

## **Kapitel 2: Grundlagen**

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 9. Januar 2017

## 2 Grundlagen

### 2.1 Gesetzliche Regelungen

Die gesetzlichen Regelungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen sind in den §§ 20, 20a, 20b und 20c SGB V niedergelegt. Der Gesamtkomplex der von diesen Paragrafen bezeichneten Leistungen gliedert sich in:

- Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V
- Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben nach §§ 20b und 20c SGB V.

Die Absätze 1-3 von § 20 SGB V definieren die übergreifenden Anforderungen für alle Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung, Absatz 4 enthält die o. g. Gliederung nach Leistungsarten der verhaltensbezogenen Prävention, lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention sowie betrieblichen Gesundheitsförderung. Im Folgenden werden die Regelungen des § 20 Absätze 1-4 dargestellt und erläutert:

„§ 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

- (1) 1Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. 2Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. 3Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.
- (2) 1Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverstandes

sowie des Sachverstandes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. 2Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. 3Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. 4Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.“

- (3) 1Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:
  1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
  2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
  3. Tabakkonsum reduzieren,
  4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,
  5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
  6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,
  7. gesund älter werden und
  8. Alkoholkonsum reduzieren.

„Bei der Berücksichtigung des in Satz 1 Nummer 1 genannten Ziels werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. „Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 2, 3 und 8 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 27. April 2015 (BAnz. AT 19.05.2015 B3) festgelegt sind. „Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

- (4)** Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als
1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5,
  2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und
  3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.“

Erläuterung:

**Zu Absatz 1:** Satz 1 verpflichtet die Krankenkassen, in ihrer Satzung präventive und gesundheitsfördernde Leistungen für ihre Versicherten vorzusehen. Ihrer Zielsetzung nach müssen diese Leistungen auf die „Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken“ (primäre Prävention) sowie die „Förderung des selbstbe-

stimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“ (Gesundheitsförderung) gerichtet sein. Die Verknüpfung der Primärprävention mit der Gesundheitsförderung trägt der Tatsache Rechnung, dass die Verhütung erworbener (nicht erblicher) Erkrankungen sowohl die Minderung von Belastungen (Gesundheitsrisiken wie z. B. Bewegungsmangel oder Suchtmittelkonsum) erfordert als auch die Mehrung von Möglichkeiten, solche Risiken zu meiden (z. B. durch Bildung), sie besser zu bewältigen (z. B. über Erholungsmöglichkeiten in der Freizeit oder Handlungsspielräume bei der Arbeit) bzw. ihnen etwas Positives entgegen zu setzen (z. B. durch soziale Unterstützung). Primärprävention und Gesundheitsförderung bilden somit komplementäre Strategien der Verhütung von Erkrankungen und der Sicherung der Gesundheit.

Mit dem Begriffsverständnis von Gesundheitsförderung als „Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns“ adaptiert der Gesetzgeber in § 20 Absatz 1 SGB V die Definition der Weltgesundheitsorganisation aus der 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung („Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“) für die gesetzliche Krankenversicherung. Die in der Ottawa-Charta bezeichneten Handlungsebenen der Gesundheitsförderung werden in der Begriffsdefinition des § 20 Absatz 1 SGB V allerdings nur beschränkt auf die Ebene der „Entwicklung persönlicher Kompetenzen“ in das Aufgabenportfolio der Krankenversicherung übernommen, da die übrigen Ebenen (z. B. insbesondere die „Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“) den Krankenkassen strukturell verschlossen sind. Elemente der weiteren Handlungsebenen der Ottawa-Charta, z. B. die „Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen“ und „Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten“ werden in Kapitel 4 (Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a

SGB V sowie Kapitel 6 Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V) im Hinblick auf die Förderung selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns berücksichtigt.

