

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn

BKK Bundesverband, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

See-Krankenkasse, Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Bundesknappschaft, Bochum

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

**Gemeinsame und einheitliche
Handlungsfelder und Kriterien
der Spitzenverbände der Krankenkassen
zur Umsetzung
von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V
vom 21. Juni 2000
in der Fassung vom 12. September 2003**

Inhaltsverzeichnis

1. Präambel	2
2. Gesetzliche Grundlagen	4
3. Grundsätze und Empfehlungen	6
3.1 Zielgruppen und Zugangswege	6
3.1.1 Setting-Ansatz als Zugangsweg	6
3.1.2 Individueller Ansatz.....	7
3.2 Qualitätsmanagement, Dokumentation und Erfolgskontrolle	9
3.3 Kommission zur Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien	10
4. Übergreifende Anforderungen	11
5. Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V.....	13
5.1 Setting-Ansatz am Beispiel Gesundheitsfördernde Schule.....	13
5.2 Individueller Ansatz - Handlungsfelder	15
5.2.1 Bewegungsgewohnheiten.....	15
5.2.2 Ernährung	23
5.2.3 Stressreduktion/Entspannung.....	27
5.2.4 Genuss- und Suchtmittelkonsum.....	29
6. Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 2 SGB V	31
6.1 Grundsätzliche Anforderungen	31
6.2 Handlungsfelder	35
6.2.1 Arbeitsbedingte körperliche Belastungen	35
6.2.2 Betriebsverpflegung	36
6.2.3 Psychosozialer Stress.....	38
6.2.4 Genuss- und Suchtmittelkonsum.....	43
7. Glossar	45

1. Präambel

Mit der Neufassung des § 20 SGB V durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 haben die Krankenkassen wieder einen erweiterten Handlungsrahmen in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten. Maßnahmen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen die Wiedereinführung dieser Leistungen. Dadurch wird es den Krankenkassen möglich, den Gesundheitszustand der Versicherten unter deren aktiver Beteiligung zu verbessern und gesundheitlichen Beeinträchtigungen frühzeitig und wirksam entgegenzuwirken, anstatt sie kostenintensiv zu kurieren.

Ansatzpunkte für eine gesundheitsförderliche Politik sind im Risikoverhalten und in selbstschädigenden Verhaltensweisen sowie in gesundheitsbelastenden Bedingungen in der Umwelt und der Arbeitswelt zu sehen, einschließlich der psychosomatischen Belastungen durch Arbeitslosigkeit. Auch der Stärkung gesundheitsförderlicher Potenziale kommt eine hohe Bedeutung zu. Die Schaffung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen ist dabei als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen, die von einer Vielzahl von Akteuren, z.B. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesetzliche Unfallversicherung, Gesetzliche Krankenversicherung, Ärzte, Betriebsärzte, zu leisten ist. Auf der Grundlage deren originärer Zuständigkeiten ist eine klare Zuordnung der Aufgaben der Akteure und auf dieser Basis eine Abstimmung der jeweiligen Interventionen vorzunehmen.

Die Inanspruchnahme von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention erfolgt erfahrungsgemäß verstärkt durch solche Personen, die geringere gesundheitliche Gefährdungen und einen höheren Sozialstatus aufweisen. Dieser Sachverhalt ist symptomatisch für den gesamten Bereich von Gesundheits- und Bildungsangeboten für Erwachsene. Um der Intention des Gesetzgebers, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern, gerecht zu werden, sind Leistungen zur primären Prävention auf die entsprechenden Zielgruppen auszurichten. Unter Berücksichtigung des erschwerten Zugangs zu diesen Zielgruppen sind spezifische und niederschwellige Zugangswege auszuloten und zu erproben. Als erfolgversprechend gilt dabei der Zugang über Settings. In der betrieblichen Gesundheitsförderung ist diese Orientierung in hohem Maße gegeben, weil im Betrieb durch einen verhältnisbezogenen Ansatz keine Selektionswirkung im Sinne höherer Bildung bzw. besserer Gesundheitschancen gegeben ist.

Das Engagement der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung muss sich an den vorgegebenen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sowie an den objektiven Möglichkeiten der Krankenkassen, die insbesondere durch den Richtwert von 2,56 EUR (2003: 2,66 EUR) je Versicherten und Kalenderjahr geprägt sind, orientieren. Die begrenzten Mittel der Krankenkassen erfordern die Konzentration auf gezielte Interventionen und eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit allen an der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligten Stellen.

Mit diesem Leitfaden haben die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung unabhängigen Sachverständes¹ prioritäre Handlungsfelder und Kriterien festgelegt, die für Maßnahmen der Primärprävention und den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen verbindlich gelten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden den Leitfaden unter Beteiligung von unabhängigem Sachverständen kontinuierlich an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen anpassen.

¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bundesvereinigung für Gesundheit, Bundesärztekammer, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutscher Sportbund, Deutsche Gesellschaft für Public Health, Deutscher Städtetag, Politischer Arbeitskreis von Patienteninitiativen Umwelterkrankter, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Paritätischer Wohlfahrtsverband- Gesamtverband e.V.

2. Gesetzliche Grundlagen

Die am 1. Januar 2000 im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 in Kraft getretene Neufassung des § 20 Abs. 1 bis 3 SGB V lautet wie folgt:

- (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. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.
- (2) Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten 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.
- (3) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,56 EUR umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen.

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.

Die Krankenkassen können nach § 20 Abs. 2 SGB V den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Diese können mit zur menschengerechteren Gestaltung der Arbeit beitragen. Durch die Eingrenzung der Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf „den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung“ wird gewährleistet, dass die paritätisch finanzierten Krankenkassen keine originären Aufgaben des Arbeitsschutzes (mit-)finanzieren, die nach dem Arbeitsschutzgesetz in die alleinige Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen.

Die Verpflichtung zur Kooperation von Unfallversicherungsträgern und Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren bleibt unverändert bestehen. Damit kann der Weg, der 1997 mit dem Abschluss der Rahmenvereinbarung zur Kooperation zwischen den Spitzenverbänden der Unfall- und Krankenversicherung eingeschlagen wurde,

kontinuierlich fortgesetzt werden. Durch die nunmehr den Krankenkassen zusätzlich eingeräumte Möglichkeit, den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen, wird im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes die Voraussetzung geschaffen, die Kooperation zwischen Unfallversicherungsträgern und Krankenkassen durch die Entwicklung von aufeinander abgestimmten Maßnahmen-Paketen zielorientiert weiterzuentwickeln.

Die im § 20 Abs. 3 SGB V vorgesehene Budgetierung der Ausgaben für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung verlangt effiziente Gesundheitsförderungsstrategien von den Krankenkassen.

3. Grundsätze und Empfehlungen

Für Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote nach § 20 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.“

3.1 Zielgruppen und Zugangswege

Um Krankheitsrisiken und Belastungen einzudämmen bzw. ihre Entstehung zu verhindern und Gesundheit zu fördern, bedarf es unterschiedlicher Interventionen und Strategien. Dieser Leitfaden konzentriert sich auf zwei Ansätze:

- Interventionen, die mehr auf die Verhältnisse abzielen und durch Strukturbildung Gesundheit fördern (Setting-Ansatz) und
- Interventionen, die in erster Linie auf den 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 sozialer und geschlechtsspezifischer Unterschiede ergeben.²

3.1.1 Setting-Ansatz als Zugangsweg

Besonderes Augenmerk ist nach § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V auf solche Zielgruppen zu richten, die sozial bedingt ungünstigere Gesundheitschancen aufweisen³.

Nach allen Erfahrungen lassen sich sozial Benachteiligte durch die für individuelle Angebote üblicherweise genutzten Zugangswege nur schwer erreichen. Daher ist für diese Zielgruppe als Zugangsweg der Setting-Ansatz vorrangig zu empfehlen. Als geeignete Settings kommen in Betracht:

- der Arbeitsplatz bzw. Betrieb,

² Einstimmiger Beschluss der 74. Gesundheitsministerkonferenz vom 22. Juni 2001: Geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit und Krankheit.

³ Über Zusammenhänge zwischen Sozialindikatoren/benachteiligten Gruppen und Krankheiten vgl. Gesundheitsbericht für Deutschland, Hrsg. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 1998, S. 105, 106, 112, 114, 119; für Migranten vgl. Berg, Gisela in Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen; Hrsg.: F. W. Schwartz et. al., München, Wien, Baltimore, 1998, S. 550

- die Gemeinde/Familie sowie
- die Schule/der Kindergarten.

Ziel ist es, unter aktiver Beteiligung der Betroffenen (Partizipation) die jeweiligen Gesundheitspotenziale im Lebensbereich zu ermitteln und im Setting einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen, der über die Schaffung gesundheitsgerechterer Verhältnisse die gesundheitliche Situation der Betroffenen nachhaltig verbessert. Gerade sozial benachteiligte Zielgruppen sind in der Regel überfordert, aus eigener Kraft Verhaltensänderungen in ihren Alltag zu integrieren. Sie sind besonders darauf angewiesen, dass ungünstige Bedingungen und Strukturen bzw. soziale Bezüge, in denen sie leben, mit Hilfe von außen verändert werden. Dafür soll u.a. die Kooperationsfähigkeit innerhalb des jeweiligen Settings sowie zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Organisationen, Institutionen oder informellen Gruppen ausgebaut werden (Vernetzung)⁴. Denn auch innerhalb eines Settings lässt sich der erfolgversprechende ganzheitliche Ansatz nur realisieren, wenn die beteiligten Akteure mit ihren jeweiligen Kompetenzen und finanziellen wie personellen Ressourcen zusammenwirken. Hier wären Krankenkassen als alleinige Akteure sowohl inhaltlich als auch finanziell überfordert.

Ein besonderer Vorteil von Settings (z.B. Betrieb, Schule) besteht darin, dass sich einerseits sozial Benachteiligte dort am besten erreichen lassen (aufsuchende Information und Intervention), andererseits jegliche Form einer kontraproduktiven Stigmatisierung vermieden wird, da in diesen Settings nicht ausschließlich sozial Benachteiligte anzutreffen sind.

Parallel zu 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.

3.1.2 Individueller Ansatz

Angebote nach dem individuellen Ansatz richten sich an den einzelnen Versicherten. Um zu beurteilen, ob für bestimmte individuelle Präventionsangebote ein Bedarf gegeben ist, sind zunächst die vorhandenen Datenquellen daraufhin auszuwerten, mit welcher Häufigkeit, medizinischen Relevanz und volkswirtschaftlichen Bedeutung bestimmte Erkrankungen auftreten, um anschließend zu prüfen, ob für die Prävention dieser Erkrankungen wirksame Interventionen zu angemessenen Kosten möglich sind und qualitätsgesichert erbracht werden können.

⁴ Die Arbeit mit Netzwerken, die von WHO und EU in den letzten Jahren stark gefördert wird, basiert auch auf dem Setting-Ansatz.

Die Auswertung der derzeit für eine entsprechende Bedarfsermittlung zur Verfügung stehenden Literatur⁵ zeigt, dass folgende Krankheitsbilder von besonderer epidemiologischer Bedeutung sind:

- Herz-Kreislaufkrankungen (insbesondere Herzinfarkte, Schlaganfälle und Krankheiten des cerebro-vaskulären Systems)
- Diabetes mellitus, insbes. Typ II
- bösartige Neubildungen
- Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes
- Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie
- psychische/psychosomatische Krankheiten.

