

Präventionsbericht 2009

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2008



Impressum

Autoren:

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

Herausgeber:

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

GKV-Spitzenverband

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Mittelstraße 51
10117 Berlin
Telefon: 030 206 288-0
Telefax: 030 206 288-88
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Umschlaggestaltung:

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

Titelfoto:

Westend61/Westend61

Herstellung und Druck:

Druckstudio GmbH
40589 Düsseldorf

Dezember 2009

Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene

AOK-Bundesverband, Berlin

BKK Bundesverband, Essen

IKK-Bundesverband GbR, Bergisch Gladbach

Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V., Berlin

Knappschaft KdöR, Bochum

Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung KdöR, Kassel

GKV-Spitzenverband, Berlin

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

Präventionsbericht 2009

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung

– Berichtsjahr 2008 –

Vorwort

Dies ist der achte Präventionsbericht der gesetzlichen Krankenversicherung. Er dokumentiert die Leistungen der Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung. Wie viele Schulen und Kindertagesstätten haben sich – durch die Krankenkassen gefördert – um Gesundheit bemüht? Welche Akzente setzt die GKV in ihren Kursangeboten, um einen gesundheitsförderlichen Lebensstil breit in der Gesellschaft zu verankern? Wo liegen die inhaltlichen Schwerpunkte in der betrieblichen Gesundheitsförderung? Dies sind nur einige der Fragen, die der Bericht beantwortet.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben sich Präventions- und Gesundheitsförderungsziele gesetzt und diese auch quantifiziert. Wie nah sie diesen Zielen bereits im ersten Jahr der Umsetzung gekommen sind, lässt sich dem vorliegenden Bericht entnehmen. Sichtbar wird, dass die Krankenkassen ihre Aktivitäten in den Zielbereichen tatsächlich deutlich intensiviert haben.

In der Arbeitswelt ist ein Trend zur Erhöhung der Arbeitsintensität zu beobachten. Dies könnte sich in den Betrieben als Hindernis für gesundheitsförderliche Aktivitäten auswirken. Fehlt die Zeit, um beispielsweise Gesundheitszirkel zu organisieren und daran teilzunehmen? Erfreulicherweise wohl nicht, denn die Krankenkassen konnten ihre Aktivitäten sogar ausbauen. Sie berichten, dass sie mehr Unternehmen und Personen in die betriebliche Gesundheitsförderung einbeziehen konnten.

Es liegt nahe, dass der Präventionsbericht vor allem differenziertes Zahlenmaterial enthält. Darüber hinaus werden inhaltliche Schwerpunkte gesetzt. Der diesjährige Bericht thematisiert die kommunale Gesundheitsförderung, die Wirksamkeitsmessung im Setting-Ansatz und die Zusammenarbeit mit der Unfallversicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Praxisbeispiele zeigen, was hinter den Zahlen des Präventionsberichts steht, welche konkreten Maßnahmen vor Ort durchgeführt werden.

Die Krankenkassen haben sich freiwillig dazu entschlossen, mit den jährlichen Präventionsberichten ihre Aktivitäten bundesweit und kassenartenübergreifend darzustellen. Dies bedurfte angesichts der gesetzlich vorgegebenen aufwändigen Reorganisationsprozesse der Verbände der Krankenkassen besonderer Anstrengungen. Dass die Berichterstattung auch in diesem Jahr gelang, zeigt die hohe Bedeutung, welche die GKV dem Schaffen von Transparenz in der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung beimisst.

Als Hauptfinanzier der Prävention in Deutschland will und wird die GKV auch zukünftig bei deren Gestaltung eine tragende Rolle spielen. Gleichzeitig bleibt die Forderung bestehen, Prävention stärker als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu etablieren. Es gilt, eine langfristig gesicherte und angemessene Finanzierung durch weitere Beteiligte wie z. B. den Bund, die Länder und die Kommunen zu erreichen.

Den Mitarbeitern der Krankenkassen danken wir für ihr Engagement in der Gesundheitsförderung und für die sorgfältige Dokumentation ihrer Tätigkeiten. Dank gebührt den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene für die Zusammenführung der Daten zum individuellen Präventionsansatz. Gedankt sei den Autoren der Praxisbeispiele und der Schwerpunktthemen. Den Mitarbeitern des MDS sowie den Fachreferenten der Bundesverbände der Krankenkassen danken wir für die Zusammenführung, Auswertung und Kommentierung der Daten und für die Redaktionsarbeit.



K.-Dieter Voß
Vorstand GKV-Spitzenverband



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer MDS

Inhalt

Zusammenfassung	9
1 Highlights	13
1.1 Krankenkassen weiten ihre Präventionsaktivitäten aus	13
1.2 Umsetzung der GKV-Präventionsziele im ersten Jahr hervorragend gestartet	13
1.3 Qualität der Projekte weiter verbessert	14
2 Einleitung	15
2.1 Gesetzlicher Hintergrund	15
2.2 Positionierung des GKV-Spitzenverbands zu Prävention und Gesundheitsförderung ...	16
2.3 Drei Ansätze: Setting, individuelle Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung	16
3 Erhebungsmethode	19
4 Die wichtigsten Kennziffern	20
5 Erstes Jahr GKV-Präventionsziele – was wurde bereits erreicht?	21
5.1 Präventionsziele für 2008 bis 2012	21
5.2 Erste Messwerte liegen vor	23
5.2.1 Setting-Ansatz	23
5.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung	25
6 Setting-Ansatz	27
6.1 Schwerpunktthema: Kommunale Gesundheitsförderung	28
6.1.1 Wesentliche Elemente	28
6.1.2 Modelle „guter Praxis“ in der kommunalen Gesundheitsförderung	29
6.1.3 Aktivitäten der Krankenkassen in der kommunalen Gesundheitsförderung ..	31
6.2 Praxisbeispiel zur kommunalen Gesundheitsentwicklung: Suchtprävention im Kreis Lörrach	34
6.2.1 Hintergrund des Projektnetzwerkes	34
6.2.2 Zielsetzung und Methoden	35
6.2.3 LIFE-Kampagne	36
6.2.4 Das KiSEL-Projekt – Kinder suchtkranker Eltern	37
6.2.5 Erkenntnisse	38
6.2.6 Ausblick	39
6.3 Praxisbeispiel: das Projekt <i>gewichtig!</i> – ein Gesundheitsprojekt des Rhein-Kreises Neuss	40
6.3.1 Hintergründe	40
6.3.2 Projektbeschreibung	41
6.3.3 Ziele	41
6.3.4 Projektmaßnahmen	41
6.3.5 Innovationen und Strategien	42
6.3.6 Evaluation	42

6.3.7	Zwischenbilanz	43
6.3.8	Ausblick	43
6.4	Wirksamkeit der Gesundheitsförderung	44
6.5	Aktivitäten im Setting-Ansatz	46
6.5.1	Allgemeine Daten	46
6.5.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen	50
6.5.3	Kooperationspartner	51
6.5.4	Koordination und Steuerung	52
6.5.5	Bedarfsermittlung	53
6.5.6	Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstatt	54
6.5.7	Intervention	55
6.5.8	Erfolgskontrollen	57
6.6	Settingbezogene Auswertungen	59
6.6.1	Laufzeit der Interventionen	59
6.6.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen	60
6.6.3	Gesundheitszirkel	62
6.6.4	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	63
6.6.5	Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten	64
6.6.6	Erfolgskontrollen	65
6.6.7	Bedarfsermittlung, Interventionen und Erfolgskontrollen in Abhängigkeit von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen	65
6.6.8	Intervention	66
6.6.9	Erfolgskontrolle	68
7	Individueller Ansatz	69
7.1	Inanspruchnahme	70
7.2	Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern	71
7.3	Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	72
7.3.1	Alter	72
7.3.2	Geschlecht	74
7.4	Leistungsanbieter	75
8	Betriebliche Gesundheitsförderung	77
8.1	Praxisbeispiel: betriebliche Gesundheitsförderung in der Kreisverwaltung Recklinghausen	79
8.2	Ergebnisse des Gesamtdatensatzes	81
8.2.1	Allgemeine Daten – Laufzeit, Branchen, Betriebsgröße, Anzahl Standorte, erreichte Personen	81
8.2.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen	86
8.2.3	Kooperationspartner	87
8.2.4	Koordination und Steuerung	88

8.2.5	Bedarfsermittlung.....	89
8.2.6	Gesundheitszirkel	90
8.2.7	Intervention.....	91
8.2.8	Erfolgskontrolle	93
8.3	Branchenbezogene Auswertungen.....	95
8.3.1	Allgemeine Daten	95
8.3.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen.....	98
8.3.3	Gesundheitszirkel	99
8.3.4	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen.....	99
8.3.5	Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	100
8.3.6	Erfolgskontrollen.....	100
8.4	Betriebsgrößenspezifische Auswertungen.....	101
8.4.1	Allgemeine Daten	101
8.4.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen.....	104
8.4.3	Gesundheitszirkel	105
8.4.4	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen.....	105
8.4.5	Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	106
8.4.6	Erfolgskontrollen.....	106
8.5	Qualitätsparameter in Abhängigkeit von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen ..	107
8.5.1	Laufzeit	107
8.5.2	Bedarfsermittlung.....	107
8.5.3	Intervention.....	108
8.5.4	Erfolgskontrollen.....	110
9	Ausblick	111
	Abbildungsverzeichnis	112
	Tabellenverzeichnis.....	113
	Dokumentationsbogen Setting-Ansatz	114
	Dokumentationsbogen betriebliche Gesundheitsförderung	119
	Auswertungsbogen individueller Ansatz	124
	Tabellenband	126
	Literatur, Quellenangaben	126
	Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation.....	128
	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 gesetzliche Krankenversicherung hat ihre Präventionsaktivitäten erneut ausgeweitet. Das belegt der Präventionsbericht 2009 für das Berichtsjahr 2008. Die Krankenkassen führten bereits in 22.000 Settings Projekte durch. Im Vorjahr waren es 14.000 Settings. Gleichzeitig stiegen die Ausgaben für die Gesundheitsförderung in Settings im Zeitraum von 2006 bis 2008 um 64 % und erreichten nun 18,6 Mio. Euro.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) nahmen die Aktivitäten ebenfalls zu. Die Zahl der BGF-Dokumentationsbögen stieg um 14 % auf 3.423. Gleichzeitig investierten die Krankenkassen im Vergleich zum Vorjahr mit knapp 36 Mio. Euro 11 % mehr Finanzmittel.

Im individuellen Ansatz nahm die Anzahl der Teilnehmer an Kursen und Seminaren um 11 % zu. Diese Steigerungsrate ist die geringste seit 2001.

Insgesamt gaben die Krankenkassen für Primärprävention und Gesundheitsförderung knapp 340 Millionen Euro aus; das ist der bisher höchste Betrag. Er entspricht ca. 4,83 Euro je Versicherten. Damit wurde der gesetzlich vorgesehene Ausgaben-Richtwert deutlich übertroffen.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben sich für die Jahre 2008 und 2009 bundesweite Präventionsziele gesetzt. Wie angestrebt erreichten multifaktorielle und verhältnisbezogene Aktivitäten bereits im ersten „Gültigkeitsjahr“ der Ziele deutlich mehr Kindergartenkinder. Die Kitas und Schulen etablierten mehr Steuerungskreise für Gesundheitsförderung unter Einbezug aller Beteiligten. In der BGF zeigte sich die beabsichtigte deutliche Steigerung zielbezogener Aktivitäten im Hinblick auf gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung, Stressbewältigung und die psychische Gesundheit von älteren Arbeitnehmern. Wie geplant wurden mehr betriebliche Steuerungskreise und Gesundheitszirkel eingerichtet. Insgesamt lässt sich feststellen: Die Krankenkassen sind bei ihrer Zielerreichung auf einem guten Weg!

Die Qualität der Projekte hat sich weiter verbessert. Erneut stieg sowohl beim Setting-Ansatz als auch in der BGF die durchschnittliche Laufzeit der Projekte, in der betrieblichen Gesundheitsförderung besonders stark: von 23 auf 27 Monate. Es ist ein Erfolg, dass der Anteil verhältnisbezogener Aktivitäten – Umgestaltung der Bedingungen und Verhältnisse im Setting – im Jahr 2008 erneut zunahm, von 18 % der Projekte auf 22 %. Weitere 60 % der Projekte setzten sowohl bei den Verhältnissen als auch beim Verhalten an.

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

Die GKV will auch weiterhin bei der Gestaltung der Primärprävention und BGF eine tragende Rolle spielen. Der Gestaltungsrahmen der Krankenkassen soll erhalten bleiben. Prävention soll verstärkt als gesamtgesellschaftliche Aufgabe mit gesicherter Finanzierung auch durch weitere Beteiligte etabliert werden. Abgelehnt werden Organisationskonstrukte, bei denen Dritte über die Verwendung von GKV-Mitteln mitentscheiden. Erreicht werden sollen die Ziele durch Qualitätsverbesserung, verstärktes Engagement im Setting-Ansatz und in der BGF, Weiterführung des verhaltenspräventiven Engagements und Ausbau des Präventions- und Gesundheitsförderungsengagements der GKV in allen Lebensphasen.

Die Maßnahmen im Setting, in der individuellen Prävention und in der betrieblichen Gesundheitsförderung werden durch die Qualitätsvorgaben des „Leitfadens Prävention“ strukturiert.

Erhebungsmethode: Die Krankenkassen liefern die Daten zu Setting- und BGF-Aktivitäten mittels Dokumentationsbögen über die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene an den MDS. Die Teilnehmerdaten der individuellen Präventionskurse entnehmen die Krankenkassen ihrer EDV. Die Bundesverbände führen diese Daten zusammen und leiten sie dem MDS weiter.

Wichtigste Kennziffern: Berichtet wird nicht nur über die Zahl der erreichten Settings, Betriebe und Personen und die Ausgaben, sondern auch über die Inanspruchnahme nach Geschlecht. Die Gesundheitsförderungs-Angebote der GKV erreichen Frauen und Männer in einem weitgehend ausgeglichenen Verhältnis. Dabei nahmen überwiegend Frauen Kurse und Seminare nach dem individuellen Ansatz in Anspruch (77 %). Die betriebliche Gesundheitsförderung wiederum erreichte überwiegend Männer (64 %).

Erstes Jahr GKV-Präventionsziele: Der Geltungsbereich der Ziele umfasste zunächst die Jahre 2008 und 2009; unterdessen ist eine Verlängerung um drei Jahre vorgesehen.

Der vorliegende Präventionsbericht 2009 zeigt, dass die Ergebnisse des „ersten Jahres“ 2008 im Vergleich zur Basiserhebung eine insgesamt sehr positive Tendenz erkennen lassen. Die Krankenkassen haben offensichtlich umgehend mit Aktivitäten begonnen.

Setting-Ansatz: Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz bearbeitet die Settingstrukturen, bietet realistische und attraktive Gesundheitsalternativen an und fördert die Potenziale Einzelner für eine gesunde Lebensführung.

Schwerpunktthema des Präventionsberichts 2009 ist die kommunale Gesundheitsförderung. Als Praxisbeispiele werden die kommunale Suchtprävention im Landkreis Lörrach und das auf die Adipositas-Prävention bezogene Projekt *gewichtig!* des Rhein-Kreises Neuss vorgestellt.

Die Gesundheitsförderung in Stadtteilen und Kommunen 2008 erreichte einen Anteil von knapp 10 % an allen kassengeforderten Setting-Projekten. Im Vergleich zu anderen Settings sprachen die kommunalen Projekte mehr Personen mit Migrationshintergrund, Multiplikatoren und „sonstige Zielgruppen“ an. Inhaltlich werden häufig Suchtmittelkonsum, „gesundheitsgerechter Umgang miteinander“ und gesunde Umwelt thematisiert.

Für die Bewertung der Wirksamkeit von Interventionen – also für deren Evaluation – haben die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene ein System gemeinsamer und einheitlicher Instrumente und Verfahren erarbeiten lassen und empfehlen dieses zur Anwendung. Als Leitlinie für die Wirksamkeitsforschung in der Gesundheitsförderung gilt momentan die Empfehlung des Medical Research Council. Die Methoden der randomisierten kontrollierten Studie lassen sich auch in der Prävention anwenden. Verschiedene Homepages stellen Ergebnisse zur Wirksamkeitsforschung in der Prävention mittels kontrollierter Studiendesigns vor.

Die wesentlichen Ergebnisse der Krankenkassen-Aktivitäten im Setting-Ansatz 2008 waren:

- Die Maßnahmen erreichten 22.046 Einrichtungen.
- Der Schwerpunkt der krankenkassengeforderten Setting-Projekte liegt in den Bildungseinrichtungen Kita und Grundschule mit etwa 7.000 und 6.500 Settings.
- Die Schätzsumme der direkt erreichten Personen lag bei 2.153.070.
- Die durchschnittliche Projektlaufzeit stieg von 17 auf 18 Monate.
- Kinder und Jugendliche bildeten mit 74 % die größte Zielgruppe.
- Haupt-Kooperationspartner waren gewerbliche Anbieter mit 39 % und Vereine/Verbände mit 26 %.
- Sofern Steuerungsgremien vorhanden sind, waren neben der Leitungsebene und den Mitarbeitern der Einrichtung die Krankenkassen mit 45 % vertreten, die Eltern mit 38 % und Einrichtungsträger mit 32 %.

- Die Zahl der Gesundheitszirkel stieg von 1.238 im Jahr 2007 auf 1.418 in 2008.
- Inhaltlich richteten sich die Aktivitäten vor allem auf die Bewegung aus, in zweiter Linie auf die Ernährung.
- Der Trend zu mehr verhältnisbezogenen Aktivitäten setzte sich fort.
- Erfolgskontrollen wurden in 80 % der Projekte durchgeführt oder geplant. Am häufigsten wurde dabei die Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention erhoben, aber es wurden beispielsweise auch in 39 % der Fälle (Dokumentationsbögen) Gesundheitsparameter erhoben.
- Die Auswertung der Ergebnisse nach Settings ließ mit 25 Monaten eine besonders lange Laufzeit der Interventionen in Sonderschulen und Berufsschulen erkennen. In den Sonderschulen bildeten Eltern mit 64 % die größte Zielgruppe, in den Kitas mit 83 % und in der Gesamtschule mit 59 % ebenfalls. Dort waren mit 47 % Personen mit Migrationshintergrund eine häufige Zielgruppe. In den Gesamtschulen wurde häufig der Suchtmittelkonsum thematisiert. Besonders verhältnisorientiert wurde in der Hauptschule gearbeitet, besonders verhaltensorientiert in der Berufsschule.

Individueller Ansatz: Bei Angeboten nach dem individuellen Ansatz handelt es sich um Kurs- und Seminarangebote, die primär auf das Gesundheitsverhalten der Versicherten ausgerichtet sind.

- Die Zahl der Kursteilnahmen nahm von 1,9 Millionen im Jahr 2007 auf 2,1 Mio. in 2008 zu. Die Steigerungsrate von 11 % ist die geringste seit Beginn der Berichterstattung.
- Versicherte im Alter zwischen 40 und 59 Jahren nehmen primärpräventive Kursangebote überproportional häufig in Anspruch. 30- bis 39-Jährige sowie ab 60-Jährige wurden proportional zur Versichertenstruktur erreicht.
- Kurse zu Ernährung und Suchtmittelkonsum wurden etwa zur Hälfte von der eigenen Krankenkasse angeboten, bei „Bewegung“ und „Stress“ standen externe Anbieter im Vordergrund.

Betriebliche Gesundheitsförderung: In der BGF übernehmen die Krankenkassen eine Unterstützungsfunktion für die Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten. Bei der BGF und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeiten Unfallversicherungsträger und Krankenkassen auf der Grundlage unterschiedlicher, sich ergänzender Handlungsmöglichkeiten unter Wahrung der jeweiligen Kompetenzen zusammen. Eine Rahmenvereinbarung der Unfall- und Krankenversicherung strukturiert die Zusammenarbeit.

Als Beispiel aus der Praxis wird die betriebliche Gesundheitsförderung in der Kreisverwaltung Recklinghausen vorgestellt.

Die wesentlichen Ergebnisse der bundesweiten Erfassung der BGF-Aktivitäten der Krankenkassen 2008 waren:

- Die Zahl der Dokumentationsbögen stieg um 14 % auf 3.423, die Laufzeit der Projekte stieg stark an.
- BGF-Aktivitäten richteten sich überproportional häufig an Unternehmen aus dem verarbeitenden Gewerbe. Das entspricht dem Bedarf an Präventionsleistungen aufgrund körperlich schwerer Arbeiten und größerer Unfallgefahren.
- Die krankenkassengeforderte BGF wurde überdurchschnittlich häufig in größeren Unternehmen mit mehr als 100 Mitarbeitern durchgeführt. In diesen Unternehmen bestehen günstige Strukturverhältnisse, und der Aufwand für die BGF ist im Verhältnis zur Zahl an erreichten Personen geringer.
- Die hauptsächlichen Kooperationspartner waren bei 50 % bzw. 39 % der Projekte „sonstige gewerbliche Anbieter/Unternehmen“ und die Unfallversicherung.

- Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden nicht nur in 65 % der größeren Unternehmen gebildet, sondern auch in 52 % der Betriebe mit bis zu 49 Mitarbeitern.
- In den Koordinationsgremien war die Entscheidungsebene in 86 % und Vertreter der Krankenkassen in 84 % der Fälle vertreten.
- Bei 89 % der Projekte wurde eine Bedarfsanalyse durchgeführt.
- Die Zahl der durchgeführten Gesundheitszirkel nahm im Lauf der Jahre stark zu und erreichte die Zahl von 2.827. Aus Gesundheitszirkeln stammen typischerweise verhältnisorientierte Vorschläge, wie die Arbeitsbedingungen verbessert werden können. Falls Gesundheitszirkel vorhanden sind, waren 74 % der Interventionen sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen, falls nicht, nur 22 %.
- Etwa drei Viertel der Interventionen widmeten sich der Reduktion körperlicher Belastungen, je ein Drittel dem Stressmanagement, der gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung und der Gemeinschaftsverpflegung, ein Fünftel dem Suchtmittelkonsum. Im Vordergrund der verhältnisbezogenen Interventionen stand erstens die Verbesserung der Umgebungsbedingungen oder die Verbesserung der Arbeits- oder Betriebsorganisation und zweitens der Arbeits- oder Unfallschutz.
- Erfolgskontrollen waren nur bei 27 % der Projekte nicht vorgesehen.
- Mit 32 Monaten durchschnittlicher Laufzeit ragt die Projektlaufzeit im verarbeitenden Gewerbe heraus.
- Im Bauwesen und im Handel wird betriebliche Gesundheitsförderung häufiger als in anderen Branchen in Klein- und Kleinstbetrieben durchgeführt.
- Die auffallend hohe Zahl der Gesundheitszirkel in Kleinstbetrieben lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass die Gesundheitszirkel dort den Charakter von Steuerkreisen haben.
- Kleinstbetriebe unternehmen umfangreiche Initiativen zum Stressmanagement und zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung. Diese Arbeitsschwerpunkte wurden bei 65 % der Projekte in diesen Betrieben mit bis zu neun Mitarbeitern genannt.
- Das Vorhandensein von Steuerungsgremien wirkt sich positiv aus auf die folgenden Qualitätsparameter: Laufzeit, Bedarfsermittlung, Verhältnisbezogenheit der Interventionen, Themenbreite der Interventionen und Erfolgskontrollen.

Ausblick: Die Qualitätssteigerung bei den Settingaktivitäten und der BGF ist weiterzuführen. Das betrifft die Verstetigung der Projekte, die Verhältnis- wie Verhaltensbezogenheit und die Prozess- und Ergebnisprüfung.

Im Setting-Ansatz liegen die Ausgaben noch deutlich unter den angestrebten 50 Cent je Versicherten. Es gilt, erfolgversprechende Initiativen zu identifizieren und zu unterstützen.

Im Hinblick auf die GKV-Ziele in der Prävention und Gesundheitsförderung legen es die Zahlen nahe, die Aktivitäten in den folgenden Bereichen zu intensivieren:

- Setting: multifaktoriell ausgerichtete, verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen in Schulen (ohne Gymnasien)
- BGF: spezielle Angebote für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben

Um eine Verstetigung der Prävention zu erreichen, sollten staatliche Institutionen und Betriebe ihre Verantwortung wahrnehmen und die Gesundheitsförderung verstärkt fördern. Eine Finanzierung allein durch die GKV reicht nicht aus.

Die gesetzliche Krankenversicherung leistet ihren Beitrag zur Verbesserung von Gesundheitschancen und zur Verhütung von Krankheiten. Es gilt, dieses Engagement weiter zu intensivieren.

1 Highlights

1.1 Krankenkassen weiten ihre Präventionsaktivitäten aus

Die gesetzliche Krankenversicherung hat ihre Präventionsaktivitäten erneut ausgeweitet. Das belegt der Präventionsbericht 2009 für das Berichtsjahr 2008.

So berichteten die Krankenkassen, dass sie bereits Projekte in 22.000 Settings durchführten. Im Vorjahr waren es erst etwa 14.000 Settings. Es ist eine beachtliche Leistung der Krankenkassen, wenn sie eine so hohe Zahl an Kindertagesstätten, Schulen, Kommunen und andere Settings in ihren Bemühungen um Gesundheitsförderung unterstützen. Gleichzeitig stiegen die Ausgaben für die Gesundheitsförderung in Settings im Zeitraum von 2006 bis 2008 um 64 % und erreichten nun 18,6 Mio. Euro. Die Krankenkassen beabsichtigen, für den Setting-Ansatz zukünftig weitere Ressourcen aufzuwenden.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) nahmen die Aktivitäten ebenfalls zu. Die Zahl der BGF-Dokumentationsbögen stieg im Vergleich zum Vorjahr um 14 % auf 3.423. Gleichzeitig investierten die Krankenkassen mit knapp 36 Mio. Euro im Vergleich zum Vorjahr 11 % mehr Finanzmittel. Die Zahl der betrieblichen Gesundheitszirkel nahm weiter stark zu und erreichte über 2.800.

Im individuellen Ansatz nahm die Anzahl der Teilnehmer an Kursen und Seminaren um 11 % zu.

Insgesamt gaben die Krankenkassen für Primärprävention und Gesundheitsförderung knapp 340 Mio. Euro aus, das ist der bisher höchste Betrag. Er entspricht ca. 4,83 Euro je Versicherten. Damit wurde der gesetzlich vorgesehene Ausgabenrichtwert für das Jahr 2008 von 2,78 Euro je Versicherten deutlich übertroffen.

1.2 Umsetzung der GKV-Präventionsziele im ersten Jahr hervorragend gestartet

Die gesetzlichen Krankenkassen haben sich bundesweite Präventionsziele gesetzt, die in den Jahren 2008 und 2009 umgesetzt werden sollten.¹ Das geschah auf freiwilliger Basis, also ohne gesetzliche Verpflichtung. Die Ziele sollen für die Jahre 2010 bis 2012 fortgeschrieben werden.

Die Ziele beziehen sich auf den Setting-Ansatz und die betriebliche Gesundheitsförderung. Sie sind quantifiziert: Angegeben ist, um wie viele Prozent die Aktivitäten gesteigert und wie viele Adressaten mehr erreicht werden sollen.

Im Setting-Ansatz sind die drei- bis sechsjährigen Kinder eine vorrangige Zielgruppe. Tatsächlich wurde bereits im ersten Jahr des Inkrafttretens der Ziele sehr viel erreicht. Die Zahl der Kindergarten-Kinder, die mit multifaktoriellen, verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten erreicht wurden, konnte erheblich gesteigert werden. Die Krankenkassen erreichten das, indem sie bundesweite Gesundheitsförderungsprogramme wie „TigerKids – Kindergarten aktiv“ oder „Gesundheitskoffer ‚Fit von klein auf‘ für Kitas“ stark ausbauten. Hintergrund ist nicht zuletzt die allgemeine gesellschaftliche Diskussion über die Notwendigkeit verstärkter frühkindlicher Förderung.

¹ AG Spitzenverbände 2008, S. 13 ff.

In den Schulen verlief der Start der zielbezogenen Aktivitäten verhaltener. Hier sind die Maßnahmen zur Zielerreichung noch ausbaufähig.

Eines der Ziele in Kitas und Schulen bezieht sich darauf, mehr Steuerungskreise für Gesundheitsförderung einzurichten, an denen alle wichtigen Gruppen beteiligt sind, auch die Eltern. Solche Steuerungskreise bürgen für langfristiges Engagement, das sich an den Bedürfnissen der Beteiligten orientiert. Das Stichwort lautet „Partizipation der Betroffenen“. Es ist ein großer Erfolg, dass dieses Ziel bereits 2008 erreicht wurde.

In der BGF zeigte sich erfreulicherweise die angestrebte gleichmäßig deutliche Steigerung der zielbezogenen Aktivitäten im Hinblick auf gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung, Stressbewältigung/Stressmanagement und die psychische Gesundheit von älteren Arbeitnehmern. Wie geplant wurden auch mehr betriebliche Steuerungskreise und Gesundheitszirkel eingerichtet. Allerdings bewegte sich im ersten „Ziele-Jahr“ noch nichts im Hinblick auf die Förderung spezieller Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Ein Grund dürfte sein, dass es stark vom Engagement der Betriebe selbst abhängt, ob diese Angebote gemacht werden. Hier mit Krankenkassenförderung mehr zu erreichen, ist ein ehrgeiziges Ziel, weil die Realisierung Strukturänderungen in den Betrieben erfordert.

Insgesamt lässt sich feststellen: Die Krankenkassen sind auf einem sehr guten Weg, ihre Ziele zu erreichen.

1.3 Qualität der Projekte weiter verbessert

Erneut verlängerte sich sowohl beim Setting-Ansatz als auch in der BGF die durchschnittliche Laufzeit der Projekte. Zum Ende des Berichtsjahres gaben die Krankenkassen eine durchschnittliche Laufzeit von 18 Monaten in den Settings an. In den Sonderschulen dauerten die Projekte sogar bereits durchschnittlich 25 Monate. In der betrieblichen Gesundheitsförderung stieg die mittlere Laufzeit besonders stark: von 23 auf 27 Monate. Zu berücksichtigen ist, dass sich dies auf die bisherige Laufzeit bezieht und viele Projekte keineswegs abgeschlossen sind. Die Gesamtdauer der Projekte ist demnach länger als die in der Momentaufnahme erfasste bisherige Laufzeit. Insgesamt wird deutlich, dass die Aktivitäten der Krankenkassen mehr und mehr langfristig angelegt sind.

Durch „verhältnisbezogene“ Maßnahmen werden die Bedingungen und Verhältnisse im Setting gesundheitsförderlich umgestaltet. Dadurch wird es den Menschen einfacher gemacht, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Verhältnisbezogene Maßnahmen sind daher besonders wichtig. Die gleichzeitige Ansprache von Verhältnissen und Verhalten wird als effektiv und wirksam angesehen.

Es ist ein Erfolg, dass der Anteil verhältnisbezogener Aktivitäten im Jahr 2008 erneut gesteigert werden konnte. 22 % der Projekte entsprachen diesem Ansatz (2007: 18 %). Weitere 60 % der Projekte setzten umfassend sowohl bei den Verhältnissen als auch beim Verhalten an.

2 Einleitung

Im Folgenden werden zunächst die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung beschrieben; sodann wird die aktuelle Position der GKV zur Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung skizziert.

2.1 Gesetzlicher Hintergrund

Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, in ihrer Satzung Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung vorzusehen. Dabei ist es das Ziel, die Eigenverantwortung der Bevölkerung zu steigern, Frühverrentungen zu vermeiden und die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten und zu stärken.

Nach dem Gesetzesauftrag des § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist auf Zielgruppen, die sozial bedingt ungünstigere Gesundheitschancen aufweisen, besonderes Augenmerk zu richten.

Erwähnt sei, dass die Aktivitäten in der Primärprävention und BGF nur einen Teil der Betätigung der Krankenkassen im Bereich Prävention darstellen. Andere, primär- oder sekundärpräventive Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind beispielsweise die Kinder-Untersuchungen, Impfprogramme, Zahnprophylaxe oder die Krebs-Früherkennungsuntersuchungen.

§§ 20 und 20a SGB V (Auszug)

§ 20 Primärprävention

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

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

§ 20a Betriebliche Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. § 20 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

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

2.2 Positionierung des GKV-Spitzenverbands zu Prävention und Gesundheitsförderung

Der GKV-Spitzenverband hat sich im Hinblick auf die für 2010 geplante Neufassung des „Leitfadens Prävention“ grundsätzlich zur kassengeforderten Primärprävention und Gesundheitsförderung positioniert.

Die GKV will

- als Hauptfinanzier der Prävention in Deutschland auch bei deren Gestaltung eine tragende Rolle spielen,
- dafür eintreten, dass der Gestaltungsrahmen der Krankenkassen erhalten bleibt,
- Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe etablieren, bei langfristig gesicherter und angemessener Finanzierung durch weitere Beteiligte wie Bund, Länder und Kommunen,
- sowohl „Verschiebeparkplätze“ als auch Organisationskonstrukte, bei denen Dritte über die Verwendung von GKV-Mitteln mitentscheiden, verhindern.

Zur Konkretisierung der Zielerreichung strebt der GKV-Spitzenverband folgendes an:

- eine weitere Qualitätsverbesserung in Prävention und Gesundheitsförderung,
- eine weitere Verstärkung des lebensweltbezogenen Engagements der GKV in Settings,
- eine weitere Verstärkung des Engagements der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung,
- eine Weiterführung des verhaltenspräventiven Engagements der GKV für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil der Versicherten und
- die Erhaltung und Verstärkung des Präventions- und Gesundheitsförderungsengagements der GKV in allen Lebensphasen. Dies beginnt bei Settingaktivitäten in Kindertagesstätten und Schulen und geht über Kursangebote für Erwachsene verschiedenen Alters und die betriebliche Gesundheitsförderung bis zu geeigneten Settingangeboten für ältere und alte Menschen.

Dabei sind Kooperationen der Krankenkassen mit anderen gesellschaftlichen Partnern unverzichtbar und werden vom GKV-Spitzenverband gefördert. Das GKV-Engagement in Prävention und Gesundheitsförderung entfaltet nur dann Wirksamkeit, wenn alle gesellschaftlichen Partner in ihren Verantwortungsbereichen – z. B. Bildung, Arbeitsmarkt – zu gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen beitragen.

2.3 Drei Ansätze: Setting, individuelle Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung

Die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention lassen sich in drei Ansätze gliedern: Setting-Ansatz, individueller Ansatz und betriebliche Gesundheitsförderung (BGF).

Als Settings werden die Lebenswelten der Menschen bezeichnet: Kindergärten, Schulen, Familien, Stadtteile, Senioreneinrichtungen oder Migrantentreffpunkte.² Dort 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.

² Settings sind Lebensbereiche, in denen die Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen. Es liegt auf der Hand, dass die Arbeitsstätte – der Betrieb – gemäß dieser Definition ein Setting und mehreren anderen ist. Der Gesetzgeber grenzt jedoch die „betriebliche Gesundheitsförderung“ nach § 20a SGB V speziell ab. Der „Leitfaden Prävention“ behält diese Aufteilung bei und bezeichnet die Gesundheitsförderung in anderen Settings als „nicht-betrieblichen Setting-Ansatz“. Der vorliegende Präventionsbericht spricht einfach vom „Setting-Ansatz“.

Aktivitäten im Setting sollten sich besonders auf die gesundheitsförderliche Umgestaltung der Verhältnisse beziehen. Ziel ist, die gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen im Setting zu verändern. Das geschieht über strukturelle und organisatorische Veränderungen und Verbesserungen im Setting. Dabei ist eine aktive und integrative Mitarbeit der betroffenen Personen nicht nur erwünscht, sondern auch notwendig.

Zielgruppen der Gesundheitsförderung

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

Der Setting-Ansatz, d. h. das Ansprechen der Menschen in ihren jeweiligen Lebensumfeldern, bietet die Chance, ein möglichst breites Spektrum an Personen zu erreichen. Dadurch erreicht Gesundheitsförderung diejenigen, die unter ungünstigen sozialen Rahmenbedingungen leben.

Die Projekte wenden sich bereits durch die Auswahl der Settings verstärkt an sozial benachteiligte Personen mit geringem Einkommen oder niedriger Schulbildung. Dies lässt sich daran erkennen, dass Aktivitäten insbesondere in Kindertagesstätten und Grund-, Haupt- und Berufsschulen stattfinden. Dort findet sich entweder ein Querschnitt der Bevölkerung oder aber ein hoher Prozentsatz an Kindern und Jugendlichen mit ungünstigen sozioökonomischen Voraussetzungen. Auch die Setting-Standorte werden bewusst gewählt, wenn beispielsweise Schulen in „sozialen Brennpunkten“ im Fokus stehen (vgl. auch S. 39).

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

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 möchten, also bereits über ein gewisses Gesundheitsbewusstsein und eine entsprechende Motivation verfügen. Auch müssen sie ausreichende Zeitressourcen haben.

Die GKV hat im Jahr 2000 unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständs eine Handlungsanleitung zu den primärpräventiven Aktivitäten und zur BGF verfasst und seither regelmäßig aktualisiert: den „Leitfaden Prävention“.³ Darin sind die Handlungsfelder und Präventionsprinzipien nach § 20 und § 20a SGB V beschrieben. Die Handlungsfelder sind Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtmittelkonsum, in der BGF: arbeitsbedingte körperliche Belastungen, Betriebsverpflegung, psychosoziale Belastungen und Suchtmittelkonsum. Als „Präventionsprinzipien“ sind weitere Unterteilungen der Handlungsfelder bezeichnet. So gliedert sich beispielsweise das Handlungsfeld Ernährung in zwei Präventionsprinzipien: das Vermeiden von Mangel- und Fehlernährung und das Vermeiden und die Reduktion von Übergewicht.

Jedem Präventionsprinzip sind Kriterien zugeordnet. Sie definieren Bedarf, Wirksamkeit, Zielgruppen, Ziele, Inhalte, Methodik und die notwendige Anbieterqualifikation. Übergreifende Anforderungen beziehen sich beispielsweise auf das Vorhandensein von Kursleiter- und Teilnehmerunterlagen. Jede Krankenkasse hat zu prüfen, ob eine geplante Maßnahme diese Kriterien

³ Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbands 2008

erfüllt. Maßnahmen, die nicht den im „Leitfaden“ dargestellten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen von § 20 und § 20a SGB V durchgeführt oder gefördert werden.⁴ Damit ist jede Krankenkasse in der Gestaltung ihrer Leistungen auf den vom „Leitfaden“ vorgegebenen Rahmen verpflichtet, kann aber die Leistungen innerhalb dieser Grenzen frei gestalten.

Besondere Anforderungen an die GKV-Präventionsleistungen

Laut gesetzlichem Auftrag sollen die Krankenkassen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sowohl für alle Versicherten anbieten als auch insbesondere sozial Benachteiligte erreichen. Letzteres verwirklichen der Setting-Ansatz und die BGF in besonderem Maß. Die Anforderungen konkretisieren sich wie folgt.⁵

Salutogenetische Orientierung

Die Leistungen sollen nicht nur auf die Bekämpfung von Risikofaktoren für Krankheiten, sondern auch auf die Stärkung krankheitsunspezifischer gesundheitlicher Ressourcen und Potenziale ausgerichtet sein.

Kollektive statt individualpräventive Orientierung (Public-Health-Perspektive)

Der Gesetzgeber nimmt Bezug auf die Besserung des „allgemeinen Gesundheitszustands“ in der gesamten Versichertengemeinschaft. Die Leistungen müssen so gestaltet werden, dass bei gegebenen Mitteln die gesundheitsverbessernden Effekte maximiert werden.

Sozialkompensatorische Orientierung

Die Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit erfordert gezielte Anstrengungen, um die Differenzen zwischen sozialen Gruppen, Sozialschichten und Menschen in unterschiedlichen sozialen Lagen hinsichtlich ihrer Gesundheit und Sterblichkeit zu reduzieren.

Der Präventionsbericht 2009 bildet mit detailliertem Zahlenmaterial die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung im Jahr 2008 ab. Er stellt dadurch Transparenz über das Leistungsgeschehen her.

Die Ergebnisse sind im Kapitel „Settingbezogene Auswertungen“, S. 59 ff, nach Parametern wie der inhaltlichen Ausrichtung der Intervention, der Laufzeit oder den Erfolgsmessungen weiter aufgeschlüsselt. Entsprechend sind die Ergebnisse zur BGF im Kapitel „Branchenbezogene Auswertungen“, S. 95 ff., nach Betriebsgrößen und Branchen differenziert dargestellt.

Eine weitere Auswertung analysiert die Frage, ob sich bei Setting-Projekten Qualitätsparameter wie Bedarfsermittlung oder Erfolgskontrollen in Abhängigkeit von der Existenz von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen unterschiedlich darstellen (S. 65 ff.).

Das inhaltliche Schwerpunktthema des Präventionsberichts 2009 lautet: kommunale Gesundheitsförderung (S. 28 ff.). Daran schließt sich ein vorbildliches Projektbeispiel an: die Suchtprävention im Landkreis Lörrach (S. 34 ff.).

Ebenfalls Vorbildcharakter hat die betriebliche Gesundheitsförderung in der Kreisverwaltung Recklinghausen (S. 79 ff.).

Und schließlich ist in den Präventionsbericht erstmals ein Abschnitt zur Wirksamkeitsmessung von Gesundheitsförderung integriert (S. 44 ff.).

⁴ AG Spitzenverbände 2008, S. 4

⁵ Stuppardt und Wanek 2009

3 Erhebungsmethode

Die Daten aus den Dokumentationsbögen der Krankenkassen bilden die Grundlage für den Präventionsbericht. Die „Doku-Bögen“ sind im Anhang abgedruckt.

Berichtseinheiten

Die Arbeitsanleitung für die Dokumentation des Setting-Ansatzes lautet, in einem „Doku-Bogen“ alle Aktivitäten zusammenzufassen, die zu einer Gesamtheit an Aktivitäten gehören.

Als Beispiel für eine „Gesamtheit an Aktivitäten“ gilt: Wenn an einer Schule a) Schulstrukturveränderungen, b) ein Hauswirtschaftskurs Ernährung und c) eine Projektwoche durchgeführt werden und diese Aktivitäten koordiniert ablaufen, ist hierfür ein Bogen auszufüllen.

Eine „Gesamtheit an Aktivitäten“ kann in nur einem Setting, in mehreren Settings oder in mehreren „Teil-Settings“ durchgeführt werden. Ein Beispiel für Teil-Settings ist der folgende Fall: Finden Aktivitäten in einem Schulzentrum oder in mehreren Schulen statt, stellen die Schulen in ihrer Gesamtheit ein Setting dar, für das ein Dokumentationsbogen auszufüllen ist. Die „Teilsettings“ sind im Bogen entsprechend ihrer Untergliederungen – z. B. Grund-, Real-, Hauptschule und Gymnasium – anzugeben. Dies gilt z. B., wenn ein bestimmtes Bewegungsangebot etc. in gleicher Weise in verschiedenen Schulen durchgeführt wird.

Bei Gemeinschaftsaktivitäten mehrerer Krankenkassen ist vor Ort festzulegen, welche Krankenkasse die Aktivitäten dokumentiert. Um Doppelerfassungen zu vermeiden, wird pro Setting und Jahr nur ein Bogen ausgefüllt und von nur einer Krankenkasse weitergeleitet.

Für die BGF lautet die Arbeitsanleitung entsprechend, dass je ein Bogen für alle Aktivitäten auszufüllen ist, die in einem Betrieb/Unternehmen durchgeführt wurden. Wurden Aktivitäten an mehreren Standorten koordiniert im Rahmen eines Gesamt- oder Netzwerkprojekts durchgeführt, dann ist für dieses nur ein Dokumentationsbogen auszufüllen. Wurden allerdings innerhalb eines Unternehmens an verschiedenen Standorten oder in unterschiedlichen selbstständigen „Subunternehmen“ voneinander unabhängige Aktivitäten durchgeführt, dann sind sie als eigene Projekte zu werten. In solchen Fällen füllen die Krankenkassen für alle Aktivitäten, die zu einem Gesamtprojekt gehören, jeweils einen Dokumentationsbogen aus.

Auf der Homepage des MDS stehen den Krankenkassen die Setting- und BGF-Bögen zum Download zur Verfügung.⁶ Die Krankenkassen füllen die Bögen vor Ort am PC aus. Den Mitarbeitern liegen detaillierte Ausfüllanweisungen vor, die sie ebenfalls von der MDS-Homepage herunterladen können. Die Krankenkassen senden ihre Dokumentationsbögen per EDV an ihren jeweiligen Bundesverband. Dieser leitet die Bögen gebündelt an den MDS weiter, der die Daten zusammenführt. Abweichend von diesem Verfahren liefern einige Krankenkassenarten bereits aggregierte Daten.

Der MDS nimmt die endgültige Zusammenführung der Datensätze und die Fehleranalyse und -korrektur, Ergebnisanalyse und Ergebnisdarstellung vor.

Davon abweichend erfassen die Krankenkassen die Teilnehmer der individuellen Präventionskurse mit ihren Strukturdaten nicht über Erhebungsbögen, sondern über die kasseneigene EDV. Sie leiten die Daten gebündelt an die jeweiligen Verbände auf Bundesebene weiter. Die Bundesverbände führen die Daten ihrer Mitglieds-kassen zusammen und leiten dem MDS die Daten des jeweiligen Kassensystems zur Zusammenfassung und Auswertung weiter.

