

Präventionsbericht 2010

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2009



In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene

AOK-Bundesverband, Berlin

BKK Bundesverband, Essen

IKK e.V., Berlin

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel

Knappschaft, Bochum

Verband der Ersatzkassen, Berlin

Impressum

Autoren:

Katja Zelen, Dr. Harald Strippel M.Sc.
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)

Herausgeber:

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

Lützowstraße 53

45141 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

Mittelstraße 51

10117 Berlin

Telefon: 030 206 288-0

Telefax: 030 206 288-88

E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de

Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Umschlaggestaltung:

BestPage Kommunikation RheinRuhr KG

45479 Mülheim an der Ruhr

Titelfoto:

iStockphoto

Herstellung und Druck:

Druckstudio GmbH

40589 Düsseldorf

November 2010

Präventionsbericht 2010

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung

– Berichtsjahr 2009 –

GKV-Spitzenverband, Berlin

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), Essen

Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene:



————— AOK-Bundesverband, Berlin



————— BKK Bundesverband, Essen



— Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen, Berlin



— Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel



KNAPPSCHAFT ————— Knappschaft, Bochum



————— Verband der Ersatzkassen, Berlin

Vorwort

Mit dem vorliegenden Präventionsbericht dokumentiert die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ihre Leistungen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Krankenkassen haben sich freiwillig dazu entschlossen, mit den jährlichen Präventionsberichten ihre Aktivitäten bundesweit und kassenartenübergreifend transparent zu machen. Dies ist bereits der neunte derartige Bericht.

Wir freuen uns, in diesem Jahr auch eine Bilanz der Präventionsziele vorzulegen, welche sich die Krankenkassen selbst gegeben haben. Wurden tatsächlich wie geplant deutlich mehr Kinder in Kindertagesstätten mit wirksamen Gesundheitsförderungsangeboten erreicht? Konnte die Zahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ gesteigert werden? Tatsächlich dokumentiert der Präventionsbericht, dass die Umsetzung dieser und auch der anderen Ziele gut gelungen ist. Die GKV hat sich entschlossen, die Ziele auch in den kommenden Jahren – mit entsprechend angepassten Steigerungsraten – ihren Präventionsaktivitäten zugrunde zu legen.

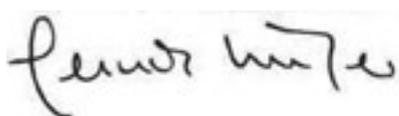
Ebenfalls erfreulich ist, dass die Krankenkassen die betriebliche Gesundheitsförderung weiter ausgebaut haben: Mit diesen Leistungen für den langfristigen Erhalt und die Stärkung der Mitarbeitergesundheit konnten im Krisenjahr 2009 deutlich mehr Betriebe und Beschäftigte erreicht werden.

Das Statistische Bundesamt hat erstmals wesentliche Kennziffern und Zeitreihen aus den GKV-Präventionsberichten in die offizielle Statistik des Bundes einbezogen. Das zeigt die hohe Bedeutung, die dem Präventionsbericht beigemessen wird.

Die hier dokumentierten Leistungen stellen nur einen Ausschnitt aus den Präventionsaktivitäten der GKV dar. Die Krankenkassen finanzieren beispielsweise primärpräventive Leistungen der zahnmedizinischen Individual- und Gruppenprophylaxe sowie Impfprogramme, aber auch sekundärpräventive Leistungen, die der Früherkennung und -behandlung dienen, wie Schwangeren- und Kinder-Untersuchungen oder die Krebs-Früherkennungsuntersuchungen. Insgesamt ergibt sich: Die GKV ist der Hauptfinanzier der Prävention in Deutschland.

Auch zukünftig wird die GKV ihren Part in der Prävention engagiert übernehmen. Gleichzeitig fordert sie andere Akteure auf, sich ebenfalls stärker – auch finanziell – zu beteiligen. Hier sind insbesondere Bund, Länder und Gemeinden angesprochen und nicht zuletzt die Zivilgesellschaft insgesamt. Vor allem Prävention in Settings und Betrieben kann nur als gesamtgesellschaftliche Aufgabe nachhaltig verwirklicht werden.

Wir danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Krankenkassen für ihr Engagement in der Gesundheitsförderung und für die sorgfältige Dokumentation desselben. Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben die Datenerhebung bei den Krankenkassen koordiniert, auch dafür vielen Dank. Den Mitarbeitern des MDS sowie den Fachreferenten der Bundesverbände der Krankenkassen danken wir für die Zusammenführung, Auswertung und Kommentierung der Daten.



Gernot Kiefer
Vorstand GKV-Spitzenverband, Berlin



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer MDS, Essen

Wie der Bericht genutzt werden kann

Der Präventionsbericht 2010 stellt die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention nach § 20 SGB V sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V im Jahr 2009 auf breiter Datengrundlage und mit zahlreichen Tabellen und Grafiken dar.

Je nach konkretem Interesse und Informationsbedarf kann sich der Leser den folgenden Themen zuwenden:

- Wem ein *kurzer Überblick* über das Leistungsgeschehen ausreicht, sollte die Zusammenfassung (S. 9 ff.) und den Abschnitt „Highlights“ (S. 13 ff.) lesen
- Wer sich einen *generellen Einblick* in die Leistungsbereiche verschaffen möchte, sollte die folgenden Kapitel lesen: zum Setting-Ansatz Kap. 6.1 (S. 32 ff.), zum individuellen Ansatz Kap. 7 (S. 63 ff.) und zur betrieblichen Gesundheitsförderung Kap. 8.1 (S. 73 ff.)
- Leser mit einem *vertieften Interesse am Setting-Ansatz* können sich informieren, welche Aktivitäten die Krankenkassen in den Settings Kita, den Schulformen und im Setting Kommune/Stadtteil entfalteteten (Kap. 6.2, S. 50 ff.) und welchen Einfluss das Vorhandensein einrichtungsinterner Steuerungsstrukturen auf die Projektmerkmale hatte (Kap. 6.3, S. 58 ff.)
- Leser mit einem *vertieften Interesse an der betrieblichen Gesundheitsförderung* können in Augenschein nehmen, welchen Einfluss Branche, Betriebsgröße und das Vorhandensein betriebsinterner Steuerungsstrukturen auf die Aktivitäten hatten (Kap. 8.2, S. 92 ff., bis 8.4, S. 103 ff.)
- Wer sich speziell für die *Präventionsziele der Krankenkassen und deren Erreichung in 2009* interessiert, findet die Ergebnisse in Kap. 5, S. 25 ff.

Inhalt

Zusammenfassung	9
1 Highlights	13
1.1 Krankenkassen weiten Präventionsaktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung aus	13
1.2 Effizienz im individuellen Ansatz gesteigert	13
1.3 Ausgaben	13
1.4 Präventionsziele erreicht	14
1.5 Durchgängig hohe Qualität im Setting-Ansatz	14
1.6 Daten des Präventionsberichts in die Berichterstattung des Bundes aufgenommen	15
2 Einleitung	17
2.1 Gesetzliche Regelungen	17
2.2 Grundlage: Leitfaden Prävention	18
2.3 Begriffsbestimmung: Setting, individuelle Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung	19
3 Erhebungsmethode, Auswertung und Veröffentlichung	21
4 Wichtige Kennziffern	23
4.1 Ausgaben	24
4.2 Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme	24
5 Bilanz über das Erreichen der GKV-Präventionsziele	25
5.1 Präventionsziele für die Jahre 2008 bis 2009	25
5.2 Entwicklung in den ersten beiden Gültigkeitsjahren	27
5.2.1 Setting-Ansatz	27
5.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung	29
5.2.3 Zielvorgaben fortgeschrieben bis 2012	30
6 Setting-Ansatz	31
6.1 Aktivitäten im Setting-Ansatz	32
6.1.1 Allgemeine Daten – Anzahl der Settings, erreichte Personen, Laufzeit	32
6.1.2 Zielgruppen	40
6.1.3 Kooperationspartner	41
6.1.4 Koordination und Steuerung	42
6.1.5 Bedarfsermittlung	43
6.1.6 Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstatt	44
6.1.7 Intervention	45
6.1.8 Erfolgskontrollen	48
6.2 Settingbezogene Auswertungen	50
6.2.1 Laufzeit der Interventionen nach Settings	50
6.2.2 Zielgruppen nach Settings	52

6.2.3	Gesundheitszirkel nach Settings	54
6.2.4	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Settings	54
6.2.5	Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten nach Settings	56
6.2.6	Erfolgskontrollen nach Settings	57
6.3	Qualitätsparameter in Abhängigkeit von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen	58
6.3.1	Intervention nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen	59
6.3.2	Erfolgskontrolle nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen	60
7	Individueller Ansatz	63
7.1	Inanspruchnahme	64
7.2	Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern	65
7.3	Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	66
7.3.1	Alter	66
7.3.2	Geschlecht	68
7.4	Leistungsanbieter	69
8	Betriebliche Gesundheitsförderung	71
8.1	Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung	73
8.1.1	Allgemeine Daten – Laufzeit, Branchen, Standorte, Betriebsgröße, erreichte Personen, Erreichungsgrad nach Geschlecht	75
8.1.2	Zielgruppen	81
8.1.3	Kooperationspartner	83
8.1.4	Koordination und Steuerung	84
8.1.5	Bedarfsermittlung	85
8.1.6	Gesundheitszirkel	86
8.1.7	Intervention	86
8.1.8	Erfolgskontrolle	90
8.2	Branchenbezogene Auswertungen	92
8.2.1	Allgemeine Daten nach Branchen	93
8.2.2	Zielgruppen nach Branchen	96
8.2.3	Gesundheitszirkel nach Branchen	97
8.2.4	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Branchen	97
8.2.5	Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Branchen	98
8.2.6	Erfolgskontrollen nach Branchen	98
8.3	Betriebsgrößenspezifische Auswertungen	98
8.3.1	Allgemeine Daten nach Betriebsgrößen	99
8.3.2	Zielgruppen nach Betriebsgrößen	100
8.3.3	Gesundheitszirkel nach Betriebsgrößen	101
8.3.4	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Betriebsgrößen	101

8.3.5	Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Betriebsgrößen	102
8.3.6	Erfolgskontrollen nach Betriebsgrößen	102
8.4	Qualitätsparameter in Abhängigkeit von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen.....	103
8.4.1	Laufzeit nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur	103
8.4.2	Bedarfsermittlung nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur.....	104
8.4.3	Intervention nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur.....	105
8.4.4	Erfolgskontrollen nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur	106
9	Empfehlungen und Ausblick	107
	Verzeichnis der Projektbeispiele	109
	Abbildungsverzeichnis	110
	Tabellenverzeichnis	111
	Dokumentationsbogen S.....	112
	Dokumentationsbogen B.....	115
	Auswertungsbogen individueller Ansatz	118
	Tabellenband	120
	Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation.....	120

Anmerkung:

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

Zusammenfassung

Highlights: Der Präventionsbericht 2010 bildet die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der Primärprävention nach § 20 SGB V sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V im Jahr 2009 ab.

Die Krankenkassen betreuten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Vergleich zum Vorjahr 12 % mehr Betriebe – insgesamt 5.400 – und investierten dabei knapp 40 Mio. Euro mehr Finanzmittel. Die Dauer der Aktivitäten stieg und erreichte durchschnittlich 28 Monate. Die Krankenkassen begleiten die Unternehmen auf ihrem Weg zu einem umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagement länger und nachhaltiger.

2,1 Mio. GKV-Versicherte nahmen an krankenkassengeförderten Präventionskursen teil, mehr als im Vorjahr. Die Ausgaben sanken um 12 %. Demnach steigerte sich die Effizienz im individuellen Präventionsansatz.

Insgesamt gaben die Krankenkassen für Primärprävention im Setting-Ansatz, im individuellen Ansatz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung 311 Mio. Euro aus. Umgerechnet auf den einzelnen Versicherten sind das 4,44 Euro. Damit wurde der gesetzliche Ausgabenrichtwert für das Jahr 2009 von 2,82 Euro je Versichertem deutlich übertroffen. Das zeigt: Die GKV misst der Prävention hohe Bedeutung zu.

Die Krankenkassen erreichten die Präventionsziele, die sie sich für die Jahre 2008 und 2009 bundesweit gesetzt hatten.

Im Setting-Ansatz ist eine durchgängig hohe Qualität zu verzeichnen. In Kindertagesstätten sind die besonders effektiven multifaktoriellen und verhältnisbezogenen Maßnahmen der Krankenkassen mittlerweile zur Norm geworden, 330.000 Kinder werden durch sie erreicht. Ende des Jahres 2009 wurden die Daten des Präventionsberichts in die Berichterstattung des Statistischen Bundesamts aufgenommen.

Einleitung: Nach § 20 Abs. 1 SGB V sollen die Krankenkassen in ihren Satzungen Leistungen zur Primärprävention vorsehen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Gemäß § 20a SGB V haben die Krankenkassen auch Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben zu erbringen. Sie entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation im Betrieb und unterstützen deren Umsetzung.

Die Maßnahmen werden durch die Qualitätsvorgaben des „Leitfadens Prävention“ strukturiert, dessen aktuelle Fassung vom 27. August 2010 stammt.

Wichtige Kennziffern: 4.900 Dokumentationsbögen wurden erfasst. Direkt erreichten die Krankenkassen mit ihren primärpräventiven Maßnahmen 4,8 Mio. Menschen, weitere 5 Mio. indirekt. Die Ausgaben je erreichte Person liegen im Setting-Ansatz unter 10 Euro, im individuellen Ansatz bei 120 Euro und in der betrieblichen Gesundheitsförderung bei ca. 60 Euro. Die Krankenkassen erreichen im Setting-Ansatz gleichmäßig beide Geschlechter, Frauen überwiegend im individuellen Ansatz, Männer in der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Bilanz über das Erreichen der GKV-Präventionsziele: Die GKV hat sich auf freiwilliger Basis quantifizierte Ziele gesetzt, die sich in die Kategorien „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ gliedern. Sowohl in den Settings als auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung übertraf die Ausweitung der zielbezogenen Aktivitäten die angestrebten Steigerungsraten deutlich. Die Zahl betrieblicher Präventionsmaßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung und zum Stressmanagement steigerte sich um ein bzw. zwei Drittel. Die Zahl der Betriebe mit

Gesundheitszirkeln nahm um die Hälfte zu, und die Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf stiegen um fast zwei Drittel. Die GKV hat sich auf eine Verlängerung der Ziele um drei Jahre bis einschließlich 2012 verständigt und die quantitativen Vorgaben angepasst.

Setting-Ansatz: Menschen, die sozial bedingt ungünstige Gesundheitschancen haben, lassen sich am besten in ihren unmittelbaren Lebensräumen – den so genannten Settings – erreichen. Das sind z.B. Stadtteile, Kitas, Schulen und Altenheime. Der Präventionsbericht 2010 dokumentiert konkrete Projektbeispiele wie „Bewegungs- und Ernährungserziehung“, „Gesunde Kommune“ und „Lehrergesundheit“.

2009 investierten die Krankenkassen für den Setting-Ansatz 18,8 Mio. Euro. Mit den Fördermaßnahmen erreichten sie 30% aller Kitas und allgemeinbildenden Schulen in Deutschland.

Die Zahl der Gesundheitszirkel hat weiter zugenommen und erreichte mittlerweile 1.800. Gesundheitszirkel sind demnach ein etabliertes und weit verbreitetes Instrument der Maßnahmenplanung und -begleitung nicht nur in der betrieblichen Gesundheitsförderung, sondern auch im Setting-Ansatz. Etwa zwei Drittel der Projekte setzten Erfolgskontrollen ein.

Die Laufzeit der Aktivitäten war in Sonderschulen länger als in anderen Bereichen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen in Hauptschulen richteten sich häufig an Schüler mit Gesundheitsgefährdungen. Die Themenbreite war in den Kitas besonders groß.

Bei aller Projekte bestanden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen. Projekte mit Entscheidungs- und Steuerungsstruktur zeichneten sich gegenüber der Gruppe ohne dadurch aus, dass sie mehr Methoden der Bedarfsermittlung einsetzten, langfristiger waren, mehr Gesundheitszirkel und Zukunftswerkstätten einrichteten und häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen waren. Des Weiteren kombinierten sie eher mehrere inhaltliche Themen.

Individueller Ansatz: Im Vordergrund der Kursteilnahmen stand mit das Handlungsfeld Bewegung. Danach folgten Stressreduktion, Ernährung und Suchtmittelkonsum. Im letztgenannten Bereich handelte es sich fast ausschließlich um Angebote zur Förderung des Nichtraucherens. Versicherte im Alter zwischen 40 und 59 Jahren nahmen die primärpräventiven Kursangebote besonders stark in Anspruch.

Betriebliche Gesundheitsförderung: Geschildert werden zwei Projektbeispiele zur Verknüpfung von Arbeitsmarkt- und Gesundheitsförderung und zu interkulturellem betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Ein Drittel der krankenkassengeförderten Aktivitäten fand in Betrieben des verarbeitenden Gewerbes statt. Am stärksten beteiligt waren Unternehmen mittlerer Größe. Unter den Zielgruppen waren die verschiedenen Hierarchieebenen gleichmäßig vertreten. Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden nicht nur in 62% der größeren Unternehmen gebildet, sondern auch in 47% der Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Mitarbeitern. Inhaltlich steht die Reduktion körperlicher Belastungen mit 76% der Interventionen im Vordergrund.

Branchenbezogene Auswertungen zeigen, dass die Projektlaufzeit mit 35 Monaten im verarbeitenden Gewerbe besonders lang war. Im Baugewerbe war der Anteil an Gesundheitszirkeln mit 54% besonders hoch, ebenso Initiativen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung.

Empfehlungen und Ausblick: Gute und Erfolg versprechende Initiativen im Setting-Ansatz sollten noch stärker gefördert werden. Eltern und Lehrer/Erzieher können vermehrt als Multiplikatoren angesprochen werden, um Gesundheitsförderungsansätze besser im Umfeld der Kinder und Jugendlichen zu verankern. Der Betreuungsgrad der Hauptschulen sollte gesteigert, und in Gesamtschulen sollten verstärkt Steuerungsstrukturen implementiert werden.

Es gilt, die zielbezogenen Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu intensivieren: Maßnahmen zur Verbesserung des Führungsstils, zum Stressmanagement und zur Reduktion psychischer Belastungen bei älteren Arbeitnehmern. Gesundheitszirkel sollten wieder verstärkt genutzt werden.

Insgesamt stehen Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung für die gesetzliche Krankenversicherung auch in Zeiten der knappen Finanzmittel weiter auf der Agenda. Das sollte auch für andere Akteure und Finanziere wie die Länder und Kommunen gelten.

1 Highlights

1.1 Krankenkassen weiten Präventionsaktivität in der betrieblichen Gesundheitsförderung aus

Der Präventionsbericht 2010 bildet die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung im Jahr 2009 ab. Er stellt dadurch Transparenz über das Leistungsgeschehen her.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat ihre Präventionsaktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung erneut ausgeweitet. Die Krankenkassen betreuten im Vergleich zum Vorjahr 12% mehr Betriebe – insgesamt 5353 – und investierten dabei mit knapp 40 Mio. Euro 10% mehr Finanzmittel.

Die Dauer der Aktivitäten der Krankenkassen nahm zu und erreichte nunmehr durchschnittlich 28 Monate. Dies zeigt, dass die Krankenkassen die Unternehmen auf ihrem Weg zu einem umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagement, in dem die betriebliche Gesundheitsförderung einen wichtigen Baustein bildet, inzwischen länger und nachhaltiger begleiten. Die Aktivitäten bestehen nicht in „Schnellschüssen“, sondern darin, dass die Krankenkassen langfristig angelegte Gesundheitsförderungsprozesse initiieren. Dazu tragen Angebote zum Gesundheitsverhalten ebenso bei wie verhältnispräventive Aktivitäten wie die gesundheitsförderliche Neugestaltung von Arbeits- und Pausenregelungen oder ein verbessertes Angebot in der Betriebskantine. Die Krankenkasse leistet damit einen Beitrag, die Gesundheitsförderung auch nach dem planmäßigen Abschluss ihres aktiven Engagements im Betrieb zu verankern.

2009 schlossen sich mehrere große Krankenkassen zusammen. Derartige Fusionen verursachen erhebliche interne Umorganisationsprozesse. Diese wiederum binden Personalressourcen, etwa durch den erforderlichen neuen Zuschnitt von Zuständigkeitsbereichen. Die Krankenkassen weiteten trotz dieses Strukturwandels ihre Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung aus. Das ist ein besonderer Erfolg.

1.2 Effizienz im individuellen Ansatz gesteigert

2,1 Mio. GKV-Versicherte erwarben 2009 in den krankenkassengeforderten Präventionskursen neue Kompetenzen. Die Zahl der Kursteilnehmer nahm um 2% zu. Diese im Vergleich mit den Vorjahren geringere Steigerungsrate lässt die Vermutung zu, dass eine gewisse „Sättigungsgrenze“ erreicht ist.

Gleichzeitig sanken die Ausgaben für den individuellen Präventionsansatz um 12%. Demnach steigerte sich die Effizienz: Mehr Menschen wurden mit geringerem Mitteleinsatz erreicht.

Die Krankenkassen orientierten ihre Bemühungen und Ausgaben an den gesetzlichen Vorgaben und am Bedarf der Versicherten. Das spricht für eine konsequente Anwendung der Vorgaben und Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention.

1.3 Ausgaben

Insgesamt gaben die Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung in den Bereichen Setting-Ansatz, individueller Ansatz und betriebliche Gesundheitsförderung 311 Mio. Euro aus. Umgerechnet auf den einzelnen Versicherten sind das 4,44 Euro. Damit wurde der gesetzlich vorgesehene Ausgabenrichtwert für das Jahr 2009 von 2,82 Euro je Versichertem deutlich übertroffen. Das zeigt: Die GKV misst der Prävention hohe Bedeutung zu.

1.4 Präventionsziele erreicht

Die gesetzlichen Krankenkassen haben sich 2007 bundesweite Präventionsziele gesetzt, die in den Jahren 2008 und 2009 umgesetzt werden sollten. Das geschah auf freiwilliger Basis, also ohne gesetzliche Verpflichtung.

Die Ziele beziehen sich auf den Setting-Ansatz und die betriebliche Gesundheitsförderung. Sie sind quantifiziert: Angegeben ist, um wie viele Prozente innerhalb von zwei Jahren die Aktivitäten gesteigert und wie viele Adressaten mehr erreicht werden sollen. Im Setting-Ansatz sind Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen die Zielgruppe.

Mit dem vorliegenden Präventionsbericht 2010 zieht die GKV Bilanz über die Erreichung der Ziele. Die Ziele wurden durchgängig erreicht.

Die quantitativen Zielvorgaben wurden sogar deutlich übertroffen. So hat sich beispielsweise die Anzahl der Kitas und Schulen mit Steuerungskreisen, an denen u. a. auch die Eltern vertreten waren, vervielfacht und nicht nur – wie als Minimum angestrebt – um 10% oder 20% gesteigert.

Auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung steigerten die Krankenkassen ihre Aktivitäten deutlich. Beispielsweise weiteten sie die Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen zu gesundheitsgerechter Mitarbeiterführung um ein Drittel aus.

Erfreulich ist, dass die angestrebte Steigerung der Aktivitäten zur Förderung spezieller Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf erreicht wurde. Weil die Umsetzung dieser Maßnahmen das Engagement der Betriebe zur Umgestaltung von Arbeitszeit- und anderen Regelungen erfordert, war die Zielsetzung im Hinblick auf diese Maßnahmen ein ehrgeiziges Vorhaben.

Die Krankenkassen haben sich entschlossen, die Präventionsziele für die nächsten drei Jahre mit neuen quantitativen Vorgaben fortzuschreiben, um die Kontinuität zu sichern und das Erreichte zu festigen.

1.5 Durchgängig hohe Qualität im Setting-Ansatz

Die Krankenkassen unterstützten in diesem Berichtsjahr Aktivitäten in über 20.000 Settings, was die beträchtliche Breite des Engagements zeigt.

Unterdessen ist eine hohe Qualität erreicht, was das Beispiel der „multifaktoriellen Maßnahmen“ belegt. Bei ihnen wird nicht nur *ein* präventives Handlungsfeld angesprochen, sondern *mehrere gleichzeitig*. Fast alle der – geschätzt – 350.000 direkt erreichten Kinder in Kitas, nämlich 330.000, wurden durch diese multifaktoriell ausgerichteten Aktivitäten erreicht, die überdies sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientiert waren. Das bedeutet: In den Kindertagesstätten sind die besonders effektiven und von Wissenschaftlern empfohlenen multifaktoriellen und auch verhältnisbezogenen Maßnahmen der Krankenkassen mittlerweile zur Norm geworden.

Im Jahr 2009 ließ sich in den Settings eine ausgeprägte Zunahme der Maßnahmen feststellen, die auf eine Änderung der Verhältnisse einwirkten. Waren im Vorjahr nur 18% der Maßnahmen verhältnisbezogen gewesen, waren es im Berichtsjahr 27%. 55% der Aktivitäten richteten sich sowohl auf die Verhältnisse als auch das Verhalten. Eine Änderung der Verhältnisse im Setting übt einen machtvollen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten vieler Menschen gleichzeitig aus. Der Trend zu verhältnisbezogenen Initiativen lässt darauf schließen, dass sich die Effizienz der Gesundheitsförderung gesteigert hat.

Die positive Entwicklung in den Settings wird insbesondere im Vergleich zur betrieblichen Gesundheitsförderung deutlich – dort waren nur 7% der Aktivitäten rein verhältnisbezogen. Die betriebliche Gesundheitsförderung gilt als die „Mutter“ der allgemeinen Gesundheitsförderung. Betrachtet man die hier dokumentierte Entwicklung in Settings, kann man sagen – „das Kind hat von der Mutter gelernt und ist ihr geradezu erwachsen.“

Gesundes Leben einfacher machen durch Änderung der Bedingungen im Umfeld

„Make the healthy choices easy choices“, lautete Nancy Milios goldene Regel nicht nur für eine „gesunde Politik“, sondern auch für die Gesundheitsförderung allgemein.¹ Es gilt, gesundheitsförderliche Bedingungen im Setting herzustellen, weil dies ein gesundheitsbewusstes Verhalten erleichtert.

Das Schlagwort hierfür lautet „Verhältnisprävention“. Eine gesundheitsförderliche Veränderung der Verhältnisse kann eine Änderung in der Organisation im Setting oder den dortigen Umgebungsbedingungen umfassen. Sie kann auf die Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, auf die Verbesserung von Kommunikation und Information sowie auf eine Optimierung sozialer Angebote und Einrichtungen im Setting abzielen.

Die zunehmende Qualität des Krankenkassenengagements zeigt sich auch dadurch, dass Erfolgsmessungen bei zwei Dritteln der Setting-Projekte mittlerweile zum Standard geworden sind. Dabei erheben die Akteure viele unterschiedliche Parameter. Im Jahr 2009 trat mit dem Parameter Kooperation und Netzwerkbildung ein Aspekt stärker in den Vordergrund, der einen engen Bezug zur Nachhaltigkeit der Intervention hat. Mittlerweile beziehen 26% der Projekte diesen Faktor in die Erfolgsmessung ein, während es im Vorjahr erst 16% waren.

1.6 Daten des Präventionsberichts in die Berichterstattung des Bundes aufgenommen

Das Statistische Bundesamt betreibt ein Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de). Eine Online-Datenbank führt Gesundheitsdaten und Gesundheitsinformationen aus über 100 verschiedenen Quellen an zentraler Stelle zusammen. Die angebotenen Gesundheitsdaten und Gesundheitsinformationen werden fortlaufend ausgebaut.

Ende des Jahres 2009 hat sich das Statistische Bundesamt entschlossen, den Präventionsbericht in diese offizielle Statistik zu übernehmen. Seither sind an dieser Stelle zentrale Daten aus dem Präventionsbericht der GKV wiedergegeben. Sie werden jährlich aktualisiert.²

Beispielsweise findet sich dort eine Tabelle „Betriebliche Gesundheitsförderung unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen“. Dargestellt sind Zeitreihen seit Beginn der Berichterstattung für das Jahr 2001. Nach Branchen aufgeschlüsselt ist unter anderem die Anzahl der von der GKV durchgeführten Projekte.

Es ist erfreulich, dass die Berichterstattung der Krankenkassen über ihre Aktivitäten in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung auf diese Weise hohe Anerkennung gefunden hat und weiter verbreitet wird.

¹ Milio N: Promoting Health Through Public Policy. Ottawa; Canadian Public Health Association, 1986

² <http://www.gbe-bund.de>, Zugang zu den Daten: im Suchfeld den Begriff „Präventionsbericht“ eingeben

2 Einleitung

Die Einleitung beschreibt die gesetzlichen Rahmenbedingungen, skizziert die im „Leitfaden Prävention“ festgelegten Umsetzungskriterien und definiert die Begriffe „Setting-Ansatz“, „individueller Ansatz“ und „betriebliche Gesundheitsförderung“.

2.1 Gesetzliche Regelungen

Das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) beauftragt in § 20 die Krankenkassen, in ihrer Satzung Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung vorzusehen. Ziel des Gesetzgebers ist, die Eigenverantwortung der Bevölkerung zu steigern, Frühverrentungen zu vermeiden und die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten und zu stärken.

§ 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V besagt, dass auf Zielgruppen, die sozial bedingt ungünstigere Gesundheitschancen aufweisen, besonderes Augenmerk zu richten ist.

§§ 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 Sachverständigen 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.

2.2 Grundlage: Leitfaden Prävention

Die GKV hat erstmals im Jahr 2000 eine Handlungsanleitung zu den primärpräventiven Aktivitäten und zur betrieblichen Gesundheitsförderung verfasst: den „Leitfaden Prävention“.³ Eine beratende Kommission unabhängiger Experten unterstützt die GKV dabei, den Leitfaden weiterzuentwickeln.

Der Leitfaden beschreibt die Vorgehensweise im Setting-Ansatz unter den folgenden Überschriften:

- Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte
- Gesundheitsfördernde Schule
- Gesundheitsförderung in der Kommune/im Stadtteil

Für den individuellen Ansatz formuliert der Leitfaden Handlungsfelder:

- Bewegungsgewohnheiten
- Ernährung
- Stressmanagement
- Suchtmittelkonsum

In der betrieblichen Gesundheitsförderung lauten die Handlungsfelder:

- Arbeitsbedingte körperliche Belastungen
- Betriebsverpflegung
- Psychosoziale Belastungen (Stress)
- Suchtmittelkonsum

Den Handlungsfelder sind Präventionsprinzipien zugeordnet. So gliedert sich beispielsweise das Handlungsfeld Ernährung in zwei Präventionsprinzipien auf: das Vermeiden von Mangel- und Fehlernährung sowie das Vermeiden und die Reduktion von Übergewicht.

Für jedes Präventionsprinzip sind Qualitätskriterien definiert. Diese definieren Bedarf, Wirksamkeit, Zielgruppen, Ziele, Inhalte, Methodik und die notwendige Anbieterqualifikation. Handlungsfeldübergreifende Kriterien beziehen sich beispielsweise auf das Vorhandensein von Kursleiter- und Teilnehmerunterlagen. Jede Krankenkasse hat zu prüfen, ob eine geplante Maßnahme diese Kriterien 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. Seit der erstmaligen Veröffentlichung des Leitfadens haben die Krankenkassen ihre Leistungen erheblich ausgebaut. Die aktuelle Fassung des Leitfadens stammt vom 27. August 2010.

³ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin, 2010

2.3 Begriffsbestimmung: Setting, individuelle Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung

Die Ansätze und Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention lassen sich unterschiedlich klassifizieren. Entsprechend vielfältig ist die Terminologie.

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

Als Settings werden die Lebenswelten der Menschen bezeichnet: zum Beispiel Kindergärten, Schulen, Stadtteile, Senioreneinrichtungen und Migrantentreffpunkte.⁴ Dort lassen sich auch Menschen erreichen, die von sich aus keine individuellen präventiven Kursangebote aufgesucht haben. In Settings lässt sich die Vorgabe des § 20 SGB V besonders gut verwirklichen: Maßnahmen zu unternehmen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten.

Einrichtungen entsprechen einem Setting. So ist beispielsweise jede Schule für sich ein einzelnes Setting.

Besonders effektiv ist Gesundheitsförderung, wenn sie die gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen im Setting verändert. Das geschieht über strukturelle und organisatorische Verbesserungen im Setting. Dabei ist es erwünscht und notwendig, die betroffenen Personen in die Vorhaben zu integrieren.

Zielgruppen der Gesundheitsförderung

Mit ihren primärpräventiven Angeboten zielen die Krankenkassen prinzipiell auf alle Krankenkassenmitglieder und ihre Familienangehörigen ab. Das gesetzlich geforderte Hinwirken auf sozial ausgewogene Gesundheitschancen setzen die Krankenkassen insbesondere dadurch um, dass sie den Setting-Ansatz und die betriebliche Gesundheitsförderung unterstützen.

Der Setting-Ansatz, d. h. das Ansprechen der Menschen in ihren jeweiligen Lebensumfeldern, bietet die Chance, niemanden auszugrenzen und ohne Stigmatisierung ein möglichst breites Spektrum an Personen anzusprechen. Dadurch erreicht Gesundheitsförderung auch diejenigen, die unter ungünstigen sozialen Rahmenbedingungen leben.

Zudem lassen sich im Setting unterschiedliche Gruppen erreichen. So richten sich die Aktivitäten in Kindergärten oder Grundschulen nicht nur an die Kinder selbst, sondern auch an die Familienangehörigen und die Lehrer oder Erzieher. Zudem gibt es Ausstrahl-Effekte: Die direkt an der Gesundheitsförderung Beteiligten informieren und beeinflussen die Menschen in ihrem Umfeld. Wenn Multiplikatoren geschult werden, wirkt sich diese Schulung auf viele weitere Personen aus. Diese Effekte illustriert der vorliegende Präventionsbericht, indem er die Zahl der indirekt erreichten Personen ausweist.

Bei Angeboten nach dem individuellen Ansatz handelt es sich um Kurs- und Seminarangebote, die primär auf das individuelle Gesundheitsverhalten der Versicherten ausgerichtet sind. Diese Angebote werden von Versicherten in Anspruch genommen, die etwas für ihre Gesundheit tun möchten, also bereits über ein gewisses Gesundheitsbewusstsein und eine entsprechende Motivation verfügen.

⁴ 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.

3 Erhebungsmethode, Auswertung und Veröffentlichung

Grundlage für den Präventionsbericht sind einerseits die Dokumentationsbögen der Krankenkassen für Settings und betriebliche Gesundheitsförderung und andererseits ihre Angaben zu den Präventionskursen. Die „Doku-Bögen“ sind im Anhang abgedruckt. Sie stehen den Krankenkassen auf der Homepage des MDS zum Download zur Verfügung.⁵ Die Krankenkassen füllen die Bögen für die Settings und die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) vor Ort am Computer aus. Den Mitarbeitern liegen detaillierte Ausfüllanweisungen vor, die sie ebenfalls von der MDS-Homepage herunterladen können.

Die Krankenkassen senden die Setting- und BGF-Dokumentationsbögen per EDV an ihre jeweiligen Bundesverbände. Diese leiten die Bögen gebündelt an den MDS weiter, der die Daten zusammenführt. Abweichend von diesem Verfahren liefern einige Krankenkassen bereits teilweise aggregierte Daten.

Die Teilnehmer der individuellen Präventionskurse erfassen die Krankenkassen über ihre kassen-eigene EDV. Die Bundesverbände führen die Daten der Mitgliedskassen zusammen und leiten dem MDS die Daten ihres Kassensystems weiter.

Der MDS führt die Datensätze endgültig zusammen, korrigiert Fehler, analysiert die Ergebnisse und stellt sie gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und dem GKV-Spitzenverband dar.

Zusätzlich zum Präventionsbericht stellt der MDS einige Datenauswertungen in einem Tabellenband zur Verfügung, der – wie der Präventionsbericht selbst – von der Homepage www.mds-ev.de heruntergeladen werden kann.

⁵ www.mds-ev.de, weiter zu „Dokumente & Formulare“ und „Gesundheit/Krankheit/Prävention“

4 Wichtige Kennziffern

Einige zentrale Kennziffern kennzeichnen den Umfang der bundesweiten Aktivitäten der Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung. Weitere Daten geben Aufschluss über den Aufwand.

Die nachfolgende Tabelle gibt Auskunft über diese Parameter im Berichtsjahr 2009 und in den beiden Vorjahren. Es handelt sich um die Zahl der erreichten Settings, Betriebe und Personen und um die Ausgaben. Die Tabelle weist beispielsweise aus, dass 2009 mittels 1.223 Dokumentationsbögen über Aktivitäten in 20.252 Settings berichtet wurde, bei denen 2.119.016 Personen direkt erreicht werden konnten.

Tabelle 1: Wichtige Kennziffern

Quelle der Angaben zu den Ausgaben: Statistik KJ 1, endgültige Rechnungsergebnisse für das Jahr 2009. Zur Spalte „Veränderung zum Vorjahr“: Differenzen zwischen den Prozentzahlen zu „Ausgaben je Vers.“ und „Summe der Ausgaben“ sind rundungsbedingt und beeinflusst durch sich verändernde Versichertenzahlen.

Ansatz	2007	2008	2009	Veränderung zum Vorjahr (%) bzw. Dreijahrestrend (↑, →, ↓)
Setting-Ansatz				
Anzahl der Doku-Bögen	1.165	1.201	1.223	2%
Anzahl der Settings	13.596	22.046	20.252	-8%
Anzahl direkt erreichter Personen	1.866.343	2.153.070	2.119.016	-2%
Anzahl indirekt erreichter Personen	2,2 Mio.	4,2 Mio.	4,8 Mio.	↑
Ausgaben je Vers. (Euro)	0,25	0,26	0,27	1%
Ausgaben je err. Person (Euro)	9,42	8,64	8,88	3%
Summe der Ausgaben (Euro)	17.575.322	18.600.352	18.815.502	1%
Individueller Ansatz				
Anzahl direkt erreichter Personen	1.858.535	2.061.644	2.105.409	2%
Ausgaben je Vers. (Euro)	3,56	4,06	3,60	-11%
Ausgaben je err. Person (Euro)	134,56	138,36	119,81	-13%
Summe der Ausgaben (Euro)	250.080.138	285.255.774	252.250.402	-12%
Betriebliche Gesundheitsförderung				
Anzahl der Doku-Bögen	3.014	3.423	3.693	8%
Anzahl der Betriebe	3.888*	4.788	5.353*	12%
Anzahl direkt erreichter Personen	483.782	535.578	621.913	16%
Anzahl indirekt erreichter Personen	0,14 Mio.	0,28 Mio.	0,23 Mio.	↑
Ausgaben je Vers. (Euro)	0,46	0,51	0,56	10%
Ausgaben je err. Person (Euro)	66,52	67,09	63,48	-5%
Summe der Ausgaben (Euro)	32.179.366	35.930.186	39.479.195	10%
Gesamt				
Anzahl der Doku-Bögen	4.179	4.624	4.916	6%
Anzahl der Settings	13.596	22.046	20.252	-8%
Anzahl der Betriebe	3.888*	4.788	5.353	12%
Anzahl direkt erreichter Personen	4.208.660	4.750.292	4.846.338	2%
Anzahl indirekt erreichter Personen	2,3 Mio.	4,5 Mio.	5,0 Mio.	↑
Ausgaben je Vers. (Euro)	4,27	4,84	4,44	-8%
Ausgaben je err. Person (Euro)	71,24	71,53	64,08	-10%
Summe der Ausgaben (Euro)	299.834.826	339.786.312	310.545.099	-9%

*Ausreißerwert mit 3.000 Betrieben heraus genommen

Ausgewiesen ist die Schätzung der Krankenkassen, wie viele Personen im Setting-Ansatz und der betrieblichen Gesundheitsförderung direkt erreicht wurden. Diese direkt erreichten Personen geben ihr Wissen und ihre Handlungsmuster an ihr Umfeld weiter. Auf diese Weise erreichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen indirekt weitere Personen. Die Schätzungen zur Zahl

der indirekt Erreichten sind notwendigerweise weniger exakt. Auch schwanken sie im Zeitverlauf deutlich. Aus diesem Grund sind die Zahlen hier nur gerundet wiedergegeben. Außerdem weist die Tabelle keinen Vergleich mit dem Vorjahr aus, sondern gibt einen Drei-Jahres-Trend an.

4.1 Ausgaben

Der vorliegende Präventionsbericht weist in Tab. 1, S. 23, erstmals die Ausgaben je erreichte Person aus.⁶

Die mit unter 10 Euro je erreichte Person niedrigen Werte im Setting-Ansatz weisen darauf hin, dass in Settings bei geringen Kosten viele Menschen erreicht werden können. Dieses Potenzial haben insbesondere die verhältnisbezogenen Maßnahmen. Bei ihnen kommen nur die Personalkosten für die Fachkräfte zum Ansatz, die mit qualifizierter Beratung den Gesundheitsförderungsprozess begleiten. Verhaltensbezogene Maßnahmen können im Setting ebenfalls effizient umgesetzt werden, wenn die „Gesundheitsförderer“ breitenwirksame Medien einsetzen.

Eine Kursteilnahme im individuellen Ansatz kostet die Krankenkassen im Durchschnitt ca. 120 Euro. Die Ausgaben je Person in der betrieblichen Gesundheitsförderung liegen mit ca. 60 Euro zwischen denen im Setting- und im individuellen Ansatz.

4.2 Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme

Bekannt ist, dass Präventionsangebote von Männern und Frauen unterschiedlich in Anspruch genommen werden. Männer lassen sich eher motivieren, wenn die Angebote aktiv und zielgruppenorientiert an sie herangetragen werden, und wenn die Präventionsmaßnahmen dadurch, dass sie beispielsweise am Arbeitsplatz erfolgen, keinen zusätzlichen Aufwand mit sich bringen.⁷

Die geschlechtsspezifische Inanspruchnahme der primärpräventiven GKV-Leistungen ist in der nachfolgenden Tabelle aufgeschlüsselt. Im Ergebnis erreichten die Krankenkassen im Setting-Ansatz gleichmäßig beide Geschlechter. Deutlich überwiegend nehmen Frauen die Kurse und Seminare nach dem individuellen Ansatz in Anspruch. Die betriebliche Gesundheitsförderung erreicht überwiegend Männer. Zusammen genommen ergibt sich, dass die Gesundheitsförderungs-Angebote der Krankenkassen Mädchen und Jungen, Frauen und Männer in einem weitgehend ausgeglichenen Verhältnis erreichen.

Tabelle 2: Erreichte Personen nach Geschlecht

Setting und betriebliche Gesundheitsförderung: direkt und indirekt Erreichte, individueller Ansatz: Kursteilnahmen

	Setting-Ansatz		Individueller Ansatz		Betriebl. Gesundhf.		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Weibliche Personen	3,5 Mio.	51%	1,6 Mio.	77%	0,33 Mio.	38%	5,5 Mio.	56%
Männliche Personen	3,4 Mio.	49%	0,47 Mio.	23%	0,53 Mio.	62%	4,4 Mio.	44%
Summe	6,9 Mio.	100%	2,1 Mio.	100%	0,85 Mio.	100%	9,9 Mio.	100%

⁶ Die Ausgaben umfassen neben den direkt zurechenbaren Sachkosten auch anteilig Personalkosten für Krankenkassenmitarbeiter und im Auftrag der Krankenkasse tätige Personen, die z.B. die Konzeption und Umsetzung der Prävention steuern.

⁷ Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt: Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, S. 123

5 Bilanz über das Erreichen der GKV-Präventionsziele

Im Jahr 2007 hat sich die gesetzliche Krankenversicherung für ihre Aktivitäten nach § 20 und § 20a SGB V bundesweit gültige Ziele gesetzt. Dies geschah auf freiwilliger Basis, also ohne gesetzliche Verpflichtung. Unabhängige Sachverständige aus Epidemiologie, Präventionsforschung, Sozialmedizin und weiteren Disziplinen leisteten einen Beitrag zur Zielformulierung.

Die Ziele beziehen sich auf den Setting-Ansatz und die betriebliche Gesundheitsförderung. Sie sind quantifiziert und operationalisiert. Sie beziehen sich entweder auf eine Steigerung der Aktivitäten um einen gewissen Prozentsatz, oder es wird festgelegt, wie viele Adressaten mehr erreicht werden sollen.

Im Setting-Ansatz sind Kinder und Jugendliche die Zielgruppe. Aktivitäten sollen in Kitas und Schulen unternommen werden.

