

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn

BKK Bundesverband, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

See-Krankenkasse, Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Bundesknappschaft, 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 2002

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

1 EINLEITUNG	9
2 PROJEKTBESCHREIBUNG UND -ORGANISATION	11
2.1 DOKUMENTATIONSVERFAHREN	11
2.2 ERHEBUNGSMETHODEN	12
2.3 ZIELGRUPPEN VON AKTIVITÄTEN DER PRIMÄRPRÄVENTION	13
2.4 DER DOKUMENTATIONSERGANG FÜR DAS JAHR 2002	13
3 ERGEBNISDARSTELLUNG	15
3.1 HINWEISE ZUR ERGEBNISBESCHREIBUNG	15
3.2 PRIMÄRPRÄVENTION NACH DEM INDIVIDUELLEN ANSATZ	17
<i>3.2.1 Individuelle Inanspruchnahme von Angeboten der Primärprävention</i>	<i>17</i>
<i>3.2.2 Kursanbieter</i>	<i>18</i>
<i>3.2.3 Inanspruchnahme von individuellen Angeboten nach Alter und Geschlecht</i>	<i>19</i>
<i>3.2.4 Resümee</i>	<i>22</i>
3.3 PRIMÄRPRÄVENTION IN NICHTBETRIEBLICHEN SETTINGS	23
<i>3.3.1 Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings – Ergebnisse des Gesamtdatensatzes</i>	<i>23</i>
3.3.1.1 Allgemeine Daten	23
3.3.1.1.1 Setting	23
3.3.1.1.2 Start und Status der Aktivitäten	24
3.3.1.2 Schwerpunktmaßige Zielgruppen	25
3.3.1.3 Anzahl der erreichten Personen	26
3.3.1.4 Kooperationspartner	27
3.3.1.5 Koordination und Steuerung	28
3.3.1.6 Bedarfsermittlung	29
3.3.1.7 Gesundheitszirkel	30
3.3.1.8 Intervention	30
3.3.1.8.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	30
3.3.1.8.2 Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten	31
3.3.1.8.3 Angewandte Methoden	32
3.3.1.8.4 Eingesetzte Medien	33
3.3.1.9 Erfolgskontrolle	34
<i>3.3.2 Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings: Schulen und Berufsschulen</i>	<i>37</i>
3.3.2.1 Start und Status der Aktivitäten	37
3.3.2.2 Schwerpunktmaßige Zielgruppen	38
3.3.2.3 Kooperationspartner	38
3.3.2.4 Koordination und Steuerung	40
3.3.2.5 Bedarfsermittlung	40
3.3.2.6 Gesundheitszirkel	41

3.3.2.7	Intervention	42
3.3.2.7.1	Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	42
3.3.2.7.2	Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten	43
3.3.2.7.3	Methoden	44
3.3.2.7.4	Eingesetzte Medien	45
3.3.2.8	Erfolgskontrolle	46
3.3.3	<i>Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings: Weitere Settings</i>	47
3.3.3.1	Start und Status der Aktivitäten	47
3.3.3.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen	48
3.3.3.3	Kooperationspartner	48
3.3.3.4	Koordination und Steuerung	49
3.3.3.5	Bedarfsermittlung	50
3.3.3.6	Gesundheitszirkel	50
3.3.3.7	Intervention	51
3.3.3.7.1	Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	51
3.3.3.7.2	Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten	51
3.3.3.7.3	Methoden	52
3.3.3.7.4	Eingesetzte Medien	52
3.3.3.8	Erfolgskontrolle	53
3.3.4	<i>Nichtbetriebliche Settings - Auswertungen hinsichtlich vorhandener Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen</i>	55
3.3.5	<i>Resümee</i>	59
3.4	BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG (BGF)	61
3.4.1	<i>Betriebliche Gesundheitsförderung – Ergebnisse des Gesamtdatensatzes</i>	61
3.4.1.1	Allgemeine Daten	61
3.4.1.1.1	Branche	61
3.4.1.1.2	Betriebsgröße (Anzahl Beschäftigte)	63
3.4.1.1.3	Frauenanteil	64
3.4.1.1.4	Start und Status der Gesundheitsförderungsmaßnahmen	64
3.4.1.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen	65
3.4.1.3	Anzahl der erreichten Personen	66
3.4.1.4	Außenbetriebliche Kooperationspartner	67
3.4.1.5	Koordination und Steuerung	67
3.4.1.6	Bedarfsermittlung	69
3.4.1.7	Gesundheitszirkel	70
3.4.1.8	Intervention	71
3.4.1.8.1	Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	71
3.4.1.8.2	Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	72
3.4.1.8.3	Angewandte Methoden	73
3.4.1.8.4	Eingesetzte Medien	73
3.4.1.9	Erfolgskontrolle	75
3.4.2	<i>Betriebliche Gesundheitsförderung – branchenbezogene Auswertungen</i>	77
3.4.2.1	Anzahl der Beschäftigten	78
3.4.2.2	Anteil der Frauen	79
3.4.2.3	Schwerpunktmäßige Zielgruppen	80
3.4.2.4	Erreichte Personen	81
3.4.2.5	Außenbetriebliche Kooperationspartner	82
3.4.2.6	Koordination und Steuerung	82
3.4.2.7	Bedarfsermittlung	83
3.4.2.8	Gesundheitszirkel	83

3.4.2.9	Intervention	84
3.4.2.9.1	Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	84
3.4.2.9.2	Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten	84
3.4.2.9.3	Angewandte Methoden	85
3.4.2.9.4	Eingesetzte Medien	85
3.4.2.10	Erfolgskontrolle	86
3.4.3	BGF – Auswertungen nach dem Kriterium Anzahl der Beschäftigten	87
3.4.3.1	Branchen	87
3.4.3.2	Anteil der Frauen	87
3.4.3.3	Schwerpunktmaßige Zielgruppe	88
3.4.3.4	Erreichte Personen	89
3.4.3.5	Außenbetriebliche Kooperationspartner	89
3.4.3.6	Koordination/Steuerung	90
3.4.3.7	Bedarfsermittlung	90
3.4.3.8	Gesundheitszirkel	91
3.4.3.9	Intervention	91
3.4.3.9.1	Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	91
3.4.3.9.2	Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten	92
3.4.3.9.3	Methoden	92
3.4.3.9.4	Medien	92
3.4.3.10	Erfolgskontrolle	93
3.4.4	BGF - Auswertungen hinsichtlich vorhandener Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen	95
3.4.4.1	Bedarfsermittlung	95
3.4.4.1.1	Bedarfsermittlung allgemein	95
3.4.4.1.2	Bedarfsermittlung in den jeweiligen Branchen	96
3.4.4.1.3	Bedarfsermittlung nach Betriebsgrößen	97
3.4.4.2	Intervention	97
3.4.4.2.1	Intervention allgemein	97
3.4.4.2.2	Intervention nach Branchen	100
3.4.4.2.3	Intervention nach Betriebsgrößen	104
3.4.5	Eingesetzte Methoden und Medien in den jeweiligen Handlungsfeldern	108
3.4.6	Resümee	109
4	ZUSAMMENFASSUNG	111
5	FAZIT UND AUSBLICK	115
6	ANHANG	117
6.1	DOKUMENTATIONSBÖGEN	117
6.1.1	<i>Auswertungsbogen individueller Ansatz</i>	118
6.1.2	<i>Dokumentationsbogen Setting-Ansatz</i>	119
6.1.3	<i>Dokumentationsbogen Betriebliche Gesundheitsförderung</i>	123
7	TABELLEN	127
8	ZU GRUNDE LIEGENDE UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR	127
9	ORGANISATION UND VERANTWORTLICHKEITEN	129

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?

Antworten auf diese wie auf zahlreiche weitere Fragen lassen sich dem vorliegenden Bericht über die Aktivitäten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der vorbeugenden Gesundheitssicherung "Dokumentation 2002" entnehmen.

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, Prävention und Gesundheitsförderung ziel- und ergebnisbezogen zu etablieren, weil dies mittelfristig positive Auswirkungen auf Lebensqualität und Produktivität, aber auch auf das gesamte Krankheits- und Versorgungsgeschehen hat. Dazu werden nur qualitativ einwandfreie Leistungen von entsprechend qualifizierten Anbietern für eine Förderung durch die Krankenkassen zugelassen.

In Umsetzung dieses von der GKV uneingeschränkt unterstützten Ziel des Gesetzgebers haben die Spitzenverbände der Krankenkassen ein ganzes Bündel von aufeinander abgestimmten Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung eingeleitet.

Grundlegend für alle weiteren Maßnahmen war die bereits im Jahr 2000 erfolgte Entwicklung eines gemeinsamen Leitfadens der GKV-Spitzenverbände¹, der die Inhalte und Qualitätsstandards beschreibt, die alle Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung mindestens einhalten müssen. Darüber hinausgehend haben sich die Krankenkassen freiwillig verpflichtet, alle von ihnen durchgeföhrten Maßnahmen nach einheitlichen Kriterien zu erfassen und zu dokumentieren. Durch diese jährlich aktualisierte Dokumentation wird nicht nur Transparenz über die Aktivitäten der Krankenkassen in der vorbeugenden Gesundheitssicherung gegenüber der Öffentlichkeit hergestellt. Der beim Medizinischen Dienst vorliegende Datenpool dieser Dokumentation steht den Krankenkassen auch für interne Auswertungen zur Verfügung und ermöglicht so ein kontinuierliches Monitoring ihrer Aktivitäten als Grundlage für ein professionelles Qualitätsmanagement. Ergänzt und komplettiert werden diese Aktivitäten des weiteren durch einheitliche Verfahren und Instrumente zur Messung der Effektivität der Primärprävention und Gesundheitsförderung, die sich zur Zeit noch in der Entwicklung befinden.

In ihrer Gesamtheit sollen alle diese Maßnahmen dazu beitragen, Prävention und Gesundheitsförderung als einen wichtigen Baustein qualitätsgesichert und dauerhaft im Leistungsspektrum der GKV zu verankern.

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.

Der jetzt vorgelegte Bericht dokumentiert erstmals zusätzlich zu den Aktivitäten in Betrieben und anderen Settings auch die vielfältigen primärpräventiven Kurse und Gruppenberatungen in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung sowie Genuss- und Suchtmittelkonsum, die die Krankenkassen im Jahr 2002 gefördert oder selbst durchgeführt haben.

Gegenüber dem Bericht 2001 ist auch die Datengrundlage deutlich umfangreicher geworden: So umfasst die Erhebung von Maßnahmen in nichtbetrieblichen Settings 454 Dokumentationsbögen mit Informationen über Aktivitäten in 686 Settings (2001: 143 Erhebungsbögen, 247 Settings). Zur Betrieblichen Gesundheitsförderung wurden insgesamt 2.358 auswertbare Dokumentationsbögen in die Auswertung einbezogen (2001: 1.189 Doku-Bögen). Insgesamt konnten nach vorsichtigen Schätzungen jeweils gut 500.000 Personen durch diese Aktivitäten erreicht werden.

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 mit kritisch-konstruktiven Anregungen von Anfang an begleitet haben.

Ein besonderer Dank gilt jedoch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Krankenkassen-Geschäftsstellen, die die praktische Umsetzung der vielfältigen Maßnahmen vor Ort leisten und ohne deren großes Engagement es diesen Bericht nicht gäbe.

Bergisch Gladbach, im März 2004



Rolf Stuppardt

Vorstandsvorsitzender des IKK-Bundesverbandes

1 Einleitung

Prävention und Gesundheitsförderung werden zunehmend als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, bei der der Gesetzlichen Krankenversicherung neben anderen verantwortlichen Akteuren eine wichtige Rolle zukommt. Sie können sowohl zu einer Verbesserung von Rahmenbedingungen als auch zu einer Erhöhung der Eigenverantwortlichkeit von Personen im Umgang mit ihrer Gesundheit beitragen. Durch eine gesündere Lebensweise soll eine allgemeine Verbesserung von Wohlbefinden und Lebensqualität in der Bevölkerung erreicht werden – langfristig auch mit dem erhofften Nebeneffekt der finanziellen Entlastung der Krankenversicherungssysteme.

Die Krankenkassen nehmen ihren Teil dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe unter anderem dadurch wahr, dass sie ihre Angebote insbesondere in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung qualitativ fortwährend zu verbessern suchen und damit ein möglichst hohes Niveau anstreben sowie die Angebote auch quantitativ verbreiten wollen. Ziel ist insbesondere, mit den Aktivitäten alle Bevölkerungsschichten zu erreichen, gerade auch solche Personen und deren Angehörigen, die aufgrund ungünstigerer sozialer Rahmenbedingungen, wie z.B. geringes Einkommen, niedriger beruflicher Status, minimale Schulbildung, tendenziell seltener präventive Angebote in Anspruch nehmen und gleichzeitig einen höheren Bedarf an Gesundheitsförderung haben².

Die GKV hat hierfür bereits im Jahr 2000 unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständiges eine für alle Kassenarten verbindliche Handlungsanleitung zu primärpräventiven Aktivitäten und zur Betrieblichen Gesundheitsförderung vor Ort verfasst: den *GKV-Leitfaden „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000, überarbeitete Fassung vom 12. September 2003“*.

Die primärpräventiven Aktivitäten werden darin nach dem Setting-Ansatz³, dem Individualen Ansatz⁴ und der Betrieblichen Gesundheitsförderung untergliedert. Der Setting-Ansatz hat den Vorteil, dass die Menschen in ihren Lebensumfeldern aktiv in die Aktivitäten eingebunden werden und auf diese Weise vorhandene Gesundheitspotenziale entdeckt werden können. Durch organisatorische Veränderungen lassen sich dort die Verhältnisse verbessern, was wiederum zu einer nachhaltigen Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Betroffenen führen kann. Im Leitfaden werden die wesentlichen als wirksam anerkannten Handlungsfelder „Bewegung“, „Ernährung“, „Stressmanagement“ und „verantwortlicher Umgang mit Sucht- und Genussmitteln“ von primärpräventiven Maßnahmen benannt⁵.

² Vgl. Mielck 2000.

³ Aktivitäten in den jeweiligen Lebensumfeldern, wie z.B. Schulen oder Stadtteil/Ort.

⁴ Kurs-/Seminarangebote, die von einzelnen Versicherten wahrgenommen werden.

⁵ Eine ausführliche Beschreibung des GKV-Leitfadens siehe Dokumentationsbericht „Leistungen der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung. Dokumentation 2001“, S. 7 f.

Die jährlich veröffentlichte *Dokumentation*, die insbesondere Statistiken über Leistungen der Krankenkassen nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V beinhaltet, stellt auf Basis des GKV-Leitfadens einen weiteren Baustein der Qualitätssicherung in der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Sie dient der Herstellung einer bundesweiten Transparenz über die genannten Aktivitäten. Durch die Dokumentation sollen bestehende Potenziale in der Gesundheitsförderung aufgezeigt und Defizite ermittelt werden. Sie dient ebenfalls der Vermeidung wettbewerbsbedingter Fehlentwicklungen. Wurden für das Pilotjahr 2001 noch ausschließlich Ergebnisse nach dem Setting-Ansatz (nichtbetriebliche Settings und Betriebliche Gesundheitsförderung) abgebildet, so enthält die vorliegende Dokumentation für 2002 darüber hinaus Informationen über den Individuellen Ansatz (Inanspruchnahme einzelner Kurs- und Seminarangebote durch Versicherte).

Als dritter Baustein der Qualitätssicherung ist zur Überprüfung der Wirksamkeit der von den Krankenkassen durchgeführten und geförderten Aktivitäten die *Evaluation* der primärpräventiven Leistungen vorgesehen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen (SpiK) haben zusammen mit zwei wissenschaftlichen Instituten in 2003 mit den mehrjährigen Entwicklungsarbeiten der Instrumente und Verfahren begonnen.

2 Projektbeschreibung und -organisation

Auf Basis des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, nach dem Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention erbringen sollen und Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen können, haben die SpiK unter Einbeziehung wissenschaftlicher Anregungen⁶ in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) ein Dokumentationsverfahren zur bundesweit einheitlichen, krankenkassenartenübergreifenden Berichterstattung über durchgeführte Aktivitäten in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung erarbeitet. Die Dokumentationsberichte werden in jährlichem Turnus erstellt und bilden die Aktivitäten des jeweiligen Vorjahres ab. Dabei handelt es sich um Aktivitäten, die durch die Krankenkassen selbst oder von deren Kooperationspartnern durchgeführt wurden, oder um solche, die von externen Institutionen ausgeführt, 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.

Setting-Ansatz: Zur Erfassung der in den nichtbetrieblichen Settings durchgeführten Aktivitäten wurde ein Dokumentationsbogen entwickelt, der in dieser (2002) und auch der nächsten Berichtsperiode (2003) noch per Hand oder PC ausgefüllt und über die Spitzenverbände der Krankenkassen an den MDS weitergeleitet wurde bzw. wird⁷.

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

⁶ 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 Vertreter von <ul style="list-style-type: none">• Bundesministerium für Gesundheit und Sozialordnung• Gesundheitsministerkonferenz der Länder Weitere Experten <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

⁷ Eine EDV-technische Lösung zur Erfassung der Daten ist ab dem Berichtsjahr 2004 geplant.

Für die Weiterleitung der Daten aus den drei Dokumentationsverfahren sind bestimmte Zeiträume festgelegt⁸. Aus den Daten wird jeweils bis zum Ende des Folgejahres ein Dokumentationsbericht erstellt.

2.2 Erhebungsinstrumente

Beim *Individuellen Ansatz* werden folgende Angaben zum einzelnen Leistungsempfänger in anonymisierter Form erhoben:

- Art der Leistung (Präventionsprinzip)
- Geschlecht
- Alter
- Versichertenstatus (Härtefall ja/nein, nach Härtefall-Definition § 61 SGB V)⁹

Als Erhebungsinstrumente für den *Setting-Ansatz (S)* und die *Betriebliche Gesundheitsförderung (B)* werden jeweils entsprechende Dokumentationsbögen (s. Anhang, S. 117 ff.) eingesetzt. Beide Dokumentationsbögen beinhalten die gleichen Themenkomplexe. Dabei sind die Inhalte der einzelnen Items den allgemeinen Settings bzw. den betriebsspezifischen Gegebenheiten angeglichen.

Erfasst werden die Themenkomplexe:

- Allgemeine Daten (Setting/Branche, Start/Status der Aktivitäten, Anzahl der Beschäftigten und Anteil der Frauen in den Betrieben)
- Schwerpunktmaßige Zielgruppe
- (Außerbetriebliche) Kooperationspartner
- Koordination und Steuerung
- Bedarfsermittlung
- Gesundheitszirkel
- Intervention
- Erfolgskontrolle

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

⁸ Setting-Ansatz und BGF bis 31.04., Individueller Ansatz bis zum 31.05 des jeweiligen Folgejahres.

⁹ Bei Härtefällen nach § 61 SGB V handelt es sich um Versicherte, die aufgrund eines in Abs. 2 desselben Paragraphen beschriebenen niedrigen Einkommens von Zuzahlungen zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfmitteln sowie zu Zahnersatz und Krankenfahrten befreit werden. Durch die Erfassung der Härtefälle erhalten die Krankenkassen einen Anhaltspunkt über den Anteil an sozial benachteiligten Kursteilnehmern.

2.3 Zielgruppen von Aktivitäten der Primärprävention

Mit ihren primärpräventiven Angeboten zielen die Krankenkassen insbesondere auch auf die Versicherten und ihre Familienangehörigen ab, die unter schlechteren sozialen Rahmenbedingungen leben. Über individuelle Kurs- und Seminarangebote werden diese meist nicht in dem gewünschten Ausmaß erreicht, da die Betroffenen solche Kurse seltener aufsuchen als Personen mit günstigeren sozialen Lebensbedingungen (vgl. auch Anteil der „Härtefälle“ beim Individuellen Ansatz, Kap. 3.2, S. 17 f.).

Der Setting-Ansatz, d.h. das Ansprechen der Menschen in ihren jeweiligen Lebensumfeldern bietet demgegenüber gute Chancen, ein möglichst breites Spektrum und damit auch häufiger die Personen zu erreichen, die sich nicht im oberen Bereich von Bildung, Einkommen und Berufsstand befinden. Im Setting können unter Beteiligung der darin lebenden und/oder arbeitenden Menschen die Rahmenbedingungen für ein Mehr an Gesundheit verbessert und damit ein Beitrag zu Verhaltensänderungen geleistet werden. Auch können im Setting nicht nur das Individuum selbst, sondern weitere Personen über das Individuum erreicht werden. So wurden beispielsweise nach den Ergebnissen dieser Dokumentation Familien meist über Aktivitäten in Schulen oder Kindergärten erreicht (vgl. Kap. 3.3, S. 47).

Unter diesem Aspekt achten die Krankenkassen bei der Planung ihrer primärpräventiven Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz in der Regel auf die Auswahl der Settings, des jeweiligen Standortes, als auch der Zielgruppen. Der hohe Anteil an Schulen (Grund-, Haupt-, Real- und Berufsschulen), der der vorliegenden Dokumentation zu entnehmen ist, liefert hierfür ein Indiz (vgl. Kap. 3.3.1.1.1, S. 23). Schärfere Parameter (wie z. B. Einkommen, Ausbildung, Berufsstand) wurden und werden auch in Zukunft nicht erhoben. Sie sind realistisch kaum erfassbar und können schnell zu Stigmatisierungen von Menschen beitragen.

2.4 Der Dokumentationsbericht für das Jahr 2002

Die vorliegende Dokumentation berichtet für das Jahr 2002 über Aktivitäten nach dem *Setting-Ansatz*, der *Betrieblichen Gesundheitsförderung* und erstmals über Kurse/Seminare, die von einzelnen Versicherten in Anspruch genommen wurden (*Individueller Ansatz*). Die oben beschriebenen Dokumentationsbögen dienen dabei als Instrumente zur Informationsgewinnung. Erste Erfahrungen mit den Dokumentationsbögen S (Setting-Ansatz) und B (Betriebliche Gesundheitsförderung) wurden bereits im Berichtsjahr 2001 gesammelt. Aufgrund dieser Erfahrungen wurden die Erhebungsinstrumente zwischenzeitlich überarbeitet.¹⁰

Die Dokumentationsbögen für das Berichtsjahr 2002 sollten bis Ende April 2003 ausgefüllt und über die Spitzenverbände der Krankenkassen beim Medizinischen Dienst der Spit-

¹⁰ Die überarbeitete Version wird ab dem Berichtsjahr 2004 eingesetzt werden.

zenverbände der Krankenkassen (MDS) e.V. eingereicht werden. Sie wurden für dieses Berichtsjahr noch manuell erfasst und im weiteren per EDV ausgewertet.¹¹

Der Rücklauf für 2002 war gegenüber demjenigen des Vorjahres 2001 deutlich umfangreicher geworden: so umfasst die nichtbetriebliche Setting-Erhebung 454 Dokumentationsbögen mit Informationen über Aktivitäten in 686 Settings. Zur Betrieblichen Gesundheitsförderung gingen insgesamt 2.358 auswertbare Dokumentationsbögen ein. Obwohl im Vergleich zur Betrieblichen Gesundheitsförderung deutlich weniger Erhebungsbögen zum Setting-Ansatz eingingen, wurden laut Schätzungen der durch die Aktivitäten erreichten Personen in beiden Ansätzen vergleichbar viele Menschen erreicht (Setting insgesamt etwa 529.000, Betriebe insgesamt 515.000 erreichte Personen).

Abb. 1: Rücklauf Dokumentationsbögen nichtbetriebliche Settings und Betriebliche Gesundheitsförderung

Rücklauf Dokumentationsbögen (Anzahl)		
Berichtsjahr	Nichtbetriebliche Settings	Betriebliche Gesundheitsförderung
2001	143 (247 Settings)	1.189
2002	454 (686 Settings)	2.358

Da es sich bei der Dokumentation von Leistungen der Primärprävention nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V um eine *freiwillige* Selbstverpflichtung der Gesetzlichen Krankenversicherung handelt und somit das Ausfüllen und Einreichen der Dokumentationsbögen freiwillig ist, kann bei vorliegendem Dokumentationsbericht nicht der Anspruch erhoben werden, dass darin sämtliche Aktivitäten der Primärprävention, die tatsächlich bundesweit von den Krankenkassen geleistet bzw. gefördert wurden, vollständig abbildet werden. Aufgrund der guten Kooperation der Krankenkassen ist jedoch davon auszugehen, dass die große Mehrzahl aller Aktivitäten erfasst wurde und die vorliegenden Daten somit die gewünschte Transparenz über die GKV-Praxis in der Primärprävention herstellen. Für die Zukunft ist eine weitere Zunahme des Datenrücklaufs, insbesondere bei den nichtbetrieblichen Settings, zu erwarten.

¹¹ Mit den weiterentwickelten Erhebungsinstrumenten werden in Zukunft die Daten ebenfalls EDV-technisch erfasst.

3 Ergebnisdarstellung

Erstmals werden in vorliegendem Bericht für das Jahr 2002 auch die Ergebnisse der Piloterhebung zum individuellen Ansatz abgebildet. Ihre Dokumentation nimmt den ersten Teil der Ergebnisdarstellung ein (Kap. 3.2.).

Im zweiten und dritten Teil werden die Ergebnisse der Setting-Erhebung (Kap. 3.3) und der Betrieblichen Gesundheitsförderung (Kap. 3.4) in der gleichen thematischen Abfolge, wie sie in beiden Dokumentationsbögen erfasst wurden, beschrieben. Dabei werden jeweils neben den allgemeinen Auswertungen auch Ergebnisse hinsichtlich ausgewählter Kriterien dargestellt. Bei den nichtbetrieblichen Settings handelt es sich um *Setting-bezogene Auswertungen* (Kap. 3.3.2 (Schulen/Berufsschulen) und 3.3.3 (nicht-schulische Settings)). Bezuglich der Betrieblichen Gesundheitsförderung werden die Merkmale „*Branche*“ (Kap. 3.4.2) und „*Betriebsgröße*“ (Anzahl der Beschäftigten)“ (Kap. 3.4.3) einer näheren Betrachtung unterzogen.

Bei beiden Ansätzen findet im Berichtsjahr 2002 erstmals – insbesondere bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung – eine differenziertere Untersuchung der *Bedarfsermittlung* und *Interventionen hinsichtlich bestehender bzw. fehlender Koordinierungs- und Steuerungsstrukturen* statt (Kap. 3.3.4 (S) und 3.4.4 (BGF)).

Ergebnisse aus dem Berichtsjahr 2001 werden im Folgenden ausschließlich bei den Gesamtergebnissen des nichtbetrieblichen Settingansatzes und der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Klammern angeführt. Aus dieser Gegenüberstellung lassen sich insofern nur schwer Vergleiche herstellen, als für beide Jahre sehr unterschiedliche Datenmengen vorliegen. D.h. Unterschiede zu 2001 können schlicht durch den größeren Datenumfang in 2002 bedingt sein und stellen nicht unbedingt Veränderungen bei den Aktivitäten gegenüber dem Vorjahr dar.

3.1 Hinweise zur Ergebnisbeschreibung

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

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

3.2 Primärprävention nach dem Individuellen Ansatz

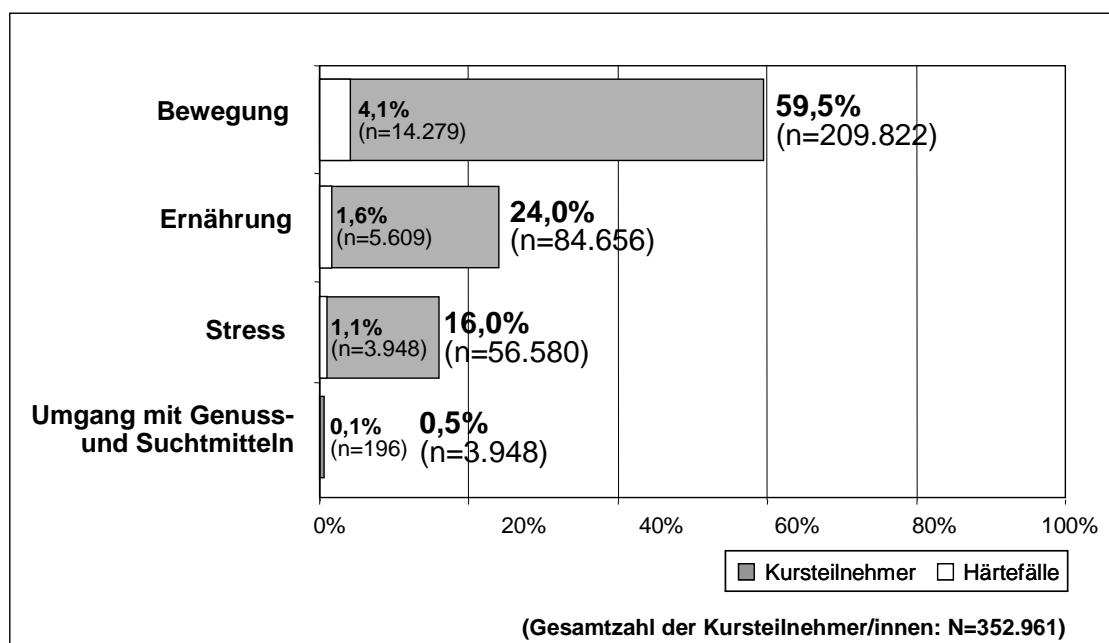
3.2.1 Individuelle Inanspruchnahme von Angeboten der Primärprävention

Im Jahr 2002 nahmen insgesamt 352.961 GKV-Versicherte an primärpräventiven Kursen und Seminaren teil, die von Krankenkassen angeboten bzw. bezuschusst oder gefördert wurden. Dies entspricht einem Anteil von 0,5 % der GKV-Gesamtversichertenzahl (N=70.731.090) im Jahr 2002¹².

Bei 6,8 % (n=24.032) der Versicherten, die an Kursen oder Seminaren zur Primärprävention teilgenommen haben, handelte es sich um Versicherte, die nach der Härtefallregelung des § 61 SGB V von Zuzahlungen zu Leistungen der Krankenkassen befreit wurden. Sie machten einen Anteil von 0,3 % aller bundesweit erfassten „Härtefälle“ (N=9.638.940)¹³ aus.

Eine Auflistung der Kursteilnehmer hinsichtlich der Inanspruchnahme von Angeboten zu den vier Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stress und Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln ergab folgende Häufigkeitsverteilung:

Abb. 2: Anzahl der Kursteilnehmer/Härtefälle in den jeweiligen Handlungsfeldern



Angebote, die der Förderung der Bewegung dienten, wurden von knapp 60 % aller Teilnehmer in Anspruch genommen („Härtefälle“ 4,1 %). Davon wiederum nahmen 74 % an Kursen bzw. Seminaren teil, die speziell der Förderung der Bewegung zur Stärkung des Muskel-Skelett-Systems dienten und 26 % an Veranstaltungen, die auf Bewegungsangebote zur Förderung des Herz-Kreislauf-Systems ausgerichtet waren. Bei von Zuzahlungen befreiten Versicherten war die proportionale Verteilung nahezu identisch: etwa drei Viertel

¹² BMGS: GKV-Mitgliederstatistik KM6 2002, Stand 1.7.2002 – Statistik über Pflichtversicherte, Freiwillig Versicherte und Rentner samt Familienangehörigen.

¹³ BMGS: GKV-Statistik KG2 2002.

derjenigen „Härtefälle“, die einen Bewegungskurs aufsuchten, wählten den Schwerpunkt „Förderung des Muskel-Skelett-Systems“.

Knapp ein Viertel (24 %) aller Kursteilnehmer besuchten Ernährungskurse/-seminare („Härtefälle“ 1,6 %). Davon nutzten 23 % Angebote zum Thema „Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung“, 77 % suchten Veranstaltungen mit dem Thema „Vermeidung und Reduktion von Übergewicht“ auf. In ähnlich proportionaler Verteilung lagen die Schwerpunkte bei den „Härtefällen“: 79 % der Teilnehmer an Ernährungskursen suchten solche zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht auf.

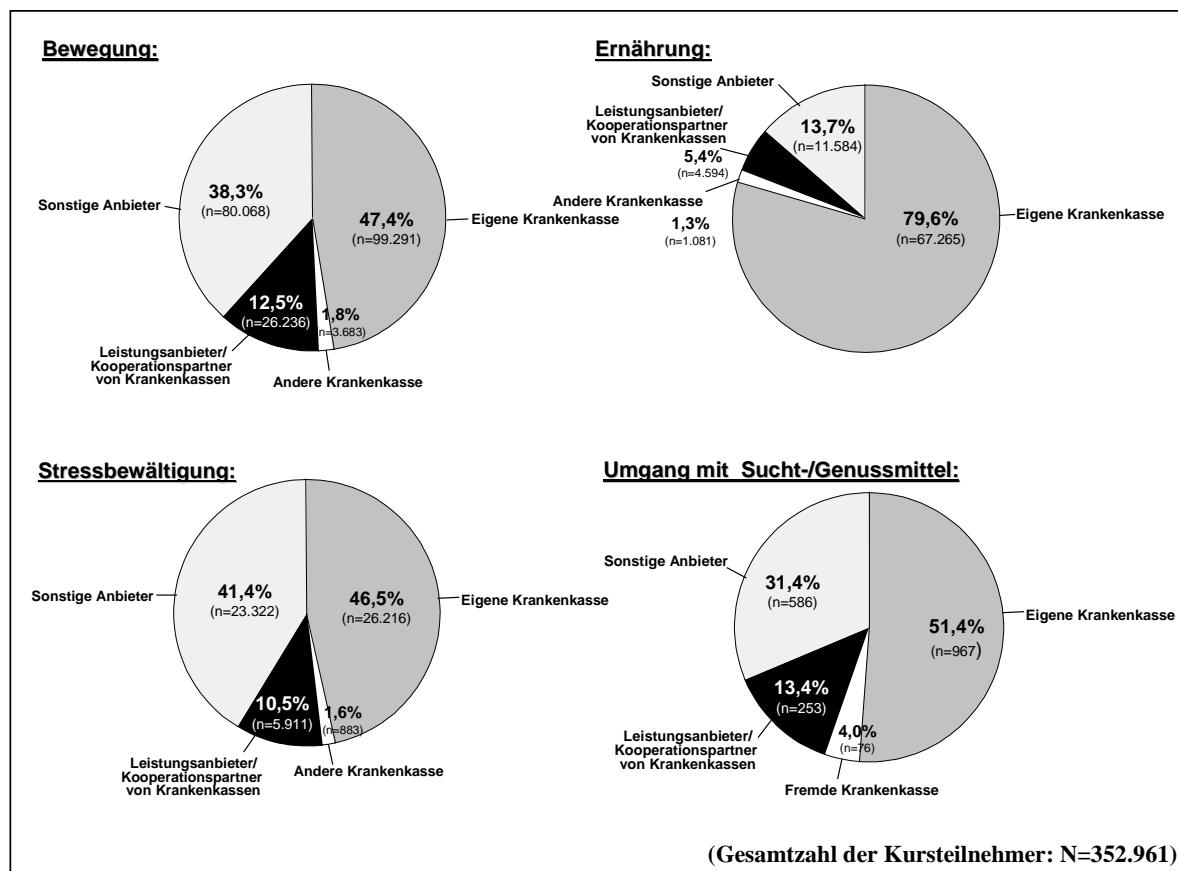
Angebote zum Stressmanagement wurden von 16 % der Kursteilnehmer wahrgenommen. Es fällt auf, dass nur 0,5 % aller Kursteilnehmer an Veranstaltungen zum Thema „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ teilnahm.

3.2.2 Kursanbieter

In der Mehrzahl der Fälle (54,9 %) nahmen die Versicherten Angebote der eigenen Krankenkasse in Anspruch. Am nächsthäufigsten besuchten sie Kurse sonstiger Anbieter (32,7 %), gefolgt von Kursen/Seminaren, die Kooperations- bzw. Vereinbarungspartner der eigenen Krankenkasse anboten (10,5 %). Vergleichsweise selten suchten Versicherte Kurse auf, die von anderen Krankenkassen als der eigenen durchgeführt wurden (1,6 %).

Eine Übersicht der Kursanbieter nach den jeweiligen Handlungsfeldern stellt sich folgendermaßen dar:

Abb. 3: Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern



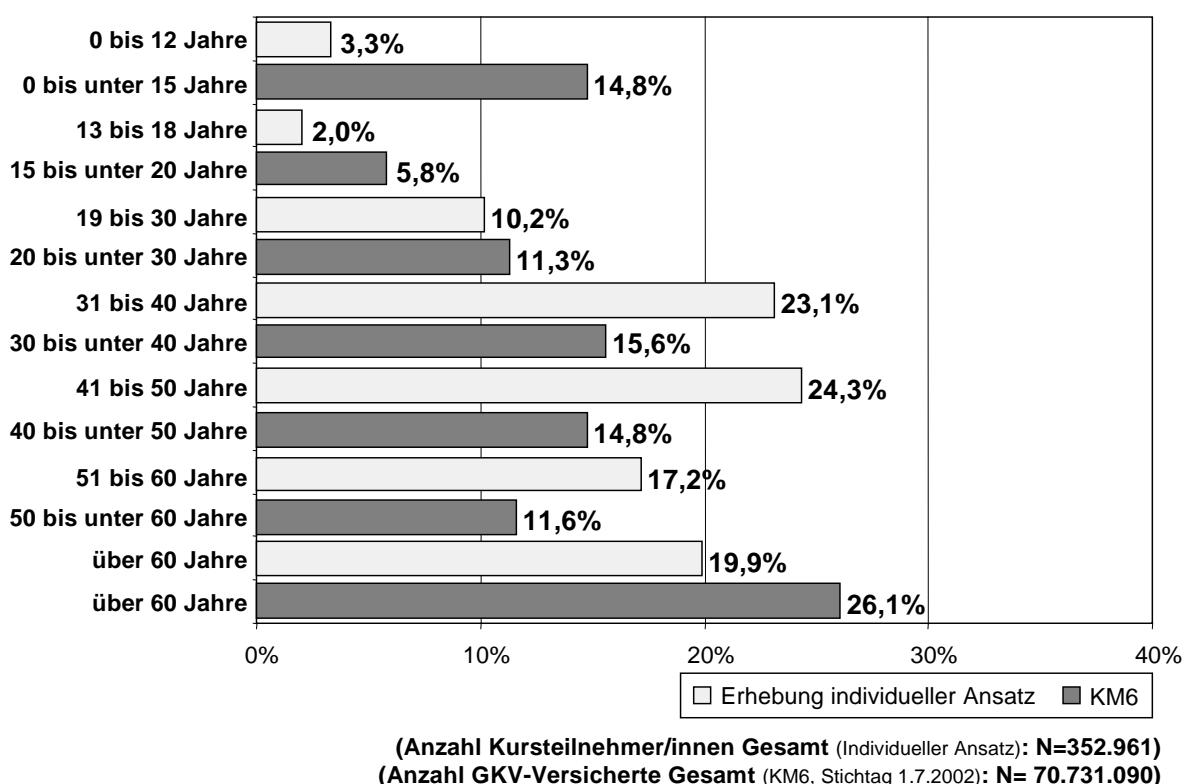
Am häufigsten suchten die Versicherten zum Themenfeld Ernährung Kursangebote der eigenen Krankenkasse auf (80 %). Der höchste Anteil an Sonstigen Anbietern (41 %) war bei Kursen zur „Stressbewältigung“ zu finden. Kooperations- bzw. Vereinbarungspartner der eigenen Krankenkassen waren mit einem Anteil von 13 % am häufigsten bei Kursen zum verantwortlichen Umgang mit Sucht- und Genussmitteln vertreten.

3.2.3 Inanspruchnahme von individuellen Angeboten nach Alter und Geschlecht

Grundsätzlich nahmen Frauen deutlich häufiger primärpräventive Angebote in Anspruch als Männer - im Durchschnitt lag der Männeranteil bei etwa einem Viertel der Teilnehmerzahlen. Laut Mitgliederstatistik der Krankenkassen¹⁴ waren hingegen 47 % aller GKV-Versicherten männlich.

Weil eine Häufigkeitsverteilung der Ergebnisse zum Individuellen Ansatz allein noch keine Aussage darüber zulässt, ob Teilnehmer aus einer bestimmten Altersgruppe auffallend häufig oder selten primärpräventive Kurse aufgesucht haben¹⁵, werden im folgenden die prozentualen Anteile der jeweiligen Altersgruppen mit denen der Altersgruppen der GKV-Kassenmitglieder-Statistik (KM 6) verglichen¹⁶:

Abb. 4: Prozentuale Anteile der Altersgruppen - KM6 (2002) und Ergebnisse individueller Ansatz



¹⁴ BMGS: KM6, Stichtag 1.7.2002

¹⁵ Es mag z.B. scheinbar viele über 60-jährige Kursteilnehmer gegeben haben, das heißt aber noch nicht, dass sie im Vergleich zu allen über 60-jährigen GKB-Versicherten überdurchschnittlich häufig im Datensatz vertreten waren.

¹⁶ Da die Altersgruppierungen der vorliegenden Erhebung von denen der KM6-Statistik leicht abweichen, sind diese Vergleiche mit gewissen Unschärfen verbunden. Mit der Erhebung der Daten für das Berichtsjahr 2004 werden diese behoben sein.

Junge Menschen im Alter von 0 bis 18/19 Jahren suchten eher selten primärpräventive Kurse auf. Sie machten einen Anteil aller Kursteilnehmer von insgesamt 5 % aus (Anteil dieser Altersgruppe an GKV-Versicherten Gesamt: 21 %). Hingegen nahmen Versicherte im Alter von 30/31 bis 39/40 Jahren sowie im Alter von 40/41 bis 49/50 Jahren häufig an solchen Angeboten teil. Bei den ab 60-Jährigen war der Anteil der Kursteilnehmer als solcher zwar relativ hoch, er lag jedoch etwas unter dem GKV-Gesamtversichertenanteil.

Interessant war die Fragestellung, ob bestimmte Altersgruppen im Vergleich zu den gesamten Kursteilnehmern besonders häufig bzw. besonders selten Kurse zu bestimmten Handlungsfeldern aufsuchten:

Die folgende Grafik (Abb. 5, S. 21) bildet für diesen Vergleich zu den abgefragten vier Handlungsfeldern sowohl die prozentualen Anteile aller Kursteilnehmer über alle Handlungsfelder hinweg (dünner schwarzer Strich) als auch die prozentualen Anteile der jeweiligen Altersgruppen in den einzelnen Handlungsfeldern (breite Balken) ab. Die Balken der Altersgruppen sind mit zwei Farbtönen versehen: die helle Farbe betrifft die männlichen Teilnehmer, die dunkle die weiblichen.

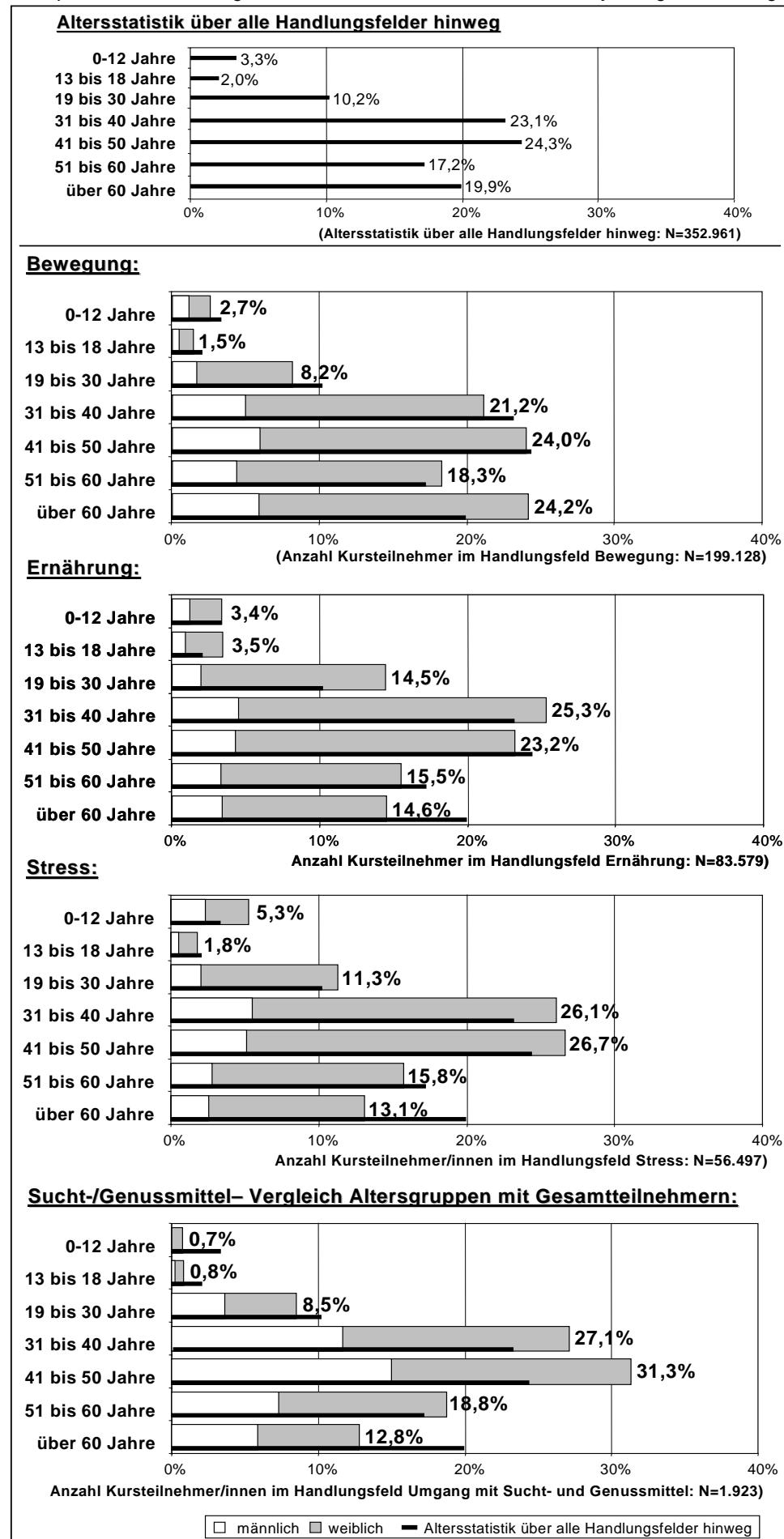
Demnach nahmen an Kursen zum Handlungsfeld Bewegung vergleichsweise viele Teilnehmer im Alter von über 60 Jahren teil. Die über 60-Jährigen suchten hier wiederum vorwiegend Kurse zur Förderung des Muskel-Skelett-Systems auf. Bei der überwiegenden Mehrheit der Teilnehmer handelte es sich um Frauen.

Kurse zum Thema Ernährung wurden hingegen deutlich häufiger von den 19- bis 30-Jährigen und etwas häufiger von den 31- bis 40-Jährigen aufgesucht. Dabei wählten die Teilnehmer aus beiden Altersgruppen insbesondere Kurse zum Präventionsprinzip „Reduktion von Übergewicht“. Ab einem Alter von 51 Jahren suchten die Teilnehmer Ernährungskurse zunehmend seltener auf.

Angebote zur Stressbewältigung waren tendenziell für die 31- bis 50-Jährigen, aber auch für die Altersgruppe der 0- bis 12-Jährigen interessant. Ältere Kursteilnehmer waren hingegen unterdurchschnittlich in diesem Handlungsfeld vertreten.

