

## **GKV-Spitzenverband**

unter Beteiligung von

AOK-Bundesverband GbR, Berlin

BKK Bundesverband GbR, Essen

Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V., Berlin

Knappschaft KdöR, Bochum

Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung KdöR, Kassel

und

**Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund  
der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen**

---

## **MATERIALIEN ZUM QUALITÄTSMANAGEMENT**

**in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung  
gemäß §§ 20 und 20a SGB V**

---

**Stand: 9. Oktober 2009**

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Vorwort	3
Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V: Maßnahmen nach dem individuellen Ansatz – Antragsbogen für externe Anbieter –	5
Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V: Aktivitäten im Setting Schule/Kindergarten – Antragsbogen für externe Anbieter –	10
Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V: Aktivitäten im Setting Stadtteil/Kommune – Antragsbogen für externe Anbieter –	26
Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 a SGB V – Antragsbogen für externe Anbieter –	41
Teilnahmebescheinigung für individuelle Maßnahmen der primären Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V und Antrag zur Bezuschussung zur Vorlage bei der Krankenkasse	56
Teilnehmerliste	58

Um die Lesbarkeit des Textes zu verbessern wurde durchgängig darauf verzichtet, bei Berufs- und Personenbezeichnungen sowohl die männliche als auch die weibliche Form zu verwenden. Wenn also die männliche Form verwendet wird, schließt dies die weibliche mit ein.

## Vorwort

Nach § 20 Abs. 1 SGB V sollen die Krankenkassen Leistungen zur Primärprävention erbringen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und zugleich einen Beitrag leisten zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Nach § 20a Abs. 1 SGB V erbringen die Krankenkassen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (BGF), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen.

Der Leitfaden Prävention<sup>1</sup> definiert die Inhalte und Methoden zulässiger Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung sowie die zu ihrer Durchführung erforderlichen Anbieterqualifikationen. Darüber hinaus gibt der Leitfaden Hinweise auf die Zielgruppen der entsprechenden Leistungen und beschreibt die zu ihrer Erreichung geeigneten Zugangswege.

Im Rahmen der Primärprävention nach § 20 Abs. 1 unterscheidet der Leitfaden Prävention zwischen Leistungen, die sich an die einzelnen Versicherten richten (*individueller Ansatz*: Kurse/Seminare) und Leistungen nach dem sog. *Setting-Ansatz*, durch die die Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld angesprochen und erreicht werden und dieses Lebensumfeld selbst zum Gegenstand gesundheitsförderlicher Veränderungen gemacht wird. Auch die Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20a Abs. 2 SGB V sind dem Setting-Ansatz zuzuordnen.

Die vorliegenden Materialien sind ein ergänzendes Angebot für die Krankenkassen zum *Qualitätsmanagement in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung*. Sie umfassen Antragsbögen für externe Anbieter sowie eine Teilnahmebescheinigung inklusive Antrag auf Bezuschussung. Die Anbieter der entsprechenden Leistungen legen in den Antragsbögen die Ziele, Inhalte und Methoden der von ihnen beantragten Maßnahmen, die Qualifikationsvoraussetzungen des vorgesehenen Personals sowie weitere Angaben zu den beantragten Aktivitäten in strukturierter Form dar. Besonderer Wert wird auf die Beschreibung von Zielgruppen und Zugangswegen – insbesondere zur besseren Erreichung sozial benachteiligter Gruppen – gelegt. Hierdurch haben die Krankenkassen die Möglichkeit, die Übereinstimmung der beantragten Aktivitäten mit den im Leitfaden Prävention definierten Qualitätskriterien in systematischer Form zu überprüfen. Auf der Teilnahmebescheinigung für Kurse belegen Anbieter und Versicherte die Teilnahme am Angebot und die korrekte Bezahlung desselben. Dies beugt u.a. Missbrauch vor. Die Materialien sollen den Krankenkassen dabei helfen, ihre Förderentscheidungen auf eine rationale und nachvollziehbare Grundlage zu stellen.

---

<sup>1</sup> Der GKV-Spitzenverband ist seit dem 1. Juli 2008 für die Fortschreibung des Leitfadens Prävention zuständig (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes: Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008). Die jetzt geltenden Handlungsfelder und Kriterien bleiben so lange gültig, bis der GKV-Spitzenverband eine Neufassung beschließt.

Zur Sicherung und Erhöhung der Qualität in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung empfiehlt der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene den Krankenkassen den Einsatz der Antragsbögen und der Teilnahmebescheinigung.

Als „Serviceleistung“ wird zusätzlich eine Teilnehmerliste zur Verfügung gestellt. Mit ihr können Kursleiter bei jeder Kurseinheit die Anwesenheit der Kursteilnehmer dokumentieren, um schließlich auf der individuellen Teilnahmebescheinigung den Umfang der Kursteilnahme zu bestätigen.

## Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V: Maßnahmen nach dem individuellen Ansatz – Antragsbogen für externe Anbieter –

<u>An:</u> (Krankenkasse)	<u>Abs.:</u> (Name/Adresse des Leistungsanbieters)
------------------------------	---

Wir beantragen die Anerkennung der nachfolgend beschriebenen Maßnahme als durch die oben genannte Krankenkasse förderungsfähige Leistung der Primärprävention.

### **Präventionsprinzip**

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken, Inhalt: multimodale Stressbewältigung
- Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken, Inhalt: Entspannung
- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

**Titel der Maßnahme:**

**Zielgruppe:**

**Geschlechtsbezug:**

- männlich       weiblich       nicht geschlechtsspezifisch

**Altersgruppen:**

*Sie können mehrere Antwortmöglichkeiten ankreuzen.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 3 bis 14 Jahre  | <input type="checkbox"/> 40 bis 49 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 15 bis 19 Jahre | <input type="checkbox"/> 50 bis 59 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 20 bis 29 Jahre | <input type="checkbox"/> ab 60 Jahre     |
| <input type="checkbox"/> 30 bis 39 Jahre |  |

**Sozialer Bezug:**

Maßnahmen der Primärprävention sollen insbesondere auch einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.