Zusätzlich zum Präventionsbericht stellt der MDS einige Datenauswertungen in einem Tabellenband zur Verfügung, der ebenfalls von der Homepage www.mds-ev.de heruntergeladen werden kann.⁷

⁶ www.mds-ev.de, weiter zu „Dokumente & Formulare“ und „Prävention“, http://www.mds-ev.com/Dokumente_Formulare_Gesundheit.htm

⁷ vgl. Fußnote 6

4 Die wichtigsten Kennziffern

Einige zentrale Kennziffern kennzeichnen den generellen Rahmen, in dem sich die bundesweiten Aktivitäten der Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung entfalten. Es handelt sich um die Zahl der erreichten Settings, Betriebe und Personen und um die Werte für die Ausgaben. Die nachfolgende Tabelle gibt Auskunft über diese Parameter in den Berichtsjahren 2007 und 2008. Sie weist beispielsweise aus, dass 2008 mittels 1.201 Dokumentationsbögen über Aktivitäten in 22.046 Settings berichtet wurde, wodurch 2.153.070 Personen direkt erreicht werden konnten.

Tabelle 1: Die wichtigsten Kennziffern

2007	Setting-Ansatz	Individueller Ansatz	Betriebliche Gesundheitsförderung	Gesamt
Anzahl der Doku-Bögen	1.165	-	3.014	4.179
Anzahl der Settings	13.596	-	-	13.596
Anzahl der Betriebe	-	-	3888*	3888*
Anzahl direkt erreichter Personen	1.866.343	1.858.535	483.782	4.208.660
Ausgaben je Vers. (in Euro)	0,25	3,56	0,46	4,26
Summe der Ausgaben (in Euro)	17.575.322	250.080.138	32.179.366	299.834.828
2008	Setting-Ansatz	Individueller Ansatz	Betriebliche Gesundheitsförderung	Gesamt
Anzahl der Doku-Bögen	1.201	-	3.423	4.624
Anzahl der Settings	22.046	-	-	22.046
Anzahl der Betriebe	-	-	4.788	4.788
Anzahl direkt erreichter Personen	2.153.070	2.061.644	535.578	4.750.292
Ausgaben je Vers. (in Euro)	0,26	4,06	0,51	4,83
Summe der Ausgaben (in Euro)	18.600.352	285.255.774	35.930.186	339.786.313

*Ausreißerwert mit 3.000 Betrieben heraus genommen

Die geschlechtsspezifische Inanspruchnahme der Leistungen ist in der nachfolgenden Tabelle aufgeschlüsselt. Die Berechnung basiert auf den von den Krankenkassen angegebenen Schätzzahlen erreichter Personen. Das Geschlechterverhältnis wurde beim Setting-Ansatz anhand der angegebenen Zielgruppen – männliche und weibliche Personen – errechnet.

Im individuellen Ansatz melden die Krankenkassen die Zahlen männlicher und weiblicher Kursteilnehmer direkt.

Die Geschlechterverteilung in der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde anhand der Angaben der Betriebe zum durchschnittlichen Frauenanteil in ihrem jeweiligen Betrieb errechnet.

Über den Setting-Ansatz werden Mädchen und Frauen in gleichem Maß wie Jungen und Männer erreicht. Zu 77 % nehmen Frauen Kurse und Seminare nach dem individuellen Ansatz in Anspruch. Die betriebliche Gesundheitsförderung erreicht überwiegend Männer: 64 % der erreichten Personen sind männlichen Geschlechts, 36 % sind Frauen. Zusammengenommen ergibt sich, dass die Gesundheitsförderungs-Angebote der GKV Frauen und Männer in einem weitgehend ausgeglichenen Verhältnis erreichen: 55 % sind weibliche und 45 % männliche Personen.

Tabelle 2: Erreichte Personen nach Geschlecht gesamt

	Setting-Ansatz		Individueller Ansatz		Betriebl. Gesundhf.		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Weibliche Personen	3.222.650	51%	1.586.257	77%	291.904	36%	5.100.811	55%
Männliche Personen	3.096.461	49%	475.387	23%	527.579	64%	4.099.427	45%
Summe	6.319.111	100%	2.061.644	100%	819.483	100%	9.200.238	100%

5 Erstes Jahr GKV-Präventionsziele – was wurde bereits erreicht?

Im Jahr 2007 hat sich die gesetzliche Krankenversicherung für ihre Aktivitäten nach § 20 und § 20a SGB V bundesweit gültige Ziele gesetzt. Dies geschah auf freiwilliger Basis, also ohne gesetzliche Verpflichtung.

Die Ziele beziehen sich auf den Setting-Ansatz und die betriebliche Gesundheitsförderung. Sie sind quantifiziert und operationalisiert im Sinne eines „Bis zum Ende des Jahres 2009 wird die Aktivität im Bereich X um Y Prozent gesteigert.“ Unabhängige Sachverständige aus Epidemiologie, Präventionsforschung, Sozialmedizin und weiteren Disziplinen haben einen Beitrag zur Zielformulierung geleistet.

Der Geltungsbereich der Ziele umfasste zunächst die Jahre 2008 und 2009. Unterdessen haben sich die Spitzenorganisationen der GKV auf eine Verlängerung um drei Jahre verständigt, sodass die Ziele nunmehr – mit entsprechend angepassten quantitativen Vorgaben – bis zum Jahr 2012 gelten. Die Ziele sollen die Krankenkassen dazu anregen, diejenigen Maßnahmen auszuweiten, die zur Erreichung der Ziele beitragen. Dabei bleibt die Vielfalt an Handlungsmöglichkeiten für die Krankenkassen vor Ort bestehen.

Unterteilt sind die Ziele in solche, die der Gesundheitsförderung, also der gesundheitsförderlichen Entwicklung und Gestaltung von Lebenswelten, zuzuordnen sind und solche, die sich auf die Prävention beziehen, also auf das Bestreben, definierte Krankheiten zu vermeiden.

5.1 Präventionsziele für 2008 bis 2012

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

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

	Oberziel Gesundheitsförderung Die salutogenen Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen ausschöpfen	Oberziel Prävention Reduktion von Krankheiten des Kreislaufsystems (Zielgruppen: Kinder, Jugendliche und junge Familien)
Zielgruppen	Teilziele	Teilziele
Kinder* und ihre Eltern	1. Aktive Mitwirkung der Krankenkassen in Bündnissen für Kindergesundheit oder ähnlichen Gremien auf Gemeindeebene	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)	1. Steigerung der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten erreichten Kinder und Jugendlichen in Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen um 10 % innerhalb von zwei Jahren (2008–2009)

*Insbesondere 0- bis 2-jährige Kinder

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

Tabelle 4: Präventionsziele der GKV zur betrieblichen Gesundheitsförderung

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

5.2 Erste Messwerte liegen vor

Der vorangehende Präventionsbericht 2008 hat die Ausgangswerte vor dem Inkrafttreten der Ziele dargestellt. Der vorliegende Präventionsbericht 2009 zeigt, wie sich die Zielerreichung im ersten Gültigkeitsjahr entwickelte.

5.2.1 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 des § 1 SGB V zuzuordnen.⁸ Daher werden diese Maßnahmen nicht über den Präventionsbericht erfasst und hier auch nicht dargestellt.

Tabelle 5: Erreichungsgrad der Präventionsziele für den Setting-Ansatz im ersten Jahr

Oberziel Prävention (Teilziel 1 wird nicht im Rahmen des Präventionsberichts erhoben)			
Teilziel 2 Intervention in Kitas	Basis- erhebung 2007	Jahr 1: 2008	Verände- rung in %
Zielgruppe: drei- bis sechsjährige Kinder			
Schätzzahl der über multifaktorielle, verhaltens- und geringerer verhältnis- bezogene Interventionen in Kitas direkt erreichten Kinder (Steigerung bis 2009 um 20%)	155.938	274.755	76%
Teilziel 3 Intervention in Schulen			
Zielgruppe: schulpflichtige Kinder und Jugendliche			
Schätzzahl der über multifaktoriell ausgerichtete, verhaltens- und verhält- nisbezogene Interventionen direkt erreichten Kinder und Jugendlichen in Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen (Steigerung bis 2009 um 10%)	485.395	441.010	-9%
Oberziel Gesundheitsförderung (Teilziel 1 wird nicht im Rahmen des Präventionsberichts erhoben)			
Teilziel 2 Steuerungskreise in Kitas	Basis- erhebung 2007	Jahr 1: 2008	Verände- rung in %
Zielgruppe: drei- bis sechsjährige Kinder			
Anzahl an Kitas mit Steuerungskreisen, an denen mindestens die GKV, Kita-Träger und Elternvertreter beteiligt waren (Steigerung bis 2009 um 20%)	153	1.457	852%
Teilziel 3 Steuerungskreise in Schulen			
Zielgruppe: schulpflichtige Kinder und Jugendliche			
Anzahl an Grund-, Sonder-, Haupt-, Real-, Gesamt- und Berufsschulen mit Steuerungskreisen, an denen mindestens die GKV, der Schulträger, die Schulleitung und Lehrerschaft sowie Elternvertreter beteiligt waren (Stei- gerung bis 2009 um 10%)	503	1.313	161%

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

Die Ziele beim Setting-Ansatz beziehen sich auf zwei Parameter, die einen besonderen Bezug zur Qualität der durchgeführten Aktivitäten haben: Steuerungskreise mit Beteiligung aller wesentlicher Akteure und Durchführung nicht nur verhaltensorientierter, sondern auch auf die Verhältnisse im Setting bezogener Aktivitäten. Überdies sollen diese Aktivitäten multifaktoriell ausgerichtet sein. Das bedeutet, dass die Projekte nicht nur ein, sondern mehrere Handlungsfelder bearbeiten. Die Handlungsfelder sind laut „Leitfaden Prävention“ Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressbewältigung und Suchmittelkonsum. Beide Zielstellungen beziehen sich auf die Kindertagesstätten und ebenso auf Schulen mit Ausnahme der Gymnasien. Die Ergebnisse des „ersten Jahres“ 2008 im Vergleich zur Basiserhebung lassen eine insgesamt sehr positive Tendenz erkennen. Die Krankenkassen haben den Appell zu verstärkten Aktivitäten offensichtlich gut angenommen und umgehend mit den Aktivitäten begonnen.

Die hier vorliegenden ersten Zahlen weisen darauf hin, dass die Krankenkassen Kindertagesstätten noch mehr als Schulen ins Blickfeld genommen haben. Hierzu dürfte beigetragen haben, dass in den vergangenen Jahren eine intensive politische Diskussion über frühkindliche Förderung geführt wurde. Verschiedene Institutionen haben Berichte und Forschungsergebnisse vorgelegt, die einen besonderen Handlungsbedarf aufzeigten. Beispielhaft seien der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts⁹ und der Bericht „Solide Grundlagen: Frühkindliche Förderung der Erziehung“ der UNESCO und des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung¹⁰ erwähnt.

Die Bundesregierung beschloss die Einrichtung eines Sondervermögens „Kinderbetreuungsausbau“.¹¹ Der Bund stellte damit Mittel für den Neu- und Umbau und die Ausstattung von Einrichtungen der Kindertagespflege bereit.

Gleichzeitig liefen große bundesweite Programme der Krankenkassen wie beispielsweise „TigerKids“ in mehreren Tausend Kindertagesstätten an.¹² Als praktische Handlungshilfe wurde der „Gesundheitskoffer ‚Fit von klein auf‘ für Kitas“ stärker verbreitet.¹³ Er bietet Erzieherinnen vielfältige Hintergrundinformationen und Praxisanregungen, um in der Kita gesundheitsförderlich zu wirken. Ideen zur Gestaltung des Kita-Alltags gehören ebenso dazu wie Beschreibung und Checklisten für aufwändigere Aktivitäten, die als regelmäßige Kita-Highlights dienen. Die Aktionen beziehen sich nicht nur auf Kinder, sondern auch auf Hilfen und Anregungen zur Ansprache der Eltern. Inhaltlich werden folgende Schwerpunkte behandelt: Ernährung, Bewegung, Entspannung, „Starke Kinder“ (seelische Gesundheit), „Unser Körper“, „Die Haut“ und „Gesunder Arbeitsplatz Kita“. Die Krankenkassen bieten darüber hinaus an, Fachreferenten für Vorträge oder zur Beratung und Fortbildung für die Erzieher bereitzustellen. Auch schulen sie Träger von Kindertagesstätten und Erzieher als Multiplikatoren.¹⁴

Im Vergleich zum Vorjahr nahm die Zahl der Steuerungskreise mit vollständiger Beteiligung der Akteure deutlich zu. Das lässt sich zum einen durch die gestiegene Zahl an Kindertagesstätten mit Präventionsaktivitäten erklären. Zum anderen waren in den Steuerungskreisen sehr viel häufiger als zuvor alle verschiedenen Gruppen einbezogen, darunter auch die Eltern. Das gilt für Kindertagesstätten wie für Schulen. Die Partizipation verstärkte sich also in hohem Maß, was ein großer Erfolg ist.

Beim Teilziel 3 „Intervention in Schulen“ ging die Zahl an Kindern und Jugendlichen, die mit den jeweiligen Maßnahmen erreicht wurden, um 9 % zurück. Hauptgrund sind die insgesamt gesunkenen Zahlen. Im Jahr 2007 meldeten die Krankenkassen, sie hätten in den Schulen – ohne Gymnasien – geschätzt etwa 920.000 Kinder erreicht, im Jahr 2008 nur noch etwa 680.000. Dies entspricht einem Rückgang um 26%. Die Erfahrung auch der davor liegenden Jahre zeigt, dass die Schätzzahl der erreichten Personen gewissen Schwankungen unterliegt.

⁹ Robert Koch-Institut 2008

¹⁰ Deutsche UNESCO-Kommission, BMZ 2006

¹¹ Bundesregierung 2007

¹² Projekt TigerKids 2008

¹³ BKK Bundesverband 2009

¹⁴ KKH-Allianz 2009

5.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Tabelle 6: Erreichungsgrad der Präventionsziele für die betriebliche Gesundheitsförderung im ersten Jahr

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention			
Teilziel 1 Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	Basiserhebung 2007	Jahr 1: 2008	Veränderung in %
Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung (Steigerung bis 2009 um 10 %)	908	1.074	18%
Teilziel 2 Stressbewältigung/Stressmanagement			
Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung Stressbewältigung/Stressmanagement (Steigerung bis 2009 um 10 %)	945	1.088	15%
Teilziel 3 Ältere Arbeitnehmer			
Schätzzahl älterer Arbeitnehmer (ab 50 Jahre), die direkt über Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen erreicht wurden (Steigerung bis 2009 um 10 %)	10.971	12.300	12%
Oberziel arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung			
Teilziel 1 Steuerungskreise	Basiserhebung 2007	Jahr 1: 2008	Veränderung in %
Anzahl an Betrieben mit betrieblichen Steuerungskreisen (Steigerung bis 2009 um 10%)	2.512	2.706	8%
Teilziel 2 Gesundheitszirkel			
„Anzahl der Betriebe, bei denen betriebliche Gesundheitszirkel durchgeführt wurden (Steigerung bis 2009 um 10%)“	911	1.109	22%
Teilziel 3 Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben			
Anzahl an Betrieben mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben (Steigerung bis 2009 um 10 %)	183	180	-2%

Im „ersten Jahr“ der Zielerreichung konnten die Krankenkassen noch nicht vermehrt Initiativen für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördern.

Gemessen an den Erwartungen der Beschäftigten geben spezielle Aspekte der Arbeitszeitorganisation den Ausschlag für Familienfreundlichkeit. Im Vordergrund steht die Möglichkeit der Teilzeitarbeit oberhalb von 20 Stunden. Daneben ist die Begrenzung der Arbeitszeitdauer bedeutsam. Überstunden sollten vermieden oder durch Freizeit ausgeglichen werden. Auch sollten „familienfeindliche“ Arbeitszeiten am Wochenende und am Abend minimiert werden. Diese Wünsche der Beschäftigten stehen möglicherweise in einem Spannungsverhältnis zu betrieblichen Belangen. So schätzen die Beschäftigten eine betrieblich gesteuerte Flexibilisierung der Arbeitszeiten im Hinblick auf die Familienfreundlichkeit negativ ein.¹⁵ Insgesamt handelt es sich

¹⁵ Klenner und Schmidt 2007

bei den Angeboten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf um Kernleistungen des Betriebs, die eine Abstimmung der Tarifpartner untereinander oder der Geschäftsleitung mit dem Betriebsrat erfordern. Aus dem Blickwinkel der Gesundheitsförderung sind die Initiativen der Verhältnisprävention zuzurechnen. Es ist für die Krankenkassen nicht einfach, derartige weittragende Maßnahmen anzuregen und die komplexe Umsetzung zu begleiten.

Berücksichtigt man diese schwierigen Voraussetzungen, markiert die bisher registrierte Zahl von 180 Projekten bereits ein gutes Ausgangsniveau für die weiteren Anstrengungen.

6 Setting-Ansatz

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch die gesetzlichen Krankenkassen richten sich auf Grundlage der §§ 20 und 20a SGB V insbesondere an Menschen, die sozial bedingt ungünstige Gesundheitschancen haben. Zu den Sozialfaktoren gehören ein geringer oder fehlender Schulabschluss, niedrige oder fehlende Berufsqualifikation, geringes Einkommen und ein Migrationshintergrund. Hinreichend bekannt ist mittlerweile, dass sich sozial benachteiligte Personen am besten in ihren unmittelbaren Lebensräumen, in sogenannten Settings, in denen sie große Teile ihrer Zeit verbringen, erreichen lassen. Solche Settings sind z. B. Kommunen und Stadtteile, Kitas, Schulen und Einrichtungen der Altenhilfe.¹⁶ Die Kriterien und Handlungsfelder für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz sind im Leitfaden Prävention der GKV festgelegt.

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 Bedarfserhebung, Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen, Öffentlichkeitsarbeit, 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 gehörende 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 der Unfallversicherung, Gemeinden, Vereine, Verbände, (Kinder-) Ärzte, wissenschaftlichen 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.

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 dem Setting Kommune/Stadtteil mehr Bedeutung beigemessen. Der Präventionsbericht 2009 widmet diesem Setting daher im Folgenden ein eigenes Kapitel.

Darüber hinaus berichten die Mitarbeiter eines vorbildlichen Setting-Projekts über die Adipositas-Prävention bei Kindern und Jugendlichen.

¹⁶ Auch die Betriebe sind Settings. Im Kontext der krankenkassengeforderten Prävention wird jedoch spezifisch von „betrieblicher Gesundheitsförderung“ gesprochen und der „Setting-Ansatz“ davon abgegrenzt, vgl. Fußnote 2, S. 16

6.1 Schwerpunktthema: Kommunale Gesundheitsförderung

Leistungen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung sollen laut § 20 Abs. 1 SGB V einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit der Gesundheitschancen leisten. Sozial Benachteiligte befinden sich jedoch oft in Lebenssituationen, die es ihnen erschweren, Angebote der individuellen Prävention wahrzunehmen. Daher ist als Zugangsweg zu dieser Zielgruppe vorrangig der Setting-Ansatz zu empfehlen. Mit diesem Ansatz sind primärpräventive und gesundheitsfördernde Interventionen gemeint, die sich statt auf die Menschen selbst auf ihre Lebensräume richten, in denen sie große Teile ihrer Zeit verbringen. Unter Settings werden soziale Systeme verstanden, die einen starken Einfluss auf die Gesundheit ausüben und in denen zugleich die Bedingungen von Gesundheit gestaltet und beeinflusst werden können. Kommunen und Stadtteile sind solche Settings.

Eine wesentliche Voraussetzung für gelungene Gesundheitsförderung in Kommunen und Stadtteilen ist laut „Leitfaden Prävention“ die stärkere Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Stadtteil- oder Kommunalentwicklung.¹⁷ In beiden Bereichen wurden integrierte Handlungskonzepte entwickelt und erprobt, die einander entsprechen. Sie setzen auf koordiniertes Vorgehen, nutzen ähnliche Steuerungselemente und sehen die Beteiligung der Bewohner als unverzichtbar an. In der Stadtentwicklung lautet das Stichwort hierfür „Sozialraumorientierung“, in der Gesundheitsförderung „Setting-Ansatz“.

Der folgende Abschnitt im Präventionsbericht 2009 fasst die Prinzipien kommunaler Gesundheitsförderung sowie Ansätze für eine „gute Praxis“ zusammen. Er geht der Frage nach, welchen Beitrag die Krankenkassen für die kommunale Gesundheitsförderung leisten können. Des Weiteren stellt ein Kapitel zur kommunalen Suchtprävention ein Beispiel gelungener kommunaler Gesundheitsförderung vor.

6.1.1 Wesentliche Elemente

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in der Lage ist, selbst Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“, proklamierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1986.¹⁸ Sie beschreibt damit, dass Gesundheit weniger von medizinischen Interventionen abhängig ist als von den Lebensbedingungen der Menschen in ihrem direkten Umfeld. Damit verdeutlicht sie den Ansatzpunkt für stadtteilbezogene Gesundheitsförderung.

Kommunale Gesundheitsförderung basiert auf einem sozialökologischen Modell von Gesundheit.¹⁹ Hiernach sind in der örtlichen Umgebung eines Menschen seine wesentlichen Belastungsfaktoren, aber gleichzeitig auch seine wichtigsten Unterstützungsfaktoren zu finden. Beides sind entscheidende Faktoren, die den Gesundheitszustand bedingen. Gelungene und nachhaltige Prävention setzt daher an der unmittelbaren Lebensumwelt der Menschen an. Sie nimmt ihre Lebensumwelt als Ganzes in den Blick und fokussiert nicht nur auf einzelne Facetten des Lebens wie etwa die gesunde Ernährung in der Schule.

Ein Arbeitsprinzip stadtteilbezogener Gesundheitsförderung ist, unterstützende Faktoren – beispielsweise soziale Netzwerke – zu fördern und zu stärken. Der Aufbau sozialer Netzwerke erfordert die Fähigkeit des Gemeinwesens und seiner Mitglieder zur Selbststeuerung. Das bedeutet, die Bewohner zu befähigen, sich selbst und ihr Umfeld zu beobachten und die sozialen und poli-

¹⁷ AG Spitzenverbände 2008, S. 25

¹⁸ WHO 1986

¹⁹ Badura 1983

tischen Strukturen zugunsten von sozialer Gleichheit und Verbesserung der Lebensqualität zu verändern. Das ermöglicht gegenseitige Unterstützung und gemeinsame Handlungsorientierung. Je stärker die Kontakte zwischen den Menschen im Gemeinwesen sind, desto mehr wird miteinander kommuniziert und desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich hieraus Gegenseitigkeit entwickelt. Gegenseitigkeit wiederum begünstigt die Herausbildung von sozialen Strukturen, die durch Gleichheit und Gleichberechtigung gekennzeichnet sind.²⁰ Der gelungene Aufbau derartiger Sozialstrukturen wird als „Sozialkapital“ einer Gesellschaft bezeichnet.²¹ Das Sozialkapital ist die Basis für gemeinschaftliches Handeln, das der Förderung des Gemeinwohls dient.

Auf der dritten weltweiten Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO wurde 1991 im schwedischen Sundsvall die besondere Bedeutung der Selbststeuerungsfähigkeit von Gemeinden als Grundlage für einen demokratischen Ansatz der Gesundheitsförderung betont. Die Konferenz arbeitete vier wesentliche Schlüsselaktivitäten für eine Implementierung kommunaler Gesundheitsförderung heraus:²²

- Interessenvertretung für Gesundheit durch gemeinschaftliches lokales Handeln stärken, insbesondere durch von Frauen organisierte Gruppen.
- Gruppen und einzelne Menschen durch Bildungsmaßnahmen und Stärkung ihrer Kompetenzen befähigen, Kontrolle über ihre Gesundheit und Umwelt ausüben zu können.
- Bündnisse für Gesundheit und gesundheitsförderliche Lebenswelten schließen, um das Zusammenwirken gesundheits- und umweltorientierter Kampagnen und Strategien zu verbessern.
- Vermittlung zwischen gegensätzlichen Interessen in der Gesellschaft, zur Sicherung der gerechten Teilhabe an gesundheitsförderlichen Lebenswelten.

Wie genau diese Ziele kommunaler Gesundheitsförderung in der Praxis umgesetzt werden, wird anhand der nachfolgend beschriebenen Programme deutlich.

6.1.2 Modelle „guter Praxis“ in der kommunalen Gesundheitsförderung

Praktische Umsetzung erfährt die Programmatik der WHO in den Bewegungen „Soziale Stadt“ und „Gesunde Städte-Netzwerk“.

Die sozialstaatlichen Strategien des Städtebaus fokussierten sich zunächst auf bauliche Maßnahmen wie etwa den Neubau und die Verbesserung von Straßen und Grünflächen.²³

In den 1990er Jahren setzte sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass man die zunehmenden sozialen Probleme in benachteiligten Stadtteilen nicht mit städtebaulichen Maßnahmen allein lösen kann. In Anknüpfung an Erfahrungen aus Programmen in Frankreich und den Niederlanden, aber auch aus nationalen Projekten in Hamburg und Nordrhein-Westfalen wurde 1999 das Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“ ins Leben gerufen, das einen Paradigmenwechsel in der Städtebauförderung einleiten sollte.

Ziel des langfristig angelegten Programms „Soziale Stadt“ ist es, die physischen Lebensbedingungen der Bevölkerung benachteiligter Stadtteile und damit gleichzeitig ihre Lebensperspektiven zu verbessern. Anhand eines integrierten Handlungsprogramms sollen Probleme in besonders benachteiligten Stadtteilen identifiziert, Maßnahmen zur Problemlösung formuliert und Umsetzungsmöglichkeiten entwickelt werden. Hierfür werden zur Verfügung stehende Fördermittel aus unterschiedlichen Bereichen gebündelt und für spezifische Maßnahmen verwendet. Diese beziehen sich auf Programme zur Förderung sozialer, kultureller und gesundheitsbezogener Projekte. Das Programm startete im Jahr 1999 mit 161 Stadtteilen und 124 Gemeinden. Mittlerweile sind 523 Gebiete in 326 Gemeinden Mitglieder der Bewegung.

²⁰ Hurrelmann 2003

²¹ Putnam 2000

²² WHO ohne Jahr

²³ Böhme et al. 2004

Notwendige Bedingung einer „Sozialen Stadt“ ist die Aktivierung und Beteiligung der Bevölkerung des Stadtteils. Die Bewohner artikulieren ihre Interessen. Sie sind daher stets in die Prozesse der Maßnahmenplanung und -umsetzung einzubeziehen. Die Aufgabe besteht in aktivem Zugehen auf die Bewohner eines Quartiers. Die Bürger müssen ihrerseits in der Lage sein, ihr Mitbestimmungsrecht kompetent zu nutzen. Das sogenannte Quartiersmanagement bringt die unterschiedlichen Akteure aus Politik, Verwaltung, Schulen, freien Trägern, Bewohnerschaft, Gewerbe etc. zusammen. Dies geschieht durch die Bildung bereichsübergreifender Initiativen und Arbeitsgruppen. Auf kommunaler Verwaltungsebene arbeiten verschiedene Gremien und Sektoren zusammen.

Der „Leitfaden Prävention“ empfiehlt, bei Maßnahmen der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung mit dem Programm „Soziale Stadt“ zu kooperieren. Allerdings wurde das Thema Gesundheitsförderung erst 2005 in das Programm integriert. Die Gesundheitsförderung und die Gesundheit besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen spielt in der Programmatik der „Sozialen Stadt“ noch eine vergleichsweise untergeordnete Rolle. Dies ergab eine Auswertung von Befragungsdaten der Jahre 2003 und 2006, nach der sich lediglich ein Viertel aller Maßnahmen explizit auf gesundheitsbezogene Schwerpunkte richtet.²⁴

Ausdrücklich auf gesundheitsbezogene Probleme in Städten und Stadtteilen und auf Lösungsstrategien bezieht sich das Programm „Gesunde Stadt“. Es ging 1988 aus einer Initiative der WHO hervor. Mittlerweile sind in 29 Ländern und über tausend Städten und Gemeinden der Europäischen Union Netzwerke entstanden, die sich für die öffentliche Gesundheit stark machen und auf regionaler und überregionaler Ebene miteinander vernetzt sind. 1998 unterzeichneten politische Akteure aus über 100 europäischen Städten auf einer internationalen Konferenz in Athen die „Athener Erklärung für Gesunde Städte“.²⁵

Grundlegendes Handlungskonzept der Gesunde-Stadt-Bewegung ist die Stärkung des interdisziplinären und intersektoralen Charakters von Gesundheitsförderung. Es besteht die Anforderung, kommunalpolitische Entscheidungen auch und gerade unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung zu betrachten. Dies geschieht folgendermaßen:²⁶

- Erstellen einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung, die Eingang in politische Entscheidungen hält,
- Definition spezifischer gesundheitsbezogener Problemfelder,
- Implementation kommunaler Gesundheitskonferenzen, die einer Vereinbarung kommunaler Gesundheitsziele dienen,
- gemeinsame Entwicklung, Umsetzung und Evaluation eines Gesundheits-Aktions-Programms,
- intensive Öffentlichkeitsarbeit.

Der Erfolg kommunaler Gesundheitsförderung ist abhängig von einer ressortübergreifenden Kommunalpolitik. Hierin besteht die besondere Herausforderung gelungener kommunaler Gesundheitsförderung. Selbst bei Programmen der „guten Praxis“ treten immer wieder die Probleme vermeintlich unterschiedlicher Verantwortlichkeiten zutage, die im Wesen öffentlicher Verwaltungen begründet sind. Belange des Programms „Soziale Stadt“ werden häufig den kommunalen Baudezernaten zugeordnet, Aufgaben im Rahmen der „gesunden Stadt“ ausschließlich dem Gesundheitsamt. Gesundheit muss stärker als intersektorale Aufgabe verstanden werden. Vernetzte Infrastrukturen sind erforderlich. Hier besteht nach wie vor deutlicher Entwicklungsbedarf. Den Weg zeigen die überzeugenden und zielführenden Projekte gelungener kommunaler Gesundheitsförderung auf. Dazu zählt die Suchtpräventions-Initiative des Landkreises Lörrach (S. 34 ff.) mit ihrer Vernetzung unterschiedlicher politischer Handlungsebenen.

²⁴ Soziale Stadt Info 2007

²⁵ WHO 1998

²⁶ Stender 2004

Die Initiative der Krankenkassen „Mehr Gesundheit für alle“ ist vorbildlich, indem sie über 60 regionale Modellprojekte und Strukturmaßnahmen bündelt und unterstützt.²⁷ Themen sind Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Familie, Alter und Gesundheit, Migration und chronische Erkrankungen. Dabei finden sich auch Handlungsanleitungen und Praxisbeispiele zur kommunalen Gesundheitsförderung.²⁸

Wesentliche Impulse für die kommunale Gesundheitsförderung gibt der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Er wurde 2001 von der BZgA initiiert. Arbeitsschwerpunkt ist die Auswahl und Präsentation von Beispielen guter Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Die Beispiele sollen zur Nachahmung motivieren.

Die „Regionalen Knoten“ strukturieren die Arbeitsebene. Sie existieren derzeit in 15 Bundesländern. Regionale Knoten knüpfen an landesbezogene Strukturen an – z. B. Landesgesundheitskonferenzen – oder bauen neue Arbeitskreise mit Landes- und kommunalen Akteuren auf, um den Austausch zu verbessern und Good-Practice-Projekte zu identifizieren, zu fördern und zu verbreiten. Sie verwenden hierzu Kriterien guter Praxis und ein konsentiertes Auswahlverfahren.²⁹

6.1.3 Aktivitäten der Krankenkassen in der kommunalen Gesundheitsförderung

Wie oben gezeigt, steht die Gesundheitsförderung in der Kommune oder dem Stadtteil seit Ende der 80er-Jahre verstärkt auf der Agenda. Der „Leitfaden Prävention“ empfiehlt, geeignete Projekte zu unterstützen.

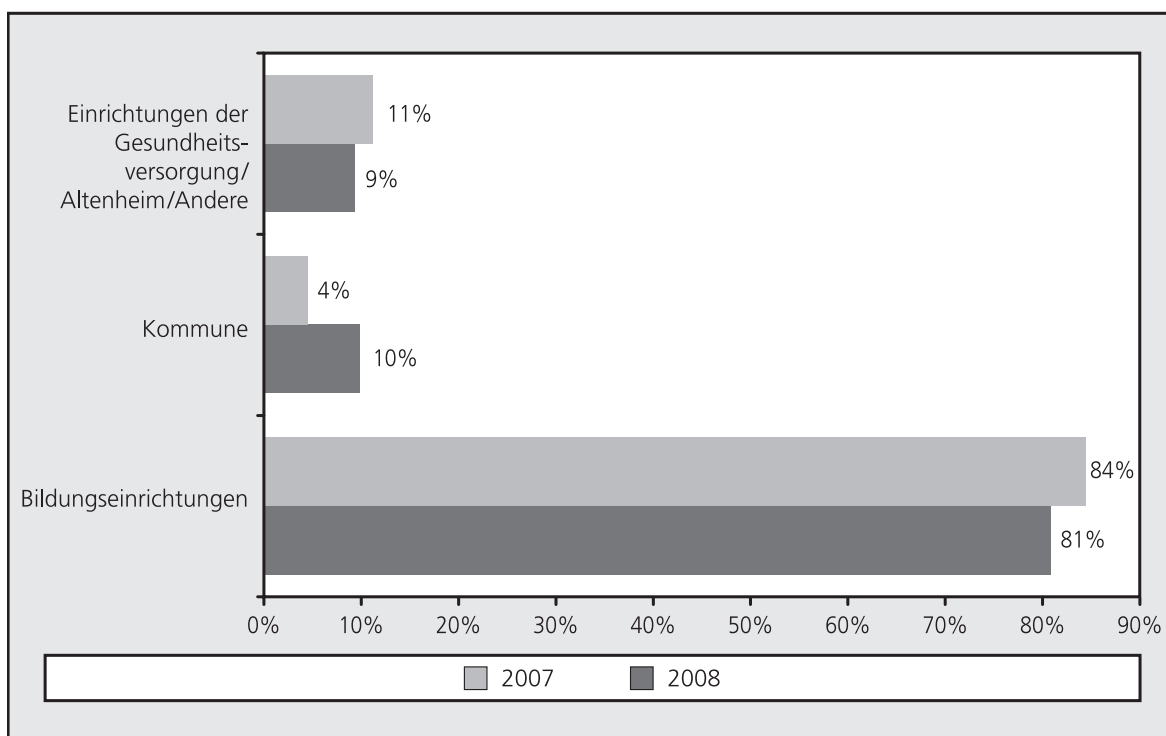
Im Vordergrund der Krankenkassen-Aktivitäten stehen die Settings Schule und Kita. Dies zeigt Abb. 1, in der diese Settings dem Block „Bildungseinrichtungen“ zugeordnet sind. Die Gesundheitsförderung in Stadtteilen und Kommunen 2008 erreichte einen Anteil von knapp 10 % an allen kassengeforderten Setting-Projekten. Das ist ein respektables Ergebnis, nahm doch gleichzeitig die Zahl der insgesamt bearbeiteten Settings im Jahr 2008 stark zu. Dass sich die Krankenkassen verstärkt der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung zuwenden, zeigt auch der Zuwachs der gemeldeten kommunalen Setting-Aktivitäten. Gegenüber dem Vorjahr verdoppelte sich der Anteil fast.

²⁷ <http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,253,nodeid,.html>

²⁸ Ministerium für Bauen und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen und BKK Bundesverband 2009

²⁹ Weitere Informationen zum Good-Practice-Prozess finden sich auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice

Abb. 1: Anteil der Einrichtungen nach Art des Settings



Die nachfolgenden Tabellen schlüsseln wesentliche Daten zum Setting Kommune weiter auf. Im Vergleich zum Setting der Bildungseinrichtungen sprachen die kommunalen Projekte mehr Personen mit Migrationshintergrund, Eltern als Multiplikatoren und „sonstige Zielgruppen“ an. Die inhaltliche Themenbreite ist im Setting Kommune besonders groß.

Tabelle 7: Setting Kommune – wichtigste Kennzahlen

	Kommune		Bildungseinrichtungen		Einrichtungen der Gesundheitsversorgung/ Altenheim/Andere	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Anzahl der Doku-Bögen	63	5,2%	1.038	86,4%	91	7,6%
Anzahl der Einrichtungen	2.176	9,9%	17.804	80,8%	2.066	9,4%
Direkt erreichte Personen	342.636	18,4%	1.066.237	57,3%	452.108	24,3%

Tabelle 8: Setting Kommune – schwerpunktmäßige Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)

	Kommune N=40		Bildungseinrichtungen N=718		Einrichtungen der Gesundheitsversorgung/ Altenheim/Andere N=70	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	18	45,0%	271	37,7%	32	45,7%
Weibliche Personen	23	45,0%	277	38,6%	22	31,4%
Männliche Personen	21	45,0%	273	38,0%	18	25,7%
Ausländer/innen	18	45,0%	153	21,3%	11	15,7%
Multiplikatoren - Eltern	22	45,0%	282	39,3%	20	28,6%
Multiplikatoren - Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	20	45,0%	543	75,6%	19	27,1%
Multiplikatoren - Nichtpädagogisches Personal	9	45,0%	90	12,5%	18	25,7%
Sonstige Zielgruppen	14	45,0%	23	3,2%	10	14,3%

Tabelle 9: Setting Kommune – Inhalte (Mehrfachnennungen möglich)

	Kommune N=63		Bildungseinrichtungen N=1038		Einrichtungen der Gesundheitsversorgung/ Altenheim/Andere N=91	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bewegung	42	67,7%	738	72,1%	47	52,8%
Ernährung	35	56,5%	495	48,3%	54	60,7%
Stressreduktion/Entspannung	23	37,1%	338	33,0%	25	28,1%
Suchtmittelkonsum	20	32,3%	188	18,4%	13	14,6%
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	30	48,4%	262	25,6%	22	24,7%
Verkehrssicherheit	4	6,5%	23	2,2%	5	5,6%
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	5	8,1%	12	1,2%		
Gesunde Umwelt	25	40,3%	103	10,1%	10	11,2%

Abgesehen von den Aktivitäten in einzelnen Settings beteiligen sich die Krankenkassen seit 2007 an der bundesweiten Dokumentation und Vernetzung der Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Dieser Verbund wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Verein Gesundheit Berlin e. V. organisiert. Die teilnehmenden Organisationen tauschen aktiv Erfahrungen aus, entwickeln Qualitätskriterien für gute Praxis und identifizieren „Good-Practice-Projekte“.³⁰

Die kommunale Gesundheitsförderung scheint gerade einen neuen Aufschwung zu erleben. Damit stehen die Chancen gut, dass sich die Krankenkassen verstärkt in diesem Feld betätigen. Als mögliche Kooperationspartner kommen die bereits aktiven Initiativen aus der Gesunde-Städte-Bewegung, die Akteure des Soziale-Stadt-Programms und die Good-Practice-Projekte infrage. Aber auch ganz neue Initiativen sind unterstützenswert, wenn sie die oben genannten Ziele verfolgen und Erfolg versprechende Methoden einsetzen.

³⁰ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010

6.2 Praxisbeispiel zur kommunalen Gesundheitsentwicklung: Suchtprävention im Kreis Lörrach

Im Rahmen des vierten Bundeswettbewerbes „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ wurden im Jahr 2008 Städte, Kreise und Gemeinden mit vorbildlichen suchtpreventiven Strategien und Projekten für Kinder und Jugendliche gesucht. Die BZgA und die Drogenbeauftragte der Bundesregierung schrieben mit Unterstützung der kommunalen Spitzenverbände sowie der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen den Wettbewerb aus.

Der Landkreis Lörrach war einer von zehn Preisträgern unter den 123 Bewerbern.³¹ Er wurde für seine Kampagne „LIFE – Lörracher Initiative für Engagement in der Suchtprävention“ ausgezeichnet. Die Initiative offeriert Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen vielfältige Angebote.

6.2.1 Hintergrund des Projektnetzwerkes

Seit mehr als 20 Jahren besteht im Landkreis eine Arbeitsgruppe Suchtprävention. Dort sind alle mit dem Thema befassten Beratungsstellen, Hilfsorganisationen und Behörden des Landkreises vernetzt. Vertreten sind das Landratsamt, die Polizeidirektion, der Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation (bwlv), der Arbeitskreis Rauschmittel, die Frauenberatungsstelle Lörrach, das Blaue Kreuz Lörrach und die Präventionsbeauftragte des Regierungspräsidiums Freiburg. Das Ziel war seit langem, gemeinsam eine große Aktion zur Vorbeugung zu starten. Das wurde 1999 greifbar: Der Kreistag verabschiedete eine „Drogenkonzeption“, die nicht auf Druck, sondern auf Hilfen aufbaut – und auf Prävention. „Drogenpolitik muss vorausschauend sein. Es ist besser, ein Problem zu vermeiden, als es später mit enormen Aufwand lösen zu müssen“, so Landrat Alois Rübsamen in seiner Rede anlässlich der Eröffnungsveranstaltung.

Für die Jahre 2000 und 2001 stellte der Landkreis 65.000 DM für Suchtprävention bereit und schuf die Stelle eines kommunalen Suchtbeauftragten. Das ermöglichte den Start von LIFE. Der kommunale Suchtbeauftragte im Landratsamt richtete das LIFE-Projektbüro ein. Gemeinsam mit zwei Mitarbeitern der Polizeidirektion Lörrach und einer Mitarbeiterin des bwlv übernahm er die Projektleitung. Mehrere Krankenkassen beteiligten sich als Kooperationspartner. Die Badische Zeitung war der Medienpartner. Als größte Sponsoren traten die fünf Sparkassen des Landkreises auf. So wurde schließlich das Projektvolumen von 250.000 DM finanzierbar.

Mit der Kampagne LIFE sollten neue Wege beschritten und der einzelne Mensch in den Blick genommen werden. Schlagwortartig lauteten die Ziele: stark werden, Selbstvertrauen aufbauen, Bedürfnisse und Gefühle aussprechen, Konflikte bestehen, Niederlagen verkraften, Genießen erleben. Im eigens für die Kampagne komponierten Song, einem Rap, hört sich das so an: „Leben – für Dich, tauch auf und fühl Dich wieder gut. Leben – für Dich, glaub an Dein Ziel und Deinen Mut. Stark und frei, fang doch endlich an, einfach Du zu sein!“



Ein halbes Jahr Vorbereitungszeit blieb bis zum Start der Kampagne im Januar 2001. Als einige Hundert junge und alte Menschen zur Auftaktveranstaltung zusammenkamen, war nicht nur der Titelsong fertig und vom Musik Forum sowie dem Kinderchor Lörrach einstudiert, sondern die Kampagne hatte auch ein Logo – „It's my Life“. Es entwickelte sich aus einem Wettbewerb, für den Jugendliche 150 Entwürfe einreichten. Gleichzeitig war LIFE mit der Homepage www.life-loerrach.de online. Auch der Internet-Auftritt entsprang einem Gestaltungswettbewerb. Das Corporate Design war geschaffen. Was für die nächsten Monate als Programm feststand, präsentierte die Badische Zeitung in einer farbigen Sonderbeilage.

³¹ Deutsches Institut für Urbanistik 2009

Von Januar 2001 bis in den späten Herbst hinein wurde kreisweit zu etwa 80 Veranstaltungen eingeladen. Die Besucher erlebten, dass man sich in der Freizeit den sogenannten Kick auf viele Arten holen kann und keineswegs Drogen braucht. Zum Beispiel beim Sport: Zum Sporterlebnistag in einem Fitness-Center kamen 250 Kinder und Jugendliche, die das Angebot der Sportvereine kennen lernten und in einen Hip-Hop-Workshop hineinschnupperten. Für Skater-Abende in der Lörracher Innenstadt wurden Autos von den Straßen verbannt, in Wen-Do-Kursen lernte man sich zu verteidigen und zu behaupten. Und sonst noch? Inline-Disco, Beach-Party, Soccer-Cup, Choreographie-Wettbewerb, Aktionstag am Berufsschulzentrum.

6.2.2 Zielsetzung und Methoden

Suchtprävention zielt darauf ab, der Entstehung von substanzbezogenen und nicht substanzbezogenen Abhängigkeiten und den damit verbundenen psychosozialen Störungen vorzubeugen. Ziel aller Maßnahmen im Landkreis Lörrach ist es, den Bürgern ein Leben ohne Sucht zu ermöglichen.

Die Leitziele für die Suchtprävention – und Suchthilfe – sind:

- Stärkung der Prävention
- Ausreichende Grundversorgung
- Erhalt und Ausbau der niedrigschwelligen Angebote
- Aufrechterhaltung einer dezentralen Versorgung
- Bedarfsorientierte Fortentwicklung
- Optimierung der Kooperation mit den Trägern und unter den Trägern (siehe unten).

Hierzu sehen die Mitglieder der AG-Suchtprävention LIFE ihr Bemühen darin, die Persönlichkeit des Einzelnen zu stärken. Suchtprävention soll die Entwicklung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen positiv beeinflussen. Idealerweise sind gesellschaftliche Lebensverhältnisse und individuelle Verhältnisse zu schaffen, die keinen Suchtmittelmissbrauch bedingen. Aber auch dort, wo ungünstige Entwicklungsbedingungen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bereits fortgeschritten sind, will Suchtprävention wirksam werden, um süchtigem Verhalten vorzubeugen.

Die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen, die sozialen Kompetenzen des Einzelnen und die von Gruppen sollen durch einen ganzheitlichen Ansatz gefördert werden. Es geht um die Stärkung der Persönlichkeit in Form von Lebenskompetenzförderung. Sachliche Aufklärung ist sinnvoll, nicht Abschreckung!

Der Landkreis Lörrach hat 1999 in enger Zusammenarbeit mit den im Bereich der Suchthilfe und -prävention tätigen Verbänden und unter Einbindung der Politik, der Polizeidirektion und der Stadt Lörrach ein Konzept für die Drogenprävention im Landkreis Lörrach erarbeitet. Neben einer Bestandsaufnahme vorhandener Angebote wurden die Ziele formuliert. Im Anschluss daran wurden jeweils verschiedene Maßnahmen auf ihre Eignung zur Erreichung der gesteckten Ziele untersucht. Zum Schluss wurde ein Maßnahmenkatalog erarbeitet und in kurz-, mittel- und langfristige Schritte gegliedert.