Angebote zum verantwortlichen Umgang mit Sucht- und Genussmitteln wurden am häufigsten von den 41- bis 50-Jährigen aufgesucht. Auffallend war hier, dass Männer und Frauen nahezu gleich häufig in diesen Kursen/Seminaren vertreten waren. Auch nahmen 31- bis 40-Jährige Angebote zu diesem Thema verhältnismäßig oft in Anspruch. Frauen waren hier etwas mehr vertreten als Männer. Je jünger die Teilnehmer waren, umso seltener nahmen sie an Kursen zum Thema „Sucht-/Genussmittel“ teil. Auch ältere Versicherte ab 60 Jahren suchten seltener Kurse hierzu auf.

Abb. 5: Inanspruchnahme von Angeboten nach Alter und Geschlecht in den jeweiligen Handlungsfeldern



3.2.4 Resümee

Wie sind die Ergebnisse der Erhebung von 2002 zum Individuellen Ansatz zu bewerten? Von allen GKV-Versicherten nahmen 0,5 % an primärpräventiven Kursen teil. Davon waren etwa drei Viertel der Teilnehmer Frauen. Härtefälle suchten primärpräventive Kursangebote deutlich seltener auf.

Dass Frauen tendenziell häufiger an primärpräventiven Kursen teilnehmen, ist bekannt. Es bleibt abzuwarten, wie sich diese Entwicklung in Zukunft abzeichnen wird. Weil Härtefälle bekanntermaßen seltener primärpräventive Kursangebot nutzen, richten die Krankenkassen ihren Fokus stärker auf den Setting-Ansatz, nach dem sozial benachteiligte Menschen in ihren jeweiligen Lebensumfeldern angesprochen werden.

Für die Anzahl der Kursteilnehmer in 2002 gibt es derzeit noch keine aktuellen Vergleichs- oder Erwartungszahlen. Für 1993/1994 wurden zwar erheblich höhere Teilnehmerraten an Präventionskursen ermittelt (vgl. Kirschner, 1995). Diese sind jedoch weder methodisch noch unter dem Aspekt der politischen Rahmenbedingungen mit den jetzigen Ergebnissen vergleichbar. Nach der Abschaffung der Förderung der Prävention durch die Krankenkassen im Jahr 1996 und der Wiedereinführung des § 20 SGB V im Jahr 2000 durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz musste zunächst die Wiedereinrichtung entsprechender Strukturen eingeleitet werden: so wurden die Satzungsänderungen einzelner Krankenkassen teilweise erst gegen Ende desselben Jahres genehmigt. Entsprechend kann auch für das Jahr 2002 noch von einer Phase des Strukturaufbaus in der individuellen Primärprävention gesprochen werden. Dies spiegelt sich offensichtlich in den Ergebnissen des Berichtsjahres 2002 zum Individuellen Ansatz wider. Es bleibt abzuwarten, inwiefern sich die Daten in Zukunft verändern werden. Die für 2002 vorliegenden Ergebnisse zum Individuellen Ansatz stellen für weitere Vergleiche eine solide Ausgangsbasis dar.

3.3 Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings

3.3.1 Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings – Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

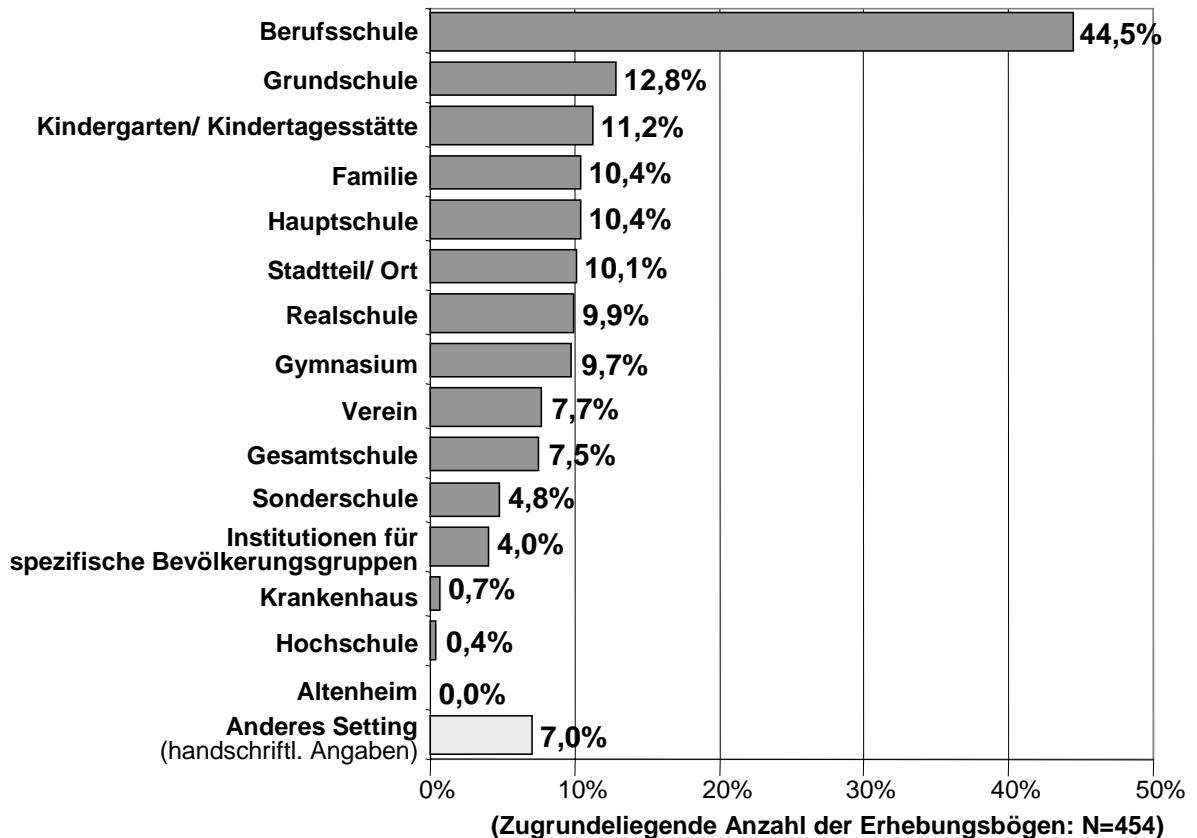
3.3.1.1 Allgemeine Daten

Die allgemeinen Daten zur Dokumentation 2002 enthalten Angaben zu den Settings selbst sowie Informationen zu Beginn der Aktivitäten und zu deren Status (lau-fend/abgeschlossen) zum Ende des Berichtsjahres.

3.3.1.1.1 Setting

Insgesamt sind 2002 etwa dreimal so viele Dokumentationsbögen eingegangen und Settings benannt worden wie im Vorjahr (2001: 143 Doku-Bögen und 247 Settings; 2002: 454 Doku-Bögen und 686 Settings). Fälle, in denen Schulen und/oder Berufsschulen allein oder zusammen mit weiteren Settings angegeben wurden, machten einen Anteil von 66 % des Gesamtdatensatzes aus. Dabei wurden Aktivitäten der Primärprävention, wie folgende Abbil-dung zeigt, am häufigsten in Schulen (insgesamt bei 55 % aller Fälle benannt) und Berufsschulen (45 %) durchgeführt:

Abb. 6: Setting (Mehrfachnennungen möglich)



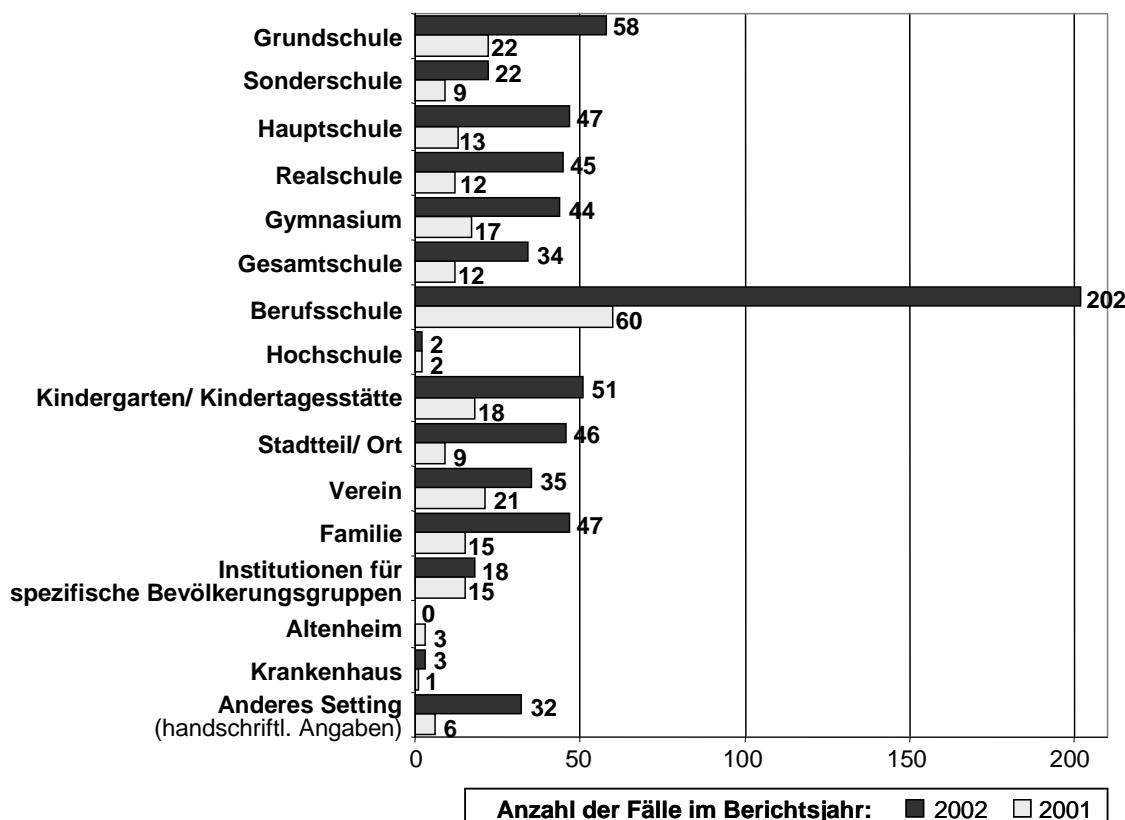
Die feinere Differenzierung der Häufigkeiten nach den einzelnen Settings zeigt zunächst die häufigsten Aktivitäten in Berufsschulen (s.o.), dann, mit Anteilen von 13 % bis 10 %

der Reihenfolge nach in den Settings Grundschule, Kindergarten/Kindertagesstätte, Familie, Hauptschule und Stadtteil/Ort – Settings, in denen verstärkt auch (junge) Menschen aus sozial benachteiligten Bereichen anzutreffen sind.

In 32 Fällen (7 %) wurden weitere Settings benannt. Dabei machten den größten Anteil kirchliche Einrichtungen (22 %) und „Unternehmerfrauen“ (22 %, im Dokumentationsbogen nicht weiter spezifiziert) aus. Ebenfalls benannt wurden Selbsthilfegruppen, das Deutsche Rote Kreuz und diverse verschiedene Einzelnenennungen, wie z.B. AWO, Lehrbauhof, Arztpraxis etc.

Aufgrund des deutlich größeren Datensatzes in 2002 bot sich ein Vergleich der Fallzahlen der jeweiligen Settings mit denjenigen aus 2001 an:

Abb. 7: Setting – Vergleich der Fallzahlen von 2002 mit 2001



Besonders stark sind die Fallzahlen 2002 im Vergleich zum Berichtsjahr 2001 bei den Settings Berufsschulen, Real- und Hauptschulen, Stadtteil/Ort sowie Familien angestiegen.

3.3.1.1.2 Start und Status der Aktivitäten

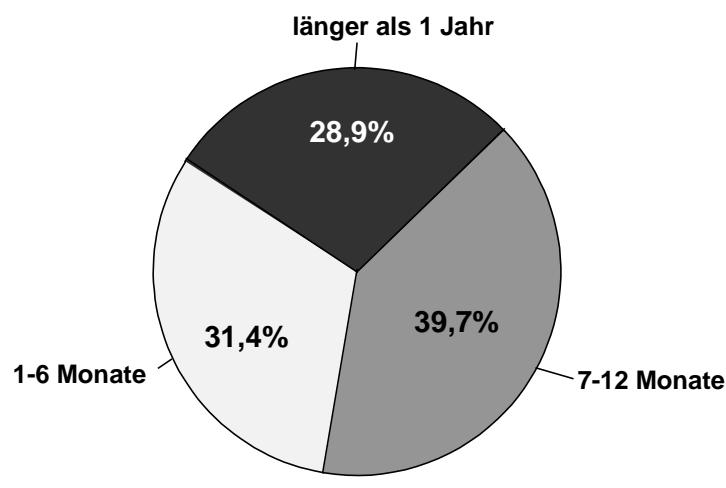
Aus den Angaben zum Start der Aktivitäten sowie zu ihrem Status "laufend – abgeschlossen" lässt sich eine grobe Darstellung der Häufigkeit von lang angelegten umfangreichen Projekten bzw. tendenziell kürzeren Aktivitäten ableiten:

In 86 % der vorliegenden 454 Fälle wurden die Aktivitäten im Berichtsjahr 2002 gestartet. Davon liefen etwa 56 % noch zum Ende des Berichtsjahres. 8 % der Aktivitäten begannen bereits in 2001 und 6 % in den Jahren davor (1996-2000).

61 % aller berichteten Aktivitäten liefen zum Ende von 2002 noch und 39 % waren abgeschlossen. In knapp zwei Drittel aller Fälle (62 %) gaben die Krankenkassen eine noch laufende Mitwirkung ihrerseits an den Aktivitäten zum Ende des Berichtsjahres an.

Eine Ergebnisbetrachtung derjenigen Fälle, in denen eine Aussage zur Dauer der Aktivitäten nachvollziehbar war, bietet folgendes Ergebnis:

Abb. 8: Dauer der Aktivitäten



(Zugrundeliegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=239)

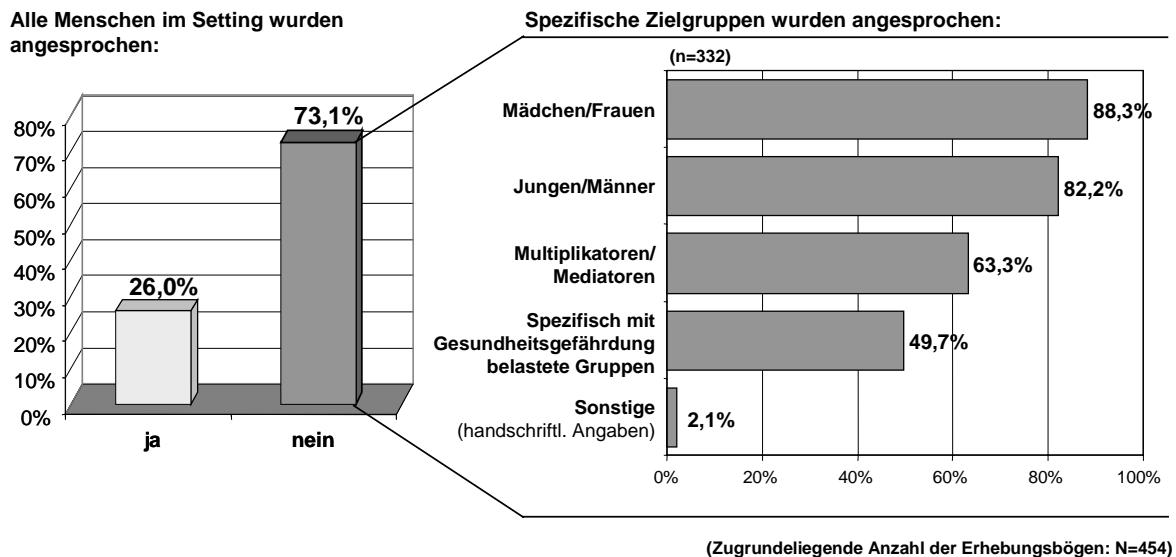
Demnach machte der Anteil derjenigen Aktivitäten, die für länger als ein Jahr angelegt waren, knapp ein Drittel der Fälle aus. Gut ein Drittel dieser Aktivitäten dauerte in 2002 7-12 Monate, und ebenfalls ein Drittel war für ein halbes Jahr oder weniger angelegt.

3.3.1.2 Schwerpunktmaßige Zielgruppen

In 73 % aller Fälle wurden mit den Aktivitäten spezifische Zielgruppen angesprochen (2001: 46 %), in 27 % der Fälle nicht. Erwähnenswert hierzu ist, dass bei knapp 40 % der Fälle, bei denen spezifische Zielgruppen benannt wurden (d.h. bei 29 % des Gesamtdatensatzes), im Dokumentationsbogen die Felder „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“, „Mädchen/Frauen“, „Jungen/Männer“ sowie „Multiplikatoren/Mediatoren“, im Prinzip also alle benennbaren Items angekreuzt wurden.

Aufgrund der möglichen Mehrfachnennungen lagen in 332 Dokumentationsbögen insgesamt 958 Angaben zu spezifischen Zielgruppen vor, d.h. durchschnittlich wurden pro Dokumentationsbogen, in welchem spezifische Zielgruppen angegeben wurden, knapp drei benannt. Am häufigsten kombiniert wurden neben der obengenannten Vierfachkombination die Felder „Mädchen/Frauen“ und „Jungen/Männer“ (Anteil 22 %, n=73), gefolgt von der Dreierkombination „Mädchen/Frauen“, „Jungen/Männer“ und „Multiplikatoren/Mediatoren“ (Anteil 15 %, n=49).

Abb. 9: Schwerpunktmaßige Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)



Bei Einzelaufstellung der abgefragten Items standen die Zielgruppen „Mädchen/Frauen“ und „Jungen/Männer“ an vorderster Stelle, gefolgt von den „Multiplikatoren/Mediatoren“.

Eine Differenzierung der Multiplikatoren/Mediatoren ergab folgendes: Am häufigsten wurden „Lehrer, Erzieher und anderes pädagogisches Personal“ angekreuzt (88 % der Multiplikatoren/Mediatoren, n=240). An zweiter Stelle standen die Eltern (27 %, n=74) und an dritter das nichtpädagogische Personal (10 %). Seltener angegeben wurden Sozialarbeiter oder anderes im sozialen Bereich tätiges Personal (8 %) sowie im medizinischen Bereich tätiges Personal (7 %).

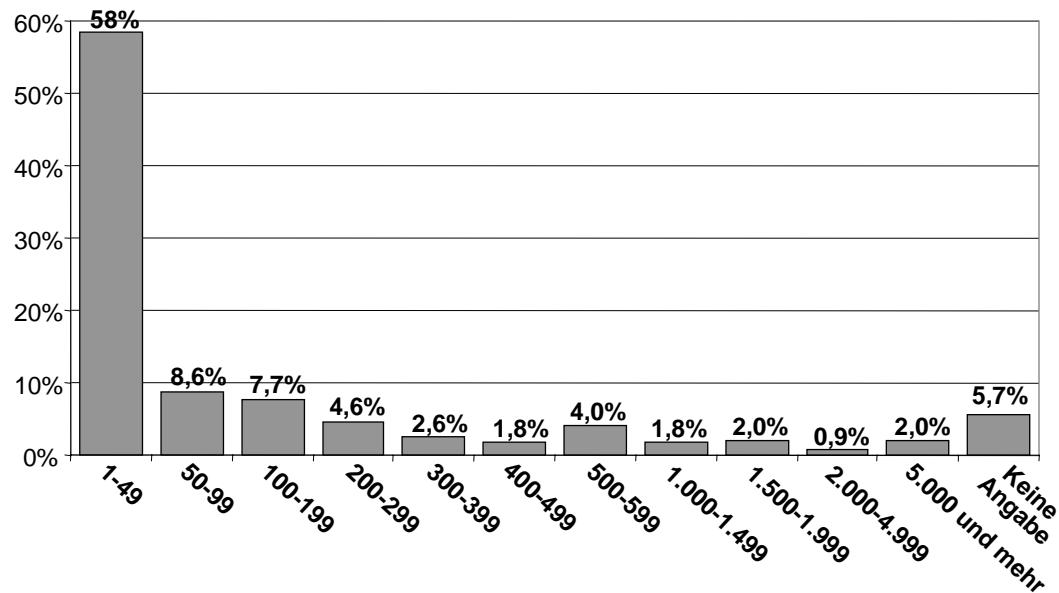
3.3.1.3 Anzahl der erreichten Personen

Die Summe der in den Dokumentationsbögen für nicht-betriebliche Settings geschätzten erreichten Personen ergab eine Gesamtzahl von etwa 529.000 Bürgern. Die genannte maximale Zahl bei einem Einzelsetting lag bei 200.000 Personen¹⁷.

Am häufigsten wurden mit den jeweiligen Aktivitäten 1-49 Personen erreicht (59 % der Fälle), davon wiederum hauptsächlich Gruppen von 10-19 Personen (37 %). Die Aktivitäten sprachen größere Personengruppen tendenziell seltener an (vgl. Abb. 10):

¹⁷ Es handelte sich hierbei um ein Projekt, in das etwa 200 Grundschulen eingebunden waren. Bislang wurden im Dokumentationsbogen zum nichtbetrieblichen Settingansatz lediglich die Settings abgefragt, nicht aber die Zahl der darin befindlichen Einrichtungen. Mit der optimierten Fassung des Doku-Bogens, die ab dem Berichtsjahr 2004 zum Einsatz kommen wird, wird ebenfalls die Menge der zu einem Setting zugehörigen Einrichtungen erfasst werden.

Abb. 10: Anzahl der erreichten Personen



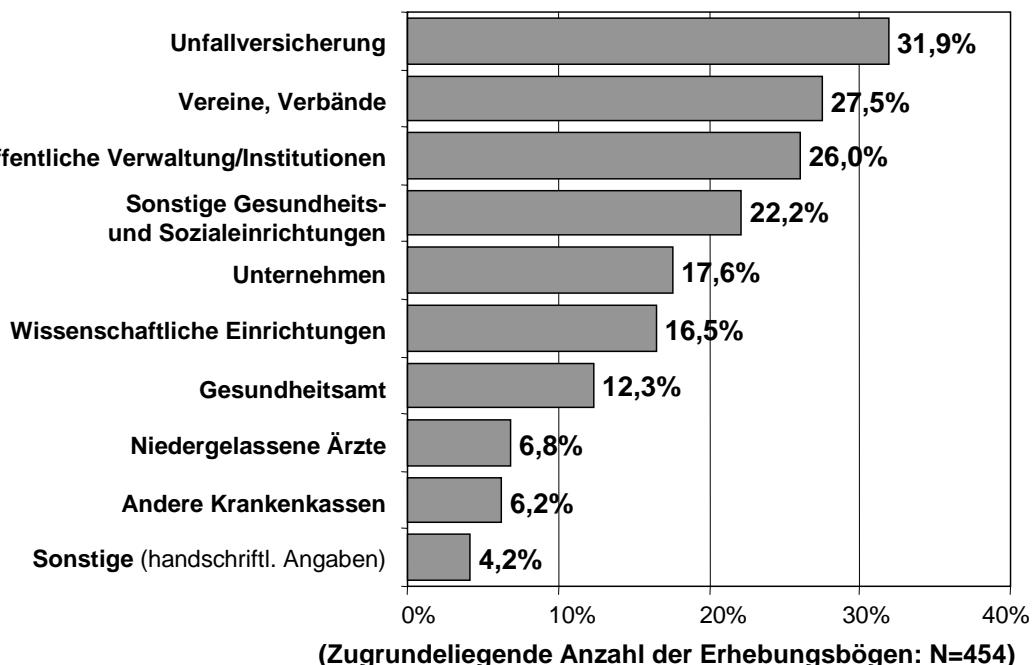
(Zugrundeliegende Anzahl der Erhebungsbögen: N=454)

5.000 und mehr Personen wurden in neun Fällen erreicht. Dabei war in vier Fällen das Internet als eingesetztes Medium benannt. In einem Fall handelte es sich um Aktivitäten der Gesundheitsförderung, die in Zusammenarbeit mit einem Radiosender durchgeführt wurden. Weiter ließen sich anhand der handschriftlichen Angaben in den Dokumentationsbögen Aktivitäten in einem Sportverband nachvollziehen.

3.3.1.4 Kooperationspartner

In etwa 83 % der Fälle (2001: 59 %) gaben die Krankenkassen insgesamt 778 Kooperationspartner an, d.h. im Falle einer Beteiligung an Aktivitäten der Primärprävention waren im Durchschnitt etwa zwei Kooperationspartner eingebunden. Dabei handelte es sich der Reihenfolge nach um folgende:

Abb. 11: Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)



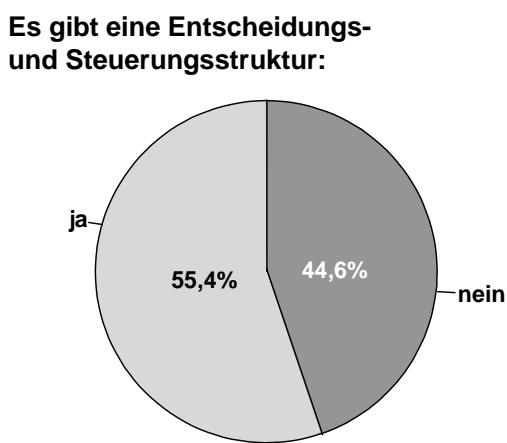
Am häufigsten waren „Unfallversicherungen“ (32 %) als Kooperationspartner vertreten (2001 standen diese mit einem Anteil von 15 % noch an sechster Stelle der Häufigkeitsverteilung). An zweiter Stelle standen die „Vereine/Verbände“ (28 %; 2001: 32 %), gefolgt von „Öffentlichen Verwaltungen/Institutionen“ (26 %; 2001: 27 %) sowie den „Sonstigen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“ (22 %; 2001: 22 %).

In 13 % (n=47) derjenigen Fälle, in denen Kooperationen benannt wurden, haben sowohl „Sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“ als auch „Öffentliche Verwaltungen/Institutionen“ und „Vereine/Verbände“, teilweise mit noch weiteren Kooperationspartnern, Ressourcen in die Aktivitäten eingebracht. Bei Mehrfachnennungen traten am nächsthäufigsten (3 %) als gemeinsame Kooperationspartner das „Gesundheitsamt“, „Niedergelassene Ärzte sowie „Sonstige Gesundheits-/Sozialeinrichtungen“ in Erscheinung.

3.3.1.5 Koordination und Steuerung

Die Ermittlung bestehender Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen führte zu folgendem Ergebnis:

Abb. 12: Koordination und Steuerung



(Zugrundeliegende Anzahl der Erhebungsbögen: N=454)

In der Mehrzahl der Fälle (55 %) existierte eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur, bei 45 % hingegen nicht. Im Vorjahr lag der Anteil der Aktivitäten mit vorhandener Entscheidungs- und Steuerungsstruktur noch bei 44 %.

Das Item „Eine Vereinbarung zur Durchführung von Aktivitäten wurde getroffen“ wurde in der deutlichen Mehrzahl der Fälle nicht ausgefüllt, möglicherweise deshalb, weil sich diese Frage erübrigte, denn primärpräventive Aktivitäten ohne vorab getroffene mindestens mündliche Vereinbarung sind im Prinzip nicht vorstellbar. Somit lassen sich aus den vorliegenden Angaben keine verlässlichen Informationen ziehen. Entsprechend wurde für dieses Berichtsjahr auf eine Ergebnisdarstellung hier verzichtet.¹⁸

¹⁸ Die weiterentwickelten Erhebungsinstrumente, die ab dem Berichtsjahr 2004 eingesetzt werden, fragen differenziert nach mündlichen und schriftlichen Vereinbarungen ab.

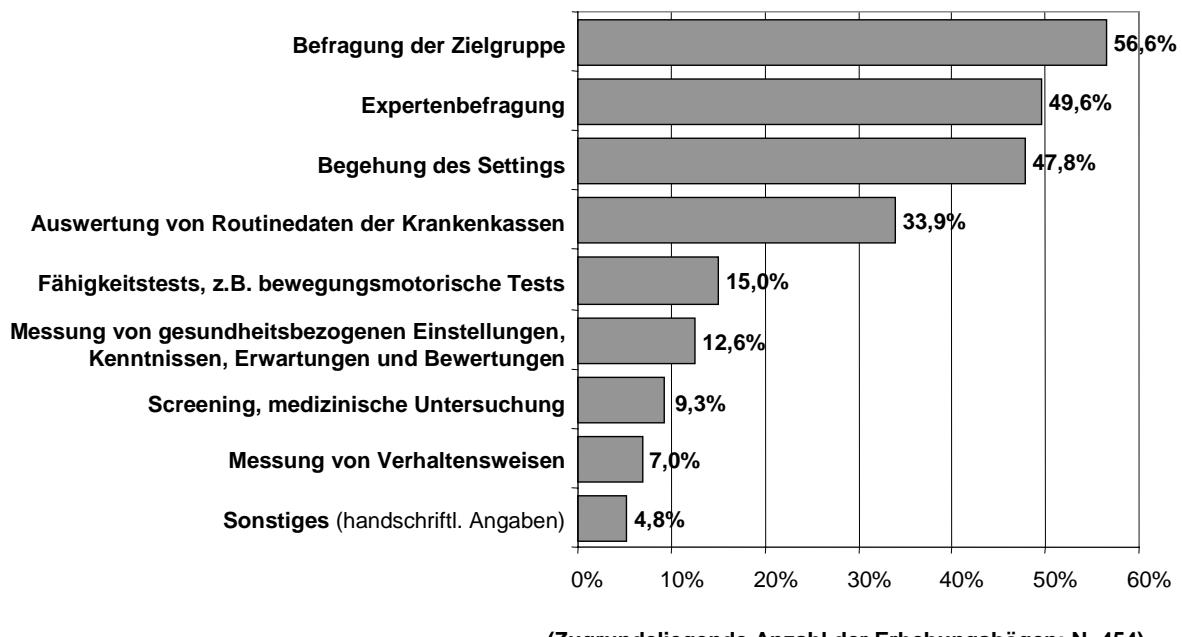
Es stellte sich die Frage, ob die Aktivitäten, die über ein Steuerungsgremium durchgeführt wurden, sich bezüglich der Interventionen von denjenigen Aktivitäten unterschieden, die keine Steuerungsstruktur aufwiesen. Die Ergebnisse hierzu werden in Kap. 3.3.4 abgebildet.

3.3.1.6 Bedarfsermittlung

Bei knapp 80 % aller Dokumentationsbögen lagen Angaben zur Bedarfsermittlung vor (2001: 69 %). In 361 Fällen wurden dabei insgesamt 1.076 Nennungen gemacht, im Durchschnitt also etwa drei Items zur Bedarfsermittlung angekreuzt.

Die einfache Häufigkeitsverteilung stellte sich wie folgt dar:

Abb. 13: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



Bei knapp der Hälfte aller Fälle ermittelten die Akteure den Präventionsbedarf über die Befragung der Zielgruppe (57 %). An zweiter Stelle stand die Expertenbefragung mit einem Anteil von 50 %, an dritter die Begehung des Settings (48 %). Routinedaten der Krankenkassen wurden in etwa einem Dritteln der Fälle zur Bedarfsermittlung herangezogen. Auch im Berichtsjahr 2001 zählten die genannten Items zu den drei am häufigsten gewählten Formen der Bedarfsermittlung.

Elf von 19 handschriftlichen Angaben ließen sich der Kategorie „Literaturrecherchen/ wissenschaftliche Studien“ zuordnen.

In 80 % der Fälle, bei denen eine Bedarfsermittlung durchgeführt wurde, wurden mehrere Formen der Bedarfsermittlung miteinander kombiniert. Am häufigsten wurden dabei vier Items angekreuzt (40 %, n=143). In 124 Fällen (34 %) handelte es sich dabei um die Kombination „Begehung des Settings“, „Befragung der Zielgruppe“, „Expertenbefragung“ und „Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen“.

3.3.1.7 Gesundheitszirkel

In den Settings wurden Gesundheitszirkel sehr selten, und zwar in 3 % (n=12) aller Fälle durchgeführt (2001: 9 % der Fälle, n=12).

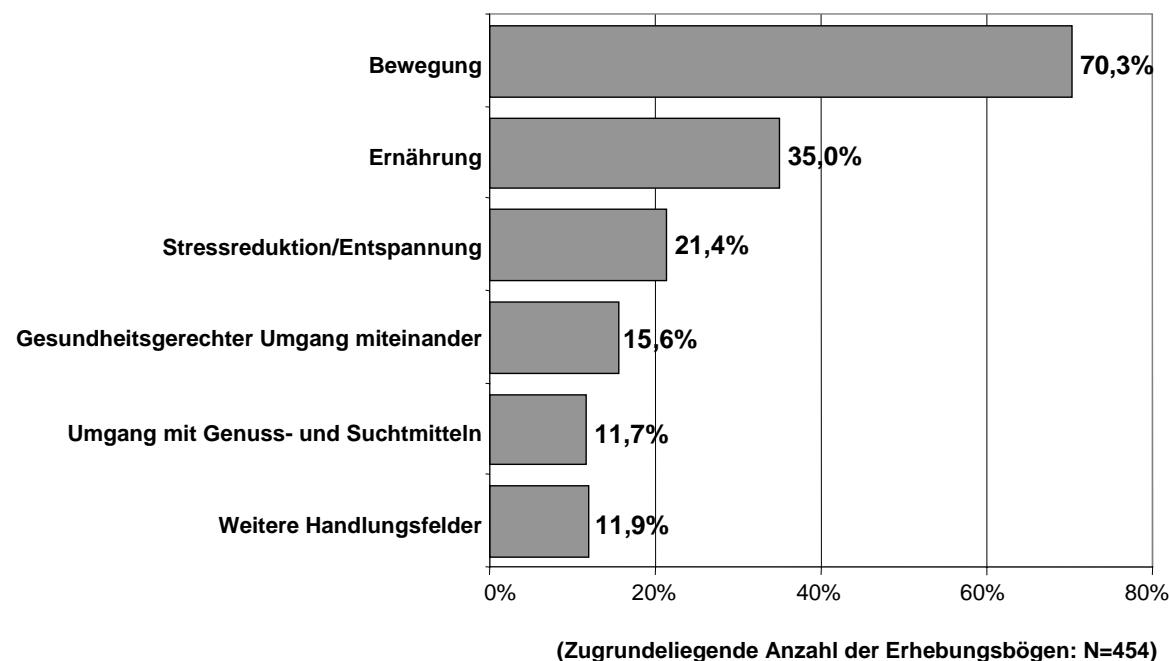
3.3.1.8 Intervention

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

3.3.1.8.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Die Abfrage zur inhaltlichen Ausrichtung der Aktivitäten, die sich an die Handlungsfelder orientierte, die im GKV-Leitfaden (s. S. 9) festgelegt wurden, wurde in 95 % aller Fälle beantwortet (2001: 99 %). Folgende Häufigkeitsverteilung kam dabei zustande:

Abb. 14: Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten (Mehrfachnennungen möglich)



Am häufigsten waren die Aktivitäten auf das Thema „Bewegung“ (70 %; 2001: 72 %) ausgerichtet, an zweiter Stelle stand die „Ernährung“ (35 %; 2001: 54 %). In 21 % der Fälle wurden „Stressreduktion und Entspannung“ thematisiert (2001: 33 %) und in 16 % der „gesundheitsgerechte Umgang miteinander“ (2001: 37 %). Seltener (12 %) stand der „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ im Fokus der Aktivitäten (2001: 25 %).

In den 429 Dokumentationsbögen, in denen Angaben zur inhaltlichen Ausrichtung der Aktivitäten gemacht wurden, markierten die Krankenkassen insgesamt 753 Felder, im Durchschnitt also knapp zwei pro Dokumentationsbogen (im Jahr 2001 waren es ca. 2,5 Nennungen pro Doku-Bogen). Über die Hälfte der Krankenkassen (58 %) gab ausschließlich eine inhaltliche Ausrichtung an. Wurde mehr als ein Item benannt, dann handelte es sich dabei am häufigsten um die Kombination „Bewegung und Ernährung“ (n=94), in 59 Fällen noch zusätzlich kombiniert mit dem Thema „Stressreduktion/Entspannung“.

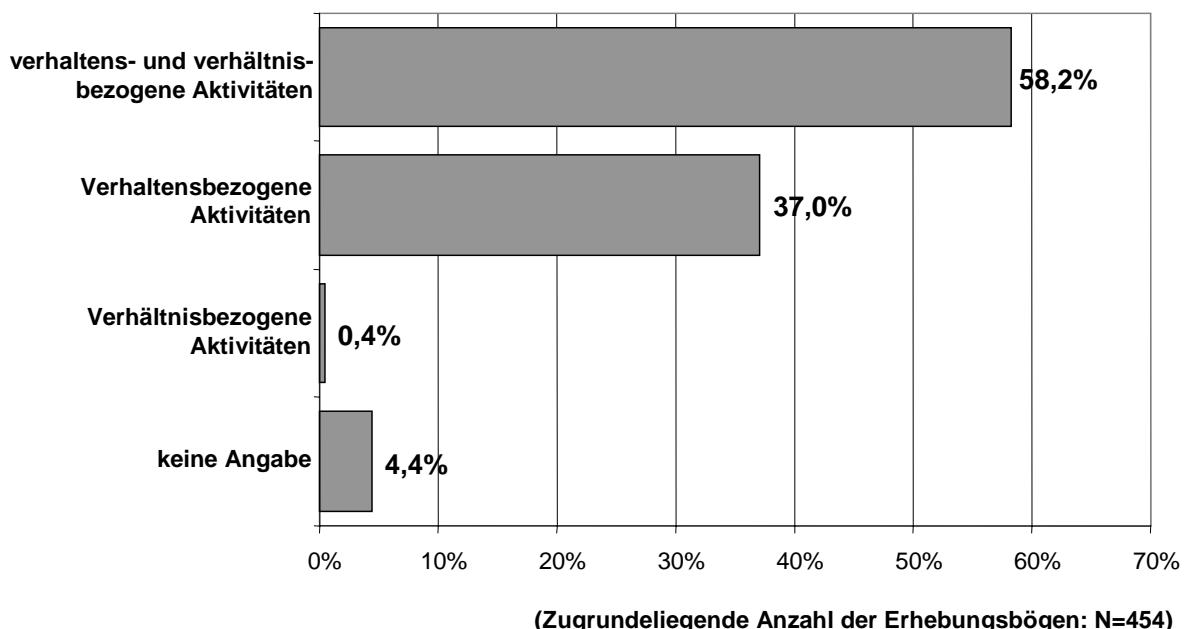
Zu dem Feld „Weitere Handlungsfelder“ wurden insgesamt 54 handschriftliche Angaben gemacht. Dabei handelte es sich vorwiegend um die Themen „Seh-, Hörtests, Allergien, Zahngesundheit und Schutzimpfungen“ (n=14). Weiterhin wurden in neun Fällen Angaben zum Themenfeld „Gewaltprävention, soziale Integration, Selbstwertstärkung“ gemacht. Jeweils fünfmal handelte es sich um die Themenfelder „Gedächtnis, Gehirnjogging, Förderung von Konzentration, Sprachentwicklung“ bzw. um „Verhalten im Straßenverkehr, Unfallschutz“. Seltener (jeweils vier Mal) wurden „psychische, psychomotorische Gesundheit“ sowie „Sexualerziehung, AIDS-Vorsorge“ benannt.

3.3.1.8.2 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 zum einen im Hinblick auf die Umgestaltung von Umfeld/Strukturen, zum anderen hinsichtlich der Umgestaltung von Abläufen abgefragt.

In der folgenden Grafik wird die Verteilung von verhaltens- und/oder verhältnisorientierten Aktivitäten dargestellt:

Abb. 15: Intervention – Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten



Knapp 60 % aller dokumentierten Aktivitäten waren sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientiert (2001: ebenfalls knapp 60 % der Fälle). In 37 % der Fälle bezogen sich die Aktivitäten ausschließlich auf das Verhalten (2001: 36 %). Berücksichtigt man hier die „Dauer der Aktivitäten“, fällt auf, dass ausschließlich verhaltensbezogene Aktivitäten in etwa zwei Drittel der Fälle (63 %) weniger als ein Jahr andauerten.

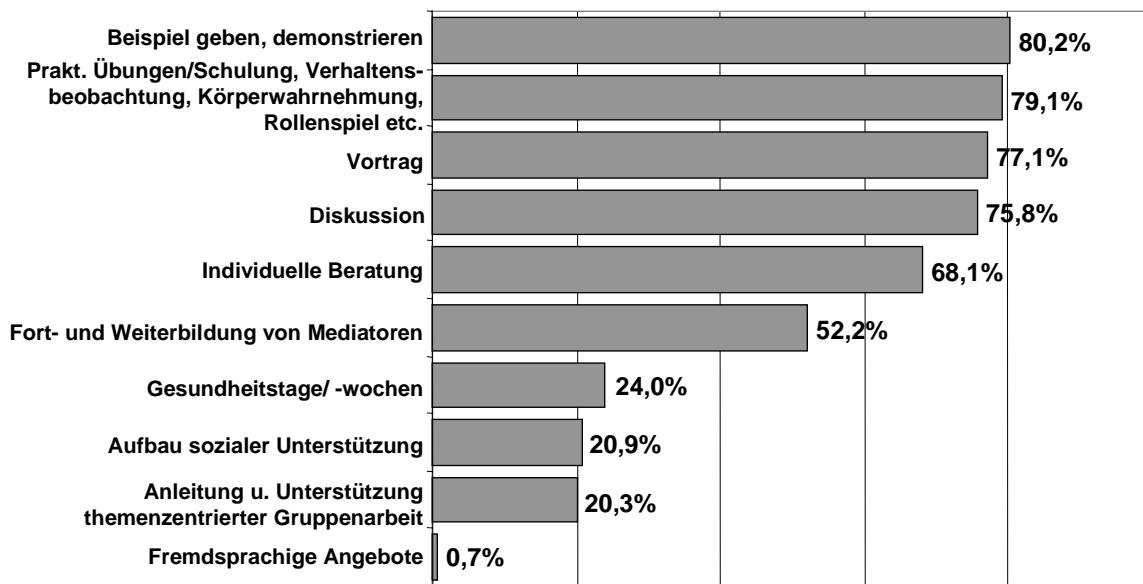
54 % der Fälle (n=233), bei denen Items zur Verhaltens- und/oder Verhältnisbezogenheit angekreuzt wurden, enthielten handschriftliche Angaben zur Art der Umgestaltung von

Umfeld/Strukturen bzw. Abläufen im Setting. Aus diesen Angaben wurden bei der Auswertung Kategorien gebildet. Da beliebig viele Angaben gemacht werden konnten, kamen in diesen 233 Fällen insgesamt 405 Nennungen zusammen. Am häufigsten (50 % aller Angaben) wurden Angaben gemacht, die zur Kategorie „Neugestaltung der Organisation im Setting“ gezählt wurden. Ebenfalls sehr häufig (41 %) ließen sich die Angaben dem Item „Verbesserung von Umgebungsbedingungen“ zuordnen. Deutlich seltener wurden Maßnahmen benannt, die zu einer „Erweiterung von Handlungsentscheidungsspielräumen bzw. Verantwortlichkeiten“ (5 %) bzw. zur „Verbesserung der Informations- und Kommunikationsstrukturen“ führten (3 %), oder die „Veränderungen von sozialen Angeboten und Einrichtungen im Setting“ bewirkten (1 %).

3.3.1.8.3 Angewandte Methoden

Der Fragenkatalog zu den Methoden umfasste insgesamt neun Items sowie ein Textfeld für sonstige Angaben. In 97 % der Fälle wurden Angaben zu den Methoden gemacht (2001: 97 %). Die Ergebnisse stellen sich folgendermaßen dar:

Abbildung 16: Intervention – angewandte Methoden (Mehrfachnennungen möglich)



(Zugrundeliegende Anzahl der Erhebungsbögen: N=454)

In der Rangfolge vorne standen - mit vergleichbaren Anteilen - die Methoden "Beispiel geben, demonstrieren" (80 %; 2001: 83 %), "Praktische Übungen/Schulung ..." (79 %; 2001: 83 %), „Vortrag“ (77 %; 2001: 73 %) und „Diskussion“ (76 %; 2001: 74 %). Etwas weniger wurde die „individuelle Beratung“ bzw. die „Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren/Mediatoren“ angeboten. „Fremdsprachige Angebote“ gab es in drei Fällen.

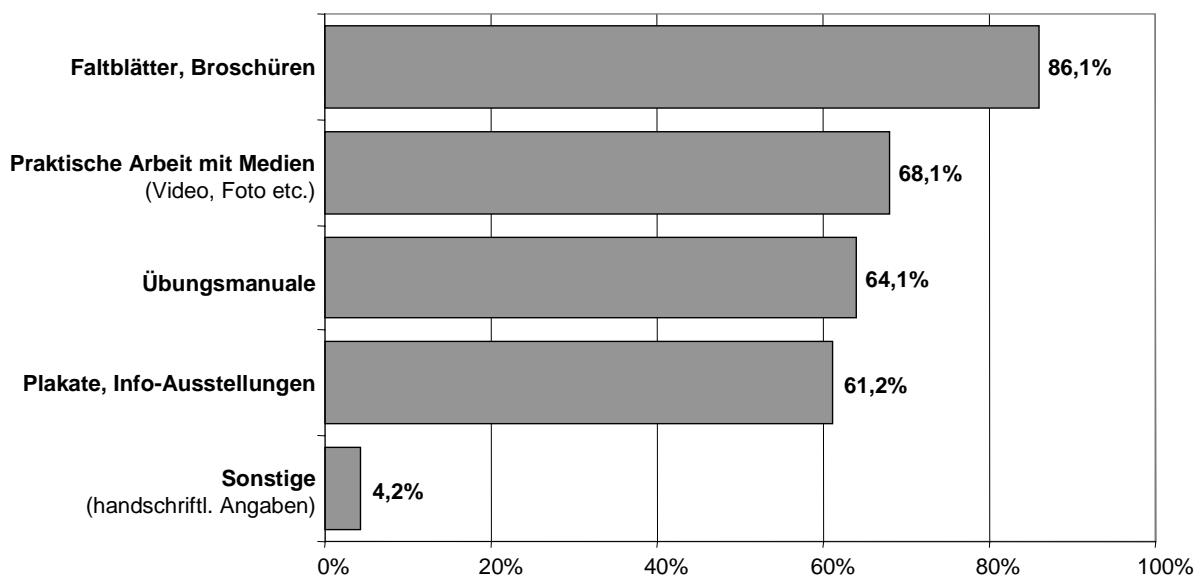
Auffallend häufig wurden in den 441 Fällen (97 %), bei denen Angaben zu den Methoden vorlagen, mehrere miteinander kombiniert. Im Durchschnitt waren es etwa fünf Nennungen pro Dokumentationsbogen. Der Datensatz enthielt dabei am häufigsten Sechserkombinationen (bei zehn möglichen Items!) (37 %), aber auch sehr viele Fünferkombinationen (13 %). Die Fünferkombination „Vortrag“, „Beispiel geben, demonstrieren“, „praktische Übungen/Schulung ...“, „Diskussion“ und „individuelle Beratung“ war bei knapp der Hälfte

bungen/Schulung ...”, „Diskussion“ und „individuelle Beratung“ war bei knapp der Hälfte (49 %) aller dokumentierten Aktivitäten vertreten, sowohl für sich allein als auch in Kombination mit weiteren Methoden. Die in sich geschlossene Methodenkombination, die am häufigsten gewählt wurde, war folgende: „Fort- und Weiterbildung von Mediatoren“, „Vortrag“, „Beispiel geben, demonstrieren“, „praktische Übungen/Schulung ...“, „Diskussion“ und „individuelle Beratung“, sie war in 27 % der Fälle (n=121) vertreten.

