



FOM Hochschule für Oekonomie & Management

Hochschulzentrum Münster

Bachelor-Thesis

im Studiengang Wirtschaftsinformatik

zur Erlangung des Grades eines

Bachelor of Science (B.Sc.)

über das Thema

eHealth - Erhalt statt Reparatur: Mittels Bonusprogramm und Quantified Self zu einem gesünderen Lebensstil?

von

Alexander Brun

Erstgutachter	Prof. Dr. Michael Frie
Matrikelnummer	397309
Abgabedatum	2019-04-05

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen	2
1.3 Methodik	3
1.4 Aufbau der Arbeit	6
2 Grundlagen	7
2.1 Arbeitsdefinition Gesundheit	7
2.2 Werkzeuge zur Prävention und Förderung der Gesundheit	8
2.3 eHealth – digitale Gesundheit	12
2.4 Digitalisierung des Gesundheitswesens	14
2.5 Arbeitsdefinition digitales Bonusprogramm	15
2.6 Quantified Self – bewussteres Verständnis über den eigenen Körper	16
2.7 eCoaching – Digitalisierung von Coaching	18
2.8 Zusammenfassende Betrachtung der dargestellten Grundlagen	19
3 Prävention und Förderung der Gesundheit	20
3.1 Aktuelle Defizite im Gesundheitsstand in Deutschland.....	20
3.2 Lebensweltbezogene Prävention	23
3.3 Verhaltensbezogene Prävention	28
3.4 Handlungsfelder der verhaltensbezogenen Prävention	29
3.4.1 Bewegungsgewohnheiten.....	29
3.4.2 Ernährung	32
3.4.3 Stressmanagement.....	33

3.4.4	Suchtmittelkonsum.....	35
3.5	Zusammenfassende Darstellung der Analyseergebnisse	35
4	Digitalisierung als Medium für die Prävention.....	37
4.1	Vorstellung des Unternehmens – Techniker Krankenkasse.....	38
4.2	Digitales Bonusprogramm der TK.....	39
4.3	Vorstellung des TK-GesundheitsCoaches	40
4.4	Coaching-Prozess des TK-GesundheitsCoaches	43
5	Schlussbetrachtung	45
5.1	Zielerreichung und Beantwortung der Forschungsfragen.....	45
5.2	Kritische Reflexion der methodischen Vorgehensweise	47
5.3	Ausblick für die Krankenversicherung	47
	Literaturverzeichnis.....	VII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammenhänge der Präventionswerkzeuge 12

Abbildung 2: Prozess zur Förderung der lebensweltbezogenen Prävention..... 25

Abbildung 3: Prozess zur Einrichtung des TK-GesundheitsCoaches..... 42

Tabellenverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
NPK	Nationale Präventionskonferenz
SQ3R	Survey, Question, Read, Recall, Review
TK	Techniker Krankenkasse
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Der demografische Wandel im Allgemeinen beschreibt „Änderungen der Bevölkerungszahl und Bevölkerungsstruktur.“¹ Die Facetten der demografischen Alterung und des Bevölkerungsrückgangs sind für Deutschland in diesem Zusammenhang von hoher Bedeutung. Das Resultat des demografischen Wandels ist deutlich erkennbar. Die Menschen leben länger, und bis zum Jahr 2030 wird die Zahl der über 80-jährigen Menschen auf 6,6 Mio. ansteigen.² In diesem Kontext bedeutet eine „wachsende Zahl älterer und alter Menschen .. unter anderem, dass Gesundheitsleistungen verstärkt in Anspruch genommen werden“³, denn die Häufigkeit des Auftretens chronischer Krankheiten steigt mit zunehmendem Alter.⁴ Das derzeitige Gesundheitssystem ist lediglich darauf ausgelegt, bereits aufgetretene Beschwerden wie chronische Krankheiten zu lindern oder zu ‚reparieren‘. Um aber nachhaltig und zukunftsorientiert zu agieren, muss das Gesundheitssystem der Zukunft auf Prävention ausgelegt werden.⁵

Mit dem *Leitfaden für Prävention* setzt der *GKV-Spitzenverband* neue Maßstäbe für einen gesundheitsfördernden -und präventiven Lebensstil.⁶ „Der Leitfaden bildet die Grundlage für die Förderung bzw. Bezuschussung von Maßnahmen, die Versicherte dabei unterstützen, Krankheitsrisiken möglichst frühzeitig vorzubeugen und ihre gesundheitlichen Potenziale und Ressourcen zu stärken.“⁷

Vor diesem Hintergrund soll der Versicherte⁸ mehr in die eigene Verantwortung genommen werden, jedoch nicht nur, wenn es um das Thema Prävention geht. Auch für die Verantwortung bei der Durchführung einer Behandlung oder die dadurch entstehenden Kosten muss ein Bewusstsein geschaffen werden. Dafür müssen dem Patienten die erforderlichen Kompetenzen vermittelt werden, damit er einschätzen kann, welche

¹ Robert Koch-Institut (2015), S. 435.

² Vgl. Trill, R. (2018a), S. 26.

³ Robert Koch-Institut (2015), S. 435.

⁴ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 435.

⁵ Vgl. Andelfinger, V. P. (2016), S. 26.

⁶ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 6.

⁷ GKV-Spitzenverband (2018), S. 6.

⁸ In der vorliegenden Bachelor-Thesis wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die Formulierung der männlichen Form verwendet. Auch durch die Verwendung dieser Form bezieht sich diese Formulierung auf Personen beiderlei Geschlechts.

Maßnahmen als sinnvoll beziehungsweise nicht sinnvoll eingestuft werden können. Erst durch einen ganzheitlichen Ansatz und die Vermittlung aller benötigten Kompetenzen, kann der Lebensstil eines Menschen positiv verändert werden.⁹

Zur Vermittlung dieser Kompetenzen kann Digitalisierung genutzt werden. Viele Inhalte und Informationen zur Gesundheitsförderung werden über das Internet zur Verfügung gestellt. Zudem können Bewegungen wie Quantified Self dazu genutzt werden, um dem Bewegungsmangel der Versicherten entgegenzuwirken.¹⁰ Mittels motivierender Elemente wie dem „[täglichen] Vergleich mit Freunden und deren sportlichen Anstrengungen .. [kann] das Bewegungspensum [erhöht] [werden].“¹¹ Diese Trends müssen die Krankenversicherungen dazu nutzen, um ihr Angebot zur Gesundheitsförderung - u. a. den Wünschen der Versicherten entsprechend - auszubauen.¹²

Zusammenfassend kann durch die Fortschritte in der Digitalisierung im Gesundheitswesen sowie durch Schaffung geeigneter gesetzlicher Rahmenbedingungen (Präventionsgesetz) die Reise hin zu einer gesundheitsbewussteren Bevölkerung in Deutschland begonnen werden.¹³

1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen

Diese Bachelor-Thesis hat zum Ziel, allgemeine Handlungsempfehlungen zur Maßnahmengestaltung für die individuelle verhaltensbezogene Prävention darzustellen. Im Rahmen der vorliegenden Analyse soll wissenschaftlich dargelegt werden, welche Defizite bezüglich des Gesundheitsstandes verschiedener Zielgruppen in Deutschland bestehen und welche Faktoren verantwortlich für diese defizitäre Lage sind. Zudem soll veranschaulicht werden, welche Maßnahmen ergriffen werden sollen, um den aktuellen Zustand zu verbessern, und weiterhin, inwiefern die Digitalisierung in diesem Zusammenhang positiv genutzt werden kann, um gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen innerhalb der deutschen Bevölkerung erreichen zu können.

⁹ Vgl. Andelfinger, V. P. (2016), S. 26ff.

¹⁰ Vgl. Andelfinger, V. P. (2016), S. 27.

¹¹ Andelfinger, V. P. (2016), S. 27.

¹² Vgl. Andelfinger, V. P. (2016), S. 28.

¹³ Vgl. Andelfinger, V. P. (2016), S. 27; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 6.

Im Rahmen dieser Bachelor-Thesis sollen die folgenden Forschungsfragen beantwortet werden:

- Welche Defizite hinsichtlich der aktuellen Gesundheitslage in Deutschland existieren?
- Welche Gesundheitsziele werden in Deutschland verfolgt?
- Welche Handlungsfelder zur verhaltensbezogenen Prävention und Förderung der Gesundheit sind im aktuellen deutschen Gesundheitssystem vorhanden?
- Wie können die Digitalisierung und die Gestaltung von verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Prävention und Förderung der Gesundheit dazu verwendet werden, um einen gesünderen Lebensstil zu fördern?

Das deskriptive Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, alle relevanten Grundlagen zum inhaltlichen Verständnis dieser Arbeit zu vermitteln.

Das analytische Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, die aktuelle defizitäre gesundheitliche Lage in Deutschland darzustellen. Anhand des *Leitfadens für Prävention* werden Handlungsempfehlungen für die Maßnahmengestaltung in den vorgegebenen Handlungsfeldern präsentiert.

Das praxisbezogene Ziel der vorliegenden Arbeit beinhaltet, wie die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen genutzt werden können, um den Lebensstil der Versicherten gesundheitsfördernd zu beeinflussen. Dazu soll die konkrete Umsetzung eines eCoach-Konzepts (digitaler Gesundheitscoach - siehe Kapitel 4) unter Berücksichtigung der allgemeingültigen Erkenntnisse aus dem analytischen Teil und vor dem Hintergrund der genannten Forschungsfragen untersucht werden.

1.3 Methodik

In dieser Bachelor-Thesis wird die systematische Literaturrecherche als methodische Grundlage zur Beantwortung der Forschungsfragen verwendet. Hierbei wird auf bereits vorhandene wissenschaftliche Literatur zurückgegriffen, ohne dabei eigene empirische Untersuchungen wie Experteninterviews, Befragungen oder Beobachtungen durchzuführen.¹⁴ Zur Identifikation geeigneter und für diese Bachelor-Thesis relevanter Literatur

¹⁴ Vgl. Karmasin, M., Ribing, R. (2014), S. 30., vgl. Theisen, M. R. (2017), S. 104f.

wurde zu Beginn eine Mindmap erzeugt, um einen Überblick aller für diese Bachelor-Thesis relevanten Schlagworte und Fachbereiche zu erhalten.¹⁵ Diese Schlagworte wurden anschließend dazu verwendet, in Online-Datenbanken, Suchmaschinen sowie Präsenzbibliotheken zusätzliche geeignete Literatur zu finden. Bei den verwendeten Online-Datenbanken handelt es sich um den *EBSCO Discovery Service*, *WISO* und das Statistikportal *Statista*. Zudem wurde die Suchmaschine *Google Scholar* verwendet.¹⁶ Weitere Literatur wurde der Präsenzbibliothek Universitätsbibliothek Duisburg-Essen entnommen. Begonnen wurde dabei mit der Suche innerhalb der WISO-Datenbank, da diese Datenbank hauptsächlich Fachzeitschriften und Journals enthält. Laut *Watson* und *Webster* lassen sich bei der Untersuchung führender Journals die wichtigsten Kernaspekte eines Themengebiets finden.¹⁷ Durch die Recherche in den Fachzeitschriften konnten weitere Schlagwörter identifiziert werden, um relevante Literatur in Form von Monografien zu finden. Hier setzten sich die verwendeten Suchbegriffe zur Identifikation relevanter Literatur aus zwei Bereichen zusammen: Gesundheit und Digitalisierung. Dementsprechend wurden exemplarisch folgende Schlagwörter verwendet:

- Krankenversicherung 4.0, GKV 4.0, Digitalisierung in der Krankenversicherung, Transformation des Gesundheitswesens, digitales Bonusprogramm, Gesundheit 4.0, Zukunft der Krankenversicherungen
- eHealth, Quantified Self, Wearables, eCoach
- Prävention in Deutschland, Gesundheitsreports der Krankenversicherungen, Gesundheitsförderung, Ernährungsverhalten in Deutschland

Eine weitere Möglichkeit, neue Literatur in den entsprechenden Themenbereichen zu finden, besteht laut *Webster* und *Watson* sowie *Rowley* und *Slack* darin, die von den Autoren verwendete Literatur in Fachzeitschriften und anderen Dokumenten zu verwenden. Diese Theorie ließ sich sehr gut auf Sammelwerke anwenden, wodurch neue Literatur zusammengetragen werden konnte.¹⁸ Aufgrund des Literaturumfangs wurde in Anlehnung an *Ridley* zur Wahrung der Übersichtlichkeit der verwendeten Quellen, eine Excel-Tabelle

¹⁵ Vgl. Rowley, J., Slack, F. (2004), S. 36.

¹⁶ Vgl. Rowley, J., Slack, F. (2004), S. 34; vgl. Ridley, D. (2012), S. 49.

¹⁷ Vgl. Watson, R. T., Webster, J. (2002), S. xvi

¹⁸ Vgl. Watson, R. T., Webster, J. (2002), S. xvi

angefertigt.¹⁹ In der Tabelle wurde die Literatur dem entsprechenden Fachgebiet, Digitalisierung oder Gesundheit, zugeordnet und bei relevantem Inhalt mit einem entsprechenden Kommentar versehen, dass diese Publikation von besonderer Wichtigkeit für ein bestimmtes Kapitel ist.²⁰

Alle gefundenen Publikationen wurden in der Excel-Tabelle gesammelt und anschließend gesichtet und bewertet. Für die Auswahl geeigneter Bücher haben die Autoren *Rowley* und *Slack* eine Checkliste entwickelt, die die Auswahl eines geeigneten Buches vereinfacht. Exemplarisch werden im Folgenden drei Aspekte dieser Checkliste aufgegriffen:²¹

- Das Buch ist für die Thematik der Arbeit von Relevanz
- Das Buch ist aktuell – dieser Aspekt kann durch das Datum der Veröffentlichung sichergestellt werden
- Das Buch ist klar strukturiert, einfach zu lesen und gut vorgestellt

Für die Auswahl geeigneter Internetquellen wurden von *Theissen* Eigenschaften definiert, die eine Auswahl geeigneter Quellen vereinfachen sollen. Dabei sind Aspekte wie die angesprochene Zielgruppe (Information oder Werbung), die verantwortliche Organisation oder die inhaltliche Vollständigkeit in Form von Quellennachweisen von hoher Bedeutung.²²

Zur effizienten Sichtung und entsprechenden Auswertung und Filterung der Inhalte der Quellen für die vorliegende Bachelor-Thesis wurde die SQ3R-Methode verwendet. Diese Methode ermutigt dazu, sich während des Lesens aktiv Kernfragen zum Verständnis des Inhalts zu stellen. Dieses Vorgehen fördert Aufnahme und Verarbeitung des Inhaltes und verhindert eine rein passive Informationsaufnahme.²³ Die SQ3R-Methode besteht aus insgesamt fünf Schritten, die der Leser während des Lesens stetig wiederholt:²⁴

- Survey – Oberflächliche Analyse des Textes und Relevanz für das eigene Thema feststellen

¹⁹ Vgl. Ridley, D. (2012), S. 39.

²⁰ Vgl. Ridley, D. (2012), S. 39.

²¹ Rowley, J., Slack, F. (2004), S. 33.

²² Vgl. Theissen, M. R. (2017), S. 98.

²³ Vgl. Ridley, D. (2012), S. 63f.

²⁴ Vgl. Ridley, D. (2012), S. 64.

-
- Question – Wenn der Text von Relevanz ist, auf zuvor definierte Fragestellungen im Text, Antworten suchen (langsames Lesen)
 - Read – Sorgfältig lesen und Verbindungen zu bereits gelesenen Texten aufbauen
 - Recall – Abschließend die wichtigsten Punkte des Textes in einigen kurzen Sätzen/Stichpunkten zusammenfassen
 - Review – Den vorliegenden Text und die wichtigsten Kernaussagen noch einmal überprüfen

Nach Sichtung der vorhandenen Literatur und Einordnung in die Excel-Tabelle konnten alle relevanten Inhalte den entsprechenden Kapiteln der Gliederung der Bachelor-Thesis zugeordnet werden. Nach Abschluss dieses Prozesses waren die wichtigsten Kernaussagen in die Arbeit integriert, und der eigentliche Bearbeitungsprozess konnte beginnen.

1.4 Aufbau der Arbeit

Das zweite Kapitel behandelt alle relevanten Grundlagen, die zum Verständnis der gesamten Arbeit benötigt werden. Kapitel drei dient der Analyse und stellt somit den Kern der Arbeit dar. In diesem Kapitel wird der aktuelle Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung hinsichtlich Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum untersucht. Außerdem wird auf die Gestaltung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung eingegangen. Das vierte Kapitel behandelt den *TK-GesundheitsCoach* als Maßnahmenverbund zur Förderung der Gesundheit. Dieses Kapitel veranschaulicht, wie die Digitalisierung gezielt zur Förderung eines gesundheitsbewussteren Verhaltens der Versicherungsnehmer eingesetzt werden soll. Abschließend werden die Ergebnisse der Bachelor-Thesis im Fazit zusammengetragen und kritisch reflektiert.

2 Grundlagen

2.1 Arbeitsdefinition Gesundheit

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“²⁵ Diese Definition für den Begriff ‚Gesundheit‘ wurde in der Verfassung der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* niedergelegt. 61 Staaten verpflichteten sich am 22. Juli 1946 dazu, dieser Definition und den weiteren Grundsätzen dieser Verfassung zu folgen. Eine einheitliche Verfassung und die Anerkennung von deren Grundsätzen sollen den Gesundheitszustand aller Völker auf dieser Welt verbessern helfen.²⁶

Angelehnt an die o. g. Definition der Gesundheit veranschaulicht die *Alma-Ata-Erklärung*, die am 12. September 1978 -während der internationalen Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung entwickelt wurde, den dringenden Handlungsbedarf für alle beteiligten Akteure (Regierung, Gesundheitswesen, Entwicklungshilfen, Weltgemeinschaft) zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit. In dieser Erklärung wird erstmalig dargestellt, dass zur Verbesserung der primären Gesundheitsversorgung nicht nur die Gesundheitspolitik involviert sein sollte. „Unter primärer Gesundheitsversorgung ist eine grundlegende Gesundheitsversorgung zu verstehen, die auf praktischen, wissenschaftlich fundierten und sozial akzeptablen Methoden und Technologien basiert und ... [zu] bezahlbaren Kosten flächendeckend bereitgestellt wird.“²⁷ Alle genannten Akteure und deren soziale sowie ökonomische Bereiche (z. B. Industrie, Bildung, öffentliche Arbeiten, Landwirtschaft) müssen in diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe eingebunden werden.²⁸

Aufbauend auf der *Erklärung von Alma-Ata* und dem von der *WHO* ausgestellten Dokument *Gesundheit für alle* entwickelte die *Ottawa-Charta* Strategien zur Gesundheitsförderung. Die *Ottawa-Charta* wurde 1986 während der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung ins Leben gerufen. Außerdem wurden in diesem Dokument Rahmenbedingungen festgelegt, die zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Menschen beitragen sollen. Bildung, akzeptable Wohnbedingungen, Einkommen oder

²⁵ WHO (1948), S. 1.

²⁶ Vgl. WHO (1948a), S. 1.

²⁷ WHO (1978), S. 2.

²⁸ Vgl. WHO (1978), S. 1ff.