Mit der kombinierten Ausrichtung auf die Minderung gesundheitlicher Risiken und die Mehrung gesundheitlicher Ressourcen besitzen die Leistungen nach § 20 SGB V stets vorbeugenden Charakter, d. h. sie setzen im Vorfeld von Erkrankungen an. Maßnahmen der Krankenbehandlung und Rehabilitation können daher nicht Teil der Leistungen nach § 20 SGB V sein. Auch die an anderer Stelle im SGB V normierten präventiven Leistungen wie insbesondere Schutzimpfungen (§ 20i SGB V), Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen durch Individual- und Gruppenprophylaxe (§ 21 und 22a SGB V), Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Hebammenhilfe (§§ 23 und 24 SGB V) sowie zur Früherkennung von Erkrankungen (§ 25 und 26 SGB V) sind ebenfalls nicht Bestandteil von Leistungen nach § 20 Absatz 1 SGB V. Ausgeschlossen aus dem Leistungsspektrum des § 20 SGB V sind ferner Maßnahmen zur Verhütung von Verschlimmerungen von Erkrankungen (tertiäre Prävention) im Rahmen von Leistungen zur Rehabilitation nach §§ 40–43b SGB V.

Zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns kommt ein breites Spektrum an Maßnahmen in Betracht. Nicht alle diese Maßnahmen können von der gesetzlichen Krankenversicherung gefördert werden, weil sie in die Zuständigkeit anderer Träger fallen (z. B. Gesundheitsförderung als Teil des Bildungsauftrags öffentlicher Schulen) oder der Eigenverantwortung der Versicherten zuzurechnen sind (z. B. gesunde Nahrungsmittel, ausreichend Bewegung). Gemäß dem Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung als einer Gemeinschaft zur solidarischen Absicherung von Krankheitsrisiken fallen insbesondere solche Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen

Krankenversicherung, die ihrer Zielsetzung nach auf Förderung einer gesundheitsbewussten Lebensführung der Versicherten zur Verhütung des Versicherungsfalls „Krankheit“ gemäß § 1 Absatz 1 SGB V ausgerichtet sind. Der Finalbezug der Leistungen auf die Förderung einer gesundheitsbewussten Lebensführung zur Verhütung des Versicherungsfalls „Krankheit“ kann dabei unmittelbar (z. B. bei der direkten Motivation und Befähigung für gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen) oder mittelbar (z. B. durch Unterstützung der Implementation organisatorischer Änderungen in Lebenswelten, um gesundheitsbewusstes Verhalten im Alltag zu erleichtern) gegeben sein.

Satz 2 verlangt, dass Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozialer oder geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Zur Reduzierung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit haben die Krankenkassen ihre Maßnahmen daher vorrangig auf solche Versicherten bzw. Gruppen von Versicherten auszurichten, die nach gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen überdurchschnittlich hohen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und/oder von sich aus keine oder nur eine unterdurchschnittliche Neigung zur Beteiligung an Gesundheitsförderung und Prävention zeigen. Zur Reduzierung geschlechtsbezogener gesundheitlicher Ungleichheiten tragen die Krankenkassen den besonderen Bedarfen und Bedürfnissen von Männern und Frauen bei der Maßnahmeplanung und Zielgruppenansprache Rechnung und berücksichtigen dabei die unterschiedlichen Lebensbedingungen von Männern und Frauen.

Satz 3 legt fest, dass die Krankenkassen bei der Leistungsgewährung an die vom GKV-Spitzenverband in diesem Leitfaden getroffenen Festlegungen gebunden sind. Leistungen, die nicht den hier beschriebenen Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht erbracht oder gefördert werden.

