

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

aus dem Leitfaden Prävention
Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes
zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V

vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. November 2017

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 Abs. 4 Nr. 2 SGB V sind in § 20a SGB V geregelt:

„§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

- (1) „Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. „Die Krankenkassen fördern 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 besonders erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.
- (2) „Die Krankenkasse kann Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen, wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur

Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20f beitragen.“

Erläuterung:

Zu Absatz 1:

§ 20a SGB V konkretisiert den Leistungsauftrag des § 20 Abs. 4 Nr. 2 SGB V. Im Unterschied zu den Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention richten sich die Leistungen in Lebenswelten nicht an **einzelne** Versicherte, sondern an **Gruppen** von Versicherten in **bestimmten Lebenszusammenhängen**. Wie alle anderen primärpräventiven und gesundheitsfördernden Leistungen der Krankenkassen auch zielen die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten auf die Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie 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-Ansatz¹) in das deutsche Sozialrecht ein (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986: Abschnitt „Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“). Durch lebensweltbezogene Interventionen kann die bei der individuellen verhaltensbezogenen Prävention häufig bestehende Problematik neutralisiert werden, dass Personen mit hohem Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung entsprechende Maßnahmen in der Regel nur unterdurchschnittlich nachfragen. Setting- bzw. lebensweltbezogene Interventionen tragen daher insbesondere zur Verwirklichung des Ziels der Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen (§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V) bei. Die Rechtsgrundlagen für Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen in der Lebenswelt „Betrieb“ sind in § 20b SGB V geregelt (vgl. Kap. 6 dieses Leitfadens).

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

Primärgruppen wie der Familie. Durch Interventionen in Lebenswelten wie Kita und Schule können aber auch die gesundheitlichen Bedingungen in Familien positiv beeinflusst werden. Jeder Mensch ist in der Regel Mitglied mehrerer Lebenswelten. Obgleich Lebenswelten in der Regel andere Primärzwecke als die Gesundheitsförderung und Prävention verfolgen (die Schule z. B. das Ziel Bildung bzw. Ausbildung), können in Lebenswelten die Bedingungen für Gesundheit mitgestaltet werden. Voraussetzung hierfür ist eine regelmäßige und kontinuierliche Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in die Lebenswelt. Entsprechend der nicht abschließenden Aufzählung der „Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ müssen daher vor allem Kommunen (auch Teile derselben sowie Kommunen übergreifend 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 Langzeitversorgung² 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.

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

2 Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI erbringt die soziale Pflegeversicherung auf Basis des „Leitfaden[s] Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ (Download www.gkv-spitzenverband.de)

Satz 2 nennt als Förderziel der lebensweltbezogenen Interventionen „insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“. Dieses Ziel sollen die Krankenkassen auf der Grundlage der trägerübergreifenden Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V „unbeschadet der Aufgaben anderer“ verfolgen. Mit dem Begriff der „gesundheitsförderlichen Strukturen“ werden der Gesundheit dienliche verhältnisbezogene Regelungen und 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). Zu gesundheitsförderlichen Strukturen im Sinne von Nachhaltigkeit werden solche organisatorischen Regelungen dann, wenn sie dauerhaft implementiert und kontinuierlich angewandt 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).

Satz 3 fasst die Inhalte der von den Krankenkassen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention zu erbringenden Leistungen zu drei wesentlichen Bereichen im Sinne eines idealtypischen Prozessablaufs zusammen:

- Erhebung der gesundheitlichen Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale

- Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für die jeweilige Lebenswelt
- Unterstützung bei der Umsetzung der Vorschläge.

Nach dem Willen des Gesetzgebers haben Krankenkassen in einem partizipativen Prozess („unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen“) die gesundheitlichen Risiken und Ressourcen in der jeweiligen Lebenswelt zu erheben, um auf der Grundlage des ermittelten Bedarfs darauf bezogene Vorschläge (z. B. Projekte und Programme) zu erarbeiten und schließlich deren Umsetzung zu unterstützen. Die Partizipation der Menschen und der Verantwortlichen für die Lebenswelt sichern die spätere Akzeptanz der strukturellen Änderungen und gesundheitsfördernden Angebote bei den Beteiligten. Mit der Beschränkung der Krankenkassenverantwortung auf die **Unterstützung** der Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Interventionen bringt die Norm zum Ausdruck, dass die Verantwortung für die Umsetzung von (insbesondere verhältnisorientierten) Maßnahmen beim Lebenswelt-Träger selbst sowie der für die kommunale Daseinsvorsorge Zuständigen 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 Versicherte, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, hervor und verpflichtet für diese Gruppe die Krankenkassen zur Zusammenarbeit mit den Jobcentern³. 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 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 Rahmen-

³ Jobcenter sowohl als gemeinsam von Bundesagentur für Arbeit (BA) und Kommunen betriebene Einrichtungen als auch als zugelassene kommunale Träger der Grundsicherung.

bedingungen (**Verhältnisse**) im Setting als auch auf das gesundheitsbezogene **Verhalten** Einzelner gerichtet sind⁴. 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 wird. 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 „Präventionsketten“⁵) 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, sicherstellen⁶. Für die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Bildungseinrichtungen (Kitas, Schulen und Hochschulen) bestehen gemeinsame Schnittmengen zum Präventionsauftrag der Unfallversicherungsträger. Krankenkassen und Unfallversicherungsträger sollten sich daher über ihre jeweiligen Vorhaben informieren und bedarfsbezogen kooperieren⁷.

