MDS
Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.

Spitzenverband

PRÄVENTIONSBERICHT 2014

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2013

In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene
AOK-Bundesverband, Berlin
BKK Dachverband, Berlin
IKK e. V., Berlin
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel
Knappschaft, Bochum
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Impressum

Autoren
Caroline Jung
Jan Seidel
Dr. Harald Strippel MSc
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

Herausgeber
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de

GKV-Spitzenverband
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin-Mitte
Telefon: 030 206288-0
Telefax: 030 206288-88
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Gestaltung
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Druck
das druckhaus print und neue medien
41352 Korschenbroich

November 2014

ISSN 2198-0004

Fotonachweis
Umschlag: roostler/Fotolia.com 2014
S. 8-13: Andrea Katheder I fotografie
www.andreakatheder.de
Autorenportraits: Privat

PRÄVENTIONSBERICHT 2014

Berichtsjahr 2013

GKV-Spitzenverband, Berlin

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Essen

Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene

AOK-Bundesverband, Berlin

BKK Dachverband, Berlin

IKK e. V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

Knappschaft, Bochum

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Anmerkung:
Zur besseren Lesbarkeit wird darauf verzichtet, bei Berufs- und Personenbezeichnungen sowohl die männliche als auch die weibliche Form zu verwenden. Wird die männliche Form verwendet, schließt dies die weibliche mit ein.

Vorwort

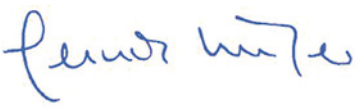
Der Themenschwerpunkt des diesjährigen Präventionsberichts lautet „Kooperationen". Was können Arbeitgeber, Krankenkassen, Sozialpartner und Beschäftigte tun, damit Arbeitnehmer länger gesund und motiviert arbeiten können? Mit dieser Frage setzen sich im Eingangsinterview Ingo Nürnberger und Dr. Volker Hansen auseinander. Denn Prävention in der Arbeitswelt gewinnt angesichts des demografischen Wandels und des damit einhergehenden Mangels an geeigneten Arbeitskräften zunehmend an Bedeutung.

Die Beiträge des Schwerpunktteils widmen sich dem Thema Kooperationen aus jeweils unterschiedlicher Perspektive: Vorgestellt werden trägerübergreifende Kooperations- und Unterstützungsstrukturen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, bei Aktivitäten in Settings wie Kitas, Schulen und Gemeinden sowie bei individuellen Präventionskursen. Mit einem weiteren Ausbau ihrer Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung haben die Krankenkassen im Berichtsjahr 2013 ihre Investitionen in die Gesundheit ihrer Versicherten deutlich verstärkt. Dies kam den Maßnahmen in allen Handlungsfeldern zugute.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat sich auf freiwilliger Basis Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für den Zeitraum 2013 bis 2018 gesetzt. Der Präventionsbericht 2014 bewährt sich hier als unverzichtbares Transparenz- und Controllinginstrument, mit dessen Hilfe der Grad der Zielerreichung differenziert bestimmt und Hinweise auf notwendige Feinjustierungen und Weiterentwicklungen gewonnen werden können.

Im Präventionsbericht 2014 erscheint die Leistungsdokumentation des Engagements der Krankenkassen in neuem Layout. Quantitative Angaben beschränken sich auf das Wesentliche. Das komplette Zahlenwerk ist nach wie vor im Tabellenband zum Präventionsbericht 2014 einsehbar.

Wir danken den Kolleginnen und Kollegen aus allen Krankenkassen für ihr gesundheitsförderndes Engagement und dessen Dokumentation sowie den Interviewpartnern und Autorinnen und Autoren für ihre Beiträge.



Gernot Kiefer
Vorstand
GKV-Spitzenverband, Berlin

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS, Essen

Inhalt

Zusammenfassung **6**

Interview mit den Sozialpartnern: Länger gesund und motiviert arbeiten **8**

Themenschwerpunkt: Kooperation in der Prävention **14**
Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und gesetzlicher Unfallversicherung 16
Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie stärkt Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz 18
Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) – Wissen und Erfahrungen bündeln 21
Kooperationsverbund und Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit 24
Qualitätsgesicherte Präventionskurse – Krankenkassen gründen Zentrale Prüfstelle Prävention 27
Gesetzliche Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der GKV 30

Zahlen im Überblick **32**

Betriebliche Gesundheitsförderung **36**
Erreichte Betriebe 37
Standorte 37
Branchen 38
Betriebsgröße 39
Projektlaufzeit 40
Erreichte Beschäftigte 41
Zielgruppen 42
Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten 43
Kooperationspartner Unfallversicherung 44
Koordination und Steuerung 45
Bedarfsermittlung 46
Arbeitsunfähigkeitsanalysen – AU-Profile – Betriebliche Gesundheitsberichte 47
Gesundheitszirkel 47
Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen 48
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten 49
Erfolgskontrolle 51

Setting-Ansatz **52**
Settings mit Gesundheitsförderung 53
Art der Settings 54
Betreuungsgrad in Bildungseinrichtungen und Aktivitäten in „sozialen Brennpunkten“ 53
Erreichte Personen 56
Projektlaufzeit 58
Zielgruppen 59
Kooperationspartner 60
Koordination und Steuerung 61
Bedarfsermittlung 62
Gesundheitszirkel 62
Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen 63
Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten 64
Art der Umgestaltung 64
Erfolgskontrollen 65

Individueller Ansatz **66**
Inanspruchnahme 67
Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern 68
Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht 69

GKV-Präventionsziele **73**
Zielerreichungsgrad in der betrieblichen Gesundheitsförderung 74
Zielerreichungsgrad im Setting-Ansatz 80

Empfehlungen und Ausblick **83**
GKV-Leitfaden Prävention 2014 aktualisiert 84

Anhang **85**
Gesetzliche Regelungen 85
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention 85
Begriffsbestimmung: Setting, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention 87
Erhebungsmethode und Auswertung 87
Tabellenband, Dokumentationsbögen, Ausfüllhinweise 87
Abbildungsverzeichnis 88
Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation 89

Zusammenfassung

Der Präventionsbericht 2014 gibt einen Überblick über die Aktivitäten der Krankenkassen auf dem Feld der Primärprävention und Gesundheitsförderung. Der Themenschwerpunkt „Kooperationen" stellt dar, wie verschiedene Akteure Synergien erzeugen. Aufgaben und wichtige Kennziffern zum Engagement der Krankenkassen in den einzelnen Handlungsfeldern sind gebündelt aufbereitet. Die vollständigen Daten sind dem Tabellenband unter www.mds-ev.de zu entnehmen.

Interview mit den Sozialpartnern und Themenschwerpunkt „Kooperationen"

Im Interview mit zwei Vertretern der Sozialpartner wird deutlich, dass sich Arbeitnehmer wie Arbeitgeber ihrer Verantwortung für die Gesundheit der Beschäftigten bewusst sind und sich der Aufgabe stellen, dem steigenden Durchschnittsalter der Erwerbstätigen gerecht zu werden. Sie haben eine Demografiestrategie zur Förderung eines gesunden, motivierten und produktiven Arbeitslebens erarbeitet.

Der Themenschwerpunkt Kooperation erläutert die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Unfallversicherung, die Arbeit der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) und der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). Zur Stärkung der soziallagenbezogenen Prävention wirkt der Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit mit seinen Koordinierungsstellen in den Bundesländern. Zudem präsentiert sich die im letzten Jahr gegründete Zentrale Prüfstelle Prävention.

Kennziffern

Im Berichtsjahr 2013 erreichten die Krankenkassen mit ihren Aktivitäten zur Primärprävention und Gesundheitsförderung 29.000 Settings und knapp 10.000 eingebundene Betriebe. In den Settings konnten 2,6 Mio. Menschen erreicht werden, beispielsweise in Schulen und Kitas. 1,1 Mio. Menschen profitierten an ihrem Arbeitsplatz von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Hinzu kommen knapp 1,5 Mio. Menschen, die Kursangebote der Krankenkassen für ein künftig gesundheitsbewussteres Leben genutzt haben. Insgesamt wurden demnach 5,2 Mio. Menschen direkt erreicht.

267 Mio. Euro haben die Krankenkassen im Berichtsjahr 2013 in Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ihrer Versicherten investiert. Das sind 12 % mehr als im Vorjahr. Hiervon wurden 54 Mio. Euro für Maßnahmen in Betrieben (+ 18 %) und 30 Mio. Euro für das Engagement in den Lebenswelten des Setting-Ansatzes aufgewendet (+ 7 %). 183 Mio. Euro wurden in die individuellen Präventionskurs-Angebote investiert, 11 % mehr als im Vorjahr. Insgesamt wurden mit 3,82 Euro je Versichertem der gesetzliche Orientierungswert für Präventionsausgaben von 3,01 Euro für das Jahr 2013 deutlich übertroffen.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Über ein Drittel ihrer Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung richteten die Krankenkassen an Betriebe des verarbeitenden Gewerbes. Der Schwerpunkt lag bei Unternehmen mit 100 bis 500 Mitarbeitern. Die mittlere Laufzeit der Projekte hat sich auf etwa drei Jahre eingependelt. In der Hälfte der Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung setzten die Unternehmen auf weitere Unterstützung durch außerbetriebliche Partner. Beispielsweise bringt die Unfallversicherung bei gut einem Viertel der krankenkassengeförderten Projekte Ressourcen ein.

Im Jahr 2013 erstellten die Krankenkassen fast 7.000 AU-Profile bzw. betriebliche Gesundheitsberichte. Diese informieren in anonymisierter Form über die Arbeitsunfähigkeitsquote, die Anzahl der AU-Tage und -Fälle, die Verteilung der Krankheitsarten sowie Vergleiche zu anderen Betrieben der Branche. Die AU-Profile bieten einen guten Einstieg in weiterführende Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Das Präventionsengagement der Krankenkassen in den Betrieben verteilt sich auf verschiedene Handlungsfelder. Fast die Hälfte aller Maßnahmen befasst sich mit der Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz.

Setting-Ansatz

Krankenkassen nutzen die Möglichkeiten, Menschen gezielt in bestimmten Lebenswelten zu erreichen. Der Schwerpunkt der Aktivitäten in den knapp 29.000 Settings liegt auf der Zielgruppe der Kinder: In über der Hälfte aller Maßnahmen profitieren Kinder in Kindergärten oder Kitas von den Präventionsmaßnahmen. Der Betreuungsgrad ist hierbei hoch. Knapp ein Drittel (32 %) aller Kitas wird von den Krankenkassen mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung unterstützt. Dies ist zum einen im Hinblick auf eine frühe Prägung und nachhaltige Wirkung sinnvoll und erreicht zum anderen Kinder aus allen sozialen Schichten. Über eine halbe Million Kinder konnten in den Kitas erreicht werden.

In 72 % der Projekte führten Kooperationen zur Ergänzung von Kompetenzen und Ressourcen. Ein Gremium, das alle Schritte in einem Projekt koordiniert und steuert, weisen 80 % der Projekte auf. Erfolgskontrollen wurden bei knapp zwei Dritteln (63 %) der Projekte durchgeführt beziehungsweise geplant.

Individuelle Prävention

Mit Kursangeboten möchten die Krankenkassen den Versicherten gesundheitsrelevante Kompetenzen vermitteln und sie beim Einüben neuer Verhaltensweisen unterstützen. Ziel ist es, den Versicherten zu befähigen, sein Leben eigenverantwortlich dauerhaft gesundheitsförderlich zu gestalten. Bewegungsfördernde Kurse stehen bei den Versicherten mit 70 % im Vordergrund, die Angebote zur Stressbewältigung (25 %) werden ebenfalls gut nachgefragt.

Präventionsziele

Die Krankenkassen haben sich bundesweite Ziele für die betrieblichen Gesundheitsförderung und ihre Aktivitäten im Setting-Ansatz gesetzt. Der Präventionsbericht 2014 misst den Zielerreichungsgrad im ersten Gültigkeitsjahr der Zieleperiode 2013 bis 2018. Es ist ein guter Start zu verzeichnen. Beispielsweise nahm die Zahl der Unternehmen, die mit Unterstützung der Krankenkassen die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung fördern, im Vergleich zum Vorjahr um 36 % zu. Die Steigerung lässt sich nicht allein auf die generelle Ausweitung der betrieblichen Gesundheitsförderung – es wurden insgesamt im Vergleich zum Vorjahr 21 % mehr Betriebe erreicht – zurückführen. Das zeigt sich dadurch, dass der Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung an allen Betrieben mit krankenkassengeförderter Gesundheitsförderung ebenfalls stieg, und zwar um 13 %.

Leitfaden Prävention

Der Leitfaden Prävention, das verbindliche Qualitätsinstrument für die Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten der Krankenkassen, ist umfänglich weiterentwickelt worden. Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse sind ebenso eingeflossen wie Erfahrungen aus der Praxis. Insbesondere wurden in den Kapiteln betriebliche Gesundheitsförderung und Setting ausführliche Beschreibungen des Gesundheitsförderungsprozesses sowie der Leistungsarten und Förderkriterien vorgenommen.

Präventionsgesetz in Sicht

Nach mehrfachen Anläufen ist ein Präventionsgesetz in Reichweite. Der Präventionsbericht zeigt, dass die Krankenkassen auf dem Feld der Prävention und Gesundheitsförderung gut aufgestellt sind und bereits jetzt ihren Präventionsauftrag auf Basis der derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen über den bestehenden finanziellen Orientierungsrahmen hinaus verantwortungsvoll wahrnehmen. Es ist Anliegen der GKV, dass ein Präventionsgesetz diese vorhandenen positiven Entwicklungen weiter stärkt sowie effektive und unbürokratische Regelungen für einen zielorientierten und qualitätsgesicherten Ausbau trifft. Bei einer Erhöhung von finanziellen Mitteln durch das anstehende Präventionsgesetz sind die Kosten auf alle verantwortlichen Schultern einschließlich der privaten Krankenversicherung zu legen und in eine gesamtgesellschaftliche Strategie zur Weiterentwicklung von Transparenz, Qualität und Zielorientierung einzubetten.

Interview mit den Sozialpartnern
Länger gesund und motiviert arbeiten

Interviewpartner:
Ingo Nürnberger, DGB
und
Dr. Volker Hansen, BDA

Um dem steigenden Durchschnittsalter der Erwerbstätigen gerecht zu werden, müssen die Rahmenbedingungen der Arbeitswelt entsprechend gestaltet werden. Dabei kommt der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) besondere Bedeutung zu. Es gilt, die Gesundheit am Arbeitsplatz zu erhalten und Rahmenbedingungen für längeres Arbeiten zu gestalten. Seit 2012 widmet sich die Bundesregierung mit einer Arbeitsgruppe dem Themenkomplex Gesundheit und Arbeitsgestaltung. Unter dem Vorsitz des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) und dem Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) wurde eine Demografiestrategie zur Förderung eines gesunden, motivierten und produktiven Arbeitslebens erarbeitet. Dabei stehen die Gebiete Gesundheit, alters- und alternsgerechte Arbeitsgestaltung sowie lebenslanges Lernen im Mittelpunkt.

Zu diesem Themenkomplex sprachen wir mit Dr. Volker Hansen, Leiter der Abteilung „Soziale Sicherung" bei der BDA und Ingo Nürnberger, Leiter der Abteilung „Sozialpolitik" beim DGB.

Herr Dr. Hansen, Herr Nürnberger, wie sieht Ihre persönliche „Präventionsstrategie" aus?

Hansen: Viel arbeiten – aber nicht zuviel, mit dem Hund spazieren gehen und ganz bewusst den lieben Gott ab und zu einen guten Mann sein lassen.

Nürnberger: Gutes Essen und selbst Sport machen. Und natürlich die Dauerkarte bei Hertha BSC – das hilft bei der seelischen Gesundheit. Viel arbeiten ist in Ordnung – aber man muss auch wissen, wann es genug ist.

Der demografische Wandel in Deutschland macht sich in zunehmendem Fachkräftemangel, aber auch im allgemein ansteigenden Altersdurchschnitt von Beschäftigten bemerkbar. Wie muss eine Strategie aussehen, die diesen Herausforderungen entgegenwirkt?

Nürnberger: Man muss viele Handlungsansätze haben und nutzen, um dem demografischen Wandel konstruktiv zu begegnen: Das beginnt beim Thema Ausbildung mit dem Anspruch, allen Schulabgängern eine gute Ausbildung zu ermöglichen. Es geht weiter bei frühzeitiger Weiterbildung und rechtzeitigem Berufsumstieg, wenn man bestimmte berufliche Tätigkeiten nicht mehr ausüben kann. Zudem sind auskömmliche Einkommen und auch gute Arbeitsbedingungen natürlich wichtig, um dem demografischen Wandel in der Arbeitswelt zu begegnen.

Diese demografischen Veränderungen machen sich besonders in kleinen und mittleren Betrieben bemerkbar, in denen nicht nur die Knappheit an Fachkräften, sondern unter Umständen auch die körperliche Belastung der Arbeit eine Herausforderung darstellt. Welche Besonderheiten gelten hier?

Hansen: Die Besonderheit bei kleinen und mittleren Unternehmen liegt sicher darin, dass sie in ihrer Gesamtheit noch vielfältiger und bunter sind als Großunternehmen, und auf diese besonderen Bedingungen muss eingegangen werden. Hier ist es also noch wichtiger, maßgeschneiderte und passgenaue Maßnahmen zu erarbeiten – im Betrieb selber, aber auch gemeinsam mit Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften. Verallgemeinerungen oder Grobkon-

zepte helfen in kleinen und mittleren Unternehmen sicher am wenigsten.

Nürnberger: Gerade sehr kleine Unternehmen haben oft nur geringe Ressourcen, um sich angemessen um das Thema Gesundheit im Betrieb zu kümmern – so wichtig es für das längere Arbeiten auch ist. Sie haben keine große Personalabteilung, die sich darum kümmert. Außerdem dominiert oft das Tagesgeschäft, das Bestehen im Wettbewerb. Deswegen ist es ja auch so wichtig, gerade kleine Unternehmen von außen zu unterstützen, um gesundheitliche Prävention in solchen Unternehmen auch unterzubringen. Das kann durch gute Beratung und durch gute Angebote erfolgen, beispielsweise durch Unfallversicherungsträger oder durch Krankenkassen.

Welche Rolle spielen Präventionsmaßnahmen im Rahmen der Demografiestrategie, wie hoch ist ihr Einfluss zu bewerten?

Nürnberger: Aus meiner Sicht ist das Thema Gesundheit – neben dem Thema Bildung – tatsächlich eine der wichtigsten Säulen beim Umgang mit dem demografischen Wandel. Insofern ist gesundheitliche Prävention sehr wichtig. Der Anteil arbeitsbedingter Erkrankungen ist sehr hoch, insbesondere bei Muskel-Skelett-Erkrankungen oder bei psychischen Erkrankungen. Deswegen muss man den Lebensraum Betrieb auch dafür nutzen, die Unternehmer, die Arbeitgeber, aber eben auch die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu unterstützen, mit den Belastungen besser umzugehen.

Hansen: Ich will über arbeitsbedingte Anteile an Gesundheit oder Krankheit nicht streiten. Es klang eben bei Herrn Nürnberger schon an, dass das ein sehr komplexes Thema ist. Ich als Volker Hansen bin aber primär selbst für meine Gesundheit verantwortlich. Ich muss also auch in meinem privaten Leben versuchen, beispielsweise meinen Alkoholkonsum zu begrenzen, am besten nicht zu rauchen, etwas Bewegung zu haben, und sonstige private Stressfaktoren abzubauen. Das ist eine Seite.
Dann stellt sich aber auch die Frage nach dem Stress im Beruf. Jetzt kann man darüber streiten, ob Stress positiv oder negativ zu bewerten ist – zu viel ist auf jeden Fall negativ. Eine geeignete Strategie muss beinhalten, dass sich alle Beteiligten und alle Ebenen damit beschäftigen und möglichst aufeinander abgestimmt Maßnahmen erarbeiten, damit möglichst viele Menschen möglichst lange leistungsfähig und -willig bleiben und ihren Lebensunterhalt verdienen können.

Nürnberger: Wobei aus unserer Sicht die Frage der Arbeitswelt schon sehr wichtig ist! Die Menschen verbringen acht bis neun Stunden am Tag im Betrieb, und dort sind die Anforderungen und die Zwänge auch besonders hoch: Man muss ständig funktionieren, und das kann den Menschen zu viel werden – sowohl körperlich als auch psychisch. Gerade in einer alternden Gesellschaft müssen wir menschenwürdige Arbeit gestalten. Immer mehr, immer schneller, immer höher, und das in immer kürzerer Zeit – das kann für eine alternde Gesellschaft wahrlich nicht die Strategie sein, um menschengerechte Arbeit zur Verfügung zu stellen und gleichzeitig im Wettbewerb zu bestehen.

Die BGF muss also ein fester Bestandteil der Unternehmenskulturen werden, um nachhaltige Verbesserungen zu erzielen. Wie kann das konkret erreicht werden – hängt es von der individuellen Bereitschaft der Managerebene ab, oder welche Bereiche muss man noch unbedingt mitnehmen?

Hansen: BGF muss kein fester Bestandteil werden, es ist eine freiwillige Maßnahme der Unternehmen und sollte das auch bleiben.
Die Unternehmen stellen inzwischen verstärkt fest, oft gezwungen durch Fachkräftemangel, ältere Belegschaften, demografische Entwicklung, dass sie von sich aus aktiv werden müssen. Die Krankenkassen, die Berufsgenossenschaften und andere bemühen sich ihrerseits, zu den Unternehmen Kontakt zu bekommen, um dort ihre Konzepte zu präsentieren. Es ist also dem System

inhärent, dass es selbst wachsen wird durch die „Profitgier" des Unternehmens – denn nichts ist teurer als ein kranker Arbeitnehmer.
Ich glaube auch, dass das Interesse der Bevölkerung für Gesunderhaltung sowie das Engagement der Sozialversicherungsträger zunimmt. Diese Entwicklung müsste gesetzgeberisch in einen Rahmen gegossen werden, um hier das Zusammenwirken zu verbessern. Aber ich betone noch einmal: BGF ist zwingend eine freiwillige Maßnahme.

Nürnberger: Kluge Unternehmen, die Ausgaben für Gesundheit im Betrieb als Investitionen sehen, werden den verpflichtenden Arbeitsschutz durch momentan noch freiwillige betriebliche Gesundheitsförderung ergänzen. Gerade in einer alternden Gesellschaft wird es von großer Bedeutung sein, dass das Thema Gesundheit einen Platz im Betrieb hat. Wenn Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gesundheitliche Probleme haben, sollten sie frühzeitig mit dem Arbeitgeber darüber reden können, wie trotz der Probleme das längere Arbeiten ermöglicht werden kann. Deswegen sollten Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung zusammenwirken und ein Klima schaffen, in dem die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auch mit dem Thema Gesundheit zu ihrem Arbeitgeber gehen können, wenn es im Einzelfall nötig ist.

Sie haben beide bereits die Krankenkassen angesprochen. Welchen Beitrag können diese denn zur betrieblichen Gesundheitsförderung leisten – und wo liegen hier ganz konkrete Grenzen?

Nürnberger: Die gesetzlichen Krankenkassen können betriebliche Gesundheitsförderung in Betrieben initiieren oder sinnvolle Analysen, beispielsweise der Krankheitsdaten, anstellen und zur Verfügung stellen. Gemeinsam mit den Arbeitgebern und am besten auch mit den Beschäftigten können sie Handlungsansätze entwickeln, was man im konkreten Betrieb zur Gesundheitserhaltung tun kann. Sie können Wissen vermitteln, zum Beispiel in Form von Führungskräfteschulungen, um betriebliche Gesundheitsförderung auch auf eine dauerhafte Wirkung auszurichten und nicht nur als Strohfeuer zu initiieren. Jeder Beitragseuro der GKV ist gut investiert, wenn Führungskräfte die Theorie dann auch in den Alltag mitnehmen.
Es gibt auch Grenzen für die Krankenkassen: Insbesondere die Arbeitgeber müssen die Gesundheitsförderung wollen, müssen Geld und Zeit darin investieren – das kann man mit Beitragsmitteln ergänzen und initiieren, aber nicht ersetzen. Denn am Ende kommt es auf die Bereitschaft der Arbeitgeber an, das Thema Gesundheit als Investition zu betrachten.

Hansen: Ich kann das im Großen und Ganzen unterschreiben. Grenzen liegen natürlich auch darin, dass wir viele Player auf dem Gebiet haben. Hierzu gehören auch Player wie etwa die Berufsgenossenschaften, die im Kern gesetzgeberische Aufgaben haben, sich aber auch auf dem Feld der freiwilligen Leistungen bewegen. Und das ist auch gut so.
Auch der Arbeitgeber muss Bereitschaft zeigen, aktiv tätig zu werden und Maßnahmen mit zu finanzieren. Im Bereich der Krankenversicherung kommt als möglicher Störfaktor hinzu, dass die Krankenkassen Prävention als Wettbewerbsthema, als Abgrenzungsbereich auffassen. Bei den Krankenkassen darf zudem nicht übersehen werden, dass hier – Stichwort Zusatzbeitrag – auch finanzielle Grenzen bestehen. Grenzen sehe ich also eher in der Abstimmung und in der Zusammenarbeit sowohl zwischen den Präventionsträgern als auch innerhalb der jeweiligen Bereiche. Was letztlich vermieden werden muss, sind Doppel-Strukturen und Doppel-Leistungen.

Nürnberger: Der Beitragssatzwettbewerb ist tatsächlich nicht hilfreich, um von Seiten der Krankenkassen strategisch betriebliche Gesundheitsförderung zu fördern, da stimme ich Herrn Hansen zu. Was gut gelingen kann, ist eine Zusammenarbeit von Unfallversicherungsträgern und Krankenkassen. Dort gibt es mittlerweile viele gute Beispiele. Es gibt auch viele Anknüpfungspunkte für Berufsgenossen-

schaften im Betrieb: Wenn hier bemerkt wird, dass der Arbeitsschutz funktioniert, aber sinnvollerweise durch Gesundheitsförderung ergänzt werden sollte, kann und sollte der Unfallversicherungsträger das gemeinsam mit dem Arbeitgeber initiieren. Wenn wiederum eine Krankenkasse im Betrieb merkt, dass der Arbeitsschutz noch nicht so richtig funktioniert, dann kann sie dem Arbeitgeber raten, die Berufsgenossenschaft und deren Beratung zu nutzen. Denn was hilft die beste Rückenschule, wenn der Schreibtischstuhl nichts taugt?
Ich glaube, dieses gegenseitige Verstärken sollte man in Zukunft noch stärker nutzen. Da hoffe ich auch sehr stark auf das Präventionsgesetz, das die Große Koalition plant.

Sie haben beide schon die Bedeutung der Bereitschaft der Unternehmen herausgestellt, sich an solchen Maßnahmen überhaupt zu beteiligen. Wie wichtig ist konkret dabei die Vorbildfunktion von Führungskräften? Oder anders gefragt: Kann man BGF-Maßnahmen auch gegen den Widerstand der Management-Ebene durchsetzen?

Hansen: Wenn das Management Widerstand leistet, ist es schwierig. Wenn das Management kein Vorbild ist, weil es – salopp gesagt – raucht, trinkt und zu dick ist, ist es auch schwierig. Und von daher kommt der Vorbildfunktion eine große Bedeutung zu.

Nürnberger: Wir sind dafür, die Rolle der Beschäftigtenvertretung, der Betriebs- und Personalräte beim Thema Gesundheit im Betrieb noch weiter zu stärken, weil sie Initiator sein können und weil sie das Vertrauen für gesundheitsorientierte Maßnahmen schaffen können. Was die Vorbildfunktion von Führungskräften angeht: Führungskräfte sind auch Mitarbeiter! Sie müssen also auch die Möglichkeit haben, sich mit ihrer Gesundheit zu beschäftigen, ausreichend Pausen zu machen und mal abzuschalten. Das ist eine Frage der Führungskultur. Führungskultur im Betrieb ist ausschlaggebend – auch für die Führungskräfte selber.

Wenn der erste Schritt geschafft ist und die Führungsriege ganz hinter einer Maßnahme steht, dann stellt sich die Frage: Wie nimmt man alle Beschäftigten im Haus mit?

Hansen: Die Frage ist ja zuerst: Muss man, will man überhaupt alle mitnehmen? Und die andere Frage ist:

Kriegt man die, die es nötig haben? Leider ist immer wieder festzustellen, dass an Ernährungs- und Kochkursen diejenigen teilnehmen, die privat schon sehr auf Ernährung achten. Am Halbmarathontraining nehmen diejenigen teil, die sowieso schon sportlich sind. Aber diejenigen, die es eigentlich nötig hätten, bekommt man nur sehr schwer. Um die begrenzten Ressourcen sinnvoll einzusetzen, würde ich mich nicht darauf konzentrieren, dass ich alle mitnehmen will, sondern dass ich die möglichst mit ins Boot bekomme, die noch nicht dabei sind.

Ich habe dafür kein Patentrezept, denn es ist sehr schwer, erwachsene Menschen noch von einer anderen Lebensführung zu überzeugen.

Nürnberger: Dass man mit Prävention diejenigen erreicht, die es am nötigsten haben, ist wirklich ein sehr wichtiger Aspekt. Gerade deswegen ist die Lebenswelt „Arbeit" so wichtig. Allerdings eben nicht nur, weil man dort auch verhaltensorientiert mit den Menschen arbeiten kann, sondern auch, weil gerade Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit niedrigem sozialen Status häufig eher in körperlich und psychisch belastenden Tätigkeiten arbeiten. Deswegen gilt wiederum, dass man Verhaltensprävention eigentlich nicht sinnvoll von Verhältnisprävention trennen kann. Das schafft am ehesten die Chance, auch sozial schwache Menschen zu erreichen, die häufig gesundheitlich besonders belastet sind und wenig von sich aus dagegen tun.

Hansen: Noch schwerer als das Verhalten sind in der Regel die Verhältnisse zu verändern, Prävention ist also auch hier ein längerfristiger Ansatz.

Nürnberger: Da widerspreche ich ausdrücklich! Der alte, schlechte Schreibtischstuhl ist leichter auszutauschen, als Menschen dazu zu bringen, zweimal die Woche zur Rückenschule zu gehen. Und es ist wesentlich effizienter, über die Reduzierung von Überstunden zu reden, als die Leute mit Atemtraining dazu zu bringen, die hohe Belastung künftig besser auszuhalten.

Hansen: Herr Nürnberger, ich verstehe unter Verhältnisprävention vor allem eine Veränderung sozialer Lebensumstände wie Wohnen und Ausbildung. Das kriegen Sie nicht von heute auf morgen hin. Einen Stuhl können Sie natürlich sofort austauschen.

