

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn

BKK Bundesverband, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

See-Krankenkasse, Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Bundesknappehaft, Bochum

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

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

und

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen

Dokumentation 2001

Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V

1	<u>EINLEITUNG</u>	7
1.1	HINTERGRUND	7
1.2	ZIELE DER DOKUMENTATION	9
2	<u>PROJEKTBESCHREIBUNG UND –ORGANISATION</u>	10
2.1	DOKUMENTATIONSVERFAHREN	10
2.2	ERHEBUNGSMETHODEN	11
2.3	DER DOKUMENTATIONSBERICHT FÜR DAS JAHR 2001	12
3	<u>ERGEBNISDARSTELLUNG</u>	13
3.1	HINWEISE ZUR ERGEBNISBESCHREIBUNG	13
3.2	PRIMÄRPRÄVENTION IN NICHTBETRIEBLICHEN SETTINGS	14
3.2.1	<i>Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings – Ergebnisse des Gesamtdatensatzes</i>	14
3.2.1.1	Allgemeine Daten	14
3.2.1.1.1	Setting	15
3.2.1.1.2	Start und Status der Aktivitäten	15
3.2.1.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen	16
3.2.1.3	Anzahl der erreichten Personen	17
3.2.1.4	Kooperationspartner	18
3.2.1.5	Koordination und Steuerung	20
3.2.1.6	Bedarfsermittlung	20
3.2.1.7	Gesundheitszirkel	22
3.2.1.8	Intervention	22
3.2.1.8.1	Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	22
3.2.1.8.2	Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten:	23
3.2.1.8.3	Angewandte Methoden:	25
3.2.1.8.4	Eingesetzte Medien	26
3.2.1.9	Erfolgskontrolle	27
3.2.2	<i>Steuerung und Koordination – Intervention bei bestehenden bzw. fehlenden Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen</i>	28
3.2.3	<i>Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings – settingbezogene Auswertungen</i>	31
3.2.3.1	Start und Status der Aktivitäten	31
3.2.3.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen	32
3.2.3.3	Kooperationspartner	32

3.2.3.4	Koordination und Steuerung	34
3.2.3.5	Bedarfsermittlung	35
3.2.3.6	Gesundheitszirkel	36
3.2.3.7	Intervention	36
3.2.3.7.1	Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	36
3.2.3.7.2	Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten	37
3.2.3.7.3	Methoden	38
3.2.3.7.4	Eingesetzte Medien	39
3.2.3.8	Erfolgskontrolle	39
3.2.4	<i>Resümee</i>	41
3.3	BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	42
3.3.1	<i>Betriebliche Gesundheitsförderung – Ergebnisse des Gesamtdatensatzes</i>	42
3.3.1.1	Allgemeine Daten	42
3.3.1.1.1	Branche	42
3.3.1.1.2	Betriebsgröße (Anzahl Beschäftigte):	43
3.3.1.1.3	Frauenanteil	44
3.3.1.1.4	Start und Status der Gesundheitsförderungsmaßnahmen	45
3.3.1.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppe	45
3.3.1.3	Anzahl der erreichten Personen	46
3.3.1.4	Außenbetriebliche Kooperationspartner	47
3.3.1.5	Koordination und Steuerung	48
3.3.1.6	Bedarfsermittlung	49
3.3.1.7	Gesundheitszirkel	50
3.3.1.8	Intervention	51
3.3.1.8.1	Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	51
3.3.1.8.2	Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	52
3.3.1.8.3	Angewandte Methoden	54
3.3.1.8.4	Eingesetzte Medien	55
3.3.1.9	Erfolgskontrolle	55
3.3.2	<i>Steuerung und Koordination – Intervention bei bestehenden bzw. fehlenden Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen</i>	57
3.3.3	<i>Intervention in den jeweiligen Handlungsfeldern</i>	59
3.3.4	<i>Betriebliche Gesundheitsförderung – branchenbezogene Auswertungen</i>	60
3.3.4.1	Anzahl der Beschäftigten	61
3.3.4.2	Anteil der Frauen	62
3.3.4.3	Schwerpunktmäßige Zielgruppe	63
3.3.4.4	Erreichte Personen	64
3.3.4.5	Außenbetriebliche Kooperationspartner	65
3.3.4.6	Koordination und Steuerung	66
3.3.4.7	Bedarfsermittlung	66
3.3.4.8	Gesundheitszirkel	66
3.3.4.9	Intervention	67
3.3.4.9.1	Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	67
3.3.4.9.2	Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten	68
3.3.4.9.3	Angewandte Methoden	68
3.3.4.9.4	Eingesetzte Medien	68
3.3.4.10	Erfolgskontrolle	69

3.3.5	<i>Betriebliche Gesundheitsförderung – Auswertungen nach dem Kriterium Anzahl der Beschäftigten</i>	70
3.3.5.1	Branchen	70
3.3.5.2	Anteil der Frauen	71
3.3.5.3	Schwerpunktmaßige Zielgruppe	71
3.3.5.4	Erreichte Personen	72
3.3.5.5	Außenbetriebliche Kooperationspartner	73
3.3.5.6	Koordination/Steuerung	73
3.3.5.7	Bedarfsermittlung	75
3.3.5.8	Gesundheitszirkel	76
3.3.5.9	Intervention	76
3.3.5.9.1	Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	76
3.3.5.9.2	Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten	76
3.3.5.9.3	Methoden	77
3.3.5.9.4	Medien	78
3.3.5.10	Erfolgskontrolle	78
3.3.6	<i>Resümee</i>	80
4	<u>ZUSAMMENFASSUNG</u>	82
5	<u>FAZIT UND AUSBLICK</u>	85
6	<u>ANHANG</u>	87
6.1	DOKUMENTATIONSBÖGEN	87
6.1.1	<i>Dokumentationsbogen Setting-Ansatz</i>	88
6.1.2	<i>Dokumentationsbogen betriebliche Gesundheitsförderung</i>	92
7	<u>TABELLEN</u>	96
8	<u>ZU GRUNDE LIEGENDE UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR</u>	96
9	<u>ORGANISATION UND VERANTWORTLICHKEITEN</u>	97

Anmerkung:

Um die Lesbarkeit des Textes zu sichern, haben die Verfasser durchgängig darauf verzichtet, bei der Personenbeschreibung sowohl die männliche als auch die weibliche Form zu verwenden. Wenn also die männliche Form verwendet wird, schließt dies die weibliche mit ein.

Vorwort

Welche Leistungen erbringen die Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung? Welche Zielgruppen erreichen sie? Mit welchen Partnern arbeiten die Krankenkassen in den verschiedenen Handlungsfeldern zusammen? Wie wird der Erfolg von Prävention und Gesundheitsförderung gemessen? Zu diesen und weiteren Fragen gibt die "Dokumentation 2001" zuverlässig Auskunft, die die Spitzenverbände der Krankenkassen und ihr Medizinischer Dienst erstmals der Öffentlichkeit vorstellen.

In jährlich aktualisierter, einheitlicher Form dokumentiert dieser Bericht die Aktivitäten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der vorbeugenden Gesundheitssicherung. Die "Dokumentation 2001" konzentriert sich dabei auf eine differenzierte Analyse des Präventions- und Gesundheitsförderungsgeschehens in Betrieben und sogenannten nichtbetrieblichen "Settings" wie Schulen und Stadtteilen.

Seit sich die Krankenkassen ab dem Jahr 2000 wieder in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung engagieren dürfen, steht bei allen Beteiligten das Ziel im Vordergrund, nur qualitativ einwandfreie Leistungen von entsprechend qualifizierten Anbietern für eine Förderung durch die Krankenkassen zuzulassen. Diesem von der GKV uneingeschränkt unterstützten Ziel des Gesetzgebers dient der Leitfaden der GKV-Spitzenverbände¹, der die Inhalte und Qualitätsstandards beschreibt, die die Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung mindestens einhalten müssen.

Die Krankenkassen und ihre Spitzenverbände sehen in der Verabschiedung und kontinuierlichen Umsetzung des Leitfadens einen notwendigen Schritt für die Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung. In der weiteren Entwicklung werden - freiwillig und ohne gesetzlichen Auftrag - die Instrumente ausgebaut, um den Krankenkassen ein professionelles Qualitätsmanagement ihrer präventiven und gesundheitsfördernden Angebote zu ermöglichen. Dazu gehört neben dem Einsatz einheitlicher Antragsbögen für die Anbieter von Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen im Hinblick auf eine evtl. Krankenkassenförderung auch die jetzt der Öffentlichkeit vorgestellte Leistungsdokumentation. Der beim Medizinischen Dienst vorliegende Datenpool dieser Dokumentation steht den Krankenkassenarten für interne Auswertungen zur Verfügung und ermöglicht so ein kontinuierliches Monitoring ihrer Aktivitäten. Im nächsten Schritt sollen schließlich auch einheitliche Verfahren und Instrumente zur Messung der Effektivität der Primärprävention und Gesundheitsförderung erarbeitet werden - ein ebenfalls freiwilliger Baustein zum Qualitätsmanagement.

Mit dem jetzt vorgelegten Pilotbericht konnten noch nicht alle Felder der Primärprävention und Gesundheitsförderung vorgestellt werden. Deswegen wird der nächste Bericht zusätzlich zu den Aktivitäten in Betrieben und anderen Settings auch die vielfältigen primär-präventiven Kurse und Gruppenberatungen in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernäh-

¹ 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 27. Juni 2001.

rung, Stressbewältigung sowie Genuss- und Suchtmittelkonsum anonym und teilnehmerbezogen dokumentieren, die die Krankenkassen gefördert oder selbst durchgeführt haben.

Ziel dieser Arbeit ist es dazu beizutragen, Prävention und Gesundheitsförderung als einen wichtigen Baustein qualitätsgesichert im Leistungsspektrum der GKV dauerhaft zu verankern und hierfür die notwendige Transparenz herzustellen.

Ich möchte dieses Vorwort nicht schließen, ohne mich bei den Verantwortlichen, dem MDS und seinen MitarbeiterInnen sowie den FachreferentInnen der GKV-Spitzenverbände für Prävention und Gesundheitsförderung, für das große Engagement bei der Erstellung der Erhebungsinstrumente sowie der Sammlung, Erfassung und Auswertung der Daten zu bedanken. Auch den Sachverständigen der Beratenden Kommission der Krankenkassen-Spitzenverbände gebührt Dank dafür, dass sie die GKV-Leistungsdokumentation Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung mit kritisch-konstruktiven Anregungen von Anfang an begleitet haben. Der größte Dank gebührt jedoch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Tausenden von Krankenkassen-Geschäftsstellen, auf deren Schultern die Prävention und Gesundheitsförderung ruht und die sich zusätzlich zum Tagesgeschäft der Umsetzung nun auch der Erfassungsarbeit nach einheitlichen Maßstäben unterzogen haben und kontinuierlich weiter unterziehen. Denn ohne diese von den MitarbeiterInnen vor Ort gelieferten Daten, d.h. ohne ihre zugrunde liegende präventive und gesundheitsfördernde Arbeit, gäbe es diesen Bericht nicht.

Bergisch Gladbach, im März 2003

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Rolf Stuppardt".

Rolf Stuppardt
Vorstandsvorsitzender des IKK-Bundesverbandes

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Mit der Neufassung des § 20 SGB V durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz haben die Krankenkassen im Jahr 2000 wieder einen erweiterten Handlungsrahmen in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten. Mit qualitativ hochstehenden Krankenkassenaktivitäten soll der allgemeine Gesundheitszustand der Versicherten verbessert und insbesondere ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen geleistet werden.

Eine hohe Qualität von Aktivitäten der Primärprävention bedeutet, dass sie nicht ausschließlich auf Krankheitsvermeidung abzielen. Darüber hinaus sollten die Aktivitäten – wie bereits erstmals mit internationalem Anspruch in der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ (WHO) von 1986 formuliert – besonders auf Gesundheitsförderung ausgerichtet sein, d.h. auf die Stärkung individueller und sozialer Ressourcen bzw. Potenziale, und daraus resultierend auf die Ermöglichung eines höheren Maßes an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit.²

Entsprechend dieser Anforderungen hat die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im ersten Halbjahr 2000 unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständiges „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000“ (sog. GKV-Leitfaden) erarbeitet und verabschiedet. Zwischenzeitlich wurde dieser überarbeitet und liegt in der jetzt gültigen Fassung vom 27. Juni 2001 vor. Der Leitfaden gilt den Krankenkassen und ihren Kooperationspartnern vor Ort als verbindliche Handlungsanleitung zur qualitativ hochwertigen Durchführung von Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung.

Der Leitfaden beschreibt zwei verschiedene Ansätze – den „Individuellen Ansatz“ und den „Setting-Ansatz“. Der individuelle Ansatz richtet sich an einzelne Versicherte (z.B. über Kurse, Seminare) und ist primär verhaltensorientiert. Im „Setting-Ansatz“ werden hingegen die Zielgruppe(n) in ihren Lebensumfeldern (Settings) angesprochen. Dort werden insbesondere mehr sozial Benachteiligte erreicht, die ansonsten eher selten an Kursen oder Seminaren mit gesundheitsbezogenen Themen teilnehmen, obwohl deren Bedarf an Gesundheitsförderung besonders hoch ist. Ziel des Setting-Ansatzes ist, „.... unter aktiver Beteiligung der Betroffenen (Partizipation) die jeweiligen Gesundheitspotenziale im Lebensbereich zu ermitteln und im Setting einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen, der über die Schaffung gesundheitsgerechter Verhältnisse die gesundheitliche Situation der Betroffenen nachhaltig verbessert.“ (Leitfaden, S. 6). Die Aktivitäten in Settings sind demnach auf die Veränderung von Ver-

² Abzugrenzen sind Maßnahmen der Früherkennung (z.B. Screenings), die bereits der Sekundärprävention zugeordnet werden.

hältnissen ausgerichtet und erleichtern darüber den Menschen im Setting auch Verhaltensänderungen. Als geeignete Settings werden im Leitfaden der Betrieb sowie nichtbetriebliche Umfelder, wie Kindergärten/Schulen, Familie, Vereine und Stadtteile/Orte genannt.

Für Präventionsaktivitäten nach dem Individuellen Ansatz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung legt der Leitfaden die folgenden vier als wirksam anerkannten prioritären Handlungsfelder, teilweise mit mehreren Präventionsprinzipien fest:

Abb. 1: Prioritäre Handlungsfelder

PRIORITÄRE HANDLUNGSFELDER	
in der Primärprävention (individueller Ansatz)	in der betrieblichen Gesundheitsförderung
Bewegungsgewohnheiten Bewegung zur Förderung der Herz-Kreislauf-Funktion Bewegung zur Förderung des Muskel-/Skelettsystems	Arbeitsbedingte körperliche Belastungen Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates
Ernährung Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung Vermeidung und Reduzierung von Übergewicht	Betriebsverpflegung gesundheitsgerechte betriebliche Gemeinschaftsverpflegung
Stressreduktion/ Entspannung Vermeidung spezifischer Risiken und stress-abhängiger Krankheiten	Psychosozialer Stress Stressmanagement gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung
Genuss- und Suchtmittelkonsum Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln	Genuss- und Suchtmittelkonsum Punktnüchternheit bei der Arbeit (0,0 Promille am Arbeitsplatz)

Für die nichtbetrieblichen Settings sind die Handlungsfelder nicht fest vorgegeben, vielmehr werden im Leitfaden anhand des Beispiels des Setting Schule Zielebenen sowie Prozessschritte definiert, an denen sich die Krankenkassen unter Beteiligung der verantwortlichen Akteure orientieren können.

Dies liegt u.a. daran, dass in den nichtbetrieblichen Settings anders als in der Betrieblichen Gesundheitsförderung bisher wenig empirische Erfahrung zur Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsaktivitäten vorliegt und hier teilweise Neuland betreten wird.

Der große Erfahrungsvorsprung, den die Krankenkassen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung vor den nichtbetrieblichen Settings haben, zeigt sich in der Dokumentation insbesondere auch an den unterschiedlichen Fallzahlen (s.u.).

Zur Herstellung einer bundesweiten Transparenz über Aktivitäten der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Sicherung der Qualität dieser Maßnahmen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen sich darauf verständigt, zweckmäßige Verfahren zum Qualitätsmanagement, zur Dokumentation und zur Erfolgskontrolle im Rahmen eines Stufenprozesses zu implementieren.

Die Verständigung auf eine einheitliche Dokumentation der Leistungen nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V erfolgte über alle Kassenarten hinweg auf der Basis wissenschaftlicher Anregungen der „Beratenden Kommission“³ im Jahr 2001. Das Jahr 2001 galt bereits als Pilotjahr für die Dokumentation der Krankenkassenaktivitäten in den nichtbetrieblichen Settings und in der Betrieblichen Gesundheitsförderung, in welchem erste Erfahrungen mit den Dokumentationsinstrumenten und dem mit den Krankenkassen vereinbarten Verfahrensablauf gesammelt werden sollten. Die Ergebnisse werden in diesem Bericht veröffentlicht. Die Krankenkassenaktivitäten nach dem individuellen Ansatz der Primärprävention werden für das Jahr 2002 pilotmäßig erfasst, ausgewertet und im entsprechenden Auswertungsbericht für 2002 dargestellt werden.

1.2 Ziele der Dokumentation

Mit der Dokumentation der Leistungen der Krankenkassen in den Bereichen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung soll in erster Linie eine Transparenz des generellen Leistungsgeschehens in den oben beschriebenen Bereichen hergestellt werden. Es geht auch darum, Defizite zu erkennen und bestehende Potenziale in der Gesundheitsförderung auszuschöpfen. Die Dokumentation ist als wichtiger Basisbeitrag zur Sicherung der hohen Qualität von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und zur Vermeidung wettbewerbsbedingter Fehlentwicklungen zu sehen.

Nicht Aufgabe dieser Dokumentation ist es, die Wirksamkeit der Aktivitäten zu analysieren. Dafür wird ein eigenes Evaluationsverfahren etabliert werden, welches zukünftig auch auf Basis der Dokumentationsergebnisse die Aktivitäten bewerten wird.

³ Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung		
Mitglieder	Ständige Gäste und weitere Experten	Aufgaben (Auswahl)
Vertreter von <ul style="list-style-type: none"> • Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen • Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung • Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. • Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin • Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V. 	Ständige Gäste <p>Vertreter von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium für Gesundheit und Sozialordnung • Gesundheitsministerkonferenz der Länder <p>Weitere Experten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Können themenspezifisch zu den Beratungen hinzugezogen werden 	Unterstützung der Spitzenverbände der Krankenkassen bei/durch <ul style="list-style-type: none"> • Weiterentwicklung des GKV-Leitfadens • Qualitätssicherung • Erfahrungsaustausch über Praxismodelle • Weitergabe wissenschaftlicher Erkenntnisse

2 Projektbeschreibung und –organisation

Auf Basis des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, nach welchem Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention erbringen sollen und Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen können, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen (SpiK) ein Dokumentationsverfahren zur bundesweit einheitlichen, krankenkassenartenübergreifenden Berichterstattung über durchgeführte Aktivitäten in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung in die Wege geleitet und in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkasse e.V. (MDS) entwickelt. Die Dokumentationsberichte werden im jährlichen Turnus erstellt und bilden die Aktivitäten des jeweiligen Vorjahres ab. Dabei handelt es sich um solche Aktivitäten, die durch die Krankenkassen selbst oder von deren Kooperationspartnern geleitet wurden, oder um solche, die von externen Institutionen durchgeführt, aber von den Krankenkassen (mit)finanziert wurden.

2.1 Dokumentationsverfahren

Die Dokumentation basiert auf drei Verfahren:

Individueller Ansatz: Dabei werden Daten von Versicherten, die an Kursen oder Seminaren teilgenommen haben, EDV-gestützt erfasst. Die Erhebung zum individuellen Ansatz beginnt mit dem Jahr 2002. Ergebnisse werden entsprechend im Jahr 2003 in den Dokumentationsbericht aufgenommen.

Setting-Ansatz: Zur Erfassung der in den nichtbetrieblichen Settings durchgeführten Aktivitäten wurde ein Dokumentationsbogen entwickelt, welcher in dieser und auch der nächsten Berichtsperiode noch per Hand oder PC ausgefüllt und über die Spitzenverbände der Krankenkassen an den MDS weitergeleitet wurde bzw. noch wird. Eine EDV-technische Lösung zur Erfassung der Daten ist ab dem Berichtsjahr 2003 geplant.

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF): Informationen zu diesen Maßnahmen werden auf die gleiche Weise gesammelt, ausgewertet und berichtet wie bei der Setting-Erhebung über einen eigenen Erfassungsbogen.

Für die Weiterleitung der Daten aus allen drei Dokumentationsverfahren sind bestimmte Zeiträume festgelegt⁴. Aus diesen wird jeweils bis zum Ende des Folgejahres ein Dokumentationsbericht erstellt.

⁴ Setting-Ansatz und BGF bis 31.04 des jeweiligen Folgejahres, Individueller Ansatz bis zum 31.05 des jeweiligen Folgejahres.

2.2 Erhebungsinstrumente

Als Erhebungsinstrumente für den *Setting-Ansatz (S)* und die *Betriebliche Gesundheitsförderung (B)* werden jeweils entsprechende Dokumentationsbögen (s. Kap. 6.1: Anhang, S. 86 ff.) eingesetzt. Beide Dokumentationsbögen behandeln die gleichen Themenkomplexe. Dabei sind die Inhalte der einzelnen Items den allgemeinen Settings bzw. den betriebsspezifischen Gegebenheiten angeglichen.

Erfasst werden die Themenkomplexe

- 1 Allgemeine Daten (Setting/Branche, Start/Status der Aktivitäten, Anzahl der Beschäftigten und Anteil der Frauen in den Betrieben)
- 2 Schwerpunktmaßige Zielgruppe
- 3 (Außerbetriebliche) Kooperationspartner
- 4 Koordination und Steuerung
- 5 Bedarfsermittlung
- 6 (S) bzw. 7 (B) Gesundheitszirkel
- 6 (B) bzw. 7 (S) Intervention
- 8 Erfolgskontrolle

Die im § 20 Abs. 1, Satz 3, SGB V genannten Qualitätskriterien für Aktivitäten der primären Prävention, nämlich „Bestehender Bedarf, Zielgruppen, Zugangswege, Inhalte und Methodik“ werden somit in beiden Erfassungsinstrumenten berücksichtigt. Dabei werden die von den Akteuren gewählten Zugangswege über die in den allgemeinen Daten abgefragten Settings bzw. Branchen ermittelt.

Die Erhebung der Daten zum *Individuellen Ansatz* erfolgt ab 2002 EDV-gestützt. Erhoben werden folgende Angaben zum einzelnen Leistungsempfänger:

- Anbieter der Leistung
- Art der Leistung (Präventionsprinzip)
- Geschlecht des Leistungsempfängers
- Alter des Leistungsempfängers
- Versichertenstatus des Leistungsempfängers (Härtefall ja/nein, nach Härtefall-Definition § 61 SGB V)
- Reservefeld (für etwaige weitere Angaben, z.B. DEÜV-Nummer)

2.3 Der Dokumentationsbericht für das Jahr 2001

Vorliegende Dokumentation berichtet für das Jahr 2001 erstmalig über Aktivitäten nach dem *Setting-Ansatz* und über solche aus der *Betrieblichen Gesundheitsförderung*. Oben beschriebene Dokumentationsbögen dienen dabei als Instrumente zum Informationsgewinn. Sie wurden bislang noch nicht getestet, so dass die Erhebungen für die Jahre 2001 und 2002 als Erprobungsphase zu werten sind. Die in diesen Pilotphasen gemachten Erfahrungen und gewonnenen Erkenntnisse sollen bei der Überarbeitung der Erfassungsinstrumente berücksichtigt werden. Es ist geplant, die optimierten Dokumentationsbögen den Krankenkassen bis Ende 2003 zur Verfügung zu stellen.

Die Dokumentationsbögen sollten bis Ende April 2002 ausgefüllt und über die Spitzenverbände der Krankenkassen beim Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) e.V. eingereicht sein. Aufgrund fehlender Erfahrungen und aufgetretener erster Anlaufschwierigkeiten verzögerte sich die Rücklaufzeit in diesem Jahr stark.

Der Datensatz zur Pilotphase 2001 umfasst für die nichtbetriebliche Setting-Erhebung 143 Dokumentationsbögen. Zur Betrieblichen Gesundheitsförderung gingen insgesamt 1.189 auswertbare Dokumentationsbögen ein. Die großen Unterschiede der Datenumfänge erklären sich mit der bereits im Vorfeld erwähnten fehlenden Erfahrung der Krankenkassen mit Aktivitäten in nichtbetrieblichen Settings.

3 Ergebnisdarstellung

Die Beschreibung der Ergebnisse erfolgt sowohl für die Setting-Erhebung als auch für die BGF in der selben thematischen Abfolge, wie sie in beiden Dokumentationsbögen erfasst wurden. Dabei werden zunächst die Auswertungen aus beiden Gesamtdatensätzen abgebildet. In einem weiteren Schritt erfolgt eine Ergebnisdarstellung hinsichtlich ausgewählter Kriterien: Bei den nichtbetrieblichen Settings sind dies settingbezogene Auswertungen. Bei der BGF werden die Merkmale „Branche“ und „Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigten)“ einer näheren Betrachtung unterzogen.

3.1 Hinweise zur Ergebnisbeschreibung

Im Bericht beziehen sich Prozentangaben, wenn nicht anders angegeben, grundsätzlich auf den jeweiligen Gesamtdatensatz. Weiterhin werden im Text bzw. in den Grafiken die Buchstaben N bzw. n als statistische Symbole für die Anzahl der Fälle verwendet. Dabei bezieht sich das groß geschriebene N auf den Gesamtdatensatz, das klein geschriebene n bezeichnet hingegen Stichproben aus dem Datensatz.

Bei der Darstellung der Kriterienauswertungen hingegen bezieht sich das große N auf die Gesamtstichproben (z.B. auf „Schule“, „Familie“ oder „Verarbeitendes Gewerbe“, „Baugewerbe“). Das kleine n bezeichnet davon die Teilstichprobe.

3.2 Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den vorliegenden 143 Dokumentationsbögen der Setting-Erhebung zum Berichtsjahr 2001 zunächst in ihrer Gesamtheit, dann settingbezogen beschrieben. Viele Grafiken dienen dabei der anschaulichen Darstellung umfangreicher Ergebnisse.

Zur Auswertung der Daten nach den nichtbetrieblichen Settings ist folgendes anzumerken: In 39,2% der 143 zur Auswertung gekommenen Dokumentationsbögen wurden zwei oder mehr Settings angekreuzt, so dass insgesamt 247 Setting-Nennungen zustande kamen, und das, obwohl Mehrfachnennungen an dieser Stelle nicht vorgesehen waren. So erschien es sinnvoll, die Gesamtauswertungen anhand der Angaben aus den 143 Dokumentationsbögen durchzuführen, nicht aber die settingbezogenen Auswertungen. Um dort der Vielzahl der Settings gerecht zu werden, wurde jeder Dokumentationsbogen, der mehrere Settings enthielt, um die Zahl der benannten Settings kopiert. Denn: der Grund, warum mehrere Settings markiert wurden, wird nicht darin liegen, dass verschiedene Aktivitäten in unterschiedlichen Settings in einem Dokumentationsbogen zusammengefasst wurden, sondern vielmehr darin, dass eine Aktivität sich über mehrere Settings erstreckte. Fanden beispielsweise Aktivitäten in einem Schulzentrum statt, dann wurde für alle sich darin befindlichen Schularten zusammen ein Setting-Bogen verwendet. Dem gemäß werden die Inhalte für jedes Setting die gleichen sein. Entsprechend der gewählten Vorgehensweise liegt den settingbezogenen Auswertungen stets ein Gesamtdatensatz von N=247 zu Grunde. Es sind gewisse Unschärfen bei den Ergebnissen zu berücksichtigen.

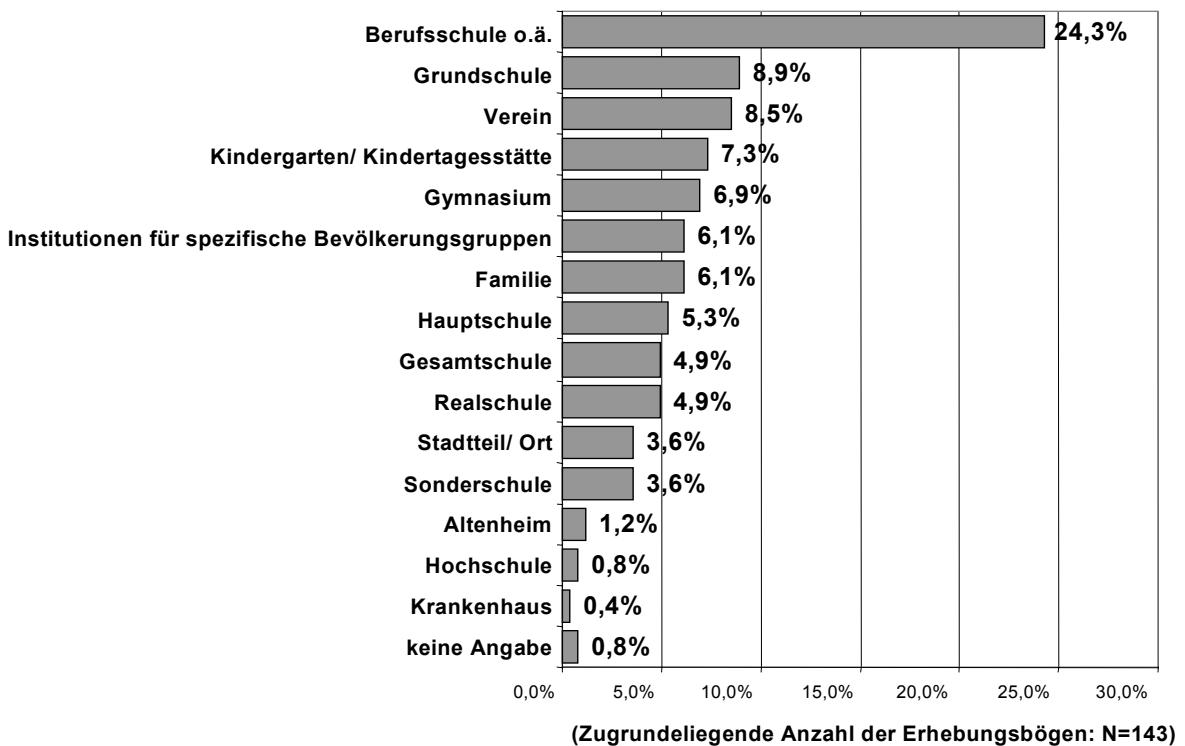
3.2.1 Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings – Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

3.2.1.1 Allgemeine Daten

Die allgemeinen Daten umfassen Angaben dazu, in welchen Settings die Aktivitäten durchgeführt wurden, wann sie begannen und in welchem Status (laufend/abgeschlossen) sie sich am Ende des Berichtsjahrs befanden. Im folgenden wird zunächst die Verteilung der Aktivitäten in den jeweiligen Settings dargestellt:

3.2.1.1.1 Setting

Abb. 2: Setting



Die Berufsschule ist mit einem Anteil von 24,3% das am häufigsten benannte Setting. Dem folgt das Setting Grundschule (8,9%) und das Setting Verein (8,5%). In 15 Fällen wurden die Vereine genauer benannt: sie teilen sich auf in sieben Sportvereine, fünf Kinder- und Jugendeinrichtungen e.V. und drei Kulturvereine. An vierter Stelle stehen Kindergärten/Kindertagesstätten (7,3%). Bei den Institutionen für spezifische Bevölkerungsgruppen handelte es sich laut handschriftlicher Angaben um kirchliche Einrichtungen, Einrichtungen für Drogen- und Alkoholabhängige, solche für Jugendliche ohne Hauptschulabschluss und um eine Einrichtung zum betreuten Wohnen Behindter. Seltener fanden Aktivitäten in Krankenhäusern, Hochschulen und Altenheimen statt.

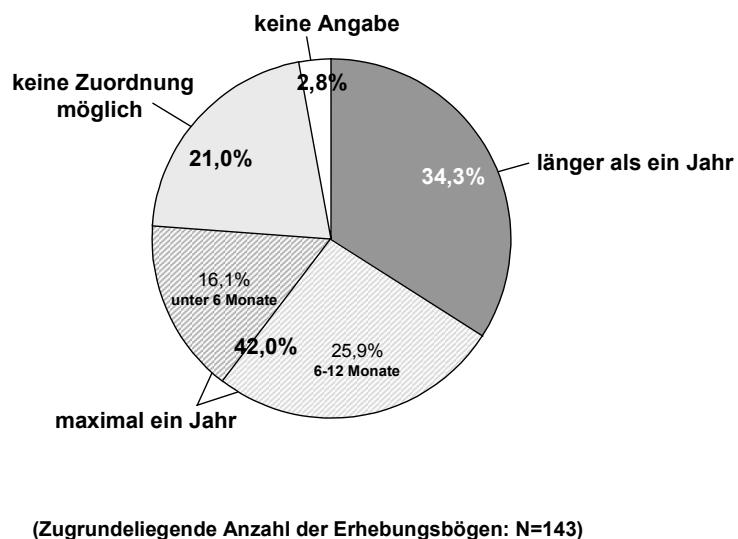
Bei Berücksichtigung der Mehrfachangaben zu den Settings fiel auf, dass insbesondere verschiedene Schularten miteinander kombiniert wurden (oft noch in Verknüpfung mit weiteren Institutionen, wie z.B. Verein). Dies war in 17,5% der Fälle (n=25), d.h. bei knapp der Hälfte derjenigen Bögen, in welchen mehr als ein Setting angekreuzt wurde, der Fall. Die Mehrfachnennungen variierten sehr stark, so dass gleiche Kombinationen sehr selten in Erscheinung traten.

3.2.1.1.2 Start und Status der Aktivitäten

Der Start der Aktivitäten sowie ihr Status "laufend – abgeschlossen" lassen eine grobe Darstellung zur Häufigkeit von lang angelegten umfangreicheren Projekten bzw. tendenziell kürzeren Aktivitäten zu:

In 78,3% der vorliegenden 143 Fälle wurden die Aktivitäten im Berichtsjahr 2001 gestartet. 7,0% der Aktivitäten begannen bereits in 2000 und insgesamt 11,9% in den Jahren davor (1996-1999). Bei den restlichen 2,8% fehlen Angaben hierzu. 45,5% der berichteten Aktivitäten wurden in 2001 abgeschlossen, 53,8% liefen noch.

Abb. 3: Dauer der Aktivitäten



Bei 34,3% aller erfassten Aktivitäten kann davon ausgegangen werden, dass sie mehr als ein Jahr beanspruchten, da sie entweder vor 2001 starteten und nach einer Dauer von mehr als einem Jahr in 2001 abgeschlossen wurden bzw. zum Ende des Berichtsjahres noch liefen, oder im Januar 2001 starteten und am Ende des Berichtsjahres noch nicht abgeschlossen waren. Bei 21,0% (n=30) der Fälle lassen sich kürzere und längere Aktivitäten nicht klar voneinander unterscheiden. Dem stehen diejenigen Projekte gegenüber, die maximal ein Jahr andauerten (Start und Abschluss der Aktivität in 2001): Sie machen einen Anteil von 42,0% (n=60) aus. Davon lassen sich wiederum 16,1% (n=23) als solche eruieren, die ein halbes Jahr und weniger liefen.