Die Ziele sollen die Krankenkassen dazu anregen, diejenigen Maßnahmen auszuweiten, die zur Erreichung der Ziele beitragen. Dabei bleibt die Vielfalt an Handlungsmöglichkeiten für die Krankenkassen vor Ort bestehen.

Die Präventionsziele sind in zwei Bereiche unterteilt: Gesundheitsförderung und Prävention. Damit wird unterschieden, ob sich die Ziele eher auf „Salutogenese“ oder auf „Krankheitsverhütung“ beziehen.

5.1 Präventionsziele für die Jahre 2008 bis 2009

Das Oberziel für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz ist die „Reduktion von Krankheiten des Kreislaufsystems“, weil diese Krankheitsgruppe im Hinblick auf Mortalität, Morbidität und Kosten die höchste epidemiologische Bedeutung besitzt. Die zu adressierenden Zielgruppen sind Kinder, Jugendliche und junge sowie werdende Eltern. In der Übersicht sind die Ober- und Teilziele aufgeführt.

Tabelle 3: Präventionsziele der GKV zu Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz

	Oberziel Gesundheitsförderung Die salutogenen Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen ausschöpfen	Oberziel Prävention Reduktion von Krankheiten des Kreislaufsystems (Zielgruppen: Kinder, Jugendliche und junge Familien)
Zielgruppen	Teilziele	Teilziele
Kinder* und ihre Eltern	1. Aktive Mitwirkung der Krankenkassen in Bündnissen für Kindergesundheit oder ähnlichen Gremien auf Gemeindeebene (Teilziel nicht quantifiziert; die Zielerreichung wird nicht im Präventionsbericht dokumentiert)	1. Besondere Zielgruppenorientierung von Aufklärungs- und Beratungsangeboten der Krankenkassen auf junge Familien und Alleinerziehende zur Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung und elterlichem Rauchverzicht (Teilziel nicht quantifiziert; die Zielerreichung wird nicht im Präventionsbericht dokumentiert)
3- bis 6-jährige Kinder	2. Steigerung der Anzahl an Kindertagesstätten mit etablierten Steuerungskreisen für Gesundheit (intern oder einrichtungsübergreifend), an denen mindestens die GKV, der Kita-Träger und Elternvertreter beteiligt sind, um 20 % innerhalb von zwei Jahren (2008 – 2009)	2. Steigerung der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten erreichten Kinder in Kindergärten um 20 % innerhalb von zwei Jahren (2008 – 2009)
Schulpflichtige Kinder und Jugendliche	3. Steigerung der Anzahl an Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen mit etablierten Steuerungskreisen für Gesundheit, an denen mindestens die GKV, der Schulträger, die Schulleitung und Lehrerschaft sowie Eltern und Schüler (ab Sekundarstufe II) vertreten sind, um 10 % innerhalb von zwei Jahren (2008 – 2009)	1. Steigerung der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten erreichten Kinder und Jugendlichen in Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen um 10 % innerhalb von zwei Jahren (2008 – 2009)

*Insbesondere 0- bis 2-jährige Kinder

In der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde das übergreifende präventionsbezogene Ziel gesetzt, psychische und Verhaltensstörungen zu reduzieren. Diese Störungen nehmen einen der Spitzenplätze im Krankheitsgeschehen ein und haben in den letzten Jahren als Ursache für Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben überproportional zugenommen. In der Übersicht sind die Teilziele aufgeführt.

Tabelle 4: Präventionsziele der GKV zur betrieblichen Gesundheitsförderung

	Oberziel Gesundheitsförderung Die salutogenen Potenziale der Arbeitswelt ausschöpfen	Oberziel Prävention Reduktion von psychischen und Verhaltensstörungen
Teilziel 1	Steigerung der Anzahl an Betrieben mit betrieblichen Steuerungskreisen um 10 % innerhalb von zwei Jahren	Steigerung der Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung um 10 % innerhalb von zwei Jahren
Teilziel 2	Steigerung der Anzahl an Betrieben, in denen betriebliche Gesundheitszirkel durchgeführt werden, um 10 % innerhalb von zwei Jahren	Steigerung der Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung Stressbewältigung und Stressmanagement um 10 % innerhalb von zwei Jahren
Teilziel 3	Steigerung der Anzahl an Betrieben mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben um 10 % innerhalb von zwei Jahren	Steigerung der Teilnahme älterer Arbeitnehmer an betrieblichen Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen um 10 % innerhalb von zwei Jahren

5.2 Entwicklung in den ersten beiden Gültigkeitsjahren

Wie sich die Zielparameter entwickelt haben wird festgestellt, indem die Zahlen aus dem Jahr 2007 – also vor der Zielvereinbarung – mit denen des Jahres 2009 verglichen werden.

5.2.1 Setting-Ansatz

Die Krankenkassen haben sich das Ziel gesetzt, in Bündnissen für Kindergesundheit oder ähnlichen Gremien auf Gemeindeebene aktiv mitzuarbeiten. Auch sollen die allgemeinen Aufklärungs- und Beratungsangebote der Krankenkassen stärker auf junge Familien und Alleinerziehende zugeschnitten werden. Dazu zählen Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen wie Elterninformationen, Aktionen und Projekte, Mailings sowie Veröffentlichungen in Versichertenzeitschriften. Diese Aktivitäten sind dem Auftrag des § 1 SGB V zuzuordnen.⁸ Im Unterschied zu den nachfolgend beschriebenen Zielparametern sind diese Ziele nicht quantifiziert. Die Zielerreichung wird daher im vorliegenden Präventionsbericht nicht erfasst.

Tabelle 5: Erreichungsgrad der Präventionsziele für den Setting-Ansatz

Oberziel Prävention (Teilziel 1 wird nicht im Rahmen des Präventionsberichts erhoben)				
Teilziel 2 Intervention in KiTas	Basiserhebung 2007	Jahr 1: 2008	Jahr 2: 2009	Veränderung in %
Zielgruppe: drei- bis sechsjährige Kinder				
Schätzzahl der über multifaktorielle, verhaltens- und gleichzeitig verhältnisbezogene Interventionen in Kitas direkt erreichten Kinder (Ziel: Steigerung von 2007 bis 2009 um 20%)	155.938	274.755	333.455	114%
Teilziel 3 Intervention in Schulen				
Zielgruppe: schulpflichtige Kinder und Jugendliche				
Schätzzahl der über multifaktoriell ausgerichtete, verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen direkt erreichten Kinder und Jugendlichen in Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen (Steigerung bis 2009 um 10%)	485.395	441.010	816.853	68%
Oberziel Gesundheitsförderung (Teilziel 1 wird nicht im Rahmen des Präventionsberichts erhoben)				
Teilziel 2 Steuerungskreise in KiTas	Basiserhebung 2007	Jahr 1: 2008	Jahr 2: 2009	Veränderung in %
Zielgruppe: drei- bis sechsjährige Kinder				
Anzahl an Kitas mit Steuerungskreisen, an denen mindestens die GKV, Kita-Träger und Elternvertreter beteiligt waren (Ziel: Steigerung von 2007 bis 2009 um 20%)	153	1.457	696	355%
Teilziel 3 Steuerungskreise in Schulen				
Zielgruppe: schulpflichtige Kinder und Jugendliche				
Anzahl an Grund-, Sonder-, Haupt-, Real-, Gesamt- und Berufsschulen mit Steuerungskreisen, an denen mindestens die GKV, der Schulträger, die Schulleitung und Lehrerschaft sowie Elternvertreter beteiligt waren (Ziel: Steigerung von 2007 bis 2009 um 10%)	503	1.313	679	35%

⁸ § 1 SGB V: „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“

Die Ziele beim Setting-Ansatz beziehen sich auf zwei Parameter, die einen besonderen Bezug zur Qualität der durchgeführten Aktivitäten haben. Zum einen sollen vermehrt Aktivitäten durchgeführt werden, die sich nicht nur auf das Verhalten, sondern auch auf die Verhältnisse im Setting beziehen. Überdies sollen diese Aktivitäten multifaktoriell ausgerichtet sein. Das bedeutet, dass die Projekte nicht nur *ein* Handlungsfeld, sondern *mehrere* bearbeiten.

Zum anderen sollen Steuerungskreise eingerichtet werden, die alle wesentlichen Akteure einbinden. Beide Zielstellungen beziehen sich auf Kindertagesstätten und auf Schulen mit Ausnahme der Gymnasien.

Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben bereits im Jahr 2007 an die Krankenkassen appelliert, ihre zielbezogenen Aktivitäten zu verstärken. Nun zeigen die Ergebnisse des „zweiten Jahres“ 2009 mit deutlichen Steigerungsraten im Vergleich zur Basiserhebung, dass dieser Appell erfolgreich war.

Im Setting-Ansatz sind drei- bis sechsjährige Kinder eine Zielgruppe. Tatsächlich konnte die Zahl der Kinder in Kitas, die mit multifaktoriellen, verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten erreicht wurden, erheblich gesteigert werden. Die Krankenkassen erreichten das, indem sie bundesweite Gesundheitsförderungsprogramme wie „TigerKids – Kindergarten aktiv“ oder „Gesundheitskoffer ‚Fit von klein auf‘ für Kitas“ stark ausbauten. Sicherlich gab dazu auch die allgemeine gesellschaftliche Diskussion über die Notwendigkeit verstärkter frühkindlicher Förderung einen wesentlichen Schub.

Setting-Projektbeispiel 1: Bewegungs- und Ernährungserziehung: TigerKids

An „TigerKids“ haben bis Ende 2009 bundesweit rund 4.000 Kindertagesstätten teilgenommen; es wurden damit rund 200.000 Familien angesprochen. Ab 2010 kommen weitere Kitas und zusätzlich Kinderkrippen hinzu.

Ziel: In Kindereinrichtungen soll die gesunde Ernährung und die Bewegung der Kinder gefördert werden. Angesprochen werden Kinder, Erzieher und Eltern. Kooperationspartner ist die Stiftung Kindergesundheit München.

Umsetzung: TigerKids bildet für die Erzieher das Rahmengerüst, um flexibel und auf ihre jeweilige Einrichtung zugeschnitten gesunde Ernährung und Bewegung in den Alltag einzuführen und dauerhaft zu integrieren. Ein zweitägiger Workshop mit Ernährungs- und Bewegungsexperten der Krankenkasse macht die Erzieher mit der Materie vertraut, anschließend werden konkrete Umsetzungsmöglichkeiten für die jeweilige Einrichtung erarbeitet. Die Experten der Krankenkasse stehen auch in den folgenden drei Jahren – auf Wunsch vor Ort – mit Rat und Tat zur Seite.

Umfangreiche und kindgerechte Arbeitsmaterialien wie die Tiger-Handpuppe oder der magische Obststeller, der sich wie von Zauberhand immer wieder füllt, unterstützen die Erzieher im Alltag und animieren die Kinder, sich zu Hause und in der Kita viel zu bewegen und gesundheitsbewusst zu essen und zu trinken. Für die Eltern gibt es Elternbriefe und so genannte Tipp-Cards, die einfach umsetzbare Ernährungs- und Bewegungstipps enthalten. Die Elternmedien werden auch in Türkisch angeboten.

Laufzeit: Projektphase I: 2006 – 2009, Projektphase II: 2010 – 2012

Ergebnisse: Die ersten drei Jahre der Programmeinführung und die wissenschaftliche Auswertung ergaben, dass TigerKids eine hohe Akzeptanz bei den Erziehern genießt und von diesen als sehr wertvoll und zielführend bewertet wurde. Kinder essen mehr Obst und Gemüse, sowohl in der Kita als auch zu Hause. Der Verbrauch kalorienreicher Getränke wie Softdrinks geht zugunsten kalorienarmer oder kalorienfreier Getränke zurück. Die Kinder bringen gesündere Pausenverpflegung anstelle von Milch- und Schokoriegel, Chips & Co mit in die Einrichtung. Die Bewegungsanteile in den teilnehmenden Einrichtungen steigen an.

Ansprechpartnerin: Ulrike Plogstieß, Referentin für Prävention beim AOK-Bundesverband,

Tel.: 030 34646-2680, E-Mail: ulrike.plogstiess@bv.aok.de

In den Schulen verlief der Start der zielbezogenen Aktivitäten im ersten Jahr noch zurückhaltend. Im zweiten Jahr dagegen konnten erfreulicherweise die Ziele erreicht werden.

Das Teilziel 2 beim Oberziel Gesundheitsförderung bezieht sich darauf, in Kitas und Schulen mehr Steuerungskreise für Gesundheitsförderung einzurichten, an denen alle wichtigen Gruppen beteiligt sind, auch die Eltern. Eine solche Zusammensetzung der Steuerungskreise bürgt für langfristiges Engagement, das sich an den Bedürfnissen der Beteiligten orientiert. Das Stichwort lautet „Partizipation der Betroffenen“. Es ist ein großer Erfolg, dass dieses Ziel insbesondere in den Kitas nicht nur erreicht, sondern deutlich übertroffen wurde.

5.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden die Aktivitäten deutlich ausgeweitet, so dass die Ziele der GKV erreicht werden konnten. Diese Aussage gilt auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Zahl der Dokumentationsbögen im entsprechenden Zeitraum von 2007 – dem Jahr der Basiserhebung – bis zum Jahr 2009 um 8 % zugenommen hat. Die Ausweitung der zielbezogenen Aktivitäten war überproportional und übertraf die angestrebte Steigerungsrate von zehn Prozent deutlich.

Tabelle 6: Erreichungsgrad der Präventionsziele für die betriebliche Gesundheitsförderung

Oberziel: Arbeitsweltbezogene Prävention				
Teilziel 1 Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	Basiserhebung 2007	Jahr 1: 2008	Jahr 2: 2009	Veränderung in %
Anzahl betrieblicher Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung (Ziel: Steigerung von 2007 bis 2009 um 10%)	908	1.074	1.212	33%
Teilziel 2 Stressbewältigung/Stressmanagement				
Anzahl betrieblicher Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung Stressbewältigung/Stressmanagement (Ziel: Steigerung von 2007 bis 2009 um 10%)	945	1.088	1.535	62%
Teilziel 3 Ältere Arbeitnehmer				
Schätzzahl älterer Arbeitnehmer (ab 50 Jahre), die direkt über Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen erreicht wurden (Ziel: Steigerung von 2007 bis 2009 um 10%)	35.100	36.743	52.509	50%
Oberziel: Arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung				
Teilziel 1 Steuerungskreise	Basiserhebung 2007	Jahr 1: 2008	Jahr 2: 2009	Veränderung in %
Anzahl an Betrieben mit betrieblichen Steuerungskreisen (Ziel: Steigerung von 2007 bis 2009 um 10%)	2.512	2.706	3.142	25%
Teilziel 2 Gesundheitszirkel				
Anzahl der Betriebe, bei denen betriebliche Gesundheitszirkel durchgeführt wurden (Ziel: Steigerung von 2007 bis 2009 um 10%)	911	1.109	1.399	54%
Teilziel 3 Vereinbarkeit von Familien und Erwerbsleben				
Anzahl an Betrieben mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien und Erwerbsleben (Ziel: Steigerung von 2007 bis 2009 um 10%)	183	180	297	62%

In den letzten Jahren gab es vermehrt Berichte der Krankenkassen und anderer Institutionen über eine Zunahme von psychischen Erkrankungen bei Erwerbstätigen.⁹ Für etwa 10 % der Arbeitsunfähigkeitsfälle sind psychische Störungen verantwortlich. Damit ist die Gruppe der psychischen Erkrankungen im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeit die viertwichtigste Krankheitsgruppe. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen hat seit 1995 um 80 % zugenommen. Die psychischen Erkrankungen führen zudem zu den längsten Ausfallzeiten: im Schnitt 22,5 Tage. Am häufigsten kommt es in den Branchen öffentliche Verwaltung und Dienstleistungen zu einer durch psychische Erkrankungen verursachten Arbeitsunfähigkeit. Dadurch wird die Notwendigkeit der Maßnahmen zur Prävention insbesondere in diesen Bereichen deutlich.¹⁰

Psychische Erkrankungen können durch die Arbeitsbedingungen mit bedingt sein. Berichte der Krankenkassen lassen erkennen, dass die GKV den zunehmenden Handlungsbedarf in der betrieblichen Gesundheitsförderung erkannt hat.¹¹ Der vorliegende Präventionsbericht belegt, dass die GKV auch die notwendigen Aktivitäten unternahm. 2007 war das Stressmanagement im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bei 34 % der Projekte ins Programm integriert, nunmehr ist das bereits bei 44 % aller Projekte der Fall. Daneben stehen Maßnahmen zur Förderung eines gesundheitsgerechten Führungsstils ebenfalls im Fokus. Damit wird dem Einfluss des Führungsverhaltens im Hinblick auf gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen Rechnung getragen.

Wie oben dargestellt, lautet eines der Präventionsziele, die Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung Stressbewältigung und Stressmanagement zu erhöhen. An der Zunahme der Aktivitäten zum Stressmanagement lässt sich ablesen, auf welche Weise sich die Zielformulierung der GKV ausgewirkte: Die Praxis hat sich in Richtung auf die Ziele entwickelt. Die Implementation dieses – und anderer – Ziele ist gelungen.

5.2.3 Zielvorgaben fortgeschrieben bis 2012

Der Geltungsbereich der Ziele umfasste zunächst die Jahre 2008 und 2009. Unterdessen haben sich die Spitzenorganisationen der GKV auf eine Verlängerung um drei Jahre verständigt, sodass die Ziele nunmehr – mit entsprechend angepassten quantitativen Vorgaben – bis zum Jahr 2012 gelten. Die Anpassung besteht darin, die für zwei Jahre geltenden Prozentzahlen (vgl. die Tabellen 5, S. 27, und 6, S. 29) zu halbieren und sie „pro Jahr“ anzusetzen. Auf diese Weise ergeben sich beispielsweise für die betriebliche Gesundheitsförderung angestrebte Steigerungsraten von 5 % pro Jahr.

⁹ BKK Bundesverband (Hrsg.). BKK Gesundheitsreport 2008. Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen. Essen, 2009. – DAK Forschung, IGES Institut GmbH: Gesundheitsreport 2009. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Hamburg 2009. – BARMER Ersatzkasse (Hrsg.): Gesundheitsreport 2009. Psychische Gesundheit und psychische Belastungen. Wuppertal, 2009

¹⁰ Badura, B., Schröder H, Klose J, Macco K (Hrsg.) Fehlzeitenreport 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Heidelberg, 2009

¹¹ IKK Südwest: Pressemitteilung, 19.11.2008. <http://www.ikk-suedwest.de/2008/11/leichter-anstieg-beim-krankenstand-im-handwerk-deutliche-zunahme-bei-den-psychischen-erkrankungen/#more-1305>. – http://www.ikkev.de/uploads/media/2010_03_09_PM_Krankenstand.pdf

6 Setting-Ansatz

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch die gesetzlichen Krankenkassen sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und sich insbesondere an Menschen richten, die sozial bedingt ungünstigere Gesundheitschancen haben. Zu den Sozialfaktoren gehören ein geringer oder fehlender Schulabschluss, niedrige oder fehlende Berufsqualifikation, geringes Einkommen, Migrationshintergrund sowie die Tätigkeit als Alleinerziehende. Hinreichend bekannt ist mittlerweile, dass sich sozial benachteiligte Personen am besten in ihren unmittelbaren Lebensräumen, den so genannten Settings, in denen sie große Teile ihrer Zeit verbringen, erreichen lassen. Solche Settings sind z.B. Kommunen und Stadtteile, Kitas, Schulen und Einrichtungen der Altenhilfe.¹² Die Kriterien und Handlungsfelder für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz sind im Leitfaden Prävention der GKV festgelegt.

Setting-Projektbeispiel 2: „Gesunde Kommune“

Neben den „Gesunden Schulen“ oder „Gesunden Kitas“ fördern Krankenkassen mit dem Angebot „Gesunde Kommune“ seit 2008 Projekte, die darauf abzielen, die Lebensqualität in Kommunen, Städten und Regionen zu verbessern. Hierfür wurde ein spezielles Antragsformular entwickelt.

Ziele: Gesundheitsförderung soll Schritt für Schritt in die Kommune integriert, dort erlebt und gelebt werden. Eine „Gesunde Kommune“ schafft gesundheitsfördernde Lebensbedingungen vor Ort und regt zu gesundheitsförderlichem Verhalten an. Im Zentrum stehen die in der Kommune lebenden Menschen. Für sie sollen die kommunale Verwaltung, die Vereine, Verbände, freie Träger, Initiativen oder Selbsthilfegruppen noch enger als bisher zusammenarbeiten.

Kooperationspartner: Die Krankenkasse kooperiert mit dem „Gesunde Städte-Netzwerk“ und der Bundestransferstelle Soziale Stadt bei dem Deutschen Institut für Urbanistik (di-fu).

Umsetzung: Die Krankenkasse unterstützte 2009 13 Projekte bundesweit von Mitgliedern des „Gesunde Städte-Netzwerks“, die sich im Rahmen einer Ausschreibung um eine Förderung beworben haben. Die Projekte sind vielfältig und hinsichtlich ihrer Reichweite und ihres Umfangs sehr unterschiedlich ausgerichtet. So wird z.B. durch die Zusammenarbeit mit Schulen und Sportvereinen in Rosenheim ein Sportnetzwerk mit offenen Sportangeboten aufgebaut, um den regulären Sportunterricht zu ergänzen. Gesundheitskonferenzen und Seminare werden beim Frankfurter Projekt „Kommunales Gesundheitsnetzwerk – interkulturelle Zugänge schaffen (KOGI)“ unterstützt.

Ein besonderes experimentelles Vorgehen wurde in Hamburg-Lurup und Fürth erprobt. Beide Orte nahmen an der Studie „Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung teil. Die Studie wurde vom difu betreut. Mit einem Fonds der Krankenkasse konnten unmittelbar und bürgernah jeweils 20.000 Euro für gesundheitsfördernde Projekte im Stadtteil beider Städte vergeben werden. Damit sind Lurup und Fürth die ersten Orte mit einem speziellen Fördertopf für Projekte zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung.

2010 wird die Krankenkasse weiterhin Projekte mit ihrem Programm „Gesunde Kommune“ fördern.

Ansprechpartnerin: Maïke Schmidt, Referentin für Gesundheitsmanagement bei der TK,
Tel.: 040 69092706, Fax: 040 69092580, E-Mail: maïke.schmidt@tk-online.de

Der Schwerpunkt der Krankenkassen-Aktivitäten zur Unterstützung von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen im Setting liegt auf den Kindertagesstätten und Schulen.

¹² Auch die Betriebe sind Settings. Im Kontext der krankenkassengeförderten Prävention wird jedoch spezifisch von „betrieblicher Gesundheitsförderung“ gesprochen und der „Setting-Ansatz“ davon abgegrenzt

6.1 Aktivitäten im Setting-Ansatz

Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Zahl der von ihnen geförderten Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz seit 2001 stetig gesteigert. Aber seit etwa drei Jahren nimmt die Zahl der Dokumentationsbögen nur noch wenig zu. Im Vergleich zu 2008 lag der Zuwachs an Dokumentationsbögen bei 2 %.

Tabelle 7: Dokumentationsbögen für den Setting-Ansatz

Berichtsjahr	Anzahl Dokumentationsbögen
2009	1.223
2008	1.201
2007	1.165
2006	1.083
2005	859
2004	622
2003	638
2002	454
2001	143

6.1.1 Allgemeine Daten – Anzahl der Settings, erreichte Personen, Laufzeit

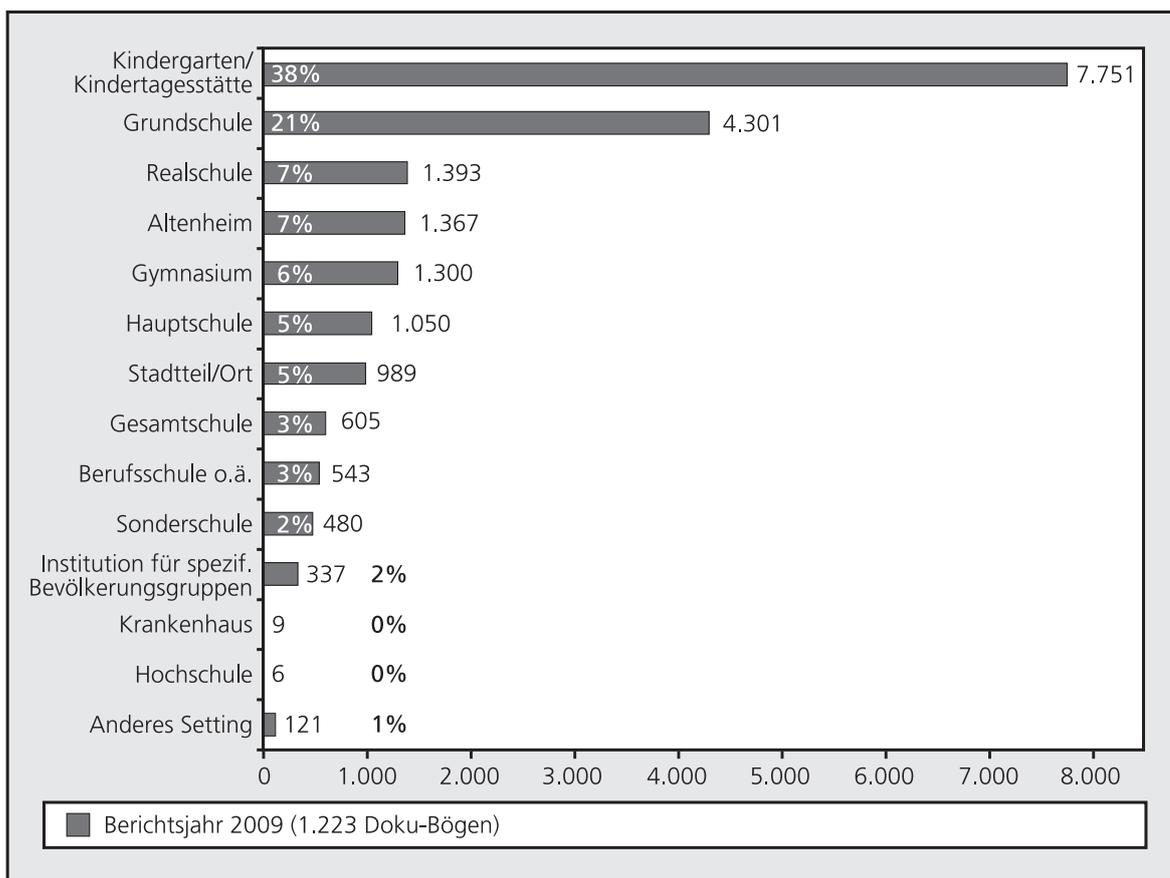
Die bundesweiten Ausgaben der Krankenkassen für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz sind um 1 % gestiegen. 2009 investierten die Krankenkassen für den Setting-Ansatz 18,8 Mio. Euro, das sind umgerechnet je Versicherter 27 Cent (S. 23).

Anzahl der Settings

Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz wurden 2009 in insgesamt 20.252 Settings durchgeführt. Das sind im Mittel 17 Settings je Dokumentationsbogen.

Die Präventionsmaßnahmen im Setting-Ansatz konzentrierten sich auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. 86 % der Maßnahmen fanden in Kitas und Schulen einschließlich der Berufsschulen statt.

Abb. 1: Anzahl der Settings



Erstmals stellt der Präventionsbericht 2010 einen Bezug her zwischen der Anzahl der Settings in Bildungsbereichen, in denen die Krankenkassen aktiv waren, und der Gesamtzahl der Bildungseinrichtungen in Deutschland. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse zum Betreuungsgrad.

Tabelle 8: Anteil der betreuten Bildungseinrichtungen an allen Einrichtungen in Deutschland

Quellen: Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Statistik der Tageseinrichtungen für Kinder. Statistisches Bundesamt Deutschland: Allgemeinbildende Schulen, Schulen und Klassen nach Schularten. Berufliche Schulen, Schulen und Klassen nach Schularten. Hochschulen insgesamt. Stand: 01.03.2009

Settings	Anzahl Settings mit Präventionsaktivitäten	Anzahl Settings in Deutschland	Betreuungsgrad
Kindergarten/Kindertagesstätte	7.751	25.351	31%
Grundschule	4.301	16.391	26%
Sonderschule/Förderschule	480	3.302	15%
Hauptschule	1.050	4.283	25%
Realschule	1.393	2.625	53%
Gymnasium	1.300	3.070	42%
Gesamtschule, Schularten mit mehreren Bildungsgängen	605	2.068	29%
Allgemeinbildende Schulen gesamt	9.129	31.739	29%
Allgemeinbildende Schulen und Kitas gesamt	16.880	57.090	30%
Berufsschulen	543	8.970	6%
Hochschule	6	395	2%

Der Betreuungsgrad bei den Kindern und Jugendlichen ist hoch: Krankenkassengeförderte Maßnahmen erreichten im Jahr 2009 zwischen einem Sechstel und der Hälfte der Einrichtungen.

Im Vergleich zu den anderen weiterführenden Schulen fällt der geringere Betreuungsgrad in den Hauptschulen auf. Nach Erfahrungen der Praktiker vor Ort lässt sich das durch ein – im Vergleich zu Realschulen und Gymnasien – deutlich geringeres Interesse der Schulleitung bzw. der Lehrer in Hauptschulen und auch der Eltern an einer Beteiligung an der Gesundheitsförderung erklären.

Die Sonder-/Förderschulen werden ebenfalls in geringerem Umfang betreut. Die dort stattfindenden Aktivitäten zeichnen sich aber andererseits durch eine besonders lange Laufzeit aus (S. 51).

Setting-Projektbeispiel 3: Papilio – Förderung sozialer und emotionaler Kompetenz und Verminderung von Verhaltensproblemen in Kindergärten

Ziel: Die Kinder in Kitas lernen, mit eigenen und fremden Gefühlen umzugehen, diese richtig zu bewerten und positive Beziehungen aufzubauen. Erzieher werden in ihren pädagogischen Handlungskompetenzen gestärkt und erleben sich kompetenter und zufriedener. Das Programm wird dauerhaft und wiederkehrend umgesetzt.

Zielgruppe: Erzieher, Kinder und Eltern.

Kooperationspartner: Papilio e.V., Augsburg, ist für alle Aspekte des Präventionsprogramms verantwortlich. Die Krankenkasse stellt – gemeinsam mit Partnern wie beispielsweise Ministerien – die flächendeckende Verbreitung in mehreren Bundesländern sicher.

Umsetzung: Das Programm wird über ein Multiplikatorensystem verbreitet. Auf Länderebene werden Papilio-Trainer ausgebildet. Coaching, Supervision, Workshops und Qualitätsverbundtreffen sichern die Qualität nachhaltig. Die Trainer schulen die Erzieher im Rahmen einer achttägigen Fortbildung und begleiten sie langfristig in einem Qualitätsverbund. Die Erzieher bauen ihr entwicklungsförderndes Erziehungsverhalten aus und integrieren das Programm dauerhaft in den Kindergartenalltag. Für die Kinder gibt es drei Maßnahmen. Mit „Paula und die Kistenkoblode“ lernen Kinder Grundgefühle – Traurigkeit, Wut, Angst und Freude – kennen und lernen mit diesen und den Gefühlen anderer umzugehen. Beim „Spielzeug-macht-Ferien-Tag“ spielen Kinder einmal wöchentlich ohne herkömmliches Spielmaterial und lernen, sich kreativ mit sich selbst und anderen Kindern zu beschäftigen. Mit dem „Meins-deins/deins-unser-Spiel“ erlernen Kinder spielerisch den Umgang mit sozialen Regeln. Eltern werden über die Inhalte informiert und haben die Möglichkeit, sich im entwicklungsfördernden Erziehungsverhalten weiterzubilden

Laufzeit: In mehreren Bundesländern hat die Krankenkasse Kooperationsvereinbarungen mit einer Laufzeit von vier Jahren abgeschlossen.

Ergebnisse: Bis Ende 2009 wurden bundesweit ca. 3.140 Erzieher aus ca. 760 Kindergärten fortgebildet. In den Bundesländern wird das Programm zunehmend bekannt. Es gibt zahlreiche Anmeldungen von Erziehern. Eine wissenschaftliche Befragung von Erziehern ergab, dass sich in der Interventionsgruppe der Kinder, die an Papilio teilnahmen, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe Verhaltensauffälligkeiten reduzierten.

Ansprechpartner: Sabine Barkowsky, BARMER GEK; Prävention, Tel. 018 500 991920, E-Mail: sabine.barkowsky@barmer-gek.de

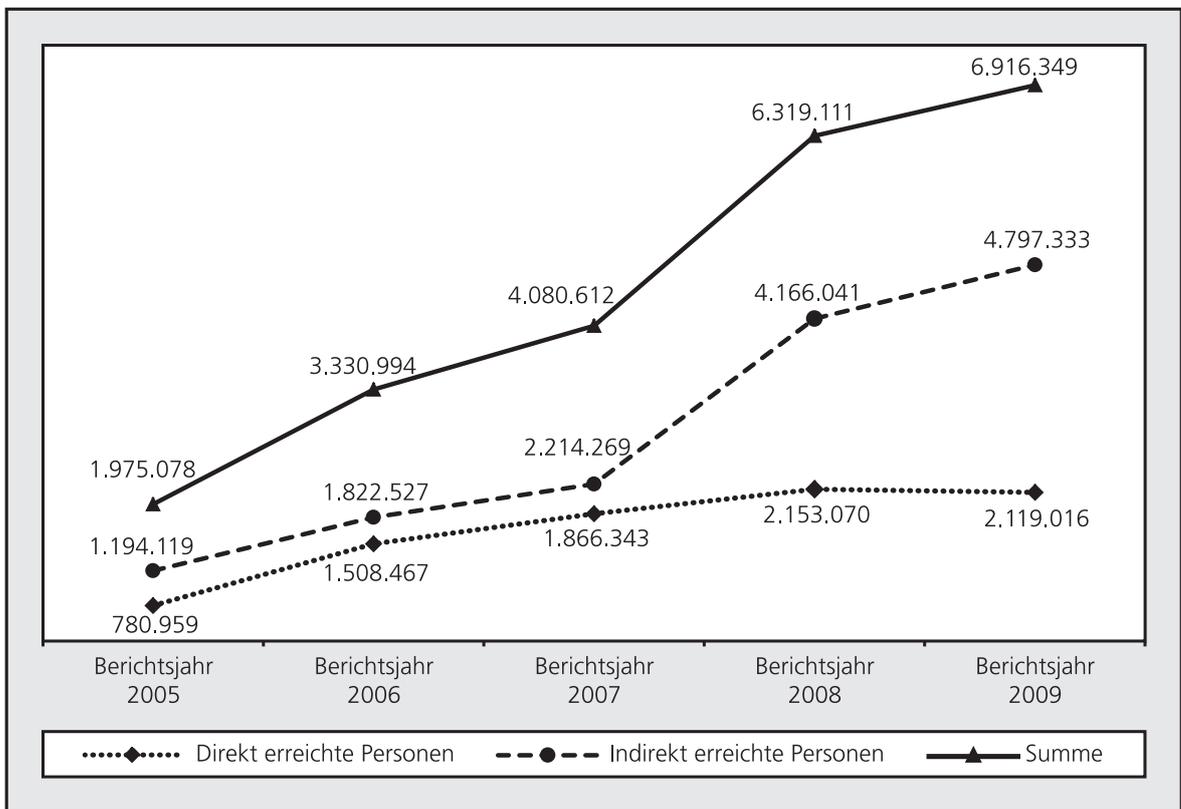
Im Zeitvergleich der letzten drei Berichtsjahre ist der auffallendste Trend die Zunahme der erreichten Settings im Bereich Kita. Waren im Jahr 2007 noch 21 % der Settings Kindertagesstätten, waren es 2008 bereits 32 % und 2009 38 %. Die GKV hatte selbst den Handlungsbedarf im Bereich Kitas gesehen und sich aus diesem Grund die Präventionsziele gesetzt (Tab. 3, S. 26).

Alten- und Pflegeheime machten insgesamt nur 7 % der Settings aus. Aber hier war ebenfalls eine deutliche Steigerung der Aktivitäten zu verzeichnen: von 352 Settings in 2007 und 930 in 2008 auf 1.367.

Erreichte Personen

Der Präventionsbericht weist aus, wie viele Personen direkt oder indirekt von Settingaktivitäten erreicht wurden. Direkt erreicht werden vor allem die Teilnehmer an gesundheitsbezogenen Veranstaltungen und Maßnahmen. Indirekt werden Menschen beispielsweise dadurch erreicht, dass die Teilnehmer oder Multiplikatoren ihre gewonnenen Informationen weiter geben. Auch können Personen indirekt durch verhältnisbezogene Maßnahmen im Setting erreicht werden.

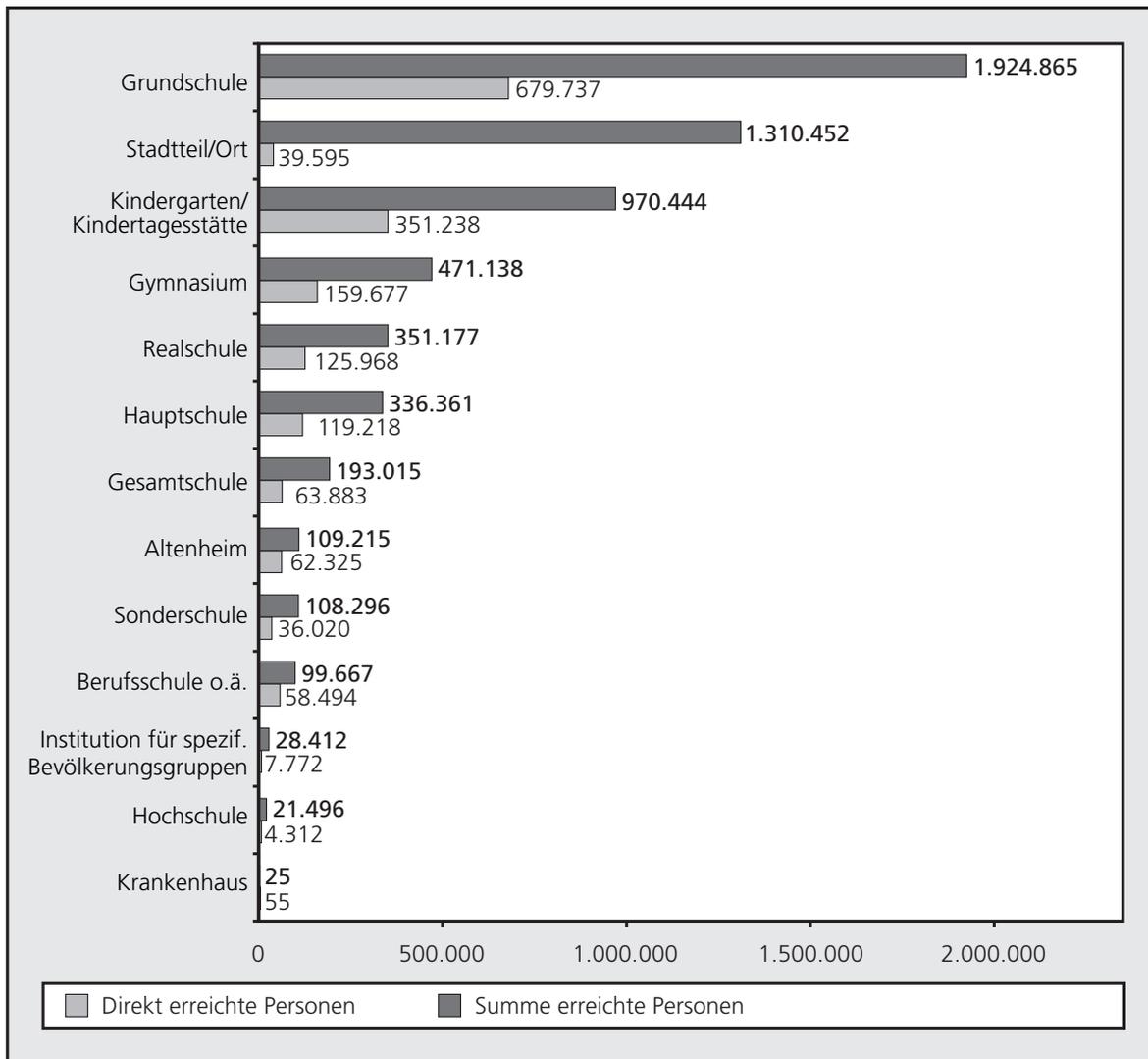
Abb. 2: Schätzsumme erreichter Personen



Die Zahl der indirekt erreichten Personen scheint in den Jahren 2008 und 2009 eher hoch geschätzt worden zu sein. Gleichzeitig ging die Schätzzahl der direkt erreichten Personen leicht zurück. Ein Grund dafür mag sein, dass sich die Mitarbeiter der Krankenkassen, die die Dokumentationsbögen ausfüllten, hinsichtlich der Unterscheidung zwischen „direkt“ und „indirekt“ unsicher waren.

Unabhängig von dieser Differenzierung stieg die Schätzzahl der insgesamt erreichten Personen über die Jahre konstant an. Gleichzeitig erhöhte sich die Zahl der Dokumentationsbögen nur leicht. Die Projekte erreichen demnach immer mehr Personen. Erklärbar ist diese Entwicklung durch einen generell verstärkten Einsatz von breitenwirksamen Medien und Aktivitäten. Beispielsweise sind Faltblätter und Broschüren ebenso wie das Internet breitenwirksame Medien, während Methoden wie „individuelle Beratung“ oder „Beispiel geben, demonstrieren“ eher nicht breitenwirksam sind.

Abb. 3: Erreichte Personen in den jeweiligen Settings



In Kitas und Grundschulen lassen sich junge Menschen aus allen sozialen Schichten erreichen. In diesen Einrichtungen wurden 1.030.975 Kinder und andere Personen direkt erreicht, was einem Anteil von 49 % der Gesamtschätzsumme der in allen Settings direkt erreichten Personen entspricht.

Setting-Projektbeispiel 4: „Gute gesunde Schule entwickeln – mit Lehrgesundheit Schulqualität sichern“

Ziel: Ausgangspunkt war die Überlegung, dass Gesundheitsförderung bei Lehrkräften die Qualität der Lehre verbessert. Das Projekt zielte darauf, eine systematische und nachhaltige Veränderung in Schulen anzustoßen. Belastungen und Stress der Lehrkräfte sollen reduziert und Ressourcen gestärkt werden. Sowohl das individuelle Verhalten der Lehrer als auch die Strukturen an den Schulen sollten verändert werden.

Zielgruppe: Lehrkräfte an acht allgemeinbildenden und berufsbildenden Schulen in Nordrhein-Westfalen

Kooperationspartner: Die Krankenkasse arbeitet mit der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen und der Leuphana Universität Lüneburg zusammen.

Umsetzung: Durch eine Umfrage zum Projektstart wurden Stärken und Schwächen der jeweiligen Schule ermittelt. Die Lehrkräfte erhielten sowohl eine individuelle als auch eine kollegiale Rückmeldung. In der Interventionsphase wählten die Kollegien der acht Projektschulen selbst Themen aus und arbeiteten über eineinhalb Jahre in Gruppen daran. Die realisierten Maßnahmen zur Stressreduktion und zur Stärkung von Ressourcen wurden abschließend hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert.

Laufzeit: 01.02.2007 bis 31.06.2009

Ergebnisse: Es besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Schulqualität und Lehrgesundheit. Viele Aspekte, die in der Diskussion um die Qualität von Schulen als Probleme benannt wurden (z.B. mangelnde Kooperation, ineffiziente Organisation), werden von den Lehrkräften gleichzeitig als gesundheitliche Belastungen erlebt. Zur Verbesserung der Lehr- und Lernatmosphäre wurden z.B. die Schulstunden von 45 auf 60 bzw. 90 Minuten verlängert, damit Lehrer und Schüler weniger Themen an einem Tag dafür jedoch intensiver bearbeiten können. Außerdem trainierten Lehrer gezielt den Umgang mit schwierigen Schülern und Anti-Mobbing-Strategien. Rückzugszeiten und -räume für die Lehrkräfte wurden eingerichtet, Sitzungsstrukturen optimiert und erste Schritte zu einer offeneren Diskussion von Problemen implementiert. Eine Förderung der Lehrgesundheit dient damit der Entwicklung der Schulqualität, verbessert die Lern- und Lebenschancen der Schüler. Erste Veröffentlichungen zu den Ergebnissen liegen vor.

Ansprechpartnerin: Hella Thomas, Bereichsleiterin Prävention DAK, Tel.: 040 2396 2648, E-Mail: hella.thomas@dak.de

Laufzeit der Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Die Krankenkassen haben Angaben zur Laufzeit ihrer Gesundheitsförderungsmaßnahmen gemacht, die sich der nachfolgenden Tabelle entnehmen lassen.