Die Maßnahme richtet sich speziell an sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen

- ja       nein

(Falls „ja“: Bitte auf getrenntem Bogen erläutern, wie die Zielgruppe erreicht bzw. wie deren Zugang gewährleistet werden soll)

**Ggf. weitere Angaben zur genaueren Beschreibung der Zielgruppe:**

**Ziel der Maßnahme:**

**Inhalt:** (Ggf. bitte auf getrenntem Bogen erläutern)

**Methodik:** (Ggf. bitte auf getrenntem Bogen erläutern)

**Unterlagen:**

**Kursleiter-Manual**

- liegt der Krankenkasse vor
- ist beigefügt

**Unterlagen für die Teilnehmer**

- liegen der Krankenkasse vor
- sind beigefügt

**Nachweis der Wirksamkeit:**

(Angabe und Beschreibung von Forschungsergebnissen, die die Wirksamkeit der geplanten Maßnahme belegen, bitte auf getrenntem Bogen erläutern)

**Umfang und Dauer der Maßnahme:**

Die Maßnahme umfasst ..... Einheiten von jeweils ..... Minuten Dauer

Die maximale Teilnehmerzahl beträgt ..... Personen

**Geplanter Zeitpunkt der Durchführung:**

von: ..... bis: .....

**Größe und Ausstattung des Gruppenraums:**

**Die Maßnahme soll durchgeführt werden in: (Ort und Anschrift)**

### **Qualifikation des Kursleiters:**

(berufliche Qualifikation, Zusatzqualifikation und methodisch-didaktische Qualifikation)

**Nachweise zur Qualifikation (in Kopie)**  liegen der Krankenkasse bereits vor  
 sind beigefügt

### **Kosten:**

**Gesamtkosten des Kurses**  **bzw.** **Kursbeitrag je Teilnehmer**

€ .....

€ .....

**Von folgenden Krankenkassen liegen Zusagen für die Kostenübernahme für diesen Kurs vor:** (Name der Krankenkasse[n], Ort):

**Wir bestätigen die Richtigkeit der obigen Angaben und nehmen zur Kenntnis, dass falsche Angaben zum Verlust der Förderungsfähigkeit aller von uns angebotenen Maßnahmen führen können.**

Ort, Datum:

Unterschrift:

## Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V: Aktivitäten im Setting Schule/Kindergarten – Antragsbogen für externe Anbieter –

An: (Krankenkasse)	Abs.: (Name/Adresse des Leistungsanbieters)
-----------------------	--

### **Titel des Projektes**

### **Antragsteller**

(Bitte immer einen Ansprechpartner angeben)

### **Schule/Kindergarten**

(Bitte kurz Namen und geographische Lage der Schule/des Kindergartens angeben)

**Handelt es sich bei dem vorliegenden Antrag um einen Erstantrag oder um einen Folgeantrag?**

- Erstantrag                       Folgeantrag

## Teil A: Projektübersicht

(Hier bitte nur die wesentlichen Punkte umreißen oder ankreuzen, eine ausführlichere Projektbeschreibung folgt in Teil B)

### Ziele

Ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Durchführung von Projekten ist die möglichst konkrete, realistische und überprüfbare Definition von Zielen.

Welche Ziele verfolgt Ihr Projekt?

<u>Oberziele:</u>
<u>Teilziele:</u>
<u>Zielindikatoren: (z.B. Zigarettenkonsum, Gesundheitsaufmerksamkeit)</u>

### Zielgruppe

An wen wenden sich Ihre Maßnahmen vorrangig?

- Kindergarten/-tagesstätte: Kinder im Alter von ..... Jahren
- Schule: Schüler der Jahrgangsstufen .....
- Lehrer
- nicht unterrichtendes Personal
- Eltern
- Migranten
- Geschlechtsspezifische Gruppen:       männlich       weiblich
- Andere: .....

Mit dem Projekt werden schätzungsweise ..... Personen erreicht.

## **Interventionsansätze**

- physische Umwelt  
(z.B. Gebäude, Möbel, Luft, Licht, Erholungsbereiche, Spielbereiche, Angebot von Mahlzeiten, Sportanlagen/-möglichkeiten, Sicherheitseinrichtungen)
- psychosoziale Umwelt  
(z.B. Beziehungen der Betroffenen untereinander)
- Prozesse/Abläufe, Organisation  
(z.B. Curriculum, Weiterbildungen, Verwaltungsstruktur)
- Verhaltensmuster  
(z.B. Ernährungsgewohnheiten, Umgang mit Belastungssituationen)
- Andere: .....

## **Handlungsfelder**

Hat das Projekt einen oder mehrere Themenschwerpunkte? Wenn ja, welche:

- Bewegung
- Ernährung
- Stressbewältigung/Entspannung
- Legale und illegale Suchtmittel
- Gesundheitsgerechter Umgang miteinander (Kommunikation, Konflikt, Entwicklung der Schule/des Kindergartens)
- Sexualität
- Andere: .....

Sind die Interventionen verhaltens- und gleichzeitig verhältnisbezogen?

- ja, verhaltens- und verhältnisbezogen
- nein, rein verhaltensbezogen
- nein, rein verhältnisbezogen

## **Kooperationspartner**

Gibt es bereits Kooperationspartner für Ihr Projekt? Wenn ja, welche?

- Gesundheitsamt
- niedergelassene Ärzte
- sonstige Gesundheitseinrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Gesundheitszentren)
- soziale, caritative Einrichtungen (z.B. Arbeiterwohlfahrt, DRK, Caritas/Diakonie)
- ehrenamtliche Helfer
- Bildungseinrichtungen (z.B. Familienbildungsstätten, VHS)

- Jugendamt/Jugendhilfe
- weitere öffentliche Verwaltung/Institution (z.B. Jugendzentren, Sozialarbeiter, Suchtberatungsstellen, Suchtbeauftragte eines Landes)
- Sportverein
- andere Vereine, Verbände
- Unfallversicherung
- Unternehmen
- andere Krankenkassen
- Schulverwaltung/Schulaufsicht
- Kommune
- regionale Anbieter von Gesundheitsleistungen
- andere Schulen, Kindergärten
- wissenschaftliche Einrichtungen
- Netzwerke
- Andere: .....

### **Koordination und Steuerung**

Gibt es ein Entscheidungs- und Steuerungsgremium für Ihr Projekt? Wenn ja, welche Vertreter sind im Steuergremium vertreten?