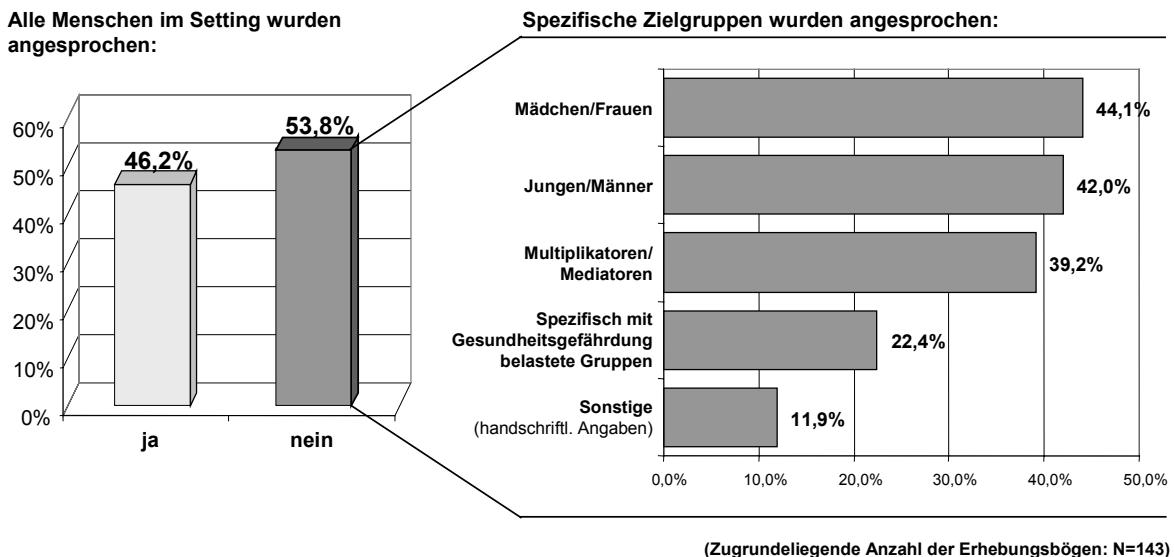
3.2.1.2 Schwerpunktmaßige Zielgruppen

Der Punkt "... alle Menschen im Setting werden angesprochen" wurde in 46,2% (n=66) der Fälle bejaht, in 53,8% (n=77) der Fälle wurden nicht alle Menschen, sondern *spezifische* Zielgruppen mit ihren Aktivitäten angesprochen. Spezifische Zielgruppen konnten mehrfach angekreuzt werden, so dass hierzu insgesamt 131 Angaben in 77 Dokumentationsbögen erfolgten. Im Durchschnitt wurden also pro Dokumentationsbogen, in welchem spezifische Zielgruppen bejaht wurden, knapp zwei Zielgruppen benannt.

Kombiniert angegeben wurden am häufigsten "Mädchen/Frauen, Jungen/Männer und Multiplikatoren/Mediatoren" (20,3%, n=29). Dem folgt die Viererkombination "Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n), Mädchen/Frauen, Jungen/Männer, Multiplikatoren/Mediatoren" bei immerhin 10,5% der Fälle. Weitere Kombinationen traten in deutlich geringerem Umfang in Erscheinung.

Eine Auflistung der jeweiligen Häufigkeiten zu den im Dokumentationsbogen vorliegenden Items ergibt folgende Verteilung:

Abb. 4: Schwerpunktmaßige Zielgruppe (Mehrfachnennungen waren möglich)



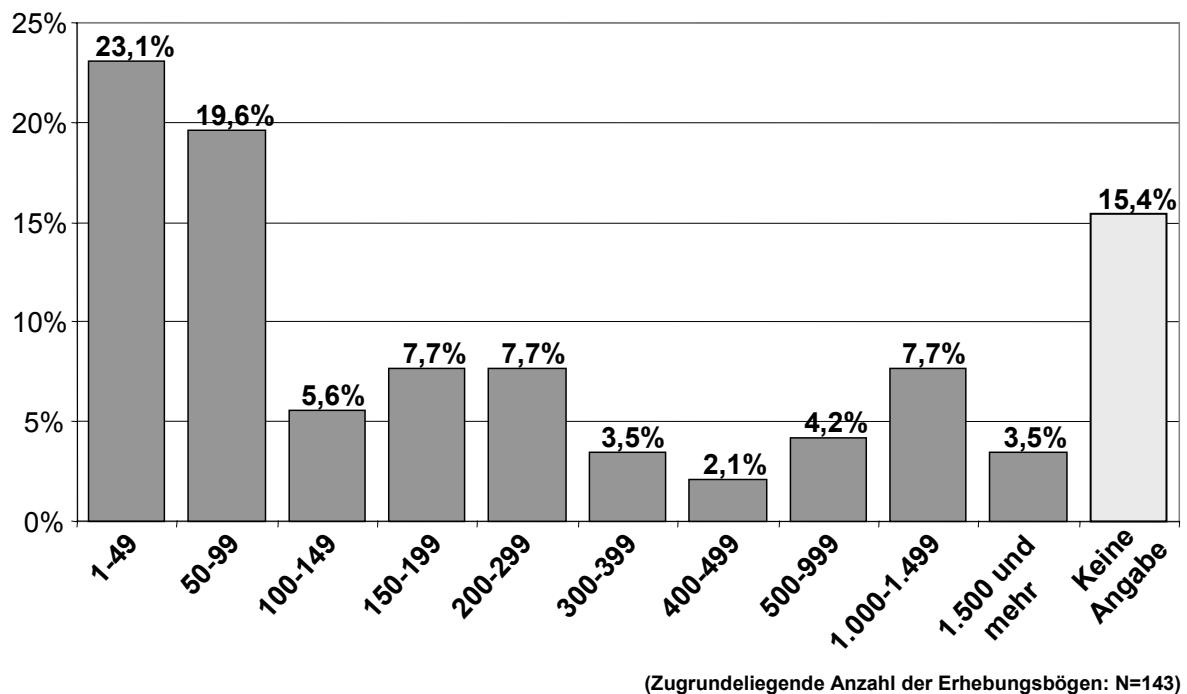
Mädchen/Frauen (44,1%) und Jungen/Männer (42,0%) wurden mit den Aktivitäten am häufigsten angesprochen. Dem folgen die Multiplikatoren/Mediatoren mit einem Anteil von 39,2%. Die Multiplikatoren/Mediatoren lassen sich weiter differenzieren in Lehrer, Erzieher und anderes pädagogisches Personal (45,0% der Multiplikatoren/Mediatoren), Eltern (35,1%), nichtpädagogisches Personal (9,2%), Sozialarbeiter/anderes im sozialen Bereich tätiges Personal (8,4%) und im medizinischen Bereich tätiges Personal (2,3%).

In 11,9% (n=17) aller eingegangenen Dokumentationsbögen wurde das Feld "andere Zielgruppe, und zwar ..." angekreuzt. Das handschriftlich auszufüllende Feld hierzu wurde in acht Fällen genutzt, um die allgemeine Bezeichnung "Schüler" einzutragen. Weiterhin wurden als sonstige Zielgruppe Menschen über 55 bzw. über 65 Jahre sowie Familienangehörige genannt.

3.2.1.3 Anzahl der erreichten Personen

Mit den Aktivitäten wurden häufiger kleinere Personenmengen, d.h. 1-49 (23,1%) bzw. 50-99 Personen (19,6%), erreicht (insgesamt 42,7%, n=61). Die Anzahl der Aktivitäten, die mehr Personen ansprachen, nimmt dem Trend nach ab (s. Abb. 5). Das leichte Ansteigen der zwei letzten Gruppen in der Grafik ist auf die Bildung deutlich größerer Gruppenumfänge zurückzuführen.

Abb. 5: Anzahl der erreichten Personen



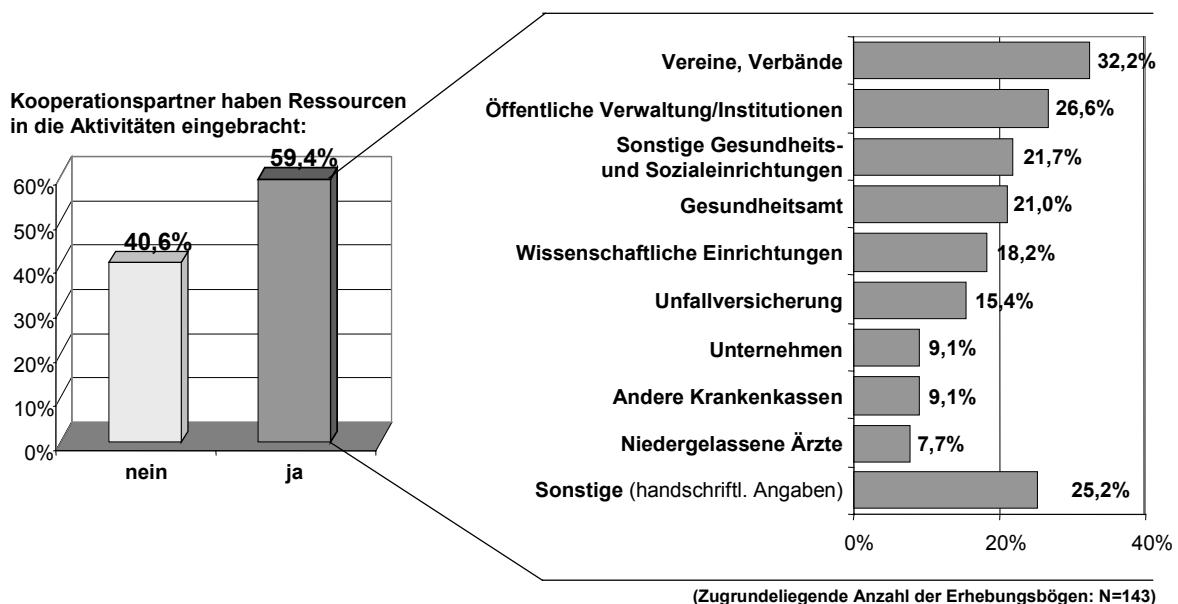
Zu der Gruppe der 1.500 und mehr erreichten Personen zählen fünf Fälle: u.a. waren es 10.000 Personen, die über einen Sportverband angesprochen wurden, oder 5.000, welche im Setting Gymnasium an den Aktivitäten zu den Inhalten "Stressreduktion, Genuss- und Suchtmittel" teilnahmen.

Die Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass die mit den Aktivitäten benannte Zielgruppe „Multiplikatoren/Mediatoren“ häufig auch als Menge der erreichten Personen angegeben wurde. Aufgrund des hohen Anteils an Multiplikatoren/Mediatoren in vorliegendem Datensatz ist davon auszugehen, dass die Zahl der tatsächlich erreichten Personen entsprechend häufig unterschätzt wurde.

3.2.1.4 Kooperationspartner

In 59,4% (n=85) der Fälle wurden insgesamt 266 Kooperationspartner angegeben. Diese verteilen sich folgendermaßen:

Abb. 6: Kooperationspartner (Mehrfachnennungen waren möglich)



Am häufigsten brachten Vereine/Verbände mit einem Anteil von 32,2% Ressourcen in die Aktivitäten ein. Dem folgten die Öffentliche Verwaltung/Institutionen, welche 21,7% der Fälle ausmachten. An dritter Stelle standen sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Seltener brachten andere Krankenkassen und niedergelassene Ärzte Ressourcen in die Aktivitäten ein.

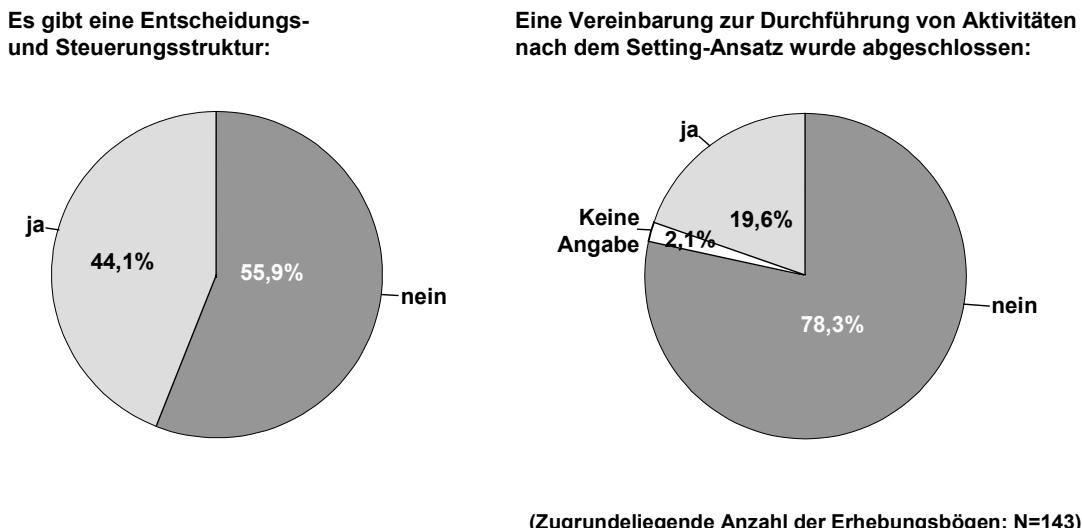
Von den 85 Fällen, bei welchen Kooperationspartner mitwirkten, wurden in 21 jeweils nur ein Kooperationspartner benannt. Bei den restlichen 64 Fällen wurden zwei und mehr Kooperationspartner angegeben. Dabei wurden im Durchschnitt drei Kooperationspartner angekreuzt. So erschien es sinnvoll zu prüfen, welche Kombinationen auffallend zahlreich in Erscheinung traten. Am häufigsten wurde, allerdings in nicht unbedingt nennenswertem Umfang (5,9% aller Kooperationen), die Kombination "Öffentliche Verwaltung/ Institutionen, Vereine/ Verbände, Unfallversicherung" angegeben.

Sämtliche handschriftlichen Angaben (Anteil 25,2%) spezifizierten bereits markierte Felder. So wurden beispielsweise in elf Fällen Ministerien benannt. Weiterhin wurden z.B. die Bau-BG, Kinderschutzbund, selbständige Physiotherapeuten oder Oecotrophologen angegeben.

3.2.1.5 Koordination und Steuerung

An dieser Stelle wurde die Existenz einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur ermittelt und die Frage gestellt, ob eine Vereinbarung zur Durchführung von Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz abgeschlossen wurde.

Abb. 7: Koordination und Steuerung



(Zugrundeliegende Anzahl der Erhebungsbögen: N=143)

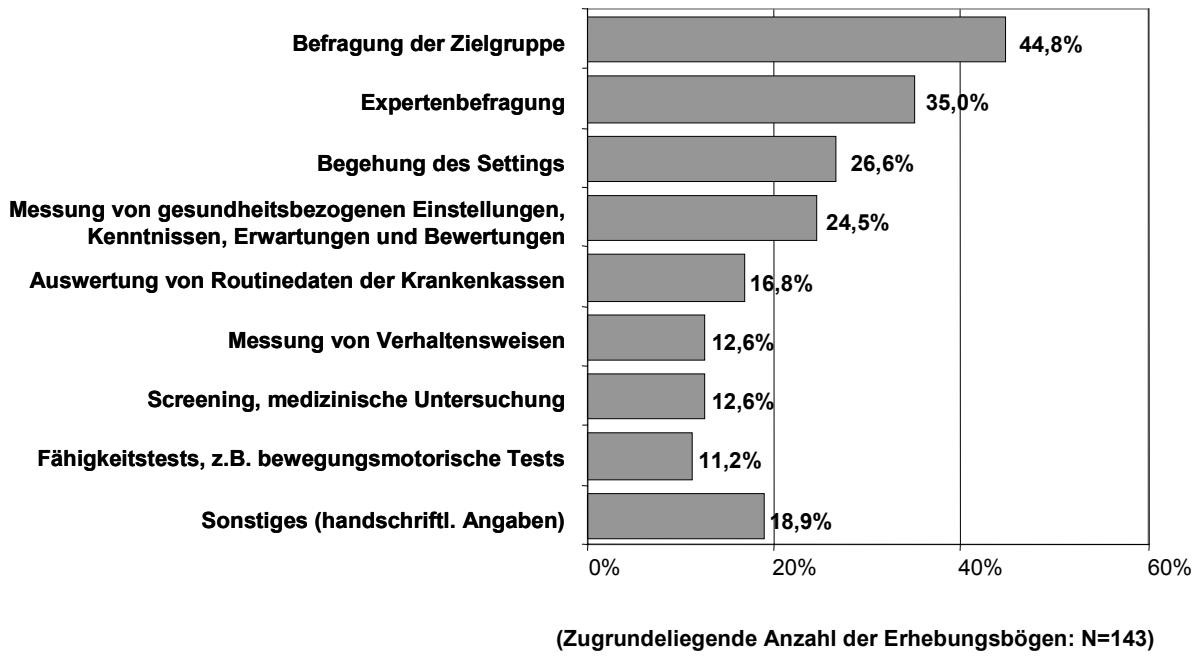
In 44,1% der Fälle gab es eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur, in 55,9% hingegen nicht. Eine Vereinbarung zur Durchführung von Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz wurde lediglich in knapp einem Fünftel der Fälle getroffen.

Es stellte sich die Frage, ob die Aktivitäten, die über ein Steuerungsgremium durchgeführt wurden, sich bezüglich der Interventionen von denjenigen Aktivitäten unterschieden, die keine Steuerungsstruktur aufwiesen. Beide Aktivitätsformen werden in Kap. 3.2.2: „Steuerung und Koordination – Intervention bei bestehenden bzw. fehlenden Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen“, S. 28 hinsichtlich der Interventionen miteinander verglichen.

3.2.1.6 Bedarfsermittlung

Um ein Bild davon zu erhalten, ob und wie in den Settings der Präventionsbedarf ermittelt wurde, wurden im Dokumentationsbogen neun Punkte zu diesem Thema abgefragt. In 68,5% (n=98) der Fälle wurden insgesamt 290 Nennungen abgegeben, d.h. im Durchschnitt benannten die Krankenkassen rund drei Items pro Dokumentationsbogen.

Abb. 8: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen waren möglich)



Am häufigsten ermittelten die Akteure den Präventionsbedarf über die Befragung der Zielgruppe (44,3%). An zweiter Stelle steht die Expertenebefragung mit einem Anteil von 35,0% und danach die Begehung des Settings (26,6%). Am seltensten, wenn auch immerhin bei 11,2% der Fälle, wurden Fähigkeitstests als Instrument zur Bedarfsermittlung eingesetzt.

In 18,9% (n=27) der Fälle wurde der Einsatz von sonstigen Instrumenten zur Bedarfsermittlung benannt. Den schriftlichen Angaben zufolge meldeten in 8,4% der Fälle betroffene Personen oder das Personal einer jeweiligen Einrichtung bei den Krankenkassen Bedarf an. Auch stellten 5,6% der Fälle eine Notwendigkeit zur Durchführung von Aktivitäten aufgrund gewonnener Erkenntnisse durch Literaturrecherchen und/oder wissenschaftliche Studien fest. Dreimal wurden Gespräche mit Lehr- bzw. Einrichtungspersonal als Basis zur Durchführung von Aktivitäten benannt. In den restlichen vier Fällen nutzten die Krankenkassen das handschriftliche Feld, um bereits angekreuzte Punkte zu spezifizieren.

Da tendenziell mehrere Felder zum Thema Bedarfsermittlung angekreuzt wurden, interessiert, welche Kombinationen der Bedarfsermittlung am häufigsten auftraten: An erster Stelle steht die Viererkombination "Begehung des Settings, Befragung der Zielgruppe, Expertenebefragung und Auswertung der Routinedaten der Krankenkassen" mit einem Anteil von 5,6% (n=8). Dem folgt die Zweierkombination "Befragung der Zielgruppe, Expertenebefragung" (4,2%). Insgesamt wurden am häufigsten Zweierkombinationen angegeben (21,0%) und am zweithäufigsten Viererkombinationen (14,7%).

3.2.1.7 Gesundheitszirkel

In den Settings wurden Gesundheitszirkel selten, d.h. lediglich in 8,9% aller Fälle durchgeführt. Wenn Gesundheitszirkel stattfanden, dann eher in einem Umfang von einem bis fünf Zirkel (insgesamt n=8; 5,6%) pro Setting. In drei Fällen ist ersichtlich, dass fünf bis zehn Zirkel im Setting durchgeführt wurden.

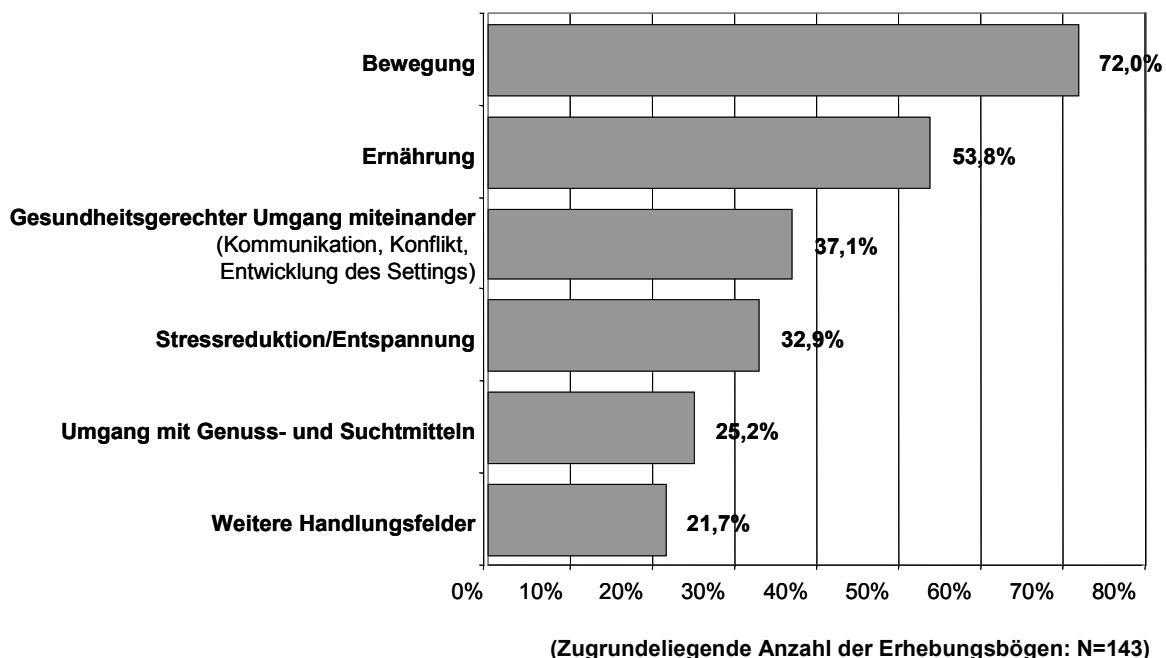
3.2.1.8 Intervention

Das Kapitel Intervention setzt sich aus den Bereichen "Inhalte bzw. zu Grunde liegende Präventionsprinzipien der Aktivitäten", "verhaltens- und verhältnisorientierte Aktivitäten", "angewandte Methoden" und "eingesetzte Medien" zusammen.

3.2.1.8.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Mit diesem Fragekatalog werden zunächst einmal die inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten erfasst. Folgende Häufigkeiten ergaben sich aus dem Datensatz:

Abb. 9: *Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten (Mehrfachnennungen waren möglich)*



Die Aktivitäten in den nichtbetrieblichen Settings waren in erster Linie auf Bewegung (72,0%) und Ernährung (53,5%) ausgerichtet. Bei 37,1% der Fälle wurde der gesundheitsgerechte Umgang miteinander thematisiert. Etwas seltener waren Stressreduktion/Entspannung und der Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln Gegenstand der Aktivitäten.

Lediglich in zwei Dokumentationsbögen haben die Krankenkassen keinerlei Angaben zur inhaltlichen Ausrichtung der Interventionen gemacht. In den verbleibenden 141 ausgefüllten Dokumentationsbögen markierten die Krankenkassen insgesamt 347 Felder, das sind

ca. 2,5 Nennungen pro Dokumentationsbogen. Entsprechend wurden am häufigsten Zweifachkombinationen genannt (32,9%, n=47). Dem folgten Dreifachkombinationen (25,2%) und Einfachnennungen (23,8%). Vierfachkombinationen fanden sich in immerhin 14 Fällen (9,8%). Inhaltlich traten am häufigsten die Kombinationen "Bewegung" und "Ernährung" (9,8%), dann "Bewegung", "Ernährung" und "Stressreduktion/Entspannung" (9,1%) sowie "Umgang mit Genussmitteln" mit "Gesundheitsgerechtem Umgang miteinander" (5,6%) in Erscheinung.

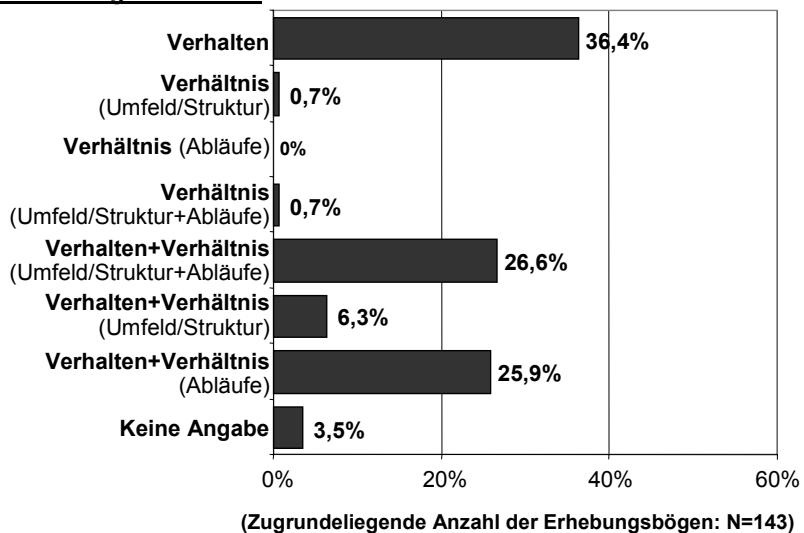
Das Feld "Weitere Handlungsfelder" bot den Krankenkassen die Möglichkeit, schriftlich weitere inhaltliche Ausrichtungen ihrer Aktivitäten zu benennen. In 31 Fällen (21,7%) wurde dieses Feld ausgefüllt. Dabei nutzten die Krankenkassen dieses in neun Fällen, um bereits markierte Punkte zu spezifizieren (z.B. Richtiges Sitzen, Initiierung von Sportaktivitäten etc.). Als weitere Handlungsfelder benannten sie in erster Linie „Gewaltprävention und Kinderschutz“ (4,9%, n=7). Auch den Themenfeldern „Verkehrssicherheit, Unfallschutz und Arbeitssicherheit“, „Allgemeine Lebensbewältigung“, „Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)“ und „Zahngesundheit, -pflege“ wurde Aufmerksamkeit geschenkt.

3.2.1.8.2 Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten:

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten konnten miteinander kombiniert angegeben werden. Bei verhaltensbezogenen Aktivitäten handelte es sich um die Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen und/oder praktischen Fertigkeiten, Handlungs-, Entscheidungs- oder Selbstwahrnehmungskompetenzen. Verhältnisbezogene Aktivitäten wurden zu einen hinsichtlich der Umgestaltung von Umfeld/Strukturen, zum anderen hinsichtlich der Umgestaltung von Abläufen abgefragt. Da Mehrfachkombinationen die Mehrzahl der Nennungen ausmachen, enthält folgende Grafik sowohl Einzelangaben als auch alle benannten Kombinationen:

Abb. 10: Intervention – Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten

Die Aktivitäten bezogen sich auf:



In insgesamt 59,5% der Fälle wurden sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Aktivitäten durchgeführt. Bei 36,4% waren die Aktivitäten allein auf das Verhalten ausgerichtet.

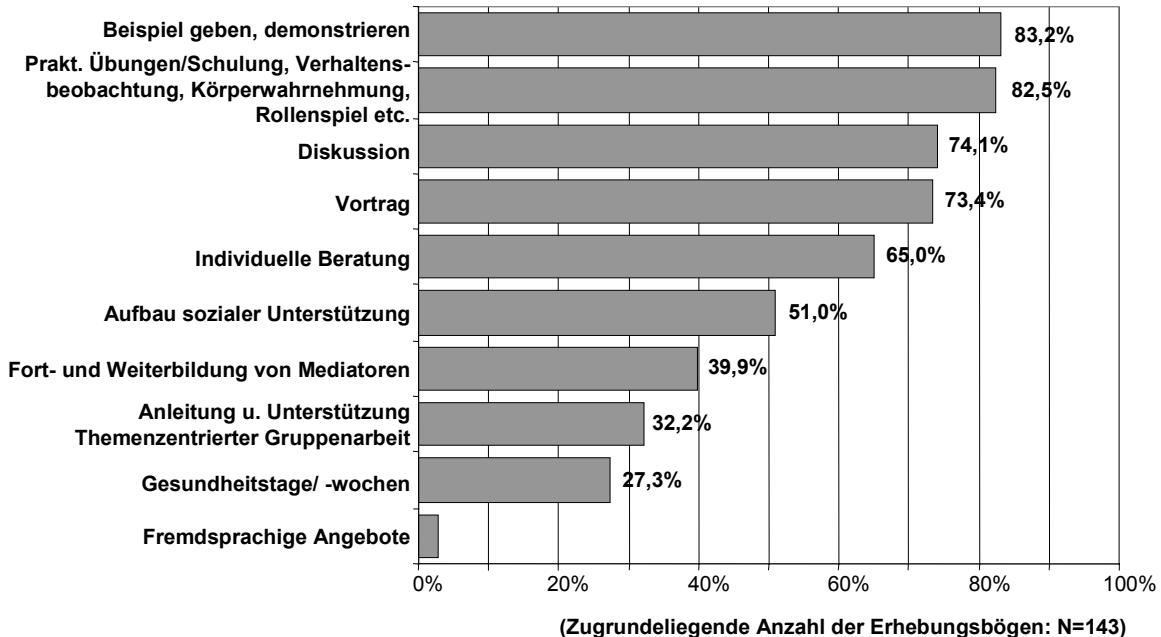
Verhältnisorientierte Aktivitäten konnten schriftlich genauer spezifiziert werden: Zur ablauforientierten Umgestaltung im Setting wurden am häufigsten die Umgestaltung von Unterrichtsplanung und -gestaltung angegeben (22,4%, n=32), dem folgten die Ausbildung von Schülern und Lehrern zu Multiplikatoren (5,6%) sowie Bewegungspausen und -angebote (außerhalb des Sportunterrichts) mit einem Anteil von 4,9%.

Zu Struktur- und Umfeldveränderungen gaben die Krankenkassen insbesondere die Schulung bzw. Fortbildung von Lehrern und Personal bzw. Schülern (auch Workshops) (8,4%, n=12) an. Weiterhin nannten sie „bewegte Pausen, Bewegungsbaustellen, mehr Sport, Rückenschule“ etwas häufiger (7,7%, n=10). An dritter Stelle standen „ergonomische Veränderungen“ im Setting (3,5%).

3.2.1.8.3 Angewandte Methoden:

Der Fragenkatalog zu den Methoden umfasste insgesamt neun Items sowie ein Textfeld für sonstige Angaben.

Abbildung 11: Intervention – angewandte Methoden (Mehrfachnennungen waren möglich)

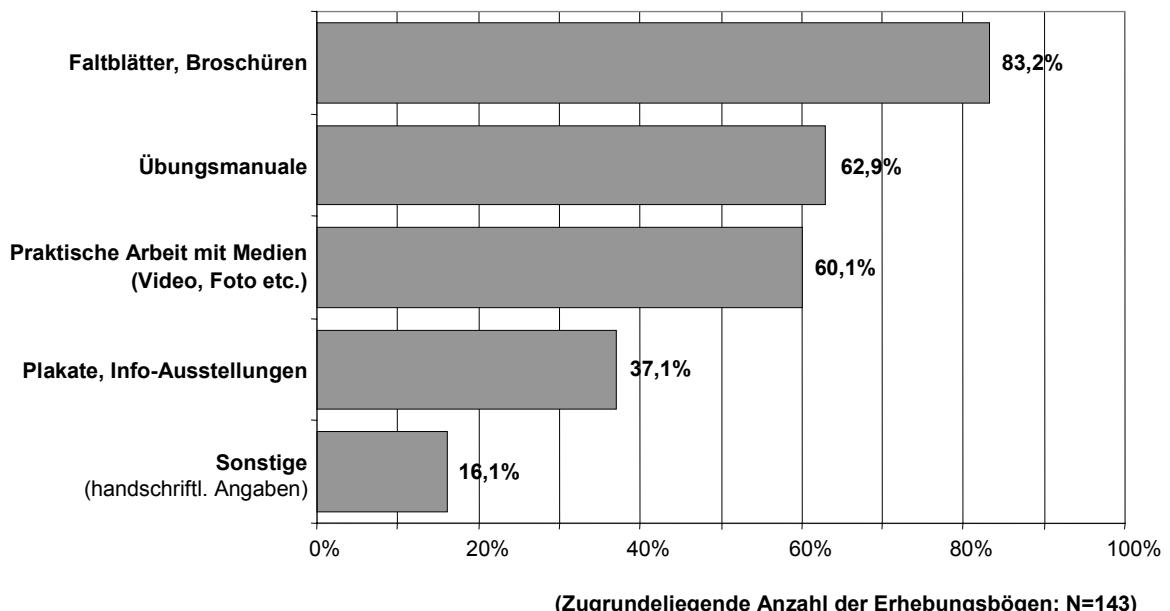


Nahezu gleichauf liegen die Items "Beispiel geben, demonstrieren" (83,2%) und "Praktische Übungen/Schulung, Verhaltensbeobachtung, Körperwahrnehmung, Rollenspiel, gegenseitige Übungen etc." (82,5%). Danach fanden die "Diskussion" in 74,1% und der "Vortrag" in 73,4% des Gesamtdatensatzes Anwendung. Etwas weniger fand die "individuelle Beratung" als Instrumentarium Einsatz. In immerhin vier Fällen wurden "Fremdsprachige Angebote" benannt.

Häufig wurden mehrere Methoden miteinander kombiniert, im Durchschnitt waren es rund fünf pro Dokumentationsbogen. Lediglich in vier Fällen lagen keinerlei Angaben zu den Methoden vor. Die Verknüpfung der fünf Methoden "Vortrag", "Beispiel geben, demonstrieren", "praktische Übungen/Schulung ...", "Diskussion" und "individuelle Beratung" trat in ungefähr der Hälfte (51,8%) aller dokumentierten Aktivitäten in Erscheinung, sowohl für sich allein als auch in Kombination mit weiteren diversen Methoden. Diejenige in sich geschlossene Methodenkombination, die am häufigsten vorkommt, ist folgende: "Vortrag"; "Beispiel geben, demonstrieren", "praktische Übungen/Schulung etc.", "Diskussion", "Individuelle Beratung", "Aufbau sozialer Unterstützung". Sie ist in 26,6% der Fälle (n=38) vertreten.

3.2.1.8.4 Eingesetzte Medien

Abb. 12: Intervention – eingesetzte Medien (Mehrfachnennungen waren möglich)



In 83,2% der Fälle nutzten die Anbieter der Setting-Aktivitäten Faltblätter und Broschüren als Medium. Knapp zwei Drittel aller Fälle griffen auf Übungsmanuale zurück und 60,1% führten praktische Arbeiten mit Medien, wie u.a. Video und Foto, aus. Plakate und Infoausstellungen wurden immerhin in gut einem Drittelp aller Fälle eingesetzt.

In elf Dokumentationsbögen wurden überhaupt keine Medien benannt, bei den verbleibenden 132 lagen insgesamt 371 Angaben zum Medieneinsatz vor, d.h. pro Fall wurden rund drei Items angekreuzt. Entsprechend sind Dreierkombinationen (49,0%) am häufigsten im Datensatz vertreten. An zweiter Stelle stehen Viererkombinationen (18,2%) und an dritter Stelle Zweifachnennungen (14,7%).