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 allein lebender 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 Bessergestellte⁸.

4 Vgl. auch Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2013). Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung. Bonn. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015). Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen 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.

5 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 wir-

kungsvoller einzusetzen (s. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de> „Prävention im Lebenslauf“).

6 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. (BVGPG).

7 Nationale Präventionskonferenz (2016). Bundesrahmempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. S. 8. (download: www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/fokus/praeventionsgesetz/s_praeventionsgesetz.jsp)

8 Über Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und Gesundheitszustand vgl. die Beiträge in Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung/Gesundheitsschutz. Bd. 59. Heft 2.

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 durchschnittlichem 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 Krankenkassen übergreifende Zusammenarbeit gemäß den in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V⁹ vorgesehenen Regularien reicht von wechselseitiger Information und Abstimmung über geplante Vorhaben bis zu gemeinsamer Durchführung und Finanzierung von Maßnahmen. Unabhängig davon, ob unterschiedliche Krankenkassen oder eine einzelne Krankenkasse in einer Lebenswelt Leistungen erbringen, stehen die erbrachten Leistungen allen GKV-Versicherten in der jeweiligen Lebenswelt zur Verfügung. Berührt das jeweilige Vorhaben den Zuständigkeitsbereich anderer Sozialversicherungsträger, sollten die Krankenkassen diese informieren und bedarfsbezogen Absprachen über eine Zusammenarbeit treffen¹⁰.

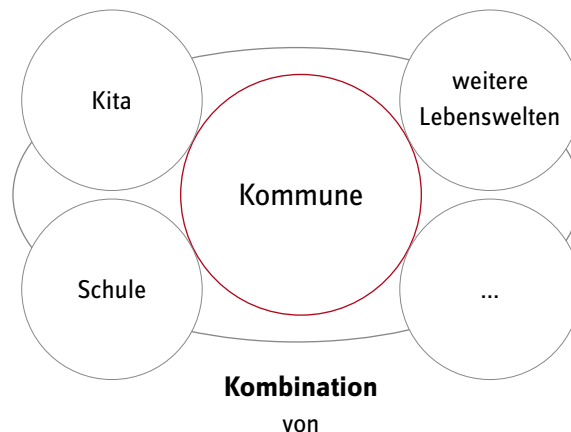
Über die in diesem Leitfaden beschriebenen Kriterien hinaus können Krankenkassen modellhaft unter wissenschaftlicher Begleitung innovative lebensweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote entwickeln und fördern. Dieses Vorgehen dient der inhaltlichen und methodischen Weiterentwicklung der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsför-

2016 (Leitthema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“) sowie Lampert, T., Kroll, L.E., von der Lippe, E., Müters, S. & Stolzenberg, H. (2013): Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung/Gesundheitsschutz. Bd. 56. Heft 5/6. 2013. 814-821. GBE kompakt 5/2010 (RKI Hrsg.): Armut und Gesundheit, Berlin.

9 Download Landesrahmenvereinbarungen: www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/praeventionsgesetz/s_praeventionsgesetz.jsp

10 Zur Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention grundlegend: Nationale Präventionskonferenz (2016). Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. Berlin (download: www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/praeventionsgesetz/s_praeventionsgesetz.jsp).

Abb. 2: Primärprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten



verhältnisbezogenen Maßnahmen

und

verhaltensbezogenen Maßnahmen

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

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

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

Information, Motivation, Kompetenzvermittlung, z. B.

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

Quelle: Eigene Darstellung

derung. 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“¹¹. Die Sensibilisierung aller Beteiligten für die Gesundheitsförderung sowie die Öffentlichkeitsarbeit stellen kontinuierliche Aufgaben während des gesamten Prozesses dar. Die Beratung und Qualifizierung der Träger und Verantwortlichen von Lebenswelten zum Aufbau und zur eigenständigen Weiterführung der Aktivitäten entsprechend dem nachstehend beschriebenen Gesundheitsförderungsprozess ist eine wesentliche Voraussetzung für die Verstetigung und Sicherung der Nachhaltigkeit.

1. Vorbereitungsphase: Durch persönliche und/oder mediengestützte Information und Beratung wecken und unterstützen die Krankenkassen das Interesse für Gesundheitsförderung und Prävention bei den für die Lebenswelt Verantwortlichen. In der persönlichen Beratung können interessierte Lebenswelt-Verantwortliche für nachhaltige Gesundheit in der Lebenswelt sensibilisiert, und es kann ein gemeinsames Verständnis von Gesund-

heitsförderung 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 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, so dass ein untereinander abgestimmtes Handeln – am besten innerhalb einer integrierten kommunalen bzw. Kommunen übergreifenden Gesamtstrategie – erfolgen kann. Das schließt die Nutzung bereits vorhandener Strukturen kassenartenübergreifender Organisationen und der Qualitätssicherung ein¹².