3.3.1.8.4 Eingesetzte Medien

In 92 % aller Fälle lagen Angaben zu den eingesetzten Medien vor (2001: 92 %):

Abb. 17: Intervention – eingesetzte Medien (Mehrfachnennungen möglich)



(Zugrundeliegende Anzahl der Erhebungsbögen: N=454)

In 86 % der Fälle nutzten die Anbieter der Setting-Aktivitäten Faltblätter und Broschüren als Medium (2001: 93 %). In 68 % wurden praktische Arbeiten mit Medien, wie u.a. Video und Foto, angewandt (2001: 60 %) und 64 % griffen auf Übungsmanuale zurück (2001: 63 %). Plakate und Informationsausstellungen wurden bei 61 % aller Fälle eingesetzt (2001: 37 %).

In 418 Dokumentationsbögen (92 %) lagen insgesamt 1.321 Angaben zum Medieneinsatz vor, d.h. pro Fall wurden etwa drei Items angekreuzt. Dreierkombinationen waren mit einem Anteil von 24 % am zweithäufigsten im Datensatz vertreten. In 50 Fällen (11 %) kamen die drei Medien „Übungsmanuale“, „Faltblätter, Broschüren“ und „Praktische Arbeit mit Medien, wie Video/Foto etc.“ zusammen zum Einsatz. Noch häufiger wies der Datensatz Viererkombinationen (41 %) auf. Da im Dokumentationsbogen insgesamt vier spezifische Items zu den Methoden abgefragt wurden, wurden in diesen Fällen im Prinzip alle erfragten Methoden eingesetzt.

Zum Feld „sonstige Medien“ wurden insgesamt 14 handschriftliche Angaben gemacht. Dabei gaben die Krankenkassen in erster Linie Anschauungsmaterial an, wie zum Beispiel Hörbeispiele (n=6) oder „Lebensmittel“ zum Thema „gesunde Ernährung“. Fünfmal wurde das „Internet“ (n=5) benannt.

3.3.1.9 Erfolgskontrolle

Um einen Eindruck zu erhalten, ob und wie die Krankenkassen den Erfolg ihrer Aktivitäten geprüft haben, wurden im Dokumentationsbogen 14 Items zu diesem Thema abgefragt. In 43 % aller Fälle benannten die Krankenkassen Erfolgskontrollen (2001: 33 %)¹⁹. Es handelte sich dabei ausschließlich um Mehrfachnennungen. Pro angegebener Erfolgskontrolle wurden im Durchschnitt etwa sieben Felder angekreuzt, d.h. bei Durchführung einer Erfolgskontrolle wurden grundsätzlich mehrere Parameter erhoben. Dieser Aspekt spricht für eine gute Qualität der Kontrollen.

Am häufigsten mit einem Anteil von 57 % der Fälle, bei denen Erfolgskontrollen stattfanden, wurden folgende sieben Items miteinander kombiniert angekreuzt:

- Veränderung von Abläufen
- Veränderung von Verhaltensparametern
- Veränderung von Kompetenzen
- Zugänglichkeit und Akzeptanz bei den Zielgruppen
- Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention
- Bildung von Kooperation, Netzwerkbildung
- Verstetigung der Intervention

Die nächsthäufige Kombination von Erfolgskontrollen (12 %) war die Verknüpfung der sechs Items:

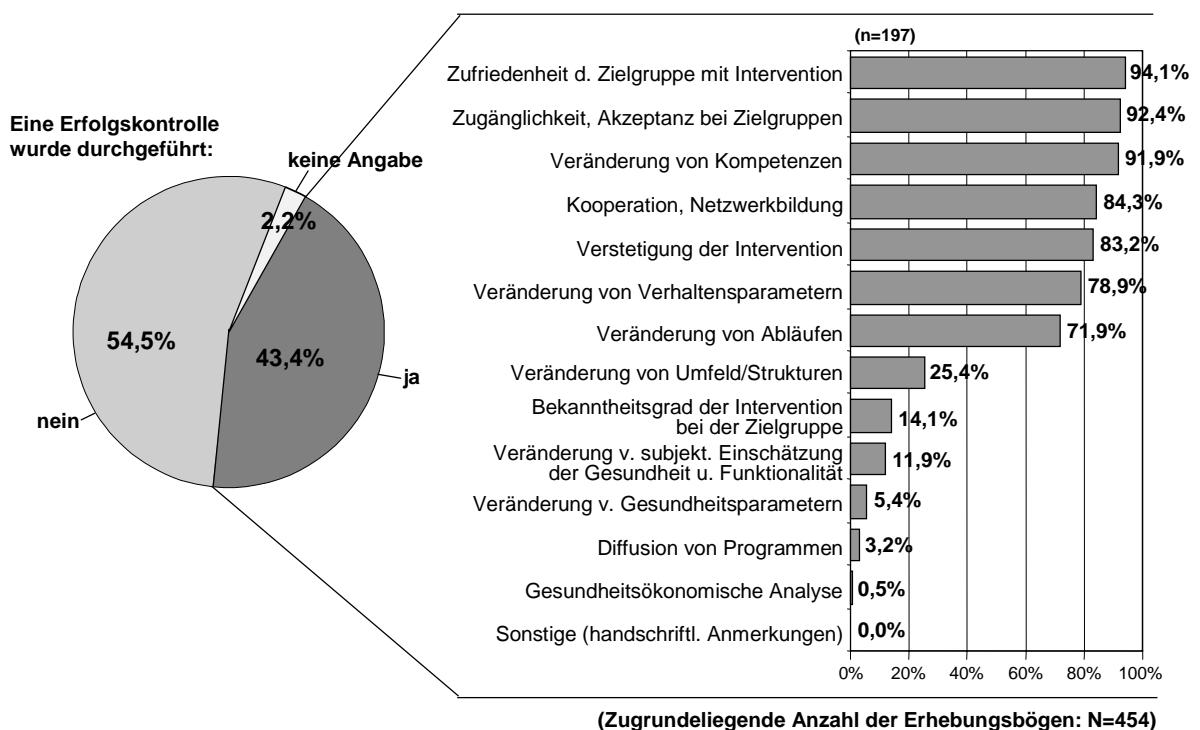
- Veränderung von Umfeld/Strukturen
- Veränderung von Kompetenzen
- Zugänglichkeit und Akzeptanz bei den Zielgruppen
- Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention
- Bildung von Kooperation, Netzwerkbildung
- Verstetigung der Intervention

Weitere identische Kombinationen gab es kaum.

Eine Auflistung der Häufigkeiten der einzelnen Items stellt sich folgendermaßen dar (vgl. Abb. 18):

¹⁹ Zu vermuten ist, dass bei den 61 % der Fälle, die in 2002 noch nicht abgeschlossen waren, weitere Erfolgskontrollen vorgesehen waren. Dies ist mit den bislang eingesetzten Erhebungsinstrumenten jedoch nicht nachzuvollziehen. Ab dem Berichtsjahr 2004 werden mit den überarbeiteten Dokumentationsbögen auch geplante Erfolgskontrollen abgefragt.

Abb. 18: Erfolgskontrollen (Mehrfachnennungen möglich)



Sieben Items wurden auffallend häufig benannt. Es handelte sich um die Felder „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei den Zielgruppen“, „Veränderung von Kompetenzen“, „Kooperation, Netzwerkbildung“, „Verfestigung der Intervention“, „Veränderung von Verhaltensparametern“ und „Veränderung von Abläufen“.

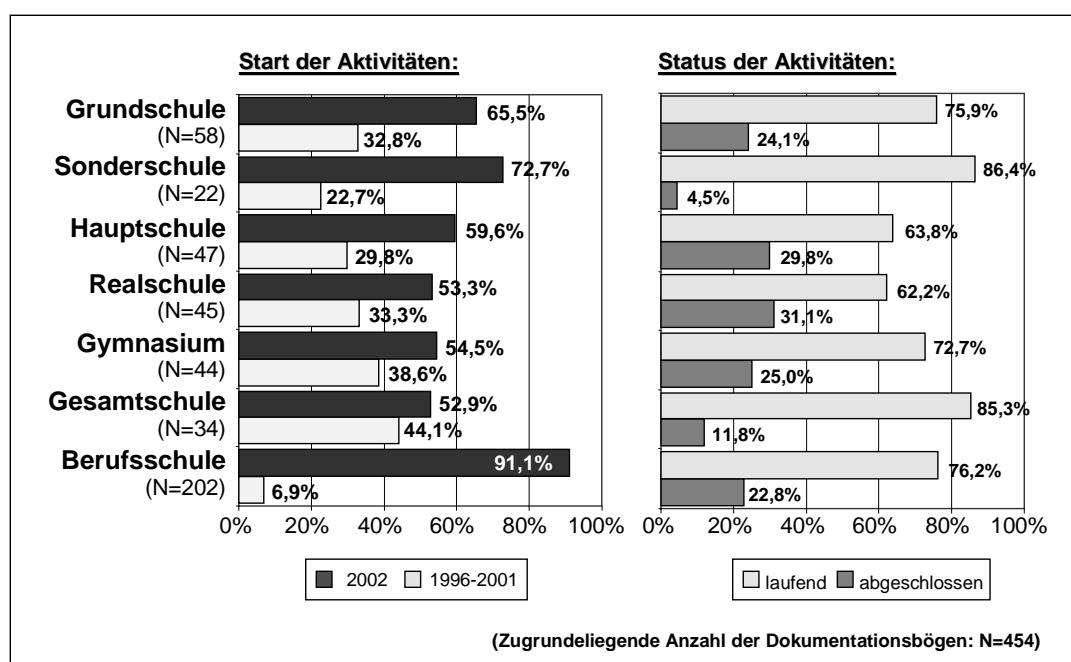
3.3.2 Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings: Schulen und Berufsschulen

Die überwiegende Mehrzahl der Settings, in denen sich die Krankenkassen an Gesundheitsförderungsaktivitäten beteiligten, waren Schulen und Berufsschulen (Schulen und/oder Berufsschulen wurden bei 66 % aller Fälle als Setting benannt; s. auch S. 23). 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 das schulische Setting in diesem Kapitel gesondert beschrieben. Im nachfolgenden Kapitel werden dann diejenigen Settings genauer betrachtet, die mit einem Anteil von mindestens 5 % im Datensatz vertreten waren (s. Kap. 3.3.3).²⁰

3.3.2.1 Start und Status der Aktivitäten

Der Beginn der Aktivitäten und ihr Status zum Ende des Berichtsjahres 2002 stellten sich in den jeweiligen Schulen und Berufsschulen wie folgt dar:

Abb. 19: Setting und Start/Status der Aktivitäten in Schulen/Berufsschulen



Die Mehrzahl der Aktivitäten wurde in 2002 gestartet. Die meisten Aktivitäten waren zum Ende des Berichtsjahres noch nicht abgeschlossen. Besonders in Berufsschulen wurden zahlreiche Aktivitäten im Jahr 2002 (91 %) gestartet und dauerten in der Mehrzahl der Fälle über das Jahr hinaus an (in 2001 gab es hingegen viele kurz angelegte Aktivitäten in Berufsschulen.). In Sonderschulen war der Anteil der Aktivitäten, die in 2002 gestartet wurden und zum Ende des Berichtsjahres noch liefen, ebenfalls hoch.

²⁰ Anmerkung zum Verständnis der Ergebnisse: 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 bzw. fehlenden Angaben dar.

Eine Mitwirkung der Krankenkassen bestand bei der Mehrheit der laufenden Aktivitäten. Am niedrigsten war der Anteil der zum Ende des Berichtsjahres noch mitwirkenden Krankenkassen bei den Gesamtschulen (laufende Aktivitäten: 85 %, Anteil der mitwirkenden Krankenkassen: 74 %).

3.3.2.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

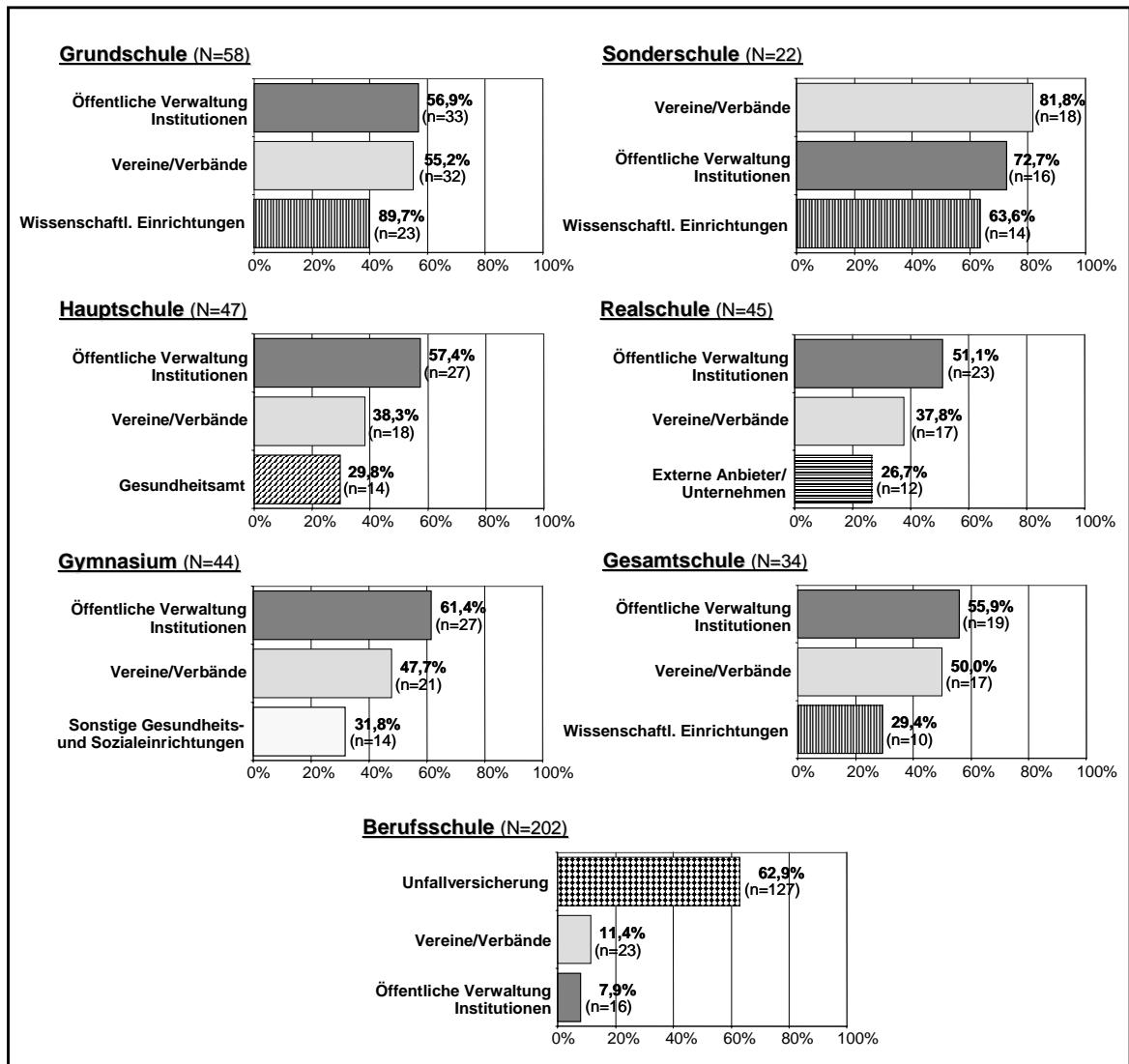
Besonders häufig wurden spezifische Zielgruppen in Grund- und Sonderschulen benannt (95 % und 91 %). Bei den Berufsschulen und auch den anderen Schularten lag der Anteil der spezifischen Zielgruppen zwischen 79 % (Berufsschulen, Anteil im Vorjahr bei 43 %) und 73 % (Hauptschulen).

Alle Schularten benannten in erster Linie „Jungen/Männer“ bzw. „Mädchen/Frauen“. Auch standen „Multiplikatoren/Mediatoren“ standen durchweg an dritter Stelle, wobei sie den höchsten prozentualen Anteil im Setting Berufsschule ausmachten (69 %). „Spezifisch mit Gesundheitsgefährdung belastete Gruppe(n)“ standen bei allen Schularten an letzter Stelle. Am häufigsten wurden sie in Berufsschulen (65 %) anvisiert, gefolgt von den Gesamtschulen (12 %).

3.3.2.3 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 („Top 3“) anhand einer umfassenden Grafik wiedergegeben.

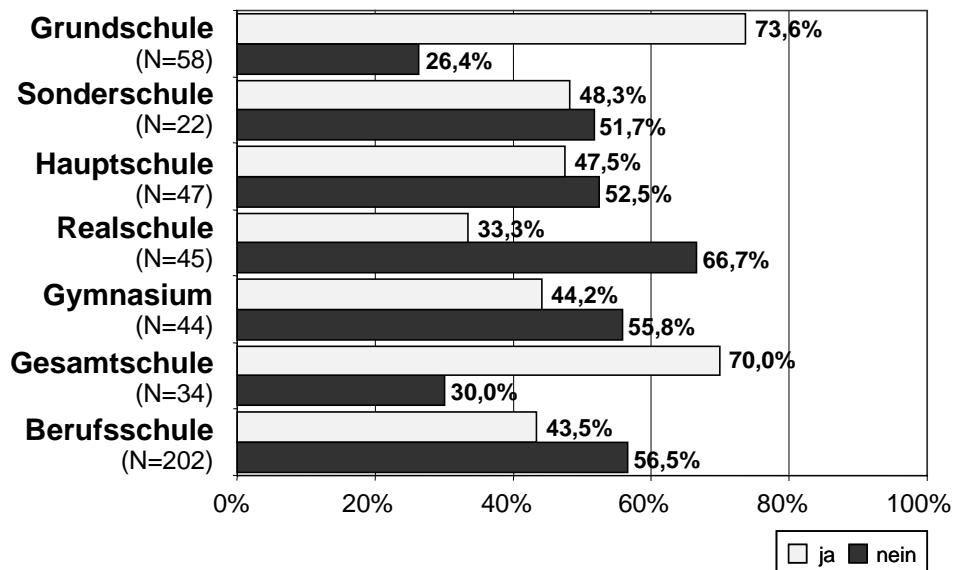
Abb. 20: Kooperationspartner in Schulen/Berufsschulen – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)



In allen schulischen Settings, außer Sonder- und Berufsschulen, war am häufigsten die „Öffentliche Verwaltung/Institutionen“ als Kooperationspartner in die Aktivitäten eingebunden. Diese zählten auch bei Aktivitäten in den Sonder- und Berufsschulen zu den „Top 3“. Ebenfalls wurden „Vereine und Verbände“ in allen Settings häufig als Kooperationspartner benannt: sie nahmen durchweg den zweiten Platz ein. Die weiteren zu den drei häufigsten Kooperationspartnern zählenden Einrichtungen variierten nach Setting erheblich: so waren es in Grund-, Sonder- und Gesamtschulen „Wissenschaftliche Einrichtungen“, in Hauptschulen die „Gesundheitsämter“, in Realschulen „Externe Anbieter/Unternehmen“, in Gymnasien „Sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“ und in Berufsschulen die „Unfallversicherungen“.

3.3.2.4 Koordination und Steuerung

Abb. 21: Entscheidungs- und Steuerungsstruktur (Schulen/Berufsschulen) vorhanden



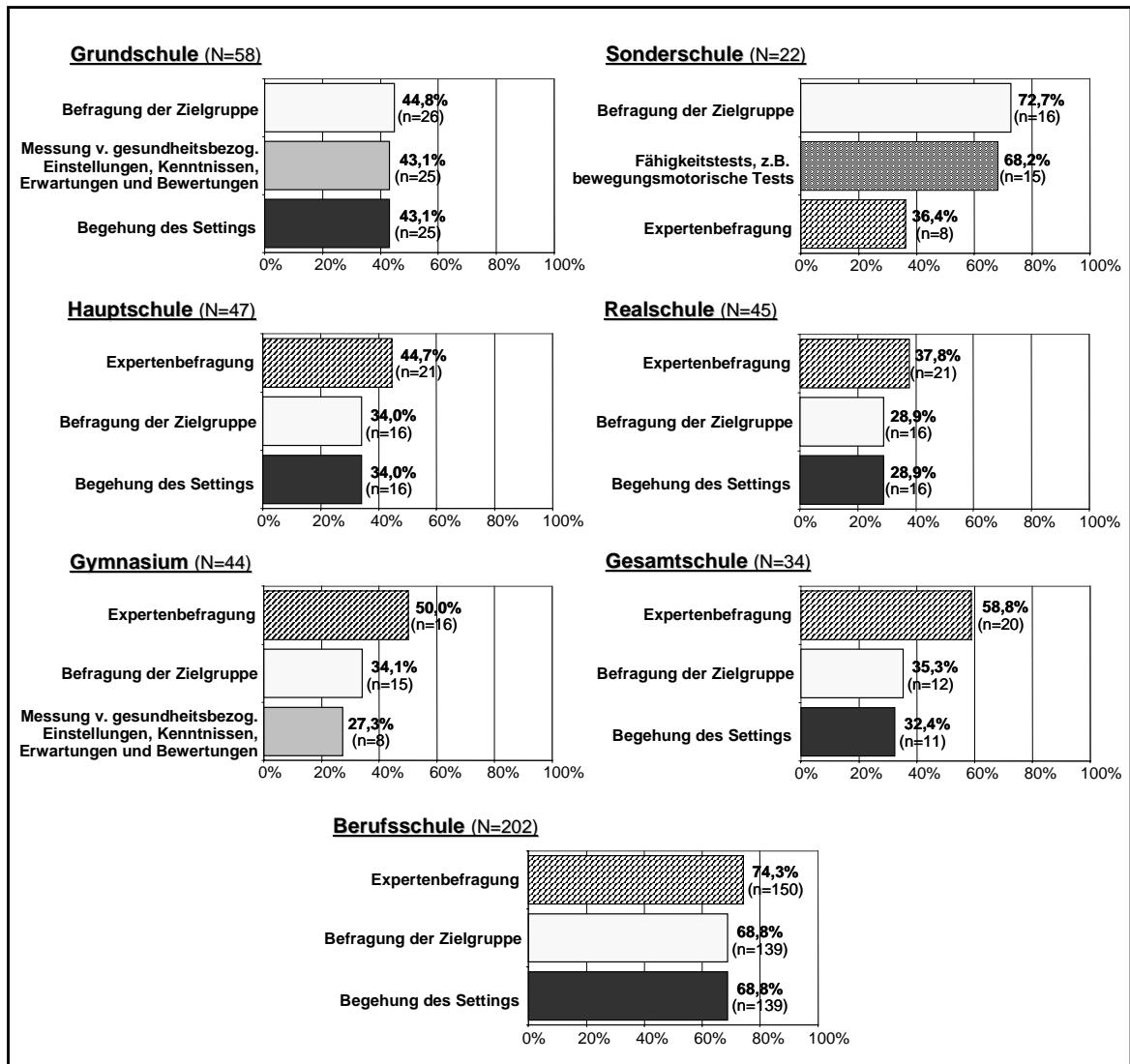
(Zugrundeliegende Anzahl der Dokumentationsbögen: N=454)

Den Angaben in den Dokumentationsbögen zufolge war der Anteil an primärpräventiven Aktivitäten mit bestehender Entscheidungs- und Steuerungsstruktur bei Grund- und Gesamtschulen am höchsten, in Real- und Berufsschulen am niedrigsten.

3.3.2.5 Bedarfsermittlung

Die folgende Grafik zeigt die drei am häufigsten durchgeführten Arten der Bedarfsermittlung zur Ermittlung des bestehenden Handlungsbedarfs in schulischen Settings:

Abb. 22: Bedarfsermittlung in Schulen/Berufsschulen – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)



Während in Grund- und Sonderschulen der Bedarf in erster Linie über die Befragung der Zielgruppe ermittelt wurde, stand in Haupt-, Real-, Gesamtschulen, Gymnasien und Berufsschulen die Expertenebefragung im Vordergrund.

3.3.2.6 Gesundheitszirkel

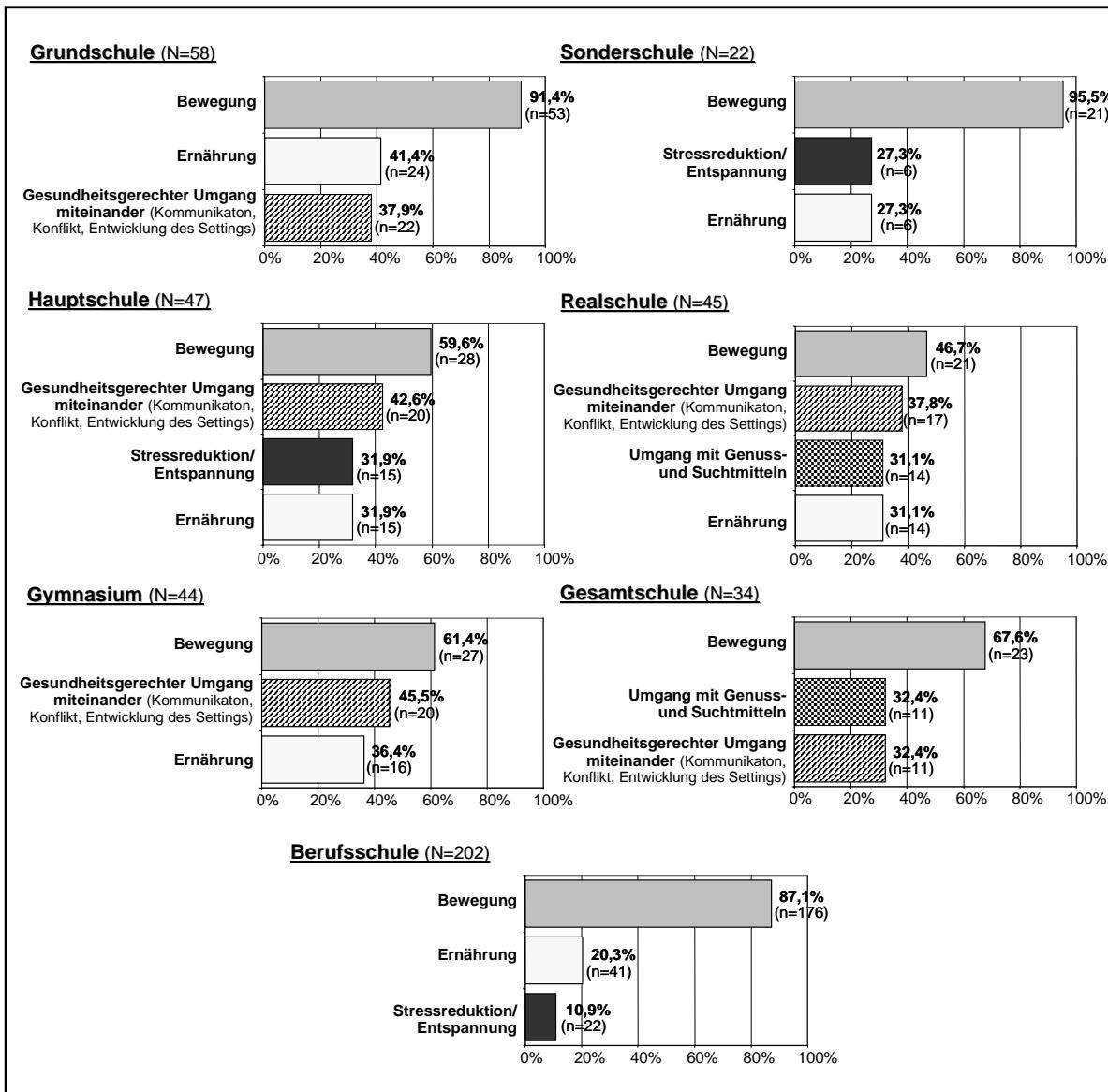
Gesundheitszirkel fanden selten in Schulen statt: vier wurden ausschließlich in Schulen durchgeführt, bei vier wurden sowohl schulische als auch nicht-schulische Settings (Schule + Familie, Schule + Institution für spezifische Bevölkerungsgruppen, Schule + Verein) angekreuzt.

3.3.2.7 Intervention

Dieser Abschnitt umfasst die inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten, die Verhaltens- und/oder Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten sowie die angewandten Methoden und eingesetzten Medien.

3.3.2.7.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

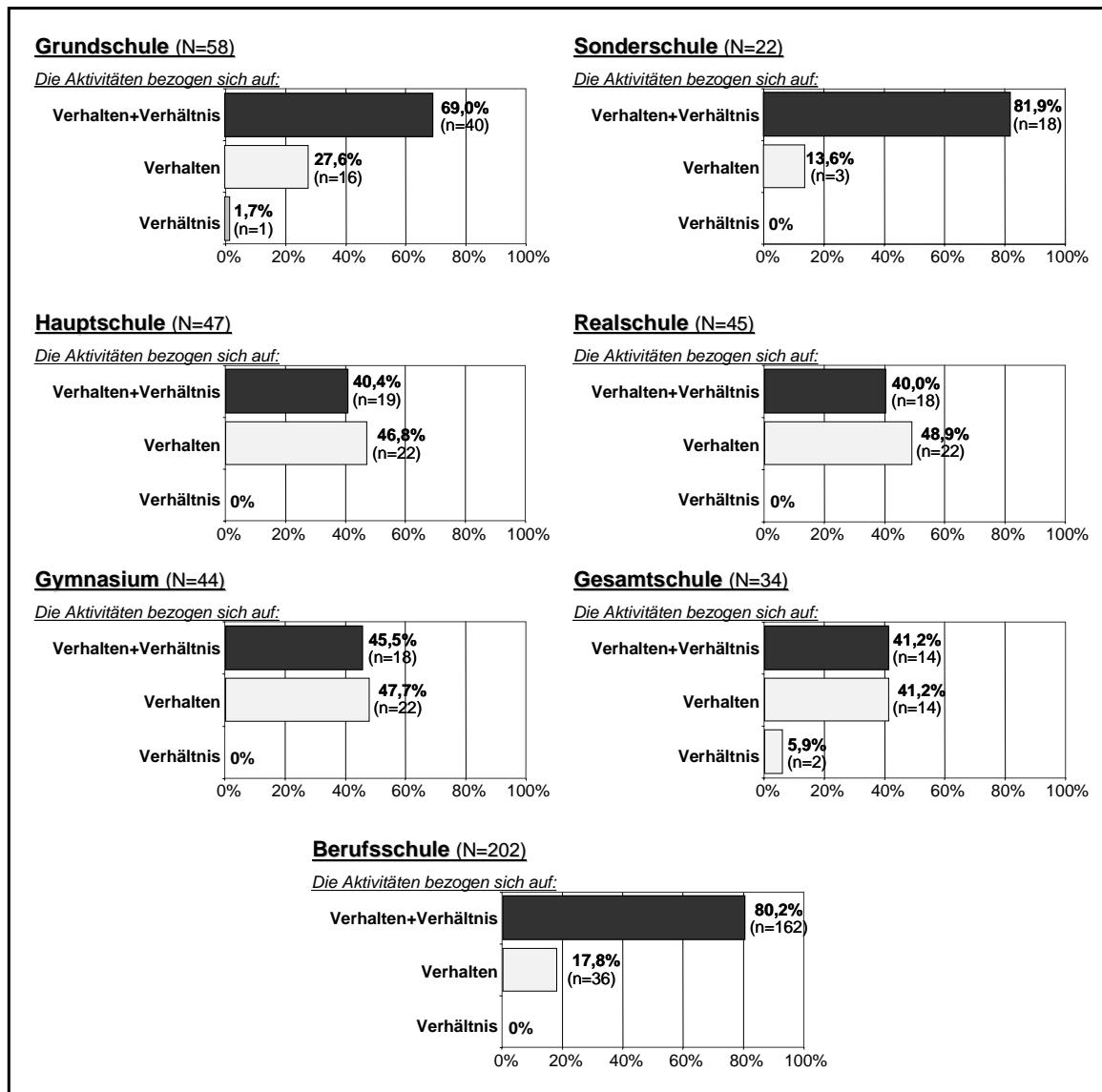
Abb. 23: Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten in Schulen/Berufsschulen – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)



In allen schulischen Settings waren die Aktivitäten in erster Linie auf das Handlungsfeld „Bewegung“ ausgerichtet. Am zweithäufigsten wurde in Grund- und Berufsschulen das Feld „Ernährung“ und in Haupt-, Real-, Gesamtschulen und Gymnasien das Feld „Gesundheitsgerechter Umgang miteinander“ thematisiert. In Gesamtschulen war darüber hinaus der „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ bei etwa einem Drittel der Fälle Gegenstand der Aktivitäten. In Sonderschulen wurden in knapp einem Drittel die Themen „Stressreduktion/Entspannung“ und „Ernährung“ behandelt.

3.3.2.7.2 Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten

Abb. 24: Verhaltens- bzw. Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten in Schulen/Berufsschulen

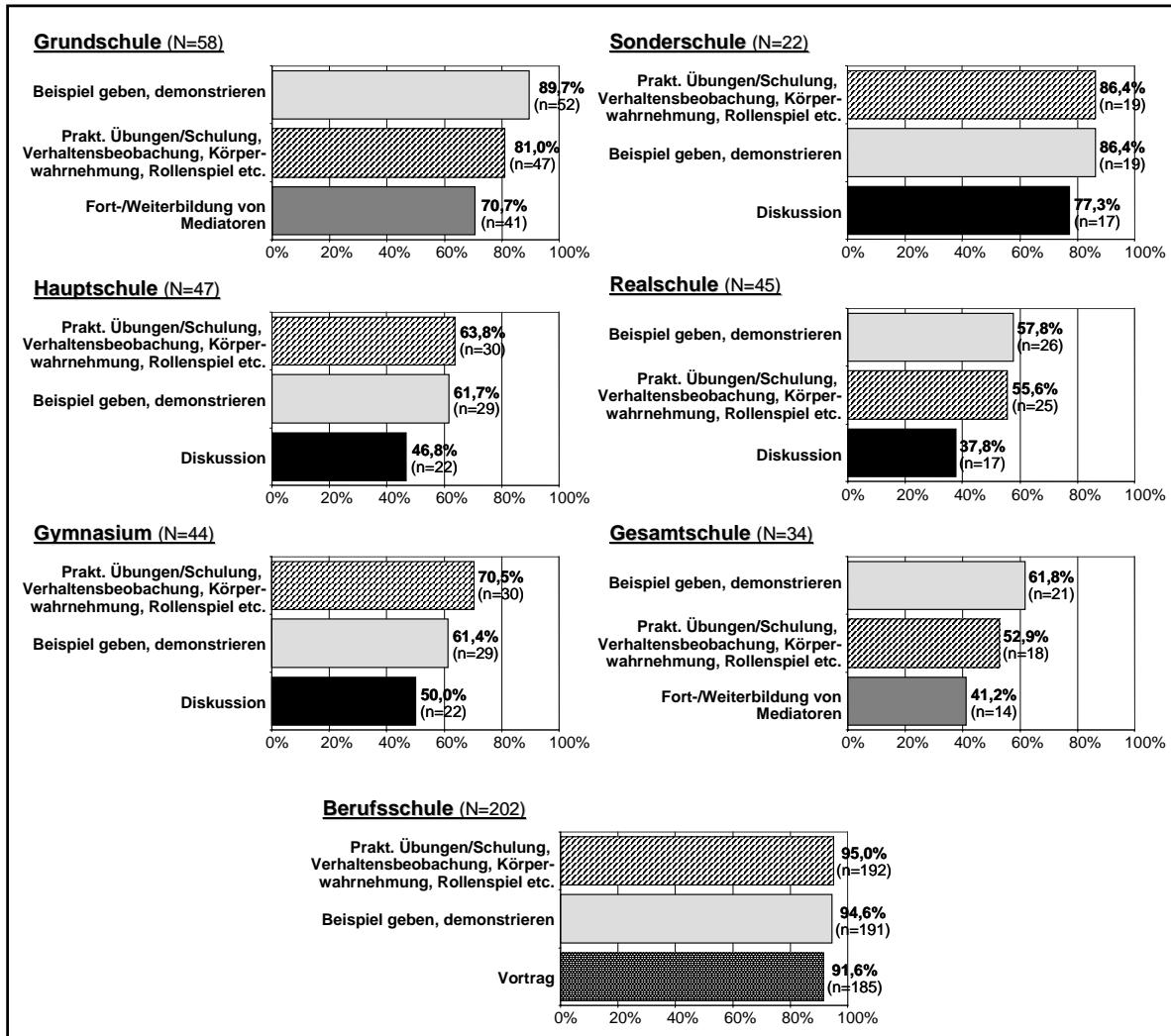


In Grund-, Sonder- und Berufsschulen war die deutliche Mehrheit der Aktivitäten sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. In Gymnasien und Gesamtschulen fanden mit etwa gleicher Häufigkeit verhaltens- plus verhältnisbezogene Aktivitäten und nur verhaltensbezogene Aktivitäten statt. In Haupt- und Realschulen wurden etwas häufiger nur verhaltensbezogene Aktivitäten durchgeführt im Vergleich zu solchen, die sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen waren.

3.3.2.7.3 Methoden

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

Abb. 25: Methoden in Schulen/Berufsschulen – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)

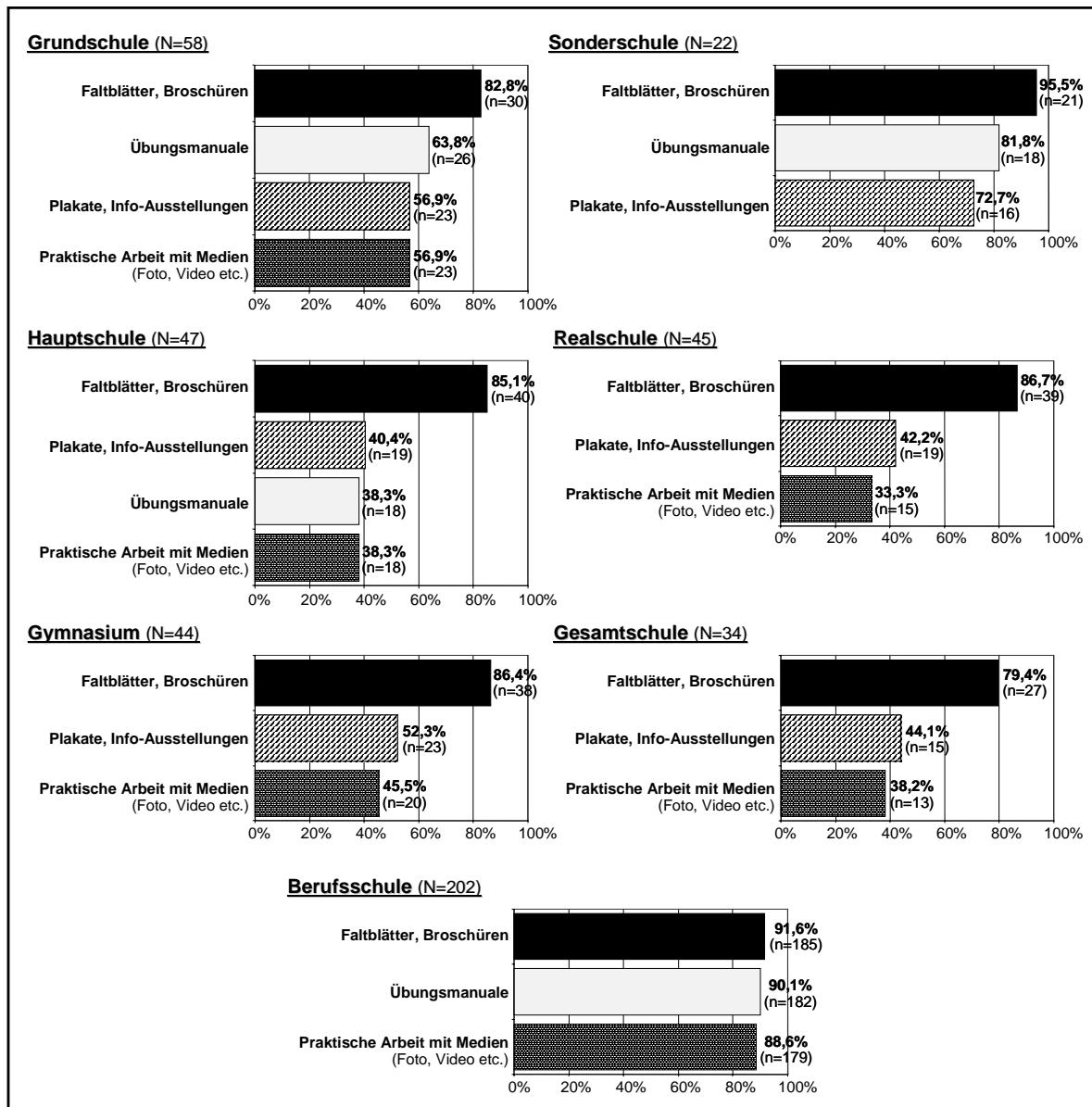


In allen Settings zählten „Praktische Übung/Schulung, Verhaltensbeobachtung, Körperf. wahrnehmung, Rollenspiel etc.“ und „Beispiel geben, demonstrieren“ zu den beiden am häufigsten angewendeten Methoden. An dritter Stelle standen in Sonder-, Haupt-, Realschulen und Gymnasien die „Diskussion“, in Grund- und Realschulen die „Fort-/Weiterbildung von Mediatoren“ und in Berufsschulen der „Vortrag“.

3.3.2.7.4 Eingesetzte Medien

In allen Schulararten wurden am häufigsten „Faltblätter und Broschüren“ eingesetzt. „Plakate und Informationsausstellungen“ zählten in allen Schulararten außer den Berufsschulen zu den „Top 3“. Übungsmanuale kamen ebenfalls häufig in Grund-, Sonder- und Berufsschulen zum Einsatz. Insbesondere in Berufsschulen fanden darüber hinaus Medien, wie Foto, Video etc. vergleichsweise häufig praktische Anwendung.

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

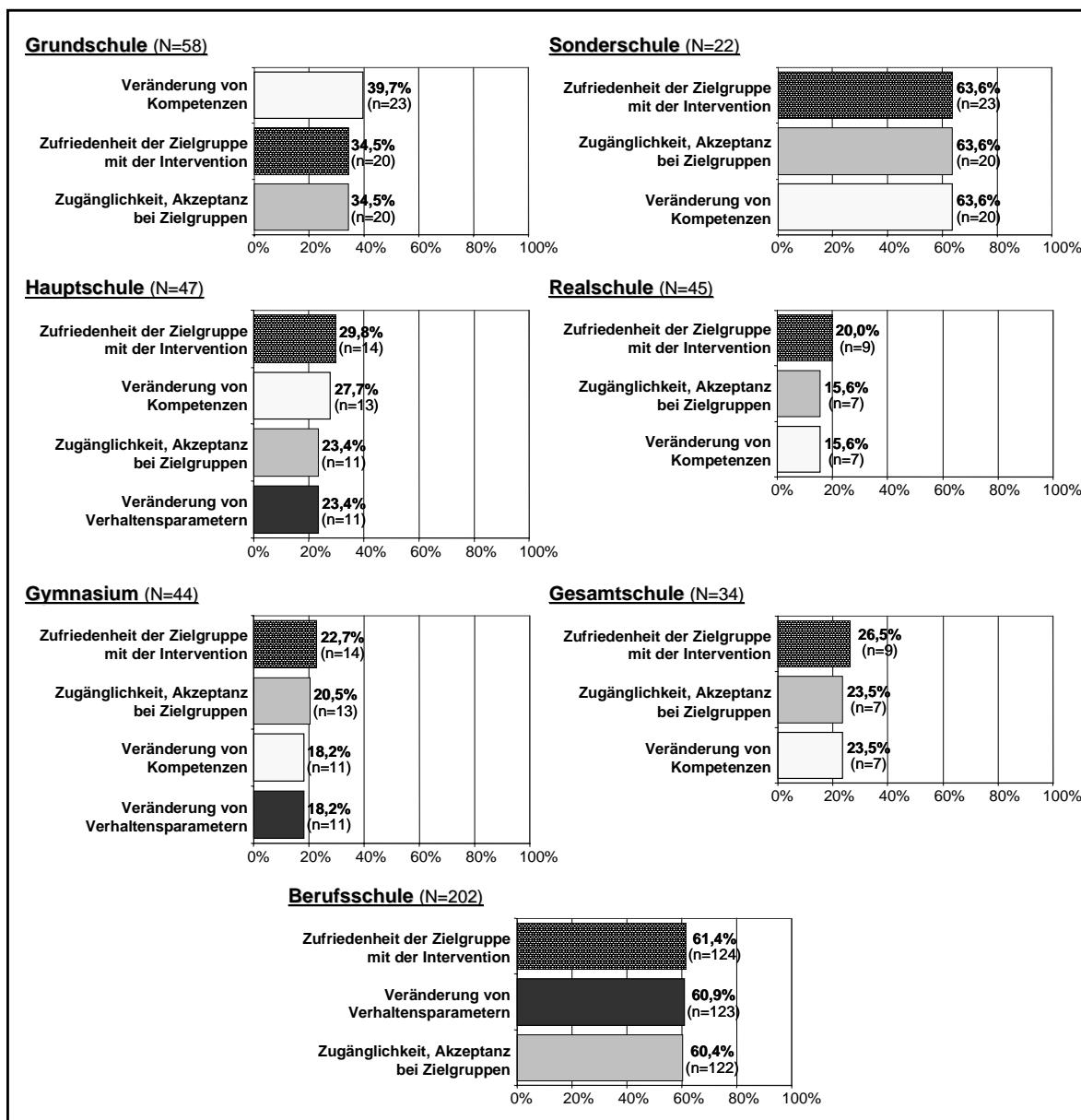


3.3.2.8 Erfolgskontrolle

Erfolgskontrollen wurden mit den höchsten Anteilen in Gesamtschulen (73 %) und Grundschulen (63 %) durchgeführt. Auch bei fast der Hälfte aller Aktivitäten in Berufsschulen gab es Erfolgskontrollen. Weniger fanden sie in Sonderschulen (35 %) und Gymnasien (34 %) statt, am wenigsten in Hauptschulen (30 %) und Realschulen (27 %).

In allen Settings zählten die „Prüfung der Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“ und die „Zugänglichkeit und Akzeptanz der Zielgruppe mit der Intervention“ zu den „Top 3“ der durchgeführten Erfolgskontrollen. Darüber hinaus wurde die „Veränderung von Kompetenzen“ in allen Schulen häufig geprüft (in Berufsschulen mit einem Anteil von 60 % an vierter Stelle). Des weiteren war die „Veränderung von Verhaltensparametern“ in Hauptschulen, Gymnasien und Berufsschulen noch häufig Gegenstand der Erfolgskontrolle.

