



Leitfaden Prävention

**Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder
und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur
Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000
in der Fassung vom 2. Juni 2008**

Federführend für die Veröffentlichung: IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

- AOK-Bundesverband, Bonn
- BKK Bundesverband, Essen
- IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
- Knappschaft, Bochum
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
- AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes

Leitfaden Prävention

**Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände
der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000
in der Fassung vom 2. Juni 2008**

Federführend für die Veröffentlichung:
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

IMPRESSUM

Herausgeber:

AOK-Bundesverband, Bonn

BKK Bundesverband, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Knappschaft, Bochum

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

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

(www.gkv.info)

unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes



Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband

Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

(www.gkv-spitzenverband.de)

INHALTSVERZEICHNIS

1.	PRÄAMBEL	4
2.	GESETZLICHE GRUNDLAGEN	6
2.1	Primärprävention.....	6
2.2	Betriebliche Gesundheitsförderung.....	7
3.	GRUNDSÄTZE UND EMPFEHLUNGEN	8
3.1	Zielgruppen und Zugangswege.....	8
3.1.1	Setting-Ansatz.....	8
3.1.2	Individueller Ansatz.....	10
3.2	Qualitätsmanagement, Dokumentation und Erfolgskontrolle.....	11
3.3	Kommission zur Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien.....	12
4.	PRÄVENTIONS- UND GESUNDHEITSFÖRDERUNGSZIELE DER GKV	13
4.1	Entwicklung bundesweiter Präventions- und Gesundheitsförderungsziele.....	13
4.2	Nichtbetriebliche Präventions- und Gesundheitsförderungsziele.....	14
4.3	Betriebliche Präventions- und Gesundheitsförderungsziele.....	15
5.	ÜBERGREIFENDE ANFORDERUNGEN	17
6.	PRIMÄRPRÄVENTION NACH § 20 Abs. 1 SGB V	20
6.1	Setting-Ansatz.....	20
6.1.1	Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte.....	21
6.1.2	Gesundheitsfördernde Schule.....	23
6.1.3	Gesundheitsförderung in der Kommune/im Stadtteil.....	25
6.2	Individueller Ansatz – Handlungsfelder.....	26
6.2.1	Bewegungsgewohnheiten.....	26
	Präventionsprinzip: Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität.....	27
	Präventionsprinzip: Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme.....	29
6.2.2	Ernährung.....	31
	Präventionsprinzip: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung.....	31
	Präventionsprinzip: Vermeidung und Reduktion von Übergewicht.....	33
6.2.3	Stressbewältigung/Entspannung.....	36
	Präventionsprinzip: Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken.....	36
6.2.4	Suchtmittelkonsum.....	39
	Präventionsprinzip: Förderung des Nichtrauchens.....	40
	Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums.....	41
7.	BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG NACH § 20a SGB V	43
7.1	Grundsätzliche Anforderungen.....	43
7.2	Handlungsfelder.....	46
7.2.1	Arbeitsbedingte körperliche Belastungen.....	46
	Präventionsprinzip: Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates.....	46
7.2.2	Betriebsverpflegung.....	47
	Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz.....	47
7.2.3	Psychosoziale Belastungen (Stress).....	49
	Präventionsprinzip: Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz.....	49
	Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung.....	52
7.2.4	Suchtmittelkonsum.....	54
	Präventionsprinzip: Rauchfrei im Betrieb.....	55
	Präventionsprinzip: "Punktnüchternheit" (Null Promille am Arbeitsplatz) bei der Arbeit.....	57
8.	GLOSSAR	59
9.	ANHANG	62

1. PRÄAMBEL

Die Krankenkassen haben durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 sowie durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 in §§ 20 und 20a SGB V wieder einen erweiterten Handlungsrahmen in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten. Die zur Umsetzung dieser Normen unternommenen Aktivitäten wurden seither kontinuierlich ausgeweitet und optimiert. Dadurch ist 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.

Die Schaffung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen ist als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen, die von einer Vielzahl von Akteuren, z. B. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesetzliche Unfallversicherung, Gesetzliche Krankenversicherung, Ärzte¹, Betriebsärzte, zu leisten ist. Auf der Grundlage ihrer originären Zuständigkeiten sind eine Zuordnung der Aufgaben und eine Abstimmung der jeweiligen Interventionen vorzunehmen. Ansatzpunkte für eine gesundheitsförderliche Politik sind in gesundheitsbelastenden Bedingungen der Umwelt, außerbetrieblichen Lebenswelten und der Arbeitswelt sowie im individuellen Verhalten zu sehen. Auch der Stärkung gesundheitsförderlicher Potenziale kommt eine hohe Bedeutung zu.

Die Inanspruchnahme von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention, die sich an einzelne Versicherte richten, erfolgt erfahrungsgemäß verstärkt durch solche Personen, die 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. 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 eine Selektionswirkung im Sinne höherer Bildung bzw. besserer Gesundheitschancen vermieden werden kann.

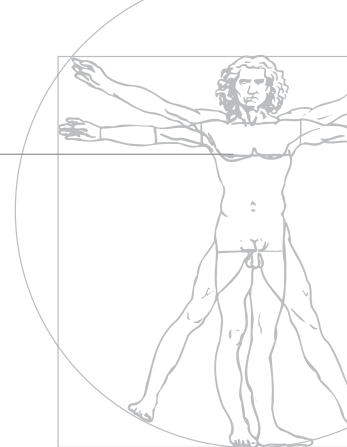
Das Engagement der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung muss sich an den vorgegebenen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sowie an den objektiven Möglichkeiten der Krankenkassen, die insbesondere durch den Richtwert von 2,78 EUR (2008) je Versicherten und 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 Sachverständigen² prioritäre Handlungsfelder und Kriterien festgelegt, die für Maßnahmen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen verbindlich gelten. Maßnahmen, die nicht den in diesem Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen von § 20 und § 20a SGB V durchgeführt oder gefördert werden. In Zweifelsfällen sind die jeweiligen Aufsichtsbehörden einzuschalten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen³ werden den Leitfaden unter Beteiligung von unabhängigem

-
- 1 Die nachfolgend verwendete männliche Form bezieht selbstverständlich die weibliche Form mit ein. Auf die Verwendung beider Geschlechtsformen wird lediglich mit Blick auf die bessere Lesbarkeit des Textes verzichtet.
 - 2 An der erstmaligen Erstellung dieses Leitfadens im Jahr 2000 waren beteiligt: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (heutige Bezeichnung: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bundesvereinigung für Gesundheit (heutige Bezeichnung: Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.), Bundesärztekammer, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (heutige Bezeichnung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung), Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutscher Sportbund (heutige Bezeichnung: Deutscher Olympischer Sportbund), Deutsche Gesellschaft für Public Health, Deutscher Städtetag, Politischer Arbeitskreis von Patienteninitiativen Umwelterkrankter, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.
 - 3 Ab 1. Juli 2008: GKV-Spitzenverband.

Sachverstand kontinuierlich an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen anpassen. Darüber hinaus haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen auf der Basis der durch die Initiative Gesundheit & Arbeit (IGA) erarbeiteten Vorgehensweise, Präventionsziele für die GKV erarbeitet. Damit sollen die Präventionsanstrengungen der Krankenkassen auf Felder mit besonderem Handlungsbedarf fokussiert werden. Weitere Ausführungen finden sich in Kapitel 4.



2. GESETZLICHE GRUNDLAGEN

Die am 1. April 2007 in Kraft getretene Neufassung der §§ 20 Abs. 1 und 2 sowie 20a und 20b SGB V lautet wie folgt:

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

- (1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. 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 Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach den §§ 20a und 20b sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,74 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

§ 20a SGB V [Betriebliche Gesundheitsförderung]

- (1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. § 20 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.
- (2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsge-

meinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

§ 20b SGB V [Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren]

- (1) Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Insbesondere unterrichten sie diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.
- (2) Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen. Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

2.1 PRIMÄRPRÄVENTION

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

Mit dem vorliegenden Leitfaden kommen die Spitzenverbände der Krankenkassen ihrem gesetzlichen Auftrag zur gemeinsamen und einheitlichen Definition prioritärer Handlungsfelder und Kriterien der primärpräventiven Leistungen der Krankenkassen nach.

Für die Ausgaben für Leistungen nach §§ 20, 20a und 20b zusammen gilt ein Richtwert von 2,78 € pro

Kopf der Versicherten (2008). Das Gesetz enthält keine Bestimmungen zur Aufteilung dieser Mittel auf die primäre Prävention einerseits sowie die betriebliche Gesundheitsförderung und die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren andererseits⁴.

2.2 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

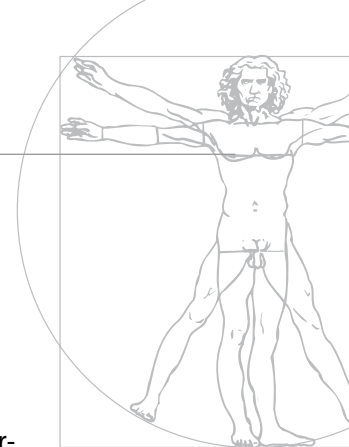
Das Gesetz schreibt den Krankenkassen eine Unterstützungsfunktion für die Umsetzung der ermittelten "Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten" (§ 20a Abs. 1 Satz 1) zu. Die ausdrückliche Verpflichtung der Arbeitgeber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

alleinige Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen (z. B. Helme, Sicherheitsschuhe, Absaugvorrichtungen oder Hebehilfen). Zu den Aufgaben, die von den Krankenkassen übernommen werden können, vgl. Kapitel 7.1 Abschnitt: *II. Anforderungen an die Krankenkasse.*

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

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

Über die betriebliche Gesundheitsförderung hinaus arbeiten die Krankenkassen auch weiterhin bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eng mit den Unfallversicherungsträgern zusammen und unterstützen sie bei ihren gesetzlichen Aufgaben. Die Kooperation zwischen Kranken- und Unfallversicherung nach Form und Umfang ist bereits in einer entsprechenden Rahmenvereinbarung geregelt⁵. Diese wird den neuen gesetzlichen Vorgaben entsprechend angepasst.



- 4 Für die primärpräventiven Leistungen in nichtbetrieblichen Settings empfehlen die Spitzenverbände der Krankenkassen mindestens 0,50 Euro je Versicherten zu verwenden; vgl. Kapitel 3.
- 5 Vgl. Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (1997) und Ergänzung der Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (2001)

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."

Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen, dass die Krankenkassen die gesetzliche Sollvorgabe der Ausgaben für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung sowie für die Mitwirkung an der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren gemäß § 20 Abs. 2 SGB V ausschöpfen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen dabei, insbesondere Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz außerhalb von Betrieben (Kapitel 3.1.1 / 6.1) zu verstärken und hierfür zunächst mindestens 50 Cent pro Kopf ihrer Versicherten zu verwenden.

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, die auch miteinander verbunden werden können:

- ▶ Interventionen, die primär auf Lebensräume abzielen und durch Strukturbildung Gesundheit fördern (Setting-Ansatz) und
- ▶ Interventionen, die auf den einzelnen Menschen und sein Verhalten ausgerichtet sind und die

die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung aufzeigen (Individueller Ansatz).

Mit beiden Zugangswegen sollen insbesondere Personen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen erreicht werden. Dabei sind auch die unterschiedlichen Bedürfnisse zu berücksichtigen, die sich auf Grund geschlechtsspezifischer Unterschiede ergeben⁶.

3.1.1 SETTING-ANSATZ

Besonderes Augenmerk ist nach § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V auf solche Zielgruppen zu richten, die sozial bedingt ungünstigere Gesundheitschancen aufweisen⁷.

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.

Mit diesem – insbesondere von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen und weit über die Aufgaben der Krankenkassen hinausreichenden – Ansatz sind primärpräventive und gesundheitsfördernde Interventionen gemeint, die sich statt auf Individuen auf Lebensräume richten, in denen Menschen große Teile ihrer Zeit verbringen⁸. Unter Settings werden soziale Systeme verstanden, die einen starken Einfluss auf die Gesundheit ausüben und in denen zugleich die Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet und beeinflusst werden können.

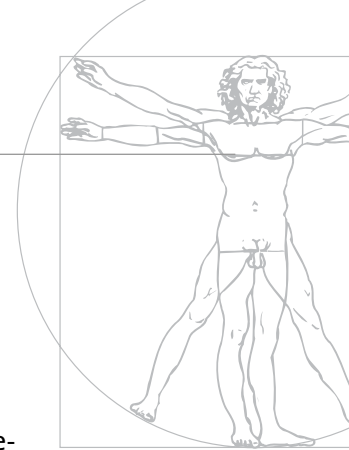
Solche Settings sind z. B. Kommunen/Stadtteile, Kindergärten, Schulen, Einrichtungen der Altenhilfe und Betriebe⁹. In diesem Leitfaden werden die nicht-

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

7 Über Zusammenhänge zwischen Sozialindikatoren/benachteiligten Gruppen und Krankheiten vgl. Mielck, A (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber Bern, Göttingen, Toronto, Seattle; Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Kap. 3, S. 115-180.

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

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



betrieblichen Setting-Ansätze in Kapitel 6.1 und die betrieblichen Setting-Ansätze in Kapitel 7 beschrieben.

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

- ▶ Schaffung einer gesunden physikalischen und psycho-sozialen Umwelt,
- ▶ Integration der Gesundheitsförderung, Bildung und Erziehung in die Prozesse des Alltages,
- ▶ Verknüpfung mit anderen Settings durch Netzwerke und Allianzen¹⁰.

Ziel der Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz ist es, unter aktiver Beteiligung der Betroffenen (Partizipation) die jeweiligen Gesundheitspotenziale und -risiken im Lebensbereich zu ermitteln und einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen. Dieser Prozess soll über die Schaffung gesundheitsgerechterer Verhältnisse die gesundheitliche Situation der Betroffenen nachhaltig verbessern. Dafür soll u.a. die Kooperationsfähigkeit innerhalb des jeweiligen Settings sowie zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Organisationen, Institutionen oder informellen Gruppen ausgebaut werden (Vernetzung)¹¹. Denn der erfolgversprechende ganzheitliche Ansatz lässt sich nur realisieren, wenn die originär zuständigen Träger und weitere Akteure mit ihren jeweiligen Kompetenzen und finanziellen wie personellen Ressourcen zusammenwirken. Parallel und verknüpft mit dem Bemühen, Gesundheit als Organisationsprinzip in Settings zu integrieren und zu etablieren, sollte weiterhin auch die persönliche Handlungsfähigkeit des Einzelnen für die Gestaltung seiner gesundheitlichen Lebensbedingungen gestärkt werden (Empowerment) und auch der Einzelne zu gesundheitsgerechtem Verhalten motiviert und befähigt werden.

Ein besonderer Vorteil von Settings besteht auch darin, dass sich einerseits sozial Benachteiligte dort am besten erreichen lassen (aufsuchende Information und Intervention), andererseits jegliche Form einer kontraproduktiven Stigmatisierung vermieden wird, da in diesen Settings nicht ausschließlich sozial Benachteiligte anzutreffen sind. In diesem Sinne geeignete Settings sind insbesondere:

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

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

Bei der Umsetzung von Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz wird empfohlen, bereits vorhandene Strukturen Kassenarten übergreifender Organisation (Auswahl und Begleitung geeigneter Projekte) und der Qualitätssicherung zu nutzen¹².

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

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

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

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

lichen zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtet haben.

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.

Die Auswertung der derzeit für eine entsprechende Bedarfsermittlung zur Verfügung stehenden Literatur¹³ zeigt, dass folgende Krankheitsbilder von besonderer epidemiologischer Bedeutung sind:

- ▶ Herz-Kreislaufkrankungen (insbesondere Herzinfarkte, Schlaganfälle und Krankheiten des cerebro-vaskulären Systems)
- ▶ Diabetes mellitus, insbes. Typ 2
- ▶ bösartige Neubildungen
- ▶ Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes
- ▶ Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie
- ▶ psychische / psychosomatische Krankheiten.

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

Folgende präventive Interventionen sind daher vorrangig für die verschiedenen Krankheitsbilder zu empfehlen¹⁴:

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

Interventionen müssen neben der Vermeidung von Risikofaktoren auch gesundheitsfördernde (=ressourcenstärkende) Anteile enthalten¹⁵ (s. hierzu die Ausführungen zu Zielen, Inhalten und Methoden der Präventionsprinzipien in Kapitel 6.2 dieses Leitfadens).

Voraussetzung einer individuellen präventiven Intervention ist grundsätzlich, dass sich die Wirksamkeit der Intervention in Expertisen, Studien oder Metaanalysen (Evidenzbasierung) erwiesen hat. Erste, als

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

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

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

in diesem Sinne gesichert anzusehende Präventionsprinzipien sind in den Kapiteln 6.2 und 7.2 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.

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 (z. B. Senioreneinrichtungen, Beschäftigungs- und Qualifizierungseinrichtungen)
- ▶▶ Direct-Mailingaktionen (z. B. für Schwangere, Eltern von Kindern bestimmter Altersgruppen etc.)

- ▶▶ Bringstruktur (aufsuchende Beratung der spezifischen Zielgruppe).

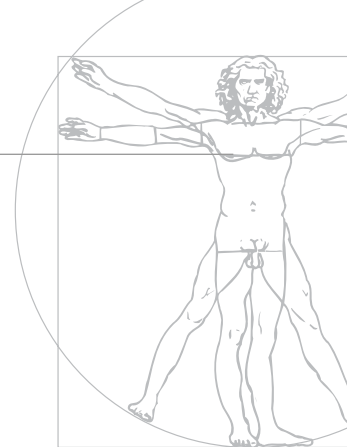
Der jeweilige Anbieter hat die vorgenannten Kriterien in seinem Konzept darzustellen und zu berücksichtigen.

Um sozial benachteiligten Personen eine Beteiligung an Präventionsmaßnahmen des individuellen Ansatzes zu erleichtern, können die Krankenkassen für diesen Personenkreis nach vorheriger Prüfung und Genehmigung der Maßnahme die Kosten – für die Versicherten vorleistungsfrei – ganz oder teilweise direkt übernehmen.

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. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich daher zusätzlich zu diesem Leitfaden freiwillig auf Instrumente und Verfahren zur Sicherung der Strukturqualität der Angebote, zur Dokumentation sowie zur Evaluation der Leistungen verständigt: Um zu gewährleisten, dass die Anbieter von Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen



Gesundheitsförderung über die nach diesem Leitfaden erforderlichen Qualifikationen verfügen, die vermittelten Inhalte und Methoden sowie die Bedingungen der Durchführung den definierten Anforderungen entsprechen und qualitätsgesichert sind (Strukturqualität), stellen die Spitzenverbände den Krankenkassen geeignete Instrumente zur Verfügung¹⁶.

Darüber hinaus werden die Leistungen der Krankenkassen einheitlich dokumentiert¹⁷. Die Dokumentation stellt die erforderliche Transparenz über die Leistungsanspruchnahme und -erbringung auch unter qualitativen Gesichtspunkten her.

In einem dritten Schritt haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsame und einheitliche Instrumente der Erfolgskontrolle entwickelt. Diese Instrumente sind in Feldversuchen umfassend getestet worden. Mittels dieser Instrumente kann stichprobenartig Aufschluss gewonnen werden, zu welchem Grad die vorab festgelegten Maßnahmeziele erreicht wurden¹⁸. Derzeit werden Verfahren zur Implementierung der Instrumente einschließlich ihrer Auswertung für den Routineeinsatz entwickelt.

3.3 KOMMISSION ZUR WEITERENTWICKLUNG DER HANDLUNGSFELDER UND KRITERIEN

Die Spitzenverbände der Krankenkassen beteiligen bei der Anpassung des Leitfadens zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen ebenfalls unabhängigen Sachverständigen. 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 zur Begutachtung der Entwicklung im

Gesundheitswesen (SVR), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG), der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zusammen. Ständige Gäste sind jeweils ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK). Zu Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden darüber hinaus die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) sowie der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) beteiligt. Im Bedarfsfall können bei themenspezifischen Fragestellungen auf Vorschlag der Beratenden Kommission und Beschluss der Spitzenverbände der Krankenkassen weitere Experten zu den Beratungen hinzugezogen werden. Die Beratende Kommission tagt im Regelfall zweimal pro Jahr und unterstützt die Spitzenverbände der Krankenkassen im Rahmen der §§ 20 und 20a SGB V insbesondere hinsichtlich der folgenden Themenfelder:

- » Weiterentwicklung der gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a 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 Qualitätssicherungs-routinen)
- » Weiterentwicklung praktikabler und ökonomischer Methoden zur Auswertung gesundheitsbezogener Daten und ggf. Ableitung geeigneter Präventionsmaßnahmen
- » Empfehlungen zu weiteren Kooperationen
- » Erfahrungsaustausch über Praxismodelle
- » Weitergabe wissenschaftlicher Erkenntnisse.

16 Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen in Zusammenarbeit mit Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2001): Materialien zum Qualitätsmanagement in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, Oktober 2001, Eigenverlag.