Wenn Sie die Verzahnung der einzelnen Teilbereiche von Präventionsmaßnahmen betrachten, wie BGF, Angebote der Rentenversicherung, betriebliches Eingliederungsmanagement, Arbeitsschutz, Unterstützungsmaßnahmen der Krankenkassen etc.: Was läuft Ihrer Meinung nach gut – und an welchen Schnittstellen sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Nürnberger: Es gibt viele Beispiele, wo die Zusammenarbeit der Unfallversicherungsträger und der Krankenversicherungsträger sehr gut läuft. Ich wünsche mir, dass das Zusammenwirken zum Goldstandard bei der Förderung von betrieblicher Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen wird, weil man damit besonders große Nachhaltigkeit erzeugt. Auch die Rentenversicherung ist ein wichtiger Partner, weil sie ja der wichtigste Träger von Rehabilitation bei Erwerbstätigen ist. Da die Rentenversicherung zunehmend individuell ausgerichtete Präventionsleistungen erbringt, kann das eine wichtige Ergänzung zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting sein – mit dem Arbeitsschutz als Grundlage für gute und gesunde Arbeit.

Hansen: Ich glaube, dass vor Ort in der Praxis manches besser läuft, als man vermuten würde. Allerdings sollte man auf Verbandsebene – sei es nun der GKV-Spitzenverband oder die DGUV – sich immer erst zusammensetzen und gemeinsam abstimmen, wo eine Zusammenarbeit wirklich sinnvoll ist, um die knappen Ressourcen möglichst sinnvoll einzusetzen.

Nürnberger: Ich wünsche mir auch vom Präventionsgesetz, dass eine Antwort gefunden wird auf die Frage, wie wir qualitativ hochwertige und strategisch ausgerichtete betriebliche Gesundheitsförderung im Kassenwettbewerb organisieren. Das wird wahrscheinlich eine große Herausforderung sein, aber man hat schon eine gute Basis: Immerhin haben die gemeinsame deutsche Arbeitsschutzstrategie, bei der Länder und Unfallversicherungsträger zusammenwir-

ken, und die gesetzliche Krankenversicherung ihre Präventionsziele parallelisiert und die psychischen Belastungen im Arbeitsleben sowie Skeletterkrankungen in beiden Sozialversicherungsbereichen zu Hauptthemen der Prävention gemacht. Und darauf kann man in einem hoffentlich pragmatisch ausgelegten Präventionsgesetz aufbauen.

Herr Hansen, Sie hatten vorhin schon die Passgenauigkeit erwähnt, die Maßnahmen in Betrieben haben müssen. Gibt es irgendwelche Maßnahmen, die sich verallgemeinern lassen, die übertragbar sind?

Hansen: Als Überbau brauchen Sie überall ein Grundverständnis bei Mitarbeitern und in der Führungsebene über Gesundheit und über Prävention. Ebenso eine grundlegende Fähigkeit, kausal zu denken und Zusammenhänge zu erkennen. Wenn dieser Überbau vorhanden ist, dann ist der zweite Schritt gar nicht mehr so problematisch: Nämlich zu entscheiden, wo die Probleme im jeweiligen Betrieb sind – und dann dort anzusetzen.

Nürnberger: Die Evaluationsforschung zeigt ein paar grundlegende Erfolgsfaktoren: Eine gute Ausgangs-Analyse hat noch nie geschadet. Auch sollten Krankenkassen darauf achten, dass sie dauerhafte Strukturen im Betrieb initiieren, zum Beispiel die sogenannten Gesundheitszirkel, die sich weiter mit dem Thema beschäftigen, wenn sich die Krankenkasse wieder zurückzieht. Die Beteiligung der Beschäftigten ist ebenfalls ein großer Erfolgsfaktor, und man muss selbstverständlich auch die Verhältnisse in den Blick nehmen, wenn man auf Dauer zu Veränderungen kommen möchte.

Sind Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung Themen, die sich nur wirtschaftlich gut aufgestellte Unternehmen leisten können?

Hansen: Auf diese Frage muss die Antwort nein heißen. Denn auch umgekehrt kann ein Schuh draus werden: Wenn es einem Unternehmen wirtschaftlich nicht so gut geht, weil der Krankenstand zu hoch ist oder weil Führungsstrukturen undurchsichtig sind, dann kann gerade eine BGF helfen, wieder wirtschaftlich zu werden. Denn ein kranker Arbeitnehmer bekommt den vollen Lohn und verursacht Behandlungskosten und leistet ja nichts. Von daher kann man BGF und BGM auch als mögliche Maßnahmen zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens sehen, und das sollte sich in den Unternehmerköpfen festsetzen: Ihr habt damit ein weiteres Instrument, um am Markt wieder bestehen zu können. Herr Nürnberger, die Ansicht müssen Sie doch teilen.

Nürnberger: Ganz genau, Ausgaben für Gesundheitsförderung sind Investitionen, damit ein Unternehmen auf Dauer funktionieren kann – vor allem im demografischen Wandel. Dass wirtschaftlich erfolgreiche Unternehmen sich dabei leichter tun, ist klar. Aber es bleibt richtig, dass Unternehmen, wenn sie auf Dauer bestehen wollen, ohnehin investieren müssen – auch in Gesundheit. Im Gegensatz zu anderen Investitionen gibt es beim Thema Gesundheit mit den Sozialversicherungsträgern ja durchaus Akteure, die ein Unternehmen dabei sogar unterstützen – durch Beratung, aber auch finanziell. Und ich glaube, damit kann man auch sehr offensiv als Sozialversicherungsträger an die Unternehmen herantreten.

Hansen: Das betrifft ebenso die Investitionen in das lebenslange Lernen. Hier sind auch die Unternehmen gefordert. Wer nicht in Lernfähigkeit und Lernbereitschaft investiert, und hierzu gehört auch die Stärkung des Gesundheitsbewusstseins, der schadet sich letztlich selbst.

Nürnberger: Lebensbegleitendes Lernen ist neben dem Thema Gesundheit der größte und erfolgversprechendste Handlungsansatz. Ich habe den Eindruck, dass wir beim lebensbegleitenden Lernen konzeptionell ebenfalls schwach aufgestellt sind, wie beim Thema Gesundheit. Und zwar sowohl in der Frage, was der Staat da eigentlich unterstützen kann, als auch, wie die Betriebspartner und Tarifpartner mit dem Thema lebensbegleitendes Lernen umgehen können. Da sollten wir konzeptionell noch ein bisschen aufrüsten und das dann erfolgreich in die Praxis umsetzen.

Herr Dr. Hansen, Herr Nürnberger, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte
Anna Mareike Lüttge,
GKV-Spitzenverband.

Themenschwerpunkt: Kooperation in der Prävention

Der GKV-Spitzenverband gestaltet seit seiner Gründung die Rahmenbedingungen für eine moderne, an den Bedürfnissen der Versicherten ausgerichtete Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Der GKV-Leitfaden Prävention als das zentrale Qualitätssicherungsinstrument wird in enger Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und der Beratenden Kommission unabhängiger Expertinnen und Experten auf eine stärkere Lebensweltorientierung der Leistungserbringung hin ausgerichtet. Die vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes beschlossenen gemeinsamen GKV-Ziele für Prävention und Gesundheitsförderung tragen zu empirisch fundierten Priorisierungen und Fokussierungen der Leistungserbringung bei. Nicht zuletzt unterstützt der GKV-Spitzenverband die trägerübergreifende Zusammenarbeit der maßgeblichen Präventionsakteure durch den Abschluss von Rahmenvereinbarungen und Förderung kooperativer Vorgehensweisen. Das in diesen Prozessen bereits Erreichte bildet sicherlich geeignete Anknüpfungspunkte für die Weiterentwicklung auch der gesetzlichen Rahmenbedingungen in dieser Legislaturperiode.

Gesundheitsförderung als Gemeinschaftsaufgabe

Primärprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kommunen, Kindertagesstätten, Schulen und insbesondere auch in Betrieben sind eine komplexe Aufgabe, für die nicht nur und nicht primär die Krankenkassen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben der §§ 20 und 20a SGB V zuständig sind, sondern insbesondere auch die für die jeweiligen Lebenswelten verantwortlichen Akteure. Diese Verantwortlichen gestalten die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen mit und haben damit einen bedeutsamen Einfluss auf deren Gesundheitschancen.

Gesundheitsförderungsprozess mit verhältnis- und verhaltenspräventiven Elementen

Gesundheitsförderung in diesen – nichtbetrieblichen und betrieblichen – Lebenswelten (sogenannter Settingansatz) kombiniert verhältnispräventive und verhaltenspräventive Elemente: Die Krankenkassen beraten und begleiten die primär Verantwortlichen bei der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Rahmenbedingungen und unterstützen gleichzeitig Primärpräventionsmaßnahmen für die dort lebenden Menschen. Dabei arbeiten die Krankenkassen häufig mit Kooperationspartnern zusammen, wie dieser Präventionsbericht zeigt. Ein breites von den primär Verantwortlichen und ihren Partnern getragenes Engagement ist für eine nachhaltige Implementierung des Themas Gesundheit in der jeweiligen Lebenswelt bedeutsam. Die Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen selbst sind Bestandteil eines gemeinsam zu durchlaufenden Gesundheitsförderungsprozesses, für den möglichst bestehende Strukturen genutzt werden und in den die Zielgruppen einbezogen werden; sie fußen auf einer Bedarfsanalyse und werden begleitend evaluiert.

Leistungsgrundlage Leitfaden Prävention

Grundlage für die Leistungen der Krankenkassen ist der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes. Dieser Leitfaden wird kontinuierlich an wissenschaftliche Erkenntnisse und an Erfahrungen aus der Praxis angepasst. Dabei nutzen der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene seit vielen Jahren die Expertise der Beratenden Kommission und bedarfsbezogen weiterer Fachexperten zur Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien. Die jüngste Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention von 2014 fokussiert insbesondere auf die Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten und die betriebliche Gesundheitsförderung und auf die dabei notwendigen Partnerschaften entsprechend den unterschiedlichen Zuständigkeiten.

Partnerschaften für die betriebliche Gesundheitsförderung

In der betrieblichen Gesundheitsförderung haben Kooperationen mit weiteren verantwortlichen Akteuren große Bedeutung: Gemeinsam lassen sich die Aufgaben von Prävention und Gesundheitsförderung sowie Arbeits- und Unfallschutz verbinden und die jeweiligen Wissens-/Erfahrungshintergründe zusammentragen. Ein wichtiger auch gesetzlich verankerter Kooperationspartner der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), mit der es gemeinsame Gremien auf Bundesebene gibt und mit der Krankenkassen auch im Rahmen von Präventionskampagnen kooperieren. Die GKV bringt sich als strategischer Kooperationspartner auch in den von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern gemeinsam getragenen Verbund „Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA)" ein, indem sie u. a. für Synergien zwischen ihren arbeitsweltbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungszielen und den Arbeitsschutzzielen der GDA sorgt. In der „Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)", kooperieren Krankenkassen und DGUV und führen gemeinsam Projekte durch.

Partnerschaften für lebensweltbezogene Gesundheitsförderung

Die Krankenkassen haben ihr lebensweltorientiertes Gesundheitsförderungsengagement in den letzten Jahren, insbesondere in Kitas und Schulen, ausgebaut, wie auch der vorliegende Präventionsbericht zeigt. Außerdem unterstützen sie gemeinsam mit den Bundesländern die Strukturbildung „Koordinierungsstellen gesundheitliche Chancengleichheit".
Zwei Empfehlungen der GKV-Gemeinschaft mit wichtigen verantwortlichen Partnern sollen die Gesundheitsförderung in Lebenswelten, über Kitas und Schulen hinaus, noch breiter zu etablieren helfen:
Bei der Empfehlung zur Zusammenarbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der GKV zum Thema „Arbeitslosigkeit und Gesundheit" von 2012 handelt es sich um einen Rahmen dafür, dass Krankenkassen und Jobcenter bzw. Arbeitsagenturen ihre Zusammenarbeit im Bereich von Arbeits- und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Arbeitslosen intensivieren.

Die Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune von 2013 soll dazu beitragen, dass die verantwortlichen Partner vor Ort kontinuierlich (z. B. in Gesundheitskonferenzen) zusammenarbeiten. Diese Kooperation vor Ort kann von der wechselseitigen Information zu durchzuführenden Maßnahmen über die Abstimmung der Maßnahmen bis hin zu einer gemeinsamen trägerübergreifenden Maßnahmenplanung, Finanzierung und Durchführung gehen.

Kooperation zur gemeinsamen Qualitätssicherung der Präventionskurse

Präventionskurse der Krankenkassen bilden einen wichtigen Leistungsbereich nach § 20 SGB V. Die Kooperation der Mehrzahl der Krankenkassen bei der Durchführung des umfangreichen Prüfgeschäfts hinsichtlich der Leitfadenkonformität von Präventionskursen einschließlich der entsprechenden Anbieterqualifikation hat die Verwaltungsabläufe vereinfacht und vereinheitlicht. Die von den Krankenkassen beauftragte Zentrale Prüfstelle Prävention wird im Schwerpunktteil beschrieben.

In den folgenden Beiträgen zum Themenschwerpunkt werden die hier angesprochenen Kooperationsaktivitäten vorgestellt.

Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und gesetzlicher Unfallversicherung

von
Waltraud Wagner,
IKK e. V.
und
Angela Knoll, DGUV

Die Rahmenvereinbarung steht auf der Internetseite des Arbeitskreises unter www.praevention-arbeitswelt.de zum Download zur Verfügung.

Der Stellenwert der Gesundheitsförderung in den Unternehmen hat in den vergangenen Jahren immens an Bedeutung gewonnen. Aus gutem Grund: Die Arbeitswelt verändert sich stetig und nachhaltig, Unternehmen und damit auch ihre Beschäftigten müssen sich permanent neuen Herausforderungen stellen. Diese Entwicklung wird begleitet durch eine älter werdende Gesellschaft mit längeren Lebensarbeitszeiten. Dass die Beschäftigten dabei gesund und leistungsfähig bleiben, ist ein zentrales Anliegen von gesetzlichen Krankenkassen, Unfallversicherungsträgern und Betrieben gleichermaßen. Sie verfolgen das gemeinsame Ziel, die gesund erhaltenden Potenziale der Arbeit zu stärken und die mit Arbeit verbundenen Risiken zu verringern. Kassen und Unfallversicherungsträger unterstützen die Betriebe, diese Ziele zu erreichen. Während sich die Kassen mit Projekten in den Betrieben engagieren, die auf freiwilliger Basis erfolgen, geben die Unfallversicherungsträger den Betrieben Hilfestellungen, ihre gesetzlich verpflichtenden Maßnahmen zum Arbeitsschutz umzusetzen.

Für die Ausgestaltung der gesetzlichen Verpflichtung zur Kooperation haben die Spitzenverbände von Kranken- und Unfallversicherung bereits 1997 den Arbeitskreis „Prävention in der Arbeitswelt" ins Leben gerufen. Ziel ist es u. a., die Zusammenarbeit weiterzuentwickeln und zu optimieren sowie die Träger dabei zu unterstützen. Eine gemeinsame **Rahmenvereinbarung** beschreibt ausgehend von den Aufgaben, Pflichten und Kompetenzen der Unfall- und Krankenversicherung den Handlungsrahmen der Kooperationspartner auf verschiedenen Ebenen.

Ausgangspunkt ist ein ganzheitliches Arbeitsschutzverständnis im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes und ein Verständnis der betrieblichen Gesundheitsförderung nach der „Luxemburger Deklaration" (1997) des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP). So soll die Zusammenarbeit der beiden Sozialversicherungszweige gefördert werden, ohne die Kreativität der Träger durch allzu enge Vorgaben zu hemmen.

Diese Herangehensweise ist sinnvoll, denn jeder Träger gestaltet seine Konzepte entsprechend seiner Klientel und den vorhandenen Ressourcen. Und für die vielschichtigen Probleme und Fragestellungen, die branchen- oder betriebsgrößenbezogen beziehungsweise betriebsspezifisch sein können, müssen den Betrieben auch entsprechend unterschiedliche Lösungen angeboten werden. Dabei ergänzen sich die Kompetenzen, Handlungsfelder und Leistungen von Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern, die zusammengenommen ein breites Spektrum abdecken, um Betriebe in allen für Gesundheit und Sicherheit relevanten Belangen Hilfestellung zu geben. Beide Partner unterstützen gleichermaßen ein systematisches Vorgehen, um Sicherheit und Gesundheit in die betrieblichen Strukturen und Prozesse zu integrieren. Eine Verzahnung ihrer Leistungen sorgt damit für eine nachhaltige Wirkung und eine Gewinn bringende Situation im Unternehmen.

In einer Bestandsaufnahme zur Zusammenarbeit von Kranken- und Unfallversicherung aus dem Jahr 2011 wurde deutlich, wie eine Zusammenarbeit der beiden Sozialversicherungszweige gelingen kann. Die Bedingung: Die Träger müssen die Präventionsansätze, Handlungsfelder und Maßnahmen sowie die jeweiligen Ansprechpersonen des Kooperationspartners kennen. So haben vor allem die Träger, die schon über viel Erfahrung in der Zusammenarbeit verfügen, ihre Kooperationen kontinuierlich ausgebaut, gestalten sie innovativ und bewerten die Zusammenarbeit als durchweg positiv. Diese Partner haben auch den zu Anfang ggf. erhöhten Abstimmungsbedarf „überwunden", der auch aus einem in der Vergangenheit unterschiedlich geprägten Präventionsverständnis resultiert.

Das grundlegende Verständnis beider Sozialversicherungszweige hat sich in den vergangenen Jahren – auch befördert durch ihre langjährige Zusammenarbeit und den Austausch – immer mehr angeglichen. Dieses Verständnis umfasst einen breiten Ansatz, der Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, menschengerechte und gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit und die Stärkung von Gesundheitskompetenzen gleichermaßen in den Blick nimmt. Auf Basis dieses Verständnisses können abhängig von Situationen, Anlässen, Ressourcen oder Zielen viele

verschiedene Kooperationsmöglichkeiten und Ansätze zu einer effektiven Prävention in Unternehmen führen.

Der Arbeitskreis „Prävention in der Arbeitswelt" fördert die Zusammenarbeit der Träger und stellt auf seiner Internetseite www.praevention-arbeitswelt.de Informationen und Hilfestellungen rund um die Zusammenarbeit zur Verfügung. So werden dort u. a. konkrete Kooperationsbeispiele aus der Praxis veröffentlicht oder Ansprechpartner und Arbeitsgemeinschaften mit Kontaktdaten aufgeführt. Außerdem finden sich Empfehlungen zum Aufbau von Kooperationsstrukturen zur Unterstützung von kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU) sowie zu kassenartenübergreifenden Auswertungen von Routinedaten. Auch werden unterschiedliche Ansätze aufgezeigt und Anregungen gegeben, wie man Prävention und Gesundheitsförderung gemeinsam gestalten kann. Ob Pakete für gemeinsame Qualifizierungsmaßnahmen geschnürt werden, vom Ansatz der Organisationsentwicklung her gedacht oder eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit praktiziert wird, immer wird auch der Nutzen eines gemeinsamen Vorgehens für beide Partner deutlich gemacht.

Gemeinsame Projekte von Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern sind für alle Beteiligten ein Gewinn. Personelle und finanzielle Ressourcen beider Partner werden zielgenau eingesetzt. Arbeiten die Träger von Kranken- und Unfallversicherung Hand in Hand, können sie sich auf ein ganzheitliches und qualitätsgesichertes Ergebnis im Unternehmen konzentrieren. Durch die unterschiedlichen Kompetenzen der Kooperationspartner und die gewonnenen Erfahrungen kann auch das eigene Angebotsspektrum erweitert werden.

Auch die Betriebe – und damit die Beschäftigten – haben einen höheren Nutzen, wenn die Sozialversicherungsträger im Sinne eines übergreifenden Gesundheitsmanagements miteinander arbeiten. Nicht zuletzt erhoffen sich die Unternehmen eine Steigerung der Motivation und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, aber auch weniger Ausfälle durch Krankheitstage. Auf der Grundlage eines erweiterten Verständnisses in der Zusammenarbeit der beiden Sozialversicherungszweige ist die betriebliche Gesundheitsförderung auch ein wichtiges Element für den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit, die sowohl auf die Gestaltung der Arbeitsbedingungen als auch auf die Stärkung der Gesundheitskompetenzen einwirkt. Profitieren werden vor allem die Beschäftigten.

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie stärkt Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz

von
Georg Hensel,
IKK classic,
Frauke Rothbarth
und
Katrin Kromark,
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege/ GDA

Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) ist eine von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern gemeinsam getragene, bundesweit geltende Arbeitsschutzstrategie. In diesem starken Verbund engagieren sich alle GDA-Träger und Kooperationspartner (Krankenkassen, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände etc.) für die Stärkung von Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz.
Mit der GDA wurden die Grundlagen geschaffen, Präventionspotenziale gemeinsam zu nutzen und wichtige Themen der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in Deutschland im Sinne der Unternehmen und Beschäftigten wirkungsvoller und effizienter zu gestalten. Zentrales Element ist dabei die Festlegung gemeinsamer Arbeitsschutzziele und Handlungsfelder sowie deren bundesweite Umsetzung in gemeinsamen Arbeitsprogrammen. Schlüssel- und Erfolgsfaktor für eine erfolgreiche Umsetzung der Arbeitsprogramme ist die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern und die Bündelung von Präventionsaktivitäten aller an Sicherheit und Gesundheit beteiligten Akteure, um nachhaltig für sichere, gesunde und menschengerechte Arbeitsbedingungen zu sorgen. Die Nationale Arbeitsschutzkonferenz (NAK) hat sich daher zum Ziel gesetzt, für die Umsetzung der GDA-Arbeitsprogramme 2013 bis 2018 Kooperationspartner, die im Aufgabenfeld des Erhalts und der Förderung der Gesundheit bei der Arbeit tätig sind, für eine Zusammenarbeit zu gewinnen. Hierzu hat die NAK bereits bei der Auswahl der Arbeitsschutzziele mögliche Partner einbezogen und die „Kooperationsrelevanz" und das „Potenzial zur Aktivierung weiterer Akteure" als zentrale Entscheidungskriterien festgelegt.

Gemeinsame Arbeitsschutzziele und Handlungsfelder 2013 bis 2018

Für den Zeitraum 2013 bis 2018 wurden nachfolgende Arbeitsschutzziele und Handlungsfelder festgelegt:

Ziel:
Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes (ORGA)
mit den Handlungsfeldern
- Sicherheit und Gesundheit in betriebliche Prozesse und Entscheidungsbereiche integrieren sowie
- Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung verbessern.

Ziel:
Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich (MSE) mit den Handlungsfeldern
- Tätigkeiten mit hohen körperlichen Belastungen gesundheitsgerecht gestalten sowie
- bewegungsarme und einseitig belastende Tätigkeiten gesundheitsgerecht gestalten.

Ziel:
Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung (PSYCHE) mit den Handlungsfeldern
- arbeitsbedingte psychische Belastungen frühzeitig erkennen und im Hinblick auf Gesundheitsgefährdungen beurteilen sowie
- präventive, arbeitsorganisatorische sowie gesundheits- und kompetenzfördernde Maßnahmen zur Verminderung arbeitsbedingter psychischer Gefährdungen entwickeln und umsetzen.

GDA-Arbeitsprogramm MSE

Unter dem Titel „Prävention macht stark – auch Deinen Rücken" spricht das Arbeitsprogramm MSE Beschäftigte, Unternehmerinnen und Unternehmer, Führungskräfte sowie Multiplikatoren direkt an. Seit Jahren führen Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) die Statistiken der Arbeitsunfähigkeitstage

an und sind damit ein enormer Kostenfaktor für Unternehmen und alle Sozialversicherungsträger. Ziel des Programms ist es deshalb, die arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen in diesem Bereich zu verringern. Das Arbeitsprogramm setzt auf zwei Ebenen an: Zum einen an der Präventionskultur in den Betrieben im Rahmen der Gestaltung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Zum anderen an der Gesundheitskompetenz im Rahmen der Förderung des gesundheitsgerechten Verhaltens der Beschäftigten. Dies deckt sich mit den arbeitsweltbezogenen GKV-Präventions- und Gesundheitsförderungszielen.

Konkret soll erreicht werden, dass mehr Betriebe mit ergonomisch optimierten Arbeitsplätzen, -stätten und -abläufen ausgestattet sind und mit einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) arbeiten. Darüber hinaus wird angestrebt, die Arbeitsorganisation und Führungskompetenz in den Betrieben mit Blick auf die Prävention zu verbessern. Weiterhin geht es darum, die Anzahl und Qualität der Gefährdungsbeurteilungen zu physischen und psychischen Belastungen zu erhöhen, ebenso wie die Anzahl der arbeitsmedizinischen Vorsorgen bei hohen Belastungen des Muskel-Skelett-Systems. Gleichzeitig ist es Ziel des Arbeitsprogramms, dass mehr Beschäftigte von den betrieblich geförderten MSE-Präventionsangeboten profitieren können, um ihre Gesundheitskompetenz zu verbessern.

Datenbank zeigt Lösungen für Unternehmer, Beschäftigte und Multiplikatoren

Wesentliches Angebot des Arbeitsprogramms MSE ist das branchenübergreifende MSE-Portal www.gdabewegt.de, auf dem mehr als 400 Präventionsangebote aller GDA-Partner und Krankenkassen gebündelt und zielgruppenspezifisch aufbereitet sind. Unternehmen, Beschäftigte und Multiplikatoren finden hier branchenübergreifend alles Wichtige, um Muskel-Skelett-Erkrankungen zu vermeiden. Zugleich ist das Portal ein sichtbares Zeichen der erfolgreichen Zusammenarbeit von Bund, Ländern, Unfallversicherungsträgern, Verbänden und Krankenkassen.

Dank einer komfortablen Suche lassen sich aus der Produktdatenbank schnell Informationen für die konkrete Arbeitssituation herausfiltern:

- Analyse-Instrumente zum Beurteilen bestimmter Tätigkeiten wie schweres Heben und Tragen, Ziehen und Schieben, bewegungsarme Tätigkeiten, sich wiederholende Arbeitsabläufe, Vibrationen
- Handlungshilfen zur betrieblichen Umsetzung
- Instrumente zur Qualitäts- und Wirkungskontrolle

Zusätzlich finden Nutzer im MSE-Portal Hintergrundinformationen, Informationen über aktuelle Veranstaltungen sowie Best Practice-Beispiele zur MSE-Prävention.

Ergänzt wird das Arbeitsprogramm Muskel-Skelett-Erkrankungen durch Betriebsbesichtigungen und Beratung der Betriebe, Schulungen für Führungskräfte und Multiplikatoren sowie weitere Veranstaltungen. Um eine hohe Wirksamkeit in den Unternehmen zu erreichen, werden von September 2014 bis Ende 2017 mehr als 16.000 Betriebe mit dem Fokus auf Muskel-Skelett-Erkrankungen aufgesucht und beraten. So erhalten sie nachhaltige Empfehlungen, was sie für die Erhaltung der Arbeitskraft ihrer Beschäftigten tun können.

Die Kooperation zwischen den Trägern der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie und der gesetzlichen Krankenversicherung als strategischem Kooperationspartner soll weiterentwickelt werden, damit – auch unter Berücksichtigung der arbeitsweltbezogenen GKV-Präventions- und Gesundheitsförderungsziele – noch mehr gemeinsame Aktivitäten bei der Umsetzung der drei GDA-Arbeitsprogramme 2013 bis 2018 erfolgen.

Best practice: Kooperation zwischen DGUV und Krankenkassen

„Denk an mich – Dein Rücken" ist eine bundesweite Präventionskampagne zum Thema Rückenbelastungen in Beruf und Freizeit. Seit 2013 sprechen und handeln die Initiatoren aktiv gegen das „Kreuz mit dem Kreuz". Empfohlen wird, immer auf das richtige, das gesunde Maß der Belastung zu achten. Als Volkskrankheit Nummer eins betrifft das Rückenleiden mehr als zwei Drittel aller Deutschen früher oder später einmal. Direkte Auswirkungen zeigen sich im Besonderen im Arbeitsleben: Betroffene fallen meist plötzlich und oft für einen langen Zeitraum aus. Jeder vierte Arbeitsunfähigkeitstag geht mittlerweile auf das Konto der Muskel- und Skeletterkrankungen, davon schätzungsweise die Hälfte auf Rückenleiden. Laut **Deutscher Rentenversicherung** mussten im Jahr 2013 aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen 23.803 Menschen ihren Beruf frühzeitig aufgeben.

Die Kampagne richtet sich unter anderem an Beschäftigte und Unternehmer. Hierfür wurden neben spezifischen Informationsmaterialien auch Veranstaltungsmodule zusammengestellt, die die Rückenprävention erfahrbar machen und zum Beispiel für Gesundheitstage kostenlos entliehen werden können. Es gibt vielfältige Ansätze, um Verantwortliche und Mitarbeiter für das Thema zu sensibilisieren und zu aktivieren.

Praxisbox für KMU

Damit auch kleine und mittelständische Unternehmen (KMU) ihren Mitarbeitern etwas Gutes für den Rücken zukommen lassen können, wurde eine digitale Aktionsbox erarbeitet. Hierin befinden sich unter anderem Ideen und Konzepte zur Gestaltung von Aktionstagen. Wichtig war ein niedrigschwelliger Zugang bei hoher Qualität. Die Box bietet:

- Anschreiben
- Konzepte für Aktions- und Gesundheitstage
- einen Leitfaden Workshop
- ein themenbezogenes Quiz
- Poster mir Ausgleichsübungen
- den Kampagnentrailer
- einen Taschenratgeber
- einen Kurzfilm

Die Betriebe finden alle Angebote, Medien und Module auf der Internetseite www.deinruecken.de

„Denk an mich – Dein Rücken" läuft bis Ende 2015.

DGUV: Rentenversicherung in Zahlen 2014, S. 57. www.deutsche-rentenversicherung.de

von
Claudia Isabelle Stahlhut,
Knappschaft,
Elke Rogosky und
Anna-Sophia Quast,
DGUV

Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) – Wissen und Erfahrungen bündeln

Wie muss Arbeit gestaltet sein, damit die Beschäftigten gesund und motiviert bleiben? Wie kann Prävention noch wirksamer werden? Und wie bringt man betriebliche Gesundheitsförderung in noch mehr Unternehmen, gewinnt Beschäftigte und Arbeitgeber dafür? Seit 2002 packt die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) diese Fragen an und erarbeitet Lösungen. Die iga ist eine Kooperation zwischen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), dem BKK Dachverband e. V., dem AOK-Bundesverband und dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).

Gemeinsam werden in Projekten aktuelle Entwicklungen in der Arbeitswelt beleuchtet, vorhandene Erkenntnisse für die Praxis nutzbar gemacht und erfolgreiche Vorgehensweisen weiterentwickelt. Durch die Zusammenarbeit werden das Wissen und die Erfahrungen von Kranken- und Unfallversicherung im Bereich der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gebündelt und zugleich das gesetzliche Gebot zur Zusammenarbeit umgesetzt.

