

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

4.1 Gesetzliche Grundlagen

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

„§20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

(1) i) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4

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

(2) i) Die Krankenkasse kann Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Le-

benswelten erbringen, wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20f beitragen.“

Erläuterung:

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

erfolgsversprechend, die über eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Bedingungen in der jeweiligen Lebenswelt das Erlernen bzw. Praktizieren gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen ermöglichen bzw. erleichtern. § 20a SGB V führt die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte Konzeption der Gesundheitsförderung durch die Gestaltung gesunder Lebenswelten (Setting-Ansatz⁹) in das deutsche Sozialrecht ein (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986: Abschnitt „Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“). Durch lebensweltbezogene Interventionen kann die bei der individuellen verhaltensbezogenen Prävention häufig bestehende Problematik neutralisiert werden, dass Personen mit hohem Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung entsprechende Maßnahmen in der Regel nur unterdurchschnittlich nachfragen. Setting- bzw. lebensweltbezogene Interventionen tragen daher insbesondere zur Verwirklichung des Ziels der Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen (§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V) bei. Die Rechtsgrundlagen für Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen in der Lebenswelt „Betrieb“ sind in § 20b SGB V geregelt (vgl. Kapitel 6 dieses Leitfadens).

Satz 1 enthält die Legaldefinition des Begriffs „Lebenswelten“. Aus dem Gesamtspektrum der alltäglichen Lebens-, Wohn-, Lern- und Freizeitbedingungen sowie der medizinischen und pflegerischen Versorgung fokussiert die Norm auf „die für die Gesundheit bedeutsame[n], abgrenzbare[n] soziale[n] Systeme“. Lebenswelten als soziale Systeme sind gegenüber ihren „Umwelten“ (andere soziale Systeme) meist durch formelle Zugehörigkeits- bzw. Mitgliedschaftsregelungen abgegrenzt (z. B. Wohnort, Schule) und weisen intern spezifische Rollen- und Kompetenzgefüge auf. Die formell (in der Regel sogar gesetzlich) geregelten Zugehörigkeits- und Kompetenzregelungen unterscheiden Lebenswelten von sozialen

Primärgruppen wie der Familie. Durch Interventionen in Lebenswelten wie Kita und Schule können aber auch die gesundheitlichen Bedingungen in Familien positiv beeinflusst werden. Jeder Mensch ist in der Regel Mitglied mehrerer Lebenswelten. Obgleich Lebenswelten in der Regel andere Primärzwecke als die Gesundheitsförderung und Prävention verfolgen (die Schule z. B. das Ziel Bildung bzw. Ausbildung), können in Lebenswelten die Bedingungen für Gesundheit mitgestaltet werden. Voraussetzung hierfür ist eine regelmäßige und kontinuierliche Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in die Lebenswelt. Entsprechend der nicht abschließenden Aufzählung der „Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ müssen daher vor allem Kommunen (auch Teile derselben sowie kommunenübergreifend der ländliche Raum) und in den Kommunen Bildungseinrichtungen (Kitas, Schulen, Hochschulen), Jugend-, Frauen- und Seniorenzentren, Vereine, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sowie Einrichtungen der ambulanten pflegerischen Langzeitversorgung¹⁰ als wichtige Lebenswelten für die Gesundheitsförderung und Prävention betrachtet werden. Die genannten Lebenswelten sind oder umfassen zugleich Arbeitsstätten für die dort beschäftigten Menschen. Gesundheitsförderung und Prävention für Beschäftigte in Lebenswelten erfolgt gemäß §§ 20b und 20c SGB V (Betriebliche Gesundheitsförderung, vgl. Kapitel 6 dieses Leitfadens). Wenn Leistungen für Mitglieder der Lebenswelten mit Leistungen für die dort Beschäftigten verknüpft werden, kann dies die Bereitschaft der dort tätigen Fachkräfte fördern, sich für die Gesundheitsförderung der ihnen anvertrauten Menschen zu engagieren.

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

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

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

und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“. Dieses Ziel sollen die Krankenkassen auf der Grundlage der trägerübergreifenden Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V „unbeschadet der Aufgaben anderer“ verfolgen. Mit dem Begriff der „gesundheitsförderlichen Strukturen“ werden der Gesundheit dienliche verhältnisbezogene Regelungen und Handlungsrouninen bezeichnet. Hierbei handelt es sich um organisatorische Regelungen (z. B. eine bewegungsförderliche Pausengestaltung, ein vollwertiges Verpflegungsangebot oder die regelmäßige Integration von Gesundheitsthemen in den Unterricht) sowie Gremien zur Koordination und Steuerung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt. Zu gesundheitsförderlichen Strukturen im Sinne von Nachhaltigkeit werden solche organisatorischen Regelungen und Gremien dann, wenn sie dauerhaft implementiert werden. Mit der Formulierung „unbeschadet der Aufgaben anderer“ wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind, für die auch die Gebietskörperschaften (insbesondere Länder und Kommunen) sowie die Träger der jeweiligen Lebenswelten verantwortlich sind und neben den Krankenkassen weitere Sozialversicherungsträger (Renten- und Unfallversicherung, Bundesagentur für Arbeit) entsprechend ihrer jeweiligen Zuständigkeiten mitwirken. Die Formulierung bringt zum Ausdruck, dass keine Übertragung dieser von Gebietskörperschaften und anderen Sozialversicherungsträgern wahrzunehmenden Aufgaben im Zusammenhang mit der Schaffung und Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen auf die Krankenkassen intendiert ist (vgl. hierzu auch die Erläuterungen zu Absatz 2). Die Leistungen insbesondere zum Aufbau und zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen erfolgen „im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst“ (Gesundheitsämter). In Städten und Landkreisen sind häufig die Gesundheitsämter mit der Planung und Koordination von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention aller vor Ort vertretenen Anbieterinnen und Anbieter (Gesundheitskonferenzen) sowie

der Bereitstellung und Aufbereitung der hierfür erforderlichen Daten (Gesundheitsberichterstattung) betraut. Neben ihren hoheitlichen Aufgaben (z. B. Hygiene und Infektionsschutz) stellen die Gesundheitsämter – abhängig von den landesgesetzlich unterschiedlich definierten Aufgaben und der finanziellen und personellen Ausstattung der Ämter – in vielen Fällen auch selbst Leistungen für besondere Zielgruppen (z. B. zur Suchtprävention oder bei der Beratung von Schwangeren) zur Verfügung. Die Gesundheitsämter sind damit ein zentraler Partner der Krankenkassen bei der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. Laut der Begründung zu § 20a Abs. 1 Satz 2 in der Fassung des Masernschutzgesetzes vom 10. Februar 2020 sollen durch die Verpflichtung zum Zusammenwirken mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst die „Gesundheitsämter in die Lage versetzt [werden], ihre in den Gesetzen der Länder über deren öffentlichen Gesundheitsdienst meist enthaltenen Aufgaben zur Mitwirkung in der Gesundheitsförderung und Prävention besser erfüllen zu können.“¹¹ Die Art und Weise des Zusammenwirkens wird gesetzlich nicht vorgeschrieben, sondern ist von den Partnern der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V in Abhängigkeit von den landesspezifischen Schwerpunkten und Handlungsmöglichkeiten zu vereinbaren. Die Möglichkeiten des Zusammenwirkens von Krankenkassen und Gesundheitsämtern sind umso größer, je stärker die Gesundheitsämter selbst in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention aktiv sind. Krankenkassen können mit ihren Leistungen zur lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention keine Aufgaben übernehmen, für die die rechtliche Zuständigkeit bei den Gesundheitsämtern liegt und/oder die bereits – auch auf freiwilliger Grundlage – von diesen wahrgenommen werden oder wurden.

