

Inhaltsverzeichnis

1.	Präambel	5
2.	Gesetzliche Grundlagen	7
3.	Grundsätze und Empfehlungen	9
3.1	Ziele in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung	9
3.2	Zielgruppen und Zugangswege.....	10
3.2.1	Setting-Ansatz.....	10
3.2.2	Individueller Ansatz.....	12
3.3	Qualitätsmanagement, Dokumentation und Erfolgskontrolle.....	14
3.4	Kommission zur Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien.....	15
4.	Übergreifende Anforderungen	17
5.	Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V	21
5.1	Setting-Ansatz.....	21
5.1.1	Gesundheitsfördernde Schule	22
5.1.2	Gesundheitsförderung in der Kommune/im Stadtteil	25
5.2	Individueller Ansatz - Handlungsfelder.....	27
5.2.1	Bewegungsgewohnheiten.....	27
	Präventionsprinzip: Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität.....	28
	Präventionsprinzip: Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme.....	31
5.2.2	Ernährung.....	33
	Präventionsprinzip: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung.....	34
	Präventionsprinzip: Vermeidung und Reduktion von Übergewicht.....	35
5.2.3	Stressbewältigung / Entspannung.....	37
	Präventionsprinzip: Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken.....	37
5.2.4	Suchtmittelkonsum.....	42
	Präventionsprinzip: Förderung des Nichtrauchens	43
	Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums.....	45
6.	Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 2 SGB V	47
6.1	Grundsätzliche Anforderungen.....	47
6.2	Handlungsfelder.....	51
6.2.1	Arbeitsbedingte körperliche Belastungen.....	51
	Präventionsprinzip: Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates.....	51
6.2.2	Betriebsverpflegung.....	52
	Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte betriebliche Gemeinschaftsverpflegung.....	52
6.2.3	Psychosoziale Belastungen (Stress).....	54
	Präventionsprinzip: Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz.....	54
	Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung.....	59
6.2.4	Suchtmittelkonsum.....	61
	Präventionsprinzip: Rauchfrei im Betrieb.....	63
	Präventionsprinzip: "Punktnüchternheit" (Null Promille am Arbeitsplatz) bei der Arbeit.....	65
7.	Glossar	69

1. Präambel

Die Krankenkassen haben seit dem Jahr 2000 mit dem § 20 Abs. 1 und 2 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. Maßnahmen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen die Wiedereinführung dieser Leistungen. Dadurch wird es den Krankenkassen möglich, den Gesundheitszustand der Versicherten unter deren aktiver Beteiligung zu verbessern und gesundheitlichen Beeinträchtigungen frühzeitig und wirksam entgegenzuwirken, anstatt sie kostenintensiv zu kurieren.

Ansatzpunkte für eine gesundheitsförderliche Politik sind im Risikoverhalten und in selbstschädigenden Verhaltensweisen sowie in gesundheitsbelastenden Bedingungen in der Umwelt und der Arbeitswelt zu sehen, einschließlich der psychosomatischen Belastungen durch Arbeitslosigkeit. Auch der Stärkung gesundheitsförderlicher Potenziale kommt eine hohe Bedeutung zu. Die Schaffung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen ist dabei als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen, die von einer Vielzahl von Akteuren, z.B. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesetzliche Unfallversicherung, Gesetzliche Krankenversicherung, Ärzte¹, Betriebsärzte, zu leisten ist. Auf der Grundlage deren originärer Zuständigkeiten ist eine klare Zuordnung der Aufgaben der Akteure und auf dieser Basis eine Abstimmung der jeweiligen Interventionen vorzunehmen.

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

Das Engagement der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung muss sich an den vorgegebenen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sowie an den objektiven Möglichkeiten der Krankenkassen, die insbesondere durch den Richtwert von 2,56 EUR (2006: 2,74 EUR) je Versicherten und Kalenderjahr geprägt sind, orientieren. Die begrenzten Mittel der Krankenkassen erfordern die Konzentration auf gezielte Interventionen und eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit allen an der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligten Stellen.

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.

Mit diesem Leitfaden haben die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung unabhängigen Sachverständiges² prioritäre Handlungsfelder und Kriterien festgelegt, die für Maßnahmen der Primärprävention und den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen 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 Abs. 1 und 2 SGB V durchgeführt oder gefördert werden. In Zweifelsfällen sind die jeweiligen Aufsichtsbehörden einzuschalten.

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

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, Bundesärztekammer, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutscher Sportbund, Deutsche Gesellschaft für Public Health, Deutscher Städtetag, Politischer Arbeitskreis von Patienteninitiativen Umwelterkrankter, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V.

2. Gesetzliche Grundlagen

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

- (1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.
- (2) Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.
- (3) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,56 EUR umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen.

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

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

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

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

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

3. Grundsätze und Empfehlungen

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

Die Spitzenverbände der Krankenkassen treten nachdrücklich dafür ein, dass die Krankenkassen die gesetzliche Sollvorgabe der Ausgaben für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung gem. § 20 Abs. 3 SGB V ausschöpfen.

3.1 Ziele in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung

In Prävention und Gesundheitsförderung sind gemeinsame Ziele notwendig, um die Anstrengungen und Ressourcen verschiedener Akteure zu bündeln. Daher sollten nationale Präventionsziele in einem breiten demokratischen Prozess entwickelt und politisch legitimiert werden. Da derzeit keine nationalen Präventionsziele definiert sind, haben sich die GKV-Spitzenverbände dafür ausgesprochen, Präventionsziele auf Bundesebene festzulegen.

Die GKV-Spitzenverbände schlagen für die Primärprävention ein hierarchisches, morbiditätsorientiertes Zielsystem mit folgenden Elementen vor:

- 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 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.

In der Gesundheitsförderung ist ein solcher hierarchischer, datengestützter Zielauswahlprozess nicht möglich, da hier nicht Erkrankungen sondern konsensual festgelegte Werte eine zentrale Rolle spielen. Die Ziele in der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten werden daher unter Rückgriff

auf gemeinsam geteilte Werte, Konzepte und Leitvorstellungen entwickelt und für die einzelnen Lebenswelten/Settings sukzessive in einem partizipativen Prozess konkretisiert.³

Bis zur Feststellung der GKV-Präventionsziele auf Basis dieses Verfahrens gelten die in den präventiven Handlungsfeldern definierten Präventionsprinzipien als Oberziele für die GKV-Aktivitäten in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung (s. Tabelle in Abschnitt 4).

3.2 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** ergeben⁴.

3.2.1 Setting-Ansatz

Besonderes Augenmerk ist nach § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V auf solche Zielgruppen zu richten, die sozial bedingt ungünstigere Gesundheitschancen aufweisen⁵.

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 Weltgesundheitsorganisationen (WHO) empfohlenen und weit über die Aufgaben der Krankenkassen hinausreichenden - Ansatz sind primär-

³ Vgl. Initiative Gesundheit und Arbeit (Hrsg.) (2005): Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen. IGA-Report Nr. 8, Essen, Dresden und Bonn (Eigenverlag). Internet: www.iga-info.de

⁴ Einstimmiger Beschluss der 74. Gesundheitsministerkonferenz vom 22. Juni 2001: Geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit und Krankheit.

⁵ 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.

präventive und gesundheitsfördernde Interventionen gemeint, die sich statt auf Individuen auf Lebensräume richten, in denen Menschen große Teile ihrer Zeit verbringen⁶. 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 Betriebe⁷. In diesem Leitfaden werden die nichtbetrieblichen Setting-Ansätze in Abschnitt 5.1 und die betrieblichen Setting-Ansätze in Abschnitt 6 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 Allianzen⁸.

