



Qualitätsstandards in der Gesundheitsberatung Arbeitsloser

**Ein Praxisleitfaden für Finanziers, Projektentwickler
und Akteure der Versorgungslandschaft**



Inhalt

- 4 Vorwort
- 5 Einleitung
- 6 **Die Gesundheitsberatung**
- 7 Zielgruppe und Zielsetzung
- 7 Konzepte und Methoden
- 9 **Qualitätsstandards in der Gesundheitsberatung**
- 10 Übersicht
- 11 Qualitätsstandards
- 18 **Rahmenbedingungen**
- 19 Kooperation und Koordination
- 19 Evaluation und Erfolgsmessung
- 20 **Aus- und Fortbildung**
- 21 Qualifikation der Berater
- 22 Themensammlung für Schulungskonzepte
- 23 **Auswahl weiterführender Literatur**
- 24 Allgemeine Literatur zu Gesundheitsförderung
- 24 Veröffentlichungen der Projekte
- 25 Beispiele und Literaturhinweise für anerkannte Konzepte und Methoden

Vowort

Der Bedarf an arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsberatung wird zunehmend gesehen und in konkreten Angeboten aufgenommen. Hintergrund hierfür ist das Wissen, dass jede Arbeitsmarktintegration unter den Bedingungen des Arbeitsmarktes insbesondere von der fachlichen Qualifikation des Arbeitssuchenden abhängig ist, aber auch von seiner gesundheitlichen und sozialen Verfassung.

Die Leistungsträger und Finanziere von Maßnahmen für diese Zielgruppe sind zur externen, die Leistungserbringer zur internen Qualitätssicherung aufgerufen. Auch in der Prävention und Gesundheitsförderung gibt es schon seit Jahren Bemühungen, Qualitätssicherung zu verbreitern. In diesen Kontext hat sich eine Arbeitsgruppe des DNBGF Forums Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung mit dem Ziel, Qualitätsstandards in der Gesundheitsberatung Arbeitsloser zu entwickeln und zu erproben, gegründet. Geeignete Standards müssen aus gesicherter Erfahrung bereits durchgeführter Projekte transparent, einheitlich, inhaltlich begründet, methodisch abgesichert und empirisch überprüfbar sein.

Die vorliegenden Standards berücksichtigen diese Kriterien und richten sich an Finanziere, Projektentwickler und Akteure aus der Versorgungslandschaft, um Informationen und Hilfestellungen bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Gesundheitsberatung für arbeitslose Menschen zu leisten.

Um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit einer qualifizierten Gesundheitsberatung sicherzustellen, ist es unerlässlich, die in dieser Broschüre zusammengestellten Standards weiterzuentwickeln und entsprechende Erkenntnisse öffentlich und transparent zu machen.

Die Arbeitsgruppe des DNBGF-Forums „Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung“ ist weiterhin mit der Thematik befasst. Neue Ansätze, Anmerkungen und Erfahrungen sind ausdrücklich erwünscht. ■





Einleitung

Die Situation von arbeitslosen Frauen und Männern ist durch spezifische Gegebenheiten gekennzeichnet, die erheblich von den Lebenslagen der Beschäftigten abweichen können. Die Auswirkungen beschränken sich dabei nicht nur auf den Einkommensverlust aus Erwerbstätigkeit, sondern ziehen sich durch nahezu alle Lebensbereiche und verstärken sich mit der Dauer der Arbeitslosigkeit.

Gesundheitliche Einschränkungen stellen dann ein wesentliches Vermittlungshemmnis dar. Dabei verbinden sich die von Ärzten und Therapeuten diagnostizierten Erkrankungen häufig mit psychosozialen Beschwerden, die ihrerseits ebenfalls eine Arbeitsaufnahme erschweren können.

Eine ausschließliche ärztliche Versorgung bzw. die Vermittlung von Gesundheitswissen ausschließlich durch Ärzte greift bei dieser Zielgruppe oft zu kurz, zumal diese von vielen Arbeitslosen nicht oder nur selten in Anspruch genommen wird. Interdisziplinäre und lebensweltorientierte Ansätze erweisen sich hingegen als geeignet und erforderlich, um die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Reintegration in den Arbeitsmarkt zu verbessern.

Die derzeit noch wenigen bestehenden gesundheitlichen Beratungsangebote für Arbeitslose sind in unterschiedlichsten institutionellen Kontexten (zumeist in Modellprojekten) entstanden. Es gibt in diesem Bereich keine koordinierte Entwicklung, sondern vielfältige Initiativen. So sind in Deutschland bereits mehrere Projekte der Gesundheitsförderung für Arbeitslose durchgeführt worden, wie z. B.

- AktivA (Sachsen)
- JobFit NRW (Nordrhein-Westfalen)
- Modellprojekt AmigA (Brandenburg)
- „Arbeitsmarktintegration durch Gesundheitsförderung“ (Frankfurt/Main).

Aus den Erfahrungen dieser Projekte sind die vorliegenden Qualitätsstandards entwickelt worden. Denn auch, wenn sich alle genannten Projekte auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes von Arbeitslosen beziehen, bestehen doch erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Zielgruppen, der Methoden und Interventionen, sowie der Rahmenbedingungen. Gemeinsam ist ihnen Allen allerdings die Gesundheitsberatung auf der Basis anerkannter Konzepte.