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

¹¹ Gesetzentwurf der Bundesregierung (2019). Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz) vom 08.07.2019, S. 37.

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

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

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

Satz 4 normiert die Zusammenarbeit der Krankenkassen und die Erbringung kassenübergreifender Leistungen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne einer Sollregelung. Die praktische Umsetzung richtet sich nach den Regelungen der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V und den zu ihrer Umsetzung geschlossenen Kooperationsvereinbarungen. Kassenübergreifende Leistungserbringung bedeutet, dass mehrere Krankenkassen in einer Lebenswelt gemeinsam agieren können, oder eine

Krankenkasse die Leistungen – stellvertretend für alle Krankenkassen – erbringt. In beiden Fällen stehen die Leistungen der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention allen GKV-Versicherten in der jeweiligen Lebenswelt unabhängig von der Mitgliedschaft in einer bestimmten Krankenkasse zur Verfügung. Kassenübergreifenden Charakter haben auch die Leistungen, die aus der Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V durch den GKV-Spitzenverband resultieren.

Satz 5 hebt unter den Zielgruppen der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention jene Versicherten hervor, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, und verpflichtet für diese Gruppe die Krankenkassen zur Zusammenarbeit mit den Jobcentern.¹² Bei Menschen mit gesundheitlich bedingten beruflichen Eingliederungsschwernissen handelt es sich in der Regel um arbeitslose Menschen (vgl. hierzu Kapitel 4.5.4 „Besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune – Arbeitslose Menschen“).

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

¹² Jobcenter sowohl als gemeinsam von Bundesagentur für Arbeit (BA) und Kommunen betriebene Einrichtungen als auch als zugelassene kommunale Träger der Grundsicherung.

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

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

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

4.2 Grundverständnis

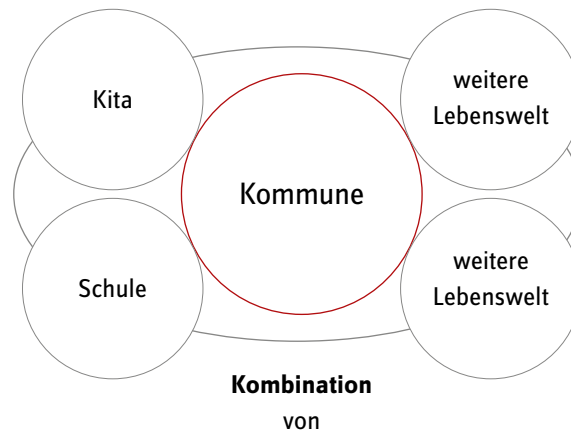
Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zielen darauf ab, unter möglichst direkter und kontinuierlicher Beteiligung der Betroffenen (**Partizipation**) und der Verantwortlichen für die jeweilige Lebenswelt die Gesundheitspotenziale/-risiken in der Lebenswelt zu ermitteln und einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen. Gesundheit soll als Leitbild in den Lebenswelten etabliert werden. Das schließt die Integration von Gesundheitsförderung, -bildung und -erziehung in die Prozesse des Alltags ein. Verknüpft mit dem Bemühen, Gesundheit als Organisationsprinzip nachhaltig in Lebenswelten zu integrieren, sollte die persönliche Handlungsfähigkeit Einzelner gestärkt werden, um sie zu befähigen, sich für eine gesundheitsförderliche Gestaltung ihrer Lebenswelt einzusetzen (**Autonomie und Empowerment**). Ein weiteres Ziel

ist es, Menschen zu einem eigenverantwortlichen gesundheitsförderlichen Verhalten zu motivieren und zu befähigen. Der Lebenswelt- oder Setting-Ansatz ist geprägt durch eine enge Verknüpfung von Interventionen, die sowohl auf die Rahmenbedingungen (**Verhältnisse**) im Setting als auch auf das gesundheitsbezogene **Verhalten** Einzelner gerichtet sind (siehe Abb. 2).¹³ Der Gesundheitsförderungsprozess ist als Lernzyklus zu konzipieren, um möglichst langfristige positive Wirkungen zu erzielen. Es sollen Prozesse initiiert werden, die unter aktiver Mitwirkung aller Beteiligten zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation führen.

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

¹³ Vgl. auch Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (2013). Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung. Bonn. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. (Hrsg. Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.) Berlin. Rosenbrock, R. & S. Hartung (2011). Settingansatz/Lebensweltansatz. In: BZgA (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Neuausgabe 2011. Köln. S. 497-500.

Abb. 2: Primärprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten



Kombination
von

und

verhältnisbezogenen Maßnahmen*

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

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

verhaltensbezogenen Maßnahmen*

Information, Motivation, Kompetenzvermittlung, z. B.

- Angebote zur Bewegungsförderung, zur gesundheitsförderlichen Ernährung u. ä.
- Angebote zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung
- Aufklärung zu Suchtgefahren und Suchtprävention
- Förderung von Gesundheitskompetenzen

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

„Präventionsketten“¹⁴) 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.¹⁵ Für die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Bildungseinrichtungen (Kitas, Schulen und Hochschulen) bestehen gemeinsame Schnittmengen zum Präventionsauftrag der Unfallversicherungsträger.

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

15 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).

Krankenkassen und Unfallversicherungsträger sollten sich daher über ihre jeweiligen Vorhaben informieren und bedarfsbezogen kooperieren.¹⁶

Bei den Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten liegt ein besonderes Augenmerk – auch im Hinblick auf den Gesetzauftrag nach § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V – auf der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Soziale Benachteiligungen können sich insbesondere aus einem niedrigen Bildungsstand, einer niedrigen beruflichen Stellung oder Erwerbslosigkeit sowie einem geringen Einkommen ergeben. Auch die Gesundheitschancen Alleinerziehender sowie alleinlebender Älterer in der Kommune können sozial bedingt beeinträchtigt sein. Sozial benachteiligte Zielgruppen sind meist höheren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt und verfügen gleichzeitig über geringere Bewältigungsressourcen und höhere Zugangsbarrieren als sozial Bessergestellte.¹⁷ Auch Menschen mit Migrationshintergrund sowie Versicherte im ländlichen Raum können einen erschwerten Zugang zu Präventionsleistungen haben. Mit lebensweltbezogenen Interventionen können sozial Benachteiligte leichter erreicht werden; zugleich werden kontraproduktive Stigmatisierungen vermieden, da hier in der Regel nicht ausschließlich sozial Benachteiligte anzutreffen sind. Zur Erreichung sozial benachteiligter Zielgruppen geeignete Lebenswelten sind insbesondere:

- Kindergärten/Kindertagesstätten
- Grund-/Haupt-/Realschulen (samt zusammenfassenden Schulformen wie z. B.

