsum, davon haben ca. 1,6 Mio. Menschen einen missbräuchlichen Konsum und bei 1,8 Mio. der Gesamtzahl liegt ein Abhängigkeitssyndrom vor[174]. 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“)[175] zur vermeintlich besseren Bewältigung von Anforderungen des Arbeitsalltags. Darüber hinaus konsumieren in Deutschland hochgerechnet etwa 283.000 Erwachsene im Alter von 18-64 Jahren missbräuchlich die illegalen Drogen Cannabis, Kokain oder Amphetamine.

Wirksamkeit:
Maßnahmen auf der organisatorischen Ebene, wie z. B. Alkohol- und Rauchverbote, reduzieren den Suchtmittelkonsum während der Arbeitszeit erheblich. Beim Thema Alkohol, Medikamente und illegale Drogen ist ein zentrales Element die sogenannte „konstruktive Konfrontation“, also

174 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014). Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich. S. 9-20.
175 Kowalski, H. (2013). Neuroenhancement – Gehirndoping am Arbeitsplatz. In: Badura, B., A. Ducki et al. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft. Heidelberg. S. 27-34, hier: S.32.

die Thematisierung des Problems durch einen Vorgesetzten, welche in erster Linie die Vermittlung von internen oder externen Hilfsangeboten zum Ziel hat.

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

Ziel der Maßnahme:
- Schaffung von Rahmenbedingungen für einen bewussten und sensiblen Umgang mit Suchtmitteln sowie Punktnüchternheit bei der Arbeit
- Reduktion des Tabakkonsums bzw. vollständiger Rauchverzicht bei rauchenden Beschäftigten
- Kein bzw. maßvoller Alkoholkonsum im Alltag und Punktnüchternheit bei der Arbeit

Inhalt:
Bestandteile von Programmen zur Suchtprävention sind[176]:
- Erarbeitung von Führungsleitlinien zum Suchtmittelkonsum mit Regeln und Kommunikationsangeboten zum Umgang mit „Verstößen"
- Schulung von Führungskräften und anderen betrieblichen Entscheidern zum Umgang mit (suchtmittel-)auffälligen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern
- 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 Kollegen
- Maßnahmen zur Organisations- und Personalentwicklung zur Verbesserung von Unternehmenskultur, Führungsstil, Betriebsklima und Arbeitszufriedenheit (z. B. Schulung in Gesprächsführung von Führungskräften und Personalvertretern, Klimagruppen, Zufriedenheitszirkel)

Methodik:
- Beratung der Betriebsverantwortlichen bei der Schaffung einer (über-)betrieblichen Struktur zur Suchtprävention und -hilfe

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

Anbieterqualifikation:
Siehe Anforderungen an die Anbieterqualifikation in Kapitel 6.7.

6.7.2 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 Inter-

176 Anleitungen für betriebliche Suchtpräventionsprogramme: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2006). Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe. Hamm; BARMER GEK & Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2010). Alkohol am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Führungskräfte. Wuppertal und Hamm; Fachverband Sucht e. V. und Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (2013) (Hrsg.). Suchtprobleme in Klein- und Kleinstbetrieben – Ein praxisorientierter Leitfaden für Führungskräfte. Bonn und Karlsruhe. (www.sucht.de -> Veröffentlichungen).

ventionen 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 gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung", Kapitel 6.7.1.) als auch auf die Stärkung individueller Bewältigungskompetenzen durch verhaltensbezogene Interventionen. („Verhalten"). Als besonders effektiv haben sich Interventionsstrategien erwiesen, die verhältnis- und verhaltensbezogene Angebote kombinieren[177].