Die Qualitätssicherung von Angeboten zur Gesundheitsberatung soll drei Schritte umfassen:

- Planung auf der Basis von Handlungskriterien
- Durchführung inkl. flankierender Fortbildung
- Programmevaluation

Ein umfassendes Qualitätskonzept sollte die externe und interne Qualitätssicherung (Qualitätsmanagement) beinhalten. Die Umsetzung der Qualitätssicherung erfordert jedoch ein bestimmtes Vorgehen, wie z. B. externe Vergleiche (Benchmarking), Abstimmung von Teilaufgaben der externen und internen Maßnahmen zur Vergleichbarkeit von Daten und Versorgungsleistungen, Ergebnissicherung mit der Erfassung mehrerer Ebenen und Dimensionen, die vielfach noch nicht umgesetzt werden. Evaluation und Qualitätssicherung beziehen sich auf die Strukturen, die Prozesse und das Outcome, sowie auf die individuelle Einstellung, das Risikoverhalten und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Klienten. Bei der internen Qualitätssicherung sind zusätzlich Konzepte für die Implementierung, Durchführung und Ergebnissicherung, einschließlich der Evaluation eines Programms von Bedeutung. Kennzeichnend sind hier Klienten- und Outcome-Orientierung, sowie Prinzipien der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen, verbunden mit einer Wirkungsanalyse.

Ein Qualitätskonzept benötigt wissenschaftliche Rahmenbedingungen. Zu nennen sind die Intensivierung der Forschung und Erweiterung der Theoriebasierung. Bestehende gesetzliche Grundlagen (z. B. SGB V, SGB IX) sind zu nutzen. Kooperationen unter Einbezug einer trägerübergreifenden Fachdiskussion gehören ebenfalls dazu. Die Finanzierung von Aus- und Fortbildung sowie Evaluation und Qualitätssicherung muss sichergestellt sein. Dabei ist ein praktikables Optimum zwischen wissenschaftlichen Standards und realen Finanzierungsmöglichkeiten anzustreben. Unverzichtbar sind daher Leitlinien und Standards.

In diesem Zusammenhang wurden in einer Arbeitsgruppe des Forums „Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung“ des DNBGF diese Qualitätsstandards in der Gesundheitsberatung Arbeitsloser entwickelt, um zur Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung beizutragen. ■



Die Gesundheitsberatung





Zielgruppe und Zielsetzung

Die Gesundheitsberatung ist ein integraler Bestandteil der Gesundheitsförderung und Prävention. Sie dient der niedrigschwelligen psychologischen, sozialen und medizinischen Unterstützung Arbeitsloser, die bedarfsgerecht und arbeitsmarktorientiert ausgerichtet ist. Die Beratung erfolgt auf einer freiwilligen Basis und steht in keinem Zusammenhang mit der Leistungsgewährung.

Ein wesentliches Element der Beratung ist die aktive Einbeziehung des Klienten in die Planung, Vereinbarung von Gesundheitszielen und deren schrittweise Umsetzung.

Die Ziele zur Verhaltensprävention sind im Einzelnen:

- Stabilisierung und Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen
- Reduktion riskanter Verhaltensweisen
- Verbesserung der Leistungsfähigkeit und
- Veränderung der Einstellung zu der persönlichen gesundheitlichen Lebenssituation

Erreichbar sind diese Ziele nur, wenn die Beratung auf Wirksamkeit und Nachhaltigkeit ausgerichtet ist.

Das gesundheitliche Verhalten – bezogen auf die klassischen Gesundheitsbereiche und Handlungsfelder der gesetzlichen Krankenversicherung Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Alkohol- und Nikotinkonsum – spiegelt oftmals die belastende Situation von Arbeitslosen wider. Entscheidend für die Wirksamkeit der gesundheitsorientierten Beratung ist es, diese spezifische Lage nicht aus den Augen zu verlieren. Die Betroffenen haben ein individuell unterschiedliches Ausgangsniveau hinsichtlich ihres Problembewusstseins, ihrer Bereitschaft zu einer Veränderung und ihrer Fähigkeit zur Aufrechterhaltung derselben. Motivationsverlust verbunden mit Perspektivlosigkeit kann Ausdruck einer tieferliegenden psychosozialen Belastung sein. Nicht selten treten weitere Störungen der Affektivität mit Angst und depressiven Reaktionen hinzu. Eine wirksame Beratungsleistung muss deshalb dem individuellen Bedarf und den Bedürfnissen entsprechen und zielt auf die Entwicklung von Bewältigungsstrategien und Perspektiven ab. Sie leistet damit aktivierende Unterstützung und trägt zur Vermeidung von Ausgrenzung bei. Hieraus ergibt sich, dass der Beratungsansatz und der zeitliche Umfang von den personellen Merkmalen und Zielen ab-



hängig sind. In der Regel wird es zweckmäßig sein, die Gesundheitsberatung um ergänzende Angebote zu erweitern, die nicht vom Berater selbst erbracht werden. Dieses setzt allerdings voraus, dass die Dienstleistung auf der Grundlage einer Eingangsdiagnostik bzw. Ersteinschätzung mit einer Klientendifferenzierung erfolgt.

Die Diagnostik kann sich u. a. auf die Erhebung mit standardisierten Fragebögen und/oder auf ärztliche und psychologische Unterlagen stützen.

Der so ermittelte Bedarf des Klienten wird im gemeinsam erarbeiteten Beratungsplan festgehalten. Unterschieden werden können folgende Klientengruppen:

- Klienten mit Bedarf an Aufklärung und Wissensvermittlung
- Klienten mit Bedarf an Präventionskursen
- Klienten mit Bedarf an externen Beratungsleistungen wie z. B. Sucht- oder Schuldnerberatung
- Klienten mit Bedarf an medizinischer, psychologischer Diagnostik, Therapie, Rehabilitation

Die Klienten können diese Leistungen einzeln, nach- oder nebeneinander in Anspruch nehmen.