Mittelschulen/Gesamtschulen), Förderschulen sowie Berufsschulen

- Einrichtungen der ambulanten pflegerischen Versorgung
- Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen
- Kommunen mit niedrigem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen bzw. hohem Anteil an Arbeitslosen, Empfängerinnen und Empfängern von Grundsicherung nach SGB II oder Migrantinnen und Migranten sowie Kommunen im ländlichen Raum (insbesondere Gebiete mit schlechter Infrastruktur und einem hohen Anteil älterer Menschen)

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

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

In der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention kooperieren die Krankenkassen auch untereinander. Die krankenkassenübergreifende Zusammenarbeit gemäß den in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V¹⁸ vorgesehenen Regularien reicht von wechselseitiger Information und Abstimmung über geplante Vorhaben bis zu gemeinsamer Durchführung

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

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

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

und Finanzierung von Maßnahmen. Unabhängig davon, ob unterschiedliche Krankenkassen oder eine einzelne Krankenkasse in einer Lebenswelt Leistungen erbringen, stehen die erbrachten Leistungen allen GKV-Versicherten in der jeweiligen Lebenswelt zur Verfügung. Berührt das jeweilige Vorhaben den Zuständigkeitsbereich anderer Sozialversicherungsträger, sollten die Krankenkassen diese informieren und bedarfsbezogenen Absprachen über eine Zusammenarbeit treffen.¹⁹

Über die in diesem Leitfaden beschriebenen Kriterien hinaus können Krankenkassen modellhaft unter wissenschaftlicher Begleitung innovative lebensweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote entwickeln und fördern. Dieses Vorgehen dient der inhaltlichen und methodischen Weiterentwicklung der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung. Auch die BZgA wird gemäß § 20a Abs. 3 SGB V durch den GKV-Spitzenverband „mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation“ beauftragt. Erkenntnisse aus der Erprobung modellhafter Ansätze fließen in die Weiterentwicklung dieses Leitfadens ein.

4.3 Der lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsprozess

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

Der Gesundheitsförderungsprozess gliedert sich in die Schritte „Vorbereitung“, „Nutzung/Aufbau von Strukturen“, „Analyse“, „Maßnahmenplanung“, „Umsetzung“ und „Evaluation“.²⁰ Die Sensibilisierung aller Beteiligten für die Gesundheitsförderung sowie die Öffentlichkeitsarbeit stellen kontinuierliche Aufgaben während des gesamten Prozesses dar. Die Beratung und Qualifizierung der Träger und Verantwortlichen von Lebenswelten zum Aufbau und zur eigenständigen Weiterführung der Aktivitäten entsprechend

¹⁹ Zur Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention grundlegend: Nationale Präventionskonferenz (2018). Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V. Erste weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018 Berlin (Download: www.npk-info.de/die-npk/downloads).

²⁰ Zu Qualitätskriterien des lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsprozesses vgl. auch: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Berlin; sowie am Beispiel von Maßnahmen der Übergewichtsprävention bei Kindern und Jugendlichen: BZgA (2010). Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Köln.

dem nachstehend beschriebenen Gesundheitsförderungsprozess ist eine wesentliche Voraussetzung für die Verstetigung und Sicherung der Nachhaltigkeit.

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

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

kassenartenübergreifender Organisationen und der Qualitätssicherung ein.²¹

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

3. Analyse: Ziel dieser Phase ist die Ermittlung des Handlungsbedarfs durch Erhebung der gesundheitlichen Situation im Setting einschließlich Risiken und Potenzialen. Für die Lebenswelt als Ganzes und die einzelnen Bereiche und Zielgruppen sollen die gesundheitliche Situation, Veränderungsbedarfe und -potenziale, gesundheitliche Belastungsschwerpunkte sowie Ressourcen möglichst systematisch ermittelt werden. Dies kann auch durch Nutzung bereits vorhandener Daten und Erkenntnisse über die gesundheitlichen Bedingungen (z. B. aus der regionalen/kommunalen

²¹ Hierzu haben die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPg) und die Landesvereinigungen für Gesundheit in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und weiteren Kooperationspartnern ein bundesweites Netzwerk zur Dokumentation und partizipativen Qualitätsentwicklung von Projekten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten sowie in den Bundesländern „Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit“ zur Unterstützung vor Ort aufgebaut; vgl. Internet: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>. Diese Strukturbildung ist eine Gemeinschaftsinitiative von GKV und öffentlicher Hand im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Gesundheitsberichterstattung, aus wissenschaftlicher Literatur etc.) erfolgen. Geeignete Analyseinstrumente zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und Potenziale sind u. a. Begehungen, standardisierte Zielgruppenbefragungen und beteiligungsorientierte Verfahren, wie z. B. Gesundheitszirkel oder -werkstätten.

