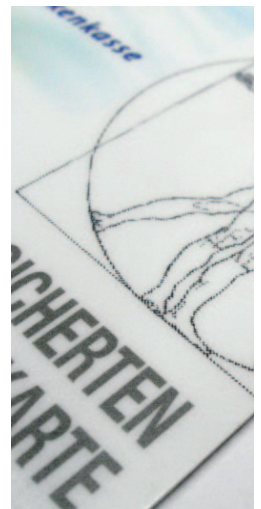




Spitzenverband

Leitfaden Prävention

**Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes
zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000
in der Fassung vom 27. August 2010**



In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene

AOK-Bundesverband, Berlin
BKK Bundesverband, Essen
IKK e. V., Berlin
Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel
Knappschaft, Bochum
Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin



Leitfaden Prävention

2. korrigierte Fassung vom 10. November 2010

Herausgeber:

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin
www.gkv-spitzenverband.de

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

Hinweis zum geschlechterbezogenen Sprachgebrauch: Im folgenden Text werden aus Gründen der leichteren Lesbarkeit nicht durchgehend beide Geschlechtsformen verwendet (z. B. Anbieterinnen und Anbieter, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Schülerinnen und Schüler). Bei Verwendung nur einer Geschlechtsform ist selbstverständlich die andere Geschlechtsform mit gemeint.

Inhalt

1.	Präambel	5	Inhalt
2.	Gesetzliche Grundlagen	7	
2.1	Primärprävention	8	
2.2	Betriebliche Gesundheitsförderung	9	
3.	Grundsätze	11	
3.1	Zielgruppen und Zugangswege	11	
3.1.1	Setting-Ansatz	11	
3.1.2	Individueller Ansatz	13	
3.2	Qualitätsmanagement, Dokumentation und Erfolgskontrolle	17	
3.3	Kommission zur Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien	18	
4.	Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV	19	
4.1	Entwicklung bundesweiter Präventions- und Gesundheitsförderungsziele	19	
4.2	Vereinbarte bundesweite Präventions- und Gesundheitsförderungsziele	20	
4.2.1	Allgemeine Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 Abs. 1 SGB V)	20	
4.2.2	Betriebliche Gesundheitsförderung (§ 20a SGB V)	22	
5.	Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V	23	
5.1	Setting-Ansatz	23	
5.1.1	Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte	25	
5.1.2	Gesundheitsfördernde Schule	28	
5.1.3	Gesundheitsförderung in der Kommune / im Stadtteil	31	
5.2	Individueller Ansatz - Kriterien und Handlungsfelder	35	
5.2.1	Handlungsfelder übergreifende Kriterien	36	
5.2.2	Bewegungsgewohnheiten	40	
	Präventionsprinzip:		
	Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität	41	
	Präventionsprinzip:		
	Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme	43	
5.2.3	Ernährung	46	
	Präventionsprinzip:		
	Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung	47	
	Präventionsprinzip:		
	Vermeidung und Reduktion von Übergewicht	48	

Inhalt	5.2.4	Stressmanagement	51
		Präventionsprinzip:	
		Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (Multimodales Stressmanagement)	53
		Präventionsprinzip:	
		Förderung von Entspannung (Palliativ-regeneratives Stressmanagement)	54
	5.2.5	Suchtmittelkonsum	56
		Präventionsprinzip:	
		Förderung des Nichtrauchens	56
		Präventionsprinzip:	
		Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums	58
	6.	Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20A SGB V	61
	6.1	Grundsätzliche Anforderungen und Kriterien	61
	6.2	Handlungsfelder	65
	6.2.1	Arbeitsbedingte körperliche Belastungen	65
		Präventionsprinzip:	
		Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates	65
	6.2.2	Betriebsverpflegung	67
		Präventionsprinzip:	
		Gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz	67
	6.2.3	Psychosoziale Belastungen (Stress)	69
		Präventionsprinzip:	
		Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz	69
		Präventionsprinzip:	
		Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	73
	6.2.4	Suchtmittelkonsum	76
		Präventionsprinzip:	
		Rauchfrei im Betrieb	77
		Präventionsprinzip:	
		„Punktnüchternheit“ (Null Promille am Arbeitsplatz) bei der Arbeit	79
	7.	Arbeitgeber geförderte Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen	82
	8.	Glossar	83
	9.	Anhang	88

1. Präambel

Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind der Schutz vor Krankheiten und die Förderung der Gesundheit unverzichtbare Aufgaben, um Lebensqualität und Leistungsfähigkeit ihrer Versicherten unabhängig von Geschlecht und sozialer Stellung langfristig zu erhalten und ihnen ein gesundes Altern zu ermöglichen. Der Wandel des Krankheitsspektrums zu den chronisch-degenerativen Erkrankungen, der demographische Alterungsprozess und die sich verändernden Anforderungen in der Arbeitswelt machen eine Intensivierung vorbeugender, auf die Minderung gesundheitlicher Belastungen und die Stärkung gesundheitlicher Potenziale und Ressourcen gerichteter Strategien und Interventionen erforderlich. Da Krankheiten und ihre Risikofaktoren in der Bevölkerung sozial ungleich verteilt sind, ist gerade Versicherten in sozial benachteiligter Lage hierbei ein besonderes Augenmerk zu widmen. Dies umso mehr, als gerade diese Versicherten präventive Angebote mit Kommstruktur nach aller Erfahrung nur unterproportional nutzen.

Mit diesem Leitfaden legt der GKV-Spitzenverband Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung nach den §§ 20 und 20a des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) vor, die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten. Der Leitfaden bildet die Grundlage, die Versicherten dabei zu unterstützen, Krankheitsrisiken möglichst frühzeitig vorzubeugen und ihre gesundheitlichen Potenziale und Ressourcen zu stärken. Maßnahmen, die nicht den in diesem Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht

im Rahmen von § 20 und § 20a SGB V durchgeführt oder gefördert werden. In Zweifelsfällen können die jeweiligen Aufsichtsbehörden eingeschaltet werden.

In den mehr als zehn Jahren seit der erstmaligen Verabschiedung der „Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien“ zur Umsetzung der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung am 21. Juni 2000 haben die Krankenkassen ihre Leistungen erheblich ausgebaut¹. Der Leitfaden bildet seitdem das zentrale Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung. Die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen sowie neue wissenschaftliche Erkenntnisse wurden und werden kontinuierlich integriert. Die hier vorgelegte sechste Auflage erfolgte ebenso wie die fünf vorhergehenden im Konsens mit der Beratenden Kommission unabhängiger Expertinnen und Experten, die die GKV bei der Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention berät.

Der Schutz vor Krankheit und die Förderung der Gesundheit sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Wesentliche Determinanten des Gesundheitszustandes der Bevölkerung liegen außerhalb des Einflussbereichs der Gesundheitspolitik und -versorgung im engeren Sinne: Die Qualität von Bildung und Erziehung, berufliche Anforderungen und Belastungen, die Integration in den Arbeitsmarkt und die soziale Teilhabe, die Einkommenssituation einschließlich des sozialen Schutzes gegen Verarmung und die Wohnbedingungen beeinflussen nachhaltig das Risiko zu erkranken und die Chancen, gesund zu bleiben. Diese Determinanten wirken auch auf die individuelle Fähigkeit und Bereitschaft ein, Verantwortung für das persönliche

Präambel

¹ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2009). Präventionsbericht 2009. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung (erscheint fortlaufend).

Präambel

Gesundheitsverhalten im Sinne der Verhaltensprävention zu übernehmen. Notwendig ist daher die gesundheitsförderliche Ausrichtung der genannten Lebensbereiche und Politikfelder. Auch innerhalb der gesundheitlichen Versorgung sind neben den Krankenkassen zahlreiche weitere Akteure für die Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung zuständig: Die gesundheitliche Aufklärung mit ihrem bevölkerungsweiten Fokus, der öffentliche Gesundheitsdienst mit seiner regionalen und kommunalen Ausrichtung, die Unfallversicherung, der staatliche und der betriebliche Arbeitsschutz mit ihrem Arbeitsweltbezug sowie zahlreiche freie und gemeinnützige Initiativen und Organisationen. Im Idealfall arbeiten diese Akteure zielbezogen entsprechend ihrer spezifischen Kompetenzen und Zuständigkeiten zusammen und ergänzen einander. Der Beitrag der GKV zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und -verhaltens der Versicherten bildet daher einen Baustein im Rahmen eines größeren Verbundes unterschiedlicher verantwortlicher Akteure².

Nicht alle sinnvollen und wirksamen Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung können von den Krankenkassen finanziert werden. Die begrenzten Mittel (Orientierungswert nach § 20 Abs. 2 SGB V von 2,86 Euro je Versicherten 2010) erfordern die Konzentration auf gezielte Interventionen in vorrangigen Handlungsfeldern und eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit allen an Prävention und Gesundheitsförderung beteiligten Stellen. Hierbei ist eine Konzentration auf Zielgruppen mit hohem Bedarf auch unter dem Gesichtspunkt der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit erforderlich.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass die Krankenkassen den Orientierungswert für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung sowie für die Mitwirkung an der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ausschöpfen.

Um die Präventionsanstrengungen der Krankenkassen auf Felder mit besonderem Handlungsbedarf zu fokussieren, hat die GKV auf epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlicher Basis Präventionsziele für die GKV erarbeitet.

Der GKV-Spitzenverband wird den Leitfaden unter Beteiligung von unabhängigem Sachverstand kontinuierlich an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen anpassen.

² Positionierung des GKV-Spitzenverbandes zu Prävention und Gesundheitsförderung. In: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2009). Präventionsbericht 2009. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, S. 16.

2. Gesetzliche Grundlagen

Die am 1. Juli 2008 in Kraft getretene Neufassung der §§ 20 Abs. 1 und 2 sowie 20a und 20b SGB V lautet wie folgt:

§ 20 SGB V Abs. 1 und 2 [Primärprävention]

- (1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.
- (2) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach den §§ 20a und 20b sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,74 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

§ 20a SGB V [Betriebliche Gesundheitsförderung]

- (1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen

für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. § 20 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

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

§ 20b SGB V [Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren]

- (1) Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Insbesondere unterrichten sie diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.



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

2.1 Primärprävention

In § 20 Abs. 1 SGB V macht der Gesetzgeber die Primärprävention als Sollvorschrift zu einer gesetzlichen Aufgabe der Krankenkassen mit stark verpflichtendem Charakter. Die Leistungen der Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten.

Mit dem vorliegenden Leitfaden kommt der GKV-Spitzenverband seinem gesetzlichen Auftrag zur gemeinsamen und einheitlichen Definition prioritärer Handlungsfelder und Kriterien der primärpräventiven Leistungen der Krankenkassen nach.

Für die Ausgaben für Leistungen nach §§ 20, 20a und 20b zusammen gilt ein Richtwert von 2,86 € pro Kopf der Versicherten (2010).

2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde die betriebliche Gesundheitsförderung zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen aufgewertet. Die Krankenkassen können die Leistungen entweder selbst erbringen, geeignete Dritte oder zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften beauftragen. Die neue gesetzliche Ausgestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderungsleistungen soll sicherstellen, dass die Maßnahmen am betrieblichen Bedarf ausgerichtet und bei der Planung und Umsetzung auch die gesundheitlichen Potentiale berücksichtigt werden. Geeignete Instrumente zur Erfassung der gesundheitlichen Situation im Betrieb sind Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (betrieblicher Gesundheitsbericht), Auswertungen von arbeitsmedizinischen Untersuchungen und Gefährdungsbeurteilungen, Mitarbeiterbefragungen zum Thema „Arbeit und Gesundheit“ sowie betriebliche Gesundheitszirkel.

Das Gesetz schreibt den Krankenkassen eine Unterstützungsfunktion für die Umsetzung der ermittelten „Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ (§ 20a Abs. 1 Satz 1) zu. Die ausdrückliche Verpflichtung der Arbeitgeber zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie der Unfallversicherungsträger (UV-Träger), arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten, bleiben weiterhin gültig. Eine Übertragung (von Teilen) dieser Verantwortung auf die Krankenkassen ist nicht beabsichtigt. Die Krankenkassen dürfen aus den Mitteln nach § 20a SGB V weiterhin

keine originären Aufgaben des Arbeitsschutzes (mit-)finanzieren, die in die alleinige Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen (z. B. Helme, Sicherheitsschuhe, Absaugvorrichtungen, Hebehilfen, sonstige Geräte oder bauliche Veränderungen). Zu den Aufgaben, die von den Krankenkassen übernommen werden können, vgl. Kapitel 6.1 Abschnitt: II. Anforderungen an die Krankenkasse.

In § 20a SGB V werden die Krankenkassen zur Zusammenarbeit mit dem zuständigen UV-Träger verpflichtet. Dies bedeutet, dass sich die Krankenkasse und der zuständige UV-Träger über das gemeinsame Vorgehen abzustimmen haben.

Das Gesetz sieht erstmals auch eine Zusammenarbeit der Krankenkassen untereinander in der betrieblichen Gesundheitsförderung als „Soll-Regelung“ vor. Die gewünschte Zusammenarbeit bezieht sich ausweislich der Begründung auf diejenigen Krankenkassen, bei denen die Mitarbeiter eines Betriebes versichert sind. Bereits in der Erhebungs- und Planungsphase betrieblicher Gesundheitsförderung sollten die im Betrieb vertretenen Krankenkassen untereinander ein Benehmen herstellen. Vor allem Krankenkassen, die im jeweiligen Betrieb mit einem relevanten Anteil an den Beschäftigten vertreten sind, sollten sich untereinander abstimmen. Die für die betrieblichen Gesundheitsförderungsleistungen aufgewandten Mittel können zwischen den aktiv beteiligten Krankenkassen entsprechend der Mitgliederzahl im jeweiligen Betrieb aufgeteilt werden, sofern es hierzu vor Projektbeginn einvernehmliche Absprachen gegeben hat.

Gesetzliche Grundlagen

Über die betriebliche Gesundheitsförderung hinaus arbeiten die Krankenkassen auch weiterhin bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eng mit den Unfallversicherungsträgern zusammen und unterstützen sie bei ihren gesetzlichen Aufgaben. Die Kooperation zwischen Kranken- und Unfallversicherung nach Form und Umfang ist in einer entsprechenden Rahmenvereinbarung geregelt³.

³ Rahmenvereinbarung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren vom Oktober 2009 (Internet: www.praevention-arbeitswelt.de).

3. Grundsätze

Für Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote nach §§ 20 und 20a SGB V gelten die gleichen Rahmenbedingungen wie für andere Leistungen der GKV (vgl. § 12 Abs. 1 SGB V). Danach müssen „die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“.

Die Krankenkassen können innerhalb des vom GKV-Leitfaden Prävention gesteckten Rahmens ihre Schwerpunkte der Förderung und weitere Anforderungen weitgehend selbst festlegen und ausgestalten⁴.

3.1 Zielgruppen und Zugangswege

§ 20 Abs. 1 SGB V verlangt von den Krankenkassen, dass sie mit ihren Leistungen zur primären Prävention neben der Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes insbesondere einen Beitrag zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Damit müssen die Leistungen einerseits allen Versicherten offen stehen und andererseits die Zugänge zu sozial benachteiligten Zielgruppen besonders unterstützt werden. Der GKV-Leitfaden Prävention beschreibt deshalb zwei grundlegende Ansätze für Interventionen:

- Interventionen, die primär auf Lebensräume abzielen und durch Strukturbildung Gesundheit fördern (Setting-Ansatz) und
- Interventionen, die auf den einzelnen Menschen und sein Verhalten ausgerichtet sind und die die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung aufzeigen (Individueller Ansatz).

Mit beiden Zugangswegen sollen insbesondere Personen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen erreicht werden. Dabei sind auch die unterschiedlichen Bedürfnisse zu berücksichtigen, die sich auf Grund geschlechtsspezifischer Unterschiede ergeben⁵.

3.1.1 Setting-Ansatz

Besonderes Augenmerk ist nach § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V auf solche Zielgruppen zu richten, die sozial

⁴ jurisPK - SGB V / Schütze, § 20 Rz 44.

⁵ Einstimmiger Beschluss der 74. Gesundheitsministerkonferenz vom 22. Juni 2001: Geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit und Krankheit.

Grundsätze

bedingt ungünstigere Gesundheitschancen aufweisen⁶.

Nach allen Erfahrungen lassen sich sozial Benachteiligte durch die für individuelle Angebote üblicherweise genutzten Zugangswege schwerer erreichen. Daher ist für diese Zielgruppe als Zugangsweg der Setting-Ansatz vorrangig zu empfehlen.

Mit diesem – insbesondere von der Weltgesundheitsorganisationen (WHO) empfohlenen und weit über die Aufgaben der Krankenkassen hinausreichenden – Ansatz sind primärpräventive und gesundheitsfördernde Interventionen gemeint, die sich statt auf Individuen auf Lebensräume richten, in denen Menschen große Teile ihrer Zeit verbringen⁷. Unter Settings werden soziale Systeme verstanden, die einen starken Einfluss auf die Gesundheit ausüben und in denen zugleich die Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet und beeinflusst werden können.

Solche Settings sind z. B. Kommunen/Stadtteile, Kindergärten/Kindertagesstätten, Schulen, Senioreneinrichtungen und Betriebe⁸. In diesem Leitfa- den werden die nichtbetrieblichen Setting-Ansätze in Kapitel 5.1 und die betrieblichen Setting-Ansätze in Kapitel 6 beschrieben.

Die alltäglichen Arbeits-, Lern-, und Lebensbedingungen haben einen erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung des Einzelnen und prägen gesundheitsbezogenen Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen. Der Setting-Ansatz beinhaltet Maßnahmen auf drei Ebenen:

- Schaffung einer gesunden physikalischen und psycho-sozialen Umwelt,

- Integration der Gesundheitsförderung, Bildung und Erziehung in die Prozesse des Alltages,
- Verknüpfung mit anderen Settings durch Netzwerke und Allianzen⁹.

Ziel der Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz ist es, unter aktiver Beteiligung der Betroffenen (Partizipation) die jeweiligen Gesundheitspotenziale und -risiken im Lebensbereich zu ermitteln und einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen. Dieser Prozess soll über die Schaffung gesundheitsgerechterer Verhältnisse die gesundheitliche Situation der Betroffenen nachhaltig verbessern. Dafür soll u. a. die Kooperationsfähigkeit innerhalb des jeweiligen Settings sowie zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Organisationen, Institutionen oder informellen Gruppen ausgebaut werden (Vernetzung)¹⁰. Denn der erfolgversprechende ganzheitliche Ansatz lässt sich nur realisieren, wenn die originär zuständigen Träger und weitere Akteure mit ihren jeweiligen Kompetenzen und finanziellen wie personellen Ressourcen zusammenwirken. Parallel und verknüpft mit dem Bemühen, Gesundheit als Organisationsprinzip in Settings zu integrieren und zu etablieren, sollte weiterhin auch die persönliche Handlungsfähigkeit des Einzelnen für die Gestaltung seiner gesundheitlichen Lebensbedingungen gestärkt werden (Empowerment) und auch der Einzelne zu gesundheitsgerechtem Verhalten motiviert und befähigt werden.

Ein besonderer Vorteil von Settings besteht auch darin, dass sich einerseits sozial Benachteiligte dort am besten erreichen lassen (aufsuchende Information und Intervention), andererseits jegliche Form einer kontraproduktiven Stigmatisierung

6 Über Zusammenhänge zwischen Sozialindikatoren/benachteiligten Gruppen und Krankheiten vgl. Mielck, A (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern; Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005). Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Kap. 3, 115-180. Siegrist, S., Marmot, M. (Hrsg.) (2008). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern.

7 Vgl. Bauch, J. (2002). Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Prävention 25 (2002) 67-70.

8 Grossmann, R., Scala, K. (2003). Stichwort: Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz, 205-206.

9 Baric, L., Conrad, G. (1999). Gesundheitsförderung in Settings. Gamburg

10 Die Arbeit mit Netzwerken, die von WHO und EU stark gefördert wird, basiert auf dem Setting-Ansatz.

vermieden wird, da in diesen Settings nicht ausschließlich sozial Benachteiligte anzutreffen sind. In diesem Sinne geeignete Settings sind insbesondere:

- Kindergärten/Kindertagesstätten, Grund-, Haupt-, Gesamt-, Sonder- und Berufsschulen,
- Kommunen/Stadtteile mit niedrigem durchschnittlichem Pro-Kopf-Einkommen bzw. hohem Arbeitslosen-, Sozialhilfe- oder Migrantenanteil,
- Einrichtungen/Heime mit einem hohen Anteil von Bewohnern mit einem niedrigen sozialen Status.

Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Eine erfolgreiche Gesundheitsförderungspolitik ist deshalb auf das Zusammenwirken und die gemeinschaftliche Bereitstellung von Ressourcen aller für die jeweiligen Settings Verantwortung tragenden Akteure angewiesen.

Bei der Umsetzung von Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz sollten, wo immer möglich, bereits vorhandene Strukturen Kassenarten übergreifender Organisation (Auswahl und Begleitung geeigneter Projekte) und der Qualitätssicherung genutzt werden¹¹.

Grundsätzlich kommt eine Förderung durch die Krankenkassen nur in Betracht, wenn Settingträger einen angemessenen Anteil an Eigen-/Drittmitteln – auch in Form geldwerter Leistungen – in die Aktivitäten einbringen und weitere für die Settings verantwortliche Partner inhaltlich und finanziell eingebunden sind. Eine Förderung kann nur dann erfolgen, wenn sich die im bzw. für das Setting

Verantwortlichen zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtet haben.

Der GKV-Spitzenverband empfiehlt dabei, insbesondere Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz außerhalb von Betrieben (Kapitel 5.1) zu verstärken. Die Krankenkassen/-verbände haben sich freiwillig darauf verständigt, hierfür zunächst mindestens 0,50 Euro pro Kopf ihrer Versicherten und Jahr zu verwenden.

3.1.2 Individueller Ansatz

Präventionsangebote nach dem individuellen Ansatz richten sich an den einzelnen Versicherten. Sie versuchen ihn zu befähigen und zu motivieren, Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung auszuschöpfen und finden als Kurse und Beratungen grundsätzlich in Gruppen statt.

Um den Bedarf für individuelle Präventionsangebote zu ermitteln, wurden die vorhandenen Datenquellen daraufhin ausgewertet, mit welcher Häufigkeit, medizinischen Relevanz und volkswirtschaftlichen Bedeutung bestimmte Erkrankungen auftreten. Anschließend wurde geprüft, ob für die Prävention dieser Erkrankungen wirksame Interventionen zu angemessenen Kosten möglich sind und qualitätsgesichert erbracht werden können.

Die Auswertung der für eine entsprechende Bedarfsermittlung zur Verfügung stehenden Literatur¹² zeigt, dass folgende Krankheitsbilder von besonderer epidemiologischer Bedeutung sind:

- Herz-Kreislaufkrankungen (insbesondere Herzinfarkte, Schlaganfälle und Krankheiten des cerebro-vaskulären Systems)

¹¹ Hierzu haben die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPg) und die Landesvereinigungen für Gesundheit in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und weiteren Kooperationspartnern ein bundesweites Netzwerk zur Dokumentation und partizipativen Qualitätsentwicklung von Projekten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten sowie in den Ländern „Regionale Knoten“ zur Unterstützung vor Ort aufgebaut; vgl. Internet: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>. Diese Strukturbildung ist ein Gemeinschaftsprojekt von GKV und öffentlicher Hand im Rahmen der primären Prävention.

¹² Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998). Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden; Robert Koch-Institut (2006). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin; Leistungsstatistiken der GKV (z. B. Krankheitsartenstatistiken der Verbände der Krankenkassen); Gesundheitsberichte der Bundesländer und Statistiken anderer gesundheitsrelevanter Institutionen (z. B. des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der Unfallversicherungsträger usw.); spezifische Analysen und Umfragen aus dem Gesundheitsbereich.

Grundsätze

- Diabetes mellitus, insbes. Typ 2
- bösartige Neubildungen
- Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes
- Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie
- psychische/psychosomatische Krankheiten.

Das Ziel der präventiven Leistungen der Krankenkassen ist daher die Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Erkrankungen durch Senkung der ihnen zugrunde liegenden Risikofaktoren.

Folgende präventive Interventionen sind daher vorrangig für die verschiedenen Krankheitsbilder zu empfehlen¹³:

- Herz-Kreislaufkrankungen: Vermeidung von Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Bewegungsmangel, übermäßigem Alkoholkonsum, Dysstress (vor allem in Bezug auf Herzinfarkte und Schlaganfälle)
- Diabetes mellitus Typ 2: Vermeidung des metabolischen Syndroms (gekennzeichnet durch eine Kombination aus Adipositas, Hyperlipoproteinämie, Hypertonie und Hyperurikämie, die mit einer Insulinresistenz, Glukosetoleranzstörung bzw. einem manifesten Diabetes einhergeht) durch Förderung von Bewegung und ausgewogener Ernährung, Zurückdrängung der o. g. Risikofaktoren
- bösartige Neubildungen: Förderung einer ballaststoffreichen, fettarmen Ernährung zur Vermeidung von Colon-Rektumkarzinomen und Nichtrauchen zur Vermeidung von Lungenkarzinomen
- Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes: Vermeidung von Übergewicht,

Verhütung von Gelenkverletzungen, Kräftigung der Muskulatur (vor allem in Bezug auf Arthrosen und Dorsopathien)

- Depressionen und Angststörungen: Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung von Dysstress.

Bewegungsmangel, Fehl- und Überernährung, mangelnde Stressbewältigungs- und Entspannungskompetenzen sowie Suchtmittelkonsum bilden wichtige Risikofaktoren für zahlreiche der o. g. Erkrankungen. Deshalb fokussieren die prioritären Handlungsfelder im individuellen Ansatz auch auf eben diese Risikofaktoren (s. hierzu Kapitel 5.2.2 - 5.2.5). Die Handlungsfelder sind dabei ziel- und indikationsbezogen in unterschiedliche Präventionsprinzipien gegliedert. In der betrieblichen Gesundheitsförderung sind die individuumsbezogenen Präventionsmaßnahmen ebenfalls auf diese Handlungsfelder ausgerichtet. Individuell ausgerichtete Präventionsmaßnahmen kommen jedoch in der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Regel im Rahmen komplexer Interventionen zum Einsatz, die auch die betrieblichen Strukturen und Abläufe berücksichtigen (s. hierzu Kapitel 6).

Interventionen müssen neben der Vermeidung von Risikofaktoren auch gesundheitsfördernde (= Ressourcen stärkende) Anteile enthalten¹⁴ (s. hierzu die Ausführungen zu Zielen, Inhalten und Methoden der Präventionsprinzipien in Kapitel 5.2).

Voraussetzung einer individuellen präventiven Intervention ist grundsätzlich, dass sich die Wirksamkeit der Intervention in Studien oder Metaanalysen (Evidenzbasierung) erwiesen hat. Erste, als in diesem Sinne gesichert anzusehende Präventions-

¹³ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998). Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden.

¹⁴ Rosenbrock, R. (2004). Primäre Prävention zur Vermeidung von sozialbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen -Problemskizze und ein Umsetzungsvorschlag des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV; in: Ders., Bellwinkel, M., Schröer, A. (Hrsg.). Prävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm 'Mehr Gesundheit für alle'. Essen, 7-150; hier: 62f.

Handlungsfelder und Präventionsprinzipien	
Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V	Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V
<p>Bewegungsgewohnheiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität • Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme <p>Ernährung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung • Vermeidung und Reduktion von Übergewicht <p>Stressmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Stressbewältigungskompetenzen • Förderung von Entspannung <p>Suchtmittelkonsum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung des Nichtrauchens • Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums 	<p>Arbeitsbedingte körperliche Belastungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates <p>Betriebsverpflegung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz <p>Psychosoziale Belastungen (Stress)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz • Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung <p>Suchtmittelkonsum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rauchfrei im Betrieb • „Punktnüchternheit“ (Null Promille am Arbeitsplatz) bei der Arbeit

prinzipien sind in den Kapiteln 5.2 und 6.2 dargestellt. Zur Förderung von innovativen Ansätzen sind darüber hinaus Modelle zur Erprobung der Wirksamkeit weiterer Präventionsprinzipien möglich, in denen über eine begleitende Dokumentation und Evaluation die Wirkung des jeweiligen Prinzips überprüft wird.

Eine weitere Voraussetzung für die individuelle präventive Intervention ist eine konkrete Zielbestimmung der Maßnahme, die sich operationalisieren und quantifizieren lässt, so dass sich eine Veränderung / Verbesserung in Bezug auf die Zielerreichung durch die erfolgte Intervention messen lässt. Wesentliche Zielkriterien sind dabei die nachhaltige Verringerung von gesundheitsriskanten und der Aufbau gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen.

Bei der konkreten Auswahl von Präventionsangeboten, deren Wirksamkeit prinzipiell erwiesen ist, sollte eine Fokussierung auf Zielgruppen erfolgen, bei denen der Bedarf am größten ist. Indikatoren für spezifische Zielgruppen können dabei neben den geläufigen Sozialindikatoren wie Einkommen, Bildung, Beruf und Wohnungssituation weitere allgemeine soziodemographische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Familienstand oder spezifische Lebenszyklusphasen, Phasen nach kritischen Lebensereignissen, besondere Belastungen oder Risiken sein. Inhalte und Methodik der Intervention wie auch die Zugangswege sind speziell auf die Zielgruppen abzustellen.

Zur Erreichung der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen – insbesondere auch solcher aus sozial

Grundsätze

benachteiligten Familien – ist die Förderung von Settingmaßnahmen in Kindergärten / Kindertagesstätten (KiTas), Schulen und Kommunen einer Förderung nach dem individuellen Ansatz grundsätzlich vorzuziehen. Deshalb werden keine Kursangebote für Kinder unter sechs Jahren gefördert.

Die Maßnahmen können den Zielgruppen in einer Kommstruktur oder in einer Bringstruktur angeboten werden. Bei einer Kommstruktur werden Interessierte durch öffentliche Bekanntmachung auf die Maßnahme aufmerksam gemacht und eingeladen. Beispiele sind:

- allgemeine Öffentlichkeitsarbeit (Tagespresse, Plakate, Veranstaltungsprogramme)
- zielgruppenspezifische Medien (z. B. Versicherungszeitschriften für bestimmte Altersgruppen)
- Direkt-Mailingaktionen (z. B. für Schwangere, Eltern von Kindern bestimmter Altersgruppen etc.)

Bei einer Bringstruktur tragen die Krankenkassen oder die Anbieter die Maßnahmen durch persönliche Ansprache aktiv an die Zielgruppe in deren Lebensumfeld (z. B. Senioreneinrichtungen, Arbeitssagenturen, Beschäftigungs- und Qualifizierungseinrichtungen) heran. Dieses Vorgehen eignet sich insbesondere zur Erreichung sozial benachteiligter Zielgruppen. Maßnahmen mit Bringstruktur, die nicht von der Krankenkasse selbst angeboten werden, bedürfen immer einer vorherigen Einwilligung der zuständigen Krankenkassen; Doppelfinanzierungen sind auszuschließen.

Eine Mischform von Komm- und Bringstruktur ist die Ansprache durch Kooperationspartner, die von der Zielgruppe besonders frequentiert wer-

den (z. B. Ärzte, Ämter, Kirchen, Kulturvereine und Stadtteilinitiativen).

Anbieter primärpräventiver Maßnahmen nach § 20 SGB V haben diese deutlich gegenüber verordnungspflichtigen Leistungen für Versicherte (Krankenbehandlung und Rehabilitation) sowie weiteren Dienstleistungen, die nicht Bestandteil des GKV-Leistungskataloges sind, abzugrenzen.

3.2 Qualitätsmanagement, Dokumentation und Erfolgskontrolle

Wie alle anderen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch müssen Leistungen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen sowie in der fachlich gebotenen Qualität und wirtschaftlich erbracht werden; die Anbieter sind darüber hinaus auch zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet (§§ 2, 70, 135a SGB V).

Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung erfordern daher zweckmäßige Verfahren zur Sicherung der Angebotsqualität, zur Dokumentation und zur Erfolgskontrolle; diese sind als fortlaufende Routinen zu etablieren. Nur so kann die erforderliche Transparenz erreicht werden, die es den einzelnen Krankenkassen, ihren Verbänden, der Politik und der Wissenschaft ermöglicht zu überprüfen, ob die gesetzten Ziele und Erwartungen erreicht wurden. Indem die gewonnenen Daten und Erfahrungen in die Planung der zukünftigen Aktivitäten einfließen, wird ein permanenter Optimierungsprozess der Angebote in Gang gesetzt.

Um diese Ziele zu erreichen, sind Verfahren zum Qualitätsmanagement, zur Dokumentation und zur Erfolgskontrolle im Rahmen eines Stufenprozesses implementiert worden.

Um zu gewährleisten, dass die Maßnahmen hinsichtlich Inhalten, Methoden, Durchführungsbe-

dingungen und Anbieterqualifikationen (Strukturqualität) den in diesem Leitfaden definierten Anforderungen entsprechen, hat sich die GKV auf geeignete Instrumente zur freiwilligen Nutzung verständigt¹⁵.

Darüber hinaus werden die Leistungen der Krankenkassen einheitlich dokumentiert¹⁶. Die Dokumentation stellt die erforderliche Transparenz über die Leistungsanspruchnahme und -erbringung auch unter qualitativen Gesichtspunkten her.

Für eine kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Planungs-, Prozess- und Ergebnisqualität im Routinebetrieb ist eine begleitende stichprobenartige Evaluation sinnvoll. Hierfür wurden gemeinsame und einheitliche Instrumente entwickelt. Mittels dieser Instrumente kann stichprobenartig Aufschluss gewonnen werden, zu welchem Grad die vorab festgelegten Maßnahmeziele erreicht wurden¹⁷. Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene empfehlen den Krankenkassen, diese Instrumente und Verfahren nach Bedarf anzuwenden. Die Krankenkassen stellen Anbietern von Präventionsmaßnahmen diese und/oder weitere Instrumente zur Qualitätssicherung zur Verfügung.

Grundsätze

¹⁵ GKV-Spitzenverband unter Beteiligung von AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V., Knappschaft KdöR, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Verband der Ersatzkassen e.V. und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2010). Materialien zum Qualitätsmanagement in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß §§ 20 und 20a SGB V.; Download: www.gkv-spitzenverband.de; Versorgungsbereiche der GKV, Prävention.

