



PRÄVENTIONSBERICHT 2016

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung
Berichtsjahr 2015

Impressum

Autoren

Nadine Schempp,
Dr. Harald Strippel MSc
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

Herausgeber

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de

GKV-Spitzenverband
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin-Mitte
Telefon: 030 206288-0
Telefax: 030 206288-88
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Gestaltung

BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Druck

das druckhaus print und neue medien
41352 Korschenbroich

November 2016

ISSN 2198-0004

Fotonachweis

Titel: Syda Productions (fotolia.com)
S. 5 Kiefer: Tom Maelsa;
Pick: MDS/Ekkehard Viefhaus
S. 11 Foto NPK: Andrea Katheder
S. 15 Kücking, Liedtke: Jenny Sieboldt
S. 16 Pernack: privat; Mall: Robert Trottmann
S. 18 Grimm: Stefanie Rochel;
Wagemann: Annette Dyba
S. 20 Grossmann: Claudia Feichtner
S. 21 Schreiner-Kürten: Jenny Sieboldt;
Wanek: Horst Kasten
S. 23 Handschuch: Jenny Sieboldt
S. 24 Dold: privat
S. 25 Uschold: Jenny Sieboldt
S. 27 Hupfeld: Yan Revazov;
Waiß: Jenny Sieboldt;
Tempelmann: Claudia Steinau;
Bockermann: privat
S. 47 Wagner: Bettina Uhrmann

PRÄVENTIONSBERICHT 2016

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung
Berichtsjahr 2015

GKV-Spitzenverband, Berlin

**Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen, Essen**

Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene

AOK-Bundesverband, Berlin



BKK Dachverband, Berlin



IKK e. V., Berlin



Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel



Knappschaft, Bochum



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin





Vorwort

Seit 15 Jahren gibt die gesetzliche Krankenversicherung gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. jährlich den Präventionsbericht heraus. Was über viele Jahre als freiwilliges Kennzahlensystem aufgebaut und seit 2007 mit eigenen Präventions- und Gesundheitsförderungszielen unterlegt wurde, gewinnt nun mit den Regelungen des am 25. Juli 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes eine neue Bedeutung. Die Dokumentation der Krankenkassen zu ihren Leistungen nach § 20 Abs. 4 SGB V wird zukünftig in den trägerübergreifenden Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz einfließen. Die GKV-Präventions- und Gesundheitsförderungsziele wurden bisher bezogen auf die Arbeitswelt auf freiwilliger Basis mit den Zielen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) abgestimmt. Zukünftig werden entsprechend den neuen gesetzlichen Regelungen neben den GDA-Zielen auch die gemeinsam mit den anderen Trägern der Nationalen Präventionskonferenz abgestimmten Ziele berücksichtigt. Dies ist eine Entwicklung, die wir sehr begrüßen.

Die Umsetzung des Präventionsgesetzes ist auf Bundesebene, in den Ländern und bei den Krankenkassen vor Ort in vollem Gang. Der Schwerpunktteil des Präventionsberichts 2016 gibt einen Überblick über die verschiedenen Facetten der neuen gesetzlichen Regelungen und über den aktuellen Umsetzungsstand bis September.

Im Berichtsjahr 2015 verstärkten die Krankenkassen wiederum ihr Engagement in Lebenswelten wie Kindertagesstätten und Schulen und erreichten mehr Beschäftigte in Betrieben. Damit leistet die GKV einen Beitrag zur Bewältigung der großen Herausforderungen in einer Gesellschaft mit sozial bedingt ungleichen Gesundheitschancen, mit einer älter werdenden Bevölkerung und einer Vielzahl von Erkrankungen, die durch Prävention und Gesundheitsförderung verhindert oder zumindest hinausgezögert werden können.

Auch 2016 stehen die Signale auf Expansion. Ab 2016 und in den Folgejahren wird es mit den gesetzlich geregelten Mindestausgaben für die lebensweltbezogene und die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention einen weiteren Leistungsausbau seitens der Krankenkassen geben. Dieser quantitative und qualitative Ausbau braucht Zeit. Nachhaltige gesundheitliche Auswirkungen sind vor allem dann zu erwarten, wenn nicht nur die GKV-getragene Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt wird, sondern neben den anderen Sozialversicherungsträgern alle verantwortlichen Akteure in Bund, Ländern, Kommunen und Betrieben mitwirken und mit eigenen Ressourcen einen weiteren Beitrag leisten, um diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe mit verstärkten Anstrengungen zu bewältigen.

Wir danken den Kolleginnen und Kollegen in allen Krankenkassen für ihr präventives und gesundheitsförderliches Engagement und für die Dokumentation ihrer Aktivitäten, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des MDS für die Auswertung und Berichterstellung. Auch den Autorinnen und Autoren des Schwerpunktteils danken wir für ihre Beiträge.

Den Leserinnen und Lesern wünschen wir eine interessante Lektüre.

Gernot Kiefer
Vorstand
GKV-Spitzenverband, Berlin

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS, Essen



Inhalt

Zusammenfassung	8
Themenschwerpunkt: Präventionsgesetz	10
Die nationale Präventionsstrategie	11
Prävention gemeinsam regional denken und gestalten	16
Regionale Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung	18
Das Präventionsforum – eine Plattform für interdisziplinären Austausch	20
Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention	21
Einheitliche Zertifizierung von Präventionskursen	23
Ärztliche Präventionsempfehlung	25
Beauftragung der BZgA	26
Zahlen im Überblick	28
Ausgaben gesamt	30
Inanspruchnahme nach Geschlecht	31
Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	32
Settings der Gesundheitsförderung	33
Art der Settings	34
Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“	35
Erreichte Personen	36
Laufzeit der Gesundheitsförderung in Lebenswelten	38
Zielgruppen	39
Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben	40
Koordination und Steuerung	41
Bedarfsermittlung und Gesundheitszirkel	42
Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	43
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	44
Erfolgskontrollen	45

Betriebliche Gesundheitsförderung	46
Überbetriebliche Vernetzung und Beratung	47
Erreichte Betriebe	49
Branchen	50
Betriebsgröße	51
Erreichte Beschäftigte	52
Zielgruppen	53
Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten	54
Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung	55
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße	56
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen	57
Koordination und Steuerung	58
Bedarfsermittlung	59
Gesundheitszirkel	60
Arbeitsunfähigkeitsanalysen	60
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	61
Inhaltliche Ausrichtung der verhältnisbezogenen Interventionen	62
Inhaltliche Ausrichtung der verhaltensbezogenen Interventionen	63
Erfolgskontrollen	64
Individueller Ansatz	65
Inanspruchnahme	66
Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern	67
Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	68
GKV-Präventionsziele	72
Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013 bis 2018 im Setting-Ansatz	73
Zielerreichungsgrad im Setting-Ansatz	74
Arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013 bis 2018	76
Zielerreichungsgrad in der betrieblichen Gesundheitsförderung	77
Empfehlungen und Ausblick	81
Präventions- und Gesundheitsförderungsziele	81
Quantitative und qualitative Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung	81
Anhang	82
Wichtige Kennziffern	82
Gesetzliche Grundlagen	83
Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention	87
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention	87
Erhebungsmethode und Auswertung	88
Tabellenband	88
Abbildungsverzeichnis	89
Arbeitsgruppe zur Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation	90

Zusammenfassung

Der Präventionsbericht 2016 gibt einen Überblick über die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung für das Berichtsjahr 2015.

Die Zahlen in der Zusammenfassung sind gerundet. Die nicht gerundeten Werte sind dem Tabellenband zum Präventionsbericht 2016 zu entnehmen (www.mds-ev.de).

Themenschwerpunkt

Die wesentlichen Neuregelungen, die mit dem am 25. Juli 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz verbunden sind und seit Mitte 2015 zur Umsetzung vorbereitet bzw. umgesetzt werden, bilden den Themenschwerpunkt dieses Präventionsberichts.

Zahlen im Überblick

Mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten konnten rund 2,5 Mio. Menschen in über 24.000 Settings - z. B. in Schulen oder Stadtteilen - direkt erreicht werden. Die Krankenkassen investierten in Aktivitäten dieses Ansatzes der Gesundheitsförderung insgesamt mehr als 38 Mio. Euro; das entspricht 0,54 Euro je Versicherten. Im Vergleich zum Vorjahr ergab sich ein Ausgabenzuwachs von 20 %.

Mit Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung konnten rund 1,3 Mio. Beschäftigte in knapp 11.000 Betrieben direkt erreicht werden. Die Krankenkassen investierten 2015 mehr als 76 Mio. Euro in die betriebliche Gesundheitsförderung. Dabei stiegen die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 12 %.

In der individuellen verhaltensbezogenen Prävention fördern die Krankenkassen die Teilnahme an Präventionskursen. Dies waren 2015 rund 1,7 Mio. Teilnahmen an individuellen Kursangeboten zur Vermittlung gesundheitsrelevanter Kompetenzen. Dabei ist die Anzahl der geförderten Teilnahmen in etwa so hoch wie im Vorjahr. Die Krankenkassen wendeten mehr als 203 Mio. Euro für die Unterstützung bzw. Durchführung individueller Präventionsangebote auf und damit 5 % mehr als 2014.

Insgesamt investierten die Krankenkassen in die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung über 317 Mio. Euro. Dies sind 9 % mehr als im Jahr 2014. Damit leisten sie einen erheblichen Beitrag zu der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, Gesundheitsförderung und Prävention auszubauen.

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Die Krankenkassen fördern und begleiten Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme in Lebenswelten wie Kitas, Schulen und Kommunen. Das Ziel ist es, unter Beteiligung der Menschen im Setting die strukturellen Bedingungen für Gesundheit im direkten Umfeld zu optimieren und dadurch eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens zu erleichtern.

Als Indikator für das Erreichen sozial Benachteiligter kann die Erreichung von Menschen in „sozialen Brennpunkten“ herangezogen werden. Zu sozialen Brennpunkten zählen Wohngebiete, in denen die Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind. 43 % der durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung erreichten Grundschulen und 24 % der erreichten Kitas lagen in solchen Wohngebieten. Die Maßnahmen der Krankenkassen sind für einen bestimmten Zeitraum angelegt und werden im Anschluss in die Eigenverantwortung der Beteiligten im Setting übergeben. Die durchschnittliche Laufzeit der Gesamtprogramme im Berichtsjahr betrug ein Jahr und neun Monate.

Der inhaltliche Schwerpunkt der Interventionen richtet sich nach dem Bedarf im jeweiligen Setting. Ernährung, Bewegung, Stressreduktion und die Stärkung psychischer Ressourcen sind die häufigsten Themen der Interventionen. Dabei waren 71 % der Aktivitäten darauf ausgerichtet, die Strukturen und Abläufe in den Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten und gleichzeitig den Menschen im Setting Kompetenzen für gesundheitsgerechte Verhaltensweisen zu vermitteln.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung ist es, psychische und körperliche Belastungen der Beschäftigten am Arbeitsplatz gering zu halten und die Gesundheit und Resilienz der Beschäftigten zu stärken.

Mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung konnten 1,3 Mio. Beschäftigte direkt und weitere 440.000 Beschäftigte indirekt, z. B. durch die Informationsweitergabe durch Kolleginnen und Kollegen, erreicht werden. Am häufigsten engagierten sich mittlere und größere Betriebe mit 100 bis unter 500 Mitarbeitern für betriebliche Gesundheitsförderung. Die mittlere Laufzeit der jeweiligen Krankenkassen-Aktivitäten in den Betrieben betrug 29 Monate, also etwa zweieinhalb Jahre.

Bei der Hälfte der krankenkassengeforderten Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung waren – neben den Krankenkassen – weitere außerbetriebliche Partner eingebunden. Am häufigsten brachte die gesetzliche Unfallversicherung Ressourcen ein.

Die Krankenkassen bieten Betrieben an, Arbeitsunfähigkeitsprofile (AU-Profile)/betriebliche Gesundheitsberichte zu erstellen. Dies gibt einen Überblick über die Häufigkeit, Verteilung und Dauer gemeldeter Krankheitsfälle im Vergleich zu den Durchschnittswerten in der jeweiligen Branche. Im Jahr 2015 erstellten die Krankenkassen rund 9.000 AU-Profile.

Über die Hälfte (52 %) der Maßnahmen war sowohl auf die gesundheitsförderliche Umgestaltung von Strukturen und Abläufen im Betrieb als auch auf das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten bezogen.

Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Individuelle Präventionsangebote sollen die Versicherten motivieren und befähigen, die Möglichkeiten einer gesunden Lebensführung auszuschöpfen und damit auch Erkrankungen vorzubeugen.

Mit 71 % wurden Kursangebote zum Thema Bewegung am häufigsten nachgefragt. Ein Viertel der Kursteilnahmen fand zum Thema Stressbewältigung statt.

Individuelle Kursangebote werden überwiegend von Frauen in Anspruch genommen. 81 % der Teilnehmer und Teilnehmerinnen sind weiblich.

Präventionsziele

Die gesetzliche Krankenversicherung legt seit 2007 auf freiwilliger Basis in regelmäßigen Abständen bundesweite Präventions- und Gesundheitsförderungsziele fest. Die für 2015 geltenden Ziele wurden 2013 erstmals eingeführt und gelten bis 2018. Im Präventionsbericht wird der Erreichungsgrad der Ziele gemessen.

Empfehlungen und Ausblick

Die Ergebnisse des Präventionsberichts legen weitere Anstrengungen nahe, um mehr Kinder und Jugendliche in Haupt-, Förder- und Berufsschulen durch multifaktoriell ausgerichtete verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu erreichen.

Im Hinblick auf das arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderungsziel, mehr kleine und mittlere Betriebe zu erreichen, sollte zukünftig verstärkt der Ansatz der überbetrieblichen Vernetzung und Beratung gemäß dem Leitfaden Prävention gewählt werden.

Das Engagement der Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung wird sich unter den Rahmenbedingungen der seit 1. Januar 2016 finanzwirksamen neuen gesetzlichen Regelungen im Dritten Abschnitt des SGB V zukünftig quantitativ verstärken. Mit der Nationalen Präventionsstrategie, den Landesrahmenvereinbarungen sowie den regionalen Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung entwickeln die Krankenkassen ihre Leistungen qualitativ insbesondere hinsichtlich der Kooperationsstrukturen weiter.

Ein solcher quantitativer und qualitativer Ausbau benötigt Zeit und das Engagement nicht nur der Krankenkassen, sondern aller verantwortlichen Partner. Dies sind neben den Trägern der Nationalen Präventionskonferenz alle weiteren Partner eines gesamtgesellschaftlichen Präventions- und Gesundheitsförderungsansatzes, die in der Begründung zum Präventionsgesetz genannt sind.

Themenschwerpunkt: Präventionsgesetz

Die wesentlichen Neuregelungen, die mit dem am 25. Juli 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz verbunden sind und seit Mitte 2015 zur Umsetzung vorbereitet bzw. umgesetzt werden, bilden den Themenschwerpunkt dieses Präventionsberichts.

Der Beitrag „Die nationale Präventionsstrategie“ skizziert die in den §§ 20d und e SGB V angelegte Nationale Präventionskonferenz, die sich bereits im Oktober 2015 konstituiert hat, und beschreibt die beiden Kernelemente der Präventionsstrategie, die bereits am 19. Februar dieses Jahres erstmals verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen und den 2019 erstmals vorzulegenden trägerübergreifenden Präventionsbericht. Außerdem stellt der Beitrag den Bezug zwischen den bundeseinheitlichen trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen und den Landesrahmenvereinbarungen her.

Unter dem Titel „Prävention gemeinsam regional denken und gestalten“ wird über die Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie auf Ebene der Länder berichtet. Inhalte der Landesrahmenvereinbarungen gemäß § 20f SGB V und die Prozesse der Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungsträgern, den Ländern und weiteren verantwortlichen Akteuren werden beschrieben.

Im Beitrag „Regionale Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung“ wird veranschaulicht, wie die Krankenkassen gemeinsam für Unternehmen Beratung und Unterstützung bezüglich der betrieblichen Gesundheitsförderung anbieten und dabei mit örtlichen Unternehmensorganisationen zusammenarbeiten. Die regionalen Koordinierungsstellen nach § 20b SGB V auf Landesebene werden ihre Informations- und Beratungstätigkeit ab 2017 aufnehmen.

Die Beratung der Nationalen Präventionskonferenz durch Vertretungen der maßgeblichen Organisationen und Verbände im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung gemäß

§ 20e Absatz 2 SGB V wird im Beitrag „Das Präventionsforum – eine Plattform für professionsübergreifenden und interdisziplinären Austausch“ beschrieben.

Der Beitrag „Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention“ skizziert die inhaltliche Fortschreibung der einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 SGB V sowie die dabei erweiterte Einbindung unabhängigen Sachverständigen.

Unter dem Titel „Einheitliche Zertifizierung von Präventionskursen“ wird dargestellt, wie der GKV-Spitzenverband die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Präventionsleistungen nach § 20 Absatz 2 SGB V umsetzt und wie die Qualitätsprüfung im Auftrag der Mehrzahl der Krankenkassen erfolgt.

Der Beitrag „Ärztliche Präventionsempfehlung“ beschreibt den Prozess und Sachstand bezüglich der Änderungen in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Gesundheitsuntersuchungen und den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche in Folge der in § 20 Abs. 5 SGB V verankerten Berücksichtigung einer ärztlichen Präventionsempfehlung durch die Krankenkasse bei ihrer Entscheidung zur Förderung einer individuellen verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahme.

Die in § 20a Absatz 3 und 4 SGB V geregelte „Beauftragung der BZgA“ zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung wird im letzten Beitrag des Themenschwerpunkts hinsichtlich wesentlicher vereinbarter Leistungsinhalte und damit verfolgter Ziele vorgestellt.

Die nationale Präventionsstrategie

Zentrales Anliegen des am 25. Juli 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes ist, die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten (z. B. Kommunen, Kitas, Schulen, Pflegeeinrichtungen) und in Betrieben zu stärken. Für maßgebliche Impulse soll hierfür eine Reihe neuer Regelungen sorgen, die darauf abzielen, die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger zu fördern, sowohl untereinander als auch mit den für die Lebenswelten und Betrieben verantwortlichen Akteuren. Die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung wurden beauftragt, eine Nationale Präventionskonferenz zu konstituieren und im Rahmen dieser eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben. Ein in der Regel jährlich stattfindendes Präventionsforum soll für die Rückkopplung des Gremiums mit der Fachöffentlichkeit sorgen.

Nationale Präventionskonferenz (NPK)

Die Nationale Präventionskonferenz ist im Präventionsgesetz als Arbeitsgemeinschaft der Spitzenorganisationen von gesetzlicher Kranken-, Unfall-, Renten- und sozialer Pflegeversicherung mit folgender Sitzverteilung angelegt:

- GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung (zwei Sitze)
- GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der sozialen Pflegeversicherung (zwei Sitze)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV) und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Spitzenorganisationen der gesetzlichen Unfallversicherung (jeweils ein Sitz)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) als Spitzenorganisation der gesetzlichen Rentenversicherung (zwei Sitze)

Im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung sieht das Gesetz zudem einen Sitz für den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. vor. Als Mitglieder mit beratender Stimme sind gesetzlich festgelegt: Bund und Länder (mit



Teilnehmerinnen und Teilnehmer der konstituierenden Sitzung der Nationalen Präventionskonferenz am 26. Oktober 2015 beim GKV-Spitzenverband in Berlin

jeweils vier Sitzen), die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene (jeweils ein Sitz), die Bundesagentur für Arbeit (ein Sitz), die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (jeweils ein Sitz), Vertretungen der Patientinnen und Patienten (zwei Sitze) sowie das Präventionsforum, vertreten durch die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (ein Sitz).

Am 26. Oktober 2015 hat sich die Nationale Präventionskonferenz konstituiert. Damit fiel der Startschuss für die von den Trägern zu entwickelnde und fortzuschreibende nationale Präventionsstrategie, d. h. für die Vereinbarung von Bundesrahmenempfehlungen (als Basis für auf Länderebene zu schließende Landesrahmenvereinbarungen) sowie für den im Vierjahresrhythmus zu erstellenden trägerübergreifenden Präventionsbericht.

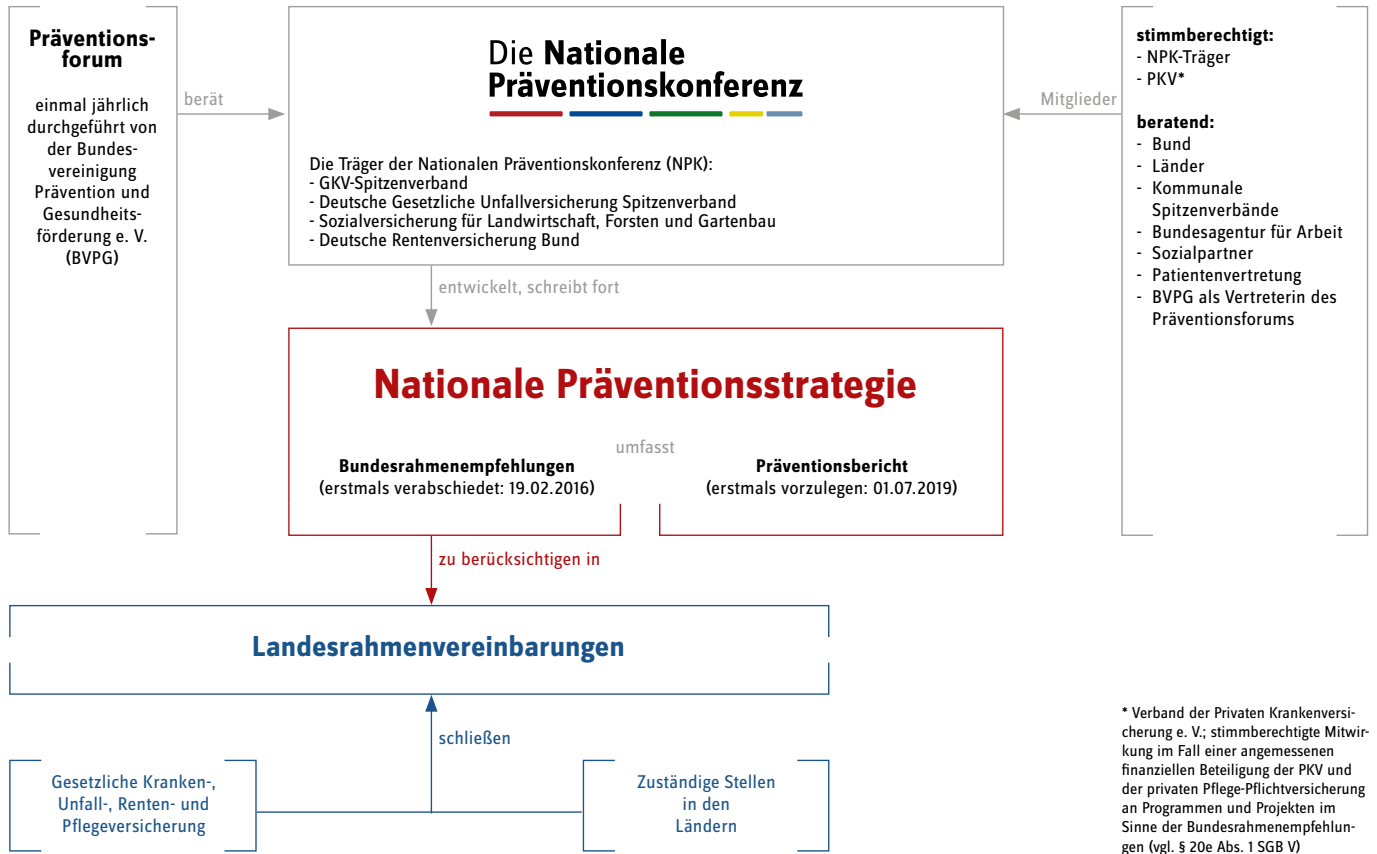
Bundesrahmenempfehlungen

Die Bundesrahmenempfehlungen (laut Gesetz „bundeseinheitliche, trägerübergreifende Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention“) dienen der „Sicherung und

„Wichtig ist nun, die verfassten Strategien zeitnah für den Versicherten im Rahmen von sozialversicherungsträgerübergreifenden Projekten erlebbar zu machen.“

Arnd Spahn, alternierender Vorstandsvorsitzender der SVLFG

Abb. 1 Nationale Präventionsstrategie (§ 20d SGB V)



Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und Betrieben zuständigen Träger und Stellen“ (§ 20d Abs. 3 SGBV). Hierfür sind gemeinsame Ziele, vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten festzulegen. Bei den Zielen sollen zudem die Ziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrate-

gie (GDA) sowie die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen berücksichtigt werden.

Die Bundesrahmenempfehlungen sind von den NPK-Trägern im Benehmen mit fünf Bundesministerien (Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium des Innern) und allen 16 Bundesländern zu vereinbaren. An der Vorbereitung sind die Bundesagentur für Arbeit, die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende (über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene), die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden sowie die Träger

„Die Bundesrahmenempfehlungen bieten eine gute, erstmals trägerübergreifende Basis für erfolgreiche Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Diese gilt es jetzt gemeinsam mit allen relevanten Partnern vor Ort mit Leben zu füllen.“

Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes

Inhalte der Bundesrahmenempfehlungen

Die am 19. Februar 2016 erstmals verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen sind in drei am Lebenslauf orientierte Ziele gegliedert, denen sich die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und sozialen Pflegeversicherung entsprechend ihrem jeweiligen Gesetzesauftrag widmen: „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund im Alter“. Mit der Systematik soll gewährleistet werden, dass grundsätzlich jede Person mit den lebens- bzw. arbeitsweltbezogenen Angeboten der Sozialversicherungsträger in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung, Sicherheit und Teilhabe erreicht werden kann. Für alle drei Zielbereiche sind in den Bundesrahmenempfehlungen wesentliche gesundheitsförderliche Handlungsbedarfe und prioritäre Zielgrup-

pen beschrieben. Beim Ziel „Gesund aufwachsen“ liegt der Fokus bspw. auf werdenden und jungen Familien, Kindern, Jugendlichen, Auszubildenden und Studierenden. Es wird skizziert, welche lebens- und arbeitsweltbezogenen Leistungen die vier Sozialversicherungen jeweils vorhalten, um zur Erreichung der Ziele bzw. Zielgruppen beizutragen. Auch auf Kooperationsmöglichkeiten und Kooperationserfordernisse wird eingegangen. Dabei wird sowohl die Zusammenarbeit der beteiligten Sozialversicherungsträger untereinander in den Blick genommen (von wechselseitiger Information über Abstimmungen bis zu gemeinsamen Aktivitäten) als auch die Zusammenarbeit mit Dritten.

der öffentlichen Jugendhilfe (über die obersten Landesjugendbehörden) zu beteiligen.

Ihre gemeinsame Arbeit an der Entwicklung der Bundesrahmenempfehlungen nahmen die NPK-Träger unmittelbar nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes auf. Die Entwicklungsphase erstreckte sich ungefähr über ein halbes Jahr und beinhaltete neben den gesetzlich vorgegebenen Abstimmungen auch ein Stimmverfahren mit den beratenden NPK-Mitgliedern. In der zweiten Sitzung der Nationalen Präventionskonferenz am 19. Februar 2016 wurden die Bundesrahmenempfehlungen erstmals verabschiedet.

Landesrahmenvereinbarungen

Die konkrete Ausgestaltung des auf Bundesebene von der NPK gesteckten Rahmens für die lebens- und arbeitsweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung obliegt den Akteuren in den Ländern und Kommunen. Um auch hier die

Zusammenarbeit zu stärken, sieht das Präventionsgesetz Landesrahmenvereinbarungen vor, in denen sich die gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung mit den Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie mit den in den Bundesländern zuständigen Stellen auf gemeinsame Grundsätze ihrer Zusammenarbeit vor Ort verständigt. Dabei sind sowohl die Bundesrahmenempfehlungen zu berücksichtigen als auch die jeweiligen regionalen Erfordernisse.

Ebenso wie auf Bundesebene haben die Sozialversicherungsträger auch in den Ländern unmittelbar nach der Gesetzesverabschiedung damit begonnen, ihre neuen trägerübergreifenden Aufgaben gemeinsam umzusetzen. Die ersten

„Prävention ist ein Gewinn für alle. Im Rahmen der Präventionsstrategie vernetzt sich die Deutsche Rentenversicherung mit ihren Kooperationspartnern, um die Angebote für die Menschen gemeinsam zu optimieren.“
Gundula Roßbach, Direktorin der DRV Bund

Siehe Beitrag auf S. 16

Verhandlungen zu den Landesrahmenvereinbarungen waren bereits kurz nach Verabschiedung der Bundesrahmenempfehlungen **erfolgreich abgeschlossen**; bis Ende 2016 werden voraussichtlich in den meisten Ländern unterzeichnete Landesrahmenvereinbarungen vorliegen.

Präventionsbericht

Der Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht) stellt das zweite gesetzliche Element der nationalen Präventionsstrategie dar. Er dient der Dokumentation, der Erfolgskontrolle und der Evaluation der Präventionsstrategie im Zeitverlauf. Gleichzeitig soll er den Akteuren eine Grundlage verschaffen für die Verbesserung der Kooperation und Koordination sowie für die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele. Die Nationale Präventionskonferenz erstellt den Bericht alle vier Jahre und leitet ihn dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu, erstmals zum 1. Juli 2019. Das BMG fügt dem Bericht eine Stellungnahme der Bundesregierung bei und legt beide Dokumente den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vor.

Insbesondere folgende Angaben der NPK-Träger sollen sich in dem Präventionsbericht wiederfinden:

- Erfahrungen mit der Anwendung der §§ 20–20g SGB V
- Ausgaben der Sozialversicherungsträger (und ggf. der privaten Kranken- und Pflegeversicherung) für ihre Leistungen im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie
- genutzte Zugangswege und erreichte Personen
- Erreichung der gemeinsamen Ziele und Zielgruppen
- Erfahrungen mit der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Leistungen

„Der Präventionsbericht wird zeigen, welcher Träger welche Leistungen erbracht hat, welche Ziele erreicht und welche Erfahrungen bei der Zusammenarbeit gemacht wurden. Damit wird er eine wertvolle Hilfe für die weitere Arbeit der Nationalen Präventionskonferenz sein.“

Dr. Walter Eichendorf, Stellvertretender Hauptgeschäftsführer der DGUV

- Erfahrungen mit der Qualitätssicherung
- Empfehlungen für die Weiterentwicklung der in § 20 Abs. 6 SGB V vorgegebenen Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in der Primärprävention und Gesundheitsförderung

Darüber hinaus gibt das Gesetz vor, dass das Robert Koch-Institut relevante Informationen aus seinem Gesundheitsmonitoring beisteuert und dass die Länder regionale Daten aus ihrer Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stellen können. Hierdurch kann der Bericht Transparenz schaffen über das aktorspezifische Engagement in der Prävention und Gesundheitsförderung und darüber hinaus auch Hinweise liefern zu Präventionsbedarfen und -potenzialen in der Bevölkerung. Um einen möglichst umfassenden Überblick über die Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in Deutschland zu ermöglichen, haben die NPK-Träger in den Bundesrahmenempfehlungen alle von den beratenden NPK-Mitgliedern vertretenen Organisationen eingeladen, ebenfalls Angaben zu den von ihren Mitgliedsorganisationen bzw. nachgeordneten Stellen erbrachten Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen in den Bericht einzubringen.

