

Kapitel 5: Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V

aus dem Leitfaden Prävention
Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes
zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V

vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. November 2017

5 Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V

5.1 Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Anforderungen an die verhaltensbezogenen primärpräventiven Leistungen sind in § 20 Abs. 5 SGB V geregelt:

„Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 (Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5) erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. 2Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung. 3Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. 4Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. 5Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen. 6Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.“

Erläuterung:

Im Interesse der Sicherstellung einer einheitlichen und hohen Qualität der Leistungen verlangt die Norm in Satz 1, dass alle individuellen verhaltensbezogenen Primärpräventionsangebote entsprechend den Kriterien dieses Leitfadens von einer Krankenkasse bzw. einer von ihr autorisierten Stelle zertifiziert sind. Die Anforderungen und das einheitliche Verfahren der Zertifizierung werden in diesem Kapitel beschrieben. Bei ihrer Förderentscheidung berücksichtigt die Krankenkasse nach Satz 2 auch eine eventuelle ärztliche Präven-

tionsempfehlung gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien, der Kinder-Richtlinie oder den Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung des Gemeinsamen Bundesausschusses¹; eine Präventionsempfehlung kann auch im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder sonstigen ärztlichen Untersuchung gegeben werden. Die geförderten Leistungen müssen nach Art und Umfang den Kriterien dieses Leitfadens entsprechen. Die Regelungen der Sätze 3 und 4 dienen dem Schutz der personenbezogenen Daten. Satz 5 ermöglicht den Krankenkassen eine Übertragung der Leistungserbringung an andere Krankenkassen, deren Verbände oder an Arbeitsgemeinschaften. Satz 6 verweist auf in der Satzung der Krankenkasse zu regelnde Möglichkeiten der Bezuschussung von sonstigen Kosten bei wohnortfernen Primärpräventionsangeboten. Für alle Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention gelten darüber hinaus die Anforderungen des § 20 Abs. 1 SGB V (vgl. Kapitel 2 dieses Leitfadens „Grundlagen“).

5.2 Grundverständnis

Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention richten sich an einzelne Versicherte. Sie sollen sie motivieren und befähigen, Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung auszuschöpfen². Die Maßnahmen finden grundsätzlich in Gruppen statt und sollen die Teilnehmenden über die Laufzeit der Maßnahme hinaus zur regel-

1 Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.07.2016 zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2658/2016-07-21_GU-RL_Praeventionsempfehlung.pdf; https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2659/2016-07-21_Kinder-RL_Praeventionsempfehlung.pdf; https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2660/2016-07-21_JU-RL_Praeventionsempfehlungen.pdf

2 Evidenzbasierte Informationen zu Möglichkeiten eigenverantwortlicher Prävention und Gesundheitsförderung sind auf den Internetseiten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): www.gesundheitsinformation.de sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): www.bzga.de (insbesondere Themen „Suchtprävention“ sowie „Ernährung-Bewegung-Stressregulation“) zusammengestellt.

mäßigen Ausübung positiver gesundheitsbezogener Verhaltensweisen anregen und befähigen.

Zur Ermittlung der Handlungsfelder in der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention wurden die vorhandenen Datenquellen daraufhin ausgewertet, mit welcher Häufigkeit, medizinischen Relevanz und volkswirtschaftlichen Bedeutung bestimmte Erkrankungen auftreten. Anschließend wurde geprüft, ob für die Prävention dieser Erkrankungen wirksame Interventionen zu angemessenen Kosten möglich sind und qualitätsgesichert erbracht werden können.

Die Auswertung der für eine entsprechende Bedarfsermittlung zur Verfügung stehenden Literatur³ zeigt, dass folgende Krankheitsbilder von besonderer epidemiologischer Bedeutung sind:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insbesondere Herzinfarkte, Schlaganfälle und Krankheiten des cerebrovaskulären Systems),
- Diabetes mellitus, insbes. Typ 2,
- Adipositas,
- bösartige Neubildungen,
- Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes,
- Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie
- psychische/psychosomatische Krankheiten.

Das Ziel der individuellen verhaltensbezogenen Primärpräventionsleistungen der Krankenkassen ist daher die Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Erkrankungen durch Senkung der

ihnen zugrunde liegenden verhaltensbedingten Risikofaktoren und gleichzeitige Stärkung gesundheitsfördernder Faktoren (=Ressourcen).

Folgende primärpräventive Interventionen sind vorrangig für die verschiedenen Krankheitsbilder zu empfehlen:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Vermeidung von Rauchen, Übergewicht, unausgewogener Ernährung, Hyperlipoproteinämie, Bluthochdruck, riskantem Alkoholkonsum, Dysstress (vor allem in Bezug auf Herzinfarkte und Schlaganfälle), Förderung von Bewegung,
- Diabetes mellitus Typ 2: Vermeidung des metabolischen Syndroms (gekennzeichnet durch eine Kombination aus Übergewicht bzw. Adipositas, Hyperlipoproteinämie, Hypertonie und erhöhten Blutzuckerwerten, die mit einer Insulinresistenz, Glukosetoleranzstörung bzw. einem manifesten Diabetes einhergeht) durch Förderung von Bewegung und ausgewogener Ernährung, Reduzierung der o. g. Risikofaktoren,
- bösartige Neubildungen: Förderung einer ballaststoffreichen Ernährung und Förderung von Bewegung zur Vermeidung von Colon-Rektumkarzinomen; Förderung des Nichtrauchens zur Vermeidung von Lungenkarzinomen, generell Vermeidung von Übergewicht und riskantem Alkoholkonsum sowie Förderung von Bewegung,
- Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes: Vermeidung von Übergewicht, Verhütung von Gelenkverletzungen, Förderung von Bewegung, insbesondere Kräftigung der Muskulatur (vor allem in Bezug auf Arthrosen und Dorsopathien),
- Depressionen und Angststörungen: Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung und Stärkung psychischer Gesundheitsressourcen sowie Förderung von Bewegung.

3 Robert Koch Institut (Hrsg.) (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2013). Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt. Jg. 56. H. 5-6. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998). Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden; Leistungsstatistiken der GKV (z. B. Krankheitsartenstatistiken der Verbände der Krankenkassen); Gesundheitsberichte der Bundesländer und Statistiken anderer gesundheitsrelevanter Institutionen (z. B. des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der Unfallversicherungsträger usw.); spezifische Analysen und Umfragen aus dem Gesundheitsbereich.

Bewegungsmangel, Fehlernährung, Übergewicht und Adipositas, mangelnde Stressbewältigungs- und Entspannungskompetenzen sowie Suchtmittelkonsum bilden wichtige Risikofaktoren für zahlreiche der o. g. Erkrankungen. Deshalb fokussieren die prioritären Handlungsfelder der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention auch auf diese Risikofaktoren (s. hierzu Kapitel 5.4.1-5.4.4). Die Handlungsfelder sind dabei ziel- und indikationsbezogen in unterschiedliche Präventionsprinzipien gegliedert. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die einzelnen Handlungsfelder mit ihren Präventionsprinzipien getrennt dargestellt. In der Leistungserbringung vor Ort können die Inhalte aus den unterschiedlichen Präventionsprinzipien unter Beachtung aller Handlungsfelder übergreifenden und Handlungsfelder spezifischen Kriterien miteinander kombiniert werden.

Zur Förderung von innovativen Ansätzen können die Krankenkassen darüber hinaus modellhaft die Wirksamkeit weiterer Präventionsprinzipien erproben. Über eine begleitende Dokumentation und Evaluation wird die Wirkung des jeweiligen Prinzips überprüft. Die hieraus resultierenden Erkenntnisse fließen in die Weiterentwicklung dieses Leitfadens ein.

Ziel der individuellen verhaltenspräventiven Maßnahmen ist es, Versicherte zur kritischen Reflexion ihres gesundheitsbezogenen Verhaltens und ihrer gesundheitlichen Situation anzuregen, Anreize zur Stärkung ihres selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns zu bieten und so Krankheitsrisiken zu verhindern bzw. zu vermindern. Die Maßnahmen richten sich an gesunde Versicherte ggf. mit gesundheitlichen Risikofaktoren, bei denen die Erkrankung(en), auf

Abb. 4: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention

Bewegungsgewohnheiten

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung

- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressmanagement

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- Förderung von Entspannung

Suchtmittelkonsum

- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

deren Verhütung die Maßnahme zielt, (noch) nicht vorliegt bzw. vorliegen. Die Leistungen sollen zugleich einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit, vgl. hierzu die „Kriterien für eine erleichterte Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Zielgruppen“⁴, sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Verringerung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen gelingt besonders dann, wenn Maßnahmen den besonderen Lebensbedingungen von Männern und Frauen Rechnung tragen (Gendersensibilität). Primärpräventive Interventionen müssen neben der Vermeidung von Risikofaktoren für spezifische Erkrankungen auch gesundheitsfördernde (= die Ressourcen Wissen, Motivation und Kompetenzen stärkende) Elemente enthalten⁵. Nachhaltige Wirkung entfalten individuelle verhaltenspräventive Interventionen dann, wenn die Versicherten die erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen regelmäßig und dauerhaft in ihren Lebensalltag integrieren. Die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen sollen daher die Teilnehmenden zur regelmäßigen Ausübung positiver gesundheitsbezogener Verhaltensweisen anregen und befähigen.

Voraussetzung einer individuellen verhaltenspräventiven Intervention ist grundsätzlich, dass sich ihre Wirksamkeit in Studien oder Metaanalysen (Evidenzbasierung) erwiesen hat.

Eine weitere Voraussetzung für die individuelle verhaltenspräventive Intervention ist eine

konkrete Zielbestimmung der Maßnahme, die sich operationalisieren und quantifizieren lässt, so dass sich eine Veränderung bzw. Verbesserung in Bezug auf die Zielerreichung durch die erfolgte Intervention messen lässt. Wesentliche Zielkriterien bilden dabei die nachhaltige Verringerung von gesundheitsriskanten und der Aufbau gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen.

Die Teilnahme an Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention steht allen Versicherten nach Vollendung des sechsten Lebensjahres⁶ offen. Krankenkassen informieren ihre Versicherten über Angebote der individuellen verhaltensbezogenen Prävention durch z. B.

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

Eine individuell bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention kann auch von Ärztinnen und Ärzten durch Empfehlungen zur verhaltensbezogenen Prävention unterstützt werden (Präventionsempfehlung). Präventionsempfehlungen können im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V, Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach § 26 SGB V, arbeitsmedizinischer Vorsorge und sonstigen ärztlichen Untersuchungen schriftlich abgegeben werden. Eine ärztliche Präventions-

4 siehe Kapitel 5.3. Zur Verminderung von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bedarf es weiterer Anstrengungen zur gesundheitsgerechten Gestaltung von Lebens- und Arbeitswelten. Die Beiträge der GKV zu dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe werden in den Kapiteln 4 und 6 dieses Leitfadens beschrieben.