¹⁶ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2009). Präventionsbericht 2009. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung (erscheint fortlaufend).

¹⁷ Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008). Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu § 20 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen. Bergisch Gladbach; Handbücher und Instrumente zum Download: www.gkv-spitzenverband.de; Versorgungsbereiche der GKV, Prävention; Kliche, T., Riemann, K., Bockermann, C., Niederbühl, K., et al. (2010). Gesundheitswirkungen der Prävention: Entwicklung und Erprobung eines Routine-Evaluationssystems für Primärprävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen in Settings, Betrieben und Gesundheitskursen. Gesundheitswesen. 30, (Online first)1-11.

3.3 Kommission zur Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien

Der GKV-Spitzenverband beteiligt bei der Anpassung des Leitfadens zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen kontinuierlich unabhängigen Sachverständigen. Dazu wurde ein Gremium eingerichtet, das den GKV-Spitzenverband berät. Diese „Beratende Kommission des GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“ setzt sich aus je einem Vertreter des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG), der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zusammen. Ständige Gäste sind jeweils ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK). Zu Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden darüber hinaus die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) sowie der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) beteiligt. Im Bedarfsfall können bei themenspezifischen Fragestellungen auf Vorschlag der Beratenden Kommission und Beschluss des GKV-Spitzenverbandes weitere Experten zu den Beratungen hinzugezogen werden. Die Beratende Kommission tagt im Regelfall zweimal pro Jahr und unterstützt den GKV-Spitzenverband im Rahmen der §§ 20 und 20a SGB V insbesondere hinsichtlich der folgenden Themenfelder:

- Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse sowie der aus der Praxis gewonnenen Erfahrungen. Hierzu zählt u. a. die Aufnahme neuer Handlungsfelder und die Prüfung bereits genannter bzw. neu aufzunehmender Anbieterqualifikationen
- Qualitätssicherung (Aufbau zweckmäßiger Verfahren der Dokumentation und Erfolgskontrolle sowie Etablierung entsprechender Qualitätssicherungsprotokollen)
- Weiterentwicklung praktikabler und ökonomischer Methoden zur Auswertung gesundheitsbezogener Daten und ggf. Ableitung geeigneter Präventionsmaßnahmen
- Empfehlungen zu weiteren Kooperationen
- Erfahrungsaustausch über Praxismodelle
- Weitergabe wissenschaftlicher Erkenntnisse.

4. Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV

In Prävention und Gesundheitsförderung sind gemeinsame Ziele notwendig, um die Anstrengungen und Ressourcen verschiedener Akteure zu bündeln. Nationale Präventionsziele sollten in einem breiten demokratischen Prozess entwickelt und politisch legitimiert werden. Die GKV unterstützt daher die Entwicklung nationaler Präventions- und Gesundheitsförderungsziele auf Bundesebene, z. B. im Rahmen des Forums zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland („gesundheitsziele.de“)¹⁸.

Da für Prävention und Gesundheitsförderung derzeit noch keine nationalen Ziele existieren, hat sich die GKV auf eigene Ziele verständigt¹⁹. Die Ziele wurden unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen und anderer Organisationen (z. B. „gesundheitsziele.de“) definiert und gelten für die Jahre 2008 bis 2012. Sie sollen dazu anregen, dass die Krankenkassen in diesem Zeitraum gemäß den in diesem Leitfaden festgelegten Handlungsfeldern und Qualitätskriterien diejenigen Maßnahmen ausweiten, die zur Erreichung der Ziele beitragen. Dabei bleibt die Vielfalt an Handlungsmöglichkeiten für die Krankenkassen vor Ort und die Möglichkeit der eigenen Schwerpunktsetzung gemäß diesem Leitfaden bestehen²⁰.

Der Erreichungsgrad der quantifizierten Teilziele wird im Rahmen der jährlichen Kassenarten übergreifenden Dokumentation überprüft.

Bei der Umsetzung der nachfolgenden Ober- und Teilziele strebt die GKV mit allen Organisationen und Gremien, die sich mit der Entwicklung und Umsetzung nationaler Präventions- und Gesundheitsziele beschäftigen, eine partnerschaftliche Zusammenarbeit im Sinne eines konzertierten Vorgehens an.

4.1 Entwicklung bundesweiter Präventions- und Gesundheitsförderungsziele

Während die Primärprävention auf die Senkung von Risiken und Belastungen für definierte Erkrankungen ausgerichtet ist, soll die Gesundheitsförderung Ressourcen für Gesunderhaltung krankheitsunspezifisch stärken.

Um zu gewährleisten, dass sich die primärpräventiven Ziele am epidemiologisch abgeleiteten Bedarf der Versicherten orientieren, hat die GKV hierfür ein hierarchisches, morbiditätsorientiertes Auswahlsystem zur Zieldefinition mit folgenden Elementen zugrunde gelegt:

- Auswahl der Kennziffern, mit denen die gesundheitliche und ökonomische Bedeutung von Erkrankungen bestimmt wird (vorzeitige Mortalität, Arbeitsunfähigkeit, Krankheitskosten usw.)
- Aufstellung einer Rangfolge von Krankheiten, aus der hervorgeht, welche Krankheiten gemäß den Kennziffern am schwerwiegendsten sind
- Aufstellung allgemeiner, nicht quantifizierter Oberziele für die ausgewählten Erkrankungen
- Ableitung und Quantifizierung von Teilzielen mit Bezug auf verhaltens- und verhältnisbezogene Risikofaktoren der ausgewählten Erkrankungen sowie vorrangige Zielgruppen.

Bei der Gesundheitsförderung stehen positive Gestaltungsziele im Vordergrund: Es sollen Prozesse in der jeweiligen Lebenswelt ausgelöst und angeleitet werden, die zu einer Reduktion der Eintrittswahrscheinlichkeit für eine Mehrzahl von Erkrankungen

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV

¹⁸ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2003). gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von nationalen Gesundheitszielen in Deutschland. Köln.

¹⁹ Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben 2007 erstmalig Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die GKV verabschiedet. Der GKV-Spitzenverband hat in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene diese Ziele 2009 bestätigt und fortgeschrieben.

²⁰ jurisPK - SGB V / Schütze, § 20 Rz 44.

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV

bzw. von Krankheit überhaupt führen. Gesundheitsförderungsziele können daher nicht morbiditätsorientiert, sondern müssen unter Rückgriff auf Erkenntnisse über allgemein gesund erhaltende Faktoren abgeleitet werden. Wichtige Anstöße hierzu haben die Forschungsergebnisse zur Salutogenese geliefert, die auch in die Programmatik der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingeflossen sind. Die Ziele in der Gesundheitsförderung in Lebenswelten (auch in der Lebenswelt Betrieb) wurden nach diesem Konzept entwickelt und für die einzelnen Settings/Lebenswelten in partizipativen Prozessen konkretisiert²¹.

²¹ Vgl. Initiative Gesundheit und Arbeit (Hrsg.) (2005). Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen. IGA-Report Nr. 8, Essen, Dresden und Bonn (Eigenverlag). Internet: <http://www.iga-info.de>.

4.2 Vereinbarte bundesweite Präventions- und Gesundheitsförderungsziele

4.2.1 Allgemeine Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 Abs. 1 SGB V)

Die GKV hat als Oberziel für die Primärprävention außerhalb von Betrieben die „Reduktion von Krankheiten des Kreislaufsystems“ ausgewählt, da diese Krankheitsgruppe im Hinblick auf Mortalität, Morbidität und Kosten die höchste epidemiologische Bedeutung besitzt. Hinsichtlich der zu adressierenden Zielgruppen empfiehlt der GKV-Spitzenverband eine Fokussierung auf Kinder, Jugendliche und junge sowie werdende Eltern.

Die allgemeinen Präventionsziele der GKV für die Jahre 2008-2012 lauten:

Oberziel Prävention „Reduktion von Krankheiten des Kreislaufsystems“ (Zielgruppen: Kinder, Jugendliche und junge Familien)	
Zielgruppen	Teilziele
Kinder* und ihre Eltern	1. Besondere Zielgruppenorientierung von Aufklärungs- und Beratungsangeboten der Krankenkassen auf junge Familien und Alleinerziehende zur Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung und elterlichem Rauchverzicht (nicht quantifiziert)**
3-6 jährige Kinder	2. Steigerung der Zahl der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten erreichten Kinder in Kindertagesstätten um 10% pro Jahr
schulpflichtige Kinder und Jugendliche	3. Steigerung der Zahl der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten erreichten Kinder/Jugendlichen in Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen um 5% pro Jahr

* insbesondere 0-2-jährige Kinder

** Aufklärungs- und Beratungsangebote sind keine Leistungen nach § 20 SGB V; sie sind vielmehr § 1 SGB V zuzuordnen.

Die vorrangig vorgeschlagenen Maßnahmen zu Teilziel 1 bestehen aus Beratungen und Aufklärungsmaßnahmen (Elterninformation, -aktionen /-projekte, Mailings, Versicherenzeitschriften) entsprechend dem Auftrag aus § 1 SGB V. Zielgruppe der Maßnahmen nach den Teilzielen 2 und 3 sind Kinder und Jugendliche im Kindergarten- bzw. Schulalter. Für die KiTa- und schulbezogenen Präventionsmaßnahmen der GKV wird eine multimodale Ausrichtung (mindestens auf zwei Themen aus Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung/ Entspannung, Suchtvorbeugung und allgemeine Lebenskompetenz) empfohlen. Ebenfalls empfohlen wird die gleichgewichtige Berücksichtigung der Verhaltensprävention (Wissensvermittlung, Kompetenzstärkung, Einstellungsänderung) und der Verhältnisprävention (gesundheitsförderliche Umgestaltung von Strukturen und Abläufen in der Schule bzw. der KiTa z. B. durch Umgestaltung der Curricula, der Pausen/des Pausenraums, der Zeitstruktur des Unterrichts und der nachmittäg-

lichen AG-Angebote etc.). Die Aktivitäten können nicht von den Krankenkassen allein umgesetzt werden, vielmehr haben die Verantwortlichen für die KiTa bzw. die Schule entsprechend den Grundsätzen des GKV-Leitfadens Prävention ebenfalls Ressourcen zur Umsetzung einzubringen.

Die Gesundheitsförderungsziele sind auf die gleichen Zielgruppen und Lebenswelten ausgerichtet wie in der Primärprävention, um hierdurch eine Bündelung und Synergieeffekte der Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten zu erreichen. Bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen empfiehlt der GKV-Spitzenverband, vor allem Kommunen / Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf zu berücksichtigen (z. B. gemäß dem Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Soziale Stadt“).

Die allgemeinen Gesundheitsförderungsziele der GKV für die Jahre 2008-2012 lauten:

Oberziel Gesundheitsförderung „Die salutogenen Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen ausschöpfen“	
Zielgruppen	Teilziele
Kinder*und ihre Eltern	1. Aktive Mitwirkung der Krankenkassen in Bündnissen für Kindergesundheit oder ähnlichen Gremien auf Gemeindeebene (nicht quantifiziert)
3-6 jährige Kinder	2. Steigerung der Anzahl an Kindertagesstätten mit etablierten Steuerungskreisen für Gesundheit (intern oder einrichtungsübergreifend), an denen mindestens die GKV, der KiTa-Träger und Elternvertreter beteiligt sind, um 10% pro Jahr
schulpflichtige Kinder und Jugendliche	3. Steigerung der Anzahl an Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen mit etablierten Steuerungskreisen für Gesundheit, an denen mindestens die GKV, der Schulträger, die Schulleitung und Lehrerschaft sowie Eltern und Schüler/innen (ab Sekundarstufe II) vertreten sind, um 5% pro Jahr

4.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung (§ 20a SGB V)

Als Oberziel der betrieblichen Präventionsaktivitäten der Krankenkassen hat die GKV unter Berücksichtigung der Aspekte Mortalität, Morbidität und Kosten sowie in Abstimmung mit unabhängigen Sachverständigen das Oberziel „Reduktion von Psychischen und Verhaltensstörungen“ ausgewählt. Psychische und Verhaltensstörungen nehmen unter Berücksichtigung der genannten Parameter einen Spitzenplatz im Krankheitsgeschehen ein und haben in den letzten Jahren als Ursache für Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Berentung überproportional stark zugenommen²².

In der Übersicht sind die zur Umsetzung geeigneten Teilziele für die Jahre 2008-2012 aufgeführt:

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention:
„Reduktion von Psychischen und
Verhaltensstörungen“

Teilziele

1. Steigerung der Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ um 5% pro Jahr
2. Steigerung der Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung Stressbewältigung / Stressmanagement um 5% pro Jahr
3. Steigerung der Teilnahme älterer Arbeitnehmer an betrieblichen Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen um 5% pro Jahr

Die arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderungsziele der GKV für die Jahre 2008-2012 lauten:

Oberziel arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung:

„Die salutogenen Potenziale der Arbeitswelt ausschöpfen“

Teilziele

1. Steigerung der Anzahl an Betrieben mit betrieblichen Steuerungskreisen um 5% pro Jahr
2. Steigerung der Anzahl an Betrieben, in denen betriebliche Gesundheitszirkel durchgeführt werden um 5% pro Jahr
3. Steigerung der Anzahl an Betrieben mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben um 5% pro Jahr

²² BKK Bundesverband (Hrsg.) (2008). BKK Gesundheitsreport 2008. Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen, Essen; Badura, B., Schröder, H., Klose, J. & Macco, K. (Hrsg.) (2010). Fehlzeitenreport 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern. Heidelberg.

5. Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

Maßnahmen zur Primärprävention sollen den Gesundheitszustand der Versicherten insgesamt verbessern und stehen grundsätzlich allen Versicherten offen. Die Leistungen sollen zugleich die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen vermindern. Die Krankenkassen fördern daher sowohl Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz als auch nach dem individuellen Ansatz (vgl. Kapitel 3.1).

5.1 Setting-Ansatz

Die nachstehenden Ausführungen beziehen sich auf alle Settings außer auf das Setting Betrieb; die betriebliche Gesundheitsförderung wird in Kapitel 6 beschrieben.

Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz können von Krankenkassen finanziell oder durch eigene Fachkräfte (z. B. durch Beratung, Moderation und Projektmanagement) in folgenden Bereichen unterstützt werden:

- Bedarfserhebung
- Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Fortbildung von Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung.

Die Maßnahmen müssen die nachstehenden Förderkriterien erfüllen²³.

- Für die geplanten Aktivitäten besteht ein eindeutig erkennbarer Bedarf.
- Es werden insbesondere sozial benachteiligte Zielgruppen in ihren Lebensumfeldern erreicht.
- Eine gesundheitsfördernde Gestaltung von Lebensräumen für diese Zielgruppen wird initiiert.
- Die für das jeweilige Setting zuständigen Hauptakteure sind in die Planung und Durchführung kooperativ eingebunden.
- Die geplanten Aktivitäten führen über die Krankheitsvermeidung hinaus zu einer Stärkung von gesundheitsfördernden und -schützenden Rahmenbedingungen.

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

23 Vgl. auch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung Konkret Bd. 5, 4. Auflage Köln (Internet: www.gesundheitliche-chancen-gleichheit.de).

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

- Der Projektverlauf und seine Ergebnisse werden im Projektteam regelmäßig reflektiert und bewertet (Qualitätssicherung).
- In die Maßnahmenplanung, -entwicklung und Qualitätssicherung sind die Zielgruppen aktiv einbezogen, um sie zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu befähigen (Empowerment).
- Die geplanten Aktivitäten münden in einer dauerhaften Verstetigung des Prozesses.
- Die geplanten Aktivitäten führen zu einer weiteren Vernetzung zwischen Institutionen – auch außerhalb des Gesundheitsbereiches im engeren Sinn – und fördern eine konstruktive Zusammenarbeit.
- Der für das Setting zuständige Träger bringt einen angemessenen Anteil an Eigen- / Drittmitteln – auch in Form geldwerter Leistungen – in die projektbezogenen Aktivitäten ein.

5. Einigung über Qualitätsmanagement: Festlegung von Routinen für die Dokumentation und Bewertung von Interventionen.
6. Durchführung der Intervention.
7. Evaluation: Bewertung der Durchführung und Ermittlung der Wirksamkeit der Interventionen – auch unter dem Gesichtspunkt der Verstetigung / Nachhaltigkeit.

Die Krankenkassen erwarten, dass die beantragten Maßnahmen in politikfeldübergreifende gesund-

Planung und Durchführung der Maßnahmen sollten sich an folgenden Schritten orientieren:

1. Bedarfsermittlung: Durchführung einer Analyse zur Ermittlung von settingspezifischen Belastungsschwerpunkten, Veränderungsbedarfes und -potentialen bei den betroffenen Gruppen.
2. Zielformulierung: Abgestimmte Priorisierung von Zielen und Einigung über Ergebnisparameter.
3. Zielkonkretisierung: Konkretisierung der Ziele in – ggf. mehrstufigen – Interventionen, Einigung über (Zwischen-) Ergebnisparameter und Bewertungsmaßstäbe.
4. Aufgabenverteilung: Festlegung der Rollen der Akteure, Kooperationspartner und Finanziers für die Gestaltung der einzelnen Interventionen und Interventionsschritte inner- und außerhalb des Settings und der Finanzierung; Zeitplanung.

²⁴ Eine Ausnahme besteht bei der Finanzierung der „Regionalen Knoten“ des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Diese werden paritätisch von den Krankenkassen und den Bundesländern finanziert.

Ausschlusskriterien

Von der Förderung ausgeschlossen sind:

- Aktivitäten, die zu den Pflichtaufgaben kommunaler/staatlicher Stellen (z. B. Sportunterricht in Schulen, Betreuungsaktivitäten in offenen Ganztagschulen, Schuleingangsuntersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), Suchtberatung – z. B. durch Suchtprophylaxebefragte) oder anderer Körperschaften des öffentlichen Rechts gehören
- Isolierte Kursangebote externer Anbieter, die nicht von strukturellen Veränderungsaktivitäten in KiTas bzw. Schulen begleitet werden und innerhalb der regulären Unterrichts-/ Betreuungszeiten stattfinden
- Individuumsbezogene Abrechnung von Kursmaßnahmen im Rahmen von Setting-Ansätzen
- Förderanträge, die nicht von der Einrichtung/ dem Einrichtungsträger selbst gestellt werden
- Forschungsprojekte/Screenings mit geringem Anteil von Interventionen
- Aktivitäten von politischen Parteien sowie parteinahen Organisationen und Stiftungen
- Aktivitäten, die einseitig Werbezwecken für bestimmte Einrichtungen, Organisationen oder Produkte dienen
- Berufliche Aus- und Weiterbildung
- Kosten für Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenstände und Mobiliar
- Regelfinanzierung von auf Dauer angelegten Stellen (z. B. in Beratungseinrichtungen)²⁴
- Mediale Aufklärungskampagnen

heitsförderliche Strategien und Vernetzungsprozesse eingebunden sind. Im Bereich der Gesundheitsfördernden Schule bedeutet dies z. B., dass sich auch die übrigen Verantwortlichen (z. B. Bildungsträger, Jugendhilfe) zu Gesundheitsförderung als Leitbild und Orientierung bekennen.

Sofern Anspruch auf eine Regelfinanzierung besteht, ist eine Förderung durch die Krankenkassen / -verbände ausgeschlossen (Subsidiarität).

Im Folgenden werden als Beispiele für Setting-Ansätze die „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“ und „Gesundheitsfördernde Schule“ sowie die „Gesundheitsförderung in der Kommune / im Stadtteil“ näher beschrieben. Maßnahmen in anderen Settings sind ebenfalls förderungsfähig, wenn sie den o. g. Kriterien entsprechen.

5.1.1 Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte

Kindertagesstätten (KiTas) eignen sich in besonderer Weise als Setting der Gesundheitsförderung, weil hier Kinder in einer Lebensphase erreicht werden, in der gesundheitsförderliche Erlebens- und Verhaltensweisen entscheidend beeinflusst und geprägt werden können. Damit werden u. a. wichtige Grundsteine für die weitere Bildungs- und Persönlichkeitsentwicklung der Kinder insgesamt gelegt. Ausgehend vom Setting „Kindertagesstätte“ können auch die gesundheitlichen Rahmenbedingungen in den Familien positiv beeinflusst werden, denn insbesondere in der frühen Lebensphase von Kindern haben Eltern ein großes Interesse an der gesunden Entwicklung ihres Kindes. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen und Abläufe in

KiTas kann schließlich auch zur Verringerung der Belastungen und damit zur Verbesserung der Gesundheit der Erzieher / -innen beitragen.

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

Das Ziel der pädagogischen Arbeit der KiTa, die Entwicklung einer „eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“²⁵, kann wesentlich auch durch Gesundheitsinterventionen in die physische, psychische und soziale Entwicklung der Kinder gefördert werden. Gesundheitsförderung und Prävention in KiTas ist daher nicht als isolierte Zusatzaufgabe zu begreifen, sondern stellt einen integralen Bestandteil des Bildungs- und Erziehungsauftrags der KiTa dar.

Grundsätze:

Die Krankenkassen beteiligen sich partnerschaftlich an gesundheitsfördernden Projekten zur integrierten Förderung von Bildung und Gesundheit in KiTas mit verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung. Bei der Entscheidung darüber, in welchen Projekten sich Krankenkassen engagieren, sind die nachfolgenden Kriterien handlungsleitend:

1. Die KiTa ist nicht nur Zugangsweg zur Erreichung der Kinder und ihrer Familien, sondern ist selbst Gegenstand gesundheitsförderlicher Umgestaltung.
2. Zielgruppen sind insbesondere die Kinder und deren Familien.

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

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

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

26 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010). Nationales Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“. Berlin.

3. Die Maßnahmen bauen auf dem tatsächlichen (selbst artikulierten) Bedarf der Kindertagesstätte - erhoben z. B. durch Befragungen bei Eltern und Erzieher/-innen - auf.
4. Die Maßnahmen und Projektangebote werden von den KiTas tatsächlich nachgefragt und gemeinsam mit den Verantwortlichen für die KiTa sowie unter Einbeziehung der Eltern umgesetzt.
5. Es handelt sich um Gemeinschaftsprojekte mit mehreren Partnern bzw. Finanzierungsträgern; insbesondere hat auch der KiTa-Träger der selbst eigene sächliche oder finanzielle Mittel in das Projekt / die Maßnahme einzubringen.
6. Umsetzung und Ergebnisse der Intervention werden dokumentiert, evaluiert und jedem Partner zur Verfügung gestellt.

Entscheidend für eine positive Einflussnahme auf die Bildungs- und Gesundheitsentwicklung der Kinder sind neben den familiären Bedingungen auch die Motivation des pädagogischen Personals und dessen gesundheitliche Situation und Arbeitsbedingungen. Deshalb sollten im Rahmen von integrierten Bildungs- und Gesundheitsprojekten in KiTas auch die gesundheitlichen Probleme und Belange der Erzieher / -innen unter Beachtung der Arbeitsaufträge und der originären Zuständigkeiten der Partner (KiTa-Träger, Unfallversicherungsträger, Krankenkasse) berücksichtigt werden.

Ziele:

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in KiTas sollten insbesondere die Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung, Entspannung und Stressbewältigung sowie Resilienz (Widerstandsfähigkeit) umfassen und in deren Bildungs-

Erziehungs- und Betreuungsauftrag integriert sein²⁶. In vielen KiTas werden entsprechende Ansätze bereits verfolgt. Die Rolle der Krankenkassen kann deshalb darin bestehen, solche Ansätze zu begleiten, die sich (ggf. in Kombination mit weiteren Handlungsfeldern wie Gewalt- und Suchtprävention) auf die Erreichung folgender Ziele konzentrieren:

- Das KiTa-Team sorgt für ein ausgewogenes und abwechslungsreiches Angebot frischer und gesunder Lebensmittel.
- Die Kinder werden in die Zubereitung der Mahlzeiten - sofern die räumlich-strukturellen Voraussetzungen hierfür gegeben sind - aktiv integriert, um ihnen sinnliche Lernerfahrungen im Umgang mit Lebensmitteln zu ermöglichen.
- Die Esssituation wird vom KiTa-Team gemeinsam mit den Kindern freudvoll und gesellig gestaltet.
- Der KiTa-Träger stellt vielfältige und möglichst naturnahe Bewegungsräume und Bewegungsmöglichkeiten zur Verfügung.
- Über Bewegungsspiele in Gruppen werden die körperliche Leistungsfähigkeit, die Lernfähigkeit und -bereitschaft sowie die sinnlichen Erfahrungsmöglichkeiten der Kinder verbessert.
- Über Entspannung im rhythmischen Wechsel mit Bewegungseinheiten werden die Körperwahrnehmung verbessert und die Lern- und Konzentrationsfähigkeit wiederhergestellt.
- Durch die Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen werden die psychischen Ressourcen und damit die psychosoziale Gesundheit gestärkt.

Die Integration der Ziele und skizzierten Maßnahmen in den pädagogisch gestalteten Alltag stärkt

nicht nur die Gesundheits- und Bildungsressourcen der Kinder, sondern erleichtert dem KiTa-Team auch die Wahrnehmung seiner pädagogischen Aufgaben: So werden emotionale Spannungen sowie aggressive Handlungen verringert, das Zusammengehörigkeitsgefühl sowie die Freude und der Genuss bei gemeinsamen Aktivitäten gesteigert und die Lernbereitschaft sowie die Aufnahmefähigkeit und Konzentration der Kinder vergrößert. Diese Effekte wiederum verringern die Belastungen des Erziehungspersonals und wirken sich damit auch positiv auf dessen Gesundheit und Leistungsfähigkeit aus. Förderlich für die Projektarbeit und unterstützend für das Personal können auch Austausch und Vernetzung der KiTas untereinander wirken.

Bei der Planung und Umsetzung der Maßnahmen ist auf eine enge Kooperation mit den Eltern und eine Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse, Kompetenzen und Voraussetzungen zu achten. Hierzu gehören eine Transparenz des Geschehens in der KiTa für die Eltern und ihre möglichst aktive Einbindung in gemeinsame Aktivitäten wie z. B. die Vorbereitung und Durchführung von Veranstaltungen mit dem KiTa-Team. Dabei bietet es sich auch an, Möglichkeiten zur Veränderung familiärer Gewohnheiten, z. B. bei der Ernährung und dem Medienkonsum zu erörtern. Eltern mit Migrationshintergrund und geringen Deutschkenntnissen sollten hierbei möglichst bedarfsgerecht (z. B. durch muttersprachliche Materialien bzw. Angebote) informiert und einbezogen werden.

Umsetzung:

Der KiTa-Träger, das KiTa-Team sowie Krankenkassen und Unfallversicherungsträger beteiligen sich gemäß ihrem Aufgaben- und Verantwortungsbe-

reich an dem Prozess der integrierten Bildungs- und Gesundheitsförderung. Hierbei ist die Kooperation mit den zuständigen kommunalen Ämtern (Jugend- und Gesundheitsamt) sowie Vereinen vor Ort zu empfehlen. Insbesondere bei Maßnahmen im Handlungsfeld Bewegung ist die Zusammenarbeit mit Sportvereinen sinnvoll, um die dauerhafte Bindung der Kinder an gesundheitssportliche Aktivitäten zu gewährleisten. Weitere Akteure können je nach Schwerpunkt und regionalen Gegebenheiten einbezogen werden.

Projekte der Krankenkassen in KiTas können zunächst an einzelnen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung anknüpfen. So sind z. B. Angebote zu gesunder Ernährung und Bewegung schon heute integraler Bestandteil des KiTa-Alltags in sehr unterschiedlichen Ausprägungen. Bei entsprechender Nachfrage der KiTas kann die Arbeit des Personals und die Qualität der Angebote hierbei dadurch unterstützt werden, dass vermehrt bereits praxisgetestete, evaluierte und standardisierte Projekte oder Module in die pädagogisch gestalteten Abläufe in der KiTa aufgenommen werden. Die Krankenkassen können diesen Transfer begleiten und fördern, z. B. durch Fortbildung und Beratung des Personals.

Auf längere Sicht ist der Beschluss des KiTa-Trägers anzustreben, in einen integrierten Prozess der Bildungs- und Gesundheitsförderung einzutreten sowie einen entscheidungskompetenten internen oder einrichtungsübergreifenden Steuerungskreis für die Gesundheitsförderung zu etablieren (mit Beteiligung des KiTa-Trägers, der betrieblichen Verantwortlichen, der Krankenkasse, des zuständigen Unfallversicherungsträgers sowie der Eltern).

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

27 Barkholz, U., Gabriel, R., Jahn, H., Paulus, P. (2001). Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen. Hrsgg. vom Bundesministerium für Bildung und Forschung; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008). Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung Band II. Baden-Baden, 364-432.

28 Z. B. „Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland“ Internet: www.anschub.de; Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW. Internet: www.bug-nrw.de.

29 Kliche, T., Hart, D., Kiehl, U., Wehmhöner, M. et al. (2010). (Wie) wirkt gesundheitsfördernde Schule? Effekte des Kooperationsprojekts „gesund leben lernen“. Prävention und Gesundheitsförderung. 5, (Online first) 1-12; Paulus P., Gediga G. (2008). Evaluation von Anschub.de. Wirkung eines Programms zur Förderung der guten gesunden Schule. Download: www.anschub.de, Dokumente, Evaluationsergebnisse.

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

Wo immer möglich und sinnvoll sollte das KiTa-Team weitere Unterstützungsmöglichkeiten für die eigene Arbeit nutzen. In der Gemeinde können z. B. Kinderärzte, Zahnärzte, städtische Ämter (Jugend-, Gesundheits-, Sozialamt), Stadtteiltreffs, Beratungsstellen, Polizeidienststellen, kulturelle Einrichtungen und Vereine themen- und anlassbezogen den Gesundheitsförderungsprozess in der KiTa unterstützen und den KiTa-Alltag (z. B. durch Exkursionen) bereichern. Die Unfallversicherungsträger als weitere mögliche Partner können beratende Unterstützung bei Fragen zu Möglichkeiten der Gestaltung von Bewegungsräumen / bewegungsfreundlichen Spielflächen leisten.

5.1.2 Gesundheitsfördernde Schule

Die Schule eignet sich insbesondere für zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung, weil hier alle Kinder und Jugendlichen einer bestimmten Altersstufe erreicht werden können. Die gesundheitlichen Bedingungen an Schulen sind mitentscheidend dafür, mit welcher Qualität die Schule ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag erfüllen kann. Die seit Anfang der 90er Jahre etablierten Aktivitäten und Strukturen in diesem Feld und die Erfahrungen der GKV in der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts zeigen, dass es Schulen gelingen kann, sich zu gesundheitsfördernden Schulen zu entwickeln²⁷.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben zwischen 2003 und 2008 das Modellvorhaben „gesund leben lernen“ (gll), ein kassenartenübergreifendes Schulprojekt in drei Bundesländern mit den jeweiligen Landesvereinigungen für Gesundheit geför-

dert. In den letzten Jahren sind weitere qualitativ hochstehende Projekte etabliert worden, die sich durch Strukturen zur organisatorisch-inhaltlichen Steuerung, ein bedarfsorientiertes Vorgehen, die Arbeit in Gesundheitszirkeln, kombiniert verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen und eine Erfolgskontrolle auszeichnen²⁸.

Die interne und externe Evaluation des Projekts „gesund leben lernen“ zeigt ebenso wie die Evaluationen und Erfahrungen anderer großer Gesundheitsförderungsprojekte, dass Gesundheitsförderung in Schulen nach dem Settingansatz mit Unterstützung durch die Krankenkassen möglich, aber auch voraussetzungsreich ist²⁹ (vgl. hierzu Infokasten).

Die Krankenkassen bringen sich in die Umsetzung gesundheitsförderlicher Projekte im Setting Schule sowie in die Integration entsprechender Elemente in den Unterricht partnerschaftlich ein. Bei der Entscheidung darüber, in welchen Projekten sich Krankenkassen engagieren, sind die nachfolgenden Kriterien handlungsleitend³⁰:

1. Die Schule dient nicht nur als Zugangsweg zur Erreichung der Schülerinnen und Schüler, sondern ist selbst Gegenstand gesundheitsförderlicher Umgestaltung.
2. Zielgruppen sind insbesondere die Schülerinnen und Schüler und deren Familien.
3. Der Bedarf der Zielgruppen an gesundheitsfördernden Interventionsmaßnahmen ist - z. B. durch Daten der Gesundheitsberichterstattung sowie einer schulischen Unfall- und Fehlzeitenstatistik - begründet.
4. Die Projektangebote werden von den Schulen tatsächlich nachgefragt.

5. Es handelt sich um Gemeinschaftsprojekte mit mehreren Partnern bzw. Finanzierungsträgern.
6. Umsetzung und Ergebnisse der Interventionen werden dokumentiert und evaluiert und jedem Partner zur Verfügung gestellt.

Der Erfolg von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Schulen ist in hohem Maße auf die Umsetzungsfähigkeit und -bereitschaft der Lehrenden angewiesen. Daher müssen auch die gesundheitlichen Belange und Probleme dieser Gruppe unter Berücksichtigung der originären Zuständigkeiten der Schulträger innerhalb der jeweiligen Projekte flankierend berücksichtigt werden.

Eine wirksame und effiziente Gesundheits- und Sicherheitsförderungs politik in Schulen muss darüber hinaus auch die Eltern sowie außerschulische Akteure wie z. B. Vereine, Freizeiteinrichtungen, Behörden und Gewerbetreibende vor Ort einbeziehen.

Ziele:

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

1. Das gesundheitsbezogene Verantwortungs bewusstsein des Einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft wird gefördert.
2. Gesundheitsförderung im Bereich „Schule“ wird im breiten Sinne als Bildungsressource begriffen, die den Schülerinnen und Schülern u. a. auch dazu verhilft, sich zu mündigen Nutzern der sozialen Sicherungssysteme zu entwickeln. Dabei ist unter aktiver Einbeziehung der Lernenden ein kohärentes Curriculum für diesen Problembereich zu erstellen.