Die Krankenkassen wirken darauf hin, ein Steuerungsgremium zu bilden, welches den Gesamtprozess steuert und koordiniert. In diesem Gremium sollten die Verantwortlichen für die jeweilige Lebenswelt und ggf. weitere Akteure mitwirken, die Präventions- und Gesundheitsförderungsaufgaben für die Zielgruppen in der Lebenswelt versehen (z. B. Öffentlicher Gesundheitsdienst). Im Steuerungsgremium sind die Möglichkeiten einer Verstetigung und Sicherung der Nachhaltigkeit stets zu berücksichtigen. Im Vorfeld der Maßnah-

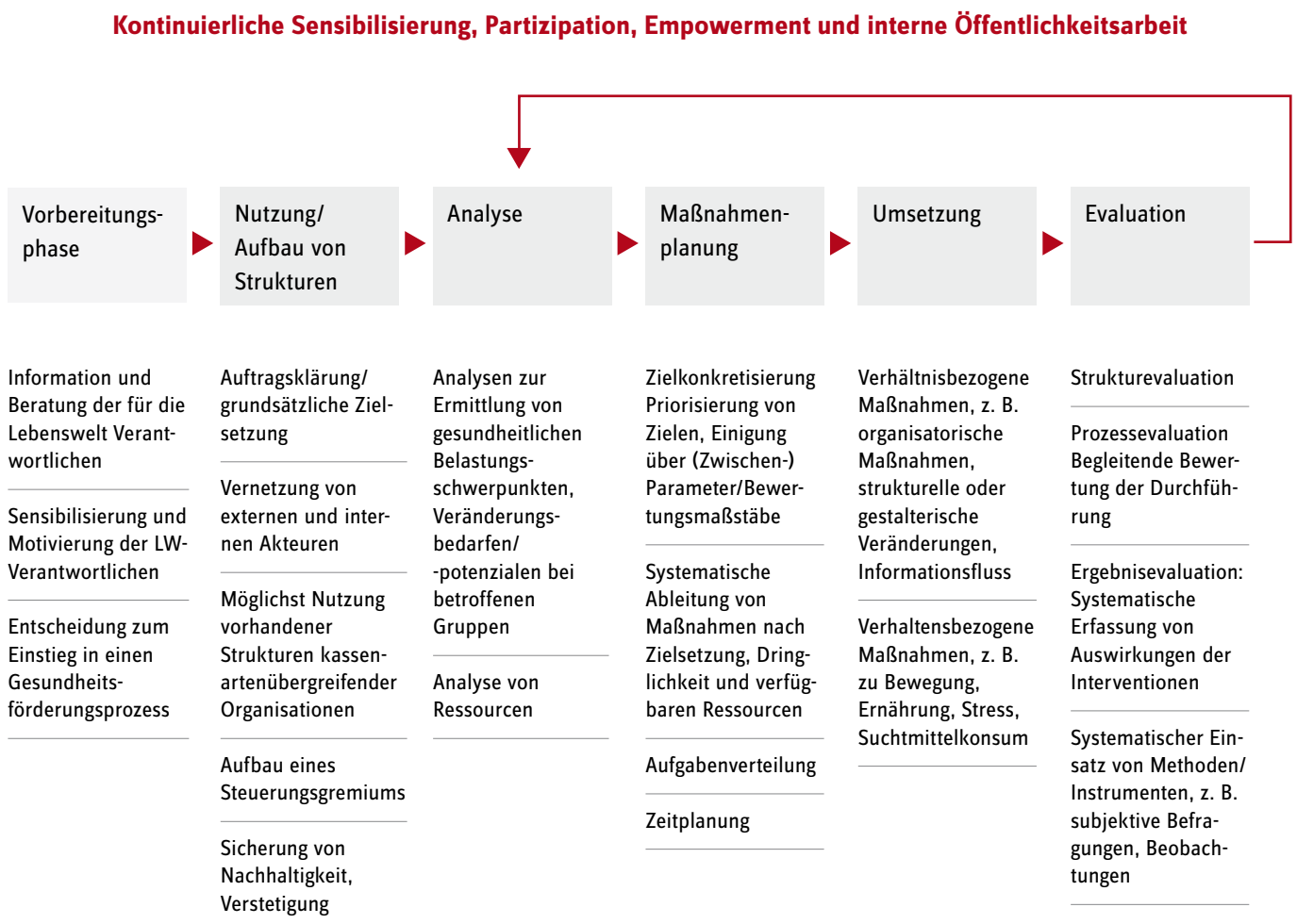
11 Zu Qualitätskriterien des lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsprozesses vgl. auch: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Berlin sowie am 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.

12 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.

men sollte im Steuerungsgremium ein gemeinsames, von allen getragenes Grundverständnis von lebensweltbezogener an den Verhältnissen und

dem Verhalten ansetzender Gesundheitsförderung sowie ein grundsätzliches Einverständnis über das weitere Vorgehen entwickelt werden.

Abb. 3: Der lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsprozess



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

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, 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 Gesundheitsberichterstattung, wissenschaftliche Literatur) 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 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 Instrumente¹³. Die Evaluationsergebnisse können für die Bestimmung des Handlungsbedarfs im folgenden Zyklus genutzt werden.

Zyklusphasen übergreifende Partizipation

Beteiligungsorientierte Methoden, wie z. B. Gesundheitszirkel und -werkstätten, sind geeignete Instrumente sowohl zur Analyse, Maßnahmenplanung, 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.

13 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.

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, nach einem spezifischen Multiplikatorenschulungskonzept geschulte Laien aus der Zielgruppe („Peers“), durch qualitätsgesicherte Konzepte und Programme und/oder finanziell unterstützt werden. Die Krankenkassen können dabei entsprechende Konzepte, Projekte und Programme eigenständig entwickeln, erproben und umsetzen und/oder Dritte mit der Entwicklung, Erprobung, Umsetzung und Evaluation beauftragen bzw. in Kooperation mit geeigneten Partnern, wie z. B. Universitäten, gemeinnützigen Vereinen, umsetzen.