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

6 Der Aufbau von Handlungskompetenz und die eigenverantwortliche Umsetzung des Gelernten setzen ein gewisses Mindestalter der Teilnehmenden voraus. Zur Erreichung von Kindern unter sechs Jahren kommen an Eltern gerichtete individuelle verhaltensbezogene Präventionsmaßnahmen sowie Maßnahmen der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung in Kindergärten/Kindertagesstätten (Kitas), Schulen und Kommunen in Betracht.

empfehlung gemäß § 20 Abs. 5 SGB V für eine verhaltensbezogene Präventionsmaßnahme nach diesem Leitfaden wird von der Krankenkasse bei ihrer Förderentscheidung berücksichtigt (s. Formular Präventionsempfehlung im Anhang).

Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention sollen möglichst spezifisch auf die unterschiedlichen Bedarfe und Bedürfnisse von Zielgruppen ausgerichtet werden. Sofern sich Versicherte in ihren gesundheitsbezogenen Bedarfen und Bedürfnissen in Abhängigkeit von Lebenssituation und -phase, Geschlecht und/oder sozialen Merkmalen wie z. B. Wohnort, Bildungsstand, Migrationshintergrund voneinander unterscheiden, sollen möglichst zielgruppendifferenzierte Maßnahmen angeboten und durchgeführt werden⁷. Bei der konkreten Auswahl von Maßnahmen, deren Wirksamkeit prinzipiell erwiesen ist, sollte eine Fokussierung auf Zielgruppen erfolgen, bei denen der Bedarf am größten ist. Generell sind die Inhalte und die Methodik der Intervention wie auch die Zugangswege speziell auf die jeweiligen Zielgruppen abzustimmen (s. hierzu auch die Abschnitte „Kriterien für eine erleichterte Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Zielgruppen“ sowie „Kriterien für die Inanspruchnahme durch Menschen mit Behinderung“ in Kapitel 5.3 „Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien“).

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

5.3 Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien

Krankenkassen fördern Maßnahmen ausschließlich entsprechend den nachstehend definierten Handlungsfelder übergreifenden und Handlungsfeld spezifischen Kriterien. Die Kriterien sind verbindlich. Die Schwerpunkte der Förderung und weitere Anforderungen können die Krankenkassen innerhalb dieser Kriterien selbst festlegen⁸.

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

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

Kriterien für die Strukturqualität (Anbieterqualifikation)

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

- Grundqualifikation: Staatlich anerkannter Berufs- oder Studienabschluss im jeweiligen Fachgebiet (Handlungsfeld)

⁷ Durch Zielgruppenspezifität und -homogenität können die individuellen verhaltenspräventiven Maßnahmen auf die konkreten Lebensbedingungen der Zielgruppen abgestimmt und der Einfluss dieser Lebensbedingungen auf das individuelle gesundheitsbezogene Verhalten besser berücksichtigt werden.

⁸ Engelmann, K. & R. Schlegel (Hrsg.) (2016). juris Praxis-Kommentar SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung. Saarbrücken. Kommentierung zu § 20 Abs. 1: RZ 21. S. 352 (Verf. Schütze).

- Zusatzqualifikation: Spezifische, in der Fachwelt anerkannte Fortbildung⁹
- Einweisung in das durchzuführende Programm (ist ggf. in der Grund- bzw. Zusatzqualifikation enthalten).

Es wird vorausgesetzt, dass Anbieterinnen und Anbieter über pädagogische, methodische und didaktische Kompetenzen sowie Berufserfahrung verfügen. Insbesondere bei Maßnahmen, die sich an sozial Benachteiligte richten, sollen zusätzlich sozialpädagogische Kompetenzen vorhanden sein.

Kriterien für die Konzept- und Planungsqualität
Förderfähig sind ausschließlich Konzepte, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- konkrete Definition der adressierten Zielgruppe/n
- Manual mit schriftlicher Fixierung von Aufbau und Zielen sowie von Inhalten und Methoden der Kurseinheiten
- Unterlagen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Teilnehmerunterlagen)
- wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit auf Grundlage der bestverfügbaren Evidenz¹⁰.

Nachhaltige Wirkung entfalten Präventionsmaßnahmen nur dann, wenn die Versicherten die erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen regelmäßig und dauerhaft in ihren Lebensalltag integrieren. Die Sicherung der Nachhaltigkeit ist im Konzept besonders zu berücksichtigen (z. B. Integration des Gelernten in den Alltag, Nachbetreuung nach Abschluss der Maßnahme, Kontaktvermittlung zu selbstfinanziert wahrgenommenen Präventionsangeboten).

⁹ Diese kann ggf. in der Grundqualifikation enthalten sein. Dies ist durch aussagefähige Unterlagen nachzuweisen.

¹⁰ Ab 01.01.2020 haben Kursanbieter, die kein evidenzbasiertes standardisiertes Konzept verwenden, die Wirksamkeit des von ihnen eingereichten Kurskonzeptes zu belegen.

Kriterien für informations- und kommunikationstechnologie- (IKT) basierte Selbstlernprogramme

Grundsätzlich können die Krankenkassen IKT-basierte interaktive Selbstlernprogramme vorhalten. Diese Programme unterliegen allen inhaltlichen Anforderungen des Leitfadens Prävention und müssen wissenschaftlich geprüft sein.

Zur Unterstützung der Teilnehmenden muss das interaktive Selbstlernprogramm einen wechselseitigen Austausch zwischen E-Kursleitendem/E-Coach und Lernendem vorhalten (z. B. per Telefon oder E-Mail). Zudem können die Maßnahmen den Teilnehmenden die Möglichkeit zu einem vom E-Kursleitenden/E-Coach moderierten Gruppenaustausch (z. B. Forum) sowie bedarfsbezogen eine Nachbetreuung nach Abschluss der Maßnahme bieten. Der Kursleitende/E-Coach verfügt über eine leitfadenskonforme Qualifikation.

Der Schutz personenbezogener Daten und die höchsten datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und dem Telemediengesetz (TMG) sind einzuhalten.

Es gelten alle Ausschlusskriterien dieses Kapitels; nicht förderfähig sind außerdem reine Foren/Communities oder Informationsportale.

Kriterien für die Prozessqualität

Für die Durchführung der Maßnahmen gelten folgende Kriterien:

- Gruppengröße: Zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und zur Motivationsstärkung der Teilnehmenden untereinander finden die Maßnahmen grundsätzlich in Gruppen angemessener Größe (minimal 6, maximal 15 Personen) statt.
- Zielgruppenhomogenität/Kontraindikationen: Die Kursteilnehmer/innen gehören der ausgewiesenen Zielgruppe an; Kontraindikationen sind auszuschließen.
- Umfang/Frequenz: Die Maßnahmen umfassen grundsätzlich mindestens 8 thematisch aufeinander aufbauende Einheiten von jeweils

mindestens 45 Minuten Dauer, in der Regel im wöchentlichen Rhythmus. Sie sollen 12 Einheiten à 90 Minuten Dauer nicht überschreiten. Handlungsfelder übergreifende Maßnahmen müssen einem primären Handlungsfeld zugeordnet werden und mindestens 8 Einheiten à 45 Minuten mit thematisch aufeinander aufbauenden Einheiten umfassen.

- **Räumlichkeiten:** Die Räumlichkeiten sind der Maßnahme und Gruppengröße angemessen. Wünschenswert sind barrierefreie Räumlichkeiten.

Krankenkassen können im Ausnahmefall für besondere Zielgruppen, die nicht regelmäßig an mehrwöchigen Kursen teilnehmen können, die Maßnahmen auch als Kompaktangebote, verteilt auf mindestens zwei Tage, bei gleichem Gesamtumfang fördern. Kompaktangebote können wohnortnah oder wohnortfern durchgeführt werden. Zielgruppen für Kompaktangebote sind insbesondere berufstätige Versicherte mit Arbeitszeiten, die eine Regelmäßigkeit nicht zulassen, sowie Versicherte mit hoher zeitlicher Beanspruchung, z. B. pflegende Angehörige und Alleinerziehende. Für Kompaktangebote gelten alle hier und in den Kapiteln 5.4.1-5.4.4 beschriebenen Kriterien uneingeschränkt.

Kompaktangebote müssen immer vorab bei der Krankenkasse beantragt und vor Kursteilnahme von dieser genehmigt sein. Anbietende von Kompaktmaßnahmen müssen die Maßnahmekosten sowie die Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und andere Leistungen getrennt ausweisen. Jegliche Quersubventionierung von Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und andere Leistungen ist unzulässig. Die Krankenkassen sind berechtigt, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens in der geltenden Fassung - auch vor Ort - zu überprüfen. Eine Prüfung muss für die Krankenkassen mit einem vertretbaren Aufwand möglich sein.

Kriterien für die Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele

Die den geförderten Maßnahmen zu Grunde liegenden Programme müssen ihre prinzipielle Wirksamkeit bereits vorab wissenschaftlich nachgewiesen haben (s. Kriterien für die Konzept- und Planungsqualität). Für eine kontinuierliche Qualitätssicherung und -verbesserung im Routinebetrieb ist eine begleitende stichprobenartige Evaluation sinnvoll. Hierzu stehen den Krankenkassen erprobte Instrumente und Verfahren zur Verfügung. Hiermit kann die Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele in den Bereichen Gesundheitsverhalten, gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektiver Gesundheitszustand im Vorher-Nachher-Vergleich mit Follow Up (Katamnese) ermittelt werden¹¹. Anbieterinnen und Anbieter müssen sich im Rahmen der Zertifizierung bereit erklären, sich an von Krankenkassen und ihren Verbänden initiierten oder durchgeführten Evaluationsmaßnahmen zu beteiligen.

Kriterien für eine erleichterte Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Zielgruppen

Um sozial benachteiligten Personen - insbesondere Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld I und II und Grundsicherung - die Nutzung von individuellen verhaltensbezogenen Primärpräventionsmaßnahmen zu erleichtern, sollen die Krankenkassen für diesen Personenkreis nach vorheriger Prüfung und Genehmigung der Maßnahme die Kosten ganz oder teilweise direkt übernehmen (Vermeidung eines Eigenanteils und/oder von Vorleistungen der Versicherten). Hierzu sind regionale und/oder landesweite Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und geeigneten Trägern (z. B. Träger der Grundsicherung/der Einrichtung) möglichst kassenartenübergreifend notwendig. In diesen Vereinbarungen sind auch die Modalitäten der Kostenübernahme (z. B. Befreiung der

¹¹ Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008). Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu § 20 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen. Bergisch Gladbach; Handbücher und Instrumente zum Download: www.gkv-spitzenverband.de.

Zielgruppe von Vorleistungen, Ausschluss von Doppelfinanzierungen)¹² sowie zur besonderen Ansprache dieser Zielgruppen zu regeln.

Kriterien für die Inanspruchnahme durch Menschen mit Behinderung

Versicherten mit Behinderung stehen Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention zur Verfügung. Die Krankenkassen halten Angebote vor, die auch für Menschen mit Behinderung geeignet sind, und weisen diese entsprechend aus.