Abb. 27: Erfolgskontrollen in Schulen/Berufsschulen – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)



3.3.3 Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings: Weitere Settings

Die folgenden Settings werden differenzierter dargestellt, da sie mit einem Anteil von mindestens 5 % am Gesamtdatensatz beteiligt waren:

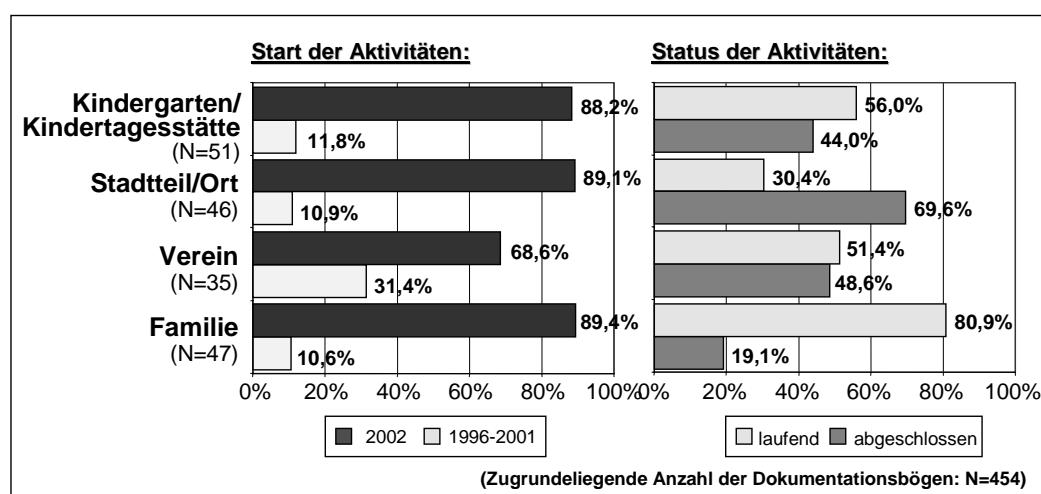
- Kindergarten/Kindertagesstätte (11,2 %)
- Familie (10,4 %)
- Stadtteil/Ort (10,1 %)
- Verein (7,7 %)

Zum Setting Familie ist anzumerken, dass dieses lediglich in vier von 47 Fällen für sich alleine benannt wurde, d.h. in über 90 % wurde die Familie über weitere Settings erreicht. Etwa ein Drittel aller Kombinationen mit dem Setting Familie waren dabei „Familie und Kindergärten/Kindertagesstätten“ (n=15), und etwa die Hälfte dieser Kombinationen waren – für sich allein oder in Kombination mit weiteren Settings – „Familie und Grundschule“ (n=22).²¹

3.3.3.1 Start und Status der Aktivitäten

Der Beginn der Aktivitäten und ihr Status zum Ende des Berichtsjahres 2002 stellte sich in den nicht-schulischen Settings wie folgt dar:

Abb. 28: Setting und Start/Status der Aktivitäten in nicht-schulischen Settings



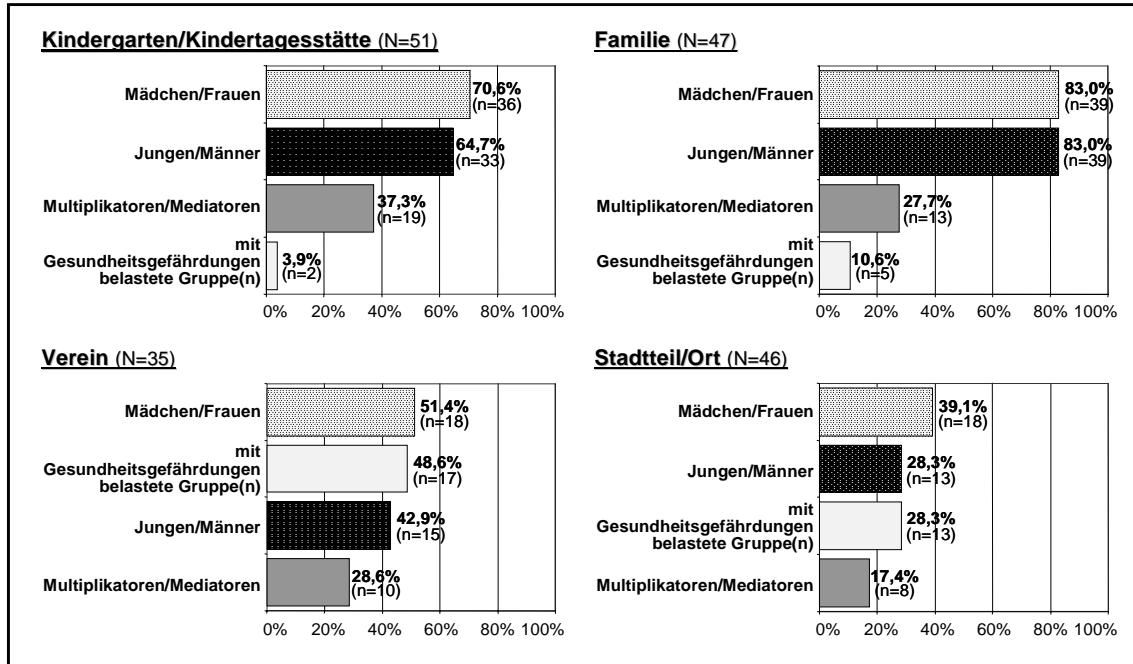
Die Mehrzahl aller Aktivitäten wurde 2002 gestartet. Dabei waren die Aktivitäten zum Ende des Berichtsjahres in allen Settings, abgesehen vom Setting „Stadtteil/Ort“, in der Mehrzahl noch laufend. Offensichtlich waren die Aktivitäten in Stadtteilen bzw. Orten tendenziell kürzer angelegt.

²¹ Anmerkung zum Verständnis der Ergebnisse: 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.

3.3.3.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

Besonders häufig wurden spezifische Zielgruppen bei Familien und Kindergärten/Kindertagesstätten benannt (94 % und 86 %). Bei den Vereinen und Stadtteil/Orten lag der Anteil der spezifischen Zielgruppen bei 66 % und 44 %.

Abb. 29: Erreichte Zielgruppen in nicht-schulischen Settings (Mehrfachnennungen möglich)

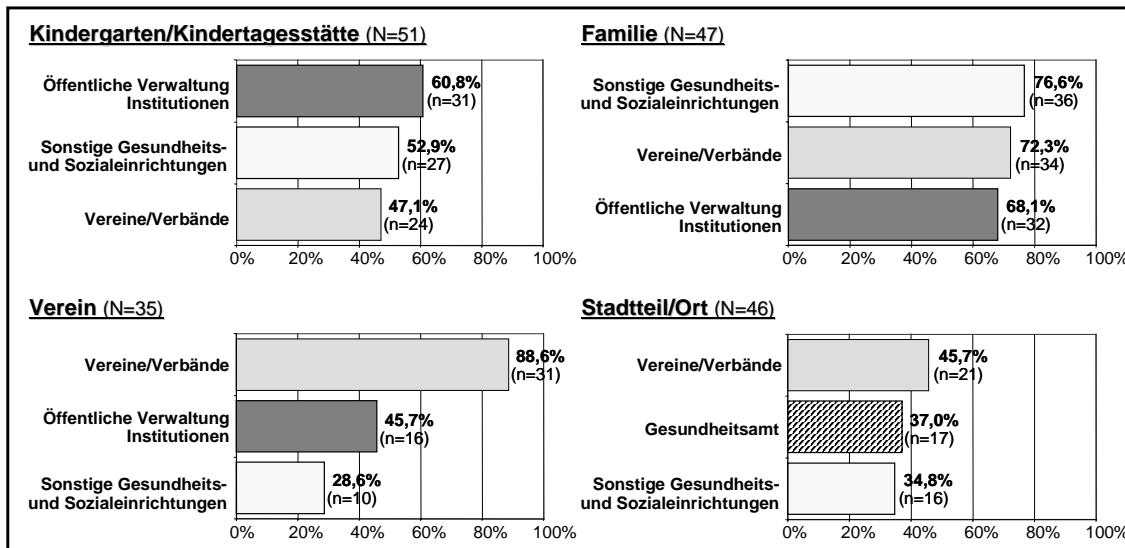


In allen Settings zielten die Aktivitäten an erster Stelle auf „Mädchen/Frauen“ und an zweiter auf „Jungen/Männer“ ab. Eine Ausnahme stellten die Vereine dar, wo die Aktivitäten etwas häufiger noch als auf „Jungen/Männer“ auf „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen“ abzielten.

3.3.3.3 Kooperationspartner

Im folgenden werden die jeweils drei häufigsten Kooperationspartner pro Setting anhand einer umfassenden Grafik dargestellt:

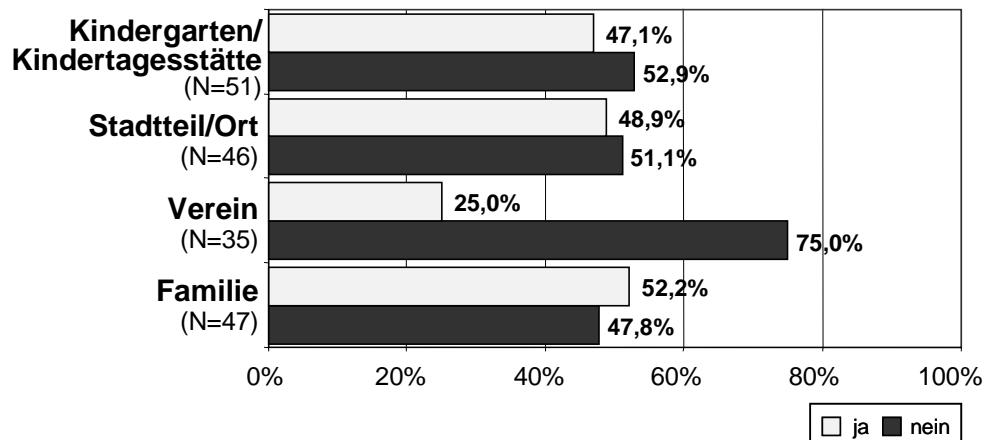
Abb. 30: Kooperationspartner in nicht-schulischen Settings – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)



In allen Settings zählten die „Öffentliche Verwaltung/Institutionen“ und „Sonstige Gesundheits-/Sozialeinrichtungen“ zu den drei am häufigsten beteiligten Kooperationspartnern. „Gesundheitsämter“ waren im Setting Stadtteil/Ort häufig als Kooperationspartner an den Aktivitäten beteiligt. Bei „Vereinen“ wurden zudem auffallend häufig weitere „Vereine“ angekreuzt. Möglicherweise kam dies dadurch zustande, dass das Feld „Vereine“ vielfach auch dann markiert wurde, wenn dort überhaupt primärpräventive Aktivitäten stattfanden.

3.3.3.4 Koordination und Steuerung

Abb. 31: Entscheidungs- und Steuerungsstruktur (nicht-schulische Settings) vorhanden



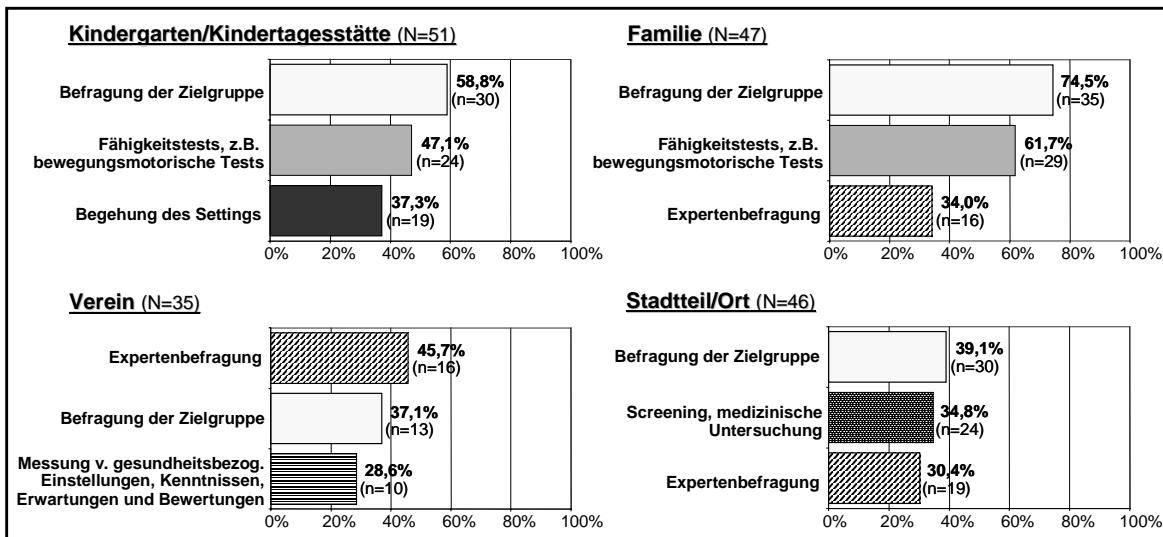
(Zugrundeliegende Anzahl der Dokumentationsbögen: N=454)

Das Vorhandensein von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurde am häufigsten beim Setting Familie angegeben (52 %). Da dieses Setting meist zusammen mit weiteren Settings benannt wurde (insbesondere Kindergärten/Kindertagesstätten und Grundschulen, vgl. S. 47), ist davon auszugehen, dass die hier angegebenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen eher auf die anderen Settings zurückzuführen sind. Häufig gab es auch Koordinierungsstrukturen in Kindergärten/Kindertagesstätten und Stadtteil/Orten, eher selten wurden sie in Vereinen benannt.

3.3.3.5 Bedarfsermittlung

Die folgende Grafik zeigt die drei am häufigsten durchgeführten Arten der Bedarfsermittlung zur Feststellung von bestehendem Handlungsbedarf in nicht-schulischen Settings:

Abb. 32: Bedarfsermittlung in nicht-schulischen Settings – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)



In allen hier dargestellten Settings zählte die „Zielgruppenbefragung“ zu den drei am häufigsten gewählten Formen der Bedarfsermittlung. In Kindergärten/Kindertagesstätten und Familien wurden darüber hinaus oft „Fähigkeitstests“ durchgeführt. In Vereinen fanden vorwiegend „Expertenbefragungen“ und „Zielgruppenbefragungen“ statt. In Stadtteilen/Orten wurden sich noch relativ häufig „Screenings/medizinische Untersuchungen“ durchgeführt.

3.3.3.6 Gesundheitszirkel

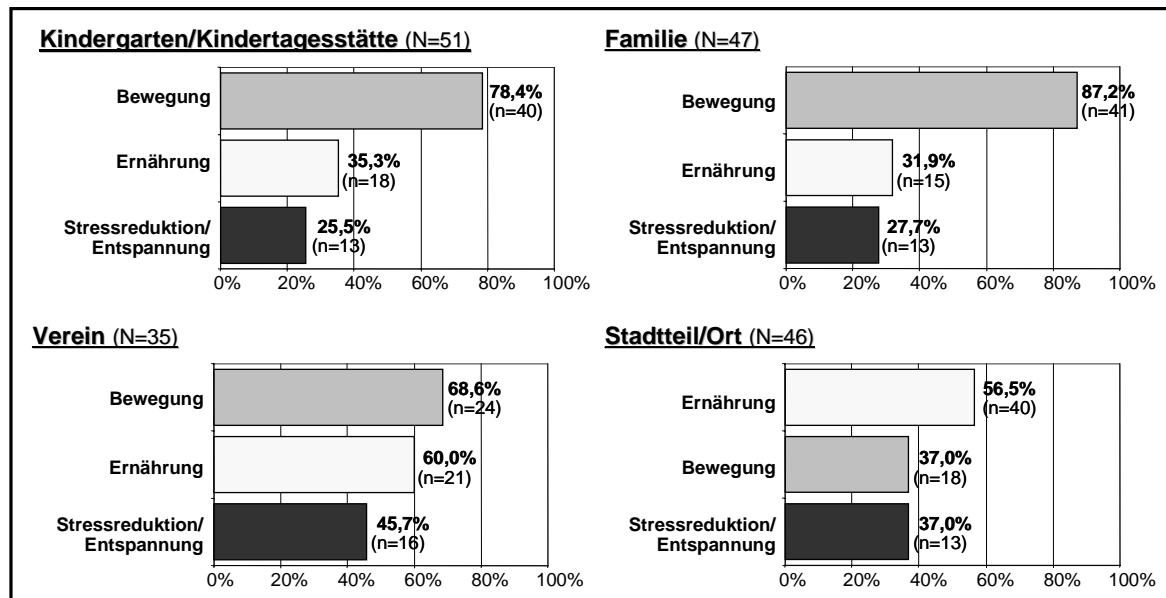
In nicht-schulischen Settings fanden insgesamt sieben Gesundheitszirkel statt, vier davon in Vereinen. Drei betrafen das Setting Familie, wobei die Familien in einem Fall über Kindergärten/Kindertagesstätten und zweimal über Schulen erreicht wurden. Ein Zirkel fand in Kindergärten/Kindertagesstätten statt.

3.3.3.7 Intervention

Dieser Abschnitt umfasst die inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten, durchgeführte Gesundheitszirkel, die Verhaltens- und/oder Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten sowie die angewandten Methoden und eingesetzten Medien.

3.3.3.7.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

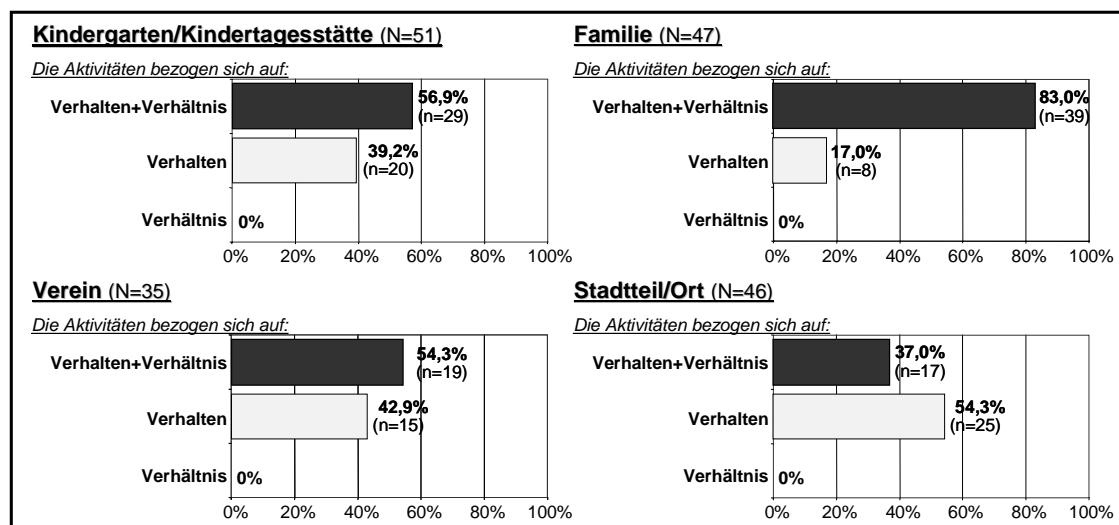
Abb. 33: *Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten in nicht-schulischen Settings – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)*



Bis auf das Setting Stadtteil/Ort waren in allen Settings die Aktivitäten in erster Linie auf die Bewegung und danach auf die Ernährung ausgerichtet. Im Setting Stadtteil/Ort stand das Ernährungsangebot vor dem Bewegungsangebot. Die Stressreduktion/Entspannung wurde in allen nicht-schulischen Settings am dritthäufigsten thematisiert.

3.3.3.7.2 Verhaltens- bzw. Verhältnisbezogene Aktivitäten

Abb. 34: *Verhaltens- bzw. Verhältnisbezogene Aktivitäten in nicht-schulischen Settings*

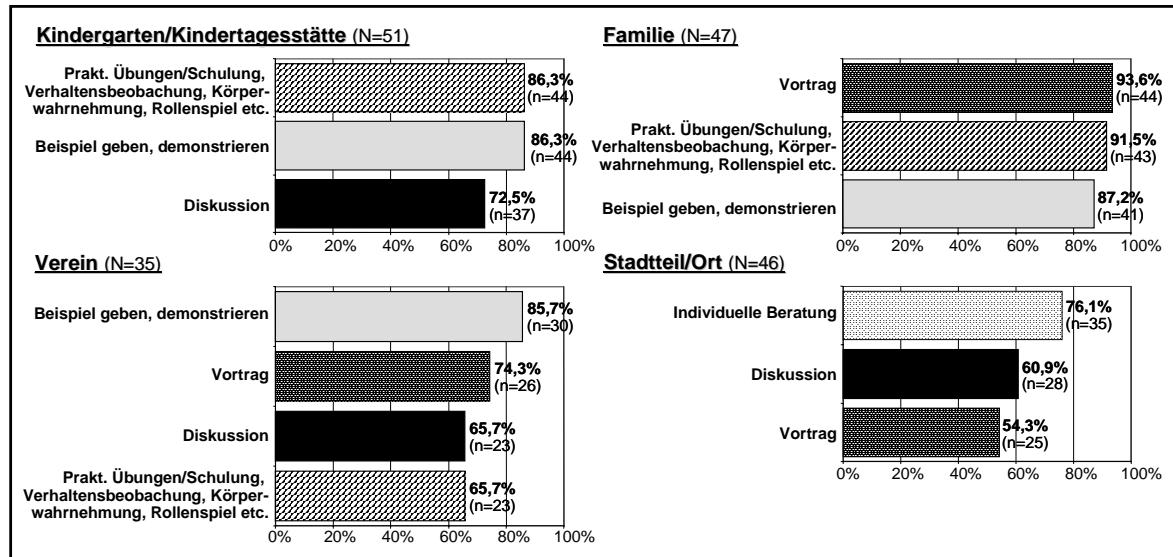


Abgesehen vom Setting Stadtteil/Ort war die Mehrheit der Aktivitäten in den weiteren Settings sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Ausschließlich verhältnisbezogene Aktivitäten gab es in keinem der nicht-schulischen Settings.

3.3.3.7.3 Methoden

In den nachfolgenden Settings wurden die folgenden drei Methoden jeweils am häufigsten eingesetzt („Top 3“):

Abb. 35: Methoden in nicht-schulischen Settings – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)

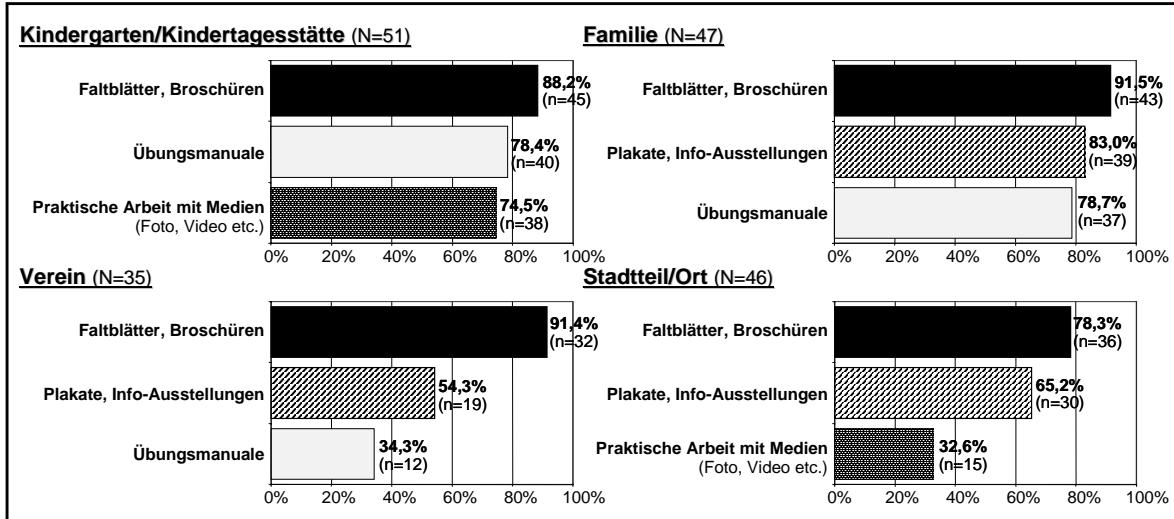


In Kindergärten/Kindertagesstätten fanden „Praktische Übungen ...“ und „Beispiel geben, demonstrieren“ gleichermaßen am häufigsten Anwendung. Bei Familien wurden die Methoden „Vorträge“, „Praktische Übungen ...“, aber auch „Beispiele geben, demonstrieren“ häufig eingesetzt. In Vereinen stand die Anwendung von „Beispielen, Demonstrationen“ und „Vorträgen“ im Vordergrund. Stadtteil/Orte boten am häufigsten noch die „individuelle Beratung“ an, gefolgt von „Diskussionen“.

3.3.3.7.4 Eingesetzte Medien

In allen Settings wurden am häufigsten „Faltblätter und Broschüren“ eingesetzt. „Plakate und Informationsausstellungen“ zählten in den Settings Familie, Verein und Stadtteil/Ort zu den am zweithäufigsten eingesetzten Medien. „Übungsmanuale“ kamen noch sehr häufig in Kindergärten/Kindertagesstätten und in Vereinen zum Einsatz. In Kindergärten/Kindertagesstätten und Stadtteilen/Orten fanden darüber hinaus „Medien, wie Foto, Video etc.“ vergleichsweise häufig Anwendung (vgl. Abb. 36).

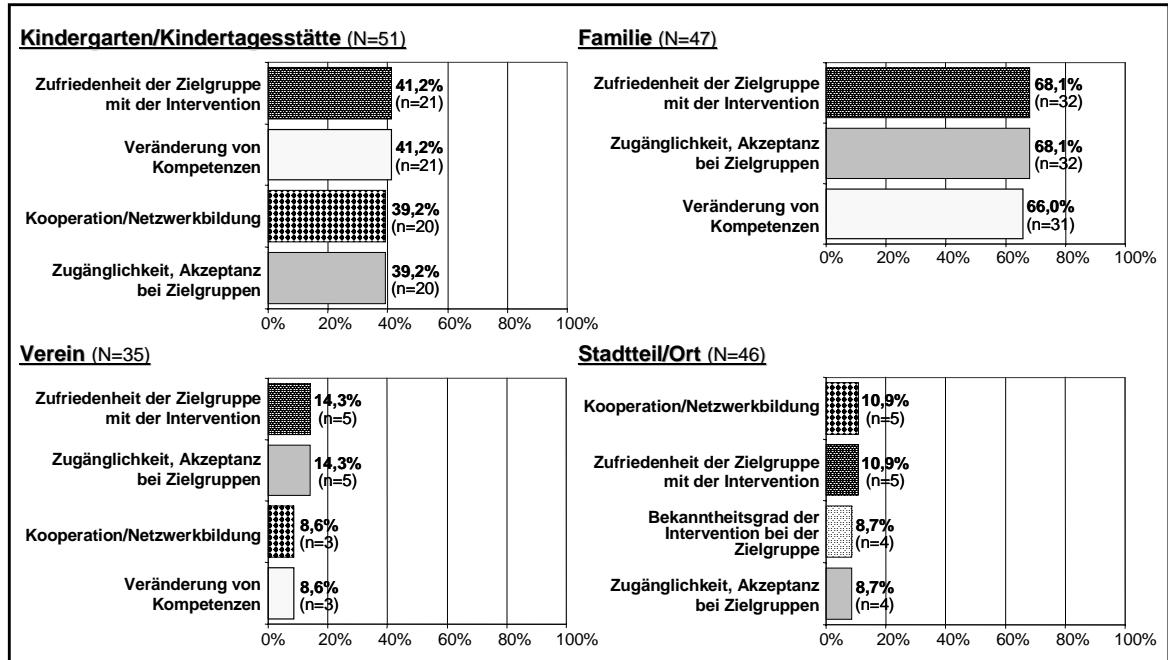
Abb. 36: Medien in nicht-schulischen Settings – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)



3.3.3.8 Erfolgskontrolle

Erfolgskontrollen wurden mit den höchsten Anteilen in Stadtteil/Orten (86 %) und Vereinen (85 %) durchgeführt. Bei etwa der Hälfte aller Aktivitäten in Familien (53 %) gab es Erfolgskontrollen. In geringerem Maße fanden sie in Kindergärten/Kindertagesstätten statt (28 %).

Abb. 37: Erfolgskontrollen in nicht-schulischen Settings – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)



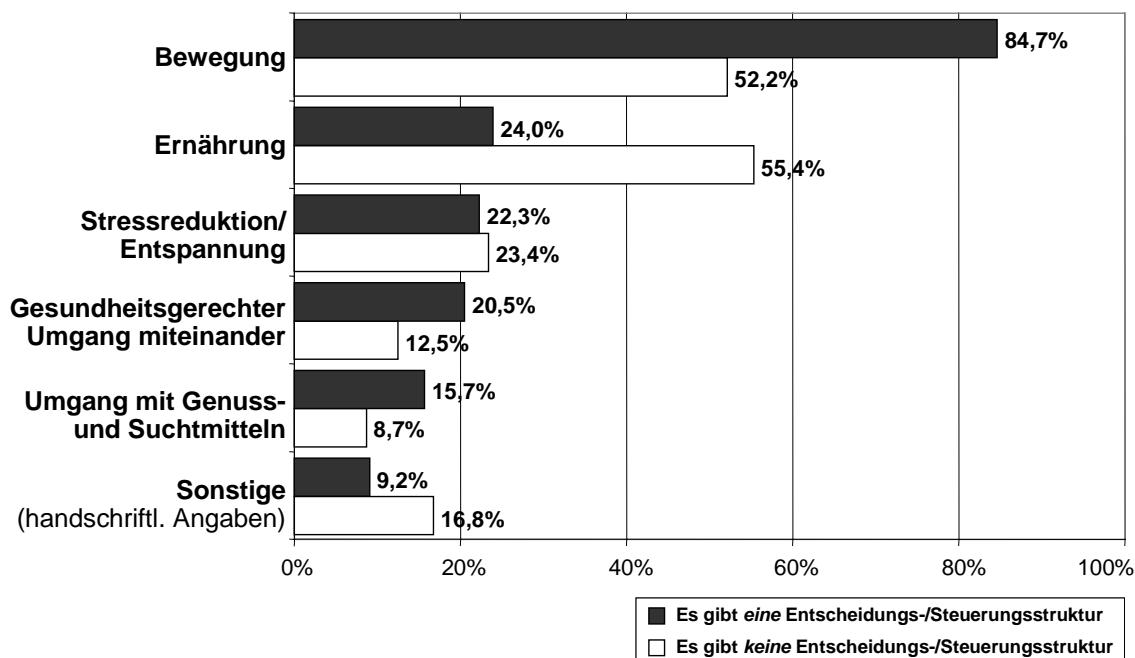
Bei der Betrachtung der drei am häufigsten durchgeföhrten Arten von Erfolgskontrollen fiel auf, dass in allen Settings die „Prüfung der Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“ und die „Zugänglichkeit und Akzeptanz der Zielgruppe mit der Intervention“ zu den „Top 3“ der durchgeföhrten Erfolgskontrollen zählten. Die „Veränderung von Kompetenzen“ wurde zudem häufig in Kindergärten/ Kindertagesstätten, in Familien und in Vereinen abgefragt. „Kooperationen/Netzwerkbildungen“ waren in Kindergärten/Kindertagesstätten, in Vereinen und in Stadtteilen/Orten Gegenstand der Erfolgskontrollen.

3.3.4 Nichtbetriebliche Settings - Auswertungen hinsichtlich vorhandener Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen

Von Interesse war die Frage, ob bei Aktivitäten, die mit einem Koordinierungsgremium durchgeführt wurden, Unterschiede zu denen zu erkennen waren, die nicht über ein solches Gremium verfügten. Deshalb wurden diese Aktivitäten hinsichtlich ihrer „inhaltlichen Ausrichtung“, ihrer „Verhaltens- und/oder Verhältnisbezogenheit“, der „angewandten Methoden“ und der „eingesetzten Medien“ miteinander verglichen.

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten:

Abb. 38: Inhaltliche Ausrichtung der Maßnahmen – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



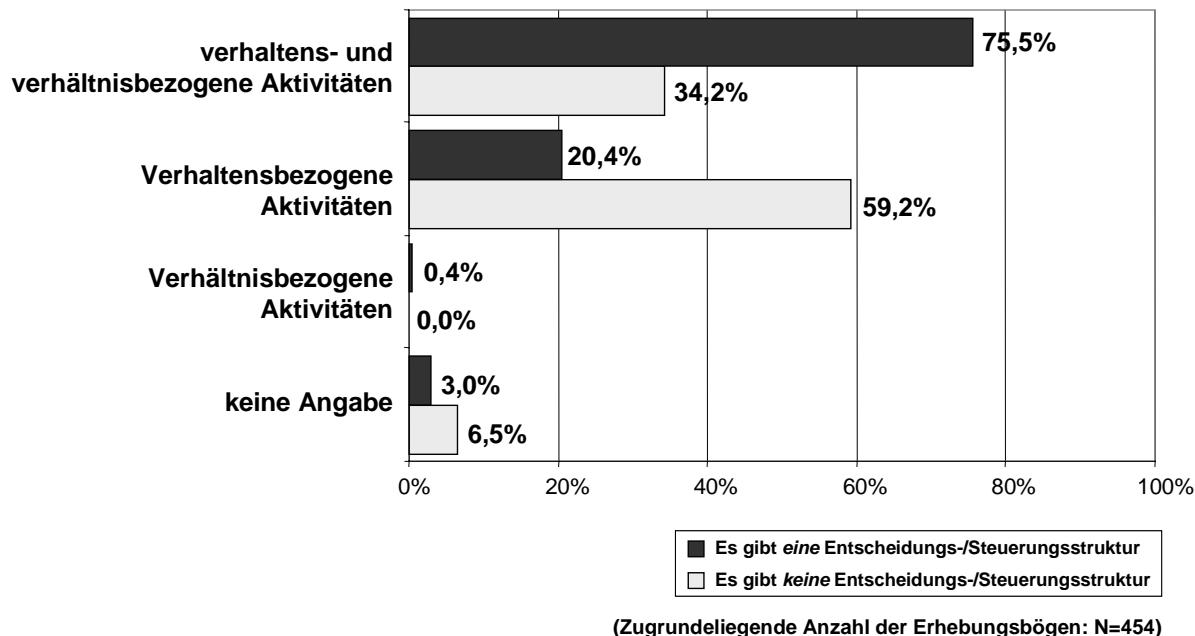
(Zugrundeliegende Anzahl der Erhebungsbögen: N=454)

Bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen waren die Aktivitäten häufiger auf Bewegung ausgerichtet als bei fehlenden. Umgekehrt zielten die Aktivitäten bei fehlenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen mehr als doppelt so häufig auf das Thema Ernährung ab als dies bei vorhandenen Koordinierungsgremien der Fall war. Die Themen „Gesundheitsgerechter Umgang miteinander“ und „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ wurden ebenfalls beinahe doppelt so oft bei „koordinierten“ als bei „unkoordinierten“ Aktivitäten angegangen. Handschriftliche Angaben lagen hingegen deutlich mehr bei „unkoordinierten“ Aktivitäten vor. Dabei handelte es sich im Wesentlichen um „Seh-, Hörtests, Allergien, Zahngesundheit“, „Schutzimpfungen“ und „Vorstellung von Betrieblicher Gesundheitsförderung in Berufsschulen“.

Verhaltens-/Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten:

Ein Vergleich der Anteile von verhaltens- und/oder verhältnisorientierten Aktivitäten, abhängig von vorhandenen bzw. fehlenden Koordinationen, wies folgendes Ergebnis auf:

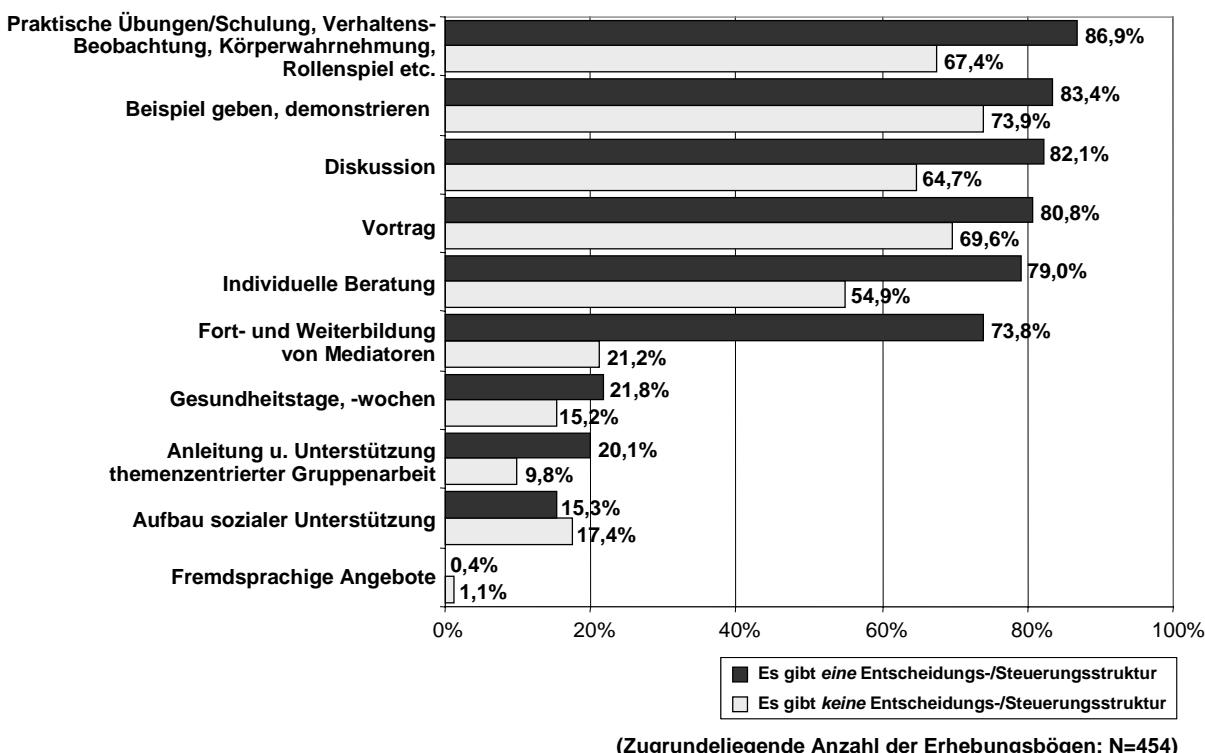
Abb. 39: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten – ein Vergleich



76 % aller Aktivitäten, bei denen eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur vorlag, waren sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Bei Fehlen solcher Strukturen waren nur noch 34 % der Fälle verhaltens- und verhältnisbezogen. Meist waren die Aktivitäten dort ausschließlich verhaltensbezogen.

Angewandte Methoden:

Abb. 40: Angewandte Methoden – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)

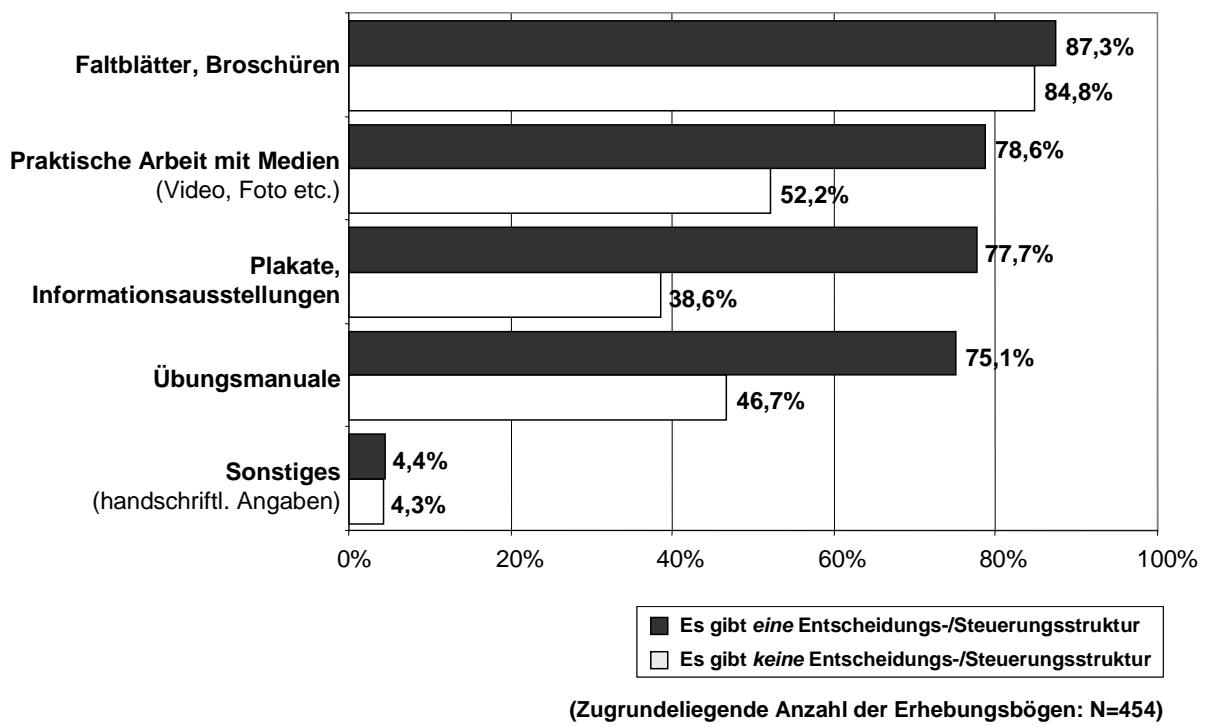


Nahezu alle Items (Ausnahmen „Aufbau sozialer Unterstützung“, „fremdsprachige Unterstützung“) wurden bei Aktivitäten mit vorhandener Entscheidungs- und Steuerungsstruktur häufiger angekreuzt, als bei Aktivitäten mit fehlendem Steuerungsgremium. Besonders deutlich ist der Unterschied bei der Methode „Fort- und Weiterbildung von Mediatoren“ zu erkennen: war ein Koordinierungsgremium vorhanden, wurde sie etwa 3,5 mal so häufig eingesetzt als bei fehlenden Steuerungsstrukturen.

Eine Betrachtung der Methodenkombinationen hinsichtlich des Faktors „Entscheidungs-/Steuerungsstruktur ja – nein“ zeigt, dass bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen im Durchschnitt etwa fünf Methoden (genauer: pro Dokumentationsbogen „5,4“ Methoden) miteinander verknüpft eingesetzt wurden, bei Aktivitäten ohne ein solches Gremium waren es etwa vier (pro Dokumentationsbogen „3,9“) Methoden.

Eingesetzte Medien:

Abb. 41: Eingesetzte Medien – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



Settingaktivitäten mit einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur wiesen insgesamt einen deutlich häufigeren Einsatz von Medien auf als solche ohne. Da auch hier in den meisten Fällen mehrere Medien miteinander kombiniert wurden, bot sich eine Betrachtung dieser Medienkombinationen an: Bei Aktivitäten mit Koordinierungsgremium wurden im Durchschnitt drei, bei solchen ohne durchschnittlich zwei Medien miteinander kombiniert eingesetzt.

3.3.5 Resümee

Sehr erfreulich bei der nichtbetrieblichen Setting-Erhebung im Berichtsjahr 2002 ist der Anstieg des Datenrücklaufs auf etwa das Dreifache gegenüber dem Vorjahr. Offensichtlich nehmen die Krankenkassen ihre Chancen häufiger wahr, primärpräventive Leistungen zunehmend auch auf nichtbetriebliche Felder auszudehnen und damit ein noch größeres Spektrum an Menschen nachhaltig zu erreichen.

Wie bereits im Vorjahr, variierte die Auswahl der Settings erheblich, wobei der Schwerpunkt ebenfalls überwiegend auf Schulen und Berufsschulen gelegt wird. Zu den am häufigsten gewählten Settings zählen neben den Berufsschulen Grund-, Haupt- und Berufsschulen auch Kindergarten/Kindertagesstätten, Familien und Stadtteile/Orte. Hierbei handelt es sich insgesamt um solche Settings, bei denen in der Regel von einem verhältnismäßig hohen Anteil an Menschen aus sozial schlechter gestellten Verhältnissen auszugehen ist, die dort erreicht werden können. So ist die aus den Ergebnissen ersichtliche Settingauswahl erfreulich im Sinne des GKV-Leitfadens, wonach über den Settingansatz insbesondere das Erreichen sozial Benachteiligter angestrebt wird.

Durch die gezielte Ansprache von Multiplikatoren in knapp zwei Dritteln der Fälle wird über die primäre Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen hinaus eine Gruppe von Personen, wie z.B. Freunde bzw. Familienangehörige, erreicht, die maßgeblich zur Nachhaltigkeit und Verfestigung von Gesundheitsförderungsprozessen beitragen kann. Ebenso ist davon auszugehen, dass durch die Interventionen im Setting Schule das jeweilige lokale Umfeld (Stadtteil) gesundheitsförderliche Impulse erhält.

Offensichtlich nutzen die Krankenkassen deutlich häufiger als im Vorjahr externe Ressourcen, indem sie in der Regel Kooperationspartner in ihre Aktivitäten einbinden. Dies entspricht ebenfalls dem Gedanken des Settingansatzes, nach dem Primärprävention eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung darstellt, die weit über die Zuständigkeit der GKV hinausgeht. Über das Einbringen von externem Wissen und Kapazitäten tragen Kooperationen zu einer weiteren Qualitätssteigerung bzw. -sicherung der Aktivitäten bei. Ebenfalls positiv zu bewerten ist die Zunahme des Anteils an vorhandenen Koordinations- und Steuerungsstrukturen auf über die Hälfte der Fälle. Eine weitergehende Etablierung von Koordinierungsgremien ist hier wünschenswert.

Die inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten konzentriert sich im Jahr 2002 insbesondere auf das Handlungsfeld Bewegung sowie sehr, wenn auch deutlich seltener als im Vorjahr, auf die Ernährung. Die Bewegung stellt ein zentrales Element der Primärprävention dar, denn mit einem Mehr an Bewegung werden häufig auch weitere Lebensgewohnheiten, wie z.B. die Ernährung, der Umgang mit Stress und Sozialkontakte, positiv im Sinne der Gesundheitsförderung beeinflusst.

Der Nachhaltigkeit von Primärprävention in den Settings zuträglich ist der nach wie vor hohe Anteil an kombiniert verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen. In etwa 60 % aller dokumentierten Fälle lag diese Kombination den Aktivitäten zu Grunde.

Insgesamt bewerten die Spitzenverbände der Krankenkassen die Ergebnisse zum nicht-betrieblichen Setting-Ansatz, wie u. a. den größeren Datenrücklauf, die häufiger gemeldeten Kooperationen, den hohen Anteil an sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogenen Interventionen, aber auch die Zunahme an durchgeführten Erfolgskontrollen, als positiv.

3.4 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Für das Jahr 2002 sind insgesamt 2.358 Dokumentationsbögen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung eingegangen (Vergleich mit 2001: N = 1.189). Davon ließen sich 463 Fälle (19,6 %) eruieren, bei denen ausschließlich die Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen (AU-Daten) angegeben wurde. Diese Fälle haben die Verfasser des Berichts aus der weiteren Ergebnisdarstellung herausgenommen, da sie noch nicht die geforderten Informationen zu den offensichtlich erst geplanten prozesshaften Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung boten. Waren bei geplanten Aktivitäten jedoch schon Analyseinstrumente zu erkennen und wurden beispielsweise Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet, dann blieben diese Fälle dem der Ergebnisdarstellung zu Grunde liegenden Datensatz erhalten.

Die folgende Ergebnisdarstellung umfasst entsprechend **1.895** relevante Datensätze. Dabei werden zunächst allgemeine Häufigkeitsergebnisse abgebildet, später die Daten hinsichtlich der Kriterien „Branche“ und „Anzahl der Beschäftigten“ und „Existenz von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen“ ausgewertet. Auch hier dienen viele Grafiken der anschaulichen Darstellung umfangreicher Ergebnisse.

