

Präventionsbericht 2008

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2007



Impressum

Herausgeber:
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Lützowstraße 53
45141 Essen
Telefon: 0201/8327-0
Telefax: 0201/8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de

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

Umschlaggestaltung:
BestPage Kommunikation GmbH & Co. KG
45479 Mülheim an der Ruhr

Titelbild:
emo-pictures

Herstellung und Druck:
Druckstudio GmbH
40589 Düsseldorf

Dezember 2008

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Berlin

BKK Bundesverband, Essen

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

Knappschaft, Bochum

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

und

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

unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes

Präventionsbericht 2008

**Dokumentation von Leistungen der
gesetzlichen Krankenversicherung
in der Primärprävention und
betrieblichen Gesundheitsförderung**

– Berichtsjahr 2007 –

Vorworte

Für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung gaben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2007 knapp 300 Millionen Euro aus. Das sind 4,25 Euro je Versicherten – der höchste Betrag bisher. Der hier mittlerweile zum siebten Mal vorgelegte Präventionsbericht legt Rechenschaft darüber ab, was mit diesen Mitteln finanziert wurde.

Die Bilanz ist beeindruckend. So wurden aus den Settings und Betrieben 4.179 Projekte gemeldet; 19 Prozent mehr als im Vorjahr. 2,4 Millionen Menschen beteiligten sich. Da sich in Settings viele Menschen mit sozialen Benachteiligungen erreichen lassen, wurde ein wichtiger Beitrag zur Verminderung sozial ungleich verteilter Gesundheitschancen geleistet. Des Weiteren stieg die Zahl der Teilnehmer an individuellen Kursangeboten von 1,4 auf 1,9 Millionen.

2007 haben die gesetzlichen Krankenkassen erstmals auf Basis einer Selbstverpflichtung gemeinsame quantifizierte Ziele für die Primärprävention nach § 20 und die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V beschlossen. Der Präventionsbericht stellt die Ziele differenziert dar und bildet die Ausgangszahlen vor Beginn der verstärkten Aktivitäten zur Zielerreichung ab. Als weiteres Schwerpunktthema greift der Bericht die aktuelle Diskussion um geschlechtsspezifische Prävention auf. Beispiele aus der Praxis der Gesundheitsförderung runden den Bericht ab. Sie zeigen, was in Kindertagesstätten, Schulen und der betrieblichen Gesundheitsförderung an einer Universität bewegt werden konnte.

Für das große Engagement in der Gesundheitsförderung und das zeitaufwändige Ausfüllen der Dokumentationsbögen sei an erster Stelle den Mitarbeitern in den Krankenkassen-Geschäftsstellen vor Ort gedankt. Ohne ihre Mitwirkung wäre der sehr informative Präventionsbericht nicht möglich. Den beteiligten Krankenkassen sowie den Landesvereinigungen für Gesundheit in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt danken wir für die Praxisbeispiele. Abschließend sei den Mitarbeitern des MDS sowie den Fachreferenten der GKV-Spitzenverbände für die Zusammenführung, Auswertung und Kommentierung der Daten gedankt



Rolf Stuppardt

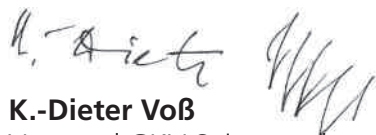
Vorstandsvorsitzender IKK-Bundesverband



Dr. Peter Pick

Geschäftsführer MDS

Die gesetzliche Krankenversicherung legt zum siebten Mal ihren Präventionsbericht vor. Er zeigt, wie die GKV – Hauptträger der Prävention in Deutschland – Primärprävention und Gesundheitsförderung gestaltet. Wie viele Kinder wurden in Kindergärten erreicht? Gesunde Ernährung, Bewegung: was waren die Hauptthemen der Gesundheitsförderung? Welche Kooperationspartner beteiligten sich an den Angeboten? Dies sind nur einige Fragen, die der Bericht beantwortet. Zu dieser Transparenz haben sich die Krankenkassen selbst verpflichtet. Gemeinsam stellen sie sich damit der fachöffentlichen und politischen Diskussion. Die Präventionsberichte zeigen die qualitative und quantitative Entwicklung der kassengeforderten Primärprävention und Gesundheitsförderung: Die gesetzlichen Krankenkassen erfüllen in diesem gesundheitspolitisch wichtigen Segment mehr als nur den gesetzlich geschuldeten Anteil einer insgesamt gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zum Nutzen der Menschen. Hierfür gilt allen Beteiligten Dank und Anerkennung.



K.-Dieter Voß

Vorstand GKV-Spitzenverband

Inhaltsverzeichnis

Vorworte	3
Inhaltsverzeichnis	5
Zusammenfassung	9
1 Highlights	13
1.1 Rekordbeteiligung bei Präventionsprojekten der gesetzlichen Krankenversicherung	13
1.2 Verschiedene Ansätze erreichen unterschiedliche Zielgruppen	13
1.3 Qualität der Projekte weiter verbessert	14
1.4 Erstmals GKV-Präventionsziele gesetzt und Ausgangswerte erhoben	14
2 Einleitung	15
3 GKV formuliert Präventionsziele	19
3.1 Präventionsziele für 2008 und 2009	19
3.2 Basisdaten für 2007 liegen vor	21
3.2.1 Setting-Ansatz	21
3.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung	22
4 Schwerpunktthema: Geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung und Prävention	23
5 Primärprävention nach dem Setting-Ansatz	27
5.1 Schwerpunktthema: Kindertagesstätten	27
5.2 Das Projekt „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“	30
5.2.1 Beweggründe	30
5.2.2 Zielsetzungen	31
5.2.3 Teilnahmeanreize	31
5.2.4 Voraussetzungen für die Zertifizierung	32
5.2.5 Evaluation	33
5.2.6 Erste Stimmen aus Projektkindergärten	33
5.2.7 Ausblick	34
5.3 Evaluation belegt: GESUND LEBEN LERNEN mit breiter Wirkung erfolgreich	35
5.3.1 GESUND LEBEN LERNEN – Ergebnisse der externen Evaluation	35
5.3.2 GESUND LEBEN LERNEN 2007 und 2008 vertieft und fortgesetzt	38
5.4 Ergebnisse der bundesweiten Aktivitäten der GKV im Setting-Ansatz	39
5.4.1 Allgemeine Daten	39
5.4.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen	44
5.4.3 Kooperationspartner	45
5.4.4 Koordination und Steuerung	47
5.4.5 Bedarfsermittlung	48

5.4.6	Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstatt.....	49
5.4.7	Intervention.....	50
5.4.8	Erfolgskontrollen.....	52
5.5	Settingbezogene Auswertungen.....	54
5.5.1	Laufzeiten der Interventionen	54
5.5.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen.....	55
5.5.3	Gesundheitszirkel	56
5.5.4	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen.....	57
5.5.5	Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten	58
5.5.6	Erfolgskontrollen.....	58
5.6	Bedarfsermittlung, Interventionen und Erfolgskontrollen in Abhängigkeit von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen	59
5.6.1	Intervention.....	59
5.6.2	Erfolgskontrolle.....	61
6	Primärprävention nach dem individuellen Ansatz.....	63
6.1	Inanspruchnahme	64
6.2	Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern.....	65
6.3	Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht.....	66
6.3.1	Alter.....	66
6.3.2	Geschlecht	68
6.4	Leistungsanbieter	69
7	Betriebliche Gesundheitsförderung	71
7.1	Betriebliche Gesundheitsförderung an der Freien Universität Berlin	74
7.1.1	Analyseinstrumente	74
7.1.2	Maßnahmen und Handlungsfelder.....	75
7.2	Ergebnisse des Gesamtdatensatzes	78
7.2.1	Allgemeine Daten – Laufzeit, Branchen, Betriebsgröße, Anzahl Standorte...78	
7.2.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen.....	84
7.2.3	Kooperationspartner.....	85
7.2.4	Koordination und Steuerung	86
7.2.5	Bedarfsermittlung.....	87
7.2.6	Gesundheitszirkel	88
7.2.7	Intervention.....	88
7.2.8	Erfolgskontrolle.....	91
7.3	Branchenbezogene Auswertungen	93
7.3.1	Allgemeine Daten	93
7.3.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen.....	96
7.3.3	Gesundheitszirkel	97

7.3.4	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen.....	97
7.3.5	Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	98
7.3.6	Erfolgskontrollen.....	98
7.4	Betriebsgrößenspezifische Auswertungen	99
7.4.1	Allgemeine Daten	99
7.4.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen.....	101
7.4.3	Gesundheitszirkel	102
7.4.4	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen.....	103
7.4.5	Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	103
7.4.6	Erfolgskontrollen.....	104
7.5	Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle bei vorhandenen bzw. fehlenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen	105
7.5.1	Bedarfsermittlung.....	105
7.5.2	Intervention.....	106
7.5.3	Erfolgskontrolle.....	108
8	Ausblick	109
	Abbildungsverzeichnis	111
	Tabellenverzeichnis.....	113
	Anhang	114
	Dokumentationsbögen	114
	Tabellenband.....	126
	Literatur, Quellenangaben.....	126
	Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Kommentierung	127
	Autoren der Praxisbeispiele	128

Anmerkung:

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

Zusammenfassung

Highlights: Die folgenden Ergebnisse des Präventionsberichts 2008 sind herauszuheben:

Die Krankenkassen erzielten 2007 eine Rekordbeteiligung an der Gesundheitsförderung. Erstmals erreichten sie über die Primärprävention und Gesundheitsförderung schätzungsweise 4,2 Millionen Menschen direkt. Weitere 2,4 Millionen zogen Nutzen aus den Auswirkungen der Maßnahmen. Die Krankenkassen investierten hierfür knapp 300 Millionen Euro und damit den bisher höchsten Betrag. Aus den Settings und Betrieben wurden 4.179 Projekte gemeldet, eine Steigerung um 19 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Die Zahl der Teilnehmer an individuellen Kursangeboten stieg von 1,4 auf 1,9 Millionen.

Die verschiedenen Ansätze erreichten unterschiedliche Zielgruppen: Über Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz wurden besonders Kinder und Jugendliche erreicht, darunter viele Kinder mit sozialen Benachteiligungen. Betriebliche Gesundheitsförderung erreichte vorzugsweise männliche Personen im Erwerbsalter. Frauen griffen eher Kursangebote nach dem individuellen Ansatz auf.

Die Qualität der Projekte verbesserte sich weiter: Insbesondere verlängerte sich die durchschnittliche Laufzeit der Projekte sowohl beim Setting-Ansatz als auch bei der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Beim Setting-Ansatz war ein Zuwachs bei der Zahl der verhaltens- und gleichzeitig verhältnisbezogenen Interventionen sowie bei der Menge der durchgeführten Gesundheitszirkel zu verzeichnen. Häufiger als im Vorjahr wurden Erfolgskontrollen durchgeführt.

Die GKV hat sich erstmals Präventionsziele in der Primärprävention und BGF gesetzt. Der vorliegende Präventionsbericht bildet die Ausgangswerte für die Messung der Zielerreichung in den Jahren 2008 und 2009 ab.

Einleitung: Das Ziel von Primärprävention und Gesundheitsförderung ist unter anderem, die Eigenverantwortung der Bevölkerung zu steigern, Frühverrentungen zu vermeiden und die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten und zu stärken. Hierfür ist das Engagement der gesamten Gesellschaft, im Besonderen der gesetzlichen Krankenkassen und weiterer gesellschaftlich relevanter Institutionen, wie z. B. Bund, Länder, Kommunen, Unfallversicherung gefragt.

Die Rechtsgrundlage für Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen bilden die Paragraphen 20 und 20a des Fünften Sozialgesetzbuchs. Entsprechend des Gesetzesauftrags nach § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V richten die gesetzlichen Krankenkassen ihr Augenmerk besonders auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Bei diesen sind gesundheitsriskante Verhaltensgewohnheiten wie Rauchen oder Bewegungsmangel am stärksten verbreitet.

Die gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien für GKV-Leistungen in der Primärprävention und Gesundheitsförderung werden im GKV-Leitfaden Prävention definiert und unter Einbeziehung externer Sachverständigen kontinuierlich dem aktuellen Kenntnisstand angepasst. Sie sind für die gesetzlichen Krankenkassen verbindlich.

Die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention sind gegliedert in Setting-Ansatz, individueller Ansatz und betriebliche Gesundheitsförderung (BGF). Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz und der BGF werden in die Lebenswelten der Menschen, wie z. B. Kindergärten, Schulen, Kommunen oder Betriebe, eingebracht und richten sich sowohl an die Menschen selbst als auch auf die Rahmenbedingungen in den Settings. Bei Angeboten nach dem individuellen Ansatz handelt es sich um Kurs- und Seminarangebote, die Versicherte bei Interesse aufsuchen.

GKV formuliert Präventionsziele: Für die Aktivitäten der GKV in der Gesundheitsförderung und Prävention haben die GKV-Spitzenverbände freiwillig bundesweit gültige, quantifizierte Ziele verabschiedet. Sie gelten zunächst für die Jahre 2008 bis 2009. Als Teilziele streben die Krankenkassen an, bestimmte Maßnahmen auszuweiten.

Oberziele für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz sind die Ausschöpfung salutogener Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen sowie die Reduktion von Krankheiten des Kreislaufsystems. Zielgruppen sind (Klein)Kinder und ihre Eltern, 3- bis 6-jährige Kinder, schulpflichtige Kinder und Jugendliche.

Oberziele für die BGF sind die Ausschöpfung salutogener Potenziale in der Arbeitswelt sowie die Reduktion von psychischen und Verhaltensstörungen. Quantifizierte Teilziele sind festgelegte Steigerungen in der Zahl an Betrieben mit betrieblichen Steuerungskreisen, mit durchgeführten Gesundheitszirkeln sowie mit Angeboten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben. An präventiven Maßnahmen werden bestimmte Steigerungen bei Interventionen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung, zur Stressbewältigung und zum Stressmanagement sowie zur Ausrichtung der Maßnahmen auf ältere Arbeitnehmer angestrebt.

Der vorliegende Präventionsbericht bildet die Ausgangszahlen für die Zielerreichungsmessung ab.

Schwerpunktthema Geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung und Prävention: Männer haben eine geringere Lebenserwartung, höhere Unfall- und Erkrankungsraten und weisen riskantere und gesundheitsschädlichere Verhaltensweisen als Frauen auf. Beim Sport zeigen sie sich stärker leistungs als gesundheitsorientiert.

Sozialwissenschaftliche Erklärungsansätze führen geschlechtsspezifische Unterschiede auf kulturell bedingte Geschlechterrollen und Geschlechterstereotype zurück, bei denen Bilder von „Männlichkeit“ und „Weiblichkeit“ erzeugt werden. Rollenerwartungen spiegeln sich in Gesundheitsverhalten und -wahrnehmung wider.

Über die BGF wurden überproportional Männer erreicht – in gut zwei Dritteln aller an BGF beteiligten Betrieben waren deutlich mehr Männer als Frauen vertreten. Gleichzeitig waren die BGF-Aktivitäten, die Männer in Betrieben mit hohem Männeranteil erreichten, von einem hohen Qualitätsniveau gekennzeichnet: häufiger gleichzeitig verhaltens- und verhältnisbezogene, längere andauernde BGF-Aktivitäten, mehr Gesundheitszirkel und Erfolgskontrollen.

Primärprävention nach dem Setting-Ansatz: Im vorliegenden Präventionsbericht steht das Setting Kindertagesstätte im Fokus. Laut Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) sind bundesweit etwa 1,9 Millionen Kinder und Jugendliche übergewichtig, davon 800.000 adipös. Gleichzeitig geht die körperliche Ausdauer-, Kraft- und Koordinationsleistung von Kindern und Jugendlichen zurück. Um dem möglichst frühzeitig aktiv entgegenzuwirken, wenden sich die Kassen stärker den Kindertagesstätten als Setting zu. Der Präventionsbericht stellt das kassenartenübergreifende Projekt in NRW „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ vor. Im Anschluss wird eine Bilanz zum dreijährigen Schul- und Kindergartenprojekt GESUND LEBEN LERNEN gezogen.

Die wesentlichen Ergebnisse der Krankenkassen-Aktivitäten im Setting-Ansatz waren:

- 2006: 1.083 gemeldete Projekte, 2007: 1.165 Setting-Projekte in insgesamt 13.596 Einrichtungen (vorzugsweise Kindertagesstätten, Grund- und Berufsschulen).
- 2006: 3,3 Millionen, 2007: 4,1 Millionen direkt und indirekt erreichte Personen.
- Anstieg der durchschnittlichen Projektlaufzeit von 13,1 Monaten auf 17,2 Monate.
- Lehrer und Erzieher waren häufiger als in den Vorjahren Zielgruppe von Setting-Aktivitäten. In Grund-, Sonder- und Gesamtschulen vergleichsweise häufige Zielausrichtung auf ausländische Kinder und Jugendliche.

- Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen waren bei zwei Dritteln der gemeldeten Projekte vorhanden.
- Bedarfsanalysen wurden in 96 Prozent aller Fälle durchgeführt. Die drei häufigsten Bedarfsanalysen waren Zielgruppen-, Expertenbefragung und Settingbegehung.
- Gesundheitszirkel wurden in 29 Prozent aller Fälle etabliert. Die Anzahl der Zirkel lag bei 1.238, 345 mehr als im Jahr 2006. Vergleichsweise viele Gesundheitszirkel wurden in Grund- und Sonderschulen durchgeführt.
- Inhaltliche Ausrichtung vorzugsweise auf Bewegung, gefolgt von den Themen Ernährung und Stressreduktion/Entspannung. In Gesamtschulen auffallend häufige Thematisierung von Stressreduktion/Entspannung und Suchtmittelkonsum. Auch in Grund- und Sonderschulen war die Stressreduktion und Entspannung vergleichsweise oft Gegenstand der Maßnahmen.
- Die Maßnahmen waren deutlich häufiger als 2006 gleichzeitig verhaltens- und verhältnisbezogen. Sehr hohe Anteile an gleichzeitig verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen in KiTas, Grund- und Sonderschulen (83 Prozent, 78 Prozent und 74 Prozent).
- Die Umgestaltungen bezogen sich stärker als 2006 auf organisatorische Veränderungen; zudem sehr häufig auf die Umgebungsbedingungen.
- Erfolgskontrollen wurden in 80 Prozent der Projekte durchgeführt oder geplant. Meist genannte Messparameter: Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention, Verhaltensparameter, Abläufe sowie Akzeptanz bei den Zielgruppen.
- Bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen waren die Ergebnisse zu Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle deutlich besser als bei fehlenden.

Primärprävention nach dem individuellen Ansatz: Angebote nach dem individuellen Ansatz richten sich an den einzelnen Versicherten, sind zeitlich begrenzt und sollen dem Einzelnen beim Einstieg in einen gesünderen, aktiveren Lebensstil helfen.

- Anstieg der Kursteilnahmen von 1,4 Millionen im Jahr 2006 auf 1,9 Millionen im Jahr 2007.
- Die meisten Kurse hatten den Hauptschwerpunkt „Bewegung“. Allerdings sprechen die Kursangebote in der Praxis häufig mehr als ein Handlungsfeld an.
- 77 Prozent aller Kursteilnehmer waren weiblich. Höchster Männeranteil (52 Prozent) bei den ohnehin wenig besuchten Angeboten zum Suchtmittelkonsum, geringster Männeranteil bei Kursen zur Stressbewältigung (17 Prozent).
- Ernährungskurse wurden in der Mehrzahl der Fälle von der eigenen Krankenkasse angeboten.

Betriebliche Gesundheitsförderung: Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde die BGF 2007 zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen aufgewertet. Das Gesetz schreibt den Krankenkassen eine Unterstützungsfunktion für die Umsetzung der ermittelten Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu.

Der vorliegende Präventionsbericht listet die Qualitätskriterien für BGF auf, benennt mögliche Rollen und Funktionen einer Krankenkasse im Rahmen eines BGF-Projektes und stellt das betriebliche Gesundheitsmanagement der Freien Universität Berlin vor, um aufzuzeigen, wie die BGF wesentlicher Bestandteil eines betrieblichen Gesundheitsmanagements werden kann.

Die wesentlichen Ergebnisse der bundesweiten Erfassung der BGF-Aktivitäten der Krankenkassen waren:

- Deutliche Zunahme der rückgemeldeten Dokumentationsbögen im Jahr 2007 mit 3.014 gemeldeten BGF-Projekten nach drei Jahren eines gleichbleibenden Aktivitätsniveaus.
- Anstieg der durchschnittlichen Projektlaufzeit von 18,6 Monaten auf 23,3 Monate. Höchste durchschnittliche Laufzeiten im verarbeitenden Gewerbe (28 Monate) und in Betrieben mit 100 und mehr Mitarbeitern (27 bis 37 Monate).
- Überproportional häufig: BGF in Betrieben aus dem verarbeitenden Gewerbe, vergleichsweise wenig in Betrieben aus den Wirtschaftszweigen Dienstleistung und Handel.

- Starke Präsenz der BGF in Betrieben mit 100 und mehr Mitarbeitern (59 Prozent der gemeldeten BGF-Aktivitäten). Großbetriebe mit BGF stammten häufig aus dem verarbeitenden Gewerbe und der öffentlichen Verwaltung, Klein- und Kleinstbetrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern hingegen oft aus dem Baugewerbe und dem Handel.
- Bei zwei Dritteln aller Betriebe war der Männeranteil höher als 50 Prozent. Geringe Frauenanteile waren im Baugewerbe und dem Handel (vorzugsweise KFZ-Handel und Reparatur) zu verzeichnen.
- Schätzungen zufolge wurden etwa 484.000 Beschäftigte direkt und weitere 143.000 Mitarbeiter über die Auswirkungen von BGF (z. B. bei durchgeführten Gesundheitszirkeln) erreicht. 19 Prozent aller erreichten Beschäftigten waren 50 Jahre alt und älter.
- In 60 Prozent aller Fälle wurden alle Beschäftigten eines Betriebes mit der BGF angesprochen. Bei Zielgruppenausrichtung wurden am häufigsten mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n) und Mitarbeiter aus der Produktion oder dem Handwerk genannt.
- In zwei Dritteln aller Fälle waren Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden. In diesen Fällen zeigten die Maßnahmen positivere Rückmeldungen bezüglich gemeldeter Bedarfsanalysen, Interventionen sowie Erfolgskontrollen.
- In vier Fünftel aller Fälle wurden zur Bedarfsanalyse sowohl objektive Daten, wie z. B. Routinedaten der Krankenkassen, als auch subjektive Erhebungen, wie z. B. Mitarbeiterbefragungen, durchgeführt.
- Im Jahr 2007 wurden insgesamt 2.261 Gesundheitszirkel durchgeführt. Das sind 301 Zirkel mehr als 2006. Gesundheitszirkel wurden auffallend häufig in Kleinstbetrieben mit bis zu 9 Mitarbeitern und Betrieben aus dem Baugewerbe durchgeführt.
- Die Interventionen waren inhaltlich in 77 Prozent der Fälle auf die Reduktion körperlicher Belastungen ausgerichtet. Nächsthäufige Inhalte waren die psychosozialen Themen Stressmanagement und gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung.
- 54 Prozent der Maßnahmen waren gleichzeitig verhältnis- und verhaltensbezogen. Vergleichsweise hoch waren hier die Anteile bei Kleinstbetrieben und bei Betrieben aus dem Baugewerbe sowie dem Handel.
- Die Umgestaltungen betrafen vorzugsweise Umgebungsbedingungen, Arbeits- und Unfall-schutz sowie die Arbeits- und Betriebsorganisation.
- Bei 77 Prozent aller Fälle wurden Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren noch in Planung.

Ausblick: Eine Ausweitung von Kooperationen mit regionalen und überregionalen Institutionen und ein verstärkter Einsatz von Gesundheitszirkeln ist erstrebenswert. Die Krankenkassen haben ihre Ausgaben von 22 Cent je Versicherten im Jahr 2006 auf 35 Cent 2007 gesteigert. Das im Leitfaden Prävention gesetzte Ausgabenziel liegt bei 50 Cent je Versicherten. Ferner besteht die Möglichkeit, sich mehr in Projekte der kommunalen Gesundheitsförderung einzubringen.

In der BGF besteht das Potenzial, den Schwerpunkt mehr auf Klein- und Kleinstbetriebe, den Dienstleistungssektor und den Handel zu legen.

Der nächste Präventionsbericht wird abbilden, welche Entwicklungen sich in Richtung auf die Erreichung der selbst gesetzten Präventionsziele feststellen lassen. Für die Krankenkassen gilt es, die zielbezogenen Aktivitäten im Jahr 2009 zu verstärken.

Highlights

1.1 Rekordbeteiligung bei Präventionsprojekten der gesetzlichen Krankenversicherung

Erstmals waren 2007 rund 4,2 Millionen Menschen an den präventiven und gesundheitsförderlichen Projekten und Kursen unmittelbar beteiligt. Darüber hinaus profitierten etwa 2,4 Millionen weitere Menschen von den Auswirkungen der Maßnahmen. Im Vergleich dazu lag die Gesamtschätzsumme der direkt erreichten Menschen 2006 bei 3,4 Millionen und der daraus indirekt Nutzen ziehenden Menschen bei 2,3 Millionen.

Für Primärprävention und Gesundheitsförderung gaben die gesetzlichen Krankenkassen 2007 knapp 300 Millionen Euro aus – das ist der bisher höchste Betrag, der ca. 4,25 Euro je Versichertem entspricht. Damit wurde das gesetzlich vorgesehene Ausgabensoll von 2,74 Euro deutlich überschritten.

Ihr Engagement für die Prävention in Settings – dem Lebensumfeld der Menschen, also Schulen, Kindergärten und Stadtteile – erweiterten die Krankenkassen abermals. Die Zahl der Projekte lag im Jahr 2007 bei 1.165. Gegenüber 2006 stellt dies eine Steigerung von acht Prozent dar. Darüber hinaus wurden 2007 3.014 BGF-Projekte und -Maßnahmen realisiert – im Vergleich zu 2006 ein Zuwachs von 24 Prozent. Rund 1,9 Millionen Erwachsene nutzten die Angebote der Krankenkassen zur Primärprävention nach dem individuellen Ansatz, also Kurse und Seminare. Gegenüber dem Jahr 2006 entspricht dies einem Zuwachs von 29 Prozent.

1.2 Verschiedene Ansätze erreichen unterschiedliche Zielgruppen

Kinder und Jugendliche werden besonders gut über den Setting-Ansatz erreicht, männliche Personen gut über die betriebliche Gesundheitsförderung, und Frauen insbesondere über den individuellen Ansatz. Diese Erkenntnis lässt sich aus den Daten des diesjährigen Präventionsberichts klar ableiten.

Durch gesundheitsfördernde Maßnahmen in Kindergärten und Schulen wurden Kinder und Jugendliche aus allen sozialen Schichten und damit auch viele Kinder mit sozialen Benachteiligungen erreicht. Das haben die gesetzlichen Krankenkassen 2007 intensiv genutzt: So führten sie Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz zu 84 Prozent in Einrichtungen wie Kindergärten und -tagesstätten, Schulen oder Berufsschulen durch. Dort wurden etwa 1,3 Millionen Menschen – insbesondere Schüler – direkt über die Interventionen erreicht.

Die Krankenkassen legten wiederum ihr Augenmerk besonders auf jüngere Kinder im Kindergarten- und Grundschulalter. Gerade in jungen Jahren haben sich gesundheitsschädliche Verhaltensweisen noch nicht ausgebildet oder gefestigt, so dass hier gute Chancen für die Entwicklung einer gesunden Lebensführung gesehen werden. So handelte es sich bei etwa der Hälfte aller schulischen und vorschulischen Einrichtungen um KiTas und Grundschulen. Dort ließen sich etwa 585.000 Kinder direkt über die Interventionen erreichen (55 Prozent aller in KiTas, Schulen und Berufsschulen direkt erreichten Personen). Besonders in KiTas, Grundschulen – und darüber hinaus auch Sonderschulen – zielten die Interventionen im Vergleich zu den anderen Settings stark auf Kinder mit Migrationshintergrund ab (KiTa 42 Prozent, Grundschule 55 Prozent, Sonderschule 61 Prozent, Gesamtergebnis 35 Prozent).

Über die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ließen sich insbesondere männliche Personen im Erwerbsalter erreichen. Bei 45 Prozent der an BGF beteiligten Betriebe waren drei Viertel der Beschäftigten männlich, und bei weiteren 23 Prozent der Betriebe mehr als die Hälfte der Belegschaft. Da Männer individuelle Kursangebote in geringerem Maß aufgreifen – nur jeder fünfte Kursteil-

nehmer war männlich – stellt die BGF damit einen geeigneten Zugangsweg für Männer dar. Kursangebote nach dem individuellen Ansatz erreichten hingegen eher Frauen mittleren Alters.

1.3 Qualität der Projekte weiter verbessert

Die Daten zum Setting-Ansatz und zur BGF lassen eine insgesamt hohe Qualität der Maßnahmen erkennen.

Sowohl beim Setting-Ansatz als auch in der BGF verlängerte sich die durchschnittliche Laufzeit der Projekte. Kurzfristig, d. h. auf maximal drei Monate angelegte Aktivitäten nahmen entsprechend ab. Gleichzeitig waren die Interventionen besonders bei Setting-Projekten häufiger als noch im Jahr 2006 sowohl auf das Verhalten Einzelner ausgerichtet als auch auf die Verhältnisse und Rahmenbedingungen im Setting. Der Anteil an gleichzeitig verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen lag 2006 bei 55 Prozent und 2007 schon bei 59 Prozent. Insgesamt wurden mehr Gesundheitszirkel durchgeführt. Besonders beim Setting-Ansatz ist die Summe der durchgeführten Gesundheitszirkel gegenüber 2006 um 39 Prozent – von 893 auf 1.238 – angestiegen.

Gründliche Bedarfsanalysen standen bei nahezu allen Projekten am Anfang. Vier Fünftel der BGF-Bedarfsanalysen verknüpften objektive mit subjektiven Daten. Zu den objektiven Daten zählen z. B. Auswertungen von Routinedaten der Krankenkassen, subjektive Erhebungen sind beispielsweise Mitarbeiter- oder Expertenbefragungen.

Besonders bei den durchgeführten oder zum Ende des Berichtsjahres geplanten Erfolgskontrollen ließen sich 2007 Steigerungen gegenüber 2006 verzeichnen: Bei Setting-Projekten ist die Fallzahl von 746 im Jahr 2006 auf 918 im Jahr 2007 um 23 Prozent gestiegen. Bei BGF-Projekten lag der Zuwachs an durchgeführten oder geplanten Erfolgskontrollen mit 2.252 Fällen 2007 gegenüber 1.789 Fällen 2006 bei 26 Prozent.

1.4 Erstmals GKV-Präventionsziele gesetzt und Ausgangswerte erhoben

Für die Jahre 2008 – 2009 haben sich die gesetzlichen Krankenkassen erstmals spezielle Ziele für die allgemeine Primärprävention und die betriebliche Gesundheitsförderung gesetzt. Unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen aus den Bereichen Epidemiologie, Präventionsforschung und Sozialmedizin haben die Spitzenverbände der Krankenkassen als Präventions-Oberziel für den Setting-Ansatz die Reduktion von Krankheiten des Kreislaufsystems gewählt und dabei den Fokus auf Kinder, Jugendliche und junge sowie werdende Eltern gelegt. Ein präventionsbezogenes Teilziel ist u. a. die Zunahme der Zahl an Kindern, die mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten in Kindergärten, Grund-, Haupt-, Sonder-, Berufs-, Gesamt- und Realschulen erreicht werden. Das Gesundheitsförderungs-Teilziel bezieht sich auf die Steigerung der Anzahl an Kindertagesstätten und Schulen mit etablierten Steuerungskreisen für Gesundheit. Damit wird eine Vorgehensweise zur gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung aufgegriffen, die sich bereits in der betrieblichen Gesundheitsförderung bewährt hat. In der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde das übergreifende präventionsbezogene Ziel gesetzt, psychische und Verhaltensstörungen zu reduzieren. Das Oberziel Gesundheitsförderung lautet: Die salutogenen Potenziale der Arbeitswelt ausschöpfen. Die Teilziele lauten u. a., die Anzahl der Betriebe mit betrieblichen Steuerungskreisen und -zirkeln zu erhöhen und vermehrt betriebliche Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung und Stressbewältigung/Stressmanagement anzubieten.

Die Basisdaten zu den quantifizierten Teilzielen liegen für das Berichtsjahr 2007 vor. Sie stellen die Ausgangsbasis für die Messung der Zielerreichung in den Jahren 2008 und 2009 dar. Die Ergebnisse hinsichtlich der Zielerreichung werden sich in den kommenden Präventionsberichten widerspiegeln.

2 Einleitung

In den letzten Jahren nehmen chronische Erkrankungen wie Diabetes, Adipositas, degenerative Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychische Störungen aufgrund veränderter Lebensbedingungen deutlich zu. Dabei sind das Auftreten und der Verlauf chronischer Krankheiten durch gesundheitliche Belastungen aus der sozialen und physischen Umwelt ebenso beeinflusst wie durch das persönliche Verhalten. Statt auf bereits aufgetretene Erkrankungen lediglich mit kostenintensiven Behandlungen – Kuration – zu reagieren, legen die gesetzlichen Krankenkassen zunehmend den Fokus auf das Verhindern des Auftretens von Krankheitsbildern – Prävention und Gesundheitsförderung.

Ziel von Primärprävention und Gesundheitsförderung ist es unter anderem, die Eigenverantwortung der Bevölkerung zu steigern, Frühverrentungen zu vermeiden und die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten und zu stärken. Einen wesentlichen Beitrag dazu leistet die gesetzliche Krankenversicherung. Die Rechtsgrundlage für Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen bilden die Paragraphen 20 und 20a des Fünften Sozialgesetzbuchs. Die Regelungen wurden wesentlich im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG), das am 01.04.2007 in Kraft trat, überarbeitet.

§§ 20 und 20a SGB V (Auszug)

§ 20 Primärprävention

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

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

§ 20a Betriebliche Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen.

§ 20 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

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

Viele Krankheiten und Gesundheitsstörungen treten häufiger in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen auf, deren Lebensverhältnisse durch eine dauerhaft soziale Ausgrenzung und daraus resultierender Belastungen und Nachteile gekennzeichnet sind, z. B. Einkommensarme, Langzeitarbeitslose, Geringqualifizierte oder auch allein erziehende Mütter. In diesen Gruppen

sind zudem gesundheitsriskante Verhaltensgewohnheiten wie Rauchen oder Bewegungsmangel, die für einen Großteil der vermeidbaren Krankheits- und vorzeitigen Sterbefälle verantwortlich zeichnen, am stärksten verbreitet¹. Entsprechend des Gesetzesauftrags nach § 20 Abs.1 Satz 2 SGB V ist auf Zielgruppen, die sozial bedingt ungünstigere Gesundheitschancen aufweisen, besonderes Augenmerk zu richten.

Die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention lassen sich nach drei Ansätzen gliedern: dem Setting-Ansatz, dem individuellen Ansatz und der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Dabei ist festzuhalten, dass die BGF per se ebenfalls in Settings, nämlich den Betrieben, stattfindet.

Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz wirken direkt in die Lebenswelten – Settings – der Menschen hinein. Solche Settings können beispielsweise Kindergärten, Schulen, Familien, Stadtteile oder Senioreneinrichtungen sein. Auf diese Weise lassen sich Menschen erreichen, die von sich aus keine präventiven Kursangebote aufsuchen würden – häufig auch dann nicht, wenn bereits Gesundheitsrisiken wie z. B. Übergewicht, Rauchen oder Bluthochdruck vorliegen. Zu den Personengruppen, die individuelle Kursangebote eher selten aufsuchen, zählen Menschen mit niedrigem Einkommen mit ihren Familienangehörigen und – wie die Ergebnisse zum individuellen Ansatz (Kap. 6) zeigen – junge Menschen und Männer. Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz richten sich besonders auf die Verhältnisse in den jeweiligen Settings. Über strukturelle und organisatorische Veränderungen und Verbesserungen im Umfeld werden die gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen im Setting verändert. Dabei ist zur Zielerreichung eine aktive und integrative Mitarbeit insbesondere der betroffenen Personen nicht nur erwünscht, sondern notwendig.

Zielgruppen der Primärprävention

Mit primärpräventiven Angeboten zielen die Krankenkassen prinzipiell auf alle Mitglieder und ihre Familienangehörigen ab, insbesondere jedoch auf solche, die unter schlechteren sozialen Rahmenbedingungen leben. Die Krankenkassen konzentrieren sich zur Erreichung insbesondere von Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen auf den Setting-Ansatz. Der Setting-Ansatz, d. h. das Ansprechen der Menschen in ihren jeweiligen Lebensumfeldern, bietet gute Chancen, ein möglichst breites Spektrum an Personen zu erreichen, vor allem auch sozial benachteiligte Personen mit geringem Einkommen oder niedriger Schulbildung.

Im Setting können unter Beteiligung der darin lebenden und arbeitenden Menschen die Rahmenbedingungen für ein Mehr an Gesundheit verbessert und gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen unterstützt werden. Zudem lassen sich im Setting viele unterschiedliche Gruppen erreichen. So werden den über die Aktivitäten in Grundschulen oder Kindergärten meist auch die Familienangehörigen und Lehrer und Erzieher der Kinder angesprochen. Das zeigt auch dieser Präventionsbericht.

Den Aspekt „soziale Chancengleichheit“ beachten die Krankenkassen bei der Planung von primärpräventiven Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz durch die Auswahl der Settings, deren Standorte – z. B. soziale Brennpunkte – sowie der Zielgruppen. Im vorliegenden Präventionsbericht ist dies besonders am hohen Anteil an in Schulen durchgeführten Aktivitäten – insbesondere an Grund-, Haupt- und Berufsschulen – sowie Kindertagesstätten zu erkennen.

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

Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung entsprechen im Prinzip denen des Setting-Ansatzes. Sie sind dabei allerdings auf die Besonderheiten im Setting Betrieb ausgerichtet.

¹ Lampert, Ziese (2005). Mielck (2001).

Bei der Gesundheitsförderung ist letztlich das Engagement der gesamten Gesellschaft gefragt. Deshalb können Gesundheitsförderung und Prävention nicht allein von den gesetzlichen Krankenkassen als Aufgabe wahrgenommen werden. Hier sind viele weitere gesellschaftlich relevante Institutionen angesprochen, wie Bund, Länder, Kommunen, die Unfallversicherung, der öffentliche Gesundheitsdienst sowie Ärzte und Betriebsärzte.

Zur Qualitätssicherung ihrer Aktivitäten hat die GKV seit 2000 unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen eine für alle Kassenarten verbindliche Handlungsanleitung zu primärpräventiven Aktivitäten und zur BGF vor Ort verfasst: den „Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008“. Danach werden nur solche Aktivitäten von Krankenkassen unterstützt, die die im Leitfaden für die Maßnahmen definierten Kriterien und die Anforderungen hinsichtlich der Qualifikation der Anbieter erfüllen. Die Aktivitäten müssen sich auf die im Leitfaden Prävention festgelegten und in der Praxis bewährten Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtmittelkonsum ausrichten. Für jedes Handlungsfeld sind detailliert Qualitätskriterien zu Wirksamkeit, Zielgruppenbestimmung, Zielen der Maßnahme, Inhalten und Methodik festgelegt. Übergreifende Anforderungen beziehen sich beispielsweise auf das Vorhandensein von Teilnehmerunterlagen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben den Leitfaden unter Beteiligung der „Beratenden Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“ kontinuierlich an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen angepasst. So erfolgten im Jahr 2003 Aktualisierungen zum Handlungsfeld Bewegung. Eine weitere Überarbeitung betraf im Jahr 2006 die Themenfelder Stressbewältigung/Entspannung und Suchtmittelkonsum sowie die Lebenswelten Schule und Kommune, Stadtteil. Im Juni 2008 wurde der Leitfaden an die durch das GKV-WSG ausgeweitete Gesetzesgrundlage, die insbesondere die BGF betraf, angeglichen. Die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Jahr 2007 beschlossenen und veröffentlichten „Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV“ sind in den Leitfaden aufgenommen worden. Die Spitzenverbände fügten zudem das Kapitel „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“ ein und konkretisierten die Vorgaben zur Bezuschussungsfähigkeit von Präventionsmaßnahmen in Sportvereinen, Fitness-Studios und ähnlichen Einrichtungen. Weiterhin überarbeiteten die Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend die Kapitel „Ernährung“ und „Betriebsverpflegung“ und in wesentlichen Details die Kapitel „Bewegungsgewohnheiten“, „Stressbewältigung/Entspannung“ und „Arbeitsbedingte körperliche Belastungen“. Auch wiesen sie darauf hin, dass die GKV im Interesse hoher Wirksamkeit auf eine Kombination verhaltenspräventiver sowie struktureller Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen nach dem salutogenen Ansatz setzt.

Das GKV-WSG hat dem GKV-Spitzenverband ab dem 1. Juli 2008 die Aufgabe übertragen, die Rahmenbedingungen für die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung zu beschließen. Wie bisher wird dies durch die Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention konkretisiert.

GKV-Spitzenverband

Der GKV-Spitzenverband wurde im Zuge der Umsetzung der Gesundheitsreform im Mai 2007 als zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Krankenversicherung mit Sitz in Berlin gegründet. Er ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V. Ihm gehören alle gesetzlichen Krankenkassen an. Seit dem 1. Juli 2008 vertritt der GKV-Spitzenverband die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Bundesebene. Er gestaltet mit den Partnern auf Seiten der Leistungserbringer die Rahmenbedingungen für Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. In Bezug auf §§ 20 und 20a SGB V ist es Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes, die prioritären Handlungsfelder und Kriterien über Leistungen zur primären Prävention unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen zu beschließen.

Der aktuelle Präventionsbericht bildet die bundesweit von gesetzlichen Krankenkassen erbrachten Leistungen zu allen drei Ansätzen einheitlich ab und stellt somit Transparenz über das bundesweite Leistungsgeschehen der Krankenkassen her.

Zum Setting-Ansatz und zur BGF wurden neben allgemeinen Auswertungen auch differenzierte Auswertungen nach ausgewählten Kriterien vorgenommen: Es handelt sich um settingbezogene und bei der BGF um betriebsgrößen- und branchenbezogene Auswertungen.

Darüber hinaus findet bei beiden Ansätzen eine differenzierte Auswertung der Bedarfsermittlung, Interventionen und Erfolgskontrollen hinsichtlich bestehender oder fehlender Koordinierungs- und Steuerungsstrukturen statt.

Zusätzlich stellt der vorliegende Präventionsbericht zwei Projekte zum Setting-Ansatz vor. Bei diesen waren von Seiten der GKV als Kooperationspartner mindestens zwei Krankenkassen aus unterschiedlichen Kassensystemen beteiligt. Die beispielhaft vorgestellten Projekte dienen der Veranschaulichung, wie sich Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz gestalten können. Bei den vorgestellten Projekten handelt es sich um das Projekt „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ sowie um eine Bilanz zum GKV-Schulprojekt GESUND LEBEN LERNEN (s. Kap. 5.2 und 5.3).

Methodik: Erhebungsinstrumente, Dokumentationsverfahren und Auswertung

Die Dokumentationsbögen zum Setting-Ansatz und zur BGF erfassen die Themenblöcke allgemeine Daten, schwerpunktmäßige Zielgruppe, außerbetriebliche Kooperationspartner, Koordination/Steuerung, Bedarfsermittlung, Gesundheitszirkel, Intervention und Erfolgskontrolle.

Die Dokumentationsbögen werden durch Ausfüllanleitungen ergänzt. Die Anleitungen enthalten detaillierte Erläuterungen zum Verfahren sowie zu den abgefragten Themenblöcken. Des Weiteren geben sie Beispiele, um die Zuordnungen zu erleichtern.

Die Ausfüllanleitungen und Dokumentationsbögen stehen für die Krankenkassen auf der MDS-Homepage (www.mds-ev.de) zum Download zur Verfügung.

Die Datenerhebung erfolgt EDV-gestützt. Die von den Krankenkassen vor Ort am PC ausgefüllten Dokumentationsbögen werden per EDV über die Spitzenverbände der Krankenkassen an den MDS weitergeleitet und dort zusammengeführt. Die Datenauswertungen und Ergebnisanalysen erfolgen mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS und des Kalkulationsprogramms Excel.

Der Erhebungsbogen zum individuellen Ansatz erfasst die Zahl der Kursteilnehmer jeweils nach Kursinhalt – Bewegung, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung, Suchtmittelkonsum –, Alter, Geschlecht und Leistungserbringer.

Die zum individuellen Ansatz erhobenen Daten werden je Kursteilnahme EDV-gestützt erfasst und gebündelt an die Spitzenverbände der Krankenkassen weitergeleitet. Dort erfolgt die Daten zusammenführung. Die Summen werden an den MDS weitergeleitet.

Für die Weitergabe der Daten aus den drei Dokumentationsverfahren sind bestimmte Zeiträume festgelegt.

Die endgültige Zusammenführung der von den Spitzenverbänden gebündelten Datensätze und die Datenverarbeitung (Fehleranalyse und -korrektur, Ergebnisanalyse und -darstellung) werden beim MDS vorgenommen.

Nach der Veröffentlichung des vorliegenden Präventionsberichts stellt der MDS zusätzlich detailliertere Daten in einem Tabellenband zur Verfügung, der von der Internetseite www.mds-ev.de heruntergeladen werden kann.

3 GKV formuliert Präventionsziele

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die eine Beteiligung vieler Institutionen erfordern. Zu diesen zählen neben den gesetzlichen Krankenkassen u. a. Bund, Länder, Kommunen, die gesetzliche Unfallversicherung, der öffentliche Gesundheitsdienst sowie Ärzte und Betriebsärzte. Um die Anstrengungen und Ressourcen der verschiedenen Akteure möglichst wirksam zusammenzuführen, ist eine Festlegung gemeinsamer nationaler Ziele sinnvoll. Diese Ziele sollten in einem breiten demokratischen Prozess entwickelt und politisch legitimiert werden. Die GKV-Spitzenverbände befürworten daher die begonnene Entwicklung nationaler Präventions- und Gesundheitsförderungsziele auf Bundesebene, z. B. im Rahmen des Forums zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland (gesundheitsziele.de).²

Für die Aktivitäten der GKV in der Gesundheitsförderung und Prävention haben die GKV-Spitzenverbände nunmehr ihrerseits auf freiwilliger Basis – also ohne gesetzliche Verpflichtung – bundesweit gültige Ziele verabschiedet. Die Ziele sind quantifiziert und operationalisiert. Sie wurden unter Einbeziehung unabhängiger Sachverständiger aus den Bereichen Epidemiologie, Präventionsforschung und Sozialmedizin sowie weiterer Disziplinen definiert und gelten zunächst für die Jahre 2008 bis 2009. Das Verfahren zur Bestimmung der Ziele basiert auf der von der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) entwickelten Vorgehensweise.³ Bei der Umsetzung der Ziele streben die GKV-Spitzenverbände mit allen Organisationen und Gremien, die sich mit der Entwicklung und Umsetzung nationaler Präventions- und Gesundheitsziele beschäftigen, eine partnerschaftliche Zusammenarbeit im Sinne eines konzertierten Vorgehens an.

Die Ziele sollen die Krankenkassen dazu anregen, im festgesetzten Zeitraum gemäß der im Leitfaden Prävention festgelegten Handlungsfelder und Qualitätskriterien diejenigen Maßnahmen auszuweiten, die zur Erreichung der Ziele beitragen. Dabei bleibt die Vielfalt an Handlungsmöglichkeiten für die Krankenkassen vor Ort bestehen.

Die an den definierten Zielen ausgerichteten Präventionsmaßnahmen sollen einen Beitrag leisten, um das Auftreten definierter Krankheiten zu reduzieren. Bei gesundheitsförderlichen Maßnahmen geht es um eine gesundheitsförderliche Entwicklung und Gestaltung von Lebenswelten, d. h. hier stehen positive Gestaltungsziele im Vordergrund, die letztendlich ebenfalls dazu führen sollen, dass die Eintrittswahrscheinlichkeit für eine Mehrzahl von Erkrankungen reduziert wird.