- Einrichtungsträger
- Leitungsebene der Einrichtung
- Lehrer
- sonstige Mitarbeiter der Einrichtung
- Gemeinde, öffentliche Verwaltung/Institutionen, Ministerien (z.B. Schulamt, Jugendamt, Kultusbehörde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
- Eltern
- Andere Vertreter der Zielgruppe(n)
- Krankenkassen
- Unfallversicherung
- Sonstige Sozialversicherungsträger (z.B. Rentenversicherung)
- Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Niedergelassene Ärzte
- Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Deutsches Rotes Kreuz, Arbeiterwohlfahrt, aber auch Suchtberatungsstellen, Suchtbeauftragte eines Landes, Gesundheitszentren, Familienbildungsstätten, VHS etc.)
- Andere: .....

## **Genehmigung**

Liegen für die Durchführung des Projektes die notwendigen Genehmigungen vor?

Ja, alle Genehmigungen liegen bereits vor:

Teilweise, folgende Genehmigungen müssen noch eingeholt werden:

nein, es liegen bislang noch keine Genehmigungen vor

## **Laufzeit**

geplante Projektlaufzeit: ..... Monate

Projektbeginn: .....

Projektende: .....

## **Kosten**

Budget über die gesamte Laufzeit des Projektes: ..... Euro

Beantragte Kostenübernahme: ..... Euro

## Teil B: Projektbeschreibung

### Rahmenbedingungen/Projektumfeld

Bitte beschreiben sie hier kurz (anhand der angeführten Kriterien) die Schule/den Kindergarten, in der das Projekt angesiedelt ist.

1. **Schule** (Schultyp, Anzahl Schüler, Anzahl Lehrpersonen, Anteil von Kindern mit Eltern nichtdeutscher Staatsangehörigkeit)

2. **Kindergarten** (Anzahl Kinder/Betreuungspersonen, Aufnahmealter etc.)

3. **Sozio-ökonomisches Umfeld der Schule/des Kindergartens**  
(z.B. aus kommunaler Sozialstatistik zur wirtschaftlichen Lage, Arbeitslosenquote, zum Anteil Ausländer)

### Situationsanalyse/Ist-Analyse

**Welche Basisdaten liegen vor?**

- Daten zur gesundheitlichen Situation der Betroffenen
- Daten zu spezifischen Belastungsschwerpunkten der Institution
- Daten zum Veränderungsbedarf bei den Betroffenen
- Andere Daten: .....
- Daten sollen erst im Projektverlauf gesammelt werden

**Aus welchen Quellen und aus welchem Jahr stammen die Daten?**

(Bitte jeweils kurze Angabe der Quelle und des Erhebungsjahres)

- Personenbezogene biomedizinische Daten:  
.....
- Amtliche Daten:  
.....

- Befragungsdaten:  
.....
- Expertenbefragungen:  
.....
- Anderes: .....

## **Interventionen/Maßnahmen**

Beschreiben Sie hier bitte die konkreten Interventionen/Maßnahmen, die in den oben bereits aufgeführten Bereichen geplant sind.

### **1. Physische Umwelt:**

### **2. Psycho-soziale Umwelt:**

### **3. Abläufe/Organisation:**

### **4. Verhaltensmuster:**

### **5. Andere:**

## **Partizipation**

Welche Gruppen innerhalb der Institution arbeiten an dem Projekt mit?

- Eltern
- Kinder, Jugendliche
- Lehrer
- Erzieher
- Andere: .....

## **Evaluation**

Wird in dem Projekt eine Evaluation durchgeführt?

- ja, intern
- ja, extern  
durchführende Institution: .....
- nein

Welche **Methoden der Erfolgskontrolle** werden eingesetzt und zu welchem Zeitpunkt des Projektverlaufs erfolgt dies?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Schriftliche Befragung</b> | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn                   |
|  | <input type="checkbox"/> zum Projektende                    |
|  | <input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit |
|  | <input type="checkbox"/> fortlaufend                        |
|  | <input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: .....           |
| <br>   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Interview</b>              | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn                   |
|  | <input type="checkbox"/> zum Projektende                    |
|  | <input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit |
|  | <input type="checkbox"/> fortlaufend                        |
|  | <input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: .....           |
| <br>   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Gruppendiskussion</b>      | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn                   |
|  | <input type="checkbox"/> zum Projektende                    |
|  | <input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit |
|  | <input type="checkbox"/> fortlaufend                        |
|  | <input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: .....           |

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Erhebung med. Daten der Zielgruppe</b>     | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn<br><input type="checkbox"/> zum Projektende<br><input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit<br><input type="checkbox"/> fortlaufend<br><input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Teilnehmende Beobachtung</b>               | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn<br><input type="checkbox"/> zum Projektende<br><input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit<br><input type="checkbox"/> fortlaufend<br><input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nutzung der GKV-Evaluationsinstrumente</b> | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn<br><input type="checkbox"/> zum Projektende<br><input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit<br><input type="checkbox"/> fortlaufend<br><input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Anderes</b>                                | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn<br><input type="checkbox"/> zum Projektende<br><input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit<br><input type="checkbox"/> fortlaufend<br><input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: ..... |

### **Nachhaltigkeit**

Wie wird gewährleistet, dass Elemente des Projektes und Projektergebnisse auch nach Ende der Förderung Bestand haben und in den Alltag integriert werden?

### **Nachweis der Wirksamkeit**

Bitte geben Sie hier Forschungsergebnisse an, die die Wirksamkeit der geplanten Maßnahmen belegen.

### **Werbung für/Verteilung von industriell gefertigte(n) Erzeugnisse(n)**

Wird in dem Projekt für industriell gefertigte Erzeugnisse geworben oder werden industriell gefertigte Erzeugnisse verteilt?

- Nein
- Ja, es wird für folgende industriell gefertigte Erzeugnisse geworben:

- Ja, es werden folgende industriell gefertigte Erzeugnisse verteilt:

### **Projektplan/Vorgehen**

(Anlage A)

Es soll deutlich werden, mit welchen Interventionen/Maßnahmen die konkreten Projektziele erreicht werden und wie die Erfüllung der Zielvorgaben überprüft wird.

### **Projektleitung**

(Anlage B)

Es soll deutlich werden, dass das Projekt von einem zentralen Gremium koordiniert und gesteuert wird und wie dabei die Rollen und Verantwortungsbereiche verteilt sind.