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)⁹. 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:

⁶ Vgl. Bauch, J. (2002): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Prävention 25 (2002) 67-70.

⁷ 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.

⁸ Baric, L., Conrad, G. (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Gamburg.

⁹ Die Arbeit mit Netzwerken, die von WHO und EU in den letzten Jahren stark gefördert wird, basiert auch auf dem Setting-Ansatz.

- Kindergärten / Kindertagesstätten, Grund-, Haupt-, Gesamt-, Sonder- und Berufsschulen,
- Stadtteile / Kommunen mit niedrigem durchschnittlichem Pro-Kopf-Einkommen bzw. hohem Arbeitslosen-, Sozialhilfe- oder Migrantanteil,
- 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 Verantwortlichen angewiesen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen, Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz außerhalb von Betrieben zu verstärken und hierfür zunächst mindestens 50 Cent pro Kopf ihrer Versicherten zu verwenden. 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 nutzen¹⁰.

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

3.2.2 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.

¹⁰ Hierzu haben die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesvereinigung für Gesundheit (BfGe) 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. Internetquelle: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. Diese Strukturbildung ist ein Gemeinschaftsprojekt von GKV und öffentlicher Hand im Rahmen der primären Prävention.

Die Auswertung der derzeit für eine entsprechende Bedarfsermittlung zur Verfügung stehenden Literatur¹¹ zeigt, dass folgende Krankheitsbilder von besonderer epidemiologischer Bedeutung sind:

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

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 empfehlen¹²:

- Herz-Kreislaufkrankungen: Vermeidung von Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Bewegungsmangel, übermäßigem Alkoholkonsum, Dysstress (vor allem in Bezug auf Herzinfarkte und Schlaganfälle)
- Diabetes mellitus Typ II: 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 enthalten¹³ (s. hierzu die Ausführungen zu Zielen, Inhalten und Methoden der Präventionsprinzipien in Abschnitt 5.2 dieses Leitfadens).

¹¹ 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

¹² Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden

¹³ Rosenbrock, R. (2004): Primäre Prävention zur Vermeidung von sozialbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen - Problemskizze und ein Umsetzungsvorschlag des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV; in: Ders., Bellwinkel, M., Schröer, A. (Hrsg.): Prävention im Kontext sozialer

Voraussetzung einer individuellen präventiven Intervention ist grundsätzlich, dass sich die Wirksamkeit der Intervention in Expertisen, Studien oder Metaanalysen (Evidenzbasierung) erwiesen hat. Erste, als in diesem Sinne gesichert anzusehende Präventionsprinzipien sind in den Abschnitten 5.2 und 6.2 dargestellt. Zur Förderung von innovativen Ansätzen sind darüber hinaus Modelle zur Erprobung der Wirksamkeit weiterer Präventionsprinzipien möglich, in denen über eine begleitende Dokumentation und Evaluation die Wirkung des jeweiligen Prinzips überprüft wird.

Eine weitere Voraussetzung für die individuelle präventive Intervention ist eine konkrete Zielbestimmung der Maßnahme, die sich operationalisieren und quantifizieren lässt, so dass sich eine Veränderung/Verbesserung in Bezug auf die Zielerreichung durch die erfolgte Intervention messen lässt. 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
- Direct-Mailingaktionen (z.B. für Schwangere, Eltern von Kindern bestimmter Altersgruppen etc.)
- Bringstruktur (aufsuchende Beratung der spezifischen Zielgruppe).

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

3.3 Qualitätsmanagement, Dokumentation und Erfolgskontrolle

Die Spitzenverbände der Krankenkassen unterstreichen die Notwendigkeit, für die Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung zweckmäßige

Verfahren zur Sicherung der Angebotsqualität, zur Dokumentation und zur Erfolgskontrolle vorzusehen und als fortlaufende Routinen zu etablieren. Nur so kann die erforderliche Transparenz erreicht werden, die es der einzelnen Krankenkasse, den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Politik und der Wissenschaft ermöglicht zu überprüfen, ob die gesetzten Ziele und Erwartungen erreicht wurden. Indem die gewonnenen Daten und Erfahrungen in die Planung der zukünftigen Aktivitäten einfließen, wird ein permanenter Optimierungsprozess der Angebote in Gang gesetzt.

Um diese Ziele zu erreichen, werden die Verfahren zum Qualitätsmanagement, zur Dokumentation und zur Erfolgskontrolle im Rahmen eines Stufenprozesses implementiert. Dieser Prozess ermöglicht es, mit der Arbeit auf der Basis von Minimalanforderungen zu beginnen und dabei auch die Eckpunkte der zukünftigen Entwicklung zu beschreiben. In einem ersten Schritt haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen auf Verfahren zur Sicherung der Strukturqualität der Angebote sowie zur Dokumentation der Leistungen verständigt.

Grundsätzlich haben sich die Krankenkassen zu vergewissern, dass die Anbieter der von ihnen finanzierten Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung über die erforderlichen Qualifikationen verfügen, die vermittelten Inhalte und Methoden sowie die Bedingungen der Durchführung den im Leitfaden genannten Anforderungen entsprechen und qualitätsgesichert sind. Hierzu stellen die Spitzenverbände den Krankenkassen geeignete Instrumente zur Verfügung¹⁴.

Darüber hinaus werden die Leistungen der Krankenkassen einheitlich dokumentiert¹⁵. Diese Dokumentation liefert Aufschlüsse über die Leistungsanspruchnahme und Leistungserbringung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen entwickeln derzeit gemeinsame und einheitliche Instrumente der Erfolgskontrolle, die zukünftig von den Krankenkassen im Routinebetrieb eingesetzt werden. Mittels dieser Instrumente soll stichprobenartig Aufschluss gewonnen werden, zu welchem Grad die vorab festgelegten Maßnahmeziele erreicht wurden.

3.4 Kommission zur Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien

Die Spitzenverbände der Krankenkassen beteiligen bei der Anpassung des Leitfadens zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen ebenfalls unabhängigen Sachverstand. Dazu wurde ein Gremium eingerichtet, das die Spitzenverbände der Krankenkassen berät. Diese "Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und

¹⁴ 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.

¹⁵ Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2004): Dokumentation 2002: Leistungen der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2005): Dokumentation 2003: Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung.

betriebliche Gesundheitsförderung" setzt sich aus je einem Vertreter des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Bundesvereinigung für Gesundheit, der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften zusammen. 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 des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V insbesondere hinsichtlich der folgenden Themenfelder:

- Weiterentwicklung der gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse sowie der aus der Praxis gewonnenen Erfahrungen. Hierzu zählt u.a. die Aufnahme neuer Handlungsfelder und die Prüfung bereits genannter bzw. neu aufzunehmender Anbieterqualifikationen
- Qualitätssicherung (Aufbau zweckmäßiger Verfahren der Dokumentation und Erfolgskontrolle sowie Etablierung entsprechender Qualitätssicherungsrouinen).
- Weiterentwicklung praktikabler und ökonomischer Methoden zur Auswertung gesundheitsbezogener Daten und ggf. Ableitung geeigneter Präventionsmaßnahmen
- Empfehlungen zu weiteren Kooperationen
- Erfahrungsaustausch über Praxismodelle
- Weitergabe wissenschaftlicher Erkenntnisse.