Die GKV-Spitzenverbände überprüfen den Erreichungsgrad der quantifizierten Teilziele mit Hilfe der kassenartenübergreifenden Dokumentation des Präventionsberichts. Im vorliegenden Bericht werden die Ausgangswerte dargestellt.

3.1 Präventionsziele für 2008 und 2009

Die GKV-Präventionsziele werden in Ober- und Teilziele untergliedert. Als Oberziel für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz haben die GKV-Spitzenverbände die Reduktion von Krankheiten des Kreislaufsystems definiert, da diese Krankheitsgruppe im Hinblick auf Mortalität, Morbidität und Kosten die höchste epidemiologische Bedeutung besitzt. Hinsichtlich der zu adressierenden Zielgruppen empfehlen die GKV-Spitzenverbände zunächst eine Fokussierung auf Kinder, Jugendliche und junge sowie werdende Eltern. In der Übersicht sind die zur Umsetzung geeigneten Teilziele aufgeführt.

² Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003).

³ IGA-Report Nr. 8: Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen.

Tabelle 1: Beschlossene Präventionsziele der GKV zu Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz

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

In der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde das übergreifende präventionsbezogene Ziel gesetzt, psychische und Verhaltensstörungen zu reduzieren. Psychische und Verhaltensstörungen nehmen unter Berücksichtigung der genannten Parameter einen Spitzenplatz im Krankheitsgeschehen ein und haben in den letzten Jahren als Ursache für Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Berentung überproportional stark zugenommen. In der Übersicht sind die zur Umsetzung geeigneten Teilziele aufgeführt.

Tabelle 2: Beschlossene Präventionsziele der GKV zur BGF

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

3.2 Basisdaten für 2007 liegen vor

Im Berichtsjahr 2007 erfolgt im Rahmen des vorliegenden Präventionsberichts gleichzeitig die Ausgangserhebung für die Messung der Zielerreichung in den Jahren 2008 und 2009. Auf Basis dieser Daten wird im Jahr 2010 über eine eventuelle Neuausrichtung entschieden. Der erste Vergleich wird im nächsten Präventionsbericht für das Berichtsjahr 2008 gezogen.

3.2.1 Setting-Ansatz

Bei den unter dem Titel „Oberziel Prävention“ vorgeschlagenen Maßnahmen für die Zielgruppe der unter zwei Jahre alten Kinder und ihrer Eltern handelt es sich um Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen wie Elterninformationen, -aktionen und -projekte, Mailings sowie Veröffentlichungen in den Versichertenzeitschriften. Diese Aktivitäten sind dem Auftrag aus § 1 SGB V zuzuordnen.⁴ Daher werden diese Maßnahmen nicht über den Präventionsbericht erfasst.

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

Tabelle 3: Basiserhebung Präventionsziele zum Setting-Ansatz

	Basiserhebung 2007
Zielgruppe der drei- bis sechsjährigen Kinder	
Gesundheitsförderung: Anzahl an KiTas mit Steuerungskreisen, an denen mindestens die GKV, KiTa-Träger und Elternvertreter beteiligt waren (Steigerung bis 2009 um 20 %)	153
Prävention: Schätzzahl der über verhaltens- und gleichzeitig verhältnisbezogenen Interventionen in KiTas direkt erreichten Kinder (Steigerung bis 2009 um 20 %)	162.817
Zielgruppe der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen	
Gesundheitsförderung: Anzahl an Grund-, Sonder-, Haupt-, Real-, Gesamt- und Berufsschulen mit Steuerungskreisen, an denen mindestens die GKV, der Schulträger, die Schulleitung und Lehrerschaft sowie Elternvertreter beteiligt waren (Steigerung bis 2009 um 10 %)	503
Prävention: Schätzzahl der über verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen direkt erreichten Kinder und Jugendlichen in Schulen und Berufsschulen (Steigerung bis 2009 um 10 %)	1.183.059

3.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Tabelle 4: Basiserhebung Präventionsziele zur betrieblichen Gesundheitsförderung

	Basiserhebung 2007
Teilziel 1	
Gesundheitsförderung: Anzahl der Betriebe ⁵ , bei denen betriebliche Steuerungskreise gebildet wurden (Steigerung bis 2009 um 10 %)	5.512
Prävention: Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung (Steigerung bis 2009 um 10 %)	908
Teilziel 2	
Gesundheitsförderung: Anzahl an Betrieben, in denen betriebliche Gesundheitszirkel durchgeführt wurden (Steigerung bis 2009 um 10 %)	911
Prävention: Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung Stressbewältigung und Stressmanagement (Steigerung bis 2009 um 10 %)	945
Teilziel 3	
Gesundheitsförderung: Anzahl an Betrieben mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben (Steigerung bis 2009 um 10 %)	183
Prävention: Summe der Schätzzahl älterer Arbeitnehmer (ab 50 Jahre), die direkt über Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen erreicht wurden (Steigerung bis 2009 um 10 %)	16.125

5 Der Dokumentationsbogen erfasst die Zahl der Betriebe und – wenn BGF an mehreren unterschiedlichen Standorten durchgeführt wurde – auch die Zahl der Standorte.

4 **Schwerpunktthema: Geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung und Prävention**

Bereits mit den im Jahr 1998 veröffentlichten Daten des Bundes-Gesundheitssurveys wurde deutlich, dass Frauen auffallend häufiger individuelle Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in Anspruch nehmen als Männer. Durchschnittlich bejahten damals 13,8 Prozent der befragten Frauen, aber nur sieben Prozent der Männer die Inanspruchnahme entsprechender Angebote.⁶ Die Ergebnisse des jährlichen Präventionsberichts der GKV weisen auf eine noch größere Diskrepanz hin: Seit Beginn der Erhebungen für das Berichtsjahr 2002 lag der Anteil der männlichen Kursteilnehmer an Kursen nach dem individuellen Ansatz konstant bei nur etwa 20 Prozent.

Diese Beobachtungen werfen Fragen nach dem geschlechtsspezifischen Bedarf an Präventionsleistungen und den Ursachen im geschlechtsspezifischen Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten auf. Auch stellt sich die Frage nach möglichen Lösungsansätzen, um Männer über gesundheitsförderliche und präventive Angebote besser zu erreichen.

Insgesamt steht es in vielen Bereichen um die Gesundheit der Männer eher schlecht: Sie haben im Vergleich zu Frauen eine geringere Lebenserwartung. 2003 war diese bei Geburt um 5,7 Jahre niedriger als die der Frauen, im Alter von 40 Jahren um 5,1 Jahre.⁷ Ihre vorzeitige Sterblichkeit lag 2006 doppelt so hoch wie die der Frauen, insbesondere bezüglich Unfällen, Suiziden, Kreislauferkrankungen und Krankheiten der Verdauungsorgane – vor allem Leberzirrhose. Bezüglich Krebserkrankungen sind Männer eher von Lungenkrebs betroffen. Herzkreislauferkrankungen treten in den mittleren Lebensjahren bei Männern häufiger auf als bei Frauen. Die Sterblichkeit nach einem Herzinfarkt, die in früheren Jahren bei Frauen höher als bei Männern war, hat sich zwischen den Geschlechtern angeglichen.⁸

Diese Ergebnisse lassen sich auch auf tendenziell riskantere und gesundheitsschädlichere Verhaltensweisen von Männern zurückführen. Männer rauchen und trinken mehr und regelmäßiger, nehmen ärztliche Vorsorgeuntersuchungen weniger in Anspruch und negieren seelische Einflüsse auf die Gesundheit.⁹ Laut des Gesundheitsberichts für Deutschland 2006 gaben 28 Prozent der Frauen, aber 37 Prozent der Männer an, täglich oder gelegentlich zu rauchen. 1998 tranken 16 Prozent der Frauen, jedoch 31 Prozent der Männer Alkohol über die als gesundheitlich riskant definierte Grenze hinaus.^{10, 11} Ferner ernähren sich Männer tendenziell weniger gesund, d. h. sie verzehren mehr energiereiche Speisen, nehmen deutlich häufiger und in größeren Mengen Fleisch und Wurstwaren zu sich. Frauen dagegen verzehren häufiger und in größeren Mengen Obst, Gemüse und Milchprodukte. Auch essen sie öfter Vollwertprodukte und Rohkost.¹² So haben etwa ein Drittel der Frauen über 18 Jahren Übergewicht, dies betrifft aber bereits die Hälfte der Männer. Im Unfallgeschehen sind Unfälle bei Männern bis zum 35. Lebensjahr die Haupttodesursache, bei Frauen spielen sie im Sterblichkeitsgeschehen hingegen eine geringere Rolle. Mehr als drei Viertel der Verkehrstoten im Alter zwischen 18 und 24 Jahren sind männlich.¹³

In Bezug auf das Bewegungsverhalten sind Männer zwar in allen Altersstufen mindestens genauso häufig sportlich aktiv wie Frauen, sie zeigen sich dabei aber stärker leistungsorientiert.

6 Lademann, Kolip (1998).

7 OECD Health Data (2007).

8 Robert Koch-Institut (2006).

9 Vgl. Merbach et al. (2001).

10 Lademann, Kolip (1998).

11 20 g/Tag für Frauen, 30 g/Tag für Männer (Kolip, 2008).

12 Setzwein (2006).

13 Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung 2006.

Ihnen geht es um die Stärkung von Kondition und Kraft sowie um die Erfahrung individueller Leistungsgrenzen.¹⁴ Diese Aspekte stehen bei den bewegungsorientierten Kursangeboten der Krankenkassen weniger im Vordergrund. Ferner praktizieren Männer deutlich häufiger als Frauen Sportarten, die mit Gesundheitsrisiken verbunden sind.¹⁵

Demgegenüber zeigen sich Frauen häufiger durch andere Interessen für die Teilnahme an sportlichen Angeboten motiviert. Dazu zählt das Streben nach Gewichtsreduktion und Figurtraining, aber auch das Interesse an Entspannung, Körper- und Bewegungserleben. Die Leistungsorientierung nimmt bei Männern mit zunehmendem Alter ab, sie bleibt jedoch in allen Altersgruppen ausgeprägter als bei den Frauen.¹⁶

Die beobachteten geschlechtsspezifischen Verhaltensdifferenzen lassen sich nicht allein auf biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen zurückführen. Zwar sind Männer im Durchschnitt schneller, kräftiger und größer als Frauen. Aber es gibt auch Kulturen, bei denen nicht Männer, sondern Frauen schwere Lasten tragen und schwere körperliche Arbeiten durchführen.¹⁷ Auch reichen die diskutierten Zusammenhänge zwischen geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen und einer unterschiedlichen Verwendung von bestimmten Gehirnfunktionen oder die Einflüsse unterschiedlicher Hormonwirkungen nicht als Erklärungsansatz aus. Gegen einen rein biologischen Erklärungsansatz sprechen steigende Zahlen an trinkenden Frauen und Raucherinnen in bestimmten Altersgruppen, gleich hohe Raten bei Herzinfarkten von Karrierefrauen und Karrieremännern in den USA sowie unterschiedliche Geschlechterverhältnisse bei Herz-Kreislaufkrankungen in verschiedenen Staaten.¹⁸

Sozialwissenschaftliche Erklärungsansätze führen die geschlechtsspezifischen Unterschiede auf kulturell bedingte Geschlechterrollen und Geschlechterstereotype zurück. Postuliert wird ein Konzept der sozialen Konstruktion von Geschlecht. Ausgangspunkt ist hierbei die Einsicht, dass es sich bei der zweigeschlechtlichen Ordnung um ein kulturelles Ordnungssystem handelt und nicht um ein sich ins Gesellschaftliche hinein verlängerndes Naturphänomen. Das Geschlecht kann als eine soziale Praxis gewertet werden (engl.: gender), die zwar eine materielle Basis (engl.: sex) hat, von dieser aber qualitativ unterschieden ist. Hinter dieser Auffassung steht der Gedanke, dass die Natur nicht von kulturellen Eingriffen bloß überformt wird, sondern dass Kultur einen eigenständigen, von der Natur nicht determinierten Status besitzt. Die binäre Definition von „Gender“ ist etwas Eigenständiges, das auf einem sozialen Ordnungsbedürfnis beruht und nicht auf biologische Notwendigkeiten zurückgeführt werden kann. Das Geschlecht erweist sich demnach als ein Merkmal der Sozialorganisation von Gesellschaften. Kulturell geprägt entwickeln sich die Merkmale von Personen dadurch, dass alle Menschen dem Zwang unterliegen, sich selbst und die anderen aktiv in das zweigeschlechtliche Ordnungsmuster einzuarbeiten.¹⁹

Auf diese Weise werden spiegelbildliche Bilder von „Männlichkeit“ und „Weiblichkeit“ erzeugt – z. B. Frauen sind fürsorglich, Männer dominant – und damit entsprechende Rollenerwartungen gesetzt. Typisch männliche Stereotype sind zum Beispiel: Männer sind aktiv, selbstsicher, durchsetzungsfähig, nicht leicht aufgebend, sich überlegen fühlend. Im negativen Sinne werden Männer hingegen als zynisch und überheblich beschrieben. Ihnen wird zugeschrieben, Emotionen zu unterdrücken und zu riskantem, aggressivem Verhalten zu neigen. Typische weibliche Stereotypen sind: Frauen sind gefühlsbetont, hilfreich, freundlich, verständnisvoll, aber auch weinerlich, nörglerisch, klagsam, ängstlich und anhänglich.²⁰ In Bezug auf das Ernährungsverhalten ist es z. B. typisch männlich, wenn Mann unbekümmert und kräftig zulangt, schnell isst und einiges an Alkohol verträgt. Es gilt hingegen als eher unmännlich, wenn „mit gespitzten

14 Pfeffer, Alfermann (2006).

15 Sieverding (2000).

16 Rulofs et al. (2002).

17 Pfeffer, Alfermann (2006).

18 Merbach et al. (2001).

19 Altgeld, Kolip (2006).

20 Alfermann (1996).

Lippen am Rand eines Trinkglases genippt oder in der Kaffeepause an rohen Möhren geknabbert wird.“ Umgekehrt wird von Frauen mehr Mäßigung, Zurückhaltung und Kontrolle beim Essgenuss erwartet. Als unweiblich gewertet wird beispielsweise ein „hastiges Trinken aus der Flasche, der Verzehr blutiger Steaks oder das herzhaftes Zubeißen in eine fette Keule“.²¹

Eine stärker auf männliche Zielgruppen ausgerichtete Konzeption von individuellen Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten der Krankenkassen ist durchaus sinnvoll und erstrebenswert. Dennoch sollte überlegt werden, ob Kursangebote nach dem individuellen Ansatz überhaupt einen erfolgsversprechenden Ansatz zur Erreichung von Männern bieten. Es scheinen sich andere Zugangswege eher anzubieten. Einen Hinweis liefert die Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Danach „lassen sich Männer leichter für Präventionsmaßnahmen gewinnen, wenn diese keinen zusätzlichen Aufwand mit sich bringen und beispielsweise am Arbeitsplatz oder bei ohnehin stattfindenden Arztbesuchen erfolgen“.²² Bei diesen Präferenzen erscheint es lohnenswert, im Erwerbsleben stehende Männer über die BGF zu erreichen.

Dies ist keineswegs ein nur theoretischer Ansatz. Die gesetzlichen Krankenkassen sind bereits seit vielen Jahren in der betrieblichen Gesundheitsförderung aktiv. Dabei können sie auf einer breiten Erfahrungsbasis aufbauen. Wie die Ergebnisse des vorliegenden Präventionsberichts zeigen, werden über die BGF überproportional Männer erreicht: Bei 45 % aller im Jahr 2007 an der BGF beteiligten Betriebe waren drei Viertel der Beschäftigten männlich. Darüber hinaus lag bei 23 % der Betriebe der Männeranteil bei 51 bis 75 Prozent. So wurden in gut zwei Dritteln aller an BGF beteiligten Betrieben deutlich mehr Männer als Frauen erreicht.

Darüber hinaus unterschieden sich die Maßnahmen in Betrieben mit hohem Männeranteil qualitativ von den Maßnahmen in Betrieben mit niedrigem Männeranteil. Wie die nachfolgenden Tabellen aufzeigen, hatten die Maßnahmen in Betrieben mit hohem Männeranteil tendenziell eine längere Laufzeit. In diesen Betrieben wurden häufiger Gesundheitszirkel durchgeführt. Die Maßnahmen waren häufiger auf die Reduktion von körperlichen Belastungen ausgerichtet sowie öfter gleichzeitig verhaltens- und verhältnisbezogen. Der Anteil der durchgeführten und geplanten Erfolgskontrollen war bei Betrieben mit einem Männeranteil von 76 bis 100 Prozent am höchsten. Daraus lässt sich ableiten, dass BGF-Aktivitäten, die Männer erreichen, von einem hohen Qualitätsniveau gekennzeichnet sind.

Tabelle 5: Durchschnittliche Laufzeit der BGF-Aktivitäten nach Männeranteil

Männeranteil	N	Monate (Mittelwert)
76 bis 100 Prozent	1.130	25,7
51 bis 75 Prozent	487	23,2
26 bis 50 Prozent	425	19,1
0 bis 25 Prozent	306	21,2

Tabelle 6: Gesundheitszirkel nach Männeranteil

Männeranteil	Betriebe, bei denen durchgeführte Gesundheitszirkel bejaht werden		Durchschnittliche Anzahl an Gesundheitszirkel
	Anzahl	Prozent	
76 bis 100 Prozent	425	32,9 %	3,2
51 bis 75 Prozent	130	19,8 %	3,5
26 bis 50 Prozent	104	19,2 %	3,0
0 bis 25 Prozent	67	18,0 %	2,8

²¹ Pfeffer, Alfermann (2006)

²² Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung 2006.

Tabelle 7: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Männeranteil
(Mehrfachnennungen möglich)

	Männeranteil an den Beschäftigten							
	76 % - 100 %		51 % - 75 %		26 % - 50 %		0 % - 25 %	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	982	81,1 %	478	75,8 %	341	67,8 %	263	76,0 %
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung	342	28,2 %	271	42,9 %	147	29,2 %	86	24,9 %
Stressmanagement	418	34,5 %	216	34,2 %	164	32,6 %	90	26,0 %
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	445	36,7 %	180	28,5 %	132	26,2 %	99	28,6 %
Suchtmittelkonsum	199	16,4 %	193	30,6 %	100	19,9 %	40	11,6 %

Tabelle 8: Verhältnis- und Verhaltensbezogenheit nach Männeranteil

Männeranteil	verhaltens- und verhältnis- bezogene Aktivitäten		verhaltensbezogene Aktivitäten		verhältnisbezogene Aktivitäten	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
76 bis 100 Prozent	575	61,1 %	270	28,7 %	96	10,2 %
51 bis 75 Prozent	266	49,9 %	194	36,4 %	73	13,7 %
26 bis 50 Prozent	219	51,9 %	145	34,4 %	58	13,7 %
0 bis 25 Prozent	106	44,0 %	103	42,7 %	32	13,3 %

Tabelle 9: Erfolgskontrollen nach Männeranteil

Die Durchführung einer Erfolgskontrolle ist...	Männeranteil							
	76 % - 100 %		51 % - 75 %		26 % - 50 %		0 % - 25 %	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
erfolgt	710	55,0 %	313	47,6 %	235	43,5 %	148	40,5 %
geplant	366	28,3 %	150	22,8 %	143	26,5 %	122	33,4 %
nicht vorgesehen	216	16,7 %	195	29,6 %	162	30,0 %	95	26,0 %

Da Frauen und Männer sich hinsichtlich ihrer Arbeits- und Lebensbedingungen, ihrer Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen, ihres Umgangs mit gesundheitlichen Beschwerden und der Nutzung der Angebote gesundheitlicher Versorgung unterscheiden,²³ ist es erstrebenswert, die BGF deutlich auszubauen und auf diese Weise gezielt auf geschlechtsspezifische Unterschiede und Problemlagen zu reagieren.

Über die geschlechterbezogenen Unterschiede hinaus stellen auch Faktoren wie das Alter, der sozioökonomische Status, die Herkunft – Migrationshintergrund – und möglicherweise auch die sexuelle Orientierung wichtige Einflussgrößen auf das Gesundheitsverhalten dar. Daraus lässt sich die Konsequenz ziehen, dass die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Faktoren nur einen ersten Einstieg in eine zielgruppengerechte Interventionsplanung darstellt, weitere Differenzierungen jedoch angebracht sind.²⁴

²³ Badura et al. Fehlzeiten-Report 2007.

²⁴ Kolip (2008).

5 Primärprävention nach dem Setting-Ansatz

Gesundheitsförderung und Prävention durch die gesetzlichen Krankenkassen richten sich auf Basis der §§ 20 und 20a SGB V besonders an Menschen, die sozial bedingt ungünstige Gesundheitschancen haben. Zu den Sozialfaktoren gehört ein geringer oder fehlender Schulabschluss, niedrige oder fehlende Berufsqualifikation, geringes Einkommen und ein Migrationshintergrund. Sozial Benachteiligte lassen sich den Erfahrungen zufolge am besten in Lebensräumen – Settings – erreichen, in denen sie große Teile ihrer Zeit verbringen. Solche Settings sind z. B. Kommunen und Stadtteile, KiTas, Schulen, Einrichtungen der Altenhilfe und Betriebe. Der Zugangsweg über Betriebe wird gesondert in Kap. 7 „Betriebliche Gesundheitsförderung“ behandelt.

Der GKV-Leitfaden Prävention legt Kriterien und Handlungsfelder für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz fest.

Bei der Unterstützung von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen im Setting richten die gesetzlichen Krankenkassen ihr Augenmerk seit langem auf Schulen. Darüber hinaus finden Aktivitäten zunehmend in Kindertagesstätten statt. Auch wird mit dem 2008 aktualisierten Leitfaden Prävention in Zukunft dem Setting Kommune, Stadtteil mehr Bedeutung beigemessen.

Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz

Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz können von Krankenkassen finanziell oder durch eigene Fachkräfte – z. B. durch Beratung, Moderation und Projektmanagement unterstützt werden. Die Unterstützung bezieht sich auf die Bedarfserhebung, die Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen, die Öffentlichkeitsarbeit, die Fortbildung von Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung sowie auf Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung.

Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz umfasst die Bedarfsanalyse zur Ermittlung von settingspezifischen Belastungsschwerpunkten und Veränderungsbedarfen/-potenzialen bei den betroffenen Gruppen, daraus resultierende Zieldefinitionen für die Interventionen sowie die Maßnahmen selbst. Sie zielen möglichst sowohl auf Settingstrukturen und -organisation als auch auf alle zum Setting gehörenden Personen. Die Interventionen bieten realistische und attraktive Gesundheitsalternativen an und fördern die jeweiligen Potenziale Einzelner für eine gesunde Lebensführung. Sie behandeln beispielsweise – möglichst miteinander verknüpft – die Inhalte Bewegung, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung, gesundheitsgerechter Umgang miteinander und Suchtmittelkonsum.

Veränderungen im Setting sind z. B. die Schaffung von Spielflächen und Bewegungsmöglichkeiten, Schul- oder KiTa-Mahlzeiten und die Einführung von Sicherheitsmaßnahmen. Gesundheitsförderung in Settings bindet das Wissen und die Ressourcen möglichst vieler weiterer Kooperationspartner ein, wie beispielsweise Unfallversicherung, Gemeinden, Vereine, Verbände, (Kinder-)Ärzte, wissenschaftliche Einrichtungen und Gesundheitsämter. Ebenfalls dient die Bildung von Netzwerken dem Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen den Settings und weiteren Einrichtungen. Qualitätskriterien für Interventionen in Settings sind ferner eine ausführliche Dokumentation und die Durchführung von Erfolgskontrollen, mit denen sich Wirkungen abschätzen und Schlussfolgerungen aus den Aktivitäten ziehen lassen. Eine Verstetigung des gesundheitsfördernden Prozesses soll erreicht werden.

5.1 Schwerpunktthema: Kindertagesstätten

Die aktuellen Beobachtungen zur körperlichen Verfassung von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf Gewicht, Motorik und Bewegungsfähigkeit sind alarmierend: Laut der vom Robert-Koch-Institut in den Jahren 2003 bis 2006 bundesweit durchgeführten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)²⁵ ist jedes sechste bis siebte Kind überge-

²⁵ Robert-Koch-Institut mit Förderung des BMG, BMBF, BMLV. Ergebnisdarstellung in: Kurth, Schaffrath (2007).

wichtig und jedes 16. Kind im Grundschulalter sowie jeder 12. Jugendliche ab 14 Jahren adipös (fettleibig). Bundesweit sind etwa 1,9 Millionen Kinder und Jugendliche übergewichtig, davon 800.000 adipös. Damit sind 50 Prozent mehr Kinder und Jugendliche übergewichtig und doppelt so viele adipös als noch in den Jahren 1985 bis 1999.

Auch nimmt die körperliche Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen laut einer Studie des Deutschen Sportbundes zum Bewegungsstatus²⁶ immer rasanter ab. Nur 80 Prozent der Jungen und 74 Prozent der Mädchen erreichten danach im Jahr 2003 die Ausdauer-, Kraft- und Koordinationsleistungen, die Gleichaltrige in 1995 erbrachten. Ein Zusammenhang mit Bewegungsmangel und erhöhtem Medienkonsum, mehr Verkehrsaufkommen und geringeren Bewegungsmöglichkeiten in Städten wird vermutet, ebenfalls mit Fehlernährung und dem erhöhten Angebot an Fertiggerichten und Fastfood.

Übergewicht und schlechte körperliche Fitness stellen nicht nur Risikofaktoren für schwerwiegende Erkrankungen im späteren Leben dar, sondern beeinträchtigen bereits die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen, ihr Sozialverhalten und Lernvermögen. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird deshalb als eine vorrangige Aufgabe im Gesundheitswesen, in der Gesundheitspolitik und vielen weiteren Politikfeldern gesehen.

Ein besonders erfolgversprechender Ansatz sind Setting-Projekte in Kindertagesstätten. Kinder sind in diesem Alter sehr gut zu motivieren. Verhalten und Gewohnheiten können noch vergleichsweise leicht geändert und wichtige Grundsteine für die Bildungs- und Persönlichkeitsentwicklung der Kinder gelegt werden. Eltern und Bezugspersonen lassen sich in dieser Altersphase häufig gut aktiv einbinden. Kinder und Familien aus allen sozialen Schichten der Gesellschaft können erreicht werden.

Daher legen die gesetzlichen Krankenkassen bei der Planung, Durchführung und Begleitung von Setting-Projekten zunehmend ihr Augenmerk auf das Setting Kindertagesstätte und darüber hinaus häufiger auf KiTas, die in sozial benachteiligten Stadtteilen und Kommunen liegen.

Maßnahmen und Projekte nach dem Setting-Ansatz wirken in der Regel sowohl auf das Verhalten des einzelnen Kindes als auch auf gesundheitsfördernde Bedingungen im Setting Kindergarten hin. Sie haben damit bessere Erfolgschancen als reine Wissensvermittlung. Gesundheitsfördernde Ansätze, die mit wiederkehrenden spielerischen Elementen – Handpuppe, Holzzug etc. – und Erfahrungen in den Alltag der KiTa integriert werden, versprechen ebenfalls mehr Nachhaltigkeit.

Bei der Planung und Umsetzung der Maßnahmen streben die Krankenkassen eine enge Kooperation mit den Eltern unter Berücksichtigung derer Bedürfnisse, Kompetenzen und Voraussetzungen an. Das Geschehen in der Kindertagesstätte wird für die Eltern transparent gemacht. Sie werden aktiv in gemeinsame Aktivitäten wie die Vorbereitung und Durchführung von Veranstaltungen mit dem KiTa-Team eingebunden. Häufig werden dabei Möglichkeiten zur Veränderung familiärer Gewohnheiten erörtert, etwa hinsichtlich Ernährung und Medienkonsum. Eltern mit Migrationshintergrund und geringen Deutschkenntnissen werden hierbei möglichst bedarfsgerecht – z. B. durch muttersprachliche Angebote – informiert und einbezogen.

Projekte der Krankenkassen in KiTas knüpfen häufig an bestehende Elemente der Gesundheitsförderung an. So sind Angebote zu gesunder Ernährung und Bewegung schon heute vielfach integraler Bestandteil des KiTa-Alltags in sehr unterschiedlichen Ausprägungen. Vermehrt werden bereits praxisgetestete, evaluierte und standardisierte Projekte oder Module in die pädagogisch gestalteten Abläufe in der KiTa aufgenommen. Die Krankenkassen begleiten und fördern häufig diese Transfers, z. B. durch Fortbildung und Beratung des Personals.

26 Deutscher Sportbund mit Förderung des AOK-BV, 2003.

Kriterien für durch Krankenkassen durchgeführte oder begleitete Setting-Projekte in Kindertagesstätten²⁷

1. Die Kindertagesstätte ist nicht nur Zugangsweg zur Erreichung der Kinder und ihrer Familien, sondern ist selbst Gegenstand gesundheitsförderlicher Umgestaltung.
2. Zielgruppen sind insbesondere die Kinder und deren Familien.
3. Die Maßnahmen bauen auf dem tatsächlichen – selbst artikulierten – Bedarf der Kindertagesstätte – erhoben z. B. durch Befragungen bei Eltern und Erzieher – auf.
4. Die Maßnahmen und Projektangebote werden von den Kindertagesstätten nachgefragt und gemeinsam mit den Verantwortlichen für die KiTa sowie unter Einbeziehung der Eltern umgesetzt.
5. Es handelt sich um Gemeinschaftsprojekte mit mehreren Partnern bzw. Finanzierungsträgern; insbesondere hat auch der Träger der Kindertagesstätte selbst eigene sächliche oder finanzielle Mittel in das Projekt, die Maßnahme einzubringen.
6. Umsetzung und Ergebnisse der Intervention werden dokumentiert, evaluiert und jedem Partner zur Verfügung gestellt.

Auf längere Sicht sind die Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz darauf ausgerichtet, dass die KiTa-Träger in einen integrierten Prozess der Bildungs- und Gesundheitsförderung eintreten und einen entscheidungskompetenten internen oder einrichtungsübergreifenden Steuerungskreis für die Gesundheitsförderung etablieren. Das sollte unter Beteiligung des KiTa-Trägers, der betrieblichen Verantwortlichen, der Krankenkasse, des zuständigen Unfallversicherungsträgers sowie der Eltern geschehen.

Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung in KiTas²⁸

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten sollten insbesondere die Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung, Entspannung und Stressbewältigung sowie Resilienz (Widerstandsfähigkeit) umfassen und in deren Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrag integriert sein.²⁹ In vielen KiTas werden entsprechende Ansätze bereits verfolgt. Die Rolle der Krankenkassen kann deshalb darin bestehen, solche Ansätze zu fördern und sich – evtl. in Kombination mit weiteren Handlungsfeldern wie Gewalt- und Suchtprävention – dabei auf die Erreichung folgender Ziele zu konzentrieren:

- Das KiTa-Team sorgt für ein ausgewogenes und abwechslungsreiches Angebot frischer und gesunder Lebensmittel.
- Die Kinder werden in die Zubereitung der Mahlzeiten – sofern die räumlichstrukturellen Voraussetzungen hierfür gegeben sind – aktiv integriert, um ihnen sinnliche Lernerfahrungen im Umgang mit Lebensmitteln zu ermöglichen.
- Die Esssituation wird vom KiTa-Team gemeinsam mit den Kindern freudvoll und gesellig gestaltet.
- Der Träger der Kindertagesstätte stellt vielfältige und möglichst naturnahe Bewegungsräume und Bewegungsmöglichkeiten zur Verfügung.
- Über Bewegungsspiele in Gruppen werden die körperliche Leistungsfähigkeit, die Lernfähigkeit und -bereitschaft sowie die sinnlichen Erfahrungsmöglichkeiten der Kinder verbessert.
- Über Entspannung im rhythmischen Wechsel mit Bewegungseinheiten wird die Körperwahrnehmung verbessert und die Lern- und Konzentrationsfähigkeit wiederhergestellt.

Im Idealfall nutzt ein KiTa-Team weitere Unterstützungsmöglichkeiten für die eigene Arbeit. In der Gemeinde können z. B. Kinderärzte, Zahnärzte, städtische Ämter – Jugend-, Gesundheits-, Sozialamt –, Stadtteiltreffs, Beratungsstellen, Polizeidienststellen, kulturelle Einrichtungen und

²⁷ Leitfaden Prävention (2008), S. 21 f.

²⁸ Leitfaden Prävention (2008), S. 22

²⁹ Nationales Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“ in: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003): Bericht Gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Berlin. S. 132 – 164.

Vereine themen- und anlassbezogen den Gesundheitsförderungsprozess in der KiTa unterstützen und den KiTa-Alltag – z. B. durch Exkursionen – bereichern. Die Unfallversicherungsträger als weitere wichtige Partner können beratende Unterstützung z. B. bei Fragen zu Möglichkeiten der Gestaltung von Bewegungsräumen und bewegungsfreundlichen Spielflächen leisten.

Das in Kap. 5.2 vorgestellte Projekt „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ zeigt anschaulich, wie vorbildliche Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz in der Praxis aussehen kann.

Darüber hinaus wird in Kap. 5.3 eine Bilanz zu einem dreijährigen Projekt gezogen, an dem auch zwei Kindertagesstätten beteiligt waren.

5.2 Das Projekt „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“

Die gesundheitliche Situation von Kindern wurde bereits in Kapitel 5.1 angesprochen. Kinder profitieren von vielen positiven Aspekten der Zivilisationsgesellschaft, aber sie bekommen auch die „Schattenseiten“ zu spüren: Stress, Reizüberflutung, Leistungsdruck und Belastungen des Körpers durch Umwelteinflüsse kennzeichnen oft die heutige Kindheit. Die Folgen unausgewogener Ernährung und mangelnder Bewegung hat die erste umfassende Studie zur Kindergesundheit in Deutschland (KIGGS-Studie) bewiesen: 15 % der 3- bis 17-Jährigen sind übergewichtig, und davon gelten sechs Prozent als stark übergewichtig oder adipös.

5.2.1 Beweggründe

Im nordrhein-westfälischen KiTa-Projekt sind die Beteiligten überzeugt: Es ist Zeit, gezielt etwas für die Gesundheit der Kinder zu tun! Angebote, die im direkten Lebensumfeld von Menschen stattfinden, haben sich als besonders wirkungsvoll erwiesen. In Kindergärten und Kindertagesstätten kann spielerisch das Bewusstsein für einen gesundheitsfördernden Lebensstil vermittelt werden. Zur Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen liegt die Konzentration auf die Bereiche Ernährung und Bewegung nahe.

Handlungsspielräume wurden geschaffen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben Möglichkeiten, durch Maßnahmen der Primärprävention den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern und einen Beitrag zum Abbau von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten. Nach Auffassung der Initiatoren des im Folgenden vorgestellten Projekts ist es dabei von besonderer Bedeutung, eine frühzeitige Motivation zu gesundheitsbewusster Lebensweise auf Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozialen Status auszurichten, da diese ein nachweislich geringeres „Gesundheitsverständnis“ und hohe gesundheitliche Risiken aufweisen.

Auf dieser Grundlage initiieren die gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen, die Sportjugend im LandesSportBund Nordrhein-Westfalen sowie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gemeinsam das Projekt „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“. Es wird durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales und das Ministerium für Umwelt und Naturschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz in Nordrhein-Westfalen gefördert und ist ein Bestandteil der Landesinitiative „Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter“ im Rahmen des „Präventionskonzeptes Nordrhein-Westfalen – eine Investition in Lebensqualität“.

Das Projekt „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ wurde speziell für Kindergärten und Kindertagesstätten mit einem hohen Anteil von Kindern sozial benachteiligter Familien oder Familien mit Zuwanderungsgeschichte entwickelt. Im Projektzeitraum von drei Jahren wird insgesamt 54 ausgewählten Kindergärten die Teilnahme ermöglicht.

Zur Vorbeugung von Übergewicht speziell bei Kindern wurde inzwischen eine Vielzahl an Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention erfolgreich angeboten. Den Projektträgern war es besonders wichtig, von vorhandenen Erfahrungen zu profitieren und zwei anerkannte Programme zusammenzuführen. Hier handelt es sich um den „Anerkannten Bewegungskindergarten“ der Sportjugend im LandesSportBund NRW und dem „Pluspunkt Ernährung“, der auf dem Programm „Fit Kid – Essen und Trinken in Tageseinrichtungen für Kinder“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. basiert.



5.2.2 Zielsetzungen

„Was Hänschen und Lenchen nicht lernen, lernen Hans und Lena nimmermehr“ – unter diesem Motto will das Präventionsprojekt „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ helfen, dem Übergewicht im Kindesalter frühzeitig vorzubeugen und mehr Bewegung und gesunde Ernährung spielerisch in der Lebenswelt von Kindern zu etablieren.

In Anlehnung an die Zielsetzung von „gesundheitsziele.de“ wurde für den „Anerkannten Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ das Ziel, ein gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten bei Kindern zu fördern, um Übergewicht zu vermeiden, festgeschrieben. Daran orientieren sich die Kernbotschaften des Projektes:

- Zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden sollen sich Kinder regelmäßig und ausreichend im Alltag, in der Freizeit und im Sportbereich bewegen.
- Die bewegungsinaktiven Zeiten – z. B. Fernsehen und Computerspielen – sollen deutlich reduziert werden.
- Kinder brauchen für ihre körperliche und geistige Entwicklung eine ausgewogene, abwechslungsreiche Ernährung und ausreichend – ungesüßte – Getränke.
- Das soziale Umfeld – Familie, Kindergarten, Sportverein – trägt maßgeblich zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil der Kinder bei – Vorbildfunktion!

5.2.3 Teilnahmeanreize

Den interessierten Kindergärten und Kindertagesstätten wird ein umfangreiches, kostenfreies Unterstützungskonzept auf ihrem Weg zum „Anerkannten Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ angeboten:

- Multiplikatorenschulungen für Erzieherinnen und Erzieher zu den Bausteinen „Anerkannter Bewegungskindergarten“ (70 Lerneinheiten) und „Pluspunkt Ernährung“ (16 Lerneinheiten)
- Durchführung von zwei Elternveranstaltungen zu den Themen Bewegung und Ernährung durch Fachkräfte der Projektverantwortlichen
- Teilnahme an Arbeitskreisen zum Informations- und Erfahrungsaustausch
- Umfangreiche Arbeits- und Informationsmedien.

Die Erzieherinnen und Erzieher erfahren, wie sie die praxisorientierten Inhalte optimal in den Alltag integrieren, damit die Kinder von Anfang an einen gesunden Lebensstil entwickeln.

So geht es in den Schulungen nicht um eine reine Wissensvermittlung. Die praktische Umsetzbarkeit im Kindergartenalltag steht deutlich im Vordergrund. Durch eigenes Erleben und Arbeit in Gruppen sowie durch ergänzende Anregungen und Tipps eröffnen sich den Erzieherin-

nen und Erziehern vielfältige Möglichkeiten für eine sinnes-, erlebnis- und handlungsorientierte Bewegungs- und Ernährungserziehung.

Gleichzeitig werden Eltern gezielt zum Mitmachen motiviert, wodurch sich auch die Situation im häuslichen Umfeld deutlich verbessern lässt. Die Erfahrungen zeigen, dass Eltern sich durch den „klassischen Elternabend“ nicht unbedingt angesprochen fühlen. Deshalb können im Rahmen des Projektes die Elternveranstaltungen variabel durchgeführt werden, etwa als Elternnachmittage oder Projekttag mit Eltern. Dies gilt insbesondere für die ausgewählten Tageseinrichtungen für Kinder, die in Problembezirken liegen und einen hohen Anteil an Kindern aus sozial benachteiligten Familien haben. Die besonderen Bedürfnisse von Familien mit Zuwanderungsgeschichte werden mit Aktionen unter Berücksichtigung ihrer kulturellen Traditionen aufgegriffen, z. B. einem Sommerfest unter dem Motto: „Wie kocht die Welt.“ Auf diesem Weg sollen sie zur Beteiligung motiviert werden.

Das Projekt unterstützt mit seinen Maßnahmen die Kindergärten und Kindertagesstätten bei der Entwicklung zu qualifizierten gesundheitsorientierten Einrichtungen und erleichtert es den Erziehern, Vorhaben zur Gesundheitsförderung zu strukturieren und umzusetzen.

5.2.4 Voraussetzungen für die Zertifizierung

Sobald die am Projekt teilnehmenden Kindergärten erste Schritte auf dem Weg zu einer gesundheitsförderlichen Einrichtung gemacht haben, können sie mit dem Zertifikat „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ ausgezeichnet werden.



Als Grundlage dienen die folgenden Zertifizierungs-Kriterien:

1. Festschreibung der Prinzipien Bewegungserziehung und Ernährungserziehung in das pädagogische Konzept des Kindergartens.
2. Die Leitung des Kindergartens und je eine pädagogische Fachkraft aus jeder Gruppe müssen bei Antragstellung die Sonderausbildung „Bewegungserziehung im Kleinkind- und Vorschulalter“ des LandesSportBundes NRW und die Fortbildung „Essen und Trinken in Kindertagesstätten“ in Anlehnung an das Programm der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. nachweisen.
3. Es müssen ein geeigneter Bewegungs- oder Mehrzweckraum zur Durchführung von Bewegung, Spiel und Sport sowie ein entsprechend gestaltetes Außengelände im nahen Umfeld zur Nutzung zur Verfügung stehen.

4. Für die Zubereitung von ausgewogenen (Zwischen-)Mahlzeiten und der Beschäftigung mit dem Thema Ernährung müssen geeignete Räumlichkeiten und Materialien zur Verfügung stehen.
5. Eine kindgerechte Ausstattung mit Geräten und Materialien für den Bewegungs- und Ernährungsbereich muss vorhanden sein.
6. Die Elternveranstaltungen müssen je zweimal im Jahr die Themen Bewegung und Ernährung aufgreifen.
7. Der beantragende Kindergarten muss eine Kooperation mit einem ortsansässigen Sportverein eingehen.

Die ersten Zertifikate werden voraussichtlich zu Beginn des Jahres 2009 durch den zuständigen Minister überreicht.

Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in den zertifizierten Kindergärten stehen für Qualität und Nachhaltigkeit. Daher werden die Zertifizierungs-Kriterien und der aktuelle Sachstand regelmäßig durch Fachkräfte überprüft.

5.2.5 Evaluation

Darüber hinaus dokumentiert das Projekt im Rahmen der Qualitätssicherung die durch die Interventionen erzielten verhaltens- und verhältnispräventiven Änderungen. Die im Kern des Projektes stehenden Aspekte und Initiativen, wie Standort der Einrichtung, Multiplikatorenschulungen und Elternarbeit stehen im Mittelpunkt der Fragestellungen. Hauptinstrument der Evaluation sind Fragebögen, die zu drei Messzeitpunkten eingesetzt werden. So werden die Einschätzungen der Leitung, der Erzieherinnen und Erzieher sowie der externen Beraterinnen im Hinblick auf die Wirksamkeit der Multiplikatorenschulungen vor, direkt im Anschluss und sechs Monate nach den Schulungen abgefragt. Analog werden die Elternveranstaltungen evaluiert. Die Ergebnisse in den Interventionseinrichtungen werden mit denen von Einrichtungen einer Kontrollgruppe verglichen. Der Prozess wird durch die Beraterinnen verfolgt und dokumentiert.

Die noch laufende Evaluation wird vom Institut für Motorik und Bewegungstechnik der Deutschen Sporthochschule Köln durchgeführt.

5.2.6 Erste Stimmen aus Projektkindergärten

Erste Tendenzen spiegeln sich in den Stimmen aus den Projektkindergärten wider: „Wir waren zwar nie ein ‚Sitzkindergarten‘, aber wir sind jetzt stolz ein ‚Bewegungskindergarten‘ zu sein, in dem die Kinder auch Spaß an gesundem Essen haben“, so Andreas Zorn, pädagogische Leitungsfachkraft des Familienzentrums NRW Nettetal-Lobberich. „Die Schulungen haben unsere pädagogische Arbeit mit den Themen Bewegung und Ernährung sehr bereichert.“ Die Mitarbeiter betonen, dass ein gut gestaltetes Außengelände, das Raumangebot und die Nutzung der städtischen Turnhallen mit einem vielseitigen Geräteangebot den Kindern ausreichend Gelegenheit zu vielfältiger Bewegung und Bewegungsspielen geben. „Auch der „Pluspunkt Ernährung“ ist uns wichtig. Anhand der Ernährungspyramide wird täglich dokumentiert, was die Kinder gegessen haben. Wir dokumentieren ebenfalls die Bewegungsaktivitäten. Dadurch und durch regelmäßige Elternveranstaltungen, die immer auch „Bewegung und Ernährung“ thematisieren, erhalten die Kinder und die Eltern eine Rückkopplung. Wenn wir die Eigenverantwortung in allen Lebenszusammenhängen stärken wollen, ist die Gesundheit eingeschlossen. Das spiegelt sich in unserer Bildungskonzeption wider. Unser ganzes Team erlebt die positiven Entwicklungen. Wir hoffen, durch die Umsetzung des Projektes einen Beitrag zur Prävention von Übergewicht bei Kindern leisten zu können.“

Der Leiter der Städtischen Einrichtung für Kinder in Köln-Mülheim, Bernd Kirschner, berichtet: „Aufgrund unseres großen Geländes haben wir schon immer viel in Sachen Bewegung gemacht. Eine intensive Beschäftigung mit dem Thema Ernährung war für uns spannend, da

unsere täglichen Erfahrungen zeigten, dass es immer Probleme mit ‚zu viel‘ und ‚zu wenig‘ gab.“ Die Einrichtung wurde durch den Träger zur Teilnahme am Projekt motiviert und profitiert nun von den beiden Schulungen. Kirschner berichtet: „Durch die Vermittlung von fundiertem Wissen und neuen Methoden haben wir nun mehr Sicherheit, guten Gewissens das Richtige zu tun. Durch die neuen Impulse und Erkenntnisse haben wir viel für unsere tägliche Arbeit dazu gelernt. Gesundheitsförderung hat einen großen Platz in unserer Einrichtung. Die Maßnahmen hin zu einer gesundheitsfördernden KiTa haben auch deutlich die Motivation der Mitarbeiter erhöht und zeigen Auswirkungen auf ihr Verhalten. Wir haben erfahren, dass sich durch kleine Veränderungen in den Rahmenbedingungen häufig bereits Schritte ins Positive gehen lassen. So konnten wir kurzfristig einen Caterer gewinnen, der das Essen für unsere 100 Kinder frisch kocht und erst kurz vor dem Mittagessen anliefert. Das geht natürlich nicht ohne die Einbindung der Eltern. Hier leistet der Elternrat gute Multiplikatorenarbeit.“

Wie ihre beiden Kollegen bestätigt Janka Müller, stellvertretende Leiterin der Tageseinrichtung für Kinder an der Pregelstraße in Leverkusen, gerne das Angebot zur Teilnahme an dem Projekt „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ wahrgenommen zu haben. „Wir beobachteten bei Kindern einen zunehmenden Bewegungsmangel. Bei den Kindern, die den ganzen Tag in der Einrichtung betreut werden, haben die Familien kaum Möglichkeiten mit den Kindern draußen zu spielen oder im Sportverein aktiv zu werden. Auch die Ernährungssituation zeigt, dass die Kinder aufgrund der finanziellen Situation häufig nicht gesund ernährt werden. Hier wollen wir ansetzen. Die fachlichen Hintergründe und praktischen Angebote haben bereits Wirkung gezeigt. Mit den Impulsen aus den Schulungen haben wir durch die Umgestaltung der Räume Bewegungsfreiräume geschaffen und das tägliche Sportangebot erweitert. Darüber hinaus fließt auch das Thema ‚gesunde Ernährung‘ in unsere Arbeit ein. In der Einrichtung erleben die Kinder, wie lecker Obst und Gemüse schmecken. Insgesamt muss ich sagen, dass auch unser ganzes Team beweglicher geworden ist. Alle werden selbst aktiv im Hinblick auf ihre Gesundheit und die unserer Kindergartenkinder. Deshalb haben wir jetzt einen Anhang für unser Kindergartenkonzept erarbeitet. Bei entsprechender Abstimmung wird das Thema Gesundheitsförderung darin fest verankert.“

5.2.7 Ausblick

Der Anfang ist gemacht. Die 54 ausgewählten Kindergärten wurden „Anerkannte Bewegungskindergärten mit dem Pluspunkt Ernährung“ und tragen durch die zu erwartenden positiven Ergebnisse maßgeblich zur Prävention von Übergewicht im Kindesalter bei. Durch mehr Bewegung und den bewussten Umgang mit ausgewogener Ernährung erlernen die Kinder schon früh einen gesundheitsförderlichen Lebensstil. Damit erlangen sie gute Grundlagen für eine gesunde Zukunft.