Ein prozessbezogenes Ziel war und ist es, eine enge Kooperation zwischen den einzelnen Trägern und Einrichtungen zu erreichen und zu intensivieren. Doppelstrukturen sollen vermieden werden und ein breites Angebot an Hilfen vorhanden sein.

Das Sozialministerium Baden-Württemberg regte an, kommunale Netzwerke zu bilden und stellte zehn Kriterien für die Entwicklung und Einrichtung von kommunalen Suchthilfenetzwerken vor. Der Landkreis Lörrach beschäftigte sich in einem Workshop im Juli 2007 mit der Forderung nach regionalen Netzwerken. Einig waren sich die Teilnehmenden, dass die Suchtprävention in

das Kommunale Suchhilfenetzwerk des Landes Baden-Württemberg eingebunden werden soll. Zum 1. Januar 2009 strukturierte der Landkreis Lörrach seine Arbeitsgremien und seine Kooperation mit den verschiedenen Einrichtungen neu und setzte die Anregungen des Landes um.

6.2.3 LIFE-Kampagne

Innerhalb von zehn Monaten wurden einige Tausend Menschen in Ihren Lebenswelten erreicht. Ihnen wurden Angebote gemacht, die ihren Interessen entsprachen. Daneben wurden Teile des Projektes evaluiert, um einige Aussagen über die Wirksamkeit treffen zu können.

Nie zuvor hatte eine Initiative den gesamten Landkreis umfasst und alle Arten von Sucht-Erscheinungen zum Thema gemacht. Die Kampagne erhielt – wie erhofft – in ihrem Verlauf eine Eigendynamik. Immer mehr Schulen, Vereine, Verbände etc. interessierten sich für das Thema Suchtprävention. Kommunale Gesundheitsförderung funktioniert nur, wenn sich viele Akteure beteiligen.

LIFE hatte sich in den wenigen Monaten der Jahre 2001/2002 zu einer Marke in der Suchtprävention im Landkreis entwickelt. Der gute Start veranlasste die Mitglieder der AG-Suchtprävention, diese positiven Ansätze und Erfolge weiter auszubauen.

Nachdem der Landkreis auch künftigen Präventionsprojekten einen jährlichen Kreiszuschuss in Höhe von 13.500 Euro zur Verfügung stellte, wurde gemeinsam beraten, wie das Geld effektiv und sinnvoll genutzt werden kann. Es wurden gemeinsame Richtlinien zur Vergabe der LIFE-Projektgelder erarbeitet. Darin wurde festgehalten, dass a) ein schriftlicher Antrag gestellt werden muss, b) eine Kooperation unter den LIFE-Mitgliedern stattfindet und c) die Projekte innovativ sein sollten. Eine Förderung ist längstens für drei Jahre möglich. Dank der Gelder der Kreise und auf Basis dieser Richtlinien war es in den vergangenen Jahren möglich, insgesamt 22 Projekte mit insgesamt 81.000 Euro zu unterstützen. Die Gesamtkosten der Projekte lagen 2003 bis 2008 bei rund 400.000 Euro.

Gefördert wurden:

- Seminarabende für Eltern zum Thema Suchtprävention
 - Entstehung des HaLT-Projektes der Villa Schöpfung
 - Parcours „QuoVadis“ – ein trinationales Projekt mit Frankreich und der Schweiz
 - Suchtprävention an Schulen
 - Suchtvorbeugung im Sportverein
 - Suchtprävention mit Azubis
 - Jugendagenturen live im Chat – Thematisierung von Drogen und Alkohol
 - Nichtraucherkurs für Mädchen
 - Projekt „Ab und zu“ zum Thema Essstörungen
 - Informationskampagne zur Einhaltung des Jugendschutzgesetzes bei Tankstellen und im Einzelhandel
 - „Familienmosaik“ – ein Präventionsprojekt für Kinder suchtkranker Eltern und ihre Pflegefamilien
 - KiSEL-Gruppenangebot (s. u.)
 - Projekt „Clean durch Fairness“
 - „Ozwei – rauchfrei“ – ein Projekt zum Tabakverzicht in Schulen und öffentlichen Einrichtungen
 - „LIFE-Trolley“ (Methodenkoffer zur Alkohol- und Tabakprävention in Schulen)
 - „KESS-Trolley“ (Methodenkoffer zur Suchtprävention in Grundschulen)
 - Projekt „Fit for Future“
 - Fachtagung zum Thema Alkoholkonsum
 - Aktionswoche zum Thema Alkoholkonsum
- und vieles mehr.

6.2.4 Das KiSEL-Projekt – Kinder suchtkranker Eltern

Als ein Ziel der „Drogenkonzeption“ des Landkreises wurde benannt, die Zielgruppe der Kinder aus suchtbelasteten Elternhäusern stärker ins Blickfeld zu nehmen. Bis zu diesem Zeitpunkt gab es keine Angebote für diese Kinder. Das sollte sich ändern.

Angeregt durch die LIFE-Mitglieder bildete sich im Frühjahr 2002 die Arbeitsgruppe KiSEL (Kinder suchtkranker Eltern). In ihr wirkten Mitarbeiter von LIFE, des Gesundheitsamts, des Kontaktladens Drehscheibe und von sozialen Diensten des Landratsamtes sowie der Fachklinik im Landkreis zusammen. Sie veranstaltete einen Workshop mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit der Institutionen zu definieren sowie die bisherige Zusammenarbeit zu vertiefen und zu verbessern.

2003 wurde eine Fragebogenaktion durchgeführt. Ergebnis war, dass ein großes Bedürfnis an einem Angebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien besteht. Ebenfalls wurde signalisiert, dass es an bereits vorhandenen Informationen mangelt und eine Anlaufstelle bisher nicht vorhanden war.

2004 fand in den Räumlichkeiten der Villa Schöpfung eine erste Fachtagung mit 40 Teilnehmern statt. Die Organisatoren zogen eine positive Resonanz. Deutlich wurde nicht nur der Bedarf an Hilfen für die Kinder, sondern auch für Eltern und Multiplikatoren. Daraufhin formulierte die Arbeitsgruppe einen Antrag zur Finanzierung und Umsetzung eines Gruppenangebotes, zur Durchführung weiterer Schulungen sowie dem Aufbau eines Netzwerkes an die Landesstiftung. Der Antrag fand allerdings keine Zustimmung.

Die Arbeitsgruppe arbeitete dennoch an ihrem Ziel weiter, konzipierte in Kleingruppen das Konzept für ein Gruppenangebot und machte sich auf die Suche nach Sponsoren und weiteren Finanzierungsmöglichkeiten.

Der „Arbeitskreis Rauschmittel“ (AKRM) zeigte sich bereit, die Trägerschaft für das Gruppenangebot zu übernehmen und arbeitete gemeinsam mit der Kommunalen Suchtbeauftragten an der weiteren Umsetzung.

Im November 2005 fand eine weitere Fachtagung mit rund 100 Teilnehmern statt.

Im April 2006 startete die erste Gruppe mit Kindern aus suchtbelasteten Elternhäusern, und die eingestellte Fachkraft nahm ihre Arbeit auf. Bereits ein halbes Jahr später wurde deutlich, dass der Bedarf größer wird und eine zweite Gruppe nötig wurde. Im dritten Jahr des Gruppenangebotes bestanden bereits drei Gruppen für die Altersgruppen sechs bis sieben, acht bis zehn und ab elf Jahren.

Gleichzeitig zeigte die Öffentlichkeitsarbeit Wirkung. Durch verschiedene Spenden – Evangelische Kirchengemeinde Binzen, BZ-Aktion „Hilfe zum Helfen“, Software AG Darmstadt, Sparkasse Lörrach-Rheinfelden und weitere – sowie durch Aktionen wie den „Cutting Day“ – einem Tag, an dem Friseure den Bürgern die Haare zu einem Festpreis schnitten und den Erlös spendeten – konnte das Projekt weiter finanziert werden. Der Landkreis Lörrach finanziert inzwischen eine 50-%-Fachkraftstelle und übernimmt die Mietkosten für den Gruppenraum. Dieses Engagement zeigt die Wertschätzung des KiSEL-Projekts und verdient gerade angesichts der schwierigen Finanzlage der Kreise und Kommunen Respekt und Anerkennung.

Mit den Krankenkassen vor Ort stehen die Projektmitarbeiter in regelmäßigem Austausch über Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten.

Des Weiteren entwickelte die Kommunale Suchtbeauftragte gemeinsam mit Vertretern aus den Kindertageseinrichtungen und dem Sozialen Dienst des Landratsamtes einen Leitfaden zum Umgang mit Kindern suchtkranker Eltern für Kindertageseinrichtungen und bezog die Empfehlun-

gen zum Kinderschutz nach § 8a KJHG mit ein. Der Ordner wurde um die Themenbereiche psychische Erkrankungen, Behinderung und sexualisierte Gewalt ergänzt und kostenlos allen Kindertagesstätten zur Verfügung gestellt.

Die Politik ist regelmäßig über die Aktivitäten in der Suchtprävention informiert und unterstützt sowohl die Bemühungen der Suchtbeauftragten als auch die der Einrichtungen vor Ort.

Das suchtpreventive Netz konnte gut ausgebaut und verstärkt werden. Es finden gemeinsame Absprachen und Aktionen statt. So werden Doppelstrukturen vermieden und auf ein breites Spektrum an Angeboten geachtet. Des Weiteren wird auf die Einbindung weiterer Akteure geachtet um dadurch Ressourcen zu bündeln. Dies geschieht durch die Einbindung der Krankenkassen, Betriebe, Schulen, VIPs und der Veranstalter regionaler „Events“.

6.2.5 Erkenntnisse

Prävention hat die Aufgabe, sowohl im gesellschaftspolitischen Rahmen als auch in individuellen Handlungszusammenhängen aktiv zu werden. Der Landkreis Lörrach hat durch seine „Drogenkonzeption“ aus dem Jahr 1999 und die vielen nachfolgenden Aktivitäten wichtige Impulse gesetzt.

Suchtprävention ist eine komplexe Aufgabe, die weit über die Informationsvermittlung bezüglich verschiedener Suchtstoffe hinausgeht. Allein die Tatsache, dass es zunehmend Süchte wie Arbeits- oder Spielsucht gibt, die nichts mit dem Konsum von Stoffen zu tun haben, ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass es bei Sucht und Abhängigkeit zunächst um Verhaltensweisen geht und nicht primär um Stoffe und deren unmittelbare Wirkungen auf den Organismus, obwohl auch dieser Aspekt nicht aus dem Auge verloren werden darf.

Das Konsumverhalten von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen wird von der familiären Situation, dem sozialen Umfeld, der Persönlichkeit des Individuums und dem alltäglichen Lebensraum bestimmt. Während die klassische Drogenprävention ihre Schwerpunkte auf die Informationsvermittlung über die Wirkung verschiedener Stoffe wie Alkohol, Haschisch oder Heroin legte und methodisch mehrheitlich Faltblätter, Plakate und Kinospots einsetzte, setzt die moderne Suchtprävention darüber hinaus auf zwei weitere Aspekte:

- Die Weiterentwicklung der Fähigkeit beim Menschen, seine individuellen Verhaltensweisen und Abhängigkeiten kritisch zu hinterfragen und zu überprüfen.
- Abhängigkeiten oder bedenkliche Gewohnheiten (z.B. regelmäßig 16 Stunden Arbeitstag, häufiges Glücksspiel in der Spielhalle, keine Nahrungsaufnahme etc.) auch als solche zu verstehen und zunächst zu akzeptieren.

Diese Voraussetzungen sind unerlässlich für Veränderungen oder grundsätzliche Entscheidungen für oder gegen bestimmte Verhaltensweisen bzw. einen Konsum. Erst die intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten und dem Verhalten anderer ermöglicht ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Handeln bezüglich sich selbst und gegenüber dem sozialen Umfeld. Das Aufzeigen und Herausarbeiten dieser Fähigkeiten und Kompetenzen ist der zentrale Bestandteil der Suchtprävention.

Gefördert werden dabei die folgenden Fähigkeiten:

- Sich mit anderen Menschen zu verständigen. Das heißt unter anderem: sich streiten, fair durchsetzen und sich für andere Menschen einsetzen zu können.
- Erkennen, was einem gut tut und dementsprechend handeln.
- Erkennen, was einem schadet, um sich in angemessener Weise zu verhalten.
- Erkennen, dass es immer auch Alternativen dazu gibt, wie man sich gerade verhält.
- Diese Alternativen auch zu tolerieren und Menschen, die diese Alternativen leben, zu akzeptieren.

6.2.6 Ausblick

Die Partner der Kampagne und der Landkreis Lörrach ziehen eine positive Bilanz und haben beschlossen: *LIFE goes on.*

Um die Leitziele für die Suchthilfeplanung im Landkreis Lörrach weiter umzusetzen, werden mit politischer Unterstützung die folgenden Maßnahmen verfolgt:

1. Stärkung der Prävention

Es konnte eine gute Versorgung der weiterführenden Schulen erreicht werden. Diese „Basics“ der Präventionsarbeit gilt es aufrechtzuerhalten. Weil der Zugang zu Suchtmitteln wie Alkohol oder Zigaretten immer früher stattfindet, soll der Grundschul- und auch Kindergartenbereich zusätzlich aufgebaut werden. Der Fokus liegt hier auf Frühförderung und Kompetenztraining.

2. Erhalt und Ausbau ambulanter Angebote

Durch die Aktivitäten der AG KiSEL konnten erste Angebote für die Zielgruppe der Kinder suchtkranker Eltern umgesetzt werden. Die Nachfrage zeigt jedoch, dass der Bedarf noch viel größer ist und weitere Angebote geschaffen werden müssen. Hinzu kommt, dass die Kinder aus dieser „Problemgruppe“ aufgrund der problematischen familiären und häuslichen Situation ihrer Herkunftsfamilien anderweitig untergebracht werden müssen. Sie machen im Landkreis Lörrach bis zu 60 % der Pflegekinder aus. Sollte es der Landkreis schaffen, neben einem erweiterten Gruppenangebot für die Kinder auch Schulungen für Multiplikatoren sowie Elternseminarkurse für betroffene Eltern anzubieten, könnte damit ein wesentlicher Beitrag geleistet werden, die Eltern in ihrer Erziehungsverantwortung mehr zu stützen und die Multiplikatoren mehr zu sensibilisieren. So könnte möglicherweise erreicht werden, dass weniger Kinder fremd untergebracht werden müssen.

Elementar ist des Weiteren, dass der Landkreis sich dafür einsetzt, die bestehenden ambulanten Angebote aufrechtzuerhalten. Hierzu zählen insbesondere die niedrighschwelligen Angebote und die ausreichende Grundversorgung (u. a. bei der Drogenhilfe „Drehscheibe“). Für die Beratungsstellen bedeutet dies, insbesondere die Außensprechstunden aufrechtzuerhalten bzw. bei Bedarf neue einrichten zu können.

3. Suchthilfewegweiser

Ein Suchthilfewegweiser kann dazu beitragen, die Transparenz der Angebote und der Einrichtungen zu erhöhen. Er soll einen Überblick über bestehende Angebote im Landkreis geben: wichtigste Daten, Ansprechpartner, Ansprechzeiten, Krisenintervention, Telefonzeiten etc. Er soll so gestaltet werden, dass er mühelos angewendet und auch mitgenommen werden kann. Das bedeutet auch, dass er eine kleine, handliche Form erhalten soll.

4. Informationsdrehscheibe

Die Kommunale Suchtbeauftragte betreibt eine Homepage (www.sucht-loerrach.de), um eine unkomplizierte, umfassende und fundierte Informationsquelle rund um das Thema Sucht zur Verfügung zu stellen und um Perspektiven und Lösungen aufzuzeigen.

5. Optimierte Kooperation mit den Trägern und unter den Trägern

Durch das Kommunale Netzwerk Sucht Landkreis Lörrach sieht der Landkreis neue Chancen, seine Strukturen und Kooperationen weiter auszubauen und zu intensivieren. Dies soll in den nächsten zwei Jahren auch durch die Fortschreibung der „Drogenkonzeption“ erfolgen, in der die Suchtprävention einen bedeutenden Teil einnehmen wird.

6.3 Praxisbeispiel: das Projekt *gewichtig!* – ein Gesundheitsprojekt des Rhein-Kreises Neuss

6.3.1 Hintergründe

Im Zuge einer sich immer schneller entwickelnden Gesellschaft leiden viele Jugendliche unter dem Verlust sozialer Bindungen und unter verschärftem schulischen Leistungsdruck, unter sozialem Anpassungs- und Konsumdruck. Als Folge dieser Entwicklungen sind Kinder und Jugendliche in zunehmendem Maße von chronischen Krankheiten und Gesundheitsbeeinträchtigungen mit einer deutlichen Verhaltenskomponente betroffen.

Die aktuellen Beobachtungen zur körperlichen Verfassung von Kindern und Jugendlichen sind alarmierend: Laut der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist jedes sechste bis siebte Kind übergewichtig und jedes 16. Kind im Grundschulalter adipös.³²

Die Situation der Kindergesundheit im Rhein-Kreis Neuss ist mit der bundesweiten vergleichbar. In den vergangenen fünf Jahren verzeichneten die Schuleingangsuntersuchungen im Rhein-Kreis Neuss einen Anteil von 12 % übergewichtiger und adipöser fünf- bis sechsjähriger Kinder eines Jahrgangs.³³

Besorgniserregend ist aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung des Rhein-Kreises Neuss, dass Kinder mit Migrationshintergrund deutlich häufiger als ihre deutschen Altersgenossen übergewichtig sind. Bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund beträgt die Übergewichts- und Adipositasrate 17 %. Auffällig sind hier vor allem die türkischen Jungen mit einer Rate von 31 %.

Zudem sind Übergewicht und Adipositas in Stadtteilen mit Merkmalen sozialer Benachteiligung stärker ausgeprägt.

Seit 2003 haben Koordinationsstörungen bei den Schulneulingen im Rhein-Kreis Neuss leicht zugenommen. Dabei weisen Jungen viel häufiger Bewegungsdefizite auf als Mädchen. Bei den Jungen sind 16 % betroffen, bei den Mädchen 7 %.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Bewegungsmangel, Übergewicht und Koordinationsstörungen. Übergewicht und mangelnde 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.

Angesichts dieser Problematik besteht ein hoher Handlungsbedarf zur Entwicklung von effizienten, systematischen und auf das Umfeld abgestimmten Präventionsmaßnahmen.

Die Abteilungen Kinder- und Jugendärztlicher Gesundheitsdienst und Gesundheitsförderung und -planung des Kreisgesundheitsamts Rhein-Kreis Neuss haben sich seit vielen Jahren auf den gesundheitsfördernden primärpräventiven Weg gemacht, indem sie in Kindertagesstätten und Schulen prämierte Projekte wie „Hüpfdötchen“, „prokita“ und die Netzwerkarbeit „fit-netz“ fest verankerten. Auf Grundlage dieser bestehenden und bereits erprobten Projekte und Strukturen entwickelten Experten das Gesundheitsprojekt *gewichtig!*, um der fortschreitenden gesundheitlichen Misere der Kinder entgegenzuwirken.

Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz förderte im Rahmen des bundesweiten Wettbewerbs „Besser essen, mehr bewegen“ das Projekt des Rhein-

³² KiGGS 2006

³³ Rhein-Kreis Neuss 2007

Kreises Neuss. *gewichtig!* wird unterstützt von mehreren Krankenkassen aus verschiedenen Kassenarten. Auch der Lions Club Neuss zählt zu den Förderern.

6.3.2 Projektbeschreibung

Die Projektmaßnahmen finden in Kindertagesstätten und Grundschulen statt. Erfahrungen haben gezeigt, dass die Kinder in dieser Phase gut zu motivieren sind. Zudem werden Kinder und Eltern aus allen sozialen Schichten erreicht. An dem Projekt nehmen bisher 16 Kindertagesstätten und zwei Grundschulen aus dem Rhein-Kreis Neuss teil. Dabei konzentrierte sich die Auswahl der Einrichtungen auf Stadtteile mit Merkmalen sozialer Benachteiligung und einem hohen Anteil an Familien mit Migrationshintergrund.



Beim Engagement gegen Übergewicht und Adipositas im Kindesalter wird nicht nur das Themenfeld gesunde Ernährung bearbeitet, sondern es werden im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes die Themen „Bewegung“ und „seelische Gesundheit“ mit einbezogen.

6.3.3 Ziele

Die am Projekt beteiligten Kinder sollen körperlich und seelisch für eine gesunde Zukunft gestärkt werden. Hierbei steht die Senkung der Inzidenzrate übergewichtiger/adipöser Kinder um 20 % in den Interventionskindertagesstätten und -schulen, innerhalb der drei Jahre ab 2006 im Vordergrund.

Zudem sollen Bewegungsgewohnheiten und Bewegungsfertigkeiten der Kinder, der Eltern, der Erzieher und der Lehrkräfte durch praxisnahe Schulungen und durch strukturelle Veränderungen der Bewegungsmöglichkeiten verbessert werden.

Im Teilgebiet Ernährung soll das Ernährungswissen der Beteiligten erweitert werden. Sie sollen die gelernten Inhalte einer gesunden Ernährungsweise und Esskultur in den Institutionen und in der Familie verankern.

Eltern sollen in ihrer Wahrnehmungs- und Erziehungskompetenz gestärkt werden, um die emotionalen Bedürfnisse ihrer Kinder besser zu befriedigen.

6.3.4 Projektmaßnahmen

Die drei Projektsäulen – Ernährung, Bewegung und seelische Gesundheit – tragen das Präventionsprojekt, bei dem neben den Erziehern und Lehrkräften das familiäre Umfeld als wichtigste Sozialisationsinstanz eine bedeutende Rolle spielt.



Die folgenden Maßnahmen werden durchgeführt:

- Erzieher und Lehrer aktualisieren in Teamschulungen ihr Wissen über Ernährung und Bewegung und erarbeiten, wie sie diese Themen in den Alltag der Kindertagesstätte bzw. in den Unterricht integrieren können.
- In den Einrichtungen werden in Zusammenarbeit von Ökotrophologen, Sportwissenschaftlern, Psychologen, Lehrern und Erziehern Elternkurse zu den Themenbereichen Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit durchgeführt. Dabei sichert die Multiplikatorenausbildung die Nachhaltigkeit der Aktionen in allen drei Bereichen über das Projektende hinaus.
- Es erfolgt eine institutionsbezogene Beratung im Hinblick auf ein ausgewogenes Verpflegungsangebot, in die das hauswirtschaftliche Personal der Einrichtungen sowie die Caterer einbezogen werden.
- Im Bereich der seelischen Gesundheit werden Kurse zur Verbesserung der Elternkompetenz angeboten sowie an den Grundschulen schulärztliche Gesundheitsstunden in den Unterricht integriert.

6.3.5 Innovationen und Strategien

Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt in Zusammenarbeit mit den Projektakteuren Deutsche Sporthochschule Köln, esg – Institut für Ernährung – aus Essen sowie dem Institut für Seelische Gesundheit und Prävention e. V. Düsseldorf und der medicoreha Welsink GmbH aus Neuss. Dadurch fließen wissenschaftliche Erkenntnisse in die praxiserfahrenen Strukturen des Projekts.

Ein Schwerpunkt der Projektarbeit ist die intensive Elternarbeit mit dem Ziel „Empowerment“. Das für die Elternarbeit günstige Setting Kindergarten spielt dabei eine wesentliche Rolle. Eltern und Bezugspersonen lassen sich in dieser Entwicklungsphase ihres Kindes gut aktiv einbinden. Die Maßnahmen finden in den Lebensbereichen der Eltern und Kinder statt. Das erleichtert es, neu gewonnene Erkenntnisse und Gewohnheiten in den Alltag zu integrieren. Ein weiterer Vorteil ist, dass die Arbeit im Setting einer Stigmatisierung Einzelner vorgebeugt.

Der intensive Einbezug der Eltern stärkt die Rolle der Eltern, die besonders im Kindergarten- und Grundschulalter für ihre „Sprösslinge“ eine aktive Vorbildfunktion besitzen. Im Hinblick auf die Partizipation werden die Inhalte der Maßnahmen mit den Eltern, Erziehern und Lehrkräften gemeinsam erarbeitet. Niedrigschwellige Angebote verstärken die Bereitschaft der Eltern an einer Kursteilnahme.

Der Multiplikatorenansatz ist ein weiterer Schwerpunkt. Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit des Gesamtprojekts werden Erzieher, Lehrkräfte und interessierte Mütter und Väter fortgebildet. Ziel ist, dass sie die Inhalte auch nach Projektende selbstständig weiterführen.

6.3.6 Evaluation

Die Projektevaluation wird vom Max Rubner-Institut – Institut für Ernährungsverhalten/Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel – in Karlsruhe durchgeführt. Das Institut führt jährlich in den Kindertagesstätten und Schulen motorische Tests durch. Es erhebt den BMI der am Projekt beteiligten Kinder und ermittelt durch Fragebögen die Ernährungsgewohnheiten in den Familien. Das Institut wird erste Ergebnisse in Bezug auf die Effektivität der Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht Ende 2010 veröffentlichen.

Grundlage für die interne Projektsteuerung und Qualitätssicherung bildet das aktive Einholen von Feedback. Formalisiert geschieht das durch Fragebogenerhebungen. Sie beziehen sich auf das Ernährungswissen der Erzieher und Lehrkräfte und die Ernährungssituation und die Bewegungsangebote in den Einrichtungen. Darauf aufbauende Qualitätsgespräche sind ein wesentliches Element der internen Projektsteuerung.

6.3.7 Zwischenbilanz

Das Präventionsprojekt erreichte bis 2008 etwa 1.900 Kinder zwischen drei und zehn Jahren. Insgesamt beteiligten sich etwa 300 Fachkräfte aus den Projekteinrichtungen aktiv an dem Projekt und seinen Schulungen. Etwa 800 Mütter und Väter – zumeist aus bildungsfernen Gruppen – ließen sich zu einer Teilnahme an den Bewegungsangeboten, Ernährungskursen und Elternkompetenztrainings motivieren.

Die Erzieherbefragung zeigt, dass sich die Bewegungsmöglichkeiten der Kinder quantitativ und qualitativ verbesserten. Beispielsweise ist nun der Bewegungsraum für die Kinder häufiger zugänglich, und der Innenbereich wird häufiger zur Bewegungsförderung genutzt. Anfangs hatten 64 % der Kitas im Innenbereich eine „Bewegungsbaustelle“. Das ließ sich auf 80 % steigern. Im Außenbereich waren es eingangs 60 %, danach 74 %.

80 % der Erzieherinnen setzen inzwischen in der Arbeit mit den Kindern die Ernährungspyramide ein. Das ist eine deutliche Steigerung im Vergleich zu der Situation am Projektbeginn.

Zudem hat sich die Zusammensetzung des Mittagessens in allen Bereichen optimiert: Es wird weniger Fleisch, dafür aber mehr Obst/Gemüse und Rohkost angeboten.

Sehr erfreulich ist die hohe Akzeptanz des Trainings *Leichter Fühlen*, das sich der seelischen Gesundheit widmet. Speziell qualifizierte Erzieherinnen trainieren mit den Eltern. Fast alle Eltern berichten, dass sie von dem Gruppenprogramm profitieren und dass sie dieses Training weiterempfehlen würden. Die Fragebögen lassen erkennen, dass durch *Leichter Fühlen* positive Effekte sowohl bei den Kindern als auch bei den Eltern erzielt wurden. Die Skalenwerte zur elterlichen Angst und Depressivität sowie zum Erleben eigener Emotionen änderten sich in die gewünschte Richtung.

Ebenfalls gab es zu den schulärztlichen Gesundheitsstunden positive Rückmeldungen. Das Selbstbewusstsein, das Selbstwertgefühl und die Emotionalität der Grundschüler stabilisierten sich.

6.3.8 Ausblick

Weitere 20 bis 30 Einrichtungen sollen in den Jahren 2009 bis 2012 an erfolgreichen *gewichtig!*-Maßnahmen teilnehmen.

Des Weiteren werden erfolgreiche Module aus dem Adipositas-Präventionsprojekt *gewichtig!* in übergeordnete Gesamtstrategien des Rhein-Kreises Neuss eingeordnet, um eine Verstetigung zu erreichen. Die Abteilung Gesundheitsplanung/Gesundheitsförderung und der Kinder- und Jugendärztliche Gesundheitsdienst des Rhein-Kreises Neuss hat diese Gesamtstrategie als Programm *rundum gesund* zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit entwickelt. *rundum gesund* bündelt die bestehenden wirksamen kommunalen Projekte und Netzwerke.

6.4 Wirksamkeit der Gesundheitsförderung

Für Gesundheitsförderungs-Projekte werden Ziele aufgestellt. Zu prüfen, ob diese Ziele erreicht werden, ist eine naheliegende Forderung.

Der „Leitfaden Prävention“ regt an, die Maßnahmen sollten eine „Evaluation“ einschließen. Damit ist die „Bewertung der Durchführung und Ermittlung der Wirksamkeit der Interventionen“ angesprochen.³⁴ Die Durchführenden der Gesundheitsförderung sind aufgefordert, entsprechende Dokumentationen vorzulegen.

Für die Bewertung der Wirksamkeit von Interventionen – also für deren Evaluation – haben die Spitzenverbände der Krankenkassen ein System gemeinsamer und einheitlicher Instrumente und Verfahren erarbeiten lassen und empfehlen dieses zur Anwendung.³⁵ Es dient dazu, die mit den Maßnahmen erzielten Gesundheits- und Verhaltenseffekte abzubilden. Dabei ist es auf eine möglichst einfache Handhabung im Routineeinsatz der Krankenkassen angelegt. Dies führte zu der Entscheidung, die Präventionsmaßnahmen im Vorher-Nachher-Vergleich und nicht mithilfe eines Kontrollgruppendesigns zu evaluieren.³⁶ Die Teilnehmer an Maßnahmen im Setting Schule, im individuellen Ansatz und in der BGF können vor der Intervention, direkt danach und sechs Monate später befragt werden. Erhoben werden dann Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Diese Art der Evaluation dient dazu, die Wirksamkeit der Intervention abzuschätzen und Probleme bei der Durchführung zu identifizieren. Die Evaluation begleitet die Intervention. Ihr Ansatz steht dem der Qualitätssicherung nahe.

Darüber hinaus sind die Beteiligten – wie es der „Antragsbogen für externe Anbieter“ des GKV-Spitzenverbands festlegt, bereits in der Planungsphase der Intervention aufgefordert, Forschungsergebnisse anzugeben, „die die Wirksamkeit der geplanten Maßnahmen belegen.“ Präventionsmaßnahmen, deren prinzipielle Wirksamkeit nicht wissenschaftlich nachgewiesen ist, dürfen die Krankenkassen nicht fördern.

Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Krankenkassen komplexe und schwierig evaluierbare Interventionen selbst bei noch fehlendem Wirksamkeitsnachweis fördern können, wenn

- für analoge Interventionen ein Wirksamkeitsnachweis vorliegt,
- die Wirksamkeit plausibel erscheint und
- eine professionelle Qualitätssicherung der Intervention gewährleistet ist.³⁷

Hinsichtlich des individuellen Präventionsansatzes ist es eine grundsätzliche Voraussetzung, dass sich die Wirksamkeit der Intervention in Expertisen, Studien oder Metaanalysen erwiesen hat (Evidenzbasierung). Erste, in diesem Sinne als gesichert anzusehenden Präventionsprinzipien sind im „Leitfaden Prävention“ dargestellt. Zur Förderung von innovativen Ansätzen sind darüber hinaus Modelle zur Erprobung der Wirksamkeit weiterer Präventionsprinzipien möglich, in denen über eine begleitende Dokumentation und Evaluation die Wirkung des jeweiligen Prinzips überprüft wird.

Im Folgenden soll beschrieben werden, welche Anforderungen an die Messung der Wirksamkeit „neuer“ Präventionsmaßnahmen zu stellen sind.

Bei vielen Screening- und Diagnostikmaßnahmen und Maßnahmen der therapeutischen Medizin erfolgt die Wirksamkeitsmessung mittlerweile gemäß des Paradigmas der evidenzbasierten

³⁴ AG Spitzenverbände 2008, S. 20

³⁵ <http://www.gkv.info/gkv/index.php?id=670>. Dort finden sich auch Instrumente zur Wirksamkeitsmessung beim individuellen Präventionsansatz.

³⁶ Stuppardt und Wanek 2009

³⁷ Sachverständigenrat 2005

Medizin. Evidenz sind systematisch gewonnene, nachvollziehbare Wirksamkeitsbelege. Dabei werden Studien herangezogen, die hohen methodischen Ansprüchen genügen, um die Wirksamkeit einer Maßnahme zu beweisen.

Im Bereich der Gesundheitsförderung stellt sich die Frage, ob das, was sich im medizinischen Bereich als gute Lösung erwiesen hat, entsprechend anwenden lässt. Die Diskussion darüber ist polarisiert.³⁸ Auf der einen Seite stehen diejenigen, die der Ansicht sind, settingorientierte Gesundheitsförderung sei zu komplex und vielschichtig, als dass eine Ergebnisevaluation überhaupt möglich sei. Zumal seien die Interventionen selten standardisierbar. Auf der anderen Seite stehen Autoren, die dafür plädieren zu prüfen, ob sich der Ansatz der evidenzbasierten Medizin doch übertragen lässt.³⁹ Mittlerweile gibt es erste Versuche, gemeindebezogene Programme in unterschiedlichen Dimensionen mit einem komplexen Instrumentarium zu evaluieren. Eine Besonderheit ist dabei die sogenannte „partizipative Evaluation“, bei der die Menschen im Setting eingebunden sind. Dies kann allerdings stärker als Beitrag zur Qualitätsentwicklung denn als Evaluationskonzept gelten.

Die Wirksamkeitsprüfung bzw. Nutzenprüfung der präventiven oder therapeutischen Intervention will eine kausale Aussage ermöglichen, das heißt den Beweis führen, dass ein bestimmtes Ergebnis durch eine bestimmte Intervention bedingt ist. Zeitversetzt ist dies nur möglich, wenn sich die Ausgangslage nicht verändert hat. Zu bevorzugen ist daher ein Vergleich von zwei zeitgleich beobachteten Personengruppen mit und ohne die Intervention. Für einen fairen Vergleich sind gleiche Ausgangsbedingungen zu garantieren: Die beiden Personengruppen sollen sich – abgesehen von der infrage stehenden Intervention – nicht unterscheiden.⁴⁰

Als Leitlinie für die Wirksamkeitsforschung in der Gesundheitsförderung gilt momentan die Empfehlung des Medical Research Council.⁴¹

Meyer⁴² beschreibt, wie die Methoden der randomisierten kontrollierten Studie (Zufallszuteilung der Teilnehmer zur Test- und Kontrollgruppe) auch in der Prävention nutzbringend angewandt werden können. So wurde eine „Cluster-randomisierte Studie“ durchgeführt, indem Alten- und Pflegeheime angesprochen und Teilnehmer nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden. Untersucht wurde, ob ein Fragebogen zur Bestimmung des Sturzrisikos der Heimbewohner ein sinnvolles Instrument ist. Die sorgfältige Vorgehensweise bei dieser Studie und die Hinweise zur Methodik lassen sich gut auf andere Fragestellungen in der kommunalen Gesundheitsförderung anwenden.

Im internationalen Rahmen gibt es mittlerweile eine stattliche Anzahl von Homepages, die Ergebnisse zur Wirksamkeitsforschung in der Prävention mittels kontrollierter Studiendesigns vorstellen. Von besonderem Nutzen ist die Seite der US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention.⁴³ Dort finden sich beispielsweise unter der Überschrift „Förderung der Bewegung“ systematische Übersichtsarbeiten zu a) Kampagnen, b) Verhaltensansätzen und c) Verhältnis- und Politikansätzen. Unter den Verhaltensansätzen werden sechs unterschiedliche Methoden jeweils im Hinblick darauf beurteilt, ob sie empfehlenswert sind – das sind drei Methoden –, oder ob unzureichende Evidenz vorliegt – das gilt ebenfalls für drei Methoden. Bei dem Unterpunkt „Schulbasierte Bewegungsprogramme“ findet sich eine Auswertung von 14 hochwertigen Studien mit Verweisen zu sieben Interventionsprogrammen, die jeweils inklusive ihrer erfolgreichen Evaluationsergebnisse beschrieben werden.

Schmacke⁴⁴ gibt Hinweise auf weitere Homepages, die einen guten Überblick über vorhandene Studien mit methodisch hochwertigen Designs bieten. Damit können sich diejenigen, die ein Präventionsprojekt planen, fundiert über das vorhandene Wissen zur Wirksamkeit von Interventionen informieren.

³⁸ Kolip und Müller 2009

³⁹ z. B. Loss et al. 2007

⁴⁰ Windeler et al. 2008

⁴¹ Craig et al. 2008

⁴² Meyer 2009

⁴³ <http://www.thecommunityguide.org/index.html>

⁴⁴ Schmacke 2009

6.5 Aktivitäten im Setting-Ansatz

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

Tabelle 10: Rücklauf Dokumentationsbögen Setting-Ansatz

Rücklauf Dokumentationsbögen	
Berichtsjahr	Anzahl Dokumentationsbögen (gemeldete Fälle)
2008	1.201
2007	1.165
2006	1.083
2005	859
2004	622
2003	638
2002	454
2001	143

Im Vergleich zu 2007 lag der Zuwachs an rückgemeldeten Dokumentationsbögen bei 3 %.

Die bundesweiten Ausgaben der Krankenkassen für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz entwickelten sich in die gleiche Richtung. 2008 wurde in diesem Bereich 7 % mehr investiert als 2007 (2007: 17,6 Mio. Euro, 2008: 18,6 Mio. Euro). Je Versicherten investierten die Krankenkassen damit 26 Cent (2007: 25 Cent).

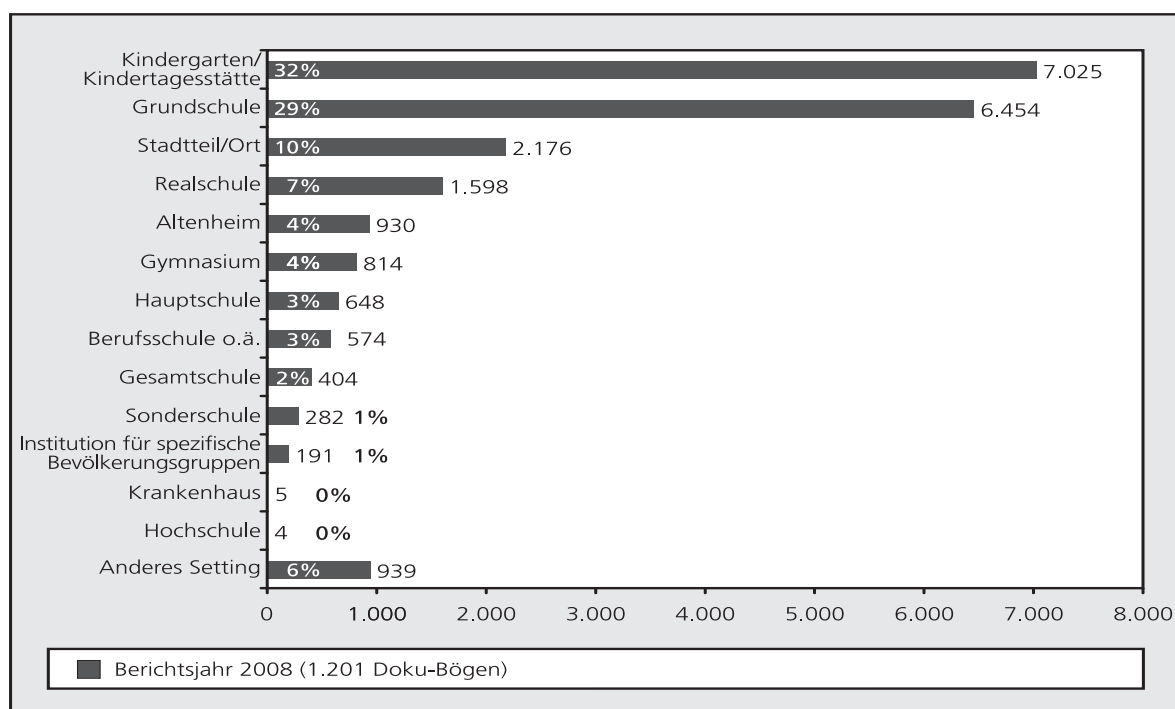
6.5.1 Allgemeine Daten

Settings – Anzahl der Einrichtungen

Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz wurden 2008 in insgesamt 22.046 Einrichtungen durchgeführt. Das sind im Mittel 18 Einrichtungen je Dokumentationsbogen.

Wie bereits im Berichtsjahr 2007 wurde auch die Anzahl der Einrichtungen in den Settings erhoben (vgl. Tabellenband).

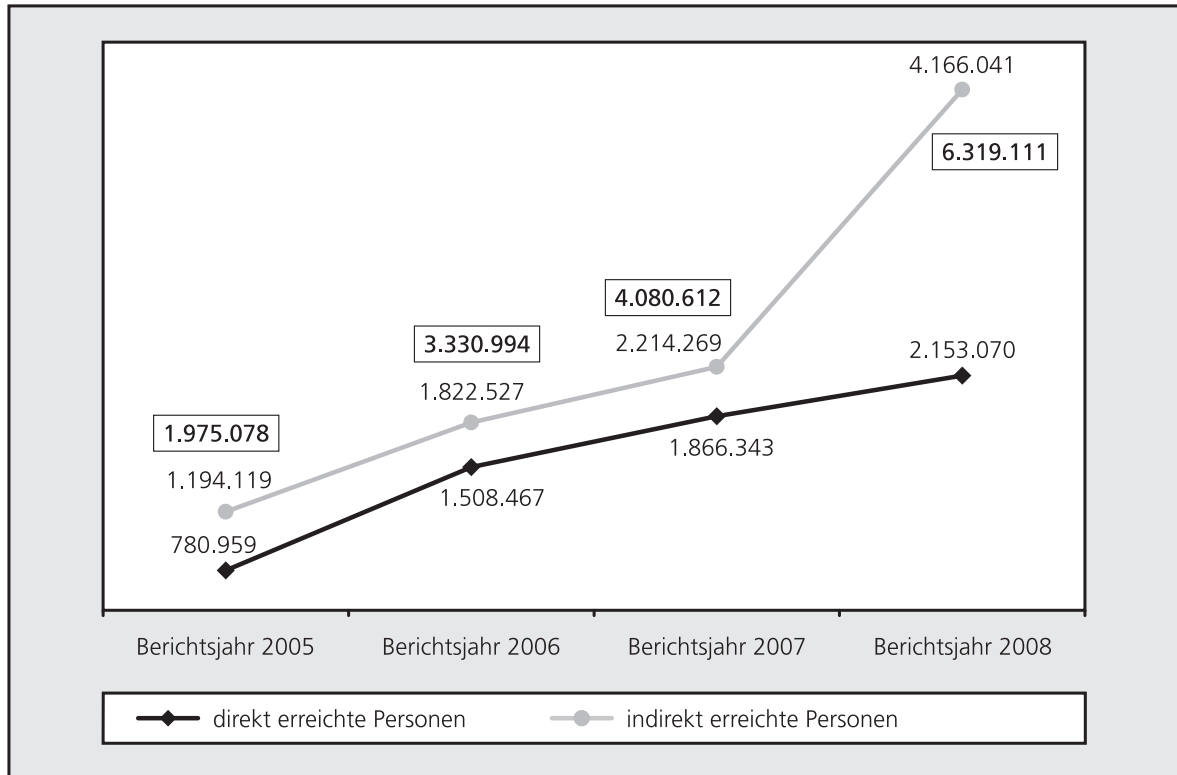
Abb. 2: Anzahl der Einrichtungen in den jeweiligen Settings



Erreichte Personen

Ausgewiesen ist die Schätzsumme der über Settingaktivitäten erreichten Personen differenziert nach den direkt und den indirekt erreichten Personen. Indirekt können Menschen beispielsweise über das Weitertragen von Informationen oder über Aktivitäten und Veränderungen erreicht werden, die von Gesundheitszirkeln initiiert wurden.

Abb. 3: Schätzsumme erreichter Personen. Im Kasten: Gesamtsumme



Wie Abbildung 3 veranschaulicht, scheint die Summe der indirekt erreichten Personen für das Jahr 2008 als eher hoch geschätzt worden zu sein. Es liegt die Vermutung nahe, dass hier vor allem breitenwirksame Medien, wie z. B. das Internet eine wesentliche Rolle spielten. Zum Zweck der Prüfung dieser Annahme wurden die erreichten Personen nach der Art des eingesetzten Mediums differenziert. Errechnet wurde die Anzahl der Personen, die sich ausschließlich über breitenwirksame Medien erreichen ließen. In gleicher Weise wurde die Anzahl der Personen errechnet, die ausschließlich über wenig breitenwirksame Medien erreicht wurden.