3.4.1 Betriebliche Gesundheitsförderung – Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

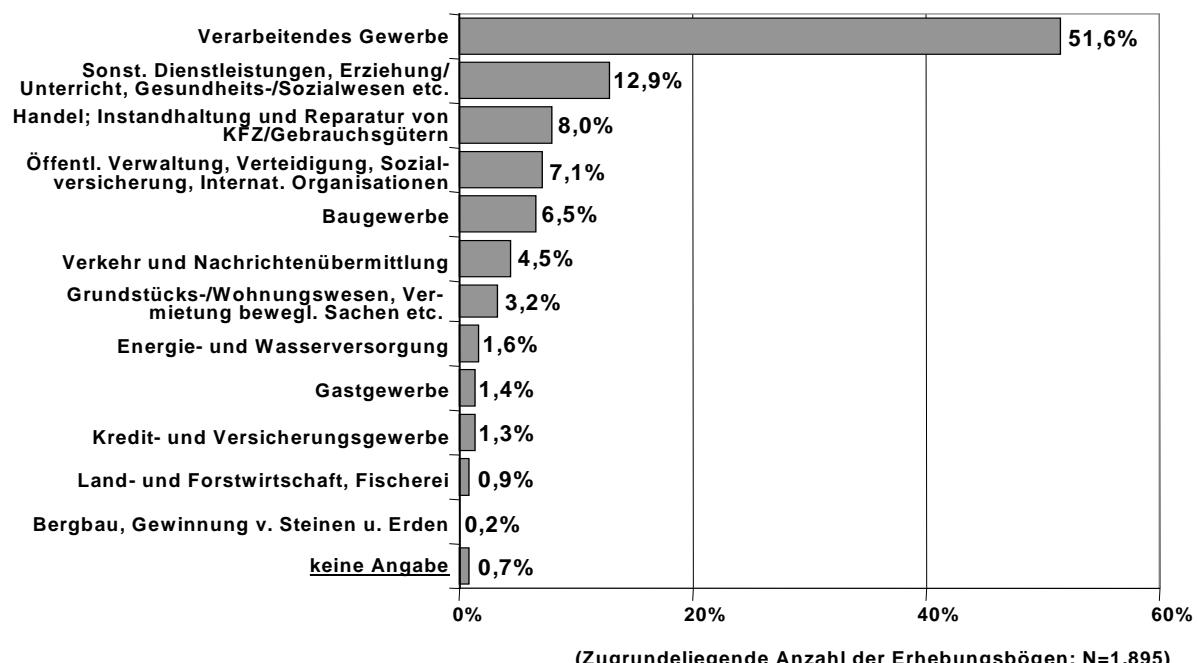
3.4.1.1 Allgemeine Daten

Die allgemeinen Daten umfassen Angaben zur Branche, zu Start und Status der Aktivitäten, zur Betriebsgröße sowie zum Frauenanteil in den jeweiligen Betrieben.

3.4.1.1.1 Branche

Die Branchen wurden entsprechend dem Wirtschaftsschlüssel des Statistischen Bundesamtes (1999) abgefragt. So waren im Jahr 2002 die Branchen mit folgenden Anteilen am Datensatz vertreten:

Abb. 42: Branchen



Etwa die Hälfte (52 %; 2001: 48 %) aller 1.895 erfassten Aktivitäten wurden im verarbeitenden Gewerbe durchgeführt.²² Weitere relevante Branchen waren die „Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen, Erziehung und Unterricht, Gesundheits- und Sozialwesen, Private Haushalte“ (13 %; 2001: 14 %) und der „Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern“ (8 %; 2001: 10 %). In den Branchen „Land-/Forstwirtschaft, Fischerei“ und „Bergbau, Gewinnung von Steinen und Erden“ wurden Aktivitäten nur in geringfügigem Maße (Anteil weniger als 1 %) durchgeführt.

Im Vergleich zur prozentualen Verteilung der Betriebe in den jeweiligen Wirtschaftszweigen in Deutschland²³ waren Unternehmen aus dem „Verarbeitenden Gewerbe“ im vorliegenden Datensatz besonders stark vertreten (51,6 %, Anteil der Betriebe in Deutschland = 11,1 %). Dies gilt auch für die „Öffentliche Verwaltung ...“ (7,1 %, Anteil der Betriebe in Deutschland= 1,6 %). Betriebe aus dem „Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern“ machten hingegen gerade ein knappes Drittel des Bundesanteils aus (8,0 %, Anteil der Betriebe in Deutschland = 21,7 %). Das „Baugewerbe“ lag bei 6,5 % des Gesamtdatensatzes, der Bundesanteil bei 10,8 % der Bundesdaten.

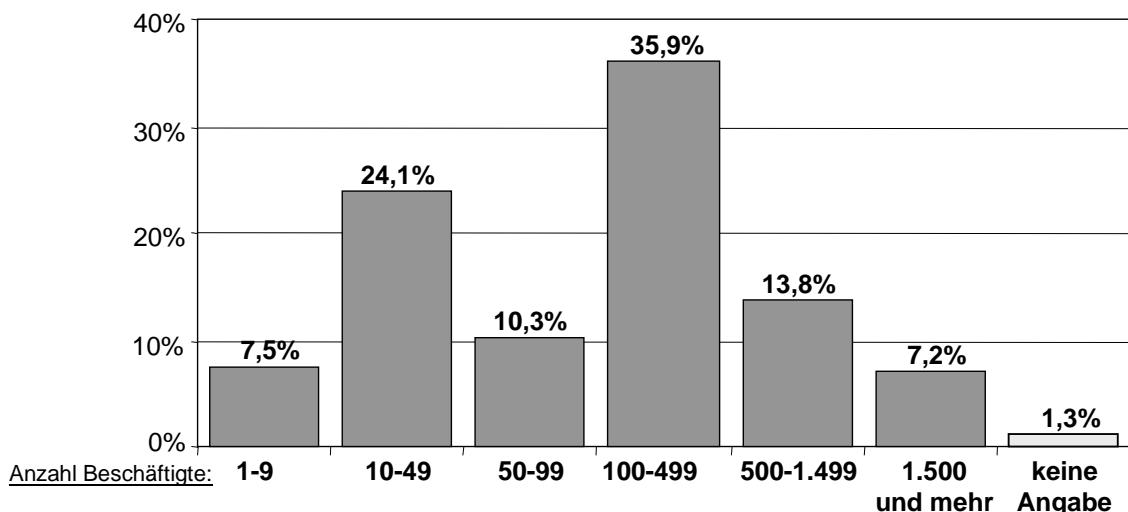
²² Eine weitere Aufschlüsselung dieser Branche war im zu Grunde liegenden Dokumentationsbogen nicht vorgesehen, so dass nicht nachvollziehbar ist, welche Bereiche hier im Einzelnen erreicht wurden. Es ist jedoch geplant, das verarbeitende Gewerbe in der weiterentwickelten Version des Dokumentationsbogens (ab Berichtsjahr 2004) differenzierter abzufragen.

²³ Bundesanstalt für Arbeit: Statistik zur Zahl der Betriebe und ihrer Beschäftigten (Stand 30.06.2002) nach Betriebsgrößenklassen und Wirtschaftsabteilungen in Deutschland.

3.4.1.1.2 Betriebsgröße (Anzahl Beschäftigte)

Im Jahr 2002 fand Betriebliche Gesundheitsförderung am häufigsten in Betrieben mit einer Beschäftigtenzahl von 100-499 (36 %; 2001: 42 %, ebenfalls am häufigsten) statt, gefolgt von Betrieben mit 10-49 Beschäftigten (24 %; 2001: 16 %, Platz 3, häufiger noch gab es Betriebe mit 500-1.499 Beschäftigten, 17 %). Gegenüber dem Vorjahr stieg insbesondere der Anteil an Betrieben mit 1-9 (2001: 3 %) sowie mit 10-49 Beschäftigten (2001: 16 %) an.

Abb. 43: Betriebsgröße (Anzahl Beschäftigte)



(Zugrundeliegende Anzahl der Erhebungsbögen: N=1.895)

Die prozentuale Verteilung der Betriebe nach Betriebsgrößen auf Bundesebene²⁴ stellte sich 2002 folgendermaßen dar:

Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)	Prozentualer Anteil Betriebe in Deutschland	Prozentualer Anteil der Betriebe am BGF-Datensatz 2002
1-9	80,4 %	7,5 %
10-49	15,5 %	24,1 %
50-99	2,2 %	10,3 %
100-499	1,7 %	35,9 %
500 und mehr	0,2 %	21,0 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %

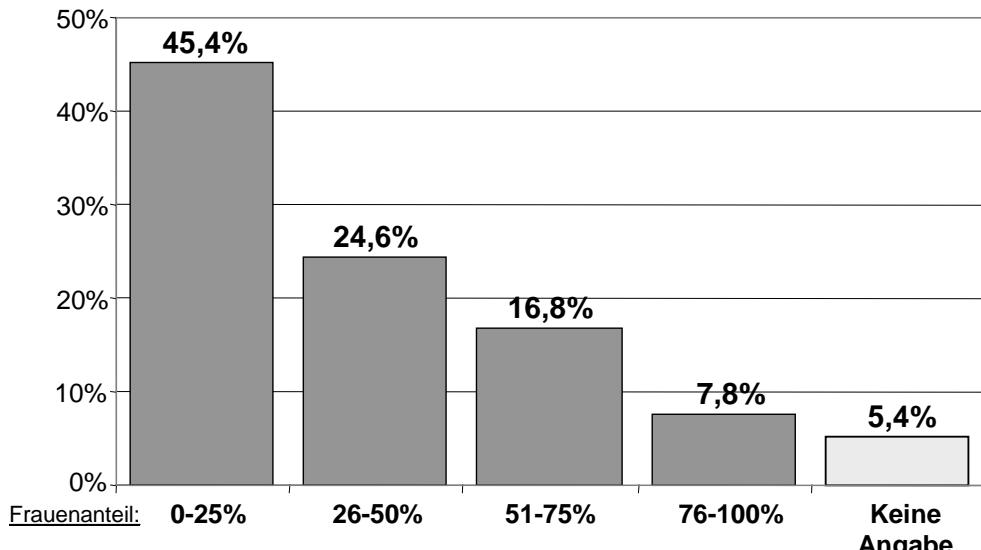
Während Betriebe mit 1-9 Beschäftigten etwa vier Fünftel aller Betriebe in Deutschland ausmachten, lag der Anteil der Betriebe dieser Größenordnung bei etwa 1/13 des Gesamtdatensatzes. Bei Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde das Augenmerk vor allem auf größere Betriebe gelegt: insbesondere Betriebe mit 100-499 sowie 500 und mehr Beschäftigten waren im Vergleich zu ihrem Bundesanteil überproportional im Datensatz vertreten.

²⁴ Ebd.

3.4.1.1.3 Frauenanteil

Bei knapp der Hälfte der dokumentierten Betriebe lag der Frauenanteil bei 0-25 % (2001: 39 %). Betriebe mit 26-50 % Frauenanteil waren in etwa einem Viertel der Fälle (2001: 21 %) vertreten:

Abb. 44: Frauenanteil



(Zugrundeliegende Anzahl der Erhebungsbögen: N=1.895)

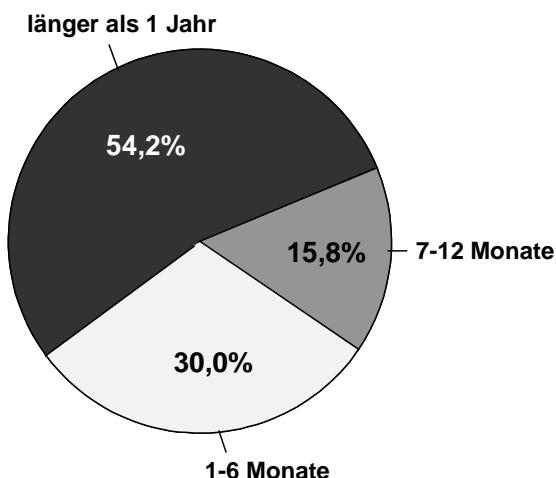
3.4.1.1.4 Start und Status der Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Aus den Angaben zu Start der Aktivitäten sowie zu ihrem Status "laufend – abgeschlossen" ließ sich eine grobe Darstellung zur Häufigkeit von lang angelegten umfangreicher Prozessen bzw. tendenziell kürzeren Aktivitäten ableiten:

64 % der berichteten 1.895 Aktivitäten starteten in 2002, 14 % in 2001, 19 % in den Jahren 1996 bis 2000 und 2 % in den Jahren davor (1986-1995). 39 % aller berichteten Aktivitäten wurden in 2002 abgeschlossen, 61 % liefen Ende des Jahres noch.

Eine Ergebnisbetrachtung der Fälle, in denen eine Aussage zur Dauer der Aktivitäten nachvollziehbar war, erbrachte folgendes Ergebnis:

Abb. 45: Dauer der Aktivitäten



(Zugrundeliegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=1.415)

Die Mehrzahl der Fälle war für länger als ein Jahr angelegt. Etwa 16 % dauerten in 2002 7-12 Monate an, knapp ein Drittel liefen ein halbes Jahr oder weniger.

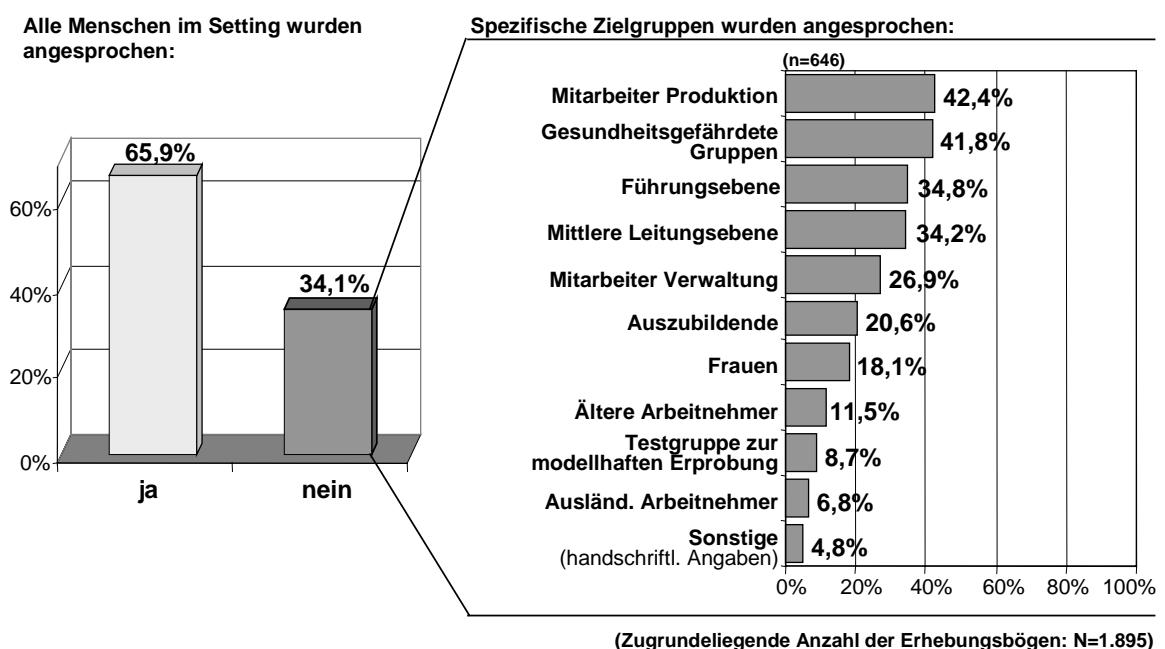
3.4.1.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

In 66 % der Fälle waren die Aktivitäten auf alle Beschäftigten der jeweiligen Betriebe ausgerichtet (2001: 57 %). Demgegenüber wurden in 34 % *spezifische* Zielgruppen anvisiert (2001: 43 %). Aufgrund der Mehrfachnennungen fanden sich bei den 646 Dokumentationsbögen, in denen spezifische Zielgruppen angegeben wurden, insgesamt 1.619 Angaben, pro Bogen also im Durchschnitt zwei bis drei Zielgruppen.

Die insgesamt elf abgefragten betrieblichen Zielgruppen wurden dabei unterschiedlich kombiniert. Große Gruppierungen mit gleichen Kombinationen kamen selten vor. Am häufigsten war die Zielgruppenkombination "Führungsebene" und „Mittlere Leitungsebene einschließlich Meister, Teamleiter“ vertreten (5 %, n=32). Diese zwei Zielgruppen waren auch in vielen weiteren Gruppenkombinationen vorzufinden (insgesamt bei 162 der 646 Dokumentationsbögen, also bei knapp einem Viertel dieser Fälle).

Die einzelnen Häufigkeitsauszählungen zu den schwerpunktmäßigen Zielgruppen stellten sich wie folgt dar:

Abb. 46: Schwerpunktmäßige Zielgruppe (Mehrfachnennungen möglich)

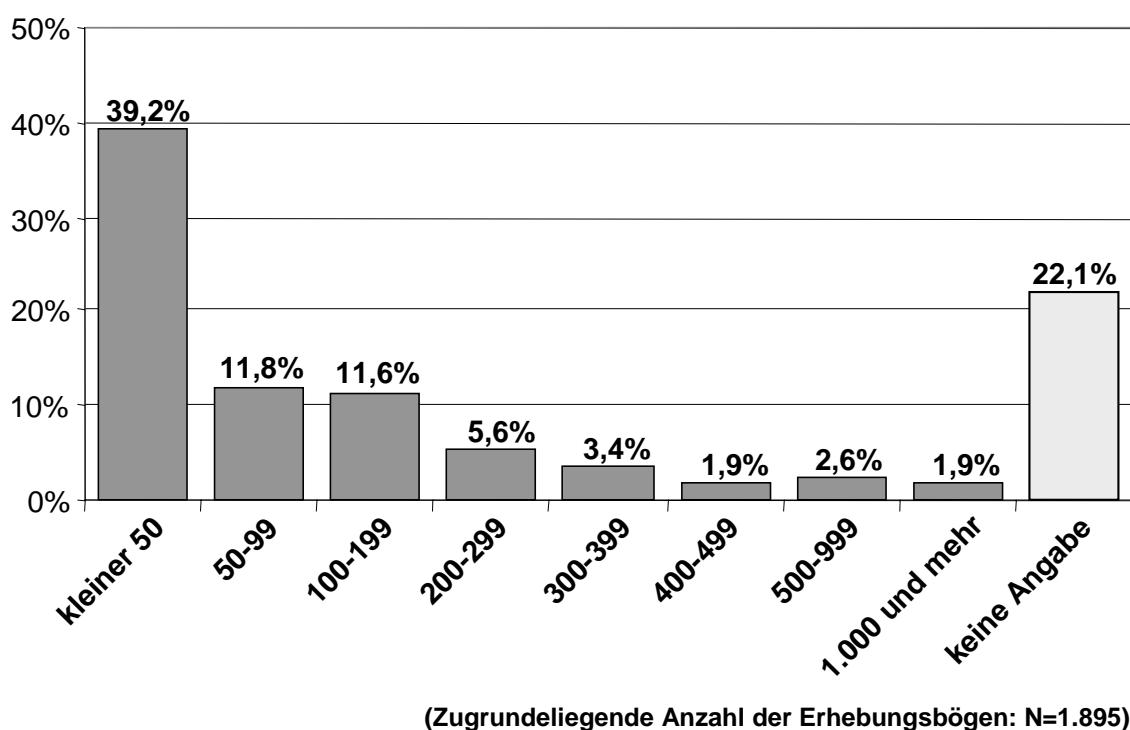


Wenn Zielgruppen angesprochen wurden, dann handelte es sich dabei am häufigsten um „Mitarbeiter aus der Produktion“ (42 %; 2001: 57 %) und „gesundheitsgefährdete Gruppen“ (42 %; 2001: 28 %). Ebenfalls häufig richteten sich die Aktivitäten an die „Führungsebene“ (35 %; 2001: 34 %) und „mittlere Leitungsebene“ (34 %; 2001: 35 %). „Auszubildende“ wurden in 21 % der Fälle anvisiert, in denen spezielle Zielgruppen benannt wurden. Diese wurden auch oft über den Setting-Ansatz im Setting Berufsschule erreicht (s. Kap. 3.3.2.2, S. 38).

3.4.1.3 Anzahl der erreichten Personen

Bei den Angaben zu den erreichten Personen handelte es sich im wesentlichen um grobe Schätzungen. Die Summe der aus den Dokumentationsbögen für Betriebliche Gesundheitsförderung geschätzten erreichten Personen ergab eine Gesamtzahl von etwa 515.000. Bezieht man diese Zahl auf die Anzahl aller GKV-Versicherten²⁵, dann ergibt dies einen Anteil von 0,7 %. Die maximal genannte Zahl lag bei 200.000 erreichten Personen in einem Unternehmen aus der Branche „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ und machte damit bereits 40 % der erreichten Beschäftigten aus. Ansonsten wurden in der Betrieblichen Gesundheitsförderung mit den Aktivitäten vorwiegend kleinere Personengruppen erreicht (Abb. 47):

Abb. 47: Geschätzte Anzahl der erreichten Personen



Gruppen mit einem Umfang von bis zu 50 erreichten Personen machten etwa 40 % des Datensatzes aus (2001: 35 %). Gruppen mit 50-99 Personen waren in 12 % der Fälle vertreten (2001: 14 %), solche mit 100-199 Personen umfassten ebenfalls etwa 12 % der Fälle (2001: 15 %). Nicht ganz ein Viertel aller Dokumentationsbögen enthielt hierzu allerdings keine Angaben (2001: 16 %).

Die Daten lieferten keine Information darüber, ob es sich bei den Zahlen um die direkt über die Aktivitäten erreichten Personen handelte oder auch um Personen, die z.B. als Kollegen indirekt Nutzen aus den Aktivitäten zogen.²⁶

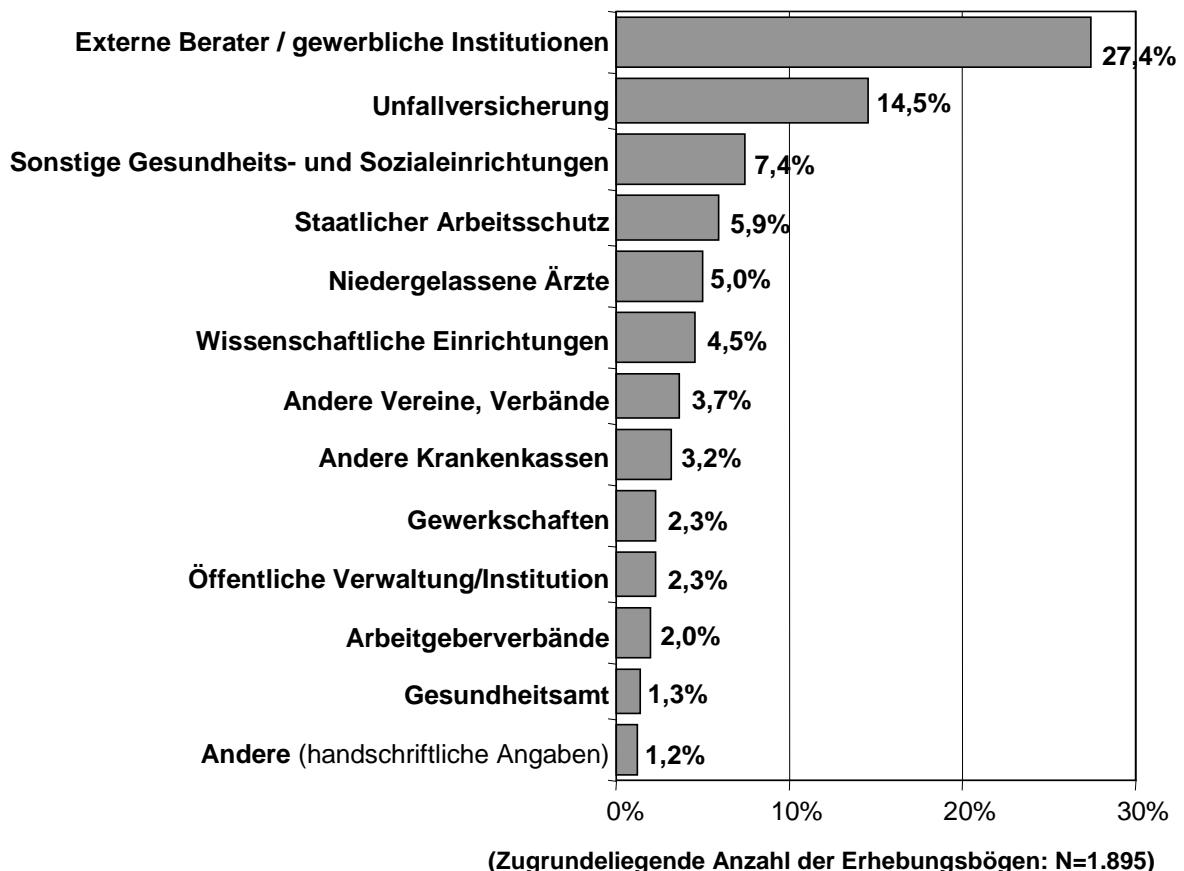
²⁵ BMGS: KM6, Stichtag 01.07.02 – Gesamtzahl = 70.731.090.

²⁶ Mit den überarbeiteten Dokumentationsbögen, die für das Berichtsjahr 2004 zum Einsatz kommen, werden direkte Teilnehmer und indirekt erreichte Personen differenziert abgefragt.

3.4.1.4 Außerbetriebliche Kooperationspartner

In 954 Doku-Bögen (50 %; 2001: 47 %) machten die Krankenkassen insgesamt 1.528 Angaben zu außerbetrieblichen Kooperationspartnern, d.h. pro bestehender Kooperation benannten sie tendenziell ein bis zwei Kooperationspartner. Die Verteilung der Häufigkeiten der abgefragten Kooperationspartner stellt sich wie folgt dar:

Abb. 48: Außerbetriebliche Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)



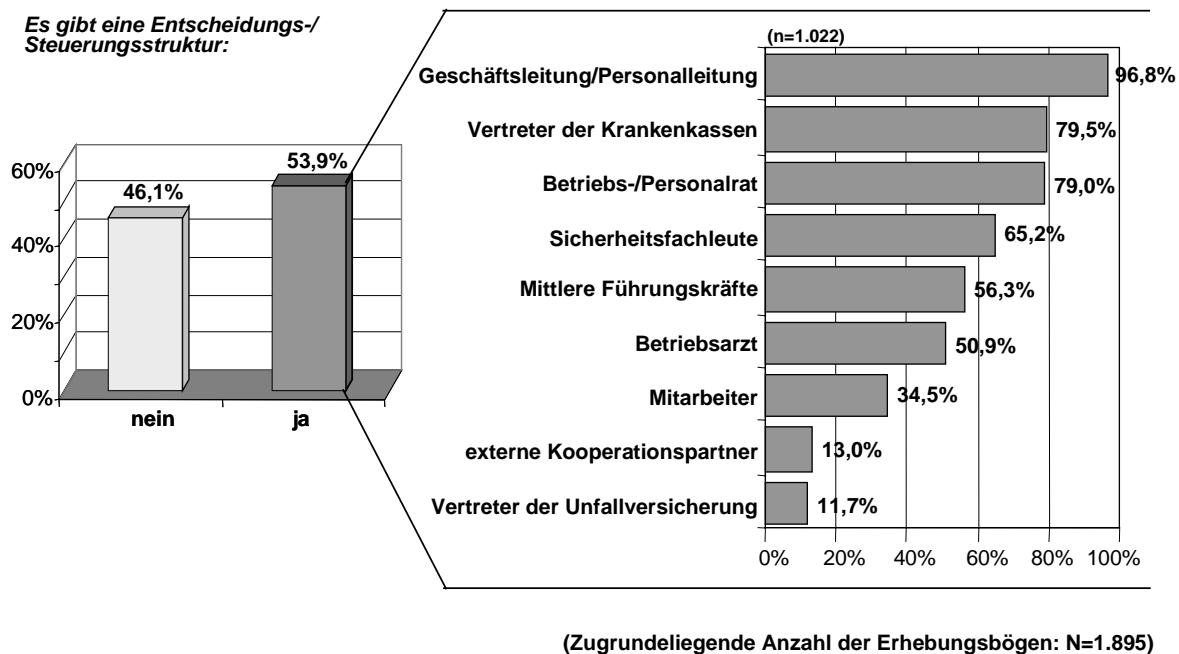
Meist brachten „externe Berater/gewerbliche Institutionen“ (27 %; 2001: 18 %) Ressourcen in die Aktivitäten ein. Dem folgten die „Unfallversicherungen“ (15 %; 2001: 15 %) und – mit einem merklich geringeren Anteil – „Sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“ (7 %; 2001: 7 %).

3.4.1.5 Koordination und Steuerung

Im Dokumentationsbogen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde nicht nur das Vorhandensein einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur abgefragt, sondern auch, wer bei am Koordinierungsgremium beteiligt war.

Die Angaben zur Koordination stellen sich folgendermaßen dar:

Abb. 49: Koordination/Steuerung (bei der Benennung des Steuerungsgremiums waren Mehrfachnennungen möglich)



(Zugrundeliegende Anzahl der Erhebungsbögen: N=1.895)

In 54 % der Fälle (n=1.022) wurden die Aktivitäten mit einem Steuerungsgremium durchgeführt (2001: 66 %, n=787): Am häufigsten war die „Geschäfts- bzw. Personalleitung“ (97 %, 2001: 82 %) koordinierend in die Aktivitäten eingebunden, gefolgt von „Vertretern der Krankenkassen“ (80 %; 2001: 83 %) und dem „Betriebs-/Personalrat“ (79 %; 2001: 82 %). Deutlich seltener brachten sich „Externe Kooperationspartner“ und die „Unfallversicherung“ in Steuerungsgremien ein.

An einem Steuerungsgremium waren im Durchschnitt Vertreter aus etwa fünf verschiedenen Bereichen bzw. Einrichtungen beteiligt. Dabei variierten die Kooperationspartner erheblich. Das Gremium, das in festgelegter Kombination am häufigsten (n=105, 10 % aller Gremien) im Datensatz vertreten war, setzte sich aus sechs „klassischen“ Koordinierungsmitgliedern zusammen:

- Betriebs-/Personalrat
- Betriebsarzt
- Geschäfts-/Personalleitung
- Sicherheitsfachleute
- Mittlere Führungskräfte
- Vertreter der Krankenkassen

In weiteren 67 Fällen (7 %) kamen dazu noch die Mitarbeiter hinzu.

Das ebenfalls abgefragte Item „Eine Vereinbarung zur Durchführung von Aktivitäten wurde getroffen“ wurde in der Mehrzahl der Fälle nicht angekreuzt, möglicherweise deshalb, weil sich diese Frage erübrigte. Grund hierfür ist, dass primärpräventive Aktivitäten ohne vorweg getroffene, mindestens mündliche Vereinbarung im Prinzip nicht vorstellbar sind. Daher lassen sich aus den vorliegenden Angaben keine verlässlichen Informationen zie-

hen. Entsprechend wurde für dieses Berichtsjahr auf eine Ergebnisdarstellung verzichtet²⁷.

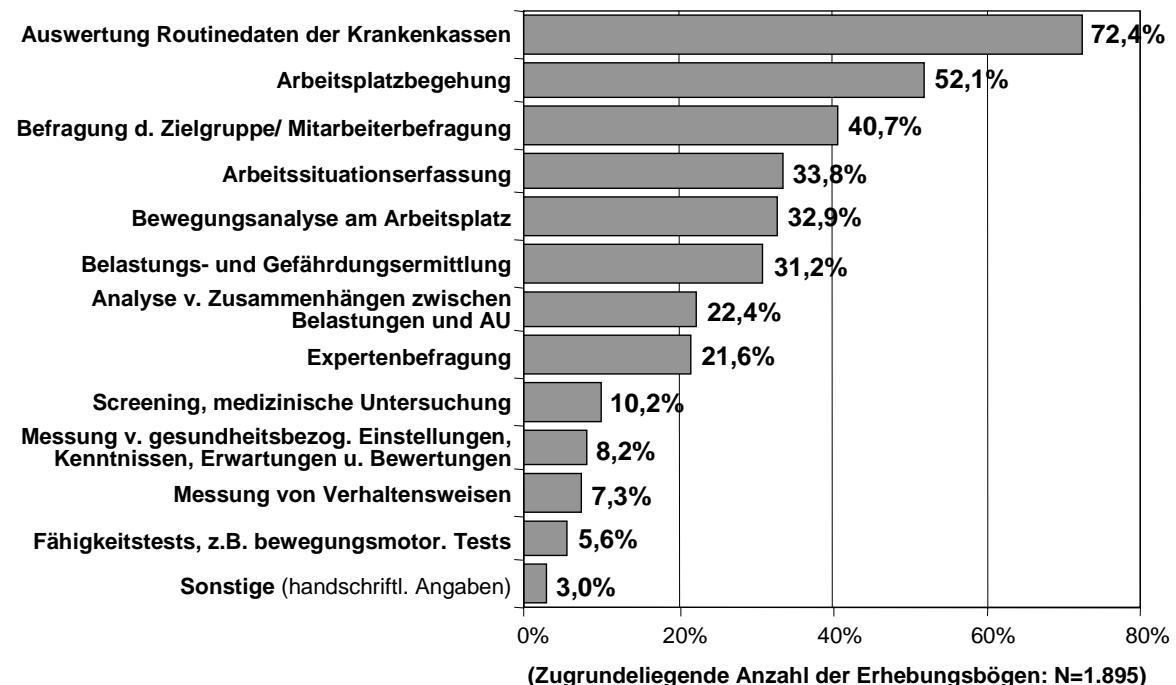
3.4.1.6 Bedarfsermittlung

Grundlage der Durchführung von Aktivitäten in der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist eine umfassende Bedarfsermittlung. Hierzu wurden 15 Aspekte (einschließlich eines Feldes für handschriftliche Angaben) abgefragt. Wie bereits zu Beginn dieses Kapitels erwähnt, wurden in 463 von insgesamt 2.538 Fällen ausschließlich Analysen von Routinedaten der Krankenkassen (AU-Datenanalysen) durchgeführt. Diese Fälle wurden aus der weitergehenden Auswertung herausgenommen.

Bei den restlichen 1.895 Dokumentationsbögen fand eine Bedarfsermittlung in etwa 92 % der Fälle statt (2001: 95 %), d.h. bei 8 % wurden Aktivitäten ohne vorangegangene Bedarfsanalysen umgesetzt.

Die Häufigkeitsverteilung stellte sich dabei folgendermaßen dar:

Abb. 50: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



Die in knapp drei Viertel der Fälle gewählte Art der Bedarfsermittlung war die Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen (2001: 75 %). In mehr als der Hälfte wurde eine Arbeitsplatzbegehung durchgeführt (2001: 59 %). Die Zielgruppen wurden in 41 % der Fälle befragt (2001: 43 %). Am seltensten wurden Fähigkeitstests, wie z.B. bewegungsmotorische Tests, zur Bedarfsermittlung herangezogen (6 %; 2001: 5 %).

²⁷ Die weiterentwickelten Erhebungsinstrumente, die ab dem Berichtsjahr 2004 eingesetzt werden, fragen differenziert nach mündlichen und schriftlichen Vereinbarungen ab.

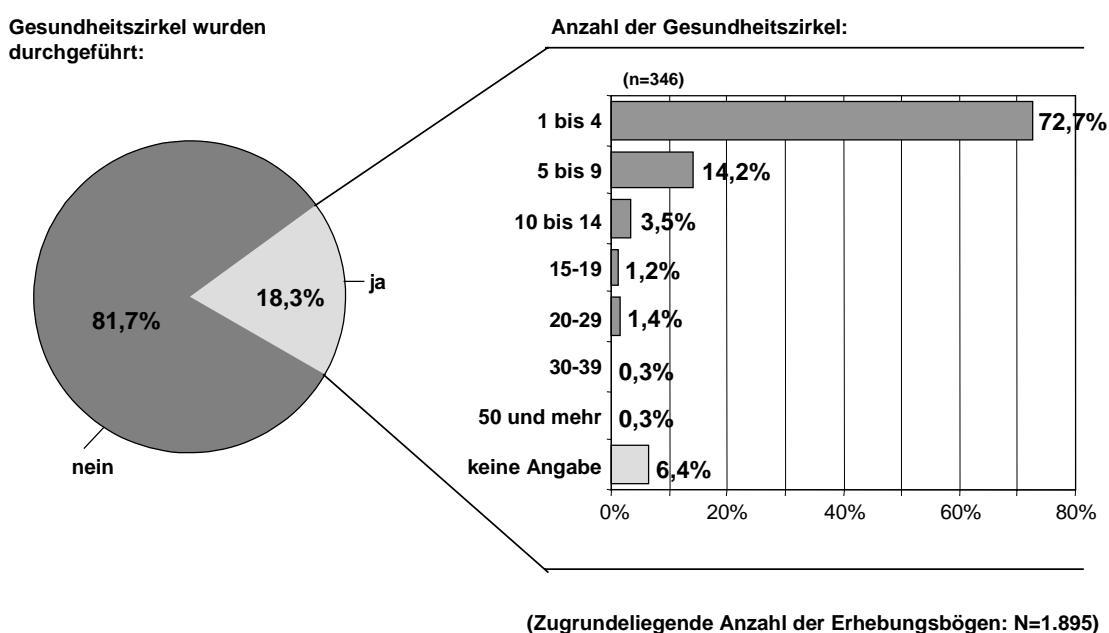
In den meisten Fällen griffen die Leistungsanbieter auf mehr als eine Form der Bedarfsermittlung zurück, im Durchschnitt waren es knapp vier Analysemethoden pro Dokumentationsbogen. Die gleichzeitige "Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen" und "Arbeitsplatzbegehung" kam in 45 % aller Fälle vor (n=778), sowohl als Kombination für sich als auch in Verknüpfung mit anderen, breit streuenden Items zur Bedarfsermittlung. Grundsätzlich variierten die Mehrfachkombinationen sehr stark (insgesamt gab es 742 unterschiedliche Kombinationen). Dabei fiel auf, dass die Unternehmen sehr häufig objektive Daten, wie die Routinedaten der Krankenkassen, mit subjektiven Erfassungen, wie z. B. der Mitarbeiterbefragung, verknüpften.

Das Freitextfeld „Sonstige“ wurde in 3 % der Fälle angekreuzt und handschriftlich ausgefüllt. Über die Hälfte der handschriftlichen Angaben (56 %) benannten Workshops als genutztes Analyseinstrument.

3.4.1.7 Gesundheitszirkel

In 18 % aller Fälle (n=346) führten die Betriebe Gesundheitszirkel durch (2001: 28 %, n=327). Die Häufigkeiten der jeweiligen Anzahl der Gesundheitszirkel verteilten sich dabei wie folgt (die Prozentangabe bezieht sich auf die 346 Fälle, in denen es Gesundheitszirkel gab):

Abb. 51: Gesundheitzzirkel



Bei drei Viertel aller Betriebe, in denen überhaupt Gesundheitszirkel durchgeführt wurden, handelte es sich um ein bis vier Zirkel (2001: 67 %) (davon in knapp der Hälfte der Fälle jeweils nur ein Zirkel). 14 % umfassten fünf bis neun Zirkel (2001: 11 %). Größere Mengen an Gesundheitszirkeln wurden seltener durchgeführt. 50 und mehr Zirkel kamen nur in einem großen Unternehmen (mindestens 1.500 Mitarbeiter) vor.

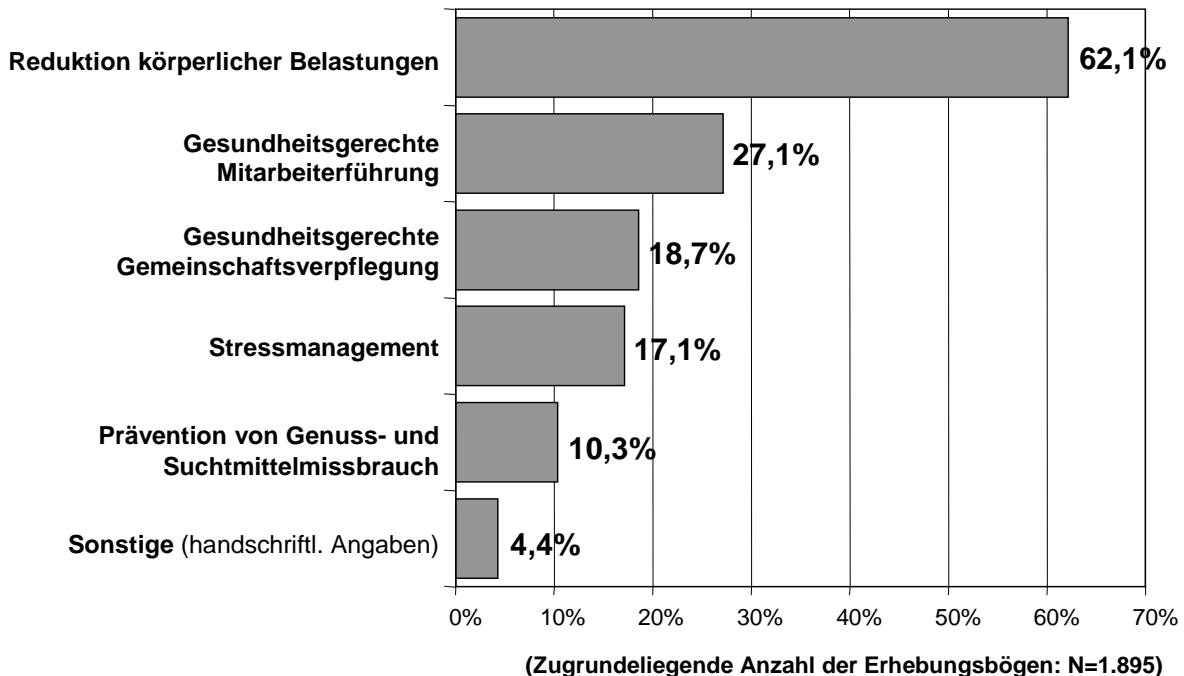
3.4.1.8 Intervention

Dieser Abschnitt umfasst die "Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten", "Verhaltens- und verhältnisorientierte Aktivitäten", "Angewandte Methoden" und "Eingesetzte Medien".

3.4.1.8.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Hierzu wurden in 78 % der Fälle Angaben gemacht (2001: 77 %).

Abb. 52: Inhaltliche Ausrichtung der Maßnahmen (Mehrfachnennungen möglich)



Von den abgefragten Präventionsprinzipien wurde am häufigsten die „Reduktion körperlicher Belastungen“ (62 %; 2001: 64 %) benannt. Mit einem Anteil von 27 % folgten Angebote zur „gesunden Mitarbeiterführung“ (2001: 24 %) sowie die „gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung“ (19 %; 2001: 15,4, dafür Stressmanagement 21 %).

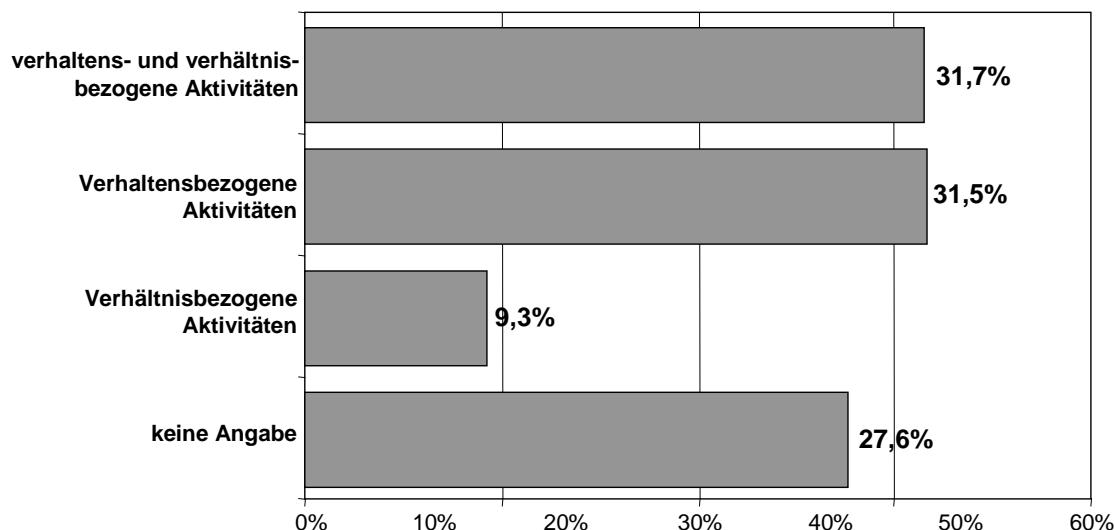
Insgesamt fanden sich zur „inhaltlichen Ausrichtung“ 2.648 Antworten zusammen, im Durchschnitt waren es knapp zwei Nennungen pro Dokumentationsbogen mit vorhandenen Angaben zu den Inhalten. Am häufigsten trat die Kombination "Reduktion körperlicher Belastungen" und "Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung" (27 % der Bögen, die Angaben zu Präventionsprinzipien enthielten) auf, allein oder in Verbindung mit weiteren Präventionsprinzipien. Die Verknüpfung "Reduktion körperlicher Belastungen" mit "Stressmanagement" war in 18 % der Fälle, in denen Angaben vorlagen, zu finden.

3.4.1.8.2 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 zum einen hinsichtlich der Umgestaltung von Umfeld/Strukturen, zum anderen hinsichtlich der Umgestaltung von Abläufen abgefragt.

In der folgenden Grafik wird die Verteilung von verhaltens- und/oder verhältnisorientierten Aktivitäten dargestellt:

Abb. 53: Intervention – Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten



(Zugrundeliegende Anzahl der Erhebungsbögen: N=1.895)

In der Betrieblichen Gesundheitsförderung war jeweils knapp ein Drittel der Aktivitäten verhaltens-/verhältnisbezogen (32 %; 2001: 34 %) bzw. rein verhaltensbezogen (32 %; 2001: 28 %). 9 % der Aktivitäten bezogen sich ausschließlich auf die Verhältnisse (2001: 11 %), etwa 28 % aller Fälle enthielten keine Angaben hierzu.

Handschriftliche Angaben waren zu den verhältnisbezogenen Aktivitäten möglich. In insgesamt 34 % wurde dieses Feld ausgefüllt. Aus den vorliegenden Angaben ließen sich folgende Kategorien bilden:

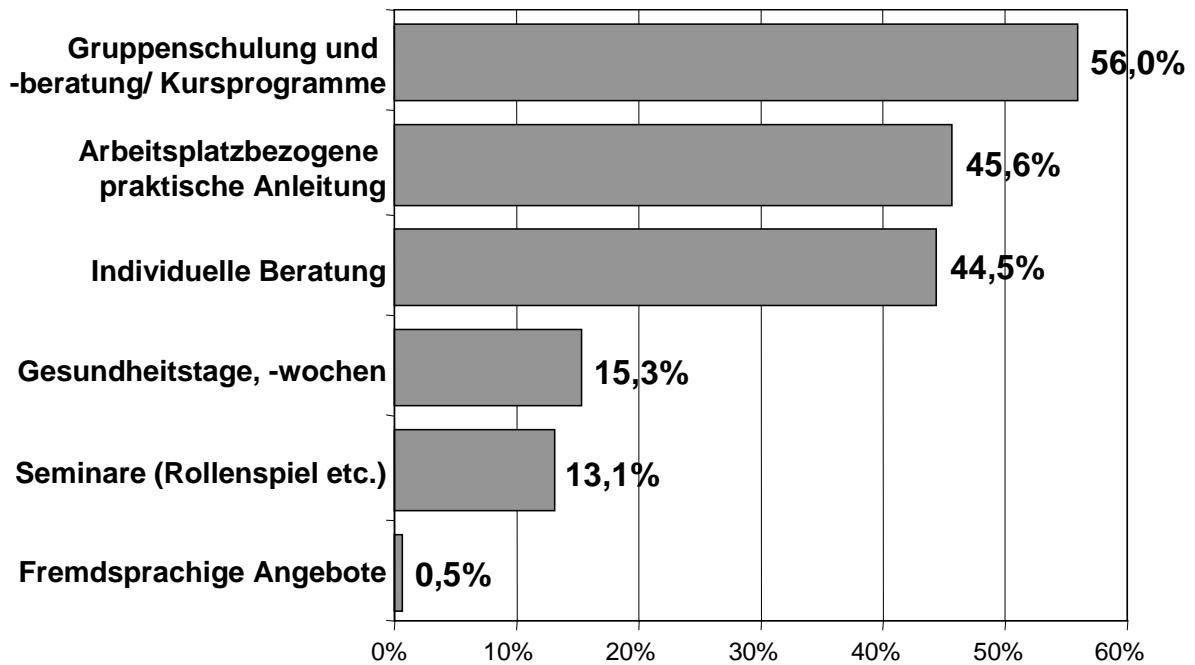
- Verbesserung von Umgebungsbedingungen
- Veränderung der Arbeits-/Betriebsorganisation
- Persönliche Maßnahmen zum Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren
- Informations- und Kommunikationsstrukturen
- Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen und Verantwortlichkeiten
- Soziale Angebote und Einrichtungen
- Sonstiges

Am häufigsten wurden die „Verbesserung von Umgebungsbedingungen“ (43 %, bezogen auf Menge der verhältnisbezogenen Fälle) und die „Veränderung der Arbeits- und Betriebsorganisation“ (27 %) angegeben. Vergleichsweise selten hingegen wurden die „Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen bzw. Verantwortlichkeiten“ (5 %) sowie „soziale Angebote und Einrichtungen“ (4 %) benannt.