Das Projekt „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ kann vielen weiteren Einrichtungen als Beispiel dienen, wie Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Kindern umzusetzen sind und sie motivieren, ebenfalls aktiv zu werden.

Weitere Informationen sind abrufbar unter www.praeventionskonzept.nrw.de.

5.3 Evaluation belegt: GESUND LEBEN LERNEN mit breiter Wirkung erfolgreich

Das Mitte 2003 gestartete kassenartenübergreifende Projekt GESUND LEBEN LERNEN mit den drei Teilprojekten in den Bundesländern Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt endete zunächst Mitte 2006. Eine externe Evaluation, über die hier berichtet wird, untersuchte die Wirksamkeit der gesundheitsfördernden Entwicklung an den 63 Schulen und zwei Kindertagesstätten, die in dieser Zeit beteiligt waren.



5.3.1 GESUND LEBEN LERNEN – Ergebnisse der externen Evaluation

Methodik

Die externe Evaluation umfasste drei Messpunkte: Die Eingangserhebung fand ab Ende 2004 statt, die Abschlusserhebung zu Projektende etwa zwei Jahre später Ende 2006, die Nacherhebung ein weiteres Jahr später Anfang 2007. An der Eingangserhebung beteiligten sich 56 der ursprünglich 69 Schulen, an der Abschlusserhebung 44, an der Stabilitätsmessung 50 Schulen (unter Einbezug der Leitfadeninterviews: 65). Die Auswertungen wurden vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt (Institut für Medizinische Psychologie, Forschungsgruppe Versorgungs- und Qualitätsforschung für die Prävention).

Aus Gründen des Datenschutzes und Durchführungsaufwandes für die Schulen wurden Querschnittserhebungen gewählt, die Stichproben so knapp wie möglich bestimmt und kurze Fragebögen verwendet. Eingesetzt wurden fünf Instrumente:

1. Ein Dokumentationsbogen zur Erfassung gesundheitsförderlicher Strukturen und Prozesse auf Einrichtungsebene.
2. Eine Maßnahmendokumentation zur Beschreibung aller Teilschritte des Vorgehens (Ziele, Themen, Arbeitsform, Zeitaufwand, Anteil erreichter Personen aus Zielgruppen).
3. Ein Fragebogen für Lehrkräfte zur Erfassung von Arbeitszufriedenheit, tätigkeitsbezogenen und allgemeinen Arbeitsbelastungen, berufsbezogener sozialer Unterstützung, gesundheitsbezogener Lebensqualität, Verhaltensfragen nach Tabak- und Alkoholkonsum, wichtigen arbeitsplatzbezogenen Beschwerden und Selbstwirksamkeitserwartung.
4. Ein Fragebogen für Schüler zur Erfassung von Wohlbefinden und Belastung, gesundheitsbezogener Lebensqualität, Beziehung zu Lehrkräften, Klassenklima, Beschwerdenstand, Bewegungs- und Ernährungsverhalten, Nikotin- und Alkoholkonsum und Selbstwirksamkeitserwartung.
5. Ein Leitfaden für Telefon- oder Mail-Interviews.

Um alle Werte gut vergleichen und interpretieren zu können, enthielten die Fragebögen überwiegend Standardfragen, zu denen auch Werte der Bundesgesundheitsberichterstattung zur Verfügung standen. Dadurch konnte für jeden Befragten der individuelle Abstand zur jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe errechnet werden. Diese Verankerung an Normwerten ermöglicht eine Art vereinfachter Risikoadjustierung nach Alter und Geschlecht. Zum Vergleich wurde der repräsentative Wert der Gesamtbevölkerung herangezogen.

Als methodische Grundlage wurde die Literatur über die Wirksamkeit schulischer Gesundheitsförderung in einer Programmtheorie zusammengefasst.³⁰ Auswertungen betrafen Ausfallana-

30 Kliche, Werner, Post (2006)

lysen zur Verzerrungskontrolle der Teilstichproben, psychometrische Instrumentenprüfungen (mittlere Veränderungen bei allen Befragten und in den Einzelschulen), die Analyse von Einflüssen der Teilnehmer- und Einrichtungsmerkmale (u. a. Alter, Geschlecht, Schulart und -größe, Ausstattung und Ausgangslage) sowie Extremgruppenvergleiche (besonders erfolgreiche und weniger erfolgreiche Schulen).

Allgemeine Gesundheitsgewinne

Die Schüler berichteten in der Abschlussbefragung eine statistisch signifikant um ca. 5 % höhere Schulzufriedenheit, einen Anstieg ihres körperlichen Wohlbefindens um 4 %, des Selbstwerterlebens um 4 % und des psychischen Wohlbefindens um 2 %. Ihr Beschwerdenstand verringerte sich um etwa 1 %.

Die Lehrer gaben in der Abschlussbefragung eine verbesserte Vitalität an (etwa 4 %). Körperliche Leistungsfähigkeit, Beschwerdenstand und Schmerzbelastung verbesserten sich ebenfalls, infolge großer Streuung jedoch nicht signifikant im Bereich von 4 – 5 %.

Insgesamt verbesserte sich also das gesundheitliche Befinden der Schüler und der Lehrkräfte. Zu verzeichnen waren Unterschiede nach Alter und Geschlecht und große Unterschiede zwischen einzelnen Schulen. Auf der Ebene des Gesamtprojekts lagen die meisten Gesundheitsgewinne im Bereich kleiner Effektgrößen.

Unterschiedliche Entwicklung der einzelnen Schulen

Die drei Wirkungsebenen – Schulorganisation, Lehrkräfte- und Schülergesundheit – bewegten sich nicht an allen Schulen in die gleiche Richtung. An zehn von 22 Schulen (45 %) traten Erfolge auf mindestens zwei dieser Ebenen ein, doch an zehn weiteren Schulen standen Erfolge auf einer Ebene Rückgänge auf einer anderen gegenüber. Nur an einer Schule sind klare Erfolge in allen drei Dimensionen eingetreten – etwa 3 % Gewinne an Schülergesundheit, etwa 7 % bezüglich der Lehrergesundheit und etwa 25 % Strukturverbesserungen. Lehrer- und Schülergesundheit nahmen dabei nicht überall gleichgerichtet zu. Besonders gute Erfolge hatten die Schulen in Regionen, in denen sie von Beginn an stetige und intensive externe Begleitung und Unterstützung in Anspruch nehmen konnten, insbesondere für die interne Fortbildung im Projekt, für die Organisation ihrer Vernetzung und für den Aufbau ihres Gesundheitsmanagements.

Das Projekt vermochte also die Möglichkeiten des Setting-Ansatzes auszuschöpfen, allerdings nicht in allen Schulen. Zum Vorgehen an den einzelnen Schulen mussten Prioritäten gesetzt werden; nicht alle Ziele waren in der Laufzeit gleichzeitig zu erreichen.

Die Schulen investierten im Mittel 160 Personenstunden über knapp drei Jahre in das Projekt. Der Ressourceneinsatz der einzelnen Schulen wies eine starke Streuung auf: zwischen fast keinen und über 700 Stunden. Die Schulen führten zwischen einem und 63 Teilschritten durch (im Mittel 18). Die Intensität des Vorgehens war ein Faktor von größter Wichtigkeit. Schulen, die mehr Zeit in das Projekt investierten, erreichten deutlich größere Erfolge. Sie führten eine höhere Anzahl von Einzelschritten durch, die – entsprechend dem Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung – komplexer gestaltet waren (mehrere Ziele, Ebenen, Methoden und Zielgruppen). Ein höherer Aufwand bzw. eine „höhere Dosis“ war also eine wichtige Bedingung, die Wirkungen des Projekts in Gang zu setzen.

Nachhaltige Strukturgewinne der Schulen

Lag die gesundheitsbezogene Strukturqualität der Schulen zu Projektbeginn noch knapp in der Mitte der Skala, so war sie nach zwei Jahren um knapp 11 % gestiegen und blieb nach Projektende stabil. GESUND LEBEN LERNEN hatte also nachhaltige Wirkungen auf gesundheitsbezogene Abläufe und die Verankerung von Gesundheitsförderung im schulischen Alltag. Einige Schulen konnten die Verankerung, Planung, Fortbildung, Steuerung, Partizipation, Vielfalt und Vernetzung ihrer gesundheitsbezogenen Untergliederungen, Abläufe und Ausstattungen verdoppeln oder verdreifachen.

Verbesserung von Schulklima und Zusammenwirken

Die Leitfadeninterviews der qualitativen Nachbefragung zeigten ein sehr positives Gesamtbild der Projektwirkungen. Laut Schilderungen der Befragten traten an fast allen Schulen übergreifende Wirkungen von GESUND LEBEN LERNEN ein, welche die Organisationskultur und das Schulklima verbesserten.

Zu verzeichnen waren Wissenserweiterung, Kompetenzgewinne – insbesondere hinsichtlich Projektmanagement –, Verankerung von Gesundheitsbewusstsein und Aufbau arbeitsfähiger interner und externer Netzwerke für gegenseitige Unterstützung, Problemlösung und weiteren Wissens- und Erfahrungstransfer. Die meisten Schulen berichteten Verbesserungen der Gesundheitseinstellungen, einige auch des Gesundheitsverhaltens (u. a. Ernährung, Bewegung, Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum, Aggression). GESUND LEBEN LERNEN unterstützte einen Wandel der Organisationskultur hin zu einem Klima der Kooperation und Anerkennung, einem partizipativen Führungsstil und zu kollegialer Unterstützung sowie zur Zusammenarbeit verschiedener Teilgruppen in der Schule (Lehrkräfte mit Schüler, verschiedene Klassenstufen). Diese positiven Auswirkungen erreichten Schulleitungen, Kollegien und Schüler, sogar bis hin zu Teilen der Elternschaft. GESUND LEBEN LERNEN hatte auch nach seinem „offiziellen“ Ende Auswirkungen: Selbst wenn die Schule das Projekt nicht unter dem gleichen Namen weiterführte, hatten Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung in den beteiligten Einrichtungen einen weit höheren Stellenwert als zuvor. Nur sehr wenige Schulen berichteten keine oder unerwünschte Auswirkungen. Wo das Projekt gelang, setzte GESUND LEBEN LERNEN also einen komplexen, teilweise selbstverstärkenden Prozess der Organisationsentwicklung in Gang. Es erhöhte die Handlungs- und Problemlösungsfähigkeit der Schulen als Organisation und ihrer Teilgruppen und Mitglieder.

Hürden, Motivation und externe Expertise

Allerdings war dieser Prozess nicht leicht in Gang zu setzen. Er erforderte erhebliches Engagement, spürbare zeitliche Ressourcen und kompetente Unterstützung durch die Landesvereinigungen für Gesundheit, die das Projekt durchführten. Praktisch alle Schulen berichteten über verschiedene ernst zu nehmende Hürden, in deren Folge etwa ein Drittel der ursprünglich beteiligten Schulen entweder das Projekt abbrach oder nur noch auf Sparflamme weiterführte und entsprechend geringe Erfolge verzeichnete. Zu den wichtigsten Hürden gehörten

- Einrichtungsgröße (größere Schulen forderten mehr Koordination und Motivation)
- Schulart (ältere Schüler mit konservativem Geschlechtsrollenverständnis, für die Risikoverhalten „cool“ ist, waren schwerer erreichbar).
- Ausstattung (schlechter ausgestattete Schulen mussten zunächst die dringendsten Lächer stopfen).
- Soziale Lage (in schlechter gestellten Einzugsgebieten verfügten alle Gruppen an der Schule über weniger Zeit, Zuversicht und Engagement).
- Zeitbedarf (der Arbeitsumfang minderte sich bei Verteilung auf mehrere Personen und mit zunehmender Wirksamkeit, doch bis dahin waren stetige Motivations- und Koordinationsleistungen erforderlich). In solchen Phasen waren die Unterstützung der Schulleitung und die spürbare Anerkennung der Behörden und der Politik wichtig.

Der erfolgreiche Verlauf und die breiten Wirkungen zeigten, dass GESUND LEBEN LERNEN solche Hürden überwinden konnte. Die durchführenden Landesvereinigungen für Gesundheit sorgten für externe Unterstützung und Vernetzung, für Motivation, Wissens- und Kompetenztransfer (insbesondere zu Managementtechniken und Interventionen schulischer Gesundheitsförderung), für Möglichkeiten zur Intervention – eine kollegiale Beratungsform – in Konflikt- und Demotivationslagen, für Beratung, Erfahrungsaustausch und Vernetzung. Für den umfassen-

den schulischen Wandel waren einerseits diese Leistungen, andererseits das Engagement der Pioniergruppen an den beteiligten Schulen von entscheidender Bedeutung.

5.3.2 GESUND LEBEN LERNEN 2007 und 2008 vertieft und fortgesetzt

Durch die interne Evaluation und Dokumentation der Teilprojekte der drei Bundesländer 2006 wurde deutlich, dass eine Vertiefung und Verstetigung der Projektstrukturen zur Ergebnissicherung beitragen würden. So verständigten sich die Kooperationspartner, die Spitzenverbände der GKV und die Landesvereinigungen aus Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt auf eine Projektfortsetzung bis Ende 2008. Die externe Evaluation bestätigte diese Entscheidung.

In den Jahren 2007 und 2008 sind 67 Schulen in **Niedersachsen** in das Projekt aufgenommen worden; mit dem Beginn des neuen Schuljahrs 2008/09 kamen 22 weitere Schulen hinzu. Inzwischen ist GESUND LEBEN LERNEN für alle Schulformen geöffnet, Schulen mit sozial benachteiligten Schülern werden aber bei der Auswahl bevorzugt. Neben der Landesvereinigung für Gesundheit und der Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. begleiten ca. 40 ausgebildete Fachkräfte für schulisches Gesundheitsmanagement zweier Krankenkassen die Schulen zwei Jahre lang beim Aufbau ihres internen Gesundheitsmanagements. Im Schnitt steht jede Fachkraft einer Schule für acht Stunden pro Woche zur Verfügung. Die Fachkräfte werden pro Jahr in zwei zweitägigen Veranstaltungen weitergebildet; zusätzlich bieten drei regionale Arbeitskreise unter externer Moderation Fallanalyse und kollegiale Beratung. Landesweite Tagungen ergänzen das Angebot. Um den Schulen nach Ablauf der zweijährigen Betreuungsphase die Arbeit zu erleichtern, werden ihnen einerseits Unterstützungsangebote aus Kultusministerium und Landesschulbehörden näher gebracht und andererseits wurde ihre regionale Vernetzung gefördert.

In **Rheinland-Pfalz** beteiligen sich inzwischen rund 100 Schulen an den regionalen Arbeitskreisen, kontinuierlich wirken davon ca. 40 Schulen mit. Sie unterstützen an Gesundheitsförderung interessierte Schulen im Rahmen ihrer Netzwerkarbeit und tragen dazu bei, gesundheitsfördernde Projekte im Unterricht und im Schulleben zu etablieren. Dafür wurden 2007 und 2008 an jeweils elf Schulen 17 bzw. 20 Gesundheitsmoderatoren ausgebildet. Die regionalen Arbeitskreise tagen vierteljährlich. Informationsaustausch und Fortbildung sichern eine kontinuierliche Prozessbegleitung. Sieben, aktuell fünf Netzwerkmoderatoren begleiten und koordinieren diese Arbeit. Zunehmend bringen außerschulische Partner – z. B. Hauswirtschaftler und Ernährungsberater – bei konkreten Aktivitäten in den Schulen ihre Fachkompetenz ein. Ende 2008 sollen insgesamt 67 Schulen im „Netzwerk Schulen für Gesundheit 21“ zertifiziert sein. Das Projekt soll auch über das Jahr 2008 hinaus vom Land und den Schulträgern getragen und fortgesetzt werden. Gesundheit und Gesundheitsförderung sind als Querschnittsaufgaben im Qualitätsprogramm von Schulen in Rheinland-Pfalz verankert und bieten eine gute Basis für die weitere Strukturentwicklung.

Zehn Schulen und zwei Kindertagesstätten nutzten die Erfahrungen und Erkenntnisse der elf Bildungseinrichtungen des Ausgangsprojektes in **Sachsen-Anhalt**. Bei ihnen wird betriebliche Gesundheitsförderung gelebt. Mit Unterstützung ihrer „Tandemeinrichtung“ – Bildungsstätten der ersten Förderphase und der externen Prozessbegleitung der Landesvereinigung für Gesundheit – bauten sie Arbeitskreise für Gesundheit auf und entwickelten in Gesundheitszirkeln vielfältige Maßnahmen zur Verbesserung ihres „Bildungsbetriebes“. Diese reichen von der Einrichtung einer Cafeteria und Bewegungs- bzw. Entspannungsorten auf dem Pausenhof über wirbelsäulengerechten Unterricht für Schüler und Lehrer und Unterricht im Grünen bis hin zur Lösung organisatorischer Probleme, z. B. bei der Essenseinnahme. Zwei KiTas und vier Schulen qualifizieren sich zu Kompetenzzentren für betriebliche Gesundheitsförderung ihrer jeweiligen Bildungsform. Sie stehen damit auch über den Projektzeitraum hinaus anderen Schulen als Praxispartner im Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen Sachsen-Anhalt zur Verfügung.

Die Berichte aus den drei Bundesländern zeigen, dass auch im Folgeprojekt die zuständigen Fachministerien, begleitet von der Landesberatergruppe und unterschiedlichen Regionalpartnern, das Projekt GESUND LEBEN LERNEN unterstützten. Die landesspezifischen Teilprojekte erprobten drei Wege, eine gesundheitsfördernde KiTa- und Schulentwicklung erfolgreich zu etablieren. Es bleibt zu hoffen, dass diese mit maßgeblicher Krankenkassenförderung entwickelten Ansätze unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse bundesweit von vielen verantwortlichen Akteuren aufgegriffen und genutzt werden.

5.4 Ergebnisse der bundesweiten Aktivitäten der GKV im Setting-Ansatz

Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Zahl der von ihnen durchgeführten oder begleiteten Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz seit 2001 stetig gesteigert.

Tabelle 10: Rücklauf Dokumentationsbögen Setting-Ansatz

Rücklauf Dokumentationsbögen	
Berichtsjahr	Anzahl Dokumentationsbögen (gemeldete Fälle)
2007	1.165
2006	1.083
2005	859
2004	622
2003	638
2002	454
2001	143

Im Vergleich zu 2006 lag der Zuwachs an rückgemeldeten Dokumentationsbögen bei acht Prozent.

Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in den bundesweiten Ausgaben der Krankenkassen für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz wider. 2007 wurde in diesem Bereich 56 Prozent mehr investiert als 2006 (2006: 11,3 Mio. Euro, 2007: 17,6 Mio. Euro). Je Versicherten investierten die Krankenkassen damit 35 Cent (2006: 22 Cent) und haben sich damit dem selbst gesetzten Ziel einer Mindestausgabe von 50 Cent je Versicherten³¹ deutlich angenähert.

5.4.1 Allgemeine Daten

Settings – Anzahl der Einrichtungen

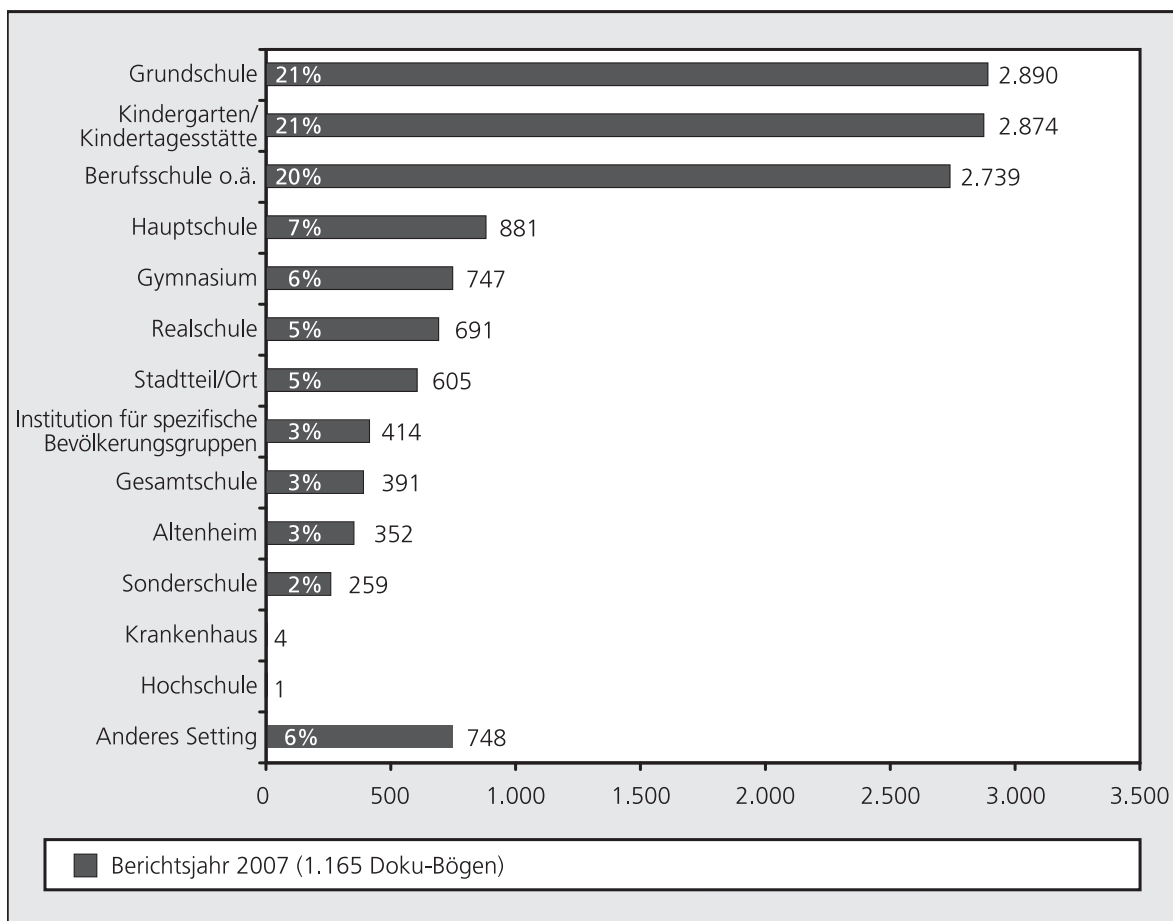
Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz wurden 2007 in insgesamt 13.596 Einrichtungen durchgeführt. Das sind im Mittel zwölf Einrichtungen je Dokumentationsbogen.

Erstmals wurde im Berichtsjahr 2007 die Anzahl der Einrichtungen für jedes einzelne Setting erhoben. Daraus lässt sich ein differenzierteres Bild über die Zahl der Einrichtungen im jeweiligen Setting zeichnen.

Die Definition dessen, was als jeweils einzelne „Einrichtung“ abzugrenzen und zu zählen ist, ist relativ komplex. In früheren Erhebungsjahren dürfte es bei den Berichterstatlern vor Ort zu Abgrenzungsproblemen gekommen sein. Mit veränderten Ausfüllhinweisen und der neuen, auf die Einzelsettings bezogenen Erhebungsmethodik wurde die Erfassung nunmehr verbessert. Das bedeutet jedoch auch, dass die in den Vorjahren erhobenen Summenzahlen nicht direkt mit den diesjährigen zu vergleichen sind.

³¹ Leitfaden Prävention (2008), S. 9.

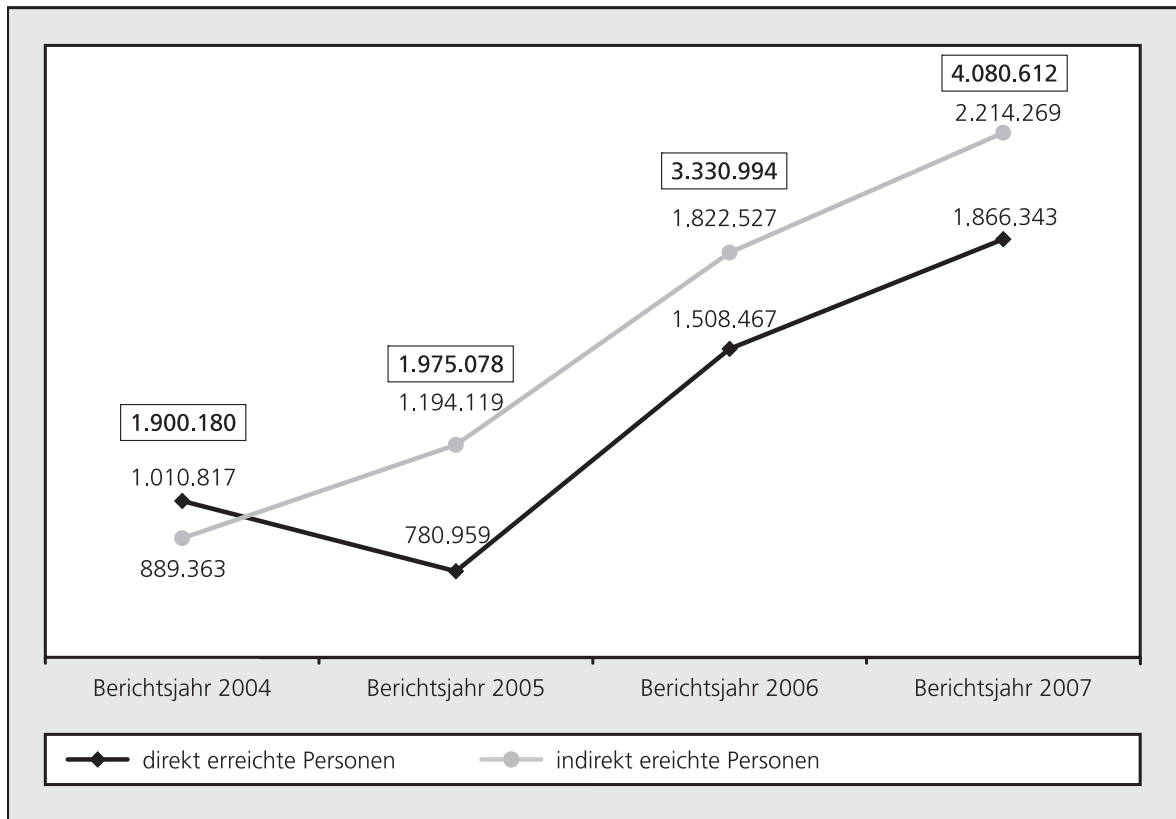
Abb. 1: *Anzahl der Einrichtungen in den jeweiligen Settings*



Erreichte Personen

Die Schätzsumme der über Settingaktivitäten erreichten Personen wurde durch Addition der Schätzsummen für die direkt und die indirekt erreichten Personen gebildet. Indirekt können Menschen beispielsweise über das Weitertragen von Informationen oder über Aktivitäten und Veränderungen erreicht werden, die von Gesundheitszirkeln initiiert wurden.

Abb. 2: **Schätzsumme erreichter Personen**

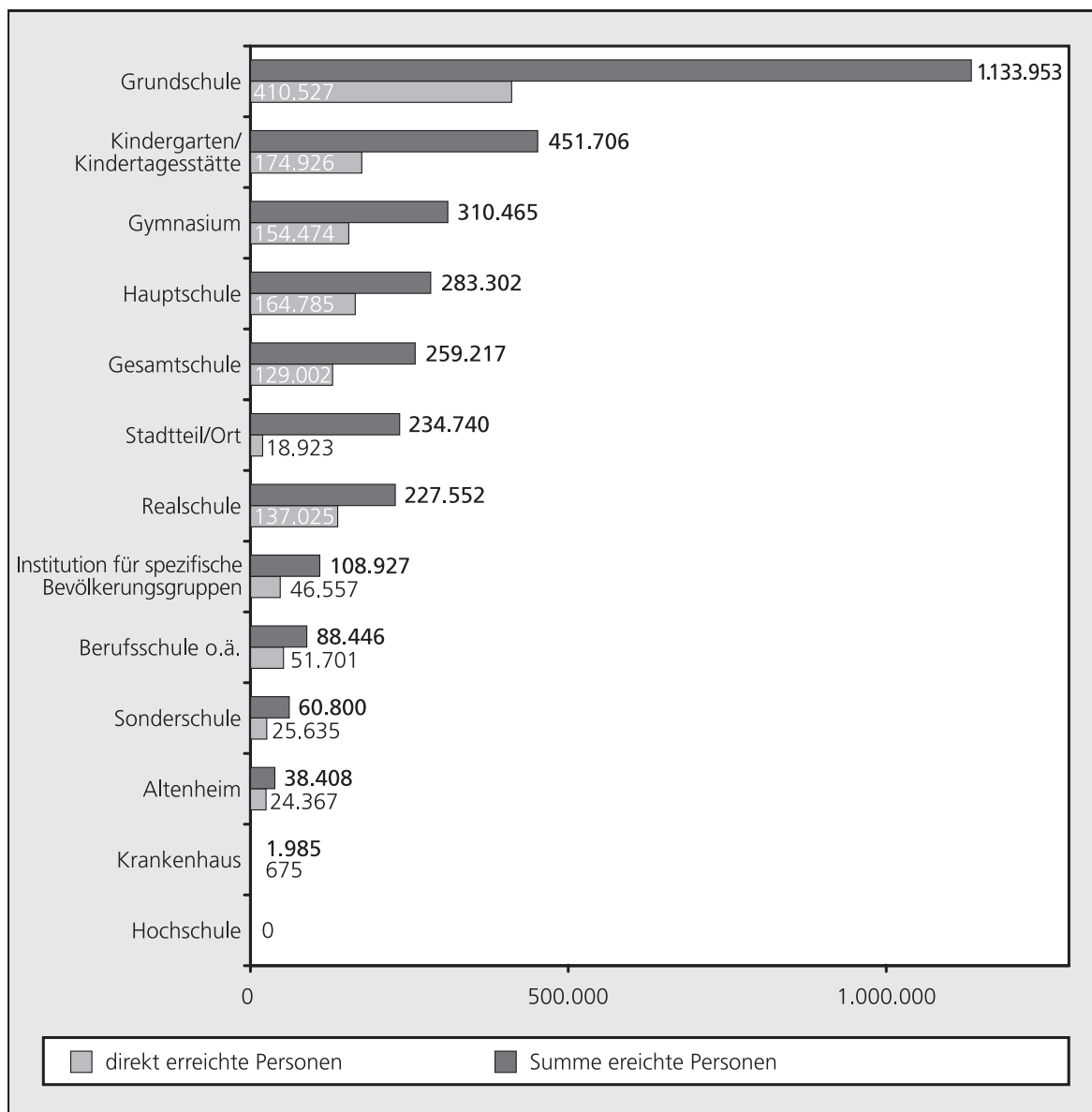


Die Gesamtschätzsumme der direkt und indirekt erreichten Personen scheint eher hoch zu sein. Es stellte sich die Frage, ob sich die Höhe der Summe dadurch erklären lässt, dass viele Personen über breitenwirksame Medien, wie z. B. das Internet erreicht wurden. Deshalb wurde überprüft, wie viele Menschen sich im Mittel ausschließlich über breitenwirksame Medien und wie viele sich im Mittel ausschließlich über wenig breitenwirksame Medien erreichen ließen. Den breitenwirksamen Medien zugeordnet wurden Video, Foto, Overhead, Beamer (d. h. Vorträge), Faltblätter/Broschüren, Ausstellungen/Plakate sowie das Internet. Zu den wenig breitenwirksamen Medien zählten Übungsmanuale/Arbeitsunterlagen sowie Anschauungsmaterial/Modelle.

Die aus den Berechnungen resultierenden Durchschnittswerte wurden auf die Gesamtschätzsumme übertragen. Danach ließen sich etwa 1,2 Millionen Personen (29 %) über wenig breitenwirksame Medien erreichen und 2,9 Millionen (71 %) über Intranet, Faltblätter/Broschüren etc. Die These, dass sich die recht hohen Schätzzahlen vor allem dadurch erklären lassen, dass breitenwirksame Medien eingesetzt wurden, ließ sich demnach im Wesentlichen bestätigen.

Mit der Erfassungsrunde 2007 fragte der Dokumentationsbogen erstmals die Schätzzahlen der erreichten Personen in jedem einzelnen Setting ab. In den Jahren davor wurde je Dokumentationsbogen eine Gesamtschätzsumme aller über die in mehreren Settings gleichzeitig erreichten Menschen erfasst. Die auf die Einzelsettings bezogenen Schätzzahlen verteilten sich wie folgt.

Abb. 3: *Erreichte Personen in den jeweiligen Settings*



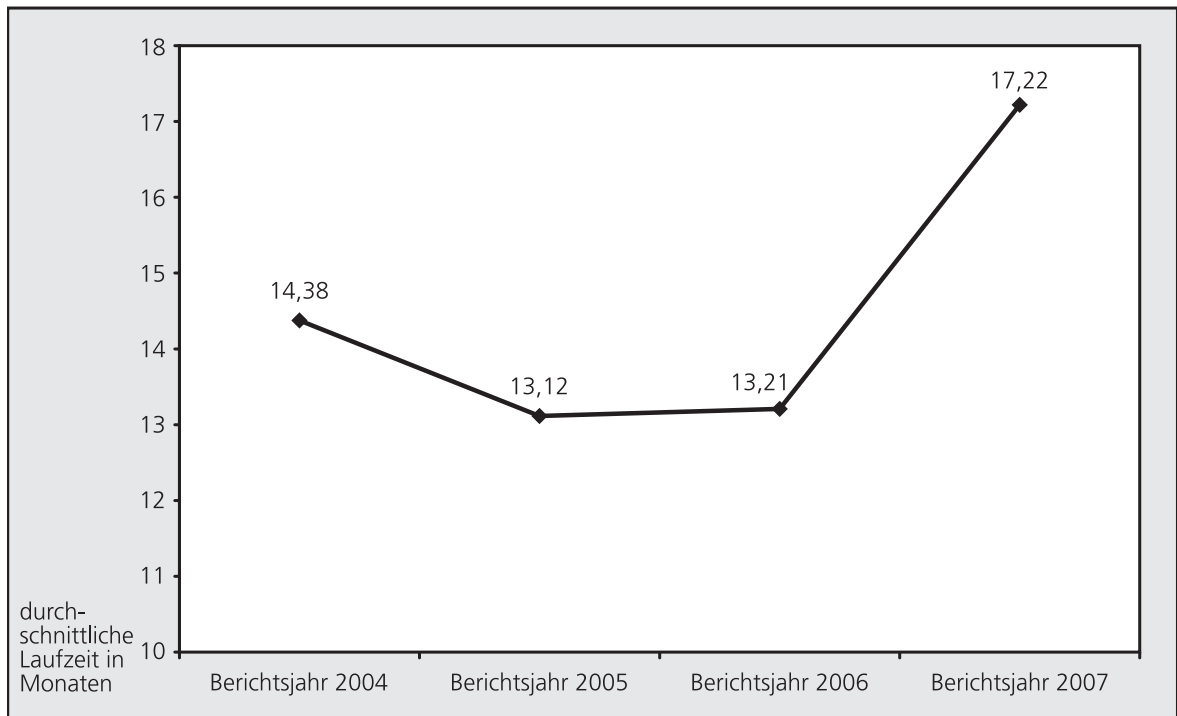
Die Summe der in Kindergärten, -tagesstätten und Grundschulen insgesamt erreichten Personen entsprach einem Anteil von 39 % (1,6 Mio. Menschen) der Gesamtschätzsumme der direkt und indirekt erreichten Personen. Das heißt, über den Setting-Ansatz ließen sich besonders gut junge Menschen aus allen sozialen Schichten erreichen.

Laufzeit der Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Bei 90 % aller für das Berichtsjahr 2007 gemeldeten Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz lagen Angaben zu den Laufzeiten der Gesundheitsförderungsmaßnahmen vor. Hier handelte es sich sowohl um endgültig feststehende Laufzeiten bei Aktivitäten, die zum Ende des Berichtsjahres abgeschlossen waren, als auch um geplante Laufzeiten bei noch laufenden Projekten. Bei diesen sind noch Abweichungen von der Planung möglich.

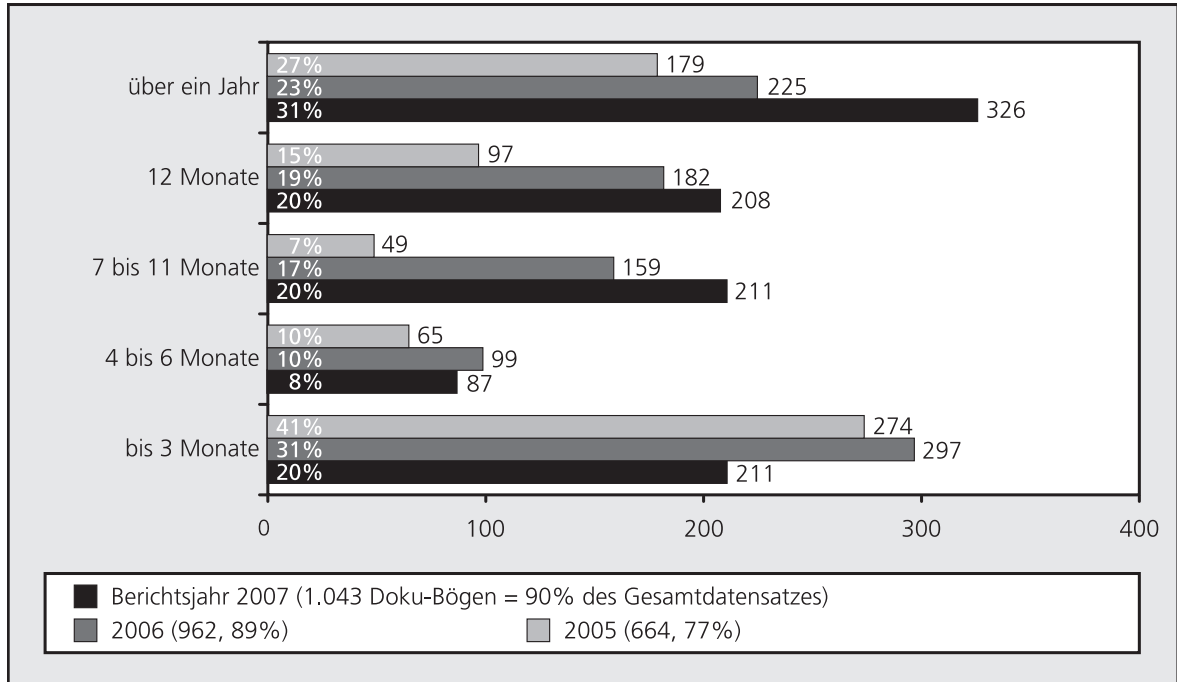
Wie die nachfolgenden Abbildungen zeigen, waren die Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz im Berichtsjahr 2007 tendenziell langfristiger ausgelegt als in den Jahren davor.

Abb. 4: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten



Die Zahl der Projekte, die ein Jahr und länger andauerten, waren 2007 im Vergleich zu den Vorjahreserhebungen deutlich angestiegen.

Abb. 5: Laufzeit in Monaten

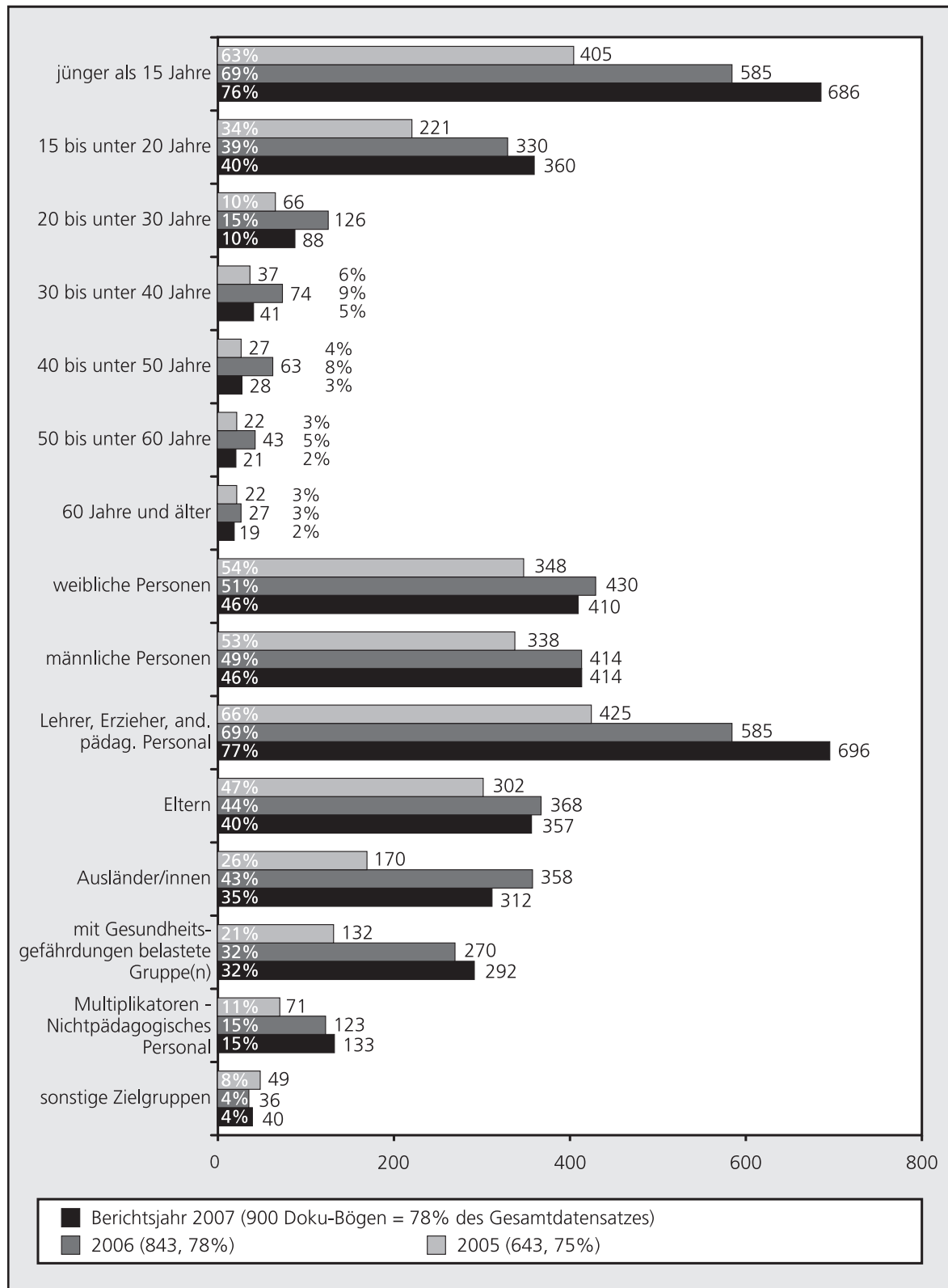


Bei drei Viertel der Projekte, die ein Jahr und länger andauerten, handelte es sich um umfassende Maßnahmenpakete, die sowohl auf gesundheitsbezogene Verhaltensweisen als auch auf die Rahmenbedingungen in den Settings ausgerichtet waren. Im Vergleich dazu waren von allen gemeldeten Interventionen nur 59 % sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen.

5.4.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

In 78 % aller Fälle waren die Aktivitäten auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet. Im Mittel wurden dabei je gemeldetem Fall vier Zielgruppen gleichzeitig benannt.

Abb. 6: *Schwerpunktmäßige Zielgruppen*
(Mehrfachnennungen möglich)



Eine geschlechtsspezifische Zielgruppenausrichtung ließ sich nicht erkennen, da in der Regel weibliche und männliche Personen gleichzeitig benannt wurden (96 %).

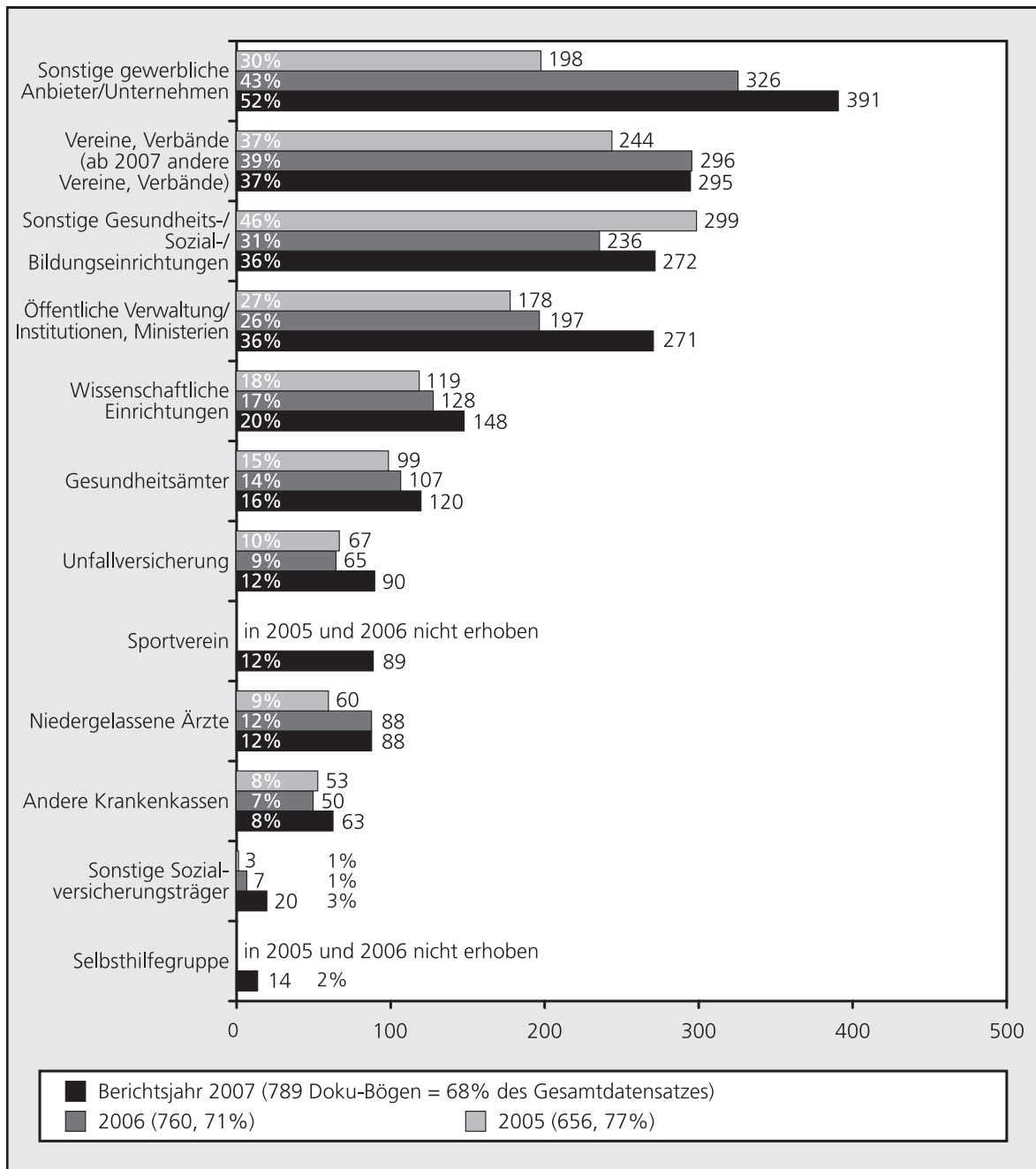
5.4.3 Kooperationspartner

Bei allen dokumentierten Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz lag mindestens eine Kooperation zwischen den für das Setting verantwortlichen Akteuren (z. B. der Leitungsebene einer Einrichtung) und einer Krankenkasse vor.