Das Konzept für den trägerübergreifenden Präventionsbericht wird seit Sommer 2016 von den NPK-Trägern entwickelt. Das Robert Koch-Institut ist in den Prozess eingebunden. Eine erste Diskussion mit den beratenden NPK-Mitgliedern bzw. mit von diesen benannten Fachleuten fand im November 2016 statt.

Präventionsforum

Mit dem Präventionsforum hat der Gesetzgeber die Einbeziehung der Fachöffentlichkeit in die Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie sichergestellt. Er hat festgelegt, dass das Forum als Fachkonferenz auszugestalten und in der Regel einmal jährlich von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) im Auftrag

der NPK-Träger durchzuführen ist. Als Teilnehmende gibt das Gesetz Vertreterinnen und Vertreter der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie alle NPK-Mitglieder vor.

Das erste **Präventionsforum** fand am 13. September 2016 in Berlin statt. Im Mittelpunkt standen insbesondere Kooperations- und Vernetzungsmöglichkeiten zur Umsetzung der am 19. Februar 2016 verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen der NPK. Bei der Zusammenstellung des Teilnehmerkreises wurde daher besonderer Wert darauf gelegt, Expertinnen und Experten aus bundesweiten Fach-/Dachorganisationen zu allen in den Bundesrahmenempfehlungen definierten Zielen, Zielgruppen und Handlungsfeldern einzubeziehen.

Was lange währt, wird endlich gut?

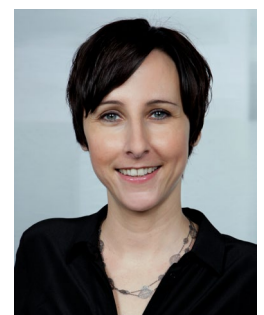
Dem verabschiedeten Präventionsgesetz ging ein über zehnjähriger politischer und gesundheitswissenschaftlicher Diskurs voraus. Im Gegensatz zu den gescheiterten Vorgängerversionen wählt es den Ansatz einer zwischen den Akteuren der Sozialversicherung abgestimmten und zielorientierten Vorgehensweise unter Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortlichkeiten. Diesen Weg haben die NPK-Träger bereits zuvor auf freiwilliger Basis in Form von Kooperationsvereinbarungen eingeschlagen und werden ihn, jetzt gesetzlich untermauert, fortführen.

Mit der Nationalen Präventionskonferenz hat der Gesetzgeber eine Plattform etabliert, in der wesentliche Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung vertreten sind. Diese bietet die Chance, die Abstimmung und Koordinierung von Maßnahmen zu fördern und Impulse für die Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung zu geben, insbesondere auch hinsichtlich der Erreichung sozial benachteiligter Zielgruppen. Entscheidendes Manko ist jedoch, dass ausschließlich der jetzt schon größte Ausgabenträger in der Prävention und Gesundheitsför-

derung, die gesetzliche Krankenversicherung, und (neu) die soziale Pflegeversicherung durch das Präventionsgesetz zu finanziellen Mehrleistungen verpflichtet wurden. Für keinen weiteren in der NPK vertretenen Akteur gibt es eine vergleichbare Verpflichtung.

Die erfolgreiche Verabschiedung der Bundesrahmenempfehlungen sowie der Fortschritt bei den Landesrahmenvereinbarungen zeigen, dass die gesetzliche Kranken-, die Unfall-, die Renten- sowie die soziale Pflegeversicherung ihren Gesetzauftrag zu einer verstärkten Zusammenarbeit ernst nehmen und aktiv umsetzen. Doch werden die begonnenen Aktivitäten auch einen nennenswerten Beitrag zu der vom Gesetz intendierten Verminderung von sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten? Die Antwort wird entscheidend davon abhängen, ob auch die in primärer Verantwortung stehenden Akteure in Bund, Ländern und Kommunen sich dazu bekennen, dass dies zu erreichen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, und dementsprechend sowohl ihr inhaltliches als auch ihr finanzielles Engagement in der Prävention und Gesundheitsförderung ausweiten.

[Siehe den Beitrag auf S. 20](#)



von
Dr. Monika Kücking
und
Dr. Stefanie Liedtke,
GKV-Spitzenverband

Prävention gemeinsam regional denken und gestalten



Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie im Land: Landesrahmenvereinbarungen

Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie werden in jedem Bundesland zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen, den Pflegekassen, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den in den Ländern zuständigen Stellen Landesrahmenvereinbarungen (LRV) nach § 20f SGB V geschlossen.



von
Ulrike Pernack
(Verband der Ersatzkassen
e. V.)
und
Werner Mall
(AOK Nordost)

Inhalte der LRV sind:

1. die Vereinbarung von gemeinsamen und einheitlich zu verfolgenden Zielen und Handlungsfeldern,
2. die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten,
3. die einvernehmliche Klärung von Zuständigkeitsfragen,
4. die Möglichkeit der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger,
5. die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen Jugendhilfe und
6. die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen.

Die Bundesagentur für Arbeit, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene werden an den Vorbereitungen beteiligt und können der Landesrahmenvereinbarung beitreten. Darüber hinaus können weitere Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention der Landesrahmenvereinbarung beitreten. Voraussetzung ist allerdings, dass die jeweiligen Träger und Akteure auf der Basis ihrer gesetzlich zugewiesenen Verantwortung tätig werden und sich angemessen beteiligen (§ 20a Abs. 2 SGB V). Zur Stärkung der Zusammenarbeit und Beteiligung weiterer Partner sind Kooperationsvereinbarungen vorgesehen. Diese können sich auf einzelne Projekte oder Grundsätze zu Vorgehensweisen in bestimmten

Lebenswelten beziehen. Die Kooperationsvereinbarungen bilden die Basis, um die Gestaltungsverantwortung der einzelnen Akteure sowie die Aufbringung der finanziellen Mittel zu regeln und vor allem die Nachhaltigkeit sicher zu stellen.

In vielen Bundesländern haben sich in den letzten Jahren bereits Strukturen der Zusammenarbeit etabliert. Es wurden viele erfolgreiche Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung initiiert und unterstützt sowie Kooperationen geschlossen. Diese Ansätze gilt es weiterzuentwickeln sowie neue Ideen für ein sozialversicherungs- und ressortübergreifendes Handeln zu generieren. Die Landesrahmenvereinbarungen knüpfen an die vorhandenen Strukturen an und richten die präventiven Aktivitäten im Land auf einen gemeinsamen Handlungsrahmen aus. Sie werden dazu beitragen, auf Basis der landes- und/oder regionalspezifischen Erfordernisse und unter Berücksichtigung der im Land formulierten gesundheitsbezogenen Ziele neue Impulse und Initiativen gemeinsam voranzubringen. Im Fokus steht hierbei vor allem die Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen. Dabei ist klar, dass sich die jeweiligen Träger nur nach ihren jeweiligen gesetzlichen Vorgaben einbringen können. Für die GKV bilden der Leitfadene Prävention des GKV-Spitzenverbandes und die darin definierten Handlungsfelder und Qualitätskriterien die Handlungsgrundlage.

Auf Bundesebene hat die GKV-Gemeinschaft eine Muster-Landesrahmenvereinbarung unter Berücksichtigung der unter § 20f SGB V aufgeführten Kriterien entwickelt und mit allen Sozialversicherungsträgern abgestimmt. Daran orientieren sich die Verhandlungen und Gespräche in den Ländern. Bis Mitte September 2016 wurden in Hessen, Thüringen, Sachsen, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Hamburg Landesrahmenvereinbarungen gemeinsam mit den Partnern im Land geschlossen. Nach der Unterzeichnung startet die Umsetzung, um die Landesrahmenvereinbarung mit Leben zu füllen.

Der Fortschritt für Prävention und Gesundheitsförderung bemisst sich allerdings nicht nach dem Abschluss von Vereinbarungen und der Teilnahme an runden Tischen. Für die Nachhaltigkeit und Reichweite eines gemeinsamen Engagements ist die finanzielle Beteiligung aller Akteure entsprechend ihrer gesetzlich zugewiesenen Zuständigkeiten essenziell. Das verstärkte Engagement der

Sozialversicherungsträger darf nicht zum Rückzug der übrigen Beteiligten der Landesrahmenvereinbarungen und der weiteren Akteure führen. Gemeinsames Ziel ist es vielmehr, weitere Partner für die Prävention und Gesundheitsförderung im jeweiligen Bundesland zu gewinnen und die Reichweite der Aktivitäten auszudehnen. Schließlich lässt sich gemeinsam mehr schaffen.

Die ersten Landesrahmenvereinbarungen (LRV)

LRV Hessen (01.04.2016)

Die LRV-Beteiligten bilden ein gemeinsames Dialogforum als ständige Plattform des Austauschs, das über Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte in Hessen und deren Ergebnisse berichtet, die Zielerreichung evaluiert, Ziele und Handlungsfelder (weiter-)entwickelt und Impulse zu aktuellen Entwicklungen der Gesundheitsförderung in Hessen gibt. Zudem soll das Forum frühzeitig Handlungsbedarfe identifizieren und Empfehlungen geben.

LRV Thüringen (07.04.2016)

Die LRV hat zum Ziel, dass sich die Beteiligten flächendeckend zusammenschließen und die Qualität der Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter und in allen Lebenswelten weiterentwickeln. Die LRV soll gleichzeitig mit der Landesgesundheitskonferenz verbunden werden, die u. a. als Beschlussgremium für Gesundheitsziele und gesundheitspolitische Empfehlungen agiert.

LRV Sachsen (01.06.2016)

Die Beteiligten bilden ein „Steuerungsgremium LRV“, das Bedarfe gemeinsam analysiert, Strategien entwickelt und die operative Umsetzung von Projekten vorbereitet. Zusätzlich wird eine Konferenz für Prävention und Gesundheitsförderung etabliert. Institutionen und Organisationen erhalten dort die Möglichkeit, sich mit Projektideen, Inhalten und Empfehlungen einzubringen.

LRV Rheinland-Pfalz (01.08.2016)

Es wird eine jährlich tagende Landespräventionskonferenz etabliert, die der Abstimmung dient sowie der Prüfung und Weiterentwicklung der Präventionsziele. Zu den Zielen und für das Handlungsfeld kommunale Gesundheitsförderung werden Netzwerke gegründet. Die Sozialversicherungsträger bilden zur Realisierung gemeinsamer Projekte eine Steuerungsgruppe, die landesweite Projektvorschläge oder Konzepte für besondere Zielgruppen koordiniert.

LRV Nordrhein-Westfalen (26.08.2016)

Die Partner stimmen sich regelmäßig in einer Steuerungsgruppe über Ziele, Inhalte und Zuständigkeitsfragen ab. Dabei legen sie Schwerpunkte fest für gemeinsame Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in allen Lebenswelten. Die Schwerpunktsetzungen werden regelmäßig überprüft und die Landesgesundheitskonferenz wird über die LRV-Aktivitäten informiert.

LRV Hamburg (08.09.2016)

Durch die LRV soll die Zusammenarbeit der Beteiligten erweitert und weiter intensiviert werden. Angestrebt werden u. a. die Stärkung der Transparenz sowie eine bessere Vernetzung von Angeboten. Einmal jährlich werden in einem „Strategieforum Prävention“ Schwerpunkte der Prävention in Hamburg festgelegt. Gemeinsames Ziel ist es, ein langes gesundes Leben für möglichst alle Menschen unabhängig von ihrer sozialen Lage zu erreichen.

Regionale Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung



von
Steffi Grimm,
BKK Dachverband e. V.
und
Thomas Wagemann,
BKK-Landesverband
NORDWEST

Gesunde Unternehmen brauchen gesunde Beschäftigte. Gemäß § 20b Absatz 3 SGB V sollen die Krankenkassen Unternehmen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung bei der betrieblichen Gesundheitsförderung anbieten. Dabei sollen bestehende Strukturen genutzt werden. Die Beratung durch die Koordinierungsstellen soll insbesondere die Information über die Leistungen der Krankenkassen zur Unterstützung der Gesundheitsförderung in Betrieben umfassen. Auch soll geklärt werden, welche Krankenkasse für den jeweiligen Betrieb die Leistungen erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen sollen an der Beratung beteiligt werden.

Umsetzung der Koordinierungsstellen in den Ländern

Die Krankenkassen werden ab Anfang des Jahres 2017 in jedem Bundesland eine gemeinsame regionale Koordinierungsstelle für betriebliche Gesundheitsförderung („BGF-Koordinierungsstelle“) in Form eines internetbasierten Beratungs- und Informationsportals einrichten.

Mit den BGF-Koordinierungsstellen wird ein weiterer Zugangsweg für Unternehmen zu Leistungen der Krankenkassen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung geschaffen.

Außerdem informiert die BGF-Koordinierungsstelle über die allgemeinen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenkassen. Damit erhalten insbesondere kleine und mittlere Unternehmen über die landesbezogene Koordinierungsstelle einen niedrigschwelligen Zugang zu den Beratungs- und Unterstützungsleistungen rund um das Thema betriebliche Gesundheitsförderung.

Individuelle Beratung von Betrieben

Im Mittelpunkt der Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen steht die individuelle Beratung der Betriebe. Die Beratung erfolgt nach gemeinsam definierten Standards und auf der Grundlage des Leitfadens Prävention.

Die Unternehmen entscheiden entweder selbst, von welcher Krankenkasse sie eine Beratung wünschen, oder die BGF-Koordinierungsstelle im entsprechenden Bundesland vermittelt einen Kontakt für die individuelle Beratung. Damit wird der Zugang zur individuellen Beratung für jeden anfragenden Betrieb sichergestellt.

Die Krankenkasse kann sowohl telefonisch als auch persönlich vor Ort beraten. Sie nimmt eine Grobanalyse zum Status quo im Unternehmen vor und gibt daraus abgeleitet eine bedarfsbezogene Handlungsempfehlung ab. Darüber hinaus klärt sie beispielsweise die folgenden Fragen:

- Was ist die betriebliche Gesundheitsförderung und wie gestaltet sich diese als ein nachhaltiger Prozess im Betrieb?
- Welche Vorteile und welchen Nutzen bringt die betriebliche Gesundheitsförderung/das betriebliche Gesundheitsmanagement?
- Mit welchen Leistungen unterstützen die Krankenkassen den Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung?
- Was sind die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme von Krankenkassen-Leistungen?
- Welche Unterstützungsmöglichkeiten bieten die Unfall- und Rentenversicherung sowie weitere Akteure?

Dokumentation und Evaluation

Das Ergebnis des Beratungsgesprächs wird dokumentiert und fließt in die Evaluation der BGF-Koordinierungsstellen ein. In der Dokumentation wird u. a. festgehalten, ob das beratene Unternehmen Interesse an einer weitergehenden Begleitung in der betrieblichen Gesundheitsförderung hat. Ist das der Fall, erfolgt diese entweder durch die beratende Krankenkasse oder, wenn vom Unternehmen gewünscht, durch eine andere Krankenkasse. Dokumentiert wird auch, auf welche weiteren Angebote – z. B. der Unfall- oder Rentenversicherung – hingewiesen wurde.

Stärkere Zusammenarbeit mit Unternehmensorganisationen und regionalen Partnern

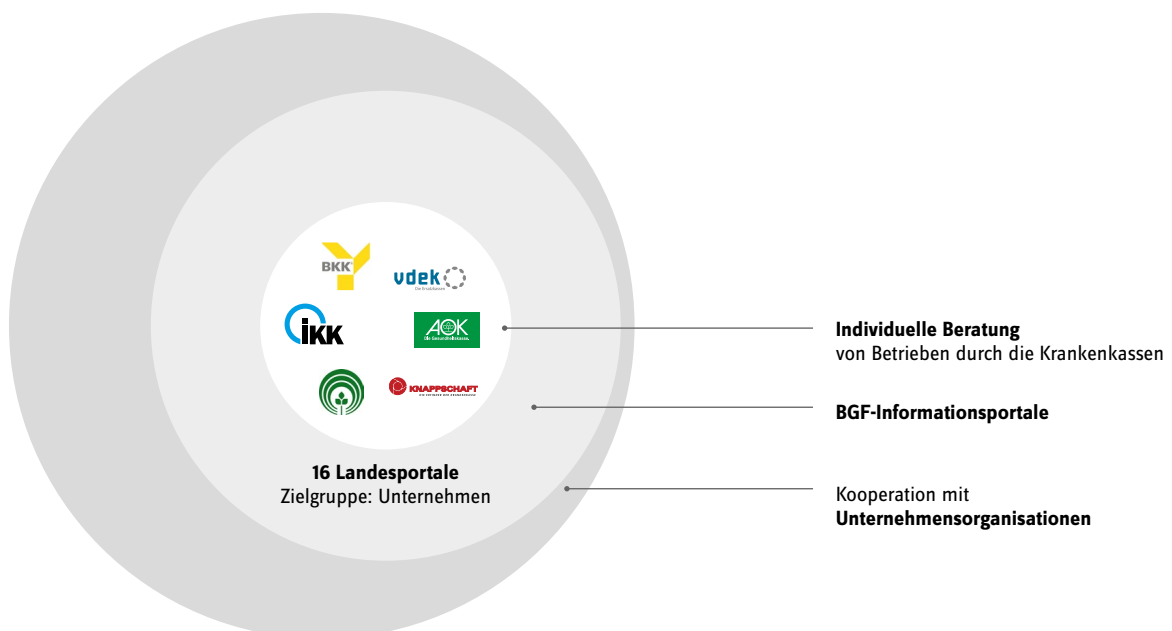
Um die Vielzahl der kleinen und mittleren Betriebe noch besser zu erreichen und das Instrument der BGF-Koordinierungsstellen in die Fläche zu tragen, werden die Kooperationen mit örtlichen Unternehmensorganisationen – zum Beispiel Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern und Innungen – intensiviert. Die Beteiligung der örtlichen Unternehmensorganisationen regeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam durch Kooperationsvereinbarungen (§ 20b Abs. 3 SGB V).

Bei der landesspezifischen Ausgestaltung der BGF-Koordinierungsstelle können sowohl die Träger der Landesrahmenvereinbarung als auch weitere Institutionen und regionale Akteure einbezogen werden.

Struktur für die Umsetzung der Koordinierungsstellen

Bei der Entwicklung und Umsetzung der BGF-Koordinierungsstellen arbeiten die Krankenkassen sowohl auf der Bundesebene als auch auf Landesebene eng zusammen. An der Kooperationsgemeinschaft auf Bundesebene sind beteiligt: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), AOK-Bundesverband, BKK Dachverband, Innungskrankenkassen, Knappschaft und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG). Im Jahr 2016 liegt die Federführung beim BKK Dachverband.

Abb. 2 BGF-Koordinierungsstellen



Das Präventionsforum – eine Plattform für interdisziplinären Austausch



von
Dr. Beate Grossmann,
Bundesvereinigung
Prävention und
Gesundheitsförderung e. V.
(BVPG)

Am 13. September 2016 fand in Berlin das 1. Präventionsforum statt; damit wurde ein weiterer Schritt bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes gegangen.

In § 20e, Absatz 2 SGB V heißt es zum Präventionsforum:
„Die Nationale Präventionskonferenz wird durch ein Präventionsforum beraten, das in der Regel einmal jährlich stattfindet. Das Präventionsforum setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz nach Absatz 1 zusammen. Die Nationale Präventionskonferenz beauftragt die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. mit der Durchführung des Präventionsforums...“ (Bundesgesetzblatt Jg 2015 Teil I Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2015, S. 1371 f).

Das Präventionsforum, in das neben den Trägern der gesetzlichen Sozialversicherung und perspektivisch der privaten Kranken- und Pflegeversicherung auch zahlreiche andere maßgebliche Akteure aus Staat, Fachorganisationen und Zivilgesellschaft eingebunden sind, dient als Plattform für den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen der Nationalen Präventionskonferenz und der Fachöffentlichkeit; die Teilnehmenden am Präventionsforum haben die Gelegenheit, ihre Perspektiven in den Diskussionsprozess der Nationalen Präventionskonferenz einzubringen.

Das Präventionsforum ist kein Gremium, sondern eine Veranstaltung, zu der eingeladen wird. Wesentlich für die Erstellung des Einladungsverteilers sind die jeweils anstehenden Fachthemen.

Dieser grundlegenden Konzeption entsprechend fokussierte das 1. Präventionsforum am 13. September 2016 insbesondere Kooperations- und Vernetzungsmöglichkeiten zur Umsetzung der am 19. Februar 2016 verabschiedeten Bundesrahmempfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben.

Die Ergebnisse des Präventionsforums werden dokumentiert und in der Nationalen Präventionskonferenz beraten. Das Präventionsforum berücksichtigt damit die Dynamik von Prävention und Gesundheitsförderung und trägt den sich wandelnden Anforderungen an Strukturen und Akteure Rechnung.

Für die notwendige Kontinuität in der Bearbeitung der Themen sorgt neben den Trägern der Nationalen Präventionskonferenz die **Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG)**, indem sie einen systematischen vor- und nachbereitenden Austausch mit und zwischen den Beteiligten des Präventionsforums organisiert.

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. ist eine - vom BMG institutionell geförderte - eigenständige Organisation mit Geschäftsstelle in Bonn. Sie wurde 1954 gegründet und ist ein gemeinnütziger, politisch und konfessionell unabhängiger Verband. 130 Organisationen sind zur Zeit Mitglied der BVPG, darunter vor allem Bundesverbände des Gesundheitswesens, die einen Arbeitsschwerpunkt im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ aufweisen. Die BVPG hat die Aufgabe, im Handlungsbereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ die Zusammenarbeit insbesondere der zivilgesellschaftlichen Kräfte zu unterstützen bzw. weiterzuentwickeln.

Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention

Präventionsgesetz bestätigt Leitfadens Prävention

Seit dem Jahr 2000 definiert die GKV-Gemeinschaft (seit 2008 der GKV-Spitzenverband) einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen der Primärprävention und der (betrieblichen) Gesundheitsförderung (sog. Leitfadens Prävention), die den Krankenkassen als verbindliche Grundlage für ihre Förderentscheidungen dienen. Der Leitfadens Prävention ist mit seinen Vorgaben zur Struktur-, Konzept-, Prozess- und Ergebnisqualität von Präventionsleistungen ein Qualitätssicherungsinstrument sowohl für verhaltensorientierte Präventionskurse als auch für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten einschließlich Betrieben. Mit den Formulierungen des § 20 Abs. 2 SGB V wird dieses Qualitätssicherungsinstrument im Grundsatz bestätigt und erfährt eine Basis zur Weiterentwicklung: Die Definition einheitlicher Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen hat hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik sowie – neu explizit aufgeführt – Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und Messung der Zielerreichung zu erfolgen. Bereits bestehende Festlegungen im Leitfadens Prävention werden dazu konkretisiert und notwendige neue Vorgaben erstmals bis zum Jahresende 2016 erarbeitet. Die Anforderungen an ein einheitliches Verfahren der Zertifizierung individueller verhaltensbezogener Leistungen werden festgelegt und veröffentlicht; die zertifizierten Präventionskurse sind für die Versicherten auf den **Internetauftritten der Krankenkassen** einsehbar.

Einbindung wissenschaftlichen Sachverständigen konkretisiert

Die Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen, mit dem der Leitfadens Prävention seit seiner ersten Verabschiedung 2000 kontinuierlich weiterentwickelt wurde, ist im Präventionsgesetz konkretisiert worden. Dementsprechend ist der ständige Mitgliederkreis der Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbands für Primärprävention und

Gesundheitsförderung um eine Vertretung des Deutschen Behindertenrats verstärkt worden; der gesundheitswissenschaftliche Sachverständigen wird durch die Deutsche Gesellschaft für Public Health eingebracht. Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretung als Sozialpartner wirken kontinuierlich mit. Themenbezogen wird zusätzlich weiterer ärztlicher, arbeitsmedizinischer, psychologischer, psychotherapeutischer, pflegerischer, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlicher Sachverständigen in die Beratungen einbezogen. Dies geschieht über ein Stimmverfahren, dessen Ergebnisse in die Beratungen mit den ständigen Mitgliedern der Beratenden Kommission einfließen. Bereits in der Vergangenheit hat der GKV-Spitzenverband anlass- und themenbezogen die Fachexpertise unterschiedlicher Wissenschaften in die Weiterentwicklung seiner Handlungsfelder und Kriterien für Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen einbezogen.

Gesundheitsziele berücksichtigt

Die Gesundheitsziele, die im Rahmen des Prozesses von gesundheitsziele.de erarbeitet wurden, sind – soweit sie den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention berühren – bei der Festlegung der einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien zu berücksichtigen. Ein Abgleich der Ziele, Teilziele und Maßnahmen von gesundheitsziele.de ergab einen Weiterentwicklungsbedarf insbesondere dahingehend, dass Menschen mit Behinderungen als Zielgruppen von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten in den Blick genommen werden müssen, speziell auch ältere Menschen mit Behinderungen. Außerdem sollten verstärkt Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen profitieren können. Die Kriterien für Kombinationsangebote aus mehreren Handlungsfeldern (z. B. zur Prävention des Diabetes mellitus Typ 2) in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention sollten weiterentwickelt werden. Generell ist eine noch stärkere Betonung des Peer-Ansatzes der Gesundheitsförderung für das Empowerment der Menschen und damit für nachhaltige Wirkungen



von
Karin Schreiner-Kürten
und
Dr. Volker Wanek,
GKV-Spitzenverband

Siehe auch:
[www.gkv-spitzenverband.de/
service/versicherten_service/
praeventionskurse/
primaerpraeventionskurse.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/praeventionskurse/primaerpraeventionskurse.jsp)

Beratende Kommission

Ständige Mitglieder der Beratenden Kommission (Kernteam)

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V.
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
- Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände
- Deutscher Gewerkschaftsbund
- Deutscher Behindertenrat

Gaststatus

- Bundesministerium für Gesundheit und Gesundheitsministerkonferenz der Länder

Erweiterter Mitgliederkreis der Beratenden Kommission zur Einbindung weiteren unabhängigen Sachverständigen aus den Fachbereichen

- Medizin und Arbeitsmedizin
- Psychotherapie
- Psychologie
- Pflege
- Ernährungswissenschaft
- Sportwissenschaft
- Sucht
- Erziehungswissenschaft
- Sozialwissenschaften

sinnvoll. Hierzu wird der neue Leitfaden Prävention rahmensetzende Aussagen machen. Die Ziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) werden bereits seit Jahren bei den GKV-Zielen der betrieblichen Gesundheitsförderung berücksichtigt.

Mehr partnerschaftliche Zusammenarbeit normiert

Bei der Gesundheitsförderung in Lebenswelten und in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist eine sozialversicherungsträgerübergreifende Zusammenarbeit und die Beteiligung aller verantwortlichen Partner ein wesentlicher Erfolgsfaktor und wurde deshalb bereits in der Vergangenheit auch im Leitfaden Prävention empfohlen und in der Praxis in unterschiedlichem Umfang umgesetzt. Mit den Gesetzesänderungen in den §§ 20a und 20b SGB V wird das Zusammenarbeitsgebot sowohl für die Krankenkassen untereinander als auch mit anderen Trägern gestärkt. Insbesondere werden deshalb im neuen Leitfaden Prävention Umsetzungshinweise für folgende Gesetzaufträge gegeben:

- In **Zusammenarbeit der Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit** bzw. den kommunalen Trägern der Grundsicherung sollen erstmals auch Personen mit gesundheitlichen

Einschränkungen – statt bisher rein primärpräventiv Menschen mit gesundheitlichen Risiken – mit Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten erreicht werden.

- Es ist eine angemessene Eigenleistung durch Lebensweltverantwortliche als Bedingung für eine Krankenkassenförderung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten in diesen Lebenswelten beschrieben.
- Die Mitwirkung der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung wird aufgabenbezogen dargestellt.
- Die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Arbeitsschutzbehörden der Länder bei der betrieblichen Gesundheitsförderung, die im Leitfaden Prävention 2014 schon empfohlen wurde, wird verpflichtend beschrieben.

Die in den **Bundesrahmenempfehlungen** der Nationalen Präventionskonferenz vom 19. Februar 2016 beschriebene trägerübergreifende Zusammenarbeit von Krankenkassen, Trägern der gesetzlichen Unfall- und der gesetzlichen Rentenversicherung bei der lebensweltbezogen einschließlich betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung findet Eingang in den Leitfaden Prävention.

Vgl. hierzu S. 13

Vgl. Präventionsbericht 2015, Themenschwerpunkt „Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“, www.mds-ev.de

Einheitliche Zertifizierung von Präventionskursen

Einheitliches Zertifizierungsverfahren als Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes

Der GKV-Spitzenverband erhält in § 20 Abs. 2 SGB V die Aufgabe, in Ergänzung zur Festlegung einheitlicher Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen zu bestimmen. Damit soll insbesondere die einheitliche Qualität von Präventionsleistungen sichergestellt werden. Über die Anforderungen und das einheitliche Verfahren zur Zertifizierung von Angeboten auf Basis der im Leitfaden Prävention definierten verbindlichen und bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards soll Transparenz auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes hergestellt werden (§ 20 Abs. 2 Satz 3 SGB V).

Operationalisierung der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention

Die Erfüllung dieses Gesetzesauftrags erfolgt bis zum Jahresende 2016 in Abstimmung mit den Krankenkassen, denen – wie in der Vergangenheit auch – die Prüfung von Präventionskursangeboten hinsichtlich der Einhaltung der Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention obliegt.

Die bei den Krankenkassen bzw. der von ihnen beauftragten Zentralen Prüfstelle Prävention (siehe Info-Kasten nächste Seite) gesammelten Erfahrungen bei der bisherigen Umsetzung des Leitfadens Prävention im Bereich der individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V werden bei der Bestimmung der Anforderungen und des einheitlichen Verfahrens vom GKV-Spitzenverband einbezogen.