17 Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008): Präventionsbericht 2007: Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2006. Essen 2008.

18 Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008): Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu § 20 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen. Bergisch Gladbach.

4. PRÄVENTIONS- UND GESUNDHEITSFÖRDERUNGSZIELE DER GKV

In Prävention und Gesundheitsförderung sind gemeinsame Ziele notwendig, um die Anstrengungen und Ressourcen verschiedener Akteure zu bündeln. Nationale Präventionsziele sollten in einem breiten demokratischen Prozess entwickelt und politisch legitimiert werden. Die GKV-Spitzenverbände unterstützen daher die begonnene Entwicklung nationaler Präventions- und Gesundheitsförderungsziele auf Bundesebene, z. B. im Rahmen des Forums zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland ("gesundheitsziele.de")¹⁹.

Da für die Prävention und Gesundheitsförderung derzeit noch keine nationalen Ziele existieren, haben die GKV-Spitzenverbände eigene Ziele verabschiedet. Die Ziele wurden unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen und anderer Organisationen (z. B. "gesundheitsziele.de") definiert und gelten zunächst für die Jahre 2008 bis 2009. Sie sollen dazu anregen, dass die Krankenkassen in diesem Zeitraum gemäß den in diesem Leitfaden festgelegten Handlungsfeldern und Qualitätskriterien diejenigen Maßnahmen ausweiten, die zur Erreichung der Ziele beitragen. Dabei bleibt aber die Vielfalt an Handlungsmöglichkeiten für die Krankenkassen vor Ort gemäß diesem Leitfaden bestehen.

Der Erreichungsgrad der quantifizierten Teilziele wird von den GKV-Spitzenverbänden kontinuierlich mit Hilfe der Kassenarten übergreifenden Dokumentation überprüft. Im Jahr 2010 wird unter Zugrundelegung dieser Daten über eine eventuelle Neuausrichtung entschieden.

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

4.1 ENTWICKLUNG BUNDESWEITER PRÄVENTIONS- UND GESUNDHEITSFÖRDERUNGSZIELE

Um zu gewährleisten, dass sich diese Ziele am epidemiologisch abgeleiteten Bedarf der Versicherten orientieren, haben die GKV-Spitzenverbände für die Primärprävention ein hierarchisches, morbiditätsorientiertes Auswahlsystem zur Zieldefinition mit folgenden Elementen zugrunde gelegt:

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

Diese Form einer datengestützten, hierarchisierenden Zielauswahl ist angemessen, wenn das Auftreten definierter Krankheiten reduziert werden soll. Geht es hingegen um die gesundheitsförderliche Entwicklung bzw. Gestaltung von Lebenswelten, stehen positive Gestaltungsziele im Vordergrund. Mit positiven Gestaltungszielen sollen Prozesse in der jeweiligen Lebenswelt ausgelöst und angeleitet werden, die zu einer Reduktion der Eintrittswahrscheinlichkeit für eine Mehrzahl von Erkrankungen bzw. von Krankheit überhaupt führen. Die Ziele in der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten wurden nach diesem Konzept entwickelt und für die einzelnen Lebenswelten/Settings in partizipativen Prozessen konkretisiert²⁰.

19 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2003): gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von nationalen Gesundheitszielen in Deutschland. Köln.
20 Vgl. Initiative Gesundheit und Arbeit (Hrsg.) (2005): Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen. IGA-Report Nr. 8, Essen, Dresden und Bonn (Eigenverlag). Internet: <http://www.iga-info.de>

4.2 NICHTBETRIEBLICHE PRÄVENTIONS- UND GESUNDHEITSFÖRDERUNGSZIELE

Die GKV-Spitzenverbände haben als Oberziel für die Primärprävention außerhalb von Betrieben die "Reduktion von Krankheiten des Kreislaufsystems" definiert, da diese Krankheitsgruppe im Hinblick auf Mortalität, Morbidität und Kosten die höchste epidemiologische Bedeutung besitzt. Hinsichtlich der zu adressierenden Zielgruppen empfehlen die GKV-Spitzenverbände zunächst eine Fokussierung auf Kinder, Jugendliche, junge sowie werdende Eltern. In der Übersicht sind die zur Umsetzung geeigneten Teilziele aufgeführt

Die vorrangig vorgeschlagenen Maßnahmen zu Teilziel 1 bestehen aus Beratungen und Aufklärungsmaßnahmen (Elterninformation, -aktionen/-projekte, Mailings, Versichertenzeitschriften) entsprechend dem Auftrag aus § 1 SGB V. Zielgruppe der Maßnahmen nach den Teilzielen 2 und 3 sind Kinder und Jugendliche im Kindergarten- bzw. Schulalter. Für die KiTa- und schulbezogenen Präventionsmaßnahmen der GKV wird eine multimodale Ausrichtung (mindestens auf zwei Themen aus Bewegung, Ernährung, Entspannung/Stressbewältigung, Suchtvorbeugung und allgemeiner Lebenskompetenz) empfohlen. Ebenfalls empfohlen wird die gleichgewichtige Berücksichtigung der Verhaltensprävention (Wissensvermittlung, Kompetenzstär-

kung, Einstellungsänderung) und der Verhältnisprävention (gesundheitsförderliche Umgestaltung von Strukturen und Abläufen in der Schule bzw. der KiTa z. B. durch Umgestaltung der Curricula, der Pausen(raum)gestaltung, der Zeitstruktur des Unterrichts und der nachmittäglichen AG-Angebote u.v.m). Die Aktivitäten können nicht von den Krankenkassen allein umgesetzt werden, vielmehr haben die Verantwortlichen für die Schule bzw. die KiTa entsprechend den Grundsätzen des GKV-Leitfadens Prävention ebenfalls Ressourcen zur Umsetzung einzubringen.

Die nichtbetrieblichen Präventionsziele der GKV lauten: ► **Tabelle 1**

Die nichtbetrieblichen Gesundheitsförderungsziele der GKV lauten: ► **Tabelle 2**

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

1	Oberziel Prävention "Reduktion von Krankheiten des Kreislaufsystems" (Zielgruppen: Kinder, Jugendliche und junge Familien)
Zielgruppen Kinder* und ihre Eltern	Teilziele 1. Besondere Zielgruppenorientierung von Aufklärungs- und Beratungsangeboten der Krankenkassen auf junge Familien und Alleinerziehende zur Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung und elterlichem Rauchverzicht
3-6 jährige Kinder	2. Steigerung der Zahl der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten erreichten Kinder in Kindertagesstätten um 20% innerhalb von zwei Jahren (2008-2009).
schulpflichtige Kinder und Jugendliche	3. Steigerung der Zahl der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten erreichten Kinder/Jugendlichen in Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen um 10% innerhalb von zwei Jahren (2008-2009).
* insbesondere 0-2-jährige Kinder	

2	Oberziel Gesundheitsförderung "Die salutogenen Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen ausschöpfen"
Zielgruppen Kinder* und ihre Eltern	Teilziele 1. Aktive Mitwirkung der Krankenkassen in Bündnissen für Kindergesundheit oder ähnlichen Gremien auf Gemeindeebene
3-6 jährige Kinder	2. Steigerung der Anzahl an Kindertagesstätten mit etablierten Steuerungskreisen für Gesundheit (intern oder einrichtungsübergreifend), an denen mindestens die GKV, der KiTa-Träger und Elternvertreter beteiligt sind, um 20% innerhalb von zwei Jahren (2008-2009)
schulpflichtige Kinder und Jugendliche	3. Steigerung der Anzahl an Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen mit etablierten Steuerungskreisen für Gesundheit, an denen mindestens die GKV, der Schulträger, die Schulleitung und Lehrerschaft sowie Eltern und Schüler/innen (ab Sekundarstufe II) vertreten sind um 10% innerhalb von zwei Jahren (2008-2009)
* insbesondere 0-2-jährige Kinder	

4.3 BETRIEBLICHE PRÄVENTIONS- UND GESUNDHEITSFÖRDERUNGSZIELE

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

In der Übersicht sind die zur Umsetzung geeigneten Teilziele aufgeführt: ► **Tabelle 3**

3	Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention: "Reduktion von Psychischen und Verhaltensstörungen"
	Teilziele 1. Steigerung der Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung "gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung" um 10% innerhalb von zwei Jahren
	2. Steigerung der Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung Stressbewältigung/Stressmanagement um 10% innerhalb von zwei Jahren
	3. Steigerung der Teilnahme älterer Arbeitnehmer an betrieblichen Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen um 10% innerhalb von zwei Jahren

Die arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderungsziele für die GKV lauten: ► **Tabelle 4**

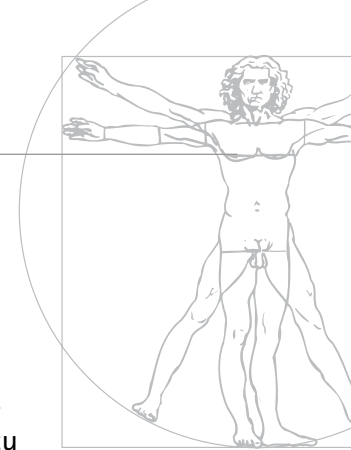
4

Oberziel arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung:

"Die salutogenen Potenziale der Arbeitswelt ausschöpfen"

Teilziele

1. Steigerung der Anzahl an Betrieben mit betrieblichen Steuerungskreisen um 10% innerhalb von zwei Jahren
2. Steigerung der Anzahl an Betrieben, in denen betriebliche Gesundheitszirkel durchgeführt werden um 10% innerhalb von zwei Jahren
3. Steigerung der Anzahl an Betrieben mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben um 10% innerhalb von zwei Jahren



5. ÜBERGREIFENDE ANFORDERUNGEN

Der Leitfaden beschreibt neben dem Setting-Ansatz (s. Kapitel 6.1) folgende prioritäre thematische Handlungsfelder – mit teilweise mehreren Präventionsprinzipien – für die Primärprävention (Individualer Ansatz, s. Kapitel 6.2) und die betriebliche Gesundheitsförderung (s. Kapitel 7.2): ► **Tabelle 5**

Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz und im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung umfassen über die Senkung von Risiken für Erkrankungen und die Förderung gesundheitlicher Ressourcen hinaus auch die Bildung und Entwicklung von gesundheitsfördernden Strukturen in Organisationen und Betrieben.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit sowie im Hinblick auf die praktische Umsetzung werden die einzelnen Handlungsfelder mit ihren Präventionsprinzipien getrennt dargestellt.

Für die praktische Umsetzung wurden jedem Präventionsprinzip Kriterien (Bedarf, Wirksamkeit, Ziel-

gruppe, 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 und 20a 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.

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

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

Die Angebote müssen weltanschaulich neutral ausgerichtet sein und den im Folgenden beschriebenen evidenzbasierten Präventionsprinzipien sowie den dazu formulierten Kriterien entsprechen, insbesondere durch:

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

Anbieter der von Krankenkassen geförderten Maßnahmen müssen sich grundsätzlich bereit erklären, sich an durch die Krankenkassen oder ihre Verbände initiierten bzw. durchgeführten Maßnahmen der Evaluation zu beteiligen.

Präventionsmaßnahmen/Kurse umfassen in der Regel 8 bis 12 Kurseinheiten. Diese können im Ausnahmefall für besondere Zielgruppen, die nicht an regelmäßigen Kursangeboten teilnehmen können, auch als Block- oder Kompaktangebote umgesetzt werden (im Übrigen gelten für sie ebenfalls die Qualitätsanforderungen nach den Kapiteln 5. und 6.2).

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 (Dauerangebote) kann von den Krankenkassen nicht finanziert werden.

Zur Erhöhung der Breitenwirksamkeit empfehlen die Spitzenverbände der Krankenkassen eine Begrenzung der Inanspruchnahme auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Jahr aus unterschiedlichen Handlungsfeldern. Um der fortschreitenden Nutzung moderner interaktiver Techniken Rechnung zu tragen, können grundsätzlich auch evaluierte interaktive Selbstlernprogramme (z. B. mit persönlicher Betreuung per Telekommunikation, Internet, E-Mail) gefördert werden. Dabei müssen selbstverständlich alle Kriterien und Rahmenbedingungen des Leitfadens erfüllt sein.

Die Krankenkassen weisen ihre Versicherten auf ergänzende Angebote, z. B. von Sportvereinen, Volkshochschulen etc. hin, die von den Versicherten in Eigenverantwortung wahrgenommen werden können. Die Übernahme bzw. Bezuschussung von Mitgliedschaftsbeiträgen in Sportvereinen, Fitnessstudios u.ä. Einrichtungen sowie die Gewährung finanzieller Anreize nach § 20 SGB V hierzu ist nicht zulässig. Gleiches gilt für die Verrechnung von aktuellen oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen mit Kursgebühren. Grundsätzlich sollten die von Krankenkassen geförderten Präventionsangebote in Fitness-Studios, Vereinen u.ä. Einrichtungen auch Nichtmitgliedern offen stehen. Angebote, die organisatorisch an bereits bestehende Mitgliedschaften gebunden sind, können nur dann bezuschusst werden, wenn der Versicherte für die Teilnahme nachweislich zusätzliche Kursgebühren zu entrichten hat.

Darüber hinaus sind primärpräventive Angebote nach § 20 SGB V in der Außendarstellung deutlich gegenüber Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke im Rahmen der ergänzenden Leistungen der Rehabilitation nach § 43 SGB V abzugrenzen.

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.

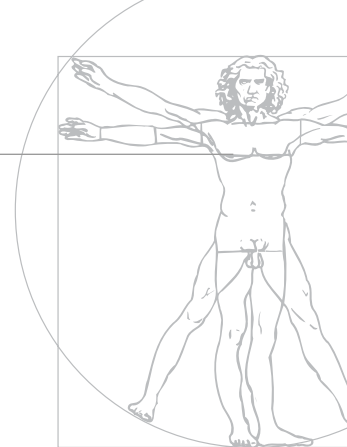
Grundsätzlich müssen die Anbieter/Kursleiter neben der Berufserfahrung im jeweiligen Fachgebiet über pädagogische, methodische und didaktische Kompetenzen verfügen. Da die spezifische Aufgabe auch darin besteht, sozial Benachteiligte zu erreichen, sollten die Anbieter/Kursleiter zusätzlich über sozialpädagogische 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/Kursleiter 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 und 20a 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.



6. PRIMÄRPRÄVENTION NACH § 20 ABS. 1 SGB V

Maßnahmen zur Primärprävention sollen den Gesundheitszustand der Versicherten insgesamt verbessern und stehen grundsätzlich allen Versicherten offen. Die Krankenkassen fördern daher sowohl Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz als auch nach dem individuellen Ansatz (vgl. Kapitel 3.1).

6.1 SETTING-ANSATZ

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

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

Die Maßnahmen müssen die nachstehenden Förderkriterien erfüllen²¹.

- ▶ Für die geplanten Aktivitäten besteht ein eindeutig erkennbarer Bedarf.
- ▶ Es werden insbesondere sozial benachteiligte Zielgruppen in ihren Lebensumfeldern erreicht.
- ▶ Eine gesundheitsfördernde Gestaltung von Lebensräumen für diese Zielgruppen wird initiiert.
- ▶ Die für das jeweilige Setting zuständigen Hauptakteure sind in die Planung und Durchführung kooperativ eingebunden.
- ▶ Die geplanten Aktivitäten führen über die Krankheitsvermeidung hinaus zu einer Stärkung von gesundheitsfördernden und -schützenden Rahmenbedingungen.
- ▶ Der Projektverlauf und seine Ergebnisse werden im Projektteam regelmäßig reflektiert und bewertet (Qualitätssicherung).
- ▶ In die Maßnahmenplanung und -durchführung sind die Zielgruppen aktiv einbezogen, um sie

zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu befähigen (Empowerment).

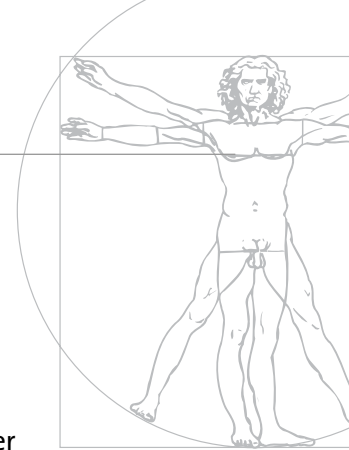
- ▶ Die geplanten Aktivitäten münden in einer dauerhaften Verstetigung des Prozesses.
- ▶ Die geplanten Aktivitäten führen zu einer weiteren Vernetzung zwischen Institutionen – auch außerhalb des Gesundheitsbereiches im engeren Sinn – und fördern eine konstruktive Zusammenarbeit.
- ▶ Der für das Setting zuständige Träger bringt einen angemessenen Anteil an Eigen-/ Drittmitteln – auch in Form geldwerter Leistungen – in die projektbezogenen Aktivitäten ein.

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

1. **Bedarfsermittlung:** Durchführung einer Analyse zur Ermittlung von settingspezifischen Belastungsschwerpunkten, Veränderungsbedarfes und -potentialen bei den betroffenen Gruppen.
2. **Zielformulierung:** Abgestimmte Priorisierung von Zielen und Einigung über Ergebnisparameter.
3. **Zielkonkretisierung:** Konkretisierung der Ziele in – ggf. mehrstufigen – Interventionen, Einigung über (Zwischen-) Ergebnisparameter und Bewertungsmaßstäbe.
4. **Aufgabenverteilung:** Festlegung der Rollen der Akteure, Kooperationspartner und Finanziers für die Gestaltung der einzelnen Interventionen und Interventionsschritte inner- und außerhalb des Settings und der Finanzierung; Zeitplanung.
5. **Einigung über Qualitätsmanagement:** Festlegung von Routinen für die Dokumentation und Bewertung von Interventionen.
6. **Durchführung** der Intervention.
7. **Evaluation:** Bewertung der Durchführung und Ermittlung der Wirksamkeit der Interventionen – auch unter dem Gesichtspunkt der Verstetigung/ Nachhaltigkeit.

Die Krankenkassen erwarten, dass die beantragten Maßnahmen in politikfeldübergreifende gesundheitsförderliche Strategien und Vernetzungsprozesse eingebunden sind. Im Bereich der Gesundheitsfördernden Schule bedeutet dies z. B., dass sich auch die übrigen Verantwortlichen (z. B. Bildungsträger, Jugendhilfe) zu Gesundheitsförderung als Leitbild und Orientierung bekennen.

21 Vgl. auch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2005): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung Konkret Bd. 5, Köln.



Nicht förderungsfähig sind:

- ▶▶ Aktivitäten, die zu den Pflichtaufgaben kommunaler/staatlicher Stellen (z. B. Sportunterricht in Schulen, Betreuungsaktivitäten in offenen Ganztagschulen, Schuleingangsuntersuchungen durch den ÖGD, Suchtberatung – z. B. durch Suchtprophylaxebeauftragte) oder anderer Körperschaften des öffentlichen Rechts gehören
- ▶▶ Isolierte Kursangebote, die nicht von strukturellen Veränderungsaktivitäten in Settings begleitet werden und z. B. innerhalb der Unterrichtszeiten von Schulen bzw. Betreuungszeiten von Kindertagesstätten stattfinden
- ▶▶ Reine Forschungsprojekte/Screenings mit geringem Anteil von Interventionen
- ▶▶ Aktivitäten von politischen Parteien sowie parteinahen Organisationen und Stiftungen
- ▶▶ Aktivitäten, die einseitig Werbezwecken für bestimmte Einrichtungen, Organisationen oder Produkte dienen
- ▶▶ Berufliche Aus- und Weiterbildung
- ▶▶ Aktivitäten, die einen hohen Anteil an investiven Sachkosten (z. B. für Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenstände und Mobiliar) aufweisen
- ▶▶ Regelfinanzierung von auf Dauer angelegten Stellen (z. B. in Beratungseinrichtungen)
- ▶▶ Reine Aufklärungskampagnen

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

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

6.1.1 GESUNDHEITSFÖRDERNDE KINDERTAGESSTÄTTE

Kindertagesstätten (KiTas) eignen sich in besonderer Weise als Setting der Gesundheitsförderung, weil hier Kinder in einer Lebensphase erreicht werden, in der gesundheitsförderliche Erlebens- und Verhal-

tensweisen entscheidend beeinflusst und geprägt werden können. Damit werden u.a. wichtige Grundsteine für die weitere Bildungs- und Persönlichkeitsentwicklung der Kinder insgesamt gelegt. Ausgehend vom Setting "Kindertagesstätte" können auch die gesundheitlichen Rahmenbedingungen in den Familien positiv beeinflusst werden, denn insbesondere in der frühen Lebensphase von Kindern haben Eltern ein großes Interesse an der gesunden Entwicklung ihres Kindes. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen und Abläufe in Kindertagesstätten kann schließlich auch zur Verringerung der Belastungen und damit zur Verbesserung der Gesundheit der Erzieher/-innen beitragen.