Kriterien für die Einbindung der Eltern/ der Bezugsperson bei Maßnahmen für Kinder

Bei Kursen, die sich an Kinder von 6 bis in der Regel 12 Jahre richten, müssen Eltern/ein Elternteil/eine Bezugsperson über die Ziele und Inhalte der Maßnahmen, über die eigene Vorbildfunktion sowie darüber, wie die Inhalte in den Alltag der Familie integriert werden können, informiert und geschult werden. Sie sind mit wenigstens zwei Terminen aktiv in das Programm (zu Beginn und zum Ende hin) einzubinden.

Kriterien für die Breitenwirksamkeit und Nachhaltigkeit

Krankenkassen fördern ausschließlich zeitlich befristete Maßnahmen (s. Kriterien für die Prozess- und Planungsqualität), an denen regelmäßig teilgenommen wurde. Eine kontinuierliche Inanspruchnahme von Maßnahmen (Dauerangebote) kann von den Krankenkassen nicht finanziert werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Maßnahmen sollen befähigt und motiviert werden, nach Abschluss der Intervention das

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

Zur Erhöhung der Breitenwirksamkeit der verfügbaren finanziellen Mittel ist ferner die Förderung durch die Krankenkassen auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

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

Ausschlusskriterien

Nicht förder- bzw. bezuschussungsfähig sind Maßnahmen, die

- von Anbietern durchgeführt werden, welche ein wirtschaftliches Interesse am Verkauf von Begleitprodukten (z. B. Diäten, Nahrungsergänzungs- oder homöopathische Mittel, Sportgeräte) besitzen
- nicht weltanschaulich neutral sind
- an eine bestehende oder zukünftige Mitgliedschaft gebunden sind
- sich an Kinder unter sechs Jahren richten
- auf Dauer angelegt sind
- im Falle von Informations- und Kommunikationstechnologie basierten Programmen außerdem: reine Foren/Communities oder Informationsportale.

Kriterien der Zertifizierung

Vor der Entscheidung über eine Förderung bzw. Bezuschussung prüfen die Krankenkassen bzw. die von ihnen mit der Prüfung beauftragten Stel-

¹² Verhaltensbezogene primärpräventive Maßnahmen für sozial benachteiligte Zielgruppen können zur Förderung der Inanspruchnahme auch im Rahmen von Aktivitäten der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V in Zusammenarbeit mit weiteren verantwortlichen Partnern, die einen besonderen Zugang zur Zielgruppe haben, angeboten werden; bei Maßnahmen für erwerbslose Menschen ist die Zusammenarbeit mit Jobcentern und Arbeitsagenturen notwendig (s. Kapitel 4 dieses Leitfadens).

len die Einhaltung der Qualitätskriterien dieses Leitfadens (Zertifizierung)¹³. Die Zertifizierung erstreckt sich auf Kurskonzepte (Kursinhalt) in Verbindung mit der Qualifikation der Kursanbietenden (staatlich anerkannter Abschluss; ggf. Zusatzqualifikation).

Für die Zertifizierung eines Kurses sind die folgenden Unterlagen erforderlich:

- Beschreibung des durchzuführenden Programms in Form von Stundenverlaufsplänen (Ziele, Inhalte sowie Beschreibung des Aufbaus der einzelnen Kursstunden, Kontraindikationen)
- Teilnehmerunterlagen, d. h. Unterlagen, welche die Teilnehmenden im Kurs erhalten.

Für den Nachweis der Qualifikation der Kursanbietenden sind zusätzlich folgende Unterlagen vorzulegen:

- Nachweis (z. B. Urkunde, Zeugnis) über eine für das jeweilige Handlungsfeld und Präventionsprinzip geforderte staatlich anerkannte Grundqualifikation der Kursleitung
- Nachweis der Zusatzqualifikation im jeweiligen Bereich (siehe Kapitel 5.4.1–5.4.4, außer Präventionsprinzip Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität, Einweisung in das durchzuführende Programm)

Im Rahmen der Zertifizierung oder auf der Teilnahmebescheinigung für den Versicherten ist folgende Verpflichtungserklärung abzugeben:

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

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

Schwerwiegende oder wiederholte Verstöße rechtfertigen den Ausschluss von weiterer Förderung der von mir angebotenen individuellen Maßnahmen (Widerruf der Zertifizierung).

Schwerwiegende Verstöße gegen den GKV-Leitfaden Prävention sind insbesondere:

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

Die Zertifizierung eines Kurses kann entweder auf der Basis eines individuell erstellten Kurskonzeptes oder eines bereits zertifizierten Kurskonzeptes (Kursinhalt) erfolgen. Bei Nutzung eines bereits geprüften Kurskonzeptes (Kursinhalt) ist die Vorlage individuell zu erstellender Stundenverlaufspläne nicht erforderlich, denn in das Zertifizierungsverfahren werden vom Anbietenden bereits anerkannte Kursinhalte integriert.

¹³ Im Interesse der Verwaltungseffizienz und der einheitlichen Anwendung des GKV-Leitfadens Prävention hat die Mehrzahl der Krankenkassen (Kooperationsgemeinschaft) die Zentrale Prüfstelle Prävention mit der Prüfung von Angeboten zur verhaltensbezogenen Prävention einschließlich der Qualifikation von Anbieterinnen/von Anbietern auf Übereinstimmung mit den Kriterien dieses Leitfadens beauftragt (www.zentrale-pruefstelle-praevention.de).

Die Zertifizierung eines Kurses ist grundsätzlich auf drei Jahre befristet und kann dann verlängert werden (Rezertifizierung). Zertifizierungen von Kursen sind an die Zertifizierungsdauer des geprüften Kurskonzeptes (Kursinhalt) gebunden.

Das Prüfergebnis wird dem bzw. der Kursanbieter mitgeteilt. Die Angebote, die die Qualitätskriterien des Leitfadens erfüllen, sind von den Versicherten sowie Ärztinnen und Ärzten (Präventionsempfehlung nach § 20 Abs. 5 SGB V) auf der Internetseite der jeweiligen Krankenkasse und des GKV-Spitzenverbandes¹⁴ recherchierbar. Sind die Anforderungen dieses Leitfadens nicht erfüllt, darf die Maßnahme nicht von der Krankenkasse gefördert oder durchgeführt werden. Für Versicherte mit Behinderung geeignete Maßnahmen weist die Krankenkasse entsprechend aus.

Kriterien für Nachweis und finanzielle Förderung der Teilnahme

Der Anhang des Leitfadens (Kapitel 7) enthält ein **Musterformular** für einen Antrag auf Bezuschussung der Versicherten/des Versicherten mit der vom Kursanbietenden auszufüllender Teilnahmebescheinigung und ggf. der Verpflichtungserklärung der Anbieterin/des Anbieters.

Notwendige Angaben auf diesem Formular sind:

- von Seiten der bzw. des Versicherten:
 - Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer, Bankverbindung
 - Bestätigung der Teilnahme an der vom Anbieter bzw. der Anbieterin bezeichneten Maßnahme
 - Bestätigung, dass die vom Anbieter bzw. von der Anbieterin genannte Kursleitung die Maßnahme persönlich durchgeführt hat
 - Bestätigung, dass keine Verrechnung bzw. Erstattung der Teilnahmegebühr durch den Anbieter bzw. die Anbieterin erfolgt,

¹⁴ Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht diese Informationen gemäß § 20 Absatz 2 Satz 3 SGB V auf seiner Internetseite: https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/praeventionskurse/primaerpraeventionskurse.jsp

- Kenntnisnahme, dass ein zu Unrecht erhaltener Zuschuss zurückzuzahlen ist und
- persönliche Unterschrift der bzw. des Versicherten.
- von Seiten des Anbieters bzw. der Anbieterin:
 - Bestätigung der Teilnahme der bzw. des Versicherten mit Titel, Zeitraum, Anzahl und Dauer der Einheiten der besuchten Maßnahme
 - Zuordnung der Maßnahme zu einem Präventionsprinzip (bei Kombinationsangeboten zum primären Präventionsprinzip)
 - Name des Kursleiters bzw. der Kursleiterin mit Angaben zur Qualifikation und Zusatzqualifikation
 - Erklärung der persönlichen Durchführung durch die Kursleitung
 - Höhe der entrichteten Teilnahmegebühr
 - Erklärung, dass die Maßnahme von der Krankenkasse als förderfähig anerkannt wurde und nach den Kriterien des GKV-Leitfadens umgesetzt wurde
 - Erklärung, der Steuerpflicht und der Pflicht zur Abführung von Beiträgen zur Sozialversicherung zu entsprechen
 - Bestätigung, dass keine Verrechnung bzw. Erstattung der Teilnahmegebühr erfolgt und die Teilnahme nicht an die Bedingung einer Mitgliedschaft geknüpft ist
 - Erklärung, dass die Teilnahmegebühr ausschließlich der Bezahlung des Präventionsangebots dient (keine Quersubventionierung)
 - Bei wohnortfernen Kompaktangeboten: getrennte Ausweisung der Kosten der Präventionsmaßnahme sowie der sonstigen Kosten
 - Erklärung, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen
 - Kenntnisnahme des Rechts der Krankenkassen zur unangemeldeten Prüfung der Einhaltung der Bestimmungen des GKV-Leitfadens vor Ort
 - Persönliche Unterschrift des Anbieters bzw. der Anbieterin.

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

5.4 Handlungsfelder

5.4.1 Bewegungsgewohnheiten

Es ist unstrittig, dass Bewegungsmangel einerseits einen zentralen Risikofaktor für die Gesundheit darstellt und körperlich-sportliche Aktivitäten andererseits zu den zentralen Faktoren der Erhaltung sowie der Wiederherstellung der physischen und der psychosozialen Gesundheit gehören¹⁵. 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 Interventionen. 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). Ziel dieser Phase ist es, eine Bindung an gesundheitssportliche Aktivität aufzubauen, da nur so langfristig wirksame Gesundheitseffekte dieser Aktivitäten erreichbar sind. Unter gesundheitlichen Aspekten ideal sind Trainingsinhalte, die regelmäßig und mit moderater Intensität die Fitnessfaktoren Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit/Beweglichkeit, Koordinationsfähigkeit und Entspannungsfähigkeit sowie die psychosozialen Faktoren (positives emotionales Erleben, soziale Unterstützung und Einbindung) adressieren. Die Weltgesundheitsorganisation sowie führende Fachgesellschaften empfehlen für Erwachsene ca. 150 Minuten ausdauerorientierte Bewegung mit mittlerer Intensität oder 75 Minuten mit hoher Intensität pro Woche, sowie muskelkräftigende Aktivitäten an mindestens 2 Tagen der Woche¹⁶. Für Kinder und Jugendliche gelten 60 Minuten tägliche Bewegung als Minimum¹⁷.