Ernährung sind Faktoren, die enormen Einfluss auf den Gesundheitszustand einer Person haben können. Dementsprechend sind es alltägliche Bestandteile des Lebens, die den Gesundheitszustand eines Menschen beeinflussen (siehe Kapitel 3.2). Entsprechend liegt die „Verantwortung für Gesundheitsförderung .. deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen“²⁹. Die Kernstrategien der *Ottawa-Charta* sind aus diesem Grund gesamtgesellschaftlich ausgelegt und beinhalten bestimmte Merkmale, die für die Umsetzung dieser Strategien von hoher Bedeutung sind: Ganzheitlichkeit, Fürsorge für andere sowie ökologisches Denken.³⁰

In der folgenden Übersicht sind die fünf Strategien der *Ottawa-Charta* zur Gesundheitsförderung aufgelistet. Die Aufgaben zur Umsetzung von aktiven und gesundheitsfördernden Handelns lauten:³¹

1. Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln
2. Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
3. Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
4. Persönliche Kompetenzen entwickeln
5. Die Gesundheitsdienste neu orientieren

Das Ziel dieser Strategien ist die Entwicklung eines gesünderen Lebensstils, um „ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“³² sowohl bei jedem Einzelnen als auch in der gesamten Bevölkerung zu erreichen.³³ Die Ergebnisse beider Konferenzen (festgehalten in *Alma-Ata-Erklärung* und *Ottawa-Charta*) rufen dazu auf, Maßnahmen zu ergreifen, um die gesundheitliche Lage aller Menschen zu verbessern.³⁴

2.2 Werkzeuge zur Prävention und Förderung der Gesundheit

Fortschreitende chronisch-degenerative Krankheiten, der demografische Wandel sowie das sich ändernde Aufgabenspektrum in der Arbeitswelt machen eine Intensivierung der

²⁹ WHO (1986), S. 1.

³⁰ Vgl. WHO (1986), S. 1 u. 6; vgl. WHO (1998), S. 1.

³¹ WHO (1986), S. 3f.

³² WHO (1986), S. 1.

³³ Vgl. WHO (1986), S. 1.

³⁴ Vgl. WHO (1978), S. 3; vgl. WHO (1986), S. 6.

Prävention und Gesundheitsförderung unumgänglich.³⁵ Nach der Definition des *Bundesgesundheitsministeriums* handelt es sich bei Prävention um „zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern.“³⁶

Laut *Carl* und *Gondlach* stehen wir im „Gesundheitswesen vor einem Paradigmenwechsel: Statt nahezu alle verfügbaren Kräfte und Mittel auf die Heilung von Krankheiten zu konzentrieren, wird der Fokus zukünftig auf der Prävention, dem Vorbeugen von Krankheiten, liegen.“³⁷

Dabei gilt das Hauptaugenmerk auf den Versicherten und deren gesundheitlichen Potenzialen. Diese müssen zielgerichtet gefördert werden, um zukünftige Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen und diesen entgegenzuwirken. Um langfristige Lebensqualität für die Versicherungsnehmer zu gewährleisten, ist es für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eine notwendige Aufgabe, den „Schutz vor Krankheiten und die Förderung der Gesundheit“³⁸ in den Mittelpunkt zu stellen.³⁹ In diesem Punkt muss die Transformation von der Krankenkasse zur Gesundheitskasse stattfinden.⁴⁰

Dazu wurde am 21. Juni 2000 erstmalig der *Leitfaden für Prävention* veröffentlicht. Der *GKV-Spitzenverband* legt mit „diesem Leitfaden die Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenversicherung in der Primärprävention und Gesundheitsförderung nach den §§ 20, 20a und 20b des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) vor“⁴¹. Außerdem wurden bei der Erarbeitung der Handlungsfelder und Kriterien für diesen Leitfaden auch die nationalen Gesundheitsziele berücksichtigt.⁴²

Die Ausarbeitung der nationalen Gesundheitsziele erfolgt durch die Organisation *gesundheitsziele.de* (Kooperationsverbund bestehend aus 140 Organisationen des deutschen Gesundheitswesens zur Weiterentwicklung der nationalen Gesundheitsziele)⁴³ in enger

³⁵ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 143; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 6; vgl. Carl, M., Gondlach, K. (2018), S. 38f; vgl. Andelfinger, V. (2018), S. 31.

³⁶ Bundesgesundheitsministerium (2015), S. 1.

³⁷ Carl, M., Gondlach, K. (2018), S. 38.

³⁸ GKV-Spitzenverband (2018), S. 6.

³⁹ Vgl. Andelfinger, V., Hänisch, T. (2016), S. 36f.; vgl. Gerhards, H. (2017), S. 65; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 6; vgl. Andelfinger, V. (2018), S. 31.

⁴⁰ Vgl. Andelfinger, V. (2018), S. 31.

⁴¹ GKV-Spitzenverband (2018), S. 6.

⁴² Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 12.

⁴³ Vgl. Gesundheitsziele.de (o. J.), S. 1.

Zusammenarbeit mit dem *Bundesministerium für Gesundheit*. Diese Gesundheitsziele sind ebenfalls im Präventionsgesetz verankert.⁴⁴ Eine Reihe von Maßnahmen, die den Handlungsfeldern und Kriterien des Leitfadens entsprechen, kann von den Versicherungsnehmern ausgewählt werden, um gesundheitliche Risiken frühzeitig zu erkennen und diesen entgegenzuwirken. Diese Maßnahmen werden von der Krankenkasse bezuschusst und gefördert. Seit dem Tag seiner Veröffentlichung gilt der Leitfaden als Qualitätsmaß für spätere Entwicklungen in der Primärprävention.⁴⁵

Neben der Primärprävention existieren zudem noch Sekundär- und Tertiärprävention. Diese drei Arten der Präventionsmaßnahmen unterscheiden sich im Zeitpunkt, an dem sie während eines Krankheitsverlaufs angewendet werden. Bei der Primärprävention handelt es sich um Maßnahmen, die ergriffen werden, um die vorhandene Gesundheit eines Menschen zu erhalten und den Ausbruch einer Krankheit zu verhindern. Es handelt sich explizit um Maßnahmen, die vor dem Beginn einer Krankheit durchgeführt werden. Im Gegensatz zur Primärprävention behandelt die Sekundärprävention bereits eine Krankheit, die sich in einem sehr frühen Stadium des Krankheitsverlaufs befindet. Mittels dieser Maßnahmen soll die Möglichkeit gegeben werden, den Krankheitsverlauf frühzeitig positiv zu beeinflussen. Der dritte Ansatz der Prävention, der sogenannten Tertiärprävention, soll bei bereits bestehender Erkrankung die Folgen einer Krankheit mildern. Zudem soll durch Tertiärmaßnahmen einem wiederholten Auftreten der Krankheit vorgebeugt werden. Ein Beispiel für eine Maßnahme der Tertiärprävention ist die Schulung von Patienten im Hinblick auf ihre Erkrankung.⁴⁶

Das Präventionsgesetz, das am 25. Juli 2015 erlassen wurde und einige Neuerungen hinsichtlich Prävention und Förderung der Gesundheit enthält, wird im *Leitfaden für Prävention* ebenfalls berücksichtigt und umgesetzt.⁴⁷ „Mit ... [diesem] verabschiedeten Präventionsgesetz werden die Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung verbessert.“⁴⁸ Primäres Ziel des Präventionsgesetzes ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes jedes Einzelnen und die Vermeidung von Krankheiten.⁴⁹

⁴⁴ Vgl. Bundesgesundheitsministerium (2018a), S. 2.

⁴⁵ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 6 u. 12.

⁴⁶ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 241; vgl. Bundesgesundheitsministerium (2015), S. 1.

⁴⁷ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 6.

⁴⁸ Robert Koch-Institut (2015), S. 240.

⁴⁹ Vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2018), S. 11.

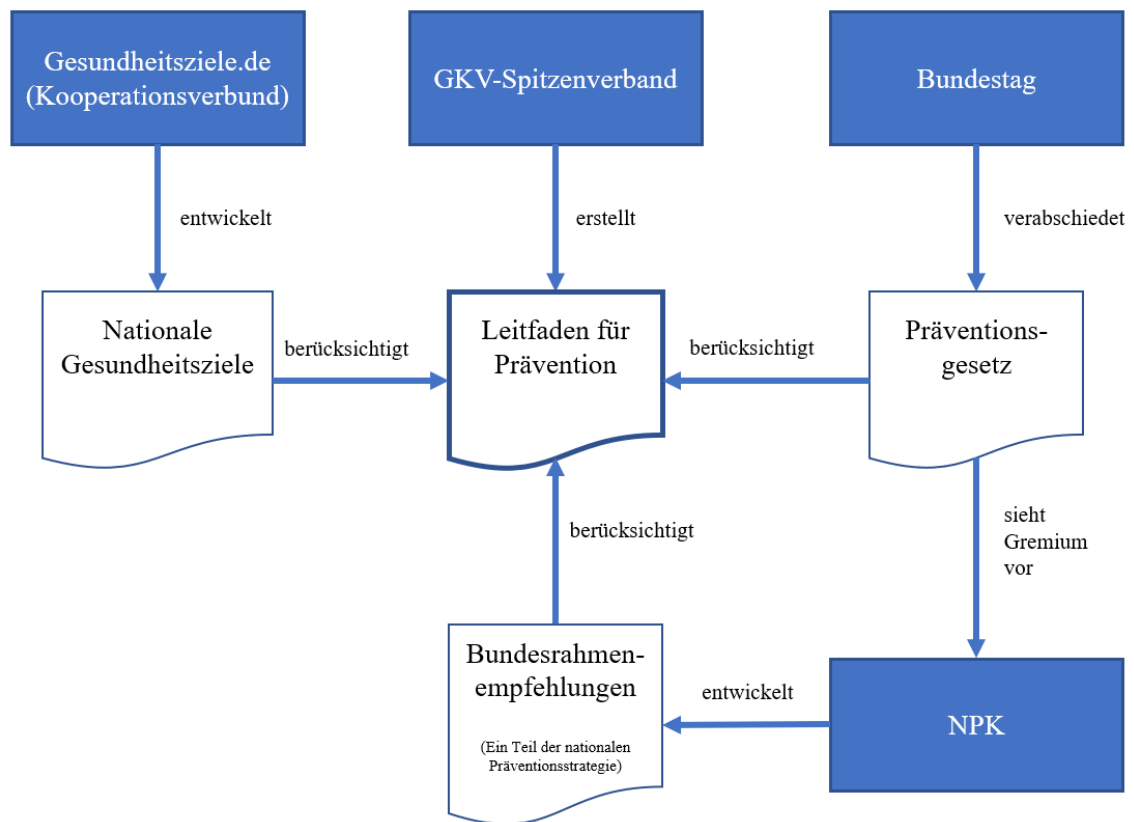
Ein wesentlicher Bestandteil des Präventionsgesetzes stellt die *Nationale Präventionskonferenz (NPK)* dar. Die Träger der *NPK* sind die gesetzliche Unfall-, Renten- und Krankenversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung. Die verschiedenen Träger werden jeweils durch entsprechende Spitzenorganisationen vertreten. Die Aufgabe der *NPK* besteht in der Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie. Ein Hauptbestandteil dieser Präventionsstrategie sind die Bundesrahmenempfehlungen, die am 29. August 2018 von der *NPK* verabschiedet wurden. Diese Bundesrahmenempfehlungen enthalten wiederum Empfehlungen, die im *Leitfaden für Prävention* berücksichtigt werden, und bilden somit einen Rahmen für die arbeits- und lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland.⁵⁰ Ziele, die in dieser Präventionsstrategie festgelegt wurden, sind zum Beispiel:⁵¹

- Gesund aufwachsen
- Gesund leben und arbeiten
- Gesund im Alter

Die folgende Abbildung (Abbildung 1) veranschaulicht die dargestellten Zusammenhänge aller Präventionswerkzeuge (Gremien, Dokumente, Gesetze und Empfehlungen).

⁵⁰ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 7 u. 15; vgl. Die Träger der NPK (2018), S. 2; vgl. Bundesgesundheitsministerium (2018), S 1.

⁵¹ GKV-Spitzenverband (2018), S. 15.

Abbildung 1: Zusammenhänge der Präventionswerkzeuge

Quelle: Eigene Darstellung

Alle Akteure im deutschen Gesundheitssystem haben erkannt, dass es sich bei der Gesundheitsförderung und Prävention um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt und ein gemeinsames Vorgehen notwendig ist. Alle Werkzeuge, die innerhalb dieses Unterkapitels vorgestellt wurden, sollen dem übergeordneten Ziel der Präventions- und Gesundheitsförderung in Deutschland dienen.⁵²

2.3 eHealth – digitale Gesundheit

„eHealth is the use of information and communication technologies (ICT) for health. The eHealth unit works with partners at the global, regional and country level to promote and strengthen the use of ICT in health development, from applications in the field to global governance.“⁵³ Laut der *WHO* stehen demnach die Verwendung und der Aufbau von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zur Entwicklung der Gesundheit

⁵² Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S.6f.; vgl. Bundesgesundheitsministerium (2018), S. 1.

⁵³ WHO (2019), S. 1.

auf globaler, regionaler und Länderebene im Mittelpunkt. Analog zur Definition der WHO ist für das *Bundesgesundheitsministerium* eHealth ein „Oberbegriff für ein breites Spektrum von IKT-gestützten Anwendungen, in denen Informationen elektronisch verarbeitet, über sichere Datenverbindungen ausgetauscht und Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patientinnen und Patienten unterstützt werden können.“⁵⁴ Aus beiden Definitionen geht hervor, dass, aktuelle und zukünftige Herausforderungen wie z. B. die Verfolgung der nationalen Gesundheitsziele (siehe Kapitel 3.2) anzugehen, die Verwendung von IKT zentraler Aspekt bei der Umsetzung von eHealth ist. So soll z. B. der Einsatz von IKT alle Akteure des Gesundheitswesens unterstützen, um die Gesundheit der Patienten zu verbessern. Beispielsweise kann ein Arzt effizienter arbeiten, indem er seinen Patienten eine Videosprechstunde zur Verfügung stellt, denn bereits heute müssen z.B. in ländlichen Regionen zu wenige Ärzte zu viele Patienten betreuen. Nur durch die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens mittels IKT, die zu einer effizienteren Arbeitsweise führt, kann die Qualität der Versorgung erhalten bleiben. Um IKT nutzbringend einsetzen zu können, ist zudem eine gemeinsame und einheitliche Datenbasis notwendig. Diese ermöglicht eine problemlose Kommunikation zwischen allen Akteuren (z. B. *Bundesministerium für Gesundheit* oder *Spitzenverband Bund der Krankenkassen*).⁵⁵

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass eHealth kein einzelnes Produkt oder eine spezifische Software-Applikation, sondern ein Konzept zur Vernetzung aller Akteure im Gesundheitswesen ist. Mittels des eHealth-Gesetzes, das am 29.12.2015 vom deutschen Bundestag verabschiedet wurde, soll diese Vernetzung vorangetrieben werden. Durch das eHealth Gesetz werden „der Aufbau .. [einer] sicheren Infrastruktur und die Einführung medizinischer Anwendungen ... für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“⁵⁶ unterstützt.⁵⁷ „Das Ziel von .. [eHealth] ist damit, geeignete Konzepte, Methoden und Werkzeuge bereitzustellen, um die bislang getrennten (vorhandenen) Anwendungen der Akteure im Gesundheitswesen und besonders deren fachliche, insbesondere .. [patientenorientierte], Prozesse zu integrieren und zu vernetzen.“⁵⁸

⁵⁴ Bundesgesundheitsministerium (2018b), S. 1.

⁵⁵ Vgl. Bundesgesundheitsministerium (2015a), S. 1; vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2016), S. 17; vgl. Klose, C. (2017), S. 69; vgl. Trill, R. (2018), S. 45.

⁵⁶ Bundesgesundheitsministerium (2018c), S. 2.

⁵⁷ Vgl. Fischer, F. et al. (2016), S. 10; vgl. Jäschke, T., Lux, T., (2017), S. 346; vgl. Lux, Thomas. (2017), S. 7; vgl. Bundesgesundheitsministerium (2018c), S. 2f.

⁵⁸ Jäschke, T., Lux, T., (2017), S. 346.

2.4 Digitalisierung des Gesundheitswesens

Das Potenzial der Digitalisierung im Gesundheitswesen (aus der Sicht des Leistungserbringers z. B. durch beschleunigte Prozesse in der Verwaltung oder genauere Therapiemöglichkeiten der Patienten) und die Möglichkeiten der Entwicklung dieser Prozess in dem Gesundheitssektor sind immens hoch. Laut dem *Bundesministerium für Wirtschaft und Energie* gehört das Gesundheitswesen mit 37 von maximal 100 Punkten, zu den am wenigsten digitalisierten Branchen in Deutschland. „Das bedeutet .. den letzten Platz unter allen beobachteten Branchen.“⁵⁹

Industrie 4.0, Arbeit 4.0 und Gesundheit 4.0 sind Begriffe, die im 21. Jahrhundert häufig verwendet werden. Der Faktor 4.0 bezeichnet dabei die vierte industrielle Revolution, die Digitalisierung. Digitalisierung wird in diesem Zusammenhang sehr oft als Schlagwort verwendet, doch verbinden viele Personen damit keine konkrete Vorstellung. Dieser Begriff wird daher im folgenden Abschnitt definiert. Damit ein grundlegender Wandel des Gesundheitswesens hin zu einer präventiven Versorgung gelingt (siehe Kapitel 2.2), muss, wie bereits in Kapitel 2.3 beschrieben, eine sektorübergreifende Kommunikation zwischen allen Akteuren ermöglicht werden. Das Ziel ist eine einheitliche digitale Basis, um die Kommunikation und den Austausch der Daten zwischen allen Akteuren des Gesundheitssystems zu vereinfachen. Digitalisierung stellt das Schlüsselkonzept dar, um einheitliche und strukturiert aufbereitete Gesundheitsdaten zur Verfügung zu stellen. Als Beispiel kann die Einführung der digitalen Patientenakte genannt werden. In dieser Akte sollen zentral und strukturiert alle Daten über den gesundheitlichen Zustand des Patienten gespeichert werden: Alle Informationen über den letzten Krankenhausaufenthalt, die letzten Röntgenbilder des gebrochenen Arms oder die aktuellen Blutwerte. Das eHealth Gesetz (siehe Kapitel 2.3) fordert dazu den Aufbau einer sicheren Infrastruktur zur Übertragung dieser zukünftig zentralisierten Daten.⁶⁰ „Am Ende wird eine Vernetzung der gesamten Kette der Gesundheitsversorgung stehen.“⁶¹ „Die Digitalisierung ist somit eine Chance, die Versorgungsqualität zu steigern, indem z. B. Prävention und Behandlung durch eHealth-Angebote begleitet, Behandler miteinander vernetzt, Transparenz und

⁵⁹ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2017), S. 27; vgl. Dörries, M. et al. (2017), S. 693.

⁶⁰ Vgl. Baxheinrich, A., Henssler, O.-T. (2018), S. 16; vgl. Berger, T., Budig, M. (2018), S. 444ff.

⁶¹ Klose, C. (2017), S. 69.

Orientierung für den Patienten ermöglicht und z. B. auch Angebote in versorgungsschwachen Regionen geschaffen werden.“⁶²

Um dem weiter oben erwähnten Defizit hinsichtlich des Digitalisierungsgrads im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, hat das *Bundesministerium für Wirtschaft und Energie* das *Eckpunktpapier* veröffentlicht. Mittels der darin aufgeführten Maßnahmen soll die Digitalisierung im Gesundheitswesen beschleunigt werden.⁶³ Nachfolgend sind exemplarisch einige Punkte aus diesem Dokument aufgelistet:⁶⁴

- Aufbau von digitalen und ganzheitlichen Lösungen mittels Förderprogrammen zur Sicherung der Konkurrenzfähigkeit im internationalen Vergleich
- Höhere Priorisierung bei der Förderung und Bezuschussung bei Investitionen von IT-Infrastrukturen in Krankenhäusern

Durch entsprechende Richtlinien wie z. B. dem *Eckpunktpapier* zur Schaffung von geeigneten Rahmenbedingungen und die steigende Akzeptanz sowie Einforderung einer digitalisierten Krankenversicherung durch innovationsbereite Versicherungsnehmer, kann die Realisierung der nicht genutzten digitalen Potenziale im Gesundheitssektor begonnen werden.⁶⁵

2.5 Arbeitsdefinition digitales Bonusprogramm

Die Bonusprogramme der gesetzlichen Krankenversicherung sind Anreizsysteme, die die Versicherten zu einer Verhaltensänderung bewegen sollen. Dazu werden die erbrachten Leistungen des Versicherungsnehmers mittels Bonusheft dokumentiert. Gegen gesammelte Bonuspunkte je umgesetzter Maßnahme kann der Versicherte bei der jeweiligen Krankenversicherung Sach- oder Geldprämien einfordern. Durch das Präventionsgesetz (siehe Kapitel 2.2) wird die Kann-Formulierung hinsichtlich eines Bonusprogramms von Krankenkassen zu einer Muss-Formulierung geändert. Somit sind die gesetzlichen Krankenversicherungen nun dazu verpflichtet, den Versicherungsnehmern ein Bonusprogramm zur Verfügung zu stellen. Maßnahmen, die innerhalb eines Bonusprogramms

⁶² Klose, C. (2017), S. 69.