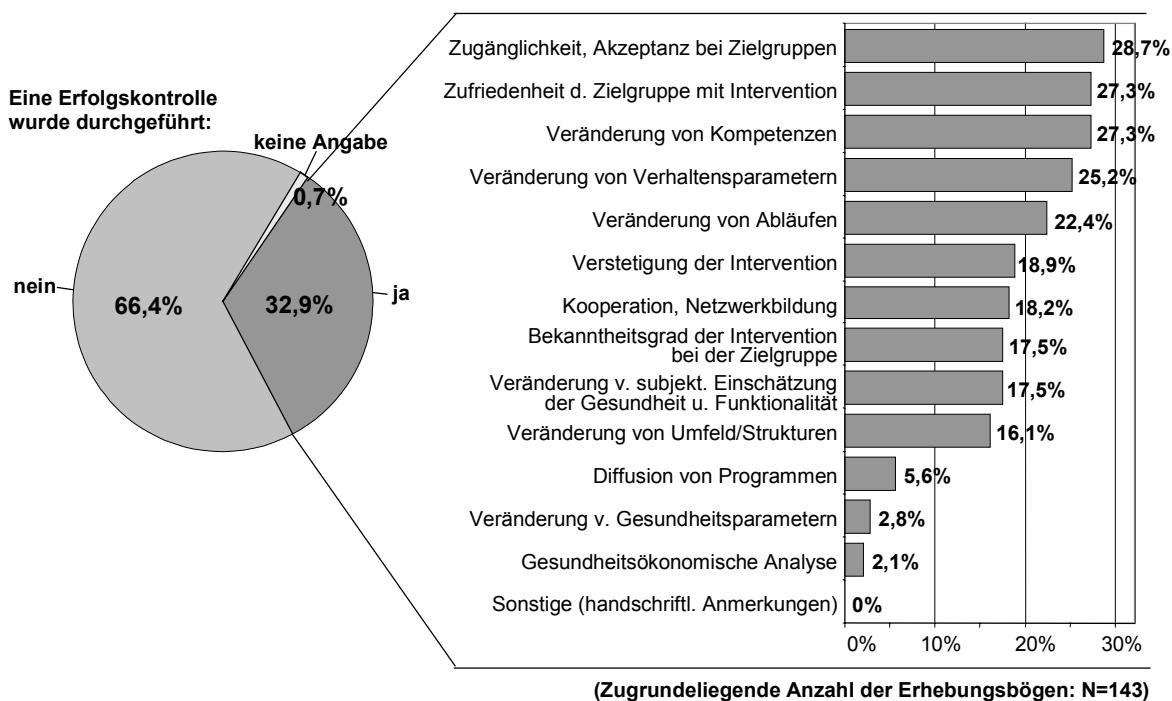
Mit Abstand am häufigsten wurden "Faltblätter/Broschüren", "Übungsmanuale" und "Praktische Arbeit mit Medien, wie Video/Foto" miteinander kombiniert eingesetzt (30,1%). In 24 Fällen (16,8%) kam zu diesen drei Medien noch der Einsatz von "Plakaten, Infoausstellungen" hinzu. Deutlich weniger wurden "Übungsmanuale" zusammen mit "Plakaten, Infoausstellungen" verwendet (5,6%).

Das Feld „sonstige Medien“ wurde in erster Linie zur Spezifizierung bereits genannter Items genutzt. Auch wurden in einzelnen Fällen weitere Medien, wie z.B. der Einsatz von Sportgeräten, das Internet sowie Gesundheitstests benannt.

3.2.1.9 Erfolgskontrolle

Um einen Eindruck darüber zu erhalten, ob und wie die Krankenkassen den Erfolg ihrer Aktivitäten überprüft haben, wurden im Dokumentationsbogen insgesamt 14 Items zu diesem Thema abgefragt. In ca. einem Drittel (32,9%, n=47) aller Fälle benannten die Krankenkassen Erfolgskontrollen⁵. Es handelte sich dabei ausschließlich um Mehrfachnennungen. Pro angegebener Erfolgskontrolle wurden im Durchschnitt knapp sieben Felder angekreuzt, d.h. bei Durchführung einer Erfolgskontrolle wurden grundsätzlich mehrere Parameter erhoben. Dieser Aspekt spricht für eine gute Qualität der Kontrollen.

Abb. 13: Erfolgskontrollen (Mehrfachnennungen waren möglich)



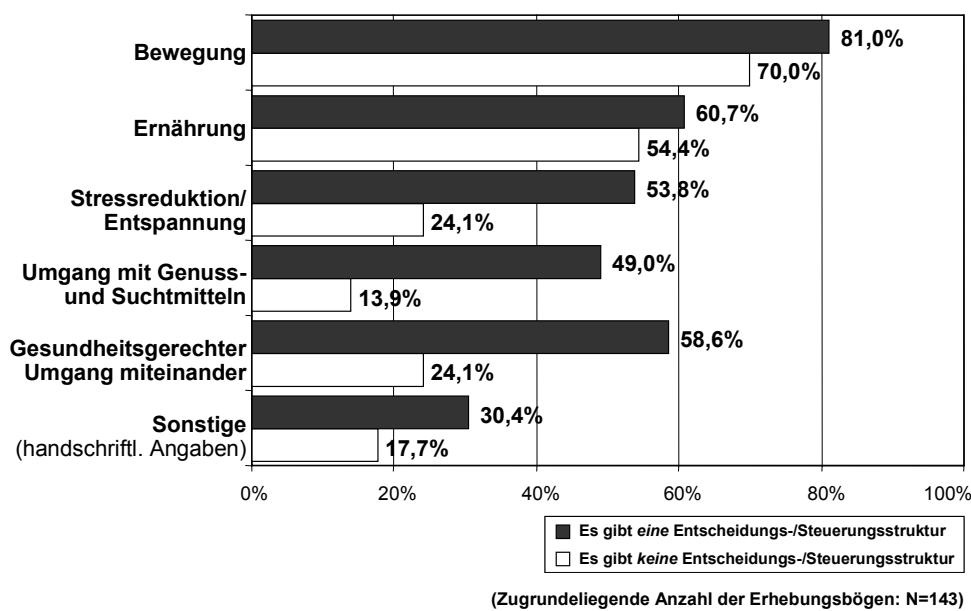
Insgesamt zehn Items wurden relativ häufig benannt: An vorderer Stelle stehen die fünf Items "Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme", "Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention", "Veränderung von Kompetenzen" und "Veränderung von Verhaltensparametern", leicht weniger auch "Veränderung von Abläufen" (Anteile zwischen 28,7% und 22,4%). Etwas seltener, aber immerhin mit einem Prozentanteil von 18,9% bis 16,1% wurden die weiteren fünf Items "Kooperation, Netzwerkbildung", "Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe", "Veränderung von subjektiver Einschätzung der Gesundheit und Funktionalität" und "Veränderung von Umfeld und Strukturen" benannt.

⁵ Ob bei den noch nicht abgeschlossenen Projekten, die immerhin einen Anteil von 54% ausmachen, Erfolgskontrollen geplant waren, lässt sich im nachhinein nicht mehr nachvollziehen. Der Dokumentationsbogen erfasst diese Information bislang noch nicht. Zu vermuten ist jedoch, dass über die berichteten Kontrollen hinaus bei den in 2001 dokumentierten Aktivitäten weitere Erfolgskontrollen vorgesehen sind.

3.2.2 Steuerung und Koordination – Intervention bei bestehenden bzw. fehlenden Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen

Es stellte sich die Frage, ob bei Aktivitäten, die mit einem Koordinierungsgremium durchgeführt wurden, inhaltliche Unterschiede zu solchen, die nicht über ein solches Gremium verfügten, zu erkennen waren. Deshalb wurden diese Aktivitäten hinsichtlich der vier Interventionsaspekte „inhaltliche Ausrichtung“, „verhaltens-/verhältnisbezogene Aktivitäten“, „Methoden“ und „Medien“ miteinander verglichen.

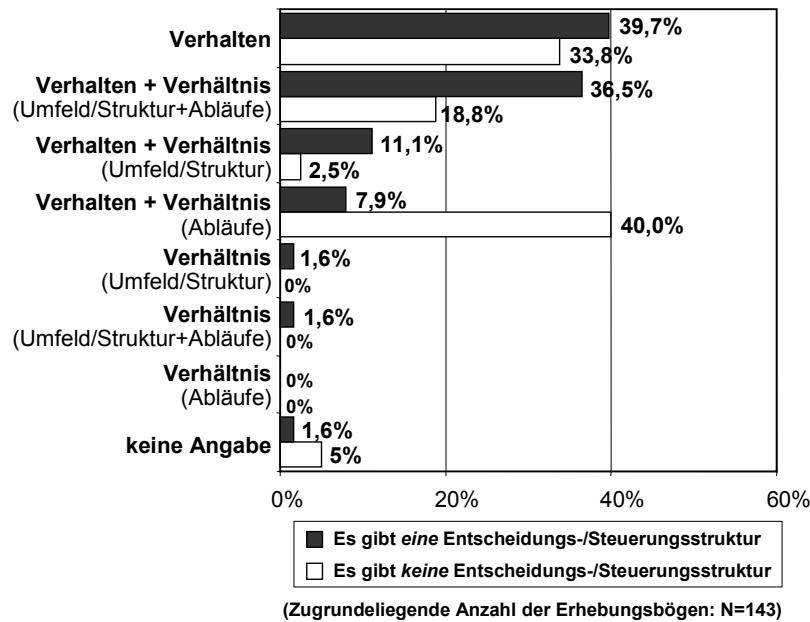
Abb. 14: Inhaltliche Ausrichtung der Maßnahmen – ein Vergleich (Mehrfachnennungen waren möglich)



Aktivitäten, bei welchen eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur bestand, waren nicht nur auf Ernährung und Bewegung ausgerichtet, sondern betrafen im Vergleich zu den Aktivitäten ohne bestehende Entscheidungs-/Steuerungsstruktur auch häufiger die Bereiche „Gesundheitsgerechter Umgang miteinander“ (58,6%), „Stressreduktion/ Entspannung“ (53,8%) und „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ (49,0%).

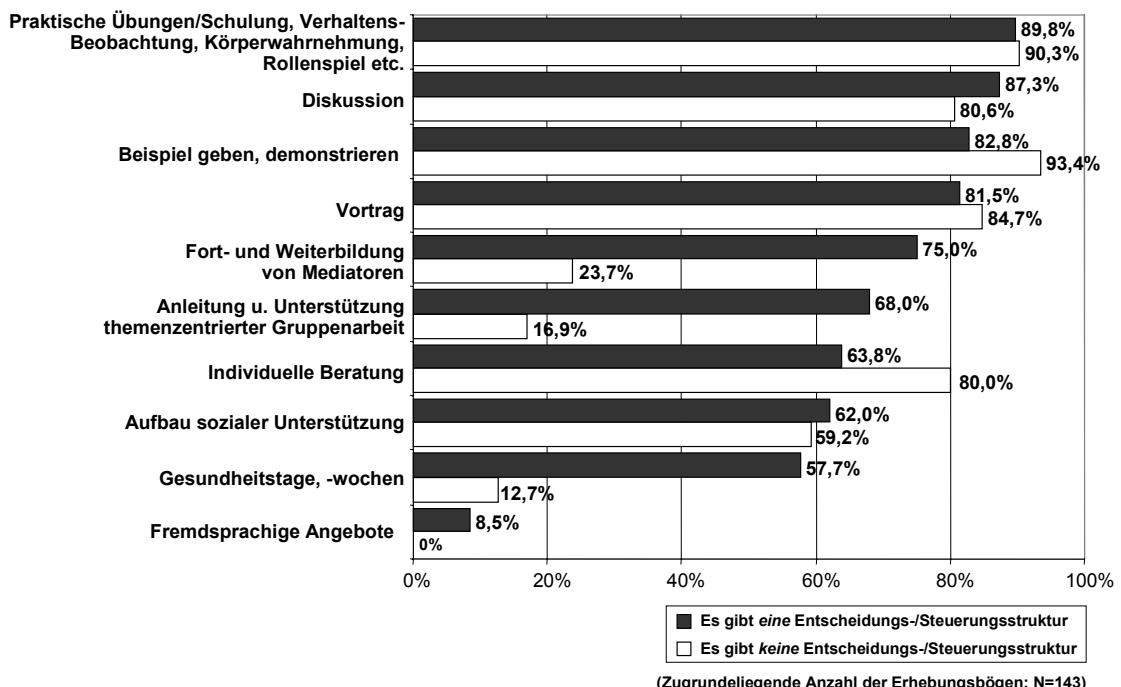
In die Darstellung der Ergebnisse zu den *verhaltens- und verhältnisbezogenen Aktivitäten* wurden alle möglichen Kombinationen aufgenommen:

Abb. 15: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten – ein Vergleich



Sowohl die Aktivitäten in Settings mit als auch ohne Steuerungsstruktur waren in der Mehrheit sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Bei Aktivitäten mit bestehender Entscheidungs-/Steuerungsstruktur waren es insgesamt 55,5%, bei solchen ohne Steuerungsstruktur waren es 61,3%. Auffallend ist die häufige Ausrichtung der „nicht gesteuerten Aktivitäten“ auf das Verhalten und gleichzeitig auf die Umgestaltung von Abläufen.

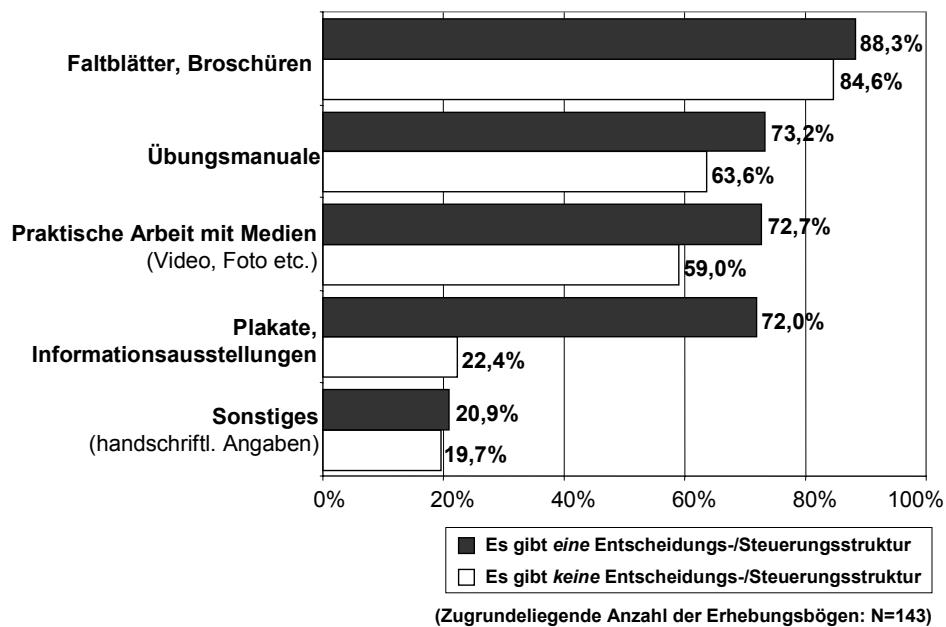
Abb. 16: Angewandte Methoden – ein Vergleich (Mehrfachnennungen waren möglich)



Aktivitäten in Settings mit bestehender Entscheidungs- und Steuerungsstruktur umfassten häufiger als diejenigen mit fehlendem Koordinierungsgremium die Methoden „Fort- und Weiterbildung von Mediatoren“, „Anleitung und Unterstützung von themenzentrierter

Gruppenarbeit“ sowie „Gesundheitstage und -wochen“. Aktivitäten in Settings ohne Koordinierungsgremium griffen hingegen vergleichsweise mehr auf die Methoden „Individuelle Beratungen“, „Beispiel geben, demonstrieren“ sowie „Vorträge“ zurück.

Abb. 17: Eingesetzte Medien – ein Vergleich (Mehrfachnennungen waren möglich)



Settingaktivitäten mit einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur wiesen einen deutlich größeren Einsatz von Plakaten und Informationsausstellungen als solche ohne auf. Ansonsten wurden die verschiedenen Medien vergleichbar häufig eingesetzt.

3.2.3 Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings – settingbezogene Auswertungen

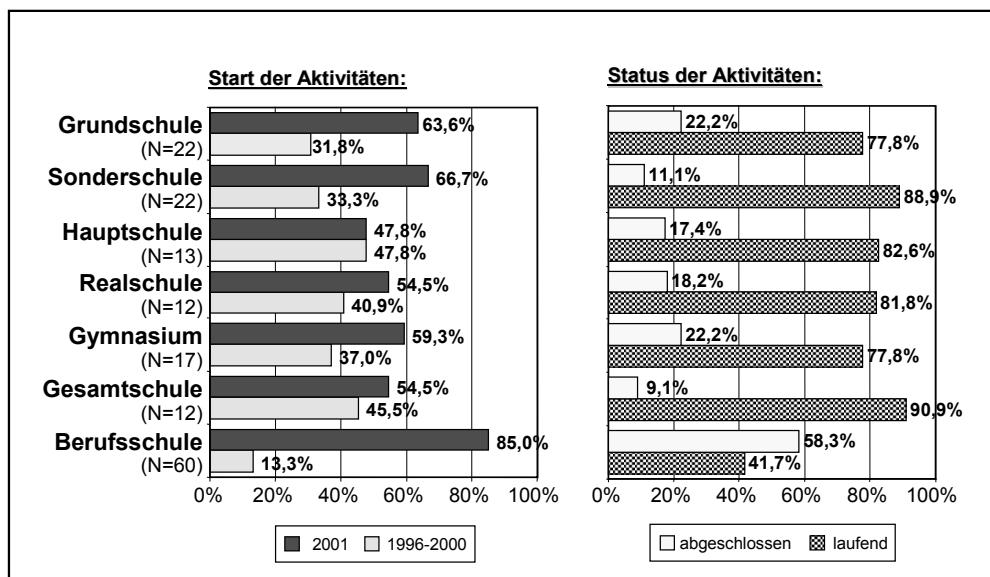
Die große Mehrzahl der Settings, in denen die Krankenkassen an Gesundheitsförderungsaktivitäten beteiligt waren, sind Schulen (58,8%, s. S. 15) Das Setting Schule ist im GKV-Leitfaden beispielhaft beschrieben. Es eignet sich besonders für zielgruppenorientierte Maßnahmen, weil hier alle Kinder und Jugendliche, auch solche aus sozial benachteiligten Familien erreicht werden können. Vor diesem Hintergrund wird im Rahmen dieses Pilotberichts das Augenmerk bei der settingbezogenen Auswertung ausschließlich auf schulische Settings gelenkt. In späteren Dokumentationsberichten werden auch weitere Settings einer genaueren Betrachtung unterzogen.

Die in den nachfolgenden Unterkapiteln benannten Prozentangaben beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, immer auf die jeweiligen Settings als eigene Stichproben. Die Differenz zwischen den angegebenen Werten und 100% stellt die Nein-Antworten und/oder fehlenden Angaben dar.

3.2.3.1 Start und Status der Aktivitäten

Beginn und Status der Aktivitäten in Schulen und Berufsschulen zeichnet sich folgendermaßen ab:

Abb. 18: Setting und Start/Status der Aktivitäten in Schulen/Berufsschulen



Die Mehrheit der Aktivitäten wurde in 2001 gestartet. Auch waren die Aktivitäten tendenziell zum Ende des Berichtjahres noch nicht abgeschlossen. Auffallend sind die Ergebnisse aus den Berufsschulen: stellt man die 85% der Aktivitäten, die in 2001 starteten, den knapp 60% der Aktivitäten, die in 2001 bereits abgeschlossen waren, gegenüber, dann lässt sich daraus der Schluss ziehen, dass in Berufsschulen häufiger als in anderen Schularten kurz angelegte Aktivitäten durchgeführt wurden.

3.2.3.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

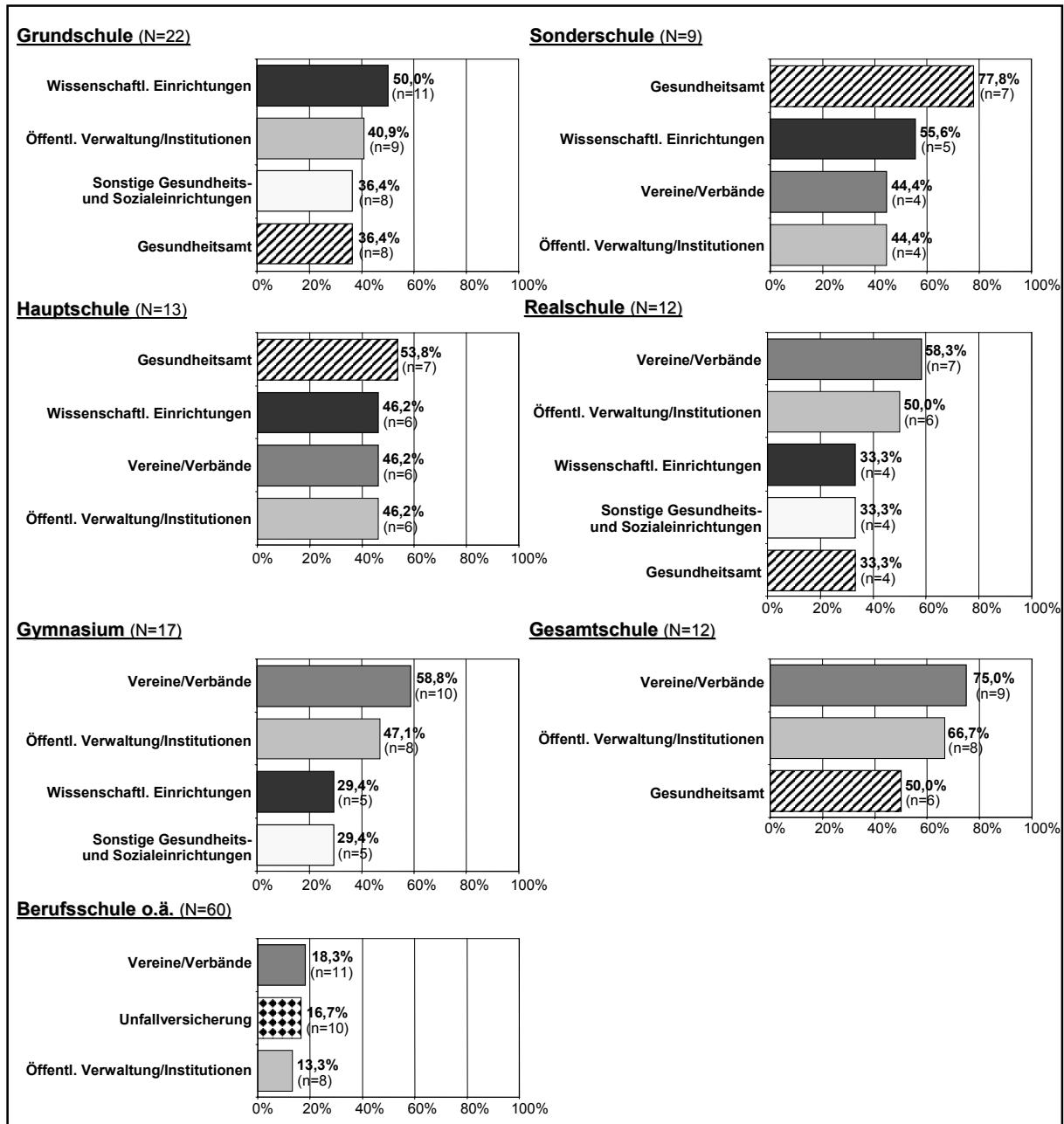
Bei jeweils rund zwei Dritteln der Grund-, Sonder-, Hauptschulen und Gymnasien waren die Aktivitäten der Primärprävention auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (s. auch Gesamtergebnisse auf S. 16 f.). Settingaktivitäten in Realschulen zielten in 75,0% ihrer Fälle und Gesamtschulen in 83,3% der Fälle auf spezifische Zielgruppen ab. In Berufsschulen wurden spezifische Zielgruppen in 43,3% der Fälle anvisiert.

Alle o.g. Schularten benannten als spezifische Zielgruppen in erster Linie „Jungen/Männer“ bzw. „Mädchen/Frauen“. „Multiplikatoren/Mediatoren“ standen an dritter Stelle. „Spezifisch mit Gesundheitsgefährdung belastete Gruppe(n)“ standen bei allen Schularten an letzter Stelle. Am häufigsten wurden sie noch in den Gesamtschulen (50,0%) anvisiert, gefolgt von den Realschulen (25,0%).

3.2.3.3 Kooperationspartner

Es werden im folgenden – auch für alle weiteren Erhebungen (z.B. zu den Themen Bedarfsermittlung, Intervention, Erfolgskontrolle) – die jeweils drei häufigsten Kooperationspartner pro Setting anhand einer umfassenden Grafik wiedergegeben.

Abb. 19: Kooperationspartner in Schulen/Berufsschulen – Top 3 (Mehrfachnennungen waren möglich)



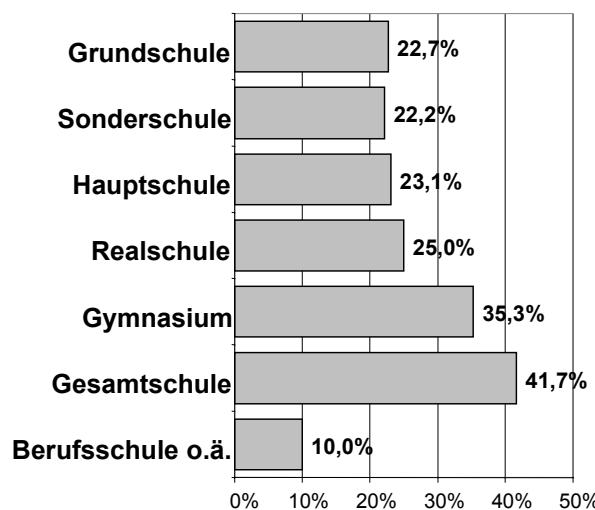
In Haupt- und Sonderschulen nahmen „Gesundheitsämter“ als Kooperationspartner jeweils den ersten, in Grund-, Real- und Gesamtschulen einen dritten Platz ein. Dagegen waren in Gymnasien, Real- und Gesamtschulen, aber auch in Berufsschulen „Vereine und Verbände“ vorrangige Kooperationspartner. Ebenfalls unter den ersten drei am häufigsten benannten Kooperationspartnern waren bei allen hier aufgezeigten Settings „Öffentliche Einrichtungen bzw. Institutionen“. Einen hohen Stellenwert nahmen zudem „wissenschaftliche Einrichtungen“ ein, die außer bei Gesamt- und Berufsschulen bei allen schulischen Settings vertreten waren.

3.2.3.4 Koordination und Steuerung

Der Anteil der Settingaktivitäten mit einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur ist – außer in den Grund- und Berufsschulen – bei allen Schularten ausgesprochen hoch (Minimum 69,2% (Hauptschulen), Maximum 88,9% (Sonderschulen)). Bei den Grundschulen wurden 50,0% und bei Berufsschulen 35,0% der dort praktizierten Aktivitäten von einem Entscheidungs- bzw. Steuerungsgremium begleitet.

Vereinbarungen zur Durchführung von Aktivitäten wurden bei allen Settings deutlich seltener getroffen. Am häufigsten war dies noch in Berufsschulen (20,0%) der Fall:

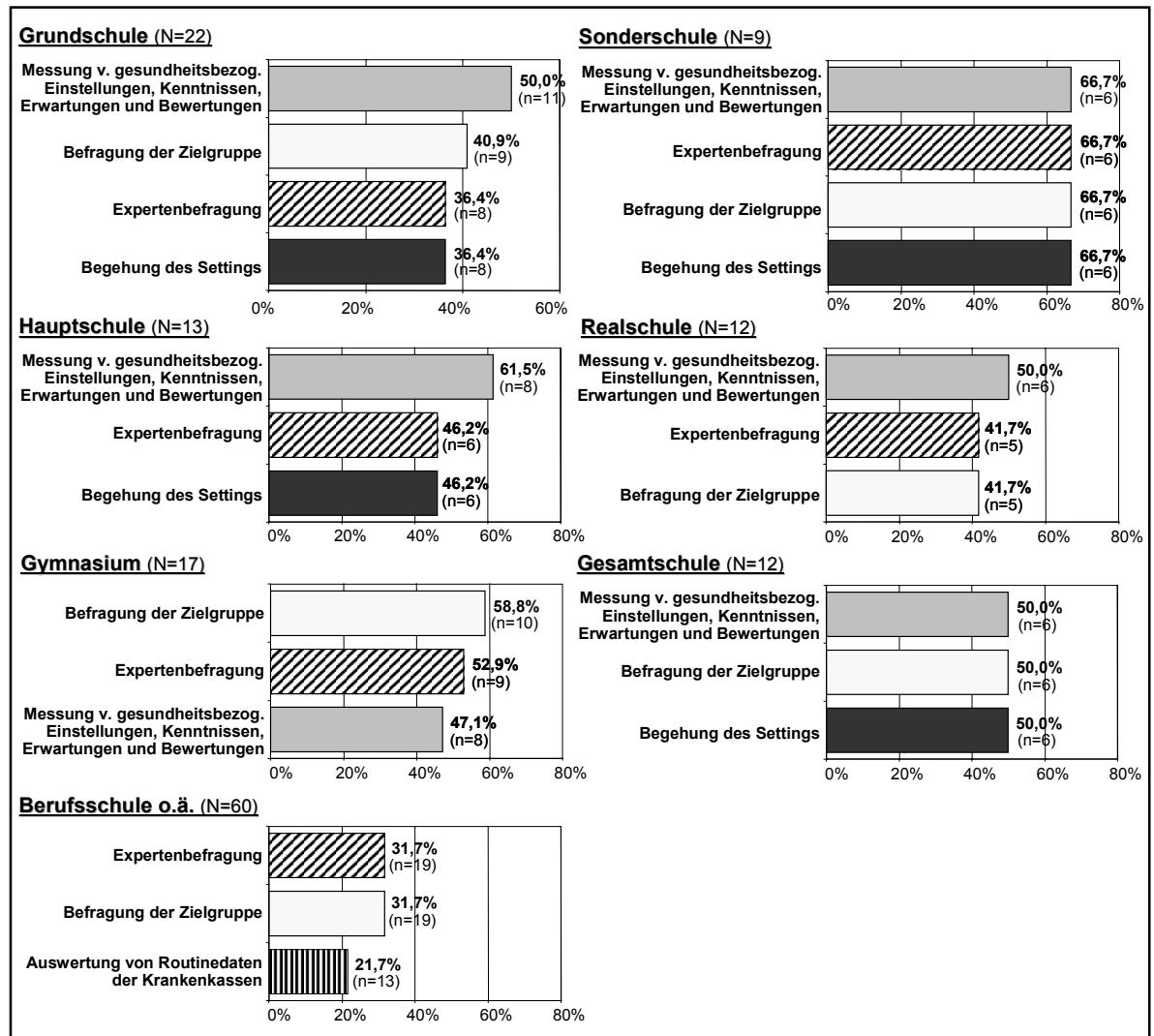
Abb. 20: Vereinbarung zur Durchführung von Aktivitäten in Schulen/Berufsschulen



3.2.3.5 Bedarfsermittlung

Folgende Grafik zeigt die drei am häufigsten durchgeführten Formen der Bedarfsermittlung zur Ermittlung von bestehendem Handlungsbedarf in schulischen Settings:

Abb. 21: Bedarfsermittlung in Schulen/Berufsschulen – Top 3 (Mehrfachnennungen waren möglich)



Während in Grund-, Sonder-, Haupt-, Real- und Gesamtschulen der Bedarf in erster Linie über die Messung von gesundheitsbezogenen Einstellungen, Kenntnissen, Erwartungen und Bewertungen ermittelt wurde, stand in Gymnasien und Berufsschulen die Befragung der Zielgruppe, bei Berufsschulen dazu noch die Befragung von Experten im Vordergrund.

3.2.3.6 Gesundheitszirkel

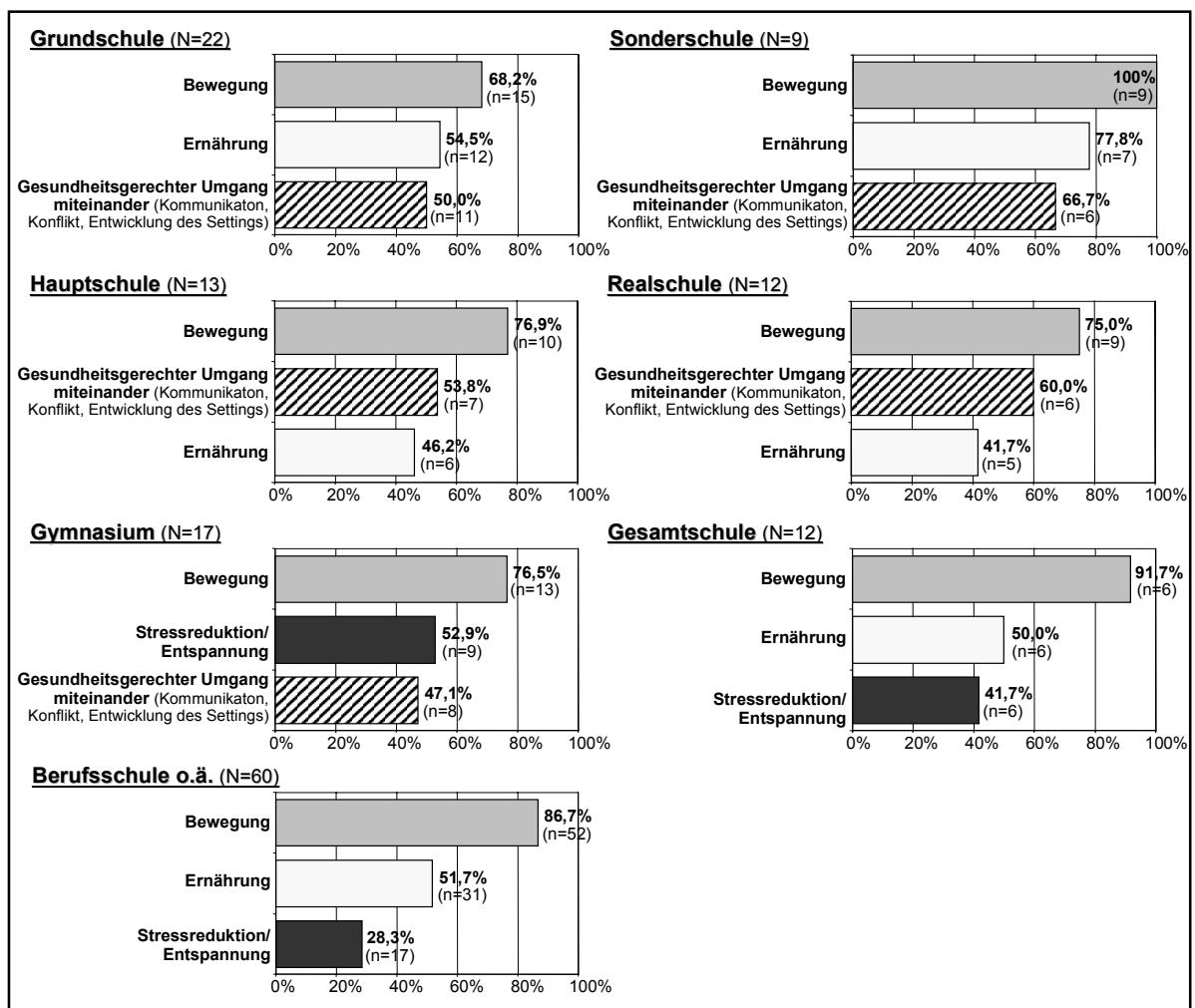
Am häufigsten wurden Zirkel (6,3%, n=9) in Schulen der Primar- und Sekundarstufe durchgeführt. Drei Zirkel (2,8%) fanden im Setting "Berufsschule" statt (s. auch allgemeine Ergebnisdarstellung, S. 22).