4. Übergreifende Anforderungen

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

Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V	Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 2 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 <ul style="list-style-type: none"> • Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates
Ernährung <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung • Vermeidung und Reduktion von Übergewicht 	Betriebsverpflegung <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsgerechte betriebliche Gemeinschaftsverpflegung
Stressbewältigung / Entspannung <ul style="list-style-type: none"> • Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken 	Psychosoziale Belastungen (Stress) <ul style="list-style-type: none"> • Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz • Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung
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

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. 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 "Risikofak-

toren" in das Zentrum der präventiven Bemühung zu stellen, sondern auf den allgemeinen Gesundheitszustand abzielen.

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

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

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

Kursleiter sollen über die in den einzelnen Präventionsprinzipien 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 4. und 5.2).

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 kann von den Krankenkassen nicht finanziert werden.

Zur Erhöhung der Breitenwirksamkeit und 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. Generell ist die Übernahme bzw. Bezuschussung von Mitgliedschaftsbeiträgen in Sportvereinen und Fitnessstudios wie auch die Gewährung finanzieller Anreize nach § 20 Abs. 1 SGB V nicht zulässig.

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

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

Grundsätzlich müssen die Anbieter/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 Abs. 1 und 2 SGB V grundsätzlich nicht in Betracht.

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

5. Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

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

5.1 Setting-Ansatz

Förderungsfähig sind primärpräventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten mit verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung. Die Maßnahmen müssen die nachstehenden Kriterien hinsichtlich Bedarf, Lebensweltorientierung, Methoden und Strategien erfüllen¹⁶.

Bedarf/Lebensweltorientierung:

- 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.

Methoden/Strategien:

- 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.

Nicht förderungsfähig sind:

- Isolierte Präventionskurse ohne Einbindung in ein Gesamtkonzept sowie Kursangebote, die nicht von strukturellen Veränderungsaktivitäten in Settings begleitet werden
- Reine Forschungsprojekte/Screenings mit geringem Anteil von Interventionen
- Aktivitäten von politischen Parteien sowie parteinahen Organisationen und Stiftungen
- Aktivitäten, die einseitig Werbezwecken für bestimmte Organisationen oder Produkte dienen

¹⁶ Vgl. auch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2005): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung Konkret Bd. 5, Köln.

- Berufliche Aus- und Weiterbildung
- Aktivitäten, die einen hohen Anteil an investiven Sachkosten aufweisen
- Aktivitäten, die zu den Pflichtaufgaben staatlicher Stellen (z. B. Sportunterricht in Schulen, Betreuungsaktivitäten in offenen Ganztagschulen, Schuleingangsuntersuchungen durch den ÖGD) oder anderer Körperschaften des öffentlichen Rechts gehören
- Regelfinanzierung von auf Dauer angelegten Stellen (z. B. in Beratungseinrichtungen).

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

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.

Im Folgenden werden als Beispiele für Setting-Ansätze die "Gesundheitsfördernde 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.

5.1.1 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 entwickeln¹⁷.

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 handlungsleitend¹⁸:

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.

¹⁷ Barkholz, U., Gabriel, R., Jahn, H., Paulus, P. (2001): Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen. Hrsgg. vom Bundesministerium für Bildung und Forschung

¹⁸ 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.

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

Umsetzung:

Alle Partner beteiligen sich gemäß ihres Aufgaben- und Verantwortungsbereichs 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 Schülervereine), 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.

Das Vorgehen des Projektteams sollte sich an folgenden Schritten orientieren:

1. **Bedarfsermittlung:** Durchführung einer Analyse zur Ermittlung von schulspezifischen 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 Finanziere für die Gestaltung der einzelnen Interventionen und Interventionsschritte inner- und außerhalb der Schule 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 der Wirksamkeit der Interventionen sowie der zu ziehenden Schlussfolgerungen unter dem Gesichtspunkt der Verstetigung / Nachhaltigkeit.

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.

5.1.2 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"¹⁹ 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 Krankenkassen²⁰.

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.

Bei der Gesundheitsförderung in der Kommune/im Stadtteil handelt es sich um einen für die Krankenkassen noch neuen Aufgabenbereich. Hierin sind insbesondere die Aspekte

¹⁹ Internetseite: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

²⁰ 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.

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 entsprechen²¹.

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.

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

5.2 Individueller Ansatz - Handlungsfelder

Als prioritäre Handlungsfelder sind die nachfolgenden Bereiche vorgesehen:

5.2.1 Bewegungsgewohnheiten

Heute ist unstrittig, dass Bewegungsmangel einerseits einen zentralen Risikofaktor für die Gesundheit darstellt und körperlich-sportliche Aktivitäten andererseits zu den zentralen Faktoren der Erhaltung sowie der Wiederherstellung der physischen und der psychosozialen Gesundheit gehören²². 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 Interventionen²³. Von zentraler Bedeutung sind dabei die Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen sowie die richtige Dosierung der Belastung. Ferner erfordert eine nachhaltige Sicherung von Gesundheitseffekten - insbesondere für die große Gruppe der langfristig bewegungsabstinenten Menschen - Interventionen auf den Ebenen des Verhaltens und der Verhältnisse. Gesundheitssport kann auf diese Weise als bedeutendes Element einer allgemeinen Gesundheitsförderung aufgefasst werden, mit der gleichermaßen Gesundheits-, Verhaltens-, und Verhältniswirkungen angestrebt werden. In der ersten Phase der Intervention sind dabei Verhaltens- und Verhältniswirkungen prioritär gegenüber Gesundheitswirkungen (im engeren Sinne)²⁴. Wenn es nicht gelingt, in der ersten Phase eine Bindung an gesundheitssportliche Aktivität aufzubauen, so sind langfristig wirksame Gesundheitseffekte dieser Aktivitäten nicht möglich. Sportliche Aktivitäten aus den Bereichen Wettkampfsport, Funsport, Fitnesport etc. können zwar auch mehr oder weniger zufällig einzelne Gesundheitsaspekte fördern, sind damit aber noch kein Gesundheitssport. Gleichwohl können Elemente aus diesen Bereichen in Gesundheitssportprogramme sinnvoll integriert werden²⁵.

22 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

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

24 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.

25 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.

**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 zugrunde²⁶, so wird diese in den hoch industrialisierten Ländern derzeit nur von maximal 10-20% der erwachsenen Bevölkerung erreicht²⁷. Die Folgen sind katastrophal für die Lebensqualität, für die Volksgesundheit sowie die Ökonomie. Bewegungsmangel ist ein zentraler Risikofaktor für die Entstehung insbesondere von Herz-Kreislauf- sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen. Körperliche Inaktivität mit ihren Folgen wurde demzufolge bereits als das zentrale Gesundheitsproblem des dritten Jahrtausends bezeichnet²⁸.

Wirksamkeit:

Große Bevölkerungsstudien belegen, dass ein zusätzlicher Energieverbrauch durch körperlich-sportliche Aktivität von etwa 1000 kcal pro Woche insbesondere das koronare Erkrankungsrisiko stark reduziert, aber auch präventiv wirksam ist bei allgemeinen bewegungsmangelbedingten (körperlichen und psycho-somatischen) Beschwerden. Bewegung, die zielgerichtet, regelmäßig, mit moderater Intensität und einem Mindestumfang von etwa zwei Stunden pro Woche durchgeführt wird, stellt gesichert einen zentralen Schutzfaktor der Gesundheit dar²⁹.

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 Handlungskompetenz und Eigenverantwortung sind sechs Kernziele anzusteuern:³⁰

²⁶ 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.

²⁷ 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.

²⁸ 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.

²⁹ 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.

³⁰ 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.