Mit dem SGB II („Hartz IV-Gesetz“) sind neben dem SGB III Möglichkeiten geschaffen worden, die eine stärkere Berücksichtigung der gesundheitlichen und psychosozialen Belange Arbeitsloser und Arbeitssuchender auf Seite der Arbeitsmarktintegration zulassen. Eine umfassende Vorgehensweise beachtet nicht nur die reine Fragestellung der beruflichen Qualifikation, sondern ebenso die gesundheitliche Situation. Im Folgenden soll auf die Grundlagen der Gesundheitsberatung eingegangen werden.

Konzepte und Methoden

Die in der Gesundheitsberatung angewandten Konzepte und Methoden müssen empirisch überprüft und abgesichert sein. Sie gehen von der Grundvorstellung eines positiven, humanistischen Menschenbildes aus, das ressourcen- und werteorientiert ist. Die Fähigkeiten des Menschen, Situationen realistisch einzuschätzen, Verhaltensweisen proaktiv zu ändern, sowie Perspektiven zu entwickeln, bilden die Grundlage für die Wahl der Konzepte und Methoden. Die Konzepte sind klar umrissene Entwürfe von Interdependenzen des Denkens, Fühlens und Verhaltens. Für die Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit und Lebensstil sind die Salutogenese mit dem Kohärenzsinn und der biopsychosoziale Ansatz von Bedeutung.

Fragen der Verhaltens- und Einstellungsänderung werden in der aktuellen Gesundheitsliteratur häufig in Prozessmodellen betrachtet. Das transaktionale Modell der Stressreaktion beschreibt z. B. die Wechselwirkung von potentiellen Stressoren, ihrer Bewertung und den Einsatz von Bewältigungsressourcen (Coping). Überlegungen zu der internalen Kontrolle, also die Überzeugung, die Gesundheit selbst beeinflussen zu können, sind ebenfalls wichtig.

„Ich gehe davon aus, um eine Metapher zu wählen, dass wir alle eine lange Skipiste herunterfahren, an deren Ende ein unumgänglicher und unendlicher Abgrund ist. Die pathogenethische Orientierung beschäftigt sich hauptsächlich mit denjenigen, die an einen Felsen gefahren sind, einen Baum, mit einem anderen Skifahrer zusammengestoßen sind oder in eine Gletscherspalte fielen. Weiterhin versucht sie uns davon zu überzeugen, dass es das Beste ist, überhaupt nicht Ski zu fahren. Die salutogenetische Orientierung beschäftigt sich damit, wie die Piste ungefährlicher gemacht werden kann und wie man Menschen zu sehr guten Skifahrern machen kann.“

(Aaron Antonovsky 1993)

„Kohärenz ist das Gefühl, dass es Zusammenhang und Sinn im Leben gibt, dass das Leben nicht einem unbeeinflussbaren Schicksal unterworfen ist. Der Kohärenzsinn beschreibt eine geistige Haltung: Meine Welt erscheint mir verständlich, stimmig, geordnet; auch Probleme und Belastungen, die ich erlebe, kann ich in einem größeren Zusammenhang sehen (Verstehbarkeit).

Das Leben stellt mir Aufgaben, die ich lösen kann. Ich verfüge über Ressourcen, die ich zur Meisterung meines Lebens, meiner aktuellen Probleme mobilisieren kann (Handhabbarkeit).

Für meine Lebensführung ist jede Anstrengung sinnvoll. Es gibt Ziele und Projekte, für die es sich zu engagieren lohnt (Bedeutsamkeit).“

Heiner Keupp: Reflexive Sozialpsychologie

Mit den Methoden werden Verfahrensweisen beschrieben, die ein planmäßiges Vorgehen in der Beratung erlauben, um eine Veränderung der Einstellung und des Verhaltens herbeizuführen. Sie können zahlreiche, vielfältige Komponenten enthalten, die in der Beratung pädagogische, psychologische und ressourcenorientierte Elemente enthalten. Für die vereinbarten (Teil-)Ziele werden sie jeweils eingesetzt, um differenziert auf einzelne Faktoren und andere Funktionen, wie z. B. soziale Interaktion und Teilhabe einzuwirken. Die Faktoren können u. a. Aktivierung, Veränderungsbereitschaft, Ambivalenz, Widerstand, Durchhaltevermögen, aber ebenso Selbstwirksamkeit und Zuversicht betreffen. Zu berücksichtigen sind emotionale, kognitive und ggf. instrumentelle Dimensionen (praktische Hilfen, finanzielle Mittel, soziale Beziehungen). Der Bildungs- und Wissensstand ist bei der Wahl der Methode bedeutend. Das Vorgehen sollte direktiv, ressourcenorientiert und empathisch sein. Die Selbstbestimmung des Klienten und die Ergebnisoffenheit der Beratung kennzeichnen die Arbeitsschritte. ■



Qualitätsstandards in der Gesundheitsberatung



Übersicht

Strukturqualität

- Organisation der Gesundheitsberatung
- Personalausstattung
- Setting
- Marketingkonzept

Prozessqualität

- Art und Weise der Leistungserbringung
- Schritte der Gesundheitsberatung
- Kooperationen mit Leistungserbringern
- Dokumentation und Bewertung des Beratungsverlaufes

Ergebnisqualität

- Zielerreichung
- Zufriedenheit des Kunden
- Stand der erreichten Kooperation mit Leistungserbringern



Qualitätsstandards

Strukturqualität

Ziel:

- Schaffung von optimalen Strukturen für Beratungsprozesse

A. ORGANISATION DER GESUNDHEITSBERATUNG

Beteiligte	benötigte Ressourcen institutionell/individuell	Standards	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Führungskräfte der Organisation ■ Fachkräfte der Organisation ■ Berater ■ Verwaltungskraft ■ Controller ■ Evaluator 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ansprache/Klientenwerbung ■ Raumangebot ■ Software ■ Ausreichende Haushaltsmittel ■ Controlling ■ Monitoring ■ Evaluation 	Zugang	<ul style="list-style-type: none"> ■ Barrierefreiheit ■ Terminiertes Angebot für alle arbeitslosen/ arbeitssuchenden Klienten
		Räume	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atmosphärisch angenehme, ruhige Beratungsräume ■ Zentrale Lage
		Informations- und Kommunikationsabläufe/ Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schriftliche Vereinbarungen zu strukturierten, geregelten Informations- und Kommunikationsabläufen (intern und extern)
		Finanzen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Transparente Haushaltsmittelzuteilung ■ Finanzcontrolling
		Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einheitliches Evaluationsraster ■ Frühzeitige und prozessbegleitende Einbindung

B. PERSONAL AUSSTATTUNG

Beteiligte	benötigte Ressourcen institutionell/individuell	Standards	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Führungskräfte der Organisation ■ Fachkräfte der Organisation ■ Lehrkräfte, Trainer ■ Berater ■ Verwaltungskraft ■ Ggf. Coaches 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bildungsinstitute ■ Qualifizierte Ausbilder/Trainer ■ Umfassendes Schulungskonzept für die Gesundheitsberatung ■ Personalentwicklungskonzept 	Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Umfassende Ausbildung des Beraters hinsichtlich der erforderlichen formalen, fachlichen, sozialen und methodischen Anforderungen mit Kompetenznachweis ■ Prozessorientiertes Vorgehen ■ Informationen und Sensibilisierung für die beteiligte Verwaltungskraft
		Auswahl	<ul style="list-style-type: none"> ■ Standardisiertes Auswahlverfahren (Assessment) ■ Ggf. Aufstiegsmöglichkeiten
		Einsatz	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fortbildungsangebote ■ Grundsätzlich selbständig mit entsprechender Handlungsfreiheit ■ Ggf. Supervision/Coaching am Arbeitsplatz bzw. Methode der „Kollegialen Fallberatung“

C. SETTING

Beteiligte	benötigte Ressourcen institutionell/individuell	Standards	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Einrichtungen der (Sozial-) Leistungsträger ■ Wohlfahrtsverbände ■ Bildungs-/Qualifizierungs-/Beschäftigungsträger ■ Weitere Akteure des Gesundheitswesens 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Öffentliches Angebot von Gesundheitsberatung ■ Beachtung von Genderfragen ■ Berücksichtigung von interkulturellen Fragen 	Grundsatz	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beratung außerhalb von Antragstellung und Leistungsbezug bei dem jeweiligen Leistungsträger
		Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> ■ Regelmäßige Hauptaufgabe des beauftragten Personals (Stellenbeschreibung) ■ Zielgruppenspezifisches Angebot für bestimmte Anzahl von arbeitslosen/arbeits-suchenden Klienten ■ Individual- und Gruppenangebot

D. MARKETINGKONZEPT

Beteiligte	benötigte Ressourcen institutionell/individuell	Standards	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Einrichtungen der (Sozial-) Leistungsträger ■ Wohlfahrtsverbände ■ Bildungs-/Qualifizierungs-/Beschäftigungsträger ■ Weitere Akteure des Gesundheitswesens 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Direkte persönliche Kundenansprache ■ Flyer ■ Plakate ■ Broschüren ■ Andere Printmedien ■ Internet ■ Rundfunk/Fernsehen 	Werbematerial	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verständliche, klientengerechte Sprache ■ Multimedial sowie persönliche Ansprache vor Ort im jeweiligen Setting (möglichst Zugehstruktur) ■ Infomaterial für die Mitarbeiter der Beteiligten ■ Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und kooperative Aktionen



Prozessqualität

Ziel:

- Angebot einer qualifizierten, professionellen Dienstleistung
- Sicherstellen von klientenzentrierten, nachvollziehbaren, aktivierenden Beratungsschritten
- Entwicklung von Strukturen der Kooperation mit den Leistungserbringern
- Durchführung einer prozessorientierten Dokumentation unter Berücksichtigung des Datenschutzes

A. ART UND WEISE DER LEISTUNGSERBRINGUNG

Beteiligte	benötigte Ressourcen institutionell/individuell	Standards	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Führungskräfte der Organisation ■ Fachkräfte der Organisation ■ Berater ■ Verwaltungskraft 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formale, fachliche, soziale und methodische Qualifikation des Beraters ■ Geschulte Verwaltungskraft ■ Informationsmaterial ■ Beschwerde-/Rückmeldemanagement ■ Ggf. Bereitstellung von Gelegenheit zur systematischen Reflexion (z. B. Supervision) 	Theoretische Ansätze	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wissenschaftlich anerkannte Beratungsmethoden ■ Transparentes, begründetes Beratungsangebot mit Angaben zu Inhalt, Umfang und Methode (Gesamtvolumen methodenabhängig)
		Allgemeine und individuelle Informationsvermittlung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zielgruppenspezifische Ansprache ■ Vertrauensbildende Informationen für den Klienten ■ Medial geeignete Informationen für den Klienten
		Methodisches Vorgehen/Gesprächstechnik	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einsatz überprüfter Instrumente in der Einzel-/Gruppenberatung einschl. Supervision ■ Verwendung zielgruppenspezifischer Beratungstools
		Beschwerde-/Rückmeldemanagement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anerkanntes Vorgehen unter Nutzung entsprechender Instrumente und Kommunikationsstrategien

