



PRÄVENTIONSBERICHT 2017

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und Gesundheitsförderung
Berichtsjahr 2016

Impressum



Autorin und Autor

Nadine Schempp,
Dr. Harald Strippel MSc
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

Herausgeber

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



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

Gestaltung

BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Druck

Koffler DruckManagement GmbH
Alter Hellweg 111
44379 Dortmund

November 2017

ISSN 2198-0004

Bildnachweis

- | | |
|-----------|---|
| S. 1 | Okostia/Fotolia.com |
| S. 2 | PicturePeople, Ekkehard Viefhaus |
| S. 5 | Tom Maelsa/tompictures.com,
Ekkehard Viefhaus |
| S. 11 | Jenny Sieboldt, Yan Revazov |
| S. 14 | Jenny Sieboldt, Sauro Porta,
Olga Kamlowski, Foto Kirsch |
| S. 15 | Jenny Sieboldt, Claudia Steinau,
Sascha Domke |
| S. 17 | Sabine Kalkus (1) |
| S. 17 ff. | Cornelia Kolbeck |
| S. 24 | Jenny Sieboldt, Almut Gegenmantel,
Steffi Rose/ www.steffi-rose.de |
| S. 26 | David Außerhofer |
| S. 67 | Ricki Wölbling |
| S. 68 | Andreas Schoelzel, www.schoelzel.net |

PRÄVENTIONSBERICHT 2017

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und Gesundheitsförderung
Berichtsjahr 2016

GKV-Spitzenverband, Berlin

**Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen, Essen**

Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene

AOK-Bundesverband, Berlin



BKK Dachverband, Berlin



IKK e. V., Berlin



Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel



KNAPPSCHAFT, Bochum



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



Vorwort

Die Intentionen des Präventionsgesetzes sind von der gesetzlichen Krankenversicherung engagiert umgesetzt worden. Das belegen die Zahlen des diesjährigen Präventionsberichts zu den Leistungen der Krankenkassen im Jahr 2016. In keinem anderen Jahr seit dem erstmaligen Erscheinen dieses Berichts 2002 sind das finanzielle Volumen und die Reichweite der von den Krankenkassen geförderten Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen so stark gewachsen wie 2016. Besonders kräftig expandierten dabei die lebens- und arbeitsweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Dadurch leistet die gesetzliche Krankenversicherung einen bedeutenden Beitrag zu dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe.

Unter den verschiedenen im Präventionsgesetz genannten Lebenswelten sind die Kommunen (Städte, Landkreise, Gemeinden) von besonderer Bedeutung. Das Grundgesetz schreibt in Artikel 28 Abs. 2 den Gemeinden das Recht zu, „alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft ... in eigener Verantwortung zu regeln“. Dazu gehört auch ihre Schlüsselrolle für Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort nicht nur als Träger von Einrichtungen wie Kindertagesstätten oder Freizeiteinrichtungen, sondern auch als politisch verantwortliche Instanz für alle Angelegenheiten in der Kommune. Die gesetzliche Krankenversicherung unterstützt die kommunal Verantwortlichen dabei, die Lebensbedingungen vor Ort gesundheitsförderlich zu gestalten. Von einer entsprechenden Kompetenzentwicklung und Netzwerkbildung sollen insbesondere sozial und gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen profitieren. Es ist uns wichtig, im Schwerpunktteil des diesjährigen Präventionsberichts die vielfältigen Möglichkeiten und Initiativen der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention in Partnerschaft mit den Krankenkassen und im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie vorzustellen.

Auch die betriebliche Gesundheitsförderung ist weiterentwickelt worden, insbesondere hinsichtlich der Erreichung kleiner und mittlerer Betriebe und ihrer Beschäftigten. Zentrale Instrumente hierfür sind aus unserer Sicht die neu eingerichteten regionalen Koordinierungsstellen der GKV in Zusammenarbeit mit Unternehmensorganisationen sowie überbetriebliche Netzwerke. Der Präventionsbericht stellt diese Koordinierungsstellen vor und enthält erstmals auch quantitative Angaben zu den Netzwerken mit Krankenkassenbeteiligung, ihren Aktivitäten und den mitwirkenden Betrieben.

Die Krankenkassen entwickeln ihre Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung auch in Zukunft weiter und setzen dabei auf die Zusammenarbeit mit allen verantwortlichen Partnerinnen und Partnern. Wir danken besonders den Präventions- und Gesundheitsförderungsfachkräften in den Krankenkassen für die geleistete Arbeit und deren Dokumentation sowie den Autorinnen und Autoren für ihre Beiträge in diesem Bericht.



Gernot Kiefer
Vorstand
GKV-Spitzenverband, Berlin

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS, Essen

Inhalt

Vorwort	5
Zusammenfassung	8
Themenschwerpunkt: Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen.....	10
Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention	10
Die nationale Präventionsstrategie wird umgesetzt und weiterentwickelt	13
Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit stärken Gesundheitsförderung in den Ländern und Kommunen	15
Reportage Bewegung ist Lernen	17
Vulnerable Zielgruppen in Kommunen mit Gesundheitsförderung und Prävention erreichen	24
7. Bundeswettbewerb kommunale Suchtprävention	26
Bleib stark! Bleib du selbst! Cannabis & Du?	28
„Wer ist hier die Flasche!?“ – Landkreisweiter Wettbewerb	30
Zahlen im Überblick	32
Ausgaben gesamt	34
Inanspruchnahme nach Geschlecht	35
Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	36
Lebenswelten	37
Art der Lebenswelten	38
Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“	39
Erreichte Personen	40
Laufzeit der Gesundheitsförderung in Lebenswelten	42
Zielgruppen	43
Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben	44
Koordination und Steuerung	45
Bedarfsermittlung und Gesundheitszirkel	46
Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	47
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	48
Erfolgskontrollen	49
Betriebliche Gesundheitsförderung.....	50
Erreichte Betriebe	51
Branchen	52
Betriebsgröße	53
Erreichte Beschäftigte	54
Zielgruppen	55
Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten	56
Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung	57
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße	58
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen	59
Koordination und Steuerung	60

Bedarfsermittlung	61
Gesundheitszirkel	62
Arbeitsunfähigkeitsanalysen	62
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	63
Inhaltliche Ausrichtung der verhältnisbezogenen Interventionen	64
Inhaltliche Ausrichtung der verhaltensbezogenen Interventionen	65
Erfolgskontrollen	66
Regionale BGF-Koordinierungsstellen unterstützen Unternehmen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung	67
Neues Handlungsfeld: Überbetriebliche Vernetzung und Beratung	69
Netzwerk- und Kooperationspartner und erreichte Betriebe	70
Individuelle verhaltensbezogene Prävention	74
Inanspruchnahme	75
Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern	76
Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	77
GKV-Präventionsziele	81
Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013-2018 für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	82
Zielerreichungsgrad der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	83
Arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013-2018	85
Zielerreichungsgrad in der betrieblichen Gesundheitsförderung	86
Empfehlungen und Ausblick	90
Präventions- und Gesundheitsförderungsziele	90
Quantitative und qualitative Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung	90
Trägerübergreifender Präventionsbericht 2019	91
Anhang	92
Wichtige Kennziffern	92
Gesetzliche Grundlagen	93
Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle verhaltensbezogene Prävention	97
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention	97
Erhebungsmethode und Auswertung	98
Arbeitsgruppe	99
Abbildungsverzeichnis	100

Zusammenfassung

Der Präventionsbericht 2017 gibt einen Überblick über die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und Gesundheitsförderung für das Berichtsjahr 2016.

Die Zahlen in der Zusammenfassung sind gerundet. Die nicht gerundeten Werte sind dem Tabellenband zum Präventionsbericht 2017 zu entnehmen (www.mds-ev.de).

Themenschwerpunkt kommunale Gesundheitsförderung und Prävention

Die Neuregelungen durch das Präventionsgesetz von 2015 stärken die Angebote kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention und deren Qualitätssicherung. In diesem Rahmen wird der Umsetzungsstand der nationalen Präventionsstrategie erläutert. Beschrieben werden die Bedeutung und Entwicklung der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit sowie die Möglichkeiten, vulnerable Gruppen in Kommunen zu erreichen. Drei Beispiele kommunaler Gesundheitsförderung runden den Schwerpunktteil ab.

Zahlen im Überblick

Die Krankenkassen erreichten 2016 mit ihren Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten – z. B. in Kindertagesstätten, Schulen und Stadtteilen/Orten – insgesamt 3,3 Mio. Menschen in 35.000 Settings. Dabei konnten 45 % mehr Settings und 31 % mehr Personen als im Vorjahr erreicht werden. Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichten sie rund 1,4 Mio. Beschäftigte in 13.000 Betrieben. Dies sind 20 % mehr Betriebe und 11 % mehr Beschäftigte als 2015. In der individuellen verhaltensbezogenen Prävention förderten die Krankenkassen rund 1,7 Mio. Teilnahmen an Präventionskursen und damit etwa ebenso viele wie im Vorjahr. Die Ausgaben für alle drei Bereiche lagen bei knapp 500 Mio. Euro, das entspricht 6,64 Euro je Versicherten. Damit konnte der nach § 20a bis 20c SGB V ab dem Jahr 2016 vorgesehene Gesamtbetrag von sieben Euro im ersten Geltungsjahr fast erreicht werden.

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Das Ziel von Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ist es, die Verhältnisse im jeweiligen Setting gesundheitsförderlich zu gestalten und durch niedrigschwellige Angebote Kompetenzen für einen gesundheitsbewussten Lebensstil zu vermitteln. 35 % der von den Krankenkassen unterstützten Maßnahmen wurden in Grundschulen und 25 % in Kitas durchgeführt.

Dabei wurden 1,2 Mio. Kinder, Jugendliche, Lehrerinnen, Lehrer und Erziehungspersonal erreicht. Damit leisten die Krankenkassen einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Die durchschnittliche Laufzeit der Gesamtprogramme im Berichtsjahr beträgt ein Jahr und zehn Monate. Mit 83 % weist ein Großteil der Programme eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur auf. Häufig sind die Leitungsebene und die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einer Einrichtung beteiligt. Ein Großteil der Aktivitäten findet zu den Themen Bewegung und Ernährung statt. Im Berichtsjahr 2016 waren 63 % der Aktivitäten sowohl auf die Verhältnisse als auch auf das Verhalten der Menschen in den Lebenswelten ausgerichtet. 36 % der Interventionen waren speziell darauf bezogen, die Menschen zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu motivieren und anzuleiten.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Krankenkassen konnten mit ihren Maßnahmen in 13.000 Betrieben 1,4 Mio. Beschäftigte direkt erreichen. Die mittlere Laufzeit der jeweiligen Krankenkassen-Aktivitäten in den Betrieben betrug zwei Jahre und drei Monate. Bei über der Hälfte der Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung verfügten die Betriebe über Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen. Am häufigsten beteiligten sich Betriebe mit 100 bis unter 500 Mitarbeitern an Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Kleinere Unternehmen mit unter 50 Beschäftigten und Kleinstunternehmen mit unter zehn Beschäftigten sind insgesamt zu einem Fünftel vertreten. Unter den erreichten Betrieben wiesen 13 % einen hohen Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten auf. Bei diesen Betrieben ist von einem erhöhten Bedarf an betrieblicher Gesundheitsförderung auszugehen. Die neuen regionalen BGF-Koordinierungsstellen bieten den Betrieben einen niedrigschwelligen Zugangsweg zu den Leistungen der Krankenkassen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Neues Handlungsfeld überbetriebliche Vernetzung und Beratung

In den Leitfaden Prävention wurde 2014 das neue Handlungsfeld „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“ mit dem Präventionsprinzip „Verbreitung und Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung durch überbetriebliche Netzwerke“ aufgenommen. Die Krankenkassen dokumentierten im Berichtsjahr 2016 erstmals ihre Tätigkeiten in 142 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen. 41 % der an den Netzwerken beteiligten Betriebe waren Klein- und Kleinstbetriebe. 433 Organisationen, darunter am häufigsten Kammern und Innungen, waren eingebunden. Unter den Aktivitäten zur Sensibilisierung für die betriebliche Gesundheitsförderung und zur Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten standen die Informationsvermittlung durch Veranstaltungen, Materialversand, Beratungen und Schulungen im Vordergrund, darüber hinaus die Öffentlichkeitsarbeit. Insgesamt erreichten die Krankenkassen knapp 14.000 Betriebe mit Aktivitäten zur Verbreitung und Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung.

Individuelle verhaltensbezogene Prävention

Individuelle Präventionsangebote unterstützen die Versicherten dabei, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen einzuüben und diese langfristig in ihren Alltag zu integrieren. Von den knapp 1,7 Mio. Teilnahmen fragten die Versicherten zum Großteil Bewegungsangebote nach (70 %). 26 % der Kursteilnahmen zielten auf Stressbewältigung ab. Ein geringerer Anteil der Kursteilnahmen fand zu den Themen Ernährung und Suchtmittelkonsum statt.

Präventionsziele

Die gesetzliche Krankenversicherung legt seit 2007 auf freiwilliger Basis bundesweite Präventions- und Gesundheitsförderungsziele fest. Die für 2016 geltenden Ziele fallen in die Zieleperiode 2013 bis 2018. Im Präventionsbericht wird der Erreichungsgrad der einzelnen Ziele dargestellt. Daraus können Empfehlungen für die Folgejahre abgeleitet werden.

Empfehlungen und Ausblick

Die Auswertung der Zielerreichung legt nahe, dass die Krankenkassen ihr im Berichtsjahr verstärktes Präventions- und Gesundheitsförderungsengagement in Haupt-, Förder- und Berufsschulen beibehalten und Betriebe insbesondere dafür sensibilisieren sollten, die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeitenden zu fördern.

Der quantitative Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung ist im Berichtsjahr 2016 gelungen, wenngleich das Ausgabenziel entsprechend den Vorgaben des Präventionsgesetzes für das lebensweltbezogene GKV-Engagement noch nicht voll erreicht werden konnte. Eine weitere Stärkung gemeinschaftlichen Vorgehens mit Lebensweltverantwortlichen in Kommunen stellt eine besondere Herausforderung dar.

Der quantitative Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung ist entsprechend den gesetzlichen Regelungen insgesamt erfüllt worden; der Mindestausgabenwert wurde bei Steigerung der Betriebe mit BGF-Unterstützung im Durchschnitt erreicht. Dennoch kann, verglichen mit der Gesamtzahl der Betriebe in Deutschland, nur ein kleiner Teil der Betriebe direkt mit Leistungen der Gesundheitsförderung erreicht werden. Um größere Breitenwirkung zu erzielen, ist deshalb in den nächsten Jahren seitens der Krankenkassen die weitere Verstärkung überbetrieblicher Angebote und regionaler Vernetzungsmöglichkeiten notwendig und zielführend.

Das Jahr 2017 wird Basisjahr für die quantitativen Daten, die seitens der Sozialversicherungsträger in den ersten trägerübergreifenden Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) 2019 einfließen werden. Die Krankenkassen werden hierfür die für den jährlichen Präventionsbericht erhobenen quantitativen Daten für 2017 zur Verfügung stellen.

Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention

Herzstück und zentrales Anliegen des Präventionsgesetzes ist es, die Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten – insbesondere in Kommunen, Kindertagesstätten, Schulen, Pflegeeinrichtungen und Betrieben – zielgerichtet und qualitätsgesichert zu erweitern. Die Krankenkassen werden der ihnen dabei zukommenden Verantwortung gerecht und bauen ihre Präventionsangebote in den Lebenswelten aus, wie die Zahlen dieses Präventionsberichts bereits für 2016 zeigen.

Es besteht Einigkeit darüber, dass Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben etabliert werden müssen. Den Kommunen kommt dabei eine Schlüsselstellung zu: Sie entscheiden im Rahmen ihres verfassungsmäßigen Selbstverwaltungsrechtes gem. Artikel 28 Abs. 2 Satz 1 und 2 Grundgesetz über viele gesundheitsrelevante Lebensbedingungen. **Die Zuständigkeit für die allgemeine Daseinsvorsorge** bietet den Kommunen die Möglichkeit, Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe umzusetzen. Die Kommunen sind ein „Dachsetting“, das eine ganze Reihe von Lebenswelten umfasst; sie können auch die Rahmenbedingungen für andere Settings wie Kindertagesstätten maßgeblich gestalten. In den kommunalen Lebenswelten können insbesondere auch sozial benachteiligte Gruppen in ihrem Lebensalltag erreicht werden, ohne sie zu stigmatisieren.

Bereits 2013 vereinbarten die GKV und die kommunalen Spitzenverbände eine gemeinsame Empfehlung zur Zusammenarbeit im Bereich von Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune. Trotz positiver Beispiele und Entwicklungen ist eine flächendeckende Etablierung des Handlungsfeldes Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene bisher noch nicht gelungen. Die strategische Partnerschaft zwischen der GKV und den Kommunen wird nun im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie mit weiteren relevanten Akteuren weiterentwickelt.

Nationale Präventionsstrategie

Obwohl das Präventionsgesetz die Kommunen nicht direkt adressiert, bietet die Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie die Chance, eine dynamische Entwicklung in Gang zu setzen und das Handlungsfeld Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene zu institutionalisieren. Die Nationale Präventionskonferenz und die GKV setzen einen Schwerpunkt ihrer Aktivitäten auf die Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention.

Mit den im Februar 2016 beschlossenen Bundesrahmenempfehlungen und den darauf aufbauenden Landesrahmenvereinbarungen (siehe Karte auf S. 12) wurden die Grundlagen und der Rahmen für die Ausgestaltung der nationalen Präventionsstrategie auf Ebene der Länder und Kommunen geschaffen. In den Bundesrahmenempfehlungen wird die Schlüsselstellung der Kommunen für eine zielorientierte und koordinierte Gesundheitsförderung hervorgehoben. Hieran anknüpfend werden die **Bundesrahmenempfehlungen fortgeschrieben**.

GKV-Bündnis für Gesundheit fördert integrierte kommunale Strategien

Der GKV-Spitzenverband hat – so wie es gesetzlich vorgesehen ist – die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) damit beauftragt, die Krankenkassen beim Ausbau der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung zu unterstützen. Das **GKV-Bündnis für Gesundheit** knüpft dabei an das bereits bestehende langjährige Präventionsengagement der GKV an. Zu den prioritären Aufträgen an die BZgA zur Unterstützung integrierter kommunaler Strategien gehören der Ausbau der **Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit** und die Weiterentwicklung des Kooperationsprojekts von GKV und Bundesagentur für Arbeit, Deutschem Städtetag und Deutschem Landkreistag zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung. Bereits für 2016 wurde die BZgA mit weiteren Aufgaben für das GKV-Bündnis **beauftragt**. Ziel dieser Aufträge ist es, die Krankenkassen beim Ausbau ihres Engagements zur

Böhm K (2017): Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. Zeitschrift für Sozialreform. DOI 10.1515/zsr-2017-0014

Siehe Beitrag auf Seite 13-14

www.gkv-buendnis.de

Siehe Beitrag auf Seite 15-16

Siehe Präventionsbericht 2016, S. 26-27

Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung zu unterstützen.

Im Sinne der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention müssen bei der Entwicklung von integrierten Handlungskonzepten zahlreiche lokale Akteure und die Bevölkerung einbezogen werden. Den Kommunen kommt dabei die Aufgabe der Koordination und Steuerung zu, z. B. im Rahmen von Gesundheitskonferenzen oder anderer Strukturen, deren Ausgestaltung stark zwischen den Kommunen variiert.

Eine geeignete Entscheidungsgrundlage zur gemeinsamen Abstimmung und Planung ist eine systematische und mit der Sozialberichterstattung verknüpfte kommunale Gesundheitsberichterstattung (GBE). Auf Basis der GBE sollen die Aktivitäten insbesondere auf Lebenswelten mit einem überproportionalen Anteil von Menschen konzentriert werden, die sozial bedingt ungünstigere Gesundheitschancen haben. Die kommunalen Akteure entwickeln und gestalten hierfür zielbezogene, bedarfsgerechte und ressortübergreifende Strategien der Gesundheitsförderung. Über die verschiedenen Zuständigkeiten und Handlungsfelder hinweg verzahnen sie die Angebote an den Übergängen der Lebensphasen miteinander. Dabei sollen z. B. die Akteure der Suchtprävention enger mit den Verantwortlichen für die anderen Felder der Gesundheitsförderung zusammenarbeiten. Dies ist ein Ergebnis der Multiplikatorenkonferenzen des GKV-Bündnisses zur **kommunalen Suchtprävention** im Mai und Juni 2017.

Die Krankenkassen können in einem größeren Verbund von verantwortlichen Akteuren mit ihren Präventionsangeboten relevante Beiträge zur Umsetzung von integrierten kommunalen Strategien leisten. Sie unterstützen die Kommunen in den Bereichen Bedarfsermittlung und Zielentwicklung, Beratung zu verhältnispräventiven Umgestaltungen, Fortbildung von Multiplikatoren, Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen,

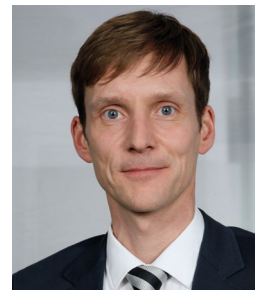
Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung sowie Öffentlichkeitsarbeit und Förderung von Vernetzungsprozessen, sofern die Aktivitäten in ein gesundheitsförderndes Gesamtkonzept eingebunden sind; die Kommune selbst erbringt in einem solchen Konzept einen angemessenen Eigenanteil, wie es im Präventionsgesetz vorgesehen ist.

Voraussetzung für die Unterstützungsangebote der GKV sind die im Leitfaden Prävention festgelegten Qualitätskriterien, die sich u. a. aus den Erfahrungen des „Gesunde Städte“-Netzwerks und dem Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ ergeben. Dazu gehören die Aufnahme des Ziels Gesundheit in den Zielekatalog der Kommune, eine systematische und mit der Sozialberichterstattung verknüpfte Gesundheitsberichterstattung, daraus abgeleitete Gesundheitsziele, die Schaffung geeigneter Koordinierungs- und Vernetzungsstrukturen sowie die Etablierung von Gesundheitsverträglichkeit als Entscheidungskriterium für öffentliche Planungen.

Weiterentwicklung des Instrumentariums und Begleitung der institutionellen Verankerung

Im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit werden Literatur- und Datenbankrecherchen zur aktuell vorliegenden Evidenz von Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchgeführt und Übersichten über bestehende Programme und Strategien erstellt. Ziel ist die Weiterentwicklung eines wirksamen Instrumentariums und die Erstellung eines Leitfadens zur Umsetzung evidenzbasierter kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung.

Kommunen, in denen das Handlungsfeld Gesundheitsförderung noch nicht etabliert ist, können von den Krankenkassen beim Aufbau von Koordinierungs- und Vernetzungsstrukturen unterstützt werden. Dadurch sollen die notwendigen Voraussetzungen für einen bedarfsgerechten Einsatz der Präventionsangebote der Krankenkassen geschaffen werden.

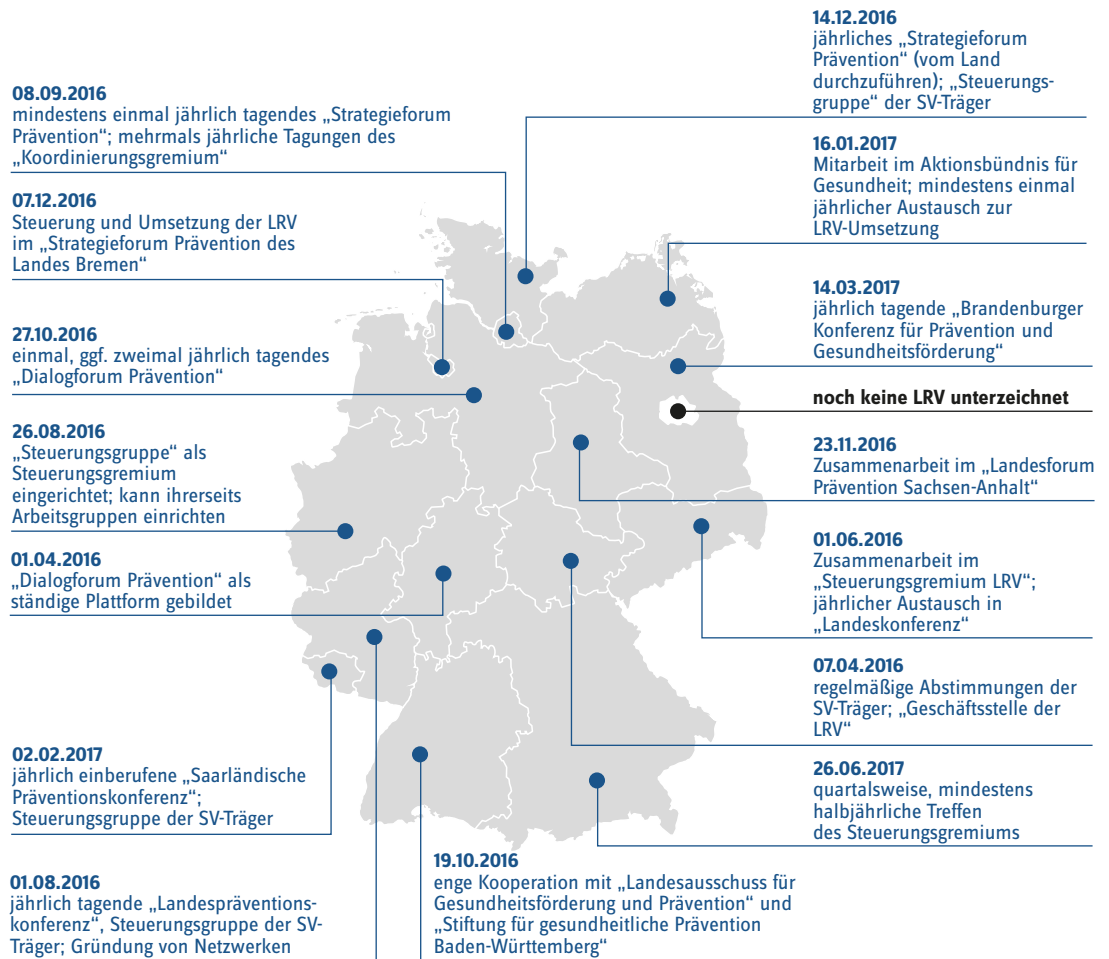


Autorin und Autor:
Dr. Monika Kücking
Jens Hupfeld,
GKV-Spitzenverband

Siehe Beitrag auf Seite 26-27

Abb. 1

Landesrahmenvereinbarungen



Im Rahmen des „GKV-Bündnis für Gesundheit“ werden Angebote entwickelt, die auf die Förderung integrierter kommunaler Strategien abzielen. Sie sollen u. a. Beratung, Prozessbegleitung, Moderation und Qualifizierungen zu Bedarfsanalysen, Konzeptentwicklungen, Netzwerkbildung, Projektmanagement, Qualitätsentwicklung, Evaluation sowie zur Partizipation von Zielgruppen und Stakeholdern umfassen.

Es werden weitere **Präventionsangebote für vulnerable Zielgruppen** entwickelt und erprobt, die perspektivisch ebenso wie die Angebote für Arbeitslose in kommunale Strategien integriert werden können. Das Instrumentarium der kommunalen Gesundheitsförderung soll mit Unterstützung der GKV vervollständigt und weiterentwickelt werden, so dass insgesamt ein bedarfsgerechtes, effektives Instrumentarium zur Verfügung steht und möglichst flächendeckend umgesetzt wird.

Siehe Beitrag auf Seite 24-25

Information und Vernetzung

Neben der Entwicklung der konkreten Unterstützungsangebote werden zugleich Informationsangebote mitentwickelt, um für die Verantwortlichen in den Kommunen und für weitere Akteure Transparenz über die Fördermöglichkeiten und -voraussetzungen herzustellen. Die Umsetzung auf kommunaler Ebene soll 2018 mit Veranstaltungen auf Bundes- und Landesebene flankiert und unterstützt werden. Dabei soll nicht nur die Kooperation der Sozialversicherungsträger untereinander und mit den Kommunen gefördert werden. Auch alle anderen relevanten Akteure, wie die Wohlfahrtsverbände und die Selbsthilfe, sind eingeladen mitzuwirken. Ziel ist es, auf diese Weise Ressourcen zu bündeln und Synergien zu schaffen.

Die nationale Präventionsstrategie wird umgesetzt und weiterentwickelt

Am 19. Februar 2016 verabschiedete die Nationale Präventionskonferenz (NPK) erstmals trägerübergreifende **Bundesrahmenempfehlungen**; damit schuf sie die entscheidende Grundlage für die nationale Präventionsstrategie nach § 20d SGB V. Während in den Bundesländern daraufhin Landesrahmenvereinbarungen (LRV) geschlossen wurden, um die Präventionsstrategie umzusetzen, starteten auf Bundesebene die Vorbereitungen für den Präventionsbericht der NPK, dem zweiten wesentlichen Element der Präventionsstrategie. Zugleich wurden die Bundesrahmenempfehlungen mit Experten aus Theorie und Praxis diskutiert, um Ansatzpunkte für eine erste Weiterentwicklung zu identifizieren.

In fast allen Bundesländern Rahmenvereinbarungen unterzeichnet

Die Bundesrahmenempfehlungen der NPK bilden die Grundlage für auf Landesebene zu schließende Rahmenvereinbarungen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Darin sollen sich die Sozialversicherungsträger und die zuständigen Stellen in den Ländern auf gemeinsame Grundsätze ihrer Zusammenarbeit bei der Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie, unter Berücksichtigung regionaler Prioritäten, verständigen. Die ersten Verhandlungen zu den Landesrahmenvereinbarungen waren bereits kurz nach Verabschiedung der Bundesrahmenempfehlungen erfolgreich abgeschlossen. Bis Juni 2017 wurden mit einer Ausnahme in allen Bundesländern **Vereinbarungen** unterzeichnet; in einigen Ländern gab es erste **Beitritte**.

Überall haben die Vertragspartner verbindliche Strukturen und Prozesse für ihre Zusammenarbeit etabliert, z. B. in Form von Präventions-, Strategie- oder Dialogforen, Steuerungsgruppen oder Landespräventionskonferenzen (s. Landkarte S. 12). Die unterschiedlichen Begriffe beinhalten weithin dasselbe: die Etablierung eines sich regelmäßig treffenden Gremiums, in dem sich die LRV-Beteiligten darüber abstimmen, wie sie die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung vor Ort praktisch ausgestalten. Vielerorts wird dabei

auf bestehenden Strukturen der Zusammenarbeit aufgebaut, die jetzt, gesetzlich untermauert, neue Impulse erhalten.

Ergebnisse des Präventionsforums werden genutzt

Parallel zu den Aktivitäten in den Ländern wurde auf Bundesebene der fachliche Diskurs zur nationalen Präventionsstrategie fortgesetzt. So kamen beim **ersten Präventionsforum** am 13. September 2016 mehr als 200 Vertreterinnen und Vertreter aus dem Präventions- und Gesundheitsförderungsbe- reich zusammen, um sich insbesondere über Mög- lichkeiten der Zusammenarbeit und Vernetzung zur Erreichung der in den Bundesrahmenempfehlungen adressierten Zielgruppen auszutauschen.

Die Diskussionsergebnisse bestätigten die Bundes- rahmenempfehlungen im Grundsatz. Insbesonde- re wurde angeregt, das gemeinsame Verständnis der Akteure für die Prävention und Gesundheits- förderung zu schärfen und dafür eine „gemeinsa- me Sprache“ zu etablieren. Zudem solle in den Bundesrahmenempfehlungen empfohlen werden, Modellvorhaben nach § 20g SGB V zu initiieren, die sich insbesondere mit der Qualität von Prä- vention und Gesundheitsförderung auseinander- setzen. Die NPK hat die Anregungen aufgegriffen und erörtert aktuell im Rahmen zweier Arbeits- gruppen (s. u.) Möglichkeiten, die Aspekte in die Bundesrahmenempfehlungen zu integrieren.

Beim zweiten Präventionsforum am 23. Okto- ber 2017 stand das Thema kommunale Prävention und Gesundheitsförderung im Mittelpunkt; der Teilnehmerkreis wurde dementsprechend um Fachleute aus den Kommunalverwaltungen er- weitert. Auch die Ergebnisse dieser Veranstaltung werden in die Fortschreibung der Bundesrahmen- empfehlungen einfließen.

Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen gestartet

In ihrer dritten Sitzung am 10. Februar 2017 haben die NPK-Mitglieder beschlossen, die Bundesrah-

Bundesrahmenempfeh- lungen nach § 20d Abs. 3 SGB V: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf

Dokumentation: www.praeventionsforum.org/2016/Dokumentation.pdf

Einen Überblick über die in den Landesrahmenvereinba- rungen konkret zu regelnden Aspekte gibt § 20f SGB V.

Unterzeichnete Landesrah- menvereinbarungen: www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/paeventions-gesetz/s_praeventionsgesetz.jsp

Beitrittsberechtigte nach §20f SGB V: Bundesagen- tur für Arbeit, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden, kommunale Spitzenverbän- de auf Landesebene



menempfehlungen erstmals weiterzuentwickeln und haben für dieses Vorhaben zwei NPK-Arbeitsgruppen eingerichtet.

Die Arbeitsgruppe „Arbeitswelt“ befasst sich mit dem Zielbereich Gesund leben und arbeiten; sie entwickelt derzeit Vorschläge, wie die arbeitsweltbezogenen Ziele der Bundesrahmenempfehlungen mit denen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie zu einem einheitlichen Zielesystem zusammengeführt werden können. Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt liegt auf der Ausgestaltung der Kooperation der Sozialversicherungsträger und der Integrierung der bestehenden Rahmenvereinbarung zwischen Unfall- und Krankenversicherung – gegenwärtig eine Anlage der Bundesrahmenempfehlungen – in die Empfehlungen selbst.



Die Arbeitsgruppe „Kommunale Lebenswelten“ konzentriert sich auf die Zielbereiche Gesund aufwachsen und Gesund im Alter sowie auf die Zielgruppe Arbeitslose. Einer ihrer Schwerpunkte liegt darauf, die Inhalte der bestehenden Kooperationsempfehlungen zwischen den kommunalen Spitzenverbänden und der GKV sowie zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der GKV in die Bundesrahmenempfehlungen zu integrieren (beide momentan ebenfalls Anlagen der Bundesrahmenempfehlungen) sowie die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger in diesen Zielbereichen weiterzuentwickeln. Auch Schwerpunktsetzungen bzw. Ziele für die lebensweltbezogene Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung werden erarbeitet.



Autorinnen und Autor:
Dr. Stefanie Liedtke,
GKV-Spitzenverband
Sieglinde Ludwig,
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung
Mathias Finis,
Sozialversicherung für
Landwirtschaft, Forsten und
Gartenbau
Nina-Tamara Moser,
Deutsche Renten-
versicherung Bund

Beide Arbeitsgruppen setzen sich zudem mit den Erkenntnissen auseinander, die aus den Präventionsforen und den Landesrahmenvereinbarungen gewonnen wurden. Ende 2017 werden die Ergebnisse in einem Entwurf für die erste weiterentwickelte Fassung der Bundesrahmenempfehlungen zusammengeführt. Ziel ist es, diesen in der vierten Sitzung der NPK am 16. Februar 2018 zu beraten und danach die gesetzlich vorgesehenen

Abstimmungsprozesse für die Fortschreibung der Bundesrahmenempfehlungen einzuleiten.

PKV seit Februar 2017 stimmberechtigtes NPK-Mitglied

Nachdem der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) an den ersten beiden NPK-Sitzungen als Gast teilnahm, wurde in der dritten Sitzung vereinbart, dass er fortan stimmberechtigt mitwirkt. Die Stimmberechtigung ist gemäß § 20e Abs. 1 SGB V an die Bedingung geknüpft, dass die PKV sich in angemessener finanzieller Höhe an Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen beteiligt. Die NPK-Träger begrüßen, dass die PKV ihr Engagement in Lebenswelten entsprechend ausweitet und sich der PKV-Verband aktiv in die Arbeitsprozesse der nationalen Präventionsstrategie einbringt.

Trägerübergreifender Präventionsbericht in Vorbereitung

Die NPK hat bis zum 1. Juli 2019 den ersten Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V zu erstellen und dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Im Februar 2017 wurde hierfür ein Grobkonzept beschlossen; bis Ende 2017 soll ein Feinkonzept vorliegen. In den Prozess sind neben den NPK-Mitgliedern das Robert Koch-Institut und ein wissenschaftlicher Beirat eingebunden. Für die Entwicklung des Feinkonzepts und dessen Umsetzung wird ergänzend externe Unterstützung hinzugezogen.

Mit dem NPK-Präventionsbericht 2019 wird erstmals eine trägerübergreifende Bestandsaufnahme zur lebens- und arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland zur Verfügung stehen. Die einfließenden Informationen sollen insbesondere genutzt werden, um das Präventions- und Gesundheitsförderungsengagement aller in der NPK vertretenen Akteure qualitätsgesichert und im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Handelns weiterzuentwickeln.

Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit stärken Gesundheitsförderung in den Ländern und Kommunen

In der Ottawa Charta 1986 der WHO heißt es: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ Die Kommune ist für die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger von zentraler Bedeutung. Sie ist das Dach für diverse gesundheitsförderliche Maßnahmen bspw. in Lebenswelten wie Kita, Schule, Senioren- und Freizeiteinrichtungen und definiert die Rahmenbedingungen in diesen Lebenswelten. Darüber hinaus übernehmen Kommunen wichtige Koordinations- und Vernetzungsaufgaben (u. a. Gesundheitskonferenzen, Runde Tische) und halten Informationen über Strukturen sowie gesundheitliche Bedarfslagen vor.

Einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung leisten die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) (ehemals Regionale Knoten). Die KGC unterstützen kommunale Akteure, u. a. durch Beratung und Qualifizierung, zahlreiche Netzwerk- und Qualifizierungsaktivitäten und die Verbreitung von „Good Practice“. Das übergeordnete Ziel der KGC ist es, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu reduzieren und die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene zu stärken.

Eine gewachsene Struktur in Ländern und Kommunen

Die KGC stellen bereits seit vielen Jahren eine etablierte Struktur in den Bundesländern dar. Die ersten KGC haben im Jahr 2004 ihre Arbeit aufgenommen. Drei Jahre später waren sie in allen Bundesländern bei den Landesvereinigungen für Gesundheit oder vergleichbaren Institutionen angesiedelt. Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Arbeit der KGC von Beginn an unterstützt und i. d. R. mit den Ländern anteilig gefördert. Mit der Überarbeitung des Leitfadens Prävention 2010 wurde die GKV-seitige Förderung dauerhaft gestärkt, indem die KGC als bedeutende Struktur in den Ländern herausgestellt wurde.

Qualitative und quantitative Weiterentwicklung

Auf Grundlage des Präventionsgesetzes hat der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rahmen der Umsetzung von § 20a Abs. 3 und 4 SGB V damit beauftragt, die KGC mit GKV-Mitteln quantitativ und qualitativ weiterzuentwickeln. Im Fokus der inhaltlichen Weiterentwicklung stehen insbesondere die direkte Beratung und Prozessbegleitung von Settingverantwortlichen durch die KGC und die Stärkung von Qualitätsentwicklung in den Lebenswelten. Die KGC sollen wichtige Impulse geben, um das gesundheitsförderliche Engagement von kommunalen Akteuren langfristig und nachhaltig zu unterstützen. Darüber hinaus können sie die Krankenkassen bei der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung unterstützen.

Für die Verstetigung dieser Entwicklungen sind zunächst stabile personelle Ressourcen unabdingbar. Der GKV-Spitzenverband hat deshalb in Abstimmung mit den Krankenkassenverbänden eine personelle Aufstockung des KGC-Fachpersonals in den Ländern auf den Weg gebracht. So wurde mit Ende des Jahres 2016 die KGC GKV-seitig auf bundesweit 32 Personalstellen - durchschnittlich zwei Personalstellen pro Bundesland - sukzessive erweitert. Bei der Verteilung der Personalstellen wurden die Faktoren Einwohnerzahl, Fläche des Bundeslandes und ein sogenannter **Belastungsindex**, der die gesundheitliche und soziale Belastung der Bevölkerung zusammenfasst, herangezogen.

Landesspezifische Schwerpunkte setzen

Gesundheitliche Bedarfslagen und Herausforderungen sowie Strukturen der Gesundheitsförderung unterscheiden sich in den Bundesländern zum Teil stark. Diese Heterogenität der Bundesländer spiegelt sich auch in den bisherigen Schwerpunkten und Aufgabenwahrnehmungen der KGC wieder. Die mit der Umsetzung des Präventionsgesetzes begonnene inhaltliche und strukturelle Weiterentwicklung definiert einen Rahmen, in dem landesspezifische Schwerpunk-



Autorinnen:

Merle Wiegand,
GKV-Spitzenverband

Anke Tempelmann,
AOK-Bundesverband

Claudia Isabelle Menze,
KNAPPSCHAFT

Senatsverwaltung Berlin
(2015) Gesundheits- und
Sozialstrukturatlas für die
Bundesrepublik Deutsch-
land - Daten, Methoden,
Ergebnisse auf Bundesland-
ebene zum Zusammenhang
zwischen Sozialer Lage und
Gesundheitszustand



Vom Auftrag zur Initiative - Das GKV-Bündnis für Gesundheit

Nach Vorgabe des Präventionsgesetzes hat der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit der Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten beauftragt. Diese Aufgaben sollten schnellstmöglich einen Namen erhalten - Ziel dabei ist es, alle Aktivitäten im Rahmen der BZgA-Beauftragung unter einer prägnanten Marke zusammenzufassen und so den Wiedererkennungseffekt zu stärken. Mit Unterstützung einer Agentur wurden ein Name und eine damit verbundene Marke entwickelt: Die gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten firmiert unter dem Namen „GKV-Bündnis für Gesundheit“.

Der Bild-Teil der Marke, der Kreis aus Punkten, symbolisiert die sechs Kassenarten, die das Bündnis tragen. Die Punkte stellen gleichzeitig die vielen Kassenmitglieder dar. Außerdem repräsentieren die farbigen Bereiche die Vielfalt der unterschiedlichen Lebenswelten.

Ergänzt wird das Logo durch weitere Designelemente, die künftig bei der Bereitstellung von Informationen zum Einsatz kommen – beispielsweise auf der Internetseite oder auf Printmaterialien. Den ersten öffentlichen Einsatz hatte die Marke auf den Multiplikatorenkonferenzen zur kommunalen Suchtprävention im Mai und Juni 2017; auch die mit GKV-Mitteln geförderten Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit verwenden das Logo.

www.gkv-buendnis.de

te auch weiterhin gesetzt werden können. Die Festlegungen hierzu erfolgen gemeinsam von den Trägerorganisationen der KGC und der GKV-Gemeinschaft auf Landesebene.

Zusammenarbeit mit den zuständigen Ministerien fortführen

In den vergangenen Jahren hat sich vielerorts eine gute und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den zuständigen Landesministerien aufgebaut, die sich auch in der gemeinsamen Förderung der KGC widerspiegelt. Bei der

Weiterentwicklung der KGC sollen die GKV und die zuständigen Ministerien in den Ländern auch zukünftig eng zusammenarbeiten, um die kommunale Gesundheitsförderung gemeinsam zu stärken. Die Aufstockungen der Landesmittel auf Höhe der GKV-Mittel in einzelnen Bundesländern zeigen deutlich, dass die KGC in den Ländern und Kommunen immer mehr an Bedeutung gewinnen. Weitere positive Entwicklungen in diese Richtung können zur Stärkung des gesamtgesellschaftlichen Engagements für Prävention und Gesundheitsförderung beitragen.



Reportage Bewegung ist Lernen

Rheine ist eine Stadt in Westfalen, südlich des Emslandes, im Kreis Steinfurt. 75.000 Menschen leben hier. Es gibt 37 Kindertagesstätten. Eine davon – eine besondere – befindet sich im ruhigen Ortsteil Wadelheim – dort, wo noch Rebhühner unbeeindruckt vom mäßigen Verkehr über die Straße laufen. Es ist das „Kinderland Rheine Isselstraße“, ein „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“.

Morgens von Sieben bis Neun unterscheidet sich die Kita im Eingangsbereich auf den ersten Blick nicht von anderen Kindertageseinrichtungen: Eltern bringen ihre Jüngsten, sie helfen beim Jacken-Aus- und Hausschuh-Anziehen. Es wird gedrückt, geküsst, gewinkt, für wenige Stunden Abschied genommen. Und von der Erzieherin bzw. vom Erzieher kommt ein warmherziges „Guten Morgen“.