- Kernziel 1: Stärkung physischer Gesundheitsressourcen (insbesondere die Faktoren gesundheitsbezogener Fitness Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit, Entspannungsfähigkeit)
- Kernziel 2: Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen (insbesondere Handlungs- und Effektwissen, Selbstwirksamkeit, Stimmung, Körperkonzept, Soziale Kompetenz und Einbindung)
- Kernziel 3: Verminderung von Risikofaktoren (insbesondere solche des Herz-Kreislauf-Systems sowie des Muskel-Skelettsystems)
- Kernziel 4: Bewältigung von psycho-somatischen Beschwerden und Missbefindenszuständen
- Kernziel 5: Aufbau von Bindung an gesundheitssportliche Aktivität
- Kernziel 6: Verbesserung der Bewegungsverhältnisse (u.a. durch den Aufbau kooperativer Netzwerke beim Zugang zu einer gesundheitssportlichen Aktivität und bei deren Weiterführung³¹)

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

Inhalt:

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

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

delphia etc. Brehm, W., Bös, K., Opper, E. & Saam, J. (2002). Gesundheitssportprogramme in Deutschland. Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement für Sportverbände, Sportvereine und andere Anbieter von Gesundheitssport. Schorndorf: Hofmann. Brehm, W., Pahlmaier, I., Tiemann, M., Ungerer-Röhrich, U. & Bös, K. (2002). Psychosoziale Ressourcen - Stärkung von psychosozialen Ressourcen im Gesundheitssport. Deutscher Turnerbund: Frankfurt.

³¹ 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)

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

Methodik:

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

Anbieterqualifikation:

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

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

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

Zusätzlich gelten die in Abschnitt 4 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 Aktivitäten³². Zentral erscheint eine an den Zielgruppen und ihren Gefährdungen ausgerichtete Intervention (z.B. an Frauen vor einsetzender Menopause zur Prävention von Osteoporose).

Zielgruppe:

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

Ziel der Maßnahme:

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

Inhalt:

Die folgenden Inhalte beziehen sich wie beim Präventionsprinzip "Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität" grundsätzlich auf die sechs Kernziele von Gesundheitssport. Im Hinblick auf die Prävention der unter "Bedarf" genannten Krankheitsarten gilt es, die Inhalte jeweils auf die spezifischen Problembereiche 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

³² 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

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

Zur Durchführung von Maßnahmen für Personen mit speziellen Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems kommen auch Ergotherapeuten und 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 Krafttraining sowie Dauerangebote sind nicht förderungsfähig.

Zusätzlich gelten die in Abschnitt 4 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

5.2.2 Ernährung

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

Präventionsprinzip: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

Bedarf:

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

- Höhe und Qualität der Fettzufuhr,
- Höhe und Qualität der Kohlenhydratzufuhr (zu hoher Zuckerverzehr, zu geringe Aufnahme an Ballaststoffen),
- Versorgung mit Calcium, Jod, Fluorid, Vitamin E, Vitamin D, Betakarotin
- Versorgung mit Folsäure und Eisen, insbesondere bei Frauen im gebärfähigen Alter,
- ausreichende Flüssigkeitszufuhr³³.

Für die in der Literatur³⁴ ausgewiesenen Krankheiten wurde eine Abhängigkeit von der Ernährung festgestellt. Die größte volkswirtschaftliche Bedeutung neben der Karies hat mit kontinuierlich zunehmender Tendenz der Diabetes mellitus Typ II. Zusätzlich werden Allergien (z.B. Neurodermitis) und Mangelkrankungen (vor allem im Kindesalter) als durch die Ernährungsweise beeinflussbar angesehen³⁵.

Wirksamkeit:

Die positive Beeinflussung des Ernährungsverhaltens durch eine qualitätsgerichtete Anleitung zur Ernährungsumstellung ist belegt³⁶.

Ziel der Maßnahme:

- Stärkung der Motivation und Handlungskompetenz zu einer eigenverantwortlichen und nachhaltigen Umstellung auf eine bedarfsgerechte Ernährung (nach den jeweils aktuellen DGE³⁷-Empfehlungen und -Beratungsstandards) sowie
- sportliche Aktivierung

Zielgruppe:

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

Inhalt:

- Schulung zur Ernährungskorrektur
- Verhaltensmodifikation durch Training der flexiblen Verhaltenskontrolle

Methodik:

- verhaltensorientierte Gruppenberatung

³³ Ernährungsbericht der Bundesregierung 1996

³⁴ Kohlmeier, L. et al. (1993): Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten; Schriftenreihe des BMG Bd. 27, Baden-Baden

³⁵ Walter, U.; Schwartz, F. et al.: Evaluation verhaltensorientierter Gesundheitsangebote – Stand der Forschung und eigener Ansätze im Feld einer AOK. In: Müller; Rosenbrock: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S. 216 f.

³⁶ Europäischer Konsens zur Primärprävention der koronaren Herzkrankheit; MVV-Verlag, München 1986; Günther, U. (1997): Qualitätsmanagement in der Ernährungsberatung, Überlegungen anhand einer Evaluationsstudie, Frankfurt/Main

³⁷ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.

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

Anbieterqualifikation:

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

- Bachelors of Science (Oecotrophologie)
- Diätassistenten
- Diplom-Ernährungswissenschaftler
- Diplom-Ingenieure Ernährungs- und Hygienetechnik - Studienwahlrichtung "Ernährungstechnik"
- Diplom-Oecotrophologen - Studienschwerpunkt "Ernährung"
- Masters - Studienrichtung "Ernährungswissenschaft"

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

- Ärzte

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

Zusätzlich gelten die in Abschnitt 4 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

<p>Präventionsprinzip: Vermeidung und Reduktion von Übergewicht</p>
--

Bedarf:

40 % der deutschen Bevölkerung sind übergewichtig (Adipositas Grad I Übergewicht: Body Mass Index – BMI – 25-29,99), 16 % gelten als adipös (Adipositas Grad II: BMI 30-39,99) und 1 % sind extrem adipös (Adipositas Grad III: BMI 40 oder mehr, morbide Adipositas)³⁸.

Wirksamkeit:

Eine Anleitung zur Ernährungskorrektur kann zu einer Senkung des Körpergewichts führen. Das hat günstige Wirkungen für die Herz-Kreislauffunktionen, bei allen metabolisch-endokrinologischen Parametern, im psychosozialen Bereich sowie auf die Mortalität³⁹.

Zielgruppe:

- Erwachsene mit BMI > 25 bis unter 30 und
- übergewichtige Kinder und Jugendliche⁴⁰

³⁸ Richtlinien zur Therapie der Adipositas der deutschen Gesellschaft für Adipositas-Forschung, 1995

³⁹ Lauterbach, K.; Westenhöfer, J.; Hauner, H. (1998): Adipositas-Leitlinie, Köln

⁴⁰ 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 Überge-

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

Ziel der Maßnahme:

- nachhaltige und angemessene Gewichtsreduktion und -stabilisierung

Inhalt:

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

Methodik:

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

Anbieterqualifikation:

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

- Bachelors of Science (Oecotrophologie)
- Diätassistenten
- Diplom-Ernährungswissenschaftler
- Diplom-Ingenieure Ernährungs- und Hygienetechnik - Studienwahlrichtung "Ernährungstechnik"
- Diplom-Oecotrophologen - Studienschwerpunkt "Ernährung"
- Masters - Studienrichtung "Ernährungswissenschaft"

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

- Ärzte

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

Zusätzlich gelten die in Abschnitt 4 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

5.2.3 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 kardio-vaskulären, muskulo-skeletalen, immunologischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen dar⁴¹. 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^{42,43}. 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 werden⁴⁴. Wie andere Studien zeigen, ste-

⁴¹ 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.

⁴² 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.

⁴³ 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.