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

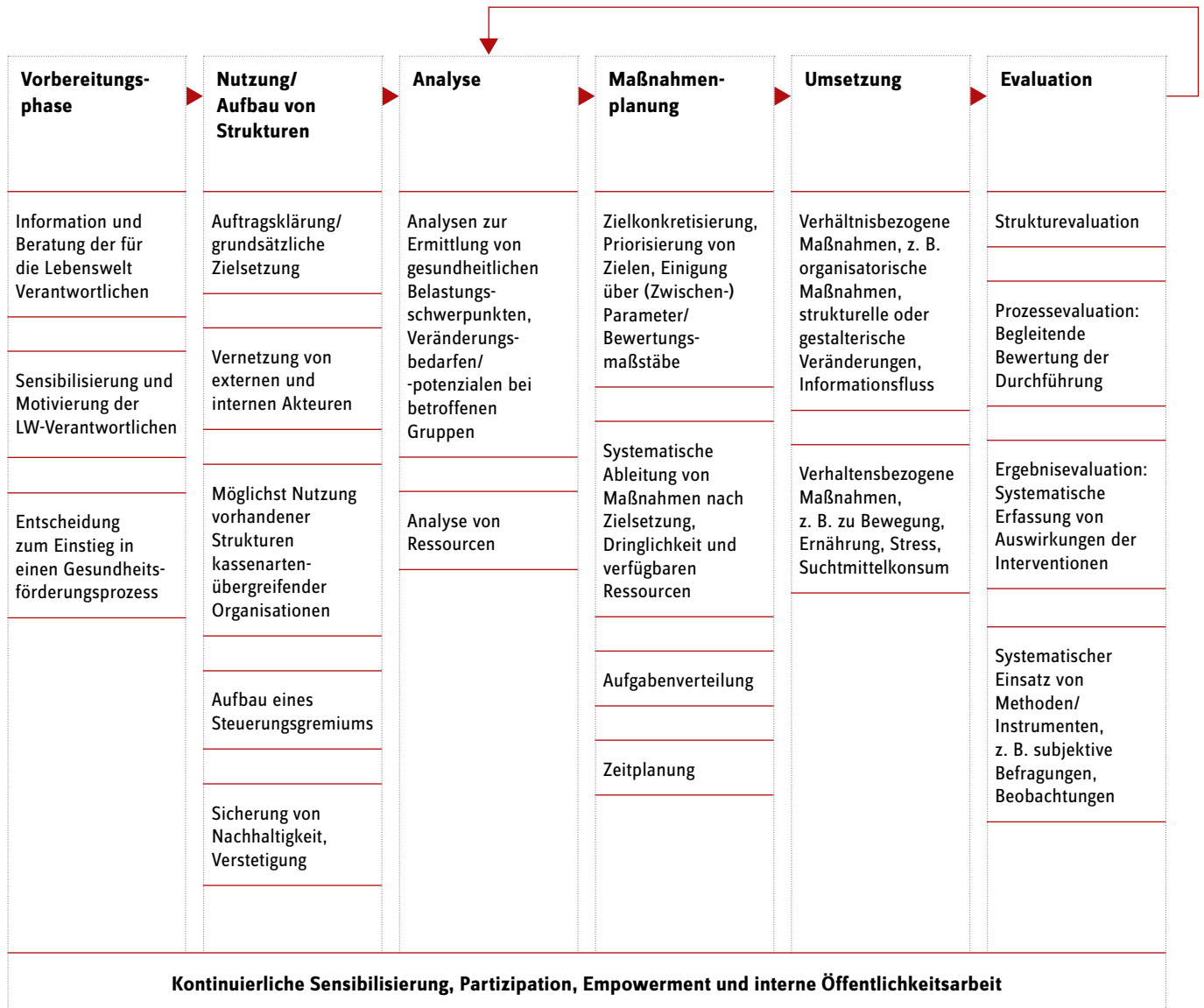
5. Umsetzung: Die von den Projektverantwortlichen/vom Steuerungsgremium beschlossenen verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen werden entsprechend dem Maßnahmenplan schrittweise umgesetzt.

6. Evaluation: Die Krankenkassen wirken darauf hin, dass zu den erfolgten Maßnahmen eine Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation, auch unter dem Gesichtspunkt der Verstetigung und Nachhaltigkeit, durchgeführt wird. Die Evaluation umfasst die regelmäßige Dokumentation und

Reflexion der Umsetzung von Interventionen anhand festgelegter Routinen mittels wissenschaftlicher Methoden und Instrumente.²² Die Evaluationsergebnisse können für die Bestimmung des Handlungsbedarfs im folgenden Zyklus genutzt werden.

²² Die gemeinsamen GKV-Evaluationsinstrumente für lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsaktivitäten (in Schulen sowie für verhaltensbezogene innerhalb der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung) stehen auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes zum Download und zur kostenfreien Verwendung zur Verfügung (www.gkv-spitzenverband.de ▶ Prävention, Selbsthilfe, Beratung ▶ Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ▶ Evaluation). S. auch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012): Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Reihe: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln.

Abb. 3: Der lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsprozess



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

Zyklusphasenübergreifende Partizipation

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

4.4 Leistungsarten, Förderkriterien und Ausschlusskriterien

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

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

- Unterstützung bei Bedarfsermittlung und Zielentwicklung,

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

Die Leistungen können digital unterstützt werden (vgl. Kapitel 7.4). Dabei sind die gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit sowie die Nutzbarkeit durch Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen; der Gefahr der Ausgrenzung digital weniger affiner Bevölkerungsgruppen („Digital Divide“) ist vorzubeugen.²³

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

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

- **Bedarfsermittlung:** Für die geplanten Aktivitäten wird ein Bedarf nachgewiesen.

²³ Die Vorbeugung von Digital Divide bedeutet auch, dass Lebenswelten mit unzureichender digitaler Infrastruktur oder Zielgruppen mit unzureichenden Zugangsmöglichkeiten alternative nicht-digitale Partizipationsmöglichkeiten haben.

- **Zielgruppenbestimmung:** Die Zielgruppen werden unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Personengruppen definiert.
- **Vielfalt/Diversität:** Die Vielfalt/Diversität der Zielgruppen wird berücksichtigt.²⁴
- **Partnerschaften:** Vorhandene Strukturen, Einrichtungen, Netzwerke und Akteure, Finanzierungsträger (Drittmittel) im Setting werden ermittelt und möglichst genutzt bzw. eingebunden.²⁵ Ressortübergreifende Strukturen werden gefördert.
- **Partizipation:** In den gesamten Gesundheitsförderungsprozess sind die Zielgruppen aktiv einbezogen.
- **Zieldefinition:** Die Zieldefinition erfolgt möglichst operationalisiert; dabei sind der Verhältnis- und der Verhaltensbezug beachtet.
- **Finanzierungskonzept:** Ein Finanzierungskonzept liegt vor, welches die Aktivitäten in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses umfasst (s. Abb. 3). Insbesondere die für die Lebenswelt zuständigen Träger bringen einen angemessenen Anteil an Mitteln – auch in Form geldwerter Leistungen – in die Aktivitäten ein.
- **Transparenz:** Die Partnerinnen und Partner informieren sich gegenseitig laufend über den jeweils aktuellen Sachstand.
- **Ausrichtung der Interventionen:** Die geplanten Aktivitäten stärken über die Krankheitsvermeidung hinaus die gesundheitsfördernden und -schützenden Ressourcen Einzelner und verbessern die Rahmenbedingungen.
- **Nachhaltigkeit:** Ein Nachhaltigkeitskonzept, z. B. zur Verstetigung des Prozesses, auch durch (weitergebildete) Fachkräfte in den Einrichtungen bzw. Peers aus den Zielgruppen/

Lebenswelten, und zur Strukturbildung, liegt vor.