Die Anforderungen finden Eingang in den neuen Leitfaden. Hierdurch wird Transparenz über die einheitliche kriteriengestützte Prüfung der Präventionsangebote geschaffen.

Für die Zertifizierung eines Kurses, dessen prinzipielle Wirksamkeit nachgewiesen sein muss, sind

von den Kursanbietenden die folgenden Unterlagen vorzulegen:

- Nachweis (z. B. Urkunde, Zeugnis) über eine für das jeweilige Handlungsfeld und Präventionsprinzip geforderte staatlich anerkannte Grundqualifikation der Kursleitung
- Nachweis der Zusatzqualifikation im jeweiligen Bereich
- Kurskonzept mit Beschreibung der Ziele, Inhalte, Methodik sowie des Aufbaus der einzelnen Kurseinheiten
- ggf. Nachweis der Programmeinweisung in das angewandte Kurskonzept
- Teilnahmeunterlagen, d. h. Unterlagen, welche die Teilnehmenden im Kurs zur Erleichterung des Transfers des Gelernten in den Alltag erhalten



von
Mandy Handschuch,
GKV-Spitzenverband

Eine Übersicht der zertifizierten Kursangebote der Krankenkassen, die allen Versicherten offen stehen, ist über einen Link auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes zu finden (www.gkv-spitzenverband.de -> Versichertenservice -> Präventionskurse). Mit Klick auf den Namen der jeweiligen Krankenkasse erfolgt eine Weiterleitung auf ein Formular. Nach Eingabe von Postleitzahl und gewünschtem Handlungsfeld des Kurses werden die im Umfeld des Standorts zertifizierten Kursangebote aufgelistet. Dieser Service ist insbesondere für die Versicherten sowie im Zusammenhang mit der **ärztlichen Präventionsempfehlung** auch für Ärztinnen und Ärzte nutzbar.

Siehe den Beitrag auf
S. 25

Verhaltensbezogene Präventionsangebote im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 4 Nr. 3 SGB V, für die die Krankenkassen selbst die Einhaltung der Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention gewährleisten, stehen nur den Beschäftigten der Betriebe offen.



von
Melanie Dold,
Geschäftsführender
Verband (vdek) Zentrale
Prüfstelle Prävention

Zentrale Prüfstelle Prävention

Zur Sicherung der einheitlichen Qualität und zur Vermeidung von Mehrfachprüfungen hat sich die Mehrzahl der gesetzlichen Krankenkassen zu einer Kooperationsgemeinschaft zusammengeschlossen und die Zentrale Prüfstelle Prävention gegründet.

Die Zentrale Prüfstelle Prävention hat ihre Tätigkeit Anfang 2014 aufgenommen und seither über 180.000 Kursanträge nach einheitlichen Maßstäben auf der Basis des Leitfadens Prävention geprüft. Die Einrichtung wird von Anbietern der Präventionskurse intensiv genutzt. Die Prüfanträge werden in der Regel innerhalb von zehn Arbeitstagen bearbeitet. Die Versicherten haben die Möglichkeit, auf der Internetseite ihrer Krankenkasse über die Suchfunktion ein passendes Angebot aus über 100.000 zertifizierten und damit bezuschussungsfähigen Kursen auszuwählen.

Die Prüfung der Präventionskurse nach § 20 SGB V basiert auf den Kriterien des Leitfadens Prävention. Angewandt werden qualitätssichernde Prüfroutinen. Das Prüfsystem ist onlinebasiert und ermöglicht zeitsynchrone Arbeitsprozesse und Zugriffe auf die Datenbasis durch Krankenkassen, Anbieterinnen und Anbieter und Prüfstelle. Dies ist elementar, um die Bearbeitung identischer Prüfanträge von verschiedenen Krankenkassen und damit Doppelprüfungen zu vermeiden. Ein Prüfantrag kann sowohl vom Anbieter als auch von einer Krankenkasse gestellt werden. Gleichzeitig können Krankenkassen und Anbieterinnen und Anbieter jederzeit den Bearbeitungsstand eines Kurses in ihrem Account einsehen.

Nicht jede Kursbeschreibung muss einzeln aufwendig vom Kursanbieter erstellt und mit allen

Unterlagen individuell hinterlegt werden. Die Zentrale Prüfstelle Prävention bietet die Möglichkeit, standardisierte Kurskonzepte zentral in der Datenbank zu hinterlegen. Kursanbieter, die ein solches Kurskonzept durchführen möchten, können sämtliche bereits geprüfte Kursunterlagen für ihren Prüfantrag nutzen. Lediglich die Nachweise zur Qualifikation und zur Einweisung in das Kursprogramm müssen dann noch individuell online eingereicht werden.

Ist das Ergebnis einer Prüfung positiv, erhält der Antragsteller bzw. die Antragstellerin ein Zertifikat mit dem Siegel „Deutscher Standard Prävention“ für den geprüften Kurs. Damit ist die Zusage verbunden, dass der Kurs für einen Zeitraum von drei Jahren von den an der Prüfstelle beteiligten Krankenkassen bezuschusst werden kann. Im negativen Fall erfolgt eine Ablehnung, dabei hat die antragstellende Person jederzeit die Möglichkeit, nachzubessern bzw. einen neuen Prüfantrag zu stellen.

Die Krankenkassen, die sich in einer Kooperationsgemeinschaft zur kassenübergreifenden Prüfung von Präventionskursen zusammengeschlossen haben und in deren Auftrag und Verantwortung die Zentrale Prüfstelle Prävention tätig ist, versichern aktuell nahezu 90 % der gesetzlich Versicherten in Deutschland. Durch die Nutzung eines gemeinsamen und einheitlichen Systems ist gewährleistet, dass ausschließlich qualitätsgeprüfte Präventionskurse nach einheitlichen Qualitätsstandards bezuschusst werden.



Ärztliche Präventionsempfehlung

Mit dem Präventionsgesetz wurden die primärpräventiven Anteile der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V sowie der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach § 26 Abs. 1 SGB V explizit im Gesetz verankert und die Kooperation zwischen Prävention und Gesundheitsversorgung gestärkt. Die neuen gesetzlichen Regelungen sehen u. a. vor, dass Ärztinnen und Ärzte künftig bei Früherkennungsuntersuchungen oder sonstigen ärztlichen Untersuchungen Präventionsempfehlungen für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V ausstellen können. Eine Präventionsempfehlung kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen, die nicht von den Krankenkassen bezuschusst werden. Da bei den genannten Untersuchungen bereits jetzt Belastungen und Risiken erfasst werden, können so gezielt diejenigen Personen erreicht und motiviert werden, bei denen der Präventionsbedarf und das Potenzial besonders groß sind. Einzelheiten zu den Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V sind im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes geregelt. Bei der geplanten Weiterentwicklung des Leitfadens soll künftig auch ärztlicher und psychotherapeutischer Sachverstand einbezogen werden (vgl. hierzu S. 21–22).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erhielt mit dem Präventionsgesetz die Aufgabe, erstmals in Richtlinien das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlungen zu regeln. Die Beratungen erfolgten im Unterausschuss Methodenbewertung nach den üblichen Verfahrensregeln. Dazu gehört beispielsweise ein Stellungnahmeverfahren für Heilberufekammern, wissenschaftliche Fachgesellschaften und den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. Die Inhalte der Präventionsempfehlung hat der G-BA mit Beschluss vom 21. Juli 2016 in den jeweiligen Richtlinien zu den Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen geregelt. Die Präventionsempfehlung wird gemäß den gesetzlichen Vorgaben in Form einer ärztlichen Bescheinigung

erteilt. Die Partner der Bundesmantelverträge vereinbarten auf der Grundlage der inhaltlichen Vorgaben der Richtlinien des G-BA bis zum 1. Januar 2017 einen Vordruck. Dieser wird als Anlage zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) vereinbart. Der BMV-Ä und seine Anlagen werden u. a. auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht.

Der Vordruck „Präventionsempfehlung“ übernimmt die aktuellen einheitlichen Handlungsfelder des Leitfadens Prävention: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement, Suchtmittelkonsum. Ergänzend dazu wurde für primärpräventive Maßnahmen, die keinem der genannten Handlungsfelder zugeordnet werden können, ein Feld „Sonstiges“ aufgenommen. Unter „Sonstiges“ können Maßnahmen fallen, die in der Eigenverantwortung der Versicherten liegen. Die Präventionsempfehlung enthält daher den Hinweis für die Versicherten, dass sie sich bei ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Förderbedingungen informieren sollen. Außerdem ist für die Ärztin oder den Arzt ein Freitextfeld vorgesehen, damit die Empfehlung bei Bedarf weiter konkretisiert werden kann.

Der G-BA hat sich bei der Ausgestaltung der **Präventionsempfehlung** an den Regelungen des Leitfadens Prävention in der Fassung vom 10. Dezember 2014 orientiert. Bei einer Überarbeitung der Handlungsfelder und Kriterien im Leitfaden Prävention müssten die Vorgaben zur Präventionsempfehlung entsprechend angepasst werden.



von
Petra Uschold,
GKV-Spitzenverband

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.07.2016 zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung:

www.g-ba.de/downloads/39-261-2658/2016-07-21_GU-RL_Praevensionsempfehlung.pdf;

www.g-ba.de/downloads/39-261-2659/2016-07-21_Kinder-RL_Praevensionsempfehlung.pdf;

www.g-ba.de/downloads/39-261-2660/2016-07-21_JU-RL_Praevensionsempfehlungen.pdf

Beauftragung der BZgA

von

Jens Hupfeld,
GKV-Spitzenverband,

Steffen Waib,
GKV-Spitzenverband,

Anke Tempelmann,
AOK-Bundesverband
und

Claus Bockermann,
Knappschaft

Das Präventionsgesetz sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V insbesondere mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation beauftragt. Durch diese gesetzliche Regelung, die den GKV-Spitzenverband klar als Auftraggeber und die BZgA als Auftragnehmerin deklariert, entsteht ein pauschaler Förderanspruch der BZgA in Höhe von ca. 32 Mio. Euro im Jahr.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat grundsätzliche Einwände gegen die Finanzierung einer staatlichen Behörde durch Beitragsmittel der Versicherten. Daher hat der GKV-Spitzenverband gegen diese Konstruktion Klage vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingereicht, um im Rahmen einer Anfechtungsklage die Verfassungsmäßigkeit der Regelung prüfen zu lassen. Aus Sicht der GKV verstößt die „gesetzliche Beauftragung“ gegen das Gebot der eigenverantwortlichen Aufgabenwahrnehmung der Sozialversicherungsträger im Rahmen von Art. 87 Abs. 2 und 3 Grundgesetz, das eine Trennung der selbstverwalteten Sozialversicherung von der Staatsverwaltung verlangt. Bis zu einer höchstrichterlichen Entscheidung beauftragt der GKV-Spitzenverband die BZgA insbesondere mit Aufgaben zur Prävention und Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Zielgruppen.

Der GKV-Spitzenverband hat nach intensiven Verhandlungen im Juni 2016 eine Vereinbarung mit der BZgA zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a Abs. 3 und 4 SGB V geschlossen. Gegenstand der Vereinbarung sind von der BZgA zu erbringende Leistungen, insbesondere für:

- Konzeptentwicklung und -erprobung von Gesundheitsförderung zur nachhaltigen Implementierung für vulnerable Zielgruppen
- Literaturrecherchen zu evidenzbasierten Interventionsmöglichkeiten in Lebenswelten
- empirische Begleitung und Evaluation von Setting-Projekten auf Bundes- und Landesebene
- Entwicklung von Schulungskonzepten sowie Durchführung von Schulungen für Setting-Verantwortliche
- Qualitätssicherungsaufgaben
- Entwicklung von Wissens- und Informationsplattformen
- Unterstützung von Vernetzungsprozessen
- weitere Forschungsaufträge nach GKV-Bedarf

Die ersten Aufträge im Jahr 2016, mit denen die BZgA vom GKV-Spitzenverband beauftragt wurde, sollen die Krankenkassen beim qualitätsgesicherten Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten unterstützen, um insbesondere sozial benachteiligte Zielgruppen zu erreichen. Dazu gehören die qualitätsgesicherte Weiterentwicklung und der Ausbau der Koordinierungsstellen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit sowie die Entwicklung und Erprobung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für vulnerable Zielgruppen wie z. B. Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderungen oder Alleinerziehende. Auch das bisherige **Modellprojekt** von GKV und Bundesagentur für Arbeit zur Verschränkung von Arbeits- und Gesundheitsförderung wird im Rahmen der BZgA-Beauftragung inhaltlich weiterentwickelt und auf weitere Standorte – auch solche mit kommunalen Trägern der Grundsicherung – ausgeweitet.

Kommunale Ebene unterstützen

Eine wesentliche Voraussetzung für den qualitätsgesicherten Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung ist, dass die für die Lebenswelten Verantwortlichen in den Ländern und Kommunen bereit sind, eine aktive Rolle zu übernehmen und mit den Krankenkassen bei den Aktivitäten

Vgl. Präventionsbericht 2015, Themenschwerpunkt „Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“, www.mds-ev.de sowie den „Gesamtbericht zur Evaluation“, www.gkv-spitzenverband.de

zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der Ressourcen und Fähigkeiten zusammenzuarbeiten. Sie müssen mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung dieser Maßnahmen beitragen. Einen wichtigen Beitrag dazu können die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit leisten, die in allen Bundesländern vertreten sind und anteilig durch GKV und Länder finanziert werden.

Ein Schwerpunkt der Aktivitäten der Koordinierungsstellen liegt in der Unterstützung der kommunalen Ebene. Dies geschieht beispielsweise durch die Beratung von Kommunen, Netzwerkaktivitäten, die Verbreitung von „Good-Practice“ oder Aktivitäten zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Projekten. Weitere Schwerpunkte der Aktivitäten sind die Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, bei Arbeitslosen oder bei älteren Menschen. Im Rahmen der BZgA-Beauftragung werden die Koordinierungsstellen ausgebaut; sie sollen die Krankenkassen bei der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen unterstützen.

Wissenschaftliche Grundlagen und Qualitätssicherung stärken

Ein weiterer Schwerpunkt der Beauftragung ist die anwendungsorientierte Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung zur Ermittlung der Wirksamkeit und Effizienz von Maßnahmen und Interventionen in den Lebenswelten. So soll zum Beispiel der aktuelle Wissensstand zur Wirksamkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Setting unter Berücksichtigung von Kosten und Nutzen aufbereitet und in einer Datenbank abrufbar gemacht werden. Vorgesehen sind auch die Begleitevaluation von krankenkassenübergreifenden Projekten sowie die Entwicklung und Standardisierung von Evaluationinstrumenten, um die Überprüfung von Präventionsmaßnahmen zu unterstützen und ihre Verbreitung zu fördern.

Die mit der BZgA vereinbarten Aufträge bieten große Chancen, die Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten auf bessere wissenschaftliche und qualitätsgesicherte Grundlagen zu stellen sowie die Nachhaltigkeit zu sichern.



Zahlen im Überblick



Im Folgenden werden wesentliche Kennziffern der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Absatz 4 SGB V zusammengefasst.

Im Anschluss erfolgt zu den einzelnen Ansätzen - der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung, der betrieblichen Gesundheitsförderung und der individuellen verhaltensbezogenen Prävention - eine differenziertere Darstellung der Ergebnisse.

Die - teilweise gerundeten - Daten beziehen sich auf das Berichtsjahr 2015. Die exakten Zahlen sowie weitere Statistiken können dem Tabellenband zum Präventionsbericht entnommen werden (www.mds-ev.de).

Im Berichtsjahr ist am 25. Juli 2015 das Präventionsgesetz in Kraft getreten. Die Nennung der Paragraphen entspricht den Neuregelungen.

Mit Gesundheitsförderung und Prävention in Settings werden die Menschen in ihren alltäglichen Lebenswelten, wie z. B. in Schulen oder Stadtteilen, erreicht.

Es konnten 2.513.213 Menschen direkt durch Aktivitäten in Lebenswelten erreicht werden, 16 % mehr als im Vorjahr (2.161.609). Dabei waren über die Hälfte der Aktivitäten an Kinder, Lehrer und Eltern in Kitas und Grundschulen gerichtet.

Die Krankenkassen investierten in die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insgesamt 38.069.666 Euro, das entspricht 0,54 Euro je Versicherten. Im Vergleich zum Vorjahr ergab sich ein Ausgabenzuwachs von 20 %.

Datengrundlage sind 1.627 Dokumentationsbögen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten.



2015 wurden insgesamt 76.246.272 Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung ausgegeben. Dabei stiegen die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 12 %.

Die Anzahl der durch krankenkassengeforderte Maßnahmen erreichten Betriebe und Betriebsstandorte blieb auf dem gleichen Niveau wie im Vorjahr.

Es konnten 1.302.383 Beschäftigte in 10.922 Betrieben mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung direkt erreicht werden.

Datengrundlage sind 5.828 Dokumentationsbögen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.



In der individuellen verhaltensbezogenen Prävention fördern die Krankenkassen die Teilnahme an Präventionskursen. Ziel der Kurse ist es, den Teilnehmenden gesundheitsrelevante Kompetenzen zu vermitteln und ihnen Wege aufzuweisen, wie sie das Erlernte im Alltag umsetzen können.

2015 förderten die Krankenkassen 1.665.209 Teilnahmen an individuellen Kursangeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung und damit fast genauso viel wie im Vorjahr.

Die Krankenkassen wendeten für die individuellen Präventionsangebote 203.181.854 Euro auf. Dies entspricht einer Ausgabensteigerung um 5 % im Vergleich zu 2014.

Ausgaben gesamt



Die Krankenkassen haben 2015 ihre Gesamtausgaben für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung um 9 % gesteigert. Damit leisten sie einen erheblichen Beitrag zu der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, Gesundheitsförderung und Prävention auszubauen.

Inanspruchnahme nach Geschlecht

Der Anteil von Männern und Frauen an den Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention unterscheidet sich deutlich zwischen den nachfolgend genannten drei Ansätzen der Primärprävention und Gesundheitsförderung.

Angebote der individuellen verhaltensbezogenen Prävention werden überwiegend von Frauen nachgefragt. **81 %** der Kursteilnehmenden waren Frauen.

Bei den Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ist die Geschlechterverteilung mit **47 %** männlichen und **53 %** weiblichen Teilnehmern im Wesentlichen ausgeglichen. Dabei werden überwiegend Kitas und Schulen erreicht, in welchen die Verteilung der Geschlechter weitgehend ausgewogen ist.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung werden hingegen mit **63 %** deutlich mehr Männer erreicht. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass die Krankenkassen insbesondere präventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten im verarbeitenden Gewerbe unterstützen. In den Branchen des verarbeitenden Gewerbes gibt es meist einen höheren Anteil an männlichen Beschäftigten.

Insgesamt erreichen die Krankenkassen mit ihren Präventionsangeboten männliche und weibliche Personen ungefähr in gleichem Maße.

Die Zahlen können so interpretiert werden, dass die Angebote im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und in der betrieblichen Gesundheitsförderung den deutlich höheren Erreichungsgrad von Frauen durch individuelle Kursangebote ausgleichen.



Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

„Lebenswelten [...] 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 Begriffe Setting und Lebenswelt werden synonym verwendet.

Menschen verbringen Ihren Alltag in verschiedenen „Lebenswelten“, z. B. in Kitas, Schulen oder Stadtteilen/Orten. Dies sind „abgrenzbare soziale Systeme“ (§ 20a Absatz 1 SGB V), welche in entscheidendem Maße Einfluss auf die Ressourcen für Gesundheit und das Gesundheitsbewusstsein nehmen. Bei der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten geht es darum, unter Beteiligung der Menschen im Setting die strukturellen Bedingungen für Gesundheit im direkten Umfeld zu optimieren und dadurch eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens zu erleichtern.

Ein wesentlicher Vorteil der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten ist es, dass die Aktivitäten in den einzelnen Lebenswelten direkt angeboten werden und somit auch Menschen erreicht werden, die Präventionsangebote nicht selbständig aufsuchen würden; zudem können sie an den gesundheitsförderlichen Prozessen im **Setting** beteiligt werden. In den einzelnen Lebenswelten können Menschen unterschiedlicher sozialer Herkunft und mit verschiedenem sozialem Status erreicht werden. Hierdurch kann sozial bedingt ungleichen Gesundheitschancen entgegengewirkt werden. Als Indikator für die Erreichung sozial Benachteiligter kann die Erreichung von Menschen in „sozialen Brennpunkten“ herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, als gerade diese Versicherten präventive Angebote

mit „Kommstruktur“ nach aller Erfahrung nur unterproportional nutzen. Die Krankenkassen erheben diesen Indikator für den Präventionsbericht (siehe S. 35). Die Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen bildet als Verhältnisprävention eine wichtige Grundlage für Angebote der Verhaltensprävention für die Menschen im Setting.

Im Leitfaden Prävention der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Kriterien für die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten festgelegt. Im Berichtsjahr 2015 galt der Leitfaden Prävention in der Fassung des Jahres 2014.

Die Arbeitswelt bildet ein besonderes Setting, das gesondert betrachtet wird (siehe S. 46 ff.).

Nachfolgend werden die im Jahr 2015 durchgeführten Aktivitäten der Krankenkassen in der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten beschrieben. Die Prozentangaben in den Abbildungen beziehen sich auf die Summe der gültigen Angaben zur jeweiligen Fragestellung. Die Zahl gültiger Angaben findet sich, ebenso wie weitere differenzierte Auswertungen, im Tabellenband (www.mds-ev.de). Insgesamt wurden 1.627 Dokumentationsbögen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten ausgewertet.

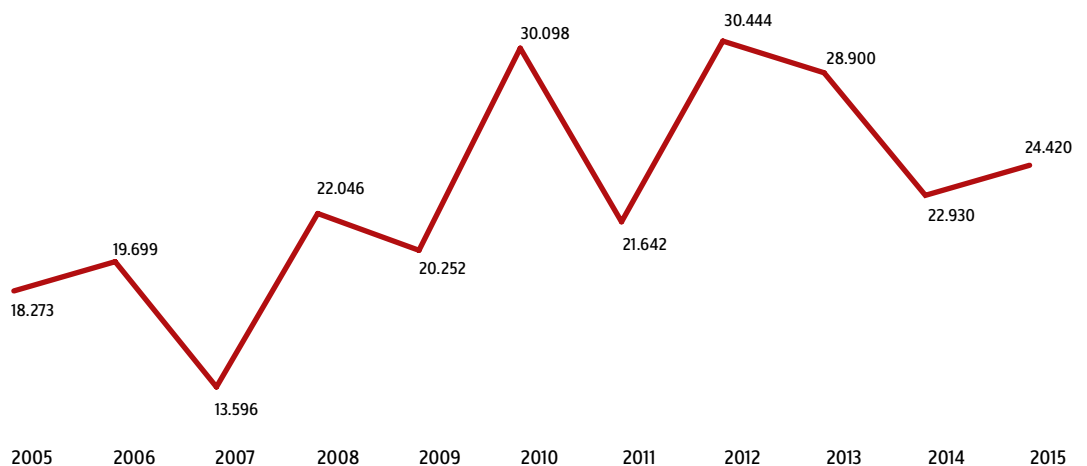
§ 20a Absatz 1 SGB V

„[...] 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. [...]“

Settings der Gesundheitsförderung

Abb. 3

Anzahl der Settings



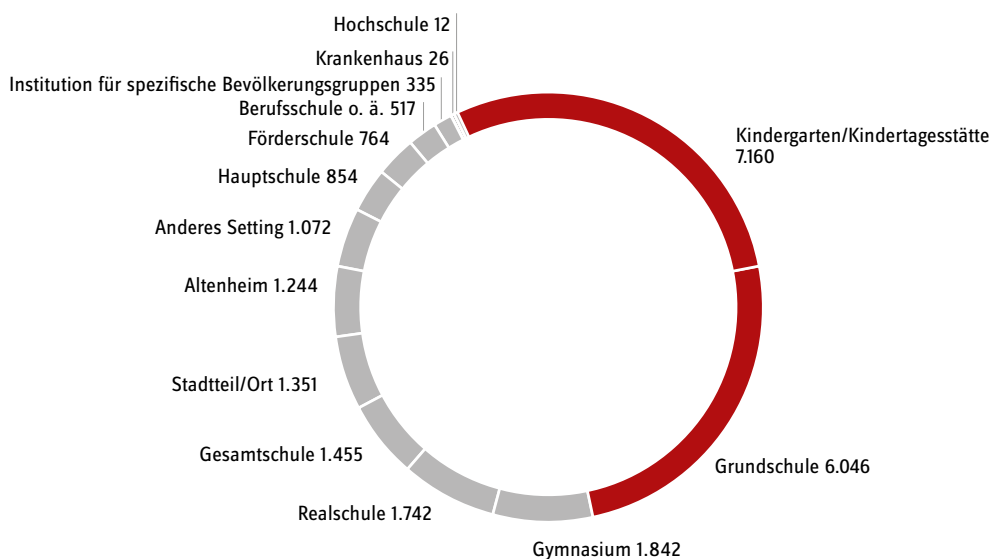
Die Krankenkassen initiieren, fördern und begleiten Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme in verschiedenen Lebenswelten. Ziel der Maßnahmen ist es, durch niedrigschwellige Angebote in den verschiedenen Lebenswelten Kompetenzen für einen gesundheitsbewussten Lebensstil zu vermitteln und die Verhältnisse in den Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten.

2015 nahmen die Aktivitäten der Krankenkassen bei der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten zu. Die Zahl der erreichten Settings ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen (+6 %).

Der Anstieg ist ein Indikator für die stärkere Nachfrage der Lebensweltverantwortlichen nach einer Krankenkassenunterstützung bei der gesundheitsförderlichen Weiterentwicklung der Settings, die die Lebensweltverantwortlichen immer freiwillig vornehmen.

Art der Settings

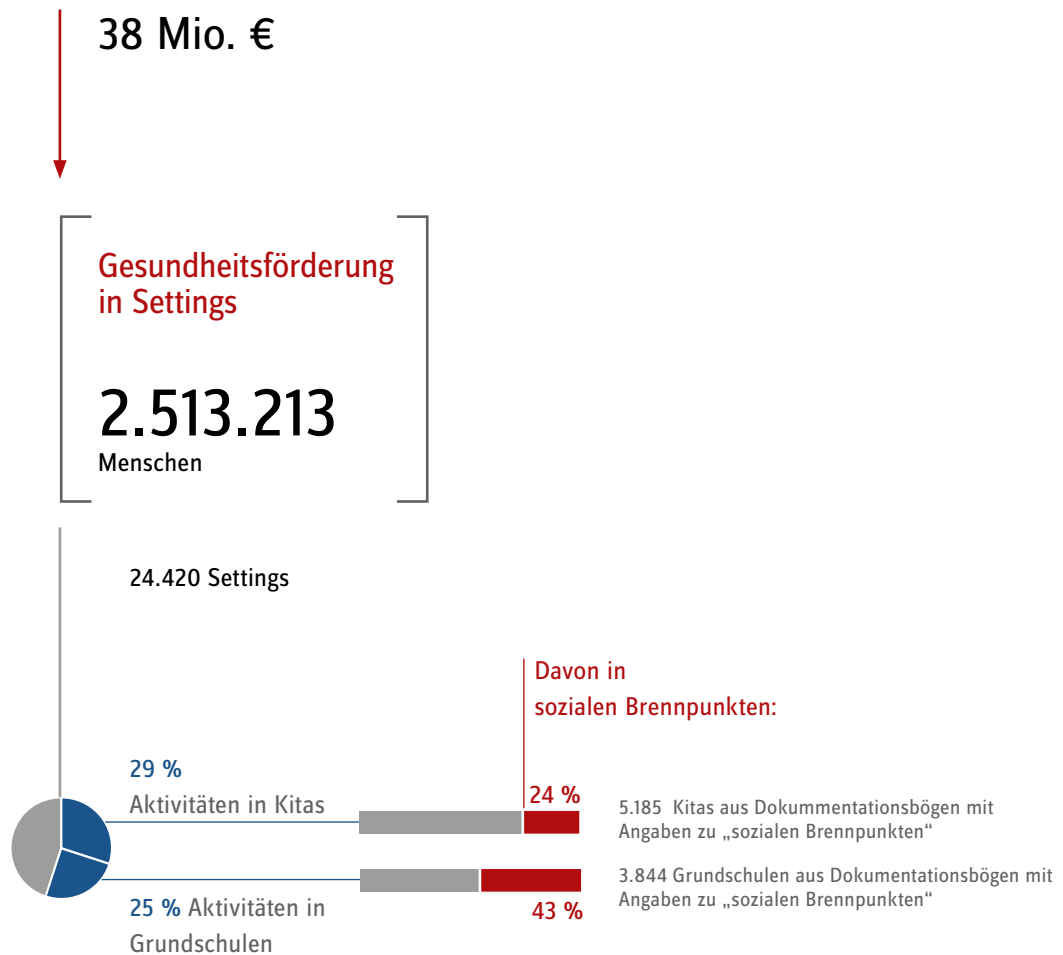
Abb. 4 Art und Anzahl der Settings



Über die Hälfte der Aktivitäten der Gesundheitsförderung richteten sich an Kinder bzw. deren Eltern, Lehrerinnen, Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher in Grundschulen und **Kindergärten/Kindertagesstätten**. Von den 24.420 erreichten Lebenswelten waren insgesamt 13.206 Grundschulen und Kitas.

Im Folgenden werden zur Vereinfachung Kindergärten und Kindertagesstätten unter dem Begriff „Kita“ zusammengefasst.

Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“



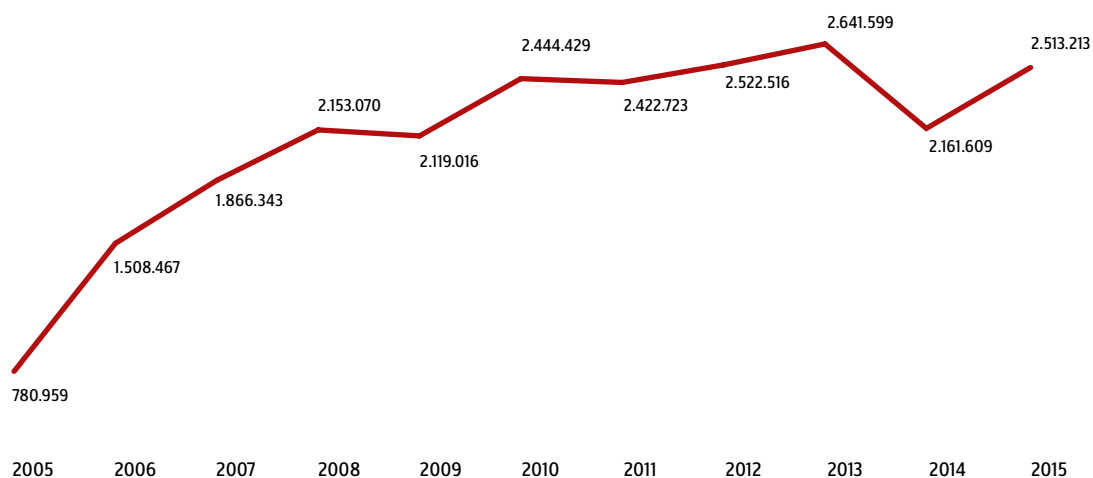
Durch das Fokussieren der Maßnahmen auf Kinder und Eltern werden bereits frühzeitig die Weichen für ein gesundheitsbewusstes Leben gestellt.