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

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

Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten stehen grundsätzlich allen

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

Lebensweltbezogene Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten können von Krankenkassen unterstützt werden, wenn sie – entlang des oben dargestellten Gesundheitsförderungsprozesses bzw. -zyklus¹⁴ – die nachstehenden Bedingungen erfüllen:

- **Bedarfsermittlung:** Für die geplanten Aktivitäten wird ein Bedarf nachgewiesen.
- **Zielgruppenbestimmung:** Die Zielgruppen werden unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Personengruppen definiert.
- **Vielfalt/Diversität:** Die Vielfalt/Diversität der Zielgruppen wird berücksichtigt¹⁴.
- **Partnerschaften:** Vorhandene Strukturen, Einrichtungen, Netzwerke und Akteure, Finanzierungsträger (Drittmittel) im Setting werden ermittelt und möglichst genutzt bzw. eingebunden¹⁵. 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

¹⁴ Relevante Merkmale der Vielfalt (Diversität) sind unter anderem Alter, Geschlecht, Behinderung, Migrationshintergrund, sozio-ökonomischer Hintergrund, Religion/Weltanschauung.

¹⁵ Die originär zuständigen Träger müssen sich mit ihren jeweiligen Kompetenzen und finanziellen wie personellen Ressourcen an der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligen.

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, 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 Durchführung von Maßnahmen nach dem Lebenswelt-/Setting-Ansatz durch die – Krankenkassen bzw. in ihrem Auftrag erfolgt durch Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss mit Kenntnissen und Fähigkeiten in Gesundheitsförderung und Prävention einschließlich Systemkenntnisse der gesetzlichen Zuständigkeiten sowie insbesondere zu den Bereichen Prozess- und Projektmanagement und Organisationsentwicklung. Für individuumsbezogene Maßnahmen der verhaltensbezogenen Prävention im Rahmen des Lebenswelt- /Setting-Ansatzes gelten die Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern in Kapitel 5 entsprechend. Für Ansätze der „Peer-Education“ ist immer ein spezifisches zielgruppenadäquates Multiplikatorenschulungskonzept notwendig.

Von der Förderung ausgeschlossen sind insbesondere:

- Aktivitäten, die zu den **Pflichtaufgaben anderer Einrichtungen oder Verantwortlicher** gehören (z. B. die Suchtberatung durch

entsprechende Beratungsstellen oder Suchtprophylaxebeauftragte, Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsaufträge)

- **isolierte**, d. h. nicht in ein Gesamtkonzept eingebundene **Maßnahmen** externer Anbieterinnen und Anbieter
- **individuumsbezogene Abrechnung** von Maßnahmen
- **Förderanträge**, die **nicht von der Einrichtung/dem Einrichtungsträger selbst** gestellt werden
- **Forschungsprojekte** ohne Interventionsbezug
- **Screenings** ohne verhältnis- und verhaltensbezogene Intervention
- Aktivitäten von **politischen Parteien** sowie **parteinahen Organisationen und Stiftungen**
- Aktivitäten, die einseitig **Werbezwecken** für bestimmte Einrichtungen, Organisationen oder Produkte dienen
- **ausschließlich öffentlichkeitsorientierte Aktionen, Informationsstände** (z. B. bei Stadtteil-, Schul- und Kita-Festen, in öffentlichen Bereichen) oder ausschließlich mediale **Aufklärungskampagnen**
- **berufliche Ausbildung und Qualifizierungsmaßnahmen**, die nicht an das Vorhaben gebunden sind
- Kosten für **Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenstände, Mobiliar** und **technische Hilfsmittel**
- **Regelfinanzierung** von auf Dauer angelegten Stellen, z. B. in Beratungseinrichtungen¹⁶
- Angebote, die **weltanschaulich nicht neutral** sind.

¹⁶ 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.

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. Kommunen übergreifend) beziehen.

Die Kommunen verfügen über das grundgesetzlich verbriefte Recht, „alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln“ (Artikel 28 Abs. 2 Grundgesetz). Bei der Gesundheitsförderung kommt daher den Kommunen selbst eine Schlüsselfunktion zu. Es ist grundsätzlich Aufgabe der Kommunen, einen gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozess anzustoßen, zu koordinieren und zu leiten. In diesen sind immer auch andere verantwortliche Akteure einzubinden¹⁷.

17 Bär, G., Böhme, C. & Reimann, B. (2009). Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Deutsches Institut für Urbanistik. Berlin, S. 12. Stender, K.-P. (2004). Netzwerk Gesunde Städte. Gesundheit wird auch in Rathäusern entschieden. In: Göpel, E. & Schubert-

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 Akteuren¹⁸. 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. Um die Zusammenarbeit in der Primärprävention und Gesundheitsförderung zu intensivieren, haben die GKV und die kommunalen Spitzenverbände im Mai 2013 eine Empfehlung zur Zusammenarbeit im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune verabschiedet, die Bestandteil der Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz ist¹⁹.

4.5.2 Qualitätskriterien für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in Kommunen

Konzeptionelle Grundlagen kommunal orientierter Primärprävention und Gesundheitsförderung bieten:

Lehnhardt, V. (Hrsg.) Gesundheit gemeinsam gestalten 2. Kommunale Gesundheitsförderung. Frankfurt/M., 47-65, hier: S. 48.