3.2.3.7 Intervention

3.2.3.7.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Folgende Grafik zeigt für die verschiedenen schulischen Settings die drei am häufigsten genannten Themenfelder, zu denen Aktivitäten stattfanden:

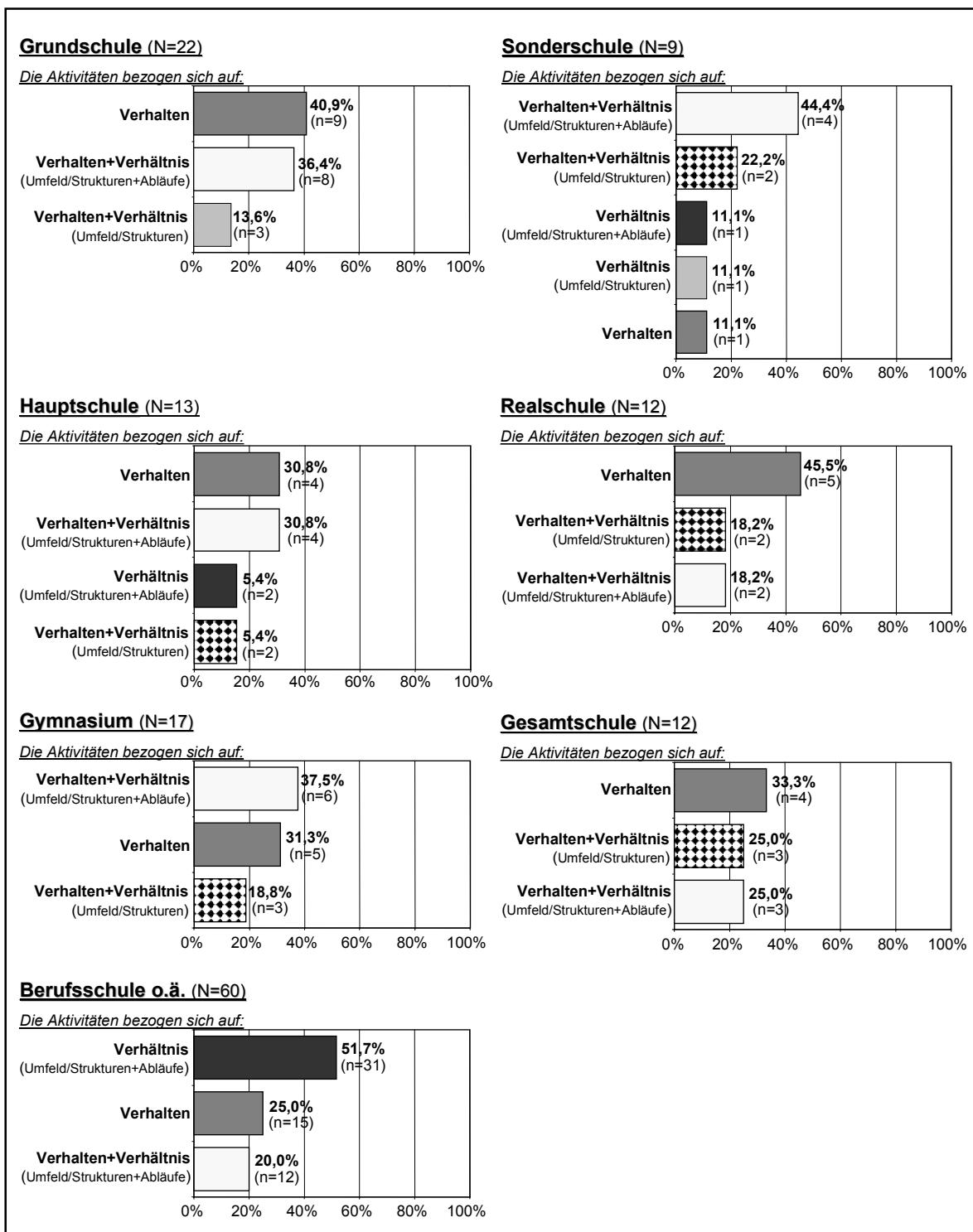
Abb. 22: *Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten in Schulen/Berufsschulen – Top 3 (Mehrfachnennungen waren möglich)*



In allen schulischen Settings richteten sich die Aktivitäten sehr häufig auf die Themen „Bewegung“ und „Ernährung“ aus. „Stressreduktion/Entspannung“ war tendenziell mehr in Gymnasien, Gesamtschulen und Berufsschulen Gegenstand der Maßnahmen:

3.2.3.7.2 Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten

Abb. 23: Verhaltens- bzw. Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten in Schulen/Berufsschulen – Top 3



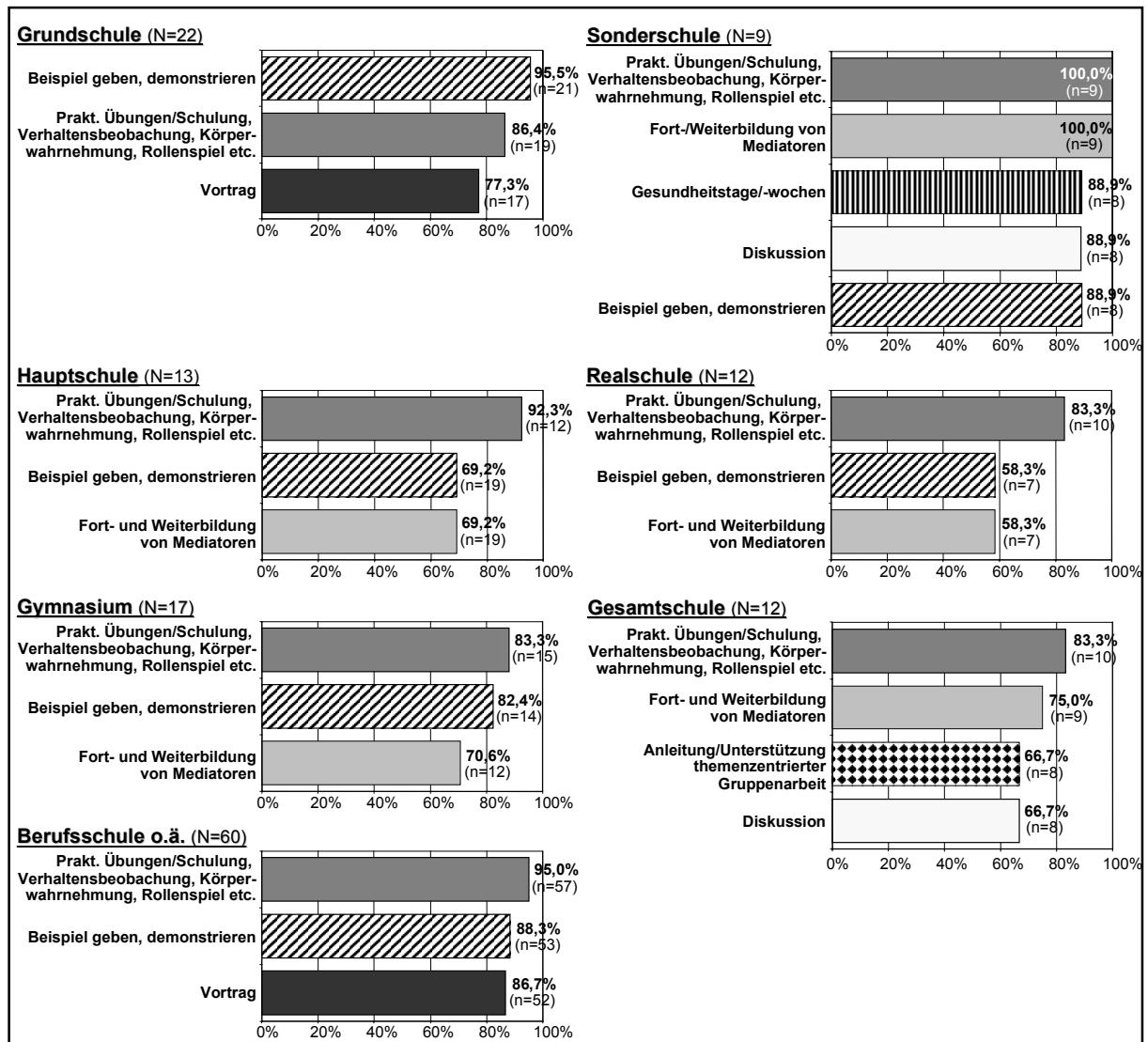
In allen Schularten bis auf Berufs- und Realschulen wurden insgesamt am häufigsten verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten miteinander kombiniert durchgeführt. In Berufsschulen stand die Verknüpfung von beiden verhältnisbezogenen Aktivitäten im Vor-

dergrund. In Realschulen waren die Aktivitäten vorwiegend auf das Verhalten ausgerichtet.

3.2.3.7.3 Methoden

In den schulischen Settings wurden jeweils folgende drei Methoden am häufigsten eingesetzt:

Abb. 24: Methoden in Schulen/Berufsschulen – Top 3 (Mehrfachnennungen waren möglich)



In allen Settings wurden häufig die Methoden „Praktische Übung/Schulung, Verhaltensbeobachtung, Körperwahrnehmung, Rollenspiel etc.“ und „Beispiel geben, demonstrieren“ angewandt. Variierte der Methodeneinsatz zwischen den jeweiligen Settings recht stark.

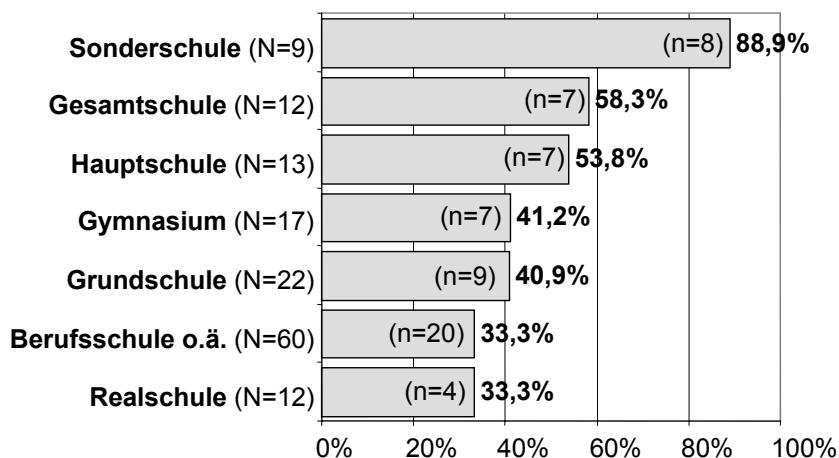
3.2.3.7.4 Eingesetzte Medien

In allen Schularten wurden vorrangig „Faltblätter, Broschüren“, „Plakate, Informationsausstellungen“ und „Übungsmanuale“ eingesetzt. Lediglich in Berufsschulen gehörten neben den „Übungsmanualen“ und „Faltblättern, Broschüren“ noch „Praktische Arbeit mit Medien, wie Video, Foto etc.“ zu den drei am häufigsten verwendeten Medien.

3.2.3.8 Erfolgskontrolle

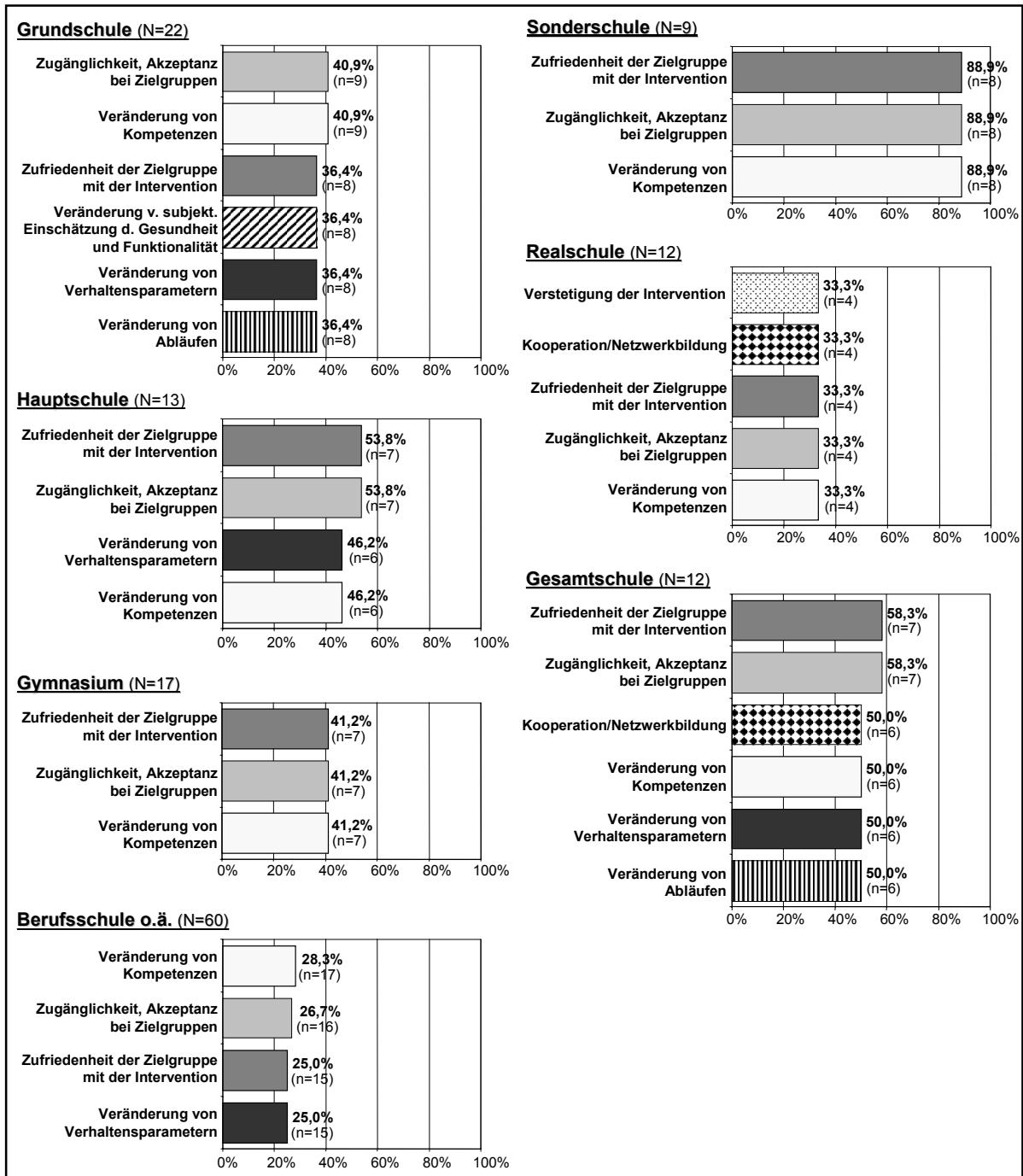
Zunächst wird dargestellt, ob eine Erfolgskontrolle durchgeführt wurde:

Abb. 25: Eine Erfolgskontrolle wurde durchgeführt – Schulen/Berufsschulen



Besonders häufig wurden Erfolgskontrollen in Sonderschulen benannt. Dem folgen Gesamtschulen und Hauptschulen.

Abb. 26: Erfolgskontrollen in Schulen/Berufsschulen – Top 3 (Mehrfachnennungen waren möglich)



Sonderschulen, in welchen offensichtlich am häufigsten der Erfolg gemessen wurde, prüften insbesondere die „Zufriedenheit der Zielgruppe bei der Intervention“, die „Zugänglichkeit und Akzeptanz der Maßnahmen bei den Zielgruppen“ und die „Veränderung von Kompetenzen“. Gleiche Instrumente wurden bei Grundschulen eingesetzt. Dazu kam noch die Überprüfung der „Veränderung von subjektiver Einschätzung der Gesundheit und Funktionalität“, die „Veränderung von Kompetenzen“ und die „Veränderung von Abläufen“. Zu den drei am häufigsten eingesetzten Instrumenten der Erfolgskontrolle gehörten zum einen die „Prüfung der Veränderung von Abläufen“ in Grund- und Gesamtschulen sowie die „Kooperation/Netzwerkbildung“ bei Real- und Gesamtschulen (s. Abb. 26).

3.2.4 Resümee

Die Ergebnisse zu den Krankenkassenaktivitäten in nichtbetrieblichen Settings zeigen unterschiedlichste Interventionsfelder mit einem Schwerpunkt auf Schulen, insbesondere Berufsschulen. Dies ist vor dem Hintergrund des im GKV-Leitfadens beispielhaft beschriebenen Settingansatzes Schule als erfreulich zu bewerten.

Durch die gezielte Ansprache von Multiplikatoren wird über die primäre Zielgruppe Kinder und Jugendliche hinaus eine Gruppe von Personen erreicht, die maßgeblich zur Nachhaltigkeit und Verfestigung von Gesundheitsförderungsprozessen beitragen.

Ebenso ist davon auszugehen, dass durch die Interventionen im Setting Schule das jeweilige lokale Umfeld (Stadtteil) gesundheitsförderliche Impulse erhält.

Die inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten konzentriert sich vor allem auf „klassische“ Gesundheitsthemen der Krankenkassen wie z.B. Bewegung und Ernährung, gleichzeitig wird durch Kombination verschiedener Handlungsfelder ein umfassenderer Gesundheitsförderungsprozess unterstützt.

Dem Modell des Settingansatzes entsprechend wurden verhaltensorientierte Interventionen häufig mit verhältnisorientierten Aktivitäten kombiniert. Dieses trifft auf fast zwei Drittel aller dokumentierten Aktivitäten der Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings zu.

Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen zur Umsetzung und Begleitung von Aktivitäten der Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings finden sich bei weniger der Hälfte der Interventionen. Dieses liegt zum einen an der Vielzahl von Akteuren mit teilweise unklaren Zuständigkeiten für das Thema Gesundheit und des weiteren an wenig institutionalisierten Strukturen.

Erfolgskontrollen werden erst für ein Drittel der Setting-Aktivitäten gemeldet, wobei dies allerdings auch vor dem Hintergrund gesehen werden muss, dass viele Aktivitäten noch nicht abgeschlossen waren. Unter dem Aspekt der Qualitätssicherung ist hier aber weiterer Entwicklungsbedarf zu sehen.

3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den vorliegenden 1.189 Dokumentationsbögen der Erhebung zur betrieblichen Gesundheitsförderung für das Jahr 2001 zunächst in ihrer Gesamtheit, dann hinsichtlich der Kriterien „Branche“ und „Anzahl der Beschäftigten“ ausgewertet. Auch hier dienen viele Grafiken der anschaulichen Darstellung umfangreicher Ergebnisse.

3.3.1 Betriebliche Gesundheitsförderung – Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

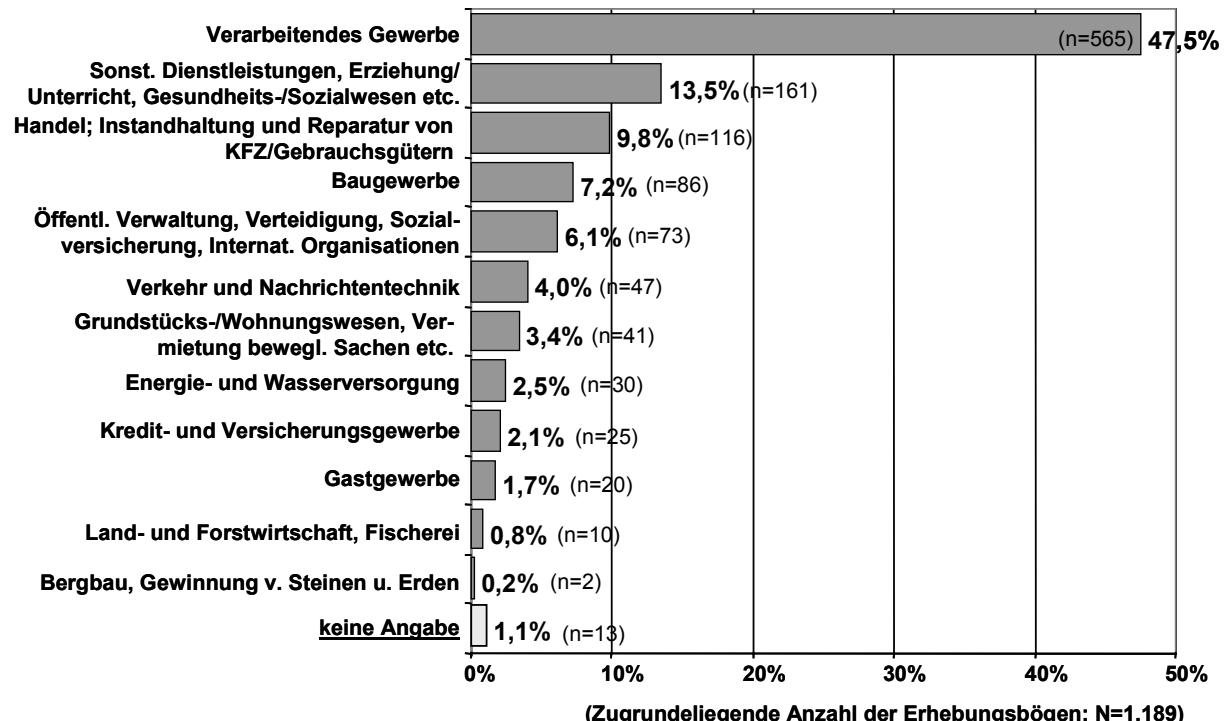
3.3.1.1 Allgemeine Daten

Die allgemeinen Daten umfassen Angaben zur Branche und dem Start und Status der Aktivitäten, auch solche zur Betriebsgröße und dem Frauenanteil in den jeweiligen Betrieben.

3.3.1.1.1 Branche

Der Fragekatalog zur Erfassung der Branchen basiert auf der Einteilung von Branchen, wie sie das Statistische Bundesamt 1999 entwickelt hat. In der Gesamtauswertung waren folgende Branchen vertreten:

Abb. 27: Branchen



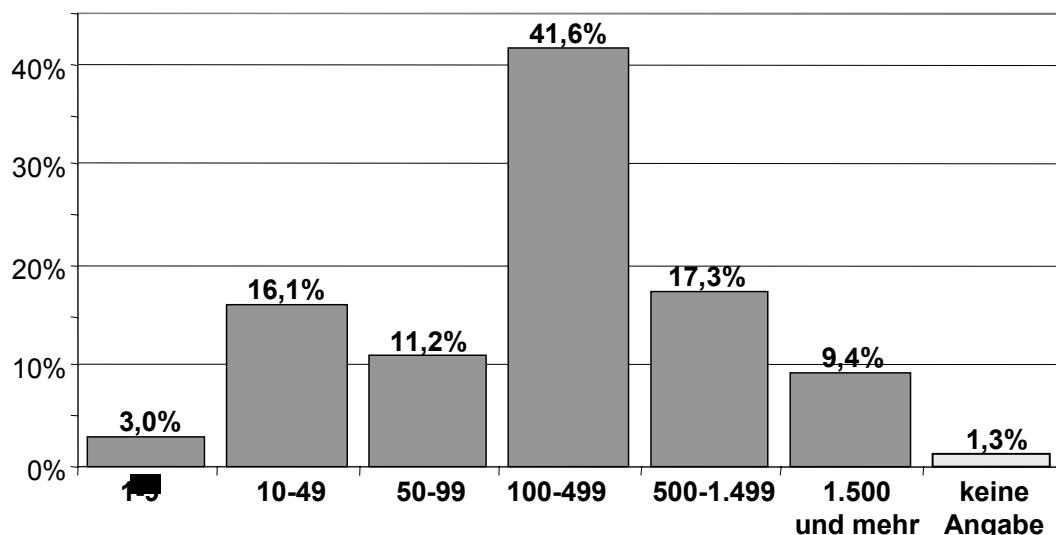
Knapp die Hälfte (47,4%, n=565) aller 1.189 erfassten Aktivitäten wurden im verarbeitenden Gewerbe durchgeführt.⁶ Im Vergleich deutlich weniger fand betriebliche Gesundheitsförderung in den Branchen „Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen, Erziehung und Unterricht, Gesundheits- und Sozialwesen, Private Haushalte“ (13,5%, n=161) und im „Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern“ (9,8%, n=116) statt. Annähernd gar nicht (Anteil weniger als 1%) wurden Aktivitäten in den Branchen „Land-/Forstwirtschaft, Fischerei“ und „Bergbau, Gewinnung von Steinen und Erden“ durchgeführt.

Im Vergleich zur prozentualen Verteilung der Betriebe in den jeweiligen Wirtschaftszweigen auf Bundesebene (Bundesanstalt für Arbeit, Stand 30.06.01), sind Unternehmen aus dem „Verarbeitenden Gewerbe“ im vorliegenden Datensatz besonders stark vertreten (47,5%, Anteil der Betriebe auf Bundesebene = 11,2%). Solche aus dem „Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern“ machen hingegen in etwa die Hälfte des Bundesanteils aus (9,8%, Anteil der Betriebe auf Bundesebene = 21,8%). Eine geringe Abweichung zu den Bundesdaten ist noch beim Baugewerbe festzustellen (7,2%, Bund 11,1%).

3.3.1.1.2 Betriebsgröße (Anzahl Beschäftigte):

Um einen Überblick darüber zu erhalten, in welchen Betriebsgrößen tendenziell mehr betriebliche Gesundheitsförderung praktiziert wurde, wurde die Beschäftigtenanzahl der Unternehmen abgefragt. Folgendes Resultat lässt sich abbilden:

Abb. 28: Betriebsgröße (Anzahl Beschäftigte)



(Zugrundeliegende Anzahl der Erhebungsbögen: N=1.189)

⁶ Eine weitere Aufschlüsselung dieser Branche war im zu Grunde liegenden Dokumentationsbogen nicht vorgesehen, so dass nicht nachvollziehbar ist, welche Bereiche hier im Einzelnen erreicht wurden. Es ist jedoch geplant, das verarbeitende Gewerbe in der weiterentwickelten Dokumentationsbogenversion (ab Berichtsjahr 2003) differenzierter abzufragen.

Betriebe mit einer Beschäftigtenzahl von 100-499 waren 2001 am häufigsten Austragungsort von betrieblicher Gesundheitsförderung (41,6%). Dem folgten Unternehmen mit einer Beschäftigtenzahl von 500-1.499 (17,3%) und Betriebe mit 10-49 Mitarbeitern (16,1%). Betriebe mit 1-9 Arbeitnehmern waren hingegen nur bei 3% aller erfassten Aktivitäten vertreten.

Die prozentuale Verteilung der Betriebe nach Betriebsgrößen (Beschäftigtenzahlen) stellt sich auf Bundesebene (Bundesanstalt für Arbeit, Stand 30.06.01) folgendermaßen dar:

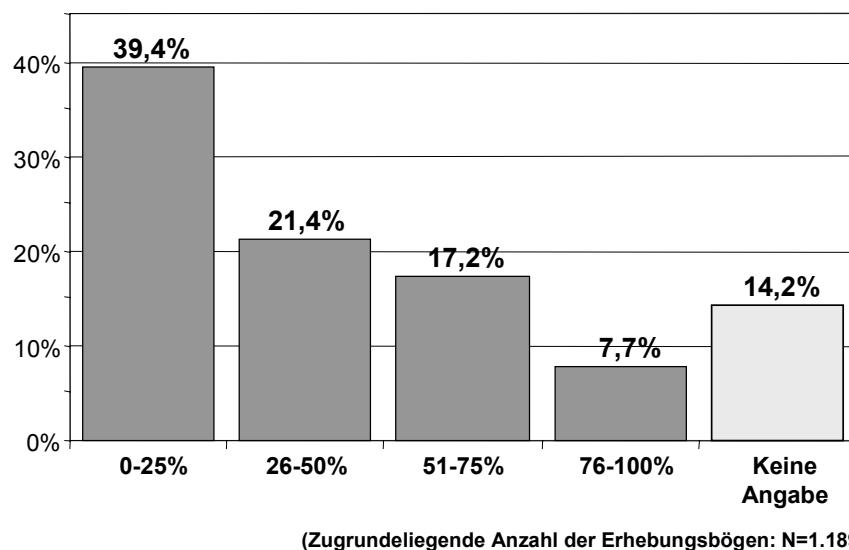
Anzahl der Beschäftigten	Prozentualer Anteil
1-9	18,0%
10-49	23,8%
50-99	11,6%
100-499	24,9%
500 und mehr	21,7%

Es wurde in deutlich weniger Betrieben mit 1-9 und 10-49 Beschäftigten Gesundheitsförderungsaktivitäten angeboten, als es sie 2001 – prozentual gesehen – auf Bundesebene gab. Hingegen fand betriebliche Gesundheitsförderung überproportional in Betrieben mit 100-499 Mitarbeitern statt.

3.3.1.1.3 *Frauenanteil*

Betriebe mit einem eher niedrigem Frauenanteil sind im Gesamtdatensatz deutlich öfter vertreten als solche mit höherem Frauenanteil:

Abb. 29: Frauenanteil



Knapp 40% der Betriebe wiesen einen Frauenanteil von 0-25% auf. Der hohe Anteil an Betrieben mit geringem Frauenanteil wird u.a. dadurch bedingt, dass knapp 50% aller Fälle aus dem verarbeitenden Gewerbe stammen. Dort beschäftigten 82,0% der Betriebe

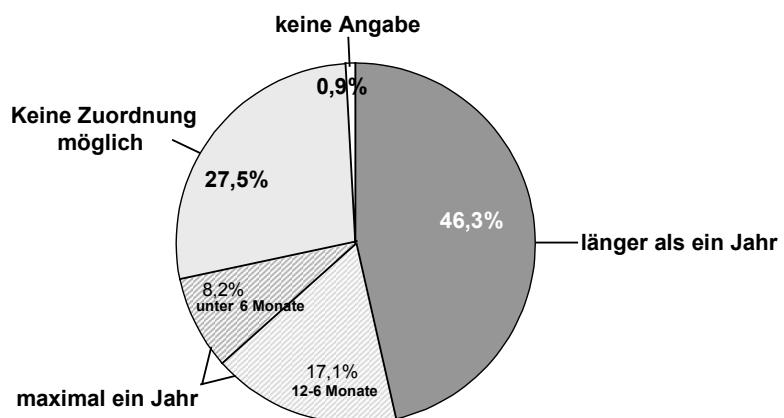
tendenziell wenig Frauen (Anteil zwischen 0% und 50%). Unternehmen mit mehr als 50% weiblicher Belegschaft machten im verarbeitenden Gewerbe nur 18,0% aus.

3.3.1.1.4 Start und Status der Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Wie bereits in der Beschreibung der Aktivitäten bei nichtbetrieblichen Settings erörtert, dienen die Angaben zum Start und Status (laufend – abgeschlossen) in erster Linie der groben Ermittlung der Dauer der Aktivitäten.

59,6% der berichteten 1.189 Aktivitäten starteten in 2001, 35,9% in den Jahren 1996 bis 2000 (davon 17,3% in 2000) und immerhin 3,5% in den Jahren davor (1988-1995). 33,8% aller berichteten Aktivitäten wurden in 2001 abgeschlossen, 65,2% liefen noch.

Abb. 30: Dauer der Aktivitäten



46,3% (n=551), also fast die Hälfte aller erfassten Aktivitäten beanspruchten eindeutig mehr als ein Jahr. Dazu wurden auch diejenigen Aktivitäten gezählt, die zwar im Januar 2001 starteten, aber gegen Ende des Jahres noch liefen. 25,2% der Aktivitäten dauerten maximal ein Jahr (Start und Abschluss der Aktivität in 2001) an, davon gab es 97 Fälle (8,2%), die höchstens ein halbes Jahr beanspruchten. 27,5% der Fälle ließen sich zeitlich nicht genau festlegen.

3.3.1.2 Schwerpunktmaßige Zielgruppe

In 56,8% der Fälle waren die Aktivitäten auf alle Beschäftigten der jeweiligen Betriebe ausgerichtet. Demgegenüber gaben 42,6% der Krankenkassen an, mit ihren Aktivitäten *spezifische* Zielgruppen anvisiert zu haben. Aufgrund der Mehrfachnennungen kamen bei den 507 Dokumentationsbögen, in welchen spezifische Zielgruppen angegeben wurden, insgesamt 1.561 Angaben zusammen, pro Dokumentationsbogen also rund drei. Die insgesamt elf abgefragten Items zu den Zielgruppen wurden dabei sehr unterschiedlich kombiniert. Große Gruppierungen mit gleichen Kombinationen fielen nicht sehr ins Gewicht: Am häufigsten war die Zielgruppenkombination "Spezifisch mit Gesundheitsgefähr-

dungen belastete Gruppe(n) und Mitarbeiter in der Produktion" vertreten (9,3%, n=47). Diese zwei Zielgruppen waren allerdings auch in vielen weiteren Gruppenkombinationen vorzufinden (insgesamt bei 161 der 507 Dokumentationsbögen, also bei knapp einem Drittel).

Das entspricht im Wesentlichen den Ergebnissen der einzelnen Häufigkeitsaufzählungen zu den schwerpunktmäßigen Zielgruppen:

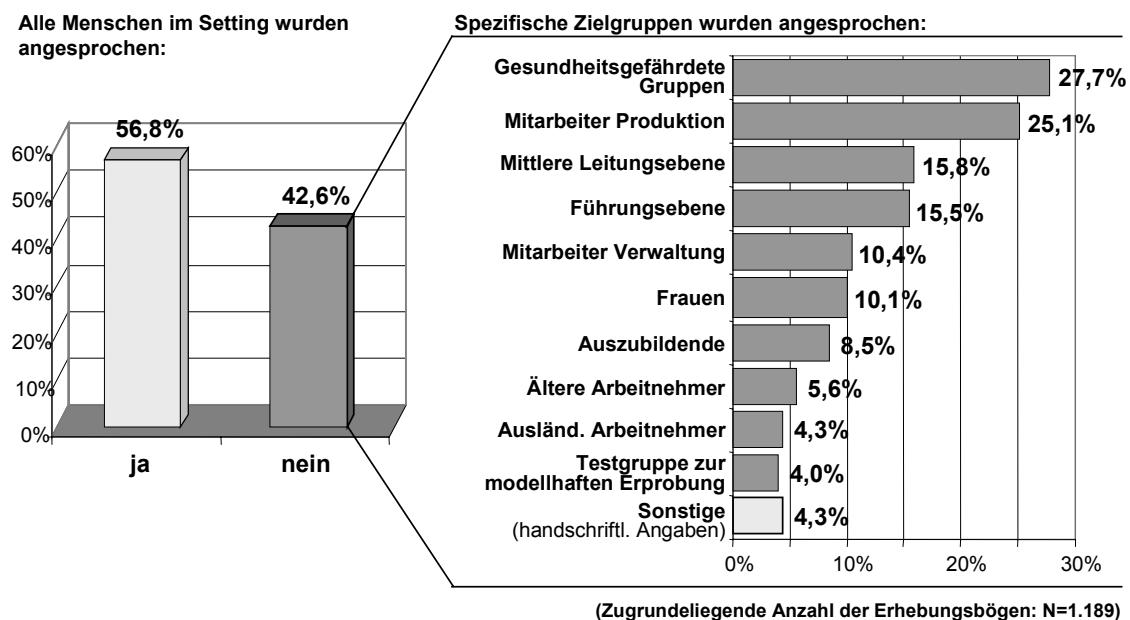


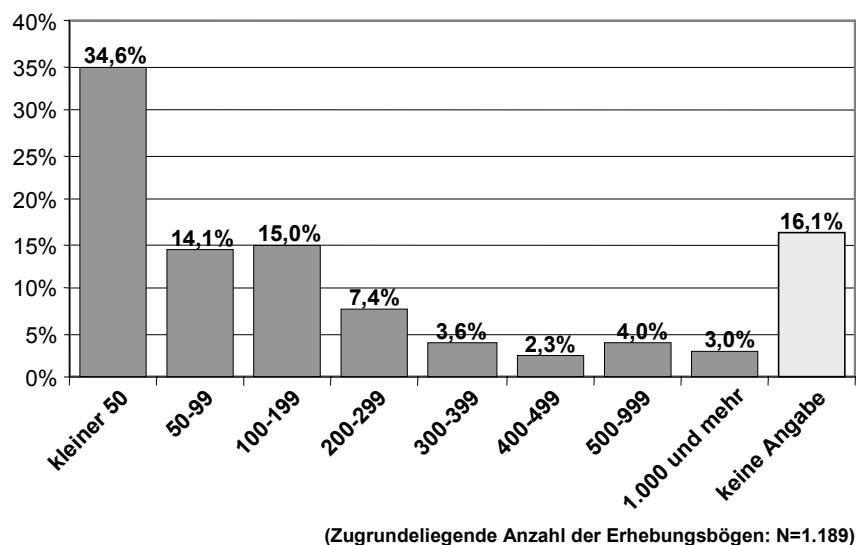
Abb. 31: Schwerpunktmaßige Zielgruppe (Mehrfachnennungen waren möglich)

An erster Stelle stehen gesundheitsgefährdete Gruppen (27,7%), an zweiter Stelle die Mitarbeiter in der Produktion (25,1%) und an dritter die mittlere Leitungsebene (15,8%), gefolgt von der Führungsebene (15,5%). Ältere Mitarbeiter waren in immerhin 5,6% und Ausländische Arbeitnehmer in 4,3% der Fälle Zielgruppe der Aktivitäten. Auszubildende wurden zwar „lediglich“ in 8,5% der Fälle anvisiert. Doch erreichte man sie auch häufig über den Setting-Ansatz im Setting Berufsschule (s. Kap. 3.2.1 „Primärprävention in nicht-betrieblichen Settings ...“, S. 7 ff.).