3.4.1.8.3 Angewandte Methoden

Insgesamt lagen in knapp drei Viertel aller Dokumentationsbögen Angaben zu den eingesetzten Methoden vor (2001: 75 %). Sie stellten sich wie folgt dar:

Abb. 54: Angewandte Methoden (Mehrfachnennungen möglich)



(Zugrundeliegende Anzahl der Erhebungsbögen: N=1.895)

Am häufigsten fanden "Gruppenschulung/-beratung und Kursprogramme" (56 %; 2001: 54 %) Anwendung in den Aktivitäten. Dem folgten die "Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung" (46 %; 2001: 50 %) und die "individuelle Beratung" (45 %; 2001: 44 %).

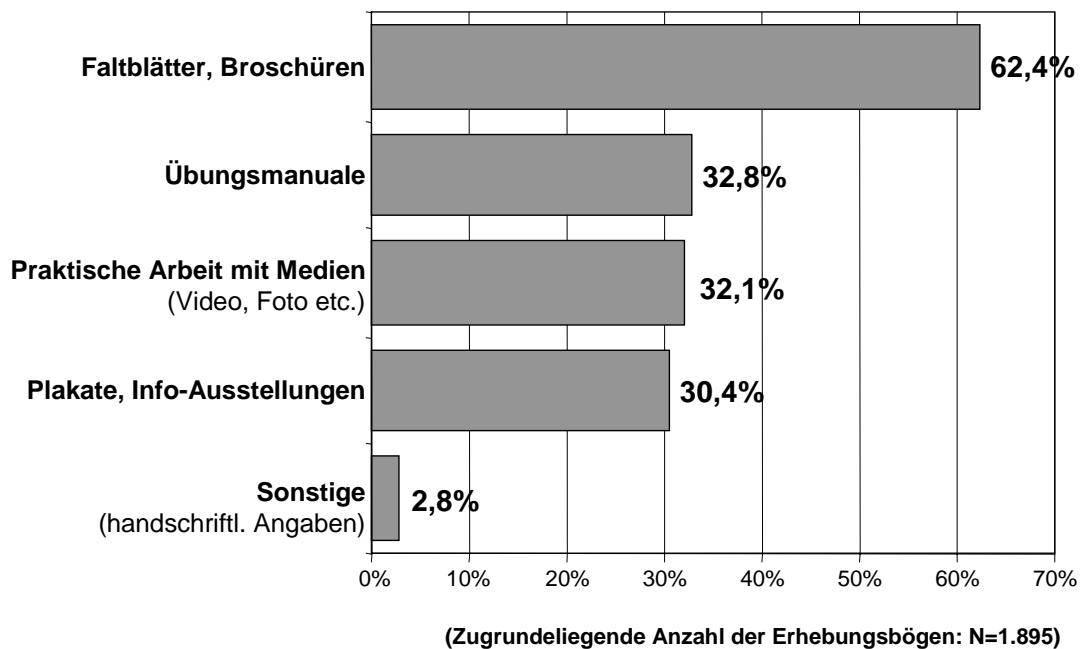
In 1.405 Fällen wurden insgesamt 3.319 Items zu den Methoden angekreuzt, das waren im Durchschnitt 2,4 Nennungen pro Fall. Die Verknüpfung von "Arbeitsplatzbezogener praktischer Anleitung", "Gruppenschulung, -beratung, Kursprogramme" und "Individueller Beratung" war – oft noch kombiniert mit weiteren Methoden - in 35 % der Fälle, in denen Angaben zu Methoden gemacht wurden, zu finden.

3.4.1.8.4 Eingesetzte Medien

Insgesamt vier Medien wurden im Dokumentationsbogen abgefragt sowie ein Feld für freie Angaben zur Verfügung gestellt. In 75 % der Fälle wurden Angaben hierzu gemacht (2001: 76 %).

„Faltblätter und Broschüren“ fanden in den meisten Fällen Anwendung (62 %; 2001: 71 %). Bei jeweils etwa einem Drittel wurden „Übungsmanuale“ (33 %; 2001: 34 %), und „Praktische Arbeit mit Medien, wie Video, Foto etc.“ eingesetzt (32 %, 2001: 25 %) (vgl. Abb. 55).

Abb. 55: Eingesetzte Medien (Mehrfachnennungen möglich)

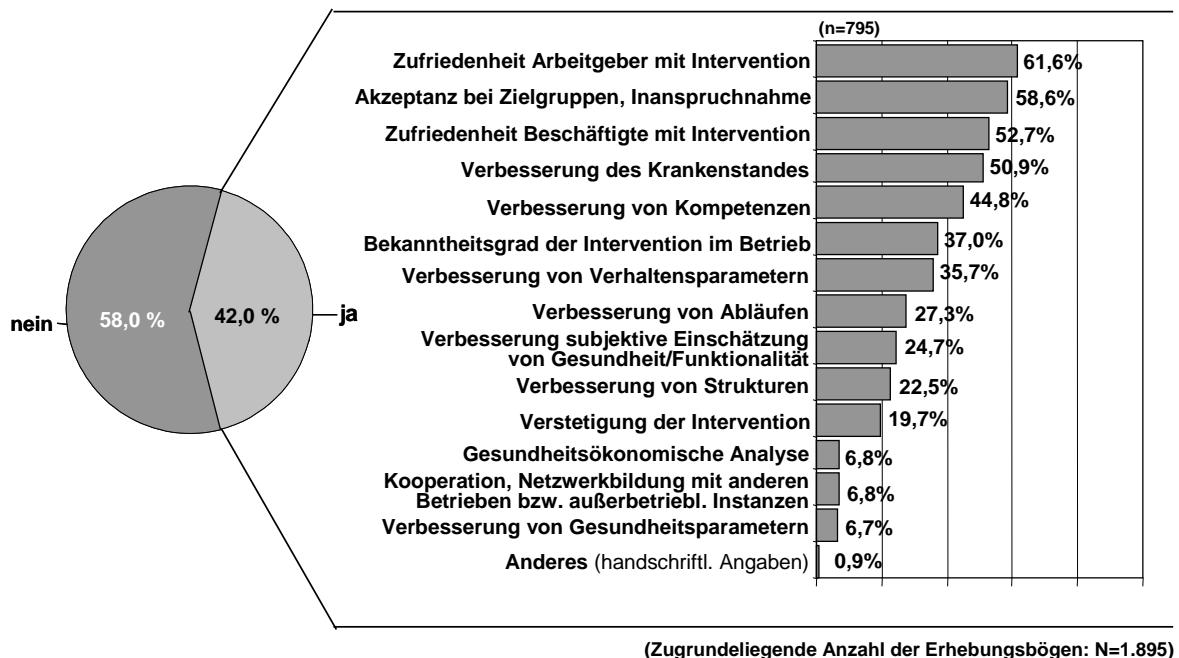


Wenn Angaben zu Medien gemacht wurden, dann handelte es sich im Durchschnitt um zwei Medien pro Fall. Die Verknüpfung von „Faltblättern, Broschüren“ mit „Übungsmanu-
alen“ trat dabei am häufigsten – oft mit weiteren Medien kombiniert – auf (19 % der Fälle, in
denen Medien angekreuzt wurden, n=277).

3.4.1.9 Erfolgskontrolle

In 42 % der Fälle gaben die Krankenkassen an, dass Erfolgskontrollen durchgeführt wurden (2001: 40 %)²⁸. Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden im Durchschnitt 4,6 Felder markiert (insgesamt 3.631 Nennungen). Am häufigsten wurden bei diesen Fällen die „Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention“ (62 %; 2001: 68 %), die „Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“ (59 %; 2001: 69 %) sowie die „Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention“ (22 %; 2001: 77 %) geprüft.

Abb. 56: Erfolgskontrolle (Mehrfachnennungen möglich)



Die Kombinationen, die am häufigsten, für sich allein oder in Verknüpfung mit weiteren Items, auftraten, waren zum einen (mit einem Anteil von 31,9 % derjenigen Bögen, die eine Erfolgskontrolle bejahten):

- Verbesserung von Kompetenzen
- Akzeptanz bei den Zielgruppen, Inanspruchnahme
- Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention,

zum anderen (mit einem Anteil von 31,6 %) die Kombination von:

- Akzeptanz bei den Zielgruppen, Inanspruchnahme
- Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention
- Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention.

²⁸ Ob bei den noch nicht abgeschlossenen Projekten, die einen Anteil von 61,4 % ausmachten, Erfolgskontrollen geplant waren, ließ sich im nachhinein nicht mehr nachvollziehen, dies war jedoch zu vermuten. Der Dokumentationsbogen wird mit der Erhebung ab 2004 differenziert nach geplanter und durchgeföhrter Erfolgskontrolle abfragen.

3.4.2 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 waren. Dabei handelte es sich um folgende:

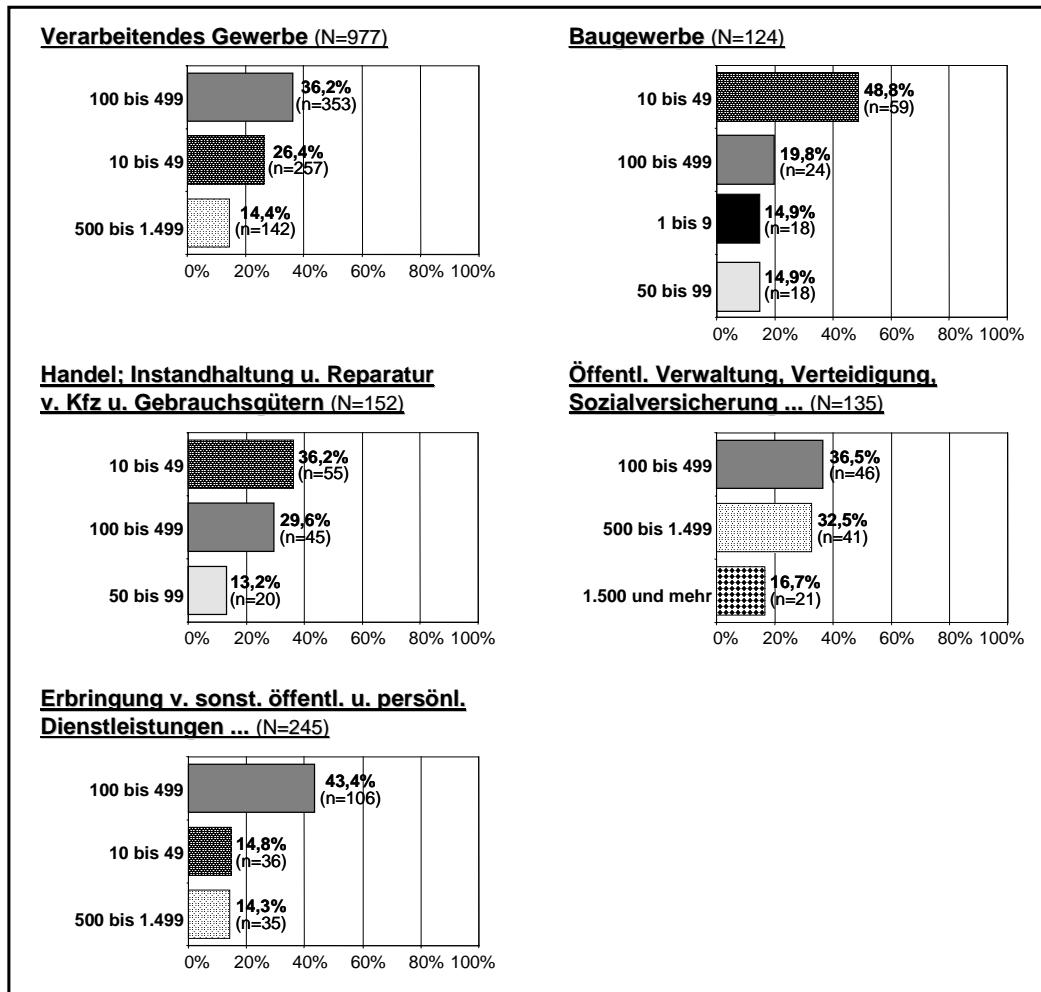
- Verarbeitendes Gewerbe
- Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen, Erziehung und Unterricht, Gesundheits- und Sozialwesen, Private Haushalte
- Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern
- Baugewerbe
- Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung,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

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

Die in den nachfolgenden Abschnitten benannten Prozentangaben beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die jeweiligen Branchen als eigene Stichproben.

3.4.2.1 Anzahl der Beschäftigten

Abb. 57: Anzahl der Beschäftigten in den Branchen – Top 3

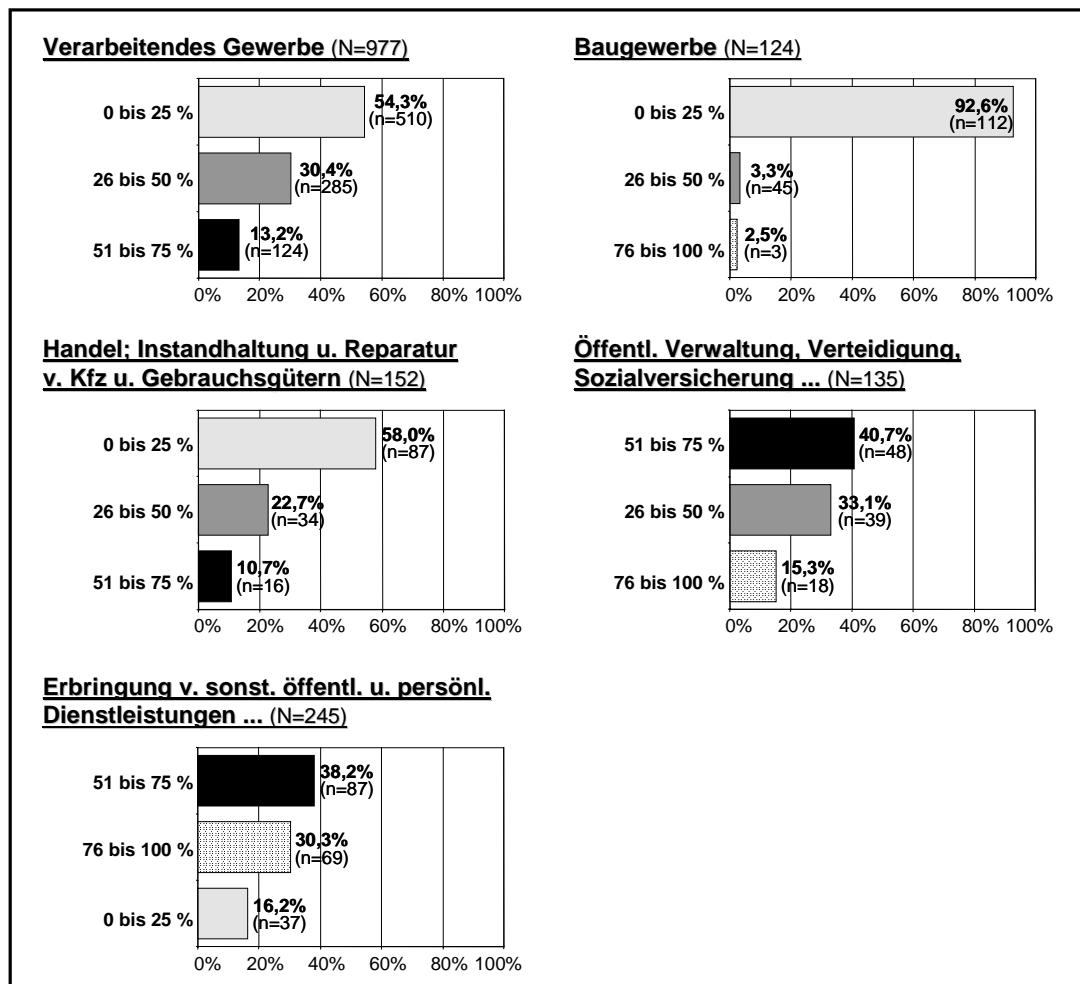


Die Grafik enthält die jeweils drei am häufigsten benannten Betriebsgrößen. Im „Verarbeitenden Gewerbe“, dem „Baugewerbe“, dem „Handel ...“ und der Branche „Erbringung v. sonst. öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen“ wurden überwiegend Betriebe der Größenordnung „10 bis 49“ und „100 bis 499 Beschäftigte“ erreicht. In der „Öffentlichen Verwaltung ...“ lagen die Beschäftigtenzahlen vorwiegend bei „100 bis 499“, „500 bis 1.499“ und „1.500 und mehr Beschäftigten“. Betriebe mit 1-9 Mitarbeitern waren lediglich im „Baugewerbe“ unter den „Top 3“ zu finden.

3.4.2.2 Anteil der Frauen

Die Höhe des Frauenanteils (in unten stehender Grafik gruppiert in Anteile von 0-25 %, 26-50 %, 51-75 % und 76-100 %) in den jeweiligen Branchen lässt sich an folgender Grafik ablesen:

Abb. 58: Anteil der Frauen in den jeweiligen Branchen – Top 3



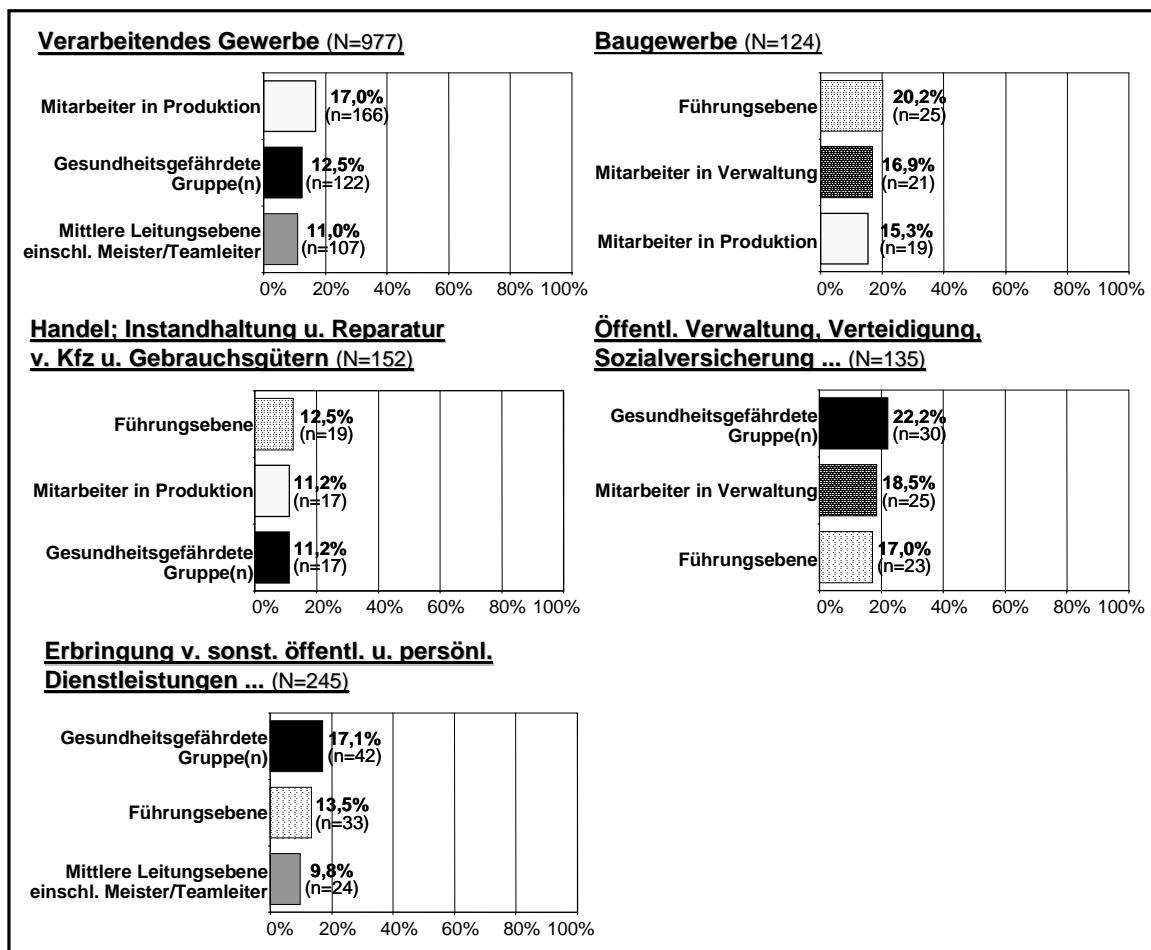
Erwartungsgemäß gering war der Frauenanteil im „Baugewerbe“, im „Handel; Instandhaltung/Reparatur v. Kfz/Gebrauchsgütern“ und im „verarbeitenden Gewerbe“. In den Bereichen „Erbringung v. sonst. öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen“ und „Öffentlichen Verwaltung, ...“ war er hingegen deutlich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

3.4.2.3 Schwerpunktmaßige Zielgruppen

In sämtlichen Branchen richteten sich die Aktivitäten vorwiegend an das gesamte Unternehmen, also an „alle Beschäftigten“. Am häufigsten wurden spezifische Zielgruppen in den Branchen „... Dienstleistungen ...“ (37 %) und „Baugewerbe“ (37 %) angesprochen. Geraade hier finden sich in den jeweiligen Betrieben in der Regel sehr heterogene Tätigkeitsbereiche, die durchaus unterschiedliche Ansätze und Ansprachen benötigen können. Am seltensten richteten sich die Aktivitäten im „Handel ...“ an spezifische Zielgruppen (18 %).

Wenn spezifische Zielgruppen angesprochen wurden, verteilten diese sich in den jeweiligen Branchen wie folgt:

Abb. 59: Wenn spezifische Zielgruppe angesprochen wurde, dann ... – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)

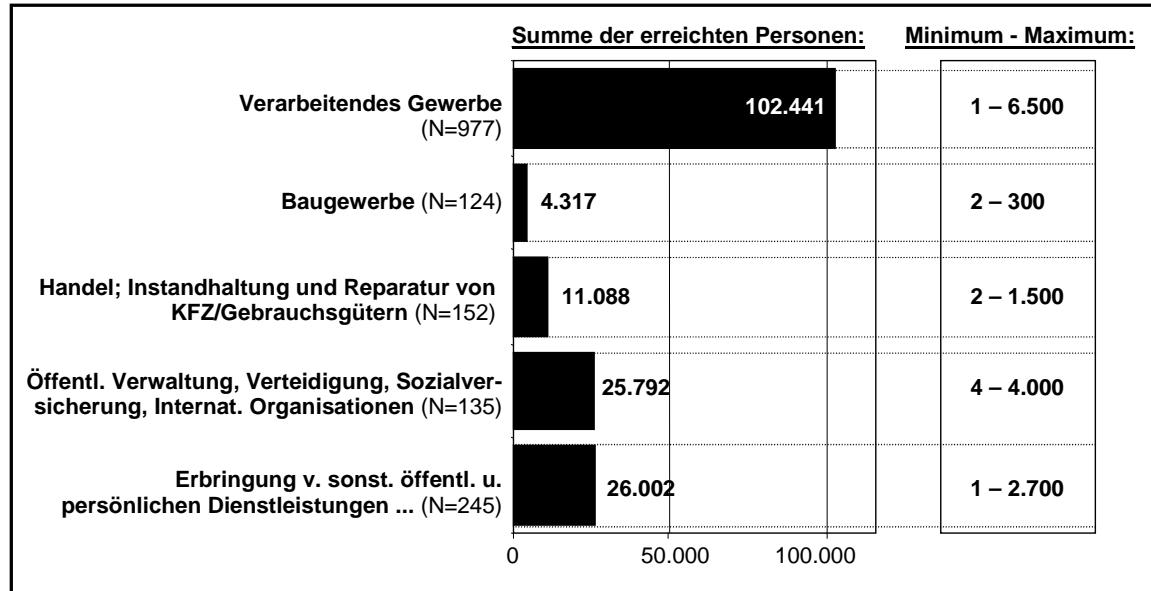


In den Sektoren „Öffentlichen Verwaltung ...“ und „Erbringung von ... Dienstleistungen ...“ zielten die Aktivitäten am häufigsten auf „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen“ ab. Beim „Baugewerbe“ und „Handel ...“ stand die „Führungsebene“ als anvisierte Zielgruppe an erster Stelle. Hier wird die Multiplikatorenrolle der verantwortlichen Führungskräfte, häufig bedingt durch Baustellentätigkeit bzw. viele kleine Standorte, deutlich. Nicht alle Beschäftigten sind direkt erreichbar, sondern können über die Führungskräfte z.B. zu gesundheitsgerechtem Verhalten motiviert werden. Im „Verarbeitenden Gewerbe“ standen die „Mitarbeiter in der Produktion“ als Zielgruppe an erster Stelle.

3.4.2.4 Erreichte Personen

Die folgende Grafik enthält zum einen die Summen der geschätzten erreichten Personen in den jeweiligen Branchen, zum anderen gibt sie für jede betrachtete Branche an, wie viele Personen pro Dokumentationsbogen mindestens bzw. maximal erreicht wurden:

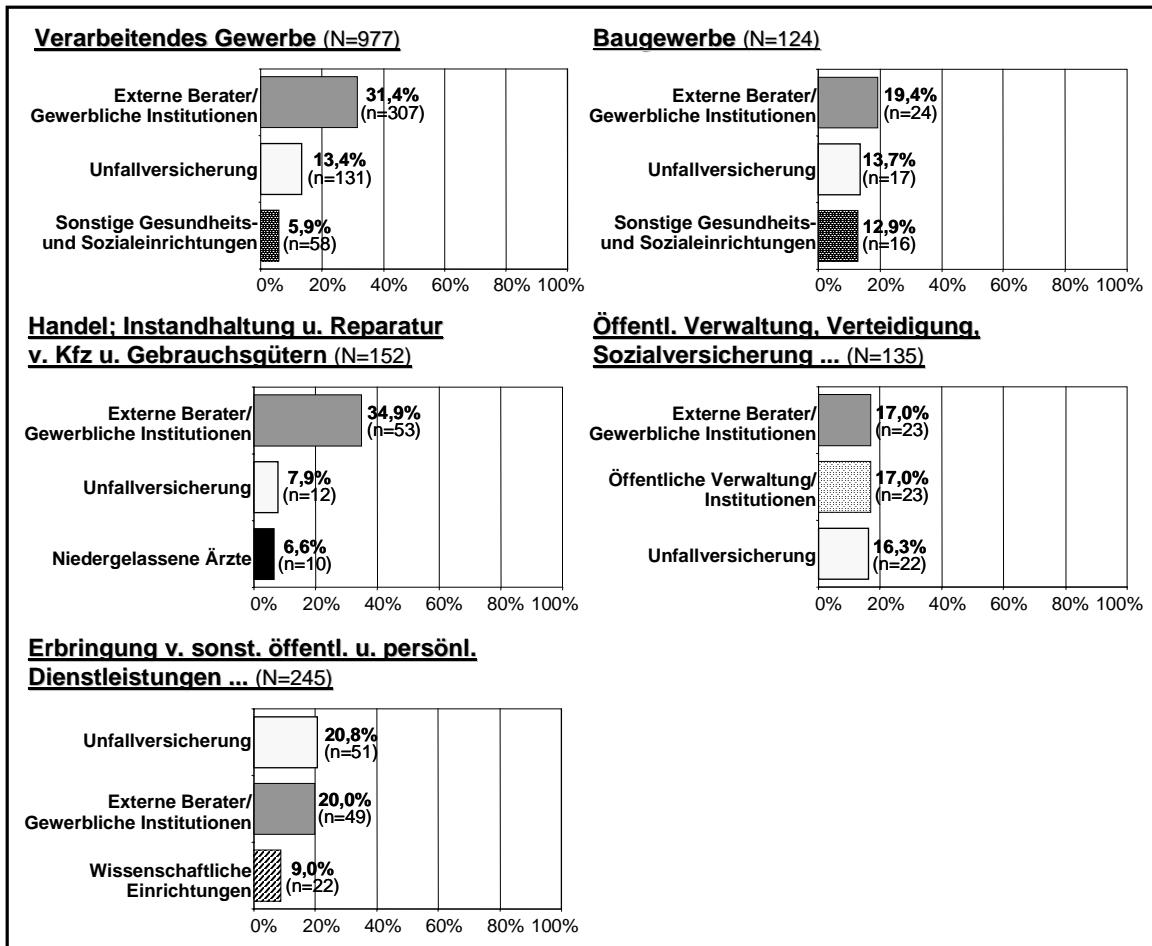
Abb. 60: Geschätzte Anzahl der erreichten Personen in den Branchen



Erwartungsgemäß wurden im verarbeitenden Gewerbe die meisten Personen erreicht. Im Minimum waren es hier eine und im Maximum 6.500 erreichte Personen pro Fall.

3.4.2.5 Außerbetriebliche Kooperationspartner

Abb. 61: Außerbetriebliche Koordinationspartner in den Branchen – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)



„Externe Berater/Gewerbliche Institutionen“ zählten in allen aufgeführten Branchen zu den am häufigsten eingebundenen Kooperationspartnern. Die „Unfallversicherungen“ waren ebenfalls bei den fünf Branchen unter den „Top 3“ aufzufinden. Auffallend war bei der „Erbringung von ... Dienstleistungen ...“, dass am dritthäufigsten „Wissenschaftliche Einrichtungen“ als Kooperationspartner benannt wurden.

3.4.2.6 Koordination und Steuerung

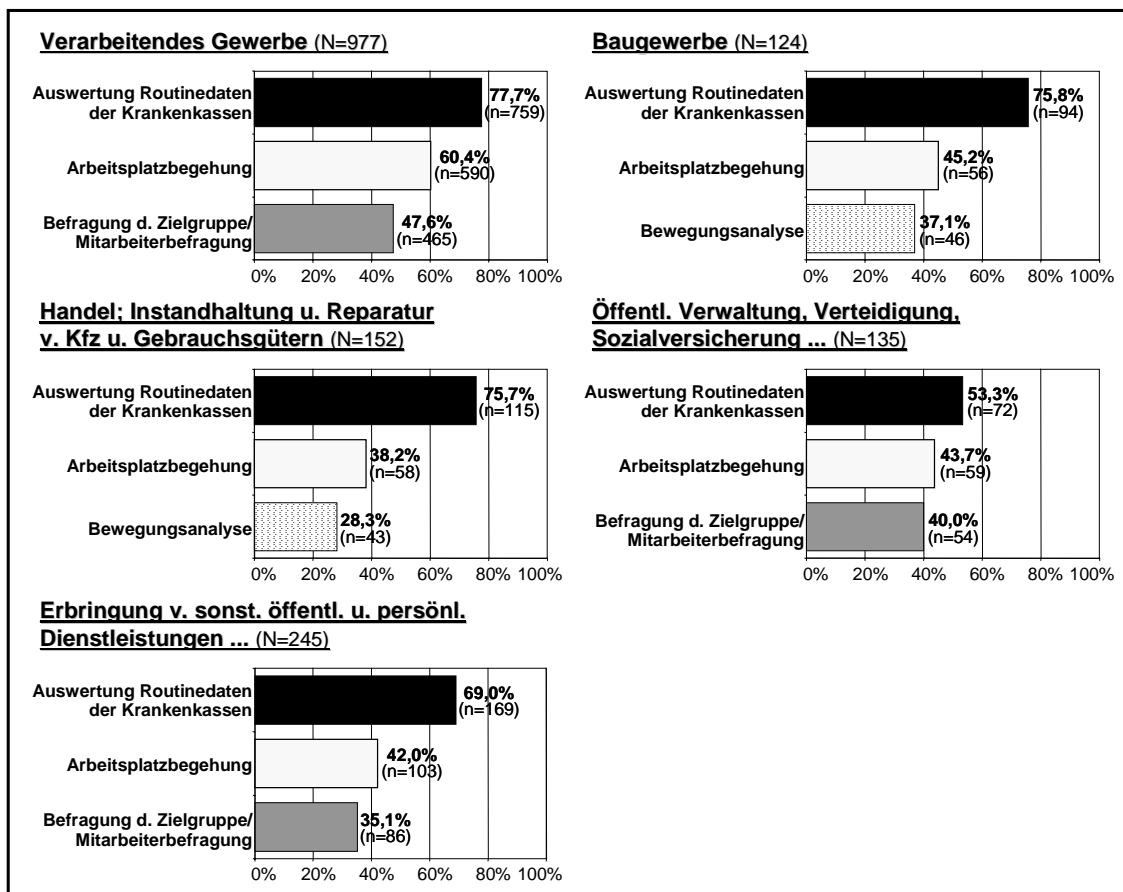
Besonders häufig waren Entscheidungsstrukturen in der „Öffentlichen Verwaltung“ (78 %), im „Verarbeitenden Gewerbe“ (62 %) und in der „Erbringung von ... Dienstleistungen ...“ (62 %) zu finden. Auch im „Handel ...“ lag bei etwa der Hälfte der Fälle (51 %) eine Koordination vor. Seltener gab es sie im „Baugewerbe“ (36 %).

Da in der „Öffentlichen Verwaltung, ...“, der „Erbringung v. sonstigen ... Dienstleistungen ...“ und auch im „verarbeitenden Gewerbe“ tendenziell häufiger Betriebe mit mehr als 500 Mitarbeitern vertreten waren (vgl. Kap. 3.4.2.1, S. 78), ist von einem Zusammenhang zwischen Betriebsgrößen und dem Vorhandensein von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen auszugehen (s. Kap. 3.4.3.6, S. 90).

In allen Branchen waren in das Koordinierungsgremium am häufigsten die „Geschäfts- und Personalleitung“ und mit Ausnahme des „Handels ...“ am zweit- bzw. dritthäufigsten „Vertreter der Krankenkassen“ bzw. die „Unfallversicherung“ eingebunden. Im „Handel ...“ zählten „Betriebs-/Personalrat“ zu den „Top 3“ der beteiligten Koordinatoren.

3.4.2.7 Bedarfsermittlung

Abb. 62: Bedarfsermittlung in den Branchen – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)



In allen angeführten Branchen wurden am häufigsten „Routinedaten der Krankenkassen“ zur Bedarfsermittlung herangezogen. Am zweithäufigsten fand zur Analyse des Handlungsbedarfs die „Arbeitsplatzbegehung“ statt. Die „Befragung der Zielgruppe/ Mitarbeiterbefragung“ stand im „Verarbeitenden Gewerbe“, in der „Öffentlichen Verwaltung“ und in der „Erbringung von ... Dienstleistungen ...“ an dritter Stelle. Im „Handel ...“ und „Baugewerbe“ wurden vergleichsweise häufig „Bewegungsanalysen am Arbeitsplatz“ durchgeführt.

3.4.2.8 Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel fanden am häufigsten in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ (25 %) statt, dann im „Baugewerbe“ (24 %), in der „Erbringung von ... Dienstleistungen ...“ (22 %), im „Verarbeitenden Gewerbe“ (17 %) und zuletzt im „Handel; Instandhaltung u. Reparatur v. Kfz u. Gebrauchsgütern“ (9 %).

In allen Branchen wurden mindestens in zwei Dritteln der Fälle, in denen Gesundheitszirkel durchgeführt wurden, ein bis vier Zirkel durchgeführt. 5 bis 9 durchgeführte Gesundheitszirkel standen in allen Branchen an zweiter Stelle. Bei dem Fall, in dem einmal 36 Gesundheitszirkel angegeben wurde, handelte es sich um einen Betrieb mit 1.500 und mehr Beschäftigten aus dem Verarbeitenden Gewerbe.

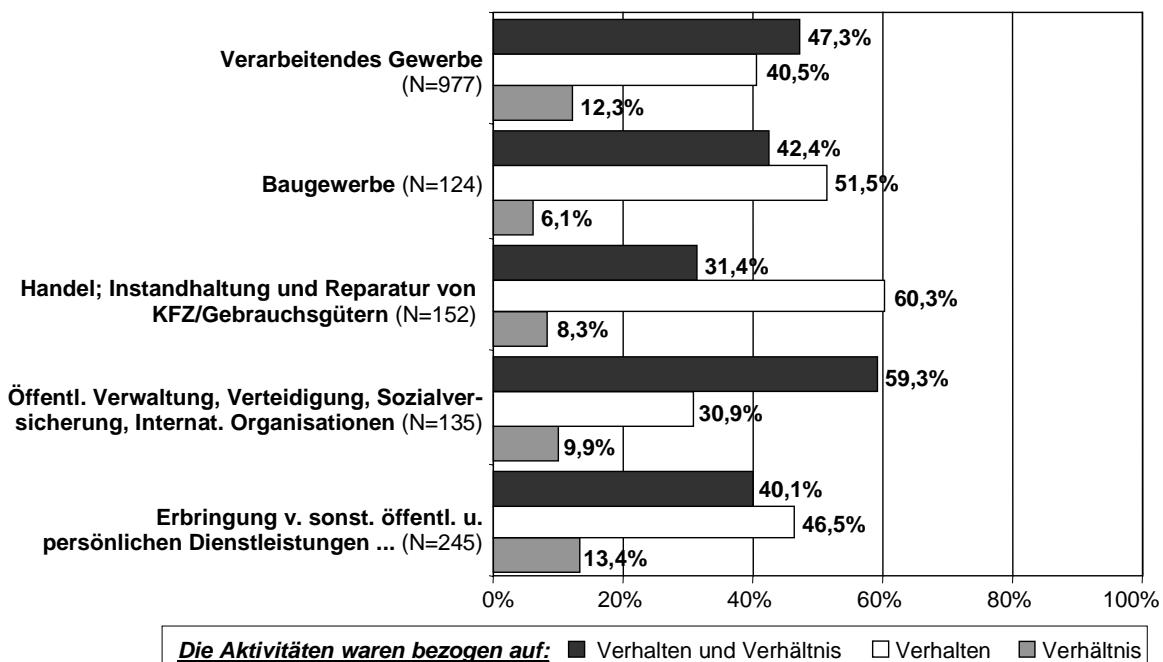
3.4.2.9 Intervention

3.4.2.9.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

In allen fünf Branchen waren die Aktivitäten vorwiegend auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ ausgerichtet, die Anteile lagen zwischen 53 % und 69 %. Am zweithäufigsten zielten die Aktivitäten auf eine „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ ab (23 %-30 %). Darüber hinaus waren die Aktivitäten im „Baugewerbe“, in der „Öffentlichen Verwaltung“ und in der „Erbringung von ... Dienstleistungen ...“ häufig auch auf das „Stressmanagement“, bzw. die Aktivitäten im „Verarbeitenden Gewerbe“ sowie „Handel ...“ auf die „gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung“ ausgerichtet.

3.4.2.9.2 Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten

Abb. 63: Verhaltens- und/oder verhältnisbezogene Aktivitäten in den Branchen



Die Aktivitäten waren insbesondere in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ überwiegend sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Ebenfalls gab es im „Verarbeitenden Gewerbe“ mehr verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten als nur verhaltensbezogene Aktivitäten. Im „Handel ...“ hingegen waren die Aktivitäten in fast zwei Dritteln der Fälle rein auf das Verhalten bezogen. Ausschließlich verhältnisbezogene Aktivitäten gab es am häufigsten in der Branche „Erbringung von ... Dienstleistungen ...“ (13 %).

3.4.2.9.3 Angewandte Methoden

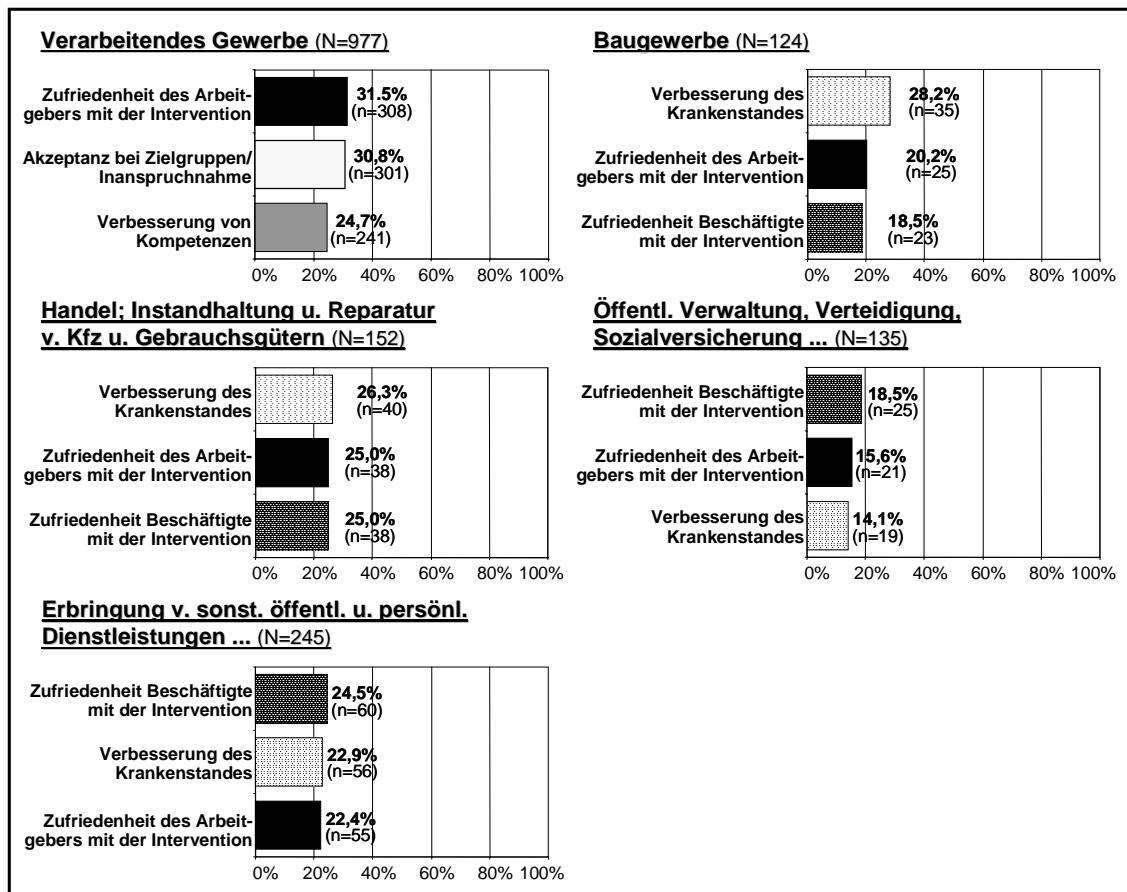
In allen Branchen fanden am häufigsten „Gruppenschulungen und -beratungen bzw. Kursprogramme“ statt (Anteile zwischen 68 % (Handel) und 49 % (Dienstleistung)). An zweiter Stelle stand in allen Branchen bis auf den „Handel ...“ die „arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung“ (Maximaler Anteil im verarbeitenden Gewerbe: 52 %, minimaler Anteil in der Verwaltung: 36 %), an dritter die „individuelle Beratung“ (Maximaler Anteil im verarbeitenden Gewerbe: 49 %, minimaler Anteil im Dienstleistungsbereich: 32 %). Im „Handel ...“ war die Reihenfolge dieser beiden Methoden umgekehrt.

3.4.2.9.4 Eingesetzte Medien

„Faltblätter und Broschüren“ wurden in allen fünf hier behandelten Branchen am häufigsten eingesetzt (maximaler Anteil im Baugewerbe: 79 %, minimaler Anteil in der öffentlichen Verwaltung: 54 %). An zweiter bzw. dritter Stelle standen in den Branchen bis auf das „Verarbeitende Gewerbe“ „Übungsmanuale“ (Maximum im Baugewerbe: 39 %, Minimum in der Verwaltung: 27 %) und „Plakate/ Informationsausstellungen“ (Maximum im Handel: 51 %, Minimum in der Verwaltung: 24 %). Im „Baugewerbe“ fanden !Medien, wie Fotos und Videos“ gleichermaßen Einsatz. Beim „Verarbeitenden Gewerbe“ wurden diese am zweithäufigsten eingesetzt, am dritthäufigsten „Übungsmanuale“.

3.4.2.10 Erfolgskontrolle

Abb. 64: Erfolgskontrollen in den Branchen – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)



Erfolgskontrollen wurden am häufigsten im „Verarbeitenden Gewerbe“ durchgeführt (47 %), dann mit absteigender Tendenz im „Handel ...“ (40 %), in der „Erbringung von ... Dienstleistungen ...“ (40 %), im „Baugewerbe“ (38 %) und am wenigsten in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ (28 %).