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

19 Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz vom 19.02.2016 (download: www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/praeventionsgesetz/s_praeventionsgesetz.jsp).

• **Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit²⁰**

Der 2003 gegründete Kooperationsverbund mit über 65 Mitgliedern macht Angebote der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung über seine Datenbank transparent, vernetzt Institutionen aus verschiedenen Bereichen, fördert den Austausch von Wissenschaft und Praxis und verknüpft bestehende Strukturen. Der Kooperationsverbund hat 16 „Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit“ aufgebaut, die seit Anfang 2007 in allen 16 Bundesländern arbeiten. Ihr Auftrag ist es, den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren auf Landes- und kommunaler Ebene anzuregen, Good-Practice-Projekte zu identifizieren und zu verbreiten und damit die Qualitätsentwicklung zu fördern. Ein Schwerpunkt der Arbeit des Kooperationsverbundes ist seit 2011 der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle!“, in dessen Rahmen kommunale, lebensphasenübergreifende Gesundheitsstrategien („Präventionsketten“) die Voraussetzungen für ein möglichst langes und gesundes Leben für alle Menschen der Kommune unabhängig von der jeweiligen sozialen Lage verbessern sollen. Die Gesundheitsstrategien schaffen den Rahmen, um die auf kommunaler Ebene verfügbaren Unterstützungsangebote öffentlicher und privater Träger zusammenzuführen und sie über Altersgruppen und Lebensphasen hinweg aufeinander abzustimmen. Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit begleiten und beraten Kommunen hierbei²¹.

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

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

• **Netzwerk für Gesunde Städte²²**

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 Stadt²³**

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 benach-

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

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

teiliger Stadtteile und damit gleichzeitig ihre Lebensperspektiven zu verbessern. Anhand eines integrierten Handlungsprogramms sollen Probleme in besonders benachteiligten Stadtteilen identifiziert, Maßnahmen zur Problemlösung formuliert und Umsetzungsmöglichkeiten entwickelt werden. Notwendige Bedingung einer „Sozialen Stadt“ ist die Aktivierung und Beteiligung der Bevölkerung des Stadtteils. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind daher stets in die Prozesse der Maßnahmenplanung und -umsetzung einzubeziehen. Bei der Umsetzung der Maßnahmen kommt dem Quartiersmanagement eine besondere Funktion zu. Es bringt die unterschiedlichen Akteure aus Politik, Verwaltung, Schulen, freien Trägern, Bewohnerschaft, Gewerbe etc. durch Bildung und Moderation bereichsübergreifender Initiativen und Arbeitsgruppen zusammen. Themen der Gesundheitsförderung wurden 2005 in das Programm „Soziale Stadt“ integriert.²⁴

Auch zur Gesundheitsförderung im ländlichen Raum gibt es erfolgversprechende Beispiele, deren Erfahrungen für kooperatives Engagement der Krankenkassen mit den verantwortlichen Partnern genutzt werden können²⁵.

²⁴ 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.

²⁵ Beispiele für Gesundheitsförderung im ländlichen Raum: Die Modellprojekte „Gesunder Landkreis“ (Initiative Gesund.Leben.Bayern) und „Gesunde Gemeinde“ (Reutlingen) setzen den Fokus auf die Prävention und Gesundheitsförderung in der ländlichen Region. Bei „Gesunder Landkreis“ wird ein kommunales Netzwerk zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention vor Ort errichtet, ausgerichtet auf die Bedingungen und Bedarfe in den (insbesondere auch ländlichen) Regionen (<http://www.zpg-bayern.de/gesunder-landkreis.html>).

Eine „Gesunde Gemeinde“ zielt auf den Erhalt der Lebensqualität vor allem im ländlichen Raum des Landkreises Reutlingen ab. Hierfür wurde ein Qualitätzertifikat „Gesunde Gemeinden – Gesunde Städte im Landkreis Reutlingen“ entworfen, das mit Start in 2014 in drei Gemeinden modellhaft erprobt wird. Ziel ist die Erhöhung von Transparenz und Qualität bei gesundheitsförderlichen Angeboten sowie die Förderung von deren Weiter-

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 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.

entwicklung (s. Bericht der Arbeitsgruppe „Gesunde Gemeinden – Gesunde Städte im Landkreis Reutlingen (Zertifikatsentwicklung, als PDF-Datei verfügbar unter <http://www.kreis-reutlingen.de/kgk/Gesunde-Gemeinde-Gesunde-Stadt>).

Qualitätselemente integrierter und ressortübergreifender Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt Kommune

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

Stadtteilbezogene Bedarfsanalysen (Aufgabe der Kommunen):

- Datengewinnung, -aufbereitung und -zusammenführung zu einem breiten Spektrum gesundheitsbezogener Themen wie
 - umweltbezogene Gesundheitsbelastungen (z. B. Lärm- und Luftbelastung)
 - individuelle Gesundheitsbelastungen (z. B. Arbeitslosigkeit)
 - Gesundheitszustand der Bevölkerung (z. B. Übergewicht, Motorik- und Sprachstörungen bei Kindern)
 - Gesundheitsversorgung (z. B. Anzahl der Arztpraxen)
 - Gesundheitspotenziale (z. B. bewegungsanregende Infrastruktur, öffentliche Grünflächen,)
 - Ergänzung dieser Daten um qualitative Einschätzungen der Vor-Ort-Akteure und der Bewohnerschaft
 - ggf. Ergänzung dieser Daten um Daten der Sozialversicherungsträger