- **Dokumentation:** Die für die Lebenswelt Verantwortlichen verpflichten sich zur Mitwirkung am Verfahren der GKV-Dokumentation der Maßnahmen in Lebenswelten.
- **Qualitätssicherung:** Die für die Lebenswelt Verantwortlichen verpflichten sich zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Anbieterqualifikation:

Die Beratung und Unterstützung der Lebenswelt-Verantwortlichen zu den Schritten des Gesundheitsförderungsprozesses (Kapitel 4.3) und die Durchführung von entsprechenden Maßnahmen durch die Krankenkassen bzw. in ihrem Auftrag erfolgt durch Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss²⁶ mit dadurch belegten Kenntnissen und Fähigkeiten in Public Health bzw. Gesundheitsförderung und Prävention sowie insbesondere zu den Bereichen Prozess- und Projektmanagement und Organisationsentwicklung. Darüber hinaus sind Systemkenntnisse der gesetzlichen Zuständigkeiten in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere Kenntnisse über gemeinsam abgestimmte Vorgehensweisen der Sozialleistungsträger wünschenswert. Die Umsetzung von individuumsbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen des Lebenswelt-/Setting-Ansatzes (z. B. Übungsgruppen, Seminare, Workshops, Beratungen) erfolgt durch Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss (s. vorhergehende Fußnote) mit dadurch belegten fachwissenschaftlichen und fachpraktischen Kompetenzen im jeweiligen Themenbereich²⁷ sowie fachübergreifend in Gesundheitsförderung/

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

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

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

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

Prävention. Für projektbezogene Qualifizierungen von Fachkräften in den Lebenswelten sowie Ansätze der „Peer-Education“ zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention ist immer ein spezifisches zielgruppenadäquates Multiplikatoren-schulungskonzept durch ausgewiesene Fachkräfte notwendig. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus den Lebenswelten sollen hierdurch befähigt werden, nachhaltig auch nach Beendigung einer GKV-Förderung Gesundheitsförderung und Prävention eigenständig weiterzuführen.

Von der Förderung ausgeschlossen sind insbesondere:

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

Hilfsmittel, Computer und andere digitale Geräte

- **Regelfinanzierung** von auf Dauer angelegten Stellen, z. B. in Beratungseinrichtungen²⁸
- Angebote, die **weltanschaulich nicht neutral** sind

4.5 Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune

4.5.1 Grundsätze und Ziele

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

Die Kommunen verfügen über das grundgesetzlich verbriefte Recht, „alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln“ (Artikel 28

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

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.²⁹

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

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

4.5.2 Qualitätskriterien für die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen

Konzeptionelle Grundlagen kommunal orientierter Primärprävention und Gesundheitsförderung bieten:

- **Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit³²**

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

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

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

31 www.gkv-buendnis.de » Förderprogramm.

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

Gesundheitliche Chancengleichheit begleiten und beraten Kommunen hierbei.³³

• **Netzwerk für Gesunde Städte³⁴**

Das Netzwerk für Gesunde Städte ging 1989 aus einer Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hervor. Die dem Netzwerk angehörenden Kommunen setzen das Thema Gesundheit im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen auf die Tagesordnung. Sie verpflichten sich per Rats- bzw. Kreistagsbeschluss, die folgenden Mindestkriterien zur kommunalen Gesundheitsförderung zu unterstützen:

- Erstellen einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung, die Eingang in politische Entscheidungen hält
- Definition spezifischer gesundheitsbezogener Problemfelder
- Implementierung kommunaler Gesundheitskonferenzen, die einer Vereinbarung kommunaler Gesundheitsziele dienen
- gemeinsame Entwicklung, Umsetzung und Evaluation eines Gesundheits-Aktions-Programms und
- intensive Öffentlichkeitsarbeit

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

• **Bund-Länder-Programm Soziale Stadt³⁵**

Anknüpfungspunkte für eine soziallagenbezogene kommunale Gesundheitsförderung bietet

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

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

34 Link: <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de>.

35 Link: <http://www.staedtebaufoerderung.info>, unter „Soziale Stadt“.

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

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

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

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

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

³⁷ Beispiele für Gesundheitsförderung im ländlichen Raum:

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

Qualitätselemente integrierter und ressortübergreifender Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt Kommune

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

1. **GKV-Bündnis für Gesundheit:** Auf der Grundlage einer Analyse der wissenschaftlichen Literatur zu den Gelingensfaktoren kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention wurden Kriterien für die weitere Förderung guter kommunaler Praxis auf diesem Feld erarbeitet.³⁸ Die Kriterien richten sich primär an die Kommunen; sie bilden aber auch nützliche Entscheidungshilfen für Krankenkassen bei der Vorbereitung und Abstimmung von Maßnahmen in Zusammenarbeit mit den kommunal Verantwortlichen (Auszüge, die Zwischenüberschriften nach den Aufzählungszeichen stammen vom GKV-Spitzenverband):

- **Planungsqualität: Einbindung aller Stakeholder und integriertes sozialräumliches Monitoring**
„Stakeholder für Gesundheitsförderung und Prävention sind in der Kommune systematisch zu eruieren und in ressortübergreifende bzw. intersektorale Planungsprozesse einzubinden.“

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

Für die Planung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention (...) sollte ein integriertes regelmäßiges stadtteilbezogenes bzw. sozialräumliches Monitoring erfolgen, das Daten zur Sozialstruktur mit denen zur Bildung, Gesundheitszustand und Umweltqualität kombiniert.“

- **Netzwerkbildung**
„Lokale bzw. regionale Netzwerke und strategische Partnerschaften sind zur Überwindung gesundheitlicher Ungleichheit unabdingbar. Durch Vernetzung können Schnittstellenprobleme überwunden, Transitionen erleichtert sowie Synergien für die Bündnispartner/-innen identifiziert und nutzbar gemacht werden. (...) Es wird empfohlen, die Leitung und Koordination zur Bildung von Netzwerken zur Gesundheitsförderung bei der Kommunalverwaltung zu verankern bzw. dort zu verantworten, auch wenn die Operationalisierung des Netzwerkmanagements an einen Träger innerhalb der Kommune ausgelagert wird.“
- **Partizipation aller Verantwortlichen sowie der Nutzerinnen und Nutzer**
„Träger des Sozial- Bildungs- und Gesundheitswesens, Vereine und alle weiteren Akteure sind ebenso wie die Nutzenden der Angebote in der Kommune aktiv an der Angebotsentwicklung und der Implementierung von Maßnahmen zu beteiligen. Einen partizipativen Zugang zur Angebotsentwicklung und -durchführung formulieren alle Publikationen zu Stadtteil- oder Quartiersprojekten, und sie verweisen auf den Zugewinn eines solchen Vorgehens. Auch für zielgruppenspezifische Interventionen ist ein an Grundsätzen der Beteiligung ausgerichtetes Verfahren als Fundament für den Erfolg der

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

- **Nutzung niedrigschwelliger Zugangswege - Zusammenarbeit mit Partnern aus der Zivilgesellschaft**

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

- **Ressortübergreifendes Vorgehen**

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

► 2. **Deutsches Institut für Urbanistik (difu)**³⁹:

Die difu-Studie basiert auf Befragungen von Schlüsselakteurinnen und -akteuren aus Kommunen/Kommunalen Spitzenverbänden, Krankenkassen(verbänden) und zivilgesellschaftlichen Organisationen zu ihren Erfahrungen bei der Zusammenarbeit im Rahmen kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention unter den Bedingungen des Präventionsgesetzes. Ein wesentliches Ergebnis lautet: „Mit dem lebensweltorientierten Ansatz des Präventionsgesetzes lässt sich Gesundheitsförderung konsequenter an den Zielgruppen und den tatsächlichen Bedarfen vor Ort ausrichten. Auf diese Weise kann eine bessere Wirkung gesundheitsfördernder Maßnahmen erzielt werden. Dies gelingt aber nur, wenn Krankenkassen und Kommunen eng zusammenarbeiten. Bislang bedarf die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen noch einer starken Vermittlungsarbeit. Zudem erfordert eine erfolgreiche und zielführende Kooperation vor Ort gut durchdachte und nachhaltige Strukturen.“ Für die Ausgestaltung der Zusammenarbeit von Kommunen mit Krankenkassen bei der Umsetzung von „integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung“ gibt das Difu folgende Empfehlungen (Auszug):

- „Besonders wichtig ist eine Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung, die aktiv mit Unterstützung der politischen oder der Verwaltungsspitze auf Krankenkassen zugeht und Ansprechpartner für diese ist, also eine vermittelnde Rolle einnimmt.