⁴⁴ S. zusammenfassend Klein-Heßling, J. (2005): *Gesundheit im Kindesalter: Symptomatik, gesundheitsförderliches und gesundheitsriskantes Verhalten*. Erscheint in A. Lohaus, M. Jerusa-

hen die Symptomangaben von Kindern und Jugendlichen mit dem Ausmaß des Stresserlebens in Beziehung: Je mehr Stress erlebt wird, desto höher fallen die Symptomangaben aus⁴⁵. 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 Kopfschmerzen⁴⁶. 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 grundsätzlich 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 belegen⁴⁷. Verbesserungen bei der individuellen Bewältigung konnten ebenfalls in mehreren Studien nachgewiesen werden⁴⁸. Dagegen zeigen Maßnahmen zur individuellen Stressbewältigung allein nur geringe Wirkungen auf organi-

lem & J. Klein-Heßling (Hrsg.), Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe.

⁴⁵ Lohaus, A., Beyer, A. & Klein-Heßling, J. (2004): Stresserleben und Stresssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 36, 38-46.

⁴⁶ Jansen, R. (2000): Arbeitsbelastungen und Arbeitsbedingungen. In: Badura, B.; Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 1999, Heidelberg: Springer, S. 5-30.

⁴⁷ Kaluza, G. (1997): Evaluation von Stressbewältigungstrainings in der primären Prävention - eine Meta-Analyse (quasi-)experimenteller Feldstudien. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 5, 149-169.

⁴⁸ 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 Stressbewältigungstraining 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.

sationsbezogene 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 Stressforschung, 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 wird⁴⁹.

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.

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).

⁴⁹ 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.

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 aus⁵⁰. 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 ist⁵¹.

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 Kindesal-

⁵⁰ Vaitl, D.; Petermann, F. (Hrsg.) (1993): *Handbuch der Entspannungsverfahren. Bd 1: Grundlagen und Methoden*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

⁵¹ Im Bereich der Gesundheitsförderung 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.

ter bei einer primärpräventiven Ausrichtung eher multimodale Trainings empfohlen, die nicht nur eine emotionsregulierende Ausrichtung enthalten.

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, 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 wird⁵². Aus dieser muss die Befähigung zu einer Tätigkeit als Trainings-

⁵² Z.B.: Prüfkommision 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.

leiter hervorgehen. Die Ausbildung in diesen Bereichen muss bei Yoga mindestens 500 Stunden und bei Qi Gong/Tai Chi ein analog hohes Ausbildungsniveau umfassen.

Zusätzlich gelten die in Abschnitt 4 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

5.2.4 Suchtmittelkonsum

Rauchen sowie Alkoholkonsum gehören vielfach zu den sozial akzeptierten 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 (Kap. 5.1 dieses Leitfadens) geeignet.

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

Probleme des Suchtmittelkonsums beziehen sich nicht nur auf die legalen Drogen wie Alkohol und Nikotin, sondern ebenso auf illegale Drogen und Medikamente mit Suchtpotential. Die inhaltliche Schwerpunktsetzung der GKV-Präventionsansätze auf die beiden legalen Drogen Alkohol und Tabak erklärt sich einerseits mit dem hohen Verbreitungsgrad (siehe Bedarf) und andererseits auch mit dem Vorliegen wirksamer Interventionskonzepte (siehe Wirksamkeit, Inhalte, Methodik). Bezogen auf illegale Drogen und bezogen auf die Zielgruppe Kinder und Jugendlichen stoßen individuell ausgerichtete Präventionsangebote an ihre Grenzen. Hier ist nur ein Bündel unterschiedlichster Maßnahmen (sog. Policy-Mix) Erfolg versprechend und ist nur zu leisten, wenn vorrangig auch die anderen gesellschaftlichen und politischen Akteure an der Gestaltung der Rahmenbedingungen zusammenwirken⁵³. Damit wird die Bedeutung von parallelen Ansätzen zur Gestaltung der unterschiedlichen Lebensverhältnisse unterstrichen, ohne die Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention letztendlich nicht wirksam greifen.

⁵³ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg. 2004): "gesundheitsziele.de" - Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Berlin. Kapitel 8.

**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 ein.⁵⁴

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 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, Verbesse-

⁵⁴ 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.

rung 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 belegt⁵⁵.

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 Schlusspunktmethode
- 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, 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

⁵⁵ 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.

mit ausgewiesener Zusatzqualifikation zur Durchführung des jeweiligen Tabakentwöhnungsprogramms.

Zusätzlich gelten die in Abschnitt 4 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 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. Platz⁵⁶.

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)

⁵⁶ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2006): Jahrbuch Sucht 2006, Geesthacht

Zielgruppe:

Versicherte mit riskantem Alkoholkonsum (i.d.R. bis 60 g Reinalkohol pro Tag für Männer, bis 40 g für Frauen)⁵⁷. Das Vorliegen einer Abhängigkeitserfahrung/-erkrankung gilt als Kontraindikation für Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 SGB V

Ziel der Maßnahme:

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

Inhalt:

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

Methodik:

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

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

Anbieterqualifikation:

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

- Psychologen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Pädagogen (Abschlüsse: Diplom, Magister, 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 Abschnitt 4 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

⁵⁷ Beispiel: 10 g Reinalkohol entsprechen 0,25 l Bier, 0,1 l Wein oder 0,02 l Spirituosen.

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

6.1 Grundsätzliche Anforderungen

In § 20 Abs. 2 SGB V ist vorgesehen, dass die Krankenkassen den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen können. Schwerpunktmäßig ist es Aufgabe der Unfallversicherungsträger, "mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten" (§ 1 SGB VII). Darüber hinaus sollen sie auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren nachgehen. Dabei arbeiten sie mit den Krankenkassen zusammen (§ 14 SGB VII). Die Zusammenarbeit der Träger der Krankenversicherung und der Unfallversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist in einer Rahmenvereinbarung auf Ebene der Spitzenverbände geregelt⁵⁸. Die im Arbeitsschutzgesetz fixierte Verpflichtung der Arbeitgeber zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit behält ebenso wie der Auftrag an die Unfallversicherungsträger, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten, weiterhin Gültigkeit. Für die Durchführung von Aktivitäten, die über diese originären Maßnahmen des Arbeitsschutzes hinausgehen und insofern diese ergänzen, wird den Krankenkassen nun aber ein Initiativrecht eingeräumt. Die originären Zuständigkeiten und Aufgabenfelder von Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern bleiben unberührt.

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

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

⁵⁸ 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).

Bei der Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind die Krankenkassen den nach § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V beschlossenen Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet. Dies betrifft primär die vorgesehenen Maßnahmen und das damit zur Anwendung gelangende Präventionsprinzip. Damit eine Maßnahme im betrieblichen Setting aber wirksam und damit auch effektiv werden kann, sind bestimmte Voraussetzungen notwendig, die im Folgenden als Anforderungen an die Anbieter der Maßnahmen, die Krankenkassen und die Betriebe beschrieben werden.

I. Anforderungen an die Anbieter

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

II. Anforderungen an die Krankenkasse

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

Aufgrund ihrer langjährigen Erfahrungen auf dem Feld können die Krankenkassen innerhalb der Programme im Setting Betrieb eine Reihe von wichtigen Aufgaben übernehmen. Besonders hervorzuheben sind hierbei

- die Rolle des Impulsgebers und Initiators
- Konzeptentwicklung und Beratungsfunktion
- Moderation der Projektgruppe (z.B. Arbeitskreis Gesundheit)
- Projektmanagement
- Durchführung einzelner Bausteine innerhalb eines komplexen Programms
- Dokumentation und Bewertung
- interne Öffentlichkeitsarbeit (Information der Belegschaft).