### **Projektteam**

(Anlage B)

Es soll deutlich werden, welche Mitarbeiter an dem Projekt beteiligt sind und wie sie für ihre jeweiligen Aufgaben qualifiziert sind.

### **Kooperationen**

(Anlage C)

Es soll deutlich werden, zu welchen Institutionen Kontakte bestehen und wie diese beschaffen sind.

### **Zeitplanung**

(Anlage D)

Es soll deutlich werden, über welchen Zeitraum das Projekt laufen soll, wie die einzelnen Projektstufen aufeinanderfolgen und an welchen Stellen Zwischenergebnisse überprüft werden („Meilensteine“).

### **Finanzplanung**

(Anlage E)

Es soll deutlich werden, welche Kosten über die gesamte Laufzeit des Projektes entstehen (Personal- und Sachkosten) und welche Kostenträger welche Kosten übernehmen.

## **Anlage A: Projektplan/Vorgehen**

### **Ziel 1:**

#### Zielbeschreibung:

#### Maßnahmen/Interventionen:

#### Indikatoren für die effektive Durchführung der Maßnahmen:

Für weitere Ziele bitte obige Struktur übernehmen.

**Anlage B: Projektleitung und Projektteam**

**Projektleitung**

Mitglied	Funktion in der Projektleitung	Qualifikation (Ausbildung, Erfahrung in Projektmanagement)

**Projektteam**

Mitglied	Funktion im Projekt	Qualifikation (Ausbildung, Erfahrung in Projektarbeit)

### Anlage C: Kooperationen

<b>Externer Kontakt</b> (Bitte immer genaue Angaben über den jeweiligen Partner)	<b>Art des Kontaktes</b> (z.B. geplante Kooperation, vereinbarte Kooperation, finanzielle Unterstützung, fachliche Unterstützung)
Schulverwaltung/Schulaufsicht	
Kommune	
Gesundheitsamt	
Jugendamt/Jugendhilfe	
Regionale Anbieter von Gesundheitsleistungen	
Krankenkassen	
Andere Schule/Kindergärten	
Wissenschaftliche Einrichtungen (z.B. Universitätsinstitute)	
„Netzwerke“	
„Regionale Knoten“ (vgl. Internet: <a href="http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de">http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de</a> )	
Vereine (z.B. Sportvereine)	
Andere	

**Anlage D: Zeitplanung**

Projekttitel:	Zeitachse in Monaten											
<b>Projekttablauf</b>												
<b>1. Situationsanalyse</b>												
<b>2. Planung/Vorbereitung</b>												
<b>3. Durchführung</b>												
<b>4. Auswertung</b>												

**Legende:** Bitte erläutern sie die verwendeten Symbole z.B. . ● .....● für die Dauer einer Aktivität , ◇ für einen Meilenstein.

**Anlage E: Finanzplanung**

<b>Kostenträger</b>	<b>Personalkosten</b>	<b>Sachkosten</b>
<b>Summe</b>		

## Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V: Aktivitäten im Setting Stadtteil/Kommune – Antragsbogen für externe Anbieter –

An: (Krankenkasse)	Abs.: (Name/Adresse des Leistungsanbieters)
-----------------------	--

### **Titel des Projektes**

### **Antragsteller**

(Bitte immer einen Ansprechpartner angeben)

### **Kommune**

(Bitte kurz Name und geographische Lage der Kommune angeben)

**Handelt es sich bei dem vorliegenden Antrag um einen Erstantrag oder um einen Folgeantrag?**

- Erstantrag                       Folgeantrag

## Teil A: Projektübersicht

(Hier bitte nur die wesentlichen Punkte umreißen oder ankreuzen, eine ausführlichere Projektbeschreibung folgt in Teil B)

### Ziele

Ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Durchführung von Projekten ist die möglichst konkrete, realistische und überprüfbare Definition von Zielen.

Welche Ziele verfolgt Ihr Projekt?

<u>Oberziele:</u>
<u>Teilziele:</u>
<u>Zielindikatoren: (z.B. Zigarettenkonsum, Gesundheitsaufmerksamkeit)</u>

### Zielgruppe

An wen wenden sich Ihre Maßnahmen vorrangig?

- Alle Bewohner des Stadtteils/der Kommune
- Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen (z.B. Abhängige)  
Welche? .....
- Menschen in besonderen sozialen Situationen (z.B. Arbeitslose, Alleinerziehende)  
Welche? .....
- Migranten
- Geschlechtsspezifische Gruppen:       männlich       weiblich
- Altersspezifische Gruppen:             Kinder  
    Jugendliche  
    Erwachsene  
    Ältere
- Andere: .....

Mit dem Projekt werden schätzungsweise ..... Personen erreicht.

### **Interventionsansätze**

- physische Umwelt  
(z.B. Gestaltung des Lebensraums durch Sport- und Spielanlagen)
- psychosoziale Umwelt  
(z.B. Unterstützung und Hilfe durch soziale Netzwerke)
- Prozesse/Abläufe, Organisation  
(z.B. Entwicklung des Stadtteils/der Gemeinde)
- Verhaltensmuster  
(z.B. Bewegungs-, Ernährungsgewohnheiten)
- Andere: .....

### **Handlungsfelder**

Hat das Projekt einen oder mehrere Themenschwerpunkte? Wenn ja, welche:

- Soziale Ungleichheit
- Bewegung
- Ernährung
- Stressbewältigung/Entspannung
- Legale und illegale Suchtmittel
- Gesundheitsgerechter Umgang miteinander (z.B. Kommunikation, Konflikt)
- Andere: .....

Sind die Interventionen verhaltens- und gleichzeitig verhältnisbezogen?

- ja, verhaltens- und verhältnisbezogen
- nein, rein verhaltensbezogen
- nein, rein verhältnisbezogen

## **Genehmigung**

Liegen für die Durchführung des Projektes die notwendigen Genehmigungen vor?

- Ja, alle Genehmigungen liegen bereits vor:

- Teilweise, folgende Genehmigungen müssen noch eingeholt werden:

- nein, es liegen bislang noch keine Genehmigungen vor

## **Laufzeit**

geplante Projektlaufzeit: ..... Monate

Projektbeginn: .....

Projektende: .....