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

**Zu Absatz 2:** Die Norm zielt auf die Sicherstellung einer hohen und kassenübergreifend einheitlichen Qualität der Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen. Satz 1 beauftragt den GKV-Spitzenverband, einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für alle primärpräventiven und gesundheitsfördernden Leistungen der Krankenkassen festzulegen und hierbei den Sachverstand der für Prävention und Gesundheitsförderung relevanten wissenschaftlichen Disziplinen – insbesondere Gesundheitswissenschaft, Medizin, Arbeitsmedizin, Psychotherapie, Psychologie, Pflegewissenschaft, Ernährungswissenschaft, Sportwissenschaft, Suchtforschung, Erziehungswissenschaft und Sozialwissenschaft – sowie den Sachverstand der Menschen mit Behinderung zu nutzen. Durch Festlegung gemeinsamer Handlungsfelder wird die thematische Vielfalt möglicher Leistungen beschränkt, indem die Krankenkassen ihre Aktivitäten auf eine begrenzte Zahl prioritärer Aktivitätsbereiche ausrichten. Die festzulegenden – in diesem Leitfaden im Folgenden festgelegten – Kriterien für die Leistungen formulieren Fördervoraussetzungen im positiven („Förderkriterien“) wie negativen Sinne („Ausschlusskriterien“) insbesondere zu den Themen:

- „Bedarf“: die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung eines relevanten Gesundheitsproblems; üblicherweise wird „Bedarf“ anhand von Indikatoren, wie z. B. der Verbreitung, medizinischen Bedeutung (z. B. durch Einbußen an Lebenserwartung und -qualität) und volkswirtschaftlichen Relevanz von grundsätz-

lich prävenierbaren Gesundheitsproblemen abgebildet

- „Zielgruppen“: vorrangige Adressaten der unterschiedlichen Maßnahmen, für die ein Bedarf im o. g. Sinne existiert
- „Zugangswege“: Verbreitungswege der Maßnahmen und Modi der Erreichung der Zielgruppen
- „Inhalt“: Bestimmung erforderlicher Bestandteile der Maßnahmen
- „Methodik“: Vorgehensweisen bei der Maßnahmedurchführung
- „Qualität“: möglichst hoher Grad der Erreichung der angestrebten Maßnahmewirkungen (Ergebnisqualität); der Ergebnisqualität als Voraussetzungen vorgelagert sind Struktur-, Planungs- und Prozessqualität
- „intersektorale Zusammenarbeit“: Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren außerhalb des Gesundheitswesens
- „wissenschaftliche Evaluation“: Bewertung der Durchführung und der Ergebnisse der Maßnahmen
- „Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele“ (als Teilbereich der Evaluation): Überprüfung des Maßnahmeerfolgs im Hinblick auf die vorab definierten Ziele.

Satz 2 verpflichtet den GKV-Spitzenverband zur Festlegung der Anforderungen und eines einheitlichen Verfahrens der Zertifizierung der Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention und der verhaltensbezogenen Maßnahmen im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung. Durch die Norm soll eine bundesweit einheitliche Qualität der Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen sichergestellt werden. Im Interesse der Transparenz für Versicherte, Anbieterinnen und Anbieter von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sowie Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Präventionsempfehlung nach § 20 Abs. 5 SGB V hat der GKV-Spitzenverband die gemeinsamen Handlungsfelder und Kriterien, die Anforderungen

und ein Verfahren für die Zertifizierung der individuellen verhaltensbezogenen Präventionsangebote zusammen mit einer Übersicht zertifizierter Leistungen auf seiner Internetseite ([www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)) zu veröffentlichen (Satz 3). Die hierzu erforderlichen Auskünfte und Daten haben die Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband nicht versichertenbezogen zur Verfügung zu stellen (Satz 4).