Präventive Interventionen sind vorrangig für folgende Krankheitsbilder zu empfehlen⁶:

- Herz-Kreislaufkrankungen: Vermeidung von Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Bewegungsmangel, übermäßigem Alkoholkonsum, Dysstress (vor allem in Bezug auf Herzinfarkte und Schlaganfälle)
- 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)
- bösartige Neubildungen: Empfehlung einer ballaststoffreichen, fettarmen Ernährung zur Vermeidung von Colon-Rektumkarzinomen und Nichtrauchen zur Vermeidung von Lungenkarzinomen
- Asthma und allergische Erkrankungen.

Voraussetzung einer individuellen präventiven Intervention ist grundsätzlich, dass sich die Wirksamkeit der Intervention in Expertisen, Studien oder Metaanalysen (Evidenzbasierung) erwiesen hat (Wirksamkeit des Präventionsprinzips). Erste, als in diesem Sinne gesichert anzusehende Präventionsprinzipien sind in den Abschnitten 4.2 und 5.2 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. Dem so ermittelten Nutzen der Maßnahme ist nach Möglichkeit der durch die Intervention erforderliche Aufwand gegenüberzustellen. Die Beurteilung verschiedener Interventionen im Hinblick auf dieses Kosten-Nutzenverhältnis sollte idealerweise Anhaltspunkte für eine Priorisierung von individuellen Präventionsmaßnahmen liefern.

⁵ Gesundheitsbericht für Deutschland, Hrsg.: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 1998; Jahres- und Sondergutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, insbesondere die Jahrgänge 1994 bis 1997; Spezifische Expertisen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, z.B. „Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen“, Herausgeber: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1998; Weitere Expertisen, z.B. zu spezifischen Krankheitsbildern: Leistungsstatistiken der GKV (z.B. Krankheitsartenstatistiken der einzelnen Spitzenverbände 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

⁶ Gesundheitsbericht für Deutschland (Hrsg.) (1998): Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Bei der konkreten Auswahl von Präventionsangeboten, deren Wirksamkeit prinzipiell erwiesen ist, sollte im Benehmen mit anderen relevanten Akteuren eine Fokussierung auf Zielgruppen erfolgen, bei denen der Bedarf am größten und/oder das Kosten-Nutzenverhältnis am günstigsten 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.

Als Zugangswege kommen z.B. in Betracht:

- allgemeine Öffentlichkeitsarbeit (Tagespresse, Plakate, Veranstaltungsprogramme)
- zielgruppenspezifische Medien (z.B. Versichertenzeitschriften für bestimmte Altersgruppen)
- Ansprache über Kooperationspartner, die von der Zielgruppe besonders frequentiert werden
- Direct-Mailingaktionen (z.B. für Schwangere, Eltern von Kindern bestimmter Altersgruppen etc.)
- Bringstruktur (aufsuchende Beratung der spezifischen Zielgruppe).

Der jeweilige Anbieter hat die vorgenannten Kriterien in seinem Konzept darzustellen und zu berücksichtigen.

3.2 Qualitätsmanagement, Dokumentation und Erfolgskontrolle

Die Spitzenverbände der Krankenkassen unterstreichen die Notwendigkeit, für die Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung zweckmäßige Verfahren zur Sicherung der Angebotsqualität, zur Dokumentation und zur Erfolgskontrolle vorzusehen und als fortlaufende Routinen zu etablieren. Nur so kann die erforderliche Transparenz erreicht werden, die es der einzelnen Krankenkasse, den Spitzenverbänden der Krankenkassen, 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, werden die Verfahren zum Qualitätsmanagement, zur Dokumentation und zur Erfolgskontrolle im Rahmen eines Stufenprozesses implementiert. Dieser Prozess ermöglicht es, mit der Arbeit auf der Basis von Minimalanforderungen zu beginnen und dabei auch die Eckpunkte der zukünftigen Entwicklung zu beschreiben. In einem ersten Schritt haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen auf Verfahren zur Sicherung der Strukturqualität der Angebote sowie zur Dokumentation der Leistungen verständigt.

Grundsätzlich haben sich die Krankenkassen zu vergewissern, dass die Anbieter der von ihnen finanzierten Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung über die erforderlichen Qualifikationen verfügen und die vermittelten Inhalte und Methoden sowie die Bedingungen der Durchführung den im Leitfaden genannten Anforderungen entsprechen. Hierzu stellen die Spitzenverbände den Krankenkassen geeignete Instrumente zur Verfügung.

Darüber hinaus sollen die Leistungen der Krankenkassen einheitlich dokumentiert werden. Diese Dokumentation soll Aufschlüsse darüber liefern, in welchem Umfang bestimmte Gruppen von Versicherten – definiert nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage (Härtefall: ja/nein) – Leistungen aus den verschiedenen Handlungsfeldern in Anspruch genommen haben und von wem diese Leistungen erbracht wurden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bekräftigen ihre Absicht, sich baldmöglichst auf gemeinsame und einheitliche Instrumente der Erfolgskontrolle zu verständigen.

3.3 Kommission zur Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien

Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden bei der Anpassung des Leitfadens zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen ebenfalls unabhängigen Sachverständigen beteiligen. Dazu wurde ein Gremium eingerichtet, das die Spitzenverbände der Krankenkassen berät. Diese „Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“ setzt sich aus je einem Vertreter des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Bundesvereinigung für Gesundheit, der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften zusammen. Bei themenspezifischen Fragestellungen können im Bedarfsfall auf Vorschlag der Beratenden Kommission und Beschluss der Spitzenverbände der Krankenkassen weitere Experten zu den Beratungen hinzugezogen werden. Die Beratende Kommission tagt im Regelfall zweimal pro Jahr und soll die Spitzenverbände der Krankenkassen im Rahmen des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V insbesondere hinsichtlich der folgenden Themenfelder unterstützen:

- Weiterentwicklung der gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 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 Qualitätssicherungsrouinen).
- 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. Übergreifende Anforderungen

Der Leitfaden beschreibt neben dem Setting-Ansatz am Beispiel der Gesundheitsfördernden Schule (s. Abschnitt 5.1) folgende prioritäre thematische Handlungsfelder - mit teilweise mehreren Präventionsprinzipien - für die Primärprävention (Individueller Ansatz, s. Abschnitt 5.2) und die betriebliche Gesundheitsförderung (s. Abschnitt 6.2):

- Bewegungsgewohnheiten
- Ernährung
- Stressreduktion/Entspannung
- Genuss- und Suchtmittelkonsum.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit sowie im Hinblick auf die praktische Umsetzung werden die einzelnen Handlungsfelder mit ihren Präventionsprinzipien getrennt dargestellt. Jedoch gilt, dass für eine erfolgreiche, ganzheitlich angelegte Prävention die Verknüpfung von Maßnahmen aus verschiedenen Handlungsfeldern sinnvoll sein kann. 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.

Für die praktische Umsetzung wurden jedem Präventionsprinzip Kriterien (Bedarf, Wirksamkeit, Zielgruppe, Ziel, Inhalt, Methodik und Anbieterqualifikation) zugeordnet. Jede Krankenkasse hat anhand der für die einzelnen Präventionsprinzipien festgelegten Qualitätskriterien zu prüfen, ob die vorgesehene Maßnahme diese Kriterien erfüllt. Ist dies nicht der Fall, darf die Maßnahme nicht zu Lasten der Krankenkassen durchgeführt werden. Eigene Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V haben die Krankenkassen entsprechend zu kennzeichnen.

Bei der Durchführung von Maßnahmen ist darüber hinaus grundsätzlich darauf zu achten, dass

- ein Trainermanual sowie Teilnehmerunterlagen vorliegen
- angemessene räumliche Voraussetzungen gegeben sind sowie
- die Gruppen eine angemessene Personenzahl umfassen.

Kursleiter sollen über die in den einzelnen Präventionsprinzipien erforderlichen Qualifikationen hinaus eine Einweisung in das jeweilige Programm durchlaufen haben.

Die Angebote sollen möglichst weitgehend evidenzgesichert sein, insbesondere durch:

- eine schriftliche Fixierung von Aufbau, Zielen, Inhalten und Methoden der Einheiten im Trainermanual
- einen nachvollziehbaren Zielgruppenbezug
- einen Nachweis der Wirksamkeit im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation.

Zur Erhöhung der Breitenwirksamkeit und um der fortschreitenden Nutzung moderner interaktiver Techniken Rechnung zu tragen, können auch evaluierte Selbstlernprogramme (z.B. mit persönlicher Betreuung per Telekommunikation, Internet, E-Mail) als Maßnahme nach § 20 Abs. 1 SGB V anerkannt werden. Dabei müssen selbstverständlich alle Kriterien und Rahmenbedingungen des Leitfadens erfüllt sein.

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. Eine kontinuierliche Inanspruchnahme dieser Maßnahmen kann von den Krankenkassen nicht finanziert werden.

Die Krankenkassen weisen ihre Versicherten auf ergänzende Angebote, z.B. von Sportvereinen, Volkshochschulen etc. hin, die von den Versicherten in Eigenverantwortung wahrgenommen werden können. Generell ist die Bezuschussung von Mitgliedschaften in Sportvereinen, Fitnessstudios u.ä. wie auch die Gewährung finanzieller Anreize dazu durch die GKV nicht zulässig.

Um eine hohe Qualität bei der Durchführung der Maßnahmen zu gewährleisten, wird unter dem Kriterium „Anbieterqualifikation“ auf Berufsgruppen mit einer staatlich anerkannten Ausbildung im jeweiligen Fachbereich verwiesen.

Neben den fachlichen Voraussetzungen in Form der Abschlüsse sind häufig noch Zusatzqualifikationen erforderlich; auf einschlägige, in der Fachwelt anerkannte Fortbildungsstandards wird ebenfalls verwiesen.

Grundsätzlich müssen die Anbieter neben der Berufserfahrung im jeweiligen Fachgebiet über pädagogische, methodische und didaktische Kompetenzen verfügen. Da die spezifische Aufgabe auch darin besteht, sozial Benachteiligte zu erreichen, sollten die Anbieter zusätzlich über sozialpädagogische Kompetenzen verfügen und Erfahrung in der aufsuchenden Beratung haben.

Auf der Basis der beschriebenen Aus-, Fort- und Weiterbildung kann von einer hohen fachlichen Qualifizierung der Anbieter für die beschriebenen Aufgaben ausgegangen werden.

Angehörige von Berufen, welche ein wirtschaftliches Interesse am Verkauf von Begleitprodukten (z.B. Diäten und Nahrungsergänzungsmittel) besitzen, kommen zur Durchführung von Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V grundsätzlich nicht in Betracht.

Anbieter von Maßnahmen zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung haben darauf zu achten, dass an den von ihnen angebotenen Maßnahmen nur solche Personen teilnehmen, bei denen keine Kontraindikationen vorliegen.

5. Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

Maßnahmen zur Primärprävention sollen den Gesundheitszustand der Versicherten insgesamt verbessern und stehen grundsätzlich allen Versicherten offen. Da der Gesundheitszustand bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen nachweislich am schlechtesten ist, soll der Schwerpunkt der Leistungen auf diese Gruppen gelenkt werden.

