„Rezept für Bewegung“

Hintergrund und gesetzliche Grundlagen

Seinen Ursprung hatte das „Rezept für Bewegung“ 2003/2004 in Berlin durch Dr. med. Jürgen Wismach. Das „Rezept für Bewegung“ ist eine gemeinsame Initiative der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP), des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) und der Bundesärztekammer (BÄK).

Die Initiative wird bereits erfolgreich in Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Thüringen eingesetzt. In diesen Ländern wurden zudem diverse Materialien wie Poster, Broschüren und Flyer erarbeitet, die kostenfrei von Ärzten bezogen werden können.

Für alle zertifizierten Gesundheitsprogramme gelten verbindliche Qualitätskriterien, nachgewiesen durch das Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“. Die Vergabe des Siegels „Sport pro Gesundheit“ ist an Qualitätsstandards geknüpft, die im „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes (GKV = gesetzliche Kranken- und Pflegekassen) festgeschrieben sind. Geeignete Kursangebote für das „Rezept für Bewegung“ findet man unter www.sportprogesundheit.de sowie über die regionalen Verzeichnisse der Landessportbünde. Eine gemeinsame Angebotsübersicht ist im Aufbau.

Das „Rezept für Bewegung“ ist eine Empfehlung des Arztes. Es ist ein niedrigschwelliges Angebot, das noch vor der Präventionsempfehlung rangiert und die Eigeninitiative des Klienten fördern will. Die Ausstellung des „Rezeptes für Bewegung“ ist eine freiwillige ärztliche Leistung, die nicht über die gesetzlichen Krankenkassen abrechnungsfähig ist. Die Kurs- oder Vereins-

gebühren müssen vom Versicherten selbst getragen werden. „Sport pro Gesundheit“-Angebote, die zusätzlich den Deutschen Standard Prävention tragen, können jedoch von den Krankenkassen bezuschusst werden.

Die für die Rezeptausstellung empfohlene Abklärung des Gesundheitsstatus kann bei über 35-Jährigen im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung (GU) 35 nach § 25 Abs. 1 SGB V durchgeführt werden, die außerhalb des Budgets vergütet wird. Ärzte mit Kenntnissen im Fach Sportmedizin können bei geeigneten Patienten eine darüber hinausgehende sportmedizinische Untersuchung durchführen. Diese kann nach Patientenaufklärung und Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) abgerechnet werden. Einige Krankenkassen übernehmen aber bereits einen größeren Teil der Kosten für eine sportärztliche Vorsorgeuntersuchung und der dazugehörigen Beratung.

Die Wirkungsweise dieses Rezeptes wird in Deutschland derzeit in Pilotstudien untersucht. Aus Schweden hingegen liegen bereits Untersuchungen vor für die Dauer von ein bis zwei Jahren mit sehr positiven Ergebnissen. Diese „Rezepte für Bewegung“ werden den Patienten oder Gesunden mit Präventionsabsicht ausgestellt. Es muss zur sinnvollen Umsetzung aber eine Beratung mit Erläuterungen erfolgen, wie und wo die körperliche Aktivität erfolgen soll. Eine solche Beratung setzt sportmedizinische Kenntnisse voraus. Schließlich wird vor Trainingsbeginn eine sportärztliche Untersuchung empfohlen mit Anamnese, klinischem Befund und Ruhe-EKG, letzteres möglichst mit automatischer Auswer-

tung einschließlich der Sportler-(Belastungs-)EKG-Analyse.

Mit dem „GKV-Leitfaden Prävention“ legt der GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung fest, die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten. Die von diesem Leitfaden abgedeckten Leistungsarten umfassen die individuelle verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 und Abs. 5 SGB V, die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 20a SGB V sowie die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b und 20c SGB V. Maßnahmen, die nicht den in diesem Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht durchgeführt oder gefördert werden.

Für die Umsetzung von Maßnahmen nach § 20 Abs. 4 sind im Rahmen des „GKV-Leitfadens Prävention“ ausschließlich die Krankenkassen vor Ort und nicht der GKV-Spitzenverband zuständig. Die Zertifizierung von Angeboten der individuellen verhaltensbezogenen Prävention erfolgt im Auftrag der Krankenkassen durch die Zentrale Prüfstelle Prävention

(www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp und www.zentrale-pruefstelle-praevention.de/) ab dem 1. Juli 2021.