24 % der Kitas und sogar 43 % der Grundschulen lagen in **sozialen Brennpunkten**. Durch diese gezielte Auswahl der Lebenswelten wird deutlich, dass die Aktivitäten der Krankenkassen einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten.

Als „soziale Brennpunkte“ werden Wohngebiete bezeichnet, in denen Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und deren soziales Netzwerk eingeschränkt ist. In der sozialwissenschaftlichen Literatur werden auch Begriffe wie „benachteiligtes Quartier“ oder „Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf“ verwendet.

Erreichte Personen

Abb. 5 Erreichte Personen
(Schätzwerte für direkt erreichte Personen)

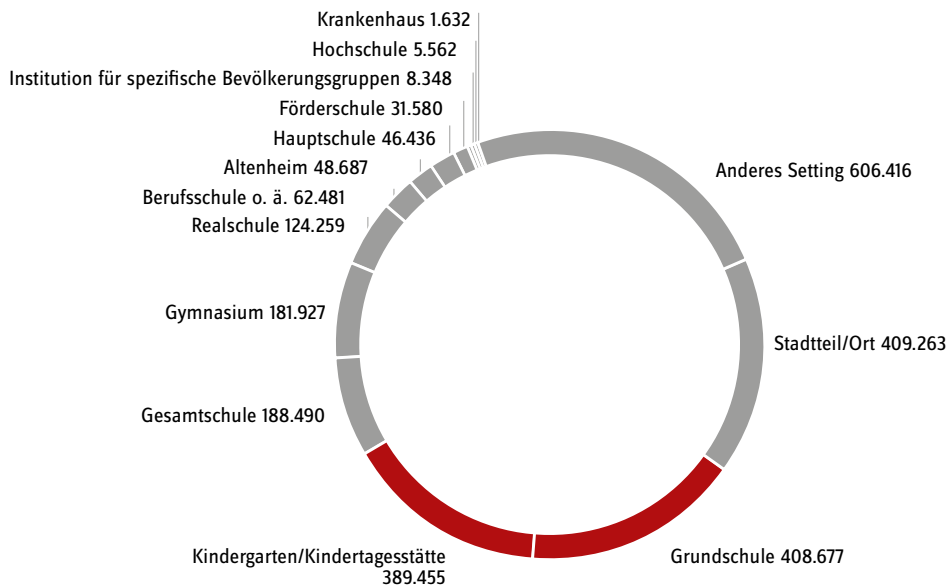


Im Vergleich zu 2014 ist die Anzahl der durch Maßnahmen der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung direkt erreichten Personen im Berichtsjahr um 16 % gestiegen. Die zuvor niedrigere Anzahl resultierte daraus, dass 2014 einige große lebensweltbezogene Programme von Krankenkassen in die eigenständige Weiterführung durch die Settingträger überführt worden waren.

Weitere 6.312.337 Personen konnten indirekt erreicht werden. Dies geschah z. B. durch die Verbesserung von Strukturen und Abläufen in der jeweiligen Lebenswelt. Auch durch die Schulung von Multiplikatoren konnten weitere Personen indirekt erreicht werden. So profitierten etwa Kinder und Eltern davon, wenn Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher ihr erlerntes Wissen weitergaben.

Abb. 6

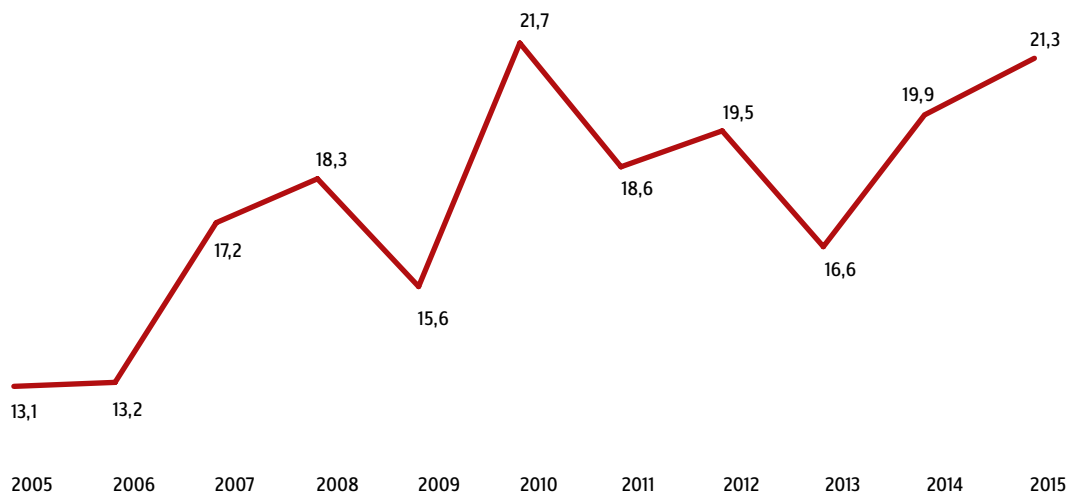
Erreichte Personen in den jeweiligen Settings



Das Engagement der Krankenkassen in Kitas und Grundschulen ist besonders hoch. Insgesamt konnten hier 798.132 Kinder, Eltern, Lehr- und Erziehungspersonal erreicht werden und ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen geleistet werden. Die Prägung von gesundheitsbewussten Verhaltensweisen wird bereits in der Kindheit gefördert.

Laufzeit der Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Abb. 7 Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten in Monaten



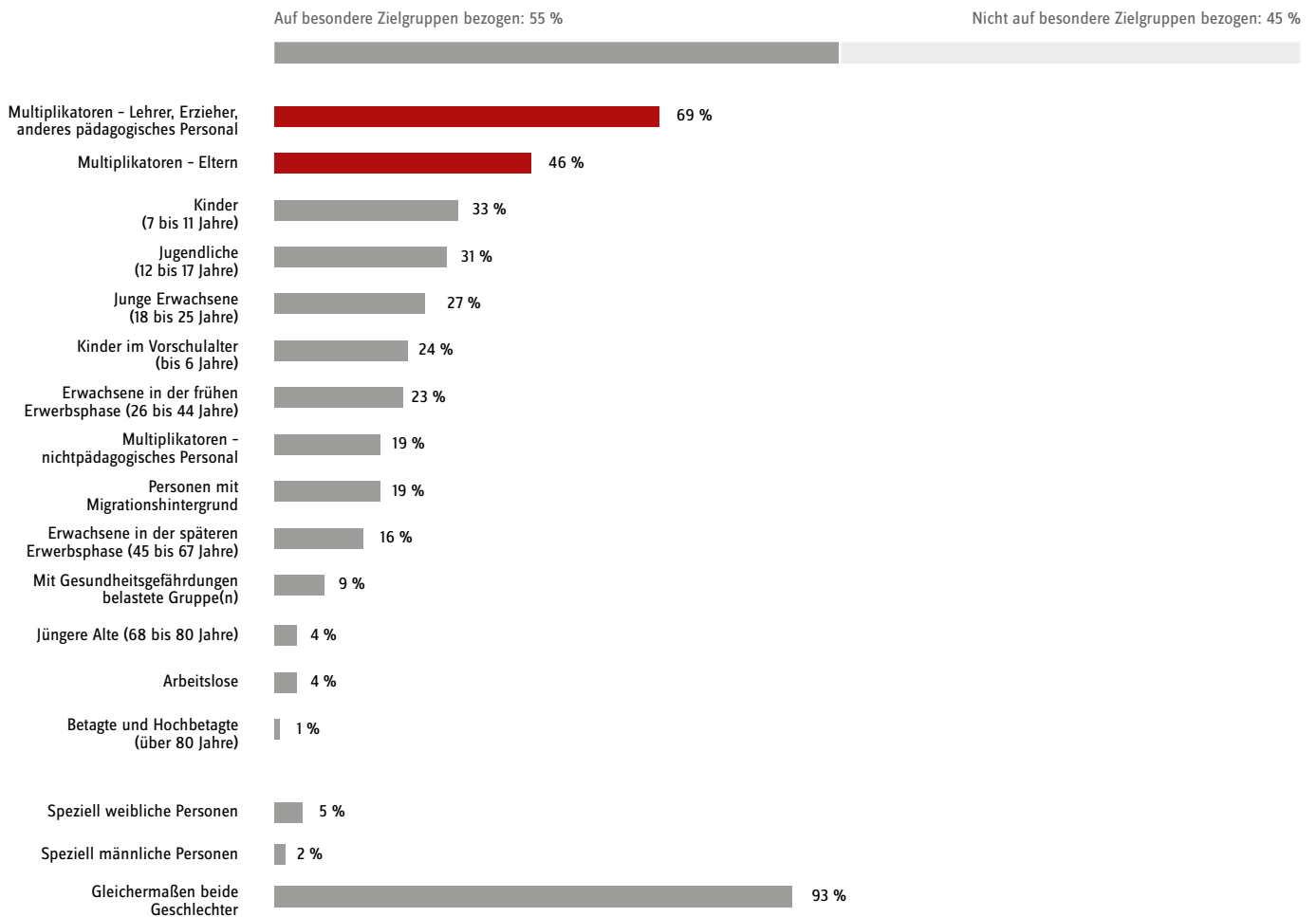
Die Maßnahmen der Krankenkassen sind für einen bestimmten Zeitraum angelegt und werden im Anschluss in die Eigenverantwortung der Beteiligten im Setting übergeben. Ziel der Maßnahmen ist es, Wege aufzuzeigen, wie die gesundheitsförderliche Umgestaltung der Abläufe und Strukturen in der jeweiligen Lebenswelt aufrecht erhalten werden kann und wie erlernte Verhaltensweisen auch langfristig in den Alltag integriert werden können.

Die durchschnittliche Laufzeit der Gesamtprogramme im Berichtsjahr beträgt ein Jahr und neun Monate. Fast die Hälfte (49 %) der Aktivitäten laufen bis zu einem Jahr lang. 45 % der Aktivitäten haben eine Laufzeit von mehr als 12 Monaten bis zu vier Jahren. 6 % der Gesundheitsförderungsprogramme haben eine Laufzeit von mehr als vier Jahren.

Zielgruppen

Abb. 8

Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)



45 % der Gesundheitsförderungsaktivitäten richteten sich an alle Menschen in der jeweiligen Lebenswelt, 55 % an bestimmte Zielgruppen im Setting.

69 % der Programme, die ihre Aktivitäten auf bestimmte Zielgruppe fokussierten, richteten sich an Erzieherinnen, Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer. Diese gestalten in den Einrichtungen die Lebensumwelt der Kinder und nehmen dadurch Einfluss auf deren Gesundheit und Krankheit. Im Hinblick auf die Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten dienen sie als Multiplikatoren.

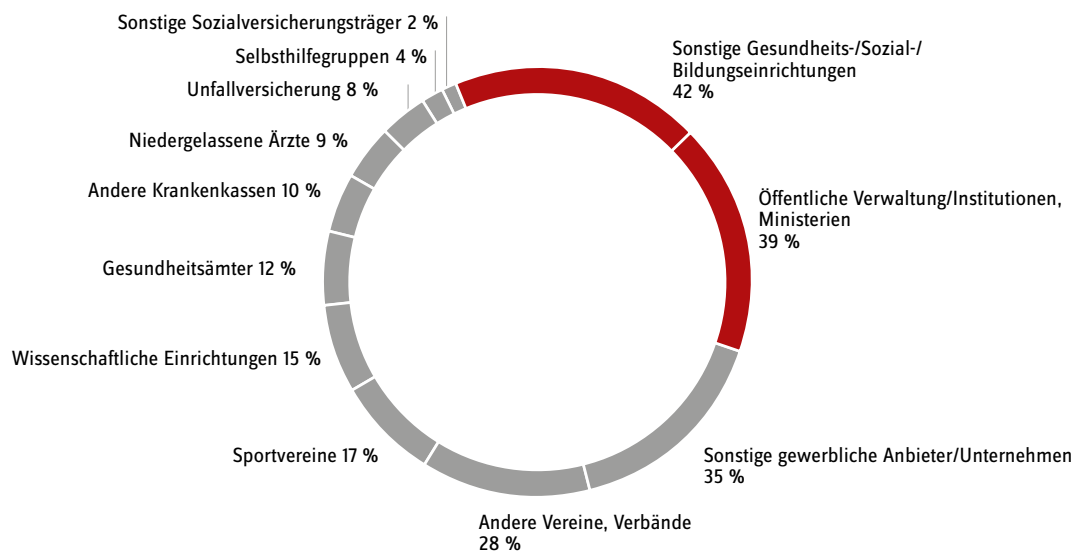
Fast alle Maßnahmen (93 %) richteten sich gleichermaßen an Mädchen und Jungen, Frauen und Männer.

Die Prozentangaben in den Abbildungen 8 bis 13 beziehen sich auf die Summe der gültigen Angaben zur jeweiligen Fragestellung. Die Zahl gültiger Angaben findet sich im Tabellenband. Insgesamt wurden 1.627 Dokumentationsbögen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten ausgewertet.

Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben

Abb. 9

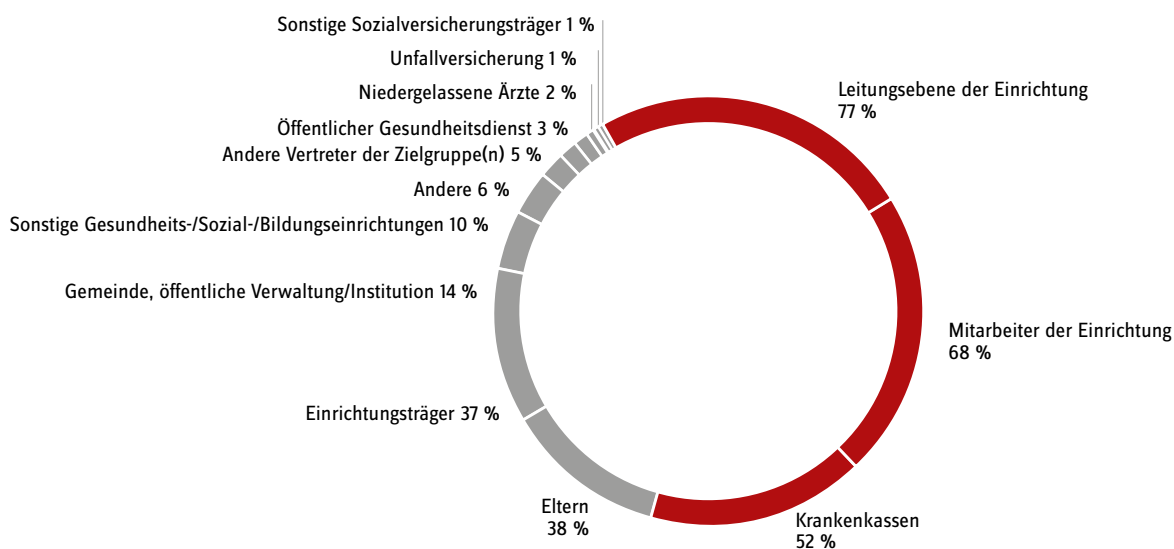
Kooperationspartner
(Mehrfachnennungen möglich)



Das Engagement der Krankenkassen hat zum Ziel, Gesundheitsförderung nachhaltig in den jeweiligen Lebenswelten zu verankern. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es bedeutsam, weitere gesellschaftlich relevante Akteure in die Maßnahmen einzubinden, insbesondere sind die Akteure entsprechend ihrer gesetzlichen Verantwortung zu beteiligen. Durch geeignete Kooperationen können sich Kompetenzen und Ressourcen ergänzen. 48 % der Dokumentationsbögen weisen aus, dass weitere Akteure als Kooperationspartner Ressourcen in die Aktivitäten eingebracht haben. Dabei waren am häufigsten öffentliche Institutionen und sonstige Einrichtungen für Gesundheit, Soziales und Bildung beteiligt. Im Mittel brachten mehr als zwei weitere Akteure Ressourcen in krankenkassengeförderte Programme ein.

Koordination und Steuerung

Abb. 10 **Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium**
(Mehrfachnennungen möglich)



Die Koordination und Steuerung von Gesundheitsförderungsprogrammen durch ein Gremium ist wichtig, damit gesundheitsförderliche Maßnahmen zentral geplant und nachhaltig in den Lebenswelten verankert werden können.

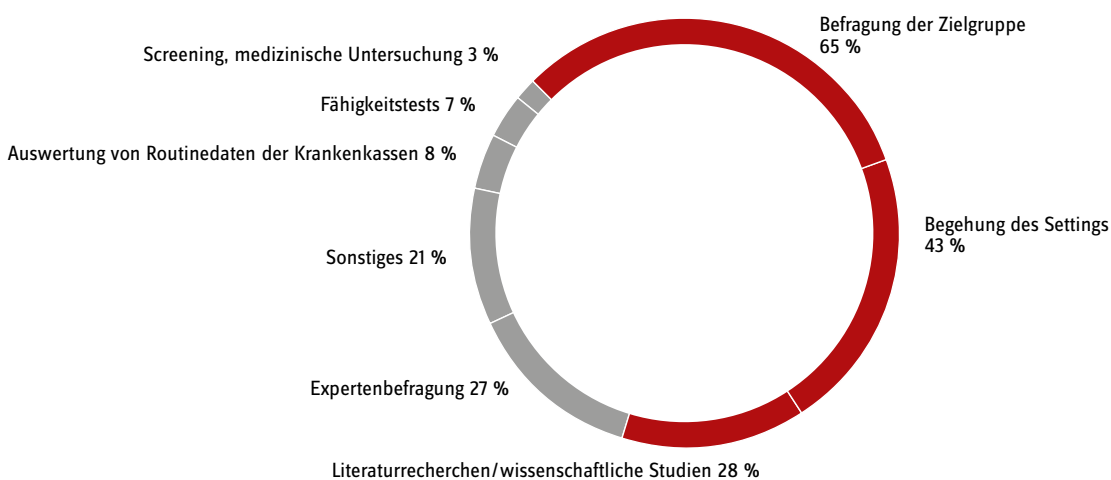
Eine „Arbeitsgruppe Gesundheit“ kann ein solches Steuerungsgremium sein. Sie befasst sich mit der Analyse, Planung, Durchführung und Nachbereitung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Mit 88 % weist ein Großteil der Programme eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur auf.

Im Mittel sind in den Steuerungsgremien drei der in der Abbildung genannten Institutionen beteiligt, in manchen Gremien bis zu neun.

Bei einem Großteil der Steuerungsgremien sind die Leitungsebene und die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einer Einrichtung vertreten. Bei über der Hälfte der Gesundheitsförderungsprogramme mit Steuerungsgremium sind Vertreter der Krankenkassen eingebunden.

Bedarfsermittlung und Gesundheitszirkel

Abb. 11 **Methoden der Bedarfsermittlung**
(Mehrfachnennungen möglich)



Um die Maßnahmen möglichst realitätsnah und bedarfsorientiert auszurichten, werden in der jeweiligen Lebenswelt verschiedene Methoden zur Erkennung von Risiken und Potenzialen für Gesundheit angewandt. So wird bei 65 % der Gesundheitsförderungsprogramme die Zielgruppe befragt, um deren Wünsche, Bedürfnisse und Problemstellungen im Setting zu ermitteln. Bei 43 % der Maßnahmen werden im Rahmen einer Begehung die Problemstellungen im Setting ermittelt. Bei knapp 30 % der Maßnahmen werden zudem auch Expertenbefragungen und Literaturrecherchen durchgeführt. Im Schnitt wurden je Programm **zwei** verschiedene Instrumente der Bedarfsanalyse kombiniert.

Gesundheitszirkel

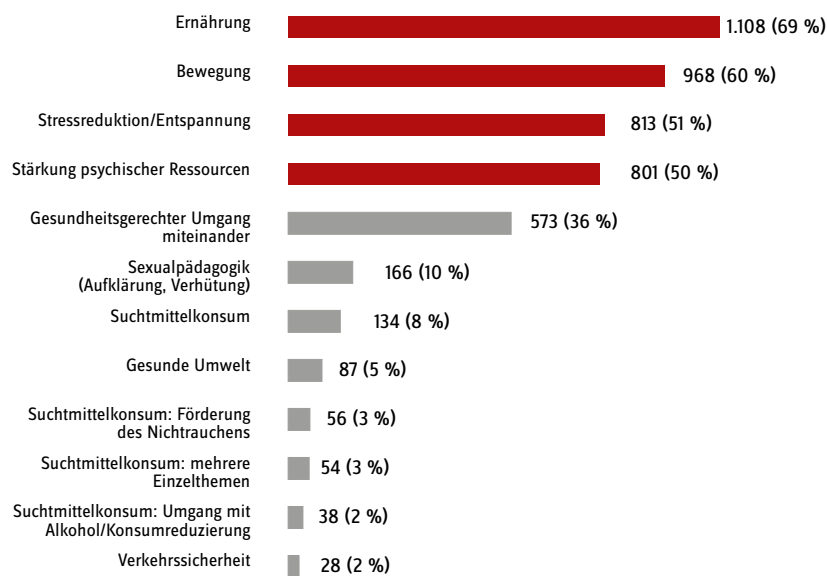
Im Berichtsjahr wurden bei 12 % der Programme Gesundheitszirkel als partizipatives Instrument der Gesundheitsförderung eingesetzt.

Gesundheitszirkel bieten die Möglichkeit, die Erfahrungen der Menschen als Experten für die jeweilige Situation in ihrer Lebenswelt für den Gesundheitsförderungsprozess zu nutzen. Bei einem oder mehreren Treffen kann im Austausch miteinander der Bedarf für Gesundheitsförderungsmaßnahmen analysiert und es können Lösungskonzepte für Problemstellungen entwickelt werden.

Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Abb. 12

Inhalte (Mehrfachnennungen möglich)



Der inhaltliche Schwerpunkt der Intervention - z. B. Beratung und Anleitung zur Einführung bewegter Pausen, Beratung zur Verbesserung des Verpflegungsangebots, Durchführung eines Stressbewältigungstrainings für Schülerinnen und Schüler - richtet sich nach dem Bedarf in der jeweiligen Lebenswelt und wird strukturiert durch die im **Leitfaden Prävention** beschriebenen verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen.

Ernährung, Bewegung, Stressreduktion und die Stärkung psychischer Ressourcen sind die häufigsten Themen der Interventionen. Dabei wurden die Handlungsfelder vielfach kombiniert.

GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Berlin 2014. Download: www.gkv-spitzenverband.de

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Die Aktivitäten der Krankenkassen können sich auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Verhältnisse in der jeweiligen Lebenswelt und gleichzeitig auf die in Zusammenhang mit der Gesundheit stehenden Verhaltensweisen beziehen. Im Berichtsjahr 2015 waren 71 % der Aktivitäten sowohl auf die Verhältnisse als auch auf das Verhalten der Akteure in den Lebenswelten ausgerichtet.

28 % der Interventionen waren speziell darauf bezogen, die Akteure im Setting zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu motivieren und anzuleiten.

Die ausschließliche Beratung zur gesundheitsförderlichen Umgestaltung struktureller Rahmenbedingungen war mit 1 % die Ausnahme.

Art der Umgestaltung

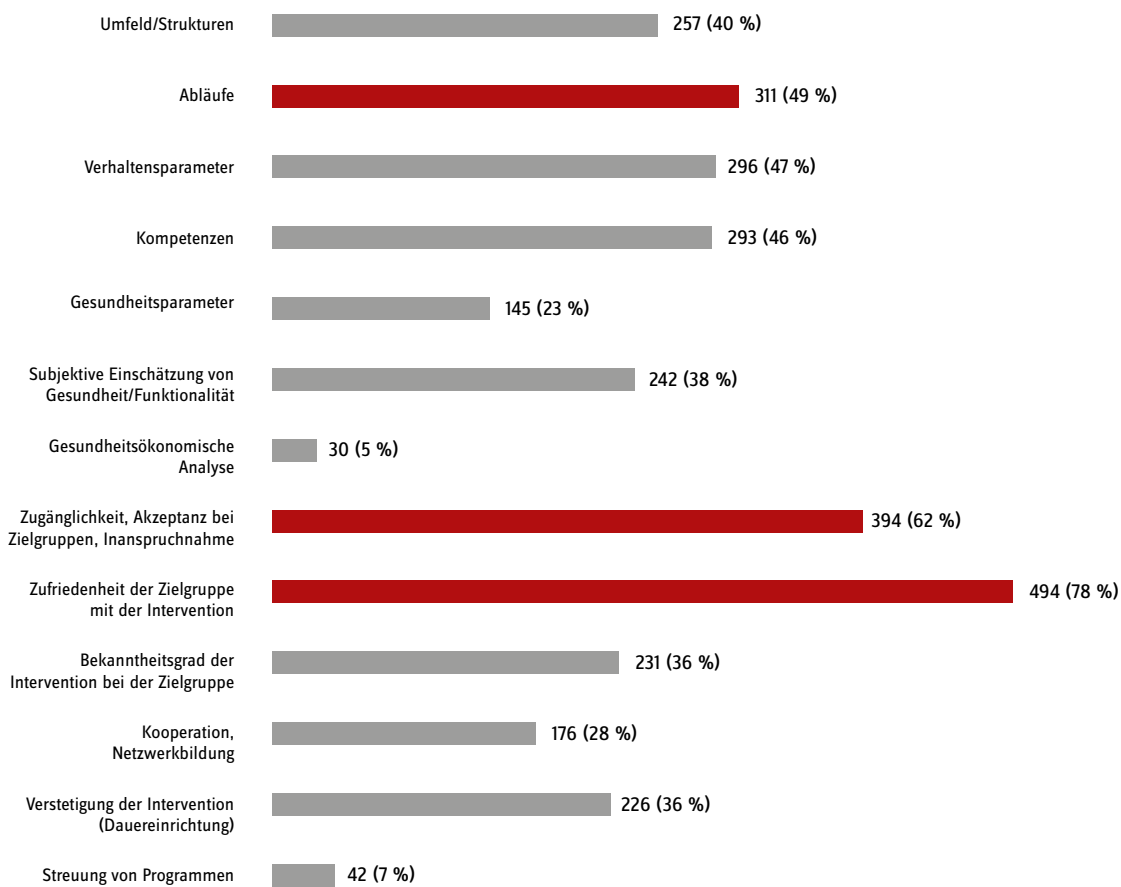
Die Strukturen und Abläufe in den Lebenswelten nehmen erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden. Daher wirken sich gezielte strukturverändernde Maßnahmen gesundheitsfördernd aus. Beispiele für solche Maßnahmen sind die Einführung von regelmäßigen Teamsitzungen von Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern oder einer adäquaten Pausengestaltung in der Grundschule. Eine bewegungsfördernde Alltagsgestaltung in der Grundschule ist ebenfalls Teil der Gesundheitsförderung.

In der Regel werden mehrere Arten der Umgestaltung miteinander kombiniert. Im Durchschnitt integrieren die Interventionen sechs verschiedene Aspekte. Häufig zielen die Maßnahmen darauf ab, die Umgebungsbedingungen insgesamt (68 %) und die Informations- und Kommunikationsstrukturen (63 %) zu verbessern.

Erfolgskontrollen

Abb. 13

Inhalte der Erfolgskontrollen (Mehrfachnennungen möglich)



Um die Qualität der Maßnahmen zu sichern, ist es sinnvoll, den Erfolg einer Maßnahme zu prüfen. 2015 wurden bei drei Viertel – 74 % – der Gesundheitsförderungsprogramme Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. waren geplant, deutlich mehr als im Vorjahr (61 %).

Die Abbildung lässt erkennen, dass viele verschiedene Indikatoren zur Messung des Erfolgs einer Maßnahme herangezogen werden können. Dabei werden einerseits subjektive Einschätzungen erfasst, beispielsweise zur Wirksamkeit der Maßnahme im Hinblick auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Andererseits können objektive Faktoren erhoben werden. Im Schnitt wurden rund fünf Erfolgsindikatoren je Programm erfasst.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Die betriebliche Gesundheitsförderung, als ein wesentliches Element des betrieblichen Gesundheitsmanagements, zielt darauf ab, die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern und zu erhalten. Psychische und körperliche Belastungen sollen gering gehalten und die Gesundheit und Resilienz der Beschäftigten gestärkt werden. Langfristig wirken sich Maßnahmen der Gesundheitsförderung positiv auf die Leistungsfähigkeit und Arbeitsmotivation der Beschäftigten aus und stärken dabei die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens.

www.gkv-spitzenverband.de

Der **Leitfaden Prävention** legt die Kriterien für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung fest.

www.mds-ev.de

Die Krankenkassen begleiten und unterstützen Unternehmen im betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess. Das beginnt mit Informationen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, geht über die Erhebung und Analyse der gesundheitlichen Situation im Betrieb zur Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen bis zur Unterstützung bei der Maßnahmenumsetzung. In allen Prozessphasen

ist es entscheidend, dass die Verantwortlichen im Betrieb das Thema vorantreiben und die Beschäftigten in den betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess einbezogen werden. Nach der Umsetzung einer Maßnahme werden die Ergebnisse bewertet. Diese Ergebnisse sind wiederum Grundlage für die nächste Prozessphase. So gelingt es, die Qualität der Maßnahmen zu verbessern und diese nachhaltig im Betrieb zu verankern.

In den folgenden Abschnitten werden die Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung nach verschiedenen Aspekten geordnet dargestellt. Die Prozentangaben in den Abbildungen beziehen sich auf die Summe der gültigen Angaben zur jeweiligen Fragestellung. Die Zahl gültiger Angaben findet sich, ebenso wie weitere differenzierte Auswertungen, im **Tabellenband**. Insgesamt wurden 5.828 Dokumentationsbögen ausgewertet.

Zunächst wird das BGF-Handlungsfeld Überbetriebliche Vernetzung und Beratung anhand von Beispielen skizziert.