⁶³ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2017a), S. 2.

⁶⁴ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2017a), S. 3 u. 5.

⁶⁵ Vgl. Becker, S. et al. (2017), S. 191; vgl. The Boston Consulting Group (2017), S. 20; vgl. Blieske, P., Heilmann, T. (2018), S. 153; vgl. TK (2018), S. 30.

gefördert werden, sind z. B. die Teilnahme an Kursen zur Förderung der Bewegung, Änderung des Essverhaltens, Bewältigung von Stresssituationen oder der Reduzierung des Tabakkonsums (siehe Kapitel 3.4). Die Digitalisierung eröffnet den gesetzlichen Krankenkassen neue Spielräume, beispielsweise die Möglichkeit, die Anwendung nicht nur auf die Dokumentation eines Bonusheftes zu begrenzen, sondern das Bonusprogramm mittels Apps auf Smartphones auszuweiten. So bietet beispielsweise die *Allgemeine Ortskrankenkasse* (als *AOK Plus*, *AOK für Sachen und Thüringen*) den Nachweis von sportlichen Aktivitäten mittels App an. Die Schnittstellen zu den Gesundheitsdaten (z. B. getätigte Schrittzahlen) bieten in diesem Fall die Gesundheitsdienste Google Fit oder Apple Health. Im Bonusprogramm der *AOK Plus* werden bis zu 15 sportliche Aktivitäten im Monat anerkannt. Dazu gehören zum Beispiel das Erreichen von mindestens 10.000 Schritten täglich oder ein Kalorienmindestumsatz von 150 kcal innerhalb von 30 Minuten.⁶⁶

2.6 Quantified Self – bewussteres Verständnis über den eigenen Körper

Die Begrifflichkeit ‚Quantified Self‘ steht als Synonym für ein „globales Netzwerk von Selbstvermessern, Entrepreneuren, Entwicklern und Anwendern mobiler und netzgestützter Technologien der Selbstinspektion.“⁶⁷ Die Initiative zur digitalen Selbstvermessung hat ihren Ursprung in den USA und ist mittlerweile auf dem Massenmarkt in Deutschland angekommen. Die Akzeptanz dieses Trends steigt kontinuierlich, denn durch die Weiterentwicklung der Gesundheits-Apps im Zuge der Digitalisierung steigt zunehmend die Benutzerfreundlichkeit. Laut der *TK Presse & Politik* war es 2016 nur jeder siebte Erwachsene in Deutschland, der einen Fitnesstracker nutzte. Heute ist es laut der *Techniker Krankenkasse (TK)* und der aktuellen Studie *Homo Digitalis* bereits jeder Vierte der Befragten, die dem Trend der digitalen Selbstvermessung folgen. In den App-Stores werden vermehrt Gesundheits-Apps angeboten und heruntergeladen, und auch die Anzahl der Angebote zu Self-Tracking-Hardware nimmt zu. Sensoren, „die am Körper getragen werden“⁶⁸ (Wearables), wie z. B. Aktivitätstracker am Handgelenk oder Smartwatches, liefern die Daten und somit die Grundlage zur Selbstvermessung. Laut *Statista*

⁶⁶ vgl. Deutscher Bundestag (2003), S. 95; vgl. Verbraucherzentrale NRW (2015), S. 1f.; vgl. Deutscher Bundestag (2015), S. 43; vgl. Gigerenzer, G. et al. (2017), S. 702; vgl. AOK Plus (2016), S.2; vgl. Carl, M., Gondlach, K. (2018), S. 39.

⁶⁷ Kappler, K., Vormbusch, U. (2018), S. 209.

⁶⁸ Becker, H. et al. (2018a), S. 43.

wird sich das Nutzerwachstum in dieser Richtung sehr stark verändern: Demnach werden die Zahlen von aktuell 6,2 Mio. Nutzern von Fitness-Wearables und 14 Mio. Nutzern von Fitness-Apps auf 6,6 Mio. und 19,1 Mio. steigen. Das ist ein prognostiziertes Wachstum von 6,4% auf dem Wearable- und 36,4% auf dem Fitness-App-Markt innerhalb von fünf Jahren (2018 bis 2023).⁶⁹

Eines der Ziele der digitalen Selbstvermessung ist die sogenannte Selbstexpertisierung. „Mittels einer quantifizierenden Selbstbeobachtung sollen Erkenntnisse im Hinblick auf den Status (Gesundheitszustand, Stimmungen, Leistungsfähigkeit), die Bedürfnisse (Schlaf, Nahrung, Sexualität), die alltäglichen Lebensführungsmuster sowie die Optimierungsmöglichkeiten des Selbst gewonnen werden.“⁷⁰ Somit sollen nicht nur Daten über die Gesundheit produziert, sondern auch die Motivation zur Interpretation dieser Daten entwickelt werden. Die produzierten Daten sollen dazu verwendet werden, um bei dem Individuum neues Wissen zu erzeugen und „die Selbstwahrnehmung und Kontrolle des eigenen Gesundheitszustandes“⁷¹ zu erhöhen. Insgesamt soll ein besseres Gesundheitsbewusstsein für den Körper und in diesem Kontext eine positive Verhaltensänderung hinsichtlich des Lebensstils angestrebt werden (kognitiv-verhaltensorientierter Ansatz).⁷² Dieser Ansatz wird auch bei den verwendeten Methodiken innerhalb der Handlungsempfehlungen der verhaltensbezogenen Prävention verfolgt (siehe z. B. Kapitel 3.4.4).

Die Bewegung des Quantified Self zeigt Potenziale auf, die durch die Nutzung der neuen Technik entstehen. So können beispielsweise durch das Vorhandensein der gesammelten Gesundheitsdaten neue Therapieansätze für bestimmte Krankheitsbilder oder individualisierte Therapieangebote entwickelt werden. Schlussendlich kann sich die GKV, indem sie sich diese neue Bewegung zunutze macht, eine gesündere Gesellschaft mit verbesserter Lebensqualität, erhöhter Lebenserwartung und niedrigeren Gesundheitskosten schaffen.⁷³

⁶⁹ vgl. Heyen, N. B. (2016), S. 2; vgl. TK Presse & Politik (2016), S. 1; vgl. Delisle, M., Jülicher, T. (2016), S. 96; vgl. Wächter, M. (2016), S. 57; vgl. Kappler, K., Vormbusch, U. (2018), S. 209f.; vgl. Statista (2018), S. 10; vgl. TK (2018), S. 27.

⁷⁰ Kappler, K., Vormbusch, U. (2018), S. 209f.

⁷¹ Jäschke, T. (2017), S. 181.

⁷² Vgl. Heyen, N. B. (2016), S. 3; vgl. Andelfinger, V. P., Hänisch, T. (2016a), S. 44; vgl. Jäschke, T. (2017), S. 181; vgl. Kappler, K., Vormbusch, U. (2018), S. 210.

⁷³ Vgl. Heyen, N. B. (2016), S. 2; vgl. Becker, H. et al. (2018), S. 224.

2.7 eCoaching – Digitalisierung von Coaching

Das eCoaching oder auch elektronische Coaching bedient sich moderner elektronischer Medien zur Vermittlung von Coaching-Inhalten. Laut dem *Deutschen Bundesverband Coaching e.V.* handelt es sich bei den Inhalten eines Coachings um „eine Kombination aus individueller Unterstützung zur Bewältigung verschiedener Anliegen und persönlicher Beratung. In einer solchen Beratung wird der Klient angeregt, eigene Lösungen zu entwickeln. ... Ein grundsätzliches Merkmal des .. Coachings ist die Förderung der Selbstreflexion und -wahrnehmung und die selbstgesteuerte Erweiterung bzw. Verbesserung der Möglichkeiten des Klienten bzgl. Wahrnehmung, Erleben und Verhalten.“⁷⁴ Der Nutzungsgrad der Digitalisierungstechnologien, die zur Vermittlung der Coaching-Inhalte verwendet werden, variiert. Zum einen kann das digitale Coaching im Minimalprinzip genutzt werden, d. h. nur zur Terminvereinbarung oder oberflächlichen Themenklärung. Andererseits kann ein Coaching aber auch hauptsächlich digital vermittelt werden. In diesem Fall wird eine Coaching-Beziehung ohne persönliche Interaktionen aufgebaut. Alle Interaktionen zwischen dem Coach und dem Coachee finden mittels digitaler Werkzeuge statt. Dabei lässt sich die Online-Kommunikation zwei Kategorien zuordnen, der asynchronen und synchronen Kommunikation. Bei der asynchronen Kommunikation verläuft die Kommunikation über ein Medium, das bei beiden Teilnehmern (Coach und Coachee) flexible Antwortzeiten innerhalb der digitalen Konversation erlaubt. Ein Beispiel wäre der E-Mail-Austausch. Beide können dabei „den Zeitpunkt des Schreibens, Lesens und Antwortens weitgehend selbst bestimmen“⁷⁵. Im Gegensatz zur asynchronen Kommunikation findet bei der synchronen Kommunikation ein direkter Dialog zwischen Coach und Coachee statt. Dieser kann beispielsweise in Form einer Skype-Konferenz zustande kommen. Es wird deutlich, dass die Verwendung digitaler Werkzeuge zur Erweiterung des Coaching-Prozesses beitragen kann. Ein Beispiel für die Vermittlung der inhaltlichen Bestandteile eines Gesundheitscoachings stellt der *TK-GesundheitsCoach* der *TK* dar (siehe Kapitel 4.3). Dabei werden die Coachinginhalte maschinell erzeugt und dem Coachee zur Verfügung gestellt.⁷⁶ „Das ‚TK-Gesundheitscoaching‘ ist ein Programm, das für TK-Versicherte im Internet individuell abgestimmte Gesundheits-Pläne zusammenstellt.

⁷⁴ Deutscher Bundesverband Coaching e.V. (o. J.), S. 1.

⁷⁵ Knatz, B. (2012), S. 73.

⁷⁶ Vgl. Ostermann, D. (2010), S. 46; vgl. Knatz, B. (2012), S. 72f.; vgl. Heller, J., Koch, A. (2018), S. 3; vgl. Geißler, H. (2018), S. 16.

... Es richtet sich an alle, die dauerhaft etwas für ihre Gesundheit tun wollen. Das Ziel ist die nachhaltige Förderung der Selbstfürsorge und Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit.“⁷⁷

2.8 Zusammenfassende Betrachtung der dargestellten Grundlagen

Die in diesem Kapitel dargestellten Grundlagen vermitteln den aktuellen Wissensstand zum Thema Gesundheit, Prävention und Digitalisierung im Gesundheitswesen. Eines der Werkzeuge zur Förderung des Präventionsverhaltens der Versicherten ist der *Präventionsleitfaden*, der, wie in Kapitel 1.2 erläutert, als eines der Forschungsobjekte dieser Bachelor-Thesis fungiert. Durch die zunehmende Digitalisierung und Bewegungen wie Quantified Self steigt seitens des Versicherungsnehmers kontinuierlich das Interesse an digitalen Lösungen (siehe Kapitel 4). Krankenversicherungen werden zum einen zwar gesetzlich dazu verpflichtet, Bonusprogramme anzubieten, zum anderen wird ihnen gerade dadurch aber die Möglichkeit geboten, den Lebensstil der Versicherungsnehmer gesundheitsfördernd zu beeinflussen. Mittels eCoach und eines bewussteren Verständnisses über den eigenen Körper soll den Versicherungsnehmern deutlich gemacht werden, mit welchen Maßnahmen die eigene Handlungskompetenz hinsichtlich eines gesunden Lebensstils gefördert werden kann.

⁷⁷ Ostermann, D. (2010), S. 46.

3 Prävention und Förderung der Gesundheit

In Kapitel 2.2 wurden bereits die Werkzeuge zur Verbesserung der defizitären gesundheitlichen Lage in Deutschland, vorgestellt. Um allgemeine Handlungsempfehlungen zur Beseitigung dieser Defizite aussprechen zu können, wird in diesem Kapitel der *Leitfaden für Prävention* untersucht. Wie bereits in Kapitel 2.2 beschrieben, stellt dieser Leitfaden ein zentrales Dokument für offizielle Empfehlungen zu Prävention und Förderung der Gesundheit in Deutschland dar. Der *Leitfaden für Prävention* behandelt drei elementare Themenfelder:⁷⁸

- Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten
- Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention
- Betriebliche Gesundheitsförderung

Im Fokus der Analyse steht die individuelle verhaltensbezogene Prävention mit den vier dazugehörigen Handlungsfeldern (siehe Kapitel 3.4). Abschließend werden in Kapitel 3.4.1 bis 3.4.4 Handlungsempfehlungen für das jeweilige Handlungsfeld vorgestellt. Über Gegenüberstellung der Handlungsempfehlungen und der zuvor aufgezeigten Problemfelder (siehe Kapitel 3.1) wird sichtbar gemacht, auf welche Weise der *Leitfaden für Prävention* und die darin enthaltenen Handlungsempfehlungen als Orientierung für die konkrete Maßnahmengestaltung dienen.⁷⁹

3.1 Aktuelle Defizite im Gesundheitsstand in Deutschland

Ein gesundheitliches Defizit beschreibt analog zu der *WHO* Definition für Gesundheit (siehe Kapitel 2.1) einen Zustand, der nicht dem „vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen .. [Wohlergehen] und nicht nur das [dem] Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“⁸⁰ entspricht.⁸¹

Wie bereits in Kapitel 3 vorgestellt, beschreibt der *Leitfaden für Prävention* vier Handlungsfelder der verhaltensbezogenen Prävention:⁸²

⁷⁸ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 4f.

⁷⁹ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 4f.

⁸⁰ WHO (1948a), S. 1.

⁸¹ Vgl. WHO (1948a), S. 1.

⁸² Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 4f.

- Bewegungsgewohnheiten
- Ernährung
- Stressmanagement
- Suchtmittelkonsum

Dabei sind die Bewegungsgewohnheiten und die daraus resultierenden körperlichen Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems ein primäres und wichtiges Handlungsfeld⁸³, denn ein Großteil aller gemeldeten Fehlzeiten der gesetzlichen Krankenkasse geht auf eine Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems zurück. „Unter dem Begriff Muskel- und Skelett-Erkrankungen werden verschiedene Erkrankungen des Bewegungsapparats zusammengefasst. Dazu zählen [beispielsweise] degenerative Gelenkerkrankungen wie Arthrose.“⁸⁴ Zudem gehören Erkrankungen des Bewegungsapparates mit zu den häufigsten chronischen Krankheiten in Deutschland.⁸⁵ Laut den Ergebnissen des *BARMER Gesundheitsreports 2017* und *2018*, des *Gesundheitsreports der TK von 2018* sowie des *Fehlzeiten-Reports 2017* gehen in den Jahren 2015 bis 2017 die meisten gemeldeten Tage von Arbeitsunfähigkeit auf ein Defizit im Muskel-Skelett-System zurück.⁸⁶ Diesen Ergebnissen stellt der *Leitfaden für Prävention* auf einer hohen Abstraktionsebene geeignete Maßnahmen gegenüber, um die Bewegungsgewohnheiten der deutschen Bevölkerung gesundheitsfördernd zu verändern. Diese Maßnahmen werden in Kapitel 3.4.1 (Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten) diskutiert.

Die Ergebnisse der *Nationalen Verzehrstudie II* veranschaulichen dagegen Defizite hinsichtlich der Ernährung in Deutschland. Exemplarisch werden nachfolgend einige davon aufgelistet, um das Ausmaß der Fehlernährung zu konkretisieren:⁸⁷

- Zu geringer Verzehr von Gemüse – der Wert von 87,4% der Befragten lag unter 400g Gemüse pro Tag – dieser Wert wird von der *DGE* empfohlen

⁸³ Vgl. TK (2016), S.2;

⁸⁴ Robert Koch-Institut (2015), S. 69.

⁸⁵ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 68f.; vgl. TK (2016), S.2.

⁸⁶ Vgl. Barmer (2017), S. 50ff.; vgl. Busch, K. (2017), S. 495; vgl. Gerr, J. et al. (2017), S. 50ff.; vgl. TK (2018a), S. 66f.

⁸⁷ Vgl. Max Rubner-Institut (2008), S. XXI; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 68f.

- Zu geringer Verzehr von Obst - Die empfohlene Menge Obst von mindestens 250g pro Tag wird von 59% der Befragten nicht erreicht
- Zu geringe Aufnahme von Ballaststoffen - Bei männlichen (68%) sowie weiblichen (75%) Probanden lag die Ballaststoffzufuhr unter dem Mindestwert von 30g pro Tag

Die Maßnahmengestaltung zur Beseitigung von Fehlernährung werden in Kapitel 3.4.2 (Handlungsfeld Ernährung) detailliert dargestellt.

Das Stressmanagement ist das dritte Handlungsfeld mit hoher Bedeutung für die Primärprävention. Laut der *Techniker Stressstudie 2016* leidet in Deutschland jeder Sechste unter 40 an einer stressbedingten chronischen Erkrankung. Auch Muskelverspannungen und Rückenschmerzen gehören zu den Symptomen, die mit einem erhöhten Stressaufkommen in Verbindung stehen. So geben laut der *Techniker Stressstudie 2016* 54% der Befragten an, unter Rückenschmerzen oder Muskelverspannungen zu leiden. Zwei Drittel der Befragten, die unter Rückenschmerzen und Muskelverspannungen leiden, schildern, häufig gestresst zu sein. Dieses Ergebnis stimmt auch mit den Krankenstandsdaten der TK überein.⁸⁸ Der grundsätzliche Aufbau des Handlungsfelds Stressmanagement und die verschiedenen Ebenen der Stressbewältigung mit den empfohlenen zugehörigen Maßnahmen werden in Kapitel 3.4.3 (Stressmanagement) erläutert.

Der Umgang mit Suchtmitteln schließlich wird im vierten und letzten Handlungsfeld der verhaltensbezogenen Prävention thematisiert. Laut dem *Drogen- und Suchtbericht 2018* hat die Quote der rauchenden deutschen Erwachsenen im Alter von mindestens 18 Jahren und mit einem ständigen Wohnsitz in Deutschland seit 2003 deutlich abgenommen.⁸⁹ Den Ergebnissen der *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-Studie)* zufolge sind es aber immer noch 29,7% der Erwachsenen in Deutschland zwischen 18 und 79 Jahren, die täglich oder gelegentlich rauchen. Dabei nehmen Männer mit 32,6% gegenüber den Frauen, bei denen lediglich 26,9% täglich oder gelegentlich Tabak konsumieren, den größeren Anteil ein. Bei den jüngeren Erwachsenen im Alter von 18 bis 29 liegt der prozentuale Anteil der täglich oder gelegentlich Konsumierenden noch deutlich höher: 40% der Frauen und 47% der Männer. Die gesundheitlichen Auswirkungen durch

⁸⁸ Vgl. TK (2016a), S. 46f.; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 75.

⁸⁹ Vgl. Zeiher, J. et al. (2017), S. 59f.; vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2018), S. 41.

den Konsum von Suchtmitteln wie z. B. Tabak sind verheerend. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie die Neubildung von bösartigen Tumoren in der Lunge sind nur einige der Auswirkungen des Rauchens.⁹⁰ Laut dem *Drogen- und Suchtbericht 2018* werden „90% aller Lungenkrebsfälle .. durch das Rauchen verursacht“⁹¹.