B. SCHRITTE DER GESUNDHEITSBERATUNG

Beteiligte	benötigte Ressourcen institutionell/individuell	Standards	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Berater und Verwaltungskraft ■ Ärzte/ Psychologen und andere Experten ■ Weitere Leistungserbringer 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gesprächsführungskompetenz ■ Kompetenz, persönliche Probleme und Bedarfslagen zu erkennen und einzuordnen ■ Kompetenz, eine tragfähige Beratungsbeziehung herzustellen ■ Kompetenz, einen Fall umfassend zu bewerten und Konsequenzen abzuleiten ■ Kompetenz zur realistischen Einschätzung der Bewältigungsressourcen ■ Fähigkeit, Grenzen der Beratung zu erkennen/Verweisungskompetenz ■ Wissen um kulturspezifische Fragestellungen und Besonderheiten sowie interkulturelle Kompetenz ■ Orientierung auf Wirksamkeit und Nachhaltigkeit ■ Konflikt- und Krisenmanagement 	Arbeitsbündnis	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einschätzung der Grundproblematik und Ressourcen des Klienten („Gesundheitsprofiling“¹ mit Erfassung der Personenmerkmale) ■ Klienten für Mitarbeit gewinnen, motivieren, aktivieren ■ Aufklärung über Beratungsprozess ■ Klärung der Rolle des Beraters/der gegenseitigen Erwartungen
		Festlegung der Beratungsschwerpunkte/ Zielvereinbarung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Festlegung realistischer (Teil-)Ziele mit Klienten unter Berücksichtigung der Ressourcen und Verhältnisse ■ Vereinbarung von realistischen, messbaren und überprüfbaren Zielen mit langfristiger Orientierung ■ Konstruktiver, „positiver“ Umgang mit Widerständen ■ Festlegung des Zeitrahmens für die Zielerreichung
		Erst-einschätzung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Umfang und Tiefe abhängig von Problemlage und Ressourcen des Klienten ■ Einsatz strukturierter Leitfragen ■ Ggf. Durchführung einer Potentialanalyse, auch unter Mitwirkung von Experten (z. B. Arzt/Psychologe) ■ Differenzierung der Klienten nach ihrem individuellen Bedarf ■ Datengewinnung entsprechend des Datenschutzgesetzes für Klienten transparent und strukturiert sortiert
		Umsetzung des Beratungsplanes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gemeinsame Entwicklung des Beratungsplanes ggf. auch mit anderen Fallbeteiligten aus dem Umfeld des Klienten ■ Verständigung über Handlungsoptionen und -schritte ■ Ausrichtung des Planes auf die individuelle Bedarfslage des Klienten und seiner Planungsfähigkeit angepasst ■ Schriftliche Fixierung des Beratungsplanes zur Herstellung von Verbindlichkeit und Transparenz ■ Flexible Handhabung des Beratungsplanes, jedoch festgelegte Fristen für Zeitpunkte und Modus der Überprüfung ■ Verknüpfung der Beratung mit ergänzenden Angeboten, z. B. Präventionskurse, Sucht- oder Schuldnerberatung und beruflichen Maßnahmen ■ Fokussierung auf Wirksamkeit und Nachhaltigkeit

¹ Die ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO) stellt eine geeignete Quelle für einen Fragenkatalog dar.



C. KOOPERATION MIT LEISTUNGSERBRINGERN

Beteiligte	benötigte Ressourcen institutionell/individuell	Standards	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Berater und Verwaltungskraft ■ Fachkräfte der Bildungs-/ Qualifizierungs-/ Beschäftigungsträger ■ Experten ■ Akteure des Gesundheitswesens ■ Fachkräfte der Beratungsstellen ■ Anbieter von Maßnahmen § 20 SGB V ■ Selbsthilfegruppe 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entscheidungskompetenz des Beraters zur Beteiligung von Kooperationspartnern ■ Kompetenz, Leistungen zu verknüpfen 	Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rahmenvereinbarungen zur einzelfallübergreifenden Angebotsplanung und Steuerung ■ Verantwortlich geregelte Schnittstellenpflege ■ Regelmäßiger, fachübergreifender Austausch ■ Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und kooperative Aktionen
		Bildungs-, Qualifizierungs- und Beschäftigungsträger	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anerkannte Zertifizierung ■ Qualitätsmanagement und Controlling in der Organisation, umfassende Vertragsgestaltung
		Experten (z. B. Arzt/ Psychologe)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verknüpfung der Bereiche Gesundheit und Arbeit ■ Vertiefte sozialmedizinische/psychologische Kenntnisse und entsprechende Handlungskompetenz ■ Ansatz der praktischen Sozialmedizin/klinischen Psychologie im Rahmen der ICF
		Akteure des Gesundheitswesens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbindlicher Kooperationsvertrag, z. B. mit Beratungsstellen ■ Fallangemessene Einbindung der behandelnden Ärzte/Psychotherapeuten (z. B. Gesundheitscheck/Vorsorgeuntersuchung)

D. DOKUMENTATION / BEWERTUNG DES FALLVERLAUFES

Beteiligte	benötigte Ressourcen institutionell/individuell	Standards	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Berater und Verwaltungskraft ■ Fachkräfte der Organisation ■ Führungskräfte der Organisation ■ Evaluator (bevorzugt extern) ■ Controller 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Handlungsleitendes und abrechnungstechnisches Dokumentations- und Controllingssystem ■ Fähigkeit, komplexe Daten auszuwerten und zu interpretieren ■ Controllingkompetenz 	Dokumentationssystem	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einführung und Nutzung eines für die Beratung geeigneten Dokumentations- und Controlling-systems ■ Festlegung von Verfahren der Erfolgskontrolle und Wirkungsanalyse
		Bewertung des Verlaufes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zielorientierte Datenerhebung und Auswertung ■ Regelmäßige systematische Beurteilung der vereinbarten Zielerreichung ■ Nutzung aktualisierter Daten zur kontinuierlichen Überprüfung und Fortschreibung der Zielsetzung und des Beratungsplanes