Arbeitsfähigkeit erhalten, dem demografischen Wandel begegnen

Erhalt und Förderung der Arbeitsfähigkeit ihrer Beschäftigten ist für viele Unternehmen einer der wichtigsten Gründe, im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung aktiv zu werden und deshalb ein Themenschwerpunkt der **iga-Projekte**.

Führungskräfte werden in diesem Zusammenhang oft als „Schlüssel zum Erfolg" bezeichnet. Tatsächlich gibt es wissenschaftliche Erkenntnisse (Tempel, Ilmarinen, Giesert, 2013), die zeigen, dass das Führungsverhalten einer der wichtigsten Faktoren für die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten ist.

Führungskräfte stehen aber auch selbst stark unter Druck, denn es werden vielfältige Anforderungen an sie gestellt. Um gesundheits- und alternsgerecht führen zu können, ist es daher wichtig, zunächst auf die eigene Arbeitsfähigkeit zu achten und als Vorbild zu agieren. Hier setzt die Seminarreihe „Gesundheits- und alternsgerecht führen" an, die im Rahmen der iga entwickelt wurde. Führungskräfte bekommen in den Seminaren Handlungsstrategien aufgezeigt, wie sie die Herausforderungen des demografischen Wandels bewältigen können.

Gute Praxisbeispiele verbreiten und Austausch fördern

Mit verschiedenen Veranstaltungsreihen, wie dem Dresdner Gespräch oder dem iga-Kolloquium, ermöglicht die Initiative den Austausch von Präventionsexperten und Unternehmen. Das iga-Kolloquium z. B. findet am 16. und 17. März 2015 bereits zum zehnten Mal statt. Interessierte Betriebe erfahren hier, was sie konkret unternehmen können, um die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten bis ins Rentenalter zu erhalten. Eine stärkere Vernetzung der Präventionsakteure und die Verbreitung guter Praxisbeispiele werden außerdem durch das Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) gefördert, das Teil der Initiative Gesundheit und Arbeit ist. Das DNBGF ist eine bundesweite, offene Plattform für alle Akteure, die sich zu Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung austauschen wollen. Beiträge zur stärkeren Verbreitung guter Praxisbeispiele werden durch das DNBGF insbesondere in kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU), im öffentlichen Dienst, in Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege sowie in der Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsorientierung geleistet.

Ausführliche Informationen zu den Projekten und Veröffentlichungen der iga sind auf der Website zu finden: www.iga-info.de

Wanderausstellung zum gesunden Arbeiten auch in stressigen Zeiten

Neben dem demografischen Wandel hat das Thema psychische Gesundheit am Arbeitsplatz hohe Relevanz. Die iga hat dafür eine Wanderausstellung zum Thema Stressprävention entwickelt, die als möglicher Zugangsweg in Unternehmen eingesetzt werden kann. Ausgehend von einem zentralen Wegweiser illustrieren sieben Schautafeln, was den Arbeitsalltag beeinflusst – zum Beispiel ein gutes Team, klare Aufgabenstellungen oder persönliche Wertschätzung. Praxisbeispiele sowie Zitate aus Interviews mit Beschäftigten und Führungskräften machen die Ausstellung lebendig. In „Aktionsnischen" zwischen den Tafeln können die Besucher sich dem Thema aktiv

von
Jens Hupfeld,
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Patricia Lück,
AOK-Bundesverband
und
Michael Blum,
BKK Dachverband e. V.

und spielerisch nähern und zudem Ideen einbringen, wie Stress in ihrem Alltag verringert werden könnte.

Aus Befragungen und Analysen lernen

Neben anwendungsorientierten Hilfen für die Praxis bietet die iga auch Analysen und Studien zur betrieblichen Gesundheitsförderung an. Das iga-Barometer, eine repräsentative Telefonbefragung von 2.000 Erwerbstätigen, wird aktuell bereits zum vierten Mal durchgeführt. Wie in jeder Befragungswelle wurden die Teilnehmenden um die Einschätzung ihrer Arbeitssituation gebeten. Alles in allem ist die Mehrzahl der Befragten mit ihrer Arbeitssituation zufrieden. Die überwiegende Mehrheit (86 %) empfindet ihre Arbeit als vielseitig und abwechslungsreich. Ebenso viele schätzen ihren Arbeitsplatz als sicher ein. Trotz der Zufriedenheit mit dem Job kann sich aber nur jeder Zweite vorstellen, die derzeitige Tätigkeit bis zum Renteneintritt ohne Einschränkungen auszuüben. Gründe hierfür könnten unter anderem in der fehlenden Balance zwischen Privat- und Berufsleben liegen. Denn nur etwas mehr als die Hälfte der Berufstätigen (55 %) gab an, ein zufriedenstellendes Verhältnis zwischen Freizeit und Beruf zu haben. Diese Aussagen sollten als Warnsignale für ein hohes Belastungsniveau verstanden werden, dem ein Teil der Beschäftigten auf Dauer nicht mehr gewachsen ist.

Das aktuelle iga-Barometer hat sich schwerpunktmäßig mit dem Thema „Flexibilität, Life-Domain-Balance und Gesundheit in der modernen Arbeitswelt" beschäftigt. Untersucht wurden die Auswirkungen von Flexibilitätsanforderungen durch die Arbeitswelt auf die Balance aller Lebensbereiche (Life-Domain-Balance) sowie auf die Gesundheit. Es zeigt sich, dass über die Hälfte der Befragten mit unvorhersehbaren Arbeitsanforderungen konfrontiert wird. Von einem Viertel der Befragten wird erwartet, dass sie auch im Privatleben für Arbeitsbelange erreichbar sind oder diese erledigen. Eine höhere Anzahl von Überstunden geht mit einer höheren Erwartung arbeitsbezogener Erreichbarkeit einher. Besonders relevant sind in diesem Zusammenhang Zeitpuffer: Fehlende Zeitpuffer sind ein zentraler Faktor für Konflikte und emotionale Erschöpfung. Eine wichtige Rolle kommt auch der Anerkennung der Arbeitsleistung zu. Positiv wirkt Anerkennung in Richtung Vitalität, fehlende Anerkennung zeigt sich vor allem in emotionaler Erschöpfung.

Wirksamkeit und Nutzen von betrieblicher Gesundheitsförderung betrachten

In regelmäßigen Abständen veröffentlicht die Initiative Gesundheit und Arbeit Studien und Erkenntnisse – die sogenannten iga.Reporte. Der iga.Report 28 geht primär der Frage nach, welche wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit und zum Nutzen von Maßnahmen der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung existiert. Der Report aktualisiert damit die stark nachgefragten iga.Reporte 3 „Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention" und 13 „Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention" und wertet die Veröffentlichungen sogenannter Metastudien des Zeitraums von 2006 bis März 2012 aus. Auch die aktuellen Studien bestätigen, dass Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention positive Effekte auf die Gesundheit von Arbeitnehmern haben. In einem Großteil der Studien zeigt sich, dass eine Verbesserung der körperlichen bzw. psychischen Verfassung erreicht wird und arbeitsorganisatorische und arbeitsplatzbezogene Zielgrößen positiv beeinflusst werden. Aus Unternehmenssicht wird eine Reduktion von krankheitsverursachten Fehlzeiten und Gesundheitskosten berichtet.

In Erweiterung der beiden Vorgänger nimmt dieser Report erstmals auch den betrieblichen Arbeitsschutz explizit in den Fokus und gibt einen Überblick über die Studienlage. Auch hier zeigen die Publikationen starke Indizien für den positiven Nutzen.

Aktuelle Entwicklungen aufgreifen, Gestaltungsmöglichkeiten aufzeigen

Seit 2012 beschäftigt sich die iga mit dem Thema der zunehmenden ständigen Erreichbarkeit von

Beschäftigten. Durch die Auswertung von wissenschaftlichen Studien, Experteninterviews und einer Unternehmensbefragung konnten Anhaltspunkte dafür gefunden werden, dass mit der ständigen Erreichbarkeit eingeschränkte Erholung und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens, und möglicherweise auch negative Auswirkungen auf die Effektivität der Arbeit einhergehen. Gleichzeitig wurden Maßnahmen für einen guten Umgang mit ständiger Erreichbarkeit in Organisationen identifiziert. Die Ergebnisse des Projektes einschließlich der Empfehlungen für einen erfolgreichen Umgang auf individueller Ebene und in Organisationen wurden als iga.Report 23 „Auswirkungen von ständiger Erreichbarkeit und Präventionsmöglichkeiten" veröffentlicht. In einem Nachfolgeprojekt werden derzeit unternehmensspezifische Konzepte zum Umgang mit ständiger Erreichbarkeit entwickelt und unter wissenschaftlicher Begleitung erprobt. Ziel ist es, die entwickelten Maßnahmen für den Transfer in andere Unternehmen zur Verfügung zu stellen.

Mobilität in der Arbeitswelt

Mit dem fortschreitenden Wandel in der Arbeitswelt sind für viele Beschäftigte nicht nur Flexibilitäts-, sondern auch zunehmende Mobilitätsanforderungen verbunden. Viele Berufstätige sind fast täglich für ihren Job unterwegs – sei es als Pendler, auf Dienstreisen oder bei der Ausübung eines mobilen Berufs. Welche Chancen und Gesundheitsrisiken mit dieser räumlichen Mobilität verbunden sind, wird bislang kaum thematisiert. Die iga ist auch dieser Frage nachgegangen und hat für verschiedene Mobilitätsformen die relevanten Informationen im iga.Report 25 „Arbeitsbedingte räumliche Mobilität und Gesundheit" zusammengetragen. Es werden Präventions- und Gestaltungsmöglichkeiten aufgezeigt, die sich sowohl an Arbeitgeber als auch an die mobilen Beschäftigten selbst richten. Ebenso wie die berufliche hat auch die private Situation starken Einfluss auf die Folgen der Mobilität. Je mobiler und flexibler die individuelle Arbeits- und Lebensform ist, desto wichtiger werden der Aufbau und die Pflege eines sozialen Netzwerks, um in Balance bleiben zu können.

Die Gesundheit im Arbeitsleben fördern – um dieses Ziel zu erreichen, sucht die iga nicht nur in den Projekten, sondern auch darüber hinaus das Gespräch und die Zusammenarbeit mit der Wirtschaft, den Sozialpartnern, der Selbstverwaltung und der Politik. Gesundheit und Arbeit gehören zusammen – davon will die iga noch mehr Arbeitgeber und Beschäftigte überzeugen.

Kooperationsverbund und Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit

Ein Beispiel für kassen- und trägerübergreifende Unterstützungsstrukturen

von
Dr. Frank Lehmann,
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
und
Stefan Pospiech,
Gesundheit Berlin-Brandenburg

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat 2003 den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit initiiert, dem Ende 2013 bundesweit 60 Organisationen angehörten: alle Landesvereinigungen für Gesundheit, die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, gesetzliche Krankenkassen und ihre Verbände auf Bundesebene, Verbände der Ärzteschaft, der Wohlfahrtspflege und Länderministerien, die kommunalen Spitzenverbände, das Gesunde Städte-Netzwerk, die Bundesagentur für Arbeit und zahlreiche weitere starke Partner. Der Kooperationsverbund

- sensibilisiert Fachöffentlichkeit und Politik für die Themen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung,
- setzt sich für den Transfer guter Praxis („Good Practice") der Gesundheitsförderung bei Menschen in sozial belasteten Lebenslagen ein,
- macht Angebote der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung über seine Datenbank transparent,
- vernetzt Institutionen aus verschiedenen Bereichen und fördert den Austausch von Wissenschaft und Praxis,
- verknüpft bestehende Strukturen partnerschaftlich und ressourcenschonend miteinander.

Der Kooperationsverbund ist, insbesondere über den mittlerweile sehr gut etablierten Good Practice-Ansatz und seine Kompetenz- und Vernetzungsstruktur in den Bundesländern (Koordinierungsstellen), der zentrale bundesweite Akteur für die Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung in Settings. Die BZgA bezeichnete den Kooperationsverbund Ende 2013 aus Anlass seines zehnjährigen Bestehens als ein „wegweisendes Zukunftsmodell".

Um die Vernetzung auf Ebene der Bundesländer zu unterstützen, wurden die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (ehemals „Regionale Knoten") aufgebaut, die seit Anfang 2007 in allen 16 Bundesländern arbeiten. Ihr Auftrag ist es, den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren auf Landes- und kommunaler Ebene anzuregen, Good Practice-Projekte zu identifizieren und zu verbreiten und damit die Qualitätsentwicklung zu fördern. Mit ihrer Arbeit knüpfen sie an vorhandene Strukturen in den Ländern an (z. B. Landesgesundheitskonferenzen). Die Koordinierungsstellen sind meist bei den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung angesiedelt und werden auf Länderebene – gemeinsam durch das Gesundheitsministerium und die gesetzlichen Krankenkassen – finanziert. Projektbezogen werden sie durch die BZgA unterstützt, etwa für die Durchführung von Regionalkonferenzen.

Das zentrale Vorhaben, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in schwierigen Lebenslagen nachhaltig zu verbessern, forciert seit Ende 2011 der durch den Kooperationsverbund koordinierte kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!". Der Partnerprozess richtet sich sowohl an Kommunen, die bereits über ausdifferenzierte Strukturen und ressortübergreifende Strategien für die Gesundheitsförderung verfügen, als auch an diejenigen, die sich auf den Weg hin zu einem kommunalen Gesamtkonzept machen möchten. Im Kern geht es darum, für jedes Kind möglichst optimale Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen zu schaffen. Über die kommunalen Handlungsfelder und Zuständigkeiten hinweg werden die gesundheitsförderlichen Angebote an den Übergängen der kindlichen Entwicklung bis zum Einstieg ins Erwachsenenalter miteinander verzahnt und bedarfsgerecht gestaltet.

Der Partnerprozess wird unterstützt durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), den Deutschen Städtetag, den Deutschen Städte- und Gemeindebund, den Deutschen Landkreistag, das Gesunde Städte-Netzwerk, weitere Partner im Kooperationsverbund und die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern.

Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit, die den Partnerprozess in den Bundesländern begleiten, konnten im Jahr 2013 durch eine zusätzliche Finanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung weitere regionale Fachveranstaltungen durchführen und ausgewählte Kommunen beim Aufbau von integrierten Strategien vor Ort beraten und unterstützen.

Die Angebote zur Begleitung von Kommunen im Partnerprozess sind in einem gemeinsamen Kompetenzprofil der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit niedergelegt. Die Koordinatorinnen und Koordinatoren unterstützen beispielsweise

- Konzeption und Aufbau einer kommunalen Strategie, wie die „Gesundheitsförderungs- und Präventionskette" in Rothenburgsort im Hamburger Stadtbezirk Mitte,
- die Erstellung eines Handlungsleitfadens als Bestandteil einer kommunalen Strategie, beispielsweise den Leitfaden „Rund um die Geburt" in Berlin,
- Qualifizierungsangebote im kommunalen Netzwerk, wie die Workshopreihe „Wie mache ich das Richtige richtig?" in Braunschweig,
- Fachveranstaltungen zur Stärkung der kommunalen Zusammenarbeit, wie die Auftaktveranstaltung zum Partnerprozess in Weimar.

Mit Unterstützung einer Krankenkasse werden seit 2012 in Kommunen, die sich am Partnerprozess beteiligen oder beteiligen möchten, Fortbildungsmaßnahmen in Form von „Good Practice-Werkstätten" durchgeführt. Die Qualifizierungen beinhalten einen Überblick über die zwölf Kriterien Guter Praxis, die Vorstellung hilfreicher Materialien zum Good Practice-Ansatz und zur Projektentwicklung in der Kommune, fachliche Inputs zu ausgewählten Kriterien (z. B. Empowerment, Partizipation, Vernetzung) sowie Kleingruppenarbeiten zur gesundheitsfördernden Stadt(teil)entwicklung.

Auf der mit Unterstützung eines Krankenkassenverbandes durchgeführten Satellitenveranstaltung des Kooperationsverbundes zum Kongress Armut und Gesundheit (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/satellit-armut-gesundheit/dokumentation2013) werden aktuelle Entwicklungen im kommunalen Partnerprozess vorgestellt. Zugleich bildet diese Veranstaltung ein Forum für einen breiten, bundesweiten Fachaustausch.

Der kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!" schließt an vielerlei Aktivitäten an, die in den Kommunen und Bundesländern bereits erfolgreich angelaufen sind. Beispielsweise sind die Aktivitäten in Hamburg-Rothenburgsort eingebettet in den „Pakt für Prävention": Der Stadtstaat konnte hier in bisher fünf Regionen „Koordinierungsbausteine" einrichten; eine Krankenkasse stellt dort sogenannte Verfügungsfonds bereit. Das Stadtteilprojekt „NeustadtGesund" in Flensburg, das nun auch im Rahmen des Partnerprozesses Unterstützung findet, wird bereits seit 2011 von der Stadt, der Universität und vier gesetzlichen Krankenkassen gemeinschaftlich getragen.

Das Anliegen „Gesund aufwachsen für alle!" wurde im Jahr 2013 durch politische Positionspapiere gestärkt:

- Die Würzburger Erklärung „Gesundheit möglich machen – Prävention stärken!" des Gesunde Städte-Netzwerks hebt die Bedeutung kommunaler Gesundheitsförderung hervor und fordert, die notwendigen Rahmenbedingungen für die Kommunen durch die Etablierung einer verbindlichen Zusammenarbeit zwischen den Akteurinnen und Akteure auf unterschiedlichen Ebenen zu schaffen. Das Gesunde Städte-Netzwerk appelliert in erster Linie an die Kommunen, die Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung stärker als kommunale Querschnittsaufgaben in den Fokus zu rücken.
- Im Rahmen der 8. Globalen Gesundheitsförderungskonferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde die Stellungnahme The Helsinki Statement on Health in All Policies verabschiedet. „Gesundheit für alle!" wird darin als ein notwendiges gesellschaftliches Ziel der Regierungen und als Querschnittsaufgabe aller Politikfelder gefordert. Neben der Stellungnahme wurden außerdem Maßnahmen zur Umsetzung von „Health in All Policies" innerhalb der Länder in einem Rahmenpapier festgehalten.
- Die „Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune" findet deutliche Formulierungen zur Bedeutung einer stärkeren und nachhaltigeren Prävention und Gesundheitsförderung auf der kommunalen Ebene: Die Verbände empfehlen ihren Mitgliedern, ihre entsprechenden Aktivitäten „möglichst weitgehend

aufeinander abzustimmen sowie nachhaltig und tragfähig auszugestalten". Das Dokument zielt auf die Intensivierung des Engagements der Partner vor Ort ab und kündigt eine Bewertung dieses Vorhabens nach spätestens drei Jahren an. Es ist damit eine wichtige Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen Städten, Gemeinden, Landkreisen und Krankenkassen zur gemeinsamen gesundheitsfördernden Ausgestaltung von Lebensräumen.

- Ein Beschluss der 87. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) wurde seit 2013 vorbereitet und im Juni 2014 gefasst: Der kommunale Partnerprozess wird als „eine geeignete Initiative für kommunale Strategien" hervorgehoben. Der Bund, die Gesetzlichen Krankenkassen, die Jugend- und Familienministerkonferenz sowie die Kultusministerkonferenz der Länder werden gebeten, das Anliegen des Partnerprozesses ebenfalls zu unterstützen. Die Förderung der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern durch die GKV wird sehr begrüßt – die GMK bittet darum, diese Förderung zur Unterstützung des Partnerprozesses zu erweitern.

Im Kooperationsverbund stehen Verbände und Vereinigungen sowie die Bundesverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung im engen Austausch zu drängenden Anliegen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. So sind die „Empfehlungen zur Zusammenarbeit" von Bundesagentur für Arbeit und GKV (2012) sowie von kommunalen Spitzenverbänden und GKV (2013) auch Resultate der vertrauensvollen und konstruktiven Kontakte im Kooperationsverbund (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

Qualitätsgesicherte Präventionskurse – Krankenkassen gründen Zentrale Prüfstelle Prävention

Kooperationsgemeinschaft zur kassenartenübergreifenden Prüfung und Zertifizierung von Präventionskursen

Wirtschaftlichkeit in der Qualitätssicherung: Eine Idee mit Ausstrahlung

Die Leistungen der Krankenkassen in der Prävention unterliegen den im GKV-Leitfaden Prävention definierten Qualitätskriterien. Zuständig für diese Prüfung sind die Krankenkassen. Dem Wirtschaftlichkeitsprinzip folgend, war es kein Zufall, die Qualitätsprüfung von Präventionskursen zu bündeln und eine zentrale Qualitätssicherung dafür zu schaffen. Die Vorteile einer zentralen Prüfung liegen auf der Hand: Am Prüfergebnis einer zentral durchgeführten Prüfung können alle Beteiligten in gleicher Weise partizipieren, d. h. das Ergebnis einheitlich nutzen. Dies sichert übergreifend Qualität und gleiche Behandlung sämtlicher Anbieter bei effizientem Vorgehen. Auf Grundlage einer Kooperationsvereinbarung haben sich die Betriebskrankenkassen, der Verband der Ersatzkassen (vdek), die Knappschaft, die IKK classic, die IKK Brandenburg und Berlin und die BIG direkt gesund einem einheitlichen Prüfprozess angeschlossen. Der vielversprechende Ansatz sowie die jahrelange Erfahrung im Prüfgeschäft auf Seiten des Dienstleisters Team Gesundheit GmbH in Essen, der auch heute die Prüfungen in der Zentralen Prüfstelle Prävention durchführt, wurde als eine gute Ausgangsbasis gesehen, um daraus eine große und bundesweite Lösung für die Prüfpraxis zu schaffen.

Gründungsphase: Die Kooperationsgemeinschaft

Der Verband der Ersatzkassen (vdek) und der neu gegründete BKK Dachverband e. V. nahmen Anfang 2013 Gespräche zu der Frage der Vereinheitlichung der Prüfungen von Präventionskursen auf und schafften Fakten für ein GKV-umfassendes Projekt. Zum 1. Juli 2013 unterzeichneten die gründungsrelevanten Kooperationspartner (alle Ersatzkassen, BKK Dachverband, IKK classic, BIG direkt gesund, IKK Brandenburg und Berlin, Knappschaft, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung) einen Kooperationsvertrag, der gleichzeitig der Startschuss für die sogenannte Aufbauphase im Jahr 2013 war. Innerhalb des 2. Halbjahres 2013 wurden mit Hochdruck und unter Federführung des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) alle wichtigen Voraussetzungen für einen Start unter dem neuen Namen „Zentrale Prüfstelle Prävention" zum 1. Januar 2014 geschaffen. Kassenartenübergreifend wurden Prüfinhalte konsolidiert und kommunikative wie personelle Strukturen geschaffen, die ein einheitliches und zentrales Prüfgeschäft ermöglichen. Die Kooperationsgemeinschaft hat sich in der Aufbauphase der Zentralen Prüfstelle Prävention durch hohe Fachkompetenz und Konsensbereitschaft ausgezeichnet – allein dadurch konnte der Start nach nur einem halben Jahr Zusammenarbeit auf den Tag genau vollzogen werden. Mittlerweile ist die Mehrzahl der gesetzlichen Krankenversicherungen mit über 50 Mio. Versicherten der Kooperationsgemeinschaft zur kassenartenübergreifenden Prüfung von Präventionsangeboten nach § 20 Abs. 1 SGB V beigetreten, und die Zentrale Prüfstelle Prävention konnte in nur sechs Monaten über 35.000 Kurse bearbeiten. Finanziert wird die Zentrale Prüfstelle Prävention über einen Verteilungsschlüssel nach Versicherten der beteiligten Krankenkassen. Für die Kursanbieter ist die Prüfung und Zertifizierung kostenlos.

Die Prüfqualität

Durch die Zentrale Prüfstelle Prävention prüfen und zertifizieren die beteiligten Krankenkassen einheitlich Gesundheitskurse gemäß dem GKV-Leitfaden Prävention und nutzen die Ergebnisse über eine zentrale Datenbank, an die alle Kundenberater der beteiligten Krankenkassen angeschlossen sind. Doppelprüfungen entfallen damit komplett, sodass die zentrale Prüfung auch für den Anbieter eine enorme Reduktion von Arbeitsaufwand bedeutet. Zur Etablierung einer gemeinsamen Datenbasis wurden die umfangreichen Kursbestände der beteiligten Krankenkassen zusammengeführt. In der Präventionskursdatenbank werden aktuell über 380.000 Präventionskurse von ca. 120.000 Anbietern in den zentralen Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung und Suchtmittelkonsum der primären Prävention geführt. An den Stellen, an denen der Leitfaden Prävention Raum für Interpretation und Auslegung zulässt, greift eine Interpretationshilfe,

von
Melanie Dold,
Geschäftsführender Verband Zentrale Prüfstelle Prävention (vdek),
Susanne Wilhelmi,
BKK Dachverband
und
Claus Bockermann,
Knappschaft

die in der Kooperationsgemeinschaft bearbeitet und abgestimmt wurde. Verbliebene Zweifelsfälle und erkannte Regelungsbedarfe für den GKV-Leitfaden werden über die Fachkonferenz Prävention auch an den GKV-Spitzenverband herangetragen.

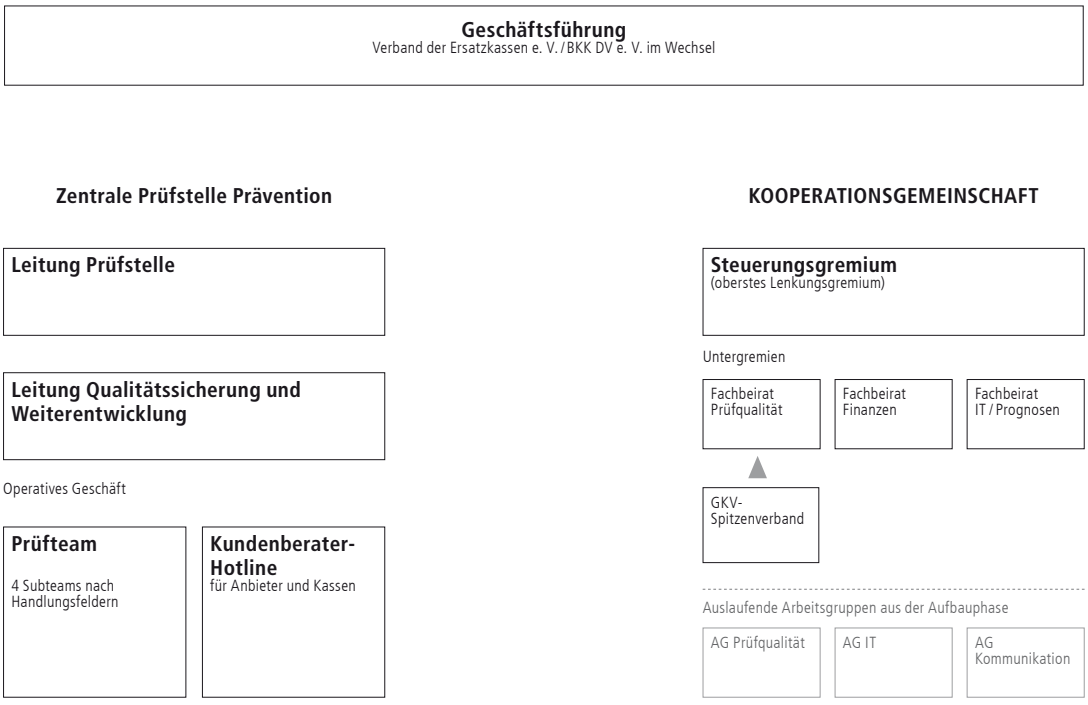
Die maßgebende Steuerungsstruktur sind thematisch orientierte Gremien, die hinter der Zentralen Prüfstelle Prävention stehen. Im „Fachbeirat Prüfqualität" werden einerseits grundlegende fachliche Fragen der Prüfstelle innerhalb der Kooperationsgemeinschaft beraten, andererseits aber auch komplexe Kurskonzepte diskutiert und auf Basis des Leitfadens Prävention entschieden. Der Fachbeirat Prüfqualität setzt sich aus Fachexperten der beteiligten Krankenkassen und GKV-Verbänden einschließlich des GKV-Spitzenverbandes zusammen. Dadurch steht der Zentralen Prüfstelle Prävention ein kompetentes Gremium zur Verfügung. Um Prüfergebnisse zügig beraten und festlegen zu können, ist der Fachbeirat Prüfqualität nach Kompetenzteams strukturiert. Diese gegliederte Struktur ermöglicht eine flexible und arbeitstechnisch effiziente Gruppenarbeit, deren Ergebnisse für die Prüfstelle von hohem Nutzen sind. Der Sprecher des jeweiligen Kompetenzteams übergibt regelmäßig die festgelegten Ergebnisse an den geschäftsführenden Verband zur Weitergabe an die Prüfstelle.

Ein Siegel, eine Qualität für Versicherte, Anbieter und Kassen

Jeder zertifizierte Kurs erhält das Qualitätssiegel „Deutscher Standard Prävention" in Form eines Zertifikats. Die Qualitätsprüfung sieht vor, dass alle drei Jahre ein Kurs erneut zur Prüfung eingereicht wird. Ansonsten erhält der Kurs den Status „abgelaufen" in der **Datenbank** und kann nicht mehr bezuschusst werden.

Mittels der Datenbank entscheidet die Krankenkasse über die Bezuschussung von Präventionskursen. Den Krankenkassen stehen in der Datenbank auch Informationen zu den Kursen mit negativem Prüfergebnis, die nicht bezuschussungsfähig sind, zur Verfügung.

Ist ein Kurs nicht enthalten, kann der Kundenberater der Krankenkasse einen Prüfprozess initiieren. Diese Information geht direkt an die Prüfstelle. Eine Kursprüfung dauert maximal zehn Tage, sofern alle Unterlagen vollständig vom Anbieter online eingereicht wurden. Innerhalb bestimmter Fristen hat der Anbieter die Gelegenheit, Unterlagen nachzureichen und Änderungen an Eintragungen vorzunehmen. Bei Rückfragen steht neben dem E-Mail-Kontakt eine



Anbieterhotline für technische und fachliche Fragen zur Verfügung. Dieses Angebot wurde von Beginn an rege genutzt.

Mittlerweile sind über 40 Personen mit der Prüfung der Präventionskurse im operativen Geschäft, dem Service in der Anbieter- und Kassenhotline sowie mit der Weiterentwicklung der Datenbank beschäftigt. Das Prüfteam besteht aus Experten für die einzelnen Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Sucht.

Versicherte haben über die Internetseiten ihrer Krankenkasse Zugang zur Präventionskursdatenbank. Sie können die Angebote zur eigenverantwortlichen Stärkung ihrer Gesundheit nutzen, nach Bedarf auswählen und Kurse in Wohnortnähe finden.