Die Krankenkassen ihrerseits sollten gewährleisten, dass bei den örtlichen oder regionalen Krankenkassenniederlassungen qualifizierte und entscheidungsbefugte Ansprechpersonen für die Prävention in kommunalen Lebenswelten zur Verfügung stehen.

- Um integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung gemeinsam zu entwickeln und umzusetzen, ist zudem ein stetiger Austausch zwischen Kommune und Krankenkassen erforderlich. Hierfür sollten bereits vorhandene Strukturen wie beispielsweise Steuerungsgruppen und kommunale Gesundheitskonferenzen genutzt werden. (...)
- Zentrale Voraussetzung für das Engagement von Krankenkassen sind die Federführung und Verantwortungsübernahme für die lebensweltorientierte Gesundheitsförderung durch die Kommune, die unter anderem durch politische Beschlüsse, die personelle Mitwirkung der Kommunalverwaltung sowie durch den Einsatz öffentlicher Mittel ihren Ausdruck finden können.“

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

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

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

4.5.3 Spezielle Förderkriterien für Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune

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

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

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

4.5.4 Besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune

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

Werdende, junge Familien und Alleinerziehende in der Kommune

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

der Schwangerschaft, mit Säuglingen und Kindern im Kleinkind-/Kindergartenalter sowie Alleinerziehende sollen als Zielgruppe bei settingbezogenen Maßnahmen in Kommunen stärker berücksichtigt werden. Alleinerziehende sind durch ihre Lebenslage (häufig schlechtere sozioökonomische Lage, höhere Stressbelastung) oft erheblichen Belastungen ausgesetzt. Alleinerziehende weisen gegenüber Erziehenden in einem Zwei-Eltern-Haushalt höhere gesundheitliche Risiken auf (u. a. stärkere psychische Belastungen, vor allem Depressionen⁴⁰; höherer Tabak-/Alkoholkonsum⁴¹).

Förderkriterien für an Familien gerichtete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention

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

- Zielgruppen sind werdende Familien, junge Familien mit Säuglingen und Kindern im Kleinkind-/Kindergartenalter⁴² sowie Alleinerziehende.
- Das Augenmerk liegt auf schwer erreichbaren „sozial benachteiligten“ Familien. Mögliche Stigmatisierungen (z. B. durch Benennung der Angebote) sind auszuschließen.

- Die Angebote für Familien sollten möglichst niedrigschwellig⁴³ in Einrichtungen in der Kommune (z. B. Bürgerzentren, Stadtteiltreffs) umgesetzt werden.
- Partnerschaften sind möglich mit Einrichtungen von Religionsgemeinschaften und Wohlfahrtsverbänden, Familienbildungswerken, Wohnbaugesellschaften sowie Vereinen (z. B. für Migrantinnen und Migranten, Stadtteiltreffs).
- Im Setting Kommune können sich Krankenkassen an evaluierten verhaltensorientierten Programmen, die nicht explizit in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenkassen fallen, die aber gesundheitsförderliche Aspekte berücksichtigen und entsprechende Effekte versprechen,⁴⁴ anteilig für die gesundheitsförderlichen Inhalte beteiligen. Diese Programme müssen in eine Gesamtkonzeption eingebunden sein, um ggf. aus dem gemeinsamen Projektbudget anteilig finanziert werden zu können.

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

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

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

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

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

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

Ältere/alte Menschen in der Kommune⁴⁵

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

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

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

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

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

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

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

49 Vgl. als Beispiele:

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

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

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

Partnerschaften können insbesondere eingegangen werden mit:

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

Arbeitslose Menschen in der Lebenswelt Kommune

Anhaltende Arbeitslosigkeit ist ein erheblicher gesundheitlicher Risikofaktor. So weisen ca. 35 % der Leistungsberechtigten in der Grundsicherung für Arbeitsuchende gesundheitliche Einschränkungen auf. Arbeitslose leiden insbesondere unter psychischen Belastungen und in der Folge vielfach auch an psychischen Störungen.⁵¹ Zugleich ist ein beruflicher Wiedereinstieg für gesundheitlich eingeschränkte Erwerbslose erheblich

erschwert. Mit Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention wird dieser Personenkreis eher schwer erreicht.⁵² Arbeitslose Versicherte sind von daher eine sozial benachteiligte Gruppe mit besonderem Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarf.

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

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

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

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

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

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

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

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

Jugendliche sind in ihrem Lebensumfeld mannigfachen Suchtgefahren ausgesetzt: Werbung für legale Drogen wie Alkohol und Tabak, die Festkultur im Familien- und Freundeskreis oder im Vereins- oder Gemeindekontext sowie der Suchtmittelkonsum von erwachsenen Bezugspersonen begünstigen bei Jugendlichen den Einstieg in und die Verfestigung eines riskanten Suchtmittelkonsums. Ergänzend zu suchtpreventiven Maßnahmen an Schulen (Kapitel 4.7 Gesundheitsfördernde Schule) sind daher an Jugendliche gerichtete Maßnahmen der Suchtprävention auf Gemeindeebene sinnvoll. Bewährt haben sich kombinierte Ansätze einer zugleich verhältnis- und verhaltensbezogenen Präventionsarbeit mit Vernetzung und zielgerichteter Zusammenarbeit aller Zuständigen und Verantwortlichen auf

Gemeindeebene. Eine kommunal verankerte verhältnisbezogene Präventionsstrategie mit dem Ziel, schädlichen Alkoholkonsum und Alkoholexzesse im Vorfeld zu verhindern, beinhaltet neben Verantwortung und Vorbildverhalten von Erwachsenen im Umgang mit Alkohol die konsequente Einhaltung des Jugendschutzgesetzes auf Festen, in der Gastronomie und im Einzelhandel sowie eine breite Sensibilisierung der Bevölkerung. In Kommunen kann der Zugang zu gefährdeten Jugendlichen für verhaltensbezogene Präventionsmaßnahmen auch durch die Jugendhilfe, Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Schulsozialarbeit, Polizei oder Justiz vermittelt werden. Neben Alkohol und Tabak können im Rahmen derartiger gemeindebasierter Präventionsprojekte bedarfsbezogen auch weitere Suchtthemen thematisiert werden. Krankenkassen können kombiniert verhältnis- und verhaltenspräventiv angelegte Aktivitäten auf Gemeindeebene mit Vernetzung aller Zuständigen und Verantwortlichen in Bezug auf einzelne Suchtmittel sowie suchtmittelübergreifend fördern.