5.1 Setting-Ansatz am Beispiel Gesundheitsfördernde Schule

Die Schule eignet sich insbesondere für zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Primärprävention. In der Schule werden Kinder und Jugendliche in einer Altersstufe erreicht, in der bestimmte negative Verhaltensweisen noch nicht aufgetreten bzw. noch nicht stark ausgeprägt sind. Demzufolge sind bei diesen Zielgruppen die Erfolgchancen für ein entsprechendes Empowerment größer als z.B. bei Erwachsenen mit langjährig eingefahrenem Fehlverhalten. Vor allem werden in Grund-, Haupt- und Sonderschulen Kinder und Jugendliche gerade auch aus sozial benachteiligten Familien erreicht.

Zum Setting-Ansatz Gesundheitsfördernde Schule gibt es in Deutschland bisher zwei Modellversuche („Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen“⁷ von 1993 bis 1997 und „Opus“⁸ von 1997 bis 2000). Die Zwischenergebnisse belegen, dass es Schulen gelingen kann, sich zu gesundheitsfördernden Schulen zu entwickeln, d.h. zur positiven Wirkung auf intermediäre Faktoren beizutragen, die wiederum die Gesundheit der in der Schule Lernenden und Lehrenden beeinflussen. Es sollten deshalb weitere Schulen dafür gewonnen werden, und zwar vorrangig solche Schulen, für die Hinweise auf spezifische Häufungen von dort vorliegenden Gesundheitsrisiken/Risikofaktoren und zu erschließende Gesundheitspotenziale vorliegen. Solche Hinweise lassen sich aus Gesundheitsdaten z.B. des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Auswertung der Schuluntersuchungen, Daten zur lokalen Gesundheitsversorgung), Unfallstatistiken, vergleichenden Analysen der Kommunen oder der Kultusverwaltung gewinnen.

Die Idee der gesundheitsfördernden Schule sollte an eine ausgewählte Schule herangetragen und Bündnispartner innerhalb und außerhalb der Schule gewonnen werden. Gegebenenfalls ist ein „Schulprojektteam“ zu bilden, das die zur Entwicklung zur gesundheitsfördernden Schule erforderlichen Analyse- und Planungsprozesse begleitet. Darin sollten Vertreter der Lehrerschaft, der Schülerschaft, der Eltern, der Schulleitung, weiterer Mitarbeiter der Schule, des Schulträgers, der Schulaufsicht, der Kommune sowie weitere unterstützende außerschulische Akteure (z.B. Gesundheitsamt) vertreten sein.

⁷ BARMER Ersatzkasse (Hrsg.) (1995): Gesundheitsförderung für junge Menschen in Europa – Materialien des Netzwerks gesundheitsfördernde Schulen – Ein Handbuch für Lehrerinnen, Lehrer u.a., die mit jungen Menschen arbeiten. Köln

⁸ Ulrich Barkholz, et. al. (1998): Opus – Erster Zwischenbericht der Projektleitung und der wissenschaftlichen Begleitung, Berichtszeitraum 1. Juni 1997 bis 30. Juni 1998, Flensburg und Lüneburg; Ulrich Barkholz, et. al. (1999): Opus – Zweiter Zwischenbericht der Projektleitung und der wissenschaftlichen Begleitung, Berichtszeitraum 1. Juli 98 bis 31. August 1999, Flensburg und Lüneburg

Für die GKV muss es darum gehen, im Setting Gesundheitsfördernde Schule für alle Betroffenen erkennbar Gesundheit zu fördern, Gesundheitsbelastungen abzubauen und Gesundheitsressourcen zu erschließen. Dies lässt sich durch Initiativen auf folgenden Zielebenen verwirklichen⁹:

1. Durch die Gestaltung der Gebäude, Spielflächen, Schulmahlzeiten, Sicherheitsmaßnahmen usw. ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernumfeld schaffen.
2. Das gesundheitliche Verantwortungsbewusstsein des Einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft fördern.
3. Zur gesunden Lebensweise anhalten und Lernenden wie Lehrenden realistische und attraktive Gesundheitsalternativen bieten.
4. Es allen Schülerinnen und Schülern ermöglichen, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial auszuschöpfen und ihre Selbstachtung zu fördern.
5. Für die Förderung von Gesundheit und Sicherheit der gesamten Schulgemeinschaft (Kinder und Erwachsene) klare Ziele stecken.
6. Gute Beziehungen zwischen Lehrenden und Lernenden sowie unter den Schülerinnen und Schülern selbst sowie eine gute Zusammenarbeit zwischen Schule, Elternhaus und Ortsgemeinde schaffen.
7. Die Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen zur Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung ausloten.
8. Mit einer die Lernenden aktiv einzubeziehenden Didaktik ein kohärentes Curriculum für die Gesundheitserziehung planen.
9. Dem Lernenden das Wissen und die Fähigkeiten mit auf den Weg geben, die sie brauchen, um vernünftige Entscheidungen über ihre persönliche Gesundheit und die Erhaltung und die Verbesserung einer sicheren und gesunden physischen Umwelt treffen zu können.
10. Die schulische Gesundheitspflege im breiten Sinne als Bildungsressourcen zu begreifen, die den Schülerinnen und Schülern dazu verhelfen kann, sich zu effektiven Nutzern der Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

Folgende Schritte sind im Schulprojektteam zu planen und zu organisieren:

1. Durchführung einer Analyse zur Ermittlung von schulspezifischen Belastungsschwerpunkten, Veränderungsbedarfen und -potenzialen bei den betroffenen Gruppen
2. Abgestimmte Priorisierung von Zielen
3. Konkretisierung der Ziele in – ggf. mehrstufigen – Interventionen
4. Festlegung der Rollen der Akteure, Kooperationspartner und Finanziere für die Gestaltung der einzelnen Interventionen und Interventionsschritte inner- und außerhalb der Schule
5. Festlegung von Routinen für die Dokumentation und Bewertung der Interventionen
6. Durchführung der Interventionen
7. Bewertung der Durchführung und Wirkung der Interventionen und zu ziehende Schlussfolgerungen.

Im Vergleich zum Bereich Betrieb liegen den Krankenkassen bisher für den Bereich Schule nur geringe Erfahrungen im Hinblick auf Definition und Ausgestaltung von Schnittstellen mit

⁹ Konzept der gesundheitsfördernden Schule des WHO-Regionalbüros Europa 1997, S. 6; Paulus, P. & Brückner, G (2000): Wege zu einer gesünderen Schule: Handlungsebenen – Handlungsfelder – Bewertungen. Tübingen

den verschiedenen schulspezifisch wichtigen Kooperationspartnern (z.B. Schulleitung, Lehrer-, Schüler- und Elternschaft, Schulaufsicht, außerschulische Einrichtungen wie Gesundheitsamt etc.) vor. Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen daher, den Bereich Schule zunächst im Rahmen von Modellprojekten zu erproben. Dabei ist eine kassenartenübergreifende Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern anzustreben.

5.2 Individueller Ansatz - Handlungsfelder

Als prioritäre Handlungsfelder sind die nachfolgenden Bereiche vorgesehen:

5.2.1 Bewegungsgewohnheiten

Heute 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 psychosozialen Gesundheit gehören¹⁰. 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 Interventionen¹¹. 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 Gesundheitswirkungen (im engeren Sinne)¹². 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 etc. können zwar auch mehr oder weniger zufällig einzelne Gesundheitsaspekte fördern, sind damit aber noch kein Gesundheitssport. Gleichwohl

¹⁰ 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. (1998). Gesundheitssport - Ein Handbuch. Schorndorf: Hofmann. Bouchard, C., Shephard, R.J. & Stephens, T. (1994). Physical Activity, Fitness, and Health. International Proceedings and Consensus Statement. Champaign Il.: Human Kinetics. Sallis J.F. & Owen, N. (1998). Physical activity and behavioral medicine. Thousand Oaks: Sage. US Departements of Health and Human Services (1996). Physical activity and health. A report of the Surgeon General. Centers of Disease Control and Prevention: Atlanta, USA

¹¹ Vgl. vorliegende Meta-Analysen: Knoll, M. (1997). Sporttreiben und Gesundheit. Schorndorf: Hofmann. Schlicht, W. (1994). Sport und Primärprävention. Göttingen: Hogrefe.

¹² 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. Juventa Verlag Weinheim, 142-152. Pahmeier, I. (1999). Bindung an Gesundheitssport. Habilitationsschrift: Universität Bayreuth.

können Elemente aus diesen Bereichen in Gesundheitssportprogramme sinnvoll integriert werden¹³.

**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 zugrunde¹⁴, so wird diese in den hoch industrialisierten Ländern derzeit nur von maximal 10-20% der erwachsenen Bevölkerung erreicht¹⁵. 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 bezeichnet¹⁶.

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 dar¹⁷.

Zielgruppe:

Gesunde Versicherte mit Bewegungsmangel, Bewegungseinsteiger und -wiedereinsteiger, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen.

-
- ¹³ 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: Hofmann.
- ¹⁴ 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.
- ¹⁵ Woll, A. (1998a). Erwachsene. In K. Bös & W. Brehm, *Gesundheitssport. Ein Handbuch* (S. 108-116). Schorndorf: Hofmann. 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.
- ¹⁶ 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.
- ¹⁷ 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. Bös, K. & Brehm, W. (1998). *Gesundheitssport - Ein Handbuch*. Schorndorf: Hofmann. Bouchard, C., Shephard, R.J. & Stephens, T. (1994). *Physical Activity, Fitness, and Health. International Proceedings and Consensus Statement*. Champaign Il.: 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.

Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der
Krankenkassen
zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September
2003

Ziel der Maßnahme:

Zur Erzielung von Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniswirkungen und der zu erlangenden Handlungskompetenz und Eigenverantwortung sind sechs Kernziele anzusteuern:¹⁸

- 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 Missbefindenzuständen
- 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 Weiterführung¹⁹)

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 wiederfinden:

- 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 und zur Stressbewältigung, z.B. durch Übungen aus den Bereichen Körperreise, Aufmerksamkeitszentrierung und Atmung, Tiefmuskelentspannung, Yoga, Massage
- 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 Interventions-Ende

¹⁸ Zur Begründung der Ziele und deren Umsetzung vgl. u.a. American College of Sports Medicine (2000). Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia etc. 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: Hofmann. Brehm, W., Pahlmaier, I., Tiemann, M., Ungerer-Röhrich, U. & Bös, K. (2002). Psychosoziale Ressourcen - Stärkung von psychosozialen Ressourcen im Gesundheitssport. Deutscher Turnerbund: Frankfurt.