Verhaltensbezogene Interventionen in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind den Präventionsprinzipien:

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

zugeordnet. Leistungen gemäß diesen Präventionsprinzipien sind auf die Reduzierung der wichtigsten Risikofaktoren epidemiologisch besonders bedeutsamer Erkrankungen gerichtet (s .a. Kapitel 4.2. dieses Leitfadens). Sie werden grundsätzlich in Form von Kursen in Gruppen durchgeführt. Für die Durchführung dieser verhaltenspräventiven Maßnahmen gelten die Anforderungen an die Anbieterqualifikation in den Kapiteln 5.6.1-5.6.4 entsprechend.

Vorbereitend ist zur Sensibilisierung der Belegschaft für einen gesundheitsgerechten Arbeits- und Lebensstil die Durchführung von Gesundheitstagen/-aktionen, auch mit Erstellung individueller Gesundheitsprofile (z. B. Status von Muskelkraft, Beweglichkeit, Ernährungs-, Stoffwechsel- und Stressparameter) möglich.

Die seitens der Krankenkassen förderfähigen Leistungen können zur Stärkung von Kontinuität und Nachhaltigkeit mit Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung, die durch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber finanziert sind, kombiniert werden. Hierzu können Krankenkassen Betrieben Hinweise auch zur Nutzung der Bestimmungen nach § 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz (EStG, vgl. Kapitel 7.2 dieses Leitfadens) geben.

Präventionsprinzip: Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

In Kombination mit verhältnisbezogenen Maßnahmen (s. Präventionsprinzipien „Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen" sowie „Gesundheitsgerechte Führung", Kapitel 6.7.1) ist bedarfsbezogen insbesondere für Beschäftigte mit Stressbelastung, die lernen wollen, damit sicherer und gesundheitsbewusster umzugehen sowie für Beschäftigte mit spezifischen Belastungsprofilen (z. B. Beschäftigte im Schichtdienst, Auszubildende, Außendienstmitarbeiter etc.) ein begleitendes Angebot an verhaltenspräventiven Maßnahmen gemäß folgenden Kriterien sinnvoll:

- Vermittlung und praktische Einübung von Selbstmanagement-Kompetenzen in Bereichen wie systematisches Problemlösen, Zeitmanagement und persönliche Arbeitsorganisation
- Vermittlung von Methoden zur Ressourcenstärkung, insbesondere kognitive Umstrukturierung zur Einstellungsänderung, positive Selbstinstruktion und Stärkung der Achtsamkeit und Resilienz sowie deren praktische Einübung
- Vermittlung und praktische Einübung von Entspannungsverfahren wie Autogenes Training und Progressive Relaxation, Hatha Yoga, Tai Chi und Qigong

177 Ducki, A. (2013): Betriebliche Interventionsansätze zur Bekämpfung psychischer Erkrankungen und zur Förderung psychischer Gesundheit. In: GKV-Spitzenverband und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg.). Präventionsbericht 2013. Berlin und Essen. S. 24 f.

- Vermittlung von Selbstbehauptungs- und sozialkommunikativen Kompetenzen
- Anleitungen für Übungen außerhalb der Trainingssitzungen

Für die Durchführung dieser Maßnahmen gelten die Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern in Kapitel 5.6.3 entsprechend.

Präventionsprinzip: Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte

In Kombination mit verhältnisbezogenen Maßnahmen (s. Handlungsfeld „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung", Präventionsprinzip „Gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen, a) Bewegungsförderliche Umgebung") kommen arbeitsplatzbezogene verhaltensorientierte Gruppenverfahren zur Vermittlung von Wissen und zum Aufbau von Handlungskompetenzen zur Bindung an eigenständig durchgeführte körperliche Aktivität 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 Beschwerden und Erkrankungen
- Anleitung zur Bewältigung von Schmerzen und Beschwerden im Bereich des Muskel- und 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 5.6.1 dieses Leitfadens

Zielgruppen für diese Maßnahmen sind 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.

Für die Durchführung dieser Maßnahmen gelten die Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern in Kapitel 5.6.1 entsprechend.

Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag

In Kombination mit verhältnisbezogenen Maßnahmen (s. Präventionsprinzip „Gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag") ist bedarfsbezogen ein begleitendes Angebot an verhaltensbezogenen Beratungen und Gruppenkursen (z. B. zur Gewichtsreduktion, Ernährung bestimmter Berufsgruppen) gemäß den folgenden Kriterien sinnvoll:

- Information und Motivation der Belegschaft zu einer gesundheitsförderlichen Ernährungsweise sowie zur Reduzierung ungesunder Ernährungsweisen (z. B. durch Aktionswochen, Informationskampagnen)
- Sensibilisierung der Belegschaft für einen gesundheitsgerechten Ernährungsstil im Rahmen von Gesundheitstagen/-aktionen, auch durch Erstellung individueller Gesundheitsprofile (z. B. Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Metabolisches Syndrom)
- Erhöhung der Akzeptanz und Inanspruchnahme bedarfsgerechter gesundheitsfördernder Verpflegungsangebote
- Stärkung der Motivation und Handlungskompetenz der Beschäftigten zu einer eigenverantwortlichen Umstellung auf eine individuell bedarfsgerechte Ernährung
- Verhaltenspräventive Maßnahmen z. B. zur Vermeidung/Reduzierung von Übergewicht sowie von Mangel- und Fehlernährung gemäß den Kriterien des individuellen Ansatzes (Kapitel 5.6.2)

Für die Durchführung dieser Maßnahmen gelten die Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern in Kapitel 5.6.2 entsprechend.

Präventionsprinzip: Verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb

In Kombination mit den im Präventionsprinzip „Verhältnisbezogene Suchtprävention im Betrieb" definierten verhältnisbezogenen Maßnahmen der Suchtprävention kommen verhaltenspräventive Maßnahmen der Suchtprävention gemäß den folgenden Kriterien in Betracht:

- Informationsangebote zu allen suchtrelevanten Themen für die Beschäftigten
- Sensibilisierung der Belegschaft zu Suchtgefahren und ihrer Verhütung
- Stärkung der Motivation zur bedarfsbezogenen Nutzung von Angeboten der Suchtprävention
- Beratung zu, Vermittlung und Durchführung von betrieblichen Angeboten zur Tabakentwöhnung, zum gesundheitsgerechten Alkoholkonsum sowie zu weiteren Suchtmitteln

Für die Durchführung dieser Maßnahmen gelten die Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern in Kapitel 5.6.4 entsprechend.

6.7.3 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[178].

Klein- und Kleinstbetriebe besitzen insofern einen besonderen Unterstützungsbedarf[179]. Neben der individuellen Beratung von Betrieben und deren Unterstützung bei der Analyse und Verbesserung der gesundheitlichen Situation im Betrieb gewinnt in diesem Zusammenhang die überbetriebliche Betreuung im Rahmen von Netzwerken und Gemeinschaftsberatungen zunehmend an Bedeutung.

Netzwerke sind zeitlich relativ stabile Gruppen, die sich aus Netzwerkpartnerinnen und -partner (z. B. Unternehmensvertreterinnen und -vertretern, regionalen Akteurinnen und 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 anderen Organisationen z. B. Industrie- und Handelskammern, Innungen, Wirtschaftsfachverbände, Branchenverbände und die Organisationen der

178 Sczesny, C., S. Keindorf, P.J. Droß & G. Jasper (2014). Kenntnisstand von Unternehmen und Beschäftigten auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in KMU. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden. S. 31. Während nach Daten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) 10 % der Kleinstbetriebe mit bis zu fünf Beschäftigten Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung anbieten, trifft dies auf über 73 % der Betriebe ab 100 Beschäftigten zu.

179 Arbeitsweltbezogenes Gesundheitsförderungsziel der GKV – Teilziel 1 – für die Jahre 2013–2018: Zahl und Anteil der mit Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten sind erhöht.