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

Das Ziel der pädagogischen Arbeit der Kindertagesstätte, die Entwicklung einer "eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit"²², kann wesentlich auch durch Gesundheitsinterventionen in die physische, psychische und soziale Entwicklung der Kinder gefördert werden. Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertagesstätten ist daher nicht als isolierte Zusatzaufgabe zu begreifen, sondern stellt einen integralen Bestandteil des Bildungs- und Erziehungsauftrags der Kindertagesstätte dar.

Grundsätze:

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

1. Die Kindertagesstätte ist nicht nur Zugangsweg zur Erreichung der Kinder und ihrer Familien, sondern ist selbst Gegenstand gesundheitsförderlicher Umgestaltung.

2. Zielgruppen sind insbesondere die Kinder und deren Familien.
 3. Die Maßnahmen bauen auf dem tatsächlichen (selbst artikulierten) Bedarf der Kindertagesstätte – erhoben z. B. durch Befragungen bei Eltern und Erzieher/-innen – auf.
 4. Die Maßnahmen und Projektangebote werden von den Kindertagesstätten tatsächlich nachgefragt und gemeinsam mit den Verantwortlichen für die KiTa sowie unter Einbeziehung der Eltern umgesetzt.
 5. Es handelt sich um Gemeinschaftsprojekte mit mehreren Partnern bzw. Finanzierungsträgern; insbesondere hat auch der Träger der Kindertagesstätte selbst eigene sächliche oder finanzielle Mittel in das Projekt/die Maßnahme einzubringen.
 6. Umsetzung und Ergebnisse der Intervention werden dokumentiert, evaluiert und jedem Partner zur Verfügung gestellt.
- ▶ Das KiTa-Team sorgt für ein ausgewogenes und abwechslungsreiches Angebot frischer und gesunder Lebensmittel.
 - ▶ Die Kinder werden in die Zubereitung der Mahlzeiten – sofern die räumlichstrukturellen Voraussetzungen hierfür gegeben sind – aktiv integriert, um ihnen sinnliche Lernerfahrungen im Umgang mit Lebensmitteln zu ermöglichen.
 - ▶ Die Esssituation wird vom KiTa-Team gemeinsam mit den Kindern freudvoll und gesellig gestaltet.
 - ▶ Der Träger der Kindertagesstätte stellt vielfältige und möglichst naturnahe Bewegungsräume und Bewegungsmöglichkeiten zur Verfügung.
 - ▶ Über Bewegungsspiele in Gruppen werden die körperliche Leistungsfähigkeit, die Lernfähigkeit und -bereitschaft sowie die sinnlichen Erfahrungsmöglichkeiten der Kinder verbessert.
 - ▶ Über Entspannung im rhythmischen Wechsel mit Bewegungseinheiten werden die Körperwahrnehmung verbessert und die Lern- und Konzentrationsfähigkeit wiederhergestellt.

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

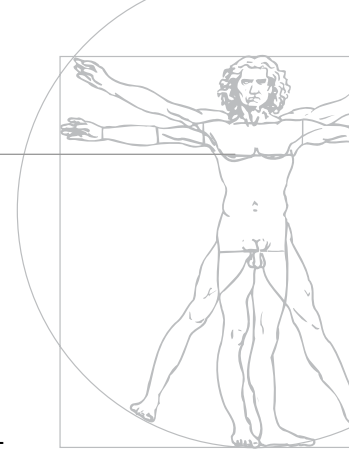
Ziele:

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten sollten insbesondere die Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung, Entspannung und Stressbewältigung sowie Resilienz (Widerstandsfähigkeit) umfassen und in deren Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrag integriert sein²³. In vielen Kitas werden entsprechende Ansätze bereits verfolgt. Die Rolle der Krankenkassen kann deshalb darin bestehen, solche Ansätze zu fördern und sich (evtl. in Kombination mit weiteren Handlungsfeldern wie Gewalt- und Suchtprävention) dabei auf die Erreichung folgender Ziele zu konzentrieren:

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

Bei der Planung und Umsetzung der Maßnahmen ist auf eine enge Kooperation mit den Eltern und eine Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse, Kompetenzen und Voraussetzungen zu achten. Hierzu gehören eine Transparenz des Geschehens in der Kinder-

23 S. Nationales Gesundheitsziel "Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung" in: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003): Bericht Gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Berlin. S. 132-164.



tagesstätte für die Eltern und ihre möglichst aktive Einbindung in gemeinsame Aktivitäten wie z. B. die Vorbereitung und Durchführung von Veranstaltungen mit dem KiTa-Team. Dabei bietet es sich auch an, Möglichkeiten zur Veränderung familiärer Gewohnheiten, z. B. bei der Ernährung und dem Medienkonsum zu erörtern. Eltern mit Migrationshintergrund und geringen Deutschkenntnissen sollten hierbei möglichst bedarfsgerecht (z. B. durch muttersprachliche Materialien bzw. Angebote) informiert und einbezogen werden.

Umsetzung:

Der Träger der Kindertagesstätte, das KiTa-Team sowie Krankenkassen und Unfallversicherungsträger beteiligen sich gemäß ihrem Aufgaben- und Verantwortungsbereich an dem Prozess der integrierten Bildungs- und Gesundheitsförderung. Hierbei ist die Kooperation mit den zuständigen kommunalen Ämtern (Jugend- und Gesundheitsamt) sowie Vereinen vor Ort zu empfehlen; wobei insbesondere bei Maßnahmen im Handlungsfeld Bewegung die Zusammenarbeit mit Sportvereinen sinnvoll ist, um die dauerhafte Bindung der Kinder an gesundheits-sportliche Aktivitäten zu gewährleisten. Weitere Akteure können je nach Schwerpunkt und regionalen Gegebenheiten einbezogen werden.

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

Auf längere Sicht ist der Beschluss des KiTa-Trägers anzustreben, in einen integrierten Prozess der Bildungs- und Gesundheitsförderung einzutreten sowie einen entscheidungskompetenten internen oder

einrichtungsübergreifenden Steuerungskreis für die Gesundheitsförderung zu etablieren (mit Beteiligung des KiTa-Trägers, der betrieblichen Verantwortlichen, der Krankenkasse, des zuständigen Unfallversicherungsträgers sowie der Eltern).

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

6.1.2 GESUNDHEITSFÖRDERNDE SCHULE

Die Schule eignet sich insbesondere für zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Primärprävention, weil hier alle Kinder und Jugendlichen einer bestimmten Altersstufe erreicht werden können. Die gesundheitlichen Bedingungen an Schulen sind mitentscheidend dafür, mit welcher Qualität die Schule ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag erfüllen kann. Die seit Anfang der 90er Jahre etablierten Aktivitäten und Strukturen in diesem Feld zeigen, dass es Schulen gelingen kann, sich zu gesundheitsfördernden Schulen zu entwickeln²⁴.

Grundsätze:

Die Krankenkassen bringen sich in die Umsetzung gesundheitsförderlicher Projekte im Setting Schule sowie in die Integration entsprechender Elemente in den Unterricht partnerschaftlich ein. Bei der Entscheidung darüber, in welchen Projekten sich Krankenkassen engagieren, sind die nachfolgenden Kriterien handlungsleitend²⁵:

- 24 Barkholz, U., Gabriel, R., Jahn, H., Paulus, P. (2001): Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen. Hrsgg. vom Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- 25 Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Bundesverband der Unfallkassen und Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung (2004): Empfehlungen zur Gesundheitsförderung in Schulen. Bergisch Gladbach und München.

1. Die Schule dient nicht nur als Zugangsweg zur Erreichung der Schülerinnen und Schüler, sondern ist selbst Gegenstand gesundheitsförderlicher Umgestaltung.
2. Zielgruppen sind insbesondere die Schülerinnen und Schüler und deren Familien.
3. Der Bedarf der Zielgruppen an gesundheitsfördernden Interventionsmaßnahmen ist – z. B. durch Daten der Gesundheitsberichterstattung sowie einer schulischen Unfall- und Fehlzeitenstatistik – begründet.
4. Die Projektangebote werden von den Schulen tatsächlich nachgefragt.
5. Es handelt sich um Gemeinschaftsprojekte mit mehreren Partnern bzw. Finanzierungsträgern.
6. Umsetzung und Ergebnisse der Interventionen werden dokumentiert und evaluiert und jedem Partner zur Verfügung gestellt.

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

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

Ziele:

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

1. Das gesundheitsbezogene Verantwortungsbewusstsein des Einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft wird gefördert.
2. Gesundheitsförderung im Bereich "Schule" wird im breiten Sinne als Bildungsressource begriffen, die den Schülerinnen und Schülern u.a. auch dazu verhilft, sich zu mündigen Nutzern der sozialen Sicherungssysteme zu entwickeln. Dabei ist unter aktiver Einbeziehung der Lernenden ein kohärentes Curriculum für diesen Problem-bereich zu erstellen.
3. Es werden Netzwerke initiiert, die ausgehend von Schulen nachhaltig gesundheitsförderliche Strukturen in der Region unterstützen. Dabei ist die Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen zur

Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung auch außerhalb der Schule auszu-loten.

4. Alle Schülerinnen und Schüler werden befähigt, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial auszuschöpfen und ihre Selbstachtung zu fördern (Empowerment). Dabei werden zur Förderung von Gesundheit der gesamten Schulgemeinschaft (Kinder und Erwachsene) klare Ziele gesteckt.
5. Durch Berücksichtigung von Aspekten der Gesundheitsförderung bei allen wichtigen Entscheidungen, durch die (Weiter-) Entwicklung partizipativer Strukturen und durch Stärkung der persönlichen Kompetenzen wird ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernklima für alle Beteiligten geschaffen.
6. Durch eine angemessene Gestaltung der Gebäude, Einrichtungen/Möblierung, Spielflächen, Schulmahlzeiten, Sicherheitsmaßnahmen usw. wird ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernumfeld geschaffen.

Umsetzung:

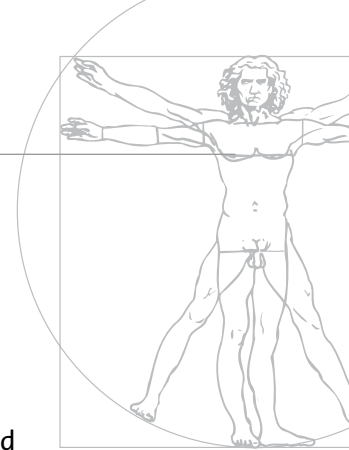
Alle Partner beteiligen sich gemäß ihrem Aufgaben- und Verantwortungsbereich an dem Prozess zur Gesundheitsförderung. Zur Erreichung einer möglichst hohen Effektivität legen die beteiligten Partner ihre Aufgaben vor Beginn im Konsens fest. Dies dient einer zielführenden Projektarbeit, identifiziert Schnittstellen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

Notwendig sind:

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

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

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



Vertreter der folgenden verantwortlichen Akteursgruppen kommen als Mitglieder im Schulprojektteam in Frage:

1. Schulleitung und Lehrer,
2. Schüler,
3. Eltern,
4. Schulträger,
5. Schulaufsicht,
6. Unfallkassen und Gemeinde-Unfallversicherungsverbände,
7. Öffentlicher Gesundheitsdienst
8. Krankenkassen,
9. private Krankenversicherungen.

Weitere Akteure sollten je nach Schwerpunkt des Gesundheitsförderungsprojektes und regionalen Gegebenheiten im Schulprojektteam mitwirken, z. B.: Landesvereinigungen für Gesundheit oder vergleichbare Organisationen, Kommunale Vertreter, Vereine (z. B. Sportvereine), Polizei, Unternehmen, Ärzte/Zahnärzte, Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Stiftungen, etc.

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

6.1.3 GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER KOMMUNE/IM STADTTEIL

Da die Lebensverhältnisse in der Kommune/im Stadtteil sich auf die Gesundheit der dort lebenden Bevölkerung auswirken, kommt dem Thema kommunaler Gesundheitsförderung eine wachsende Bedeutung zu. Die Umsetzung dieser Erkenntnis erfordert eine stärkere Verknüpfung von Stadtteil- bzw. Kommunalentwicklung und Gesundheitsförderung. Solche integrierenden Handlungskonzepte sind in

den letzten Jahren sowohl im Bereich der Stadtentwicklung unter dem Stichwort "Sozialraumorientierung" als auch als "Setting-Ansatz" in der Gesundheitsförderung entwickelt und erprobt worden. Beide Bereiche setzen dabei auf ein koordiniertes Vorgehen, nutzen ähnliche Steuerungselemente und sehen die Beteiligung der Bewohner als unverzichtbar. Die Kommune sowohl als Sozialraum als auch als gesundheitsförderliches Setting weiter zu entwickeln heißt, die Bereiche zu benennen, in denen Maßnahmen und Akteure zu einem bestimmten Konzept zusammengefügt werden sollen.

Die Krankenkassen beteiligen sich an der bundesweiten Dokumentation und Vernetzung der "Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten"²⁶ der BZgA und Gesundheit Berlin e.V. durch aktiven Erfahrungsaustausch, Entwicklung von Qualitätskriterien für gute Praxis und Mitwirkung bei der Identifikation von "Good Practice Projekten". Initiativen aus der Gesunde-Städte-Bewegung gehören dabei ebenso zu dem Kreis der wichtigen Akteure im kommunalen Setting wie Soziale-Stadt-Programme und die als Good Practice gekennzeichneten Projekte; sie alle sind mögliche Kooperationspartner für Krankenkassen²⁷.

Mögliche Handlungsfelder können von den o.g. Programmen abgeleitet werden. Hierzu gehören u.a. Kinder- und Jugendhilfe, Sport und Freizeit, Soziale Aktivitäten und soziale Infrastruktur, Schule und Bildung, Stadtteilkultur, Zusammenleben unterschiedlicher sozialer und ethnischer Gruppen, Qualifizierung und Ausbildung, Verkehr, Familienhilfe, Seniorenhilfe, Gesundheit. Alle Handlungsfelder der Soziale-Stadt-Programme zielen darauf ab, die Lebensqualität im Stadtteil zu erhöhen und dadurch auch die gesundheitlichen Lebensbedingungen der Bevölkerung zu verbessern. Damit ergeben sich Verbindungen zum Anliegen der Krankenkassen in der Gesundheitsförderung.

26 Internet: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

27 Vgl. hierzu: Arbeitsgruppe Gesundheitsfördernde Städte- und Gemeindeentwicklung im Verein für Kommunalwissenschaften (2003): Gesundheitsfördernde Stadt- und Gemeindeentwicklung, in: Zukünfte, Heft 45, S. 13 f.; Böhme, C., Schuleri-Hartje, U.-K. (2003): Gesundheitsförderung - Schlüsselthema integrierter Stadtentwicklung, in: Soziale Stadt - Info 11, S. 2ff.; Trojan, A. (2003): Integrierte Berichterstattung als Planungsgrundlage einer nachhaltigen Stadtentwicklung, in: Soziale Stadt - Info 11, S. 4ff.

Bei der Gesundheitsförderung in der Kommune/im Stadtteil handelt es sich um einen für die Krankenkassen noch neuen Aufgabenbereich. Hierin sind insbesondere die Aspekte von besonderer Bedeutung, in denen explizit auf die Gesundheitsförderung im Stadtteil abgezielt wird.

Nachhaltige Verbesserungen der Gesundheit erwarten sich die Krankenkassen insbesondere von solchen Projekten, die in kommunale Gesamtstrategien wie die Gesunde Städte- oder Soziale Stadt-Bewegung eingebettet sind, mit denen Kommunen ihre Verantwortung und ihren Gestaltungswillen für gesündere und sozial ausgleichende Lebensbedingungen in der Stadt/in Stadtteilen dokumentieren und die den Kriterien für gute Praxis entsprechen²⁸.

Folgende Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine nachhaltig gesundheitsförderliche Stadt(teil)entwicklung:

- ▶ die Aufnahme des Ziels Gesundheit in den Zielkatalog der Kommune
- ▶ eine systematische Gesundheitsberichterstattung, die längerfristig mit der Sozialberichterstattung zu integrieren ist
- ▶ daraus abgeleitete, mit Zielen anderer kommunaler Ressorts (Stadtentwicklung, Jugendhilfe, Bildung) abgeglichen und unter Beteiligung der Bürger entwickelte Gesundheitsziele
- ▶ die Schaffung geeigneter Entscheidungs- und Umsetzungsstrukturen (Gesundheitskonferenzen, Stadtteilzentren, Vernetzungs- und Beteiligungsbüros)
- ▶ die Etablierung von Gesundheitsverträglichkeit als Entscheidungskriterium für öffentliche Planungen.

Die Krankenkassen unterstützen deshalb insbesondere solche gesundheitsbezogenen Projekte in Kommunen, die den oben genannten Qualitätskriterien und begünstigenden Faktoren entsprechen.

6.2 INDIVIDUELLER ANSATZ – HANDLUNGSFELDER

Krankenkassen können Maßnahmen entsprechend den nachstehend definierten Handlungsfeldern und Kriterien unter Beachtung der in Kapitel 5 beschriebenen übergreifenden Anforderungen fördern.

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 abzu zielen.

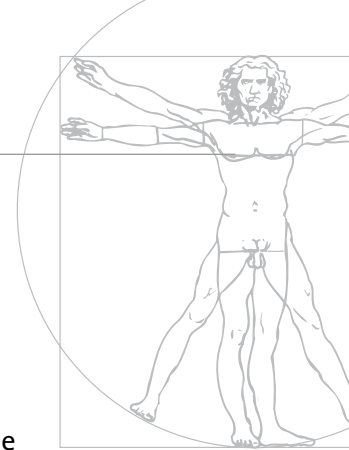
6.2.1 BEWEGUNGSGEWOHNHEITEN

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 gehören²⁹. 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 Interventionen³⁰. 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

28 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2005): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung Konkret Bd. 5, Köln.

29 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 Departments of Health and Human Services (1996). Physical activity and health. A report of the Surgeon General. Centers of Disease Control and Prevention: Atlanta, USA.

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



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)³¹. 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, Fitnesssport, Freizeitsport etc. können zwar auch mehr oder weniger zufällig einzelne Gesundheitsaspekte fördern, sind damit aber noch kein Gesundheitssport. Gleichwohl können Elemente aus diesen Bereichen in Gesundheitssportprogramme sinnvoll integriert werden³².

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 zugrunde³³, so wird diese in den hoch industrialisierten Ländern derzeit nur von maximal 10-20% der erwachsenen Bevölkerung erreicht³⁴. Die Folgen sind kata-

strophal 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 bezeichnet³⁵.

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 psychosomatischen) 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 dar³⁶.

Zielgruppe:

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

Ziel der Maßnahme:

Zur Erzielung von Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniswirkungen und der zu erlangenden Hand-

- 31 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.
- 32 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.
- 33 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.
- 34 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.
- 35 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.
- 36 Blair, S.N. & Connelly, J.C. (1996). How much physical activity should we do? The case for moderate amounts and intensities of physical activity. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 67 (2), 193-205. *Gesundheitssport - Ein Handbuch*. Schorndorf: 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.

lungskompetenz und Eigenverantwortung sind sechs Kernziele anzusteuern³⁷:

- ▶ Kernziel 1: Stärkung physischer Gesundheitsressourcen (insbesondere die Faktoren gesundheitsbezogener Fitness, Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit, Entspannungsfähigkeit)
- ▶ Kernziel 2: Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen (insbesondere Handlungs- und Effektwissen, Selbstwirksamkeit, Stimmung, Körperkonzept, Soziale Kompetenz und Einbindung)
- ▶ Kernziel 3: Verminderung von Risikofaktoren (insbesondere solche des Herz-Kreislauf-Systems sowie des Muskel-Skelettsystems)
- ▶ Kernziel 4: Bewältigung von psycho-somatischen Beschwerden und Missbefindenszuständen
- ▶ Kernziel 5: Aufbau von Bindung an gesundheits-sportliche Aktivität
- ▶ Kernziel 6: Verbesserung der Bewegungsverhältnisse (u.a. durch den Aufbau kooperativer Netzwerke beim Zugang zu einer gesundheitssportlichen Aktivität und bei deren Weiterführung³⁸)

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

Inhalt:

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

- ▶ Module zur Verbesserung der physischen Ressourcen Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit, mit Hinweisen zur Belastungsdosierung und Belastungsanpassung, zur korrekten Ausführung von Aufgabenstellungen und Übungen, zur motivierenden Durchführung der Module (z. B. Einsatz von Musik, Herstellung positiver sozialer Kontexte, Kursleiterverhalten)
- ▶ Lockerungsübungen im Rahmen der genannten

Module zur Förderung der physischen Ressourcen sowie ein Modul zur Verbesserung der Entspannungsfähigkeit 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
- ▶ 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 gesundheits-sportlicher 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 gesundheits-sportliche Aktivität aufzunehmen und beizubehalten (u.a. zielgruppenangemessene Belastungsvorgaben)

³⁷ 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., Pahmaier, I., Tiemann, M., Ungerer-Röhrich, U. & Bös, K. (2002). Psychosoziale Ressourcen - Stärkung von psychosozialen Ressourcen im Gesundheitssport. Deutscher Turnerbund: Frankfurt.