¹⁹ Tiemann, M., Brehm, W. & Sygusch, R. (2002). Flächendeckende Institutionalisierung evaluierter Gesundheitssportprogramme. In: Walter, U., Drupp, M. & Schwartz, F.W. (Hrsg.) (2002). Prävention durch Krankenkassen. Juventa Verlag Weinheim, 226-238. (vgl. auch weitere Beiträge in diesem Band)

- Kontinuierliche Information und Anleitung zu gesundheitsförderlichen Bewegungsabläufen im Alltag, vermehrter regelmäßiger Bewegung im Alltag (z.B. Treppensteigen, Radfahren), Anregungen für eine ergonomische/gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung (z.B. Sitzhaltungen) sowie zur Vermeidung von einseitig belastenden Situationen in Beruf und Alltag
- Unterstützung der Weiterführung gesundheitssportlicher Aktivitäten z. B. in Sportvereinen

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. zielgruppenangemessene 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
- 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 einer staatlich anerkannten Ausbildung im Bereich Bewegung in Betracht, insbesondere

- Sportwissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Staatsexamen, Magister, Bachelor/Master), sofern deren Ausbildung einen expliziten Baustein Gesundheit/Gesundheitssport und/oder Sporttherapie umfasst und sie im Rahmen einer Schulung in das durchzuführende Gesundheitssportprogramm speziell eingewiesen sind
- Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Sport- und Gymnastiklehrer und 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 Angebote beschränkt, die mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet wurden. Weiterhin muss das Präventionsangebot alle hier und in Abschnitt 4 dieses Leitfadens genannten Kriterien erfüllen.

Freizeit- und Breitensportprogramme, Maßnahmen zum Erlernen einer Sportart, Trainingsprogramme mit einseitigen körperlichen Belastungen sowie Dauerangebote sind nicht förderungsfähig.

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

Bedarf:

Einen hohen Stellenwert in den Statistiken der Krankheitsarten nehmen insbesondere ein:

- Probleme im Bereich des Muskel-Skelettsystems, insbesondere Rückenbeschwerden, Arthrosen, Osteoporose, Inkontinenz
- 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 Aktivitäten²⁰. Zentral erscheint eine an den Zielgruppen und ihren Gefährdungen ausgerichtete Intervention (z.B. an Frauen vor einsetzender Menopause zur Prävention von Osteoporose).

Zielgruppe:

Versicherte mit speziellen Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems, im Bereich des Herz-/Kreislaufsystems und des metabolischen Bereichs, im psycho-somatischen Bereich, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen.

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

²⁰ Dickhuth, H-H. (2000). Einführung in die Sport- und Leistungsmedizin. Schorndorf: Hofmann Verlag. 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.): Körperliche Aktivität und Prävention und Therapie. München 2002. Vuori, I. (2001). Dose-response of physical activity and low back pain, osteoarthritis, and osteoporosis. Med. Sci. Sports Exerc., 33, 551-586

Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der
Krankenkassen
zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September
2003

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) usw.

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 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 und zur Stressbewältigung, z.B. durch Übungen aus den Bereichen Körperreise, Aufmerksamkeitszentrierung und Atmung, Tiefmuskelentspannung, Yoga, Massage
- 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 Interventions-Ende
- Kontinuierliche Information und Anleitung zu gesundheitsförderlichen Bewegungsabläufen im Alltag, vermehrter regelmäßiger Bewegung im Alltag (z.B. Treppensteigen, Radfahren), Anregungen für eine ergonomische/gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung (z.B. Sitzhaltungen) sowie zur Vermeidung von einseitig belastenden Situationen in Beruf und Alltag
- Unterstützung der Weiterführung gesundheitssportlicher Aktivitäten z. B. in Sportvereinen

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 Zielgruppe insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Barrieren, regelmäßige gesundheitssportliche Aktivität aufzunehmen und beizubehalten (u.a. zielgruppenangemessene 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.
- 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 einer staatlich anerkannten Ausbildung im Bereich Bewegung in Betracht, insbesondere

- Sportwissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Staatsexamen, Magister, Bachelor/Master), sofern deren Ausbildung einen expliziten Baustein Gesundheit/Gesundheitssport und/oder Sporttherapie umfasst und sie im Rahmen einer Schulung in das durchzuführende Bewegungsprogramm speziell eingewiesen sind
- Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Sport- und Gymnastiklehrer und Ärzte, sofern diese im Rahmen einer Schulung in das durchzuführende Bewegungsprogramm speziell eingewiesen sind und eine Zusatzqualifikation für den jeweiligen Problembereich bei anerkannten Institutionen (z.B. Rückenschullehrerlizenz, vergleichbar in anderen Indikationsbereichen) erworben haben.

Zur Durchführung von Maßnahmen für Personen mit speziellen Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems kommen auch Ergotherapeuten und Masseur (mit Ausbildung nach den erweiterten Ausbildungsbedingungen ab 1994) als Kursleiter in Betracht, sofern sie eine Zusatzqualifikation für diesen Bereich bei einer anerkannten Institution sowie eine Einweisung in das durchzuführende Gesundheitssportprogramm nachweisen können.

5.2.2 Ernährung

Der Ernährung kommt eine zentrale Rolle sowohl bei der Entstehung bestimmter Erkrankungen als auch für die Erhaltung der Gesundheit zu. Für die alten Bundesländer wurden direkte und indirekte Kosten durch ernährungsabhängige Krankheiten von 83,5 Mrd. DM für das Jahr 1990 ermittelt. Damit verursachen ernährungsbedingte und -abhängige Erkrankungen nahezu ein Drittel aller Kosten im Gesundheitswesen. Verantwortlich ist eine kleine Gruppe chronischer Erkrankungen, die alle im Zusammenhang mit ungünstigen Ernährungsgewohnheiten und einer unkritischen Auswahl von Lebensmitteln stehen.

Präventionsprinzip: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

Bedarf:

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),
- Versorgung mit Calcium, Jod, Fluorid, Vitamin E, Vitamin D, Betakarotin
- Versorgung mit Folsäure und Eisen, insbesondere bei Frauen im gebärfähigen Alter,
- ausreichende Flüssigkeitszufuhr²¹.

Für die in der Literatur²² ausgewiesenen Krankheiten wurde eine Abhängigkeit von der Ernährung festgestellt. Die größte volkswirtschaftliche Bedeutung neben der Karies hat mit kontinuierlich zunehmender Tendenz der Diabetes mellitus Typ II. Zusätzlich werden Allergien (z.B. Neurodermitis) und Mangelkrankungen (vor allem im Kindesalter) als durch die Ernährungsweise beeinflussbar angesehen²³.

Wirksamkeit:

Die positive Beeinflussung des Ernährungsverhaltens durch eine qualitätsgerichtete Anleitung zur Ernährungsumstellung ist belegt²⁴.

Ziel der Maßnahme:

- Stärkung der Motivation und Handlungskompetenz zu einer eigenverantwortlichen und nachhaltigen Umstellung auf eine bedarfsgerechte Ernährung (nach den jeweils aktuellen DGE²⁵-Empfehlungen und -Beratungsstandards) sowie
- sportliche Aktivierung

Zielgruppe:

- Versicherte mit ernährungsbedingtem Fehlverhalten ohne behandlungsbedürftige Risikofaktoren/Erkrankungen oder psychische (Ess-)Störungen

Inhalt:

- Schulung zur Ernährungskorrektur
- Verhaltensmodifikation durch Training der flexiblen Verhaltenskontrolle

²¹ Ernährungsbericht der Bundesregierung 1996

²² Kohlmeier, L. et al. (1993): Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten; Schriftenreihe des BMG Bd. 27, Baden-Baden

²³ Walter, U.; Schwartz, F. et al.: Evaluation verhaltensorientierter Gesundheitsangebote – Stand der Forschung und eigener Ansätze im Feld einer AOK. In: Müller; Rosenbrock: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S. 216 f.

²⁴ Europäischer Konsens zur Primärprävention der koronaren Herzkrankheit; MVV-Verlag, München 1986; Günther, U. (1997): Qualitätsmanagement in der Ernährungsberatung, Überlegungen anhand einer Evaluationsstudie, Frankfurt/Main

²⁵ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.

Methodik:

- verhaltensorientierte Gruppenberatung
- (ggf. praktisches) Training zum Einüben des neuen Essverhaltens
- Einbeziehung des sozialen Umfelds und Berücksichtigung der Alltagssituation

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einer staatlich anerkannten Ausbildung im Bereich Ernährung in Betracht, insbesondere

- Diplom-Oecotrophologen
- Diplom-Ernährungswissenschaftler
- Diplom-Ingenieure Ernährungs- und Hygienetechnik
- Diätassistenten

mit gültiger Zusatzqualifikation für Ernährungsberatung gemäß des Curriculums der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. oder zum Ernährungsberater DGE oder Ernährungsmedizinischem Berater DGE bzw. der Landesorganisation (Ernährungsberater VDO_E, VFED, VDD) und/oder durch den Nachweis der Registrierung beim Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und –beratung e.V. (QUETHEB) sowie

- Ärzte

mit gültigem Fortbildungsnachweis gemäß des Curriculums Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer und/oder dem Nachweis der QUETHEB-Registrierung.

Präventionsprinzip:

Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Bedarf:

40 % der deutschen Bevölkerung sind übergewichtig (Adipositas Grad I Übergewicht: Body Mass Index – BMI – 25-29,99), 16 % gelten als adipös (Adipositas Grad II: BMI 30-39,99) und 1 % sind extrem adipös (Adipositas Grad III: BMI 40 oder mehr, morbide Adipositas)²⁶.

Wirksamkeit:

Eine Anleitung zur Ernährungskorrektur kann zu einer Senkung des Körpergewichts führen. Das hat günstige Wirkungen für die Herz-Kreislauffunktionen, bei allen metabolisch-endokrinologischen Parametern, im psychosozialen Bereich sowie auf die Mortalität²⁷.

Zielgruppe:

- Erwachsene mit BMI > 25 bis unter 30
- übergewichtige Kinder und Jugendliche²⁸

ohne behandlungsbedürftige Risikofaktoren/Erkrankungen oder psychische (Ess-)Störungen.

Ziel der Maßnahme:

- nachhaltige und angemessene Gewichtsreduktion und -stabilisierung

²⁶ Richtlinien zur Therapie der Adipositas der deutschen Gesellschaft für Adipositas-Forschung, 1995

²⁷ Lauterbach, K.; Westenhöfer, J.; Hauner, H. (1998): Adipositas-Leitlinie, Köln

²⁸ Zur Bewertung s. DGE-Beratungsstandards (Hrsg.) (1999): Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., 3. Auflage, II/1.1

Inhalt:

- Schulung zur Ernährungskorrektur (Ziel: Energiedefizit durch fettreduzierte und kohlenhydratbetonte Kost nach den jeweils aktuellen DGE-Empfehlungen und -Beratungsstandards)
- kein Einsatz von Formula-Diäten (Nahrungsersatzmittel)
- Verhaltensmodifikation durch Training der flexiblen Verhaltenskontrolle
- Rückfall-Prophylaxe zur Vermeidung des „Jo-Jo-Effektes“
- Erkennen und Verändern situationsabhängigen Essverhaltens
- sportliche Aktivierung

Methodik:

- verhaltensorientierte Gruppenberatung
- (ggf. praktisches) Training zum Einüben des neuen Ess- und Bewegungsverhaltens
- Einbeziehung des sozialen Umfelds und Berücksichtigung der Alltagssituation

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einer staatlich anerkannten Ausbildung im Bereich Ernährung in Betracht, insbesondere

- Diplom-Oecotrophologen
- Diplom-Ernährungswissenschaftler
- Diplom-Ingenieure Ernährungs- und Hygienetechnik
- Diätassistenten

mit gültiger Zusatzqualifikation für Ernährungsberatung gemäß des Curriculums der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. oder zum Ernährungsberater DGE oder Ernährungsmedizinischem Berater DGE) bzw. der Landesorganisation (Ernährungsberater VDO_E, VFED, VDD) und/oder durch den Nachweis der Registrierung beim Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und –beratung e.V. (QUETHEB) sowie

- Ärzte

mit gültigem Fortbildungsnachweis gemäß des Curriculums Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer und/oder dem Nachweis der QUETHEB-Registrierung.