## **Kosten**

Budget über die gesamte Laufzeit des Projektes: ..... Euro

Beantragte Kostenübernahme: ..... Euro

## Teil B: Projektbeschreibung

### Rahmenbedingungen/Projektumfeld

Bitte beschreiben sie hier kurz (anhand der angeführten Kriterien) den Stadtteil/die Kommune, in der das Projekt angesiedelt ist.

1. **Demographische Situation** (Einwohnerzahl, Altersstruktur, Ausländeranteil etc.)

2. **Sozio-ökonomische Situation** (wirtschaftliche Lage, Arbeitslosenquote, Anteil der Sozialhilfeempfänger etc.)

3. **Versorgungsstruktur** (medizinische Einrichtungen, psycho-soziale Versorgungseinrichtungen etc.)

### Situationsanalyse/Ist-Analyse

**Welche Basisdaten liegen vor?**

- Daten zur gesundheitlichen Situation der Zielgruppe
- Daten zur Versorgungssituation der Zielgruppe
- Daten zum Versorgungsbedarf der Zielgruppe
- Andere Daten: .....
- Daten sollen erst im Projektverlauf gesammelt werden

**Aus welchen Quellen und aus welchem Jahr stammen die Daten?**

(Bitte jeweils kurze Angabe der Quelle und des Erhebungsjahres)

- Personenbezogene biomedizinische Daten:

.....

- Amtliche Daten:

.....

- Befragungsdaten:  
.....
- Expertenbefragungen:  
.....
- Anderes: .....

## **Interventionen/Maßnahmen**

Beschreiben Sie hier bitte die konkreten Interventionen/Maßnahmen, die in den oben bereits aufgeführten Bereichen geplant sind.

### **1. Verhältnisprävention:**

### **2. Verhaltensprävention:**

### **3. Vermitteln und Vernetzen:**

### **4. Öffentlichkeitsarbeit:**

### **5. Andere:**

## **Partizipation**

Werden Mitglieder der Zielgruppe in die Projektarbeit einbezogen?

- Ja, bei der Planung  
In welcher Form?.....
- Ja, als Mitglieder der Projektleitung  
In welcher Form?.....
- Ja, als Projektmitarbeiter  
In welcher Form?.....
- Anderes: .....
- Nein

## **Unterstützung**

Wird das Projekt durch die relevanten kommunalen Gremien und Akteure unterstützt?

- Ja, das Projekt wird breit unterstützt  
(Bitte führen Sie dies in Anlage C genauer aus)
- Zur Zeit wird noch über die Unterstützung verhandelt  
(Bitte führen Sie dies in Anlage C genauer aus)
- Die Unterstützung in einigen Bereichen steht noch aus  
Kurze Erläuterung:

## **Evaluation**

Wird in dem Projekt eine Evaluation durchgeführt?

- ja, intern
- ja, extern  
durchführende Institution: .....
- nein

Welche **Methoden der Erfolgskontrolle** werden eingesetzt und zu welchem Zeitpunkt des Projektverlaufs erfolgt dies?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Schriftliche Befragung</b>             | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn<br><input type="checkbox"/> zum Projektende<br><input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit<br><input type="checkbox"/> fortlaufend<br><input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Interview</b>                          | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn<br><input type="checkbox"/> zum Projektende<br><input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit<br><input type="checkbox"/> fortlaufend<br><input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Gruppendiskussion</b>                  | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn<br><input type="checkbox"/> zum Projektende<br><input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit<br><input type="checkbox"/> fortlaufend<br><input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Erhebung med. Daten der Zielgruppe</b> | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn<br><input type="checkbox"/> zum Projektende<br><input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit<br><input type="checkbox"/> fortlaufend<br><input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Teilnehmende Beobachtung</b>           | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn<br><input type="checkbox"/> zum Projektende<br><input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit<br><input type="checkbox"/> fortlaufend<br><input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Anderes</b>                            | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn<br><input type="checkbox"/> zum Projektende<br><input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit<br><input type="checkbox"/> fortlaufend<br><input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: ..... |

### **Nachweis der Wirksamkeit**

Bitte geben Sie hier Forschungsergebnisse an, die die Wirksamkeit der geplanten Maßnahmen belegen.

### **Nachhaltigkeit**

Wie wird gewährleistet, daß Elemente des Projektes und Projektergebnisse auch nach Ende der Förderung Bestand haben und in den Alltag integriert werden?

### **Werbung für/Verteilung von industriell gefertigte(n) Erzeugnisse(n)**

Wird in dem Projekt für industriell gefertigte Erzeugnisse geworben oder werden industriell gefertigte Erzeugnisse verteilt?

- Nein
- Ja, es wird für folgende industriell gefertigte Erzeugnisse geworben:

- Ja, es werden folgende industriell gefertigte Erzeugnisse verteilt:

### **Projektplan/Vorgehen**

(Anlage A)

Es soll deutlich werden, mit welchen Interventionen/Maßnahmen die konkreten Projektziele erreicht werden und wie die Erfüllung der Zielvorgaben überprüft wird.

### **Projektleitung**

(Anlage B)

Es soll deutlich werden, dass das Projekt von einem zentralen Gremium koordiniert und gesteuert wird und wie dabei die Rollen und Verantwortungsbereiche verteilt sind.

### **Projektteam**

(Anlage B)

Es soll deutlich werden, welche Mitarbeiter an dem Projekt beteiligt sind und wie sie für ihre jeweiligen Aufgaben qualifiziert sind.

### **Kooperationen**

(Anlage C)

Es soll deutlich werden, zu welchen Institutionen Kontakte bestehen und wie diese aussehen.

### **Zeitplanung**

(Anlage D)

Es soll deutlich werden, über welchen Zeitraum das Projekt laufen soll, wie die einzelnen Projektstufen aufeinanderfolgen und an welchen Stellen Zwischenergebnisse überprüft werden („Meilensteine“)

### **Finanzplanung**

(Anlage E)

Es soll deutlich werden, welche Kosten über die gesamte Laufzeit des Projektes entstehen (Personal- und Sachkosten) und welche Kostenträger welche Kosten übernehmen.