Auch die Ergebnisse aktueller Studien zeigen, dass Defizite im Gesundheitszustand der Versicherten in allen oben genannten Handlungsfeldern der verhaltensbezogenen Prävention vorhanden sind. Dementsprechend müssen von der GKV gesundheitsverbessernde Maßnahmen erbracht werden (siehe Kapitel 3.4).

Die Förderung von Einzelnen reicht jedoch nicht aus, um in der gesamten deutschen Bevölkerung eine positive Veränderung des Lebensstils zu bewirken. Die vorgestellten Maßnahmen der verhaltensbezogenen Prävention sind lediglich ein Ansatzpunkt für die primäre Prävention. Erst durch die ganzheitliche Betrachtung aller Präventionsmaßnahmen, nämlich durch die Verzahnung von verhaltensbezogenen und lebensweltbezogenen Maßnahmen, ist eine positive Verhaltensänderung des Lebensstils in Richtung Prävention möglich. Die Bedeutung des Begriffs ‚Lebenswelt‘, welche Eigenschaften die lebenswelt- und die verhaltensbezogene Prävention ausmachen und warum eine Verzahnung dieser beiden Präventionsarten notwendig ist, wird im folgenden Kapitel beschrieben.⁹²

3.2 Lebensweltbezogene Prävention

Wie in Kapitel 3.1 abschließend erläutert, bedarf es für eine erfolgreiche und nachhaltige Primärprävention für die deutsche Bevölkerung einer Verzahnung von lebenswelt- und verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen. Die Prävention muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen werden.⁹³ In diesem Kapitel wird die lebensweltbezogene Prävention erläutert. Dabei wird nicht nur das allgemeine Konzept der Lebenswelt beschrieben, sondern auch dargestellt, wie gesundheitsfördernde Strukturen innerhalb der Lebenswelt aufgebaut werden können und welche Ziele mit der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung verfolgt werden.

⁹⁰ Vgl. Müters, S. et al. (2013), S. 804; vgl. Zeiher, J. et al. (2017), S. 59; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 83; vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2018), S. 48.

⁹¹ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2018), S. 48.

⁹² Vgl. Die Träger der NPK (2018), S. 35; vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2018), S. 11; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 6.

⁹³ Vgl. Die Träger der NPK (2018), S. 35; vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2018), S. 11; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 6.

Der Lebenswelt- oder auch Settingansatz ist eine Strategie der Gesundheitsförderung, die sich auf bestimmte Lebensbereiche der Menschen ausrichtet. Die verschiedenen Lebenswelten wie z. B. Kommunen, Hochschulen oder Kindertagesstätten sind einzelne soziale Systeme, die für die Gestaltung der Gesundheit jedes Einzelnen genutzt werden. Die Gestaltung der alltäglichen Lebensbedingungen durch die Lebensweltverantwortlichen (Beispiel für Lebensweltverantwortliche: Gemeinde oder Stadt innerhalb der Lebenswelt Kommune) ist dabei von hoher Bedeutung, denn „Gesundheit wird im Alltag hergestellt und aufrechterhalten .. [und] muss folglich im Lebensalltag ansetzen.“⁹⁴. Aufbau und Stärkung von gesundheitsfördernden Strukturen sollten folglich in alltäglichen Lebensbereichen durchgeführt werden, um nachhaltige und langfristige Änderungen des Lebensstils zu ermöglichen. Es sind letztlich die verschiedenen Lebenswelten, in denen die Menschen einen großen Teil ihrer Lebenszeit verbringen.⁹⁵

Laut der *Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.* wird die „Gesundheit eines Menschen maßgeblich durch seine soziale Lage, durch seine ökonomischen, ökologischen Lebensbedingungen, durch individuelle, auch kulturell geprägte Lebensstile sowie durch politische Rahmenbedingungen beeinflusst.“⁹⁶

Demnach sollten die Präventionsmaßnahmen in den entsprechenden Lebenswelten der Zielgruppen, die erreicht werden sollen, ansetzen.⁹⁷ Bei Zielgruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status ist das Risiko, an chronischen nicht übertragbaren Krankheiten zu erkranken, am höchsten. Die Höhe dieses Risikos ist von den sozialen Faktoren wie dem Berufsstatus, der Bildung oder der Höhe des Einkommens abhängig.⁹⁸ Durch den Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen in den entsprechenden Lebenswelten können die Alltagsbedingungen für einen gesünderen Lebensstil gefördert werden, wodurch auch sozial Benachteiligte leichter erreicht werden können.⁹⁹

Um den Zugang zu Präventionsmaßnahmen in den Lebenswelten zu verbessern, bedarf es eines systematischen Vorgehens. Dieser systematische Ansatz zur Integration neuer Strukturen in die Lebenswelten wird in Abbildung 2 dargestellt und durch die Kranken-

⁹⁴ Kaba-Schönstein, Lotte (2018), S. 233.

⁹⁵ Vgl. Die Träger der NPK (2018), S. 7f. u. 15; vgl. Kaba-Schönstein, Lotte (2018), S. 232f.

⁹⁶ Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (2013), S. 3.

⁹⁷ Vgl. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (2013), S. 3.

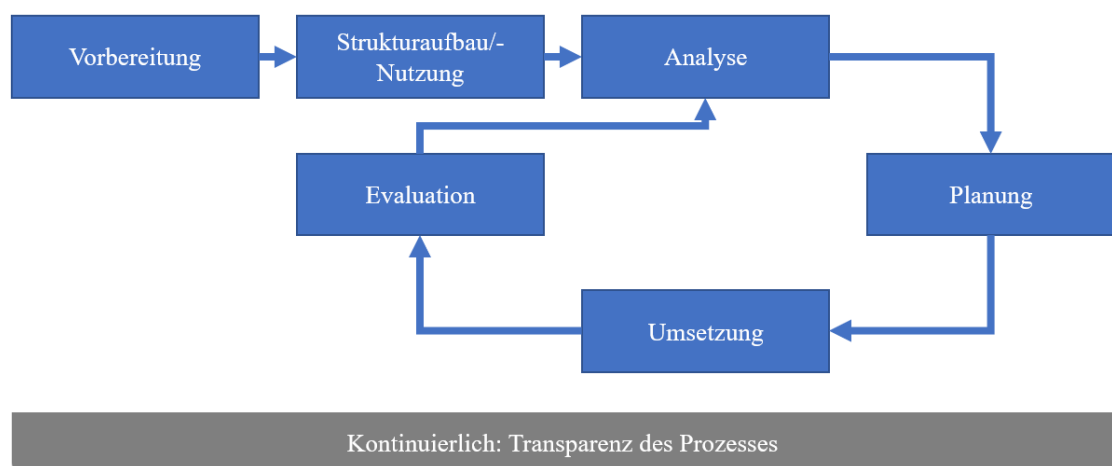
⁹⁸ Vgl. Müters et al. (2013a), S. 816 u. 819; vgl. Die Träger der NPK (2018), S. 12; vgl. Kaba-Schönstein, Lotte (2018), S. 232f.

⁹⁹ vgl. Die Träger der NPK (2018), S. 7f.; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 24.

Renten- und Unfallversicherungsträger unterstützt. „Ziel [dieses Prozesses] ist es, dass die Lebensweltverantwortlichen im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe diesen Prozess eigenverantwortlich gestalten und fortführen können“¹⁰⁰, um eine gesundheitsfördernde Lebenswelt im Sinne von Prävention zu gestalten. Laut der *Ottawa-Charta* haben die Umweltbedingungen in den verschiedenen Lebenswelten einen sehr großen Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen, denn die „enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt bildet die Grundlage für einen sozial-ökologischen Weg zur Gesundheit.“¹⁰¹ Die Strategien der Gesundheitsförderung der *Ottawa-Charta* (siehe Kapitel 2.1) setzen ebenfalls ein systematisches Vorgehen voraus, um die Lebenswelten zugunsten der Gesundheitsförderung und -erhaltung zu gestalten.¹⁰²

Der Prozess zur Förderung der lebensweltbezogenen Prävention besteht aus insgesamt sechs verschiedenen Phasen und wird in Abbildung 2 dargestellt.¹⁰³

Abbildung 2: Prozess zur Förderung der lebensweltbezogenen Prävention



Quelle: in Anlehnung an *Die Träger der NPK* (2018), S. 13

Die Phase der Vorbereitung dient dazu, die Voraussetzungen für den Einstieg in einen Änderungsprozess zu ermitteln. Eine grundlegende Voraussetzung für die Einführung von Änderungen ist die Bereitschaft aller Beteiligten. In diesem Fall müssen die Bereitschaft und Motivation der Lebensweltverantwortlichen vorliegen. Der letzte Schritt der

¹⁰⁰ Die Träger der NPK (2018), S. 13.

¹⁰¹ World Health Organisation (1986), S. 3.

¹⁰² Vgl. World Health Organisation (1986), S. 3; vgl. Die Träger der NPK (2018), S. 12f.

¹⁰³ Vgl. Die Träger der NPK (2018), S. 13.

Vorbereitungsphase besteht in der Entscheidung der Lebensweltverantwortlichen für oder gegen den Einstieg in einen Gesundheitsförderungsprozess. Die „Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungsträger können die Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse der Lebensweltverantwortlichen dabei mit Informations-, Beratungs- und Qualifizierungsangeboten unterstützen.“¹⁰⁴ Während der Phase des Strukturaufbaus wird die Vernetzung aller lebensweltbeteiligten Akteure durchgeführt sowie ein Steuergremium gebildet. Dieses Gremium, besetzt mit allen Lebensweltverantwortlichen, bildet eine solide Basis für die Einführung von gesundheitsfördernden Änderungen innerhalb einer Lebenswelt. Die Verantwortlichkeiten der entsprechenden Akteure sowie wichtige Entscheidungen zum grundsätzlichen Vorgehen werden durch das Steuergremium festgelegt bzw. getroffen. In der Analysephase wird der grundsätzliche Bedarf an Präventionsmaßnahmen ermittelt. Dazu werden in der jeweiligen Lebenswelt Faktoren ermittelt, die eine Gefährdung der Gesundheit der darin lebenden Individuen darstellen (z. B. hohe Arbeitsbelastung). Diese Gefährdungen werden dann den entsprechenden verfügbaren Maßnahmen zu deren Linderung oder Beseitigung (etwa Freizeitangebote) gegenübergestellt. Ein Beispiel wäre einerseits eine hohe Arbeitsbelastung innerhalb der Lebenswelt Betrieb und andererseits das Angebot von Betriebssportmaßnahmen. In der Planungsphase werden die ermittelten Bedarfe aus der Analysephase dazu verwendet, um einen Maßnahmenplan für die jeweilige Lebenswelt zu entwickeln. Dabei werden durch das Steuergremium entsprechende Ziele ausgearbeitet und priorisiert. Wie bereits zu Beginn dieses Kapitels erläutert, ist bei der Maßnahmenplanung die Berücksichtigung von lebenswelt- und verhaltensbezogenen Maßnahmen wichtig, um eine gesamtgesellschaftliche Gesundheitsförderung zu ermöglichen. Nach der Planungsphase erfolgt die eigentliche Umsetzung der festgelegten Maßnahmen durch die Lebensweltverantwortlichen. Der festgelegte Maßnahmenplan dient zur Veranschaulichung der Vorgehensweise. Die Maßnahmen werden, wenn möglich, über wissenschaftliche und qualitätsgesicherte Ansätze realisiert. Die sich daran anschließende Phase der Evaluierung mittels geeigneter Methoden (z. B. Beobachtungen) dient der Ergebnisüberprüfung. Dabei werden die Umsetzung des Prozesses sowie die Wirkung der eingeführten Maßnahmen überprüft. Die Ergebnisse der Evaluation dienen als Grundlage für die Weiterentwicklung bestehender und die Analyse neuer Maßnahmen. Die Schaffung von Transparenz innerhalb aller Phasen dieses Prozesses „fördert

¹⁰⁴ Die Träger der NPK (2018), S. 13.

die Akzeptanz und Umsetzung¹⁰⁵ von gesundheitsfördernden Änderungen in den Lebenswelten.¹⁰⁶

Um die deutsche Bevölkerung mit der Thematik Gesundheitsförderung in allen Lebensphasen zu erreichen und einen lebenslangen Lernprozess zu erlauben, ist neben dem Aufbau gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen die Festlegung von Gesundheitszielen notwendig. Dazu wurden von der *NPK* am Lebenslauf orientierte Ziele festgelegt, denn in „jeder Lebensphase können Potenziale für den Schutz vor Krankheiten sowie zur Förderung von Gesundheit ... ausgeschöpft werden“¹⁰⁷: beim Heranwachsen, bei Menschen im mittleren Alter oder bei Personen, die nicht mehr im erwerbsfähigen Alter sind.¹⁰⁸ Damit sollen Menschen in jeder Phase ihres Lebens dazu befähigt werden, mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten umzugehen. Beispielsweise können die Ernährungsgewohnheiten der Mutter schon während der Schwangerschaft den Stoffwechsel des Kindes und somit auch dessen Körpergewicht beeinflussen.¹⁰⁹

Die o. g. Gesundheitsziele lauten wie folgt:

- Gesund aufwachsen (Zielgruppen: Kinder, werdende und junge Familien, Jugendliche, Studierende und Auszubildende)¹¹⁰
- Gesund leben und arbeiten (Zielgruppe: Erwerbsfähige Personen)¹¹¹
- Gesund im Alter (Zielgruppe: Personen nach Beendigung der Erwerbsfähigkeit)¹¹²

Diese Gesundheitsziele werden durch die GKV in den Lebenswelten umgesetzt. Dazu werden im *Leitfaden für Prävention* gesonderte Präventionsziele definiert.¹¹³ Ein Teilziel für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten und die Umsetzung der Gesundheitsziele der *NPK* lautet beispielsweise:¹¹⁴

¹⁰⁵ Die Träger der NPK (2018), S. 14.

¹⁰⁶ Vgl. Die Träger der NPK (2018), S. 13f.; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 26ff.; vgl. Mahltig, G., Voermans, S. (2011), S. 41.

¹⁰⁷ Die Träger der NPK (2018), S. 15.

¹⁰⁸ Vgl. Die Träger der NPK (2018), S. 12f. u. 15.

¹⁰⁹ Vgl. WHO (1986), S. 4; vgl. Barmer (2018a), S. 8.

¹¹⁰ Vgl. Träger der NPK (2018), S. 17; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 15.

¹¹¹ Vgl. Träger der NPK (2018), S. 20; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 15.

¹¹² Vgl. Träger der NPK (2018), S. 32; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 15.

¹¹³ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 16.

¹¹⁴ GKV-Spitzenverband (2018), S. 17.

„Zahl und Anteil der auf Angehörige vulnerabler Zielgruppen ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten für ältere Menschen in der Kommune, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Migrationshintergrund, Alleinerziehende, Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien sowie der damit erreichten Personen sind erhöht.“

Wie eingangs in diesem Kapitel beschrieben, muss die Primärprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen werden. Dazu gehört neben der lebensweltbezogenen Prävention auch die Förderung jedes einzelnen Bürgers, mit individuellen Maßnahmen in den entsprechenden Handlungsfeldern. Die verhaltensbezogene Prävention mit den zugehörigen Handlungsfeldern wird im folgenden Kapitel diskutiert.¹¹⁵

3.3 Verhaltensbezogene Prävention

Im Gegensatz zur lebensweltbezogenen Prävention (siehe Kapitel 3.2), die gesundheitsfördernde Strukturen in der jeweiligen Lebenswelt aufbauen soll, richten sich die verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen an einzelne Versicherte. Laut dem *GKV-Spitzenverband* werden diese verhaltensbezogenen Maßnahmen angeboten, um Versicherte dazu zu motivieren, „Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung auszuschöpfen.“¹¹⁶ Um die Handlungsfelder für die verhaltensbezogene Prävention zu ermitteln, wurden vorhandene Gesundheitsdaten (z.B. *DEGSI-Studie*) auf bestimmte Kriterien hin untersucht¹¹⁷, nämlich mit „welcher Häufigkeit, .. [medizinischer] Relevanz und volkswirtschaftlichen Bedeutung bestimmte Erkrankungen auftreten“¹¹⁸.

Die folgenden Krankheiten haben in diesem Zusammenhang in Deutschland epidemiologisch eine hohe Bedeutung und stellen eine Herausforderung für die Gesellschaft dar:¹¹⁹

- Diabetes mellitus Typ 2
- Erkrankungen des Skeletts und der Muskeln

¹¹⁵ Vgl. Die Träger der NPK (2018), S. 35; vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2018), S. 11; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 6.

¹¹⁶ GKV-Spitzenverband (2018), S. 48.

¹¹⁷ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 48f.

¹¹⁸ GKV-Spitzenverband (2018), S. 49.

¹¹⁹ Vgl. Die Träger der NPK (2018), S. 12.

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Psychische/psychosomatische Erkrankungen

Vermeidung unausgewogener Ernährung, Förderung von Bewegung sowie die Stärkung der Stressbewältigungskompetenzen sind Maßnahmen, die zur Vermeidung der oben genannten Krankheiten beitragen sollen. Fehlernährung, Bewegungsmangel oder privater und beruflicher Stress stellen elementare Risikofaktoren dar, die die Entstehung der Erkrankungen und das Voranschreiten der entsprechenden Krankheiten fördern. Das Ziel, das mit der Entwicklung von verhaltensbezogenen Handlungsfeldern zur Prävention verfolgt wird, besteht in der Minderung des durch die oben genannten Risikofaktoren entstehenden Risikos einer Erkrankung. Dadurch soll die Auftretenshäufigkeit von chronischen Krankheiten reduziert werden. Es sollen durch die Gestaltung dieser Maßnahmen zudem gesundheitsfördernde Kompetenzen vermittelt und entsprechende Lebensstilveränderungen erreicht werden.¹²⁰

3.4 Handlungsfelder der verhaltensbezogenen Prävention

In diesem Kapitel werden die Handlungsfelder und Handlungsempfehlungen zur Maßnahmengestaltung der verhaltensbezogenen Prävention detailliert vorgestellt. Bei der Maßnahmengestaltung ist ein Wirksamkeitsnachweis der Inhalte grundsätzlich Voraussetzung dafür, dass eine Maßnahme von der GKV gefördert wird. Zudem muss bei der Festlegung der Maßnahme ein klares Ziel für deren Durchführung bestimmt werden, damit abschließend der Grad der Zielerreichung festgestellt werden kann. Nur so kann der Erfolg - oder Misserfolg - einer Maßnahme bestimmt werden.¹²¹

3.4.1 Bewegungsgewohnheiten

Der erste Abschnitt in Kapitel 3.1 beschreibt den durchschnittlichen Gesundheitszustand des Muskel-Skelett-Systems der deutschen Bürger. Das Kapitel 3.4.1 soll aufzeigen, wie die Maßnahmen zur Verbesserung des Bewegungsapparates konkret ausgestaltet werden können.

¹²⁰ Vgl. Die Träger der NPK (2018), S. 12; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 49f.

¹²¹ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 50f.

Handlungsempfehlung Bewegungsgewohnheiten:¹²² Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität

Laut der *WHO* haben körperliche Aktivitäten einen sehr großen Einfluss auf den menschlichen Körper. Sie tragen zur Verbesserung des Bewegungsapparates bei und mindern die Risikofaktoren für chronische Krankheiten wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Durch körperliche Aktivitäten lässt sich das Herz-Kreislauf-System positiv beeinflussen, denn das Verhältnis von Fett- zu Muskelgewebe im Körper wird dadurch günstig verändert. „Entzündungsstoffe aus dem Fettgewebe“¹²³ im Körper können bei einer Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems zu einer Herzschwäche beitragen. Die Wirksamkeit von sportlicher Aktivität zur Verbesserung des Gesundheitszustands ist wissenschaftlich belegt. Außerdem ist häufig körperliche Inaktivität für das Aufkommen von Krankheiten wie Diabetes oder Krebs und für Risikofaktoren, wie einen erhöhten Blutzuckergehalt verantwortlich.¹²⁴

Die *WHO* hat entsprechende Empfehlungen für die Gestaltung körperlicher Aktivitäten ausgesprochen. Diese Empfehlungen werden für drei verschiedene Altersgruppen ausgeformt: Menschen im Alter von 5 bis 17 Jahren, 18 bis 64 Jahren sowie 65 und darüber hinaus.¹²⁵ Folgende Empfehlungen sieht die *WHO* zur Gestaltung der sportlichen Aktivitäten vor, um das Risiko einer chronischen Erkrankung zu reduzieren und die muskuläre und ausdauerorientierte Fitness zu steigern:¹²⁶

- Kinder im Alter von 5 bis 17 Jahren: Mäßige bis kräftige körperliche Aktivität - mindestens 60 Minuten täglich
- Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren: Ausdauerorientierte körperliche Aktivität von mittlerer Intensität - mindestens 150 Minuten wöchentlich
- Erwachsene im Alter von 65 Jahren und darüber hinaus: Ausdauerorientierte körperliche Aktivität mit mittlerer Intensität - mindestens 150 Minuten wöchentlich

¹²² GKV-Spitzenverband (2018), S. 60.