§ 20b Absatz 1 SGB V

„Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. [...]“

§ 20b Absatz 2 SGB V

„Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. [...]“

§ 20b Absatz 3 SGB V

„Die Krankenkassen bieten Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen **regionalen Koordinierungsstellen** Beratung und Unterstützung an. [...]“

Siehe Kapitel Regionale Koordinierungsstellen, S. 18-19

Überbetriebliche Vernetzung und Beratung

Gemeinsam für die Gesundheit in Kleinbetrieben

Bereits 2014 wurde im Leitfaden Prävention das neue Handlungsfeld „überbetriebliche Vernetzung und Beratung“ mit dem Präventionsprinzip „Verbreitung und Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung durch überbetriebliche Netzwerke“ eingeführt und mit dem Präventionsgesetz nochmals deutlich gestärkt.

Es sollen so vor allem Betriebe erreicht werden, die nicht über ausreichende interne Ressourcen für die Organisation betrieblicher Gesundheitsförderung verfügen. Prävention und Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben zu installieren, braucht die Unterstützung vieler Akteure. So kann auf **Netzwerkebene** Wissen gebündelt weitergegeben werden, es können Ziele formuliert und Erfahrungen ausgetauscht werden, die daraufhin auf betrieblicher Ebene umgesetzt werden können. Unterstützung erhalten Kleinbetriebe so auch über die Teilnahme an überbetrieblichen Angeboten zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Von den mehr als 3,6 Mio. Unternehmen zählte 2013 gemäß Unternehmensregister die überwiegende Mehrheit (99,3 %) zu den kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) mit bis zu 249 Beschäftigten. Ein Großteil aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland ist in diesen Betrieben beschäftigt und soll dem demografischen Wandel entsprechend möglichst lange seine fachlich erworbene Arbeitskraft einbringen können. Die Kleinst- und Kleinunternehmen haben somit eine besondere Bedeutung für Wachstum und Wirtschaft in Deutschland.

Überbetriebliche Zugänge für betriebliche Gesundheitsförderung schaffen

Ziel von Netzwerken und Kooperationen ist es, Betriebe – auch über Multiplikatoren – zu erreichen und diese für BGF zu sensibilisieren und zu motivieren (Leitfaden Prävention, S. 99). In der Vernetzung ist die sozialversicherungsträgerübergreifende Kooperation sinnvoll. Weitere wich-

tige Partner sind Kammern und Fachverbände, Innungen, Fördervereine, Berater-Netzwerke (wie bspw. die Offensive Mittelstand) und viele weitere Organisationen, wie z. B. Jobcenter, Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften u. v. m.

Im ersten Schritt gilt es, die Kooperation selbst mit den beteiligten Partnern zu gestalten und gemeinsame Zielsetzungen zu erarbeiten. Wie gelingt es gemeinsam, den Kleinbetrieben Mehrfachnutzen zu verschaffen, und welche Wege sind hierfür zielführend?

Um das Thema Gesundheit in den Fokus zu bringen, ist es sinnvoll, bereits bestehende Vernetzungen zu nutzen und eine Plattform für den offenen Austausch über Erfolge und Hemmnisse bei der Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung zu schaffen. Kennen sich die jeweiligen Projektverantwortlichen persönlich, so ist das eine gute Basis für eine erfolgreiche längerfristige Kooperation.

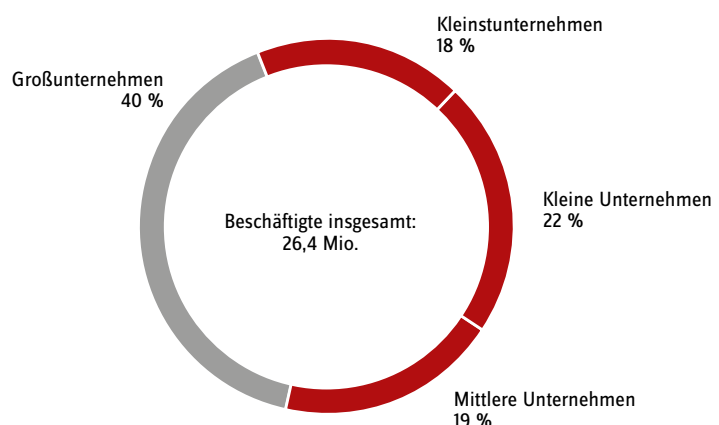


von
Ruth Wagner,
IKK classic

Überbetriebliche Netzwerke sind Gruppen aus Netzwerkmitgliedern unter Einschluss von mindestens einem Betrieb. Überbetriebliche Netzwerke definieren gemeinsame Ziele und Aufgaben sowie Regeln der Zusammenarbeit, um betriebliche Gesundheitsförderung zu verbreiten und zu implementieren.

Abb. 14

Beschäftigungsanteile
(2013; nach Unternehmensgrößenklassen)



Quelle: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/UnternehmenHandwerk/KleineMittlereUnternehmenMittelstand/KleineMittlereUnternehmenMittelstand.html>

Unterstützungsangebote bündeln und an die Zielgruppen anpassen

In der Verknüpfung mit anderen Zielen in der Betriebsführung kann der Unternehmer ressourcenschonend die Akteure kennenlernen und die Vernetzung der Aktivitäten erfahren. Mit Fachkenntnissen zu den branchen- oder regionsbezogenen Anforderungen und Angeboten werden die vielfältigen Angebote überzeugender kommuniziert. Bewährt ist auch der Ansatz, aktive Unternehmen selbst aus ihren Erfahrungen berichten zu lassen. Diese praktischen Schilderungen und konkreten Lösungen tragen dazu bei, die Effekte anschaulich darzulegen. Gleichzeitig ist die transparente Darstellung einfacher Zugangswege zu den Angeboten und verbindlicher Ansprechpartner wichtig, um ggf. vorhandene Hemmschwellen abzubauen.

Der Wandel weg von der vorwiegend schriftlichen Information über betriebliche Gesundheitsförderung hin zu Netzwerken und Veranstaltungen in aktiv gestalteter **Kooperation** und mit persönlicher Ansprache der KMU findet bereits statt. Mit den vielfältigen digitalen Möglichkeiten können weitere Informations- und Vernetzungsangebote geschaffen werden.

Netzwerk-Beispiel: Forum KMU des Deutschen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung

Das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) ist eingebettet in das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) und wurde gegründet mit dem Ziel, die Kooperation zwischen allen Akteuren zu verbessern. Die unterschiedlichen Arbeitsfelder der Foren ermöglichen es, betriebliche Gesundheitsförderung gezielter und effektiver in den jeweiligen Branchen zu positionieren. Im „Forum Kleine und Mittlere Unternehmen“ werden die zielgruppenbezogenen Problemstellungen analysiert und die methodische Vielfalt mittels Tagungen, **Publikationen** und persönlichem Erfahrungsaustausch bekannt und nutzbar gemacht. In einem Positionspapier

werden die Ressourcen von Kleinbetrieben deren spezifischen Herausforderungen gegenübergestellt und Empfehlungen für die erfolgreiche Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung in Kleinbetrieben gegeben.

Netzwerk-Beispiel:

www.gesundeshandwerk.de

Die Landesinitiative „Arbeit gestalten NRW“ bietet Unternehmen und Beschäftigten Informationen zu den Fragen rund um die gesundheits- und altersgerechte Arbeitsgestaltung an mit dem Ziel der Verbreitung des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Nordrhein-Westfalen. Vor allem klein- und mittelständische Betriebe im Handwerk sollen mit der von mehreren Kooperationspartnern gemeinsam gestalteten Informationsseite konkrete Antworten auf ihre Fragen erhalten.

Kooperation-Beispiel: Der Gesundheitsplan

Die Initiative „Gesund.Stark.Erfolgreich. - Der Gesundheitsplan für Ihren Betrieb“ ist ein Kooperationsprojekt mehrerer Krankenkassen (mit Fördermitteln des Bundesgesundheitsministeriums). Gemeinsam mit regionalen Partnern wie Innungen, Fachverbänden und Kammern laden die Krankenkassen deutschlandweit zu Veranstaltungen ein mit dem Ziel, die teilnehmenden Betriebe zu informieren, zum Austausch anzuregen und rund um die betriebliche Gesundheitsförderung zu beraten. Mehr dazu unter www.der-gesundheitsplan.de.

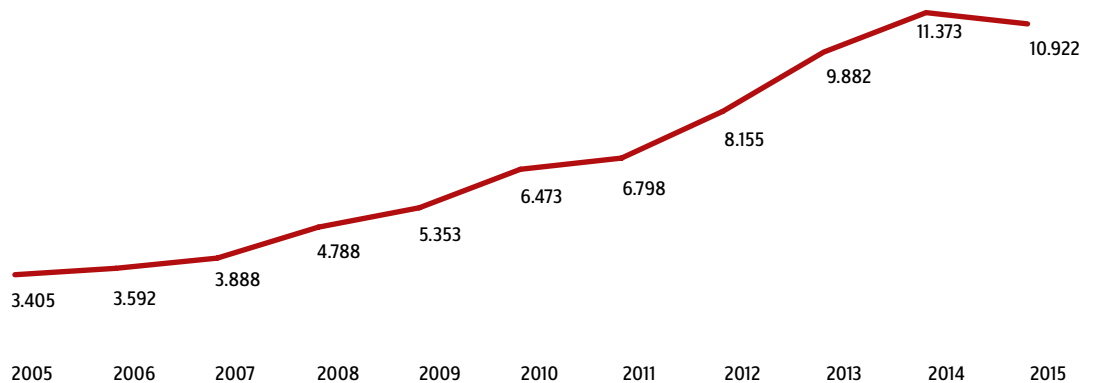
Kooperationen sind im Kontext der Unterstützung der betrieblichen Gesundheitsförderung Zusammenarbeit von Krankenkassen und anderen Organisationen ohne Einschluss von Betrieben.

Forum KMU des Deutschen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF): Klein - Gesund - Wettbewerbsfähig: Betriebliche Gesundheitsförderung in Kleinbetrieben stärken. 2015

Erreichte Betriebe

Abb. 15

Zeitreihe: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte



In den letzten zehn Jahren konnten die Krankenkassen ihr Engagement für die betriebliche Gesundheitsförderung stark ausweiten.

Von 2014 auf 2015 ist die Anzahl der mit Maßnahmen erreichten Betriebe um vier Prozent leicht gesunken.

Das Angebot der Krankenkassen, Unternehmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu unterstützen, wird von interessierten Betrieben in freiwilliger Weise aufgegriffen.

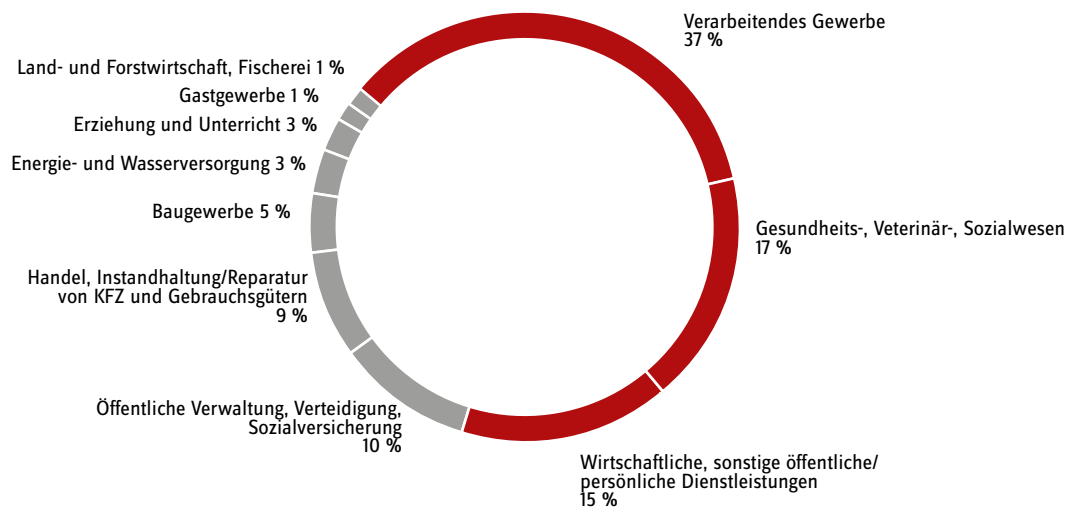
Standorte

Die Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung werden entweder an einem oder an mehreren Betriebsstandorten durchgeführt. Etwas über die Hälfte der insgesamt erreichten Standorte und Betriebe sind Mehrfachstandorte. 45 % der erreichten Betriebe sind Einzelstandorte.

Branchen

Abb. 16

Branchen



Das Engagement für betriebliche Gesundheitsförderung mit Unterstützung der gesetzlichen Krankenkassen ist in den einzelnen Branchen unterschiedlich stark ausgeprägt. Dies liegt vermutlich auch an den vielfältigen strukturellen Bedingungen für die Gesundheit der Mitarbeiter je nach Branche und dem daraus abzuleitenden Bedarf an Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit.

Traditionell am häufigsten werden Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit Krankenkassenunterstützung im verarbeitenden Gewerbe durchgeführt. Hier sind die Beschäftigten oftmals schwerwiegenden arbeitsbedingten körperlichen

Belastungen ausgesetzt, weshalb Initiativen zur Reduktion und Kompensation dieser Belastungen notwendig sind.

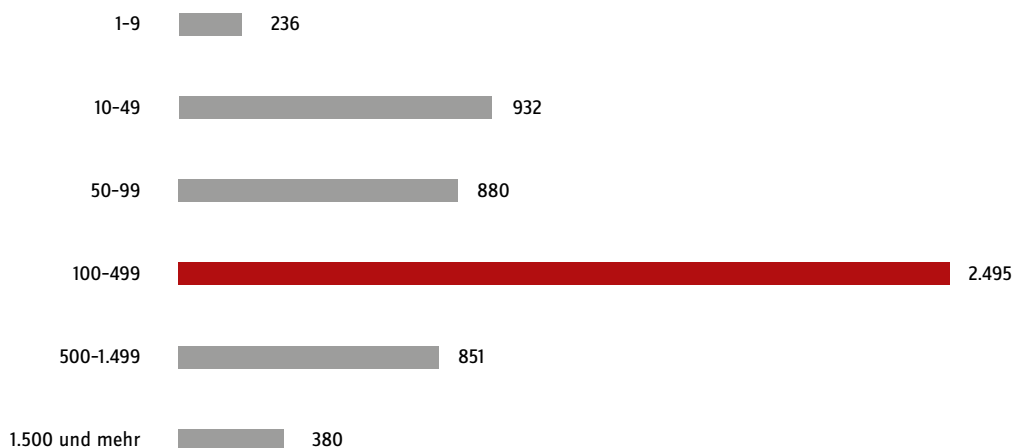
Auch im Gesundheits- und Sozialwesen und im Dienstleistungsgewerbe besteht ein starkes gemeinschaftliches Engagement der Krankenkassen und Betriebe für die Gesundheitsförderung.

Die Prozentangaben in den Abbildungen 16, 19, 20 und 22 bis 28 beziehen sich auf die Summe der gültigen Angaben zur jeweiligen Fragestellung. Die Zahlen finden sich im Tabellenband. Insgesamt wurden 5.828 Dokumentationsbögen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ausgewertet.

Betriebsgröße

Abb. 17

Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigten)



Die Abbildung zeigt, dass das Engagement der Betriebe für gesundheitsfördernde Aktivitäten je nach Betriebsgröße unterschiedlich stark ausgeprägt ist.

Am häufigsten wurden mittlere und größere Betriebe mit 100 bis unter 500 Mitarbeitern erreicht. Kleinere Unternehmen mit unter 50 Beschäftigten und **Kleinstunternehmen** mit unter 10 Beschäftigten sind insgesamt zu einem Fünftel vertreten. Große Unternehmen mit über 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind ebenso zu rund einem Fünftel beteiligt.

Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten

Unter den erreichten Betrieben wiesen 6 % einen hohen Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten auf. Ein „hoher Anteil“ bedeutet, dass mindestens 20 % der Beschäftigten einschließlich der Auszubildenden keine abgeschlossene Berufsausbildung haben (siehe Kapitel „Erhebungsmethode und Auswertung“, S. 88).

Laufzeiten der Aktivitäten

Die mittlere Laufzeit der jeweiligen Krankenkassen-Aktivitäten in den Betrieben betrug 29 Monate, also etwa zweieinhalb Jahre.

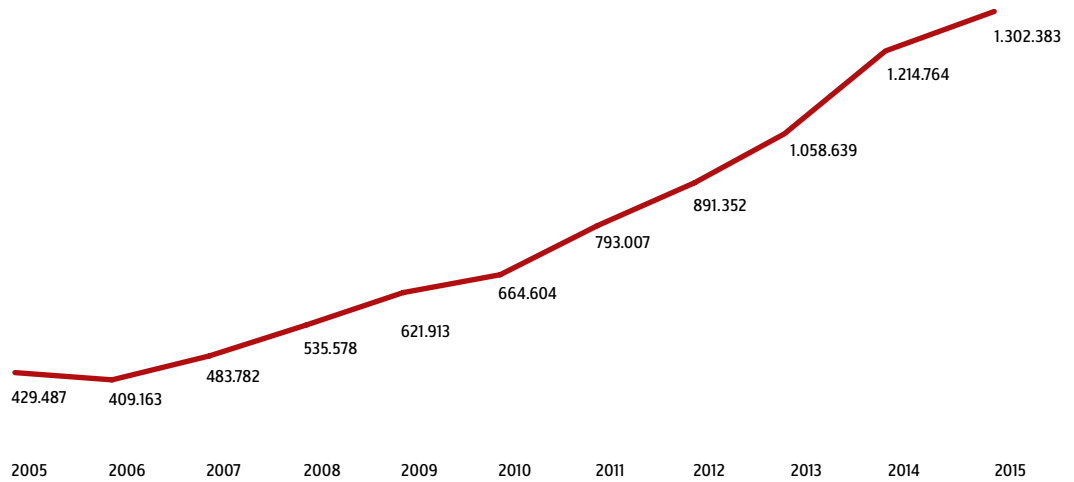
Es erfolgte im Berichtsjahr 2014 eine Umstellung der Erhebungsmethode der Laufzeiten der Aktivitäten. Daher ist der 2015 gemessene Wert nicht direkt mit den Vorjahreszahlen vergleichbar.

Empfehlung 2003. 361.
EG der Kommission vom
6. Mai 2003 betreffend die
Definition der Kleinstunter-
nehmen sowie der kleinen
und mittleren Unternehmen.
ABl. L 124 vom 20.05.2003.
S. 36-41.

Erreichte Beschäftigte

Abb. 18

Durch betriebliche Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte (Schätzwerte für direkt erreichte Personen)



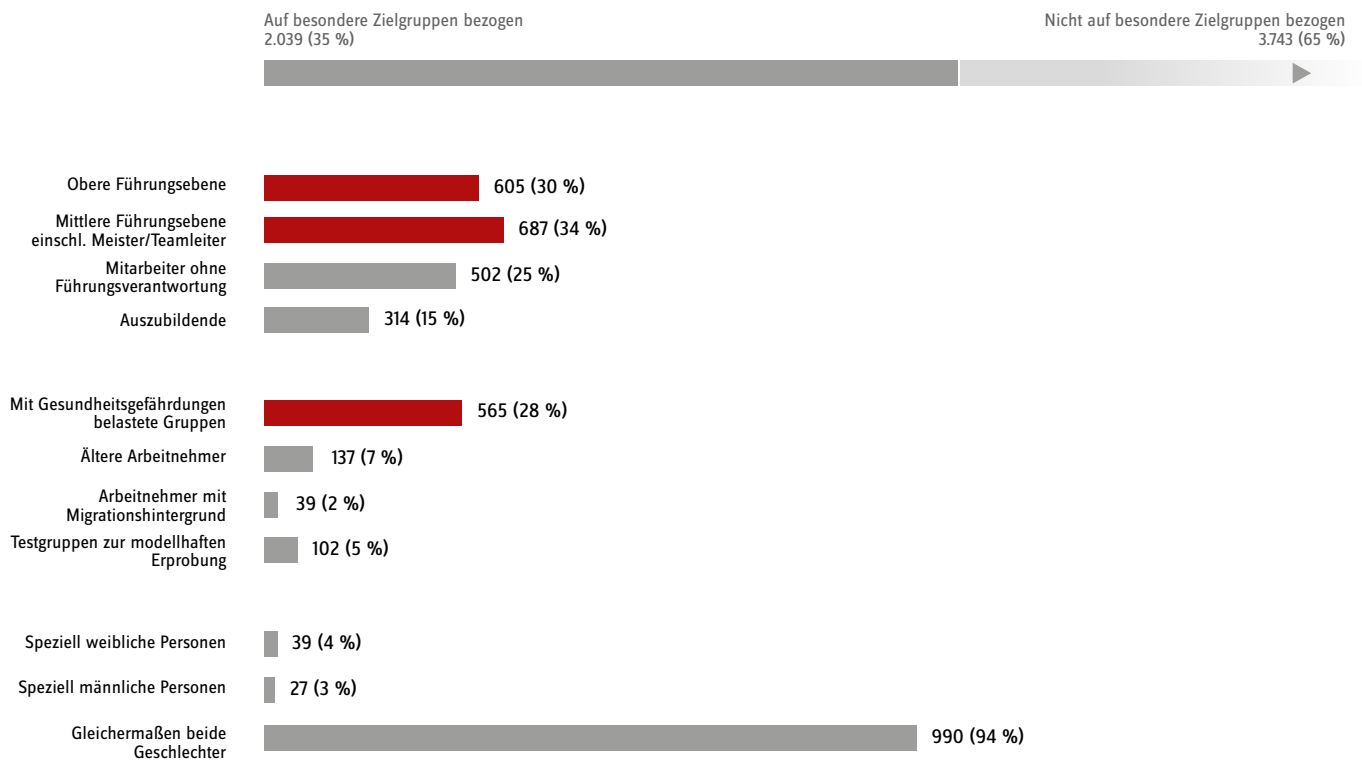
2015 ist wie in den Vorjahren ein Anstieg der durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Personen zu verzeichnen. 1.302.383 Mio. Beschäftigte konnten direkt und weitere 440.321 Beschäftigte indirekt erreicht werden. Dabei zählen zu den indirekt erreichten Personen alle Beschäftigten, die zwar nicht an einer Maßnahme beteiligt waren, die aber z. B. durch die Informationsweitergabe

durch Kolleginnen und Kollegen oder durch die Umgestaltung hin zu gesundheitsförderlichen Arbeitsverhältnissen erreicht werden. Ein Beispiel für eine solche Umgestaltung ist die Ausrichtung der Gemeinschaftsverpflegung im Betrieb nach **DGE-Beratungsstandards** oder die Schulung von Führungskräften zur gesundheitsgerechten Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. DGE-Beratungs-Standards. 10. vollst. überarb. Auflage. Bonn 2013.

Zielgruppen

Abb. 19 Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung
(Mehrfachnennungen möglich)



Tabellenband zum
Präventionsbericht 2016,
www.mds-ev.de

35 % der Maßnahmen waren nicht auf die Beschäftigten insgesamt, sondern auf spezifische Zielgruppen bezogen.

Am häufigsten war die mittlere Führungsebene Zielgruppe der Maßnahmen. Führungskräfte können durch ihr Verhalten und die Gestaltung der Arbeitsbedingungen die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beeinflussen.

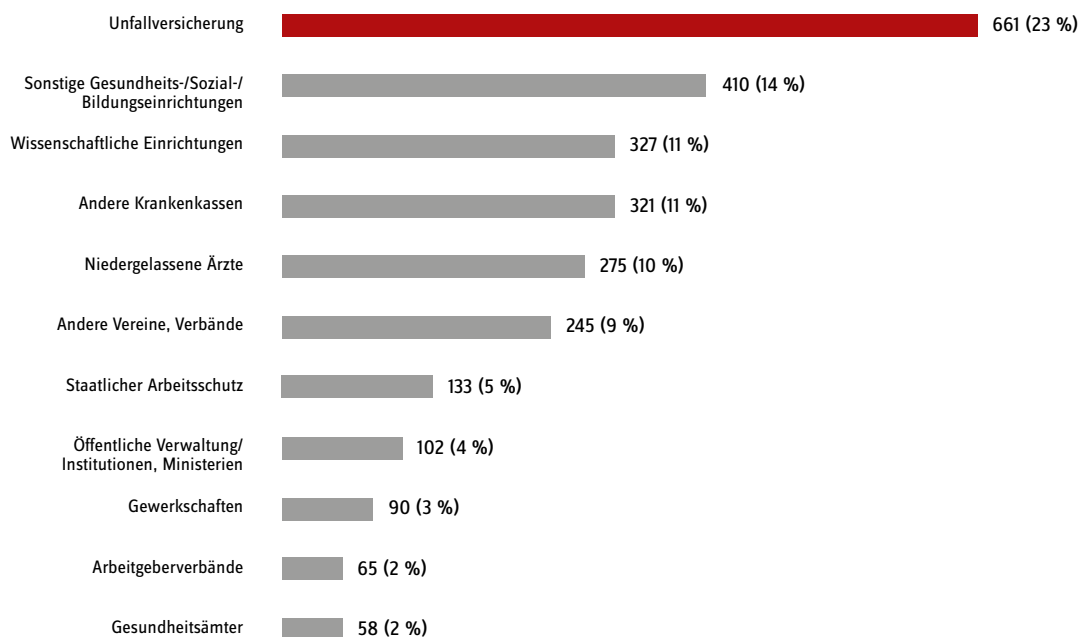
Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und erbringen auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20c SGB V). Die Unfallversicherungsträger sind mit Bund und Ländern Träger der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA). Ein Arbeitsprogramm der GDA für die Periode 2013–2018 widmet sich unter dem Motto „Prävention macht stark – auch Deinen Rücken“ den Muskel-Skelett-Erkrankungen, ein weiteres unter der Devise „Stress reduzieren – Potenziale entwickeln“ den psychischen Belastungen (www.gda-portal.de). Die Krankenkassen sind strategische Kooperationspartner der GDA.

28 % der zielgruppenspezifischen Maßnahmen richteten sich an Personen, die während ihrer Arbeitszeit spezifischen Gesundheitsgefahren ausgesetzt sind. Belastungen können beispielsweise bei der Verrichtung körperlich anstrengender Tätigkeiten – z. B. durch schweres Heben oder Tragen – entstehen.

Nur wenige Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung richteten sich speziell an Frauen (4 %) oder an Männer (3 %), die meisten an beide Geschlechter. Allerdings findet die krankenkassengeforderte betriebliche Gesundheitsförderung verstärkt in Betrieben mit höherem Männeranteil statt, sodass insgesamt mehr Männer erreicht werden (vgl. das Kapitel „Inanspruchnahme nach Geschlecht“).

Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten

Abb. 20 Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung einbrachten (Mehrfachnennungen möglich)



Bei **50 %** der krankenkassengeförderten Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung waren - neben den Krankenkassen - weitere außerbetriebliche Partner eingebunden.

Tabellenband zum Präventionsbericht 2016, www.mds-ev.de

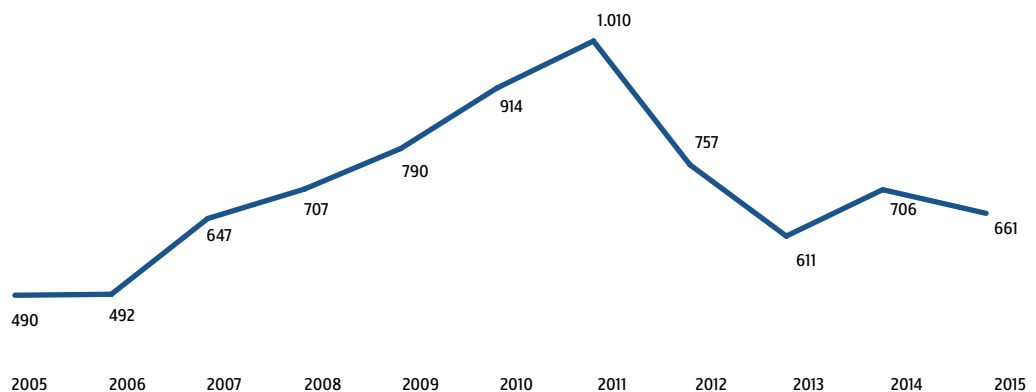
Am häufigsten war die gesetzliche Unfallversicherung als externer Kooperationspartner eingebunden.

Um Kooperationen zu fördern, haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene mit der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Juni 2015 eine Kooperationsvereinbarung zur Förderung gemeinsamer Aktivitäten bei der Umsetzung der GDA-Arbeitsprogramme sowie der GKV-Präventions- und Gesundheitsförderungsziele geschlossen.

Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung

Abb. 21

Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung (Anzahl der Dokumentationsbögen)



In der Zeitspanne von 2006 bis 2015 brachte die Unfallversicherung bei **23 % bis 40 %** aller Aktivitäten, bei denen Kooperationspartner mitwirkten, Ressourcen ein.

Bezugsgröße: 2.878 Dokumentationsbögen mit der Angabe, dass außerbetriebliche Kooperationspartner eingebunden wurden (von insgesamt 5.775 Bögen)

Der Leitfaden Prävention sieht wechselseitige Information sowie bedarfsbezogenen Abstimmungen der Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung vor. In Absprache mit dem Betrieb soll sich die Zusammenarbeit und die Einbringung von Ressourcen und Leistungen an den jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten und Kompetenzen orientieren. Dementsprechend hat der Arbeitskreis „Prävention in der Arbeitswelt“ der Verbände von Unfall- und Krankenversicherung auf Bundesebene **Grundlagen für die Zusammenarbeit** erarbeitet.