³⁸ 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).

- ▶ 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, Master, Bachelor), 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 Vereinsangebote beschränkt, die mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet wurden. Weiterhin muss das Präventionsangebot alle hier und in Kapitel 5 dieses Leitfadens genannten Kriterien erfüllen.

Freizeit- und Breitensportprogramme, Maßnahmen ausschließlich zum Erlernen einer Sportart, Trainingsprogramme mit einseitigen körperlichen Belastungen, reines oder überwiegendes gerätegestütztes Training sowie Dauerangebote sind nicht förderungsfähig.

Zusätzlich gelten die in Kapitel 5 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

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 Aktivitäten³⁹. 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.

39 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 in 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

Ziel der Maßnahme:

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

Inhalt:

Die folgenden Inhalte beziehen sich wie beim Präventionsprinzip "Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität" grundsätzlich auf die sechs Kernziele von Gesundheitssport. Im Hinblick auf die Prävention der unter "Bedarf" genannten Krankheitsarten gilt es, die Inhalte jeweils auf die spezifischen Problembereiche zu beziehen und dabei u.a. spezielle Ressourcen zu betonen (z. B. die Ausdauer bei Problemen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems), indikationsbezogene Inhalte deutlich zu machen (z. B. Zusammenhang zwischen Bewegung und Ernährung bei Problemen im metabolischen Bereich) oder problemzentrierte Bewältigungsstrategien zu spezifizieren (z. B. Schmerzbewältigung bei Problemen im Bereich des Muskel-Skelett-Systems) 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 psycho-somatischen 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, Master, Bachelor), Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Sport- und Gymnastiklehrer und Ärzte, sofern sie im Rahmen einer Schulung in das durchzuführende Bewegungsprogramm speziell eingewiesen sind und eine Zusatzqualifikation für den jeweiligen Problembereich bei anerkannten Institutionen (z. B. Rückenschullehrerlizenz⁴⁰, vergleichbar in anderen Indikationsbereichen) erworben haben.

Zur Durchführung von Maßnahmen für Personen mit speziellen Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems kommen auch Ergotherapeuten und Masseure (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.

Freizeit- und Breitensportprogramme, Maßnahmen ausschließlich zum Erlernen einer Sportart, Trainings-Programme mit einseitigen körperlichen Belastungen, reines oder überwiegendes gerätegestütztes Training sowie Dauerangebote sind nicht förderungsfähig.

Zusätzlich gelten die in Kapitel 5 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

6.2.2 ERNÄHRUNG

Der Ernährung kommt eine zentrale Rolle sowohl für den Erhalt der Gesundheit als auch bei der Entstehung bestimmter Erkrankungen zu. Nach Angaben des Ernährungsberichts 2004 sind über zwei Drittel aller Todesfälle auf Erkrankungen zurückzuführen, bei denen die Ernährung als alleinige Ursache oder als einer von mehreren Faktoren an der Krankheitsentstehung beteiligt ist⁴¹. Aufgrund der großen Bedeutung des Ernährungsverhaltens für die Entstehung dieser Erkrankungen stellt die Förderung einer gesundheitsgerechten Ernährung ein zentrales Handlungsfeld der Krankenkassen in der primären Prävention dar.

Das Ernährungsverhalten ist auch von strukturellen Voraussetzungen (wie z. B. der Verfügbarkeit eines qualitativ hochwertigen Lebensmittelangebots) abhängig. Um die Ernährungssituation in Deutschland nachhaltig zu verbessern, sind neben den in diesem Kapitel beschriebenen verhaltenspräventiven Ernährungsangeboten daher auch weitere, insbesondere verhältnispräventive Maßnahmen (z. B. in Bezug auf das Lebensmittelangebot und die Lebensmittelkennzeichnung), erforderlich, die nicht in die Zuständigkeit der GKV fallen.

PRÄVENTIONSPRINZIP: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

Für viele chronische Krankheiten wurde eine Abhängigkeit von der Ernährung festgestellt. Zu diesen zählen insbesondere Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, einige bösartige Neubildungen, Krankheiten des Verdauungssystems sowie endokrine Erkrankungen und Stoffwechselkrankheiten (darunter mit wachsender epidemiologischer Bedeutung Diabetes mellitus Typ 2)⁴². Zusätzlich werden Allergien und Lebensmittelunverträglichkeiten sowie Mangelkrankungen als durch die Ernährungsweise beeinflussbar angesehen⁴³.

⁴⁰ Entsprechend den Inhalten des Curriculums der Konföderation der deutschen Rückenschulen (KddR) zur Weiterbildung Rückenschullehrer/in. Internet: <http://www.kddr.de>

⁴¹ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) im Auftrag des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (Hrsg.): Ernährungsbericht 2004. Bonn. S. 94 und 96.

⁴² Ebd., S. 95.

⁴³ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (Hrsg.) (2007): DGE-Beratungsstandards. 8. Auflage, Bonn.

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

- ▶▶ Höhe und Qualität der Fettzufuhr,
- ▶▶ Höhe und Qualität der Kohlenhydratzufuhr (zu hoher Zuckerverzehr, zu geringe Aufnahme an Ballaststoffen),
- ▶▶ Höhe der Natriumzufuhr (zu hoher Kochsalzverzehr bei Erwachsenen über 50 Jahre)
- ▶▶ Versorgung mit Calcium, Jod und Vitamin D,
- ▶▶ Versorgung mit Folat und Eisen, insbesondere bei Frauen im gebärfähigen Alter
- ▶▶ ausreichende Flüssigkeitszufuhr⁴⁴.

Zur Verbesserung der Ernährungssituation sind Verhaltensänderungen in der Bevölkerung in Richtung einer fett-, zucker- und salzärmeren, gleichzeitig aber vitamin-, mineralstoff- sowie ballaststoffreicheren Ernährungsweise erforderlich⁴⁵.

Wirksamkeit:

Vorhandene Studien belegen, dass eine bedarfsgerechte und ausgewogene Ernährungsweise wirksam zur Verhütung zahlreicher Erkrankungen beitragen kann⁴⁶.

Ziel der Maßnahme:

- ▶▶ Stärkung der Motivation und Handlungskompetenz zu einer eigenverantwortlichen und nachhaltigen Umstellung auf eine individuell bedarfsgerechte Ernährung nach den jeweils aktuellen Lebensmittel-Empfehlungen⁴⁷ und DGE-Beratungsstandards⁴⁸ bzw. den Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE)⁴⁹ sowie
- ▶▶ ggf. Motivation zu vermehrter Bewegung im Alltag

Zielgruppe:

- ▶▶ Versicherte mit ernährungsbezogenem Fehlverhalten ohne behandlungsbedürftige

Erkrankungen des Stoffwechsels oder psychische (Ess-)Störungen

Inhalt:

Trainings-/Schulungsmodule

- ▶▶ zur Förderung eines bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsverhaltens
- ▶▶ zur Verhaltensmodifikation durch Training der flexiblen Verhaltenskontrolle
- ▶▶ zur Motivation zu vermehrter Bewegung im Alltag
- ▶▶ zum Einüben des verbesserten Koch- und Einkaufsverhaltens unter Einbeziehung des sozialen Umfelds und Berücksichtigung der Alltagssituation.

Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit:

- ▶▶ Produktwerbung und Produktverkauf
- ▶▶ Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln oder Formula-Diäten
- ▶▶ reine Koch- und Backkurse

Methodik:

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

Anbieterqualifikation:

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

- ▶▶ Diätassistenten
- ▶▶ Oecotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung; Abschlüsse: Diplom, Bachelor/ Master of Science)
- ▶▶ Ernährungswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Bachelor/Master of Science)
- ▶▶ Diplom-Ingenieure Ernährungs- und Hygiene-technik, Schwerpunkt "Ernährungstechnik",
- ▶▶ Diplom-Ingenieure Ernährung und Versorgungs-

⁴⁴ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) im Auftrag des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (Hrsg.): Ernährungsbericht 2004. Bonn. S. 62-67

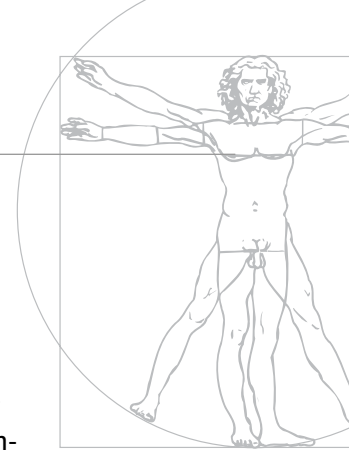
⁴⁵ Ebd., S. 67.

⁴⁶ Schacky, v. C. (2008): Primary prevention of cardiovascular disease – how to promote healthy eating habits in population? J Public Health 16:13-20.

⁴⁷ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE), aid e.V. (Hrsg.) (2006): Die Dreidimensionale Lebensmittelpyramide – Fachinformation. 2. Auflage, Bonn.

⁴⁸ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (Hrsg.) (2006): DGE-Beratungs-Standards. 8. Auflage, Bonn.

⁴⁹ Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE) (2005): Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen, Dortmund.



management, Schwerpunkt "Ernährung"
▶ Bachelor of Science Lebensmittel, Ernährung, Hygiene, Schwerpunkt "Lebensmittel und Ernährung" mit gültiger Zusatzqualifikation entsprechend einem der den folgenden Zertifikaten zugrunde liegenden Curricula:

- ▶ Ernährungsberater/DGE, Ernährungsmedizinischer Berater/DGE⁵⁰
- ▶ VDD-Fortbildungszertifikat⁵¹
- ▶ Zertifikat "Ernährungsberater VDO_E"⁵²
- ▶ VFED-Zertifizierung⁵³
- ▶ QUETHEB-Registrierung⁵⁴

sowie

- ▶ Ärzte mit gültigem Fortbildungsnachweis gemäß dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer⁵⁵. Zusätzlich kann hier der Nachweis der QUETHEB-Registrierung erbracht werden.

Zusätzlich gelten die in Kapitel 5 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

PRÄVENTIONSPRINZIP: Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Bedarf:

Nach den Daten der Nationalen Verzehrsstudie II (2005-2007) haben in Deutschland 45,5% der Männer und 29,5% der Frauen geringes bis mittelgradiges Übergewicht (BMI 25-29,9). Der Anteil adipöser Per-

sonen (starkes Übergewicht, BMI ≥ 30) liegt bei 20,5% (Männer) bzw. 21,1% (Frauen). Insgesamt gelten damit 66% der erwachsenen Männer und 51% der erwachsenen Frauen in Deutschland als übergewichtig oder adipös⁵⁶. Der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher (3-17 Jahre) betrug gemäß den Daten des Kinder und Jugend-Gesundheitssurveys im Durchschnitt der Jahre 2003-2006 15%, davon waren 6% adipös⁵⁷.

Sowohl bei Kindern/Jugendlichen als auch bei Erwachsenen hat der Anteil übergewichtiger Personen in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen⁵⁸. Durch Übergewicht und Adipositas erhöht sich das Risiko für zahlreiche Krankheiten insbesondere des Herz-Kreislauf-Systems, des Stoffwechsels, des Muskel- und Skelettsystems sowie für bestimmte Krebserkrankungen⁵⁹. Für das Erkrankungsrisiko spielt zusätzlich zum Übergewicht als solchem auch das Fettverteilungsmuster eine wichtige Rolle. Eine überhöhte viszerale Fettmasse (Taillenumfang >102 cm bei Männern und >88 cm bei Frauen) erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich⁶⁰.

Wirksamkeit:

Maßnahmen, die sowohl Module zu einem bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsver-

50 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE), Tel.: 0228 3776-661, E-Mail: fortbildung@dge.de, Homepage: <http://www.dge.de>

51 Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), Tel.: 0201 94685370, E-Mail: vdd@vdd.de, Homepage: <http://www.vdd.de>

52 Verband der Oecotrophologen e.V. (VDO_E), Tel.: 0228 28922-0, E-Mail: vdoe@vdoe.de, Homepage: <http://www.vdoe.de>

53 Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED), Tel.: 0241 507300, E-Mail: info@vfed.de, Homepage: <http://www.vfed.de>

54 Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung e.V. (QUETHEB), Tel.: 08682 954400, E-Mail: info@quetheb.de, Homepage: <http://www.quetheb.de>

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

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

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

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

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

60 Ebd., S. 6.

halten als auch zu sportlicher Aktivität beinhalten, können eine nachhaltige Senkung des Körpergewichts bewirken⁶¹. Empfohlen werden spezifische Methoden der Verhaltensmodifikation⁶². Bei Kindern und Jugendlichen hängt die langfristige Effektivität von Maßnahmen zur Stabilisierung bzw. Senkung des Körpergewichts auch davon ab, dass die Eltern der Kinder in die Durchführung einbezogen werden⁶³.

Zielgruppe:

Erwachsene:

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

Kinder und Jugendliche:

- ▶ übergewichtige Kinder und Jugendliche im Alter von 8-18 Jahren im Bereich der 90. bis 97. Perzentile der Häufigkeitsverteilung der alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Werte⁶⁴
- ▶ Kinder mit einem Gewicht im Bereich der 97. bis 99,5. Perzentile nach ärztlicher Rücksprache und ohne weitere behandlungsbedürftige Risikofaktoren des Stoffwechsels⁶⁵ oder Begleiterkrankungen⁶⁶

jew. unter Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfelds

Ausschlusskriterien für eine Teilnahme:

- ▶ sekundäre und syndromale Adipositasformen
- ▶ psychiatrische Grunderkrankung / Essstörung

- ▶ bei Kindern und Jugendlichen außerdem: mangelnde Bereitschaft der Eltern, eine kontinuierliche Teilnahme zu unterstützen

Ziel der Maßnahme:

Erwachsene:

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

Kinder und Jugendliche:

- ▶ gesundheitsförderndes Ernährungs- und Bewegungsverhalten
- ▶ Konstanzhaltung des Körpergewichts bei gleichzeitigem Längenwachstum (ggf. Gewichtsreduktion)
- ▶ Vermeidung von adipositasassoziierten Erkrankungen
- ▶ Verbesserung des Körperbewusstseins, des Selbstbewusstseins und des Selbstwertgefühls

Inhalt:

Trainings-/Schulungsmodule

- ▶ zu Ursachen des Übergewichts
- ▶ zur Förderung eines bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsverhaltens [Ziel: ausgewogene Energiebilanz durch fett-moderate, kohlenhydratbetonte (Stärke, nicht Zucker) und ballaststoffreiche Kost nach den jeweils aktuellen Empfehlungen und -Beratungsstandards der DGE bzw. der optimierten Mischkost des FKE]

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

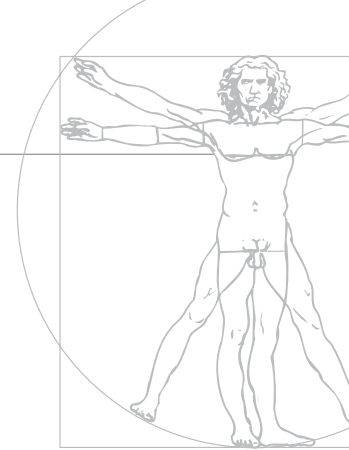
62 Goldapp, C., Mann, R. und Shaw, R. (2005): Qualitätsraster für Präventionsmaßnahmen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern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

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

64 Bei Kindern und Jugendlichen lässt sich das Ausmaß des Übergewichts nicht durch feste BMI-Grenzwerte bestimmen. Die Einstufung von Kindern und Jugendlichen als übergewichtig bzw. adipös erfolgt auf der Grundlage von Verteilungen der alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Werte, die in bevölkerungsbezogenen Untersuchungen ermittelt wurden (Referenzwerte). Die derzeit geltenden Referenzwerte sind den Tabellen 1 (für Mädchen) und 2 (für Jungen) im Anhang zu entnehmen. Nach der Definition der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter sind Kinder und Jugendliche als übergewichtig einzustufen, wenn ihr BMI höher liegt als bei 90% der Kinder/Jugendlichen gleichen Alters und Geschlechts (oberhalb der 90. Perzentile P 90). Als adipös sind Kinder und Jugendliche einzustufen, deren BMI höher ist als bei 97% ihrer Alters- und Geschlechtsgenossen (oberhalb der 97. Perzentile P 97). Vgl. Goldapp, C., Mann, R. und Shaw, R. (2005): Qualitätsraster für Präventionsmaßnahmen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Reihe Gesundheitsförderung konkret Bd. 4, Köln, S. 7-35, hier: S. 11f.

65 z. B. Insulinresistenz, Fettstoffwechselstörungen, Motivationsprobleme. Ebd., S. 8.

66 Ebd., S. 8.



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

Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit:

- ▶▶ Einsatz von Medikamenten zur Gewichtsabnahme, Formula-Diäten (Nahrungsergänzungsmittel) sowie extrem kalorienreduzierter Kost
- ▶▶ Produktwerbung und Produktverkauf
- ▶▶ reine Koch- und Backkurse

Methodik:

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

bei Kindern und Jugendlichen jeweils unter Einbeziehung der Familie

Anbieterqualifikation:

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

- ▶▶ Diätassistenten
- ▶▶ Oecotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung; Abschlüsse: Diplom, Bachelor/Master of Science)

- ▶▶ Ernährungswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Bachelor/Master of Science)
- ▶▶ Diplom-Ingenieure Ernährungs- und Hygienetechnik, Schwerpunkt "Ernährungstechnik",
- ▶▶ Diplom-Ingenieure Ernährung und Versorgungsmanagement, Schwerpunkt "Ernährung"
- ▶▶ Bachelor of Science Lebensmittel, Ernährung, Hygiene, Schwerpunkt "Lebensmittel und Ernährung"

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

- ▶▶ Ernährungsberater/DGE, Ernährungsmedizinischer Berater/DGE⁶⁷
- ▶▶ VDD-Fortbildungszertifikat⁶⁸
- ▶▶ Ernährungsberater VDO_E⁶⁹
- ▶▶ VFED-Zertifizierung⁷⁰
- ▶▶ QUETHEB-Registrierung⁷¹

sowie

- ▶▶ Ärzte mit gültigem Fortbildungsnachweis gemäß dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer⁷². Zusätzlich kann hier der Nachweis der QUETHEB-Registrierung erbracht werden.

Werden Präventionskurse zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht in Kombination mit Bewegungs- und/oder Entspannungs-/Stressbewältigungskursen angeboten, gelten für diese Kursbestandteile die Anforderungen der jeweiligen Handlungsfelder dieses Leitfadens.

Zusätzlich gelten die in Kapitel 5 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

67 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE), Tel.: 0228 3776-661, E-Mail: fortbildung@dge.de, Homepage: <http://www.dge.de>

68 Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), Tel.: 0201 94685370, E-Mail: vdd@vdd.de, Homepage: <http://www.vdd.de>

69 Verband der Oecotrophologen e.V. (VDO_E), Tel.: 0228 28922-0, E-Mail: vdoe@vdoe.de, Homepage: <http://www.vdoe.de>

70 Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED), Tel.: 0241 507300, E-Mail: info@vfed.de, Homepage: <http://www.vfed.de>

71 Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung e.V. (QUETHEB), Tel.: 08682 954400, E-Mail: info@quetheb.de, Homepage: <http://www.quetheb.de>

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

6.2.3 STRESSBEWÄLTIGUNG/ ENTSPANNUNG

PRÄVENTIONSPRINZIP:
Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken

Bedarf:

Psychosozialer Stress stellt einen bedeutsamen (mit-) verursachenden, auslösenden oder aggravierenden Faktor für viele der heute sozialmedizinisch besonders relevanten kardiovaskulären, muskulo-skeletalen, immunologischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen dar⁷³. Insbesondere chronische psychobiologische Stressreaktionen gefährden im Zusammenhang mit einer unausgeglichene Beanspruchungs-Erholungs-Bilanz, einer nachhaltigen Schwächung des Immunsystems sowie einem zunehmenden gesundheitlichen Risikoverhalten als inadäquatem Bewältigungsverhalten die körperliche wie psychische Gesundheit. Dabei ist davon auszugehen, dass aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen wie etwa den zunehmenden Anforderungen an Mobilität, Flexibilität und Leistungsbereitschaft sowie der zunehmenden Auflösung traditionsbestimmter Sinn-, Werte- und Sozialstrukturen das Belastungsniveau für den Einzelnen zukünftig eher noch steigen wird. Bereits im Kindes- und Jugendalter lassen sich vielfältige Symptomatiken auffinden, die mit einem Stresserleben in Zusammenhang gebracht werden können. In der internationalen WHO-Vergleichsstudie Health Behaviour in School-aged Children wurden 2001 und 2002 repräsentative Stichproben 11-, 13- und 15jähriger aus 35 Ländern befragt^{74,75}.