Eine besonders vulnerable Zielgruppe sind Kinder aus suchtblasteten Familien⁵⁶ bzw. aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Diese unterliegen einer hohen Gefährdung für die Entwicklung eines eigenen Suchtverhaltens bzw. anderer psychischer und körperlicher Störungen. Krankenkassen fördern daher spezielle präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Zielgruppe Kinder suchtkranker bzw. psychisch erkrankter Eltern, die darauf zielen, die Resilienz der Kinder zu stärken, z. B. im Rahmen von Spielgruppen, Gesprächsangeboten, Einzelberatungen sowie erlebnispädagogischen Angeboten.⁵⁷ Bei allen Aktivitäten sollte die Bildung verlässlicher und tragfähiger Beziehungen im Vordergrund stehen. Es sollte darauf hingewirkt werden, dass die

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

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

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

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

Lebenswelten der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports in der Kommune

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

4.6 Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte

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

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

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

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

4.6.1 Ziele von Gesundheitsförderung in Kitas

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

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

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

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

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

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

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

4.6.2 Umsetzung von Gesundheitsförderung in Kitas

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

Leistungen der Krankenkassen in Kitas können zunächst an einzelnen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung anknüpfen. So sind z. B. Angebote zu gesunder Ernährung und Bewegung schon heute integraler Bestandteil des Kita-Alltags in sehr unterschiedlichen Ausprägungen. Bei entsprechender Nachfrage der Kitas kann die Arbeit des Personals und die Qualität der Angebote hierbei dadurch unterstützt werden, dass vermehrt bereits praxisgetestete, evaluierte und

standardisierte gesundheitsförderliche Projekte und Programme oder Module daraus in die pädagogisch gestalteten Abläufe in der Kita aufgenommen werden. Die Krankenkassen können diesen Transfer begleiten und fördern, z. B. durch Fortbildung und Beratung des Personals.

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

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

4.6.3 Spezielle Förderkriterien für Leistungen in Kitas

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

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

4.7 Gesundheitsfördernde Schule⁶¹

Die Schule eignet sich besonders für zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung, weil hier alle Kinder und Jugendlichen einer bestimmten Altersstufe erreicht werden können. Die gesundheitlichen Bedingungen an Schulen sind mitentscheidend dafür, mit welcher Qualität die Schule ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag erfüllen kann. Bildungspolitische Reformen wie z. B. der Ausbau der Ganztagsbetreuung und die Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit Behinderungen stellen das System „Schule“ vor besondere Herausforderungen und bieten gleichzeitig Ansatzpunkte auch für die

lebensweltbezogene schulische Gesundheitsförderung. Die seit Anfang der 1990er Jahre etablierten Aktivitäten und Strukturen in diesem Feld und die Erfahrungen der GKV in der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts zeigen, dass es Schulen gelingen kann, sich zu gesundheitsfördernden Schulen zu entwickeln.⁶²

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

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

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

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

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

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

4.7.1 Ziele von Gesundheitsförderung in Schulen

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

- Das gesundheitsbezogene Verantwortungsbewusstsein Einzelner, der Familie und der Gemeinschaft wird gefördert.
- Netzwerke werden initiiert, die ausgehend von Schulen nachhaltig gesundheitsförderliche Strukturen in der Region unterstützen. Die Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen zur Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung wird ausgelotet.
- Alle Schülerinnen und Schüler werden befähigt, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial auszuschöpfen – dies schließt die Stärkung von Resilienz ein – und ihre Selbstachtung zu fördern (Empowerment). Dabei werden zur Förderung von Gesundheit der gesamten Schulgemeinschaft (Kinder und Erwachsene) klare Ziele gesteckt.
- Die Schülerinnen und Schüler werden unterstützt, einen gesundheitsförderlichen Umgang miteinander zu pflegen (Kontrollfähigkeit, Selbststeuerung, Konfliktlösung).
- Durch Berücksichtigung von Aspekten der Gesundheitsförderung bei allen wichtigen Entscheidungen, durch die (Weiter-)Entwicklung partizipativer Strukturen und durch

Stärkung der persönlichen Kompetenzen wird ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernklima für alle Beteiligten geschaffen. Die Kompetenzen von Lehrerinnen und Lehrern, Schülerinnen und Schülern sowie von Eltern zur Beschaffung und Bewertung von Gesundheitsinformationen sowie zu selbstbestimmtem gesundheitsbezogenem Handeln werden gestärkt.

- Durch eine angemessene Gestaltung der Gebäude, Einrichtungen/Möblierung, Spielflächen, des Verpflegungsangebots⁶⁵, Pausengestaltung, Sicherheitsmaßnahmen usw. wird ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernumfeld geschaffen.
- Lehrerinnen und Lehrer wirken bei Schülerinnen und Schülern und ihren Eltern auf einen maßvollen Umgang mit insbesondere elektronischen Medien in der Freizeit hin.
- Das Schulpersonal einschließlich Schulleitung selbst wird in Fragen der Gesundheitsförderung unterstützt (ggf. Verknüpfung mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung).

4.7.2 Umsetzung von Gesundheitsförderung in Schulen

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

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

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

Notwendig sind:

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

Damit Gesundheitsförderung im Setting Schule wirtschaftlich erfolgt und nachhaltig wirksam wird (Wirtschaftlichkeitsgebot), müssen folgende strukturelle Bedingungen erfüllt sein bzw. werden:

- Bildung einer Steuerungsgruppe bzw. Bestellung eines entscheidungskompetenten Schulprojektteams mit Vertreterinnen und Vertretern aller relevanten Gruppen und Akteure. Die Steuerungsgruppe bzw. das Schulprojektteam beschließt das Vorgehen konzeptionell, sorgt für die Umsetzung und bewertet die erzielten Ergebnisse (Schulleitung sowie Vertretungen der Lehrkräfte sowie der Schülerinnen und Schüler sind in der Steuerungsgruppe bzw. im Schulprojektteam unverzichtbar).
- Integration des Themas „Gesundheit“ in Schulprogramm bzw. schulisches Leitbild
- Bereitschaft der Schule zur Mitwirkung in Netzwerken gesundheitsfördernder Schulen

Darüber hinaus können in der Steuerungsgruppe/ im Schulprojektteam insbesondere folgende Gruppen mit jeweils unterschiedlicher Verantwortung vertreten sein:

- Eltern
- Schulträger
- Schulaufsicht
- für den inneren Schulbereich Beauftragte (z. B. Sicherheitsbeauftragte)
- Unfallversicherungsträger
- Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Krankenkassen
- private Krankenversicherungen

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

Erfahrungen und Empfehlungen aus dem Krankenkassenengagement in und mit Schulen

Schulen, die Gesundheitsförderung dauerhaft in ihre Organisation einbinden wollen, benötigen eine qualifizierte externe Beratung im Sinne einer langfristigen Begleitung. Hierdurch werden die schulinternen Akteure im Aufbau und dem Erhalt von Motivation und Kompetenzen unterstützt, schwierige Phasen leichter überwunden sowie die Nachhaltigkeit gesichert. Die Beratung sollte zunächst relativ engmaschig sein und kann im weiteren Verlauf in Abhängigkeit von den in der Schule selbst aufgebauten Strukturen und Kompetenzen reduziert werden. Geeignete Stellen

für die langfristige externe Begleitung sind Landesvereinigungen für Gesundheit und die bei diesen angesiedelten Koordinierungsstellen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Die Mitwirkung in Netzwerken mit anderen Schulen ist sinnvoll, wenn der Aufbau einer Steuerungsstruktur in der Schule fortgeschritten ist.