Präventionsprinzip: Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität

Bedarf:

Legt man – wie von der WHO empfohlen – eine Minimalbeanspruchung durch körperlich-sportliche Aktivität von ca. zweieinhalb Stunden wöchentlich mit mäßig anstrengender Intensität zugrunde, so wird diese hierzulande derzeit nur von maximal 10–20 % der erwachsenen Bevölkerung erreicht¹⁸. Der Anteil derer, die regelmäßig

15 Insbesondere zeigt eine Vielzahl von epidemiologischen Studien eine starke Evidenz für Zusammenhänge zwischen körperlich-sportlicher Aktivität und positiven Gesundheitswirkungen. Vgl. u. a. Bös, K. & W. Brehm (2006). Gesundheitssport – Ein Handbuch. Schorndorf. Hänsel, F. (2007). Körperliche Aktivität und Gesundheit. In: Fuchs, R., Göhner, W., Seelig, H. (Hrsg.) (2007). Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils. Göttingen. 23–44. Moore, S.C. et al. (2012). Leisure Time Physical Activity of Moderate to Vigorous Intensity and Mortality: A Large Pooled Cohort Analysis. PLoS Medicine 9 (11). www.plosmedicine.org. doi:10.1371/journal.pmed.1001335.

16 World Health Organization (2010). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Rütten, A. & K. Pfeifer (2016) (Hrsg.). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit. Erlangen-Nürnberg

17 Brehm, W. et al. (2013). Sport als Mittel in Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung – Eine Expertise. Bundesgesundheitsblatt. Jg. 56. S. 1385–1389. Online unter: DOI 10.1007/s00103-013-1798-y.

18 Krug, S. et al. (2013). Körperliche Aktivität – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland

Krafttraining oder muskelkräftigende Aktivitäten durchführen, liegt nach internationalen Studien sogar noch niedriger¹⁹. Die negativen Folgen sind für die Lebensqualität, für die Volksgesundheit sowie für die Ökonomie gravierend. Bewegungsmangel und damit verbunden niedrige kardiorespiratorische und muskuläre Fitness sind zentrale Risikofaktoren für die Entstehung insbesondere von Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel- sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen und den Verlust an Selbstständigkeit im Alter. Körperliche Inaktivität mit ihren Folgen wurde demzufolge bereits als das zentrale Gesundheitsproblem des dritten Jahrtausends bezeichnet²⁰.

Wirksamkeit:

Große Bevölkerungsstudien belegen, dass ein zusätzlicher Energieverbrauch durch körperlich-sportliche Aktivität von etwa 1000 kcal pro Woche insbesondere das Risiko von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen sowie bestimmten Krebsarten bedeutsam senken kann und auch bei allgemeinen bewegungsmangelbedingten (körperlichen und psychosomatischen) Beschwerden präventiv wirksam ist. Bewegung, die zielgerichtet, regelmäßig, mit moderater Intensität und einem Mindestumfang von zweieinhalb Stunden pro Woche durchgeführt wird, stellt gesichert einen zentralen Schutzfaktor der Gesundheit dar²¹. Es ist

wissenschaftlich nachgewiesen, dass der umfassendste gesundheitliche Nutzen dann zu erwarten ist, wenn Aktivitäten zu allen motorischen Hauptbeanspruchungsformen (Ausdauer, Beweglichkeit, Kraft, Koordination) durchgeführt werden²². Mit Blick auf den demografischen Wandel erhält der Zusammenhang zwischen regelmäßiger körperlicher Aktivität, selbstständiger Lebensführung, Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens und Aufrechterhaltung der geistigen Leistungsfähigkeit²³ im Alter zunehmend an Bedeutung. Die gesundheitlichen Effekte regelmäßiger Bewegung sind unabhängig vom Körpergewicht und von einer eventuellen Gewichtsabnahme.

Zielgruppe:

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

Ziel der Maßnahme:

Zur Erzielung von Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniswirkungen und der zu erlangenden Handlungskompetenz und Eigenverantwortung sind sechs Kernziele anzusteuern²⁴:

(DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Jg. 56. S. 765-771. Online unter: DOI 10.1007/s00103-012-1661-6.

- 19 Chevan, J. (2008). Demographic Determinants of Participation in Strength Training Activities among U.S. Adults. In: Journal of strength and conditioning research/National Strength & Conditioning Association 22 (2), S. 553-558. DOI: 10.1519/JSC.0b013e3181636bee.
- 20 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.
- 21 Für eine Zusammenstellung der epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlichen Befunde zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Sport und Bewegung vgl. Knoll, M., W. Banzer & K. Bös (2006). Aktivität und physische Gesundheit. In: Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.). Handbuch Gesundheitssport. Schorndorf: 82-102. Bouchard, C. (2001). Physical activity, and health: introduction to the dose-response symposium. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33, 6, 347-350.

22 Brown W.J., A.E. Bauman, F.C. Bull et al. (2012). Development of Evidence-Based Physical Activity Recommendations for Adults (18-64 years), Report prepared for the Australian Government Department of Health. World Health Organization (2010). Global recommendations on physical activity for health.

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

24 Zur Begründung der Ziele und deren Umsetzung vgl. u. a. American College of Sports Medicine (2000). Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Philadelphia etc.; Brehm, W., Bös, K., Opper, E. & Saam, J. (2002). Gesundheitssportprogramme in Deutschland. Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement für Sportverbände, Sportvereine und andere Anbieter von Gesundheitssport. Schorndorf; Brehm, W., Pahmaier, I., Tiemann, M., Ungerer-Röhrich, U. & Bös, K. (2002). Psychosoziale

- Kernziel 1: Stärkung physischer Gesundheitsressourcen (insbesondere die Faktoren gesundheitsbezogene 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 psychosomatischen Beschwerden und Missbefindenszuständen
 - Kernziel 5: Aufbau von Bindung an gesundheitssportliche Aktivität
 - Kernziel 6: Verbesserung der Bewegungsverhältnisse (u. a. durch den Aufbau kooperativer Netzwerke beim Zugang zu einer gesundheitssportlichen Aktivität und bei deren Weiterführung)²⁵.
- Module zur Verbesserung der physischen Ressourcen Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit, mit Hinweisen zur Belastungsdosierung und Belastungsanpassung, zur korrekten Ausführung von Aufgabenstellungen und Übungen, zur motivierenden Durchführung der Module (z. B. Einsatz von Musik, Herstellung positiver sozialer Kontexte, Kursleiterverhalten)
 - Lockerungsübungen im Rahmen der genannten Module zur Förderung der physischen Ressourcen sowie ein Modul zur Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
 - Aufbau von Handlungs- und Effektwissen zur gesundheitsförderlichen Wirkung von Bewegung und Entspannung insbesondere der durchgeführten Aufgaben zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Fitness (z. B. Belastungsdosierung, korrekte Ausführung der Übungen)
 - Vermittlung von Körpererfahrung und positiven Bewegungserlebnissen in der Gruppe
 - Maßnahmen zur Unterstützung der Integration des Gelernten in das Alltagsleben nach Interventionsende
 - kontinuierliche Information und Anleitung zu gesundheitsförderlichen Bewegungsabläufen im Alltag, vermehrter regelmäßiger Bewegung im Alltag (z. B. Treppensteigen, Radfahren), Anleitung zur Vermeidung längerer Sitzzeiten im Alltag und am Arbeitsplatz, Anregungen für eine ergonomische und gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung sowie zur Vermeidung von einseitig belastenden Situationen in Beruf und Alltag
 - Motivation zur und Unterstützung bei der Weiterführung gesundheitssportlicher Aktivitäten in individueller oder kollektiver Form z. B. in Sportvereinen bzw. bei anderen Sportanbietern.
 - Anlass- und bedarfsbezogen: Sensibilisierung für die potentiellen Gefahren von Nahrungsergänzungsmittelkonsum, Medikamentenmissbrauch und Doping

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

Bei Kombinationsangeboten zur Prävention des metabolischen Syndroms siehe insbesondere auch Ziele in Kapitel 5.4.2 (Handlungsfeld Ernährung).

Inhalt:

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

Ressourcen - Stärkung von psychosozialen Ressourcen im Gesundheitssport. Deutscher Turnerbund. Frankfurt.
25 Tiemann, M., Brehm, W. & Sygusch, R. (2002). Flächen-deckende Institutionalisierung evaluierter Gesundheits-sportprogramme. In: Walter, U., Drupp, M. & Schwartz, F.W. (Hrsg.) (2002). Prävention durch Krankenkassen. Weinheim: 226-238.

Bei gerätegestützten Programmen ist der Geräteeinsatz auf maximal die Hälfte des Programmum-

fangs beschränkt. Für alle am Gerät trainierten Hauptmuskelgruppen sind alternative, in den Alltag transferierbare Übungen (mit oder ohne Übungsmaterialien) in vergleichbarem Umfang zu vermitteln. Gleiches gilt für gerätgestützte Ausdauertrainingsprogramme.

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

Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit:

Angebote, die sich nicht explizit und inhaltlich erkennbar auf die sechs Kernziele des Gesundheitssports beziehen, können nicht gefördert werden. Ausgeschlossen sind:

- Angebote des allgemeinen Freizeit- und Breitensports
- Maßnahmen, die vorwiegend dem Erlernen einer Sportart dienen
- Maßnahmen, die einseitige körperliche Belastungen erfordern
- Angebote, die an die Nutzung von Geräten bestimmter Firmen gebunden sind
- Angebote, die passive Trainingsmethoden wie z. B. Elektrostimulation oder Vibrationstraining beinhalten
- Dauerangebote.

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

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 Teilnehmerinnen und Teilnehmer 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
- Vermittlung von Strategien zur Bindung an körperliche Aktivität (z. B. Handlungsplanung, Barrierenmanagement)
- Vernetzung des Angebots einerseits zur Erleichterung eines Einstiegs (z. B. mit Ärztinnen/Ärzten) andererseits zur Unterstützung des Übergangs in Folgeangebote (z. B. durch Kooperation mit Sportvereinen oder anderen Sportanbietern).

Anbieterqualifikation:

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

- Sportwissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Staatsexamen, Magister, Master, Bachelor)
- Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in
- Sport- und Gymnastiklehrer/in
- Ärztin/Arzt

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

- Lizenzierte Übungsleiter/innen der Turn- und Sportverbände mit der Ausbildung „Sport in der Prävention“ (Lizenzstufe II), die in das durchzuführende Gesundheitssportprogramm

speziell eingewiesen sind. Der Einsatz der Übungsleiter/innen ist auf Angebote der Turn- und Sportvereine beschränkt, die mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet wurden. Weiterhin muss das Präventionsangebot alle hier und in Kapitel 5.3 genannten übergreifenden Förderkriterien erfüllen.

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

Bedarf:

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

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

Wirksamkeit:

Insgesamt zeigen die vorliegenden Studien eine hohe Evidenz der gesundheitlichen Wirksamkeit ausdauer- und kraftorientierter körperlicher Aktivität²⁶. Von besonderer Bedeutung ist eine an den

Zielgruppen und ihren Gefährdungen ausgerichtete Intervention (z. B. Frauen vor einsetzender Menopause zur Prävention von Osteoporose, Ältere zur Prävention sturzbedingter Verletzungen).

Zielgruppe:

Versicherte mit speziellen Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems, im Bereich des Herz-Kreislaufsystems und des metabolischen Bereichs, im psychosomatischen Bereich und im Bereich der motorischen Kontrolle, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen des Bewegungsapparats.

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.

Bei Kombinationsangeboten zur Prävention des metabolischen Syndroms siehe insbesondere auch Ziele in Kapitel 5.4.2 (Handlungsfeld Ernährung).