Ergebnisqualität

Ziel:

- Interne/externe Evaluation der Beratung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (abhängig von den Gegebenheiten vor Ort)

A. ZIELERREICHUNG

Beteiligte	benötigte Ressourcen institutionell/individuell	Standards	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluator (bevorzugt extern) ■ Berater und Verwaltungskraft ■ Klient ■ Controller ■ Fach-/Führungskräfte der Organisation 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fachübergreifendes Evaluationsraster einschließlich standardisierter Befragungsbögen ■ Erhebung und Aufbereitung der für Monitoring und Evaluation benötigten Daten ■ Fähigkeit zur interdisziplinären Reflexion ■ Kenntnisse in der Statistik 	Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sicherstellen eines einheitlichen Evaluationsrasters ■ Bewertung von Wirksamkeit und Nachhaltigkeit ■ Kosten-Wirkungs-Analyse ■ Einheitliche methodische Analyse und Bewertung der Dokumentationsdaten
		Stabilisieren und Stärken der gesundheitlichen Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Auswertung der Dokumentation zur Klientenentwicklung („Gesundheitsprofiling“¹) ■ Standardisierte Scores ■ Standardisierte Nachbefragung (Selbsteinschätzung) am Ende und nach circa 6 Monaten wünschenswert
		Reduzierung riskanter Verhaltensweisen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Auswertung der Dokumentation zur Klientenentwicklung („Gesundheitsprofiling“) ■ Standardisierte Scores ■ Standardisierte Nachbefragung (Selbsteinschätzung) am Ende und nach circa 6 Monaten wünschenswert
		Verbesserung der Leistungsfähigkeit und damit der Vermittlungschancen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Feststellung und Beurteilung durch den Berater („Gesundheitsprofiling“) ■ Beschreibung der Aktivitäten und Teilhabesituation (z. B. Arbeitsaufnahme, ehrenamtliche Tätigkeit, soziale Einbindung, Sport) ■ Standardisierte Nachbefragung (Selbsteinschätzung) am Ende und nach circa 6 Monaten wünschenswert

B. KLIENTENZUFRIEDENHEIT

Beteiligte	benötigte Ressourcen institutionell/individuell	Standards	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluator (bevorzugt extern) ■ Klient ■ Berater und Verwaltungskraft 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Standardisierte Erst- und Zweitbefragung ■ Standardisierte Interviews 	Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> ■ Auswertung und Evaluation anerkannter standardisierter Fragebögen

¹ Die ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO) stellt eine geeignete Quelle für einen Fragenkatalog dar.



C. STAND DER ERREICHTEN KOOPERATIONEN MIT LEISTUNGSERBRINGERN

Beteiligte	benötigte Ressourcen institutionell/individuell	Standards	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluator (bevorzugt extern) ■ Berater und Verwaltungskraft ■ Fachkräfte der Organisation ■ Führungskräfte der Organisation ■ Leistungserbringer 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schriftliche Kooperationsverträge ■ Dokumentation der Kooperation 	Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einzelfallunabhängige Vernetzung der Dienstleistungen von Leistungserbringern ■ Verantwortliche Schnittstellenpflege aller Fallbeteiligten



Rahmenbedingungen



Kooperation und Koordination

Neben dem notwendigen Aufbau der in der Tabelle beschriebenen Beratungsstruktur ist für die Dienstleistung die Herstellung von Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Anbietern und anderen Akteuren aus dem Gesundheits- und Arbeitsmarktbereich von großer Bedeutung.

Ein Abschluss von Rahmenvereinbarungen ist empfehlenswert. Grundlage für eine solche Kooperation sind gute Kenntnisse der regionalen und lokalen Infrastruktur. Die Möglichkeit für die zeitnahe Verweisung oder Vermittlung in andere Zuständigkeiten muss gegeben sein. Eine entwickelte Kooperation bildet Synergieeffekte durch gemeinsames Auftreten, Handeln und Vorhalten von Angeboten aus und führt zu einer Verbesserung des Informationsflusses – unter Wahrung des Datenschutzes, dem Durchsetzen gemeinsamer Anliegen sowie Vermeidung von Parallelangeboten. Zu der externen Angebotspalette gehören z.B. Präventionskurse, Schuldner- und Suchtberatung, sowie angepasste arbeitsmarktintegrative Maßnahmen und auch ehrenamtliches Engagement.

Die Koordinationsfunktion soll dazu dienen, lokale und regionale Netzwerke zu entwickeln und die Bereitstellung von weiteren Beratungsleistungen im örtlichen und zeitlichen Kontext abzustimmen. Sie sind eine Querschnittsaufgabe zur Bildung von Brücken, die eine kontinuierliche Pflege der Schnittstellen einschließt. Durch Verbesserung der Abläufe ist ein gezielter Ressourceneinsatz realisierbar. Darüber hinaus trägt eine solche Koordinationsfunktion zu einer Professionalisierung von Fachlichkeiten bei (Qualitätszirkel, gemeinsame Fortbildung). Klarheit über Zuständigkeiten bewirkt eine Optimierung des Zuganges zu gesundheitsfördernden Angeboten für Arbeitslose.

Eine Bündelung der Ergebnisse kann auch die politische Entscheidungsfindung unterstützen.