Konzeptentwicklung:

- Integration von Themen und Zielen der Gesundheitsförderung und Prävention in die „Integrierten Entwicklungskonzepte“

- hierbei Verbindung der klassischen Präventionsfelder Ernährung, Bewegung und Suchtprävention mit Themen und Zielen aus den Bereichen Umwelt und Städtebau

Strukturentwicklung:

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

Projektentwicklung durch Beteiligung und Zielgruppenorientierung:

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

Nutzung vorhandener und Schaffung neuer Finanzierungsmodelle:

- Mobilisierung und Zusammenführung von Ressourcen aus unterschiedlichen Quellen, z. B.:
 - Mittel für „Nichtbauliche Modellvorhaben“ des Programms „Soziale Stadt“
 - Mittel der „Verfügungsfonds“ des Programms „Soziale Stadt“
 - kommunale Mittel
 - Mittel von Stiftungen
 - GKV-Mittel nach § 20a SGB V auf der Grundlage dieses Leitfadens

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 krankenkassen- und bedarfsbezogen sozialversicherungsträger- übergreifend 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 7.1: 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, so dass bei diesen gute Chancen bestehen,

einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu pflegen und weiterzuentwickeln. Familien in der Phase der Schwangerschaft, mit Säuglingen und Kindern im Kleinkind-/Kindergartenalter sowie Alleinerziehende sollen als Zielgruppe bei Setting bezogenen 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 Depressionen²⁶; höherer Tabak-/Alkoholkonsum²⁷). (ist noch zu aktualisieren hinsichtlich Lit.)

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-/Kindergartenalter²⁸ sowie Alleinerziehende.

26 Cairney, J., Boyle, M., Offord, D.R. & Racine, Y. (2003). Stress, social support and depression in single and married mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Jg. 38. S. 442-429. Franz, M., Lensche, H. & Schmitz, N. (2003). Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Jg. 38. S. 59-68.

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

28 „Junge Familie“ mit einem jüngeren Kind: mindestens ein Erwachsener im „Familienverbund“ ist für dieses Kind er-

- 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 niedrigschwellig²⁹ in Einrichtungen in der Kommune (z. B. Bürgerzentren, Stadtteiltreffs) umgesetzt werden.
- Partnerschaften sind auch 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 versprechen³⁰, 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).

ziehungsberechtigt (Bevollmächtigungen von nicht direkt Erziehungsberechtigten – z. B. Großeltern – zur Teilnahme an Maßnahmen möglich).

- 29 Z. B. durch Beteiligung an Multiplikatoren Ausbildung (so weit eng gesundheitsbezogen) von Menschen im Setting zu Stadtteilmüttern, Gesundheitslotsen etc.
- 30 z. B. Angebote zur Stärkung von Elternkompetenz. Nicht bezuschussungsfähig sind Angebote zur frühkindlichen Förderung.

Ältere/alte Menschen in der Lebenswelt Kommune³¹

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 schenken³². 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 hat³³. Jedoch können einige gesundheitliche Risiken auch im höheren Lebensalter durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil und umweltbezogene Maßnahmen reduziert werden³⁴.

31 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 2016).

32 vgl. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2012). Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Berlin.

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

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

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 von verschiedenen Akteuren vor Ort sowie möglichst in Mitwirkung älterer Menschen erbracht werden³⁵. Die jeweils gesetzlich geltenden (Finanzierungs-)Zuständigkeiten, wie z. B. nach dem Pflegeversicherungs- und Sozialhilferecht, sind stets zu berücksichtigen.

Partnerschaften können insbesondere eingegangen werden mit:

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

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 Störungen³⁶. Zugleich ist ein beruflicher Wiedereinstieg für gesundheitlich eingeschränkte Erwerbslose erheblich erschwert. Mit Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention wird dieser Personenkreis eher schwer erreicht³⁷. 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 werden³⁸. 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 sowie die Agenturen für Arbeit. Die Kommune ist – über ihre mögliche Rolle als Träger

und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise, gefördert durch das BMG. Berlin.

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

36 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. & Moser, K. (2009).

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

38 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“).

der Grundsicherung hinaus – immer zentraler Akteur und Partner der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppe. Es ist zu empfehlen, weitere 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 stärken³⁹.

Bei einem gemeinsamen Vorgehen mit den Krankenkassen haben die Jobcenter/Agenturen für Arbeit folgende Aufgaben: Sie sollen die Zielgruppe für die Thematik „Gesundheit“ zur Verbesserung der individuellen (Wieder-) Eingliederungschancen ins Erwerbsleben sensibilisieren und sie für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil und – unter Beachtung des Grundsatzes der Freiwilligkeit – ggf. zu einer Teilnahme an gesundheitsfördernden und primärpräventiven Maßnahmen motivieren. Hierbei sind unterschiedliche Zugänge zur Zielgruppe möglich, z. B. über speziell geschulte Integrationsfachkräfte, beauftragte Träger von Arbeitsmarktintegrationsmaßnahmen oder über die Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit. Bei verhaltenspräventiven Bausteinen, die die Krankenkassen bereitstellen, sollte es sich insbesondere um zielgruppenspezifische Programme für Arbeitslose handeln⁴⁰. Zielgruppen gesundheitsförderlicher Programme können dabei

gemäß § 20a Abs. 1 Satz 5 SGB V auch Personen sein, deren berufliche Eingliederung auf Grund 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 vielfachen 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, Ärzte und Psychotherapeuten, 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

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

40 Evaluationsbericht Modellprojekt Arbeits- und Gesundheitsförderung von GKV und Bundesagentur für Arbeit: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_evaluation/160802_Gesamtbericht_Modellprojekt_BGF_barrierefrei.pdf

Gemeindeebene mit Vernetzung aller Zuständigen und Verantwortlichen in Bezug auf einzelne Suchtmittel sowie Suchtmittel übergreifend fördern.