Struktur der Kooperation

Das Jahr 2014 steht nach dem Start unter der Überschrift „strukturelle und funktionale Weiterentwicklung". Damit Weiterentwicklung und Professionalisierung koordiniert ablaufen können und alle Belange der Kooperationspartner zum Tragen kommen, ist die auf Seite 28 abgebildete Gremienstruktur aufgebaut worden.

Die Zentrale Prüfstelle Prävention hat viele Krankenkassen überzeugt. Mittlerweile stehen 120 Krankenkassen mit über 50 Mio. Versicherten hinter der Zentralen Prüfstelle Prävention. Gleich nach dem Start im Jahr 2014 sind im Februar 2014 eine weitere IKK und zwei AOKs der Kooperationsgemeinschaft beigetreten; weitere Kassen aus dem AOK-System prüfen den Beitritt.

Weiterentwicklung und Ausblick

Bereits jetzt hat die Zentrale Prüfstelle Prävention maßgeblich zur Verbesserung von Transparenz und Qualität in der Prävention für Versicherte, Anbieter und Krankenkassen beigetragen. Allerdings konnte mit dem Start der Zentralen Prüfstelle Prävention zum 1. Januar 2014 noch nicht alles in Bestform bereitstehen. Die Zahl der noch anstehenden Konzeptentwicklungen für die vielen edv-technischen Anwendungen war und ist hoch. Und natürlich bringen auch alle neu hinzukommenden Krankenkassen neue Ideen und Herausforderungen mit.

Für alles Neue greift ein gemeinsam entwickeltes Instrument: der Projektplan. Er erfasst alle konzeptionellen Tätigkeiten, beschreibt sie inhaltlich und vom Aufwand der Umsetzung her und stellt den Status der Realisierung dar. Die Priorisierung und Umsetzung aller Punkte erfolgen in Abstimmung mit der Kooperationsgemeinschaft. Der Projektplan ist somit ein wesentliches Planungsinstrument für die Entwicklung des Qualitätsportals. Aktuell umfasst der Projektplan zahlreiche Aufträge, die dem verbesserten Nutzerkomfort für Anbieter und Kassen, der schnelleren Performance und der optimalen Kursdarstellung dienen. Bereits eingeführte Neuerungen haben nicht den Status der Unangreifbarkeit. Erst der Echteinsatz und die nachfolgenden Erfahrungen im Umgang mit den neuen Features werden zeigen, wie hilfreich sie sind und welche Akzeptanz sie haben. Aktuell wird ein Konzept zur vereinfachten Prüfung für standardisierte Kurskonzepte entwickelt. Diese umfangreiche Neuentwicklung wird es Instituten wie Großanbietern ermöglichen, ihre Kurskonzepte direkt prüfen zu lassen und für sämtliche dafür geschulten Kursleiter in der Datenbank zu hinterlegen.

Die kooperierenden Partner streben an, auch die übrigen Krankenkassen in Deutschland von dem Nutzen der Zentralen Prüfstelle Prävention zu überzeugen. Hilfreich ist hier die im Mai 2014 durchgeführte Befragung zum Meinungsbild der Kunden-/Sachbearbeitung. Diese zeigte sechs Monate nach dem Start eine gute bis sehr gute Akzeptanz und Gesamtzufriedenheit mit der Zentralen Prüfstelle Prävention in den Krankenkassen. Das Befragungsergebnis liefert überzeugende Argumente, sich an der Kooperationsgemeinschaft zu beteiligen und gemeinsam und trotzdem individuell erfolgreich zu sein.

Gesetzliche Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der GKV

von
Dr. Monika Kücking,
GKV-Spitzenverband

Dieser Präventionsbericht zeigt, dass Prävention und Gesundheitsförderung für die Krankenkassen wichtige Handlungsfelder darstellen und sie ihren Präventionsauftrag auf Basis der derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen über den bestehenden finanziellen Orientierungsrahmen hinaus verantwortungsvoll wahrnehmen. Für die angekündigte legislative Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung gilt es, vorhandene positive Entwicklungen weiter zu stärken sowie effektive und unbürokratische Regelungen für einen zielorientierten und qualitätsgesicherten Ausbau zu treffen. Bei einer Erhöhung von finanziellen Mitteln durch das anstehende Präventionsgesetz sind diese auf alle verantwortlichen Schultern einschließlich der privaten Krankenversicherung zu legen und in eine gesamtgesellschaftliche Strategie zur Weiterentwicklung von Transparenz, Qualität und Zielorientierung einzubetten. Weder die Verlagerung öffentlicher Aufgaben auf die Sozialversicherung noch die Unterordnung selbstverwalteter Solidargemeinschaften unter Ziele-Festlegungen Dritter sind auf diesem Weg hilfreich und sollten daher unterbleiben.

Schwerpunkt: Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Unstrittig ist es – wie auch im Koalitionsvertrag verankert – der Schwerpunkt auf eine Stärkung der Prävention in Lebenswelten zu legen. Lebenswelten wie Gemeinden, Schulen, Kindertagesstätten und Senioreneinrichtungen besitzen große Potenziale für eine gesundheitsförderliche Weiterentwicklung im Sinne der Verhältnisprävention, gleichzeitig können hier Personen in Prävention und Gesundheitsförderung einbezogen werden, die von sich aus Angebote mit „Komm-Struktur" nicht oder nur selten nutzen würden. Von daher begrüßt die GKV, dass die Große Koalition die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung stärken will.

Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten ist eine Aufgabe, die sich durch Trägervielfalt und unterschiedliche Zuständige und Verantwortliche auszeichnet. Insbesondere die Träger der Einrichtungen selbst sowie die für die jeweilige Lebenswelt politisch Verantwortlichen sind die Hauptakteure. Gesetzliche Krankenkassen bringen sich partnerschaftlich ein – sowohl in inhaltlicher als auch in finanzieller Hinsicht. Die GKV lehnt hier – im Sinne einer ausgewogenen und fairen Finanzierung – finanzielle Ausgleiche für einen Rückzug anderer Träger ab. Lebensweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen sind in einer zwischen allen Verantwortlichen abgestimmten und koordinierten Vorgehensweise zu erbringen. Die Einheit von Finanz- und Steuerungsverantwortung muss erhalten bleiben, d. h. es darf keine Fremdbestimmung Dritter über Beitragsmittel der Versicherten und Arbeitgeber geben. Außerdem müssen Krankenkassen weiterhin die Möglichkeit haben, in der lebensweltbezogenen Prävention bedarfsbezogen auch eigene Schwerpunkte zu setzen.

Krankenkassen unterstützen Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte in Lebenswelten zeitlich befristet im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe. Über eine Projektförderung hinaus sollte aber den internen Verantwortlichen für die jeweiligen Lebenswelten auch über die Projektlaufzeit hinaus kontinuierlich fachkundige Beratungskompetenz zur Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen, die bei Bedarf genutzt werden kann. Auf diese Weise werden Eigenkompetenzen und Selbsthilfepotenziale in den Lebenswelten nachhaltig gestärkt. Die GKV ist bereit, hierzu einen Beitrag zu leisten.

Der Setting-Ansatz in der Arbeitswelt: Betriebliche Gesundheitsförderung

Mit ihren betrieblichen Gesundheitsförderungsleistungen (BGF) tragen die Krankenkassen zum langfristigen Erhalt von Gesundheit, Produktivität und Beschäftigungsfähigkeit auch unter Gesichtspunkten des demografischen Wandels bei. Insbesondere kleine und mittlere Unternehmen, die keine internen Ressourcen für BGF zur Verfügung stellen können, sollten verstärkt die Möglichkeit haben, an BGF-Maßnahmen zu partizipieren. Daher legen die Krankenkassen bei ihren arbeitsweltbezogenen BGF-Zielen einen Schwerpunkt auf die bessere Erreichung von Betrieben mit unter 100 Beschäftigten. Die

betriebliche Gesundheitsförderung muss in der Verantwortung der einzelnen Krankenkasse bleiben, die gemeinsam mit dem jeweiligen Unternehmen auf Basis von Freiwilligkeit und Vertrauen bedarfsbezogen maßgeschneiderte Lösungen entwickeln kann. Dabei sind selbstverständlich die Berührungspunkte und Schnittmengen mit dem gesetzlichen Arbeits- und Gesundheitsschutz – durch Berufsgenossenschaften, Betriebs- und Werksärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit – und mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement zu beachten. Diese Aufgaben sollten innerbetrieblich mit der BGF zu einem ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagement verknüpft werden. Damit dies gelingt, sollten alle zuständigen Sozialversicherungsträger im Themenfeld „Arbeit und Gesundheit" die betrieblichen Verantwortlichen bei dieser Organisations- und Managementaufgabe unterstützen. Voraussetzung hierfür ist, dass jeder Träger um die Zuständigkeiten und Leistungsangebote der anderen Träger weiß und den Betrieb auch in Bezug auf diese Angebote beraten kann. Im Interesse einer größeren Breitenwirkung der BGF müssen auch die steuerlichen Anreize für die Inanspruchnahme präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen von Betrieben – insbesondere nach § 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz – entbürokratisiert werden. Die GKV befürwortet eine gesetzliche Weiterentwicklung, die unter Wahrung der Eigenständigkeit der Krankenkassen in diesem Feld Transparenz, Abstimmung und Breitenwirkung der BGF verbessert.

Qualitäts- und Zielorientierung: Auf Bewährtem aufbauen

Der GKV-Leitfaden Prävention steckt den inhaltlichen und methodischen Rahmen für die Prävention und Gesundheitsförderung in der GKV ab. Er erweist sich durch regelmäßige Anpassungen im Lichte neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen seit dem Jahr 2000 als effektives und flexibles Qualitätsinstrument. Hieran hat die kontinuierliche Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes in Form der „Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung" maßgeblichen Anteil. Flankiert wird dieses in Selbstverwaltung entwickelte „lernende System" durch jährliche Präventionsberichte, kassenartenübergreifende Ziele – abgestimmt mit den Zielorientierungen weiterer Initiativen von bundesweiter Bedeutung wie der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie und dem Nationalen Aktionsplan IN FORM – und neuerdings eine gemeinsame Angebots- und Anbieterprüfung. Gesetzliche Neuregelungen sollten an diese positiven Entwicklungen anknüpfen – eines neuen „Designs" bedarf es hier nicht. Die Einrichtung einer regelmäßigen nationalen Präventionsberichterstattung als Bundesaufgabe über die Ziele und Aktivitäten aller Verantwortlichen könnte durch die hierdurch geschaffene Transparenz ein synergetisches Vorgehen aller Partner unterstützen. In Prävention und Gesundheitsförderung sollten alle Verantwortlichen möglichst abgestimmte Ziele und Qualitätskriterien zugrunde legen.

Es ist zu hoffen, dass das angekündigte Präventionsgesetz im vierten Anlauf zu einem Erfolg wird. Der Erfolg bemisst sich aus GKV-Sicht an der Verstärkung von Koordination, Zielorientierung, Breitenwirkung und Qualität von Primärprävention und Gesundheitsförderung im Interesse der Bürgerinnen und Bürger. Diese inhaltlichen Zielsetzungen müssen im Vordergrund der Diskussion stehen. Die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung muss sich auch in den gesetzlichen Regelungen zur Finanzierung niederschlagen.

Zahlen im Überblick

54 Mio. €

Betriebliche Gesundheitsförderung

1.100.000
Menschen

10.000 Betriebe

36 % im verarbeitenden Gewerbe
18 % im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen

Auf dieser und den folgenden Seiten wird anhand einiger Kennzahlen ein Überblick über das Leistungsgeschehen in Primärprävention und betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V gegeben. Im Anschluss werden die Ergebnisse zu den einzelnen Handlungsfeldern – betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung in Lebenswelten und zur Individualprävention – ausführlich dargestellt.

Die an dieser Stelle teilweise gerundeten Daten beziehen sich auf das Berichtsjahr 2013. Dem Tabellenband zum Präventionsbericht (www.mds-ev.de) lassen sich die exakten Zahlen und viele weitere Statistiken entnehmen.

Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Ausgaben um 18 % auf nunmehr 54 Mio. Euro.

Die Zahl der Unternehmen, deren betriebliche Gesundheitsförderung von den Krankenkassen unterstützt wurde, stieg um 21 %.

Die Krankenkassen erreichten über ihre Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung 1,1 Mio. Betriebsangehörige direkt.

30 Mio. €

Gesundheitsförderung in Lebenswelten

2.600.000
Menschen

29.000 Settings

31 % Projekte in Kitas
28 % Projekte in Grundschulen

Settings für Gesundheitsförderung sind Kitas und Schulen, Stadtteile, Einrichtungen der Altenhilfe und andere Settings, kurz: Lebenswelten.

Die krankenkassengeförderten Gesundheitsförderungsaktivitäten in den Settings sprachen 2,6 Mio. Personen direkt an.

In den Setting-Ansatz investierten die Krankenkassen 30 Mio. Euro, das sind 0,42 Euro je Versichertem. Mit einem Ausgabenzuwachs von 7 % im Vergleich zum Vorjahr setzt sich der Trend in Richtung auf die vom GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene empfohlene Ausgabenhöhe von 0,50 Euro je Versichertem fort.

183 Mio. €

Individuelle Präventionsangebote

1.500.000
Kursteilnahmen

69 % Bewegung
25 % Stressbewältigung

Im „individuellen Ansatz" werden krankenkassengeförderte Präventionskurse durchgeführt. Die Krankenkassen unterstützen die Versicherten beim Erwerb gesundheitsrelevanter Kompetenzen.

Im Jahr 2013 waren 10 % mehr Kursteilnahmen als im Vorjahr zu verzeichnen. Die Ausgaben für die Individualprävention erhöhten sich um 11 %. Diese Entwicklung muss im Kontext gesehen werden: Im Vorjahr war die Inanspruchnahme aufgrund zeitweise veränderter Bezuschussungsregelungen um 20 % zurückgegangen.

Ausgaben gesamt

3,82 €
je Versichertem

Die Krankenkassen investierten damit deutlich mehr als den in § 20 Abs. 2 SGB V gesetzlich verankerten Orientierungswert für Präventionsausgaben von 3,01 Euro für das Jahr 2013.

267 Mio. €

5.200.000
direkt erreichte Menschen

Die Krankenkassen haben im Jahr 2013 ihre Ausgaben für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung um 12 % gesteigert.

Prävention ist nicht allein Angelegenheit der Krankenversicherung, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Weitere Akteure – beispielsweise die Kommunen und die Betriebe – bringen ihren Anteil an Eigen- und Drittmitteln in die Gesundheitsförderungsaktivitäten ein.

Inanspruchnahme nach Geschlecht

In der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten spiegelt sich das unterschiedliche Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern wider. Besonders deutlich wird dies bei den individuellen Kursangeboten: **78 %** der Teilnehmer sind **Frauen**. Aufgrund ihres meist stärker ausgeprägten Gesundheitsbewusstseins suchen Frauen eher als Männer aus eigenem Antrieb Angebote auf.

In Settings, die insbesondere aus Kitas und Schulen bestehen, ist die Geschlechterverteilung mit **47 % männlichen** Teilnehmern im Wesentlichen ausgeglichen, da in Kitagruppen und Schulklassen in der Regel gleichermaßen Mädchen und Jungen vertreten sind.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung sind dagegen mit **62 %** mehr **Männer** dabei. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass die Krankenkassen insbesondere Aktivitäten im verarbeitenden Gewerbe unterstützen. In diesen Branchen gibt es meist einen höheren Anteil an männlichen Beschäftigten.

Insgesamt erreichen die Krankenkassen mit ihren Präventionsangeboten männliche und weibliche Personen in ungefähr dem gleichen Umfang.

Auch können diese Zahlen so interpretiert werden, dass sich durch einen Ausbau der Präventionsangebote im Settingbereich und in der betrieblichen Gesundheitsförderung auch diejenigen Menschen erreichen lassen, die nicht von sich aus initiativ werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Der Betrieb als spezielles Setting ist besonders geeignet, wenn es darum geht, Menschen mit Gesundheitsförderung zu erreichen. Die Angebote werden zielgenau auf die arbeitsbedingten Anforderungen und Belastungen der Beschäftigten abgestimmt.

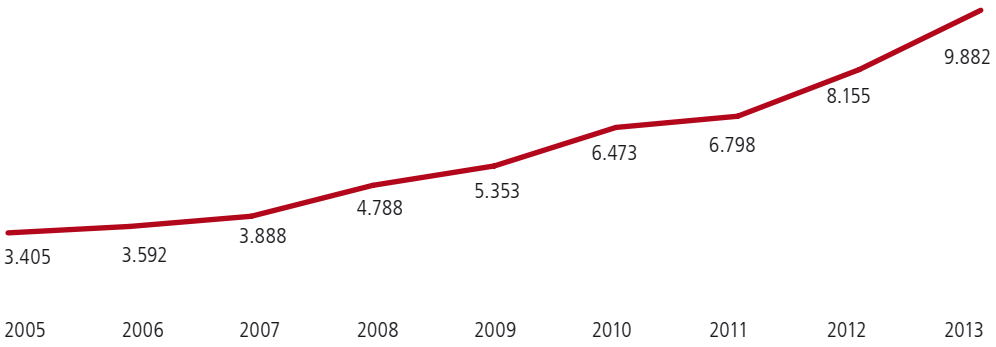
§ 20a SGB V sieht hierbei ein prozesshaftes Vorgehen vor. Betriebliche Gesundheitsförderung beginnt mit der Erhebung der gesundheitlichen Situation im Betrieb einschließlich der Risiken und Potenziale. Daraus werden Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation entwickelt und anschließend deren Umsetzung unterstützt. In alle Phasen werden die Versicherten und Verantwortlichen im Betrieb eingebunden. Zur nachhaltigen Etablierung der betrieblichen Gesundheitsförderung werden nach der Umsetzung die Ergebnisse der durchgeführten Maßnahmen bewertet. Die Ergebnisse daraus fließen in die nächste Prozessphase ein.

Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung ist es, die Arbeitsplatzbedingungen zu verbessern und die Gesundheit und Resilienz der Mitarbeiter zu stärken. Dies gilt gleichermaßen für körperliche und psychische Arbeitsbelastungen. Nicht nur die Mitarbeiter profitieren, sondern das gesamte Unternehmen.

Die Kriterien für Maßnahmen für die betriebliche Gesundheitsförderung sind im Leitfaden Prävention der GKV festgelegt. Nachfolgend werden Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung beschrieben. Weitere differenzierte Auswertungen finden sich im Tabellenband (www.mds-ev.de).

Erreichte Betriebe

Abb. 1 **Zeitreihe: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte**



In der Grafik ist dargestellt, wie viele Betriebe bzw. Betriebsstandorte die Krankenkassen jeweils erreicht haben.

In den letzten Jahren haben die Krankenkassen ihre Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung stark ausgebaut. Diese positive Entwicklung hat sich im Berichtsjahr 2013 fortgesetzt.

Die vielfältigen Aktivitäten sind auf 4.712 Bögen dokumentiert.

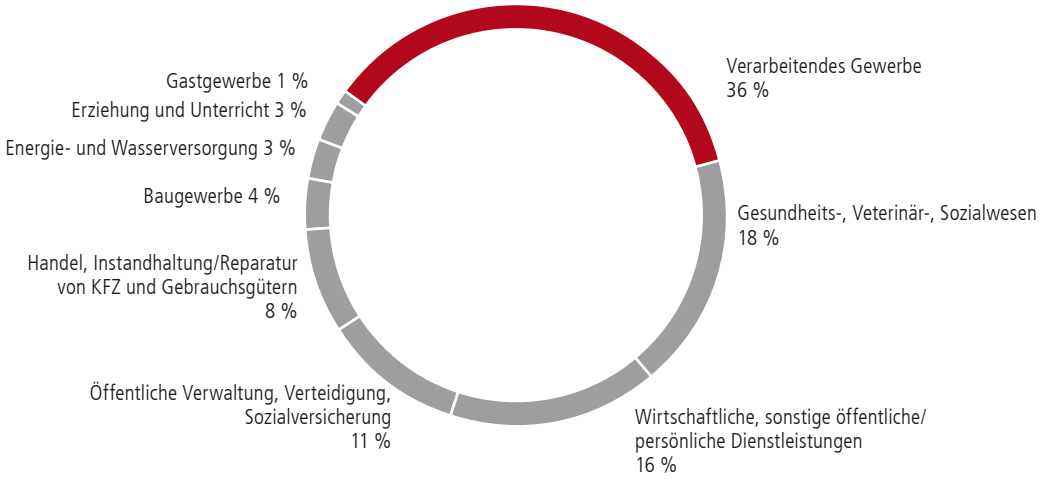
Die **Krankenkassen** unterstützten 10.000 engagierte Betriebe bei ihren Aktivitäten.

Standorte

Viele Betriebe führen Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung an mehreren Standorten durch. So wurden 60 % der Projekte an mehreren Standorten realisiert. Knapp 40 % der Maßnahmen finden in einem Betrieb mit nur einem Standort statt.

Erreichte Branchen

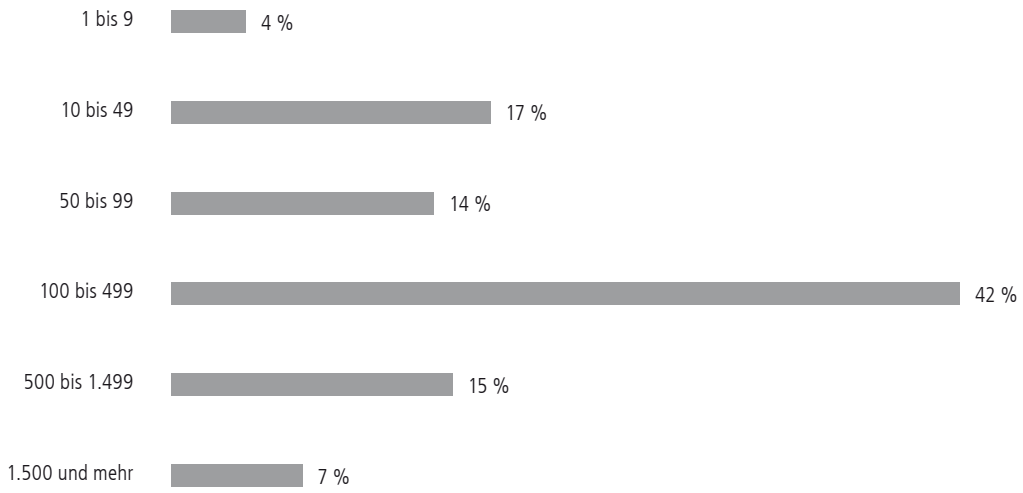
Abb. 2 **Branchen**



Spitzenreiter unter den verschiedenen Wirtschaftszweigen, in deren Betrieben krankenkassenunterstützte Gesundheitsförderung etabliert wurde, ist das verarbeitende Gewerbe. Möglicherweise fördern körperliche Belastungen in den Produktionsabläufen das Bewusstsein für die Notwendigkeit, Maßnahmen zur Reduzierung und Kompensation arbeitsbedingter körperlicher Belastungen durchzuführen.

Betriebsgröße

Abb. 3 **Betriebsgröße**
nach Anzahl der Beschäftigten



Gültige Angaben: 100 %

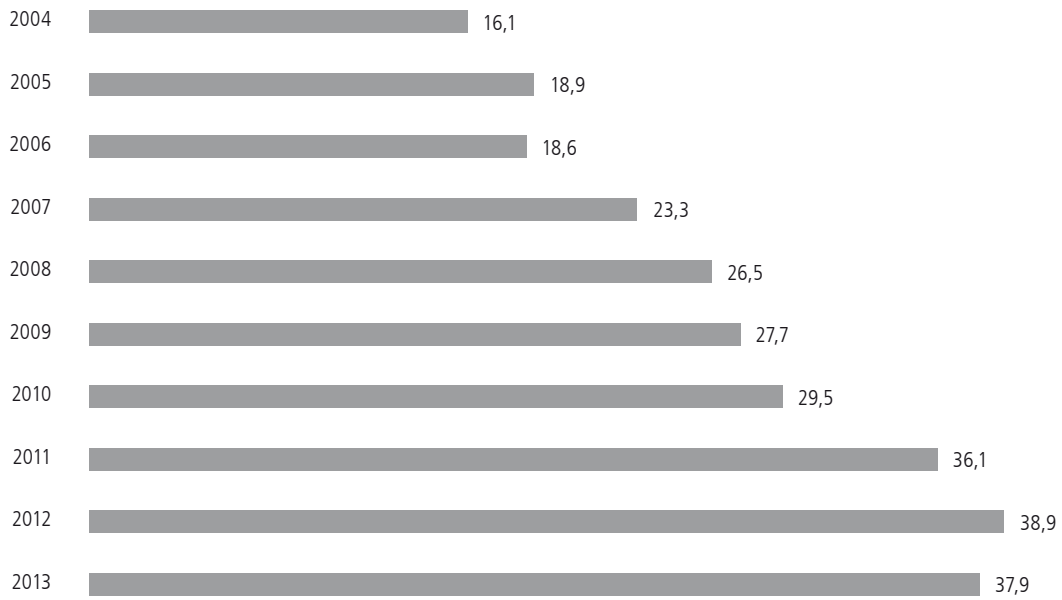
Welche Betriebe, gemessen an der Anzahl der Mitarbeiter, nutzen die Unterstützung der Krankenkassen bei ihrem Engagement für Gesundheit am Arbeitsplatz? Das lässt sich aus der oben stehenden Grafik ableiten.

Anteil an „ungelernten" Beschäftigten

Unter den erreichten Betrieben wiesen wie im Vorjahr 4 % einen hohen Anteil an „ungelernten" Arbeitnehmern auf. Ein „hoher Anteil" bedeutet, dass mindestens 20 % der Beschäftigten einschließlich der Auszubildenden keine abgeschlossene Berufsausbildung haben (siehe Kapitel „Erhebungsmethode und Auswertung").

Projektlaufzeit

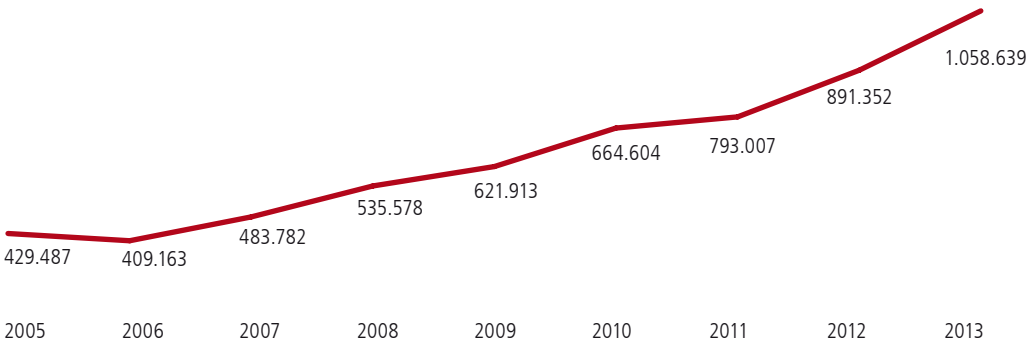
Abb. 4 **Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten**
In Monaten



Die mittlere Laufzeit der in den Betrieben durchgeführten Projekte hat sich nach kontinuierlichem Anstieg bis 2010 auf etwa drei Jahre eingependelt. Dies spricht für eine intensive Mitwirkung der Krankenkassen als Beitrag zu einem nachhaltig angelegten betrieblichen Gesundheitsmanagement. Betrachtet man die Laufzeiten der verschiedenen Aktivitäten im Vergleich, so finden sich Maßnahmen von nur drei Monaten bis hin zu kontinuierlicher Begleitung des Betriebs, die über 10 Jahre lang durchgeführt wurde. Am häufigsten finden sich mit einem Anteil von 22 % Aktivitäten, die bis zu drei Monaten dauern, und mit einem Anteil von 16 % Maßnahmen, die auf eine Laufzeit von ein bis zwei Jahren angelegt sind.

Erreichte Beschäftigte

Abb. 5 **Durch betriebliche Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte**
(Schätzwerte für direkt erreichte Personen)



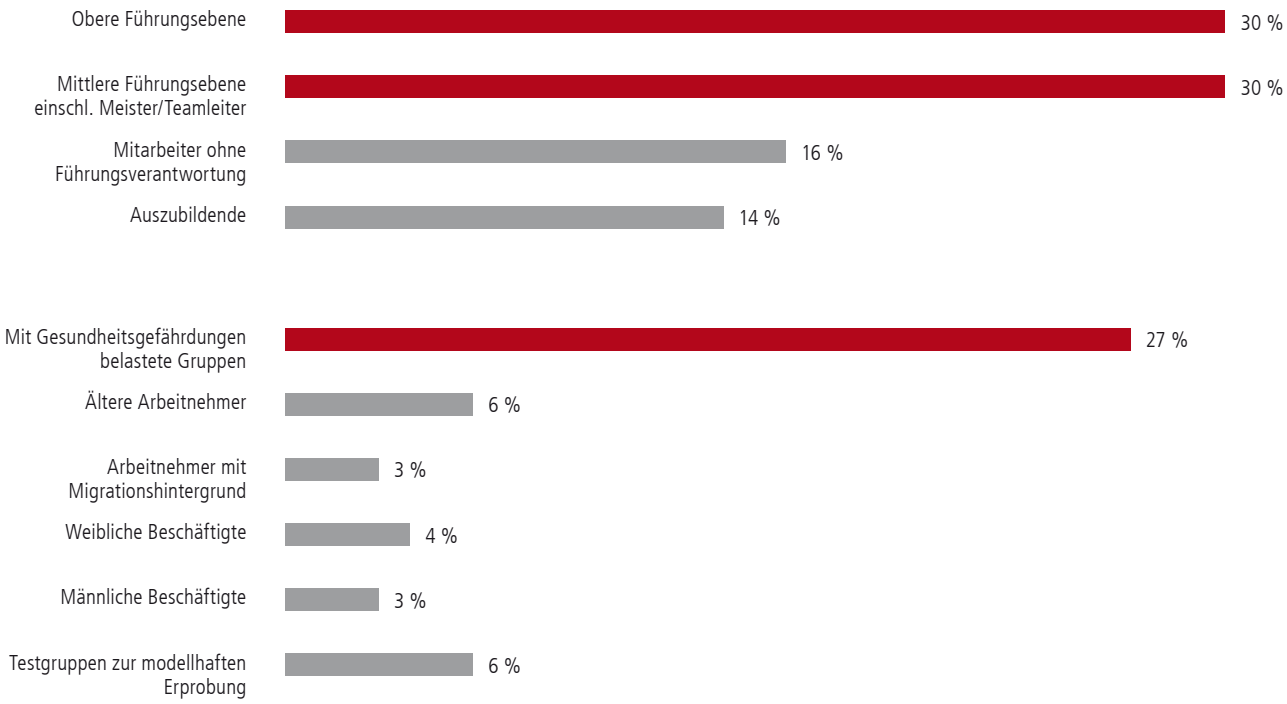
Die betriebliche Gesundheitsförderung erreicht Beschäftigte direkt, aber auch indirekt: Teilnehmer einer Maßnahme oder Veranstaltung geben ihre Erfahrungen und Informationen an weitere Betriebsangehörige weiter.