Evaluation und Erfolgsmessung

Die Gesundheitsberatung hat definierte Ziele, die sich auf die Verhaltensprävention beziehen. Dabei ist für die beauftragten Träger neben der Zielerreichung auch die Erfassung der hiermit verbundenen Kostenwirkung wichtig. Eine gute Evaluation einer Gesundheitsberatung muss also beide Fragen beantworten. Allerdings sind Rahmenbedingungen in Form der Existenz und Qualität entsprechender Daten, der Akzeptanz des Einsatzes von Evaluationsinstrumenten und schließlich die für die Evaluation zur Verfügung stehenden Finanzmittel zu berücksichtigen. Die differenzierte Dokumentation ist eine unverzichtbare Voraussetzung und Basis jeder Evaluation, die auch in Kooperation mit einem Institut durchgeführt werden kann. Mit einer solchen externen Bewertung erfolgt dann die summative Evaluation, die Aufgabe der Struktur-, Produkt-, Prozessevaluation wird von den Trägern selbst übernommen.

Die Träger nutzen hierfür ihr internes Controllingsystem, das auch standardisierte Befragungen der Klienten und Mitarbeiter einbezieht.

Alle Beratungsinhalte und Aktivitäten werden systematisch dokumentiert, sodass überprüfbare Aussagen zu den Aktivitäten und Zielen des Klienten getroffen werden können. ■

Der Beratungserfolg ist abhängig von

- Personenmerkmalen des Klienten (Entscheidungsfähigkeit und Kompetenz, gesundheitliche Einschränkungen etc.)
- Beziehungsqualität
- Erwartungshaltungen des Klienten und Beraters
- Methodische und kommunikative Kompetenz des Beraters
- Setting und Rahmenbedingungen



Aus- und Fortbildung



Qualifikation der Berater

In der Gesundheitsförderung wird die Beratungskompetenz als Kernkompetenz vorausgesetzt; diese beinhaltet eine entsprechende fachliche Grundqualifikation und eine mehrjährige Beratungspraxis der Fachkräfte.

Die Grundqualifikation macht sich an verschiedenen Berufsabschlüssen fest. Hierbei handelt es sich im Einzelnen um die Bereiche

- Psychologie
- Pädagogik
- Sozialpädagogik/-arbeit
- Sozialwissenschaft
- Gesundheitswissenschaft
- Medizin

In der täglichen Praxis spielt die darüber hinausgehende Qualifikation des Beraters eine wichtige Rolle, die durch Fortbildungen zielgerichtet vertieft wird, um den spezifischen Anforderungen gerecht zu werden. Dieses gilt z.B. für interkulturelle- und Genderfragen, sowie für die Zusatzqualifikation: „Motivierende Gesundheitsgespräche“. Der Umgang mit psychosozialen Einschränkungen eines Klienten und seiner Stresssituation muss dem Berater geläufig sein.

In der Beratung ist es nicht notwendig, die Ursachen für mögliche irrationale Bewertungen ausfindig zu machen. Vielmehr ist es das Ziel, den Arbeitslosen dabei zu unterstützen, eine rationale Einstellung zu seiner Situation zu finden, die ihm einen angemessenen Umgang mit Problemen ermöglicht und nicht selbstschädigend ist. Hierzu ist eine besondere Kompetenz in der Gesprächsführung notwendig (Change-/confidence talk).

Themensammlung für Schulungskonzepte

In zwei Modellprojekten haben sich Schulungskonzepte¹ in der Gesundheitsberatung bewährt. Die folgende diesbezügliche Themensammlung soll zu einer qualitätsgesicherten Durchführung der Beratung beitragen.

MODUL 1 – Rechtsgrundlagen und Rahmenbedingungen für die Gesundheitsberatung

- Sozialgesetzgebung (SGB I, II, III, V, IX)
- Organisation des Gesundheitswesens
- Aufgaben und Ziele der Sozialleistungsträger
- Akteure und Versorgungslandschaft

MODUL 2 – Prozess- und Informationsmanagement

- Aufbau von sozialen Netzwerken als Systemkompetenz
- Kooperationen mit Dritten
- Sammlung und Aufbereitung von Informationen

MODUL 3 – Kooperationserweiterung in der Individualberatung

- Beratungsrelevante Grundlagen der Sozialpsychologie
- Beratungstheorien
- Eingangsdiagnostik/Sozialanamnese/„Gesundheitsprofiling“
- Gesprächstechnik
- Konfliktmanagement
- Methodisches Vorgehen in der Einzelberatung
- Informationsvermittlung in der Einzelberatung
- IT-gestützte Verfahren zur Selbsteinschätzung (Profilerkennung)

MODUL 4 – Information und Beratung in Gruppen

- Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Informationsveranstaltungen
- Theoretische Grundlagen und Arbeit mit Gruppen

MODUL 5 – Medizinisches Basiswissen

- Bedeutung von Stress, Bewegung, Ernährung, Suchtmittelkonsum für die Gesundheit
- Psychosoziale Gesundheit
- Chronische Erkrankungen/Behinderungen
- Logik der ICF
- Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation

¹ Das Schulungskonzept von JobFit NRW ist erhältlich unter www.ipg.uni-essen.de/index.php?id=63



Auswahl weiterführender Literatur



1. Allgemeine Literatur zu Gesundheitsförderung

- Holleder, A., Brand, H. (Hrsg.) (2006): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Bern: Hans Huber Verlag
- Kirch, W., Badura, B., Pfaff, H. (Hrsg.) (2007): Prävention und Versorgungsforschung, Heidelberg: Springer Verlag