Bei längerem Bleiben wird jedoch der Unterschied deutlich: Die Kinder haben viel mehr Freiräume als hunderttausendfach anderswo in Deutschland, wo Aktivitäten- und Zeitplanung den Tagesablauf in Kitas prägen. Das heißt nicht, dass in der Isselstraße die Kids allein das Sagen haben und alles Drunter und Drüber geht. „Es gibt schon eine grobe Struktur im Tagesablauf. Aber wir stellen nicht die Uhr danach, dass etwas zu einer bestimmten Zeit stattfinden muss“, sagt Einrichtungsleiterin Eva Jasper. Die Kinder, erklärt sie, kommen morgens zuerst einmal in ihrer

Stammgruppe an, sie können dann aber je nach Wunsch auch in anderen Räumen oder in anderen Gruppen spielen. „Nicht jeder Tag ist also gleich, sondern den Bedürfnissen der Kinder angepasst“. Und Bewegung steht dabei an erster Stelle.

Bis auf die Ein- bis Zweijährigen können alle Steppkes, wenn sie Lust haben, auch im großen Bällebad – ein Zelt aus Netzstoff mit Hunderten bunten Bällen am Boden – oder in der Bewegungshalle ihrer Energie freien Lauf lassen. Oder sie düsen mit dem Roller über die Flure der Kita. Fast alle Räume sind als Bewegungsräume konzipiert. Allein die „Krabbelmäuse“, die Ein- bis Zweijährigen, bleiben etwas näher bei der Erzieherin. Die Bewegungshalle ist ihnen vorerst oft

Viel Bewegung gehört zum Kitaalltag



Autorin:
Cornelia Kolbeck, Berlin

Das Gütesiegel „Anerkannter Bewegungskindergarten“ wird im Rahmen des Programms „NRW bewegt seine KINDER!“ vom Landessportbund an Kindertageseinrichtungen verliehen. Aktuell tragen bereits über 800 Kindertageseinrichtungen im Land das Gütesiegel. Fast 300 von ihnen haben zudem die erweiterte Zertifizierung zum „Anerkannten Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ geschafft. Die Umsetzung des Zusatzmoduls Ernährung ist ein Präventionsprojekt der Landesregierung und der gesetzlichen Krankenkassen in NRW mit dem Landessportbund (LSB) NRW als Partner. Die Träger verfolgen mit der vor zehn Jahren vereinbarten Kooperation das Ziel, der Zunahme von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter entgegenzuwirken. Zugleich sollen Kinder und Familien mit sozialer Benachteiligung und/oder mit Migrationshintergrund verstärkt gefördert werden.



Ein gesundes Frühstücksangebot mit Obst und Gemüse ist in der Kita mit dem Pluspunkt Ernährung Usus.

noch nicht geheuer, sie turnen deshalb auch im Gruppenraum oder im Bällebad. Doch auch sie lernen bereits, selbstständig Entscheidungen zu treffen. „Sie dürfen u. a. alleine ins oder aus dem Bett klettern nach dem Motto, ich bin nicht auf andere angewiesen, ich darf alleine“, sagt die Leiterin. „Wir gehen davon aus, dass Lernen Bewegung ist und deshalb verbinden wir auch ganz viele Lernziele mit Bewegung“.

Erlern werden soll entsprechend dem Konzept der Kita unter anderem, Kontakt zu anderen aufzubauen, die Stärke des eigenen Körpers kennenzulernen, verschiedenste Materialien zu erforschen oder das Sprechen einzuüben. Zehn Bildungsbereiche gibt es, im Eingangsbereich stehen große Tafeln, gestaltet von Kindern, Erzieherinnen und Erziehern, die diese abwechselnd verdeutlichen und auch den Eltern gegenüber transparent machen.

Jeder Bereich hat ein eigenes Logo. Ein Apfel thront aktuell über der Ernährungspyramide der „Hoppelhasen“. Mit Smileys und Ampelfarben – sie signalisieren „gesund“, „ungesund“ und „geht so“ – haben sie Bilder von Äpfeln, Kartoffeln, Cola oder Schokolade markiert. Auf einer anderen Tafel wird ein im Rahmen der Gesundheitswochen selbst gebasteltes Memory-Spiel vorgestellt, das zeigt, welche Früchte es gibt.

Aber auch die Bewegung wird regelmäßig thematisiert. Angeboten werden Fußballspiele, Waldtage, Tanzprojekte – und zwar in der Regel während der Kitazeiten. Eine Kollegin trainiert privat Hip-

Hop, sie übt im Zuge eines Tanzprojektes mit den Kindern, und beim Sommerfest wird aufgeführt vor den Eltern. Zum Fußballspielen gehen die Kleinen mit einer Erzieherin oder einem Erzieher hinters Haus auf die Wiese. „Ringen und Raufen“ nennt sich ein anderes Bewegungsprojekt – ein spielerisches Kräfteressen, in der Turnhalle oder auch draußen. „Gerade die Großen, die brauchen das und die wollen das auch“, sagt die Leiterin, weist aber darauf hin, dass dies unter Anleitung geschieht. Sie lernen, dass sie miteinander rangeln, Partner sind, sie lernen „Stopp!“ zu rufen, wenn es zuviel wird. Regeln werden miteinander besprochen und immer wieder gemeinsam reflektiert. Ganz oben auf der Beliebtheitsliste steht allerdings das „Sporteln“, zu dem Kita und die ortsansässigen Vereine gemeinsam in den Wintermonaten in die Vereinshallen einladen und wo Eltern und Kinder – auch Geschwisterkinder – gemeinsam in Bewegung in kommen.

Gemeinsames „Sporteln“ ist besonders beliebt

Das „Sporteln“ ist zu einem Markenzeichen des Kreises Steinfurt und ein Magnet für die Kita-Familien geworden. Es gibt diese Veranstaltungen mittlerweile in fast jeder Kommune, initiiert von den mehr als 50 Bewegungskindergärten, bei denen die Kooperation mit den Sportvereinen zum Konzept gehört. Ohne Miteinander gibt's kein Gütesiegel. Ebenso verankert ist, die Eltern mit ins Boot zu nehmen. „Das gelingt uns inzwischen sehr gut“, zeigt sich Petra Fettich, Verbundleiterin der gemeinnützigen Kinderland GmbH für Emsdetten und Rheine zufrieden: „Ich erinnere mich, dass die Eltern anfangs noch mit Jeans und Stoppersocken zum Mitmachen in die Turnhalle kamen. Heute haben sie in Sportsachen und Turnschuhen gemeinsam mit ihren Kindern Spaß, wenn sie mit ihrer Laufkarte Punkte sammeln. Unsere Kinder reißen ihre Mamas und Papas gewissermaßen mit.“ Sie verweist darauf, dass Eltern in der Region oft lange Anfahrtswege zur Arbeit haben. Zeit für den Sport bleibt da oft selten. Das gilt auch für die Kinder. Es sei deshalb eine sehr gute Lösung, dass die Vereins-

übungsleiter nicht nur bei größeren Veranstaltungen wie dem Sporteln dabei sind, sondern auch in die Kita kommen und hier die Möglichkeiten des Sports vorstellen. Zwei Familien spielen inzwischen Badminton im Verein. Die Kooperation nutzt somit auch den Vereinen, die über die Vernetzung mit Kita und Schule ihren Vereinsnachwuchs finden.

Martina Rathmann vom Kreissportbund Steinfurt bezeichnet die gemeinsamen Aktivitäten als Gegenentwurf zu Spielhallen und anderen kommerziellen Angeboten. Der Sport biete eine soziale Plattform – auch für zugezogene Familien. Und, sagt sie, Bewegung, Spiel und Sport für die Kitakinder seien anders als früher. „Wenn Sie vor zehn, fünfzehn Jahren gesehen haben, wie ein Bewegungsangebot aussah, da standen zehn Kinder in einer Reihe, ein Kasten war aufgebaut, da kletterte man hoch, sprang runter und stellte sich hinten wieder an.“ Es sei eine Leistung abverlangt worden. „Schafft man es oder versagt man, da waren Stress und auch Konflikte vorprogrammiert. Und was sehen Sie hier? Hier ist ein Bewegungsangebot psychomotorisch ausgerichtet. Ganzheitlich an den Stärken des Kindes orientiert. Es sieht locker aus, und es ist trotzdem pädagogisch gestaltet.“ Das sei eben die große Kunst, den Kindern angeleitet die Freiheit zu lassen und ihnen Erfolgserlebnisse möglich zu machen. Dieser partizipative Ansatz, also dass Kinder mitentscheiden und mitgestalten dürfen, sei auch im Kinderbildungsgesetz des Landes (KiBiz) verankert.

Bei der Zertifizierung gibt es keinen Spielraum

Die 2013 eröffnete Einrichtung in der Isselstraße gehört zur gemeinnützigen Kinderland GmbH. 18 Häuser sind derzeit unter diesem Dach vereint. Bis auf zwei neu eröffnete Kitas tragen alle das Gütesiegel der Bewegungskindergärten, davon sind zwölf mit dem Pluspunkt Ernährung zertifiziert. Die zuletzt hinzugekommenen Einrichtungen bereiten sich derzeit auf die Zertifizierung vor. Sie dauert im Schnitt anderthalb bis zwei Jahre,

so die Erfahrung von Kinderland-Geschäftsführer Bernhard Jäschke. Zeit braucht unter anderem die Schulung der Erzieherinnen und Erzieher. 65 Stunden sind Pflicht, um das Zertifikat „Bewegungsförderung in Sportverein und Kita“ zu erhalten.

„Alle unsere Einrichtungen sind verpflichtet, sich zertifizieren zu lassen, da gibt es auch keinen Spielraum“, sagt Jäschke. „Kontra hatten wir aber auch noch nicht.“ Den Erzieherinnen und Erziehern sei schließlich bewusst, dass Bewegung und gesunde Ernährung wichtige Bausteine in der Bildungsarbeit mit Kindern sind. Teure Umbaumaßnahmen sind aus seiner Erfahrung für die Gütesiegel nicht erforderlich: „Es geht eher um neue Materialien und vor allem darum, was in den Köpfen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter passiert. Für viele Bewegungsangebote braucht man in erster Linie Ideen und nicht teure Ausstattungen.“

In Rheine sind die Breitensportvereine ETuS Rheine 1928 e. V. und TV Jahn Rheine e. V. die Partner der Bewegungskindergärten. „Es geht um Netzwerke, um Settings, die Bündnisse für Kinder entwickeln, die ganze Familien in Bewegung bringen“, begründet Jäschke die Kooperation. Schließlich zöge immer weniger Bewegung in die Kinderwelt ein, Zivilisationskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Adipositas, Diabetes nähmen zu. Er ist zufrieden, dass das Land und die gesetzlichen Krankenkassen hier präventiv etwas tun. Und das scheint sich schon ausgezahlt zu haben. Mit einer Adipositas-Rate bei Jungen von 3,6 % und Mädchen von

Fortbildung

In jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt in NRW gibt es inzwischen durch die Sportjugend autorisierte Koordinierungs- und Beratungsstellen. Diese „Kümmerer vor Ort“ motivieren Einrichtungen, sich zum Bewegungskindergarten zu qualifizieren. Sie unterstützen die Netzwerkarbeit der Partner und helfen bei der Qualitätssicherung. Sie organisieren weiterhin die Qualifizierung bezüglich der Bewegungserziehung. Die Kosten von rund 300 Euro pro Kurs und Fachkraft übernehmen die Kitas. Die Fortbildung zum „Pluspunkt Ernährung“ basiert auf den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung und wird durch die Krankenkassen bedarfsgerecht organisiert. Die Teilnahme hier kostet eine Kita rund 150 Euro. Einrichtungen mit vielen Kindern mit besonderem Förderbedarf erhalten das zusätzliche Zertifikat kostenfrei. Organisiert werden die Ernährungsschulungen standortnah – über eine von der GKV gestellte hauptamtliche Koordinatorin für den Pluspunkt Ernährung. Die Durchführung erfolgt mit Hilfe eines qualifizierten Teams von Ernährungsfachkräften, das von den Krankenkassen geführt wird und landesweit agiert. „Wir holen die Einrichtungen da ab, wo sie stehen. Nicht nur räumlich, sondern besonders inhaltlich. Der „Pluspunkt Ernährung“ wird als Prozessbegleitung zu mehr Kindergesundheit verstanden und gelebt“, so Koordinatorin Vanessa Drösser.

In einer Kindertagesstätte mit dem Zertifikat „Anerkannter Bewegungs-Kindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ ...

- beschließen alle Beteiligten – Leitung, pädagogische Fachkräfte, Kinder und Eltern – die Grundsätze einer vielseitigen Bewegungsförderung und einer gesunden Ernährung gemeinsam im Alltag umzusetzen.
- ist die „gelebte Bewegungsförderung“ Teil der pädagogischen Schwerpunktsetzung und Bildungsarbeit (s. Leitfaden für die pädagogische Schwerpunktsetzung „Bewegungsförderung“ in Kindertageseinrichtungen zum Gütesiegel: Anerkannter Bewegungs-Kindergarten des LSB NRW; Sportjugend, Duisburg 2015).
- gibt es feste „Bewegungsregeln“. Beispielsweise soll die tägliche Bewegungszeit von ein bis zwei Stunden je Kind während der Betreuungszeit realisiert werden.
- gibt es feste „Ernährungsregeln“, zum Beispiel ob und wann Süßigkeiten oder gezuckerte Getränke angeboten werden.
- stehen den Kindern jederzeit energiefreie Getränke wie Fruchtttees oder Mineralwasser zur Selbstbedienung zur Verfügung.
- gibt es mindestens einmal pro Woche ein ausgewogenes Frühstück, das die Kinder aktiv mitgestalten.
- werden die Themen Ernährung und Bewegung spielerisch und altersgemäß in den Alltag eingebaut. Dazu werden die pädagogischen Fachkräfte besonders qualifiziert.
- wird Spaß und Freude an Bewegung täglich durch freie und angeleitete Bewegungszeiten ohne Leistungsdruck gefördert.
- werden im Lauf eines Jahres mindestens zwei Angebote zur Förderung der sinnlichen Wahrnehmung durchgeführt, zum Beispiel durch Einrichtung eines Geschmacks- oder Bewegungsparcours.
- finden im Lauf eines Jahres mindestens zwei Elternveranstaltungen zu den Themen Bewegung und ausgewogenes Essverhalten statt.
- wird die Kommunikation zwischen dem Kindergarten und den Eltern durch gezielte Aktionen (multikulturelle Kochveranstaltungen, Bewegungsspiele oder „bewegte Pausen“) gefördert.
- ergänzen besondere Ereignisse wie Ausflüge und Spielfeste das Angebot für Kinder und Eltern in den Bereichen Bewegung und Ernährung.
- erhalten Einrichtung und Eltern spezielle Informationsmaterialien zur gesunden Ernährung und zu Bewegungsangeboten der Sportvereine.
- werden alle Beteiligten durch Bewegungs- und Ernährungsfachkräfte beraten.

Quelle: Leitfaden „Anerkannter Bewegungs-Kindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“

Die Zertifizierung der KiTas mit dem „Pluspunkt Ernährung“ wird von Vertreterinnen und Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen in Kooperation mit dem Koordinierungs- und Beratungsstellen der Stadt- und Kreissportbünde vor Ort übernommen.

4,1 % im Einschulungsbereich liegt der Kreis unter dem Landesdurchschnitt von 4,6 %.

„Wir sitzen an der Schaltstelle“, ist sich Jäschke bewusst. Deshalb sei das Konzept des Bewegungs-Kindergartens mit dem Pluspunkt Ernährung auch fest ins Konzept von Kinderland integriert. Und nicht nur das, es ist auch ein Qualitätsmerkmal: „Die Bürger wissen inzwischen, dass Bewegung und Ernährung wichtige Themen sind in unseren Einrichtungen.“

Es gibt jedoch vor Ort noch einen dritten im Bunde, den Kreis Steinfurt. Landrat Dr. Klaus Effing ist Schirmherr der Bewegungs-Kindergärten. Er überreicht die Gütesiegel, und das ist für ihn, wie er sagt, eine Herzensangelegenheit. Weiß er doch genau, welch große Unterstützung Kitas und Vereine im Verbund für die Region leisten: 445.000 Einwohnerinnen und Einwohner zählt der Kreis, es gibt 14 Städte und Gemeinden mit weniger als 10.000 Ansässigen und kaum Freizeitangebote.

Kreis Steinfurt unterstützt auch in Bewegungs-Schulen

Dr. Effing ist deshalb außerordentlich dankbar über die Aktivitäten von Kitas und Vereinen. Er sieht die Sache aber auch politisch-strategisch. Im Herbst wird über das Kreisentwicklungsprogramm bis 2030 abgestimmt, dann geht es auch um gesundheits- und arbeitsmarktpolitische Aspekte. Effing sieht Bewegungs-Kindergärten mit dem Pluspunkt Ernährung hierbei als Anfang einer Kettenreaktion: „Bewegung ist Bildung, Ernährung ebenso – und die Ergebnisse wirken sich positiv aus, auf die Gesundheit der Kinder und langfristig auch im Jobcenter.“ Die Arbeitslosenquote im Kreis liegt derzeit bei 4,4 % und damit deutlich unter dem Durchschnitt des Landes NRW (7,5 %) und auch unter dem Bundesdurchschnitt (5,2 %).

Effing sieht damit bestätigt, dass es sich auszahlt, bei den Kleinsten anzusetzen, sie zu bewegen, damit sie kognitiv weiterkommen und so fit gemacht werden für das Leben. „Schließlich brauchen wir

im Kreis auch zukünftig Fachkräfte. Wenn wir früh anfangen, haben wir eine gute Möglichkeit, hier voranzukommen.“ Der Kreis ist aber auch Partner in den Schulen. 40 der 50 Grundschulen im Kreis Steinfurt tragen inzwischen das Gütesiegel einer anerkannten SchuB-Schule (Schule und Bewegung). In diesen Bildungsstätten werden, ebenso wie in den Kitas, Bewegung, Spiel und Sport als unverzichtbare Bestandteile ganzheitlicher Bildungsförderung umgesetzt, und auch hier ist der Kreissportbund mit im Boot.

Entsprechend dem großen Vorbild vom Land und Landessportbund NRW gibt es seit 2014 auch einen „Pakt für den Sport“ zwischen dem Kreis Steinfurt und dem Kreissportverband. Verankert ist hier eine besondere Beachtung der gesundheitlichen Prävention in Kindertageseinrichtungen (und auch im Schulsport). So vereinbaren die Partner, Träger von Kitas für das Thema Bewegung verstärkt zu sensibilisieren und entsprechend zu qualifizieren. Bis Ende 2018 soll es in jeder Kommune mindestens einen zertifizierten Bewegungskindergarten – idealerweise mit dem Pluspunkt Ernährung – geben.

Die Kita Kinderland Isselstraße in Rheine ist seit 2014 Träger des Zertifikates „Pluspunkt Ernährung“. Was das bedeutet, zeigt sich bereits beim Blick in die Cafeteria morgens um neun Uhr: Einige Kinder bedienen sich am ausgewogenen und bunten Frühstücksbüfett, Assistenz von Erzieherinnen und Erziehern auf Wunsch inbegriffen. Für die Kleinen liegt bzw. steht alles in erreichbarer Nähe bereit. Auf den Tellern der bereits sitzenden Kinder liegen schon lecker zubereitete „Stullen“, aber auch Gurkenscheiben, Miniotomaten und Kiwi zum Verzehr bereit. Kein Teller ist übervoll. „Wenn Kinder von früh auf lernen, sich selber aufzutun bei so einem Büfett, dann lernen sie einzuschätzen, wieviel sie brauchen, um satt zu werden“, erklärt Eva Jasper den Hintergrund. Es gehe um das Erlernen der Selbstregulation, die man nicht lerne, wenn täglich von Zuhause ein Butterbrot mitgegeben werde.



Die Kinder wissen ganz gut, was sie wollen

Während die einen noch essen, sind andere schon in Vorfreude aufs Spielen dabei, sich umzuziehen für den Garten. Der Lärmpegel ist deutlich gestiegen. In einer Gruppe allerdings sitzen einige Zwei- und Dreijährige noch mit Erzieherin Tanja Stadie am Tisch, und alle kneten angestrengt. „Eigentlich ist es die Gruppe, wo es oft am Wuseligsten ist“, sagt die Erzieherin, „aber wenn einer beginnt, wollen die anderen auch“. Das heißt aber nicht, dass die Kinder unbedingt am Tisch „sitzen“ müssen. Der Kreativität werden keine Grenzen gesetzt. Und wenn dem Kind der Platz auf dem Tisch oder auf dem Fußboden für Basteleien geeigneter erscheint als der Platz auf dem Stuhl, dann darf das so sein. Die Erzieherinnen und Erzieher sind diesbezüglich entspannt und sie machen mit. Im Raum der kleinen „Krabbelmäuse“ hat sich Annemarie Gromotka zu den Kindern auf den Teppich gesetzt, wo sie ihren aufmerksamen Zuhörerinnen und Zuhörern Begriffe aus einem Bilderbuch erklärt. Andere haben es sich doch lieber auf dem Sofa bequem gemacht und blättern versunken in ihren mitgenommenen Schätzen.

Sehr beliebt bei Jungen und Mädchen: der Kletterbaum im Garten.



Einrichtungsführerin Eva Jasper vor dem Kinderland in der Isselstraße.

Eva Jasper: „Die Kinder wissen eben in der Regel selbst schon ganz gut, was sie wollen. Und es ist unsere Aufgabe, sie gut zu beobachten und ihre Entscheidungen zu unterstützen. Wenn sie sich setzen und malen, begleiten wir sie dabei, wir fragen z. B. nach, was sie malen wollen, wenn wir beobachten, dass gerade die Ideen fehlen. Wir bestärken sie aber auch darin, ihre Sachen zu Ende zu bringen.“ Es gebe allerdings keinen Zwang, dies oder das machen zu müssen.

Mitbestimmung in der Bewegungshalle

Das wird auch deutlich in der Bewegungshalle im Erdgeschoss, die sich gerade die „Kullerigel“ – alle Gruppennamen sind bewusst mit Bewe-

gung assoziiert – zum Spielen ausgesucht haben. Genau genommen ist es keine Halle, sondern das größte Zimmer im Haus. In der Mitte hängt von der Decke an vier Bändern eine dicke blaue Schwingrolle. Ein Mädchen mit Zöpfen sitzt breitbeinig und etwas unsicher darauf, Erzieherin Lea Vollenbröker unterstützt sie, schiebt vorsichtig an. Mutig sind dagegen Kinder links auf der Kletterstrecke. Sie balancieren über einen fast bis zu einem Meter ansteigenden Parcours über Bänke und Sprungkästen bis zur Sprossenwand. Manche laufen bis zum Ende und zurück, andere springen vorher ab in die weichen Matten auf dem Boden. Die Jungs lieben es offenbar, sich stolz wie kleine Stuntman abzurollen.

Auch hier, erklärt die Kitaleiterin, gehe es darum, dass die Kinder in der Bewegung erfahren, was sie können. Die einen sind zögerlich, die anderen gehenforsch voran. Der Aufbau des Parcours sei übrigens von den Kindern bestimmt worden. Sie entschieden auch über die eingesetzten Spielmaterialien. Einmal hätten die Vorschüler ein Krankenhaus besucht und danach bei Nutzung aller verfügbaren Materialien einen Krankenwagen nachgebaut.

Ein Mädchen von den „Flattereulen“ lugt durch die offene Hallentür und flitzt dann auf Anika Hopley zu. Die stellvertretende Kita-Leiterin lacht. Sie weiß schon, was jetzt kommt. „Das passiert immer ganz spontan“, sagt sie und hält das Kind fest an beiden Händen, während dieses vor ihr eine Luftrolle macht. Es ist für sie selbstverständlich, den Bewegungsdrang nicht zu bremsen, sondern ausleben zu lassen. Das gilt auch für die Bewegungshalle: „Wir beobachten, wie die Kinder die Landschaft nutzen, suchen das Gespräch mit ihnen und dann wird gemeinsam entschieden, ob vielleicht eine Leiter wegkommt und stattdessen ein weiterer Kasten hinzu, ob die Rollenschaukel durch eine andere Schaukel ersetzt werden soll oder ob die Kinder lieber mit Bällen experimentieren wollen.“ Kinderwünsche einzubeziehen gelte übrigens für den ganzen Tag.

2014 gaben in einer Umfrage 121 Einrichtungen mit dem „Pluspunkt Ernährung“ Auskunft zur Frühstückssituation. Dabei zeigte sich folgendes Bild:

- Mehr als die Hälfte der befragten Einrichtungen bietet täglich ein Frühstück/Frühstücksbüfett an.
- Gut ein Viertel der Einrichtungen organisiert einmal wöchentlich ein Frühstück. An den anderen Tagen bringen die Kinder etwas von zu Hause mit.
- Der Großteil der Einrichtungen ergänzt das mitgebrachte Frühstück täglich durch Obst und Gemüse, und nahezu alle Einrichtungen bieten zum Frühstück energiefreie Getränke an.
- In jeder zweiten Einrichtung können die Kinder jeden Tag gleitend über eine längere Zeit frühstücken.

Quelle: <http://www.bewegungskindergarten-nrw.de/fru%cc%88hstu%cc%88cksumfrage>

Wir haben keine der typischen Kletterlandschaften

Es ist inzwischen halb elf und ordentlich laut mittlerweile. Einige Kinder toben sich bereits im Garten aus, andere rennen nach draußen. Ein Junge steht an der Pumpe, während sein Freund einen Eimer unter den Hahn hält. Zwei Mädchen schauen interessiert dem Treiben zu. Eine Dritte mischt sich ein, buddelt schließlich mit der Schaufel ein Loch, in das Pumpenwasser fließt. Es ist ein warmer Tag, die Sonne scheint. Die großen Segel über dem Sandspielbereich schützen vor zu viel Hitze. Unten an einem Hügel lädt ein Tunnel zum Verstecken ein.

Zwei blonde Freundinnen haben sich in die halbschattige Höhle aus Weide zurückgezogen – von „ihren“ Eltern gebaut, wie sie stolz berichten. Etwas abseits klettern drei Mutige in den Ästen der vom Hausmeister sicher zurechtgeschnittenen Bäumchen, während ein Mädchenquartett im Netz der großen „Vogelnest-Schaukel“ schnatternd und kichernd turnt. Auf dem Hügel spielen indessen einige Ältere Fangen und Verstecken, während die Jüngsten die roten gepflasterten Wege als Fahrzeugbahn nutzen. Sie rasen auf ihren Rutschern mutig den Hügel hinab und ohne zu bremsen in die Kurven. Einen mahnenden Ruf „Nicht so schnell“ hört man nicht von den Erzieherinnen und Erziehern. Die Kinder sollen ihre Erfahrungen selbst sammeln, Grenzen ausloten.

Es gibt im Garten keine der typischen Kletterlandschaften mit Rutsche. „Wir haben einen sehr naturbelassenen Spielplatz, kein vorgegebenes Spielmaterial“, erklärt die Leiterin. Es bestünden dennoch ganz viele Möglichkeiten für die Jüngsten, sich zu bewegen und Körpererfahrung zu sammeln. Das Hoch- und Runterklettern auf dem Baum sei eine viel größere, mit Ausprobieren verbundene Herausforderung als das standardmäßige Klettern auf der Leiter und Herunterrutschen auf der anderen Seite. Auch biete der Garten verschiedenste Materialien zum Kennenlernen und Ausprobieren – Wiese, Sand, Steine, Erde.



Annemarie Gromotka mit ihren drei- und vierjährigen Schützlingen. Gemeinsame Aktivitäten auf dem Boden – kein Problem.

Es scheint den Kids zu gefallen. In einem Erdloch sitzt ein Zweijähriger. Er betrachtet neugierig das Büschel Gras samt Erdballen in seiner Hand.

Mittags zieht es die Kinder wieder nach drinnen. Sie sind hungrig und in Vorfreude auf das Mittagessen. Die Kleinen essen in der Gruppe. Die Größeren essen in der Cafeteria, wo die Erzieherinnen und Erzieher schon alles vorbereitet haben. Es ist eingedeckt mit Porzellantellern, Edelstahlbesteck und Gläsern. Auf jedem Tisch stehen auch Schalen mit Salat, Früchten und leicht gesüßtem Quark. Auf jedem Teller liegt ein Kärtchen mit Foto und Namen des erwarteten Kindes. Das Essen – heute gibt's Hering mit Backkartoffeln – liefert der Caterer. Er wurde ausgewählt, weil er die Kriterien einer ausgewogenen Kinderernährung erfüllt.

Danach, ab ein Uhr wird es langsam still. Viel Aktivität fordert eben auch irgendwann ein wenig Nachtanken an Energie. Geschlafen wird in den Räumen neben den Gruppenzimmern und zwar in kleinen niedrigen Betten, die aus dem 7-Zwerg-Märchen zu stammen scheinen.

Es ist eine Welt, die Kinder glücklich macht. Zufriedene Gesichter lassen daran keinen Zweifel. Und Eva Jaspers und ihre Kollegen sind glücklich, dass ihre Kita in der Isselstraße so etwas anbieten kann.

„Aus dem 2007 ins Leben gerufenen Modellprojekt „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ wurde ab 2011 ein landesweites Angebot. Viele Einrichtungen bauten um, es entstanden „Geheimgänge“, Wände mit Gucklöchern, Schallschutzdecken wurden eingezogen. Es gibt heute Cafeterien, Kinderrestaurants und kindgerechte Küchen, in denen die Jüngsten regelmäßig bei der Speisenzubereitung mithelfen.“

Quelle: <http://www.bewegungskindergarten-nrw.de/2011-2014-vom-modellprojekt-zum-landesweiten-angebot>

Vulnerable Zielgruppen in Kommunen mit Gesundheitsförderung und Prävention erreichen



Autorinnen:
Karin Schreiner-Kürten,
GKV-Spitzenverband

Ulrike Pernack,
vdek e. V.

Waltraud Wagner,
ikk e. V.

Soziale Lage und Gesundheit

Die sozialen Determinanten von Gesundheit sind vielfach international und für Deutschland belegt: Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status (nach den Merkmalen schulische und berufliche Bildung, Stellung im Beruf und Einkommen) sind häufiger von Krankheiten und Beschwerden betroffen, schätzen ihre Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein und sterben früher als Menschen mit hohem Sozialstatus. In Hinblick auf Kausalzusammenhänge geht es in erster Linie darum, bildungs-, arbeitsmarkt-, wohnungsbau- und insgesamt sozialpolitische Aktivitäten zu unternehmen, um die Gesundheit für alle Menschen zu stärken. Soziallagenorientierte Gesundheitsförderung mit ihrer kompensatorischen Wirkung kann in zweiter Linie dazu beitragen, dass sozial bedingte Unterschiede an Gesundheitschancen vermindert werden. Die Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen ist gemäß § 20 Abs. 1 SGB V ein Ziel, zu dem die Primärpräventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen beitragen sollen.

Lebenswelt Kommune

Diesem Auftrag können die Krankenkassen am ehesten dann gerecht werden, wenn sie gemeinsam mit verantwortlichen Partnern Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Menschen implementieren. Das Präventionsgesetz definiert Lebenswelten als „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme“, in denen die Krankenkassen insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen fördern und die Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung von Ressourcen und Fähigkeiten der Menschen in den Lebenswelten unterstützen (§ 20a SGB V). Der Leitfadent Prävention des GKV-Spitzenverbandes beschreibt bereits seit 2010 die Kommune als ein besonders geeignetes Setting der Gesundheitsförderung und Prävention, weil sie nicht nur von großer Bedeutung für die Gesundheit der Menschen ist, sondern auch,

weil dort grundsätzlich alle Menschen, insbesondere auch sozial benachteiligte Gruppen in ihrem Lebensalltag erreicht werden können.

Vulnerable Zielgruppen

Alleinerziehende und ihre Kinder, langzeitarbeitslose Menschen, Menschen mit Behinderung sowie Menschen mit Migrationshintergrund haben laut dem **fünften Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung** ein erhöhtes Armutsrisiko. Sie sind für die Krankenkassen wichtige Zielgruppen für eine soziallagenorientierte Gesundheitsförderung und Prävention. Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien sowie Kinder psychisch erkrankter Eltern zeigen ein erhöhtes Risiko hinsichtlich der Entwicklung von Suchtverhalten bzw. einer psychischen Störung. Bei der Gruppe der älteren Menschen bestehen zunehmend gesundheitliche Beeinträchtigungen, die besondere Herausforderungen für Gesundheitsförderungsleistungen bedeuten; außerdem haben sich bei Älteren teilweise ungünstige sozioökonomische Bedingungen verfestigt, die aus geringeren Bildungs- und Teilhabechancen in Kindheit und Jugend resultieren.

Empirische Basis

Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse gibt es zur Evidenz von Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen für die beschriebenen vulnerablen Zielgruppen? Welche Interventionen werden für die genannten Zielgruppen im deutschsprachigen Raum umgesetzt? Für die Beantwortung dieser Fragen hat der GKV-Spitzenverband im Rahmen der Umsetzung der Regelungen des § 20a Abs. 3 und 4 SGB V die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beauftragt, Literaturrecherchen und Bestandsaufnahmen von Modellen guter Praxis vorzulegen. Die mit wissenschaftlicher Expertise und Praxiskenntnis erstellten Berichte dienen als Grundlage für die qualitative und quantitative Weiterentwicklung des gesundheitsförderlichen und präventiven GKV-Engagements in kommunalen Lebenswelten.

Zielgruppenspezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Auf dieser empirischen Basis werden Interventionskonzepte für die beschriebenen Zielgruppen entwickelt bzw. bestehende Programme bedarfsbezogen weiterentwickelt. Die in den Literaturrecherchen bzw. Bestandsaufnahmen identifizierten geeigneten Settings und niedrigschwelligen Zugangswege zu den Zielgruppen werden in die Konzeptentwicklung einbezogen; so können z. B. Wohneinrichtungen oder Werkstätten für behinderte Menschen Lebenswelten sein, in denen diese Zielgruppe mit möglichst verhältnispräventiv und gleichzeitig verhaltenspräventiv ausgerichteten Programmen erreicht werden kann. Die (weiter-) zu entwickelnden Konzepte und Programme können ggf. als Module gestaltet werden, die in komplexen lebensweltbezogenen Strategien bedarfs- und zielgruppenbezogen Anwendung finden. Die Konzepte sollen dann mit begleitender Evaluation in verschiedenen Kommunen und deren Lebenswelten erprobt werden, bevor sie für eine breite Nutzung unter Förderung gemäß den Regelungen des § 20a Abs. 2 SGB V (angemessene Eigenleistung der für die Lebenswelt Verantwortlichen) zu Verfügung gestellt werden.

Zielgruppe arbeitslose Menschen

Für die Zielgruppe arbeitslose Menschen hat die GKV bereits 2014/2015 in Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit (BA) die **Verzahnung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung** erprobt. Auf Basis der Erkenntnisse und Erfahrungen dieser Erprobung hat seit Ende 2016 eine Ausweitung auf mehr als 60 Jobcenter und Agenturen für Arbeit in allen Bundesländern stattgefunden; der Deutsche Landkreistag (DLT) und der Deutsche Städtetag (DST) sind neben der BA Projektpartner. Die Literaturrecherche zur Evidenz von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Arbeitslose sowie die Bestandsaufnahme zu Modellen guter Praxis bilden die Grundlage für ein erweitertes Umsetzungskonzept in der Lebenswelt Kommune, das Ende 2017 in rund 120 Kommunen zur Anwendung

kommen und zunächst bis Ende 2019 wissenschaftlich begleitet werden soll. Hierfür werden u. a. spezifische Programm-Module (weiter-) entwickelt. Im GKV-Auftrag koordiniert die BZgA in dieser bundesweiten Kooperation von GKV-Gemeinschaft, BA, DLT und DST das Projekt auf der Bundesebene und sorgt mit den GKV-Mitteln für eine dezentrale Unterstützungsstruktur sowie für die Finanzierung der GKV-seitigen Projektbestandteile an den Modellstandorten.

Modell für zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung in kommunalen Lebenswelten

Partnerschaftliche Zusammenarbeit der verantwortlichen Akteure in einem Steuerungsgremium, Planung und Umsetzung von Maßnahmen entsprechend dem ermittelten Bedarf und unter Berücksichtigung gesetzlicher Zuständigkeiten, Beteiligung der Zielgruppe, begleitende Evaluation – diese Orientierung am Gesundheitsförderungsprozess im Sinne des Public Health Action Cycle, die im Arbeitslosenprojekt umgesetzt wird, kann für die Prävention und Gesundheitsförderung in kommunalen Lebenswelten auch für weitere vulnerable Zielgruppen beispielhaft sein. Synergien können erschlossen werden, wenn in kommunalen Steuerungsstrukturen alle verantwortlichen Partner nicht nur projektbezogen zusammenarbeiten, sondern Vorgehensroutinen für die Prävention und Gesundheitsförderung vereinbaren und dabei entsprechend den jeweiligen Zuständigkeiten und gleichzeitig Hand in Hand kooperieren.

Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2017): Lebenslagen in Deutschland. Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Bonn

Vgl. Präventionsbericht 2015 sowie Bellwinkel M, Schreiner-Kürten K, Melzer K (2017): Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting – Ergebnisse des Modellprojekts von Bundesagentur für Arbeit und GKV-Spitzenverband. Gesundheitswesen. DOI 10.1055/s-0042-120267

7. Bundeswettbewerb kommunale Suchtprävention



Autorin:

Christa Böhme, Deutsches Institut für Urbanistik (Difu), Berlin

Im Jahr 2015 hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bereits zum siebten Mal zusammen mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und mit Unterstützung der kommunalen Spitzenverbände sowie des GKV-Spitzenverbandes den bundesweiten Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ ausgeschrieben. Betreut wurde der Wettbewerb vom Deutschen Institut für Urbanistik.

Ziel der Wettbewerbsreihe ist es, hervorragende kommunale Aktivitäten und Maßnahmen zur Suchtprävention zu identifizieren, zu prämiieren sowie in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, um damit zur Nachahmung guter Praxis anzuregen. Zudem sollen durch den Wettbewerb die in der kommunalen Suchtprävention Tätigen in ihrer Arbeit ermutigt und gestärkt werden.

Das Thema des 7. Wettbewerbs lautete „Innovative Suchtprävention vor Ort“. Ziel war es, innovative Maßnahmen und Projekte zur kommunalen Suchtprävention intensiver kennenzulernen und sie bundesweit bekannt zu machen. Darüber hinaus sollen diejenigen Städte, Gemeinden und Landkreise ausgezeichnet werden, die Modellhaftes entwickelt haben, das in seinen Erfolgen übertragbar ist, und die mit ihren neuen Ideen für suchtpreventive Aktivitäten ein gutes Beispiel für andere Kommunen geben.

Preisgelder und Preisträger

Für die 2016 prämierten **Wettbewerbsbeiträge** stellte die BZgA ein Preisgeld in Höhe von insgesamt 60.000 Euro zur Verfügung. Zusätzlich wurde vom GKV-Spitzenverband ein Sonderpreis in Höhe von 10.000 Euro zum Thema „Mitwirkung von Krankenkassen bei innovativen kommunalen Aktivitäten zur Suchtprävention“ ausgelobt.

68 Städte, Gemeinden und Landkreise aus dem gesamten Bundesgebiet haben am Wettbewerb teilgenommen, aus denen eine Fachjury auf Grundlage der Wettbewerbskriterien **elf Preisträger** auswählte.

Preisträger des 7. Bundeswettbewerbs Kommunale Suchtprävention

Kreisfreie Städte

- Platz 1: Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin
- Platz 2: Freie Hansestadt Bremen
- Platz 3: Stadt Dessau-Roßlau

Kreisangehörige Städte und Gemeinden

- Platz 1: Gemeinde St. Leon-Rot
- Platz 2: Ortsgemeinde Insheim

Landkreise

- Platz 1: Kreis Offenbach
- Platz 2: Landkreis Neustadt, Landkreis Tirschenreuth und Stadt Weiden
- Platz 3: Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald
- Platz 3: Landkreis Görlitz

Sonderpreis der Krankenkassen

- Platz 1: Freie und Hansestadt Hamburg
- Platz 1: Neckar-Odenwald-Kreis

Wettbewerbsergebnisse im Überblick

Mit dem Fokus auf „innovativ“ war ein hoher Anspruch verbunden, dem in der Breite der Beiträge sehr gut Rechnung getragen wurde. Vor allem neue Zugangswege zur Zielgruppe (u. a. Improvisationstheater, von der Zielgruppe selbst gedrehte Filme, Ansprache an ungewohnten Orten wie Technopartys oder Einkaufszentren, vereinsbezogene Wettbewerbe zur Suchtprävention) sowie die Zusammenarbeit mit neuen, bislang eher selten eingebundenen Kooperationspartnern und Multiplikatoren (u. a. Sportvereine, Personal in Arztpraxen, Gefängnispersonal, Fahrschulen, Gemeindebüchereien, Volkshochschulen) wurden als innovative Elemente vorgestellt.

Auch die Befassung mit bisher noch nicht einbezogenen Suchtstoffen und Süchten und die Anspra-

che neuer Zielgruppen spielt in den Beiträgen eine große Rolle. So wurden neue Suchtstoffe wie Legal Highs, Crystal Meth sowie neues Suchtverhalten wie pathologisches Glücksspiel, exzessive Computer-, Internet- und Smartphonennutzung in einer Vielzahl von Beiträgen thematisiert.

Ein größerer Teil der eingereichten Wettbewerbsbeiträge richtete sich zudem explizit an sozial benachteiligte Personenkreise, an Personen mit Migrationshintergrund oder suchtblastete Familien, also an Zielgruppen, die immer noch zu wenig im Fokus der Suchtprävention stehen. Viele Kommunen stellten zudem neue Wege der Beteiligungsförderung vor; differenzierte Peeransätze spielen hierbei eine herausragende Rolle. Eine gender- oder kultursensible Ausrichtung der Suchtprävention findet sich dagegen eher selten in den Beiträgen; solche innovativen Ansätze sind in der kommunalen Suchtprävention offensichtlich noch ausbaufähig.

Die Ergebnisse des Wettbewerbs illustrieren anschaulich, dass sich innovative Suchtprävention nicht auf einzelne Maßnahmen und Projekte beschränken darf, sondern gerade mit Blick auf ihre Breitenwirkung und Nachhaltigkeit Arbeits- und Kooperationsstrukturen aufbauen und weiterentwickeln muss. Netzwerke, die weit über das verwaltungsinterne Akteursspektrum hinausgehen, sollten und müssen gepflegt werden.

Kooperation von Kommunen und Krankenkassen

Die Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Krankenkassen stellt hierbei ein wichtiges und insbesondere mit Blick auf die Weiterentwicklung der lebenswelt- und soziallagenorientierten Suchtprävention weiterhin ausbaufähiges Handlungsfeld dar. Das Präventionsgesetz bietet für diesen Ausbau im Zusammenspiel mit dem Leitfaden Prävention vom GKV-Spitzenverband eine wichtige Grundlage.

Auf dieser Basis können Krankenkassen die Kommunen in den Bereichen Bedarfsermittlung und

Zielentwicklung, Beratung zu verhältnispräventiven Umgestaltungen, Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen, Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung sowie Öffentlichkeitsarbeit und Förderung von Vernetzungsprozessen unterstützen.

Zu beachten ist dabei, dass die Maßnahmen in ein suchtpäventives bzw. gesundheitsförderndes Gesamtkonzept der Kommune eingebunden sind, die Kommune selbst als „Hauptakteur“ die Fäden steuernd in der Hand hält und selbst einen angemessenen Eigenanteil erbringt.

Das Potenzial des Präventionsgesetzes für kommunale Suchtprävention und eine verstärkte Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen gilt es auszugestalten und zu nutzen. Das Potenzial hat jedoch dort seine Grenzen, wo es um kommunale Pflichtaufgaben bzw. hoheitliche Aufgaben der öffentlichen Daseinsvorsorge wie beispielsweise Maßnahmen zur Suchtberatung geht. Diese können und dürfen nicht aus Beiträgen von Sozialversicherten finanziert werden.