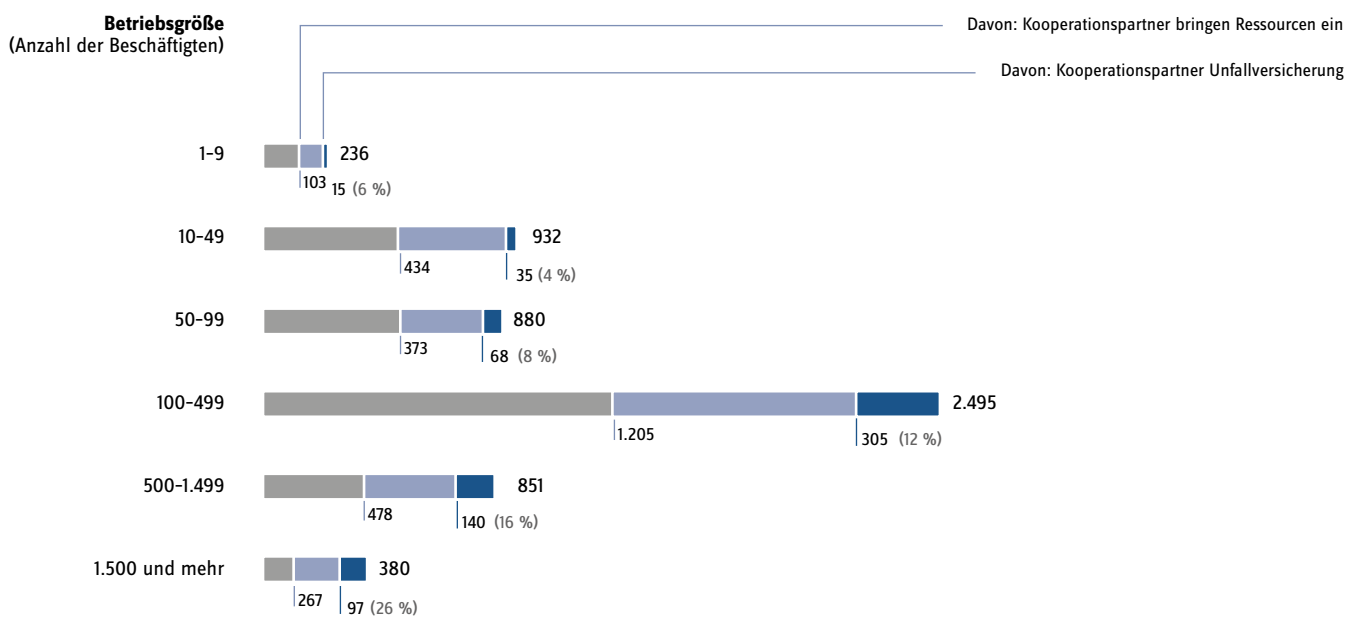
Rahmenvereinbarung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung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

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße

Abb. 22

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße

(Prozentangaben: Anteil der Dokumentationsbögen, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen eingebracht hat, an allen Dokumentationsbögen mit Angaben zur Betriebsgröße. Beispiel Betriebsgröße 100-499: insgesamt 2.495 Dokumentationsbögen, davon 305 mit Unfallversicherungs-Beteiligung = 12 %)



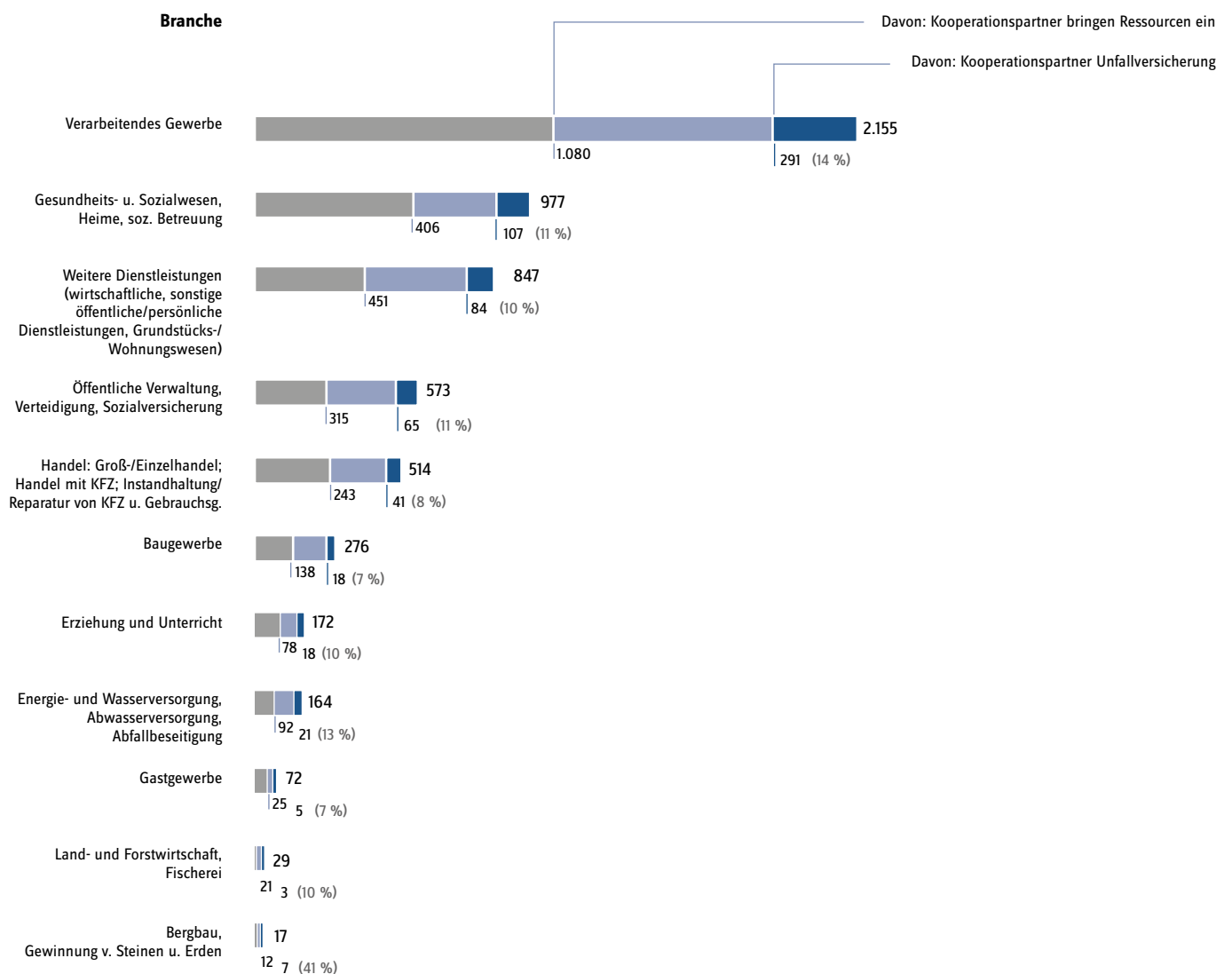
Es zeigt sich, dass die Unfallversicherung bei mittleren und größeren Betrieben ab 100 Beschäftigten häufiger als Kooperationspartner eingebunden ist als bei kleineren Betrieben.

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen

Abb. 23

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branche

(Prozentangaben: Anteil der Dokumentationsbögen, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen eingebracht hat, an allen Dokumentationsbögen mit Angaben zur jeweiligen Branche. Beispiel „Verarbeitendes Gewerbe“: insgesamt 2.155 Dokumentationsbögen, davon 291 mit Unfallversicherungs-Beteiligung = 14 %)

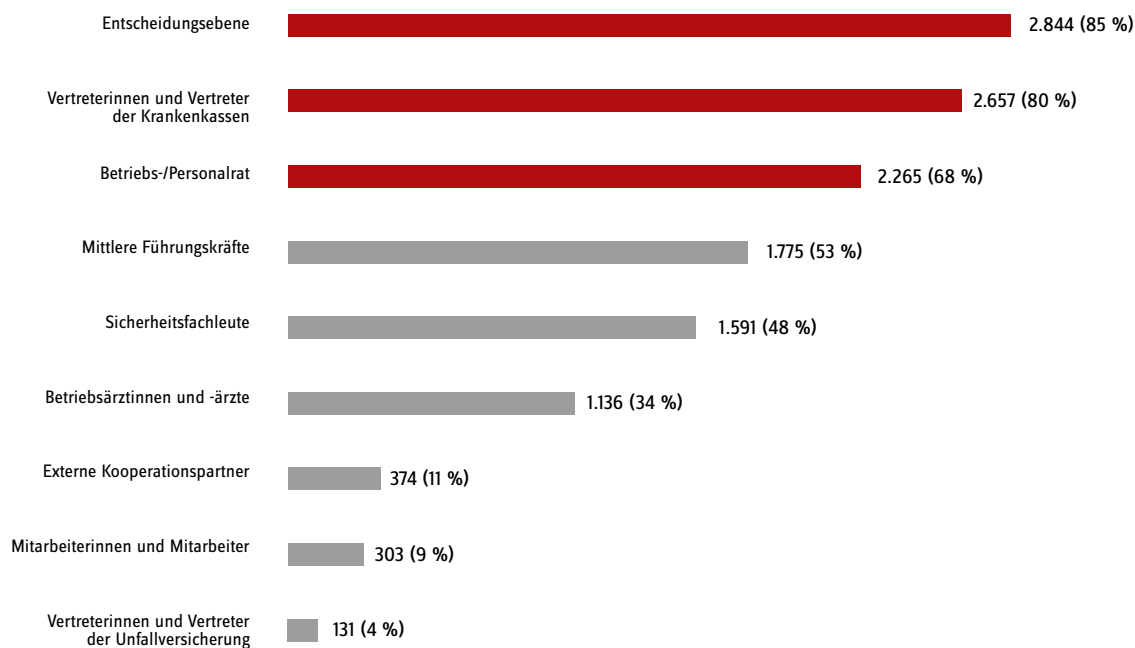


Die Unfallversicherung hat im Wesentlichen in alle Branchen ihre Ressourcen gleichmäßig eingebracht, mit Ausnahme der Bergbaubranche. Hier war bei 41 % der insgesamt in dieser Branche durchgeführten Projekte die Unfallversicherung externer Kooperationspartner. Allerdings ist die

Gesamtzahl der in dieser Branche durchgeführten Programme im Vergleich zu den durchgeführten Projekten in anderen Branchen deutlich geringer, sodass ein relativ höherer Anteil hier leichter erzielt werden kann.

Koordination und Steuerung

Abb. 24 **Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen**
(Mehrfachnennungen möglich)



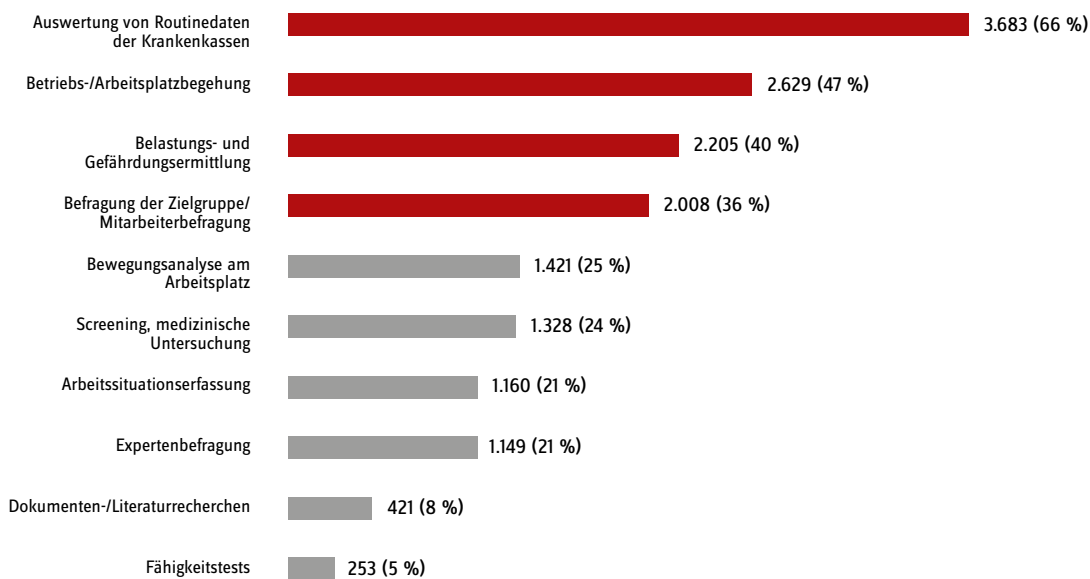
Insgesamt gab es bei 58 % der Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung Entscheidungs- und Steuerungsgremien. Solche Strukturen dienen dazu, die Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung vorzubereiten und langfristig in ein Gesundheitsmanagement des Unternehmens zu überführen. Hierbei bilden die relevanten Akteure beispielsweise einen „Arbeitskreis Gesundheit“. Dieser Arbeitskreis entwickelt und begleitet die Aktivitäten und Maßnahmen im Betrieb von der Bedarfsanalyse über die Implementierung von Maßnahmen bis hin zur abschließenden Erfolgskontrolle. Solche Strukturen haben sich für die dauerhafte Etablierung von Präventionsmaßnahmen bewährt.

In den Gremien waren zu 85 % die Entscheidungsebene und zu 80 % Vertreterinnen bzw. Vertreter der Krankenkassen eingebunden. Betriebs- und Personalräte waren mit 68 % an einem Großteil der Steuerungsgremien beteiligt.

Bedarfsermittlung

Abb. 25

Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



Strukturen und Arbeitsbedingungen sowie die Art der zu verrichtenden Arbeiten im Unternehmen sind sowohl mit bestimmten Potenzialen als auch mit Risiken für die Gesundheit der Beschäftigten verknüpft. Um die Wahl der gesundheitsfördernden Maßnahmen zielgerecht an die Bedürfnisse des jeweiligen Unternehmens anzupassen, ist es sinnvoll, zunächst den Bedarf zu ermitteln. Dabei können verschiedene Methoden angewandt werden.

Es werden in einem Projekt im Durchschnitt knapp drei Methoden der Bedarfsermittlung kombiniert. Am häufigsten werden Routinedaten der Krankenkassen ausgewertet. Fast die Hälfte der Bedarfsermittlungen schließen Begehungen des Arbeitsplatzes ein. Auch eine Beurteilung möglicher Belastungen und Gefahren am Arbeitsplatz sowie die Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden häufig angewandt, um den Bedarf des jeweiligen Betriebes an gesundheitsfördernden Maßnahmen zu ermitteln.

Wittig-Goetz U:
Gesundheitszirkel.
<http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/ca/j/hej/>
(abgefragt am 20.09.2016)

Statistik des Krankenstands der Pflichtmitglieder nach gesetzlichen Krankenkassen im Jahresdurchschnitt auf www.gbe-bund.de

Gesundheitszirkel

Bei 23 % der Programme wurden sogenannte Gesundheitszirkel eingerichtet. Gesundheitszirkel können ein oder mehrere Treffen umfassen. Bei rund 60 % der durchgeführten Gesundheitszirkel gab es mehrere Sitzungen.

„**Leitidee der Gesundheitszirkel** ist die aktive Einbeziehung der MitarbeiterInnen in Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung.“

Die Beschäftigten als Experten ihrer Arbeitssituation bringen ihr Wissen über „gesundheitlich beeinträchtigende Anforderungen an ihren Arbeitsplätzen“ ein.

Unter Anleitung eines in der Regel externen Moderators treffen sich die Mitglieder eines Gesundheitszirkels für einen begrenzten Zeitraum, um zunächst die „Ursachen gesundheitlicher Beschwerden am Arbeitsplatz“ zu bestimmen. Anschließend steht die Findung von Lösungsvorschlägen im Fokus.

In der Praxis existieren verschiedene Modelle von Gesundheitszirkeln. Es gibt sogenannte „homogene Zirkel“ in denen ausschließlich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gemeinsam mit einem Moderator an den Treffen teilnehmen. In „gemischten Zirkeln“ sind neben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch beispielsweise unmittelbare Vorgesetzte, die Sicherheitsfachkraft, die Betriebsärztin oder der Betriebsarzt und eine Vertretung des Betriebsrates bzw. Personalrates, vertreten. Inzwischen finden sich auch sogenannte „Mischmodelle“, welche bei den anfänglichen Treffen zur Bestimmung der „gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen“ nur die Beschäftigten und die Moderation einschließen und nach Abschluss dieser Phase weitere relevante Akteure des Betriebes miteinbeziehen.

Arbeitsunfähigkeitsanalysen

Es ist ein Angebot der Krankenkassen, Arbeitsunfähigkeitsanalysen im Betrieb durchzuführen. Ein solches „AU-Profil“ oder ein „betrieblicher Gesundheitsbericht“ liefert einen ersten Überblick über Parameter wie Arbeitsunfähigkeitsquote, AU-Tage oder die Verteilung der Krankheitsarten. Um die Parameter eines Betriebes besser einordnen zu können, enthalten AU-Profile/Gesundheitsberichte darüber hinaus die **Durchschnittswerte** der jeweiligen Branche (regional, im Bundesland und bundesweit).

Im Jahr 2015 erstellten die Krankenkassen 9.258 AU-Profile bzw. betriebliche Gesundheitsberichte und unterstützten die Unternehmen damit beim betrieblichen Gesundheitsmanagement. Das waren rund 13 % mehr AU-Profile/Gesundheitsberichte als im Jahr 2014, als die Krankenkassen 8.206 Arbeitsunfähigkeitsanalysen durchführten.

Oft kommt es nach der Diskussion des AU-Profils in einem Betrieb zu einem längerfristigen Engagement der Betriebe in der Gesundheitsförderung und zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Es gibt verschiedene Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung, um die Gesundheit der Beschäftigten zu verbessern. Ein Ansatz kann sein, die strukturellen Bedingungen im Betrieb gesundheitsförderlich zu gestalten. So können beispielsweise der Arbeitsplatz nach ergonomischen Richtlinien umgestaltet oder flexiblere Arbeitszeitregelungen geschaffen werden. Ein anderer Weg Veränderungen zu erzielen ist, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst zu motivieren, sich gesundheitsbewusst zu verhalten bzw. Risikoverhalten zu vermeiden. So können die Beschäftigten z. B. in praktischen Trainings entlastende Bewegungsabläufe erlernen und einüben.

Im Idealfall werden beide Ansätze miteinander **kombiniert**. Dies ist bei über der Hälfte (52 %) der Maßnahmen der Fall. Rein verhältnisbezogen waren 7 % der Aktivitäten. So können beispielsweise Veränderungen des Führungsstils der Leitungsebene und der Kommunikationsstrukturen im Unternehmen Belastungen am Arbeitsplatz minimieren und Stress vorbeugen.

Prozesse zur Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind in der Regel umfangreich und müssen von der Unternehmensleitung getragen werden. Die Krankenkassen beraten und unterstützen die Unternehmen bei den einzelnen Schritten der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungskonzepten.

41 % der Maßnahmen unterstützen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dabei, sich gesundheitsbewusster zu verhalten und Gesundheitsrisiken zu minimieren.

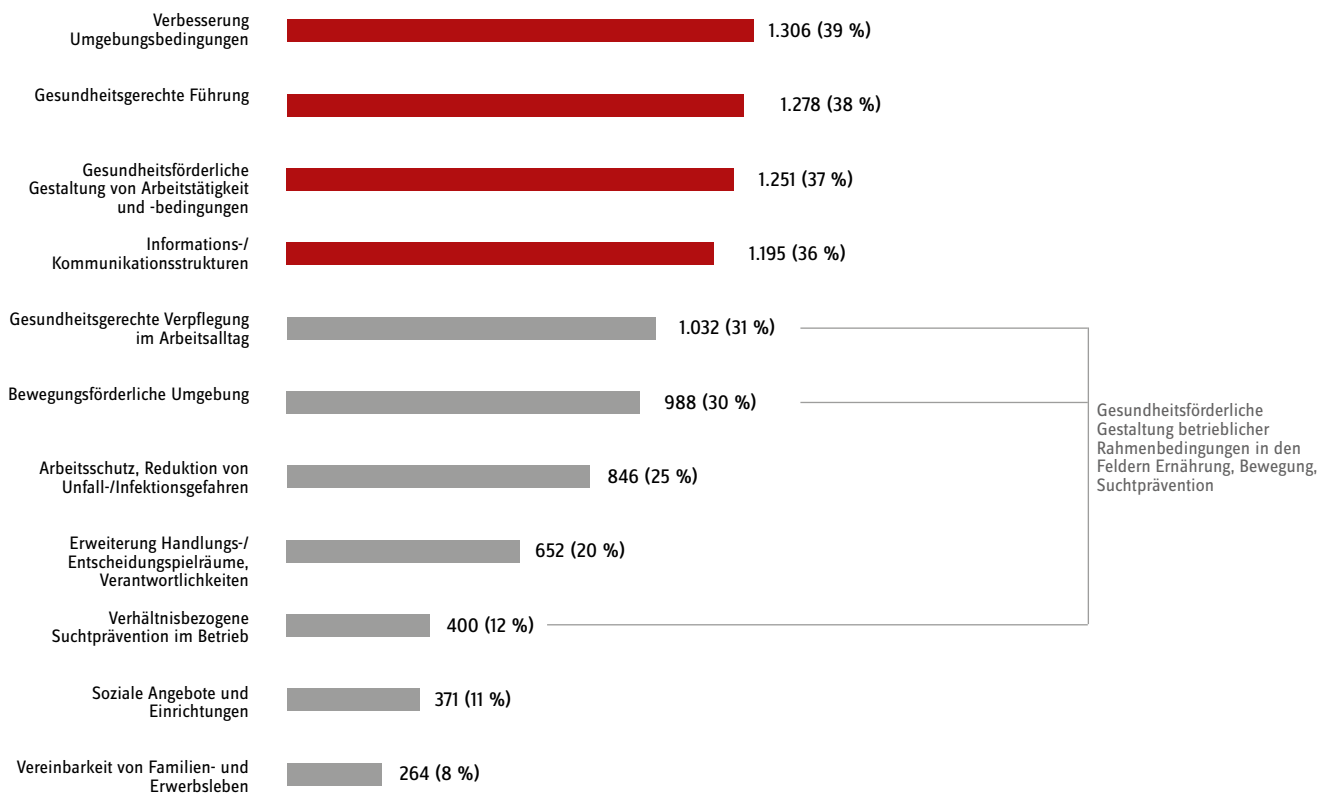
Im Ergebnis tragen Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung, die verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten sinnvoll miteinander kombinieren und bei denen Beschäftigte und Arbeitgeber gemeinsam Veränderungen herbeiführen, zur Qualitätssteigerung und zu einer nachhaltigen Verankerung des Themas Gesundheit in Betrieben bei.

Ducki A: Betriebliche Interventionsansätze zur Bekämpfung psychischer Erkrankungen und zur Förderung psychischer Gesundheit. In: Präventionsbericht 2013. GKV-SV und MDS in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Berlin, Essen 2013

Inhaltliche Ausrichtung der verhältnisbezogenen Interventionen

Abb. 26

Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen (Mehrfachnennungen möglich)



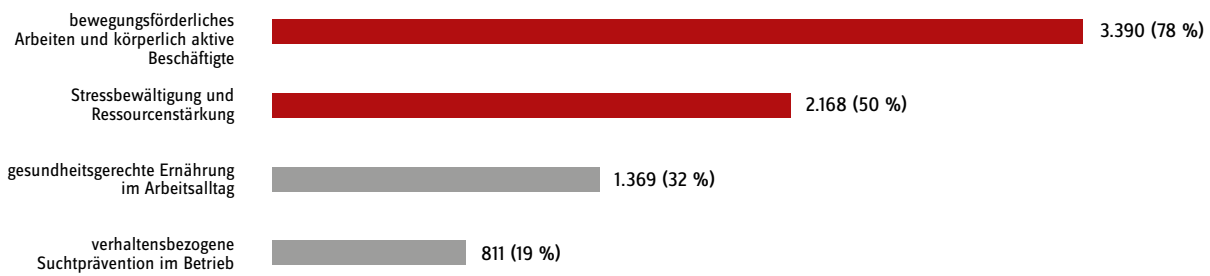
Zu den am häufigsten durchgeführten verhältnisbezogenen Maßnahmen zählen die Verbesserung der Umgebungsbedingungen, die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen sowie die Verbesserung der Kommunikationsstrukturen im Betrieb.

Entsprechend den Änderungen der Handlungsfelder und Präventionsprinzipien im Leitfaden Prävention in der Fassung vom 10. Dezember 2014 wurden die Erhebung der inhaltlichen Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen im Dokumentationsbogen (2015 ff.) verändert und teilweise neue Variablen eingeführt. Eine Beschreibung der Änderungen können Sie dem Tabellenband zum Präventionsbericht entnehmen (siehe www.mds-ev.de).

Inhaltliche Ausrichtung der verhaltensbezogenen Interventionen

Abb. 27

Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen (Mehrfachnennungen möglich)

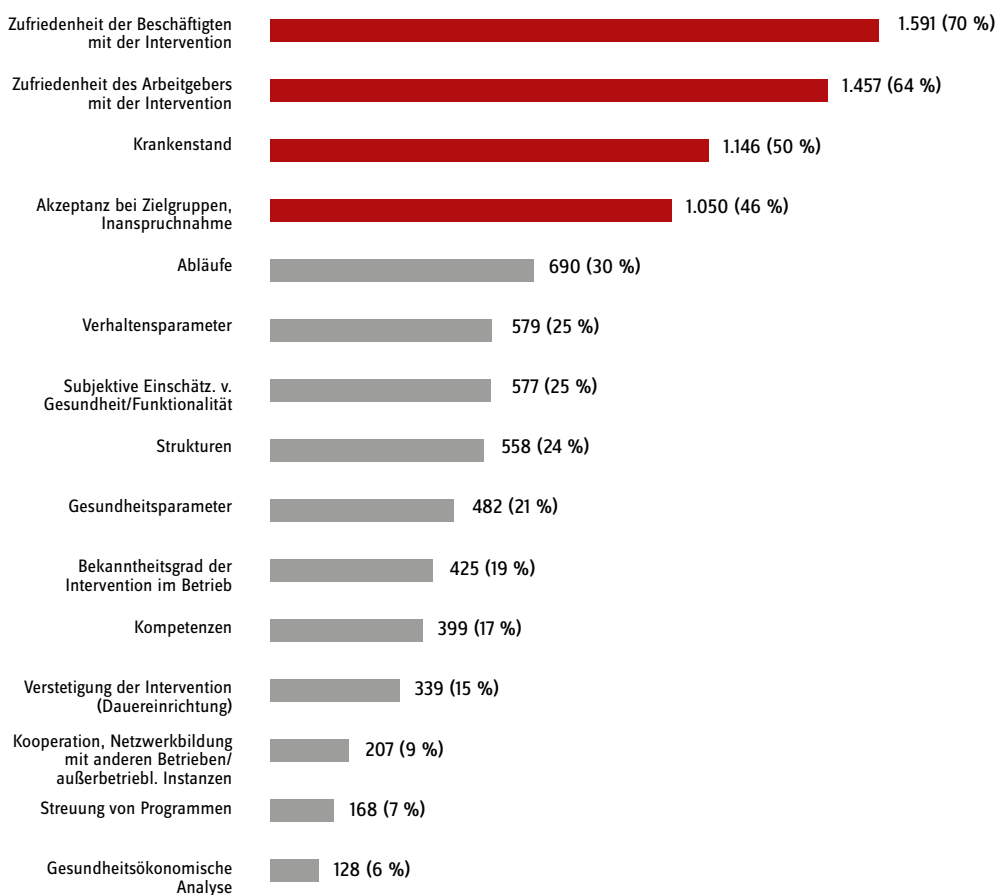


Drei Viertel der verhaltensbezogenen Interventionen richteten sich darauf aus, die Bewegung der Beschäftigten am Arbeitsplatz zu fördern. Die Hälfte der Maßnahmen war darauf gerichtet, die Ressourcen der Mitarbeiter im Umgang mit Stress zu stärken.

Entsprechend den Änderungen der Handlungsfelder und Präventionsprinzipien im Leitfaden Prävention in der Fassung vom 10. Dezember 2014 wurden die Erhebung der inhaltlichen Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen im Dokumentationsbogen (2015 ff.) verändert und teilweise neue Variablen eingeführt. Eine Beschreibung der Änderungen können Sie dem Tabellenband zum Präventionsbericht entnehmen (siehe www.mds-ev.de).

Erfolgskontrollen

Abb. 28 **Inhalte der Erfolgskontrollen**
(Mehrfachnennungen möglich)



Bei 74 % aller von den Krankenkassen unterstützten Programme in der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden Erfolgskontrollen durchgeführt oder sind geplant. Um den Erfolg umfassend ermitteln zu können, werden in der Regel vier Parameter miteinander kombiniert. Am häufigsten werden die Beschäftigten und die Arbeitgeber nach ihrer Zufriedenheit mit der Maßnahme befragt. Auch Parameter wie der Krankenstand der Beschäftigten oder die Akzeptanz der Maßnahme bei den Zielgruppen werden in etwa bei der Hälfte der Erfolgskontrollen herangezogen.

Individueller Ansatz

Die individuelle verhaltensbezogene Prävention umfasst Gruppenangebote für die Versicherten der Krankenkassen. Die Präventionsangebote sollen die Versicherten motivieren und befähigen, die Möglichkeiten einer gesunden Lebensführung auszuschöpfen und damit auch Erkrankungen vorzubeugen z. B. durch regelmäßige Bewegung. In den Maßnahmen werden Wege aufgezeigt, das Erlernte in den Alltag zu überführen und dauerhaft auszuüben.

Die Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes sind im **Leitfaden Prävention** veröffentlicht. Der Leitfaden Prävention wird derzeit unter Einbindung des im Präventionsgesetz genannten unabhängigen Sachverständes insbesondere hinsichtlich der aus den neuen gesetzlichen Regelungen resultierenden Aspekte weiterentwickelt (siehe hierzu S. 21-22). Bis zur Verabschiedung eines neuen Leitfadens Prävention behält der Leitfaden 2014 seine

Gültigkeit. Die Handlungsfelder der individuellen verhaltensbezogenen Prävention lauten: Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum.

Die Übereinstimmung von Kursmaßnahmen mit den Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention lässt die Mehrzahl der Krankenkassen durch die Zentrale Prüfstelle Prävention prüfen (www.zentrale-pruefstelle-praevention.de).