Rechtliche Grundlage

§ 20a SGB V Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

„(1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen fördern im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.

(2) Die Krankenkasse kann Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen, wenn

die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20f beitragen.“

Mögliche Vorteile für Krankenkassen

- Wahrnehmung des gesetzlichen Auftrages nach § 20a SGB V
- Reduktion der Vergütung an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bei Nachweis erhöhter Präventionsausgaben

§ 20a SGB V „(3) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Auftrag die nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie die in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f jeweils getroffenen Festlegungen zugrunde. Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für die Ausführung des Auftrags

nach Satz 1 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung in Höhe von mindestens 0,45 Euro aus dem Betrag, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben. Die Vergütung nach Satz 4 erfolgt quartalsweise und ist am ersten Tag des jeweiligen Quartals zu leisten. Sie ist nach Maßgabe von § 20 Absatz 6 Satz 5 jährlich anzupassen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt sicher, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geleistete Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags nach diesem Absatz eingesetzt wird und dokumentiert dies nach Maßgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Abweichend von Satz 4 erhält die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2020 keine pauschale Vergütung für die Ausführung des Auftrags nach Satz 1.“

- Reduktion von Medikamenten- und Behandlungskosten
- Verschiebung von Heilmittelkosten auf Präventionsangebote
- Reduktion von Krankentagegeld
- Erfüllung der Vorgaben des Präventionsgesetzes
- positive mediale Präsenz
- Einflusststeigerung bei Kontrolle der Präventionsangebote und -menge über Rezept und eventuell über ärztliche Kompetenzvoraussetzung (zum Beispiel Curriculum Prävention, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen, Physikalische und Rehabilitative Medizin, physikalische Therapie oder Sportmedizin)
- Beteiligung im Rahmen von „Innovationsprojekten“ (Finanzmittel vom Bund)
- Erweiterung des ohnehin vorhandenen Zuschussangebotes für Präventionsmaßnahmen

Bisherige Schnittstellen und Chancen

Projekt „Bewegung und Gesundheit im Alltag stärken“

Das Projekt „Bewegung und Gesundheit im Alltag stärken (BeuGe)“ ist ein Interventionsprogramm der GKV für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung mit dem Ziel, Präventions- und Bewegungsangebote in verschiedenen Wohnformen und in Freizeitaktivitäten zu integrieren. Die Zielgruppe soll dabei aktiv mit eingebunden werden und als Multiplikatoren gewonnen und qualifiziert werden. In enger Abstimmung mit dem GKV-Bündnis für Gesundheit setzt Special Olympics Deutschland (SOD) das Projekt gemeinsam in fünf ausgewählten Special Olympics (SO) Landesverbänden an insgesamt 25 Standorten als Pilotprojekt von Juli 2019 bis Dezember 2021 um. Die teilnehmenden SO Landesverbände sind:

- SO Berlin/Brandenburg,
- SO Bremen,
- SO Sachsen-Anhalt,
- SO Thüringen,
- SO Schleswig-Holstein.

Möglicherweise werden Evaluationen zeigen, dass dieses Interventionsprogramm erfolgreich war. Dann wird dies entweder verlängert oder eine alternative Möglichkeit gesucht, die Gesundheitskompetenzen auch in Zukunft zu stärken. Das „Rezept für Bewegung“ ist da grundsätzlich eine Alternative, die auf vorhandene Strukturen zurückgreift.

Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung

Das GKV-Bündnis für Gesundheit fördert bundesweit an rund 230 Standorten die Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung. Krankenkassen und Jobcenter arbeiten gemeinsam daran, die gesundheitliche Lage von arbeitslosen Menschen zu verbessern

und dadurch deren Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt zu erleichtern. Das 2014 an sechs Standorten begonnene Modellprojekt von GKV und Bundesagentur für Arbeit wurde seit 2016 im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit unter dem Namen „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ zunächst auf 129 Standorte in allen Bundesländern ausgeweitet und inhaltlich weiterentwickelt. Eine weitere Ausweitung auf knapp 200 Standorte erfolgte Mitte 2019. Seit dem Jahr 2020 setzen 228 Standorte das Projekt bundesweit um. Die BZgA unterstützt das Projekt im GKV-Auftrag: Sie übernimmt die bundesweite Koordination, unterstützt die Standorte, entwickelt neue Angebote und betreut die Evaluation. Die Evaluationsergebnisse sollen bei der Weiterentwicklung und perspektivisch flächendeckenden Umsetzung genutzt werden. Für die Projektkoordination an den Standorten und die Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention wurden seitens der GKV in den Jahren 2016 bis Ende 2018 knapp fünf Millionen Euro ausgegeben. Für die weitere Umsetzung des Programms einschließlich der wissenschaftlichen Begleitforschung stellt das GKV-Bündnis für Gesundheit jährlich über zehn Millionen Euro bereit.

Das „Rezept für Bewegung“ kann in der Zukunft einen wesentlichen Beitrag bei der Weiterentwicklung und perspektivisch flächendeckenden Umsetzung leisten. Die GKV kann hier ein Einsparpotenzial bei der BZgA vermuten. Man sollte detailliert die Kernelemente der Evaluation mit den Möglichkeiten des „Rezepts für Bewegung“ vergleichen und eventuell eine inhaltliche Anpassung der Angebote vornehmen, um auch die Kriterien der Verzahnung der Arbeits- und Gesundheitsförderung zu erfüllen.

Programm „Im Alter Aktiv und Fit Leben (AuF-Leben)“

„Im Alter Aktiv und Fit Leben (AuF-Leben) in der Kommune – Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Kommune“ ist ein Interventionsprogramm, das durch das GKV-Bündnis für Gesundheit gemeinsam mit dem Deutschen Turner-Bund (DTB) weiterentwickelt wurde und die Gesundheitsförderung älterer Menschen in der Lebenswelt Kommune adressiert. Im Fokus stehen ältere Menschen ab dem 60. Lebensjahr, die körperlich wenig oder gar nicht aktiv sind. Ziel des Projekts AuF-Leben ist es, zur Verbesserung der bewegungsförderlichen Rahmenbedingungen („Verhältnisse“) in der Kommune und zur Steigerung der körperlichen Aktivität älterer Menschen beizutragen. Dadurch sollen ältere Menschen länger körperlich aktiv, leistungsfähiger und insgesamt selbstständiger sein können. In enger Abstimmung mit dem GKV-Bündnis für Gesundheit setzt der DTB das Projekt gemeinsam mit dem Rhein Hessischen Turnerbund, dem Sächsischen Turn-Verband und dem Landesturnverband Sachsen-Anhalt an insgesamt 15 Standorten als Pilotprojekt für 24 Monate um. Der Projektstart war im März 2019. Ausgangspunkt für das Projekt AuF-Leben ist eine Tandembildung zwischen dem örtlichen Turn- und Sportverein und der Kommune. Die Tandembildung ermöglicht eine gezielte Netzwerkarbeit, auf deren Basis verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen für ältere Menschen in der Kommune bedarfsorientiert miteinander verknüpft werden.

Nicht ganz transparent ist, inwieweit der DOSB und der DTB vernetzt sind und aufgrund welcher gemeinsamen Interessen das „Rezept für Bewegung“ für beide nutzbringend sein kann. Auf der Internetseite des DTB steht nur Folgendes: „Bedingt durch die rasante Ausbreitung von COVID-19 konnte

das Interventionsprogramm nicht wie geplant durchgeführt werden und geplante oder bereits gestartete Maßnahmen mussten gestoppt werden. Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat daher frühzeitig entschieden, das Programm um vier Monate zu verlängern. Die Pilotierung läuft somit offiziell bis zum 30. Juli 2021.“ Damit stehen die Chancen für eine positive Evaluation extrem schlecht. Aufgrund der Corona-Kosten ist auch nicht unbedingt mit einer Verlängerung der Projekte zu rechnen. Landesgelder werden mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nicht zur Verfügung gestellt. Das „Rezept für Bewegung“ gibt den Kommunen und dem GKV-Bündnis grundsätzlich die Möglichkeit, diesen Teil der Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Kommune ohne große organisatorische Brüche und mediale Beschädigung weiterzuführen.