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

III. Anforderungen an die Betriebe

Das Europäische Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung hat im Rahmen der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union⁵⁹ 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 Gesundheitsförderung⁶⁰ vorgelegt, der insgesamt ein umfassendes Bild der Qualität betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Betrieben ermöglicht. Die Kriterien wurden den folgenden sechs Bereichen zugeordnet:

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

⁵⁹ Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (November 1997): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union.

⁶⁰ Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (Mai 1999): Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung, Essen.

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 Fragebogens⁶¹ selbst einschätzen. Für die mögliche Finanzierung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Betrieben durch die Krankenkassen wird empfohlen, die weitgehende Erfüllung dieser Qualitätskriterien bzw. die Verpflichtung des Betriebes für die Zukunft, sich an diesen Kriterien zu orientieren, zur Voraussetzung zu machen.

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

- Es existiert eine Unternehmensleitlinie zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder ein Äquivalent.
- Mitarbeiter bzw. deren gewählte Vertreter (Betriebs- bzw. Personalrat) werden an Entscheidungen in Gesundheitsfragen beteiligt.
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen basieren auf einer regelmäßig aktualisierten Ist-Analyse.
- Maßnahmen werden durch ein internes Gremium gesteuert.
- Alle Maßnahmen sind in eine regelmäßige Auswertung und Begleitung eingebunden.
- Die Ergebnisse von Maßnahmen werden dokumentiert und sind zugänglich.

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

Die Zugrundelegung dieser Rahmenbedingungen auf Seiten des Unternehmens führt in der Praxis dazu, dass der Kreis von Unternehmen, in denen kassenseitig Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung finanziell unterstützt werden, auf diejenigen beschränkt werden sollten, die gesundheitliche Fragen auf der Entscheidungsebene ernst nehmen und bereits begonnen haben, gesundheitliche Kriterien in die betrieblichen Abläufe und Prozesse zu integrieren. Nur so lassen sich die notwendigen Voraussetzungen für einen effektiven und effizienten Ressourceneinsatz sicherstellen.

⁶¹ Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (Mai 1999): Fragebogen zur Selbsteinschätzung, Essen.

6.2 Handlungsfelder

Als prioritäre Handlungsfelder sind die nachfolgenden Bereiche vorgesehen:

6.2.1 Arbeitsbedingte körperliche Belastungen

Präventionsprinzip:

Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates

Bedarf:

Rund 30 % aller Arbeitsunfähigkeitstage treten infolge von Muskel- und Skeletterkrankungen auf, der Schwerpunkt liegt bei den Dorsopathien (ICD M 53.9). Betroffen sind vor allem die Wirtschaftszweige Feinmechanik, Glas-, Stahl-, Gummierzeugung, Baugewerbe, kommunale Entsorgungsbetriebe, Personennahverkehr, Post und Bahn⁶².

Wirksamkeit:

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

Zielgruppe:

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

Ziel der Maßnahme:

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

Inhalt:

Arbeitsplatzbezogene verhaltensorientierte Gruppenverfahren zur Vorbeugung und zum Abbau von Belastungen und Beschwerden im Bereich des Muskel- und Skelettsystems, die im Kern aus zwei Einheiten bestehen: theoretisch-praktischen Schulungseinheiten (im

⁶² 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.

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), sofern deren Ausbildung einen expliziten Baustein Gesundheit/Gesundheitssport und/oder Sporttherapie umfasst und sie im Rahmen einer Schulung in das durchzuführende Programm speziell eingewiesen sind
- Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Sport- und Gymnastiklehrer und Ärzte / Betriebsärzte, sofern sie im Rahmen einer Schulung in das durchzuführende Programm speziell eingewiesen sind und eine Zusatzqualifikation bei anerkannten Institutionen (Rückenschullehrerlizenz) erworben haben.
- Ergotherapeuten und Masseur (mit Ausbildung nach den erweiterten Ausbildungsbedingungen ab 1994), sofern sie eine Zusatzqualifikation bei einer anerkannten Institution (Rückenschullehrerlizenz) sowie eine Einweisung in das durchzuführende Programm nachweisen können.

Zusätzlich gelten die in Abschnitt 4 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

6.2.2 Betriebsverpflegung

**Präventionsprinzip:
Gesundheitsgerechte betriebliche Gemeinschaftsverpflegung**

Bedarf:

Der Ernährung wird eine zentrale Rolle sowohl bei der Entstehung bestimmter Erkrankungen als auch für die Erhaltung der Gesundheit zugeschrieben. Ob die Verpflegungssituation in einem Betrieb diese gesundheitsfördernde Funktion erfüllt, ist nicht nur von ernährungsphysiologischen Merkmalen des Essens, also der Zusammensetzung der Nahrung und dem Nährstoffgehalt abhängig. Viele andere Faktoren spielen dabei eine Rolle, z.B. die Art, wie das Essen zubereitet wurde (appetitlich vs. unappetitlich, "knackig" vs. zerkocht etc.), wie und wo es ausgegeben und verzehrt wird (angenehmes "Ambiente" oder bei Lärm und Küchendünsten), die Preisgestaltung (erschwinglich vs. zu teuer), die Entfernung der Verpflegungseinrichtung vom eigenen Arbeitsplatz (innerhalb der Pausen

erreichbar?), die zeitliche Lage der Pausen (dann, wenn man Hunger hat?, wenn die Kolleg(innen) ebenfalls Pause haben?).

Wirksamkeit:

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

Zielgruppe:

- alle Beschäftigten

Ziel der Maßnahme:

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

Inhalt:

Notwendige Bestandteile der Maßnahmen:

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

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

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

Methodik:

- Beschäftigtenbefragung
- Schulung des Küchenpersonals
- Speiseplananalyse
- Umstellung des Essensangebots

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

Anbieterqualifikation:

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

- Bachelors of Science (Oecotrophologie)
- Diätassistenten
- Diplom-Ernährungswissenschaftler
- Diplom-Ingenieure Ernährungs- und Hygienetechnik - Studienwahlrichtung "Ernährungstechnik"
- Diplom-Oecotrophologen - Studienschwerpunkt "Ernährung"
- Masters of Science - Studienrichtung "Ernährungswissenschaft"

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

- Ärzte

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

Zusätzlich gelten die in Abschnitt 4 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

6.2.3 Psychosoziale Belastungen (Stress)

Präventionsprinzip:

Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz

Bedarf:

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

Unter *psychischen Belastungen* ist "die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse [zu verstehen], die von außen auf einen Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken." Davon unterschieden ist der Begriff der *psychischen Beanspruchung* definiert als "die unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von

seinen jeweiligen überdauernden oder augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien"⁶³. Die psychische Beanspruchung ist das Resultat der bewussten und unbewussten Verarbeitung der Belastung.

Seit Mitte der achtziger Jahre wird in der Arbeitswelt ein Anstieg der psychischen Belastungen vermerkt, der sich u.a. mit den veränderten Arbeitsbedingungen in Verbindung bringen lässt⁶⁴. 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 haben⁶⁵. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch eine Befragung von rund 5000 Beschäftigten des niedersächsischen Bau-gewerbes⁶⁶.

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 hat⁶⁷. Als am meisten relevante Stressfaktoren wurden "Zeitdruck" sowie "schlechtes Führungsverhalten" (mangelnde Information und Einbeziehung der Mitarbeiter, mangelnde Anerkennung) und "Arbeitsplatzunsicherheit" genannt.