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,

26 Samitz, G. & R. Baron Epidemiologie der körperlichen Aktivität. In: Samitz G. & G. Mensink (Hrsg.) (2002). Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. München; Vuori,

I. (2001). Dose-response of physical activity and low back pain, osteoarthritis, and osteoporosis. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 33, 551-586. Gillespie, L.D., M.C Robertson, W.J. Gillespie et al. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* Apr. 15 (2). CD007146. Garber, C.E., B. Blissmer, M.R. Deschenes et al. (2011). Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise. *Med Sci Sports Exerc.* Jg. 43, 1334-1359.

Kraft im Bereich metabolische Erkrankungen sowie Kraft und Gleichgewicht im Bereich Sturzprävention und Selbstständigkeit im Alter), indikationsbezogene Inhalte deutlich zu machen (z. B. Zusammenhang zwischen Bewegung und Ernährung bei Problemen im metabolischen Bereich) oder problemzentrierte Bewältigungsstrategien zu spezifizieren (z. B. Schmerzbewältigung bei Problemen im Bereich des Muskel-Skelett-Systems). Als spezifische Angebote für ältere Versicherte kommen insbesondere Trainings zur Sturzprävention in Betracht, da hier vor allem Frakturen vermieden werden können²⁷.

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
- 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)

²⁷ Vgl. Becker, C. & U. Blessing-Kapelke im Auftrag der Bundesinitiative Sturzprävention (2011). Empfehlungspapier für das körperliche Training zur Sturzprävention bei älteren, zu Hause lebenden Menschen; Z Gerontol Geriat Jg. 44. S. 121-128.

- Vermittlung von Körpererfahrung und positiven Bewegungserlebnissen in der Gruppe
- Maßnahmen zur Unterstützung der Integration des Gelernten in das Alltagsleben nach Interventionsende
- kontinuierliche Information und Anleitung zu gesundheitsförderlichen Bewegungsabläufen im Alltag, vermehrter regelmäßiger Bewegung im Alltag (z. B. Treppensteigen, Radfahren), Anleitung zur Vermeidung längerer Sitzzeiten im Alltag und am Arbeitsplatz, Anregungen für eine ergonomische und gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung sowie zur Vermeidung von einseitig belastenden Situationen in Beruf und Alltag
- Motivation zur und Unterstützung bei der Weiterführung gesundheitssportlicher Aktivitäten in individueller oder kollektiver Form z. B. in Sportvereinen bzw. bei anderen Sportanbietern
- Anlass- und bedarfsbezogen: Sensibilisierung für die potentiellen Gefahren von Nahrungsergänzungsmittelkonsum, Medikamentenmissbrauch und Doping.

Bei gerätegestützten Programmen ist der Geräteeinsatz auf maximal die Hälfte des Programmumfangs beschränkt. Für alle am Gerät trainierten Hauptmuskulgruppen sind alternative, in den Alltag transferierbare Übungen (mit oder ohne Übungsmaterialien) in vergleichbarem Umfang zu vermitteln. Gleiches gilt für gerätegestützte Ausdauertrainingsprogramme.

Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit:

Angebote, die sich nicht explizit und inhaltlich erkennbar auf die sechs Kernziele des Gesundheitssports beziehen, können nicht gefördert werden. Ausgeschlossen sind:

- Angebote des allgemeinen Freizeit- und Breitensports
- Maßnahmen die vorwiegend dem Erlernen einer Sportart dienen
- Maßnahmen, die einseitige körperliche Belastungen erfordern

- Angebote, die an die Nutzung von Geräten bestimmter Firmen gebunden sind
- Programme, die passive Trainingsmethoden wie z. B. Elektrostimulation oder Vibrations-training beinhalten
- Dauerangebote.

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

Methodik:

- Verhaltensorientierte Gruppenberatung mit praktischem Training zum Kennenlernen und Einüben des neuen Bewegungsverhaltens
- Informationen über die Zielgruppe, insbesondere zu den speziellen Gesundheitsproblemen und Risiken der Zielgruppe (differenziert nach den jeweils spezifischen Problemen im Hinblick auf den Bereich des Muskel-Skelettsystems, den Bereich des Herz-Kreislaufsystems und des metabolischen Bereichs sowie den psychosomatischen Bereich). Informationen zu Barrieren der Zielgruppe regelmäßige körperliche Aktivität aufzunehmen und beizubehalten
- Eingehen auf die spezifische Situation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer 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
- Vermittlung von Strategien zur Bindung an körperliche Aktivität (z. B. Handlungsplanung, Barrierenmanagement)
- Vernetzung des Angebots einerseits zur Erleichterung eines Einstiegs (z. B. mit Ärzten), andererseits zur Unterstützung des Übergangs in Folgeangebote (z. B. durch Angebote im institutionellen Rahmen von Sportvereinen und anderen Sportanbietern).

Anbieterqualifikation:

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

- Sportwissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Staatsexamen, Magister, Master, Bachelor)
- Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in
- Sport- und Gymnastiklehrer/in
- Ärztin/Arzt

mit Zusatzqualifikation einer anerkannten Institution für den jeweiligen Problembereich (z. B. Lizenz zur Durchführung der Rückenschule²⁸, vergleichbar in anderen Indikationsbereichen) und Einweisung in das durchzuführende Bewegungsprogramm²⁹.

Zur Durchführung von Maßnahmen für Personen mit speziellen Risiken im Bereich des Muskel-

²⁸ entsprechend den Inhalten des Curriculums der Konföderation der deutschen Rückenschulen (KddR) zur Weiterbildung Rückenschullehrer/in (Internet: www.kddr.de).

²⁹ Für Kursangebote zur Sturzprävention kommen ferner lizenzierte Übungsleiterinnen/Übungsleiter der Turn- und Sportverbände mit der Ausbildung „Sport in der Prävention“ (Lizenzstufe II) sowie Fortbildung zur Sturzprävention und Einweisung in das durchzuführende Sturzpräventionsprogramm in Betracht. Der Einsatz der Übungsleiterinnen/Übungsleiter ist auf Sturzpräventionsangebote der Turn- und Sportvereine beschränkt, die mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet wurden. Weiterhin muss das Präventionsangebot alle hier und in Kapitel 5.3 genannten übergreifenden Kriterien erfüllen.

Skelettsystems kommen ferner Ergotherapeuten/Ergotherapeuten sowie Masseurinnen/Masseure jeweils mit einer Zusatzqualifikation für diesen Bereich bei einer anerkannten Institution sowie einer Einweisung in das durchzuführende Gesundheitssportprogramm in Betracht.

5.4.2 Ernährung

Der Ernährung kommt eine zentrale Rolle sowohl für den Erhalt der Gesundheit als auch bei der Entstehung bestimmter Erkrankungen zu. Nach Angaben des Bundesernährungsberichts sind über zwei Drittel aller Todesfälle auf Erkrankungen zurückzuführen, bei denen die Ernährung als alleinige Ursache oder als einer von mehreren Faktoren an der Krankheitsentstehung beteiligt ist³⁰. Aufgrund der großen Bedeutung des Ernährungsverhaltens für die Entstehung dieser Erkrankungen stellt die Förderung einer gesundheitsgerechten Ernährung ein zentrales Handlungsfeld der Krankenkassen in der primären Prävention dar.

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

Präventionsprinzip: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

Bedarf:

Für viele chronische Krankheiten wurde eine Abhängigkeit von der Ernährung festgestellt. Zu

diesen zählen insbesondere Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, einige bösartige Neubildungen, Krankheiten des Verdauungssystems sowie endokrine Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen (darunter mit wachsender epidemiologischer Bedeutung Diabetes mellitus Typ 2)³¹. Zusätzlich werden Allergien und Lebensmittelunverträglichkeiten sowie Mangelkrankungen als durch die Ernährungsweise beeinflussbar angesehen³².

Auf Grundlage der Nationalen Verzehrstudie II³³ ist die Ernährungssituation der Bevölkerung weiterhin als unbefriedigend einzustufen in Bezug auf

- Höhe und Qualität der Fettzufuhr
- Höhe und Qualität der Kohlenhydratzufuhr (zu hoher Zuckerverzehr, zu geringe Aufnahme an Ballaststoffen)
- Höhe der Natriumzufuhr (zu hoher Kochsalzverzehr bei Männern)
- Versorgung mit Calcium und Jod
- Versorgung mit Folat und Eisen, insbesondere bei Frauen, die schwanger werden wollen oder könnten
- ausreichende Flüssigkeitszufuhr mit energiefreien/-armen Getränken.

Insgesamt werden in Deutschland zu viele Lebensmittel tierischen Ursprungs wie Fleisch-erzeugnisse und Wurst und zu wenige pflanzliche Lebensmittel wie Obst und Gemüse verzehrt³⁴. Zur Verbesserung der Ernährungssituation sind Verhaltensänderungen in der Bevölkerung in Richtung einer fleischreduzierten³⁵ sowie fett-, zucker- und salzärmeren und gleichzeitig vitamin-, mineralstoff- sowie ballaststoffreicheren Ernäh-

31 Ebd., S. 95.

32 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.) (2013). DGE-Beratungs-Standards. 10. vollständ. überarb. Auflage, Bonn.

33 2005-2007, N=19.329 Jugendliche und Erwachsene zwischen 14 und 80 Jahren.

34 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (Hrsg.). 12. Ernährungsbericht 2012. Bonn. S. 19-85, insbesondere S. 82-84.

35 Auch: gänzlich auf Fleischkonsum verzichtenden

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

rungsweise erforderlich. Eine Ernährungsweise mit geringer Energiedichte und hoher Nährstoffdichte sollte angestrebt werden.

Wirksamkeit:

Vorhandene Studien belegen, dass eine bedarfsgerechte und ausgewogene Ernährungsweise wirksam zur Verhütung zahlreicher Erkrankungen beitragen kann³⁶.

Ziel der Maßnahme:

- Stärkung der Motivation und Handlungskompetenz zu einer eigenverantwortlichen und nachhaltigen Umstellung auf eine individuell bedarfsgerechte Ernährung nach den jeweils aktuellen Referenzwerten für Deutschland³⁷, lebensmittelbezogenen Empfehlungen³⁸ und DGE-Beratungs-Standards³⁹ bzw. den Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE)⁴⁰ sowie
- Motivation zu vermehrter Bewegung im Alltag. Bei Kombinationsangeboten siehe auch Ziele in Kapitel 5.4.1 (Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten“, Präventionsprinzip „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“).

Zielgruppe:

- Versicherte mit ernährungsbezogenem Fehlverhalten ohne psychische (Ess-)Störungen⁴¹.

Inhalt:

Trainings-/Schulungsmodule

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

Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit:

- Produktwerbung und Produktverkauf
- Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln, Formula-Diäten und weiteren Produkten
- spezielle Messungen von Stoffwechselfparametern, genetische Analysen oder Allergietests
- reine Koch- und Backkurse.