¹²³ Halle, M. (2018), S. 11.

¹²⁴ Vgl. WHO (2003), S.3; vgl. WHO (2010), S. 10; vgl. Halle, M. (2018), S. 11f.

¹²⁵ Vgl. WHO (2010), S. 7f.

¹²⁶ Vgl. WHO (2010), S. 7f.

Im Vergleich zu den Ergebnissen der *DEGSI-Studie* erreichten gerade einmal 20,4% aller Befragten im Alter von 18 bis 79 die empfohlene Dauer von 150 Minuten pro Woche. Zur Erreichung einer grundlegenden Verhaltensänderung bei den Versicherten hin zu mehr Bewegung und der entsprechenden Eigenverantwortung und Kompetenz im gesundheitlichen Verhalten¹²⁷ werden sechs Kernziele angesteuert:¹²⁸

- Kernziel 1: Stärkung von physischen Gesundheitsressourcen
- Kernziel 2: Stärkung von psychosozialen Gesundheitsressourcen
- Kernziel 3: Verminderung von Risikofaktoren
- Kernziel 4: Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden
- Kernziel 5: Aufbau von Bindung an gesundheitssportliche Aktivität
- Kernziel 6: Verbesserung der Bewegungsverhältnisse

Um diese Kernziele zu erreichen, werden die Maßnahmen über entsprechende Inhalte konkretisiert. Ein Beispiel, der diesen Zusammenhang verdeutlicht, wäre die Integration von Lockerungsübungen im Rahmen einer bewegungsbezogenen Maßnahme. Diese Lockerungsübungen sollen dazu beitragen, „körperliche Eigenschaften zu stärken, die zur Gesunderhaltung beitragen“¹²⁹ (Kernziel 1). Denn die Förderung eines dehnfähigen Körpers reduziert das Auftreten von Rückenbeschwerden. Ein weiteres Beispiel wäre die Motivation der Teilnehmer zur Fortsetzung einer Maßnahme durch die Unterstützung von anderen Mitstreitern innerhalb eines Sportvereins. Dadurch soll eine intensivere Bindung zur Aktivität aufgebaut werden (Kernziel 5).¹³⁰ Die Vermittlung der ausgestalteten Maßnahmen kann innerhalb einer Gruppenberatung stattfinden. Dabei wird das Körpergefühl der Teilnehmenden zum Erlernen neuer Bewegungsmuster mit praxisnahen Übungen gefördert.¹³¹

¹²⁷ Vgl. Finger, J. D. et al. (2013), S. 768; vgl. Deutscher Olympischer Sportbund e.V. (2016), S. 1f.; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 61.

¹²⁸ Deutscher Olympischer Sportbund e.V. (2016), S. 1f.

¹²⁹ Deutscher Olympischer Sportbund e.V. (2016), S. 1.

¹³⁰ Vgl. Deutscher Olympischer Sportbund e.V. (2016), S. 1; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 61f.

¹³¹ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 63.

3.4.2 Ernährung

Neben den Bewegungsgewohnheiten spielt auch die Ernährung für den gesamtgesundheitlichen Zustand eines Menschen eine zentrale Rolle. Wie in Kapitel 3.1 dargelegt, besteht im Hinblick auf eine optimale Ernährung noch deutlicher Handlungsbedarf.

Handlungsempfehlung Ernährung:¹³² Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

Laut der *Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE)* ist die Ernährungsweise verantwortlich für einen Großteil der chronischen Volkskrankheiten wie beispielsweise Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder Diabetes Mellitus. Aufgrund der hohen Korrelation zwischen dem Ernährungsverhalten und dem Risiko für die Entstehung dieser chronischen Krankheiten ist das Handlungsfeld Ernährung von zentraler Bedeutung für die primäre Prävention. Chronische Erkrankungen verursachen immense Kosten im Gesundheitssystem.¹³³ „Die Krankheitskosten durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen betragen im Jahr 2015 in Deutschland 46,4 Milliarden Euro“¹³⁴. Das Ziel bei der Maßnahmengestaltung ist die Stärkung der Motivation und der Kompetenzen für eine gesundheitsfördernde Ernährungsumstellung. Als Leitlinie, an der sich die Teilnehmer orientieren können, hat die *DGE* ein Dokument veröffentlicht, das lebensmittelbezogene Empfehlungen für die Ernährung enthält. Einige exemplarische Empfehlungen lauten: „Gesundheitsfördernde Fette nutzen“¹³⁵ oder „Vollkorn wählen“¹³⁶. Weitere Orientierungshilfen von der *DGE*, wie beispielsweise Dokumente zu den Referenzwerten für Nährstoffzufuhr in Deutschland oder zu den *DGE*-Beratungsstandards, können für den Aufbau und die Stärkung der Ernährungskompetenzen ebenfalls berücksichtigt werden.¹³⁷

Inhaltliche Bausteine der Maßnahme wie Schulungen oder Trainings sollen das Alltagsverhalten hinsichtlich der Ernährung verändern helfen. Dazu gehört zum Beispiel das „Einüben [eines] .. verbesserten Koch- und Einkaufsverhaltens unter Einbeziehung des sozialen Umfelds und Berücksichtigung der Alltagssituation“¹³⁸ oder „Schulungsmodulare

¹³² GKV-Spitzenverband (2018), S. 68.

¹³³ Vgl. WHO (2003), 1ff.; vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2004), S. 94 u. 96; vgl. Statistisches Bundesamt (2017), S. 1; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 68.

¹³⁴ Statistisches Bundesamt (2017), S. 1.

¹³⁵ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2017), S. 1.

¹³⁶ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2017), S. 1.

¹³⁷ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 69; vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2017), S. 1.

¹³⁸ GKV-Spitzenverband (2018), S. 70.

zur Förderung eines bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsverhaltens“¹³⁹. Im Rahmen der Maßnahmen werden optimalerweise praxisnahe Übungen durchgeführt, die das Essverhalten direkt beeinflussen. Alternativ kann die Vermittlung der Inhalte auch über „verhaltensorientierte Beratung und Informationsvermittlung, in der Regel in Gruppen“¹⁴⁰ erfolgen.¹⁴¹

3.4.3 Stressmanagement

Auch das Stressmanagement nimmt für die primäre Prävention eine zentrale Rolle ein, denn auch Stress im Alltag fördert chronische Erkrankungen wie z.B. Diabetes. Zudem ist die steigende Zahl von stressbedingten Krankenschreibungen innerhalb der letzten fünfzehn Jahre ein Indikator dafür, dass hier Handlungsbedarf besteht.¹⁴²

Handlungsempfehlung Stressmanagement:¹⁴³ Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (Multimodales Stressmanagement)

Der Ansatz des Stressmanagements und der Ausbau der Stressbewältigungskompetenz auf den u. g. drei Ebenen der Stressbewältigung senken nachweislich das Risiko, an körperlichen Beschwerden zu erkranken.¹⁴⁴ Dementsprechend wird im Rahmen der Maßnahmengestaltung, die Ansteuerung der drei Ebenen durch ein multimodales Stressmanagement angestrebt:¹⁴⁵

- das instrumentelle Stressmanagement
- das kognitive Stressmanagement sowie
- das palliativ-regenerative Stressmanagement

Das instrumentelle Stressmanagement zielt auf Veränderung der externen Stresseinflüsse ab. Dabei steht die Reduzierung der Stressfaktoren z. B. „durch Umorganisation des Arbeitsplatzes [oder] durch [die] Veränderung von Arbeitsabläufen“ im Mittelpunkt der Bewältigungsebene.¹⁴⁶ Bei der Stärkung des kognitiven Stressmanagements wird eine

¹³⁹ GKV-Spitzenverband (2018), S. 70.

¹⁴⁰ GKV-Spitzenverband (2018), S. 70.

¹⁴¹ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 70.

¹⁴² Vgl. TK (2016a), S. 2 u. 46; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 75.

¹⁴³ GKV-Spitzenverband (2018), S. 77.

¹⁴⁴ Vgl. Kaluza, Gert (2002), S. 198ff.; vgl. Kaluza, G. (2014), S. 266.

¹⁴⁵ Vgl., Kaluza, G. (2011), S.52; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 77f.

¹⁴⁶ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 77.

Einstellungsänderung beim versicherten Individuum angestrebt. Dabei sollen die Auslöser des Stresses, die Stressfaktoren, kritisch hinterfragt werden. Es soll eine Neubewertung der Stresssituation durchgeführt werden, um zukünftig in ähnlicher Situation ein stressreduziertes Empfinden zu erreichen.¹⁴⁷ Das palliativ-regenerative oder auch nur regenerative Stressmanagement zielt auf die Bewältigung der eigentlichen Stressreaktion durch den Stresserlebenden ab. Dabei gilt es für den Stresserlebenden, die Kontrolle über durch den Stress hervorgerufene körperliche und geistige Reaktionen zu erlangen und diesen gezielt entgegenzuwirken. Dies kann mittels Maßnahmen erfolgen, die kurzfristig zur Linderung (Palliation) der Symptome der Stressreaktion führen. Beispiele dafür sind körperliche Aktivitäten (etwa Sport) oder Ablenkung (z. B. Fernsehen). Die Ausübung eines Hobbys oder eine regelmäßig sportliche Tätigkeit sind längerfristige Anstrengungen, die aber zu dauerhaftem Erfolg in Form von körperlicher Entspannung und Erholung führen.¹⁴⁸

Das Ziel des multimodalen Stressmanagements auf allen drei genannten Ebenen ist die Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit nicht nur durch die Erweiterung der Stressbewältigungskompetenzen, sondern auch durch einen gesundheitsfördernden Umgang mit Stresserfahrungen.¹⁴⁹

Inhaltliche Bestandteile der Maßnahmen zum Stressmanagement sollten den drei Bewältigungsebenen entsprechend ansetzen. Ein Beispiel für einen inhaltlichen Baustein einer Stressbewältigungsmaßnahme stellt die „Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen, wie systematisches Problemlösen, Zeitmanagement und persönlicher Arbeitsorganisation“¹⁵⁰ dar. Mittels gezielter Stressmanagement-Trainings werden die Inhalte der Maßnahmen den Trainingsteilnehmern vermittelt. Diese Trainings sind kognitiv-verhaltensorientiert aufgebaut und richten sich an Gruppen. Während dieser Gruppenübungen wird der Fokus auf die einzelnen Stressprobleme der Teilnehmer gelegt. Um außerdem alltägliche Stresssituationen bewältigen zu können, werden den Teilnehmern „Anleitungen für Übungen außerhalb der Trainingssitzungen“¹⁵¹ vorgestellt.¹⁵²

¹⁴⁷ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 77.

¹⁴⁸ Vgl. Kaluza, G. (2011), S. 52; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 77.

¹⁴⁹ Vgl., Kaluza, G. (2014), S. 263; vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 77f.

¹⁵⁰ GKV-Spitzenverband (2018), S. 78.

¹⁵¹ GKV-Spitzenverband (2018), S. 78.

¹⁵² Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 78.

3.4.4 Suchtmittelkonsum

Ein erlernter verantwortungsvoller Umgang mit Suchtmitteln wie Alkohol und Tabak soll dabei helfen, die gesundheitlichen Risiken, die durch ihren Konsum entstehen, zu minimieren. Aufgrund des hohen Verbreitungsgrads dieser legalen Drogen liegt der Schwerpunkt der Maßnahmengestaltung des *Präventionsleitfadens* auf der Sensibilisierung für den Alkoholkonsum und bei der Förderung des Nichtrauchens.¹⁵³

Handlungsempfehlung Suchtmittelkonsum:¹⁵⁴ Förderung des Nichtrauchens

Rauchens ist stark gesundheitsschädlich. Folgen des Rauchens können beispielsweise eine abgeschwächte Immunabwehr des Körpers oder vermehrte Erkrankungen im Mundraum sein. Des Weiteren ist es unumstritten, dass der Rauchverzicht das Risiko für folgenschwere Krankheiten, die beispielsweise das Herz-Kreislauf-System betreffen, deutlich senkt. Ferner werden durch das Nichtrauchen auch Risiken für Krebs- und Lungenerkrankungen gesenkt. Auch Risikofaktoren für Komplikationen, wie eine Frühgeburt während der Schwangerschaft, können durch den Verzicht auf Rauchen deutlich gemindert werden.¹⁵⁵ Somit ist als Ziel der Maßnahme nicht nur eine Verringerung, sondern eine vollständige „Beendigung des Tabakkonsums“¹⁵⁶ vorgesehen. Ein Beispiel für die inhaltliche Gestaltung der Maßnahme stellt die „Analyse des persönlichen Rauchverhaltens“¹⁵⁷ dar, damit dem Raucher das Ausmaß seines Konsums visualisiert wird oder über die „Darstellung der psychologischen und physiologischen Effekte des Rauchens“¹⁵⁸ die gesundheitlichen Folgen des Rauchens verdeutlicht werden. Wie bei dem Handlungsfeld Stressmanagement (vgl. Kapitel 3.4.3) werden diese Inhalte durch eine kognitiv-verhaltenensorientierte Beratung innerhalb von Gruppen vermittelt.¹⁵⁹

3.5 Zusammenfassende Darstellung der Analyseergebnisse

Zusammenfassend sollen noch einmal die Kernaussagen des dritten Kapitels dargestellt werden. In Kapitel 3.1 wurde die defizitäre Gesundheitslage in Deutschland dargestellt.

¹⁵³ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 83f.

¹⁵⁴ GKV-Spitzenverband (2018), S. 84.

¹⁵⁵ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 85; vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2018), S. 48.

¹⁵⁶ GKV-Spitzenverband (2018), S. 85.

¹⁵⁷ GKV-Spitzenverband (2018), S. 85.

¹⁵⁸ GKV-Spitzenverband (2018), S. 85.

¹⁵⁹ Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), S. 85.

Es zeigte sich, dass für jedes der verhaltensbezogenen Handlungsfelder deutlicher Handlungsbedarf besteht. Diese Aussage konnte durch die Ergebnisse verschiedener Studien validiert werden. Außerdem wurde festgestellt, dass erst durch eine Verzahnung von lebenswelt- und verhaltensbezogener Prävention eine ganzheitliche Prävention für Versicherungsnehmer möglich wird. Um in diesem Zusammenhang verbesserte Rahmenbedingungen für einen vereinfachten Zugang individueller Förderung einzelner Personen zu ermöglichen, bedarf es jedoch auch des Aufbaus gesundheitsfördernder Strukturen in den verschiedenen Lebenswelten. Dies gilt insbesondere für Personen mit einem schwachen sozioökonomischen Status. Neben dem Aufbau von gesundheitsstärkenden Strukturen in den Lebenswelten durch einen systematischen Prozess ist die Festlegung von Gesundheitszielen für die verschiedenen Lebensphasen der deutschen Bevölkerung notwendig (Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter). Das Potenzial zur Minderung von Risikofaktoren für eine chronische Erkrankung muss in jeder Lebensphase ausgeschöpft werden. Abschließend sind es die Handlungsempfehlungen jedes einzelnen Handlungsfeldes, die jeden einzelnen Versicherten dazu bewegen sollen, den Weg eines gesünderen Lebens einschlagen zu wollen. Skizziert ergibt sich folgendes Gesamtkonzept, das eine lebensphasenübergreifende Primärprävention aller Versicherten ermöglichen soll:

- Erkennen von Handlungsbedarf in den jeweiligen Handlungsfeldern
- Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen in den Lebenswelten für einen vereinfachten Zugang zu Maßnahmen zur Prävention
- Am Handlungsbedarf orientierte Handlungsempfehlungen und Maßnahmengestaltung in den jeweiligen Handlungsfeldern
- Festlegung von lebensphasenübergreifenden Gesundheitszielen
- Verzahnung von lebenswelt- und verhaltensbezogener Prävention und Verpflichtung zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der Primärprävention

4 Digitalisierung als Medium für die Prävention

Die Ausgestaltung der Präventionsmaßnahmen mit den entsprechenden Handlungsempfehlungen (siehe Kapitel 3.4) ist der erste Schritt, um die deutsche Bevölkerung auf einen gesünderen und vor allem präventiven Lebensstil vorzubereiten. Laut dem *Bundesgesundheitsministerium* ist dabei die „Erreichbarkeit aller Bevölkerungsschichten und -gruppen im Gesundheitsbereich ... ein wichtiges Anliegen.“¹⁶⁰ eHealth soll einen „niedrigschwiligen Zugang zu gesundheitsbezogenen Themen“¹⁶¹ ermöglichen. Laut *Eurostat* besitzen in Deutschland im Jahr 2018 rund 94% aller Haushalte in Deutschland einen Internetzugang.¹⁶² Demnach kann mittels eHealth der Zugang zu Präventionsmaßnahmen maximiert werden. Dadurch soll sich die Handlungskompetenz hinsichtlich der eigenen Gesundheit vergrößern und vor allem die Teilnahme an verschiedenen gesundheitsfördernden Maßnahmen zunehmen. Vor diesem Hintergrund sollte seitens der *GKV* auch dem Wunsch der Versicherungsnehmer, ein größeres digitales Angebot zu liefern, Folge geleistet werden. Laut einer von der *Heute und Morgen GmbH* durchgeführten Online-Befragung wünschen sich insgesamt 51% der Versicherten von ihrer Krankenkasse einen höheren Digitalisierungsgrad.¹⁶³ Die *BKK* hat ebenfalls eine Umfrage durchgeführt, um die Bedürfnisse der Versicherungsnehmer in Erfahrung zu bringen. Dieser Umfrage zufolge wünschten sich beispielsweise 57,6% die Möglichkeit der digitalen Übermittlung einer Krankmeldung. 42,8% der Befragten wünschten sich eine digitale Erinnerung für Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen.¹⁶⁴

Neben eHealth-Angeboten wie der Videosprechstunde (siehe Kapitel 2.3) oder einer zentralisierten elektronischen Gesundheitsakte (siehe Kapitel 2.4) zur Förderung der Gesundheitsversorgung, besteht im Zuge der Digitalisierung seitens der Versicherten ferner das Interesse an der Nutzung eines eCoaches. Den *BKK*-Umfrageergebnissen zufolge wünschen sich sogar 20,3% der Befragten einen Online-Coach zur Förderung eines gesünderen Lebensstils. Laut *Heute und Morgen GmbH* schätzen sogar „62% die .. [gewonnene] Flexibilität, die ein Online-Gesundheitscoaching bietet.“¹⁶⁵ Über die Nutzung eines

¹⁶⁰ Bundesgesundheitsministerium (2018a), S. 1.

¹⁶¹ Aust, V. et al. (2016), S. 12.

¹⁶² Vgl. Eurostat (2018).

¹⁶³ Vgl. Aust, V. et al. (2016), S. 12; vgl. Heute und Morgen GmbH (2018), S. 2.

¹⁶⁴ Vgl. Kliner, K. et al. (2017), S. 118.

¹⁶⁵ Heute und Morgen GmbH (2018), S. 11.