5.2.3 Stressreduktion/Entspannung

Präventionsprinzip: Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten

Bedarf:

Ca. 40 % der Frauen und 45 % der Männer sind häufiger stark belastenden Situationen ausgesetzt (in Beruf und Haushalt); 19 % fühlen sich häufig überanstrengt²⁹. Schon bei Kindern sind stressbedingte Verhaltensauffälligkeiten und Konzentrationsstörungen häufig festgestellte Befindlichkeits- und Gesundheitsstörungen. Dysstress gilt als Risikofaktor u.a. für Herz-Kreislauferkrankungen.

Wirksamkeit:

Um den weitverbreiteten stressbedingten Krankheiten entgegenzuwirken, bedarf es Stressreduktions- und Entspannungsverfahren (Erlernen alltagstauglicher Methoden zur aktiven Stressbewältigung und Entspannung).

Ziel der Maßnahme:

Modifikation selbstschädigenden Verhaltens mittels positiver Veränderung der Stressverarbeitung: Durch den Aufbau von Bewältigungs- und Erholungskompetenz und präventiver Schutzfaktoren sowie die Stärkung persönlicher Ressourcen sollen chronische Stressfolgen vermieden und das Erregungsniveau gesenkt werden.

Zielgruppe:

²⁹ Gesundheitsbericht für Deutschland (Hrsg.) (1998): Statistisches Bundesamt, Stuttgart; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1998): Gesundheit für Kinder und Jugendliche, Köln; Wagner-Link, A. (1995): Verhaltenstraining zur Stressbewältigung. Arbeitsbuch für Therapeuten und Trainer. München; Meichenbaum, D. (1991): Intervention bei Stress - Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings. Bern; Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (1995): Stressbewältigung im Kindesalter: Modifikation und Evaluation einer Präventionsmaßnahme. In: Kindheit und Entwicklung, 4; Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (1996): Bleib locker. Wie man mit Stress klarkommt - Ein Stresspräventionstraining für Kinder im Grundschulalter. Münster; Kaluza, G.; Basler, H.-D.; Basler, H.; Henrich S. (1988): Entwicklung und Evaluation eines Programms zur Stressbewältigung, Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin/9/1:22-41; Kaluza, G. (1996): Gelassen und sicher im Stress. Ein Trainingsprogramm zur Verbesserung des Umgangs mit alltäglichen Belastungen, Berlin, Heidelberg, New York (2. Auflage); 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 (4), 234-243; Kaluza, G. (1999): Sind die Effekte eines primärpräventiven Stressbewältigungstrainings von Dauer? Eine randomisierte, kontrollierte Follow-up-Studie. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7, 88-95; Kaluza, G. (1999): Mehr desselben oder Neues gelernt? – Veränderungen von Bewältigungsprofilen nach einem primärpräventiven Stressbewältigungstraining. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 8, 73-84.; Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (im Auftrag der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen) (1996): Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung am Beispiel Entspannung/Stressregulation, Bonn; Bucher, H.; Gutzwiller F. (1993): Checkliste Gesundheitsberatung und Prävention, Stuttgart; Petermann, Franz (Hrsg.) (1997): Patientenschulung und Patientenberatung. Ein Lehrbuch, Göttingen.

- Versicherte mit (nicht existentieller und behandlungsbedürftiger) Stressbelastung, die lernen wollen, damit sicherer und gesundheitsbewusster umzugehen

Inhalt:

- Definition von Stress
- Analyse der eigenen Belastungssituation: Erkennen der Ursachen der Stressentstehung
- Problemlösungsstrategien (kognitiv, emotional und physiologisch)
- aktive systematische Entspannung
- Stärkung persönlicher Ressourcen
- Kombinationsprogramme (z.B. mit Bewegung)

Methodik:

- systematische Trainingsprogramme für Gruppen auf der Basis verhaltenstherapeutisch orientierter Stressbewältigung
- ganzheitlicher Ansatz
- Orientierung an den individuellen Stressproblemen der Teilnehmer
- Einbeziehung des sozialen Umfeldes
- Anleitung zur Selbstbeobachtung in belastenden Situationen
- praktische Einübung von Entspannungs- und Stressreduktionsmethoden
- Anleitung für Übungen zu Hause

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen – je nach Schwerpunkt (Stressreduktion / Entspannung) – Fachkräfte mit einer staatlich anerkannten Ausbildung im Bereich

psychosoziale Gesundheit in Betracht, insbesondere

- Diplom-Psychologen
- Pädagogen (Diplom/Magister)
- Diplom-Sozialpädagogen
- Sozialwissenschaftler (Diplom/Magister)
- Gesundheitswissenschaftler (Diplom/Magister)
- Diplom-Sportlehrer³⁰
- Sportwissenschaftler (Lehramt/Magister)³¹
- Sport- und Gymnastiklehrer³²
- Ärzte

mit Kenntnissen in Methoden der Verhaltensmodifikation und mit den Grundqualifikationen entsprechenden gültigen Zusatzqualifikationen im Bereich Stressreduktion und/oder Entspannung³³.

³⁰ Mit Schwerpunkt „Gesundheit“; dieser Schwerpunkt wird abgedeckt durch auf Primärprävention ausgerichtete Ausbildungsschwerpunkte.

³¹ S. Fußnote 30.

³² S. Fußnote 30.

³³ Stressreduktion: z.B. Kursleiterschulungen für die Programme „Gelassen und sicher im Streß“ nach Kaluza/Basler, „Der erfolgreiche Umgang mit täglichen Belastungen – ein Programm zur Stressbewältigung“ des Instituts für Therapieforchung (IFT, München) oder das Stressimpfungstraining (SIT) nach Meichenbaum. Entspannung: Als Entspannungsmethoden kommen Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Hatha-Yoga, Tai-Chi und Qi-Gong in Betracht. (Bei Hatha-Yoga ist neben den Grundqualifikationen eine etwa 500 Stunden umfassende Zusatzqualifikation gemäß den Ausbildungsstandards des BDY oder vergleichbaren

5.2.4 Genuss- und Suchtmittelkonsum

Präventionsprinzip: Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln

Bedarf:

Alkohol und Nikotin gehören zu den potentiell gesundheitsgefährdenden und abhängigkeiterzeugenden Substanzen mit einer großen gesellschaftlichen Akzeptanz und alltäglichen Präsenz. Der leichtfertige und medizinisch nicht begründete Umgang mit Medikamenten oder der Konsum illegaler Drogen führen ebenfalls zu erheblichen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgeproblemen. Eine kritische Auseinandersetzung mit den Übergängen und Grenzen zwischen risikoarmen/riskantem/gefährlichem Konsum bzw. Hochkonsum fehlt. Etwa 4 Mio. Erwachsene sind durch Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit gefährdet; dies entspricht einem Anteil von 8-9 % der 18-59-Jährigen. 43 % der Männer und 30 % der Frauen sind Raucher³⁴. Auch nicht-exzessiver Alkoholkonsum sowie Rauchen stellen Risiken z.B. für Herz-Kreislaufkrankungen dar. Der riskante, schädliche und hohe Konsum von Genuss/Suchtmitteln wie Alkohol und Nikotin, der Missbrauch von Medikamenten sowie der Konsum illegaler Drogen können zu erheblichen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgeproblemen führen³⁵.

Wirksamkeit:

Die Wirkung unterstützender Interventionen zur Kontrolle des Genuss- und Suchtmittelkonsums ist belegt³⁶.

Zielgruppe:

- Versicherte mit riskantem, schädlichem Konsumverhalten

Ziel der Maßnahme:

- Förderung eines kritischen Umgangs mit Genuss-/Suchtmitteln
- Stärkung der persönlichen Kompetenzen im gesundheitsbewussten Umgang mit Belastungen
- Förderung eines positiven gesellschaftlichen Images eines gesundheitsbewussten und suchtmittelfreien Lebens

Ausbildungen erforderlich; für Tai-Chi, Qi-Gong wird ein ähnlich hohes Qualifikationsniveau vorausgesetzt.)

³⁴ Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht 1998. In: Grigoleit, H.; Wenig, M.; Hüllinghorst, R. (1999): Handbuch Sucht, St. Augustin

³⁵ Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs (Bundesministerium für Gesundheit, 1993); Modellprogramm "Mobile Drogenprävention" (Bundesministerium für Gesundheit, 1997); Geschlechtsbezogene Suchtprävention (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1998); Prävention durch Angst? (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1998); Starke Kinder brauchen starke Eltern (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1999); Schätzwertestudie: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland (Bundesministerium für Gesundheit, 2000)

³⁶ S. u.a. Kröger, C.; Sonntag, H.; Shaw, R. (2000): Raucherentwöhnung in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Im Auftrag der BZgA, Köln

Inhalt:

- Aufklärung über physische und psychische Wirkung von Genuss- und Rauschmitteln
- Reflektion von Genussfähigkeit und Belastungsbewältigung unter besonderer Berücksichtigung von Erfahrungen mit psychisch wirksamen Substanzen
- Reflektion des persönlichen Konsums und Sensibilisierung für die Übergänge zwischen Genuss - Missbrauch - Abhängigkeit
- Vermittlung von Wissen hinsichtlich der Entwicklung von nikotin- und alkoholassoziierten Erkrankungen sowie von Abhängigkeit
- Darstellung von Hilfs- und Behandlungsmöglichkeiten
- Förderung protektiver Faktoren
- Stärkung von persönlichen Ressourcen

Methodik:

- Schaffung geeigneter Kommunikations- und Informationsstrukturen
- spezifische Ausrichtung auf die jeweilige Zielgruppe in der methodischen und inhaltlichen Umsetzung ist zwingend erforderlich
- bei Bedarf Einbindung von Familienangehörigen sowie Berücksichtigung sozialer Systeme und peer-groups
- aufsuchende Programme zur Alkohol- und Drogenprävention (z.B. Schule)
- verhaltensorientierter Ansatz in Gruppen

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einer staatlich anerkannten Ausbildung im Bereich psychosoziale Gesundheit in Betracht, insbesondere

- Diplom-Psychologen
- Pädagogen (Diplom/Magister)
- Diplom-Sozialpädagogen
- Diplom-Sozialarbeiter
- Sozialwissenschaftler (Diplom/Magister)
- Gesundheitswissenschaftler (Diplom/Magister)
- Ärzte

mit gültiger Zusatzqualifikation im jeweiligen Bereich der Suchtprävention (z. B. Alkohol, Medikamente, Nikotin).

6. Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 2 SGB V

6.1 Grundsätzliche Anforderungen

In § 20 Abs. 2 SGB V ist vorgesehen, dass die Krankenkassen den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen können. Schwerpunktmäßig ist es Aufgabe der Unfallversicherungsträger, „mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten“ (§ 1 SGB VII). Darüber hinaus sollen sie auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren nachgehen. Dabei arbeiten sie mit den Krankenkassen zusammen (§ 14 SGB VII). Die im Arbeitsschutzgesetz fixierte Verpflichtung der Arbeitgeber zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit behält ebenso wie der Auftrag an die Unfallversicherungsträger, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten, weiterhin Gültigkeit. Für die Durchführung von Aktivitäten, die über diese originären Maßnahmen des Arbeitsschutzes hinausgehen und insofern diese ergänzen, wird den Krankenkassen nun aber ein Initiativrecht eingeräumt. Die originären Zuständigkeiten und Aufgabenfelder von Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern bleiben unberührt.

Erforderlich ist die Kooperation aller beteiligten betriebsinternen und -externen Akteure. Innerhalb des Betriebes zählen dazu neben den Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften insbesondere die Betriebsleitung sowie der Betriebs- bzw. Personalrat. Zu den externen Partnern zählen vor allem die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und – sofern vorhanden – die arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Dienste. Für das Gelingen ist es wichtig, dass die beteiligten Krankenkassen und die weiteren Akteure eng zusammenarbeiten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen fühlen sich bei all ihren Aktivitäten einem ganzheitlichen Ansatz verpflichtet, der neben verhaltenbezogenen Maßnahmen vor allem auch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation umfasst. Die hier bestehenden Verantwortlichkeiten Dritter (insbesondere der Arbeitgeber und der gesetzlichen Unfallversicherung) schließen jedoch in einigen Feldern ein eigenes finanzielles Engagement der GKV aus. Die Krankenkassen werden in diesem Fall die jeweils verantwortlichen Organisationen bzw. Träger fachlich unterstützen. In diesem Sinne bleibt das von der GKV ggf. finanzierte Engagement immer nur ein Teil innerhalb eines größeren Rahmens, der auch vom Arbeitgeber und der Unfallversicherung getragen wird.

Bei der Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind die Krankenkassen den nach § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V beschlossenen Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet. Dies betrifft primär die vorgesehenen Maßnahmen und das damit zur Anwendung gelangende Präventionsprinzip. Damit eine Maßnahme im betrieblichen Setting aber wirksam und damit auch effektiv 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 vielfach eingesetzten und bewährten Instrumente (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Analyse, Gefährdungsermittlung und -beurteilung, arbeitsmedizinische Untersuchung, Befragung von Mitarbeitern im Hinblick auf Belastungen, 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 oben beschriebenen Maßnahmen für ausgewählte Zielgruppen im Betrieb beinhaltet. Dieses Konzept sollte ganzheitlich und langfristig angelegt sein. Es sollte sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen unter Berücksichtigung der jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten umfassen, wobei vorzusehen ist, 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.

Aufgrund ihrer langjährigen Erfahrungen auf dem Feld können die Krankenkassen innerhalb der Programme im Setting 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)
- Projektmanagement
- Durchführung einzelner Bausteine innerhalb eines komplexen Programms
- Dokumentation und Bewertung
- interne Öffentlichkeitsarbeit (Information der Belegschaft).

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 Union³⁷ 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 Gesundheitsförderung³⁸ 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.

³⁷ Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (November 1997): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union

³⁸ Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (Mai 1999): Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung, Essen

Die Erfüllungsgrade dieser Kriterien und damit die Qualität ihrer betrieblichen Gesundheitspolitik können die Betriebe unaufwändig mit Hilfe eines Fragebogens³⁹ 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.
- Alle Maßnahmen sind in eine regelmäßige Auswertung und Begleitung eingebunden.
- Die Ergebnisse von Maßnahmen werden dokumentiert und sind zugänglich.

Die beschriebenen Anforderungen beziehen sich auf mittlere und größere Unternehmen, für Kleinst- und Klein-Unternehmen sind besondere Anforderungen grundsätzlich noch zu entwickeln. Als Voraussetzung für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Kleinst-, Klein- und Mittelbetrieben sollte die Eigeninitiative der Betriebe erkennbar sein. Isolierte einmalige Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung haben sich hinsichtlich einer dauerhaften Wirksamkeit nicht bewährt.

Die Zugrundelegung dieser Rahmenbedingungen auf Seiten des Unternehmens führt in der Praxis dazu, dass der Kreis von Unternehmen, in denen kassenseitig Maßnahmen der betrieblichen 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.

³⁹ Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (Mai 1999): Fragebogen zur Selbsteinschätzung, Essen

6.2 Handlungsfelder

Als prioritäre Handlungsfelder sind die nachfolgenden Bereiche vorgesehen:

6.2.1 Arbeitsbedingte körperliche Belastungen

Präventionsprinzip: Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates

Bedarf:

Rund 30 % aller Arbeitsunfähigkeitstage treten infolge von Muskel- und Skeletterkrankungen auf, der Schwerpunkt liegt bei den Dorsopathien (ICD M 53.9). Betroffen sind vor allem die Wirtschaftszweige Feinmechanik, Glas-, Stahl-, Gummierzeugung, Baugewerbe, kommunale Entsorgungsbetriebe, Personennahverkehr, Post und Bahn⁴⁰.

Wirksamkeit:

Maßnahmen zur Haltungsverbesserung und Bewegungsschulung gleichen konstitutionelle und konditionelle Schwächen aus und beugen Rückenbeschwerden vor, insbesondere wenn diese Maßnahmen auf die konkreten Anforderungen am Arbeitsplatz abgestimmt werden (z.B. Richtiges Heben und Tragen).

Zielgruppe:

- Beschäftigte aus betrieblichen Bereichen mit einseitiger oder hoher Belastung bzw. mit Beschwerden des Bewegungsapparats

Ziel der Maßnahme:

- Veränderung des Bewegungsverhaltens
- Optimierung der Arbeitsbedingungen
- Stärkung von Problembewusstsein und Eigenverantwortung
- Stärkung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung
- Erhöhung der Arbeitszufriedenheit

⁴⁰ GKV-Krankheitsartenstatistiken; Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden, S. 201 ff; DeTroia, M. (1995): Auf den Rücken achten. Abschlussbericht 1992 – 1995 Modellprojekt Rückenschule, Frechen; Winkler, J. (1997): Arbeitsplatzbezogenes Programm im Krankenpflegebereich, Köln; Nickel, U. (1995): Entwicklung und Erprobung eines Fragebogens zur Erfassung der Kontrollüberzeugung bei Wirbelsäulenerkrankungen und Rückenbeschwerden, Erlangen/Nürnberg; Weigl, C. (1996): Die Evaluation eines Trainingsprogramms zur Minimierung schädlicher Wirkungen auf das Muskel-Skelett-System bei Arbeitstätigkeiten in der industriellen Fertigung, Regensburg

Inhalt:

Arbeitsplatzbezogene verhaltensorientierte Gruppenverfahren zur Vorbeugung und zum Abbau von Belastungen und Beschwerden im Bereich des Muskel- und Skelettsystems, die im Kern aus zwei Einheiten bestehen: theoretisch-praktischen Schulungseinheiten (im Sinne einer arbeitsplatzbezogenen Rückenschule) und praktischen Einheiten zur Anwendung der erworbenen (Er-)Kenntnisse am eigenen Arbeitsplatz. In Zusammenarbeit von Beschäftigten und Experten werden am Arbeitsplatz Vorschläge zur Veränderung des Bewegungsverhaltens bei der Arbeit und in der Freizeit sowie zur Veränderung von Bedingungen des Arbeitsplatzes entwickelt und umgesetzt.

Methodik:

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

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einer staatlich anerkannten Ausbildung im Bereich Bewegung in Betracht, insbesondere

- Sportwissenschaftler (Lehramt/Magister)
- Diplom-Sportlehrer
- Sport- und Gymnastiklehrer
- Krankengymnasten bzw. Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Masseur (mit Ausbildung nach den erweiterten Ausbildungsbedingungen ab 1994)
- Ärzte/Betriebsärzte

mit gültiger Zusatzqualifikation als Rückenschullehrer (z.B. vom Bundesverband der deutschen Rückenschulen e.V., Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V., Forum gesunder Rücken, Zentralverband der Krankengymnasten e.V., Bundesverband der selbstständigen PhysiotherapeutInnen e.V., Verband physikalische Therapie - Vereinigung für die Physiotherapeuten e.V., Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie e.V.).

6.2.2 Betriebsverpflegung

Präventionsprinzip:

Gesundheitsgerechte betriebliche Gemeinschaftsverpflegung

Bedarf:

Der Ernährung wird eine zentrale Rolle sowohl bei der Entstehung bestimmter Erkrankungen als auch für die Erhaltung der Gesundheit zugeschrieben. Ob die Verpflegungssituation in einem Betrieb diese gesundheitsfördernde Funktion erfüllt, ist nicht nur von ernährungsphysiologischen Merkmalen des Essens, also der Zusammensetzung der Nahrung und dem

Nährstoffgehalt abhängig. Viele andere Faktoren spielen dabei eine Rolle, z.B. die Art, wie das Essen zubereitet wurde (appetitlich vs. unappetitlich, „knackig“ vs. zerkocht etc.), wie und wo es ausgegeben und verzehrt wird (angenehmes „Ambiente“ oder bei Lärm und Küchendünsten), die Preisgestaltung (erschwinglich vs. zu teuer), die Entfernung der Verpflegungseinrichtung vom eigenen Arbeitsplatz (innerhalb der Pausen erreichbar?), die zeitliche Lage der Pausen (dann, wenn man Hunger hat?, wenn die Kolleg(innen) ebenfalls Pause haben?).

Wirksamkeit:

Die bedarfsgerechte Ernährung während der Arbeit trägt zur ausgewogenen Ernährung der Beschäftigten bei.

Zielgruppe:

- alle Beschäftigten

Ziel der Maßnahme:

- Anpassung des Verpflegungsangebots an die jeweils aktuellen Ernährungsrichtlinien und Beratungsstandards der DGE und die Bedürfnisse der Beschäftigten
- Erhöhung der Akzeptanz gesundheitsgerechter Verpflegungsangebote
- Erzielen besonders hoher Wirksamkeit durch Kombination struktureller und Organisationsentwicklungs-/Personalentwicklungs-Maßnahmen nach dem salutogenen Ansatz
- Information und Motivierung zur Reduzierung ungesunder Ernährungsgewohnheiten: zu viel, zu fett, zu eiweißreich, zu süß, zu salzig

Inhalt:

Notwendige Bestandteile der Maßnahmen:

- Ausrichtung der Betriebsverpflegungs-Angebote an den jeweils aktuellen Ernährungsempfehlungen und -Beratungsstandards der DGE: ggf. Schulung des Küchenpersonals
- Erhöhung der Inanspruchnahme gesundheitsgerechter Betriebsverpflegungs-Angebote (durch Aktionswochen, Informationskampagnen etc.)
- Analyse der bestehenden Verpflegungssituation im Betrieb
- Optimierung der Essensausgabe-Verfahren zur Erhöhung der Wahlmöglichkeiten und Verkürzung der Wartezeiten
- Abstimmung der Öffnungszeiten der Verpflegungs-Einrichtungen an die Bedürfnisse und Arbeitszeiten der Beschäftigten (bei Schicht- und Wochenendarbeit)
- bedarfsgerechte, ansprechende Gestaltung der Sozialräume
- Beeinflussung des Alkoholkonsums im Betrieb über die Preisgestaltung und Ausgabepaxis bei alkoholischen Getränken.