Da Prävention eine Aufgabe darstellt, bei der möglichst weitere gesellschaftsrelevante Institutionen eingebunden werden sollten, ist von Interesse, welche und wie viele weitere Kooperationspartner an den gemeldeten Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz beteiligt waren. Diese Beteiligung wird in diesem Themenblock abgefragt.

Kooperationen wurden in 68 % aller Fälle gemeldet (2006: 71 %, 2005: 77 %). Im Mittel waren zwei weitere Partner beteiligt.

Abb. 7: Kooperationspartner
(Mehrfachnennungen möglich)

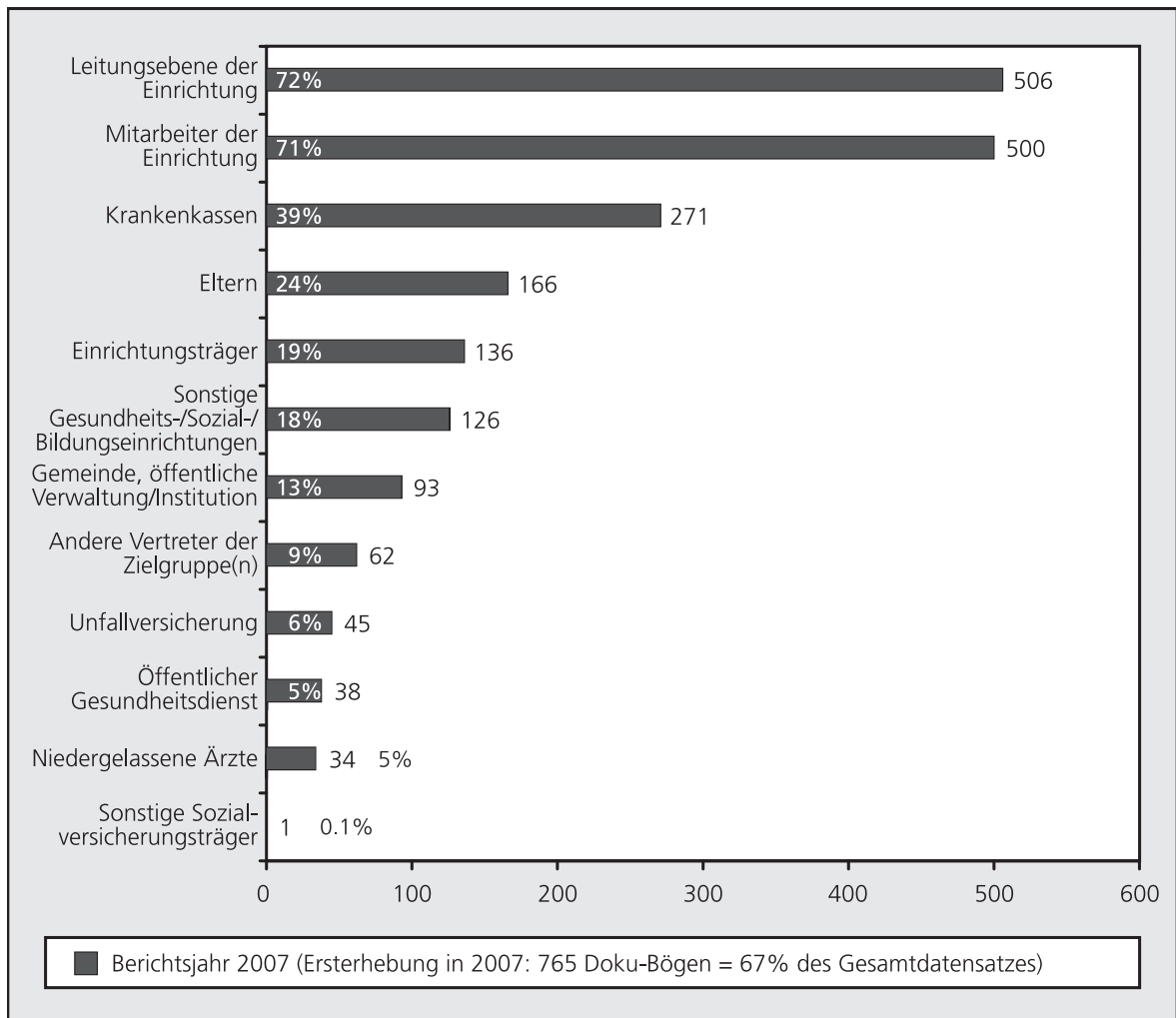


5.4.4 Koordination und Steuerung

Das Vorliegen von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden 2007 in 67 % aller Fälle angegeben (2006: 66 %, 2005: 55 %).

Erstmals wurde für 2007 abgefragt, welche Institutionen und Vertreter an einem Steuerungskreis beteiligt waren. Durchschnittlich waren an einem Steuerungsgremium Vertreter aus drei Bereichen beteiligt.

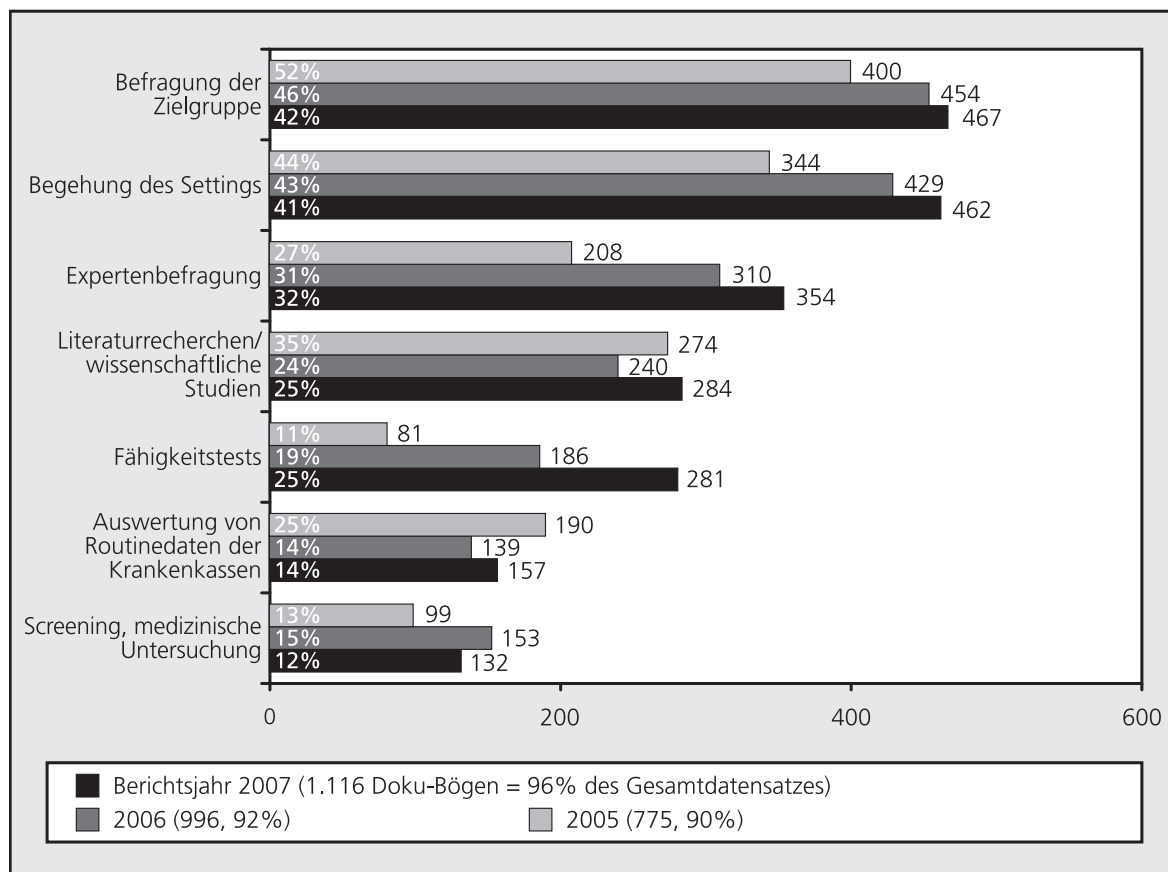
Abb. 8: **Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium**
(Mehrfachnennungen möglich)



5.4.5 Bedarfsermittlung

Mit dem Einsatz verschiedener Instrumente zur Bedarfsermittlung – wie einer Befragung, einer Setting-Begehung oder der Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen – können in den Settings spezifische Problematiken und Gesundheitsrisiken sowie gesundheitsförderliche Potenziale ermittelt werden. Mit den dadurch gewonnenen Erkenntnissen lassen sich die Interventionen besser auf die Gegebenheiten vor Ort ausrichten. Im Berichtsjahr 2007 lagen bei 96 % aller Fälle Angaben zur Bedarfsermittlung vor (2006: 92 %, 2005: 90 %). Im Mittel wurden dabei – wie in den Berichtsjahren zuvor – je Fall zwei Methoden der Bedarfsanalyse gleichzeitig eingesetzt.

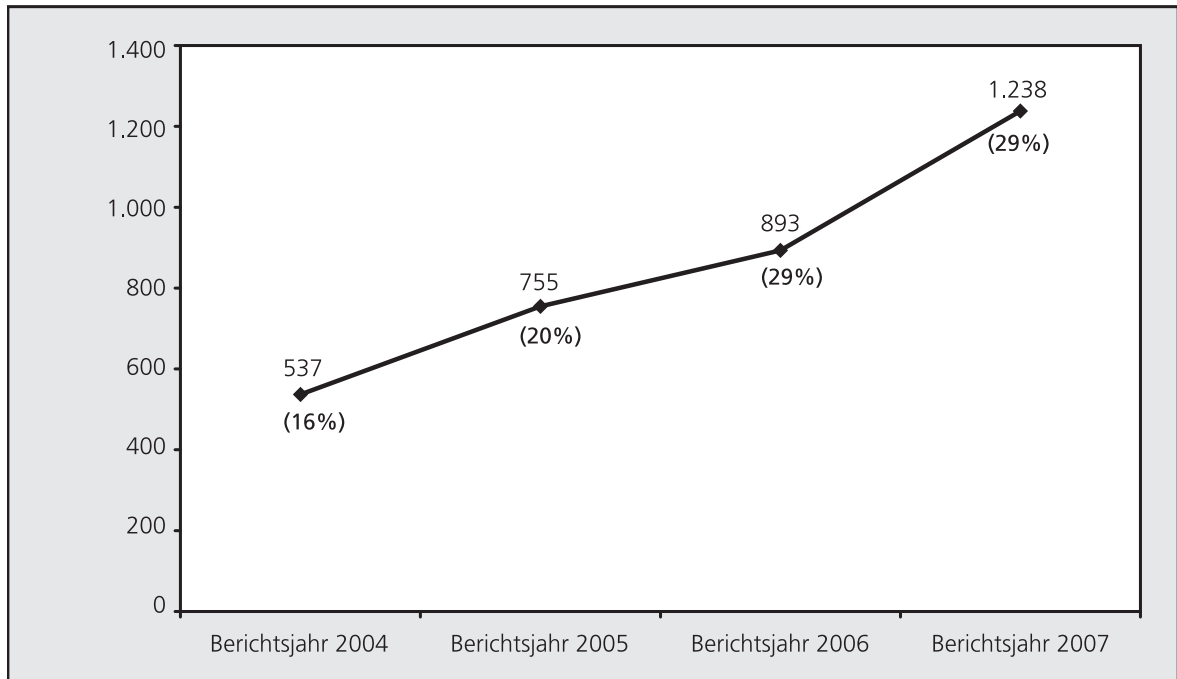
Abb. 9: Bedarfsermittlung
(Mehrfachnennungen möglich)



5.4.6 Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstatt

Im Berichtsjahr wurden in 29 % aller Fälle Gesundheitszirkel etabliert. Dabei ist im Vergleich zu den Vorjahresergebnissen eine kontinuierliche Zunahme der Zahl an Gesundheitszirkeln zu verzeichnen.

Abb. 10: *Durchgeführte Gesundheitszirkel*



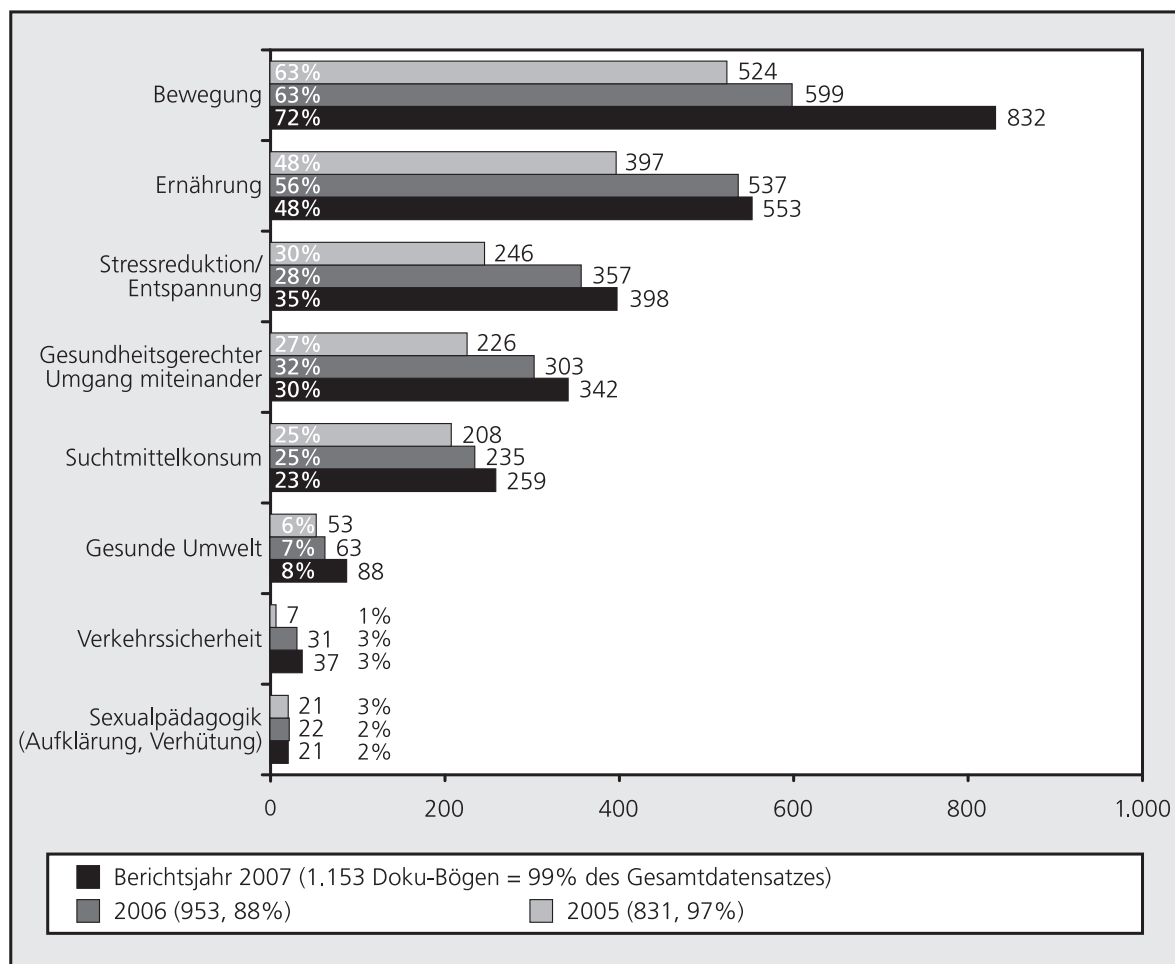
In 90 % der Projekte, bei denen Gesundheitszirkel realisiert wurden, wurde ein einzelner Gesundheitszirkel durchgeführt. In 7 % wurden fünf und mehr Zirkel etabliert, bei den restlichen Projekten zwischen zwei und vier.

5.4.7 Intervention

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Zur inhaltlichen Ausrichtung der Aktivitäten lagen für das Berichtsjahr 2007 in 99 % aller Fälle Angaben vor (2006: 88 %, 2005: 97 %). Im Durchschnitt wurden je Fall zwei Inhalte miteinander verknüpft thematisiert – dies entspricht den Ergebnissen aus den vorhergehenden Berichtsjahren.

Abb. 11: *Inhalte* (Mehrfachnennungen möglich)



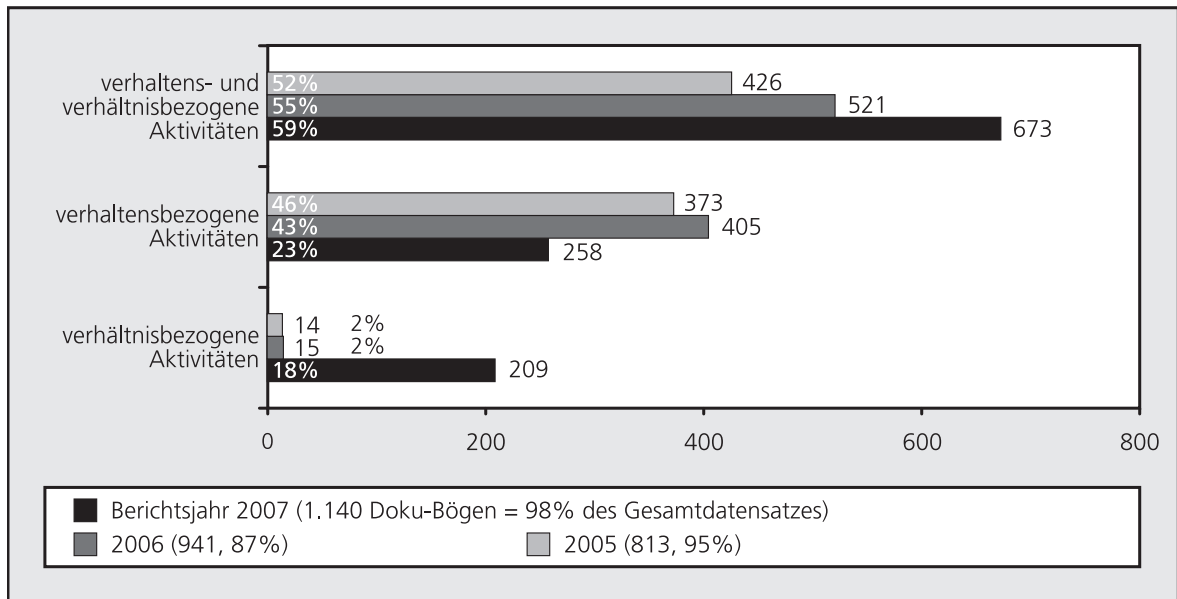
Bei den Projekten zu Bewegungsgewohnheiten wurden sehr häufig weitere Lebensumstände wie die Ernährung oder der Umgang mit Stress angesprochen.

Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten

Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz versprechen insbesondere dann einen nachhaltigen Effekt, wenn sie nicht nur auf das Verhalten der Menschen im Setting ausgerichtet sind, sondern auch auf die Rahmenbedingungen im Setting selbst. Der Gedanke dabei ist, dass in einem gesundheitsförderlichen Setting ein gesundheitsbewusstes Verhalten leichter gelebt werden kann. Bei verhaltensbezogenen Aktivitäten geht es um die Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen oder praktischen Fertigkeiten, Handlungs-, Entscheidungs- und Selbstwahrnehmungskompetenzen. Es kann sich dabei um Bewegungs- oder Fitnessangebote oder Haltungsübungen handeln, oder um individuelle Beratungen und Informationsveranstaltungen, beispielsweise zum Thema Rauchen oder Ernährung. Verhältnisbezogene Aktivitäten können hingegen auf gesundheitsförderliche Veränderungen in der Organisation im Setting oder auf die dortigen Umgebungsbedingungen abzielen, auf die Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, die Verbesserung von Kommunikation und Information sowie auf eine Optimierung sozialer Angebote und Einrichtungen im Setting.

Entsprechend stellt die im Jahr 2007 beobachtete starke Zunahme an gleichzeitig verhaltens- und verhältnisbezogenen sowie der rein verhältnisbezogenen Maßnahmen eine sehr positive Entwicklung dar.

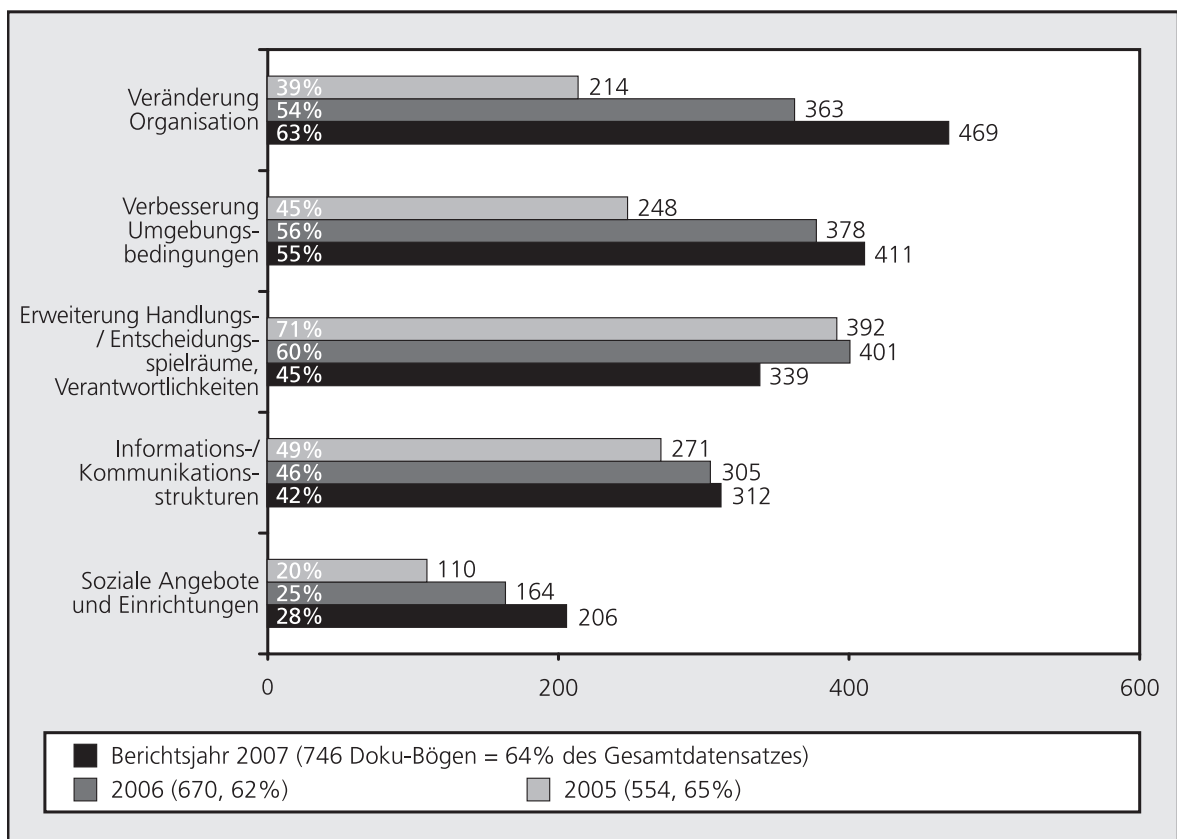
Abb. 12: Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Maßnahmen



Art der verhältnisbezogenen Umgestaltung

Wenn 2007 verhältnisbezogene Umgestaltungen vorgenommen wurden (64 % der Fälle), dann waren es Veränderungen in durchschnittlich zwei Bereichen gleichzeitig. Im Einzelnen handelte es sich um die in der Abbildung dargestellten Maßnahmen.

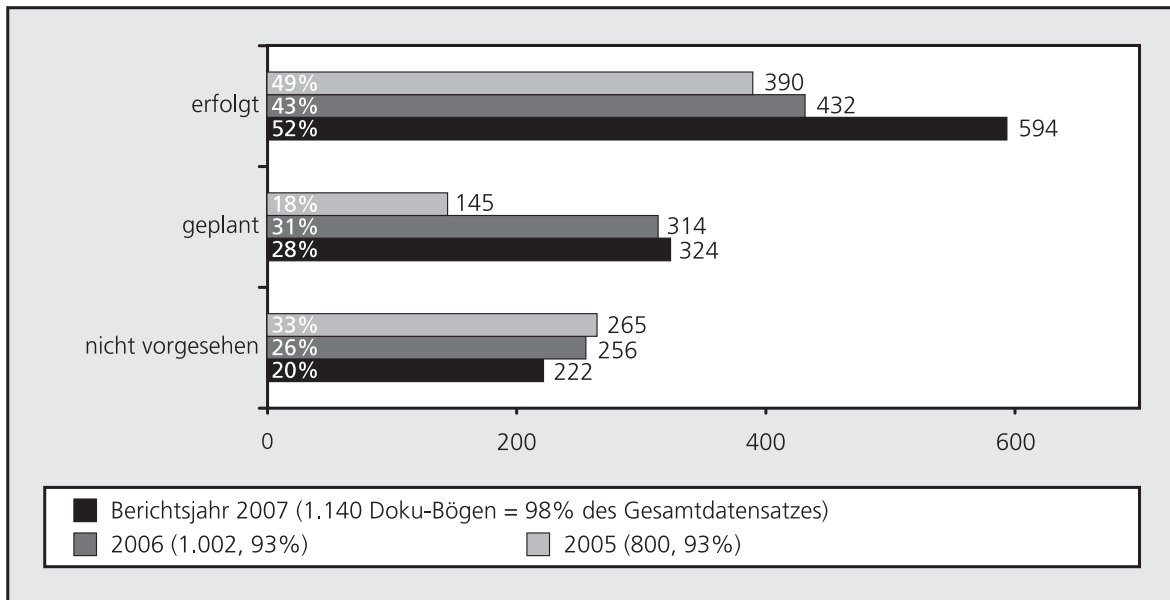
Abb. 13: Art der Umgestaltung (Mehrfachnennungen möglich)



5.4.8 Erfolgskontrollen

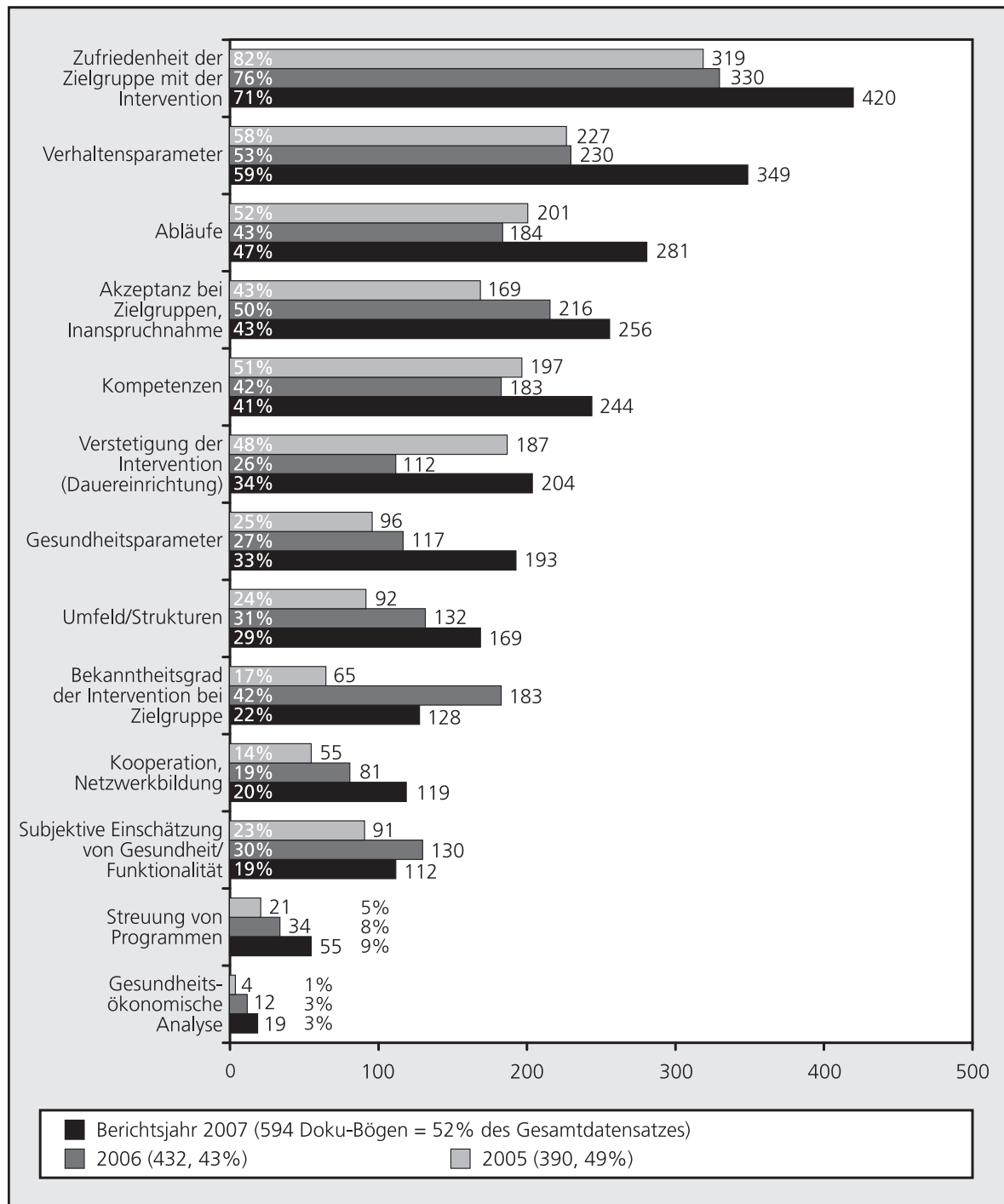
Weitaus häufiger als in den Berichtsjahren davor, und zwar in 80 % aller gemeldeten Maßnahmen, wurden Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren gegen Ende des Berichtsjahres noch vorgesehen (2006: 74 %, 2005: 67 %). Erfolgskontrollen stellen ein wichtiges Instrumentarium zur Überprüfung der Qualität der Maßnahmen dar.

Abb. 14: Die Durchführung einer Erfolgskontrolle ist ...



Im Einzelnen verteilten sich die abgefragten Erfolgskontrollen folgendermaßen.

Abb. 15: Erfolgskontrolle
(Mehrfachnennungen möglich)



In 93 % der Fälle mit durchgeführter Erfolgskontrolle fand eine Prüfung mehrerer Faktoren statt; im Durchschnitt waren es vier abgefragte Parameter je Fall. Dabei variierte die Zusammensetzung der Viererkombinationen stark.

5.5 Settingbezogene Auswertungen

In diesem Kapitel werden Ergebnisse derjenigen Settings abgebildet, die mindestens fünf Prozent des Gesamtdatensatzes ausmachen. Dazu zählen alle Schulformen und Kindergärten, -tagesstätten.

Auch beschränkt sich dieses Kapitel auf die Darstellung zentraler Ergebnisse. Dazu zählen die Laufzeiten der Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die schwerpunktmäßigen Zielgruppen, Gesundheitszirkel, die inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten, verhaltens- oder verhältnisbezogene Aktivitäten sowie die Abfrage, ob Erfolgskontrollen durchgeführt wurden oder vorgesehen waren. Die Schätzzahl der erreichten Personen in den jeweiligen Settings wird bei der Ergebnisbeschreibung des Gesamtdatensatzes abgebildet (Kap. 5.4, S. 43). Die weiteren Auswertungen lassen sich dem Tabellenband zum Präventionsbericht 2008 entnehmen.

In den Tabellen werden die Buchstaben N und n als statistische Symbole für die Anzahl der Dokumentationsbögen verwendet. Dabei bezieht sich N auf die jeweilige Gesamtzahl der Fälle zu einem betrachteten Setting, n bezeichnet die jeweilige Teilmenge, bei der Angaben zur abgefragten Kategorie im betrachteten Setting vorliegen.

5.5.1 Laufzeiten der Interventionen

Tabelle 11: Settingauswertungen – Laufzeiten

	Grundschule (N=256)		Sonderschule (N=52)		Hauptschule (N=186)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 3 Monate	36	15,7 %	6	12,2 %	10	5,7 %
4 bis 6 Monate	19	8,3 %	8	16,3 %	15	8,6 %
7 bis 11 Monate	23	10,0 %	10	20,4 %	74	42,5 %
12 Monate	60	26,2 %	6	12,2 %	33	19,0 %
über ein Jahr	91	39,7 %	19	38,8 %	42	24,1 %
Gesamt	229	100,0 %	49	100,0 %	174	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>	27		3		12	
durchschnittliche Laufzeit in Monaten	21,9		22,5		16,8	
	Realschule (N=127)		Gymnasium (N=131)		Gesamtschule (N=67)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 3 Monate	7	5,9 %	18	14,6 %	16	26,2 %
4 bis 6 Monate	13	11,0 %	14	11,4 %	9	14,8 %
7 bis 11 Monate	45	38,1 %	36	29,3 %	8	13,1 %
12 Monate	17	14,4 %	17	13,8 %	12	19,7 %
über ein Jahr	36	30,5 %	38	30,9 %	16	26,2 %
Gesamt	118	100,0 %	123	100,0 %	61	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>	9		8		6	
durchschnittliche Laufzeit in Monaten	17,7		19,3		15,8	

	Berufsschule (N=186)		Kindergarten/ -tagesstätte (N=250)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 3 Monate	54	32,9 %	27	12,5 %
4 bis 6 Monate	16	9,8 %	9	4,2 %
7 bis 11 Monate	9	5,5 %	29	13,4 %
12 Monate	32	19,5 %	51	23,6 %
über ein Jahr	53	32,3 %	100	46,3 %
Gesamt	164	100,0 %	216	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>	22		34	
durchschnittliche Laufzeit in Monaten	18,6		21,6	

5.5.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

Tabelle 12: Settingauswertungen – schwerpunktmäßige Zielgruppen

	Grundschule (n=192, 75 %)		Sonderschule (n=36, 69 %)		Hauptschule (n=164, 88 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	15	7,8 %	3	8,3 %	95	57,9 %
Ausländer/innen	106	55,2 %	22	61,1 %	34	20,7 %
Multiplikatoren – Eltern	117	60,9 %	22	61,1 %	45	27,4 %
Multiplikatoren – Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	165	85,9 %	34	94,4 %	149	90,9 %
Multiplikatoren – Nichtpädagogisches Personal	48	25,0 %	16	44,4 %	23	14,0 %
Sonstige Zielgruppen	3	1,6 %	2	5,6 %	6	3,7 %
	Realschule (n=105, 83 %)		Gymnasium (n=103, 79 %)		Gesamtschule (n=56, 84 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	55	52,4 %	40	38,8 %	1	1,8 %
Ausländer/innen	29	27,6 %	29	28,2 %	29	51,8 %
Multiplikatoren – Eltern	31	29,5 %	37	35,9 %	27	48,2 %
Multiplikatoren – Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	95	90,5 %	91	88,3 %	48	85,7 %
Multiplikatoren – Nichtpädagogisches Personal	15	14,3 %	16	15,5 %	12	21,4 %
Sonstige Zielgruppen	3	2,9 %	7	6,8 %	4	7,1 %

	Berufsschule (n=145, 78 %)		Kindergarten/ -tagesstätte (n=176, 70 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	70	48,3 %	7	4,0 %
Ausländer/innen	46	31,7 %	73	41,5 %
Multiplikatoren – Eltern	18	12,4 %	132	75,0 %
Multiplikatoren – Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	65	44,8 %	150	85,2 %
Multiplikatoren – Nichtpädagogisches Personal	15	10,3 %	20	11,4 %
Sonstige Zielgruppen	9	6,2 %	5	2,8 %

Besonders in Grund-, Sonderschulen und Kindergärten und -tagesstätten zielten die Interventionen auf ausländische Kinder und Kinder mit Migrationshintergrund ab – einer Zielgruppe, die häufig sozial benachteiligt ist.

5.5.3 Gesundheitszirkel

Tabelle 13: Settingauswertungen – Gesundheitszirkel

	Grundschule (N=256)		Sonderschule (N=52)		Hauptschule (N=186)		Realschule (N=127)	
ja	114	44,7 %	24	47,1 %	38	20,5 %	35	27,6 %
nein	141	55,3 %	27	52,9 %	147	79,5 %	92	72,4 %
Gesamt	255	100,0%	51	100,0 %	185	100,0 %	127	100,0 %
keine Angaben	1		1		1			
	Gymnasium (N=131)		Gesamtschule (N=67)		Berufsschule (N=186)		Kindergarten/ -tagesstätte (N=250)	
ja	42	33,1 %	24	38,1 %	18	9,7 %	87	35,1 %
nein	85	66,9 %	39	61,9 %	167	90,3 %	161	64,9 %
Gesamt	127	100,0 %	63	100,0 %	185	100,0 %	248	100,0 %
keine Angaben	4		4		1		2	

5.5.4 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Tabelle 14: *Settingauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen*

	Grundschule (n=256, 100 %)		Sonderschule (n=51, 98 %)		Hauptschule (n=182, 98 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bewegung	200	78,1 %	32	62,7 %	140	76,9 %
Ernährung	155	60,5 %	25	49,0 %	55	30,2 %
Stressreduktion/Entspannung	112	43,8 %	27	52,9 %	39	21,4 %
Suchtmittelkonsum	73	28,5 %	19	37,3 %	31	17,0 %
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	114	44,5 %	24	47,1 %	42	23,1 %
Verkehrssicherheit	21	8,2 %	5	9,8 %	3	1,6 %
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	9	3,5 %	5	9,8 %	4	2,2 %
Gesunde Umwelt	41	16,0 %	11	21,6 %	10	5,5 %
	Realschule (n=126, 99 %)		Gymnasium (n=130, 99 %)		Gesamtschule (n=67, 100 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bewegung	94	74,6 %	70	53,8 %	27	40,3 %
Ernährung	45	35,7 %	50	38,5 %	21	31,3 %
Stressreduktion/Entspannung	32	25,4 %	42	32,3 %	41	61,2 %
Suchtmittelkonsum	34	27,0 %	40	30,8 %	36	53,7 %
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	27	21,4 %	35	26,9 %	30	44,8 %
Verkehrssicherheit	6	4,8 %	6	4,6 %	6	9,0 %
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	6	4,8 %	9	6,9 %	4	6,0 %
Gesunde Umwelt	11	8,7 %	15	11,5 %	18	26,9 %
	Berufsschule (n=186, 100 %)		Kindergarten/ -tagesstätte (n=250, 100 %)			
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent		
Bewegung	154	82,8 %	193	77,2 %		
Ernährung	74	39,8 %	166	66,4 %		
Stressreduktion/Entspannung	72	38,7 %	90	36,0 %		
Suchtmittelkonsum	42	22,6 %	53	21,2 %		
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	55	29,6 %	68	27,2 %		
Verkehrssicherheit	5	2,7 %	4	1,6 %		
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	2	1,1 %	3	1,2 %		
Gesunde Umwelt	9	4,8 %	15	6,0 %		

5.5.5 Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten

Tabelle 15: Settingauswertungen – Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten

	Grundschule (N=256)		Sonderschule (N=52)		Hauptschule (N=186)		Realschule (N=127)	
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	197	78,2 %	36	73,5 %	71	39,4 %	49	40,5 %
Verhaltensbezogene Aktivitäten	44	17,5 %	11	22,4 %	14	7,8 %	18	14,9 %
Verhältnisbezogene Aktivitäten	11	4,4 %	2	4,1 %	95	52,8 %	54	44,6 %
Gesamt	252	100,0 %	49	100,0 %	180	100,0 %	121	100,0 %
keine Angaben	4		3		6		6	
	Gymnasium (N=131)		Gesamtschule (N=67)		Berufsschule (N=186)		Kindergarten/ -tagesstätte (N=250)	
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	70	54,3 %	50	76,9 %	86	47,3 %	204	82,9 %
Verhaltensbezogene Aktivitäten	18	14,0 %	15	23,1 %	89	48,9 %	41	16,7 %
Verhältnisbezogene Aktivitäten	41	31,8 %	0	0,0 %	7	3,8 %	1	0,4 %
Gesamt	129	100,0 %	65	100,0 %	182	100,0 %	246	100,0 %
keine Angaben	2		2		4		4	

5.5.6 Erfolgskontrollen

Tabelle 16: Settingauswertungen – Erfolgskontrolle

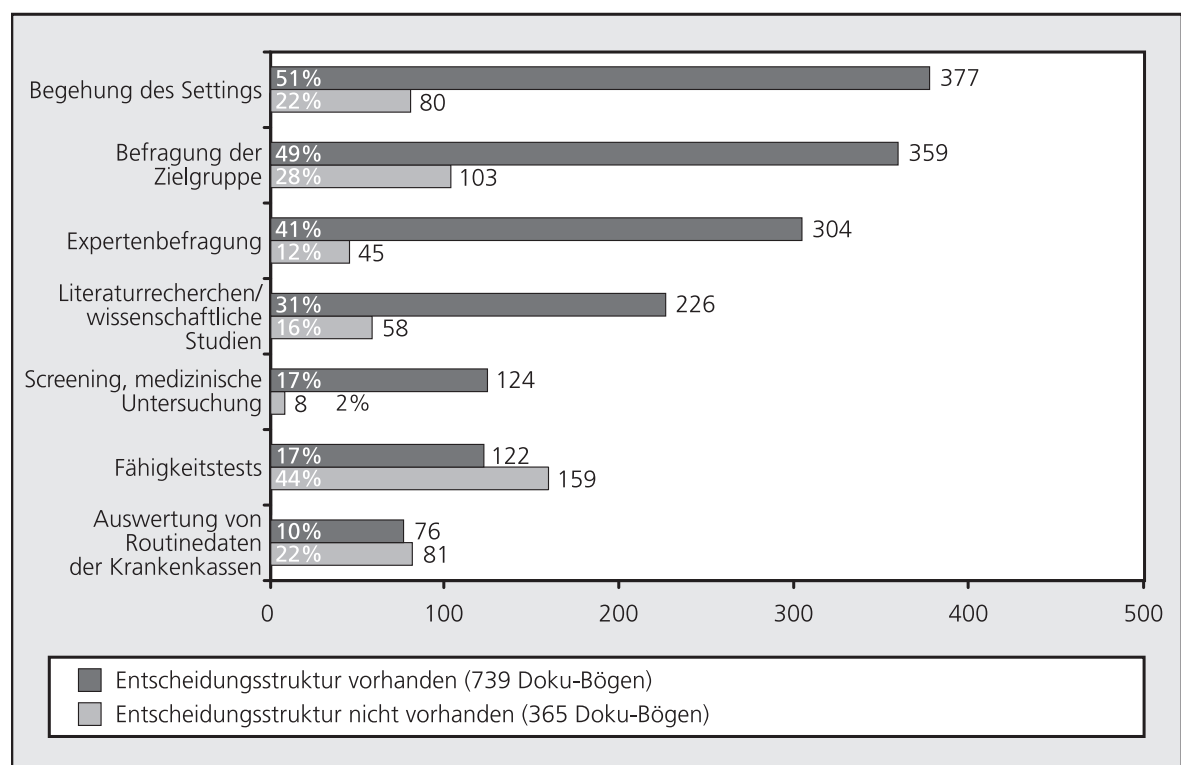
	Grundschule (N=256)		Sonderschule (N=52)		Hauptschule (N=186)		Realschule (N=127)	
erfolgt	133	52,6 %	33	63,5 %	101	54,3 %	75	59,5 %
geplant	79	31,2 %	9	17,3 %	62	33,3 %	34	27,0 %
nicht vorgesehen	41	16,2 %	10	19,2 %	23	12,4 %	17	13,5 %
Gesamt	253	100,0 %	52	100,0 %	186	100,0 %	126	100,0 %
keine Angaben	3						1	
	Gymnasium (N=131)		Gesamtschule (N=67)		Berufsschule (N=186)		Kindergarten/ -tagesstätte (N=250)	
erfolgt	72	56,3 %	39	59,1 %	101	55,8 %	147	59,8 %
geplant	39	30,5 %	15	22,7 %	12	6,6 %	75	30,5 %
nicht vorgesehen	17	13,3 %	12	18,2 %	68	37,6 %	24	9,8 %
Gesamt	128	100,0 %	66	100,0 %	181	100,0 %	246	100,0 %
keine Angaben	3		1		5		4	

5.6 Bedarfsermittlung, Interventionen und Erfolgskontrollen in Abhängigkeit von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen

Die nachfolgende Darstellung von Ergebnissen zur Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle hinsichtlich vorhandener oder fehlender Entscheidungs- und Steuerungsstruktur zeigt auf, dass die Bildung von entsprechenden Strukturen für die Qualität der Maßnahmen eine hohe Bedeutung sowohl bei der Planung als auch bei der Durchführung und Nachbereitung von Settingaktivitäten einnimmt.

In 96 % aller für 2007 zum Setting-Ansatz eingereichten Dokumentationsbögen fand eine Bedarfsermittlung im Vorfeld der Interventionen statt. Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen wurden tendenziell mehr Methoden der Bedarfsermittlung gleichzeitig eingesetzt als bei fehlenden: Im Mittel waren es bei vorhandenen Steuerungsstrukturen drei Methoden und bei fehlenden zwei Methoden. Auch unterschieden sich die gewählten Methoden der Bedarfsermittlung deutlich.

Abb. 16: *Bedarfsermittlung*
(Mehrfachnennungen möglich)



Bei fehlender Entscheidungsstruktur wurden häufig Fähigkeitstests eingesetzt oder Auswertungen von Routinedaten der Krankenkassen herangezogen. Besonders auf letztere konnten die Akteure mit verhältnismäßig geringem Aufwand zurückgreifen. Bei den Fähigkeitstests handelte es sich z. B. um bewegungsmotorische Tests oder die Testung von Kraft und Ausdauer.

5.6.1 Intervention

Besonders die Ergebnisse zu den Interventionen lassen erkennen: Bei Vorhandensein von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen waren die Interventionen tendenziell höher im Anspruch. Sie waren langfristiger angelegt und häufiger mit einem größeren Organisationsaufwand verbunden. Das zeigte sich dadurch, dass häufiger Gesundheitszirkel und sowohl verhaltens- als

auch verhältnisbezogene Aktivitäten durchgeführt oder aufwändigere Methoden und Medien eingesetzt wurden.

