

**Dokumentationsbogen für  
Maßnahmen zur betrieblichen  
Gesundheitsförderung nach  
§ 20b SGB V**

**– Arbeitgeber –**

# Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung

(nach Leitfaden Prävention zur Umsetzung des § 20b SGB V)

– Arbeitgeber\* –

Doku-Nummer

(wird von AOK ausgefüllt)

<b>An:</b>	<b>Arbeitgeber:</b>
	_____
	Firma
	_____
	Anschrift
	_____
	Betriebsnummer
_____	
Ansprechpartner	
_____	
Telefon	
_____	
E-Mail	

Wir beantragen die Prüfung der nachfolgend beschriebenen Maßnahme als unterstützungsfähige Leistung der betrieblichen Gesundheitsförderung nach §20b SGB V.

## 1. Allgemeine Erläuterung

Die AOK Baden-Württemberg unterstützt Unternehmen seit vielen Jahren in der Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung. Auf Grundlage des gesetzlichen Rahmens nach § 20b SGB V ist Ziel, die gesundheitlichen Situation zu verbessern und die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Beschäftigten zu stärken. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten einen multimodalen, ganzheitlichen und nachhaltig angelegten Ansatz verfolgen und nicht als isolierte Einzelmaßnahme umgesetzt werden. Die Unterstützung betriebsbezogener Maßnahmen durch die AOK Baden-Württemberg ist grundsätzlich zeitlich befristet und kann in persönlicher, sächlicher und/oder finanzieller Form erfolgen.

### Von der Unterstützung ausgeschlossen sind:

(gemäß Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes; in aktuellster Fassung)

- nicht nach § 20b SGB V erbrachten Leistungen
- Aktivitäten, die zu den **Pflichtaufgaben eingebundener oder anderer Akteure und Partner** gehören
- **Isolierte**, d.h. nicht in ein Gesamtkonzept eingebundene, Maßnahmen externer Anbieter und deren **individuumbezogene Abrechnung**
- **Forschungsprojekte/Screening** ohne Interventionsbezug
- Aktivitäten von **politischen Parteien** sowie parteinahen Organisationen und Stiftungen
- Aktivitäten, die einseitig **Werbezwecken** für bestimmte Einrichtungen, Organisationen oder Produkte dienen

# Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung

(nach Leitfaden Prävention zur Umsetzung des § 20b SGB V)

– Arbeitgeber\* –

Doku-Nummer

(wird von AOK ausgefüllt)

- **Berufliche Ausbildung und Qualifizierungsmaßnahmen**, die nicht an das Projekt gebunden sind
- Kosten für **Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenstände, Mobiliar, technische Hilfsmittel** und **persönliche Schutzausrüstung**
- Angebote, die **weltanschaulich nicht neutral** sind
- Maßnahmen anderer Krankenkassen
- Dauerangebote

## 2. Titel der Maßnahme

## 3. Allgemein

3.1 Anzahl der Betriebe/Standorte \_\_\_\_\_ an denen die Maßnahme durchgeführt werden/wurden.

3.2 Anzahl der Mitarbeiter \_\_\_\_\_ (an den betreuten Standorten/im betreuten Betrieb)

3.3 Die BGM-Maßnahme findet/fand in mind. zwei Bundesländern statt.

Ja

Nein

## 4. Zielgruppe

4.1 Die BGM-Maßnahme richtet/richtete sich direkt an alle Beschäftigte

Ja

Nein (bitte nähere Angaben unter 4.2)

4.2 spezifische Zielgruppe (z.B. Führungskräfte, Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung, Ältere Arbeitnehmer, Auszubildende, spezifisch belastete Gruppe,...):

# Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung

(nach Leitfaden Prävention zur Umsetzung des § 20b SGB V)

– Arbeitgeber\* –

Doku-Nummer

(wird von AOK ausgefüllt)

## 5. Koordination und Steuerung (der Maßnahme)

	unter- nehmens- seitig gegeben	im Rahmen des BGf- Prozesses geplant	nicht vorgesehen
Unternehmensleitlinie/ Absichtserklärung zur betriebl. Gesundheitsförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiterbeteiligung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedarfsermittlung, Ist-Analyse (z.B. Befragung, Arbeitsplatzbegehung, Fehlzeitenanalyse, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internes Entscheidungs- und Steuerungsgremium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitung und Auswertung der Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergebnisdokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

## 6. Kooperationspartner

6.1 Es werden/wurden Kooperationspartner eingebunden:

nein

ja, falls ja welche?