Verbreitung der Wettbewerbsergebnisse

Um die Breite der eingereichten Wettbewerbsbeiträge und die innovativen Aktivitäten in der kommunalen Suchtprävention einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen und anderen Kommunen einen Anreiz zu geben, von den Erfahrungen zu lernen, sind die Wettbewerbsergebnisse in einer **Dokumentation** veröffentlicht. Außerdem können alle Beiträge sowie die Dokumentation im **Internetportal** zum Wettbewerb abgerufen werden.

Zwei **Multiplikatorenkonferenzen** am

30. Mai 2017 (Stuttgart) und am 7. Juni 2017 (Hamburg), zu denen das GKV-Bündnis für Gesundheit eingeladen hatte, lieferten Impulse für die weitere Vernetzung von Krankenkassen und Kommunen in der Suchtprävention und dienten dem Austausch über Transfermodelle.

Wettbewerbskriterien

- Innovationsgehalt
- konzeptionelle Einbindung
- Vorliegen einer Ausgangs- und Bedarfsanalyse
- Vorliegen festgelegter Ziele
- Qualitätsmanagement und Evaluation
- Kombination von Maßnahmen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention
- Partizipation von Zielgruppen
- Vernetzung und Kooperation von Akteuren
- Ausnutzung kommunaler Einflussmöglichkeiten
- langfristige und nachhaltige Implementation
- kommunalpolitische Verankerung/Unterstützung
- Transfergehalt

Download
Wettbewerbsdokumentation
<https://kommunale-suchtpraevention.de/7-wettbewerb-2015-2016/dokumentation.html>

Bestellung bei der BZgA
E-Mail: order@bzga.de
Fax: 0221/8992-257
Bestellnummer 33962000

Internetportal zum Wettbewerb
<https://kommunale-suchtpraevention.de>

Download Veranstaltungsdokumentation:
www.gkv-buendnis.de/aktuelles.html

Bleib stark! Bleib du selbst! Cannabis & Du?

Freie und Hansestadt Hamburg

Einwohnerzahl	1.762.791
Bundesland	Hamburg

Der Beitrag stellt eine als Mehrebenen-Präventionsstrategie konzipierte und im Kern internetbasierte Kampagne zur Cannabisprävention vor, die auf Jugendliche, Eltern und Fachkräfte zielt.

Kontakt	Sven Kammerahl Freie und Hansestadt Hamburg Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
E-Mail:	svn.kammerahl@bgv.hamburg.de

[www.sucht-hamburg.de/
information/
publikationen?start=5](http://www.sucht-hamburg.de/information/publikationen?start=5)

Anlass und Ausgangssituation

Die Ergebnisse der in Hamburg kontinuierlich wiederholten Befragung von Schülerinnen und Schülern sowie Lehrerinnen und Lehrer zum Umgang mit Suchtmitteln (**SCHULBUS-Monitoring-System**) machten im Jahr 2013 deutlich, dass der Konsum von Cannabis (30-Tage-Prävalenz) unter Jugendlichen – nach einem Tiefstand im Jahr 2007 – im Jahr 2012 mit 16,9 % wieder auf das Niveau von 2004 angestiegen war. Gleichzeitig war ein signifikanter Anstieg des problematischen Cannabiskonsums bei Jugendlichen zu verzeichnen, sodass in Hamburg zusätzlicher Handlungsbedarf zur Prävention des Cannabiskonsums identifiziert wurde.

Konzeption und Ziele

„BLEIB STARK! BLEIB DU SELBST! Cannabis & Du?“ ist eine Kampagne, mit der Hamburg seit 2014 Cannabisprävention bei Jugendlichen betreibt. Zielgruppen sind – neben den Jugendlichen – Eltern und Fachkräfte.

Mit der Kampagne soll die Botschaft transportiert werden, dass Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren aufgrund der zahlreichen Risiken nicht kiffen sollten. Der Informationsgrad über Risiken und gesetzliche Bestimmungen soll bei allen Zielgruppen erhöht werden. Bei Jugendlichen soll eine kritische Reflexion zum Cannabiskon-

sum angeregt werden, um möglichen Verharmlosungstendenzen – auch im Rahmen einer derzeit sehr kontrovers geführten Debatte über eine mögliche Regulierung des Cannabismarkts – entgegenzuwirken. Und schließlich soll sich die Kampagne „viral“ im Internet verbreiten.

Vorgehen und Umsetzung

Die Kampagne ist als Mehrebenen-Präventionsstrategie konzipiert, deren Kern internetbasiert ist. Es werden verschiedene Instrumente und Maßnahmen für die Auseinandersetzung mit dem Thema Cannabis eingesetzt.

Massenkommunikative Instrumente und Maßnahmen

Herzstück der Kampagne sind teils auf Beteiligung der Jugendlichen angelegte und teils interaktive Mitmachwettbewerbe:

- Kreativwettbewerb (2014): Jugendliche konnten Videos, Aktionen und Plakate zum Thema Cannabis einreichen, die prämiert wurden.
- Mitmachaktion „Cannabis & Du?“ (2015/2016): Im Rahmen der Mitmachaktion konnten Jugendliche ihre Meinung bzw. Statements zum Thema Cannabis direkt unter www.bleib-stark.com abgeben. Dies konnte anonym oder mittels Registrierung erfolgen. Letzterer Personenkreis nahm an einer Prämierung am Ende der Mitmachaktion teil. Zusätzlich standen für den Schulunterricht und die Jugendarbeit Postkarten mit einer Freifläche für ein Statement zur Verfügung. Die ausgefüllten Karten können auch postalisch eingereicht werden. Sie konnten ebenfalls prämiert werden.

Weitere massenkommunikative Elemente der Kampagne

- eigene Webseite (www.bleib-stark.com) mit einer Informationsseite für Eltern und einer Aktionsseite für Jugendliche
- Plakate, Postkarten, Broschüren für Eltern und Fachkräfte
- Kommunikationskanäle bei Facebook, Instagram und Twitter

Personalkommunikative Instrumente und Maßnahmen

- suchtpreventiver Stationen-Parcours an Schulen mit Berücksichtigung des Suchtstoffs Cannabis
- Peer-Einsätze in Fahrschulen und Jugendeinrichtungen

Strukturelle Maßnahmen

- Vernetzung und Transfer
- bundesweite und regionale Berichterstattung und Präsentationen

Begründung der Prämierung

Studien belegen, dass insbesondere der Cannabiskonsum im Jugendalter ein hohes gesundheitliches und entwicklungspsychologisches Gefahrenpotenzial in sich birgt. Die Stadt Hamburg will diesem Gefahrenpotenzial mit der vorgestellten Kampagne begegnen, und es gelingt der Stadt offenbar, einen Diskurs über Cannabis und dessen Konsum anzufachen und mithilfe der Kampagnenbausteine Cannabisprävention in die allgemeine Suchtprävention zu integrieren: Die Mitmachaktion „Cannabis & Du“ wurde im Schuljahr 2015/2016 regelhaft in den Stationen-Parcours des SuchtPräventionsZentrums (SPZ) aufgenommen. Darüber hinaus wurde das Thema Cannabisprävention im Rahmen verschiedener Veranstaltungen und Fachgespräche in der Jugendhilfe und Jugendarbeit positioniert.

Die Kampagne ist in ein suchtpreventives Gesamtkonzept der Stadt eingebettet und differenziert sowie partizipationsorientiert angelegt. Zudem konnte sie kommunal verankert werden:

Die Vernetzung und Festlegung einer gemeinsamen Zielsetzung ist behördenübergreifend gelungen, sodass die Behörden für Gesundheit, Schule, Jugend, Inneres und Justiz sowie deren geförderte Träger unterstützend hinter der Kampagne stehen. „BLEIB STARK!“ vernetzt sehr gut die Aufgabenfelder Suchthilfe, Jugendhilfe und Schule.

Innovativ sind vor allem der Einsatz neuer Wege zur Beteiligungsförderung (Mitmachaktion auf www.bleib-stark.com) und die Nutzung sozialer Medien (Facebook, Instagram und Twitter).

Hervorzuheben sind darüber hinaus die Ausgangs- und Bedarfsanalyse mithilfe des Hamburger SCHULBUS-Monitorings sowie Qualitätsmanagement und Evaluation: Ein Evaluationsbericht liegt vor, und die Einzelmaßnahmen werden dokumentiert. Ein regelmäßiger Peer Review der beteiligten Fachkräfte ist Bestandteil der Gesamtkonzeption und dient ebenfalls der Qualitätssicherung und -entwicklung. Zudem gibt es ein Monitoring der Webseitenbesuche und der Social-Media-Aktivitäten.

Die Kampagne ist langfristig angelegt: Sie wurde 2014 gestartet und soll auch 2016/2017 nach erneuter Auswertung der Maßnahmen und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der SCHULBUS-Erhebung 2015/2016 weitergeführt werden.

Positiv sind zudem die finanzielle und inhaltliche Unterstützung der Kampagne durch die Krankenkassen: Sie haben einen Sport- und Bewegungstag mit professioneller Begleitung als Schulpreis gesondert ausgelobt und die Kampagne im Bereich der Sachkosten finanziell unterstützt. Sie wirkten ferner in der Jury des Kreativwettbewerbs mit.

Der Beitrag ist eine adaptierte Fassung der Wettbewerbsdokumentation:

<https://kommunale-suchtprevention.de/7-wettbewerb-2015-2016/dokumentation.html>

„Wer ist hier die Flasche!?“ – Landkreisweiter Wettbewerb

Neckar-Odenwald-Kreis

Einwohnerzahl	141.651
Bundesland	Baden-Württemberg

Mit dem Ziel, in Sportvereinen für das Thema „Umgang mit Alkohol“ zu sensibilisieren und die Vereine für das Thema Alkoholprävention zu aktivieren, hat der Kreis einen Wettbewerb für Sportvereine ausgeschrieben.

Kontakt	Peter Fieger Landratsamt Neckar-Odenwald-Kreis
Telefon:	+49 6261 84-1001
E-Mail:	peter.fieger@neckar-odenwald-kreis.de

Anlass und Ausgangssituation

Der Sportverein ist im ländlichen Raum ein wichtiges Setting für zahlreiche Bürgerinnen und Bürger von Jung bis Alt aus verschiedenen Bevölkerungsschichten. Auch im Neckar-Odenwald-Kreis im Norden Baden-Württembergs sind Sportvereine ein zentraler Ort des Freizeitlebens. Zahlreiche Vereinsmitglieder und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer leisten einen wichtigen Beitrag zum gesellschaftlichen Leben. Teilhabe in einem Sportverein hat zudem positive Auswirkungen auf die Gesundheit, die Persönlichkeitsentwicklung und das Selbstwertgefühl von Jugendlichen.

Allerdings hat die Geselligkeit, die Sportvereine bieten, auch eine weniger gute Seite. Erfahrungen zeigen, dass in Sportvereinen, die sich außerhalb des Leistungssports bewegen, häufig ein problematisches Trinkverhalten zu beobachten ist und dort auch der erste Kontakt von Jugendlichen mit übermäßigem Alkoholkonsum stattfindet. Zudem nehmen sich Jugendliche dort an übermäßig Alkohol trinkenden Erwachsenen ein schlechtes Beispiel. Solche Erfahrungen wurden auch im Neckar-Odenwald-Kreis gemacht und führten zur Idee eines kreisweiten Wettbewerbs mit dem Ziel der Alkoholprävention in Sportvereinen – gerade weil sich ein großer Teil des Freizeitlebens dort abspielt.

Unter Federführung des Persönlichen Referenten des Landrats wurde im September 2014 eine Arbeitsgruppe gebildet, die mit der Erarbeitung und Begleitung des Wettbewerbs beauftragt war. Wichtige örtliche Akteure aus den Bereichen „Ver-einsleben“, „Sport“, „Gesundheit“, „Suchtprävention“ und „Kommune“ waren in der Arbeitsgruppe vertreten: Leiter der Zentralstelle/Persönlicher Referent des Landrats, Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz, Geschäftsbereichsleitung Gesundheit/Arbeitskreis Suchtprophylaxe, Leiter des Ehrenamtszentrums, Kommunale Kriminalprävention, Vorsitzende des Sportkreises Mosbach, Vorsitzender des Sportkreises Buchen, Präsident des Badischen Sportbundes, Vertreter der Fachstelle Sucht.

Ziel des Wettbewerbs „Wer ist hier die Flasche!?“ war insbesondere eine Sensibilisierung in den Sportvereinen für das Thema „Umgang mit Alkohol“. Da in den Sportvereinen der Umgang mit Alkohol vorgelebt wird, soll es hier durch den Wettbewerb zu einer kritischen Reflexion kommen: Die erwachsenen Vereinsmitglieder sollen sich ihrer Vorbildrolle gerade auch gegenüber jugendlichen Mitgliedern bewusst werden. Wichtig war der Arbeitsgruppe, dass die Vereine bei dem Wettbewerb selbst aktiv werden und dabei wenige Vorgaben erhalten sollten.

Vorgehen und Umsetzung

Alle Sportvereine aus dem Neckar-Odenwald-Kreis waren bei dem Wettbewerb „Wer ist hier die Flasche!?“ aufgefordert, eine sinnvolle und nachhaltige Aktion „Gegen Alkohol im Sport“ zu entwerfen und innerhalb eines festgelegten Zeitraums durchzuführen. Art und Ablauf der Aktion waren nicht vorgeschrieben. Die Aktionen wurden anhand einer Bewertungsmatrix von einer Jury bewertet.

Der Wettbewerb wurde durch breite Öffentlichkeitsarbeit beworben und begleitet; u. a. fand eine Auftaktveranstaltung mit prominenten Gästen aus der Region statt. Ausgelobt waren attraktive Preise, so etwa Eintrittskarten für Fuß-

ball- (TSG Hoffenheim) und Handball-Bundesligaspiele (Rhein-Neckar Löwen), Sportkleidung sowie weitere Geld- und Sachpreise. Zudem fungierten bekannte Sportlerinnen und Sportler aus der Region als Botschafter bzw. Paten für das Projekt. Weitere Partner wie eine Krankenkasse, eine Versicherung, ein Sportbekleidungshersteller sowie die genannten Bundesligisten begleiteten den Wettbewerb als Sponsoren. Fünf Vereine aus dem Kreis beteiligten sich an dem Wettbewerb, auf diese Weise wurden rund 1.000 Personen angesprochen. Alle fünf wurden dann auch prämiert. Zu den Aktionen der Vereine zählten: Auslage von Infomaterial, Lautsprecherdurchsagen bei Spielen, Aktion „Kein Alkohol im Trikot“, Sommerparty mit alkoholfreien Cocktails, Rauschparcours, Wandzeitung, Einrichtung alkohol- und nikotinfreier Zonen, alkoholfreier Familiensporttag, alkoholfreies Jugendzeltlager, Bandenwerbung, U17-Jugendländerspiel ohne Alkoholausschank u. a. m.

Die Teilnahmequote wird im Kreis durchaus kritisch gesehen. Ziel sei es jedoch, das Thema dauerhaft in den Fokus zu rücken und so nach und nach viele Sportvereine aus dem Kreis zu erreichen. Daher hat die Arbeitsgruppe beschlossen, den Wettbewerb „Wer ist hier die Flasche!“ 2016 erneut durchzuführen und somit eine kontinuierliche Alkoholpräventionsarbeit vor Ort zu etablieren.

Begründung der Prämierung

Der Beitrag nimmt mit Sportvereinen ein Setting in den Blick, das insbesondere im ländlichen Raum eine Lebenswelt für zahlreiche Bürgerinnen und Bürger und ein zentraler Ort des Freizeitlebens ist. Erfahrungen zeigen jedoch, dass in Sportvereinen häufig ein problematisches Trinkverhalten zu beobachten ist und hier auch oft der erste Kontakt von Jugendlichen mit übermäßigem Alkoholkonsum stattfindet. Dabei können gerade Sportvereine zum Thema „Verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol“ einiges an Prävention leisten, da über die ehrenamtliche Arbeit, die in Sportvereinen erbracht wird, zahlreiche Menschen erreicht werden. In der Praxis ist dies aber leider eher selten der Fall.

Vor diesem Hintergrund ist es positiv und auch durchaus als innovativ zu bewerten, dass sich der Neckar-Odenwald-Kreis mit seinem Beitrag zum Thema Alkoholprävention gezielt an Sportvereine richtet. Innovativ ist vor allem die Idee, die Sportvereine über einen Wettbewerb für das Thema Alkoholprävention zu aktivieren. Zudem ist es dem Landkreis gelungen, neue Kooperationspartner einzubinden; insbesondere die Unterstützung des Wettbewerbs durch prominente Paten aus dem Leistungssport (Einzelsportlerinnen und -sportler sowie Sportvereine) ist hier hervorzuheben.

Beeindruckend ist auch die Unterstützung des Projekts durch wichtige regionale Akteure: Der Landrat des Neckar-Odenwald-Kreises, der Polizeipräsident, die Vorsitzenden der Sportkreise, der Leiter der Fachstelle Sucht sowie der Leiter des Ehrenamtszentrums und die Leiterin des „AK Suchtprophylaxe“ sind bei den öffentlichen Terminen persönlich vor Ort gewesen. Teilweise engagieren sich die genannten Personen persönlich in der Arbeitsgruppe. Daher scheint die geplante Neuauflage des bisher erst einmal durchgeführten Wettbewerbs auch nicht gefährdet.

Zu den zentralen Unterstützern zählt darüber hinaus auch eine Krankenkasse, durch deren Beiträge u. a. die Auftaktveranstaltung sowie Wettbewerbspreise bezuschusst werden konnten. Bei der Auftaktveranstaltung war die Krankenkasse mit Beraterinnen und Beratern vor Ort und beriet die dort Anwesenden zum Thema „Suchtprävention in Vereinen“.

Darüber hinaus ist die unterstützende Krankenkasse seit mehreren Jahren Kooperationspartner der Kommunalen Gesundheitskonferenz und der Kommunalen Kriminalprävention im Neckar-Odenwald-Kreis. Im Rahmen der Kommunalen Kriminalprävention ist sie ständiger Sponsor der „Armbändchenaktion“. Vereine erhalten dabei kostengünstig verschiedenfarbige Einwegarmbändchen, die dazu dienen, bei Veranstaltungen Jugendliche von Erwachsenen zwecks Alkoholausschank zu unterscheiden.

Der Beitrag ist eine adaptierte Fassung der Wettbewerbsdokumentation:

<https://kommunale-suchtprevention.de/7-wettbewerb-2015-2016/dokumentation.html>

Zahlen im Überblick

In diesem Kapitel werden grundlegende Kennziffern der Primärprävention und Gesundheitsförderung gemäß § 20 Absatz 4 SGB V zusammengefasst.

Im Anschluss werden die Ergebnisse zu den einzelnen Ansätzen differenziert dargestellt. Das betrifft die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, die individuelle verhaltensbezogene Prävention und die betriebliche Gesundheitsförderung einschließlich der Aktivitäten in Kooperationen und Netzwerken zur Verbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Die – teilweise gerundeten – Daten beziehen sich auf das Berichtsjahr 2016. Die exakten Zahlen sowie weitere Statistiken können dem Tabellenband zum Präventionsbericht entnommen werden (www.mds-ev.de).

Die Krankenkassen investierten in die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insgesamt 116.183.903 Euro; das entspricht 1,63 Euro je Versicherten. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Ausgaben in etwa verdreifacht worden.

Nach § 20a Abs. 3 SGB V beauftragt der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Präventionsaufgaben in Lebenswelten zu unterstützen. Hierfür erhält die BZgA eine Pauschale in Höhe von 0,45 Euro je Versicherten aus dem Ausgabenbetrag der Krankenkassen für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten. In den oben genannten Ausgaben in Höhe von 1,63 Euro je Versicherten sind diese demnach enthalten.

116 Mio. €

Gesundheitsförderung
in Lebenswelten

3.280.868

Menschen

35.429 Lebenswelten



25 % in Kitas

35 % in Grundschulen

Das in § 20 Abs. 6 SGB V definierte Ziel, insgesamt 2,00 Euro je Versicherten für Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden, erfordert den Ausbau bestehender Projekte auf weitere Lebenswelten sowie den Aufbau neuer Projekte. Die Zahl der erreichten Settings steigerte sich im ersten Geltungsjahr der Mindestausgaben um 45 %, die Zahl der erreichten Personen um 31 %. Die Krankenkassen bauten demnach ihr gesundheitsförderliches Engagement in Lebenswelten im Vergleich zum Vorjahr stark aus. Die Vorbereitung qualitativ hochwertiger Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte in Lebenswelten erfordert wegen der großen Zahl zu beteiligender Partner und der erforderlichen Abstimmungen einen beträchtlichen Zeitaufwand.



Mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung konnten 2016 im Vergleich zum Vorjahr 20 % mehr Betriebe und 11 % mehr Beschäftigte erreicht werden.

2016 gaben die Krankenkassen 146.901.330 Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung aus. Das entspricht 2,06 Euro je Versicherten. Dabei stiegen die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 90 %.

Insgesamt konnte die gesetzliche Krankenversicherung das Ziel nach § 20 Abs. 6 SGB V, ab dem Jahr 2016 je Versicherten mindestens 2 Euro für betriebliche Gesundheitsförderung zu investieren, erreichen.



In der individuellen verhaltensbezogenen Prävention fördern die Krankenkassen die Teilnahme an Präventionskursen. Ziel der Kurse ist es, den Teilnehmenden gesundheitsrelevante Kompetenzen zu vermitteln und ihnen Wege aufzuweisen, wie sie das Erlernte im Alltag umsetzen können.

2016 förderten die Krankenkassen 1.673.523 Teilnahmen an individuellen Kursangeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei ist die Anzahl der Kursteilnahmen im Vergleich zu 2015 in etwa gleich geblieben.

Die Krankenkassen wendeten für die individuellen Präventionsangebote insgesamt 210.819.530 Euro auf. Dies entspricht einer Ausgabensteigerung um 4 % im Vergleich zum Vorjahr.

Ausgaben gesamt



Die Krankenkassen haben 2016 ihre Gesamtausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung um rund die Hälfte gesteigert. Damit leisteten sie einen erheblichen Beitrag zu der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, Gesundheitsförderung und Prävention auszubauen.

Inanspruchnahme nach Geschlecht

Die Anteile von Männern und Frauen in den drei genannten Ansätzen – Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung und individuelle verhaltensbezogene Prävention – unterscheiden sich deutlich.

Individuelle verhaltensbezogene Präventionsangebote werden überwiegend von Frauen nachgefragt. **81 %** der Kursteilnehmenden waren weiblich.

Mit den Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten können Männer und Frauen in etwa zu gleichen Teilen erreicht werden. 52 % der Teilnehmenden sind Mädchen und Frauen, **48 %** der Teilnehmenden sind Jungen und Männer. Ein Großteil der erreichten Lebenswelten sind Schulen, in denen die Geschlechterverteilung weitgehend ausgeglichen ist.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung werden hingegen mit **63 %** deutlich mehr Männer erreicht. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass die Krankenkassen insbesondere präventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten im verarbeitenden Gewerbe unterstützen. In den Branchen des verarbeitenden Gewerbes gibt es meist einen höheren Anteil an männlichen Beschäftigten.

Insgesamt erreichen die Krankenkassen mit ihren Präventionsangeboten männliche und weibliche Personen ungefähr in gleichem Maße.

Die Zahlen können so interpretiert werden, dass die Angebote im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und in der betrieblichen Gesundheitsförderung den deutlich höheren Erreichungsgrad von Frauen durch individuelle Kursangebote ausgleichen.



Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Rosenbrock R: Prävention in Lebenswelten – der Setting-Ansatz. Z Allg Med. 2015, 91 (5), 213-219

Die Begriffe Setting und Lebenswelt werden synonym verwendet.

Menschen bewegen sich in ihrem Alltag in sogenannten Lebenswelten. Diese können beispielsweise durch Institutionen wie Kindertagesstätten oder Schulen formal festgelegt oder durch einen gemeinsamen sozialräumlichen Bezug – z. B. einen **Stadtteil** – definiert sein. Lebenswelten sind abgrenzbare soziale Systeme (§ 20a Absatz 1 SGB V), die mit spezifischen Werten sowie räumlichen, ökonomischen und sozialen Bedingungen verknüpft sind.

Bei der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten geht es darum, unter Beteiligung der Menschen im **Setting** die strukturellen Bedingungen für Gesundheit im direkten Umfeld zu optimieren. Dadurch soll auch eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens erleichtert werden. Die Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen schafft langfristig die Grundlage für die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Menschen in der jeweiligen Lebenswelt.

Dieser Ansatz ist besonders gut geeignet, um Menschen unterschiedlicher sozialer Herkunft mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu erreichen. Nach aller Erfahrung nutzen sozial Benachteiligte präventive Angebote mit „Kommstruktur“ nur unterproportional. Durch die Auswahl der Settings, z. B. Kommunen mit besonderem Erneuerungsbedarf, können gezielt sozial Benachteiligte mit Aktivitäten der Gesundheitsförderung erreicht werden. Dadurch kann der engen Verknüpfung

von sozialer Lage und unterschiedlichen Gesundheitschancen entgegengewirkt werden. Als Indikator für das Erreichen sozial Benachteiligter kann die Erreichung von Menschen in „sozialen Brennpunkten“ herangezogen werden.

Die Krankenkassen erheben diesen Indikator für den Präventionsbericht (siehe S. 39).

Im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes sind die Kriterien für die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten festgelegt. Im Berichtsjahr 2016 galt der Leitfaden Prävention in der Fassung des Jahres 2014.

Die Arbeitswelt bildet ein besonderes Setting, das gesondert betrachtet wird (siehe S. 50 ff.).

Insgesamt wurden 2.838 Dokumentationsbögen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten ausgewertet.

Nachfolgend werden die im Jahr 2016 durchgeführten Aktivitäten der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten beschrieben. Die Prozentangaben in den Abbildungen beziehen sich auf die Summe der gültigen Angaben zur jeweiligen Fragestellung. Die Zahl gültiger Angaben findet sich, ebenso wie weitere differenzierte Auswertungen, im Tabellenband (www.mds-ev.de).

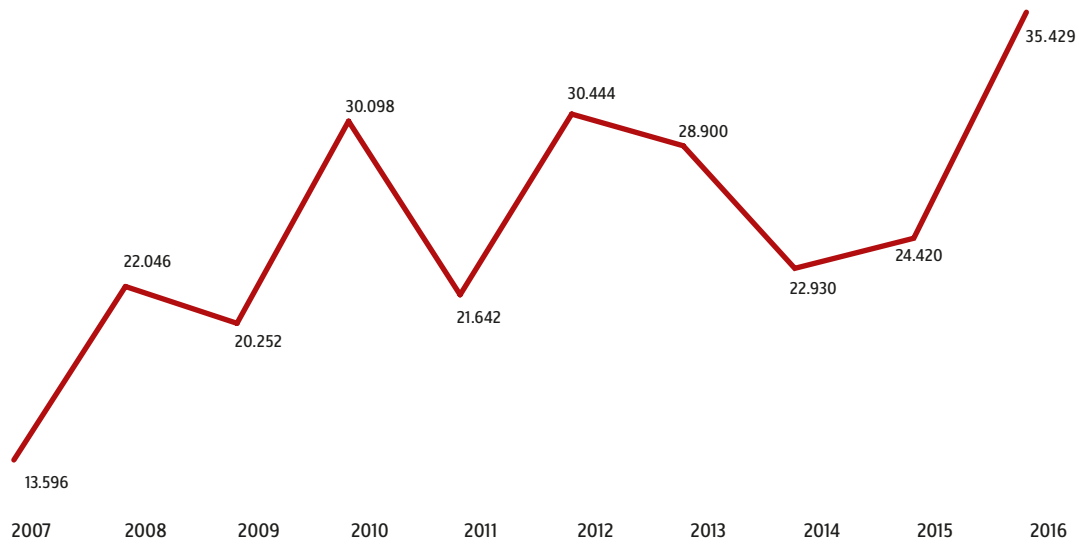
§ 20a Absatz 1 SGB V

„[...] Die Krankenkassen fördern unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. [...]“

Lebenswelten

Abb. 5

Anzahl der Settings



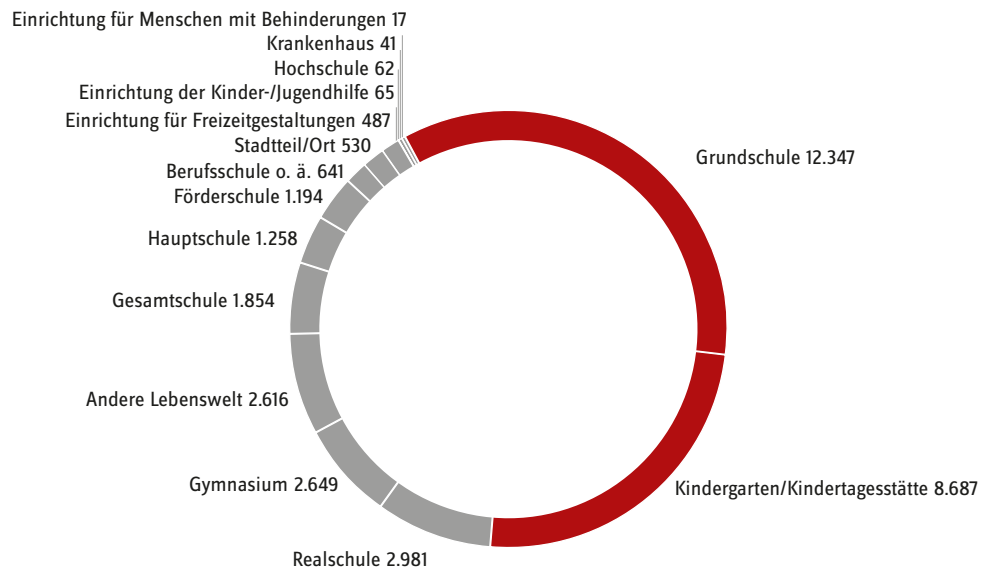
Mit den krankenkassengeforderten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung werden verschiedene Lebenswelten der Menschen erreicht. Ziel der Maßnahmen ist es, die Verhältnisse in den Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten und durch niedrigschwellige Angebote Kompetenzen für einen gesundheitsbewussten Lebensstil zu vermitteln.

Die im Präventionsgesetz von 2015 definierte Ausweitung der angebotenen Präventionsaktivitäten in Lebenswelten (§ 20a Absatz 6 SGB V) hat dazu beigetragen, dass 2016 die Anzahl der erreichten Lebenswelten im Vergleich zum Vorjahr um 45 % gesteigert werden konnte: von 24.420 im Jahr 2015 auf 35.429 im Jahr 2016.

Neben der Angebotsausweitung ist auch die Nachfrage der Verantwortlichen in den Lebenswelten nach einer Krankenkassenunterstützung bei der gesundheitsförderlichen Weiterentwicklung der Settings gestiegen. Die Akteure in den Lebenswelten haben es in der Hand, sich in Präventionsangelegenheiten für eine Zusammenarbeit mit den Krankenkassen zu entscheiden.

Art der Lebenswelten

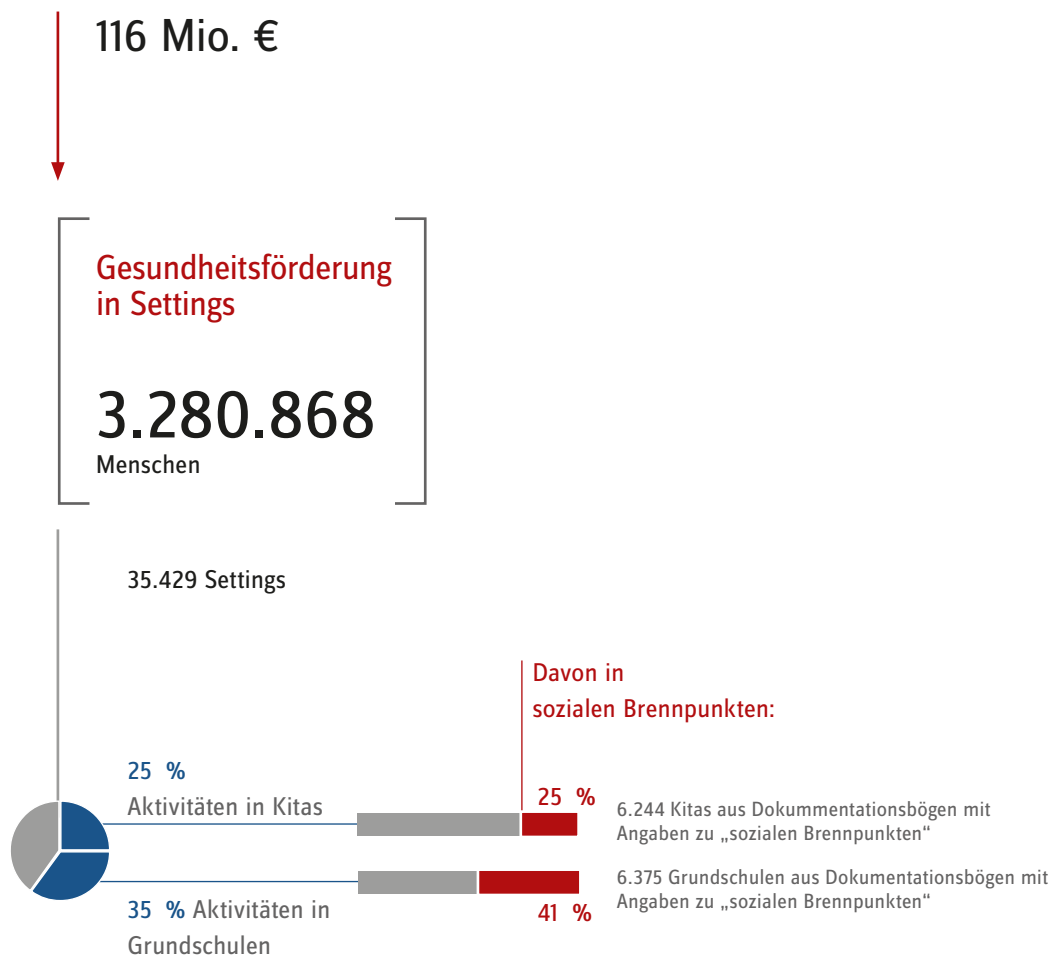
Abb. 6 Art und Anzahl der Lebenswelten



Ein Großteil der von den Krankenkassen unterstützten Aktivitäten fand in Grundschulen und Kindergärten/Kindertagesstätten statt. Von insgesamt 35.429 erreichten Lebenswelten waren 21.034 Grundschulen und **Kitas**. Die Maßnahmen richteten sich an die Kinder selbst, an deren Eltern sowie an pädagogisches Personal.

Im Folgenden werden zur Vereinfachung Kindergärten und Kindertagesstätten unter dem Begriff „Kita“ zusammengefasst.

Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“



§ 20 Abs. 1 SGB V

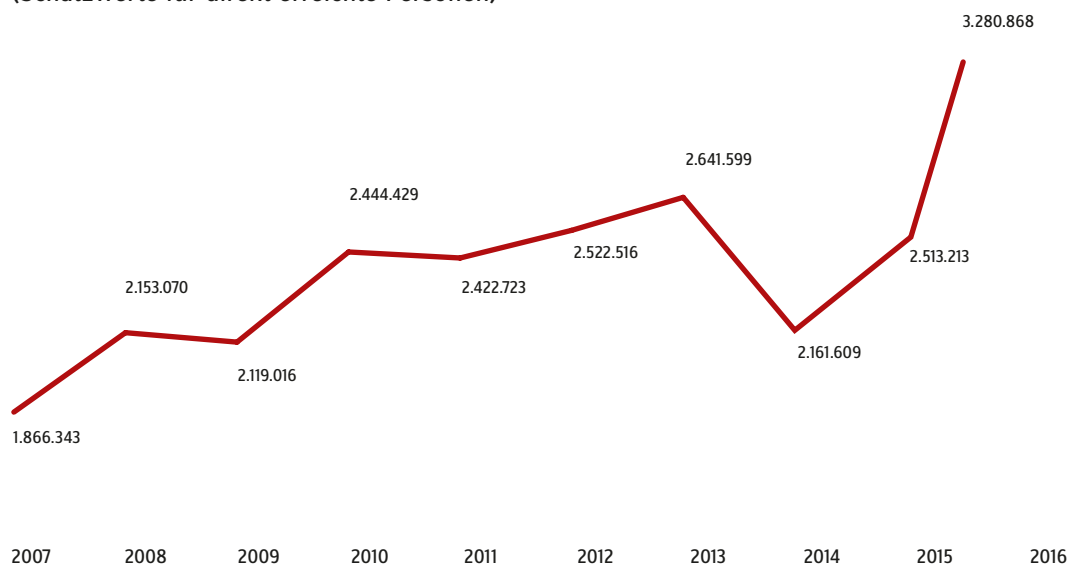
Krankenkassengeforderte Präventionsmaßnahmen sollen „**insbesondere zur Verminderung sozial bedingter [...] Ungleichheit von Gesundheitschancen**“ einen Beitrag leisten. Im Rahmen des Präventionsberichts wird als ein Indikator für die Erreichung sozial Benachteiligter erhoben, wie viele der erreichten Lebenswelten in „sozialen Brennpunkten“ lagen.

Als „soziale Brennpunkte“ werden Wohngebiete bezeichnet, in denen Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und deren soziales Netzwerk eingeschränkt ist. In der sozialwissenschaftlichen Literatur werden auch Begriffe wie „benachteiligtes Quartier“ oder „Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf“ verwendet. In sozialen Brennpunkten lagen 25 % der erreichten Kitas und sogar 41 % der erreichten Grundschulen.

Erreichte Personen

Abb. 8

Erreichte Personen
(Schätzwerte für direkt erreichte Personen)

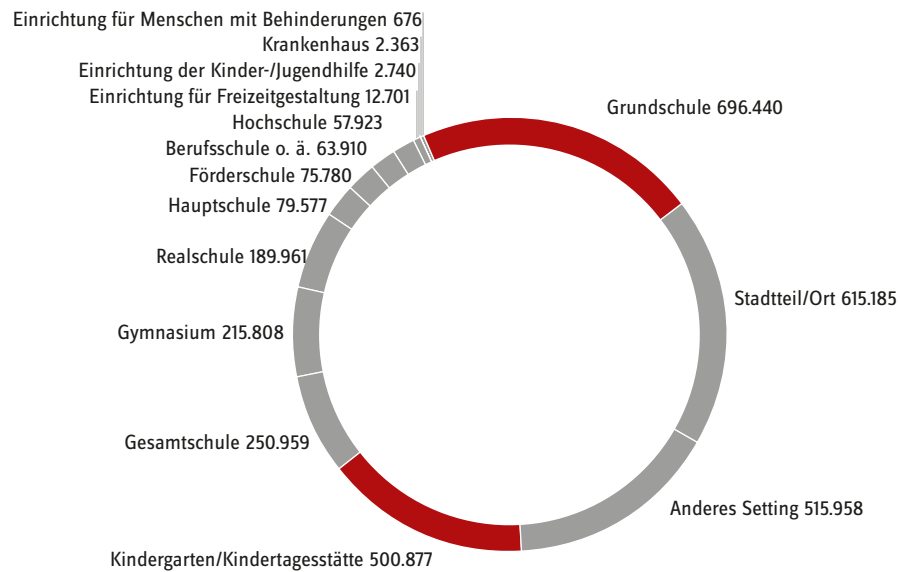


Mit dem Ausbau der Maßnahmen auf weitere Lebenswelten konnte auch die Anzahl der erreichten Personen erheblich gesteigert werden (+ 31 %).

Multiplikatoren fungieren. So können Lehrerinnen und Lehrer in Schulungen Wissen erwerben, das sie an die Kinder und deren Eltern weitergeben.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen schätzen, dass weitere 6.582.293 Personen indirekt – z. B. durch die gesundheitsförderliche Gestaltung der Verhältnisse in der jeweiligen Lebenswelt – erreicht werden konnten. Zudem können die Teilnehmer einer Maßnahme als

Abb. 9

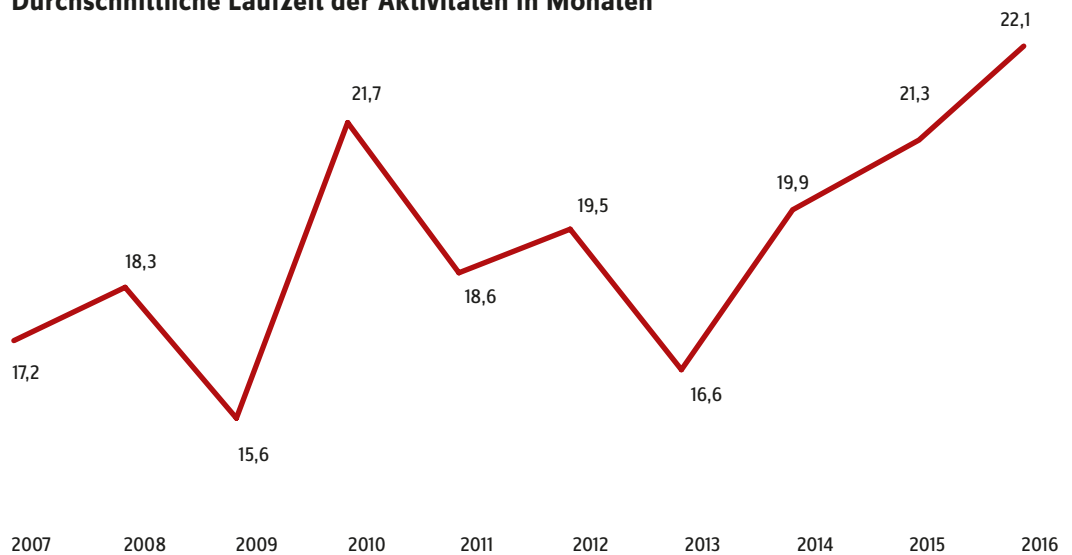
Erreichte Personen in den jeweiligen Lebenswelten

Besonders stark engagieren sich die Krankenkassen in Kitas und Grundschulen, da so besonders früh Weichen für ein gesundheitsbewusstes Leben gestellt werden können. Insgesamt konnten hier 1.197.317 Kinder, Eltern, Lehr- und Erziehungspersonal erreicht werden. Damit leisten die Krankenkassen einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen.

Laufzeit der Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Abb. 10

Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten in Monaten



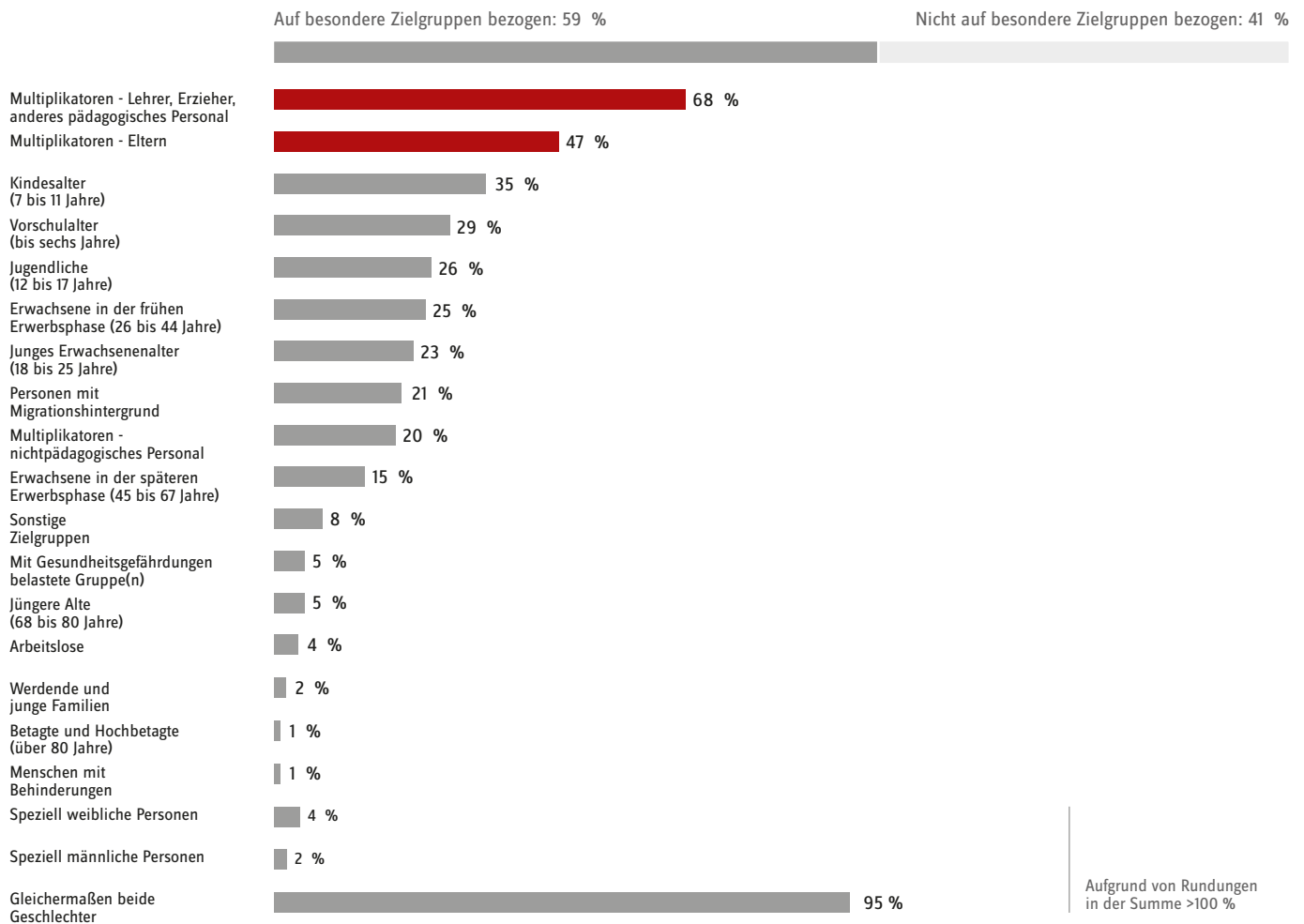
Die Maßnahmen der Krankenkassen sind für einen bestimmten Zeitraum angelegt und werden im Anschluss in die Eigenverantwortung der Beteiligten im Setting übergeben. Ziel der Maßnahmen ist es, Wege aufzuzeigen, wie die gesundheitsförderliche Umgestaltung der Abläufe und Strukturen in der jeweiligen Lebenswelt aufrecht erhalten werden kann und wie erlernte Verhaltensweisen auch langfristig in den Alltag integriert werden können.