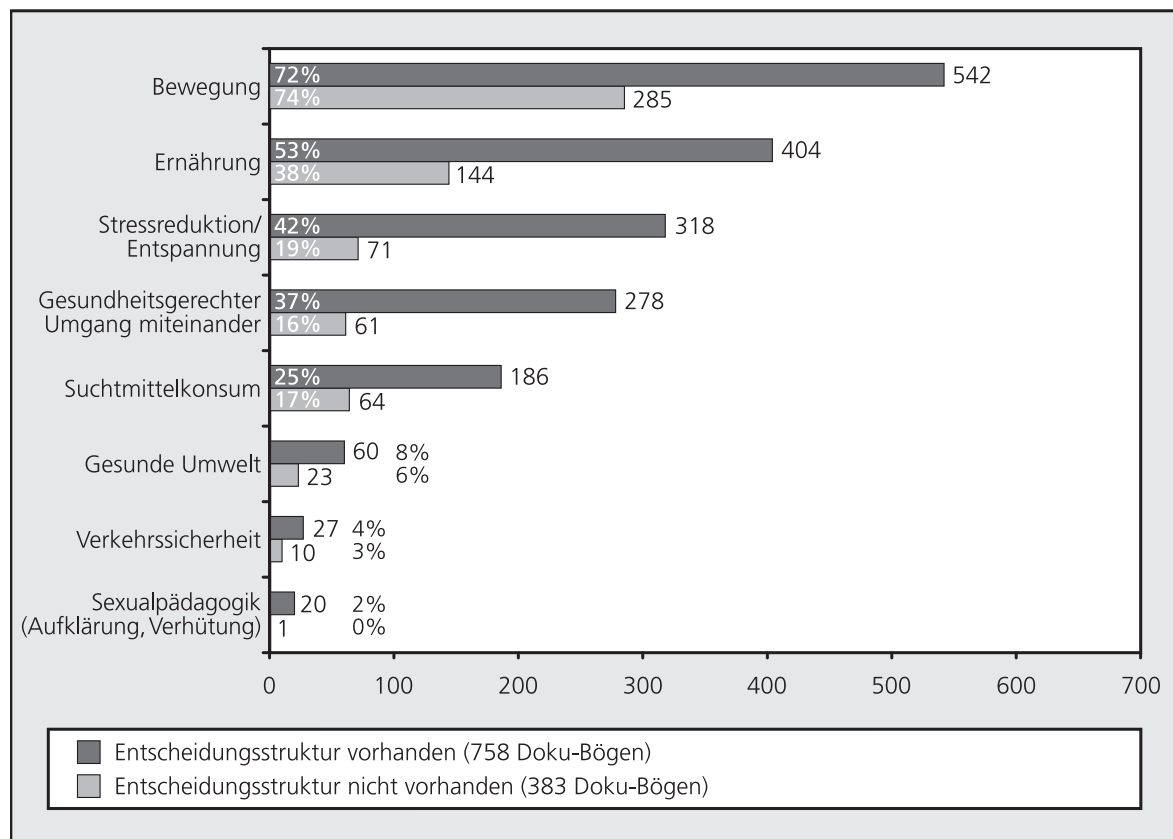
In Projekten mit einer Steuerungsstruktur lag die durchschnittliche Laufzeit der Settingaktivitäten bei 20 Monaten. Fehlte eine solche Struktur, betrug die Laufzeit im Mittel zwölf Monate.

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

Die Aktivitäten waren bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen in 76 % der betrachteten Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Bei fehlenden Steuerungsstrukturen lag der Anteil der gleichzeitig verhaltens- und verhältnisbezogenen Aktivitäten nur bei 27 %. Umgekehrt waren dort die Aktivitäten zu 39 % rein auf das Verhalten und zu 34 % rein auf die Verhältnisse im Setting ausgerichtet. Solche „einseitig“ ausgerichteten Maßnahmen benötigen tendenziell weniger Abstimmung.

Bei vorhandener Steuerungsstruktur sprachen die Interventionen ferner häufiger mehrere Inhalte miteinander verknüpft an als bei fehlenden: So waren es bei vorhandenem Koordinierungsgremium im Mittel drei Inhalte, bei fehlenden zwei Inhalte, die im Projekt gleichzeitig thematisiert wurden.

Abb. 17: *Inhaltliche Ausrichtung*
(Mehrfachnennungen möglich)



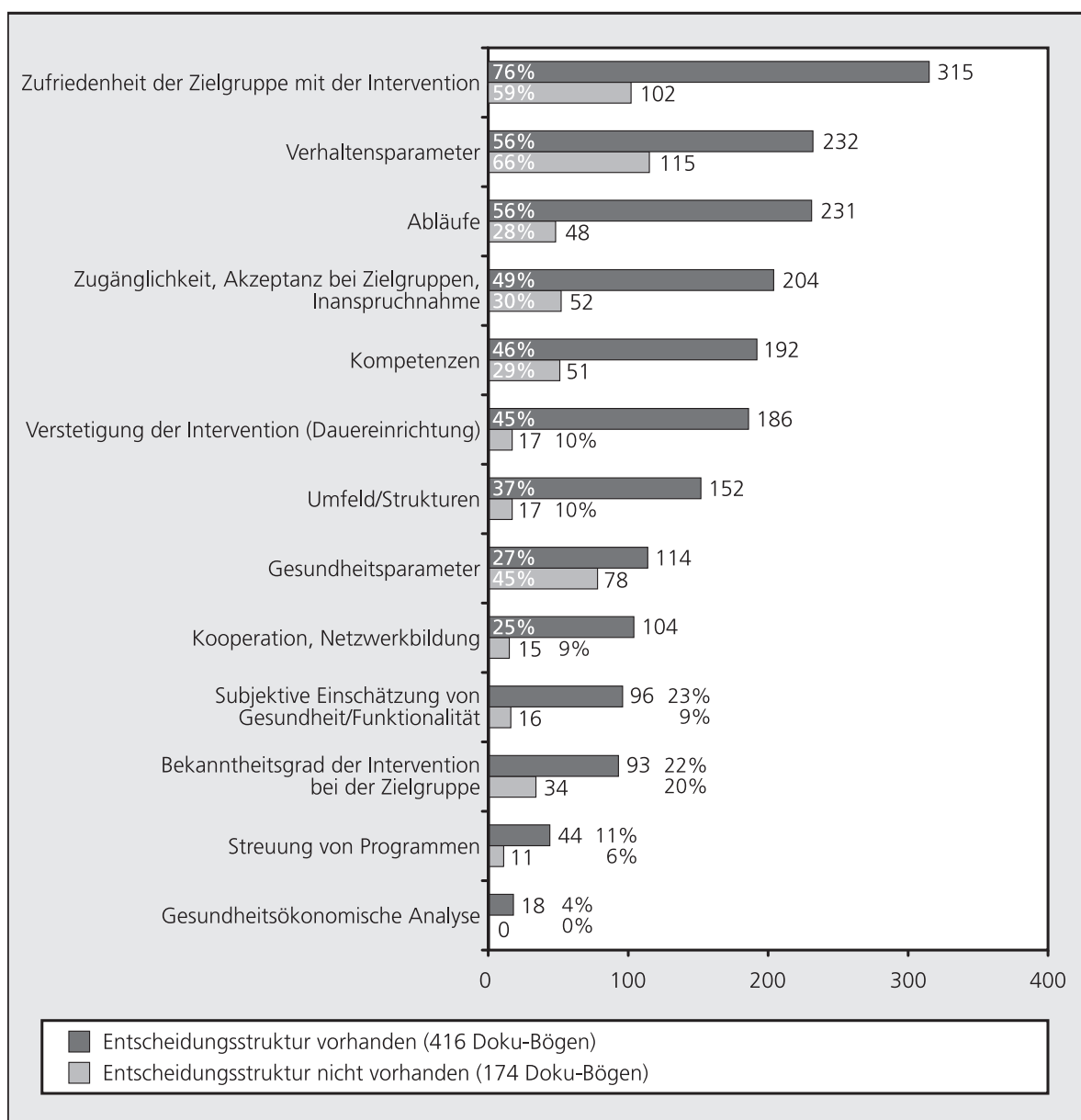
5.6.2 Erfolgskontrolle

Im Berichtsjahr 2007 wurden bei 80 % aller Fälle Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren zum Ende des Jahres noch geplant. Bei Vorhandensein von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen lag der Anteil der durchgeführten und geplanten Erfolgskontrollen bei insgesamt 85 %. Fehlten solche Strukturen, so lag er bei 71 %.

Wurden Erfolgskontrollen bejaht, dann waren sie bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen im Durchschnitt auf fünf Inhalte je Fall gleichzeitig ausgerichtet. Bei fehlenden Steuerungskreisen bezogen sich die Kontrollen im Mittel auf drei Formen der Erfolgskontrolle gleichzeitig.

Im Einzelnen verteilen sich die Erfolgskontrollen bei vorhandenen oder fehlenden Steuerungsstrukturen wie folgt.

Abb. 18: Erfolgskontrolle
(Mehrfachnennungen möglich)



6 Primärprävention nach dem individuellen Ansatz

Anders als bei den settingbezogenen Interventionen werden individuelle Kurs- und Seminarangebote nicht aktiv in die Lebenswelt der Menschen eingebracht (Bringstruktur), sondern sie richten sich an den einzelnen Versicherten, der die Angebote bei Interesse wahrnimmt (Kommstruktur). Der „Leitfaden Prävention“ sieht vor, dass diese Angebote zeitlich begrenzt in Anspruch genommen werden können, um dem Einzelnen beim Einstieg in einen gesünderen, aktiveren Lebensstil zu helfen. Die gesundheitliche Situation der Versicherten soll verbessert und vorhandene gesundheitliche Ressourcen und Fähigkeiten gestärkt werden. Übergreifendes Ziel ist, die Auftretenswahrscheinlichkeit von medizinisch und volkswirtschaftlich bedeutsamen Krankheitsbildern zu verringern.

Für präventive Interventionen geeignete Krankheitsbilder und empfehlenswerte Interventionen³²

- Herz-Kreislaufkrankungen:
Vermeidung von Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Bewegungsmangel, übermäßigem Alkoholkonsum, Dysstress (vor allem in Bezug auf Herzinfarkte und Schlaganfälle)
- Diabetes mellitus Typ 2:
Vermeidung des metabolischen Syndroms (gekennzeichnet durch eine Kombination aus Adipositas, Hyperlipoproteinämie, Hypertonie und Hyperurikämie, die mit einer Insulinresistenz, Glukosetoleranzstörung bzw. einem manifesten Diabetes einhergeht) durch Förderung von Bewegung und ausgewogener Ernährung, Zurückdrängung der o.g. Risikofaktoren
- Bösartige Neubildungen:
Förderung einer ballaststoffreichen, fettarmen Ernährung zur Vermeidung von Kolon-/Rektumkarzinomen und Nichtrauchen zur Vermeidung von Lungenkarzinomen
- Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes:
Vermeidung von Übergewicht, Verhütung von Gelenkverletzungen, Kräftigung der Muskulatur (vor allem in Bezug auf Arthrosen und Dorsopathien)
- Depressionen und Angststörungen:
Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung von Dysstress.

Häufig spricht ein Angebot unterschiedliche Handlungsfelder gleichzeitig an. So findet beispielsweise der bekannte Zusammenhang von Bewegung und Ernährung in Kursen oft Berücksichtigung, oder Angebote zur Bewegungsförderung umfassen gleichzeitig Verfahren und Methoden zur Stressreduktion und Entspannung.

Zur Qualitätssicherung der individuellen Kursangebote legt der Leitfaden Prävention Kriterien für individuelle Kursangebote fest: Demnach müssen Leistungen nach dem individuellen Ansatz ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die Kurse sind auf die Prävention solcher Krankheitsbilder auszurichten, die in der Bevölkerung häufig auftreten. Ferner muss die Wirksamkeit der Kurskonzepte im Rahmen von Expertisen, Studien oder Metaanalysen erwiesen sein. Kursanbieter haben eine dem Leitfaden entsprechend ausreichende Qualifikation nachzuweisen. Auch sind im Vorfeld der Maßnahmen Ziele festzulegen, so dass sich erreichte Veränderungen zum Ende eines Kurses prüfen lassen.

Das vorliegende Kapitel bildet ab, welche Leistungen die gesetzlichen Krankenkassen nach dem individuellen Ansatz im Jahr 2007 bundesweit erbracht haben. Dokumentiert werden die Zahl der Kursteilnahmen, die Inanspruchnahme von Kursen nach Handlungsfeldern, die Kursteilnahmen nach Alter und Geschlecht sowie die Klassifikation der Kursanbieter. Teilweise werden

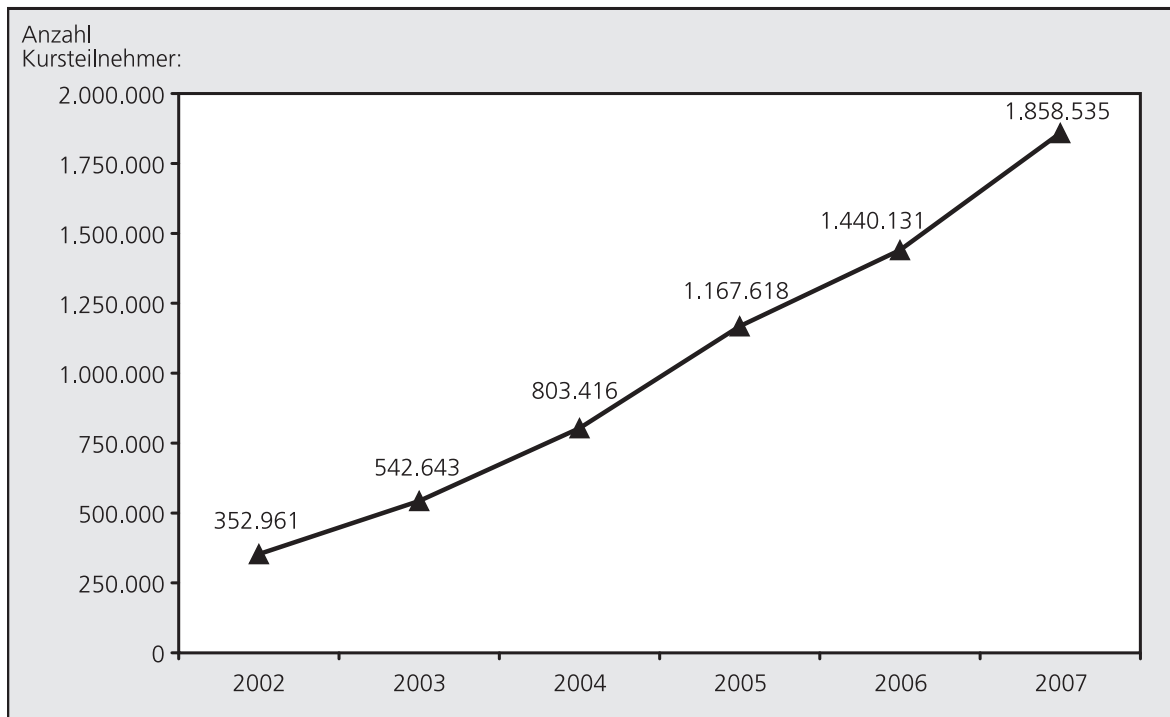
32 Leitfaden Prävention (2008), S. 10. Es handelt sich hier insbesondere um Krankheiten, die auf Basis der im Leitfaden zitierten Fachliteratur als von besonderer epidemiologischer Bedeutung eingestuft werden.

die Ergebnisse mit denjenigen aus den Vorerhebungen verglichen – so lassen sich Entwicklungen und Trends nachzeichnen.

6.1 Inanspruchnahme

Im Jahr 2007 haben fast 1,9 Millionen Versicherte bundesweit individuelle Kursangebote in Anspruch genommen. Gegenüber 2006 stellt dies einen Zuwachs von 29 % dar.

Abb. 19: *Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt*



Die Gesamtzahl der Kursteilnehmer im Berichtsjahr 2007 entsprach einem Anteil von 2,6 % aller GKV-Versicherten desselben Jahres.³³ Im Jahr 2006 lag der Anteil noch bei 2,0 % aller GKV-Versicherten und 2005 bei 1,7 %. Für Angebote nach dem Individualansatz gaben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2007 bundesweit insgesamt 250 Millionen Euro aus.³⁴

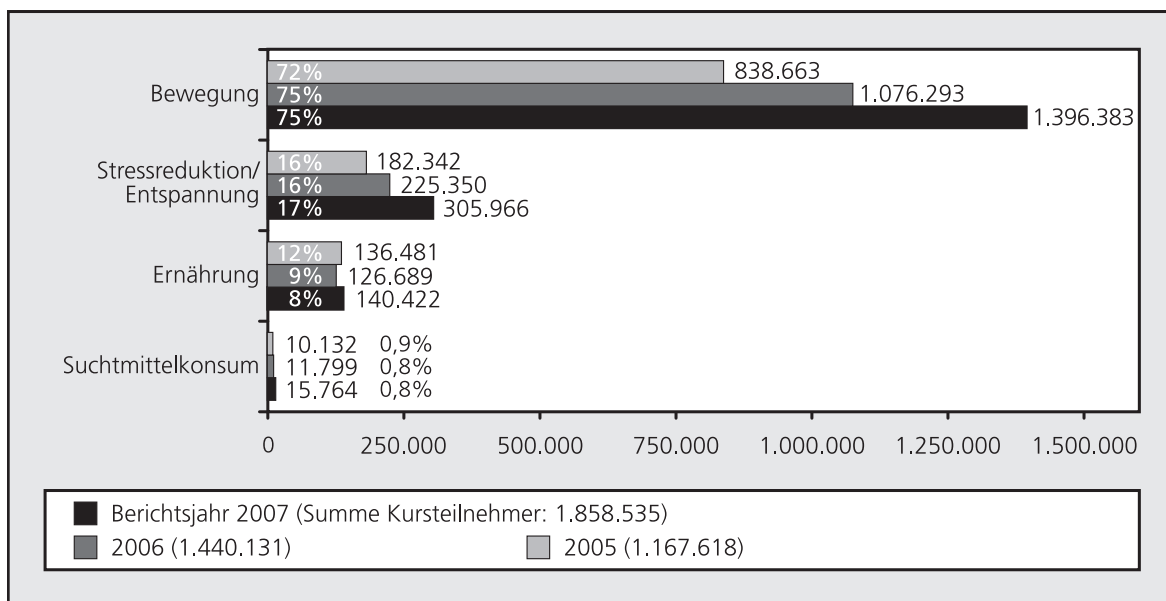
33 Im Jahr 2007 bundesweit 70.477.283 GKV-Versicherte (2006: 70.298.156 Versicherte; BMG: GKV-Mitgliederstatistik KM6 2007, Stand 05.09.07 sowie KM6 2006, Stand 12.09.06).

34 KJ1, Stand v. 12.09.08.

6.2 Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Kurse nach dem individuellen Ansatz waren auf die Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten sowie Suchtmittelkonsum ausgerichtet. Zwar sprachen die Kursangebote in der Praxis häufig mehr als ein Handlungsfeld an, doch wurde je Kurs ausschließlich dasjenige Themenfeld erfasst, das schwerpunktmäßig behandelt wurde.

Abb. 20: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern



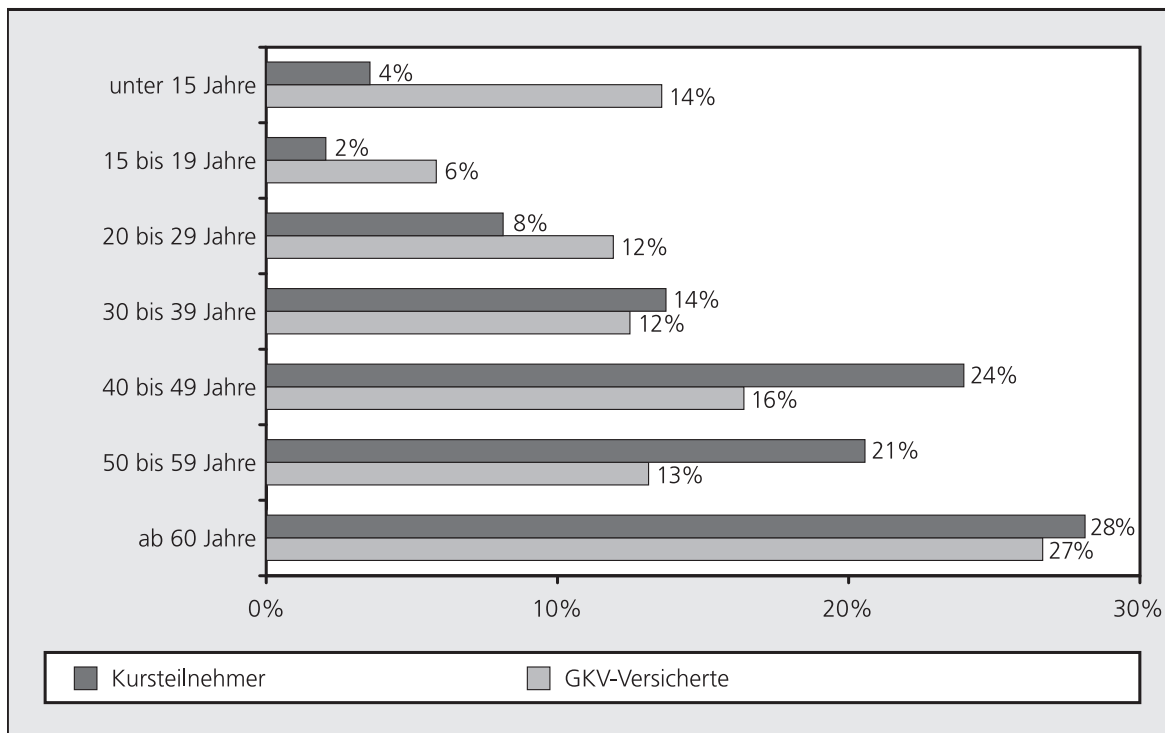
Die Handlungsfelder Bewegung und Ernährung lassen sich weiter untergliedern. Danach waren Bewegungskurse 2007 bei 41 % der Fälle auf die Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten ausgelegt und in 59 % der Fälle auf die Vorbeugung oder Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme. 34 % der Kursteilnehmer suchten Ernährungsangebote zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung auf, und 66 % Kurse zur Vermeidung oder Reduktion von Übergewicht.

6.3 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

6.3.1 Alter

Ein Vergleich der Altersverteilung der im Jahr 2007 gemeldeten Kursteilnehmer mit der Altersstruktur der GKV-Versicherten³⁵ zeigt, dass primärpräventive Kursangebote besonders häufig von Versicherten im Alter zwischen 40 und 59 Jahren in Anspruch genommen wurden. 30- bis 39-Jährige sowie ab 60-Jährige wurden proportional zur Versichertenstruktur erreicht. Jüngere Versicherte bis zu 29 Jahren und besonders diejenigen im Alter von bis zu 14 Jahren griffen hingegen vergleichsweise selten primärpräventive Kursangebote auf.

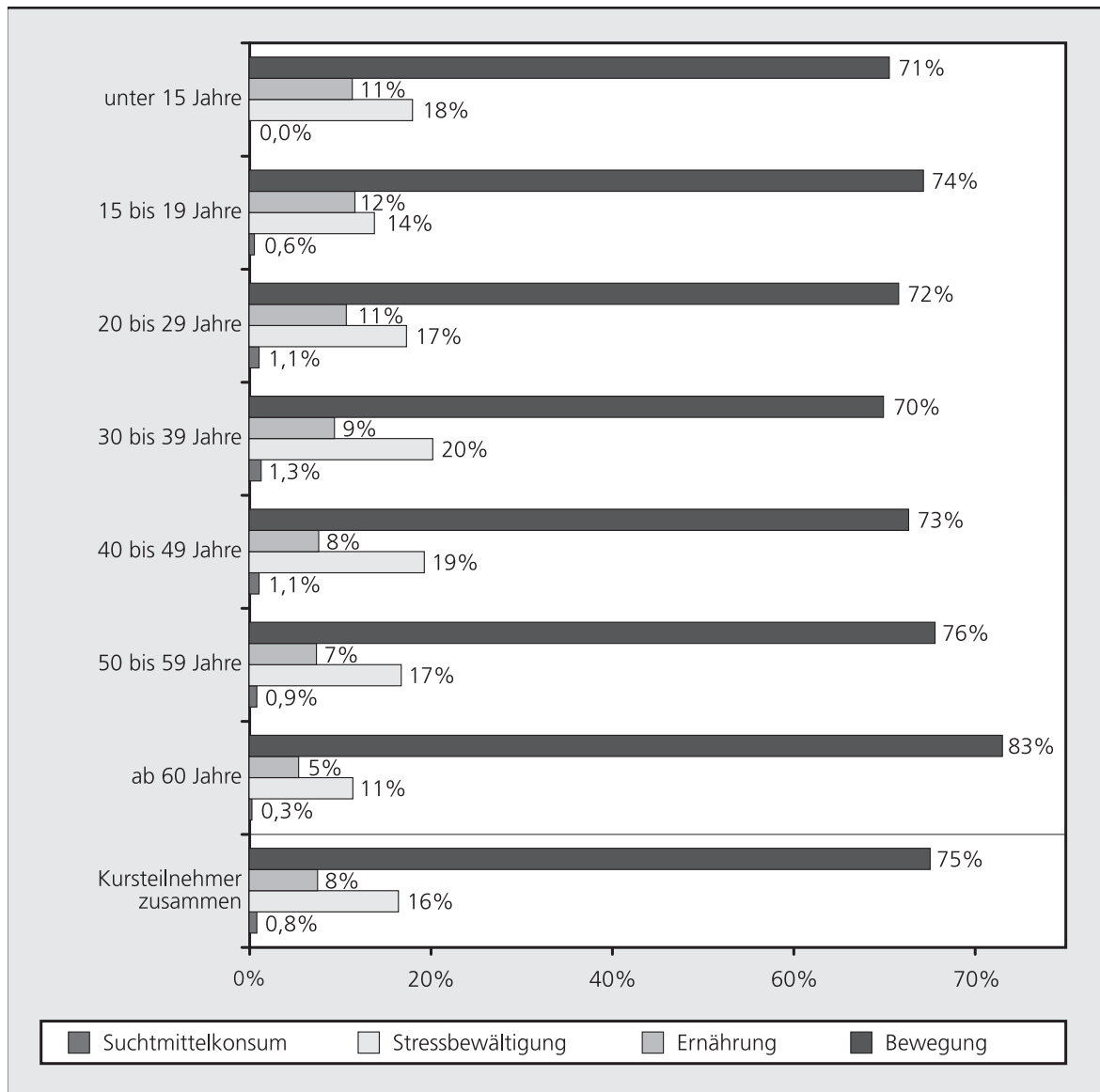
Abb. 21: *Prozentuale Anteile der Altersgruppen*



Von Interesse waren die von einer bestimmten Altersgruppe bevorzugten Kursinhalte. Hierfür wurden die Ergebnisse nach Altersgruppen ausgewertet und jeweils mit den Gesamtergebnissen verglichen.

35 BMG: KM6, ebd.

Abb. 22: Altersverteilung der Kursteilnehmer in den jeweiligen Handlungsfeldern



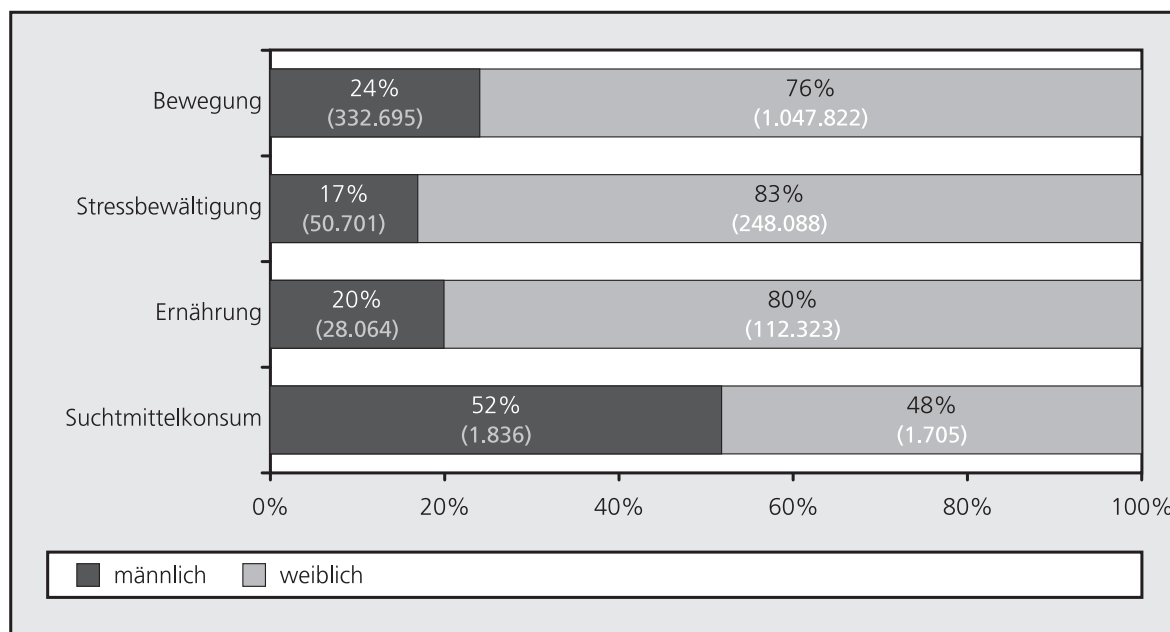
Die jungen Versicherten im Alter von bis zu 29 Jahren, die im Vergleich zur Gesamtheit häufiger Ernährungskurse aufsuchten, nahmen vorzugsweise Ernährungskurse zur Vermeidung und Reduzierung von Übergewicht in Anspruch (65 %).

6.3.2 Geschlecht

Kursangebote nach dem individuellen Ansatz wurden – wie in den Berichtsjahren zuvor – überdurchschnittlich häufig von Frauen in Anspruch genommen. Ihr Anteil lag bei 77 % aller Kursteilnehmer (2003, 2004: jeweils 80 %, 2005, 2006: jeweils 78 %). Dem stand im Durchschnitt aller GKV-Versicherten ein Frauenanteil von 53 % und ein Männeranteil von 47 % gegenüber.³⁶

Bezogen auf die einzelnen Handlungsfelder ergab sich folgende Geschlechtsverteilung.

Abb. 23: *Inanspruchnahme nach Geschlecht in den jeweiligen Handlungsfeldern*



Der vergleichsweise hohe Anteil an männlichen Kursbesuchern bei Kursangeboten zum Thema Suchtmittelkonsum ist damit zu erklären, dass diese Kurse für Männer leichter zugänglich waren. Kurse zur Stressbewältigung wurden auffallend häufig von Versicherten der Gruppe der bis zu 14-jährigen männlichen Teilnehmer besucht (Anteil 48 %, Anteil aller Kursteilnahmen 17 %).

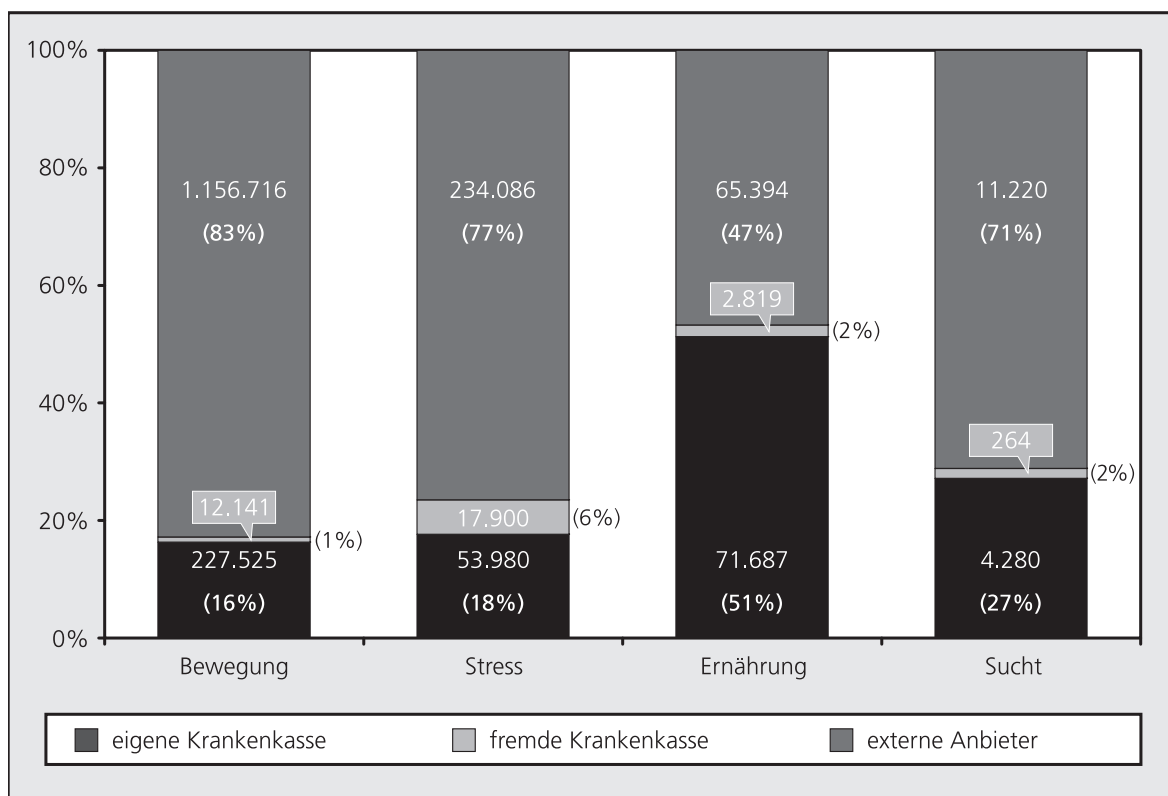
Bei jüngeren Altersgruppen war der Anteil der männlichen Kursteilnehmer insgesamt eher hoch: Er lag in der Altersgruppe der bis 14-Jährigen bei 49 % und in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen bei 34 %.

³⁶ BMG: KM6, Stand 16.09.2006.

6.4 Leistungsanbieter

Etwa vier Fünftel aller im Jahr 2007 von Versicherten aufgesuchten Kurse oder Seminare wurden von anderen Anbietern als den Krankenkassen durchgeführt. Bei diesen externen Anbietern lagen wiederum in 26 % der Fälle besondere Kooperationsvereinbarungen mit den Krankenkassen vor, bei 74 % wurden hingegen keine besonderen Kooperationsvereinbarungen getroffen.³⁷ Bei 19 % der gemeldeten Kursteilnahmen handelte es sich um Kursangebote der eigenen Krankenkasse. Versicherte suchten selten Kurse auf, die von anderen Krankenkassen als der eigenen durchgeführt wurden (1,8 %).

Abb. 24: *Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern*



Besonders hoch war der Anteil an Kursangeboten der Krankenkassen im Handlungsfeld Ernährung.

³⁷ Zu beiden Gruppen zählten gewerbliche Anbieter, Vereine und Volkshochschulen.

7 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die gesetzlichen Krankenkassen sind bereits seit vielen Jahren in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) aktiv. Daher verfügen sie über einen breiten Erfahrungsschatz und auf einen großen Fundus an bewährten Instrumenten, Konzepten, Methoden und Strategien in diesem Feld. Qualitätskriterien zur Durchführung von BGF, zu deren Beachtung sich alle gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet haben, sind seit dem Jahr 2000 ebenfalls im gemeinsamen Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen festgelegt.³⁸

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde die BGF 2007 zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen aufgewertet. Das Gesetz schreibt den Krankenkassen eine Unterstützungsfunktion für die Umsetzung der ermittelten „Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ (§ 20a Abs. 1 Satz 1) zu. Die ausdrückliche Verpflichtung der Arbeitgeber zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie die der Unfallversicherungsträger, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten, bleiben weiterhin gültig. Die Krankenkassen dürfen aus den Mitteln nach § 20a SGB V nach wie vor keine Aufgaben des Arbeitsschutzes (mit-)finanzieren, weil sie in die alleinige Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen (z. B. Helme, Sicherheitsschuhe, Absaugvorrichtungen oder Hebehilfen).

Gleichwohl wirken die Krankenkassen bei der Ermittlung gesundheitlicher Risiken und Ressourcen mit, entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und helfen bei ihrer Umsetzung. Sie sind dabei nach § 20a SGB V zur Zusammenarbeit mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger verpflichtet. Entsprechend müssen sie sich über das gemeinsame Vorgehen abstimmen. Außerdem sieht das Gesetz jetzt ausdrücklich eine Zusammenarbeit der Krankenkassen in der BGF vor.³⁹

Die Krankenkassen können die Leistungen dafür entweder selbst erbringen, geeignete Dritte oder zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften beauftragen. Die neue gesetzliche Ausgestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderungsleistungen soll sicherstellen, dass die Maßnahmen am betrieblichen Bedarf ausgerichtet und bei der Planung und Umsetzung auch die gesundheitlichen Potenziale berücksichtigt werden.

In Bezug auf die Qualitätskriterien von BGF orientieren sich die Krankenkassen an dem im Jahr 1999 vorgelegten Katalog der „European Foundation for Quality Management“.

38 Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008.

39 Leitfaden Prävention 2008, S. 7.

Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung⁴⁰

1. Betriebliche Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik:

Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung besteht darin, dass sie als Führungsaufgabe wahrgenommen wird und in größeren Betrieben in bestehende Managementsysteme integriert wird. Dies schließt auch Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen ein.

2. Personalwesen und Arbeitsorganisation:

Die wichtigste Aufgabe gesundheitsgerechter Personalführung und Arbeitsorganisation besteht darin, die Fähigkeiten der Mitarbeiter bei der Arbeitsgestaltung zu berücksichtigen. Für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ist dabei ausschlaggebend, dass alle Mitarbeiter bzw. deren gewählte Vertreter (Betriebs- bzw. Personalrat) möglichst weitgehend an Planungen und Entscheidungen beteiligt werden.

3. Planung betrieblicher Gesundheitsförderung:

Betriebliche Gesundheitsförderung ist dann erfolgreich, wenn sie auf einem klaren Konzept basiert, das fortlaufend überprüft, verbessert und allen Mitarbeitern bekannt gemacht wird.

4. Soziale Verantwortung:

Für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ist auch entscheidend, ob und wie die Stärkung persönlicher Kompetenzen den natürlichen Ressourcen gerecht wird. Soziale Verantwortung schließt die Rolle der Organisation auf lokaler, regionaler, nationaler und supranationaler Ebene in Bezug auf die Unterstützung gesundheitsfördernder Initiativen ein.

5. Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung:

Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung gesundheitsgerechten Verhaltens. Erfolgreich ist sie dann, wenn diese Maßnahmen dauerhaft miteinander verknüpft sind und systematisch durchgeführt werden.

6. Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung:

Der Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung kann an einer Reihe von kurz-, mittel- und langfristigen Indikatoren gemessen werden.

Die Krankenkassen führen die im Folgenden empfohlenen Maßnahmen ausschließlich am betrieblichen Bedarf orientiert durch. Dazu ermitteln sie die Risiken, Risikofaktoren und Gesundheitspotenziale der Beschäftigten im vorgesehenen Interventionsbetrieb. Sie verwenden dabei die in den letzten Jahren sowohl von Krankenkassen als auch anderen vielfach eingesetzten und bewährten Instrumente (z. B. Arbeitsunfähigkeits-Analyse, Gefährdungsermittlung und -beurteilung, arbeitsmedizinische Untersuchung, Befragung von Mitarbeitern im Hinblick auf Belastungen und Ressourcen, gesundheitlichen Beschwerden und Verhaltensweisen, betrieblicher Gesundheitszirkel). Anhand des so ermittelten Bedarfs entwickeln sie in Abstimmung mit dem Betrieb und dem zuständigen Unfallversicherungsträger ein Vorgehenskonzept zu Maßnahmen für ausgewählte Zielgruppen im Betrieb. Dieses Konzept ist in der Regel ganzheitlich und langfristig angelegt und umfasst sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen unter Berücksichtigung der jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten. Die Krankenkassen führen idealer Weise gemeinsam mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger diese Maßnahmen durch oder beauftragen geeignete Dienstleister. Häufig dokumentieren und evaluieren die Krankenkassen die Maßnahmen, um daraus Erkenntnisse für künftige Projekte zu gewinnen und damit den Ressourceneinsatz zu optimieren.

⁴⁰ Zitiert nach Leitfaden Prävention (2008).

Mögliche Rollen oder Funktionen einer Krankenkasse im Rahmen eines Projektes zur BGF⁴¹

- Impulsgeber und Initiator
- Konzeptentwicklung und Beratungsfunktion
- Moderation der Projektgruppe (z. B. Arbeitskreis Gesundheit)
- Moderation von Gesundheitszirkeln
- Projektmanagement
- Durchführung einzelner Bausteine innerhalb eines komplexen Programms
- Dokumentation und Erfolgskontrolle
- interne Öffentlichkeitsarbeit (Information der Belegschaft)
- Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation.

Grundsätzlich werden diese Aufgaben nur übernommen, wenn beide Sozialpartner eingebunden sind, datenschutzrechtliche Belange berücksichtigt werden sowie ein integriertes Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung vorliegt.

Wie umfassend eine Krankenkasse die Betriebe unterstützt oder die BGF-Projekte durchführt, ist letztendlich wesentlich von den Entscheidern und der jeweiligen Situation vor Ort abhängig. Oft werden erste Erfahrungen zur BGF zunächst über Einzelaktionen, wie die Durchführung von Arbeitsunfähigkeits-Analysen, Mitarbeiterbefragungen, Gesundheitstagen und -wochen, Gesundheitsuntersuchungen oder Einzelmaßnahmen gesammelt. Diese Aktivitäten sind von Bedeutung für die Nachhaltigkeit, da sie in der Regel auf die Fortführung weitergehender gesundheitsförderlicher Prozess- und Strukturveränderungen in Betrieben abzielen.

Der vorliegende Präventionsbericht erfasst deshalb alle durch die Krankenkassen gemeldeten Aktivitäten zur BGF. Er liefert einen Überblick über das bundesweite Leistungsgeschehen. Bei den gemeldeten Fällen handelt es sich sowohl um Aktivitäten, die die Krankenkassen selbst durchgeführt haben, wie z. B. Beratungen, Gesundheitszirkel, Gesundheitstage oder -wochen, als auch um Maßnahmen, für welche die Krankenkassen Ressourcen, beispielsweise finanzieller oder fachlicher Art, eingebracht haben. Der Präventionsbericht lässt keine Rückschlüsse auf einzelne Projekte zu. Bei der Ergebnisdarstellung sind miteinander verbundene Elemente der BGF, wie die Durchführung von Bedarfsanalysen, die Bildung von außerbetrieblichen Kooperations- oder Steuerungsgremien, die Interventionen, der Einsatz von Methoden und Medien sowie die Durchführung von Erfolgskontrollen, voneinander getrennt abgebildet.

Der vorliegende Bericht stellt ausschließlich den Stand der Aktivitäten im Berichtsjahr 2007 dar. Interventionen oder Erfolgskontrollen, die sich 2007 erst in der Planungsphase befanden, sind nicht einbezogen worden.

Eingangs wird das betriebliche Gesundheitsmanagement an der FU Berlin vorgestellt, um aufzuzeigen, wie BGF zur festen Einbindung in ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) führen kann. Hier wurde die Gesundheit der Mitarbeiter als strategischer Faktor in das Leitbild und in die Unternehmenskultur sowie in die Strukturen und Prozesse der Organisation einbezogen.

41 Leitfaden Prävention (2008), S. 44.

7.1 Betriebliche Gesundheitsförderung an der Freien Universität Berlin

Die Freie Universität Berlin ist als Ort des Lehrens, Lernens und Forschens mit 6.185 Beschäftigten und 32.160 Studierenden einer der größten Arbeitgeber in Berlin. Daher besitzt die betriebliche Gesundheitsförderung eine lange Tradition und mündete in die Implementierung eines umfassenden, ganzheitlich angelegten betrieblichen Gesundheitsmanagements ab dem Jahr 2005. Anlass hierfür waren und sind vielfältige Veränderungsprozesse innerhalb der Hochschule, die allen Beschäftigten der Freien Universität Berlin ein hohes Maß an Flexibilität, Engagement und Belastbarkeit abfordern, so z. B. die Einführung der neuen Bachelor- und Masterstudiengänge, neue Arbeitstechnologien sowie die generelle Verdichtung der täglichen Arbeitsprozesse.

Auf Grund der Größe und Dezentralität der Universität bestand Einvernehmen, ein betriebliches Gesundheitsmanagement schrittweise einzuführen und die Anzahl der Pilotbereiche sukzessive zu erweitern. Mittlerweile werden in fünf Fachbereichen Teilprojekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt. Ein weiteres Teilprojekt erstreckt sich auf alle Bibliotheksbereiche der Freien Universität Berlin. Insgesamt profitieren derzeit ca. 3.800 Beschäftigte unmittelbar von dem Projekt. Die dort gewonnenen Erkenntnisse münden darüber hinaus in gesamtuniversitäre Maßnahmen, die allen Beschäftigten der Freien Universität Berlin (FU) zu Gute kommen.

Turnusmäßig tagt der „Steuerkreis FUnDament Gesundheit“, in dem neben dem Kanzler der Freien Universität Berlin und Führungskräften der Personalabteilung alle Interessenvertretungen, der Betriebsärztliche Dienst, die Dienststelle Arbeitssicherheit, die Sozialberatung, der Leiter des Weiterbildungszentrums sowie alle Pilotbereiche vertreten sind. Die dort getroffenen Vereinbarungen und Maßnahmen werden möglichst konsensual erzielt. So wird sichergestellt, dass alle Aspekte und Sichtweisen betrieblicher Gesundheitsförderung Berücksichtigung finden und wirksame Maßnahmen ergriffen werden können. Die Finanzierung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung erfolgt über die Mittel der Hochschule und auf der Grundlage von Kooperationen mit verschiedenen Krankenkassen. Entsprechend des ganzheitlichen Ansatzes sind die Aktivitäten sowohl verhaltens- also auch verhältnisorientiert und erfordern eine aktive Beteiligung aller Beschäftigtengruppen.

7.1.1 Analyseinstrumente

Ansatzpunkt für das Gesundheitsmanagement ist, gesundheitsförderliche und gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren im täglichen Arbeitsprozess zu identifizieren. Gesundheitspotenziale sollen erhalten und gestärkt werden. Solche Potenziale werden entwickelt durch Information und Beteiligung, Anerkennung, Lernen bei der Arbeit und Vollständigkeit der Arbeitsaufgaben. Gesundheitsgefährdungen wie Zeitdruck, Unterbrechungen oder physikalische und ergonomische Umgebungsbelastungen sind weitestgehend abzubauen.

Für den Steuerkreis ist die Nutzung verschiedener Analyseinstrumente ein wichtiger Bestandteil der Arbeit. Die Instrumente dienen der zielgerichteten Maßnahmenplanung, prozessbegleitend dem Controlling und prozessabschließend der Evaluation.

So werden jährlich die fünf Krankenkassen mit dem höchsten Versichertenanteil gebeten, entsprechende Daten für die Erstellung eines so genannten integrierten Gesundheitsberichts zur Verfügung zu stellen. Der Bericht basiert auf den anonymisierten Daten zur Anzahl und Dauer von Arbeitsunfähigkeiten und Diagnosespektren und erfasst ca. zwei Drittel der gesetzlich versicherten Beschäftigten an der Freien Universität Berlin.

Seit Mai 2006 erfolgt in ausgewählten Pilotbereichen zusätzlich eine regelmäßige Erhebung der Fehlzeiten. Die Daten tragen zur Analyse für häufige oder steigende Fehlzeiten bei und geben

somit wertvolle Hinweise für die weitere Maßnahmenplanung sowie eine gesundheitsförderliche Mitarbeiterführung.

Ein weiteres wichtiges Analyse- und Steuerungsinstrument stellen die Mitarbeiterbefragungen dar, die bislang in vier Pilotbereichen durchgeführt wurden. In den Befragungen werden sowohl physische als auch psychische Arbeitsbelastungen abgefragt um einen Überblick über den Ist-Zustand der Arbeitsplätze und -bedingungen zu erhalten und zu erfahren, wie die Mitarbeiter ihr Arbeitsumfeld, ihre Arbeitsbedingungen und ihre Gesundheit wahrnehmen. Die Ergebnisse werden den befragten Bereichen in Informationsveranstaltungen zurückgemeldet und auch die abzuleitenden Maßnahmen werden – zusätzlich zur konzeptionellen Arbeit im Steuerkreis – gemeinsam mit den befragten Bereichen in Intensivzirkeln und Arbeitskreisen erarbeitet.

Die vom Betriebsärztlichen Dienst und der Dienststelle Arbeitssicherheit durchgeführten Arbeitsplatzbegehungen und Arbeitsplatzanalysen sowie die regelmäßig erhobenen Unfallzahlen werden bei der Entwicklung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ebenfalls berücksichtigt.

7.1.2 Maßnahmen und Handlungsfelder

Die Themen „körperliche Bewegung und psychische Gesundheit“ bilden traditionell einen festen Bestandteil im Weiterbildungsangebot der Freien Universität Berlin. Durch ein breitgefächertes Spektrum von Seminaren und Kursen werden Mitarbeiter unterstützt und gefördert, aktives gesundheitsgerechtes Verhalten auszubilden.