Eine besonders vulnerable Zielgruppe sind Kinder aus suchtbelasteten Familien⁴¹ 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 Angeboten⁴². Bei allen Aktivitäten sollte die Bildung verlässlicher und tragfähiger Beziehungen im Vordergrund stehen. Es sollte darauf hingewirkt werden, dass die von Sucht- oder anderen psychischen Problemen betroffenen Eltern selbst therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Im Verweigerungsfall ist dies jedoch kein Hinderungsgrund für die Durchführung der an die Kinder gerichteten gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen. Krankenkassen können ferner die Qualifizierung der pädagogischen Fachkräfte in Kitas und Schulen zur 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. Darüber hinaus können in der Lebenswelt Freizeitgestaltung auch innovative Zugänge zu den Versicherten in digitaler Form erprobt werden.

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 beein-

41 Vgl. Drogen- und Suchtbericht 2017, S. 83-118. Download: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2017/2017_III_Quartal/170807_BMG_Drogenbericht_2017_online_RZ.pdf

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

flusst 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“⁴³, 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 Zusatzaufgabe zu begreifen, sondern stellen einen integralen Bestandteil des Bildungs- und Erziehungsauftrags der Kita dar.

4.6.1 Ziele von Gesundheitsförderung in Kitas

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas sollen insbesondere die Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung, Entspannung, Stressbewältigung, sozial-emotionaler Kompetenzen und Resilienz (Widerstandsfähigkeit) umfassen und in deren Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrag integriert sein⁴⁴. 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 Kita-Team sorgt für ein ausgewogenes und abwechslungsreiches Verpflegungsangebot aus gesunden Lebensmitteln einschließlich Getränken⁴⁵.
- 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 Kita-Team gemeinsam mit den Kindern freudvoll und gesellig gestaltet.
- Der Kita-Träger 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

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

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

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

Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung wird ausgelotet.

- Sozial-emotionale Kompetenzen (wie z. B. Selbststeuerung, Rücksichtnahme, Konfliktlösung) werden gestärkt.
- Die Gesundheitsförderungskompetenzen von Eltern werden gestärkt.
- Das Kita-Team wirkt bei Eltern und Kindern auf einen maßvollen Umgang mit insbesondere elektronischen Medien hin.
- Das Kita-Team 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 Kita-Team auch die Wahrnehmung seiner pädagogischen Aufgaben: So werden emotionale Spannungen sowie aggressive Handlungen verringert, das Zusammengehörigkeitsgefühl sowie die Freude und der Genuss bei gemeinsamen Aktivitäten gesteigert und die 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, Kompetenzen und Voraussetzungen zu achten. Hierzu gehören eine Transparenz des Geschehens in der Kita für die Eltern und ihre möglichst aktive Einbindung in gemeinsame Aktivitäten wie z. B. die Vorbereitung und Durchführung von Veranstaltungen mit dem Kita-Team. Dabei bietet es sich auch an, Möglichkeiten zur Veränderung familiärer Gewohnheiten, z. B. bei der Ernährung und dem Medienkonsum zu erörtern. Eltern mit Migrationshintergrund und geringen Deutschkenntnissen sollten hierbei möglichst bedarfsgerecht (z. B.

durch muttersprachliche Materialien bzw. Angebote) informiert und einbezogen werden.

4.6.2 Umsetzung von Gesundheitsförderung in Kitas

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

Leistungen der Krankenkassen in Kitas können zunächst an einzelnen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung anknüpfen. So sind z. B. Angebote zu gesunder Ernährung und Bewegung schon heute integraler Bestandteil des Kita-Alltags in sehr unterschiedlichen Ausprägungen. Bei entsprechender Nachfrage der Kitas kann die Arbeit des Personals und die Qualität der Angebote hierbei dadurch unterstützt werden, dass vermehrt bereits praxisgetestete, evaluierte und standardisierte 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 Kita-Träger den Beschluss zum Einstieg in einen integrierten Prozess der Bildungs- und Gesundheitsförderung fasst sowie ein entscheidungskom-

petentes internes oder einrichtungsübergreifendes Steuerungsgremium etabliert (mit Beteiligung des Kita-Trägers, der betrieblichen Verantwortlichen, der Krankenkasse, des zuständigen Unfallversicherungsträgers sowie der Eltern).