Die durchschnittliche Laufzeit der Gesamtprogramme im Berichtsjahr beträgt ein Jahr und zehn Monate. Fast die Hälfte der Aktivitäten laufen bis zu einem Jahr lang. 45 % der Aktivitäten haben eine Laufzeit von mehr als 12 Monaten bis zu vier Jahren. 7 % der Gesundheitsförderungsprogramme haben eine Laufzeit von mehr als vier Jahren.

Zielgruppen

Abb. 11

Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)



41 % der Gesundheitsförderungsaktivitäten richteten sich an alle Menschen in der jeweiligen Lebenswelt, 59 % an bestimmte Zielgruppen im Setting.

68 % der Aktivitäten, die bestimmte Zielgruppen fokussierten, richteten sich an Erzieherinnen, Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer. Diese gestalten in den Einrichtungen die Lebensumwelt der Kinder und nehmen dadurch Einfluss auf deren Gesundheit. Als Multiplikatoren vermitteln sie Kenntnisse und Fertigkeiten.

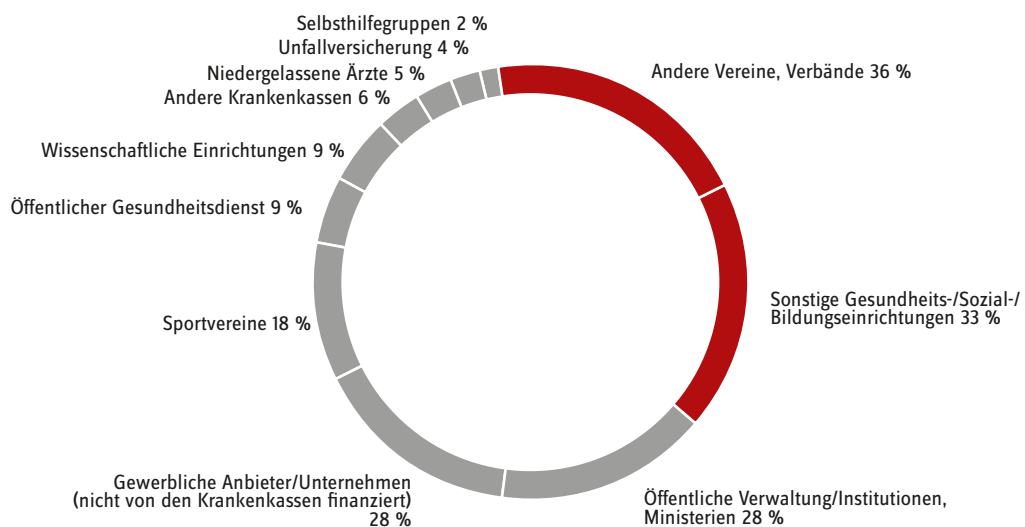
Fast alle Maßnahmen (95 %) adressierten gleichermaßen Mädchen und Jungen, Frauen und Männer.

Die Prozentangaben in den Abbildungen 11 bis 16 beziehen sich auf die Summe der gültigen Angaben zur jeweiligen Fragestellung. Die Zahl gültiger Angaben findet sich im Tabellenband. Insgesamt wurden 2.838 Dokumentationsbögen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten ausgewertet.

Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben

Abb. 12

Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)



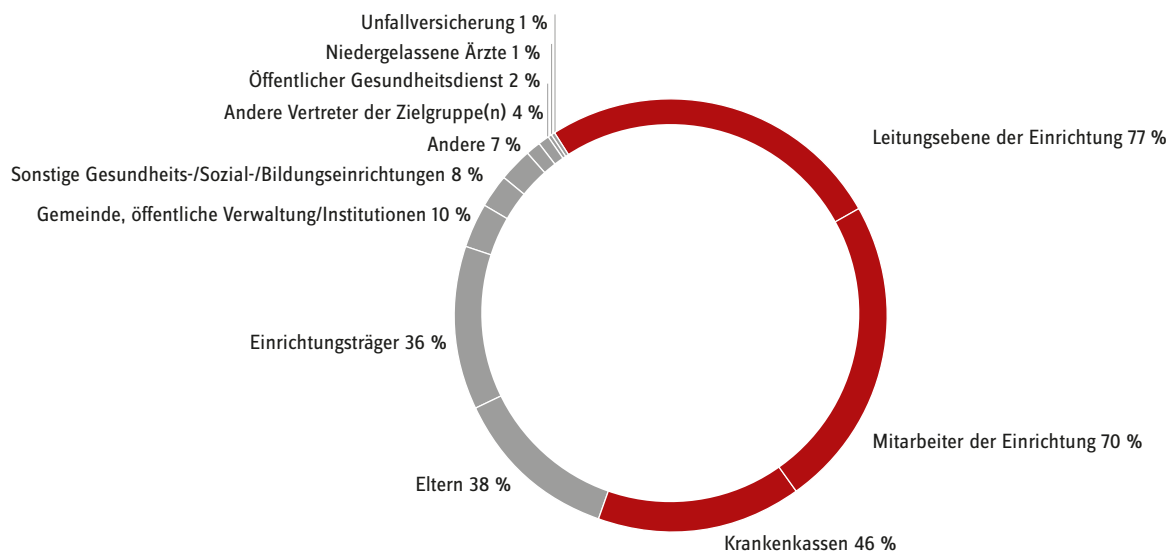
Das Engagement der Krankenkassen hat zum Ziel, Gesundheitsförderung nachhaltig in den jeweiligen Lebenswelten zu verankern. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es bedeutsam, weitere gesellschaftlich relevante Akteure in die Maßnahmen einzubinden, insbesondere sind die Akteure entsprechend ihrer gesetzlichen Verantwortung zu beteiligen. Durch geeignete Kooperationen können sich Kompetenzen und Ressourcen ergänzen.

Tabellenband zum Präventionsbericht, www.mds-ev.de

53 % der Dokumentationsbögen weisen aus, dass weitere Akteure als Kooperationspartner Ressourcen in die Aktivitäten eingebracht haben. Am häufigsten waren andere Verbände, Vereine und sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen beteiligt.

Koordination und Steuerung

Abb. 13

**Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium
(Mehrfachnennungen möglich)**

Die Koordination und Steuerung von Gesundheitsförderungsprogrammen durch ein Gremium ist Voraussetzung für eine zentrale Planung gesundheitsförderlicher Maßnahmen und die nachhaltige Verankerung dieser in der jeweiligen Lebenswelt.

Eine „Arbeitsgruppe Gesundheit“ kann ein solches Steuerungsgremium sein. Sie befasst sich mit der Analyse, Planung, Durchführung und Nachbereitung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Mit 83 % weist ein Großteil der Programme eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur auf.

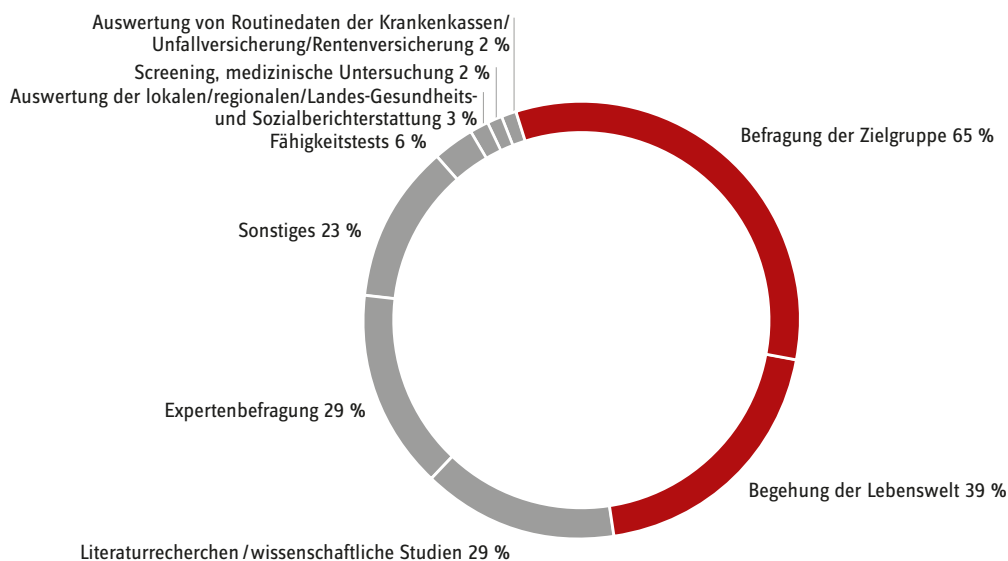
Im Mittel sind in den Steuerungsgremien drei der in der Abbildung genannten Institutionen beteiligt, in manchen Gremien bis zu zehn.

An den meisten Steuerungsgremien sind die Leitungsebene und die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einer Einrichtung beteiligt. An fast der Hälfte der Gesundheitsförderungsprogramme mit Steuerungsgremium – 46 % – sind Vertreter der Krankenkassen beteiligt.

Bedarfsermittlung und Gesundheitszirkel

Abb. 14

Methoden der Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



Um die Maßnahmen möglichst realitätsnah und bedarfsorientiert auszurichten, werden in der jeweiligen Lebenswelt verschiedene Methoden zur Erkennung von Risiken und Potenzialen für die Gesundheit angewandt. So wird bei 65 % der Gesundheitsförderungsprogramme die Zielgruppe befragt, um deren Bedürfnisse und die Probleme im Setting zu ermitteln. Bei 39 % der Maßnahmen werden im Rahmen einer Begehung die Problemstellungen im Setting ermittelt. Bei knapp 30 % der Maßnahmen werden zudem auch Expertenbefragungen und Literaturrecherchen durchgeführt. Im Schnitt wurden je Programm **zwei** verschiedene Instrumente der Bedarfsanalyse kombiniert.

Gesundheitszirkel

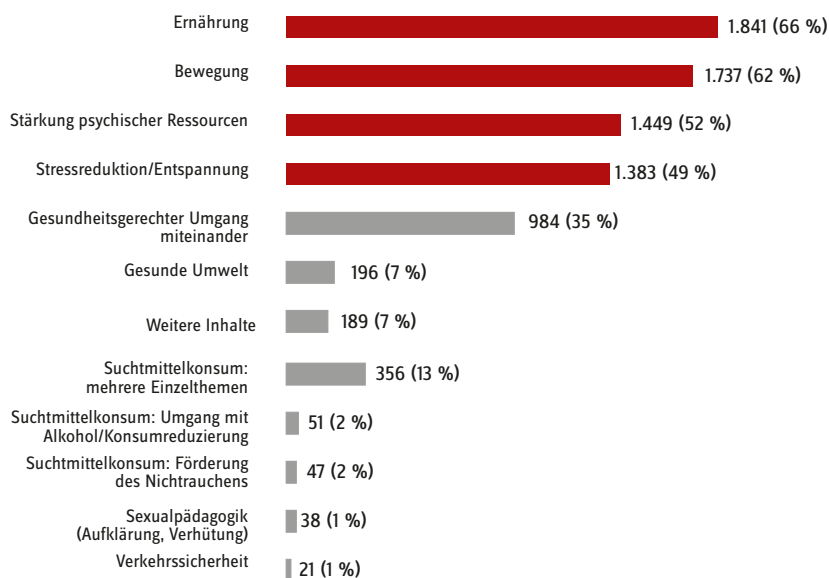
Im Berichtsjahr wurden bei 11 % der Programme Gesundheitszirkel als partizipatives Instrument der Gesundheitsförderung eingesetzt.

Gesundheitszirkel bieten die Möglichkeit, das Erfahrungswissen der Menschen in der jeweiligen Lebenswelt zu nutzen. Bei einem oder mehreren Treffen kann in einem fachlich moderierten Austausch der Bedarf für Gesundheitsförderungsmaßnahmen analysiert, und es können Lösungskonzepte für Problemstellungen entwickelt werden.

Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Abb. 15

Inhalte (Mehrfachnennungen möglich)



Der inhaltliche Schwerpunkt der Interventionen richtet sich nach dem Bedarf in der jeweiligen Lebenswelt und wird strukturiert durch die im **Leitfaden Prävention** beschriebenen verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen.

GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Berlin, 2014. Download: www.gkv-spitzenverband.de

Ein Großteil der Aktivitäten der Gesundheitsförderung in Lebenswelten findet zu den Themen Bewegung und Ernährung statt. In etwa der Hälfte der Maßnahmen sind die Stärkung psychischer Ressourcen und die Stressreduktion/Entspannung Inhalte der Aktivitäten. In der Regel werden mehrere Themen bedarfsbezogen kombiniert.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Die Aktivitäten der Krankenkassen können sich auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Verhältnisse in der jeweiligen Lebenswelt und gleichzeitig auf die in Zusammenhang mit der Gesundheit stehenden Verhaltensweisen beziehen. Im Berichtsjahr 2016 waren 63 % der Aktivitäten sowohl auf die Verhältnisse als auch auf das Verhalten der Menschen in den Lebenswelten ausgerichtet.

36 % der Interventionen waren speziell darauf bezogen, die Menschen im Setting zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu motivieren und anzuleiten.

Art der Umgestaltung

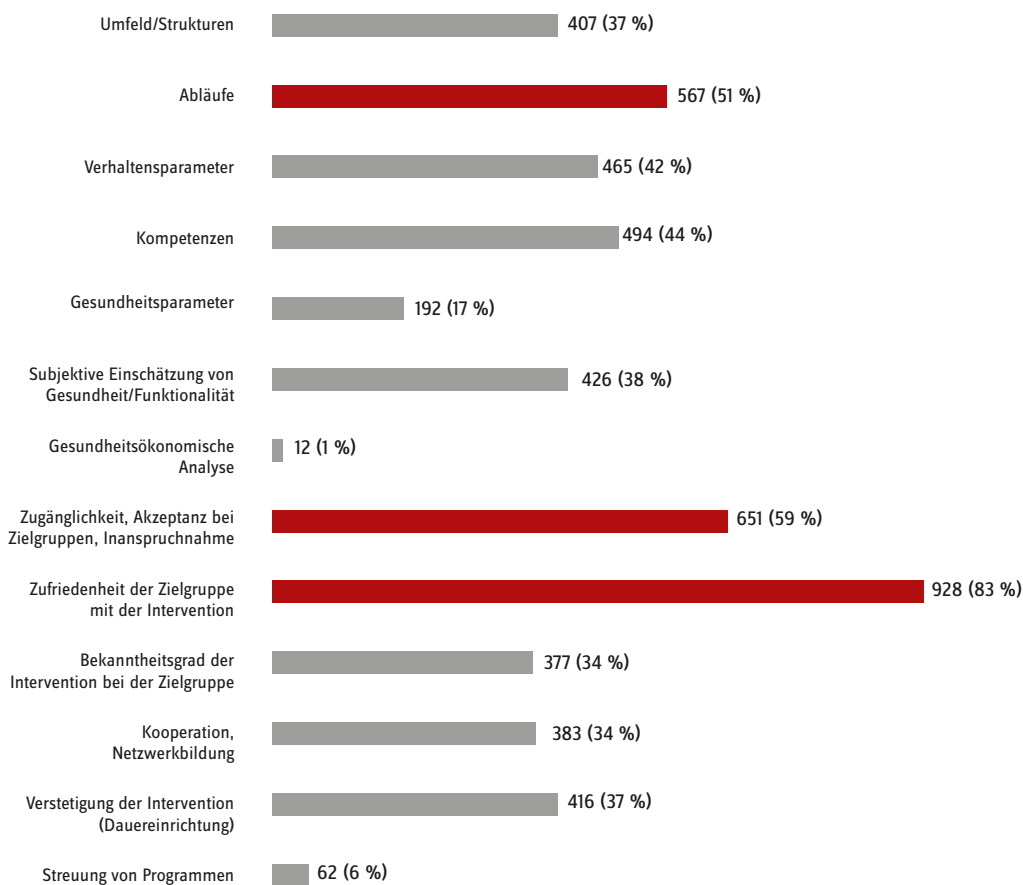
Die Strukturen in den Lebenswelten nehmen erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden. Daher wirken sich gezielte strukturverändernde Maßnahmen gesundheitsfördernd aus. Beispiele für solche Maßnahmen ist die Einführung von regelmäßigen Teamsitzungen von Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern zu Gesundheitsthemen oder einer adäquaten Pausengestaltung in der Grundschule. Eine bewegungsfördernde Alltagsgestaltung in der Grundschule ist ebenfalls Teil verhältnisbezogener Gesundheitsförderung.

In der Regel werden mehrere Arten der Umgestaltung miteinander kombiniert. Im Durchschnitt integrieren die Interventionen sechs verschiedene Aspekte. Häufig zielen die Maßnahmen darauf ab, die Umgebungsbedingungen insgesamt (68 %) und die Informations- und Kommunikationsstrukturen (64 %) zu verbessern.

Erfolgskontrollen

Abb. 16

Inhalte der Erfolgskontrollen (Mehrfachnennungen möglich)



Um die Qualität der Maßnahmen zu sichern ist es sinnvoll, den Erfolg einer Maßnahme zu prüfen. 2016 wurden in etwa wie im Vorjahr bei drei Viertel der Gesundheitsförderungsprogramme Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. waren geplant.

Der Erfolg von Maßnahmen kann anhand verschiedener Kriterien bestimmt werden. Ein Großteil der Kontrollen bezog sich auf die Messung der Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention (83 %). Rund 60 % der Maßnahmen bezogen sich auf ihre Zugänglichkeit und die Akzeptanz der Maßnahme durch die Zielgruppe. Bei etwa der Hälfte der Maßnahmen wurden die Abläufe im Setting ermittelt. Im Schnitt wurden rund fünf Erfolgsindikatoren je Programm erfasst.

Betriebliche Gesundheitsförderung

www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de/ziele-des-netzwerks/

Die betriebliche Gesundheitsförderung als ein wesentliches Element des betrieblichen Gesundheitsmanagements zielt darauf ab, die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern und zu erhalten. Psychische und körperliche Belastungen sollen gering gehalten und die Gesundheit und Resilienz der Beschäftigten gestärkt werden. „Kreative, motivierte und engagierte Mitarbeiter sind Voraussetzung für die Produktion qualitativ hochwertiger Güter und Dienstleistungen zu wettbewerbsfähigen Preisen. Nur im weitesten Sinne gesunde Mitarbeiter sind dauerhaft leistungsfähig und leistungsbereit.“

(Unternehmensnetzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union e. V).

www.gkv-spitzenverband.de

Der **Leitfaden Prävention** legt die Kriterien für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung fest. Die Krankenkassen begleiten und unterstützen Unternehmen im betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess. Das beginnt mit Informationen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, geht über die Erhebung und Analyse der gesundheitlichen Situation im Betrieb zur Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen bis

www.mds-ev.de

zur Unterstützung bei der Maßnahmenumsetzung. In allen Prozessphasen ist es entscheidend, dass die Verantwortlichen im Betrieb das Thema vorantreiben und die Beschäftigten in den betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess einbezogen werden. Nach der Umsetzung einer Maßnahme werden die Ergebnisse bewertet. Diese Ergebnisse sind wiederum Grundlage für die nächste Prozessphase. So gelingt es, die Qualität der Maßnahmen zu verbessern und diese nachhaltig im Betrieb zu verankern.

Im Folgenden werden die Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung nach verschiedenen Aspekten geordnet dargestellt. Im Anschluss werden die neu eingeführten regionalen BGF-Koordinierungsstellen mit ihren Aufgaben und Kooperationspartnern beschrieben. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels werden überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen und ihre Aktivitäten zur Sensibilisierung von Betrieben für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zusammengefasst. Weitere differenzierte Auswertungen finden sich im **Tabellenband zum Präventionsbericht**.

§ 20b Absatz 1 SGB V

„Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. [...]“

§ 20b Absatz 2 SGB V

„Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. [...]“

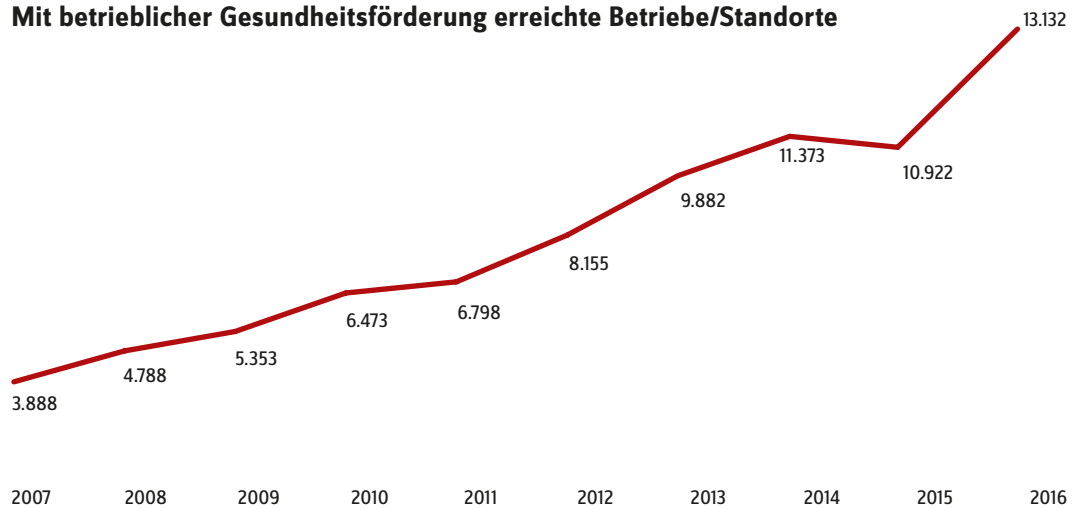
§ 20b Absatz 3 SGB V

„Die Krankenkassen bieten Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. [...]“

Erreichte Betriebe

Abb. 17

Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte



In den letzten zehn Jahren weiteten die Krankenkassen ihr Engagement für Prävention und Gesundheitsförderung stark aus. 2016 konnten 13.132 Betriebe direkt erreicht werden. Dies entspricht einer Steigerung von 20 % im Vergleich zum Vorjahr.

Das Angebot der Krankenkassen, Unternehmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu unterstützen, wird von interessierten Betrieben immer in freiwilliger Weise aufgegriffen.

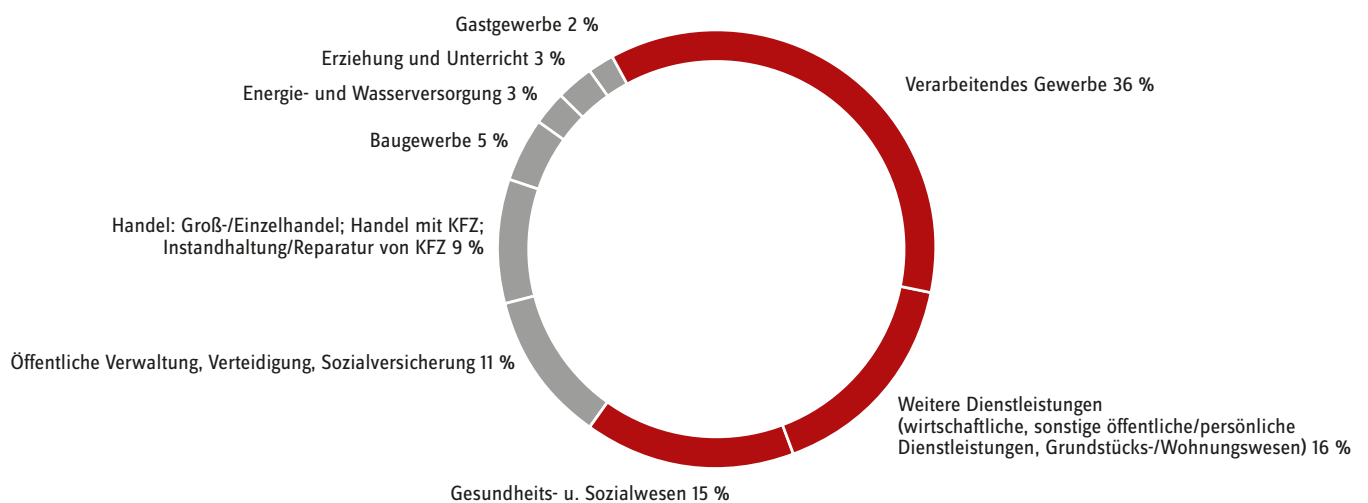
Standorte

Die Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung werden entweder an einem oder an mehreren Betriebsstandorten durchgeführt. Rund 60 % der insgesamt erreichten Standorte und Betriebe sind Mehrfachstandorte. 41 % der erreichten Betriebe sind Einzelstandorte.

Branchen

Abb. 18

Branchen



Unternehmen verschiedener Branchen beteiligen sich in unterschiedlichem Maße an Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Krankenkassenunterstützung. Dabei spielen die jeweiligen strukturellen Bedingungen für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der jeweiligen Branche und der daraus abzuleitende Bedarf an Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit eine Rolle.

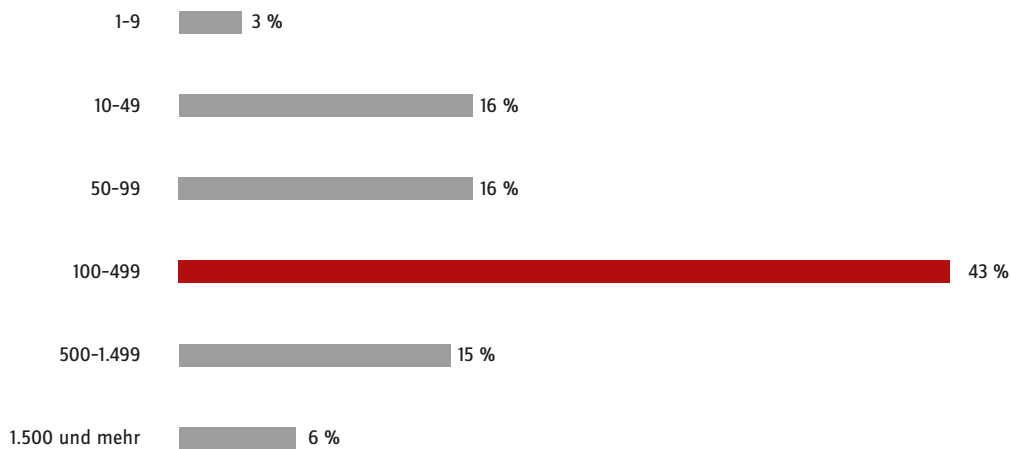
Traditionell am häufigsten werden Maßnahmen der Gesundheitsförderung im verarbeitenden Gewerbe durchgeführt. Hier sind die Beschäftigten oftmals schwerwiegenden arbeitsbedingten körperlichen Belastungen ausgesetzt, weshalb Initiativen zur Reduktion und Kompensation dieser Belastungen notwendig sind.

Auch im Gesundheits- und Sozialwesen und im Dienstleistungsgewerbe besteht ein starkes gemeinschaftliches Engagement der Betriebe und Krankenkassen für die Gesundheitsförderung.

Betriebsgröße

Abb. 19

Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigten)



Die Grafik zeigt, dass das Engagement der Betriebe für gesundheitsfördernde Aktivitäten je nach Betriebsgröße unterschiedlich stark ausgeprägt ist.

Am häufigsten wurden Betriebe mit 100 bis unter 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreicht. Kleinere Unternehmen mit unter 50 Beschäftigten und **Kleinstunternehmen** mit unter zehn Beschäftigten sind insgesamt zu einem Fünftel vertreten. Große Unternehmen mit über 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind ebenso zu rund einem Fünftel beteiligt.

Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten

Unter den erreichten Betrieben wiesen 13 % einen hohen Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten auf. Im Vergleich zu 2015 konnte dieser Anteil mehr als verdoppelt werden (2015: 6 %). Ein „hoher Anteil“ bedeutet, dass mindestens 20 % der Beschäftigten einschließlich der Auszubildenden keine abgeschlossene Berufsausbildung haben (siehe Kapitel „Erhebungsmethode und Auswertung“, S. 98.).

Laufzeit der Aktivitäten

Die mittlere Laufzeit der jeweiligen Krankenkassen-Aktivitäten in den Betrieben betrug zwei Jahre und drei Monate. Im Schnitt sind die Projekte im Vergleich zu 2015 ca. zwei Monate kürzer angelegt.

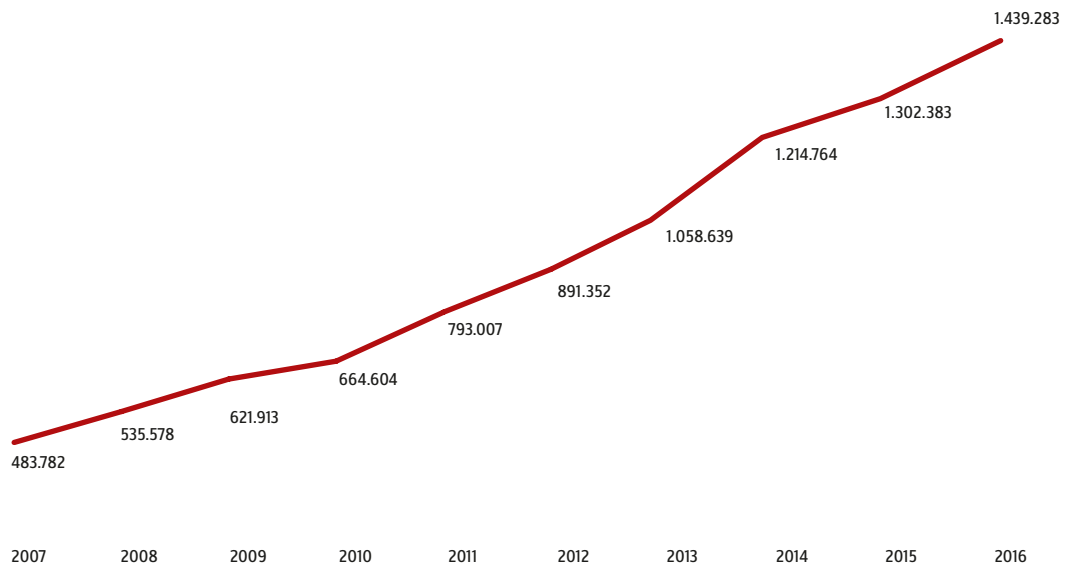
Die Erhebungsmethode zum Feststellen der Laufzeiten der Aktivitäten wurde im Berichtsjahr 2014 umgestellt. Daher ist der 2016 gemessene Wert nur mit 2015, nicht aber mit den Zahlen der Vorjahre zu vergleichen.

Empfehlung 2003. 361.
EG der Kommission vom
6. Mai 2003 betreffend die
Definition der Kleinstunter-
nehmen sowie der kleinen
und mittleren Unternehmen.
ABl. L 124 vom 20.05.2003,
S. 36-41

Erreichte Beschäftigte

Abb. 20

Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte (Schätzwerte für direkt erreichte Personen)



2016 ist wie in den Vorjahren ein Anstieg der durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Personen zu verzeichnen. 1.439.283 Beschäftigte konnten direkt und weitere 527.311 Beschäftigte indirekt erreicht werden.

Dabei zählen zu den indirekt erreichten Personen alle Beschäftigten, die zwar nicht an einer Maßnahme beteiligt waren, die aber z. B. durch die Informationsweitergabe durch Kolleginnen

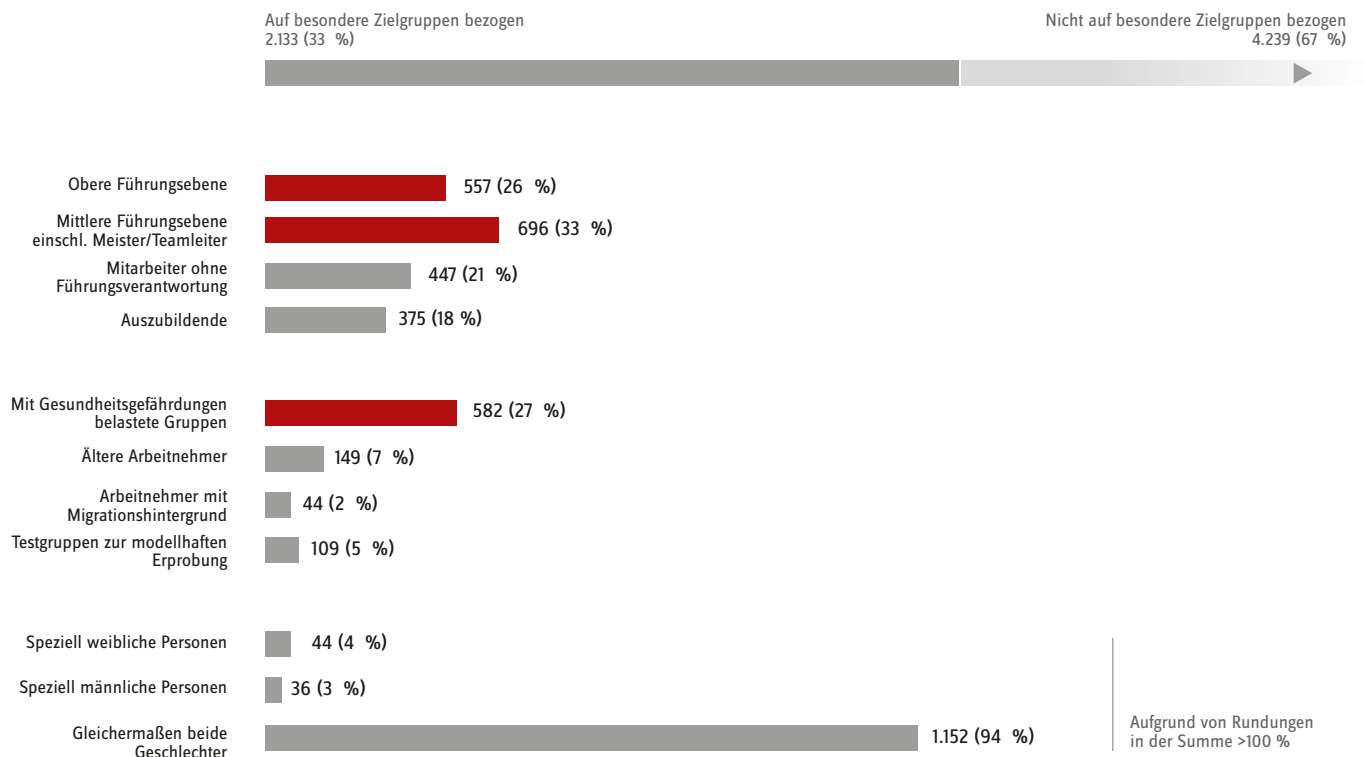
und Kollegen oder durch die Umgestaltung hin zu gesundheitsförderlicheren Arbeitsbedingungen erreicht werden. Ein Beispiel für eine solche Umgestaltung ist die Ausrichtung der Gemeinschaftsverpflegung im Betrieb nach **DGE-Qualitätsstandards** für die Betriebsverpflegung oder die Schulung von Führungskräften zur gesundheitsgerechten Führung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung: DGE-Qualitätsstandard für die Betriebsverpflegung. Bonn, 4. Auflage, 1. korrigierter Nachdruck 2015

Zielgruppen

Abb. 21

Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung (Mehrfachnennungen möglich)



33 % der Maßnahmen waren auf spezifische Zielgruppen der Beschäftigten bezogen, 67 % waren gleichermaßen an alle Beschäftigten gerichtet.

Am häufigsten war die mittlere Führungsebene Zielgruppe der Maßnahmen. Führungskräfte können durch ihr Verhalten und die Gestaltung der Arbeitsbedingungen die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beeinflussen.

27 % der zielgruppenspezifischen Maßnahmen richteten sich an Personen, die während ihrer Arbeitszeit spezifischen Gesundheitsgefahren ausgesetzt sind. Belastungen können beispielsweise bei der Verrichtung körperlich anstrengender Tätigkeiten – z. B. durch schweres Heben oder Tragen – entstehen.

Nur wenige Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung richteten sich speziell an Frauen (4 %) oder an Männer (3 %), die meisten an beide Geschlechter. Allerdings findet die krankenkassengeforderte betriebliche Gesundheitsförderung verstärkt in Betrieben mit höherem Männeranteil statt, so dass insgesamt mehr Männer erreicht werden (vgl. das Kapitel „Inanspruchnahme nach Geschlecht“).

Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und erbringen auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20c SGB V). Die Unfallversicherungsträger sind mit Bund und Ländern Träger der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA). Ein Arbeitsprogramm der GDA für die Periode 2013–2018 widmet sich unter dem Motto „Prävention macht stark – auch Deinen Rücken“ den Muskel-Skelett-Erkrankungen, ein weiteres unter der Devise „Stress reduzieren – Potenziale entwickeln“ den psychischen Belastungen (www.gda-portal.de). Die Krankenkassen sind strategische Kooperationspartner der GDA.

Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten

Abb. 22

Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung einbrachten (Mehrfachnennungen möglich)



Grundgesamtheit: 2.865 Dokumentationsbögen mit der Angabe, dass außerbetriebliche Kooperationspartner Ressourcen einbrachten

Tabellenband zum Präventionsbericht 2017,
www.mds-ev.de

Bei **45 %** der von den Krankenkassen geförderten Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung waren – neben den Betrieben selbst und den Krankenkassen – weitere außerbetriebliche Partner eingebunden.

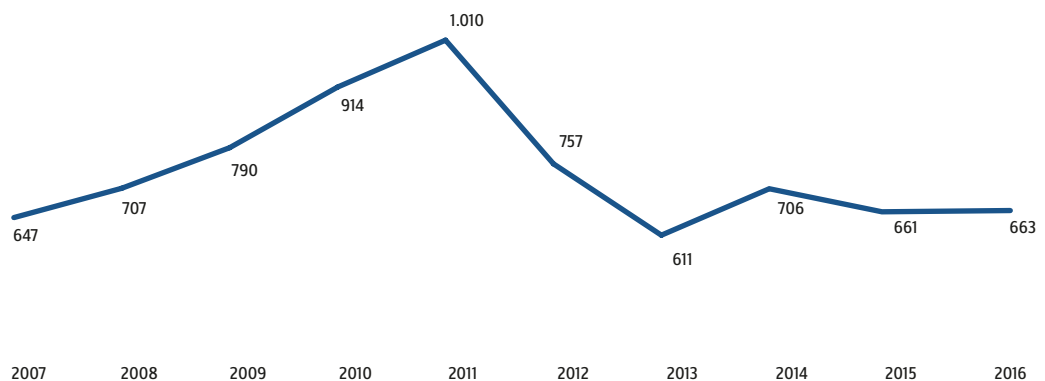
Am häufigsten war die gesetzliche Unfallversicherung als externer Kooperationspartner eingebunden.

Im Folgenden wird die Beteiligung der Unfallversicherung nach verschiedenen Merkmalen der mit der Unfallversicherung kooperierenden Betriebe differenziert.

Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung

Abb. 23

Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung (Anzahl der Dokumentationsbögen)



2.865 Dokumentationsbögen mit der Angabe, dass außerbetriebliche Kooperationspartner eingebunden wurden (von insgesamt 6.438 Bögen)

In der Zeitspanne von 2007 bis 2016 brachte die Unfallversicherung bei **23 % bis 40 %** aller Aktivitäten, bei denen Kooperationspartner mitwirkten, Ressourcen ein.

Der Leitfaden Prävention sieht wechselseitige Information sowie bedarfsbezogenen Abstimmungen der Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung vor. In Absprache mit dem Betrieb sollen sich die Zusammenarbeit und die Einbringung von Ressourcen und Leistungen an den jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten und Kompetenzen orientieren. Die hierzu bestehende Rahmenvereinbarung von Unfallversicherung und Krankenversicherung von 2009 ist seit 2016 Anlage zu den **Bundesrahmenempfehlungen** der Nationalen Präventionskonferenz.

Bedarfsorientierung: Eine Einbringung von Ressourcen seitens der Unfallversicherungsträger in die krankenkassenunterstützte betriebliche Gesundheitsförderung bietet sich besonders bei den Themen an, bei denen Schnittmengen zum Aufgabenspektrum der Unfallversicherungsträger bestehen, insbesondere bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren; bei Themen wie Betriebsverpflegung oder Aktivitäten im Handlungsfeld gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil besteht nicht unbedingt der Bedarf einer Ressourceneinbringung durch die Unfallversicherung.