In Abhängigkeit von den betrieblichen Rahmenbedingungen (z.B. Betriebsgröße, Zusammensetzung der Belegschaft nach Nationalitäten, Vorkommen von Schichtarbeit etc.) wünschenswert:

- Schaffung von Verpflegungsmöglichkeiten in dezentralen Betriebsteilen
- Schaffung von Angeboten für besondere Zielgruppen (z.B. Nachtarbeiter, Diabetiker, moslemische Mitarbeiter)
- begleitende Screenings (Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten, Diabetes mellitus) und verhaltenspsychologisch basierte Gruppenverfahren zur Gewichtsreduktion etc.

Methodik:

- Beschäftigtenbefragung
- Schulung des Küchenpersonals
- Speiseplananalyse
- Umstellung des Essensangebots
- Beratung zur Schaffung eines angenehmen Ambientes in den Verpflegungseinrichtungen
- Optimierung der Essensausgabe (z.B. Free flow, Wahlmöglichkeiten), der Pausenregelungen und der Öffnungszeiten
- Informations- und Motivierungskampagnen (interne Öffentlichkeitsarbeit, Screenings, Ernährungsberatung)
- begleitendes Angebot an Gruppenkursen zur Gewichtsreduktion.

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einer staatlich anerkannten Ausbildung im Bereich Ernährung in Betracht, insbesondere

- Diplom-Oecotrophologen
- Diplom-Ernährungswissenschaftler
- Diplom-Ingenieure Ernährungs- und Hygienetechnik
- Diätassistenten

mit gültiger Zusatzqualifikation für Ernährungsberatung gemäß des Curriculums der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. oder zum Ernährungsberater DGE oder Ernährungsmedizinischem Berater DGE bzw. der Standesorganisation (Ernährungsberater VDO_E, VFED, VDD) und/oder durch den Nachweis der Registrierung beim Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und –beratung e.V. (QUETHEB) sowie

- Ärzte

mit gültigem Fortbildungsnachweis gemäß des Curriculums Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer und/oder dem Nachweis der QUETHEB-Registrierung.

6.2.3 Psychosozialer Stress

Präventionsprinzip: Stressmanagement

Bedarf:

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 lässt⁴¹. Die Auswirkungen von arbeitsbedingtem Stress lassen sich auf folgenden Ebenen beobachten: Auf der emotionalen (Angst und Depression), der Verhaltens- (Rauchen, Aggressivität gegen andere oder gegen sich selbst), der kognitiven (reduzierte Konzentration

⁴¹ Karasek, R. & Theorell, T. (1990): Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books; Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden, S. 143 f.

und Leistungsfähigkeit) sowie der physiologischen (erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall u.a.) Ebene⁴².

Wirksamkeit:

Einer amerikanischen Metastudie zufolge werden Präventionsmaßnahmen zum Stressmanagement, die auf der kognitiven Verhaltenstherapie basieren, in ihrer Wirksamkeit (d.h. im Hinblick auf das Erzielen gesundheitlicher Effekte) sehr positiv bewertet⁴³.

Zielgruppe:

- Beschäftigte mit hoher Stressbelastung bzw. mit gesundheitlichen Risiken.

Ziel der Maßnahme:

Beschäftigte in die Lage versetzen,

- die eigene Situation zu reflektieren
- Methoden der kurzfristigen Stressbewältigung und des langfristigen Stressmanagements anwenden zu können
- konkrete Verbesserungsvorschläge zur Optimierung der Arbeitsbedingungen zu entwickeln und die Umsetzung mit Unterstützung durch betriebliche Ansprechpartner anzustoßen

Inhalt:

Auf der kognitiven Verhaltenstherapie basierendes Gruppenverfahren zur Reduzierung von Stress durch Veränderung von Einstellungen, Verhalten und Arbeitsbedingungen. Es enthält Methoden der kurzfristigen Stressbewältigung (Spannungsabbau, Perspektivenwechsel) wie des langfristigen Stressmanagements (Einstellungen/Lebensweise) und integriert die Elemente Bewegung und Entspannung/Körperwahrnehmung.

Methodik:

- systematische Trainingsprogramme für Gruppen auf Basis der kognitiven Verhaltenstherapie
- ganzheitlicher Ansatz
- Orientierung an den individuellen Stressproblemen der Teilnehmer
- Einbeziehung des betrieblichen Umfeldes
- Anleitung zur Selbstbeobachtung in belastenden Situationen
- praktische Einübung von Stressreduktionsmethoden
- Anleitungen für Übungen zu Hause
- Bearbeitung von Einzelfällen in der Gruppe

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einer staatlich anerkannten Ausbildung im Bereich psychosoziale Gesundheit in Betracht, insbesondere

- Diplom-Psychologen
- Pädagogen (Diplom/Magister)
- Diplom-Sozialpädagogen
- Sozialwissenschaftler (Diplom/Magister)

⁴² Beratender Ausschuss für Sicherheit, Arbeitshygiene und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz der Europäischen Kommission: Bericht über „Arbeitsbedingten Stress“, Luxemburg

⁴³ Wilson, M.G. (November/December 1996): A Comprehensive Review of the Effects of Worksite Health Promotion on Health-related Outcomes: An Update. American Journal of Health Promotion, Vol 11, No. 2

- Gesundheitswissenschaftler (Diplom/Magister)
- Diplom-Sportlehrer⁴⁴
- Sportwissenschaftler (Lehramt/Magister)⁴⁵
- Ärzte

mit Kenntnissen in Organisations- und Personalentwicklung und in Methoden der Verhaltensmodifikation sowie mit den Grundqualifikationen entsprechenden gültigen Zusatzqualifikationen im Bereich Stressreduktion (z. B. Kursleiterschulungen für die Programme "Gelassen und sicher im Stress" nach Kaluza/Basler, "Der erfolgreiche Umgang mit täglichen Belastungen – ein Programm zur Stressbewältigung" des Instituts für Therapieforchung (IFT, München) oder das Stressimpfungstraining (SIT) nach Meichenbaum).

<p>Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung</p>

Bedarf:

Führungskräfte haben auf unterschiedliche Weise Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit, Motivation, Befinden, Gesundheit ihrer Mitarbeiter und hierdurch bedingt auf deren Fehlzeiten. Mitarbeiterbefragungen in unterschiedlichen Branchen und Betriebsgrößen belegen diesen Zusammenhang eindrucksvoll. Führungskräfte geben durch ihr eigenes Verhalten den Mitarbeitern eine Verhaltensorientierung, nehmen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter (Zeit- und Leistungsdruck, Entscheidungs- und Handlungsspielraum, Unterstützung, sozialer Umgangsstil, Konflikt- und Problembewältigung) und beeinflussen ganz wesentlich durch ihr Führungsverhalten die Arbeitszufriedenheit und das Befinden der Mitarbeiter⁴⁶.

Wirksamkeit:

Aus Expertensicht ist der Zusammenhang von Führungsverhalten, Betriebsklima, Arbeitszufriedenheit und Gesundheit unbestritten. Daher kann davon ausgegangen werden, dass es durch entsprechende Maßnahmen zur Sensibilisierung, Entwicklung und Stärkung der Führungskräfte zu einer Verbesserung des Miteinanders zwischen Führungskraft und Mitarbeitern kommt. Das in einem Unternehmen zu beobachtende Betriebsklima ist Resultat der Organisationsstrukturen und Führungsprinzipien. Ihm wird ein wesentlicher Einfluss auf das Wohlbefinden der Beschäftigten zugeschrieben⁴⁷.

⁴⁴ Mit Schwerpunkt „Gesundheit“; dieser Schwerpunkt wird abgedeckt durch auf Primärprävention ausgerichtete Ausbildungsschwerpunkte.

⁴⁵ S. Fußnote 44.

⁴⁶ Siegrist, J. (1994): Selbstregulation, Emotion und Gesundheit – Versuch einer sozialwissenschaftlichen Grundlegung. In: Lamprecht, E.; Johnen, R. (Hrsg.): Salutogenese, Ein neues Konzept für die Psychosomatik?, Frankfurt/Main, S. 85-94; Udris, I.; Kraft, U.; Mussmann, C. (1991): Warum sind „gesunde“ Menschen „gesund“? Untersuchungen zu Ressourcen von Gesundheit (Forschungsprojekt "personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese, Bericht Nr. 1), Zürich; Udris, I.; Rimann, M.; Thalmann, K. (1994): Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen. Zur Funktion salutogener Ressourcen. In: Bergmann, B.; Richter, P. (Hrsg.) Die Handlungsregulationstheorie. Von der Praxis einer Theorie, Göttingen; Karasek, R; Theorell, T. (1990): Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life, New York; KOPAG (1999): Erkennen und Verhüten arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Bremerhaven

⁴⁷ Badura, B.; Münch, E.; Ritter, W. (1997): Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik, Gütersloh

Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der
Krankenkassen
zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September
2003

Zielgruppe:

- Führungskräfte mit Stressbelastung, mit gesundheitlichen Risiken bzw. mit erhöhtem Krankenstand im eigenen Arbeitsbereich

Ziel der Maßnahme:

- Sensibilisierung von Führungskräften für den Einfluss ihres Führungsverhaltens auf ihre Mitarbeiter und ihre eigene Person
- Verbesserung des Umgangs mit Mitarbeitern
- Verbesserung des Umgangs mit eigenen Belastungen, insbesondere in schwierigen Führungssituationen
- Prävention von chronischen Stressreaktionen, vegetativen Störungen, psychosomatischen u.a. Erkrankungen

Inhalt:

Auf der kognitiven Verhaltenstherapie basierendes Gruppenverfahren, in dessen Rahmen Führungskräfte für die Auswirkungen von Führungsverhalten auf Arbeitszufriedenheit, Befinden und Gesundheit ihrer Mitarbeiter und ihrer eigenen Person sensibilisiert werden. Darüber hinaus erhalten sie Unterstützung bei der Veränderung von Einstellungen und Verhalten zur Förderung eines persönlichen Entwicklungsprozesses im Hinblick auf einen mitarbeiterorientierten und gesundheitsgerechten Führungsstil.

Methodik:

- systematische Trainingsprogramme für Gruppen auf Basis der kognitiven Verhaltenstherapie
- Bearbeitung von Einzelfällen in der Gruppe
- ganzheitlicher Ansatz
- Einbeziehung des betrieblichen Umfeldes
- Anleitung zur Selbstbeobachtung in belastenden bzw. schwierigen Situationen.

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einer staatlich anerkannten Ausbildung im Bereich psychosoziale Gesundheit in Betracht, insbesondere

- Diplom-Psychologen
- Pädagogen (Diplom/Magister)
- Diplom-Sozialpädagogen
- Sozialwissenschaftler (Diplom/Magister)
- Gesundheitswissenschaftler (Diplom/Magister)
- Ärzte/Betriebsärzte

mit Kenntnissen in Organisations- und Personalentwicklung und in Methoden der Verhaltensmodifikation sowie mit umfassenden Kenntnissen und Erfahrungen im Bereich gesundheitsgerechter Mitarbeiterführung (Zusammenhang von Führung und Gesundheit).