Erläutert sei, dass dabei die Laufzeiten sowohl der im Berichtsjahr abgeschlossenen als auch der weiter laufenden Aktivitäten zusammen gefasst sind.

Wie den nachfolgenden Abbildungen zu entnehmen ist, ging die Laufzeit der Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz im Berichtsjahr 2009 zurück. Das ist vor allem dadurch erklärbar, dass im Jahr 2008 noch 64 Projekte mit einer Laufzeit von vier bis fünf Jahren zu verzeichnen waren, im Jahr 2009 dagegen nur noch neun. Die meisten dieser Projekte wurden im Jahr 2008 beendet. Wenn Projekte abgeschlossen sind, tauchen sie in der Berichterstattung des nächsten Jahres nicht mehr auf.

Abb. 4: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten

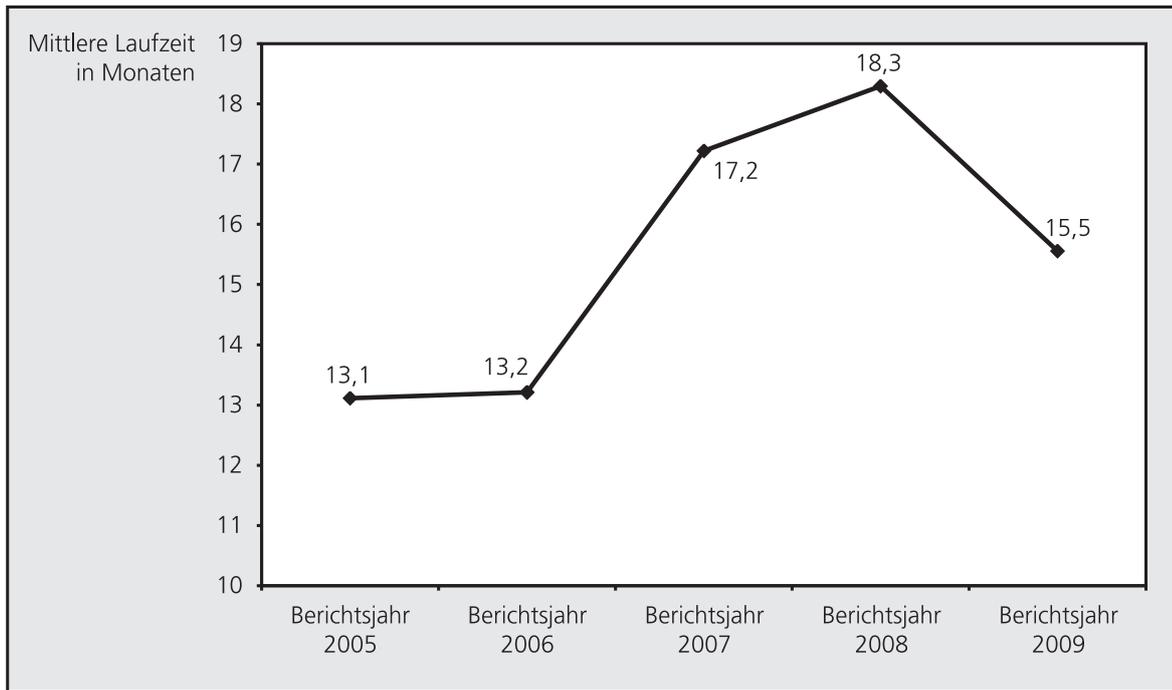
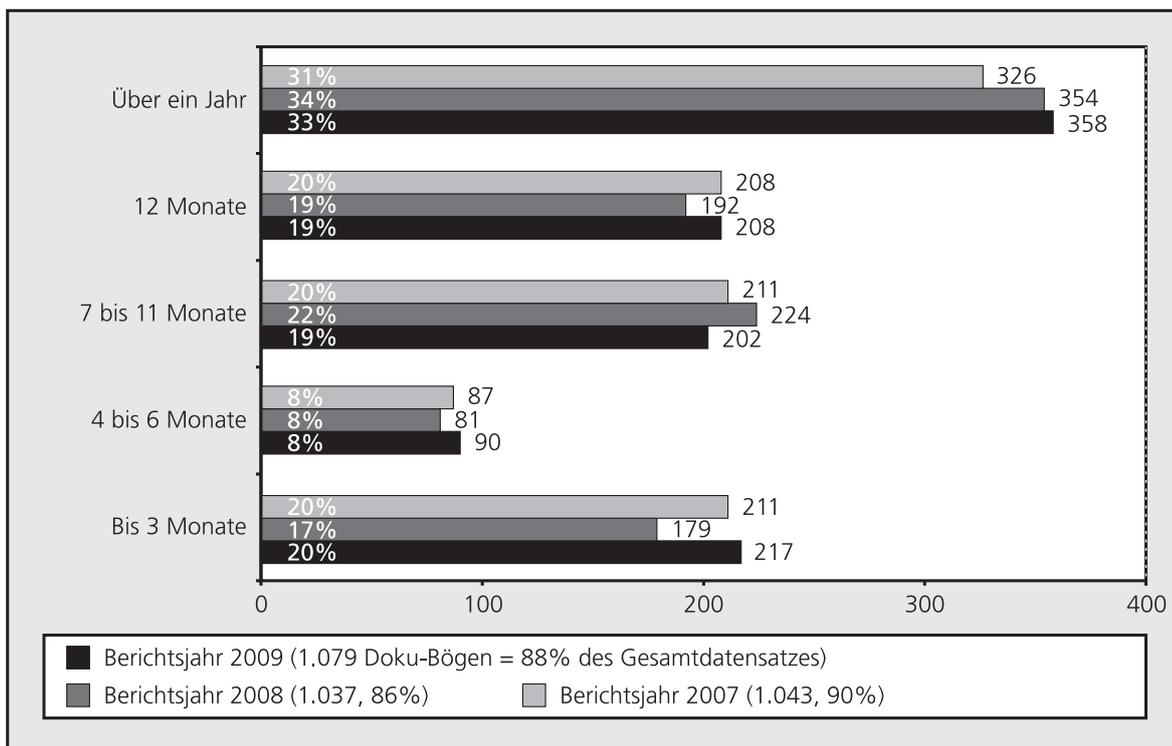


Abb. 5: Laufzeit in Monaten



Setting-Projektbeispiel 5: „Kleine Essperten – ganz groß“

Ziel: Das Projekt sagt ungesundem Essverhalten den Kampf an, indem Kindern, Eltern und Erziehern ein spielerischer Zugang zu ausgewogener Ernährung im Alltag eröffnet wird. Damit sollen Übergewicht bei Kindern reduziert und Diabeteserkrankungen vermieden werden.

Zielgruppe: Kinder im Kindergartenalter, Eltern und Erzieher in Kindereinrichtungen.

Kooperationspartner: Stiftung Kindergärten Finkenau in Hamburg.

Umsetzung: Das Programm besteht aus drei Bausteinen. In Workshops werden Erzieherinnen und Erzieher geschult und unterstützt. Ein umfangreiches Begleitheft liefert leicht verständliches Hintergrundwissen zu einer ausgewogenen Ernährung mit vielen pädagogischen Tipps und Checklisten. 34 Aktionskarten liefern einen Strauß an Ideen wie das Thema Ernährung in den Kita-Alltag eingebaut werden kann. Das reicht von Anbauen und Ernten über Experimentieren und Wissen und bis zur Zubereitung des Essens. Dabei darf ruhig auch mal ein Gummibärchen-Cocktail herauskommen.

Laufzeit: Der Startschuss fiel am 29. Oktober 2009.

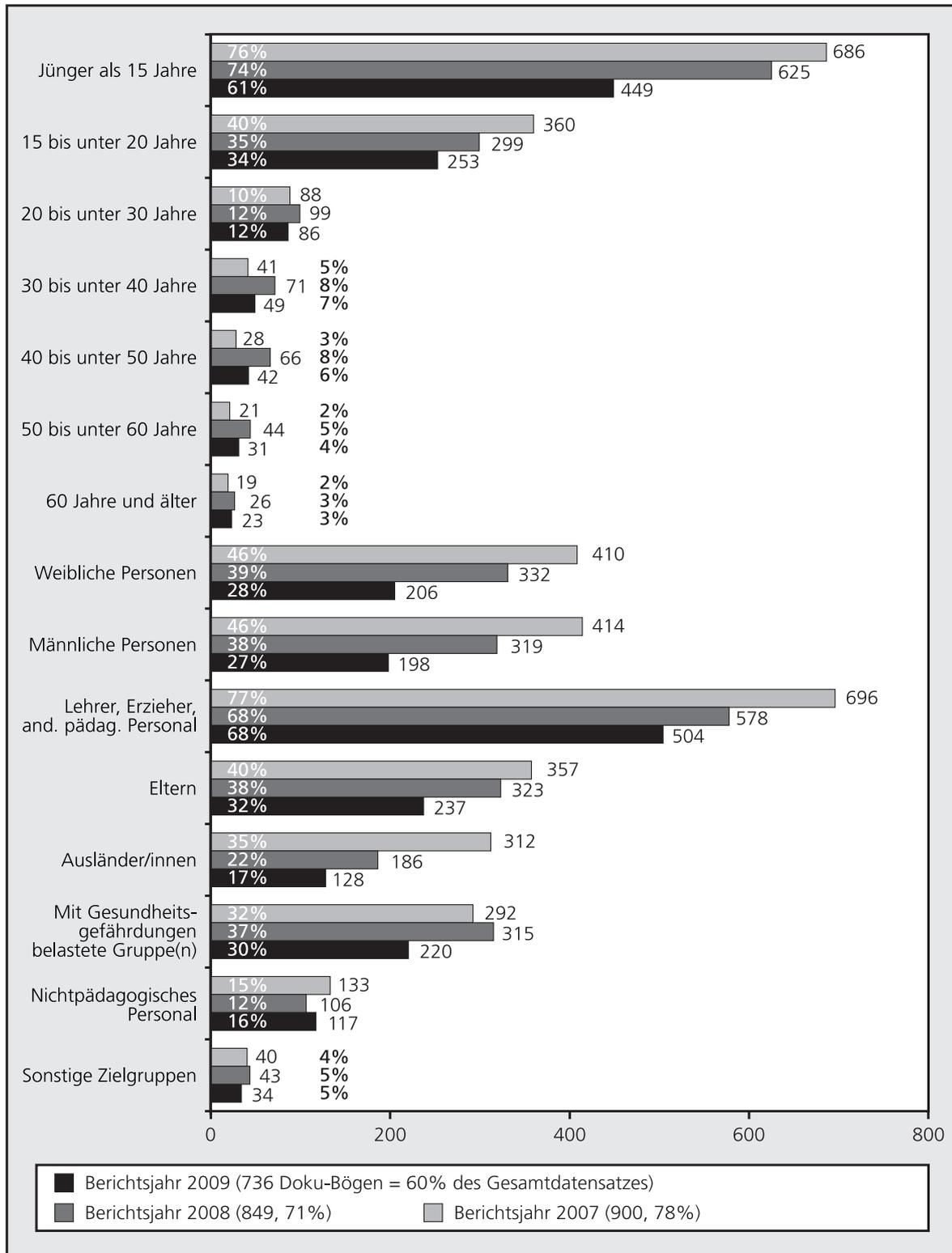
Ergebnisse: In Hamburg nehmen alle 23 Kindertagesstätten der Stiftung Kindergärten Finkenau an dem Projekt teil. Die Krankenkasse sucht weitere Projektpartner zunächst in Hamburg und dann bundesweit.

Ansprechpartnerin: Daniela Friedrich, Pressesprecherin der KKH-Allianz, Tel.: 0511 2802-1610, E-Mail: presse@kkh-allianz.de

6.1.2 Zielgruppen

In 60 % aller Fälle (Dokumentationsbögen) waren die Aktivitäten auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet. Im Mittel wurden dabei je gemeldetem Fall vier Zielgruppen gleichzeitig benannt.

Abb. 6: Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)



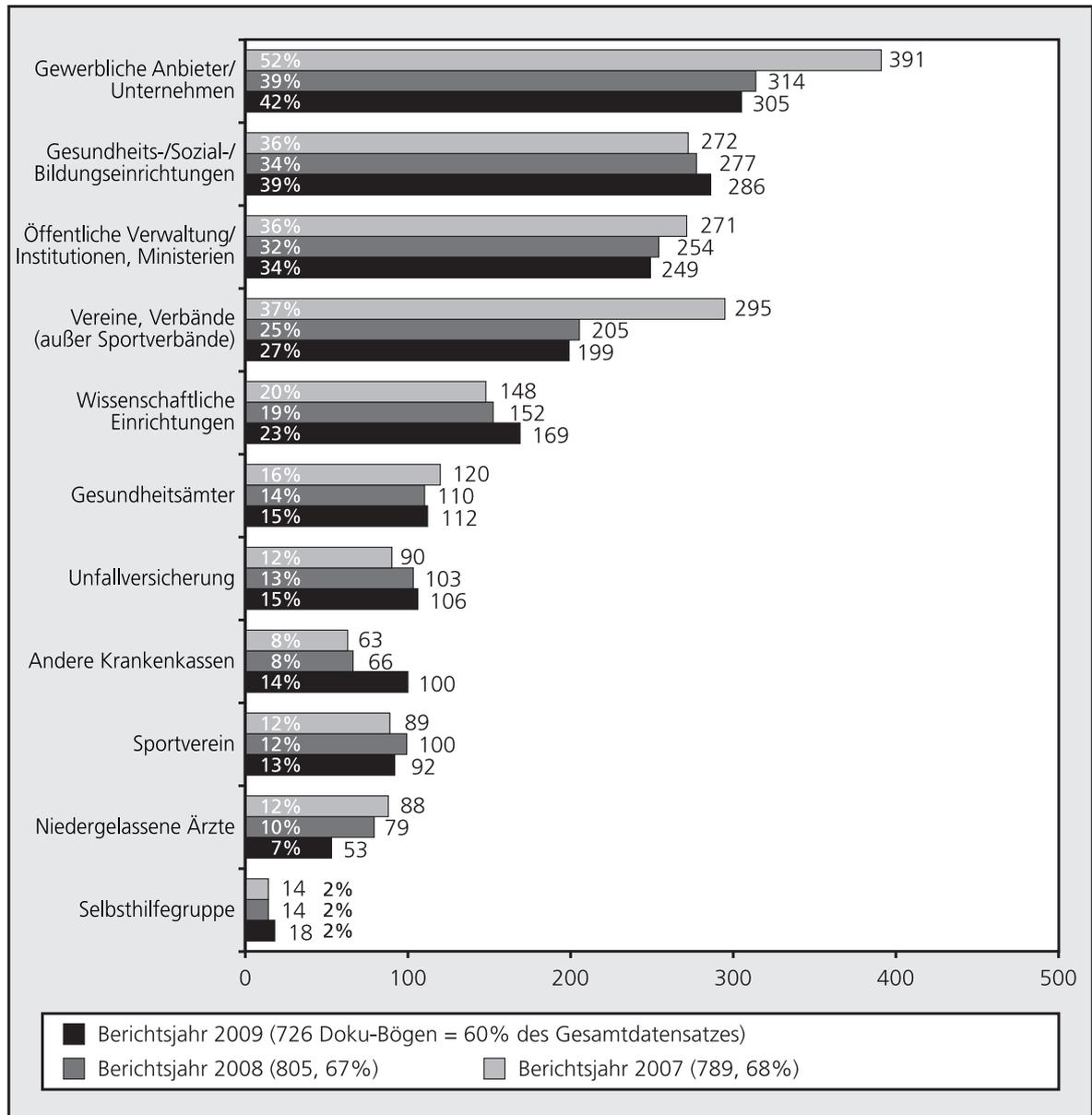
Eine spezifisch geschlechtsbezogene Zielgruppenausrichtung ließ sich nicht ableiten, da in der Regel weibliche und männliche Personen gleichzeitig benannt wurden (91 %).

6.1.3 Kooperationspartner

Kooperationen meldeten die Krankenkassen in 60 % aller Dokumentationsbögen (2008 67 %, 2007 68 %). Im Mittel waren drei weitere Partner beteiligt.

Da Prävention eine Aufgabe darstellt, bei der möglichst viele gesellschaftlich relevante Institutionen eingebunden werden sollten ist von Interesse, welche und wie viele weitere Kooperationspartner an den gemeldeten Maßnahmen beteiligt waren. Die Ergebnisse dieser Abfrage sind der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen.

Abb. 7: Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)



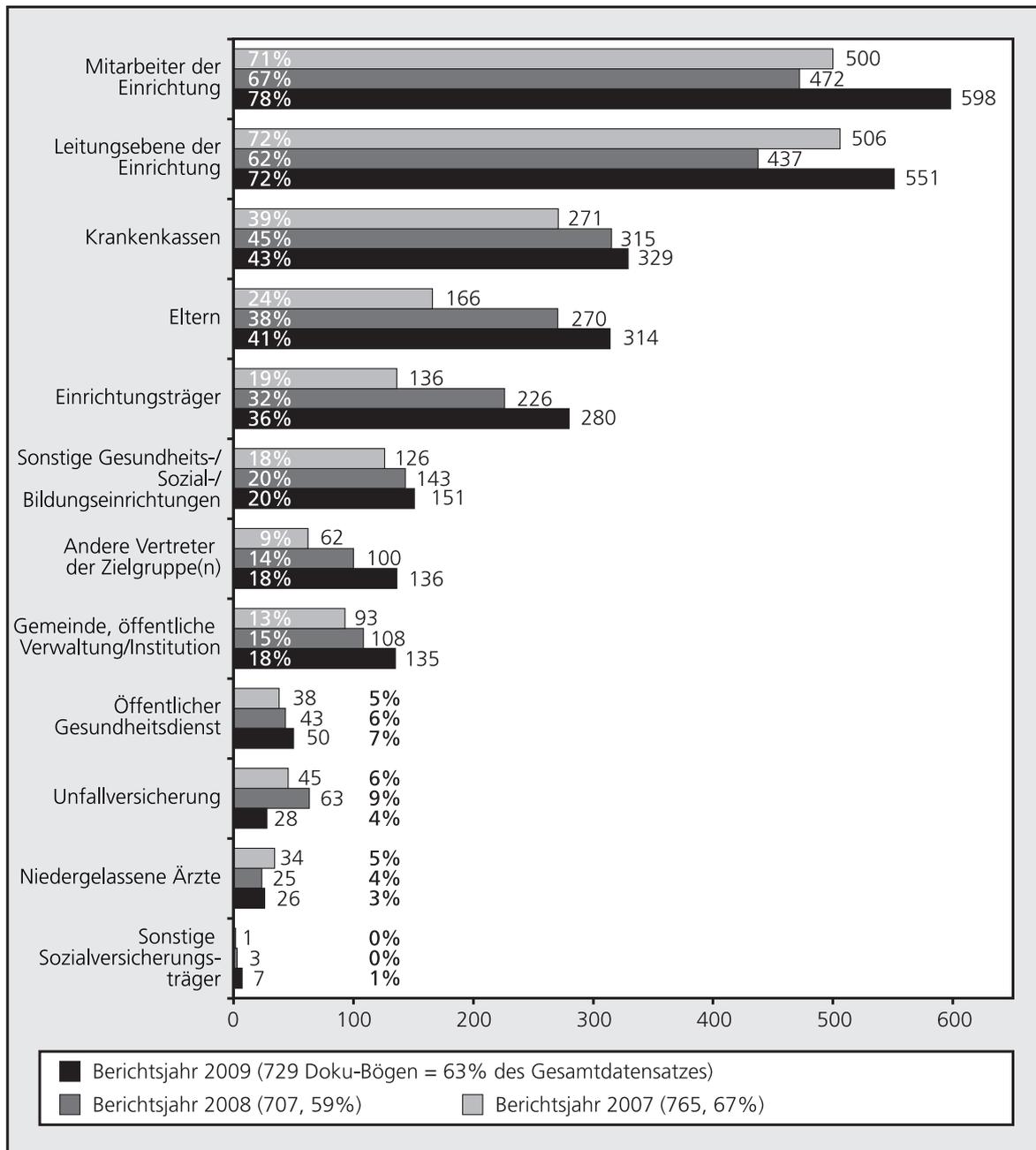
6.1.4 Koordination und Steuerung

In 63 % aller Fälle (Dokumentationsbögen) waren im Berichtsjahr 2009 Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen etabliert. Im Vorjahr traf das auf 59 % zu.

Eine möglichst breite Repräsentanz verschiedener Hierarchiestufen – also der Leitungsebene wie auch der Mitarbeiter – und verschiedener Institutionen ist ein Qualitätsmerkmal. Durchschnittlich waren an einem Steuerungsgremium Vertreter aus vier Bereichen beteiligt.

Abb. 8 stellt dar, welche Gruppen beteiligt waren.

Abb. 8: Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium (Mehrfachnennungen möglich)

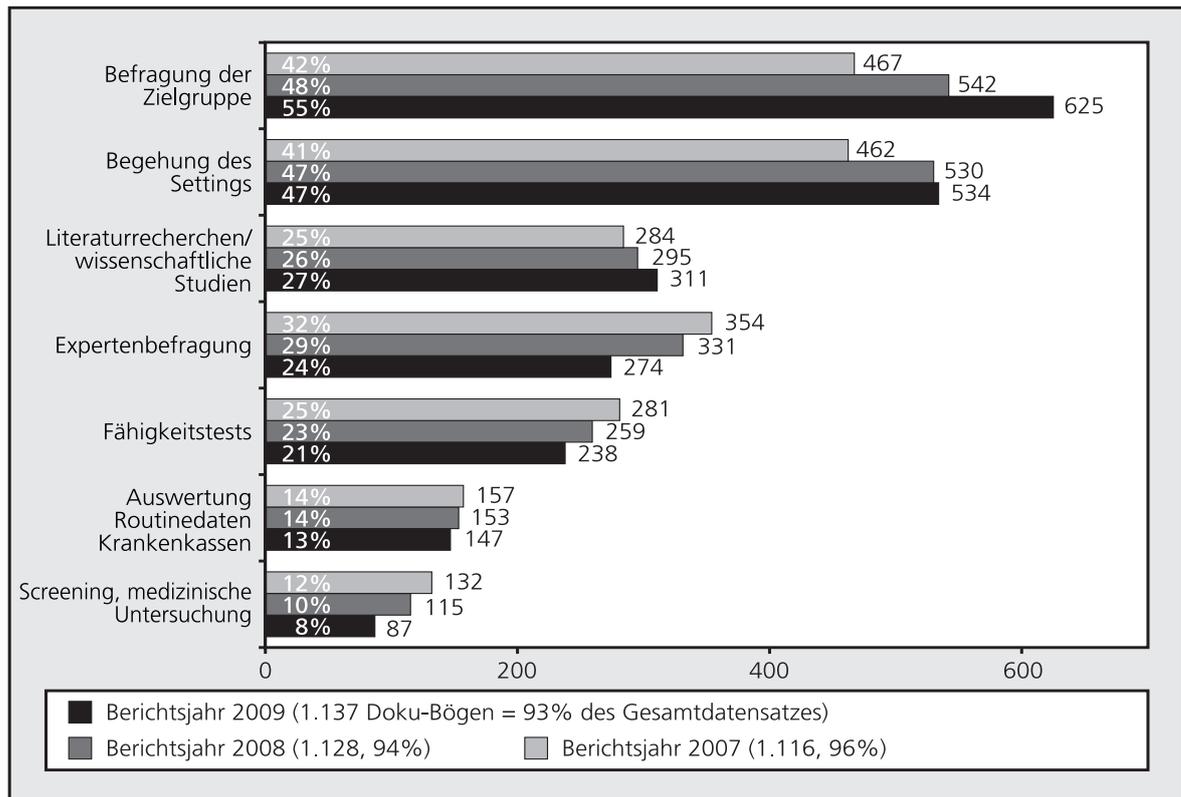


6.1.5 Bedarfsermittlung

Mittels verschiedener Instrumente zur Bedarfsermittlung können in den Settings spezifische Problematiken und Gesundheitsrisiken sowie gesundheitsförderliche Potenziale ermittelt werden. Einsetzbar sind beispielsweise eine Befragung, eine Setting-Begehung oder die Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen. Mit den dadurch gewonnenen Erkenntnissen lassen sich die Interventionen optimal auf die Gegebenheiten vor Ort ausrichten.

Im Berichtsjahr 2009 lagen bei 93 % aller Fälle Angaben zur Bedarfsermittlung vor (2008: 94 %, 2007: 96 %). Im Mittel wurden dabei – wie in den Berichtsjahren zuvor – je Fall zwei Methoden der Bedarfsanalyse gleichzeitig eingesetzt.

Abb. 9: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)

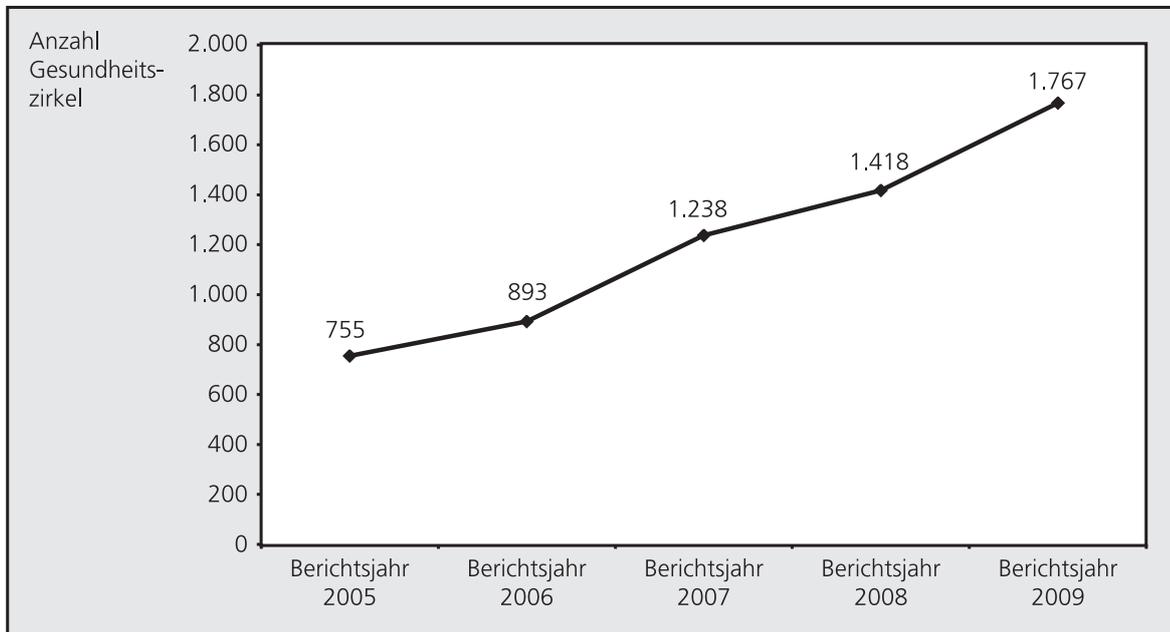


Der verstärkte Einsatz des Instruments „Befragung der Zielgruppe“ ist ein Zeichen für ein verstärktes Bemühen um die Partizipation der Betroffenen.

6.1.6 Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstatt

Wie Abb. 10 zeigt, hat auch im Jahr 2009 die Zahl der Gesundheitszirkel im Setting-Ansatz zugenommen. Gesundheitszirkel sind demnach ein etabliertes und weit verbreitetes Instrument der Maßnahmenplanung und -begleitung; sie werden nicht nur in der betrieblichen Gesundheitsförderung, sondern auch im Setting-Ansatz verstärkt eingesetzt.

Abb. 10: Durchgeführte Gesundheitszirkel

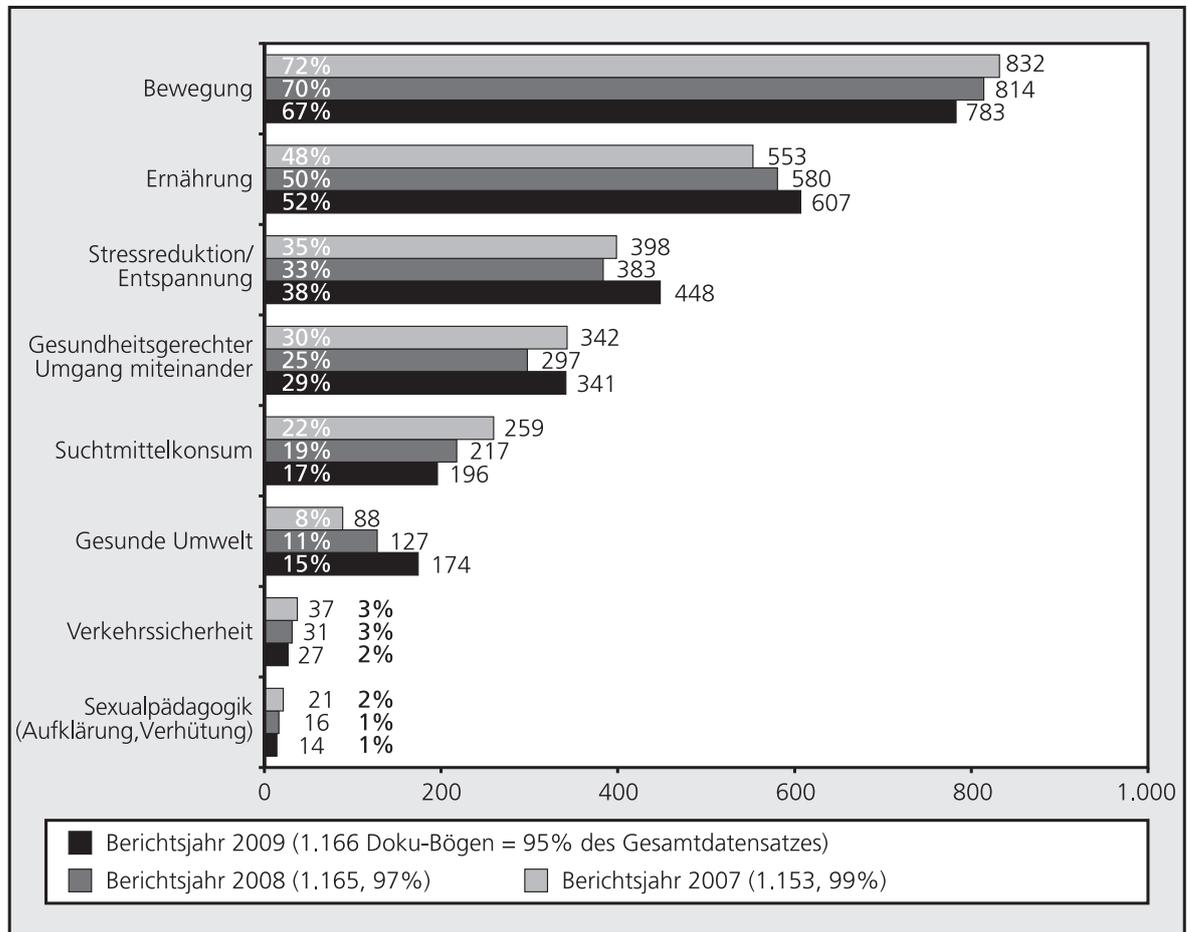


6.1.7 Intervention

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Zur inhaltlichen Ausrichtung der Aktivitäten lagen für das Berichtsjahr 2009 in 95 % aller Fälle Angaben vor. Im Durchschnitt wurden je Fall zwei Inhalte miteinander verknüpft thematisiert – dies entspricht den Ergebnissen aus den vorhergehenden Berichtsjahren.

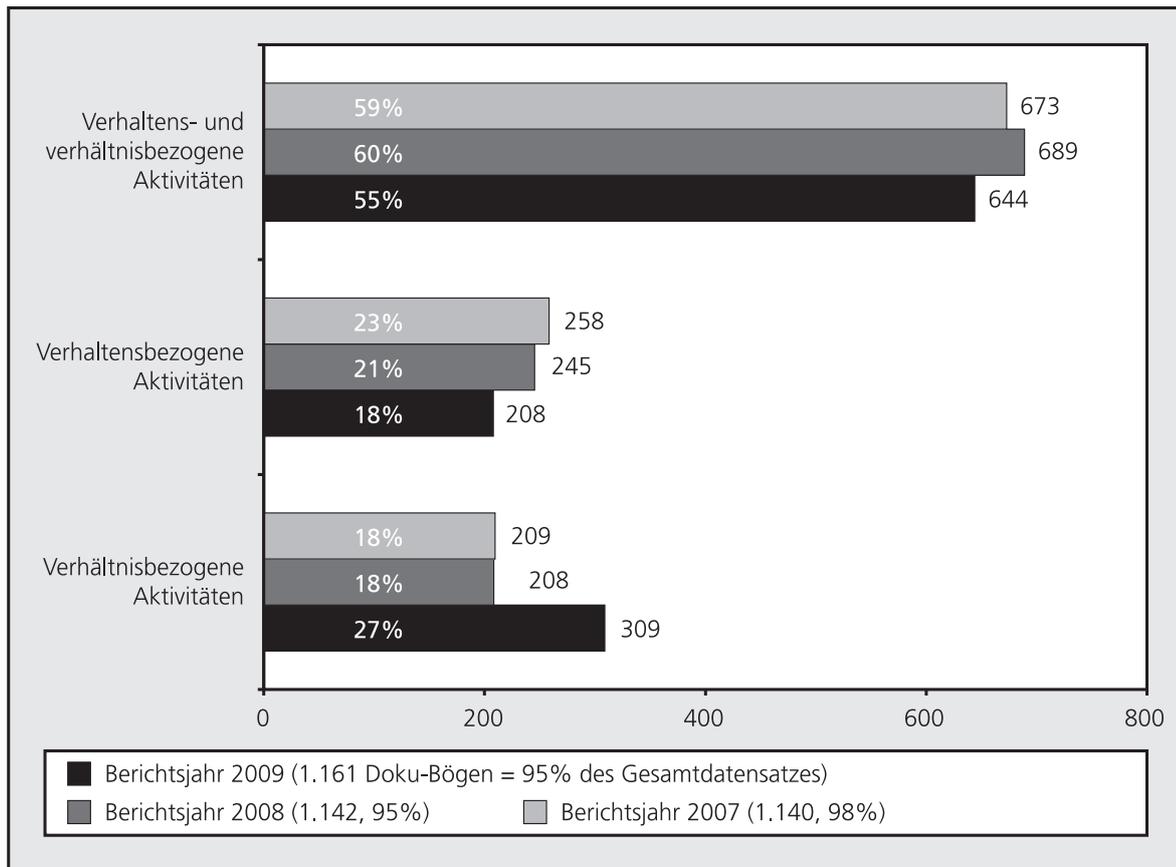
Abb. 11: Inhalte (Mehrfachnennungen möglich)



Aktivitäten zu Bewegungsgewohnheiten wurden häufig „multifaktoriell“ mit Aktivitäten zur Ernährung (52 %) oder zum Umgang mit Stress (38 %) kombiniert. Die verstärkte Kombination verschiedener Themen bewirkte, dass die Ziele der GKV zu mehr multifaktoriellen Ansätzen in den Jahren 2008 und 2009 so gut erreicht werden konnten.

Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten

Abb. 12: Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Maßnahmen

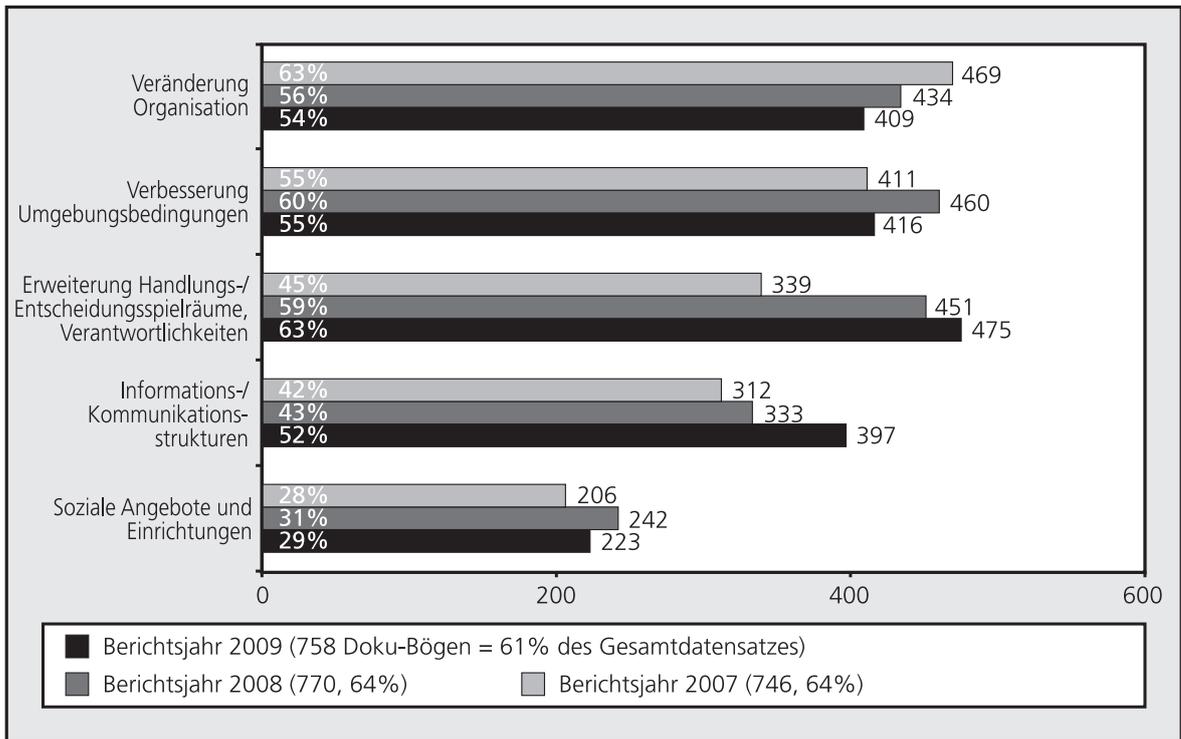


Art der verhältnisbezogenen Umgestaltung

In der nachfolgenden Abbildung sind die Häufigkeiten der einzelnen Maßnahmen verhältnisbezogener Umgestaltungen dargestellt. Sofern verhältnisbezogene Maßnahmen auf der Agenda standen, was bei 62 % der Dokumentationsbögen der Fall war, nahmen die Akteure Veränderungen in durchschnittlich drei Bereichen gleichzeitig vor.

Im Vergleich zum Vorjahr nahmen die Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikations- und Informationsstrukturen zu.

Abb. 13: Art der Umgestaltung (Mehrfachnennungen möglich)

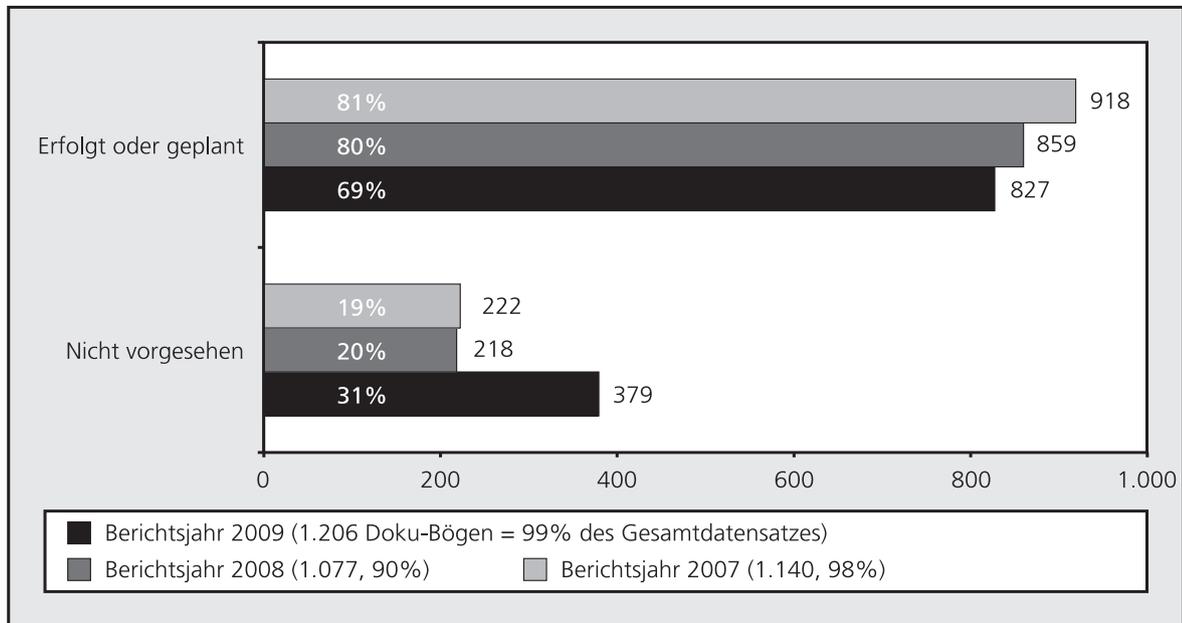


6.1.8 Erfolgskontrollen

Ob sich im Zusammenhang mit den gesundheitsförderlichen Aktivitäten auch tatsächlich die gewünschten Effekte einstellen, lässt sich durch so genannte Erfolgskontrollen prüfen.

Etwa zwei Drittel der Projekte setzten Erfolgskontrollen ein oder beabsichtigten, dies zu tun. Dieser Prozentsatz liegt unter den Werten der Jahre 2007 und 2008 mit jeweils vier Fünfteln.

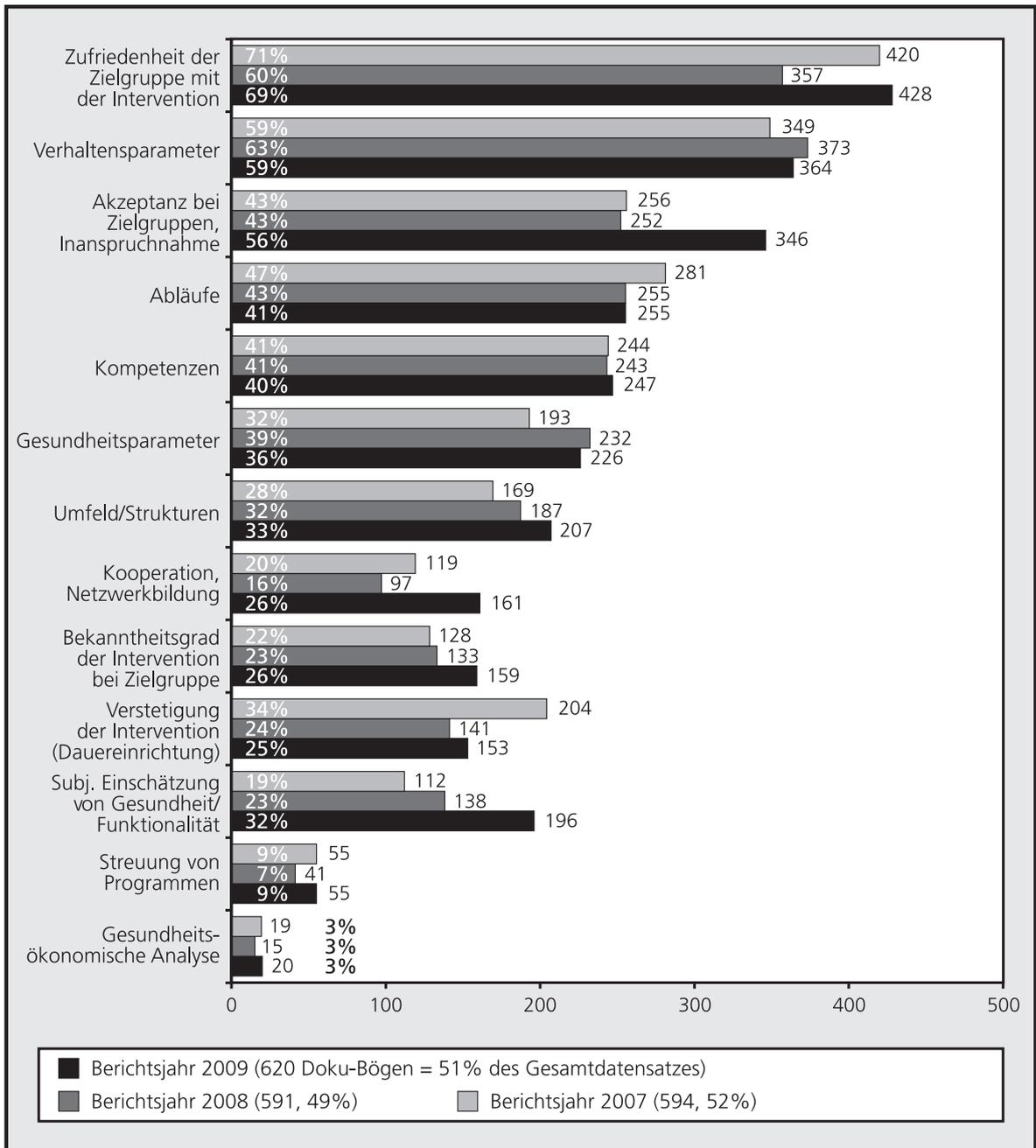
Abb. 14: Durchführung von Erfolgskontrollen



Die nachfolgende Abbildung informiert darüber, welche Inhalte die Erfolgskontrollen hatten. Der deutliche Zuwachs bei den Messungen zu der Akzeptanz der Maßnahme bei der Zielgruppe bzw. der Inanspruchnahme weist darauf hin, dass dieser „weiche“ Erfolgsparameter stärker in den Vordergrund gerückt ist.