2. Veröffentlichungen der Projekte

- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2005): Die FIT-Beratung. Motivierende Gesundheitsgespräche für Arbeitslose, Praxishilfe, Essen: BKK Bundesverband
- Beck, D., Gawlik-Chmiel, B. (2008): Förderung von Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit von arbeitslosen Menschen – Erfahrungen aus einem Modellprojekt zur arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung, In: Prävention 31.3, 2008
- Elkeles, T., Kirschner, W. (2004): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien, BKK Bundesverband (Hrsg.), Bremerhaven: Wirtschaftsverlag
- v. Braunmühl, C., Toumi, I. (2006) Arbeitsförderung mit integriertem Gesundheitsmanagement (AmigA) S. 215-222, In: Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Bern: Hans Huber-Verlag
- v. Braunmühl, C., Toumi, I. (2008) Arbeitsförderung mit integriertem Gesundheitsmanagement (AmigA) S. 259-263, In: Fachverband Sucht e.V., Qualitätsstandards der Suchtbehandlung, Geesthacht: Neuland-Verlag
- Kirschner, W. (2008): Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung. Handlungsleitfaden
- Mühlpfordt, S., Rothländer, K. (2008): Gesundheitsförderung für Arbeitslose bei Bildungs- und Beschäftigungsträgern. In B. Bergmann, U. Pietrzyk und J. Klose (Hrsg.), Beschäftigungsfähigkeit entwickeln – Innovationsfähigkeit und Kompetenz fördern (S. 85-94). Eigenverlag, Technische Universität Dresden
- Rothländer, K. (2007): AktivA – Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit. Handbuch zum Gesundheitsförderungsprogramm. Unveröffentlichtes Manual, Technische Universität Dresden. <http://aktiva.tu-dresden.de>
- Bellwinkel, M. (Hrsg.) (2007): Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. In: JobFit Regional: Ein Modellprojekt zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen durch Gesundheitsförderung, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW



3. Beispiele und Literaturhinweise für anerkannte Konzepte und Methoden

a. Die Salutogenese nach Antonovsky

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2001): Was erhält Menschen gesund?: Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung, Band 06, Köln: BZgA
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt

b. Das bio-psycho-soziale Modell der ICF (WHO 2001)

- DIMDI (Hrsg.): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, 2005 (WHO), <http://www.dimdi.de/dynamic//de/klassic>

c. Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderungen (TTM) nach Prochaska und DiClemente

- Keller, S. (Hrsg.) (1995): Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis, Freiburg: Lambertus

d. Das ABC-Modell nach Ellis

- Ellis, A., Junek, T. (1997): Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie (Leben Lernen 26), Stuttgart: Klett-Cotta
- Ellis, A., Hoellen, B. (2004): Die Rational-Emotive Verhaltenstherapie. Reflexionen und Neubestimmungen (Leben Lernen 112), Stuttgart: Klett-Cotta

e. Die Stresstheorie nach Lazarus (1995)

- Lazarus, R. S. (1995): Stress und Stressbewältigung – ein Paradigma. In: Heide-Sigrun Filipp (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse, 3. Auflage, Beltz: Weinheim

f. Das Motivierende Interview nach Miller und Rollnick

- Miller, W.R., Rollnick, S. (1999): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus-Verlag
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2005). Motivierende Gesprächsführung. (2., völlig überarbeitete Auflage). Freiburg: Lambertus-Verlag
- Körkel, J.; Drinkmann, A. (2002). Wie motiviert man „unmotivierte“ Klienten? Sozialmagazin, 27, 26-34
- Hanewinkel, R., Wewel, M., Wiborg, G., Stephan, C., Isensee, B. (2006): Motivierende Gesprächsführung mit Arbeitslosen. Das Gesundheitswesen, 4/68, 240–248

g. Soziale Kompetenz und soziale Unterstützung

- Brandt, M. (2006): Soziale Kontakte als Weg aus der Erwerbslosigkeit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 58
- Hinsch, R. & Pfungsten, U. (2002). Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK (4. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Kaluza, G. (2004). Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung (3. Auflage). Heidelberg: Springer
- Seligman, M., Petermann, F. (2000): Erlernte Hilflosigkeit, Weinheim: Beltz

h. Lebenslage Arbeitslosigkeit

- Negt, O. (2001): Arbeit und menschliche Würde, Göttingen: Steidl
- Rosch Inglehart, M. (1997): Kritische Lebensereignisse. Eine sozialpsychologische Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer

i. Evaluation und Qualitätsmanagement

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, Band 15, Köln: BZgA
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (1999): Evaluation – Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung, Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung, Band 08, Köln: BZgA



Impressum

Herausgeber:
DNBGF Geschäftsstelle
c/o BKK Bundesverband
Kronprinzenstraße 6
45128 Essen
E-Mail: dnbgf@bkk-bv.de

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten

Autoren: Dr. Ingrid Toumi, Stuttgart
Caroline Schupp, Bochum
Monique Faryn-Wewel, Essen

Unter Mitarbeit von: Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband in Essen
Barbara Gawlik-Chmiel, Frankfurt
Lutz Isenberg, Essen
Dr. Ulrich Jansen, Duisburg
Yasemin Kader, Essen
Dr. Wolf Kirschner, Berlin
Dr. Gudrun Richter-Witzgall, Dortmund
Katrín Rothländer, Dresden
Susann Mühlpfordt, Dresden
Prof. Dr. Rainer Tielsch, Wuppertal

Layout: RevierA GmbH, Essen, www.reviera.de

Fotos: Titel: ©istockphoto.de: xelf/StudioThreeDots
©istockphoto.de: mikdam/mgkaya/track5/evirgen/vm/Thomas_EyeDesign/
peepo/nyul/endopack

Druck: Soldan Druck und Medien GmbH, Essen

Status: Oktober 2009

www.dnbgf.de



Deutsches Netzwerk
für Betriebliche
Gesundheitsförderung



Das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) ist Teil der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), dessen Träger der BKK Bundesverband, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), der AOK-Bundesverband und der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) sind.
www.iga-info.de