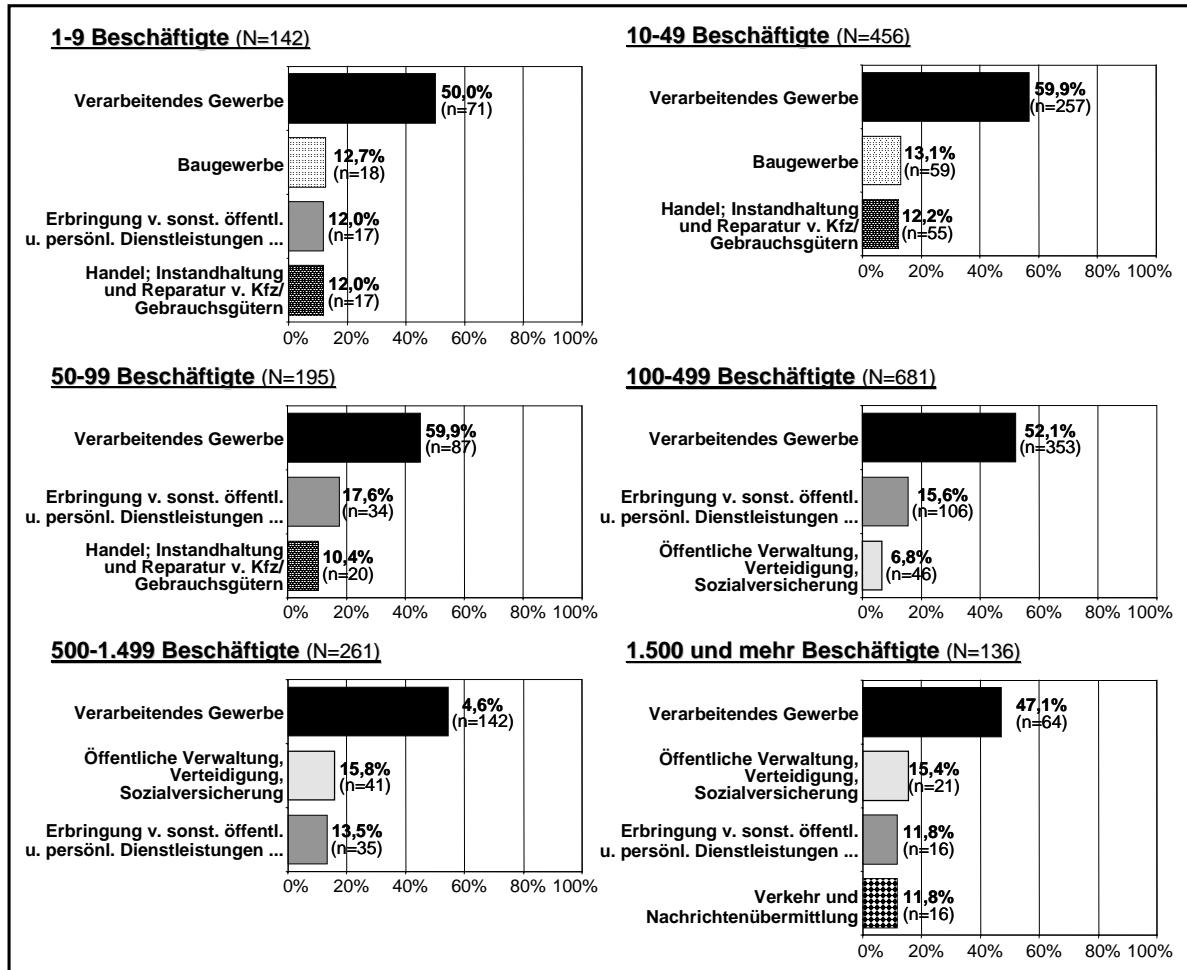
In allen Branchen bis auf das „Verarbeitende Gewerbe“ zählten zu den drei am häufigsten durchgeföhrten Erfolgskontrollen die „Verbesserung des Krankenstandes“, die Abfrage der „Zufriedenheit der Beschäftigten“ und der „Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention“. Im „Verarbeitenden Gewerbe“ stand neben der Erfassung der „Zufriedenheit des Arbeitgebers“ an zweiter und dritter Stelle die „Prüfung der Akzeptanz der Interventionen bei den Zielgruppen/Inanspruchnahme“ sowie die Prüfung der „Verbesserung von Kompetenzen“.

3.4.3 BGF – Auswertungen nach dem Kriterium Anzahl der Beschäftigten

Die in den nachfolgenden Abschnitten angeführten Prozentangaben beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die jeweiligen Betriebsgrößen als eigene Stichproben.

3.4.3.1 Branchen

Abb. 65: Anzahl der Beschäftigten in den jeweiligen Branchen – Top 3



Die Grafik enthält die jeweils drei am häufigsten benannten Branchen in den jeweiligen Betriebsgrößen. Das „verarbeitende Gewerbe“ war in allen Betriebsgrößen am häufigsten vertreten. Betriebe mit „1-9“ und „10-49 Beschäftigten“ stammten zumeist aus dem „Baugewerbe“ und dem „Handel; Instandhaltung ...“. Darüber hinaus war die „Erbringung von ... Dienstleistungen ...“ in allen Betriebsgrößen, abgesehen von Betrieben mit „10-49 Beschäftigten“ häufig vertreten. Ebenfalls war die „Öffentliche Verwaltung ...“ in Betrieben mit „100-400“, „500-1.499“ und „1.500 und mehr Beschäftigten“ vergleichsweise häufig zu finden.

3.4.3.2 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-

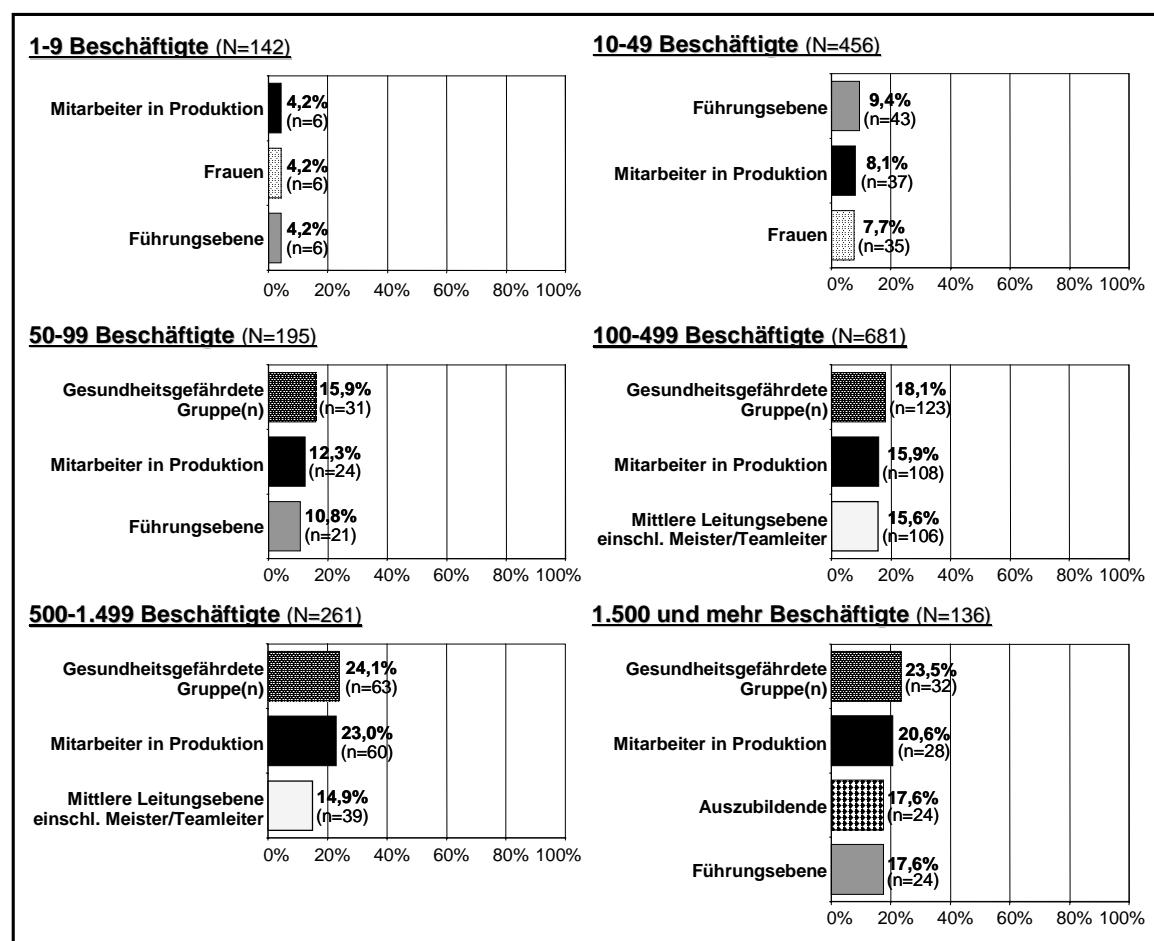
25 %“ festzustellen (Minimum bei 100-499 Beschäftigten: 39 %, Maximum bei 1-9 Beschäftigten: 81 %). Die Betriebe mit einer Beschäftigtenzahl von „500-1.499“ und „1.500 und mehr“ wiesen vorwiegend Frauenanteile von „26-50 %“ auf.

3.4.3.3 Schwerpunktmaßige Zielgruppe

Zu beobachten war, dass je größer die Beschäftigtenzahl eines Betriebes war, desto eher wurden spezifische Zielgruppen anvisiert. So wählten knapp die Hälfte aller Unternehmen mit „500-1.499“ bzw. „1.500 und mehr Beschäftigten“ spezifische Zielgruppen ausgewählt. Bei den Betrieben mit bis zu 499 Beschäftigten waren es im Durchschnitt hingegen gut ein Viertel. Insbesondere in Betrieben mit „1-9 Beschäftigten“ waren die Aktivitäten eher selten auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (8 %). Dies hängt sicherlich mit der praxisgerechten Durchführung nach spezifischem Bedarf zusammen.

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

Abb. 66: Schwerpunktmaßige Zielgruppen in den jeweiligen Betriebsgrößen – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)



In Betrieben mit „1-9“ und „10-49 Beschäftigten“ zählten zu den drei am häufigsten benannten Zielgruppen „Mitarbeiter in der Produktion“, „Frauen“ und die „Führungsebene“. Ab einer Beschäftigtenzahl von „50-99“ bis hin zu „1.500 und mehr Beschäftigten“ wurden am häufigsten „mit Gesundheitsbelastungen gefährdete Personen“ und am zweithäufigs-

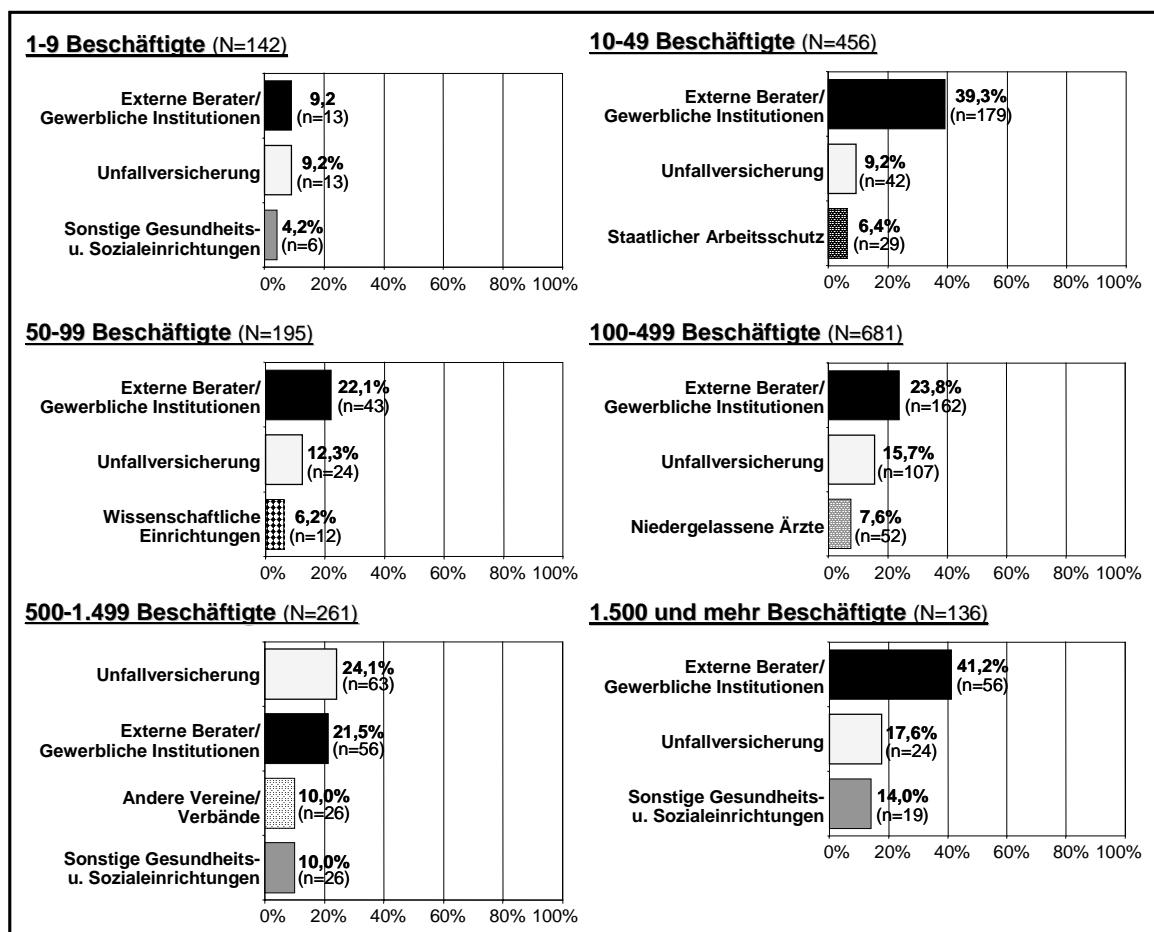
ten die „Mitarbeiter in der Produktion“ anvisiert. In Betrieben mit „1.500 und mehr Beschäftigten“ zählten die „Auszubildenden“ zu den drei am häufigsten anvisierten Zielgruppen.

3.4.3.4 Erreichte Personen

Die Summe der Schätzzahlen zu den erreichten Personen in den Betrieben lag bei 515.000. Davon wurden etwa 70 % in Betrieben mit „1.500 und mehr Beschäftigten“ erreicht. Betriebe mit „100-499 Beschäftigten“ machten von oben genannter Schätzsumme einen Anteil von 15 % und Betriebe mit „500-1.499 Beschäftigten“ einen Anteil von 12 % aus. Bei Betrieben mit „1-9 Beschäftigten“ lag der Anteil der erreichten Personen bei nur 0,2 %.

3.4.3.5 Außerbetriebliche Kooperationspartner

Abb. 67: Außerbetriebliche Kooperationspartner in den jeweiligen Betriebsgrößen – Top 3
(Mehrfachnennungen möglich)



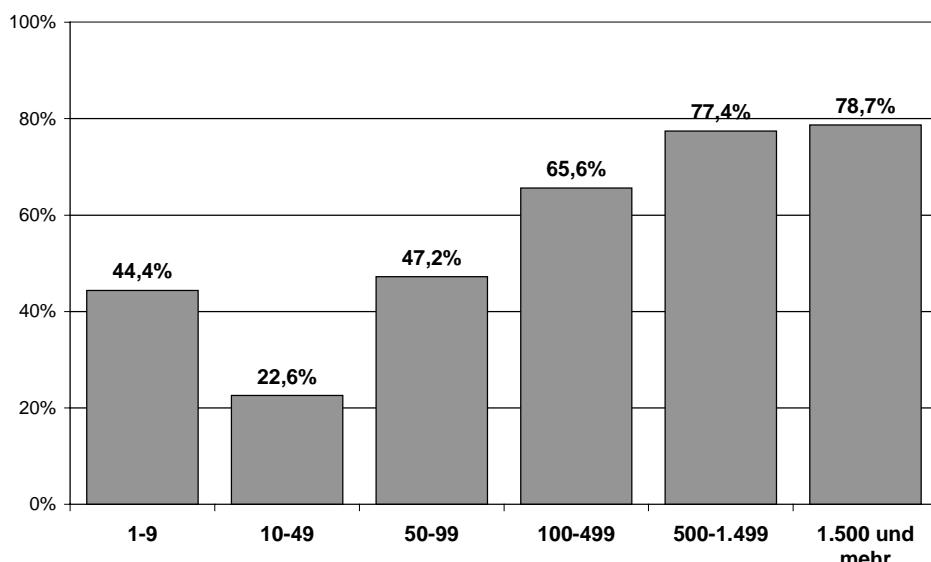
„Externe Berater/ Gewerbliche Institutionen“ und „Unfallversicherungen“ zählten in allen Betrieben, unabhängig von ihrer Beschäftigtenzahl, zu den zwei am häufigsten eingebundenen Kooperationspartnern. Die Kooperationspartner variierten im weiteren; so waren „Sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“ am dritthäufigsten in Betrieben mit „1-9“, „500-1.499“ und „1.500 und mehr Beschäftigten“ vertreten. In Betrieben mit „10-49 Beschäftigten“ wurde häufig auch mit dem „Staatlichen Arbeitsschutz“ kooperiert. „Wissen-

schaftliche Einrichtungen“ fanden sich in Betrieben mit „50-99 Beschäftigten“, „Niedergelassene Ärzte“ in Betrieben mit „100-499 Beschäftigten“. „Andere Verbände/Vereine“ waren zudem in Betrieben mit „500-1.499 Beschäftigten“ häufig als Kooperationspartner in die Aktivitäten eingebunden.

3.4.3.6 Koordination/Steuerung

Grundsätzlich war die Tendenz, dass je größer die Betriebe waren, desto häufiger waren dort auch Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden. Die Anteile der Betriebe mit bestehenden Steuerungsstrukturen nahmen dabei wie folgt zu:

Abb. 68: Anteil der Betriebe bei bestehenden Steuerungsstrukturen



Die Ergebnisse sprechen dafür, dass kleinere Betriebe aufgrund ihrer Struktur eher auf ein pragmatisches Vorgehen angewiesen sind, während in großen Betrieben die Organisationstiefen und Organisationsbedarfe eine Bildung entsprechender Steuerungsstrukturen notwendig machen.

Bei Bestehen einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur waren bei allen Betriebsgrößen die „Geschäfts- und Personalleitung“ (Maximum bei 500-1.499 Beschäftigten: 75 %, Minimum bei 10-49 Beschäftigten: 22 %) , der „Betriebs- und Personalrat“ (Maximum bei 500-1.499 Beschäftigten: 74 %, Minimum bei 10-49 Beschäftigten: 6 %) sowie „Vertreter der Krankenkassen“ am häufigsten in den Gremien vertreten (Maximum bei 500-1.499 Beschäftigten: 61 %, Minimum bei 10-49 Beschäftigten: 19 %).

3.4.3.7 Bedarfsermittlung

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

Dies gilt insbesondere bei einer Betriebsgröße von 10 Beschäftigten, wo am häufigsten die „Routinedaten der Krankenkassen“, dann die „Arbeitsplatzbegehung“ und am dritthäufigsten die „Befragung der Zielgruppe/Mitarbeiterbefragung“ als Instrumente zur Bedarfs-

ermittlung genutzt wurden. Für Betriebe mit „1-9 Beschäftigten“ wurden ebenfalls am häufigsten die „Routinedaten der Krankenkassen“ herangezogen. Am zweithäufigsten griffen die Leistungsanbieter dann auf die „Analyse von Zusammenhängen zwischen Belastungen und Arbeitsunfähigkeiten“ zurück. An dritter Stelle stand dort die „Arbeitsplatzbegehung“.

3.4.3.8 Gesundheitszirkel

Wie folgende Tabelle zeigt, wurden mehr Gesundheitszirkel durchgeführt, je größer ein Betrieb war:

Abb. 69: Anteil derjenigen Betriebe, bei denen mindestens ein Gesundheitszirkel durchgeführt wurde

Anzahl Beschäftigte	Prozent	Anzahl
1 bis 9	17,6%	25
10 bis 49	11,8%	54
50 bis 99	13,8%	27
100 bis 499	20,9%	142
500 bis 1.499	23,4%	61
1.500 und mehr	24,3%	33

In allen Betriebsgrößen fanden am häufigsten ein bis vier Zirkel statt (minimaler Anteil bei durchgeföhrten Gesundheitszirkeln = 52 % („mehr als 1.500 Beschäftigte“), maximaler Anteil = 93 % (10-49 Beschäftigte)). Betriebe ab einer Betriebsgröße von 100 Beschäftigten führten oft auch mehr als fünf Gesundheitszirkel durch („100-499“: 24 %; „500-1.499“: 30 %; „1.500 und mehr“: 48 %).

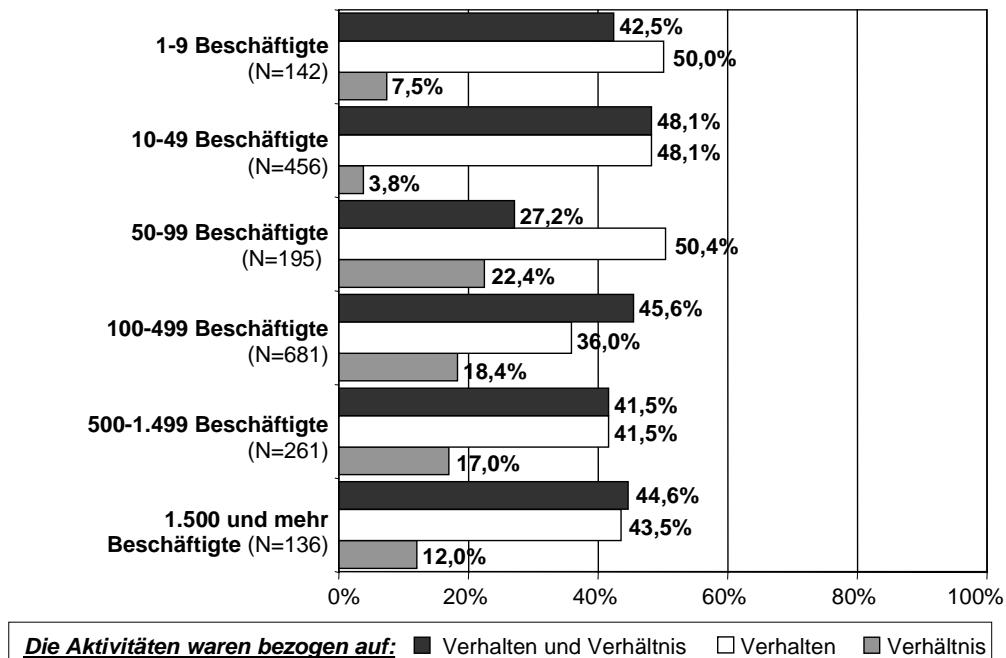
3.4.3.9 Intervention

3.4.3.9.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

In allen Betriebsgrößen waren die Aktivitäten vorwiegend auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ ausgerichtet (die prozentualen Anteile lagen zwischen 58 % und 74 %). In den Betriebsgrößen von „50-99“ bis hin zu „499-1.499 Beschäftigten“ wurden am zweit- und dritthäufigsten die „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ (18 %-27 %) und das „Stressmanagement“ (12 %-18 %) angesprochen. Bei Betrieben mit „1-9“ und „10-49 Beschäftigten“ gehörten neben der „gesundheitsgerechten Gemeinschaftsverpflegung“ (22 %-28 %) auch die „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ (11 %-38 %) zu den darüber hinaus häufig behandelten Themen. In Unternehmen mit „mehr als 1.500 Beschäftigten“ stand neben der „Reduktion von körperlichen Belastungen“ (63 %) und dem „Stressmanagement“ (38 %) auch der „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ (35 %) im Vordergrund.

3.4.3.9.2 Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten

Abb. 70: Verhaltens- und/oder verhältnisbezogene Aktivitäten nach Betriebsgrößen



Am häufigsten waren die Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Betrieben mit „100-499 Beschäftigten“ sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen (46 %). In Betrieben mit „50-99 Beschäftigten“ waren die Aktivitäten öfter ausschließlich auf das Verhalten bezogen (50 %).

3.4.3.9.3 Methoden

In allen Betriebsgrößen wurden am häufigsten „Gruppenschulungen/-beratungen“ durchgeführt (44 %-81 %). Auch zählten hier insgesamt die „arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung“ (35 %-52 %) und die „individuelle Beratung“ (29 %-41 %) zu den meist verwendeten Methoden.

3.4.3.9.4 Medien

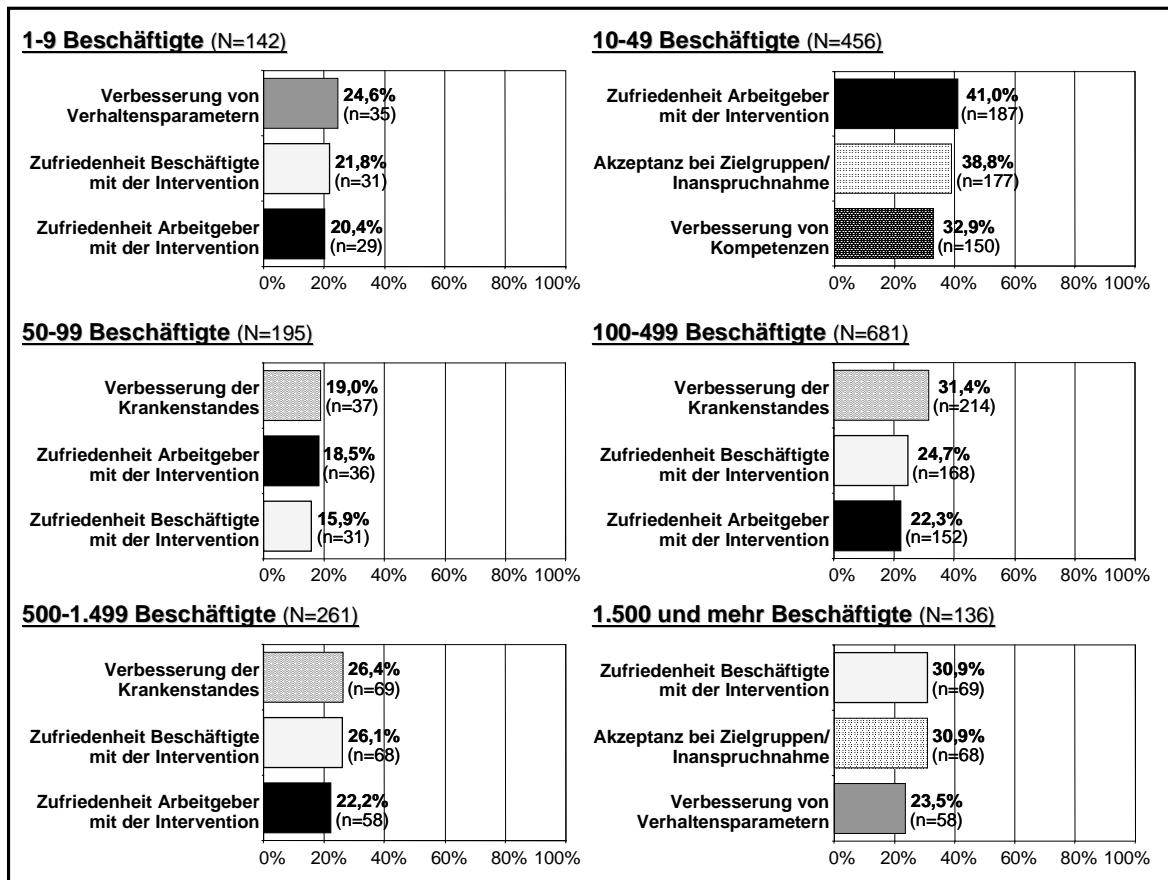
In allen Betriebsgrößen wurden „Faltblätter und Broschüren“ am häufigsten als Medien eingesetzt (57 %-68 %). „Übungsmanuale“ und „Plakate/Informationsausstellungen“ zählten darüber hinaus in allen Betriebsgrößen - bis auf Betriebe mit „10-49 Beschäftigten“ - zu den am zweithäufigsten eingesetzten Medien. Bei Betrieben der Größenordnung „10-49 Beschäftigte“ fanden „Medien, wie Foto, Video etc.“ (54 %) öfter als „Übungsmanuale“ (34 %) Anwendung.

3.4.3.10 Erfolgskontrolle

Am häufigsten fanden Erfolgskontrollen in Betrieben mit „1.500 und mehr“ (47 %) und „10-49 Beschäftigten“ (45 %) statt, gefolgt von Betrieben mit „100-499“ (44 %) und „500-1.499 Beschäftigten“ (42 %). Weniger Erfolgskontrollen gab es in Betrieben mit „1-9“ (34 %) und „50-99 Beschäftigten“ (32 %).

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

Abb. 71: Erfolgskontrollen in den jeweiligen Betriebsgrößen – Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)



Die „Zufriedenheit der Beschäftigten ...“ als auch die „Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention“ wurde in Betrieben mit „1-9“, „50-99“, „100-499“ und „500-1.499 Beschäftigten“ häufig geprüft. Auch in den restlichen Betriebsgrößen war die Zufriedenheit entweder des Arbeitgebers oder der Beschäftigten von Interesse. Die „Verbesserung des Krankenstandes“ war bei Betrieben mit „50-99“, „100-499“ und „500-1.499 Beschäftigten“ am häufigsten Gegenstand der Kontrollen.

Bei Betrieben mit „10-49“ sowie „1.500 und mehr Beschäftigten“ zählte auch die „Akzeptanz der Intervention bei den Zielgruppen/Inanspruchnahme“ zu den drei am meisten durchgeföhrten Erfolgskontrollen. In Betrieben mit „1-9 Beschäftigten“ zielten die Erfolgskontrollen besonders auf die „Verbesserung von Verhaltensparametern“ ab.

3.4.4 BGF - Auswertungen hinsichtlich vorhandener Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen

Zunächst wird in diesem Abschnitt analysiert, ob es bei Aktivitäten, zu denen ein Koordinierungsgremium vorhanden war und solchen ohne Entscheidungs- und Steuerungsstruktur Auffälligkeiten hinsichtlich durchgeföhrter Bedarfsanalysen und Interventionen gab. Dieser Vergleich wurde auch nach Branchen und Betriebsgrößen durchgeführt.

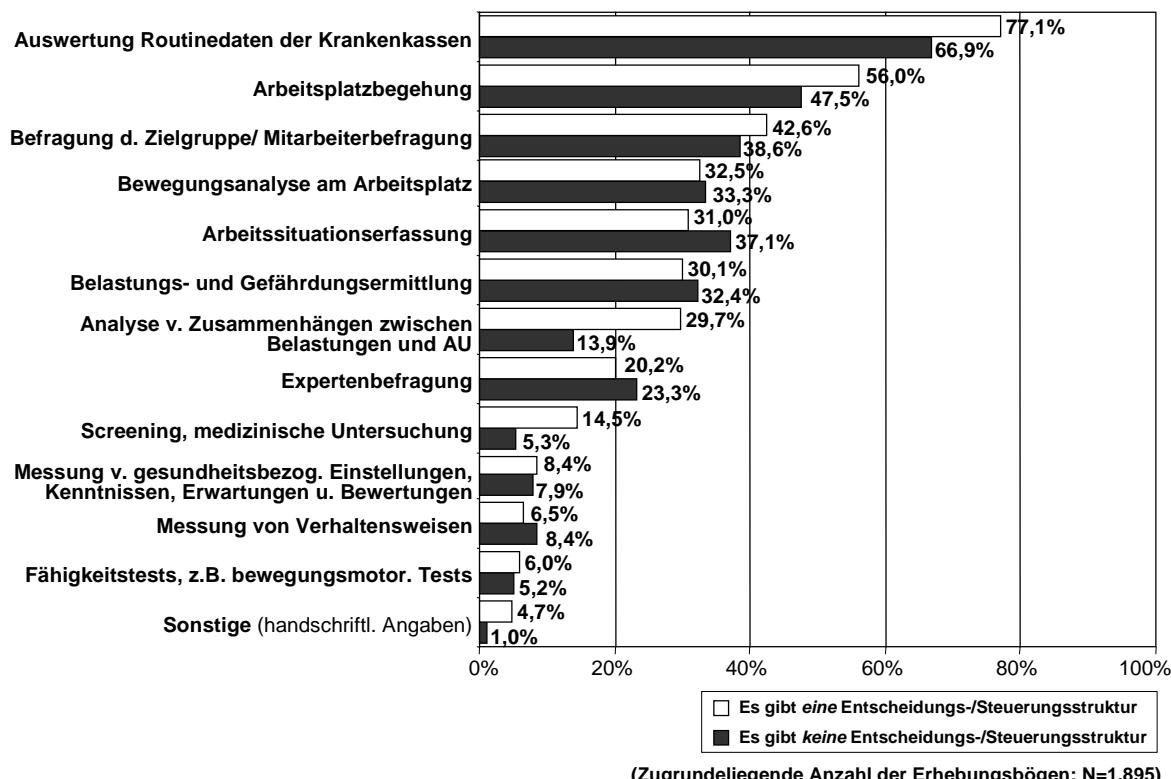
3.4.4.1 Bedarfsermittlung

3.4.4.1.1 Bedarfsermittlung allgemein

Die Leistungserbringer führten in der Mehrzahl aller Fälle (92 %) Bedarfsermittlungen im Vorfeld von Interventionen durch. Bei 94 % der Aktivitäten, die eine Steuerungsstruktur aufwiesen, fanden Bedarfsanalysen statt. Bei fehlenden Steuerungsstrukturen waren es 89 %, bei denen vorab der Bedarf ermittelt wurde.

War ein Koordinierungsgremium vorhanden, dann wurden im Durchschnitt mehr (d.h. rund vier) Items zur Bedarfsanalyse kombiniert angekreuzt als bei Fehlen eines solchen Gremiums (rund 3 Items). Subjektive *und* objektive Daten wurden in der Mehrheit aller Fälle kombiniert erfasst, unabhängig davon, ob es eine Steuerungsstruktur gab oder nicht.

Abb. 72: Bedarfsermittlung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



Der Vergleich der einzeln abgefragten Items zur Belastungsanalyse am Arbeitsplatz wies zwei Auffälligkeiten auf. So gab es bei bestehenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen im Vorfeld deutlich häufiger „Analysen zu Zusammenhängen zwischen Belastungen und Arbeitsunfähigkeiten“ (30 %) als bei fehlenden (14 %). Ebenso fanden bei Aktivitäten,

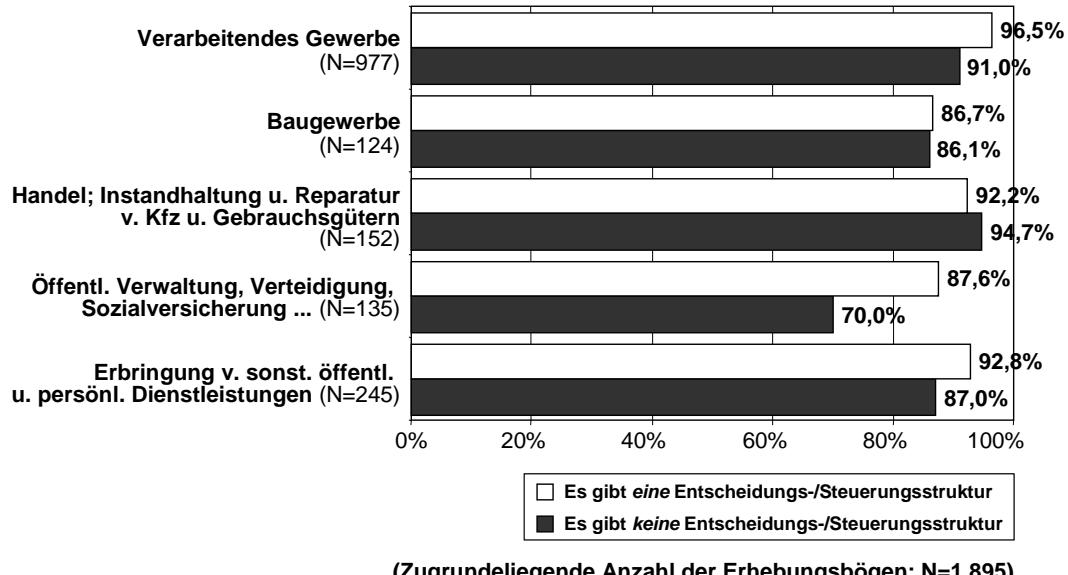
die von einem Koordinierungsgremium gesteuert wurden, häufiger „Screenings, medizinische Untersuchungen ...“ zur Bedarfsermittlung statt (15 %) als bei solchen, die über kein entsprechendes Gremium verfügten (5 %).

3.4.4.1.2 Bedarfsermittlung in den jeweiligen Branchen

Dargestellt werden Branchen, die mit einem Anteil von mind. 5 % am Gesamtdatensatz beteiligt waren:

Abb. 73: Bedarfsermittlung in Branchen – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)

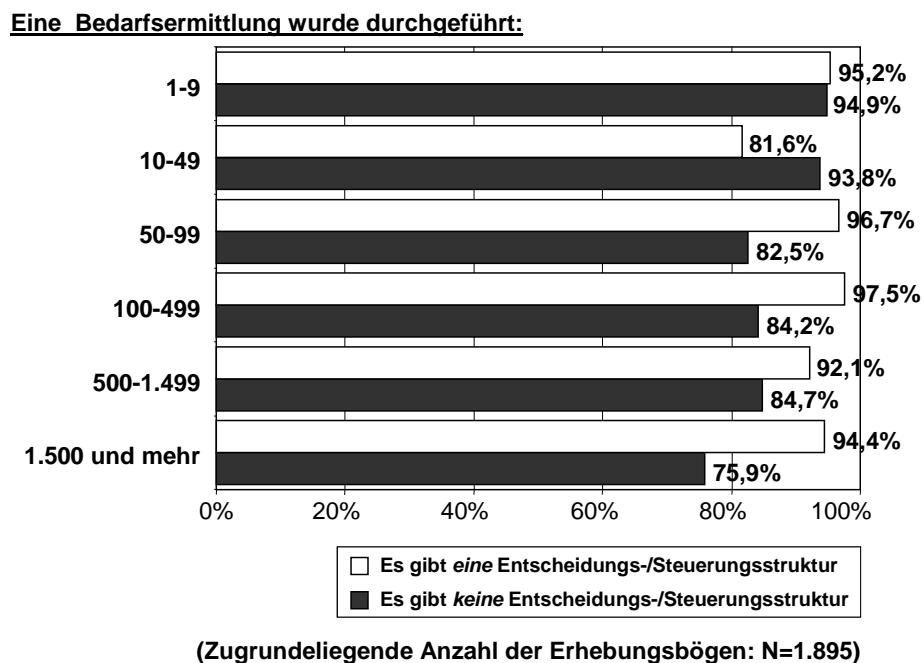
Eine Bedarfsermittlung wurde durchgeführt:



Auffallende Unterschiede zwischen Aktivitäten mit Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen und solchen ohne waren lediglich bei der „Öffentlichen Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung ...“ zu erkennen: Hier wurden bei vorhandenen Koordinierungsstrukturen wurden im Vorfeld etwa ein Fünftel mehr Bedarfsanalysen durchgeführt.

3.4.4.1.3 Bedarfsermittlung nach Betriebsgrößen

Abb. 74: Bedarfsermittlung nach Betriebsgrößen – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



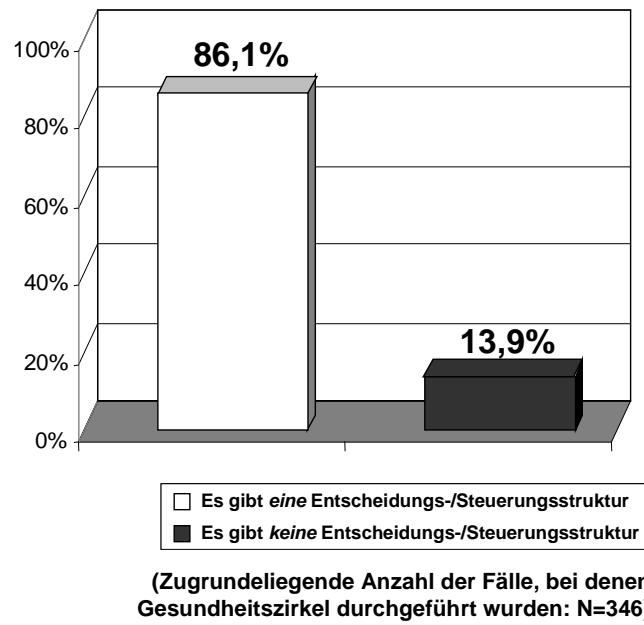
In Betrieben mit „1.500 und mehr Beschäftigten“ wurden knapp ein Fünftel mehr Bedarfsanalysen durchgeführt, wenn es ein Koordinierungsgremium gab. Auch Betriebe mit Beschäftigtenzahlen von „50-99“, von „100-499“ und von „500-1.499“ wiesen tendenziell häufigere Bedarfsanalysen dann auf, wenn ein Entscheidungs- und Steuerungsgremium vorhanden war. Umgekehrt war es bei Betrieben mit „10-49 Beschäftigten“: Hier gab es häufiger Bedarfsermittlungen im Vorfeld bei Aktivitäten ohne Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen. Betriebe mit „1-9 Beschäftigten“ führten Bedarfsanalysen ähnlich häufig durch – unabhängig davon, ob es Koordinierungsgremien gab oder nicht.

3.4.4.2 Intervention

3.4.4.2.1 Intervention allgemein

Des weiteren wurde analysiert, ob Interventionen sich abhängig vom Vorhandensein oder Fehlen einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur unterschieden oder nicht. Die Interventionen umfassten die Durchführung von „Gesundheitszirkeln“, die „inhaltliche Ausrichtung“ der Aktivitäten sowie deren „Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit“, die „angewandten Methoden“ sowie „eingesetzten Medien“. Die folgende Darstellung beschränkt sich dabei auf auffällige Ergebnisse.

Abb. 75: Anteil der durchgeführten Gesundheitszirkel – ein Vergleich



Wurden Gesundheitszirkel durchgeführt, dann war bei etwa 86 % dieser Fälle (d.h. bei 29 % des Gesamtdatensatzes) auch ein Koordinierungsgremium vorhanden.

Was die *inhaltliche Ausrichtung* betrifft, zielten die Aktivitäten sowohl bei vorhandenen als auch bei fehlenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen am häufigsten auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ ab. Bei allen Inhalten lag der prozentuale Anteil bei gesteuerten Aktivitäten etwas höher als bei nicht gesteuerten. Auffällig waren diese Unterschiede bei den Inhalten „Stressbewältigung“ und „Prävention von Sucht- und Genussmittelmissbrauch“. Beide Themen wurden etwa doppelt so häufig bei „gesteuerten“ Aktivitäten behandelt wie bei „nicht gesteuerten“:

Abb. 76: Inhaltliche Ausrichtung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)

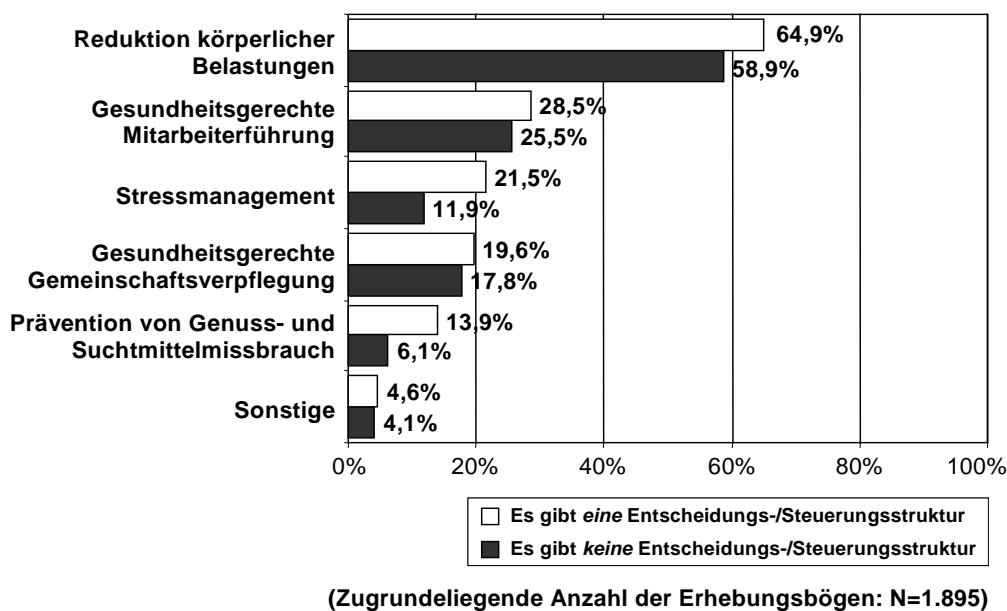
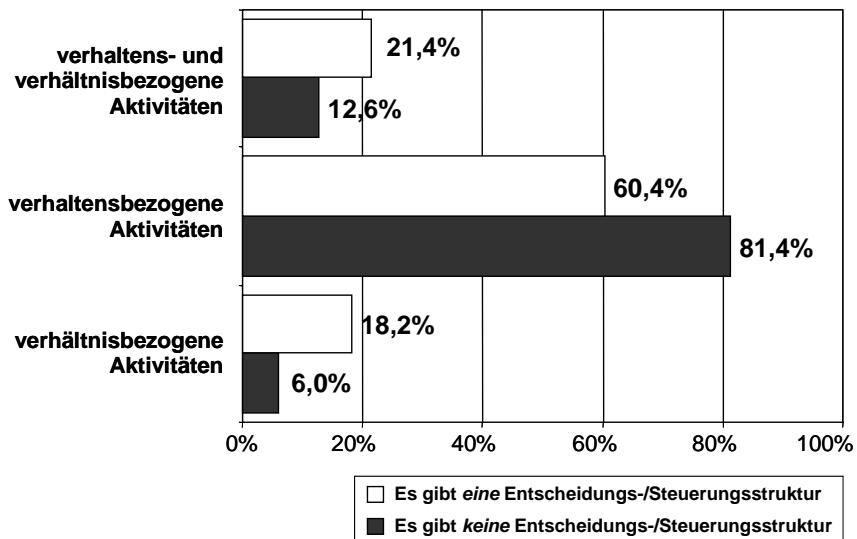


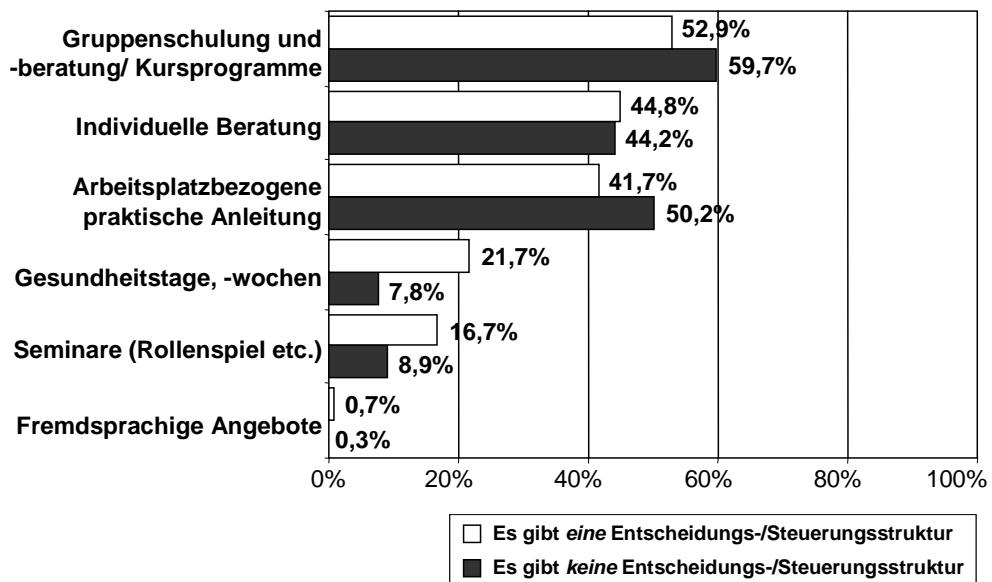
Abb. 77: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten – ein Vergleich



(Zugrundeliegende Anzahl der Erhebungsbögen: N=1.895)

Aktivitäten mit vorhandenem Koordinierungsgremium waren häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen als solche, bei denen es keine Steuerungsstruktur gab. Nur verhältnisbezogene Aktivitäten gab es etwa drei Mal häufiger bei bestehenden Steuerungsstrukturen als bei fehlenden. Dagegen waren Aktivitäten ohne vorhandener Steuerungsstruktur um ein Viertel häufiger verhaltensbezogen.