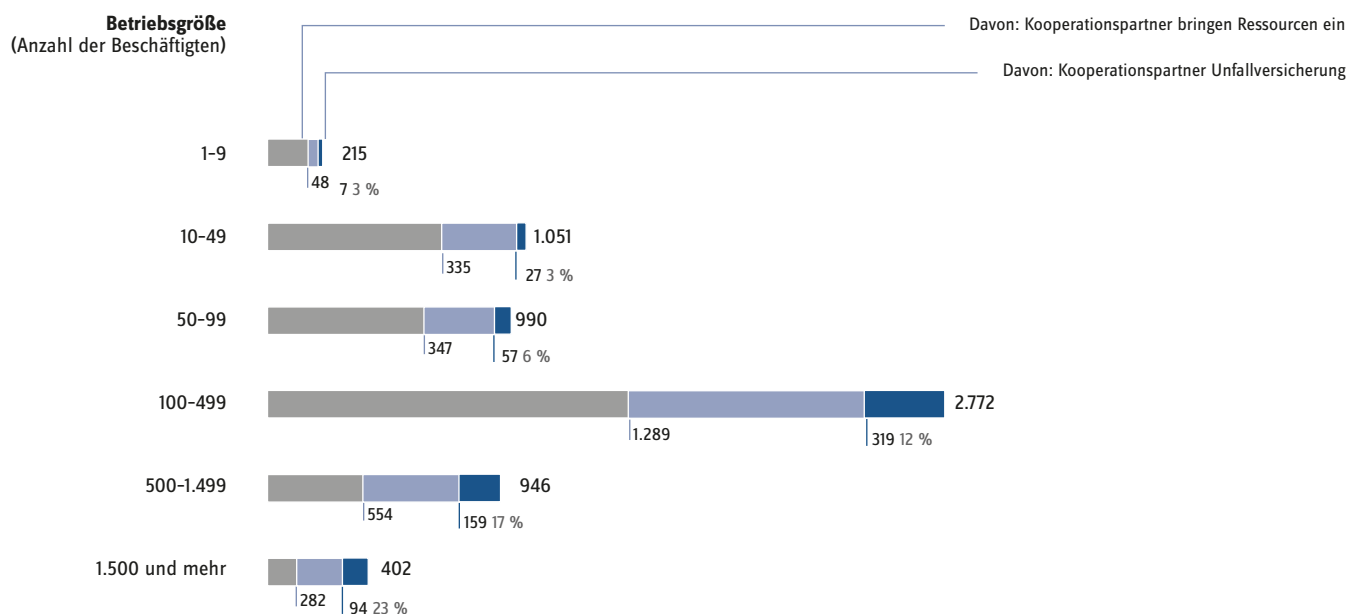
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse_themen/praevention_npk/Praev_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße

Abb. 24

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße

(Prozentangaben: Anteil der Dokumentationsbögen, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen eingebracht hat, an allen Dokumentationsbögen mit Angaben zur Betriebsgröße. Beispiel Betriebsgröße 100-499: insgesamt 2.772 Dokumentationsbögen, davon 319 mit Unfallversicherungs-Beteiligung = 12 %)



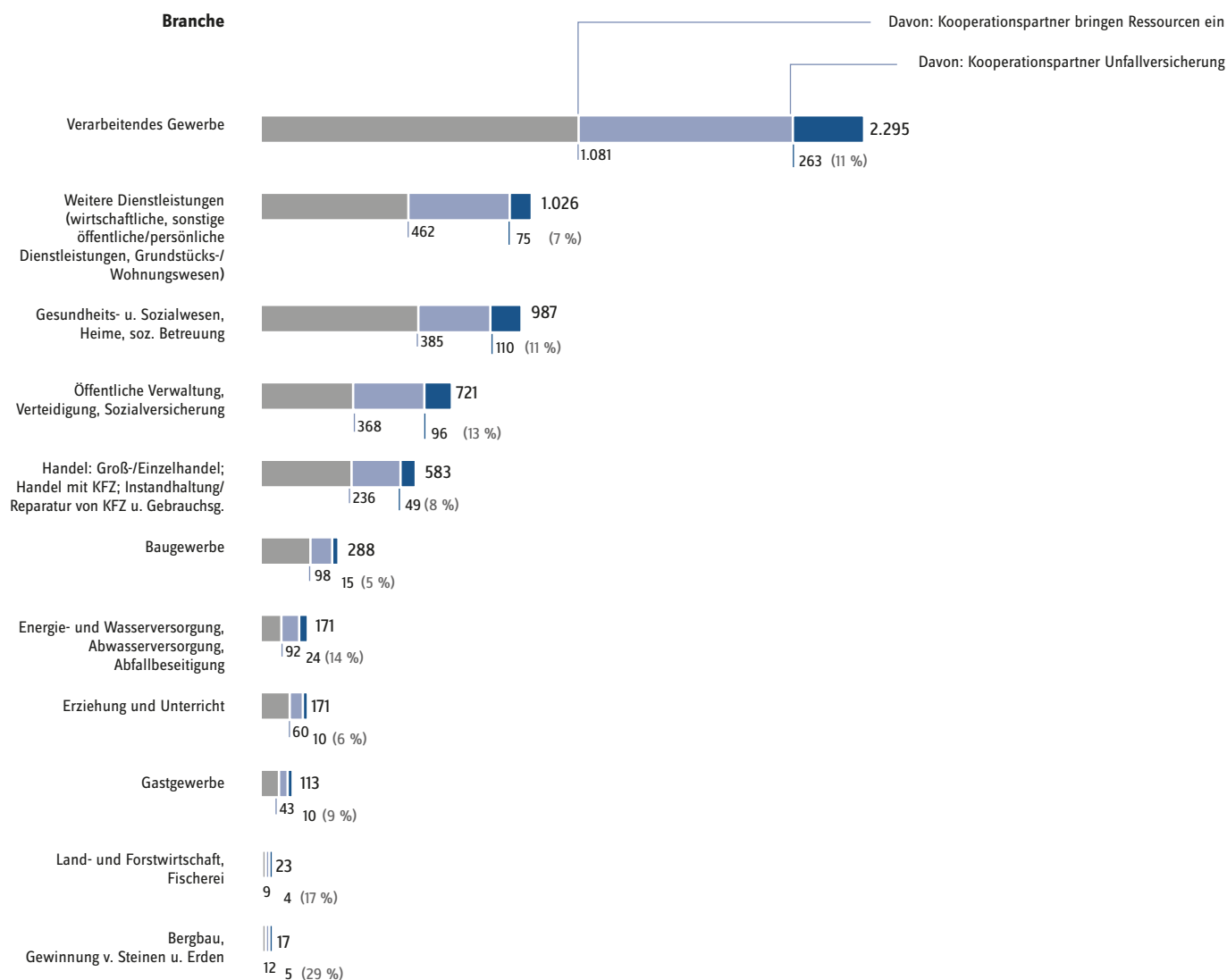
Es zeigt sich, dass die Unfallversicherung bei mittleren und größeren Betrieben ab 100 Beschäftigten häufiger als Kooperationspartner eingebunden ist als bei kleineren Betrieben.

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branchen

Abb. 25

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branche

(Prozentangaben: Anteil der Dokumentationsbögen, bei denen die Unfallversicherung Ressourcen eingebracht hat, an allen Dokumentationsbögen mit Angaben zur jeweiligen Branche. Beispiel „Verarbeitendes Gewerbe“: insgesamt 2.295 Dokumentationsbögen, davon 263 mit Unfallversicherungs-Beteiligung = 11 %)

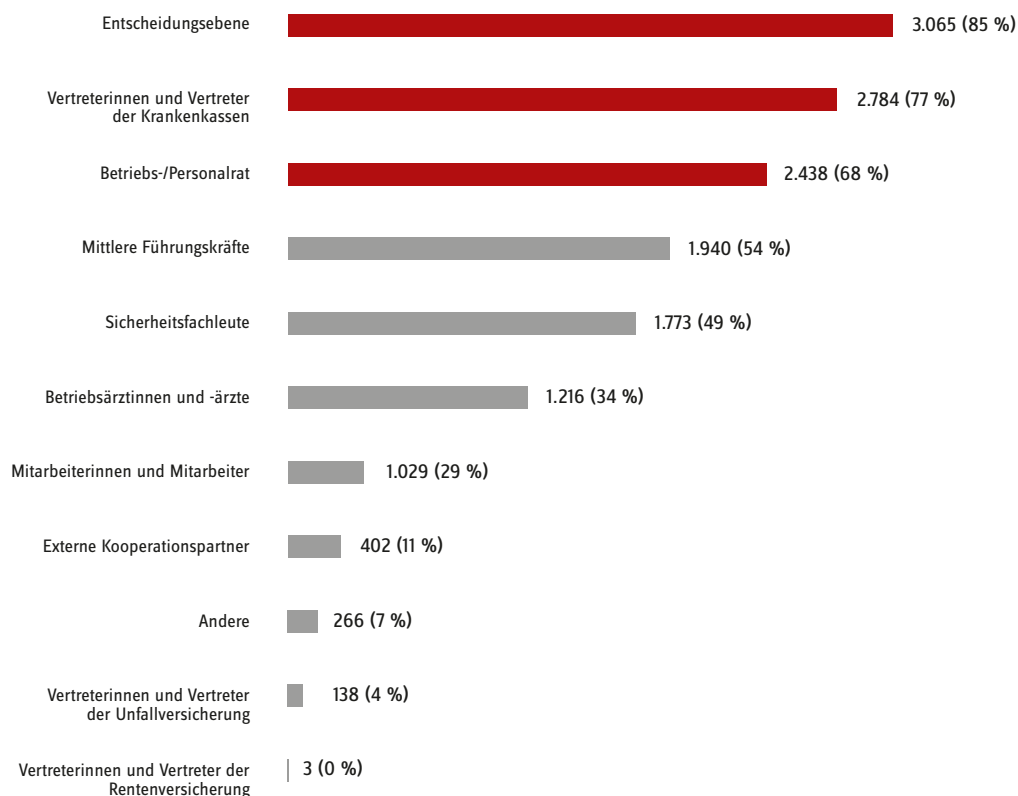


Die Unfallversicherung hat im Wesentlichen in alle Branchen ihre Ressourcen gleichmäßig eingebracht, mit Ausnahme der Bergbaubranche. Hier war bei 29 % der insgesamt in dieser Branche durchgeführten Projekte die Unfallversicherung externer Kooperationspartner. Allerdings ist die

Gesamtzahl der in dieser Branche durchgeführten Programme im Vergleich zu den durchgeführten Projekten in anderen Branchen deutlich geringer, sodass ein relativ höherer Anteil hier leichter erzielt werden kann.

Koordination und Steuerung

Abb. 26 **Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen**
(Mehrfachnennungen möglich)



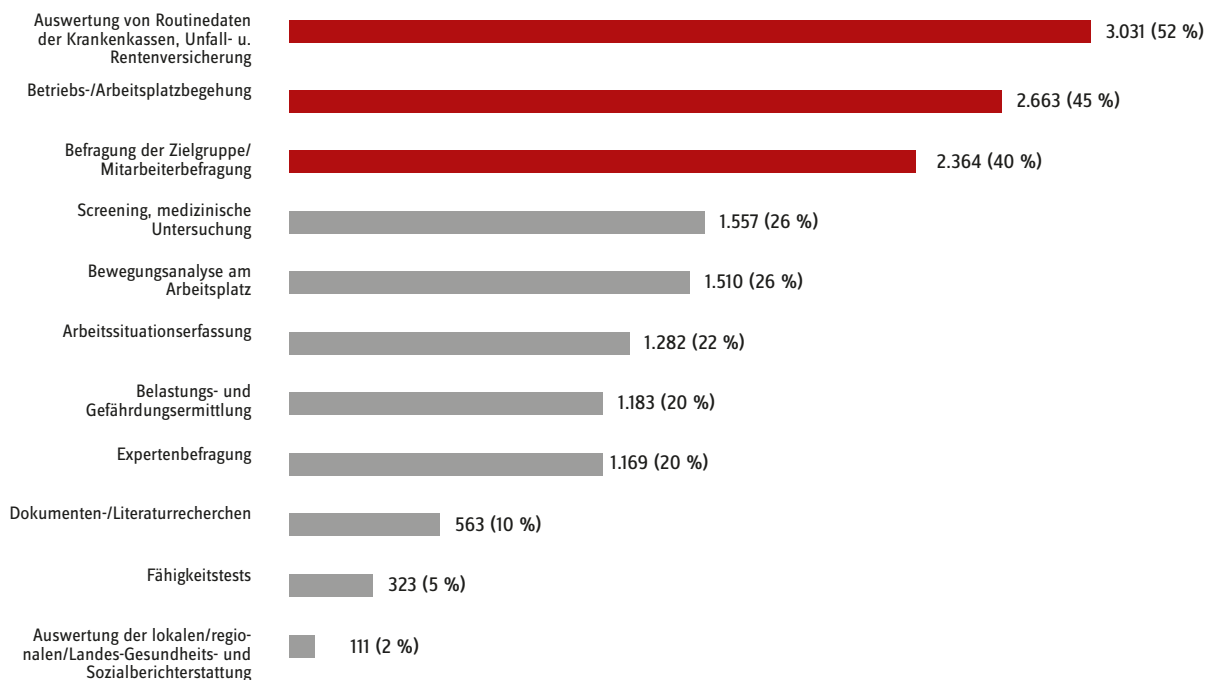
Bei über der Hälfte (57 %) der Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung wurden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen eingerichtet. Diese dienen dazu, die Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung, unter Einbeziehung der relevanten Akteure, zu planen und zu koordinieren. Langfristiges Ziel ist es, die Maßnahmen in das Gesundheitsmanagement des Unternehmens zu überführen. Hierbei bilden die relevanten Akteure beispielsweise einen „Arbeitskreis Gesundheit“. Dieser Arbeitskreis entwickelt und begleitet die Aktivitäten und Maßnahmen im Betrieb von der Bedarfsanalyse über die Implementierung von Maßnahmen bis hin zur abschließenden Erfolgskontrolle. Solche Strukturen haben sich für die dauerhafte Etablierung von Präventionsmaßnahmen bewährt.

Am häufigsten waren die Entscheidungsebene des Betriebes (85 %), Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen (77 %) sowie Betriebs- und Personalräte (68 %) in den Gremien vertreten. Mittlere Führungskräfte (54 %) waren an über der Hälfte der Gremien beteiligt.

Bedarfsermittlung

Abb. 27

Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



Strukturen und Arbeitsbedingungen sowie die Art der zu verrichtenden Arbeiten im Unternehmen sind sowohl mit bestimmten Potenzialen als auch mit Risiken für die Gesundheit der Beschäftigten verknüpft. Um die Wahl der gesundheitsfördernden Maßnahmen zielgerecht an die Bedürfnisse des jeweiligen Unternehmens anzupassen, ist es sinnvoll, zunächst den Bedarf zu ermitteln. Dabei können verschiedene Methoden angewandt werden.

Am häufigsten werden zur Bedarfsermittlung Routinedaten der Krankenkassen, Unfallversicherung und Rentenversicherung herangezogen (insgesamt 52 %). Zu 45 % erfolgte zur Ermittlung des Bedarfs eine Begehung des Betriebs bzw. Arbeitsplatzes, zu 40 % wurde eine Befragung der Zielgruppe durchgeführt.

Es werden in einem Projekt im Durchschnitt knapp drei Methoden der Bedarfsermittlung kombiniert.

Gesundheitszirkel

Wittig-Goetz U:
Gesundheitszirkel.
<http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/ca/j/hej/>
(abgefragt am 21.09.2017)

Statistik des Krankenstands
der Pflichtmitglieder nach
gesetzlichen Krankenkassen
im Jahresdurchschnitt auf
www.gbe-bund.de

Bei 24 % der Programme wurden sogenannte Gesundheitszirkel eingerichtet. Diese umfassen mindestens ein Treffen. Bei 62 % der durchgeführten Gesundheitszirkel gab es mehrere Sitzungen.

„**Leitidee der Gesundheitszirkel** ist die aktive Einbeziehung der MitarbeiterInnen in Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung.“ Die Beschäftigten als Expertinnen und Experten ihrer Arbeitssituation bringen ihr Wissen über „gesundheitlich beeinträchtigende Anforderungen an ihren Arbeitsplätzen“ ein.

Unter Anleitung eines in der Regel externen Moderierenden treffen sich die Mitglieder eines Gesundheitszirkels für einen begrenzten Zeitraum, um zunächst die „Ursachen gesundheitlicher Beschwerden am Arbeitsplatz“ zu bestimmen. Anschließend steht die Findung von Lösungsvorschlägen im Fokus.

In der Praxis existieren verschiedene Modelle von Gesundheitszirkeln. Es gibt sogenannte homogene Zirkel, in denen ausschließlich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gemeinsam mit einer Moderatorin oder einem Moderator an den Treffen teilnehmen. In „gemischten Zirkeln“ sind neben den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen auch beispielsweise unmittelbare Vorgesetzte, die Sicherheitsfachkraft, der Betriebsarzt bzw. die Betriebsärztin und eine Vertretung des Betriebsrates bzw. Personalrates vertreten. Inzwischen finden sich auch sogenannte Mischmodelle, welche bei den anfänglichen Treffen zur Bestimmung der „gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen“ nur die Beschäftigten und die Moderatorin oder den Moderator einschließen und nach Abschluss dieser Phase weitere relevante Akteure des Betriebes miteinbeziehen.

Arbeitsunfähigkeitsanalysen

Die Krankenkassen bieten an, im Betrieb Arbeitsunfähigkeitsanalysen durchzuführen. Ein solches „AU-Profil“ oder ein „betrieblicher Gesundheitsbericht“ liefert einen ersten Überblick über Parameter wie Arbeitsunfähigkeitsquote, AU-Tage oder die Verteilung der Krankheitsarten. Um die Parameter eines Betriebes besser einordnen zu können, enthalten AU-Profile/Gesundheitsberichte darüber hinaus die **Durchschnittswerte** der jeweiligen Branche (regional, im Bundesland und bundesweit).

Im Jahr 2016 erstellten die Krankenkassen 9.130 AU-Profile bzw. betriebliche Gesundheitsberichte. Dies waren in etwa so viele wie im Jahr 2015 (9.258). Über die Erstellung des AU-Profils und die entstandene Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Betrieb kommt es in vielen Fällen zu einem längerfristigen Engagement der Betriebe in der Prävention und Gesundheitsförderung.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Gesundheitsförderung kann auf die Optimierung der Arbeitsverhältnisse fokussiert sein. Das Arbeitsumfeld sowie die Abläufe und Kommunikationsstrukturen im Betrieb werden dabei so umgestaltet, dass die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbessert wird. Neben den Strukturen im Betrieb können die Maßnahmen auch auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gerichtet sein. Im Idealfall werden beide Ansätze miteinander **kombiniert**. So können beispielsweise Maßnahmen zur Optimierung der Abläufe im Betrieb mit Schulungen für die Beschäftigten zur Stressbewältigung und Stärkung der Ressourcen im Umgang mit Stress kombiniert werden. Rund die Hälfte (46 %) der Maßnahmen weist eine solche Kombination der beiden Ansätze auf.

46 % der Maßnahmen unterstützen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dabei, sich gesundheitsbewusster zu verhalten und Gesundheitsrisiken zu minimieren.

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

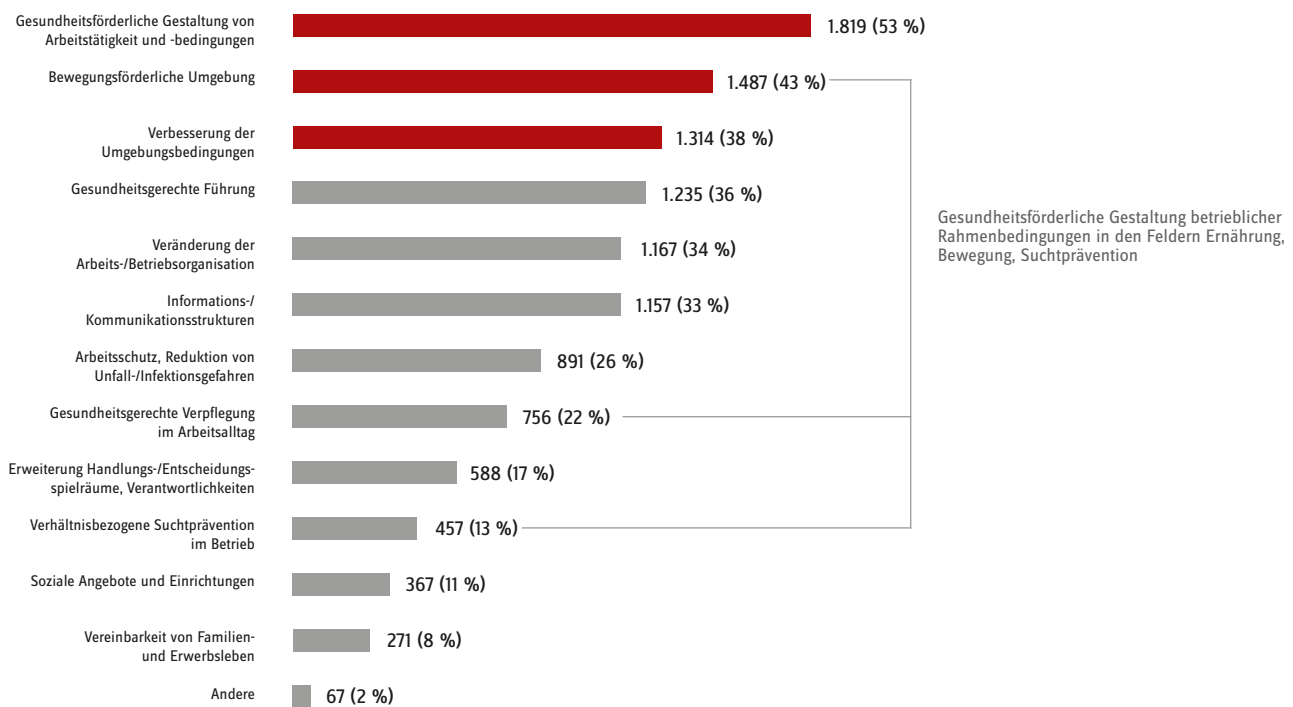
Ducki A: Betriebliche Interventionsansätze zur Bekämpfung psychischer Erkrankungen und zur Förderung psychischer Gesundheit. In: Präventionsbericht 2013. GKV-SV und MDS in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Berlin, Essen 2013

Rein verhältnisbezogen waren 8 % der Aktivitäten. Prozesse zur Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind in der Regel umfangreich und müssen von der Unternehmensleitung getragen werden. Die Krankenkassen beraten und unterstützen die Unternehmen bei den einzelnen Schritten der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsaktivitäten.

Inhaltliche Ausrichtung der verhältnisbezogenen Interventionen

Abb. 28

Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen (Mehrfachnennungen möglich)

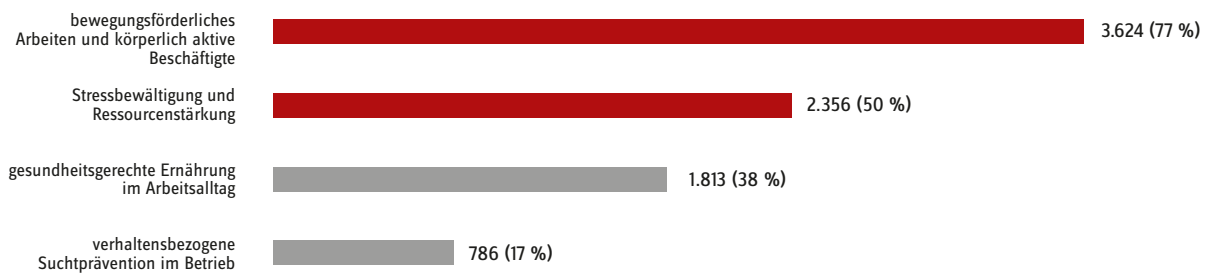


Über die Hälfte der verhältnisbezogenen Interventionen waren auf die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen (53 %) gerichtet. Aber auch die Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen hin zu einer bewegungsförderlichen Umgebung (43 %) sowie die Verbesserung der Umgebungsbedingungen (38 %) waren häufig inhaltliche Schwerpunkte der Maßnahmen.

Inhaltliche Ausrichtung der verhaltensbezogenen Interventionen

Abb. 29

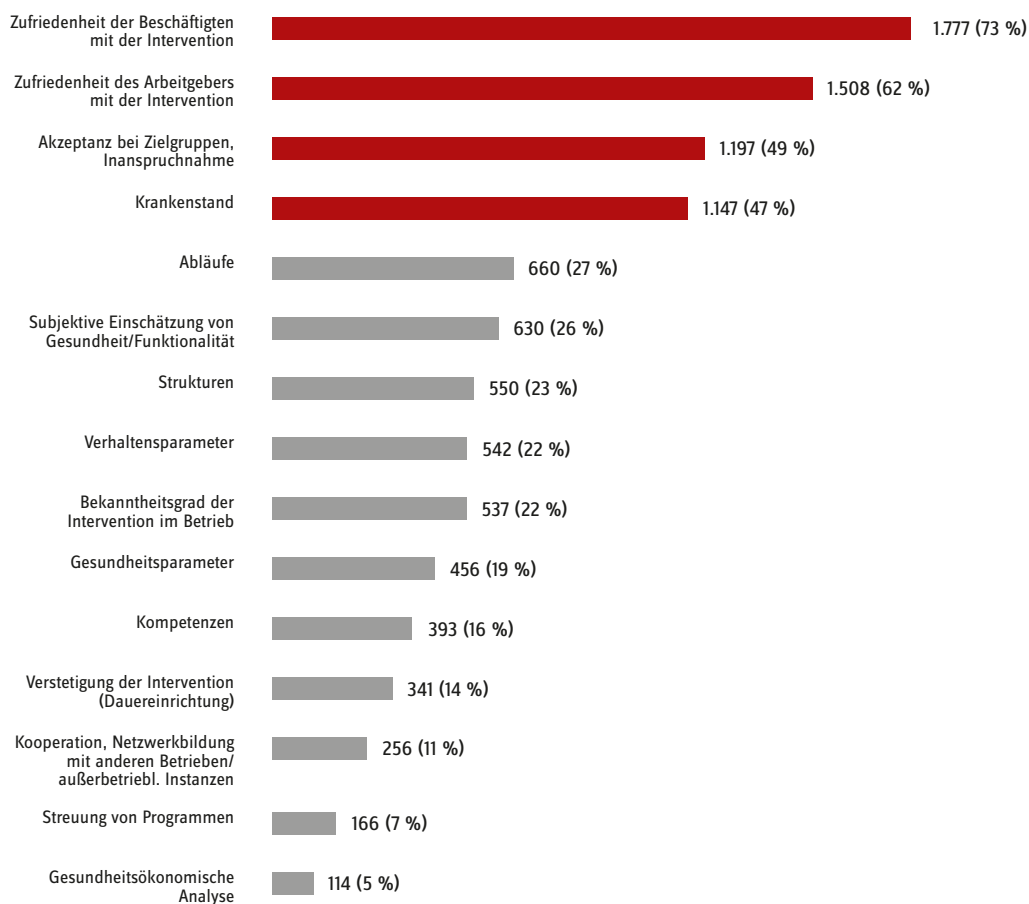
Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen (Mehrfachnennungen möglich)



Drei Viertel der verhaltensbezogenen Interventionen waren darauf ausgerichtet, die Bewegung der Beschäftigten am Arbeitsplatz zu fördern. 50 % der Maßnahmen zielten darauf ab, die Ressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit Stress zu stärken. 38 % hatten die gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag zum Schwerpunkt.

Erfolgskontrollen

Abb. 30

Inhalte der Erfolgskontrollen
 (Mehrfachnennungen möglich)


Bei 73 % aller von den Krankenkassen unterstützten Programme in der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden Erfolgskontrollen durchgeführt oder sind Erfolgskontrollen geplant. Um den Erfolg umfassend ermitteln zu können, werden in der Regel vier Indikatoren miteinander kombiniert. Am häufigsten werden die Beschäftigten und die Arbeitgeber nach ihrer Zufriedenheit mit der Intervention befragt (73 % und 62 %). Aber auch der Krankenstand der Beschäftigten (47 %) und die Akzeptanz der Maßnahme durch die Zielgruppen (49 %) werden häufig als Parameter analysiert.

Regionale BGF-Koordinierungsstellen unterstützen Unternehmen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung

Gemeinsame Sache für eine gesunde Arbeitswelt!

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der sich verändernden Arbeitsanforderungen benötigen Unternehmen gesunde, qualifizierte und motivierte Beschäftigte. Im Rahmen des Präventionsgesetzes haben die gesetzlichen Krankenkassen, unter Nutzung bestehender Strukturen, regionale BGF-Koordinierungsstellen zur Unterstützung von Unternehmen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Bundesländern eingerichtet. Insbesondere für kleine und mittelständische Unternehmen (KMU) wird hierüber ein weiterer Zugangsweg zu Leistungen der Krankenkassen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung geschaffen. Die regionalen BGF-Koordinierungsstellen haben mit der Auftaktveranstaltung am 8. Mai 2017 in Berlin ihre Arbeit aufgenommen.

Individuelles Beratungsangebot für Betriebe

Die individuelle Beratung und Unterstützung der Betriebe rund um das Thema betriebliche Gesundheitsförderung bildet den Kern des Angebots der BGF-Koordinierungsstellen. Über die Eingabe der Postleitzahl auf der Einstiegsseite www.bgf-koordinierungsstelle.de gelangt das Unternehmen direkt zur landesbezogenen BGF-Koordinierungsstelle. Das Unternehmen findet hier zunächst Informationen zum Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung, zu Akteuren in dem Handlungsfeld sowie den Zugang zur direkten individuellen Beratung durch die Krankenkassen. Die 16 Landesportale halten im Zuge der weiteren länderspezifischen Ausgestaltung zudem regionale Informationen für Unternehmen bereit. Auf diese Weise erhalten insbesondere kleine und mittlere Unternehmen über die regionale BGF-Koordinierungsstelle einen niedrigschwelligen Zugang zu den Beratungs- und Unterstützungsleistungen für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung.

Die Durchführung der Beratung durch die Krankenkassen erfolgt nach vereinbarten Standards

auf der Grundlage des GKV-Leitfadens Prävention. Die Unternehmen bekommen über die BGF-Koordinierungsstelle im entsprechenden Bundesland entweder eine Krankenkasse zugewiesen oder entscheiden selbst, von welcher Krankenkasse sie eine Beratung wünschen. Hiermit wird der Zugang zur individuellen Beratung für jeden anfragenden Betrieb sichergestellt.

Die Beratung kann sowohl telefonisch als auch bei Bedarf persönlich vor Ort erfolgen. Die Krankenkasse nimmt eine Grobanalyse zum Status quo vor und gibt daraus abgeleitet eine erste Handlungsempfehlung. Eine bedarfsbezogene Beratung beantwortet beispielsweise die folgenden Fragen:

- Was ist die betriebliche Gesundheitsförderung und wie gestaltet sich diese als ein nachhaltiger Prozess im Betrieb?
- Welche Vorteile und welchen Nutzen bringt die betriebliche Gesundheitsförderung/das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM)?
- Mit welchen Leistungen unterstützen die Krankenkassen den Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein BGM?
- Was sind die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenkassen?
- Welche Unterstützungsmöglichkeiten bieten die Unfall- und die Rentenversicherung sowie weitere Akteure im Bereich der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung?

Wenn das Unternehmen Interesse an einer weitergehenden Begleitung hat, erfolgt diese entweder durch die beratende Krankenkasse oder, wenn vom Unternehmen gewünscht, durch Vermittlung an eine andere Krankenkasse. Ergebnisse des Beratungsgesprächs werden dokumentiert und fließen in die Evaluation der BGF-Koordinierungsstellen ein.

Im Sinne der Verzahnung der betrieblichen Gesundheitsförderung zu einem Gesundheitsmanagement wird ebenfalls auf weitere Leistungen der Unfall- oder Rentenversicherung auf



Autorin:
Steffi Grimm,
BKK Dachverband e. V.



Mit einem Klick zur Beratung:
www.bgf.koordinierungsstelle.de

der landesbezogenen BGF-Koordinierungsstelle hingewiesen. Hier liegen auch die Chance und eine weitere Gestaltungsaufgabe der BGF-Koordinierungsstellen, die Kooperation und den Informationsaustausch zwischen den regionalen Akteuren auch im Sinne des Präventionsgesetzes auf der Landesebene weiter zu verstärken.

Kooperation mit Unternehmensorganisationen

Die Beteiligung der örtlichen Unternehmensorganisationen regeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam durch Kooperationsvereinbarungen (§ 20b Abs. 3 SGB V).

Diese Kooperationsvereinbarungen mit Unternehmensorganisationen, z. B. mit Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern sowie Arbeitgeberverbänden, sind bereits in jedem Bundesland geschlossen worden. Weitere örtliche Unternehmensorganisationen können beitreten. Darüber hinaus werden bei der landesspezifischen Ausgestaltung der 16 BGF-Koordinierungsstellen sowohl die Träger der Landesrahmenvereinbarung als auch weitere regionale Institutionen und Akteure eingebunden.

Umsetzung der BGF-Koordinierungsstellen im Rahmen des Präventionsgesetzes

Gemäß § 20b Abs. 3 SGB V bieten die Krankenkassen Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an.

Bei der Entwicklung und Umsetzung der BGF-Koordinierungsstellen arbeiten die Krankenkassen sowohl auf Bundesebene als auch auf Landesebene eng zusammen. Als Kooperationsgemeinschaft auf Bundesebene sind dies: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), AOK-Bundesverband, BKK Dachverband e. V., Innungskrankenkassen, KNAPPSCHAFT und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG). Die Federführung liegt derzeit beim BKK Dachverband.



Auftaktveranstaltung am 8. Mai 2017 zu den regionalen BGF-Koordinierungsstellen

Die BGF-Koordinierungsstelle wird damit in der Region nicht nur einen weiteren niedrigschwelligen Zugang für kleine und mittelständische Unternehmen zur Beratung und zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen schaffen, sondern auch an weitere Partner für mehr Gesundheit im Unternehmen vermitteln. Daher gilt es, die BGF-Koordinierungsstellen in die Fläche zu tragen und das Beratungsangebot den Unternehmen bekannt zu machen. Für eine praxisnahe Unterstützung bieten sich über Kooperationen Aktivitäten auf regionaler Ebene mit Unternehmensorganisationen und weiteren Akteuren z. B. in Form von gemeinsamen Veranstaltungen an.

Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern

Alle Sozialversicherungsträger wie auch der staatliche Arbeitsschutz unterstützen und beraten Betriebe zu Aspekten von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich. Gemeinsam sind sie daran interessiert, dass die Zahl der aktiven Betriebe in diesen Handlungsfeldern zunimmt. Die BGF-Koordinierungsstellen bieten in der Ausgestaltung ein weiteres Feld für akteurs- und trägerübergreifende Kooperationen. Über sie lassen sich grundsätzlich die jeweils bedarfsgerechten Angebote und Unterstützungsleistungen der jeweiligen Akteure für Betriebe zugänglich machen. Gleichzeitig können die BGF-Koordinierungsstellen genutzt werden, um schnell und unkompliziert Betriebe an Beratungsmöglichkeiten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung zu vermitteln. Auf der Landesebene finden im Zusammenhang mit den Strukturen der Landesrahmenvereinbarungen hierzu zahlreiche Abstimmungen statt. Insoweit können die regionalen BGF-Koordinierungsstellen einen wichtigen Beitrag auf dem Weg in eine gesündere Arbeitswelt leisten. Gleichwohl sind es auch die Unternehmen, die den Mehrwert von betrieblichen Gesundheitsinvestitionen erkennen müssen, um Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung bei der Ausgestaltung des Arbeitsplatzes miteinzubeziehen.

Neues Handlungsfeld: Überbetriebliche Vernetzung und Beratung

Kleineren Betrieben fällt es aufgrund fehlender Ressourcen oft nicht leicht, betriebliche Gesundheitsförderung durchzuführen.

Zunehmend unternehmen es die Krankenkassen, insbesondere Klein- und Kleinstunternehmen in überbetriebliche Netzwerke einzubinden und sie dadurch beim **Etablieren der betrieblichen Gesundheitsförderung** zu unterstützen.

Der GKV-Spitzenverband hat hierzu in den Leitfaden Prävention das neue Handlungsfeld „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“ aufgenommen. Diesem ist das Präventionsprinzip „Verbreitung und Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung durch überbetriebliche Netzwerke“ zugeordnet.

„Überbetriebliche Netzwerke“: Zusammenarbeit mit mindestens zwei Betrieben

Überbetriebliche Netzwerke definieren gemeinsame Ziele und Aufgaben sowie Regeln der Zusammenarbeit, um betriebliche Gesundheitsförderung zu verbreiten und zu implementieren.

Überbetriebliche Netzwerke setzen sich aus mindestens drei Beteiligten zusammen. Neben der Krankenkasse sind immer mindestens zwei Betriebe beteiligt. Hinzukommen kann eine weitere Organisation. Solche Organisationen, mit denen die Krankenkasse zur Unterstützung der betrieblichen Gesundheitsförderung zusammenarbeitet, können z. B. Wirtschaftsfachverbände oder Branchenverbände, Jobcenter, Agenturen für Arbeit, Berufsgenossenschaften, Innungen, Kammern oder Verbände der Sozialpartner sein.

Es können auch mehrere Krankenkassen in das Netzwerk eingebunden sein. Für den Präventionsbericht dokumentiert nur eine der Kassen als Federführer die Aktivitäten des Netzwerks oder der Kooperation. So werden Doppelzählungen vermieden.

„Kooperationen“: Zusammenarbeit von Krankenkassen mit weiteren

Organisationen

Im Kontext von Netzwerken haben „Kooperationen“ ebenfalls das Ziel, gemeinsame Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen durchzuführen, um betriebliche Gesundheitsförderung zu verbreiten und zu implementieren. Kooperationen sind **Zusammenarbeitsstrukturen** von Krankenkassen und anderen Organisationen ohne Einschluss von Betrieben. Demnach setzen sich Kooperationen aus mindestens zwei Beteiligten zusammen, und zwar ist neben der Krankenkasse – oder mehreren Krankenkassen – mindestens eine Organisation beteiligt.

Erste Dokumentationsergebnisse

Die Krankenkassen konnten ihre Aktivitäten in überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen erstmals für das Berichtsjahr 2016 dokumentieren.

Hierfür entwickelten die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, der GKV-Spitzenverband und der MDS den Dokumentationsbogen und die Ausfüllhinweise. Die Dokumentation erfolgt im MDS-Onlinesystem.

Die auf den nächsten Seiten dargestellten Ergebnisse lassen erkennen, dass die Krankenkassen sich in diesem Handlungsfeld umfangreich engagieren.

Wagner R: Überbetriebliche Vernetzung und Beratung. In: MDS und GKV-Spitzenverband: Präventionsbericht 2016. Essen 2016, 47–48 (www.mds-ev.de)

GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Kapitel „Überbetriebliche Vernetzung und Beratung“. Berlin, 2014. Download: www.gkv-spitzenverband.de

Nach dem Leitfaden Prävention sind überbetriebliche Netzwerke „zeitlich relativ stabile Gruppen, die sich aus Netzwerkpartnerinnen und -partnern (z. B. Unternehmensvertreterinnen und -vertretern, regionalen Akteurinnen und Akteuren usw.) zusammensetzen und sich nach innen hin auf bestimmte Ziele und Aufgaben sowie Regeln der Zusammenarbeit verständigen“.

Netzwerk- und Kooperationspartner und erreichte Betriebe

Abb. 31 Partner der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen
(Mehrfachnennungen möglich)



Im Berichtsjahr 2016 waren die Krankenkassen in 142 überbetrieblichen Netzwerken und Kooperationen aktiv.

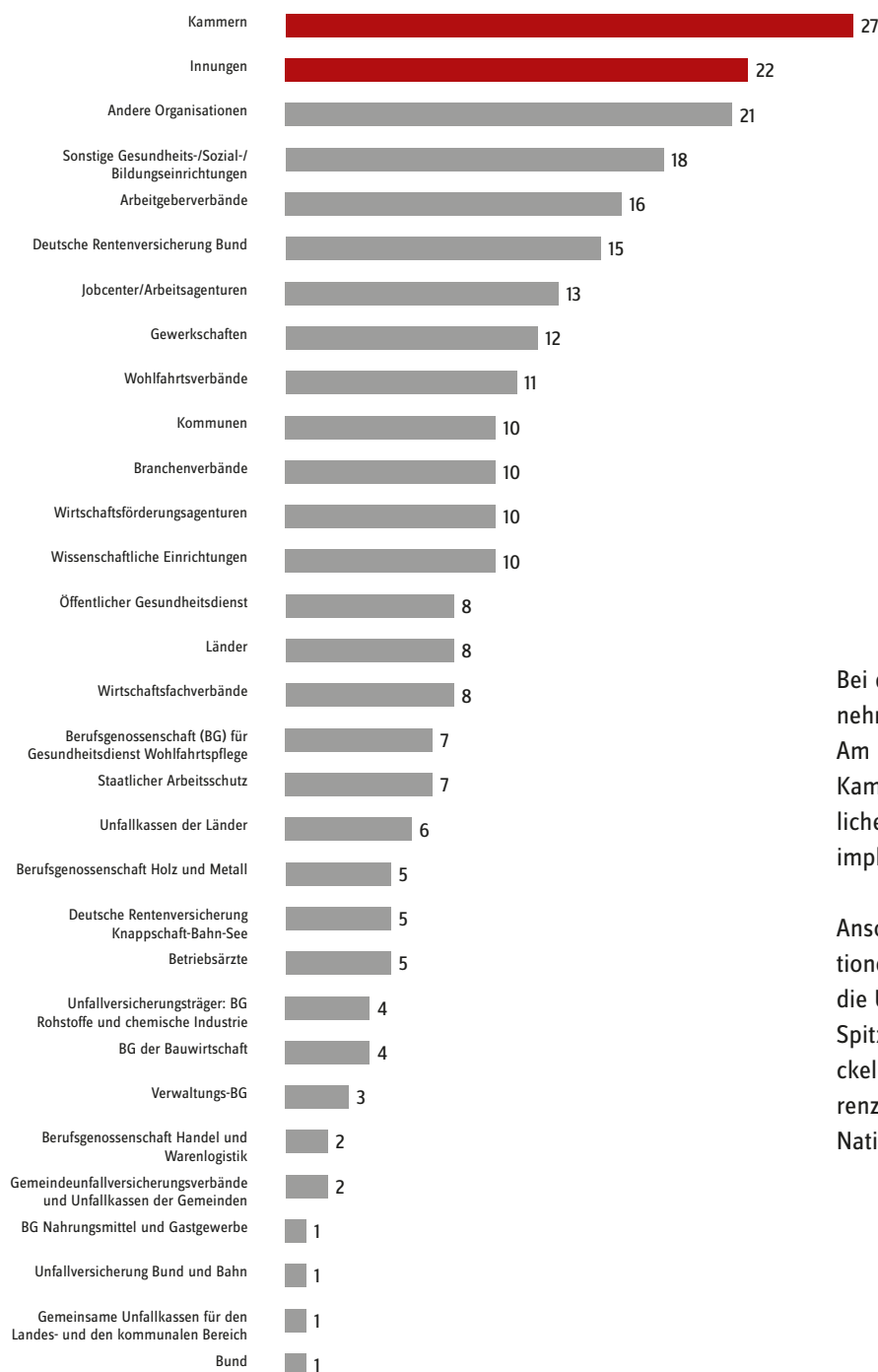
Unter diesen verfügten 39 (27 %) über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung aller Partner.

4.311 Betriebe beteiligten sich direkt als Netzwerkmitglieder. Darunter befanden sich 99 Integrationsfirmen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Außerhalb der überbetrieblichen Netzwerke wurden weitere 9.447 Betriebe erreicht. Insgesamt erreichten die Krankenkassen also 13.758 Betriebe mit Aktivitäten zur Verbrei-

tung und Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung. Diese Betriebe befinden sich in einer Phase der Informationsgewinnung, auf welche Weise betriebliche Gesundheitsförderung im eigenen Betrieb eingeführt werden kann.

Viele der Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen münden in betriebliche Gesundheitsförderung: Wie auf S. 51 berichtet, haben im Berichtsjahr 13.132 Betriebe mit der Unterstützung der Krankenkassen betriebliche Gesundheitsförderung umgesetzt.

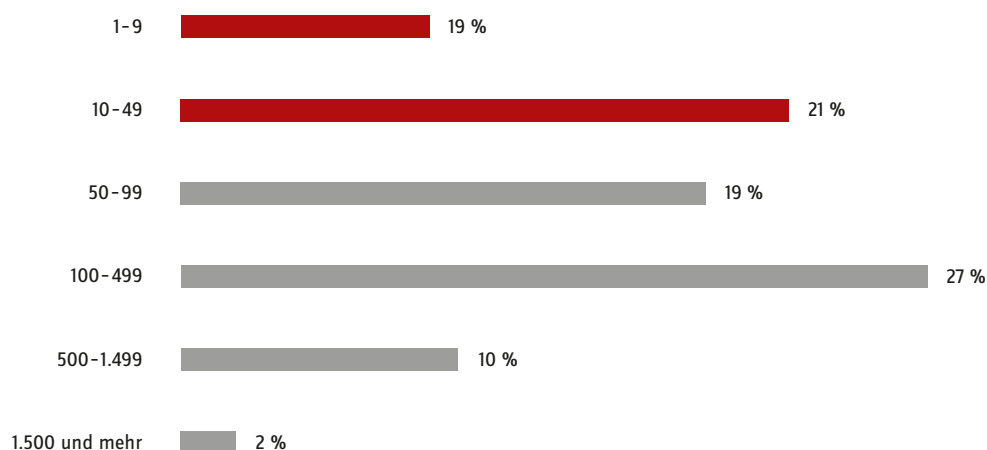
Abb. 32 **Organisationen als Kooperationspartner**



Bei den Kooperationspartnern standen die unternehmensnahen Organisationen im Vordergrund: Am häufigsten arbeiteten die Krankenkassen mit Kammern und Innungen zusammen, um betriebliche Gesundheitsförderung zu verbreiten und zu implementieren.

Ansonsten war eine große Vielfalt an Organisationen im Netzwerk beteiligt. Beteiligt sind auch die Unfall- und Rentenversicherungsträger. Deren Spitzenorganisationen auf Bundesebene entwickeln als Träger der Nationalen Präventionskonferenz gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband die Nationale Präventionsstrategie weiter.