Online-Coaches haben die Teilnehmer der Maßnahme die Möglichkeit, von zu Hause aus daran teilzunehmen.¹⁶⁶ „Allein bei der TK haben im Jahr 2014 rund 400.000 Versicherte eines der Online-Coaching-Angebote im Internet genutzt – fast jeder Zwanzigste.“¹⁶⁷ Mit den Möglichkeiten, die sich durch die Digitalisierung ergeben, mittels eHealth, bekommt die GKV die Chance, die Gesundheit der Versicherten langfristig zu begleiten und zu fördern¹⁶⁸, „anstatt [diese] .. nur zu reparieren.“¹⁶⁹

Die praxisnahe Umsetzung der Maßnahmen erfolgt im vorliegenden Kapitel. In Kapitel 4.3 wird entsprechend den Handlungsfeldern der verhaltensbezogenen Prävention (siehe Kapitel 3.4), der *TK*-GesundheitsCoach als Maßnahmenverbund vorgestellt.

4.1 Vorstellung des Unternehmens – Techniker Krankenkasse

„Die TK verfolgt seit jeher das Ziel, Qualität und Effizienz in der Versorgung auf hohem Niveau zu gewährleisten.“¹⁷⁰ Mit diesem anspruchsvollen Ziel, qualitative Leistungen bei einem niedrigen Beitragssatz zu ermöglichen, wurde die *TK* am 03. August 1884 als Hilfskasse für Architekten, Ingenieure und Techniker gegründet. Die Zulassung als offizielle Krankenkasse erfolgte am 27. Oktober 1884.¹⁷¹ Der Wandel von der damaligen Krankenkasse, die lediglich als Berufskrankenkasse für technische Berufe galt, zur heutigen, jedem zugänglichen, innovativen und digitalisierten Krankenversicherung, verlief jedoch nicht zu jedem Zeitpunkt planmäßig. Herausforderungen, wie die damalige Übernahme und der Verlust der Selbstverwaltung durch die NS-Funktionäre zu Zeiten des zweiten Weltkriegs oder die Suche nach einem geeigneten Namen zur Identitätsbildung der heutigen *TK*, wurden ausnahmslos bewältigt.¹⁷² Als erste deutsche Krankenkasse ging die *TK* den Schritt in Richtung Digitalisierung. Dieser wurde 1995 realisiert, indem das Internet mit der zugehörigen E-Mail-Technologie als Kommunikationskanal für die Kunden angeboten wurde, um beispielsweise allgemeine Anfragen zu stellen oder Informationsmaterial anzufordern. Aktuell zählt die *TK* mit 11,1 Millionen Kunden, 13.922

¹⁶⁶ Vgl. Kliner, K. et al. (2017), S. 118; vgl. Heute und Morgen GmbH (2018), S. 11.

¹⁶⁷ Baas, J., Werthen, B. (2017), S. 203.

¹⁶⁸ Vgl. Andelfinger, V. P. (2016), S. 29.

¹⁶⁹ Andelfinger, V. P. (2016), S. 29.

¹⁷⁰ TK und Institut für Firmen- und Wirtschaftsgeschichte (2017d), S. 1.

¹⁷¹ Vgl. TK und Institut für Firmen- und Wirtschaftsgeschichte (2017a), S. 1; vgl. TK und Institut für Firmen- und Wirtschaftsgeschichte (2017d), S. 1.

¹⁷² Vgl. TK und Institut für Firmen- und Wirtschaftsgeschichte (2017a), S. 3; vgl. TK und Institut für Firmen- und Wirtschaftsgeschichte (2017b), S. 2f.

Mitarbeitern und 7.134 ehrenamtlichen Beraterinnen und Beratern zu der größten gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.¹⁷³

Mit der hohen Innovationsbereitschaft zu Zeiten der Digitalisierung gehört die *TK* zu den gesetzlichen Krankenkassen mit dem höchsten Grad der Digitalisierung: Neben der *BARMER*, die mit 24 digitalen Servicebereichen ebenfalls deutlich über dem Durchschnitt von 18 digitalen Servicebereichen liegt, ist die *TK* mit insgesamt 27 digitalisierten Servicebereichen deutlicher Vorreiter. Ein Servicebereich ist z. B. die Bereitstellung von Gesundheitsinformationen oder die Terminbuchung. Die gesamte Internetpräsenz der *TK* ist für mobile Endgeräte optimiert, sodass ein Besuch auf der Webseite mit ständigen Wegbegleitern wie dem Smartphone ohne weiteres möglich ist.¹⁷⁴ Die Anzahl der digitalisierten Services zeigt deutlich die Positionierung der *TK* und den Weg, den diese Krankenkasse gehen möchte: Digitalisierung. Wie in Kapitel 2.4 zitiert wurde, ist auch Dr. Jens Baas, der Vorsitzende des Vorstandes der *TK*, der Meinung, dass Digitalisierung weitaus mehr ist als ein „papierloses Gesundheitswesen“¹⁷⁵, denn „Digitalisierung verbessert die medizinische Versorgung, demokratisiert das System und macht den Patienten zum Souverän seiner eigenen Gesundheit.“¹⁷⁶

4.2 Digitales Bonusprogramm der TK

„Seit über zehn Jahren bekommen die Kunden der ... [TK] beim TK-Bonusprogramm Prämien, wenn sie sich um ihre Gesundheit kümmern.“¹⁷⁷ Durch den hohen Grad der Digitalisierung in den unterschiedlichen Servicebereichen der *TK* können die Nachweise zum Erhalt der jeweiligen Prämien innerhalb des Bonusprogramms mittlerweile auch digital eingereicht werden. Das bedeutet, dass die Teilnahme einer Vorsorgeuntersuchung nicht mehr mittels Stempel und Bonusheft nachgewiesen werden muss, sondern mittels Upload eines Fotos des Maßnahmennachweises auf den Server der Krankenkasse belegt werden kann.¹⁷⁸

¹⁷³ vgl. TK und Institut für Firmen- und Wirtschaftsgeschichte (2017c), S. 2; vgl. Euro-Informationen (2018), S. 1; vgl. TK Presse & Politik (o. J.), S. 1.

¹⁷⁴ vgl. TK und Institut für Firmen- und Wirtschaftsgeschichte (2017c), S. 2; vgl. MÜCKE, STURM & COMPANY (2018), S. 4f.

¹⁷⁵ TK (2018), S. 2.

¹⁷⁶ TK (2018), S. 2.

¹⁷⁷ TK (2017), S. 1.

¹⁷⁸ Vgl. TK (2017), S. 1; vgl. TK (2018b), S. 3.

Das Einreichen der Nachweise zum Erhalt der Prämien ist jedoch nur eine Möglichkeit zur Nutzung der digitalen Gesundheitsservices der *TK*. Die digitalen Versorgungsangebote der *TK* sind sehr vielseitig. Sie werden in fünf verschiedene Kategorien eingeordnet: Analyse, Information, Interaktion, Intervention und Administration. Für diese Bachelor-Thesis werden lediglich die beiden Bereiche Intervention und Administration einbezogen. Das Konzept des digitalen Bonusprogramms lässt sich dem Bereich der Administration zuordnen. Um bei der *TK* Sachleistungen zu beziehen oder Prämienpunkte zu sammeln, können die Aktivitäten der Intervention genutzt werden. Die aktive Verwendung des *TK*-GesundheitsCoaches gehört zu einer derjenigen Aktivitäten, über die Bonuspunkte gesammelt werden können.¹⁷⁹

Wurden über einen gewissen Zeitraum hinweg durch bestimmte Maßnahmen genügend Bonuspunkte gesammelt, können diese gegen Barprämien oder die sogenannte *TK*-Gesundheitsdividende eingetauscht werden. Bei der *TK*-Gesundheitsdividende handelt es sich um einen Zuschuss, der für entsprechende Gesundheitsleistungen gewährt wird. Sollte letzteres genutzt werden, verdoppelt die *TK* den vorliegenden Betrag, der wiederum dazu verwendet werden kann, um weitere gesundheitsfördernde Leistungen aus dem entsprechenden Katalog zu beziehen. Eine solche Leistung, die durch die *TK*-Gesundheitsdividende finanziert werden könnte, wäre zum Beispiel eine professionelle Zahnreinigung oder die Anschaffung von „Geräte[n] zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus“¹⁸⁰, wie z. B. Fitness-Tracker.¹⁸¹

4.3 Vorstellung des *TK*-GesundheitsCoaches

Wie kann die Digitalisierung effektiv genutzt werden, um den Menschen zu Prävention und Förderung seiner eigenen Gesundheit anzutreiben? Um in diesem Kontext langfristig die Gesundheitskompetenz der Versicherten zu stärken, eine dauerhafte Verhaltensänderung zu erzielen „und seine individuellen Fähigkeiten ... zu entwickeln, reichen eindimensionale Coachings nicht aus.“¹⁸² Beispielsweise würden beim eindimensionalen Coaching nur einzelne Faktoren wie die Ernährung oder Bewegung unabhängig voneinander berücksichtigt werden. Ein multifaktorieller Ansatz betrachtet den Patienten von

¹⁷⁹ Vgl. *TK* (2017a), S. 2; vgl. Rupp (2018), S. 5.

¹⁸⁰ *TK* (2017c), S. 1.

¹⁸¹ Vgl. *TK* (2017b), S. 1; vgl. *TK* (2017c), S. 1.

¹⁸² Blieske, P. et al. (2018), S. 502.

allen Seiten und bindet ihn aktiv in die Therapie mit ein. Mehrere Faktoren werden dabei miteinander verknüpft, um gleichzeitig verschiedene Bereiche für einen gesünderen Lebensstil zu fördern. Ein Beispiel für diesen Zusammenhang stellt das Ziel zur Verbesserung des Umgangs mit Diabetes dar. Eine gesunde Ernährung sowie ausreichende Bewegung sind zwei Faktoren, die zur Verbesserung des Krankheitsbildes von Diabetes beitragen können.¹⁸³ Um in diesem Kontext ein qualitätsorientiertes Gesundheitscoaching im Sinne der Gesundheitsförderung zu gewährleisten, müssen ergänzende Faktoren erfüllt sein: Neben der Berücksichtigung von „ernährungs- und sportwissenschaftlichen Faktoren“¹⁸⁴ sind die jeweilige Lebenswelt, die Orientierung der Aktivitäten des Gesundheitscoachings an Lebensphase sowie Lebensalter (siehe Kapitel 3.2), und ferner die Integration der nachfolgenden Inhalte innerhalb des Coachings essenziell wichtig, um¹⁸⁵ „qualitätsgesicherte Prävention und Gesundheitsförderung“¹⁸⁶ zu ermöglichen.¹⁸⁷

- Inhaltliche Grundlage schaffen - Verfügbarkeit von verständlichen Inhalten in Form von Bildern und Videos, die gesundheitswissenschaftlich sowie medizinisch belegt sind
- Planungshilfen für Aktivitäten bereitstellen - Zeitliche Planung der Aktivitäten sowie das Einstellen von Erinnerungen zur Durchführung
- Motivation fördern – Mittels Motivation- und Belohnungselementen den Versicherten zu den Aktivitäten animieren

Das neue Release des *TK-GesundheitsCoaches* (20.09.2016) orientiert sich an dem *Leitfaden für Prävention* und verfolgt den¹⁸⁸ „Ansatz eines multifaktoriellen, qualitätsgesicherten 360-Grad-Coachings. Die Philosophie ist allen Versicherten ein ganzheitliches Coaching zu ermöglichen.“¹⁸⁹ Zu einem ganzheitlichen Konzept des Gesundheitscoachings gehört, die Bereitstellung von grundlegenden Informationen die medizinisch sowie gesundheitswissenschaftlich belegt sind. Zudem bedarf es zur Steigerung der Motivation und der aktiven Einbindung des Patienten innerhalb der therapeutischen

¹⁸³ Vgl. Becker, S. et al. (2017), S. 200; vgl. Blieske, P. et al. (2018), S. 502.

¹⁸⁴ Blieske, P. et al. (2018), S. 502.

¹⁸⁵ Vgl. Blieske, P. et al. (2018), S. 502 u. 505.

¹⁸⁶ Blieske, P. et al. (2018), S. 502.

¹⁸⁷ Vgl. Blieske, P. et al. (2018), S. 502 u. 505.

¹⁸⁸ Blieske, P. et al. (2018), S. 502.

¹⁸⁹ Blieske, P. et al. (2018), S. 502.

Maßnahmen diverser Planungshilfen sowie Motivationsmodule, die das Konzept abrunden.¹⁹⁰ Das *TK*-Gesundheitscoaching „ist ein Programm, das für *TK*-Versicherte im Internet individuell abgestimmte Gesundheitspläne zusammenstellt.“¹⁹¹ Dazu dienen die insgesamt fünf verschiedenen Coaching-Module, die im *TK*-GesundheitsCoach nicht „modulhaft absolviert, sondern sinnvoll miteinander kombiniert“¹⁹² werden: *TK*-DiabetesCoaching, *TK*-ErnährungsCoaching, *TK*-AntistressCoaching, *TK*-KopfschmerzCoaching und *TK*-FitnessCoaching.¹⁹³ Diese verschiedenen Coaching-Module entsprechen den Handlungsfeldern der verhaltensbezogenen Prävention und sind angelehnt an den *Leitfaden für Prävention*. Je nachdem, welches persönliche Gesundheitsziel als Grundlage für die Verwendung des *TK*-GesundheitsCoaches dient (siehe Kapitel 4.4), werden die entsprechenden Coachings empfohlen. Aus den unterschiedlichen Coachings wird dann maschinell, jedoch in Interaktion mit reellen Coaches, ein individueller Gesundheitsplan erstellt. Diese Pläne werden maschinell in Interaktion mit reellen Coaches erstellt.¹⁹⁴ Dieser Prozess ist in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 3: Prozess zur Einrichtung des *TK*-GesundheitsCoaches

Der *TK*-GesundheitsCoach unterstützt mich, meine gesundheitlichen Ziele zu erreichen. In drei Schritten richte ich mir mein persönliches Coaching ein.



Quelle: *TK* (o. J.a), S. 1

Um beispielsweise für ein Ziel im Coaching (siehe Kapitel 4.4) alle Zielgruppen (Sportler, Reha-Patienten, gesundheitsbewusste Personen mit Risikofaktoren) gleichermaßen ansprechen zu können, basieren alle Fitnessaktivitäten auf medizinischen und

¹⁹⁰ Vgl. Blieske, P. et al. (2018), S. 502.

¹⁹¹ Ostermann, D. (2010), S. 46.

¹⁹² Blieske, P. et al. (2018), S. 502.

¹⁹³ Vgl. *TK* (o. J.), S. 2.

¹⁹⁴ Vgl. Ostermann, D. (2010), S. 46; vgl. Blieske, P. et al. (2018), S. 504;

sportwissenschaftlichen Grundlagen (siehe Auflistung). Auf dieser Basis wird ein qualitätsgesichertes, durch den *TK-GesundheitsCoach* angeleitetes Fitnesstraining möglich.¹⁹⁵

4.4 Coaching-Prozess des *TK-GesundheitsCoaches*

Die methodische Grundlage für den *TK-GesundheitsCoach* ist das Motivations-Volitions-Konzept.¹⁹⁶ Dieses Konzept „geht von der Erkenntnis aus, dass es vielen Menschen schwer fällt, das, was sie sich vorgenommen haben, auch in die Tat umzusetzen. Auch dann, wenn Menschen hoch motiviert sind, gelingt es ihnen oft nicht, die entsprechenden Handlungen folgen zu lassen. Diese Personen müssen nicht noch mehr motiviert werden, sondern sie benötigen konkrete Unterstützung bei der volitionalen Umsetzung ihrer Absichten.“¹⁹⁷ Bei ‚Volition‘ handelt es sich um die Kompetenz, „Vorstellungen ... in gezielte Handlungen umzusetzen“¹⁹⁸. Bei der Umsetzung der Gesundheitsziele, die individuell für jeden Versicherten festgelegt werden, bedient sich die *TK* eines festgelegten Prozesses. Dieser Prozess gliedert sich in drei Ebenen: die Diagnose, das Coaching und die Stabilisierung.¹⁹⁹

Die Ebene der Diagnose besteht aus Individualisierung und Screening. Bei der Individualisierung wird mithilfe eines Fragebogens eine Situationsanalyse zum Gesundheitszustand des Versicherten durchgeführt. Ziel ist es, ein möglichst individuelles, an den Versicherten angepasstes Coaching zu ermöglichen und den Versicherten zu Beginn nicht zu überfordern.²⁰⁰

Die zweite Ebene, das Coaching, beinhaltet die Festlegung der persönlichen Ziele des Versicherten sowie die eigentliche Umsetzung dieser Ziele. Dazu formuliert der Versicherte zu Beginn sein persönliches Ziel, das er über das Gesundheitscoaching erreichen möchte. Ein persönliches Ziel könnte exemplarisch lauten: ‚Der Patient möchte sein Körpergewicht reduzieren und abschließend dieses Gewicht halten.‘²⁰¹ Zur Umsetzung des persönlichen Gesundheitsziels werden dem Versicherten entsprechende Maßnahmen empfohlen, die sich an den vier Handlungsfeldern der verhaltensbezogenen Prävention

¹⁹⁵ Vgl. Blieske, P. et al. (2018), S. 502.

¹⁹⁶ Vgl. Blieske, P. et al. (2018), S. 503.

¹⁹⁷ Fuchs, R., Göhner, W. (2007), S. 1.

¹⁹⁸ Pelz, W. (2018), S. 1.

¹⁹⁹ Vgl. Blieske, P. et al. (2018), S. 504.

²⁰⁰ Vgl. Ostermann, D. (2010), S. 46; vgl. Blieske, P. et al. (2018), S. 504.

²⁰¹ Vgl. Ostermann, D. (2010), S. 46; vgl. Blieske, P. et al. (2018), S. 504.

orientieren (siehe Kapitel 3.4). Diese Maßnahmen werden dem Versicherten in Form von bestimmten Aktivitäten (im *TK-GesundheitsCoach*, genannt Challenges) vorgeschlagen. Eine Challenge könnte beispielsweise darin bestehen, dass der Benutzer innerhalb einer Woche jeden Tag drei Stücke Obst isst (Handlungsfeld Ernährung) und seine Aktivitäten im Alltag erhöht (Handlungsfeld Bewegung). Die Challenges sollen also zur Realisierung des persönlichen Gesundheitsziels beitragen.²⁰²

Das Ziel der dritten Ebene (Stabilisierung) ist die Festigung aller gelernten Inhalte und gewonnenen Gesundheitskompetenzen. Um dabei „die Fortschritte zu überprüfen und zu reflektieren, wird der User dazu aufgefordert, laufend die Umsetzung seiner Challenges ... zu protokollieren.“²⁰³ Die protokollierten Ergebnisse der Challenges werden vom *TK-GesundheitsCoach* ausgewertet. Bei Bedarf erhält der Benutzer Vorschläge dazu, wie er seine Planung verbessern kann. Das Ziel dabei ist, den Benutzer nicht zu überfordern und die Challenges so zu planen, dass sie seinem individuellen Gesundheitslevel entsprechen.²⁰⁴ Abschließend zeigt die folgende Auflistung exemplarisch, welche Funktionalitäten der aktuelle *TK-GesundheitsCoach* den Versicherten zur Verfügung stellt:²⁰⁵

- Planen von Challenge-Terminen
- Protokollieren der durchgeführten Aktivitäten
- Auswertung der Aktivitäten
- Tipp des Tages
- Erweiterung des Gesundheitswissens durch das E-Learning-Portal

²⁰² Vgl. Blieske, P. et al. (2018), S. 503f.

²⁰³ Blieske, P. et al. (2018), S. 504.

²⁰⁴ Vgl. Ostermann, D. (2010), S. 46; vgl. Blieske, P. et al. (2018), S. 504f.

²⁰⁵ Vgl. Ostermann, D. (2010), S. 46; vgl. TK (o. J.a), S. 4f.