## **Anlage A: Projektplan/Vorgehen**

### **Ziel 1:**

#### Zielbeschreibung:

#### Maßnahmen/Interventionen:

#### Indikatoren für die effektive Durchführung der Maßnahmen:

Für weitere Ziele bitte obige Struktur übernehmen.

**Anlage B: Projektleitung und Projektteam**

**Projektleitung**

Mitglied	Funktion in der Projektleitung	Qualifikation (Ausbildung, Erfahrung in Projektmanagement)

**Projektteam**

Mitglied	Funktion im Projekt	Qualifikation (Ausbildung, Erfahrung in Projektarbeit)

### Anlage C: Kooperationen

<b>Externer Kontakt</b> (Bitte immer genaue Angaben über den jeweiligen Partner)	<b>Art des Kontaktes</b> (z.B. geplante Kooperation, vereinbarte Kooperation, finanzielle Unterstützung, fachliche Unterstützung)
Krankenkassen	
Verbände	
Öffentliche Verwaltung	
Politische Entscheidungsträger	
Einrichtungen der medizinischen Versorgung	
Einrichtungen der sozialen Versorgung (z.B. Heimeinrichtungen)	
Einrichtungen der psychosozialen Versorgung (z.B. Beratungsstellen)	
Wissenschaftliche Einrichtungen (z.B. Universitätsinstitute)	
Bildungseinrichtungen (z.B. Volkshochschule)	
Verbraucherzentralen	
Selbsthilfegruppen	
Vereine (z.B. Sportvereine)	
Andere	

**Anlage D: Zeitplanung**

Projekttafel:	Zeitachse in Monaten											
<b>1. Situationsanalyse</b>												
<b>2. Planung/Vorbereitung</b>												
<b>3. Durchführung</b>												
<b>4. Auswertung</b>												

**Legende:** Bitte erläutern sie die verwendeten Symbole z.B. . ● .....● für die Dauer einer Aktivität , ◇ für einen Meilenstein.

**Anlage D: Finanzplanung**

<b>Kostenträger</b>	<b>Personalkosten</b>	<b>Sachkosten</b>
<b>Summe</b>		

**Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 a SGB V  
– Antragsbogen für externe Anbieter –**

<u>An:</u> (Krankenkasse)	<u>Abs.:</u> (Name/Adresse des Leistungsanbieters)
------------------------------	---

**Titel des Projektes**

--

**Antragsteller**

(Bitte immer einen Ansprechpartner angeben)

--

**Betrieb**

(Bitte Name, Branche, Ort und Zahl der Mitarbeiter angeben; für genauere Informationen siehe Teil B)

--

## Teil A : Projektübersicht

*(Hier bitte nur die wesentlichen Punkte umreißen oder ankreuzen, eine ausführlichere Projektbeschreibung folgt in Teil B)*

### **Ziele**

Ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Durchführung von Projekten ist die möglichst konkrete, realistische und überprüfbare Definition von Zielen.  
Welche Ziele verfolgt Ihr Projekt?

### **Zielgruppe**

An wen wenden sich Ihre Maßnahmen vorrangig?

- Alle Beschäftigten
- Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen (z.B. Abhängige)  
Welche? .....
- Ältere Arbeitnehmer
- Ausländische Arbeitnehmer
- Frauen
- Auszubildende
- Management
- Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter
- Verwaltungsangestellte
- Mitarbeiter in der Produktion/im Handwerk
- Mitarbeiter im Dienstleistungsbereich
- Testgruppe zur modellhaften Erprobung
- Andere: .....

Die Zielgruppe umfasst schätzungsweise ..... Personen.

## **Interventionsansätze**

- physische Umwelt  
(z.B. ergonomische Veränderungen, neue/bessere Arbeits-/Hilfsmittel, Optimierung von Beleuchtung, Wärme, Kälte, Zugluft, Staub, Feuchtigkeit)
- psychosoziale Umwelt  
(z.B. Konfliktmanagement, gesundheitsgerechter Umgang miteinander, Kommunikation)
- Prozesse/Abläufe, Organisation  
(z.B. Bildung von Teams, Arbeitsgruppen, Optimierung von Personalplanung und -besetzung, Jobrotation)
- Verhaltensmuster  
(z.B. Bewegungs-, Ernährungsgewohnheiten)
- Aktivitäten finden im Rahmen eines umfassenden, langfristigen Konzeptes der Gesundheitsförderung statt
- Andere: .....

## **Handlungsfelder**

Hat das Projekt einen oder mehrere Themenschwerpunkte? Wenn ja, welche:

- Arbeitsbedingte körperliche Belastungen  
(Z.B. schweres Heben, Tragen, ergonomisch ungünstige Bewegungen, Zwangshaltungen bei Bildschirmarbeit, aber auch Hitze, Lärm, Zugluft)
- Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)
- Stressbewältigung/Stressmanagement
- Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung
- Suchtmittelkonsum
- Präventionsmaßnahmen zur Reduktion von körperlichen Belastungen bei Personen im Alter von mindestens 50 Jahren
- Spezielle Angebote zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben
- Andere: .....

Sind die Interventionen verhaltens- und gleichzeitig verhältnisbezogen?

- ja, verhaltens- und verhältnisbezogen
- nein, rein verhaltensbezogen
- nein, rein verhältnisbezogen

## **Gesundheitszirkel**

Wurden betriebliche Gesundheitszirkel durchgeführt?

- ja
- nein

## **Koordination und Steuerung**

Werden betriebliche Steuerungskreise gebildet?

- ja  
 nein

## **Vereinbarungen**

Liegen für die Durchführung des Projektes die notwendigen Vereinbarungen (z.B. Betriebsvereinbarung) vor?

- Ja, alle Vereinbarungen liegen bereits vor:

- Teilweise, folgende Vereinbarungen müssen noch geschlossen werden:

- Nein, es liegen bislang noch keine Genehmigungen vor.  
 Der Arbeitsschutz ist eingebunden.

## **Laufzeit**

geplante Projektlaufzeit: ..... Monate

Projektbeginn: .....

Projektende: .....

## **Kosten**

Budget über die gesamte Laufzeit des Projektes: ..... Euro

Beantragte Kostenübernahme: ..... Euro

## Teil B: Projektbeschreibung

### Rahmenbedingungen/Projektumfeld

Bitte beschreiben sie hier kurz den Betrieb, in dem das Projekt durchgeführt werden soll.