Methodik:

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

Anbieterqualifikation:

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

- Diätassistent/in
- Oecotrophologin/Oecotrophologe (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung; Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor)
- Ernährungswissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor)

36 Willett, W.C. & Stampfer, M.J. (2013). Current Evidence on Healthy Eating. *Annu Rev Public Health* Jg. 34. S. 77-95. Online unter: doi: 10.1146/annurev-publhealth-031811-124646. Von Ruesten, A., Feller, S., Bergmann, M.M. & Boeing, H (2013): Diet and Risk of Chronic Diseases: Results from the First 8 Years of Follow-Up in the EPIC-Potsdam Study. *Eur J of Clin Nutr* Jg. 67. S. 412-419 Online unter: doi: 10.1038/ejcn.2013.7.

37 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Österreichische Gesellschaft für Ernährung e. V., Schweizerische Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.) (2015). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 2. Auflage, 1. Ausgabe. Bonn.

38 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.) (2017). Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. 10. Auflage. Bonn. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.) (2016). Die Dreidimensionale DGE-Lebensmittelpyramide – Fachinformation 6. Auflage. Bonn.

39 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.) (2013). DGE-Beratungs-Standards. 10. vollst. überarb. Auflage, Bonn.

40 Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (2015). Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. Die optimierte Mischkost optimix. 11. Auflage. Dortmund. (<http://www.fke-do.de>)

41 Für sich vegan ernährende Versicherte sind spezifische Angebote zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung sinnvoll.

- Ernährungs- und Hygienetechnik, Schwerpunkt „Ernährungstechnik“, Ernährung und Versorgungsmanagement, Schwerpunkt „Ernährung“ (Abschlüsse: Dipl.-Ing., Master, Bachelor)
mit themenbezogener Zusatzqualifikation gemäß z. B. den Qualitätsstandards der Ernährungsberatung⁴² einer anerkannten Institution im Handlungsfeld⁴³ sowie
- Ärztin/Arzt mit Fortbildungsnachweis gemäß dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin⁴⁴.

Präventionsprinzip: Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Bedarf:

Nach den Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1: N=7.116, Erhebungszeitraum 2008-2011) sind 67,1 % der Männer und 53,0 % der Frauen übergewichtig oder adipös (43,8 % der Männer und 29,0 % der Frauen haben einen Body-Mass-Index [BMI] von 25-29,9, 23,3 % der Männer und 23,9 %

der Frauen haben einen BMI ≥ 30)⁴⁵. Der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher (3-17 Jahre) betrug gemäß den Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys im Durchschnitt der Jahre 2003-2006 (N=17.641) 15,0 %, 6,3 % aller Kinder und Jugendlichen waren adipös. Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen waren nicht zu erkennen⁴⁶.

Der Anteil von Personen mit Normalgewicht (BMI 18,5-24,9) hat von 1999 bis 2009 erheblich abgenommen, der Anteil von Personen mit Übergewicht bis BMI 29,9 ist weitgehend konstant geblieben, während der Anteil adipöser Personen deutlich zugenommen hat. Auch bei Kindern und Jugendlichen wurde in den letzten 20 Jahren ein Anstieg der Adipositasprävalenz beobachtet. Durch Übergewicht und Adipositas erhöht sich das Risiko für zahlreiche Krankheiten, insbesondere des Herz-Kreislauf-Systems, des Stoffwechsels, des Muskel- und Skelettsystems sowie für bestimmte Krebserkrankungen⁴⁷. Für das Erkrankungsrisiko spielt zusätzlich zum Übergewicht als solchem auch das Fettverteilungsmuster eine wichtige Rolle. Eine überhöhte abdominale Fettmasse (Taillenumfang ≥ 94 cm bei Männern und ≥ 80 cm bei Frauen) erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich⁴⁸.

Wirksamkeit:

Maßnahmen, die sowohl Module zu einem bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsverhalten als auch zu körperlicher Bewegung

42 Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung (2014). Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland in der Fassung vom 16.06.2014. S. 8 (Internet: <http://www.dge.de/pdf/fb/14-06-16-KoKreis-EB-RV.pdf>).

43 entsprechend den themenbezogenen Inhalten eines der folgenden Curricula: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE): Ernährungsberater/DGE, Ernährungsmethodischer Berater/DGE (www.dge.de); Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD): VDD-Fortbildungszertifikat (www.vdd.de); Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE): Zertifikat Ernährungsberater VDOE (www.vdoe.de); Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED): VFED-Zertifizierung (www.vfed.de); Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater (QUETHEB): QUETHEB-Registrierung (www.quetheb.de); Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e. V. (UGB): Ernährungsberater UGB (www.ugb.de).

44 Bundesärztekammer & Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (2007). Strukturierte curriculare Fortbildung „ERNÄHRUNGSMEDIZIN“. Lehr- und Lerninhalte für die Fortbildungskurse zur Ernährungsmedizin nach den Richtlinien der Bundesärztekammer. 2. Aufl. (www.baek.de).

45 Mensink, G.B.M., A. Schienkiewitz, M. Haftenberger & T. Lampert (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland - Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt. Jg. 56. S. 786-794 (Online unter: DOI 10.1007/s00103-012-1656-3).

46 Kurth, B.-M., A. Schaffrath Rosario (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt. Jg. 50. S. 736-743 (Online unter: DOI 10.1007/s00103-007-0235-5).

47 Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e. V., Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. und Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e. V. (Hrsg.) (2014). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“, Version 2.0, S. 17 ff. (www.awmf.org).

48 Ebd. S. 15.

beinhalten, können eine nachhaltige Senkung des Körpergewichts bewirken⁴⁹. Empfohlen werden spezifische Methoden der Verhaltensmodifikation⁵⁰. Bei Kindern und Jugendlichen hängt die langfristige Effektivität von Maßnahmen zur Stabilisierung bzw. Senkung des Körpergewichts auch davon ab, dass die Eltern der Kinder in die Durchführung einbezogen werden⁵¹.

Zielgruppe:

Erwachsene:

- Personen mit einem BMI ≥ 25 bis < 30 (BMI ≥ 30 bis < 35 nur nach ärztlicher Rücksprache) ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen des Stoffwechsels oder psychische (Ess-) Störungen.

Kinder und Jugendliche:

- übergewichtige Kinder und Jugendliche im Alter von 8-18 Jahren im Bereich der 90. bis 97. Perzentile der Häufigkeitsverteilung der alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Werte⁵² unter Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfelds.

49 Ebd. Ferner u. a. : Schacky, v. C. (2008). Primary prevention of cardiovascular disease – how to promote healthy eating habits in population? J Public Health Jg. 16. S. 13-20.

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

51 Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes und Jugendalter (Hrsg.) (2009). S3 Leitlinie. Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 2009 (in Überarbeitung). S. 57 f. (www.awmf.org -> Leitlinien).

52 Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes und Jugendalter (Hrsg.) (2015). Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. S. 25f. (www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=9): Bei Kindern und Jugendlichen lässt sich das Ausmaß des Übergewichts nicht durch feste BMI-Grenzwerte bestimmen. Die Einstufung von Kindern und Jugendlichen als übergewichtig bzw. adipös erfolgt auf der Grundlage von Verteilungen der alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Werte, die in bevölkerungsbezogenen Untersuchungen ermittelt wurden (Referenzwerte). Kinder und Jugendliche werden als übergewichtig eingestuft, wenn ihr BMI höher liegt als bei 90 % der Kinder/der Jugendlichen gleichen Alters und

Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit:

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

Ziel der Maßnahme:

Erwachsene:

- gesundheitsförderndes Ernährungs- und Bewegungsverhalten, bei Kombinationsangeboten siehe auch Ziele in Kapitel 5.4.1 (Handlungsfeld Bewegung, Präventionsprinzip „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“)
- angemessene Gewichtsreduktion und -stabilisierung.

Kinder und Jugendliche:

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

Inhalt:

Trainings-/Schulungsmodulare

- zu Ursachen des Übergewichts
- zur Förderung eines bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsverhaltens [Ziel: ausgewogene bzw. während des Abnehmens negative Energiebilanz durch ballaststoffreiche (Obst und Gemüse), fettmoderate und

Geschlechts (oberhalb der 90. Perzentile P 90). Als adipös werden sie eingestuft, wenn ihr BMI höher ist als bei 97 % der Kinder/Jugendlichen gleichen Alters und Geschlechts (oberhalb der 97. Perzentile P 97); Die derzeit geltenden Referenzwerte sind den Tabellen 1 (für Mädchen) und 2 (für Jungen) im Anhang zu entnehmen.

- kohlenhydratbetonte (Stärke, nicht Zucker) Kost nach den jeweils aktuellen Empfehlungen und Beratungs-Standards der DGE bzw. der optimierten Mischkost des FKE]
- zum Erkennen und Verändern situationsabhängigen Essverhaltens
- zur flexiblen Verhaltenskontrolle
- zur Motivation und Anleitung zu vermehrter Alltagsbewegung und ggf. sportlicher Aktivität sowie Reduzierung von Inaktivität (z. B. Fernsehen, Computernutzung)
- zum Einüben des verbesserten Koch- und Einkaufsverhaltens (u. a. Reflexion von Werbestrategien und eigenem Konsumverhalten) unter Einbeziehung des sozialen Umfelds und Berücksichtigung der Alltagssituation
- zur Vermeidung des „Jo-Jo-Effektes“
- bei Kindern und Jugendlichen außerdem: Förderung eines verbesserten Körpergefühls und Selbstbewusstseins; Einbeziehung der Eltern; möglichst Kombination von Ernährung und Bewegung.

Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit:

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

Methodik:

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

Anbieterqualifikation:

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

- Diätassistent/in

- Oecotrophologin/Oecotrophologe (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung; Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor)
- Ernährungswissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor)
- Ernährungs- und Hygienetechnik, Schwerpunkt „Ernährungstechnik“, Ernährung und Versorgungsmanagement, Schwerpunkt „Ernährung“ (Abschlüsse: Dipl.-Ing., Master, Bachelor)

mit themenbezogener Zusatzqualifikation gemäß z. B. den Qualitätsstandards der Ernährungsberatung⁵³ einer anerkannten Institution im Handlungsfeld⁵⁴ sowie

- Ärztin/Arzt mit Fortbildungsnachweis gemäß dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin⁵⁵.

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

53 Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung (2014). Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland in der Fassung vom 16.06.2014. S. 8 (Internet: <http://www.dge.de/pdf/fb/14-06-16-KoKreis-EB-RV.pdf>).

54 entsprechend den themenbezogenen Inhalten eines der folgenden Curricula: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE): Ernährungsberater/DGE, Ernährungsmethodischer Berater/DGE (www.dge.de); Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD): VDD-Fortbildungszertifikat (www.vdd.de); Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE): Zertifikat Ernährungsberater VDOE (www.vdoe.de); Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED): VFED-Zertifizierung (www.vfed.de); Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V. (QUETHEB): QUETHEB-Registrierung (www.quetheb.de); Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e.V. (UGB): Ernährungsberater UGB (www.ugb.de).

55 Bundesärztekammer & Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (2007). Strukturierte curriculare Fortbildung „ERNÄHRUNGSMEDIZIN“. Lehr- und Lerninhalte für die Fortbildungskurse zur Ernährungsmedizin nach den Richtlinien der Bundesärztekammer. 2. Aufl. (www.baek.de).