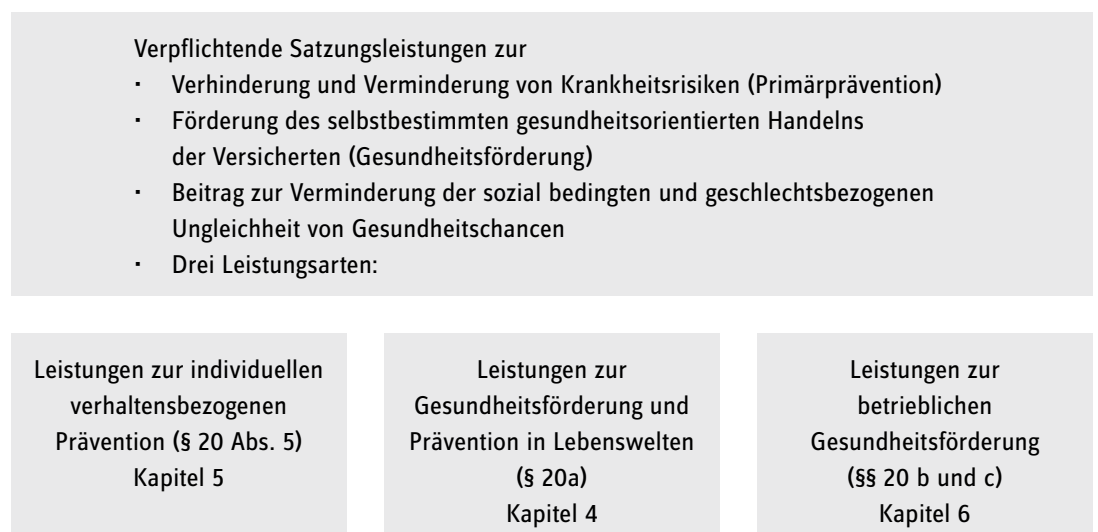
**Zu Absatz 3:** Der GKV-Spitzenverband hat bei der Festlegung der Handlungsfelder und Kriterien im Rahmen dieses Leitfadens auch die vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten nationalen Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz erarbeiteten Arbeitsschutzziele zu berücksichtigen.

**Zu Absatz 4:** Die abschließende Aufzählung der unterschiedlichen Leistungsarten - verhaltens-

bezogene Prävention, Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie betriebliche Gesundheitsförderung - fungiert als Einweisungsnorm für die §§ 20 Abs. 5, 20a und 20b SGB V. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention umfassen Interventionen, die auf einzelne Menschen und ihr Verhalten ausgerichtet sind und die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung aufzeigen und stärken (vgl. Kapitel 5 dieses Leitfadens). Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie betriebliche Gesundheitsförderung zielen darauf ab, durch Strukturbildung die gesundheitlichen Rahmenbedingungen zu verbessern und damit zugleich gesundheitsförderliches Verhalten erleichtern (vgl. Kapitel 4 und 6 dieses Leitfadens) (vgl. Abb. 1).

Die gesetzlichen Regelungen in § 20 Absatz 6 SGB V betreffen die Höhe der von den Kranken-

### Abb. 1: Rechtsnatur, Ziele und Gliederung der Leistungen der Krankenkassen nach § 20 SGB V



Quelle: Eigene Darstellung

kassen zu verausgabenden Mittel für Leistungen der Gesundheitsförderung und Primärprävention und sind nicht Gegenstand dieses Leitfadens.

## 2.2 Übergreifende Qualitätssicherung

Wie alle anderen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch, müssen Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen sowie in der fachlich gebotenen Qualität und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots erbracht werden. Daher sind insbesondere die Anbieterinnen und Anbieter entsprechender Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet (§§ 2, 70, 135a SGB V).

Vor der Entscheidung über die Förderung prüft die Krankenkasse die Einhaltung der Qualitätskriterien und weiteren Anforderungen dieses Leitfadens. Im Bereich der individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V hat die Mehrzahl der Krankenkassen die Zentrale Prüfstelle Prävention ([www.zentrale-pruefstelle-praevention.de](http://www.zentrale-pruefstelle-praevention.de)) mit der Prüfung der Fördervoraussetzungen beauftragt. Bei Leistungen der zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten (§ 20 Abs. 4 Nr. 2 SGB V) sowie bei Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20 Abs. 4 Nr. 3 SGB V) prüfen die Krankenkassen in der Regel selbst die Einhaltung der Kriterien und weiteren Fördervoraussetzungen.