Überdies führen verhältnisbezogene Maßnahmen im Betrieb ebenso wie die gezielte Schulung von Multiplikatoren oder die Einrichtung eines Gesundheitszirkels dazu, dass Betriebsangehörige indirekt erreicht werden.

Über die direkt erreichten 1,1 Mio. Beschäftigte hinaus wurden im Berichtsjahr weitere 420.000 Betriebsangehörige indirekt erreicht. Das entspricht im Vergleich zum Vorjahr einer Zunahme von 11 % bei den indirekt erreichten Personen.

Zielgruppen

Abb. 6 **Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung**
(Mehrfachnennungen möglich)



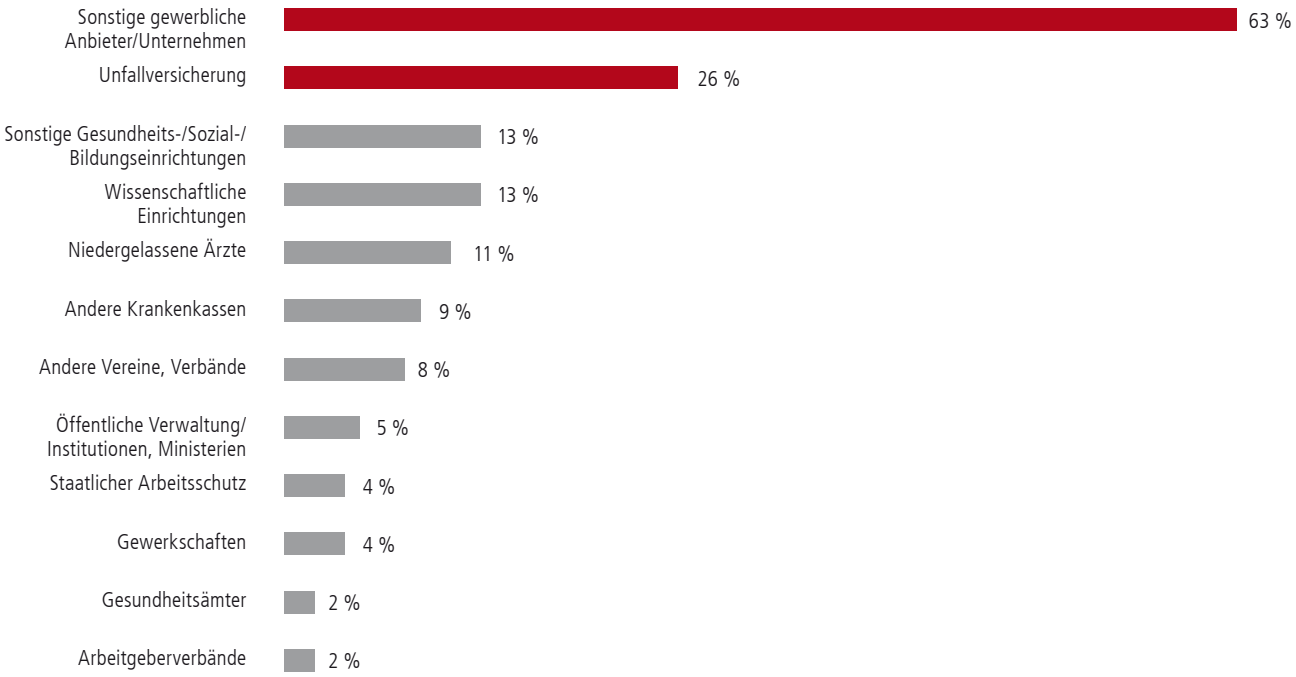
Die Aktivitäten der Krankenkassen richten sich nicht nur an Mitarbeiter, deren Arbeitsverhältnisse durch besondere Gesundheitsgefährdungen gekennzeichnet sind.

Über das Training der oberen und mittleren Führungsebene zur „gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung" nutzen die Betriebe einen Multiplikatoreffekt. Führungskräfte gestalten die Arbeitsbedingungen mit und haben dadurch Einfluss auf Arbeitszufriedenheit, Motivation und gesundheitliches Befinden der Mitarbeiter.

Bei der Zielgruppe der Auszubildenden wird frühzeitig und damit besonders nachhaltig in die Gesunderhaltung und langfristige Gesundheit der Mitarbeiter investiert.

Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten

Abb. 7 **Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung eingebrachten**
(Mehrfachnennungen möglich)



Bei der Hälfte (51 %) der Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung setzen die Unternehmen auf weitere Unterstützung durch außerbetriebliche Partner. Am häufigsten wird hier mit gewerblichen Anbietern (63 %) kooperiert, die Gesundheitsförderungskonzepte entwickeln, auf den Betrieb zuschneiden und die Umsetzung begleiten. Weiterer wichtiger Partner sind die Unfallversicherungen (26 %), die im Berichtsjahr allerdings seltener Ressourcen in den BGF-Prozess einbrachten als in den Vorjahren.

Kooperationspartner Unfallversicherung

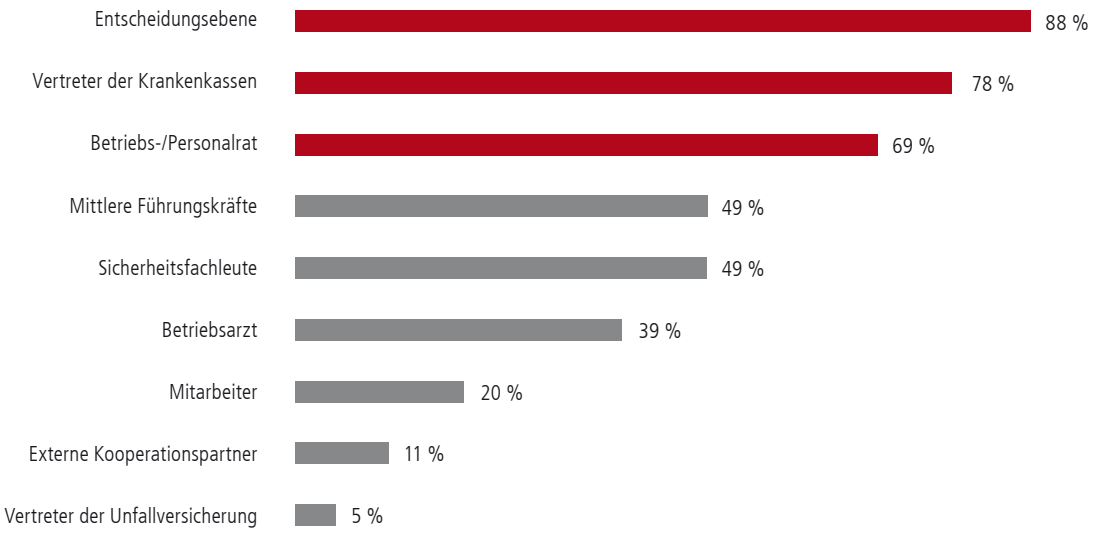
Bei gut einem Viertel der krankenkassengeförderten Projekte (26 %) bringt auch die Unfallversicherung Ressourcen ein. Die Krankenkassen arbeiten mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen, wenn die betrieblichen Entscheidungsträger die Vertreter der Unfallversicherung in die jeweiligen Gesundheitsförderungsaktivitäten einbeziehen.

Auf Bundesebene hat der Arbeitskreis „Prävention in der Arbeitswelt" der Verbände von Unfall- und Krankenversicherung Grundlagen für die Zusammenarbeit erarbeitet. Die entsprechende Rahmenvereinbarung ist unter www.dguv.de zugänglich.

Der GKV-Leitfaden Prävention sieht Abstimmungen für das gemeinsame Vorgehen von den Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherungen vor. In Absprache mit dem Betrieb soll sich die Zusammenarbeit und die Einbringung von Ressourcen und Leistungen an den jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten und Kompetenzen orientieren.

Koordination und Steuerung

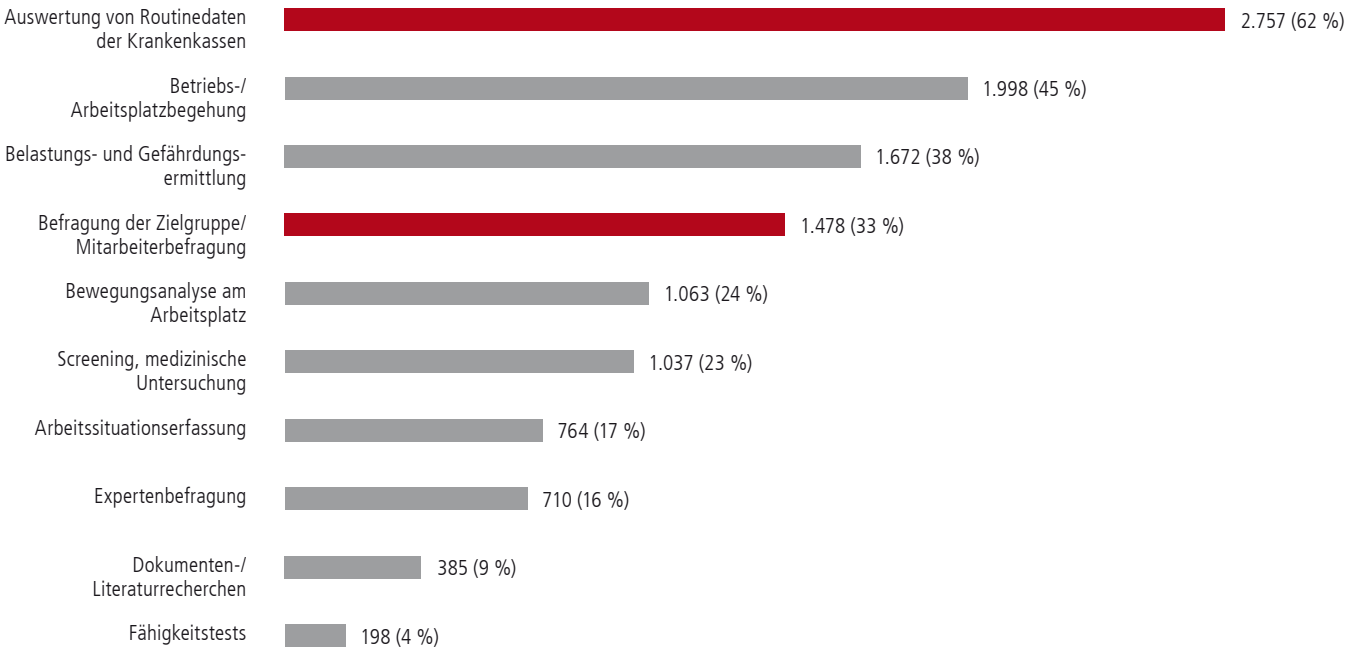
Abb. 8 **Vertreter in Steuerungsgremien**
(Mehrfachnennungen möglich)



Betriebliche Gesundheitsförderung wird in der Regel über Steuerungskreise geplant und dauerhaft implementiert. Bei 58 % der Projekte, zu denen die Krankenkassen einen Beitrag leisteten, bestanden im Berichtsjahr derartige Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen. Durch die Mitwirkung der innerbetrieblichen Dienste des Arbeits- und Gesundheitsschutzes kann betriebliche Gesundheitsförderung in ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement münden. Hierbei bilden die relevanten Akteure beispielsweise einen „Arbeitskreis Gesundheit". Dieser Arbeitskreis entwickelt und koordiniert Aktivitäten und Maßnahmen im Betrieb. Hierzu gehören Bedarfsanalysen genauso wie die Begleitung der Implementierung von Maßnahmen und eine abschließende Erfolgskontrolle. Solche Strukturen haben sich bewährt bei der dauerhaften Etablierung von Präventionsmaßnahmen.

Bedarfsermittlung

Abb. 9 **Bedarfsermittlung**
(Mehrfachnennungen möglich)



Aus der Vielzahl der Möglichkeiten, im Betrieb etwas für die Gesundheit der Mitarbeiter zu tun, gilt es zum einen die Maßnahmen zu ermitteln, die dazu beitragen können, die gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz zu verringern. Zum anderen sollten weitere Maßnahmen die Mitarbeiter befähigen und anregen, aktiv etwas für ihre Gesundheit zu tun. Hierfür werden verschiedene Informationsquellen genutzt und meist mehrere Methoden kombiniert, um ein gutes Bild zu bekommen, welche Maßnahmen für welche Beschäftigungsgruppe erfolgversprechend sein könnte. Durch die Verknüpfung von objektiven Daten mit den subjektiven Rückmeldungen der Mitarbeiter sollen zielgerichtet möglichst passgenaue Maßnahmen entwickelt und implementiert werden, die zur Gesunderhaltung der Mitarbeiter beitragen oder die geeignet sind, Belastungen am Arbeitsplatz entgegenzuwirken.

Arbeitsunfähigkeitsanalysen – AU-Profile – Betriebliche Gesundheitsberichte

Die Krankenkassen bieten den Betrieben an, Arbeitsunfähigkeitsanalysen durchzuführen. Ein solches „AU-Profil" oder ein „betrieblicher Gesundheitsbericht" liefern einen ersten Überblick über Parameter wie Arbeitsunfähigkeitsquote, AU-Tage oder die Verteilung der Krankheitsarten.

AU-Profile/Gesundheitsberichte enthalten Vergleiche zu den anderen Betrieben der Branche (regional, im Bundesland und bundesweit).

Im Jahr 2013 erstellten die Krankenkassen fast 7.000 AU-Profile bzw. betriebliche Gesundheitsberichte und unterstützten die Unternehmen damit beim betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Immer wieder mündet das Erarbeiten von AU-Profilen in ein längerfristiges Engagement und die Mitwirkung der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Gesundheitszirkel

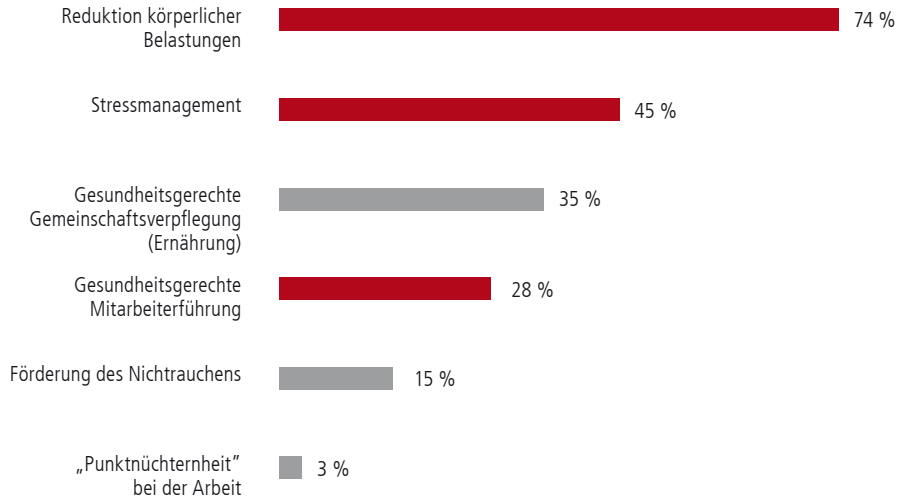
Gesundheitszirkel sind eine weitere Option zur Analyse des Bedarfs und im Weiteren zur Entwicklung von Lösungen in einem beteiligungsorientierten gruppenmoderierten Verfahren. Es ist ein anspruchsvolles, bewährtes partizipatives Instrument. Bei 19 % der Projekte, in denen die Krankenkassen mitwirkten, wurden die Beschäftigten über die Einrichtung eines Gesundheitszirkels in die Aktivitäten mit einbezogen.

Ein Gesundheitszirkel wird durch einen Moderator geleitet, der aus einem anderen Arbeitsbereich oder von außen kommt. Er moderiert die einmal oder mehrmals stattfindenden Gruppentreffen. Ziel ist es, dass die Mitarbeiter – oder deren ausgewählte Vertreter – gesundheitsgefährdende Faktoren am Arbeitsplatz identifizieren und analysieren. Im zweiten Schritt werden aus der Analyse heraus Lösungsvorschläge und Verbesserungen gemeinsam erarbeitet.

Ein Gesundheitszirkel bietet Mitarbeitern die Möglichkeit, sich aktiv in die Arbeitsgestaltung einzubringen und damit auch einen Beitrag zur Verhältnisprävention zu leisten. Für eine erfolgreiche Umsetzung ist sowohl von den Betriebsangehörigen als auch der Unternehmensführung Offenheit und die Bereitschaft zu Veränderungen gefordert.

Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Abb. 10 **Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen**
(Mehrfachnennungen möglich)



Das Präventionsengagement der Betriebe verteilt sich auf verschiedene Handlungsfelder und Präventionsprinzipien. Dabei setzen die verschiedenen Projekte unterschiedliche Schwerpunkte. Am häufigsten stehen Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates im Fokus.

Führungskräfte haben erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Beschäftigten und übernehmen häufig eine Multiplikatorfunktion. Gesundheitsgerechte Führung fördert Mitarbeiter, bietet soziale Unterstützung und Anerkennung, ist team-, mitarbeiter- und ressourcenorientiert.

Fast die Hälfte aller Maßnahmen befasst sich mit der Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Die Krankenkassen unterstützen Betriebe bei der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung. Sie beraten zu arbeitsgestalterischen Maßnahmen und zum gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstil.

Im betrieblichen Alltag haben sich Interventionsstrategien als besonders effektiv erwiesen, die verhältnis- und verhaltensorientierte Angebote **kombinieren**. Die Schaffung gesundheitsgerechter betrieblicher Bedingungen sollte demnach mit begleitenden präventiven Angeboten zur Verhaltensmodifikation und Unterstützung eines gesundheitsgerechten Lebensstils verknüpft werden.

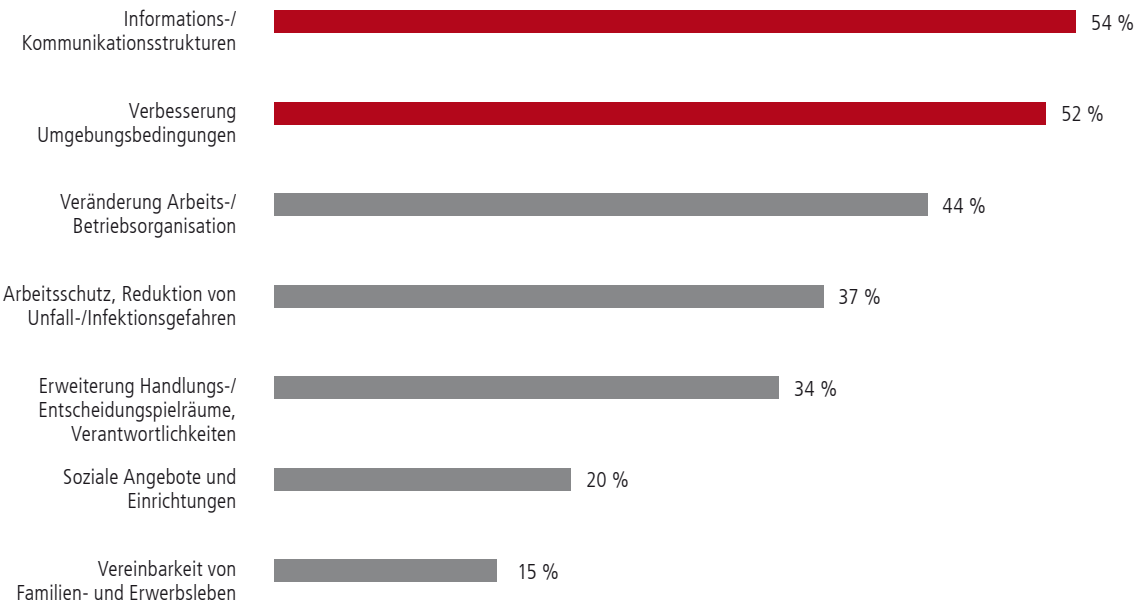
Ducki A: Betriebliche Interventionsansätze zur Bekämpfung psychischer Erkrankungen und zur Förderung psychischer Gesundheit. Präventionsbericht 2013. GKV-SV und MDS in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Berlin, Essen 2013.

Derartige Kombinationsangebote machen mit 56 % deutlich mehr als die Hälfte der Angebote aus. Gut ein Drittel (36 %) der Maßnahmen unterstützt die Mitarbeiter dabei, mit ihrem Verhalten selbst entscheidend Einfluss auf ihre Gesundheit zu nehmen. So werden den Mitarbeitern Kenntnisse vermittelt, die sie befähigen und motivieren, sich gesundheitsbewusster zu verhalten und Belastungen besser zu begegnen. Dies kann durch verhaltensbezogene Aktivitäten wie Informationsveranstaltungen und praktische Trainings beispielsweise zum Einüben von entlastenden Bewegungsabläufen erfolgen.

8 % der Maßnahmen legen den Schwerpunkt auf die gesundheitsförderliche Gestaltung des Arbeitsumfeldes und nehmen damit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit und Belastungsfaktoren der Beschäftigten. Durch strukturelle oder organisatorische Veränderungen des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsabläufe können Belastungen am Arbeitsplatz reduziert und somit körperlichen Beschwerden und auch Stress vorgebeugt werden. Solche umfangreichen Prozesse zur Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen müssen von der Unternehmensleitung getragen sein, und es muss auch die Bereitschaft zu Investitionen bestehen. Die Krankenkassen beraten und unterstützen die Unternehmen bei der Bedarfsermittlung, Planung und Umsetzung.

Im Ergebnis tragen Projekte, die verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten sinnvoll miteinander kombinieren und bei denen Mitarbeiter und Arbeitgeber gemeinsam Veränderungen herbeiführen, zur Qualitätssteigerung und zu einer nachhaltigen Verankerung des Themas Gesundheit in Betrieben bei.

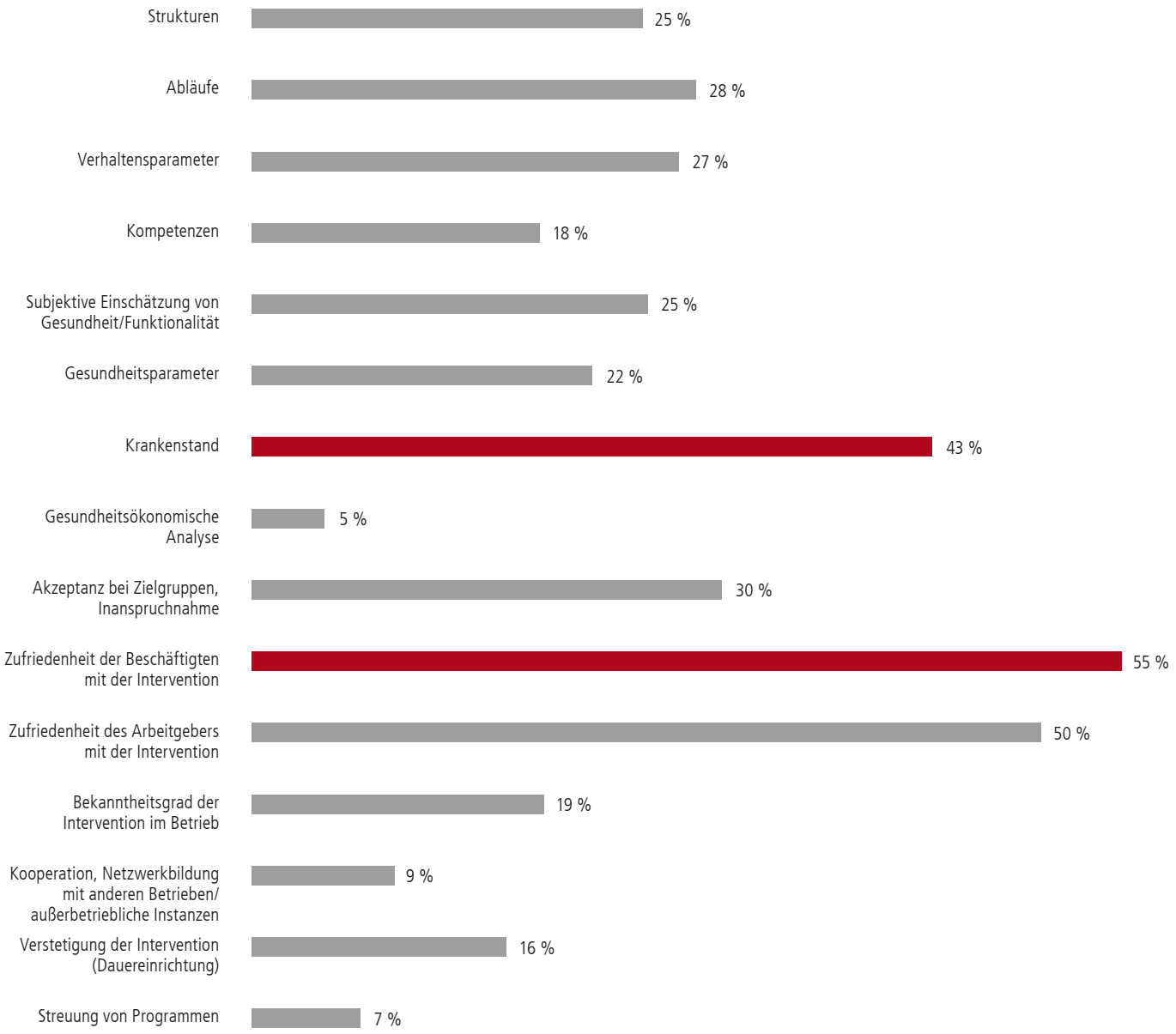
Abb. 11 **Art der Umgestaltung**
(Mehrfachnennung möglich)



Zu den häufigsten verhältnisbezogenen Aktivitäten gehörten im Berichtsjahr Veränderungen im Bereich der betrieblichen Kommunikation und in der Umgebungsgestaltung. Eine gute Kommunikationskultur und kurze Informationswege binden den Mitarbeiter in die Abläufe im Betrieb ein und unterstützen damit ein angenehmes Arbeitsklima ebenso wie adäquate Arbeitsbedingungen.

Erfolgskontrolle

Abb. 12 **Inhalte der Erfolgskontrolle**
(Mehrfachnennungen möglich)



Erfolgskontrollen sind in den Betrieben gut etabliert. Sie werden bei drei Viertel (74 %) aller Projekte durchgeführt bzw. sind geplant. Inhaltlich können verschiedene Perspektiven einfließen. In der Regel werden mehrere Parameter erfasst, um ein differenziertes Bild zu geben. Die Zufriedenheit der Beschäftigten und des Arbeitgebers spielt hierbei eine wichtige Rolle und ist Bestandteil der Hälfte aller Erfolgserhebungen. Diese Erhebung subjektiver Eindrücke wird häufig durch die objektiven Werte einer Anlayse des Kankenstands ergänzt. Das ermöglicht eine bessere Gesamteinschätzung.

Setting-Ansatz

Nicht nur das eigene Verhalten beeinflusst Gesundheit und Lebensqualität. Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen prägen das Gesundheitsbewusstsein und können die Gesundheit und Lebensqualität fördern. Menschen verbringen ihr Leben in verschiedenen sozialen Systemen. In diesen Lebenswelten können sie erreicht werden. Dies nutzen die Krankenkassen und bringen ihre Angebote zu den Menschen. Hierbei beraten die Krankenkassen gleichzeitig auch, mit welchen Maßnahmen gesundheitsförderliche Umgestaltungen im Setting vorgenommen werden können und engagieren sich damit bei der Verbesserung der Umfeldbedingungen (Verhältnisprävention) in den Lebenswelten der Menschen.

Es ist das Prinzip des Setting-Ansatzes, zum einen ein Setting gezielt nach einem bestimmten Bedarf auszusuchen und zum anderen die Aktivitäten zur Gesundheitsförderung möglichst passgenau auf die jeweils angesprochene Zielgruppe auszurichten. Durch das Hinbringen des Angebotes zum Menschen können gerade diejenigen Menschen erreicht werden, die ein Präventionsangebot nicht selbstständig aufsuchen würden.

Lebensbedingungen sind unterschiedlich, und Krankheiten sind in der Bevölkerung sozial ungleich verteilt. Die gesetzliche Vorgabe lautet, bei der Gesundheitsförderung den Gesundheitschancen der Versicherten in sozial benachteiligter Lage besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Hierzu ist der Setting-Ansatz besonders gut geeignet.

Von besonderer Bedeutung ist hierbei das Erreichen von Menschen in „sozialen Brennpunkten". Dies gilt umso mehr, als gerade diese Versicherten präventive Angebote mit Kommstruktur nach aller Erfahrung nur unterproportional nutzen.

Der Arbeitsplatz der Menschen bildet ein besonderes Setting, das aufgrund seiner besonderen Bedeutung und Struktur gesondert betrachtet wird (vgl. Kapitel Betriebliche Gesundheitsförderung).

Die Kriterien für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz sind im Leitfaden Prävention der GKV festgelegt. Nachfolgend werden Aktivitäten im Setting-Ansatz beschrieben. Weitere differenzierte Auswertungen finden sich im Tabellenband (www.mds-ev.de).

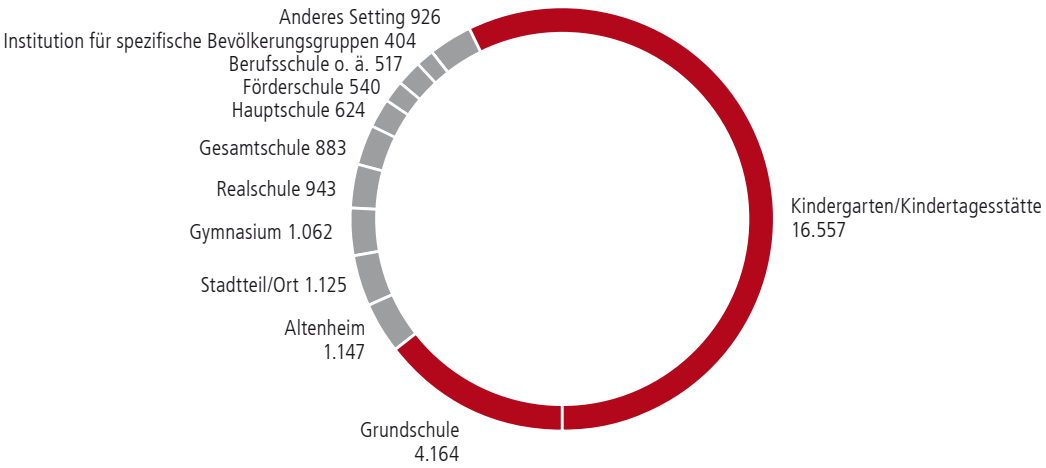
Settings der Gesundheitsförderung

Abb. 13 **Anzahl der Settings**

Die Krankenkassen haben seit Jahren ihre Aktivitäten in Settings ausgeweitet und kontinuierlich mehr Geld für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten eingesetzt. Die Zahl der erreichten Settings hat sich auf etwa 29.000 eingependelt. Stärkere Schwankungen zwischen den einzelnen Jahren können sich ergeben, wenn z. B. in einem Jahr größere Projekte abgeschlossen werden.