5.4.3 Stressmanagement

Psychosozialer Stress stellt einen bedeutsamen (mit-)verursachenden, auslösenden oder aggravierenden Faktor für viele der heute sozialmedizinisch besonders relevanten kardiovaskulären, muskulo-skelettalen, immunologischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen dar⁵⁶. Insbesondere chronische psychobiologische Stressreaktionen gefährden im Zusammenhang mit einer unausgeglichenen Beanspruchungs-Erholungs-Bilanz, einer nachhaltigen Schwächung des Immunsystems sowie einem zunehmenden gesundheitlichen Risikoverhalten als inadäquatem Bewältigungsverhalten die körperliche wie psychische Gesundheit. Dabei ist davon auszugehen, dass aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen, wie etwa den zunehmenden Anforderungen an Mobilität, Flexibilität und Leistungsbereitschaft sowie der zunehmenden Auflösung traditionsbestimmter Sinn-, Werte- und Sozialstrukturen, das Belastungsniveau für den Einzelnen zukünftig eher noch steigen wird.

Bedarf:

Bereits im Kindes- und Jugendalter lassen sich vielfältige Symptomaten finden, 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 15-Jähriger aus 35 Ländern befragt⁵⁷. 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 werden⁵⁸. Wie auch andere Studien zeigen, stehen die Symptomangaben von Kindern und Jugendlichen mit dem Ausmaß des Stresserlebens in Beziehung: Je mehr Stress erlebt wird, desto höher fallen die Symptomangaben aus⁵⁹. Für die Gruppe der Erwachsenen konnten negative somatische und psychische Effekte hoher Stressbelastung in prospektiven Studien nachgewiesen werden⁶⁰. Querschnittstudien zeigen, dass die Intensität und Häufigkeit des Stresserlebens in einem engen Zusammenhang mit dem sozio-ökonomischen Status, der wahrgenommenen sozialen Unterstützung sowie gesundheitlichen Beschwerden, wie z. B. depressiven Symptomen,

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

57 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. Eine ausführliche Beschreibung und Interpretation der Ergebnisse der deutschen Teilstichprobe mit 5.640 Kindern und Jugendlichen findet sich bei Hurrelmann,

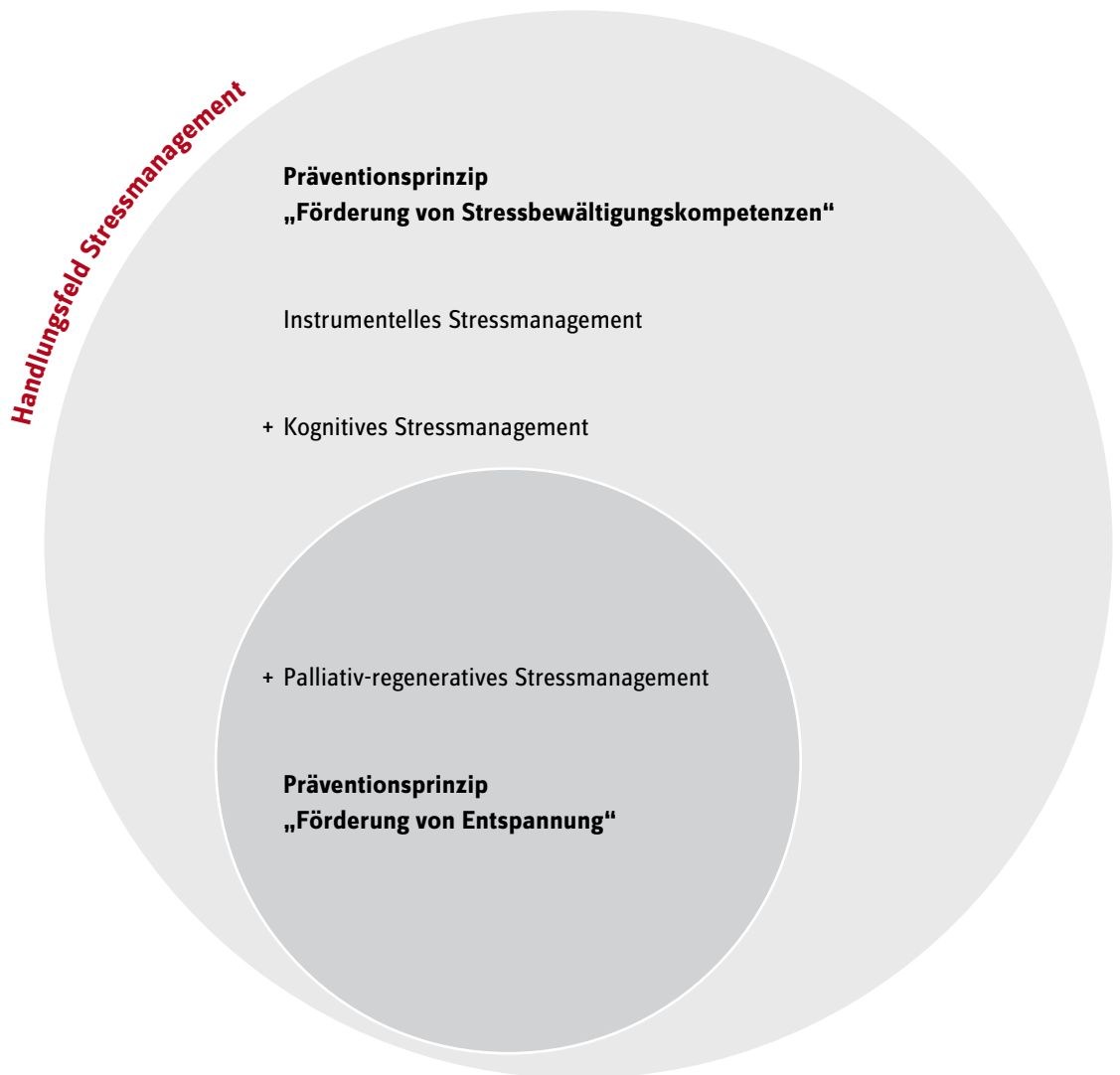
K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003). *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim.

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

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

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

Abb. 5: Gliederung des Handlungsfeldes Stressmanagement



Quelle: Eigene Darstellung

dem Gefühl des Ausgebranntseins sowie Schlafstörungen stehen⁶¹. Die Bedeutung des Stresserlebens für die Entwicklung gesundheitlicher Beschwerden ist dabei interindividuell und situationsbedingt unterschiedlich ausgeprägt.

61 Z. B. Hapke, U. et al (2013). Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt. Jg. 56. S. 749-754. (online unter: DOI 101007/s00103-013-1690-9).

Ebenen der Stressbewältigung

Zur Primärprävention der durch Stress (mit-) bedingten Erkrankungen haben sich Programme des multimodalen Stressmanagements bewährt, die sowohl das Stressbewältigungsverhalten, das Stresserleben als auch die psychophysischen Reaktionen gesundheitsförderlich verändern können. Diese Programme unterstützen die individuelle Stressbewältigung auf folgenden Ebenen:

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

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

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

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

Bei der Entscheidung, ob eher multimodale - d. h. alle Ebenen der Stressbewältigung umfassende - oder rein entspannungsorientierte Verfahren aus dem Methodenrepertoire des palliativ regenerativen Stressmanagements zum Einsatz gelangen sollen, spielen vor allem die Problemlage und die Art der Zielgruppe eine Rolle. So ist es beispielsweise nicht sinnvoll, (nur) auf die Einübung von Entspannung zu setzen, wenn konkrete Stressoren vorliegen, auf die mit einem instrumentellen Vorgehen Einfluss genommen werden kann.

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

Präventionsprinzip: Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (Multimodales Stressmanagement)

Wirksamkeit:

Meta-Analysen einschlägiger Evaluationsstudien konnten die auch längerfristige Wirksamkeit von Maßnahmen zur Stressbewältigung besonders im Hinblick auf eine Reduzierung von körperlichen Risikofaktoren und Beschwerden sowie negativer psychischer Befindlichkeit (Ängstlichkeit, Depressivität) sowie einen Rückgang von Ärger- und Feindseligkeitsreaktionen belegen. Verbesserungen bei der individuellen Bewältigung konnten ebenfalls in mehreren Studien nachgewiesen werden⁶².

62 Korczak, D., G. Steinhauser & M. Dietl (2011). Effektivität von Maßnahmen im Rahmen primärer Prävention am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen und des metabolischen Syndroms. (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. Schriftenreihe Health Technology Assessment Bd. 110). Vgl. insb. S. 56 f. Kaluza, G. (1997). Evaluation von Stressbewältigungstrainings in der primären Prävention - eine Meta-Analyse (quasi-) experimenteller Feldstudien. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. Jg. 5. S. 149-169. Kaluza, G. (1999). Sind die Effekte eines primärpräventiven Stressbewältigungstrainings von Dauer? Eine randomisierte, kontrollierte Follow-up-Studie. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie,

Ziel der Maßnahme:

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

Zielgruppe:

Die Maßnahmen richten sich an Versicherte mit Stressbelastungen, die lernen wollen, damit sicherer und gesundheitsbewusster umzugehen, um dadurch potenziell behandlungsbedürftige Stressfolgen zu vermeiden. Die Maßnahmen können auch für spezielle Zielgruppen zur Bewältigung spezifischer Belastungen (z. B. familiäre Überlastung, berufliche Überlastung – auch durch Schichtarbeit –, psychosoziale Belastungen infolge von Arbeitslosigkeit, Gewalterfahrung) durchgeführt werden. Kinder ab acht Jahren können an spezifisch auf diese Altersgruppe ausgerichteten Programmen unter Einbeziehung der Familie teilnehmen. Für Versicherte mit akut behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen sind die Maßnahmen kontraindiziert.

Inhalt:

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

- Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen, wie systematisches Problemlösen,

Zeitmanagement und persönlicher Arbeitsorganisation

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

Möglich sind auch über das reine Stressmanagement hinausgehende Bausteine bzw. Maßnahmen, die Achtsamkeit und Resilienz als grundlegende gesundheitliche Ressourcen stärken.

Methodik:

Bei Stressmanagementtrainings handelt es sich um systematische kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme, die sich an Gruppen richten und an den individuellen Stressproblemen der Teilnehmenden orientiert sind. Die Trainings enthalten eine praktische Einübung von Stressreduktions- und Entspannungsmethoden sowie Anleitungen für Übungen außerhalb der Trainingssitzungen, um einen Transfer in den Alltag zu gewährleisten.

Anbieterqualifikation:

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

- Psychologin/Psychologe (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Pädagogin/Pädagogen (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor, Staatsexamen)
- Sozialpädagogin/Sozialpädagoge sowie Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Sozialwissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Gesundheitswissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor) sowie
- Ärztin/Arzt

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

Jg. 7. S. 88-95; ders. (1999). Mehr desselben oder Neues gelernt? - Veränderungen von Bewältigungsprofilen nach einem primärpräventiven Stressbewältigungstraining. Zeitschrift für Medizinische Psychologie. Jg. 8. S. 73-84.