Wo immer möglich und sinnvoll, sollte das Kita-Team weitere Unterstützungsmöglichkeiten für die eigene Arbeit nutzen. In der Gemeinde können z. B. Kinderärztinnen und Kinderärzte, Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen 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 Kindertagesstätte auf, der z. B. durch Befragungen bei Eltern und Erzieherinnen und Erziehern erhoben wird.
- Es handelt sich um Gemeinschaftsprojekte mit mehreren Partnerinnen und Partnern bzw. Finanzierungsverantwortlichen. Insbesondere hat auch der Kita-Träger 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 Schule⁴⁶

Die Schule eignet sich insbesondere für zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung, weil hier alle Kinder und Jugendlichen einer bestimmten Altersstufe erreicht werden können. Die gesundheitlichen Bedingungen an Schulen sind mitentscheidend dafür, mit welcher Qualität die Schule ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag erfüllen kann. Bildungspolitische Reformen wie z. B. der Ausbau der Ganztagsbetreuung und die Inklusion behinderter Schülerinnen und Schüler 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 entwickeln⁴⁷.

⁴⁶ Neben den allgemein- und berufsbildenden Schulen stellen auch Universitäten und Fachhochschulen wichtige Lebenswelten dar, in welchen sich Krankenkassen gesundheitsförderlich und präventiv engagieren. Die für Schulen geltenden Förderkriterien gelten für Universitäten und Fachhochschulen entsprechend.

⁴⁷ 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, 364-432; Barkholz, U., Gabriel, R., Jahn, H.,

Die gesetzlichen Krankenkassen haben zwischen 2003 und 2008 das Modellvorhaben „gesund leben lernen“ (gll), ein kassenartenübergreifendes Schulprojekt in drei Bundesländern mit den jeweiligen Landesvereinigungen für Gesundheit gefördert. In den letzten Jahren sind weitere qualitativ 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 auszeichnen⁴⁸.

Die Evaluation des Projekts „gesund leben lernen“ zeigt ebenso wie die Evaluationen und Erfahrungen anderer großer Gesundheitsförderungsprojekte, dass Gesundheitsförderung in Schulen nach dem Setting-Ansatz mit Unterstützung durch die Krankenkassen dann erfolgreich ist, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. 4.7.2)⁴⁹.

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 zu Beschaffung und Bewertung von Gesundheitsinformationen sowie zu selbstbestimmtem gesundheitsbezogenen Handeln werden gestärkt.
- Durch eine angemessene Gestaltung der Gebäude, Einrichtungen/Möblierung, Spielflächen, des Verpflegungsangebots⁵⁰,

Paulus, P. (2001). Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen. Hrsg. vom Bundesministerium für Bildung und Forschung.
48 z. B. „Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland“ Internet: www.anschub.de; Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW. Internet: www.bug-nrw.de. Paulus, P. (2010): Die gute gesunde Schule. Mit Gesundheit gute Schule machen. Hrsg. Verein Anschub.de und BARMER GEK.
49 Paulus, P., Schumacher, L., Sieland, B., Burrows, E., Rupprecht, S. & Schwarzenberg, K. (2014):. Evaluationsbericht „Gemeinsam gesunde Schule entwickeln“. Eine Initiative der DAK-Gesundheit. Lüneburg: Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG Forschungs- und Arbeitsberichte, Band 30), Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de und www.schulenentwickeln.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. & Gediga, G. (2008). Evaluation von Anschub.de. Wirkung eines Programms zur Förderung der guten gesunden Schule. Download: www.anschub.de, Dokumente, Evaluationsergebnisse. DGUV (2017). Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule. Informationen und Umsetzungshilfen für Schulleitungen. DGUV Information 202-058. Berlin.

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

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 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.

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 strukturellen Bedingungen erfüllt sein bzw. werden:

- Bildung einer Steuerungsgruppe bzw. Bestellung eines entscheidungskompetenten Schulprojektteams mit Vertreterinnen und Vertretern aller relevanten Gruppen und Akteuren. 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 in Frage 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 Schüler, Imagestärkung der Einrichtung etc.) schulintern kommuniziert und diskutiert werden.

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

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

Die Rahmenvereinbarung soll auch die Verpflichtung der Schule zu einer Dokumentation und Evaluation enthalten. Hierzu empfiehlt der GKV-Spitzenverband die kontinuierliche Maßnahmendokumentation und mindestens den regelmäßigen Einsatz des Strukturbogens zu festgelegten Zeitpunkten⁵¹. Darüber hinaus sind in der Rahmenvereinbarung auch verbindliche Zeitpunkte für gemeinsame Zwischenbilanzen

⁵¹ Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu § 20 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008). Bergisch Gladbach; Download: www.gkv-spitzenverband.de unter Krankenversicherung/Prävention, Selbsthilfe, Beratung/Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung/Qualitätsmanagement (Handbuch Schule).

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

Die Unterstützung durch die Schulbehörden ist erforderlich. Ohne diese Unterstützung, insbesondere der Kultusbehörden und der Schulträger bleibt jedes Engagement noch so motivierter Akteure letztlich wirkungslos, vergeudet Ressourcen und demotiviert diejenigen, die zur Partizipation gewonnen wurden. Mindestens ebenso wichtig wie finanzielle oder infrastrukturelle Unterstützung sind Freistellungen von Unterrichtsstunden als (Teil-) Ausgleich für die zusätzliche Arbeitsbelastung der beteiligten

Lehrkräfte. Qualifizierungsmaßnahmen von Lehrkräften im Rahmen des Gesundheitsförderungsprojektes sollten als Fortbildung durch die zuständigen Landeslehrinstitute anerkannt werden. Neben der Ressource „Zeit“ (s. o.) ist die damit verbundene behördliche Wertschätzung für die Beteiligten ein Erfolgsfaktor.

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

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 - handlungsleitend⁵².

- 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 Gesundheitsbericht-

erstattung 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.

⁵² 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.