3. Es werden Netzwerke initiiert, die ausgehend von Schulen nachhaltig gesundheitsförderliche Strukturen in der Region unterstützen. Dabei ist die Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen zur Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung auch außerhalb der Schule auszuloten.
4. Alle Schülerinnen und Schüler werden befähigt, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial auszuschöpfen und ihre Selbstachtung zu fördern (Empowerment). Dabei werden zur Förderung von Gesundheit der gesamten Schulgemeinschaft (Kinder und Erwachsene) klare Ziele gesteckt.
5. Durch Berücksichtigung von Aspekten der Gesundheitsförderung bei allen wichtigen Entscheidungen, durch die (Weiter-) Entwicklung partizipativer Strukturen und durch Stärkung der persönlichen Kompetenzen wird ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernklima für alle Beteiligten geschaffen.
6. Durch eine angemessene Gestaltung der Gebäude, Einrichtungen / Möblierung, Spielflächen, Schulmahlzeiten, Sicherheitsmaßnahmen usw. wird ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernumfeld geschaffen.

Umsetzung:

Alle Partner beteiligen sich gemäß ihrem Aufgaben- und Verantwortungsbereich an dem Prozess der Gesundheitsförderung. Zur Erreichung einer möglichst hohen Effektivität legen die beteiligten Partner ihre Aufgaben vor Beginn im Konsens fest. Dies dient einer zielführenden Projektarbeit, identifiziert Schnittstellen und vermeidet Überschneidungen.

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

31 S. Kapitel 3.2 (Qualitätsmanagement, Dokumentation und Erfolgskontrolle); Handbuch „Schule“ und Instrumente aus dem Projekt der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008). „Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu § 20 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen“ Bergisch Gladbach; Download: www.gkv-spitzenverband.de; Versorgungsbereiche der GKV, Prävention.

Erfahrungen und Empfehlungen aus dem Krankenkassenengagement in und mit Schulen

Schulen, die Gesundheitsförderung dauerhaft in ihre Organisation einbinden wollen, benötigen eine qualifizierte externe Beratung im Sinne einer langfristigen Begleitung. Hierdurch werden die schulinternen Akteure im Aufbau und dem Erhalt von Motivation und Kompetenzen unterstützt, schwierige Phasen leichter überwunden sowie die Nachhaltigkeit gesichert. Die Beratung sollte zunächst relativ engmaschig sein und kann im weiteren Verlauf in Abhängigkeit von den in der Schule selbst aufgebauten Strukturen und Kompetenzen reduziert werden. Geeignete Stellen für die langfristige externe Begleitung sind Landesvereinigungen für Gesundheit und die bei diesen angesiedelten „Regionalen Knoten“ des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.

Die Mitwirkung in Netzwerken mit anderen Schulen ist sinnvoll, wenn der Aufbau einer Steuerungsstruktur in der Schule fortgeschritten ist.

Gesundheitsförderung in Schulen bringt eine zeitliche und organisatorische Zusatzbelastung für die Beteiligten, insbesondere die Lehrkräfte mit sich. Dies sollte den Schulen vor Aufnahme von kassengeförderten Gesundheitsförderungsleistungen deutlich kommuniziert werden. Denn: Nur die Schulen, die viel Arbeitszeit in den Gesundheitsförderungsprozess investieren und viele mehrdimensionale Aktivitäten in zeitlicher Dichte statt vereinzelt umsetzen, profitieren. Intensive Teilnahme am Projekt (Zeiteinsatz, Aktivitätendichte) ist ein Erfolgsfaktor.

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

Am Ende der probatorischen Phase entscheidet die Schule über die Durchführung des Gesundheitsförderungsprojekts. Eine Entscheidung für das Projekt ist in jedem Fall durch einen Beschluss der Schulkonferenz

zu dokumentieren und zu legitimieren. Er drückt die gemeinsame Verpflichtung von Schulleitung, Lehrer- und Eltern- bzw. Schülerschaft zur aktiven Beteiligung und Umsetzung aus. Zu diesem Zeitpunkt soll eine Rahmenvereinbarung zwischen der Schule, Krankenkasse(n) und ggf. weiteren Akteuren (z. B. Unfallversicherung) mit den Rechten und Pflichten der Partner im Gesundheitsförderungsprozess geschlossen werden.

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

Die Rahmenvereinbarung soll auch die Verpflichtung der Schule zu einer Dokumentation und Evaluation enthalten. Hierzu empfiehlt der GKV-Spitzenverband die kontinuierliche Maßnahmendokumentation und mindestens den regelmäßigen Einsatz des Strukturboogens zu festgelegten Zeitpunkten³¹. Darüber hinaus sind in der Rahmenvereinbarung auch verbindliche Zeitpunkte für gemeinsame Zwischenbilanzen aller Partner zu definieren; diese sollten minimal je Schuljahr einmal stattfinden und dokumentiert werden.

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

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

Notwendig sind:

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

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

- Bildung einer Steuerungsgruppe bzw. Bestellung eines entscheidungskompetenten Schulprojektteams mit Vertretern aller relevanten Gruppen / Akteure, welches das Vorgehen konzeptionell beschließt, für die Umsetzung sorgt und die erzielten Ergebnisse kritisch bewertet.
- Bereitschaft der Schule zur Mitwirkung in Netzwerken gesundheitsfördernder Schulen.

Schulleitung sowie Lehrer- und Schülervertretung sind in der Steuerungsgruppe bzw. im Schulprojektteam unverzichtbar. Darüber hinaus kommen als Mitglieder Vertreter der folgenden verantwortlichen Akteursgruppen in Frage:

- Eltern
- Schulträger
- Schulaufsicht
- Unfallkassen und Gemeinde-Unfallversicherungsverbände
- Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Krankenkassen
- private Krankenversicherungen.

Weitere Akteure sollten je nach Schwerpunkt des Gesundheitsförderungsprojektes und regionalen Gegebenheiten in der Steuerungsgruppe bzw. im

Schulprojektteam mitwirken, z. B.: Landesvereinigungen für Gesundheit oder vergleichbare Organisationen, Kommunale Vertreter, Vereine (z. B. Sportvereine), Polizei, Unternehmen, Ärzte / Zahnärzte, Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Stiftungen etc.

Die Krankenkassen können in Abstimmung mit der Steuerungsgruppe / dem Schulprojektteam eigene Kompetenzen (z. B. aus der betrieblichen Gesundheitsförderung) und Analyseinstrumente (wie z. B. die Gesundheitsberichterstattung, Befragungen) in die Projektarbeit einbringen. Darüber hinaus können eigene (personelle) Ressourcen (z. B. PR- oder Öffentlichkeitsarbeit, Moderatoren) in den einzelnen Aufgabenschwerpunkten zur Verfügung gestellt werden.

5.1.3 Gesundheitsförderung in der Kommune / im Stadtteil

Die Kommune / der Stadtteil bildet ein besonders geeignetes Setting der Gesundheitsförderung, weil die kommunale Lebenswelt von hoher gesundheitlicher Relevanz für die dort lebenden Menschen ist und diese hier zugleich in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden können.

Die Kommunen verfügen über das grundgesetzlich verbrieftes Recht, „alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln“ (Artikel 28 Abs. 2 Grundgesetz). Bei der kommunalen Gesundheitsförderung kommt daher den Kommunen selbst eine Schlüsselfunktion zu. Nur sie können einen gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozess anstoßen, koordinieren und leiten, in den sie immer auch andere verantwortliche Akteure einbinden müssen³².

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

³² Stender, K.-P. (2004). Netzwerk Gesunde Städte. Gesundheit wird auch in Rathäusern entschieden. In: Göpel, E. & Schubert-Lehnhardt, V. (Hrsg.) Gesundheit gemeinsam gestalten 2. Kommunale Gesundheitsförderung. Frankfurt/M., 47-65, hier: S. 48 sowie: Bär, G., Böhme, C. & Reimann, B. (2009). Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Deutsches Institut für Urbanistik. Berlin, S. 12.

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

³³Diese Komplexität kommt u. a. darin zum Ausdruck, dass in den Kommunen immer mehrere Ämter mit gesundheitsfördernden Aufgaben befasst sind: mindestens die Ämter für Gesundheit, Umweltschutz, Jugend und Familie, Soziales, Bildung sowie Stadtentwicklung. Hieraus resultiert bereits ein erheblicher verwaltungsinterner Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf; vgl. Bär, G., Böhme, C. & Reimann, B. (2009). Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Ebd. S. 12 und 16f.

Die Kommune / der Stadtteil ist im Unterschied zu den bisher behandelten Settings eine räumliche Einheit – von sehr unterschiedlicher Größe und Struktur – und keine Organisationseinheit. Im Vergleich zu anderen Settings herrscht hier eine größere Vielfalt an Akteuren und Verantwortlichkeiten³³.

Grundsätze und Ziele kommunaler Gesundheitsförderung:

Die in Deutschland bislang gesammelten Erfahrungen und Erkenntnisse der kommunalen Gesundheitsförderung speisen sich im Wesentlichen aus zwei Quellen:

Netzwerk für Gesunde Städte

Seit über 20 Jahren widmet sich das Netzwerk für Gesunde Städte der kommunalen Gesundheitsförderung. Es ging 1989 aus einer Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hervor. Die dem Netzwerk angehörenden Kommunen setzen das Thema Gesundheit im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen auf die Tagesordnung. Sie verpflichten sich per Rats- bzw. Kreistagsbeschluss, die folgenden Mindestkriterien zur kommunalen Gesundheitsförderung zu unterstützen³⁴.

- Erstellen einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung, die Eingang in politische Entscheidungen hält,
- Definition spezifischer gesundheitsbezogener Problemfelder
- Implementation kommunaler Gesundheitskonferenzen, die einer Vereinbarung kommunaler Gesundheitsziele dienen
- gemeinsame Entwicklung, Umsetzung und Evaluation eines Gesundheits-Aktions-Programms,
- intensive Öffentlichkeitsarbeit³⁵.

Der Hauptansatzpunkt liegt in der Stärkung des interdisziplinären und intersektoralen Charakters von Gesundheitsförderung. Kommunalpolitische Entscheidungen sind auch und besonders unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung zu betrachten. Die praktischen Erfahrungen zeigen, dass bei der Umsetzung des intersektoralen Ansatzes noch Optimierungsbedarf besteht. Gegenwärtig sind 60 Kommunen mit ca. 20 Millionen Einwohnern an dem Netzwerk für Gesunde Städte beteiligt.

Bund-Länder-Programm Soziale Stadt

Anknüpfungspunkte für eine soziallagenbezogene kommunale Gesundheitsförderung bietet insbesondere auch das Programm „Soziale Stadt“. Unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen wurde es 1999 als Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Die Soziale Stadt“ ins Leben gerufen. Es verdankt seine Entstehung der Erkenntnis, dass sich die zunehmenden sozialen Probleme in benachteiligten Stadtteilen nicht mit städtebaulichen Maßnahmen allein lösen lassen.

Ziel ist es, die Lebensbedingungen der Bevölkerung benachteiligter Stadtteile und damit gleichzeitig ihre Lebensperspektiven zu verbessern. Anhand eines integrierten Handlungsprogramms sollen Probleme in besonders benachteiligten Stadtteilen identifiziert, Maßnahmen zur Problemlösung formuliert und Umsetzungsmöglichkeiten entwickelt werden. Hierfür werden zur Verfügung stehende Fördermittel aus unterschiedlichen Bereichen gebündelt und für spezifische Maßnahmen verwendet.

³⁴Weth, K. (2005). Netzwerk für Gesunde Städte. In: Zukünfte 51, Herbst 2005, S. 13.

³⁵Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2009). Präventionsbericht 2009. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung – Berichtsjahr 2008, Essen. S. 29f.; Stender, K.-P. (2004). Netzwerk Gesunde Städte. Gesundheit wird auch in Rathäusern entschieden. In: Göpel, E. & Schubert-Lehnhardt, V. (Hrsg.) Gesundheit gemeinsam gestalten 2. Kommunale Gesundheitsförderung. Frankfurt/M., S. 57.

In den Jahren 1999-2008 wurden mehr als zwei Milliarden Euro im Rahmen dieses Programms investiert. Dabei finanziert der Bund ein Drittel, die übrigen zwei Drittel stammen von den Ländern und Kommunen³⁶. Das Programm startete im Jahr 1999 mit 161 Stadtteilen und 124 Gemeinden. Mittlerweile sind 523 Gebiete in 326 Gemeinden Mitglied.

Themen der Gesundheitsförderung wurden 2005 in das Programm „Soziale Stadt“ integriert; seit 2007 arbeiten das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung und das Bundesministerium für Gesundheit hierbei intensiv zusammen. Wie eine aktuelle Bestandsaufnahme zeigt, spielt das Thema der Gesundheitsförderung bei den Projektaktivitäten der „Sozialen Stadt“ jedoch noch eine vergleichsweise untergeordnete Rolle. So hatten in einer Befragung der Programmverantwortlichen 2006 nur ca. ein Viertel der gemeldeten Projekte einen explizit auf Gesundheit bezogenen Schwerpunkt.

Notwendige Bedingung einer „Sozialen Stadt“ ist die Aktivierung und Beteiligung der Bevölkerung des Stadtteils. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind daher stets in die Prozesse der Maßnahmenplanung und -umsetzung einzubeziehen. Bei der Umsetzung der Maßnahmen kommt dem sogenannten Quartiermanagement eine besondere Funktion zu³⁷. Es bringt die unterschiedlichen Akteure aus Politik, Verwaltung, Schulen, freien Trägern, Bewohnerschaft, Gewerbe etc. durch Bildung und Moderation bereichsübergreifender Initiativen und Arbeitsgruppen zusammen.

Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung:

In zwei Veröffentlichungen des Deutschen Instituts für Urbanistik (Difu) einerseits und von Gesundheit Berlin e.V. andererseits wurde in jüngster Zeit dargelegt, wie Gesundheitsförderung als Teil der Stadtentwicklung im Sinne eines integrierten und ressortübergreifenden Vorgehens erfolgreich implementiert und umgesetzt werden kann³⁸.

Insbesondere das vom Difu durchgeführte Projekt fasst nicht nur den aktuellen Erkenntnisstand zur Qualität kommunaler Gesundheitsförderung zusammen, sondern hat auch Inhalte, Vorgehensweisen und Strukturen in der kommunalen Gesundheitsförderung in drei Programmgebieten des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ praktisch erprobt³⁹. Das Ziel bestand in der Entwicklung praxistauglicher Verfahren zur kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene insbesondere in sozial benachteiligten Kommunen / Stadtteilen. Die Autorinnen heben folgende „Qualitätselemente der gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung“ im Sinne eines empfehlenswerten Vorgehens besonders hervor:

Stadtteilbezogene Bedarfsanalysen

- Datengewinnung, -aufbereitung und -zusammenführung zu einem breiten Spektrum gesundheitsbezogener Themen wie
 - umweltbezogenen Gesundheitsbelastungen (z. B. Lärm- und Luftbelastung, Kfz-Dichte),
 - individuellen Gesundheitsbelastungen (z. B. Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug),
 - Gesundheitszustand der Bevölkerung (z. B. Übergewicht, Motorik- und Sprachstörungen bei Kindern)

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

36 Bär, G., Böhme, C. & Reimann, B. (2009). Gesundheitsförderung und Stadtteilentwicklung. In: Kuhn, D., Papius-Winkler, I. & Sommer, D. (Hrsg.) (2009). Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten. Erfahrungen aus der Lebenswelt Stadtteil. Frankfurt/M. S. 249-259, hier: S. 250.

37 „Quartiermanager können entscheidende Akzente für ein integriertes Vorgehen setzen. Ihre koordinierenden und moderierenden Tätigkeiten im Rahmen der sozialen Stadtentwicklung mit den Aufgaben des Settingansatzes zu verbinden, ist äußerst zielführend.“ Bär, G., Böhme, C. & Reimann, B. (2009). Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Deutsches Institut für Urbanistik (Difu). Difu-Arbeitshilfe. Berlin, S. 13.

38 Bär, G., Böhme, C. & Reimann, B. (2009). Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Deutsches Institut für Urbanistik (Difu). Difu-Arbeitshilfe. Berlin; Gesundheit Berlin (Hrsg.) (2008). Aktiv werden für Gesundheit. Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier (Heft 1-Heft 5).

39 Die Projektgebiete waren: Fürth-Innenstadt, Halle-Silberhöhe und Hamburg-Altona-Lurup.

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

- Gesundheitsversorgung (z. B. Anzahl der Arztpraxen)
- Gesundheitspotenzialen (z. B. öffentliche Grünflächen, Gesundheitsprojekte in KiTas und Schulen)
- Ergänzung dieser Daten um qualitative Einschätzungen der Vor-Ort-Akteure und der Bewohnerschaft

Konzeptentwicklung:

- Integration von Themen und Zielen der Gesundheitsförderung in die „Integrierten Entwicklungskonzepte“⁴⁰
- Hierbei Verbindung der klassischen Präventionsfelder Ernährung, Bewegung und Suchtprävention mit Themen und Zielen aus den Bereichen Umwelt und Städtebau⁴¹

Strukturentwicklung:

- Nachhaltige Etablierung von Steuerungs- und Koordinierungsstellen für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung unter Beteiligung von Vertretern der zuständigen Ämter, Gesundheitsakteuren, Vor-Ort-Aktiven und Bewohnerschaft
- Ansiedlung dieser Koordinierungsstellen beim Quartiermanagement bzw. in enger Zusammenarbeit mit diesem

Projektentwicklung durch Beteiligung und

Zielgruppenorientierung:

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

Nutzung vorhandener und Schaffung neuer Finanzierungsmodelle:

- Mobilisierung und Zusammenführung von Ressourcen aus unterschiedlichen Quellen, z. B.:
 - Mittel für „Nichtbauliche Modellvorhaben“ des Programms „Soziale Stadt“
 - Mittel der „Verfügungsfonds“⁴² des Programms „Soziale Stadt“
 - Kommunale Mittel
 - Mittel von Stiftungen
 - GKV-Mittel nach § 20 SGB V auf der Grundlage dieses Leitfadens.

Nachhaltige Verbesserungen der Gesundheit erwarten die Krankenkassen insbesondere von solchen Projekten, die in kommunale Gesamtstrategien wie die Gesunde Städte- oder Soziale Stadt-Bewegung eingebettet sind, mit denen Kommunen ihre Verantwortung und ihren Gestaltungswillen für gesündere und sozial ausgleichende Lebensbedingungen in der Stadt / in Stadtteilen auch durch Einbringung von kommunalen bzw. anderweitig beschafften Drittmitteln (z. B. aus dem Bund-Länder-Programm Soziale Stadt) dokumentieren.

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

- die Aufnahme des Ziels Gesundheit in den Zielkatalog der Kommune
- eine systematische und mit der Sozialberichterstattung integrierte Gesundheitsberichterstattung
- daraus abgeleitete, mit Zielen anderer kommunaler Ressorts (Stadtentwicklung, Jugendhilfe,

⁴⁰Diese Konzepte sind für jedes Programmgebiet der Sozialen Stadt zu erstellen.

⁴¹Hierdurch soll verdeutlicht werden, welche gesundheitsfördernden Effekte von Maßnahmen in diesen Bereichen (z. B. Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung, Anlage von Grün- und Freiflächen) ausgehen.

⁴² „Ein stadtteilbezogener Verfügungsfonds, über dessen Mitteleinsatz möglichst durch lokale Gremien entschieden werden sollte, kann für die zügige und dezentrale Projektumsetzung ein wichtiges Instrument darstellen, dem darüber hinaus eine zentrale Funktion in Hinblick auf Aktivierung der Vor-Ort-Akteure und der Quartiersbevölkerung zukommt.“ Bär, Böhme & Reimann, in: Kuhn, Papies-Winkler & Sommer (2009), S. 255.

Bildung) abgeglichen und unter Beteiligung der Bürger entwickelte Gesundheitsziele

- die Schaffung geeigneter Entscheidungs- und Umsetzungsstrukturen (Gesundheitskonferenzen, Stadtteilzentren, Vernetzungs- und Beteiligungsbüros, Quartiermanagement)
- die Etablierung von Gesundheitsverträglichkeit als Entscheidungskriterium für öffentliche Planungen.

Die Krankenkassen unterstützen deshalb insbesondere solche gesundheitsbezogenen Projekte in Kommunen / Stadtteilen, die den oben genannten Qualitätskriterien entsprechen. Sie können nicht die Finanzierung von Aktivitäten und Aufgaben übernehmen, aus denen sich Kommunen zurückziehen bzw. die sie einstellen.

5.2 Individueller Ansatz-Kriterien und Handlungsfelder

Krankenkassen fördern Maßnahmen ausschließlich entsprechend den nachstehend definierten Handlungsfelder übergreifenden und Handlungsfeld spezifischen Kriterien. Die Kriterien sind verbindlich. Die Schwerpunkte der Förderung und weitere Anforderungen können die Krankenkassen innerhalb dieser Kriterien weitgehend selbst festlegen; sie müssen nicht das gesamte Spektrum abdecken⁴³.

Ziel der primärpräventiven Maßnahmen ist es, den allgemeinen Gesundheitszustand der Versicherten zu verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen. Im Rahmen des individuellen Ansatzes eignen sich hierzu vor allem Maßnahmen, die gesundheitsbewusstes Verhalten – sowohl durch Vermeidung verhaltensbezogener Risiken als auch durch Vermehrung krankheitsunspezifischer gesundheitlicher Ressourcen – stärken.

Nachhaltige Wirkung entfalten diese Maßnahmen nur dann, wenn die Versicherten die erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen regelmäßig und dauerhaft in ihren Lebensalltag integrieren. Evidenzbasierte Informationen für Versicherte zu den wichtigsten Themen einer gesundheitsförderlichen Lebensgestaltung, die auch die Inhalte der im folgenden beschriebenen primärpräventiven Maßnahmen unterstützen, hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellt⁴⁴.

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

⁴³ jurisPK - SGB V / Schütze, § 20 Rz 44; Gerlach in Hauck/Noftz, SGB V, § 20 Rz 5.

⁴⁴ Internetquelle: www.gesundheitsinformation.de.

Für die ab Kapitel 5.2.2 beschriebenen Handlungsfelder und ihre Kriterien gilt Folgendes:

Aus Gründen der Übersichtlichkeit sowie im Hinblick auf die praktische Umsetzung werden die einzelnen Handlungsfelder mit ihren Präventionsprinzipien getrennt dargestellt. Für eine erfolgreiche, ganzheitlich angelegte Prävention kann die Verknüpfung von Maßnahmen aus verschiedenen Handlungsfeldern sinnvoll sein. Dadurch wird auch dem Prinzip Rechnung getragen, nicht isoliert einzelne Krankheiten oder „Risikofaktoren“ in das Zentrum der präventiven Bemühung zu stellen, sondern auf den allgemeinen Gesundheitszustand abzielen.

5.2.1 Handlungsfelder übergreifende Kriterien

Alle von den Krankenkassen geförderten Maßnahmen müssen hohen Qualitätsmaßstäben genügen. Zur Sicherstellung einer hohen Effektivität (Ergebnisqualität) sind die Leistungen von Anbietern mit geeigneter fachlicher und pädagogischer Qualifikation (Strukturqualität), auf Basis erprobter und evaluierter Konzepte (Konzept- und Planungsqualität) und unter angemessenen organisatorischen Durchführungsbedingungen (Prozessqualität) zu erbringen. Insbesondere für sozial benachteiligte Zielgruppen sind die Maßnahmen möglichst niedrigschwellig zur Verfügung zu stellen.

Die Krankenkasse hat das Recht, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens in der geltenden Fassung auch vor Ort zu überprüfen. Doppelfinanzierungen von Maßnahmen sind auszuschließen.

Kriterien für die Strukturqualität (Anbieterqualifikation)

Für die Durchführung der Maßnahmen kommen unter Berücksichtigung der Ausführungen zu den einzelnen Präventionsprinzipien Anbieter mit folgenden Voraussetzungen in Betracht:

- Grundqualifikation: Staatlich anerkannter Berufs- oder Studienabschluss im jeweiligen Fachgebiet (Handlungsfeld)
- Zusatzqualifikation: Spezifische, in der Fachwelt anerkannte Fortbildung
- Einweisung in das durchzuführende Programm (ist ggf. in der Zusatzqualifikation enthalten).

Ferner müssen Anbieter über pädagogische, methodische und didaktische Kompetenzen sowie Berufserfahrung verfügen. Insbesondere bei Maßnahmen, die sich an sozial Benachteiligte richten, sollen die Anbieter zusätzlich über sozialpädagogische Kompetenzen verfügen.

Kriterien für die Konzept- und Planungsqualität

Förderfähig sind ausschließlich Konzepte, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Manual mit schriftlicher Fixierung von Aufbau, Zielen, Inhalten und Methoden
- Teilnehmerunterlagen
- konkrete Definition der adressierten Zielgruppe/n
- wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit.

Die Sicherung der Nachhaltigkeit ist im Konzept besonders zu berücksichtigen. Sie kann auch durch eine Nachbetreuung nach Abschluss der Maßnahme gesichert werden.

Um der fortschreitenden Nutzung moderner interaktiver Techniken Rechnung zu tragen, können grundsätzlich auch evaluierte interaktive Selbstlernprogramme (z. B. mit persönlicher Betreuung per Telekommunikation, Internet, E-Mail) gefördert werden. Dabei müssen selbstverständlich alle Kriterien dieses Leitfadens erfüllt sein.

Kriterien für die Prozessqualität

Für die Durchführung der Maßnahmen gelten folgende Kriterien:

- **Gruppenberatung:** Zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und zur Motivationsstärkung der Teilnehmer untereinander finden die Maßnahmen grundsätzlich in Gruppen angemessener Größe (maximal 15 Personen) statt.
- **Zielgruppenhomogenität / Kontraindikationen:** Die Kursteilnehmer/innen gehören der ausgewiesenen Zielgruppe an; Kontraindikationen sind auszuschließen.
- **Umfang / Frequenz:** Die Maßnahmen umfassen grundsätzlich mindestens 8 Einheiten von jeweils mindestens 45 Minuten Dauer in der Regel im wöchentlichen Rhythmus. Sie sollen 12 Einheiten à 90 Minuten Dauer nicht überschreiten. Bei Handlungsfelder übergreifenden Maßnahmen muss die Intervention zum primären Handlungsfeld mindestens 8 Einheiten à 45 Minuten umfassen.
- **Räumlichkeiten:** Die Räumlichkeiten sind der Maßnahme und Gruppengröße angemessen.

Krankenkassen können im Ausnahmefall für besondere Zielgruppen, die nicht regelmäßig an mehrwöchigen Kursen teilnehmen können, die Maßnahmen auch als Kompaktangebote, verteilt auf mindestens zwei Tage, bei gleichem Gesamt-

umfang fördern. Kompaktangebote können wohnortnah oder wohnortfern durchgeführt werden. Zielgruppen für Kompaktangebote sind insbesondere berufstätige Versicherte mit Arbeitszeiten, die eine Regelmäßigkeit nicht zulassen, sowie Versicherte mit hoher zeitlicher Beanspruchung. Für Kompaktangebote gelten alle hier und in den Kapiteln 5.2.2 - 5.2.5 beschriebenen Kriterien uneingeschränkt.

Bei wohnortfernen Kompaktangeboten beteiligen sich die Krankenkassen ausschließlich an den Kosten der Präventionsmaßnahmen selbst, nicht an denen für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und andere Leistungen; diese Kosten sind von den Kosten der Maßnahme getrennt auszuweisen. Jegliche Quersubventionierung von Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und andere Leistungen ist untersagt⁴⁵. Die Kosten eines Kompaktangebotes dürfen die Kosten eines vergleichbaren kontinuierlichen Wohnort gebundenen Angebots nicht übersteigen. Kompaktkurse müssen immer vorab bei der Krankenkasse beantragt und vor Kursteilnahme von dieser genehmigt sein. Die Ausübung des Rechts der Krankenkasse, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens in der geltenden Fassung auch vor Ort zu überprüfen, muss mit vertretbarem Aufwand möglich sein.

Kriterien für die Ergebnisqualität

Die den geförderten Maßnahmen zu Grunde liegenden Programme müssen ihre prinzipielle Wirksamkeit bereits vorab wissenschaftlich nachgewiesen haben (s. Kriterien für die Konzeptqualität). Für eine kontinuierliche Qualitätssicherung und -verbesserung im Routinebetrieb ist eine begleitende stichprobenartige Evaluation sinnvoll. Hierzu

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

⁴⁵Unrealistisch niedrige Preise für Unterkunft und Verpflegung können ein Indiz für Quersubventionierung sein.

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

46 Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008). Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu § 20 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen. Bergisch Gladbach; Handbücher und Instrumente zum Download: www.gkv-spitzenverband.de; Versorgungsbeiräte der GKV, Prävention.

stehen den Krankenkassen erprobte Instrumente und Verfahren zur Verfügung⁴⁶. Anbieter müssen sich bereit erklären, sich an den von Krankenkassen und ihren Verbänden initiierten oder durchgeführten Evaluationsmaßnahmen zu beteiligen.

Kriterien für eine erleichterte Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Zielgruppen

Um sozial benachteiligten Personen - insbesondere Empfänger/innen von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld I und II und Grundsicherung - die Nutzung von Präventionsmaßnahmen des individuellen Ansatzes zu erleichtern, sollen die Krankenkassen für diesen Personenkreis nach vorheriger Prüfung und Genehmigung der Maßnahme die Kosten ganz oder teilweise direkt übernehmen (Vermeidung eines Eigenanteils und / oder von Vorleistungen der Versicherten). Hierzu sind regionale und / oder landesweite Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und geeigneten Trägern (z. B. Träger der Grundsicherung / der Einrichtung) möglichst Kassenarten übergreifend notwendig. In diesen Vereinbarungen sind auch die Modalitäten der Kostenübernahme zu regeln (z. B. Befreiung der Zielgruppe von Vorleistungen, Ausschluss von Doppelfinanzierungen). Krankenkasseneigene Angebote, die sich speziell an sozial benachteiligte Personengruppen richten, sollen über geeignete Zugangswege an diese Zielgruppen gebracht werden.

Kriterien für Breitenwirksamkeit und Nachhaltigkeit

Krankenkassen fördern ausschließlich zeitlich befristete Maßnahmen (s. Kriterien für die Prozessqualität). Eine kontinuierliche Inanspruchnahme von Maßnahmen (Dauerangebote) kann von den Krankenkassen nicht finanziert werden. Die Teilnehmer der Maßnahmen sollen befähigt und

motiviert werden, nach Abschluss der Intervention das erworbene Wissen bzw. die erworbenen Fertigkeiten / Übungen selbstständig anzuwenden und fortzuführen sowie in ihren (beruflichen) Alltag zu integrieren. Krankenkassen und Anbieter weisen daher die Versicherten / Teilnehmer auf ergänzende Angebote, z. B. von Sportvereinen, Volkshochschulen hin, die in Eigenverantwortung wahrgenommen werden können.

Zur Erhöhung der Breitenwirksamkeit der verfügbaren finanziellen Mittel ist ferner die Förderung durch die Krankenkassen auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt. Die Wiederholung gleicher Maßnahmen im Folgejahr ist auszuschließen.

Die Übernahme bzw. Bezuschussung von Mitgliedschaftsbeiträgen in Sportvereinen, Fitnessstudios und ähnlichen Einrichtungen sowie die Gewährung finanzieller Anreize nach § 20 SGB V hierzu ist nicht zulässig. Gleiches gilt für die Verrechnung von aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen mit Kursgebühren.

Ausschlusskriterien

Nicht förderfähig sind Maßnahmen, die

- von Anbietern durchgeführt werden, welche ein wirtschaftliches Interesse am Verkauf von Begleitprodukten (z. B. Diäten, Nahrungsergänzungs- oder homöopathische Mittel, Sportgeräte) besitzen
- nicht weltanschaulich neutral sind
- an eine bestehende oder zukünftige Mitgliedschaft gebunden sind
- sich an Kinder unter sechs Jahren richten⁴⁷
- auf Dauer angelegt sind.

47 Kinder unter sechs Jahren werden mit Maßnahmen des Setting-Ansatzes erreicht.

Kriterienprüfung

Vor der Förderentscheidung prüft die Krankenkasse die Einhaltung der Qualitätskriterien dieses Leitfadens. Sind diese nicht erfüllt, darf die Maßnahme nicht zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt werden. Zur Prüfung stehen den Krankenkassen gemeinsame und einheitliche Materialien und Instrumente zur Verfügung⁴⁸. Im Interesse der Verwaltungseffizienz und der einheitlichen Anwendung des Leitfadens Prävention empfehlen der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene eine gemeinsame Kriterienprüfung durch die Krankenkassen oder von ihnen beauftragte Dritte.

Der Anhang des Leitfadens (Kapitel 9) enthält ein Musterformular eines Antrags auf Bezuschussung des Versicherten mit vom Anbieter auszufüllender Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung des Anbieters.

Notwendige Angaben auf diesem Formular sind:

- von Seiten des Versicherten:
 - Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer, Bankverbindung
 - Titel der besuchten Maßnahme
 - Bestätigung der Teilnahme
 - Bestätigung, dass keine Verrechnung bzw. Erstattung der Teilnahmegebühr durch den Anbieter erfolgt
 - Kenntnisnahme, dass ein zu Unrecht erhaltener Zuschuss zurückzuzahlen ist
 - persönliche Unterschrift.

- von Seiten des Anbieters:
 - Bestätigung der Teilnahme des Versicherten mit Zeitraum, Anzahl und Dauer der besuchten Maßnahme

- Zuordnung der Maßnahme zu einem Präventionsprinzip
- Name des Kursleiters / der Kursleiter mit Angaben zur Qualifikation und Zusatzqualifikation
- Erklärung der persönlichen Durchführung durch den / die Kursleiter
- Höhe der entrichteten Teilnahmegebühr
- Erklärung, dass die Maßnahme von der Krankenkasse als förderfähig anerkannt wurde und nach den Kriterien des GKV-Leitfadens umgesetzt wurde
- Erklärung, der Steuerpflicht und der Pflicht zur Abführung von Beiträgen zur Sozialversicherung zu entsprechen
- Bestätigung, dass keine Verrechnung bzw. Erstattung der Teilnahmegebühr erfolgt und die Teilnahme nicht an die Bedingung einer Mitgliedschaft geknüpft ist
- Erklärung, dass die Teilnahmegebühr ausschließlich der Bezahlung des Präventionsangebots dient (keine Quersubventionierung)
- Erklärung, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen
- Kenntnisnahme des Rechts der Krankenkassen zur unangemeldeten Prüfung der Einhaltung der Bestimmungen des GKV-Leitfadens vor Ort
- Kenntnisnahme der rechtlichen Folgen möglicher Verstöße gegen den GKV-Leitfaden Prävention (siehe Infobox S. 40)
- Persönliche Unterschrift.