5 Schlussbetrachtung

In der Schlussbetrachtung werden die Ergebnisse der Bachelor-Thesis zusammengetragen und kritisch betrachtet. Dazu wird überprüft, ob das deskriptive, analytische sowie praxisbezogene Ziel erreicht wurde. Außerdem wird überprüft, ob die eingangs gestellten Forschungsfragen durch die Erkenntnisse dieser Arbeit beantwortet werden konnten. Abschließend wird die systematische Literaturrecherche als methodische Vorgehensweise dieser Arbeit reflektiert und auf ihre Objektivität, Gültigkeit sowie Reproduzierbarkeit hin geprüft.

5.1 Zielerreichung und Beantwortung der Forschungsfragen

In diesem Kapitel wird versucht, die eingangs in dieser Arbeit formulierten Forschungsfragen, mittels der erarbeiteten Erkenntnisse dieser Arbeit zu beantworten. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Forschungsfragen nachfolgend ein weiteres Mal aufgegriffen:

- Welche Defizite hinsichtlich der aktuellen Gesundheitslage in Deutschland existieren?
- Welche Gesundheitsziele werden in Deutschland verfolgt?
- Welche Handlungsfelder zur verhaltensbezogenen Prävention und Förderung der Gesundheit sind im aktuellen deutschen Gesundheitssystem vorhanden?
- Wie können die Digitalisierung und die Gestaltung von verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Prävention und Förderung der Gesundheit dazu verwendet werden, um einen gesünderen Lebensstil zu fördern?

Das deskriptive Ziel wurde über das Grundlagenkapitel erreicht. Dazu wurden für den analytischen und praxisorientierten Teil notwendige Grundlagen und Kenntnisstände ermittelt, die zum Verständnis dieser beiden genannten Teile notwendig sind. Um dabei eine Überleitung von dem Thema Gesundheit und Prävention zur Digitalisierung zu ermöglichen, wurden die Kapitel *eHealth – digitale Gesundheit* und *Digitalisierung des Gesundheitswesens* als Schnittstelle dieser beiden Themen verwendet.

Im Fokus der Überlegungen des analytischen Teils stand die Auswertung des Leitfadens für Prävention und die Darstellung von allgemeinen Handlungsempfehlungen zur

Förderung eines gesundheitsbewussteren Verhaltens seitens der Versicherungsnehmer. Um dabei den aktuellen Bedarf für Gesundheitsförderung zu veranschaulichen, wurden in diesem Kapitel zu Beginn die aktuellen Defizite der deutschen Bevölkerung in den verschiedenen verhaltensbezogenen Bereichen anhand von Studien veranschaulicht. Mittels der Handlungsempfehlungen aus den vier Handlungsfeldern der verhaltensbezogenen Prävention wird den gesetzlichen Krankenversicherungen die Möglichkeit gegeben, gezielt qualitätsgesicherte Maßnahmen zur Beseitigung dieser Defizite zu entwickeln. Nun liegt die Verpflichtung bei den gesetzlichen Krankenkassen, eigeninitiativ diese Maßnahmen zu gestalten, um jeden Versicherungsnehmer hinsichtlich eines gesünderen Lebensstils zu fördern. Die *TK* geht in diesem Kontext mit gutem Beispiel voran und bietet ihren Versicherungsnehmern einen eigens entwickelten eCoach an. Der *TK*-GesundheitsCoach illustriert, wie die Handlungsempfehlungen der verhaltensbezogenen Prävention digital umgesetzt werden können.

Aus diesem Grund wurde in der vorliegenden Bachelor-Thesis der *TK*-GesundheitsCoach als praxisbezogenes Forschungsobjekt ausgewählt, um die Vermittlung gesundheitsfördernder Maßnahmen durch die Digitalisierung zu veranschaulichen. Dabei vereint der *TK*-GesundheitsCoach die Forschungsfragen drei und vier, indem verhaltensbezogene Maßnahmen digital zur Verfügung gestellt werden. Durch die Möglichkeit, in allen Lebenswelten einen Internetzugang nutzen zu können, wird für die Versicherungsnehmer eine hohe Erreichbarkeit des eCoaches unabhängig von Ort und Zeit gewährleistet. Der Gesundheitscoach vermittelt dem Versicherten auf einfache und verständliche Weise, wie er seinen Lebensstil mittels des dreistufigen Prozesses gesundheitsfördernd beeinflussen kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das deskriptive, analytische sowie praxisbezogene Ziel dieser Arbeit erreicht wurde und die Forschungsfragen zufriedenstellend beantwortet werden konnten. Die Ergebnisse dieser Bachelor-Thesis machen deutlich, dass der Erhalt und die damit einhergehende Prävention der Gesundheit gefördert werden müssen, um den Prozess der Überalterung in Deutschland durch Verlangsamung positiv zu beeinflussen. Somit haben die Krankenkassen durch die Unterstützung der Digitalisierung und aller Akteure im Gesundheitswesen die einmalige Chance, zu Gesundheitskassen zu werden.

5.2 Kritische Reflexion der methodischen Vorgehensweise

Durch die Methodik der systematischen Literaturrecherche und die Verwendung aktueller Monographien, Journals sowie Internetquellen von fachkundigen Gremien wie dem *Bundesministerium für Gesundheit*, der *WHO*, der *DGE* sowie der größten gesetzlichen Krankenversicherung mit dem höchsten Digitalisierungsgrad (*TK*) wurde die theoretische Grundlage dieser Arbeit erstellt. Unter Zuhilfenahme der eingangs genannten methodischen Werkzeuge wie der Mind-Map und einer Excel-Tabelle zur Strukturierung der Literatur konnte eine solide Anzahl an seriösen Quellen aufbereitet werden. Durch die Verwendung von ausschließlich öffentlich zugänglichen Quellen kann, solange die verwendeten Quellen verfügbar sind, die theoretische Grundlage dieser Bachelor-Thesis zu jedem Zeitpunkt reproduziert werden.

5.3 Ausblick für die Krankenversicherung

Durch das hohe Digitalisierungspotenzial im Gesundheitswesen wird in den nächsten Jahren der Prozess zur Integration neuer Technologien im Gesundheitswesen vorangetrieben werden. Durch Kooperationen zwischen Sportuhrenherstellern wie *Garmin* und der *TK* soll die Integrität von Wearables bei der Anwendung des *TK*-GesundheitsCoaches verbessert werden, indem Daten wie die tägliche Schrittzahl automatisiert von der *Garmin*-Plattform in die *TK*-Cloud übertragen werden sollen. In diesem Zusammenhang wird das hohe Tempo neuer Innovationen auf dem Smartphone- und Wearable-Markt dazu führen, dass das Smartphone zukünftig nur noch zur Visualisierung der Daten und als Übertragungsmedium der Vitaldaten in die Cloud dienen wird. Durch den voranschreitenden Netzausbau wird der lokale Speicher in den Smartphones in einigen Jahren nicht mehr benötigt werden, da der Netzempfang sowie eine ausreichende Geschwindigkeit zur Übertragung der Vitaldaten flächendeckend garantiert werden kann. Die eigentliche Messung dieser Vitaldaten geschieht dann durch Sensoren, „die am Körper getragen werden.“²⁰⁶ Dies geschieht heutzutage schon in der Quantified Self-Bewegung, konkret mittels Aktivitätstrackern, die am Handgelenk getragen werden. Dies hat den Vorteil, dass das Smartphone nicht mehr ständiger Wegbegleiter sein muss.²⁰⁷

²⁰⁶ Becker, H. et al. (2018a), S. 43.

²⁰⁷ Vgl. Delisle, M., Jülicher, T. (2016), S. 96; vgl. Wächter, M. (2016), S. 57; vgl. Jäschke, T. (2017a), S. 47f.; vgl. Christian, E. (2018), S. 1f.; vgl. Kappler, K., Vormbusch, U. (2018), S. 209.

Zentralisierung und Standardisierung von Gesundheitsdaten werden zukünftig eine sehr große Rolle spielen, um die Versorgungsqualität weiterhin stetig zu verbessern (siehe Kapitel 2.4). Zur Beantwortung der Frage, ob die Maßnahmen(bündel), wie der *TK-GesundheitsCoach* wirklich gesundheitsfördernd sind, liegen aktuell noch keine Studienergebnisse vor, die die Validität dieses Maßnahmenverbundes bestätigen können.²⁰⁸

Um zu überprüfen, welche Neuerungen und Veränderungen durch die Digitalisierung tatsächlich gesundheitsfördernd für die Versicherten sind und Anwendung erfahren sollten, wäre eine empirischen Langzeiterhebung als Methodik wünschenswert. Diese Langzeiterhebung könnte beispielsweise untersuchen, ob durch die Neuerungen tatsächlich eine Reduzierung der Krankheitskosten vorliegt. Diese eingesparten Kosten könnten dann den Initialkosten und ggf. laufenden Kosten für die Einführung eines digitalen Bonusprogramms gegenübergestellt werden. Das Ergebnis würde den effektiven Gewinn, der durch die Einführung des digitalen Bonusprogramms erwirtschaftet wurde, darstellen.

Diese neuen Erkenntnisse können dann dazu verwendet werden, um weitere Veränderungen zur Optimierung des Gesundheitswesens einzuleiten. In diesem Zusammenhang hat die „TK .. eine interdisziplinäre wissenschaftliche Evaluation initiiert. ... Ziel dieser Evaluation ist es, [aus den Ergebnissen] Standards für das Online-Gesundheitscoaching ... abzuleiten.“²⁰⁹

²⁰⁸ Vgl. Blieske, P. et al. (2018), S. 507f.

²⁰⁹ Blieske, P. et al. (2018), S. 508.

Literaturverzeichnis

- Andelfinger, Volker P.* (2016): eHealth: Grundlagen und Bedeutung für die Gesundheitssysteme heute und morgen in: *Andelfinger, Volker P., Hänisch, Till* (Hrsg.): eHealth - Wie Smartphones, Apps und Wearables die Gesundheitsversorgung verändern werden, S. 25-30, Wiesbaden: Springer Gabler, 2016
- Andelfinger, Volker P.* (2018): 2025 – Die Versicherung der Zukunft, 2. Auflage, Karlsruhe: VVW, 2018
- Andelfinger, Volker P., Hänisch, Till* (2016): Was wissen die Deutschen eigentlich über ihre Gesundheit und ihren Lebensstil? in: *Andelfinger, Volker P., Hänisch, Till* (Hrsg.): eHealth - Wie Smartphones, Apps und Wearables die Gesundheitsversorgung verändern werden, S. 31-38, Wiesbaden: Springer Gabler, 2016
- Andelfinger, Volker P., Hänisch, Till* (2016a): Quantified Self – eine nachhaltige Bewegung? in: *Andelfinger, Volker P., Hänisch, Till* (Hrsg.): eHealth - Wie Smartphones, Apps und Wearables die Gesundheitsversorgung verändern werden, S. 39-52, Wiesbaden: Springer Gabler, 2016
- Aust, Violetta, Fischer, Florian, Krämer, Alexander*, (2016): eHealth: Hintergrund und Begriffsbestimmung, in: *Fischer, Florian, Krämer, Alexander* (Hrsg.): eHealth in Deutschland – Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen, S. 3-24, Berlin: Springer Vieweg, 2016
- Baas, Jens, Werthen, Benigna* (2017): Ziel und aktuelle Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung: Was treibt Krankenkassen an?, in: *Thielscher, Christian* (Hrsg.): Medizinökonomie 2 – Unternehmerische Praxis und Methodik, 2. Auflage, S. 177-210, Wiesbaden: Springer Gabler, 2017
- Baxheinrich, Andrea, Henssler, Oliver-Timo* (2018): Arbeit 4.0 – mit Risiken und Nebenwirkung? Chancen und Erfolgsfaktoren für ein zukunftsfähiges BGM 4.0, in: *Matu-siewicz, David, Nobis, Stephanie, Nürnberg, Volker* (Hrsg.): Gesundheit und Arbeit 4.0 – Wenn Digitalisierung auf Mitarbeitergesundheit trifft, S. 15-27, Heidelberg: medhochzwei Verlag, 2018
- Becker, Heidrun, Evers-Wölk, Michaela, Hegyi, Stefan, Meidert, Ursula, Prieur, Yvonne, Scheermesser, Mandy, Stockinger, Kurt* (2018): Chancen und Risiken, in: *Becker, Heidrun, Evers-Wölk, Michaela, Eyyi, Gabriel, Hegyi, Stefan, Jacobs, Mattis, Meidert, Ursula, Oertel, Britta, Prieur, Yvonne, Scheermesser, Mandy* (Hrsg.): Quantified Self - Schnittstelle zwischen Lifestyle und Medizin, S. 213-226, Zürich: vdf Hochschulverlag AG
- Becker, Heidrun, Meidert, Ursula, Prieur, Yvonne, Scheermesser, Mandy* (2018a): Hintergrund und Definition von Quantified Self, in: *Becker, Heidrun, Evers-Wölk, Michaela, Eyyi, Gabriel, Hegyi, Stefan, Jacobs, Mattis, Meidert, Ursula, Oertel, Britta, Prieur, Yvonne, Scheermesser, Mandy* (Hrsg.): Quantified Self - Schnittstelle zwischen Lifestyle und Medizin, S. 39-50, Zürich: vdf Hochschulverlag AG

VIII

- Becker, Stefan, Drop, Linus, Leppert, Florian, Meister, Sven* (2017): Digital Health, Mobile Health und Co. – Wertschöpfung durch Digitalisierung und Datenverarbeitung, in: *Da-Cruz, Patrick, Mehlich, Harald, Pfannstiel, Mario A.* (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I – Impulse für die Versorgung, S. 185-212, Wiesbaden: Springer Gabler, 2017
- Berger, Till, Budig, Monika* (2018): Population Health Management als Lösungsansatz demografischer Herausforderungen, in: *Matusiewicz, David, Nobis, Stephanie, Nürnberg, Volker* (Hrsg.): Gesundheit und Arbeit 4.0 – Wenn Digitalisierung auf Mitarbeitergesundheit trifft, S. 15- 27, Heidelberg: medhochzwei Verlag, 2018
- Blieske, Philipp, Gauss, Boris, Knaack, Nicole* (2018): Der TK-GesundheitsCoach: Ein digitaler, multifaktorieller Ansatz zur Begleitung und Unterstützung für das persönliche Gesundheitsverhalten, in: *Kaiser, Linda, Matusiewicz, David* (Hrsg.): Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement – Theorie und Praxis, S. 501-508, Wiesbaden: Springer Gabler, 2018
- Blieske, Philipp, Heilmann, Thomas* (2018): eHealth: Die Digitalisierung des Gesundheitswesens, in: *Trill, Roland* (Hrsg.): Praxisbuch eHealth – Von der Idee zur Umsetzung, S. 141-154, 2. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer, 2018
- Busch, K.* (2017): Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV, in: *Badura, Bernhard, Ducki, Antje, Klose, Joachim, Meyer, Markus, Schröder, Helmut* (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2017 – Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung, S. 485 - 495, Wiesbaden: Springer Gabler, 2018
- Delisle, Marc, Jülicher, Tim* (2016): Step Into >>The Circle<< - Wearables und Selbstvermessung im Fokus, in: *Hoeren, Thomas, Kolany-Raiser, Barbara* (Hrsg.): Big Data zwischen Kausalität und Korrelation - Wirtschaftliche und rechtliche Fragen der Digitalisierung 4.0, S. 95-107, Berlin: LIT Verlag, 2016
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.* (2004): Ernährungsbericht 2004, Bonn: DGE-MedienService, 2004
- Dörries, Michael, Gensorowsky, Daniel, Greiner, Wolfgang* (2017): Digitalisierung im Gesundheitswesen - hochwertige und effizientere Versorgung, in: *Wirtschaftsdienst - Zeitschrift für Wirtschaftspolitik* (Hrsg.), 2017, Heft 10, 97. Jahrgang, S. 687-703
- Finger, J. D., Jordan, S., Krug, S., Lampert, T. Mensink, G. B. M, Müters, S.* (2013): Körperliche Aktivität - Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: *Bundesgesundheitsblatt* (Hrsg.), Volume 56, Mai 2013, S. 765-771
- Fischer, Florian, Aust, Violetta, Krämer, Alexander* (2016): eHealth: Hintergrund und Begriffsbestimmung, in: *Fischer, Florian, Krämer, Alexander* (Hrsg.): eHealth in Deutschland, S. 3-24, Berlin: Springer Vieweg, 2016

- Geißler, Harald* (2018): E-Coaching – State of the art 2016, in: *Hauser, Bernhard, Heller, Jutta, Koch, Axel, Triebel, Claas* (Hrsg.): Digitale Medien im Coaching – Grundlagen und Praxiswissen zu Coaching-Plattformen und digitalen Coaching-Formaten, S. 15-34, Berlin: Springer Gabler, 2018
- Gerhards, Helmut* (2017): Digitalisierung – Krankenkassen im Sog der Digitalisierung, in: *Elmer, Arno, Matusiewicz, David, Pittelkau, Christian* (Hrsg.): Die Digitale Transformation im Gesundheitswesen, S. 61- 66, Berlin: MWV, 2017
- Gerr, Julia, Grobe, Tomas G., Steinmann, Susanne.* (2017): BARMER Gesundheitsreport 2018, 1. Auflage, Berlin: Asgard, 2017
- Gigerenzer, Gerd, Rebitschek, Felix G., Wagner, Gert G.* (2017): Kritische Voraussetzungen für ein digitales Gesundheitswesen in Deutschland, in: *Wirtschaftsdienst - Zeitschrift für Wirtschaftspolitik* (Hrsg.), Heft 10, 97. Jahrgang, 2017, S. 687-703
- Halle, Martin* (2018): Übergewicht: Sport senkt Herz-Kreislauf-Risiko – auch ohne Gewichtsabnahme in: *Bundesministerium für Bildung und Forschung* (Hrsg.): Aktuelle Ergebnisse der Gesundheitsforschung, S. 11-13, 2018
- Heller, Jutta, Koch, Axel* (2018): Digitalisierung im Coaching, in: *Hauser, Bernhard, Heller, Jutta, Koch, Axel, Triebel, Claas* (Hrsg.): Digitale Medien im Coaching – Grundlagen und Praxiswissen zu Coaching-Plattformen und digitalen Coaching-Formaten, S. 1-6, Berlin: Springer Gabler, 2018
- Jäschke, Thomas* (2017): Digitale Zukunft - Der steinerne Weg der M-Health-Evolution, in: *Da-Cruz, Patrick, Mehlich, Harald, Pfannstiel, Mario A.* (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I – Impulse für die Versorgung, S. 175-184, Wiesbaden: Springer Gabler, 2017
- Jäschke, Thomas* (2017a): Wie kann die Gesundheitswirtschaft vom Smartphone, als Wegbegleiter der mHealth-Revolution, lernen?, in: *Matusiewicz, David, Muhrer-Schwaiger, Marco* (Hrsg.): Neuvermessung der Gesundheitswirtschaft, S. 41-50, Wiesbaden: Springer Gabler, 2017
- Jäschke, Thomas, Lux, Thomas,* (2017): Einsatz von Informationstechnologien im Gesundheitswesen, in: *Thielscher, Christian* (Hrsg.): Medizinökonomie 2 – Unternehmerische Praxis und Methodik, 2. Auflage, S. 331-359, Wiesbaden: Springer Gabler, 2017
- Kaba-Schönstein, Lotte* (2018): Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, S. 227-238, Köln: BZgA, 2018
- Kaluza, Gert* (2002): Stressbewältigung und mehr – Förderung individueller Belastungsverarbeitung: Was leisten Stressbewältigungsprogramme?, in: *Röhrle, Bernd* (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung, Band II, S. 195-218, Tübingen: dgvt-Verlag, 2002