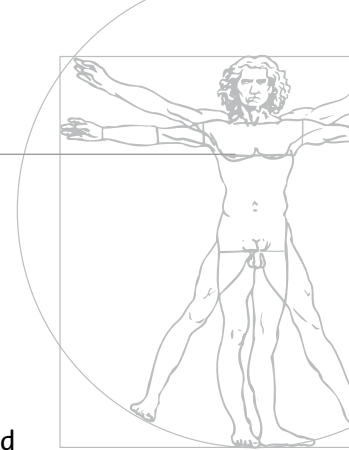
Unter den erfassten Symptomen werden Müdigkeit bzw. Erschöpfung am häufigsten berichtet. 25% fühlen sich "fast täglich" oder "mehrmals in der Woche" müde oder erschöpft, 21% erleben dies nach eigenen Angaben "fast jede Woche". Danach folgen Einschlafschwierigkeiten mit 14% bzw. 11% und Gereiztheit und schlechte Laune (14% bzw. 17%). Unter den Schmerzsymptomen werden Kopfschmerzen am häufigsten genannt (12% erleben sie fast täglich oder mehrmals in der Woche, 12% fast jede Woche), gefolgt von Rückenschmerzen mit 8% bzw. 9% und Bauchschmerzen, die von 7% mehrmals wöchentlich und von 9% fast jede Woche erlebt werden⁷⁶. Wie andere Studien zeigen, stehen die Symptomangaben von Kindern und Jugendlichen mit dem Ausmaß des Stresserlebens in Beziehung: Je mehr Stress erlebt wird, desto höher fallen die Symptomangaben aus⁷⁷. Es zeigt sich also, dass schon früh ein Stresserleben auftritt, das den Einsatz von Stressbewältigungsmaßnahmen sinnvoll erscheinen lässt, um dadurch ein angemessenes Stressbewältigungsverhalten zu vermitteln.

Auch bei Erwachsenen stehen nach den Ergebnissen von Querschnittsstudien die Intensität und Häufigkeit des Stresserlebens in einem engen Zusammenhang mit dem Auftreten gesundheitlicher Beschwerden, wie z. B. Kreuzschmerzen, Nacken- und Schulterschmerzen sowie Kopfschmerzen⁷⁸. Die Bedeutung des Stresserlebens für die Entwicklung gesundheitlicher Beschwerden ist dabei interindividuell und situationsbedingt unterschiedlich ausgeprägt.

Wirksamkeit:

Für alle Verfahren, die primär-präventiv zum Einsatz gelangen, gilt generell, dass es sich um grundsätz-

- 73 Björntorp, P. (2001): Heart and Soul: Stress and the metabolic syndrome. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 35, S. 172-177.; Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K. (2005): Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Rev. Immunol.*, 5, S. 243-251; Siegrist, J. (2001): Psychosoziale Einflüsse auf Entstehung und Verlauf der koronaren Herzkrankheit. *Herz*, 26, S. 316-325; Rensing, L. et. al. (2006): Mensch im Stress. *Psyche – Körper – Moleküle*. München: Elsevier.
- 74 Currie, C. Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, V.B. (2004): Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey. Copenhagen; World Health Organization.
- 75 Eine ausführliche Beschreibung und Interpretation der Ergebnisse der deutschen Teilstichprobe mit 5.640 Kindern und Jugendlichen findet sich bei Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.)(2003): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa.
- 76 s. zusammenfassend Klein-Heßling, J. (2005): Gesundheit im Kindesalter: Symptomatik, gesundheitsförderliches und gesundheitsriskantes Verhalten. Erscheint in A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Heßling (Hrsg.), Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe.
- 77 Lohaus, A., Beyer, A. & Klein-Heßling, J. (2004): Stresserleben und Stresssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 36, 38-46.
- 78 Jansen, R. (2000): Arbeitsbelastungen und Arbeitsbedingungen. In: Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-report 1999, Heidelberg: Springer, S. 5-30.



lich wirksame und qualitätsgesicherte Leistungen der Primärprävention handelt. Es muss wissenschaftlich hinreichend nachgewiesen sein, dass die Leistungen den Zweck, zu dem sie erbracht werden, grundsätzlich auch erfüllen können. Die Evaluation des Erfolges von Maßnahmen zur Stressbewältigung erfolgt in der Regel anhand von subjektiven (z. B. körperliche Beschwerden, psychisches (Wohl-) Befinden, emotionale Erschöpfung), vereinzelt auch von objektiven (Blutdruck, Lipidspiegel, Speichelcortisol) Gesundheitskriterien. Außerdem werden Veränderungen hinsichtlich kognitiver Variablen (Belastungswahrnehmung, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen) und selbstberichteter Bewältigungsstrategien erfasst. Im betrieblichen Kontext kommen organisationsbezogene Erfolgskriterien (Fehlzeiten, Unfall- und Versicherungskosten, Arbeitszufriedenheit, Leistungsindikatoren) hinzu. Meta-Analysen einschlägiger Evaluationsstudien konnten die auch längerfristige Wirksamkeit von Maßnahmen zur Stressbewältigung besonders im Hinblick auf eine Reduzierung von körperlichen Beschwerden und negativer psychischer Befindlichkeit (Ängstlichkeit, Depressivität) sowie eines Rückganges von Ärger- und Feindseligkeitsreaktionen belegen⁷⁹. Verbesserungen bei der individuellen Bewältigung konnten ebenfalls in mehreren Studien nachgewiesen werden⁸⁰. Dagegen zeigen Maßnahmen zur individuellen Stressbewältigung allein nur geringe Wirkungen auf organisationsbezogene Erfolgskriterien. Hier scheint eine Kombination von individuumsorientierten und strukturzentrierten Ansätzen der Gesundheitsförderung Erfolg versprechender.

Ziel der Maßnahme:

Als Maßnahmen zur Stressbewältigung werden ganz allgemein individuumsorientierte Interventionen bezeichnet, die eine Verbesserung der individuellen Stressbewältigung zum Ziel haben. Sie beruhen zum einen auf der biomedizinischen Stressfor-

schung, wonach neuroendokrine und vegetative Stressreaktionen insbesondere dann, wenn sie über einen längeren Zeitraum andauern, eine Gefährdung der physischen und psychischen Gesundheit darstellen. Zum anderen beziehen sich die meisten Stressbewältigungstrainings zur theoretischen Fundierung auf transaktionale Stressmodelle, wonach Stress weniger durch die situativen Anforderungen an sich als vielmehr durch deren subjektive Interpretation und die Art der eingesetzten Bewältigungsstrategien erzeugt wird⁸¹.

Das generelle Ziel von individuellen Maßnahmen zur Stressbewältigung besteht darin, negative Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit aufgrund von chronischen Stresserfahrungen zu vermeiden, indem die individuellen Bewältigungskompetenzen gestärkt werden mit dem Ziel eines möglichst breiten Bewältigungsrepertoires und einer möglichst hohen Flexibilität im Umgang mit Stressbelastungen. Entsprechend dem Ansatzpunkt der jeweiligen Bewältigungsbemühungen lassen sich dabei pragmatisch drei Hauptwege und darauf bezogene Ziele des individuellen Stressmanagements unterscheiden:

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

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

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

81 Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981): Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.), Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen (S. 213-259). Bern: Huber.

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

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

Zielgruppe:

Die Maßnahmen richten sich zum einen an alle Versicherten mit (nicht existentiellen) Stressbelastungen, die lernen wollen, damit sicherer und gesundheitsbewusster umzugehen, um dadurch potentiell behandlungsbedürftige Stressfolgen zu vermeiden. Zum anderen können die Maßnahmen auch für spezielle Zielgruppen zur Bewältigung spezifischer Belastungen durchgeführt werden.

Inhalt:

a) Maßnahmen zur multimodalen Stressbewältigung

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

- ▶ Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen, wie systematisches Problemlösen, Zeitmanagement und persönlicher Arbeitsorganisation,

- ▶ Vermittlung von Methoden der kognitiven Umstrukturierung mit dem Ziel der Einstellungsänderung und positiven Selbstinstruktion,
- ▶ Vermittlung psychophysiologischer Entspannungsverfahren sowie
- ▶ Training von selbstbehauptendem Verhalten und sozial-kommunikativer Kompetenzen.

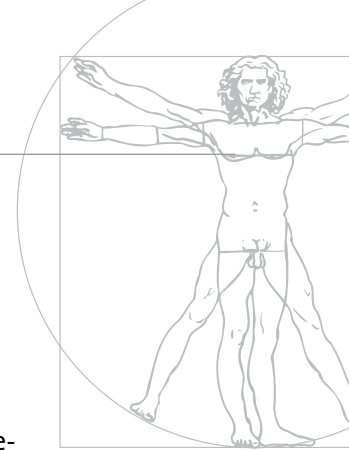
b) Maßnahmen zur Entspannung

Entspannungsverfahren zielen darauf ab, physische und psychische Spannungszustände zu reduzieren und setzen damit im Wesentlichen auf der Ebene des palliativ-regenerativen Stressmanagements an. Durch das Erlernen eines Entspannungsverfahrens im Rahmen eines Entspannungstrainings wird die Fähigkeit zur Selbstregulation von psychophysischen Stressreaktionen verbessert. Die verschiedenen Entspannungsverfahren lösen ungeachtet ihrer methodischen Unterschiede eine sogenannte Entspannungsreaktion aus⁸². Diese Entspannungsreaktion stellt den Gegenpol zu den unter Stress auftretenden körperlichen Reaktionen dar. Im Verlaufe eines Entspannungstrainings wird durch regelmäßiges Üben die Auslösung der Entspannungsreaktion gebahnt und stabilisiert. Der Erfolg des Trainings zeigt sich dann darin, dass es dem Übenden zunehmend sicherer und schneller gelingt, die Entspannungsreaktion auch unter schwierigen äußeren Bedingungen selbst auszulösen. Es existieren mehrere Entspannungsverfahren, die sich in der Praxis bewährt haben und deren Wirksamkeit empirisch hinreichend belegt ist⁸³.

Bei der Entscheidung, ob eher multimodale oder entspannungsorientierte Verfahren zum Einsatz gelangen sollen, spielen vor allem die Problemlage und die Art der Zielgruppe eine Rolle. So ist es beispielsweise nicht sinnvoll, auf die Einübung von Entspannung zu setzen, wenn konkrete Stressoren vorliegen, auf die mit einem instrumentellen Vorgehen Einfluss genommen werden kann. Weiterhin sind manche Zielgruppen durch reine Entspannungstrainings nur schwer zu erreichen. So werden beispielsweise für das Kindesalter bei einer primärpräventiven Ausrichtung eher multimodale Trainings empfohlen, die nicht nur eine emotionsregulierende Ausrichtung enthalten.

82 Vaitl, D.; Petermann, F. (Hrsg.) (1993): Handbuch der Entspannungsverfahren. Bd 1: Grundlagen und Methoden. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

83 Im Bereich der primären Prävention kommen die klassischen Entspannungsverfahren "Autogenes Training Grundstufe" (AT) nach Prof. Dr. J.H. Schultz und "Progressive Muskelrelaxation" (PMR) nach Edmund Jacobson zur Anwendung. Weiterhin kommen die fern-östlichen Verfahren Hatha-Yoga, Tai-Chi und Qi-Gong in Betracht.



Methodik:

Bei den Trainings zur Stressbewältigung handelt es sich um systematische Trainingsprogramme, die sich im Regelfall an Gruppen richten und an den individuellen Stressproblemen der Teilnehmer orientiert sind. Die Trainings sollten eine praktische Einübung von Entspannungs- und /oder Stressreduktionsmethoden enthalten sowie Anleitungen für Übungen außerhalb der Trainingssitzungen, um einen Transfer in den Alltag zu gewährleisten.

Anbieterqualifikation:

Bei den Anbieterqualifikationen wird unterschieden nach:

a) Maßnahmen zur multimodalen Stressbewältigung

Zur Durchführung von multimodalen Stressbewältigungstrainings kommen Fachkräfte aus dem Bereich der psychosozialen Gesundheit in Betracht, die über eine staatlich anerkannte Ausbildung verfügen, insbesondere als

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

mit Zusatzqualifikation im Bereich Stressreduktion (Nachweis einer entsprechenden Trainingsleiterschulung in dem jeweiligen Verfahren).

b) Maßnahmen zur Entspannung

Entspannungsverfahren können über die unter a) genannten Berufsgruppen hinaus von Angehörigen mit insbesondere nachstehenden Qualifikationen durchgeführt werden:

- ▶ Sportwissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Staatsexamen, Magister/Master, Bachelor)
- ▶ Sport- und Gymnastiklehrer (Abschlüsse: Staatl. anerk., Master, Bachelor)
- ▶ Physiotherapeuten
- ▶ Krankengymnasten
- ▶ Ergotherapeuten

- ▶ Erzieher
- ▶ Gesundheitspädagogen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- ▶ Heilpädagogen mit Zusatzqualifikation im Bereich Entspannung (Nachweis einer entsprechenden Trainingsleiterqualifikation im jeweiligen Verfahren).

Für die fernöstlichen Verfahren Hatha Yoga, Tai Chi, Qi Gong kommen Fachkräfte mit einer staatlich anerkannten Ausbildung in einem Gesundheits- oder Sozialberuf in Betracht, denen durch die jeweiligen Fachorganisationen für Hatha Yoga, Tai Chi und Qi Gong nach den dort gültigen Ausbildungsstandards eine entsprechende Zusatzqualifikation bescheinigt wird⁸⁴. Aus dieser muss die Befähigung zu einer Tätigkeit als Trainingsleiter hervorgehen. Die Ausbildung muss bei Yoga mindestens 500 Stunden und bei Qi Gong/Tai Chi mindestens 300 Stunden umfassen.

Zusätzlich gelten die in Kapitel 5 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

6.2.4 SUCHTMITTELKONSUM

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

Für Kinder und Jugendliche kommt es vorrangig darauf an, den Einstieg in den Konsum von Tabak, Alkohol und anderen Drogen zu verhindern. Hierfür sind in erster Linie Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz (Kapitel 6.1 dieses Leitfadens) geeignet.

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

⁸⁴ z. B.: Prüfungskommission Qi-Gong Universität Oldenburg; der Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V. BDY/EYU; Deutsche Yoga Gesellschaft DYG; Ausbildungsrichtlinien der Europäischen Yoga-Akademie EYA; Iyengar Yoga Vereinigung Deutschland; Deutscher Dachverband für Qi-Gong und Taijiquan DDQT; Medizinische Gesellschaft für Qigong Yangsheng, Bonn; Berufsverband Unabhängiger Gesundheitswissenschaftlicher Yoga-Lehrender BUGY.

stärkt wird. Dies ist allerdings eine gesellschaftspolitische Querschnittsaufgabe, die strukturell, konzeptionell und finanziell ausgestaltet werden muss, um Effektivität zu entfalten.

Probleme des Suchtmittelkonsums beziehen sich nicht nur auf die legalen Drogen wie Alkohol und Nikotin, sondern ebenso auf illegale Drogen und Medikamente mit Suchtpotential. Die inhaltliche Schwerpunktsetzung der GKV-Präventionsansätze auf die beiden legalen Drogen Alkohol und Tabak erklärt sich einerseits mit dem hohen Verbreitungsgrad (siehe Bedarf) und andererseits auch mit dem Vorliegen wirksamer Interventionskonzepte (siehe Wirksamkeit, Inhalte, Methodik). Bezogen auf illegale Drogen und bezogen auf die Zielgruppe Kinder und Jugendlichen stoßen individuell ausgerichtete Präventionsangebote an ihre Grenzen. Hier ist nur ein Bündel unterschiedlichster Maßnahmen (sog. Policy-Mix) Erfolg versprechend und ist nur zu leisten, wenn vorrangig auch die anderen gesellschaftlichen und politischen Akteure an der Gestaltung der Rahmenbedingungen zusammenwirken⁸⁵. Damit wird die Bedeutung von parallelen Ansätzen zur Gestaltung der unterschiedlichen Lebensverhältnisse unterstrichen, ohne die Angebote zur verhaltensbezogen Prävention letztendlich nicht wirksam greifen.

PRÄVENTIONSPRINZIP: Förderung des Nichtrauchens

Bedarf:

Mehr als ein Drittel (35%) der erwachsenen Bevölkerung raucht; der überwiegende Teil (87%) von ihnen täglich. Rund 75% der regelmäßigen Raucher rauchen zwischen 5-20 Zigaretten täglich, 15% der Raucher haben einen täglichen Konsum von mehr als 20 Zigaretten. Das in Tabakprodukten enthaltene Nikotin ist stark suchterzeugend und provoziert eine Fortsetzung des Konsums und eine Dosissteigerung.

Rauchen ist der bedeutsamste einzelne individuell vermeidbare Risikofaktor für die Entstehung und die Verschlimmerung von mehr als 40 meist chronischen Krankheiten. Hierzu gehören Herz-Kreislaufkrankheiten, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes sowie viele Krebserkrankungen z. B. im Mund-, Nasen- und Rachenraum, im Kehlkopf, in der Speiseröhre, im Magen, in der Bauchspeicheldrüse, Leber, Niere, Harnblase und Gebärmutter. Bei regelmäßigem Tabakkonsum weiblicher Jugendlicher ist deren erhöhtes Brustkrebsrisiko belegt. Der rauchbedingte Anteil an der gesamten Lungenkrebssterblichkeit beträgt in Deutschland bei Männern 91 %, bei Frauen 75%. Die um 60% gestiegene Lungenkrebssterblichkeit bei Frauen in Deutschland zwischen 1980 und 1997 ist im Wesentlichen auf die Zunahme des Tabakkonsums bei Frauen in den vergangenen Jahrzehnten zurückzuführen. Allein in Deutschland sterben jährlich zwischen 110.000 und 140.000 Menschen an tabakbedingten Krankheiten. Die Hälfte der tabakbedingten Todesfälle tritt im mittleren Lebensalter zwischen 35 und 69 Jahren ein⁸⁶.

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

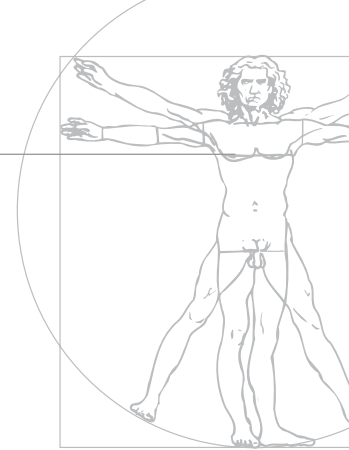
Bezogen auf Präventionsbemühungen bei Kindern und Jugendlichen gilt, dass individuelle Maßnahmen mit settingorientierten Maßnahmen zusammen greifen müssen und die Wirksamkeit der Interventionen von einem umfassenden Policy-Mix (s. Präventionsprinzip "Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung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

Wirksamkeit:

Ein Rauchverzicht – unabhängig vom Alter des Rauchers – trägt entscheidend zur Verminderung

⁸⁵ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004): "gesundheitsziele.de" - Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Berlin. Kapitel 8.

⁸⁶ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2006): Jahrbuch Sucht, Geesthacht; Bornhäuser, A (2002): Gesundheit fördern - Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland, hrsg. vom Deutschen Krebsforschungszentrum, Heidelberg; WHO-Partnerschaftsprojekt Tabakabhängigkeit; Goecke, M (2002): Rauchfrei am Arbeitsplatz. Ein Leitfaden für Betriebe. Eine Initiative im Rahmen des WHO - Partnerschaftsprojekts Tabakabhängigkeit in Deutschland (3. Auflage), Köln-Bonn.



von Gesundheitsrisiken bei. Das gilt für die Folgeerkrankungen des Rauchens ebenso wie für die Tabakintoxikation und Tabakabhängigkeit. Bereits kurzfristig nach dem Rauchstopp normalisieren sich Körperfunktionen: Senkung des Kohlenmonoxidgehalts im Blut, Erhöhung des Sauerstoffspiegels, Stabilisierung des Kreislaufs, Verbesserung der Lungenfunktion. Das Risiko, an einer durch das Rauchen verursachten Herzerkrankung zu sterben, ist ein bis zwei Jahre nach dem Aufhören halbiert. Die Risiken anderer Erkrankungen (Krebserkrankungen, Lungenkrankheiten, Schlaganfall und andere Gefäßerkrankungen) verringern sich ebenfalls – wenn auch langsamer. Die Wirkung unterstützender Interventionen zum Rauchstopp und zur Reduzierung des Zigarettenkonsums als Teilschritt zum Rauchstopp ist belegt⁸⁷.

Zielgruppe:

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

Ziel der Maßnahme:

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

Inhalt:

- ▶▶ Aufklärung über die gesundheitlichen Risiken des Rauchens
- ▶▶ Analyse des persönlichen Rauchverhaltens
- ▶▶ Klärung von subjektiven Gründen, Überzeugungen und Gedanken zum Konsum bzw. zum Nichtrauchen
- ▶▶ Darstellung der psychologischen und physiologischen Effekte des Rauchens
- ▶▶ Darstellung der psychologischen und physiologischen Effekte des Entzugs
- ▶▶ Festlegung des Rauchstopps
- ▶▶ Angebot zur Nachbetreuung (Wiederholungsangebot, Telefonkontakt)
- ▶▶ Aufklärung über Einsatz und Wirkungsweise von Nikotinersatzstoffen

(keine Leistung der Krankenkassen)

- ▶▶ Informationen zu Strategien der Rückfallprävention

Methodik:

- ▶▶ Kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenberatung (z. B. Elemente der rational-emotiven Verhaltenstherapie)
- ▶▶ Informationsvermittlung über den stufenweisen Ausstieg oder die Schlusspunkt-methode
- ▶▶ Motivationsstärkung

Anbieterqualifikation:

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

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

mit ausgewiesener Zusatzqualifikation zur Durchführung des jeweiligen Tabakentwöhnungsprogramms.