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

⁴⁸ GKV-Spitzenverband unter Beteiligung von AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V., Knappschaft KdöR, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Verband der Ersatzkassen e.V. und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2010). Materialien zum Qualitätsmanagement in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß §§ 20 und 20a SGB V.; Download: www.gkv-spitzenverband.de; Versorgungsbereiche der GKV, Prävention.

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

49 Insbesondere zeigt eine Vielzahl von epidemiologischen Studien eine starke Evidenz für Zusammenhänge zwischen körperlich-sportlicher Aktivität und positiven Gesundheitswirkungen. Vgl. u. a. Bös, K. & Brehm, W. (2006). *Gesundheitssport - Ein Handbuch*. Schorndorf: Hofmann. Bouchard, C., Shephard, R.J. & Stephens, T. (1994). *Physical Activity, Fitness, and Health. International Proceedings and Consensus Statement. Campaign II.: Human Kinetics*. Sallis J.F. & Owen, N. (1998). *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks: Sage. US Departments of Health and Human Services (1996). *Physical activity and health. A report of the Surgeon General*. Centers of Disease Control and Prevention: Atlanta, USA. Hänsel F (2007). *Körperliche Aktivität und Gesundheit*. In: Fuchs, R., Göhner, W., Seelig, H. (Hrsg.) (2007). *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils*. Göttingen. 23-44.

50 Vgl. vorliegende Meta-Analysen: Knoll, M. (1997). *Sporttreiben und Gesundheit*. Schorndorf: Hofmann. Schlicht, W. (1994). *Sport und Primärprävention*. Göttingen.

51 Wagner, P. (2002) *Kommen und Gehen. Determinanten der dauerhaften Teilnahme an bewegungsorientierten Programmen*. In: Walter, U., Drupp, M. & Schwartz, F.W. (Hrsg.) (2002). *Prävention durch Krankenkassen*. Weinheim, 142-152; Pahmeier, I. (1999). *Bindung an Gesundheitssport*. Habilitationsschrift: Universität Bayreuth.

52 Brehm, W., Bös, K., Opper, E. & Saam, J. (2002). *Gesundheitssportprogramme in Deutschland. Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement für Sportverbände, Sportvereine und andere Anbieter von Gesundheitssport*. Schorndorf.

„Sofern ich als Anbieter die mir nach dem GKV-Leitfaden Prävention obliegenden Pflichten nicht erfülle und / oder entgegen dessen Bestimmungen handle, kann von der betroffenen Krankenkasse Abhilfe und / oder Unterlassung verlangt werden. Hierfür setzt die Krankenkasse eine angemessene Frist.

Bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen kann die betroffene Krankenkasse nach erfolgter Anhörung eine angemessene Strafzahlung bis zu 5.000 EURO festsetzen. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen. Ich verpflichte mich, den Versicherten insoweit freizustellen und zu Unrecht erhaltene Beträge direkt an die betroffene Krankenkasse zurückzuführen.

Schwerwiegende oder wiederholte Verstöße rechtfertigen ferner den Ausschluss von weiterer Förderung der von mir angebotenen individuellen Maßnahmen. Schwerwiegende Verstöße gegen den GKV-Leitfaden Prävention sind insbesondere:

- Nichterfüllung organisatorischer, sächlicher, fachlicher und/oder personeller Voraussetzungen;
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen;
- Nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.“

Falsche Angaben auf der Teilnahmebescheinigung im Hinblick auf die Voraussetzungen für eine Förderung können zu Rückforderungen der gezahlten Beträge und zum Ausschluss aller von dem entsprechenden Anbieter durchgeführten Maßnahmen von weiterer Förderung führen. Sie können weitere rechtliche Schritte nach sich ziehen. Näheres regeln die Krankenkassen vor Ort.

5.2.2 Bewegungsgewohnheiten

Es ist unstrittig, dass Bewegungsmangel einerseits einen zentralen Risikofaktor für die Gesundheit darstellt und körperlich-sportliche Aktivitäten andererseits zu den zentralen Faktoren der Erhaltung sowie der Wiederherstellung der physischen und der psy-

chosozialen Gesundheit gehören⁴⁹. Allerdings stellt sich Gesundheit bei körperlich-sportlichen Aktivitäten nicht „automatisch“ ein: Gesundheitseffekte sind vielmehr abhängig von den Qualitäten der Aktivitäten bzw. von den Qualitäten der Interventionen⁵⁰. Von zentraler Bedeutung sind dabei die Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen sowie die richtige Dosierung der Belastung. Ferner erfordert eine nachhaltige Sicherung von Gesundheitseffekten – insbesondere für die große Gruppe der langfristig bewegungsabstinenten Menschen – Interventionen auf den Ebenen des Verhaltens und der Verhältnisse. Gesundheitssport kann auf diese Weise als bedeutendes Element einer allgemeinen Gesundheitsförderung aufgefasst werden, mit der gleichermaßen Gesundheits-, Verhaltens-, und Verhältniswirkungen angestrebt werden. In der ersten Phase der Intervention sind dabei Verhaltens- und Verhältniswirkungen prioritär gegenüber Gesundheitseffekten (im engeren Sinne)⁵¹. Wenn es nicht gelingt, in der ersten Phase eine Bindung an gesundheitssportliche Aktivität aufzubauen, so sind langfristig wirksame Gesundheitseffekte dieser Aktivitäten nicht möglich. Sportliche Aktivitäten aus den Bereichen Wettkampfsport, Funsport, Fitnesport, Freizeitsport etc. können zwar auch mehr oder weniger zufällig einzelne Gesundheitsaspekte fördern, sind damit aber noch kein Gesundheitssport. Gleichwohl können Elemente aus diesen Bereichen in Gesundheitssportprogramme sinnvoll integriert werden⁵².

Präventionsprinzip: Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität

Bedarf:

Legt man eine Minimalbeanspruchung durch körperlich-sportliche Aktivität von 800-1000 kcal pro Woche zusätzlich zur normalen Alltagsaktivität zugrunde⁵³, so wird diese in den hoch industrialisierten Ländern derzeit nur von maximal 10-20% der erwachsenen Bevölkerung erreicht⁵⁴. Die Folgen sind katastrophal für die Lebensqualität, für die Volksgesundheit sowie die Ökonomie. Bewegungsmangel ist ein zentraler Risikofaktor für die Entstehung insbesondere von Herz-Kreislauf- sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen. Körperliche Inaktivität mit ihren Folgen wurde demzufolge bereits als das zentrale Gesundheitsproblem des dritten Jahrtausends bezeichnet⁵⁵.

Wirksamkeit:

Große Bevölkerungsstudien belegen, dass ein zusätzlicher Energieverbrauch durch körperlich-sportliche Aktivität von etwa 1000 kcal pro Woche insbesondere das koronare Erkrankungsrisiko stark reduziert, aber auch präventiv wirksam ist bei allgemeinen bewegungsmangelbedingten (körperlichen und psycho-somatischen) Beschwerden. Bewegung, die zielgerichtet, regelmäßig, mit moderater Intensität und einem Mindestumfang von etwa zwei Stunden pro Woche durchgeführt wird, stellt gesichert einen zentralen Schutzfaktor der Gesundheit dar⁵⁶. Mit Blick auf den demografischen Wandel erhält der Zusammenhang zwischen regelmäßiger körperlicher Aktivität und der Aufrechterhaltung der geistigen Leistungsfähigkeit⁵⁷ zudem zunehmend an Bedeutung.

Zielgruppe:

Gesunde - auch ältere - Versicherte mit Bewegungsmangel, Bewegungseinsteiger und -wiedereinsteiger, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen. Bei Programmen, die sich an Kinder zwischen sechs und 12 Jahren richten, sind die Eltern einzubinden.

Ziel der Maßnahme:

Zur Erzielung von Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniswirkungen und der zu erlangenden Handlungskompetenz und Eigenverantwortung sind sechs Kernziele anzusteuern⁵⁸:

- Kernziel 1: Stärkung physischer Gesundheitsressourcen (insbesondere die Faktoren gesundheitsbezogener Fitness, Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit, Entspannungsfähigkeit)
- Kernziel 2: Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen (insbesondere Handlungs- und Effektwissen, Selbstwirksamkeit, Stimmung, Körperkonzept, Soziale Kompetenz und Einbindung)
- Kernziel 3: Verminderung von Risikofaktoren (insbesondere solche des Herz-Kreislauf-Systems sowie des Muskel-Skelettsystems)
- Kernziel 4: Bewältigung von psycho-somatischen Beschwerden und Missbefindenszuständen
- Kernziel 5: Aufbau von Bindung an gesundheitssportliche Aktivität
- Kernziel 6: Verbesserung der Bewegungsverhältnisse (u. a. durch den Aufbau kooperativer Netzwerke beim Zugang zu einer gesundheitssportlichen Aktivität und bei deren Weiterführung)⁵⁹.

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

53 Dies entspricht z. B. der Empfehlung des renommierten American College of Sports Medicine (1998). The recommended Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory and Muscular Fitness and Flexibility in Healthy Adults, *Med Sci Sports Exerc.* 30, 975-991.

54 Woll, A. (1998a). Erwachsene. In K. Bös & W. Brehm, *Gesundheitssport. Ein Handbuch*, 108-116. Schorndorf; Woll, A. & Tittlbach, S. (1999). *FINGER - FINnish-GERman study about the relationship of physical activity, fitness and health*. *CESS-Sport and Health Magazine* 4, 16-19.

55 Blair, S.N. (2000). Physical Inactivity: The major Public Health problem of the next millennium. In J. Avela, P.V., Komi & J. Komulainen (Eds.). *Proceedings, 5th Annual Congress of the European College of Sport Science*, Jyväskylä, 8.

56 Blair, S.N. & Connelly, J.C. (1996). How much physical activity should we do? The case for moderate amounts and intensities of physical activity. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 67 (2), 193-205. *Gesundheitssport - Ein Handbuch*. Schorndorf; Bouchard, C., Shephard, R.J. & Stephens, T. (1994). *Physical Activity, Fitness, and Health. International Proceedings and Consensus Statement. Champaign II: Human Kinetics*. Bouchard, C. & Després, J.-P. (1995). *Physical Activity and Health: Atherosclerotic, Metabolic, and Hypertensive Diseases. Research Quarterly for Exercise and Sport* 66 (4), 268-275. Bouchard, C. (2001). *Physical activity, and health: introduction to the dose-response symposium. Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33, 6, 347-350.

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

57 Angevaren, M., Aufdemkampe, G., Verhaar, H.J.J., Aleman, A., Vanhees, L. (2008). Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Spirduso, W.W., Poon, L.W., Chodzko-Zajko, W. (Hrsg.). (2008). Exercise and its mediating effects on cognition. Champaign, IL: Human Kinetics. Hollmann W., Strüder H. (2003). Gehirngesundheit, -leistungsfähigkeit und körperliche Aktivität. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 54(9): 265-266.

58 Zur Begründung der Ziele und deren Umsetzung vgl. u. a. American College of Sports Medicine (2000). *Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. Philadelphia etc.; Brehm, W., Bös, K., Oppen, E. & Saam, J. (2002). *Gesundheits-sportprogramme in Deutschland. Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement für Sportverbände, Sportvereine und andere Anbieter von Gesundheitssport*. Schorndorf; Brehm, W., Pahmaier, I., Tiemann, M., Ungerer-Röhricht, U. & Bös, K. (2002). *Psychosoziale Ressourcen - Stärkung von psychosozialen Ressourcen im Gesundheitssport*. Deutscher Turnerbund. Frankfurt.

59 Tiemann, M., Brehm, W. & Sygusch, R. (2002). *Flächendeckende Institutionalisierung evaluierter Gesundheitssportprogramme*. In: Walter, U., Drupp, M. & Schwartz, F.W. (Hrsg.) (2002). *Prävention durch Krankenkassen*. Weinheim, 226-238. (vgl. auch weitere Beiträge in diesem Band).

Bezogen auf die Zielgruppe ist der Aufbau von Bindung an regelmäßige gesundheitssportliche Aktivität (Kernziel 5) von zentraler Bedeutung.

Inhalt:

Zur Realisierung der sechs Kernziele sollten folgende Inhalte Bestandteile der Programme sein und sich mit ausformulierten Bausteinen im Kursleitermanual wieder finden:

- Module zur Verbesserung der physischen Ressourcen Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit, mit Hinweisen zur Belastungsdosierung und Belastungsanpassung, zur korrekten Ausführung von Aufgabenstellungen und Übungen, zur motivierenden Durchführung der Module (z. B. Einsatz von Musik, Herstellung positiver sozialer Kontexte, Kursleiterverhalten)
- Lockerungsübungen im Rahmen der genannten Module zur Förderung der physischen Ressourcen sowie ein Modul zur Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
- Aufbau von Handlungs- und Effektwissen zur gesundheitsförderlichen Wirkung von Bewegung und Entspannung insbesondere der durchgeführten Aufgaben zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Fitness (z. B. Belastungsdosierung, korrekte Ausführung der Übungen)
- Vermittlung von Körpererfahrung und positiven Bewegungserlebnissen in der Gruppe
- Maßnahmen zur Unterstützung der Integration des Gelernten in das Alltagsleben nach Interventionsende
- Kontinuierliche Information und Anleitung zu gesundheitsförderlichen Bewegungsabläufen im Alltag, vermehrter regelmäßiger Bewegung

im Alltag (z. B. Treppensteigen, Radfahren), Anregungen für eine ergonomische / gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung sowie zur Vermeidung von einseitig belastenden Situationen in Beruf und Alltag

- Unterstützung der Weiterführung gesundheitssportlicher Aktivitäten z. B. in Sportvereinen

Maßnahmen, die sich vorrangig auf bestimmte Organe oder -systeme beziehen, sind immer dem Präventionsprinzip „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“ zuzuordnen.

Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit

Angebote, die sich nicht explizit und inhaltlich erkennbar auf die sechs Kernziele des Gesundheitssports beziehen, können nicht gefördert werden. Dies umfasst

- Angebote des allgemeinen Freizeit- und Breitensports
- Maßnahmen, die vorwiegend dem Erlernen einer Sportart dienen
- Maßnahmen, die einseitige körperliche Belastungen erfordern
- reine oder überwiegend gerätegestützte Angebote
- Angebote, die an die Nutzung von Geräten bestimmter Firmen gebunden sind.
- Dauerangebote
- Angebote für Kinder unter sechs Jahren (diese Zielgruppe wird über den Setting-Ansatz erreicht).

Der Zugang zu den Bewegungsmöglichkeiten, die in der Folge des Bewegungsprogrammes ausgeübt werden sollen, muss niedrigschwellig möglich

sein (z. B. Ausstattungsbedarf und Kosten auch im Hinblick auf eine kontinuierliche Ausübung sowie Erreichbarkeit).

Methodik:

- Verhaltensorientierte Gruppenberatung mit praktischem Training zum Kennenlernen und Einüben des neuen Bewegungsverhaltens
- Informationen über die Zielgruppe, insbesondere zu den Folgewirkungen des Risikofaktors Bewegungsmangel sowie zu Barrieren der Zielgruppe, regelmäßige körperliche Aktivität aufzunehmen und beizubehalten
- Eingehen auf die spezifische Situation der Zielgruppe insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Barrieren, regelmäßige gesundheitssportliche Aktivität aufzunehmen und beizubehalten (u. a. Zielgruppen angemessene Belastungsvorgaben)
- Verbindung von praktischer Erfahrung mit Kenntnisvermittlung (bzw. Information)
- Verbindung von körperlicher Beanspruchung mit positivem emotionalem Erleben (z. B. durch Rhythmisierung, durch Einsatz von Geräten und Materialien, durch Gruppenaufgaben)
- Verbindungen herstellen zwischen einer problemzentrierten Bewältigung gesundheitlicher Probleme mit einer emotionszentrierten Bewältigung
- Vermittlung von Strategien zur Bindung an körperliche Aktivität (z. B. Handlungsplanung, Barrierenmanagement)
- Vernetzung des Angebots einerseits zur Erleichterung eines Einstiegs (z. B. mit Ärzten) andererseits zur Unterstützung des Übergangs in Folgeangebote (z. B. durch Kooperation mit Sportvereinen).

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich Bewegung in Betracht, insbesondere

- Sportwissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Staatsexamen, Magister, Master, Bachelor)
- Krankengymnasten / Physiotherapeuten
- Sport- und Gymnastiklehrer
- Ärzte,

sofern diese im Rahmen einer Schulung in das durchzuführende Gesundheitssportprogramm speziell eingewiesen sind.

- Lizenzierte Übungsleiter der Turn- und Sportverbände mit der Fortbildung „Sport in der Prävention“ (Lizenzstufe II), die in das durchzuführende Gesundheitssportprogramm speziell eingewiesen sind. Der Einsatz der Übungsleiter der Turn- und Sportverbände ist auf Vereinsangebote beschränkt, die mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet wurden. Weiterhin muss das Präventionsangebot alle hier und in Kapitel 5.2.1 genannten Kriterien erfüllen.

Präventionsprinzip: Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Bedarf:

Einen hohen Stellenwert in den Statistiken der Krankheitsarten nehmen insbesondere folgende Problembereiche bzw. Krankheitsbilder ein, denen primärpräventiv vorgebeugt werden kann:

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

- Probleme im Bereich des Muskel-Skelettsystems, insbesondere Rückenbeschwerden, Arthrosen, Osteoporose, Inkontinenz sowie Störungen der Motorik (Sturzrisiko, Gangunsicherheiten)
- Probleme im metabolischen Bereich, insbesondere anormale Werte des Blutzuckers, des Blutdrucks, der Lipidparameter, des Gewichts
- Probleme im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems sowie des respiratorischen Systems, insbesondere Einschränkungen im Hinblick auf die Herz-Kreislauf-Leistungsfähigkeit sowie die Atmungs- und Lungenfunktionsgrößen
- Probleme im psychischen und psychosomatischen Bereich, z. B. Depressivität, Muskelverspannungen, psychovegetative Probleme, allgemeines psychisches Missbefinden.

Wirksamkeit:

Insgesamt zeigen die vorliegenden Studien eine hohe Evidenz der gesundheitlichen Wirksamkeit körperlicher Aktivitäten⁶⁰. Zentral erscheint eine an den Zielgruppen und ihren Gefährdungen ausgerichtete Intervention (z. B. Frauen vor einsetzender Menopause zur Prävention von Osteoporose, Ältere zur Prävention sturzbedingter Verletzungen).

Zielgruppe:

Versicherte mit speziellen Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems, im Bereich des Herz-Kreislaufsystems und des metabolischen Bereichs, im psycho-somatischen Bereich und im Bereich der motorischen Kontrolle, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen. Bei Programmen, die sich an Kinder zwischen sechs und 12 Jahren richten, sind die Eltern einzubinden.

Ziel der Maßnahme:

Wie beim Präventionsprinzip „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität“ sind auch hier die Maßnahmen an den sechs Kernzielen von Gesundheitssport auszurichten, wobei zielgruppenspezifische Betonungen einzelner Kernziele notwendig sind.

Inhalt:

Die folgenden Inhalte beziehen sich wie beim Präventionsprinzip „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität“ grundsätzlich auf die sechs Kernziele von Gesundheitssport. Im Hinblick auf die Prävention der unter „Bedarf“ genannten Krankheitsarten gilt es, die Inhalte jeweils auf die spezifischen Problembereiche zu beziehen und dabei u. a. spezielle Ressourcen zu betonen (z. B. die Ausdauer bei Problemen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems), indikationsbezogene Inhalte deutlich zu machen (z. B. Zusammenhang zwischen Bewegung und Ernährung bei Problemen im metabolischen Bereich) oder problemzentrierte Bewältigungsstrategien zu spezifizieren (z. B. Schmerzbewältigung bei Problemen im Bereich des Muskel-Skelett-Systems).

Unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen sollten folgende Inhalte Bestandteile der Programme sein und sich mit ausformulierten Bausteinen im Kursleitermanual wiederfinden:

- Module zur Verbesserung der physischen Ressourcen Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit unter Berücksichtigung zielgruppengemäßer Schwerpunktsetzungen, mit Hinweisen zur indikationsspezifischen Belastungsdosierung und Belastungsanpassung, zur

⁶⁰Dickhuth, H-H. (2000). Einführung in die Sport- und Leistungsmedizin. Schorndorf; Linton, S.J. & van Tulder, M.W. (2001). Preventive Interventions for Back and Neck Pain Problems? Spine, 26, 7, 778-787; Pandolf, K.B. (ed.): Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence based symposium. Med Sci Sports Exerc 33(2001) Suppl., 345-641; Samitz G., Baron R. Epidemiologie der körperlichen Aktivität. In: Samitz G., Mensink G. (Hrsg.) (2002). Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. München; Vuori, I. (2001). Dose-response of physical activity and low back pain, osteoarthritis, and osteoporosis. Med. Sci. Sports Exerc., 33, 551-586. Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Lamb, S.E., Gates, S., Cumming, R.G., Rowe, B.H. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. Apr. 15;(2):CD007146.

- korrekten Ausführung von Aufgabenstellungen und Übungen, zur motivierenden Durchführung der Module (z. B. Einsatz von Musik, Herstellung positiver sozialer Kontexte, Kursleiterverhalten)
- Lockerungsübungen im Rahmen der genannten Module zur Förderung physischer Ressourcen sowie ein Modul zur Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
 - Aufbau von Handlungs- und Effektwissen zur Wirkung der körperlichen Aktivitäten bei der problemzentrierten Bewältigung spezifischer Gesundheitsprobleme
 - Aufbau von Handlungs- und Effektwissen zur Durchführung der Aktivitäten (z. B. indikationsbezogene Belastungsdosierung, korrekte Ausführung der Übungen)
 - Vermittlung von Körpererfahrung und positiven Bewegungserlebnissen in der Gruppe
 - Maßnahmen zur Unterstützung der Integration des Gelernten in das Alltagsleben nach Interventionsende
 - Kontinuierliche Information und Anleitung zu gesundheitsförderlichen Bewegungsabläufen im Alltag, vermehrter regelmäßiger Bewegung im Alltag (z. B. Treppensteigen, Radfahren), Anregungen für eine ergonomische / gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung sowie zur Vermeidung von einseitig belastenden Situationen in Beruf und Alltag
 - Unterstützung der Weiterführung gesundheits-sportlicher Aktivitäten z. B. in Sportvereinen.

Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit

Angebote, die sich nicht explizit und inhaltlich erkennbar auf die sechs Kernziele des Gesundheits-sports beziehen, können nicht gefördert werden.

Dies umfasst

- Angebote des allgemeinen Freizeit- und Breitensports
- Maßnahmen die vorwiegend dem Erlernen einer Sportart dienen
- Maßnahmen, die einseitige körperliche Belastungen erfordern
- reine oder überwiegend gerätegestützte Angebote
- Angebote, die an die Nutzung von Geräten bestimmter Firmen gebunden sind
- Dauerangebote
- Angebote für Kinder unter sechs Jahren (diese Zielgruppe wird über den Setting-Ansatz erreicht).
- Der Zugang zu den Bewegungsmöglichkeiten, die in der Folge des Bewegungsprogrammes ausgeübt werden sollen, muss niedrigschwellig möglich sein (z. B. Ausstattungsbedarf und Kosten auch im Hinblick auf eine kontinuierliche Ausübung sowie Erreichbarkeit).

Methodik:

- Verhaltensorientierte Gruppenberatung mit praktischem Training zum Kennenlernen und Einüben des neuen Bewegungsverhaltens
- Informationen über die Zielgruppe, insbesondere zu den speziellen Gesundheitsproblemen und Risiken der Zielgruppe (differenziert nach den jeweils spezifischen Problemen im Hinblick auf den Bereich des Muskel-Skelettsystems, den Bereich des Herz-Kreislaufsystems und des metabolischen Bereichs sowie den psychosomatischen Bereich). Informationen zu Barrieren der Zielgruppe regelmäßige körperliche Aktivität aufzunehmen und beizubehalten.
- Eingehen auf die spezifische Situation der Ziel-

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

⁶¹ Entsprechend den Inhalten des Curriculums der Konföderation der deutschen Rückenschulen (KddR) zur Weiterbildung Rückenschullehrer/in. Internet: <http://www.kddr.de>.

⁶² Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (Hrsg.). Ernährungsbericht 2004. Bonn. 94 und 96.

- gruppe insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Barrieren, regelmäßige gesundheitssportliche Aktivität aufzunehmen und beizubehalten (u. a. Zielgruppen angemessene Belastungsvorgaben)
- Verbindung von praktischer Erfahrung mit Kenntnisvermittlung (Handlungs- und Effektwissen unter Berücksichtigung des speziellen Problembereiches)
- Verbindung von körperlicher Beanspruchung mit positivem emotionalem Erleben (z. B. durch Rhythmisierung, durch Einsatz von Geräten und Materialien, durch Gruppenaufgaben).
- Zielgruppenangemessene Belastungsvorgaben insbesondere unter Berücksichtigung vorhandener Risikofaktoren, dem jeweiligen gesundheitlichen Problembereich, Barrieren und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen
- Vermittlung von Strategien zur Bindung an körperliche Aktivität (z. B. Handlungsplanung, Barrierenmanagement)
- Vernetzung des Angebots einerseits zur Erleichterung eines Einstiegs (z. B. mit Ärzten), andererseits zur Unterstützung des Übergangs in Folgeangebote (z. B. durch Angebote im institutionellen Rahmen von Sportvereinen).

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich Bewegung in Betracht, insbesondere

- Sportwissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Staatsexamen, Magister, Master, Bachelor)
- Krankengymnasten / Physiotherapeuten
- Sport- und Gymnastiklehrer
- Ärzte

mit Zusatzqualifikation einer anerkannten Institution für den jeweiligen Problembereich (z. B. Rückenschullehrerlizenz⁶¹, vergleichbar in anderen Indikationsbereichen) und Einweisung in das durchzuführende Bewegungsprogramm.

Zur Durchführung von Maßnahmen für Personen mit speziellen Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems kommen ferner Masseure (mit Ausbildung nach den erweiterten Ausbildungsbedingungen ab 1994) und Ergotherapeuten jeweils mit einer Zusatzqualifikation für diesen Bereich bei einer anerkannten Institution sowie einer Einweisung in das durchzuführende Gesundheitsprogramm in Betracht.

5.2.3 Ernährung

Der Ernährung kommt eine zentrale Rolle sowohl für den Erhalt der Gesundheit als auch bei der Entstehung bestimmter Erkrankungen zu. Nach Angaben des Ernährungsberichts 2004 sind über zwei Drittel aller Todesfälle auf Erkrankungen zurückzuführen, bei denen die Ernährung als alleinige Ursache oder als einer von mehreren Faktoren an der Krankheitsentstehung beteiligt ist⁶². Aufgrund der großen Bedeutung des Ernährungsverhaltens für die Entstehung dieser Erkrankungen stellt die Förderung einer gesundheitsgerechten Ernährung ein zentrales Handlungsfeld der Krankenkassen in der primären Prävention dar.

Das Ernährungsverhalten ist auch von strukturellen Voraussetzungen (wie z. B. der Verfügbarkeit eines qualitativ hochwertigen Lebensmittelangebots) abhängig. Um die Ernährungssituation in Deutschland nachhaltig zu verbessern, sind neben den in

diesem Kapitel beschriebenen verhaltenspräventiven Ernährungsangeboten daher auch weitere, insbesondere verhältnispräventive Maßnahmen (z. B. in Bezug auf das Lebensmittelangebot und die Lebensmittelkennzeichnung), erforderlich, die nicht in die Zuständigkeit der GKV fallen.

Präventionsprinzip: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

Bedarf:

Für viele chronische Krankheiten wurde eine Abhängigkeit von der Ernährung festgestellt. Zu diesen zählen insbesondere Krankheiten des Herzkreislauf-Systems, einige bösartige Neubildungen, Krankheiten des Verdauungssystems sowie endokrine Erkrankungen und Stoffwechselkrankheiten (darunter mit wachsender epidemiologischer Bedeutung Diabetes mellitus Typ 2)⁶³. Zusätzlich werden Allergien und Lebensmittelunverträglichkeiten sowie Mangelkrankungen als durch die Ernährungsweise beeinflussbar angesehen⁶⁴.

Nach wie vor ist die Ernährungssituation der Bevölkerung generell als unbefriedigend einzustufen in Bezug auf

- Höhe und Qualität der Fettzufuhr,
- Höhe und Qualität der Kohlenhydratzufuhr (zu hoher Zuckerverzehr, zu geringe Aufnahme an Ballaststoffen),
- Höhe der Natriumzufuhr (zu hoher Kochsalzverzehr bei Erwachsenen über 50 Jahre)
- Versorgung mit Calcium, Jod und Vitamin D,
- Versorgung mit Folat und Eisen, insbesondere bei Frauen im gebärfähigen Alter
- ausreichende Flüssigkeitszufuhr⁶⁵.

Zur Verbesserung der Ernährungssituation sind Verhaltensänderungen in der Bevölkerung in Richtung einer fett-, zucker- und salzärmeren, gleichzeitig aber vitamin-, mineralstoff- sowie ballaststoffreicheren Ernährungsweise erforderlich⁶⁶.

Wirksamkeit:

Vorhandene Studien belegen, dass eine bedarfsgerechte und ausgewogene Ernährungsweise wirksam zur Verhütung zahlreicher Erkrankungen beitragen kann⁶⁷.

Ziel der Maßnahme:

- Stärkung der Motivation und Handlungskompetenz zu einer eigenverantwortlichen und nachhaltigen Umstellung auf eine individuell bedarfsgerechte Ernährung nach den jeweils aktuellen Lebensmittel-Empfehlungen⁶⁸ und DGE-Beratungsstandards⁶⁹ bzw. den Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE)⁷⁰ sowie
- ggf. Motivation zu vermehrter Bewegung im Alltag

Zielgruppe:

- Versicherte mit ernährungsbezogenem Fehlverhalten ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen des Stoffwechsels oder psychische (Ess-)Störungen

Inhalt:

Trainings-/Schulungsmodule

- zur Förderung eines bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsverhaltens
- zur Verhaltensmodifikation durch Training der flexiblen Verhaltenskontrolle
- zur Motivation zu vermehrter Bewegung im Alltag

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

63 Ebd., S. 95.

64 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (Hrsg.) (2009). DGE-Beratungs-Standards. Bonn.

65 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (Hrsg.). Ernährungsbericht 2004. Bonn. 62-67.

66 Ebd., S. 67.

67 Schacky, v. C. (2008). Primary prevention of cardiovascular disease - how to promote healthy eating habits in population? J Public Health 16:13-20.

68 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., aid e.V. (Hrsg.) (2009). Die Dreidimensionale Lebensmittelpyramide - Fachinformation. 4. Auflage, Bonn.

69 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (Hrsg.) (2009). DGE-Beratungs-Standards. Bonn.

70 Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (2008). Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. 2. Auflage. Dortmund. (<http://www.fke-do.de>)

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

71 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., <http://www.dge.de>.

72 Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), <http://www.vdd.de>.

73 Verband der Oecotrophologen e.V. (VDOE), <http://www.vdoe.de>.

74 Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED), <http://www.vfed.de>.

75 Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung e.V. (QUETHEB), <http://www.quetheb.de>.

76 Bundesärztekammer (BÄK), <http://www.bundesaerztekammer.de/>.

77 Max Rubner-Institut – Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (Hrsg.) (2008): Ergebnisbericht Teil 1, Nationale Verzehrsstudie II. Internet: <http://www.was-ess-ich.de/>.

78 Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006). Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin. Internet: <http://www.kiggs.de>.

79 Zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.) (2006). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin, 113 f.; zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Kurth, B.-M., Schafrauth Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt 50, 736-743.

- zum Einüben des verbesserten Koch- und Einkaufsverhaltens unter Einbeziehung des sozialen Umfelds und Berücksichtigung der Alltagssituation.

Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit:

- Produktwerbung und Produktverkauf
- Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln, Formula-Diäten und weiterer Produkte
- spezielle Messungen von Stoffwechselfparametern
- reine Koch- und Backkurse

Methodik:

- verhaltensorientierte Beratung, in der Regel in Gruppen
- praktische Übungen, z. B. zum Essverhalten

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich Ernährung in Betracht, insbesondere

- Diätassistenten
- Oecotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung; Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor)
- Ernährungswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor)
- Diplom-Ingenieure Ernährungs- und Hygiene-technik, Schwerpunkt „Ernährungstechnik“
- Diplom-Ingenieure Ernährung und Versorgungsmanagement, Schwerpunkt „Ernährung“

mit gültiger Zusatzqualifikation entsprechend den Inhalten eines der den folgenden Zertifikaten zugrunde liegenden Curricula:

- Ernährungsberater/DGE, Ernährungsmedizinischer Berater/DGE⁷¹
- VDD-Fortbildungszertifikat⁷²
- Zertifikat „Ernährungsberater VDOE“⁷³
- VFED-Zertifizierung⁷⁴
- QUETHEB-Registrierung sowie⁷⁵
- Ärzte mit gültigem Fortbildungsnachweis gemäß dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer⁷⁶. Zusätzlich kann hier der Nachweis der QUETHEB-Registrierung erbracht werden.
- Außerdem ist eine Einweisung in das durchzuführende Programm nachzuweisen.

Präventionsprinzip: Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Bedarf:

Nach den Daten der Nationalen Verzehrsstudie II (2005-2007) haben in Deutschland 45,5% der Männer und 29,5% der Frauen geringes bis mittelgradiges Übergewicht (BMI 25-29,9). Der Anteil adipöser Personen (starkes Übergewicht, BMI ≥ 30) liegt bei 20,5% (Männer) bzw. 21,1% (Frauen). Insgesamt gelten damit 66% der erwachsenen Männer und 51% der erwachsenen Frauen in Deutschland als übergewichtig oder adipös⁷⁷. Der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher (3-17 Jahre) betrug gemäß den Daten des Kinder und Jugend-Gesundheitssurveys im Durchschnitt der Jahre 2003-2006 15%, davon waren 6% adipös⁷⁸.