Sozialpartner vermittelt werden. Gesetzliche Krankenkassen können gemeinsam mit diesen Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen für Betriebe durchführen. Hier bieten sich auch gemeinsame Aktivitäten der verschiedenen Sozialversicherungsträger an, um Betriebe „aus einer Hand" über die trägerspezifischen Angebote zu Gesundheitsthemen zu informieren.

Ziel ist es, Betriebe zu erreichen und diese niedrigschwellig für betriebliche Gesundheitsförderung zu sensibilisieren und zu motivieren. Hieraus können dann weiterführende Maßnahmen, sowohl in Form von Netzwerkaktivitäten als auch betrieblichen Projekten (vgl. Handlungsfelder „Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung", Kapitel 6.7.1 und „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil", Kapitel 6.7.2) erwachsen.

Wirksamkeit:
Die Arbeit in Netzwerken stellt einen wirksamen ergänzenden Ansatz zur Sensibilisierung von Unternehmen für alle Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie für die Verbreitung guter Praxis dar. Mit diesem niedrigschwelligen Ansatz können bislang noch nicht erreichte Gruppen von Unternehmen wirksam angesprochen werden. Netzwerke stärken und fördern die Bereitschaft von betrieblichen Entscheidern, in entsprechende Maßnahmen zu investieren, insbesondere dann, wenn erkannt wird, dass andere Unternehmen sich erfolgreich in diesem Feld engagieren. Unterstützend wirkt zudem, wenn der Nutzen eines solchen Engagements für wettbewerblich relevante Ziele der Unternehmenspolitik sichtbar wird.

Der informelle Austausch und der Zugang zu informellem Erfahrungswissen initiieren Lernprozesse in Organisationen und fördern die Eigenverantwortung der betrieblichen Entscheider. Organisationen, wie z. B. Industrie- und Handelskammern, Innungen, Wirtschaftsfachverbände und die Sozialpartner 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 Akteurinnen/Akteure mit Entscheidungs- und/oder interner Multiplikationsfunktion
- Vertretungen der Bereiche Personalwirtschaft und Unternehmensleitung/Betriebs- und Personalräte/innerbetrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz u. a.
- Akteurinnen/Akteure auf überbetrieblicher Ebene mit Entscheidungs- und/oder interner und externer Multiplikationsfunktion
- Vertreterinnen/Vertreter u. a. aus den Institutionen der Sozialversicherungen sowie andere Akteurinnen/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.)
- Akteurinnen/Akteure, die größere Gruppen von Unternehmen erreichen können (wie z. B. Banken und Versicherungen/Wirtschaftsförderungsagenturen u. a.)
- Mittelbar v. a. kleine und mittelständische Betriebe sowie Betriebe in bislang wenig erreichten Branchen/Bereichen der Arbeitswelt

Ziel der Maßnahme:
- Schaffung von niedrigschwelligen Zugängen zu informellem BGF-Erfahrungswissen
- Erreichung, Sensibilisierung und Motivierung von kleinen und mittleren Unternehmen für Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- Stärkung der Bereitschaft von Entscheidern und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene, in die Verbreitung guter Praxis zu investieren
- Erreichung von Unternehmen und überbetrieblichen Akteurinnen/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

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, regionaler Landes- und Bundesebene
- Gewinnung von Netzwerkmitgliedern und -partnerinnen/-partnern, insbesondere mit Multiplikationsfunktion
- Begleitende Öffentlichkeitsarbeit
- Identifizierung von handlungsleitenden Prioritäten für den Austausch und Organisation des Austausches
- Entwicklung von geeigneten Angeboten für die Sensibilisierung/Informationsverbreitung, die in gemeinsamer Kooperation durchgeführt werden

Methodik:
- Analyse und Identifizierung von potenziell geeigneten und erreichbaren Organisationen für eine Partnerschaft auf überbetrieblicher Ebene, die bestimmte Gruppen von Unternehmen ansprechen können
- Konzeptentwicklung einschließlich der Definition der Zielgruppe und der Ausrichtung des Netzwerkes
- Gemeinsame Entwicklung von niedrigschwelligen Angeboten für die Sensibilisierung
- Entwicklung von Methoden, die Lernprozesse in Gruppen unterstützen
- Verschiedene Methoden der internen und externen Kommunikation
- Vermittlung von Inhalten rund um das Thema BGF und dessen Umsetzung in der Praxis
- Durchführung von Informationsveranstaltungen

Anbieterqualifikation:
Siehe Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern in Kapitel 6.7.