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

Nach dem *Anforderungs-Kontroll-Modell*⁶⁸ 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 Risiko⁶⁹. Fehlt zusätzlich der soziale Rückhalt am Arbeitsplatz durch Kollegen oder Vorgesetzte, so wird das kardiovaskuläre Risiko

⁶³ DIN EN ISO 10075-1: Ergonomic principles related to mental work load.

⁶⁴ 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.

⁶⁵ Jansen, R. (2000): Arbeitsbelastungen und Arbeitsbedingungen. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeitenreport 1999 (S. 5 – 30). Heidelberg: Springer.

⁶⁶ Projekt "Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren in der Bauwirtschaft" (2002): Kooperationsprojekt von BG-BA, AOK Niedersachsen, IKK Niedersachsen und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Eigenverlag.

⁶⁷ Initiative Gesundheit & Arbeit (2003): Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit –Ergebnisse einer Expertenbefragung (www.iga-info.de)

⁶⁸ Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990): Healthy Work: Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.

⁶⁹ 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.

weiter erhöht⁷⁰. Aber auch das Ausmaß der sozialen Unterstützung von Personen außerhalb der Arbeit spielt eine wichtige Rolle dafür, inwieweit psychische Belastungen krankheitsrelevant sein können⁷¹.

In dem *Modell beruflicher Gratifikationskrisen*⁷² 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 ein⁷³. 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% zugenommen⁷⁴. Ein Zusammenhang mit der zeitgleich berichteten generellen Zunahme von psychosozialen und psychomentalen Belastungen am Arbeitsplatz ist wahrscheinlich, wobei allerdings auch andere Ursachen (wie bspw. eine Enttabuisierung im Rahmen der Diagnosestellung) in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen können.

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.

⁷⁰ Johnson, J. V. & Johansson (Eds.). (1991): *The psychosocial work environment and health: Work organizations, democratization, and health*. New York: Baywood Publications.

⁷¹ Badura, B., Litsch, M., Vetter, Chr. (Hrsg.): *Fehlzeitenreport 1999, Psychische Belastung am Arbeitsplatz*, Heidelberg: Springer.

⁷² Siegrist, J. (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.

⁷³ BKK Bundesverband (2004): *Gesundheit und Arbeitswelt – BKK Gesundheitsreport 2003*. Essen; IKK-Bundesverband (2005): *IKK-Bericht 2005 - Arbeit und Gesundheit im Handwerk*. Bergisch Gladbach.

⁷⁴ Deutsche Angestellten Krankenkasse (2003). *DAK Gesundheitsreport 2002*. Hamburg; Badura, B., Litsch, M., Vetter, Chr. (Hrsg.): *Fehlzeitenreport 1999, Psychische Belastung am Arbeitsplatz*, Heidelberg: Springer.

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-Symptome⁷⁵. 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

⁷⁵ 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.

präventiv auf die Verringerung oder Ausschaltung von Belastungen ausgerichtet sein. Instrumentelles Stressmanagement erfordert neben der Sachkompetenz auch sozial-kommunikative und Selbstmanagementkompetenzen.

Kognitives Stressmanagement zielt auf eine Änderung eigener Merkmale in Form von persönlichen Motiven, Einstellungen und Bewertungen. Auch hier können sich die Bewältigungsbemühungen auf aktuelle Bewertungen in konkreten Belastungssituationen oder auf situationsübergreifende, habituelle Bewertungsmuster beziehen. Diese bewusst zu machen, kritisch zu reflektieren und in 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, 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 5.2.3 verwiesen.

Zusätzlich gelten die in Abschnitt 4 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 Fehlzeiten⁷⁶. Mitarbeiterbefragungen in unterschiedlichen Branchen und Betriebsgrößen belegen diesen Zusammenhang eindrucksvoll⁷⁷. 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 Umgangstil, 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 können⁷⁸. 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 Füh-

⁷⁶ 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.

⁷⁷ 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.

⁷⁸ Initiative Gesundheit & Arbeit (2003). Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit –Ergebnisse einer Expertenbefragung.

rungskräfte in Betracht als auch Auswirkungen der Maßnahmen auf Arbeitszufriedenheit, Motivation, Befinden und Beschwerden sowie Anwesenheit (Krankenstand) der den jeweiligen Führungskräften zugeordneten Mitarbeiter. Evaluationsstudien dazu sind derzeit noch rar und mit methodischen Mängeln behaftet. Bisherige Ergebnisse deuten jedoch daraufhin, dass Maßnahmen zur Förderung einer gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung zu einer Verbesserung der Zufriedenheit bei Führungskräften und Mitarbeitern, zu einer Verbesserung des Betriebsklimas sowie mittel- bis langfristig auch zu einer Senkung des Krankenstandes beitragen können⁷⁹. Neben der Bedeutung der Rolle der Führungskräfte gibt es weitere intervenierende Variablen, die auf Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit und Motivation Einfluss haben, wie z.B. Auftragsituation, Schnittstellen von Abteilungen/Bereichen zu anderen Unternehmensbereichen, Zusammenarbeit im Team, Qualifikation der Teammitglieder (Fach-, Methoden-, Sozialkompetenz). Weiterhin sind relevant die Unternehmens- und Führungskultur sowie die Frage nach einer vorhandenen Unterstützungsstruktur für Führungskräfte, einschl. der Frage nach vorhandenen Zielvorgaben und Bewertungsstrukturen für Führungskräfte.

Zielgruppe:

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

Ziel der Maßnahme:

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

⁷⁹ 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.

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

Methodik:

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

Anbieterqualifikation:

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

- Psychologen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Pädagogen (Abschlüsse: Diplom, Magister, 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 Abschnitt 4 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

6.2.4 Suchtmittelkonsum

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

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

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

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

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

Seit Oktober 2002 ist der Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz durch den § 5 der Arbeitsstättenverordnung gesetzlich festgelegt. Das Recht des Nichtrauchers auf einen rauchfreien Arbeitsplatz hat Vorrang vor der Handlungsfreiheit des Rauchers. Ein gemeinsames Vorgehen aller Betriebspartner zum 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 an.⁸⁰

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.

⁸⁰ 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).

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. 6.1.).

Präventionsprinzip: Rauchfrei im Betrieb

Bedarf:

Etwa ein Drittel der deutschen Arbeitnehmer raucht. Ca. drei Millionen nicht rauchende Arbeitnehmer arbeiten in Deutschland in Räumen, in denen regelmäßig geraucht wird. Rauchen ist in Deutschland die häufigste vermeidbare Einzelursache für Invalidität und den frühzeitigen Tod. Jährlich sterben etwa 140 000 Menschen an den Folgen des Rauchens⁸¹. Rauchen ist Hauptrisikofaktor für:

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

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

Damit ist Tabakrauch 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 eingeräumt⁸².

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

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

82 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.

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

Ziel der Maßnahme:

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

Inhalt:

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

Methodik:

- Informationsangebote für alle Beschäftigten
- Beratung und Unterstützung des Betriebes bei der Schaffung struktureller Maßnahmen, wie z.B. Erstellung von Dienstvereinbarungen zum Nichtraucher-schutz, räumliche Trennung von Raucher- und 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, Lehrer mit 1. u. 2. Staatsexamen)
- Sozialpädagogen/Sozialarbeiter (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Sozialwissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Gesundheitswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Ärzte/Betriebsärzte

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

Bei der Durchführung individuell orientierter Maßnahmen zur Tabakentwöhnung im Betrieb gelten bezogen auf die Anbieterqualifikation die Anforderungen der individuellen Präventionsmaßnahmen gemäß Abschnitt 5.2.4 (Zusatzqualifikation zur Durchführung der jeweiligen Entwöhnungsprogramme).