Nachfolgend werden die individuellen verhaltensbezogenen Präventionsleistungen der Krankenkassen dargestellt. Zahlengrundlage der Abbildungen ist immer die Summe der Teilnahmen, bei denen Angaben zur jeweiligen Fragestellung vorlagen. Diese Zahlen sind dem **Tabellenband** zu entnehmen. Insgesamt wurden 1.665.209 Teilnahmen an individuellen Präventions- und Gesundheitskursen dokumentiert.

www.gkv-spitzenverband.de

www.mds-ev.de

§ 20 Abs. 1 SGB V

„Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. [...] Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.“

§ 20 Abs. 2 SGB V

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen [, ...] Sachverständes [...] einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. [...]“

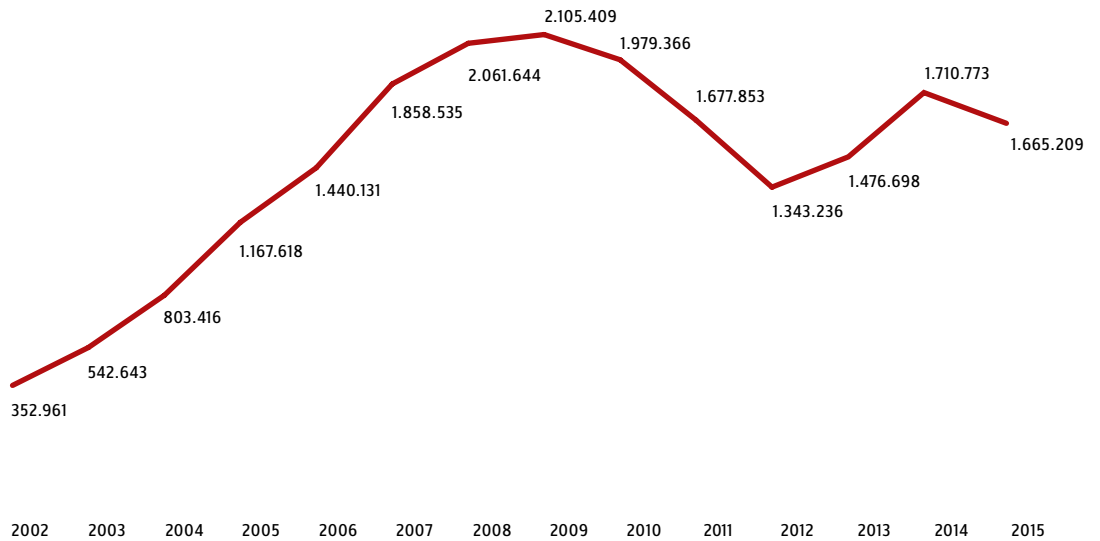
§ 20 Abs. 4 SGB V

„Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als
1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention [...]“

Inanspruchnahme

Abb. 29

Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt



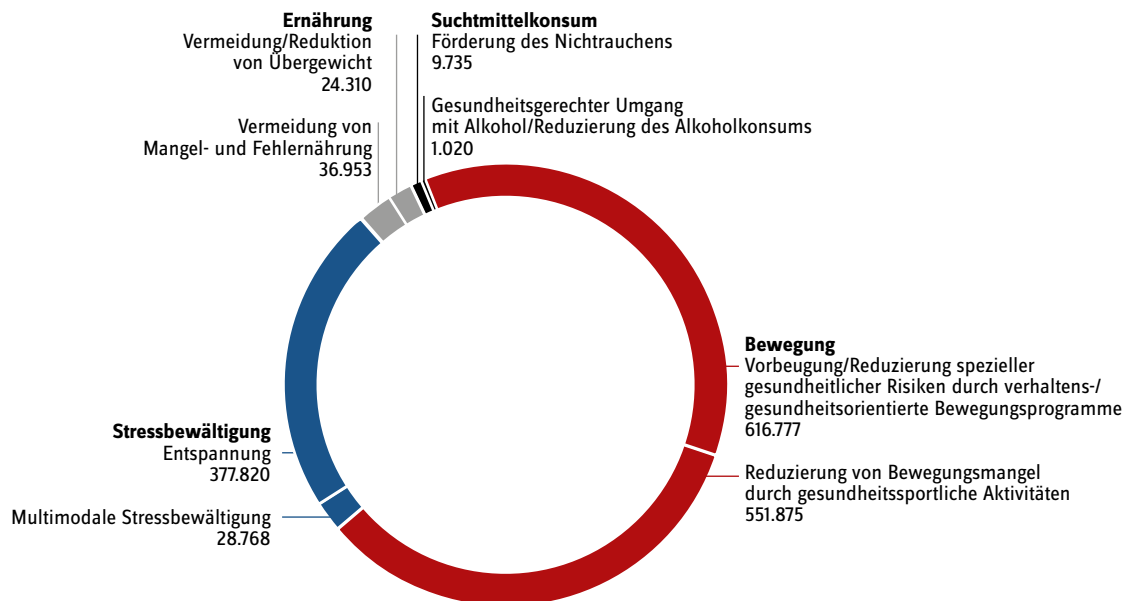
Individuelle Präventions- und Gesundheitskurse finden in Gruppen statt und dienen dazu, Kompetenzen zur Reduzierung von Krankheitsrisiken zu vermitteln und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen aufzuzeigen und zu trainieren. Ziel dabei ist es, darüber hinaus den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Wege aufzuzeigen, wie das Erlernte langfristig in den Alltag integriert werden kann.

Im Berichtsjahr 2015 ist die Teilnahme an individuellen Präventionskursen fast auf dem Niveau von 2014 geblieben. Der Anstieg der Kursteilnahmen in den Jahren 2013 und 2014 nach einem Rückgang in den beiden Jahren davor ist darauf zurückzuführen, dass eine in den Jahren 2011 und 2012 geltende Restriktion hinsichtlich der Wiederholung gleicher Kurse aufgehoben worden war.

Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Abb. 30

Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern



Die gesetzliche Krankenversicherung definiert verschiedene Handlungsfelder, in denen die Präventions- und Gesundheitskurse stattfinden. Die Abbildung beschreibt die Verteilung der Kursteilnahmen nach den vier Handlungsfeldern. Es zeigt sich, dass mit 71 % überwiegend Bewegungskurse nachgefragt werden. Das Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten“ kann weiter aufgegliedert werden nach den Präventionsprinzipien „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität“ und „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“. Diese beiden

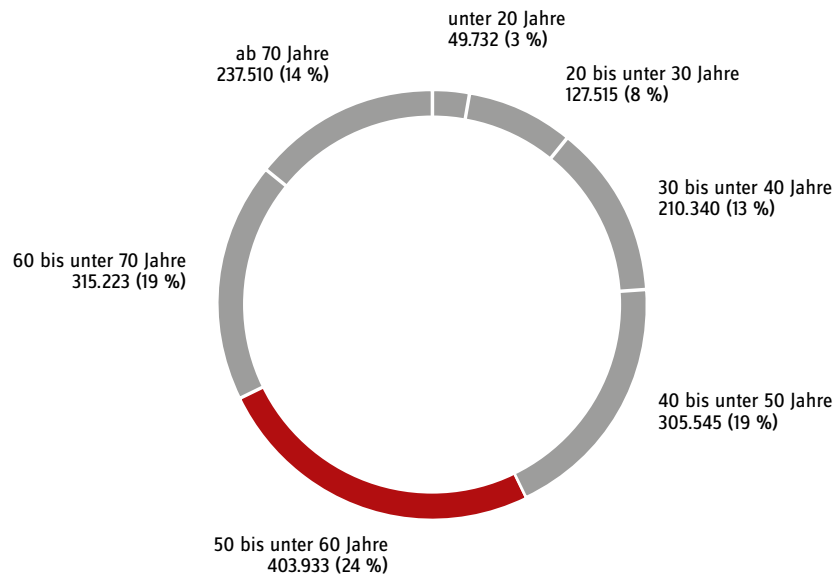
Präventionsprinzipien wurden etwa gleich häufig nachgefragt.

Ein Viertel der Kursteilnahmen findet zum Thema Stressbewältigung statt. Die Kursangebote lassen sich thematisch weiter untergliedern nach Kursen zur „multimodalen Stressbewältigung“ und Angeboten zur „Entspannung“. Dabei werden mit 93 % Prozent überwiegend Entspannungskurse nachgefragt.

Ein geringerer Anteil der Kursteilnahmen findet zum Thema Ernährung oder Suchtmittelkonsum statt.

Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Abb. 31 Inanspruchnahme von Kursen nach Alter



Die Prozentangaben in den Abbildungen 31 bis 33 beziehen sich auf die Summe der Teilnahmen, bei denen Angaben zur jeweiligen Fragestellung vorlagen. Die Zahlen finden sich im Tabellenband. Insgesamt wurden 1.665.209 Teilnahmen an individuellen Präventions- und Gesundheitskursen dokumentiert.

Die Inanspruchnahme der Kurse ist je nach Alter unterschiedlich stark ausgeprägt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich auch die **Prozentanteile der verschiedenen Altersgruppen** an der Gesamtbevölkerung unterscheiden. Es wird deutlich, dass die unter 20-Jährigen mit einem Bevölkerungsanteil von 18 % die krankenkassengeförderten Angebote der Verhaltensprävention nur gering beanspruchen und nur 3 % der Kursteilnahmen ausmachen. 21 % der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer sind zwischen 20 und 39 Jahre alt. Dabei ist die Nachfrage nach individuellen

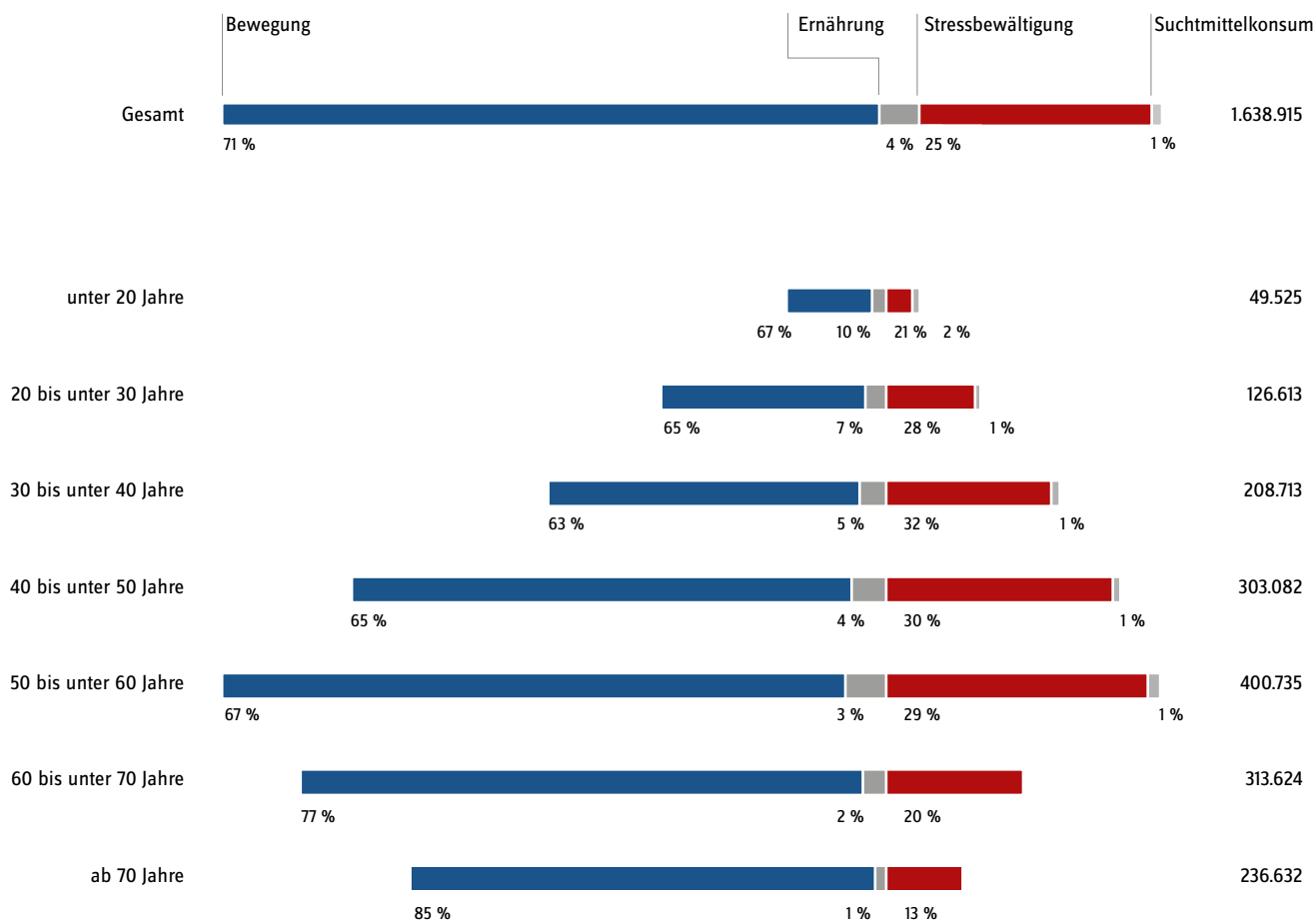
Kursangeboten in dieser Altersgruppe in etwa proportional zu ihrem Bevölkerungsanteil von 24 %. Deutlich überproportional nehmen 40- bis 60-Jährige gesundheitsförderliche Kursangebote in Anspruch. 43 % der Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer befinden sich in dieser Altersgruppe; der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung beträgt 31 %.

Individuelle Kursangebote werden überwiegend von Frauen nachgefragt. 81 % der an Kursen Teilnehmenden sind weiblich.

Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Vorläufige Ergebnisse der Bevölkerungsforschung auf Grundlage des Zensus 2011. www.destatis.de

Abb. 32

Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter

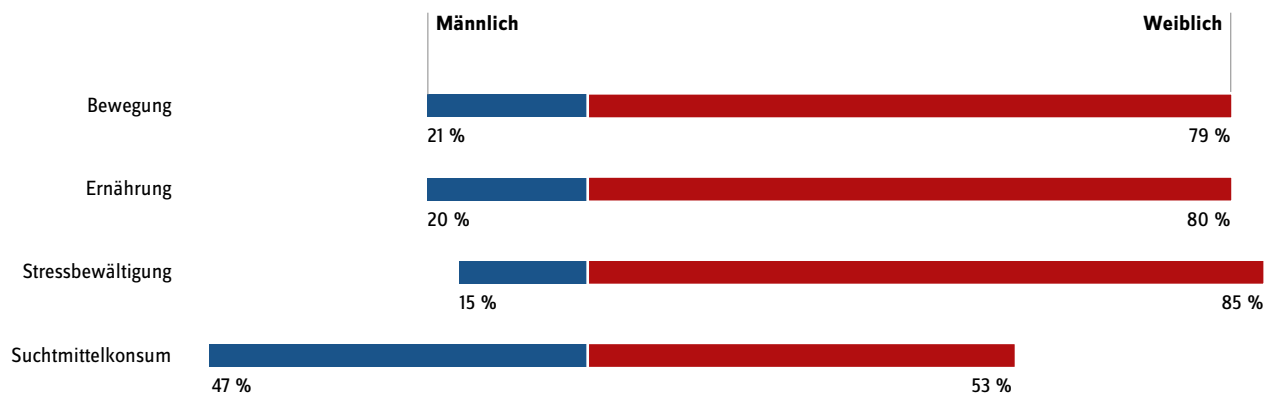


Kursangebote zur Bewegung werden in jeder Altersgruppe am häufigsten in Anspruch genommen, im Durchschnitt zu 71 %. Die 60- bis 69-jährigen und die Versicherten ab 70 Jahren fragen mit 77 % und 85 % Bewegungskurse überdurchschnittlich häufig nach.

20- bis 59-Jährige nehmen häufiger an Angeboten zur Stressbewältigung teil als jüngere und ältere Menschen.

Jüngere Menschen unter 20 Jahren interessieren sich relativ häufiger für das Thema Ernährung als die anderen Altersgruppen.

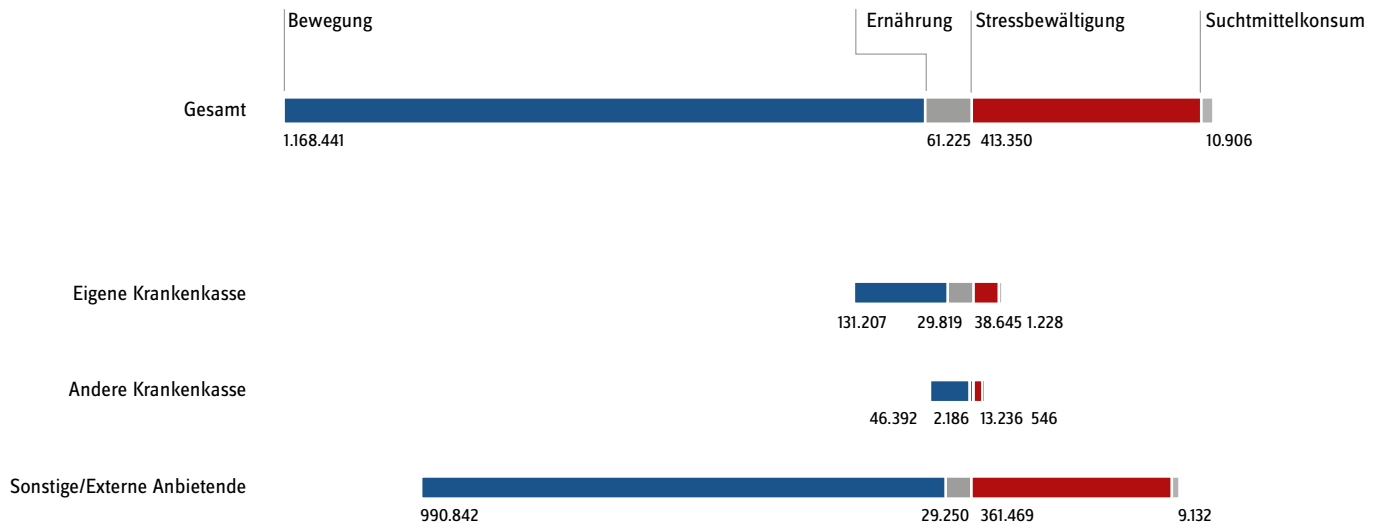
Abb. 33 Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht



Individuelle Kursangebote werden - wie bereits auf S. 68 beschrieben - vor allem von Frauen in Anspruch genommen. Bei der Betrachtung der Inanspruchnahme von Kursen nach verschiedenen Inhalten und nach Geschlecht zeigt sich, dass bei den Themen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung die Teilnehmer zu einem Großteil weiblich sind. Bei Kursen zum Thema Suchtmittelkonsum sind Frauen und Männer - die eine höhere Raucherquote aufweisen als Frauen - fast zu gleichen Teilen vertreten.

Abb. 34

Inanspruchnahme von Kursen nach Handlungsfeldern und Leistungsanbietenden



Krankenkassen führen die individuellen Präventionskurse entweder selbst durch, oder sie bezuschussen für ihre Versicherten Maßnahmen anderer Krankenkassen oder externer Anbieter.

Kurse zu den Themen Bewegung, Stressbewältigung und Suchtmittelkonsum werden überwiegend von sonstigen/externen Anbietenden durchgeführt.

Die Krankenkassen führen Ernährungskurse rund zur Hälfte selbst durch. Eine Kostenbeteiligung an den Kursen anderer Krankenkassen spielt insgesamt eine geringere Rolle.

GKV-Präventionsziele

Die gesetzliche Krankenversicherung legt seit 2007 auf freiwilliger Basis in regelmäßigen Abständen bundesweite Präventions- und Gesundheitsförderungsziele fest. Diese sollen die Krankenkassen dazu motivieren, Maßnahmen in bestimmten Bereichen der Gesundheitsförderung besonders zu verstärken sowie spezielle Maßnahmen prioritär an spezifische Zielgruppen auszurichten. Gleichzeitig bleibt die Entscheidungsfreiheit der Krankenkassen bei der Mittelverwendung und Schwerpunktsetzung gewahrt.

Die Ziele werden von den Krankenkassenverbänden auf Bundesebene unter Einbezug von Experten entwickelt. Dabei basiert die Entwicklung auf epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Abschließend werden diese durch den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes beschlossen. Speziell für die betriebliche Gesundheitsförderung erfolgte die Zielauswahl nach einem von der **Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)** entwickelten Verfahren.

Bindzius F, Bödeker W et al.:
Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen.
iga-Report 8. Essen, 2005

Die Ziele wurden für einen Zeitraum von sechs Jahren beschlossen. Die für 2015 geltenden Ziele wurden 2013 erstmals eingeführt und gelten bis 2018. Sie gliedern sich in „Präventionsziele“ und „Gesundheitsförderungsziele“. Die Ziele zur Prävention sind auf Krankheitsverhütung ausgerichtet, die Ziele zur Gesundheitsförderung fokussieren auf Ressourcenstärkung und gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen.

Jedes der Ziele ist wiederum in Teilziele untergliedert. Die Teilziele sind auf einen Zeitraum und auf Maßnahmen bezogen und folgen dem Muster: Im Zeitraum 2013 bis 2018 sollen durch die Maßnahme mehr Kinder und Jugendliche erreicht werden.

Der Erreichungsgrad der Ziele wird jährlich, basierend auf den Ergebnissen im Präventionsbericht, dargestellt. Eine Neuerung gegenüber der vorangehenden Zieleperiode ist, dass nicht nur die Anzahl an Personengruppen, Lebenswelten oder Betrieben gemessen wird, die mit zielbezogenen Maßnahmen erreicht werden, sondern auch der Anteil an allen Aktivitäten in Lebenswelten oder Betrieben. Durch den Bezug auf den Prozentanteil der zielbezogenen Maßnahmen an allen Aktivitäten soll erreicht werden, dass zielbezogene Interventionen überproportional verstärkt werden, unabhängig von einem generellen Ausbau.

Mit Ausnahme eines Ziels sind fast alle Ziele quantifiziert („Zahl und Anteil soll gesteigert werden“). Das ausschließlich qualitative Ziel bezieht sich darauf, dass die Krankenkassen aktiv in kommunalen Gremien zur Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern zusammenarbeiten sollen. Eine solche Zusammenarbeit geschieht beispielsweise in Bündnissen für Kindergesundheit.

Die arbeitsweltbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die jetzige Zielperiode korrespondieren mit den Zielen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA, www.gda-portal.de). Zukünftig werden Ziele im Rahmen der Präventionsstrategie (siehe Beitrag S. 11-15) unter Berücksichtigung der GDA-Ziele entwickelt werden.

Das Jahr 2012 bildet die Ausgangsbasis für die angestrebte jährliche Steigerung der Aktivitäten. Der vorliegende Präventionsbericht stellt die Resultate im dritten Jahr der Gültigkeit der Ziele dar. Wo ist es gelungen, Ziele zu erreichen, wo sind noch stärkere Anstrengungen erforderlich? Die nachfolgenden Abbildungen lassen den Erreichungsgrad aller Teilziele erkennen.

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013 bis 2018 im Setting-Ansatz

Oberziel lebensweltbezogene Prävention:

Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems

(Zielgruppen Kinder und Jugendliche)

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

Oberziel lebensweltbezogene Gesundheitsförderung:

Ausschöpfung der gesundheitsfördernden Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen

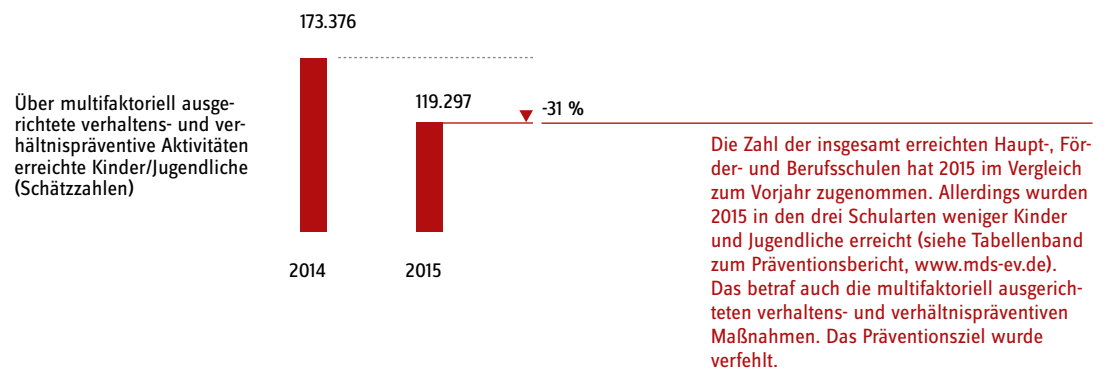
Teilziel 1: [Nicht durch den Präventionsbericht evaluiert:] Aktive Mitwirkung der Krankenkassen in kommunalen Gremien zur Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern (z. B. Bündnisse für Kindergesundheit)

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

Zielerreichungsgrad im Setting-Ansatz

Abb. 35

Präventionsziel: In bestimmten Schulformen mehr Kinder und Jugendliche erreichen Schüler an Haupt-, Förder- und Berufsschulen



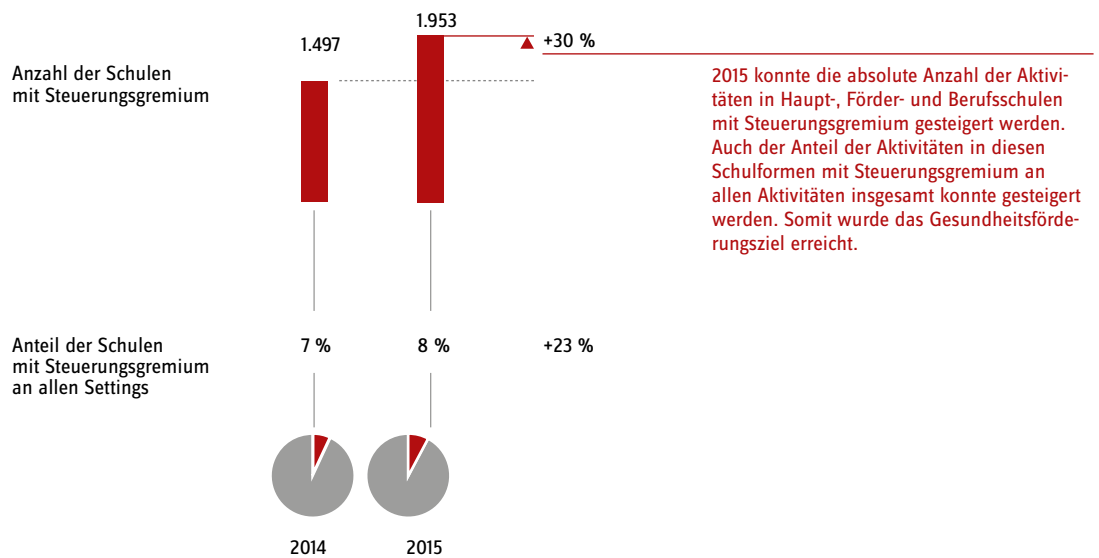
Das Oberziel in der lebensweltbezogenen Prävention lautet „Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems“. Diese Krankheiten sind die epidemiologisch bedeutsamste Krankheitsgruppe. Das Ziel ist, Risikofaktoren bereits von Kindheit an mittels sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventiver Maßnahmen entgegenzuwirken. Das Ziel ist zudem so formuliert, dass die Aktivitäten „multifaktoriell“ ausgerichtet sein sollen, d. h. mindestens zwei Themen – z. B. Bewegung und Ernährung – miteinander kombinieren. In einer Hauptschule müssten z. B. – verhältnispräventiv – das Verpflegungsangebot gesundheitsförderlich weiterentwickelt und bewegte Pausen

eingeführt werden und gleichzeitig – verhaltenspräventiv – das Ernährungsbildungsprogramm der „SchmExperten“ der aid infodienst (aid) umgesetzt werden, damit dieses Ziel erreicht wird.

Haupt-, Förder- und Berufsschulen nehmen im Vergleich zu anderen Schulformen unterdurchschnittlich an primärpräventiven Maßnahmen teil. Es wurde daher das Ziel gesetzt, in genau diesen Lebenswelten die Gesundheitschancen der Schülerinnen und Schüler mit – wie im Beispiel beschrieben – kombinierten Präventionsaktivitäten zu stärken.

Abb. 36

Gesundheitsförderungsziel: In bestimmten Schulformen mehr Steuerungsgremien Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit Steuerungsgremien für Gesundheitsförderung



Steuerungsgremien sind für die nachhaltige Verankerung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten unverzichtbar und ein wesentliches Element der Strukturqualität der Maßnahmen. Hier werden die Maßnahmen auf Basis einer Bedarfsermittlung geplant und umgesetzt.