- Kaluza, Gert* (2011): Stressbewältigung, 2. Auflage, Berlin: SpringerMedizin, 2011
- Kaluza, Gert* (2014): Stress und Stressbewältigung – Stressbewältigungstraining kann körperliche Beschwerden und negative psychische Befindlichkeit reduzieren sowie die individuelle Bewältigung von Belastung fördern, in: *Erfahrungsheilkunde* (Hrsg.), Oktober 2014, Ausgabe 5, Volume 63, S. 261-266
- Kappler, Karolin, Vormbusch, Uwe* (2018): Leibschreiben. Zur medialen Repräsentation des Körperleibes im Feld der Selbstvermessung, in: *Mämecke, Thorben, Passoth, Jan-Hendrik, Wehner, Josef* (Hrsg.): Bedeutende Daten – Modelle, Verfahren und Praxis der Vermessung und Verdatung im Netz, S. 207-232, Wiesbaden: Springer VS, 2018
- Karmasin, Matthias, Ribing, Rainer* (2014): Die Gestaltung wissenschaftlicher Arbeiten, 8. Auflage, Wien: Facultas, 2014
- Kliner, Karin, Rennert, Dirk, Richter, Matthias* (2017): Ergebnisse der BKK-Umfrage „Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit“, in: *Knieps, Franz, Pfaff, Holger* (Hrsg.): BKK Gesundheitsreport 2017, S. 105-124, Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2017
- Klose, Christian* (2017): Digitalisierung – Gesundheitskasse neu denken, in: *Elmer, Arno, Matusiewicz, David, Pittelkau, Christian* (Hrsg.): Die Digitale Transformation im Gesundheitswesen, S. 67-71, Berlin: MWV, 2017
- Knatz, Birgit* (2012): Coaching per Internet, wie es geht und wie es wirkt, in: *Geißler, Harald, Metz, Maren* (Hrsg.): E-Coaching und Online Beratung – Formate, Konzepte, Diskussionen, S. 71-86, Wiesbaden: Springer VS, 2012
- Lux, Thomas.* (2017): E-Health – Begriff und Abgrenzung, in: *Lux, Thomas, Müller-Mielitz, Stefan* (Hrsg.): E-Health-Ökonomie, S. 3-22, Wiesbaden: Springer Gabler, 2017
- Mahltig, Gerhard, Voermans, Sabine* (2011): Vernetzung und Qualität – Vernetzung als Erfolgsfaktor im Gesundheitswesen, in: *Klusen, Norbert, Meusch, Andreas, Thiel, Ernst* (Hrsg.): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, S. 29-56, Baden-Baden: Nomos, 2011
- Müters, S., Lampert, T., von der Lippe, E.* (2013): Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland - Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: *Bundesgesundheitsblatt* (Hrsg.), Mai 2013, Volume 56, S. 802-808
- Müters, S., Kroll, L. E., Lampert, T., Stolzenberg, S., von der Lippe, E.* (2013a): Sozio-ökonomischer Status und Gesundheit - Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: *Bundesgesundheitsblatt* (Hrsg.), Mai 2013, Volume 56, S. 814-821

- Ostermann, Doris* (2010): Gesundheitscoaching, 1. Auflage, Wiesbaden: Springer VS, 2010
- Ridley, Diana* (2012): The Literature Review – A Step-by-Step Guide for Students, 2nd Edition, London: Sage, 2012
- Robert Koch-Institut* (2015): Gesundheit in Deutschland – Gesundheitsberichterstattung des Bundes – gemeinsam getragen von RKI und Destatis, 1. Auflage, Berlin: Robert Koch-Institut, 2015
- Rowley, Jennifer, Slack, Frances* (2004): Conducting a literature review, in: *Management Research News* (Hrsg.), Volume 27, No. 6, June 2004, S. 31-39
- Theisen, Manuel René* (2017): Wissenschaftliches Arbeiten – Erfolgreich bei Bachelor- und Masterarbeit, 17. Auflage, München: Franz Vahlen, 2017
- Trill, Roland* (2018): eHealth-Anwendungen in der Übersicht, in: *Trill, Roland* (Hrsg.): Praxisbuch eHealth – Von der Idee zur Umsetzung, S. 45-68, 2. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer, 2018
- Trill, Roland* (2018a): Gesundheitswesen im Umbruch, in: *Trill, Roland* (Hrsg.): Praxisbuch eHealth – Von der Idee zur Umsetzung, S. 22-33, 2. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer, 2018
- Wächter, Mark* (2016): Mobile Strategy – Marken- und Unternehmensführung im Angesicht des Mobile Tsunami, Wiesbaden: Springer Gabler, 2016
- Watson, Richard T., Webster, Jane* (2002): Analyzing the Past to Prepare for the Future: Writing a Literature Review, in: *MIS Quarterly* (Hrsg.), June 2002, Volume 26, No. 2, S. xiii-xxiii
- WHO* (2003): DIET, NUTRITION AND THE PREVENTION OF CHRONIC DISEASES: report of a joint WHO/FAO expert, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2003
- WHO* (2010): Global Recommendations on Physical Activity for Health, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2010
- Zeiber, J., Kuntz, B., Lange, C.* (2017): Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland, in: *Journal of Health Monitoring, Robert Koch Institut* (Hrsg.), Ausgabe 2 (2), 2017, S. 59-65

Internetquellen

- AOK Plus* (2016): Bonifizierbare Aktivitäten, <https://www.aokplus-online.de/fileadmin/user_upload/bonusprogramm/Bonifizierbare-Massnahmen-AOK-PLUS-Bonusprogramm.pdf> (08.11.2016), [Zugriff 10.03.2019]
- Barmer* (2017): Gesundheitsreport 2017, <<https://www.barmer.de/blob/133152/5c29df4899fdae75fcf58de20066bbc1/data/dl-gesundheitsreport-2017.pdf>> (09.10.2017), [Zugriff 10.01.2019]
- Barmer* (2018a): Geschäftsbericht 2017 – Die neue BARMER – innovativ und service-stark, <<https://www.barmer.de/blob/160792/a63bbda929d676db27618cf370086528/data/dl-pdf-geschaeftsberichtbarmer-2017.pdf>> (07.2018), [Zugriff 10.01.2019]
- Bundesgesundheitsministerium* (2015): Prävention - Bundesgesundheitsministerium, <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html>> (05.10.2015), [Zugriff 05.02.2019]
- Bundesgesundheitsministerium* (2015a): Akteure der Gesundheitspolitik, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Plakat_Schaubild_Das_Gesundheitssystem.pdf> (17.08.2015), [Zugriff 07.03.2019]
- Bundesgesundheitsministerium* (2018): Das Präventionsgesetz - Bundesgesundheitsministerium, <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html>> (19.10.2018), [Zugriff 05.02.2019]
- Bundesgesundheitsministerium* (2018a): Gesundheitsziele - Bundesgesundheitsministerium, <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.html#c1360>> (25.09.2018), [Zugriff 24.01.2019]
- Bundesgesundheitsministerium* (2018b): E-Health - Bundesgesundheitsministerium, <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health.html>> (17.05.2018), [Zugriff 23.01.2019]
- Bundesgesundheitsministerium* (2018c): E-Health – Digitalisierung im Gesundheitswesen, <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/e-health-initiative.html>> (13.11.2018), [Zugriff 27.03.2019]
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie* (2016): Ökonomische Bestandsaufnahme und Potenzialanalyse der digitalen Gesundheitswirtschaft, <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/oekonomische-bestandsaufnahme-und-potenzialanalyse-der-digitalen-gesundheitswirtschaft.pdf?__blob=publicationFile&v=6> (01.05.2016), [Zugriff 07.03.2019]
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie* (2017): Monitoring-Report Wirtschaft Digital 2017, <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Digitale-Welt/monitoring-report-wirtschaft-digital-2017.pdf?__blob=publicationFile&v=18> (14.12.2017), [Zugriff 09.03.2019]

- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie* (2017a): DIGITALISIERUNG IN DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT - Eckpunktpapier, <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/eckpunkte-digitalisierung-gesundheitswirtschaft.pdf?__blob=publicationFile&v=16> (31.05.2017), [Zugriff 06.01.2019]
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.* (2013): Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung – Leitbild der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. , <<https://docplayer.org/41187376-Prinzipien-guter-praevention-und-gesundheitsfoerderung-leitbild-der-bundesvereinigung-praevention-und-gesundheitsfoerderung-e-v.html>> (18.04.2013), [Zugriff 14.02.2019]
- Carl, Michael, Gondlach, Kai* (2018): Die Zukunft der Krankenversicherungen - Wie Krankenkassen und Versicherer die Kundenbedürfnisse an individuelle und prädiktive Gesundheitsförderung erfüllen, <https://www.5-sterne-redner.de/fileadmin/media/download/pdf/Trendanalysen_SGJ/Janszky-Trendstudie-Die_Zukunft_der_Krankenversicherungen_Trendstudie.pdf> (15.01.2018), [Zugriff 12.01.2019]
- Christian, Eva* (2018): Garmin kooperiert mit der Techniker Krankenkasse, <<https://www.sazsport.de/hersteller/garmin/garmin-kooperiert-techniker-krankenkasse-1475963.html>> (22.02.2018), [Zugriff 30.01.2019]
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.* (2017): Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE, <<https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/fm/10-Regeln-der-DGE.pdf>>, [Zugriff 20.02.2019]
- Deutscher Bundestag* (2003): Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG), <<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/15/015/1501525.pdf>> (08.09.2003), [Zugriff 10.03.2019]
- Deutscher Bundestag* (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, <<https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/042/1804282.pdf>> (11.03.2015), [Zugriff 10.03.2019]
- Deutscher Bundesverband Coaching e. V.* (o. J.): Definition Coaching, <<https://www.dbvc.de/der-verband/ueber-uns/definition-coaching.html>>, [Zugriff 12.03.2019]
- Deutscher Olympischer Sportbund e.V.* (2016): Kernziele des Gesundheitssports, <<https://service-sportprogesundheit.de/150/kernzieledesgesundheitssports>>, [Zugriff 27.03.2019]
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung* (2018): Drogen- und Suchtbericht 2018, <https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/Drogen_und_Suchtbericht/pdf/DSB-2018.pdf> (16.10.2018), [Zugriff 13.02.2019]

- Die Träger der NPK* (2018): Bundesrahmenempfehlungen nach §20d Abs. 3 SGB V, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praeventionsgesetz/BRE_Fassung_vom_29.08.2018.pdf> (29.08.2018), [Zugriff 23.12.2018]
- Euro-Informationen* (2018): Die größten Krankenkassen: Versicherte 2018, <<https://www.krankenkassen.de/krankenkassen-vergleich/statistik/versicherte/aktuell/>> (01.01.2019), [Zugriff 02.02.2019]
- Eurostat* (2018): Anteil der Haushalte in Deutschland mit Internetzugang von 2002 bis 2018 Statista, <<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/153257/umfrage/haushalte-mit-internetzugang-in-deutschland-seit-2002>> (12.2018), [Zugriff 28.02.2019]
- Fuchs, Reinhard, Göhner, Wiebke* (2007): Motivations-Volitions-Konzept, <<http://movo-konzept.de>>, [Zugriff 14.03.2019]
- Gesundheitsziele.de* (o. J): Die Organisation gesundheitsziele.de, <<http://www.gesundheitsziele.de>>, [Zugriff 15.03.2019]
- GKV-Spitzenverband* (2018): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach §20 Abs. 2 SGB V, Fassung vom 01.10.2018, <https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf> (08.2018), [Zugriff 23.12.2018]
- Heute und Morgen GmbH* (2018): Digitalisierung in der GKV – Was sich Mitglieder an digitalen Lösungen von ihrer Kasse wünschen, <https://heuteundmorgen.de/wp-content/uploads/2018/04/Studienflyer_GKV_Digitalisierung.pdf> (04.2018), [Zugriff 10.01.2019]
- Heyen, Nils B.* (2016): Digitale Selbstvermessung und Quantified Self – Potenziale, Risiken und Handlungsoptionen, <https://www.isi.fraunhofer.de/content/dam/isi/dokumente/cct/2016/Policy-Paper-Quantified-Self_Fraunhofer-ISI.pdf> (14.12.2016), [Zugriff 13.01.2019]
- Max Rubner-Institut* (2008): Nationale Verzehrsstudie II – Ergebnisbericht, Teil 2, <https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Ernaehrung/NVS_Ergebnisbericht-Teil2.pdf?__blob=publicationFile> (22.09.2008), [Zugriff 12.02.2019]
- Mücke, Sturm & Company* (2018): Der Wandel der Krankenversicherungen vom Kostenerstatter zum ganzheitlichen Gesundheitsdienstleister - Studie: Bereitstellung digitaler Services durch die Krankenkassen in Deutschland, <https://www.mueckesturm.de/wp-content/uploads/Pr%C3%A4sentation_Studienergebnisse_KK.pdf> (27.06.2018), [Zugriff 29.01.2019]
- Pelz, Waldemar* (2018): Definition Volition, <<http://www.volition-motivation.de>>, [Zugriff 14.03.2019]

- Rupp, Klaus* (2018): E-Health II - Wie geht es weiter? Vorstellungen der TK, <http://www.kbv.de/media/sp/2018_06_20_Diskussionsforum_TK_Rupp.pdf> (20.06.2018), [Zugriff 08.01.2019]
- Statista* (2018): eServices Report 2019 – Fitness, <<https://de.statista.com/statistik/studie/id/36673/dokument/fitness-outlook/>> (11.2018), [Zugriff 11.03.2019]
- Statistisches Bundesamt* (2017): Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen die höchsten Kosten, <https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/09/PD17_347_236pdf.pdf?__blob=publicationFile> (29.09.2017), [Zugriff 23.02.2019]
- The Boston Consulting Group* (2017): GKV 4.0 – Trend-Monitor, <http://image-src.bcg.com/Images/BCG_GKV4-0_tcm108-178444.pdf> (11.2017), [Zugriff 08.01.2019]
- TK* (2016): Beweg Dich, Deutschland! – TK-Bewegungsstudie 2016, <<https://www.tk.de/re-source/blob/2026646/0aa4b08bf5b67b8495dce9b24b2c3bac/tk-bewegungsstudie-2016-data.pdf>> (01.07.2016), [Zugriff 26.01.2019]
- TK* (2016a): Entspann dich, Deutschland! – TK-Stressstudie 2016, <<https://www.tk.de/re-source/blob/2026630/9154e4c71766c410dc859916aa798217/tk-stressstudie-2016-data.pdf>> (01.10.2016), [Zugriff 12.12.2019]
- TK* (2017): Durch Digitalisierung Gesundheit fördern, <<https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesund-leben/bonusprogramm-wearables-2043556>> (21.02.2017), [Zugriff 12.01.2019]
- TK* (2017a): Von Antistress bis Zahnvorsorge (2/4), <<https://www.tk.de/techniker/service/gesundheits-und-medizin/praevention-und-frueherkennung/tk-bonusprogramm/massnahmen-2010354>> (17.07.2017), [Zugriff 03.02.2019]
- TK* (2017b): TK-Gesundheitsdividende: Yoga für die Zähne (3/4), <<https://www.tk.de/techniker/service/gesundheits-und-medizin/praevention-und-frueherkennung/tk-bonusprogramm/gesundheitsdividende-2010352>> (18.07.2017), [Zugriff 03.02.2019]
- TK* (2017c): TK-Gesundheitsdividende: Leistungskatalog (4/4), <<https://www.tk.de/techniker/service/gesundheits-und-medizin/praevention-und-frueherkennung/tk-bonusprogramm/tk-gesundheitsdividende-leistungskatalog-2029142>> (18.07.2017), [Zugriff 03.02.2019]
- TK* (2018): Homo Digivitalis - TK-Studie zur Digitalen Gesundheitskompetenz 2018, <<https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/981906/Datei/91925/TK-Studienband-Digitale-Gesundheitskompetenz-Homo-Digivitalis-2018.pdf>>, (01.04.2017), [Zugriff 01.01.2019]

- TK (2018a): Gesundheitsreport 2018 Fit oder fertig? Erwerbsbiografien in Deutschland, <<https://www.tk.de/re-source/blob/2035866/020269554b71a1686aefec7106ba5dc3/gesundheitsreport-2018-data.pdf>>, (04.07.2018), [Zugriff 27.01.2019]
- TK (2018b): Wissenswertes zum TK-Bonusprogramm in der TK-App, <<https://www.tk.de/techniker/unternehmensseiten/unternehmen/die-tk-app/tk-app-bonusprogramm-2023652>>, (16.08.2018), [Zugriff 13.03.2019]
- TK (o. J.): TK-GesundheitsCoach, <<https://www.tk.de/techniker/service/gesundheit-und-medizin/praevention-und-frueherkennung/tk-gesundheitscoach-2023460>>, [Zugriff 15.03.2019]
- TK (o. J.a): TK-GesundheitsCoach - Übersicht, <<https://ecoach.tk.de>>, [Zugriff 24.03.2019]
- TK Presse & Politik (2016): Digitalisierung nutzen, um Gesundheit und die Solidargemeinschaft zu fördern, <<https://www.tk.de/tk/themen/digitale-gesundheit/gesundheitsfoederung-durch-fitnesstracker-interview-dr-jens-baas/931248?print-style=true#>> (22.08.2016), [Zugriff 08.01.2019]
- TK Presse & Politik (o. J.): Unternehmensdaten – Die Techniker, <<https://www.tk.de/presse/tk-unternehmensdaten-2051018>>, [Zugriff 02.02.2019]
- TK und Institut für Firmen- und Wirtschaftsgeschichte (2017a): Krankenversicherung wird Pflicht - die Geburtsstunde der TK (1/4), <<https://www.tk.de/techniker/unternehmensseiten/unternehmen/ueber-die-tk/krankenversicherung-wird-pflicht-die-geburtsstunde-der-tk-2012362>> (04.11.2017), [Zugriff 02.02.2019]
- TK und Institut für Firmen- und Wirtschaftsgeschichte (2017b): Der Neuanfang der TK nach dem zweiten Weltkrieg (2/4), <<https://www.tk.de/techniker/unternehmensseiten/unternehmen/ueber-die-tk/neuanfang-nach-dem-krieg-2012378>> (18.07.2017), [Zugriff 02.02.2019]
- TK und Institut für Firmen- und Wirtschaftsgeschichte (2017c): Die TK nach der Wiedervereinigung (3/4), <<https://www.tk.de/techniker/unternehmensseiten/unternehmen/ueber-die-tk/die-tk-nach-der-wiedervereinigung-2012386>> (04.11.2017), [Zugriff 02.02.2019]
- TK und Institut für Firmen- und Wirtschaftsgeschichte (2017d): Die TK setzt Maßstäbe (4/4), <<https://www.tk.de/techniker/unternehmensseiten/unternehmen/ueber-die-tk/innovationen-tk-setzt-massstaebe-2012394>> (04.11.2017), [Zugriff 02.02.2019]
- Verbraucherzentrale NRW (2015): BONUSPROGRAMME DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN, <https://www.verbraucherzentrale.nrw/sites/default/files/migration_files/media236794A.pdf> (07.09.2015), [Zugriff 23.12.2018]

- WHO* (1948): CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION, <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>> (12.01.2010), [Zugriff 05.03.2019]
- WHO* (1948a): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation - Übersetzung., <<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>> (08.05.2014), [Zugriff 05.03.2019]
- WHO* (1978): Erklärung von Alma-Ata, <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf?ua=1> (21.01.2011), [Zugriff 06.03.2019]
- WHO* (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf> (06.01.2011), [Zugriff 15.02.2019]
- WHO* (1998): Health Promotion Glossary, <<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>> (06.01.1998), [Zugriff 05.03.2019]
- WHO* (2019): eHealth at WHO, <<https://www.who.int/ehealth/en/>>, [Zugriff 07.03.2019]

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt worden ist, insbesondere dass ich alle Stellen, die wörtlich oder annähernd wörtlich aus Veröffentlichungen entnommen sind, durch Zitate als solche gekennzeichnet habe. Ich versichere auch, dass die von mir eingereichte schriftliche Version mit der digitalen Version übereinstimmt. Weiterhin erkläre ich, dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde / Prüfungsstelle vorgelegen hat. Ich erkläre mich damit nicht einverstanden, dass die Arbeit der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Digitalversion dieser Arbeit zwecks Plagiatsprüfung auf die Server externer Anbieter hochgeladen werden darf. Die Plagiatsprüfung stellt keine Zurverfügungstellung für die Öffentlichkeit dar.

Borken, 02.04.19
(Ort, Datum)


(Eigenhändige Unterschrift)