Name: .....

Ort: .....

Branche: .....

Zahl der Mitarbeiter insgesamt: .....

Frauenanteil in Prozent: .....

Anteil der Mitarbeiter  
mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit in Prozent (ca.): .....

### Situationsanalyse/Ist-Analyse

#### Welche Basisdaten liegen vor?

- Daten zur gesundheitlichen Situation der Mitarbeiter
- Daten zu spezifischen Belastungsschwerpunkten des Betriebes
- Daten zum Veränderungsbedarf bei den Mitarbeitern
- Daten zur Motivation zu Veränderungen bei den Mitarbeitern
- Daten zur Motivation zu Veränderungen bei der Leitung
- Andere Daten: .....
- Daten sollen erst im Projektverlauf gesammelt werden

#### Aus welchen Quellen und aus welchem Jahr stammen die Daten?

(Bitte jeweils kurze Angabe der Quelle und des Erhebungsjahres)

- Personenbezogene biomedizinische Daten:  
.....
- Daten der Gesundheitsberichterstattung (z.B. AU-Analysen)::  
.....
- Befragungsdaten:  
.....
- Expertenbefragungen:  
.....

Arbeitsplatzbegehungen:

.....

Messergebnisse:

.....

Anderes: .....

### **Interventionen/Maßnahmen**

Beschreiben Sie hier bitte die konkreten Interventionen/Maßnahmen, die in den oben bereits aufgeführten Bereichen geplant sind.

#### **Gesundheitszirkel:**

#### **Verhältnisprävention:**

#### **Verhaltensprävention:**

#### **Öffentlichkeitsarbeit (intern und extern):**

## **Unterstützung innerhalb des Betriebes**

Welche relevanten Gruppen innerhalb des Betriebes unterstützen das Projekt?

- Betriebs-/Unternehmensleitung
- Personalrat, Betriebsrat, Vertrauensleute
- Arbeitsmediziner/Betriebsarzt
- Sicherheitsfachkräfte
- Andere: .....

## **Partizipation**

Welche Gruppen innerhalb des Betriebes arbeiten an dem Projekt mit?

- Mitarbeiter
- Personalrat, Betriebsrat, Vertrauensleute
- Mitglieder der mittleren Leitungsebene
- Betriebs-/Unternehmensleitung
- Arbeitsmediziner/Betriebsärzte
- Sicherheitsfachkräfte
- Andere: .....

## **Evaluation**

Wird in dem Projekt eine Evaluation durchgeführt?

- ja, intern
- ja, extern  
durchführende Institution: .....
- nein

Welche **Methoden der Erfolgskontrolle** werden eingesetzt und zu welchem Zeitpunkt des Projektverlaufs erfolgt dies?

- Schriftliche Befragung**
  - zu Projektbeginn
  - zum Projektende
  - nach ..... Monaten Projektlaufzeit
  - fortlaufend
  - anderer Zeitpunkt: .....

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Interview</b>                          | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn<br><input type="checkbox"/> zum Projektende<br><input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit<br><input type="checkbox"/> fortlaufend<br><input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Gruppendiskussion</b>                  | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn<br><input type="checkbox"/> zum Projektende<br><input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit<br><input type="checkbox"/> fortlaufend<br><input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Erhebung med. Daten der Zielgruppe</b> | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn<br><input type="checkbox"/> zum Projektende<br><input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit<br><input type="checkbox"/> fortlaufend<br><input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Teilnehmende Beobachtung</b>           | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn<br><input type="checkbox"/> zum Projektende<br><input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit<br><input type="checkbox"/> fortlaufend<br><input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Anderes</b>                            | <input type="checkbox"/> zu Projektbeginn<br><input type="checkbox"/> zum Projektende<br><input type="checkbox"/> nach ..... Monaten Projektlaufzeit<br><input type="checkbox"/> fortlaufend<br><input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: ..... |

### **Nachweis der Wirksamkeit**

Bitte geben Sie hier Forschungsergebnisse an, die die Wirksamkeit der geplanten Maßnahmen belegen.

## **Nachhaltigkeit**

Wie wird gewährleistet, dass Elemente des Projektes und Projektergebnisse auch nach Ende der Förderung Bestand haben und in den Alltag integriert werden?

## **Werbung für/Verteilung von industriell gefertigte(n) Erzeugnisse(n)**

Wird in dem Projekt für industriell gefertigte Erzeugnisse geworben oder werden industriell gefertigte Erzeugnisse verteilt?

- Nein
- Ja, es wird für folgende industriell gefertigte Erzeugnisse geworben:

- Ja, es werden folgende industriell gefertigte Erzeugnisse verteilt:

### **Projektplan/Vorgehen**

(Anlage A)

Es soll deutlich werden, mit welchen Interventionen/Maßnahmen die konkreten Projektziele erreicht werden und wie die Erfüllung der Zielvorgaben überprüft wird.

### **Projektleitung**

(Anlage B)

Es soll deutlich werden, dass das Projekt von einem zentralen Gremium koordiniert und gesteuert wird und wie dabei die Rollen und Verantwortungsbereiche verteilt sind.

### **Projektteam**

(Anlage B)

Es soll deutlich werden, welche Mitarbeiter an dem Projekt beteiligt sind und wie sie für ihre jeweiligen Aufgaben qualifiziert sind.

### **Kooperationen**

(Anlage C)

Es soll deutlich werden, zu welchen Institutionen Kontakte bestehen und wie diese aussehen.

### **Zeitplanung**

(Anlage D)

Es soll deutlich werden, über welchen Zeitraum das Projekt laufen soll, wie die einzelnen Projektstufen aufeinander folgen und an welchen Stellen Zwischenergebnisse überprüft werden („Meilensteine“)

### **Finanzplanung**

(Anlage E)

Es soll deutlich werden, welche Kosten über die gesamte Laufzeit des Projektes entstehen (Personal- und Sachkosten) und welche Kostenträger welche Kosten übernehmen.

## **Anlage A: Projektplan/Vorgehen**

### **Ziel 1:**

#### Zielbeschreibung:

#### Maßnahmen/Interventionen:

#### Indikatoren für die effektive Durchführung der Maßnahmen:

Für weitere Ziele bitte obige Struktur übernehmen.