Art der Settings

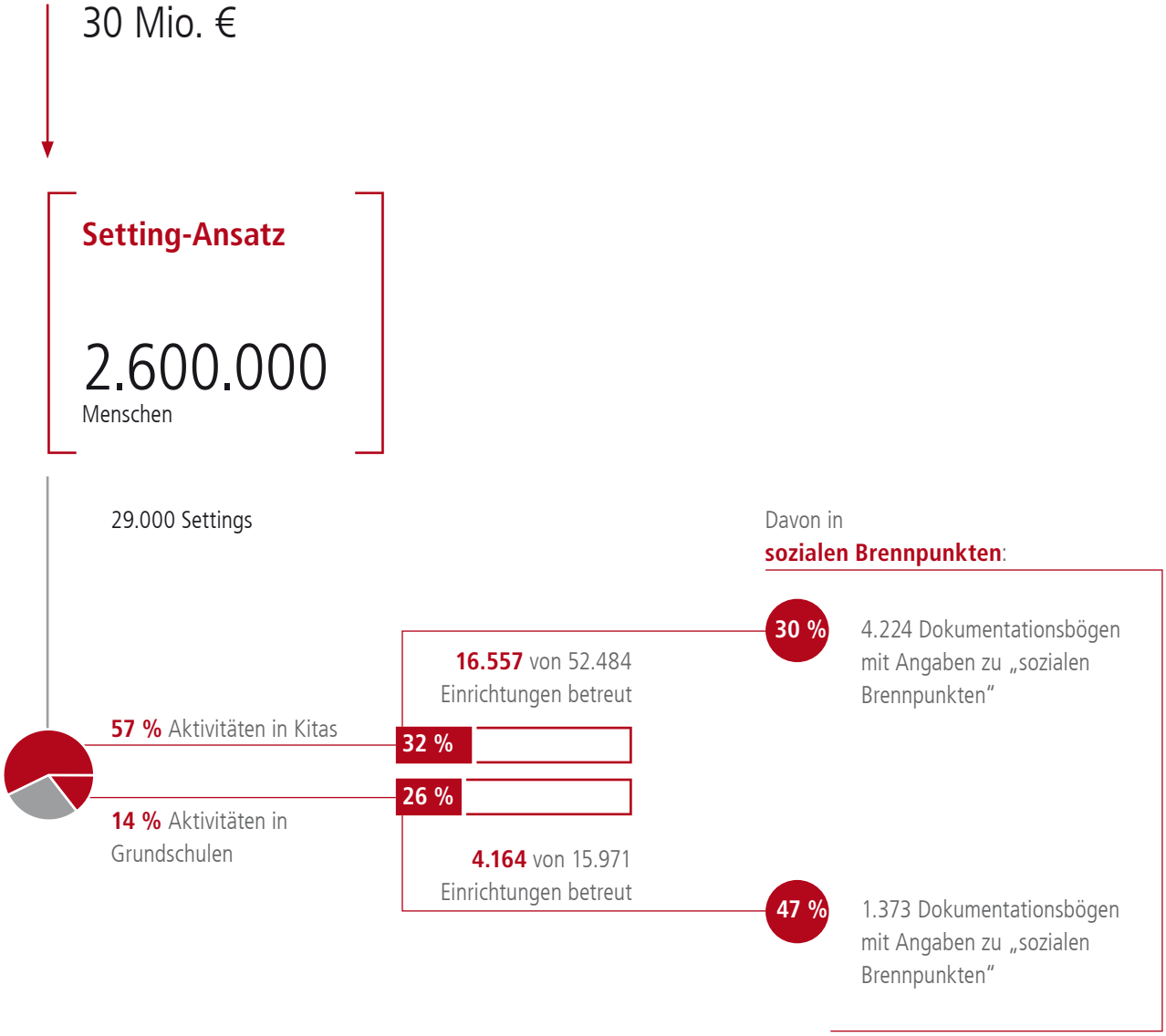
Abb. 14 **Art und Anzahl der Settings**



Die Krankenkassen initiieren, unterstützen und begleiten Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte in Lebenswelten. Sie tun dies zeitlich befristet mit dem Ziel, die Eigenkompetenz der angesprochenen Menschen und Einrichtungen zu stärken und zur kontinuierlichen Umsetzung zu motivieren.

Die Dokumentationsbögen beschreiben Aktivitäten in knapp 29.000 Settings. Hierbei liegt der Schwerpunkt der Aktivitäten auf der Zielgruppe der kleinen Kinder: In über der Hälfte aller Maßnahmen profitieren Kinder und ihre Eltern und Erzieherinnen in Kindergärten oder Kitas von den Präventionsmaßnahmen. Dies ist zum einen im Sinne einer frühen Prägung und nachhaltigen Wirkung sinnvoll und erreicht zum anderen Kinder aus allen sozialen Schichten.

Betreuungsgrad in Bildungseinrichtungen und Aktivitäten in „sozialen Brennpunkten“



Der Betreuungsgrad ist hoch. Knapp ein Drittel (32 %) aller Kitas wird von den Krankenkassen mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung unterstützt. Gut ein Viertel (26 %) der allgemeinbildenden Schulen profitiert im Berichtsjahr vom Engagement der Krankenkassen für gesundheitsförderliche Angebote und Bedingungen im Setting Schule.

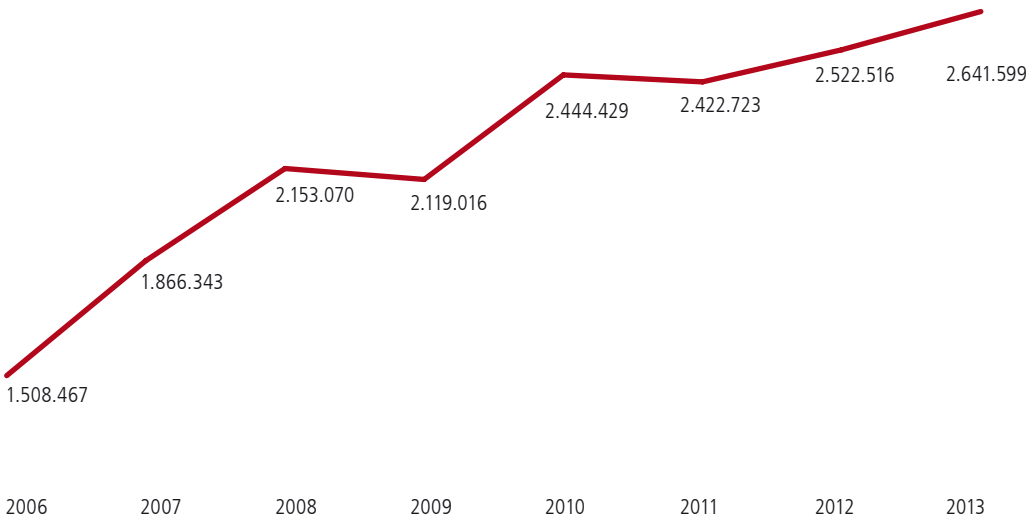
Um Menschen in sozial benachteiligter Lage zu erreichen, setzen die Angebote direkt in den Lebensräumen der betreffenden Menschen an. Vor allem Kitas und Schulen sind ein Ort, um in frühem Alter Weichen für ein gesundheitsbewusstes Leben zu stellen.

Als „soziale Brennpunkte“ werden Wohngebiete bezeichnet, in denen Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und deren soziales Netzwerk eingeschränkt ist. In der sozialwissenschaftlichen Literatur werden auch Begriffe wie „benachteiligtes Quartier“ oder „Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf“ verwendet.

Erreichte Personen

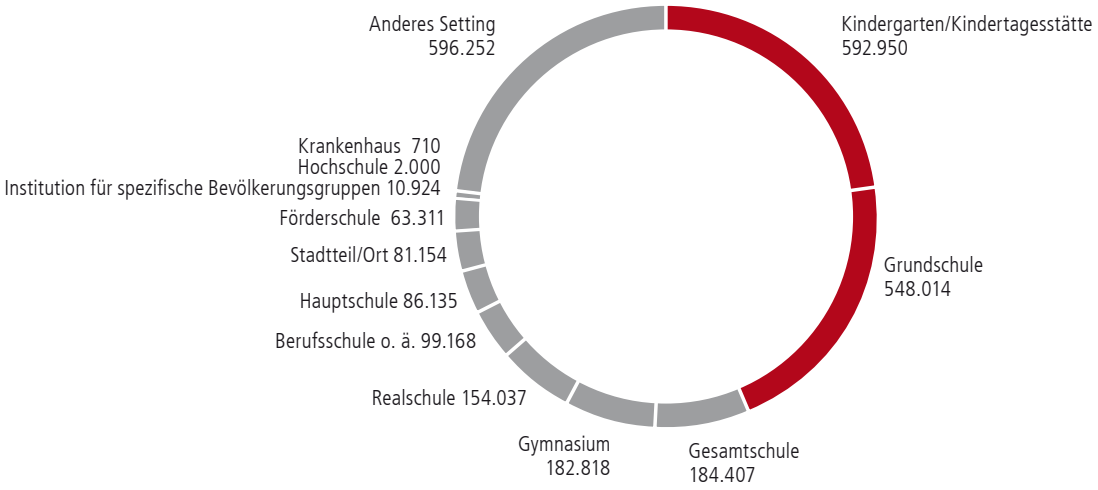
Abb. 15

Erreichte Personen
Schätzwerte für direkt erreichte Personen



Die Grafik zeigt, dass es in den letzten Jahren gelungen ist, in den Lebenswelten insgesamt rund 2,6 Mio. Menschen direkt mit Krankenkassenaktivitäten zur Gesundheitsförderung zu erreichen. Geben diese Teilnehmer ihre Erfahrungen und Informationen weiter, etwa wenn sie als Lehrer oder Erzieher tätige „professionelle" Multiplikatoren sind, können weitere Menschen von den Aktivitäten der Krankenkassen profitieren. Auch Familien profitieren von der Teilnahme einzelner Familienmitglieder. Geschätzt werden durch diese Weitergabe von Erfahrungen und Informationen insgesamt über 7 Mio. Menschen erreicht.

Abb. 16 **Erreichte Personen in den jeweiligen Settings**



Das Engagement der Krankenkassen in den Kitas und Grundschulen ist besonders hoch. Über 1 Mio. Kinder konnten hier erreicht werden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des Ausgleichs sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen wichtig. Gleichzeitig wird in die Zukunft investiert, indem im jungen Lebensalter die Prägung von gesundheitsbewussten Verhaltensweisen gefördert werden kann.

Projektlaufzeit

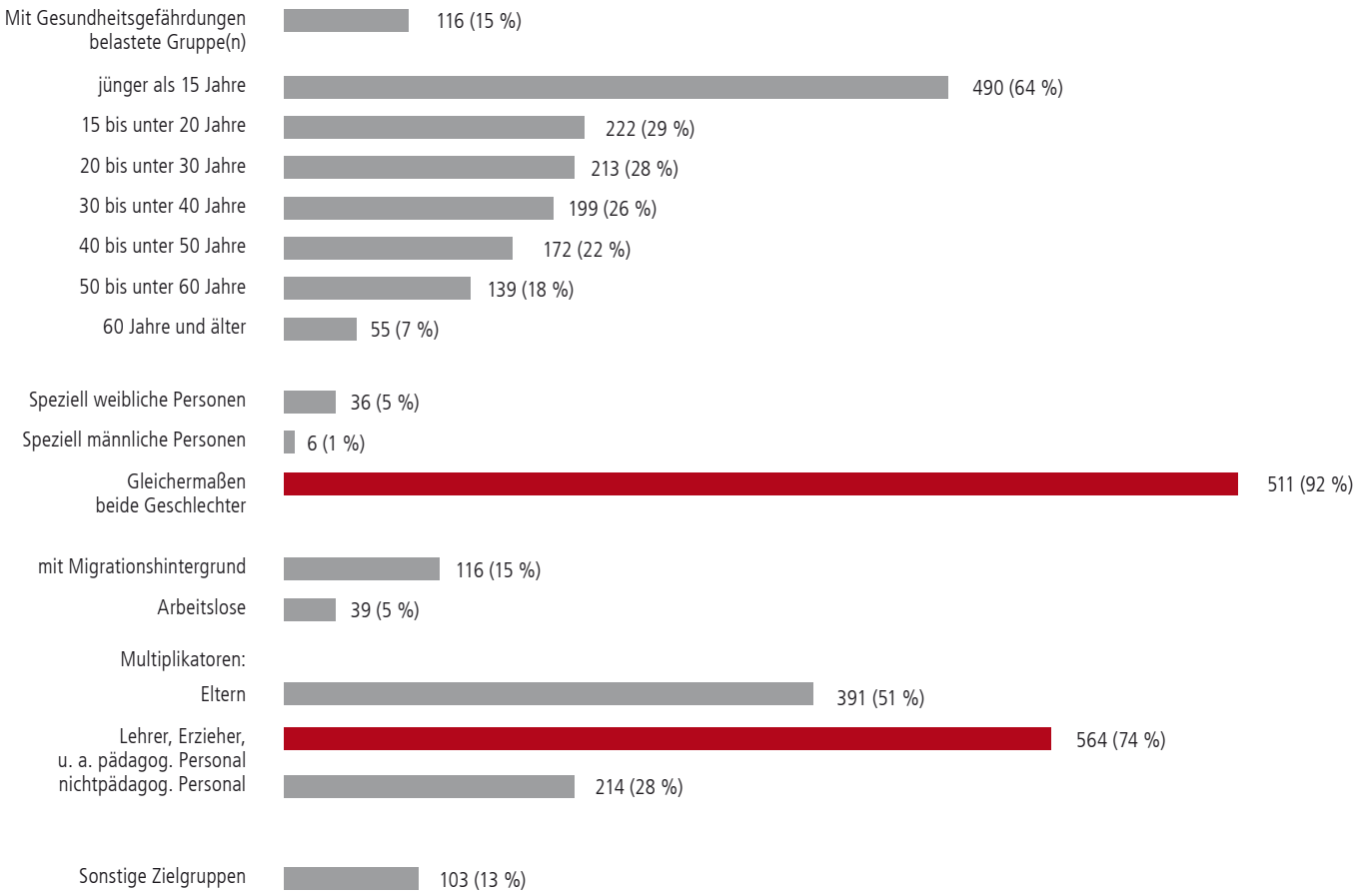
Abb. 17 **Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten**
in Monaten

Im Mittel beträgt die Laufzeit der von den Krankenkassen unterstützten Projekte 16,6 Monate. Knapp ein Drittel (30 %) sind auf eine Laufzeit von bis zu drei Monaten angelegt. Gut ein Drittel umfassen einen Zeitraum von vier Monaten bis zu einem Jahr und ein weiteres Drittel der Projekte begleitet seine Zielgruppe über ein Jahr hinaus. Dabei haben nur wenige Projekte eine längere Laufzeit als drei Jahre.

Gesetzliche Krankenkassen initiieren, unterstützen und begleiten Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte in Lebenswelten zeitlich befristet im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe.

Zielgruppen

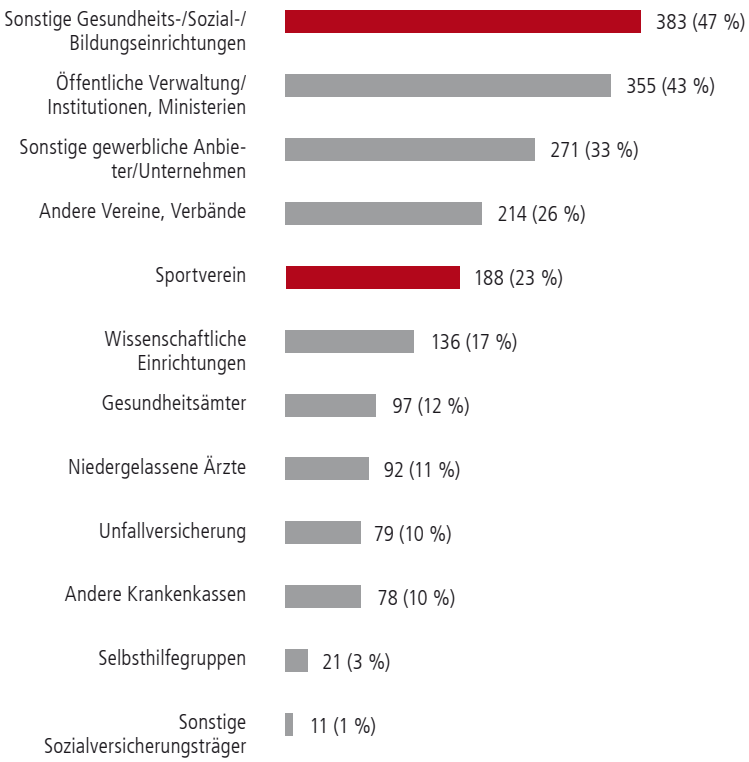
Abb. 18 **Zielgruppen**
(Mehrfachnennungen möglich)



Bei zwei Dritteln (67 %) der Maßnahmen wurde das Angebot an einer bestimmten Zielgruppe ausgerichtet. Viele Angebote sprechen mehrere Zielgruppen an. Fast alle Maßnahmen (92 %) sprechen gleichermaßen Frauen und Männer an. Über die Hälfte der Angebote richtet sich an Multiplikatoren, insbesondere Pädagogen (74 %), aber auch an Eltern (51 %) und nicht-pädagogisches Personal (28 %). Gesundheitsgefährdete Personen (15 %) und Menschen mit Migrationshintergrund (15 %) stehen bei einem Sechstel der Angebote im Fokus, speziell an Arbeitslose richten sich 5 % der Maßnahmen.

Kooperationspartner

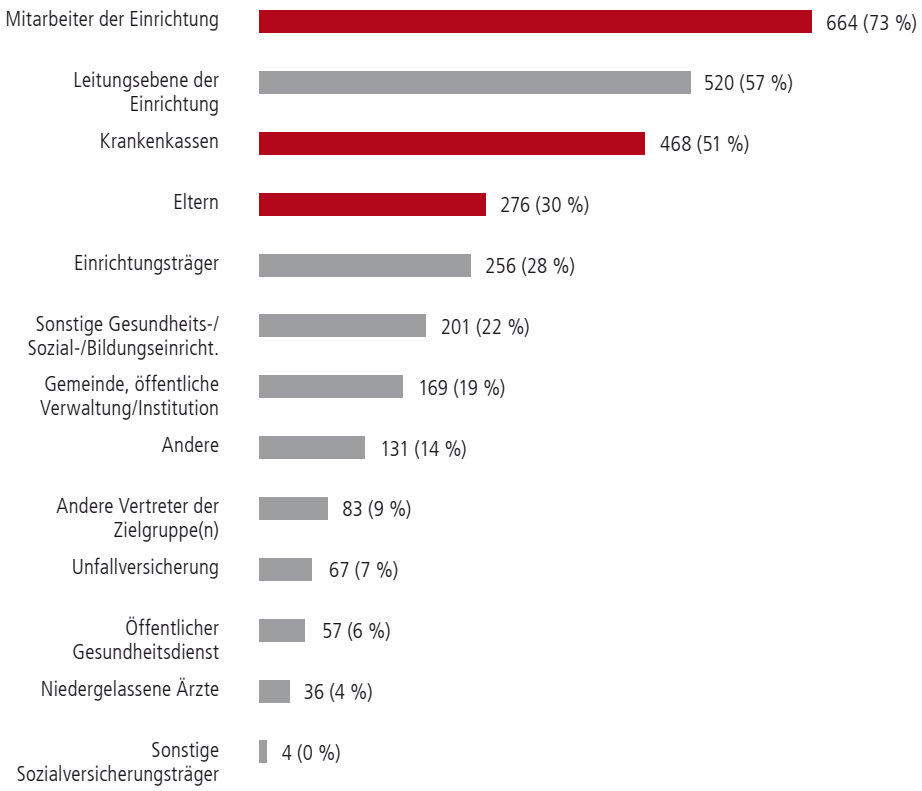
Abb. 19 **Kooperationspartner**
(Mehrfachnennungen möglich)



Ziel des Engagements der Krankenkassen ist eine nachhaltige Verankerung der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten. Dies kann nur in Zusammenarbeit mit weiteren gesellschaftlich relevanten Akteuren in gemeinschaftlich verstandener Aufgabe gelingen. Durch geeignete Kooperationen können sich Kompetenzen und Ressourcen ergänzen. In 72 % der Projekte ist dies geschehen, und Kooperationspartner haben Ressourcen in die Setting-Aktivitäten eingebracht. Beispielsweise sind Sportvereine und Gesundheits- oder Bildungseinrichtungen gut geeignet, die Aktivitäten der Krankenkassen zu ergänzen. Im Mittel kooperieren die Krankenkassen mit knapp drei Partnern.

Koordination und Steuerung

Abb. 20 **Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium**
(Mehrfachnennungen möglich)

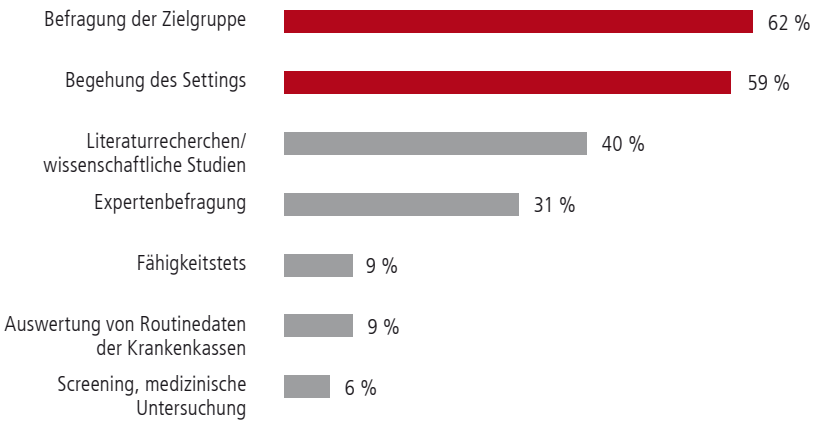


Zur erfolgreichen Implementierung gesundheitsfördernder Aktivitäten in einem Setting ist es sinnvoll, ein Gremium einzusetzen, das alle Schritte in einem Projekt koordiniert und steuert. Dieses Gremium muss Entscheidungen treffen, um eine nachhaltige Verankerung im Setting sicherzustellen. Ein solches Steuerungsgremium kann eine „Arbeitsgruppe Gesundheit" sein. Sie befasst sich mit der Analyse, Planung, Durchführung und Nachbereitung gesundheitsfördernder Maßnahmen. 80 % der Projekte weisen eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur auf.

Durchschnittlich setzt sich ein Steuerungsgremium aus drei Vertretern zusammen, doch es wurden auch Gremien mit bis zu 10 Mitgliedern beschrieben. Fast immer sind Mitarbeiter (73 %) einer Einrichtung, häufig mit Leitungsfunktion (57 %), in den Steuerungsgremien vertreten. In gut der Hälfte sind Mitarbeiter der Krankenkassen (51 %) beteiligt.

Bedarfsermittlung

Abb. 21 **Methoden der Bedarfsermittlung**
(Mehrfachnennungen möglich)



Dort, wo die Menschen sich regelmäßig aufhalten, sollen sie an Angeboten zur Gesundheitsförderung teilhaben und davon profitieren können. Um ganzheitlich agieren zu können, ist es wichtig, auch das Lebensumfeld der Menschen zu analysieren. Aus der Erhebung der gesundheitlichen Situation im Setting kann der Handlungsbedarf abgeleitet werden. Hierzu werden besondere Risiken und Potenziale analysiert. Durch den Einsatz verschiedener Methoden wie Begehung des Settings, Befragung der Zielgruppe, Auswertung von Krankenkassen-Routinedaten oder Expertenbefragungen kann ein möglichst genaues Bild vom spezifischen Bedarf im ausgewählten Setting erstellt werden.

Im Mittel wurden je Projekt drei verschiedene Instrumente der Bedarfsanalyse kombiniert. Die Befragung der Zielgruppe und eine Begehung des Settings sind die am häufigsten angewendeten Methoden. Dies spricht für eine realitätsnahe Erhebung der konkreten Bedingungen vor Ort, die somit einen Setting-spezifischen Zuschnitt der Maßnahme ermöglicht.

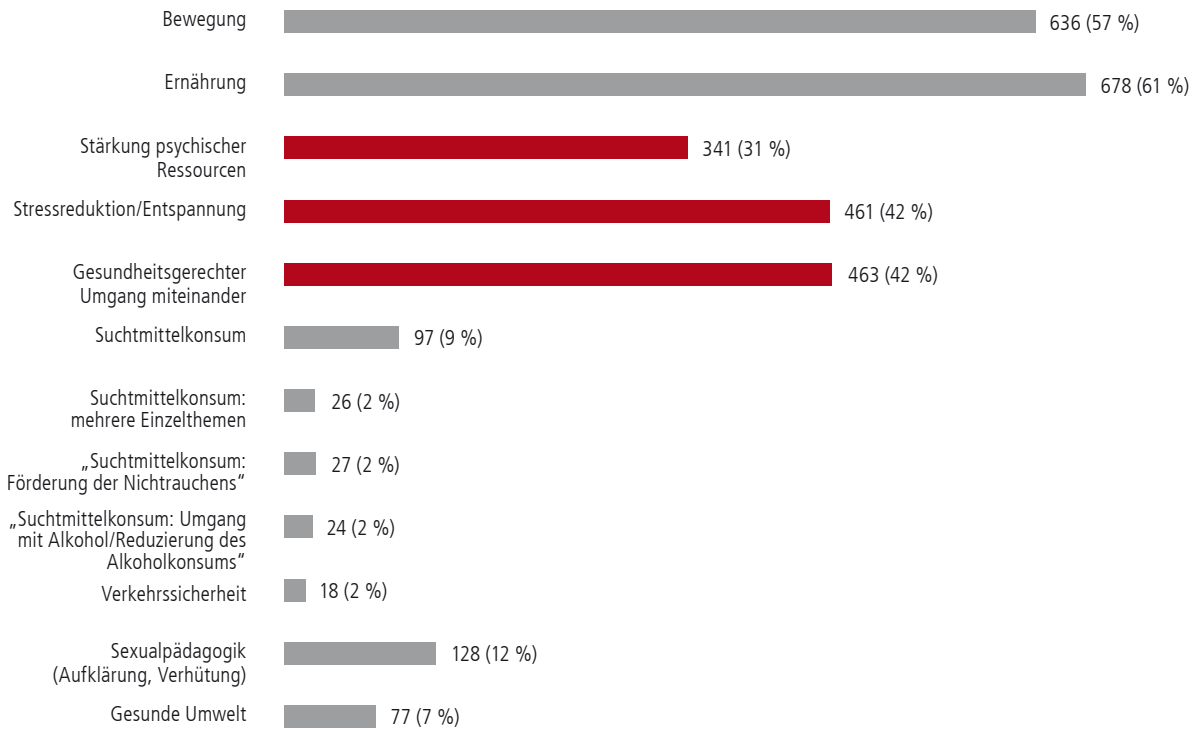
Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel als gruppenmoderierte Verfahren bieten die Möglichkeit der Einbindung von Vertretern aller beteiligten Ebenen eines Settings. Bei einem oder mehreren Treffen können sich die verschiedenen Akteure mit ihrem Wissen, ihren Erfahrungen und Lösungs- und Verbesserungsvorschlägen zur Bedarfsanalyse und Entwicklung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen einbringen.

In 13 % der Settings wurde dieses partizipative Instrument im Berichtsjahr eingesetzt.

Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Abb. 22 **Inhalte**
(Mehrfachnennungen möglich)



Die klassischen Präventionsfelder gesunde Ernährung (61 %) und Bewegung (57 %) führen die inhaltliche Liste der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung an. Unterstützung im Umgang mit psychischen Belastungen wird jedoch immer wichtiger und schlägt sich in vermehrten Angeboten zur Stärkung der psychischen Gesundheit nieder: Maßnahmen zur Stressreduktion/Entspannung (42 %), Aktivitäten zur Förderung eines gesundheitsgerechten Umgangs miteinander (42 %) und gezielte Interventionen zur Stärkung psychischer Ressourcen (31 %) sind ein Beitrag zur Erhöhung der Resilienz der Menschen.

Viele Projekte umfassen dabei mehrere Handlungsfelder, durchschnittlich sind es drei Inhalte je Projekt.

Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten

Im Setting sollen die Potenziale für die Gestaltung gesundheitlicher Lebensbedingungen gestärkt und gleichzeitig auch die Menschen zu gesundheitsgerechtem Verhalten motiviert und befähigt werden. Der Setting-Ansatz ist geprägt von einer engen Verknüpfung von sowohl auf die Rahmenbedingungen (Verhältnisse) im Setting als auch auf das gesundheitsbezogene Verhalten der Einzelnen gerichteten Interventionen.