Zusätzlich gelten die in Kapitel 5 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

PRÄVENTIONSPRINZIP:

Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

Bedarf:

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

87 S. u.a. WHO-Partnerschaftsprojekt Tabakabhängigkeit (Hrsg.) (2002): Gemeinsam handeln – Tabakkonsum reduzieren. Dokumentation der Abschlusskonferenz des WHO-Partnerschaftsprojekts Tabakabhängigkeit (1999-2002), Bonn. Kröger, C., Sonntag, H., Shaw, R. (2000): Raucherentwöhnung in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Im Auftrag der BZgA. Köln.

den letzten Jahren weitgehend stagnierenden bis leicht rückläufigen Pro-Kopf- Konsums von 10,4 l im Jahr 2002 rangiert Deutschland unter 58 Staaten aber immer noch auf dem 5. Platz⁸⁸.

Zu den gesundheitlichen Folgen eines riskanten Alkoholkonsums zählen eine Vielzahl von somatischen und psychischen Erkrankungen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Schädigungen unbeteiligter Dritter z. B. durch Unfälle oder Kriminalität unter Alkoholkonsum. Ein hoher Alkoholkonsum wird in der Allgemeinheit meist ausschließlich mit dem Risiko der Suchterkrankung und seinen körperlichen und psychosozialen Folgen in Verbindung gebracht. Weniger im Bewusstsein ist die Wirkung eines – sozial meist relativ unauffälligeren – regelmäßigen Risikokonsums. Zu diesen Störungen gehören Erkrankungen der Leber, der Lunge, des Magen-Darm-Traktes, der Bauchspeicheldrüse, neurologische Störungen (z. B. Schlaganfall), Herz-Kreislauf- sowie diverse Krebserkrankungen, Bluthochdruck, Ernährungsstörungen u.a.

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

Wirksamkeit:

Vorhandene Studien belegen, dass eine Reduzierung der individuellen Konsummenge das Erkrankungsrisiko für eine Vielzahl der mit dem Alkoholkonsum in Verbindung stehenden Erkrankungen senkt. So werden in der Untersuchung des Bundesministeriums für Gesundheit "Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland" aus dem Jahr 2000 (Band 128) von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) als Grenzwerte für einen risikoarmen und riskanten Konsum folgende Mengen genannt:

- ▶ Riskanter Konsum (mehr als 30g Reinalkohol pro Tag für Männer, 20g für Frauen)
- ▶ Gefährlicher Konsum (mehr als 60g Reinalkohol pro Tag für Männer, 40g für Frauen)

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

Zielgruppe:

Versicherte mit riskantem Alkoholkonsum (i.d.R. bis 60g Reinalkohol pro Tag für Männer, bis 40 g für Frauen)⁸⁹. Das Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung/-erkrankung gilt als Kontraindikation für Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 SGB V

Ziel der Maßnahme:

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

Inhalt:

- ▶ Aufklärung über die gesundheitlichen Wirkungen des riskanten Alkoholkonsums
- ▶ Reflexion des individuellen Trinkverhaltens
- ▶ Grenzwerte des riskanten Alkoholkonsums
- ▶ Wechselwirkung von Alkohol- und Nikotinkonsum
- ▶ Umgang mit Risikosituationen
- ▶ Stärkung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung

Methodik:

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

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

⁸⁸ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2006): Jahrbuch Sucht 2006, Geesthacht

⁸⁹ Beispiel: 10g Reinalkohol entsprechen 0,25 l Bier, 0,1 l Wein oder 0,02 l Spirituosen.

Anbieterqualifikation:

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

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

mit qualifizierter beruflicher Erfahrung in der Suchtprävention und Suchtberatung oder mit ausgewiesener Zusatzqualifikation im Suchtbereich.

Zusätzlich gelten die in Kapitel 5 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

7. BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG NACH § 20A SGB V

Ziel betrieblicher Gesundheitsförderung ist die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen der berufstätigen Versicherten. Zum Erreichen dieses Ziels erheben die Krankenkassen die gesundheitliche Situation der Beschäftigten in einem Betrieb (einschließlich der Risiken und Potentiale), entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der Gesundheit und unterstützen die Umsetzung präventiver und gesundheitsförderlicher Ansätze im Betrieb.

7.1 GRUNDSÄTZLICHE ANFORDERUNGEN

Bei der Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind die Krankenkassen den vorliegenden Handlungsfeldern und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet. Damit eine Maßnahme im betrieblichen Setting wirksam werden kann, sind bestimmte Voraussetzungen notwendig, die im Folgenden als Anforderungen an die Anbieter der Maßnahmen, die Krankenkassen und die Betriebe beschrieben werden.

I. Anforderungen an die Anbieter

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

II. Anforderungen an die Krankenkasse

Die Krankenkassen führen die im Folgenden empfohlenen Maßnahmen ausschließlich am betrieblichen Bedarf orientiert durch. Dazu ermitteln sie die Risiken, Risikofaktoren und Gesundheitspotenziale der Beschäftigten im vorgesehenen Interventionsbetrieb. Sie verwenden dabei die in den letzten Jahren von den Krankenkassen als auch anderen vielfach eingesetzten und bewährten Instrumente (z. B. Arbeitsunfähigkeits-Analyse, Gefährdungsermittlung und -beurteilung, arbeitsmedizinische

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

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

- ▶▶ die Rolle des Impulsgebers und Initiators
- ▶▶ Konzeptentwicklung und Beratungsfunktion
- ▶▶ Moderation der Projektgruppe (z. B. Arbeitskreis Gesundheit)
- ▶▶ Moderation von Gesundheitszirkeln
- ▶▶ Projektmanagement
- ▶▶ Durchführung einzelner Bausteine innerhalb eines komplexen Programms
- ▶▶ Dokumentation und Erfolgskontrolle
- ▶▶ interne Öffentlichkeitsarbeit (Information der Belegschaft)
- ▶▶ Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation.

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

III. Anforderungen an die Betriebe

Das Europäische Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung hat im Rahmen der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union⁹⁰ 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 Gesundheitsförderung⁹¹ 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

⁹⁰ Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (November 1997): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union.

⁹¹ Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (Mai 1999): Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung, Essen.

Organisation ihrer Verantwortung im Umgang mit den natürlichen Ressourcen gerecht wird. Soziale Verantwortung schließt die Rolle der Organisation auf lokaler, regionaler, nationaler und supranationaler Ebene in Bezug auf die Unterstützung gesundheitsfördernder Initiativen ein.

5. *Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung:* Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung gesundheitsgerechten Verhaltens. Erfolgreich ist sie dann, wenn diese Maßnahmen dauerhaft miteinander verknüpft sind und systematisch durchgeführt werden.

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

Die Erfüllungsgrade dieser Kriterien und damit die Qualität ihrer betrieblichen Gesundheitspolitik können die Betriebe unaufwändig mit Hilfe eines Fragebogens⁹² 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 den Partnern zugänglich.

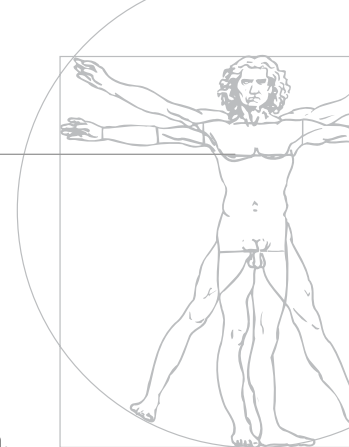
Für die betriebliche Gesundheitsförderung in *Klein- und Kleinstbetrieben* gelten spezifische, an den Besonderheiten dieses Unternehmenssektors orientierte Anforderungen:

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

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

Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben ist noch stärker als in Groß- und Mittelbetrieben an den Betriebsinhaber bzw. die ihm direkt unterstellten Führungskräfte gebunden. Sie bestimmen, ob gesundheitliche Belange in ihrer Führungspraxis berücksichtigt werden. Daher müssen alle Maßnahmen auch die spezifischen Bedürfnisse dieses Personenkreises aufgreifen.

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



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

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

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

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

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

7.2 HANDLUNGSFELDER

Krankenkassen können Maßnahmen entsprechend den nachstehend definierten Handlungsfeldern und Kriterien unter Beachtung der in Kapitel 7.1 beschriebenen Anforderungen fördern.

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

7.2.1 ARBEITSBEDINGTE KÖRPERLICHE BELASTUNGEN

PRÄVENTIONSPRINZIP:

Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates

Bedarf:

Rund 25 % aller Arbeitsunfähigkeitstage treten infolge von Muskel- und Skeletterkrankungen auf, der Schwerpunkt liegt bei den Dorsopathien (ICD M 53.9⁹³). Betroffen sind vor allem die Wirtschaftszweige Feinmechanik, Glas-, Stahl-, Gummierzeugung, Baugewerbe, kommunale Entsorgungsbetriebe, Personennahverkehr, Post und Bahn⁹⁴.

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, bewegungsarmen Tätigkeiten 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

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

⁹³ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2008): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2006 – Unfallverhütungsbericht Arbeit. Dortmund, Berlin, Dresden.

⁹⁴ 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.

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 (Abschlüsse: Diplom, Staatsexamen, Magister, Master, Bachelor), Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Sport- und Gymnastiklehrer und Ärzte, sofern sie im Rahmen einer Schulung in das durchzuführende Bewegungsprogramm speziell eingewiesen sind und eine Zusatzqualifikation für den jeweiligen Problembereich bei anerkannten Institutionen (z. B. Rückenschullehrerlizenz⁹⁵, vergleichbar in anderen Indikationsbereichen) erworben haben.
- ▶ Ergotherapeuten und Masseur (mit Ausbildung nach den erweiterten Ausbildungsbedingungen ab 1994), sofern sie eine Zusatzqualifikation bei einer anerkannten Institution (z. B. Rückenschullehrerlizenz) sowie eine Einweisung in das durchzuführende Programm nachweisen können.

Betriebs-, Freizeit- und Breitensportprogramme, Maßnahmen ausschließlich zum Erlernen einer Sportart, Trainingsprogramme mit einseitigen körperlichen Belastungen, reines oder überwiegendes gerätegestütztes Training sowie Daueringebote sind nicht förderungsfähig.

Zusätzlich gelten die in Kapitel 5 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

7.2.2 BETRIEBSVERPFLEGUNG

PRÄVENTIONSPRINZIP:

Gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz

Bedarf:

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

- ▶ Zubereitung und Präsentation/Ausgabe der Speisen
- ▶ sensorische Qualität der Speisen, Vielfältigkeit des Angebots, Möglichkeit zur individuellen Zusammenstellung von Menükomponenten
- ▶ Gestaltung des Betriebsrestaurants (Ambiente), Nähe zum Arbeitsplatz
- ▶ Preisgestaltung
- ▶ Pausenregelungen, flexible Verfügbarkeit des Verpflegungsangebots⁹⁶

Wirksamkeit:

Die bedarfsgerechte Ernährung während der Arbeitszeit trägt zur ausgewogenen Ernährung der Beschäftigten und somit zu ihrem Wohlbefinden und ihrer Leistungsfähigkeit bei. Sie leistet dadurch auch einen Beitrag zur Vermeidung/Verringerung ernährungsmitbedingter Krankheiten⁹⁷.

Zielgruppe:

- ▶ alle Beschäftigten in Betrieben

⁹⁵ Entsprechend den Inhalten des Curriculums der Konföderation der deutschen Rückenschulen (KddR) zur Weiterbildung Rückenschullehrer/in. Internet: <http://www.kddr.de>

⁹⁶ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (2008): Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung. DGE, Bonn. Internet: <http://www.jobundfit-dge.de>

⁹⁷ Trapp, U., Bechthold, A., Neuhäuser-Berthold, M. (2004): Ernährungsmanagement. In: Meifert, M.T., Kesting, M.: Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Springer, Berlin, S. 217-233.

Ziel der Maßnahme:

- ▶ Ausrichtung des Verpflegungsangebots an den aktuellen Ernährungsrichtlinien⁹⁸ und den Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung⁹⁹ sowie an den Bedürfnissen der Beschäftigten
- ▶ Erhöhung der Akzeptanz und Inanspruchnahme bedarfsgerechter/gesundheitsfördernder Verpflegungsangebote
- ▶ Stärkung der Motivation und Handlungskompetenz der Beschäftigten zu einer eigenverantwortlichen Umstellung auf eine individuell bedarfsgerechte Ernährung

Inhalt:

Notwendige Bestandteile der Maßnahmen:

- ▶ Analyse der bestehenden Verpflegungssituation im Betrieb (inkl. Speiseplananalyse)
- ▶ Ausrichtung der Betriebsverpflegungsangebote an den aktuellen Ernährungsempfehlungen und Qualitätsstandards der DGE;
- ▶ Information und Motivation der Belegschaft zur Reduzierung ungesunder Ernährungsweisen (z. B. durch Aktionswochen, Informationskampagnen)
- ▶ Optimierung der Essensausgabeverfahren zur Erhöhung der Wahlmöglichkeiten und Verkürzung der Wartezeiten
- ▶ Abstimmung der Öffnungszeiten der Verpflegungseinrichtungen an die Bedürfnisse und Arbeitszeiten der Beschäftigten (z. B. bei Schicht- und Wochenendarbeit)
- ▶ bedarfsgerechte, ansprechende Gestaltung der Sozialräume
- ▶ Ausschluss eines Alkoholangebots im Rahmen der Betriebsverpflegung

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

- ▶ Schaffung von Angeboten für besondere Zielgruppen (z. B. Nachtarbeiter, Diabetiker, moslemische Mitarbeiter)

- ▶ Schaffung von Verpflegungsmöglichkeiten in dezentralen Betriebsteilen
- ▶ Angebot begleitender Screenings (z. B. Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus) und verhaltenspsychologisch basierte Gruppenkurse zur Gewichtsreduktion etc.

Methodik:

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

Anbieterqualifikation:

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

- ▶ Diätassistenten
- ▶ Oecotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung; Abschlüsse: Diplom, Bachelor/Master of Science)
- ▶ Ernährungswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Bachelor/Master of Science)
- ▶ Diplom-Ingenieure Ernährungs- und Hygiene-technik, Schwerpunkt "Ernährungstechnik",
- ▶ Diplom-Ingenieure Ernährung und Versorgungsmanagement, Schwerpunkt "Ernährung"
- ▶ Bachelor of Science Lebensmittel, Ernährung, Hygiene, Schwerpunkt "Lebensmittel und Ernährung"

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

- ▶ Ernährungsberater/DGE, Ernährungsmedizinischer Berater/DGE¹⁰⁰
- ▶ VDD-Fortbildungszertifikat¹⁰¹

98 DGE, ÖGE, SGE, SVE (2000): D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Umschau/Braus, Frankfurt am Main.

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

100 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE), Tel.: 0228 3776-661, E-Mail: fortbildung@dge.de, Homepage: <http://www.dge.de>

101 Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), Tel.: 0201 94685370, E-Mail: vdd@vdd.de, Homepage: <http://www.vdd.de>

- ▶▶ Ernährungsberater VDO_E¹⁰²
- ▶▶ VFED-Zertifizierung¹⁰³
- ▶▶ QUETHEB-Registrierung¹⁰⁴

Zusätzlich gelten die in Kapitel 5 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

7.2.3 PSYCHOSOZIALE BELASTUNGEN (STRESS)

**PRÄVENTIONSPRINZIP:
Förderung individueller Kompetenzen
zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz**

Bedarf:

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

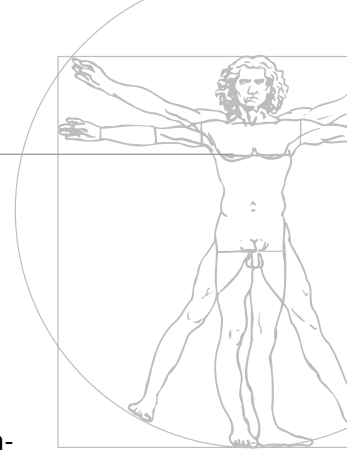
Unter *psychischen Belastungen* ist "die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse [zu verstehen], die von außen auf einen Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken." Davon unterschieden ist der Begriff der *psychischen Beanspruchung* definiert als "die unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden oder augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien"¹⁰⁵. Die psychische Beanspruchung ist das Resultat der bewussten und un-

bewussten Verarbeitung der Belastung.

Seit Mitte der achtziger Jahre wird in der Arbeitswelt ein Anstieg der psychischen Belastungen vermerkt, der sich u.a. mit den veränderten Arbeitsbedingungen in Verbindung bringen lässt¹⁰⁶. In einer repräsentativen Befragung des Bundesinstituts für Berufsbildung und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung an ca. 35.000 Personen in den Jahren 1998/99 gaben 46% der Befragten an, dass Stress und Arbeitsdruck in den letzten beiden Jahren in ihrem Leben zugenommen haben¹⁰⁷. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch eine Befragung von rund 5000 Beschäftigten des niedersächsischen Baugewerbes¹⁰⁸.

Eine von der Initiative Gesundheit & Arbeit im Jahre 2003 durchgeführte Expertenbefragung erbrachte, dass 80% der mehr als 500 befragten Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten aller Branchen die Einschätzung vertreten, dass das Ausmaß psychischer Fehlbelastungen in den letzten fünf Jahren zugenommen hat¹⁰⁹. Als am meisten relevante Stressfaktoren wurden "Zeitdruck" sowie "schlechtes Führungsverhalten" (mangelnde Information und Einbeziehung der Mitarbeiter, mangelnde Anerkennung) und "Arbeitsplatzunsicherheit" genannt.

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



- 102 Verband der Oecotrophologen e.V. (VDO_E), Tel.: 0228 28922-0, E-Mail: vdoe@vdoe.de, Homepage: <http://www.vdoe.de>
- 103 Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED), Tel.: 0241 507300, E-Mail: info@vfed.de, Homepage: <http://www.vfed.de>
- 104 Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung e.V. (QUETHEB), Tel.: 08682 954400, E-Mail: info@quetheb.de, Homepage: <http://www.quetheb.de>
- 105 DIN EN ISO 10075-1: Ergonomic principles related to mental work load.
- 106 Cox, T., Griffiths, A. & Rial-Gonzales, E. (2000): Research on work-related stress (Chapter 2.2: The extent of the problem). European Agency for Safety and Health at Work. Luxemburg.
- 107 Jansen, R. (2000): Arbeitsbelastungen und Arbeitsbedingungen. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeitenreport 1999 (S. 5 – 30). Heidelberg: Springer.
- 108 Projekt "Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren in der Bauwirtschaft" (2002): Kooperationsprojekt von BG-BA, AOK Niedersachsen, IKK Niedersachsen und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Eigenverlag.
- 109 Initiative Gesundheit & Arbeit (2003): Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit – Ergebnisse einer Expertenbefragung (Internet: <http://www.iga-info.de>)

Nach dem *Anforderungs-Kontroll-Modell*¹¹⁰ sind besonders stressgefährdete Arbeitsplätze gekennzeichnet durch eine Kombination von hohen Arbeitsanforderungen (v.a. in Folge von Zeitdruck) einerseits und einem geringen Grad an Kontrolle über den Arbeitsablauf bzw. einem geringen Entscheidungsspielraum am Arbeitsplatz andererseits. Inhaber derartiger Arbeitsplätze sind zwei- bis viermal so stark gefährdet, vorzeitig, d.h. im Alter zwischen 35 und 65 Jahren, kardiovaskuläre Krankheiten zu entwickeln, unabhängig von ihrem erblichen oder verhaltensbedingten Risiko¹¹¹. Fehlt zusätzlich der soziale Rückhalt am Arbeitsplatz durch Kollegen oder Vorgesetzte, so wird das kardiovaskuläre Risiko weiter erhöht¹¹². Aber auch das Ausmaß der sozialen Unterstützung von Personen außerhalb der Arbeit spielt eine wichtige Rolle dafür, inwieweit psychische Belastungen krankheitsrelevant sein können¹¹³.

In dem *Modell beruflicher Gratifikationskrisen*¹¹⁴ steht nicht der Aspekt der Kontrollierbarkeit einer Arbeitsaufgabe im Vordergrund, sondern der Aspekt der Belohnung, die für eine erbrachte Arbeitsleistung gewährt wird. Ein Missverhältnis zwischen hoher Verausgabung am Arbeitsplatz einerseits und geringer Belohnung andererseits wird als dysstresserzeugende Gratifikationskrise betrachtet. Belohnungen für erbrachte Leistungen bestehen dabei nicht allein im Lohn bzw. Gehalt, sondern auch in der Anerkennung und Wertschätzung sowie in beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten und der Sicherheit des Arbeitsplatzes. Hohe Verausgabung entsteht nicht allein durch externe Anforderungen (z. B. Zeitdruck), sondern auch durch eine individuelle Verausgabungsbereitschaft.