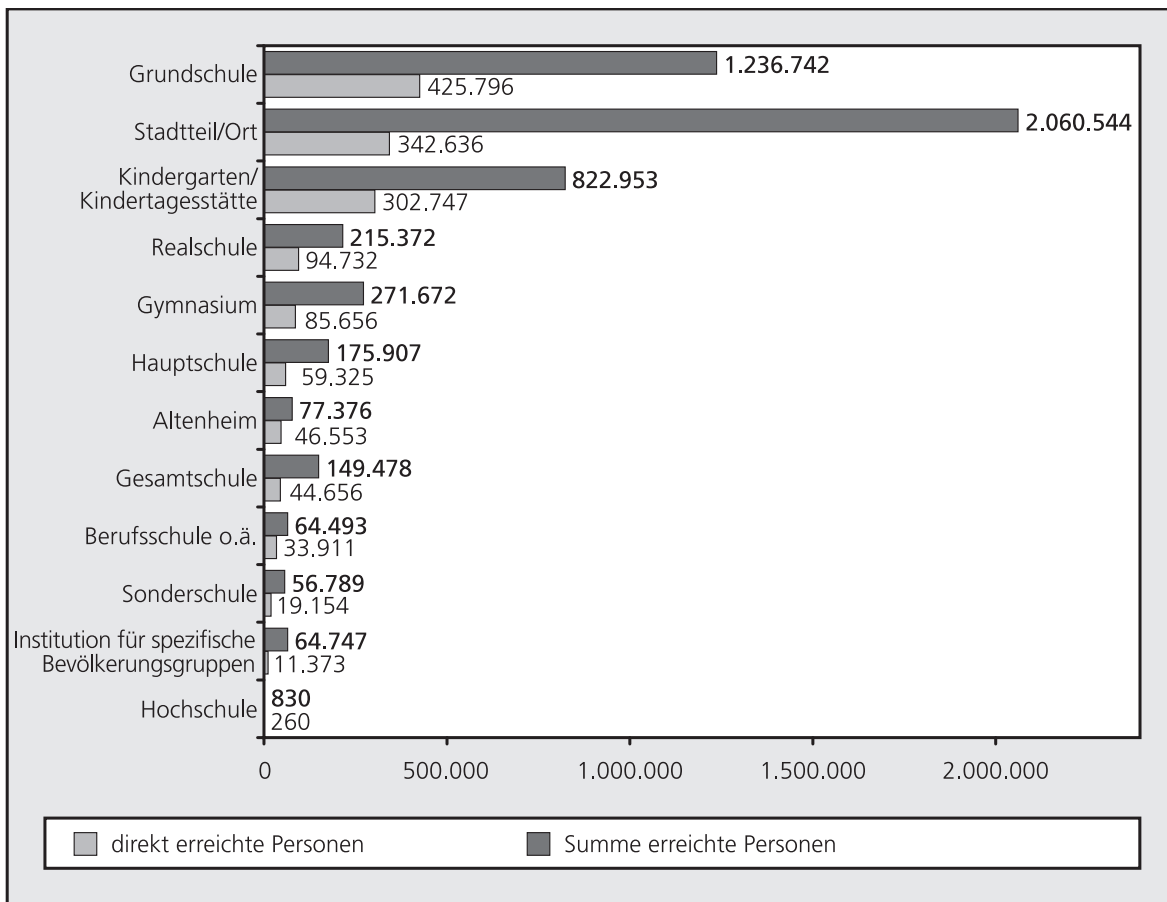
Den breitenwirksamen Medien wurden Video, Foto, Overhead, Beamer, Faltblätter/Broschüren, Ausstellungen/Plakate sowie das Internet zugeordnet. Übungsmanuale/Arbeitsunterlagen sowie Anschauungsmaterial/Modelle wurden als wenig breitenwirksame Medien eingeschätzt.

Es ließen sich etwa 200.000 Personen über wenig breitenwirksame Medien erreichen und 540.000 über breitenwirksame Maßnahmen wie Internet oder Faltblätter und Broschüren. 48 Projekte berichteten allein über nicht breitenwirksame Maßnahmen; sehr viel mehr Projekte – 123 – bezogen sich allein auf breitenwirksame Maßnahmen.⁴⁵ Die höhere Zahl an breitenwirksamen Projekten mag ein Grund für die hohe Schätzzahl an indirekt erreichten Personen sein.

⁴⁵ Die Mehrzahl der Projekte verwendete beide Arten des Medieneinsatzes

Die nachstehende Tabelle gibt an, wie viele Personen in den jeweiligen Settings erreicht wurden.

Abb. 4: Erreichte Personen in den jeweiligen Settings



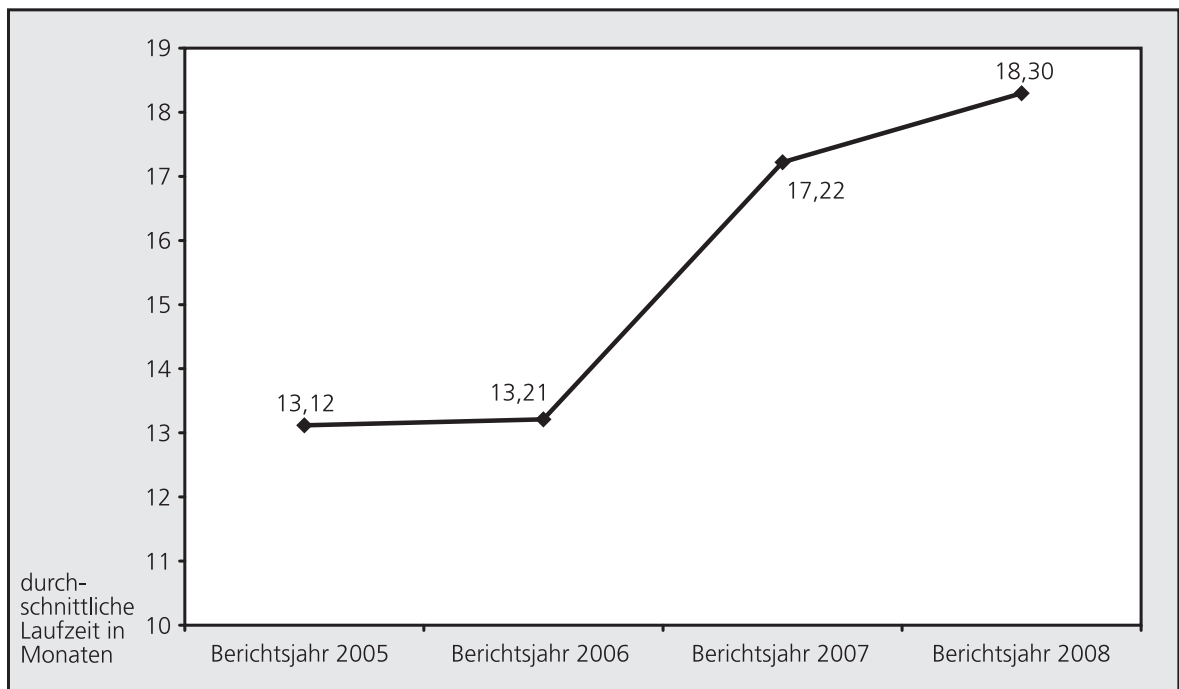
Die Summe der in Kindergärten, Kindertagesstätten und Grundschulen direkt erreichten Personen entsprach einem Anteil von 34 % (728.543 Menschen) der Gesamtschätzsumme der direkt erreichten Personen. Das heißt, über den Setting-Ansatz ließen sich besonders gut junge Menschen aus allen sozialen Schichten erreichen.

Laufzeit der Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Bei 85 % aller für das Berichtsjahr 2008 gemeldeten Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz lagen Angaben zur Laufzeit 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.

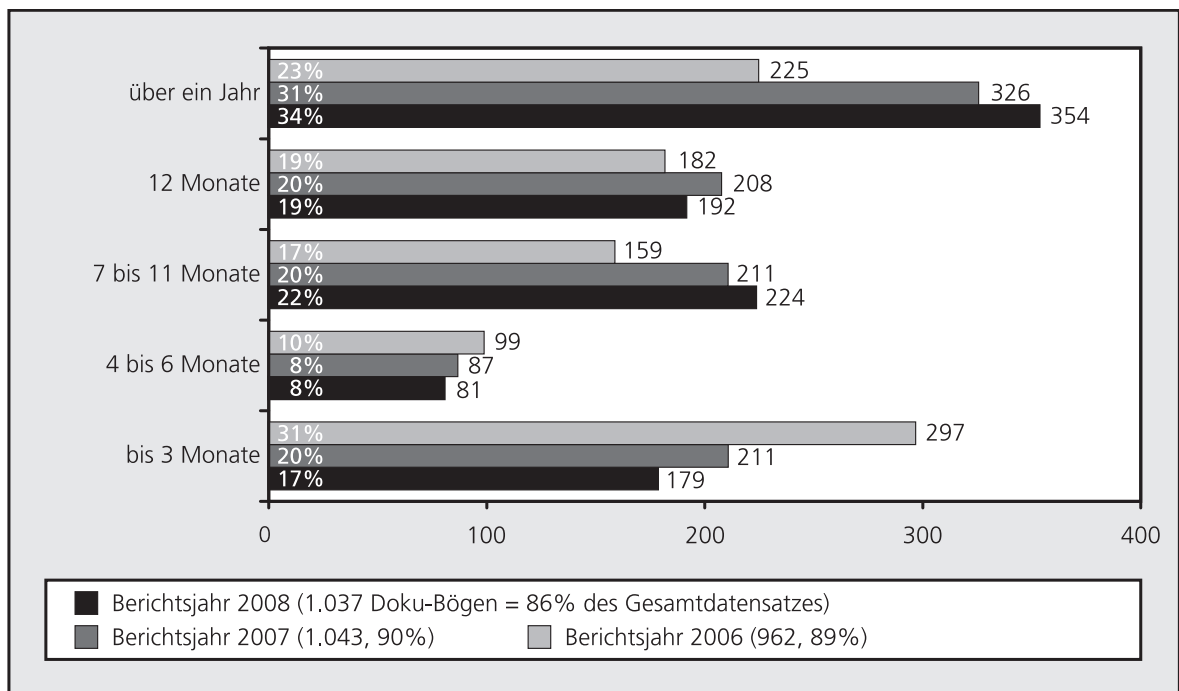
Wie den nachfolgenden Abbildungen zu entnehmen ist, waren die Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz im Berichtsjahr 2008 langfristiger angelegt als in den Jahren zuvor.

Abb. 5: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten



Die Zahl der Projekte mit einer Laufzeit von über einem Jahr ist 2008 im Vergleich zu den Vorjahreserhebungen gestiegen.

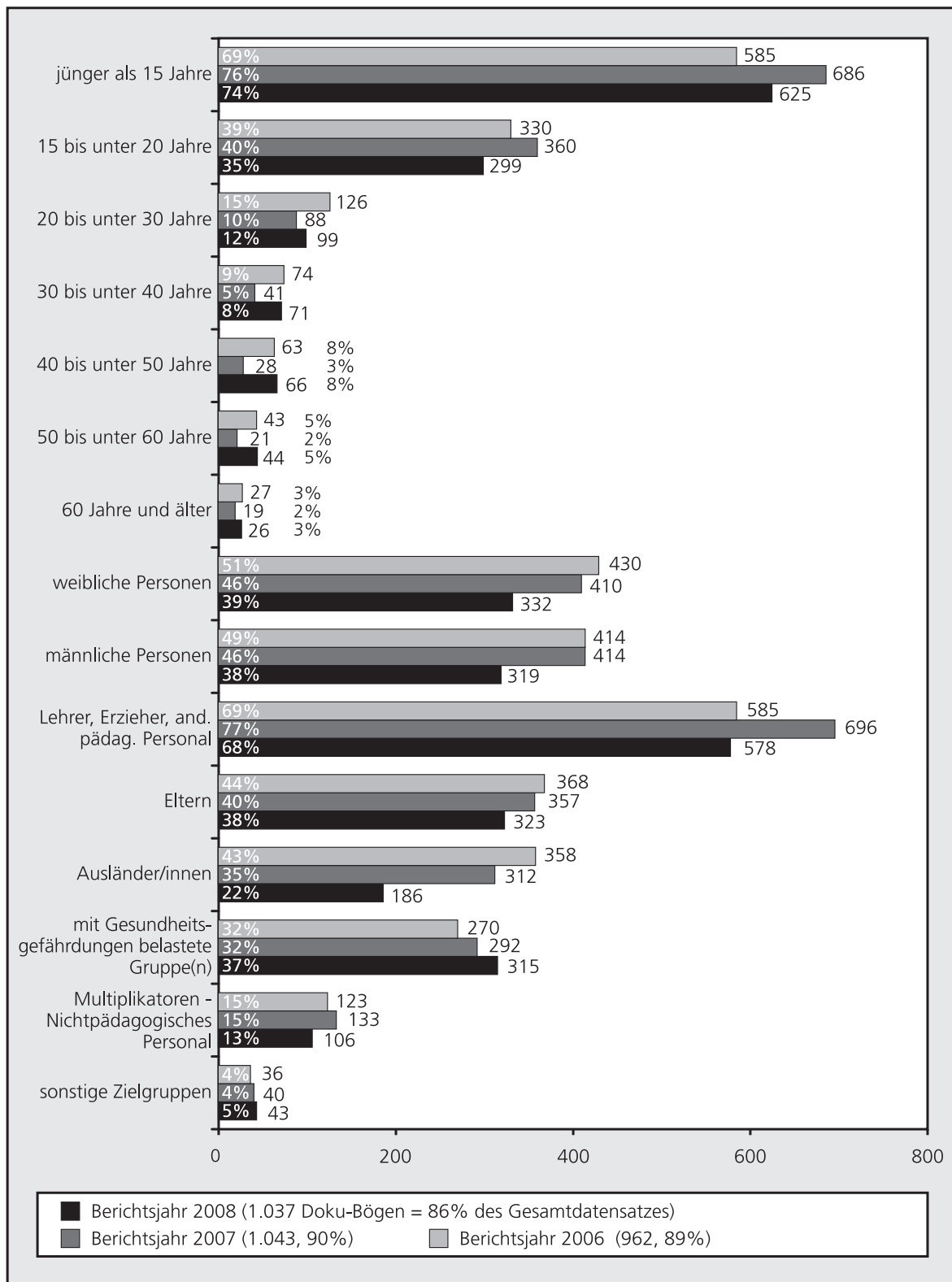
Abb. 6: Laufzeit in Monaten



6.5.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

In 71 % aller Fälle (Dokumentationsbögen) waren die Aktivitäten auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet. Im Mittel wurden dabei je gemeldetem Fall vier Zielgruppen gleichzeitig benannt.

Abb. 7: Schwerpunktmäßige Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)



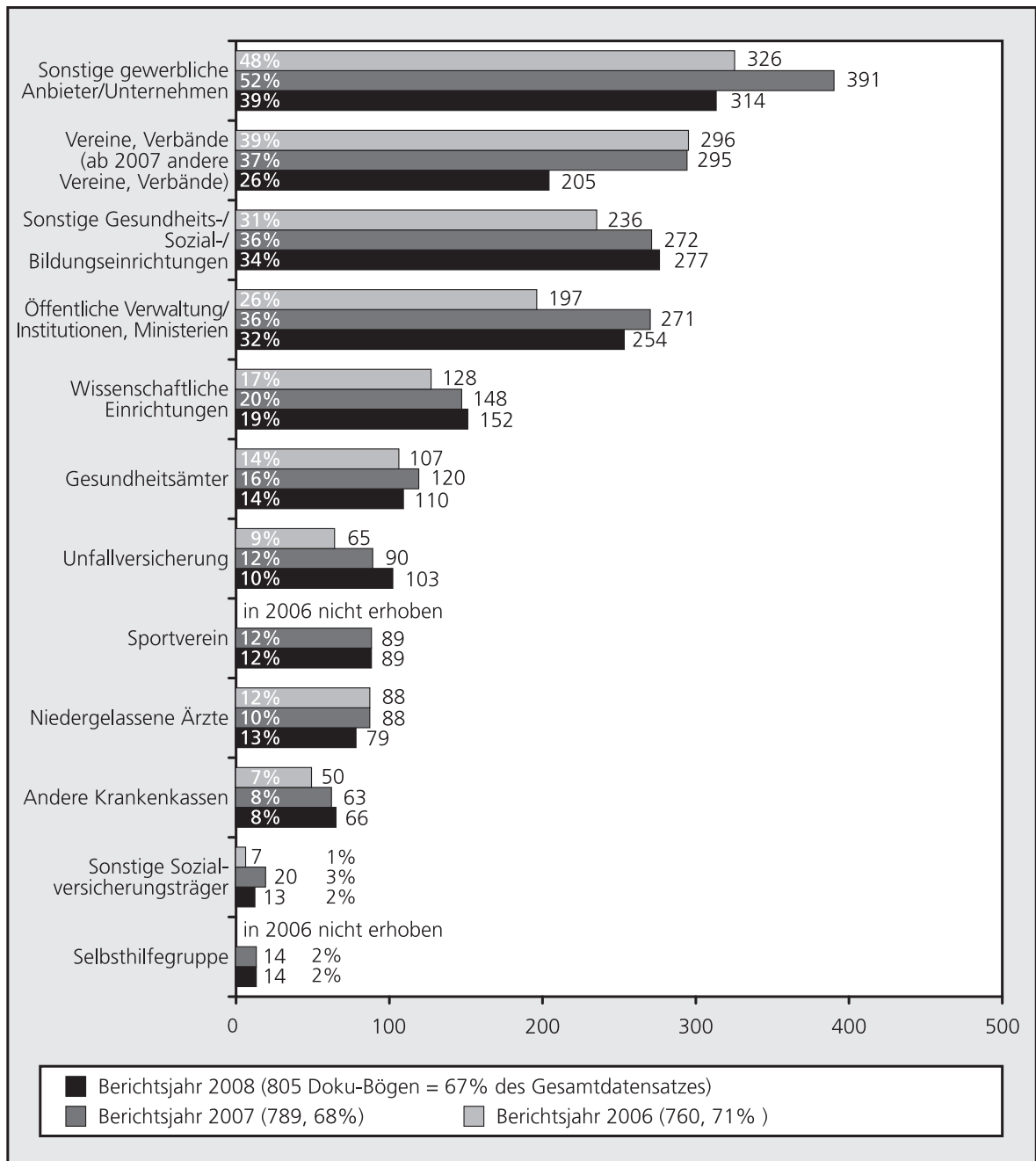
Eine geschlechtsspezifische Zielgruppenausrichtung ließ sich nicht ableiten, da in der Regel weibliche und männliche Personen gleichzeitig benannt wurden (96 %).

6.5.3 Kooperationspartner

Kooperationen meldeten die Krankenkassen in 67 % aller Dokumentationsbögen (2007: 68 %, 2006: 71 %). Im Mittel waren zwei weitere Partner beteiligt.

Da Prävention eine Aufgabe darstellt, bei der möglichst viele gesellschaftsrelevante Institutionen eingebunden werden sollten, ist von Interesse, welche und wie viele weitere Kooperationspartner an den gemeldeten Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz beteiligt waren. Die Ergebnisse dieser Abfrage sind der Abbildung 8 zu entnehmen.

Abb. 8: Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)

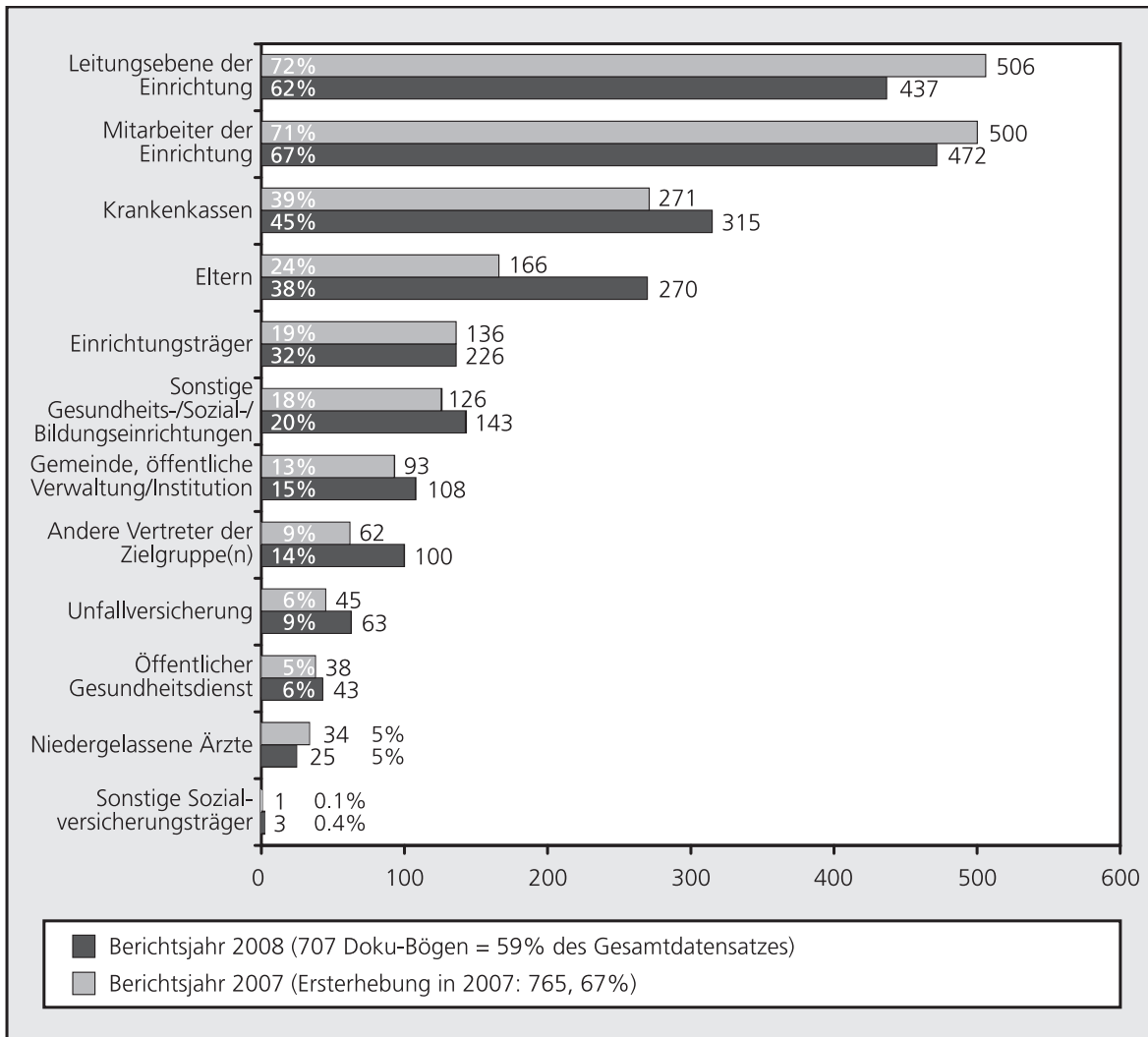


6.5.4 Koordination und Steuerung

In 59 % aller Fälle (Dokumentationsbögen) wurden im Berichtsjahr 2008 Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen etabliert. Im Vorjahr traf das auf 67 % zu. Die etwas geringere Quote an Steuerungsstrukturen lässt sich dadurch erklären, dass deutlich mehr Settings erreicht und dabei mehr breitenwirksame Medien eingesetzt wurden, was auch ohne Steuerungsstruktur vor Ort möglich ist.

Wie erstmals im Jahr 2007 wurde auch im Jahr 2008 erhoben, welche Institutionen und Vertreter an einem Steuerungskreis beteiligt waren. Die Ergebnisse sind in Abbildung 9 dargestellt. Durchschnittlich waren an einem Steuerungsgremium Vertreter aus vier Bereichen beteiligt.

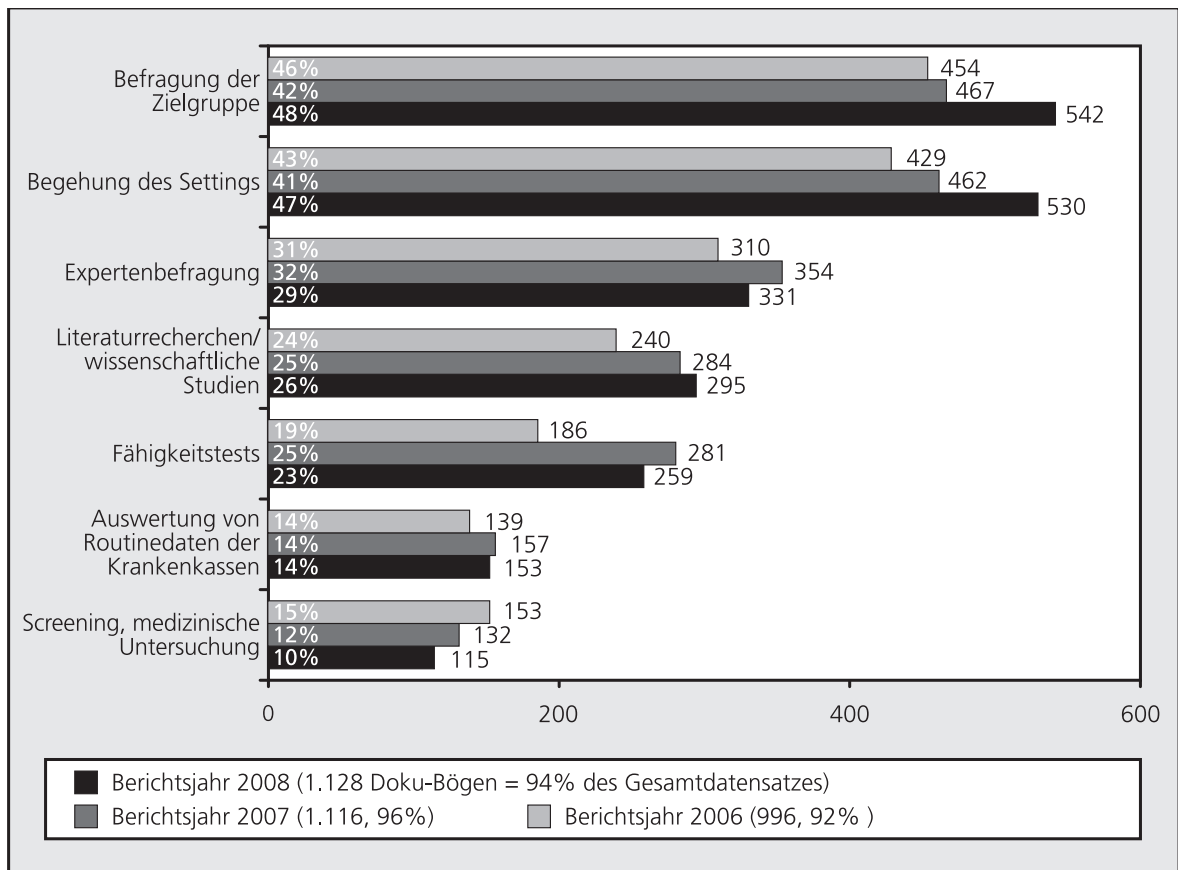
Abb. 9: Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium (Mehrfachnennungen möglich)



6.5.5 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 2008 lagen bei 94 % aller Fälle Angaben zur Bedarfsermittlung vor (2007: 96 %, 2005: 92 %). Im Mittel wurden dabei – wie in den Berichtsjahren zuvor – je Fall zwei Methoden der Bedarfsanalyse gleichzeitig eingesetzt.

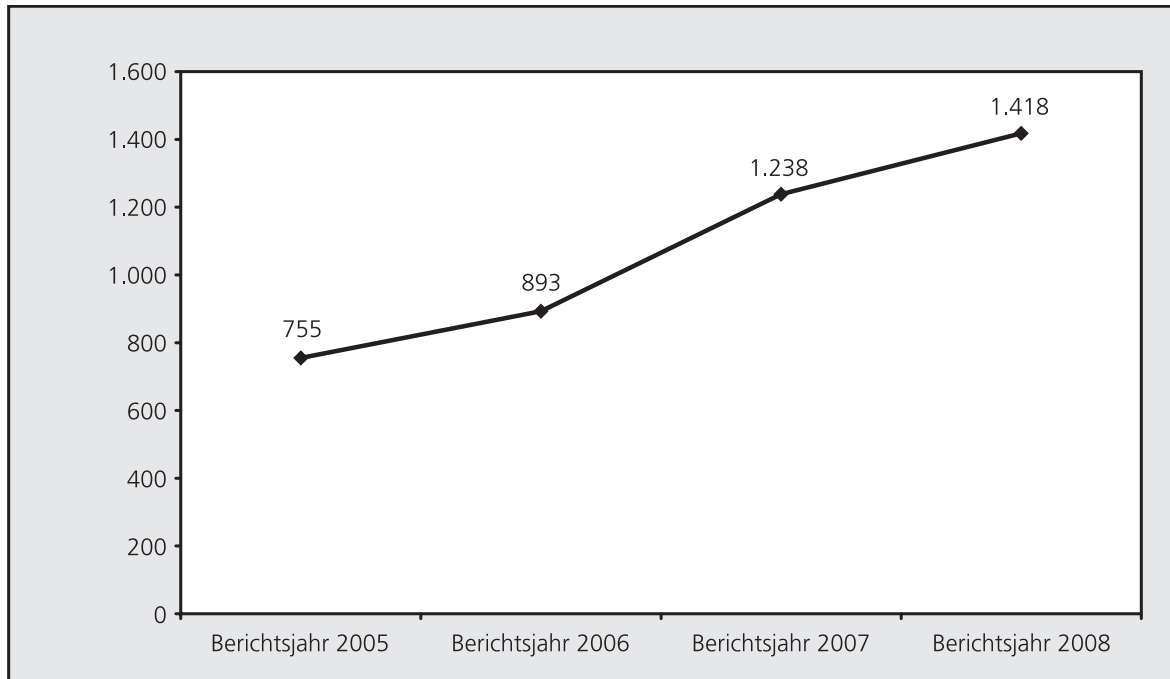
Abb. 10: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



6.5.6 Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstatt

Wie Abbildung 11 zeigt, hat auch im Jahr 2008 die Anzahl von Gesundheitszirkeln zugenommen. Im Vergleich zu 2007 ist jedoch der Anteil der Projekte mit Gesundheitszirkeln an allen Projekten, zurückgegangen (2008: 20 %; 2007: 29 %).

Abb. 11: Durchgeführte Gesundheitszirkel

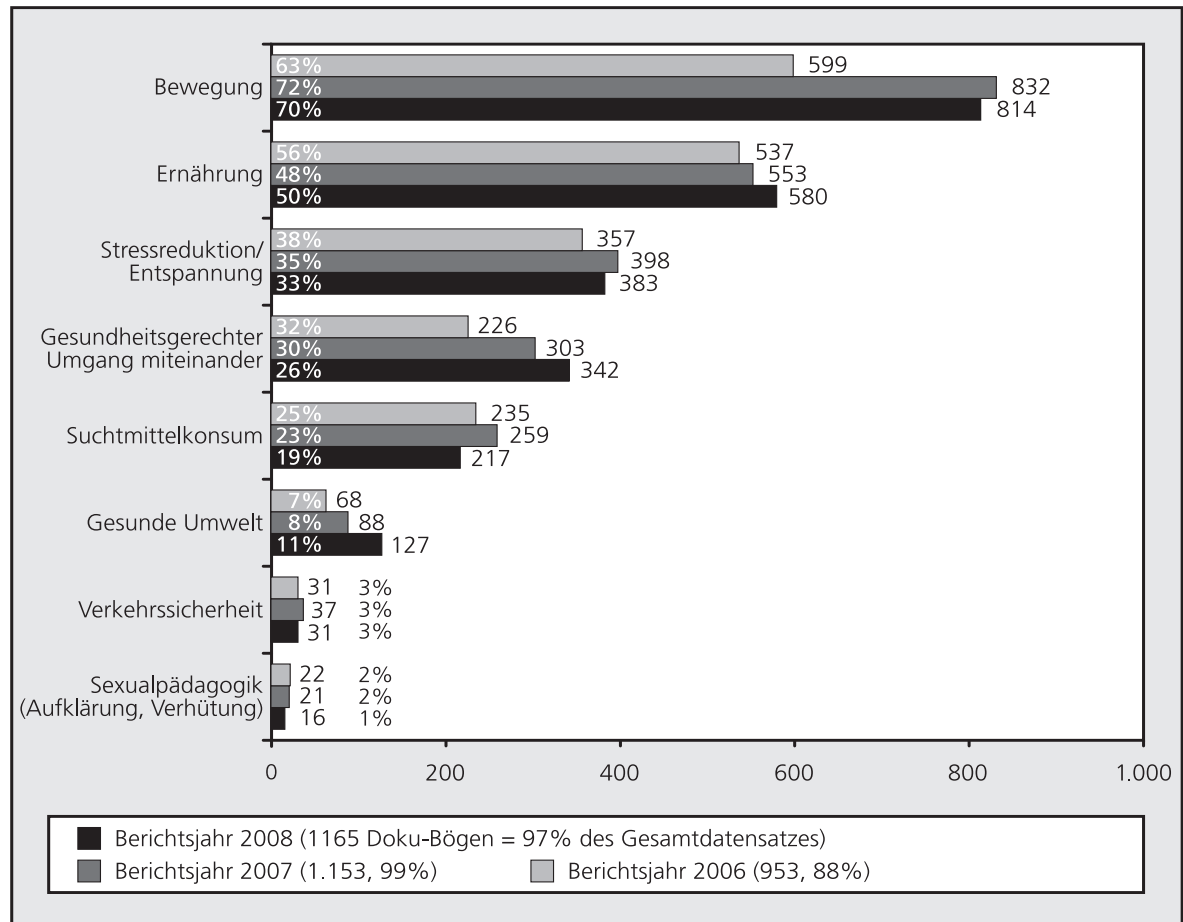


6.5.7 Intervention

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Zur inhaltlichen Ausrichtung der Aktivitäten lagen für das Berichtsjahr 2008 in 97 % aller Fälle Angaben vor (2007: 99 %, 2006: 88 %). Im Durchschnitt wurden je Fall zwei Inhalte miteinander verknüpft thematisiert – dies entspricht den Ergebnissen aus den vorhergehenden Berichtsjahren.

Abb. 12: Inhalte (Mehrfachnennungen möglich)



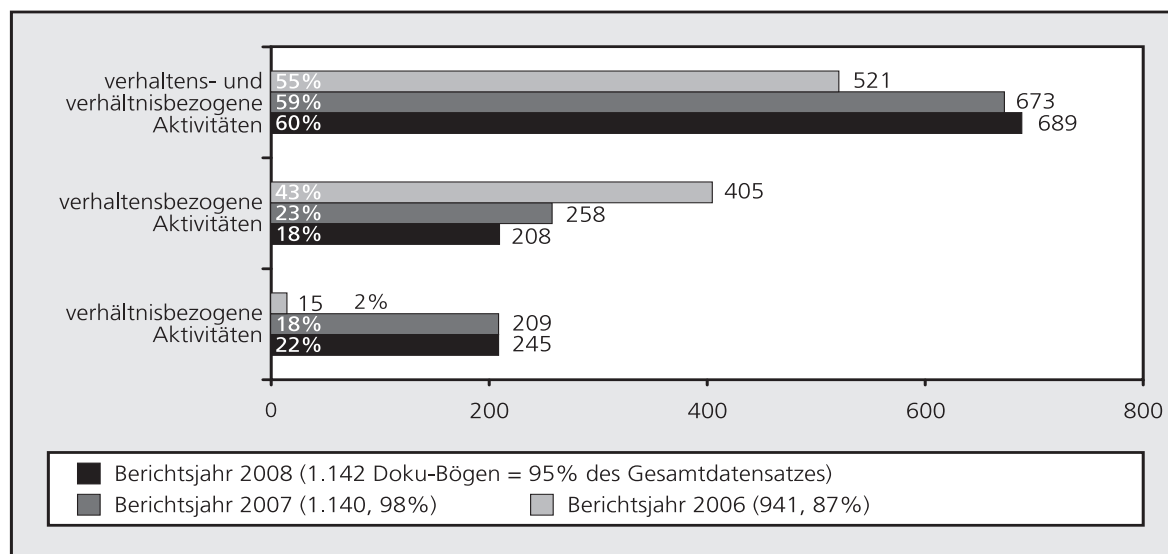
Bei den Projekten zu Bewegungsgewohnheiten wurden häufig weitere Lebensumstände wie die Ernährung (44 %) oder der Umgang mit Stress (35 %) angesprochen.

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.

2008 setzte sich die positive Entwicklung der vergangenen Berichtsjahre fort: Auch für 2008 kann eine Zunahme an gleichzeitig verhaltens- und verhältnisbezogenen sowie der ausschließlich verhältnisbezogenen Maßnahmen konstatiert werden.

Abb. 13: Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Maßnahmen

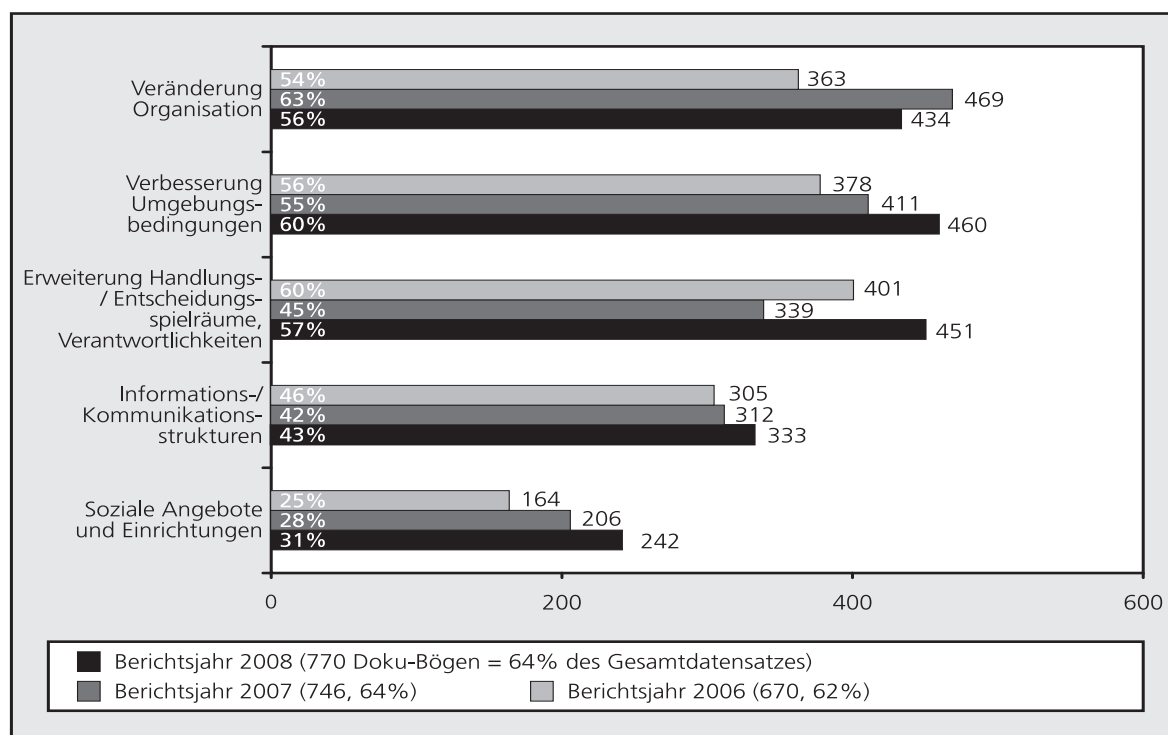


Art der verhältnisbezogenen Umgestaltung

In der nachfolgenden Abbildung sind die Häufigkeiten der einzelnen Maßnahmen verhältnisbezogener Umgestaltungen dargestellt. Sofern verhältnisbezogene Maßnahmen auf der Agenda standen, was bei 64% der Dokumentationsbögen der Fall war, nahmen die Akteure Veränderungen in durchschnittlich drei Bereichen gleichzeitig vor.

Im Vergleich zum Vorjahr nahmen die Maßnahmen zur Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen zu. Das gleiche galt für die Maßnahmen zur Verbesserung der Umgebungsbedingungen.

Abb. 14: Art der Umgestaltung (Mehrfachnennungen möglich)



6.5.8 Erfolgskontrollen

Erfolgskontrollen stellen ein wichtiges Instrumentarium zur Überprüfung der Qualität spezifischer Maßnahmen dar. Wie im Vorjahr wurden auch 2008 in 80 % aller gemeldeten Maßnahmen, Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren gegen Ende des Berichtsjahres noch vorgesehen (2007: 80 %; 2006: 74 %).

Abb. 15: Die Durchführung einer Erfolgskontrolle ist...

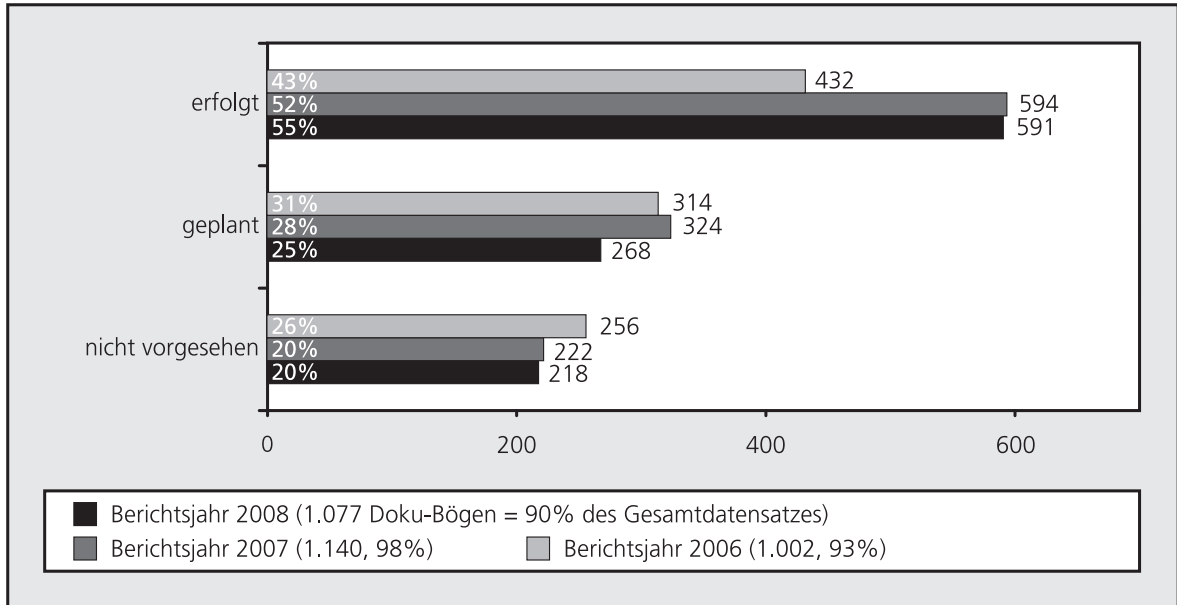
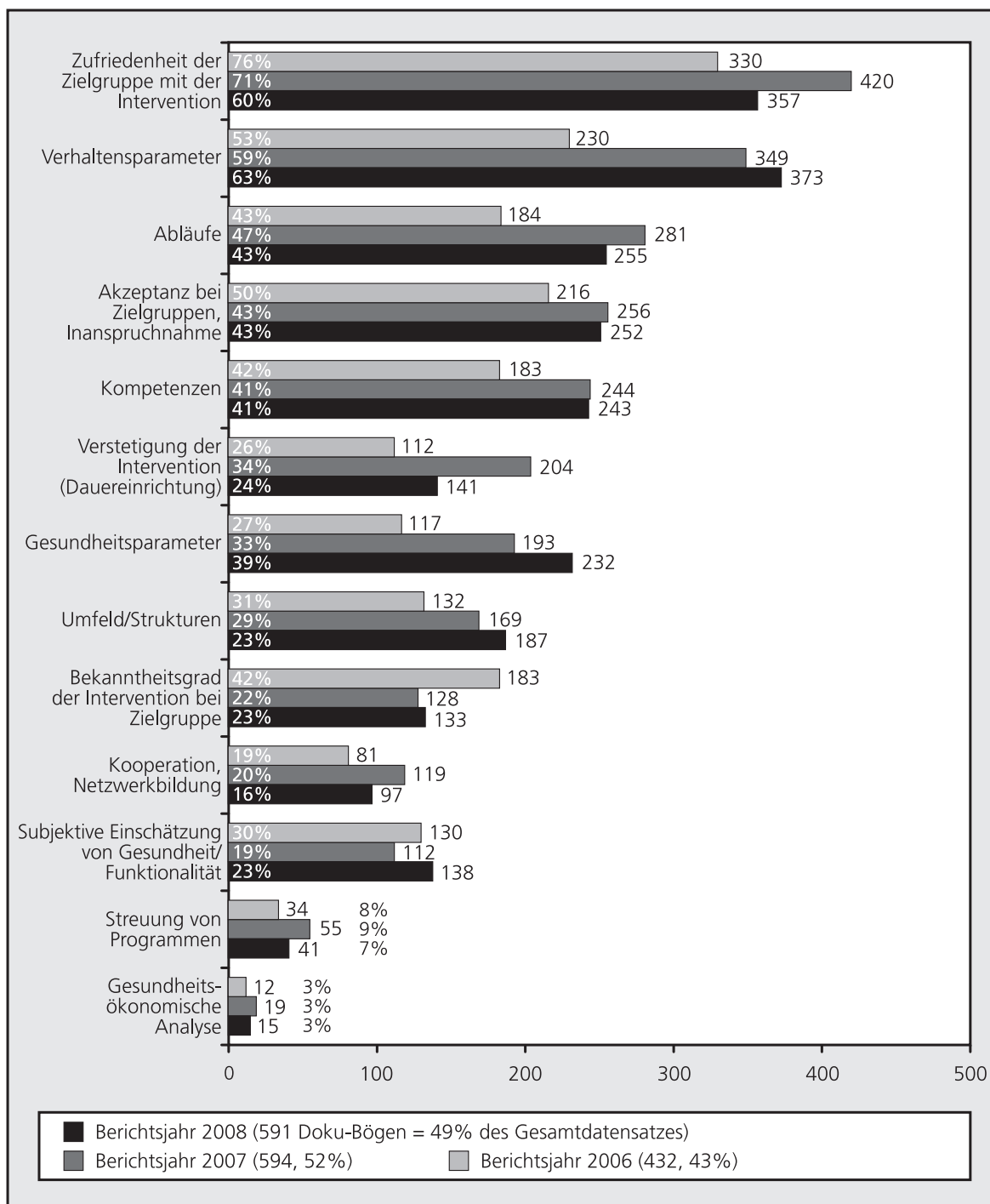


Abbildung 16 informiert über die Verteilung der Zielkriterien bei den durchgeführten Erfolgskontrollen. Die Durchführenden der Gesundheitsförderungsprojekte erhoben im Berichtsjahr 2008 bei den Teilnehmern vermehrt Verhaltensparameter. Dies ist eine Methode der Ergebnismessung. Damit korrespondierend erhoben sie auch in verstärktem Maß Gesundheitsparameter.