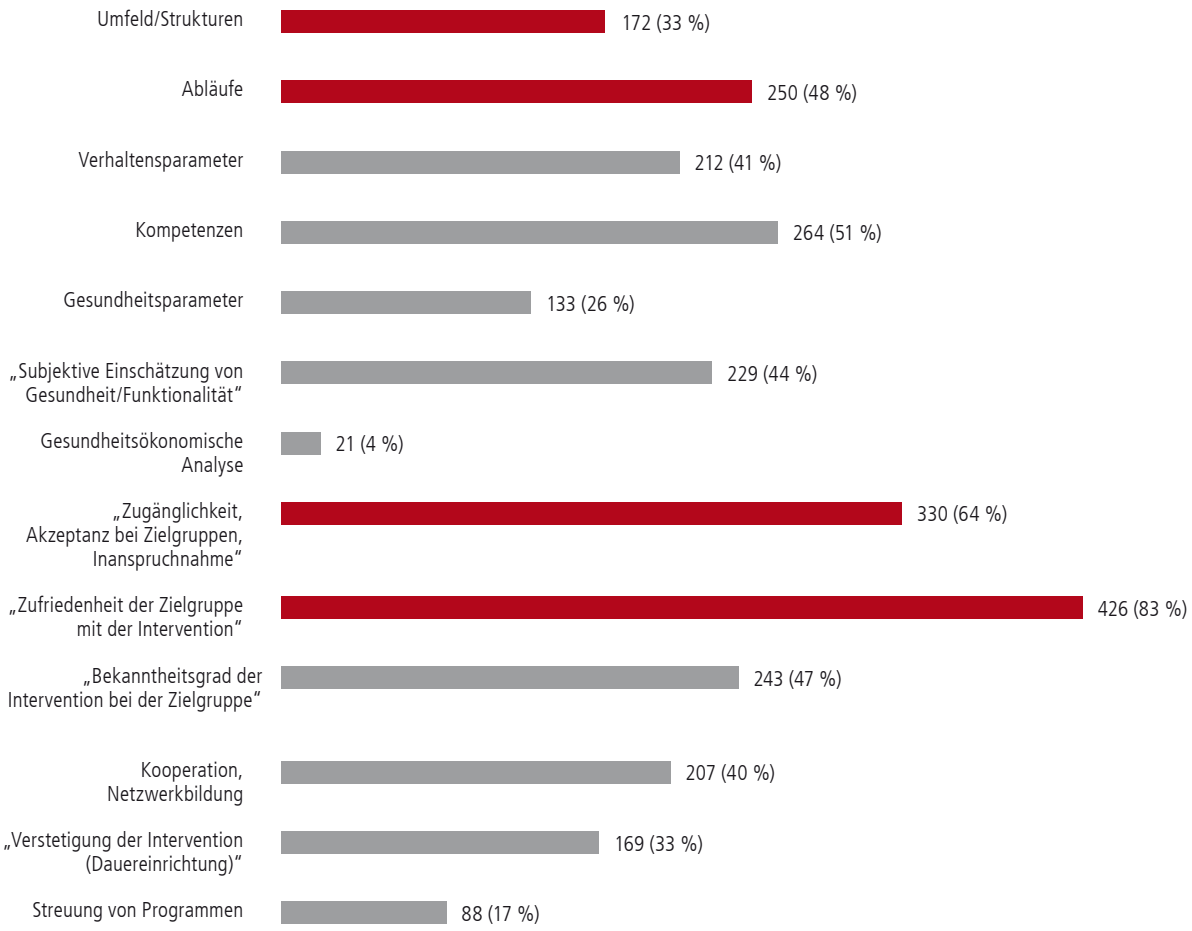
Durch Kombination beider Interventionsmöglichkeiten lassen sich die positiven Effekte verstärken. Die Zahlen zeigen, dass diese synergistische Wirkung in vielen Settings genutzt wird. Bei 72 % der Aktivitäten werden Maßnahmen mit Verhaltens- und Verhältnisbezug miteinander kombiniert. Ein Viertel (25 %) der Interventionen schafft gesundheitsförderlichere Umfeldbedingungen. Nur sehr wenige Maßnahmen (3 %) bieten ausschließlich Anleitung zu gesundheitsbewussterem Verhalten.

Art der Umgestaltung

Zur Verbesserung der Umfeldbedingungen werden in der Regel mehrere Aktivitäten kombiniert. Im Durchschnitt setzen die Interventionen an sechs verschiedenen Punkten an. Hierzu gehören Veränderungen in der Organisation, Verbesserungen der Umgebungsbedingungen und Schaffung sozialer Angebote und Einrichtungen. Verbesserte Kommunikationsstrukturen können mit einer Erweiterung des Handlungs- bzw. Entscheidungsspielraumes verbunden sein. Dies kann zur psychischen Gesundheit der Menschen beitragen.

Erfolgskontrollen

Abb. 23 **Inhalte der Erfolgskontrollen**
(Mehrfachnennungen möglich)



Es ist sinnvoll, den Erfolg einer durchgeführten Maßnahme zu überprüfen. Im Rahmen eines Qualitätsmanagements können Erfolgskontrollen durchgeführt werden. Dies wurde im Berichtsjahr bei knapp zwei Dritteln (63 %) der Projekte gemacht bzw. war geplant.

Es gibt viele Faktoren, anhand derer der Erfolg einer Maßnahme gemessen oder eingeschätzt werden kann. Durch die Erhebung mehrerer Parameter und der Kombination von subjektiven Eindrücken mit objektiven Messgrößen lässt sich das Bild über die erzielten Effekte abrunden. Im Mittel werden fünf Parameter je Projekt gemessen.

Die Fragen nach der Zufriedenheit mit der Intervention (83 %), der Akzeptanz der Maßnahme (64 %) und nach einem Kompetenzzuwachs (51 %) sind die am häufigsten ermittelten Parameter. Bei knapp der Hälfte (48 %) der Erfolgsüberprüfungen wird mit der Frage nach den Abläufen ein verhältnispräventiver Parameter überprüft.

Individueller Ansatz

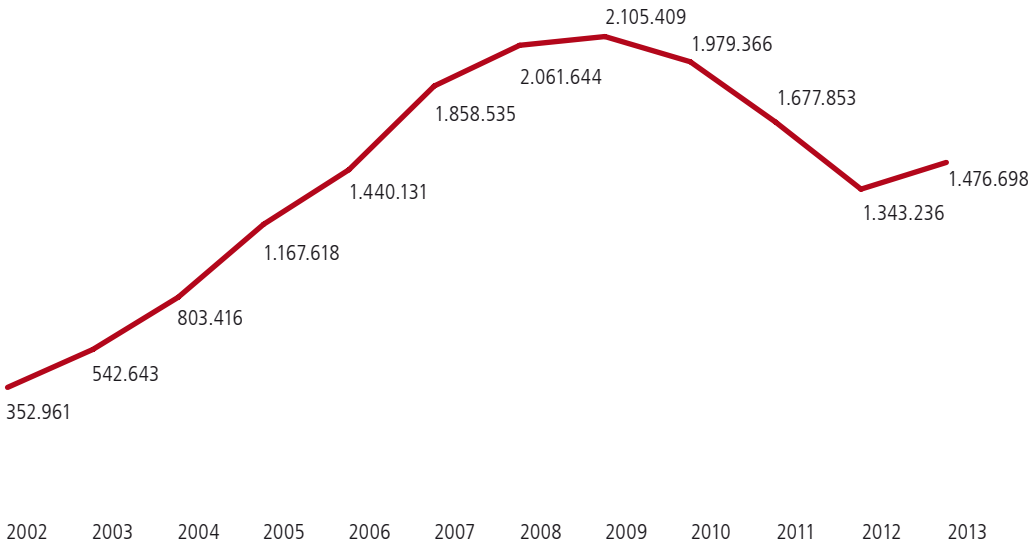
Mit Kursangeboten in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Suchtmittelkonsum möchten die Krankenkassen die Versicherten zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise motivieren und befähigen. Ihre Präventionsangebote nach dem sog. individuellen Ansatz richten sich an die einzelnen Versicherten. Mit diesen Angeboten sollen den Versicherten gesundheitsrelevante Kompetenzen vermittelt und sie bei der Einübung neuer Verhaltensweisen unterstützt werden. Langfristiges Ziel dieser Maßnahmen, die grundsätzlich in Gruppen durchgeführt werden, ist es, den Versicherten Möglichkeiten aufzuzeigen, eine dauerhafte gesundheitsförderliche Lebensweise eigenverantwortlich über die Kursphase hinaus wahrzunehmen und in den Alltag zu integrieren.

Die Versicherten erhalten die Unterstützung, möglichen Erkrankungen vorzubeugen, sowohl durch Vermeidung von Risikofaktoren als auch durch aktive gesundheitsfördende Aktivitäten.

Die Kriterien für individuelle Kursangebote sind im Leitfaden Prävention der GKV festgelegt. Nachfolgend werden Aktivitäten der Krankenkassen nach dem individuellen Ansatz beschrieben. Weitere differenzierte Auswertungen finden sich im Tabellenband (www.mds-ev.de).

Inanspruchnahme

Abb. 24 **Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt**

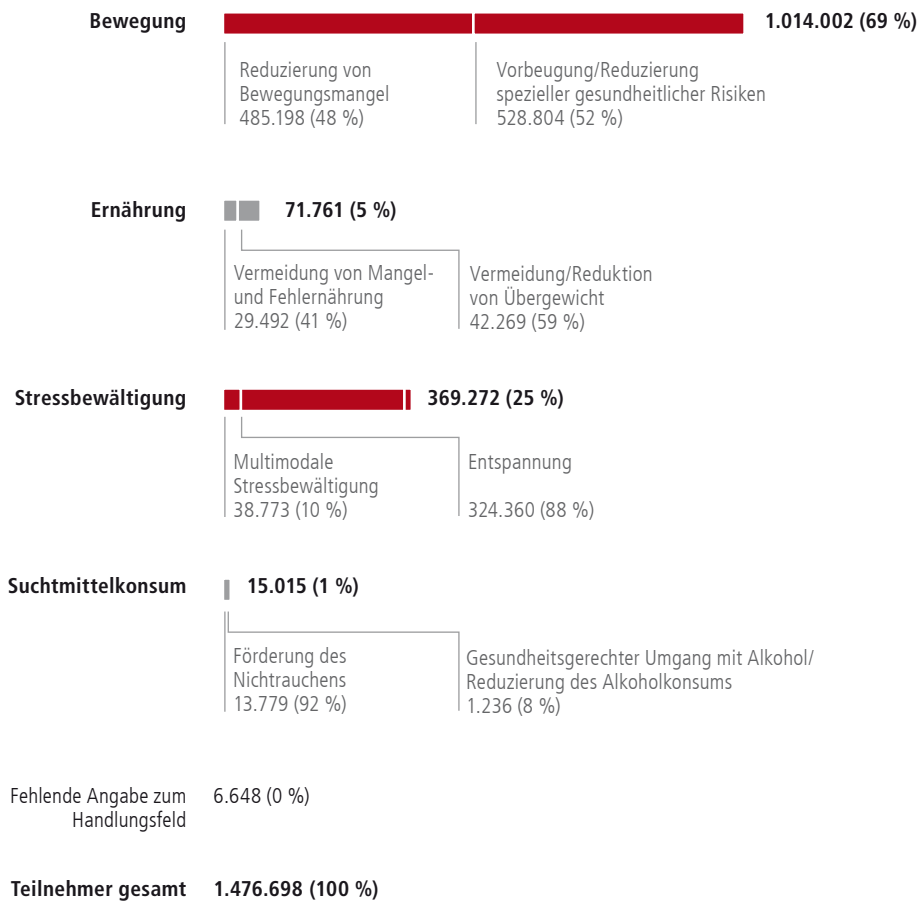


Durch die Kursangebote sollen die Versicherten angeregt und befähigt werden, das im Kurs Erlernte eigenständig weiterzuführen und sich gesundheitsbewusster zu verhalten. Informationen über Angebote z. B. von Sportvereinen, die die Versicherten dauerhaft in Eigenverantwortung in ihr Leben integrieren können, ergänzen die Kursinhalte. So sollen sie befähigt werden, das im Kurs Erlernte selbstständig im Alltag fortzuführen.

Im Berichtsjahr stieg die Zahl der Kursteilnehmer – bzw. genauer gesagt der Kursteilnahmen – um 10 % an. Ein Grund hierfür könnte die Rücknahme einer eingeschränkten Bezuschussungsregelung sein.

Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Abb. 25 **Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern**



Fehlende Angabe zum Handlungsfeld	6.648 (0 %)
Teilnehmer gesamt	**1.476.698 (100 %)**

Mehr Bewegung steht bei den Versicherten hoch im Kurs, wenn es darum geht, etwas für die Gesundheit zu tun. Ob einfach gegen den Bewegungsmangel anzugehen (48 %) oder gezielt speziellen gesundheitlichen Risiken vorzubeugen oder sie zu reduzieren (52 %): Zu über zwei Dritteln (69 %) werden Bewegungsangebote genutzt.

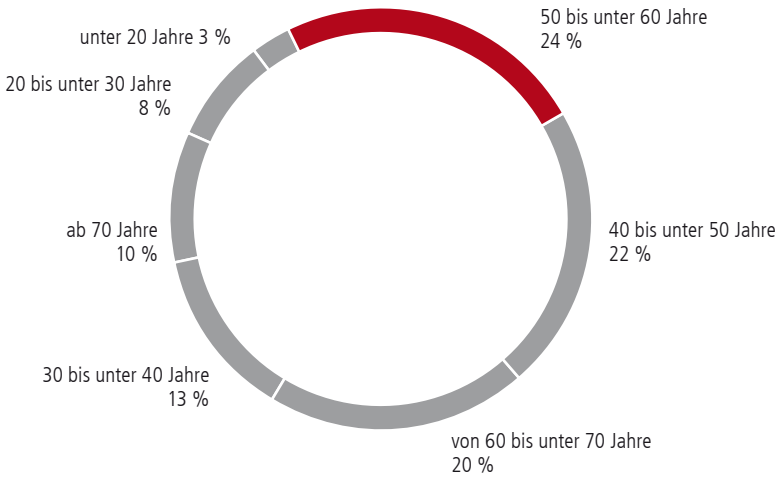
Maßnahmen zur Stressbewältigung machen ein Viertel (25 %) der gewählten Angebote aus. Sie sollen vor allem der Entspannung (88 %), aber auch dem Stressabbau (10 %) dienen. Ergänzt werden die individuellen Kursangebote durch Maßnahmen in den Handlungsfeldern Ernährung (5 %) und Suchtmittelkonsum (1 %).

Bei den Ernährungsangeboten sind Kurse zur Vermeidung oder zur Reduktion von Übergewicht (59 %) etwas mehr nachgefragt als Kursangebote, die sich mit der Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung (41 %) befassen.

Aus dem Handlungsfeld Suchtmittelkonsum werden in erster Linie Kursangebote zum Nichtrauchen (92 %) nachgefragt. Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang oder zur Reduzierung des Alkoholkonsums werden mit 8 % in Anspruch genommen.

Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Abb. 26 **Inanspruchnahme nach Alter**

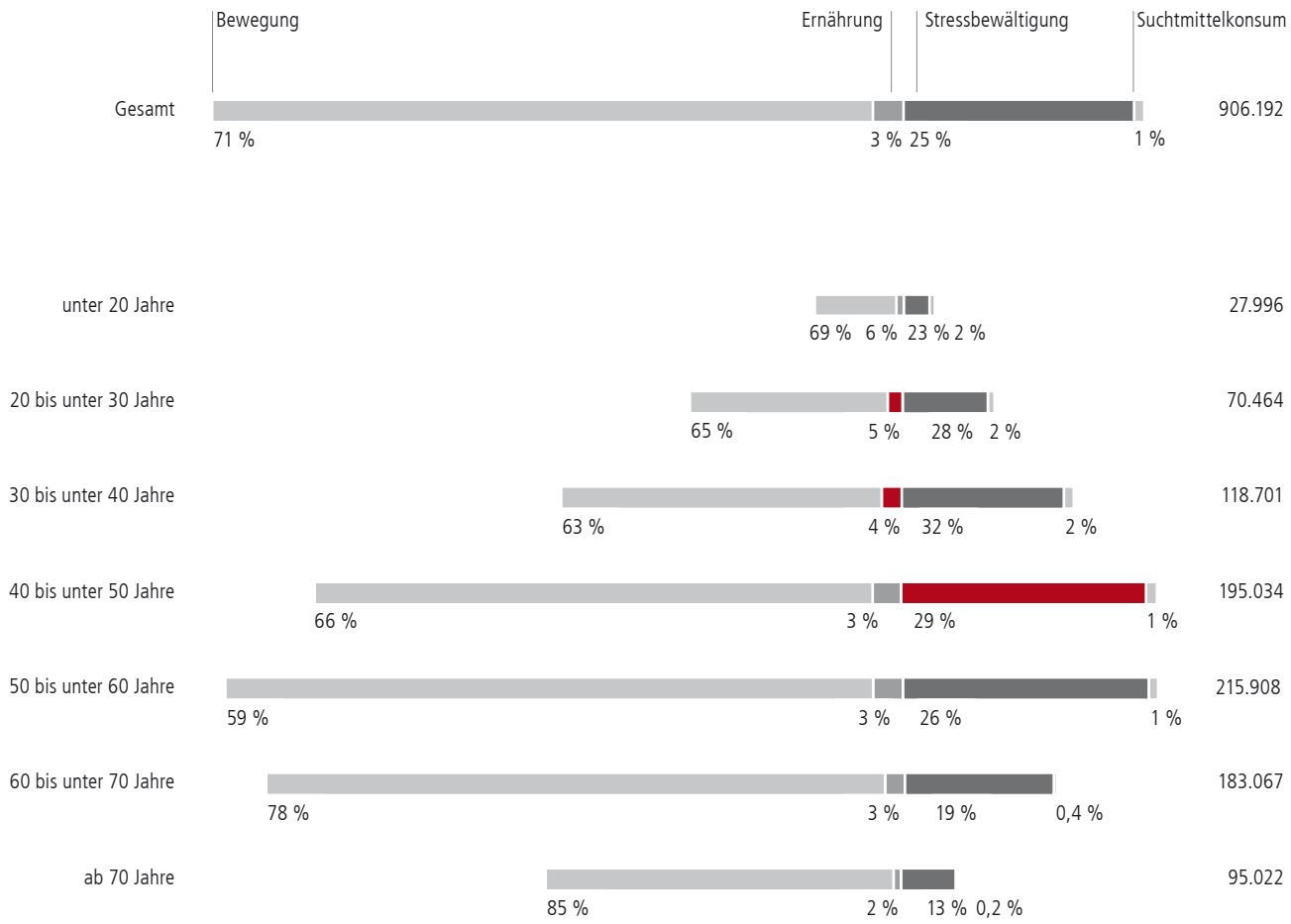


Für den vorliegenden Präventionsbericht wurde im individuellen Ansatz eine neue Gliederung der Altersstruktur der Kursteilnehmer vorgesehen. Dabei wurde die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen zusammengefasst. Die hohen Altersgruppen wurden stärker differenziert.

Das größte Interesse, etwas für ihre Gesundheit zu tun, haben dabei die 50- bis 60-Jährigen (24 %). Das Auftreten erster gesundheitlicher Beeinträchtigungen in diesem Alter mag ein Anreiz dafür sein.

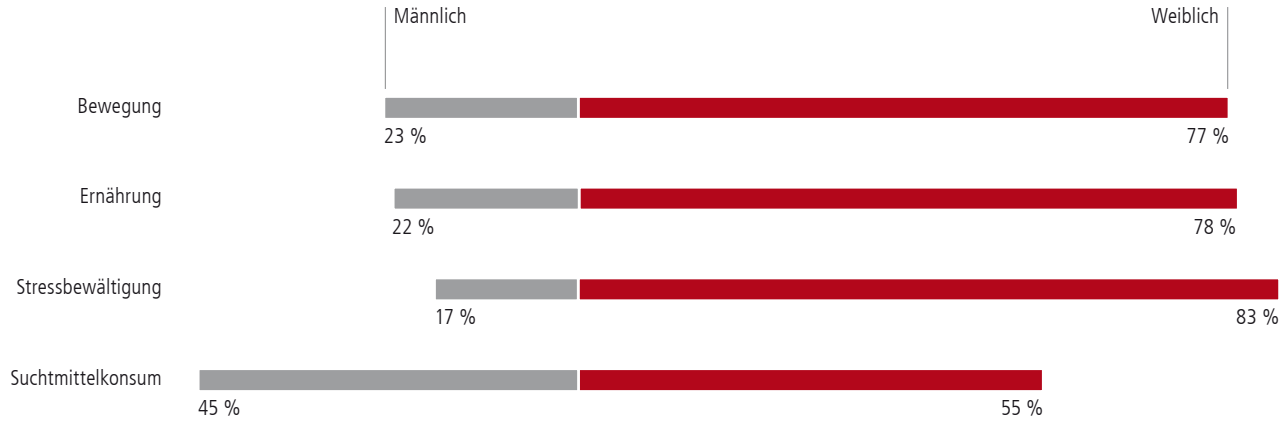
Grundsätzlich sind Frauen deutlich gesundheitsbewusster als Männer. Mit 78 % stellen sie den Großteil der Teilnehmer.

Abb. 27 **Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter**



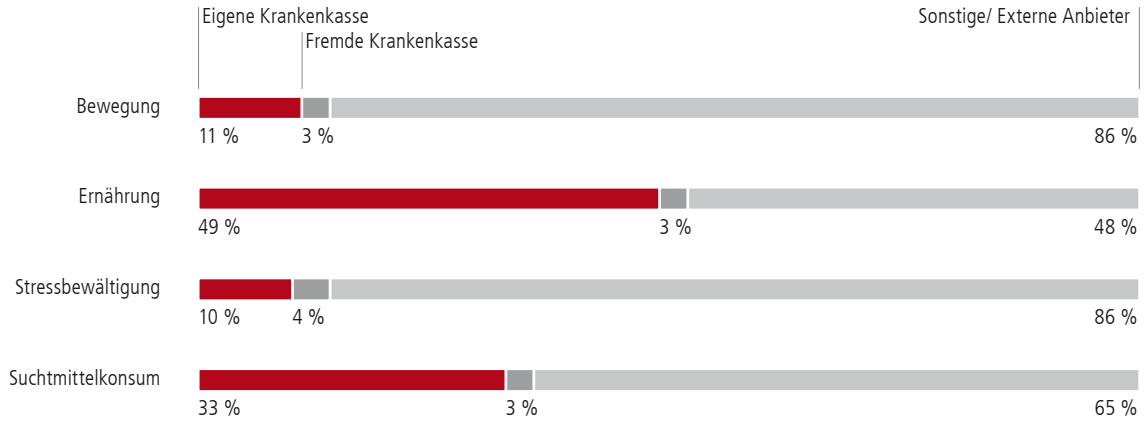
In jeder Altersgruppe wählen die meisten Teilnehmer ein Bewegungsangebot, im Schnitt 71%. Die über 70-Jährigen nehmen fast nur Bewegungskurse in Anspruch. Bei den Kursen zur Stressbewältigung zeichnet sich hingegen ein deutlicher Gipfel der Teilnehmerrate bei den 40- bis 49-Jährigen ab, die häufig einer mehrfachen Belastung durch Familie und Beruf ausgesetzt sind. Das Interesse an gesunder Ernährung ist bei jungen Menschen am ausgeprägtesten. Hier mögen auch Aspekte von gesunder Kinderernährung, Fitness und Aussehen eine Rolle spielen.

Abb. 28 **Inanspruchnahme von Kursen in den Handlungsfeldern nach Geschlecht**



Die Individualprävention ist weiblich, so könnte man es auf den Punkt bringen. Lediglich bei den unter 20-Jährigen ist gut ein Drittel der Teilnehmer von Präventionskursen männlich. Gesunde Ernährung, mehr Bewegung, sich bewusst entspannen und aktiv den Stress bewältigen, es sind zum weitaus größten Teil die Frauen, die aufgeschlossen für Angebote sind und initiativ werden. Eine Ausnahme bilden die Aktivitäten zum Nichtrauchen. Bei der Inanspruchnahme von Angeboten zum Nichtrauchen ziehen die Männer fast mit den Frauen gleich.

Abb. 29 **Inanspruchnahme von Kursen in den verschiedenen Handlungsfeldern nach Leistungsanbietern**



Die Krankenkassen halten eine Vielzahl von Präventionskursen selbst vor, insbesondere bei den Ernährungskursen umfassen die eigenen Angebote knapp die Hälfte (49 %) des gesamten Kursangebotes. Darüber hinaus bezuschussen die Krankenkassen Maßnahmen anderer Anbieter wie z. B. Sportvereine oder Volkshochschulen. Insbesondere im Handlungsfeld Bewegung macht dies mit 86 % den größten Teil der Angebote aus. Eine Kostenbeteiligung bei der Wahrnehmung von Angeboten einer anderen Krankenkasse spielt nur eine geringe Rolle.

GKV-Präventionsziele

Seit dem Jahr 2008 richten die Krankenkassen ihre Präventionsaktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung und im Setting-Ansatz an bundesweit gültigen Zielen aus. Es ist eine freiwillige Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, sich in der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung auf Ziele zu verpflichten.

Die Ausrichtung auf Ziele trägt dazu bei, die Aktivitäten auf prioritäre Bereiche und Maßnahmen zu orientieren. Gleichzeitig bleibt die Entscheidungsfreiheit der Krankenkassen bei der Mittelverwendung gewahrt.

Die Krankenkassenverbände auf Bundesebene haben die Ziele konsentiert, und der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat sie beschlossen. Speziell für die betriebliche Gesundheitsförderung erfolgte die Zielauswahl nach einem **von der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) entwickelten Verfahren**. Hierzu wurde ein Expertenworkshop durchgeführt.

Bindzius F; Bödeker W et al.: Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen. iga. Report 8. Essen, 2005.

Der letzte Präventionsbericht (2013) gab die Erfahrungen der ersten Zieleperiode 2008 bis 2013 wieder. Es zeigte sich, dass der Zieleprozess geeignet ist, das Angebot an hochwertigen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen auszubauen. So gut wie alle Ziele konnten erreicht werden.

Die Ziele für die Folgeperiode 2013 bis 2018 gliedern sich – je nach der inhaltlichen Bezugnahme – in „Präventionsziele" und „Gesundheitsförderungsziele". Die Ziele zur Prävention sind auf Krankheitsverhütung ausgerichtet, die Ziele zur Gesundheitsförderung fokussieren auf gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen.

Jedes der Ziele ist wiederum in Teilziele untergliedert. Die Teilziele sind auf einen Zeitraum und auf Maßnahmen bezogen sowie quantifiziert, nach dem Muster „Im Zeitraum 2013 bis 2018 sollen durch die Maßnahme xy mehr Kinder und Jugendliche erreicht werden."

Den Erreichungsgrad dieser Ziele erhebt die gesetzliche Krankenversicherung jährlich und veröffentlicht sie im Präventionsbericht. Eine Neuerung gegenüber der vorangehenden Zieleperiode ist, dass nicht nur die Anzahl an mit zielbezogenen Maßnahmen erreichten Personengruppen, Settings oder Betrieben gemessen wird, sondern auch deren Anteil an allen Personen, Settings oder Betrieben. Hintergrund ist, dass die gesetzliche Krankenversicherung in betrieblichen und nichtbetrieblichen Settings weiterhin einen generellen Ausbaubedarf für die Prävention und Gesundheitsförderung sieht. Infolgedessen steigert sich die Zahl an erreichten Settings und Betrieben. Durch den Bezug auf den Prozentanteil der zielbezogenen Maßnahmen an allen Aktivitäten soll erreicht werden, dass zielbezogene Interventionen über den generellen Ausbau hinweg überproportional verstärkt werden.

Fast alle Ziele sind nicht nur auf einen Zeitraum bezogen, sondern auch quantifiziert („Zahl und Anteil sollen gesteigert werden"). Die Ausnahme ist ein Ziel, welches sich darauf bezieht, dass die Krankenkassen aktiv in kommunalen Gremien zur Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern zusammenarbeiten sollen. Eine solche Zusammenarbeit geschieht beispielsweise in Bündnissen für Kindergesundheit. Das Monitoring dieses Ziels erfolgt durch Umfragen außerhalb des Präventionsberichts.

Der vorliegende Präventionsbericht 2014 stellt die Resultate im ersten Jahr der Gültigkeit der Ziele dar. Wo ist es gelungen, Ziele zu erreichen, wo sind noch stärkere Anstrengungen erforderlich? Das Jahr 2012 bildet die Ausgangsbasis für die angestrebte jährliche Steigerung der Aktivitäten. Die nachfolgenden Abbildungen lassen den Erreichungsgrad aller Teilziele erkennen.

Zielerreichungsgrad in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013 bis 2018

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 1:
Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Teilziel 1.1: Zahl und Anteil der durch Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates mit verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung erreichten Betriebe sind erhöht

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 2:
Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen

Teilziel 2.1: Zahl und Anteil der Betriebe mit verhältnispräventiven Aktivitäten zur Verringerung psychischer Fehlbelastungen sind erhöht

Teilziel 2.2: Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer „gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung" sind erhöht

Teilziel 2.3: Zahl und Anteil der Betriebe mit verhaltensbezogenen Aktivitäten zur „Stressbewältigung am Arbeitsplatz" sind erhöht

Oberziel arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung:
Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeitswelt mit bedarfsgerechter, nachhaltiger und partizipativer betrieblicher Gesundheitsförderung

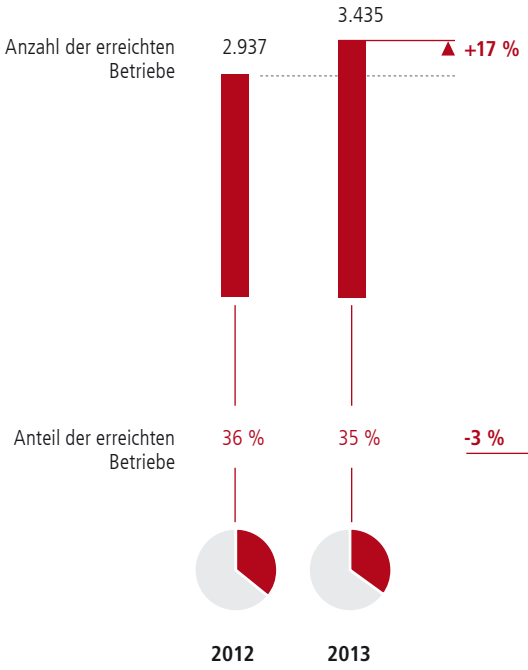
Teilziel 1: Zahl und Anteil der mit Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten sind erhöht

Teilziel 2: Zahl und Anteil der Betriebe mit einem Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz zuständigen Akteure sind erhöht

Teilziel 3: Zahl und Anteil der Betriebe, in denen Gesundheitszirkel durchgeführt werden, sind erhöht

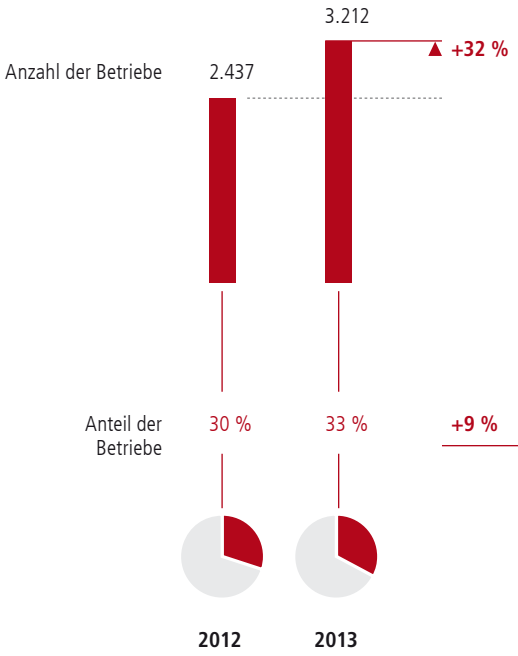
Teilziel 4: Zahl und Anteil der Betriebe mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben sind erhöht

Abb. 30: **Präventionsziel: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen**
Maßnahmen mit gleichzeitig verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung



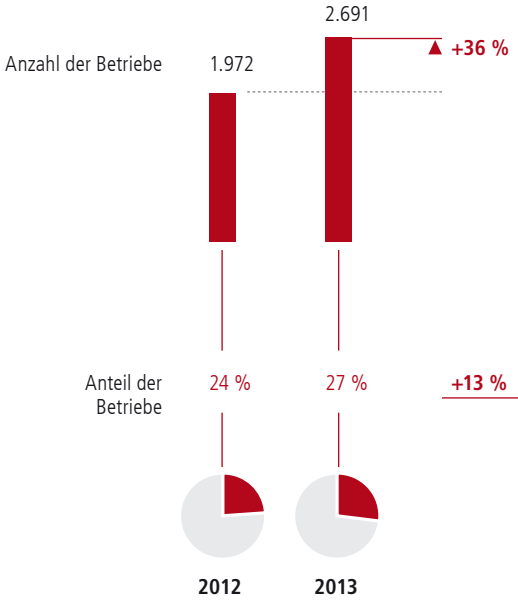
Zwar stieg die Anzahl der Betriebe, in denen arbeitsbezogenen Belastungen des Stütz- und Bewegungsapparats vorgebeugt wird, aber noch stärker stieg die Zahl der insgesamt mit Gesundheitsförderungsaktivitäten erreichten Betriebe. Dadurch ergibt sich bei diesem Ziele-Indikator ein leichter Rückgang.