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

Aktuelle Fehlzeitenstatistiken zeigen bei allgemein sinkendem Krankenstand eine zunehmende Bedeutung von psychischen Störungen für krankheitsbedingte Fehlzeiten. Diese Krankheitsgruppe nimmt bei den Krankheitstagen inzwischen den vierten – bei den Frauen sogar den dritten – Rang ein¹¹⁵. Die Analysen der Arbeitsunfähigkeiten der berufstätigen DAK-Mitglieder zeigen seit 1997 eine kontinuierliche Zunahme der Krankheitsfälle und -tage wegen psychischer und Verhaltensstörungen. Im direkten Vergleich der Jahre 1997 und 2001 haben die Arbeitsunfähigkeiten dieser Krankheitsart um 51% zugenommen¹¹⁶. Ein Zusammenhang mit der zeitgleich berichteten generellen Zunahme von psychosozialen und psychomentalen Belastungen am Arbeitsplatz ist wahrscheinlich¹¹⁷. Arbeitsbedingte psychische Belastungen führen nicht zwangsläufig zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen – als positive Herausforderung erlebt, können sie sogar gesundheitsförderlich wirken. In Abhängigkeit von der Intensität, arbeitsorganisatorischen Gegebenheiten und vorhandenen individuellen Bewältigungsmöglichkeiten können sie jedoch zu negativen körperlichen und psychischen Beanspruchungsfolgen und damit auch zu entsprechenden Krankheitsbildern

- 110 Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990): *Healthy Work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- 111 Karasek, R. A., Bauer, D., Marxer, A. & Theorell, T. (1981): Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, 71, 694 – 705.
- 112 Johnson, J. V. & Johansson (Eds.). (1991): *The psychosocial work environment and health: Work organizations, democratization, and health*. New York: Baywood Publications.
- 113 Badura, B., Litsch, M., Vetter, Chr. (Hrsg.): *Fehlzeitenreport 1999, Psychische Belastung am Arbeitsplatz*, Heidelberg: Springer.
- 114 Siegrist, J. (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- 115 BKK Bundesverband (2004): *Gesundheit und Arbeitswelt – BKK Gesundheitsreport 2003*. Essen; IKK-Bundesverband (2005): *IKK-Bericht 2005 - Arbeit und Gesundheit im Handwerk*. Bergisch Gladbach.
- 116 Deutsche Angestellten Krankenkasse (2003). *DAK Gesundheitsreport 2002*. Hamburg; Badura, B., Litsch, M., Vetter, Chr. (Hrsg.): *Fehlzeitenreport 1999, Psychische Belastung am Arbeitsplatz*, Heidelberg: Springer.
- 117 Stansfeld, S., Candy, B. (2006): Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32 (6, special issue): 443-462.

führen. Als weiterer Grund für die Zunahme von Psychischen und Verhaltensstörungen wird bspw. die Enttabuisierung im Rahmen der Diagnosestellung diskutiert.

Erkenntnisse zu den psychischen Belastungen des modernen Erwerbslebens machen auch deutlich, dass für eine wirksame Prävention stressbedingter Gesundheitsrisiken neben der Förderung individueller Bewältigungskompetenzen auch strukturelle Maßnahmen erforderlich sind, die auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsaufgaben und -abläufen sowie von strukturellen und sozial-kommunikativen Bedingungen (Führungsstil) am Arbeitsplatz abzielen.

Wirksamkeit:

Für alle Verfahren, die primär-präventiv zum Einsatz gelangen, gilt generell, dass ihre Wirksamkeit in kontrollierten wissenschaftlichen Evaluationsstudien nachgewiesen sein soll. Die Evaluation des Erfolges von Maßnahmen zur Stressbewältigung erfolgt in der Regel anhand von subjektiven (z. B. körperliche Beschwerden, psychisches (Wohl-) Befinden, emotionale Erschöpfung), vereinzelt auch von objektiven (Blutdruck, Lipidspiegel, Speichelcortisol) Parametern. Außerdem werden Veränderungen hinsichtlich kognitiver Variablen (Belastungswahrnehmung, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen) und selbstberichteter Bewältigungsstrategien erfasst. Im betrieblichen Kontext kommen organisationsbezogene Erfolgskriterien (Fehlzeiten, Unfall- und Versicherungskosten, Arbeitszufriedenheit, Leistungsindikatoren) hinzu. Evaluationsstudien zu betrieblichen Stressmanagementtrainings erbrachten deutliche Effekte hinsichtlich einer Reduktion körperlicher und psychischer Stress-Symptome¹¹⁸. Hinsichtlich organisationsbezogener Variablen wie Fehlzeiten, Kündigungsintention, Leistungsindikatoren sowie Unfall-Versicherungskosten ergaben sich nur weniger starke Effekte. Um wirksame Effekte auch auf strukturelle Variablen zu erzeugen, müssen Stressmanagement-Programme die in der Arbeitswelt vorherrschenden Stressoren spezifisch berücksichtigen. Grundsätzlich sollten betriebliche Stressmanagement-Interventionen sowohl an individuellen als auch an organisationsbezogenen Faktoren ansetzen.

Zielgruppe:

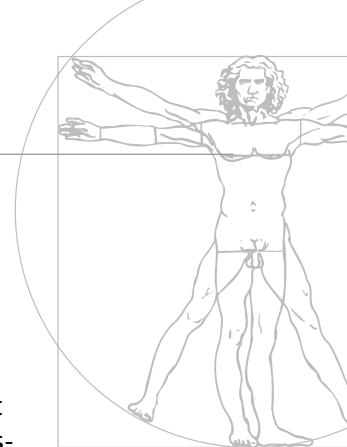
Aktivitäten zum betrieblichen Stressmanagement können sich zum einen zielgruppenunspezifisch an alle Beschäftigten mit (nicht existentieller) Stressbelastung richten, die lernen wollen, damit sicherer und gesundheitsbewusster umzugehen. Zum anderen können die Maßnahmen auch für spezielle betriebliche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

Ziel der Maßnahme:

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

Instrumentelles Stressmanagement setzt an den Stressoren selbst an mit dem Ziel, diese zu reduzieren oder ganz auszuschalten (soweit dies im Einflussbereich des einzelnen Mitarbeiters liegt) z. B. durch Umorganisation des Arbeitsplatzes, durch Veränderung von Arbeitsabläufen, durch die Organisation von Hilfen etc. Instrumentelles Stressmanagement kann reaktiv auf konkrete, aktuelle Belastungssituationen hin erfolgen und auch präventiv auf die Verringerung oder Ausschaltung von Belastungen ausgerichtet sein. Instrumentelles Stressmanagement erfordert neben der Sachkompetenz auch sozial-kommunikative und Selbstmanagementkompetenzen.

Kognitives Stressmanagement zielt auf eine Änderung eigener Merkmale in Form von persönlichen



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

Motiven, Einstellungen und Bewertungen. Auch hier können sich die Bewältigungsbemühungen auf aktuelle Bewertungen in konkreten Belastungssituationen oder auf situationsübergreifende, habituelle Bewertungsmuster beziehen. Diese bewusst zu machen, kritisch zu reflektieren und in stressvermindernde Bewertungen zu transformieren, ist das Ziel kognitiver Interventionsansätze der Stressbewältigung.

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

Inhalt:

In betrieblichen Stressmanagementtrainings werden zur Erreichung der genannten Ziele in der Regel mehrere unterschiedliche Interventionsmethoden auf der Basis eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionsansatzes integriert, um auf den Ebenen des instrumentellen, des kognitiven und des palliativ-regenerativen Stressmanagements anzusetzen. Die dabei zu nutzenden Interventionsmethoden sind:

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

Methodik:

Bei Aktivitäten zum betrieblichen Stressmanagement handelt es sich um systematische und strukturierte Trainingsprogramme, die sich an Gruppen richten und an den individuellen Stressproblemen

der teilnehmenden Beschäftigten orientiert sind. Sie sollten auf die jeweils konkreten betrieblichen Stressbelastungen Bezug nehmen und in bestehende betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte eingebunden sein, um eine Rückkopplung von strukturellen Aspekten in diesen Prozess zu gewährleisten. Die Trainings sollten eine praktische Einübung von Entspannungs- und Stressreduktionsmethoden enthalten sowie Anleitungen für Übungen außerhalb der Trainingssitzungen, um einen Transfer in den Alltag zu gewährleisten.

Anbieterqualifikation:

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

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

mit Kenntnissen in Organisations- und Personalentwicklung und in Methoden der Verhaltensmodifikation sowie Zusatzqualifikationen im Bereich Stressmanagement. Zum Entspannungstraining wird auf die entsprechenden Ausführungen zu den Anbieterqualifikationen unter 6.2.3 verwiesen.

Zusätzlich gelten die in Kapitel 5 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

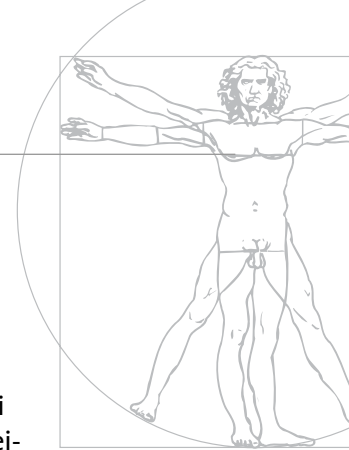
PRÄVENTIONSPRINZIP:

Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung

Bedarf:

Führungskräfte haben auf unterschiedliche Weise Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit, Motivation, Befinden, Gesundheit ihrer Mitarbeiter und hierdurch bedingt auf deren Fehlzeiten¹¹⁹. Mitarbeiter-

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



befragungen in unterschiedlichen Branchen und Betriebsgrößen belegen diesen Zusammenhang eindrucksvoll¹²⁰. Führungskräfte geben durch ihr eigenes Verhalten den Mitarbeitern eine Verhaltensorientierung, nehmen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter (Arbeitsorganisation, Zeit- und Leistungsdruck, Informations-, Entscheidungs- und Handlungsspielraum, Unterstützung, sozialer Umgangsstil, Konflikt- und Problembewältigung) und beeinflussen damit ganz wesentlich die Arbeitszufriedenheit und das Befinden der Mitarbeiter. Eine von der Initiative Gesundheit & Arbeit im Jahre 2003 durchgeführte Expertenbefragung erbrachte, dass annähernd 80% der mehr als 500 befragten Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten aller Branchen die Einschätzung vertreten, dass "schlechtes Führungsverhalten" neben "Zeitdruck" und "Arbeitsplatzunsicherheit" zu den drei relevantesten Faktoren zählen, die zu psychischen Fehlbelastungen führen können¹²¹. Entsprechend wird als bewährte Maßnahme zur Reduzierung arbeitsbedingter psychischer Fehlbelastungen am häufigsten ein mitarbeiterorientierter Führungsstil genannt.

Wirksamkeit:

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

ten jedoch daraufhin, dass Maßnahmen zur Förderung einer gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung zu einer Verbesserung der Zufriedenheit bei Führungskräften und Mitarbeitern, zu einer Verbesserung des Betriebsklimas sowie mittel- bis langfristig auch zu einer Senkung des Krankenstandes beitragen können¹²². Neben der Bedeutung der Rolle der Führungskräfte gibt es weitere intervenierende Variablen, die auf Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit und Motivation Einfluss haben, wie z. B. Auftragsituation, Schnittstellen von Abteilungen/ Bereichen zu anderen Unternehmensbereichen, Zusammenarbeit im Team, Qualifikation der Teammitglieder (Fach-, Methoden-, Sozialkompetenz). Weiterhin sind relevant die Unternehmens- und Führungskultur sowie die Frage nach einer vorhandenen Unterstützungsstruktur für Führungskräfte, einschl. der Frage nach vorhandenen Zielvorgaben und Bewertungsstrukturen für Führungskräfte.

Zielgruppe:

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

Ziel der Maßnahme:

Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung verfolgen eine doppelte Zielsetzung: Zum einen sollen Führungskräfte für Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und der Gesundheit, dem Wohlbefinden und den psychophysischen

- 120 z. B. Stadler, P. & Strobel, G. (2000): Personalpflege und Personalverschleiß – Der Einfluss von Führungsverhalten auf psychische Belastungen von Mitarbeitern. Die BG – Fachzeitschrift für Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Unfallversicherung, 7, 396-401; Wellendorf, J., Westermayer, G. & Riese, I. (2001). Die Aktion „Sicher und Gesund“ der Firma Storck. In B. Badura, M. Litsch u. C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2000 (S. 231-248). Berlin: Springer.
- 121 Initiative Gesundheit & Arbeit (2003). Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit – Ergebnisse einer Expertenbefragung.
- 122 Kowalski, H. (2001): Erfolgsfaktoren "gesunder" Betriebe. In B. Badura, M. Litsch u. C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2000 (S. 191-198). Berlin: Springer; Matyssek, A. (2003a) Gesundheitsorientierte Mitarbeiterführung – Ein Erfahrungsbericht zu einer Seminarreihe für die Deutsche Telekom AG. In H.-G. Giesa, K.-P. Timpe & U. Winterfeld (Hrsg.), Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit, 12. Workshop 2003, S. 311-314. Heidelberg: Asanger; Matyssek, A.K. (2003b). Chefsache: Gesundes Team – gesunde Bilanz. Ein Leitfaden zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung. Wiesbaden: Universum; Westermayer, G. & Wellendorf, J. (2001). Evaluation betrieblicher Stressprävention. In: H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), Effektive betriebliche Gesundheitsförderung – Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim: Juventa.

Belastungen auf Seiten der Mitarbeiter sensibilisiert und bei der Entwicklung eines mitarbeiterorientierten und gesundheitsgerechten Führungsstiles unterstützt werden. Dadurch sollen psychische Fehlbelastungen auf Seiten der Mitarbeiter reduziert und deren Zufriedenheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz gefördert werden. Zum anderen sollen die Führungskräfte selbst auch Strategien zu einer gesundheitsgerechten Bewältigung des eigenen Führungsalltages erlernen. Damit soll sowohl der Vorbildfunktion der Führungskraft Rechnung getragen werden als auch dem Umstand, dass eigenes Stresserleben der Führungskräfte ein häufiges Hindernis für die Realisierung eines gesundheitsgerechten Umgangs mit den Mitarbeitern darstellt.

Inhalte:

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

Methodik:

Bei den Maßnahmen handelt es sich um systematische und strukturierte Programme, die sich im Regelfall an Gruppen richten. Die Maßnahmen sollten auf die jeweils konkreten betrieblichen Bedingungen Bezug nehmen und mit bestehenden betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten verknüpft sein. Die Trainings sollten über die bloße Information hinaus durch moderierte Gruppengespräche den Erfahrungsaustausch und die Selbstreflexion der teilnehmenden Führungskräfte anregen. Ferner sollen die Trainings insbesondere ausreichend Gelegenheit für eine praktische Einübung von Gesprächs- und Stressmanagementstrategien beinhalten sowie An-

leitungen für einen Transfer dieser Strategien in den Führungsalltag bereitstellen.

Anbieterqualifikation:

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

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

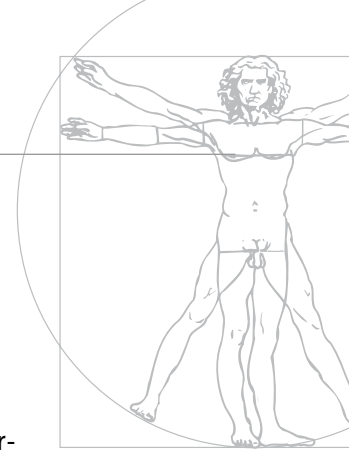
mit Kenntnissen in Organisations- und Personalentwicklung und in Methoden der Verhaltensmodifikation sowie mit Erfahrungen in der Durchführung von Führungskräfte trainings.

Zusätzlich gelten die in Kapitel 5 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

7.2.4 SUCHTMITTELKONSUM

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

Die Folgen des Alkoholmissbrauchs sind für Betriebe gravierend und führen zu verminderter Leistung und Arbeitsqualität, zu gestörtem Betriebsklima, hoher Unfallgefährdung und nicht zuletzt zu erhöh-



ten Fehlzeiten durch alkoholbedingte Erkrankungen. Das bezieht sich sowohl auf den missbräuchlichen privaten Konsum mit Nachwirkungen auf die Arbeitszeit als auch auf den Alkohol- und Tabakkonsum innerhalb der Arbeitszeit.

Die Alkoholabhängigkeit spielt unter den alkoholbedingten Erkrankungen eine besondere Rolle. Häufig durchleben abhängig Erkrankte sehr lange Krankheitskarrieren, bevor eine Entwöhnungsbehandlung beginnt. Der Betrieb ist ein wichtiger Ort, um im Sinne der Primär- und Sekundärprävention betriebsspezifische Strategien zur Gestaltung der Rahmenbedingungen, zur Förderung einer suchtmittelfreien Unternehmenskultur, zu installieren. Er ist ebenso ein Ort, um die Qualifikation von Führungskräften zur angemessenen konstruktiven Ansprache von auffälligen Mitarbeitern zu fördern, um sie möglichst frühzeitig zur Inanspruchnahme professioneller therapeutischer Hilfe zu motivieren.

Von Medikamenten sind in Deutschland etwa 1,5 Mio. Menschen abhängig, zwei Drittel davon sind Frauen. Auch diese Suchterkrankung wirkt sich auf die Arbeitsproduktivität aus. Die Folgen sind ähnlich wie die der Alkoholabhängigkeit. Psychopharmaka (wie z. B. Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel) beeinflussen Konzentrationsfähigkeit und Reaktionsvermögen und machen bei Dauergebrauch abhängig. Das Gleiche gilt für den Drogenkonsum. Er beeinflusst ebenfalls Leistungsfähigkeit und Verhalten am Arbeitsplatz. Betriebe mit einem hohen Anteil junger Beschäftigter sind verstärkt von dieser Problematik betroffen.

Eine weitere Form der substanzbezogenen Abhängigkeit ist das Rauchen. Es führt allerdings nicht per se zu Leistungseinschränkungen und Sicherheitsrisiken. In Deutschland arbeiten etwa drei Millionen Arbeitnehmer in Räumen, in denen regelmäßig geraucht wird. Passivraucher können häufig die gleichen akuten und chronischen Gesundheitsschäden erleiden wie Raucher.

Seit Oktober 2002 ist der Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz durch den § 5 der Arbeitsstättenver-

ordnung gesetzlich festgelegt. Das Recht des Nichtrauchers auf einen rauchfreien Arbeitsplatz hat Vorrang vor der Handlungsfreiheit des Rauchers. Ein gemeinsames Vorgehen aller Betriebspartner zum Nichtraucherschutz im Betrieb erhöht die Akzeptanz und Zufriedenheit mit Regelungen des betrieblichen Nichtraucherschutzes. Eine organisatorische Anbindung an ggf. vorhandene Strukturen bzw. Ansprechpartner aus dem Suchtbereich bietet sich zur Unterstützung des Prozesses an¹²³.

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

Die Aufgaben der Krankenkassen bei den im Folgenden beschriebenen Präventionsprinzipien sind jeweils nur ein Baustein im Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung, das der jeweilige Betrieb verantwortlich umsetzt (vgl. Kapitel 7.1.).

PRÄVENTIONSPRINZIP: Rauchfrei im Betrieb

Bedarf:

Etwa ein Drittel der deutschen Arbeitnehmer raucht. Ca. drei Millionen nicht rauchende Arbeitnehmer arbeiten in Deutschland in Räumen, in denen regelmäßig geraucht wird. Rauchen ist in Deutschland die häufigste vermeidbare Einzelursache für Invalidität und den frühzeitigen Tod. Jährlich sterben etwa 140 000 Menschen an den Folgen des Rauchens¹²⁴. Rauchen ist Hauptrisikofaktor für:

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

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

124 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.(DHS) (2006): Jahrbuch Sucht 2006, Neuland – Verlag, Geesthacht.

Passivraucher erleiden – wenn auch in geringerem Ausmaß und seltener – die gleichen akuten und chronischen Gesundheitsschäden wie Raucher. Damit ist Tabakrauch keine subjektiv empfundene Belästigung, sondern ein deutliches Gesundheitsrisiko. Auf Grund dieser Erkenntnisse hat der Gesetzgeber mit einer Änderung der Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) reagiert. Seit dem 3.10.2002 gilt der neue § 5 ArbStättV: "Nichtraucherschutz". Er legt das Recht der nicht rauchenden Beschäftigten auf einen rauchfreien Arbeitsplatz fest: Dem Schutz der Gesundheit des Nichtrauchers am Arbeitsplatz wird somit eindeutig Vorrang vor der Handlungsfreiheit des Rauchers eingeräumt¹²⁵.