Sowohl bei Kindern / Jugendlichen als auch bei Erwachsenen hat der Anteil übergewichtiger Personen in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen⁷⁹. Durch Übergewicht und Adipositas

erhöht sich das Risiko für zahlreiche Krankheiten insbesondere des Herz-Kreislauf-Systems, des Stoffwechsels, des Muskel- und Skelettsystems sowie für bestimmte Krebserkrankungen⁸⁰. Für das Erkrankungsrisiko spielt zusätzlich zum Übergewicht als solchem auch das Fettverteilungsmuster eine wichtige Rolle. Eine überhöhte viszerale Fettmasse (Taillenumfang >102 cm bei Männern und >88 cm bei Frauen) erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich⁸¹.

Wirksamkeit:

Maßnahmen, die sowohl Module zu einem bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsverhalten als auch zu sportlicher Aktivität beinhalten, können eine nachhaltige Senkung des Körpergewichts bewirken⁸². Empfohlen werden spezifische Methoden der Verhaltensmodifikation⁸³. Bei Kindern und Jugendlichen hängt die langfristige Effektivität von Maßnahmen zur Stabilisierung bzw. Senkung des Körpergewichts auch davon ab, dass die Eltern der Kinder in die Durchführung einbezogen werden⁸⁴.

Zielgruppe:

Erwachsene:

- Personen mit BMI >25 bis < 30 (BMI \geq 30 bis < 40 nur nach ärztlicher Rücksprache) ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen des Stoffwechsels oder psychische (Ess-) Störungen

Kinder und Jugendliche:

- übergewichtige Kinder und Jugendliche im Alter von 8-18 Jahren im Bereich der 90. bis 97. Perzentile der Häufigkeitsverteilung der alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Werte⁸⁵
- Kinder mit einem Gewicht im Bereich der 97.

bis 99,5. Perzentile nach ärztlicher Rücksprache und ohne weitere behandlungsbedürftige Risikofaktoren des Stoffwechsels⁸⁶ oder Begleiterkrankungen⁸⁷

jew. unter Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfelds

Ausschlusskriterien für eine Teilnahme:

- sekundäre und syndromale Adipositasformen
- psychiatrische Grunderkrankung / Essstörung
- bei Kindern und Jugendlichen außerdem: mangelnde Bereitschaft der Eltern, eine kontinuierliche Teilnahme zu unterstützen

Ziel der Maßnahme:

Erwachsene:

- gesundheitsförderndes Ernährungs- und Bewegungsverhalten
- angemessene Gewichtsreduktion und -stabilisierung

Kinder und Jugendliche:

- gesundheitsförderndes Ernährungs- und Bewegungsverhalten
- Konstanthaltung des Körpergewichts bei gleichzeitigem Längenwachstum (ggf. Gewichtsreduktion)
- Vermeidung von Adipositas assoziierten Erkrankungen
- Verbesserung des Körperbewusstseins, des Selbstbewusstseins und des Selbstwertgefühls

Inhalt:

Trainings-/ Schulungsmodule

- zu Ursachen des Übergewichts
- zur Förderung eines bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsverhaltens [Ziel:

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

80 Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung und Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (2007). Prävention und Therapie der Adipositas. Evidenzbasierte Leitlinie. Version 2007, S. 7.

81 Ebd., S. 6.

82 Schacky, v. C. (2008). Primary prevention of cardiovascular disease - how to promote healthy eating habits in population? J Public Health 16:13-20.

83 Goldapp, C., Mann, R. und Shaw, R. (2005). Qualitätsraster für Präventionsmaßnahmen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Reihe Gesundheitsförderung konkret Bd. 4, Köln, S. 18-19.

84 Deutsche Adipositas Gesellschaft, Deutsche Diabetes Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung und Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (2007). Prävention und Therapie der Adipositas. Evidenzbasierte Leitlinie. Version 2007, 9f.

85 Bei Kindern und Jugendlichen lässt sich das Ausmaß des Übergewichts nicht durch feste BMI-Grenzwerte bestimmen. Die Einstufung von Kindern und Jugendlichen als übergewichtig bzw. adipös erfolgt auf der Grundlage von Verteilungen der alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Werte, die in bevölkerungsbezogenen Untersuchungen ermittelt wurden (Referenzwerte). Die derzeit geltenden Referenzwerte sind den Tabellen 1 (für Mädchen) und 2 (für Jungen) im Anhang zu entnehmen. Nach der Definition der Arbeitsgemeinschaft Adipo-

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

sitas im Kindes- und Jugendalter sind Kinder und Jugendliche als übergewichtig einzustufen, wenn ihr BMI höher liegt als bei 90% der Kinder/Jugendlichen gleichen Alters und Geschlechts (oberhalb der 90. Perzentile P 90). Als adipös sind Kinder und Jugendliche einzustufen, deren BMI höher ist als bei 97% ihrer Alters- und Geschlechtsgenossen (oberhalb der 97. Perzentile P 97); vgl. Goldapp, C., Mann, R. und Shaw, R. (2005). Qualitätsraster für Präventionsmaßnahmen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2005). Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Reihe Gesundheitsförderung konkret Bd. 4, Köln, S. 7-35, hier: S. 11f.

86 z. B. Insulinresistenz, Fettstoffwechselstörungen, Motivationsprobleme. Ebd., S. 8f.

87 z. B. arterielle Hypertonie, Diabetes Mellitus Typ 2 und orthopädische Erkrankungen im Zusammenhang mit dem erhöhten Körpergewicht. Ebd., S. 9.

88 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE), <http://www.dge.de>.

89 Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), <http://www.vdd.de>.

90 Verband der Oecotrophologen e.V. (VDOE), <http://www.vdoe.de>.

91 Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED), <http://www.vfed.de>.

92 Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung e.V. (QUETHEB), <http://www.quetheb.de>.

ausgewogene Energiebilanz durch fettmoderate, kohlenhydratbetonte (Stärke, nicht Zucker) und ballaststoffreiche Kost nach den jeweils aktuellen Empfehlungen und Beratungs-Standards der DGE bzw. der optimierten Mischkost des FKE]

- zum Erkennen und Verändern situationsabhängigen Essverhaltens
- zur flexiblen Verhaltenskontrolle
- zur Motivation und ggf. Anleitung zu vermehrter Alltagsbewegung und sportlicher Aktivität sowie Reduzierung von Inaktivität (z. B. Fernsehen)
- zum Einüben des verbesserten Koch- und Einkaufsverhaltens (u. a. Reflexion von Werbestrategien und eigenem Konsumverhalten) unter Einbeziehung des sozialen Umfelds und Berücksichtigung der Alltagssituation
- zur Vermeidung des „Jo-Jo-Effektes“
- bei Kindern und Jugendlichen außerdem: Förderung eines verbesserten Körpergefühls und Selbstbewusstseins; Einbeziehung der Eltern

Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit:

- Produktwerbung und Produktverkauf
- Einsatz von Medikamenten zur Gewichtsabnahme, Formula-Diäten (Nahrungersatz- oder -ergänzungsmittel) sowie extrem kalorienreduzierter Kost
- spezielle Messungen von Stoffwechselfparametern
- reine Koch- und Backkurse

Methodik:

- verhaltensorientierte Beratung, in der Regel in Gruppen
- praktische Übungen, z. B. zum Ess- und Bewegungsverhalten

- bei Kindern und Jugendlichen jeweils unter Einbeziehung der Familie

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich Ernährung in Betracht, insbesondere

- Diätassistenten
- Oecotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung; Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor)
- Ernährungswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor)
- Diplom-Ingenieure Ernährungs- und Hygiene-technik, Schwerpunkt „Ernährungstechnik“
- Diplom-Ingenieure Ernährung und Versorgungsmanagement, Schwerpunkt „Ernährung“ mit gültiger Zusatzqualifikation entsprechend den Inhalten eines der den folgenden Zertifikaten zugrunde liegenden Curricula:
 - Ernährungsberater/DGE, Ernährungsmedizinischer Berater/DGE⁸⁸
 - VDD-Fortbildungszertifikat⁸⁹
 - Ernährungsberater VDO_E⁹⁰
 - VFED-Zertifizierung⁹¹
 - QUETHEB-Registrierung⁹² sowie
 - Ärzte mit gültigem Fortbildungsnachweis gemäß dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer⁹³. Zusätzlich kann hier der Nachweis der QUETHEB-Registrierung erbracht werden.

Außerdem ist eine Einweisung in das durchzuführende Programm nachzuweisen.

Werden Präventionskurse zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht in Kombination mit

Bewegungs- und / oder Entspannungs-/ Stressbewältigungskursen angeboten, gelten für diese Kursbestandteile die Anforderungen der jeweiligen Handlungsfelder dieses Leitfadens.

5.2.4 Stressmanagement

Psychosozialer Stress stellt einen bedeutsamen (mit-) verursachenden, auslösenden oder aggravierenden Faktor für viele der heute sozialmedizinisch besonders relevanten kardiovaskulären, muskuloskeletalen, immunologischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen dar⁹⁴. Insbesondere chronische psychobiologische Stressreaktionen gefährden im Zusammenhang mit einer unausgeglichenen Beanspruchungs-Erholungs-Bilanz, einer nachhaltigen Schwächung des Immunsystems sowie einem zunehmenden gesundheitlichen Risikoverhalten als inadäquatem Bewältigungsverhalten die körperliche wie psychische Gesundheit. Dabei ist davon auszugehen, dass aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen wie etwa den zunehmenden Anforderungen an Mobilität, Flexibilität und Leistungsbereitschaft sowie der zunehmenden Auflösung traditionsbestimmter Sinn-, Werte- und Sozialstrukturen das Belastungsniveau für den Einzelnen zukünftig eher noch steigen wird.

Bedarf:

Bereits im Kindes- und Jugendalter lassen sich vielfältige Symptomatiken auffinden, die mit einem Stresserleben in Zusammenhang gebracht werden können. In der internationalen WHO-Vergleichsstudie Health Behaviour in School-aged Children wurden 2001 und 2002 repräsentative Stichproben 11-, 13- und 15jähriger aus 35 Ländern befragt^{95,96}.

Unter den erfassten Symptomen werden Müdigkeit bzw. Erschöpfung am häufigsten berichtet. 25% fühlen sich „fast täglich“ oder „mehrmals in der Woche“ müde oder erschöpft, 21% erleben dies nach eigenen Angaben „fast jede Woche“. Danach folgen Einschlafschwierigkeiten mit 14% bzw. 11% und Gereiztheit und schlechte Laune (14% bzw. 17%). Unter den Schmerzsymptomen werden Kopfschmerzen am häufigsten genannt (12% erleben sie fast täglich oder mehrmals in der Woche, 12% fast jede Woche), gefolgt von Rückenschmerzen mit 8% bzw. 9 % und Bauchschmerzen, die von 7% mehrmals wöchentlich und von 9% fast jede Woche erlebt werden⁹⁷. Wie andere Studien zeigen, stehen die Symptomangaben von Kindern und Jugendlichen mit dem Ausmaß des Stresserlebens in Beziehung: Je mehr Stress erlebt wird, desto höher fallen die Symptomangaben aus⁹⁸.

Für die Gruppe der Erwachsenen konnten negative somatische und psychische Effekte hoher Stressbelastung in prospektiven Studien nachgewiesen werden⁹⁹. Querschnittstudien zeigen, dass die Intensität und Häufigkeit des Stresserlebens in einem engen Zusammenhang mit gesundheitlichen Beschwerden, wie z. B. Kreuz-, Nacken-, Schulter- und Kopfschmerzen stehen¹⁰⁰. Die Bedeutung des Stresserlebens für die Entwicklung gesundheitlicher Beschwerden ist dabei interindividuell und situationsbedingt unterschiedlich ausgeprägt.

Stressmanagement: Ebenen der Stressbewältigung

Zur Primärprävention der durch Stress (mit-)bedingten Erkrankungen haben sich Programme des multimodalen Stressmanagements bewährt, die sowohl das Stressbewältigungsverhalten, das Stresserleben als auch die psychophysischen Reak-

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

93 Bundesärztekammer (BÄK), <http://www.bundesaerztekammer.de/>.

94 Björntorp, P. (2001). Heart and Soul: Stress and the metabolic syndrome. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 35, S. 172-177.; Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Rev. Immunol.*, 5, S. 243-251; Siegrist, J. (2001). Psychosoziale Einflüsse auf Entstehung und Verlauf der koronaren Herzkrankheit. *Herz*, 26, S. 316-325; Rensing, L. et al. (2006). Mensch im Stress. *Psyche - Körper - Moleküle*. München.

95 Currie, C. Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, V.B. (2004). Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey. Copenhagen; World Health Organization.

96 Eine ausführliche Beschreibung und Interpretation der Ergebnisse der deutschen Teilstichprobe mit 5.640 Kindern und Jugendlichen findet sich bei Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003). *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim.

97 s. zusammenfassend Klein-Heßling, J. (2005). *Gesundheit im Kindesalter: Symptomatik, gesundheitsförderliches und gesundheitsriskantes Verhalten*. Erscheint in A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Heßling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen.

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

tionen gesundheitsförderlich verändern können. Diese Programme unterstützen die individuelle Stressbewältigung auf folgenden Ebenen:

98 Lohaus, A., Beyer, A. & Klein-Heßling, J. (2004). Stresserleben und Stresssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 36, 38-46.

99 Chandola, T., Brunner, E. & Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome : prospective study. British Medical Journal. doi: 10.1136/bmj; Dragano, N., He, Y. et al. (2008). Two models of job stress and depressive symptoms. Results from a population-based study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 43 (1) 72-78.

100 Jansen, R. (2000). Arbeitsbelastungen und Arbeitsbedingungen. In: Badura, B.; Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.). Fehlzeitenreport 1999, Heidelberg: Springer, S. 5-30.



Instrumentelles Stressmanagement setzt an den Stressoren an mit dem Ziel, diese zu reduzieren oder ganz auszuschalten. z. B. durch Umorganisation des Arbeitsplatzes, durch Veränderung von Arbeitsabläufen, durch die Organisation von Hilfen etc. Instrumentelles Stressmanagement kann sowohl auf konkrete, aktuelle Belastungssituationen (reaktiv) als auch auf die Verringerung oder Ausschaltung zukünftiger Belastungen (präventiv) ausgerichtet sein. Instrumentelles Stressmanagement erfordert Sachkompetenz, sozialkommunikative Kompetenzen und Selbstmanagementkompetenz als Fähigkeit zu einem eigengesteuerten und zielgerichteten Handeln.

Kognitives Stressmanagement zielt auf eine Änderung von persönlichen Motiven, Einstellungen und Bewertungen. Auch hier können sich die Bewältigungsbemühungen auf aktuelle Bewertungen in konkreten Belastungssituationen oder auf situationsübergreifende, habituelle Bewertungsmuster beziehen. Diese bewusst zu machen, kritisch zu reflektieren und in Stress vermindernde Bewertungen zu transformieren, ist das Ziel kognitiver Interventionsansätze der Stressbewältigung.

Beim **palliativ-regenerativen Stressmanagement** steht die Regulierung und Kontrolle der physiologischen und psychischen Stressreaktion im Vor-

dergrund. Auch hier kann unterschieden werden zwischen solchen Bewältigungsversuchen, die zur kurzfristigen Erleichterung und Entspannung auf die Dämpfung einer akuten Stressreaktion abzielen (Palliation), sowie eher längerfristigen Bemühungen, die der regelmäßigen Erholung und Entspannung dienen (Regeneration).

Zur Primärprävention der mit Stress assoziierten gesundheitlichen Probleme eignen sich auch Entspannungstrainings, bei denen die unter Stress auftretende psychophysische Aktivierung reguliert wird. Entspannungstrainings sind ein Element multimodaler Stressmanagementprogramme, können aber auch als eigenständige Maßnahme durchgeführt werden (s. vorstehende Abbildung).

Bei der Entscheidung, ob eher multimodale oder rein entspannungsorientierte Verfahren zum Einsatz gelangen sollen, spielen vor allem die Problemlage und die Art der Zielgruppe eine Rolle. So ist es beispielsweise nicht sinnvoll, (nur) auf die Einübung von Entspannung zu setzen, wenn konkrete Stressoren vorliegen, auf die mit einem instrumentellen Vorgehen Einfluss genommen werden kann.

Weiterhin sind für manche Zielgruppen reine Entspannungstrainings weniger geeignet. So werden beispielsweise für das Kindesalter bei einer primärpräventiven Ausrichtung eher multimodale Trainings empfohlen, die nicht nur eine emotionsregulierende Ausrichtung enthalten.

Präventionsprinzip: Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (Multimodales Stressmanagement)

Wirksamkeit:

Meta-Analysen einschlägiger Evaluationsstudien konnten die auch längerfristige Wirksamkeit von Maßnahmen zur Stressbewältigung besonders im Hinblick auf eine Reduzierung von körperlichen Beschwerden und negativer psychischer Befindlichkeit (Ängstlichkeit, Depressivität) sowie einen Rückgang von Ärger- und Feindseligkeitsreaktionen belegen¹⁰¹. Verbesserungen bei der individuellen Bewältigung konnten ebenfalls in mehreren Studien nachgewiesen werden¹⁰².

Ziel der Maßnahme:

Maßnahmen zum multimodalen Stressmanagement zielen darauf ab, negative Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit aufgrund von chronischen Stresserfahrungen zu vermeiden, indem die individuellen Bewältigungskompetenzen gestärkt werden mit dem Ziel eines möglichst breiten Bewältigungsrepertoires und einer möglichst hohen Flexibilität im Umgang mit Stressbelastungen. Die Bewältigungsbemühungen müssen auf allen drei oben beschriebenen Ebenen des Stressmanagements ansetzen.

Zielgruppe:

Die Maßnahmen richten sich an Versicherte mit Stressbelastungen, die lernen wollen, damit sicherer und gesundheitsbewusster umzugehen, um dadurch potentiell behandlungsbedürftige Stressfolgen zu vermeiden. Die Maßnahmen können auch für spezielle Zielgruppen zur Bewäl-

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

101 Kaluza, G. (1997). Evaluation von Stressbewältigungstrainings in der primären Prävention - eine Meta-Analyse (quasi-) experimenteller Feldstudien. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 5, 149-169.

102 Kaluza, G. (1998). Effekte eines kognitiv-behavioralen Stressbewältigungstrainings auf Belastungen, Bewältigung und (Wohl-)Befinden - eine randomisierte, kontrollierte prospektive Interventionsstudie in der primären Prävention. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 27, 234-243; ders. (1999a). Sind die Effekte eines primärpräventiven Stressbewältigungstrainings von Dauer? Eine randomisierte, kontrollierte Follow-up-Studie. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7, 88-95; ders. (1999b). Mehr desselben oder Neues gelernt? - Veränderungen von Bewältigungsprofilen nach einem primärpräventiven Stressbewältigungstraining. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 8, 73-84

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

tigung spezifischer Belastungen (z. B. familiäre Überlastung, berufliche Überlastung – auch durch Schichtarbeit –, psychosoziale Belastungen infolge von Arbeitslosigkeit) durchgeführt werden. Kinder ab acht Jahren können an spezifisch auf diese Altersgruppe ausgerichteten Programmen unter Einbeziehung der Familie teilnehmen. Für Versicherte mit akut behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen sind die Maßnahmen kontraindiziert.

Inhalt:

In multimodalen Stressmanagementprogrammen werden mehrere unterschiedliche Interventionsmethoden auf der Basis eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionsansatzes integriert, um auf den Ebenen des instrumentellen, des kognitiven und des palliativ-regenerativen Stressmanagements anzusetzen. Die dabei am häufigsten genutzten Interventionsmethoden sind:

- Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen, wie systematisches Problemlösen, Zeitmanagement und persönlicher Arbeitsorganisation,
- Vermittlung von Methoden der kognitiven Umstrukturierung mit dem Ziel der Einstellungsänderung und positiven Selbstinstruktion,
- Vermittlung psychophysiologischer Entspannungsverfahren sowie
- Training von selbstbehauptendem Verhalten und sozial-kommunikativer Kompetenzen.

Methodik:

Bei Stressmanagementtrainings handelt es sich um systematische kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme, die sich an Gruppen richten und an den individuellen Stressproblemen der Teilnehmer orientiert sind. Die Trainings enthalten eine praktische Einübung von Stressreduktions-

Entspannungsmethoden sowie Anleitungen für Übungen außerhalb der Trainingssitzungen, um einen Transfer in den Alltag zu gewährleisten.

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung von multimodalen Stressbewältigungstrainings kommen Fachkräfte aus dem Bereich der psychosozialen Gesundheit in Betracht, die über einen staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss verfügen, insbesondere als

- Psychologen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Pädagogen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor, Lehrer mit 1. u. 2. Staatsexamen)
- Sozialpädagogen/Sozialarbeiter (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Sozialwissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Gesundheitswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Ärzte

mit Zusatzqualifikation im Bereich Stressmanagement (Einweisung in das durchzuführende Stressbewältigungsprogramm).

Präventionsprinzip: Förderung von Entspannung (Palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Wirksamkeit:

Es existieren mehrere Entspannungsverfahren, die sich in der Praxis bewährt haben und deren Wirksamkeit empirisch belegt ist¹⁰³. Durch das Erlernen eines Entspannungsverfahrens wird die Fähigkeit zur Selbstregulation von psychophysischen Stressreaktionen verbessert. Die verschiedenen

103 Linden, W., Chambers, L. (1994). Clinical Effectiveness of Non-Drug Treatment for Hypertension: A Meta-Analysis. *Annals of Behavior Medicine* 16 (1), 35-45; Stetter, F., Kupper, S. (2002). Autogenic Training: A Meta-Analysis of Clinical Outcome Studies. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 27, 45-98.

Entspannungsverfahren lösen ungeachtet ihrer methodischen Unterschiede eine sogenannte Entspannungsreaktion aus¹⁰⁴.

Ziel der Maßnahme:

Entspannungsverfahren zielen darauf ab, physischen und psychischen Spannungszuständen vorzubeugen bzw. diese zu reduzieren. Sie setzen damit im Wesentlichen auf der Ebene des palliativ-regenerativen Stressmanagements an. Die zu erlernende Entspannungsreaktion stellt den Gegenpol zu den unter Stress auftretenden körperlichen Reaktionen dar. Im Verlaufe eines Entspannungstrainings wird durch regelmäßiges Üben die selbstständige Auslösung der Entspannungsreaktion geübt und für den alltäglichen Einsatz stabilisiert.

Zielgruppe:

Versicherte mit Stressbelastungen, die ein Verfahren zur gezielten Dämpfung der akuten Stressreaktion erlernen und über dessen regelmäßige Anwendung zu vegetativ wirksamer Erholung und Regeneration finden möchten. Kinder ab sechs Jahren können an spezifisch auf diese Altersgruppe ausgerichteten Entspannungstrainings unter Einbeziehung der Familie teilnehmen. Für Versicherte mit akut behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen sind die Maßnahmen kontraindiziert.

Inhalt:

Als Maßnahmen zur Förderung der Entspannung kommen in Betracht:

- Progressive Relaxation (PR) nach Edmund Jacobson
- Autogenes Training (AT) - Grundstufe - nach Johannes-Heinrich Schultz
- Hatha Yoga

- Tai Chi
- Qigong

Methodik:

Verhaltensorientierte Gruppenberatung mit Erläuterung der psychophysischen Wirkzusammenhänge von Stress und Entspannung, Einübung des Entspannungsverfahrens sowie Anleitung für Übungen außerhalb der Trainingssitzungen, um einen Transfer in den Alltag zu gewährleisten.

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung der Entspannungstrainings PR und AT kommen zusätzlich zu den für multimodale Stressbewältigungstrainings geeigneten Anbietern (s. Präventionsprinzip Förderung von Stressbewältigungskompetenzen) auch Fachkräfte mit insbesondere den nachstehenden Qualifikationen in Betracht:

- Sportwissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Staatsexamen, Magister, Master, Bachelor)
- Sport- und Gymnastiklehrer
- Physiotherapeuten / Krankengymnasten
- Ergotherapeuten
- Erzieher
- Gesundheitspädagogen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Heilpädagogen

mit Zusatzqualifikation im Bereich Entspannung (Nachweis einer entsprechenden Trainingsleiterqualifikation im jeweiligen Verfahren im Umfang von mindestens 32 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten in Präsenzunterricht).

Für die fernöstlichen Verfahren Hatha Yoga, Tai Chi, Qigong kommen weiter Fachkräfte mit einer staatlich anerkannten Ausbildung in einem Ge-

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

104 Vaitl, D., Petermann, F. (Hrsg.) (1993). Handbuch der Entspannungsverfahren. Bd 1: Grundlagen und Methoden. Weinheim.

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

105 z. B.: Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V. BDY/EYU; Deutsche Yoga Gesellschaft DYG; Iyengar Yoga Vereinigung Deutschland IYVD; Berufsverband Unabhängiger Gesundheitswissenschaftlicher Yoga-Lehrender BUGY; Deutscher Dachverband für Qigong und Taijiquan DDQT; Prüfungskommission Qigong Uni Oldenburg; Medizinische Gesellschaft für Qigong Yangsheng, Bonn.

sundheits- oder Sozialberuf in Betracht, denen durch die jeweiligen Fachorganisationen für Hatha Yoga, Tai Chi und Qigong nach den dort gültigen Ausbildungsstandards eine entsprechende Zusatzqualifikation bescheinigt wird¹⁰⁵. Aus dieser muss die Befähigung zu einer Tätigkeit als Trainingsleiter hervorgehen. Die Ausbildung muss bei Yoga mindestens 500 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten und bei Qigong oder Tai Chi mindestens 300 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten in Präsenzunterricht umfassen. Die nachzuweisende Mindestdauer der Ausbildung in einer der genannten fernöstlichen Maßnahmen beträgt mindestens zwei Jahre.

5.2.5 Suchtmittelkonsum

Rauchen sowie Alkoholkonsum gehören zu den Gesundheitsrisiken unserer Gesellschaft, die – in unterschiedlichem Ausmaß – in allen Schichten und Altersgruppen vertreten sind.

Für Kinder und Jugendliche kommt es vorrangig darauf an, den Einstieg in den Konsum von Tabak, Alkohol und anderen Drogen zu verhindern. Hierfür sind in erster Linie Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz (s. Kapitel 5.1) geeignet.

Die individuell ausgerichteten GKV-Präventionsangebote zielen darauf ab, bei Versicherten für einen verantwortlichen Konsum von Alkohol zu sensibilisieren und das Nichtrauchen zu fördern. Vorrangig auf das Individuum gerichtete Angebote sind erfolgreich, wenn sie von strukturellen Maßnahmen flankiert werden und wenn ein gesellschaftlicher Wertewandel bezüglich des Suchtmittelkonsums verstärkt wird. Dies ist allerdings eine gesellschaftspolitische Querschnittsaufgabe, die

strukturell, konzeptionell und finanziell ausgestaltet werden muss, um Effektivität zu entfalten.

Probleme des Suchtmittelkonsums beziehen sich nicht nur auf die legalen Drogen wie Alkohol und Nikotin, sondern ebenso auf illegale Drogen und Medikamente mit Suchtpotential. Die inhaltliche Schwerpunktsetzung der GKV-Präventionsansätze auf die beiden legalen Drogen Alkohol und Tabak erklärt sich einerseits mit dem hohen Verbreitungsgrad (siehe Bedarf) und andererseits auch mit dem Vorliegen wirksamer Interventionskonzepte (siehe Wirksamkeit, Inhalte, Methodik). Bezogen auf illegale Drogen und bezogen auf die Zielgruppe Kinder und Jugendlichen stoßen individuell ausgerichtete Präventionsangebote an ihre Grenzen. Hier ist nur ein Bündel unterschiedlichster Maßnahmen (sog. Policy-Mix) Erfolg versprechend und ist nur zu leisten, wenn vorrangig auch die anderen gesellschaftlichen und politischen Akteure an der Gestaltung der Rahmenbedingungen zusammenwirken¹⁰⁶. Damit wird die Bedeutung von parallelen Ansätzen zur Gestaltung der unterschiedlichen Lebensverhältnisse unterstrichen, ohne die Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention letztendlich nicht wirksam greifen.

Präventionsprinzip: Förderung des Nichtrauchens

Bedarf:

Rund 30% der erwachsenen Bevölkerung – ca. 34% der Männer und 26% der Frauen – rauchen; der überwiegende Teil (87%) von ihnen täglich. Rund 75% der regelmäßigen Raucher rauchen zwischen 5 und 20 Zigaretten täglich, 15% der Raucher haben einen täglichen Konsum von mehr als 20 Zigaret-

106 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004). „gesundheitsziele.de“ – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Berlin. Kapitel 8.

ten. Das in Tabakprodukten enthaltene Nikotin ist stark suchterzeugend und provoziert eine Fortsetzung des Konsums und eine Dosissteigerung.

Rauchen ist der bedeutsamste einzelne individuell vermeidbare Risikofaktor für die Entstehung und die Verschlimmerung von mehr als 40 meist chronischen Krankheiten. Hierzu gehören Herz-Kreislaufkrankheiten, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes sowie viele Krebserkrankungen z. B. im Mund-, Nasen- und Rachenraum, im Kehlkopf, in der Speiseröhre, im Magen, in der Bauchspeicheldrüse, Leber, Niere, Harnblase und Gebärmutter. Bei regelmäßigem Tabakkonsum weiblicher Jugendlicher ist deren erhöhtes Brustkrebsrisiko belegt. Der rauchbedingte Anteil an der gesamten Lungenkrebssterblichkeit beträgt in Deutschland bei Männern 91 %, bei Frauen 75%. Die um 60% gestiegene Lungenkrebssterblichkeit bei Frauen in Deutschland zwischen 1980 und 1997 ist im Wesentlichen auf die Zunahme des Tabakkonsums bei Frauen in den vergangenen Jahrzehnten zurückzuführen. Allein in Deutschland sterben jährlich zwischen 110.000 und 140.000 Menschen an tabakbedingten Krankheiten. Die Hälfte der tabakbedingten Todesfälle tritt im mittleren Lebensalter zwischen 35 und 69 Jahren ein¹⁰⁷.

Das Rauchen ist aber nicht ausschließlich ein persönliches Gesundheitsrisiko des jeweiligen Rauchers. Durch das Passivrauchen belastete Nichtraucher haben ebenfalls ein erhöhtes Erkrankungsrisiko an einigen der o. g. Erkrankungen. Bei Kindern erhöht sich z. B. das Risiko von akuten oder chronischen Entzündungen der unteren Atemwege um 50 bis 100%, wenn sie dem Passivrauch ausgesetzt sind.

Bezogen auf Präventionsbemühungen bei Kindern und Jugendlichen gilt, dass individuelle Maßnahmen mit settingorientierten Maßnahmen zusammen greifen müssen und die Wirksamkeit der Interventionen von einem umfassenden Policy-Mix (s. Präventionsprinzip „Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums“) abhängt.

Wirksamkeit:

Ein Rauchverzicht - unabhängig vom Alter des Rauchers - trägt entscheidend zur Verminderung von Gesundheitsrisiken bei. Das gilt für die Folgeerkrankungen des Rauchens ebenso wie für die Tabakintoxikation und Tabakabhängigkeit. Bereits kurzfristig nach dem Rauchstopp normalisieren sich Körperfunktionen: Senkung des Kohlenmonoxidgehalts im Blut, Erhöhung des Sauerstoffspiegels, Stabilisierung des Kreislaufs, Verbesserung der Lungenfunktion. Das Risiko, an einer durch das Rauchen verursachten Herzerkrankung zu sterben, ist ein bis zwei Jahre nach dem Aufhören halbiert. Die Risiken anderer Erkrankungen (Krebserkrankungen, Lungenkrankheiten, Schlaganfall und andere Gefäßerkrankungen) verringern sich ebenfalls - wenn auch langsamer. Die Wirkung unterstützender Interventionen zum Rauchstopp und zur Reduzierung des Zigarettenkonsums als Teilschritt zum Rauchstopp ist belegt¹⁰⁸.

Zielgruppe:

Rauchende Versicherte (zielgruppenspezifische Ansprachen z. B. für Schwangere, junge Familien bzw. Eltern)

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

¹⁰⁷ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2010). Jahrbuch Sucht 2010, Geesthacht; Bornhäuser, A. (2002). Gesundheit fördern - Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland, hrsg. vom Deutschen Krebsforschungszentrum, Heidelberg; Goecke, M. (2002). Rauchfrei am Arbeitsplatz. Ein Leitfaden für Betriebe. Eine Initiative im Rahmen des WHO - Partnerschaftsprojekts Tabakabhängigkeit in Deutschland (3. Auflage), Köln-Bonn.

¹⁰⁸ Dies gilt für länger angelegte Kursmaßnahmen (Rasch, A., Greiner, W. (2009). Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Raucherentwöhnungskursen in der GKV: eine Literaturübersicht. Gesundheitswesen 71:732-738); die Ergebnisse der wenigen Studien zu eintägigen Kompaktangeboten mit kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierter Gruppenberatung deuten auf eine Wirksamkeit auch dieser Maßnahmen hin (z. B. Csillag, H., Feuerstein, A., Herbst, A. & Mooshammer, H. (2005). Langzeiterfolg betrieblicher Nichtraucher-Seminare. Sichere Arbeit 6/2005: 28-34). Die Entscheidung, ggf. auch Eintageskurse zu fördern, die im übrigen alle Kriterien des GKV-Leitfadens erfüllen müssen, bleibt der einzelnen Krankenkasse überlassen.