Präventionsprinzip: Förderung von Entspannung (Palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Wirksamkeit:

Es existieren mehrere Entspannungsverfahren, die sich in der Praxis bewährt haben und deren Wirksamkeit empirisch belegt ist⁶³. Durch das Erlernen eines Entspannungsverfahrens wird die Fähigkeit zur Selbstregulation von psychophysischen Stressreaktionen verbessert. Die verschiedenen Entspannungsverfahren lösen ungeachtet ihrer methodischen Unterschiede eine sogenannte Entspannungsreaktion aus⁶⁴.

Ziel der Maßnahme:

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

Zielgruppe:

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

Versicherte mit akut behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen sind die Maßnahmen kontraindiziert.

Inhalt:

Als Maßnahmen zur Förderung der Entspannung kommen in Betracht:

- Progressive Relaxation (PR) nach Edmund Jacobson
- Autogenes Training (AT) – Grundstufe – nach Johannes-Heinrich Schultz
- Hatha Yoga
- Tai Chi
- Qigong⁶⁵.

Methodik:

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

Anbieterqualifikation:

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

- Sportwissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Staatsexamen, Magister, Master, Bachelor)
- Sport- und Gymnastiklehrer/in
- Physiotherapeut/in, Krankengymnast/in
- Ergotherapeut/in
- Erzieher/in
- Gesundheitspädagogin/Gesundheitspädagoge (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)

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

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

65 Die Förderung ist auf entspannungsorientierte Hatha Yoga-, Tai Chi- und Qigong-Maßnahmen beschränkt. Vornehmlich bewegungs-, workout- bzw. an der Kampfkunst orientierte Maßnahmen sowie Maßnahmen mit therapeutischer oder weltanschaulicher Ausrichtung sind ausgeschlossen.

- Heilpädagogin/Heilpädagoge mit Zusatzqualifikation im Bereich Entspannung (Nachweis einer entsprechenden Qualifikation als Trainingsleiterin/Trainingsleiter im jeweiligen Verfahren im Umfang von mindestens 32 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten in Präsenzunterricht).

Für die fernöstlichen Verfahren Hatha Yoga, Tai Chi, Qigong kommen weiter Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss in einem Gesundheits- oder Sozialberuf in Betracht, denen durch die jeweiligen Fachorganisationen für Hatha Yoga, Tai Chi und Qigong nach den dort gültigen Ausbildungsstandards eine entsprechende Zusatzqualifikation bescheinigt wird⁶⁶. Aus dieser muss die Befähigung zu einer Tätigkeit als Trainingsleiterin oder Trainingsleiter hervorgehen⁶⁷. Die Ausbildung muss bei Yoga mindestens 500 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten und bei Qigong oder Tai Chi mindestens 300 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten in Präsenzunterricht umfassen. Die nachzuweisende Mindestdauer der Ausbildung in einem der genannten fernöstlichen Verfahren beträgt mindestens zwei Jahre.

5.4.4 Suchtmittelkonsum

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

Für Kinder und Jugendliche kommt es vorrangig darauf an, den Einstieg in den Konsum von Tabak,

Alkohol und anderen Drogen zu verhindern. Hierfür sind in erster Linie Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz (s. Kapitel 4) geeignet.

Die individuell ausgerichteten GKV-Präventionsangebote zielen darauf ab, Versicherte 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 Suchtpotenzial. 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 Jugendliche 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 Akteurinnen und Akteure an der Gestaltung der Rahmenbedingungen zusammenwirken⁶⁸. Damit wird die Bedeutung von parallelen Ansätzen zur Gestaltung der unterschiedlichen Lebensverhältnisse unterstrichen, ohne die Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention letztlich nicht wirksam greifen.

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

67 Inhaber eines staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschlusses außerhalb des Gesundheits- oder Sozialbereichs kommen als Kursleiter für Hatha Yoga, Tai Chi oder Qigong nur in Betracht, wenn zusätzlich zu den o. g. Anforderungen an die Zusatzqualifikation mindestens 200 Stunden entsprechende Kursleitererfahrung nachgewiesen werden.

68 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:

Rund 30 % der erwachsenen Bevölkerung – ca. 33 % der Männer und 27 % der Frauen – rauchen. 24 % der Raucherinnen und Raucher konsumieren 20 und mehr Zigaretten täglich und gelten damit nach der WHO-Definition als starke Raucherinnen und Raucher, 36,6 % konsumieren 1–9 Zigaretten und 39,4 % 10–19 Zigaretten täglich⁶⁹. 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, in der Lunge, im Magen, in der Bauchspeicheldrüse, in Leber, Niere, Harnblase und in der 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 ihres Tabakkonsums in den vergangenen Jahrzehnten zurückzuführen. Allein in Deutschland sterben jährlich zwischen 100.000 und 120.000 Menschen an tabakbedingten Krankheiten⁷⁰.

Das Rauchen ist aber nicht ausschließlich ein persönliches Gesundheitsrisiko der jeweiligen Raucherin oder des Rauchers. Durch das Passivrauchen werden auch nichtrauchende Personen belastet, die ebenfalls ein erhöhtes Erkrankungsrisiko an einigen der o. g. Erkrankungen haben.

Bei Kindern erhöht sich z. B. das Risiko von akuten oder chronischen Entzündungen der unteren Atemwege um 50 bis 100 %, wenn sie dem Passivrauch ausgesetzt sind.

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

Wirksamkeit:

Ein Rauchverzicht – unabhängig vom Alter des Rauchers – trägt entscheidend zur Verminderung von Gesundheitsrisiken bei. Das gilt für die Folgeerkrankungen des Rauchens ebenso wie für die Tabakintoxikation und Tabakabhängigkeit. Bereits kurzfristig nach dem Rauchstopp normalisieren sich Körperfunktionen: Senkung des Kohlenmonoxidgehalts im Blut, Erhöhung des Sauerstoffspiegels, Stabilisierung des Kreislaufs, Verbesserung der Lungenfunktion. Das Risiko, an einer durch das Rauchen verursachten Herzerkrankung zu sterben, ist ein bis zwei Jahre nach dem Aufhören halbiert. Die Risiken anderer Erkrankungen (Krebserkrankungen, Lungenkrankheiten, Schlaganfall und andere Gefäßerkrankungen) verringern sich ebenfalls – wenn auch langsamer. Die Wirkung unterstützender Interventionen zum Rauchstopp und zur Reduzierung des Zigarettenkonsums als Teilschritt zum Rauchstopp ist belegt⁷¹.

69 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2013). Drogen- und Suchtbericht. Mai 2013. Berlin. S. 25.

70 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014). Jahrbuch Sucht. Lengerich. S. 24.; Bornhäuser, A. (2002). Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland, hrsg. vom Deutschen Krebsforschungszentrum, Heidelberg; Goecke, M. (2002). Rauchfrei am Arbeitsplatz. Ein Leitfaden für Betriebe. Köln/Bonn.

71 Dies gilt für länger angelegte Kursmaßnahmen: Rasch, A. & Greiner, W. (2009). Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Raucherentwöhnungskursen in der GKV: eine Lite-

Zielgruppe:

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

Ziel der Maßnahme:

Beendigung des Tabakkonsums, dadurch auch Förderung des Nichtraucherstatus (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 nikotinhaltingen Präparaten und anderen medikamentösen Hilfen zur Tabakentwöhnung (gemäß § 34 SGB V keine Leistung der Krankenkassen)
- Informationen zu Strategien der Rückfallprävention.

Methodik:

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

Anbieterqualifikation:

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

- Psychologin/Psychologe (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Pädagogin/Pädagoge (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor, Staatsexamen)
- Sozialpädagogin/Sozialpädagoge sowie Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Sozialwissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Gesundheitswissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Ärztin/Arzt

mit ausgewiesener Zusatzqualifikation (Einweisung in das durchzuführende Tabakentwöhnungsprogramm).

raturübersicht. Gesundheitswesen. Jg. 71. S. 732-738; die Ergebnisse der wenigen Studien zu eintägigen Kompaktangeboten mit kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierter Gruppenberatung deuten auf eine Wirksamkeit auch dieser Maßnahmen hin: Vgl. z. B. Csillag, H., Feuerstein, A., Herbst, A. & Mooshammer, H. (2005). Langzeiterfolg betrieblicher Nichtraucher-Seminare. Sichere Arbeit 6/2005: 28-34. Die Entscheidung, ggf. auch Eintageskurse zu fördern, die im übrigen alle Kriterien des GKV-Leitfadens erfüllen müssen, bleibt der einzelnen Krankenkasse überlassen.

Präventionsprinzip: Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

Bedarf:

Alkoholische Getränke werden von rund 90 % der erwachsenen Bevölkerung an mindestens einer Gelegenheit im Jahr konsumiert. Der Pro-Kopf-Konsum der Bevölkerung in Litern reinen Alkohols liegt - nach einer bis 2010 zunächst rückläufigen Tendenz - im Jahr 2012 bei 9,5 l und damit auf dem gleichen Niveau wie in den beiden Vorjahren. In Deutschland weisen 14,2 % der erwachsenen Bevölkerung (= 7,3 Millionen Menschen) einen riskanten Alkoholkonsum⁷² auf. Von diesen sind 1,8 Millionen Menschen als alkoholabhängig einzustufen⁷³.

Zu den gesundheitlichen Folgen eines riskanten Alkoholkonsums zählt eine Vielzahl von somatischen und psychischen Erkrankungen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Schädigungen unbeteiligter Dritter z. B. durch Unfälle oder Kriminalität unter Alkoholwirkung. 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 unauffälligen - 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 und andere Erkrankungen.

72 Das Wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) benennt folgende Grenzwerte für einen risikoarmen und riskanten Konsum:

- Risikoarmer Konsum: 1-24g Reinalkohol/Tag Männer, 1-12g Reinalkohol/Tag Frauen
- Riskanter Konsum: 25-60g Reinalkohol/Tag Männer, 13-40g Reinalkohol/Tag Frauen
- Gefährlicher Konsum: > 60g Reinalkohol/Tag Männer, > 40g Reinalkohol/Tag Frauen.

73 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014). Jahrbuch Sucht. Lengerich. S. 9.

Die Reduzierung des Alkoholkonsums, die Sensibilisierung für einen risikoarmen Konsum sowie die Förderung einer Motivation zur Abstinenz in relevanten Situationen (z. B. bei 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.

Zielgruppe:

Versicherte mit riskantem Alkoholkonsum (i.d.R. 25 bis 60g Reinalkohol pro Tag für Männer, 13 bis 40 g für Frauen)⁷⁴

Das Vorliegen einer Abhängigkeitserfahrung/-erkrankung gilt als Kontraindikation für Maßnahmen nach diesem Präventionsprinzip.

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

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

- 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 einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich psychosoziale Gesundheit in Betracht, insbesondere:

- Psychologin/Psychologe (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Pädagogin/Pädagoge (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor, Staatsexamen)
- Sozialpädagogin/Sozialpädagoge sowie Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Sozialwissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Gesundheitswissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor)
- Ärztin/Arzt

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