Darüber hinaus setzten die weitaus meisten – 89 % – der Ergebnismessungen mehrere Messmethoden ein. Im Durchschnitt wurden fünf Ergebnisdimensionen erhoben.

Abb. 15: Erfolgskontrolle (Mehrfachnennungen möglich)



6.2 Settingbezogene Auswertungen

Die Verschiedenheit der Settings erfordert eine jeweils spezifische Zugangsweise sowie besondere Inhalte und Methoden der Gesundheitsförderung. Es ist daher von Interesse, durch welche Charakteristika sich die krankenkassengeförderten Projekte in den verschiedenen Settings auszeichnen.

Nachfolgend werden die Daten zu den Settings vertieft dargestellt, die mindestens 5 % des Gesamtdatensatzes ausmachen. Dazu zählen die Kindertagesstätten, alle Schulformen sowie Stadtteile/Orte.

Die Aktivitäten in den jeweiligen Settings sind nachfolgend aufgeschlüsselt nach Laufzeit, Zielgruppen, Gesundheitszirkeln, inhaltlicher Ausrichtung der Aktivitäten, Häufigkeit verhaltens- bzw. verhältnisbezogener Aktivitäten sowie Erfolgskontrollen.

In den Tabellen bezeichnet der Buchstabe N die Anzahl der Dokumentationsbögen, die Angaben zum jeweiligen Parameter enthalten.

6.2.1 Laufzeit der Interventionen nach Settings

Die Aufschlüsselung der Krankenkassen-Aktivitäten in Settings beginnt mit der Darstellung der Laufzeiten in den unterschiedlichen Settings.

Wie im Vorjahr war die Laufzeit der Aktivitäten in Sonderschulen im Durchschnitt länger als in anderen Bereichen. Dieses Ergebnis weist auf ein nachhaltiges Engagement der Krankenkassen hin, sich um gesundheitlich und sozial besonders benachteiligte Kinder und Jugendliche zu kümmern.

Die niedrigste Laufzeit hatten Interventionen in Berufsschulen. Das ist darauf zurückzuführen, dass der Anteil der Interventionen, die länger als ein Jahr dauern, im Vergleich zum Vorjahr – 44 % – auf nur noch 13 % zurück gegangen ist.

Die Aktivitäten im Bereich der Kitas waren im Jahr 2009 ebenfalls kürzer angelegt als im Vorjahr.

Tabelle 9: Settingauswertungen – Laufzeiten

	Grundschule N=350		Sonderschule N=48		Hauptschule N=133	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Bis 3 Monate	41	13%	5	12%	18	14%
4 bis 6 Monate	24	8%	10	23%	12	10%
7 bis 11 Monate	87	28%	6	14%	40	32%
12 Monate	50	16%	4	9%	17	14%
Über ein Jahr	109	35%	18	42%	38	30%
Gesamt	311	100%	43	100%	125	100%
Fehlende Angaben	39		5		8	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	16,8		20,1		15,5	
	Realschule N=111		Gymnasium N=95		Gesamtschule N=51	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Bis 3 Monate	20	20%	13	15%	9	22%
4 bis 6 Monate	13	13%	12	14%	14	34%
7 bis 11 Monate	13	13%	14	16%	2	5%
12 Monate	15	15%	15	17%	5	12%
Über ein Jahr	37	38%	33	38%	11	27%
Gesamt	98	100%	87	100%	41	100%
Fehlende Angaben	13		8		10	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	17,1		17,0		13,0	
	Berufsschule o.ä. N=214		Kindergarten/ -tagesstätte) N=282		Stadtteil/Ort N=82	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Bis 3 Monate	84	49%	18	7%	19	30%
4 bis 6 Monate	14	8%	22	9%	6	10%
7 bis 11 Monate	8	5%	49	19%	5	8%
12 Monate	43	25%	56	22%	9	14%
Über ein Jahr	23	13%	112	44%	24	38%
Gesamt	172	100%	257	100%	63	100%
Fehlende Angaben	42		25		19	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	9,2		17,9		16,9	

6.2.2 Zielgruppen nach Settings

Tabelle 10: Settingauswertungen – Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)

	Grundschule (n=204, 59%)		Sonderschule (n=27, 57%)		Hauptschule (n=101, 76%)	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	74	36%	5	19%	54	53%
Jünger als 15 Jahre	173	85%	22	81%	82	81%
15 bis unter 20 Jahre	12	6%	9	33%	38	38%
20 bis unter 30 Jahre	3	1%	3	11%	4	4%
30 bis unter 40 Jahre	3	1%	3	11%	3	3%
40 bis unter 50 Jahre	3	1%	3	11%	3	3%
50 bis unter 60 Jahre	3	1%	2	7%	1	1%
60 Jahre und mehr	3	1%	2	7%	1	1%
Ausländer/innen	56	27%	11	41%	13	13%
Multiplikatoren - Eltern	56	27%	11	41%	14	14%
Multiplikatoren - Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	45	22%	12	44%	13	13%
Multiplikatoren - nichtpädagogisches Personal	94	46%	19	70%	22	22%
Sonstige Zielgruppen	178	87%	25	93%	76	75%
	Realschule (n=79, 71%)		Gymnasium (n=67, 71%)		Gesamtschule (n=30, 59%)	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	19	24%	20	30%	3	10%
Jünger als 15 Jahre	61	77%	51	76%	24	80%
15 bis unter 20 Jahre	45	57%	37	55%	17	57%
20 bis unter 30 Jahre	3	4%	5	7%	3	10%
30 bis unter 40 Jahre	2	3%	4	6%	2	7%
40 bis unter 50 Jahre	2	3%	4	6%	2	7%
50 bis unter 60 Jahre	1	1%	2	3%	1	3%
60 Jahre und mehr	1	1%	2	3%	1	3%
Ausländer/innen	23	29%	19	28%	18	60%
Multiplikatoren - Eltern	22	28%	19	28%	18	60%
Multiplikatoren - Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	13	16%	16	24%	15	50%
Multiplikatoren - nichtpädagogisches Personal	23	29%	22	33%	16	53%
Sonstige Zielgruppen	60	76%	52	78%	24	80%

	Berufsschule (n=165, 77%)		Kindergarten/ -tagesstätte (n=122, 43%)		Stadtteil/Ort (n=46, 56%)	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	30	18%	22	18%	15	33%
jünger als 15 Jahre	34	21%	99	81%	26	57%
15 bis unter 20 Jahre	136	82%	11	9%	11	24%
20 bis unter 30 Jahre	56	34%	17	14%	7	15%
30 bis unter 40 Jahre	14	8%	23	19%	6	13%
40 bis unter 50 Jahre	7	4%	22	18%	4	9%
50 bis unter 60 Jahre	3	2%	13	11%	2	4%
60 Jahre und mehr	8	5%	3	2%	7	15%
Ausländer/innen	42	25%	55	45%	31	67%
Multiplikatoren - Eltern	38	23%	55	45%	29	63%
Multiplikatoren - Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	25	15%	27	22%	24	52%
Multiplikatoren - nichtpädagogisches Personal	13	8%	85	70%	27	59%
Sonstige Zielgruppen	63	38%	108	89%	28	61%

Besonders in Gesamt- und Sonderschulen, Kindergärten und -tagesstätten und im Bereich Stadtteil/Ort zielten die Interventionen auf Kinder mit Migrationshintergrund oder solche mit ausländischer Staatsangehörigkeit ab, also Zielgruppen, die häufig sozial benachteiligt sind.

Die gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Hauptschulen richteten sich häufig an Schüler mit Gesundheitsgefährdungen.

Interventionen in Gesamtschulen haben häufiger als solche in anderen Schularten Eltern, Lehrern und pädagogisches Personal als Multiplikatoren angesprochen.

6.2.3 Gesundheitszirkel nach Settings

Tabelle 11: Settingauswertungen – Gesundheitszirkel

	Grundschule N=350		Sonderschule N=48		Hauptschule N=133		Realschule N=111	
	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent
Ja	58	17%	11	23%	20	15%	19	17%
Nein	291	83%	37	77%	113	85%	92	83%
Gesamt	349	100%	48	100%	133	100%	111	100%
Fehlende Angaben	1		0		0		0	
	Gymnasium N=95		Gesamtschule N=51		Berufsschule o.ä. N=214		Kindergarten/ -tagesstätte N=282	
	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent
Ja	21	22%	6	12%	16	8%	93	33%
Nein	74	78%	45	88%	197	92%	188	67%
Gesamt	95	100%	51	100%	213	100%	281	100%
Fehlende Angaben	0		0		1		1	
	Stadtteil/Ort N=82							
	Häufig- keit	Prozent						
Ja	6	7%						
Nein	76	93%						
Gesamt	82	100%						
Fehlende Angaben	0							

6.2.4 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Settings

Die differenzierte Auswertung zeigt, dass die Themenbreite in den Kitas besonders groß war – besonders viele Themenbereiche wurden parallel bearbeitet. Das reflektiert die Zielsetzung der GKV, „multifaktorielle“ Projekte speziell zu fördern.

Tabelle 12: Settingauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

(Mehrfachnennungen möglich)

	Grundschule (n=332, 95%)		Sonderschule (n=44, 92%)		Hauptschule (n=132, 99%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bewegung	223	67%	23	52%	23	17%
Ernährung	171	52%	25	57%	25	19%
Stressreduktion/Entspannung	129	39%	16	36%	16	12%
Suchtmittelkonsum	53	16%	20	45%	20	15%
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	96	29%	19	43%	19	14%
Verkehrssicherheit	15	5%	4	9%	4	3%
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	9	3%	5	11%	5	4%
Gesunde Umwelt	67	20%	18	41%	18	14%
	Realschule (n=107, 96%)		Gymnasium (n=93, 98%)		Gesamtschule (n=48, 94%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bewegung	49	46%	42	45%	24	50%
Ernährung	46	43%	41	44%	18	38%
Stressreduktion/Entspannung	48	45%	29	31%	25	52%
Suchtmittelkonsum	35	33%	33	35%	25	52%
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	36	34%	28	30%	23	48%
Verkehrssicherheit	5	5%	4	4%	6	13%
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	4	4%	8	9%	3	6%
Gesunde Umwelt	19	18%	19	20%	19	40%
	Berufsschule (n=209, 98%)		Kindergarten/ -tagesstätte (n=273, 97%)		Stadtteil/Ort (n=82, 100%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Bewegung	166	79%	216	79%	62	76%
Ernährung	85	41%	178	65%	43	52%
Stressreduktion/Entspannung	61	29%	145	53%	44	54%
Suchtmittelkonsum	28	13%	38	14%	31	38%
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	54	26%	111	41%	32	39%
Verkehrssicherheit	2	1%	5	2%	5	6%
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	2	1%	2	1%	2	2%
Gesunde Umwelt	13	6%	46	17%	31	38%

6.2.5 Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten nach Settings

Tabelle 13: Settingauswertungen – Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten

	Grundschule N=350		Sonderschule N=48		Hauptschule N=133		Realschule N=111	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	200	60%	32	71%	55	42%	49	47%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	91	27%	2	4%	51	39%	28	27%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	40	12%	11	24%	26	20%	28	27%
Gesamt	331	100%	45	100%	132	100%	105	100%
Keine Angabe	19		3		1		6	
	Gymnasium N=95		Gesamtschule N=51		Berufsschule o.ä. N=214		Kindergarten/-tagesstätte N=282	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	50	54%	28	58%	69	33%	215	79%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	24	26%	3	6%	7	3%	2	1%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	19	20%	17	35%	132	63%	54	20%
Gesamt	93	100%	48	100%	208	100%	271	100%
keine Angabe	2		3		6		11	
	Stadtteil/Ort N=82							
	Anzahl	Prozent						
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	69	84%						
Verhaltensbezogene Aktivitäten	0	0%						
Verhältnisbezogene Aktivitäten	13	16%						
Gesamt	82	100%						
Keine Angabe	0							

6.2.6 Erfolgskontrollen nach Settings

Tabelle 14: Settingauswertungen – Erfolgskontrollen

	Grundschule N=350		Sonderschule N=48		Hauptschule N=133		Realschule N=110	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Erfolgt oder geplant	268	77%	39	81%	101	77%	80	74%
Nicht vorgesehen	80	23%	9	19%	31	23%	28	26%
Gesamt	348	100%	48	100%	132	100%	108	100%
Keine Angabe	2		0		1		2	
	Gymnasium N=95		Gesamtschule N=51		Berufsschule o.ä. N=214		Kindergarten/ -tagesstätte N=282	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Erfolgt oder geplant	70	75%	36	72%	108	51%	208	75%
Nicht vorgesehen	23	25%	14	28%	103	49%	70	25%
Gesamt	93	100%	50	100%	211	100%	278	100%
Keine Angabe	2		1		3		4	
	Stadtteil/Ort N=82		Hochschule N=6		Institution für spez. Bevölkerungsgruppen N=45		Altenheim N=16	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Erfolgt oder geplant	62	76%	6	100%	32	71%	10	63%
Nicht vorgesehen	20	24%	0	0%	13	29%	6	38%
Gesamt	82	100%	6	100%	45	100%	16	100%
Keine Angabe	0		0		0		0	

Dass an Berufsschulen deutlich seltener Erfolgskontrollen erfolgten als in anderen Schulformen, war auch im Vorjahr zu verzeichnen.

Tabelle 15: Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen

	Grundschule		Sonderschule		Hauptschule	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Vorhanden	204	58%	36	75%	76	57%
Nicht vorhanden	146	42%	12	25%	57	43%
Gesamt	350	100%	48	100%	133	100%
	Realschule		Gymnasium		Gesamtschule	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Vorhanden	78	70%	59	62%	36	71%
Nicht vorhanden	33	30%	36	38%	15	29%
Gesamt	111	100%	95	100%	51	100%
	Berufsschule		Kindergarten/ -tagesstätte		Stadtteil/Ort	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Vorhanden	118	55%	217	77%	58	72%
Nicht vorhanden	95	45%	64	23%	23	28%
Gesamt	213	100%	281	100%	81	100%

Positiv ist der hohe Prozentsatz an formalisierten Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen in den Kitas und in der kommunalen Gesundheitsförderung; in Gesamtschulen besteht dagegen noch deutlicher Entwicklungsbedarf.

Ob das Vorhandensein dieser Steuerungsstrukturen positive Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsförderungsaktivitäten hat, wird im nächsten Abschnitt untersucht.

6.3 Qualitätsparameter in Abhängigkeit von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen

Funktionierende Strukturen sind erforderlich, um Gesundheitsförderung im Setting einzuführen und sie nachhaltig zu verankern. So sollte ein Gremium gebildet werden, das die Aktivitäten steuert. Dieses Gremium muss auch Entscheidungen treffen oder diese zumindest vorbereiten können.

Am Beispiel Schule erläutert kann folgendermaßen vorgegangen werden: Eingesetzt wird ein entscheidungskompetentes Schulprojektteam mit Vertretern aller relevanten Akteure, welches das Vorgehen konzeptionell beschließt, für die Umsetzung sorgt und die erzielten Ergebnisse kritisch bewertet.¹³ In den Kindertagesstätten geht es ebenfalls um die Strukturvoraussetzung, dass es einen entscheidungskompetenten, ggf. einrichtungsübergreifenden Steuerungskreis für die Gesundheitsförderung gibt.¹⁴ In der kommunalen Gesundheitsförderung können die „Entscheidungs- und Umsetzungsstrukturen“ bei Gesundheitskonferenzen, Stadtteilzentren, Vernetzungs- und Beteiligungsbüros angesiedelt sein.¹⁵ Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen haben demnach große Bedeutung für die Qualität der Setting-Aktivitäten sowohl in Hinblick auf die Planung als auch hinsichtlich der Durchführung und Nachbereitung. Aus diesem Grund wird nachfolgend die Gruppe der Projekte mit Steuerungsstruktur der Gruppe ohne eine solche Struktur gegenüber gestellt.

Im Jahr 2009 waren bei 769 (63 %) der krankenkassengeförderten Setting-Projekten Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden.

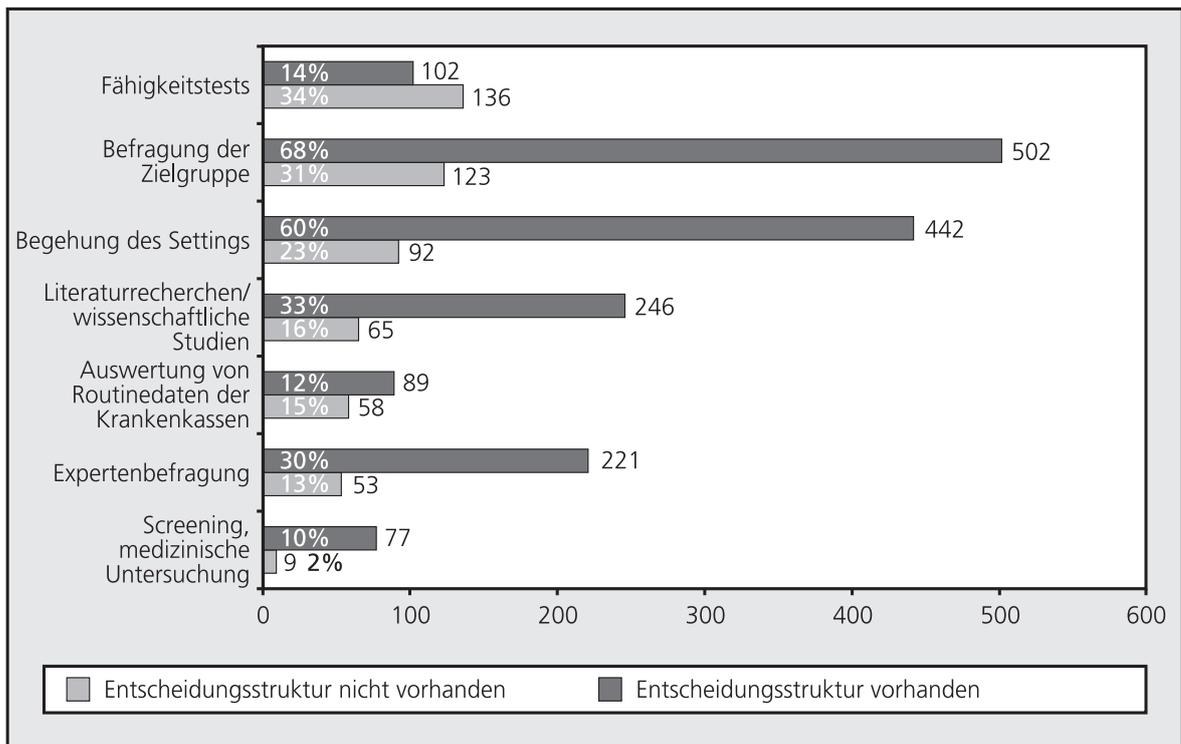
Insgesamt fand bei 93 % der Interventionen im Vorfeld eine Bedarfsermittlung statt. Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen wurden – wie die nachfolgende Abbildung zeigt – deutlich mehr Methoden der Bedarfsermittlung eingesetzt. Die einzige Ausnahme sind Fähigkeitstests; diese wurden bei Projekten ohne Steuerungsstruktur häufiger verwendet.

¹³ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention. Berlin, 2010, S. 31

¹⁴ a. a. O., S. 27

¹⁵ a. a. O., S. 35

Abb. 16: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



6.3.1 Intervention nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen

Bei Vorhandensein von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen waren die Interventionen anspruchsvoller. Sie waren langfristiger angelegt und häufiger mit einem größeren Organisationsaufwand verbunden. Das zeigte sich dadurch, dass häufiger Gesundheitszirkel und sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Aktivitäten durchgeführt oder aufwändigere Methoden und Medien eingesetzt wurden.

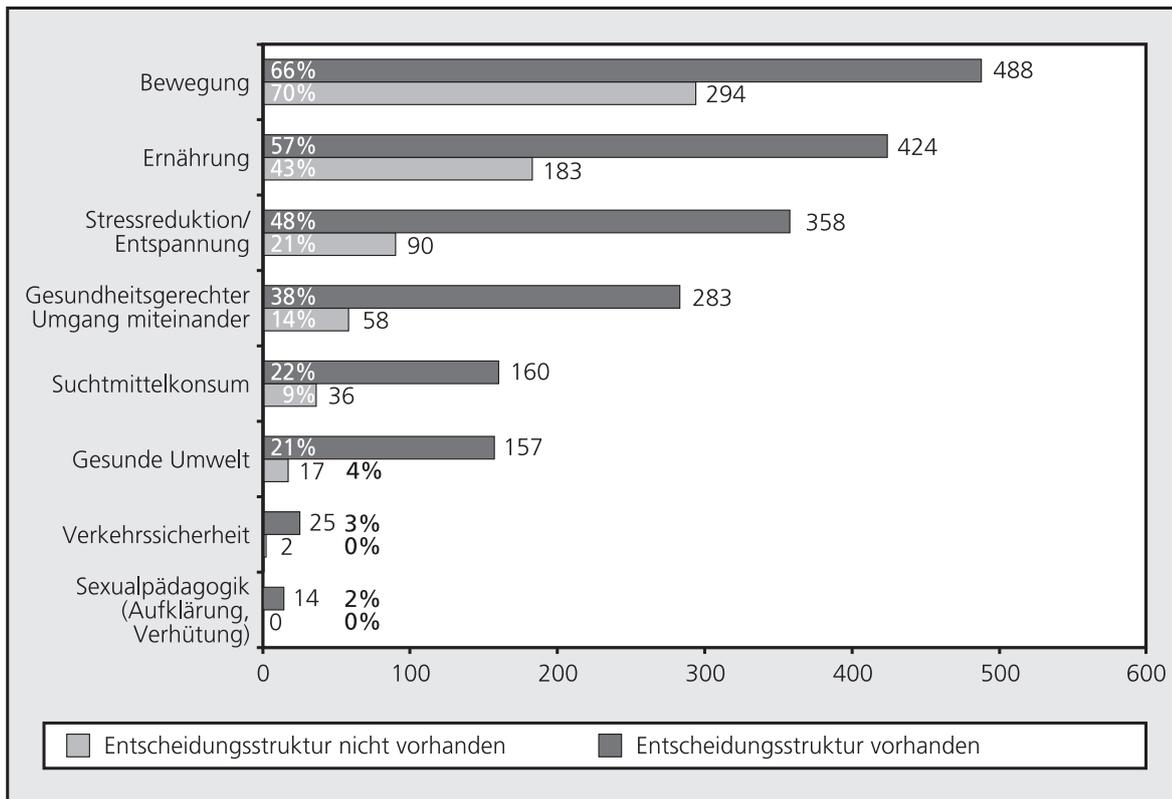
Bei Projekten *mit* einer Steuerungsstruktur lag die durchschnittliche Laufzeit der Settingaktivitäten bei 18 Monaten. Fehlte eine solche Struktur, betrug die Laufzeit im Mittel nur zehn Monate.

Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen waren bei nahezu allen Projekten mit gemeldeten Gesundheitszirkeln vorhanden (97%). Ebenso lagen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen bei 95% aller Projekte mit Zukunftswerkstätten vor.

Die Aktivitäten waren bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen in 68% der betrachteten Fälle (Dokumentationsbögen) sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Bei fehlenden Steuerungsstrukturen lag der Anteil der gleichzeitig verhaltens- und verhältnisbezogenen Aktivitäten nur bei 19%.

Des Weiteren sprachen die Interventionen bei vorhandener Steuerungsstruktur häufiger mehrere Inhalte kombiniert an als bei fehlender: So waren es bei vorhandenem Koordinierungsgremium im Mittel drei Inhalte, bei fehlendem zwei Inhalte, die im Projekt gleichzeitig thematisiert wurden.

Abb. 17: Inhaltliche Ausrichtung (Mehrfachnennungen möglich)



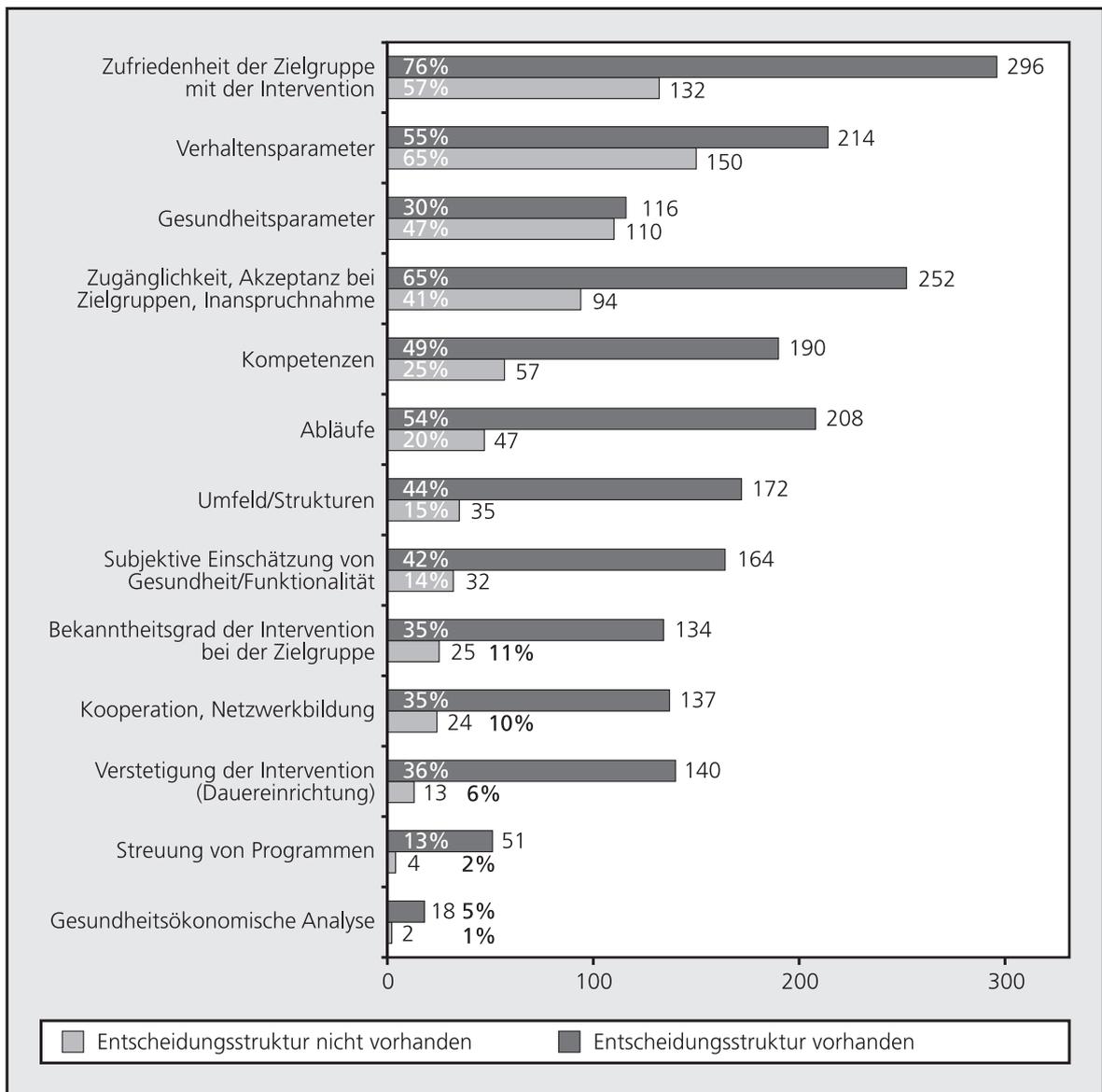
6.3.2 Erfolgskontrolle nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen

Erfolgskontrollen gab es bei insgesamt 71 % der Projekte mit Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen. Fehlten solche Strukturen, lag der Anteil bei 61 %.

Sofern Erfolgskontrollen und Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen existierten, richtete sich die Erfolgsmessung im Durchschnitt auf fünf Inhalte je Fall gleichzeitig. Bei fehlenden Steuerungskreisen bezogen sich die Kontrollen im Mittel nur auf drei Formen der Erfolgskontrolle.

Die folgende Abbildung zeigt die Maßnahmen der Erfolgskontrollen in Abhängigkeit von vorhandenen oder fehlenden Steuerungsstrukturen.

Abb. 18: Erfolgskontrolle (Mehrfachnennungen möglich)



Erfolgskontrollen werden demnach bei vorhandener Steuerungsstruktur nicht nur häufiger durchgeführt als bei fehlender, sondern es zeigt sich auch, welche Qualitätsparameter diese Erfolgsmessungen besonders ausgeprägt ins Blickfeld nehmen: Kooperation und Netzwerkbildung, Verstetigung der Intervention, Streuung des Programms und die Bewertung der Ausgaben für das Projekt. Es handelt sich hier um Strukturfaktoren, die unter dem Obertitel „Nachhaltigkeit und stärkere Verbreitung des Programms“ gefasst werden können.

Setting-Projektbeispiel 6: „Szene zeigen!“

Das Projekt „Szene zeigen!“ richtet sich an Jugendliche in Schulen und Jugendeinrichtungen der Stadt Magdeburg und überregional in Sachsen-Anhalt.

Ziel: Im Rahmen des Projektes setzen sich Jugendliche inhaltlich mit dem Thema Drogen auseinander. Die soziale Kompetenz der Kinder und Jugendlichen wird gestärkt. Insbesondere sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche benötigen konkrete Hilfen zur Verbesserung ihrer Gesundheitschancen und zur Reduzierung ihrer Gesundheitsrisiken.

Kooperationspartner: Die Krankenkasse arbeitet mit der Jugend- und Drogenberatungsstelle Magdeburg (DROBS) und dem Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt zusammen.

Umsetzung: In der ersten Projektphase wurden insgesamt 14 Filme in Projektwochen an Schulen und Jugendfreizeiteinrichtungen erstellt. Thematisch beschäftigten sich die Jugendlichen mit den Themen Alkohol, Cannabiskonsum, Gewalt, Kriminalität, Freundschaft und Liebe. Erste Arbeitsergebnisse wurden 2007 im Rahmen eines Filmfestivals öffentlich vorgestellt und die besten Filme wurden prämiert.

In der zweiten Projektphase wurde ein Plakatwettbewerb zum Thema „Genuss-Konsum-Sucht“ ausgelobt. Aus den insgesamt 228 Einsendungen wurden die beiden besten Plakate ausgewählt, in der Stadt Magdeburg veröffentlicht und prämiert.

Laufzeit: 1. Projektphase: 2006/2007; 2. Projektphase: 2007/2008

Ergebnisse: Die sehr authentischen Filme können in der weiteren Präventionsarbeit mit Jugendlichen eingesetzt werden. Hierzu wurde eine Handreichung für Lehrer entwickelt, die Anregungen für den Einsatz der Materialien gibt.

Die wissenschaftliche Begleitung im Bereich Evaluation erfolgte durch das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), unterstützt mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. „Szene zeigen!“ wurde dafür bundesweit als eines von sechs Projekten aus 89 Bewerbern ausgewählt. Beim 4. Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ wurde „Szene zeigen!“ mit einem Preisgeld in Höhe von 7.000 Euro ausgezeichnet.

Ansprechpartner: Dr. Olaf Haase, Referent für Gesundheitsmanagement der IKK gesund plus, Tel: 0391 2806-2101, E-Mail: olaf.haase@ikk-gesundplus.de

7 Individueller Ansatz

Präventionsangebote nach dem individuellen Ansatz richten sich an den einzelnen Menschen und sein gesundheitsrelevantes Verhalten. Übergeordnetes Ziel individueller Angebote ist es, die Auftretenswahrscheinlichkeit von medizinisch und volkswirtschaftlich bedeutsamen Krankheitsbildern zu verringern.

Anders als settingbezogene Interventionen sprechen individuelle Interventionen Versicherte nicht in ihrer unmittelbaren Lebenswelt an. Vielmehr kann der Versicherte diese Angebote bei Interesse von sich aus wahrnehmen. Im „Leitfaden Prävention“ ist festgelegt, dass diese Angebote zeitlich begrenzt in Anspruch genommen werden können, um dem Einzelnen beim Einstieg in einen gesünderen, aktiveren Lebensstil zu helfen. Die gesundheitliche Situation der Versicherten soll verbessert und vorhandene gesundheitliche Ressourcen und Fähigkeiten sollen gestärkt und ausgebaut werden.

Für präventive Interventionen geeignete Krankheitsbilder und empfehlenswerte Interventionen¹⁶

Herz-Kreislauferkrankungen:

Vermeidung von Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Bewegungsmangel, übermäßigem Alkoholkonsum, Dysstress (vor allem in Bezug auf Herzinfarkte und Schlaganfälle)

Diabetes mellitus Typ 2:

Vermeidung des metabolischen Syndroms (gekennzeichnet durch eine Kombination aus Adipositas, Hyperlipoproteinämie, Hypertonie und Hyperurikämie, die mit einer Insulinresistenz, Glukosetoleranzstörung bzw. einem manifesten Diabetes einhergeht), durch Förderung von Bewegung und ausgewogener Ernährung, Zurückdrängung der o. g. Risikofaktoren

Bösartige Neubildungen:

Förderung einer ballaststoffreichen, fettarmen Ernährung zur Vermeidung von Kolon-/Rektumkarzinomen und Nichtrauchen zur Vermeidung von Lungenkarzinomen

Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes:

Vermeidung von Übergewicht, Verhütung von Gelenkverletzungen, Kräftigung der Muskulatur (vor allem in Bezug auf Arthrosen und Dorsopathien)

Depressionen und Angststörungen:

Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung von Dysstress

Die primärpräventiven Angebote sprechen vielfach mehrere Handlungsfelder gleichzeitig an. Die Kurse berücksichtigen beispielsweise den bekannten Zusammenhang von Bewegung und Ernährung. Ebenso kommen Angebote zur Bewegungsförderung gleichzeitig mit Verfahren und Methoden zur Stressreduktion und Entspannung zur Anwendung.

Der Leitfaden Prävention legt Kriterien für individuelle Kursangebote fest. Gemäß diesen Regelungen müssen individuelle Präventionsangebote – wie alle Leistungen der Krankenkassen – ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die Kurse sind auf die Prävention solcher Krankheitsbilder auszurichten, die in der Bevölkerung häufig auftreten (vgl. Kasten). Ferner muss die Wirksamkeit der Kurskonzepte im Rahmen von Studien oder Metaanalysen erwiesen

¹⁶ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention. Berlin, 2010, S. 14. Es handelt sich hier insbesondere um Krankheiten, die auf Basis der im Leitfaden zitierten Fachliteratur als von besonderer epidemiologischer Bedeutung eingestuft werden.

sein. Kursanbieter haben eine dem Leitfaden entsprechend ausreichende Qualifikation nachzuweisen. Auch sind im Vorfeld der Maßnahmen Ziele festzulegen, sodass sich erreichte Veränderungen zum Ende eines Kurses prüfen lassen.

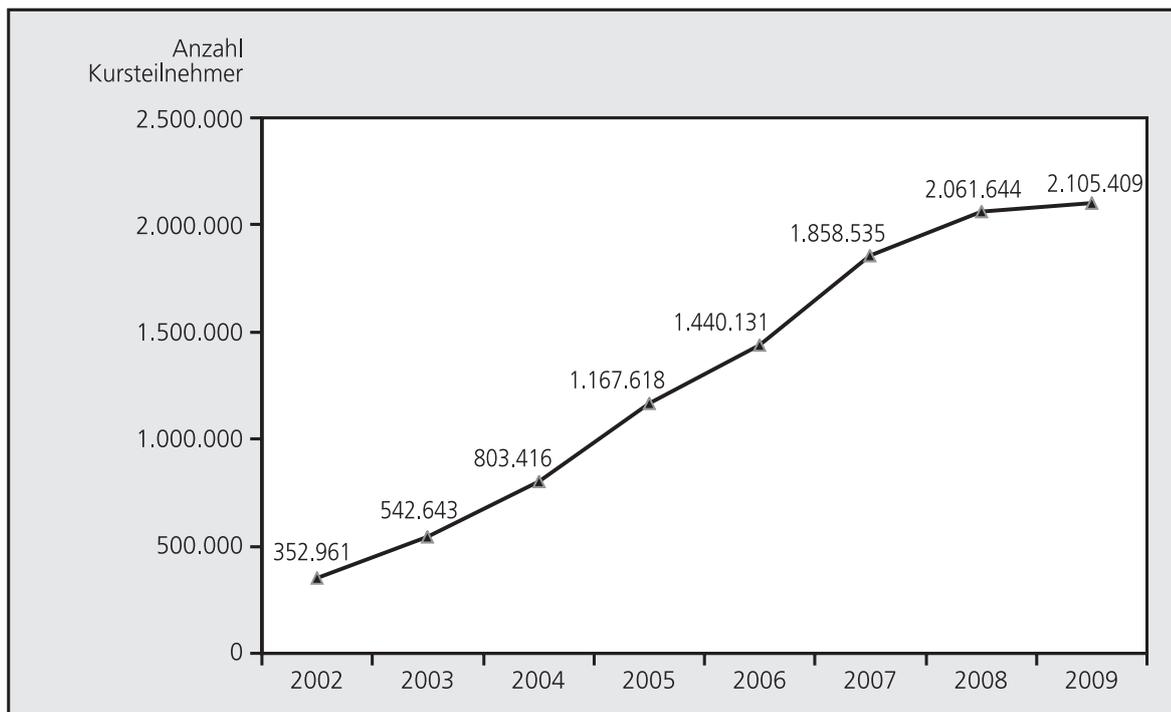
Welche Leistungen nach dem individuellen Ansatz im Jahr 2009 bundesweit erbracht wurden, lässt sich den nachfolgenden Tabellen entnehmen. Abgebildet ist zunächst die Zahl der Kursteilnehmer allgemein. Sodann wird die Inanspruchnahme differenziert nach Handlungsfeldern, Alter und Geschlecht sowie der generellen Zuordnung der Kursanbieter. Um Entwicklungen und Trends darzustellen, werden einige der aktuellen Ergebnisse mit den Ergebnissen der Vorjahre verglichen.

7.1 Inanspruchnahme

Seit Einführung der Berichterstattung über Leistungen nach dem individuellen Ansatz mit dem zweiten Präventionsbericht im Jahr 2002 ist die Zahl der Versicherten, die primärpräventive Kurs- und Seminarangebote in Anspruch genommen haben, kontinuierlich gestiegen: von anfangs 353.000 auf 2,1 Mio. Kursteilnahmen im Jahr 2009.

Die Steigerungsrate flacht jedoch in den letzten Jahren ab. Im Berichtsjahr 2009 betrug sie im Vergleich zum Vorjahr nur noch 2 %.

Abb. 19: Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt



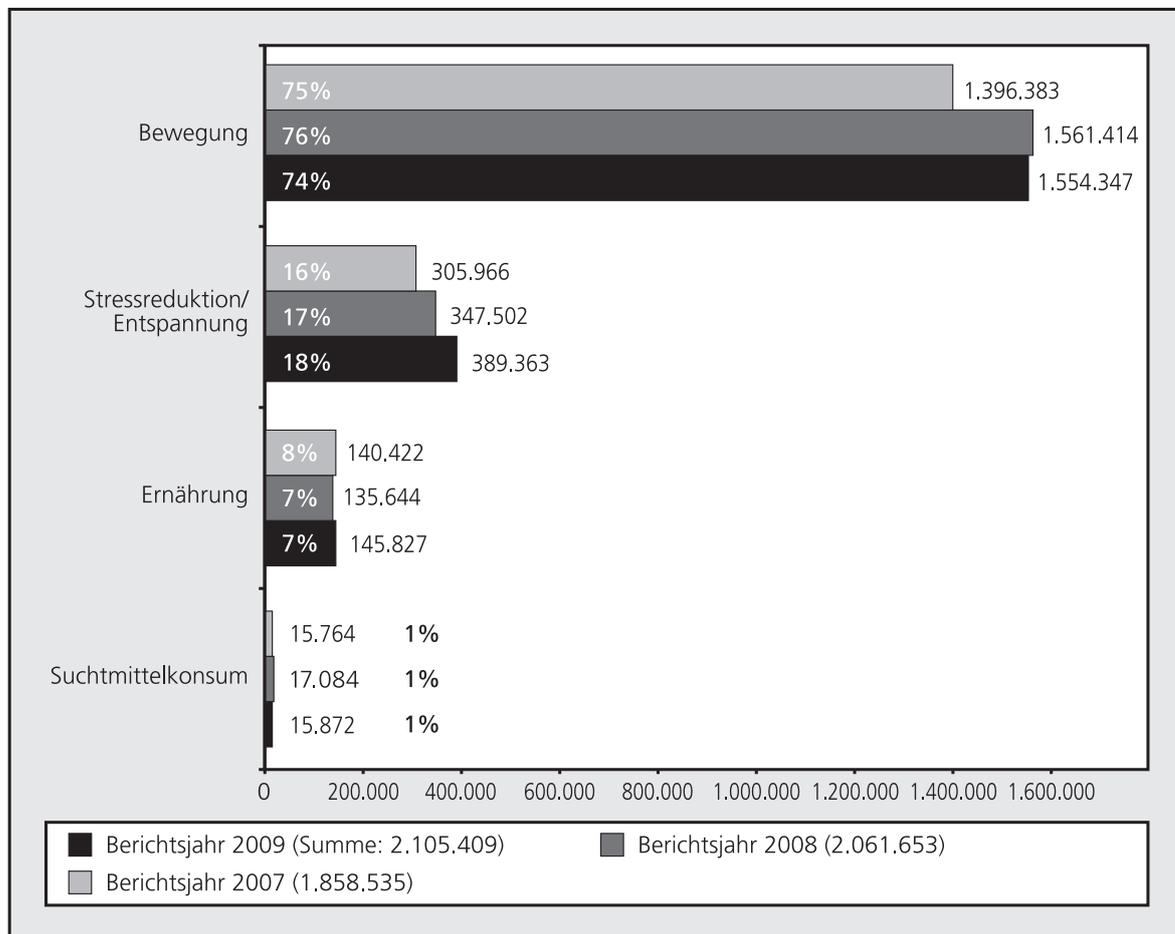
Einige Versicherte haben an mehreren Kursen teilgenommen. Daher ist die Zahl der *Kursteilnahmen* nicht gleich der Zahl der *Kursteilnehmer*. Falls vereinfachend beide Zahlen gleich gesetzt werden, entspricht die Gesamtzahl der Kursteilnehmer im Berichtsjahr 2009 einem Anteil von 3,0 % aller GKV-Versicherten desselben Jahres.¹⁷ Im Jahr 2008 lag der Anteil bei 2,9 % aller GKV-Versicherten, im Jahr 2007 bei 2,6 %.

¹⁷ Im Jahr 2009 bundesweit 70.011.508 GKV-Versicherte, 2008: 70.243.851, 2007: 70.477.283; BMG: KM6, Stand 01.07.2009, KM6 2008, Stand 05.09.2008, KM6 2007, Stand 05.09.2007

7.2 Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Die Kurse nach dem individuellen Ansatz richten sich auf die Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung sowie Suchtmittelkonsum aus. Für die Dokumentation lautet die Vorgabe, ausschließlich dasjenige Themenfeld zu melden, das schwerpunktmäßig behandelt wurde, auch wenn die Kursangebote häufig mehr als ein Handlungsfeld gleichzeitig ansprechen.

Abb. 20: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern



Wie auch in den Vorjahren hat der Großteil der Versicherten Kurse im Handlungsfeld Bewegung in Anspruch genommen.