Mittlerweile liegt das siebte Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention des universitätseigenen Weiterbildungszentrums vor. Aufgrund der Erkenntnisse aus der Projektarbeit ist das Programm um neue Bildungs- und Trainingsangebote zur körperlichen und psychischen Gesundheit erweitert worden. Die Angebote umfassen Seminare zum Umgang mit Stress, Spannungen und Konflikten, mit Kunden und Nutzern und Veränderungsprozessen. Weitere Themen sind Zeit- und Selbstmanagement, Kommunikationstraining für Mitarbeiter, Entspannungs- und Sehtraining, Teamarbeit und Gesprächsführung. Die Angebote sind für die Beschäftigten der Freien Universität Berlin kostenlos.

Neben dem generell sehr umfassenden Sportangebot der Zentraleinrichtung Hochschulsport werden seit dem Wintersemester 2005/2006 Sportkurse als gesundheitsförderliche Maßnahme angeboten. Das speziell ausgewiesene Angebot umfasst u. a. Anti-Stress-Strategien, Aqua-Fitness, Autogenes Training, Rückenschule und Wirbelsäulengymnastik.

Die Sportkurse der Zentraleinrichtung Hochschulsport werden für die Beschäftigten vergünstigt angeboten. Für die speziell ausgewiesenen gesundheitsförderlichen Kurse übernimmt die Freie Universität Berlin ebenfalls die Kosten von bis zu zwei Veranstaltungen pro Jahr und Beschäftigten, sofern die jeweilige Krankenkasse die Kursgebühren nicht erstattet und eine regelmäßige Teilnahme nachgewiesen wird.

Zusätzlich werden aufgrund der Analysedaten aus den Mitarbeiterbefragungen und den Erhebungen des Betriebsärztlichen Dienstes sowie der Dienststelle Arbeitssicherheit spezielle Angebote für bestimmte Arbeitsbereiche und Berufsgruppen entwickelt. So wurden zum einen Trainings zum Heben und Tragen für die Gruppe der Tierpfleger im Fachbereich Veterinärmedizin und für die Gärtner im Botanischen Garten und Botanischen Museum der Freien Universität Berlin angeboten und zum anderen arbeitsplatzspezifische Rückenworkshops in der Zentralen Universitätsverwaltung durchgeführt. Weitere Veranstaltungen hinsichtlich der Ergonomie am Arbeitsplatz wenden sich an die Beschäftigten der universitären Bibliotheksbereiche. Die Angebote sind speziell auf die jeweiligen Bedürfnisse dieser Berufsgruppen abgestimmt und finden zu meist direkt am Arbeitsplatz statt.

Neben weiteren klassischen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, wie z. B. das Angebot einer kostenlosen Gripeschutzimpfung für alle Beschäftigten, wurden auch Maßnahmen initiiert, deren Fokus auf den täglichen Arbeitsabläufen und -strukturen liegt. So wurden in einzelnen Organisationseinheiten Intensivzirkel mit den Mitarbeitern und den jeweiligen Führungskräften durchgeführt, Teambildungsprozesse initiiert und die Reorganisation von Arbeitsprozessen begleitet.

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der Unterstützung von Führungskräften bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben sowie der Erarbeitung bedarfsgerechter Maßnahmen zur Stärkung von Führungskompetenzen und zur positiven Beeinflussung von Führungshandeln und Führungskultur.

Seit März 2007 können die Führungskräfte der Freien Universität Berlin ein individuelles, anonymes Coaching in Anspruch nehmen. Hierfür wurde ein Pool aus bewährten Trainern/Coaches zusammengestellt, mit denen bereits eine lange Zusammenarbeit besteht. Das Coaching ist auf maximal acht Termine begrenzt. Eine erste Evaluation der bislang durchgeführten Coachings ergab durchgehend positive Rückmeldungen.

Des Weiteren haben Führungskräfte der Freien Universität Berlin die Möglichkeit an einer kollegialen Beratung teilzunehmen. Hierbei erfolgen in einer vorgegebenen Gesprächsstruktur eine wechselseitige Beratung zu beruflichen Fragen und Schlüsselthemen sowie die gemeinsame Entwicklung von Lösungen.

Um den wissenschaftlichen Mittelbau bei der Wahrnehmung seiner Führungsaufgaben zu unterstützen, wird vom Weiterbildungszentrum der Freien Universität Berlin eine Ringveranstaltung mit vier Workshops zu wichtigen Führungsthemen (Führung und Kommunikation, Teamentwicklung und Führung im Team, Konfliktmanagement) angeboten.

Darüber hinaus beschäftigt sich der Steuerkreis mit übergeordneten Thematiken und Entwicklungen, die einen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten haben.

So sieht sich auch die Freie Universität Berlin mit der Herausforderung einer immer älter werdenden Belegschaft konfrontiert. Daher wurde Ende 2007 eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die sich mit den Aspekten des demographischen Wandels und eines altersgerechten Arbeitens beschäftigt.

Hierbei liegt der Fokus auf drei Handlungsfeldern: Arbeitsorganisation- und -gestaltung, Qualifikation und Weiterbildung sowie Führung. Um eine ausweislich der Mitarbeiterbefragungen gewünschte Partizipation zu ermöglichen und alle Sichtweisen berücksichtigen zu können, wurden die Beschäftigten der Freien Universität Berlin gebeten, sich aktiv an der konzeptionellen Erarbeitung in den einzelnen Arbeitsgruppen zu beteiligen. Gleichzeitig erfolgt hier eine enge Zusammenarbeit mit einem Projekt „Personalentwicklung“.

In einem Arbeitskreis Suchtprävention wurde eine entsprechende Dienstvereinbarung erarbeitet, die das Ziel verfolgt, dem Missbrauch von Alkohol, Medikamenten und anderen Suchtmitteln vor dem Hintergrund der damit verbundenen negativen Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit und Arbeitsqualität sowie der Gefährdung der eigenen und anderer Personen entgegenzuwirken und Vorgesetzten und Beschäftigten geeignete Unterstützungs- und Hilfsangebote zukommen zu lassen.

Ein weiterer Arbeitskreis befasst sich derzeit mit der Erarbeitung eines Konzepts für die Einrichtung einer Konfliktberatung an der Freien Universität Berlin.

Auch wenn es sich bei dem betrieblichen Eingliederungsmanagement um eine gesetzliche Aufgabe des Arbeitgebers handelt, betrachtet die Freie Universität Berlin diese Thematik als wichtigen Teilaspekt einer erfolgreichen betrieblichen Gesundheitsförderung. So wurde ein umfas-

sender Handlungsleitfaden erarbeitet und eine Geschäftsstelle eingerichtet. Das Verfahren stellt die vom Gesetz vorgegebene Freiwilligkeit von Seiten des Beschäftigten und die sich daraus ergebenden Prinzipien des Dialogs und der einvernehmlichen Lösungen in den Mittelpunkt und strebt an, es den betroffenen Beschäftigten so leicht wie möglich zu machen, das Gesprächs- und Unterstützungsangebot anzunehmen, um eine für alle Seiten gewinnbringende Lösung oder Optimierung der Arbeitssituation zu erreichen.

Ein umfassendes und nachhaltiges betriebliches Gesundheitsmanagement stellt jedoch nur einen Baustein für den Erfolg einer Institution dar. Daher ist die Verzahnung mit anderen Teilbereichen und Projekten der Freien Universität Berlin ein weiterer Arbeitsfokus innerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung. Dieser schrittweise Aufbau interner Kompetenzen und die Vernetzung mit internen Strukturen sind wesentlich, um den langfristigen Erfolg des Projektes zu sichern. Neben der bereits genannten Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Personalentwicklung ist auch die Leiterin des neu gegründeten Familienbüros der Freien Universität Berlin Mitglied im Steuerkreis. Die im Rahmen des Audit „familiengerechte Hochschule“ in Planung befindlichen Maßnahmen zielen ebenfalls darauf ab, die Zufriedenheit der Mitarbeiter zu stärken und gesundheitsgefährdende Belastungen zu minimieren. Eine gegenseitige Ergänzung der Maßnahmen kann dazu beitragen, die jeweiligen Projektziele effektiver und zielgenauer zu erfüllen.

Die Diskussion gesundheitsrelevanter Themen wie Führung, Lernen bei der Arbeit, Information und Beteiligung oder demografischer Wandel wirkt so über die konkrete Arbeit im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung hinaus und wird auch im Hinblick auf allgemeine Strategien der Personalentwicklung aufgegriffen und mit weiteren Themen wie der „familiengerechten Hochschule“ verknüpft. Eine nachhaltige betriebliche Gesundheitsförderung erschöpft sich nicht in Einzelmaßnahmen. Sie erzielt gerade durch eine Verknüpfung mit Strukturen und Prozessen zur Förderung von Gesundheitspotenzialen ihre Wirkung zum Wohle aller Beteiligten.

7.2 Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

Im Folgenden gibt der vorliegende Präventionsbericht 2008 die Ergebnisse der bundesweiten Auswertung der BGF-Aktivitäten der Krankenkassen im Berichtszeitraum 2007 wieder.

Im Jahr 2007 ließ sich im Bereich der BGF nach drei Jahren eines gleichbleibenden Aktivitätsniveaus eine deutliche Zunahme der rückgemeldeten Dokumentationsbögen verzeichnen. Dies mag jedoch weniger auf eine starke Ausweitung der Aktivitäten zurückzuführen sein als auf ein verbessertes Rückmeldeverhalten, denn die bundesweiten Ausgaben entsprachen etwa denen des Vorjahres. Die Ausgaben der GKV für BGF lagen 2007 bei 32,2 Millionen Euro.⁴²

Tabelle 17: Rücklauf Dokumentationsbögen BGF

Rücklauf Dokumentationsbögen	
Berichtsjahr	Anzahl Dokumentationsbögen (gemeldete Fälle)
2007	3.014 (+ 5.366 AU-Profile*)
2006	2.422 (+ 5.454 AU-Profile*)
2005	2.531 (+3.125 AU-Profile*)
2004	2.563 (+2.665 AU-Profile*)
2003	2.164 (+628 AU-Profile*)
2002	1.895 (+463 AU-Profile*)
2001	1.189

* Fälle, in denen reine AU-Analysen durchgeführt wurden.

7.2.1 Allgemeine Daten – Laufzeit, Branchen, Betriebsgröße, Anzahl Standorte

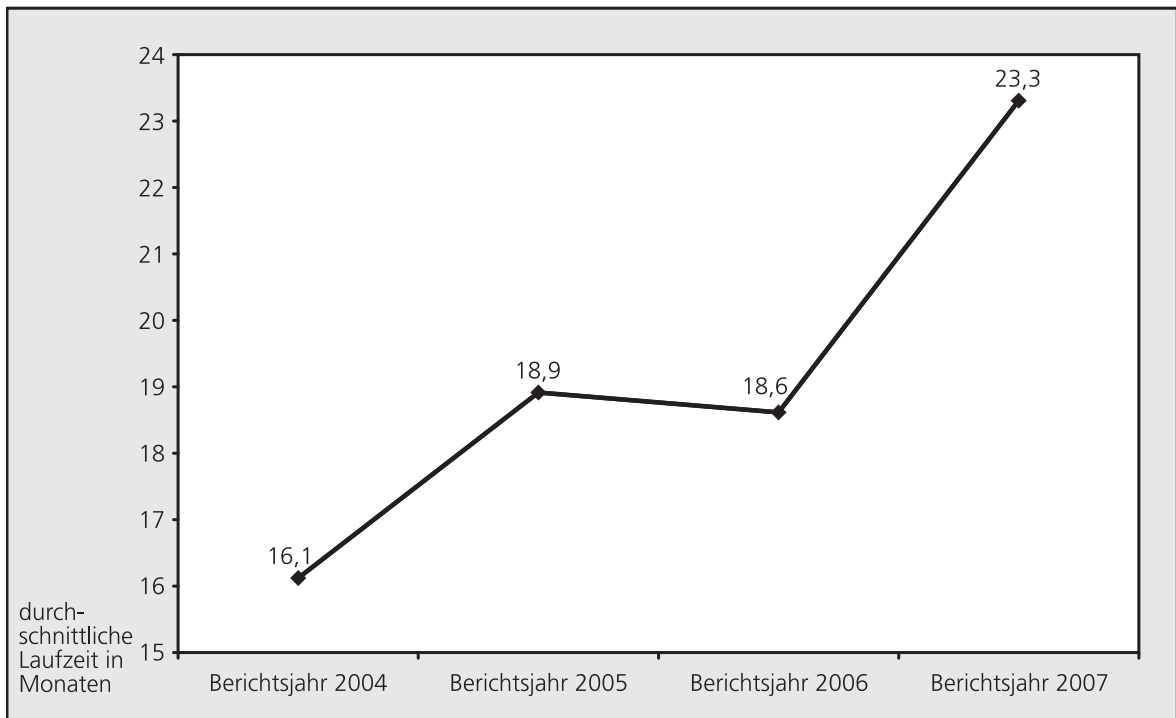
Laufzeit der Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Bei 81 % aller für das Berichtsjahr 2007 gemeldeten BGF-Aktivitäten lagen Angaben zu den Laufzeiten der Gesundheitsförderungsmaßnahmen vor. Hier handelte es sich sowohl um endgültig feststehende Laufzeiten bei Aktivitäten, die zum Ende des Berichtsjahres abgeschlossen waren, als auch um geplante Laufzeiten bei noch laufenden Projekten. Bei diesen sind noch Abweichungen von der Planung möglich.

Wie die nachfolgenden Abbildungen zeigen, waren die BGF-Aktivitäten im Berichtsjahr 2007 deutlich langfristiger ausgelegt als in den Jahren davor.

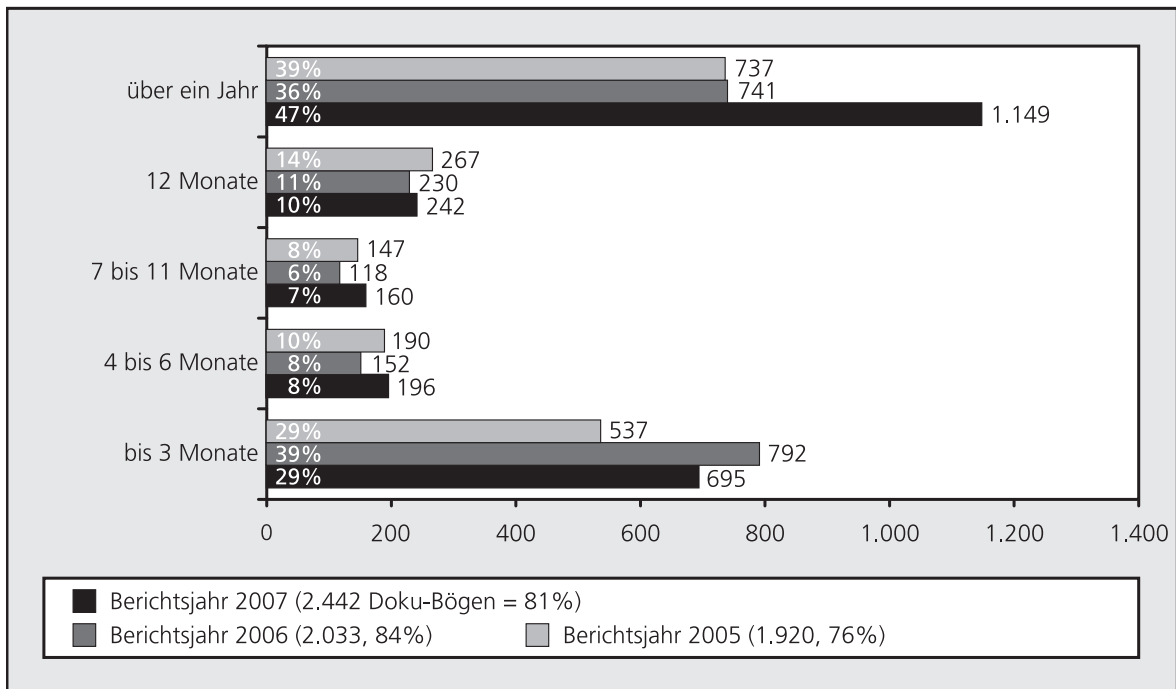
42 KJ1, Stand v. 12.09.08.

Abb. 25: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten



Die Zahl der Projekte, die ein Jahr und länger andauerten, waren 2007 im Vergleich zu den Vorjahresehebungen deutlich angestiegen.

Abb. 26: Laufzeit der Aktivitäten in Monaten



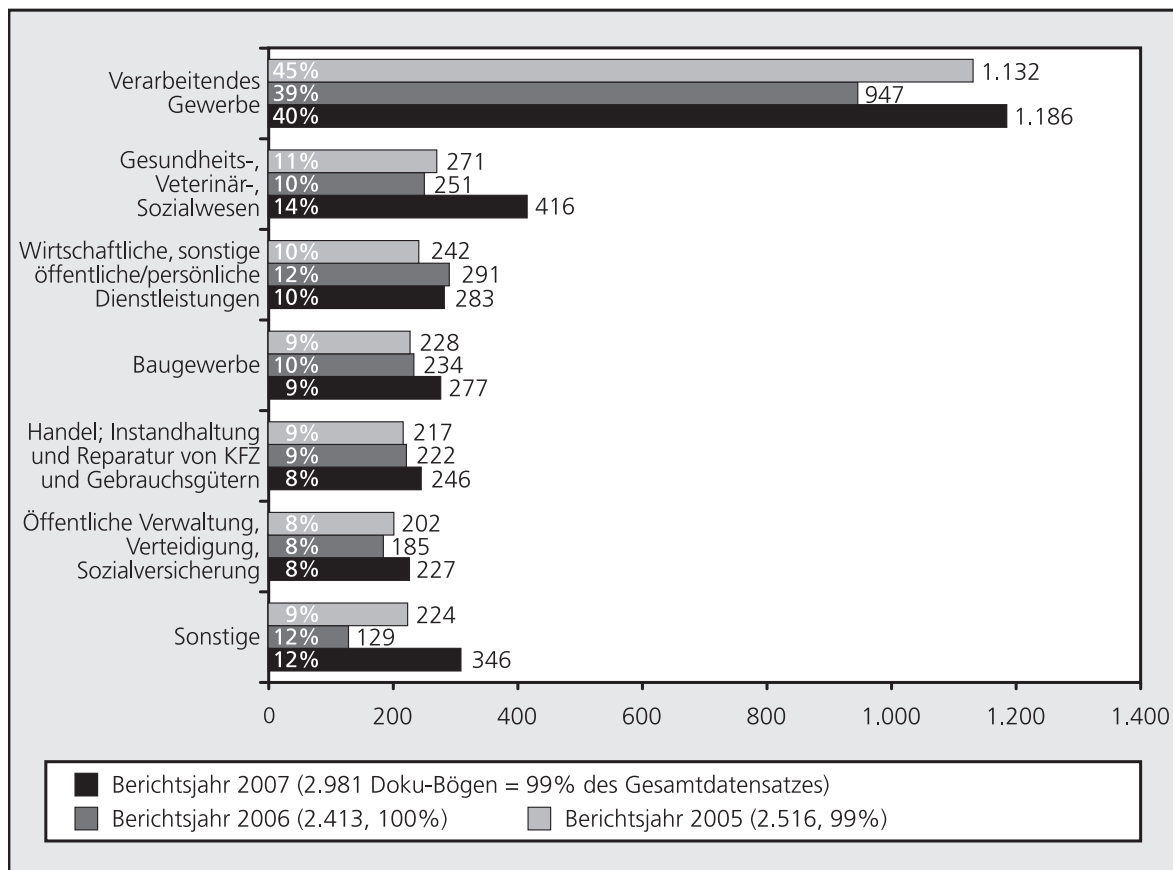
Bei knapp drei Vierteln der Projekte mit einer Laufzeit von einem Jahr oder länger waren Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden. Bei den kürzer angelegten Projekten war dies seltener. Nur etwa bei der Hälfte lagen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vor.

Bei zwei Dritteln der Projekte, die ein Jahr und länger andauerten, waren die Maßnahmen sowohl auf das gesundheitsbezogene Verhalten als auch auf die Rahmenbedingungen in den Betrieben ausgerichtet. Im Vergleich dazu lag der Anteil der gleichzeitig verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen im Gesamtdatensatz mit 54 % deutlich niedriger.

Branchen, Anzahl an Standorten oder Betrieben

Die Branchenzugehörigkeit der im Präventionsbericht gemeldeten Betriebe wurde nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige des Statistischen Bundesamtes (WZ 2003) abgefragt.

Abb. 27: Branchen



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

Im Vergleich zu den bundesweiten Anteilen der Betriebe in den jeweiligen Wirtschaftszweigen⁴³ waren Unternehmen aus dem verarbeitenden Gewerbe mit einem Anteil von 40 % überproportional vertreten (Bundesanteil 10 %). Da gerade hier häufig körperlich schwere Arbeiten ausgeübt werden und größere Unfallgefahren bestehen, wird in dieser Branche offensichtlich immer noch ein vergleichsweise hoher Bedarf für die Durchführung von BGF gesehen. Die Anteile an Betrieben aus den Wirtschaftszweigen Handel und Dienstleistungen waren dagegen im Vergleich zu den bundesweiten Anteilen der Betriebe deutlich unterrepräsentiert (Dienstleistungen 10 %, Bundesanteil 26 %; Handel 8 %, Bundesanteil 21 %). Bei diesen Sektoren besteht nach wie vor ein großes Potenzial für die Intensivierung von BGF.

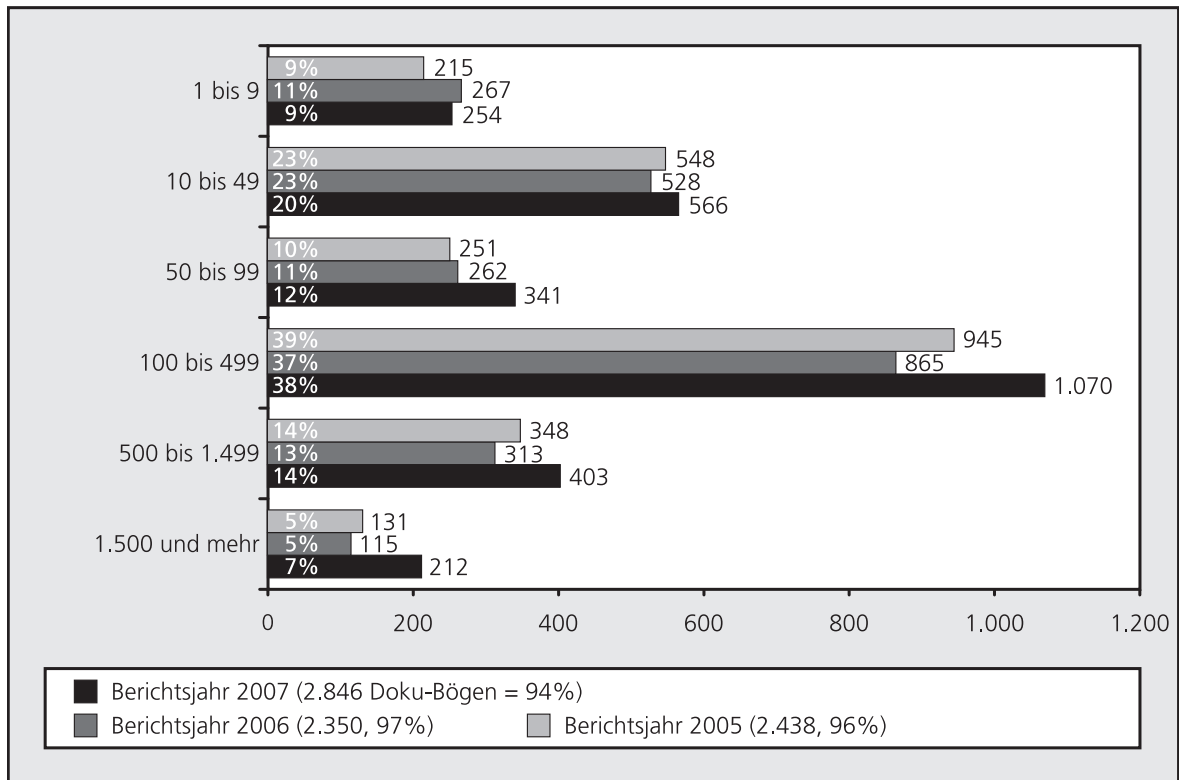
Der Dokumentationsbogen zur BGF enthielt eine Abfrage über die Zahl der Standorte, in denen

43 Bundesanstalt für Arbeit: Statistik zur Zahl der Betriebe nach Wirtschaftsabteilungen in Deutschland (Stand 30.06.2007).

BGF-Maßnahmen durchgeführt wurden. Die Maßnahmen konnten in einem Unternehmen oder an einem Standort durchgeführt werden, oder auch im Rahmen eines Netzwerkprojekts meist bei Klein- und Kleinstbetrieben: Bei 88 % aller zum Jahr 2007 eingereichten Dokumentationsbögen, d. h. bei 2.650 Betrieben wurde die BGF an einem Standort durchgeführt. Bei den weiteren 364 berichteten Projekten erfolgte die BGF im Median an zwei Standorten. Die Gesamtsumme aller gemeldeten Standorte oder Betriebe lag bei 6.888 (2006: 6.592 Standorte/Betriebe). Im Maximalfall wurde einmal über 3.000 Standorte berichtet. Hierbei handelte es sich um ein Unternehmen aus dem Gastgewerbe.

Betriebsgrößen

Abb. 28: Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)



Die starke Präsenz von Unternehmensgrößen ab 100 Mitarbeitern im Datensatz lässt sich auf die für die Durchführung von BGF tendenziell günstigeren Strukturverhältnisse in größeren Unternehmen zurückführen. Auch stellt sich der Aufwand für BGF in Klein- und Kleinstbetrieben im Verhältnis zu der Zahl an Personen, die man dort erreicht, als vergleichsweise hoch dar. So wurden in Unternehmen mit 100 und mehr Mitarbeitern den Schätzungen zufolge 445.000 Personen direkt erreicht (92 % der Gesamtschätzsumme). In Betrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern konnten hingegen insgesamt knapp 15.000 Personen direkt erreicht werden (3 % der Gesamtschätzsumme).

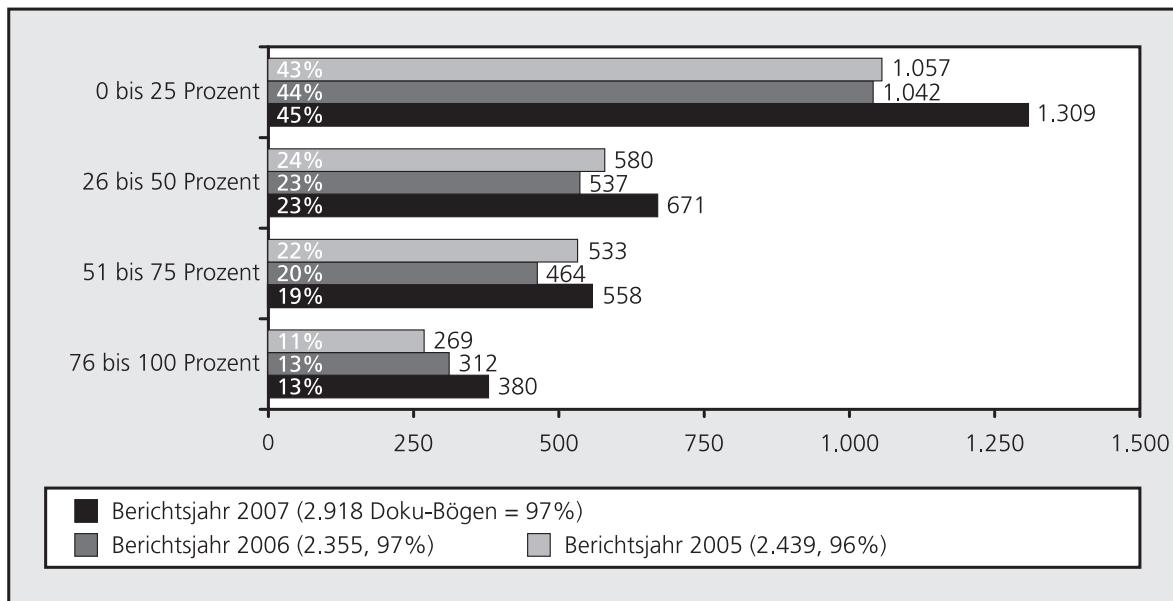
Der Anteil an Betrieben mit mindestens 100 Mitarbeitern lag zusammen bei 59 % aller Fälle mit vorliegenden Angaben zur Beschäftigtenzahl. Demgegenüber hatten 2 % aller Betriebe in Deutschland eine Beschäftigtenzahl von 100 Mitarbeitern und mehr.⁴⁴ In diesen waren bundesweit 47 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten tätig. Umgekehrt beschäftigten 96 % der bundesweit erfassten Betriebe weniger als 50 Mitarbeiter. In diesen Klein- und Kleinstbetrieben waren 41 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten tätig.

⁴⁴ Bundesanstalt für Arbeit: Statistik zur Zahl der Betriebe nach Wirtschaftsabteilungen in Deutschland (Stand 30.06.2007).

Frauenanteil

Über die BGF ließen sich 2007 vorzugsweise Beschäftigte männlichen Geschlechts erreichen.

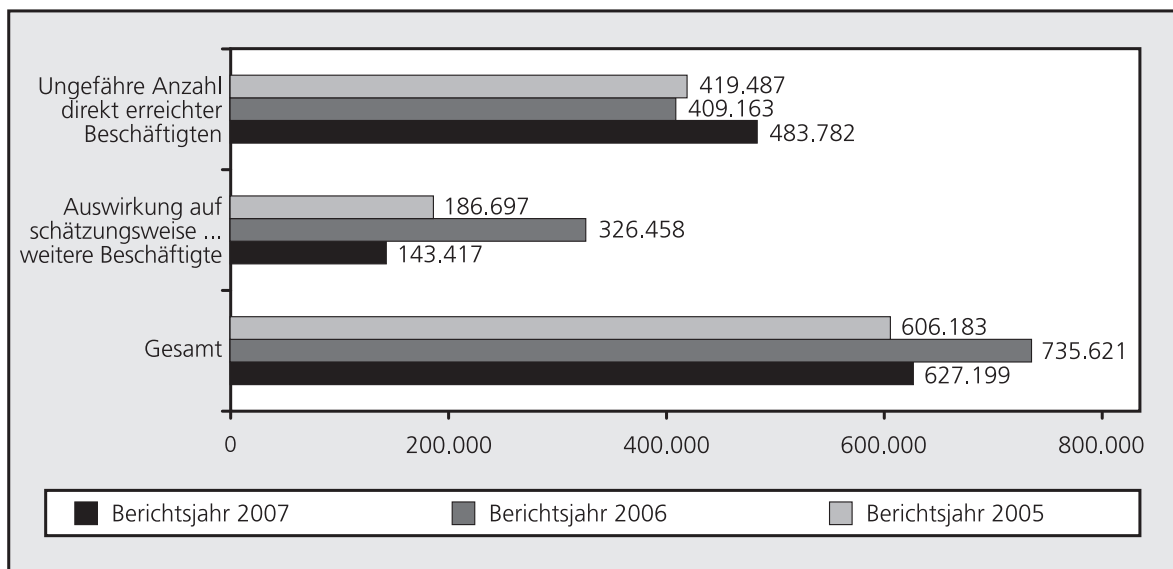
Abb. 29: Frauenanteil



Erreichte Personen

Der Dokumentationsbogen fragt die Schätzzahlen zu den direkt über die Aktivitäten erreichten und die Schätzzahlen zu den indirekt erreichten Personen ab. Letztere beziehen sich auf Aktivitäten, deren Auswirkungen weitere Mitarbeiter erreichen. Zu solchen BGF-Aktivitäten, die zunächst einen kleinen Personenkreis direkt ansprechen und sich dann gezielt auf weitere Mitarbeiter auswirken, zählen z. B. Gesundheitszirkel. An diesen nehmen einige wenige Mitarbeiter eines Arbeitsbereiches oder einer Abteilung teil. Die im Zirkel erarbeiteten Maßnahmen und Erkenntnisse werden dann in den gesamten Arbeitsbereich eingebracht und der gesamten Belegschaft kommuniziert. Somit profitieren deutlich mehr Mitarbeiter als nur die Teilnehmer an den Zirkeln von der Umsetzung der Maßnahmen. Auch Multiplikatorenschulungen zu gesundheitsförderlichen Fragestellungen wirken sich auf eine weitaus größere Zahl von Mitarbeitern aus.

Abb. 30: Erreichte Personen (Schätzzahlen)



*Im Jahr 2006 wurden in einem Maximalfall aus einem Großunternehmen der Verkehrs- und Nachrichtenbranche 200.000 indirekt erreichte Personen gemeldet. Dieser Fall ist in vorliegender Abbildung nicht mit aufgenommen.

Die Gesamtschätzsumme der direkt und indirekt erreichten Personen scheint hoch zu sein. Es stellte sich die Frage, ob sich die Höhe der Summe dadurch erklären lässt, dass viele Personen über breitenwirksame Medien wie z. B. das Internet erreicht wurden. Deshalb wurde überprüft, wie viele Menschen sich im Mittel ausschließlich über breitenwirksame Medien und wie viele sich im Mittel ausschließlich über wenig breitenwirksame Medien erreichen ließen. Den breitenwirksamen Medien zugeordnet wurden Video, Foto, Overhead, Beamer, Faltblätter/Broschüren, Ausstellungen/Plakate sowie das Internet. Zu den wenig breitenwirksamen Medien zählten Übungsmanuale/Arbeitsunterlagen sowie Anschauungsmaterial/Modelle.

Die aus den Berechnungen resultierenden Durchschnittswerte wurden auf die Gesamtschätzsumme übertragen. Danach ließen sich etwa 98.000 Personen (16 %) über wenig breitenwirksame Medien erreichen und 529.000 über Intranet, Faltblätter/Broschüren etc. (84 %). Die These, dass sich die recht hohen Schätzzahlen vor allem dadurch erklären lassen, dass breitenwirksame Medien eingesetzt wurden, ließ sich demnach im Wesentlichen bestätigen.

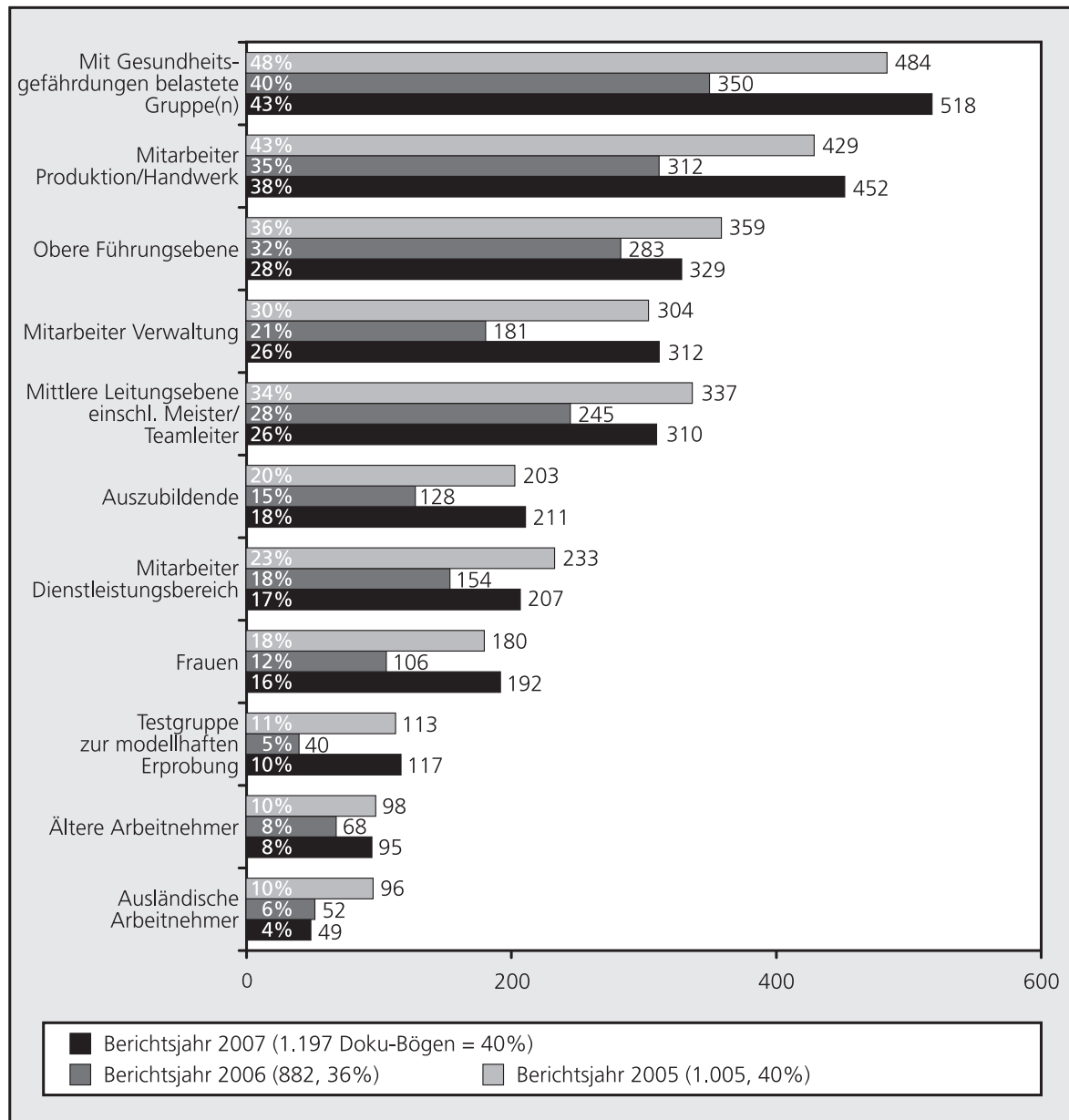
Im Berichtsjahr 2007 wurde erstmals erhoben, wie viele der direkt und indirekt erreichten Mitarbeiter mindestens 50 Jahre alt waren: Danach waren 77.619 von 483.782 direkt erreichten Personen mindestens 50 Jahre alt (16 %) und 38.226 von 143.417 der indirekt erreichten Personen waren mindestens 50 Jahre alt (26 %). Der Anteil der mindestens 50 Jahre alten Personen an der Gesamtschätzzahl der direkt und indirekt erreichten Personen lag bei 19 % (115.845 von 627.000 erreichten Personen).

7.2.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

In 60 % der Fälle waren die Aktivitäten in den Betrieben auf alle Beschäftigten ausgerichtet. In diesen Fällen war es richtig, aufgrund des Projektzuschnittes, der Unternehmensgrößen oder -strukturen alle Mitarbeiter anzusprechen. Bei 40 % der Fälle waren die BGF-Interventionen auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet.

Tendenziell wurden in kleineren Betrieben eher alle Mitarbeiter, in größeren Unternehmen öfter bestimmte Zielgruppen oder Arbeitsbereiche angesprochen (s. auch Kap. 7.4.2 „Betriebsgrößen-spezifische Auswertungen – Schwerpunktmäßige Zielgruppen“).

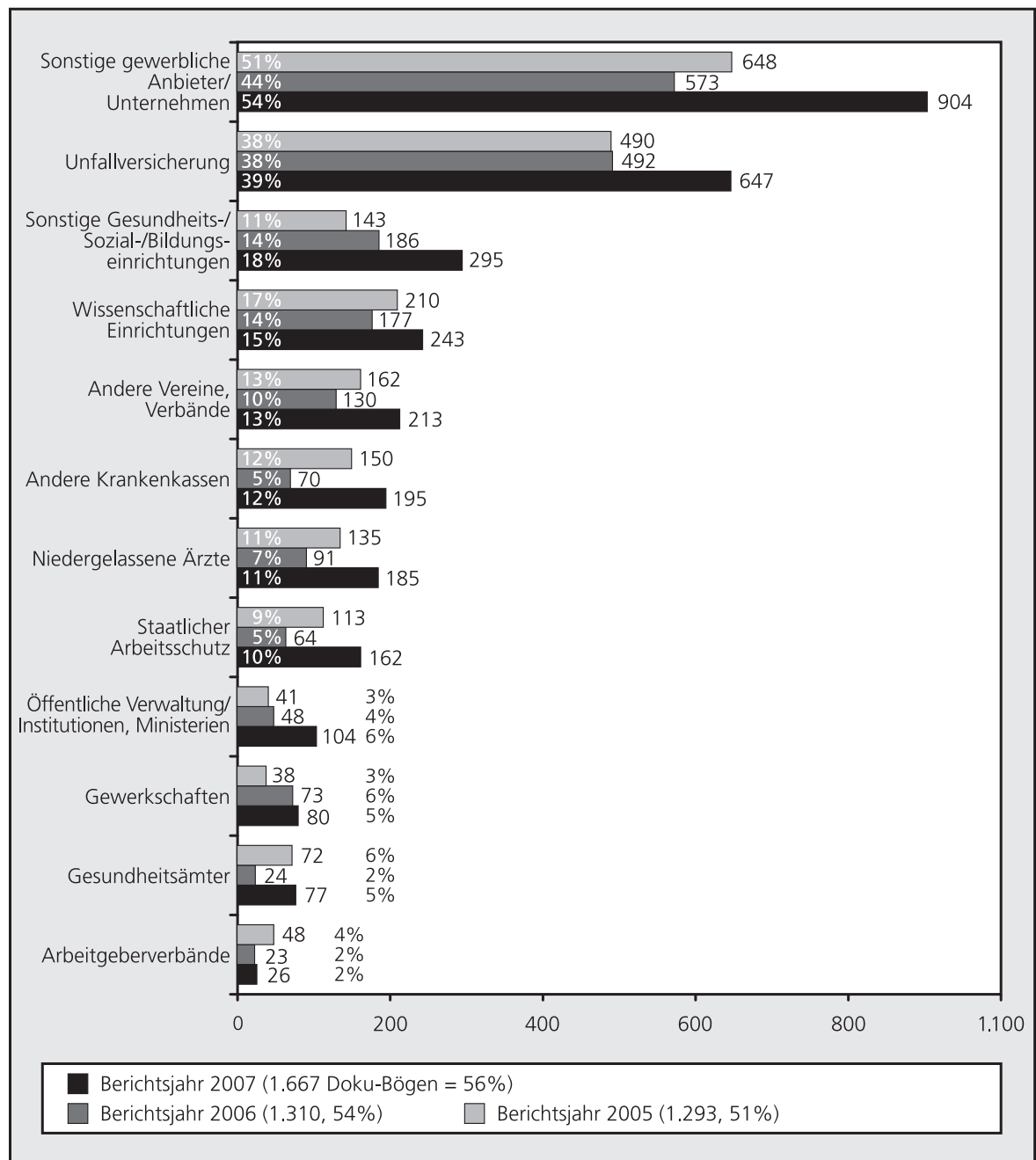
Abb. 31: *Schwerpunktmäßige Zielgruppe*
(Mehrfachnennungen möglich)



7.2.3 Kooperationspartner

In den Fällen, in denen Kooperationen bejaht wurden, wurden im Durchschnitt Partner aus zwei verschiedenen Einrichtungen benannt. Im Einzelnen waren folgende Kooperationspartner an BGF-Projekten beteiligt.

Abb. 32: Kooperationspartner
(Mehrfachnennungen möglich)

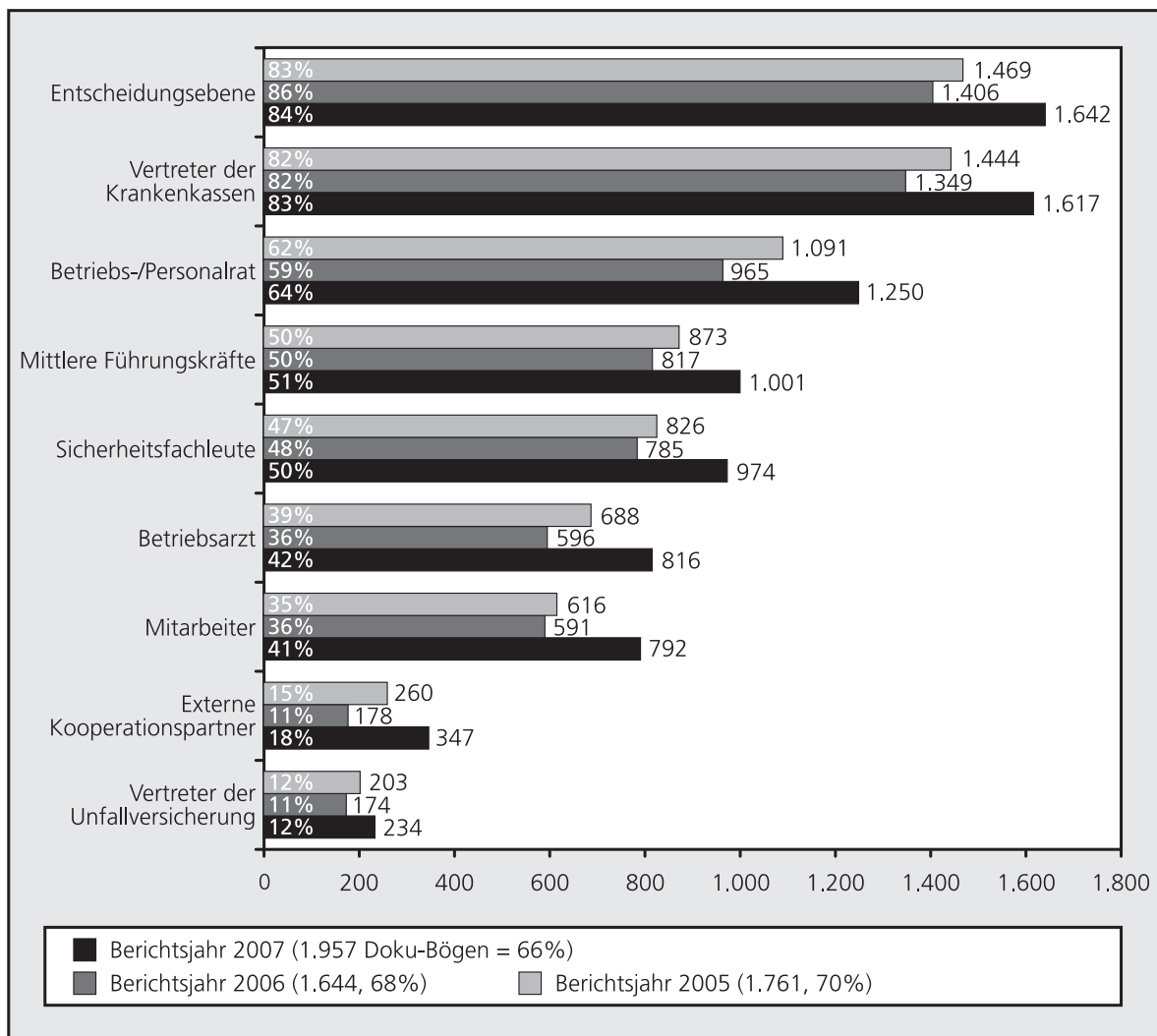


7.2.4 Koordination und Steuerung

In zwei Dritteln aller Fälle wurden im Rahmen der BGF Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet. Diese nehmen einen hohen Stellenwert für eine langfristige prozesshafte Einbindung von Gesundheitsförderung in Betriebsstrukturen ein. So erfolgten bei vorhandenen Steuerungsstrukturen insgesamt umfassendere Bedarfsanalysen, Interventionen und Erfolgskontrollen als bei fehlenden (vgl. Kap 7.5).

Im Jahr 2007 wurden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen dabei nicht nur vorwiegend in größeren Unternehmen gebildet, sondern auch in Klein- und Kleinstbetrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern, die in der Regel keine so formalisierte Struktur aufweisen wie größere Betriebe (62 %, Anteil bei 50 und mehr Beschäftigten: 69 %).