Abb. 33 Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße



Dass die überbetrieblichen Netzwerke – wie angestrebt – in hohem Maß Klein- und Kleinstbetriebe (unter 50 Beschäftigte) erreichen, wird durch den Vergleich mit der nichtbetriebsübergreifenden betrieblichen Gesundheitsförderung deutlich. Dort macht der Anteil dieser Betriebe an der **betrieblichen Gesundheitsförderung** 19 % aus, während Betriebe dieser Größe in den überbetrieblichen Netzwerken einen Anteil von 40 % haben.

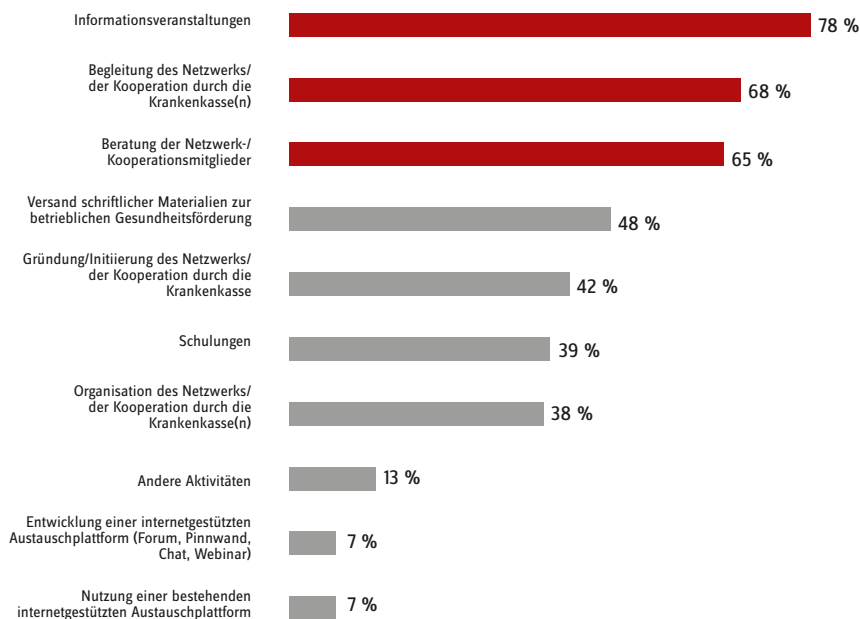
Siehe Seite 53

Dauer des Bestehens des Netzwerks/ der Kooperation

59 % der Netzwerke/Kooperationen wurden in den Jahren 2015 und 2016 gegründet. 86 % der Netzwerke/Kooperationen werden auch im Folgejahr 2017 weiterbestehen.

Abb. 34

Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder (Mehrfachnennungen möglich)



In der Abbildung sind die Aktivitäten angegeben, die die überbetrieblichen Netzwerke/Kooperationen im Berichtsjahr für ihre Mitglieder durchgeführt haben. Zu den Mitgliedern zählten im Jahr 2016 – wie oben berichtet – mehr als 4.000 Betriebe und über 400 Organisationen, z. B. Kammern, Innungen, Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen.

Über die in der Abbildung dargestellten Aktivitäten hinaus führten 65 % der Netzwerke/Kooperationen Öffentlichkeits- oder Pressearbeit durch. 5 % planten Forschungsprojekte oder führten sie durch. Weitere 5 % planten Wissenstransferprojekte oder setzten sie im Berichtsjahr um.

Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation

Die Netzwerke oder Kooperationen führten Aktivitäten für weitere Betriebe durch, um diese ebenfalls für die betriebliche Gesundheitsförderung zu sensibilisieren und ihnen Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln. Insgesamt erreichten sie dabei 9.447 Betriebe. Zu den Aktivitäten gehörte es, dass im Berichtsjahr 4.481 Betriebe mit schriftlichem Material zur betrieblichen Gesundheitsförderung versorgt wurden. Mit Informationsveranstaltungen wurden 735 Betriebe erreicht. Beraten wurden 680 Betriebe. Überbetriebliche Schulungen wurden für Vertreterinnen und Vertreter von 193 Betrieben durchgeführt.

Evaluation

21 % der Netzwerke/Kooperationen führten im Berichtsjahr 2016 eine Evaluation durch. 18 % planten eine Evaluation für die Zukunft.

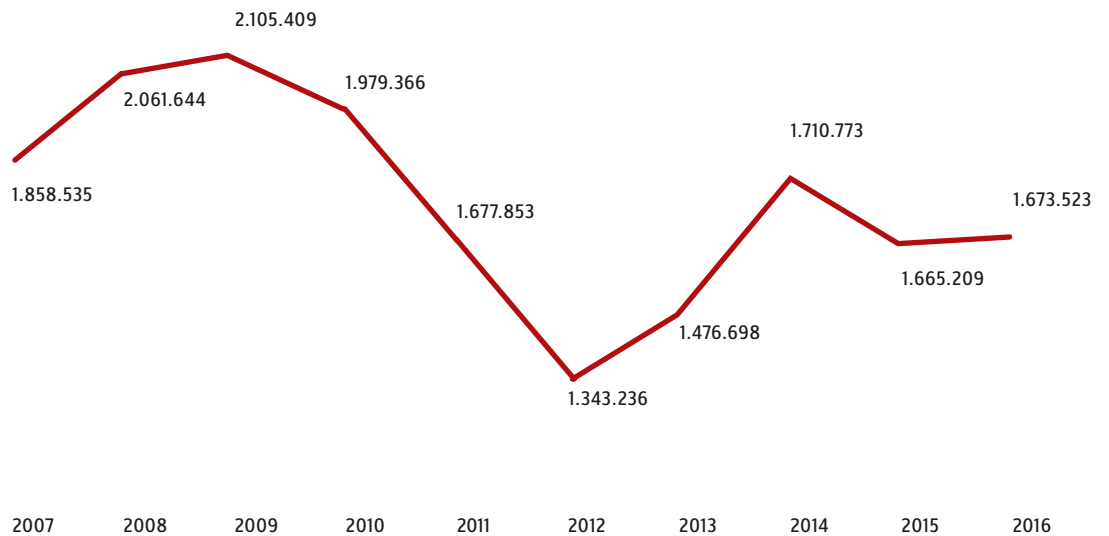
Individuelle verhaltensbezogene Prävention

	Die individuellen Präventionsangebote der Krankenkassen finden in Gruppen statt und haben zum Ziel, die Versicherten für eine gesunde Lebensführung zu motivieren und zu befähigen. In Kursen werden den Versicherten auch Möglichkei-	Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention neu gefasst.
www.gkv-spitzenverband.de	ten aufgezeigt, wie sie erlernte Verhaltensweisen dauerhaft in ihren Alltag überführen können. Mit Kursangeboten in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Suchtmittelkonsum, bieten die Krankenkassen den Versicherten die Chance, ihre Gesundheit zu verbessern bzw. möglichen Erkrankungen aktiv vorzubeugen.	Die Übereinstimmung von Kursmaßnahmen mit den Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention lässt die Mehrzahl der Krankenkassen durch die Zentrale Prüfstelle Prävention prüfen (www.zentrale-pruefstelle-praevention.de).
www.mds-ev.de	Die Kriterien für individuelle verhaltensbezogene Kursangebote des GKV-Spitzenverbandes sind im Leitfaden Prävention veröffentlicht. Der Leitfaden Prävention wurde entsprechend den Neuregelungen durch das Präventionsgesetz, welches am 25. Juli 2015 in Kraft getreten ist, 2017 für die	Nachfolgend werden die individuellen verhaltensbezogenen Präventionsleistungen der Krankenkassen dargestellt. Weiter differenzierte Auswertungen finden sich im Tabellenband. Insgesamt wurden 1.673.523 Teilnahmen an individuellen Präventions- und Gesundheitsangeboten dokumentiert.

Inanspruchnahme

Abb. 35

Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt



Individuelle Präventionsangebote unterstützen die Versicherten dabei, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen auszuüben bzw. Krankheitsrisiken zu reduzieren. Dabei sollen die Kurse quasi als Initialangebot gelten und den Versicherten die Chance bieten, die erworbenen Kenntnisse im Alltag langfristig fortzuführen.

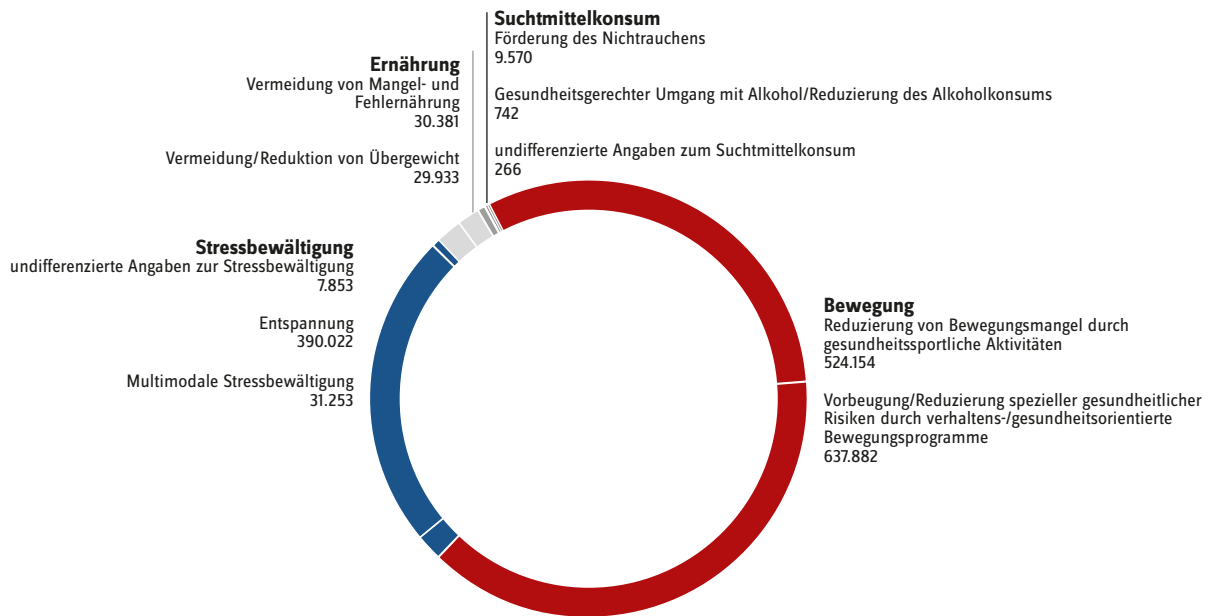
Von 2014 bis 2016 sind die Kursteilnahmen relativ konstant geblieben. Der Anstieg der Kursteilnah-

men in den Jahren 2013 und 2014 nach einem Rückgang in den beiden Jahren davor ist darauf zurückzuführen, dass eine 2011 und 2012 geltende Restriktion hinsichtlich der Wiederholung gleicher Kurse aufgehoben worden war.

Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Abb. 36

Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern



Die Präventionsangebote der Krankenkassen entsprechen den im Leitfaden definierten Handlungsfeldern. Die Abbildung beschreibt die Verteilung der Kursteilnahmen nach den vier Handlungsfeldern.

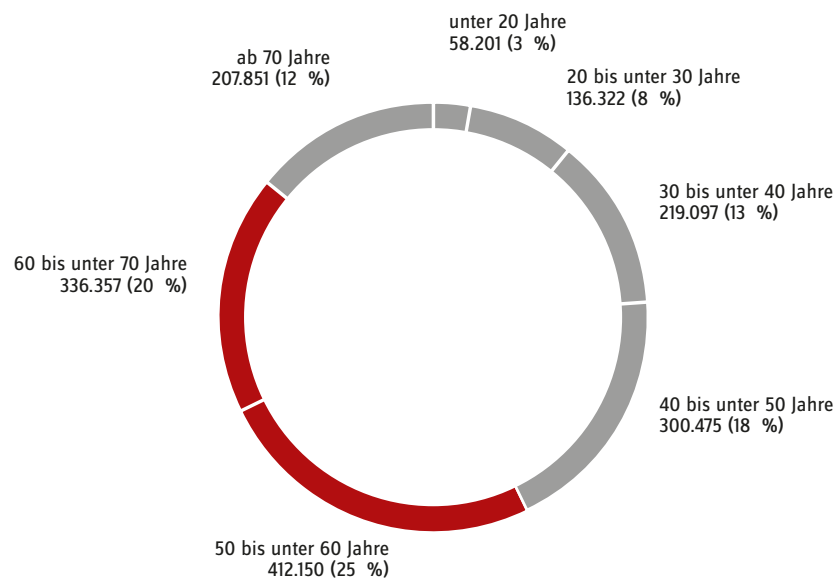
Zu einem Großteil werden Bewegungsangebote von den Versicherten nachgefragt. 70 % der Teilnahmen konzentrieren sich auf Kurse zum Thema Bewegung. Das Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten“ kann weiter aufgliedert werden nach den Präventionsprinzipien „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten“ und „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeigne-

te verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“. Diese beiden Präventionsprinzipien werden etwa gleich häufig nachgefragt.

26 % der Kursteilnahmen findet zum Thema Stressbewältigung statt. Die Kursangebote lassen sich thematisch weiter untergliedern nach Kursen zur „multimodalen Stressbewältigung“ und Angeboten zur „Entspannung“. Dabei werden mit 91 % überwiegend letztere nachgefragt.

Ein geringerer Anteil der Kursteilnahmen findet zu den Themen Ernährung und Suchtmittelkonsum statt.

Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Abb. 37 Inanspruchnahme von Kursen nach Alter

Die Prozentangaben in den Abbildungen 37 bis 39 beziehen sich auf die Summe der Teilnahmen, bei denen Angaben zur jeweiligen Fragestellung vorlagen. Die Zahlen finden sich im Tabellenband. Insgesamt wurden 1.673.523 Teilnahmen an individuellen Präventions- und Gesundheitskursen dokumentiert.

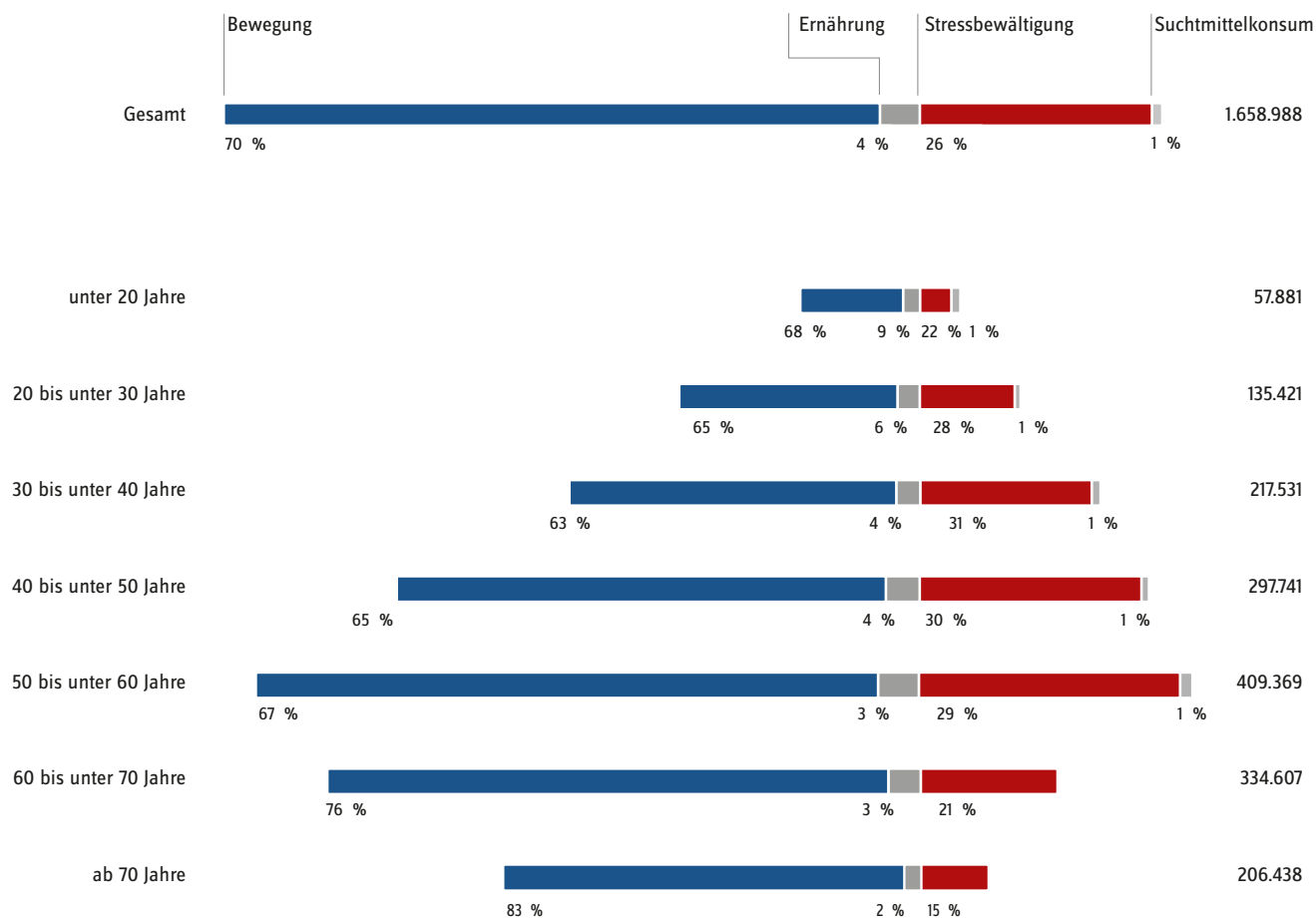
Die Inanspruchnahme der Kurse ist je nach Alter unterschiedlich stark ausgeprägt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich auch die **Prozentanteile der verschiedenen Altersgruppen** an der Gesamtbevölkerung unterscheiden. Es wird deutlich, dass die unter 20-jährigen mit einem Bevölkerungsanteil von 18 % die krankenkassengefördernten Angebote der Verhaltensprävention nur gering beanspruchen und nur 3 % der Kursteilnahmen ausmachen. 21 % der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer sind zwischen 20 und 39 Jahre alt. Dabei ist die Nachfrage nach individuellen

Kursangeboten in dieser Altersgruppe in etwa proportional zu ihrem Bevölkerungsanteil von 25 %. Deutlich überproportional nehmen 40- bis 60-Jährige gesundheitsförderliche Kursangebote in Anspruch. 43 % der Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer befinden sich in dieser Altersgruppe; der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung ist mit 30 % deutlich niedriger.

Individuelle Kursangebote werden überwiegend von Frauen nachgefragt. 81 % der an Kursen Teilnehmenden sind weiblich.

Abb. 38

Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter



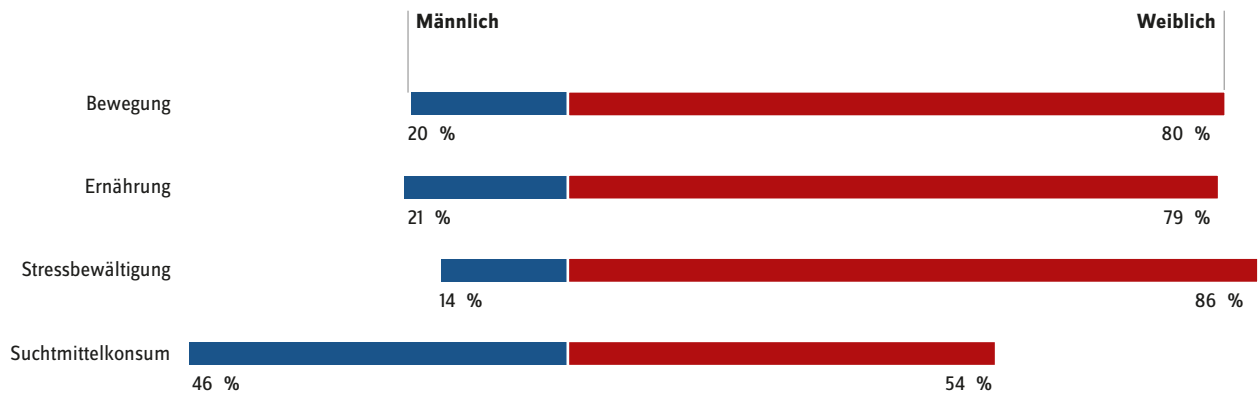
Kursangebote zur Bewegung werden in jeder Altersgruppe am häufigsten in Anspruch genommen, im Durchschnitt zu 70 %. Die 60- bis 69-Jährigen und die Versicherten ab 70 Jahren fragen mit 76 % und 83 % Bewegungskurse überdurchschnittlich häufig nach.

Personen ab 20 Jahren bis zu 59 Jahren, also in durch das Arbeitsleben geprägten Lebensphasen, nehmen häufiger an Angeboten zur Stressbewältigung teil, als jüngere und ältere Menschen.

Jüngere Menschen unter 20 Jahren interessieren sich relativ häufiger für das Thema Ernährung als die anderen Altersgruppen.

Abb. 39

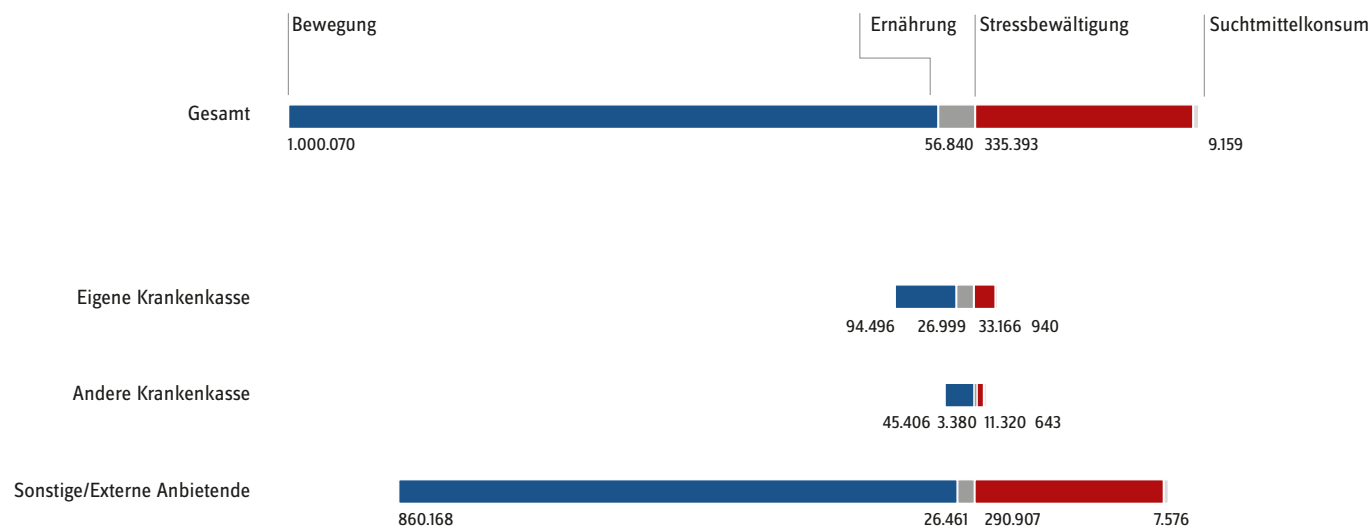
Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht



Individuelle Kursangebote werden – wie bereits auf S. 77 beschrieben – vor allem von Frauen in Anspruch genommen. Bei der Betrachtung der Inanspruchnahme von Kursen nach verschiedenen Inhalten und nach Geschlecht zeigt sich, dass bei den Themen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung die Teilnehmenden zu einem Großteil weiblich sind. Bei Kursen zum Thema Suchtmittelkonsum sind Männer – die eine höhere Raucherquote aufweisen als Frauen – und Frauen fast zu gleichen Teilen vertreten.

Abb. 40

Inanspruchnahme von Kursen nach Handlungsfeldern und Leistungsanbietenden



Krankenkassen führen die Präventionskurse entweder selbst durch oder sie bezuschussen für ihre Versicherten Maßnahmen anderer Krankenkassen oder externer Anbietender.

Kurse zu den Themen Bewegung, Stressbewältigung und Suchtmittelkonsum werden überwiegend von sonstigen/externen Anbietenden durchgeführt.

Die Krankenkassen führen dagegen Ernährungskurse rund zur Hälfte selbst durch. Eine Kostenbeteiligung an den Kursen anderer Krankenkassen spielt insgesamt eine geringere Rolle.

GKV-Präventionsziele

Die gesetzliche Krankenversicherung legt seit 2007 auf freiwilliger Basis in regelmäßigen Abständen bundesweite Ziele für die lebensweltbezogene Prävention- und Gesundheitsförderung und die betriebliche Gesundheitsförderung fest. Die Ziele sollen die Krankenkassen dazu motivieren, Maßnahmen in bestimmten Bereichen der Gesundheitsförderung besonders zu verstärken sowie spezielle Maßnahmen prioritär an spezifischen Zielgruppen auszurichten. Gleichzeitig bleibt die Entscheidungsfreiheit der Krankenkassen bei der Schwerpunktsetzung und Mittelverwendung gewahrt.

Die Ziele werden von den Krankenkassenverbänden auf Bundesebene unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten entwickelt. Dabei basiert die Entwicklung auf epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Abschließend werden diese durch den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes beschlossen. Speziell für die betriebliche Gesundheitsförderung erfolgte die Zielauswahl nach einem von der **Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)** entwickelten Verfahren.

Die Ziele wurden für einen Zeitraum von sechs Jahren beschlossen. Die für 2016 geltenden Ziele wurden 2013 erstmals eingeführt und gelten bis 2018. Sie gliedern sich in „Präventionsziele“ und „Gesundheitsförderungsziele“. Die Ziele zur Prävention sind auf Krankheitsverhütung ausgerichtet, die Ziele zur Gesundheitsförderung fokussieren auf Ressourcenstärkung und gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen.

Jedes der Ziele ist wiederum in Teilziele untergliedert. Die Teilziele sind auf einen Zeitraum und auf Maßnahmen bezogen, nach dem Muster „Im Zeit-

raum 2013 bis 2018 sollen durch die Maßnahme mehr Kinder und Jugendliche erreicht werden“.

Der Erreichungsgrad der Ziele wird jährlich, basierend auf den Ergebnissen im Präventionsbericht, dargestellt. Durch den Bezug auf den Prozentanteil der zielbezogenen Maßnahmen an allen Aktivitäten soll erreicht werden, dass zielbezogene Interventionen überproportional verstärkt werden, unabhängig von einem generellen Ausbau aller krankenkassenunterstützten Gesundheitsförderungsaktivitäten.

Mit Ausnahme eines Ziels sind alle Ziele quantifiziert („Zahl und Anteil soll gesteigert werden“). Das ausschließlich qualitative Ziel bezieht sich darauf, dass die Krankenkassen aktiv in kommunalen Gremien zur Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern zusammenarbeiten sollen. Eine solche Zusammenarbeit geschieht beispielsweise in Bündnissen für Kindergesundheit.

Die arbeitsweltbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die jetzige Zielperiode korrespondieren mit den Zielen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA, www.gda-portal.de). Zukünftig werden Ziele im Rahmen der Präventionsstrategie nach § 20d SGB V Abs. 3 unter Berücksichtigung der GDA-Ziele entwickelt.

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

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

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013–2018 für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Oberziel lebensweltbezogene Prävention: **Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems** (Zielgruppen Kinder und Jugendliche)

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

Oberziel lebensweltbezogene Gesundheitsförderung: **Ausschöpfung der gesundheitsfördernden Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen**

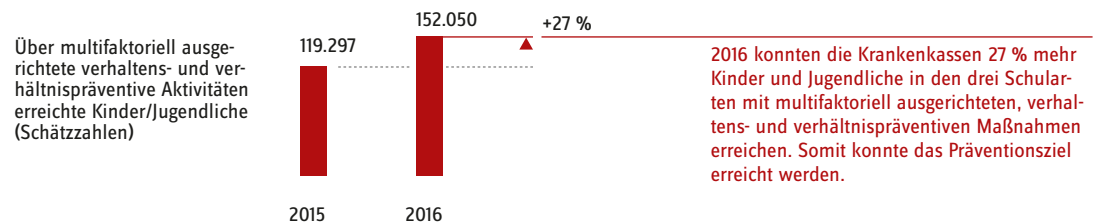
Teilziel 1: [nicht durch den Präventionsbericht evaluiert]: Aktive Mitwirkung der Krankenkassen in kommunalen Gremien zur Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern (z. B. Bündnisse für Kindergesundheit)

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

Zielerreichungsgrad der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Abb. 41

Präventionsziel: In bestimmten Schulformen mehr Kinder und Jugendliche erreichen Schüler an Haupt-, Förder- und Berufsschulen



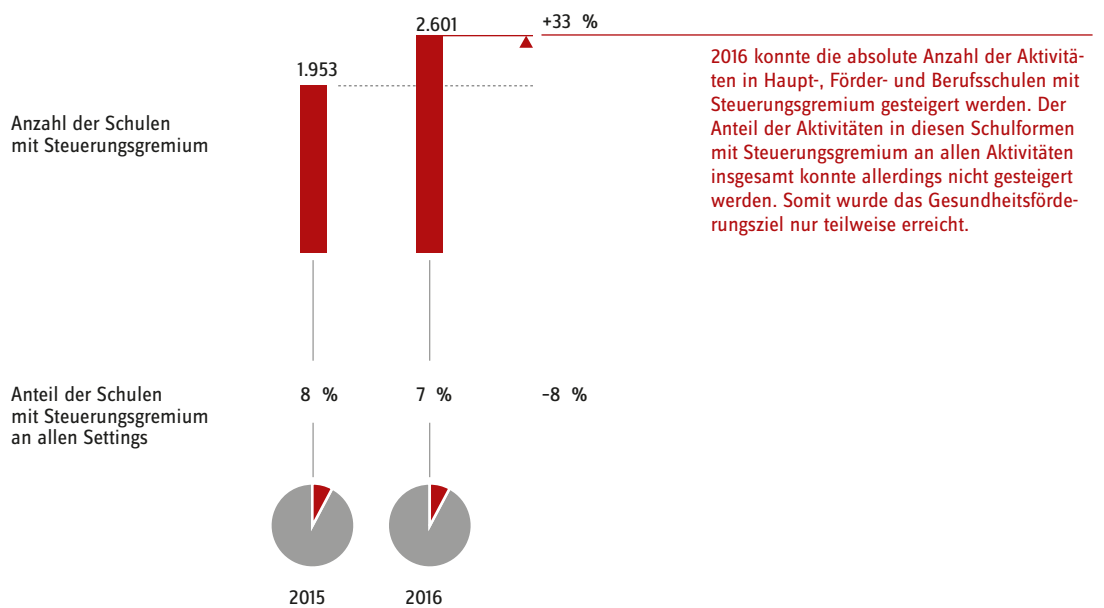
Das Oberziel in der lebensweltbezogenen Prävention lautet „Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems“. Diese Krankheiten sind die epidemiologisch bedeutsamste Krankheitsgruppe. Das Ziel ist, Risikofaktoren bereits von Kindheit an mittels sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventiver Maßnahmen entgegenzuwirken. Das Ziel ist zudem so formuliert, dass die Aktivitäten „multifaktoriell“ ausgerichtet sein sollen, d. h. mindestens zwei Themen – z. B. Bewegung und Ernährung – miteinander kombinieren. In einer Hauptschule müssten z. B. (verhältnispräventiv) das Verpflegungsangebot gesundheitsförderlich weiterentwickelt und bewegte Pausen eingeführt werden und gleichzeitig (verhaltenspräventiv) z. B. das Ernährungsbildungsprogramm der

„SchmExperten“ des aid infodienst (aid) umgesetzt werden, damit dieses Ziel erreicht wird.

Haupt-, Förder- und Berufsschulen nehmen im Vergleich zu anderen Schulformen unterdurchschnittlich an primärpräventiven Maßnahmen teil. Es wurde daher das Ziel gesetzt, in genau diesen Lebenswelten die Gesundheitschancen der Schülerinnen und Schüler mit – wie im Beispiel beschrieben – kombinierten Präventionsaktivitäten zu stärken.

Abb. 42

Gesundheitsförderungsziel: In bestimmten Schulformen mehr Steuerungsgremien Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit Steuerungsgremien für Gesundheitsförderung



Steuerungsgremien sind für die nachhaltige Verankerung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten unverzichtbar und ein wesentliches Element der Strukturqualität der Maßnahmen. Hier werden die Maßnahmen auf Basis einer Bedarfsermittlung geplant und umgesetzt.

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

Arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013–2018

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

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

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 2: **Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen**

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

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

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

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

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

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

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

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

Zielerreichungsgrad in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Abb. 43

Präventionsziel: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen Maßnahmen mit gleichzeitig verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung

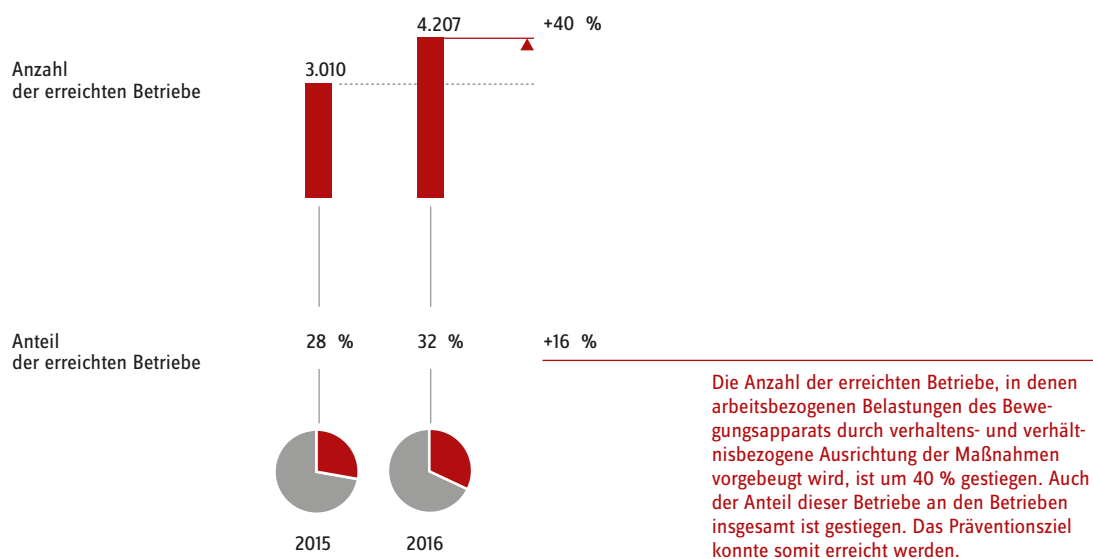


Abb. 44

Präventionsziel: Mehr Verhältnisprävention gegen psychische Fehlbelastungen

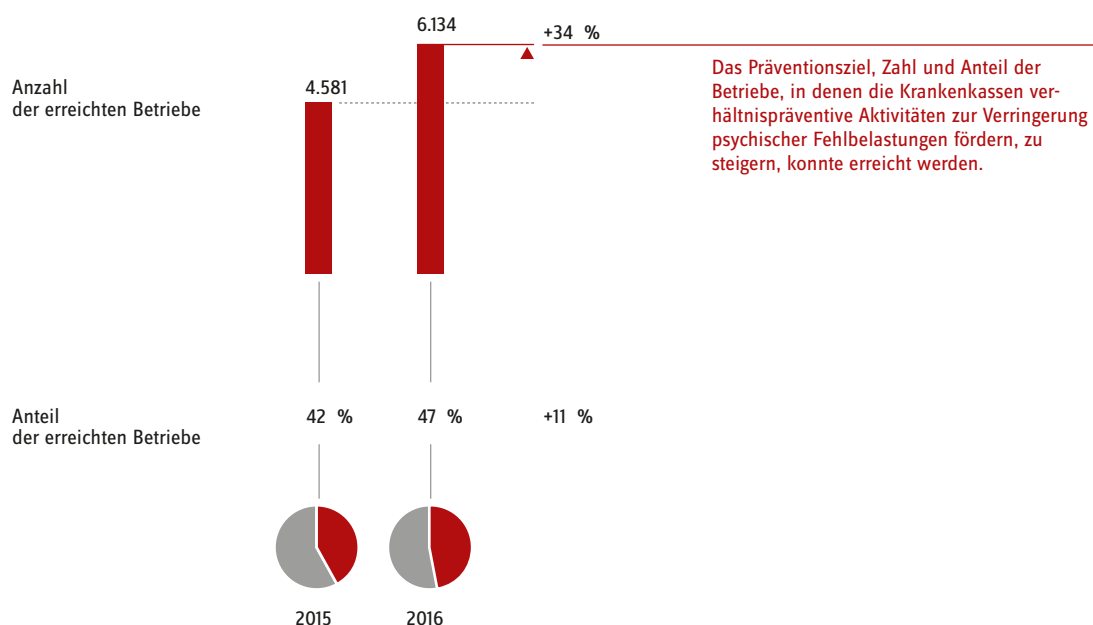


Abb. 45

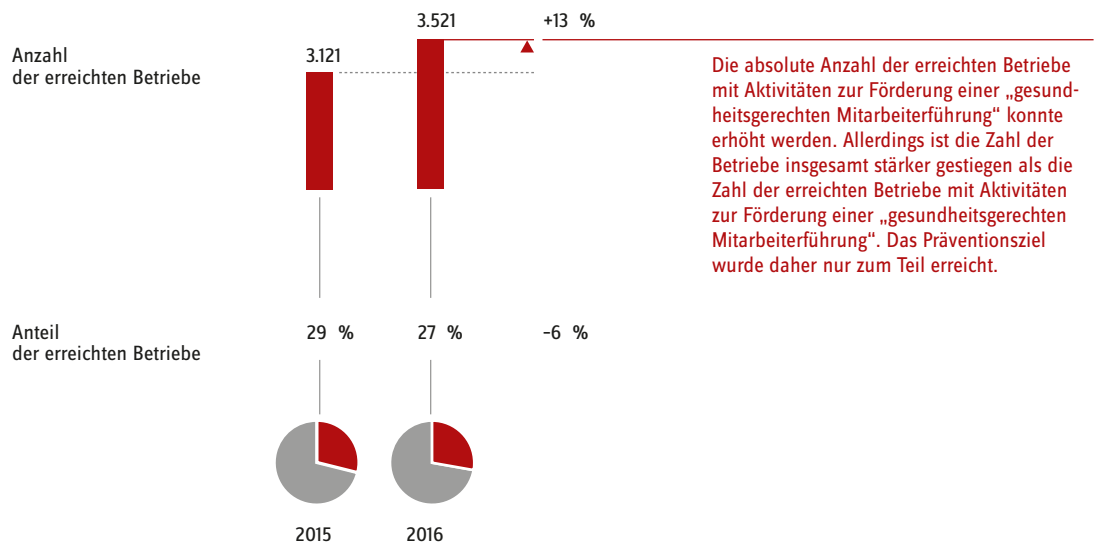
Präventionsziel: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung fördern

Abb. 46

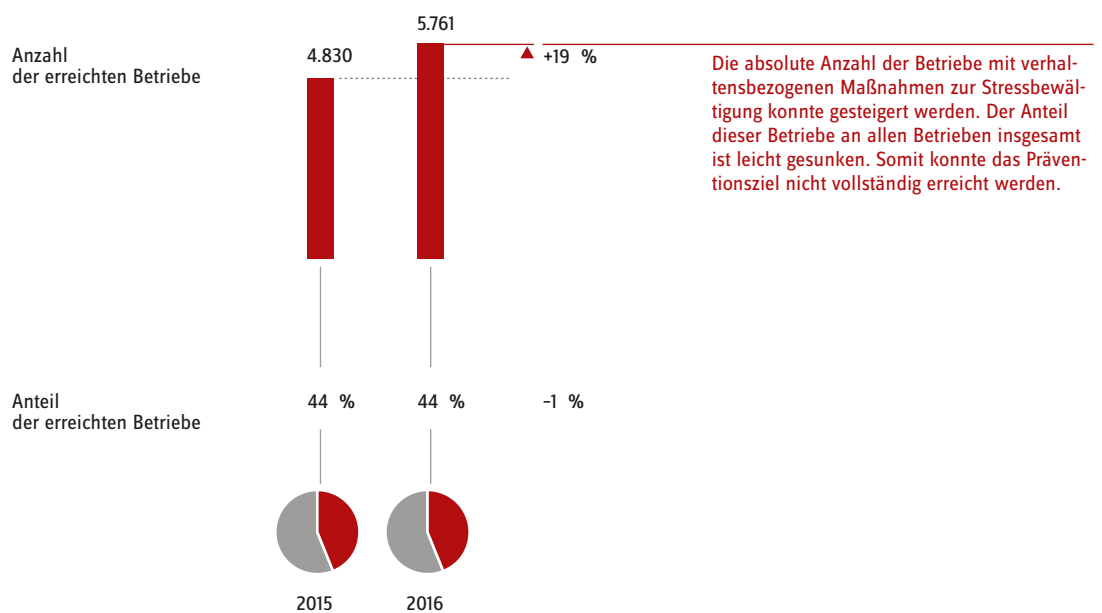
Präventionsziel: Mehr verhaltensbezogene Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz

Abb. 47

Gesundheitsförderungsziel: Mehr kleine und mittlere Betriebe erreichen
Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten

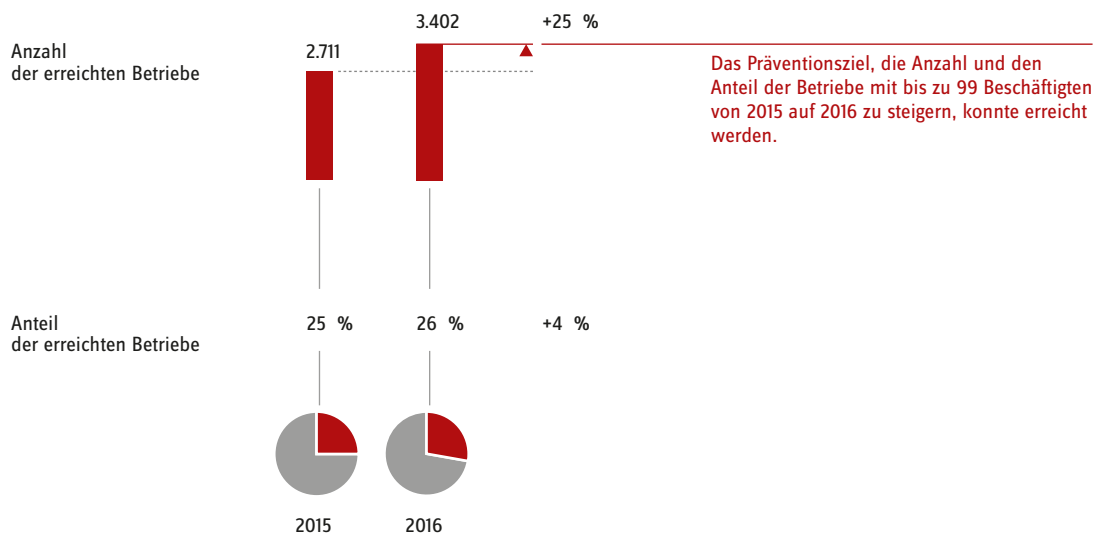


Abb. 48

Gesundheitsförderungsziel: Mehr Steuerungsgremien unter Beteiligung des Arbeitsschutzes

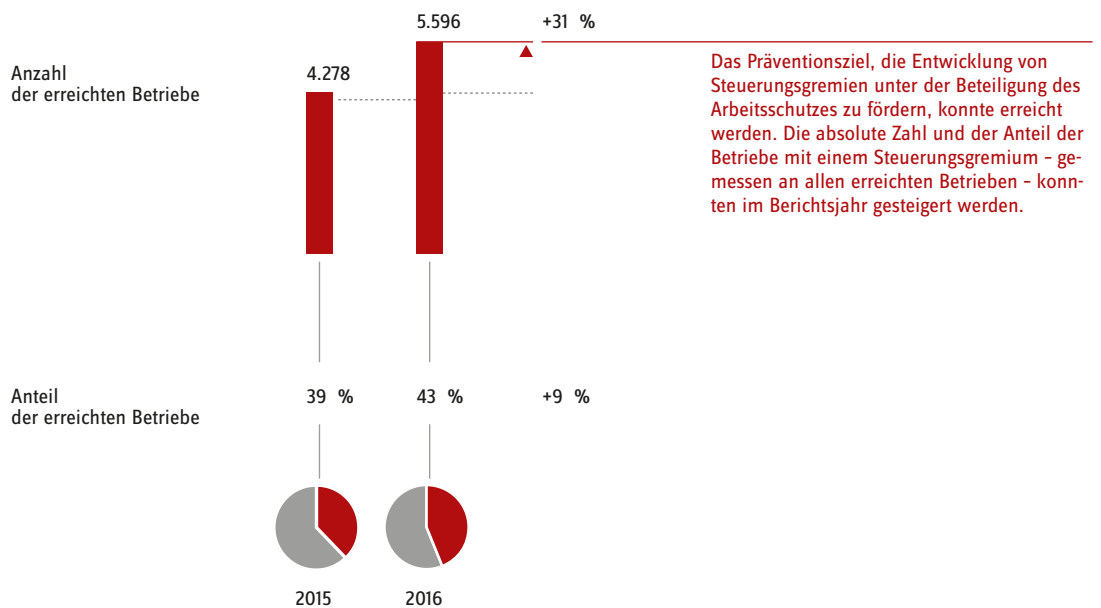


Abb. 49

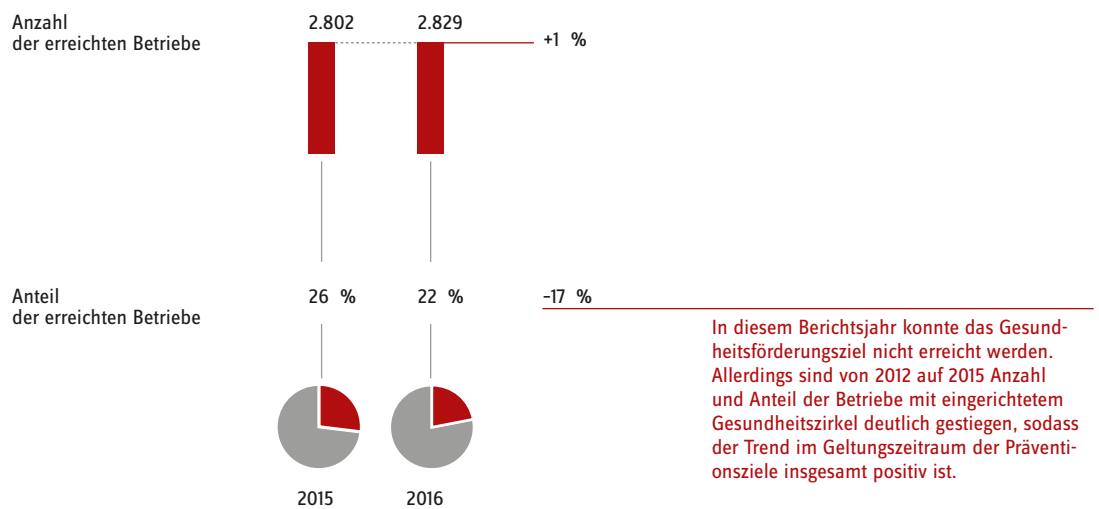
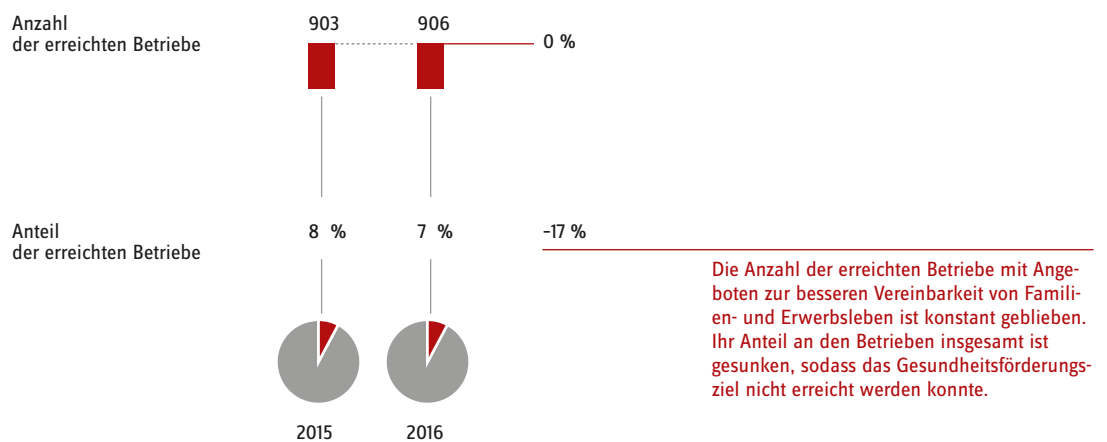
Gesundheitsförderungsziel: Mehr Gesundheitszirkel im Betrieb

Abb. 50

Gesundheitsförderungsziel: Bessere Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben

Empfehlungen und Ausblick

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele

Seit Jahren engagieren sich die Krankenkassen unter Zugrundelegung der für die Zieleperiode 2013 bis 2018 selbst gesetzten lebensweltbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele auch in den Schulformen Haupt-, Förder- und Berufsschulen; dabei wurden in den Berichtsjahren 2013 bis 2015 die speziell für diese Schulformen konsentierten Ziele nicht erreicht. Im Jahr 2016 ist, wie der Präventionsbericht zeigt, teilweise eine Trendwende gelungen; diese sollte stabilisiert werden, um in den Schulen das Thema Gesundheit nachhaltig zu verankern und den Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitschancen für diese Schülerinnen und Schüler weiter zu verstärken.