Die Handlungsfelder Bewegung und Ernährung lassen sich weiter in die so genannten Präventionsprinzipien aufgliedern. Danach waren Bewegungskurse 2008 zu 47 % auf die „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten“ ausgelegt und zu 53 % auf die „Vorbeugung oder Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme.“ 41 % der Kursteilnehmer suchten Ernährungsangebote zur „Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung“ auf, und 59 % Kurse zur „Vermeidung oder Reduktion von Übergewicht.“

Das Handlungsfeld Suchtmittelkonsum differenziert sich in die Präventionsprinzipien „Förderung des Nichtrauchens“ und „gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums.“ Bei den suchtmittelbezogenen Angeboten handelt es sich mit 96 % fast ausschließlich um Kurse und Seminare zur Förderung des Nichtrauchens.

7.3 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

7.3.1 Alter

Der Präventionsbericht 2010 differenziert in der nachfolgenden Tabelle erstmals die Teilnahmequote der Versicherten an Präventionskursen nach Alter.

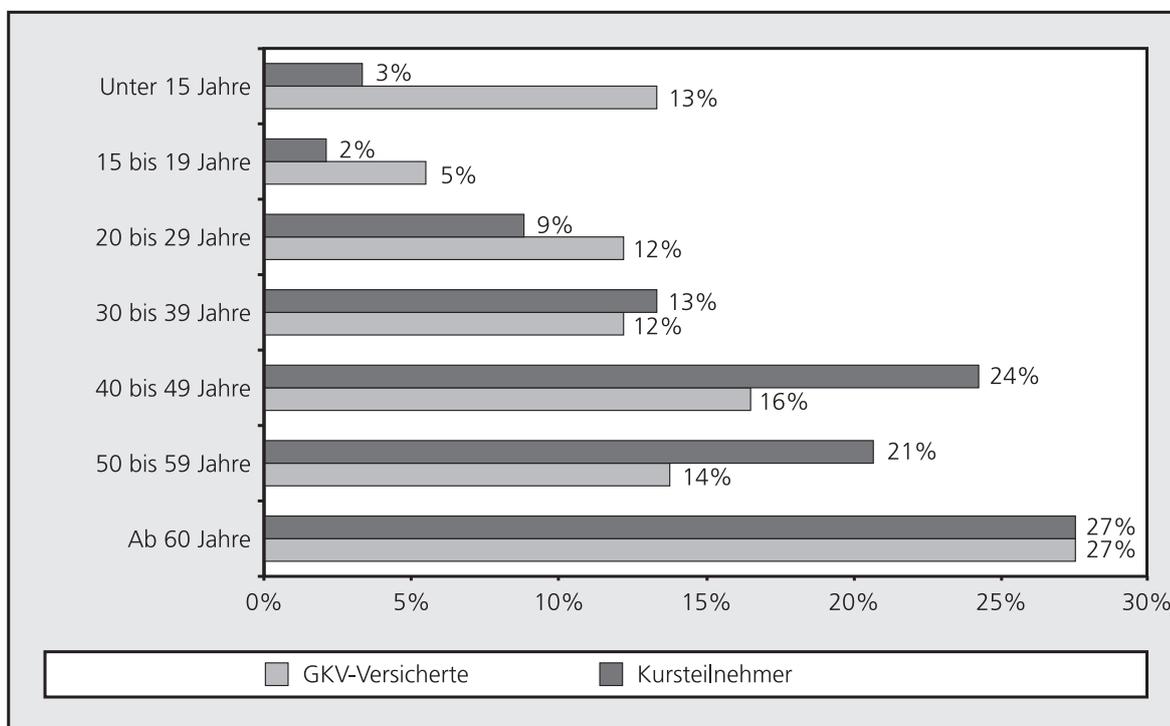
Tabelle 16: Teilnahmequote nach Alter

Altersverteilung der GKV-Versicherten nach BMG: KM6, Stand 01.07.2009. – Weil keine Erkenntnisse darüber vorliegen, wie viele Versicherte an mehreren Kursen teilgenommen haben, wird hier vereinfachend von einer generell nur einmaligen Kursteilnahme ausgegangen.

Altersgruppen	GKV-Versicherte	Kursteilnehmer	Teilnahmequote
Unter 15 Jahre	9.293.156	69.533	1%
15 bis 19 Jahre	3.816.937	43.606	1%
20 bis 29 Jahre	8.514.402	183.988	2%
30 bis 39 Jahre	8.253.518	280.513	3%
40 bis 49 Jahre	11.511.201	507.033	4%
50 bis 59 Jahre	9.610.380	432.170	4%
ab 60 Jahre	19.011.914	575.125	3%
Gesamt	70.011.508	2.091.968	3%

Der Vergleich der Altersverteilung der im Jahr 2009 gemeldeten Kursteilnehmer mit der Altersstruktur der GKV-Versicherten zeigt, dass primärpräventive Kursangebote von Versicherten im Alter zwischen 40 und 59 Jahren besonders stark in Anspruch genommen wurden. 30- bis 39-Jährige sowie ab 60-Jährige wurden proportional zur Versichertenstruktur erreicht. Jüngere Versicherte bis zu 19 Jahren nahmen hingegen vergleichsweise selten an primärpräventiven Kursangeboten teil. Diese Altersgruppe wird hauptsächlich über den Setting-Ansatz erreicht.

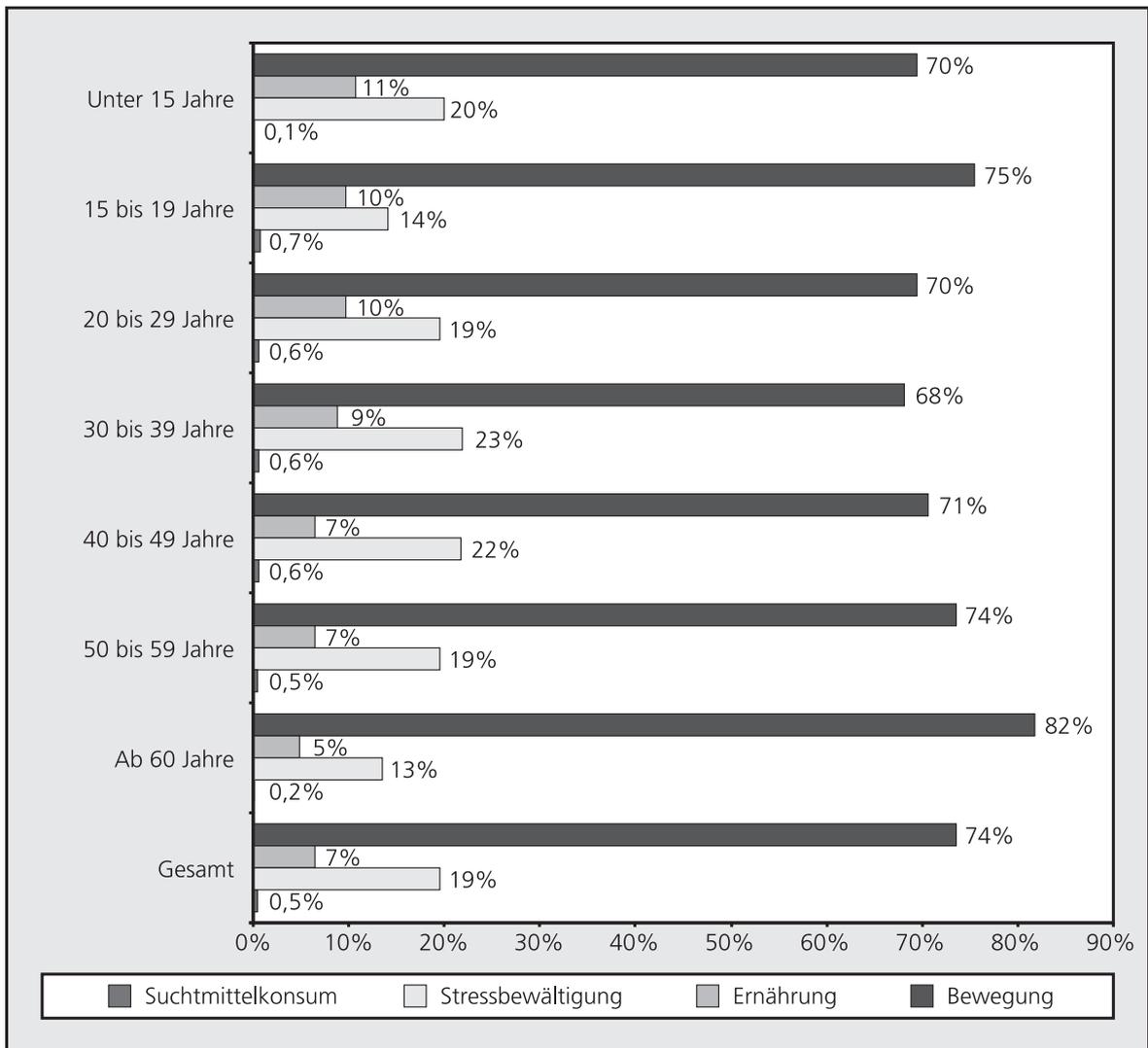
Abb. 21: Inanspruchnahme nach Alter Quelle s. o.



Es ist von Interesse, ob Versicherte einzelner Altersgruppen bestimmte Kursinhalte bevorzugen. Daher schlüsselt die nachfolgende Abbildung die Inanspruchnahme der Handlungsfelder nach Altersgruppen auf.

Die Abbildung ist – illustriert am Beispiel „30 bis 39 Jahre“ – folgendermaßen zu lesen: In dieser Altersgruppe wählten 68 % der Teilnehmer einen Bewegungs-, 9 % einen Ernährungs-, 23 % einen Stressbewältigungs- und 0,6 % einen auf Suchtmittel bezogenen Kurs.

Abb. 22: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Alter



Ab dem mittleren Erwachsenenalter nimmt die Inanspruchnahme von Bewegungskursen zu, während gleichzeitig der Anteil der Ernährungskurse abnimmt. Dies dürfte mit den Bedürfnissen, die ältere Versicherte für sich wahrnehmen, korrespondieren.

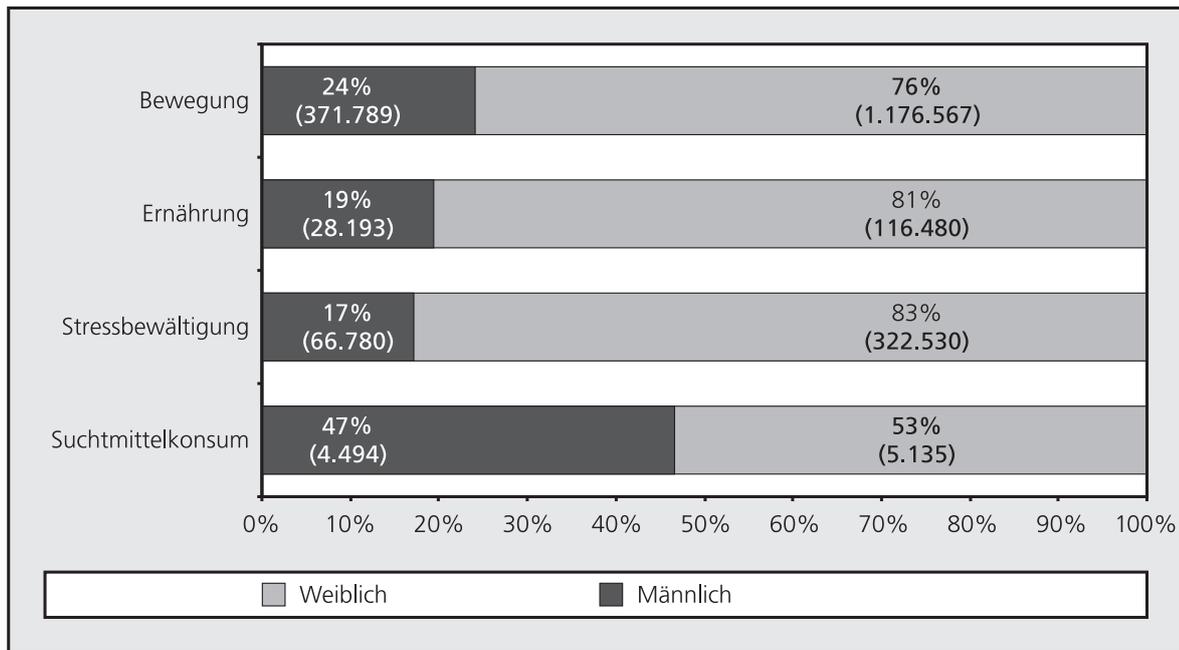
Die Versicherten im mittleren Erwachsenenalter nehmen mehr Kurse zur Stressbewältigung in Anspruch als die anderen Altersgruppen. Auch das dürfte bedarfsgerecht sein, da in dieser Altersphase berufliche und private Belastungen kumulieren.

7.3.2 Geschlecht

Unter den GKV-Versicherten beträgt der Frauenanteil 53 % und der Männeranteil 47 %.¹⁸ Kursangebote nach dem individuellen Ansatz wurden – wie in den Berichtsjahren zuvor – überdurchschnittlich von Frauen in Anspruch genommen. Ihr Anteil von 77 % ist in den Jahren 2007 bis 2009 konstant geblieben. Vertieft wurde das Thema der geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme im Präventionsbericht 2008, Kapitel 4, S. 23 ff.

Die Geschlechtsverteilung in Bezug auf die einzelnen Handlungsfelder stellt die nachfolgende Tabelle dar.

Abb. 23: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Geschlecht



Der vergleichsweise hohe Anteil an männlichen Kursbesuchern bei Angeboten zum Thema Suchtmittelkonsum – wobei es sich fast ausschließlich um „Raucherentwöhnungskurse“ handelt – kann im Zusammenhang mit der höheren Vorkommenshäufigkeit des Rauchens bei Männern gesehen werden. Bei ihnen besteht demnach objektiv ein höherer Bedarf. Außerdem trifft die inhaltliche und organisatorische Ausrichtung der Kurse offensichtlich die Interessen der Männer besser, als dies in anderen Handlungsfeldern der Fall ist. So finden Raucherentwöhnungskurse teilweise als Kompaktangebote oder auch online statt.

Die Zahl der Kursteilnehmer im Handlungsfeld Suchtmittelkonsum ist im Vergleich zu den anderen Handlungsfeldern seit Jahren sehr gering.

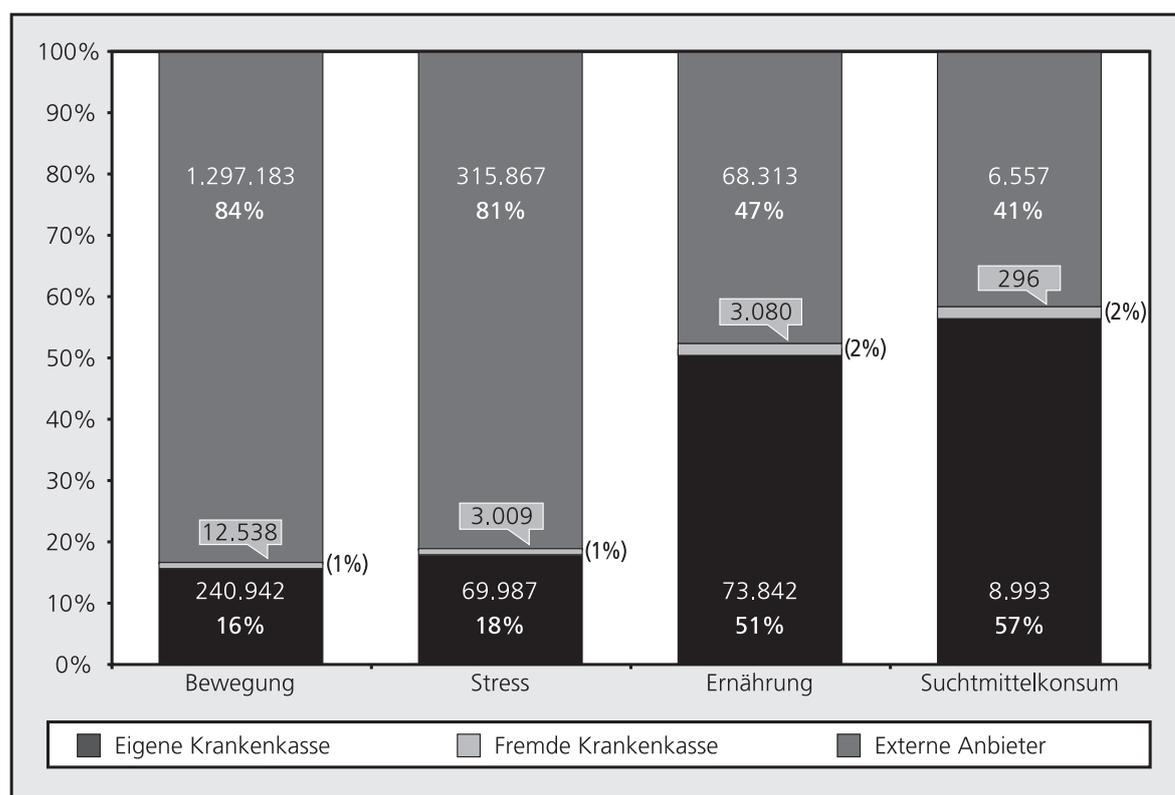
¹⁸ BMG: KM6, Stand 01.07.2009

7.4 Leistungsanbieter

Die überwiegende Zahl – etwa vier Fünftel – der Kurse und Seminare wurden von externen Anbietern durchgeführt, bei dem Rest handelt es sich um Kursangebote der eigenen Krankenkasse. Nur selten suchen Versicherte Kurse anderer Krankenkassen auf (Abb. 24).

Besonders hoch war der Anteil an eigenen Kursangeboten der Krankenkassen in den Handlungsfeldern Ernährung und Suchtmittelkonsum. Im Handlungsfeld Suchtmittelkonsum organisierten die Krankenkassen im Berichtsjahr 2009 57 % der Kurse selbst. In den Jahren 2007 und 2008 lag dieser Anteil bei nur 27 % und 48 %. Das ist zum großen Teil auf das Online-Programm „Ich werde Nichtraucher“ zurückzuführen, das ab dem Jahr 2008 weite Verbreitung fand.¹⁹

Abb. 24: Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern



¹⁹ <http://www.forum.de/redaktion/ich-werde-nichtraucher-online-nichtraucher-angebote-sind-stark-gefragt/>

8 Betriebliche Gesundheitsförderung

In der betrieblichen Gesundheitsförderung sind die gesetzlichen Krankenkassen seit vielen Jahren aktiv. Daher verfügen sie in diesem Feld über einen breiten Erfahrungsschatz und einen großen Fundus an bewährten Instrumenten, Konzepten, Methoden und Strategien. Seit dem Jahr 2000 sind die Qualitätskriterien zur Durchführung der betrieblichen Gesundheitsförderung im „Leitfaden Prävention“ der Spitzenverbände der Krankenkassen festgelegt, der unterdessen vom GKV-Spitzenverband heraus gegeben wird.²²

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde die betriebliche Gesundheitsförderung im Jahr 2007 zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen aufgewertet. Das Gesetz schreibt den Krankenkassen eine Unterstützungsfunktion für die Umsetzung der ermittelten „Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ (§ 20a Abs. 1 Satz 1 SGB V) zu. Die ausdrückliche Verpflichtung der Arbeitgeber zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie die der Unfallversicherungsträger, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, bleiben weiterhin gültig.²⁰

Der Beitrag der Krankenkassen besteht darin, gesundheitliche Risiken und Ressourcen zu ermitteln, Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu entwickeln und bei der Umsetzung zu helfen. Hierbei sind die Beschäftigten und die Verantwortlichen für den Betrieb zu beteiligen. § 20a SGB V verpflichtet die Krankenkassen zur Zusammenarbeit mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger. Entsprechend müssen sie sich über das gemeinsame Vorgehen abstimmen. Außerdem sieht das Gesetz eine Zusammenarbeit der verschiedenen Krankenkassenarten in der betrieblichen Gesundheitsförderung vor.²¹

Die Krankenkassen können die Leistungen entweder selbst erbringen oder geeignete Dritte und zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften beauftragen.

Die Krankenkassen orientieren sich am betrieblichen Bedarf, wenn sie Maßnahmen durchführen. Dazu ermitteln sie gemeinsam mit anderen Akteuren die Risiken im Betrieb sowie die Risikofaktoren und Gesundheitspotenziale der Beschäftigten. Sie verwenden dabei die in den letzten Jahren sowohl von Krankenkassen als auch anderen vielfach eingesetzten und bewährten Instrumente (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Analyse, Gefährdungsermittlung und -beurteilung, arbeitsmedizinische Untersuchung, Befragung von Mitarbeitern im Hinblick auf Belastungen und Ressourcen, gesundheitlichen Beschwerden und Verhaltensweisen, betrieblicher Gesundheitszirkel).

Anhand des so ermittelten Bedarfs entwickeln sie in Abstimmung mit dem Betrieb und in der Regel auch in Abstimmung mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger ein individuelles Vorgehenskonzept zu Maßnahmen für ausgewählte Zielgruppen im Betrieb.

Dieses Konzept ist in der Regel ganzheitlich und langfristig angelegt und umfasst sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen unter Berücksichtigung der jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten. Häufig dokumentieren und evaluieren die Krankenkassen die Maßnahmen, um daraus Erkenntnisse für künftige Projekte zu gewinnen und damit den Ressourceneinsatz zu optimieren.

Wie umfassend eine Krankenkasse die Betriebe unterstützt oder Projekte durchführt, ist wesentlich von den Entscheidern und der jeweiligen Situation vor Ort abhängig. Aktionen wie Arbeitsunfähigkeits-Analysen, Mitarbeiterbefragungen, Gesundheitstage und -wochen, Ge-

²⁰ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention, 2010

²¹ GKV-Spitzenverband 2010, a. a. O., S. 9

sundheitsuntersuchungen und Einzelmaßnahmen können eine langfristig angelegte betriebliche Gesundheitsförderung einleiten. Am Ende sollten nachhaltige gesundheitsförderliche Prozess- und Strukturveränderungen in den Betrieben stehen.

Mittlerweile wird die betriebliche Gesundheitsförderung – insbesondere in Großbetrieben – in zunehmendem Maße in ein umfassendes betriebliches Gesundheitsmanagement integriert. Dabei gibt es mehrere Handlungsfelder, von denen die betriebliche Gesundheitsförderung einen Bereich darstellt. Hinzu kommen Initiativen des Arbeitgebers zur Wiedereingliederung längerfristig Erkrankter in den Betrieb (betriebliches Eingliederungsmanagement), zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, zur privaten Vorsorge, zur Hilfe bei privaten Krisen und anderes mehr.

Präventionsmaßnahmen der Arbeitgeber werden steuerlich begünstigt

Mit dem Jahressteuergesetz 2009 wurde eine Neuregelung eingeführt. Hiernach sind zusätzlich zum Arbeitslohn erbrachte Leistungen des Arbeitgebers „zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der betrieblichen Gesundheitsförderung“ bis zu einer Höhe von 500 Euro je Kalenderjahr steuerfrei.

Nach § 3 Abs. 1 Nr. 34 Einkommensteuergesetz (EStG) müssen diese Leistungen „hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen der §§ 20 und 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genügen.“ Unter die Steuerbefreiung fallen insbesondere die Leistungen, die im Leitfaden Prävention aufgeführt sind.²² Im Einzelnen zitiert der Gesetzentwurf aus dem Leitfaden die Handlungsfelder und Inhalte in den Bereichen „Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes (Primärprävention)“ und „betriebliche Gesundheitsförderung“.

Gemäß EStG zahlt der Arbeitnehmer für diese Arbeitgeberleistungen keine Einkommenssteuer. Die Steuerbefreiung gilt sowohl für Sachleistungen als auch für Barzahlungen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Maßnahmen im Unternehmen oder außerhalb stattfinden. Laut Gesetzesbegründung ist dies insbesondere für kleine und mittelständische Betriebe interessant, die nicht im gleichen Maß wie große Unternehmen eigene Gesundheitsförderungsmaßnahmen anbieten können und daher auf externe Dienstleister angewiesen sind.

Nicht steuerbefreit ist die Übernahme bzw. Zuschuss von Mitgliedsbeiträgen an Sportvereine und Fitnessstudios.

Die steuerliche Neuregelung soll einen Anreiz setzen, sich stärker für die Gesundheitsförderung zu engagieren. Sie bietet damit Vorteile sowohl für den Arbeitgeber als auch für den Arbeitnehmer.²³

Der Präventionsbericht 2010 stellt die Leistungen der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Bei den gemeldeten Fällen handelt es sich sowohl um Aktivitäten, die die Krankenkassen selbst durchgeführt haben, wie z.B. Beratungen, Gesundheitszirkel, Gesundheitstage oder -wochen, als auch um Maßnahmen, zu denen die Krankenkassen Ressourcen, beispielsweise finanzieller oder fachlicher Art, beigesteuert haben.

²² Deutscher Bundestag: Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Jahressteuergesetzes 2009 (JStG 2009). Drucksache 16/10189, 16. Wahlperiode 02. 09. 2008

²³ AOK-Bundesverband: Jahressteuergesetz 2009. Neue Chancen für mehr Gesundheit. http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2009/Flyer_Jahressteuergesetz_RZ.pdf

8.1 Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der bundesweiten Auswertung der Aktivitäten der Krankenkassen im Berichtszeitraum 2009 berichtet.

Insgesamt konnte auch im Jahr 2009 im Vergleich zu den Vorjahren eine Zunahme der Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung verzeichnet werden. Die Steigerung war deutlich: Die Krankenkassen sandten 8 % mehr Dokumentationsbögen zurück.

Parallel entwickelten sich die Ausgaben nach oben. Sie stiegen um 10 % von 35,9 Mio. Euro in 2008 auf knapp 40 Mio. Euro in 2009.²⁴

Tabelle 17: Dokumentationsbögen für die betriebliche Gesundheitsförderung

Berichtsjahr	Anzahl Dokumentationsbögen
2009	3.693
2008	3.423
2007	3.014
2006	2.422
2005	2.531
2004	2.563
2003	2.164
2002	1.895
2001	1.189

²⁴ BMG: Statistik KJ 1, endgültige Rechnungsergebnisse für das Jahr 2009

Projektbeispiel betriebliche Gesundheitsförderung 1: Jobfit – Verknüpfung von Gesundheits- und Arbeitsmarktförderung

Ziel: Das Projekt will die Gesundheit und damit die Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitssuchenden verbessern. Das geschieht durch die Verknüpfung von Leistungen der Beschäftigungs- und Qualifizierungsträger mit gesundheitsfördernden Angeboten.

Zielgruppe: Arbeitslose (ALG I und ALG II). In den Modellphasen wurden rd. 1.000 Arbeitslose erreicht.

Kooperationspartner: Alle gesetzlichen Krankenkassen, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg-Essen, Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung NRW, mehrere BKK Landesverbände, mehrere ARGen (Arbeitsgemeinschaften zwischen der Agentur für Arbeit und der Kommune).

Umsetzung: Arbeitslosigkeit wirkt sich negativ auf den Gesundheitszustand aus. Existenzielle Sorgen, fehlende Anerkennung und Alltagsstrukturierung beeinflussen die psychische und körperliche Stabilität. Die gesundheitliche Belastung wiederum verringert die Beschäftigungsfähigkeit. Um diesem Kreislauf entgegenzuwirken werden gesundheitsfördernde Elemente in Maßnahmen für Arbeitslose implementiert. In den Einzel- und Gruppenangeboten wird die besondere Lebenssituation von Arbeitslosigkeit Betroffener berücksichtigt.

Die Grundidee von JobFit besteht darin, Gesundheitsförderung dort anzubieten, wo die Vertreter der Zielgruppe in einem Qualifizierungs- oder Beschäftigungsverhältnis stehen. Dazu werden die Maßnahmen der Transfergesellschaft bzw. Arbeitsverwaltung um die beiden folgenden Module ergänzt:

- Durch individuelle Beratung beim Maßnahmenträger zu Beginn der Maßnahme werden die Teilnehmer für ihre Gesundheit interessiert und zur Teilnahme an einem Präventionskurs der Krankenkassen und weiteren Gesundheitsaktivitäten motiviert.
- In einem speziell für Arbeitslose konzipierten Präventionskurs zur multimodalen Stressbewältigung lernen die Teilnehmer den gesundheitsgerechten Umgang mit den hohen psychischen Belastungen infolge der Arbeitslosigkeit.

Der Teilnehmer erhält beide Module von zuvor geschulten Mitarbeitern des Maßnahmenträgers aus einer Hand und an einem Ort. Das ist das zentrale Erfolgsrezept des JobFit-Ansatzes. Unterstützt wird es durch eine freie, von der Arbeitsverwaltung losgelöste Durchführung der Maßnahmen durch Träger dieser Settings, die keinen Leistungsbezug zu verantworten haben, wie Krankenkassen oder Arbeitsagenturen, und die insofern weniger angstausslösend wirken.

Die Krankenkassen finanzieren den Präventionskurs nach § 20 SGB V. Sie haben dafür ihre Abrechnungspraxis für Bezieher niedriger Einkommen überarbeitet: Diese müssen nicht mehr finanziell in Vorlage treten, stattdessen rechnet der Kursanbieter direkt mit der jeweils versichernden Krankenkasse die Kurskosten ab.

Die individuelle Gesundheitskompetenzberatung wird vom SGB II-/III-Träger bzw. der Transfergesellschaft finanziert. Die Finanzierung erfolgt durch SGB II-/III-Träger im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung nach § 46 SGB III und § 16 SGB II i.V.m. § 46 SGB III sowie im Rahmen der „Perspektive 50plus – Beschäftigungspakte für Ältere in den Regionen“.

Damit ist im Rahmen von JobFit die Verzahnung von Arbeitsmarkt- und Gesundheitsförderung innerhalb der vorhandenen Regelstrukturen gelungen. Die Evaluation der Modellphasen JobFit Regional und JobFit Nordrhein-Westfalen hat gezeigt, dass der Gesundheitszustand der teilnehmenden Arbeitslosen und damit auch ihre Beschäftigungsfähigkeit signifikant verbessert werden konnte.

Ansprechpartner: Michael Bellwinkel, Referatsleiter Gesundheitsförderung und Selbsthilfe beim BKK Bundesverband, Tel. 0201 179-1472, E-Mail: BellwinkelM@bkk-bv.de

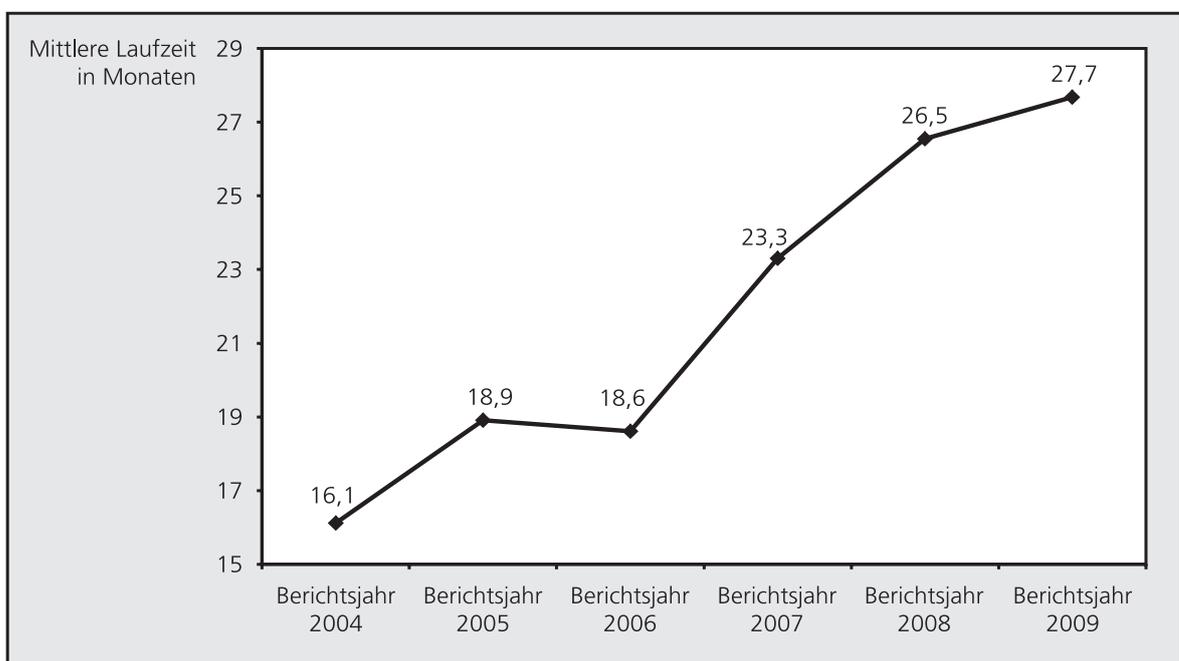
8.1.1 Allgemeine Daten – Laufzeit, Branchen, Standorte, Betriebsgröße, erreichte Personen, Erreichungsgrad nach Geschlecht

Laufzeit der Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Bei 79 % aller für das Berichtsjahr 2009 gemeldeten Aktivitäten lagen Angaben zu den Laufzeiten der Gesundheitsförderungsmaßnahmen vor. Hier handelte es sich sowohl um endgültig feststehende Laufzeiten bei Aktivitäten, die zum Ende des Berichtsjahres abgeschlossen waren als auch um geplante Laufzeiten bei noch nicht abgeschlossenen Projekten. Bei letzteren sind noch Abweichungen von der Planung möglich.

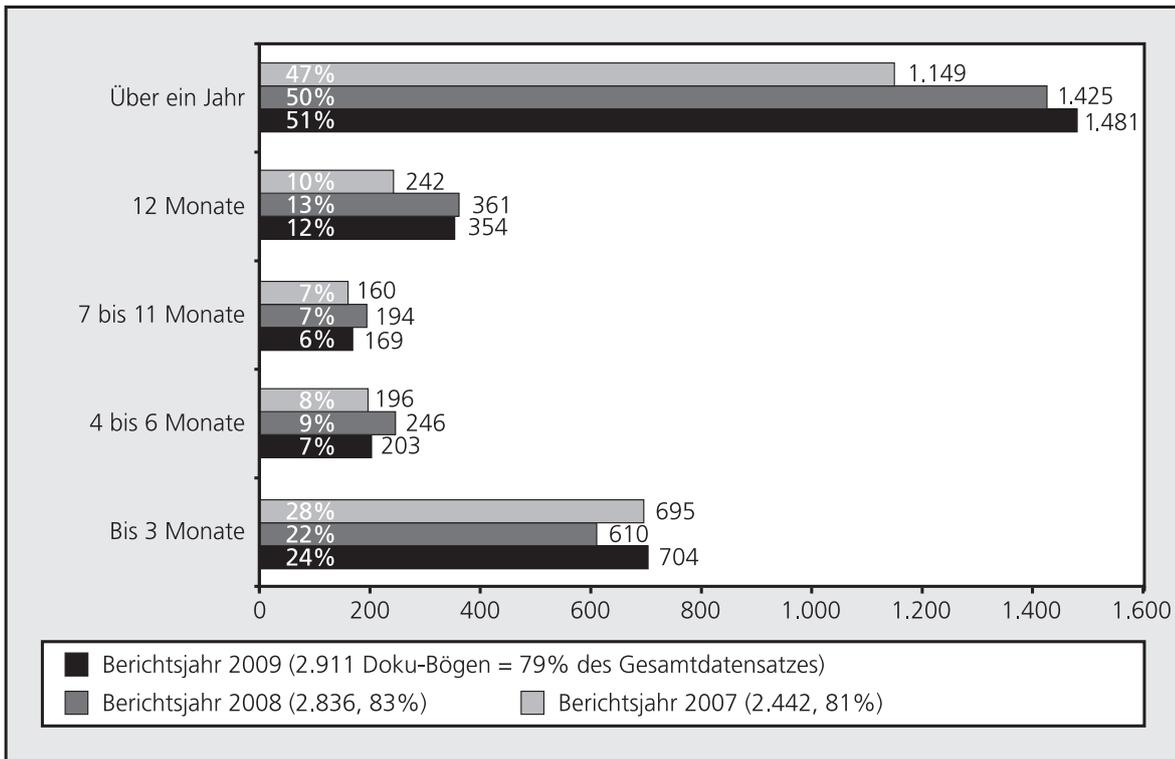
Die Aktivitäten waren im Berichtsjahr 2009 im Mittel langfristiger angelegt als in den Jahren davor.

Abb. 25: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten



Die Zahl der Projekte, die ein Jahr und länger andauerten, ist 2009 im Vergleich zu den Vorjahreserhebungen weiter angestiegen.

Abb. 26: Laufzeit der Aktivitäten in Monaten



Insgesamt waren 54 % der Projekte sowohl auf die gesundheitsförderliche Gestaltung der Rahmenbedingungen in den Betrieben als auch auf die Stärkung des individuellen gesundheitlichen Verhaltens der Beschäftigten ausgerichtet. Bei den Projekten, die mindestens ein Jahr andauerten, waren es sogar zwei Drittel.

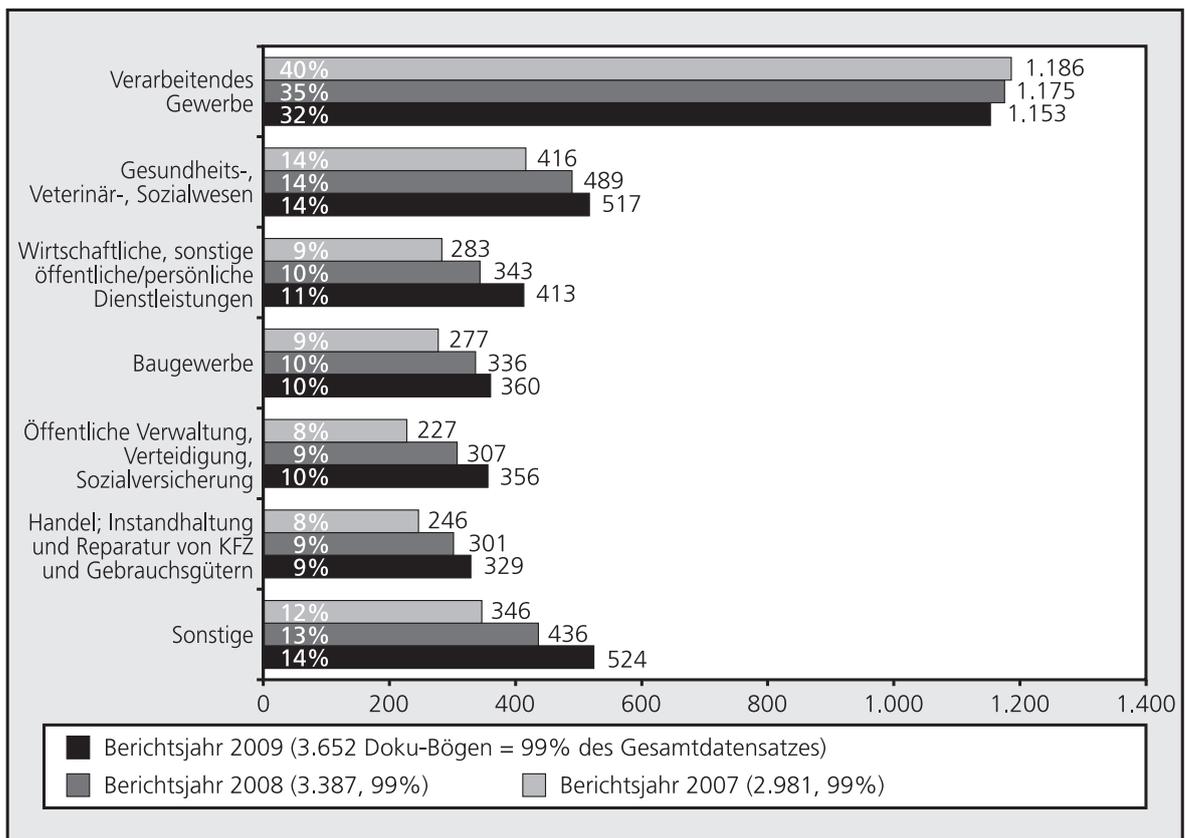
Branchen, Anzahl der Standorte und Betriebe

In der nachfolgenden Abbildung ist die Branchenzugehörigkeit der Betriebe, in denen betriebliche Gesundheitsförderung durchgeführt wurde, gemäß der Klassifikation der Wirtschaftszweige des Statistischen Bundesamtes (WZ 2003) ausgewiesen.²⁵

Der Kategorie „Sonstige“ wurden die Branchen zugeordnet, die in den betrachteten Jahren einen geringeren Anteil als 5 % hatten.

²⁵ Angemerkt sei, dass erst im Berichtsjahr 2010 die Klassifikation nach WZ 2008 in den Präventionsbericht eingeführt wird.

Abb. 27: Branchen



Ein Drittel der Aktivitäten fand in Betrieben des verarbeitenden Gewerbes statt. Ein Grund hierfür ist das Belastungsprofil: Im verarbeitenden Gewerbe müssen viele Beschäftigte körperlich schwere Arbeiten leisten. Wie weiter unten gezeigt wird, sind viele Maßnahmen auf die Reduzierung bzw. Kompensation arbeitsbedingter körperlicher Belastungen bezogen.

Projektbeispiel betriebliche Gesundheitsförderung 2: Interkulturelles betriebliches Gesundheitsmanagement

Den Gesundheitsschutz zu gewährleisten ist in Unternehmen mit einer multikulturellen Belegschaft eine besondere Herausforderung. Denn die Vorstellungen, was Gesundheit bedeutet, sind kulturell geprägt. Das führt dazu, dass Krankheiten verschieden wahrgenommen, berufliche Belastungen unterschiedlich erlebt werden. Arbeitnehmer anderer Nationalität haben häufiger Arbeitsunfälle und erkranken öfter an Berufskrankheiten als deutsche Beschäftigte. Hinzu kommen Sprachbarrieren, aber auch Wissenslücken über Angebote und Ansprechpartner im Betrieb.

Ziel: Weil bisher kaum spezielle Maßnahmen existierten, die die verschiedenen kulturellen Hintergründe der Belegschaft berücksichtigen, hat die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) ein „interkulturelles betriebliches Gesundheitsmanagement“ konzipieren lassen und in Kooperation mit der BMW Group und deren Betriebskrankenkasse erprobt. Das Projekt iga wird vom AOK Bundesverband, dem BKK Bundesverband, der Deutschen Unfallversicherung, dem Verband der Ersatzkassen und den jeweiligen Mitgliedern getragen.

Kooperationspartner: iga arbeitet mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover zusammen.

Umsetzung: Die Betriebe sollten zum einen Führungskräfte schulen und für Migrationsaspekte sensibilisieren. Zum anderen werden Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in das betriebliche Gesundheitsmanagement eingebunden und zu „Interkulturelle betriebliche Gesundheitslotsen“ ausgebildet. Beide Bausteine können flexibel angepasst werden.

Ergebnisse: Bisher wurden über 40 „Interkulturelle Betriebliche Gesundheitslotsen“ und 25 Führungskräfte geschult. Neben der BMW-Group arbeitet nun auch die Münchner Stadtentwässerung mit dem entwickelten Programm.

Ansprechpartner: Jürgen Wolters, Referent für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention beim BKK Bundesverband, Tel.: 0201 179-1476, E-Mail: WoltersJ@bkk-bv.de

Mit der höheren Zahl an Aktivitäten im verarbeitenden Gewerbe korrespondiert der niedrigere Anteil dieser Aktivitäten in Betrieben aus den anderen Wirtschaftszweigen. Das betrifft insbesondere die Bereiche Handel und Dienstleistungen.