Abb. 33: Koordination und Steuerung
(Mehrfachnennungen möglich)



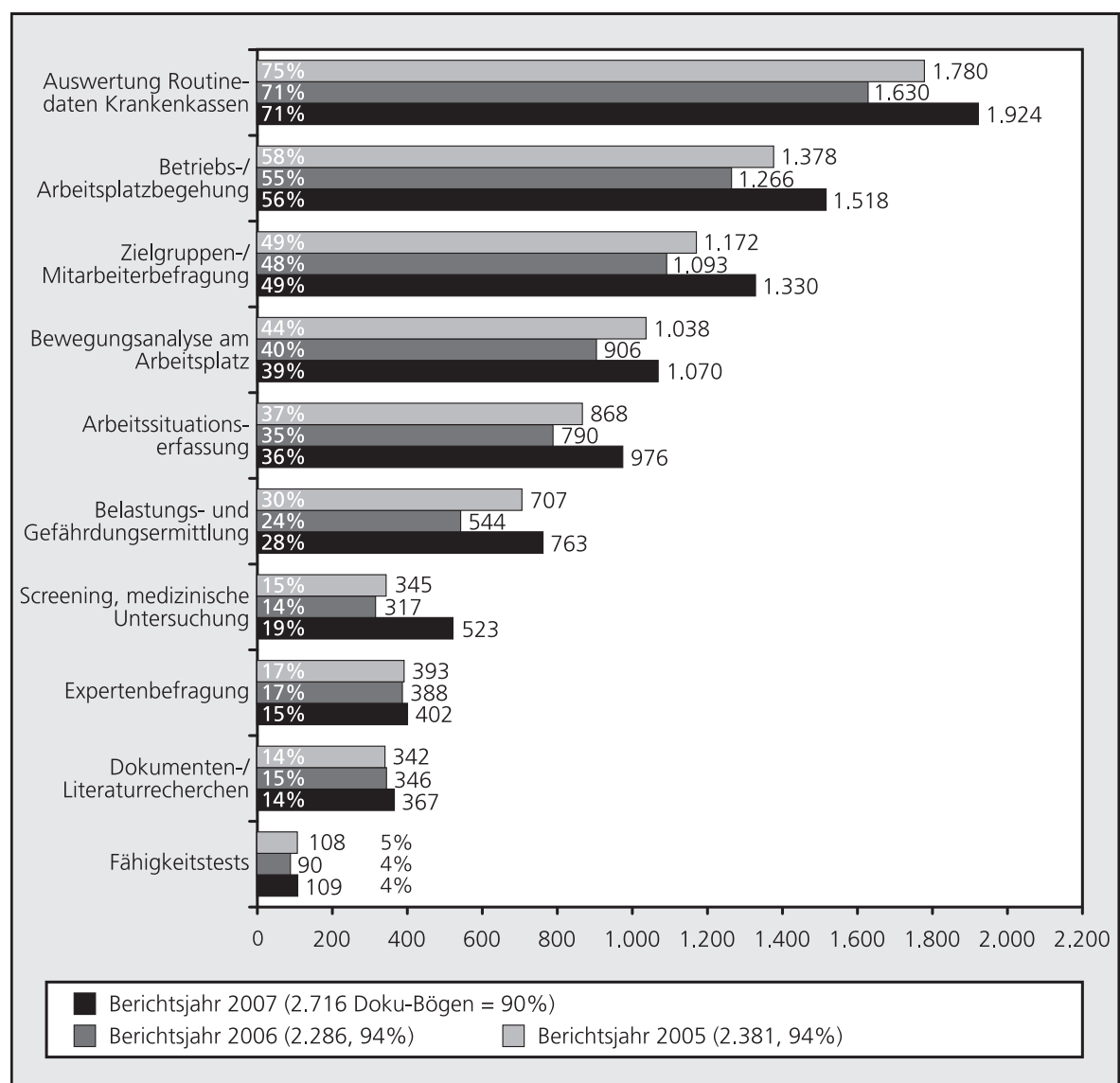
2007 waren an einem Steuerungsgremium im Durchschnitt Vertreter aus etwa vier verschiedenen Unternehmensbereichen oder externen Einrichtungen beteiligt (2006 und 2005: ebenfalls vier Bereiche). Bei 38 % der Fälle mit bejahter Entscheidungs- und Steuerungsstruktur waren im entsprechenden Gremium mindestens die Entscheidungsebene, Vertreter von Krankenkassen, Betriebs- oder Personalrat sowie Sicherheitsfachleute gleichzeitig vertreten. Bei knapp drei Viertel dieser Fälle wiederum waren zusätzlich noch mindestens mittlere Führungskräfte im Gremium eingebunden.

7.2.5 Bedarfsermittlung

Die BGF wird in der Regel auf der Grundlage von im Vorfeld über umfassende Bedarfsermittlungen gewonnenen Erkenntnissen durchgeführt. Dabei entspricht es dem Konzept von BGF, möglichst objektive Daten, die zum Beispiel aus Routinedaten der Krankenkassen gewonnen werden, mit subjektiven Erhebungen, wie z. B. Mitarbeiter- oder Expertenbefragungen, zu verknüpfen.

In den Fällen, in denen Bedarfsermittlungen gemeldet wurden, wurden im Durchschnitt drei Methoden der Bedarfsanalyse gleichzeitig angewandt. Dabei erhoben die Krankenkassen in 81 % dieser Fälle sowohl subjektive als auch objektive Daten. Dabei handelte es sich in 45 % dieser Fälle mindestens um die Berücksichtigung von Routinedaten der Krankenkassen und die gleichzeitige Durchführung von Betriebs-/Arbeitsplatzbegehung sowie Zielgruppen-/Mitarbeiterbefragung.

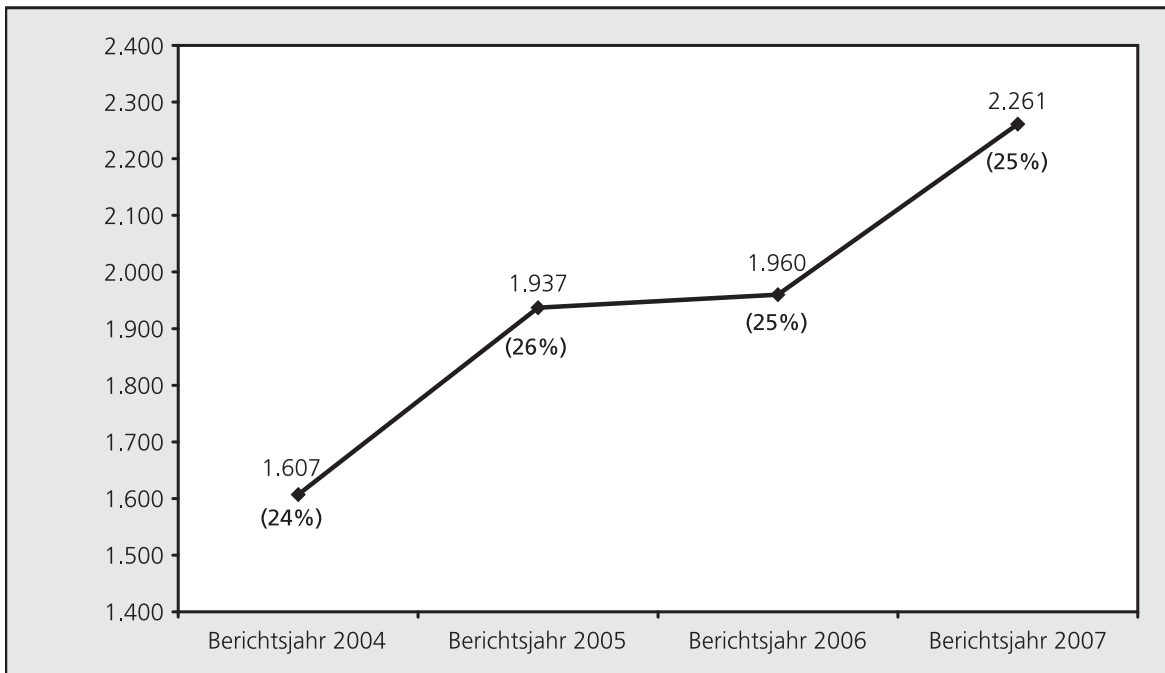
Abb. 34: Bedarfsermittlung
(Mehrfachnennungen möglich)



7.2.6 Gesundheitszirkel

Die Zahl der durchgeführten Gesundheitszirkel nahm über die Berichtsjahre kontinuierlich zu.

Abb. 35: **Gesundheitszirkel**



Eine weitere Zunahme an Gesundheitszirkeln ist insofern begrüßenswert, als Gesundheitszirkel eine wichtige Rolle in der BGF einnehmen. Sie ermöglichen die direkte Partizipation der Beschäftigten bei der Ermittlung von Gesundheitsgefährdungen und Entwicklung von Gestaltungsvorschlägen und sind auf positive Veränderungen nicht nur im Gesundheitsverhalten Einzelner, sondern auch auf eine Verbesserung der objektiven Arbeitsbedingungen ausgerichtet.

So waren 2007 die Interventionen bei 83 % der Fälle mit durchgeführten Gesundheitszirkeln sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen, bei 13 % rein verhältnisbezogen und bei 4 % rein verhaltensbezogen. Demgegenüber waren die Aktivitäten bei Fällen ohne Gesundheitszirkel in 42 % der betrachteten Fälle verhaltens- und verhältnisbezogen, in 46 % rein verhaltens- und in 23 % rein verhältnisbezogen.

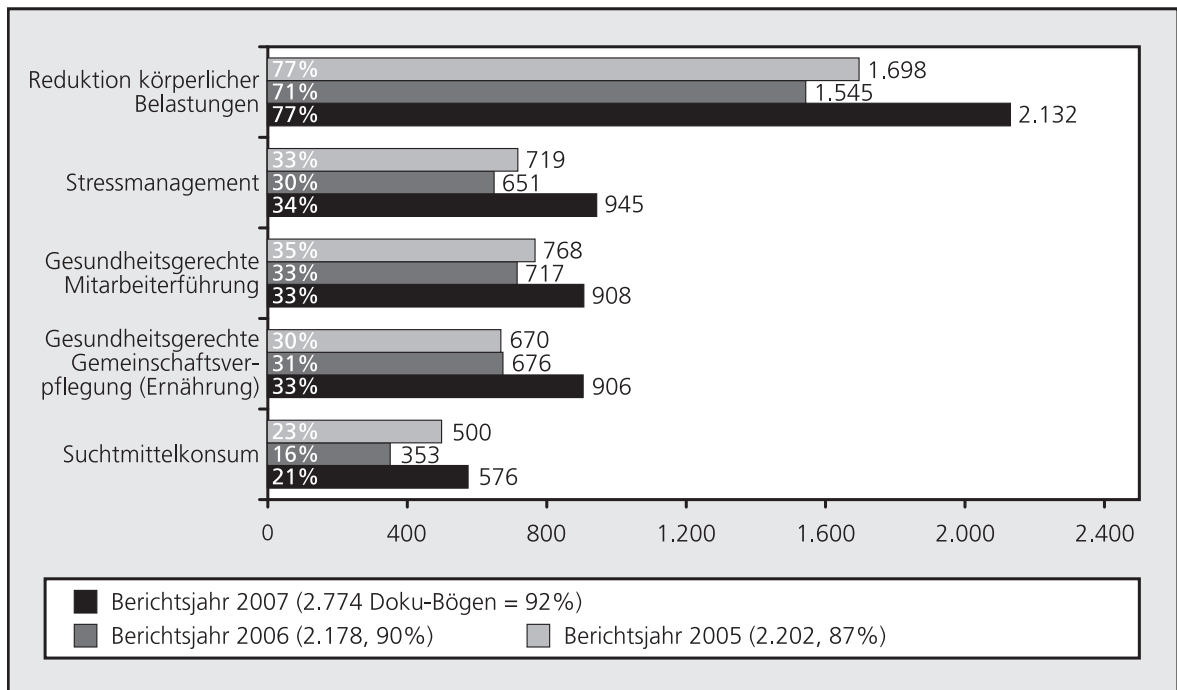
In 82 % der Fälle mit durchgeführten Gesundheitszirkeln wurden zwischen ein bis vier Gesundheitszirkel realisiert (2006: 81 %, 2005: 80 %). Davon wiederum erfolgte in 211 Fällen (36 %) ausschließlich ein Zirkel und in 226 Fällen (38 %) zwei Gesundheitszirkel parallel (z. B. in unterschiedlichen Arbeits- oder Produktionsbereichen). In 96 Fällen wurden fünf bis neun Zirkel in einem Projekt durchgeführt (13 %) und in 30 Fällen zehn und mehr Zirkel realisiert (4 %). Im Maximalfall wurden in einer Einrichtung der Öffentlichen Verwaltung 32 Gesundheitszirkel durchgeführt.

7.2.7 Intervention

Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

In 92 % aller rückgemeldeten Dokumentationsbögen lagen Angaben zu den Inhalten der Interventionen vor. Bei den restlichen acht Prozent kann davon ausgegangen werden, dass sich die Interventionen zum Zeitpunkt der Erhebung noch in der Phase der Bedarfsermittlung und Strukturbildung befanden.

Abb. 36: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen
(Mehrfachnennungen möglich)



Die Reduktion von körperlichen Belastungen⁴⁵, die in der Gesamtheit deutlich am häufigsten thematisiert wurde, stand besonders in Betrieben aus dem Baugewerbe (84 %), dem Handel (81 %, vorwiegend Kfz-Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz) sowie dem verarbeitenden Gewerbe (77 %) im Vordergrund.

Die beobachtete Zunahme an Angeboten zum Stressmanagement zeigt, dass psychosoziale Belastungen im Berichtszeitraum 2007 häufig als Risikofaktoren für Erkrankungen wahrgenommen und im Rahmen von BGF thematisiert wurden. Seit ein paar Jahren ist zu beobachten, dass bundesweit auf der einen Seite Arbeitsunfähigkeitstage infolge körperlicher Erkrankungen abnehmen, auf der anderen Seite AU-Tage wegen „psychischer Störungen“ deutlich zunehmen: Sie stellen mittlerweile am die vierthäufigsten gestellte Diagnose dar.⁴⁶

Meist wurden bei den Aktivitäten zwei Inhalte miteinander verknüpft. Am häufigsten wurde die Reduktion körperlicher Belastungen mit dem Stressmanagement (30 %) sowie die Reduktion körperlicher Belastungen mit gesundheitsgerechter Mitarbeiterführung (28 %) verknüpft. In 20 % der betrachteten Fälle wurden alle drei Themen angesprochen.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

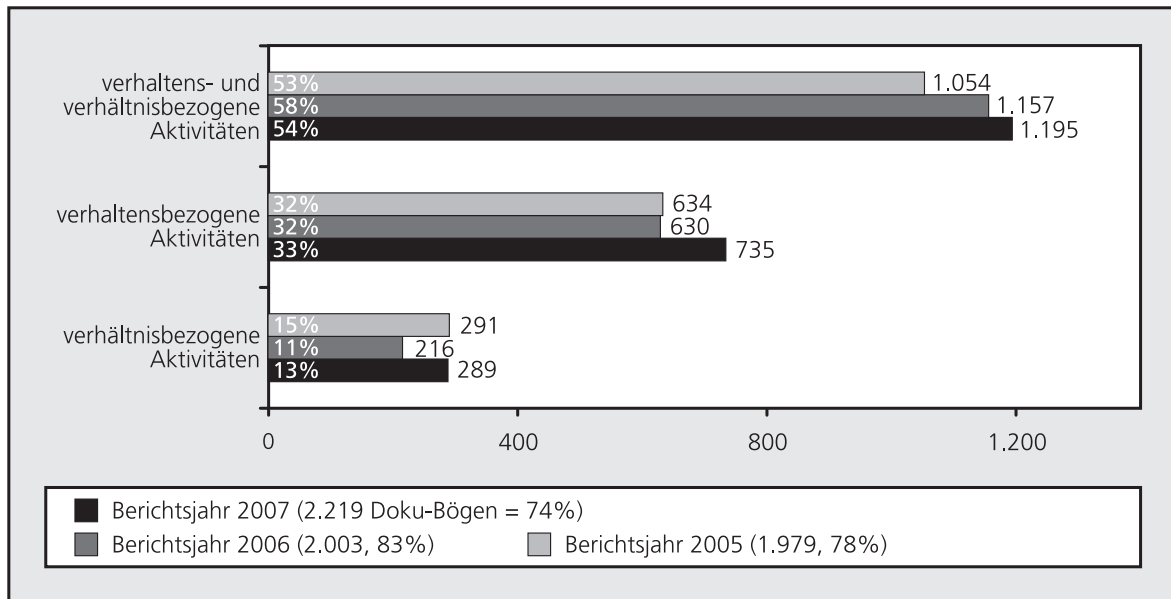
Qualitativ hochwertige und nachhaltige BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Aktivitäten. Verhaltensbezogene Aktivitäten sprechen dabei direkt das gesundheitsbezogene Verhalten von Mitarbeitern an. Über die Vermittlung von Informationen und Befähigungen, z. B. über Informationsveranstaltungen, Beratungs- oder Fitnessangebote sollen gesundheitsförderliche Verhaltensveränderungen erreicht werden. Verhältnisbezogene Maßnahmen sind auf strukturelle, organisatorische und Umgebungsveränderungen im Betrieb

⁴⁵ Hierzu zählten neben Maßnahmen, die auf „klassische“ muskulo-skelettale Belastungen aufgrund (teilweise schwerer) körperlicher Arbeit abzielten, auch Interventionen, die auf ungünstige Zwangshaltungen, beispielsweise bei Büro- und Bildschirmarbeit, eingingen. Ebenso zählen dazu Aktivitäten zur Reduktion von Umgebungsbelastungen (z. B. Lärm, Staub, Luftzug) – Faktoren, die in der BGF eine hohe Bedeutung haben und im Prinzip immer mit berücksichtigt werden.

⁴⁶ Veröffentlichungen von Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeitsstatistiken (Gesundheitsreport BKK, IKK-Bericht: Arbeit und Gesundheit im Handwerk, Gesundheitsreport TK, DAK, Fehlzeiten-Report WIdO)

ausgerichtet. Ziel ist, die Verhältnisse im Betrieb in einem gesundheitsförderlichen oder belastungsreduzierenden Sinne zu verändern. Im Idealfall wird mit BGF die Einbindung von Gesundheitsförderung in betriebliche Managementprozesse erreicht.

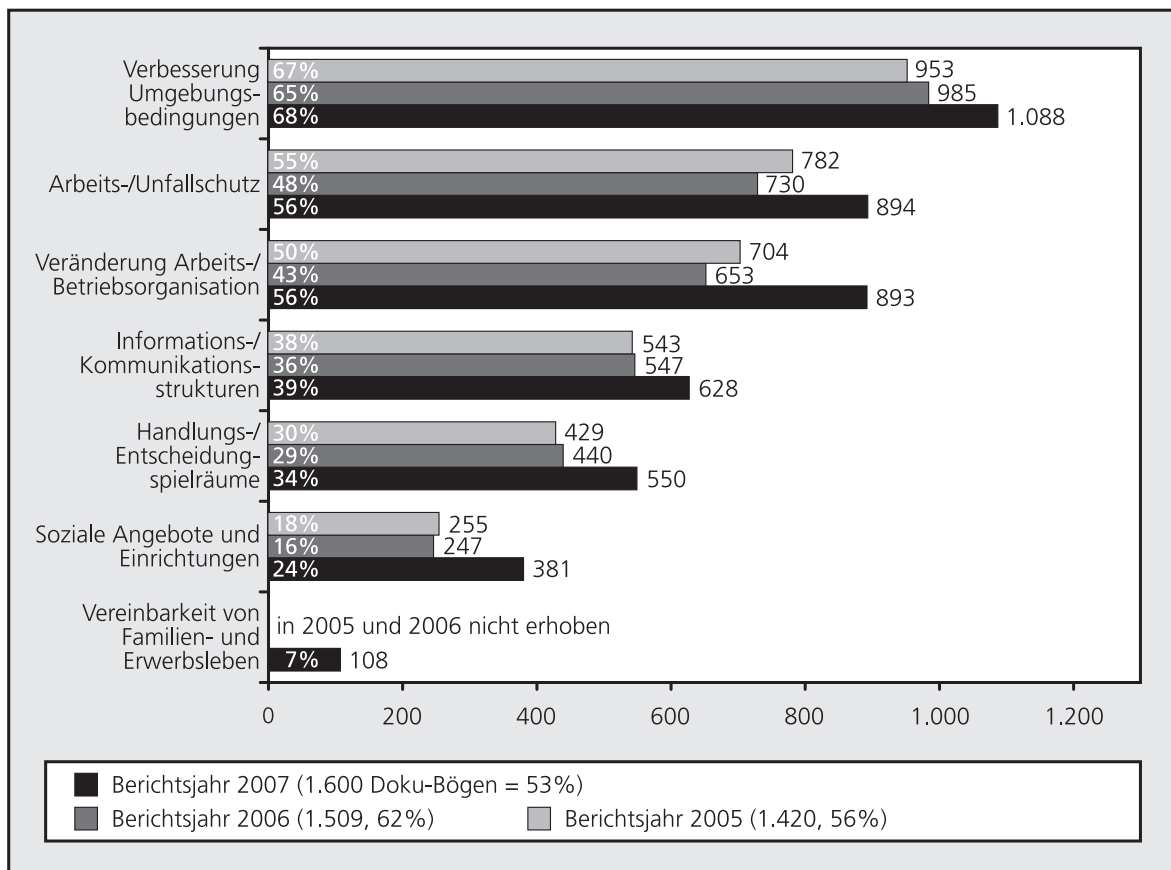
Abb. 37: Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten



Art der Umgestaltung

Bei den berichteten Umgestaltungen handelte es sich überwiegend um verhältnisbezogene Maßnahmen.

Abb. 38: Art der Umgestaltung (Mehrfachnennungen möglich)

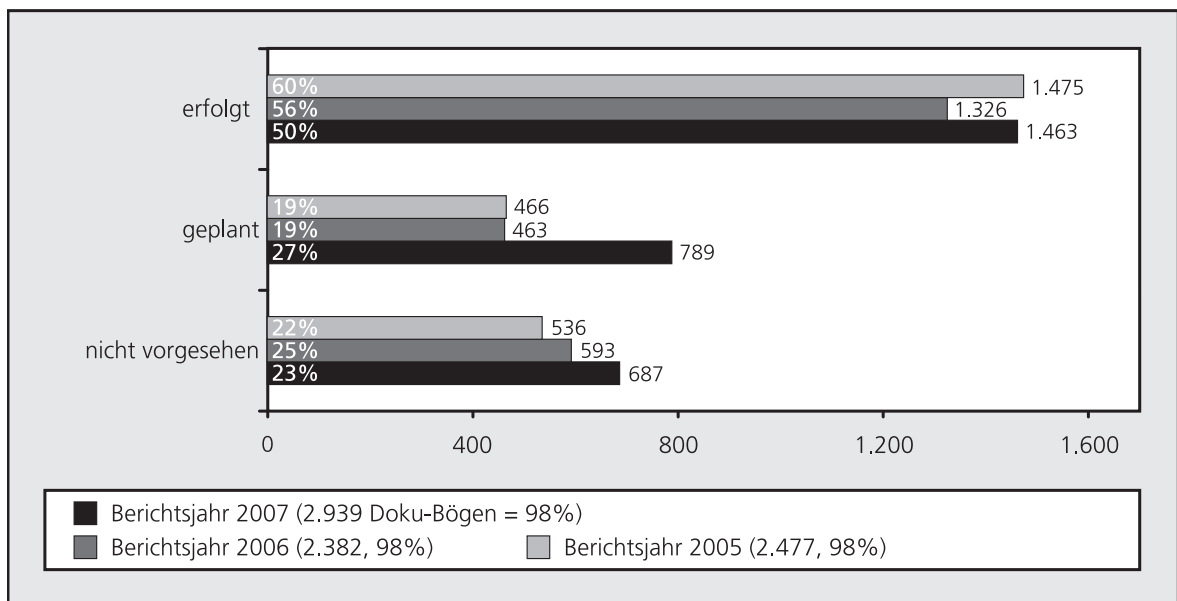


Im Durchschnitt lagen je Fall drei Angaben zur Art der Umgestaltungen in Betrieben vor (2006 zwei, 2005 drei Angaben). Bei Mehrfachangaben zur Art der Umgestaltung im Jahr 2007 wurden am häufigsten die Veränderung von Umgebungsbedingungen, die Arbeits- oder Betriebsorganisation sowie der Arbeits- oder Unfallschutz gleichzeitig (36 %) genannt. Bei 68 % dieser Aktivitäten lagen Kooperationen mit der Unfallversicherung vor. Wesentlicher Beitrag der Krankenkassen war in diesem Zusammenhang die Anregung oder fachlichsachliche Begleitung der Aktivitäten, oft verbunden mit der Zielsetzung, in den betroffenen Unternehmen ein umfassenderes Gesundheitsmanagement zu implementieren.

7.2.8 Erfolgskontrolle

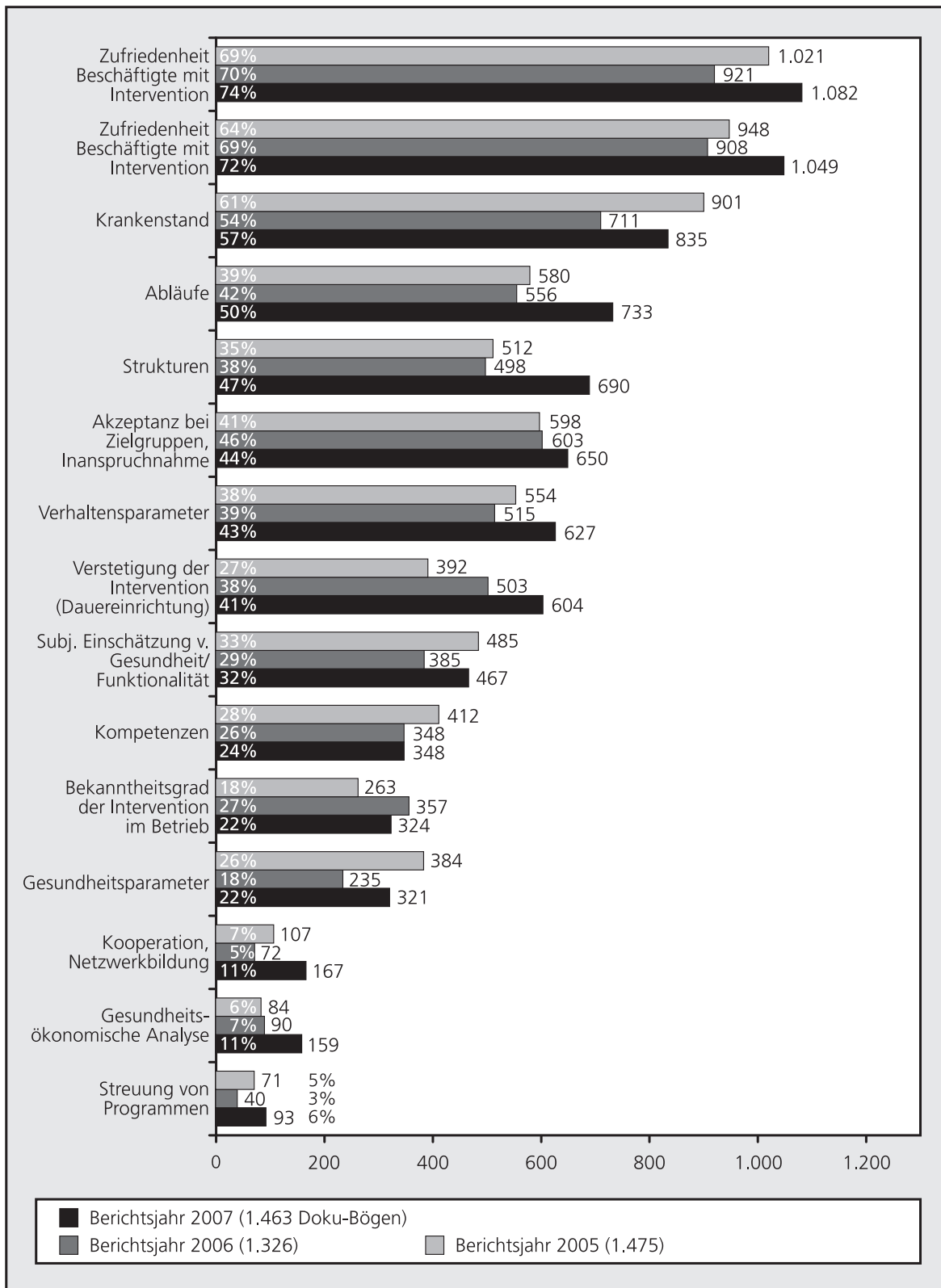
Die jährliche Dokumentation fragt sowohl nach durchgeführten Erfolgskontrollen als auch nach Kontrollen, die zum Ende des Berichtsjahres noch vorgesehen waren.

Abb. 39: *Durchführung einer Erfolgskontrolle*



Die Erfolgskontrollen bezogen sich auf viele verschiedene Parameter.

Abb. 40: Inhalte der Erfolgskontrolle
(Mehrfachnennungen möglich)



Im Durchschnitt wurden bei den Erfolgskontrollen sechs Parameter gleichzeitig erhoben (2006: fünf). Die miteinander kombinierten Kontrollen streuten dabei stark. In 24 % der Fälle, bei denen eine Erfolgskontrolle durchgeführt wurde, wurden gleichzeitig die Parameter Zufriedenheit der Beschäftigten und des Arbeitgebers mit der Intervention, Krankenstand, Abläufe, Strukturen sowie die Akzeptanz der Interventionen bei der Zielgruppe, Inanspruchnahme benannt.

7.3 Branchenbezogene Auswertungen

In diesem Kapitel werden nur die Branchen im Vergleich betrachtet, die aufgrund ihrer spezifischen Merkmale besondere Ergebnisauffälligkeiten aufwiesen und die gleichzeitig mindestens einen Anteil von fünf Prozent am Gesamtdatensatz ausmachten. Dabei handelte es sich um die Wirtschaftszweige:

- Verarbeitendes Gewerbe (1.186 Aktivitäten oder Projekte, 40 %)
- Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (416 Aktivitäten oder Projekte, 14 %)
- Erbringung von wirtschaftlichen, sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen (283 Aktivitäten oder Projekte, 14 %)
- Baugewerbe (277 Aktivitäten oder Projekte, 9 %)
- Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern (246 Aktivitäten oder Projekte, 8 %)
- Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung, Internationale Organisationen (227 Aktivitäten oder Projekte, 8 %).

Dieses Kapitel beschränkt sich auf die Darstellung zentraler Ergebnisse. Dazu zählen Laufzeiten der Gesundheitsförderungsmaßnahmen, Beschäftigtenzahlen, Frauenanteil, erreichte Personen, schwerpunktmäßige Zielgruppen, Gesundheitszirkel, inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten, verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten sowie die Abfrage, ob Erfolgskontrollen durchgeführt wurden. Die weiteren ausführlichen Tabellen lassen sich dem Tabellenband zum Präventionsbericht 2008 entnehmen.

7.3.1 Allgemeine Daten

Tabelle 18: Branchenauswertungen – Laufzeiten

	Verarbeitendes Gewerbe (N=1.186)		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (N=416)		Dienstleistungen (N=283)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 3 Monate	227	25,1 %	75	22,1 %	82	35,2 %
4 bis 6 Monate	70	7,7 %	17	5,0 %	26	11,2 %
7 bis 11 Monate	49	5,4 %	37	10,9 %	6	2,6 %
12 Monate	67	7,4 %	33	9,7 %	35	15,0 %
über ein Jahr	492	54,4 %	178	52,4 %	84	36,1 %
Gesamt	905	100,0 %	340	100,0 %	233	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>	281		76		50	
durchschnittliche Laufzeit in Monaten	28,2		21,9		16,5	

	Baugewerbe (N=277)		Handel (N=246)		Öffentliche Verwaltung (N=227)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 3 Monate	78	30,0 %	64	29,6 %	40	23,3 %
4 bis 6 Monate	23	8,8 %	12	5,6 %	14	8,1 %
7 bis 11 Monate	9	3,5 %	18	8,3 %	18	10,5 %
12 Monate	37	14,2 %	31	14,4 %	15	8,7 %
über ein Jahr	113	43,5 %	91	42,1 %	85	49,4 %
Gesamt	260	100,0 %	216	100,0 %	172	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>	17		30		55	
durchschnittliche Laufzeit in Monaten	18,8		19,1		24,5	

Im verarbeitenden Gewerbe werden die allermeisten Projekte durchgeführt. Hier finden sich auch die meisten Projekte mit einer Laufzeit von über einem Jahr. Nur solche Projekte lassen erwarten, dass sie auf die Einführung eines nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsmanagements gerichtet sind.

Tabelle 19: Branchenauswertungen – Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)

	Verarbeitendes Gewerbe (N=1.186)		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (N=416)		Dienstleistungen (N=283)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1-9	39	3,5 %	12	3,1 %	35	12,9 %
10-49	201	17,9 %	56	14,7 %	73	26,8 %
50-99	107	9,5 %	105	27,6 %	29	10,7 %
100-499	505	44,8 %	140	36,7 %	92	33,8 %
500-1.499	186	16,5 %	53	13,9 %	28	10,3 %
1.500 und mehr	88	7,8 %	15	3,9 %	15	5,5 %
Gesamt	1.126	100,0 %	381	100,0 %	272	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>	60		35		11	
	Baugewerbe (N=277)		Handel (N=246)		Öffentliche Verwaltung (N=227)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1-9	103	38,0 %	45	18,9 %	2	0,9 %
10-49	100	36,9 %	91	38,2 %	15	6,9 %
50-99	28	10,3 %	20	8,4 %	11	5,1 %
100-499	37	13,7 %	59	24,8 %	94	43,3 %
500-1.499	0	0,0 %	15	6,3 %	56	25,8 %
1.500 und mehr	3	1,1 %	8	3,4 %	39	18,0 %
Gesamt	271	100,0 %	238	100,0 %	217	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>	6		8		10	

Hier zeigt sich, dass im verarbeitenden Gewerbe häufiger Großbetriebe angesprochen werden. Auch öffentliche Verwaltungen sind häufiger als Großbetriebe anzusehen. Dagegen dominieren gerade im Baugewerbe kleinbetriebliche Strukturen.

Tabelle 20: Branchenauswertungen – Frauenanteil

	Verarbeitendes Gewerbe (N=1.186)		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (N=416)		Dienstleistungen (N=283)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25 %	595	51,7 %	80	19,6 %	83	30,2 %
26-50 %	346	30,1 %	24	5,9 %	61	22,2 %
51-75 %	180	15,7 %	133	32,5 %	57	20,7 %
76-100 %	29	2,5 %	172	42,1 %	74	26,9 %
Gesamt	1.150	100,0 %	409	100,0 %	275	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>	36		7		8	
	Baugewerbe (N=277)		Handel (N=246)		Öffentliche Verwaltung (N=227)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25 %	241	87,0 %	148	61,2 %	31	14,2 %
26-50 %	17	6,1 %	53	21,9 %	62	28,3 %
51-75 %	3	1,1 %	24	9,9 %	96	43,8 %
76-100 %	16	5,8 %	17	7,0 %	30	13,7 %
Gesamt	277	100,0 %	242	100,0 %	219	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>			4		8	

Tabelle 21: Branchenauswertungen – Schätzzahlen erreichte Personen

	Verarbeitendes Gewerbe (N=947)				Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (N=416)			
	Minimum	Maximum	Summe	Prozent	Minimum	Maximum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Personen	1	25.000	243.950	100 %	2	14.000	56.478	100 %
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	5.000	41.848	17,2 %	1	520	7.645	13,5 %
Auswirkung auf schätzungsweise... weitere Personen	1	4.000	40.494	100 %	10	800	8.598	100 %
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	1.500	10.292	25,4 %	2	250	2.036	23,7 %
<i>Erreichte Personen gesamt</i>	284.444			100 %	65.076			100 %
<i>...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte</i>	52.140			18,3 %	9.681			14,9 %

	Dienstleistungen (N=283)				Baugewerbe (N=277)			
	Minimum	Maximum	Summe	Prozent	Minimum	Maximum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Personen	1	3.100	27.145	100 %	1	651	7.968	100 %
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	1.550	3.950	14,6 %	1	85	1.013	12,7 %
Auswirkung auf schätzungsweise... weitere Personen	10	3.000	9.142	100 %	2	220	670	100 %
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	200	1.343	14,7 %	1	55	172	25,7 %
<i>Erreichte Personen gesamt</i>	36.287			100 %	8.638			100 %
<i>...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte</i>	5.293			14,6 %	1.185			13,7 %

	Handel (N=246)				Öffentliche Verwaltung (N=227)			
	Minimum	Maximum	Summe	Prozent	Minimum	Maximum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Personen	1	1.900	22.820	100 %	1	3.500	55.481	100 %
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	700	2.885	12,6 %	2	1.100	10.315	18,6 %
Auswirkung auf schätzungsweise... weitere Personen	2	1.900	7.325	100 %	1	24.000	45.472	100 %
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	700	2.096	28,6 %	3	9.600	15.231	33,5 %
<i>Erreichte Personen gesamt</i>	30.145			100 %	100.953			100 %
<i>...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte</i>	4.981			16,5 %	25.546			25,3 %

7.3.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

Tabelle 22: Branchenauswertungen – schwerpunktmäßige Zielgruppe

	Verarbeitendes Gewerbe (n=483, 41 %)		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (n=188, 45 %)		Dienstleistungen (n=105, 37 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	233	48,2 %	83	44,1 %	44	41,9 %
Ältere Arbeitnehmer	59	12,2 %	5	2,7 %	8	7,6 %
Ausländische Arbeitnehmer	38	7,9 %	1	0,5 %	6	5,7 %
Frauen	73	15,1 %	26	13,8 %	22	21,0 %
Auszubildende	92	19,0 %	15	8,0 %	18	17,1 %
Obere Führungsebene	138	28,6 %	36	19,1 %	31	29,5 %
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	147	30,4 %	35	18,6 %	32	30,5 %
Mitarbeiter Verwaltung	119	24,6 %	31	16,5 %	32	30,5 %
Mitarbeiter Produktion/Handwerk	302	62,5 %	14	7,4 %	30	28,6 %
Mitarbeiter Dienstleistungsbereich	67	13,9 %	30	16,0 %	33	31,4 %
Testgruppe zur modelhaften Erprobung	43	8,9 %	12	6,4 %	16	15,2 %
Andere Zielgruppe	80	16,6 %	46	24,5 %	17	16,2 %

	Baugewerbe (n=76, 27 %)		Handel (n=65, 26 %)		Öffentliche Verwaltung (n=95, 42 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	24	31,6 %	24	36,9 %	41	43,2 %
Ältere Arbeitnehmer	1	1,3 %	2	3,1 %	6	6,3 %
Ausländische Arbeitnehmer			1	1,5 %		
Frauen	14	18,4 %	6	9,2 %	24	25,3 %
Auszubildende	17	22,4 %	7	10,8 %	11	11,6 %
Obere Führungsebene	29	38,2 %	13	20,0 %	28	29,5 %
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	8	10,5 %	9	13,8 %	26	27,4 %
Mitarbeiter Verwaltung	14	18,4 %	11	16,9 %	40	42,1 %
Mitarbeiter Produktion/Handwerk	21	27,6 %	16	24,6 %	19	20,0 %
Mitarbeiter Dienstleistungsbereich	1	1,3 %	9	13,8 %	22	23,2 %
Testgruppe zur modelhaften Erprobung			3	4,6 %	17	17,9 %
Andere Zielgruppe	5	6,6 %	10	15,4 %	30	31,6 %

7.3.3 Gesundheitszirkel

Tabelle 23: Branchenauswertungen – Gesundheitszirkel

	Verarbeitendes Gewerbe (N=1.186)		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (N=416)		Dienstleistungen (N=283)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	293	25,3 %	82	20,2 %	45	16,2 %
nein	865	74,7 %	323	79,8 %	232	83,8 %
Gesamt	1.158	100,0 %	405	100,0 %	277	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>	28		11		6	
	Baugewerbe (N=277)		Handel (N=246)		Öffentliche Verwaltung (N=227)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	112	40,9 %	89	37,1 %	55	25,0 %
nein	162	59,1 %	151	62,9 %	165	75,0 %
Gesamt	274	100,0 %	240	100,0 %	220	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>	3		6		7	

7.3.4 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Tabelle 24: Branchenauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

	Verarbeitendes Gewerbe (n=1.105, 93 %)		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (n=346, 83 %)		Dienstleistungen (n=271, 96 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	849	76,8 %	247	71,4 %	203	74,9 %
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung	388	35,1 %	83	24,0 %	105	38,7 %
Stressmanagement	328	29,7 %	105	30,3 %	74	27,3 %
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	347	31,4 %	94	27,2 %	70	25,8 %
Suchtmittelkonsum	273	24,7 %	52	15,0 %	52	19,2 %

	Baugewerbe (n=266, 96 %)		Handel (n=238, 97 %)		Öffentliche Verwaltung (n=201, 89 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	223	83,8 %	193	81,1 %	144	71,6 %
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung	60	22,6 %	75	31,5 %	68	33,8 %
Stressmanagement	142	53,4 %	82	34,5 %	84	41,8 %
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	138	51,9 %	85	35,7 %	78	38,8 %
Suchtmittelkonsum	23	8,6 %	21	8,8 %	59	29,4 %

7.3.5 Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten

Tabelle 25: Branchenauswertungen – verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten

	Verarbeitendes Gewerbe (N=1.186)		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (N=416)		Dienstleistungen (N=283)	
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	524	56,8 %	109	48,7 %	95	44,6 %
Verhaltensbezogene Aktivitäten	272	29,5 %	79	35,3 %	92	43,2 %
Verhältnisbezogene Aktivitäten	127	13,8 %	36	16,1 %	26	12,2 %
Gesamt	923	100,0 %	224	100,0 %	213	100,0 %
<i>keine Angaben</i>	263		192		70	
	Baugewerbe (N=277)		Handel (N=246)		Öffentliche Verwaltung (N=227)	
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	157	65,1 %	119	61,3 %	80	50,6 %
Verhaltensbezogene Aktivitäten	75	31,1 %	63	32,5 %	43	27,2 %
Verhältnisbezogene Aktivitäten	9	3,7 %	12	6,2 %	35	22,2 %
Gesamt	241	100,0 %	194	100,0 %	158	100,0 %
<i>keine Angaben</i>	36		52		69	

7.3.6 Erfolgskontrollen

Tabelle 26: Branchenauswertungen – Erfolgskontrolle

	Verarbeitendes Gewerbe (N=1.186)		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (N=416)		Dienstleistungen (N=283)	
erfolgt	634	54,2 %	139	34,6 %	111	41,4 %
geplant	265	22,7 %	180	44,8 %	75	28,0 %
nicht vorgesehen	270	23,1 %	83	20,6 %	82	30,6 %
Gesamt	1.169	100,0 %	402	100,0 %	268	100,0 %
<i>keine Angaben</i>	17		14		15	
	Baugewerbe (N=277)		Handel (N=246)		Öffentliche Verwaltung (N=227)	
erfolgt	188	68,4 %	142	58,0 %	99	44,6 %
geplant	37	13,5 %	53	21,6 %	66	29,7 %
nicht vorgesehen	50	18,2 %	50	20,4 %	57	25,7 %
Gesamt	275	100,0 %	245	100,0 %	222	100,0 %
<i>keine Angaben</i>	2		1		5	

7.4 Betriebsgrößenspezifische Auswertungen

Dieses Kapitel bildet Ergebnisse von BGF hinsichtlich der unterschiedlichen Betriebsgrößen ab. Berücksichtigung finden dabei die Ergebnisse zu den Kategorien Frauenanteil, Laufzeiten der Gesundheitsförderungsmaßnahmen, erreichte Personen, schwerpunktmäßige Zielgruppen, Gesundheitszirkel, inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten, verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten sowie Erfolgskontrollen. Weitere Ergebnisse lassen sich dem Tabellenband zum Präventionsbericht 2008 entnehmen.

7.4.1 Allgemeine Daten

Tabelle 27: Betriebsgrößenauswertungen – Frauenanteil

Frauenanteil	1-9 Mitarbeiter (N=254)		10-49 Mitarbeiter (N=566)		50-99 Mitarbeiter (N=341)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25 %	184	72,4 %	314	56,0 %	144	42,7 %
26-50 %	14	5,5 %	93	16,6 %	53	15,7 %
51-75 %	18	7,1 %	81	14,4 %	70	20,8 %
76-100 %	38	15,0 %	73	13,0 %	70	20,8 %
Gesamt	254	100,0 %	561	100,0 %	337	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>			5		4	
	100-499 Mitarbeiter (N=1.070)		500-1.499 Mitarbeiter (N=403)		1.500 und mehr Mitarbeiter (N=212)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25 %	421	40,3 %	115	30,6 %	63	32,3 %
26-50 %	287	27,5 %	125	33,2 %	70	35,9 %
51-75 %	222	21,3 %	104	27,7 %	44	22,6 %
76-100 %	114	10,9 %	32	8,5 %	18	9,2 %
Gesamt	1.044	100,0 %	376	100,0 %	195	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>	26		27		17	

Tabelle 28: Betriebsgrößenauswertungen – Laufzeiten

	1-9 Mitarbeiter (N=254)		10-49 Mitarbeiter (N=566)		50-99 Mitarbeiter (N=341)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 3 Monate	51	21,3 %	272	51,9 %	86	29,6 %
4 bis 6 Monate	12	5,0 %	36	6,9 %	27	9,3 %
7 bis 11 Monate	12	5,0 %	33	6,3 %	19	6,5 %
12 Monate	57	23,8 %	71	13,5 %	32	11,0 %
über ein Jahr	107	44,8 %	112	21,4 %	127	43,6 %
Gesamt	239	100,0 %	524	100,0 %	291	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>	15		42		50	
durchschnittliche Laufzeit in Monaten	19,2		9,9		18,6	

	100-499 Mitarbeiter (N=1.070)		500-1.499 Mitarbeiter (N=403)		1.500 und mehr Mitarbeiter (N=212)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 3 Monate	179	21,9 %	59	21,3 %	37	25,9 %
4 bis 6 Monate	77	9,4 %	20	7,2 %	4	2,8 %
7 bis 11 Monate	47	5,8 %	18	6,5 %	14	9,8 %
12 Monate	65	8,0 %	9	3,2 %	6	4,2 %
über ein Jahr	449	55,0 %	171	61,7 %	82	57,3 %
Gesamt	817	100,0 %	277	100,0 %	143	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>	253		126		69	
durchschnittliche Laufzeit in Monaten	26,8		33,5		36,5	

Tabelle 29: Betriebsgrößenauswertungen – Schätzzahlen erreichte Personen

	1-9 Mitarbeiter (N=254)				10-49 Mitarbeiter (N=566)			
	Minimum	Maximum	Summe	Prozent	Minimum	Maximum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Personen	1	214	2.359	100 %	1	322	12.634	100 %
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	6	195	8,3 %	1	70	1.211	9,6 %
Auswirkung auf schätzungsweise... weitere Personen	1	2	11	100 %	1	460	1.192	100 %
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	2	6	54,5 %	1	70	221	18,5 %
<i>Erreichte Personen gesamt</i>	2.370			100 %	13.826			100 %
<i>...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte</i>	201			8,5 %	1.432			10,4 %
	50-99 Mitarbeiter (N=341)				100-499 Mitarbeiter (N=1.070)			
	Minimum	Maximum	Summe	Prozent	Minimum	Maximum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Personen	2	368	14.289	100 %	1	1.610	125.977	100 %
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	50	1.818	12,7 %	1	260	18.982	15,1 %
Auswirkung auf schätzungsweise... weitere Personen	5	100	1.880	100 %	5	600	26.491	100 %
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	40	403	21,4 %	1	150	6.379	24,1 %
<i>Erreichte Personen gesamt</i>	16.169			100 %	152.468			100 %
<i>...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte</i>	2.221			13,7 %	25.361			16,6 %

	500-1.499 Mitarbeiter (N=403)				1.500 und mehr Mitarbeiter (N=212)			
	Minimum	Maximum	Summe	Prozent	Minimum	Maximum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Personen	1	2.816	117.220	100 %	1	25.000	201.716	100 %
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	2	634	18.021	15,4 %	1	5.000	37.389	18,5 %
Auswirkung auf schätzungsweise... weitere Personen	5	1.500	27.108	100 %	5	24.000	86.735	100 %
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	4	300	6.148	22,7 %	2	9.600	25.069	28,9 %
<i>Erreichte Personen gesamt</i>	144.328			100 %	288.451			100 %
<i>...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte</i>	24.169			16,7 %	62.458			21,7 %

Hier zeigt sich, dass sich über große Betriebe mehr Beschäftigte erreichen lassen. Diese Ergebnisse lassen jedoch keine Schlüsse über Intensität und Wirksamkeit der Interventionsmaßnahmen zu.