Die arbeitsweltbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für 2013 bis 2018 sind u. a. bezüglich der Erreichung von kleinen und mittleren Betrieben mit unter 100 Beschäftigten sowie der Steigerung der Betriebe mit Steuerungsstruktur, in der auch Arbeitsschutzakteure mitwirken, erreicht worden. Diese positive Entwicklung sollten die Krankenkassen gemeinsam mit den Betriebsverantwortlichen fortsetzen. Hinsichtlich der weiteren Ziele u. a. zur Stärkung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens der Mitarbeitenden bleibt die besondere Herausforderung für die Krankenkassen, Betriebe verstärkt entsprechend zu sensibilisieren und zu beraten.

Quantitative und qualitative Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung

Der quantitative Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung ist von 2015 zu 2016 sehr gut gelungen, wenngleich das Ausgabenziel entsprechend den Vorgaben des Präventionsgesetzes im ersten Geltungsjahr der Mindestausgabenwerte für das lebensweltbezogene GKV-Engagement nicht erreicht wurde. Bei einer Verdreifachung der Ausgaben sowie einer deutlichen Steigerung der erreichten Lebenswelten und der erreichten Personen stellt die weitere Stärkung gemeinschaftlichen Vorgehens mit Lebensweltverantwortlichen in Kommunen eine besondere Herausforderung dar.

Die Entwicklung integrierter Handlungskonzepte mit Beschreibung unterschiedlicher Zuständigkeiten gemäß den jeweiligen Rechtsgrundlagen ist für die kommenden Jahre die Basis für ein weiteres finanzielles Anwachsen des GKV-Engagements gemeinsam mit einem Anwachsen auch des gesundheitsförderlichen Engagements der Lebensweltträger. Gemeinsam getragene integrierte kommunale Strategien spiegeln nicht nur die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für gesundheitsförderliche Lebenswelten wider, sondern bieten auch die Basis für eine systematische Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung.

Der quantitative Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung ist entsprechend den gesetzlichen Regelungen insgesamt erfüllt worden; der Mindestausgabenwert wurde bei Steigerung der Betriebe mit BGF-Unterstützung im Durchschnitt erreicht. Dennoch zeigt ein Blick auf die Zahl der erreichten Betriebe, dass das betriebliche Gesundheitsförderungsengagement der Krankenkassen auch in Zukunft immer nur einem kleinen Teil der Unternehmen in Deutschland zugute kommen kann.

Trägerübergreifender Präventionsbericht 2019

Um größere Breitenwirkung zu erzielen, ist deshalb in den nächsten Jahren seitens der Krankenkassen – idealerweise gemeinsam mit den Mitgliedsorganisationen der Nationalen Präventionskonferenz sowie mit Unternehmensorganisationen insbesondere in den Ländern und Regionen – eine weitere Verstärkung überbetrieblicher Angebote und regionaler Vernetzungsmöglichkeiten notwendig und zielführend. Solche Netzwerke könnten dann ggf. auch – unabhängig von einer GKV-seitigen BGF-Unterstützung in den Betrieben selbst – zu einer stärkeren Nutzung der steuerrechtlichen Möglichkeiten beitragen, die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei der Förderung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten für ihre Beschäftigten haben.

Das Jahr 2017 wird Basisjahr für die quantitativen Daten, die seitens der Sozialversicherungsträger in den ersten trägerübergreifenden Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz 2019 einfließen werden. Die Krankenkassen werden hierfür die für den jährlichen Präventionsbericht, der vom GKV-Spitzenverband und seinem Medizinischen Dienst herausgegeben wird, erhobenen quantitativen Daten für 2017 zur Verfügung stellen. Der trägerübergreifende Präventionsbericht soll jedoch nicht nur Transparenz über das Engagement der Sozialversicherungsträger, sondern auch über das der weiteren Partner der nationalen Präventionsstrategie schaffen. Dies kann helfen, das gemeinsame Engagement aller im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung weiterzuentwickeln, so wie es auch das Präventionsgesetz von 2015 postuliert.

Anhang

Wichtige Kennziffern

	2014	2015	2016
Lebenswelten			
Anzahl der Doku-Bögen	1.207	1.627	2.838
Anzahl der Lebenswelten	22.930	24.420	35.429
Anzahl direkt erreichter Personen	2.161.609	2.513.213	3.280.868
Anzahl indirekt erreichter Personen	5,6 Mio.	6,3 Mio.	6,6 Mio.
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,45	0,54	1,63*
Summe der Ausgaben (Euro)	31.712.318	38.069.666	116.183.903
Individuelle verhaltensbezogene Prävention			
Anzahl direkt erreichter Personen	1.710.773	1.665.209	1.673.523
Ausgaben je Versicherten (Euro)	2,75	2,87	2,95
Summe der Ausgaben (Euro)	193.042.362	203.181.854	210.819.530
Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)			
Anzahl der Doku-Bögen	5.750	5.828	6.438
Anzahl der Standorte/Betriebe	11.373	10.922	13.132
Anzahl direkt erreichter Personen	1.214.764	1.302.383	1.439.283
Anzahl indirekt erreichter Personen	0,45 Mio.	0,44 Mio.	0,53 Mio.
Anzahl der Arbeitsunfähigkeits-Profile/betrieblichen Gesundheitsberichte	8.206	9.258	9.130
Anzahl der überbetrieblichen Netzwerke/Kooperationen			142**
Anzahl der im Handlungsfeld „Netzwerke/Kooperationen“ erreichten Betriebe			13.758**
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,96	1,08	2,06
Summe der Ausgaben (Euro)	67.788.825	76.246.272	146.901.330
Gesamt			
Anzahl der Doku-Bögen (Lebenswelten, BGF)	6.957	7.455	9.276
Anzahl der Lebenswelten	22.930	24.420	35.429
Anzahl der Standorte/Betriebe	11.373	10.922	13.132
Anzahl direkt erreichter Personen (Lebenswelten, BGF, indiv. Ansatz)	5.087.146	5.480.805	6.393.674
Anzahl indirekt erreichter Personen (Lebenswelten, BGF)	6,1 Mio.	6,7 Mio.	7,1 Mio.
Ausgaben je Versicherten (Euro)	4,16	4,49	6,64
Summe der Ausgaben (Euro)	292.543.505	317.497.792	473.904.764

* Einschließlich 0,45 Euro Ausgaben entsprechend § 20a Abs. 3 SGB V

** Wurde erstmals im Berichtsjahr 2016 erhoben

Gesetzliche Grundlagen

Im Folgenden werden die gesetzlichen Grundlagen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung auszugsweise dargestellt. Die Regelungen finden sich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V).

§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

„(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, such-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständes sowie des Sachverständes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegun-

gen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.

(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
3. Tabakkonsum reduzieren,
4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,
5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,
7. gesund älter werden und
8. Alkoholkonsum reduzieren.

Bei der Berücksichtigung des in Satz 1 Nummer 1 genannten Ziels werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 2, 3 und 8 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 27. April 2015 (BAnz. AT 19.05.2015 B3) fest-

gelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

- (4) Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als
1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5,
 2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und
 3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.

(5) Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung. Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder

Arbeitsgemeinschaften übertragen. Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

(6) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 Euro und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2 Euro jeweils für Leistungen nach den §§ 20a und 20b auf. Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 für Leistungen nach § 20a, so stellt die Krankenkasse diese nicht ausgegebenen Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen nach § 20a zur Verfügung. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.“

§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

„(1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen fördern unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge

zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.

(2) Die Krankenkasse kann Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen, wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20f beitragen.“

[...]

§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung

„(1) Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Für im Rahmen der Gesundheitsförderung in Betrieben erbrachte Leistungen zur individu-

ellen, verhaltensbezogenen Prävention gilt § 20 Absatz 5 Satz 1 entsprechend.

(2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden 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 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

(3) Die Krankenkassen bieten Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen nach Absatz 1 und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen sollen an der Beratung beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.

[...]

§ 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

„(1) Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren

Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(2) Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.“

Begriffsbestimmung: Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle verhaltensbezogene Prävention

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

Lebenswelten der Menschen sind z. B. Kindergärten, Schulen, Stadtteile, Senioreneinrichtungen und Treffpunkte von Menschen mit Migrationshintergrund. Dort lassen sich auch Menschen erreichen, die von sich aus keine individuellen präventiven Kursangebote aufsuchen. Der Begriff des „Settings“ wird im vorliegenden Bericht synonym für Lebenswelten verwendet. Dies sind Bereiche des Lebens, in denen Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen. Nach dieser Definition ist auch die Arbeitsstätte – der Betrieb – eine Lebenswelt. Der Gesetzgeber grenzt jedoch in § 20a SGB V den Begriff „betriebliche Gesundheitsförderung“ speziell ab und formuliert andere leistungsrechtliche Vorgaben. Diesen Vorgaben folgt der Präventionsbericht.

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

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

Leistungsrechtliche Grundlage: Leitaden Prävention

Die GKV verfasst im Leitaden Prävention die Handlungsfelder und Kriterien für Primärprävention und Gesundheitsförderung. Mit Hilfe einer beratenden Kommission unabhängiger Expertinnen und Experten wird dieser **Leitaden** kontinuierlich weiterentwickelt.

www.gkv-spitzenverband.de

Maßnahmen, die eine Krankenkasse fördert, müssen den Qualitätskriterien des Leitadens Prävention entsprechen. Diese umfassen insbesondere die Strukturqualität (u. a. Anbieterqualifikation), Konzept- und Planungsqualität (z. B. Zieldefinition), Prozessqualität (z. B. Maßnahmendurchführung) und Ergebnisqualität (Wirksamkeitsnachweis).

Jede Krankenkasse hat dementsprechend zu prüfen, ob eine geplante Maßnahme die Kriterien des Leitadens erfüllt. Maßnahmen, die nicht den im Leitaden dargestellten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen von §§ 20, 20a und 20b SGB V durchgeführt oder gefördert werden. Damit ist jede Krankenkasse in der Gestaltung ihrer Leistungen auf den vom Leitaden Prävention vorgegebenen Rahmen verpflichtet, kann aber die Leistungen innerhalb dieser Grenzen frei gestalten.

Der Leitaden bildet das zentrale Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung. Die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen sowie aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse werden kontinuierlich integriert. Den in diesem Präventionsbericht dokumentierten Aktivitäten liegt die Fassung des Leitadens vom 10. Dezember 2014 zugrunde.

Die Ausfüllhinweise zum Dokumentationsbogen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten geben vor:

„Fassen Sie in einem Bogen alle Aktivitäten zusammen, die zu einer Gesamtheit an Aktivitäten gehören. Ein Beispiel für eine ‚Gesamtheit an Aktivitäten‘: Wenn an einer Schule a) Schulstrukturveränderungen, b) ein Hauswirtschaftskurs Ernährung und c) eine Projektwoche durchgeführt werden und diese Aktivitäten koordiniert ablaufen, ist hierfür ein Bogen auszufüllen.

Die ‚Gesamtheit an Aktivitäten‘ kann in nur einer oder in mehreren Lebenswelten durchgeführt werden. Die einzelnen Settings sind im Bogen entsprechend ihrer Untergliederungen – z. B. Grund-, Haupt- oder Realschule – anzugeben. Dies gilt z. B. auch dann, wenn ein bestimmtes Bewegungsangebot etc. in gleicher Weise in verschiedenen Schulen durchgeführt wird.“

Sinngemäß gelten die gleichen Regelungen, was als „Berichtseinheit“ in jeweils einen Dokumentationsbogen einzutragen ist, auch für die betriebliche Gesundheitsförderung.

Erhebungsmethode und Auswertung

Grundlage für den Präventionsbericht bilden die Dokumentationsbögen der Krankenkassen für a) Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, b) die betriebliche Gesundheitsförderung und c) Betriebliche Gesundheitsförderung: Überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen.

Die Ausfüllhinweise zu den Dokumentationsbögen geben vor, dass in der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten jede einzelne Einrichtung ein Setting ist. Demnach ist jede Schule (nicht jedoch die einzelne Schulklasse, wenn mehrere Klassen in der gleichen Schule erreicht werden) und jede Kita (nicht jedoch die einzelne Kitagruppe, wenn mehrere Gruppen erreicht werden) eine einzelne Lebenswelt.

Für die betriebliche Gesundheitsförderung ist die Berichtseinheit „Aktivitäten in einem Betrieb oder Unternehmen“ zu verwenden. Ebenfalls in einem Bogen sind Aktivitäten an mehreren Standorten eines größeren Unternehmens einzutragen, wenn diese Aktivitäten im Rahmen eines koordinierten Gesamtprojekts stattfinden. Für Netzwerkprojekte gilt, dass je Netzwerk/Kooperation ein Dokumentationsbogen auszufüllen ist und dieser sich über mehrere (Klein-/Kleinst-)Betriebe erstreckt.

Für die Angabe zu dem „hohen Anteil an ungelerten“ Beschäftigten wurde definiert, dass im jeweiligen Betrieb mindestens 20 % der Beschäftigten keine abgeschlossene Berufsausbildung haben. Der Grenzwert von 20 % wurde aufgrund von Berechnungen des MDS auf Basis einer Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit festgelegt. Der Grenzwert identifiziert branchenübergreifend das Drittel an Betrieben in Deutschland mit dem höchsten Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung. Die beiden anderen Drittel der Betriebe verfügen über einen „mittleren“ oder „niedrigen“ Anteil.

Die Auszubildenden sind in diese Statistik einbezogen, weil die Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung (DEÜV) – das sind die Daten, die der Arbeitgeber verschlüsselt – keine Differenzierung zwischen Auszubildenden und nicht in der Ausbildung befindlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ohne Ausbildung vorsieht (siehe Ausfüllhinweise zur Dokumentation der betrieblichen Gesundheitsförderung).

Für die Angaben zu den Präventionskursen erfassen die Krankenkassen die Daten über die Teilnehmenden der individuellen verhaltensbezogenen Prävention in ihrer kasseneigenen EDV.

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

Der MDS führt die Datensätze zusammen und bereitet diese zur weiteren Auswertung auf. Die Daten werden routinemäßig Plausibilitätsprüfungen unterzogen. Insgesamt sind zwölf Prüfroutinen zum Setting-Ansatz und 13 zur betrieblichen Gesundheitsförderung programmiert. Wenn sich dadurch Hinweise auf implausible Daten ergeben, werden diese in der Regel in fehlende Werte umgewandelt. In einigen Fällen werden die Krankenkassen über den jeweiligen Bundesverband um Klärung bzw. Korrekturen hierzu gebeten.

Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation

Theresia Kempf

IKK classic, Bergisch Gladbach

Ulrike Kiehl

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Kassel

Sina Matthies

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

Claudia Isabelle Menze

KNAPPSCHAFT, Bochum

Nadine Schempp

MDS, Essen

Karin Schreiner-Kürten

GKV-Spitzenverband, Berlin

Christina Singer

AOK Bayern, Nürnberg

Dr. Harald Strippel MSc

MDS, Essen

Dr. Volker Wanek

GKV-Spitzenverband, Berlin

Susanne Wilhelmi

BKK Dachverband, Berlin

Ruth Zaunbrecher

AOK-Bundesverband, Berlin

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Landesrahmenvereinbarungen	12
Abb. 2	Zahlen im Überblick	32
	Gesundheitsförderung in Lebenswelten	
	Betriebliche Gesundheitsförderung	
	Individuelle Präventionsangebote	
Abb. 3	Ausgaben gesamt	34
Abb. 4	Inanspruchnahme nach Geschlecht	35
Abb. 5	Anzahl der Settings	37
Abb. 6	Art und Anzahl der Lebenswelten	38
Abb. 7	Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“	39
Abb. 8	Erreichte Personen	40
Abb. 9	Erreichte Personen in den jeweiligen Lebenswelten	41
Abb. 10	Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten in Monaten	42
Abb. 11	Zielgruppen	43
Abb. 12	Kooperationspartner	44
Abb. 13	Mitwirkende im Entscheidungs- und Steuerungsgremium	45
Abb. 14	Methoden der Bedarfsermittlung	46
Abb. 15	Inhalte	47
Abb. 16	Inhalte der Erfolgskontrollen	49
Abb. 17	Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte	51
Abb. 18	Branchen	52
Abb. 19	Betriebsgröße	53
Abb. 20	Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte	54
Abb. 21	Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung	55
Abb. 22	Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung einbrachten	56
Abb. 23	Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung	57
Abb. 24	Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße	58
Abb. 25	Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branche	59
Abb. 26	Mitwirkende in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen	60
Abb. 27	Bedarfsermittlung	61
Abb. 28	Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen	64
Abb. 29	Inhaltliche Ausrichtung verhaltensbezogener Interventionen	65
Abb. 30	Inhalte der Erfolgskontrollen	66
Abb. 31	Partner der überbetrieblichen Netzwerke und Kooperationen	70
Abb. 32	Organisationen als Kooperationspartner	71

Abb. 33	Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße	72
Abb. 34	Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder	73
Abb. 35	Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt	75
Abb. 36	Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern	76
Abb. 37	Inanspruchnahme von Kursen nach Alter	77
Abb. 38	Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter	78
Abb. 39	Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht	79
Abb. 40	Inanspruchnahme von Kursen nach Handlungsfeldern und Leistungsanbietenden	80
Abb. 41	Präventionsziel: In bestimmten Schulformen mehr Kinder und Jugendliche erreichen	83
Abb. 42	Gesundheitsförderungsziel: In bestimmten Schulformen mehr Steuerungsgremien	84
Abb. 43	Präventionsziel: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparats vorbeugen	86
Abb. 44	Präventionsziel: Mehr Verhältnisprävention gegen psychische Fehlbelastungen	86
Abb. 45	Präventionsziel: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung fördern	87
Abb. 46	Präventionsziel: Mehr verhaltensbezogene Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz	87
Abb. 47	Gesundheitsförderungsziel: Mehr kleine und mittlere Betriebe erreichen	88
Abb. 48	Gesundheitsförderungsziel: Mehr Steuerungsgremien unter Beteiligung des Arbeitsschutzes	88
Abb. 49	Gesundheitsförderungsziel: Mehr Gesundheitszirkel im Betrieb	89
Abb. 50	Gesundheitsförderungsziel: Bessere Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben	89





Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de



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

GKV-Spitzenverband, Berlin

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

Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene

AOK-Bundesverband, Berlin

BKK Dachverband, Berlin

IKK e.V., Berlin

KNAPPSCHAFT, Bochum

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Kassel

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

Tabellenband zum Präventionsbericht 2017

**Leistungen der
gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und
betriebliche Gesundheitsförderung**

– Berichtsjahr 2016 –

Impressum

Herausgeber:

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen

Telefon: 0201/8327-0

Telefax: 0201/8327-100

E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de

Autorin:

Nadine Schempp
Bereich Sozialmedizin – Versorgungsberatung

Review:

Elke Grünhagen
Bereich Koordination und Kommunikation

Stand: 4. Juni 2018

Inhaltsverzeichnis

1 Wichtige Kennziffern	1
2 Direkt erreichte Personen nach Geschlecht	2
3 Präventionsziele 2013 - 2018	3
4 Lebenswelten	4
5 Individueller Ansatz	18
6 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	24
7 Neues Handlungsfeld der BGF: überbetriebliche Netzwerke/Kooperationen	35
8 Zeitreihen	41

1 Wichtige Kennziffern

Ansatz	2014	2015	2016
Lebenswelten			
Anzahl der Dokumentationsbögen	1.207	1.627	2.838
Anzahl der Lebenswelten	22.930	24.420	35.429
Anzahl direkt erreichter Personen	2.161.609	2.513.213	3.280.868
Anzahl indirekt erreichter Personen	5,6 Mio.	6,3 Mio.	6,58 Mio.
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,45	0,54	1,63*
Summe der Ausgaben (Euro)	31.712.318	38.069.666	116.183.903
Individueller Ansatz			
Anzahl direkt erreichter Personen	1.710.773	1.665.209	1.673.523
Ausgaben je Versicherten (Euro)	2,75	2,87	2,95
Summe der Ausgaben (Euro)	193.042.362	203.181.854	210.819.530
Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)			
Anzahl der Dokumentationsbögen	5.750	5.828	6.438
Anzahl der Standorte/Betriebe	11.373	10.922	13.132
Anzahl direkt erreichter Personen	1.214.764	1.302.383	1.439.283
Anzahl indirekt erreichter Personen	0,45 Mio.	0,44 Mio.	0,53 Mio.
Anzahl der Arbeitsunfähigkeits-Profile/betrieblichen Gesundheitsberichte	8.206	9.258	9.130
Anzahl der überbetrieblichen Netzwerke/Kooperationen			142**
Anzahl der durch im Handlungsfeld "Netzwerke/Kooperationen" erreichten Betriebe			13.758**
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,96	1,08	2,06
Summe der Ausgaben (Euro)	67.788.825	76.246.272	146.901.330
Gesamt			
Anzahl der Doku-Bögen (Lebenswelten, BGF)	6.957	7.455	9.276
Anzahl der Lebenswelten	22.930	24.420	35.429
Anzahl der Standorte/Betriebe	11.373	10.922	13.132
Anzahl direkt erreichter Personen (Lebenswelten, BGF, indiv. Ansatz)	5.087.146	5.480.805	6.393.674
Anzahl indirekt erreichter Personen (Lebenswelten, BGF)	6,1 Mio.	6,7 Mio.	7,1 Mio.
Ausgaben je Versicherten (Euro)	4,16	4,49	6,64
Summe der Ausgaben (Euro)	292.543.505	317.497.792	473.904.764

* Einschließlich 0,45 Euro Ausgaben entsprechend § 20a Abs. 3 SGB V

** Wurde erstmals im Berichtsjahr 2016 erhoben

2 Direkt erreichte Personen nach Geschlecht

	Setting-Ansatz (Schätzzahlen)		Individueller Ansatz*		Betriebliche Gesundheitsförderung (Schätzzahlen)		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Weibliche Personen	1.706.051	52%	1.354.326	81%	485.580	37%	3.545.957	58%
Männliche Personen	1.574.817	48%	316.127	19%	816.803	63%	2.707.747	42%
Summe	3.280.868	100%	1.670.453	100%	1.302.383	100%	6.253.704	100%

* Es wurden nur Doku-Bögen einbezogen, die Angaben zum Geschlecht enthielten. Bei 15.411 Bögen lag keine Angabe vor.

3 Präventionsziele 2013 - 2018

Setting Ansatz

(Präventionsbericht 2017: Abb. 41)

Oberziel lebensweltbezogene Prävention Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems			
Teilziel 1	Berichtsjahr 2015		Veränderung 2015/2016
Zielgruppe: Kinder und Jugendliche	Anzahl		prozentual
Die Zahl der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten direkt erreichten Kinder/Jugendlichen an Haupt-, Förder- und Berufsschulen ist erhöht.	119.297		27%

(Präventionsbericht 2017: Abb. 42)

Oberziel lebensweltbezogene Gesundheitsförderung Ausschöpfung der gesundheitsfördernden Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen (Teilziel 1 wird nicht im Rahmen des Präventionsberichtes erhoben)					
Teilziel 2	Berichtsjahr 2015		Berichtsjahr 2016		Veränderung 2015/2016
	Anzahl	Anteil* in v. H.	Anzahl	Anteil* in v. H.	Anzahl Anteil* in v. H.
Zielgruppe: Kinder und Jugendliche					
Zahl und Anteil der Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit einem Steuerungsgremium für die Gesundheitsförderung sind erhöht.	1.953	8%	2.601	7%	33% -8%

*Die Grundgesamtheit ergibt sich aus der Summe aller im jeweiligen Berichtsjahr erreichten Settings

Betriebliche Gesundheitsförderung

(Präventionsbericht 2017: Abb. 43)

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 1 Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen					
Teilziel 1.1	Berichtsjahr 2015		Berichtsjahr 2016		Veränderung 2015/2016
	Anzahl	Anteil* in v. H.	Anzahl	Anteil* in v. H.	Anzahl Anteil* in v. H.
Zahl und Anteil der durch Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates mit verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung erreichten Betriebe sind erhöht.	3.010	28%	4.207	32%	40% 16%

(Präventionsbericht 2017: Abb. 44-46)

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 2 Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen					
Teilziel 2.1	Berichtsjahr 2015		Berichtsjahr 2016		Veränderung 2015/2016
	Anzahl	Anteil* in v. H.	Anzahl	Anteil* in v. H.	Anzahl Anteil* in v. H.
Zahl und Anteil der Betriebe mit verhältnispräventiven Aktivitäten zur Verringerung psychischer Fehlbelastungen sind erhöht.	4.581	42%	6.134	47%	34% 11%
Teilziel 2.2					
Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer „gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung“ sind erhöht.	3.121	29%	3.521	27%	13% -6%
Teilziel 2.3					
Zahl und Anteil der Betriebe mit verhaltensbezogenen Aktivitäten zur „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ sind erhöht.	4.830	44%	5.761	44%	19% -1%

(Präventionsbericht 2017: Abb. 47-50)

Oberziel arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeitswelt mit bedarfsgerechter, nachhaltiger und partizipativer betrieblicher Gesundheitsförderung					
Teilziel 1	Berichtsjahr 2015		Berichtsjahr 2016		Veränderung 2015/2016
	Anzahl	Anteil* in v. H.	Anzahl	Anteil* in v. H.	Anzahl Anteil* in v. H.
Zahl und Anteil der mit Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten sind erhöht.	2.711	25%	3.402	26%	25% 4%
Teilziel 2					
Zahl und Anteil der Betriebe mit einem Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz zuständigen Akteure sind erhöht.	4.278	39%	5.596	43%	31% 9%
Teilziel 3					
Zahl und Anteil der Betriebe, in denen Gesundheitszirkel durchgeführt werden, sind erhöht.	2.820	26%	2.829	22%	0% -17%
Teilziel 4					
Zahl und Anteil der Betriebe mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben sind erhöht.	903	8%	906	7%	0% -17%

*Die Grundgesamtheit ergibt sich aus der Summe aller im jeweiligen Berichtsjahr erreichten Betriebe

4 Lebenswelten

Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

Anzahl ausgewerteter Dokumentationsbögen

	2016
Anzahl	2.838

1 Allgemeine Daten

Nennungen der Lebenswelten in den Dokumentationsbögen (Mehrfachnennungen möglich)

	2016	
	Anzahl	%
Grundschule	707	25%
Förderschule	88	3%
Hauptschule	84	3%
Realschule	184	6%
Gymnasium	163	6%
Gesamtschule	118	4%
Berufsschule o.ä.	171	6%
Hochschule	26	1%
Kindergarten/Kindertagesstätte	1.189	42%
Einrichtung der Kinder-/Jugendhilfe	10	0%
Einrichtung für Freizeitgestaltungen	42	1%
Einrichtung für Menschen mit Behinderung	7	0%
Stadtteil/Ort	122	4%
Krankenhaus	24	1%
Andere Lebenswelt	162	6%

Anzahl der durch Aktivitäten erreichten Lebenswelten (Präventionsbericht 2017: Abb. 6)

	2016	
	Anzahl	%
Grundschule		
Minimum	1	
Maximum	2.016	
Summe	12.347	35%
Förderschule		
Minimum	1	
Maximum	180	
Summe	1.194	3%
Hauptschule		
Minimum	1	
Maximum	300	
Summe	1.258	4%
Realschule		
Minimum	1	
Maximum	400	
Summe	2.981	8%
Gymnasium		
Minimum	1	
Maximum	500	
Summe	2.649	7%
Gesamtschule		
Minimum	1	
Maximum	115	
Summe	1.854	5%
Berufsschule o.ä.		
Minimum	1	
Maximum	75	
Summe	641	2%
Hochschule		
Minimum	1	
Maximum	35	
Summe	62	0%
Kindergarten/Kindertagesstätte		
Minimum	1	
Maximum	1.052	
Summe	8.687	25%
Einrichtung der Kinder-/Jugendhilfe		
Minimum	1	
Maximum	25	
Summe	65	0%
Einrichtung für Freizeitgestaltungen		
Minimum	1	
Maximum	280	
Summe	487	1%
Einrichtung für Menschen mit Behinderungen		
Minimum	1	
Maximum	7	
Summe	17	0%
Stadtteil/Ort		
Minimum	1	
Maximum	66	
Summe	530	1%
Krankenhaus		
Minimum	1	
Maximum	7	
Summe	41	0%
Andere Lebenswelt		
Minimum	1	
Maximum	577	
Summe	2.616	7%
Mittelwert (Erreichte Lebenswelten je Dokumentationsbogen)	12	
Gesamtsumme	35.429	100%

Anzahl der durch Aktivitäten erreichten Lebenswelten in "sozialen Brennpunkten"

Prozentangaben beziehen sich auf gültige Werte, d.h. es liegen sowohl Angaben zum Setting als auch zu dessen Zuordnung zu sozialen Brennpunkten vor.

	2016	
	Anzahl	%
Grundschule	2.626	41%
Förderschule	171	23%
Hauptschule	179	17%
Realschule	272	13%
Gymnasium	136	12%
Gesamtschule	256	20%
Berufsschule o.ä.	89	29%
Hochschule	0	0%
Kindergarten/Kindertagesstätte	1.533	25%
Einrichtung der Kinder-/Jugendhilfe	6	86%
Einrichtung für Freizeitgestaltungen	39	11%
Einrichtung für Menschen mit Behinderungen	2	22%
Stadtteil/Ort	214	56%
Krankenhaus	4	100%
Anderes Setting	240	27%
Summe	5.767	28%

Anzahl der in den Lebenswelten erreichten Personen (Schätzung), (Präventionsbericht 2017: Abb. 9)

	2016	
	Direkt	Indirekt
Grundschule		
Minimum	2	1
Maximum	112.266	150.000
Summe	696.440	1.254.440
Erreichte Personen gesamt	1.950.880	
Förderschule		
Minimum	9	20
Maximum	15.347	41.811
Summe	75.780	152.854
Erreichte Personen gesamt	228.634	
Hauptschule		
Minimum	1	20
Maximum	12.000	115.000
Summe	79.577	281.163
Erreichte Personen gesamt	360.740	
Realschule		
Minimum	8	4
Maximum	15.000	115.000
Summe	189.961	430.762
Erreichte Personen gesamt	620.723	
Gymnasium		
Minimum	8	1
Maximum	17.800	115.000
Summe	215.808	537.493
Erreichte Personen gesamt	753.301	
Gesamtschule		
Minimum	10	3
Maximum	31.211	93.633
Summe	250.969	497.931
Erreichte Personen gesamt	748.900	
Berufsschule o.ä.		
Minimum	2	1
Maximum	21.000	31.500
Summe	63.910	105.333
Erreichte Personen gesamt	169.243	
Hochschule		
Minimum	4	8
Maximum	36.000	18.000
Summe	57.923	53.512
Erreichte Personen gesamt	111.435	
Kindergarten/Kindertagesstätte		
Minimum	2	2
Maximum	135.017	1.175.425
Summe	500.877	1.923.121
Erreichte Personen gesamt	2.423.998	
Einrichtung der Kinder-/Jugendhilfe		
Minimum	4	40
Maximum	1.096	850
Summe	2.740	1.920
Erreichte Personen gesamt	4.660	
Einrichtung für Freizeitgestaltungen		
Minimum	19	34
Maximum	5.000	15.000
Summe	12.701	35.349
Erreichte Personen gesamt	48.050	
Einrichtung für Menschen mit Behinderungen		
Minimum	12	3
Maximum	300	1.500
Summe	676	2.621
Erreichte Personen gesamt	3.297	

Stadtteil/Ort		
Minimum	1	9
Maximum	328.000	60.000
Summe	615.185	379.606
Erreichte Personen gesamt	994.791	
Krankenhaus		
Minimum	8	16
Maximum	950	4.000
Summe	2.363	8.338
Erreichte Personen gesamt	10.701	
Anderes Setting		
Minimum	1	5
Maximum	230.000	690.000
Summe	515.958	917.850
Erreichte Personen gesamt	1.433.808	
Summe erreichte Personen aus Doku-Bögen	3.280.868	6.582.293
Erreichte Personen gesamt aus Doku-Bögen (direkt+indirekt err. Pers.)	9.863.161	

Anzahl der erreichten Bundesländer je Dokumentationsbogen (= je Projekt)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
1	2.584	97%
2	30	1%
3	25	1%
4	1	0%
5	1	0%
Mehr als 5 Bundesländer und bundesweite Projekte	29	1%
Gültige Angaben	2657	100%
Keine Angaben	181	

Anzahl der Aktivitäten in den einzelnen Bundesländern

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Bundesweite Projekte	13	0%
Baden-Württemberg	77	3%
Bayern	900	34%
Bremen	15	1%
Berlin	74	3%
Brandenburg	49	2%
Hamburg	32	1%
Hessen	144	5%
Mecklenburg-Vorpommern	76	3%
Niedersachsen	51	2%
Nordrhein-Westfalen	217	8%
Rheinland-Pfalz	607	23%
Saarland	51	2%
Sachsen	232	9%
Sachsen-Anhalt	44	2%
Schleswig-Holstein	74	3%
Thüringen	246	9%
Keine Angaben	181	

Laufzeiten der Aktivitäten

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Bis 3 Monate	555	21%
4 bis 6 Monate	158	6%
7 bis 11 Monate	300	11%
12 Monate	177	7%
Über 1 bis 2 Jahre	289	11%
Über 2 bis 3 Jahre	552	21%
Über 3 bis 4 Jahre	333	13%
Über 4 bis 5 Jahre	107	4%
Über 5 Jahre	63	2%
Ende nicht abschätzbar	76	3%
Gültige Angaben	2.610	100%
Keine Angaben	228	

Laufzeit in Monaten je Dokumentationsbogen (= je Projekt)

	2016
Laufzeit in Monaten	
Minimum	1
Maximum	181
Mittelwert	22

2 Zielgruppen

Die Aktivitäten sprachen alle Menschen in der Lebenswelt an (d. h. keine spezifischen Zielgruppen)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Ja	1.160	41%
Nein	1.652	59%
Gültige Angaben	2.812	100%
Keine Angaben	26	

Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich, Präventionsbericht 2017: Abb. 11)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	88	5%
Vorschulalter (bis sechs Jahre)	474	29%
Kindesalter (7 bis 11 Jahre)	583	35%
Jugendliche (12 bis 17 Jahre)	437	26%
Junges Erwachsenenalter (18 bis 25 Jahre)	388	23%
Erwachsene in der frühen Erwerbsphase (26 bis 44 Jahre)	417	25%
Erwachsene in der späteren Erwerbsphase (45 bis 67 Jahre)	246	15%
Jüngere Alte (68 bis 80 Jahre)	76	5%
Betagte und Hochbetagte (über 80 Jahre)	20	1%
Gleichermaßen beide Geschlechter	1.177	95%
Speziell weibliche Personen	48	4%
Speziell männliche Personen	19	2%
Personen mit Migrationshintergrund	345	21%
Arbeitslose	67	4%
Werdende und junge Familien	32	2%
Menschen mit Behinderungen	13	1%
Multiplikatoren - Eltern	782	47%
Multiplikatoren - Lehrer, Erzieher,	1.128	68%
Multiplikatoren - nichtpädagogisches Personal	323	20%
Sonstige Zielgruppen	134	8%

3 Kooperationspartner

Kooperationspartner haben Ressourcen in die Aktivitäten in der jeweiligen Lebenswelt eingebracht

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Ja	1.507	53%
Nein	1.331	47%
Gültige Angaben	2.838	100%
Keine Angaben	0	

Kooperationspartner, die Ressourcen in die Aktivitäten in der jeweiligen Lebenswelt eingebracht haben

(Mehrfachnennungen möglich, Präventionsbericht 2017: Abb. 12)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Öffentlicher Gesundheitsdienst	142	9%
Niedergelassene Ärzte	80	5%
Sonstige Gesundheits-/Sozial-/Bildungseinrichtungen	502	33%
Öffentliche Verwaltung/Institutionen, Ministerien	421	28%
Sportverein	276	18%
Andere Vereine, Verbände	535	36%
Selbsthilfegruppen	30	2%
Andere Krankenkassen	90	6%
Unfallversicherung	60	4%
Rentenversicherung	3	0%
Wissenschaftliche Einrichtungen	137	9%
Gewerbliche Anbieter/Unternehmen (nicht von den Krankenkassen finanziert)	419	28%

Anzahl Kooperationspartner je Dokumentationsbogen (= je Projekt)

	2016
Minimum	1
Maximum	10
Mittelwert	1,9

4 Koordination und Steuerung

Es gibt eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Ja	2.326	83%
Nein	464	17%
Gültige Angaben	2.790	100%
Keine Angaben	48	

Vertreter im Entscheidungs-/Steuerungsgremium (Mehrfachnennungen möglich, Präventionsbericht 2017: Abb. 13)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Einrichtungsträger	837	36%
Leitungsebene der Einrichtung	1.797	77%
Mitarbeiter der Einrichtung	1.617	70%
Gemeinde, öffentliche Verwaltung/Institution	232	10%
Eltern	886	38%
Andere Vertreter der Zielgruppe(n)	88	4%
Krankenkassen	1.066	46%
Unfallversicherung	13	1%
Rentenversicherung	2	0%
Öffentlicher Gesundheitsdienst	44	2%
Niedergelassene Ärzte	17	1%
Sonstige Gesundheits-/Sozial-/Bildungseinrichtungen	180	8%
Andere	156	7%

Anzahl Beteiligter im Steuerungsgremium je Dokumentationsbogen (= je Projekt)

	2016
Minimum	1
Maximum	10
Mittelwert	3,0

5 Bedarfsermittlung

Art der Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich, Präventionsbericht 2017: Abb. 14)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Begehung der Lebenswelt	987	39%
Befragung der Zielgruppe	1.650	65%
Expertenbefragung	731	29%
Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen/Unfallversicherung/Rentenversicherung	50	2%
Auswertung der lokalen/regionalen/Landes-Gesundheits- und Sozialberichterstattung	67	3%
Screening, medizinische Untersuchung	60	2%
Fähigkeitstests	147	6%
Literaturrecherchen/ wissenschaftliche Studien	733	29%
Sonstiges	595	23%
Gültige Angaben	2.533	100%
Keine Angaben	305	

Anzahl Bedarfsermittlungen je Dokumentationsbogen (= je Projekt)

	2016
Minimum	1
Maximum	7
Mittelwert	2,0

6 Gesundheitszirkel

In der Lebenswelt wurden Gesundheitszirkel durchgeführt

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Ja	309	11%
Nein	2.379	89%
Gültige Angaben	2.688	100%
Keine Angaben	150	

Anzahl durchgeführter Gesundheitszirkel

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
1	158	72%
2	29	13%
3	8	4%
4	8	4%
5-9	5	2%
10 und mehr	12	5%
Gültige Angaben	220	100%
Summe	1.215	

Anzahl durchgeführter Gesundheitszirkel je Dokumentationsbogen (= je Projekt)

	2016
Minimum	1
Maximum	313
Mittelwert	5,5

Eine Zukunftswerkstatt wurde eingerichtet

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Ja	206	8%
Nein	2.340	92%
Gültige Angaben	2.546	100%
Keine Angaben	292	