Die Leistungen der Krankenkassen in der primären Prävention und Gesundheitsförderung werden einheitlich dokumentiert<sup>1</sup>. Die Dokumentation stellt Transparenz über die Leistungsanspruchnahme und -erbringung auch unter qualitativen Gesichtspunkten her.

Für eine kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Planungs-, Prozess- und Ergebnisqualität im Routinebetrieb ist eine begleitende stichprobenartige Evaluation sinnvoll. Hierfür wurden gemeinsame und einheitliche Instrumente entwickelt. Mittels dieser Instrumente kann stichprobenartig Aufschluss gewonnen werden, zu welchem Grad die vorab festgelegten Maßnahmenziele erreicht wurden<sup>2</sup>. Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene empfehlen den Krankenkassen, diese Instrumente und Verfahren nach Bedarf anzuwenden. Die Krankenkassen stellen Anbieterinnen und Anbietern von Präventionsmaßnahmen diese und/oder weitere Instrumente zur Qualitätssicherung zur Verfügung. Die Instrumente werden derzeit weiter entwickelt.

Die in § 20 Abs. 3 SGB V genannten Gesundheitsziele sind, soweit sie die Primärprävention und Gesundheitsförderung betreffen, in die Handlungsfelder und Kriterien dieses Leitfadens eingeflossen<sup>3</sup>.

Der GKV-Spitzenverband beteiligt gemäß § 20 Absatz 2 SGB V bei der Festlegung von Handlungsfeldern und Kriterien für die Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung (Leitfaden Prävention) §§ 20, 20a und 20b SGB V und der Anpassung derselben an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen kontinuierlich unabhängigen Sachverstand. Die „Beratende Kommission des

1 GKV-Spitzenverband & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg.) (fortlaufend). Präventionsbericht. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Essen und Berlin.

2 Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008). Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu § 20 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen. Bergisch Gladbach. Download: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) -> Krankenversicherung -> Prävention, Selbsthilfe, Beratung -> Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung -> Evaluation. Vgl. auch: Kliche, T., K. Riemann, C. Bockermann, K. Niederbühl, V. Wanek, U. Koch (2011). Gesundheitswirkungen der Prävention: Entwicklung und Erprobung eines Routine-Evaluationssystems für Primärprävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen in Settings, Betrieben und Gesundheitskursen. Gesundheitswesen 73. 247-257.

3 Siehe Aufstellung unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) (in Vorbereitung)

GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“ besteht aus einem Kreis ständiger Mitglieder sowie einem erweiterten Mitgliederkreis, der themenbezogen zur Stellungnahme zur Weiterentwicklung des Leitfadens eingeladen wird.

Ständige Mitglieder der „Beratenden Kommission“ sind:

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)
- Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH)
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPg)
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
- Deutscher Behindertenrat

Die ständigen Mitglieder entsenden je eine Vertretung in die „Beratende Kommission“. Ständige Gäste sind jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK).

Der erweiterte Mitgliederkreis der „Beratenden Kommission“ bringt seine jeweilige wissenschaftliche Fachexpertise in Stellungnahmen zu Entwürfen des Leitfadens Prävention ein.

Die Beratende Kommission tagt im Regelfall ein- bis zweimal pro Jahr und unterstützt den GKV-Spitzenverband insbesondere hinsichtlich der folgenden Themenfelder:

- Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse sowie der aus der Praxis gewonnenen Erfahrungen. Hierzu zählen u. a. die Aufnahme neuer Handlungsfelder und die Prüfung bereits genannter

bzw. neu aufzunehmender Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern.

- Qualitätssicherung
- Weiterentwicklung praktikabler und ökonomischer Methoden zur Auswertung gesundheitsbezogener Daten und ggf. Ableitung geeigneter Präventionsmaßnahmen
- Empfehlungen zu weiteren Kooperationen
- Erfahrungsaustausch über Praxismodelle
- Weitergabe wissenschaftlicher Erkenntnisse
- Ziele der GKV für die Primärprävention und Gesundheitsförderung.