Projekt KOMBINE

Das Projekt KOMBINE des GKV-Bündnisses für Gesundheit hat besonders Menschen mit sozialer Benachteiligung im Blick. Damit leistet es einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Der Projektname KOMBINE steht für Kommunale Bewegungsförderung zur Implementierung der Nationalen Empfehlungen. Die 2016 entwickelten „Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung für Deutschland“ sind die wissenschaftliche Grundlage zur Entwicklung von Strategien für eine systematische Bewegungsförderung. Die Empfehlungen werden durch KOMBINE erstmalig in der Praxis umgesetzt. Im Rahmen des Projekts KOMBINE sollen modellhafte Strukturen für die Bewegungsförderung auf kommunaler Ebene aufgebaut werden, die wissenschaftlich fundiert, bedarfsorientiert und praxisnah sind. Das Projekt KOMBINE ist geprägt von einem Aktivierungs- und Beteiligungsansatz.

Es werden unterschiedliche Stakeholder, kommunale Akteure, Wissenschaftler und Menschen, die die einbezogenen vulnerablen Gruppen repräsentieren, bei der Umsetzung des Vorhabens beteiligt.

Das Projekt lief über drei Phasen. Nach der Erprobungsphase – diese Phase des Projekts hat im April 2019 begonnen und endete im Dezember 2020 – sollte ein Konzept für die Verbreitung und den Transfer der gewonnenen Erkenntnisse entwickelt werden. Es sollen unter anderem Fragen wie „Wie können die in den Kommunen entwickelten und erprobten Maßnahmen auf andere Kommunen übertragen werden?“ und „Wie kann der Transfer der Projektergebnisse in andere Kommunen praxisnah und bedarfsorientiert gelingen?“ beantwortet werden. Das Folgeprojekt nennt sich VERBUND. VERBUND richtet sich auf die gemeinsame Gestaltung und Erprobung eines Verbreitungs- und Umsetzungskonzeptes zur kommunalen Bewegungsförderung mit dem Ziel, die strukturbildende Gesundheitsförderung in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Es ist nicht sicher, ob der Individualitätsgrundsatz des „Rezeptes für Bewegung“ in dem Rahmen umsetzbar und interessant für die teilnehmenden 16 Kommunen (initial Landkreise Bad Kissingen, Kreis Segeberg und Schmalkalden-Meiningen sowie die Städte Marburg, Solingen und Stuttgart) ist. Die Modellkommunen konnten im Rahmen des kommunalen Förderprogramms des GKV-Bündnisses für Gesundheit zusätzlich finanzielle Mittel in Höhe von bis zu 250.000 Euro für einen Zeitraum von fünf Jahren beantragen. Als Chance sicher erwähnenswert, da die Erkenntnisse und Erfahrungen als Grundlage für die Entwicklung eines großflächigen Verbreitungs- und Transferkonzeptes dienen sollten.

Was noch?

Der Erfolg des „Rezeptes für Bewegung“ wird wesentlich mitbestimmt durch den politischen und gesellschaftlichen Druck einerseits und ein geschicktes Einfügen in das Mosaik der Präventionsstrategie der Kostenträger andererseits. Die bestehende Kooperationsvereinbarung ist dafür sehr gut geeignet, das Fehlen kommunaler Partner jedoch nicht hinreichend Erfolg versprechend. Daher würde die Umsetzung des „Rezeptes für Bewegung“ besonders davon profitieren, wenn eine Vernetzung mit den Kommunen gelänge und eine Fokussierung auf vulnerable Gruppen dargestellt werden könnte (alleinerziehende Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen, ältere Menschen, Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien). Im Moment hat man den Eindruck, es interessieren sich besonders die Menschen für das „Rezept für Bewegung“, die ohnehin eine hohe intrinsische Motivation für Bewegung haben. Wissenschaftliche Evidenz und Studien zum Erreichungsgrad sind nur spärlich vorhanden.