Abb. 16: Erfolgskontrolle (Mehrfachnennungen möglich)



In 94 % aller Erfolgskontrollen fand eine Prüfung von mehreren Faktoren statt; im Durchschnitt waren es vier abgefragte Parameter je Fall.

6.6 Settingbezogene Auswertungen

Die Schätzzahl der erreichten Personen in den jeweiligen Settings wird bei der Ergebnisbeschreibung des Gesamtdatensatzes angegeben (Kap. 6.2, S. 45).

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse derjenigen Settings vertieft dargestellt, die mindestens 5 % des Gesamtdatensatzes ausmachten. Dazu zählen alle Schulformen, Kindergärten und -tagesstätten sowie Kommunen.

Für die jeweiligen Settings sind die Aktivitäten aufgeschlüsselt nach Laufzeit, Zielgruppen, Gesundheitszirkeln, inhaltlicher Ausrichtung der Aktivitäten, Häufigkeit verhaltens- oder verhältnisbezogener Aktivitäten sowie Erfolgskontrollen. Alle weiteren Auswertungen lassen sich dem Tabellenband zum Präventionsbericht 2008 entnehmen.

In den Tabellen wird der Buchstabe N als statistisches Symbol für die Anzahl der Dokumentationsbögen verwendet.

6.6.1 Laufzeit der Interventionen

Aktivitäten in Kindertagesstätten, Sonder- und Berufsschulen waren durchschnittlich länger angelegt als Projekte, die an Grund-, Haupt-, Real-, Gesamtschulen und Gymnasien stattfanden. Die hohe bisherige Laufzeit der Aktivitäten an den Sonderschulen weist auf ein nachhaltiges Engagement der Krankenkassen hin, sich um gesundheitlich und sozial besonders benachteiligte Kinder und Jugendliche zu kümmern.

Tabelle 11: Settingauswertung – Laufzeit

	Grundschule N=319		Sonderschule N=53		Hauptschule N=161	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 3 Monate	40	14,1%	3	6,5%	7	4,6%
4 bis 6 Monate	18	6,4%	9	19,6%	19	12,6%
7 bis 11 Monate	76	26,9%	7	15,2%	54	35,8%
12 Monate	67	23,7%	6	13,0%	25	16,6%
über ein Jahr	82	29,0%	21	45,7%	46	30,5%
Gesamt	283	100,0%	46	100,0%	151	100,0%
Fehlende Angaben	36		7		10	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	16,6		25,1		17,0	
	Realschule N=121		Gymnasium N=130		Gesamtschule N=47	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 3 Monate	15	13,5%	21	18,6%	7	16,7%
4 bis 6 Monate	13	11,7%	11	9,7%	11	26,2%
7 bis 11 Monate	27	24,3%	28	24,8%	2	4,8%
12 Monate	21	18,9%	15	13,3%	9	21,4%
über ein Jahr	35	31,5%	38	33,6%	13	31,0%
Gesamt	111	100,0%	113	100,0%	42	100,0%
Fehlende Angaben	10		17		5	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	16,6		19,8		17,2	

	Berufsschule o.ä. N=125		Kindergarten/ -tagesstätte N=301		Stadtteil/Ort N=63	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Häufigkeit	Prozent
bis 3 Monate	25	24,8%	32	12,2%	13	25,5%
4 bis 6 Monate	5	5,0%	15	5,7%	4	7,8%
7 bis 11 Monate	1	1,0%	45	17,2%	2	3,9%
12 Monate	26	25,7%	36	13,7%	11	21,6%
über ein Jahr	44	43,6%	134	51,1%	21	41,2%
Gesamt	101	100,0%	262	100,0%	51	100,0%
Fehlende Angaben	24		39	0,0%	12	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	24,9		24,5		19,1	

6.6.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

Tabelle 12: Settingauswertungen – schwerpunktmäßige Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)

	Grundschule (n=227, 71,2%)		Sonderschule (n=39, 73,6%)		Hauptschule (n=130, 80,7%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	71	31,3%	6	15,4%	72	55,4%
jünger als 15 Jahre	208	91,6%	33	84,6%	120	92,3%
15 bis unter 20 Jahre	21	9,3%	17	43,6%	68	52,3%
20 bis unter 30 Jahre	13	5,7%	5	12,8%	4	3,1%
30 bis unter 40 Jahre	18	7,9%	4	10,3%	6	4,6%
40 bis unter 50 Jahre	18	7,9%	4	10,3%	6	4,6%
50 bis unter 60 Jahre	14	6,2%	4	10,3%	5	3,8%
60 Jahre und mehr	6	2,6%	4	10,3%	3	2,3%
Ausländer/innen	64	28,2%	13	33,3%	13	10,0%
Multiplikatoren - Eltern	111	48,9%	25	64,1%	37	28,5%
Multiplikatoren - Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	174	76,7%	31	79,5%	110	84,6%
Multiplikatoren - Nichtpädagogisches Personal	49	21,6%	17	43,6%	20	15,4%
Sonstige Zielgruppen	11	4,8%	5	12,8%	7	5,4%

	Realschule (n=91, 75,2%)		Gymnasium (n=100, 76,9%)		Gesamtschule (n=32, 68,1%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	42	46,2%	40	40,0%	6	18,8%
jünger als 15 Jahre	85	93,4%	82	82,0%	29	90,6%
15 bis unter 20 Jahre	65	71,4%	62	62,0%	15	46,9%
20 bis unter 30 Jahre	5	5,5%	6	6,0%	5	15,6%
30 bis unter 40 Jahre	6	6,6%	5	5,0%	5	15,6%
40 bis unter 50 Jahre	7	7,7%	4	4,0%	6	18,8%
50 bis unter 60 Jahre	6	6,6%	3	3,0%	5	15,6%
60 Jahre und mehr	4	4,4%	2	2,0%	3	9,4%
Ausländer/innen	18	19,8%	23	23,0%	15	46,9%
Multiplikatoren - Eltern	27	29,7%	29	29,0%	19	59,4%
Multiplikatoren - Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	78	85,7%	69	69,0%	24	75,0%
Multiplikatoren - Nichtpädagogisches Personal	12	13,2%	14	14,0%	7	21,9%
Sonstige Zielgruppen	3	3,3%	8	8,0%	3	9,4%
	Berufsschule (n=94, 75,2%)		Kindergarten/-tagesstätte (n=173, 57,5%)		Stadtteil/Ort (n=40, 63,5%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	41	43,6%	19	11,0%	18	45,0%
jünger als 15 Jahre	16	17,0%	157	90,8%	25	62,5%
15 bis unter 20 Jahre	81	86,2%	13	7,5%	12	30,0%
20 bis unter 30 Jahre	42	44,7%	20	11,6%	6	15,0%
30 bis unter 40 Jahre	6	6,4%	24	13,9%	6	15,0%
40 bis unter 50 Jahre	3	3,2%	21	12,1%	7	17,5%
50 bis unter 60 Jahre	3	3,2%	12	6,9%	3	7,5%
60 Jahre und mehr	2	2,1%	4	2,3%	4	10,0%
Ausländer/innen	36	38,3%	33	19,1%	18	45,0%
Multiplikatoren - Eltern	6	6,4%	143	82,7%	22	55,0%
Multiplikatoren - Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	48	51,1%	151	87,3%	20	50,0%
Multiplikatoren - Nichtpädagogisches Personal	5	5,3%	27	15,6%	9	22,5%
Sonstige Zielgruppen	5	5,3%	3	1,7%	14	35,0%

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

6.6.3 Gesundheitszirkel

Tabelle 13: Settingauswertungen – Gesundheitszirkel

	Grundschule N=319		Sonderschule N=53		Hauptschule N=161		Realschule N=121	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	76	23,8%	15	28,3%	27	16,8%	21	17,4%
Nein	243	76,2%	38	71,7%	134	83,2%	100	82,6%
Gesamt	319	100,0%	53	100,0%	161	100,0%	121	100,0%
Fehlende Angaben	0		0		0		0	
	Gymnasium N=130		Gesamtschule N=47		Berufsschule o.ä. N=125		Kindergarten/- tagesstätte N=301	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	33	25,4%	9	19,1%	17	13,7%	82	27,8%
Nein	97	74,6%	38	80,9%	107	86,3%	213	72,2%
Gesamt	130	100,0%	47	100,0%	124	100,0%	295	100,0%
Fehlende Angaben	0		0		1		6	
	Stadtteil/Ort N=63							
	Anzahl	Prozent						
Ja	6	9,7%						
Nein	56	90,3%						
Gesamt	62	100,0%						
Fehlende Angaben	1							

6.6.4 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Tabelle 14: Settingauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

(Mehrfachnennungen möglich)

	Grundschule (n=314, 98,4%)		Sonderschule (n=52, 98,1%)		Hauptschule (n=158, 98,1%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bewegung	238	75,8%	30	57,7%	109	69,0%
Ernährung	164	52,2%	29	55,8%	59	37,3%
Stressreduktion/Entspannung	115	36,6%	19	36,5%	22	13,9%
Suchtmittelkonsum	67	21,3%	24	46,2%	30	19,0%
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	97	30,9%	21	40,4%	28	17,7%
Verkehrssicherheit	16	5,1%	4	7,7%	4	2,5%
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	8	2,5%	6	11,5%	4	2,5%
Gesunde Umwelt	44	14,0%	16	30,8%	16	10,1%
	Realschule (n=118, 97,5%)		Gymnasium (n=128, 98,5%)		Gesamtschule (n=47, 100,0%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bewegung	70	59,3%	66	51,6%	18	38,3%
Ernährung	46	39,0%	55	43,0%	18	38,3%
Stressreduktion/Entspannung	35	29,7%	46	35,9%	17	36,2%
Suchtmittelkonsum	38	32,2%	35	27,3%	22	46,8%
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	28	23,7%	39	30,5%	19	40,4%
Verkehrssicherheit	6	5,1%	5	3,9%	4	8,5%
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	7	5,9%	6	4,7%	3	6,4%
Gesunde Umwelt	19	16,1%	16	12,5%	12	25,5%
	Berufsschule (n=125, 100,0%)		Kindergarten/-tagesstätte (n=299, 99,3%)		Stadtteil/Ort (n=62, 98,4%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Bewegung	105	84,0%	233	77,9%	42	67,7%
Ernährung	45	36,0%	185	61,9%	35	56,5%
Stressreduktion/Entspannung	39	31,2%	124	41,5%	23	37,1%
Suchtmittelkonsum	22	17,6%	61	20,4%	20	32,3%
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	25	20,0%	100	33,4%	30	48,4%
Verkehrssicherheit			5	1,7%	4	6,5%
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	2	1,6%	3	1,0%	5	8,1%
Gesunde Umwelt	11	8,8%	42	14,0%	25	40,3%

6.6.5 Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten

Tabelle 15: Settingauswertungen – Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten

	Grundschule N=319		Sonderschule N=53		Hauptschule N=161		Realschule N=121	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	185	61,1%	37	77,1%	70	44,6%	57	50,0%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	42	13,9%	8	16,7%	17	10,8%	18	15,8%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	76	25,1%	3	6,3%	70	44,6%	39	34,2%
Gesamt	303	100,0%	48	100,0%	157	100,0%	114	100,0%
Keine Angabe	16		5		4		7	
	Gymnasium N=130		Gesamtschule N=47		Berufsschule o.ä. N=125		Kindergarten/-tagesstätte N=301	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	70	55,6%	34	73,9%	62	49,6%	253	87,2%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	19	15,1%	10	21,7%	54	43,2%	31	10,7%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	37	29,4%	2	4,3%	9	7,2%	6	2,1%
Gesamt	126	100,0%	46	100,0%	125	100,0%	290	100,0%
keine Angabe	4		1		0		11	
	Stadtteil/Ort N=63							
	Anzahl	Prozent						
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	46	74,2%						
Verhaltensbezogene Aktivitäten	13	21,0%						
Verhältnisbezogene Aktivitäten	3	4,8%						
Gesamt	62	100,0%						
Keine Angabe	1							

6.6.6 Erfolgskontrollen

Tabelle 16: Settingauswertungen – Erfolgskontrolle

	Grundschule N=319		Sonderschule N=53		Hauptschule N=161		Realschule N=121	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erfolgt	130	45,1%	36	73,5%	91	61,1%	86	72,9%
Geplant	105	36,5%	3	6,1%	34	22,8%	14	11,9%
Nicht vorgesehen	53	18,4%	10	20,4%	24	16,1%	18	15,3%
Gesamt	288	100,0%	49	100,0%	149	100,0%	118	100,0%
Keine Angabe	31		4		12		3	
	Gymnasium N=130		Gesamtschule N=47		Berufsschule o.ä. N=125		Kindergarten/- tagesstätte N=301	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erfolgt	75	62,5%	31	70,5%	75	63,0%	144	54,1%
Geplant	22	18,3%	3	6,8%	10	8,4%	82	30,8%
Nicht vorgesehen	23	19,2%	10	22,7%	34	28,6%	40	15,0%
Gesamt	120	100,0%	44	100,0%	119	100,0%	266	100,0%
Keine Angabe	10		3		6		35	
	Stadtteil/Ort N=63							
	Anzahl	Prozent						
Erfolgt	33	55,0%						
Geplant	12	20,0%						
Nicht vorgesehen	15	25,0%						
Gesamt	60	100,0%						
Keine Angabe	3							

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

Es bedarf gewisser Strukturen, um die Gesundheit von Menschen im Setting langfristig zu fördern. So ist ein Gremium erforderlich, das die Aktivitäten steuert. Dieses Gremium muss auch Entscheidungen treffen oder diese zumindest vorbereiten können.

Der Leitfaden Prävention erläutert dies am Beispiel Schule folgendermaßen: Eingesetzt werden soll ein entscheidungskompetentes Schulprojektteam mit Vertretern aller relevanten Akteure, welches das Vorgehen konzeptionell beschließt, für die Umsetzung sorgt und die erzielten Ergebnisse kritisch bewertet.⁴⁶ In der Kindertagesstätte geht es ebenfalls um die Strukturvor- aussetzung, dass es einen entscheidungskompetenten, ggf. einrichtungsübergreifenden Steuerungskreis für die Gesundheitsförderung gibt.⁴⁷ In der kommunalen Gesundheitsförderung können die „Entscheidungs- und Umsetzungsstrukturen“ bei Gesundheitskonferenzen, Stadtteilzentren, Vernetzungs- und Beteiligungsbüros angesiedelt sein.⁴⁸

Im Jahr 2008 waren bei 707 (59 %) der krankenkassengeforderten Setting-Projekten Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden. Nachfolgend soll die Bedeutung solcher Strukturen für die Qualität der Maßnahmen sowohl in Hinblick auf die Planung als auch hinsichtlich der Durchführung und Nachbereitung von Setting-Aktivitäten aufgezeigt werden. Dabei wird die Gruppe der Projekte mit Steuerungsstruktur der Gruppe ohne eine solche Struktur gegenübergestellt.

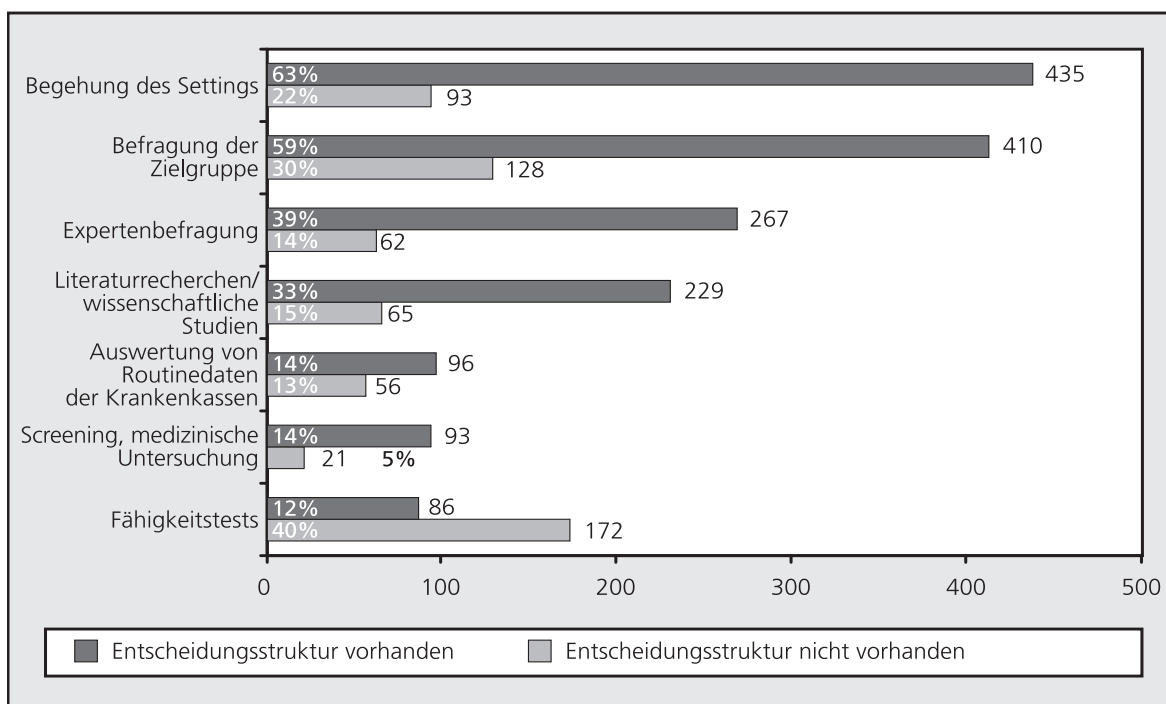
⁴⁶ AG Spitzenverbände 2008, S. 24

⁴⁷ AG Spitzenverbände 2008, S. 23

⁴⁸ AG Spitzenverbände 2008, S. 26

In 94 % aller für 2008 zum Setting-Ansatz eingereichten Dokumentationsbögen fand im Vorfeld der Interventionen eine Bedarfsermittlung statt. Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen wurden – wie die nachfolgende Abbildung zeigt – häufiger Methoden der Bedarfsermittlung eingesetzt. Waren solche Strukturen nicht vorhanden, wurden häufiger Fähigkeitstests eingesetzt.

Abb. 17: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



6.6.8 Intervention

Die Ergebnisse zur inhaltlichen Ausrichtung der Interventionen weisen darauf hin, dass die Interventionen bei Vorhandensein von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen anspruchsvoller waren. 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.

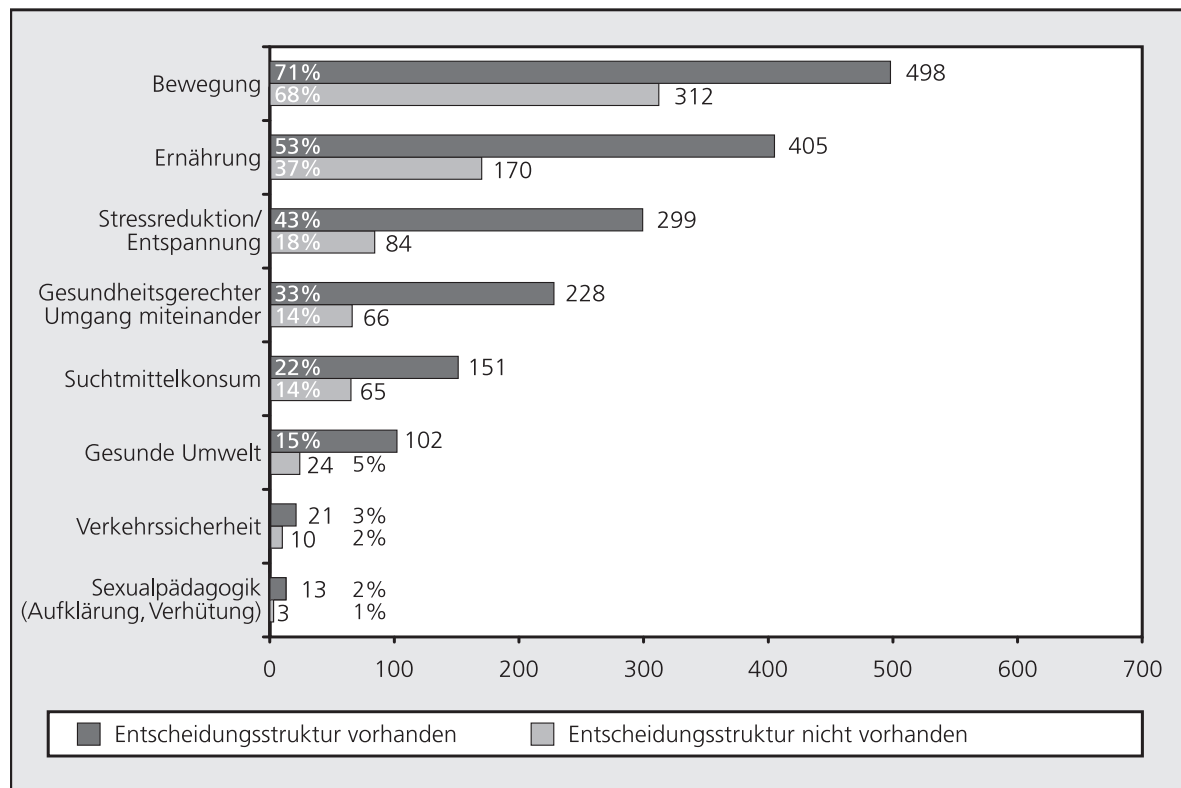
In Projekten mit einer Steuerungsstruktur lag die durchschnittliche Laufzeit der Settingaktivitäten bei 23 Monaten. Fehlte eine solche Struktur, betrug die Laufzeit im Mittel nur zwölf Monate.

Bei nahezu allen Projekten mit gemeldeten Gesundheitszirkeln (91 %) waren Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden. Ebenso lagen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen bei 92 % aller Projekte mit Zukunftswerkstätten vor.

Die Aktivitäten waren bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen in 78 % der betrachteten Fälle (Dokumentationsbögen) sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Bei fehlenden Steuerungsstrukturen lag der Anteil der gleichzeitig verhaltens- und verhältnisbezogenen Aktivitäten nur bei 29 %. Umgekehrt waren dort die Aktivitäten zu 34 % rein auf das Verhalten und zu 28 % 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 fehlender: So waren es bei vorhandenem Koordinierungsgremium im Mittel drei Inhalte, bei fehlendem zwei Inhalte, die im Projekt gleichzeitig thematisiert wurden.

Abb. 18: Inhaltliche Ausrichtung (Mehrfachnennungen möglich)



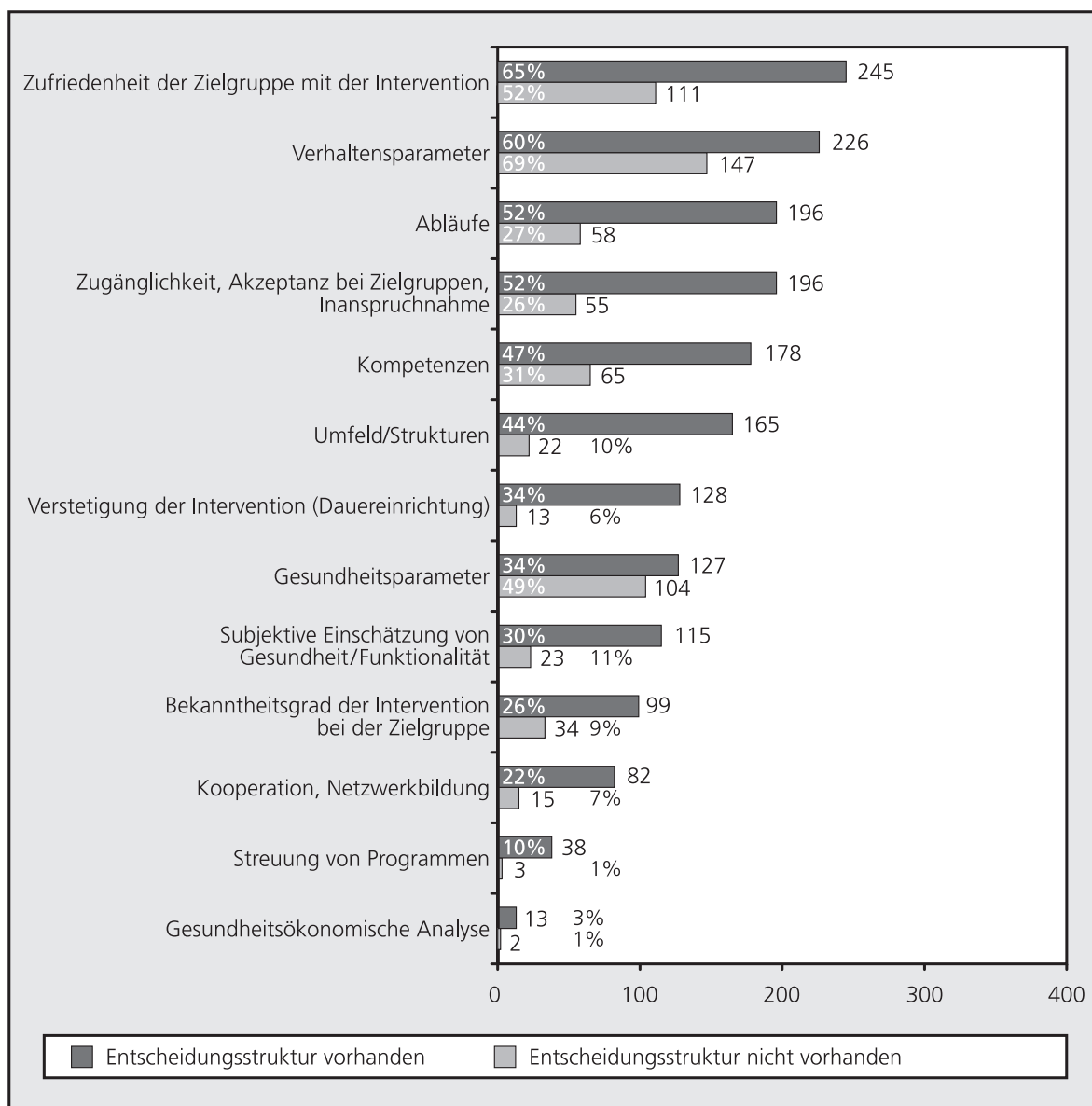
6.6.9 Erfolgskontrolle

Im Berichtsjahr 2008 wurden bei 80 % aller Fälle (Dokumentationsbögen) 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, lag er bei 72 %.

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 verteilten sich die Erfolgskontrollen bei vorhandenen oder fehlenden Steuerungsstrukturen wie in der folgenden Abbildung gezeigt.

Abb. 19: Erfolgskontrolle (Mehrfachnennungen möglich)



7 Individueller Ansatz

Bei Interventionen nach dem individuellen Ansatz handelt es sich um Gesundheitsförderung- bzw. Präventionsangebote, die auf den einzelnen Menschen und sein gesundheitsrelevantes Verhalten ausgerichtet sind. Anders als settingbezogene Interventionen sprechen individuelle Interventionen Versicherte nicht in ihrer unmittelbaren Lebenswelt an, sondern sind als ein Angebot für die Versicherten zu verstehen, das diese bei Interesse wahrnehmen können. Im „Leitfaden Prävention“ ist festgelegt, dass diese Angebote zeitlich begrenzt in Anspruch genommen werden können, um dem Einzelnen beim Einstieg in einen gesünderen, aktiveren Lebensstil zu helfen. Die gesundheitliche Situation der Versicherten soll verbessert und vorhandene gesundheitliche Ressourcen und Fähigkeiten sollen gestärkt werden. Übergeordnetes Ziel individueller Angebote ist es, die Auftretenswahrscheinlichkeit von medizinisch und volkswirtschaftlich bedeutsamen Krankheitsbildern zu verringern.

Für präventive Interventionen geeignete Krankheitsbilder und empfehlenswerte Interventionen⁴⁹

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

In vielen Fällen 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 kommen gleichzeitig mit Verfahren und Methoden zur Stressreduktion und Entspannung zur Anwendung.

Zur Qualitätssicherung der individuellen Kursangebote legt der Leitfaden Prävention Kriterien für individuelle Kursangebote fest: Demnach müssen Leistungen nach dem individuellen Ansatz wie alle Leistungen der Krankenkassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die Kurse sind auf die Prävention solcher Krankheitsbilder auszurichten, die in der Bevölkerung häufig auftreten. 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, sodass sich erreichte Veränderungen zum Ende eines Kurses prüfen lassen.

Nachfolgend sind die Leistungen dargestellt, die die gesetzlichen Krankenkassen nach dem individuellen Ansatz im Jahr 2008 bundesweit erbracht haben. Abgebildet ist die Zahl der Kursteilnahmen, die Inanspruchnahme von Kursen differenziert nach Handlungsfeldern, die Kursteil-

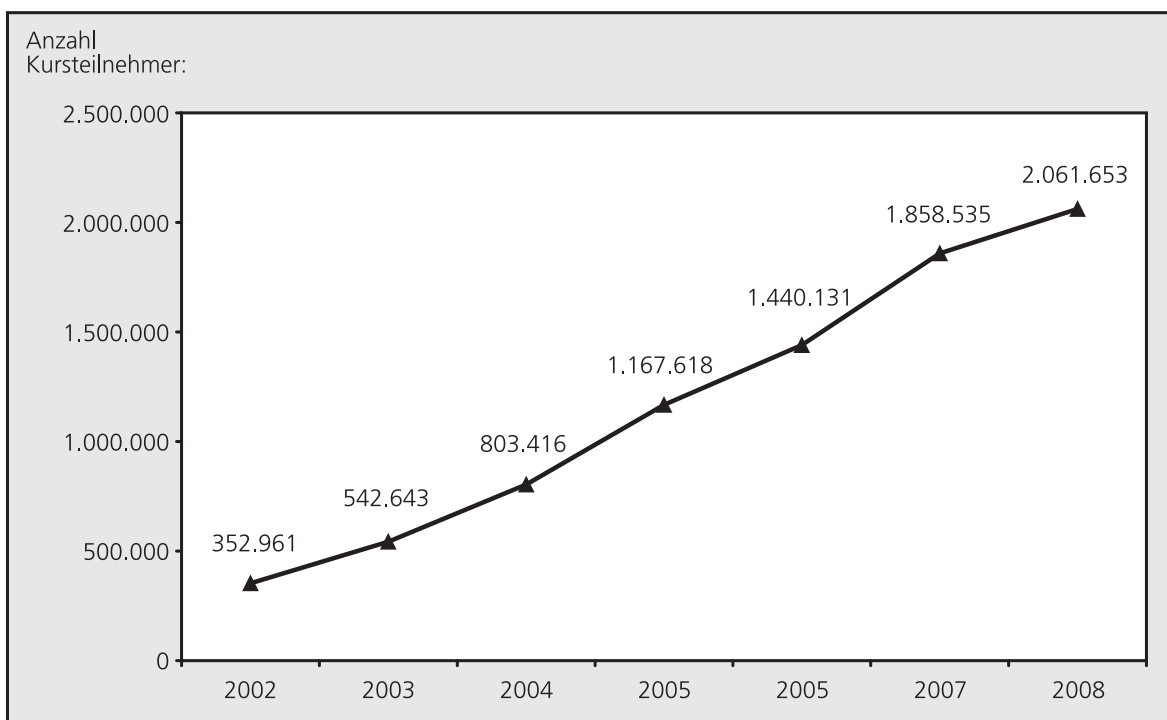
⁴⁹ AG Spitzenverbände 2008, S. 10. Es handelt sich hier insbesondere um Krankheiten, die auf Basis der im Leitfaden zitierten Fachliteratur als von besonderer epidemiologischer Bedeutung eingestuft werden.

nahmen differenziert nach Alter und Geschlecht sowie die Klassifikation der Kursanbieter. Um Entwicklungen und Trends darzustellen, werden einige der Ergebnisse für das Jahr 2008 mit den Ergebnissen aus Vorerhebungen verglichen.

7.1 Inanspruchnahme

Seit Einführung der Berichterstattung über Leistungen nach dem individuellen Ansatz im Jahr 2002 ist die Zahl der Versicherten, die primärpräventive Kurs- und Seminarangebote in Anspruch genommen haben, kontinuierlich gestiegen: von anfangs 353.000 auf 2,06 Mio. Kursteilnahmen im Jahr 2008. Während die Steigerung von 2006 auf 2007 noch 29 % betrug, fiel der prozentuale Zuwachs im Berichtsjahr 2008 gegenüber 2007 mit 11 % deutlich geringer aus. Dies ist die geringste Steigerungsrate seit Beginn der Berichterstattung.

Abb. 20: Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt



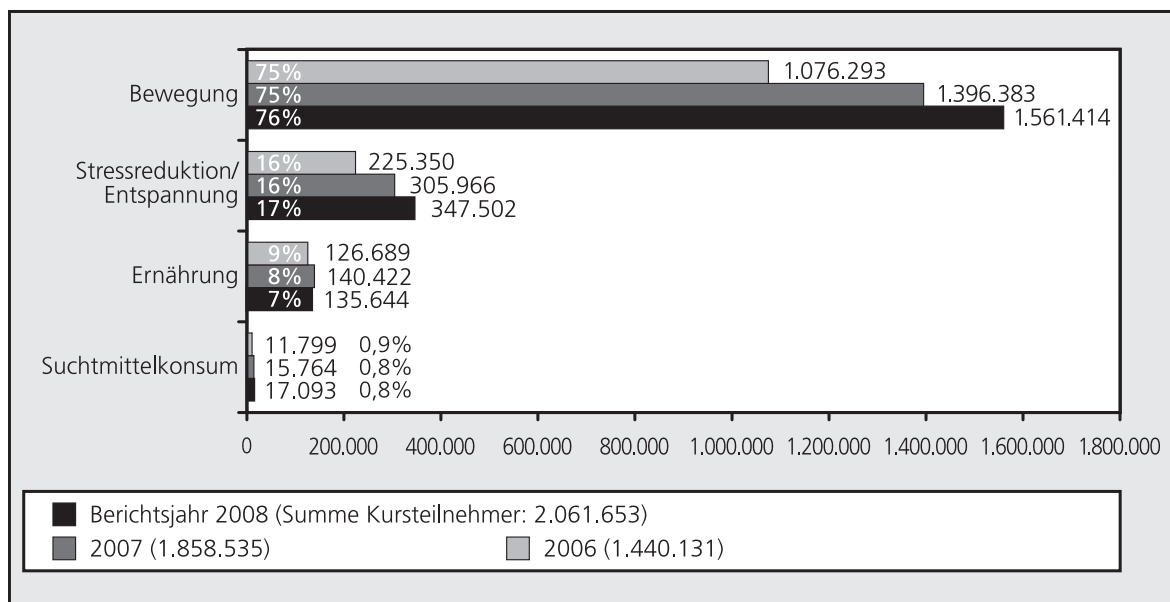
Weil manche Versicherte an mehreren Kursen teilgenommen haben, ist die Zahl der Kursteilnahmen nicht gleich der Zahl der Kursteilnehmer. Falls vereinfachend beide Zahlen gleich gesetzt werden, entspricht die Gesamtzahl der Kursteilnehmer im Berichtsjahr 2008 einem Anteil von 2,9 % aller GKV-Versicherten desselben Jahres.⁵⁰ Im Jahr 2007 lag der Anteil bei 2,6 % aller GKV-Versicherten, im Jahr 2006 bei 2,0 %.

⁵⁰ Im Jahr 2008 bundesweit 70.243.851 GKV-Versicherte (2007: 70.477.283, 2006: 70.298.156 Versicherte; BMG: GKV-Mitgliederstatistik KM6 2008, Stand 05.09.2008, KM6 2007, Stand 05.09.07 sowie KM6 2006, Stand 12.09.06)

7.2 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. 21: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern



Wie auch in den Jahren 2006 und 2007 hat der Großteil der Versicherten Kurse zum Handlungsfeld Bewegung in Anspruch genommen.

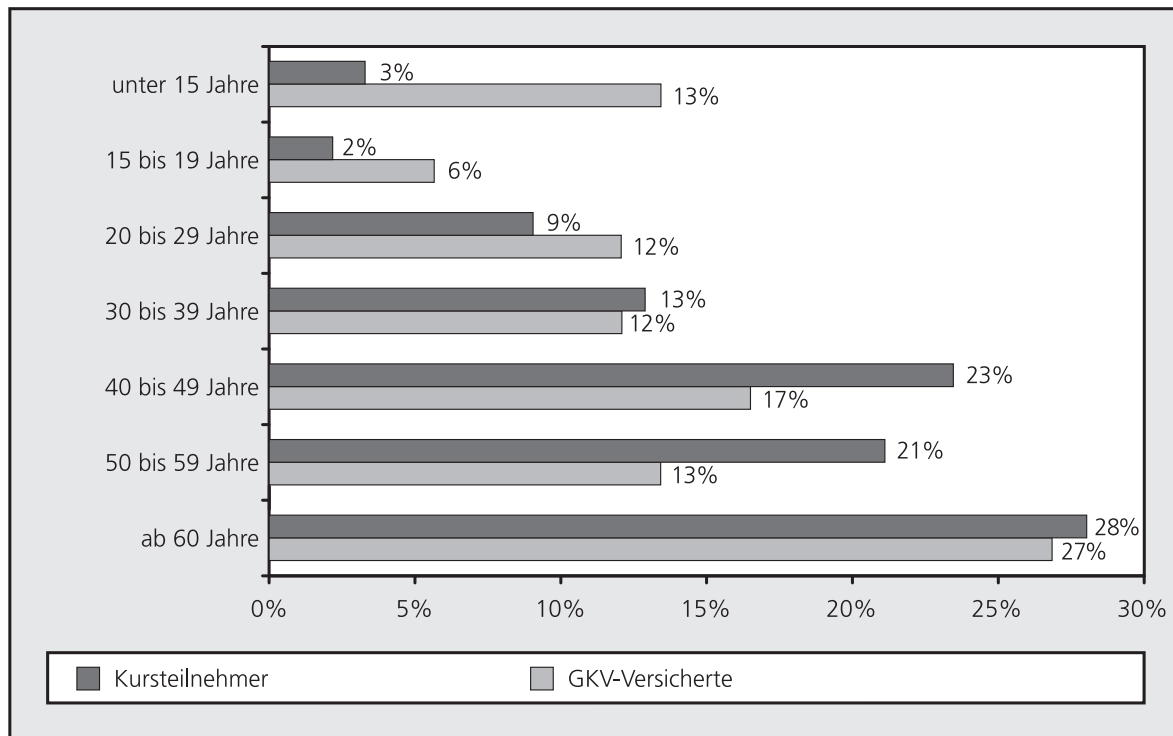
Die Handlungsfelder Bewegung und Ernährung lassen sich weiter aufgliedern. Danach waren Bewegungskurse 2008 zu 44 % auf die Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten ausgelegt und zu 56 % auf die Vorbeugung oder Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme. 38 % der Kursteilnehmer suchten Ernährungsangebote zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung auf, und 62 % Kurse zur Vermeidung oder Reduktion von Übergewicht.

7.3 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

7.3.1 Alter

Ein Vergleich der Altersverteilung der im Jahr 2008 gemeldeten Kursteilnehmer mit der Altersstruktur der GKV-Versicherten⁵¹ zeigt, dass primärpräventive Kursangebote überproportional 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, nahmen hingegen vergleichsweise selten an primärpräventiven Kursangeboten teil.

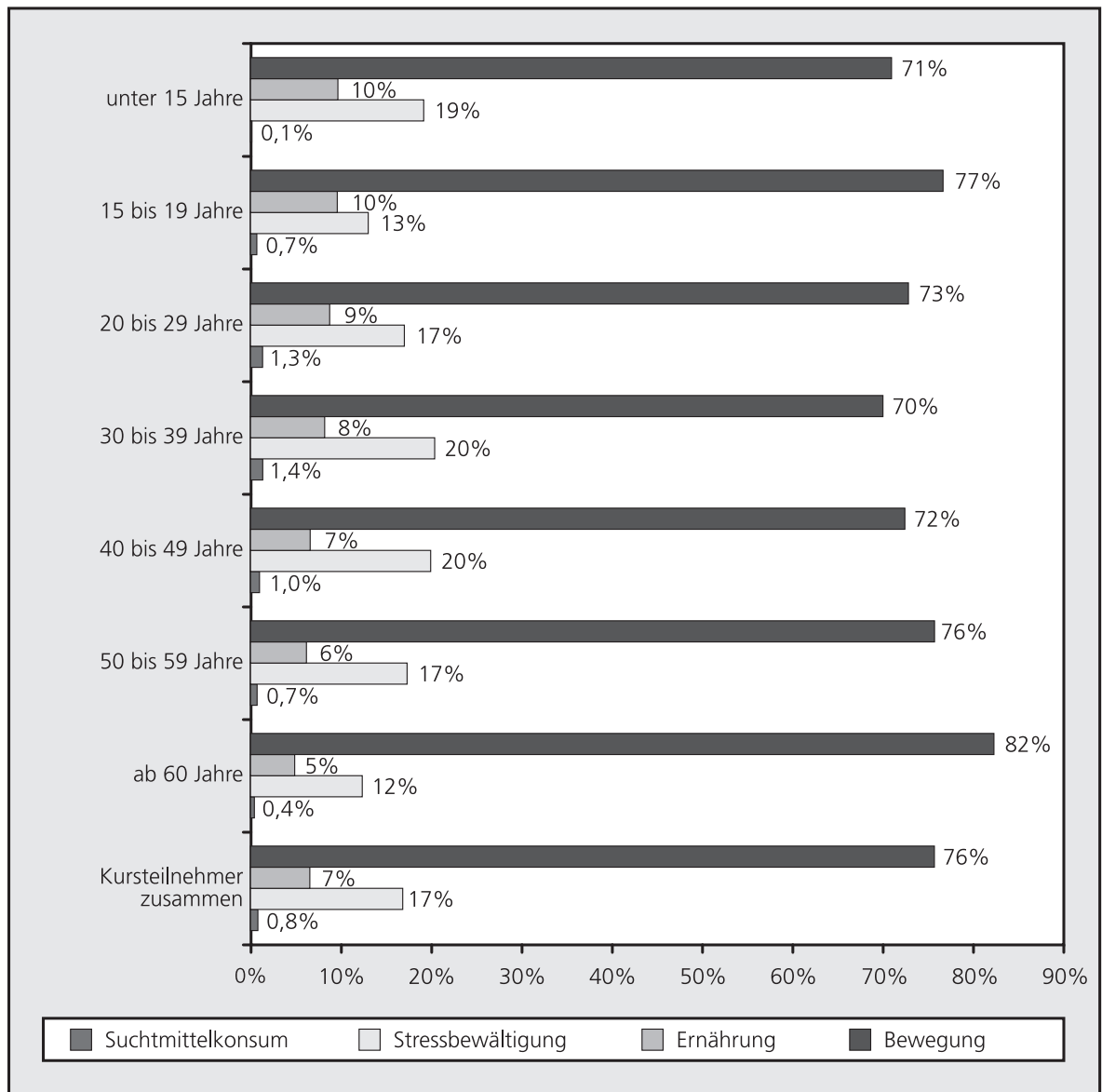
Abb. 22: Prozentuale Anteile der Altersgruppen



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

⁵¹ BMG: KM6, ebd.

Abb. 23: Altersverteilung der Kursteilnehmer in den jeweiligen Handlungsfeldern



Die Inanspruchnahme von Bewegungskursen nimmt ab dem mittleren Erwachsenenalter zu, während gleichzeitig der Anteil der Ernährungskurse abnimmt. Dies dürfte mit den wahrgenommenen Bedürfnissen der älteren Versicherten korrespondieren.

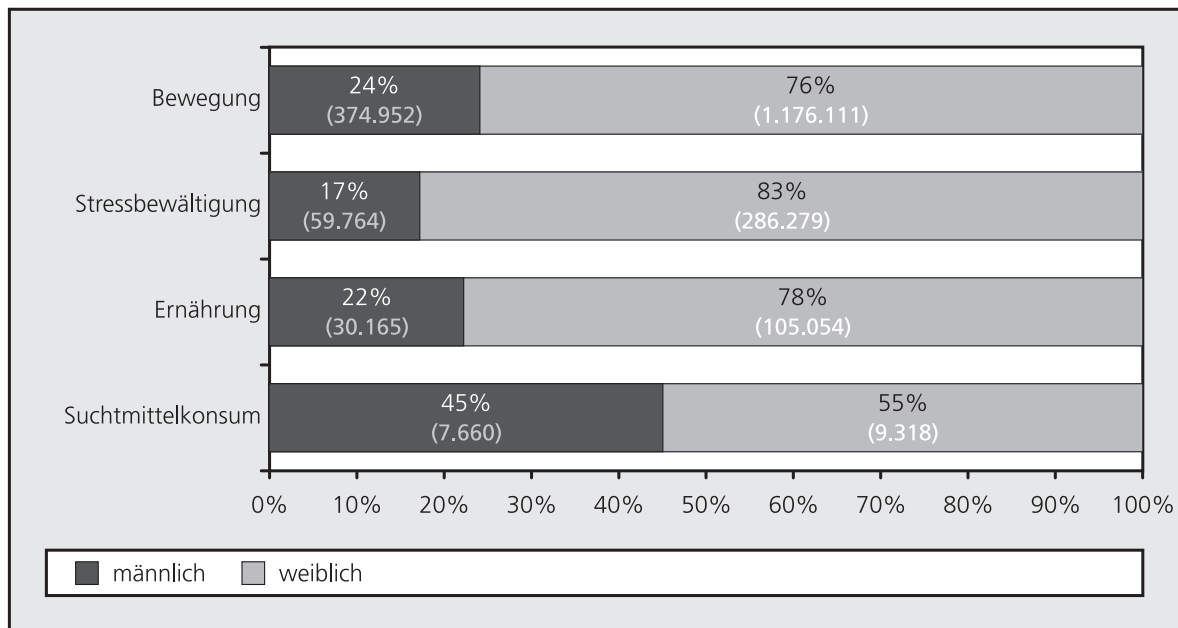
Kurse zur Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten nehmen die Versicherten insbesondere in der Lebensphase von 30 bis 59 Jahren in Anspruch.