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

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

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

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

Alternativ kann das Ergebnis der probatorischen Phase auch die Entscheidung der Schule gegen eine weitere Projektteilnahme sein. Die Rahmenvereinbarung soll auch die Verpflichtung der Schule zu einer Dokumentation

und Evaluation enthalten. Hierzu empfiehlt der GKV-Spitzenverband die kontinuierliche Maßnahmendokumentation und mindestens den regelmäßigen Einsatz des Strukturboogens zu festgelegten Zeitpunkten.⁶⁶ Darüber hinaus sind in der Rahmenvereinbarung auch verbindliche Zeitpunkte für gemeinsame Zwischenbilanzen zu definieren; diese sollten mindestens einmal im Schuljahr stattfinden und dokumentiert werden.

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

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

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

4.7.3 Spezielle Förderkriterien für Leistungen in Schulen

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

- Die Schule dient nicht nur als Zugangsweg zur Erreichung der Schülerinnen und Schüler, sondern ist selbst Gegenstand gesundheitsförderlicher Umgestaltung.
- Zielgruppen sind insbesondere die Schülerinnen und Schüler und deren Familien.
- Der Bedarf der Zielgruppen an gesundheitsfördernden Interventionsmaßnahmen ist begründet, z. B. durch Daten der Gesundheitsberichterstattung sowie einer schulischen Unfall- und Fehlzeitenstatistik.
- Die Projekt- bzw. Programmangebote werden von den Schulen tatsächlich nachgefragt.
- Der Erfolg von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Schulen ist in hohem Maße auf die Umsetzungsfähigkeit und -bereitschaft der Lehrenden angewiesen. Daher müssen auch die gesundheitlichen Belange und Probleme dieser Gruppe unter Berücksichtigung der originären Zuständigkeiten der Schulträger innerhalb der jeweiligen Projekte und Programme flankierend berücksichtigt werden.
- Es handelt sich möglichst um Gemeinschaftsprojekte mit mehreren Projektbeteiligten bzw. Finanzierungsträgern. Das bedeutet auch, dass sich die übrigen Verantwortlichen (z. B.

aus den Bereichen Bildung, Jugendhilfe) ebenfalls zu Gesundheitsförderung als Leitbild und Orientierung bekennen.

- Eine wirksame und effiziente Gesundheits- und Sicherheitsförderungs politik in Schulen muss darüber hinaus auch die Eltern sowie außerschulische Akteure, wie z. B. Vereine, Freizeiteinrichtungen, Behörden und Gewerbetreibende vor Ort, einbeziehen.
- Umsetzung und Ergebnisse der Interventionen werden dokumentiert und evaluiert und allen Beteiligten zur Verfügung gestellt.

4.8 Gesundheitsfördernde Hochschule

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

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

4.8.1 Ziele von Gesundheitsförderung an Hochschulen

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

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

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

Die nachfolgenden **Gütekriterien**, wurden vom Arbeitskreis gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) 2005 erstmals erstellt und 2020 aktualisiert⁶⁸. Sie sind die Grundlage für die Durchführung von Gesundheitsprojekten an Hochschulen:

- „1. Eine gesundheitsfördernde Hochschule arbeitet nach dem Setting-Ansatz.
2. Eine gesundheitsfördernde Hochschule orientiert sich am Konzept der Salutogenese und nimmt Bedingungen und Ressourcen für Gesundheit umfassend in den Blick. Eine gesundheitsfördernde Hochschule betrachtet Gesundheit als mehrdimensionales Konzept.
3. Eine gesundheitsfördernde Hochschule erarbeitet und verankert ein Konzept der Gesundheitsförderung in ihre Hochschulorganisation und Hochschulpolitik.
4. Eine gesundheitsfördernde Hochschule berücksichtigt Gesundheitsförderung als strukturelle Querschnittsaufgabe bei allen Prozessen und Entscheidungen. Dies bezieht sich auf Beschäftigung, Lehre, Studium, Forschung und Wissensmanagement.
5. Eine gesundheitsfördernde Hochschule beauftragt eine hochschulweit zuständige Steuerungsgruppe - in der die relevanten Bereiche und Statusgruppen der Hochschule vertreten sind - mit der Entwicklung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen.

6. Eine gesundheitsfördernde Hochschule betreibt ein transparentes Kommunikations- und Informationsmanagement. Die Hochschule formuliert Ziele und Maßnahmen auf der Grundlage regelmäßiger Analysen und Evaluationen, die im Rahmen einer kontinuierlichen Gesundheitsberichtserstattung zusammengefasst werden.
7. Eine gesundheitsfördernde Hochschule führt gesundheitsfördernden Maßnahmen für alle Statusgruppen durch, die sich sowohl an einer Verhaltens- als auch Verhältnisdimension orientieren. Dabei sind die Verhaltens- und Verhältnisebene zu verschränken und partizipativ auszurichten.
8. Eine gesundheitsfördernde Hochschule verpflichtet sich durch die Unterzeichnung der Okanagan Charta dem normativen Prinzip der nachhaltigen Entwicklung sowie einer globalen und intergenerationellen Gerechtigkeit. Sie fördert die Stärkung von Kompetenzen, die für die Mitgestaltung der gesellschaftlichen Herausforderungen notwendig sind. Hochschulen werden durch Bildung, Lehre, Forschung und Praxistransfer Impulsgeber für einen Wandel hin zu mehr Nachhaltigkeit für die gesamte Gesellschaft.
9. Eine gesundheitsfördernde Hochschule integriert in ihr Konzept zur Gesundheitsförderung die Themen Chancengleichheit, Inklusion, Diversity, Gender Mainstreaming sowie Cultural Mainstreaming. Die Steuerungsgruppe schafft Synergien mit allen Personen, die in diesen Bereichen an der Hochschule tätig sind.
10. Eine gesundheitsfördernde Hochschule vernetzt sich mit ihrer Kommune und innerhalb ihrer Region. Zudem vernetzt sie sich sowohl national als auch international mit anderen Hochschulen und Wissenschaftseinrichtungen.“

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

68 www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de