AOK Baden-Württemberg

wissenschaftliche Einrichtungen

andere Krankenkassen

sonstige gewerbliche  
Anbieter/Unternehmen

Unfallversicherung, Berufsgenossenschaften

andere Vereine, Verbände

niedergelassene Ärzte, Betriebsärzte

andere \_\_\_\_\_

# Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung

(nach Leitfaden Prävention zur Umsetzung des § 20b SGB V)

– Arbeitgeber\* –

Doku-Nummer

(wird von AOK ausgefüllt)

## 7. Maßnahmenbeschreibung

7.1 Welchem Handlungsfeld/Präventionsprinzip ist die Maßnahme zuzuordnen?

- gesundheitsgerechte Führung
- Stressbewältigung und Ressourcenstärkung
- bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte (Bewegung/Ergonomie)
- gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
- verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb
- Sensibilisierung (z.B. Gesundheitstag/-aktion, Vortrag)
- sonstige: \_\_\_\_\_

7.2 Zeitraum der BGf-Maßnahme (jeweils Datum): von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

7.3 Die BGf-Maßnahme wird/wurde im Betrieb durchgeführt  Ja  Nein

## 8. Finanzielle Unterstützung

Eine Verzahnung von krankenkassen -und arbeitgeberunterstützenden Leistungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung auf Grundlage von § 20b SGB V einerseits und § 3 Nr. 34 EStG andererseits ist zur Erzielung von Synergieeffekten und höherer Nachhaltigkeit sinnvoll. Doppelfinanzierungen der Maßnahmen und eine unabgestimmte Vorgehensweise von Krankenkassen und Arbeitgeber sind dabei zu vermeiden. Grundlage für die Ermittlung der Unterstützung sind die tatsächlichen maßnahmenbezogenen Ausgaben des Arbeitgebers. Die Unterstützungsfähigkeit ist ausschließlich mit Rechnungsnachweis gegeben.

8.1 Kostenverteilung

Kosten der Maßnahme (Angebot bzw. Rechnungsnachweis erforderlich): \_\_\_\_\_ €

Arbeitnehmer-Eigenanteil:  Nein  Ja, \_\_\_\_\_ €

Anteil weiterer Krankenkassen, Kostenträger:  Nein  Ja, \_\_\_\_\_ €  
(Bitte geeignete Nachweise beilegen)

Arbeitgeber-Eigenanteil: \_\_\_\_\_ €

8.2 Liegen aktuell auch anderen Krankenkassen/Kostenträger-Anfragen zur Unterstützung der Maßnahme vor?  Ja  Nein

# Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung

(nach Leitfaden Prävention zur Umsetzung des § 20b SGB V)

– Arbeitgeber\* –

Doku-Nummer

(wird von AOK ausgefüllt)

Überweisung soll auf dieses Konto erfolgen:

_____	_____
Kontoinhaber/Firma	Bank
_____	
IBAN	

**Folgende Unterlagen sind der AOK einzureichen:**

- Formular Arbeitgeber
- Formular Anbieter
- Kopie des Angebots bzw. die original Rechnung des Anbieters
- Kursmanual/Teilnehmerunterlagen des Anbieter (falls vorhanden)
- Qualifikationen des Anbieters

**Ich versichere**, dass die hier gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und nehme zur Kenntnis, dass falsche Angaben zum Verlust der Förderungsfähigkeit der angebotenen Maßnahme führen können.

Die Krankenkasse hat das Recht, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung auch vor Ort unangemeldet zu überprüfen.

**Ich nehme mögliche rechtliche Folgen von Verstößen gegen den GKV-Leitfaden Prävention zur Kenntnis:**

Sofern ich als Anbieter die mir nach dem GKV-Leitfaden Prävention obliegenden Pflichten nicht erfülle und/oder entgegen dessen Bestimmungen handle, kann von der betroffenen Krankenkasse Abhilfe und/oder Unterlassung verlangt werden. Hierfür setzt die Krankenkasse eine angemessene Frist. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen kann die betroffene Krankenkasse nach erfolgter Anhörung eine angemessene Strafzahlung bis zu 5.000 Euro festsetzen. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen. Schwerwiegende oder wiederholte Verstöße rechtfertigen ferner den Ausschluss von weiterer Unterstützung der von mir angebotenen Maßnahmen.

Schwerwiegende Verstöße gegen den GKV-Leitfaden Prävention sind insbesondere:

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

\_\_\_\_\_

Ort

Datum

Unterschrift