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

Ziel der Maßnahme:

- Beendigung des Tabakkonsums, dadurch auch Förderung des Nichtraucher-schutzes (hier insbesondere bezogen auf schwangere Frauen mit ihrem noch ungeborenen Kind, Kinder und Jugendliche)

Inhalt:

- Aufklärung über die gesundheitlichen Risiken des Rauchens
- Analyse des persönlichen Rauchverhaltens
- Klärung von subjektiven Gründen, Überzeugungen und Gedanken zum Konsum bzw. zum Nichtrauchen
- Darstellung der psychologischen und physiologischen Effekte des Rauchens
- Darstellung der psychologischen und physiologischen Effekte des Entzugs
- Festlegung des Rauchstopps
- Angebot zur Nachbetreuung (Wiederholungsangebot, Telefonkontakt)
- Aufklärung über Einsatz und Wirkungsweise von nikotinhaltigen Präparaten (gemäß § 34 SGB V keine Leistung der Krankenkassen) und anderen medikamentösen Hilfen zur Tabakentwöhnung
- Informationen zu Strategien der Rückfallprävention

Methodik:

- Kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenberatung
- Informationsvermittlung zum Ausstieg (stufenweiser Ausstieg oder Ausstieg in einem Schritt)
- Motivationsstärkung

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich psychosoziale Gesundheit in Betracht, insbesondere

- Psychologen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Pädagogen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor, Lehrer mit 1. u. 2. Staatsexamen)
- Sozialpädagogen / Sozialarbeiter (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Sozialwissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Gesundheitswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Ärzte

mit ausgewiesener Zusatzqualifikation (Einweisung in das durchzuführende Tabakentwöhnungsprogramm).

**Präventionsprinzip:
Gesundheitsgerechter Umgang
mit Alkohol / Reduzierung des
Alkoholkonsums**

Bedarf:

Alkoholische Getränke werden von rund 90% der erwachsenen Bevölkerung konsumiert.

Der Pro-Kopf-Konsum der Bevölkerung an reinem Alkohol liegt - nach zunächst rückläufiger Tendenz - in 2008 bei 9,9 l und damit auf demselben Niveau wie im Jahr zuvor¹⁰⁹.

Zu den gesundheitlichen Folgen eines riskanten Alkoholkonsums zählt eine Vielzahl von somatischen und psychischen Erkrankungen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Schädigungen unbeteiligter Drit-

¹⁰⁹ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2010). Jahrbuch Sucht 2010. Geesthacht.

ter z. B. durch Unfälle oder Kriminalität unter Alkoholkonsum. Ein hoher Alkoholkonsum wird in der Allgemeinheit meist ausschließlich mit dem Risiko der Suchterkrankung und seinen körperlichen und psychosozialen Folgen in Verbindung gebracht. Weniger im Bewusstsein ist die Wirkung eines - sozial meist relativ unauffälligeren - regelmäßigen Risikokonsums. Zu diesen Störungen gehören Erkrankungen der Leber, der Lunge, des Magen-Darm-Traktes, der Bauchspeicheldrüse, neurologische Störungen (z. B. Schlaganfall), Herz-Kreislauf- sowie diverse Krebserkrankungen, Bluthochdruck, Ernährungsstörungen u. a.

Die Reduzierung des Alkoholkonsums, die Sensibilisierung für einen risikoarmen Konsum sowie die Förderung einer Motivation zur Abstinenz in relevanten Situationen (z. B. Schwangerschaft, im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz, im Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten) haben einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit. Damit gehören sie zu den wesentlichen Zielen der Maßnahmen innerhalb dieses Handlungsfeldes.

Wirksamkeit:

Vorhandene Studien belegen, dass eine Reduzierung der individuellen Konsummenge das Erkrankungsrisiko für eine Vielzahl der mit dem Alkoholkonsum in Verbindung stehenden Erkrankungen senkt. Das Wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) benennt folgende Grenzwerte für einen risikoarmen und riskanten Konsum:

- Riskanter Konsum (mehr als 24g Reinalkohol pro Tag für Männer, mehr als 12g für Frauen)
- Gefährlicher Konsum (mehr als 60g Reinalkohol pro Tag für Männer, mehr als 40g für

Frauen)

- Hochkonsum (mehr als 120g Reinalkohol pro Tag für Männer, mehr als 80g für Frauen)

Zielgruppe:

- Versicherte mit riskantem Alkoholkonsum (i.d.R. bis 60g Reinalkohol pro Tag für Männer, bis 40 g für Frauen)¹¹⁰.
- Jugendliche Versicherte mit riskantem Konsummuster nur dann, wenn die Maßnahme in verhältnispräventive Aktivitäten auf kommunaler Ebene eingebettet ist.

Das Vorliegen einer Abhängigkeitserfahrung / -erkrankung gilt als Kontraindikation für Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 SGB V.

Ziel der Maßnahme:

- Stärkung der Motivation für den gesundheitsbewussten Umgang mit Alkohol
- Information über gesundheitliche Effekte durch risikoarmen Konsum
- Hilfe bei der Entwicklung individueller Strategien zur Reduzierung des Alkoholkonsums
- Analyse der eigenen Belastungssituationen und Problemlösungsstrategien, die für die Veränderung des Trinkverhaltens relevant sind
- Stärkung persönlicher Kompetenzen und Ressourcen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Belastungen

Inhalt:

- Aufklärung über die gesundheitlichen Wirkungen des riskanten Alkoholkonsums
- Reflexion des individuellen Trinkverhaltens
- Grenzwerte des riskanten Alkoholkonsums
- Wechselwirkung von Alkohol- und Nikotinkonsum

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

¹¹⁰ Beispiel: 10g Reinalkohol entsprechen 0,25 l Bier, 0,1 l Wein oder 0,02 l Spirituosen.

Primärprävention nach
§ 20 Abs. 1 SGB V

- Umgang mit Risikosituationen
- Stärkung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung

Methodik:

- Kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppeninterventionen (z. B. Selbstbeobachtung, Protokollierung, Rollenspiel, Visualisierung)
- Informationsvermittlung über Möglichkeiten zur Reduzierung des Alkoholkonsums
- Motivationsstärkung
- Anleitung zur Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Ergänzt werden können diese Methoden durch Einbindung moderner Kommunikationsmedien (z. B. Internetangebote, Hotline-Beratung).

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich psychosoziale Gesundheit in Betracht, insbesondere

- Psychologen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Pädagogen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor, Lehrer mit 1. u. 2. Staatsexamen)
- Sozialpädagogen / Sozialarbeiter (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Sozialwissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Gesundheitswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Ärzte

mit qualifizierter beruflicher Erfahrung in der Suchtprävention und Suchtberatung oder mit ausgewiesener Zusatzqualifikation im Suchtbereich (Einweisung in das durchzuführende Programm).

6. Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V

Ziel betrieblicher Gesundheitsförderung ist die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen der berufstätigen Versicherten. Zum Erreichen dieses Ziels erheben die Krankenkassen die gesundheitliche Situation der Beschäftigten in einem Betrieb (einschließlich der Risiken und Potenziale), entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der Gesundheit und unterstützen die Umsetzung präventiver und gesundheitsförderlicher Ansätze im Betrieb. Die Krankenkassen orientieren sich dabei an den Bedarfen der jeweiligen Betriebe und arbeiten mit den zuständigen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen. Dabei ist insbesondere den branchen-, größen- und strukturspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Als Betriebe in diesem Sinne gelten auch betriebsanaloge oder betriebsähnliche Organisationsformen, in denen z. B. Personen im Rahmen von Maßnahmen zur Förderung der Arbeitsmarktintegration tätig sind. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung müssen bedarfsbezogen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unabhängig von ihrem arbeitsrechtlichen Status offen stehen.

6.1 Grundsätzliche Anforderungen und Kriterien

Bei der Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind die Krankenkassen den vorliegenden Handlungsfeldern und Kriterien des GKV-Spitzenverbands verpflichtet.

Damit eine Maßnahme im betrieblichen Setting wirksam werden kann, sind bestimmte Voraussetzungen notwendig, die im Folgenden als Anforderungen an die Anbieter der Maßnahmen, die Krankenkassen und die Betriebe beschrieben werden.

I. Anforderungen an die Anbieter

Um einen effektiven Ressourceneinsatz zu gewährleisten, ist an die Anbieter von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ein hoher Qualitätsmaßstab anzulegen. Die Anbieter solcher Maßnahmen sollten über eine adäquate Qualifikation verfügen und ihr Angebot mit einem Qualitätsnachweis nach Maßgabe dieses Leitfadens versehen. Erforderlich sind Aussagen zur konkreten Indikation, Qualitätssicherung (z. B. Qualifikationsanforderungen an die Durchführenden, Zielgruppe, Handlungsinhalte und -ziele, Methodik), Wirksamkeit, Dokumentation und Evaluation.

II. Anforderungen an die Krankenkasse

Die Krankenkassen führen die im Folgenden empfohlenen Maßnahmen ausschließlich am betrieblichen Bedarf orientiert durch. Dazu ermitteln sie die Risiken, Risikofaktoren und Gesundheitspotenziale der Beschäftigten im vorgesehenen Interventionsbetrieb. Sie verwenden dabei die in den letzten Jahren von den Krankenkassen als auch anderen

Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V

vielfach eingesetzten und bewährten Instrumente (z. B. Arbeitsunfähigkeits-Analyse, Gefährdungsermittlung und -beurteilung, arbeitsmedizinische Untersuchung, Befragung von Mitarbeitern im Hinblick auf Belastungen und Ressourcen, gesundheitlichen Beschwerden und Verhaltensweisen, betrieblicher Gesundheitszirkel). Anhand des so ermittelten Bedarfs entwickeln sie in Abstimmung mit dem Betrieb und dem zuständigen Unfallversicherungsträger ein Vorgehenskonzept, das einzelne der im Folgenden beschriebenen Maßnahmen für ausgewählte Zielgruppen im Betrieb beinhaltet. Dieses Konzept sollte ganzheitlich und langfristig angelegt sein und sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen unter Berücksichtigung der jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten umfassen. Dabei ist vorzusehen, dass für diese Maßnahmen im Betrieb geworben wird. Unter Berücksichtigung der genannten Anforderungen an die Anbieter führen die Krankenkassen ggf. gemeinsam mit den Unfallversicherungsträgern diese Maßnahmen durch oder beauftragen geeignete Dienstleister. Zur Optimierung des Ressourceneinsatzes wird empfohlen, dass die Krankenkassen und Betriebe die Maßnahmen dokumentieren und bewerten, um daraus Erkenntnisse für das künftige Vorgehen zu gewinnen.

¹¹¹ Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (2007). Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Essen.

¹¹² Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (Mai 1999). Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung. Essen.

Aufgrund ihrer langjährigen Erfahrungen können die Krankenkassen im Betrieb eine Reihe von wichtigen Aufgaben übernehmen. Besonders hervorzuheben sind hierbei

- die Rolle des Impulsgebers und Initiators
- Konzeptentwicklung und Beratungsfunktion
- Moderation der Projektgruppe (z. B. Arbeitskreis Gesundheit)
- Moderation von Gesundheitszirkeln

- Projektmanagement
- Durchführung einzelner Bausteine innerhalb eines komplexen Programms
- Dokumentation und Erfolgskontrolle
- interne Öffentlichkeitsarbeit (Information der Belegschaft)
- Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation.

Grundsätzlich werden diese Aufgaben nur übernommen, wenn beide Sozialpartner eingebunden sind, datenschutzrechtliche Belange berücksichtigt werden sowie ein integriertes Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung vorliegt.

III. Anforderungen an die Betriebe

Das Europäische Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung hat im Rahmen der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union¹¹¹ bereits 1997 einen EU-weiten Konsens hinsichtlich der für eine erfolgreiche Umsetzung notwendigen Bedingungen und Voraussetzungen in den Betrieben hergestellt. Darauf aufbauend und in Anlehnung an das Modell der European Foundation for Quality Management hat das Netzwerk im Mai 1999 einen Katalog von Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung¹¹² vorgelegt, der insgesamt ein umfassendes Bild der Qualität betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Betrieben ermöglicht. Die Kriterien wurden den folgenden sechs Bereichen zugeordnet:

1. Betriebliche Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik:
Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung besteht

darin, dass sie als Führungsaufgabe wahrgenommen wird und in größeren Betrieben in bestehende Managementsysteme integriert wird. Dies schließt auch Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen ein.

2. Personalwesen und Arbeitsorganisation:
Die wichtigste Aufgabe gesundheitsgerechter Personalführung und Arbeitsorganisation besteht darin, die Fähigkeiten der Mitarbeiter bei der Arbeitsgestaltung zu berücksichtigen. Für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ist dabei ausschlaggebend, dass alle Mitarbeiter bzw. deren gewählte Vertreter (Betriebs- bzw. Personalrat) möglichst weitgehend an Planungen und Entscheidungen beteiligt werden.
3. Planung betrieblicher Gesundheitsförderung:
Betriebliche Gesundheitsförderung ist dann erfolgreich, wenn sie auf einem klaren Konzept basiert, das fortlaufend überprüft, verbessert und allen Mitarbeitern bekannt gemacht wird.
4. Soziale Verantwortung:
Für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ist auch entscheidend, ob und wie die Organisation ihrer Verantwortung im Umgang mit den natürlichen Ressourcen gerecht wird. Soziale Verantwortung schließt die Rolle der Organisation auf lokaler, regionaler, nationaler und supranationaler Ebene in Bezug auf die Unterstützung gesundheitsfördernder Initiativen ein.
5. Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung:
Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung gesundheitsgerechten Verhaltens. Erfolgreich ist sie dann, wenn diese Maßnahmen dauerhaft miteinander verknüpft sind und systematisch durchgeführt werden.

6. Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung:
Der Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung kann an einer Reihe von kurz-, mittel- und langfristigen Indikatoren gemessen werden.

Die Erfüllungsgrade dieser Kriterien und damit die Qualität ihrer betrieblichen Gesundheitspolitik können die Betriebe unaufwändig mit Hilfe eines Fragebogens¹¹³ selbst einschätzen. Für die mögliche Finanzierung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Betrieben durch die Krankenkassen wird empfohlen, die weitgehende Erfüllung dieser Qualitätskriterien bzw. die Verpflichtung des Betriebes für die Zukunft, sich an diesen Kriterien zu orientieren, zur Voraussetzung zu machen.

Die vorstehend aufgeführten Qualitätskriterien können hier als Bezugsrahmen für die Definition von grundlegenden Anforderungen an Unternehmen und Organisationen herangezogen werden. Davon ausgehend wird vorgeschlagen, Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nur dann zu finanzieren, wenn organisationsseitig folgende Bedingungen erfüllt sind bzw. im Laufe eines Projektes angegangen werden:

- Es existiert eine Unternehmensleitlinie zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder ein Äquivalent.
- Mitarbeiter bzw. deren gewählte Vertreter (Betriebs- bzw. Personalrat) werden an Entscheidungen in Gesundheitsfragen beteiligt.
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen basieren auf einer regelmäßig aktualisierten Ist-Analyse.
- Maßnahmen werden durch ein internes Gremium gesteuert; in dieses sollte der Arbeitsschutzausschuss nach § 11 ASiG (Gesetz über

Betriebliche
Gesundheitsförderung
nach § 20a SGB V

¹¹³ Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (Mai 1999). Fragebogen zur Selbsteinschätzung. Essen.

Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V

Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit) einbezogen werden.

- Alle Maßnahmen sind in eine regelmäßige Auswertung und Begleitung eingebunden.
- Die Ergebnisse von Maßnahmen werden dokumentiert und sind den Partnern zugänglich.

Für die betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben gelten spezifische, an den Besonderheiten dieses Unternehmenssektors orientierte Anforderungen:

Hier sind die formalen Organisationsstrukturen einfacher, Hierarchiestufen sind geringer ausgeprägt, es gibt ein höheres Ausmaß direkter Kommunikation und vielfach bestehen familienähnliche soziale Beziehungen zwischen Betriebsinhabern bzw. leitenden Mitarbeitern. Betriebliche Gesundheitsförderung ist hier nicht arbeitsteilig organisiert, sondern unmittelbar in den Arbeitsalltag eingebunden.

Als Voraussetzung für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben sollte die Eigeninitiative der Betriebe erkennbar sein. Isolierte einmalige und primär von externen Akteuren getragene Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung haben sich hinsichtlich einer dauerhaften Wirksamkeit nicht bewährt.

Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben ist noch stärker als in Groß- und Mittelbetrieben an den Betriebsinhaber bzw. die ihm direkt unterstellten Führungskräfte gebunden. Sie bestimmen, ob gesundheitliche Belange in ih-

rer Führungspraxis berücksichtigt werden. Daher müssen alle Maßnahmen auch die spezifischen Bedürfnisse dieses Personenkreises aufgreifen.

Um möglichst vielen Klein- und Kleinstbetrieben und deren Beschäftigten die Teilnahme an BGF-Maßnahmen zu ermöglichen, sollten Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung auch auf überbetrieblicher Ebene (z. B. über Branchenverbände, Innungen, Netzwerke, Gewerke) an die Betriebe herangetragen und umgesetzt werden. Diese Form der Betreuung ist auch für die Krankenkassen aus Effizienzgründen sinnvoll.

Alle Maßnahmen basieren auf einer sorgfältigen branchenbezogenen Bedarfsanalyse (in welche Betriebsführung, Mitarbeiter sowie - wenn vorhanden - die Personalvertretung eingebunden sind) und schließen folgende Aspekte ein:

- Interessen und Bedarf der Unternehmen
- Gesundheitssituation und Arbeitsbelastungen (objektiv und subjektiv - erhoben insbesondere durch spezifisch für Klein- und Kleinstbetriebe entwickelte Gesundheitszirkel)
- Interessen und Bedarf der gewerkspezifischen Organisationen (z. B. Innungen und Kreishandwerkerschaften)

Die Maßnahmen werden ausgehend von konkreten und kontrollierbaren Zielen vereinbart und - z. B. auf regionaler Branchenebene - dokumentiert und evaluiert.

Die Zugrundelegung dieser Rahmenbedingungen auf Seiten des Unternehmens führt in der Praxis dazu, dass der Kreis von Unternehmen, in denen krankenkassenseitig Maßnahmen der betrieb-

lichen Gesundheitsförderung finanziell unterstützt werden, auf diejenigen beschränkt werden sollten, die gesundheitliche Fragen auf der Entscheidungsebene ernst nehmen und bereits begonnen haben, gesundheitliche Kriterien in die betrieblichen Abläufe und Prozesse zu integrieren. Nur so lassen sich die notwendigen Voraussetzungen für einen effektiven und effizienten Ressourceneinsatz sicherstellen.

6.2 Handlungsfelder

Krankenkassen fördern Maßnahmen entsprechend den nachstehend definierten Handlungsfeldern und Kriterien unter Beachtung der in Kapitel 6.1 beschriebenen Anforderungen.

Die GKV setzt im Interesse hoher Wirksamkeit auf eine Kombination verhaltenspräventiver sowie struktureller und Organisations-/ Personalentwicklungsmaßnahmen nach dem salutogenen Ansatz.

6.2.1 Arbeitsbedingte körperliche Belastungen

Präventionsprinzip: Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates

Bedarf:

Rund 25 % aller Arbeitsunfähigkeitstage treten infolge von Muskel- und Skeletterkrankungen auf, der Schwerpunkt liegt bei den Dorsopathien (ICD M 53.9)¹¹⁴. Anteilsmäßig verursachen Muskel- und Skeletterkrankungen in allen Branchen die meisten Fehltag, am höchsten sind die Anteile im Baugewerbe (29%) und im verarbeitenden Gewerbe (26%)¹¹⁵. Rückenschmerzen sind ein sehr häufig auftretendes Phänomen, das - ähnlich wie Schnupfen - fast die gesamte Bevölkerung betrifft. Für die Prävention von besonderer Relevanz sind rezidivierende bzw. chronische Rückenschmerzen, die bei ca. 2-7% der von Rückenschmerzen betroffenen Menschen auftreten¹¹⁶. Als Risikofaktoren für eine Chronifizierung gelten vor allem psychosoziale Faktoren wie Dysstress, Arbeitsunzufriedenheit,

Betriebliche
Gesundheitsförderung
nach § 20a SGB V

¹¹⁴ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2008). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2006 - Unfallverhütungsbericht Arbeit. Dortmund, Berlin, Dresden.

¹¹⁵ Macco, K., Schmidt, J. (2009). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2008. In: Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2009. Heidelberg.

¹¹⁶ Europäische Leitlinien zum Umgang mit dem Rückenschmerz (www.backpainurope.org).

Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V

¹¹⁷ Lühmann, D. (2005). Prävention von Rückenschmerz – Grundlagen und mögliche Interventionsstrategien. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 21,4. 138-145; Linton, S.J.(2000). Psychological risk factors for neck and back pain. In: Nachemson A.L., Jonsson E. Neck and back pain. Philadelphia.

¹¹⁸ Vingård, E., Nachemson, A. (2000). Work-related influences on neck and low back pain. In: Nachemson, A.L., Jonsson, E. (Hrsg.). Neck and back pain. Philadelphia.

¹¹⁹ Burton, A.K. (2005). How to prevent back pain? *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 19,4. 541-555; Europäische Leitlinien zum Umgang mit dem Rückenschmerz (www.backpainneurope.org).

fehlende soziale Unterstützung am Arbeitsplatz oder Depressivität / Depression sowie ungünstige Einstellungen (Durchhalteverhalten) oder der Glaube daran, dass Rückenschmerzen eine schwerwiegende Ursache zugrunde liegen müsse und einem damit verbundenen maladaptiven Verhalten (Angst-Vermeidungsverhalten, Katastrophisieren)¹¹⁷. Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz wie Ganzkörpervibration, Material- und Patientenbewegung, Bücken, Drehen, Heben, Tragen, Schieben, Ziehen etc. gelten dann als Risikofaktoren, wenn sie wiederkehrend über längere Zeiträume ausgeübt werden müssen¹¹⁸.

Wirksamkeit:

Für die Prävention von Rückenschmerzen steht die Hinführung und Bindung an körperliche Aktivität sowie die Vermittlung von Wissen und Handlungskompetenz im Umgang mit Rückenschmerzen im Vordergrund¹¹⁹. Darüber hinaus können hohe körperliche Belastungen am Arbeitsplatz einerseits über arbeitsergonomische Maßnahmen und andererseits über die Vermittlung von Bewegungskompetenzen (muskuläre Stabilisation der Wirbelsäule, Trage- und Hebetekniken etc.) adressiert werden.

Zielgruppe:

- Beschäftigte aus betrieblichen Bereichen mit individuellen und / oder arbeitsplatzabhängigen Chronifizierungsrisiken im psychosozialen Bereich
- Beschäftigte aus betrieblichen Bereichen mit einseitiger oder hoher Belastung, bewegungsarmen Tätigkeiten bzw. mit Beschwerden des Bewegungsapparats

Ziel der Maßnahme:

- Vermittlung von Wissen über körperliche Belastungen und Hintergründe von Rückenschmerzen
- Aufbau individueller Verhaltens- und Handlungskompetenzen für den Umgang mit körperlichen Belastungen
- Hinführung zu und Maßnahme überdauernde Bindung an eigenständig durchgeführte körperliche Aktivität und Verbesserung der gesundheitsbezogenen Fitness.
- Optimierung der Arbeitsbedingungen
- Erhöhung der Arbeitszufriedenheit

Inhalt:

Arbeitsplatzbezogene verhaltensorientierte Gruppenverfahren zur Vermittlung von Wissen und Aufbau von Verhaltens- und Handlungskompetenzen zum Umgang mit Rückenschmerzen, zur Bindung an eigenständig durchgeführte körperliche Aktivität und zur Vorbeugung und zum Abbau von Belastungen und Beschwerden im Bereich des Muskel- und Skelettsystems. Dabei sollen theoretische und praktische Elemente verknüpft und am eigenen Arbeitsplatz angewandt werden. In Zusammenarbeit von Beschäftigten und Experten werden unter biopsychosozialer Perspektive am Arbeitsplatz Vorschläge zur Veränderung des Bewegungsverhaltens bei der Arbeit und in der Freizeit sowie zur Veränderung von Bedingungen des Arbeitsplatzes entwickelt und umgesetzt.

Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit Angebote, die sich nicht explizit und inhaltlich erkennbar auf die sechs Kernziele des Gesundheitssports beziehen (vgl. Kapitel 5.2.2), können nicht gefördert werden. Dies umfasst

- Angebote des allgemeinen Freizeit- und Breitensports
- Maßnahmen, die vorwiegend dem Erlernen einer Sportart dienen
- Maßnahmen, die einseitige körperliche Belastungen erfordern
- reine oder überwiegend gerätgestützte Angebote
- Angebote, die an die Nutzung von Geräten bestimmter Firmen gebunden sind.
- Dauerangebote.

Der Zugang zu den Bewegungsmöglichkeiten, die in der Folge des Bewegungsprogrammes ausgeübt werden sollen, muss niedrighschwellig möglich sein (z. B. Ausstattungsbedarf und Kosten auch im Hinblick auf eine kontinuierliche Ausübung sowie Erreichbarkeit).

Methodik:

- Gruppenschulung und -beratung mit aktiver Einbeziehung der Beschäftigten
- arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung
- Einbeziehung der zuständigen Führungskraft

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich Bewegung in Betracht, insbesondere

- Sportwissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Staatsexamen, Magister, Master, Bachelor),
- Krankengymnasten / Physiotherapeuten
- Sport- und Gymnastiklehrer
- Ärzte,

sofern sie eine Zusatzqualifikation für den jeweiligen Problembereich bei anerkannten Institutionen

(z. B. Rückenschullehrerlizenz¹²⁰, vergleichbar in anderen Indikationsbereichen) erworben haben und im Rahmen einer Schulung in das durchzuführende Bewegungsprogramm speziell eingewiesen sind.

Ferner kommen als Anbieter auch Masseur (mit Ausbildung nach den erweiterten Ausbildungsbedingungen ab 1994) und Ergotherapeuten jeweils mit Zusatzqualifikation für diesen Bereich bei einer anerkannten Institution sowie einer Einweisung in das durchzuführende Gesundheitssportprogramm in Betracht.

6.2.2 Betriebsverpflegung

Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz

Bedarf:

Die Ernährung hat eine zentrale Bedeutung sowohl für die Erhaltung der Gesundheit als auch für die Entstehung bestimmter Krankheiten. Die gesundheitsfördernde Funktion der Betriebsverpflegung wird maßgeblich von der ernährungsphysiologischen Qualität der angebotenen Mahlzeiten bestimmt. Darüber hinaus nehmen noch viele weitere Faktoren Einfluss auf die Qualität der Betriebsverpflegung sowie auf die Inanspruchnahme des betrieblichen Verpflegungsangebots:

- Zubereitung und Präsentation / Ausgabe der Speisen
- sensorische Qualität der Speisen, Vielfältigkeit des Angebots, Möglichkeit zur individuellen Zusammenstellung von Menükomponenten
- Gestaltung des Betriebsrestaurants (Ambiente), Nähe zum Arbeitsplatz
- Preisgestaltung

Betriebliche
Gesundheitsförderung
nach § 20a SGB V

¹²⁰ Entsprechend den Inhalten des Curriculums der Konföderation der deutschen Rückenschulen (KdRR) zur Weiterbildung Rückenschullehrer/in. Internet: <http://www.kddr.de>.

Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V

¹²¹ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2009). Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung. 2. Auflage. Bonn. Internet: <http://www.jobundfit.de>.

¹²² Trapp, U., Bechthold, A., Neuhäuser-Berthold, M. (2004). Ernährungsmanagement. In: Meifert, M.T., Kesting, M. Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Berlin, 217-233.

¹²³ DGE, ÖGE, SGE, SVE (2008). D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Neustadt an der Weinstraße.

¹²⁴ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2008). Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung. Bonn. Internet: <http://www.jobundfit.de>.

- Pausenregelungen, flexible Verfügbarkeit des Verpflegungsangebots¹²¹

Wirksamkeit:

Die bedarfsgerechte Ernährung während der Arbeitszeit trägt zur ausgewogenen Ernährung der Beschäftigten und somit zu ihrem Wohlbefinden und ihrer Leistungsfähigkeit bei. Sie leistet dadurch auch einen Beitrag zur Vermeidung / Verringerung ernährungsmitbedingter Krankheiten¹²².

Zielgruppe:

- alle Beschäftigten in Betrieben

Ziel der Maßnahme:

- Ausrichtung des Verpflegungsangebots an den aktuellen Ernährungsrichtlinien¹²³ und den Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung¹²⁴ sowie an den Bedürfnissen der Beschäftigten
- Erhöhung der Akzeptanz und Inanspruchnahme bedarfsgerechter / gesundheitsfördernder Verpflegungsangebote
- Stärkung der Motivation und Handlungskompetenz der Beschäftigten zu einer eigenverantwortlichen Umstellung auf eine individuell bedarfsgerechte Ernährung

Inhalt:

Notwendige Bestandteile der Maßnahmen:

- Analyse der bestehenden Verpflegungssituation im Betrieb (inkl. Speiseplananalyse)
- Ausrichtung der Betriebsverpflegungsangebote an den aktuellen Ernährungsempfehlungen und Qualitätsstandards der DGE;
- Information und Motivation der Belegschaft zur Reduzierung ungesunder Ernährungsweisen

(z. B. durch Aktionswochen, Informationskampagnen)

- Optimierung der Essensausgabeverfahren zur Erhöhung der Wahlmöglichkeiten und Verkürzung der Wartezeiten
- Abstimmung der Öffnungszeiten der Verpflegungseinrichtungen an die Bedürfnisse und Arbeitszeiten der Beschäftigten (z. B. bei Schicht- und Wochenendarbeit)
- bedarfsgerechte, ansprechende Gestaltung der Sozialräume
- Ausschluss eines Alkoholangebots im Rahmen der Betriebsverpflegung
- Informationen über gesundheitsgerechte Verpflegungsmöglichkeiten bei Betrieben ohne Gemeinschaftsverpflegung

In Abhängigkeit von den betrieblichen Rahmenbedingungen (z. B. Betriebsgröße, Art und Schwere der ausgeübten Tätigkeiten - körperlich anstrengend versus sitzend -, in der Belegschaft vertretende Nationalitäten, Vorkommen von Schichtarbeit etc.) wünschenswert:

- Schaffung von Angeboten für besondere Zielgruppen (z. B. Nachtarbeiter, Diabetiker, muslimische Mitarbeiter)
- Schaffung von Verpflegungsmöglichkeiten in dezentralen Betriebsteilen
- Angebot begleitender Analysen (z. B. Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus) und verhaltenspsychologisch basierte Gruppenkurse zur Gewichtsreduktion etc.

Methodik:

- Beschäftigtenbefragungen
- Schulungen (z. B. des Küchenpersonals)

- Beratungen (z. B. zur Schaffung eines angenehmen Ambientes in der Verpflegungseinrichtung)
- Informations- und Motivationskampagnen (interne Öffentlichkeitsarbeit, Screenings, Ernährungsberatung)
- Begleitendes Angebot an Gruppenkursen (z. B. zur Gewichtsreduktion, Ernährung bestimmter Berufsgruppen)

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich Ernährung in Betracht, insbesondere

- Diätassistenten
- Oecotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung; Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor)
- Ernährungswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor)
- Diplom-Ingenieure Ernährungs- und Hygiene-technik, Schwerpunkt „Ernährungstechnik“
- Diplom-Ingenieure Ernährung und Versorgungsmanagement, Schwerpunkt „Ernährung“ mit gültiger Zusatzqualifikation entsprechend den Inhalten eines der den folgenden Zertifikaten zugrunde liegenden Curricula:
 - Ernährungsberater/DGE, Ernährungsmedizinischer Berater/DGE¹²⁵
 - VDD-Fortbildungszertifikat¹²⁶
 - Ernährungsberater VDO_E¹²⁷
 - VFED-Zertifizierung¹²⁸
 - QUETHEB-Registrierung¹²⁹

Für Kursmaßnahmen ist eine Einweisung in das durchzuführende Programm nachzuweisen.

6.2.3 Psychosoziale Belastungen (Stress)

Präventionsprinzip: Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz

Bedarf:

Aufgrund der großen Bedeutung, die der Arbeit nicht nur für die Existenzsicherung, sondern auch für die Identitätsbildung des einzelnen Menschen in modernen Gesellschaften zukommt, spielen psychische Belastungen, die im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit stehen, eine herausragende Rolle für psychisches Wohlbefinden und körperliche Gesundheit.

Unter psychischen Belastungen ist „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse (zu verstehen), die von außen auf einen Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“. Davon unterschieden ist der Begriff der psychischen Beanspruchung definiert als „die unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden oder augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“¹³⁰. Die psychische Beanspruchung ist das Resultat der bewussten und unbewussten Verarbeitung der Belastung.

Seit Mitte der achtziger Jahre wird in der Arbeitswelt ein Anstieg der psychischen Belastungen vermerkt, der sich u. a. mit den veränderten Arbeitsbedingungen in Verbindung bringen lässt¹³¹. In einer repräsentativen Befragung des Bundesinstituts für

Betriebliche
Gesundheitsförderung
nach § 20a SGB V

¹²⁵ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE), <http://www.dge.de>.

¹²⁶ Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), <http://www.vdd.de>.

¹²⁷ Verband der Oecotrophologen e.V. (VDOE), <http://www.vdoe.de>.

¹²⁸ Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED), <http://www.vfed.de>.

¹²⁹ Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung e.V. (QUETHEB), <http://www.quetheb.de>.

¹³⁰ DIN EN ISO 10075-1. Ergonomic principles related to mental work load.

¹³¹ Cox, T., Griffiths, A. & Rial-Gonzales, E. (2000). Research on work-related stress (Chapter 2.2: The extent of the problem). European Agency for Safety and Health at Work. Luxemburg.

Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V

132 Jansen, R. (2000). Arbeitsbelastungen und Arbeitsbedingungen. In: B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.). Fehlzeitenreport 1999. 5-30. Heidelberg.

133 Projekt „Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren in der Bauwirtschaft“ (2002). Kooperationsprojekt von BG-BA, AOK Niedersachsen, IKK Niedersachsen und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

134 Initiative Gesundheit & Arbeit (2003). Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit - Ergebnisse einer Expertenbefragung (Internet: <http://www.iga-info.de>).

135 Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York.

136 Karasek, R. A., Bauer, D., Marzer, A. & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, 71, 694 - 705.

137 Johnson, J. V. & Johansson (Eds.). (1991). *The psychosocial work environment and health: Work organizations, democratization, and health*. New York.

138 Badura, B., Litsch, M. & Vetter, C. (Hrsg.) (1999). *Fehlzeitenreport 1999, Psychische Belastung am Arbeitsplatz*, Heidelberg.

139 Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen.