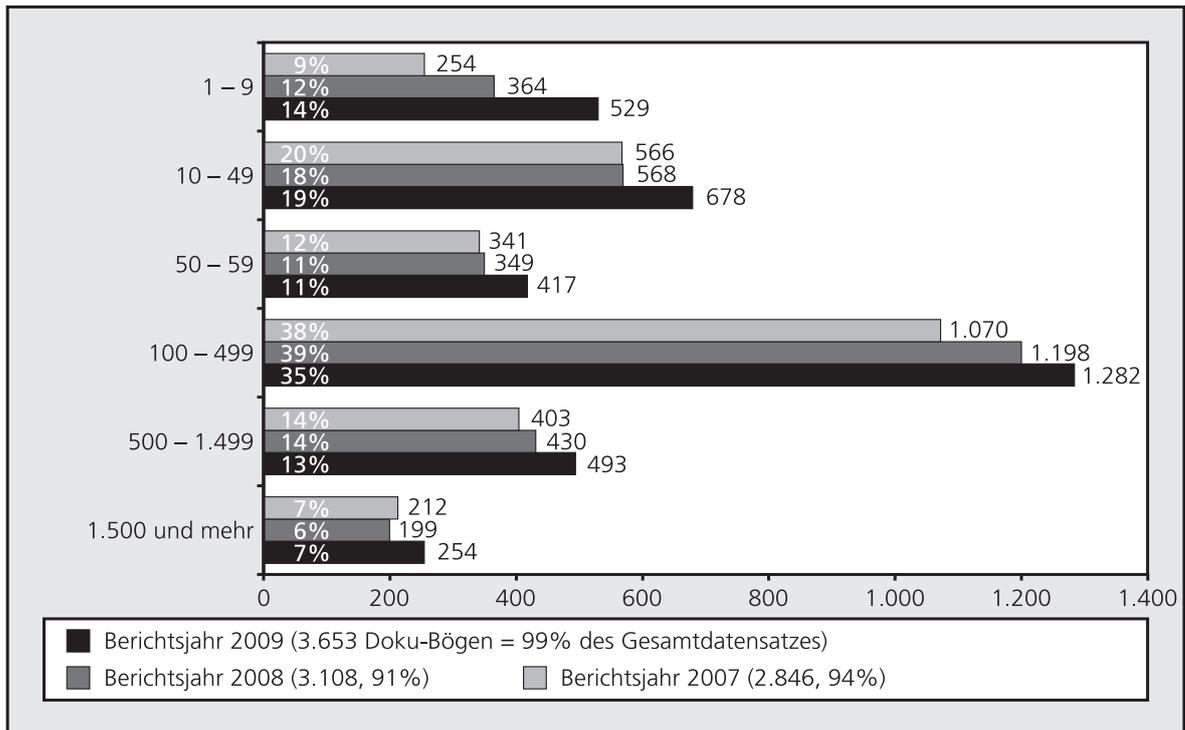
Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden bei 87 % aller Dokumentationsbögen, die insgesamt 3.222 Betriebe betreffen, in *einem* Unternehmen oder an *einem* Standort durchgeführt. Bei den verbleibenden, insgesamt 471 Projekten, erfolgte die betriebliche Gesundheitsförderung an mehreren Standorten. Dies geschieht meist im Rahmen von Netzwerkprojekten, die überwiegend bei Klein- und Kleinstbetrieben stattfinden.

Die Gesamtsumme der gemeldeten Standorte oder Betriebe lag bei 5.353 (2008: 4.788, 2007: 3.888; ein Extremwert von 3.000 Betrieben wurde in den Jahren 2007 und 2009 nicht berücksichtigt). Im Maximalfall wurde 2009 über an 200 Standorten durchgeführte Maßnahmen berichtet.

Betriebsgrößen

In der nachfolgenden Tabelle sind die Angaben der Krankenkassen dazu wiedergegeben, welche Größe die Betriebe hatten, in denen die (Haupt-)Aktivitäten stattfanden.

Abb. 28: Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)



Erfreulich ist der sich fortsetzende Trend zur Gesundheitsförderung in den Kleinstbetrieben. Weiterhin am stärksten beteiligt sind die Unternehmen mit 100 bis unter 500 Mitarbeitern, auch wenn ihr Anteil etwas zurück ging.

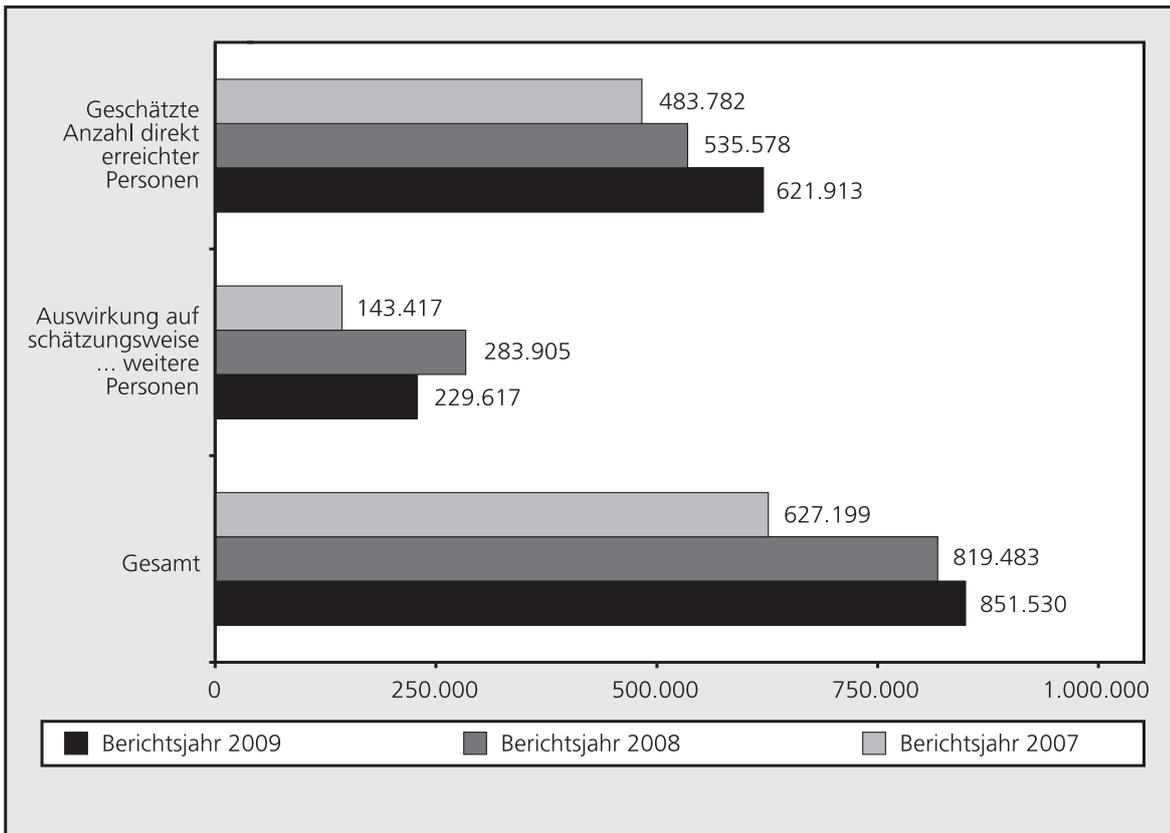
Erreichte Personen

Die Krankenkassen melden die Schätzzahlen zur Anzahl der Personen, die sie über die Aktivitäten direkt oder indirekt erreichten.

Direkt erreicht werden die Teilnehmer an Veranstaltungen und Maßnahmen. Indirekt können Beschäftigte dadurch erreicht werden, dass die „direkten“ Teilnehmer oder Multiplikatoren ihre gewonnenen Informationen weiter geben. Wenn Multiplikatoren geschult werden, wirkt sich diese Schulung auf weitere Personen aus. Auch können die Beschäftigten indirekt durch verhältnisbezogene Maßnahmen im Betrieb erreicht werden. Zu den Aktivitäten, die sowohl direkt als auch indirekt wirken, zählen Gesundheitszirkel. An ihnen nehmen zwar nur wenige Mitarbeiter einer Abteilung oder eines Arbeitsbereiches teil, aber die im Zirkel erarbeiteten Erkenntnisse und Maßnahmen werden dann in den gesamten Arbeitsbereich eingebracht und der Belegschaft bekannt gemacht. Auf diese Weise profitieren von den Maßnahmen deutlich mehr Mitarbeiter als nur die Zirkelteilnehmer.

Die Schätzzahl der direkt erreichten Personen stieg im Jahr 2009 um 16 % an, während die Krankenkassen eine leicht geringere Schätzzahl an indirekt Erreichten meldeten. Die Zahl der insgesamt Erreichten nahm um 4 % zu.

Abb. 29: Erreichte Personen (Schätzzahlen)



18 % der direkt erreichten und 17 % der indirekt erreichten Personen waren über 50 Jahre alt. Insgesamt betrug der Anteil der über 50-jährigen an der Gesamtschätzzahl der durch die betriebliche Gesundheitsförderung direkt und indirekt erreichten Personen 17 %. In den Betrieben insgesamt liegt jedoch der Anteil der über 50-jährigen Arbeitnehmer deutlich höher und beträgt 26 %.²⁶

Erreichungsgrad nach Geschlecht

Insgesamt wurden durch die betriebliche Gesundheitsförderung zu 62 % Männer erreicht. Bundesweit liegt die Männerquote unter den Beschäftigten bei 54 %.²⁷

Dieses Ergebnis erklärt sich dadurch, dass die Frauenquote in den Betrieben, in denen die Krankenkassen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen, vergleichsweise gering ist. 43 % der Betriebe haben einen Frauenanteil von unter 25 %. Hierin kommt auch die überproportionale Ausrichtung auf die Betriebe des verarbeitenden Gewerbes zum Ausdruck, in welchen der Männeranteil hoch ist.

²⁶ Statistisches Bundesamt Deutschland: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Altersgruppen, Stand 31.12.2009

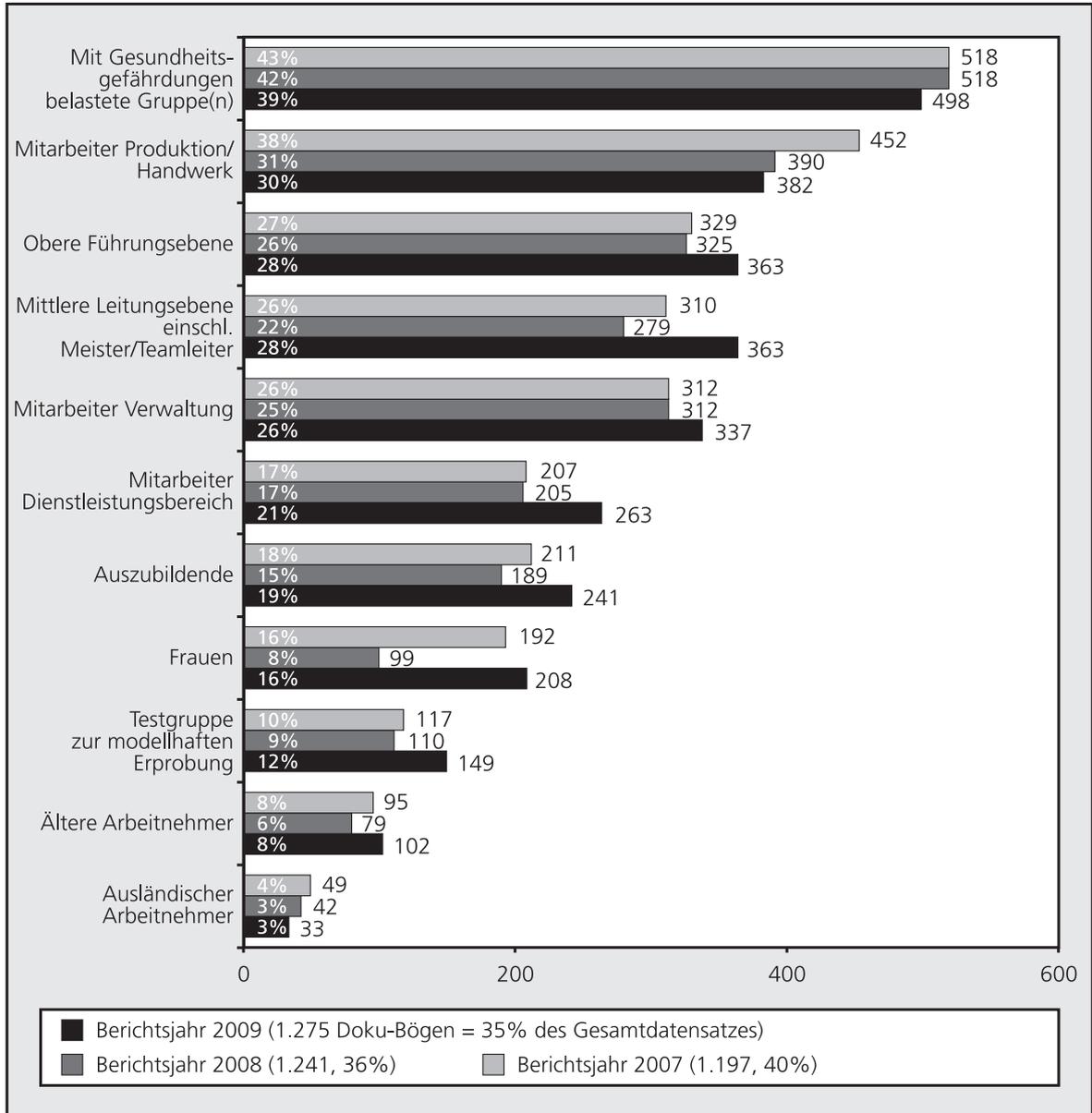
²⁷ Statistisches Bundesamt Deutschland 2009 (a.a.O)

8.1.2 Zielgruppen

Bei 35 % der Projekte richteten sich die Interventionen auf spezifische Zielgruppen. In den verbleibenden Fällen waren die Aktivitäten auf alle Beschäftigten ausgerichtet.

Die Zielgruppen sind in der nachfolgenden Abbildung aufgeschlüsselt.

Abb. 30: Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)



Die Auswertung lässt erkennen, dass die Krankenkassen spezifische Angebote für die verschiedenen Hierarchieebenen zur Verfügung stellen. Obere Führungsebene, mittlere Führungsebene sowie Mitarbeiter in Verwaltung und im Dienstleistungsbereich werden weitgehend im gleichen Umfang betreut.

Projektbeispiel betriebliche Gesundheitsförderung 3: Einbindung der betrieblichen Gesundheitsförderung in das betriebliche Gesundheitsmanagement eines Bergbau-Unternehmens

Der Beruf des Bergmanns ist auch heute noch geprägt durch bestimmte Hebe- und Tragetätigkeiten, Arbeiten in ungünstigen Körperhaltungen und besondere Klimateinwirkungen. Zudem existieren in der Branche besondere Rahmenbedingungen. Die Entscheidung der Politik, die Subventionen für den Steinkohlebergbau auslaufen zu lassen, führte zu der Vorgabe, keine weiteren Neueinstellungen zu tätigen.

Ziel: Sicherung der Gesundheit, der Leistungsfähigkeit und der Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten

Zielgruppe: Mitarbeiter der RAG AG

Kooperationspartner: Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft Rohstoffe und Chemische Industrie und Integrationsämter der Landschaftsverbände

Umsetzung: Mit dem Modell „...in Form“ wurde ein Gesundheitsmanagementsystem etabliert, welches die primäre Prävention durch die Handlungsfelder Rehabilitation und Integration ergänzt. Eine gut strukturierte Organisation geht mit kurzen Verwaltungswegen einher, was frühzeitige Angebote zur Gesunderhaltung ermöglicht.

Geschaffen wurde ein differenziertes Frühwarnsystem. Gesunde Mitarbeiter können gesund erhalten werden. Bereits erkrankte oder chronisch kranke Mitarbeiter werden davor bewahrt, in die Behinderung abzugleiten, während dauerhaft leistungsgeminderte Beschäftigte entsprechend ihrer Einschränkungen angemessen beschäftigt werden. Alle beteiligten Akteure in diesem Prozess, begonnen bei der Antragstellung über die Behandlung bis zur Wiedereingliederung in den Betrieb, stehen in Kontakt zueinander und garantieren so ein auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmtes Vorgehen.

Die Basis des betrieblichen Gesundheitsmanagements bildet eine neu entwickelte Gesundheitsberichterstattung sowie die in den Standorten ermittelten Bedarfe. Im Jahr 2009 wurden in Zusammenarbeit mit dreizehn externen Kooperationspartnern Maßnahmen für 1.041 der ca. 25.000 Beschäftigten durchgeführt. Aufgrund der Häufigkeit von Rückenbeschwerden bildeten die Maßnahmen zur Bekämpfung von Muskel- und Skeletterkrankungen mit 586 Teilnehmern den Schwerpunkt. Die Auswahl ist vielfältig, wird ständig überprüft und bei Bedarf erweitert. Nordic Walking, Schwimmen, Radfahren und Yoga gehören ebenso dazu wie Nikotinentwöhnungskurse, Ernährungskurse, Angebote zur Stressprävention und jährliche Gesundheitstage in den Betriebsstätten.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) ist zum integralen Bestandteil der Führungsaufgabe geworden. Der Erfolg des BGM entscheidet sich im Spannungsfeld eines vom Unternehmen bereit gestellten Angebotes gesundheitsfördernder Maßnahmen und der Bereitschaft der Mitarbeiter, der Verantwortung für die eigene Gesundheit nachzukommen. Aufgabe von Führungskräften ist es, für Einsicht und Akzeptanz zu sorgen, nicht zuletzt durch das Vorbild des eigenen Verhaltens.

Ergebnisse: „...in Form“ wurde erfolgreich im Unternehmen implementiert. Gesundheitsförderungsstrategien müssen langfristig angelegt sein. Veränderungen der Belastungs- und Gesundheitssituation vollziehen sich nur langsam und schrittweise. Erfolge werden sich dabei erst mittel- bis langfristig einstellen. Es bedarf der Geduld und des Verantwortungsbewusstseins aller Beteiligten.

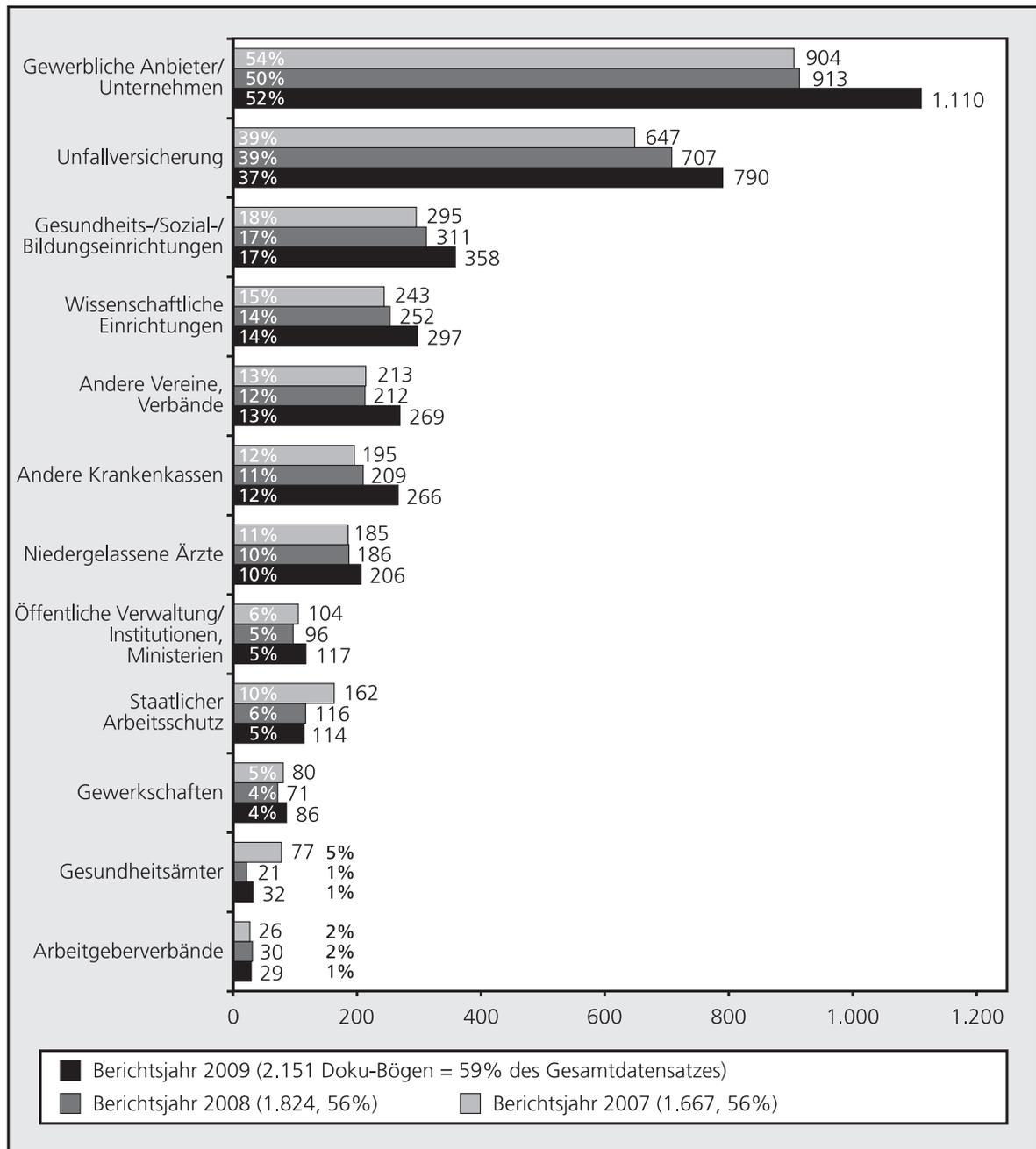
Ansprechpartner: Claus Bockermann, Leistungsmanagement Krankenversicherung, Knappschaft Bochum, Tel. 0234/304-15201, claus.bockermann@kbs.de

8.1.3 Kooperationspartner

In 59 % der Fälle arbeiteten die Krankenkassen mit Partnern zusammen. Dabei waren durchschnittlich zwei Kooperationspartner beteiligt.

Am häufigsten arbeiteten die Krankenkassen mit externen gewerblichen Anbietern und mit der Unfallversicherung zusammen. Im Jahr 2009 trat das Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz in Kraft. Es bewirkte durchgreifende Reformen der Organisation und der Finanzierung der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit der Unfallversicherung bei der betrieblichen Gesundheitsförderung blieb jedoch stabil und damit unbeeinflusst von den Umstrukturierungen, weil die Ansprechpartner nicht wechselten.

Abb. 31: Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)

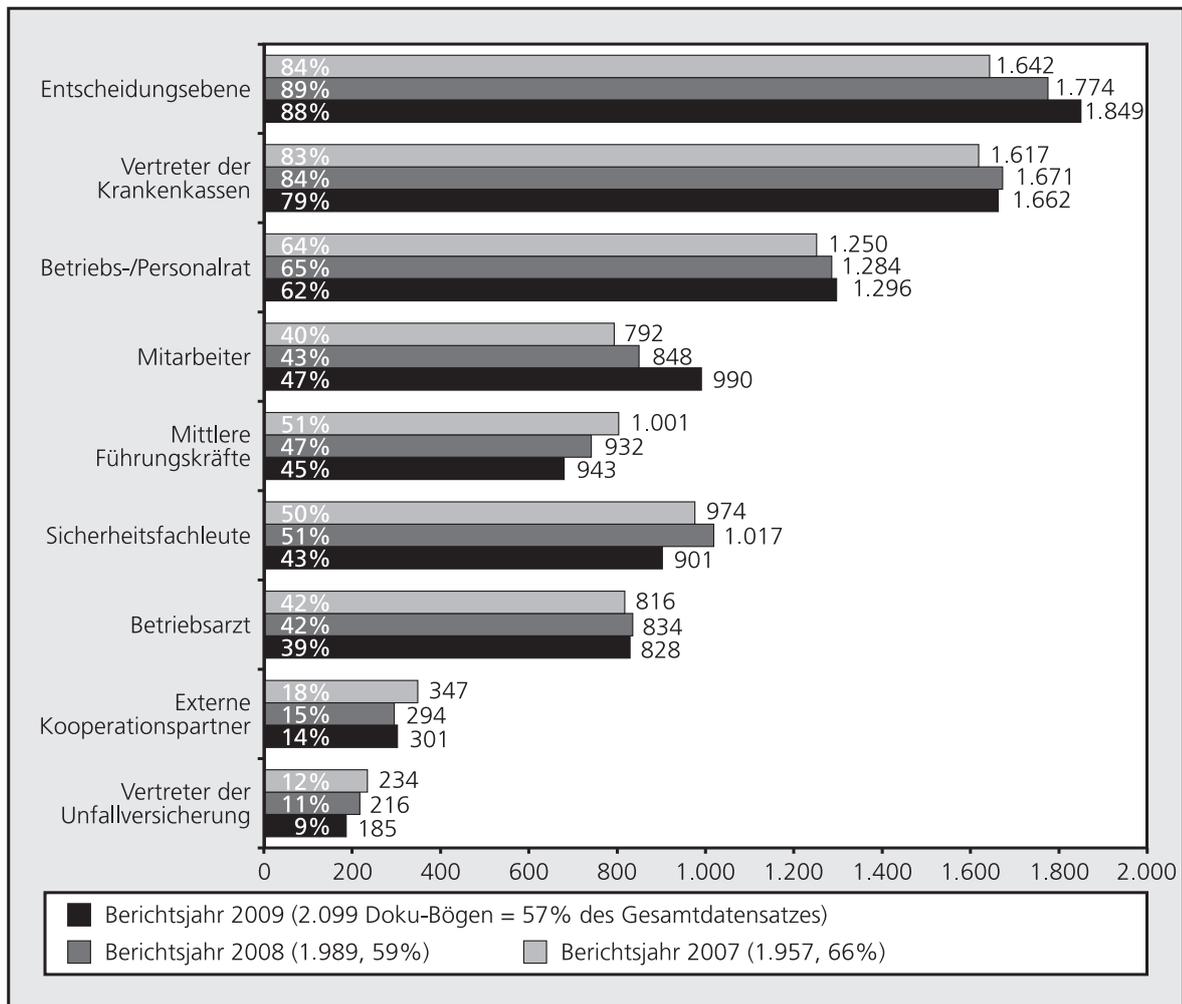


8.1.4 Koordination und Steuerung

Eine langfristig angelegte und in mehreren Handlungsbereichen ansetzende betriebliche Gesundheitsförderung bedarf eines Steuerungsgremiums, z.B. eines „Arbeitskreises Gesundheit“, in dem die wesentlichen Akteure zusammenwirken. Derartige Gremien nehmen einen hohen Stellenwert für eine langfristige prozesshafte Einbindung von Gesundheitsförderung in den Betrieben ein. Tatsächlich sichert erst das Vorhandensein von Steuerungsstrukturen, dass umfassende Bedarfsanalysen, Interventionen und Erfolgskontrollen durchgeführt werden (vgl. Kapitel 8.4, S. 103 ff.).

Im Jahr 2009 waren bei 57 % aller hier dokumentierten Initiativen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden. Das ist bemerkenswert und ein gutes Zeichen für das Streben nach hoher Strukturqualität, weil es für kleine Betriebe einen höheren Aufwand bedeutet, derartige Strukturen aufzubauen.

Abb. 32: Koordination und Steuerung (Mehrfachnennungen möglich)



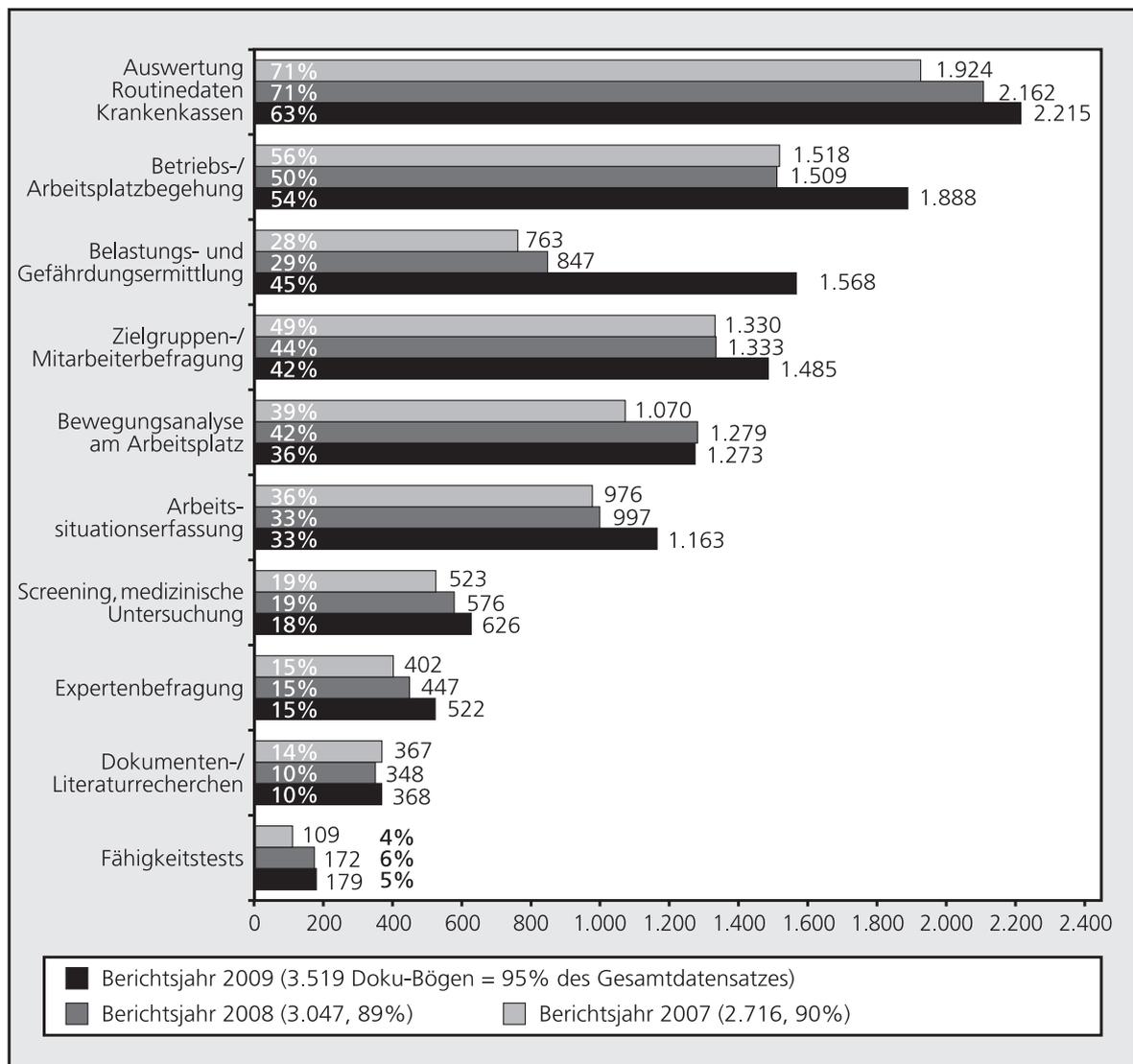
2009 waren an einem Steuerungsgremium im Durchschnitt Vertreter aus etwa vier verschiedenen Unternehmensbereichen oder externen Einrichtungen beteiligt (2008: fünf, 2007: vier Bereiche).

8.1.5 Bedarfsermittlung

Die betriebliche Gesundheitsförderung baut in der Regel auf den Erkenntnissen auf, die durch detaillierte Bedarfsermittlungen gewonnen wurden.

Die nachfolgende Abbildung lässt erkennen, dass die Krankenkassen und Betriebe objektive Daten – beispielsweise aus Routinedaten der Krankenkassen – mit subjektiven Daten aus Mitarbeiter- oder Expertenbefragungen verknüpfen. Bei den Bedarfsermittlungen wurden im Durchschnitt drei Methoden der Bedarfsanalyse angewandt.

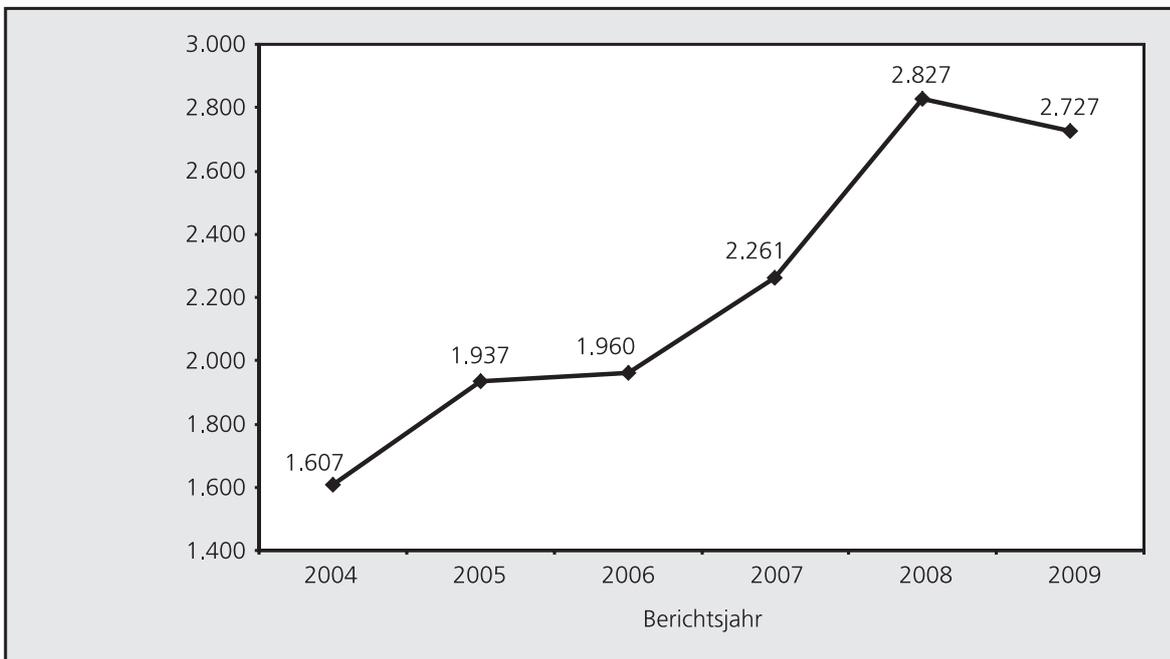
Abb. 33: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



8.1.6 Gesundheitszirkel

Die Zahl der durchgeführten Gesundheitszirkel nahm seit Beginn der Berichterstattung stark zu. Im Jahr 2009 war allerdings ein geringfügiger Rückgang zu verzeichnen.

Abb. 34: Gesundheitszirkel



Die Beteiligten im Gesundheitszirkel bringen häufig Vorschläge ein, wie die Arbeitsbedingungen verbessert werden können. Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen hat gesundheitsförderliche Auswirkungen auf viele Beschäftigte. Potenziell übersteigt dieser Nutzen den Nutzen von Maßnahmen, die sich auf das Verhalten einzelner Mitarbeiter und Führungskräfte beziehen. Krankenkassengeforderte Aktivitäten berücksichtigen die Notwendigkeit von sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogenen Ansätzen insbesondere dann, wenn gleichzeitig Gesundheitszirkel eingeführt wurden. So waren 2009 die Interventionen bei 83 % der Fälle (Dokumentationsbögen) sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen, falls Gesundheitszirkel vorhanden waren. Nur 8 % waren rein verhältnis- und 9 % rein verhaltensbezogen. Demgegenüber waren die Aktivitäten bei Fällen ohne Gesundheitszirkel nur in 45 % der betrachteten Fälle verhaltens- und verhältnisbezogen, in 5 % rein verhältnis- und in 50 % rein verhaltensbezogen.

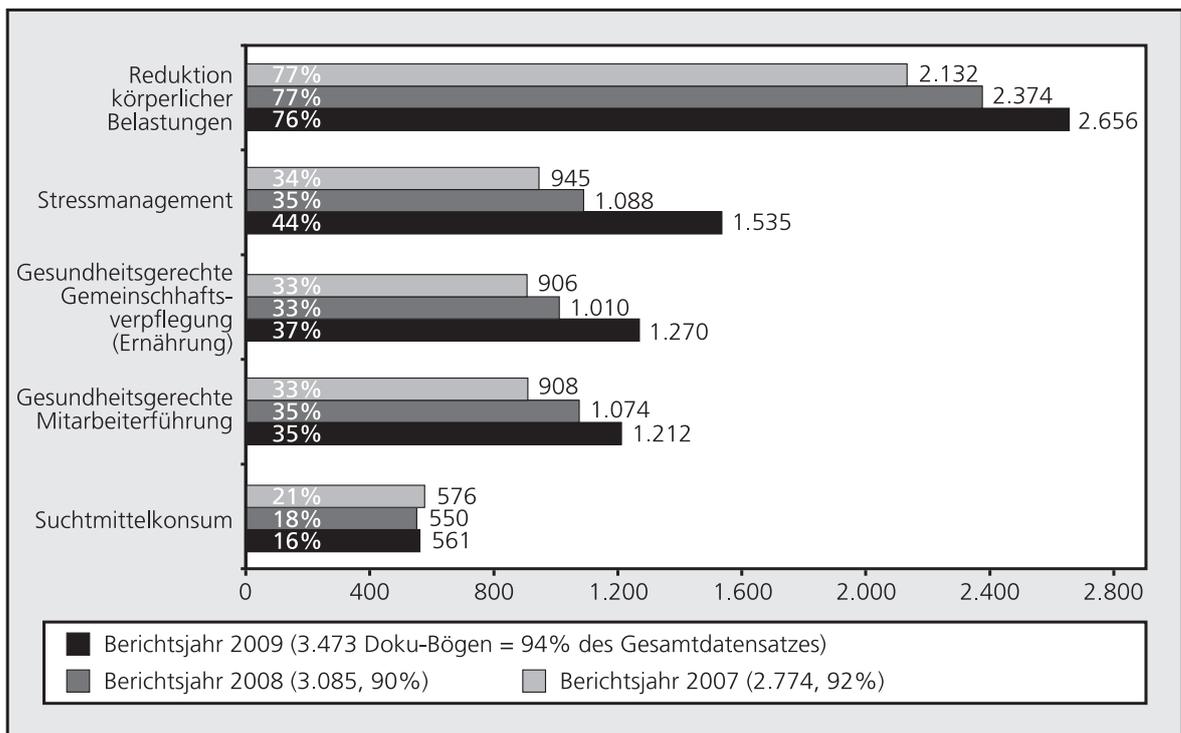
In 83 % der Fälle mit durchgeführten Gesundheitszirkeln wurden zwischen ein bis vier Gesundheitszirkel realisiert. Wenn mehrere Gesundheitszirkel parallel laufen, geschieht dies beispielsweise in unterschiedlichen Arbeits- oder Produktionsbereichen.

8.1.7 Intervention

Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

In 94 % aller rückgemeldeten Dokumentationsbögen lagen Angaben zu den Inhalten der Interventionen vor. Bei den restlichen 6 % kann davon ausgegangen werden, dass sich die Interventionen zum Zeitpunkt der Erhebung noch in der Phase der Bedarfsermittlung und Strukturbildung befanden.

Abb. 35: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen (Mehrfachnennungen möglich)



Die deutliche Zunahme der Aktivitäten zum Stressmanagement steht im Kontext der Zielformulierung der gesetzlichen Krankenversicherung (S. 26). Die Anzahl der betrieblichen Präventionsmaßnahmen zu Stressbewältigung und Stressmanagement sollte innerhalb von zwei Jahren um mindestens 10 % gesteigert werden.

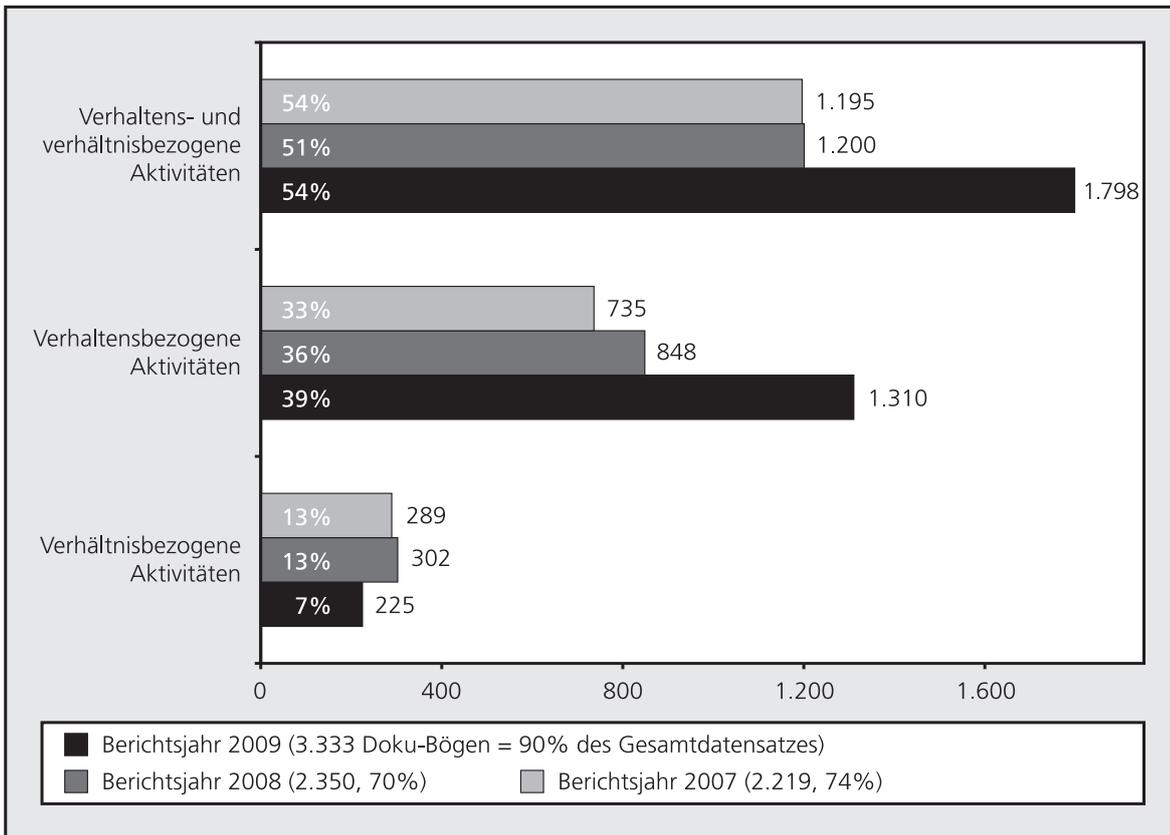
Deutlich wird auch, dass die krankenkassengeforderte betriebliche Gesundheitsförderung im Regelfall mehrere Handlungsfelder kombiniert.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Qualitativ hochwertige und nachhaltige betriebliche Gesundheitsförderung umfasst sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Aktivitäten. Verhältnisbezogene Maßnahmen sind auf strukturelle, organisatorische und Umgebungsveränderungen im Betrieb ausgerichtet. Ziel ist, die Verhältnisse im Betrieb in einem gesundheitsförderlichen oder belastungsreduzierenden Sinne zu verändern. Im Idealfall bindet sich die betriebliche Gesundheitsförderung in betriebliche Managementprozesse ein.

Verhaltensbezogene Aktivitäten intendieren, das gesundheitsbezogene Verhalten der Mitarbeiter zu ändern oder eine bessere Belastungsverarbeitung zu erreichen. Diesem Ziel dienen beispielsweise Informationsveranstaltungen oder stress- und fitnessbezogene Angebote.

Abb. 36: Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten (Mehrfachnennungen möglich)

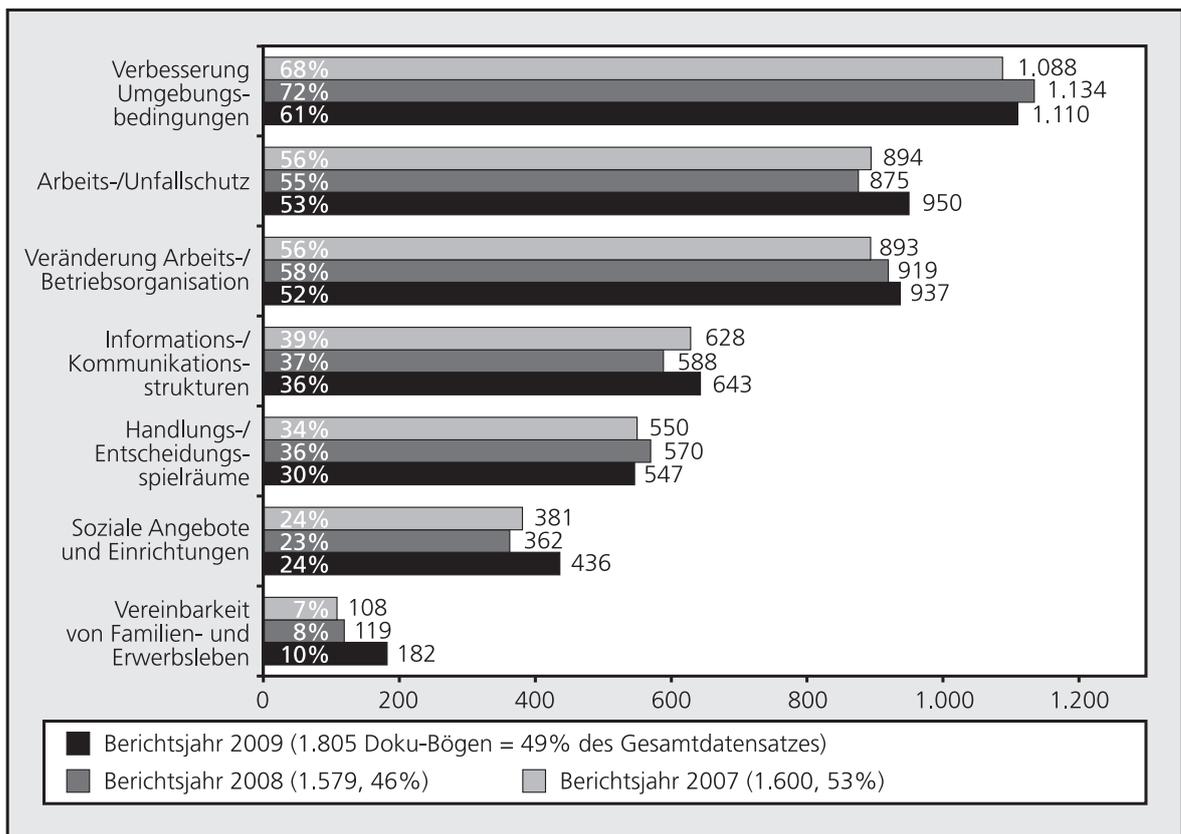


Der Anteil rein verhaltensbezogener Aktivitäten ist in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Vergleich zum Setting-Ansatz sehr hoch: in der betrieblichen Gesundheitsförderung 39 % versus nur 18 % in den Settings. Damit zusammenhängend ist der Anteil an rein verhältnisbezogenen Interventionen in der betrieblichen Gesundheitsförderung niedrig, im Setting sind 27 % verhältnisbezogen. Hintergrund ist, dass die Krankenkassen und die Aktiven in der betrieblichen Gesundheitsförderung offensichtlich weniger in die Rolle kommen, Änderungen des Umfelds oder der Arbeitsorganisation anzuregen. In den Betrieben dürfte es eher darauf ankommen, dass die Sozialpartner mit ihren gegenläufigen Interessen das Umfeld aktiv gestalten.