Daher richtet sich mit diesem Gesundheitsförderungsziel der Fokus auf den Aufbau dieser Strukturen. Gleichzeitig soll den bislang unterdurchschnittlich erreichten Schulformen - Haupt-, Förder- und Berufsschulen - besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013 bis 2018

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

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

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 2: Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen

- Teilziel 2.1: Zahl und Anteil der Betriebe mit verhältnispräventiven Aktivitäten zur Verringerung psychischer Fehlbelastungen sind erhöht
- Teilziel 2.2: Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer „gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung“ sind erhöht
- Teilziel 2.3: Zahl und Anteil der Betriebe mit verhaltensbezogenen Aktivitäten zur „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ sind erhöht

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

- Teilziel 1: Zahl und Anteil der mit Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten sind erhöht
- Teilziel 2: Zahl und Anteil der Betriebe mit einem Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz zuständigen Akteure sind erhöht
- Teilziel 3: Zahl und Anteil der Betriebe, in denen Gesundheitszirkel durchgeführt werden, sind erhöht
- Teilziel 4: Zahl und Anteil der Betriebe mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben sind erhöht

Zielerreichungsgrad in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Abb. 37 Präventionsziel: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen
Maßnahmen mit gleichzeitig verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung

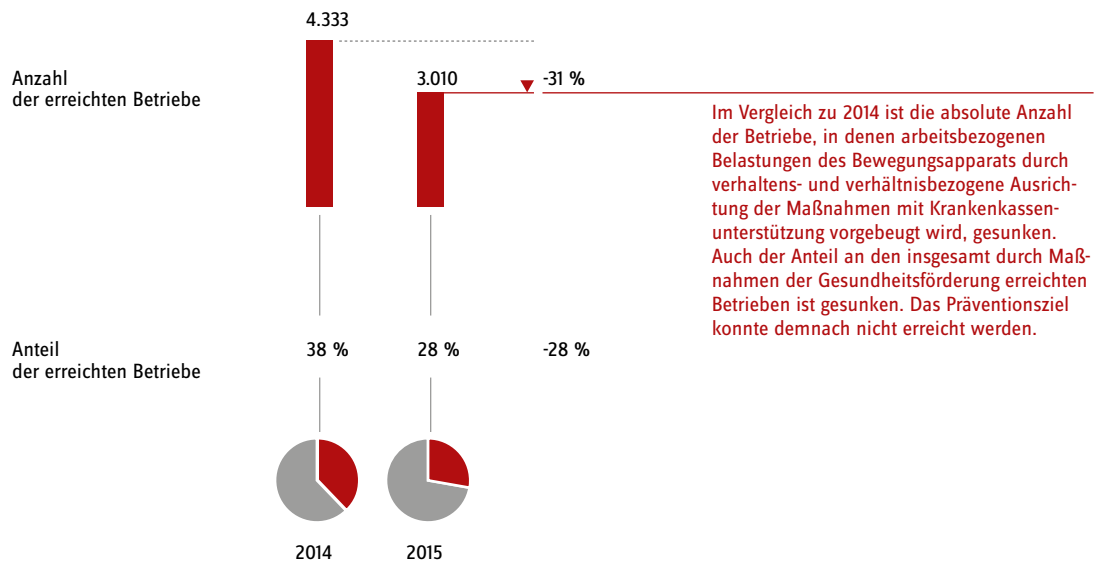


Abb. 38 Präventionsziel: Mehr Verhältnisprävention gegen psychische Fehlbelastungen

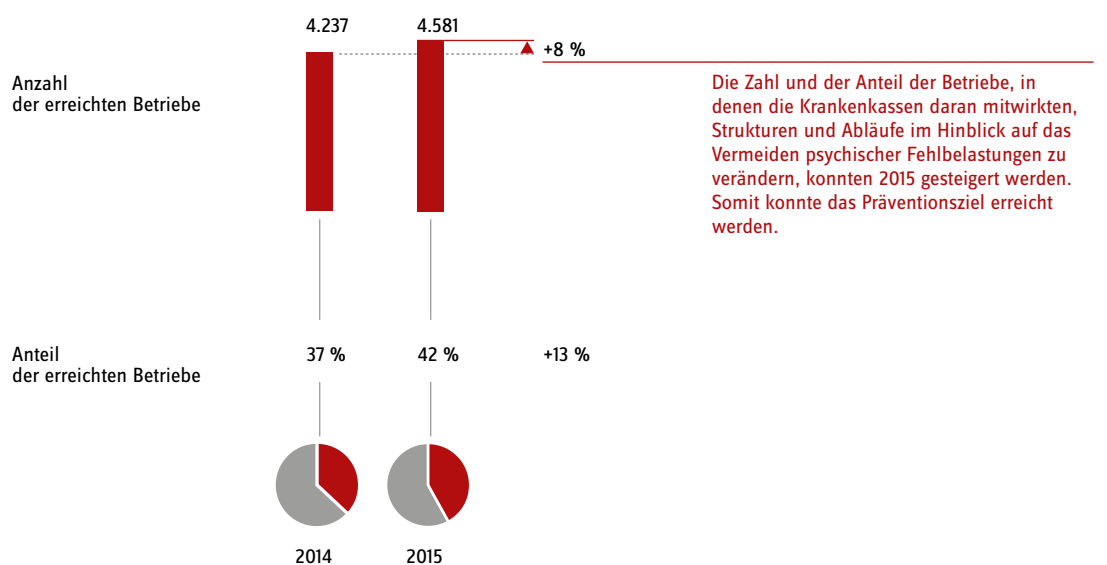
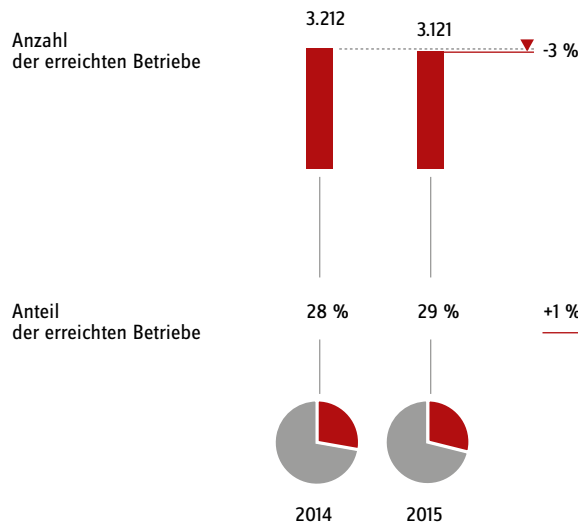


Abb. 39

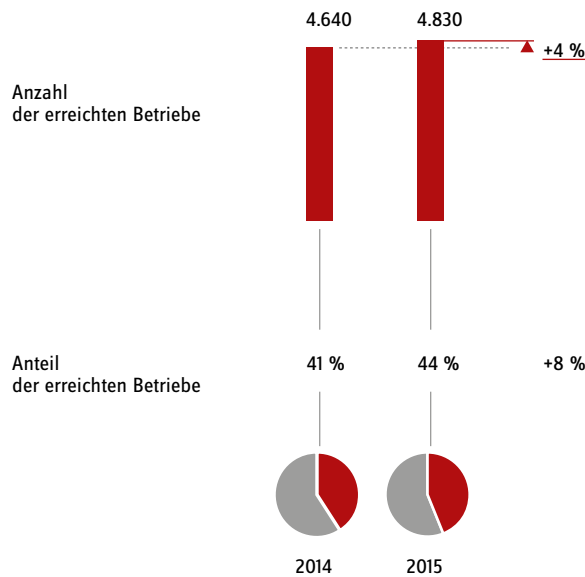
Präventionsziel: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung fördern



Aufgrund der insgesamt geringeren Anzahl an betreuten Betrieben im Berichtsjahr (10.922) im Vergleich zu 2014 (11.373) ist auch die Anzahl der Betriebe, in denen die Krankenkassen Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung unterstützten, leicht gesunken. Der Anteil an allen erreichten Betrieben ist dabei leicht gestiegen. Dieser Teil des Präventionsziels konnte demnach erreicht werden.

Abb. 40

Präventionsziel: Mehr verhaltensbezogene Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz



Es konnten sowohl die absolute Anzahl der Betriebe mit verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Stressbewältigung als auch der Anteil dieser an den Betrieben insgesamt gesteigert werden. Somit konnten die Krankenkassen das Präventionsziel erreichen.

Abb. 41

Gesundheitsförderungsziel: Mehr kleine und mittlere Betriebe erreichen
 Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten

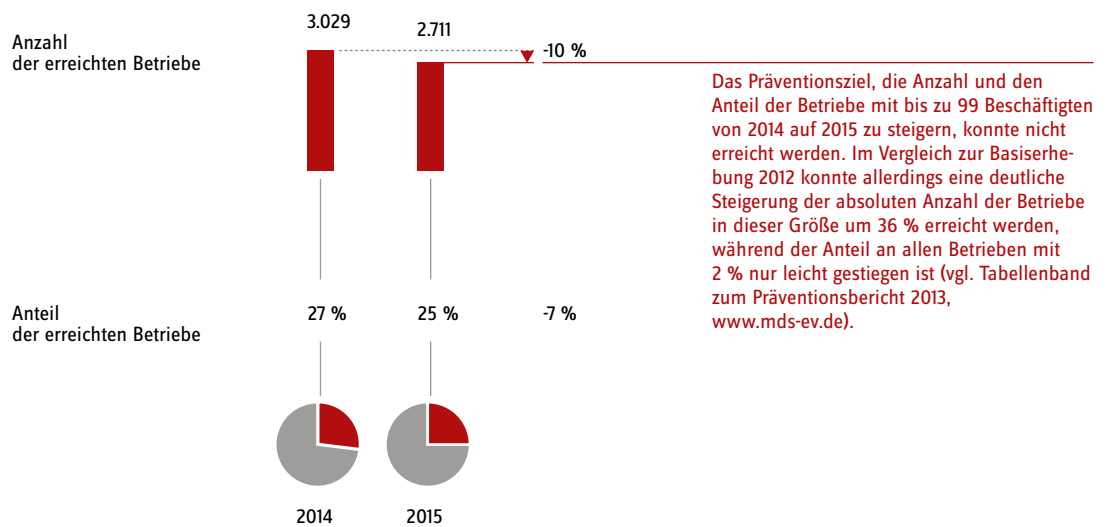


Abb. 42

Gesundheitsförderungsziel: Mehr Steuerungsgremien unter Beteiligung des Arbeitsschutzes

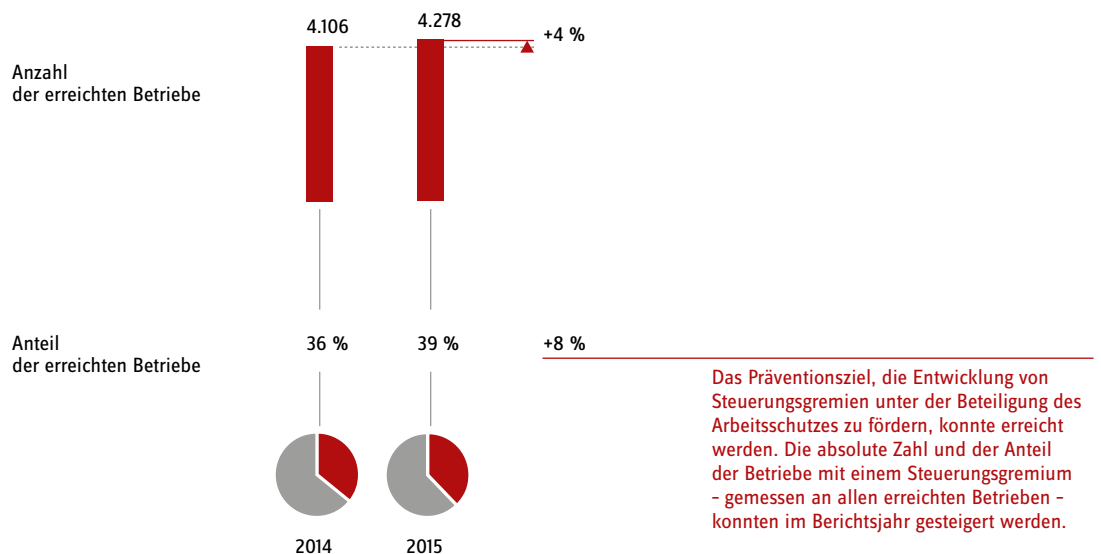


Abb. 43

Gesundheitsförderungsziel: Mehr Gesundheitszirkel im Betrieb

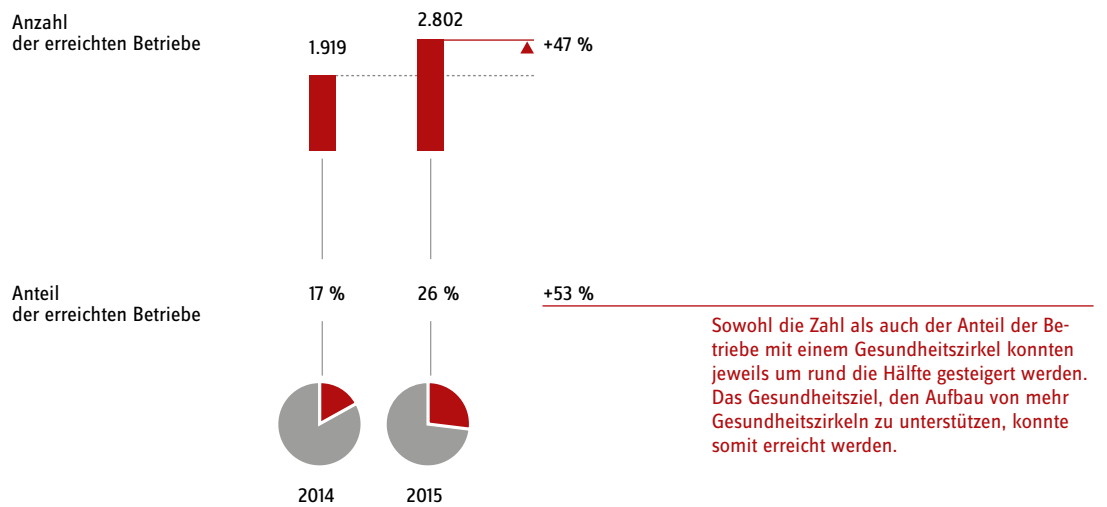
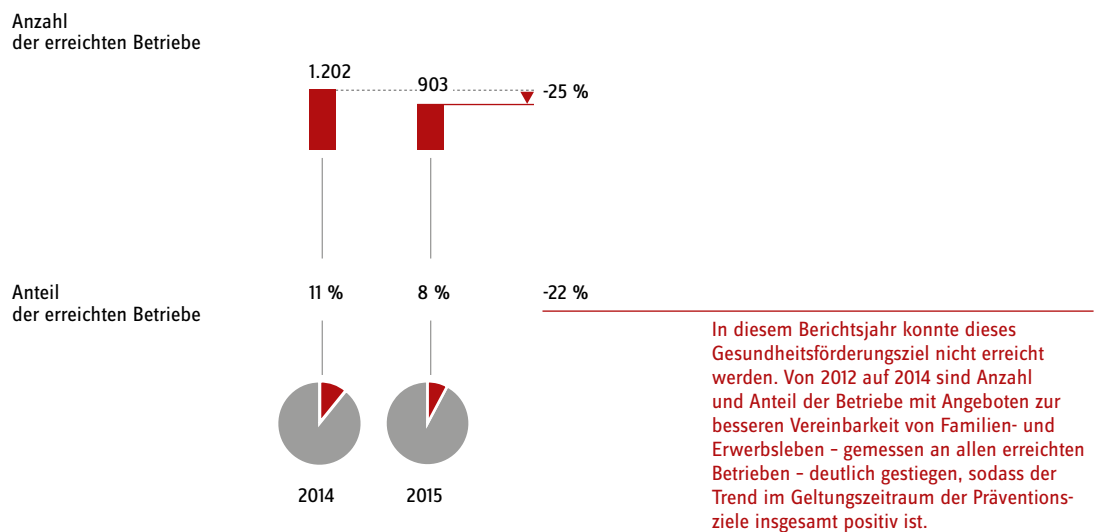


Abb. 44

Gesundheitsförderungsziel: Bessere Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben



Empfehlungen und Ausblick

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele

Die Ergebnisse dieses Präventionsberichts legen weitere Anstrengungen nahe, um mehr Kinder und Jugendliche in Haupt-, Förder- und Berufsschulen durch multifaktoriell ausgerichtete verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu erreichen. Dieses Präventionsziel ist zweifellos anspruchsvoll, u.a. auch angesichts vielfältiger Veränderungen hinsichtlich der Schulformen Hauptschule und Förderschule. Das Ziel, mehr Steuerungsgremien in diesen Schulformen einzurichten, wurde dagegen erreicht, was positiv zu bewerten ist, denn hier werden Maßnahmen bedarfsbezogen geplant und umgesetzt.

Zur Erreichung des arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderungsziels, mehr kleine und mittlere Betriebe zu erreichen, sollte zukünftig – auch unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten – verstärkt der Ansatz der überbetrieblichen Vernetzung und Beratung gemäß dem Leitfaden Prävention gewählt werden. Im nächsten Präventionsbericht werden die Basisdaten hinsichtlich dieser Aktivitäten erhoben.

Perspektivisch werden Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV ebenso wie die der anderen Träger der Nationalen Präventionskonferenz in den Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V abgebildet und weiterentwickelt werden.

Quantitative und qualitative Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung

Das Krankenkassenengagement wird sich unter den Rahmenbedingungen der seit 1. Januar 2016 finanzwirksamen neuen gesetzlichen Regelungen im Dritten Abschnitt des SGB V zukünftig quantitativ verstärken. Gleichzeitig werden die Krankenkassen im Zusammenhang mit der **Nationalen Präventionsstrategie**, den Landesrahmenvereinbarungen sowie den regionalen Koordinierungsstellen der betrieblichen Gesundheitsförderung ihre Leistungen qualitativ insbesondere hinsichtlich der Kooperationsstrukturen weiterentwickeln.

Dieser quantitative und qualitative Ausbau benötigt Zeit und das Engagement nicht nur der Krankenkassen, sondern aller verantwortlichen Partner insbesondere in der lebensweltbezogenen und der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention. Dies sind nicht nur die Träger der Nationalen Präventionskonferenz, sondern auch alle weiteren Partner eines gesamtgesellschaftlichen Präventions- und Gesundheitsförderungsansatzes, den das Präventionsgesetz zumindest in seiner Begründung beschreibt. Dabei sind alle Ebenen einzubeziehen, von den Bundesrahmenempfehlungen über die Landesrahmenvereinbarungen bis hin zu den Kooperationen auf kommunaler und überbetrieblicher Ebene.

Der erste trägerübergreifende Präventionsbericht soll 2019 hierzu Transparenz schaffen und kann dann die empirische Basis für die qualitative und quantitative Weiterentwicklung einer über die GKV und über die Sozialversicherungsträger hinausreichenden gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsförderung und Prävention bilden.

Siehe Schwerpunktteil des Präventionsberichts S. 10-27

Anhang

Wichtige Kennziffern

	2013	2014	2015
Lebenswelten			
Anzahl der Doku-Bögen	1.151	1.207	1.627
Anzahl der Settings	28.900	22.930	24.420
Anzahl direkt erreichter Personen	2.641.599	2.161.609	2.513.213
Anzahl indirekt erreichter Personen	7,3 Mio.	5,6 Mio.	6,3 Mio.
Summe der erreichten Personen	2.641.606	2.161.615	2.513.219
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,42	0,45	0,54
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	11,21	14,67	15,15
Summe der Ausgaben (Euro)	29.616.099	31.712.318	38.069.666
Individueller Ansatz			
Anzahl direkt erreichter Personen	1.476.698	1.710.773	1.665.209
Ausgaben je Versicherten (Euro)	2,61	2,75	2,87
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	123,70	112,84	122,02
Summe der Ausgaben (Euro)	182.669.427	193.042.362	203.181.854
Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)			
Anzahl der Doku-Bögen	4.712	5.750	5.828
Anzahl der Standorte/Betriebe	9.882	11.373	10.922
Anzahl direkt erreichter Personen	1.058.639	1.214.764	1.302.383
Anzahl indirekt erreichter Personen	0,42 Mio.	0,45 Mio.	0,44 Mio.
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,78	0,96	1,08
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	51,46	55,80	58,54
Summe der Ausgaben (Euro)	54.480.554	67.788.825	76.246.272
Gesamt			
Anzahl der Doku-Bögen (Lebenswelten, BGF)	5.863	6.957	7.455
Anzahl der Settings	28.900	22.930	24.420
Anzahl der Standorte/Betriebe	9.882	11.373	10.922
Anzahl direkt erreichter Personen (Lebenswelten, BGF, indiv. Ansatz)	5.176.936	5.087.146	5.480.805
Anzahl indirekt erreichter Personen (Lebenswelten, BGF)	7,7 Mio.	6,1 Mio.	6,7 Mio.
Ausgaben je Versicherten (Euro)	3,82	4,16	4,49
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	51,53	57,51	57,93
Summe der Ausgaben (Euro)	266.766.080	292.543.505	317.497.792

Gesetzliche Grundlagen

Im Folgenden werden die gesetzlichen Grundlagen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung auszugsweise dargestellt. Die Regelungen finden sich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V).

§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

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

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständes sowie des Sachverständes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegun-

gen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.

(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
3. Tabakkonsum reduzieren,
4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,
5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,
7. gesund älter werden und
8. Alkoholkonsum reduzieren.

Bei der Berücksichtigung des in Satz 1 Nummer 1 genannten Ziels werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 2, 3 und 8 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 27. April 2015 (BAnz. AT 19.05.2015 B3)

festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

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

(5) Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung. Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben

nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen. Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

(6) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 Euro und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2 Euro jeweils für Leistungen nach den §§ 20a und 20b auf. Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 für Leistungen nach § 20a, so stellt die Krankenkasse diese nicht ausgegebenen Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen nach § 20a zur Verfügung. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.“

§ 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.“

[...]

§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung

„(1) Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Für im Rahmen

der Gesundheitsförderung in Betrieben erbrachte Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention gilt § 20 Absatz 5 Satz 1 entsprechend.

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

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

[...]

§ 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

„(1) Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

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

Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention

Der vorliegende Bericht folgt den Begriffsbestimmungen, die der Leitfaden Prävention vorgenommen hat. Danach werden die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention in drei Ansätze gegliedert: Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, individuelle verhaltensbezogene Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung.

Lebenswelten der Menschen sind zum Beispiel Kindergärten, Schulen, Stadtteile, Senioreneinrichtungen und Treffpunkte von Menschen mit Migrationshintergrund. Dort lassen sich auch Menschen erreichen, die von sich aus keine individuellen präventiven Kursangebote aufsuchen.

Der Begriff des „Settings“ wird im vorliegenden Bericht synonym für Lebenswelten verwendet. Dies sind Bereiche des Lebens, in denen Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen. Nach dieser Definition ist auch die Arbeitsstätte – der Betrieb – eine Lebenswelt. Der Gesetzgeber grenzt jedoch in § 20b SGB V den Begriff „betriebliche Gesundheitsförderung“ speziell ab und formuliert andere leistungsrechtliche Vorgaben. Diesen Vorgaben folgt der Präventionsbericht.

Die betriebliche Gesundheitsförderung umfasst ein spezielles Setting, nämlich den Arbeitsort von Menschen. Auch hier sind beide Präventionsstrategien wichtig, zum einen das Schaffen von gesundheitsgerechten Arbeitsbedingungen und zum anderen das Hinwirken auf gesundheitsförderliches Verhalten der Berufstätigen.

Bei Angeboten nach dem individuellen Ansatz handelt es sich um Kurs- und Seminarangebote, die primär auf das individuelle Gesundheitsverhalten der Versicherten ausgerichtet sind. Die Krankenkassen beraten ihre Versicherten anlassbezogen, um ihnen Kurse zu vermitteln, die auf ihren Bedarf ausgerichtet sind.

Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention

Die GKV hat erstmals im Jahr 2000 Handlungsfelder und Kriterien für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung verfasst: den **Leitfaden Prävention**. Eine beratende Kommission unabhängiger Experten unterstützt die gesetzliche Krankenversicherung dabei, den Leitfaden weiterzuentwickeln.

Maßnahmen, die eine Krankenkasse fördert, müssen den **Qualitätskriterien** des Leitfadens Prävention entsprechen. Diese umfassen insbesondere die Strukturqualität (u. a. Anbieterqualifikation), Konzept- und Planungsqualität (z. B. Zieldefinition), Prozessqualität (z. B. Maßnahmen-durchführung) und Ergebnisqualität (Wirksamkeitsnachweis).

Jede Krankenkasse hat dementsprechend zu prüfen, ob eine geplante Maßnahme die Kriterien des Leitfadens erfüllt. Maßnahmen, die nicht den im Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen von § 20, 20a und 20b SGB V durchgeführt oder gefördert werden. Damit ist jede Krankenkasse in der Gestaltung ihrer Leistungen auf den vom Leitfaden Prävention vorgegebenen Rahmen verpflichtet, kann aber die Leistungen innerhalb dieser Grenzen frei gestalten.

Der Leitfaden bildet das zentrale Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung. Die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen sowie aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse werden kontinuierlich integriert. Den in diesem Präventionsbericht dokumentierten Aktivitäten liegt die Fassung des Leitfadens vom 10. Dezember 2014 zu Grunde.

Für das Berichtsjahr 2015 des Präventionsberichts gilt die folgende Fassung: GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention. Berlin 2014.

Mit der Prüfung von Angeboten der individuellen verhaltensbezogenen Prävention auf Übereinstimmung mit den Kriterien des Leitfadens hat die Mehrzahl der Krankenkassen die Zentrale Prüfstelle Prävention beauftragt www.zentrale-pruefstelle-praevention.de.

Die Ausfüllhinweise zum Dokumentationsbogen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gibt vor:

„Fassen Sie in einem Bogen alle Aktivitäten zusammen, die zu einer Gesamtheit an Aktivitäten gehören. Ein Beispiel für eine „Gesamtheit an Aktivitäten“: Wenn an einer Schule a) Schulstrukturveränderungen, b) ein Hauswirtschaftskurs Ernährung und c) eine Projektwoche durchgeführt werden und diese Aktivitäten koordiniert ablaufen, ist hierfür ein Bogen auszufüllen.

Die „Gesamtheit an Aktivitäten“ kann in nur einer oder in mehreren Lebenswelten durchgeführt werden. Die einzelnen Settings sind im Bogen entsprechend ihrer Untergliederungen – z. B. Grund-, Haupt- oder Realschule – anzugeben. Dies gilt z. B. auch dann, wenn ein bestimmtes Bewegungsangebot etc. in gleicher Weise in verschiedenen Schulen durchgeführt wird.“

Sinngemäß gelten die gleichen Regelungen, was als „Berichtseinheit“ in jeweils einen Dokumentationsbogen einzutragen ist, auch für die betriebliche Gesundheitsförderung.

Erhebungsmethode und Auswertung

Grundlage für den Präventionsbericht bilden die Dokumentationsbögen der Krankenkassen für a) Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und b) die betriebliche Gesundheitsförderung. Ein Dokumentationsbogen dokumentiert alle zusammengehörigen Aktivitäten.

Entsprechend den Änderungen der Handlungsfelder und Präventionsprinzipien im Leitfaden Prävention in der Fassung vom 10. Dezember 2014 erfolgte eine Änderung des Dokumentationsbogens für die betriebliche Gesundheitsförderung. Dies betrifft die Erhebung der inhaltlichen Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen (Ziffer 7) im Dokumentationsbogen (2015 ff.). Eine Beschreibung der Änderungen können Sie dem Tabellenband zum Präventionsbericht 2016 entnehmen (siehe www.mds-ev.de).

Die Ausfüllhinweise zu den Dokumentationsbögen geben vor, dass in der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten jede einzelne Einrichtung ein Setting ist. Demnach ist jede Schule (nicht jedoch die einzelne Schulklasse, wenn mehrere Klassen in der gleichen Schule erreicht werden) und jede Kita (nicht jedoch die einzelne Kitagruppe, wenn mehrere Gruppen erreicht werden) eine einzelne Lebenswelt.

Für die betriebliche Gesundheitsförderung ist die Berichtseinheit „Aktivitäten in einem Betrieb oder Unternehmen“. Ebenfalls in einem Bogen sind Aktivitäten an mehreren Standorten eines größeren Unternehmens, wenn diese Aktivitäten im Rahmen eines koordinierten Gesamtprojekts stattfinden, einzutragen. Das gleiche gilt für Netzwerkprojekte, die sich über mehrere (Klein-/Kleinst-)Betriebe erstrecken.

Für die Angabe zu dem „hohen Anteil an ungelernten“ Beschäftigten wurde definiert, dass im jeweiligen Betrieb mindestens 20 % der Beschäftigten keine abgeschlossene Berufsaus-

bildung haben. Der Grenzwert von 20 % wurde aufgrund von Berechnungen des MDS auf Basis einer Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit festgelegt. Der Grenzwert identifiziert branchenübergreifend das Drittel an Betrieben in Deutschland mit dem höchsten Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung. Die beiden anderen Drittel der Betriebe verfügen über einen „mittleren“ oder „niedrigen“ Anteil.

Die Auszubildenden sind in diese Statistik einbezogen, weil die Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung (DEÜV, das sind die Daten, die der Arbeitgeber verschlüsselt) keine Differenzierung zwischen Auszubildenden und nicht in der Ausbildung befindlichen Mitarbeitern ohne Ausbildung vorsieht (siehe Ausfüllhinweise zur Dokumentation der betrieblichen Gesundheitsförderung).

Für die Angaben zu den individuellen Präventionskursen erfassen die Krankenkassen die Daten über die Teilnehmenden der individuellen Gesundheitsförderung in ihrer kasseneigenen EDV.

Die einzelnen Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene führen die Daten der Mitgliedskassen zusammen und leiten die Daten ihres Kassensystems an den MDS weiter.

Der MDS führt die Datensätze endgültig zusammen, nimmt Fehlerkorrekturen vor, bereitet die Daten auf und analysiert die Ergebnisse.

Tabellenband

Über den Präventionsbericht hinausgehende Datenauswertungen können dem Tabellenband entnommen werden. Präventionsbericht und Tabellenband stehen den Krankenkassen auf der Homepage des MDS zur Verfügung und können von dort heruntergeladen werden (www.mds-ev.de).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Nationale Präventionsstrategie (§ 20d SGB V)	12
Abb. 2	BGF-Koordinierungsstellen	19
Abb. 3	Anzahl der Settings	33
Abb. 4	Art und Anzahl der Settings	34
Abb. 5	Erreichte Personen	36
Abb. 6	Erreichte Personen in den jeweiligen Settings	37
Abb. 7	Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten in Monaten	38
Abb. 8	Zielgruppen	39
Abb. 9	Kooperationspartner	40
Abb. 10	Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium	41
Abb. 11	Methoden der Bedarfsermittlung	42
Abb. 12	Inhalte	43
Abb. 13	Inhalte der Erfolgskontrollen	45
Abb. 14	Beschäftigungsanteile	47
Abb. 15	Zeitreihe: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte	49
Abb. 16	Branchen	50
Abb. 17	Betriebsgröße	51
Abb. 18	Durch betriebliche Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte	52
Abb. 19	Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung	53
Abb. 20	Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung einbrachten	54
Abb. 21	Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung	55
Abb. 22	Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße	56
Abb. 23	Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branche	57
Abb. 24	Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen	58
Abb. 25	Bedarfsermittlung	59
Abb. 26	Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen	62
Abb. 27	Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen	63
Abb. 28	Inhalte der Erfolgskontrollen	64
Abb. 29	Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt	66
Abb. 30	Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern	67
Abb. 31	Inanspruchnahme von Kursen nach Alter	68
Abb. 32	Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter	69
Abb. 33	Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht	70
Abb. 34	Inanspruchnahme von Kursen nach Handlungsfeldern und Leistungsanbietenden	71
Abb. 35	Präventionsziel: In bestimmten Schulformen mehr Kinder und Jugendliche erreichen	74
Abb. 36	Gesundheitsförderungsziel: In bestimmten Schulformen mehr Steuerungsgremien	75
Abb. 37	Präventionsziel: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen	77
Abb. 38	Präventionsziel: Mehr Verhältnisprävention gegen psychische Fehlbelastungen	77
Abb. 39	Präventionsziel: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung fördern	78
Abb. 40	Präventionsziel: Mehr verhaltensbezogene Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz	78
Abb. 41	Gesundheitsförderungsziel: Mehr kleine und mittlere Betriebe erreichen	79
Abb. 42	Gesundheitsförderungsziel: Mehr Steuerungsgremien unter Beteiligung des Arbeitsschutzes	79
Abb. 43	Gesundheitsförderungsziel: Mehr Gesundheitszirkel im Betrieb	80
Abb. 44	Gesundheitsförderungsziel: Bessere Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben	80

Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation

Ulrike Kiehl

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Kassel

Claudia Isabelle Menze

Knappschaft, Bochum

Ulrike Pernack

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Nadine Schempp

MDS, Essen

Karin Schreiner-Kürten

GKV-Spitzenverband, Berlin

Christina Singer

AOK Bayern

Dr. Harald Strippel MSc

MDS, Essen

Ruth Wagner

IKK classic

Dr. Volker Wanek

GKV-Spitzenverband, Berlin

Susanne Wilhelmi

BKK Dachverband, Berlin

Ruth Zaunbrecher

AOK-Bundesverband, Berlin



MDS MEDIZINISCHER DIENST
DES SPITZENVERBANDES
BUND DER KRANKENKASSEN

Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de



Spitzenverband

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de