**Anlage B: Projektleitung und Projektteam**

**Projektleitung**

Mitglied	Funktion in der Projektleitung	Qualifikation (Ausbildung, Erfahrung in Projektmanagement)

**Projektteam**

Mitglied	Funktion im Projekt	Qualifikation (Ausbildung, Erfahrung in Projektarbeit)

### Anlage C: Kooperationen

<b>Externer Kontakt</b> (Bitte immer genaue Angaben über den jeweiligen Partner )	<b>Art des Kontaktes</b> (z.B. geplante Kooperation, vereinbarte Kooperation, finanzielle Unterstützung, fachliche Unterstützung)
Krankenkassen	
Unfallversicherungen	
Staatlicher Arbeitsschutz	
Arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste	
Regionale Anbieter von Gesundheitsleistungen	
Wissenschaftliche Einrichtungen (- z.B. Universitätsinstitute -)	
Vereine/Verbände	
andere	

**Anlage D: Zeitplanung**

Projekttafel:	Zeitachse in Monaten											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>1. Situationsanalyse</b>												
<b>2. Planung/Vorbereitung</b>												
<b>3. Durchführung</b>												
<b>4. Auswertung</b>												

**Legende:** Bitte erläutern sie die verwendeten Symbole z.B. ● .....● für die Dauer einer Aktivität ,  
 ◇ für einen Meilenstein.

**Anlage E: Finanzplanung**

<b>Kostenträger</b>	<b>Personalkosten</b>	<b>Sachkosten</b>
<b>Summe</b>		

**Teilnahmebescheinigung für individuelle Maßnahmen  
der primären Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V  
und Antrag zur Bezuschussung  
zur Vorlage bei der Krankenkasse**

# Teilnahmebescheinigung und Antrag auf Bezuschussung

## Individuelle Maßnahmen (Kurse, Seminare) der Primärprävention nach § 20 SGB V

Hinweis für den Versicherten: Die Krankenkasse verwendet die hier erhobenen Daten um zu prüfen, ob sie Kosten erstatten kann (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

Der Anbieter der Maßnahme füllt Teil 1 „Teilnahmebescheinigung“ dieses Bogens aus. Der Versicherte füllt Teil 2 „Antrag auf Bezuschussung“ aus und leitet den Bogen an die Krankenkasse weiter.

Name und Adresse des Anbieters:

Vermerke der Krankenkasse:

Stempel der Krankenkasse:

### 1. Teilnahmebescheinigung (vom Anbieter auszufüllen)

Name des Teilnehmers/der Teilnehmerin

Vorname

Geburtsdatum

hat von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Tag, Monat, Jahr)

\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Tag, Monat, Jahr)

an folgender Maßnahme teilgenommen:

Kursleiter:

(ggf. mehrere)

\_\_\_\_\_ Name(n)

\_\_\_\_\_ Qualifikation(en)  
(staatl. anerkannte Ausbildungen)

\_\_\_\_\_ Zusatzqualifikation(en) (nur auf die  
Maßnahme bezogene Qualifikationen)

Präventionsprinzip/Inhalt: (nur *ein* Präventionsprinzip ankreuzen, dasjenige, auf dem der Schwerpunkt liegt)

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten
- Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung
- Multimodale Stressbewältigung
- Förderung des Nichtrauchens

- Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- Entspannung
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums

Sie/er hat an \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Kurseinheiten teilgenommen, die \_\_\_\_\_ Minuten je Einheit umfassten.

Die Teilnehmerin/der Teilnehmer hat die Gebühr von € \_\_\_\_\_ entrichtet.

Wir bestätigen, dass diese Teilnahmegebühr nicht anstelle eines Mitgliedsbeitrags für eine frühere, bestehende oder zukünftige Mitgliedschaft an uns gezahlt oder auf einen Mitgliedsbeitrag angerechnet wurde. Die Teilnahmegebühr wird dem Teilnehmer nicht als Geld- oder Sachleistung zurück erstattet. – Wir versichern, der Steuerpflicht aus den vorgenannten Einnahmen nachzukommen und unseren Verpflichtungen zur Abführung von Beiträgen zur Sozialversicherung zu entsprechen. – Die Inhalte des Kurses/Seminars wurden ausschließlich durch den/die oben genannten Kursleiter persönlich vermittelt. – Wir versichern, dass die hier gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Anbieters

### 2. Antrag auf Bezuschussung (vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichem Vertreter auszufüllen)

Ich bestätige, dass die oben stehenden Angaben des Anbieters richtig sind. Die Leistung (Kurs/Seminar) habe ich erhalten. Ich füge einen Nachweis (z. B. Quittung oder Kontoauszug) darüber bei, dass ich die Teilnahmegebühr gezahlt habe. Hiermit beantrage ich einen Zuschuss zu dieser Maßnahme.

\_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.  
(siehe Krankenversichertenkarte)

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten

\_\_\_\_\_ Bank

\_\_\_\_\_ Konto-Nr.

\_\_\_\_\_ BLZ

## Teilnehmerliste

### Individuelle Maßnahmen der Primärprävention nach § 20 SGB V (Kurse, Seminare)

Zum Hintergrund: Krankenkassen benötigen Kurs-Teilnahmebescheinigungen, um über eine Kostenerstattung an den Versicherten zu entscheiden. Die Teilnahme bestätigt der Kursleiter. Dabei ist auch der Umfang der Teilnahme zu bestätigen („Der Versicherte hat an .... von .... Kurseinheiten teilgenommen“). Die vorliegende Liste kann der Kursleiter nutzen, um die Teilnahme zu registrieren.

Bezeichnung des Kurses:

Name d. Kursteilnehmers/in	Teilgenommen am Kurstermin:												Summe
	1 Datum:	2 Datum:	3 Datum:	4 Datum:	5 Datum:	6 Datum:	7 Datum:	8 Datum:	9 Datum:	10 Datum:	11 Datum:	12 Datum:	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bezeichnung des Kurses:

Teilgenommen am Kurstermin:

Name d. Kursteilnehmers/in	Teilgenommen am Kurstermin:												Summe
	1 Datum:	2 Datum:	3 Datum:	4 Datum:	5 Datum:	6 Datum:	7 Datum:	8 Datum:	9 Datum:	10 Datum:	11 Datum:	12 Datum:	
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	