7.3.2 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 %; 2007: 77 %). Dem stand im Durchschnitt aller GKV-Versicherten ein Frauenanteil von 53 % und ein Männeranteil von 47 % gegenüber.⁵²

Bezogen auf die einzelnen Handlungsfelder ergab sich die folgende Geschlechtsverteilung.

Abb. 24: Inanspruchnahme nach Geschlecht in den jeweiligen Handlungsfeldern



Der vergleichsweise hohe Anteil an männlichen Kursbesuchern bei Angeboten zum Thema Suchtmittelkonsum kann im Zusammenhang mit der höheren Vorkommenshäufigkeit von Suchterkrankungen bei Männern gesehen werden. Bei ihnen besteht objektiv ein höherer Bedarf.

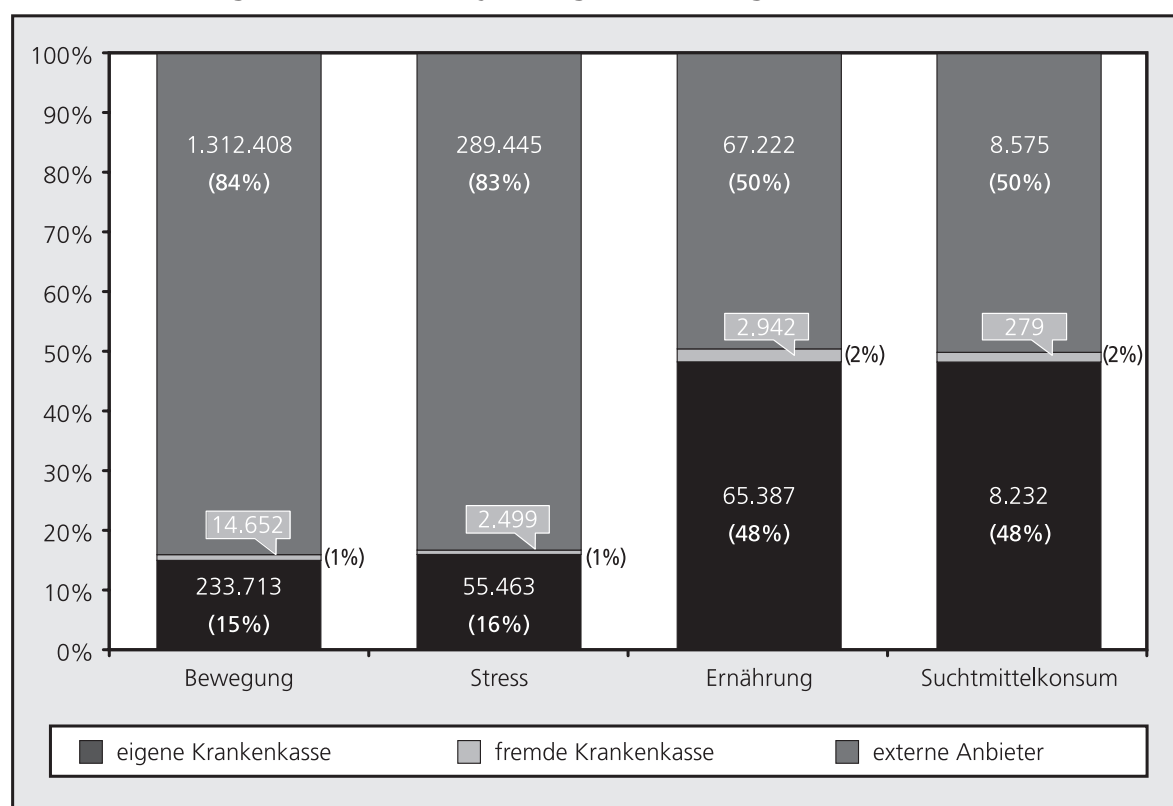
⁵² BMG: KM6, Stand 01.07.2008

7.4 Leistungsanbieter

Etwa vier Fünftel aller im Jahr 2008 von Versicherten aufgesuchten Kurse oder Seminare wurden von anderen Anbietern als den Krankenkassen durchgeführt. Bei diesen externen Anbietern – gewerbliche Anbieter, Vereine und Volkshochschulen – lagen in 26 % der Fälle Kooperationsvereinbarungen mit den Krankenkassen vor. Bei 19 % der gemeldeten Kursteilnahmen handelte es sich um Kursangebote der eigenen Krankenkasse. Nur selten suchten Versicherte Kurse anderer Krankenkassen auf (Abb. 25).

Besonders hoch war der Anteil an eigenen Kursangeboten der Krankenkassen im Handlungsfeld Ernährung. Im Handlungsfeld Suchtmittelkonsum stammten im Vorjahr nur 27 % der Angebote – knapp 4.300 Kursteilnehmer – von den Krankenkassen selbst. Im Berichtsjahr 2008 waren es mit 48 % – etwa 8.200 Teilnehmer – fast doppelt so viele. Das ist zum großen Teil auf das Online-Programm „Ich werde Nichtraucher“ zurückzuführen, das 2008 weite Verbreitung fand.⁵³

Abb. 25: Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern



⁵³ <http://www.forium.de/redaktion/ich-werde-nichtraucher-online-nichtraucher-angebote-sind-stark-gefragt/>

8 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die gesetzlichen Krankenkassen sind seit vielen Jahren in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) aktiv. Daher verfügen sie über einen breiten Erfahrungsschatz und einen großen Fundus an bewährten Instrumenten, Konzepten, Methoden und Strategien in diesem Feld. Qualitätskriterien zur Durchführung von BGF, zu deren Berücksichtigung sich alle gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet haben, sind seit dem Jahr 2000 im gemeinsamen Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen festgelegt.⁵⁴

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 zu verhüten, bleiben weiterhin gültig. Die Krankenkassen dürfen aus den Mitteln nach § 20a SGB V nach wie vor keine Aufgaben des Arbeitsschutzes wie Helme, Sicherheitsschuhe, Absaugvorrichtungen oder Hebehilfen (mit-)finanzieren, weil diese in die alleinige Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen.

Gleichwohl wirken die Krankenkassen bei der Ermittlung gesundheitlicher Risiken und Ressourcen mit, entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und helfen bei der 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 ausdrücklich eine Zusammenarbeit der Krankenkassen in der BGF vor.⁵⁵

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

Wie umfassend eine Krankenkasse die Betriebe unterstützt oder die BGF-Projekte durchführt, ist wesentlich von den Entscheidern und der jeweiligen Situation vor Ort abhängig. Oft werden

⁵⁴ AG Spitzenverbände 2008

⁵⁵ AG Spitzenverbände 2008, S. 7

erste Erfahrungen zur BGF zunächst über Einzelaktionen wie die Durchführung von Arbeitsunfähigkeits-Analysen, Mitarbeiterbefragungen, Gesundheitstage und -wochen, Gesundheitsuntersuchungen oder Einzelmaßnahmen gesammelt. Diese Aktivitäten sind ein Hinweis auf ambitionierte betriebliche Gesundheitsförderung, weil sie in der Regel auf die Einleitung nachhaltiger gesundheitsförderlicher Prozess- und Strukturveränderungen in Betrieben abzielen.

Zusammenarbeit der Kranken- und Unfallversicherung bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeiten die Unfallversicherungsträger und Krankenkassen auf der Grundlage unterschiedlicher, sich ergänzender Handlungsmöglichkeiten partnerschaftlich und unter Wahrung der gesetzlichen Aufgaben und Kompetenzen des jeweiligen Vereinbarungspartners zusammen. Eine bestehende Rahmenvereinbarung dazu wurde nun auf Grundlage des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG), das zum 01.04.2007 in Kraft getreten ist, aktualisiert. Diese „Rahmenvereinbarung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ kann von der Internetseite www.praevention-arbeitswelt.de heruntergeladen werden.

Die Rahmenvereinbarung geht von einem ganzheitlichen Arbeitsschutzverständnis im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes und dem Verständnis der betrieblichen Gesundheitsförderung nach der Luxemburger Deklaration (1997) des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) aus. Sie will die Zusammenarbeit fördern und eine Einengung der Kreativität der Mitglieder der Vereinbarungspartner durch enge Vorgaben vermeiden. Sie definiert den Rahmen, innerhalb dessen die Zusammenarbeit der Vereinbarungspartner und ihrer Mitglieder erfolgt und zeigt den Handlungsrahmen durch die Beschreibung von Optionen auf.

Aufgaben im Bereich BGF (Auszug)

Es ist Aufgabe der Krankenkassen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung, unter Einbeziehung aller Beteiligten Prozesse zur gesundheitsgerechten Gestaltung der betrieblichen Umwelt zu initiieren und die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln, um die persönliche Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern.

Der Gesetzgeber gibt dafür den Rahmen mit folgenden Maßgaben vor:

- Erhebung der gesundheitlichen Situation im Betrieb einschließlich Risiken und Potenziale
- Beteiligung der Versicherten und Verantwortlichen
- Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten
- Unterstützung bei der Umsetzung von betrieblichen Maßnahmen

In ähnlicher Weise stellt die Rahmenvereinbarung die Aufgaben im Bereich der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20 b SGB V dar. Dabei gehört es zu den Aufgaben und Pflichten der Krankenkassen, Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen zu ermitteln. Sie unterrichten die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (UV) über diese Erkenntnisse, und sie berichten den UV-Trägern über berufsbedingte gesundheitliche Gefährdungen im Einzelfall.

Der Präventionsbericht 2009 erfasst 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, zu denen die Krankenkassen Ressourcen, beispielsweise finanzieller oder fachlicher Art, beigesteuert haben. Im vorliegenden Bericht werden ausschließlich die im Berichtsjahr 2008 tatsächlich durchgeführten Aktivitäten zur BGF dargestellt. Interventionen oder Erfolgskontrollen, die sich 2008 noch in der Planungsphase befanden, sind in die Auswertung der Daten nicht eingeflossen.

Zunächst wird jedoch als praktisches Beispiel für BGF, die auch von mehreren Krankenkassen gefordert wurde, das betriebliche Gesundheitsmanagement der Kreisverwaltung Recklinghausen vorgestellt.

8.1 Praxisbeispiel: betriebliche Gesundheitsförderung in der Kreisverwaltung Recklinghausen

Die Kreisverwaltung Recklinghausen ist eine Kommunalverwaltung mit knapp 1.500 Mitarbeitern. Deren Durchschnittsalter liegt bei etwa 46 Jahren. Auch eine öffentliche Verwaltung muss sich mit anfallenden Veränderungsprozessen auseinandersetzen, um die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit einer anteilig immer älter werdenden Belegschaft zu erhalten. Die Kreisverwaltung hat sich daher schon früh Gedanken über den demographischen Wandel gemacht. Im Jahr 2005 führte die Kreisverwaltung Recklinghausen das Demografieprojekt „Zirkel 50+ – erfahren und gesund“ ein. Die Ergebnisse aus dem Zirkel 50+ fanden Eingang in eine Dienstvereinbarung zur altersgerechten Organisations- und Personalentwicklung, die im November 2006 in Kraft getreten ist.

Darüber hinaus sind die Zukunftsaufgaben mit stetig geringer werdenden personellen Ressourcen zu bewältigen, weil die finanziellen Handlungsspielräume immer enger werden. Leistungsverdichtung, Arbeitszeitverlängerung und steigende Komplexität der Arbeitsaufgaben sind zu verzeichnen. Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel der Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung, die Leistungsfähigkeit zu stabilisieren und Handlungskompetenzen sowie Erfahrungswissen und Sozialkompetenzen zu erhalten.

Die betriebliche Gesundheitsförderung wurde 1999 mit eigenem Steuerungsgremium (ZAG = Zentraler Arbeitskreis Gesundheitsförderung) fest im Kreishaus institutionalisiert. ZAG und Arbeitsschutzausschuss wurden 2005 zur Verdeutlichung des ganzheitlichen Ansatzes zum Ausschuss für Arbeitsschutz und betriebliches Gesundheitsmanagement zusammengefasst. Der Ausschuss erarbeitete einen Leitfaden, der beide Bereiche umfasst.

Die Kreisverwaltung Recklinghausen sieht in gesundheitsgerechter Mitarbeiterführung und BGF eine Investition in die Zukunft, die mittel- bis langfristig Kosten senkt.

Organisation und Ziele der betrieblichen Gesundheitsaktivitäten

Die Koordinatoren der BGF aus den Bereichen Personalentwicklung und Gesundheitsförderung planen und steuern die Aktivitäten zur BGF. Der Zirkel 50+ unterstützt sie dabei. Sie arbeiten bei der Durchführung Hand in Hand mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Betriebsärztin und dem Personalrat. Gemäß der oben genannten Dienstvereinbarung arbeiten Personal- und Organisationsabteilung eng zusammen.

Die Ziele der betrieblichen Gesundheitsaktivitäten sind: verbesserte Arbeits- und Lebensqualität der Mitarbeiter, Steigerung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit und stärkere Bürgerorientierung. Erreicht werden soll dies durch gute Arbeitsorganisation, gute Arbeitsbedingungen und aktive Mitarbeiterbeteiligung. Das Gesundheitsbewusstsein soll gestärkt, die persönlichen Kompetenzen erweitert, die Kommunikationsstrukturen sollen verbessert und die Führungskräfte unterstützt werden.

Die Finanzierung der BGF-Aktivitäten erfolgt aus eigenen Haushaltsmitteln und durch Kooperationen mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens, beispielsweise den Krankenkassen.

Maßnahmen

Eingesetzt werden die Strategien der Verhältnis- und Verhaltensprävention. Der Verhältnisprävention dienen u. a. Dienstregelungen für eine altersgerechte Personal- und Organisationsentwicklung. Kontinuierlich fortgeführte Altersstruktur-Analysen und eine Gesamtmitarbeiterbefragung zum gesundheitlichen Wohlbefinden stellen dabei die operationale Basis dar. Aus den Ergebnissen werden Maßnahmen und strategische Ausrichtungen abgeleitet, die in enger Zusammenarbeit mit der Verwaltungsleitung und den entsprechenden dienstlichen und politischen Gremien erfolgen. Im zweiten Halbjahr 2008 wurde außerdem eine Demografie-Werkstatt für Führungskräfte durchgeführt. Der Verhältnisprävention zuzuordnen sind darüber hinaus die regelmäßigen Führungskräfte-Infotage, Stress-Seminare für Führungskräfte und Qualifizierungsprogramme für potenzielle Nachwuchsführungskräfte.

Im Fokus der Verhaltensprävention stehen Beratungsangebote zu den Themen Sucht und Konfliktbewältigung, die Sprechstunden des Betriebsärztlichen Dienstes, Untersuchungen nach berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen, Bewegungs- und Entspannungsangebote, Grippe-schutzimpfungen, Arbeitsplatzbegehungen durch einen Sicherheitsingenieur und Bewegungsanimationen am Computer. Außerdem werden regelmäßig in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen Aktionstage durchgeführt, auf denen Mitarbeiter z. B. einen kostenlosen Herz-Check-Up erhalten können. Neben Betriebssportgemeinschaften steht den Mitarbeitern außerdem ein Cardio-Fitnessraum zur Verfügung.

Die vielfältigen Angebote zur Verhaltensprävention werden in erster Linie über das Intranet und über eine hausinterne Zeitschrift „beworben“. Aber auch im direkten Kontakt, z. B. über Aktionen zu bestimmten Anlässen wie etwa dem Weltnichtrauchertag, sollen die Mitarbeiter für die Angebote der BGF gewonnen werden. Eine wichtige Rolle spielen die Führungskräfte, die auf den Leitungskonferenzen über Maßnahmen der BGF informiert werden.

Evaluation und Erfolgskontrolle

Kerstin Kiefer ist in der Kreisverwaltung Recklinghausen für das betriebliche Gesundheitsmanagement zuständig. Sie gab dem MDS Auskunft über die Erfolgskontrolle.

MDS: Auf welche Weise prüft die Kreisverwaltung Recklinghausen, ob sie mit der betrieblichen Gesundheitsförderung ihre Ziele erreicht?

Kiefer: Anfangs rankte sich vieles nur um Controlling und das Auswerten von Kennzahlen. Als wesentlichste Kennziffer sah man die Fehlzeiten. Ich bin aber dagegen, dass die Qualität der BGF immer nur an der Höhe der Fehlzeiten bemessen wird. Auf den Krankenstand wirken sich zu viele Faktoren aus, die durch die betriebliche Gesundheitsförderung gar nicht beeinflussbar sind. Z.B. werden Mitarbeiter ausgegliedert, oder die Kreisverwaltung wird umstrukturiert. Allein durch solche Prozesse kann es vorkommen, dass sich die Fehlzeiten auch nach dem Beginn der BGF auf dem gleichen Niveau bewegen wie zuvor. Man muss es aber als Erfolg bewerten, dass die Fehlzeiten trotz struktureller Veränderungen und schwieriger Anpassungsprozesse nicht höher geworden sind.

MDS: Welche weiteren Parameter der Erfolgsmessung erheben Sie, und wer nutzt die Daten?

Kiefer: Insbesondere im Rahmen unserer Haushaltsstrukturdebatten sind wir gehalten, ein breites Spektrum an Erfolgsparametern abzubilden. So berichten wir beispielsweise, wie unsere Sportkurse angenommen werden und welchen Erfolg wir dadurch erzielt haben. Das führt uns immer wieder dazu, das Angebot anzupassen.

Einmal im Jahr führen wir einen Aktionstag durch, den wir nutzen, um die Mitarbeiter zu befragen, ob unser Angebot ihren Bedürfnissen entspricht, ob es also richtig zugeschnitten ist.

Wir erstatten regelmäßig Bericht über den Stand und die Ergebnisse der durchgeführten Maßnahmen. Damit informieren wir die Leitungskonferenz, den Ausschuss für Sicherheit und Gesundheit und den Landrat. Diese Ergebnisse sollen zukünftig auch direkt in das Personalcontrolling zurückgespielt werden. Wir klären mit den Mitarbeitern und Führungskräften, was sich aus den Gesundheitszirkeln ableiten lässt. Daraus entwickeln wir einen Aktionsplan.

8.2 Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

Im Folgenden werden die Ergebnisse der bundesweiten Auswertung der BGF-Aktivitäten der Krankenkassen im Berichtszeitraum 2008 berichtet.

Insgesamt kann für das Jahr 2008 im Vergleich zu den Vorjahren eine Zunahme der Aktivitäten zur BGF verzeichnet werden. Parallel entwickelten sich die Ausgaben. Diese stiegen von 32,2 Mio. Euro in 2007 auf 35,9 Mio. Euro in 2008.⁵⁶

Tabelle 17: Rücklauf Dokumentationsbögen BGF

Rücklauf Dokumentationsbögen	
Berichtsjahr	Anzahl Dokumentationsbögen (gemeldete Fälle)
2008	3.423
2007	3.014
2006	2.422
2005	2.531
2004	2.563
2003	2.164
2002	1.895
2001	1.189

8.2.1 Allgemeine Daten – Laufzeit, Branchen, Betriebsgröße, Anzahl Standorte, erreichte Personen

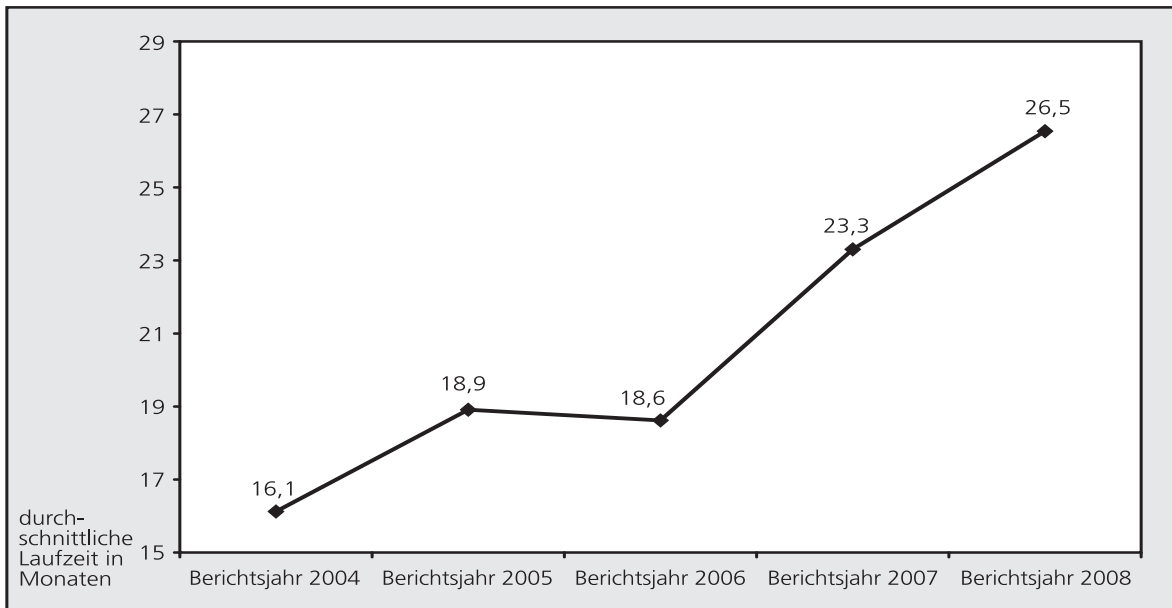
Laufzeit der Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Bei 83 % aller für das Berichtsjahr 2008 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.

Genauso wie die Aktivitäten zum Setting-Ansatz, waren auch die BGF-Aktivitäten im Berichtsjahr 2008 im Mittel deutlich langfristiger angelegt als in den Jahren davor.

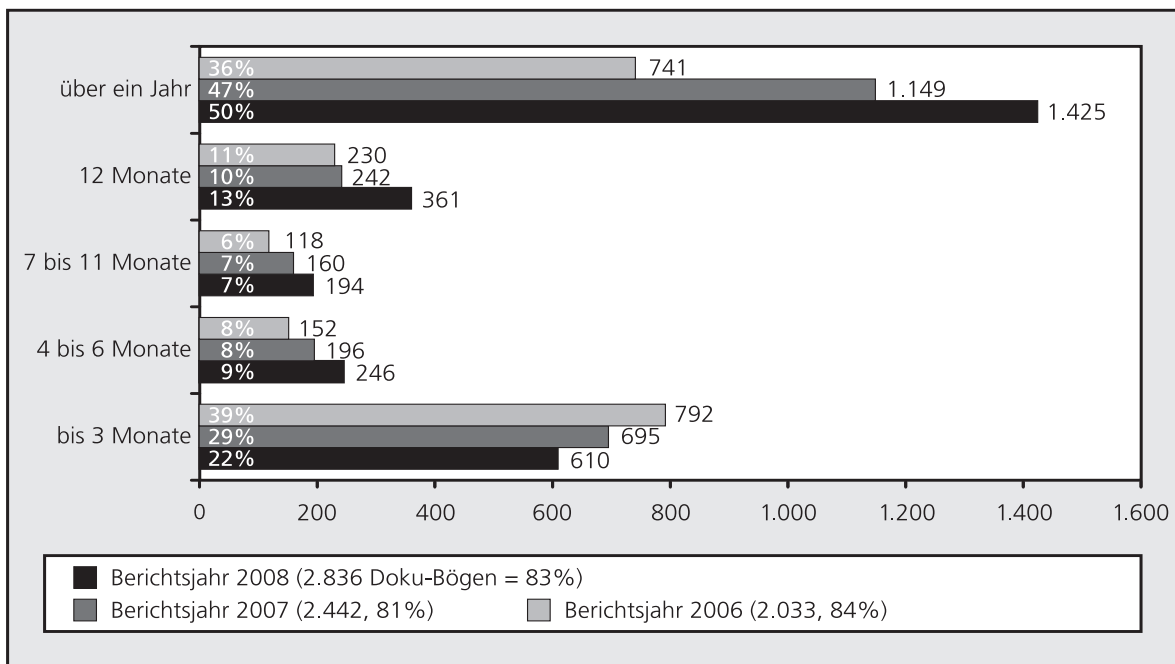
⁵⁶ KJ1, Stand v. 12.09.08

Abb. 26: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten



Die Zahl der Projekte, die ein Jahr und länger andauerten, ist 2008 im Vergleich zu den Vorjahreserhebungen deutlich angestiegen.

Abb. 27: Laufzeit der Aktivitäten in Monaten

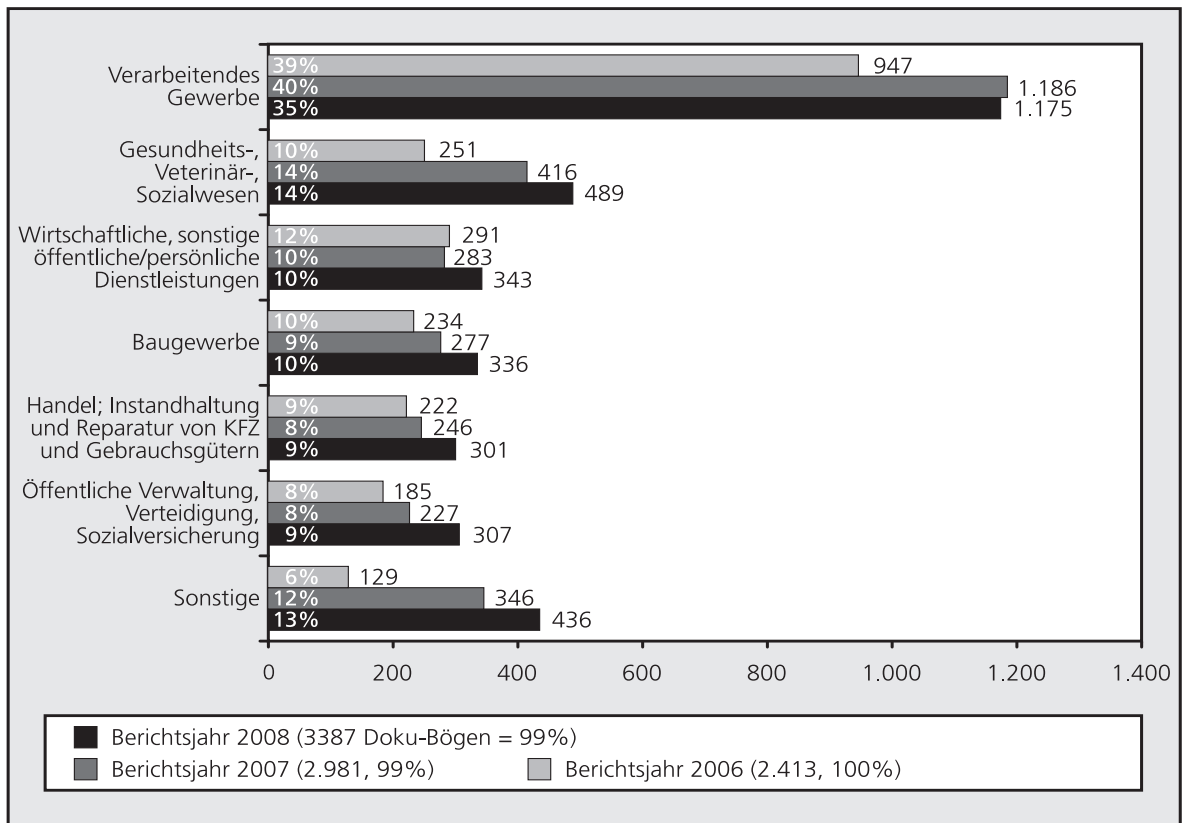


Insgesamt bearbeiteten 51 % der Projekte sowohl die Rahmenbedingungen in den Betrieben als auch das gesundheitsbezogene Verhalten der Beschäftigten. Dagegen traf dies bereits auf zwei Drittel der Projekte zu, die mindestens ein Jahr andauerten.

Branchen, Anzahl an Standorten oder Betrieben

Die Branchenzugehörigkeit der Betriebe ist in der nachfolgenden Abbildung gemäß der Klassifikation der Wirtschaftszweige des Statistischen Bundesamtes (WZ 2003) ausgewiesen. Der Kategorie „Sonstige“ wurden die Branchen zugeordnet, die in den betrachteten Jahren einen geringeren Anteil als 5 % hatten.

Abb. 28: Branchen



Im Vergleich zu den bundesweiten Anteilen der Betriebe in den jeweiligen Wirtschaftszweigen⁵⁷ waren BGF-Aktivitäten in Unternehmen aus dem verarbeitenden Gewerbe mit einem Anteil von 35 % überproportional vertreten, denn der Anteil dieser Betriebe an allen Betrieben beträgt nur 10 %. Das entspricht dem Bedarf an Präventionsleistungen gemäß des Belastungsprofils: Im verarbeitenden Gewerbe müssen viele Beschäftigte körperlich schwere Arbeiten leisten und sind größeren Unfallgefahren ausgesetzt.

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

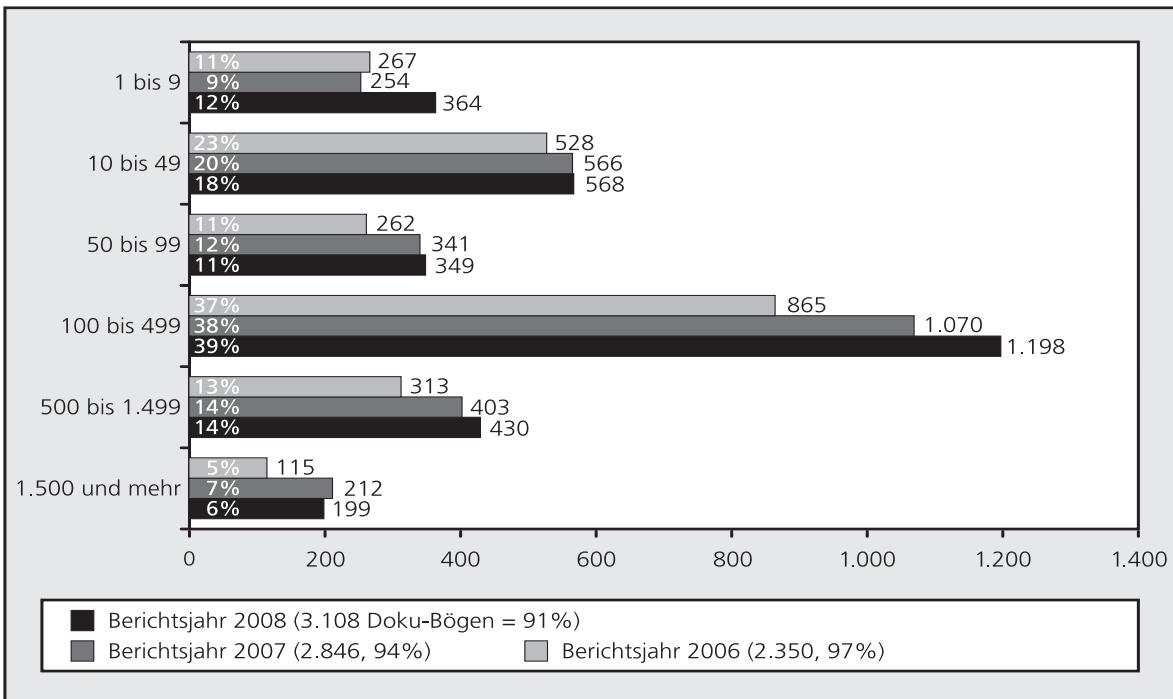
Die BGF-Maßnahmen können in einem Unternehmen oder an einem Standort durchgeführt werden. Des Weiteren können sie an mehreren Standorten durchgeführt werden. Dies geschieht meist im Rahmen von Netzwerkprojekten, die überwiegend bei Klein- und Kleinstbetrieben stattfinden.

Bei 88 % aller Dokumentationsbögen, die insgesamt 3.505 Betriebe betreffen, wurde die BGF an einem Standort durchgeführt. Bei den weiteren 418 berichteten Projekten erfolgte die BGF an mehreren Standorten, der Median waren drei Standorte. Die Gesamtsumme aller gemeldeten Standorte oder Betriebe lag bei 4.788 (2007: 3.888, 2006: 3.592 Standorte/Betriebe; ein Extremwert von 3.000 Betrieben wurde bei diesen Zahlenangaben nicht berücksichtigt). Im Maximalfall wurde über 92 Standorte berichtet.

⁵⁷ Bundesagentur für Arbeit 2009

Betriebsgrößen

Abb. 29: Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)

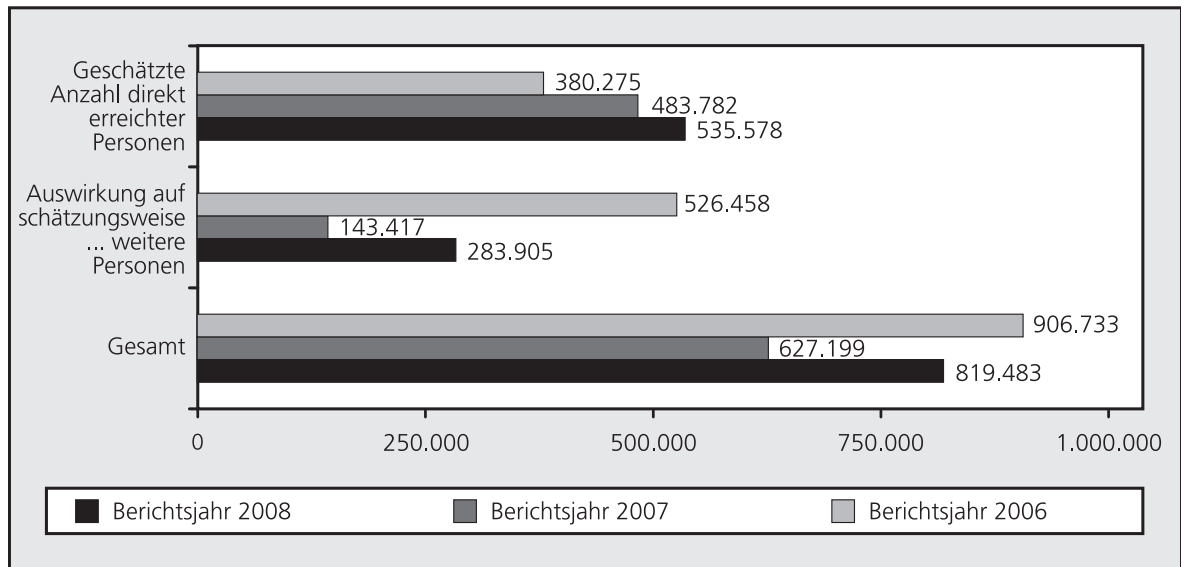


Die starke Präsenz von Unternehmensgrößen ab 100 Mitarbeitern im Datensatz lässt sich darauf zurückführen, dass in größeren Unternehmen tendenziell günstige Strukturverhältnisse für die Durchführung von BGF existieren. Auch ist dort der Aufwand für BGF im Verhältnis zur erreichten Zahl an Personen geringer.

Erreichte Personen

Der Dokumentationsbogen fragt die Schätzzahlen zur Anzahl der Personen ab, die über die Aktivitäten direkt oder indirekt erreicht wurden. Aktivitäten wie Multiplikatorenschulungen werden mit dem Ziel veranstaltet, eine größere Zahl an Mitarbeitern indirekt zu erreichen. Zu den Aktivitäten, die indirekt wirken, zählen auch Gesundheitszirkel. An ihnen nehmen zwar nur wenige Mitarbeiter einer Abteilung oder eines Arbeitsbereiches teil, aber die im Zirkel erarbeiteten Erkenntnisse und Maßnahmen werden dann in den gesamten Arbeitsbereich eingebracht und der Belegschaft bekannt gemacht. Auf diese Weise profitieren von den Maßnahmen deutlich mehr Mitarbeiter als nur die Zirkelteilnehmer.

Abb. 30: Erreichte Personen (Schätzzahlen)

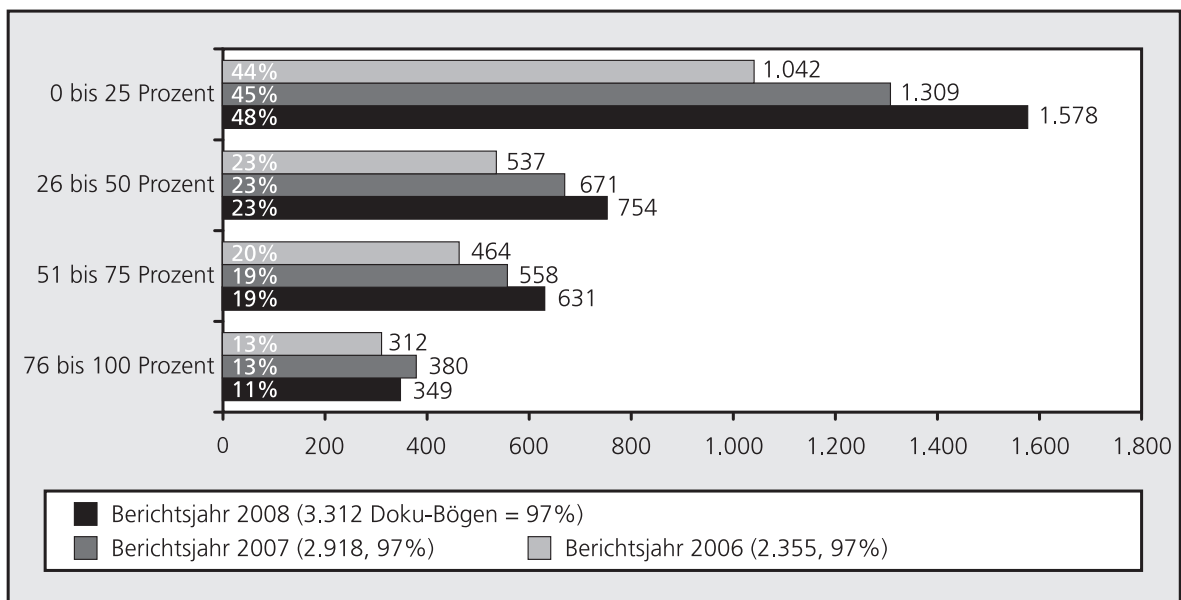


83.575 (16 %) von 535.578 direkt erreichten Personen waren mindestens 50 Jahre alt. Das traf ebenfalls auf 34.916 (12 %) der 283.905 indirekt erreichten Personen zu. Insgesamt betrug der Anteil der mindestens 50 Jahre alten Arbeitnehmer an der Gesamtschätzzahl der direkt und indirekt erreichten Personen 15 % (118.491 von 819.483 erreichten Personen).

Frauenanteil

Die nachfolgende Abbildung schlüsselt die Betriebe mit BGF nach dem Frauenanteil an den Beschäftigten auf. Deutlich wird, dass der Frauenanteil gering ist. Diese Statistik ist Grundlage für Tabelle 2, S. 20, in der zusammengefasst wird, dass die BGF zu 64 % Männer erreicht.

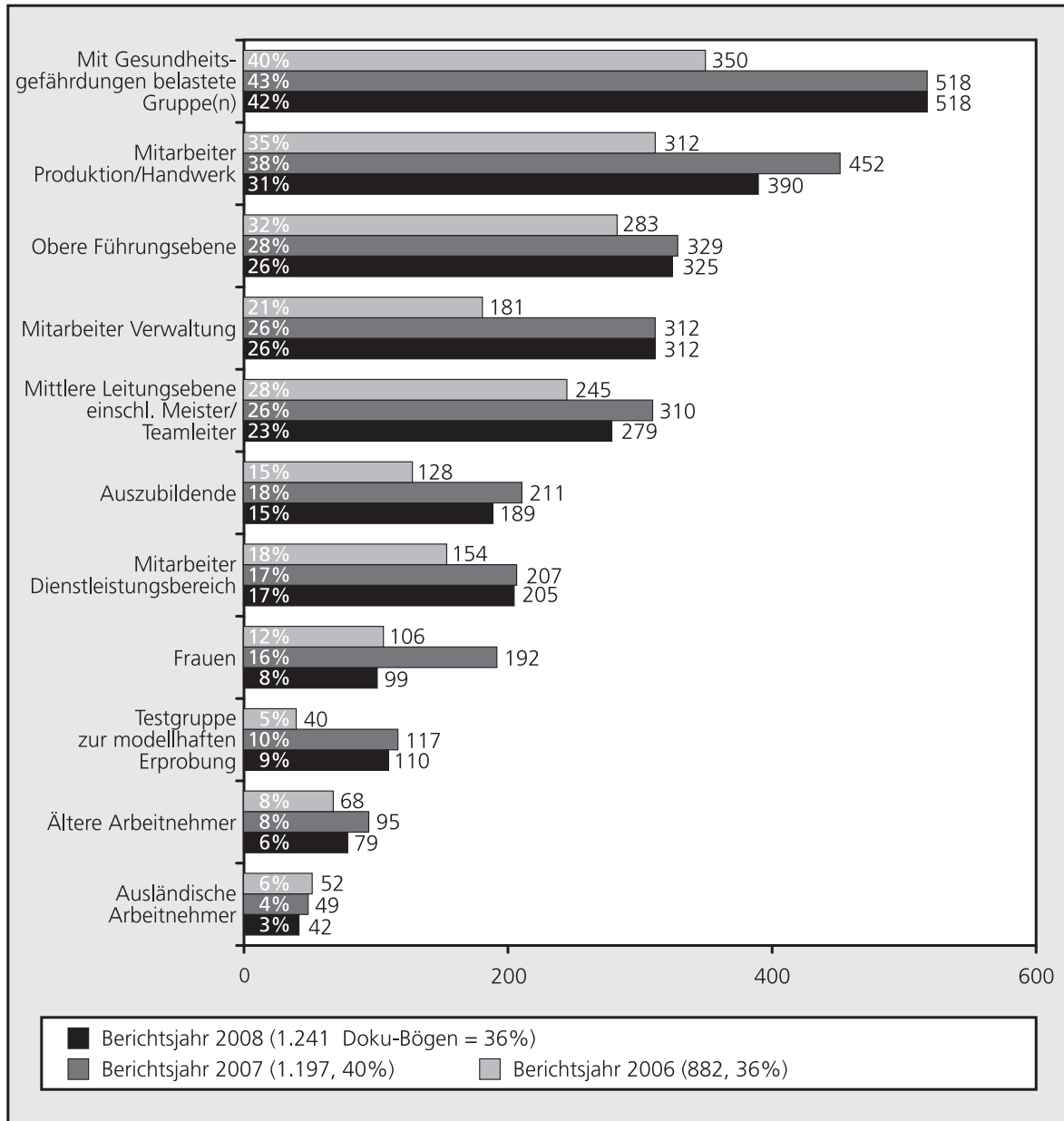
Abb. 31: Frauenanteil



8.2.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

In 64 % der Fälle (Dokumentationsbögen) waren die Aktivitäten in den Betrieben auf alle Beschäftigten ausgerichtet. Ausschlaggebend hierfür waren der inhaltliche Projektzuschnitt, die Unternehmensgröße oder die Unternehmensstruktur. Bei den verbleibenden 36 % der Fälle richteten sich die BGF-Interventionen auf spezifische Zielgruppen, die in der unten stehenden Abbildung näher beschrieben sind.

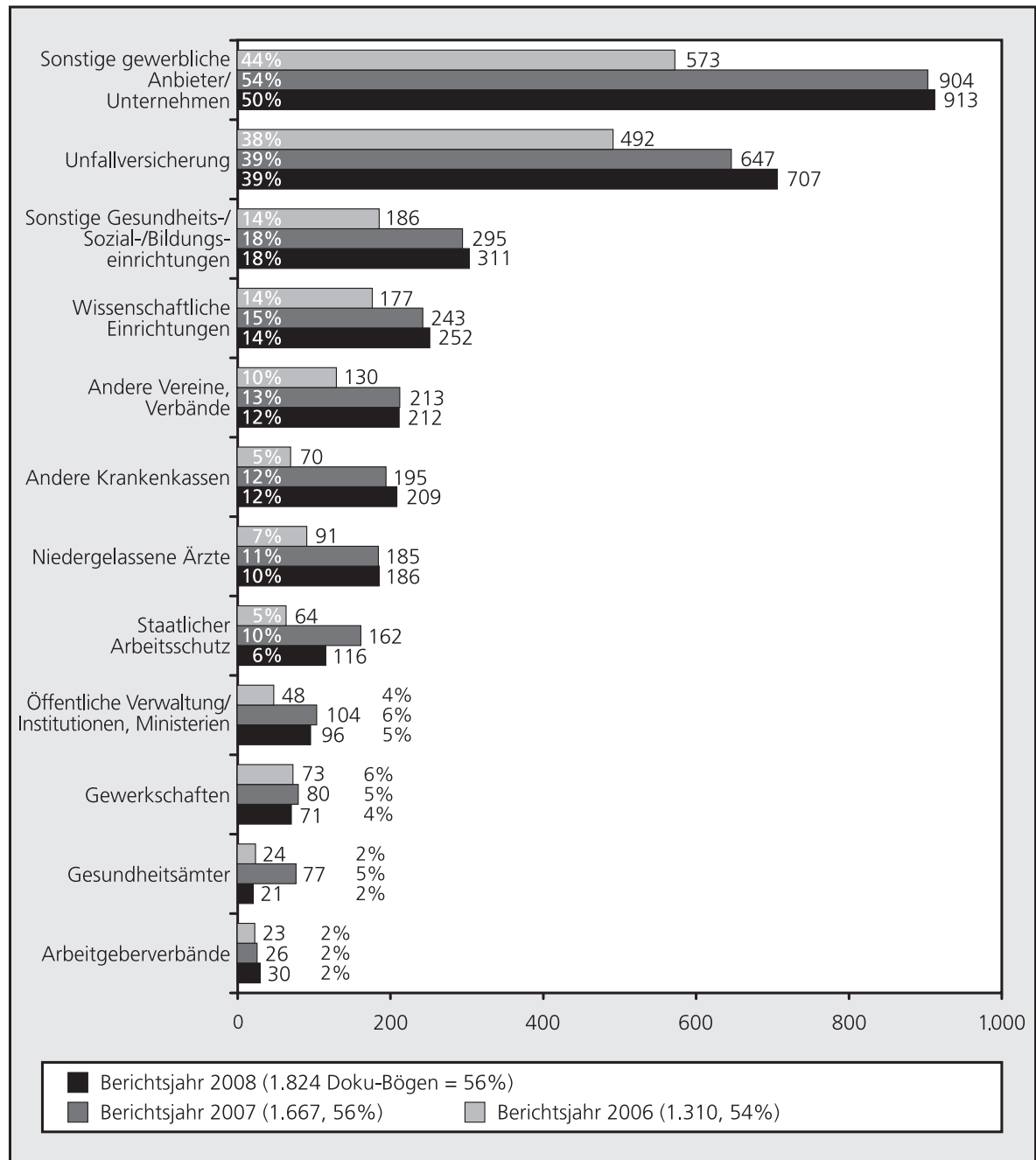
Abb. 32: Schwerpunktmäßige Zielgruppe (Mehrfachnennungen möglich)



8.2.3 Kooperationspartner

Sofern es Kooperationen gab, gaben die Krankenkassen durchschnittlich zwei verschiedene Partner an. Im Einzelnen waren die nachfolgend aufgelisteten Kooperationspartner an den BGF-Projekten beteiligt.