Art der Umgestaltung

Die Umgestaltungen verdeutlichen, um welche verhältnisbezogene Maßnahmen es sich gehandelt hat. Der Beitrag der Krankenkassen besteht typischerweise darin, Aktivitäten anzuregen oder sie inhaltlich zu begleiten. Damit ist oft die Zielsetzung verbunden, in den Unternehmen ein umfassendes Gesundheitsmanagement zu implementieren.

Abb. 37: Art der Umgestaltung (Mehrfachnennungen möglich)



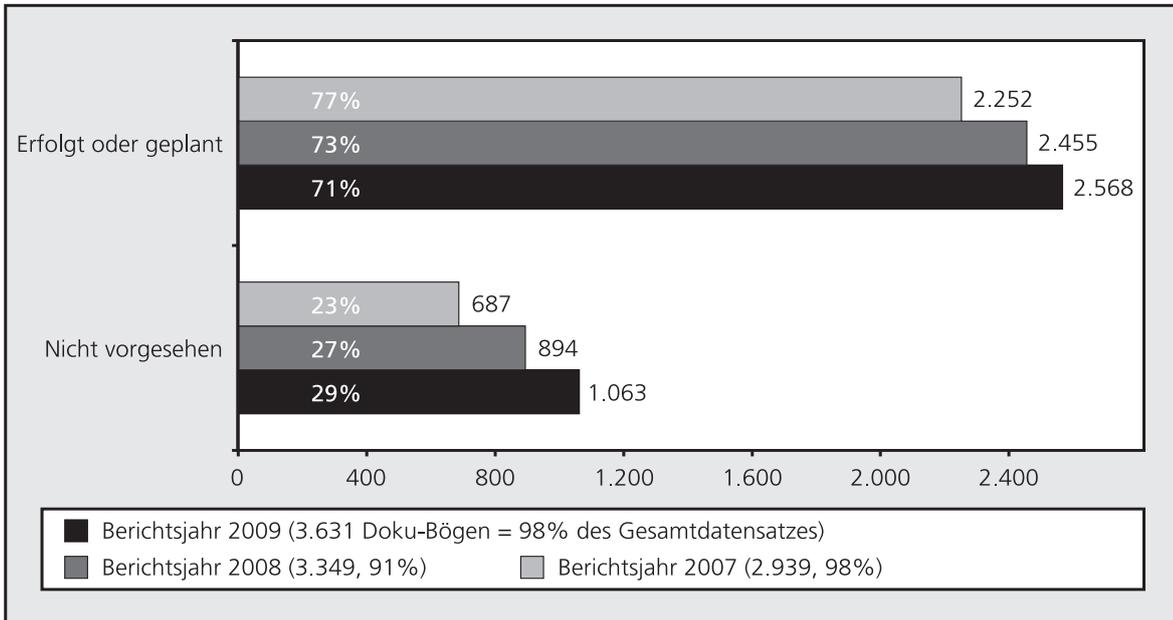
Die deutliche Zunahme der Initiativen zur Förderung spezieller Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf lässt sich dadurch erklären, dass dieses Anliegen eines der Präventionsziele der GKV ist (S. 26). Auch war eine zunehmende Nachfrage der Unternehmen zu konstatieren. Insgesamt zeigt sich die wachsende Bedeutung einer ausgewogenen „Work-Life-Balance.“

Im Durchschnitt lagen je Fall drei Angaben zur Art der Umgestaltungen in Betrieben vor. Bei Mehrfachangaben zur Art der Umgestaltung nannten die Krankenkassen am häufigsten die Veränderung von Umgebungsbedingungen, die Veränderung der Arbeits- oder Betriebsorganisation und den Arbeits- oder Unfallschutz (52 %).

8.1.8 Erfolgskontrolle

Erhoben wurden sowohl bereits durchgeführte als auch noch geplante Erfolgskontrollen.

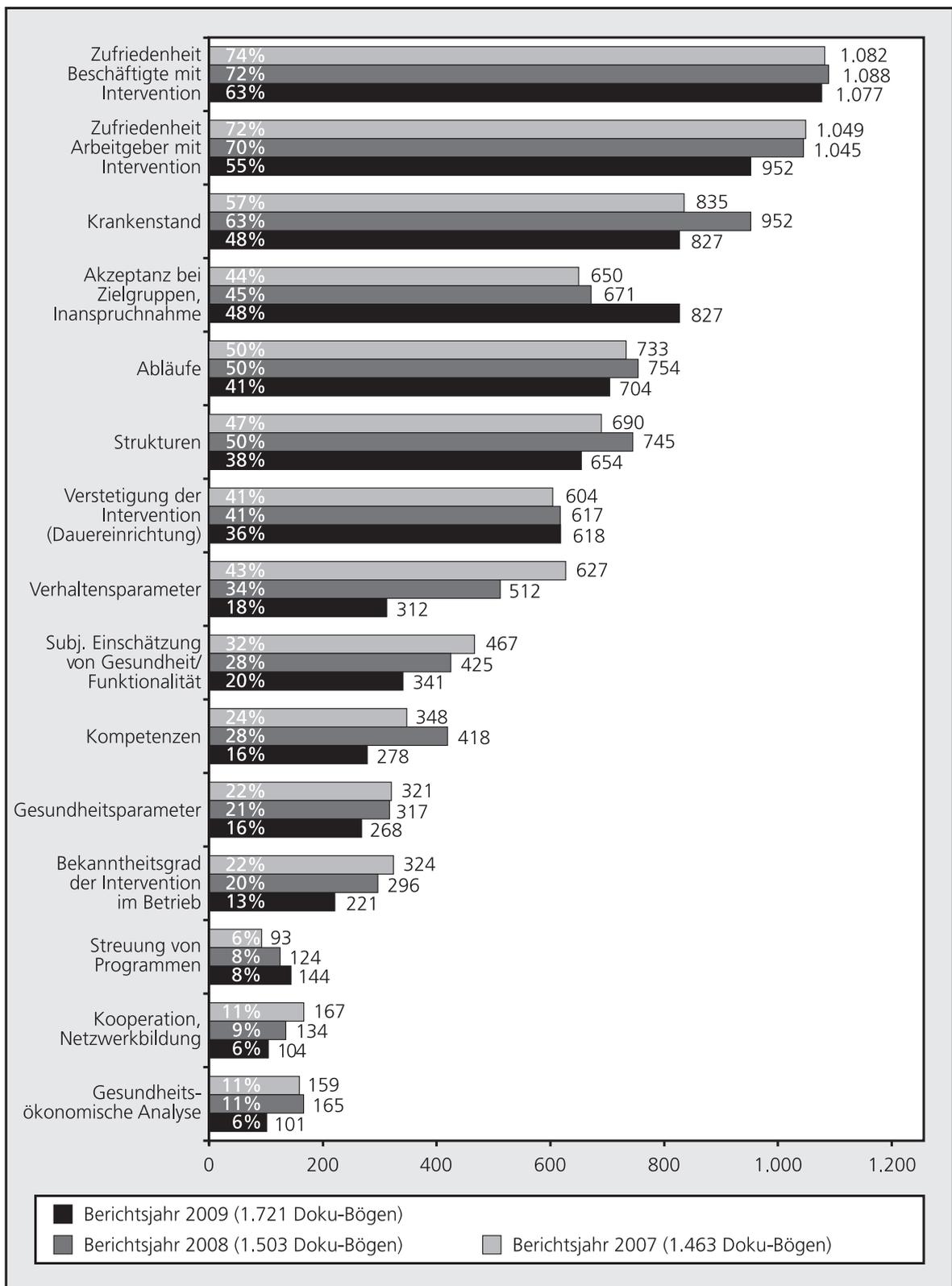
Abb. 38: Durchführung einer Erfolgskontrolle



Im Drei-Jahres-Vergleich lässt sich der Trend erkennen, bei neuen Aktivitäten seltener Erfolgskontrollen vorzusehen. Das deutet darauf hin, dass bewährte Modelle angewandt und ausgeweitet werden, die nicht einer erneuten Evaluation bedürfen.

Worauf sich die Erfolgskontrollen bezogen, zeigt die nachfolgende Abbildung.

Abb. 39: Inhalte der Erfolgskontrolle (Mehrfachnennungen möglich)



Bei den Erfolgskontrollen wurden durchschnittlich fünf Parameter erhoben (2008 und 2007 sechs). Damit wird deutlich, dass auch weiterhin eine große Breite an Parametern erhoben wird. Mehrere Dimensionen der möglichen Ergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung werden geprüft. Dadurch ergibt sich ein differenziertes Bild, welches den Akteuren Anregungen vermittelt, was fortentwickelt und verbessert werden sollte.

Der Krankenstand wurde deutlich seltener in die Erfolgskontrolle einbezogen. Tatsächlich ist der Krankenstand ein Parameter, der von vielen Gegebenheiten außerhalb der Gesundheitsförderung beeinflusst wird. Der in den vergangenen Jahren beobachtete Rückgang der durchschnittlichen Tage der Arbeitsunfähigkeit flachte seit 2007 ab, es ergibt sich eher eine Stagnation.²⁸

Welche Kontrollparameter kombiniert wurden, war sehr unterschiedlich. In 47 % der Fälle mit Mehrfachnennungen wurden die Parameter „Zufriedenheit der Beschäftigten und des Arbeitgebers mit der Intervention“, Krankenstand, Abläufe, und Strukturen in verschiedener Weise kombiniert.

8.2 Branchenbezogene Auswertungen

In diesem Kapitel werden Branchen näher betrachtet und verglichen, die mindestens 5 % Anteil am Gesamtdatensatz hatten.

Die Ergebnisse aus den verschiedenen Branchen sind aufgeschlüsselt nach Laufzeit, Betriebsgröße, Geschlecht und Zahl der erreichten Personen, Zielgruppen, Durchführung von Gesundheitszirkeln, Interventionsinhalten, Ausrichtung der Aktivitäten und Erfolgskontrollen.

Ableiten lassen sich die folgenden wesentlichen Aussagen:

- Die durchschnittliche Projektlaufzeit war mit 35 Monaten im verarbeitenden Gewerbe besonders lang. Das weist darauf hin, dass ein nachhaltiges betriebliches Gesundheitsmanagement betrieben wird und die Initiativen auf einen längeren Zeitraum ausgerichtet sind. Umgekehrt betrug die Laufzeit im Dienstleistungssektor nur 17 Monate, was auf einen höheren Anteil punktueller Maßnahmen hinweist.
- Hinsichtlich der Betriebsgrößen fällt auf, dass im Bauwesen und im Handel häufiger als in den anderen Branchen betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben durchgeführt wird.
- Die Daten zum Frauenanteil der Betriebe lassen erkennen, dass sich die krankenkassengeforderte betriebliche Gesundheitsförderung deutlich auf Betriebe mit geringem Frauenanteil – also verstärkt auf Männer – konzentriert. Männer wurden insbesondere in den Betrieben des Baugewerbes, des verarbeitenden Gewerbes und des Handels erreicht. Frauen ließen sich dagegen überproportional im Gesundheitswesen erreichen. Zum Vergleich: Die Erwerbsquote der Frauen in der Bundesrepublik betrug 2009 71 %, die der Männer 82 %.²⁹
- Insbesondere im Baugewerbe ist eine hohe Zahl an Gesundheitszirkeln festzustellen. 55 % der Projekte richteten Gesundheitszirkel ein. Damit ist die Partizipation der Mitarbeiter – als einer der Qualitätsparameter der Gesundheitsförderung – in hohem Maß gewährleistet. Das entspricht den Notwendigkeiten, denn im Baugewerbe unterliegen die Mitarbeiter vielen Gesundheitsgefährdungen: körperlichen Belastungen, Umgebungsbelastungen wie Lärm und Hitze sowie psychologischen und sozialen Belastungen.
- Das Thema „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ wurde im Baugewerbe ebenfalls häufiger als in anderen Branchen bearbeitet.

²⁸ Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Arbeitsunfähigkeit, GKV-Mitglieder. Stand: 2008

²⁹ Statistisches Bundesamt, Eurostat Deutschland: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Wirtschaftsabschnitten, Stand: 31.12.2009

8.2.1 Allgemeine Daten nach Branchen

Tabelle 18: Branchenauswertungen – Laufzeiten

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.153		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen N=517		Dienstleistungen N=413	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 3 Monate	220	25%	87	22%	117	38%
4 bis 6 Monate	56	6%	31	8%	22	7%
7 bis 11 Monate	37	4%	39	10%	20	6%
12 Monate	93	10%	41	10%	47	15%
Über ein Jahr	486	54%	206	51%	104	34%
Gesamt	892	100%	404	100%	310	100%
Fehlende Angaben	261		113		103	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	34,9		27,0		17,0	
	Baugewerbe N=360		Handel N=329		Öffentliche Verwaltung N=356	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 3 Monate	61	18%	62	24%	65	24%
4 bis 6 Monate	16	5%	15	6%	26	10%
7 bis 11 Monate	7	2%	14	5%	22	8%
12 Monate	49	15%	34	13%	20	7%
über ein Jahr	197	60%	133	52%	134	50%
Gesamt	330	100%	258	100%	267	100%
Fehlende Angaben	30		71		89	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	28,3		26,6		24,7	

Tabelle 19: Branchenauswertungen – Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.153		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen N=517		Dienstleistungen N=413	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1-9	80	7%	49	10%	67	16%
10-49	199	17%	58	11%	109	26%
50-99	103	9%	102	20%	65	16%
100-499	493	43%	180	35%	129	31%
500-1.499	176	15%	89	17%	25	6%
1.500 und mehr	94	8%	33	6%	18	4%
Gesamt	1.145	100%	511	100%	413	100%
Fehlende Angaben	8		6		0	
	Baugewerbe N=360		Handel N=329		Öffentliche Verwaltung N=356	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1-9	179	50%	87	27%	6	2%
10-49	114	32%	99	30%	27	8%
50-99	23	6%	29	9%	28	8%
100-499	37	10%	80	25%	168	48%
500-1.499	4	1%	22	7%	84	24%
1.500 und mehr	3	1%	9	3%	39	11%
Gesamt	360	100%	326	100%	352	100%
Fehlende Angaben	0		3		4	

Tabelle 20: Branchenauswertungen – Frauenanteil

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.153		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen N=517		Dienstleistungen N=413	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25%	627	57%	55	11%	84	21%
26-50%	284	26%	37	8%	104	26%
51-75%	146	13%	214	44%	116	29%
76-100%	34	3%	183	37%	93	23%
Gesamt	1.091	100%	489	100%	397	100%
Fehlende Angaben	62		28		16	
	Baugewerbe N=360		Handel N=329		Öffentliche Verwaltung N=356	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25%	334	93%	183	59%	43	13%
26-50%	19	5%	54	17%	83	25%
51-75%	3	1%	51	17%	179	54%
76-100%	2	1%	21	7%	29	9%
Gesamt	358	100%	309	100%	334	100%
Fehlende Angaben	2		20		22	

Tabelle 21: Branchenauswertungen – Männeranteil in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Wirtschaftsabschnitten, Stand: 31.12.2009

	Verarbeitendes Gewerbe	Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen	Dienstleistungen
BGF	72%	36%	49%
Beschäftigte bundesweit	75%	20%	47%
	Baugewerbe	Handel	Öffentliche Verwaltung
BGF	85%	70%	48%
Beschäftigte bundesweit	87%	48%	38%

Tabelle 22: Branchenauswertungen – erreichte Personen (Schätzzahlen)

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.153				Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen N=517			
	Mini- mum	Maxi- mum	Summe	Prozent	Mini- mum	Maxi- mum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Personen	1	40.000	256.158	100%	1	14.000	69.142	100%
... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	10.000	58.038	23%	1	600	7.597	11%
Auswirkung auf schätzungsweise ... weitere Personen	0	5.000	50.894	100%	1	7.000	47.425	100%
... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	1.000	8.150	16%	1	1.300	8.220	17%
Erreichte Personen gesamt	307.052			100%	116.567			100%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	66.188			22%	15.817			14%
	Dienstleistungen N=413				Baugewerbe N=360			
	Mini- mum	Maxi- mum	Summe	Prozent	Mini- mum	Maxi- mum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Personen	1	1.500	27.494	100%	1	1.000	8.183	100%
... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	800	5.383	20%	1	250	1.713	21%
Auswirkung auf schätzungsweise ... weitere Personen	1	6.000	19.423	100%	2	420	2.108	100%
... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	1.500	4.600	24%	1	60	396	19%
Erreichte Personen gesamt	46.917			100%	10.291			100%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	9.983			21%	2.109			20%
	Handel N=329				Öffentliche Verwaltung N=356			
	Mini- mum	Maxi- mum	Summe	Prozent	Mini- mum	Maxi- mum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Personen	1	2.000	22.302	100%	1	10.000	81.854	100%
... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	600	2.971	13%	1	3.500	17.344	21%
Auswirkung auf schätzungsweise ... weitere Personen	1	800	7.485	100%	1	23.000	65.139	100%
... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	200	1.504	20%	1	2.800	10.740	16%
Erreichte Personen gesamt	29.787			100%	146.993			100%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	4.475			15%	28.084			19%

8.2.2 Zielgruppen nach Branchen

Tabelle 23: Branchenauswertungen – Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)

	Verarbeitendes Gewerbe (n=423, 37%)		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (n=226, 44%)		Dienstleistungen (n=121, 29%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	167	39%	92	41%	48	40%
Ältere Arbeitnehmer	36	9%	11	5%	9	7%
Ausländischer Arbeitnehmer	19	4%	4	2%	0	0%
Frauen	52	12%	37	16%	19	16%
Auszubildende	82	19%	16	7%	22	18%
Obere Führungsebene	109	26%	55	24%	32	26%
Mittlere Leitungsebene einschließlich Meister/Teamleiter	130	31%	41	18%	36	30%
Mitarbeiter Verwaltung	103	24%	31	14%	31	26%
Mitarbeiter Produktion/Handwerk	204	48%	16	7%	30	25%
Mitarbeiter Dienstleistungsbereich	47	11%	54	24%	42	35%
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	36	9%	24	11%	20	17%
Andere Zielgruppe	37	9%	41	18%	16	13%
	Baugewerbe (n=56, 16%)		Handel (n=69, 21%)		Öffentliche Verwaltung (n=143, 40%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	26	46%	25	36%	51	36%
Ältere Arbeitnehmer	11	20%	4	6%	12	8%
Ausländischer Arbeitnehmer	7	13%	2	3%	0	0%
Frauen	12	21%	14	20%	34	24%
Auszubildende	11	20%	7	10%	30	21%
Obere Führungsebene	21	38%	10	14%	51	36%
Mittlere Leitungsebene einschließlich Meister/Teamleiter	14	25%	14	20%	54	38%
Mitarbeiter Verwaltung	16	29%	22	32%	67	47%
Mitarbeiter Produktion/Handwerk	20	36%	16	23%	19	13%
Mitarbeiter Dienstleistungsbereich	12	21%	11	16%	41	29%
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	2	4%	4	6%	17	12%
Andere Zielgruppe	0	0%	10	14%	24	17%

8.2.3 Gesundheitszirkel nach Branchen

Tabelle 24: Branchenauswertungen – Gesundheitszirkel

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.153		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen N=517		Dienstleistungen N=413		Baugewerbe N=360	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	236	21%	86	17%	70	17%	196	55%
Nein	905	79%	420	83%	337	83%	162	45%
Gesamt	1.141	100%	506	100%	407	100%	358	100%
Fehlende Angaben	12		11		6		2	
	Handel N=329		Öffentliche Verwaltung N=356					
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent				
Ja	96	29%	77	22%				
Nein	232	71%	274	78%				
Gesamt	328	100%	351	100%				
Fehlende Angaben	1		5					

8.2.4 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Branchen

Tabelle 25: Branchenauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

(Mehrfachnennungen möglich)

	Verarbeitendes Gewerbe (n=1.104, 96%)		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (n=458, 89%)		Dienstleistungen (n=379, 92%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	862	78%	327	71%	258	68%
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung	423	38%	129	28%	151	40%
Stressmanagement	418	38%	196	43%	123	32%
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	359	33%	143	31%	74	20%
Suchtmittelkonsum	244	22%	40	9%	50	13%
	Baugewerbe (n=356, 99%)		Handel (n=316, 96%)		Öffentliche Verwaltung (n=327, 92%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	311	87%	246	78%	230	70%
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung	82	23%	113	36%	142	43%
Stressmanagement	221	62%	129	41%	173	53%
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	214	60%	118	37%	117	36%
Suchtmittelkonsum	17	5%	29	9%	66	20%

Interventionen zur Reduktion körperlicher Belastungen standen besonders in Betrieben aus dem Gastgewerbe (91 %), dem Baugewerbe (87 %), der Verkehr- und Nachrichtenübermittlung (84 %) und der Erziehung/des Unterrichts (83 %) im Vordergrund.

8.2.5 Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Branchen

Tabelle 26: Branchenauswertungen – verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.153		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen N=517		Dienstleistungen N=413		Baugewerbe N=360	
Verhaltens- und verhältnis- bezogene Aktivitäten	608	58%	204	47%	162	44%	254	73%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	382	36%	186	43%	188	51%	86	25%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	66	6%	46	11%	21	6%	7	2%
Gesamt	1.056	100%	436	100%	371	100%	347	100%
Fehlende Angaben	97		81		42		13	
	Handel N=329		Öffentliche Verwaltung N=356					
Verhaltens- und verhältnis- bezogene Aktivitäten	184	60%	139	45%				
Verhaltensbezogene Aktivitäten	115	38%	139	45%				
Verhältnisbezogene Aktivitäten	6	2%	34	11%				
Gesamt	305	100%	312	100%				
Fehlende Angaben	24		44					

8.2.6 Erfolgskontrollen nach Branchen

Tabelle 27: Branchenauswertungen – Erfolgskontrolle

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.153		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen N=517		Dienstleistungen N=413	
Erfolgt oder geplant	817	72%	353	69%	246	61%
Nicht vorgesehen	314	28%	158	31%	159	39%
Gesamt	1.131	100%	511	100%	405	100%
Keine Angabe	22		6		8	
	Baugewerbe N=360		Handel N=329		Öffentliche Verwaltung N=356	
Erfolgt oder geplant	287	80%	209	64%	244	71%
Nicht vorgesehen	70	20%	118	36%	100	29%
Gesamt	357	100%	327	100%	344	100%
Keine Angabe	3		2		12	

8.3 Betriebsgrößenspezifische Auswertungen

Dieses Kapitel schlüsselt die Kennziffern der krankenkassengeförderten betrieblichen Gesundheitsförderung entsprechend der Betriebsgrößen auf. Berücksichtigung finden dabei die Kategorien Frauenanteil, Laufzeiten der Gesundheitsförderungsmaßnahmen, erreichte Personen, Zielgruppen, Gesundheitszirkel, inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten, verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten sowie Erfolgskontrollen.

8.3.1 Allgemeine Daten nach Betriebsgrößen

In den Klein- und Kleinstbetrieben wurden stark überproportional Männer erreicht. Frauen wiederum wurden am häufigsten in Betrieben mit über 500 Mitarbeitern erreicht.

Tabelle 28: Betriebsgrößenauswertungen – Frauenanteil

	1 bis 9 Mitarbeiter N=529		10 bis 49 Mitarbeiter N=678		50 bis 99 Mitarbeiter N=417	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25%	373	72%	352	54%	148	37%
26-50%	30	6%	97	15%	94	24%
51-75%	57	11%	111	17%	88	22%
76-100%	61	12%	93	14%	66	17%
Gesamt	521	100%	653	100%	396	100%
Fehlende Angaben	8		25		21	
	100 bis 499 N=1.282		500 bis 1.499 N=493		1.500 und mehr N=254	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25%	448	37%	118	27%	59	26%
26-50%	306	25%	128	29%	79	35%
51-75%	346	29%	158	36%	65	29%
76-100%	106	9%	40	9%	20	9%
Gesamt	1.206	100%	444	100%	223	100%
Fehlende Angaben	76		49		31	

Die nachfolgende Tabelle zu den Laufzeiten der Aktivitäten zeigt, dass die Laufzeit nicht mit der Betriebsgröße zusammen hängt.

Tabelle 29: Betriebsgrößenauswertungen – Laufzeiten

	1 bis 9 Mitarbeiter N=529		10 bis 49 Mitarbeiter N=678		50 bis 99 Mitarbeiter N=417	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 3 Monate	71	15%	218	39%	96	27%
4 bis 6 Monate	11	2%	44	8%	35	10%
7 bis 11 Monate	16	3%	28	5%	29	8%
12 Monate	102	21%	65	12%	23	6%
über ein Jahr	279	58%	204	36%	176	49%
Gesamt	479	100%	559	100%	359	100%
Fehlende Angaben	50		119		58	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	27,8		16,9		26,3	
	100 bis 499 N=1.282		500 bis 1.499 N=493		1.500 und mehr N=254	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 3 Monate	216	22%	68	20%	27	17%
4 bis 6 Monate	78	8%	20	6%	14	9%
7 bis 11 Monate	58	6%	22	6%	13	8%
12 Monate	97	10%	39	12%	23	14%
über ein Jahr	537	54%	190	56%	85	52%
Gesamt	986	100%	339	100%	162	100%
Fehlende Angaben	296		154		92	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	30,3		34,8		38,5	

8.3.2 Zielgruppen nach Betriebsgrößen

Die nachfolgende Tabelle schlüsselt die Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Betriebsgröße auf. Auszubildende waren einerseits bei den Kleinstbetrieben, andererseits bei den Großbetrieben eine häufig genannte Zielgruppe. Bei den Kleinstbetrieben dürfte das dadurch begründet sein, dass in diesen Branchen ein hoher Anteil an Auszubildenden existiert und weiterhin die Auszubildenden unweigerlich mit Zielgruppe sind, wenn Aktivitäten durchgeführt werden. Bei den Großbetrieben wiederum werden die Auszubildenden häufig im Block an festen Standorten geschult und sind daher gut erreichbar.

Tabelle 30: Betriebsgrößenbewertungen – Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)

	1 bis 9 Mitarbeiter (n=59, 11%)		10 bis 49 Mitarbeiter (n=144, 21%)		50 bis 99 Mitarbeiter (n=171, 41%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	10	17%	43	30%	50	29%
Ältere Arbeitnehmer	4	7%	11	8%	7	4%
Ausländischer Arbeitnehmer	2	3%	6	4%	2	1%
Frauen	7	12%	26	18%	26	15%
Auszubildende	18	31%	21	15%	16	9%
Obere Führungsebene	10	17%	28	19%	30	18%
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/ Teamleiter	3	5%	23	16%	30	18%
Mitarbeiter Verwaltung	7	12%	38	26%	41	24%
Mitarbeiter Produktion/Handwerk	5	8%	35	24%	31	18%
Mitarbeiter Dienstleistungsbereich	9	15%	30	21%	30	18%
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	0	0%	3	2%	3	2%
Andere Zielgruppe	9	15%	12	8%	18	11%
	100 bis 499 (n=512, 40%)		500 bis 1.499 (n=249, 51%)		1.500 und mehr (n=128, 50%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	201	39%	116	47%	71	55%
Ältere Arbeitnehmer	35	7%	17	7%	27	21%
Ausländischer Arbeitnehmer	10	2%	5	2%	8	6%
Frauen	64	13%	47	19%	34	27%
Auszubildende	72	14%	58	23%	54	42%
Obere Führungsebene	139	27%	87	35%	63	49%
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/ Teamleiter	147	29%	90	36%	65	51%
Mitarbeiter Verwaltung	129	25%	64	26%	53	41%
Mitarbeiter Produktion/Handwerk	153	30%	88	35%	63	49%
Mitarbeiter Dienstleistungsbereich	82	16%	57	23%	51	40%
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	45	9%	51	20%	43	34%
Andere Zielgruppe	55	11%	36	14%	25	20%

8.3.3 Gesundheitszirkel nach Betriebsgrößen

Tabelle 31: Betriebsgrößenauswertungen – Gesundheitszirkel

	1 bis 9 Mitarbeiter N=529		10 bis 49 Mitarbeiter N=678		50 bis 99 Mitarbeiter N=417	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	325	62%	120	18%	55	14%
Nein	203	38%	553	82%	351	86%
Gesamt	528	100%	673	100%	406	100%
Keine Angabe	1		5		11	
	100 bis 499 N=1.282		500 bis 1.499 N=493		1.500 und mehr N=254	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	211	17%	79	17%	65	27%
Nein	1.045	83%	391	83%	179	73%
Gesamt	1.256	100%	470	100%	244	100%
Keine Angabe	26		23		10	

8.3.4 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Betriebsgrößen

Tabelle 32: Betriebsgrößenauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

	1 bis 9 Mitarbeiter (n=529, 99%)		10 bis 49 Mitarbeiter (n=660, 97%)		50 bis 99 Mitarbeiter (n=387, 93%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	460	88%	460	70%	281	73%
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung	114	22%	246	37%	121	31%
Stressmanagement	334	64%	193	29%	139	36%
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	317	60%	150	23%	83	21%
Suchtmittelkonsum	8	2%	29	4%	38	10%
	100 bis 499 (n=1.191, 93%)		500 bis 1.499 (n=445, 90%)		1.500 und mehr (n=239, 94%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	892	75%	342	77%	204	85%
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung	424	36%	208	47%	145	61%
Stressmanagement	475	40%	231	52%	157	66%
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	366	31%	175	39%	111	46%
Suchtmittelkonsum	242	20%	129	29%	107	45%

Die Reduktion körperlicher Belastungen ist durchgängig in allen Betriebsgrößen das Hauptanliegen. In Kleinstbetrieben liegt ein Schwerpunkt der inhaltlichen Ausrichtung neben der Reduktion körperlicher Belastungen auf dem Stressmanagement und der gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung.

Je größer die Betriebe sind, desto häufiger gibt es Aktivitäten zum Suchtmittelkonsum. Das liegt daran, dass größere Betriebe häufiger etablierte Programme haben. Auch gibt es dort oft Sozialarbeiter oder Suchtbeauftragte, die entsprechende Aktivitäten veranlassen und mit durchführen.

8.3.5 Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Betriebsgrößen

Tabelle 33: Betriebsgrößenauswertungen – verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten

	1 bis 9 Mitarbeiter N=529		10 bis 49 Mitarbeiter N=678		50 bis 99 Mitarbeiter N=417	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	385	73%	280	44%	176	46%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	134	26%	338	53%	183	48%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	6	1%	16	3%	21	6%
Gesamt	525	100%	634	100%	380	100%
Keine Angabe	4		44		37	
	100 bis 499 N=1.282		500 bis 1.499 N=493		1.500 und mehr N=254	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	601	54%	217	50%	134	58%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	421	38%	159	37%	70	30%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	95	9%	55	13%	27	12%
Gesamt	1.117	100%	431	100%	231	100%
Keine Angabe	165		62		23	

8.3.6 Erfolgskontrollen nach Betriebsgrößen

Tabelle 34: Betriebsgrößenauswertungen – Erfolgskontrolle

	1 bis 9 Mitarbeiter N=529		10 bis 49 Mitarbeiter N=678		50 bis 99 Mitarbeiter N=417	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erfolgt oder geplant	424	81%	423	63%	286	70%
Nicht vorgesehen	101	19%	250	37%	124	30%
Gesamt	525	100%	673	100%	410	100%
Keine Angabe	4		5		7	
	100 bis 499 N=1.282		500 bis 1.499 N=493		1.500 und mehr N=254	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erfolgt oder geplant	883	70%	343	71%	135	100%
Nicht vorgesehen	373	30%	140	29%	0	0%
Gesamt	1.256	100%	483	100%	135	100%
Keine Angabe	26		10		119	

8.4 Qualitätsparameter in Abhängigkeit von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen

Die Maßnahmen sollten durch ein Steuerungsgremium – z.B. einen „Arbeitskreis Gesundheit“ – geleitet und koordiniert werden, in dem die relevanten Akteure beteiligt sind.

Eine These ist, dass das Vorhandensein eines Steuerungsgremiums eine wichtige Voraussetzung für die Planung und Durchführung langfristig und nachhaltig angelegter Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist.

Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen waren insgesamt bei 57 % der Projekte vorhanden. Im Folgenden wird untersucht, inwieweit das Vorhandensein von Steuerungsgremien in Zusammenhang steht mit Qualitätsparametern wie Häufigkeit und Art der Bedarfsanalysen, Art der Interventionen und Erfolgskontrollen.

Wesentliche Ergebnisse sind:

- Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen betrug die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten im Mittel 34 Monate, bei fehlenden 19 Monate.
- In 39 % der Fälle (Dokumentationsbögen) mit Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden Gesundheitszirkel durchgeführt. Bei fehlenden Steuerungsstrukturen lag der Anteil der realisierten Gesundheitszirkel nur bei 4 %.
- Ferner waren die Aktivitäten bei vorhandenen Steuerungsgremien deutlich häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen (68 %), als wenn diese fehlten (34 %). Rein verhaltensbezogene Aktivitäten, die tendenziell weniger Aufwand bedeuteten, wurden hingegen deutlich häufiger ohne vorherige Bildung von Steuerungsstrukturen (62 %) durchgeführt.

Es lässt sich ableiten, dass Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen tendenziell für „anspruchsvollere“ Maßnahmen bürgen.

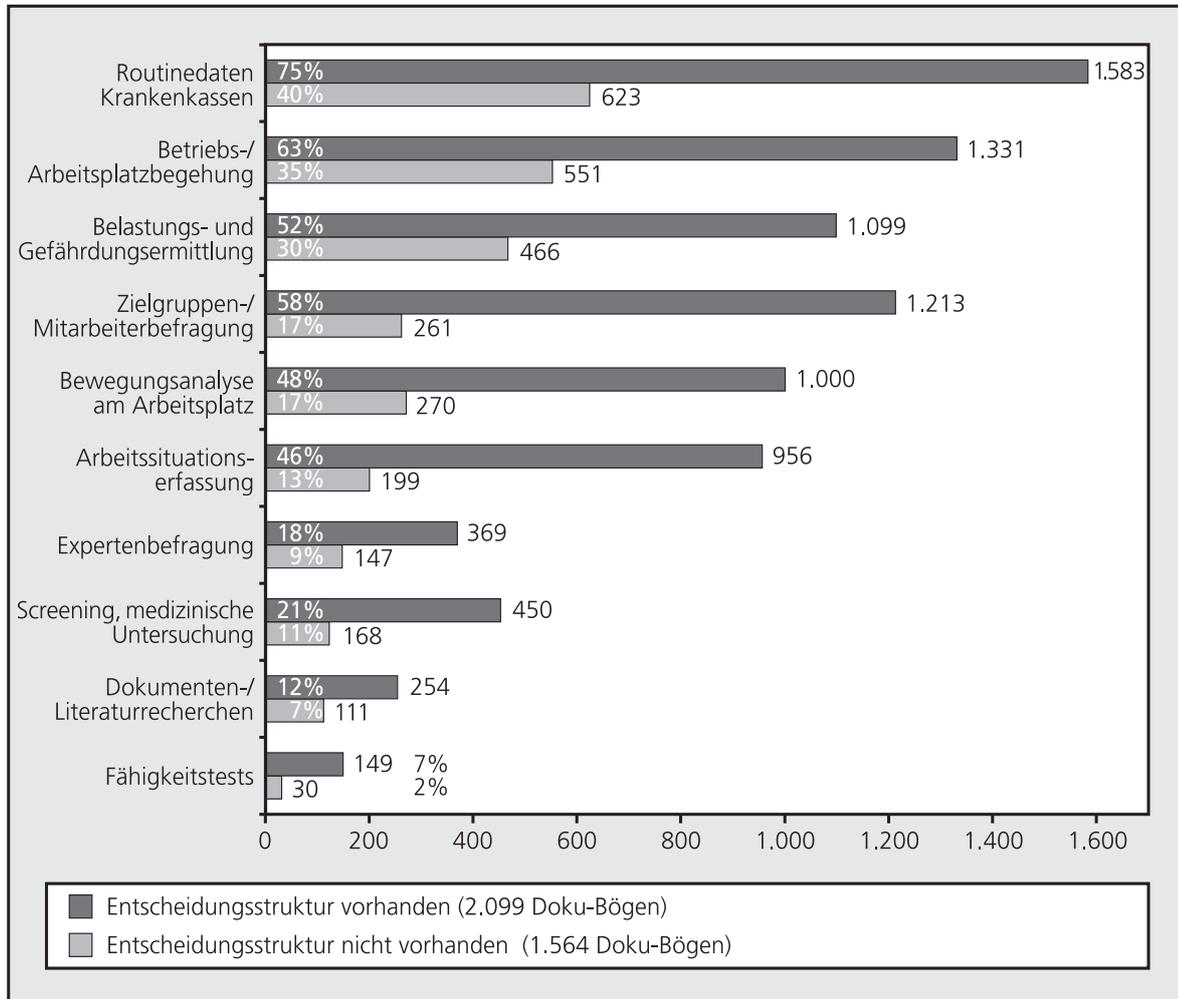
8.4.1 Laufzeit nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur

Bei knapp 71 % der Projekte mit einer Laufzeit von einem Jahr oder länger waren Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden. Bei den kürzer angelegten Projekten traf dies nur auf 36 % zu.

8.4.2 Bedarfsermittlung nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur

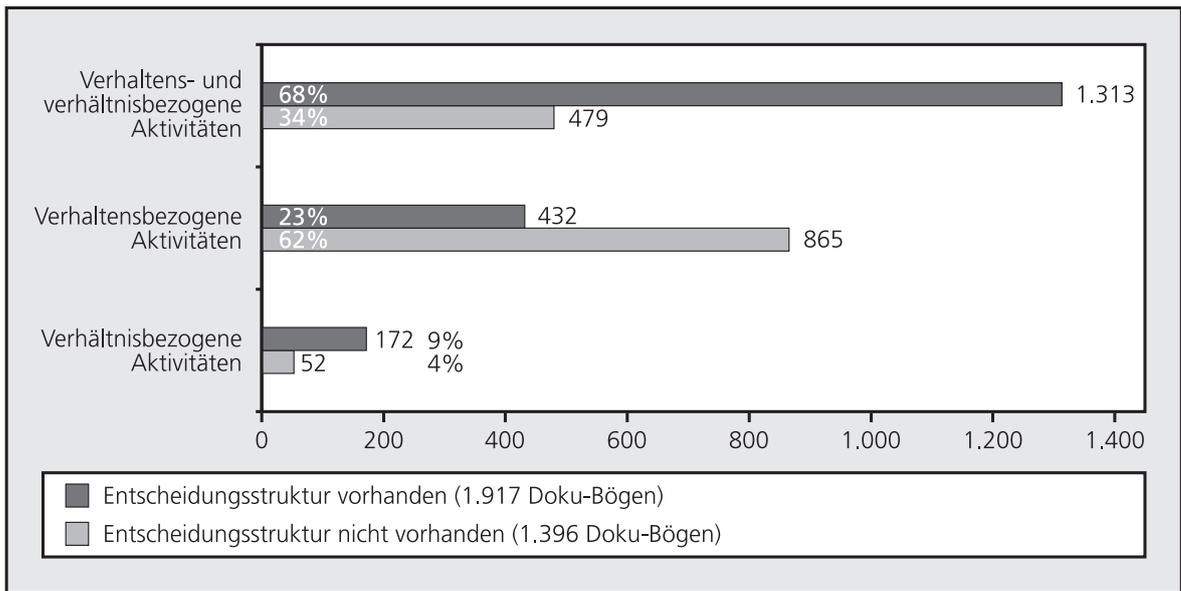
Insgesamt führten die Akteure in 95 % aller Fälle (Dokumentationsbögen) Bedarfsanalysen durch. Bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden deutlich mehr – und zwar durchschnittlich vier – Bedarfsanalyseinstrumente miteinander kombiniert eingesetzt als bei fehlenden. Dort waren es im Durchschnitt nur zwei Instrumente.

Abb. 40: Bedarfsermittlung



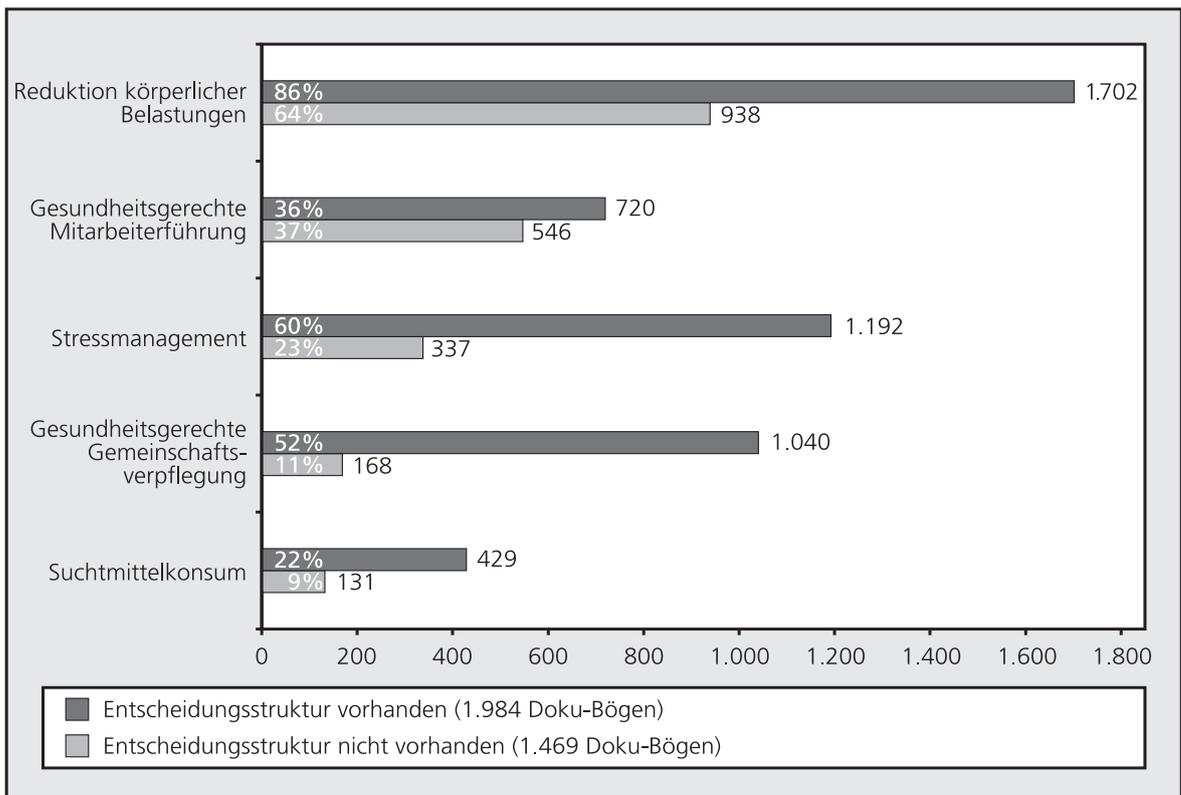
8.4.3 Intervention nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur

Abb. 41: Verhältnis- und verhaltensorientierte Aktivitäten



Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen wurden häufiger mehrere Inhalte miteinander verknüpft angesprochen als bei fehlenden. So waren es bei vorhandenen Strukturen je Fall etwa drei Inhalte gleichzeitig, bei fehlenden hingegen im Mittel nur zwei Inhalte je Fall.