7 Anhang

7.1 Berührungspunkte/Abgrenzungen von Leistungen nach § 20 SGB V zu gesetzlichen Aufgaben anderer Träger für besondere Zielgruppen im Setting Kommune

Aufgaben	Mögliche Akteure/ Zuständige	Gesetzliche Grundlage
Zielgruppe werdende, junge und Ein-Eltern-Familien		
Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie, Inhalt und Umfang der Aufgaben sind über das jew. Landesrecht geregelt.		§ 16 SGB VIII
Formulierung eines Anspruchs von Personensorgeberechtigten auf Hilfe zur Erziehung; Mögliche Akteurinnen/Akteure sind in §§ 28 bis 35 genannt (u. a Erziehungsbeistand/Betreuungshelfer, 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)	Sozialpädagoginnen/ Sozialpädagogen	§ 31 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
Schuleingangsuntersuchungen, Kinder-Untersuchungen	Öffentlicher Gesundheitsdienst, Kinder-/ ZahnärztInnen	Landesgesetze, § 26 SGB V
Betreuungs-, Erziehungs-, Bildungsaufträge	Kindergärten, Schulen	§ 22 SGB VIII; KMK, Art. 7 GG

Aufgaben	Mögliche Akteure/ Zuständige	Gesetzliche Grundlage
Zielgruppe ältere/alte Menschen		
Aufgaben der Altenhilfe, die dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen, insbesondere: · Leistungen zu einer Betätigung/zum gesellschaftlichen Engagement, · Leistungen bei der Beschaffung/Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht, · Beratung/Unterstützung in Fragen der Aufnahme in eine Betreuungseinrichtung/Beschaffung eines Heimplatzes, · Beratung/Unterstützung bei Fragen zur Inanspruchnahme altersgerechter Dienste, · Leistungen zum Besuch von Veranstaltungen/Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen, · Leistungen, die alten Menschen die Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglichen.	Kommunen, Länder	§ 71 SGB XII
Allgemeine stationäre Pflegeleistungen: · Hilfen bei der Mobilität: u. a. Förderung der Beweglichkeit, Abbau überschießenden Bewegungsdrangs, Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung, Vorbeugung von Sekundärerkrankungen wie Kontraktur, Unterstützung von Selbständigkeit · Hilfe für Pflegebedürftige, um ihre Fähigkeiten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zu erhalten oder diese Fähigkeiten (wieder) zu erlernen (Ziel: möglichst eigenständige Lebensführung)	(Mitarbeiter/innen in) Einrichtungen der pflegerischen Langzeitversorgung	Gemeinsame Empfehlung der Krankenkassenverbände zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 5 SGB XI zur vollstationären Pflege: §§ 1 und 4
Sturzprophylaxe	Altenpflegerinnen/ Alterspfleger, auch sonst. Pflegefachkräfte	Altenpflegegesetz (AltPflG), s. auch Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“[179]
Aufklärung und Beratung durch die Pflegekassen: Die Pflegekassen unterstützen die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung u. Beratung und wirken auf die Teilnahme an gesundheitsförd. Maßnahmen hin.	Pflegekassen	§ 7 SGB XI

179 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

7.2 Arbeitgebergeförderte Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Seit dem 1. Januar 2009 nimmt § 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz (EStG) Bezug auf §§ 20 und 20a SGB V und damit auf den GKV-Leitfaden Prävention:

§ 3 EStG
„Steuerfrei sind …
34. zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn erbrachte Leistungen des Arbeitgebers zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der betrieblichen Gesundheitsförderung, die hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen der §§ 20 und 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genügen, soweit sie 500 Euro im Kalenderjahr nicht übersteigen."