7 Intervention

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten (Mehrfachnennungen möglich, Präventionsbericht 2017: Abb. 15)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Bewegung	1.737	62%
Ernährung	1.841	66%
Stärkung psychischer Ressourcen	1.449	52%
Stressreduktion/Entspannung	1.383	49%
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	984	35%
Suchtmittelkonsum: nur Einzelthema Förderung der Nichtraucherens	47	2%
Suchtmittelkonsum: nur ds Einzelthema Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums	51	2%
Verkehrssicherheit	21	1%
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	38	1%
Gesunde Umwelt	196	7%
Weitere Inhalte	189	7%
Gültige Angaben	2.794	100%
Keine Angaben	44	

Anzahl inhaltlicher Ausrichtungen je Dokumentationsbogen

	2016
Minimum	1
Maximum	9
Mittelwert	3,0

Verhaltens- und/oder Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Aktivitäten	1.741	63%
Nur verhaltensbezogene Aktivitäten	978	36%
Nur verhältnisbezogene Aktivitäten	25	1%
Gültige Angaben	2.744	100%
Keine Angaben	94	

Art der verhältnisbezogenen Aktivitäten (Umgestaltung), Mehrfachnennungen möglich

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Veränderung der Organisation in der jeweiligen Lebenswelt	625	39%
Verbesserung Umgebungsbedingungen	1.086	68%
Erweiterung Handlungs-/Entscheidungsspielräume, Verantwortlichkeiten	723	45%
Informations-/Kommunikationsstrukturen	1.027	64%
Soziale Angebote und Einrichtungen	546	34%
Gültige Angaben	1.595	100%
Keine Angaben	1.243	

Anzahl Umgestaltungen je Dokumentationsbogen

	2016
Minimum	1
Maximum	6
Mittelwert	2,6

Angewandte Methoden (Mehrfachnennungen möglich)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren/Mediatoren	1.534	54%
Vortrag, Tagung	1.612	57%
Beispiel geben, demonstrieren	1.674	59%
Praktische Übungen/Schulung, Verhaltensbeobachtung, Körperwahrnehmung, Rollenspiel, gegenseitige Übungen etc.	2.246	79%
Diskussion	1.307	46%
Individuelle Beratung	845	30%
Organisationsberatung, -entwicklung	348	12%
Aufbau sozialer Unterstützung	232	8%
Gesundheitstage, -wochen	655	23%
Anleitung/ Unterstützung themen-zentrierter Gruppenarbeit	618	22%
Fremdsprachliche Angebote	18	1%
Gültige Angaben	2.833	100%
Keine Angaben	5	

Anzahl Methoden je Dokumentationsbogen (= je Projekt)

	2016
Minimum	1
Maximum	11
Mittelwert	4,1

Eingesetzte Medien

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Video, Foto, Overhead, Beamer etc.	1.594	65%
Übungsmanuale/ Arbeitsunterlagen	1.968	80%
Anschauungsmaterial/ Modelle	1.902	78%
Faltblätter, Broschüren	1.879	77%
Ausstellungen, Plakate	1.031	42%
Internet	698	29%
Sonstige	177	7%
Gültige Angaben	2.445	100%
Keine Angaben	393	

Anzahl Medienarten je Dokumentationsbogen (= je Projekt)

	2016
Minimum	1
Maximum	7
Mittelwert	3,8

8 Erfolgskontrolle

Planung oder Durchführung einer Erfolgskontrolle

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Erfolgskontrolle durchgeführt oder geplant	2.017	75%
Erfolgskontrolle nicht vorgesehen	655	25%
Gültige Angaben	2.672	100%
Keine Angaben	166	

Inhalte der Erfolgskontrollen (für Projekte mit erfolgter Erfolgskontrolle, Mehrfachnennungen möglich, Präventionsbericht 2017)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Umfeld/Strukturen	407	37%
Abläufe	567	51%
Verhaltensparameter	465	42%
Kompetenzen	494	44%
Gesundheitsparameter	192	17%
Subjektive Einschätzung von Gesundheit/Funktionalität	426	38%
Gesundheitsökonomische Analyse	12	1%
Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme	651	59%
Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention	928	83%
Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe	377	34%
Kooperation, Netzworkebildung	383	34%
Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)	416	37%
Streuung von Programmen	62	6%
Gültige Angaben	1.112	100%

Anzahl Erfolgskontrollen je Doku-Bogen

	2016
Minimum	1
Maximum	12
Mittelwert	4,8

5 Individueller Ansatz

Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

Kursteilnahmen

	2016
Anzahl der Kursteilnahmen	1.673.523

Anzahl der Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern (Präventionsbericht 2017: Abb. 36)

	2016	
	Anzahl	Prozent
Bewegung	1.162.036	70%
Weitere Aufgliederung*:		
Vorliegende Angaben, Anteil an allen gemeldeten Kursen zum Thema Bewegung	1.162.036	100%
Davon Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten	524.154	45%
Davon Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch verhaltens-	637.882	55%
Ernährung	60.314	4%
Weitere Aufgliederung*:		
Vorliegende Angaben, Anteil an allen gemeldeten Kursen zum Thema Ernährung	60.314	100%
Davon Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung	30.381	50%
Davon Vermeidung/ Reduktion von Übergewicht	29.933	50%
Stressbewältigung*	429.128	26%
Weitere Aufgliederung*:		
Vorliegende Angaben, Anteil an allen gemeldeten Kursen zum Thema Stressbewältigung	429.128	100%
Multimodale Stressbewältigung	31.253	7%
Entspannung	390.022	91%
undifferenziert Angaben zur Stressbewältigung	7.853	2%
Suchtmittelkonsum	10.578	1%
Weitere Aufgliederung*:		
Vorliegende Angaben, Anteil an allen gemeldeten Kursen zum Suchtmittelkonsum	10.578	100%
Förderung des Nichtrauchens	9.570	90%
Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums	742	7%
undifferenzierte Angaben zum Suchtmittelkonsum	266	3%
gültige Angaben	1.659.331	100%

Inanspruchnahme der Kurse nach Alter und Geschlecht (Präventionsbericht 2017: Abb. 37)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Unter 20 Jahre	58.201	3%
20 bis unter 30 Jahre	136.322	8%
30 bis unter 40 Jahre	219.097	13%
40 bis unter 50 Jahre	300.475	18%
50 bis unter 60 Jahre	412.150	25%
von 60 bis unter 70 Jahre	336.357	20%
ab 70 Jahre	207.851	12%
Männlich	316.127	19%
Weiblich	1.354.326	81%
Gültige Angaben	1.670.453	100%
Keine Angaben zu Alter oder Geschlecht	3.070	

Altersverteilung der Kursteilnehmer in den jeweiligen Handlungsfeldern, (Präventionsbericht 2017: Abb. 38)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Unter 20 Jahre		
Bewegung	39.290	68%
Ernährung	5.028	9%
Stressbewältigung	12.785	22%
Suchtmittelkonsum	778	1%
Gültige Angaben	57.881	100%
20 bis unter 30 Jahre		
Bewegung	88.256	65%
Ernährung	8.135	6%
Stressbewältigung	38.035	28%
Suchtmittelkonsum	995	1%
Gültige Angaben	135.421	100%
30 bis unter 40 Jahre		
Bewegung	138.071	63%
Ernährung	9.054	4%
Stressbewältigung	68.267	31%
Suchtmittelkonsum	2.139	1%
Gültige Angaben	217.531	100%
40 bis unter 50 Jahre		
Bewegung	193.672	65%
Ernährung	12.253	4%
Stressbewältigung	89.385	30%
Suchtmittelkonsum	2.431	1%
Gültige Angaben	297.741	100%
50 bis unter 60 Jahre		
Bewegung	274.184	67%
Ernährung	13.731	3%
Stressbewältigung	118.737	29%
Suchtmittelkonsum	2.717	1%
Gültige Angaben	409.369	100%
von 60 bis unter 70 Jahre		
Bewegung	254.805	76%
Ernährung	8.413	3%
Stressbewältigung	70.223	21%
Suchtmittelkonsum	1.166	0%
Gültige Angaben	334.607	100%
ab 70 Jahre		
Bewegung	171.944	83%
Ernährung	3.193	2%
Stressbewältigung	30.975	15%
Suchtmittelkonsum	326	0%
Gültige Angaben	206.438	100%
Gesamt		
Bewegung	1.160.222	70%
Ernährung	59.807	4%
Stressbewältigung	428.407	26%
Suchtmittelkonsum	10.552	1%
Gültige Angaben	1.658.988	100%
Keine Angaben für Alter oder Handlungsfeld	14.535	

Inanspruchnahme der einzelnen Handlungsfelder nach Alter und Geschlecht, (Präventionsbericht 2017: Abb. 39)

Unter 20 Jahre	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Männlich		
Bewegung	12.670	32%
Ernährung	1.577	31%
Stressbewältigung	2.791	22%
Suchtmittelkonsum	398	51%
Weiblich		
Bewegung	26.620	68%
Ernährung	3.451	69%
Stressbewältigung	9.994	78%
Suchtmittelkonsum	380	49%
Gesamt		
Bewegung	39.290	100%
Ernährung	5.028	100%
Stressbewältigung	12.785	100%
Suchtmittelkonsum	778	100%
Gültige Angaben	57.881	

20 bis unter 30 Jahre	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Männlich		
Bewegung	16.687	19%
Ernährung	1.445	18%
Stressbewältigung	4.416	12%
Suchtmittelkonsum	498	50%
Weiblich		
Bewegung	71.569	81%
Ernährung	6.690	82%
Stressbewältigung	33.619	88%
Suchtmittelkonsum	497	50%
Gesamt		
Bewegung	88.256	100%
Ernährung	8.135	100%
Stressbewältigung	38.035	100%
Suchtmittelkonsum	995	100%
Gültige Angaben	135.421	

30 bis unter 40 Jahre	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Männlich		
Bewegung	22.734	16%
Ernährung	1.721	19%
Stressbewältigung	7.829	11%
Suchtmittelkonsum	1.102	52%
Weiblich		
Bewegung	115.337	84%
Ernährung	7.333	81%
Stressbewältigung	60.438	89%
Suchtmittelkonsum	1.037	48%
Gesamt		
Bewegung	138.071	100%
Ernährung	9.054	100%
Stressbewältigung	68.267	100%
Suchtmittelkonsum	2.139	100%
Gültige Angaben	217.531	

40 bis unter 50 Jahre	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Männlich		
Bewegung	35.004	18%
Ernährung	2.287	19%
Stressbewältigung	11.312	13%
Suchtmittelkonsum	1.120	46%
Weiblich		
Bewegung	158.668	82%
Ernährung	9.966	81%
Stressbewältigung	78.073	87%
Suchtmittelkonsum	1.311	54%
Gesamt		
Bewegung	193.672	100%
Ernährung	12.253	100%
Stressbewältigung	89.385	100%
Suchtmittelkonsum	2.431	100%
Gültige Angaben	297.741	

50 bis unter 60 Jahre	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Männlich		
Bewegung	52.840	19%
Ernährung	2.706	20%
Stressbewältigung	16.527	14%
Suchtmittelkonsum	1.090	40%
Weiblich		
Bewegung	221.344	81%
Ernährung	11.025	80%
Stressbewältigung	102.210	86%
Suchtmittelkonsum	1.627	60%
Gesamt		
Bewegung	274.184	100%
Ernährung	13.731	100%
Stressbewältigung	118.737	100%
Suchtmittelkonsum	2.717	100%
Gültige Angaben	409.369	

von 60 bis unter 70 Jahre	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Männlich		
Bewegung	56.227	22%
Ernährung	1.834	22%
Stressbewältigung	10.598	15%
Suchtmittelkonsum	503	43%
Weiblich		
Bewegung	198.578	78%
Ernährung	6.579	78%
Stressbewältigung	59.625	85%
Suchtmittelkonsum	663	57%
Gesamt		
Bewegung	254.805	100%
Ernährung	8.413	100%
Stressbewältigung	70.223	100%
Suchtmittelkonsum	1.166	100%
Gültige Angaben	334.607	

ab 70 Jahre	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Männlich		
Bewegung	40.971	24%
Ernährung	887	28%
Stressbewältigung	5.214	17%
Suchtmittelkonsum	146	45%
Weiblich		
Bewegung	130.973	76%
Ernährung	2.306	72%
Stressbewältigung	25.761	83%
Suchtmittelkonsum	180	55%
Gesamt		
Bewegung	171.944	100%
Ernährung	3.193	100%
Stressbewältigung	30.975	100%
Suchtmittelkonsum	326	100%
Gültige Angaben	206.438	
Alle Altersklassen	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Männlich		
Bewegung	237.133	20%
Ernährung	12.457	21%
Stressbewältigung	58.687	14%
Suchtmittelkonsum	4.857	46%
Weiblich		
Bewegung	923.089	80%
Ernährung	47.350	79%
Stressbewältigung	369.720	86%
Suchtmittelkonsum	5.695	54%
Gesamt		
Bewegung	1.160.222	100%
Ernährung	59.807	100%
Stressbewältigung	428.407	100%
Suchtmittelkonsum	10.552	100%
Gültige Angaben	1.658.988	
Keine Angaben zu Handlungsfeld oder Geschlecht/Alter	14.535	

Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern, (Präventionsbericht 2017: Abb. 40)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Eigene Krankenkasse		
Bewegung	94.496	9%
Ernährung	26.999	48%
Stressbewältigung	33.166	10%
Suchtmittelkonsum	940	10%
Andere Krankenkasse		
Bewegung	45.406	5%
Ernährung	3.380	6%
Stressbewältigung	11.320	3%
Suchtmittelkonsum	643	7%
Sonstige/Externe Anbieter		
Bewegung	860.168	86%
Ernährung	26.461	47%
Stressbewältigung	290.907	87%
Suchtmittelkonsum	7.576	83%
Alle Anbieter		
Bewegung	1.000.070	
Ernährung	56.840	
Stressbewältigung	335.393	
Suchtmittelkonsum	9.159	
Gültige Angaben	1.401.462	
Keine Angaben	272.061	

6 Betriebliche Gesundheitsförderung

Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

Anzahl ausgewerteter AU-Profile/ betriebliche Gesundheitsberichte

	2016
Anzahl	9.130

Anzahl ausgewerteter Dokumentationsbögen

	2016
Anzahl	6.438

1 Allgemeine Daten

Dokumentationsbögen (= Projekte) nach Branchen, (Präventionsbericht 2017: Abb. 18)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	23	0%
Bergbau, Gewinnung v. Steinen u. Erden	17	0%
Verarbeitendes Gewerbe	2.295	36%
Energie- und Wasserversorgung	171	3%
Baugewerbe	288	5%
Handel: Groß-/Einzelhandel; Handel mit KFZ; Instandhaltung/Reparatur von KFZ	583	9%
Gastgewerbe	113	2%
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	721	11%
Erziehung und Unterricht	171	3%
Gesundheits u. Sozialwesen	987	15%
Weitere Dienstleistungen (wirtschaftliche, sonstige öffentlichen/persönlichen Dienstleistungen, Grundstücks-/Wohnungswesen)	1.026	16%
Gültige Angaben	6.395	100%
Keine Angaben	43	

Zusammengefasste Branchen: Verarbeitendes Gewerbe, Handel und weitere Dienstleistungen

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Verarbeitendes Gewerbe		
Ernährungsgewerbe und Tabakverarbeitung	266	4%
Textil- und Bekleidungsgewerbe, Ledergewerbe	92	1%
		0%
Papier-, Verlags- und Druckgewerbe	132	2%
Kokerei, Mineralölverarbeitung, Herstellung und Verarbeitung von Spalt- und Brutstoffen, chemischen Erzeugnissen	201	3%
Herstellung von Gummi-/Kunststoffwaren, Glasgewerbe, Herstellung v. Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	295	5%
Metallerzeugung/-bearbeitung, Herstellung von Metallerzeugnissen	523	8%
Herstellung Büromaschinen, Datenverarbeitungsgeräte/-einrichtungen; Elektrotechnik, Feinmechanik und Optik	214	3%
Maschinenbau	192	3%
Herstellung v. Kraftwagen u. -teilen, sonstiger Fahrzeugbau	243	4%
Herstellung v. Möbeln, sonst. Waren, Reparatur u. Installation v. Maschinen und Ausrüstungen	137	2%
Handel		
Kfz-Handel, Instandhaltung/Reparatur v. Kfz, Tankstellen	155	2%
Handelsvermittlung und Großhandel (ohne Kfz-Handel)	192	3%
Einzelhandel (ohne Kfz/Tankstellen)	236	4%
Weitere Dienstleistungen		
Verkehr, Lagerei u. Postdienste	214	3%
Information und Kommunikation	113	2%
Finanz- u. Versicherungsdienstleistungen, Grundstücks- u. Wohnungswesen	305	5%
Freiberufliche, wissenschaftliche, techn. und sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	212	3%
Kunst, Unterhaltung, sonstige Dienstleistungen, private Haushalte, extraterritoriale Organisationen u. Körperschaften	182	3%

Anzahl Standorte/Betriebe

	2016
Anzahl der Standorte/Betriebe	
Minimum	1
Maximum	570
Summe	13.132
Keine Angaben	114
... davon Einzelstandorte	
Minimum	1
Maximum	1*
Summe	5.352
Anteil an allen Betrieben aus Bögen mit Angaben	41%
... davon Mehrfachstandorte	
Minimum	2
Maximum	570
Summe	7.780

Anzahl Standorte/Betriebe mit hohem Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Ausbildung

Minimum	0
Maximum	150
Summe	1643
	13%
Anteil an Betrieben mit hohem Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung aus allen Bögen mit Angaben zu Betrieben	
Gültige Angaben	6.438
Keine Angaben	0

Betriebsgröße (Anzahl Beschäftigte in dem im Berichtsjahr betreuten Betrieben/Standorten), (Präventionsbericht 2017: Al

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
1-9	215	3%
10-49	1.051	16%
50-99	990	16%
100-499	2.772	43%
500-1.499	946	15%
1.500 und mehr	402	6%
Gültige Angaben	6.376	100%
Keine Angaben	62	

Frauenanteil in den an BGF-Aktivitäten teilnehmenden Betrieben

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
0-25%	1.819	30%
26-50%	1.758	29%
51-75%	1.835	31%
76-100%	555	9%
Gültige Angaben	5.967	100%
Keine Angaben	471	

Anzahl der durch Maßnahmen erreichten Bundesländer je Dokumentationsbogen (= je Projekt)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
1	6.234	98%
2	77	1%
3	22	0%
4	4	0%
5	10	0%
Mehr als 5 Bundesländer und bundesweite Projekte	46	1%
Gültige Angaben	6.393	100%
Keine Angaben	45	

Aktivitäten in einzelnen Bundesländern

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Bundesweite Projekte	42	1%
Baden-Württemberg	664	10%
Bayern	1.436	22%
Bremen	51	1%
Berlin	92	1%
Brandenburg	128	2%
Hamburg	148	2%
Hessen	334	5%
Mecklenburg-Vorpommern	140	2%
Niedersachsen	438	7%
Nordrhein-Westfalen	1.179	18%
Rheinland-Pfalz	345	5%
Saarland	213	3%
Sachsen	413	6%
Sachsen-Anhalt	622	10%
Schleswig-Holstein	99	2%
Thüringen	245	4%
Keine Angaben	45	

Laufzeit der betrieblichen Gesundheitsförderung in Monaten

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Bis 3 Monate	1.061	17%
4 bis 6 Monate	243	4%
7 bis 11 Monate	306	5%
12 Monate	253	4%
Über 1 bis 2 Jahre	642	10%
Über 2 bis 3 Jahre	568	9%
Über 3 bis 4 Jahre	340	5%
Über 4 bis 5 Jahre	256	4%
Über 5 bis 6 Jahre	98	2%
Über 6 bis 7 Jahre	83	1%
Über 7 bis 8 Jahre	67	1%
Über 8 bis 9 Jahre	31	0%
Über 9 bis 10 Jahre	26	0%
Über 10 Jahre	101	2%
Ende nicht abschätzbar	2.250	36%
Gültige Angaben	6.325	100%
Keine Angaben	113	
Grundgesamtheit neuer Bögen 2016 ff (Variable Ende nicht abschätzbar vorhanden)	4.909	

Laufzeit in Monaten je Dokumentationsbogen

	2016	
Minimum	1	
Maximum	396	
Mittelwert	27	

2 Zielgruppen

Die Aktivitäten richteten sich an alle Beschäftigten

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Ja	4.239	67%
Nein	2.133	33%
Gültige Angaben	6.372	100%
Keine Angaben	66	

Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich, Präventionsbericht 2017: Abb. 21)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Gleichmaßen beide Geschlechter	1.152	94%
Speziell weibliche Personen	44	4%
Speziell männliche Personen	36	3%
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	582	27%
Ältere Arbeitnehmer	149	7%
Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund	44	2%
Menschen mit Behinderungen	9	0%
Auszubildende	375	18%
Obere Führungsebene	557	26%
Mittlere Führungsebene einschl. Meister/Teamleiter	696	33%
Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung	447	21%
Testgruppen zur modellhaften Erprobung	109	5%

Anzahl der durch Maßnahmen erreichten Personen (Schätzung)

	2016
Schätzzahl direkt erreichter Beschäftigter	
Minimum	1
Maximum	60.000
Summe	1.439.283
...davon mindest. 50 Jahre alte Beschäftigte	
Minimum	1
Maximum	30.000
Summe	374.830
Auswirkung auf ... weitere Beschäftigte	
Minimum	1
Maximum	20.000
Summe	527.311
... davon mindest. 50 Jahre alte Beschäftigte	
Minimum	1
Maximum	9.510
Summe	176.130
Gesamt	
Insgesamt erreichte Beschäftigte	1.966.594

3 Außerbetriebliche Kooperationspartner

Außerbetriebl. Kooperationspartner haben Ressourcen in Aktivitäten der BGF eingebracht

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Ja	2.865	45%
Nein	3.489	55%
Gültige Angaben	6.354	100%
Keine Angaben	84	

Außerbetriebliche Kooperationspartner, die Ressourcen in die BGF-Aktivitäten eingebracht haben

(Mehrfachnennungen möglich, Präventionsbericht 2017: Abb. 22)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Andere Krankenkassen	256	9%
Unfallversicherungsträger	663	23%
Rentenversicherungsträger	35	1%
staatlicher Arbeitsschutz	168	6%
Betriebsärzte	506	18%
Öffentlicher Gesundheitsdienst	84	3%
Bund	3	0%
Länder	4	0%
Kommunen	10	0%
Niedergelassene Ärzte	139	5%
Sonstige Gesundheits-/Sozial- und Bildungseinrichtungen	452	16%
Wirtschaftsverbände	13	0%
Branchenverbände	48	2%
Innungen	14	0%
Kammern	7	0%
Arbeitgeberverbände	11	0%
Gewerkschaften	12	0%
Wirtschaftsförderungsagenturen	3	0%
Wissenschaftliche Einrichtungen	256	9%
Gewerbliche Anbieter/Unternehmen (nicht von KKn finanziert)	1.655	58%
Andere Organisationen	435	15%

Anzahl der Kooperationspartner je Dokumentationsbogen

	2016
Minimum	1
Maximum	7
Mittelwert	1,5

4 Koordination und Steuerung

Es gibt eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Ja	3.597	57%
Nein	2.743	43%
Gültige Angaben	6.340	100%
Keine Angaben	98	

Im Entscheidungs-/Steuerungsgremium sind vertreten: (Präventionsbericht 2017: Abb. 26)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Betriebs-/Personalrat	2.438	68%
Betriebsarzt oder Betriebsärztin	1.216	34%
Entscheidungsebene	3.065	85%
Sicherheitsfachleute	1.773	49%
Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen	1.029	29%
Mittlere Führungskräfte	1.940	54%
Vertreter oder Vertreterinnen der Krankenkassen	2.784	77%
Vertreter oder Vertreterinnen der Unfallversicherung	138	4%
Vertreter der Rentenversicherung	3	0%
Externe Kooperationspartner	402	11%
Andere	266	7%

Anzahl Beteiligter Vertretergruppen im Steuerungsgremium je Dokumentationsbogen

	2016
Minimum	1
Maximum	9
Mittelwert	4,2

Wie wurde die Vereinbarung zur Durchführung der Aktivitäten mit dem Betrieb abgeschlossen?

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Schriftlich	847	59%
Mündlich	591	41%
Gültige Angaben	1.438	100%
Keine Angaben	5.000	

5 Bedarfsermittlung

Art der Bedarfsermittlung, (Präventionsbericht 2017: Abb. 27)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Betriebs-/Arbeitsplatzbegehung	2.663	45%
Arbeitssituationserfassung	1.282	22%
Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz	1.510	26%
Belastungs- und Gefährdungsermittlung	1.183	20%
Befragung der Zielgruppe/ Mitarbeiterbefragung	2.364	40%
Expertenbefragung	1.169	20%
Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen, Unfallversicherung, Rentenversicherung	3.031	52%
Auswertung der lokalen/regionalen/Landes-Gesundheits- und Sozialberichterstattung	111	2%
Screening, medizinische Untersuchung	1.557	26%
Fähigkeitstests	323	5%
Dokumenten-/Literaturrecherchen	563	10%
Gültige Angaben	5.879	100%
Keine Angaben	559	

Anzahl der Arten der Bedarfsermittlungen je Dokumentationsbogen

	2016
Minimum	1
Maximum	10
Mittelwert	2,8

6 Gesundheitszirkel

Innerhalb des Betriebes wurden Gesundheitszirkel durchgeführt

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Ja	1.443	24%
Nein	4.680	76%
Gültige Angaben	6.123	100%
Keine Angaben	315	

Anzahl durchgeführter Gesundheitszirkel

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
1	467	38%
2	312	26%
3	139	11%
4	116	10%
5-9	115	9%
10 und mehr Zirkel	66	5%
Gültige Angaben	1.215	100%
Summe Gesundheitszirkel	3.632	100%
10 und mehr Zirkel (aufgegliedert):		
10-14	39	3,2%
15-19	10	0,8%
20-29	16	1,3%
30-39	0	0,0%
40-49	1	0,1%
50 und mehr	0	0,0%

Anzahl Gesundheitszirkel je Dokumentationsbogen

	2016
Minimum	1
Maximum	40
Mittelwert	3

7 Intervention

Verhaltens- oder Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Aktivitäten	2.614	46%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	2.620	46%
Nur verhältnisbezogene Aktivitäten	458	8%
Gültige Angaben	5.692	100%
Keine Angaben	746	

Inhaltliche Ausrichtung der verhältnisbezogenen Aktivitäten im Berichtsjahr (Mehrfachnennungen möglich, Präventionsber

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen	1.819	53%
Gesundheitsgerechte Führung	1.235	36%
Gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen:		
Bewegungsförderliche Umgebung	1.487	43%
Gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag	756	22%
Verhältnisbezogene Suchtprävention im Betrieb	457	13%
Veränderung der Arbeits-/Betriebsorganisation	1.167	34%
Verbesserung Umgebungsbedingungen	1.314	38%
Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren	891	26%
Erweiterung Handlungs-/Entscheidungsspielräume, Verantwortlichkeiten	588	17%
Informations-/Kommunikationsstrukturen	1.157	33%
Soziale Angebote und Einrichtungen	367	11%
Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben	271	8%
Andere	67	2%
Gültige Angaben	3.464	100%
Keine Angaben	2.974	

Anzahl verhältnisbezogener inhaltlicher Ausrichtungen (= je Dokubogen)

	2016
Minimum	1
Maximum	13
Mittelwert	3,3

Inhaltliche Ausrichtung der verhaltensbezogenen Aktivitäten im Berichtsjahr (Mehrfachnennungen möglich, Präventionsbericht 2017: Abb. 29)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Stressbewältigung und Ressourcenstärkung	2.356	50%
Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte	3.624	77%
Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag	1.813	38%
Verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb	786	17%
Gültige Angaben	4.732	100%
Keine Angaben	1.706	

Anzahl verhaltensbezogener inhaltlicher Ausrichtungen (=je Dokubogen)

	2016
Minimum	1
Maximum	4
Mittelwert	1,8

Angewandte Methoden (Mehrfachnennungen möglich)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung	1.839	32%
Gruppenschulung und -beratung/ Kursprogramme	2.629	45%
Seminare (Rollenspiel etc.)	1.533	26%
Vortrag, Tagung	2.033	35%
Individuelle Beratung	2.697	46%
Organisationsberatung, -entwicklung	901	15%
Gesundheitstage, -wochen	2.982	51%
Fremdsprachliche Angebote	36	1%
Sonstige	158	3%
Gültige Angaben	5.814	100%
Keine Angaben	624	

Anzahl angewandter Methoden je Dokubogen (= je Projekt)

	2016
Minimum	2
Maximum	9
Mittelwert	3,7

Eingesetzte Medien (Mehrfachnennungen möglich)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Video, Foto, Overhead, Beamer etc.	1.955	44%
Übungsmanuale/ Arbeitsunterlagen	2.452	55%
Anschauungsmaterial/Modelle	1.832	41%
Faltblätter, Broschüren	3.671	82%
Ausstellungen, Plakate	1.457	33%
Internet/Intranet	788	18%
Betriebszeitung	461	10%
Sonstiges	378	8%
Gültige Angaben	4.452	100%
Keine Angaben	1.986	

Anzahl Medienarten je Dokumentationsbogen

	2016
Minimum	1
Maximum	8
Mittelwert	2,9

8 Erfolgskontrolle

Planung oder Durchführung einer Erfolgskontrolle

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Erfolgskontrolle durchgeführt oder geplant	4.474	73%
Erfolgskontrolle nicht vorgesehen	1.670	27%
Gültige Angaben	6.144	100%
Keine Angaben	294	

Art der Erfolgskontrolle (für Projekte mit erfolgter Erfolgskontrolle), (Präventionsbericht 2017: Abb. 30)

	2016	
	Anzahl	gültige Prozente
Strukturen	550	23%
Abläufe	660	27%
Verhaltensparameter	542	22%
Kompetenzen	393	16%
Subjektive Einschätz. v. Gesundheit/Funktionalität	630	26%
Gesundheitsparameter	456	19%
Krankenstand	1.147	47%
Gesundheitsökonomische Analyse	114	5%
Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme	1.197	49%
Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention	1.777	73%
Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention	1.508	62%
Bekanntheitsgrad der Intervention im Betrieb	537	22%
Kooperation, Netzwerkbildung mit anderen Betrieben/außerbetriebl. Instanzen	256	11%
Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)	341	14%
Streuung von Programmen	166	7%
Gültige Angaben	2.423	100%

Anzahl Erfolgskontrollen je Dokumentationsbogen

	2016
Minimum	1
Maximum	15
Mittelwert	4,3

7 Betriebliche Gesundheitsförderung: Überbetriebliche Netzwerke und Kooperationen

Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

Anzahl ausgewerteter Dokumentationsbögen

	2016	
	Anzahl	%
Anzahl Dokumentationsbögen (Anzahl Netzwerke/Kooperationen)	142	100

1 Mitglieder des Netzwerks/der Kooperation

Anzahl der beteiligten Krankenkassen/Organisationen/Betriebe (Präventionsbericht 2017, Abb. 31)

An dem Netzwerk/der Kooperation sind neben der eigenen Krankenkasse beteiligt:

	2.016	
	Anzahl	%
Andere Krankenkasse(n)	31	1%
Anzahl Krankenkassenverbände auf Landesebene	5	0%
Anzahl Krankenkassenverbände auf Bundesebene	0	0%
Anzahl Organisationen (außer Krankenkassen und Krankenkassenverbänden)	433	9%
Anzahl Betriebe	4.311	90%
... davon Integrationsfirmen/Werkstätten für Menschen mit Behinderungen	99	
Anzahl der Netzwerkpartner insgesamt	4.780	100%
Keine Angaben	0	0%

Schriftliche Kooperationsvereinbarung liegt vor

	2016	
	Anzahl	%
ja	39	27%
nein	96	68%
Keine Angaben	7	5%

Organisationen als Netzwerkmitglieder/Kooperationspartner, (Präventionsbericht 2017, Abb. 32)

Die Kooperationspartner/Netzwerkmitglieder stammen aus den folgenden

Organisationen

	2016	
	Anzahl	%
Unfallversicherungsträger: Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie	4	1%
Berufsgenossenschaft Holz und Metall	5	2%
Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro	0	0%
Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe	1	0%
Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft	4	1%
Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik	2	1%
Verwaltungs-Berufsgenossenschaft	3	1%
Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	0	0%
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst Wohlfahrtspflege	7	3%
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft	0	0%
Unfallversicherung Bund und Bahn	1	0%
Unfallkassen der Länder	6	2%
Gemeindeunfallversicherungsverbände und Unfallkassen der Gemeinden	2	1%
Feuerwehr-Unfallkassen	0	0%
Gemeinsame Unfallkassen für den Landes- und den kommunalen Bereich	1	0%
Private Krankenversicherungsunternehmen	0	0%
Soziale Pflegeversicherung	0	0%
Private Pflegeversicherungsunternehmen	0	0%
Deutsche Rentenversicherung Bund	15	5%
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See	5	2%
Staatlicher Arbeitsschutz	7	3%
Jobcenter/Arbeitsagenturen	13	5%
Öffentlicher Gesundheitsdienst	8	3%
Bund	1	0%
Länder	8	3%
Kommunen	10	4%
Betriebsärzte	5	2%
Wirtschaftsfachverbände	8	3%
Branchenverbände	10	4%
Innungen	22	8%
Kammern	27	10%
Arbeitgeberverbände	16	6%
Gewerkschaften	12	4%
Wirtschaftsförderungsagenturen	10	4%
Wohlfahrtsverbände	11	4%
Sonstige Gesundheits-/Sozial-/Bildungseinrichtungen	18	7%
Wissenschaftliche Einrichtungen	10	4%
Andere Organisationen	21	8%
Summe spezifisch bezeichneter Organisationen	273	100%

Betriebe als Netzwerkmitglieder nach Betriebsgröße, (Präventionsbericht 2017, Abb. 33)

Anzahl der am Netzwerk/der Kooperation beteiligten Betriebe, geordnet nach

Betriebsgröße

Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Summe der Betriebe

	2016	
	Anzahl	%
Anzahl Betriebe mit 1 – 9 Beschäftigten	865	19%
Anzahl Betriebe mit 10 – 49 Beschäftigten	953	21%
Anzahl Betriebe mit 50 – 99 Beschäftigten	855	19%
Anzahl Betriebe mit 100 – 499 Beschäftigten	1.198	27%
Anzahl Betriebe mit 500 – 1499 Beschäftigten	464	10%
Anzahl Betriebe mit 1500 und mehr Beschäftigten	102	2%
Summe	4.437	100%

Dauer des Bestehens des Netzwerks/der Kooperation

	2016	
	Anzahl	%
Median der Gründungsjahre	2015	
Das Netzwerk/die Kooperation besteht über den 31. Dezember des Berichtsjahrs hinaus	122	88%
Das Netzwerk/die Kooperation hat sich im Berichtsjahr aufgelöst	16	12%
Summe	138	100%

Zielgruppe Betriebe

Branchen

Die Betriebe, die mit den Aktivitäten des Netzwerks oder der Kooperation erreicht werden sollen, stammen aus den folgenden Branchen

	2016	
	Anzahl	%
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	15	11%
Bergbau, Gewinnung v. Steinen u. Erden	12	8%
Herstellung v. Nahrungs- u. Futtermittel, Getränkeherstellung, Tabakverarbeitung	43	30%
Herstellung v. Textilien, Bekleidung, Lederwaren, Schuhen, Holz-, Flecht-, Korb- u. Korkwaren	44	31%
Herstellung v. Papier, Pappe u. Waren daraus, Druckerzeugnissen, Vervielfältigung v. elektrischen Medien	37	26%
Kokerei u. Mineralölverarbeitung, Herstellung v. chemischen u. pharmazeutischen Erzeugnissen	23	16%
Herstellung v. Gummi- u. Kunststoffwaren, Glas- u. Glaswaren, Keramik, Verarbeitung v. Steinen u. Erden	47	33%
Metallerzeugung u. -bearbeitung, Herstellung v. Metallerzeugnissen	76	54%
Herstellung v. Datenverarbeitungsgeräten, elektrischen u. optischen Erzeugnissen, elektrische Ausrüstungen	38	27%
Maschinenbau	55	39%
Herstellung v. Kraftwagen u. -teilen, Sonstiger Fahrzeugbau	44	31%
Herstellung v. Möbeln, sonstigen Waren, Reparatur u. Installation v. Maschinen u. Ausrüstungen	45	32%
Energie- u. Wasserversorgung, Abwasserentsorgung, Abfallbeseitigung, Rückgewinnung, Entsorgung	34	24%
Baugewerbe	57	40%
Kfz-Handel; Instandhaltung/Reparatur v. Kfz; Tankstellen	47	33%
Großhandel (ohne Kfz)	38	27%
Einzelhandel (ohne Kfz)	49	35%
Verkehr, Lagerei und Postdienste	33	23%
Gastgewerbe, Gastronomie	29	20%
Information u. Kommunikation	35	25%
Finanz- und Versicherungsleistungen, Grundstücks-/Wohnungswesen	35	25%
Freiberufliche, wissenschaftliche technische u. sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	28	20%
Öffentl. Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	68	48%
Erziehung und Unterricht	28	20%
Gesundheitswesen	58	41%
Heime	51	36%
Sozialwesen (ohne Heime)	32	23%
Kunst, Unterhaltung, sonstige Dienstleistungen, private Haushalte, exterritoriale Organisationen und Körperschaften	18	13%
Summe	1.119	-

Lokalisation der Betriebe

Die Betriebe, die als Zielgruppe mit den Aktivitäten des Netzwerks oder der Kooperation erreicht werden sollen, befinden sich an den folgenden Orten: *

	2.016	
	Anzahl	%
Europaweit	7	5%
Bundesweite Projekte	17	12%
Baden-Württemberg	13	9%
Bayern	53	37%
Bremen	0	0%
Berlin	4	3%
Brandenburg	3	2%
Hamburg	8	6%
Hessen	5	4%
Mecklenburg-Vorpommern	4	3%
Niedersachsen	5	4%
Nordrhein-Westfalen	23	16%
Rheinland-Pfalz	22	15%
Saarland	10	7%
Sachsen	3	2%
Sachsen-Anhalt	3	2%
Schleswig-Holstein	3	2%
Thüringen	2	1%
Summe	185	-

Aktivitäten des Netzwerks

Aktivitäten für die Netzwerk-/Kooperationsmitglieder, (Präventionsbericht 2017, Abb. 34)

Für Netzwerk-/Kooperationsmitglieder (Organisationen/Betriebe) wurden die folgenden Aktivitäten durchgeführt, u. a. mit dem Ziel der Sensibilisierung für betriebliche Gesundheitsförderung:

	2.016	
	Anzahl	%
Gründung/Initiierung des Netzwerks/der Kooperation durch die Krankenkasse	59	42%
Organisation des Netzwerks/der Kooperation durch die Krankenkasse(n)	54	38%
Begleitung des Netzwerks/der Kooperation durch die Krankenkasse(n)	97	68%
Entwicklung einer internetgestützten Austauschplattform (Forum, Pinnwand, Chat, Webinar)	10	7%
Eine bestehende internetgestützte Austauschplattform wird genutzt	10	7%
Versand schriftlicher Materialien zur betrieblichen Gesundheitsförderung an Netzwerk-/Kooper	68	48%
Durchführung von Informationsveranstaltungen für Netzwerk-/Kooperationsmitglieder	111	78%
Beratung Netzw.-/Kooperationsmitglieder	92	65%
Schulung Netzwerk-/Kooperationsmitglieder	55	39%
Andere Aktivitäten	19	13%
Summe	2.591	-

Weitere Aktivitäten

	2.016	
	Anzahl	%
Öffentlichkeits-/Pressearbeit	102	65%
Planung oder Durchführung von Forschungsprojekten	7	5%
Planung oder Durchführung von Wissenstransferprojekten	7	5%
Summe	116	-

Erreichte Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation

	2.016	
	Anzahl	%
Anzahl durch Aktivitäten erreichter Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation	9.447	
Min	0	
Max	800	

Aktivitäten für Betriebe außerhalb des Netzwerks/der Kooperation

(Prozentzahlen beziehen sich auf die Summe der Aktivitäten)

Versand schriftl. Materialien zur betrieblichen Gesundheitsförderung	4.481	73%
Durchführung von Informationsveranstaltungen	735	12%
Beratung der Betriebe	680	11%
Überbetriebliche Schulung von Vertretern der Betriebe	193	3%
Andere Aktivitäten/Angebote	15	0%
Summe	6.104	-

Durch Netzwerke/Kooperationen erreichte Betriebe insgesamt

Erreichte Betriebe Gesamt	13.758
---------------------------	--------

Evaluation

	2.016	
	Anzahl	%
Durchführung Evaluation	30	21%
Planung Evaluation	25	18%
Keine Planung Evaluation	83	58%
Summe	138	97%
Keine Angaben	4	3%

Aktivitäten laufen weiter

	2.016	
	Anzahl	%
Ja	122	86%
Nein	20	14%
Summe	142	
Keine Angaben	0	0%

8 Zeitreihen

8.1 Entwicklung ausgewählter Kennzahlen

Lebenswelten

Anzahl der Dokubögen	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	143	454	638	622	859	1.083	1.165	1.201	1.223	1.213	1.111	1.160	1.151	1.207	1.627	2.838

(Präventionsbericht 2017: Abb. 5)

Anzahl der Lebenswelten	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
					18.273	19.699	13.596	22.046	20.252	30.098	21.642	30.444	28.900	22.930	24.420	35.429

(Präventionsbericht 2017: Abb. 8)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Direkt erreichte Personen					780.959	1.508.467	1.866.343	2.153.070	2.119.016	2.444.429	2.422.723	2.522.516	2.641.599	2.161.609	2.513.213	3.280.868
Indirekt erreichte Personen					1.194.119	1.822.527	2.214.269	4.166.041	4.797.333	6.559.270	6.616.453	6.761.832	7.288.346	5.599.282	6.312.337	6.582.293
Summe erreichte Personen					1.975.078	3.330.994	4.080.612	6.319.111	6.916.349	9.003.699	9.039.176	9.284.348	9.929.945	7.760.891	8.825.550	9.863.161

(Präventionsbericht 2017: Abb. 10)

Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
					13	13	17	18	16	22	19	19	17	20	21	22

Summe der durchgeführten Gesundheitszirkel	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
					755	755	893	1.418	1.767	2.258	2.009	2.395	1.655	1.847	1.839	1.215

Individueller Ansatz

(Präventionsbericht 2017: Abb. 35)

Anzahl der Kursteilnehmer insgesamt	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
		352.961	542.643	803.416	1.167.618	1.440.131	1.858.535	2.061.644	2.105.409	1.979.366	1.677.853	1.343.236	1.476.698	1.710.773	1.665.209	1.673.523

Betriebliche Gesundheitsförderung

Anzahl der Dokubögen	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
		1.895	2.164	2.563	2.531	2.422	3.014	3.423	3.693	4.303	4.357	4.553	4.712	5.750	5.828	6.438

Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
				16	19	19	23	27	28	30	36	39	38	*	29	27

Summe der durchgeführten Gesundheitszirkel	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
				1.607	1.607	1.937	2.261	2.827	2.727	3.060	4.202	2.598	2.451	2.807	3.193	3.632

(Präventionsbericht 2017: Abb. 17)

Anzahl der Betriebe	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
					3405*	3592*	3.888*	4.788	5.353*	6.473	6.798	8.155	9.882	11.373	10.922	13.132

(Präventionsbericht 2017: Abb. 20)

Direkt erreichte Personen	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
					429.487	409.163	483.782	535.578	621.913	664.604	793.007	891.352	1.058.639	1.214.764	1.302.383	1.439.283

*Ausreißerwerte wurden heraus genommen

Kooperationspartner waren eingebunden	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
					1.293	1.310	1.667	1.824	2.151	2.471	2.551	2.458	2.360	2.851	2.878	2.865

(Präventionsbericht 2017: Abb. 23)

UV war Kooperationspartner	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
					490	492	647	707	790	914	1.010	757	611	706	661	663

Anteil der Projekte mit Beteiligung UV beteiligt ist an allen Projekten mit Kooperationspartnern	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
					38%	38%	39%	39%	37%	37%	40%	31%	26%	25%	23%	23%

gültige Angaben	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
					2.516	2.417	2.977	3.283	3.670	4.266	4.303	4.466	4.642	5.674	5.775	6.354

*wegen technischer Umstellung Berechnung nicht möglich