6.2.4 Genuss- und Suchtmittelkonsum

Präventionsprinzip: „Punktnüchternheit“ (0 Promille am Arbeitsplatz) bei der Arbeit

Bedarf:

Epidemiologische Daten belegen den enormen Umfang von riskantem, missbräuchlichem und abhängigem Konsum von Suchtmitteln in Deutschland. Bei 9,3 Mio. Menschen in der Altersgruppe von 18 bis 69 Jahren besteht z.B. ein riskanter Alkoholkonsum, davon haben 2,7 Mio. Menschen einen missbräuchlichen Konsum und bei 1,7 Mio. der Gesamtzahl liegt ein Abhängigkeitssyndrom vor⁴⁸. Diese Werte sind auf den betrieblichen Bereich übertragbar. Die Anteile von Personen mit riskantem oder missbräuchlichem Konsum liegen in überwiegend männlich strukturierten Belegschaften in der Regel höher als in der Allgemeinbevölkerung. Trotz der Auswirkungen von Genuss- und Suchtmittelmissbrauch auf Leistungsfähigkeit, Arbeitssicherheit und Gesundheit und der damit verbundenen Kosten und Nachteile sind die meisten Arbeitgeber auf diesem Gebiet der Prävention noch nicht tätig geworden: Eine Vielzahl von Arbeitsunfähigkeitsgründen (sog. alkoholassoziierte Erkrankungen) stehen im Zusammenhang mit einem schädlichen Alkoholkonsum. Erfahrungen zeigen, dass z.B. alkoholranke Mitarbeiter(innen) nicht die übliche Arbeitsleistung erbringen, häufiger in Arbeitsunfälle verwickelt und häufiger kurzzeitkrank sind. Die Gefahr von Arbeits- und Wegeunfällen ist unter Einfluss von Alkohol und bestimmter Medikamente erhöht. Geschätzt wird, dass bis zu 30 % der Arbeitsunfälle auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen sind. Daneben sind auch die Kolleg(inn)en Alkoholkranker durch Stress infolge von Mehrarbeit betroffen. Andere Suchtformen wurden hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf den Betrieb bisher kaum oder gar nicht untersucht.

Wirksamkeit:

Von den im Folgenden beschriebenen Maßnahmen sind primär- und sekundärpräventive Erfolge für sämtliche Suchtprobleme zu erwarten, da sie auf eine Reduktion suchtförderlicher Bedingungen und der Stärkung protektiver Faktoren (wie sozialer Unterstützung) abstellen⁴⁹.

Zielgruppe:

- alle Mitarbeiter(innen) des Betriebes einschließlich Führungskräfte

Ziel der Maßnahme:

- frühzeitige Intervention bei Mitarbeiter(innen) mit riskantem Konsumverhalten
- frühzeitige Intervention bei suchtkranken Mitarbeiter(innen)
- Prävention manifester Erkrankungen bei Suchtgefährdeten
- Senkung der Suchtmittelkonsum-bedingten Unfallzahlen

⁴⁸ Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, DHS (1999): Jahrbuch Sucht 2000, Geesthacht

⁴⁹ Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, DHS (Hrsg.) (1989): Suchtprobleme am Arbeitsplatz. Hamm: Hoheneck; Fuchs, R.; Rainer, L. und Rummel, M. (Hrsg.) (1998): Betriebliche Suchtprävention. Göttingen: Hogrefe; Schätzwertestudie: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland (Bundesministerium für Gesundheit, 2000)

Inhalt:

Kombination unterschiedlicher struktureller Maßnahmen, überwiegend aus dem Gebiet der Organisationsentwicklung/Personalentwicklung unter Ausschöpfung salutogener Potenziale der Berufstätigkeit und Einbeziehung individueller Hilfs- und Beratungsangebote

(Sozialberatung, Personalpflege, Mitarbeiterberatungsangebote)

Notwendige Bestandteile von Suchtpräventions- und Suchthilfeprogrammen sind:

- Schaffung von Aufmerksamkeit für das Thema, insbesondere für den Umgang mit Alkohol im Betrieb, zur Prävention von Erkrankungen durch Nikotin, Problemfeld illegale Drogen, Alkohol und Psychopharmaka, mittelbar auch zur Senkung des Unfallrisikos
- Förderung des Nichtrauchens/Förderung des Nichtraucherschutzes
- Schulung der Führungskräfte zum Umgang mit suchtmittelauffälligen Mitarbeiter(innen)
- Förderung einer alkoholfreien Betriebs(-feier)kultur, Vorbildrolle der Vorgesetzten
- Ausrichtung des Getränke-Angebots und der Preisgestaltung in den Betriebsverpflegungs-Einrichtungen an dieser Betriebskultur
- besondere Kontroll- und Vorsichtsmaßnahmen bei „Griffnähe“ (z.B. Psychopharmaka am Arbeitsplatz Krankenhaus)
- Angebot von Entspannungstrainings als Alternative zum Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln
- Maßnahmen zur Verbesserung des Betriebsklimas (Klimagruppen, Zufriedenheitszirkel)
- Schaffung betriebsnaher, dennoch anonymer, Hilfs- und Beratungsangebote für Mitarbeiter(innen) in Krisensituationen und mit Suchtproblemen
- Personalentwicklungsmaßnahmen für Mitarbeiter(innen), die sich unter-/überfordert fühlen, Job enrichment und Job enlargement.

Methodik:

- Schaffung geeigneter Strukturen: übergreifende Kooperation in einem Steuerungsgremium (z.B. Arbeitskreis Gesundheit), Abschluss einer Betriebsvereinbarung
- Führungskräfte-Schulung, Qualifizierung zur Vermeidung von Unter-/Überforderung
- Mitarbeiterberatung: individuelle Beratung und Krisenintervention, Vermittlung in externe Beratungsstellen und Rehabilitationseinrichtungen, Zusage der Wiedereingliederung nach erfolgreicher Maßnahme
- Organisationsentwicklungs-/Personalentwicklungs-Maßnahmen: Unternehmenskultur, Führungsstil, Umgang mit Alkohol, Verbesserung des Betriebsklimas und der Arbeitszufriedenheit

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einer staatlich anerkannten Ausbildung im Bereich psychosoziale Gesundheit in Betracht, insbesondere

- Diplom-Psychologen
- Pädagogen (Diplom/Magister)
- Diplom-Sozialpädagogen
- Diplom-Sozialarbeiter
- Sozialwissenschaftler (Diplom/Magister)
- Gesundheitswissenschaftler (Diplom/Magister)
- Ärzte/Betriebsärzte

mit gültiger Zusatzqualifikation im jeweiligen Bereich der Suchtprävention (z. B. Alkohol, Medikamente, Nikotin).

7. 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 zwingt⁵⁰. Krankenkassen und Unfallversicherungsträger sind verpflichtet, bei der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zusammenzuarbeiten (§ 20 Abs. 2 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 neu 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 werden⁵¹.

Arbeitsschutz

Hauptakteur des Arbeitsschutzes ist nach dem Arbeitsschutzgesetz der Arbeitgeber. Er 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 gemeint⁵². 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 erstreckt sich auf die Ermittlung von Risiken bzw. Risikofaktoren der Versicherten. Der Bedarf im Hinblick auf Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung richtet sich auf die 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 in den letzten Jahren eine Reihe von Instrumenten entwickelt und im vielfachen Einsatz

⁵⁰ Coenen, W. (5/1997): Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ... eine neue Dimension des Arbeitsschutzes?, in: Die BG, S. 222-231

⁵¹ BMA 1997

⁵² Blume, H.-C. (1996): Das neue Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), Augsburg, S. 35

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 eine 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.

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 einbezogen⁵³. Prävention kann sich sowohl auf das Verhalten von Individuen und Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf Veränderungen der Umwelt oder 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 Lebensbedingungen⁵⁴ sowie die Idee der Hilfe zur Selbsthilfe (empowerment). In Strategien der Primärprävention können nach Schwartz⁵⁵ die gesamte Bevölkerung, große Personengruppen mit durchschnittlichem oder nur leicht erhöhtem Risiko oder bestimmte Hochrisikopersonen einbezogen werden.

⁵³ von Troschke, J. (3/1993): „Plädoyer für eine eindeutige Abgrenzung von Gegenstandsbereichen der Gesundheitsförderung und Prävention“. In: Prävention

⁵⁴ Bröskamp-Stone et.al., a.a.O., S. 144

⁵⁵ Schwartz et al., S. 158

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 mit zur Verhütung multifaktoriell bedingter, häufig chronischer Krankheiten beitragen.

Sekundärprävention (Vorsorge)

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 und 2 SGB V.

Qualität

Qualität hat stets etwas mit Zielen, Zwecken, Erwartungen, Anforderungen und Bewertungen von Produzenten oder Konsumenten zu tun. Qualität liegt – auch dort, wo sie an objektiv feststellbaren Merkmalen gemessen wird (was meist für Sachgüter, weniger für Dienstleistungen zutrifft) – letztendlich im „Auge des Betrachters“; sie hängt also ab von den jeweils vorherrschenden Werten, Normen und Zielen und daraus abgeleiteten Beurteilungsmaßstäben⁵⁶.

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

- Die **Strukturqualität** enthält die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, unter denen unterschiedliche Leistungen erbracht werden können (Qualität der Leistungserbringer und Ausstattung zur Leistungserbringung).
- Die **Prozessqualität** thematisiert auf der Handlungsebene Art und Umfang der zu leistenden Arbeit (Durchführung der Leistungserbringung).
- Die **Ergebnisqualität** macht Aussagen über Erfolg von und Zufriedenheit mit durchgeführten Maßnahmen (Zielgruppenerreichung, Veränderung von Kenntnissen, Einstellung und Verhaltensweisen, Veränderung von Gesundheitsindikatoren).

Generell gilt, dass die Ergebnisqualität immer in Relation zur Struktur- und Prozessqualität zu sehen ist⁵⁷.

⁵⁶ Badura, B.; Strodtholz, P. (1998): Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen. In: Das Public Health Buch; Schwartz et al. (Hrsg.)

⁵⁷ Spitzenverbände der Krankenkassen (1996): Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung am Beispiel Entspannung/Stressregulation

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung ist eine logische Konsequenz, die sich aus dem ethischen, gesellschaftlichen und gesetzlichen Auftrag zur Gesundheitsförderung ergibt. Sie umfasst folgende Schritte:

- Wissenschaftliche Voruntersuchung des Problems (z.B. Ätiologie, Gesundheitsberichterstattung)
- Überblick über die gesundheitliche Problemlage (Ist-Analyse)
- Zielbestimmung
- Interventionsstrategien, die diesen Zielen angemessen sind
- Evaluationsmethoden, die den Strategien und Maßnahmen angepasst sind
- Gesamtbewertung der Ergebnisse im gesundheitspolitischen Kontext⁵⁸.

Setting

„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 erfolgsversprechend, 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 besseren Erreichung der Zielgruppen sowie Sicherung langfristiger Erfolge genutzt.

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

⁵⁸ Spitzenverbände der Krankenkassen (1996): Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung am Beispiel Entspannung/Stressregulation