Berufsbildung und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung an ca. 35.000 Personen in den Jahren 1998/99 gaben 46% der Befragten an, dass Stress und Arbeitsdruck in den letzten beiden Jahren in ihrem Leben zugenommen haben¹³². Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch eine Befragung von rund 5000 Beschäftigten des niedersächsischen Baugewerbes¹³³.

Eine von der Initiative Gesundheit & Arbeit im Jahre 2003 durchgeführte Expertenbefragung erbrachte, dass 80% der mehr als 500 befragten Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten aller Branchen die Einschätzung vertreten, dass das Ausmaß psychischer Fehlbelastungen in den letzten fünf Jahren zugenommen hat¹³⁴. Als am meisten relevante Stressfaktoren wurden „Zeitdruck“ sowie „schlechtes Führungsverhalten“ (mangelnde Information und Einbeziehung der Mitarbeiter, mangelnde Anerkennung) und „Arbeitsplatzunsicherheit“ genannt.

Die arbeitsbezogene Stressforschung hat verschiedene Modelle erarbeitet, in denen spezifische Arbeitsplatzmerkmale identifiziert wurden, die zu erhöhtem Stresserleben und in der Folge zu erhöhten Krankheitsrisiken insbesondere im Hinblick auf kardiovaskuläre Erkrankungen führen:

Nach dem Anforderungs-Kontroll-Modell¹³⁵ sind besonders stressgefährdete Arbeitsplätze gekennzeichnet durch eine Kombination von hohen Arbeitsanforderungen (v. a. in Folge von Zeitdruck) einerseits und einem geringen Grad an Kontrolle über den Arbeitsablauf bzw. einem geringen Entscheidungsspielraum am Arbeitsplatz andererseits. Inhaber derartiger Arbeitsplätze sind zwei- bis viermal so stark gefährdet, vorzeitig, d. h. im Al-

ter zwischen 35 und 65 Jahren, kardiovaskuläre Krankheiten zu entwickeln, unabhängig von ihrem erblichen oder verhaltensbedingtem Risiko¹³⁶. Fehlt zusätzlich der soziale Rückhalt am Arbeitsplatz durch Kollegen oder Vorgesetzte, so wird das kardiovaskuläre Risiko weiter erhöht¹³⁷. Aber auch das Ausmaß der sozialen Unterstützung von Personen außerhalb der Arbeit spielt eine wichtige Rolle dafür, inwieweit psychische Belastungen krankheitsrelevant sein können¹³⁸.

In dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen¹³⁹ steht nicht der Aspekt der Kontrollierbarkeit einer Arbeitsaufgabe im Vordergrund, sondern der Aspekt der Belohnung, die für eine erbrachte Arbeitsleistung gewährt wird. Ein Missverhältnis zwischen hoher Verausgabung am Arbeitsplatz einerseits und geringer Belohnung andererseits wird als Dysstress erzeugende Gratifikationskrise betrachtet. Belohnungen für erbrachte Leistungen bestehen dabei nicht allein im Lohn bzw. Gehalt, sondern auch in der Anerkennung und Wertschätzung sowie in beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten und der Sicherheit des Arbeitsplatzes. Hohe Verausgabung entsteht nicht allein durch externe Anforderungen (z. B. Zeitdruck), sondern auch durch eine individuelle Verausgabungsbereitschaft.

Beide Modelle weisen darauf hin, dass individuumsorientierte Ansätze zur Gesundheitsförderung (wie multimodale Stressbewältigungstrainings) dazu beitragen können, das Risiko für Stressfolgerscheinungen (z. B. in Form von Erkrankungen) zu senken (z. B. durch Veränderungen des Zeitmanagements oder der individuellen Verausgabungsbereitschaft). Auf der anderen Seite wird jedoch ebenso deutlich, dass strukturellen Ansätzen der

Gesundheitsförderung hier ebenfalls ein hoher Stellenwert zukommt.

Aktuelle Fehlzeitenstatistiken der Krankenkassen zeigen eine zunehmende Bedeutung von psychischen Störungen für krankheitsbedingte Fehlzeiten¹⁴⁰. Diese Krankheitsgruppe nimmt bei den Krankheitstagen inzwischen den vierten – bei den Frauen sogar den dritten – Rang ein. Nach epidemiologischen Studien zählen psychische Störungen zu den langwierigsten und kostenintensivsten Erkrankungen. Ein Zusammenhang mit der zeitgleich berichteten generellen Zunahme von psychosozialen und psychomentalen Belastungen am Arbeitsplatz ist wahrscheinlich¹⁴¹. Arbeitsbedingte psychische Belastungen führen nicht zwangsläufig zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen – als positive Herausforderung erlebt, können sie sogar gesundheitsförderlich wirken. In Abhängigkeit von der Intensität, arbeitsorganisatorischen Gegebenheiten (z. B. Nacht- und Schichtarbeit) und vorhandenen individuellen Bewältigungsmöglichkeiten können sie jedoch zu negativen körperlichen und psychischen Beanspruchungsfolgen (z. B. Schlafstörungen) und damit auch zu entsprechenden Krankheitsbildern führen. Als weiterer Grund für die Zunahme von Psychischen und Verhaltensstörungen wird bspw. die Enttabuisierung im Rahmen der Diagnosestellung diskutiert.

Erkenntnisse zu den psychischen Belastungen des modernen Erwerbslebens machen auch deutlich, dass für eine wirksame Prävention stressbedingter Gesundheitsrisiken neben der Förderung individueller Bewältigungskompetenzen auch strukturelle Maßnahmen erforderlich sind, die auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsaufgaben und -abläufen sowie von strukturellen und

sozial-kommunikativen Bedingungen (Führungsstil) am Arbeitsplatz abzielen.

Wirksamkeit:

Für alle Verfahren, die primär-präventiv zum Einsatz gelangen, gilt generell, dass ihre Wirksamkeit in kontrollierten wissenschaftlichen Evaluationsstudien nachgewiesen sein soll. Die Evaluation des Erfolges von Maßnahmen zur Stressbewältigung erfolgt in der Regel anhand von subjektiven (z. B. körperliche Beschwerden, psychisches (Wohl-) Befinden, emotionale Erschöpfung), vereinzelt auch von objektiven (Blutdruck, Lipidspiegel, Speichelcortisol) Parametern. Außerdem werden Veränderungen hinsichtlich kognitiver Variablen (Belastungswahrnehmung, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen) und selbstberichteter Bewältigungsstrategien erfasst. Im betrieblichen Kontext kommen organisationsbezogene Erfolgskriterien (Fehlzeiten, Unfall- und Versicherungskosten, Arbeitszufriedenheit, Leistungsindikatoren) hinzu. Evaluationsstudien zu betrieblichen Stressmanagementtrainings erbrachten deutliche Effekte hinsichtlich einer Reduktion körperlicher und psychischer Stress-Symptome¹⁴². Hinsichtlich organisationsbezogener Variablen wie Fehlzeiten, Kündigungsintention, Leistungsindikatoren sowie Unfall-Versicherungskosten ergaben sich nur weniger starke Effekte. Um wirksame Effekte auch auf strukturelle Variablen zu erzeugen, müssen Stressmanagement-Programme die in der Arbeitswelt vorherrschenden Stressoren spezifisch berücksichtigen. Grundsätzlich sollten betriebliche Stressmanagement-Interventionen sowohl an individuellen als auch an organisationsbezogenen Faktoren ansetzen.

¹⁴⁰ Badura, B., Schröder, H., Klose, J. & Macco, K. (Hrsg.) (2010). Fehlzeitenreport 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Heidelberg; Barmer Ersatzkasse (2009). Gesundheitsreport 2009 Psychische Gesundheit und psychische Belastungen. Wuppertal; BKK Bundesverband (2008). BKK Gesundheitsreport 2008. Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen. Essen; Deutsche Angestellten Krankenkasse (2010). DAK Gesundheitsreport 2010. IKK-Bundesverband (2005). IKK-Bericht 2005 – Arbeit und Gesundheit im Handwerk. Bergisch Gladbach.

¹⁴¹ Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32 (6, special issue). 443-462.

¹⁴² Bamberg, E. & Busch, C. (1996). Betriebliche Gesundheitsförderung durch Stressmanagementtraining: Eine Meta-Analyse (quasi-)experimenteller Studien. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40, 127-137; Murphy, L.R. (1996). Stress management in work settings: A critical review of the research literature. *American Journal of Health Promotion*, 11, 112-135.

Zielgruppe:

Aktivitäten zum betrieblichen Stressmanagement können sich zum einen zielgruppen-unspezifisch an alle Beschäftigten mit (nicht existentieller) Stressbelastung richten, die lernen wollen, damit sicherer und gesundheitsbewusster umzugehen. Zum anderen können die Maßnahmen auch für spezielle betriebliche Zielgruppen mit spezifischen Belastungsprofilen (z. B. Führungskräfte, Auszubildende, Außendienstmitarbeiter etc.) angeboten werden.

Ziel der Maßnahme:

Das generelle Ziel von Interventionen in diesem Handlungsfeld besteht darin, negative Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit aufgrund von chronischen beruflichen Stresserfahrungen zu vermeiden oder zu reduzieren, indem die individuellen Bewältigungskompetenzen gestärkt werden mit dem Ziel eines möglichst breiten individuellen Bewältigungsrepertoires und einer möglichst hohen Flexibilität im Umgang mit Stressbelastungen. Diese Interventionen müssen möglichst in ein umfassendes Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung eingebunden werden. Entsprechend dem Ansatzpunkt der jeweiligen Bewältigungsbemühungen lassen sich dabei pragmatisch drei Ebenen und darauf bezogene Ziele des individuellen Stressmanagements unterscheiden:

Instrumentelles Stressmanagement setzt an den Stressoren selbst an mit dem Ziel, diese zu reduzieren oder ganz auszuschalten (soweit dies im Einflussbereich des einzelnen Mitarbeiters liegt) z. B. durch Umorganisation des Arbeitsplatzes, durch Veränderung von Arbeitsabläufen, durch die Organisation von Hilfen etc. Instrumentelles

Stressmanagement kann reaktiv auf konkrete, aktuelle Belastungssituationen hin erfolgen und auch präventiv auf die Verringerung oder Ausschaltung von Belastungen ausgerichtet sein. Instrumentelles Stressmanagement erfordert neben der Sachkompetenz auch sozial-kommunikative und Selbstmanagementkompetenzen.

Kognitives Stressmanagement zielt auf eine Änderung eigener Merkmale in Form von persönlichen Motiven, Einstellungen und Bewertungen. Auch hier können sich die Bewältigungsbemühungen auf aktuelle Bewertungen in konkreten Belastungssituationen oder auf situationsübergreifende, habituelle Bewertungsmuster beziehen. Diese bewusst zu machen, kritisch zu reflektieren und in Stress vermindernde Bewertungen zu transformieren, ist das Ziel kognitiver Interventionsansätze der Stressbewältigung.

Beim **palliativ-regenerativen Stressmanagement** steht die Regulierung und Kontrolle der physiologischen und psychischen Stressreaktion im Vordergrund. Auch hier kann unterschieden werden zwischen solchen Bewältigungsversuchen, die zur kurzfristigen Erleichterung und Entspannung auf die Dämpfung einer akuten Stressreaktion abzielen (Palliation), sowie eher längerfristigen Bemühungen, die der regelmäßigen Erholung und Entspannung dienen (Regeneration).

Inhalt:

In betrieblichen Stressmanagementtrainings werden zur Erreichung der genannten Ziele in der Regel mehrere unterschiedliche Interventionsmethoden auf der Basis eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionsansatzes integriert,

um auf den Ebenen des instrumentellen, des kognitiven und des palliativ-regenerativen Stressmanagements anzusetzen. Die dabei zu nutzenden Interventionsmethoden sind:

- Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen in Bereichen wie systematisches Problemlösen, Zeitmanagement und persönlicher Arbeitsorganisation,
- Vermittlung von Methoden der kognitiven Umstrukturierung mit dem Ziel der Einstellungsänderung und positiven Selbstinstruktion,
- Vermittlung psychophysiologischer Entspannungsverfahren sowie
- Training von selbstbehauptendem Verhalten und sozial-kommunikativer Kompetenzen.

Methodik:

Bei Aktivitäten zum betrieblichen Stressmanagement handelt es sich um systematische und strukturierte Trainingsprogramme, die sich an Gruppen richten und an den individuellen Stressproblemen der teilnehmenden Beschäftigten orientiert sind. Sie sollten auf die jeweils konkreten betrieblichen Stressbelastungen Bezug nehmen und in bestehende betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte eingebunden sein, um eine Rückkopplung von strukturellen Aspekten in diesen Prozess zu gewährleisten. Die Trainings enthalten eine praktische Einübung von Entspannungs- und Stressreduktionsmethoden sowie Anleitungen für Übungen außerhalb der Trainingssitzungen, um einen Transfer in den Alltag zu gewährleisten.

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich

psychosoziale Gesundheit in Betracht, insbesondere:

- Psychologen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Pädagogen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor, Lehrer mit 1. u. 2. Staatsexamen)
- Sozialpädagogen / Sozialarbeiter (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Sozialwissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Gesundheitswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Ärzte / Betriebsärzte

mit Kenntnissen in Organisations- und Personalentwicklung und in Methoden der Verhaltensmodifikation sowie Zusatzqualifikation im Bereich Stressmanagement / Einweisung in das durchzuführende Programm. Zu Entspannungsmaßnahmen wird auf die entsprechenden Ausführungen zu den Anbieterqualifikationen unter 5.2.4 verwiesen.

Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung

Bedarf:

Führungskräfte haben auf unterschiedliche Weise Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit, Motivation, Befinden, Gesundheit ihrer Mitarbeiter und hierdurch bedingt auf deren Fehlzeiten¹⁴³. Mitarbeiterbefragungen in unterschiedlichen Branchen und Betriebsgrößen belegen diesen Zusammenhang eindrucksvoll¹⁴⁴. Führungskräfte geben durch ihr eigenes Verhalten den Mitarbeitern eine Verhaltensorientierung, nehmen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter (Arbeitsorganisation, Zeit- und Leistungsdruck, Informations-, Entscheidungs- und Handlungsspielraum, Unterstützung,

Betriebliche
Gesundheitsförderung
nach § 20a SGB V

143 Badura, B., Münch, E. & Ritter, W. (2001). Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik: Fehlzeiten durch Motivationsverlust? Gütersloh; Nieder, P. (2000). Führung und Gesundheit. Die Rolle der Vorgesetzten im Gesundheitsmanagement. In U. Brandenburg, P. Nieder u. B. Susen (Hrsg.), Gesundheitsmanagement im Unternehmen (S. 149-161). Weinheim.

144 z. B. Stadler, P. & Strobel, G. (2000). Personalpflege und Personalverschleiß - Der Einfluss von Führungsverhalten auf psychische Belastungen von Mitarbeitern. Die BG - Fachzeitschrift für Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Unfallversicherung, 7, 396-401; Wellendorf, J., Westermayer, G. & Riese, I. (2001). Die Aktion „Sicher und Gesund“ der Firma Storck. In: Badura, B., Litsch, M. & Vetter, C. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2000 (S. 231-248). Berlin.

Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V

sozialer Umgangsstil, Konflikt- und Problembewältigung) und beeinflussen damit ganz wesentlich die Arbeitszufriedenheit und das Befinden der Mitarbeiter. Eine von der Initiative Gesundheit & Arbeit im Jahre 2003 durchgeführte Expertenbefragung erbrachte, dass annähernd 80% der mehr als 500 befragten Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten aller Branchen die Einschätzung vertreten, dass „schlechtes Führungsverhalten“ neben „Zeitdruck“ und „Arbeitsplatzunsicherheit“ zu den drei relevantesten Faktoren zählen, die zu psychischen Fehlbelastungen führen können¹⁴⁵. Entsprechend wird als bewährte Maßnahme zur Reduzierung arbeitsbedingter psychischer Fehlbelastungen am häufigsten ein mitarbeiterorientierter Führungsstil genannt.

Wirksamkeit:

Auch für Maßnahmen zur Förderung einer gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung gilt, dass deren Wirksamkeit in entsprechenden wissenschaftlichen Evaluationsstudien nachgewiesen sein soll. Als Wirksamkeitskriterien kommen dabei sowohl Einstellungs- und Verhaltensänderungen auf Seiten der an den jeweiligen Maßnahmen teilnehmenden Führungskräfte in Betracht als auch Auswirkungen der Maßnahmen auf Arbeitszufriedenheit, Motivation, Befinden und Beschwerden sowie Anwesenheit (Krankenstand) der den jeweiligen Führungskräften zugeordneten Mitarbeiter. Evaluationsstudien dazu sind derzeit noch rar und mit methodischen Mängeln behaftet. Bisherige Ergebnisse deuten jedoch daraufhin, dass Maßnahmen zur Förderung einer gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung zu einer Verbesserung der Zufriedenheit bei Führungskräften und Mitarbeitern, zu einer Verbesserung des Betriebsklimas sowie mittel- bis langfristig

auch zu einer Senkung des Krankenstandes beitragen können¹⁴⁶. Neben der Bedeutung der Rolle der Führungskräfte gibt es weitere intervenierende Variablen, die auf Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit und Motivation Einfluss haben, wie z. B. Auftragsituation, Schnittstellen von Abteilungen / Bereichen zu anderen Unternehmensbereichen, Zusammenarbeit im Team, Qualifikation der Teammitglieder (Fach-, Methoden-, Sozialkompetenz). Weiterhin sind relevant die Unternehmens- und Führungskultur sowie die Frage nach einer vorhandenen Unterstützungsstruktur für Führungskräfte, einschl. der Frage nach vorhandenen Zielvorgaben und Bewertungsstrukturen für Führungskräfte.

Zielgruppe:

Maßnahmen zur Förderung einer gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung richten sich an alle Führungskräfte und über diese indirekt auch an beteiligte Mitarbeiter eines Unternehmens sowie im besonderen an Führungskräfte mit erhöhter Stressbelastung, erhöhter Arbeitsunzufriedenheit sowie erhöhtem Krankenstand im jeweiligen Verantwortungsbereich.

Ziel der Maßnahme:

Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung verfolgen eine doppelte Zielsetzung: Zum einen sollen Führungskräfte für Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und der Gesundheit, dem Wohlbefinden und den psychophysischen Belastungen auf Seiten der Mitarbeiter sensibilisiert und bei der Entwicklung eines mitarbeiterorientierten und gesundheitsgerechten Führungsstiles unterstützt werden. Dadurch sollen psychische Fehlbelastungen auf Seiten der Mitarbeiter reduziert und deren Zufriedenheit und Wohlbefinden

¹⁴⁵ Initiative Gesundheit & Arbeit (2003). Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit - Ergebnisse einer Expertenbefragung.

¹⁴⁶ Kowalski, H. (2001). Erfolgsfaktoren „gesunder“ Betriebe. In: Badura, B., Litsch, M. & Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2000 (S. 191-198). Berlin; Matyssek, A. (2003a). Gesundheitsorientierte Mitarbeiterführung - Ein Erfahrungsbericht zu einer Seminarreihe für die Deutsche Telekom AG. In: Giesa, H.-G., Timpe, K.-P. & Winterfeld, U. (Hrsg.). Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit, 12. Workshop 2003, S. 311-314. Heidelberg; Matyssek, A. (2003b). Chefsache: Gesundes Team - gesunde Bilanz. Ein Leitfaden zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung. Wiesbaden; Westermayer, G. & Wellendorf, J. (2001). Evaluation betrieblicher Stressprävention. In: Pfaff, H. & Slesina, W. (Hrsg.). Effektive betriebliche Gesundheitsförderung - Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim.

am Arbeitsplatz gefördert werden. Zum anderen sollen die Führungskräfte selbst auch Strategien zu einer gesundheitsgerechten Bewältigung des eigenen Führungsalltages erlernen. Damit soll sowohl der Vorbildfunktion der Führungskraft Rechnung getragen werden als auch dem Umstand, dass eigenes Stresserleben der Führungskräfte ein häufiges Hindernis für die Realisierung eines gesundheitsgerechten Umgangs mit den Mitarbeitern darstellt.

Inhalt:

Zur Erreichung der genannten Ziele beinhalten Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung Informationen über Zusammenhänge zwischen Führungsverhalten einerseits und psychischer Belastung, Wohlbefinden und Gesundheit der Mitarbeiter andererseits. Die Führungskräfte reflektieren führungsrelevante Einstellungen und eigenes Führungsverhalten im Hinblick auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter. Sie thematisieren Strategien zur gesundheitsförderlichen Arbeitsorganisation, erproben Strategien mitarbeiterorientierter Kommunikation und Gesprächsführung zur Verbesserung ihres Umgangs auch mit belasteten Mitarbeiter/innen oder bei Konflikten am Arbeitsplatz und werden zu einem Transfer dieser Strategien in den betrieblichen Alltag angeleitet. Darüber hinaus werden instrumentelle, kognitive und palliativ-regenerative Strategien zum Umgang mit eigenen Belastungen, insbesondere in schwierigen Führungssituationen thematisiert und praktisch erprobt.

Methodik:

Bei den Maßnahmen handelt es sich um systematische und strukturierte Programme, die sich im Regelfall an Gruppen richten. Die Maßnahmen

sollten auf die jeweils konkreten betrieblichen Bedingungen Bezug nehmen und mit bestehenden betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten verknüpft sein. Die Trainings sollten über die bloße Information hinaus durch moderierte Gruppengespräche den Erfahrungsaustausch und die Selbstreflexion der teilnehmenden Führungskräfte anregen. Ferner sollen die Trainings insbesondere ausreichend Gelegenheit für eine praktische Einübung von Gesprächs- und Stressmanagementstrategien beinhalten sowie Anleitungen für einen Transfer dieser Strategien in den Führungsalltag bereitstellen.

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich psychosoziale Gesundheit in Betracht, insbesondere:

- Psychologen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Pädagogen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor, Lehrer mit 1. u. 2. Staatsexamen)
- Sozialpädagogen / Sozialarbeiter (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Sozialwissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Gesundheitswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Ärzte / Betriebsärzte

mit Kenntnissen in Organisations- und Personalentwicklung und in Methoden der Verhaltensmodifikation sowie mit Erfahrungen in der Durchführung von Führungskräfte trainings.

Betriebliche
Gesundheitsförderung
nach § 20a SGB V

6.2.4 Suchtmittelkonsum

Suchtmittelkonsum beeinträchtigt auf vielfältige Weise auch im beruflichen Kontext die individuelle Leistungsfähigkeit, Arbeitsqualität und Arbeitssicherheit. Dabei spielen eine Vielzahl unterschiedlicher Rausch- und Suchtmittel eine Rolle. Alkohol und Nikotin stehen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung jedoch im Vordergrund. Sie sind sowohl in ihrer quantitativen Verbreitung, als auch von den daraus abzuleitenden gesundheitlichen Schädigungen von besonderer Bedeutung. Sie sind zudem leichter präventiv anzusprechen. Aus diesen Gründen sind die GKV Präventionsbemühungen stärker auf Alkohol und Tabak ausgerichtet, wenngleich die hierhin beschriebenen Strategien und Maßnahmen vielfach suchtmittelunspezifisch angelegt sind und daher eine breite präventive Wirkung haben.

Die Folgen des Alkoholmissbrauchs sind für Betriebe gravierend und führen zu verminderter Leistung und Arbeitsqualität, zu gestörtem Betriebsklima, hoher Unfallgefährdung und nicht zuletzt zu erhöhten Fehlzeiten durch alkoholbedingte Erkrankungen. Das bezieht sich sowohl auf den missbräuchlichen privaten Konsum mit Nachwirkungen auf die Arbeitszeit als auch auf den Alkohol- und Tabakkonsum innerhalb der Arbeitszeit.

Die Alkoholabhängigkeit spielt unter den alkoholbedingten Erkrankungen eine besondere Rolle. Häufig durchleben abhängig Erkrankte sehr lange Krankheitskarrieren, bevor eine Entwöhnungsbehandlung beginnt. Der Betrieb ist ein wichtiger Ort, um im Sinne der Primär- und Sekundärprävention betriebsspezifische Strategien zur Gestaltung der

Rahmenbedingungen, zur Förderung einer suchtmittelfreien Unternehmenskultur, zu installieren. Er ist ebenso ein Ort, um die Qualifikation von Führungskräften zur angemessenen konstruktiven Ansprache von auffälligen Mitarbeitern zu fördern, um sie möglichst frühzeitig zur Inanspruchnahme professioneller therapeutischer Hilfe zu motivieren.

Von Medikamenten sind in Deutschland etwa 1,5 Mio. Menschen abhängig, zwei Drittel davon sind Frauen. Auch diese Suchterkrankung wirkt sich auf die Arbeitsproduktivität aus. Die Folgen sind ähnlich wie die der Alkoholabhängigkeit. Psychopharmaka (wie z. B. Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel) beeinflussen Konzentrationsfähigkeit und Reaktionsvermögen und machen bei Dauergebrauch abhängig. Das Gleiche gilt für den Drogenkonsum. Er beeinflusst ebenfalls Leistungsfähigkeit und Verhalten am Arbeitsplatz. Betriebe mit einem hohen Anteil junger Beschäftigter sind verstärkt von dieser Problematik betroffen. Eine weitere Form der substanzbezogenen Abhängigkeit ist das Rauchen. Es führt allerdings nicht per se zu Leistungseinschränkungen und Sicherheitsrisiken. In Deutschland arbeiten etwa drei Millionen Arbeitnehmer in Räumen, in denen regelmäßig geraucht wird. Passivraucher können häufig die gleichen akuten und chronischen Gesundheitsschäden erleiden wie Raucher.

Seit Oktober 2002 ist der Nichtraucherchutz am Arbeitsplatz durch den § 5 der Arbeitsstättenverordnung gesetzlich festgelegt. Das Recht des Nichtrauchers auf einen rauchfreien Arbeitsplatz hat Vorrang vor der Handlungsfreiheit des Rauchers. Ein gemeinsames Vorgehen aller Betriebspartner zum Nichtraucherchutz im Betrieb erhöht die

Akzeptanz und Zufriedenheit mit Regelungen des betrieblichen Nichtraucherschutzes. Eine organisatorische Anbindung an ggf. vorhandene Strukturen bzw. Ansprechpartner aus dem Suchtbereich bietet sich zur Unterstützung des Prozesses an¹⁴⁷.

Aus Gründen der quantitativen Bedeutung fokussieren die GKV-Präventionsansätze im betrieblichen Setting auf die Suchtmittel Tabak und Alkohol. Die in diesen Bereichen umgesetzten Interventionen sollten jedoch eine breite präventive Wirkung erzielen und damit direkt oder indirekt die Beschäftigten auch für die anderen Problembereiche sensibilisieren.

Die Aufgaben der Krankenkassen bei den im Folgenden beschriebenen Präventionsprinzipien sind jeweils nur ein Baustein im Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung, das der jeweilige Betrieb verantwortlich umsetzt (vgl. Kapitel 6.1).

Präventionsprinzip: Rauchfrei im Betrieb

Bedarf:

Etwa ein Drittel der deutschen Arbeitnehmer raucht. Ca. drei Millionen nicht rauchende Arbeitnehmer arbeiten in Deutschland in Räumen, in denen regelmäßig geraucht wird. Rauchen ist in Deutschland die häufigste vermeidbare Einzelursache für Invalidität und den frühzeitigen Tod. Jährlich sterben 110 000 bis 140 000 Menschen an den Folgen des Rauchens¹⁴⁸. Rauchen ist Hauptrisikofaktor für:

- zahlreiche Krebserkrankungen
- Herzinfarkt und Schlaganfall
- chronische Bronchitis und Lungenemphysem.

Passivraucher erleiden - wenn auch in geringerem Ausmaß und seltener - die gleichen akuten und chronischen Gesundheitsschäden wie Raucher.

Damit ist Tabakrauch nicht nur eine subjektiv empfundene Belästigung, sondern ein deutliches Gesundheitsrisiko. Auf Grund dieser Erkenntnisse hat der Gesetzgeber mit einer Änderung der Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) reagiert. Der § 5 ArbStättV: „Nichtraucherschutz“ legt das Recht der nicht rauchenden Beschäftigten auf einen rauchfreien Arbeitsplatz fest: Dem Schutz der Gesundheit des Nichtrauchers am Arbeitsplatz wird somit eindeutig Vorrang vor der Handlungsfreiheit des Rauchers eingeräumt¹⁴⁹.

Das Thema „Nichtraucherschutz im Betrieb“ bekommt auf diese Weise eine gesetzliche Untermauerung. Zur Umsetzung dieser Vorschrift reichen Appelle zur gegenseitigen Rücksichtnahme nicht aus. Es ist notwendig, in abgestimmten Vorgehensweisen, z. B. durch Erstellung einer Dienstvereinbarung zum betrieblichen Nichtraucherschutz, Klarheit über betriebliche Regelungen zu schaffen.

Wirksamkeit:

Von den im Folgenden beschriebenen Maßnahmen ist eine Reduzierung des Tabakkonsums der Raucher und ein verbesserter Schutz vor dem Passivrauch zu erwarten. Dadurch können tabakrauchbedingte Erkrankungsrisiken deutlich reduziert werden.

Zielgruppe:

- Führungskräfte
- Betriebs- und Personalräte

Betriebliche
Gesundheitsförderung
nach § 20a SGB V

¹⁴⁷ WHO-Partnerschaftsprojekt Tabakabhängigkeit (2002). Rauchfrei am Arbeitsplatz. Ein Leitfaden für Betriebe. Eine Initiative im Rahmen des WHO-Partnerschaftsprojekts Tabakabhängigkeit in Deutschland (3. Auflage), Köln und Bonn; Goecke-Askotchenskii, M. (2004). Rauchfreie Arbeitsplätze. Informationen und Strategien für die betriebliche Umsetzung. Wiesbaden.

¹⁴⁸ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2010). Jahrbuch Sucht 2010, Geesthacht.

¹⁴⁹ Goecke-Askotchenskii, M. (2004). Rauchfreie Arbeitsplätze. Informationen und Strategien für die betriebliche Umsetzung. Wiesbaden; Faltblatt: „Rauchfrei am Arbeitsplatz“, Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Bonn.

Betriebliche
Gesundheitsförderung
nach § 20a SGB V

- Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Rauchende und nicht rauchende Beschäftigte

Ziel der Maßnahme:

- Durchsetzung der gesundheitlichen Interessen der nichtrauchenden Beschäftigten (Umsetzung des betrieblichen Nichtraucher-schutzes im Betrieb gemäß § 5 ArbStättV zum Schutz vor Passivrauch hat Vorrang vor den Interessen des Rauchers)
- Stärkung der Motivation rauchender Beschäftigter, mit dem Rauchen aufzuhören
- Reduzierung der Raucherquote im Betrieb
- Reduzierung des Tabakkonsums im Betrieb (Nichtrauchen am Arbeitsplatz / während der Arbeit)

Inhalt:

- Information und Beratung von Mitarbeitern und Führungskräften über die Gesundheitsgefahren des Rauchens und des Passivrauchens
- Information und Beratung zu strukturellen Interventionen bezüglich des betrieblichen Nicht-raucherschutzes (z. B. Dienstvereinbarungen, Lüftungstechnische Maßnahmen, arbeitsorganisatorische Maßnahmen, betriebliche Rauchverbote, Abbau von Zigarettenautomaten, Einschränkungen des Zigarettenverkaufs im Betrieb etc.) einschließlich Beratung zur betriebsinternen Kommunikation und Mediation,
- Beratung zur / Vermittlung von betrieblichen Angeboten zur Tabakentwöhnung.

Methodik:

- Informationsangebote für alle Beschäftigten
- Beratung und Unterstützung des Betriebes bei

der Schaffung struktureller Maßnahmen, wie z. B. Erstellung von Dienstvereinbarungen zum Nichtraucher-schutz, räumliche Trennung von Raucher- und Nichtraucher-arbeitsplätzen, Lüftungsmaßnahmen für Raucherzonen

- Beteiligungsorientierte Methoden (z. B. Gesundheitszirkel)
- Angebot von wirksamen kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Maßnahmen zur Raucherentwöhnung

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich psychosoziale Gesundheit in Betracht, insbesondere

- Psychologen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Pädagogen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor, Lehrer mit 1. u. 2. Staatsexamen)
- Sozialpädagogen/Sozialarbeiter (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Sozialwissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Gesundheitswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Ärzte/Betriebsärzte

mit Zusatzqualifikation im Bereich der Suchtprävention und / oder der Personal- und Organisationsentwicklung.

Bei der Durchführung individuell orientierter Maßnahmen zur Tabakentwöhnung im Betrieb gelten bezogen auf die Anbieterqualifikation zusätzlich die Anforderungen der individuellen Präventionsmaßnahmen gemäß Kapitel 5.2.5 (Einweisung in das durchzuführende Entwöhnungsprogramm).

Präventionsprinzip: „Punktnüchternheit“ (Null Pro- mille am Arbeitsplatz) bei der Arbeit

Bedarf:

Epidemiologische Daten belegen den Umfang von riskantem, missbräuchlichem und abhängigem Konsum von Suchtmitteln in Deutschland: Bei 9,5 Mio. Menschen in der Altersgruppe von 18 bis 64 Jahren besteht z. B. ein riskanter Alkoholkonsum, davon haben 2 Mio. Menschen einen missbräuchlichen Konsum und bei 1,3 Mio. der Gesamtzahl liegt ein Abhängigkeitssyndrom vor¹⁵⁰. Diese Werte sind im Wesentlichen auf den betrieblichen Bereich übertragbar.

Während die betriebliche Problematik eines starken Alkoholkonsums offensichtlich ist, werden die Wirkungen eines verhältnismäßig geringeren Alkoholkonsums auf z. B. Feinmotorik und Konzentrationsfähigkeit auch in der betrieblichen Öffentlichkeit oft unterschätzt. Zudem steht unabhängig von einer direkten Suchterkrankung eine Vielzahl von Arbeitsunfähigkeiten im Zusammenhang mit einem schädlichen Alkoholkonsum (alkoholassoziierte Erkrankungen). Geschätzt wird, dass bis zu 30 % der Arbeitsunfälle auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen sind. Dies betrifft insbesondere abhängige Mitarbeiter(innen), da sie oftmals nicht die übliche Arbeitsleistung erbringen können, häufiger in Arbeitsunfälle verwickelt und häufiger kurzzeitkrank sind.