Abb. 33: Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)

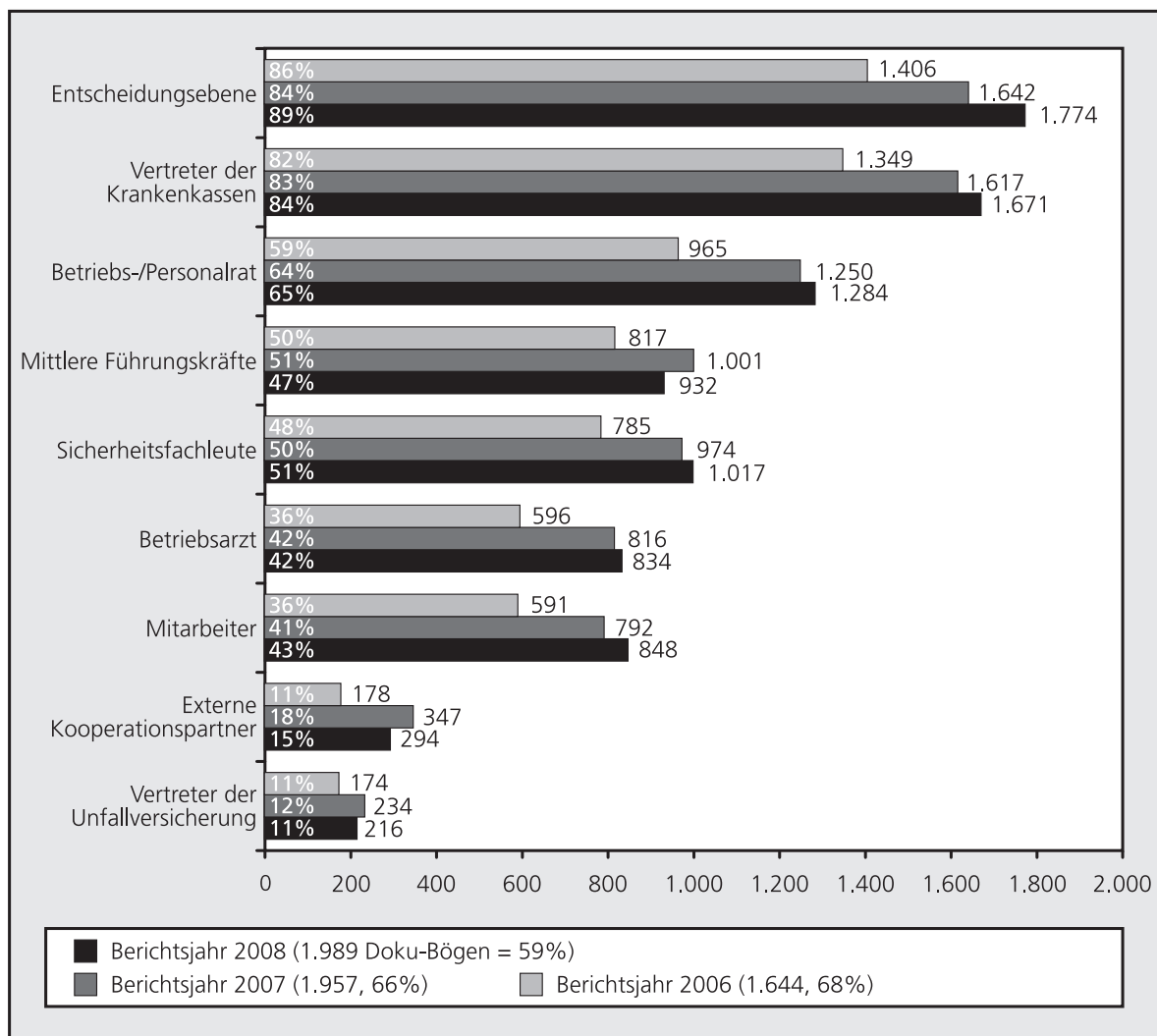


8.2.4 Koordination und Steuerung

Langfristig angelegte BGF-Initiativen bedürfen eines Steuerungsgremiums, z. B. eines „Arbeitskreises Gesundheit“, in dem die wesentlichen Akteure zusammenwirken. Derartige Gremien nehmen einen hohen Stellenwert für eine langfristige prozesshafte Einbindung von Gesundheitsförderung in den Betrieb ein. Das Vorhandensein von Steuerungsstrukturen gewährleistet umfassende Bedarfsanalysen, Interventionen und Erfolgskontrollen (vgl. Kapitel 8.5, S. 107ff.).

Durchschnittlich waren im Jahr 2008 bei 59 % aller hier dokumentierten BGF-Initiativen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden. Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden nicht nur in 65 % der größeren Unternehmen gebildet, sondern auch in 52 % der Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Mitarbeitern. Das ist bemerkenswert und ein gutes Zeichen für das Streben nach hoher Prozessqualität, weil es für kleine Betriebe einen höheren Aufwand je Mitarbeiter bedeutet, derartige Strukturen aufzubauen.

Abb. 34: Koordination und Steuerung (Mehrfachnennungen möglich)



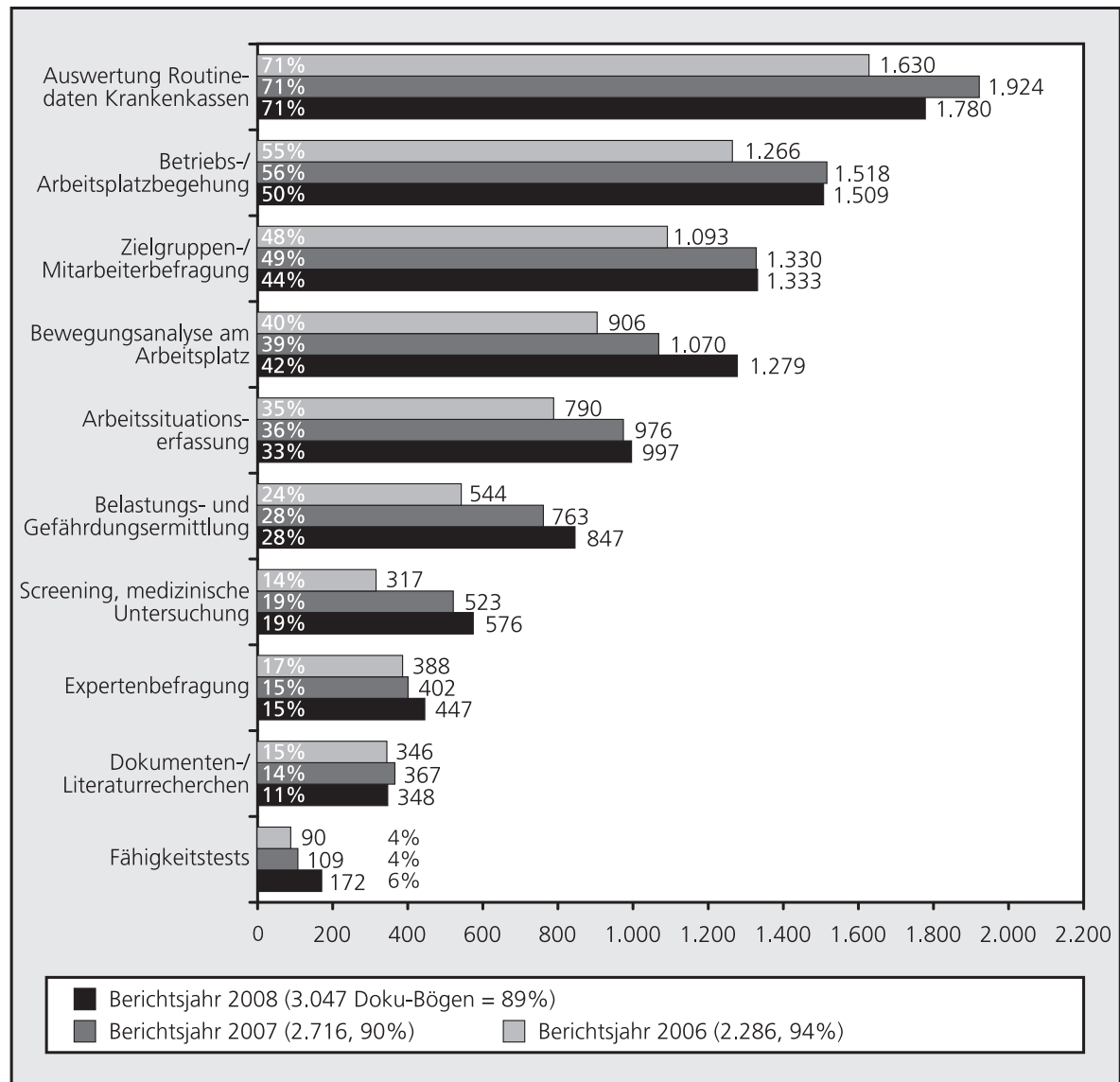
2008 waren an einem Steuerungsgremium im Durchschnitt Vertreter aus etwa fünf verschiedenen Unternehmensbereichen oder externen Einrichtungen beteiligt (2007, 2006 und 2005: vier Bereiche). Bei 39 % der Fälle mit bejahter Entscheidungs- und Steuerungsstruktur waren im entsprechenden Gremium mindestens die Entscheidungsebene, Vertreter von Krankenkassen, Betriebs- oder Personalrat sowie Sicherheitsfachleute gleichzeitig vertreten.

8.2.5 Bedarfsermittlung

Die BGF baut in der Regel auf den Erkenntnissen auf, die durch umfassende Bedarfsermittlungen gewonnen wurden. Dabei entspricht es dem Konzept von BGF, möglichst objektive Daten – beispielsweise aus Routinedaten der Krankenkassen – mit subjektiven Daten aus Mitarbeiter- oder Expertenbefragungen zu verknüpfen.

Bei den Bedarfsermittlungen wurden im Durchschnitt drei Methoden der Bedarfsanalyse angewandt.

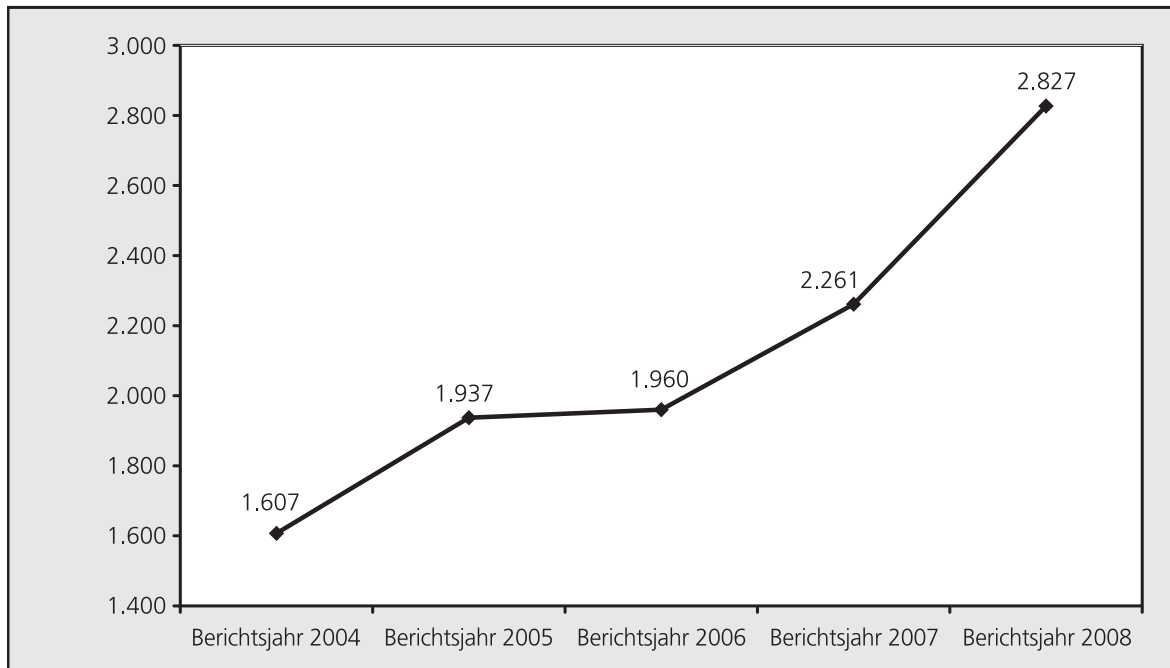
Abb. 35: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



8.2.6 Gesundheitszirkel

Die Zahl der durchgeführten Gesundheitszirkel nahm im Laufe der Jahre stark zu. Das weist auf eine Qualitätssteigerung hin, denn Gesundheitszirkel spielen eine wichtige Rolle in der BGF. Sie ermöglichen die direkte Partizipation der Beschäftigten, die sich an der Analyse von Gesundheitsgefährdungen beteiligen und Gestaltungsvorschläge entwickeln.

Abb. 36: Gesundheitszirkel



Aus den Gesundheitszirkeln stammen typischerweise Vorschläge, wie die Arbeitsbedingungen verbessert werden können. Das balanciert die Ansätze zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens der einzelnen Beschäftigten aus. Der Präventionsbericht belegt dies empirisch. So waren 2008 die Interventionen bei 74 % der Fälle (Dokumentationsbögen) sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen, falls Gesundheitszirkel vorhanden waren. Nur 10 % waren rein verhältnis- und 3 % rein verhaltensbezogen. Demgegenüber waren die Aktivitäten bei Fällen ohne Gesundheitszirkel nur in 22 % der betrachteten Fälle verhaltens- und verhältnisbezogen, in 8 % rein verhältnis- und in 32 % rein verhaltensbezogen.

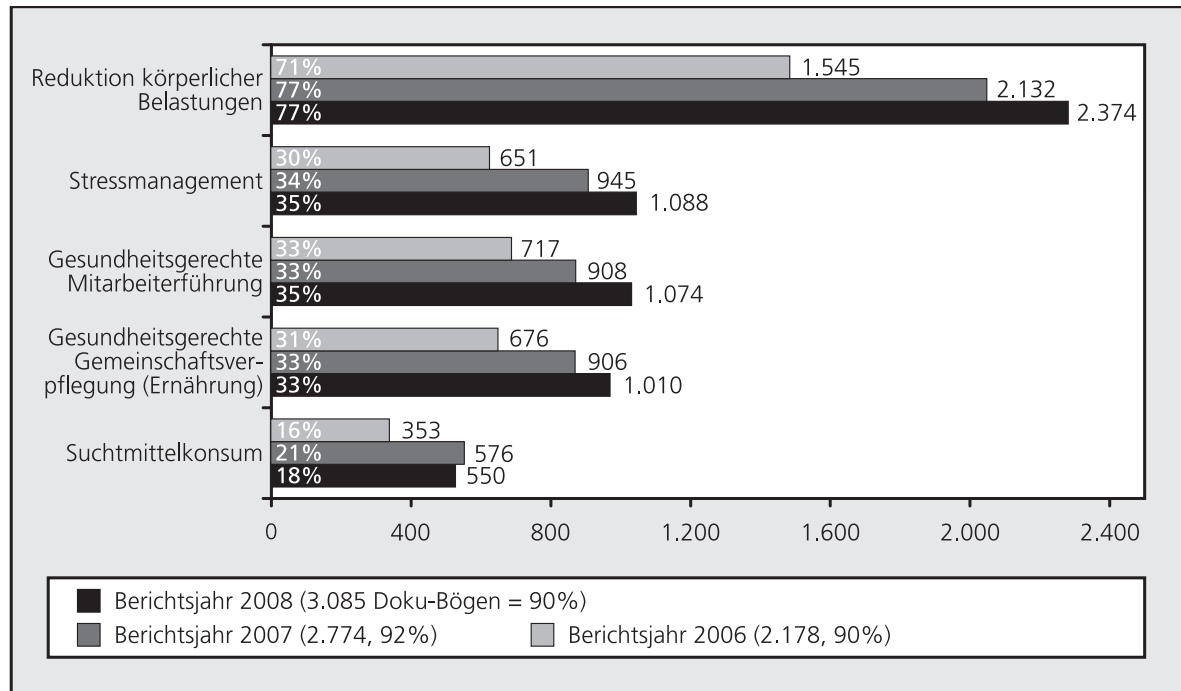
In 83 % der Fälle mit durchgeführten Gesundheitszirkeln wurden zwischen ein bis vier Gesundheitszirkel realisiert. Wenn mehrere Gesundheitszirkel parallel laufen, geschieht dies beispielsweise in unterschiedlichen Arbeits- oder Produktionsbereichen. Zu 13 % wurden fünf bis neun Zirkel realisiert, in 4 % zehn und mehr. Im Maximalfall führte eine Einrichtung 41 Gesundheitszirkel durch.

8.2.7 Intervention

Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

In 90 % aller rückgemeldeten Dokumentationsbögen lagen Angaben zu den Inhalten der Interventionen vor. Bei den restlichen zehn Prozent kann davon ausgegangen werden, dass sich die Interventionen zum Zeitpunkt der Erhebung noch in der Phase der Bedarfsermittlung und Strukturbildung befanden.

Abb. 37: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen (Mehrfachnennungen möglich)



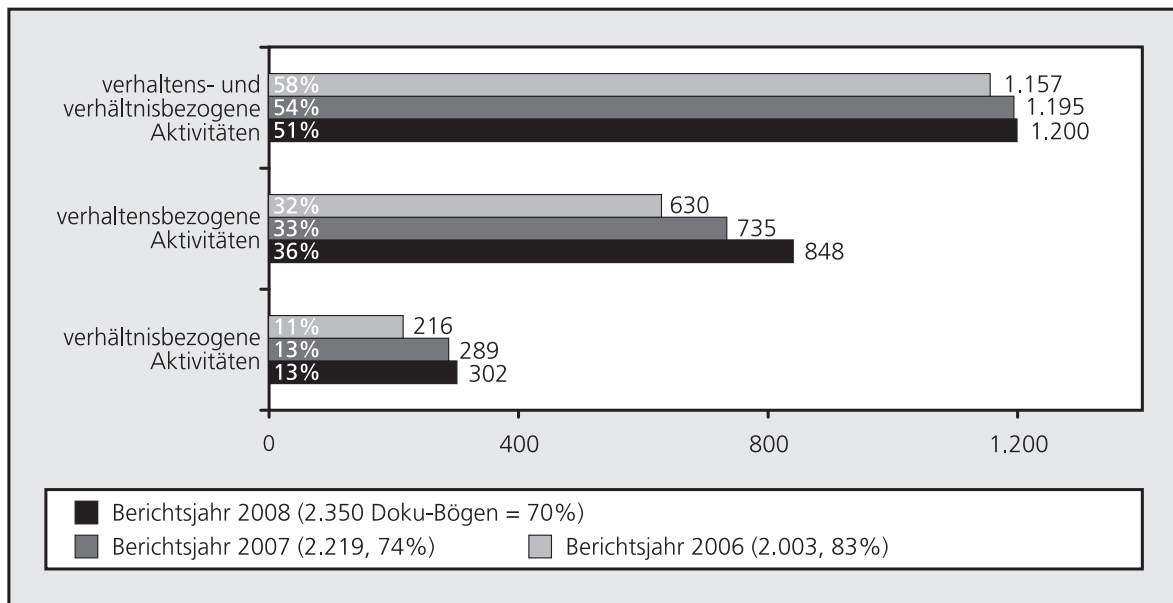
Wie die Tabelle zeigt, wird die Reduktion körperlicher Belastungen am häufigsten thematisiert. Dazu zählen zum einen Maßnahmen, die auf „klassische“ muskulo-skelettale Belastungen aufgrund schwerer körperlicher Arbeit abzielen. Zum anderen zählen dazu Interventionen, die auf ungünstige Haltungen, beispielsweise bei der Büro- und Bildschirmarbeit, eingehen.

Die belastungsorientierten Interventionen standen besonders in Betrieben aus dem Baugewerbe (84 %), der Verkehr- und Nachrichtenübermittlung (85 %), dem Gastgewerbe (84 %) und der Erziehung und des Unterrichts (83 %) im Vordergrund.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Qualitativ hochwertige und nachhaltige BGF umfasst sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Aktivitäten. Verhältnisbezogene Maßnahmen sind auf strukturelle, organisatorische und Umgebungsveränderungen im Betrieb ausgerichtet. Ziel ist, die Verhältnisse im Betrieb in einem gesundheitsförderlichen oder belastungsreduzierenden Sinne zu verändern. Im Idealfall wird mit BGF die Einbindung von Gesundheitsförderung in betriebliche Managementprozesse erreicht. Verhaltensbezogene Aktivitäten intendieren, das gesundheitsbezogene Verhalten der Mitarbeiter zu ändern oder eine bessere Belastungsverarbeitung zu erreichen. Diesem Ziel dienen beispielsweise Informationsveranstaltungen oder stress- und fitnessbezogene Angebote.

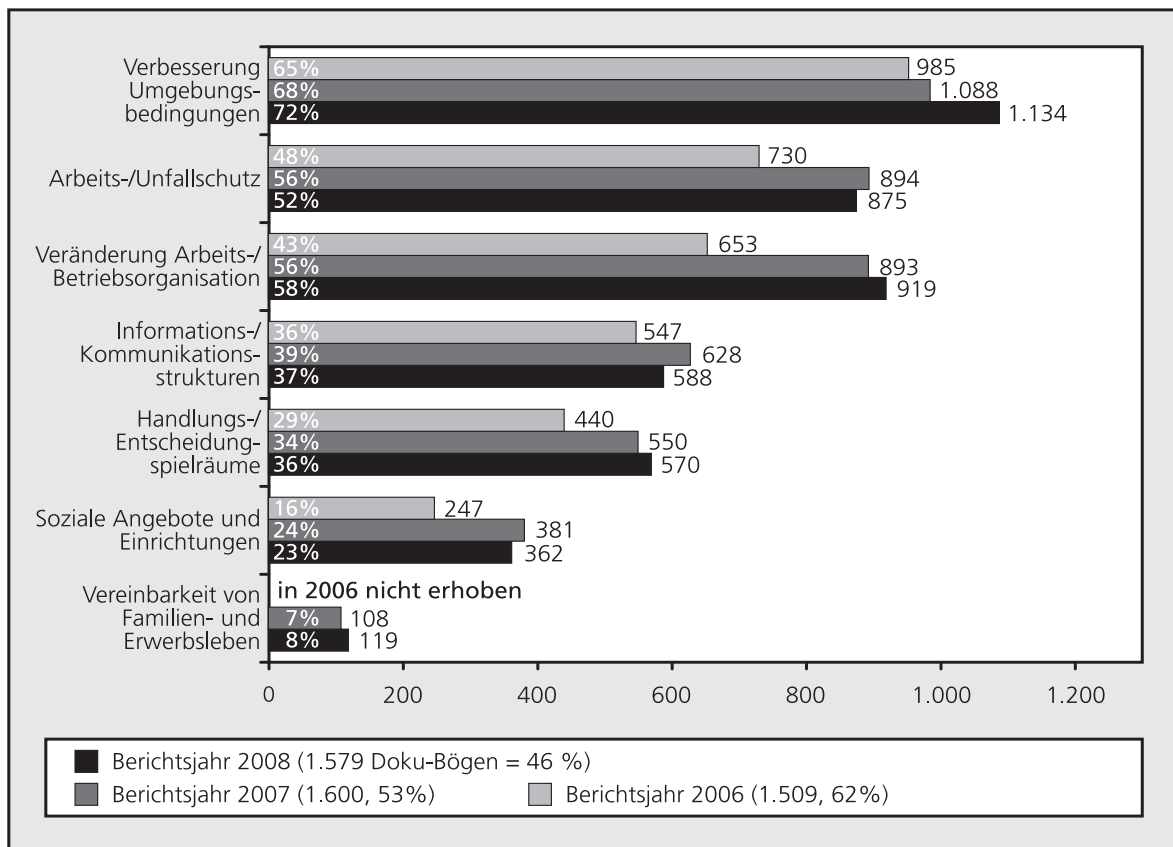
Abb. 38: Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten (Mehrfachnennungen möglich)



Art der Umgestaltung

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

Abb. 39: Art der Umgestaltung (Mehrfachnennungen möglich)

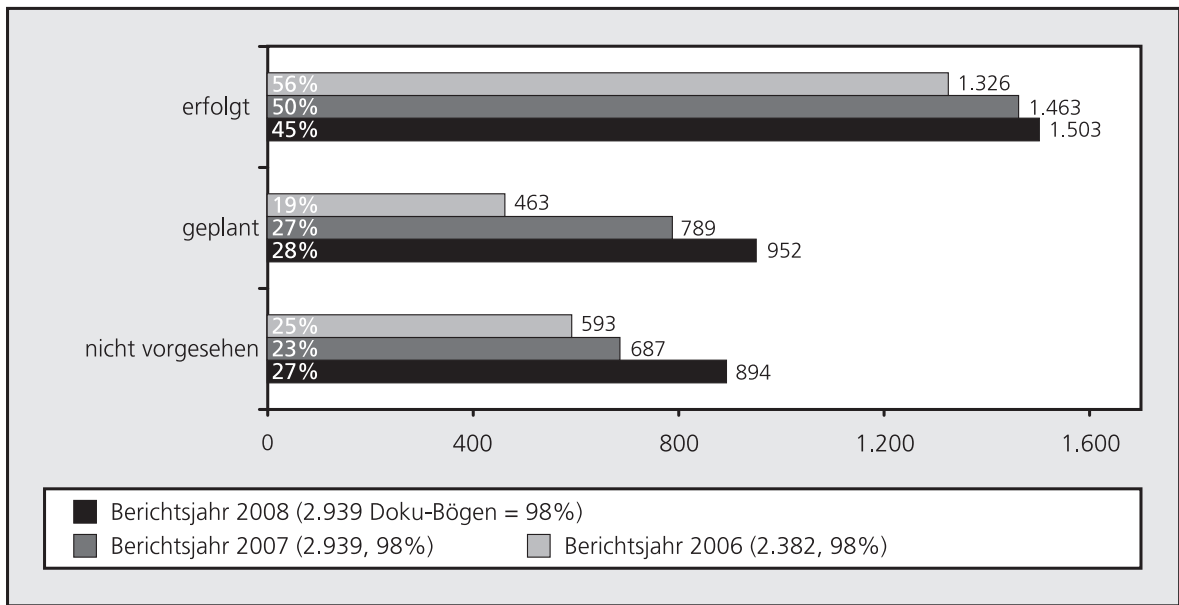


Im Durchschnitt lagen je Fall drei Angaben zur Art der Umgestaltungen in Betrieben vor. Bei Mehrfachangaben zur Art der Umgestaltung nannten die Krankenkassen am häufigsten die Veränderung von Umgebungsbedingungen, der Arbeits- oder Betriebsorganisation und den Arbeits- oder Unfallschutz (55 %).

8.2.8 Erfolgskontrolle

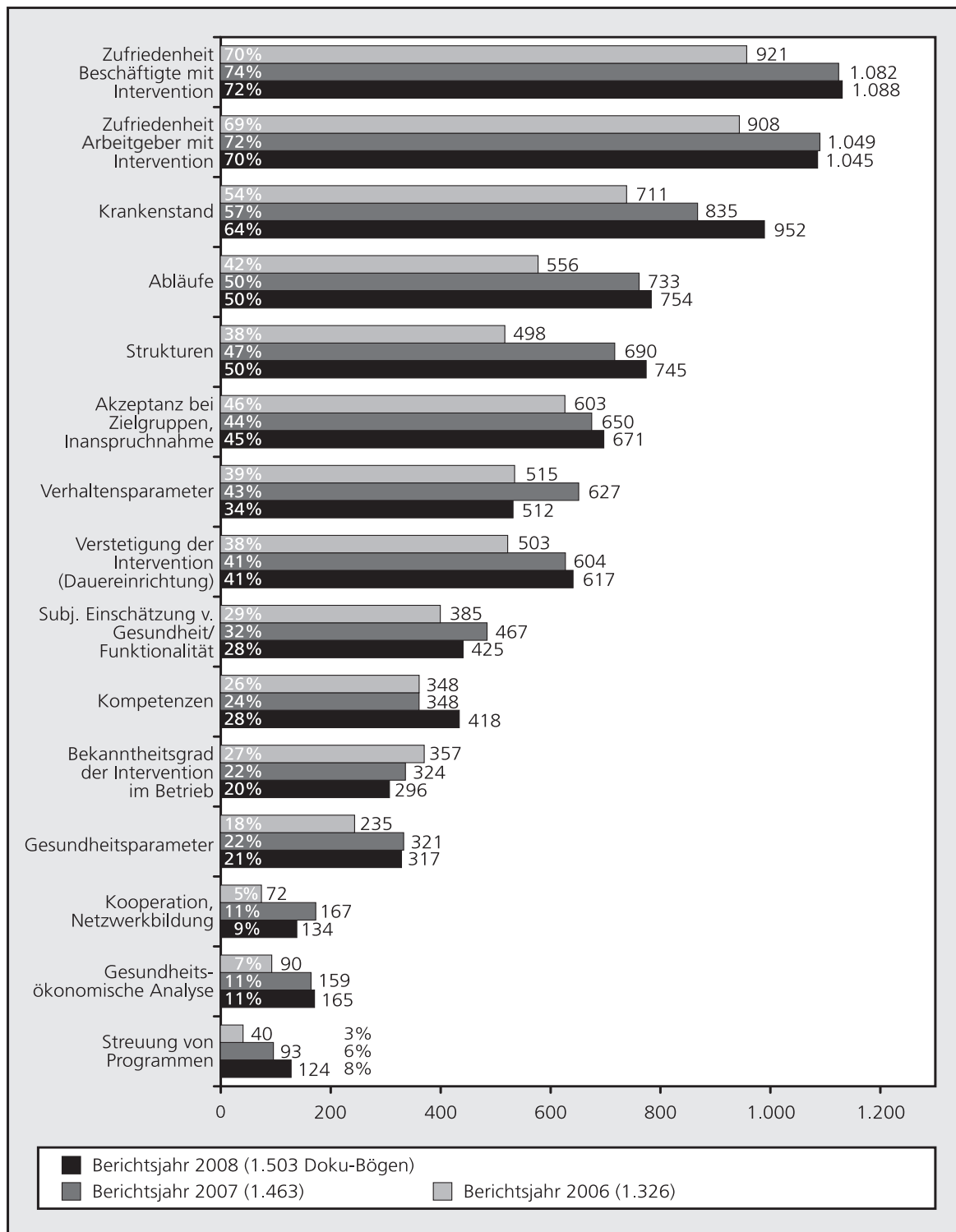
Erhoben wurden sowohl bereits durchgeführte Erfolgskontrollen als auch noch geplante Erfolgskontrollen.

Abb. 40: Durchführung einer Erfolgskontrolle



Worauf sich die Erfolgskontrollen bezogen, zeigt die nachfolgende Abbildung.

Abb. 41: Inhalte der Erfolgskontrolle (Mehrfachnennungen möglich)



Im Durchschnitt wurden bei den Erfolgskontrollen sechs Parameter gleichzeitig erhoben (2007 ebenfalls sechs, 2006 fünf). Welche Kontrollparameter kombiniert wurden, war sehr unterschiedlich. In 30 % der Fälle wurden die Parameter „Zufriedenheit der Beschäftigten und des Arbeitgebers mit der Intervention“, Krankenstand, Abläufe, Strukturen sowie „Akzeptanz der Interventionen bei der Zielgruppe“ in verschiedener Weise kombiniert.

8.3 Branchenbezogene Auswertungen

In diesem Kapitel werden Branchen näher betrachtet und verglichen, die mindestens 5 Prozent Anteil am Gesamtdatensatz hatten. Das waren alle in Abb. 28, S. 83, genannten Wirtschaftszweige, ohne die zusammenfassende Kategorie „Sonstiges“.

Die verschiedenen Branchen sind aufgeschlüsselt nach Laufzeit, Betriebsgröße, Geschlecht, erreichten Personen, Zielgruppen, Gesundheitszirkel, Interventionsinhalten, Aktivitäten und Erfolgskontrollen.

Aus den Statistiken lassen sich die folgenden wesentlichen Aussagen ableiten:

- Mit 32 Monaten durchschnittlicher Laufzeit ragt die Projektlaufzeit im verarbeitenden Gewerbe heraus. Im Gesundheits- und Sozialwesen und dem Dienstleistungssektor betrug die Laufzeit nur 19 Monate. Auf einen längeren Zeitraum ausgerichtete Initiativen ermöglichen eher die Einführung eines nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsmanagements.
- Hinsichtlich der Betriebsgrößen fällt auf, dass im Bauwesen und im Handel häufiger als in den anderen Branchen betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben durchgeführt wird.
- Eine große Zahl an Männern wird insbesondere in den Betrieben des Baugewerbes und des verarbeitenden Gewerbes erreicht. Frauen ließen sich dagegen im Gesundheitswesen und der öffentlichen Verwaltung besonders häufig erreichen.

8.3.1 Allgemeine Daten

Tabelle 18: Branchenauswertungen – Laufzeiten

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.175		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen N=489		Dienstleistungen N=343	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 3 Monate	182	18,7%	77	18,7%	94	33,1%
4 bis 6 Monate	87	8,9%	37	9,0%	26	9,2%
7 bis 11 Monate	45	4,6%	34	8,3%	18	6,3%
12 Monate	106	10,9%	38	9,2%	36	12,7%
über ein Jahr	553	56,8%	226	54,9%	110	38,7%
Gesamt	973	100,0%	412	100,0%	284	100,0%
Fehlende Angaben	202		77		59	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	32,3		19,0		19,0	
	Baugewerbe N=336		Handel N=301		Öffentliche Verwaltung N=307	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 3 Monate	72	23,6%	63	23,7%	44	18,9%
4 bis 6 Monate	10	3,3%	20	7,5%	31	13,3%
7 bis 11 Monate	15	4,9%	8	3,0%	30	12,9%
12 Monate	65	21,3%	48	18,0%	22	9,4%
über ein Jahr	143	46,9%	127	47,7%	106	45,5%
Gesamt	305	100,0%	266	100,0%	233	100,0%
Fehlende Angaben	31		35		74	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	23,3		24,8		24,6	

Tabelle 19: Branchenauswertungen – Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.175		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen N=489		Dienstleistungen N=343	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1-9	50	4,6%	28	6,6%	39	12,4%
10-49	179	16,6%	64	15,1%	86	27,3%
50-99	102	9,5%	96	22,7%	29	9,2%
100-499	499	46,3%	158	37,4%	117	37,1%
500-1.499	185	17,2%	49	11,6%	31	9,8%
1.500 und mehr	63	5,8%	28	6,6%	13	4,1%
Gesamt	1.078	100,0%	423	100,0%	315	100,0%
Fehlende Angaben	97		66		28	
	Baugewerbe N=336		Handel N=301		Öffentliche Verwaltung N=307	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1-9	142	44,0%	63	22,5%	10	3,6%
10-49	101	31,3%	86	30,7%	18	6,6%
50-99	24	7,4%	28	10,0%	132	48,2%
100-499	46	14,2%	80	28,6%	76	27,7%
500-1.499	6	1,9%	16	5,7%	38	13,9%
1.500 und mehr	4	1,2%	7	2,5%	274	100,0%
Gesamt	323	100,0%	280	100,0%	33	0,0%
Fehlende Angaben	13		21		307	

Tabelle 20: Branchenauswertungen – Frauenanteil

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.175		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen N=489		Dienstleistungen N=343	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25%	663	58,2%	106	21,9%	96	29,4%
26-50%	310	27,2%	44	9,1%	79	24,2%
51-75%	132	11,6%	153	31,7%	84	25,7%
76-100%	35	3,1%	180	37,3%	68	20,8%
Gesamt	1.140	100,0%	483	100,0%	327	100,0%
Fehlende Angaben	35		6		16	
	Baugewerbe N=336		Handel N=301		Öffentliche Verwaltung N=307	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25%	298	89,2%	185	62,7%	42	14,2%
26-50%	25	7,5%	63	21,4%	98	33,1%
51-75%	6	1,8%	35	11,9%	132	44,6%
76-100%	5	1,5%	12	4,1%	24	8,1%
Gesamt	334	100,0%	295	100,0%	296	100,0%
Fehlende Angaben	2		6		11	

Tabelle 21: Branchenauswertungen – erreichte Personen (Schätzzahlen)

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.175				Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen N=489			
	Mini- mum	Maxi- mum	Summe	Prozent	Mini- mum	Maxi- mum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Personen	1	30.000	242.549	100,0%	1	14.000	58.910	100,0%
... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	5.000	38.385	15,8%	1	500	6.503	11,0%
Auswirkung auf schätzungsweise ... weitere Personen	2	5.000	40.555	100,0%	5	8.000	14.501	100,0%
... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	1.500	9.373	23,1%	1	231	1.616	11,1%
Erreichte Personen gesamt	283.104			100,0%	73.411			100,0%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	47.758			16,9%	8.119			11,1%
	Dienstleistungen N=343				Baugewerbe N=336			
	Mini- mum	Maxi- mum	Summe	Prozent	Mini- mum	Maxi- mum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Personen	1	2.700	25.002	100,0%	1	697	10.675	100,0%
... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	1.350	4.947	19,8%	1	200	2.225	20,8%
Auswirkung auf schätzungsweise ... weitere Personen	1	1.000	6.355	100,0%	2	420	40.555	100,0%
... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	250	1.523	24,0%	1	100	440	1,1%
Erreichte Personen gesamt	31.357			100,0%	51.230			100,0%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	6.470			20,6%	2.665			5,2%
	Handel N=301				Öffentliche Verwaltung N=307			
	Mini- mum	Maxi- mum	Summe	Prozent	Mini- mum	Maxi- mum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Personen	1	6.500	34.084	100,0%	2	8.000	76.487	100,0%
... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	300	2.373	7,0%	1	2.000	16.355	21,4%
Auswirkung auf schätzungsweise ... weitere Personen	2	813	3.184	100,0%	2	6.000	24.477	100,0%
... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	200	541	17,0%	2	2.800	7.610	31,1%
Erreichte Personen gesamt	37.268			100,0%	100.964			100,0%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	2.914			7,8%	23.965			23,7%

8.3.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

Tabelle 22: Branchenauswertungen – schwerpunktmäßige Zielgruppe

(Mehrfachnennungen möglich)

	Verarbeitendes Gewerbe (n=423, 36,1 %)		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (n=200, 41,1 %)		Dienstleistungen (n=124, 36,2 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	192	45,4%	94	47,0%	44	35,5%
Ältere Arbeitnehmer	33	7,8%	5	2,5%	7	5,6%
Ausländische Arbeitnehmer	21	5,0%	2	1,0%	7	5,6%
Frauen	19	4,5%	30	15,0%	19	15,3%
Auszubildende	62	14,7%	9	4,5%	17	13,7%
Obere Führungsebene	114	27,0%	50	25,0%	37	29,8%
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	105	24,8%	31	15,5%	31	25,0%
Mitarbeiter Verwaltung	113	26,7%	27	13,5%	37	29,8%
Mitarbeiter Produktion/Handwerk	230	54,4%	13	6,5%	29	23,4%
Mitarbeiter Dienstleistungsbereich	44	10,4%	30	15,0%	36	29,0%
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	31	7,3%	7	3,5%	19	15,3%
Andere Zielgruppe	51	12,1%	62	31,0%	20	16,1%
	Baugewerbe (n=73, 21,7 %)		Handel (n=85, 28,2 %)		Öffentliche Verwaltung (n=119, 38,9 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	35	47,9%	27	31,8%	38	31,9%
Ältere Arbeitnehmer	6	8,2%	3	3,5%	5	4,2%
Ausländische Arbeitnehmer	5	6,8%	3	3,5%		
Frauen	2	2,7%	8	9,4%	8	6,7%
Auszubildende	12	16,4%	6	7,1%	18	15,1%
Obere Führungsebene	14	19,2%	14	16,5%	38	31,9%
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	14	19,2%	12	14,1%	30	25,2%
Mitarbeiter Verwaltung	11	15,1%	12	14,1%	50	42,0%
Mitarbeiter Produktion/Handwerk	23	31,5%	29	34,1%	18	15,1%
Mitarbeiter Dienstleistungsbereich	10	13,7%	18	21,2%	22	18,5%
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	1	1,4%	4	4,7%	12	10,1%
Andere Zielgruppe	2	2,7%	18	21,2%	26	21,8%

8.3.3 Gesundheitszirkel

Tabelle 23: Branchenauswertungen – Gesundheitszirkel

	Verarbeitendes Gewerbe (N=1.175)		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (N=489)		Dienstleistungen (N=343)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	313	26,9%	98	20,2%	48	14,2%
Nein	849	73,1%	386	79,8%	289	85,8%
Gesamt	1.162	100,0%	484	100,0%	337	100,0%
Fehlende Angaben	13		5		6	
	Baugewerbe (N=336)		Handel (N=301)		Öffentliche Verwaltung (N=307)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	154	45,8%	96	31,9%	73	23,9%
Nein	182	54,2%	205	68,1%	233	76,1%
Gesamt	336	100,0%	301	100,0%	306	100,0%
Fehlende Angaben	0		0		1	

8.3.4 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Tabelle 24: Branchenauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

(Mehrfachnennungen möglich)

	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	847	78,7%	292	73,6%	210	66,7%
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung	357	33,2%	94	23,7%	135	42,9%
Stressmanagement	316	29,4%	122	30,7%	84	26,7%
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	365	33,9%	120	30,2%	80	25,4%
Suchtmittelkonsum	252	23,4%	50	12,6%	54	17,1%
	Baugewerbe (n=324, 96,4 %)		Handel (n=290, 96,3 %)		Öffentliche Verwaltung (n=261, 85 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	272	84,0%	222	76,6%	197	75,5%
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung	68	21,0%	101	34,8%	87	33,3%
Stressmanagement	174	53,7%	108	37,2%	104	39,8%
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	176	54,3%	111	38,3%	91	34,9%
Suchtmittelkonsum	25	7,7%	27	9,3%	39	14,9%

8.3.5 Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten

**Tabelle 25: Branchenauswertungen –
verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten**

	Verarbeitendes Gewerbe (N=1.076)		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (N=397)		Dienstleistungen (N=287)	
Verhaltens- und verhältnis- bezogene Aktivitäten	437	52,7%	95	40,4%	103	41,4%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	270	32,5%	107	45,5%	111	44,6%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	123	14,8%	33	14,0%	35	14,1%
Gesamt	830	100,0%	235	100,0%	249	100,0%
Keine Angaben	345		254		94	
	Baugewerbe (N=324)		Handel (N=290)		Öffentliche Ver- waltung (N=261)	
Verhaltens- und verhältnis- bezogene Aktivitäten	205	70,0%	129	40,7%	79	40,7%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	70	23,9%	92	38,3%	91	46,9%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	18	6,1%	19	7,9%	24	12,4%
Gesamt	293	100,0%	240	100,0%	194	100,0%
Keine Angaben	43		61		113	

8.3.6 Erfolgskontrollen

Tabelle 26: Branchenauswertungen – Erfolgskontrolle

	Verarbeitendes Gewerbe (N=1.175)		Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (N=489)		Dienstleistungen (N=343)	
Erfolgt	552	48,2%	149	30,8%	138	41,6%
Geplant	309	27,0%	220	45,5%	97	29,2%
Nicht vorgesehen	285	24,9%	115	23,8%	97	29,2%
Gesamt	1.146	100,0%	484	100,0%	332	100,0%
Keine Angaben	29		5		11	
	Baugewerbe (N=336)		Handel (N=301)		Öffentliche Verwaltung (N=307)	
Erfolgt	211	63,0%	146	48,7%	115	39,0%
Geplant	32	9,6%	53	17,7%	90	30,5%
Nicht vorgesehen	92	27,5%	101	33,7%	90	30,5%
Gesamt	335	100,0%	300	100,0%	295	100,0%
Keine Angaben	1		1		12	

8.4 Betriebsgrößenspezifische Auswertungen

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

Die Auswertungen zeigen folgendes:

- Wie in den vorangehenden Berichtsjahren sind Unternehmen mit einer Mitarbeiteranzahl von 100 bis unter 500 bei den krankenkassengeförderten BGF-Maßnahmen deutlich überrepräsentiert. 59 % der Dokumentationsbögen bezogen sich auf Betriebe mit mindestens 100 Mitarbeitern. Laut Bundesstatistik machen diese Betriebe jedoch nur 2 % aller Betriebe aus.⁵⁸ Die Überrepräsentanz der größeren Unternehmen hat vor allem damit zu tun, dass diese über vergleichsweise günstige Strukturverhältnisse zur Durchführung von BGF-Maßnahmen verfügen. In Klein- und Kleinstbetrieben ist der Aufwand im Verhältnis zur Zahl an Personen, die man dort erreicht, sehr viel höher anzusetzen.
- Die auffallend hohe Zahl der Gesundheitszirkel in Kleinstbetrieben lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass die Gesundheitszirkel dort den Charakter von Steuerkreisen haben. Es ist auch möglich, dass sie der Erhebung von Risiken und Ressourcen dienen. Diese Funktion erfüllen in Großunternehmen eher AU-Analysen oder Mitarbeiterbefragungen.
- In Kleinstbetrieben liegt ein Schwerpunkt der inhaltlichen Ausrichtung auf dem Stressmanagement und der gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung. Diese Arbeitsschwerpunkte wurden bei 65 % der Projekte in diesen Betrieben mit bis zu neun Mitarbeitern genannt.