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

Wirksamkeit:

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

Zielgruppe:

- ▶▶ Führungskräfte
- ▶▶ Betriebs- und Personalräte
- ▶▶ Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- ▶▶ Rauchende und nicht rauchende Beschäftigte

Ziel der Maßnahme:

- ▶▶ Durchsetzung der gesundheitlichen Interessen der nicht rauchenden Beschäftigten (Umsetzung des betrieblichen Nichtraucherschutzes im Betrieb gemäß § 5 ArbStättV zum Schutz vor Passivrauch hat Vorrang vor den Interessen des Rauchers)
- ▶▶ Stärkung der Motivation rauchender Beschäftigter, mit dem Rauchen aufzuhören
- ▶▶ Reduzierung der Raucherquote im Betrieb

- ▶▶ Reduzierung des Tabakkonsums im Betrieb (Nichtrauchen am Arbeitsplatz/während der Arbeit)

Inhalt:

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

Methodik:

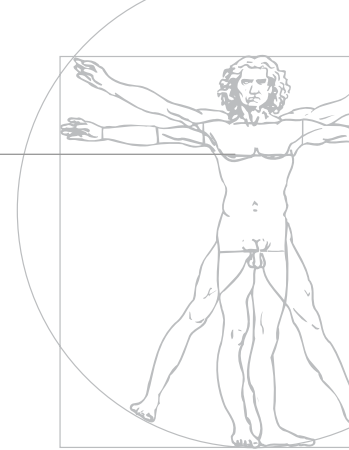
- ▶▶ Informationsangebote für alle Beschäftigten
- ▶▶ Beratung und Unterstützung des Betriebes bei der Schaffung struktureller Maßnahmen, wie z. B. Erstellung von Dienstvereinbarungen zum Nichtraucherschutz, räumliche Trennung von Raucher- und Nichtraucherarbeitsplätzen, Lüftungsmaßnahmen für Raucherzonen
- ▶▶ Beteiligungsorientierte Methoden (z. B. Gesundheitszirkel)
- ▶▶ Angebot von wirksamen kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Maßnahmen zur Raucherentwöhnung

Anbieterqualifikation:

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

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

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



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

Bei der Durchführung individuell orientierter Maßnahmen zur Tabakentwöhnung im Betrieb gelten bezogen auf die Anbieterqualifikation die Anforderungen der individuellen Präventionsmaßnahmen gemäß Kapitel 6.2.4 (Zusatzqualifikation zur Durchführung der jeweiligen Entwöhnungsprogramme).

Zusätzlich gelten die in Kapitel 5 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

**PRÄVENTIONSPRINZIP:
"Punktnüchternheit"
(Null Promille am Arbeitsplatz) bei der Arbeit**

Bedarf:

Epidemiologische Daten belegen den 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 1,6 Mio. der Gesamtzahl liegt ein Abhängigkeitssyndrom vor¹²⁶. Diese Werte sind im Wesentlichen auf den betrieblichen Bereich übertragbar.

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

nen), da sie oftmals nicht die übliche Arbeitsleistung erbringen können, häufiger in Arbeitsunfälle verwickelt und häufiger kurzzeitigkrank sind.

Trotz der bekannten Auswirkungen von Genuss- und Suchtmittelmissbrauch auf Leistungsfähigkeit, Arbeitssicherheit und Gesundheit und der damit verbundenen Kosten und Nachteile sind viele Arbeitgeber auf diesem Gebiet der Prävention noch nicht tätig geworden. Ziel ist es, im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung die Notwendigkeit der "Null Promille am Arbeitsplatz" als Unternehmensziel zu verankern.

Wirksamkeit:

Von den im Folgenden beschriebenen Maßnahmen sind primär- und sekundärpräventive Erfolge für sämtliche Suchtmittel-bedingten Probleme zu erwarten: Durch eine Sensibilisierung der Belegschaft für die Bedeutung der Punktnüchternheit am Arbeitsplatz tragen sie zu einem verantwortungsbewussteren Umgang mit Suchtmitteln bei. Darüber hinaus können durch eine Befähigung von Führungskräften zu einem klaren und konstruktiven Führungsverhalten belastende und damit den Suchtmittelkonsum begünstigende betriebliche Bedingungen reduziert und protektive Faktoren (z. B. soziale Unterstützung) gestärkt werden¹²⁷.

Zielgruppe:

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

Ziel der Maßnahme:

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

126 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2006): Jahrbuch Sucht 2006, Geesthacht.

127 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; Schätzwertstudie: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland (Bundesministerium für Gesundheit, 2000).

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

Inhalt:

Notwendige Bestandteile von Programmen zur Suchtmittelprävention sind:

- ▶▶ Schaffung von Aufmerksamkeit für den bewussten Umgang mit Suchtmitteln und Informationen über deren Wirkungen
- ▶▶ Förderung einer alkoholfreien Betriebskultur ("Null Promille am Arbeitsplatz"), Stärkung der Vorbildrolle der Vorgesetzten und Kollegen
- ▶▶ Ausrichtung eines attraktiven nicht alkoholischen Getränke-Angebots in der Betriebsverpflegung
- ▶▶ Maßnahmen zur Verbesserung des Betriebsklimas (Klimagruppen, Zufriedenheitszirkel)
- ▶▶ Schulung der Führungskräfte und anderer betrieblicher Entscheider zum Umgang mit (suchtmittel-)auffälligen Mitarbeitern
- ▶▶ Vermittlung geeigneter Hilfs- und Beratungsangebote für Mitarbeiter in Krisensituationen und mit Suchtmittelproblemen durch Einrichtungen der Suchtberatung bzw. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 SGB V

Methodik:

- ▶▶ Information der Belegschaft / Schaffung von Informationsstrukturen
- ▶▶ Beratung und Unterstützung bei der Schaffung geeigneter Strukturen: übergreifende Kooperation in einem Steuerungsgremium (z. B. Arbeitskreis Gesundheit), Abschluss einer Dienst-/ Betriebsvereinbarung u.a.
- ▶▶ Maßnahmen zur Organisations- und Personalentwicklung zur Verbesserung von Unternehmenskultur, Führungsstil, Betriebsklima und Arbeitszufriedenheit (z. B. Schulung

in Gesprächsführung von Führungskräften und Personalvertretern)

- ▶▶ Hilfen beim Aufbau einer Struktur zur Mitarbeiterberatung: individuelle Beratung und Krisenintervention, Vermittlung in Beratungsstellen und weitergehende Hilfs- und Beratungsstellen

Anbieterqualifikation:

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

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

mit Zusatzqualifikation oder qualifizierter beruflicher Erfahrung im Bereich der Suchtprävention und -beratung und/oder der Personal- und Organisationsentwicklung.

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

Zusätzlich gelten die in Kapitel 5 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

8. GLOSSAR

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren liegen dann vor, wenn im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung (§ 5 Arbeitsschutzgesetz) durch den Arbeitgeber Risiken mit Gefährdungspotenzialen ermittelt werden, die vor dem Hintergrund des geltenden Vorschriften- und Regelwerkes nicht akzeptabel sind und somit eine Gefahr im Sinne des Arbeitsschutzes darstellen, die zum präventiven Handeln zwingt¹²⁸. Krankenkassen und Unfallversicherungsträger sind verpflichtet, bei der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zusammenzuarbeiten (§ 20b SGB V und § 14 Abs. 2 SGB VII). Für die Unfallversicherungsträger ist diese Aufgabe, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten (§ 1 SGB VII), als Betätigungsfeld 1997 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 werden¹²⁹.

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 gemeint¹³⁰. Gefahren für Leben und Gesundheit sollen an der Quelle bekämpft und Gefährdungen möglichst vermieden werden, indem technische, organisatorische, soziale und Umwelt-

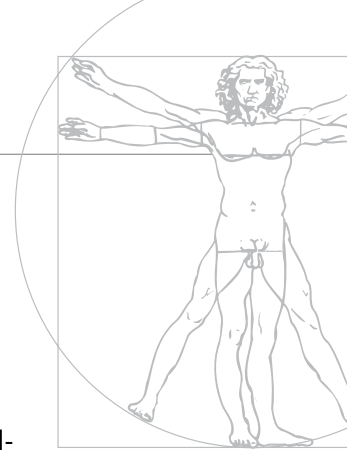
aspekte sachgerecht miteinander verknüpft werden (§§ 1–4 Arbeitsschutzgesetz). Die Arbeitgeber haben damit einen konsequent präventiven Auftrag, der sie verpflichtet, Gesundheitsgefahren von ihren Mitarbeitern fernzuhalten.

Bedarfsorientierung/Bedarf

Der Bedarf hinsichtlich präventiver Maßnahmen ist die minimale Menge an Ressourcen, die zur Beseitigung drohender Gesundheitsschäden (Risiken, Risikofaktoren) erforderlich ist (Prinzip der Kosteneffektivität). Er ergibt sich aus der Ermittlung von Risiken und Risikofaktoren der Versicherten. Der Bedarf im Hinblick auf Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung resultiert aus der Ermittlung von Gesundheitspotenzialen der Mitglieder im Betrieb. Um die Bedarfsorientierung von Maßnahmen der Krankenkassen zu gewährleisten, sollten deshalb Risikofaktoren wie auch Gesundheitspotenziale der Versicherten durch geeignete Instrumente von den Krankenkassen ermittelt werden. Diese haben dafür in den letzten Jahren eine Reihe von Instrumenten entwickelt und im vielfachen Einsatz validiert. Dazu zählen je nach Zuständigkeit (z. B. Krankenversicherung, Unfallversicherungsträger u.a.) die Gesundheitsberichterstattung auf der Basis von Arbeitsunfähigkeitsdaten (ggf. auch anderer Daten zu medizinischen Verordnungen/Therapieformen), die Gefährdungsermittlung und -beurteilung, arbeitsmedizinische Untersuchungen, Befragungen von Mitarbeitern im Hinblick auf Belastungen, gesundheitlichen Beschwerden und Verhaltensweisen sowie die betrieblichen Gesundheitszirkel. Die Ergebnisse dieser Instrumente ergänzen sich im Hinblick auf die Bedarfsermittlung und geben in der Zusammenschau ein umfassendes Bild hinsichtlich des Bedarfs an Maßnahmen zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung.

(Betriebliche) Gesundheitsförderung

Nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und in Abgrenzung zur Prävention bezeichnet der Begriff "Gesundheitsförderung" ein



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

129 BMA 1997.

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

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

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

Gesundheitsförderung

siehe oben: (Betriebliche) Gesundheitsförderung

Prävention

Als Prävention werden Strategien bezeichnet, die entweder spezifische Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten vermindern oder mitverursachende Rahmenfaktoren beeinflussen, welche die Anfälligkeiten gegenüber Krankheiten verringern. Aktivitäten zur Reduzierung der Auswirkungen bereits vorhandener Krankheiten sind dabei einbezogen¹³¹. 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 Lebensbedingungen¹³² sowie die Idee der Hilfe

zur Selbsthilfe (empowerment). In Strategien der Primärprävention können nach Schwartz¹³³ die gesamte Bevölkerung, große Personengruppen mit durchschnittlichem oder nur leicht erhöhtem Risiko oder bestimmte Hochrisikopersonen einbezogen werden.

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*

(Früherkennung/-behandlung)

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

▶ *Tertiärprävention (Rehabilitation)*

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

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

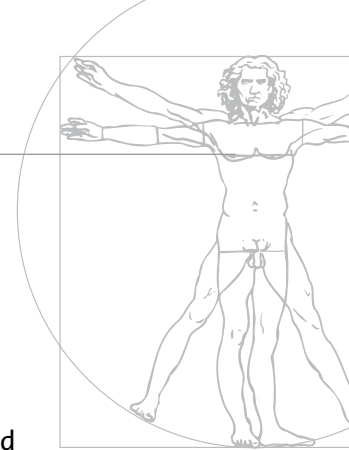
Qualität

Qualität hat stets etwas mit Zielen, Zwecken, Erwartungen, Anforderungen und Bewertungen von Pro-

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

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

133 Schwartz et al., S. 158.



duzenten 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 Beurteilungsmaßstäben¹³⁴.

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 ist¹³⁵.

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 Kontext¹³⁶.

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 erfolgversprechend, 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.

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

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

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

9. ANHANG

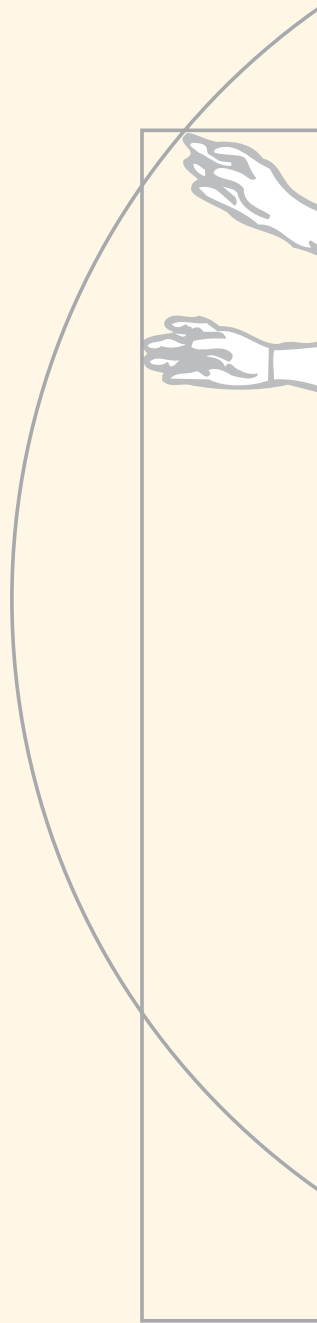
Perzentile für den Body Mass Index (in kg/m²) von Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren¹³⁷

Alter (Jahre)	P ₃	P ₁₀	P ₂₅	P ₅₀ (M)	P ₇₅	P ₉₀	P ₉₇	P _{99.5}
0	10,21	10,99	11,75	12,58	13,40	14,12	14,81	15,61
0,5	13,86	14,55	15,29	16,16	17,08	17,95	18,85	19,98
1	14,14	14,81	15,53	16,40	17,34	18,25	19,22	20,41
1,5	13,94	14,59	15,32	16,19	17,16	18,11	19,15	20,48
2	13,68	14,33	15,05	15,93	16,93	17,92	19,03	20,48
2,5	13,46	14,10	14,82	15,71	16,73	17,76	18,92	20,51
3	13,29	13,93	14,64	15,54	16,57	17,64	18,84	20,46
3,5	13,16	13,79	14,51	15,42	16,46	17,56	18,81	20,54
4	13,06	13,69	14,42	15,33	16,40	17,54	18,85	20,75
4,5	13,00	13,64	14,37	15,31	16,41	17,58	18,97	20,97
5	12,97	13,61	14,36	15,32	16,46	17,69	19,16	21,34
5,5	12,94	13,60	14,36	15,35	16,53	17,83	19,40	21,74
6	12,92	13,59	14,37	15,39	16,63	17,99	19,67	22,28
6,5	12,93	13,62	14,42	15,48	16,77	18,21	20,01	22,78
7	12,98	13,69	14,52	15,62	16,98	18,51	20,44	23,48
7,5	13,06	13,80	14,66	15,81	17,24	18,86	20,93	24,25
8	13,16	13,92	14,82	16,03	17,53	19,25	21,47	25,19
8,5	13,27	14,06	15,00	16,25	17,83	19,65	22,01	26,02
9	13,38	14,19	15,17	16,48	18,13	20,04	22,54	26,69
9,5	13,48	14,33	15,34	16,70	18,42	20,42	23,04	27,50
10	13,61	14,48	15,53	16,94	18,72	20,80	23,54	28,17
10,5	13,76	14,66	15,74	17,20	19,05	21,20	24,03	28,73
11	13,95	14,88	15,99	17,50	19,40	21,61	24,51	29,36
11,5	14,18	15,14	16,28	17,83	19,78	22,04	25,00	29,88
12	14,45	15,43	16,60	18,19	20,18	22,48	25,47	30,47
12,5	14,74	15,75	16,95	18,56	20,58	22,91	25,92	30,77
13	15,04	16,07	17,30	18,94	20,98	23,33	26,33	31,26
13,5	15,35	16,40	17,64	19,30	21,36	23,71	26,70	31,43
14	15,65	16,71	17,97	19,64	21,71	24,05	27,01	31,72
14,5	15,92	17,00	18,27	19,95	22,02	24,35	27,26	31,81
15	16,18	17,26	18,53	20,22	22,28	24,59	27,45	31,86
15,5	16,40	17,49	18,76	20,45	22,50	24,77	27,57	31,85
16	16,60	17,69	18,96	20,64	22,67	24,91	27,65	31,79
16,5	16,78	17,87	19,14	20,81	22,82	25,02	27,69	31,71
17	16,95	18,04	19,31	20,96	22,95	25,11	27,72	31,61
17,5	17,11	18,20	19,47	21,11	23,07	25,20	27,74	31,51
18	17,27	18,36	19,62	21,25	23,19	25,28	27,76	31,42

¹³⁷ Kromeyer-Hauschild K., Wabitsch M., Geller F., Ziegler A., Geiß H. C., Hesse V., Hippel V., Jäger U., Johnsen D., Kiess W., Korte W., Kunze D., Menner K., Müller M., Niemann-Pilatus A., Remer Th., Schäfer F., Wittchen H. U., Zabransky S., Zellner K., Hebebrand J. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 2001, 149: 807-818.

Perzentile für den Body Mass Index (in kg/m²) von Jungen im Alter von 0 bis 18 Jahren¹³⁸

Alter (Jahre)	P ₃	P ₁₀	P ₂₅	P _{50 (M)}	P ₇₅	P ₉₀	P ₉₇	P _{99.5}
0	10,20	11,01	11,81	12,68	13,53	14,28	15,01	15,86
0,5	14,38	15,06	15,80	16,70	17,69	18,66	19,72	21,09
1	14,58	15,22	15,93	16,79	17,76	18,73	19,81	21,25
1,5	14,31	14,92	15,60	16,44	17,40	18,37	19,47	20,95
2	14,00	14,58	15,25	16,08	17,03	18,01	19,14	20,69
2,5	13,73	14,31	14,97	15,80	16,76	17,76	18,92	20,51
3	13,55	14,13	14,79	15,62	16,59	17,62	18,82	20,51
3,5	13,44	14,01	14,67	15,51	16,50	17,56	18,80	20,61
4	13,36	13,94	14,60	15,45	16,46	17,54	18,83	20,68
4,5	13,30	13,88	14,55	15,42	16,45	17,56	18,90	20,87
5	13,24	13,83	14,51	15,40	16,46	17,61	19,02	21,17
5,5	13,20	13,80	14,50	15,40	16,50	17,71	19,19	21,52
6	13,18	13,79	14,51	15,45	16,59	17,86	19,44	21,92
6,5	13,19	13,82	14,56	15,53	16,73	18,07	19,76	22,40
7	13,23	13,88	14,64	15,66	16,92	18,34	20,15	23,07
7,5	13,29	13,96	14,76	15,82	17,14	18,65	20,60	23,81
8	13,37	14,07	14,90	16,01	17,40	19,01	21,11	24,62
8,5	13,46	14,18	15,05	16,21	17,68	19,38	21,64	25,48
9	13,56	14,31	15,21	16,42	17,97	19,78	22,21	26,55
9,5	13,67	14,45	15,38	16,65	18,27	20,19	22,78	27,34
10	13,80	14,60	15,57	16,89	18,58	20,60	23,35	28,35
10,5	13,94	14,78	15,78	17,14	18,91	21,02	23,91	29,21
11	14,11	14,97	16,00	17,41	19,24	21,43	24,45	30,11
11,5	14,30	15,18	16,24	17,70	19,58	21,84	24,96	30,63
12	14,50	15,41	16,50	17,99	19,93	22,25	25,44	31,38
12,5	14,73	15,66	16,77	18,30	20,27	22,64	25,88	31,72
13	14,97	15,92	17,06	18,62	20,62	23,01	26,28	32,08
13,5	15,23	16,19	17,35	18,94	20,97	23,38	26,64	32,45
14	15,50	16,48	17,65	19,26	21,30	23,72	26,97	32,61
14,5	15,77	16,76	17,96	19,58	21,63	24,05	27,26	32,79
15	16,04	17,05	18,25	19,89	21,95	24,36	27,53	32,96
15,5	16,31	17,33	18,55	20,19	22,26	24,65	27,77	32,94
16	16,57	17,60	18,83	20,48	22,55	24,92	27,99	33,11
16,5	16,83	17,87	19,11	20,77	22,83	25,18	28,20	33,09
17	17,08	18,13	19,38	21,04	23,10	25,44	28,40	33,24
17,5	17,32	18,39	19,64	21,31	23,36	25,68	28,60	33,21
18	17,56	18,63	19,89	21,57	23,61	25,91	28,78	33,19



vdak



 **KNAPPSCHAFT**