3.3.1.3 Anzahl der erreichten Personen

In der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurden mit den Aktivitäten tendenziell mehr kleinere Personengruppen angesprochen als größere:

Abb. 32: Geschätzte Anzahl der erreichten Personen



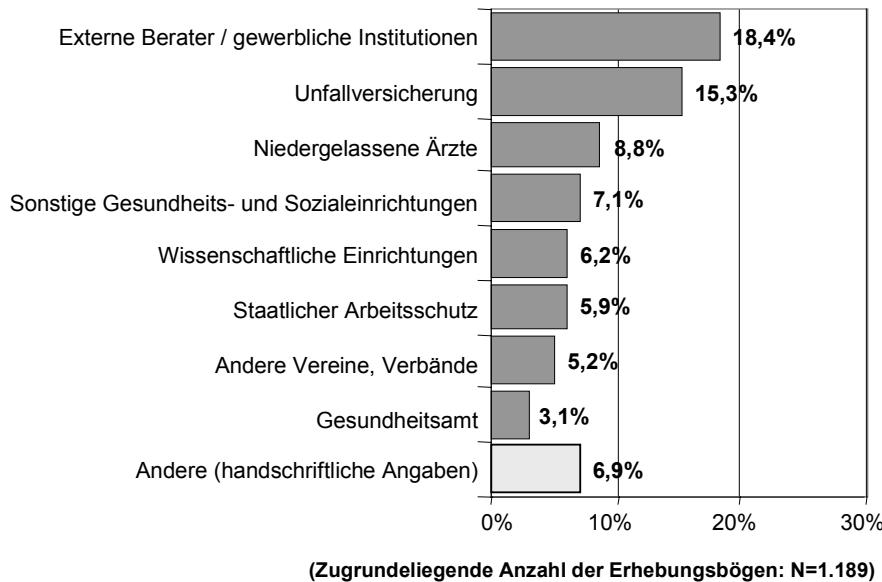
Gruppen mit einem Umfang von bis zu 50 Personen machten gut ein Drittel (34,6%) des Datensatzes aus. Gruppen mit 50-99 Personen waren in 14,1% der Fälle vertreten und solche mit 100-199 Personen umfassten 15,0% der Fälle (man beachte, dass in dieser Kategorie größere Gruppenumfänge als bei den beiden ersten gebildet wurden).

Bei der Auswertung der Dokumentationsbögen fiel auf, dass viele Krankenkassen Schwierigkeiten bei der Einschätzung der mit den Aktivitäten erreichten Personen hatten. Dies lässt sich am Beispiel Gesundheitszirkel verdeutlichen: zwar nahmen an den Zirkelveranstaltungen eine begrenzte Zahl an Personen teil. Empfänger und Nutznießer dieser Intervention waren jedoch in der Regel ganze Abteilungen, Arbeitsbereiche oder Betriebe. Die Anzahl der indirekt über die Gesundheitszirkel oder auch über andere Aktivitäten, wie z.B. Führungskräfteseminare erreichten Personen ließ sich entsprechend schwer einschätzen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass mit den erreichten Personen sehr häufig nur die direkt an den Aktivitäten Beteiligten benannt wurden.

3.3.1.4 Außerbetriebliche Kooperationspartner

In 562 Fällen (47,3%) machten die Krankenkassen insgesamt 1.015 Angaben zu außerbetrieblichen Kooperationspartnern, d.h. pro bestehender Kooperation benannten sie zwei Kooperationspartner. Die Verteilung der Häufigkeiten der abgefragten Items stellt sich folgendermaßen dar:

Abb. 33: Außerbetriebliche Kooperationspartner (Mehrfachnennungen waren möglich)



Am häufigsten brachten externe Berater/gewerbliche Institutionen (18,4%) Ressourcen in die Aktivitäten ein. Dem folgten die Unfallversicherungen (15,3%) und - mit einem merklich geringeren Anteil - die niedergelassenen Ärzte (8,8%).

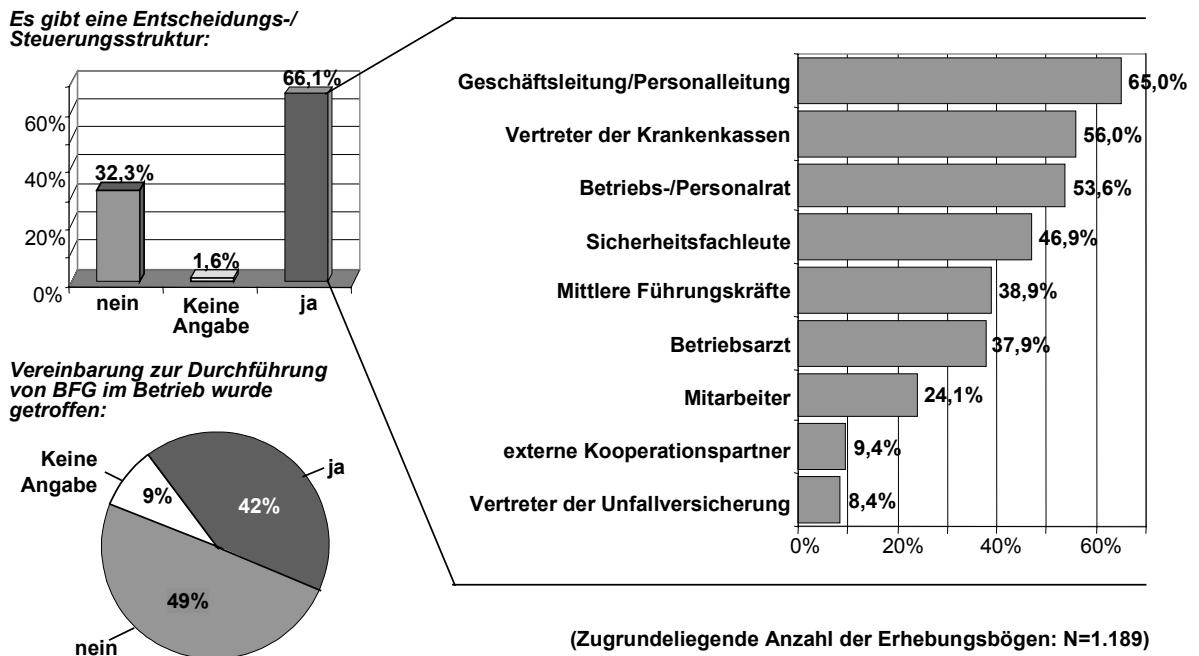
Auffallend häufig erscheinende Verknüpfungen von zwei oder mehreren Kooperationspartnern gab es nicht.

In 78 Fällen (6,5%) wurden zwar "andere Kooperationspartner" markiert, allerdings wurde das Feld für schriftliche Angaben in den allermeisten Fällen genutzt, um bereits angekreuzte Items zu spezifizieren. Beispielsweise wurden in 22 Fällen die externen Berater/gewerblichen Institutionen als Krankengymnasten bzw. Fitnesseinrichtungen festgehalten, oder es wurden die Unfallkassen bzw. Berufsgenossenschaften genauer benannt (n=13). Als weiteres Beispiel steht hier noch die Angabe von Betriebsärzten bzw. betriebsärztlichen Diensten (n=14), wobei sich nicht nachvollziehen lässt, ob es sich dabei tatsächlich um außerbetriebliche Einrichtungen handelte.

3.3.1.5 Koordination und Steuerung

Im Dokumentationsbogen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wurden – anders als bei der Setting-Erhebung – nicht nur das Vorhandensein einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur abgefragt, sondern auch erhoben, wer bei der Koordination und Steuerung beteiligt war. Folgendes Ergebnis kam zustande:

Abb. 34: Koordination/Steuerung (bei der Benennung des Steuerungsgremiums waren Mehrfachnennungen möglich)



Eine Vereinbarung zur Durchführung von betrieblicher Gesundheitsförderung wurde in 41,8% der Fälle getroffen. Etwa zwei Drittel der Fälle führten ihre Aktivitäten mit einem Steuerungsgremium durch: Am häufigsten war die Geschäfts- bzw. Personalleitung (65,0%) koordinierend in die Aktivitäten eingebunden. Dem folgten die Vertreter der Krankenkassen (56,0%) und der Betriebs-/Personalrat (53,6%). Weiterhin waren Sicherheitsfachleute, Führungskräfte und Betriebsärzte recht häufig, d.h. in ca. 40% bis knapp 50% der Fälle als Entscheider bzw. Koordinierer beteiligt. Deutlich seltener wurden die Mitarbeiter und noch weniger externe Kooperationspartner bzw. Vertreter der Unfallversicherung in steuernder Funktion in die Aktivitäten eingebracht.

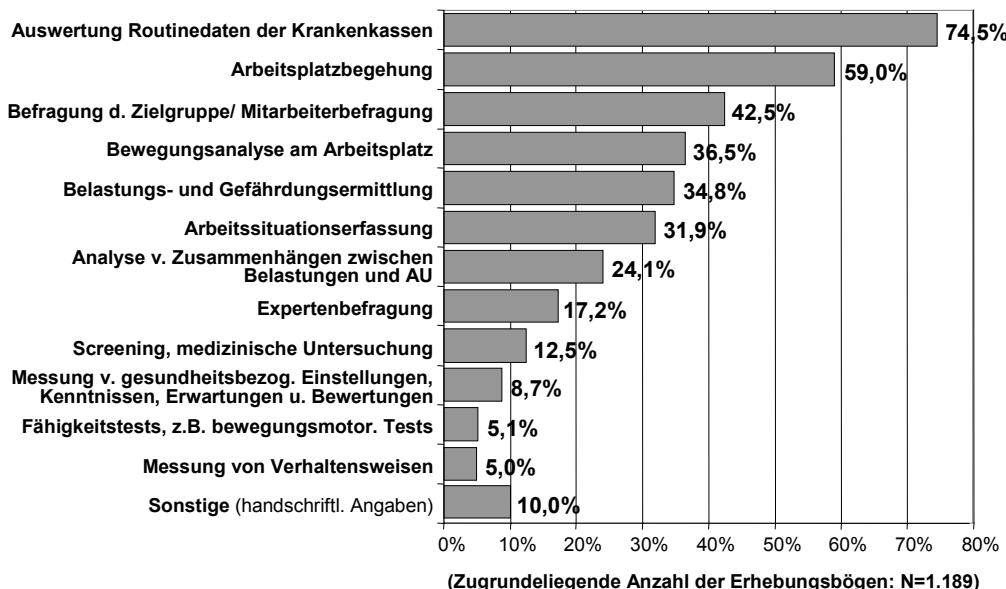
Im Prinzip lassen sich die jeweils an der Koordination Beteiligten nicht voneinander getrennt darstellen, da in den 786 Fällen, in welchen eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur angegeben wurde, durchschnittlich fünf Items angekreuzt wurden. In Zahlen stellt sich das folgendermaßen dar: ein Steuerungsgremium setzte sich in 185 Fällen aus sechs und in 177 Fällen aus fünf Vertretern verschiedener Bereiche zusammen (insgesamt 4.045 Items wurden genannt). In 367 Fällen, also nicht ganz der Hälfte oben genannter 786 Aktivitäten waren im Steuerungs-/Koordinierungsgremium mindestens der "Betriebs-/Personalrat, Betriebsarzt, die Geschäfts-/Personalleitung und Sicherheitsleute" gemeinsam, meist noch variiert mit weiteren Beteiligten, vertreten.

3.3.1.6 Bedarfsermittlung

Grundlage der Durchführung von Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist eine hinreichende Bedarfsermittlung. Hierzu wurden 15 Punkte (einschließlich eines Fel-

des für handschriftliche Angaben) abgefragt. Folgende Verteilung ergab sich aus den Befragungsergebnissen:

Abb. 35: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen waren möglich)



Nahezu bei allen Dokumentationsbögen ($n=1.135$) wurden Angaben zur Bedarfsermittlung gemacht, im Durchschnitt waren es knapp vier Nennungen pro Fall (insgesamt 4.302 Nennungen). Die Kombination "Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen" und "Arbeitsplatzbegehung" trat in 47,7% aller Fälle auf, sowohl als Kombination für sich als auch in Verknüpfung mit anderen, breit streuenden Items zur Bedarfsermittlung. Grundsätzlich variierten die Mehrfachkombinationen sehr stark. Es fiel dabei auf, dass die Unternehmen sehr häufig objektive Daten, wie die Routinedaten der Krankenkassen, mit subjektiven Erfassungen, wie z. B. der Mitarbeiterbefragung, verknüpften.

Das Freifeld „Sonstige“ wurde in den meisten Fällen dazu genutzt, um bereits angekreuzte Items genau zu benennen (z.B. Analyse der Führungssituation der Vorgesetzte, begleitende Beobachtung, Gesprächskreise Mitarbeiter). Darüber hinaus wurden in jeweils einem Fall „Literaturrecherchen, wissenschaftliche Studien“ sowie „Anfrage des Unternehmens“ benannt.

3.3.1.7 Gesundheitszirkel

In gut einem Viertel (27,5%) aller Fälle führten die Betriebe Gesundheitszirkel durch. Die Häufigkeiten der jeweiligen Anzahl der Gesundheitszirkel verteilen sich dabei folgendermaßen (die Prozentangabe bezieht sich auf die 327 Fälle, in welchen es Gesundheitszirkel gab):

Abb. 36: Anzahl der Gesundheitszirkel

Anzahl Gesundheitszirkel

	Häufigkeit	Prozent
1 bis 4	219	67,0%
5 bis 9	37	11,3%
10 bis 14	19	5,8%
15 bis 19	3	0,9%
20 bis 29	6	1,8%
30 bis 39	2	0,6%
50 und mehr	3	0,9%
keine Angabe	38	11,6%

In zwei Dritteln aller jenen Fälle, in denen überhaupt Gesundheitszirkel durchgeführt wurden, veranstalteten die Unternehmen ein bis vier Zirkel. Größere Zahlen an Zirkeln wurden zunehmend seltener veranlasst. 50 und mehr Zirkel kamen nur in Unternehmen mit mehr als 1.500 Beschäftigten vor.

3.3.1.8 Intervention

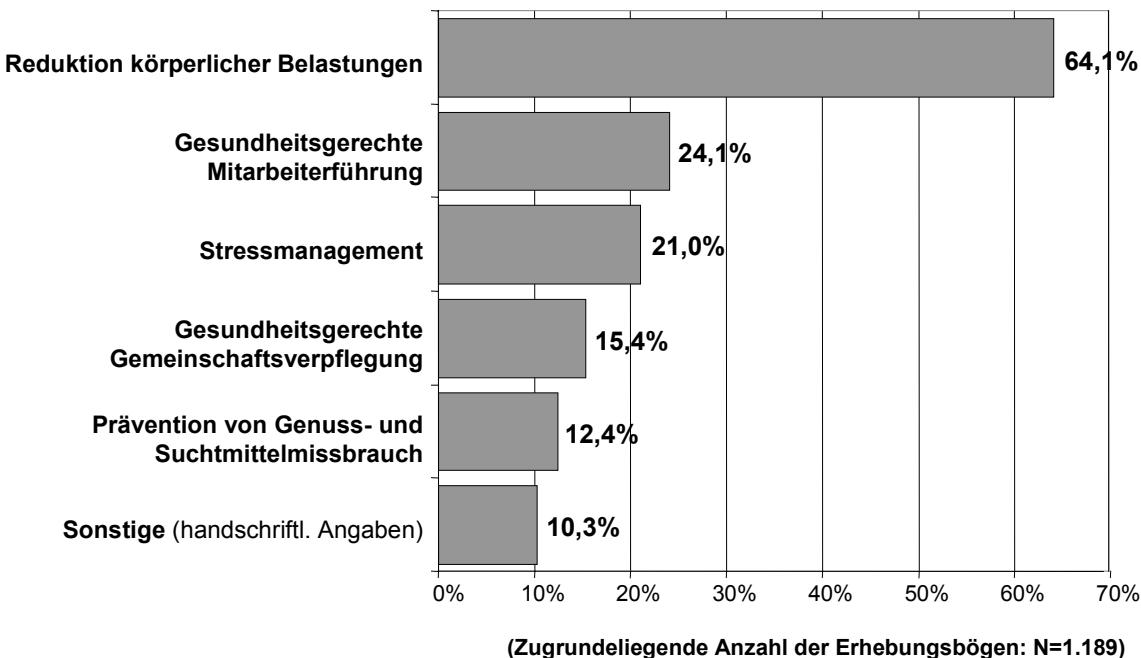
Der Dokumentationsbogen zur Erhebung von Informationen von Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung enthielt – wie die Setting-Erhebung – Items, welche die Inhalte, die Ausrichtung der Aktivitäten, angewandte Methoden und eingesetzte Medien abfragten. Die aus dem vorliegenden Datensatz resultierenden Häufigkeitsverteilungen lassen sich folgendermaßen wiedergeben:

3.3.1.8.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Zur inhaltlichen Ausrichtung der Aktivitäten wurden in 77,3% der Fälle Angaben gemacht. Insgesamt kamen 1.752 Antworten zustande, im Durchschnitt waren es knapp zwei pro Dokumentationsbogen mit Angaben zu den Inhalten. Am häufigsten tritt die Kombination "Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung" und "Reduktion körperlicher Belastungen" (23,1% der Dokumentationsbögen mit Angaben zu Präventionsprinzipien), allein oder in Verbindung mit weiteren Präventionsprinzipien, in Erscheinung. Die Verknüpfung "Stressmanagement" mit "Reduktion körperlicher Belastungen" ist in 22,4% derjenigen Fälle, in welchen Angaben vorlagen, aufzufinden.

Die allgemeine Häufigkeitsverteilung stellt sich wie folgt dar:

Abb. 37: Inhaltliche Ausrichtung der Maßnahmen (Mehrfachnennungen waren möglich)

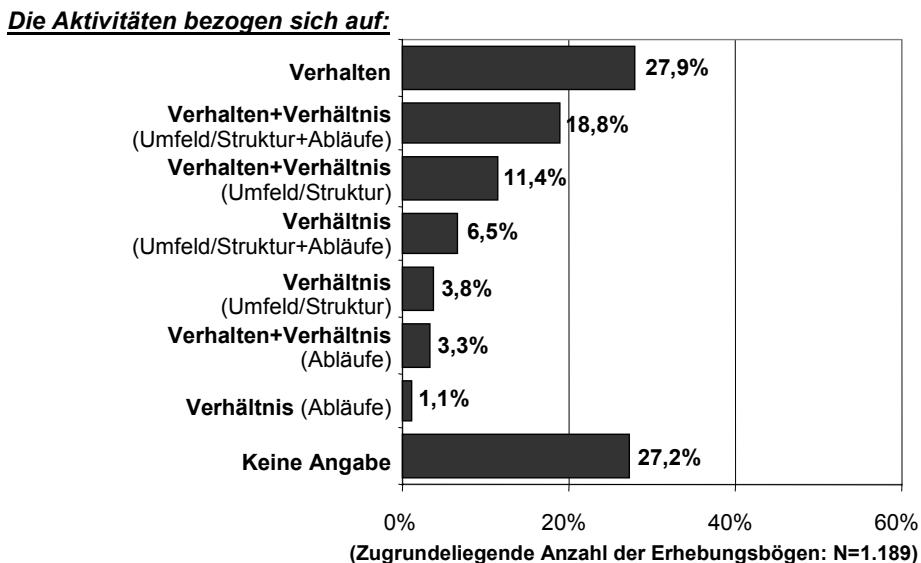


Von den fünf abgefragten Präventionsprinzipien wurde deutlich am häufigsten die Reduktion von körperlichen Belastungen (64,1%) benannt. Diese Häufigkeit entspricht der Gegebenheit, dass in etwa die Hälfte des Datensatzes aus dem verarbeitenden Gewerbe stammt. Dort treten körperliche Belastungen gehäuft auf (vgl. Kap. 3.3.4.9 Intervention und Branche, S. 67). Mit einem Anteil von 24,1% folgten Angebote zur gesunden Mitarbeiterführung sowie das Stressmanagement (21,0%).

3.3.1.8.2 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten konnten miteinander kombiniert angegeben werden. Bei verhaltensbezogenen Aktivitäten handelte es sich um die Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen und/oder praktischen Fertigkeiten, Handlungs-, Entscheidungs- oder Selbstwahrnehmungskompetenzen. Verhältnisbezogene Aktivitäten wurden getrennt nach Umgestaltung von Umfeld/Strukturen und nach der Umgestaltung von Abläufen abgefragt. Da Mehrfachkombinationen sehr häufig benannt wurden, enthält folgende Grafik sowohl Einzelangaben als auch alle möglichen Kombinationen:

Abb. 38: Intervention – Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten



Fasst man diejenigen Aktivitäten zusammen, die sowohl verhaltens- als verhältnisbezogen waren, dann kommt man auf einen Gesamtanteil von 33,5%, d.h. sie wurden immer noch am häufigsten durchgeführt. Am zweithäufigsten waren die Aktivitäten rein verhaltensbezogen (27,9%).⁷

Die verhältnisbezogenen Aktivitäten, die sich zum einen auf die Umgestaltung von Arbeitsumfeld und Strukturen, zum anderen auf die Umgestaltung von Abläufen bezogen, konnten schriftlich genauer benannt werden. Sie gaben einen ersten Aufschluss über die Inhalte der verhältnisorientierten Aktivitäten. Zur Umgestaltung von Umfeld/Strukturen wurden insgesamt 559 Angaben gemacht, zur Umgestaltung von Arbeitsabläufen waren es 301 Nennungen.⁸ Die jeweils fünf häufigsten Benennungen waren:

Umstrukturierung von Umfeld/Strukturen:

- Um-/Neugestaltung von Arbeitsplatz und -umgebung (diese Angaben wurden nicht weiter erläutert) (9,3%)
- Ergonomische Veränderungen am Arbeitsplatz/ in der Arbeitsumgebung (8,8%)
- Arbeitsplatz/Bewegungsanalyse, Mitarbeiterbefragung (7,7%)
- Raumklima (Heizung/Klimaanlage, Be-/Entlüftung, Reduktion Zugluft)(6,1%)
- Einsatz von Hebe-/Tragehilfen, Hubtischen/-fahrzeuge etc. zur Reduktion von körperlichen Belastungen (2,4%)

⁷ Zu den in den Dokumentationsbögen abgefragten Zeitaufwänden (in Personentagen) bei den jeweiligen Aktivitäten wurden eher selten Angaben gemacht, so dass die Ergebnisse nicht nennenswerte Informationen lieferten.

⁸ Die am häufigsten benannten Punkte werden in Zukunft als eigene Items in die überarbeitete Version der Dokumentationsbögen aufgenommen.

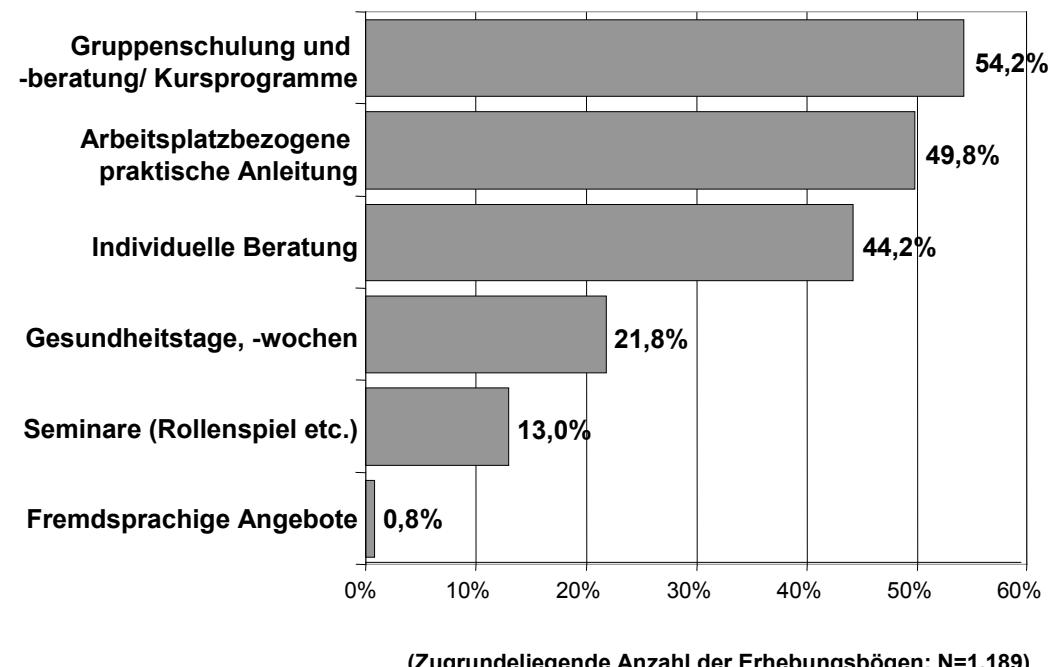
Umstrukturierung von Arbeitsabläufen:

- Veränderung Arbeits-/Ablauforganisation (keine weiteren Erläuterungen dieser Angaben) (15,3%)
- Neue(r)/bessere(r) Informationsstruktur/-fluss (8,3%)
- Verbesserung von Arbeitszeit-, Schicht-, Pausenregelung (7,6%)
- Optimierung der Arbeitsabläufe durch räumliche Umstrukturierungen, Veränderung von Reihenfolgen (7,3%)
- Arbeitsplatz-/Bewegungsanalyse, Mitarbeiterbefragung (6,1%)

3.3.1.8.3 Angewandte Methoden

Insgesamt wurden in 75,4% der Fälle Angaben zu Methoden gemacht. Diese stellen sich folgendermaßen dar:

Abb. 39: Angewandte Methoden (Mehrfachnennungen waren möglich)



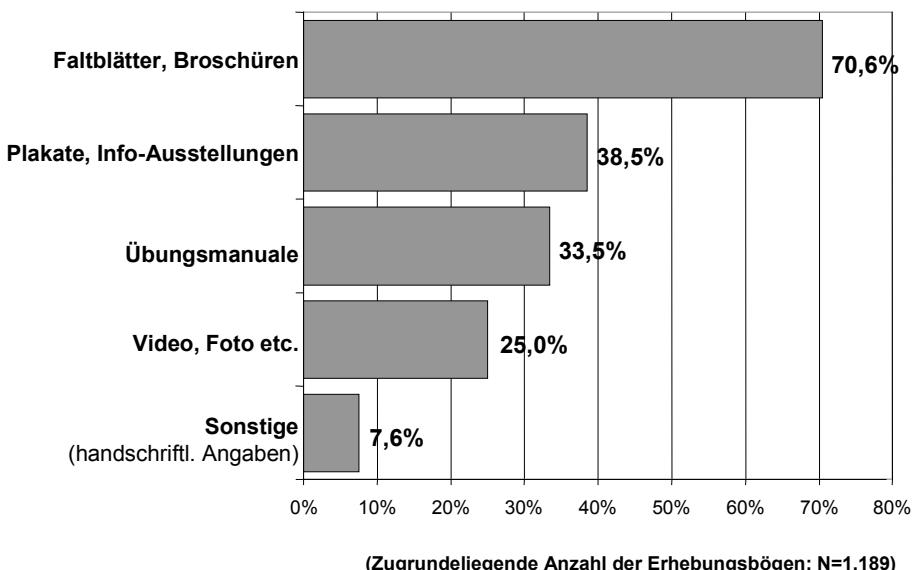
Am häufigsten fanden "Gruppenschulung/-beratung und Kursprogramme" (54,2%) Anwendung in den Aktivitäten. Dem folgten die "arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung" (49,8%) und die "individuelle Beratung" (44,2%).

In den 885 Fällen wurden insgesamt 2.184 Items zu den Methoden angekreuzt, das macht im Durchschnitt 2,5 Nennungen pro Fall. Die Verknüpfung von "Arbeitsplatzbezogener praktischer Anleitung", "Gruppenschulung, -beratung, Kursprogramme" und "Individuelle Beratung" war – oft noch kombiniert mit weiteren Methoden - bei 34,9% derjenigen Fälle, in welchen Angaben zu Methoden gemacht wurden, zu finden.

3.3.1.8.4 Eingesetzte Medien

Insgesamt vier Medien wurden im Dokumentationsbogen abgefragt sowie ein Feld für freie Angaben zur Verfügung gestellt.

Abb. 40: *Eingesetzte Medien (Mehrfachnennungen waren möglich)*



Faltblätter und Broschüren fanden in den meisten Fällen (70,6%) Anwendung. Bei gut einem Drittel der Fälle wurden "Plakate und Informationsausstellungen" (38,5%), und bei 33,5% "Übungsmaterial" eingesetzt.

76,2% der Krankenkassen machten Angaben zu den eingesetzten Medien. Davon wurden im Durchschnitt ungefähr zwei Medien pro Fall benannt. Die Verknüpfung von „Faltblättern, Broschüren“ und „Plakaten, Informationsausstellungen“ trat dabei, oft mit weiteren Medien kombiniert, bei knapp der Hälfte dieser Fälle (47,2%) in Erscheinung.

3.3.1.9 Erfolgskontrolle

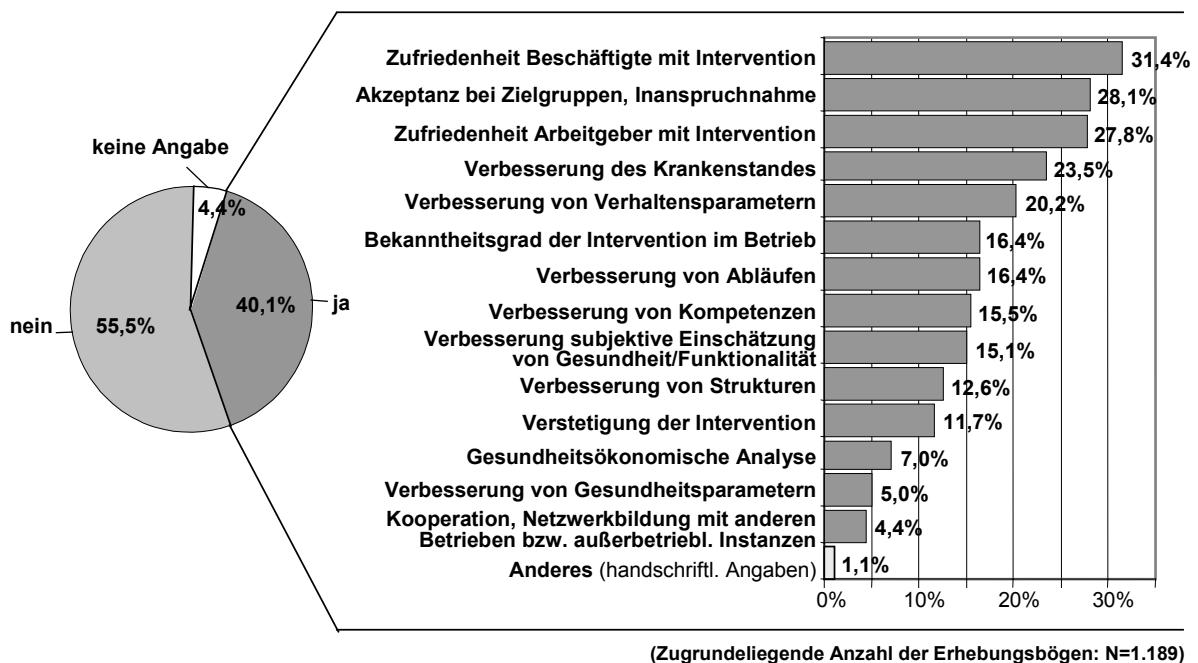
In 40,1% der Fälle gaben die Krankenkassen an, dass Erfolgskontrollen durchgeführt wurden⁹. Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden im Durchschnitt knapp sechs Felder markiert (insgesamt 2.808 Nennungen). Am häufigsten gab es Fünfer- und Sechserkombinationen, gefolgt von Viererkombinationen. Die Kombinationen selbst streuten weit. Sie enthalten in 20,8% derjenigen Fälle, in welchen Erfolgskontrollen durchgeführt wurden, die fünf Items „Prüfung der Veränderung von Verhaltensparametern“, „Prüfung der Verbesserung von Kompetenzen“, „Prüfung der Akzeptanz bei den Zielgruppen, Inanspruch-

⁹ Ob bei den noch nicht abgeschlossenen Projekten, die immerhin einen Anteil von 65% ausmachen, Erfolgskontrollen geplant waren, lässt sich im nachhinein nicht mehr nachvollziehen. Der Dokumentationsbogen erfasst diese Information bislang noch nicht. Zu vermuten ist jedoch, dass über die berichteten Kontrollen hinaus bei den in 2001 dokumentierten Aktivitäten weitere Erfolgskontrollen vorgesehen sind.

nahme", "Prüfung der Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention" und "Prüfung der Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention".

Die Einzelaufstellung aller Items liefert:

Abb. 41: Erfolgskontrolle (Mehrfachnennungen waren möglich)

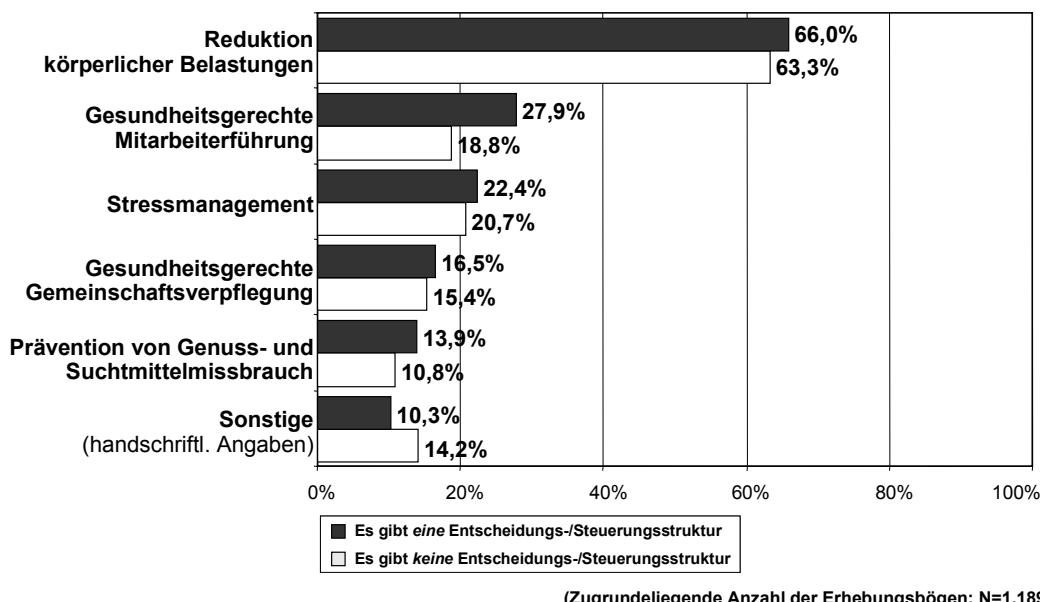


Am häufigsten wurden die „Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention“ (31,4%), die „Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“ (28,1%) sowie die „Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention“ (27,8%) geprüft.

3.3.2 Steuerung und Koordination – Intervention bei bestehenden bzw. fehlenden Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen

Es stellte sich die Frage, ob bei Aktivitäten, die mit einem Koordinierungsgremium durchgeführt wurden, inhaltliche Unterschiede zu solchen, die nicht über ein solches Gremium verfügten, zu erkennen waren. Deshalb wurden diese Aktivitäten hinsichtlich der vier Interventionsaspekte „inhaltliche Ausrichtung“, „verhaltens-/verhältnisbezogene Aktivitäten“, „Methoden“ und „Medien“ miteinander verglichen.