Abb. 42: Inhaltliche Ausrichtung



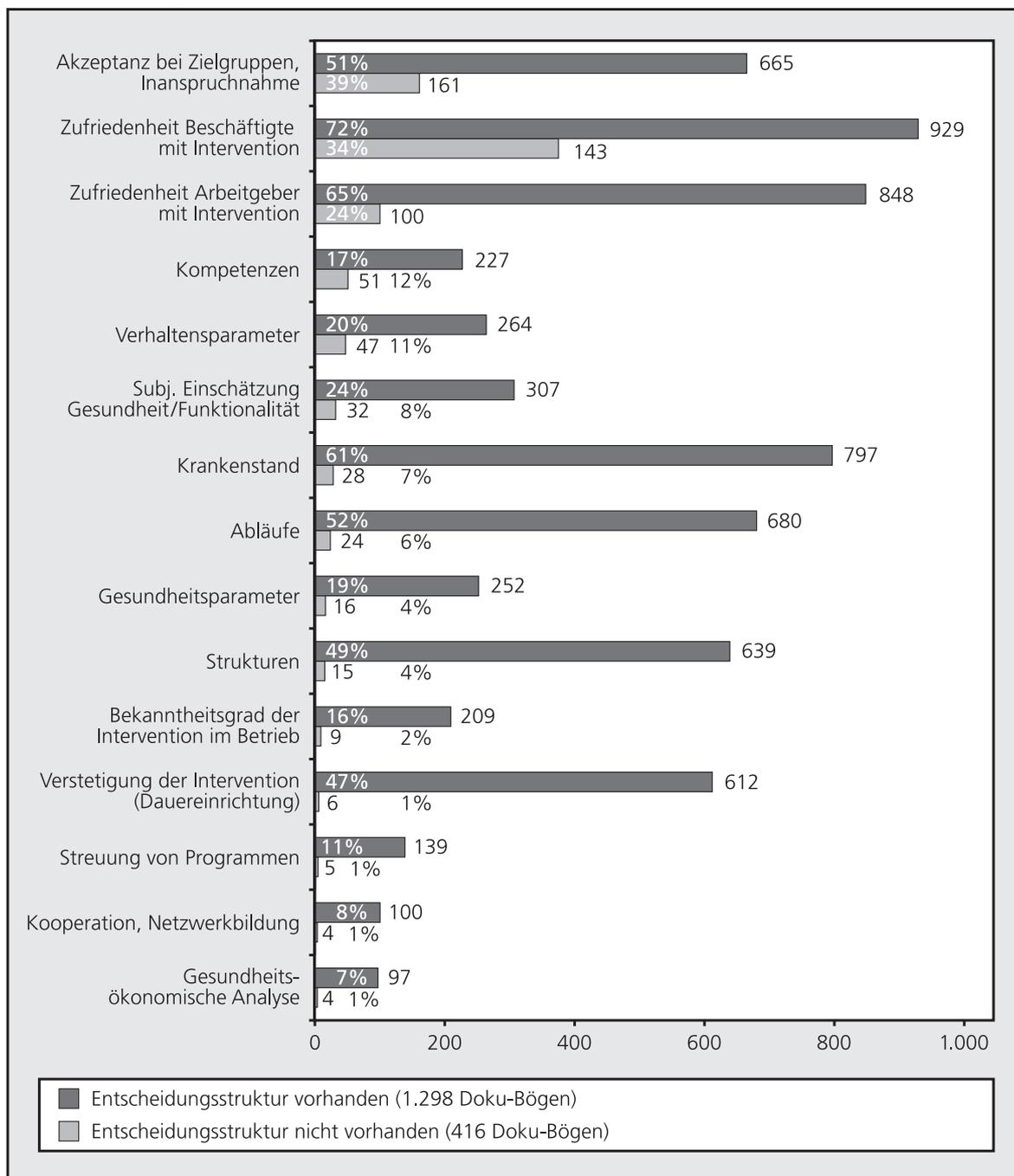
Anteilsmäßig in ähnlichem Umfang führten Projekte mit und ohne Steuerungsstruktur Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung durch. Hier besteht ein Bezug zum GKV-Präventionsziel „Reduktion von psychischen und Verhaltensstörungen“ (S. 26).

Besonders ausgeprägt ist die Diskrepanz zwischen einer betrieblichen Gesundheitsförderung mit und einer ohne Steuerungsstruktur hinsichtlich der Arbeit für eine gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung. Das ist plausibel, denn für strukturelle Änderungen an der Verpflegungssituation ist ein „längerer Atem“ und die Kooperation vieler Beteiligter erforderlich.

8.4.4 Erfolgskontrollen nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur

82 % der Projekte mit vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen berichteten über bereits durchgeführte und geplante Erfolgskontrollen. Fehlten solche Strukturen, gab es nur bei 56 % Erfolgskontrollen. Projekte mit Steuerungsstrukturen setzten durchschnittlich sechs Formen der Erfolgskontrollen ein, solche mit fehlenden Strukturen drei.

Abb. 43: Erfolgskontrollen



9 Empfehlungen und Ausblick

Der Präventionsbericht 2010 macht transparent, auf welche Weise sich die Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung engagieren und wie viel sie im Einzelnen tun.

Gleichzeitig geben die Daten Hinweise, welche Aktivitäten noch ausgebaut werden sollten.

Zielerreichung in der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung

Die zunächst für nur zwei Jahre formulierten GKV-Ziele in der Prävention und Gesundheitsförderung wurden für die kommenden drei Jahre fortgeschrieben. Die hier vorgestellten Ergebnisse aus den beiden ersten „Gültigkeitsjahren“ der Ziele legen es nahe, dass die Krankenkassen ihre zielbezogenen Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung hinsichtlich der folgenden Parameter noch intensivieren:

- Es ist im Hinblick auf die zunehmende Bedeutung von psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt wesentlich, Aktivitäten zur Verbesserung des Führungsstils weiter auszubauen. Schließlich hat der Führungsstil großen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter, deren Arbeitsverhalten und -zufriedenheit und die krankheitsbedingten Fehlzeiten.
- Das Ziel, in den Betrieben Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung Stressbewältigung und Stressmanagement verstärkt anzubieten, bleibt eine Herausforderung. Bisher wenden jeweils 26 % aller Unternehmen in Europa Verfahren zum Umgang mit arbeitsbedingtem Stress und arbeitsbedingter Gewalt und 30 % zum Umgang mit Mobbing oder Belästigung an. Deutschland liegt in der Anwendung solcher Verfahren noch unter dem EU-Durchschnitt.³⁰ Daher ist es wichtig, Aktivitäten zum Stressmanagement und zum Umgang mit psychosozialen Risiken entsprechend diesem Präventionsziel weiter auszubauen.
- Der Anteil der Beschäftigten über 50 Jahre liegt bei 26 %, während der Anteil dieser Altersgruppe an den Maßnahmen erst bei 17 % liegt. Die Krankenkassen beabsichtigen, sich verstärkt dieser Altersgruppe zu widmen. Die angestrebte Zunahme der Aktivitäten konnte in den ersten beiden Jahre bereits sehr gut erreicht werden: Die Schätzzahl der erreichten Arbeitnehmer über 50 Jahre wuchs um 25 Prozent. Das zeigt das Potenzial, auch in Zukunft mehr zu tun.

Qualität und Quantität der Leistungen in Settings

Der Präventionsbericht 2010 zeigt die hohe Effizienz des Setting-Ansatzes. Mit Ausgaben von knapp 19 Mio. Euro ließen sich über zwei Millionen Menschen erreichen. Die GKV geförderten Setting-Aktivitäten erreichten etwa 30 % der Kitas und allgemeinbildenden Schulen. Das gilt es auszubauen. Es bleibt die Aufgabe, die Initiativen im Setting-Ansatz verstärkt zu fördern.

Eltern und Lehrer/Erzieher sollten stärker in die Gesundheitsförderung einbezogen werden. So wird bisher in Kitas nur bei 22 % der Projekte das pädagogische Personal als Multiplikator angesprochen. In Grundschulen sind die Lehrer und anderes pädagogisches Personal ebenso wie die Eltern nur zu 27 % Zielgruppe. In der Hauptschule werden die genannten Zielgruppen sogar nur bei 13 bis 14 % der Projekte ins Blickfeld genommen. Es ist anzuraten, die Aktivitäten stärker auf diese Zielgruppen und nicht nur auf die Kindergartenkinder und Schüler selbst auszurichten, um eine stärkere Nachhaltigkeit und Effektivität zu erreichen und die Gesundheitsförderungsansätze besser im Umfeld der Kinder und Jugendlichen zu verankern.

³⁰ Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz: European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER). S. 8 – 9

Der Betreuungsgrad der Hauptschulen sollte gesteigert werden. Gleichzeitig sollte hier die inhaltliche Breite der Aktivitäten im Hinblick auf eine „multifaktorielle“ Kombination verschiedener Handlungsfelder verbessert werden.

In den Berufsschulen werden deutlich seltener Erfolgsmessungen vorgenommen als in anderen Schulformen. Den Krankenkassen ist zu empfehlen, ein Augenmerk darauf legen, dass auch in dieser Schulform Erfolgskontrollen erfolgen.

Insgesamt sollte darauf geachtet werden, Erfolgskontrollen durchzuführen, es sei denn, die Maßnahmen wurden bereits geprüft und die Qualität der Durchführung ist gesichert.

In den Gesamtschulen fehlen vielfach noch Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen für die Planung der Gesundheitsförderung. Dass sich diesbezüglich mehr erreichen lässt, zeigen die anderen Schulformen. In dieser Schulform sollten häufiger Steuerungsstrukturen implementiert werden.

Qualität und Quantität in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Hoch erfreulich ist es, dass die betriebliche Gesundheitsförderung weiter ausgebaut werden konnte. Dieser Trend sollte fortgesetzt werden. Die Zahl der in der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführten Gesundheitszirkel nahm im Jahr 2009 leicht ab. Gesundheitszirkel sind ein Erfolgsfaktor in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie ermöglichen die direkte Partizipation der Beschäftigten, indem sich diese an der Analyse von Gesundheitsgefährdungen beteiligen und Gestaltungsvorschläge entwickeln. Ein vermehrter Einsatz von Gesundheitszirkeln ist daher zu empfehlen.

Erfolgskontrollen wurden in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Jahr 2009 etwas seltener vorgesehen oder durchgeführt. Das kann sinnvoll sein, wenn bereits evaluierte Programme ausgeweitet werden und die Qualität gesichert ist. Bei neuen Ansätzen, oder wenn ein erprobtes Programm unter anderen Randbedingungen eingeführt werden soll, sind Evaluationen jedoch anzuraten. Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene stellen hierfür die entsprechenden Werkzeuge zur Verfügung.³¹

Insgesamt zeigt sich, dass Prävention und Gesundheitsförderung für die gesetzliche Krankenversicherung auch in Zeiten der knappen Finanzmittel auf der Agenda stehen. Die Arbeit für verbesserte Gesundheitschancen sollte weiter verstärkt werden. Das betrifft nicht nur die Krankenkassen, sondern gilt für alle Akteure und Finanziere, beispielsweise für die Länder und Kommunen.

³¹ <http://www.gkv-spitzenverband.de> -> Versorgungsbereiche der GKV -> Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung -> Evaluation der Primärprävention. Dort finden sich auch Instrumente zur Wirksamkeitsmessung beim individuellen Präventionsansatz und in Setting Schule.

Verzeichnis der Projektbeispiele

Setting-Projektbeispiel 1: Bewegungs- und Ernährungserziehung: TigerKids	28
Setting-Projektbeispiel 2: „Gesunde Kommune“	31
Setting-Projektbeispiel 3: Papilio – Förderung sozialer und emotionaler Kompetenz und Verminderung von Verhaltensproblemen in Kindergärten	34
Setting-Projektbeispiel 4: „Gute gesunde Schule entwickeln – mit Lehrer*gesundheits- Schulqualität sichern“	37
Setting-Projektbeispiel 5: „Kleine Essperlen – ganz groß“	39
Setting-Projektbeispiel 6: „Szene zeigen!“	62
Projektbeispiel betriebliche Gesundheitsförderung 1: Jobfit – Verknüpfung von Gesundheits- und Arbeitsmarktförderung	74
Projektbeispiel betriebliche Gesundheitsförderung 2: Interkulturelles betriebliches Gesundheitsmanagement	78
Projektbeispiel betriebliche Gesundheitsförderung 3: Einbindung der betrieblichen Gesundheitsförderung in das betriebliche Gesundheitsmanagement eines Bergbau-Unternehmens	82

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Anzahl der Settings	33
Abb. 2:	Schätzsumme erreichter Personen.....	35
Abb. 3:	Erreichte Personen in den jeweiligen Settings	36
Abb. 4:	Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten.....	38
Abb. 5:	Laufzeit in Monaten	38
Abb. 6:	Zielgruppen	40
Abb. 7:	Kooperationspartner.....	41
Abb. 8:	Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium.....	42
Abb. 9:	Bedarfsermittlung.....	43
Abb. 10:	Durchgeführte Gesundheitszirkel	44
Abb. 11:	Inhalte.....	45
Abb. 12:	Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Maßnahmen	46
Abb. 13:	Art der Umgestaltung.....	47
Abb. 14:	Durchführung von Erfolgskontrollen	48
Abb. 15:	Erfolgskontrolle	49
Abb. 16:	Bedarfsermittlung.....	59
Abb. 17:	Inhaltliche Ausrichtung	60
Abb. 18:	Erfolgskontrolle	61
Abb. 19:	Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt.....	64
Abb. 20:	Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern.....	65
Abb. 21:	Inanspruchnahme nach Alter	66
Abb. 22:	Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Alter	67
Abb. 23:	Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Geschlecht....	68
Abb. 24:	Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern	69
Abb. 25:	Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten.....	75
Abb. 26:	Laufzeit der Aktivitäten in Monaten	76
Abb. 27:	Branchen.....	77
Abb. 28:	Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte).....	79
Abb. 29:	Erreichte Personen (Schätzzahlen)	80
Abb. 30:	Zielgruppen	81
Abb. 31:	Kooperationspartner.....	83
Abb. 32:	Koordination und Steuerung.....	84
Abb. 33:	Bedarfsermittlung.....	85
Abb. 34:	Gesundheitszirkel	86
Abb. 35:	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	87
Abb. 36:	Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	88
Abb. 37:	Art der Umgestaltung.....	89
Abb. 38:	Durchführung einer Erfolgskontrolle	90
Abb. 39:	Inhalte der Erfolgskontrolle	91
Abb. 40:	Bedarfsermittlung.....	104
Abb. 41:	Verhältnis- und verhaltensorientierte Aktivitäten.....	105
Abb. 42:	Inhaltliche Ausrichtung	105
Abb. 43:	Erfolgskontrollen	106

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wichtige Kennziffern	23
Tabelle 2: Erreichte Personen nach Geschlecht	24
Tabelle 3: Präventionsziele der GKV zu Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz.....	26
Tabelle 4: Präventionsziele der GKV zur betrieblichen Gesundheitsförderung.....	26
Tabelle 5: Erreichungsgrad der Präventionsziele für den Setting-Ansatz	27
Tabelle 6: Erreichungsgrad der Präventionsziele für die betriebliche Gesundheitsförderung	29
Tabelle 7: Zahl der Dokumentationsbögen für den Setting-Ansatz	32
Tabelle 8: Anteil der betreuten Bildungseinrichtungen an allen Einrichtungen in Deutschland.....	33
Tabelle 9: Settingauswertungen – Laufzeiten	51
Tabelle 10: Settingauswertungen – Zielgruppen.....	52
Tabelle 11: Settingauswertungen – Gesundheitszirkel.....	54
Tabelle 12: Settingauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	55
Tabelle 13: Settingauswertungen – Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten....	56
Tabelle 14: Settingauswertungen – Erfolgskontrollen	57
Tabelle 15: Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen.....	57
Tabelle 16: Teilnahmequote nach Alter	66
Tabelle 17: Zahl der Dokumentationsbögen für die betriebliche Gesundheitsförderung	73
Tabelle 18: Branchenauswertungen – Laufzeiten.....	93
Tabelle 19: Branchenauswertungen – Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte).....	93
Tabelle 20: Branchenauswertungen – Frauenanteil.....	94
Tabelle 21: Branchenauswertungen – Männeranteil in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	94
Tabelle 22: Branchenauswertungen – erreichte Personen (Schätzzahlen)	95
Tabelle 23: Branchenauswertungen – Zielgruppen	96
Tabelle 24: Branchenauswertungen – Gesundheitszirkel.....	97
Tabelle 25: Branchenauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen.....	97
Tabelle 26: Branchenauswertungen – verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	98
Tabelle 27: Branchenauswertungen – Erfolgskontrolle.....	98
Tabelle 28: Betriebsgrößenauswertungen – Frauenanteil	99
Tabelle 29: Betriebsgrößenauswertungen – Laufzeiten.....	99
Tabelle 30: Betriebsgrößenauswertungen – Zielgruppen	100
Tabelle 31: Betriebsgrößenauswertungen – Gesundheitszirkel.....	101
Tabelle 32: Betriebsgrößenauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	101
Tabelle 33: Betriebsgrößenauswertungen – verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	102
Tabelle 34: Betriebsgrößenauswertungen – Erfolgskontrolle	102

Berichtsjahr: 2007ff

Der Bogen hat sich im Vergleich zu dem Bogen, der bis zum Berichtsjahr 2006 verwendet wurde, geändert. Frühere Versionen sind nicht mehr gültig. Auch für Projekte, die bereits in früheren Jahren begonnen wurden, ist ab dem Berichtsjahr 2007 die vorliegende Version des Dokumentationsbogens zu verwenden.

FB-Nr.:

S
Primärprävention mittels
Setting-Ansatz gemäß
§ 20 SGB V

Dokumentationsbogen Setting-Ansatz

**Dokumentation der Leistungen der GKV:
Primärprävention in nicht-betrieblichen Settings**
(Schule, Kindergarten, Stadtteil, Verein, spezifische Bevölkerungsgruppen, Altenheim, Krankenhaus etc.)

Bitte beachten sie beiliegende Ausfüllhinweise zu S!

Diese enthalten wichtige Informationen sowie ausführliche Erläuterungen (mit # gekennzeichnet) und Beispiele (mit * gekennzeichnet) zu einzelnen Parametern.

Krankenkasse

Berichtsjahr

Sie können dem Dokumentationsbogen eine Projektbeschreibung/ Berichte/ Veröffentlichungen/ Ergebnisdarstellungen beifügen.

1 Allgemeine Daten

1.1 Setting

Die Aktivitäten wurden im folgenden Setting/in den folgenden Settings/in den folgenden Teil-Settings durchgeführt und erreichten dabei direkt oder indirekt ca. ... Personen:#

	Anzahl	Anzahl erreichter Pers.			Anzahl	Anzahl erreichter Pers.	
		direkt	indirekt			direkt	indirekt
Grundschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stadtteil/Ort*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonderschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Institutionen für spezifische Bevölkerungsgruppen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...und zwar: _____			
Realschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altenheim#	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus#	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamtschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderes Setting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsschule o.ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kindergarten/ Ki.-Tagesstätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

wichtige Informationen, ausführliche Erläuterungen hierzu in beiliegenden Ausfüllhinweisen
* Beispiele s. Ausfüllhinweise

1.2 Start und Laufzeit der Aktivitäten:

Start: / (Monat/Jahr)
Laufzeit: ca. _____ Monate

1.3 Status der Aktivitäten

im Setting: ja nein
noch laufend

Mitwirkung der Krankenkassen: ja nein
noch laufend

2 Schwerpunktmäßige Zielgruppe

2.1 Die Aktivitäten sprachen alle Menschen (d.h. keine spezifischen Zielgruppen) im Setting an

ja nein
 Falls „ja“, gehen Sie bitte direkt zu Punkt 3 über.

2.2 Die Aktivitäten sprachen spezifische Zielgruppen an, und zwar ...

Sie können nun eine oder mehrere Zielgruppen benennen, für die spezifische Aktivitäten durchgeführt wurden. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n) | <input type="checkbox"/> | Weibliche Personen | <input type="checkbox"/> |
| Personen folgender Altersgruppen: | | Männliche Personen | <input type="checkbox"/> |
| - jünger als 15 Jahre | <input type="checkbox"/> | Ausländer/innen | <input type="checkbox"/> |
| - 15 bis unter 20 Jahre | <input type="checkbox"/> | Multiplikatoren / Mediatoren (Fortbildung bzw. Kooperation), und zwar: | |
| - 20 bis unter 30 Jahre | <input type="checkbox"/> | - Eltern | <input type="checkbox"/> |
| - 30 bis unter 40 Jahre | <input type="checkbox"/> | - Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal | <input type="checkbox"/> |
| - 40 bis unter 50 Jahre | <input type="checkbox"/> | - Nichtpädagogisches Personal* | <input type="checkbox"/> |
| - 50 bis unter 60 Jahre | <input type="checkbox"/> | Sonstige Zielgruppen | <input type="checkbox"/> |
| - 60 Jahre und mehr | <input type="checkbox"/> | | |

3 Kooperationspartner

3.1 Es wurden Kooperationspartner eingebunden:

ja nein
 Falls „nein“, gehen Sie bitte direkt zu Punkt 4 über.

3.2 Wenn ja, welche Kooperationspartner haben Ressourcen (personell, finanziell, sachlich) in die Aktivitäten der Primärprävention eingebracht?

Sie können mehrere Kooperationspartner benennen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Gesundheitsamt* | <input type="checkbox"/> | Selbsthilfegruppe | <input type="checkbox"/> |
| Niedergelassene Ärzte | <input type="checkbox"/> | Anderer Krankenkassen | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen* | <input type="checkbox"/> | Unfallversicherung* | <input type="checkbox"/> |
| Öffentliche Verwaltung/Institutionen, Ministerien* | <input type="checkbox"/> | Sonstige Sozialversicherungsträger* | <input type="checkbox"/> |
| Sportverein..... | <input type="checkbox"/> | Wissenschaftliche Einrichtungen* | <input type="checkbox"/> |
| Anderer Vereine, Verbände | <input type="checkbox"/> | Sonstige gewerbliche Anbieter/Unternehmen* | <input type="checkbox"/> |
| | | Anderer | <input type="checkbox"/> |

4 Koordination und Steuerung

4.1 Es gibt ein Entscheidungs- und Steuerungsgremium

ja
nein

4.2 Im Steuerungsgremium sind vertreten:

Einrichtungsträger	<input type="checkbox"/>	Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>
Leitungsebene der Einrichtung.....	<input type="checkbox"/>	Sonstige Sozialversicherungsträger*	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter der Einrichtung.....	<input type="checkbox"/>	Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	<input type="checkbox"/>
Gemeinde, öffentliche Verwaltung/Institutionen, Ministerien*	<input type="checkbox"/>	Niedergelassene Ärzte	<input type="checkbox"/>
Eltern	<input type="checkbox"/>	Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen*	<input type="checkbox"/>
Andere Vertreter der Zielgruppe(n).....	<input type="checkbox"/>	Andere	<input type="checkbox"/>
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	und zwar: _____	

4.3 Wie wurde die Vereinbarung zur Durchführung von Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz abgeschlossen?

schriftlich
mündlich

5 Bedarfsermittlung

Seit Beginn der Gesundheitsförderungsaktivitäten wurden die folgenden Schritte unternommen, um im Setting den Präventionsbedarf zu ermitteln (*Mehrfachnennungen sind möglich*):

Begehung des Settings	<input type="checkbox"/>	Screening, medizinische Untersuchung*	<input type="checkbox"/>
Befragung der Zielgruppe*	<input type="checkbox"/>	Fähigkeitstests*	<input type="checkbox"/>
Expertenbefragung*	<input type="checkbox"/>	Literaturrecherchen/ wissenschaftliche Studien	<input type="checkbox"/>
Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>

6 Gesundheitszirkel / Zukunftswerkstatt

Wurden Gesundheitszirkel durchgeführt? ja Anzahl: nein

Eine Zukunftswerkstatt wurde eingerichtet: ja nein

7 Intervention

7.1 Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten

Die verhältnis- und/oder verhaltensbezogenen Aktivitäten betrafen die folgenden Handlungsfelder: (*Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich*)

Bewegung.....	<input type="checkbox"/>	Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	<input type="checkbox"/>
Ernährung.....	<input type="checkbox"/>	Gesunde Umwelt	<input type="checkbox"/>
Stressreduktion/Entspannung.....	<input type="checkbox"/>	Weitere Handlungsfelder	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____	
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander*	<input type="checkbox"/>		
Verkehrssicherheit	<input type="checkbox"/>		

7.2 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten:

Seit Beginn der primärpräventiven Aktivitäten wurden durchgeführt:

Verhältnisbezogene Aktivitäten:*

Aktivitäten zur gesundheitsförderlichen Umgestaltung des *Umfelds*, der *Strukturen* und/oder von *Abläufen* im Setting ja nein

Verhaltensbezogene Aktivitäten:*

Den Zielgruppen wurden gesundheitsbezogene Informationen und/oder praktische Fertigkeiten, Handlungs-, Entscheidungs- oder Selbstwahrnehmungskompetenzen vermittelt ja nein

Art der Umgestaltungen:

Veränderung der Organisation im jeweiligen Setting*	<input type="checkbox"/>	Informations- und Kommunikationsstrukturen*	<input type="checkbox"/>
Verbesserung von Umgebungsbedingungen*	<input type="checkbox"/>	Soziale Angebote und Einrichtungen*	<input type="checkbox"/>
Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen/ Verantwortlichkeiten	<input type="checkbox"/>	Andere,	<input type="checkbox"/>

und zwar _____

7.3 Die verhältnis- bzw. verhaltensbezogenen Aktivitäten erfolgten mittels folgender ... #

Methoden:

- Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren/
Mediatoren
- Vortrag, Tagung
- Beispiel geben, demonstrieren
- Praktische Übungen, praktische Schulung,
Verhaltensbeobachtung, Körperwahrnehmung,
Rollenspiel, gegenseitige Übungen etc.*
- Diskussion
- Individuelle Beratung
- Organisationsberatung, -entwicklung
- Aufbau sozialer Unterstützung
- Gesundheitstage, -wochen
- Anleitung und Unterstützung
themenzentrierter Gruppenarbeit
- Fremdsprachige Angebote

Medien:

- Video, Foto, Overhead, Beamer etc.
- Übungsmanuale/ Arbeitsunterlagen*
- Anschauungsmaterial/Modelle*
- Faltblätter, Broschüren
- Ausstellungen, Plakate
- Internet
- Sonstige

8 Erfolgskontrolle #

8.1 Seit Beginn der Aktivitäten wurde **mindestens eine Erfolgskontrolle** durchgeführt:

ja

nein

Falls "nein": Bitte beantworten Sie noch 8.3

8.2 Die Erfolgskontrolle bezog sich auf:

(Sie können mehrere Inhalte ankreuzen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an)

- | | |
|--|--|
| Umfeld/Strukturen <input type="checkbox"/> | Zufriedenheit der Zielgruppe mit der
Intervention <input type="checkbox"/> |
| Abläufe <input type="checkbox"/> | Bekanntheitsgrad der Intervention bei der
Zielgruppe <input type="checkbox"/> |
| Verhaltensparameter* <input type="checkbox"/> | Kooperation, Netzwerkbildung <input type="checkbox"/> |
| Kompetenzen* <input type="checkbox"/> | Verstetigung der Intervention
(Dauereinrichtung) <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsparameter* <input type="checkbox"/> | Streuung von Programmen# <input type="checkbox"/> |
| Subjektive Einschätzung der Gesundheit
und Funktionalität <input type="checkbox"/> | Anderes <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsökonomische Analyse* <input type="checkbox"/> | |
| Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen,
Inanspruchnahme <input type="checkbox"/> | |

8.3 Es wurde keine Erfolgskontrolle durchgeführt:

- Eine solche ist - noch vorgesehen
- nicht vereinbart

Berichtsjahr: 2007ff

FB-Nr.: _____

Der Bogen hat sich im Vergleich zu dem Bogen, der bis zum Berichtsjahr 2006 verwendet wurde, geändert. Frühere Versionen sind nicht mehr gültig. Auch für Projekte, die bereits in früheren Jahren begonnen wurden, ist ab dem Berichtsjahr 2007 die vorliegende Version des Dokumentationsbogens zu verwenden.

Dokumentationsbogen betriebliche Gesundheitsförderung

Dokumentation der Leistungen der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Bitte beachten sie beiliegende Ausfüllhinweise zu B! Diese enthalten wichtige Informationen sowie ausführliche Erläuterungen (mit # gekennzeichnet) und Beispiele (mit * gekennzeichnet) zu einzelnen Parametern.

B
Betriebliche Gesundheitsförderung gemäß § 20 a SGB V

Krankenkasse _____

Berichtsjahr _____

Bitte dokumentieren Sie in der gewohnten Weise die Initiativen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie können dem Dokumentationsbogen Projektbeschreibungen, Berichte, Veröffentlichungen und Ergebnisdarstellungen beifügen.

1 Allgemeine Daten

1.1 In welchem Wirtschaftszweig fanden die Aktivitäten statt?

(Klassifikation der Wirtschaftszweige nach Statist. Bundesamt, Ausg. 2003 (WZ 2003))

Bitte nur einen Wirtschaftszweig ankreuzen

- | | |
|--|--|
| Land und Forstwirtschaft, Fischerei (1, 2, 5) <input type="checkbox"/> | Baugewerbe (45) <input type="checkbox"/> |
| Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden (10-14) <input type="checkbox"/> | Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern: |
| Verarbeitendes Gewerbe: | • Kfz-Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz; Tankstellen (50) <input type="checkbox"/> |
| • Ernährungsgewerbe u. Tabakverarbeitung (15/16) <input type="checkbox"/> | • Handelsvermittlung und Großhandel (ohne Handel mit Kfz) (51) <input type="checkbox"/> |
| • Textil- und Bekleidungsindustrie (17/18) <input type="checkbox"/> | • Einzelhandel (ohne Kfz/Tankstellen) (52) <input type="checkbox"/> |
| • Ledergewerbe (19/20) <input type="checkbox"/> | Gastgewerbe (55) <input type="checkbox"/> |
| • Papier-, Verlags- und Druckgewerbe (21/22) <input type="checkbox"/> | Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60-64) <input type="checkbox"/> |
| • Kokerei, Mineralölverarbeitung, Herstellung und Verarbeitung von Spalt- und Brutstoffen (23) <input type="checkbox"/> | Kredit- und Versicherungsgewerbe (65-67) <input type="checkbox"/> |
| • Herstellung v. chemischen Erzeugnissen (24) <input type="checkbox"/> | Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen, Grundstücks- und Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen (70-74) <input type="checkbox"/> |
| • Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren (25) <input type="checkbox"/> | Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung (75) <input type="checkbox"/> |
| • Glasgewerbe, Herstellung von Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden (26) <input type="checkbox"/> | Erziehung und Unterricht (80) <input type="checkbox"/> |
| • Metallerzeugung und -bearbeitung, Herstellung von Metallerzeugnissen (27/28) <input type="checkbox"/> | Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (85) ... <input type="checkbox"/> |
| • Maschinenbau (29) <input type="checkbox"/> | Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen (90-93) <input type="checkbox"/> |
| • Herstellung von Büromaschinen, Datenverarbeitungsgeräten und -einrichtungen; Elektrotechnik, Feinmechanik und Optik (30-33) <input type="checkbox"/> | Private Haushalte, Exterritoriale Organisationen und Körperschaften (95, 99) <input type="checkbox"/> |
| • Fahrzeugbau (34/35) <input type="checkbox"/> | |
| • Herstellung von Möbeln, Schmuck, Musikinstrumenten, Sportgeräten, Spielwaren und sonstigen Erzeugnissen; Recycling (36/37) <input type="checkbox"/> | |
| Energie- und Wasserversorgung (40/41) <input type="checkbox"/> | |

An wie vielen Standorten/Betrieben wurden die Aktivitäten durchgeführt?

Anzahl: _____

wichtige Informationen, ausführliche Erläuterungen hierzu in beiliegenden Ausfüllhinweisen
* Beispiele s. Ausfüllhinweise

1.2 Anzahl Beschäftigte im betreuten Betrieb/

an den betreuten Standorten #
(bitte nur ein Kreuz setzen)

- 1 – 9
- 10 – 49
- 50 – 99
- 100 – 499
- 500 – 1499
- 1500 und mehr

1.3 Anteil der Frauen an den Beschäftigten

(bitte nur ein Kreuz setzen)

- 0 – 25%
- 26 – 50%
- 51 – 75%
- 76 – 100%

1.4 Start und Laufzeit der Gesundheitsförderungs-Aktivitäten:

Start: _____ / _____ (Monat/Jahr)

Laufzeit: ca. _____ Monate

1.5 Status der Aktivitäten

im Betrieb: ja nein

noch laufend

Mitwirkung der Krankenkassen: ja nein

noch laufend

2 Schwerpunktmäßige Zielgruppe

2.1 Die Aktivitäten richteten sich direkt an alle Beschäftigten

ja nein

Falls „ja“, gehen Sie bitte direkt zu Punkt 2.3 über.

2.2 Die Aktivitäten richteten sich an spezifische Zielgruppen im Betrieb, und zwar ...

Sie können nun eine oder mehrere Zielgruppen benennen, für die spezifische Aktivitäten durchgeführt wurden. Bitte kreuzen sie Zutreffendes an:

- | | |
|---|--|
| Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n) <input type="checkbox"/> | Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/ Teamleiter <input type="checkbox"/> |
| Ältere Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> | Mitarbeiter in der Verwaltung <input type="checkbox"/> |
| Ausländische Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> | Mitarbeiter in der Produktion/ im Handwerk <input type="checkbox"/> |
| Frauen <input type="checkbox"/> | Mitarbeiter im Dienstleistungsbereich* <input type="checkbox"/> |
| Auszubildende* <input type="checkbox"/> | Testgruppe zur modellhaften Erprobung <input type="checkbox"/> |
| Obere Führungsebene <input type="checkbox"/> | Andere <input type="checkbox"/> |

2.3 Anzahl der erreichten Beschäftigten

Mit den Aktivitäten wurden direkt angesprochen ca. _____ Beschäftigte

... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte ca. _____

Die Aktivitäten hatten Auswirkung auf schätzungsweise weitere _____ Beschäftigte

... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte ca. _____

3 Außerbetriebliche Kooperationspartner

3.1 Es wurden außerbetriebliche Kooperationspartner eingebunden:

ja nein

Falls „nein“, gehen Sie bitte direkt zu Punkt 4 über.

3.2 Wenn ja, welche Kooperationspartner haben Ressourcen (personell, finanziell, sachlich) in die Aktivitäten der BGF eingebracht?

Sie können mehrere Kooperationspartner benennen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

- | | |
|--|---|
| Unfallversicherung* <input type="checkbox"/> | Arbeitgeberverbände <input type="checkbox"/> |
| Staatlicher Arbeitsschutz <input type="checkbox"/> | Gewerkschaften <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsämter* <input type="checkbox"/> | Andere Vereine, Verbände <input type="checkbox"/> |
| Niedergelassene Ärzte <input type="checkbox"/> | Andere Krankenkassen <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen* <input type="checkbox"/> | Wissenschaftliche Einrichtungen* <input type="checkbox"/> |
| Öffentliche Verwaltung/Institutionen, Ministerien* <input type="checkbox"/> | Sonstige gewerbliche Anbieter/Unternehmen* <input type="checkbox"/> |
| | Andere <input type="checkbox"/> |

4 Koordination und Steuerung

4.1 Es gibt eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur

(z. B. Arbeitskreis Gesundheit, Arbeitsschutzausschuss)

ja nein

4.2 Im Steuerungsgremium sind vertreten:

- | | |
|--|---|
| Betriebs-/Personalrat <input type="checkbox"/> | Vertreter der Krankenkassen <input type="checkbox"/> |
| Betriebsarzt <input type="checkbox"/> | Vertreter der Unfallversicherung <input type="checkbox"/> |
| Entscheidungsebene* <input type="checkbox"/> | Externe Kooperationspartner <input type="checkbox"/> |
| Sicherheitsfachleute <input type="checkbox"/> | Andere <input type="checkbox"/> |
| Mitarbeiter <input type="checkbox"/> | |
| Mittlere Führungskräfte <input type="checkbox"/> | |

4.3 Wie wurde die Vereinbarung mit dem Betrieb zur Durchführung von Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung abgeschlossen?

- schriftlich
- mündlich

5 Bedarfsermittlung

Seit Beginn der Gesundheitsförderungsaktivitäten wurden die folgenden Schritte zur Bedarfsermittlung unternommen (Mehrfachnennungen sind möglich):

- | | |
|--|---|
| Betriebs-/Arbeitsplatzbegehung <input type="checkbox"/> | Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen* <input type="checkbox"/> |
| Arbeitssituationserfassung <input type="checkbox"/> | Screening, medizinische Untersuchung* <input type="checkbox"/> |
| Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> | Fähigkeitstests* <input type="checkbox"/> |
| Belastungs- und Gefährdungsermittlung <input type="checkbox"/> | Dokumenten-/Literaturrecherchen <input type="checkbox"/> |
| Befragung d. Zielgruppe/Mitarbeiterbefragung# <input type="checkbox"/> | Sonstiges <input type="checkbox"/> |
| Expertenbefragung# <input type="checkbox"/> | |

6 Gesundheitszirkel

Wurden Gesundheitszirkel durchgeführt?

ja Anzahl: nein

7 Intervention

7.1 Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten

Die verhältnis- und/oder verhaltensbezogenen Aktivitäten betrafen die folgenden Präventionsprinzipien: (Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich)

- | | |
|---|---|
| Angebote zur Reduktion körperlicher Belastungen* <input type="checkbox"/> | Angebote zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung <input type="checkbox"/> |
| Angebote zur gesundheitsgerechten Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung) <input type="checkbox"/> | Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln <input type="checkbox"/> |
| Angebote zum Stressmanagement* <input type="checkbox"/> | Sonstiges <input type="checkbox"/> |

7.2 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Seit Beginn der Gesundheitsförderungsaktivitäten wurden durchgeführt:

Verhältnisbezogene Aktivitäten*:

Aktivitäten zur gesundheitsförderlichen Umgestaltung des Arbeitsumfelds, der Strukturen und/oder von Arbeitsabläufen im Setting ja nein

Verhaltensbezogene Aktivitäten*:

Den Zielgruppen wurden gesundheitsbezogene Informationen und/oder praktische Fertigkeiten, Handlungs-, Entscheidungs- oder Selbstwahrnehmungskompetenzen vermittelt ja nein

Art der Umgestaltung:

- | | |
|---|--|
| Veränderung der Arbeits-/Betriebsorganisation* ... <input type="checkbox"/> | Informations- und Kommunikationsstrukturen* <input type="checkbox"/> |
| Verbesserung von Umgebungsbedingungen* <input type="checkbox"/> | Soziale Angebote und Einrichtungen* <input type="checkbox"/> |
| Persönliche Maßnahmen zum Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren* <input type="checkbox"/> | Spezielle Angebote zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben* <input type="checkbox"/> |
| Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen/ Verantwortlichkeiten <input type="checkbox"/> | Andere, <input type="checkbox"/> |
| | und zwar: _____ |

7.3 Die verhältnis- bzw. verhaltensbezogenen Aktivitäten erfolgten mittels folgender ...

Methoden:

- Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung*
Gruppenschulung und -beratung/ Kursprogramme*
Seminare (Rollenspiel etc.)
Vortrag, Tagung
Individuelle Beratung
Organisationsberatung, -entwicklung
Gesundheitstage, -wochen
Fremdsprachige Angebote

Medien:

- Video, Foto, Overhead, Beamer etc.
Übungsmanuale/ Arbeitsunterlagen *
Anschauungsmaterial/Modelle*
Faltblätter, Broschüren
Ausstellungen, Plakate
Internet/Intranet
Betriebszeitung
Sonstiges

8 Erfolgskontrolle[#]

8.1 Seit Beginn der Aktivitäten wurde **mindestens eine Erfolgskontrolle** durchgeführt:

ja *nein*

Falls "nein": Bitte beantworten Sie noch 8.3

8.2 Die Erfolgskontrolle bezog sich auf:

(Sie können mehrere Inhalte ankreuzen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an)

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Strukturen | <input type="checkbox"/> | Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention | <input type="checkbox"/> |
| Abläufe | <input type="checkbox"/> | Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention | <input type="checkbox"/> |
| Verhaltensparameter* | <input type="checkbox"/> | Bekanntheitsgrad der Intervention im Betrieb | <input type="checkbox"/> |
| Kompetenzen* | <input type="checkbox"/> | Kooperation, Netzwerkbildung mit anderen Betrieben bzw. außerbetriebl. Instanzen | <input type="checkbox"/> |
| Subjektive Einschätzung der Gesundheit und Funktionalität | <input type="checkbox"/> | Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung) | <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsparameter* | <input type="checkbox"/> | Streuung von Programmen [#] | <input type="checkbox"/> |
| Krankenstand | <input type="checkbox"/> | Anderes | <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsökonomische Analyse* | <input type="checkbox"/> | | |
| Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme | <input type="checkbox"/> | | |

8.3 Es wurde keine Erfolgskontrolle durchgeführt:

- Eine solche ist - noch vorgesehen
- nicht vereinbart

I
**Primärprävention im
individuellem Ansatz
gemäß § 20 Abs. 1 SGB V**

Der Bogen ist von dem jeweiligen Spitzenverband der Krankenkassen bis zum 31.05. des Folgejahres an den MDS zu senden.

	Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheits-sportliche Aktivitäten	Vorbeugung / Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme	Vermeidung von Mangel- u. Fehlernährung	Vermeidung / Reduktion von Übergewicht	Multimodale Stressbewältigung	Entspannung	Förderung des Nichtrauchens	Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums
(1) Gesamtzahl der Teilnehmer, die Angebote nach § 20 Abs. 1 SGB V (individueller Ansatz) in Anspruch genommen haben								
von (1): Anzahl der Teilnehmer, die Angebote der eigenen Krankenkasse in Anspruch genommen haben								
von (1): Anzahl der Teilnehmer, die Angebote von anderen Krankenkassen in Anspruch genommen haben								
von (1): Anzahl der Teilnehmer, die Angebote von beauftragten Leistungsanbietern/ Kooperations-/ Vereinbarungs-partnern in Anspruch genommen haben								
von (1): Anzahl der Teilnehmer, die sonstige Angebote in Anspruch genommen haben								

⇒ Fortsetzung Auswertungsbogen individueller Ansatz

	Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten		Vorbeugung / Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme		Vermeidung von Mangel- u. Fehlernährung		Vermeidung / Reduktion von Übergewicht		Multimodale Stressbewältigung		Entspannung		Förderung des Nichtrauchens		Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
von (1): Anzahl der männl. (m) und weibl. (w) Teilnehmer																
Von (1): Teilnehmer im Alter bis unter 15 Jahren																
von (1): Teilnehmer im Alter von 15 bis unter 20 Jahren																
von (1): Teilnehmer im Alter von 20 bis unter 30 Jahren																
von (1): Teilnehmer im Alter von 30 bis unter 40 Jahren																
von (1): Teilnehmer im Alter von 40 bis unter 50 Jahren																
von (1): Teilnehmer im Alter von 50 bis unter 60 Jahren																
von (1): Teilnehmer im Alter ab 60 Jahren																

Tabellenband

Einige über den Präventionsbericht hinausgehende Auswertungen können dem Tabellenband entnommen werden, der von der Internetseite des MDS (www.mds-ev.de, Weiterklicken unter Prävention, Präventionsbericht) heruntergeladen werden kann.

Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation

AOK-Bundesverband, Berlin: Regina Herdegen, Anke Tempelmann

BKK Bundesverband, Essen: Jürgen Wolters

BITMARCK, Essen: Manfred Cryns

IKK e.V., Berlin: Waltraud Wagner; IKK gesund plus, Magdeburg: Dr. Olaf Haase

Knappschaft, Bochum: Claus Bockermann

Verband der Ersatzkassen e.V., Berlin: Diana Hart, Karin Niederbühl

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel: Ulrike Kiehl

GKV-Spitzenverband, Berlin: Karin Schreiner-Kürten, Dr. Volker Wanek

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS):
Dr. Harald Strippel M.Sc., Katja Zelen



Mittelstraße 51, 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