Zusammenarbeit mit Programm-beziehungsweise Projektträgern

So heißt es unter anderem im kommunalen Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit für die Förderung zielgruppenspezifischer Interventionen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention:

„Die Umsetzung zielgruppenspezifischer Interventionen erfolgt idealerweise in Kooperation mit einem kommunal ansässigen Programm-beziehungsweise Projektträger (zum Beispiel Sportverein, Wohlfahrtsverband), der eine Nähe zu den Zielgruppen beziehungsweise deren Lebenswelten vorweisen kann. Die Zusammenarbeit wird in einer Kooperationsvereinbarung geregelt.“

Sonderregelung zur Antragstellung im kommunalen Förderprogramm des GKV-Bündnisses

Für Förderprogramme der GKV antragsberechtigt sind auch andere kommunale Gebietskörperschaften wie zum Beispiel Gemeinden oder kreisangehörige Städte, sofern diese mit der Antragstellung in Stufe 1 im Einzelfall nachweisen, dass die Antragstellung nicht über die oberste Verwaltungsebene des Kreises/einer kreisfreien Stadt erfolgen kann und darlegen, wie gleichwohl eine enge Vernetzung mit dem Kreis/einer kreisfreien Stadt und den dortigen gesundheitsfördernden Maßnahmen und Zielen im Sinne einer kommunalen Gesamtstrategie erzielt wird.

Die Förderung von Vorhaben kommunaler Gebietskörperschaften auf einer Ebene unterhalb der Kreise oder kreisfreien Städte stellt einen Sonderfall dar. Für eine Förderfähigkeit muss es sich bei derartigen Fällen um ein Vorhaben handeln, das geeignet ist, die Ziele des Förderprogramms umzusetzen und über die lokalen Effekte hinaus im Sinne einer kommunalen Gesamtstrategie wirken kann. Kriterien für ein derartiges Vorhaben können zum Beispiel eine besondere Bedarfslage in der

Kommune beziehungsweise bei bestimmten vulnerablen Zielgruppen, Vorhaben mit „Modellcharakter“ oder die Erfüllung landesspezifischer Vorgaben beziehungsweise Schwerpunkte der gesetzlichen Krankenkassen sein. Über die grundsätzliche Förderfähigkeit und damit Antragsberechtigung entscheidet die Gemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände im jeweiligen Bundesland. Das „Rezept für Bewegung“ könnte an dieser Schnittstelle ebenfalls seine Chancen haben.

Im Jahr 2019 ist der erste trägerübergreifende Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) erschienen. Der Bericht dokumentiert und evaluiert den aktuellen Stand der Umsetzung des Präventionsgesetzes. Die Bundesregierung hat zu diesem Bericht und damit zum Umsetzungsstand des Präventionsgesetzes eine Stellungnahme veröffentlicht und nennt Weiterentwicklungsbedarfe im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Die individuelle verhaltensbezogene Prävention soll dahingehend fortentwickelt werden, dass die ärztlichen Präventionsempfehlungen zukünftig stärker genutzt werden sol-

len – das schließt eine verbesserte Information der Ärzteschaft und der Versicherten ein und kann damit auch dem „Rezept für Bewegung“ Informationsvorteile bringen und es als Organisationselement einbringen. Außerdem soll der „GKV-Leitfaden Prävention“ um konkrete Kriterien zu den an Eltern von Kleinkindern sowie Schwangere gerichteten Präventionsmaßnahmen ergänzt und entsprechende Leistungsangebote entwickelt werden.

Vermutlich hilfreich an der Stelle für das „Rezept für Bewegung“ ist dann eine Neuordnung des Vokabulars. Die individuelle verhaltensbezogene Prävention und „Rezept für Bewegung“ sind grundsätzlich als Einheit denkbar, wird aber in dieser Einheit nicht oft kommuniziert. In der Denkweise des Gesetzgebers sind jedoch (hineininterpretierbar) die kommunale Strategie und die Umsetzungen in den Lebenswelten entscheidender für einen Präventionserfolg, als die rezeptbasierte Verantwortungsübergabe an das Einzelindividuum. ■

Dr. med. Guido Waldmann
Ausschuss Prävention und Rehabilitation
Sächsische Landesärztekammer Sachsen
E-Mail: ausschuesse@slaek.de