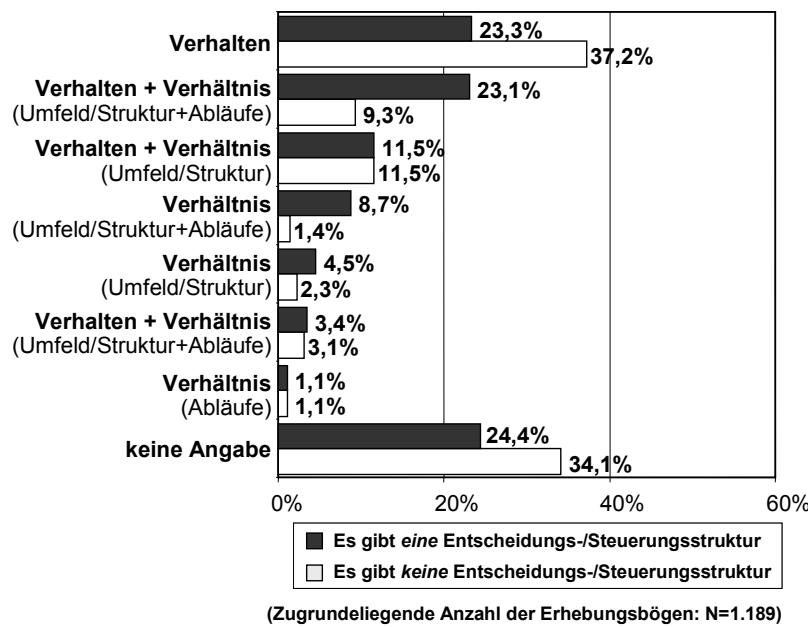
Abb. 42: Inhaltliche Ausrichtung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen waren möglich)



Insgesamt waren die Aktivitäten sowohl bei bestehender als auch bei fehlender Entscheidungs- und Steuerungsstruktur am häufigsten auf die Reduktion von körperlichen Belastungen ausgerichtet. Auch sonst sind keine wesentlichen Unterschiede zwischen gesteuerten und nicht gesteuerten Aktivitäten vorzufinden. Am stärksten ist ein Unterschied noch hinsichtlich des Punktes „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ zu sehen, dieser wurde tendenziell mehr bei Aktivitäten mit bestehender Entscheidungs- und Steuerungsstruktur behandelt.

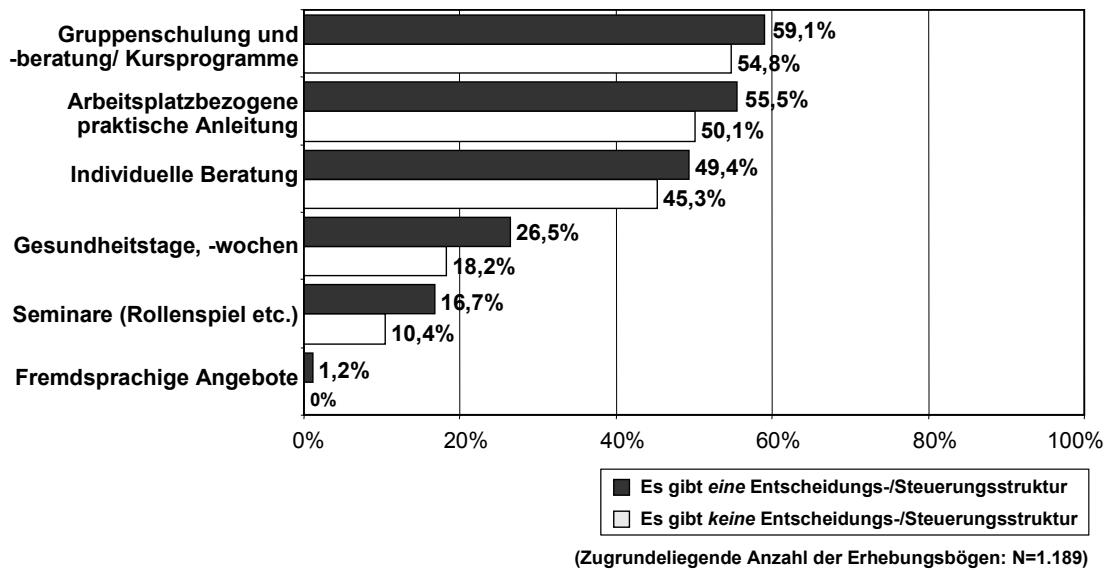
Bei der Betrachtung von verhaltens- bzw. verhältnisbezogenen Aktivitäten ist zunächst anzumerken, dass hier alle möglichen Kombinationen der drei abgefragten Punkte Verhaltenbezogenheit, verhältnisbezogene Aktivitäten, die das Umfeld und/oder Strukturen betrafen sowie verhältnisbezogene Aktivitäten, die sich auf Abläufe ausrichteten, behandelt werden:

Abb. 43: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten – ein Vergleich



Aktivitäten mit einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur waren im Vergleich zu solchen ohne deutlich weniger auf das Verhalten, jedoch mehr auf die Kombination von Verhalten und Verhältnis ausgerichtet (insgesamt 68,2%, bei nicht gesteuerten Aktivitäten 23,9%). Auch waren „gesteuerte“ Aktivitäten häufiger sowohl auf die Umgestaltung auf Umfeld/Strukturen als auch auf die Umgestaltung von Abläufen ausgerichtet (8,7%, nicht gesteuerte 1,4%).

Abb. 44: Angewandte Methoden – ein Vergleich (Mehrfachnennungen waren möglich)



Bezüglich der Verwendung von Medien sind keine relevanten Unterschiede zwischen Aktivitäten mit und solchen ohne einer Entscheidungs-/Steuerungsstruktur festzustellen. Lediglich Gesundheitstage/-wochen und Seminare (Rollenspiele etc.) wurden bei gesteuerten Aktivitäten deutlich häufiger durchgeführt.

3.3.3 Intervention in den jeweiligen Handlungsfeldern

Schlüsselt man die Interventionen nach den anfangs abgefragten Präventionsprinzipien auf, dann ergeben sich im wesentlichen keine auffälligen Abweichungen zu den oben allgemein dargestellten Häufigkeitsverteilungen. Die zwei am häufigsten genannten Präventionsprinzipien "Reduktion von körperlichen Belastungen" sowie "Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung" werden im folgenden beispielhaft für die weiteren dargestellt:

Maßnahmen, die sich auf die *Reduktion von körperlichen Belastungen* (Gesamtmenge von N=762) bezogen, griffen vorzugsweise auf die Methoden "Gruppenschulung und -beratung/ Kursprogramme" (79,6%, n=580) und "Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung" (74,5%, n=533) zurück. Dem folgten bei immerhin 57,4% (n=403) der Fälle die "individuelle Beratung" und in 26,8% (n=187) der Fälle "Gesundheitstage, -wochen". Als Medien fanden hauptsächlich "Faltblätter und Broschüren" Verwendung, gefolgt von "Übungsmanualen" (51,6%, n=362) und "Plakaten und Info-Ausstellungen" (51,3%, n=358).

Bei der *gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung* (N=287) wurden die Methoden in folgender Rangfolge eingesetzt: "Gruppenschulung und -beratung/ Kursprogramme" (74,3%, n=194), "Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung" (65,0%, n=167), "Individuelle Beratung" (61,7%, n=158), "Seminare (Rollenspiel etc.)" (34,8%, n=88) und Gesundheitstage, -wochen (33,7%, n=84). Alle fünf im Dokumentationsbogen abgefragten Medien wurden häufig eingesetzt, dabei stand die Verteilung von "Faltblättern, Broschüren" (83,1%, n=221) deutlich an erster Stelle, gefolgt von "Plakaten, Infoausstellungen" (55,9%, n=142), "Übungsmanualen" (48,2%, n=123) und "Video, Foto etc." (42,4%, n=108).

3.3.4 Betriebliche Gesundheitsförderung – branchenbezogene Auswertungen

Wie auch bei der allgemeinen Ergebnisdarstellung finden lediglich solche Branchen Berücksichtigung, die mit einem Anteil von mindestens 5,0% am Gesamtdatensatz beteiligt sind. Es handelt sich dabei um folgende Branchen:

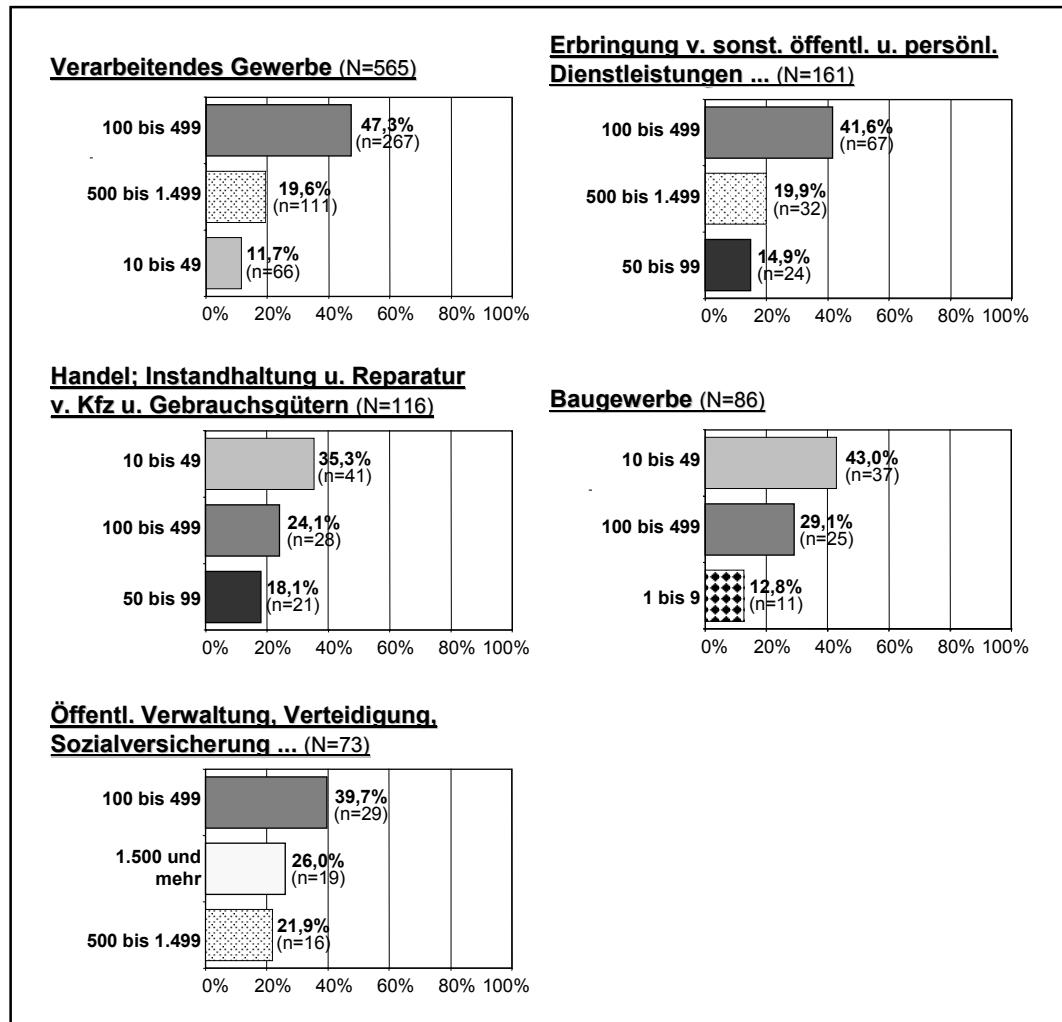
- Verarbeitendes Gewerbe
- Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen, Erziehung und Unterricht, Gesundheits- und Sozialwesen, Private Haushalte
- Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern
- Baugewerbe
- Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung, Internationale Organisationen

Mit der branchenspezifischen Auswertung lassen sich Besonderheiten und möglicherweise auch Defizite bei der Gesundheitsförderung in den jeweiligen Branchen feststellen.

Die in den nachfolgenden Unterkapiteln benannten Prozentangaben beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, immer auf die jeweiligen Branchen als eigene Stichproben. Die Differenz zwischen den angegebenen Werten und 100% stellt die Nein-Antworten und/oder fehlenden Angaben dar.

3.3.4.1 Anzahl der Beschäftigten

Abb. 45: Anzahl der Beschäftigten in den Branchen – Top 3

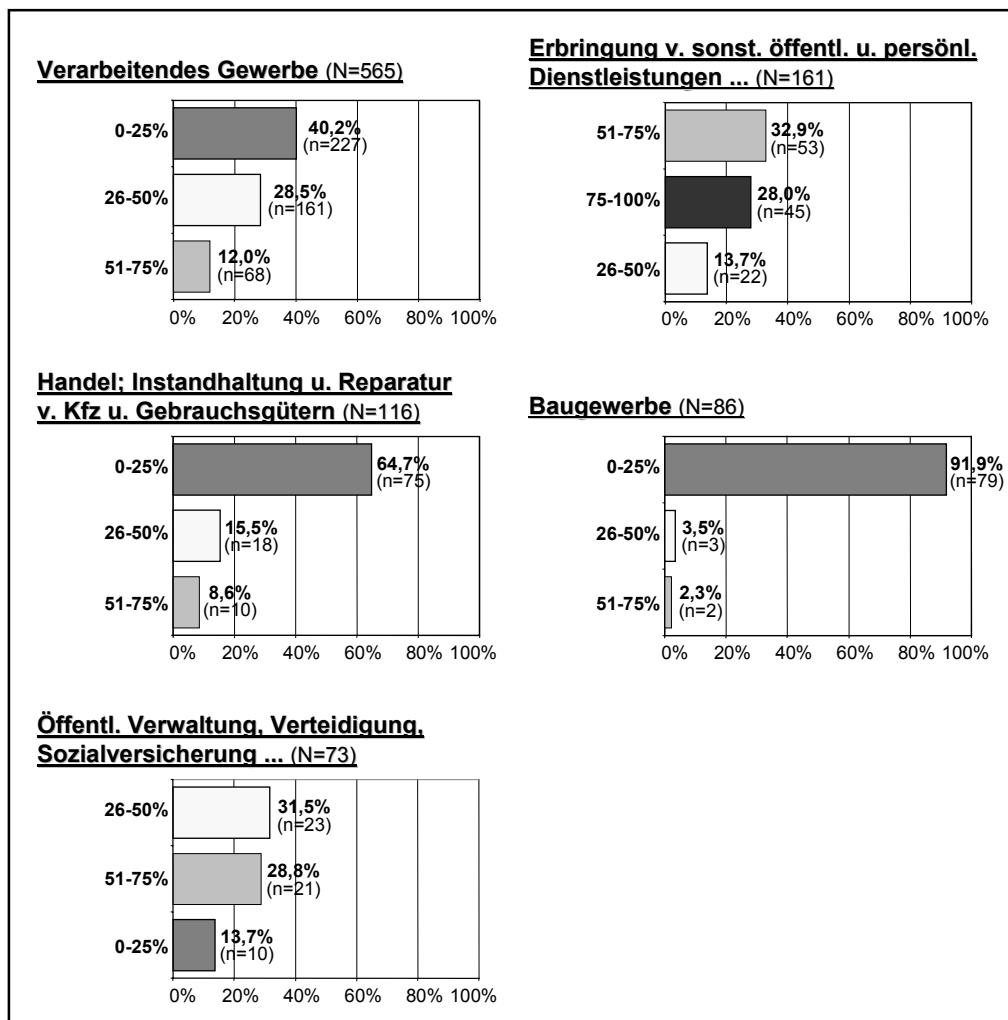


Die Grafik enthält die jeweils drei am häufigsten benannten Betriebsgrößen. Im „Baugewerbe“ und „Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern“ wurden insgesamt eher Betriebe mit 10-49 bis hin zu 100-499 Beschäftigten erreicht. Unternehmen mit Beschäftigtenzahlen von 1.500 und mehr sind noch häufig im Bereich „Erbringung v. sonst. öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen“ und in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ vertreten. Betriebe mit 1-9 Mitarbeitern waren noch am häufigsten im „Baugewerbe“ Austragungsort von Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung.

3.3.4.2 Anteil der Frauen

Die Höhe des Frauenanteils in den jeweiligen Branchen lässt sich an folgender Grafik ablesen:

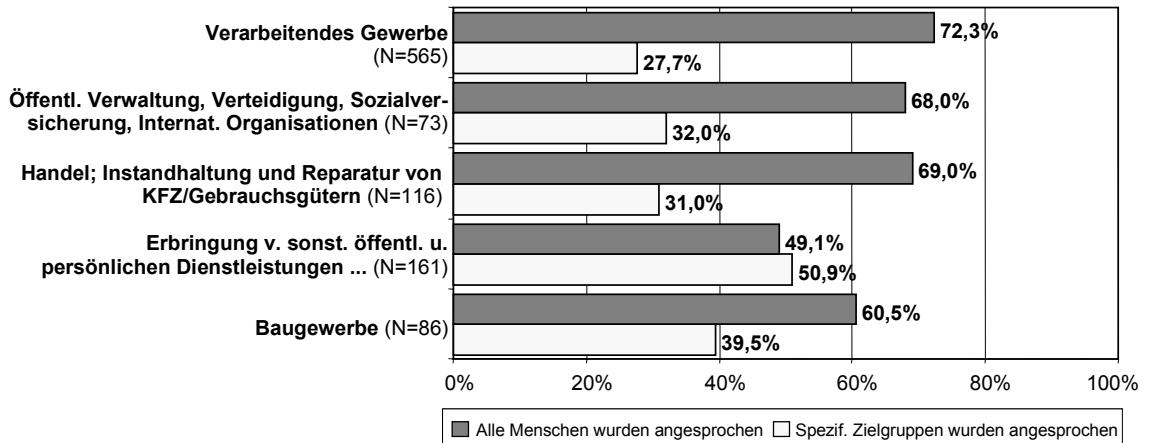
Abb. 46: Anteil der Frauen (Angaben in Prozent) in den jeweiligen Branchen – Top 3



Sehr gering war der Frauenanteil im „Baugewerbe“, im „Handel; Instandhaltung/Reparatur v. Kfz/Gebrauchsgütern“ und im „verarbeitenden Gewerbe“. In den Bereichen „Erbringung v. sonst. öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen“ und „Öffentlichen Verwaltung, ...“ war er hingegen deutlich höher.

3.3.4.3 Schwerpunktmaßige Zielgruppe

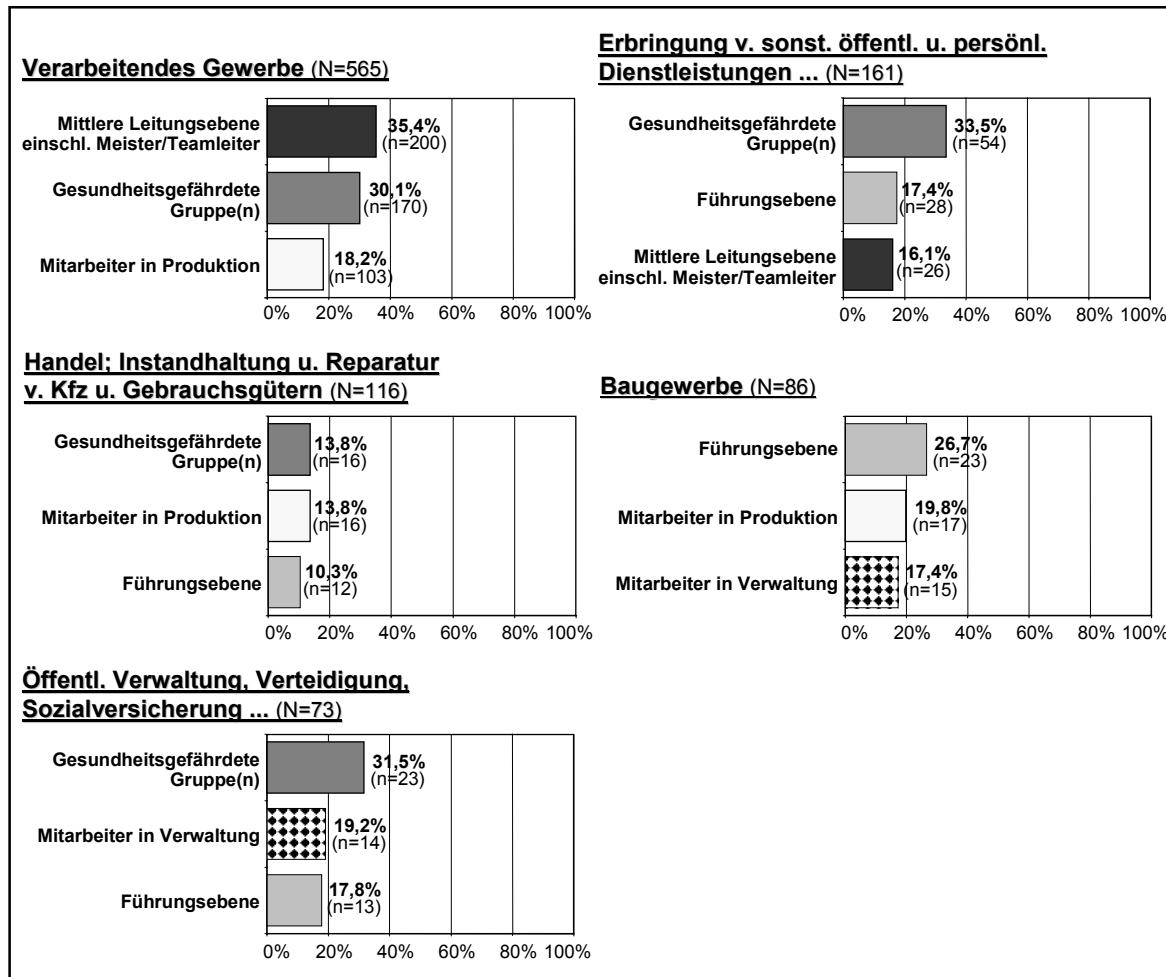
Abb. 47: Schwerpunktmaßige Zielgruppen in den Branchen



Der einzige Sektor, in dem mehr spezifische Zielgruppen als alle Menschen angesprochen wurden, war der Bereich „Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen, Erziehung/Unterricht, Gesundheits-/Sozialwesen etc.“. Spezifische Zielgruppen wurden vergleichsweise wenig beim „Verarbeitenden Gewerbe“, in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ sowie im „Handel; Instandhaltung u. Reparatur v. Kfz u. Gebrauchsgütern“ anvisiert.

Wenn spezifische Zielgruppen angesprochen wurden, dann verteilten sie sich in den jeweiligen Branchen folgendermaßen:

Abb. 48: Wenn spezifische Zielgruppe angesprochen wurde, dann ... – Top 3 (Mehrfachnennungen waren möglich)



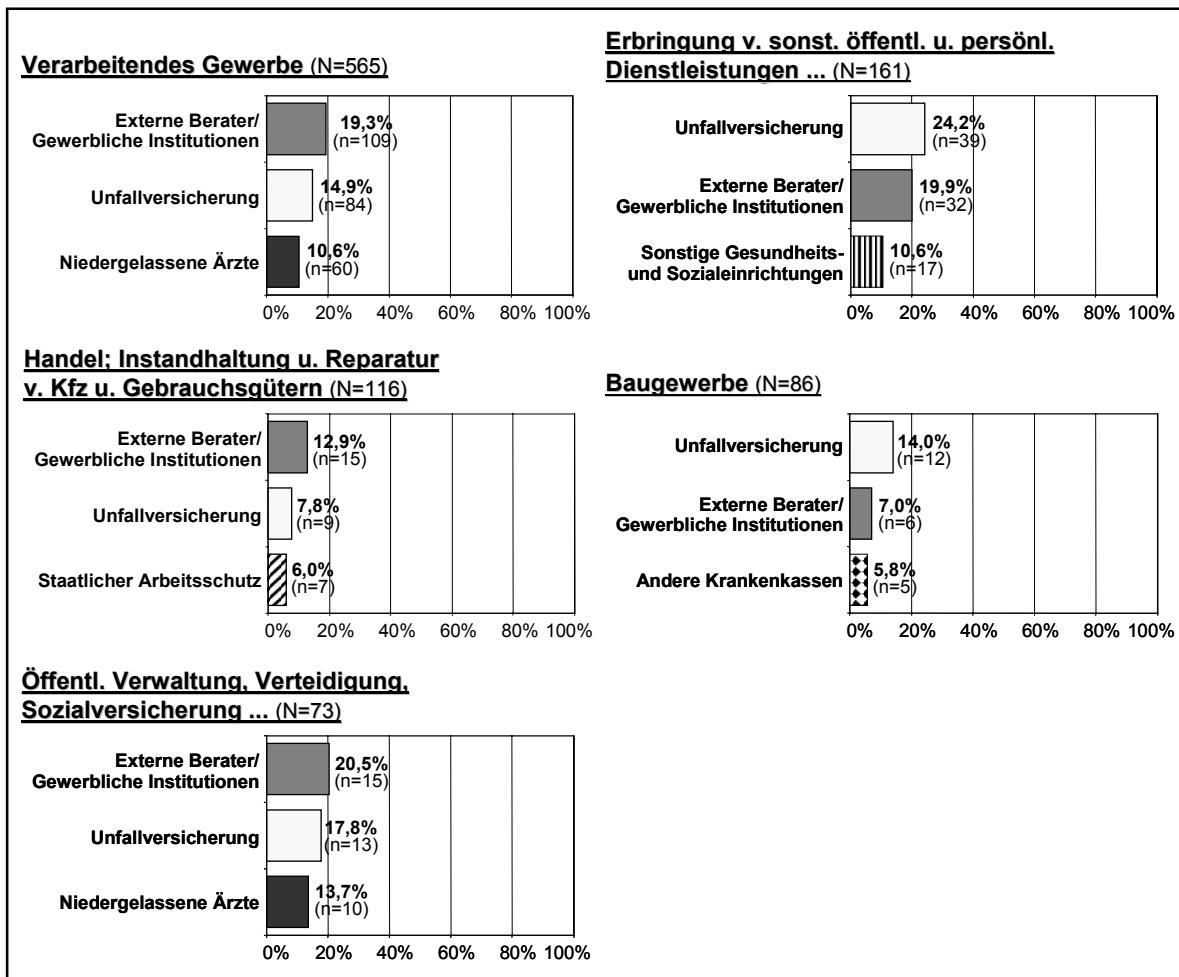
Gesundheitsgefährdete Gruppe(n) wurden hauptsächlich in der Branche „Erbringung v. sonst. ... Dienstleistungen“, im Bereich „Handel; Instandhaltung u. Reparatur v. Kfz u. Gebrauchsgütern“ sowie in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ angesprochen. Beim „Verarbeitenden Gewerbe“ standen vor den gesundheitsgefährdeten Gruppen noch die mittlere Leitungsebene, einschließlich Meister/Teamleiter. Im „Baugewerbe“ sprachen die Aktivitäten in erster Linie die Führungsebene an, dann die Mitarbeiter in der Produktion.

3.3.4.4 Erreichte Personen

Bis auf die „Öffentliche Verwaltung ...“ wurden mit den Aktivitäten in allen hier behandelten Branchen am häufigsten 1-49 Personen erreicht. Bei der „Öffentlichen Verwaltung ...“ wurden mit gleicher Häufigkeit auch Personengruppen von 100-199 angesprochen. Personengruppen von 100-199 wurden jeweils am zweithäufigsten in den Branchen „Verarbeitendes Gewerbe“ (18,0%), „Erbringung v. sonst. öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen“ (16,5%) und „Baugewerbe“ (13,5%) erreicht. Grundsätzlich zählte noch die Gruppe mit 50-99 Personen bei allen Branchen zu den drei am häufigsten benannten Personengruppen (die Anteile lagen zwischen 12,2% im Baugewerbe und 18,0% im Handel).

3.3.4.5 Außerbetriebliche Kooperationspartner

Abb. 49: Außerbetriebliche Koordinationspartner in den Branchen – Top 3 (Mehrfachnennungen waren möglich)



Das „Verarbeitende Gewerbe“, der „Handel; Instandhaltung u. Reparatur v. Kfz u. Gebrauchsgütern“ sowie die „Öffentliche Verwaltung ...“ zogen als Kooperationspartner an erster Stelle externe Berater und gewerbliche Institutionen heran, an zweiter Stelle die Unfallversicherungen. In der Branche „Erbringung v. sonstigen ... Dienstleistungen ...“ sowie beim „Baugewerbe“ verlief sich die Reihenfolge dieser drei benannten Items genau umgekehrt. Niedergelassene Ärzte wurden im „Verarbeitenden Gewerbe“ sowie in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ am dritthäufigsten benannt. In der Branche „Handel; Instandhaltung u. Reparatur v. Kfz u. Gebrauchsgütern“ zogen die Akteure noch recht häufig den staatlichen Arbeitsschutz heran, im Bereich „Erbringung v. sonstigen ... Dienstleistungen ...“ waren es sonstige Gesundheits-/Sozialeinrichtungen und im „Baugewerbe“ andere Krankenkassen.

3.3.4.6 Koordination und Steuerung

Am häufigsten fanden sich Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen in der „Öffentlichen Verwaltung, ...“ (82,2%), gefolgt vom Wirtschaftszweig „Erbringung v. sonstigen ... Dienstleistungen ...“ (72,0%) und vom „Verarbeitenden Gewerbe“ (71,0%). Deutlich weniger aufzufinden waren sie im Bereich „Handel; Instandhaltung u. Reparatur v. Kfz u. Gebrauchsgütern“ (51,7%) sowie im „Baugewerbe“ (38,4%). Die Arbeitskreise waren mit den üblichen Akteuren besetzt (s. allgemeine Ergebnisdarstellung in Kap. 3.3.1.5, S. 48).

Da in der „Öffentlichen Verwaltung, ...“, der „Erbringung v. sonstigen ... Dienstleistungen ...“ und auch im „verarbeitenden Gewerbe“ auffallend häufig Betriebe mit mehr als 500 Mitarbeitern vertreten waren (s. Kap. 3.3.5.1, S. 70), ist von einem Zusammenhang zwischen Betriebsgrößen und der Existenz von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen auszugehen.

3.3.4.7 Bedarfsermittlung

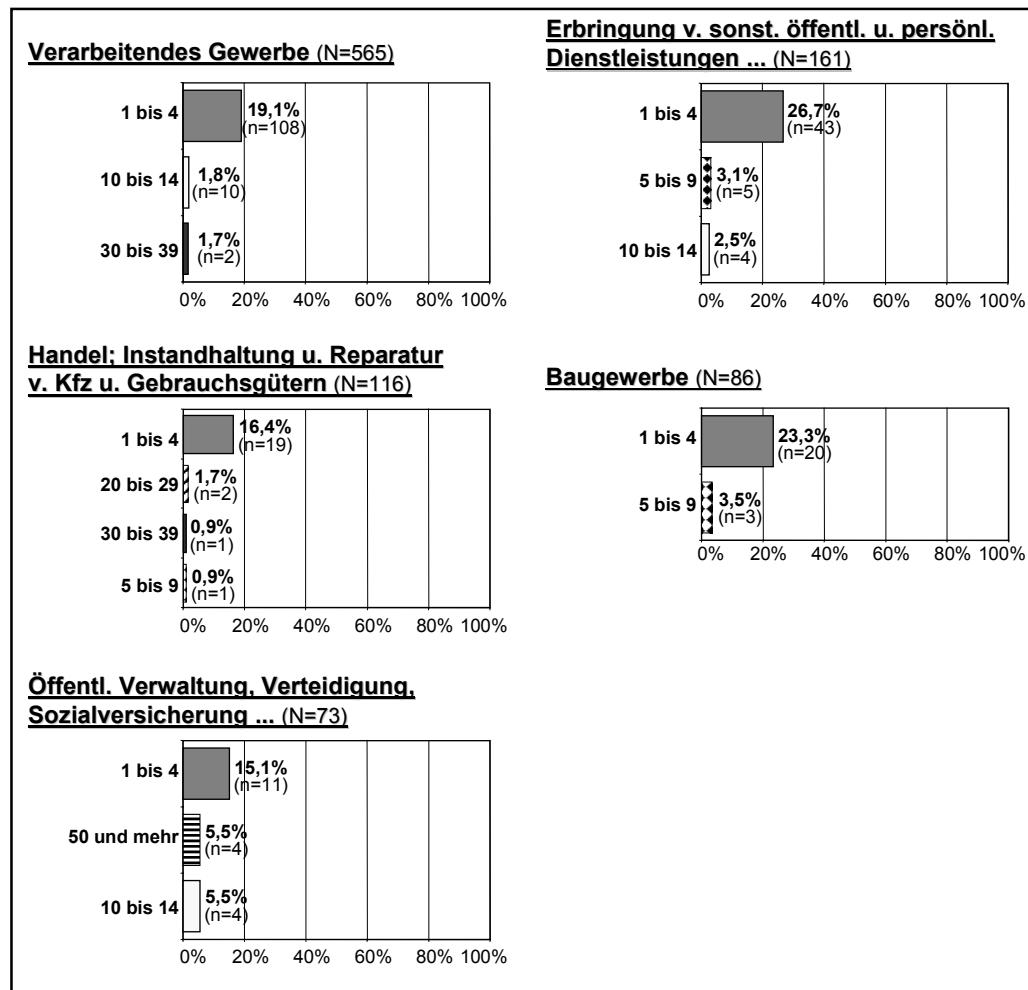
In allen hier behandelten Branchen wurden am häufigsten Routinedaten der Krankenkassen zur Bedarfsermittlung herangezogen. Auch gehörten in allen Branchen die Arbeitsplatzbegehung, die Mitarbeiterbefragung, die Gefährdungsanalyse sowie die Bewegungsanalyse zu den weiteren vier am meisten durchgeföhrten Maßnahmen zur Feststellung bestehenden Handlungsbedarfs. Lediglich in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ wurde anstelle der Bewegungsanalyse die Arbeitssituationsanalyse durchgeführt.

3.3.4.8 Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel fanden am häufigsten im Bereich „Erbringung v. sonstigen ... Dienstleistungen ...“ (36,6%) statt, dann in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ (35,6%), im „Baugewerbe“ (29,1%), im „Verarbeitenden Gewerbe“ (27,6%) und zuletzt im „Handel; Instandhaltung u. Reparatur v. Kfz u. Gebrauchsgütern“ (22,4%).

Die Anzahl der durchgeföhrten Gesundheitszirkel verteilt sich folgendermaßen:

Abb. 50: Anzahl der durchgeführten Gesundheitszirkel – Top 3



In den Betrieben aller fünf Branchen wurden hauptsächlich 1-4 Zirkel durchgeführt. Die Bei immerhin jeweils vier Einrichtungen der „Öffentlichen Verwaltung ...“ (5,5%) fanden einmal 10-14 Zirkel, zum anderen 50 und mehr Zirkel statt. In den restlichen Branchen war der Anteil von mehr durchgeführten Gesundheitszirkeln deutlich geringer.

3.3.4.9 Intervention

3.3.4.9.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

In allen fünf Branchen waren die Aktivitäten vorwiegend auf die Reduktion von körperlichen Belastungen ausgerichtet. Die Anteile lagen zwischen 53,4% und 75,6%. Am zweithäufigsten zielten die Maßnahmen auf eine gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung ab (18,1%-37,2%) und am dritthäufigsten behandelten sie das Thema Stressmanagement (17,7%-27,4%).

3.3.4.9.2 Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten

Bis auf eine Ausnahme waren in allen Branchen die meisten Aktivitäten gleichermaßen verhaltens- und verhältnisbezogen. Die Spannweite lag dabei zwischen 46,4% bei der Branche „Erbringung v. sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen“ (verhaltensbezogene Aktivitäten 38,2%) und 63,1% beim Baugewerbe (verhaltensbezogene Aktivitäten 33,3%). Beim „Handel; Instandhaltung u. Reparatur v. Kfz u. Gebrauchsgütern“ standen hingegen verhaltensbezogene Aktivitäten mit einem Anteil von 44,3% im Vordergrund. Rein verhältnisbezogene Aktivitäten wurden bei allen Wirtschaftszweigen eher selten, am häufigsten noch - mit einem Anteil von 11,3% - in der „Öffentlichen Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung ...“ gemeldet. Dort waren sie auf die Umgestaltung sowohl von Umfeld und Strukturen als auch von Abläufen ausgerichtet.

3.3.4.9.3 Angewandte Methoden

Bis auf den „Handel; Instandhaltung u. Reparatur v. Kfz u. Gebrauchsgütern“ wählten die Akteure in allen Branchen am häufigsten die Methode Gruppenschulung/-beratung bzw. Kursprogramme (die Anteile lagen zwischen 52,0% und 58,1%). Im „Handel; Instandhaltung u. Reparatur v. Kfz u. Gebrauchsgütern“ stand die individuelle Beratung an erster Stelle (54,3%), gefolgt von der Gruppenschulung und -beratung (52,6%). Die arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung (Spannweite 38,4%-51,2%) war bei allen Branchen, bis auf den „Handel; Instandhaltung u. Reparatur v. Kfz u. Gebrauchsgütern“, am zweithäufigsten und die individuelle Beratung (31,5%-48,8%) am dritthäufigsten Methode der Aktivitäten. Im „Handel; Instandhaltung u. Reparatur v. Kfz u. Gebrauchsgütern“ wurde die individuelle Beratung am dritthäufigsten eingesetzt.