Abb. 31: **Präventionsziel: Mehr Verhältnisprävention gegen psychische Fehlbelastungen**



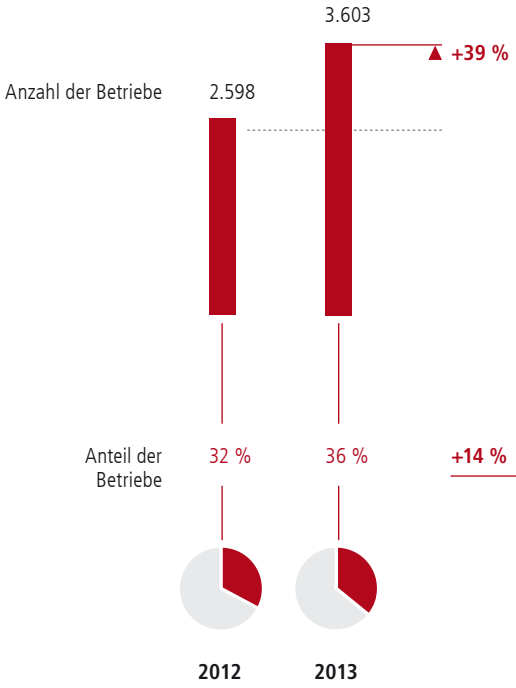
Das Präventionsziel wurde im ersten Gültigkeitsjahr erreicht. Unter den insgesamt mit Gesundheitsförderungsaktivitäten erreichten Betrieben stieg der Anteil der Betriebe mit verhältnisbezogenen Maßnahmen gegen psychische Fehlbelastungen an.

Abb. 32: **Präventionsziel: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung fördern**



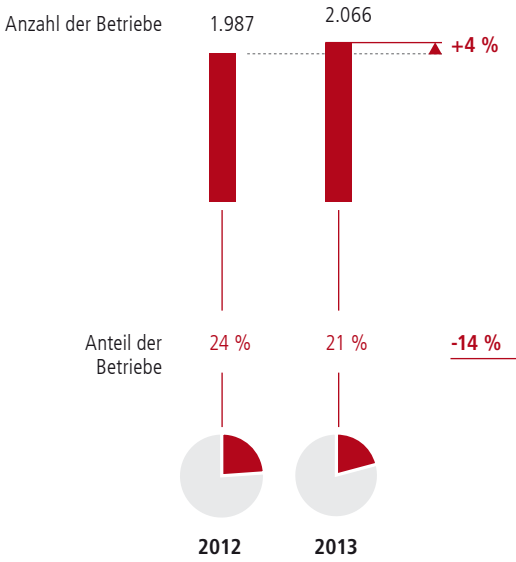
Der Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung nahm stärker zu als der Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung insgesamt, sodass dieses Präventionsziel im Jahr 2013 erreicht wurde.

Abb. 33: **Präventionsziel: Mehr verhaltensbezogene Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz**



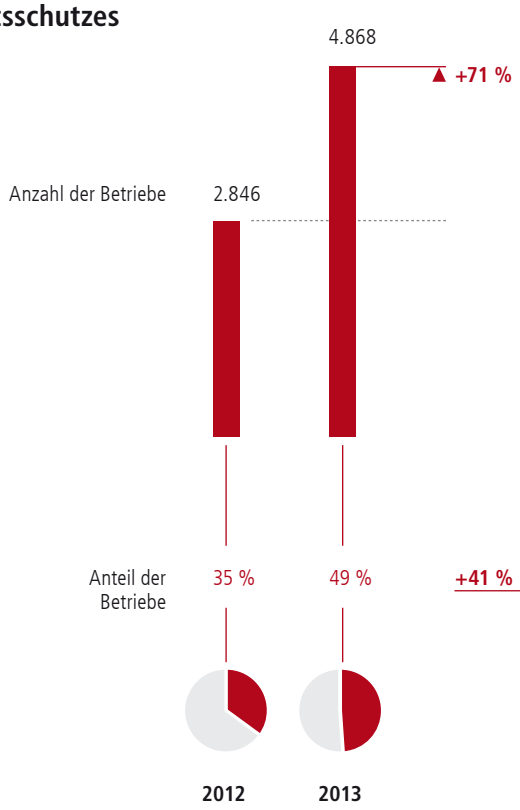
Das Präventionsziel, den Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer „gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung" zu erhöhen, wurde erreicht.

Abb. 34: **Gesundheitsförderungsziel: Mehr kleine und mittlere Betriebe erreichen**
Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten



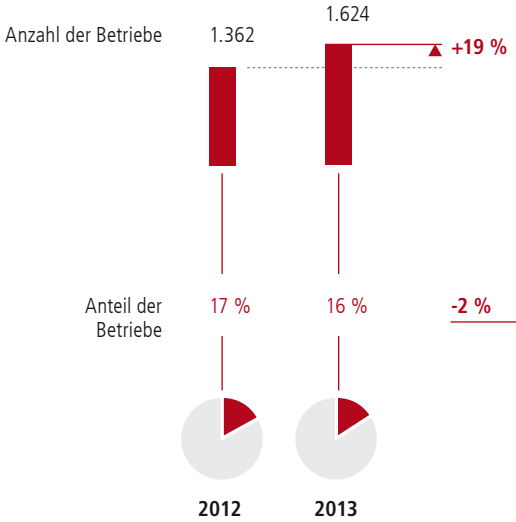
Zwar stieg die Zahl der Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten, die erreicht wurden, gleichzeitig aber nahm die Zahl der insgesamt mit Gesundheitsförderungsaktivitäten erreichten Betriebe stärker, und zwar um 21 %, zu. Das erklärt den prozentualen Rückgang bei diesem Ziele-Indikator.

Abb. 35: **Gesundheitsförderungsziel: Mehr Steuerungsgremien unter Beteiligung des Arbeitsschutzes**



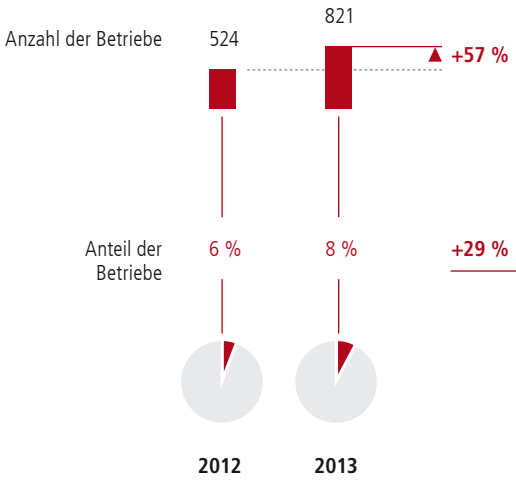
Auch der Anteil der Betriebe, die über ein Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung verfügen und in dieses die für den Arbeitsschutz zuständigen Akteure einbeziehen, steigerte sich entsprechend des Gesundheitsförderungsziels.

Abb. 36: **Gesundheitsförderungzziel: Mehr Gesundheitszirkel im Betrieb**



Auch wenn die Anzahl der Betriebe mit Gesundheitszirkeln zunahm, ging der Anteil der Betriebe mit Gesundheitszirkeln an allen Betrieben leicht zurück. Das erklärt sich durch den insgesamt starken Ausbau der von Krankenkassen unterstützten betrieblichen Gesundheitsförderung.

Abb. 37: **Gesundheitsförderungsziel: Bessere Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben**



Dieses Ziel wurde bereits in der ersten Periode der GKV-Präventionsziele 2008 bis 2012 angestrebt. Es erwies sich als vergleichsweise schwierig erreichbar, weil es eine ausgeprägte Mitwirkung der Betriebe erfordert. Im hier abgebildeten ersten Jahr der neuen Zieleperiode gelang eine deutliche Steigerung sowohl der Anzahl der Betriebe mit Aktivitäten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben als auch des Anteils dieser Betriebe an allen Betrieben, in denen die Krankenkassen das Gesundheitsmanagement unterstützten.

Zielerreichungsgrad im Setting-Ansatz

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013 bis 2018 im Setting-Ansatz

Oberziel lebensweltbezogene Prävention:

Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems

(Zielgruppen Kinder und Jugendliche)

Teilziel 1: Die Zahl der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten erreichten Kinder/Jugendlichen an Haupt-, Förder- und Berufsschulen ist erhöht

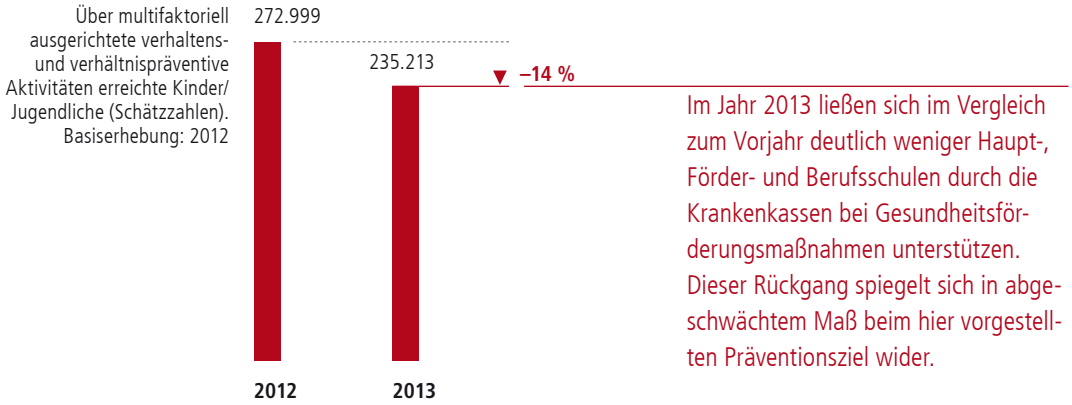
Oberziel lebensweltbezogene Gesundheitsförderung:

Ausschöpfung der gesundheitsfördernden Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen

Teilziel 1: [nicht durch den Präventionsbericht evaluiert:] Aktive Mitwirkung der Krankenkassen in kommunalen Gremien zur Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern (z. B. Bündnisse für Kindergesundheit)

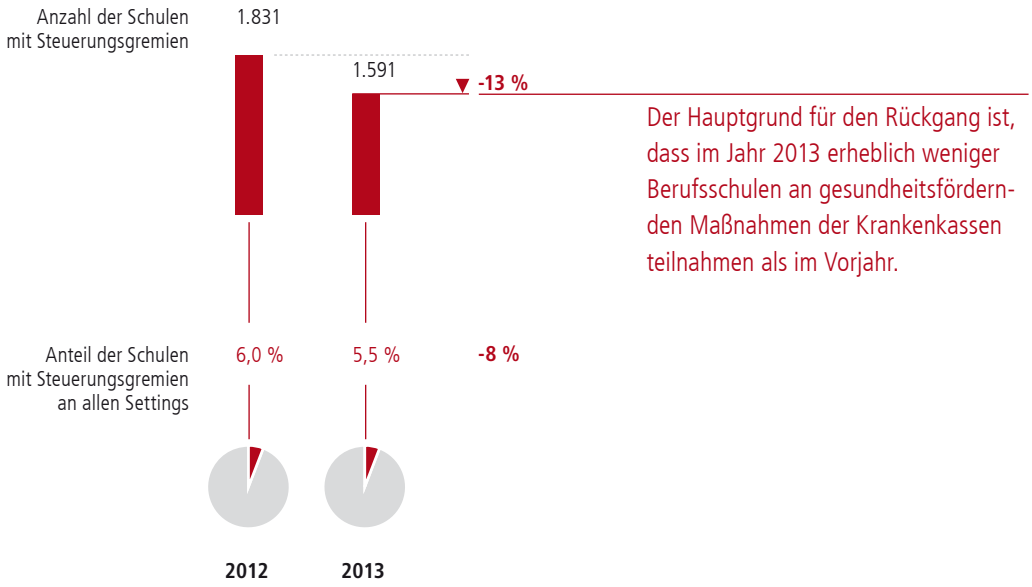
Teilziel 2: Zahl und Anteil der Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit einem Steuerungsgremium für die Gesundheitsförderung sind erhöht

Abb. 38: **Präventionsziel: In bestimmten Schulformen mehr Kinder erreichen**
Schüler an Haupt-, Förder- und Berufsschulen



Das Oberziel in der lebensweltbezogenen Prävention lautet „Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems". Diese Krankheiten sind weiterhin die epidemiologisch bedeutsamste Krankheitsgruppe. Die Zielsetzung ist, Risikofaktoren bereits von Kindheit an mittels sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventiven Maßnahmen entgegenzuwirken. „Multifaktorielle Aktivitäten" kombinieren mindestens zwei der Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Entspannung/Stressbewältigung und Suchtmittelkonsum. Haupt-, Förder- und Berufsschulen wurden im Vergleich zu andereren Schulformen bisher nur unterdurchschnittlich durch primärpräventive Maßnahmen erreicht. Aus dem Grund wurde das Ziel gesetzt, in genau diesen Settings mehr zu unternehmen.

Abb. 39: **Gesundheitsförderungsziel: In bestimmten Schulformen mehr Steuerungsgremien**
Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit Steuerungsgremien für Gesundheitsförderung.
Basiserhebung: 2012



Steuerungsgremien sind für die nachhaltige Verankerung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten unverzichtbar und ein wesentliches Element der Strukturqualität der Maßnahmen.

Daher richtet sich der Fokus auf den Aufbau dieser Strukturen. Gleichzeitig soll den bislang unterdurchschnittlich erreichten Schulformen – Haupt-, Förder- und Berufsschulen – besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Empfehlungen und Ausblick

In allen Handlungsfeldern der Primärprävention und Gesundheitsförderung ist es den Krankenkassen im Berichtsjahr gelungen, mit ihren Aktivitäten mehr Menschen direkt zu erreichen als im Vorjahr. 10 % mehr Menschen haben an den Kursangeboten teilgenommen, und in den Betrieben konnte die Zahl der in Maßnahmen eingebundenen Beschäftigen um 19 % gesteigert werden. Mit ihrem Engagement in den Lebenswelten ist es den Krankenkassen gelungen, 5 % mehr Menschen zu erreichen.

Gleichzeitig investierten die Krankenkassen im Setting-Ansatz 0,42 Euro je Versichertem. Damit setzte sich mit einem Ausgabenzuwachs von 7 % im Vergleich zum Vorjahr der Trend in Richtung auf die vom GKV-Spitzenverband empfohlene Ausgabenhöhe von 0,50 Euro je Versichertem fort. Zudem konnten die Krankenkassen mit ihren Lebenswelt-Aktivitäten ein Drittel der Settings in sozialen Brennpunkten erreichen. Hiermit sind die Krankenkassen auf einem guten Weg, ihre Aufwendungen zur Gesundheitsförderung zielgerichtet zu erhöhen und insbesondere sozial benachteiligte Zielgruppen verstärkt zu erreichen. Diese positiven Entwicklungen gilt es weiter zu verfolgen.

Das gilt auch für die Präventions- und Gesundheitsförderungsziele in der im Berichtsjahr angelaufenen zweiten Zieleperiode 2013 bis 2018.

Die arbeitsweltbezogenen Ziele unterscheiden nach verschiedenen Belastungen, denen die Beschäftigten ausgesetzt sind. Insgesamt sind für das Berichtsjahr Zuwächse bei der Anzahl der erreichten Betriebe gelungen, in denen arbeitsbezogenen Belastungen des Bewegungsapparates vorgebeugt (+ 17 %) oder psychischen Fehlbelastungen durch geeignete Arbeistbedingungen entgegengewirkt wird (+ 32 %). Ebenfalls fanden Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung und zur Stressbewältigung in mehr Betrieben als im Vorjahr statt.

Das Ziel, verstärkt kleine und mittlere Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten zu erreichen, konnte noch nicht in vollem Umfang realisiert werden.Auf diese Zielgruppe sollte in verstärktem Maß zugegangen werden, um sie von den Vorteilen eines Gesundheitsengagements zu überzeugen. Hierzu kann die im neuen Leitfaden stärker verankerte überbetriebliche Vernetzung und Beratung beitragen.

Eines der GKV-Ziele ist es, Gesundheitszirkel in Betrieben zu fördern. Im Rahmen der Betriebsberatungen kann verstärkt auf die Bedeutung und die Vorteile eines Gesundheitszirkels hingewiesen werden. Dieser unterstützt und flankiert die Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Im Mittelpunkt der lebensweltbezogenen Ziele steht die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen, die eine Haupt-, Förder- oder Berufsschule besuchen.

Insgesamt wurden im Berichtsjahr 2013 jedoch etwas weniger Kinder und Jugendliche als im Vorjahr mit multifaktoriellen, also mehrere Handlungsfelder umfassenden gesundheitsfördernden Maßnahmen erreicht. Damit korrespondiert ein Rückgang bei den Steuerungsgremien für die Gesundheitsförderung in diesen Schulformen. Den Anstrengungen, in diesen Settings Maßnahmen zu platzieren, sollte demnach besondere Aufmerksamkeit zukommen.

GKV-Leitfaden Prävention aktualisiert

Der Leitfaden Prävention, das verbindliche Qualitätsinstrument zur Umsetzung der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung, ist mit maßgeblicher Unterstützung durch die Beratende Kommission des GKV-Spitzenverbands umfänglich weiterentwickelt worden. In den neuen Leitfaden sind aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse ebenso wie Erfahrungen aus der Gesundheitsförderungspraxis der Krankenkassen eingeflossen.

Schwerpunkte der Weiterentwicklung ist die Neuformulierung der Kapitel „Setting-Ansatz" und „Betriebliche Gesundheitsförderung".

Im Kapitel „Setting-Ansatz" wurden insbesondere ausführliche Beschreibungen des Gesundheitsförderungsprozesses sowie der Leistungsarten und Förderkriterien vorgenommen. Die Ausführungen zur Gesundheitsförderung in Kommunen wurden aktualisiert. Exemplarisch werden Zielgruppen wie junge Familien, Alleinerziehende, ältere bzw. alte und arbeitslose Menschen benannt.

Die Überarbeitung des Kapitels „Betriebliche Gesundheitsförderung" befasst sich ebenfalls mit der ausführlichen Beschreibung des Gesundheitsförderungsprozesses. Beschrieben werden die Leistungsarten und Förderkriterien sowie die Verknüpfung verschiedener für die Gesundheit relevanter Dienste und Akteure in einem betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Die Handlungsfelder und Präventionsprinzipien der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden neu formuliert. Verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen, die zu verzahnen sind, sind beschrieben. Erstmalig ist ein überbetriebliches Handlungsfeld definiert.

Übersicht der Handlungsfelder und Präventionsprinzipien der betrieblichen Gesundheitsförderung

Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung

- Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen
- Gesundheitsgerechte Führung
- Gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen
  - Bewegungsförderliche Umgebung
  - Gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag
  - Verhältnisbezogene Suchtprävention im Betrieb

Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil

- Stressbewältigung und Ressourcenstärkung
- Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
- Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
- Verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb

Überbetriebliche Vernetzung und Beratung

- Verbreitung und Implementierung von BGF durch überbetriebliche Netzwerke

Anhang

Gesetzliche Regelungen

Der Gesetzgeber hat die Krankenkassen in § 20 Abs. 1 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) beauftragt, in ihrer Satzung Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung vorzusehen. Ziel ist es, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern. Besonders erwähnt wird das weitere Ziel, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen.

Nach § 20a SGB V ist die betriebliche Gesundheitsförderung eine Pflichtleistung der Krankenkassen. Diese sollen Prozesse zur gesundheitsgerechten Gestaltung der betrieblichen Umwelt initiieren und die notwendigen Kompetenzen vermitteln, um die persönliche Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern. Dazu sollen sie Angaben zur gesundheitlichen Situation einschließlich der Risiken und Potenziale erheben und Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation entwickeln. In den gesamten Prozess sind die Beteiligten aktiv einzubeziehen. Weil die betriebliche Gesundheitsförderung regelmäßig Versicherte verschiedener Krankenkassen betrifft, sollen die beteiligten Kassen im Regelfall miteinander kooperieren.

Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention

Die GKV hat erstmals im Jahr 2000 eine Handlungsanleitung zu den primärpräventiven Aktivitäten und zur betrieblichen Gesundheitsförderung verfasst: den **Leitfaden Prävention**. Eine beratende Kommission unabhängiger Experten unterstützt die GKV dabei, den Leitfaden weiterzuentwickeln.

GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention. Berlin 2010.

Maßnahmen, die eine Krankenkasse fördert, müssen bestimmten Qualitätskriterien entsprechen. Diese Qualitätskriterien sind im Leitfaden Prävention für jedes der vier Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung und Suchtmittelkonsum definiert. Hierzu werden die Handlungsfelder in einzelne Präventionsprinzipien differenziert, z. B. das Handlungsfeld Suchtmittelkonsum in „Förderung des Nichtrauchens" und „Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums". Jede Krankenkasse hat dementsprechend zu prüfen, ob eine geplante Maßnahme die Kriterien des Leitfadens erfüllt. Maßnahmen, die nicht den im Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen von § 20 und § 20a SGB V durchgeführt oder gefördert werden. Damit ist jede Krankenkasse in der Gestaltung ihrer Leistungen auf den vom Leitfaden Prävention vorgegebenen Rahmen verpflichtet, kann aber die Leistungen innerhalb dieser Grenzen frei gestalten.

Der Leitfaden bildet das zentrale Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung. Die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen sowie aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse werden kontinuierlich integriert. Den in diesem Präventionsbericht dokumentierten Aktivitäten liegt die Fassung des Leitfadens vom 27. August 2010 zugrunde.

Der Leitfaden wird aktuell überarbeitet und in Kürze veröffentlicht (siehe Kapitel „Empfehlungen und Ausblick").

§§ 20 und 20a SGB V (Auszug)

§ 20 Primärprävention

(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

(2) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach den §§ 20a und 20b sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,74 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen.

§ 20a Betriebliche Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), 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. § 20 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 SGB X und § 219 gelten entsprechend.

Begriffsbestimmung: Setting, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention

Der vorliegende Bericht folgt den Begriffsbestimmungen, die der Leitfaden Prävention vorgenommen hat. Danach werden die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention in drei Ansätze gegliedert: Setting-Ansatz, individueller Ansatz und betriebliche Gesundheitsförderung.

Settings sind die Lebenswelten der Menschen, zum Beispiel Kindergärten, Schulen, Stadtteile, Senioreneinrichtungen und Treffpunkte von Menschen mit Migrationshintergrund. Dort lassen sich auch Menschen erreichen, die von sich aus keine individuellen präventiven Kursangebote aufsuchen.

Settings sind Lebensbereiche, in denen Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen. Nach dieser Definition ist auch die Arbeitsstätte – der Betrieb – ein Setting. Der Gesetzgeber grenzt jedoch in § 20a SGB V den Begriff „betriebliche Gesundheitsförderung" speziell ab und formuliert andere leistungsrechtliche Vorgaben. Diesen Vorgaben folgt der Präventionsbericht.

Die betriebliche Gesundheitsförderung umfasst genau genommen ein spezielles Setting, nämlich den Arbeitsort von Menschen. Auch hier sind beide Präventionsstrategien wichtig, zum einen das Schaffen von gesundheitsgerechten Arbeitsbedingungen und zum anderen das Hinwirken auf gesundheitsförderliches Verhalten der Berufstätigen.

Bei Angeboten nach dem individuellen Ansatz handelt es sich um Kurs- und Seminarangebote, die primär auf das individuelle Gesundheitsverhalten der Versicherten ausgerichtet sind. Die Krankenkassen beraten ihre Versicherten anlassbezogen, um ihnen Kurse zu vermitteln, die auf ihren Bedarf ausgerichtet sind.

Erhebungsmethode und Auswertung

Grundlage für den Präventionsbericht bilden die Dokumentationsbögen der Krankenkassen für a) Settings und b) die betriebliche Gesundheitsförderung. Ein Dokumentationsbogen dokumentiert alle Aktivitäten zu einem „Projekt". Im vorliegenden Präventionsbericht werden die Begriffe „Projekt" und „Dokumentationsbogen" synonym verwendet. Ein „Projekt" kann seinerseits in mehreren Einrichtungen bzw. Betrieben durchgeführt werden. Einrichtungen entsprechen einem Setting. So ist beispielsweise jede Schule (nicht jedoch die einzelne Schulklasse) für sich ein Setting. Für die Angabe zu „ungelernten" Beschäftigten wurde ein „hoher Anteil" als mindestens 20 % definiert. Dieser Grenzwert von 20 % wurde aufgrund von Berechnungen des MDS auf Basis einer Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit festgelegt. Der Grenzwert identifiziert branchenübergreifend das Drittel an Betrieben in Deutschland mit dem höchsten Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung. Die beiden anderen Drittel der Betriebe verfügen über einen „mittleren" oder „niedrigen" Anteil. Die Auszubildenden sind in diese Statistik einbezogen, weil die Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung (DEÜV, das sind die Daten, die der Arbeitgeber verschlüsselt) keine Differenzierung zwischen Auszubildenden und nicht in der Ausbildung befindlichen Mitarbeitern ohne Ausbildung vorsieht (siehe Ausfüllhinweise zur Dokumentation der betrieblichen Gesundheitsförderung, www.mds-ev.de).

Für die Angaben zu den individuellen Präventionskursen erfassen die Krankenkassen die Daten über die Teilnehmer der individuellen Gesundheitsförderung in ihrer kasseneigenen EDV.

Für den vorliegenden Präventionsbericht 2014 wurde die Altersstruktur der Kursteilnehmer neu gegliedert. Dabei werden die Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen stärker zusammengefasst und die hohen Altersgruppen stärker differenziert.

Die einzelnen Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene führen die Daten der Mitgliedskassen zusammen und leiten die Daten ihres Kassensystems an den MDS weiter.

Der MDS führt die Datensätze endgültig zusammen, nimmt Fehlerkorrekturen vor, bereitet die Daten auf und analysiert die Ergebnisse.

Tabellenband, Dokumentationsbögen, Ausfüllhinweise

Über den Präventionsbericht hinausgehende Datenauswertungen können dem Tabellenband entnommen werden. Präventionsbericht, Tabellenband, Dokumentationsbögen und detaillierte Ausfüllanweisungen stehen den Krankenkassen auf der Homepage des MDS zur Verfügung und können von dort heruntergeladen werden (www.mds-ev.de).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Zeitreihe: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte 37
Abb. 2: Branchen 38
Abb. 3: Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigten) 39
Abb. 4: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten 40
Abb. 5: Durch betriebliche Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte 41
Abb. 6: Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung 42
Abb. 7: Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung einbrachten 43
Abb. 8: Vertreter in Steuerungsgremien 45
Abb. 9: Bedarfsermittelung 46
Abb. 10: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen 48
Abb. 11: Art der Umgestaltung 50
Abb. 12: Inhalte der Erfolgskontrolle 51
Abb. 13: Anzahl der Settings 53
Abb. 14: Art und Anzahl der Settings 54
Abb. 15: Erreichte Personen 56
Abb. 16: Erreichte Personen in den jeweiligen Settings 57
Abb. 17: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten in Monaten 58
Abb. 18: Zielgruppen 59
Abb. 19: Kooperationspartner 60
Abb. 20: Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium 61
Abb. 21: Methoden der Bedarfsermittlung 62
Abb. 22: Inhalte 63
Abb. 23: Inhalte der Erfolgskontrollen 65
Abb. 24: Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt 67
Abb. 25: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern 68
Abb. 26: Inanspruchnahme nach Alter 69
Abb. 27: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter 70
Abb. 28: Inanspruchnahme von Kursen in den Handlungsfeldern nach Geschlecht 71
Abb. 29: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Leistungsanbietern 72
Abb. 30: Präventionsziel: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen 75
Abb. 31: Präventionsziel: Mehr Verhältnisprävention gegen psychische Fehlbelastungen 76
Abb. 32: Präventionsziel: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung fördern 76
Abb. 33: Präventionsziel: Mehr verhaltensbezogene Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz 77
Abb. 34: Gesundheitsförderungsziel: Mehr kleine und mittlere Betriebe erreichen 77
Abb. 35: Gesundheitsförderungsziel: Mehr Steuerungsgremien unter Beteiligung des Arbeitsschutzes 78
Abb. 36: Gesundheitsförderungziel: Mehr Gesundheitszirkel im Betrieb 78
Abb. 37: Gesundheitsförderungsziel: Bessere Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben 79
Abb. 38: Präventionsziel: In bestimmten Schulformen mehr Kinder erreichen 81
Abb. 39: Gesundheitsförderungsziel: In bestimmten Schulformen mehr Steuerungsgremien 82

Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation

Regina Diegmann, AOK-Bundesverband, Berlin
Mandy Handschuch, GKV-Spitzenverband, Berlin
Diana Hart, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin
Caroline Jung, MDS, Essen
Ulrike Kiehl, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Kassel
Nicole Reindl, AOK-Bundesverband, Berlin
Karin Schmedding, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin
Karin Schreiner-Kürten, GKV-Spitzenverband, Berlin
Jan Seidel, MDS, Essen
Claudia Isabelle Stahlhut, Knappschaft, Bochum
Dr. Harald Strippel MSc, MDS, Essen
Anke Tempelmann, AOK-Bundesverband, Berlin
Ruth Wagner, IKK classic, Ludwigsburg
Waltraud Wagner, IKK e. V., Berlin
Dr. Volker Wanek, GKV-Spitzenverband, Berlin
Susanne Wilhelmi, BKK Dachverband, Berlin

Spitzenverband

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

MDS, 45116 Essen
Telefon: 0201 8327-0
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de