Trotz der bekannten Auswirkungen von Genuss- und Suchtmittelmissbrauch auf Leistungsfähigkeit, Arbeitssicherheit und Gesundheit und der damit

verbundenen Kosten und Nachteile sind viele Arbeitgeber auf diesem Gebiet der Prävention noch nicht tätig geworden. Ziel ist es, im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung die Notwendigkeit der „Null Promille am Arbeitsplatz“ als Unternehmensziel zu verankern.

Wirksamkeit:

Von den im Folgenden beschriebenen Maßnahmen sind primär- und sekundärpräventive Erfolge für sämtliche Suchtmittel-bedingten Probleme zu erwarten: Durch eine Sensibilisierung der Belegschaft für die Bedeutung der Punktnüchternheit am Arbeitsplatz tragen sie zu einem verantwortungsbewussteren Umgang mit Suchtmitteln bei. Darüber hinaus können durch eine Befähigung von Führungskräften zu einem klaren und konstruktiven Führungsverhalten belastende und damit den Suchtmittelkonsum begünstigende betriebliche Bedingungen reduziert und protektive Faktoren (z. B. soziale Unterstützung) gestärkt werden¹⁵¹.

Zielgruppe:

- alle Mitarbeiter(innen) des Betriebes
- Führungskräfte
- Betriebs-/ Personalräte
- Fachkräfte für Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Betriebs- und Werksärzte

Ziel der Maßnahme:

- Sensibilisieren von Beschäftigten, Führungskräften und betrieblichen Entscheidern hinsichtlich des Einflusses von - auch geringen Mengen - Alkohol und anderen psychisch wirksamen bzw. berauschenden Suchtmitteln auf Leistungsfähigkeit, Arbeitssicherheit und Arbeitsunfähigkeiten

Betriebliche
Gesundheitsförderung
nach § 20a SGB V

¹⁵⁰ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2010): Jahrbuch Sucht 2010. Geesthacht.

¹⁵¹ Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (1989). Suchtprobleme am Arbeitsplatz. Hamm; Fuchs, R.; Rainer, L. und Rummel, M. (Hrsg.) (1998). Betriebliche Suchtprävention. Göttingen; Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2000). Schätzwertestudie: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland.

Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V

- Aufbau einer betrieblichen Kultur von „Null Promille am Arbeitsplatz“
- Sensibilisieren der Führungskräfte hinsichtlich ihrer Führungsverantwortung unter dem besonderen Aspekt der Suchtmittelprävention
- Motivation der betrieblichen Entscheider und Führungskräfte zur Einbeziehung betriebsinterner oder externer Fachkompetenz zur Problemlösung, sowie zur Vernetzung mit inner- und außerbetrieblichen Präventionsangeboten und Hilfsmaßnahmen
- Frühzeitige Aufklärung von Mitarbeiter/innen mit auffälligem Verhalten aufgrund von riskantem Konsum zur Förderung einer Änderungsbereitschaft
- Senkung des Suchtmittelkonsums und der dadurch bedingten Unfallzahlen

Inhalt:

- Notwendige Bestandteile von Programmen zur Suchtmittelprävention sind¹⁵²:
- Schaffung von Aufmerksamkeit für den bewussten Umgang mit Suchtmitteln und Informationen über deren Wirkungen
- Förderung einer alkoholfreien Betriebskultur („Null Promille am Arbeitsplatz“), Stärkung der Vorbildrolle der Vorgesetzten und Kollegen
- Ausrichtung eines attraktiven nicht alkoholischen Getränke-Angebots in der Betriebsverpflegung
- Maßnahmen zur Verbesserung des Betriebsklimas (Klimagruppen, Zufriedenheitszirkel)
- Schulung der Führungskräfte und anderer betrieblicher Entscheider zum Umgang mit (suchtmittel-)auffälligen Mitarbeitern
- Vermittlung geeigneter Hilfs- und Beratungsangebote für Mitarbeiter in Krisensituationen und

mit Suchtmittelproblemen durch Einrichtungen der Suchtberatung bzw. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 SGB V

Methodik:

- Information der Belegschaft / Schaffung von Informationsstrukturen
- Beratung und Unterstützung bei der Schaffung geeigneter Strukturen: übergreifende Kooperation in einem Steuerungsgremium (z. B. Arbeitskreis Gesundheit), Abschluss einer Dienst-/ Betriebsvereinbarung u. a.
- Maßnahmen zur Organisations- und Personalentwicklung zur Verbesserung von Unternehmenskultur, Führungsstil, Betriebsklima und Arbeitszufriedenheit (z. B. Schulung in Gesprächsführung von Führungskräften und Personalvertretern)
- Hilfen beim Aufbau einer Struktur zur Mitarbeiterberatung: individuelle Beratung und Krisenintervention, Vermittlung in Beratungsstellen und weitergehende Hilfs- und Beratungsstellen

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich psychosoziale Gesundheit in Betracht, insbesondere

- Psychologen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Pädagogen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor, Lehrer mit 1. u. 2. Staatsexamen)
- Sozialpädagogen / Sozialarbeiter (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Sozialwissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)

¹⁵² Anleitungen für betriebliche Suchtpräventionsprogramme: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2006). Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe. Hamm; Barmer GEK & Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2010). Alkohol am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Führungskräfte. Wuppertal und Hamm.

-
- Gesundheitswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
 - Ärzte / Betriebsärzte
mit Zusatzqualifikation oder qualifizierter beruflicher Erfahrung im Bereich der Suchtprävention und -beratung und/oder der Personal- und Organisationsentwicklung.

Bei der Durchführung individuell orientierter Maßnahmen zur Alkoholprävention im Betrieb gelten bezogen auf die Anbieterqualifikation zusätzlich die Anforderungen der individuellen Präventionsmaßnahmen gemäß Kapitel 5.2.5.

Betriebliche
Gesundheitsförderung
nach § 20a SGB V



7. Arbeitgeber geförderte Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

82

Arbeitgeber geförderte Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Seit dem 1. Januar 2009 nimmt § 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz (EStG) Bezug auf §§ 20 und 20a SGB V und damit auf den GKV-Leitfaden Prävention:

§ 3 EStG

„Steuerfrei sind

...

34. zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn erbrachte Leistungen des Arbeitgebers zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der betrieblichen Gesundheitsförderung, die hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen der §§ 20 und 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genügen, soweit sie 500 Euro im Kalenderjahr nicht übersteigen“.

In der amtlichen Begründung zu dieser Norm (Bundesrats-Drucksache 545/08) wird hierzu ausgeführt:

„Die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und die betriebliche Gesundheitsförderung sind wichtige gesundheitspolitische Ziele der Bundesregierung. Die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, liegt im Interesse der Arbeitnehmer und der Unternehmen. Die Steuerbefreiung soll die Bereitschaft des Arbeitgebers erhöhen, seinen Arbeitnehmern Dienstleistungen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie zur betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten und entsprechende Barzuschüsse für die Durchführung derartiger Maßnahmen zuzuwenden. Zur sachlichen Eingrenzung der Steuerbefreiung wird auf die Vorschriften des SGB V Bezug genommen. Unter die Steuerbefreiung fallen ins-

besondere die Leistungen, die im Leitfaden Prävention (...) aufgeführt sind. (...)“.

Der GKV-Spitzenverband hält eine Verzahnung von krankenkassen- und arbeitgebergeförderten Leistungen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung auf Grundlage von §§ 20 und 20a SGB V einerseits und § 3 Nr. 34 EStG andererseits zur Erzielung von Synergieeffekten und höherer Nachhaltigkeit für sinnvoll. Doppelförderungen gleicher oder gleichartiger Maßnahmen und unabgestimmte Vorgehensweisen von Krankenkassen und Arbeitgebern sollten vermieden werden. Hierzu müssen vom Anbieter ausgestellte Teilnahmebescheinigungen deutlich machen, dass sie ausschließlich zum Einreichen beim Arbeitgeber und nicht zum Antrag auf Bezuschussung bei der Krankenkasse genutzt werden dürfen.

Damit die Impulse für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil möglichst nachhaltig wirken, kann bei arbeitgeberfinanzierten primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Leistungen auf eine zeitliche Befristung von Maßnahmen verzichtet werden, wie sie für die krankenkassenfinanzierten Leistungen gilt. Die Einhaltung der in § 3 Nr. 34 EStG geforderten Kriterien hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit einer Maßnahme bleibt hiervon unberührt.

8. Glossar

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren liegen dann vor, wenn im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung (§ 5 Arbeitsschutzgesetz) durch den Arbeitgeber Risiken mit Gefährdungspotenzialen ermittelt werden, die vor dem Hintergrund des geltenden Vorschriften- und Regelwerkes nicht akzeptabel sind und somit eine Gefahr im Sinne des Arbeitsschutzes darstellen, die zum präventiven Handeln zwingt. Krankenkassen und Unfallversicherungsträger sind verpflichtet, bei der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zusammenzuarbeiten (§ 20b SGB V und § 14 Abs. 2 SGB VII). Für die Unfallversicherungsträger ist diese Aufgabe, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten (§ 1 SGB VII), als Betätigungsfeld 1997 hinzugekommen.

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren sind Arbeitsbedingungen, durch die Gesundheitsstörungen oder Erkrankungen in ihrem Verlauf, der Schwere der Störung bzw. der Erkrankung, der Häufigkeit ihres Auftretens und der Dauer ungünstig beeinflusst werden.

Arbeitsschutz

Hauptakteur des Arbeitsschutzes ist nach dem Arbeitsschutzgesetz der Arbeitgeber gemeinsam mit dem im Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG) vorgesehenen Arbeitsschutzausschuss. Der Arbeitgeber ist danach verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu treffen und dabei eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben. Als Maßnahmen des Arbeitsschutzes werden diejenigen verstanden, die auf dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Verhütung von

Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich der Maßnahmen zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit beitragen. Damit ist lt. amtlicher Begründung ausdrücklich die Berücksichtigung des „Faktors Mensch“, also die Verminderung der gesundheitsschädlichen Auswirkungen von Arbeit auf die Beschäftigten gemeint. Gefahren für Leben und Gesundheit sollen an der Quelle bekämpft und Gefährdungen möglichst vermieden werden, indem technische, organisatorische, soziale und Umweltaspekte sachgerecht miteinander verknüpft werden (§§ 1-4 Arbeitsschutzgesetz). Die Arbeitgeber haben damit einen konsequent präventiven Auftrag, der sie verpflichtet, Gesundheitsgefahren von ihren Mitarbeitern fernzuhalten.

Bedarfsorientierung / Bedarf

Der Bedarf hinsichtlich präventiver Maßnahmen ist die notwendige Menge an Ressourcen, die zur Beseitigung drohender Gesundheitsschäden (Risiken, Risikofaktoren) erforderlich ist (Prinzip der Kosteneffektivität). Er ergibt sich aus der Ermittlung von Risiken und Risikofaktoren der Versicherten. Der Bedarf im Hinblick auf Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung resultiert aus der Ermittlung von Gesundheitspotenzialen der Mitglieder im Betrieb. Um die Bedarfsorientierung von Maßnahmen der Krankenkassen zu gewährleisten, sollten deshalb Risikofaktoren wie auch Gesundheitspotenziale der Versicherten durch geeignete Instrumente von den Krankenkassen ermittelt werden. Diese haben dafür eine Reihe von Instrumenten entwickelt und im vielfachen Einsatz validiert. Dazu zählen je nach Zuständigkeit (z. B. Krankenversicherung, Unfallversicherungsträger u. a.) die Gesundheitsberichterstattung auf der Basis von

Arbeitsunfähigkeitsdaten (ggf. auch anderer Daten zu medizinischen Verordnungen/Therapieformen), die Gefährdungsermittlung und -beurteilung, arbeitsmedizinische Untersuchungen, Befragungen von Mitarbeitern im Hinblick auf Belastungen, gesundheitlichen Beschwerden und Verhaltensweisen sowie die betrieblichen Gesundheitszirkel. Die Ergebnisse dieser Instrumente ergänzen sich im Hinblick auf die Bedarfsermittlung und geben in der Zusammenschau ein umfassendes Bild hinsichtlich des Bedarfs an Maßnahmen zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung.

(Betriebliche) Gesundheitsförderung

Nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und in Abgrenzung zur Prävention bezeichnet der Begriff „Gesundheitsförderung“ ein ganzes Bündel von Strategien und Methoden auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen, mit denen die Gesundheitsressourcen und -potenziale von Menschen gestärkt werden sollen. Dazu gehören sowohl Maßnahmen, die auf die Veränderung und Förderung des individuellen Gesundheitsverhaltens abzielen, als auch solche, die auf die Schaffung förderlicher Lebensbedingungen ausgerichtet sind. Das Spektrum der Maßnahmen reicht von Organisations- und Gemeindeentwicklung über Politikentwicklung bis hin zu gesundheitsbezogenen Bildungsmaßnahmen. Im sogenannten „Setting-Ansatz“ wird der Tatsache Rechnung getragen, dass in unterschiedlichen Lebensbereichen jeweils besondere Rahmenbedingungen für Gesundheit und Krankheit zu beachten sind.

Die betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und

der Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung). Dazu gehören gesundheitsgerechte Arbeits- und Arbeitsplatzgestaltung, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung sowie Angebote zum gesundheitsgerechten Verhalten.

Gesundheitsförderung

siehe: (Betriebliche) Gesundheitsförderung

Prävention

Als Prävention werden Strategien bezeichnet, die entweder spezifische Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten vermindern oder mitverursachende Rahmenfaktoren beeinflussen, welche die Anfälligkeiten gegenüber Krankheiten verringern. Aktivitäten zur Reduzierung der Auswirkungen bereits vorhandener Krankheiten sind dabei einbezogen. Prävention kann sich sowohl auf das Verhalten von Individuen und Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf Veränderungen der Rahmenbedingungen in ihrer Lebens- bzw. Arbeitswelt beziehen (Verhältnisprävention). Wesentliche Impulse aus der Gesundheitsförderung werden dabei in die Prävention übernommen, so z. B. die Akzeptanz der sozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit, die besondere Bedeutung der Lebensbedingungen sowie die Idee der Hilfe zur Selbsthilfe (Empowerment).

Es wird unterschieden zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention:

- Primärprävention (Risikoschutz)

Unter Primärprävention sind gezielte Maßnahmen zu verstehen, die den Eintritt eines Schadensfalles verhindern oder verzögern. Es

geht also um die Erhaltung von Gesundheit bei (noch) Gesunden. Unterscheiden lassen sich Maßnahmen (z. B. Schutzimpfungen, Fluorid- und Vitamin-D-Prophylaxe), die direkt kausal der Verhütung einer bestimmten Krankheit zugeordnet werden können, und Maßnahmen, die durch eine Stärkung von Ressourcen mit zur Verhütung multifaktoriell bedingter, häufig chronischer Krankheiten beitragen.

In Strategien der Primärprävention können die gesamte Bevölkerung (universelle Prävention), große Personengruppen mit durchschnittlichem oder nur leicht erhöhtem Risiko (selektive Prävention) oder bestimmte Hochrisikopersonen (indizierte Prävention) einbezogen werden.

- Sekundärprävention (Früherkennung/-behandlung)

Von Sekundärprävention spricht man, wenn es um Interventionen bei Erkrankungen in frühen Stadien geht. Es soll das Fortschreiten eines noch symptomlosen Vorstadiums einer Krankheit durch Früherkennung und -behandlung aufgehalten werden. Ziel ist, so früh wie möglich in den Entstehungsprozess einer sich manifestierenden, behandlungsbedürftigen Krankheit einzugreifen.

- Tertiärprävention (Rehabilitation)

Tertiärprävention umfasst Maßnahmen zur Verhütung von Folge- und/oder Begleiterkrankungen sowie der Verschlimmerung einer bereits in fortgeschrittenen Stadien bestehenden Krankheitsbildes und der größtmöglichen Wiederherstellung der Lebensqualität. Tertiärprävention unterstützt die ärztliche Behandlung und/oder die Rehabilitationsphase.

Leistungen zur Sekundär-/Tertiärprävention fallen nicht unter § 20 Abs. 1 SGB V.

Qualität

Zur Bestimmung des Begriffs Qualität hat sich in der wissenschaftlichen Diskussion die Einteilung in die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durchgesetzt und bewährt:

- Strukturqualität ist eine von der konkreten Maßnahme relativ unabhängige Dimension von Qualität und beschreibt die allgemeinen Voraussetzungen einer hochwertigen, fachgerechten und wirksamen Leistungserbringung, z. B. in Form von Qualifikation und Erfahrung der Leistungserbringer sowie der Eignung und dem Zustand der verwendeten Räumlichkeiten und Sachmittel.
- Prozessqualität umfasst die Güte der Leistungserbringung selbst. Mit ihr wird der Grad an Übereinstimmung der Durchführung einer Maßnahme mit vorab definierten Standards gemessen. Diese sollten sich an der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz orientieren und die Bedürfnisse und Wünsche der jeweiligen Adressaten berücksichtigen.
- Ergebnisqualität ist das Ziel aller Qualitätsbemühungen. Sie kann mit unterschiedlichen Indikatoren operationalisiert und gemessen werden: z. B. der Veränderung der (altersstandardisierten) Gesamt- oder krankheitsspezifischen Mortalität, Veränderung der Krankheitsinzidenz und -prävalenz, Veränderung von Kenntnissen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Zielgruppen einer Intervention sowie Zufriedenheit der Klienten mit den von ihnen in Anspruch genommenen Maßnahmen.

Die Qualitätsdimensionen bauen aufeinander auf, so dass im Idealfall eine hohe Strukturqualität zu einer hohen Prozessqualität und diese wiederum zu einer hohen Ergebnisqualität führt.

In Prävention und Gesundheitsförderung muss dieses Qualitätsverständnis um die wichtige Dimension der Konzept- bzw. Planungsqualität erweitert werden. Diese Dimension umfasst die konzeptionellen Vorgaben dafür, dass die Maßnahmen

- am Bedarf der Versicherten ausgerichtet sind,
- darauf abgestimmte Ziele anstreben,
- Zielgruppen mit hohem Bedarf über geeignete Zugangswege adressieren sowie
- von Inhalt und Methodik her prinzipiell für die Erreichung der angestrebten Ziele geeignet sind.

Die Konzept- und Planungsqualität bildet zusammen mit der Strukturqualität eine der Maßnahmenumsetzung vorgelagerte, grundlegende Qualitätsdimension, die besonderer Aufmerksamkeit bedarf, da sie die Umsetzung der Maßnahmen und damit auch die Qualität der Ergebnisse entscheidend mitbestimmt (Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bundestags-Drucksache 14/5660, S. 117).

Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement

Qualitätssicherung zielt auf die Verbesserung von Produktions- und Dienstleistungsabläufen durch Erkennen und Beseitigen von Qualitätsdefiziten u. a. mittels der folgenden Methoden:

- Regelmäßiges Messen und Bewerten von Qualität durch
 - standardisierte Dokumentation
 - Erhebung von Indikatoren zu Struktur-, Planungs-, Prozess- und Ergebnisqualität (Evaluation)
- Zentrale (externe) vergleichende statistische Auswertung
- Nutzung der Ergebnisse zur Positionsbestimmung und für interne Qualitätsverbesserungsprozesse
- Nachweis von Qualitätsverbesserungen

Mit der Ausrichtung auf das Messen und Bewerten von Leistungen an vorgegebenen Standards ist Qualitätssicherung eher retrospektiv angelegt. Ein Beispiel für diesen Ansatz sind Zertifizierungsmodelle (z. B. sogenannte Audits).

Das Konzept des Qualitätsmanagements bildet die Weiterentwicklung der traditionellen Qualitätssicherung. Qualität wird als Aufgabe der gesamten Organisation mit ihren komplexen Strukturen und Prozessen gesehen. Das zentrale Ziel des ganzheitlichen Qualitätsmanagements ist es, dass Qualität alle Bereiche einer Organisation und alle Phasen eines Leistungserstellungsprozesses als „Unternehmensphilosophie“ durchdringt. Mit dieser Qualitätspolitik sollen unter Einbeziehung aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aller Hierarchieebenen sowie der Zielgruppen (Adressaten) der Leistungen in einem gemeinsamen Prozess hervorragende Ergebnisse erzielt werden. Erwartete Ergebnisse eines ganzheitlichen Qualitätsmanagements sind

- Verbesserung der Qualität der Leistungen
- Bessere Ausrichtung der Organisation und ihrer Leistungen auf die Bedürfnisse der Nutzer
- Verbesserung der Beziehungen zwischen den Berufsgruppen und Abbau hierarchischer und kommunikationshemmender Strukturen
- Einsparung von Ressourcen durch Vermeidung von Reibungsverlusten

besseren Erreichung der Zielgruppen sowie Sicherung langfristiger Erfolge genutzt.

Auch die Arbeit in Netzwerken, die von WHO und EU in den letzten Jahren stark gefördert wird, basiert auf dem Setting-Ansatz.

Im Unterschied zur herkömmlichen Qualitätssicherung ist das ganzheitliche Qualitätsmanagement eher prospektiv und verbesserungsorientiert angelegt. Hier finden neben externen Zertifizierungen auch regelmäßige Selbstbewertungen nach bestimmten Kriterien Anwendung. Das bekannteste derartige Qualitätsmanagement-System ist das von der European Foundation for Quality Management entwickelte Modell.

Setting (Lebenswelt)

„Setting“ bezeichnet diejenigen Lebensbereiche, in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen (Arbeitsplatz, Schule, Wohnort etc.) und die einen besonders starken Einfluss auf die Gesundheit haben. Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die beim Setting ansetzen, gelten als besonders Erfolg versprechend, denn:

1. Verhaltensänderungen sind nur möglich und langfristig stabil, wenn sie in den Alltag integriert werden können und mit den jeweiligen Gewohnheiten und Werten übereinstimmen.
2. In den Settings können gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen gezielt unter Einbeziehung und Mitwirkung der Betroffenen verbessert werden.
3. Die jeweiligen sozialen Gefüge und Organisationsstrukturen werden berücksichtigt und zur



9. Anhang

88

Anhang

Musterformular (vgl. Kapitel 5.2.1); die Inhalte sind verbindlich.

**Antrag auf Bezuschussung des Versicherten,
Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung des Anbieters
Individuelle Maßnahmen (Kurse, Seminare) der Primärprävention nach § 20 SGB V**

Der Versicherte füllt Teil 1 „Antrag auf Bezuschussung“ dieses Formulars aus. Der Anbieter füllt Teil 2 „Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung“ aus. Der Versicherte leitet das ausgefüllte Formular an die Krankenkasse weiter.

Datenschutzhinweis für den Versicherten: Die Krankenkasse verwendet die hier erhobenen Daten um zu prüfen, ob sie Kosten erstatten kann (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Die Daten werden zum Zweck des Nachweises der Teilnahme und der Überweisung des Erstattungsbetrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Ohne die Angaben kann eine Überweisung nicht vorgenommen werden (§§ 67 a, b SGB X).

1. Antrag auf Bezuschussung (vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichem Vertreter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Name des Versicherten	Vorname	Geburtsdatum	Versicherten-Nr. (s. Krankenversichertenkarte)
-----------------------	---------	--------------	---

Ich beantrage einen Zuschuss zu der Maßnahme

Titel:

Ich bestätige, dass ich an der o. g. Maßnahme teilgenommen habe und dass sie vom umseitig genannten Anbieter/ Kursleiter persönlich durchgeführt wurde. Ich füge einen Nachweis (z. B. Original-Quittung oder Kontoauszug) darüber bei, dass ich die Teilnahmegebühr gezahlt habe.

Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben: Ich bestätige, dass der Zuschuss der Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird mir nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft.

Ein zu Unrecht erhaltener Zuschuss ist zurückzuzahlen.

Ich bitte um Überweisung auf mein Konto:

Konto-Nr.	BLZ	Bank
-----------	-----	------

Ort	Datum	Unterschrift des Versicherten
-----	-------	-------------------------------

bitte wenden

2. Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung (vom Anbieter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Herr/Frau hat an der umseitig genannten Maßnahme

von bis
(Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)

an von Kurseinheiten à Minuten Dauer teilgenommen.

Präventionsprinzip/Inhalt: (nur *ein* Präventionsprinzip ankreuzen, dasjenige, auf dem der Schwerpunkt liegt)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheits-sportliche Aktivitäten | <input type="checkbox"/> Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme |
| <input type="checkbox"/> Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung | <input type="checkbox"/> Vermeidung und Reduktion von Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> Förderung von Stressbewältigungskompetenzen | <input type="checkbox"/> Förderung von Entspannung |
| <input type="checkbox"/> Förderung des Nichtrauchens | <input type="checkbox"/> Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums |

Kursleiter

Ggf. weitere
Kursleiter

Name

Qualifikation (staatl. anerkannter
Berufs-/Studienabschluss)

Zusatzqualifikation (nur Maßnahme-
bezogene Qualifikation)

Der o. g. Kursleiter hat / die o. g. Kursleiter haben die Maßnahme persönlich durchgeführt.

Die Teilnehmerin/der Teilnehmer hat die Gebühr von € entrichtet.

Die Maßnahme wurde von der Krankenkasse als förderfähig anerkannt und nach den Qualitätskriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung umgesetzt.

Ich versichere, der Steuerpflicht aus den vorgenannten Einnahmen nachzukommen und den Verpflichtungen zur Abführung von Beiträgen zur Sozialversicherung zu entsprechen.

Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben: Ich bestätige, dass der Zuschuss der Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird dem Teilnehmer/der Teilnehmerin nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft.

Bei wohnortfernen Angeboten: Ich versichere, dass die Kursgebühr ausschließlich der Bezahlung des genannten Präventionsangebotes dient und es keinerlei Quersubventionierung von Übernachtungs-, Verpflegungs- oder sonstigen Kosten gibt.

Ich versichere, dass die hier gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Die Krankenkasse hat das Recht, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung auch vor Ort unangemeldet zu überprüfen.

Ich nehme mögliche rechtliche Folgen von Verstößen gegen den GKV-Leitfaden Prävention zur Kenntnis:

Sofern ich als Anbieter die mir nach dem GKV-Leitfaden Prävention obliegenden Pflichten nicht erfülle und/oder entgegen dessen Bestimmungen handle, kann von der betroffenen Krankenkasse Abhilfe und/oder Unterlassung verlangt werden. Hierfür setzt die Krankenkasse eine angemessene Frist.

Bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen kann die betroffene Krankenkasse nach erfolgter Anhörung eine angemessene Strafzahlung bis zu 5.000 EURO festsetzen. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen. Ich verpflichte mich, den Versicherten insoweit freizustellen und zu Unrecht erhaltene Beträge direkt an die betroffene Krankenkasse zurückzuführen.

Schwerwiegende oder wiederholte Verstöße rechtfertigen ferner den Ausschluss von weiterer Förderung der von mir angebotenen Maßnahmen. Schwerwiegende Verstöße gegen den GKV-Leitfaden Prävention sind insbesondere:

- Nichterfüllung organisatorischer, sächlicher, fachlicher und/oder personeller Voraussetzungen;
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen;
- Nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.

Ort

Datum

Persönliche Unterschrift des Anbieters

Anhang

¹⁵³ Kromeyer-Hauschild K., Wabitsch M., Geller F., Ziegler A., Geiß H. C., Hesse V., Hippel V., Jäger U., Johnsen D., Kiess W., Korte W., Kunze D., Menner K., Müller M., Niemann-Pilatus A., Remer Th., Schäfer F., Wittchen H. U., Zabransky S., Zellner K., Hebebrand J. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 2001, 149: 807-818..

Perzentile für den Body Mass Index (in kg/m ²) von Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren ¹⁵³								
Alter (Jahre)	P3	P10	P25	P50 (M)	P75	P90	P97	P99.5
0	10,21	10,99	11,75	12,58	13,40	14,12	14,81	15,61
0,5	13,86	14,55	15,29	16,16	17,08	17,95	18,85	19,98
1	14,14	14,81	15,53	16,40	17,34	18,25	19,22	20,41
1,5	13,94	14,59	15,32	16,19	17,16	18,11	19,15	20,48
2	13,68	14,33	15,05	15,93	16,93	17,92	19,03	20,48
2,5	13,46	14,10	14,82	15,71	16,73	17,76	18,92	20,51
3	13,29	13,93	14,64	15,54	16,57	17,64	18,84	20,46
3,5	13,16	13,79	14,51	15,42	16,46	17,56	18,81	20,54
4	13,06	13,69	14,42	15,33	16,40	17,54	18,85	20,75
4,5	13,00	13,64	14,37	15,31	16,41	17,58	18,97	20,97
5	12,97	13,61	14,36	15,32	16,46	17,69	19,16	21,34
5,5	12,94	13,60	14,36	15,35	16,53	17,83	19,40	21,74
6	12,92	13,59	14,37	15,39	16,63	17,99	19,67	22,28
6,5	12,93	13,62	14,42	15,48	16,77	18,21	20,01	22,78
7	12,98	13,69	14,52	15,62	16,98	18,51	20,44	23,48
7,5	13,06	13,80	14,66	15,81	17,24	18,86	20,93	24,25
8	13,16	13,92	14,82	16,03	17,53	19,25	21,47	25,19
8,5	13,27	14,06	15,00	16,25	17,83	19,65	22,01	26,02
9	13,38	14,19	15,17	16,48	18,13	20,04	22,54	26,69
9,5	13,48	14,33	15,34	16,70	18,42	20,42	23,04	27,50
10	13,61	14,48	15,53	16,94	18,72	20,80	23,54	28,17
10,5	13,76	14,66	15,74	17,20	19,05	21,20	24,03	28,73
11	13,95	14,88	15,99	17,50	19,40	21,61	24,51	29,36
11,5	14,18	15,14	16,28	17,83	19,78	22,04	25,00	29,88
12	14,45	15,43	16,60	18,19	20,18	22,48	25,47	30,47
12,5	14,74	15,75	16,95	18,56	20,58	22,91	25,92	30,77
13	15,04	16,07	17,30	18,94	20,98	23,33	26,33	31,26
13,5	15,35	16,40	17,64	19,30	21,36	23,71	26,70	31,43
14	15,65	16,71	17,97	19,64	21,71	24,05	27,01	31,72
14,5	15,92	17,00	18,27	19,95	22,02	24,35	27,26	31,81
15	16,18	17,26	18,53	20,22	22,28	24,59	27,45	31,86
15,5	16,40	17,49	18,76	20,45	22,50	24,77	27,57	31,85
16	16,60	17,69	18,96	20,64	22,67	24,91	27,65	31,79
16,5	16,78	17,87	19,14	20,81	22,82	25,02	27,69	31,71
17	16,95	18,04	19,31	20,96	22,95	25,11	27,72	31,61
17,5	17,11	18,20	19,47	21,11	23,07	25,20	27,74	31,51
18	17,27	18,36	19,62	21,25	23,19	25,28	27,76	31,42

Perzentile für den Body Mass Index (in kg/m ²) von Jungen im Alter von 0 bis 18 Jahren ¹⁵⁴								
Alter (Jahre)	P3	P10	P25	P50 (M)	P75	P90	P97	P99.5
0	10,20	11,01	11,81	12,68	13,53	14,28	15,01	15,86
0,5	14,38	15,06	15,80	16,70	17,69	18,66	19,72	21,09
1	14,58	15,22	15,93	16,79	17,76	18,73	19,81	21,25
1,5	14,31	14,92	15,60	16,44	17,40	18,37	19,47	20,95
2	14,00	14,58	15,25	16,08	17,03	18,01	19,14	20,69
2,5	13,73	14,31	14,97	15,80	16,76	17,76	18,92	20,51
3	13,55	14,13	14,79	15,62	16,59	17,62	18,82	20,51
3,5	13,44	14,01	14,67	15,51	16,50	17,56	18,80	20,61
4	13,36	13,94	14,60	15,45	16,46	17,54	18,83	20,68
4,5	13,30	13,88	14,55	15,42	16,45	17,56	18,90	20,87
5	13,24	13,83	14,51	15,40	16,46	17,61	19,02	21,17
5,5	13,20	13,80	14,50	15,40	16,50	17,71	19,19	21,52
6	13,18	13,79	14,51	15,45	16,59	17,86	19,44	21,92
6,5	13,19	13,82	14,56	15,53	16,73	18,07	19,76	22,40
7	13,23	13,88	14,64	15,66	16,92	18,34	20,15	23,07
7,5	13,29	13,96	14,76	15,82	17,14	18,65	20,60	23,81
8	13,37	14,07	14,90	16,01	17,40	19,01	21,11	24,62
8,5	13,46	14,18	15,05	16,21	17,68	19,38	21,64	25,48
9	13,56	14,31	15,21	16,42	17,97	19,78	22,21	26,55
9,5	13,67	14,45	15,38	16,65	18,27	20,19	22,78	27,34
10	13,80	14,60	15,57	16,89	18,58	20,60	23,35	28,35
10,5	13,94	14,78	15,78	17,14	18,91	21,02	23,91	29,21
11	14,11	14,97	16,00	17,41	19,24	21,43	24,45	30,11
11,5	14,30	15,18	16,24	17,70	19,58	21,84	24,96	30,63
12	14,50	15,41	16,50	17,99	19,93	22,25	25,44	31,38
12,5	14,73	15,66	16,77	18,30	20,27	22,64	25,88	31,72
13	14,97	15,92	17,06	18,62	20,62	23,01	26,28	32,08
13,5	15,23	16,19	17,35	18,94	20,97	23,38	26,64	32,45
14	15,50	16,48	17,65	19,26	21,30	23,72	26,97	32,61
14,5	15,77	16,76	17,96	19,58	21,63	24,05	27,26	32,79
15	16,04	17,05	18,25	19,89	21,95	24,36	27,53	32,96
15,5	16,31	17,33	18,55	20,19	22,26	24,65	27,77	32,94
16	16,57	17,60	18,83	20,48	22,55	24,92	27,99	33,11
16,5	16,83	17,87	19,11	20,77	22,83	25,18	28,20	33,09
17	17,08	18,13	19,38	21,04	23,10	25,44	28,40	33,24
17,5	17,32	18,39	19,64	21,31	23,36	25,68	28,60	33,21
18	17,56	18,63	19,89	21,57	23,61	25,91	28,78	33,19

154 Ebd.