Zusätzlich gelten die in Abschnitt 4 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 vor⁸³. 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(innen), da sie oftmals nicht die übliche Arbeitsleistung erbringen können, häufiger in Arbeitsunfälle verwickelt und häufiger kurzzeitkrank sind.

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

Wirksamkeit:

Von den im Folgenden beschriebenen Maßnahmen sind primär- und sekundärpräventive Erfolge für sämtliche Suchtmittel-bedingten Probleme zu erwarten: Durch eine Sensibilisierung der Belegschaft für die Bedeutung der Punktnüchternheit am Arbeitsplatz tragen sie zu einem verantwortungsbewussteren Umgang mit Suchtmitteln bei. Darüber hinaus können durch eine Befähigung von Führungskräften zu einem klaren und konstruktiven Führungsverhalten belastende und damit den Suchtmittelkonsum begünstigende betriebliche Bedingungen reduziert und protektive Faktoren (z.B. soziale Unterstützung) gestärkt werden⁸⁴.

Zielgruppe:

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

⁸³ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2006): Jahrbuch Sucht 2006, Geesthacht.

⁸⁴ Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, DHS (Hrsg.) (1989): Suchtprobleme am Arbeitsplatz. Hamm: Hoheneck; Fuchs, R.; Rainer, L. und Rummel, M. (Hrsg.) (1998): Betriebliche Suchtprävention. Göttingen: Hogrefe; Schätzwertestudie: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland (Bundesministerium für Gesundheit, 2000).

- 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
- 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, Lehrer mit 1. u. 2. Staatsexamen)

Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006

- 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 Abschnitt 4 beschriebenen übergreifenden Anforderungen.

7. Glossar

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren liegen dann vor, wenn im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung (§ 5 Arbeitsschutzgesetz) durch den Arbeitgeber Risiken mit Gefährdungspotenzialen ermittelt werden, die vor dem Hintergrund des geltenden Vorschriften- und Regelwerkes nicht akzeptabel sind und somit eine Gefahr im Sinne des Arbeitsschutzes darstellen, die zum präventiven Handeln zwingt⁸⁵. Krankenkassen und Unfallversicherungsträger sind verpflichtet, bei der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zusammenzuarbeiten (§ 20 Abs. 2 SGB V und § 14 Abs. 2 SGB VII). Für die Unfallversicherungsträger ist diese Aufgabe, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten (§ 1 SGB VII), als Betätigungsfeld 1997 neu hinzugekommen.

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren sind Arbeitsbedingungen, durch die Gesundheitsstörungen oder Erkrankungen in ihrem Verlauf, der Schwere der Störung bzw. der Erkrankung, der Häufigkeit ihres Auftretens und der Dauer ungünstig beeinflusst werden⁸⁶.

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 gemeint⁸⁷. Gefahren für Leben und Gesundheit sollen an der Quelle bekämpft und Gefährdungen möglichst vermieden werden, indem technische, organisatorische, soziale und Umweltaspekte sachgerecht miteinander verknüpft werden (§§ 1–4 Arbeitsschutzgesetz). Die Arbeitgeber haben damit einen konsequent präventiven Auftrag, der sie verpflichtet, Gesundheitsgefahren von ihren Mitarbeitern fernzuhalten.

Bedarfsorientierung/Bedarf

Der Bedarf hinsichtlich präventiver Maßnahmen erstreckt sich auf die Ermittlung von Risiken bzw. Risikofaktoren der Versicherten. Der Bedarf im Hinblick auf Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung richtet sich auf die Ermittlung von Gesundheitspotenzialen der Mitglieder im Betrieb. Um die Bedarfsorientierung von Maßnahmen der Krankenkassen zu gewährleisten, sollten deshalb Risikofaktoren wie auch Gesundheitspotenziale der Versicherten durch geeignete Instrumente von den Krankenkassen ermittelt werden. Diese haben dafür in den letzten Jahren eine Reihe von Instrumenten entwickelt und im vielfachen Einsatz validiert. Dazu zählen je nach Zuständigkeit (z.B. Krankenversicherung, Unfallversicherungsträger u.a.) die Gesundheitsberichterstattung auf der Basis

⁸⁵ Coenen, W. (5/1997): Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ... eine neue Dimension des Arbeitsschutzes?, in: Die BG, S. 222-231.

⁸⁶ BMA 1997.

⁸⁷ Blume, H.-C. (1996): Das neue Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), Augsburg, S. 35.

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

Betriebliche Gesundheitsförderung

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

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

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 einbezogen⁸⁸. 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 Lebensbedingungen⁸⁹ sowie die Idee der Hilfe zur Selbsthilfe (empowerment). In Strategien der Primärprävention können nach Schwartz⁹⁰ 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:

⁸⁸ von Troschke, J. (3/1993): „Plädoyer für eine eindeutige Abgrenzung von Gegenstandsbereichen der Gesundheitsförderung und Prävention“. In: Prävention.

⁸⁹ Bröskamp-Stone et.al., a.a.O., S. 144.

⁹⁰ Schwartz et al., S. 158.

- *Primärprävention (Risikoschutz)*
Unter Primärprävention sind gezielte Maßnahmen zu verstehen, die den Eintritt eines Schadensfalles verhindern oder verzögern. Es geht also um die Erhaltung von Gesundheit bei (noch) Gesunden. Unterscheiden lassen sich Maßnahmen (z.B. Schutzimpfungen, Fluorid- und Vitamin-D-Prophylaxe), die direkt kausal der Verhütung einer bestimmten Krankheit zugeordnet werden können, und Maßnahmen, die mit zur Verhütung multifaktoriell bedingter, häufig chronischer Krankheiten beitragen.
- *Sekundärprävention (Vorsorge)*
Von Sekundärprävention spricht man, wenn es um Interventionen bei Erkrankungen in frühen Stadien geht. Es soll das Fortschreiten eines noch symptomlosen Vorstadiums einer Krankheit durch Früherkennung und -behandlung aufgehalten werden. Ziel ist, so früh wie möglich in den Entstehungsprozess einer sich manifestierenden, behandlungsbedürftigen Krankheit einzugreifen.
- *Tertiärprävention (Rehabilitation)*
Tertiärprävention umfasst Maßnahmen zur Verhütung von Folge- und/oder Begleiterkrankungen sowie der Verschlimmerung einer bereits in fortgeschrittenen Stadien bestehenden Krankheitsbildes und der größtmöglichen Wiederherstellung der Lebensqualität. Tertiärprävention unterstützt die ärztliche Behandlung und/oder die Rehabilitationsphase.

Leistungen zur Sekundär-/Tertiärprävention fallen nicht unter § 20 Abs. 1 und 2 SGB V.

Qualität

Qualität hat stets etwas mit Zielen, Zwecken, Erwartungen, Anforderungen und Bewertungen von Produzenten oder Konsumenten zu tun. Qualität liegt – auch dort, wo sie an objektiv feststellbaren Merkmalen gemessen wird (was meist für Sachgüter, weniger für Dienstleistungen zutrifft) – letztendlich im "Auge des Betrachters"; sie hängt also ab von den jeweils vorherrschenden Werten, Normen und Zielen und daraus abgeleiteten Beurteilungsmaßstäben⁹¹.

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 ist⁹².

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:

⁹¹ Badura, B.; Strodtholz, P. (1998): Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen. In: Das Public Health Buch; Schwartz et al. (Hrsg.).

⁹² Spitzenverbände der Krankenkassen (1996): Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung am Beispiel Entspannung/Stressregulation.

- 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 Kontext⁹³.

Setting

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

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

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

⁹³ Spitzenverbände der Krankenkassen (1996): Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung am Beispiel Entspannung/Stressregulation.