Die Vermutung, dass in kleineren Betrieben vorwiegend individuelle Beratungen angeboten wurden, in größeren Unternehmen hingegen mehr Gruppenschulungen/-beratungen, konnte lediglich mit den Ergebnissen der Branche „Handel; Instandhaltung u. Reparatur v. Kfz u. Gebrauchsgütern“ gestützt werden. Dort waren vorwiegend Betriebe mit 1-9 bis hin zu 50-99 Beschäftigten vertreten. Die beiden Branchen „Baugewerbe“ und „Erbringung von sonst. öffentl. u. persönl. Dienstleistungen ...“, in welchen ebenfalls eher kleinere Betriebe vertreten waren, führten hingegen mehr Gruppenschulungen als individuelle Beratungen durch.

3.3.4.9.4 Eingesetzte Medien

Auch die Methoden wurden in allen fünf hier behandelten Branchen mit nahezu gleicher Priorität eingesetzt. Zu den drei am häufigsten angewendeten Methoden gehörten an erster Stelle die Faltblätter und Broschüren, an zweiter Plakate und Informationsausstellungen sowie an dritter Stelle Übungsmanuale. Lediglich im „Handel; Instandhaltung u. Reparatur v. Kfz u. Gebrauchsgütern“ gab es einen leichten Dreher der Reihenfolge von zweitem und drittem Platz: dort wurden Übungsmanuale am zweithäufigsten und Plakate/Info-Ausstellungen am dritthäufigsten eingesetzt.

3.3.4.10 Erfolgskontrolle

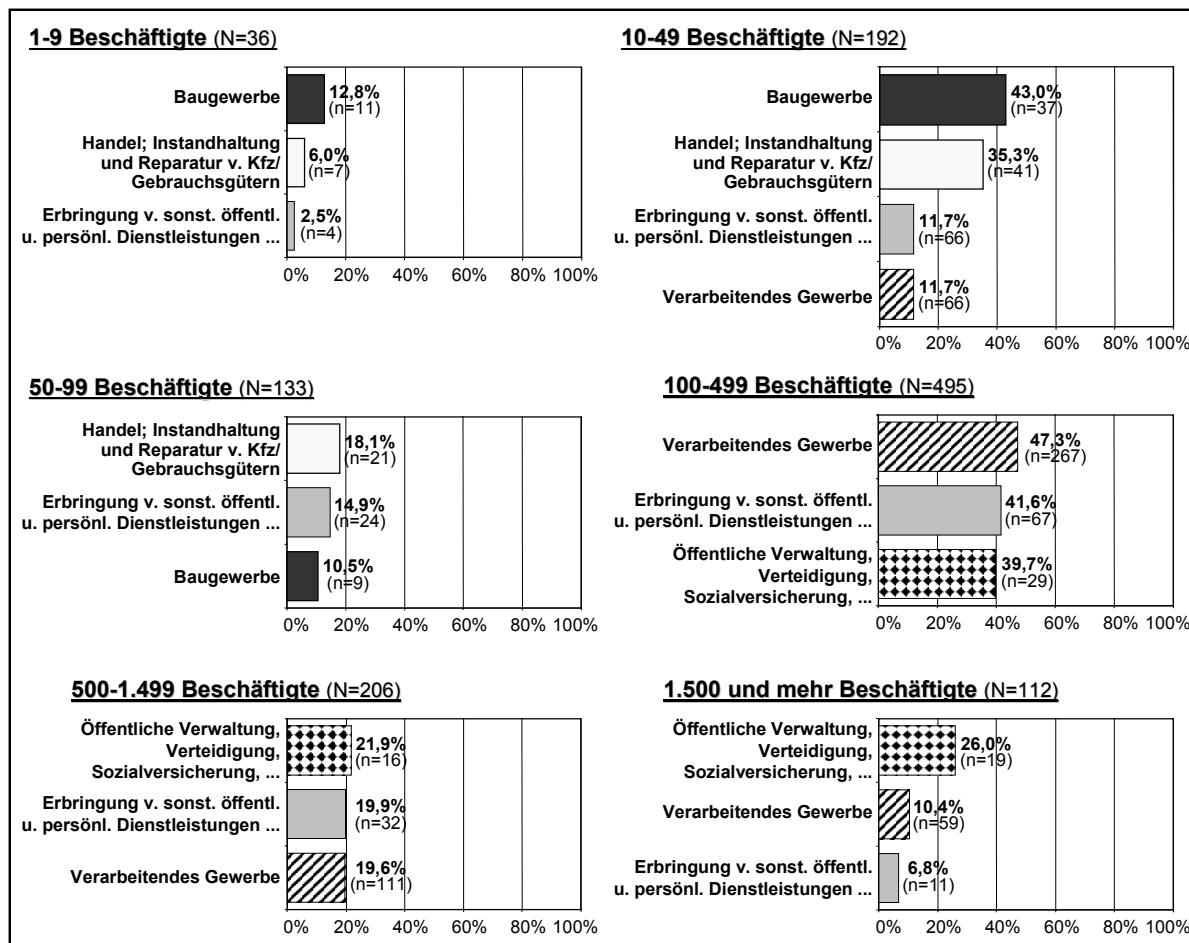
Erfolgskontrollen wurden am häufigsten im „Verarbeitenden Gewerbe“ durchgeführt (45,0%), dann mit absteigender Tendenz in der „Erbringung v. sonstigen ... Dienstleistungen, ...“ (36,0%), dann im „Handel; Instandhaltung u. Reparatur v. Kfz u. Gebrauchsgütern“ (35,3%), in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ (31,5%) sowie im „Baugewerbe“ (31,4%).

Wenn Erfolgskontrollen durchgeführt wurden, dann standen - unabhängig von der jeweiligen Branche - immer die Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention (Anteile zwischen 22,1% und 35,9%), die Zufriedenheit der Arbeitgeber mit der Intervention (20,5%-33,5%) und die Akzeptanz der Aktivität bei den Zielgruppen/Inanspruchnahme (16,4%-31,1%) an vorderster Stelle.

3.3.5 Betriebliche Gesundheitsförderung – Auswertungen nach dem Kriterium Anzahl der Beschäftigten

3.3.5.1 Branchen

Abb. 51: Anzahl der Beschäftigten in den jeweiligen Branchen – Top 3



Die Grafik enthält die jeweils drei am häufigsten benannten Branchen in den jeweiligen Betriebsgrößen. Betriebe mit 1-9 und mit 10-49 Beschäftigten stammten vorwiegend aus dem „Baugewerbe“, dem „Handel; Instandhaltung ...“ und aus dem Wirtschaftszweig „Erbringung v. sonst. öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen“. In Betrieben mit 50-99 Beschäftigten sieht die Verteilung ähnlich aus: Unternehmen mit 100-499 Beschäftigten stammten in erster Linie aus dem „Verarbeitenden Gewerbe“, aus der „Erbringung v. sonst. öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen“ sowie aus der „Öffentlichen Verwaltung ...“. Betriebe mit einer Beschäftigtenzahl von mehr als 500 waren vorwiegend in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ zu finden. Auch die „Erbringung v. sonst. öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen“ und das „verarbeitende Gewerbe“ zählten in dieser Betriebsgröße zu den am häufigsten vertretenen Branchen.

3.3.5.2 Anteil der Frauen

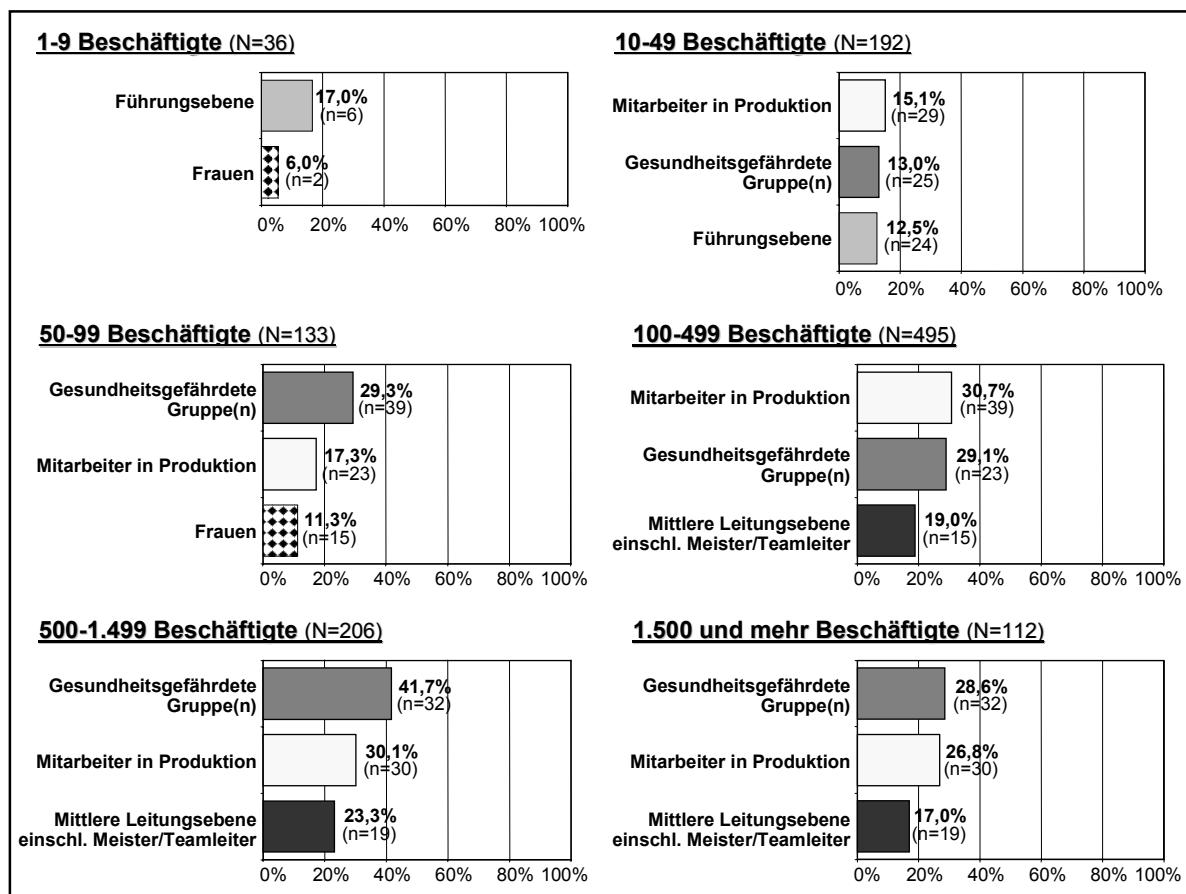
Betrachtet man den Frauenanteil abhängig von den Betriebsgrößen, so war er in vorliegender Erhebung tendenziell höher, je größer die Betriebe waren: Bei den Betriebsgrößen von 1-9 bis hin zu 100-499 Beschäftigten waren vorwiegend Frauenanteile von 0-25% festzustellen (35,2%-66,7%), die Betriebe mit einer Beschäftigtenzahl von 500 und mehr wiesen am häufigsten Frauenanteile von 26-50% auf.

3.3.5.3 Schwerpunktmaßige Zielgruppe

Zu beobachten ist, dass je größer ein Betrieb war, d.h. je mehr Beschäftigte er hatte, desto eher wurden spezifische Zielgruppen ausgewählt. So haben rund die Hälfte aller Unternehmen mit mehr als 500 Beschäftigten spezifische Zielgruppen anvisiert. Bei den Betrieben mit bis zu 100 Beschäftigten waren es im Durchschnitt hingegen rund ein Drittel.

Wenn Zielgruppen mit den Aktivitäten anvisiert wurden, dann waren es, abhängig von der Beschäftigtenzahl, folgende:

Abb. 52: Schwerpunktmaßige Zielgruppen in den jeweiligen Betriebsgrößen – Top 3 (Mehrfachnennungen waren möglich)



In allen Betriebsgrößen, bis auf die Betriebe mit 1-9 Beschäftigten, waren die Aktivitäten in erster Linie auf gesundheitsgefährdete Gruppen und auf die Mitarbeiter in der Produkti-

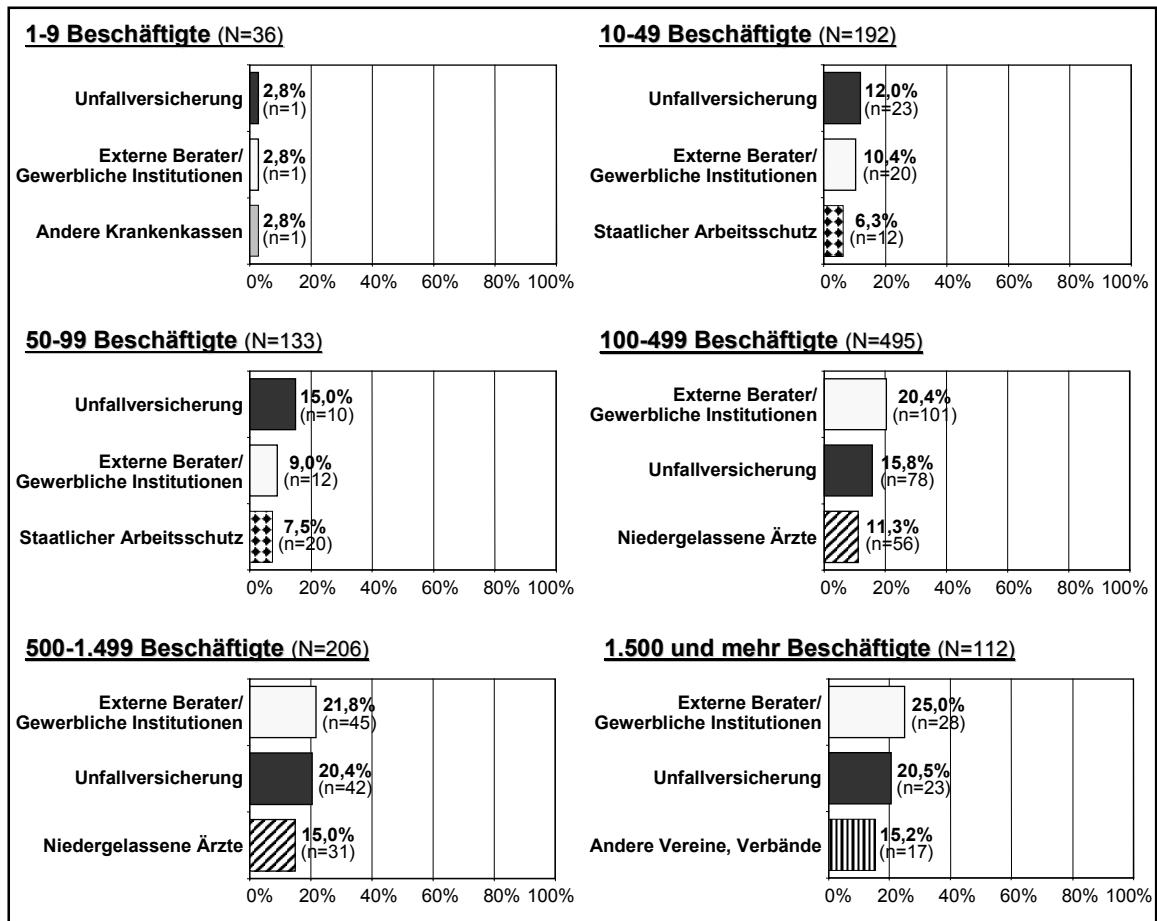
on ausgerichtet. In Betrieben mit 1-9 Beschäftigten richteten sich die Aktivitäten vorwiegend auf die Führungsebene, und dann auf Frauen aus. Unterschiede zwischen den Betriebsgrößen sind bei den jeweils am dritthäufigsten benannten Zielgruppen zu finden: In Unternehmen mit einer Beschäftigtenzahl von über 500 und in Betrieben mit 100-199 Beschäftigten zielten die Aktivitäten noch auf die mittlere Leitungsebene, einschließlich der Meister bzw. Teamleiter ab. Betriebliche Gesundheitsförderung in Betrieben mit 50-99 Mitarbeitern sprach am dritthäufigsten Frauen an und diejenige in Betrieben mit 10-49 Beschäftigten richtete sich an die Führungsebene.

3.3.5.4 Erreichte Personen

- In Betrieben mit 1-9 und 10-49 Beschäftigten wurden auch 1-49 Personen erreicht.
- Betriebe mit 50-99 Mitarbeitern visierten nahezu zur Hälfte 1-49 und 50-99 Personen an.
- In Unternehmen mit 100 Beschäftigten wurden vorwiegend 100-499 Personen (30,6%) sowie 1-49 Personen (24,3%) angesprochen.
- Bei Unternehmen mit 500-1.499 wurden in 18,4% der Fälle 500-999 Personen, in 18,0% der Fälle 1-49 und in 16,5% der Fälle 100-499 Personen erreicht.
- Betriebe mit mehr als 1.500 Mitarbeitern sprachen in erster Linie 1-49 Personen (21,3%) an, gefolgt von 40-99 (16,3%), 100-499 (12,5%), 500-999 (11,3%) und 2.000-4.999 Personen (8,8%).

3.3.5.5 Außerbetriebliche Kooperationspartner

Abb. 53: Außerbetriebliche Kooperationspartner in den jeweiligen Betriebsgrößen – Top 3
(Mehrfachnennungen waren möglich)



Externe Berater bzw. gewerbliche Institutionen und Unfallversicherungen wurden in allen Unternehmen, unabhängig von ihrer Beschäftigtenzahl, am häufigsten als Kooperationspartner benannt. Variationen fanden sich bei den jeweils am dritthäufigsten benannten Kooperationspartnern: In Betrieben mit 10-99 Beschäftigten kooperierten die Akteure mit Einrichtungen des staatlichen Arbeitsschutzes. Unternehmen mit 100-1.499 Mitarbeitern benannten niedergelassene Ärzte, und Unternehmen mit 1.500 und mehr Beschäftigten zogen andere Vereine und Verbände heran. Auffallend wenig Kooperationspartner gab es bei Aktivitäten in Betrieben mit 1-9 Mitarbeitern.

3.3.5.6 Koordination/Steuerung

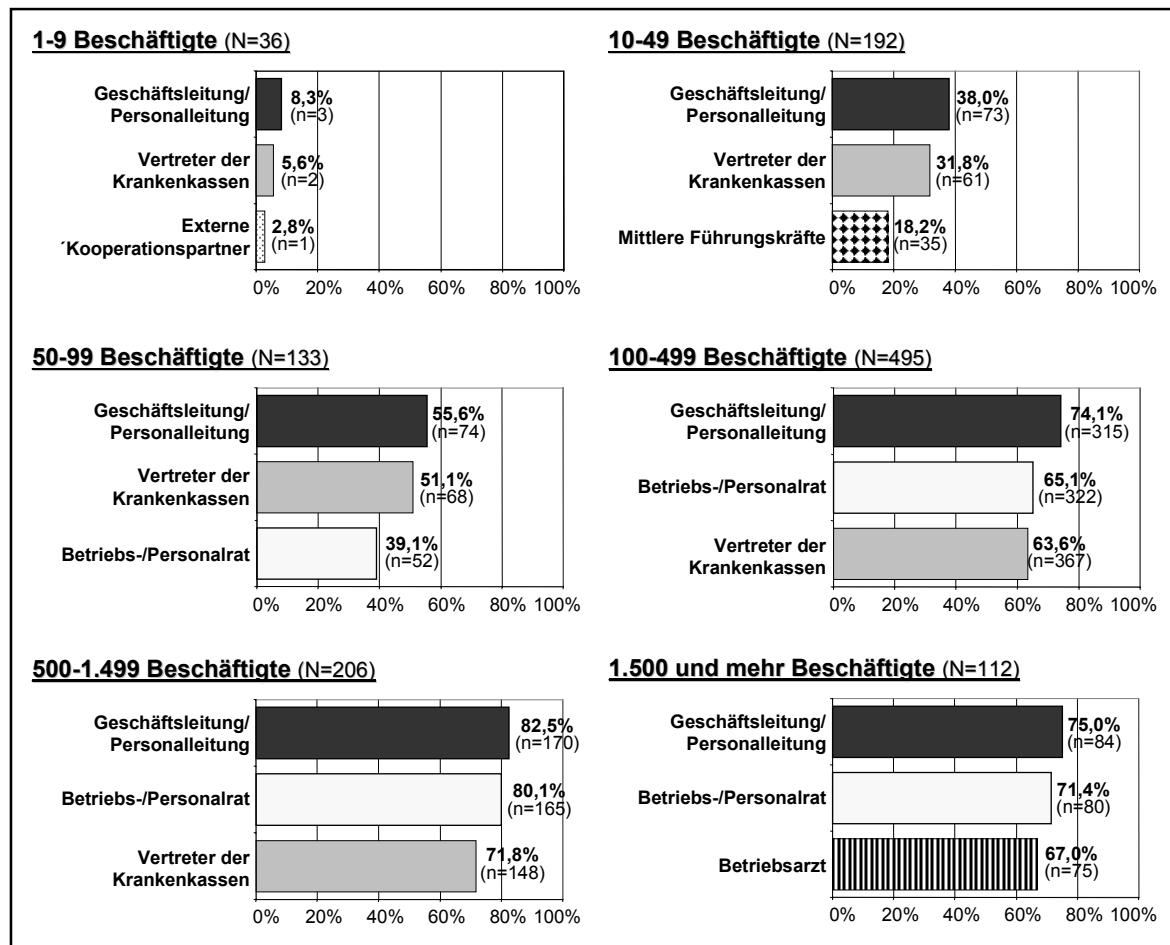
Eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur war am häufigsten bei Betrieben mit mehr als 500 Mitarbeitern zu finden. Dort wurde im Durchschnitt bei 80,2% aller Aktivitäten ein entsprechendes Gremium eingerichtet. Je kleiner die Betriebe waren, desto weniger wur-

den die Aktivitäten durch ein Gremium gesteuert. Auffallend selten fanden sich Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen bei Betrieben mit 1-9 Beschäftigten (8,3%).

Eine Vereinbarung zur Durchführung der Aktivitäten wurde am häufigsten in Betrieben mit mehr als 500 Mitarbeitern getroffen. Der Trend zum Treffen einer Vereinbarung nimmt mit zunehmend geringerer Betriebsgröße ab. Betriebe mit 1-9 Beschäftigten haben hier allerdings in immerhin 19,5% ihrer Aktivitäten eine Vereinbarung getroffen.

Wenn eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur bei den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bestand, dann waren es der Häufigkeit nach folgende:

Abb. 54: Koordination/Steuerung in den jeweiligen Betriebsgrößen – Top 3 (Mehrfachnennungen waren möglich)



Ein Gremium zur Koordination der Aktivitäten setzte sich in allen Betriebsgrößen hauptsächlich aus Geschäfts-/Personalleitung zusammen. An zweiter Stelle standen bei Unternehmen ab 100 Beschäftigten der Betriebs- und Personalrat. Kleinere Betriebe nannten hingegen am zweithäufigsten die Vertreter der Krankenkassen.

3.3.5.7 Bedarfsermittlung

Abb. 55: Bedarfsermittlung in den jeweiligen Betriebsgrößen – Top 3 (Mehrfachnennungen waren möglich)



Ab einer Betriebsgröße von 10 Beschäftigten wurden am häufigsten die Routinedaten der Krankenkassen und die Arbeitsplatzbegehung als Instrumente zur Bedarfsermittlung herangezogen. In Betrieben mit 1-9 Mitarbeitern standen hingegen die Arbeitssituationserfassung und die Belastungs-/Gefährdungsermittlung an erster Stelle.

Unter Beachtung des Datenschutzes wurden bei Nutzung der Routinedaten der Krankenkassen nicht nur betriebsbezogene, sondern auch – mindestens bei Betrieben unter 50 Mitarbeitern - branchenbezogene Daten herangezogen.

3.3.5.8 Gesundheitszirkel

Die Durchführung von Gesundheitszirkeln in den jeweiligen Betriebsgrößen verteilt sich folgendermaßen:

Abb. 56: *Gesundheitszirkel wurden durchgeführt ...*

Innerhalb des Betriebes wurden Gesundheitszirkel durchgeführt		
	Prozent	Anzahl
1 bis 9	19,4%	7
10 bis 49	21,9%	42
50 bis 99	26,3%	35
100 bis 499	27,1%	134
500 bis 1.499	34,0%	70
1.500 und mehr	33,0%	37

Es wurden mehr Zirkel durchgeführt, je größer ein Betrieb war.

In allen Betriebsgrößen fanden mit deutlichem Abstand am häufigsten 1-4 Zirkel statt. Bei Unternehmen mit 500-1.499 und 1.500 und mehr Beschäftigten wurden noch vergleichsweise häufig größere Mengen an Zirkeln durchgeführt:

500-1.499 Beschäftigte: 30-39 Zirkel (3,9%) (zweithäufigste Nennung)
1.500 Beschäftigte und mehr: 30-39 Zirkel (4,5%)
 10-14 Zirkel (3,6%)

3.3.5.9 Intervention

3.3.5.9.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

In allen Betriebsgrößen waren die Aktivitäten vorwiegend auf die Reduktion von körperlichen Belastungen ausgerichtet (die prozentualen Anteile lagen zwischen 60,7% und 80,6%). In allen Betriebsgrößen von 10-49 bis hin zu 499-1.499 Mitarbeitern wurden am zweit- und dritthäufigsten die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung (12,8%-33,3%) und das Stressmanagement (18,2%-41,1%) angesprochen. Bei Betrieben mit 1-9 Mitarbeitern gehörten neben der gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung (33,3%) auch die Gemeinschaftsverpflegung zu den weiterhin sehr häufig behandelten Themen (22,2%). In Unternehmen mit mehr als 1.500 Beschäftigten standen neben der Reduktion von körperlichen Belastungen (62,5%) und dem Stressmanagement (41,1%) noch der Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln (34,8%) im Vordergrund.

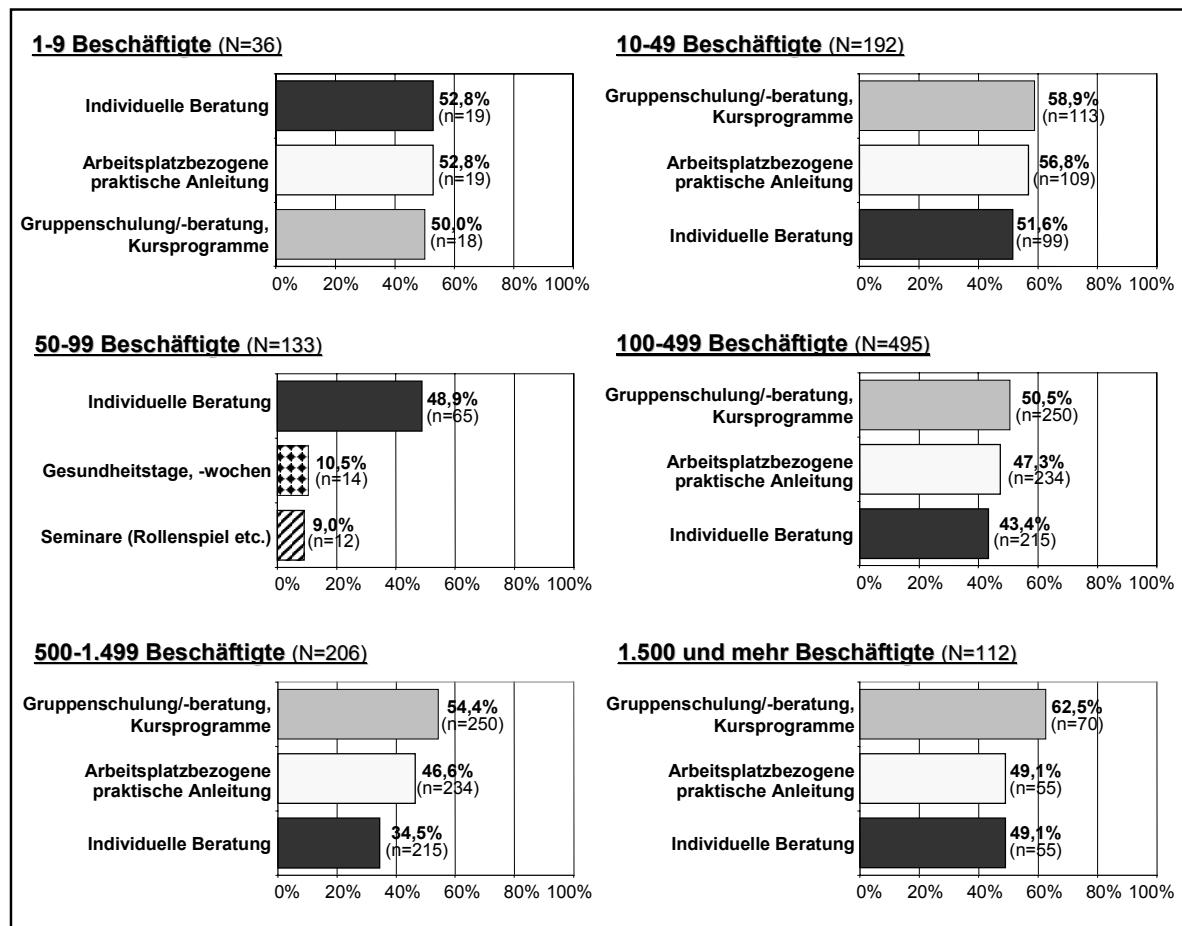
3.3.5.9.2 Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten

In allen Betriebsgrößen bis eine Ausnahme waren die Aktivitäten am häufigsten sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Die Spannweite lag dabei zwischen 42,9% bei

Unternehmen mit 100-499 Beschäftigten (verhaltensbezogene Aktivitäten 37,2%) und 50,5% bei Betrieben mit 50-99 Mitarbeitern (verhaltensbezogene Aktivitäten 31,3%). Bei Betrieben mit 1 bis 9 Beschäftigten wurden rein verhaltensbezogene Aktivitäten genauso häufig praktiziert wie verhaltens- und verhältnisbezogene zusammen (jeweils 50,0%).

3.3.5.9.3 Methoden

Abb. 57: Angewandte Methoden in den jeweiligen Betriebsgrößen – Top 3 (Mehrfachnennungen waren möglich)



Bei Betrieben mit 1-9 und 50-99 Beschäftigten fand am häufigsten die Individuelle Beratung statt. Gruppenschulung/-beratung nahm hingegen bei Unternehmen mit 10-49, 100-499 bis hin zu 1.500 und mehr Beschäftigten den ersten Stellenwert ein. In allen Betriebsgrößen wurden am zweithäufigsten arbeitsplatzbezogene praktische Anleitungen angeboten. Bei den Betrieben mit 50-99 Beschäftigten fiel auf, dass dort Gesundheitstage/-wochen und Seminare (Rollenspiel etc.) zu den drei am häufigsten eingesetzten Methoden zählten.

3.3.5.9.4 Medien

Es werden im folgenden die jeweils drei am häufigsten eingesetzten Medien sowie in Klammern die Spannweiten der prozentualen Anteile dargestellt.

Betriebe mit 1-9 und 10 bis 49-Mitarbeitern:

- Faltblätter, Broschüren (75,0% bis 82,3%)
- Übungsmanuale (39,6% bis 44,4%)
- Video, Foto etc. (27,1% bis 44,4%)

Betriebe mit 50-99 Beschäftigte bis hin zu Unternehmen mit mehr als 1.500 Mitarbeitern:

- Faltblätter, Broschüren (64,1% bis 77,4%)
- Plakate, Informationsausstellungen (35,0% bis 48,2%)
- Übungsmanuale (31,5% bis 34,8%)

3.3.5.10 Erfolgskontrolle

Erfolgskontrollen wurden in folgender Reihenfolge durchgeführt:

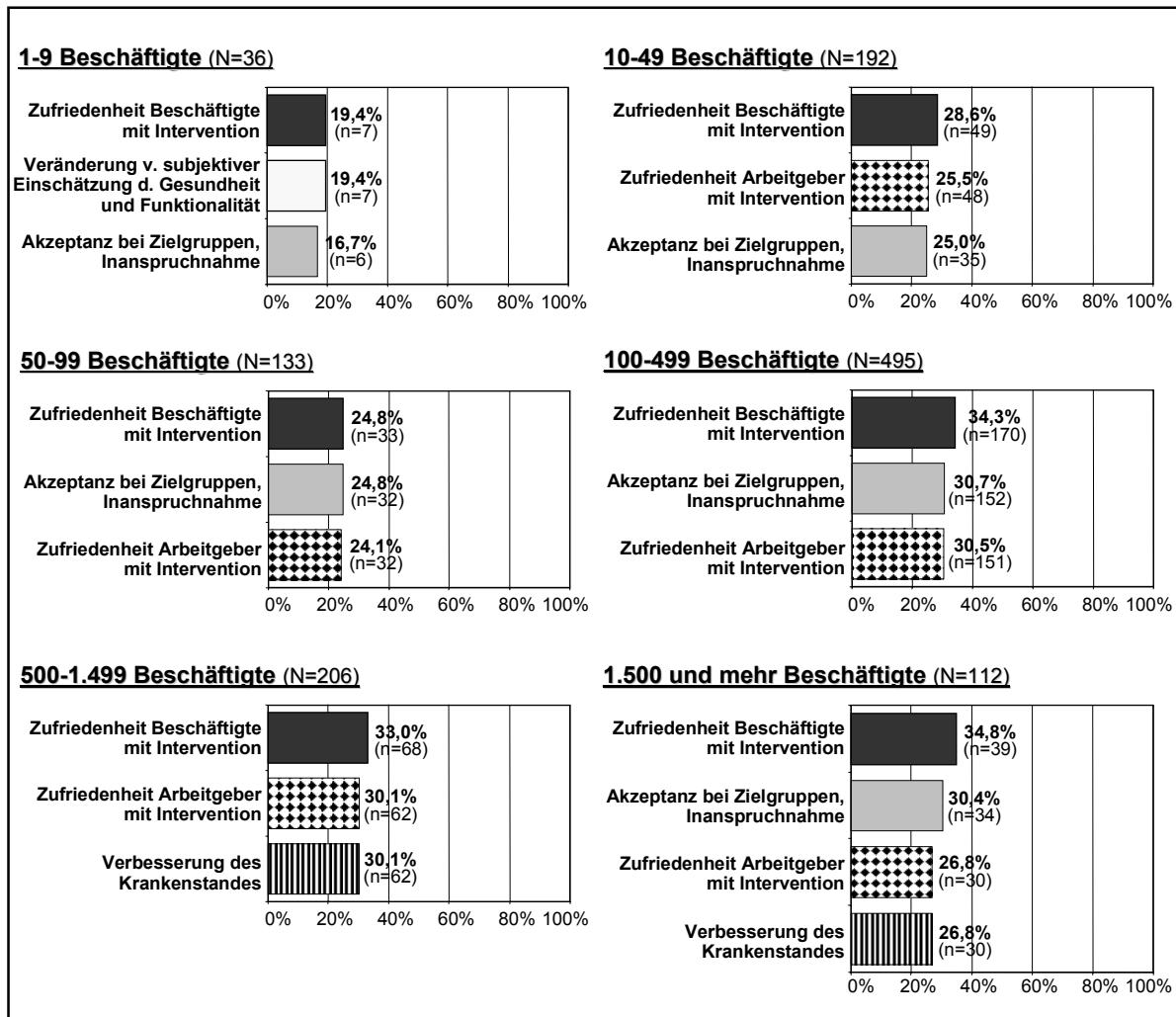
Anzahl der Beschäftigten:

500 bis 1.499:	47,1%
100 bis 499:	44,2%
1.500 und mehr:	40,2%
50 bis 99:	33,1%
1 bis 9:	19,4%

Erfolgskontrollen wurden bei größeren Unternehmen tendenziell häufiger durchgeführt als in kleinen Betrieben.