In der amtlichen Begründung zu dieser Norm (Bundesrats-Drucksache 545/08) wird hierzu ausgeführt:

„Die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und die betriebliche Gesundheitsförderung sind wichtige gesundheitspolitische Ziele der Bundesregierung. Die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, liegt im Interesse der Arbeitnehmer und der Unternehmen. Die Steuerbefreiung soll die Bereitschaft des Arbeitgebers erhöhen, seinen Arbeitnehmern Dienstleistungen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie zur betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten und entsprechende Barzuschüsse für die Durchführung derartiger Maßnahmen zuzuwenden. Zur sachlichen Eingrenzung der Steuerbefreiung wird auf die Vorschriften des SGB V Bezug genommen. Unter die Steuerbefreiung fallen insbesondere die Leistungen, die im Leitfaden Prävention (…) aufgeführt sind. (…)."

Der GKV-Spitzenverband hält eine Verzahnung krankenkassen- und arbeitgebergeförderter Leistungen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung auf Grundlage von §§ 20 und 20a SGB V einerseits und § 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. Hierzu müssen vom Anbieter ausgestellte Teilnahmebescheinigungen deutlich machen, dass sie ausschließlich zum Einreichen beim Arbeitgeber und nicht zum Antrag auf Bezuschussung bei der Krankenkasse genutzt werden dürfen.

Damit die Impulse für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil möglichst nachhaltig wirken, kann bei arbeitgeberfinanzierten primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Leistungen auf eine zeitliche Befristung von Maßnahmen verzichtet werden, wie sie für die krankenkassenfinanzierten Leistungen gilt. Die Einhaltung der in § 3 Nr. 34 EStG geforderten Kriterien hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit einer Maßnahme bleibt hiervon unberührt.

7.3 Antrag auf Bezuschussung des Versicherten, Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung der Anbieterin/des Anbieters

Individuelle Maßnahmen der Primärprävention nach § 20 SGB V nach Kapitel 5 GKV-Leitfaden Prävention

Die Versicherte/Der Versicherte füllt Teil 1 „Antrag auf Bezuschussung“ dieses Formulars aus.

Die Anbieterin/Der Anbieter füllt Teil 2 „Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung“ aus.

Die Versicherte/Der Versicherte leitet das ausgefüllte Formular (Teil 1 und Teil 2) an die Krankenkasse weiter.

Datenschutzhinweis für den Versicherten: Die Krankenkasse verwendet die hier erhobenen Daten um zu prüfen, ob sie Kosten erstatten kann (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Die Daten werden zum Zweck des Nachweises der Teilnahme und der Überweisung des Erstattungsbetrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Ohne die Angaben kann eine Überweisung nicht vorgenommen werden (§§ 67a,b SGB X).

Vermerke der Krankenkasse:

1. Antrag auf Bezuschussung

(von Versicherten bzw. deren gesetzlichem Vertreter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Name der/des Versicherten	Vorname	Geburtsdatum	Versicherten-Nr. (s. Krankenversichertenkarte)

Ich beantrage einen Zuschuss zu der umseitig genannten Maßnahme

durchgeführt von:
Name, Adresse, Tel. und E-Mail-Adresse des Anbieters/der Anbieterin:

(Name, Vorname der Anbieterin/des Anbieters)
(Adresse, Telefonnummer der Anbieterin/des Anbieters)
(E-Mail-Adresse der Anbieterin/des Anbieters)

Ich bestätige, dass ich an der o. g. Maßnahme teilgenommen habe und dass sie von der/dem umseitig genannter/n Kursleiterin/Kursleiter persönlich durchgeführt wurde. Ich füge einen Nachweis (z. B. Original-Quittung oder Kontoauszug) darüber bei, dass ich die Teilnahmegebühr gezahlt habe.

Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben: Ich bestätige, dass der Zuschuss der Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird mir nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft.

Ein zu Unrecht erhaltener Zuschuss ist zurückzuzahlen.

Ich bitte um Überweisung auf mein Konto:

IBAN	BIC	Bank

Ort	Datum	Unterschrift des Versicherten

Bitte wenden

2. Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung
(von der Anbieterin/dem Anbieter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Herr/Frau
hat an der Maßnahme mit dem Titel (Titel der Maßnahme)
---

von ..... bis .....
(Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)

an _____ von _____ Kurseinheiten à _____ Minuten Dauer teilgenommen.

Präventionsprinzip/Inhalt: (nur *ein* Präventionsprinzip ankreuzen, dasjenige, auf dem der Schwerpunkt liegt)

- ☐ Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten
- ☐ Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme
- ☐ Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung
- ☐ Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- ☐ Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- ☐ Förderung von Entspannung
- ☐ Förderung des Nichtrauchens
- ☐ Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

Kursleiter

.....	.....	.....
Ggf. weitere Kursleiter		
.....	.....	.....
Name	Qualifikation (staatl. anerkannter Berufs-/Studienabschluss)	Zusatzqualifikation (nur Maßnahme-bezogene Qualifikation)

Der o. g. Kursleiter hat /die o. g. Kursleiter haben die Maßnahme persönlich durchgeführt.
Die Teilnehmerin/der Teilnehmer hat die Gebühr von € ..... entrichtet.

Die Maßnahme wurde von der Krankenkasse als förderfähig anerkannt und nach den Qualitätskriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung umgesetzt.
Ich versichere, der Steuerpflicht aus den vorgenannten Einnahmen nachzukommen und den Verpflichtungen zur Abführung von Beiträgen zur Sozialversicherung zu entsprechen.

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 dem Teilnehmer/der Teilnehmerin nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft.

Bei wohnortfernen Angeboten: Ich versichere, dass die Kursgebühr ausschließlich der Bezahlung des genannten Präventionsangebotes dient und es keinerlei Quersubventionierung von Übernachtungs-, Verpflegungs- oder sonstigen Kosten gibt.
Ich versichere, dass die hier gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Die Krankenkasse hat das Recht, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung auch vor Ort unangemeldet zu überprüfen.

Ich nehme mögliche rechtliche Folgen von Verstößen gegen den GKV-Leitfaden Prävention zur Kenntnis:
Sofern ich als Anbieter die mir nach dem GKV-Leitfaden Prävention obliegenden Pflichten nicht erfülle und/oder entgegen dessen Bestimmungen handle, kann von der betroffenen Krankenkasse Abhilfe und/oder Unterlassung verlangt werden. Hierfür setzt die Krankenkasse eine angemessene Frist.

Bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen kann die betroffene Krankenkasse nach erfolgter Anhörung eine angemessene Strafzahlung bis zu 5.000 EURO festsetzen. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen. Ich verpflichte mich, den Versicherten insoweit freizustellen und zu Unrecht erhaltene Beträge direkt an die betroffene Krankenkasse zurückzuführen.

Schwerwiegende oder wiederholte Verstöße rechtfertigen ferner den Ausschluss von weiterer Förderung der von mir angebotenen Maßnahmen. Schwerwiegende Verstöße gegen den GKV-Leitfaden Prävention sind insbesondere:

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

.....	.....	.....
Ort	Datum	Persönliche Unterschrift der Anbieterin/des Anbieters

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

Perzentile für den Body-Mass-Index (in kg/m²) von Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren[181]

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

181 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 bis 18 Jahren[182]

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

182 Ebd.

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
Telefax: 030 206288-88
www.gkv-spitzenverband.de