7.4.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

Tabelle 30: Betriebsgrößenauswertungen – schwerpunktmäßige Zielgruppe

	1-9 Mitarbeiter (n=35, 14 %)		10-49 Mitarbeiter (n=139, 25 %)		50-99 Mitarbeiter (n=136, 40 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	6	17,1 %	40	28,8 %	54	39,7 %
Ältere Arbeitnehmer	2	5,7 %	8	5,8 %	8	5,9 %
Ausländische Arbeitnehmer	2	5,7 %	9	6,5 %	4	2,9 %
Frauen	4	11,4 %	27	19,4 %	21	15,4 %
Auszubildende	11	31,4 %	35	25,2 %	16	11,8 %
Obere Führungsebene	6	17,1 %	38	27,3 %	31	22,8 %
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	3	8,6 %	17	12,2 %	27	19,9 %
Mitarbeiter Verwaltung	4	11,4 %	19	13,7 %	28	20,6 %
Mitarbeiter Produktion/Handwerk	4	11,4 %	23	16,5 %	35	25,7 %
Mitarbeiter Dienstleistungsbereich	6	17,1 %	20	14,4 %	16	11,8 %
Testgruppe zur modelhaften Erprobung			2	1,4 %		
Andere Zielgruppe	2	5,7 %	14	10,1 %	23	16,9 %

	100-499 Mitarbeiter (n=454, 42 %)		500-1.499 Mitarbeiter (n=211, 52 %)		1.500 und mehr Mitarbeiter (n=126, 59 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	209	46,0 %	113	53,1 %	70	55,6 %
Ältere Arbeitnehmer	38	8,4 %	18	8,5 %	20	15,9 %
Ausländische Arbeitnehmer	15	3,3 %	9	4,3 %	9	7,1 %
Frauen	57	12,6 %	40	19,0 %	38	30,2 %
Auszubildende	37	8,1 %	44	20,9 %	38	30,2 %
Obere Führungsebene	99	21,8 %	70	33,2 %	55	43,7 %
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	118	26,0 %	66	31,3 %	63	50,0 %
Mitarbeiter Verwaltung	117	25,8 %	66	31,3 %	57	45,2 %
Mitarbeiter Produktion/Handwerk	190	41,9 %	104	49,3 %	68	54,0 %
Mitarbeiter Dienstleistungsbereich	68	15,0 %	50	23,7 %	38	30,2 %
Testgruppe zur modelhaften Erprobung	32	7,0 %	39	18,5 %	40	31,7 %
Andere Zielgruppe	65	14,3 %	54	25,6 %	45	35,7 %

7.4.3 Gesundheitszirkel

Tabelle 31: Betriebsgrößenauswertungen – Gesundheitszirkel

	1-9 Mitarbeiter (N=254)		10-49 Mitarbeiter (N=566)		50-99 Mitarbeiter (N=341)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	144	57,6 %	102	18,3 %	70	21,2 %
nein	106	42,4 %	455	81,7 %	260	78,8 %
Gesamt	250	100,0 %	557	100,0 %	330	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>	4		9		11	
	100-499 Mitarbeiter (N=1.070)		500-1.499 Mitarbeiter (N=403)		1.500 und mehr Mitarbeiter (N=212)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	246	23,5 %	107	27,6 %	49	23,8 %
nein	801	76,5 %	280	72,4 %	157	76,2 %
Gesamt	1.047	100,0 %	387	100,0 %	206	100,0 %
<i>fehlende Angaben</i>	23		16		6	

In Kleinbetrieben haben möglicherweise die Gesundheitszirkel den Charakter von Steuerkreisen oder dienen der Erhebung von Risiken und Ressourcen, die in Großunternehmen eher durch AU-Analysen oder mit Hilfe von Mitarbeiterbefragungen erhoben werden.

7.4.4 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Tabelle 32: Betriebsgrößenauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

	1-9 Mitarbeiter (n=249, 98 %)		10-49 Mitarbeiter (n=497, 94 %)		50-99 Mitarbeiter (n=236,90 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	225	90,4 %	354	66,5 %	234	78,8 %
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung	47	18,9 %	183	34,4 %	72	24,2 %
Stressmanagement	145	58,2 %	130	24,4 %	82	27,6 %
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	142	57,0 %	96	18,0 %	74	24,9 %
Suchtmittelkonsum	3	1,2 %	24	4,5 %	39	13,1 %
	100-499 Mitarbeiter (n=755, 87 %)		500-1.499 Mitarbeiter (n=281, 90 %)		1.500 und mehr Mitarbeiter (n=106, 92 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	748	76,6 %	284	76,1 %	160	79,2 %
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung	298	30,5 %	154	41,3 %	117	57,9 %
Stressmanagement	302	30,9 %	154	41,3 %	108	53,5 %
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	338	34,6 %	140	37,5 %	101	50,0 %
Suchtmittelkonsum	240	24,6 %	145	38,9 %	104	51,5 %

Körperliche Belastungen sind in Kleinstbetrieben zu über 90 Prozent das dominierende Gesundheitsthema. Dagegen spielt das Thema Gemeinschaftsverpflegung eine vergleichsweise geringe Rolle, da Kleinbetriebe häufig nicht über eine Gemeinschaftsverpflegung verfügen. In der Überarbeitung des Leitfadens Prävention wurde dieser Umstand insofern berücksichtigt, als das entsprechende Präventionsprinzip in „gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz“ umbenannt wurde und damit über die Gemeinschaftsverpflegung hinaus auch die „Pausenbrote“ und das selbst organisierte Mittagessen behandelt.

7.4.5 Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten

Tabelle 33: Betriebsgrößenauswertungen – verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten

	1-9 Mitarbeiter (N=254)		10-49 Mitarbeiter (N=566)		50-99 Mitarbeiter (N=341)	
Verhaltens- und verhältnis- bezogene Aktivitäten	179	78,5 %	239	52,6 %	113	50,4 %
Verhaltensbezogene Aktivitäten	45	19,7 %	201	44,3 %	84	37,5 %
Verhältnisbezogene Aktivitäten	4	1,8 %	14	3,1 %	27	12,1 %
Gesamt	228	100,0 %	454	100,0 %	224	100,0 %
<i>keine Angaben</i>	26		112		117	
	100-499 Mitarbeiter (N=1.070)		500-1.499 Mitarbeiter (N=403)		1.500 und mehr Mitarbeiter (N=212)	
Verhaltens- und verhältnis- bezogene Aktivitäten	409	51,8 %	155	48,9 %	97	52,4 %
Verhaltensbezogene Aktivitäten	258	32,7 %	98	30,9 %	47	25,4 %
Verhältnisbezogene Aktivitäten	123	15,6 %	64	20,2 %	41	22,2 %
Gesamt	790	100,0 %	317	100,0 %	185	100,0 %
<i>keine Angaben</i>	280		86		27	

7.4.6 Erfolgskontrollen

Tabelle 34: Betriebsgrößenauswertungen – Erfolgskontrolle

	1-9 Mitarbeiter (N=254)		10-49 Mitarbeiter (N=566)		50-99 Mitarbeiter (N=341)	
erfolgt	181	74,2 %	283	50,6 %	129	39,4 %
geplant	27	11,1 %	118	21,1 %	103	31,5 %
nicht vorgesehen	36	14,8 %	158	28,3 %	95	29,1 %
Gesamt	244	100,0 %	559	100,0 %	327	100,0 %
<i>keine Angaben</i>	10		7		14	
	100-499 Mitarbeiter (N=1.070)		500-1.499 Mitarbeiter (N=403)		1.500 und mehr Mitarbeiter (N=212)	
erfolgt	504	48,0 %	189	48,0 %	126	60,0 %
geplant	290	27,6 %	108	27,4 %	43	20,5 %
nicht vorgesehen	255	24,3 %	97	24,6 %	41	19,5 %
Gesamt	1.049	100,0 %	394	100,0 %	210	100,0 %
<i>keine Angaben</i>	21		9		2	

7.5 Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle bei vorhandenen bzw. fehlenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen

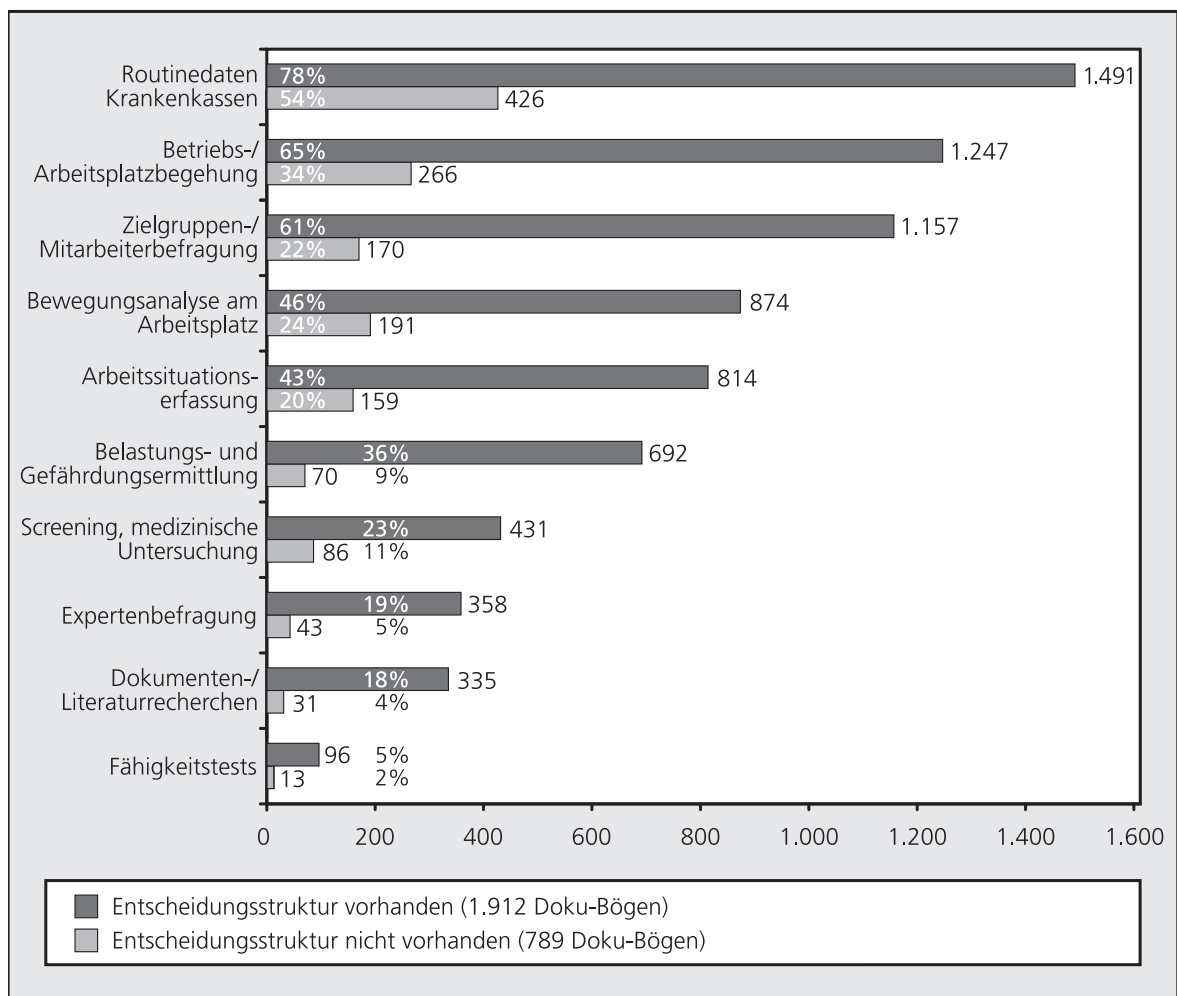
Das Vorhandensein eines Steuerungsgremiums, an dem die relevanten betriebsinternen Akteure beteiligt sind und in dem sie ihre Aufgaben koordinieren (z. B. Arbeitskreis Gesundheit), bildet eine wichtige Voraussetzung für die Planung und Durchführung langfristig und nachhaltig angelegter Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Im Folgenden wird untersucht, in welchem Zusammenhang das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Steuerungsgremiums für die Gesundheitsförderung mit der und Art der Bedarfsanalysen, Interventionen und Erfolgskontrollen steht.

7.5.1 Bedarfsermittlung

In der Gesamtauswertung erfolgten Bedarfsanalysen in 90 % aller Fälle. Bei Fällen mit vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen lag der Anteil der durchgeführten Bedarfsanalysen bei 98 %, bei solchen mit fehlenden bei 77 %. Gleichzeitig wurden bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen deutlich mehr – durchschnittlich vier – Bedarfsanalyseinstrumente miteinander kombiniert eingesetzt als bei fehlenden – dort waren es im Durchschnitt zwei Instrumente.

Abb. 41: *Bedarfsermittlung*



7.5.2 Intervention

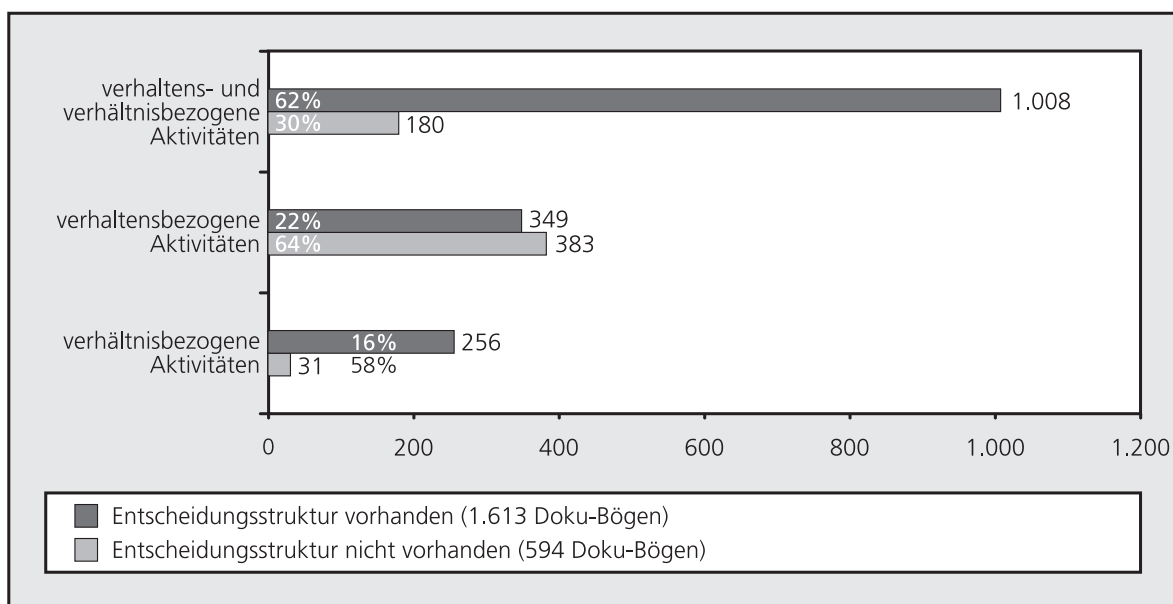
Insbesondere die Ergebnisse zu den erfolgten Interventionen ließen erkennen, dass bei Vorhandensein von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen tendenziell „anspruchsvollere“ Maßnahmen durchgeführt wurden (z. B. längere Laufzeiten, mehr durchgeführte Gesundheitszirkel, mehr verhaltens- und gleichzeitig verhältnisbezogene Aktivitäten).

Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen dauerte die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten im Mittel 28 Monate je Fall an, bei fehlenden 15 Monate je Fall.

In 36 % der Fälle, bei denen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden waren, wurden Gesundheitszirkel durchgeführt. Bei fehlenden Steuerungsstrukturen lag der Anteil der realisierten Gesundheitszirkel bei 5 %. Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen wurden insgesamt 2.172 Gesundheitszirkel durchgeführt und bei fehlenden Steuerungsstrukturen zusammen 89 Zirkel.

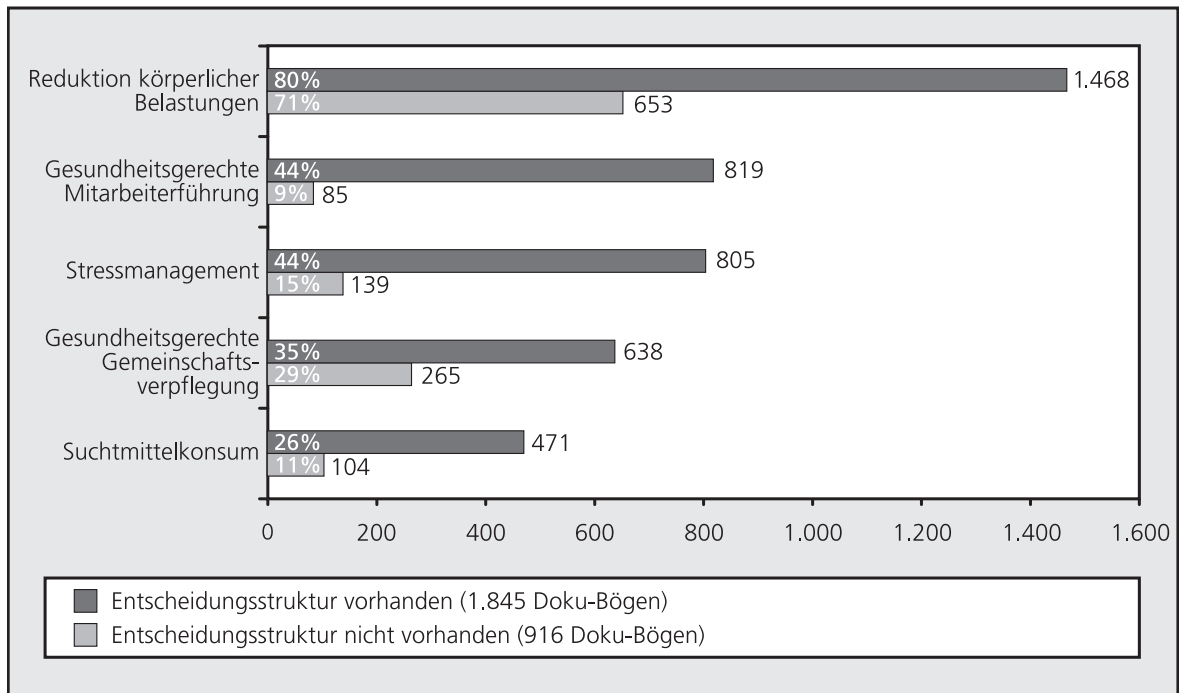
Ferner waren die Aktivitäten bei vorhandenen Steuerungsgremien deutlich häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen als bei fehlenden Gremien. Rein verhaltensbezogene Aktivitäten, die tendenziell weniger Aufwand bedeuteten, wurden hingegen deutlich häufiger ohne vorherige Bildung von Steuerungsstrukturen durchgeführt.

Abb. 42: **Verhältnis- und verhaltensorientierte Aktivitäten**



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

Abb. 43: Inhaltliche Ausrichtung

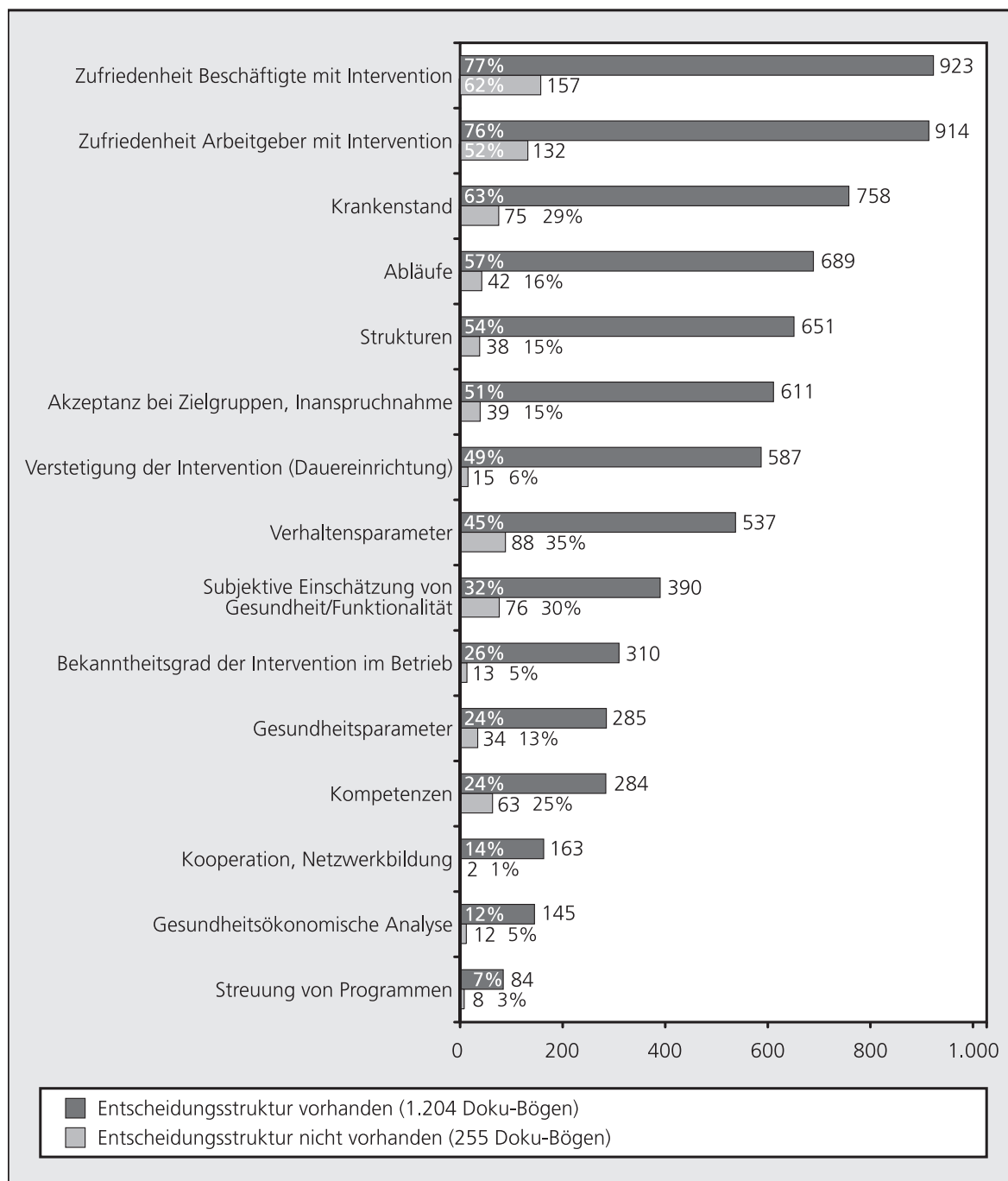


Gerade psychosoziale Aspekte wurden bei Projekten mit vorhandenen Entscheidungsstrukturen vergleichsweise häufig und bei fehlenden Entscheidungsstrukturen auffallend selten thematisiert. Da Erkrankungen infolge „psychischer Störungen“ die vierthäufigste gestellte Diagnose im AU-Geschehen darstellen, nimmt die Bildung von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen einen wichtigen Stellenwert bei der Thematisierung und damit bei der Reduzierung psychosozialer Belastungsfaktoren ein.

7.5.3 Erfolgskontrolle

In der Gesamtauswertung wurden in 77 % aller Fälle Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren Kontrollen noch geplant. Bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen lag der Anteil der durchgeführten und geplanten Erfolgskontrollen bei 83 %. Fehlten solche Strukturen, lag er bei 64 %. Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen wurden im Durchschnitt sechs Formen der Erfolgskontrollen gleichzeitig angewandt, bei fehlenden waren es drei Erfolgskontrollen je Fall.

Abb. 44: *Erfolgskontrolle*



8 Ausblick

Die gesetzlichen Krankenkassen unternehmen auf vielen Präventionsfeldern und im Bereich der Gesundheitsförderung vielfältige und qualitativ hochstehende Aktivitäten. Das macht der vorliegende Präventionsbericht 2008 deutlich. Es gilt für die Folgejahre, dieses Engagement aufrechtzuerhalten und noch zu verstärken. Beispielsweise ist eine Ausweitung von Kooperationen mit regionalen und überregionalen Institutionen und ein verstärkter Einsatz von Gesundheitszirkeln generell erstrebenswert.

Im Jahr 2006 lagen die GKV-Ausgaben für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz noch bei 22 Cent je Versicherten. 2007 haben die Krankenkassen diese Ausgaben auf 35 Cent gesteigert. Im aktuellen Leitfaden Prävention empfehlen die Spitzenverbände der Krankenkassen, für den Bereich der Setting-Aktivitäten mindestens 50 Cent je Versicherten bereitzustellen.

Kommunen haben eine hohe Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung. Entsprechend haben die gesetzlichen Krankenkassen dieses Setting in der jüngsten Überarbeitung des Leitfadens Prävention 2008 besonders hervorgehoben. Sie sehen hier gute Möglichkeiten, sich künftig stärker in Projekte einzubringen, die in kommunale Gesamtstrategien wie die gesundheitsförderliche Stadt(teil)entwicklung eingebettet sind.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung legten die gesetzlichen Krankenkassen bislang ihren Schwerpunkt auf Unternehmen aus dem verarbeitenden Gewerbe sowie auf Betriebe mit einer höheren Beschäftigtenzahl. Hier haben sich die Krankenkassen angesichts begrenzter Ressourcen auf solche Unternehmen konzentriert, die den größten Bedarf – verarbeitendes Gewerbe – und die größte Hebelwirkung – Großbetriebe – besitzen. Gleichwohl ist es wünschenswert, mehr Projekte auch in kleinen Betrieben sowie in Betrieben aus Handel und Dienstleistung durchzuführen.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben sich im Jahre 2007 erstmals auf gemeinsame Ziele für die Primärprävention und die betriebliche Gesundheitsförderung verständigt. Beim Setting-Ansatz sind die Hauptzielgruppen Kinder, Jugendliche und junge Eltern. Die Krankenkassen streben in den Jahren 2008 und 2009 an, vornehmlich die Aktivitäten auf- und auszubauen, die einen Beitrag zur Erreichung der gesetzten Ziele leisten. Für das Jahr 2008 ist eine erste Zwischenbilanz vorgesehen.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Anzahl der Einrichtungen in den jeweiligen Settings.....	40
Abb. 2:	Schätzsumme erreichter Personen.....	41
Abb. 3:	Erreichte Personen in den jeweiligen Settings	42
Abb. 4:	Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten.....	43
Abb. 5:	Laufzeit in Monaten	43
Abb. 6:	Schwerpunktmäßige Zielgruppen.....	44
Abb. 7:	Kooperationspartner.....	46
Abb. 8:	Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium.....	47
Abb. 9:	Bedarfsermittlung.....	48
Abb. 10:	Durchgeführte Gesundheitszirkel	49
Abb. 11:	Inhalte.....	50
Abb. 12:	Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Maßnahmen	51
Abb. 13:	Art der Umgestaltung.....	51
Abb. 14:	Die Durchführung einer Erfolgskontrolle ist	52
Abb. 15:	Erfolgskontrolle	53
Abb. 16:	Bedarfsermittlung.....	59
Abb. 17:	Inhaltliche Ausrichtung	60
Abb. 18:	Erfolgskontrolle	61
Abb. 19:	Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt.....	64
Abb. 20:	Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern.....	65
Abb. 21:	Prozentuale Anteile der Altersgruppen	66
Abb. 22:	Altersverteilung der Kursteilnehmer in den jeweiligen Handlungsfeldern.....	67
Abb. 23:	Inanspruchnahme nach Geschlecht in den jeweiligen Handlungsfeldern.....	68
Abb. 24:	Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern	69
Abb. 25:	Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten.....	79
Abb. 26:	Laufzeit der Aktivitäten in Monaten	79
Abb. 27:	Branchen.....	80
Abb. 28:	Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte).....	81
Abb. 29:	Frauenanteil.....	82
Abb. 30:	Erreichte Personen (Schätzzahlen)	82
Abb. 31:	Schwerpunktmäßige Zielgruppe.....	84
Abb. 32:	Kooperationspartner.....	85
Abb. 33:	Koordination und Steuerung.....	86
Abb. 34:	Bedarfsermittlung.....	87
Abb. 35:	Gesundheitszirkel	88
Abb. 36:	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	89

Abb. 37:	Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	90
Abb. 38:	Art der Umgestaltung.....	90
Abb. 39:	Durchführung einer Erfolgskontrolle.....	91
Abb. 40:	Inhalte der Erfolgskontrolle	92
Abb. 41:	Bedarfsermittlung.....	105
Abb. 42:	Verhältnis- und verhaltensorientierte Aktivitäten.....	106
Abb. 43:	Inhaltliche Ausrichtung	107
Abb. 44:	Erfolgskontrolle	108

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Beschlossene Präventionsziele der GKV zu Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz	20
Tabelle 2:	Beschlossene Präventionsziele der GKV zur BGF	21
Tabelle 3:	Basiserhebung Präventionsziele zum Setting-Ansatz	22
Tabelle 4:	Basiserhebung Präventionsziele zur betrieblichen Gesundheitsförderung.....	22
Tabelle 5:	Durchschnittliche Laufzeit der BGF-Aktivitäten nach Männeranteil	25
Tabelle 6:	Gesundheitszirkel nach Männeranteil	25
Tabelle 7:	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Männeranteil	26
Tabelle 8:	Verhältnis- und Verhaltensbezogenheit nach Männeranteil	26
Tabelle 9:	Erfolgskontrollen nach Männeranteil	26
Tabelle 10:	Rücklauf Dokumentationsbögen Setting-Ansatz.....	39
Tabelle 11:	Settingauswertungen – Laufzeiten	54
Tabelle 12:	Settingauswertungen – schwerpunktmäßige Zielgruppen.....	55
Tabelle 13:	Settingauswertungen – Gesundheitszirkel	56
Tabelle 14:	Settingauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	57
Tabelle 15:	Settingauswertungen – Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten..	58
Tabelle 16:	Settingauswertungen – Erfolgskontrolle	58
Tabelle 17:	Rücklauf Dokumentationsbögen BGF	78
Tabelle 18:	Branchenauswertungen – Laufzeiten.....	93
Tabelle 19:	Branchenauswertungen – Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)	94
Tabelle 20:	Branchenauswertungen – Frauenanteil.....	95
Tabelle 21:	Branchenauswertungen – Schätzzahlen erreichte Personen	95
Tabelle 22:	Branchenauswertungen – schwerpunktmäßige Zielgruppe	96
Tabelle 23:	Branchenauswertungen – Gesundheitszirkel.....	97
Tabelle 24:	Branchenauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen.....	97
Tabelle 25:	Branchenauswertungen – verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	98
Tabelle 26:	Branchenauswertungen – Erfolgskontrolle.....	98
Tabelle 27:	Betriebsgrößenauswertungen – Frauenanteil	99
Tabelle 28:	Betriebsgrößenauswertungen – Laufzeiten.....	99
Tabelle 29:	Betriebsgrößenauswertungen – Schätzzahlen erreichte Personen	100
Tabelle 30:	Betriebsgrößenauswertungen – schwerpunktmäßige Zielgruppe.....	101
Tabelle 31:	Betriebsgrößenauswertungen – Gesundheitszirkel.....	102
Tabelle 32:	Betriebsgrößenauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	103
Tabelle 33:	Betriebsgrößenauswertungen – verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	103
Tabelle 34:	Betriebsgrößenauswertungen – Erfolgskontrolle	104

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

S**Primärprävention mittels****Setting-Ansatz gemäß****§ 20 SGB V****Dokumentationsbogen Setting-Ansatz****Dokumentation der Leistungen der GKV:****Primärprävention in nicht-betrieblichen Settings**

(Schule, Kindergarten, Stadtteil, Verein, spezifische Bevölkerungsgruppen, Altenheim, Krankenhaus etc.)

Bitte beachten sie beiliegende Ausfüllhinweise zu S!

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

Krankenkasse

Berichtsjahr

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

1 Allgemeine Daten**1.1 Setting**

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

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

1.2 Start und Laufzeit der Aktivitäten:

Start: / (Monat/Jahr)

Laufzeit: ca. _____ Monate

1.3 Status der Aktivitäten

im Setting: ja nein
noch laufend ☐ ☐

Mitwirkung der Krankenkassen: ja nein
noch laufend ☐ ☐

2 Schwerpunktmäßige Zielgruppe

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

ja nein
☐ ☒

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

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

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

Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n) ☐

Personen folgender Altersgruppen:

- jünger als 15 Jahre ☐
- 15 bis unter 20 Jahre ☐
- 20 bis unter 30 Jahre ☐
- 30 bis unter 40 Jahre ☐
- 40 bis unter 50 Jahre ☐
- 50 bis unter 60 Jahre ☐
- 60 Jahre und mehr ☐

Weibliche Personen ☐

Männliche Personen ☐

Ausländer/innen ☐

Multiplikatoren / Mediatoren (Fortbildung bzw. Kooperation), und zwar:

- Eltern ☐
- Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal ☐
- Nichtpädagogisches Personal* ☐

Sonstige Zielgruppen ☐

3 Kooperationspartner

3.1 Es wurden Kooperationspartner eingebunden:

ja nein
☐ ☐

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

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

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

Gesundheitsamt* ☐

Niedergelassene Ärzte ☐

Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen* ☐

Öffentliche Verwaltung/Institutionen, Ministerien* ☐

Sportverein ☐

Andere Vereine, Verbände ☐

Selbsthilfegruppe ☐

Andere Krankenkassen ☐

Unfallversicherung* ☐

Sonstige Sozialversicherungsträger* ☐

Wissenschaftliche Einrichtungen* ☐

Sonstige gewerbliche Anbieter/Unternehmen* ☐

Andere ☐

4 Koordination und Steuerung

4.1 Es gibt ein Entscheidungs- und Steuerungsgremium

ja ☐

nein ☐

4.2 Im Steuerungsgremium sind vertreten:

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

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

schriftlich ☐

mündlich ☐

5 Bedarfsermittlung

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

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Begehung des Settings | ☐ | Screening, medizinische Untersuchung* | ☐ |
| Befragung der Zielgruppe [#] | ☐ | Fähigkeitstests* | ☐ |
| Expertenbefragung [#] | ☐ | Literaturrecherchen/ wissenschaftliche Studien | ☐ |
| Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen | ☐ | Sonstiges | ☐ |

6 Gesundheitszirkel / Zukunftswerkstatt [#]

Wurden Gesundheitszirkel durchgeführt? ja ☐ Anzahl: nein ☐

Eine Zukunftswerkstatt wurde eingerichtet: ja ☐ nein ☐

7 Intervention

7.1 Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten

Die verhältnis- und/oder verhaltensbezogenen Aktivitäten betrafen die folgenden Handlungsfelder:

(Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich)

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Bewegung..... | ☐ | Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung) | ☐ |
| Ernährung..... | ☐ | Gesunde Umwelt | ☐ |
| Stressreduktion/Entspannung..... | ☐ | Weitere Handlungsfelder | ☐ |
| Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln | ☐ | Wenn ja, welche? | |
| Gesundheitsgerechter Umgang miteinander* | ☐ | | |
| Verkehrssicherheit | ☐ | | |

7.2 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten:

Seit Beginn der primärpräventiven Aktivitäten wurden durchgeführt:

Verhältnisbezogene Aktivitäten:*

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

Verhaltensbezogene Aktivitäten:*

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

Art der Umgestaltungen:

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Veränderung der Organisation im jeweiligen Setting* | ☐ | Informations- und Kommunikationsstrukturen* | ☐ |
| Verbesserung von Umgebungsbedingungen* | ☐ | Soziale Angebote und Einrichtungen* | ☐ |
| Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen/ Verantwortlichkeiten | ☐ | Andere, und zwar | ☐ |

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

Methoden:

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

Medien:

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

8 Erfolgskontrolle

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

ja nein
☐ ☐

Falls "nein": Bitte beantworten Sie noch 8.3

8.2 Die Erfolgskontrolle bezog sich auf:

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

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

8.3 Es wurde keine Erfolgskontrolle durchgeführt:

- Eine solche ist - noch vorgesehen ☐
 - nicht vereinbart ☐

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

Dokumentationsbogen betriebliche Gesundheitsförderung

Dokumentation der Leistungen der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Bitte beachten sie beiliegende Ausfüllhinweise zu B!

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

B

**Betriebliche Gesundheitsförderung gemäß
§ 20 a SGB V**

Krankenkasse

Berichtsjahr

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

1 Allgemeine Daten

1.1 In welchem Wirtschaftszweig fanden die Aktivitäten statt?

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

Bitte nur einen Wirtschaftszweig ankreuzen

Land und Forstwirtschaft, Fischerei (1, 2, 5) ☐

Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden (10-14) ☐

Verarbeitendes Gewerbe:

• Ernährungsgewerbe u. Tabakverarbeitung (15/16) ☐

• Textil- und Bekleidungsgewerbe (17/18) ☐

• Ledergewerbe (19/20) ☐

• Papier-, Verlags- und Druckgewerbe (21/22) ☐

• Kokerei, Mineralölverarbeitung, Herstellung und Verarbeitung von Spalt- und Brutstoffen (23) ☐

• Herstellung v. chemischen Erzeugnissen (24) ☐

• Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren (25) ☐

• Glasgewerbe, Herstellung von Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden (26) ☐

• Metallerzeugung und -bearbeitung, Herstellung von Metallerzeugnissen (27/28) ☐

• Maschinenbau (29) ☐

• Herstellung von Büromaschinen, Datenverarbeitungsgeräten und -einrichtungen; Elektrotechnik, Feinmechanik und Optik (30-33) ☐

• Fahrzeugbau (34/35) ☐

• Herstellung von Möbeln, Schmuck, Musikinstrumenten, Sportgeräten, Spielwaren und sonstigen Erzeugnissen; Recycling (36/37) ☐

Energie- und Wasserversorgung (40/41) ☐

Baugewerbe (45) ☐

Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern:

• Kfz-Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz; Tankstellen (50) ☐

• Handelsvermittlung und Großhandel (ohne Handel mit Kfz) (51) ☐

• Einzelhandel (ohne Kfz/Tankstellen) (52) ☐

Gastgewerbe (55) ☐

Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60-64) ☐

Kredit- und Versicherungsgewerbe (65-67) ☐

Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen, Grundstücks- und Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen (70-74) ☐

Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung (75) ☐

Erziehung und Unterricht (80) ☐

Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (85) ☐

Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen (90-93) ☐

Private Haushalte, Exterritoriale Organisationen und Körperschaften (95, 99) ☐

An wie vielen Standorten/Betrieben wurden die Aktivitäten durchgeführt?

Anzahl: _____

wichtige Informationen, ausführliche Erläuterungen hierzu in beiliegenden Ausfüllhinweisen

* Beispiele s. Ausfüllhinweise

1.2 Anzahl Beschäftigte im betreuten Betrieb/
an den betreuten Standorten [#]
(bitte nur ein Kreuz setzen)

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

1.3 Anteil der Frauen an den Beschäftigten
(bitte nur ein Kreuz setzen)

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

1.4 Start und Laufzeit der Gesundheitsförderungs-Aktivitäten: [#]

Start: _____ / _____ (Monat/Jahr)

Laufzeit: ca. _____ Monate

1.5 Status der Aktivitäten [#]

im Betrieb: ja nein
 noch laufend ☐ ☐

Mitwirkung der Krankenkassen: ja nein
 noch laufend ☐ ☐

2 Schwerpunktmäßige Zielgruppe

2.1 Die Aktivitäten richteten sich direkt an alle Beschäftigten

ja nein
☐ ☐

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

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

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

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

2.3 Anzahl der erreichten Beschäftigten [#]

Mit den Aktivitäten wurden direkt angesprochen ca. _____ Beschäftigte
 ... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte ca. _____

Die Aktivitäten hatten Auswirkung auf schätzungsweise weitere _____ Beschäftigte
 ... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte ca. _____

3 Außerbetriebliche Kooperationspartner

3.1 Es wurden außerbetriebliche Kooperationspartner eingebunden:

ja nein
☐ ☐

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

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

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

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Unfallversicherung* | ☐ | Arbeitgeberverbände | ☐ |
| Staatlicher Arbeitsschutz | ☐ | Gewerkschaften | ☐ |
| Gesundheitsämter* | ☐ | Andere Vereine, Verbände | ☐ |
| Niedergelassene Ärzte | ☐ | Andere Krankenkassen | ☐ |
| Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen* | ☐ | Wissenschaftliche Einrichtungen* | ☐ |
| Öffentliche Verwaltung/Institutionen, Ministerien* | ☐ | Sonstige gewerbliche Anbieter/Unternehmen* | ☐ |
| | | Andere | ☐ |

4 Koordination und Steuerung

4.1 Es gibt eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur

(z. B. Arbeitskreis Gesundheit, Arbeitsschutzausschuss)

ja nein
☐ ☐

4.2 Im Steuerungsgremium sind vertreten:

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Betriebs-/Personalrat | ☐ | Vertreter der Krankenkassen | ☐ |
| Betriebsarzt | ☐ | Vertreter der Unfallversicherung | ☐ |
| Entscheidungsebene* | ☐ | Externe Kooperationspartner | ☐ |
| Sicherheitsfachleute | ☐ | Andere | ☐ |
| Mitarbeiter | ☐ | | |
| Mittlere Führungskräfte | ☐ | | |

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

- schriftlich ☐
- mündlich ☐

5 Bedarfsermittlung

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

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

6 Gesundheitszirkel

Wurden Gesundheitszirkel durchgeführt?

ja

☐

Anzahl:

nein

☐

7 Intervention

7.1 Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten

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

Angebote zur Reduktion körperlicher Belastungen* ☐
Angebote zur gesundheitsgerechten Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung) ☐
Angebote zum Stressmanagement* ☐

Angebote zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung ☐
Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln ☐
Sonstiges ☐

7.2 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Seit Beginn der Gesundheitsförderungsaktivitäten wurden durchgeführt:

Verhältnisbezogene Aktivitäten:*

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

Verhaltensbezogene Aktivitäten:*

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

Art der Umgestaltung:

Veränderung der Arbeits-/Betriebsorganisation* ... ☐
Verbesserung von Umgebungsbedingungen* ☐
Persönliche Maßnahmen zum Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren* ☐
Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungs-spielräumen/ Verantwortlichkeiten ☐

Informations- und Kommunikationsstrukturen* ☐
Soziale Angebote und Einrichtungen* ☐
Spezielle Angebote zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben* ☐
Andere, ☐
und zwar: _____

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

Methoden:

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

Medien:

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

8 Erfolgskontrolle[#]

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

ja *nein*
☐ ☐

Falls "nein": Bitte beantworten Sie noch **8.3**

8.2 Die Erfolgskontrolle bezog sich auf:

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

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

8.3 Es wurde keine Erfolgskontrolle durchgeführt:

- Eine solche ist
- noch vorgesehen ☐
 - nicht vereinbart ☐

Auswertungsbogen Individueller Ansatz

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

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

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

⇒ Fortsetzung Auswertungsbogen Individueller Ansatz

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

Tabellenband

Zu dem vorliegenden Präventionsbericht 2008 gehört der ausführliche Tabellenband. Er kann von der Internetseite des MDS (www.mds-ev.de) heruntergeladen werden.

Literatur, Quellenangaben

Alfermann, I. (1996): Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten, Stuttgart.

Altgeld, T.; Kolip, P. (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In Kolip, P.; Altgeld, T. (Hrsg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis, 15–26, Weinheim und München.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008): Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008.

Badura, B.; Schröder, H.; Vetter, Ch. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2007. Schwerpunktthema: Arbeit, Geschlecht und Gesundheit – Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement; Berlin 2008.

Bindzius, F. Bödeker, W. Eberle, G. Jahn, F. Kreis, J. Wetzstein, A. Wolters, J. (2005): Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen. IGA-Report Nr. 8, Bonn, Dresden, Essen.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2003): gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von nationalen Gesundheitszielen in Deutschland, Köln.

Deutscher Sportbund (2003): WIAD-AOK-DSB-Studie II. Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Frankfurt am Main.

Kliche, T.; Werner, A.-C. & Post, M. (2006): Wie wirkt übergreifende Schulische Gesundheitsförderung? Der Forschungsstand. In E. Mittag, E. Sticker & K. Kuhlmann (Hrsg.), Leistung – Lust und Last. Impulse für eine Schule zwischen Aufbruch und Widerstand, 452–455, Bonn.

Kolip, P. (2008): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51: 28–35, Berlin und Heidelberg.

Kurth, B.-M.; Schaffrath Rosarlo, A. (2008), Robert-Koch-Institut: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50: 736–743, Berlin und Heidelberg.

Lademann, J.; Kolip, P. (1998): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung. Robert-Koch-Institut, Berlin.

Lampert, T.; Ziese, T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin 2005.

Merbach, M.; Klaiberg, A.; Brähler, E. (2001): Männer und Gesundheit – neue epidemiologische Daten aus Deutschland im Überblick. In: Sozial- und Präventivmedizin 46, 240–247, Basel.

Mielck, A (Hrsg.) (2001): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern 2001.

OECD Health Data (2007): Tabelle Durchschnittliche Lebenserwartung. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bonn. <http://www.gbe-bund.de>.

Pfeffer, I.; Alfermann, D. (2006): Fitnesssport für Männer – Figurtraining für Frauen?! Gender und Bewegung. In Kolip, P.; Altgelt, T. (Hrsg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis, 61–73, Weinheim und München.

Robert-Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Rulofs, B.; Combrink, C. & Borchers, I. (2002): Sportengagement im Lebenslauf von Frauen und Männern. In: Allmer, H. (Hrsg.): Sportengagement im Lebensverlauf, 39–59, Sankt Augustin.

Setzwein, M. (2006): Frauenessen – Männeressen? Doing Gender und Essverhalten. In Kolip, P.; Altgelt, T. (Hrsg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis, 41–60, Weinheim und München.

Sieverding, M. (2000): Risikoverhalten und präventives Verhalten im Geschlechtervergleich: Ein Überblick. In: Zeitschrift für medizinische Psychologie 9, 7–16, Heidelberg.

Walter, U. Drupp, M. Schwartz, F. W. (Hrsg., 2002): Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Weinheim und München.

World Health Organization (WHO; 1986): Ottawa-Charta for Health Promotion. WHO, Genf.

Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Kommentierung

AOK-Bundesverband, Berlin: Dr. Dieter Bonitz, Regina Herdegen, Ulrike Plogstieß

BKK Bundesverband, Essen: Margot Wehmhöner, Jürgen Wolters

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel: Ulrike Kiehl

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach: Manfred Cryns, Siegfried Heinrich

Knappschaft, Bochum: Claus Bockermann

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg: Diana Hart, Karin Niederbühl
und

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

Mandy Handschuch, Dr. Harald Strippel M.Sc.

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

Autoren der Praxisbeispiele

Die Textbeiträge zu den Projektbeispielen wurden von den folgenden Projektmitarbeitern erstellt:

- GESUND LEBEN LERNEN:
Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz: Monika Kislik
Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V.: Martina Kolbe
Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V.: Irmtraut Windel
Universitätsklinikum Eppendorf – Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie: Thomas Kliche
- Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung:
Für die gesetzlichen Krankenkassen in NRW: Doris Franzen, AOK Rheinland/Hamburg
- Betriebliche Gesundheitsförderung an der Freien Universität Berlin:
Freie Universität Berlin, Geschäftsstelle BGM: Melanie Utecht

unter Beteiligung



Spitzenverband