Wenn Erfolgskontrollen durchgeführt wurden, dann kamen sie in den jeweiligen Betriebsgrößen wie folgt zum Einsatz:

Abb. 58: Erfolgskontrollen in den jeweiligen Betriebsgrößen – Top 3 (Mehrfachnennungen waren möglich)



Bei Unternehmen aller Betriebsgrößen spielten die Kontrolle der Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention sowie die Akzeptanz der Aktivitäten bei den Zielgruppen eine bedeutende Rolle. In Betrieben mit 10-49 Beschäftigten bis hin zu 1.500 und mehr Beschäftigten wurden zudem sehr häufig die Zufriedenheit der Arbeitgeber gemessen. Betriebe mit 1-9 Mitarbeitern ermittelten mitunter sehr häufig die Veränderung der subjektiven Einschätzung von Gesundheit und Funktionalität. Unternehmen mit 500-1.499 und über 1.500 Beschäftigten verglichen zur Prüfung des Erfolgs zudem sehr häufig die Zahlen zum Krankenstand.

3.3.6 Resümee

Bereits in der Struktur der dokumentierten Branchen wird deutlich, dass auch bei einem Anteil von nahezu 50% „verarbeitendes Gewerbe“ – eine Sammelkategorie sehr heterogener Unternehmen, Profile und Produkte – eine große Vielfalt in den betreuten Betrieben festzustellen ist. Vielfalt und auch die hohe Anzahl der dokumentierten Aktivitäten spiegeln dabei den langjährigen Erfahrungshorizont der Akteure in diesem Setting-Ansatz wider.

Die prozesshaften Strukturen sowie das Zusammenspielen interner und externer Experten werden deutlich erkennbar. Gerade die Aktivitäten, die auf abgeschlossenen Vereinbarungen mit den Partnerbetrieben basieren, belegen die Ernsthaftigkeit, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten und Prozesse auf Dauer im betrieblichen Geschehen (im Sinne eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements) zu verankern. Deutlich wird dieses ebenfalls durch die - zwar befristete aber dennoch - lange Laufzeit der Aktivitäten unter Beteiligung der Kassen.

Auch die Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind sehr breit gefächert. Ein Schwerpunkt bei der Bedarfserhebung liegt dabei zunächst auf der Auswertung und Diskussion von Routinedaten der Krankenkassen, einer sicherlich kassenspezifischen Möglichkeit zur Ansprache des Themas im Betrieb. Ergänzt werden diese Auswertungen in der Regel durch weitere betriebsbezogene Instrumente der Bedarfsermittlung z.B. Mitarbeiterbefragungen und Begehungen. Auf diese Weise werden objektive Daten durch die subjektive Bewertung der betrieblichen Situation sinnvoll ergänzt.

Mit der Beschreibung der Gesundheitssituation ist die Basis geschaffen, um begründbare und sinnvolle Umsetzungs-Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention in den Betrieben zu realisieren. Wie bei den Aktivitäten der Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings sind in der betrieblichen Gesundheitsförderung verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen häufig zusammen durchgeführt worden. Auch im betrieblichen Kontext ist dieses als positive Entwicklung zu werten, die in den weiteren Jahren verstärkt werden sollte.

Auch Gesundheitszirkel und ähnliche Mitarbeiterbeteiligungs-orientierte Instrumente werden im Rahmen der BGF-Prozesse dort wo sie sinnvoll und möglich sind betriebsspezifisch genutzt.

Nicht ganz ausgeschöpft wurde das Potenzial der Zielgruppen orientierten Ansprache: Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung richten sich stärker an den gesamten Betrieb als an spezifische Zielgruppen im Betrieb. Da in der Dokumentation nicht nach den Gründen dafür gefragt wurde, lassen sich die Ursachen nicht ermitteln.

Erfolgskontrollen werden erst für gut 40% der BGF-Aktivitäten gemeldet. Unter dem Aspekt der Qualitätssicherung ist hier ein weiterer Entwicklungsbedarf zu sehen. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass viele dokumentierte Prozesse sich noch in der Analyse-

phase befinden und von daher eine Erfolgskontrolle zu diesem Zeitpunkt nicht geplant war.

4 Zusammenfassung

Auf Basis des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, nach welchem Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention erbringen sollen und Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen können, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in Kooperation mit dem MDS ein Dokumentationsverfahren zur bundesweit einheitlichen, krankenkassenartenübergreifenden Berichterstattung über durchgeführte Aktivitäten in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung etabliert. Im Pilotjahr 2001 wurden erstmalig Krankenkassenaktivitäten in nichtbetrieblichen Settings sowie im Setting Betrieb dokumentiert. Dieser Bericht wertet 1.189 Dokumentationsbögen über Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und 143 Dokumentationsbögen über Aktivitäten in nichtbetrieblichen Settings (S) aus. Dabei ist anzumerken, dass in den 143 Dokumentationsbögen zu S rund 247 Settings benannt wurden, d.h. dass sich viele Aktivitäten auf mehrere Settings erstreckten.

Zu den jeweils in den Dokumentationsbögen abgefragten Themenfeldern lassen sich wesentliche Ergebnisse aus betrieblichen und nichtbetrieblichen Settings folgendermaßen zusammenfassen:

Allgemeine Daten:

Nicht ganz zwei Drittel aller nichtbetrieblichen Settings waren Schulen, davon rund 41% Berufsschulen. Betriebliche Gesundheitsförderung wurde bei knapp der Hälfte aller Fälle in Betrieben aus dem verarbeitenden Gewerbe durchgeführt.

Aktivitäten in nichtbetrieblichen Settings liefen bei 34% der Fälle über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr, in 58% der Fälle dauerten sie bis zu einem Jahr an. Bei der BGF waren die Verhältnisse leicht umgekehrt: rund 46% der Aktivitäten liefen über ein Jahr, solche mit einer kürzeren Laufzeit machten einen Anteil von rund 25% aus.

Schwerpunktmaßige Zielgruppen:

In nichtbetrieblichen Settings richteten sich die Aktivitäten tendenziell häufiger auf spezifische Zielgruppen (54%) aus als in Betrieben. Dort wurden in der Mehrheit „alle Menschen“ (57%) angesprochen. Vorwiegende Zielgruppe in nichtbetrieblichen Settings waren Mädchen/Frauen bzw. Jungen/Männer sowie Multiplikatoren/Mediatoren. Bei der BGF waren es in erster Linie gesundheitsgefährdete Gruppen und Mitarbeiter in der Produktion.

Erreichte Personen:

Mit den Aktivitäten wurden in nichtbetrieblichen Settings vorwiegend 1-49 und 50-99 Personen erreicht (Anteil insgesamt 43%). Aufgrund des hohen Anteils an Multiplikatoren/Mediatoren ist davon auszugehen, dass über diese deutlich mehr Personen angesprochen werden konnten. Die Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten ebenfalls am häufigsten 1-49 Personen (34,6%). Mit der Zunahme der Betriebsgrößen nahm auch die Anzahl der erreichten Personen tendenziell zu.

(Außerbetriebliche) Kooperationspartner:

In nichtbetrieblichen Settings wurden bei rund 60% der Fälle Kooperationspartner benannt. Es handelte sich dabei am häufigsten um Vereine/Verbände, gefolgt von Öffentlicher/n Verwaltung/Institutionen, Sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen sowie dem Gesundheitsamt (32%-21%). Bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurden in knapp der Hälfte der Fälle außerbetriebliche Kooperationspartner benannt. Vorwiegend waren dies externe Berater/gewerbliche Institutionen und Unfallversicherungen (18,4%, 15,3%).

Koordination/Steuerung:

Das Vorhandensein einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur wurde häufiger in der Betrieblichen Gesundheitsförderung bejaht (66%) als in nichtbetrieblichen Settings (44%). Ebenfalls wurden Vereinbarungen zur Durchführung von Setting- bzw. BGF-Aktivitäten häufiger in Betrieben (42%) als in nichtbetrieblichen Settings (20%) getroffen. Bei der BGF konnten Teilnehmer am Steuerungsgremium weiter spezifiziert werden: dieses setzte sich vorwiegend aus Geschäfts-/Personalleitung (65%), aus Vertretern der Krankenkassen (56%) sowie aus Betriebs-/Personalrat (54%) zusammen.

Gesundheitszirkel:

Gesundheitszirkel fanden in der BGF deutlich häufiger (28%) statt als in nichtbetrieblichen Settings (9%). In beiden Ansätzen wurden hauptsächlich 1-4 Zirkel durchgeführt. Je größer ein Betrieb war, desto eher wurden auch größere Mengen an Gesundheitszirkel durchgeführt.

Intervention:

Bei nichtbetrieblichen Settings waren die Aktivitäten vorwiegend auf Bewegung (72%) und Ernährung (54%) ausgerichtet. Auch bezogen sie sich bei 37% der Fälle auf einen gesundheitsgerechten Umgang miteinander (Kommunikation, Konflikt, Entwicklung des Settings). Betriebliche Gesundheitsförderung war in rund zwei Dritteln der Fälle auf die Reduktion von körperlichen Belastungen ausgerichtet. Zusätzlich nahmen die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung (24%) und das Stressmanagement (21%) eine bedeutende Rolle ein.

Sowohl in betrieblichen (33,5%) als auch in nichtbetrieblichen Settings (60%) waren die Aktivitäten überwiegend verhaltens- und verhältnisbezogen.

Besonders in nichtbetrieblichen Settings wurden viele Methoden miteinander kombiniert angewendet, im Durchschnitt waren es fünf. Dabei waren bei gut der Hälfte der Settingaktivitäten die fünf Methoden „Vortrag“, „Beispiel geben, demonstrieren“, „Praktische Übungen/Schulung, Verhaltensbeobachtung, Körperwahrnehmung, Rollenspiel, gegenseitige Übungen etc.“, „Diskussion“ und „individuelle Beratung“ vertreten, sowohl für sich allein als auch in Kombination mit weiteren diversen Methoden.

In der BGF wurden nicht ganz so viele Methoden miteinander kombiniert, im Durchschnitt waren es 2,5. Am häufigsten traten die drei Methoden „Gruppenschulung und – beratung/Kursprogramme“, „Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung“ und „individuelle Beratung“ in Erscheinung - sowohl einzeln als auch miteinander kombiniert (s. S. 54).

Die sowohl in nichtbetrieblichen als auch in betrieblichen Settings am häufigsten eingesetzten Medien waren Faltblätter und Broschüren (71%-83%). In nichtbetrieblichen Settings fanden zudem Übungsmanuale (63%) und die praktische Arbeit mit Medien, wie Video und Foto (60%) Verwendung. Bei der BGF waren es noch die Plakate/Informationsausstellungen (39%) und Übungsmanuale (34%).

Erfolgskontrolle:

Erfolgskontrollen wurden bei nichtbetrieblichen Settings in 33% der Fälle, bei der BGF in 40% der Fälle durchgeführt. Diese Werte unterschätzen die tatsächlichen Erfolgskontrollen, da viele Aktivitäten am Ende des Berichtsjahrs noch nicht abgeschlossen waren. Wenn Erfolgskontrollen stattfanden, dann prüften die Akteure in beiden Settingansätzen grundsätzlich mehrere Parameter: so wurden bei den nichtbetrieblichen Settings im Durchschnitt sieben, bei der BGF im Durchschnitt sechs Felder markiert.

Bei nichtbetrieblichen Settings zählten die „Zugänglichkeit, Akzeptanz der Aktivitäten bei den Zielgruppen“, die „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, die „Veränderung von Kompetenzen“, die Messung der „Veränderung von Verhaltensparametern“ und der „Veränderung von Abläufen“ zu den fünf am häufigsten eingesetzten Erfolgskontrollen. In Betrieben wurden die „Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention“, die „Akzeptanz der Intervention bei den Zielgruppen, Inanspruchnahme“, die „Zufriedenheit der Arbeitgeber mit der Intervention“, die „Verbesserung des Krankenstandes“ und die „Verbesserung von Verhaltensparametern“ vorwiegend geprüft.

Die Dokumentationsbögen wurden sowohl in ihrer Gesamtheit ausgewertet als auch nach den Kriterien Setting (S) bzw. Branche und Anzahl der Beschäftigten (BGF). Tendenziell wiesen in nichtbetrieblichen Settings die Berufsschulen andere Ergebnisse auf als die allgemeinen Schulen. Bei der Branchenauswertung (BGF) unterschieden sich im wesentlichen die Ergebnisse der „Öffentlichen Verwaltung ...“ und der „Erbringung von sonstigen ... Dienstleistungen ...“ von denen des „Verarbeitenden Gewerbes“, des „Handels ...“ und des „Baugewerbes“. Die betriebsgrößenspezifische Auswertung (BGF) machte in der Regel betriebsgrößenspezifische Unterschiede sichtbar.

5 Fazit und Ausblick

Mit der kassenartenübergreifenden Dokumentation der Krankenkassenaktivitäten gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V hat die GKV einen neuen Weg beschritten. Erstmals wird über alle Krankenkassenarten hinweg einheitlich bundesweit Transparenz über das Leistungs-geschehen im Feld der Primärprävention /Gesundheitsförderung hergestellt. Die hohe Bereitschaft der Krankenkassen diese freiwillige Selbstverpflichtung umzusetzen, zeigt sich in der großen Anzahl der Dokumentationsbögen, die den Spitzenverbänden zur gemeinsamen Auswertung bereits im Pilotjahr 2001 zugegangen sind. Da für 2001 die Krankenkassen nicht alle ihre Aktivitäten gemeldet haben, ist davon auszugehen, dass sich die Zahl des Rücklaufs bereits für das Berichtsjahr 2002 deutlich erhöhen wird.

Die Dokumentation zeigt, dass die Krankenkassen ihren Auftrag, einen Beitrag zu leisten zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit in bezug auf Gesundheitschancen erfüllen: In der betrieblichen Gesundheitsförderung, aber auch in den nicht betrieblichen Settings, in denen deutlich geringere Kassenerfahrungen vorliegen, bringen sie sich ihrem Gesetzesauftrag gemäß ein. Alle Setting-Aktivitäten sind ein Beleg dafür, dass die Krankenkassen nicht nur im Bereich von sogenannten „Komm-Strukturen“ (z.B. Klassische Kursangebote) aktiv sind, sondern ihr Know How und ihre Ressourcen auch dahin bringen wo die Menschen leben, lernen, arbeiten („Bringstruktur“).

Die Dokumentation zeigt erfreulicherweise, dass das Setting, sei es die Schule oder der Betrieb, nicht nur als ein sinnvoller Zugangsweg zu den Zielgruppen genutzt wird, sondern selbst Gegenstand gesundheitsförderlicher Umgestaltung unter Einbeziehung der Betroffenen als Beteiligte gesehen wird. Dies gilt es kontinuierlich weiter zu entwickeln und zu verbreitern, um mit immer mehr Aktivitäten unter Beteiligung anderer verantwortlicher Akteure zu nachhaltigen gesundheitsförderlichen Veränderungen für die Menschen beizutragen.

Vor allem bei den nicht betrieblichen Settings, bei denen die Aktivitäten weniger häufig durch eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur koordiniert und begleitet werden, gilt es für die Zukunft, dass die Krankenkassen als Partner in der Gesundheitsförderung vermehrt auf die Etablierung solcher Strukturen drängen. Eine wichtige Funktion bei dem Aufbau von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen könnten dabei Kooperationspartner wie beispielsweise Schulaufsicht, Runde Tische, Landesvereinigungen für Gesundheit und der öffentliche Gesundheitsdienst einnehmen.

Wichtige Erkenntnisse hat das Pilotjahr 2001 als Testphase in Bezug auf die Praktikabilität und Eindeutigkeit der erarbeiteten Dokumentationsbögen erbracht. Diese Erkenntnisse gilt es bei der Überarbeitung der Dokumentationsbögen zu nutzen, um sie (ab Erhebungsjahr 2003) mit ausführlicher Ausfüllanleitung zum Erzielen einheitlicher eindeutiger Werte optimiert zum Einsatz zu bringen.

Mit der Dokumentation sollten auch bestehende Defizite erkannt werden und Potentiale in der Gesundheitsförderung ausgeschöpft werden. Ansatzpunkte hierfür sind neben der

notwendigen Weiterentwicklung von verhältnispräventiven Interventionen und von Steuerungsstrukturen eine zunehmende Etablierung von Erfolgskontrollen als Routinen bei allen Setting-Aktivitäten.

Der Anspruch der GKV, mit der Dokumentation einen wichtigen Basisbeitrag zur Qualitätssicherung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu leisten, kann bei selbstverständlich gesehenem Weiterentwicklungsbedarf durchaus bereits jetzt als erfüllt angesehen werden. Dies gilt um so mehr, wenn die nächste Dokumentation 2002 zusätzlich zu den Krankenkassenaktivitäten in den nicht betrieblichen Settings und im Setting Betrieb die Aktivitäten nach dem individuellen Ansatz der Primärprävention umfassen wird.

Mit der Erarbeitung gemeinsamer und einheitlicher Instrumente der Erfolgskontrolle durch die GKV wird dieser Qualitätsmanagementprozess zukünftig abgerundet werden.

6 Anhang

6.1 Dokumentationsbögen

6.1.1 Dokumentationsbogen Setting-Ansatz

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

S
Primärprävention mittels
Setting-Ansatz gemäß
§ 20 Abs. 1 SGB V

Wichtige Ausfüllhinweise:

Bitte füllen Sie je einen Bogen für alle Aktivitäten aus, die in einem Setting durchgeführt wurden.

Der Berichtszeitraum ist vom Beginn der Aktivitäten bis zum 31. 12. des Berichtsjahres.

Laufen die Aktivitäten mehrjährig, wird jedes Jahr ein Bogen ausgefüllt.

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

Senden Sie den Bogen bitte bis zum 31. 03. des Folgejahres an den Spitzenverband.

Krankenkasse (freiwillige Angabe)

Berichtsjahr

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

1 Allgemeine Daten

Setting

	<i>ja</i>	<i>nein</i>	Institutionen für spezifische Bevölkerungsgruppen (z. B. Menschen in schwierigen sozialen Situationen wie Alleinerziehende, Sozialhilfeempfänger, Gewaltpflege, Obdachlose, Arbeitslose, psychisch Kranke, Drogenabhängige)	<i>ja</i>	<i>nein</i>
Grundschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13
Sonderschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	...und zwar:		
Hauptschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3			
Realschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4			
Gymnasium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5	Altenheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 14
Gesamtschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6	Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15
Berufsschule o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7	Anderes Setting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 16
Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8	... und zwar:		
Kindergarten/Kindertagesstätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9			
Stadtteile/Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10			
Verein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 11			
...und zwar:					
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 12	Datum des Starts der primärpräventiven Aktivitäten in diesem Setting		
			Monat, Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Bitte in jeder Zeile entweder "ja" oder "nein" ankreuzen.

Status der Aktivitäten	ja	nein
noch laufend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 17
Mitwirkung der Krankenkassen wurde in diesem Jahr abgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 18

2 Schwerpunktmaßige Zielgruppe

Keine spezifische Zielgruppe, das heißt:

alle Menschen im Setting werden angesprochen	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 19

Falls "ja": Gehen Sie bitte gleich zum nächsten Punkt "Kooperationspartner" über

Sie können mehrere Zielgruppen benennen. Bitte in jeder Zeile "ja" oder "nein" ankreuzen.

	ja	nein
Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20
Mädchen/Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 21
Jungen/Männer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 22
Multiplikatoren / Mediatoren (Fortbildung bzw. Kooperation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 23
...und zwar:		
Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24
Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25
Nichtpädagogisches Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 26
Sozialarbeiter oder anderes im sozialen Bereich tätiges Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 27
Im medizinischen Bereich tätiges Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 28
Sonstige Zielgruppen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 29

Mit den Aktivitäten wurden erreicht:

ca. Personen

3 Kooperationspartner

Sie können mehrere Kooperationspartner benennen. Bitte in jeder Zeile "ja" oder "nein" ankreuzen.

Die folgenden Kooperationspartner haben Ressourcen (personell, finanziell, sachlich) in die Aktivitäten der Primärprävention eingebracht:

	ja	nein
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30
Niedergelassene Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 31
Sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 32
Öffentliche Verwaltung/Institutionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 33
Vereine, Verbände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 34
Andere Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 35
Wissenschaftliche Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 36
Unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 37
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 38
Andere,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 39

und zwar:

4 Koordination und Steuerung

Bitte in jeder Zeile entweder "ja" oder "nein" ankreuzen.

Es gibt eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur (z. B. Arbeitskreis Gesundheit)	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 40

Eine Vereinbarung zur Durchführung von Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz wurde abgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 41
--	--------------------------	-----------------------------

5 Bedarfsermittlung

Seit Beginn der Gesundheitsförderungsaktivitäten wurde die folgenden Schritte unternommen, um im Setting den Präventionsbedarf zu ermitteln:

	ja	nein
Begehung des Settings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 42
Befragung der Zielgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 43
Expertenbefragung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 44
Screening, medizinische Untersuchung (z. B. Blutdruck, Gewicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 45
Fähigkeitstests, z.B. bewegungsmotorische Tests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 46

Einsatz von Instrumenten zur Messung von gesundheitsbezogenen Einstellungen, Kenntnissen, Erwartungen und Bewertungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 47
Einsatz von Instrumenten zur Messung von Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 48	
Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 49	
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 50	
.....			

Verhaltensbezogene Aktivitäten:

(Seit Beginn der primärpräventiven Aktivitäten)

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

ja nein
 59

6 Intervention

Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten

(Seit Beginn der primärpräventiven Aktivitäten)
Bitte in jeder Zeile entweder "ja" oder "nein" ankreuzen.

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

	<i>ja</i>	<i>nein</i>
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 51
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 52
Stressreduktion/Entspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 53
Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 54
Gesundheitsgerechter Umgang mit einander (Kommunikation, Konflikt, Entwicklung des Settings)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 55
Weitere Handlungsfelder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 56
... und zwar:		
.....		

Verhältnisbezogene Aktivitäten:

(Seit Beginn der primärpräventiven Aktivitäten)

Aktivitäten zur gesundheitsförderlichen Umgestaltung des Umfelds bzw. der Strukturen im Setting	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... und zwar:		
.....		

Aktivitäten zur gesundheitsförderlichen Umgestaltung der Abläufe im Setting	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... und zwar:		
.....		

Methoden:

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

	<i>ja</i>	<i>nein</i>
Fort- und Weiterbildung von Mediatoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 60
Vortrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 61
Beispiel geben, demonstrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 62
Praktische Übungen, praktische Schulung, Verhaltensbeobachtung, Körperwahrnehmung, Rollenspiel, gegenseitige Übungen etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 63
Diskussion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 64
Individuelle Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 65
Aufbau sozialer Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 66
Praktische Arbeit mit Medien (z. B. Video)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 67
Übungsmanuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 68
Plakate, Faltblätter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 69
Gesundheitstage, -wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 70
Anleitung und Unterstützung themenzentrierter Gruppenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 71
Fremdsprachige Angebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 72
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 73
... und zwar:		

7 Gesundheitszirkel

Es wurden Gesundheitszirkel durchgeführt

ja nein
 1

8 Erfolgskontrolle

(ggf. bitte beifügen)

Eine Erfolgskontrolle wurde
durchgeführt

ja nein
 ₇₄

*falls "nein": Sie können die
Bearbeitung des Bogens
hiermit abschließen*

Inhalte:

Sie können mehrere Inhalte ankreuzen. Bitte in
jeder Zeile entweder "ja" oder "nein" ankreuzen.

Mit der Erfolgskontrolle wurde überprüft:

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| Veränderung von... | ja | nein |
| Umfeld/Strukturen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₇₅ |
| Abläufen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₇₆ |
| Verhaltensparametern (z. B. Ernährungs- oder Bewegungsmuster, Stressbewältigung, rücksenschonende Arbeitsweise) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₇₇ |
| Kompetenzen (z. B. Wissen, Selbstbewusstsein, Mitwirkung bei der Umgestaltung des Umfelds) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₇₈ |
| Gesundheitsparameter (z. B. Blutdruck, Body-Mass-Index etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₇₉ |
| subjektive Einschätzung der Gesundheit und Funktionalität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₈₀ |
| Gesundheitsökonomische Analyse, z.B. Kostenerfassung, Kosten-Nutzen-Analyse etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₈₁ |
| Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₈₂ |
| Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₈₃ |
| Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₈₄ |
| Kooperation, Netzwerkbildung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₈₅ |
| Verfestigung der Intervention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₈₆ |
| Diffusion von Programmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₈₇ |
| Anderes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₈₈ |

...und zwar:

Ergebnisse:

Zu den Ergebnissen der Erfolgskontrolle liegen schriftliche Berichte/Veröffentlichungen vor

ja nein
 ₈₉

6.1.2 Dokumentationsbogen betriebliche Gesundheitsförderung

Dokumentation der Leistungen der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung

B

Betriebliche Gesund-
heitsförderung gemäß
§ 20 Abs. 2 SGB V

Wichtige Ausfüllhinweise:

Bitte füllen Sie je einen Bogen für alle Aktivitäten aus, die in einem Betrieb/Standort durchgeführt wurden.

Der Berichtszeitraum ist vom Beginn der Maßnahmen bis zum 31. 12. des Berichtsjahres.

Laufen die Maßnahmen mehrjährig, wird jedes Jahr ein Bogen ausgefüllt.

Bei Gemeinschaftsaktivitäten mehrerer Krankenkassen ist vor Ort festzulegen, welche Krankenkasse die Maßnahmen dokumentiert. Um Doppel erfassungen zu vermeiden, darf pro Betrieb und Jahr nur ein Bogen ausgefüllt und von nur einer Krankenkasse weitergeleitet werden.

Senden Sie den Bogen bitte bis zum 30. 04. des Folgejahres an den Spitzenverband.

Krankenkasse (freiwillige Angabe)

Berichtsjahr

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

1 Allgemeine Daten zum Betrieb

Branche

(Einteilung nach Statist. Bundesamt, WZ93, Wirtschaftsabteilungen)

Bitte nur eine Branche ankreuzen

Land und Forstwirtschaft, Fischerei (A+B) 2

Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden (C) 3

Verarbeitendes Gewerbe (D) 4

Energie- und Wasserversorgung (E) 5

Baugewerbe (F) 6

Handel;
Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern (G) 7

Gastgewerbe (H) 8

Verkehr und Nachrichtenübermittlung (I) 9

Kredit- und Versicherungsgewerbe (J) 10

Grundstücks- und Wohnungswesen,
Vermietung beweglicher Sachen,
Erbringung von Dienstleistungen
überwiegend für Unternehmen (K) 11

Öffentliche Verwaltung, Verteidigung,
Sozialversicherung, Internationale
Organisationen (L+Q) 12

Erbringung von sonstigen öffentlichen und
persönlichen Dienstleistungen, Erziehung
u. Unterricht, Gesundheits- und Sozial-
wesen, Private Haushalte (M, N, O, P) 13

Bitte nur ein Kreuz machen.

Anzahl Beschäftigte:

1 – 9 14

10 – 49 15

50 – 99 16

100 – 499 17

500 – 1499 18

1500 und mehr 19

Bitte nur ein Kreuz machen.

Anteil der Frauen an den Beschäftigten

0 – 25% 20

26 – 50% 21

51 – 75% 22

76 – 100% 23

Datum des Beginns der Gesundheitsförderungs-
Aktivitäten

Monat, Jahr

Bitte in jeder Zeile entweder "ja" oder "nein" ankreuzen.

Status der Aktivitäten	ja	nein
noch laufend	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 24
Mitwirkung der Krankenkassen wurde in diesem Jahr abgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 25

2 Schwerpunktmaßige Zielgruppe

	ja	nein
Keine spezifische Zielgruppe, das heißt: alle Beschäftigten werden angesprochen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 26

Falls "ja": Gehen Sie bitte gleich zum nächsten Punkt "Außerbetriebliche Kooperationspartner" über

Sie können mehrere Zielgruppen benennen. Bitte in jeder Zeile "ja" oder "nein" ankreuzen.

Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 27
Führungsebene	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 28
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 29
Auszubildende	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 30
Frauen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 31
Mitarbeiter in der Verwaltung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 32
Mitarbeiter in der Produktion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 33
Ältere Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 34
Ausländische Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 35
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 36
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 37

.....

Mit den Aktivitäten wurden erreicht:

ca. Personen

3 Außerbetriebliche Kooperationspartner

Sie können mehrere Kooperationspartner benennen. Bitte in jeder Zeile "ja" oder "nein" ankreuzen.

Die folgenden Kooperationspartner haben Ressourcen (personell, finanziell, sachlich) in die Aktivitäten der BGF eingebracht:

	ja	nein
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 38
Staatlicher Arbeitsschutz	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 39
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 40
Niedergelassene Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 41
Sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 42
Öffentliche Verwaltung/Institutionen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 43
Arbeitgeberverbände	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 44
Gewerkschaften	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 45
Andere Vereine, Verbände	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 46
Andere Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 47
Wissenschaftliche Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 48
Externe Berater / gewerbliche Institutionen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 49
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 50

.....

4 Koordination und Steuerung

Bitte in jeder Zeile entweder "ja" oder "nein" ankreuzen.

Es gibt eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur (z. B. Arbeitskreis Gesundheit, Arbeitsschutzausschuss)	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 51

Im Steuerungsgremium sind vertreten:

Betriebs-/Personalrat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 52
Betriebsarzt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 53
Geschäftsleitung/Personalleitung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 54
Sicherheitsfachleute	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 55
Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 56
Mittlere Führungskräfte	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 57
Vertreter der Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 58
Vertreter der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 59
externe Kooperationspartner	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 60

Eine Vereinbarung mit dem Betrieb/ zur Durchführung von Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde abgeschlossen

61

5 Bedarfsermittlung

Seit Beginn der Gesundheitsförderungsaktivitäten wurde die folgenden Schritte zur Bedarfsermittlung unternommen:

	ja	nein
Arbeitsplatzbegehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 62
Arbeitssituationserfassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 63
Belastungs- und Gefährdungsermittlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 64
Befragung der Zielgruppe/< Mitarbeiterbefragung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 65
Expertenbefragung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 66
Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen (z.B. AU-Datenanalyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 67
Bewegungs-Analyse am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 68
Screening, medizinische Untersuchung (z. B. Blutdruck, Gewicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 69
Fähigkeitstests, z.B. bewegungsmotorische Tests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 70
Einsatz von Instrumenten zur Messung von gesundheitsbezogenen Einstellungen, Kenntnissen, Erwartungen und Bewertungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 71
Einsatz von Instrumenten zur Messung von Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 72
Analyse von Zusammenhängen zwischen Belastungen und Arbeitsunfähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 73
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 74

6 Gesundheitszirkel

Es wurden innerhalb des Betriebes Gesundheitszirkel durchgeführt	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 75

Geschätzter Aufwand für die Gesundheitszirkel
(Krankenkassen, Betrieb, Kooperationspartner
zusammen genommen)

ca. Personcentage

7 Intervention

Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten

(Seit Beginn der Gesundheitsförderungsaktivitäten)

Bitte in jeder Zeile entweder "ja" oder "nein" ankreuzen.

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

	ja	nein
Angebote zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 76
Angebote zum Stressmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 77
Angebote zur Reduktion körperlicher Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 78
Angebote zur Prävention von Genuss- und Suchtmittelmissbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 79
Angebote zur gesundheitsgerechten Gemeinschaftsverpflegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 80
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 81

Verhältnisbezogene Aktivitäten

Seit Beginn der Gesundheitsförderungsaktivitäten
wurde durchgeführt:

Aktivitäten zur gesundheits- förderlichen Umgestaltung des <i>Arbeitsumfelds</i> oder der <i>Strukturen</i>	ja	nein
... und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 82

Geschätzter Aufwand hierfür (Gesamtaufwand
von Krankenkassen, Betrieb, Kooperationspart-
nern inklusive Planung und Ausführung, z.B. auch
von Umbaumaßnahmen; falls der Betrieb keine
Angaben machen konnte, bitte das Feld freilas-
sen)

ca. Personcentage

Aktivitäten zur gesundheits- förderlichen Umgestaltung von <i>Arbeitsabläufen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 83
... und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geschätzter Aufwand hierfür (Krankenkassen,
Betrieb, Kooperationspartner zusammen genom-
men; falls der Betrieb keine Angaben machen
konnte, bitte das Feld freilassen)

ca. Personcentage

Verhaltensbezogene Aktivitäten

(Seit Beginn der primärpräventiven Aktivitäten)

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

ja nein

84

Geschätzter Aufwand hierfür (Krankenkassen, Betrieb, Kooperationspartner zusammen genommen; falls der Betrieb keine Angaben machen konnte, bitte das Feld freilassen)

ca. Personentage

Methoden:

ja nein

Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung

85

Gruppenschulung und –beratung/ Kursprogramme

86

Seminare(Rollenspiel etc.)

87

Individuelle Beratung

88

Aktivitäten zur Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen und/ oder praktischer Fertigkeiten, Handlungs-, Entscheidungs- oder Selbstwahrnehmungskompetenzen

89

Gesundheitstage, -wochen

90

Fremdsprachige Angebote

91

Medien:

Video, Foto etc.

92

Übungsmanuale

93

Faltblätter, Broschüren

94

Plakate, Info-Ausstellungen

95

Sonstiges:

96

8 Erfolgskontrolle

Seit Beginn der Aktivitäten wurde mindestens eine Erfolgskontrolle durchgeführt

ja nein
 97

falls "nein": Sie können die Bearbeitung des Bogens hiermit abschließen

Sie können mehrere Inhalte ankreuzen. Bitte in jeder Zeile entweder "ja" oder "nein" ankreuzen.

Mit der Erfolgskontrolle wurde überprüft:

Verbesserung von... ja nein

Strukturen 98

Abläufen 99

Verhaltensparametern (z. B. Ernährungs- oder Bewegungsmuster, Stressbewältigung, rückschonende Arbeitsweise) 100

Kompetenzen (z. B. Wissen, Selbstbewusstsein, Mitwirkung bei der Umgestaltung des Umfelds) 101

Gesundheitsparametern (z. B. Blutdruck, Body-Mass-Index etc.) 102

subjektive Einschätzung der Gesundheit und Funktionalität 103

Verbesserung des Krankenstandes 104

Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme 105

Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention 106

Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention 107

Bekanntheitsgrad der Intervention im Betrieb 108

Kooperation, Netzwerkbildung mit anderen Betrieben bzw. außerbetriebl. Instanzen 109

Verfestigung der Intervention (Dauereinrichtung) 110

Gesundheitsökonomische Analyse (z.B. Kostenerfassung d. Aktivitäten, Kosten-Nutzen-Analyse etc.) 111

Anderes: 112

Zu den Ergebnissen der Erfolgskontrolle liegen schriftliche Berichte/Veröffentlichungen vor

ja nein
 113

(ggf. bitte beifügen)

7 Tabellen

Vorliegender Bericht enthält alle wesentlichen Ergebnisse. Sollte darüber hinaus ein Interesse an detaillierten Daten bestehen, kann der zum Bericht dazugehörige Tabellenband angefordert werden.

8 Zu Grunde liegende und weiterführende Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.; 2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ 15, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.; 1996): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 3, Mainz.

Franzkowiak, Peter; Sabo, Peter (Hrsg.; 1998): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 1, Mainz.

Spitzenverbände der Krankenkassen (2002): Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Vorstellung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 22. Mai 2002.

Spitzenverbände der Krankenkassen (2001): 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 27. Juni 2001.

Walter, Ulla; Drupp, Michael; Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg., 2002): Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Weinheim und München.

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

9 Organisation und Verantwortlichkeiten

- **Lenkungsgremium:**

Arbeitskreis der PräventionsreferentInnen der Spitzenverbände der Krankenkassen:

IKK Bundesverband (Federführung), Bergisch Gladbach: Alfons Chavet, Siegfried Heinrich, Dr. Volker Wanek

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg: Karin Niederbühl, Dirk Fischenich

AOK-Bundesverband, Bonn: Sibylle Becker, Dr. Gudrun Eberle, Roland Kraemer, Karin Schreiner-Kürten

BKK Bundesverband, Essen: Michael Bellwinkel, Margot Wehmöhner, Jürgen Wolters

See-Krankenkasse, Hamburg: Cornelia Lutzke

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel: Ulrike Kiehl

Bundesknappschaft, Bochum: Stefan Glahn, Eberhard Koch

MDS, Essen: Dr. Dagmar Hutzler, Mandy Handschuch

- **Konzeption Verfahrensablauf und Erhebungsinstrumente**

Dr. Harald Strippel, MDS

Arbeitskreis der PräventionsreferentInnen der Spitzenverbände der Krankenkassen

- **Projektrealisation**

Leitung: Dr. Dagmar Hutzler, MDS

Wissenschaftliche Mitarbeit: Mandy Handschuch, MDS

Beratung Datenmanagement: Alexander Wagner, MDS