8.4.1 Allgemeine Daten

Tabelle 27: Betriebsgrößenauswertungen – Frauenanteil

Frauenanteil	1-9 Mitarbeiter (N=364)		10-49 Mitarbeiter (N=568)		50-99 Mitarbeiter (N=349)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25 %	265	73,0%	330	58,4%	168	49,6%
26-50 %	26	7,2%	84	14,9%	57	16,8%
51-75 %	37	10,2%	78	13,8%	68	20,1%
76-100 %	35	9,6%	73	12,9%	46	13,6%
Gesamt	363	100,0%	565	100,0%	339	100,0%
fehlende Angaben	1		3		10	
	100-499 Mitarbeiter (N=1.198)		500-1.499 Mitarbeiter (N=430)		1.500 und mehr Mitarbeiter (N=199)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25 %	487	41,8%	142	35,2%	60	33,3%
26-50 %	342	29,4%	132	32,8%	54	30,0%
51-75 %	239	20,5%	106	26,3%	52	28,9%
76-100 %	97	8,3%	23	5,7%	14	7,8%
Gesamt	1.165	100,0%	403	100,0%	180	100,0%
fehlende Angaben	33		27		19	

⁵⁸ Bundesagentur für Arbeit 2009

Tabelle 28: Betriebsgrößenauswertungen – Laufzeiten

	1-9 Mitarbeiter (N=364)		10-49 Mitarbeiter (N=568)		50-99 Mitarbeiter (N=349)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 3 Monate	57	16,4%	212	41,5%	77	27,1%
4 bis 6 Monate	5	1,4%	33	6,5%	35	12,3%
7 bis 11 Monate	9	2,6%	26	5,1%	22	7,7%
12 Monate	113	32,5%	81	15,9%	23	8,1%
über ein Jahr	164	47,1%	159	31,1%	127	44,7%
Gesamt	348	100,0%	511	100,0%	284	100,0%
Fehlende Angaben	16		57		65	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	22,2		14,6		21,2	
	100-499 Mitarbeiter (N=1.198)		500-1.499 Mitarbeiter (N=430)		1.500 und mehr Mitarbeiter (N=199)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 3 Monate	175	18,8%	44	13,7%	24	17,1%
4 bis 6 Monate	111	11,9%	29	9,0%	11	7,9%
7 bis 11 Monate	70	7,5%	22	6,8%	9	6,4%
12 Monate	84	9,0%	34	10,6%	8	5,7%
über ein Jahr	493	52,8%	193	59,9%	88	62,9%
Gesamt	933	100,0%	322	100,0%	140	100,0%
Fehlende Angaben	265		108		59	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	28,0		33,2		41,1	

Tabelle 29: Betriebsgrößenauswertungen – erreichte Personen (Schätzzahlen)

	1-9 Mitarbeiter (N=364)				10-49 Mitarbeiter (N=568)			
	Minimum	Maximum	Summe	Prozent	Minimum	Maximum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Personen	1	489	3.827	100,0%	1	484	12.792	100,0%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	10	386	10,1%	1	40	1.875	14,7%
Auswirkung auf schätzungsweise... weitere Personen	2	450	608	100,0%	2	180	1.627	100,0%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	100	131	21,5%	1	40	333	20,5%
Erreichte Personen gesamt	4.435			100,0%	14.419			100,0%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	517			11,7%	2.208			15,3%
	50-99 Mitarbeiter (N=349)				100-499 Mitarbeiter (N=1.198)			
	Minimum	Maximum	Summe	Prozent	Minimum	Maximum	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Personen	1	400	15.267	100,0%	1	1.028	131.347	100,0%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	150	2.404	15,7%	1	250	21.835	16,6%
Auswirkung auf schätzungsweise... weitere Personen	5	460	2.811	100,0%	4	7.000	34.815	100,0%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	1.000	1.702	60,5%	1	300	6.288	18,1%
Erreichte Personen gesamt	18.078			100,0%	166.162			100,0%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	4.106			22,7%	28.123			16,9%
	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	3.359	123.689	100,0%	5	30.000	231.703	100,0%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	1	634	22.425	18,1%	1	5.000	34.610	14,9%
Auswirkung auf schätzungsweise... weitere Personen	20	2.016	31.402	100,0%	1	8.000	54.176	100,0%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	3	450	7.141	22,7%	2	2.800	14.037	25,9%
Erreichte Personen gesamt	155.091			100,0%	285.879			100,0%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	29.566			19,1%	48.647			17,0%

8.4.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

Tabelle 30: Betriebsgrößenauswertungen – schwerpunktmäßige Zielgruppe

(Mehrfachnennung ist möglich)

	1-9 Mitarbeiter (n=37, 10,2 %)		10-49 Mitarbeiter (n=136, 24,1 %)		50-99 Mitarbeiter (n=118, 33,8 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	9	24,3%	46	33,8%	55	46,6%
Ältere Arbeitnehmer	1	2,7%	11	8,1%	8	6,8%
Ausländischer Arbeitnehmer			10	7,4%	2	1,7%
Frauen	3	8,1%	18	13,2%	11	9,3%
Auszubildende	11	29,7%	25	18,4%	9	7,6%
Obere Führungsebene	5	13,5%	27	19,9%	30	25,4%
„Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/ Teamleiter“	3	8,1%	17	12,5%	25	21,2%
Mitarbeiter Verwaltung	1	2,7%	23	16,9%	13	11,0%
Mitarbeiter Produktion/Handwerk	7	18,9%	38	27,9%	31	26,3%
Mitarbeiter Dienstleistungsbereich	5	13,5%	33	24,3%	16	13,6%
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	1	2,7%	2	1,5%	2	1,7%
Andere Zielgruppe	5	13,5%	19	14,0%	23	19,5%
	100-499 Mitarbeiter (n=478, 40 %)		500-1.499 Mitarbeiter (n=190, 44,5 %)		1.500 und mehr Mitarbeiter (n=109, 55,1%)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	191	40,0%	94	49,5%	63	57,8%
Ältere Arbeitnehmer	26	5,4%	17	8,9%	16	14,7%
Ausländische Arbeitnehmer	11	2,3%	10	5,3%	9	8,3%
Frauen	36	7,5%	15	7,9%	11	10,1%
Auszubildende	50	10,5%	35	18,4%	29	26,6%
Obere Führungsebene	119	24,9%	58	30,5%	54	49,5%
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	115	24,1%	50	26,3%	48	44,0%
Mitarbeiter Verwaltung	128	26,8%	53	27,9%	58	53,2%
Mitarbeiter Produktion/Handwerk	145	30,3%	81	42,6%	50	45,9%
Mitarbeiter Dienstleistungsbereich	69	14,4%	38	20,0%	33	30,3%
Testgruppe zur modelhaften Erprobung	32	6,7%	29	15,3%	35	32,1%
Andere Zielgruppe	59	12,3%	38	20,0%	30	27,5%

8.4.3 Gesundheitszirkel

Tabelle 31: Betriebsgrößenauswertungen – Gesundheitszirkel

	1-9 Mitarbeiter (N=364)		10-49 Mitarbeiter (N=568)		50-99 Mitarbeiter (N=349)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	230	63,2%	124	22,0%	65	18,7%
Nein	134	36,8%	440	78,0%	283	81,3%
Gesamt	364	100,0%	564	100,0%	348	100,0%
Fehlende Angaben	0		4		1	
	100-499 Mitarbeiter (N=1.198)		500-1.499 Mitarbeiter (N=430)		1.500 und mehr Mitarbeiter (N=199)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	261	22,0%	109	25,8%	61	31,9%
Nein	927	78,0%	313	74,2%	130	68,1%
Gesamt	1.188	100,0%	422	100,0%	191	100,0%
Fehlende Angaben	10		8		8	

8.4.4 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Tabelle 32: Betriebsgrößenauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

	1-9 Mitarbeiter (n=359, 98,6 %)		10-49 Mitarbeiter (n=536, 94,4 %)		50-99 Mitarbeiter (n=310, 88,8 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	308	85,8%	375	70,0%	229	73,9%
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung	70	19,5%	212	39,6%	89	28,7%
Stressmanagement	232	64,6%	152	28,4%	92	29,7%
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	232	64,6%	138	25,7%	77	24,8%
Suchtmittelkonsum	6	1,7%	32	6,0%	42	13,5%
	100-499 Mitarbeiter (n=1.059, 88,4 %)		500-1.499 Mitarbeiter (n=383, 89,1 %)		1.500 und mehr Mitar- beiter (n=174, 87,4 %)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	794	75,0%	293	76,5%	145	83,3%
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung	335	31,6%	150	39,2%	94	54,0%
Stressmanagement	344	32,5%	147	38,4%	88	50,6%
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	369	34,8%	129	33,7%	90	51,7%
Suchtmittelkonsum	231	21,8%	125	32,6%	83	47,7%

8.4.5 Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten

Tabelle 33: Betriebsgrößenauswertungen – verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten

	1-9 Mitarbeiter (N=364)		10-49 Mitarbeiter (N=568)		50-99 Mitarbeiter (N=349)	
Verhaltens- und verhältnis- bezogene Aktivitäten	261	75,7%	219	47,2%	106	47,3%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	65	18,8%	220	47,4%	103	46,0%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	19	5,5%	25	5,4%	15	6,7%
Gesamt	345	100,0%	464	100,0%	224	100,0%
Keine Angaben	19		104		125	
	100-499 Mitarbeiter (N=1.198)		500-1.499 Mitarbeiter (N=430)		1.500 und mehr Mitarbeiter (N=199)	
Verhaltens- und verhältnis- bezogene Aktivitäten	393	47,3%	144	47,7%	73	48,3%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	314	37,8%	102	33,8%	40	26,5%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	124	14,9%	56	18,5%	38	25,2%
Gesamt	831	100,0%	302	100,0%	151	100,0%
Keine Angaben	367		128		48	

8.4.6 Erfolgskontrollen

Tabelle 34: Betriebsgrößenauswertungen – Erfolgskontrolle

	1-9 Mitarbeiter (N=364)		10-49 Mitarbeiter (N=568)		50-99 Mitarbeiter (N=349)	
Erfolgt	269	74,3%	257	45,6%	115	33,5%
Geplant	22	6,1%	97	17,2%	112	32,7%
Nicht vorgesehen	71	19,6%	210	37,2%	116	33,8%
Gesamt	362	100,0%	564	100,0%	343	100,0%
Keine Angaben	2		4		6	
	100-499 Mitarbeiter (N=1.198)		500-1.499 Mitarbeiter (N=430)		1.500 und mehr Mitarbeiter (N=199)	
Erfolgt	42,8%	189	45,1%	100	52,4%	60,0 %
Geplant	28,0%	119	28,4%	48	25,1%	20,5 %
Nicht vorgesehen	29,1%	111	26,5%	43	22,5%	19,5 %
Gesamt	100,0%	419	100,0%	191	100,0%	100,0 %
Keine Angaben		11		8		

8.5 Qualitätsparameter in Abhängigkeit von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen

Im Folgenden wird untersucht, inwieweit das Vorhandensein von Steuerungsgremien in Zusammenhang steht mit Qualitätsparametern wie Häufigkeit und Art der Bedarfsanalysen, Art der Interventionen und Erfolgskontrollen. Ein solches Steuerungsgremium kann ein Arbeitskreis Gesundheit sein. In ihm sind die relevanten Akteure beteiligt und dort koordinieren sie ihre Aufgaben. Die These ist, dass das Vorhandensein eines Steuerungsgremiums eine wichtige Voraussetzung für die Planung und Durchführung langfristig und nachhaltig angelegter Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist.

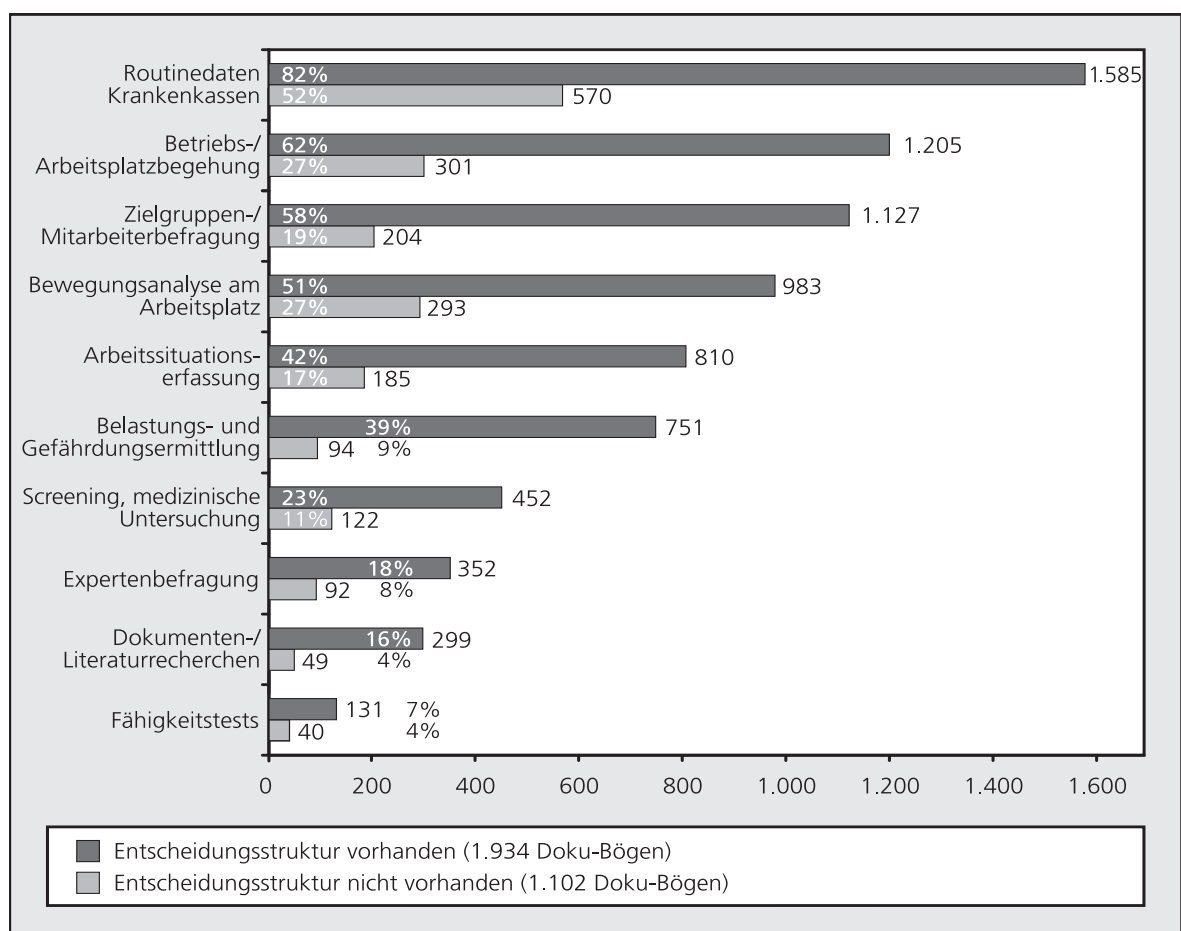
8.5.1 Laufzeit

Bei knapp 69 % der Projekte mit einer Laufzeit von einem Jahr oder länger, waren Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden. Bei den kürzer angelegten Projekten traf dies nur auf 43 % zu.

8.5.2 Bedarfsermittlung

Insgesamt führten die Akteure in 89 % aller Fälle (Dokumentationsbögen) Bedarfsanalysen durch. Bei vorhandener Entscheidungs- und Steuerungsstruktur lag der Anteil der durchgeführten Bedarfsanalysen bei 97 %, bei solchen mit fehlender bei 78 %. Gleichzeitig wurden bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen deutlich mehr – und zwar durchschnittlich vier – Bedarfsanalyseinstrumente miteinander kombiniert eingesetzt als bei fehlenden. Dort waren es im Durchschnitt nur zwei Instrumente.

Abb. 42: Bedarfsermittlung



8.5.3 Intervention

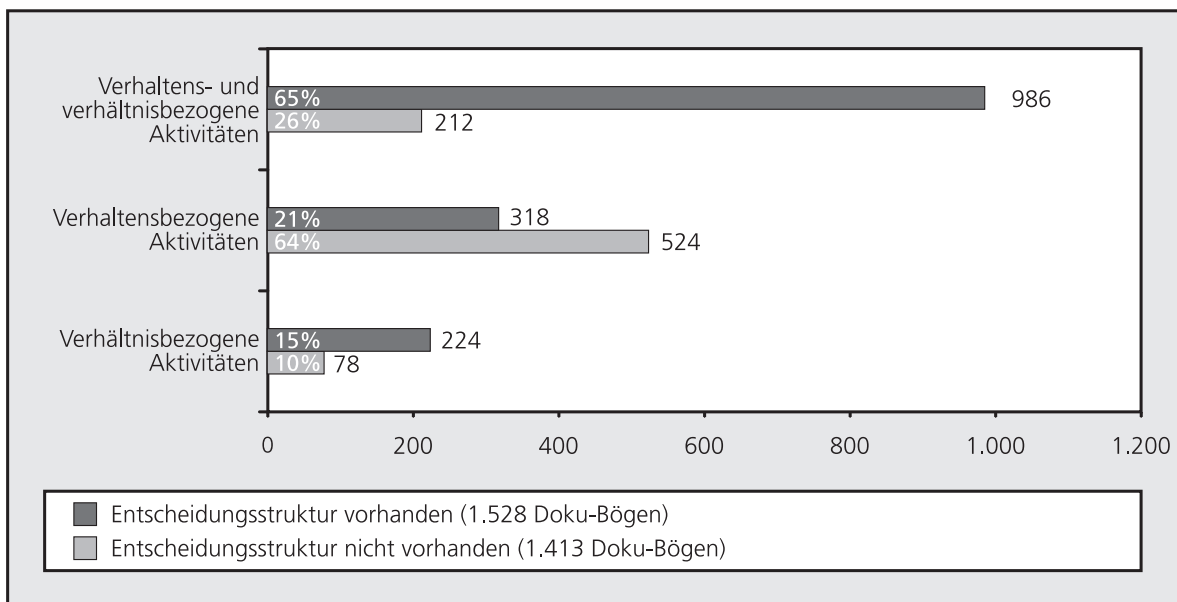
Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen bürgen für tendenziell „anspruchsvollere“ Maßnahmen. Das zeigen die längeren Laufzeiten ebenso wie die höhere Zahl an Gesundheitszirkeln und an gleichzeitig verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten.

Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen dauerte die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten im Mittel 32 Monate, bei fehlenden 24 Monate.

In 41 % der Fälle (Dokumentationsbögen) mit Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden Gesundheitszirkel durchgeführt. Bei fehlenden Steuerungsstrukturen lag der Anteil der realisierten Gesundheitszirkel nur bei 4 %.

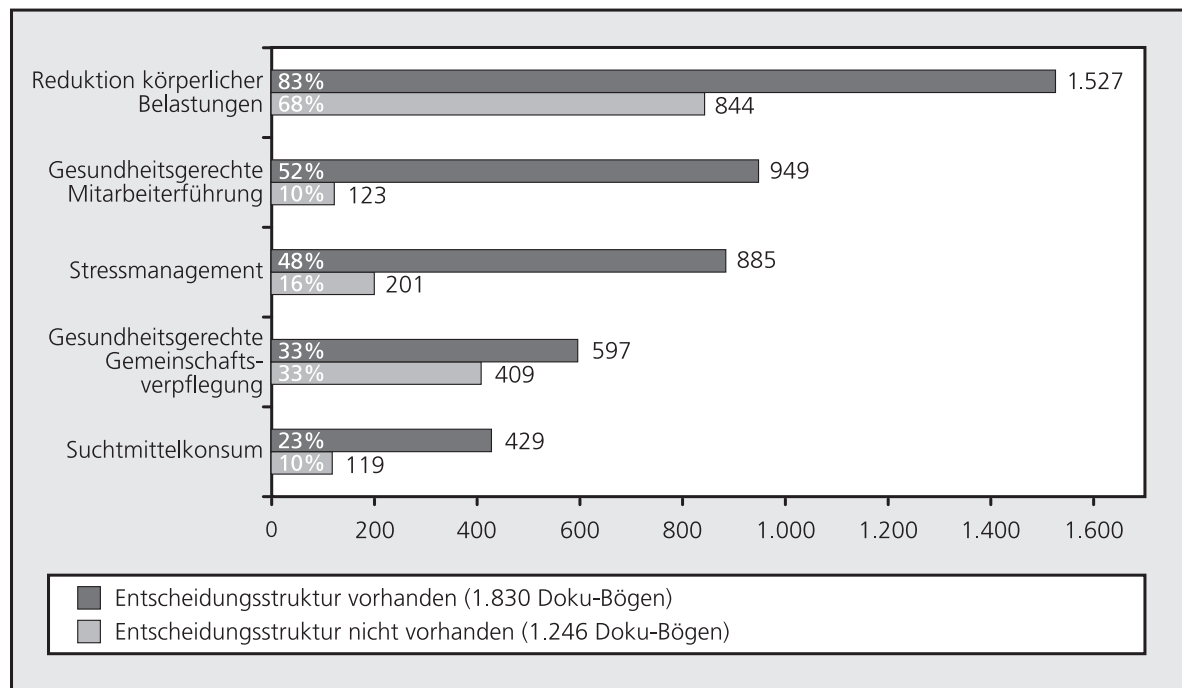
Ferner waren die Aktivitäten bei vorhandenen Steuerungsgremien deutlich häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen (65 %) als wenn diese fehlten (26 %). Rein verhaltensbezogene Aktivitäten, die tendenziell weniger Aufwand bedeuteten, wurden hingegen deutlich häufiger ohne vorherige Bildung von Steuerungsstrukturen (64 %) durchgeführt.

Abb. 43: 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 nur zwei Inhalte je Fall.

Abb. 44: Inhaltliche Ausrichtung



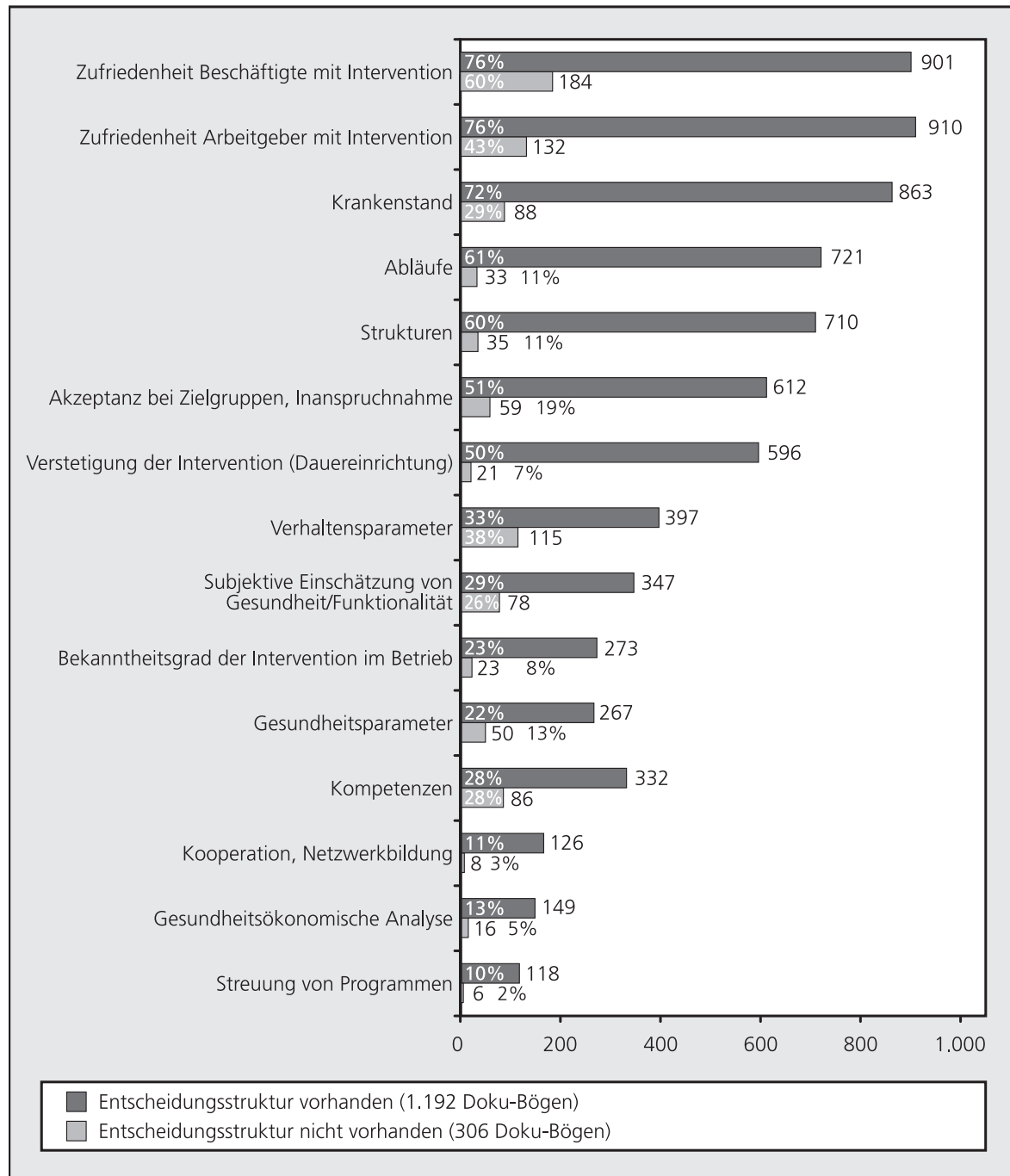
Psychosoziale Aspekte werden bei Projekten mit fehlenden Entscheidungsstrukturen deutlich seltener thematisiert. Da Erkrankungen infolge psychischer Störungen eine der häufigsten Diagnosen im AU-Geschehen darstellen,⁵⁹ ist es wichtig, Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen zu bilden und psychosoziale Belastungsfaktoren zu reduzieren. Hier besteht auch ein enger Bezug zum GKV-Präventionsziel „Reduktion von psychischen und Verhaltensstörungen“ (s. S. 22).

⁵⁹ Veröffentlichungen von Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeitsstatistiken (Gesundheitsreport BKK, IKK-Bericht: Arbeit und Gesundheit im Handwerk, Gesundheitsreport TK, DAK, Fehlzeiten-Report WIdO)

8.5.4 Erfolgskontrollen

83 % der Projekte mit vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen berichteten über bereits durchgeführte und geplante Erfolgskontrollen. Fehlten solche Strukturen, gab es nur bei 59 % Erfolgskontrollen. BGF-Projekte mit Steuerungsstrukturen setzten durchschnittlich sechs Formen der Erfolgskontrollen ein, solche mit fehlenden Strukturen drei.

Abb. 45: Erfolgskontrollen



9 Ausblick

Der Präventionsbericht 2009 zeigt, dass sich die Krankenkassen immer mehr in Prävention und Gesundheitsförderung engagieren und wie viel sie im Einzelnen tun. Die Aktivitäten sind vielfältig.

Die erfreuliche Qualitätssteigerung bei den Settingaktivitäten und der betrieblichen Gesundheitsförderung sollte weitergeführt werden. Das betrifft die Verstetigung der Projekte, die Verhältnis- wie Verhaltensbezogenheit und die Prozess- und Ergebnisprüfung.

In quantitativer Hinsicht sind vor allem der Setting-Ansatz und die betriebliche Gesundheitsförderung zu verstärken. Die settingbezogenen Ausgaben liegen mit 26 Cent je Versichertem noch deutlich unter den angestrebten 50 Cent. Für die Krankenkassen gilt es, gute und erfolgversprechende Initiativen zu identifizieren und zu unterstützen oder derartige Projekte selbst zu planen und durchzuführen.

Die zunächst für nur zwei Jahre formulierten GKV-Ziele in der Prävention und Gesundheitsförderung werden für die kommenden drei Jahre – inhaltlich gleichlautend, aber mit entsprechender quantitativer Steigerung – fortgeschrieben. Die hier vorgestellten Ergebnisse aus dem ersten „Gültigkeitsjahr“ der Ziele legen den Krankenkassen nahe, die Aktivitäten in den folgenden Bereichen zu intensivieren:

- Setting: multifaktoriell ausgerichtete, verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen in Schulen (ohne Gymnasien)
- BGF: spezielle Angebote für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben

Bei der Prävention und Gesundheitsförderung kommt es besonders darauf an, verschiedene Akteure in ihrer Zuständigkeit zu vernetzen, durch klare Absprachen Aktivitäten zu fördern und durch Kooperationen Maßnahmen zu verstetigen.

Die Krankenkassen sind nicht die allein Zuständigen. Die schwierige Finanzlage der Kommunen macht es schwerer, diese als potenzielle Kooperationspartner zu gewinnen. Aber es gibt keinen anderen Weg, als diese Partnerschaft herzustellen, wenn eine Verstetigung erreicht werden soll. Die Träger und staatliche Institutionen müssen Gesundheitsförderung in Bildungseinrichtungen, in Alten- und Pflegeheimen und in der Kommune verstärkt fördern. Eine Finanzierung allein durch die GKV reicht nicht aus. Vielmehr müssen auch die anderen Beteiligten ihre Verantwortung wahrnehmen.

In den Betrieben macht es – vordergründig gesehen – die derzeitige Wirtschaftskrise und das Andauern der Kurzarbeit nicht einfach, Gesundheitsförderung auf die Agenda zu setzen. Viele Unternehmen nutzen jedoch die stagnierende oder rückgehende Produktionsintensität dazu, Qualifizierungsoffensiven durchzuführen. Hierzu passen Initiativen zur Gesundheitsförderung und zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit der älteren Beschäftigten. Die Krankenkassen sollten Impulse setzen und ihre Aktivitäten in der BGF ausbauen.

Die gesetzliche Krankenversicherung leistet ihren Beitrag zur Verbesserung von Gesundheitschancen und zur Verhütung von Krankheiten. Es gilt, dieses Engagement weiter zu intensivieren.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Anteil der Einrichtungen nach Art des Settings	32
Abb. 2:	Anzahl der Einrichtungen in den jeweiligen Settings	46
Abb. 3:	Schätzsumme erreichter Personen	47
Abb. 4:	Erreichte Personen in den jeweiligen Settings	48
Abb. 5:	Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten	49
Abb. 6:	Laufzeit in Monaten	50
Abb. 7:	Schwerpunktmäßige Zielgruppen	50
Abb. 8:	Kooperationspartner	51
Abb. 9:	Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium	52
Abb. 10:	Bedarfsermittlung	53
Abb. 11:	Durchgeführte Gesundheitszirkel	54
Abb. 12:	Inhalte	55
Abb. 13:	Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Maßnahmen	56
Abb. 14:	Art der Umgestaltung	56
Abb. 15:	Die Durchführung einer Erfolgskontrolle ist	57
Abb. 16:	Erfolgskontrolle	58
Abb. 17:	Bedarfsermittlung	66
Abb. 18:	Inhaltliche Ausrichtung	67
Abb. 19:	Erfolgskontrolle	68
Abb. 20:	Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt	70
Abb. 21:	Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern	71
Abb. 22:	Prozentuale Anteile der Altersgruppen	72
Abb. 23:	Altersverteilung der Kursteilnehmer in den jeweiligen Handlungsfeldern	73
Abb. 24:	Inanspruchnahme nach Geschlecht in den jeweiligen Handlungsfeldern	74
Abb. 25:	Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern	75
Abb. 26:	Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten	82
Abb. 27:	Laufzeit der Aktivitäten in Monaten	82
Abb. 28:	Branchen	83
Abb. 29:	Betriebsgrößen	84
Abb. 30:	Erreichte Personen	85
Abb. 31:	Frauenanteil	85
Abb. 32:	Schwerpunktmäßige Zielgruppe	86
Abb. 33:	Kooperationspartner	87
Abb. 34:	Koordination und Steuerung	88
Abb. 35:	Bedarfsermittlung	89
Abb. 36:	Gesundheitszirkel	90
Abb. 37:	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	91
Abb. 38:	Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	92
Abb. 39:	Art der Umgestaltung	92
Abb. 40:	Durchführung einer Erfolgskontrolle	93
Abb. 41:	Inhalte der Erfolgskontrolle	94
Abb. 42:	Bedarfsermittlung	107
Abb. 43:	Verhältnis- und verhaltensorientierte Aktivitäten	108
Abb. 44:	Inhaltliche Ausrichtung	109
Abb. 45:	Erfolgskontrollen	110

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die wichtigsten Kennzahlen	20
Tabelle 2: Erreichte Personen nach Geschlecht gesamt	20
Tabelle 3: Präventionsziele der GKV zu Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz	22
Tabelle 4: Präventionsziele der GKV zur betrieblichen Gesundheitsförderung	22
Tabelle 5: Erreichungsgrad der Präventionsziele für den Setting-Ansatz im ersten Jahr	23
Tabelle 6: Erreichungsgrad der Präventionsziele für die betriebliche Gesundheitsförderung im ersten Jahr	25
Tabelle 7: Setting Kommune – wichtigste Kennzahlen	32
Tabelle 8: Setting Kommune – schwerpunktmäßige Zielgruppen	33
Tabelle 9: Setting Kommune – Inhalte	33
Tabelle 10: Rücklauf Dokumentationsbögen Setting-Ansatz	46
Tabelle 11: Settingauswertungen – Laufzeiten	59
Tabelle 12: Settingauswertungen – schwerpunktmäßige Zielgruppen	60
Tabelle 13: Settingauswertungen – Gesundheitszirkel	62
Tabelle 14: Settingauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	63
Tabelle 15: Settingauswertungen – Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten ..	64
Tabelle 16: Settingauswertungen – Erfolgskontrolle	65
Tabelle 17: Rücklauf Dokumentationsbögen BGF	81
Tabelle 18: Branchenauswertungen – Laufzeiten	95
Tabelle 19: Branchenauswertungen – Betriebsgrößen	96
Tabelle 20: Branchenauswertungen – Frauenanteil	96
Tabelle 21: Branchenauswertungen –erreichte Personen	97
Tabelle 22: Branchenauswertungen – schwerpunktmäßige Zielgruppe	98
Tabelle 23: Branchenauswertungen – Gesundheitszirkel	99
Tabelle 24: Branchenauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	99
Tabelle 25: Branchenauswertungen – verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	100
Tabelle 26: Branchenauswertungen – Erfolgskontrolle	100
Tabelle 27: Betriebsgrößenauswertungen – Frauenanteil	101
Tabelle 28: Betriebsgrößenauswertungen – Laufzeiten	102
Tabelle 29: Betriebsgrößenauswertungen – erreichte Personen	103
Tabelle 30: Betriebsgrößenauswertungen – schwerpunktmäßige Zielgruppe	104
Tabelle 31: Betriebsgrößenauswertungen – Gesundheitszirkel	105
Tabelle 32: Betriebsgrößenauswertungen – inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	105
Tabelle 33: Betriebsgrößenauswertungen – verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten .	106
Tabelle 34: Betriebsgrößenauswertungen – Erfolgskontrolle	106

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							

[#] wichtige Informationen, ausführliche Erläuterungen hierzu in beiliegenden Ausfüllhinweisen

* Beispiele s. Ausfüllhinweise

1.2 Start und Laufzeit der Aktivitäten:

Start: / (Monat/Jahr)

Laufzeit: ca. _____ Monate

1.3 Status der Aktivitäten

im Setting: ja nein

noch laufend ☐ ☐

Mitwirkung der Krankenkassen: ja nein

noch laufend ☐ ☐

2 Schwerpunktmäßige Zielgruppe

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

ja nein
☐ ☒

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

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

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

Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n) ☐

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 ☐

Leitungsebene der Einrichtung..... ☐

Mitarbeiter der Einrichtung..... ☐

Gemeinde, öffentliche Verwaltung/Institutionen, Ministerien* ☐

Eltern ☐

Andere Vertreter der Zielgruppe(n)..... ☐

Krankenkassen ☐

Unfallversicherung ☐

Sonstige Sozialversicherungsträger* ☐

Öffentlicher Gesundheitsdienst..... ☐

Niedergelassene Ärzte ☐

Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen* ☐

Andere ☐

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 ☐

Befragung der Zielgruppe[#] ☐

Expertenbefragung[#] ☐

Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen ☐

Screening, medizinische Untersuchung* ☐

Fähigkeitstests* ☐

Literaturrecherchen/ wissenschaftliche Studien ☐

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, Netzworkebildung ☐ |
| 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) ☐
Ältere Arbeitnehmer ☐
Ausländische Arbeitnehmer ☐
Frauen ☐
Auszubildende* ☐
Obere Führungsebene ☐

- Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/ Teamleiter ☐
Mitarbeiter in der Verwaltung ☐
Mitarbeiter in der Produktion/ im Handwerk ☐
Mitarbeiter im Dienstleistungsbereich* ☐
Testgruppe zur modellhaften Erprobung ☐
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, Netzworlbildung 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

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

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

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

⇒ Fortsetzung Auswertungsbogen Individueller Ansatz

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

Tabellenband

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

Literatur, Quellenangaben

AG Spitzenverbände (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbands) (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. Bonn/Frankfurt am Main: KomPart Verlagsgesellschaft.

AOK-Bundesverband (2008). Pressekonferenz, 13.02.2008, <http://www.tigerkids.de/pressekonferenz-berlin-130208.html>, Zugang: 12.11.2009

Badura, B. (1983). Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis. Europäische Monographien zur Gesundheitserziehung, Bd. 5, S. 29 – 48

Badura, B., Schröder, H., Klose, J. & Macco, K. (Hrsg.) (2009). Fehlzeiten-Report 2009. Berlin: Springer

BKK Bundesverband (2008). Gesundheitsreport 2008. Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen. Essen: BKK Bundesverband

BKK Bundesverband (2009): Gesundheitskoffer „Fit von klein auf“ für Kitas. <http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,1342,nodeid,.html>, Zugang: 16.11.2009

Böhme, C. (2007). Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf. Soziale Stadt Info, 20, 2 – 9

Böhme, C. (2007). Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf. Soziale Stadt Info, 20, 2 – 9

Böhme, C., Löhr, R.-P. & Schuleri-Hartje, U.-K. (2004). Soziale Stadt und Gesundheit. In E. Göpel & V. Schubert-Lehnhardt (Hrsg.). Gesundheit gemeinsam gestalten 2: Kommunale Gesundheitsförderung (S. 66 – 79). Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag

Bundesagentur für Arbeit (BA) (2009). Statistik zur Zahl der Betriebe nach Wirtschaftsabteilungen in Deutschland. Mitteilung an den MDS, 2009

Bundesregierung (2007). Bundesmittel für Kinderbetreuung können schnell fließen. Pressemitteilung, 30.11.2007, http://www.bundesregierung.de/nn_1524/Content/DE/Artikel/2001-2006/2007/09/2007-09-05-schnelle-bereitstellung-bundesmittel-ausbau-kinderbetreuung.html. Zugang: 12.11.2009

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2010). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Gesundheitsförderung Konkret, Band 5 (4. erweiterte und überarbeitete Auflage). Köln: BZgA

Centers for disease control and prevention. Homepage. <http://www.thecommunityguide.org/index.html>. Zugang: 16.11.2009

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M. (2008): Developing and evaluating complex interventions. London: Medical Research Council. http://www.sphsu.mrc.ac.uk/files/File/Complex_interventions_guidance.pdf, Zugang: 30.11.2009

DAK Forschung, IGES-Institut (2008): Gesundheitsreport 2008. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Mann und Gesundheit. Eigenverlag: Berlin

Deutsche UNESO-Kommission, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2006). Solide Grundlagen: Frühkindliche Förderung und Erziehung. Weltbericht „Bildung für alle“ Bonn: Eigenverlag

Deutsches Institut für Urbanistik GmbH im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009): Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“. „Suchtprävention für Kinder und Jugendliche vor Ort“. September 2008 bis Juni 2009. Dokumentation. Bonn: BZgA

Hurrelmann, K. (2003) Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (S. 150). Weinheim: Juventa

- IKK-Bundesverband (Hrsg.) (2008). Arbeit und Gesundheit im Handwerk. Bergisch Gladbach: Eigenverlag
- KKH-Allianz: Kleine Essperlen ganz groß. Gesundes Essverhalten von Anfang an. <http://www.kkh-allianz.de/index.cfm?pageid=3008>
- Klenner, C., Schmidt, T. (2007). Beruf und Familie vereinbar? Auf familienfreundliche Arbeitszeiten und ein gutes Betriebsklima kommt es an. Eine empirische Analyse. WSI-Diskussionspapier Nr. 155. Düsseldorf: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans-Böckler-Stiftung
- Kolip P. & Müller, V.E. (2009). Evaluation und Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention: Zentrale Fragen, vielfältige Antworten. In: P. Kolip & V.E. Müller (Hrsg.). Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention (S. 7 – 22). Bern: Hans Huber
- Loss J., Eichhorn, C., Gehlert, J., Donhauser, J., Wise, M. & Nagel, E. (2007): Gemeindenahe Gesundheitsförderung – Herausforderung an die Evaluation. Gesundheitswesen, 69, 77 – 87
- Meyer, G. (2009). Randomisiert-kontrollierte Studien in der Evaluationsforschung. In P. Kolip & V.E. Müller (Hrsg.). Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention (S. 327 – 344). Bern: Hans Huber
- Ministerium für Bauen und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen, BKK Bundesverband (2009). Handlungshilfe Gesund älter werden im Stadtteil. Essen: Woeste-Druck Essen
- Putnam, R.D. (2000). Bowling alone: the collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster
- Robert Koch-Institut (2008). Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Kurzfassung. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Kurzfassung.pdf>, Zugang: 02.12.2009
- Schmacke, N. (2009). Was bringt ein evidenzbasierter Ansatz in Prävention und Gesundheitsförderung? In P. Kolip & V.E. Müller (Hrsg.). Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention (S. 61 – 72). Bern: Hans Huber
- Stender, K.-P. (2004). Kommunale Perspektive – Leitbild Gesunde Städte. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung (S. 133 – 134). Köln: BZgA
- Stuppardt, R. & Wanek, V. (2009). Qualitätssicherung der primär-präventiven Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung nach § 20 SGB V. In Kolip P, Müller V.E (Hrsg.). Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention (S. 177 – 200). Bern: Hans Huber
- Techniker Krankenkasse (TK) (Hrsg.) (2008). Gesundheitsreport 2008. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement
- Trojan, A. (2007). Prävention und Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (2007). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 307 – 317). Bern: Hans Huber
- WHO (World Health Organization) (1986). Ottawa charter for health promotion. WHO: Geneva. Zit. n.: Franzkowiak, P., Sabo P. (Hg.) (1993). Dokumente der Gesundheitsförderung (S. 96 – 100). Mainz: Verlag Peter Sabo
- WHO (World Health Organization) (1998). Athener Erklärung für Gesunde Städte. http://www.euro.who.int/AboutWHOPolicy/20010917_1?language=german. Zugang: 08.12.2009
- 2009 WHO (World Health Organization) (ohne Jahr). Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, 9 – 15 June 1991. http://www.who.int/healthpromotion/milestones_sundsvall.pdf (Zugang: 30. 11. 2009). Zit. n.: Franzkowiak, P., Sabo P. (Hg.) (1993). Dokumente der Gesundheitsförderung (S. 117 – 122). Mainz: Verlag Peter Sabo
- Windeler, J., Antes, G., Behrens, J., Donner-Wanzhoff, N. & Lelgemann, M. (2008). Randomisierte klinische Studien (RCT). Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 102, 321 – 325

Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation

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

BKK Bundesverband, Essen: Jürgen Wolters

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach, BITMARCK, Essen: Manfred Cryns

Knappschaft, Bochum: Claus Bockermann

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

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel: Ulrike Kiehl

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

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

Katja Zelen, Dr. Andrea Kimmel, Dr. Harald Strippel M.Sc.

Autoren der Praxisbeispiele

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

- Praxisbeispiel zur kommunalen Gesundheitsentwicklung –
Suchtprävention im Kreis Lörrach:
Landratsamt Lörrach, Kommunale Suchtbeauftragte: Brigitte Baumgartner
- Das Projekt *gewichtig!* – ein Gesundheitsprojekt des Rhein-Kreises Neuss:
Gesundheitsamt des Rhein-Kreises Neuss: Projektkoordination Nadine Bollmeier, für die gesetzlichen Krankenkassen: Theresia Kempf, IKK Nordrhein
- Betriebliche Gesundheitsförderung in der Kreisverwaltung Recklinghausen:
Kreisverwaltung Recklinghausen, Personalservice: Kerstin Kiefer

Redaktionelle Überarbeitung:
MDS