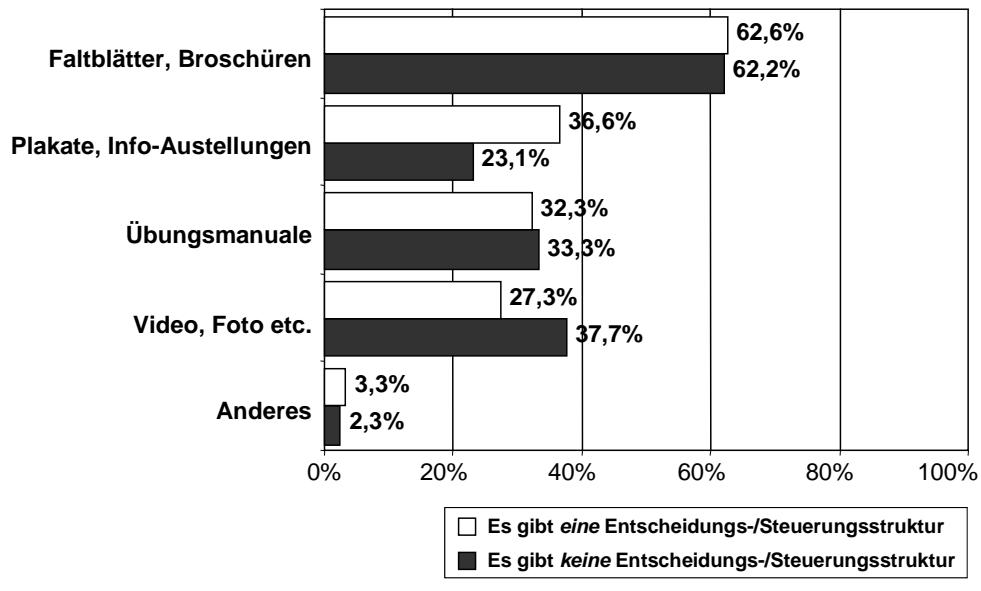
Abb. 78: Angewandte Methoden – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



(Zugrundeliegende Anzahl der Erhebungsbögen: N=1.895)

Die Methoden „Gruppenschulung und -Beratung/ Kursprogramme“ und „Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung“ wurden häufiger eingesetzt, wenn es kein Koordinierungsgremium gab. Bei Vorhandensein eines solchen Gremiums fanden hingegen „Gesundheitstage und -wochen“ etwa drei Mal so häufig und „Seminare (Rollenspiel etc.)“ etwa doppelt so häufig statt als bei Fehlen dieses Gremiums (Abb. 79).

Abb. 79: Eingesetzte Medien – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



Plakate und Informationsausstellungen wurden um ca. ein Drittel häufiger bei Aktivitäten mit bestehenden Steuerungsstrukturen eingesetzt als bei fehlenden. Umgekehrt wurden Medien, wie z.B. Video und Foto, häufiger bei „unkoordinierten“ Aktivitäten herangezogen.

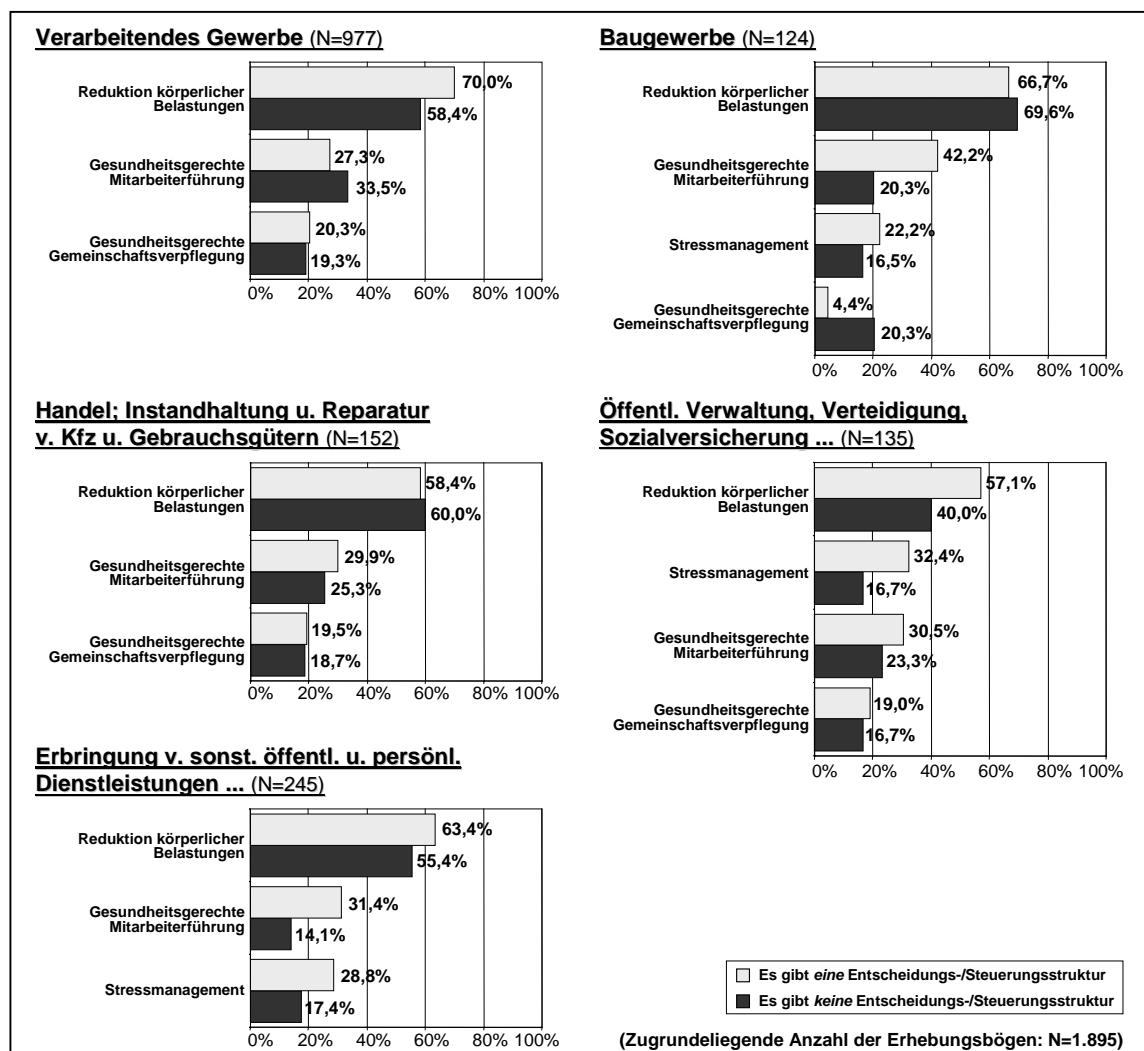
3.4.4.2.2 Intervention nach Branchen

In diesem Abschnitt betrachtet werden „Gesundheitszirkel“, „inhaltliche Ausrichtung“ und „Verhaltens- bzw. Verhältnisbezogenheit“ der Aktivitäten sowie „angewandte Methoden“ und „eingesetzte Medien“. Von Interesse sind dabei nur die drei jeweils am häufigsten angekreuzten Items. Auffällige Ergebnisse werden dabei mit den Gesamtergebnissen der Interventionen (s. Kap. 3.4.4.2.1 „Intervention allgemein“, S. 97 ff.) verglichen.

Gesundheitszirkel: Bei fehlenden Steuerungsstrukturen wurden im Vergleich zu den Gesamtergebnissen auffallend häufig Gesundheitszirkel im „Baugewerbe“ (20 %, Gesamt 6 %) und in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ (10 %, Gesamt 6 %) durchgeführt. Vergleichsweise wenig Gesundheitszirkel gab es beim „Handel ...“, wenn dort Steuerungsstrukturen vorhanden waren (16 %, Gesamt 29 %).

Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten:

Abb. 80: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Branchen und Existenz von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen - Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)



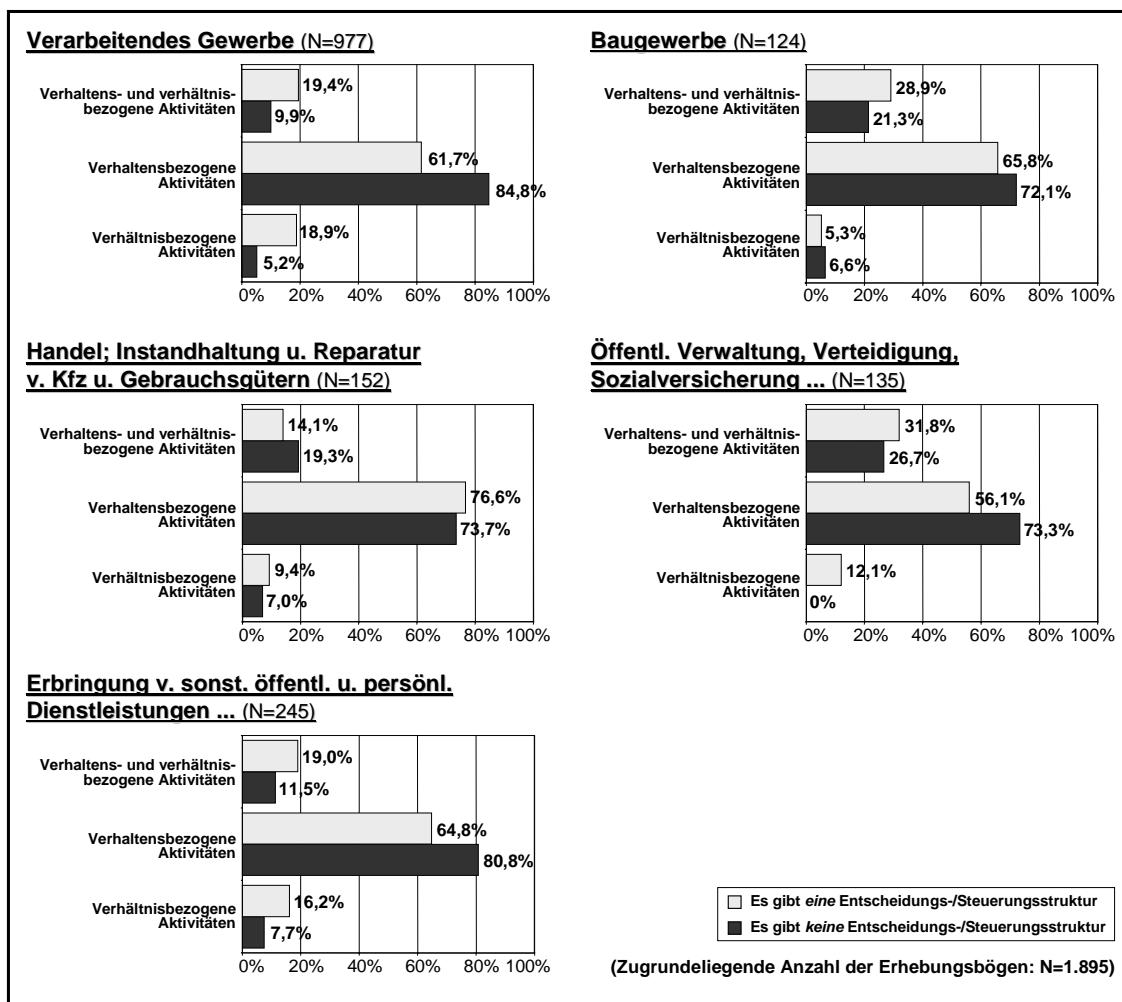
Inhaltlich waren die Aktivitäten in allen Branchen und unabhängig vom Bestehen eines Koordinierungsgremiums am häufigsten auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ ausgerichtet. Der prozentuale Anteil lag bei der „Reduktion von körperlichen Belastungen“ bei „gesteuerten“ Aktivitäten tendenziell etwas höher als bei „nicht gesteuerten“ Aktivitäten. Lediglich im „Baugewerbe“ und „Handel ...“ wurde die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ häufiger thematisiert, wenn Steuerungsstrukturen fehlten, als bei deren Vorhandensein.

Bei bestehenden Steuerungsstrukturen wurden des weiteren häufig die „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ in allen Branchen, abgesehen vom „verarbeitenden Gewerbe“, häufig thematisiert (überdurchschnittlicher Anteil im „Baugewerbe 42 %, Gesamtanteil 29 %). Ebenfalls war das „Stressmanagement“ insbesondere in der „Öffentlichen Verwaltung...“ (32 %, Gesamt 22 %) und in der „Erbringung von ... Dienstleistungen“ (29 %, Gesamt 22 %) oft Gegenstand der Aktivitäten.

Bei fehlenden Steuerungsstrukturen wurde die „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ im „Verarbeitenden Gewerbe“ (34 %, Gesamt 26 %) häufiger thematisiert. Ebenfalls war das Thema „gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung“ im „Baugewerbe“ (17 %, Gesamt 12 %) dann häufig Gegenstand der Aktivitäten, wenn es keine Steuerungsstrukturen gab.

Verhaltens- und/oder Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten:

Abb. 81: Verhaltens- und/oder Verhältnisbezogenheit der Interventionen nach Branchen und Existenz von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)



Waren Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden, dann waren die Aktivitäten in den Branchen „Verarbeitendes Gewerbe“, „Baugewerbe“, „Öffentliche Verwaltung“ und „Erbringung von ... Dienstleistungen“ häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen als bei fehlenden Steuerungsstrukturen. Ebenfalls waren bei vorhandener Koordinierungsstruktur die Aktivitäten tendenziell häufiger verhältnisbezogen (Ausnahme: „Baugewerbe“).

Fehlten Steuerungsstrukturen, dann waren die Aktivitäten insbesondere im „Verarbeitenden Gewerbe“, in der „Öffentlichen Verwaltung“ und in der „Erbringung von ... Dienstleistungen“ eher verhaltensbezogen.

Ein Vergleich der prozentualen Anteile der branchenspezifischen Auswertung mit denen der Gesamtauswertungen, beide unterschieden nach Vorhandensein einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur, macht folgende Abweichungen erkennbar:

In der „Öffentlichen Verwaltung“ (Steuerung ja: 32 %, Gesamt 21 %; Steuerung nein: 27 %, Gesamt 13 %) und im „Baugewerbe“ (Steuerung ja: 29 %, Gesamt 21 %; Steuerung nein: 21 %, Gesamt 13 %) waren sowohl die „gesteuerten“ als auch die „nicht gesteuerten“ Aktivitäten häufiger verhaltens- und verhältnisbezogen als bei den sonstigen Branchen. Im „Handel“ hingegen gab es diese Kombination von verhaltens- mit verhältnisbezogenen Aktivitäten bei bestehender Steuerungsstruktur selten, bei fehlender Steuerungsstruktur häufig (Steuerung ja: 14 %, Gesamt 21 %; Steuerung nein: 19 %, Gesamt 13 %).

Bei bestehenden Steuerungsstrukturen wurden häufig nur verhaltensbezogene Aktivitäten im „Handel ...“ (77 %, Gesamt 60 %) durchgeführt und wenig ausschließlich verhältnisbezogene Aktivitäten in den Branchen „Baugewerbe“ (5 %, Gesamt 18 %) und „Handel ...“ (9 %, Gesamt 18 %). Bei fehlenden Steuerungsstrukturen fiel die „Öffentliche Verwaltung ...“ damit auf, dass es dort keine ausschließlich verhältnisbezogenen Aktivitäten gab.

Angewandte Methoden: Die „Gruppenschulung und -beratung, Kursprogramme“ stand in allen Branchen an erster Stelle, unabhängig davon, ob dort Steuerungsstrukturen vorhanden waren oder nicht. Besonders häufig vertreten waren sie im „Baugewerbe“ (Steuerung ja: 73 %, Gesamt 60 %; Steuerung nein: 62 %, Gesamt 53 %) und im „Handel ...“ (Steuerung ja: 70 %, Gesamt 60 %; Steuerung nein: 67 %, Gesamt 53 %).

Bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen fielen das „Baugewerbe“ und der „Handel ...“ dadurch auf, dass sie im Vergleich zu den restlichen Branchen häufiger die „individuelle Beratung“ anboten (Baugewerbe 58 %, Gesamt 45 %; Handel 56 %, Gesamt 45 %). In der Branche „Erbringung von ... Dienstleistungen“ war auffällig, dass bei vorhandenem Koordinierungsgremium zwar die „individuelle Beratung“ am dritthäufigsten angeboten wurde, dies aber im Vergleich zu den anderen Branchen seltener vorkam (33 %, Gesamt 45 %).

Bei fehlenden Koordinierungsgremien wurde die „individuelle Beratung“ im „Verarbeitenden Gewerbe“ besonders häufig (53 %, Gesamt 44 %) angeboten.

Eingesetzte Medien: In allen Branchen wurden am häufigsten „Faltblätter und Broschüren“ verteilt, unabhängig davon, ob es ein Koordinierungsgremium gab. Überdurchschnittlich viele „Faltblätter und Broschüren“ wurden im „Baugewerbe“ dann verteilt, wenn Steuerungsstrukturen fehlten (86 %, Gesamt 62 %).

Ingesamt fiel auf, dass bei fehlenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen im „Verarbeitenden Gewerbe“ besonders häufig „Videos, Fotos etc.“ eingesetzt wurden (50 %, Gesamt 38 %).

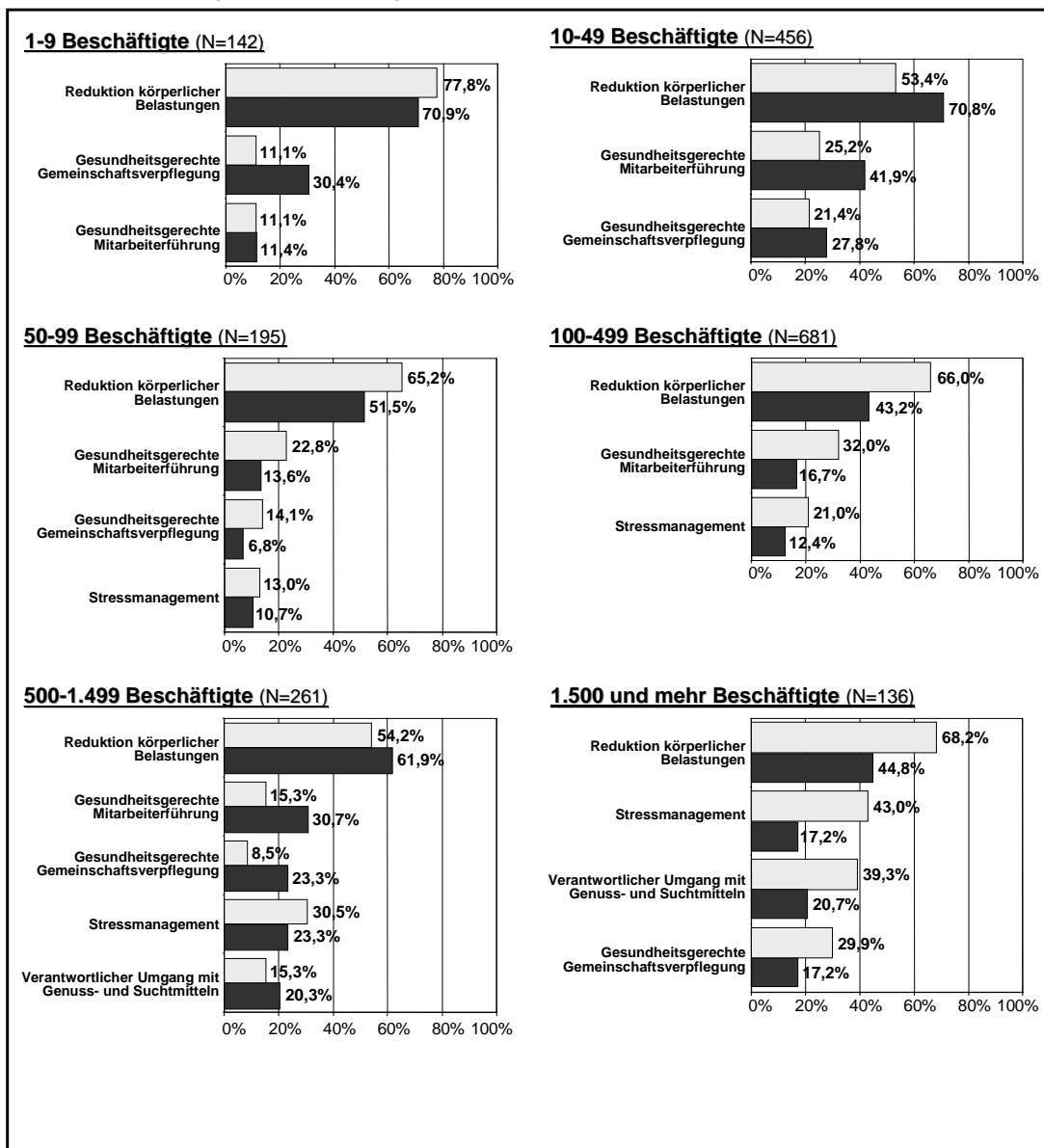
3.4.4.2.3 Intervention nach Betriebsgrößen

In diesem Abschnitt beschrieben werden „Gesundheitszirkel“, die „inhaltliche Ausrichtung“ und die „Verhaltens- bzw. Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten“ sowie „angewandte Methoden“ und „eingesetzte Medien“. In die Betrachtung einbezogen werden dabei lediglich die drei jeweils am häufigsten angekreuzten Items. Die betriebsgrößenspezifischen Ergebnisse werden immer mit den Gesamtergebnissen bei vorhandenen oder fehlenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen verglichen (vgl. 3.4.4.2.1 „Intervention allgemein“, S. 97 ff.).

Gesundheitszirkel: Bei vorhandenen Koordinierungsgremien gab es keine Betriebsgröße, bei der Gesundheitszirkel überdurchschnittlich häufig oder selten durchgeführt wurden.

Inhaltlich waren die Aktivitäten in allen Betrieben und unabhängig vom Bestehen eines Koordinierungsgremiums am häufigsten auf die Reduktion von körperlichen Belastungen ausgerichtet.

Abb. 82: *Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Betriebsgrößen und Vorhandensein von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen - Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)*



Bei bestehenden Steuerungsstrukturen lag in Betrieben mit „1 bis 9“ Beschäftigten der Schwerpunkt auf der „Reduktion von körperlichen Belastungen“. Die Themen „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ (11 %, Gesamt 29 %) und „Gemeinschaftsverpflegung“ (11 %, Gesamt 20 %) standen dort zwar an zweit- und dritthäufigster Stelle, doch wurden sie im Vergleich zu den Gesamtdaten unterdurchschnittlich häufig behandelt. Bei Fehlen einer Koordinierungsstruktur wurden hier noch vergleichsweise häufig Aktivitäten zur gesundheitsgerechten Gemeinschaftsverpflegung angeboten (30 %, Gesamt 20 %).

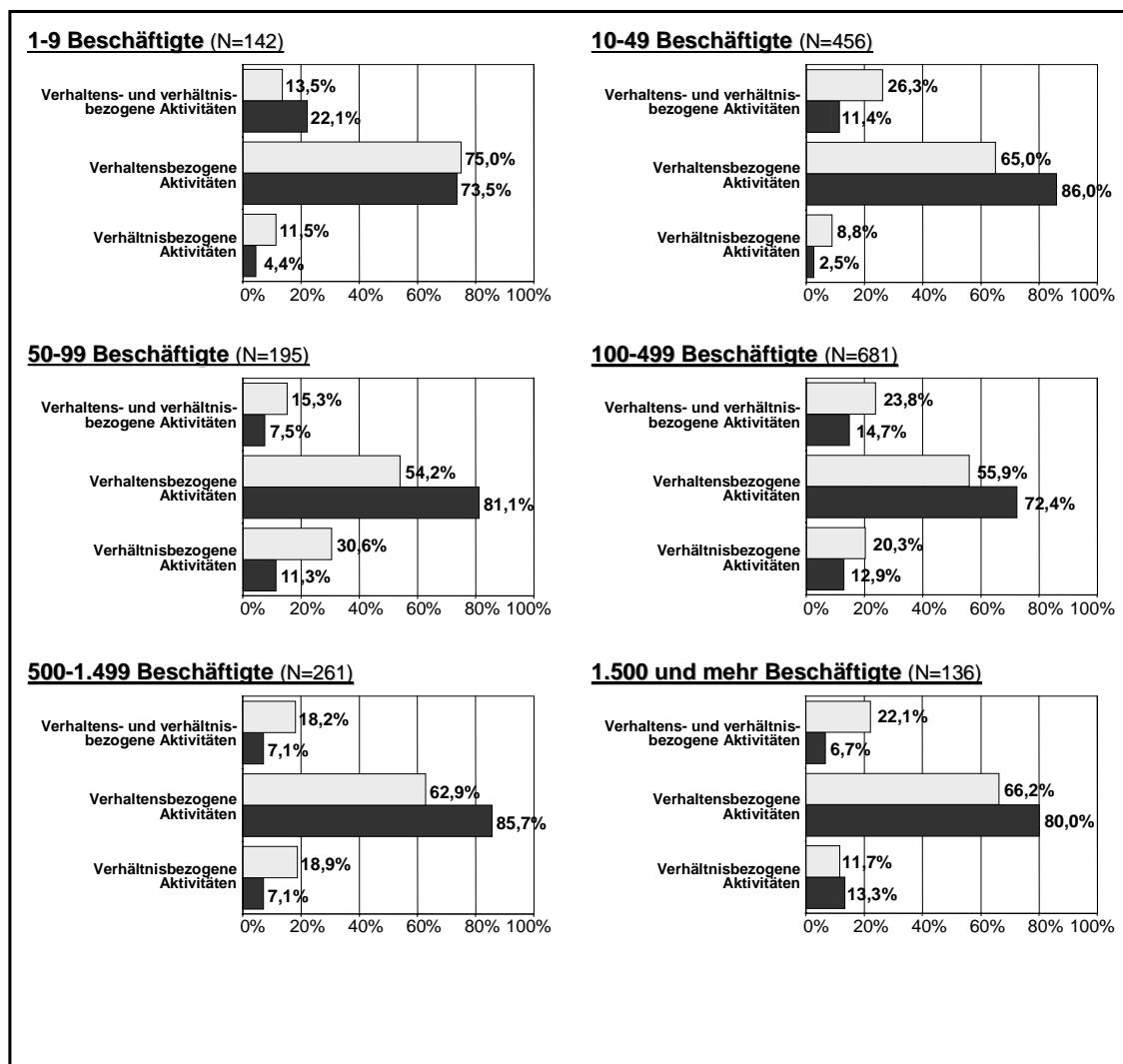
In Betrieben mit „10 bis 49“ Mitarbeitern waren die Aktivitäten bei fehlenden Koordinierungsgremien häufiger auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“, die „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ (42 %, Gesamt 26 %) und „gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung“ (28 %, Gesamt 18 %) ausgerichtet.

Bei Betriebsgrößen von „50-99“ und „100-499 Beschäftigten“ wurden alle zu den „Top 3“ zählenden Themen dann häufiger benannt, wenn es dort eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur gab.

Betriebe mit „1.500 und mehr Beschäftigten“ thematisierten die „Reduktion von körperlichen Belastungen“, das „Stressmanagement“ (43 %, Gesamt 22 %) und den „verantwortlichen Umgang mit Sucht- und Genussmitteln“ (39 %, Gesamt 14 %) dann deutlich häufiger, wenn Steuerungsstrukturen vorhanden waren. Auch bei fehlenden Koordinierungsgremien wurden das „Stressmanagement“ und der „verantwortliche Umgang mit Sucht- und Genussmitteln“ häufiger behandelt als im Gesamtdurchschnitt (Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln: 21 %, Gesamt 6 %; Stressmanagement: 17 %, Gesamt 12 %).

Verhaltens- und/oder Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten:

Abb. 83: Verhaltens- und/oder Verhältnisbezogenheit der Interventionen nach Betriebsgrößen und Vorhandensein von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen - Top 3 (Mehrfachnennungen möglich)



In allen Betriebsgrößen, abgesehen von Betrieben mit „1-9 Beschäftigten“, waren die Aktivitäten häufiger „sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen“, wenn es ein Koordinierungsgremium gab. Ebenfalls waren die Aktivitäten im Wesentlichen dann häufiger verhältnisbezogen, wenn Entscheidungsstrukturen vorhanden waren (Ausnahme Betriebe mit „1.500 und mehr Beschäftigten“).

Umgekehrt waren die Aktivitäten in allen Betriebsgrößen (Ausnahme „1-9 Beschäftigte“) tendenziell dann häufiger verhaltensbezogen, wenn Steuerungsstrukturen fehlten. Bei den Betrieben mit „1-9 Mitarbeitern“ waren die Aktivitäten überhaupt stark verhaltensbezogen, unabhängig davon, ob es ein Steuerungsgremium gab oder nicht (Steuerung ja: 75 %; Steuerung nein: 74 %).

Angewandte Methoden: Die „Gruppenschulung und -beratung, Kursprogramme“ standen in nahezu allen Betriebsgrößen an erster Stelle, unabhängig vom Vorhandensein von Steuerungsstrukturen. Ausnahme waren Betriebe mit mindestens 1.500 Beschäftigten bei

Aktivitäten, die ohne Steuerungsgremium durchgeführt wurden, in diesen Fällen standen die „individuelle Beratung“ und „Gesundheitstage/-wochen“ noch vor der „Gruppenschulung“.

Bei bestehenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen fielen insbesondere Betriebe mit „10 bis 49 Beschäftigten“ damit auf, dass sie vergleichsweise häufig die „individuelle Beratung“ anboten (65 %, Gesamt 45 %).

Fehlten Steuerungsgremien, fielen zum einen Betriebe mit „1 bis 9 Mitarbeitern“ auf, wo häufiger die „arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung“ angewandt wurde (67 %, Gesamt 50 %). Auch fanden die „individuelle Beratung“ (62 %, Gesamt 44 %) und die „arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung“ (74 %, Gesamt 50 %) in Betrieben mit „10 bis 49 Beschäftigten“ häufiger Anwendung als bei anderen Betriebsgrößen. Betriebe mit „1.500 und mehr Mitarbeitern“ boten bei fehlenden Steuerungsstrukturen im Vergleich zur Gesamtheit deutlich häufiger „Gesundheitstage/-wochen“ an (31 %, Gesamt 8 %).

Eingesetzte Medien: In allen Betriebsgrößen wurden am häufigsten „Faltblätter und Broschüren“ verteilt, unabhängig davon, ob es ein Koordinierungsgremium gab oder nicht.

Sowohl Betriebe mit „1 bis 9“ als auch Betriebe mit „10-49 Mitarbeitern“ setzten bei Vorhandensein eines Steuerungsgremiums vergleichsweise weniger „Plakate und Informationsaustellungen“ ein (1-9 Mitarbeiter: 25 %, Gesamt 37 %; 10-49 Mitarbeiter: 28 %, Gesamt 37 %). „Medien, wie Videos, Fotos etc.“ wurden in Betrieben mit „10-49 Beschäftigten“ dann besonders häufig eingesetzt, wenn es keine Steuerungsstrukturen gab (62 %, Gesamt 38 %). Weitere Auffälligkeiten gab es nicht.

3.4.5 Eingesetzte Methoden und Medien in den jeweiligen Handlungsfeldern

Eine Aufschlüsselung von angewandten Methoden, eingesetzten Medien, aber auch der Verhaltens- und/oder Verhältnisbezogenheit der Maßnahmen hinsichtlich der anfangs abgefragten Präventionsprinzipien ergaben keine wesentlichen Abweichungen zu den allgemeinen Häufigkeitsverteilungen (vgl. Kap. 3.4.1.8 Intervention, S. 71). Die zwei am häufigsten genannten Präventionsprinzipien "Reduktion von körperlichen Belastungen" (62 %) sowie "Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung" (27 %) werden im folgenden beispielhaft für die weiteren Handlungsfelder abgebildet:

Inhaltliche Ausrichtung der Maßnahmen:	Verhältnis- und/oder Verhaltensbezogenheit der Aktivitäten	Angewandte Methoden:	Eingesetzte Medien:
Reduktion körperlicher Belastungen:	<ul style="list-style-type: none"> • Rein verhaltensbezogen (62,5 %) • Verhaltens- + verhältnisbezogen (17,2 %) • Verhältnisbezogen (8,1 %) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenschulung/-beratung (73,3 %) • Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung (65,0 %) • Individuelle Beratung (50,9 %) 	<ul style="list-style-type: none"> • Faltblätter/Broschüren (70,4 %) • Übungsmanuale (43,3 %) • Video, Foto etc. (40,4 %)
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung:	<ul style="list-style-type: none"> • Rein verhaltensbezogen (60,3 %) • Verhaltens- + verhältnisbezogen (16,1 %) • Verhältnisbezogen (8,0 %) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenschulung/-beratung (68,5 %) • Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung (62,5 %) • Individuelle Beratung (59,1 %) 	<ul style="list-style-type: none"> • Faltblätter/Broschüren (57,2 %) • Video, Foto etc. (52,5 %) • Plakate, Informationsausstellungen (35,6 %)

3.4.6 Resümee

Aufgrund der erheblichen Zunahme der gemeldeten Dokumentationen gegenüber dem Vorjahr liefert die vorliegende Dokumentation einen guten Überblick über die Aktivitäten in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Datenmenge und Qualität der Antworten zeigen dabei erneut den großen Erfahrungshorizont der Krankenkassen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Auch wenn sicherlich mit dieser Dokumentation noch keine Vollerhebung erfolgt ist, ist eine hohe Transparenz hergestellt.

Der Schwerpunkt der Aktivitäten liegt wie im Vorjahr im verarbeitenden Gewerbe, nahezu die Hälfte aller Aktivitäten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung findet dort statt. Die Krankenkassen stehen – wie im Vorjahr – vor der Herausforderung, ihr Augenmerk bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung noch mehr auf bislang unterrepräsentierte Branchen, wie z.B. „Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern“ zu richten.

In 2002 wurden im Vergleich zum Vorjahr in der Gruppe der strukturell sehr heterogenen Kleinst- und Kleinbetriebe (1 bis 49 Beschäftigte) verhältnismäßig mehr Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung dargestellt.²⁹ Da diese Betriebe einen Großteil der Wirtschaft ausmachen und auch etwa ein Drittel aller Beschäftigten dort arbeitet, ist diese Entwicklung positiv zu werten. In den nächsten Jahren sollte es darum gehen, diesen Anteil weiter zu erhöhen.

Dass es sich bei einem Großteil der gemeldeten Dokumentationen um integrierte Prozesse handelt, belegen zum einen die häufigen außerbetrieblichen Kooperationen sowie die gebildeten Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen mit betriebsinternen und externen Experten. Auch anhand der Dauer lässt sich dieses nachvollziehen. Über die Hälfte derjenigen Aktivitäten, bei denen ein Rückschluss auf die Laufzeit gezogen werden konnte, liegen länger als ein Jahr.

Im Vorfeld von Betrieblicher Gesundheitsförderung wird in 92 % der Fälle eine Bedarfsermittlung durchgeführt, dabei werden im Durchschnitt vier Analyseinstrumente gewählt. Grundlage ist in der Regel eine Auswertung und Diskussion von Routinedaten der Krankenkassen. Kombiniert wird dies meist mit betriebsbezogenen Instrumenten der Bedarfsermittlung, insbesondere mit Arbeitsplatzbegehung und Mitarbeiterbefragung. Die Krankenkassen verwenden damit bewährte Instrumente zur Bedarfsermittlung von Risiken, Risikofaktoren und Gesundheitspotenzialen der Beschäftigten im Interventionsbetrieb. Im verstärkten Maße bedienen sie sich erfreulicherweise auch der Methode „objektive“ Daten (z.B. Arbeitsunfähigkeitsdaten) durch „subjektive“ Daten zu betrieblichen Belastungen (z.B. Mitarbeiterbefragungen) in Form einer Zusammenhangsanalyse sinnvoll zu ergänzen. Dieses wurde in 22,4 Prozent der BGF-Aktivitäten angegeben.

²⁹ Hier ist nicht messbar, ob wirklich alle Kleinst- und Kleinbetriebe gemeldet wurden oder ob ggf. zunächst nur „größere“ Betriebe dokumentiert wurden.

Rückgängig gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der gemeldeten Gesundheitszirkel in Betrieben. Inwiefern hier ein Trend zu weniger Gesundheitszirkeln erkennbar ist oder die Datenmenge lediglich eine Korrektur der Praxisabbildung darstellt, wird sich erst durch die weitere Beobachtung der zukünftigen Ergebnisse sagen lassen. Da Gesundheitszirkeln eine bedeutende Rolle bei der Partizipation von Beschäftigten sowie der Kommunikation über Gesundheitsprobleme zukommt, sind hier Verbesserungspotentiale erkennbar.

Die Interventionen in den Betrieben selbst sind erfreulicherweise häufig sowohl auf das Verhalten als auch auf die Verhältnisse ausgerichtet. Am häufigsten wurde die Kombination „Reduktion körperlicher Belastungen“ und „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ genannt. Um den integrierten Setting-Ansatz der BGF weiter voranzutreiben, ist für die Zukunft gleichermaßen eine noch stärkere Ausrichtung der Aktivitäten auf die Veränderung von Verhalten und der Verhältnisse erstrebenswert.

Erfolgskontrollen liegen bei gut 40 % der BGF-Aktivitäten vor. Im Sinne der Qualitätssicherung und unter dem Aspekt, dass auch bei abgeschlossenen Aktivitäten der Anteil der Erfolgskontrollen bei 40 % liegt, ist hier – wie bereits im Vorjahr konstatiiert – ein Entwicklungsbedarf gegeben. Positiv ist, dass bei noch laufenden Projekten in etwa 40 % der Fälle ebenfalls durchgeführte Erfolgskontrollen genannt wurden.

Des weiteren wurde untersucht, ob das Vorhandensein einer Entscheidungs- bzw. Steuerungsstruktur zu auffälligen Abweichungen hinsichtlich der Wahl von Methoden, der inhaltlichen Ausrichtungen sowie der weiteren Fragen in der Dokumentation gab. Ein besonders starker Zusammenhang ist bei Gesundheitszirkeln zu sehen. Gerade hier steigen die Chancen einer erfolgreichen Umsetzung der Ergebnisse des Gesundheitszirkels mit dem Vorhandensein einer Entscheidungs- bzw. Steuerungsstruktur. Als weiteres Ergebnis zeigt sich, dass eine Entscheidungs- bzw. Steuerungsstruktur besonders häufig bei verhältnisbezogenen Aktivitäten vorhanden ist. Im Unterschied dazu werden verhaltensbezogene Aktivitäten häufig ohne eine entsprechende Struktur durchgeführt. Aber auch für verhaltensbezogene Aktivitäten kann ein Entscheidungs- bzw. Steuerungsgremium die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen verbessern.

In ihrer Gesamtheit stellen sich die Ergebnisse zur Betrieblichen Gesundheitsförderung für das Berichtsjahr 2002 positiv dar, insbesondere in Bezug auf den Datenrücklauf, die Zunahme des Anteils von kleineren Betrieben am Datensatz, die tendenzielle Verknüpfung von „objektiven“ Daten mit „subjektiven“ Informationen bei der Bedarfsanalyse, die Bildung von prozesshaften Strukturen bei Planung und Durchführung von Betrieblicher Gesundheitsförderung sowie die häufige Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Interventionen.

4 Zusammenfassung

Auf Basis des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, nach dem die 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 durchgeföhrte Aktivitäten in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung etabliert. Neben der Darstellung der Krankenkassenaktivitäten in nichtbetrieblichen Settings sowie im Setting Betrieb kamen im Berichtsjahr 2002 erstmals noch Auswertungen zum Individuellen Ansatz hinzu.

Individueller Ansatz:

Insgesamt 352.961 Versicherte (0,5 % aller GKV-Versicherten) nahmen primärpräventive Kurs- bzw. Seminarangebote nach dem individuellen Ansatz in Anspruch. Bei 0,3 % dieser Kursteilnehmer handelte es sich um Versicherte, die nach der Härtefallregelung gemäß § 61 SGB V aufgrund eines sehr niedrigen Einkommens von Zuzahlungen zu bestimmten Leistungen der GKV befreit wurden. 60 % aller Teilnehmer griffen auf Kursangebote zurück, die das Handlungsfeld „Bewegung“ betrafen. Knapp ein Viertel der Teilnehmer suchten Ernährungskurse auf, 16 % nahmen Angebote zum Stressmanagement wahr und 0,5 % besuchten Veranstaltungen zum Thema „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“.

Etwa drei Viertel der Teilnehmer waren Frauen, ein Viertel Männer. Junge Menschen im Alter von 0 bis etwa 20 Jahren nahmen primärpräventive Angebote zum individuellen Ansatz vergleichsweise selten wahr, Versicherte von etwa 30 bis hin zu 59 Jahren waren hingegen eher rege Besucher primärpräventiver Kurse. Ab einem Alter von 60 Jahren nahm die Häufigkeit der Kursteilnehmer im Vergleich zum Gesamtversichertenanteil dieser Altersgruppe wieder etwas ab.

Nichtbetrieblicher Settingansatz:

Der Datenrücklauf zu den nichtbetrieblichen Settings lag im Berichtsjahr 2002 bei 454 Dokumentationsbögen mit Angaben zu 686 Settings, d.h. die Datenmenge hat sich hier gegenüber dem Vorjahr in etwa verdreifacht.

Wie im Vorjahr handelte es sich bei etwa zwei Dritteln aller nichtbetrieblichen Settings um Schulen und Berufsschulen.

29 % der Aktivitäten, bei denen die Laufzeit nachvollziehbar war, liefen länger als ein Jahr. 40 % dauerten zwischen sieben und zwölf Monate an, 31 % waren für sechs Monate und weniger angelegt.

Die Aktivitäten waren, ebenfalls wie im Vorjahr, bei etwa der Hälfte der Fälle auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet. Überwiegende Zielgruppe waren dabei Mädchen/Frauen bzw. Jungen/Männer sowie Multiplikatoren/Mediatoren.

Die Summe der mit den Dokumentationsbögen geschätzten erreichten Personen ergab eine Gesamtzahl von etwa 529.000. Dabei wurden bei knapp 60 % der Fälle bis zu 49 Personen pro Aktivität erreicht.

In 83 % der Fälle lagen Kooperationen vor, 2001 waren es noch 60 %. Bei den Kooperationspartnern handelte es sich am häufigsten um Unfallversicherungen, Vereine/Verbände, Öffentliche Verwaltung/Institutionen sowie Sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen (Anteile zwischen 32 % und 22 %). Insbesondere die Unfallversicherungen wurden 2002 deutlich häufiger als Kooperationspartner angegeben als 2001 (2002: 32 %, 2001: 15 %).

Das Vorhandensein einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur wurde im Berichtsjahr 2002 häufiger bejaht als 2001: im Vorjahr lag der Anteil noch bei 44 %, 2002 waren es bereits 55 % der Fälle.

Bedarfsanalysen wurden bei vier Fünftel aller Fälle angegeben. Dabei standen die Befragung der Zielgruppe und der Experten sowie die Begehung des Settings im Vordergrund.

Gesundheitszirkel gab es bei 3 % der Fälle. Dabei wurden pro Setting meist ein bis vier Zirkel durchgeführt.

Inhaltlich waren die Aktivitäten vorwiegend auf Bewegung (70 %) und Ernährung (35 %) ausgerichtet. In 21 % der Fälle bezogen sie sich auf die Stressreduktion und Entspannung. Sie waren dabei in 60 % sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen.

Bei den Interventionen wurden auffallend viele Methoden kombiniert angewendet, im Durchschnitt waren es fünf. Dabei wurde bei rund der Hälfte der Settingaktivitäten die Methodenkombination „Vortrag; Beispiel geben, demonstrieren; Praktische Übungen/Schulung, Verhaltensbeobachtung, Körperwahrnehmung, Rollenspiel, gegenseitige Übungen etc.; Diskussion sowie individuelle Beratung“ angewendet – für sich alleine oder in Kombination mit weiteren diversen Methoden.

Die am häufigsten eingesetzten Medien waren Faltblätter und Broschüren (86 % bzw. 62 %). Zudem fanden die praktische Arbeit mit Medien, wie Video und Foto (68 %) und Übungsmanuale (64 %) relativ häufig Anwendung. Im Durchschnitt wurden drei Medien miteinander kombiniert eingesetzt.

Erfolgskontrollen gab es in 43 % der Fälle. Dies bedeutet gegenüber dem Vorjahr eine deutliche Zunahme (Anteil 2001: 33 %). Nach wie vor unterschätzen diese Werte die tatsächlichen Erfolgskontrollen, da viele Aktivitäten zum Ende des Berichtsjahres noch nicht abgeschlossen waren. Wenn Erfolgskontrollen stattfanden, prüften die Akteure im Durchschnitt sieben Parameter. In mindestens einem Drittel der Fälle fand eine kombinierte Prüfung der fünf Items „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, „Zugänglichkeit, Akzeptanz der Aktivitäten bei den Zielgruppen“, „Veränderung von Kompetenzen“, „Bildung von Kooperationen und Netzwerken“, „Verfestigung der Intervention“ und „Veränderung von Verhaltensparametern“ statt.

Betriebliche Gesundheitsförderung:

Zu Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) lagen für 2002 insgesamt 2.358 Dokumentationsbögen vor, von denen 1.895 Bögen in die umfassendere Auswertung aufgenommen wurden. Die Datenmenge hat sich hier gegenüber dem Vorjahr knapp verdoppelt.

Betriebliche Gesundheitsförderung wurde bei 52 % aller Fälle in Betrieben aus dem verarbeitenden Gewerbe durchgeführt (2001: 48 %).

Bei der BGF lag der Anteil der Projekte, die länger als ein Jahr andauerten, bei 54 %. Solche mit einer Laufzeit von sieben bis zwölf Monaten machten einen Anteil von 16 % aus. Kürzer angelegte Projekte lagen in 30 % der Fälle vor, in denen eine Aussage zur Dauer der Projekte gegeben war.

Die Aktivitäten richteten sich bei etwa zwei Dritteln der Fälle an alle Beschäftigten. Wurden Zielgruppen anvisiert, handelte es sich dabei am häufigsten um Mitarbeiter aus der Produktion und gesundheitsgefährdete Gruppen.

Die Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten über 515.000 geschätzte Personen. Meist wurden dabei kleinere Personenmengen von bis zu 49 Beschäftigten (39 %) erreicht. Mit der Zunahme der Betriebsgrößen nahm auch die Anzahl der erreichten Personen tendenziell zu.

Knapp die Hälfte der Fälle bejahte die Zusammenarbeit mit außerbetrieblichen Kooperationspartnern. Dabei handelte es sich vorwiegend um externe Berater/gewerbliche Institutionen und Unfallversicherungen (27 % und 15 %).

Der Anteil der Aktivitäten mit bestehender Entscheidungs- und Steuerungsstruktur lag bei 54 %. Bei Vorhandensein einer solchen Struktur setzte sie sich vorwiegend aus Geschäfts- und Personalleitung (97 %), aus Vertretern der Krankenkassen (80 %) sowie aus Betriebs- bzw. Personalrat (79 %) zusammen.

Bedarfsanalysen wurden in 92 % aller Fälle durchgeführt. Im Durchschnitt griff man dabei auf vier Formen der Bedarfsermittlung zurück. Im Vordergrund standen die Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen, die Arbeitsplatzbegehung und die Mitarbeiterbefragung.

Gesundheitszirkel fanden in 18 % der Fälle statt. Bei diesen wurden pro Betrieb meist ein bis vier Zirkel durchgeführt. Mit der Betriebsgröße nahm tendenziell auch die Anzahl der Gesundheitszirkel zu.

Betriebliche Gesundheitsförderung war in 62 % der Fälle auf die Reduktion von körperlichen Belastungen ausgerichtet. Zusätzlich spielten die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung (27 %), die gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (19 %) und das Stressmanagement (17 %) eine bedeutende Rolle.

In den Betrieben standen verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten zwar ebenfalls an erster Stelle (31,7 %), es gab jedoch im Datensatz mit nahezu gleichem Anteil auch Betriebe, in denen die Aktivitäten nur verhaltensbezogen waren (31,5 %). Verhältnisbezogene Aktivitäten waren vorwiegend auf die Verbesserung von Umgebungsbedingungen (43 %) sowie auf Betriebs- und Arbeitsorganisation (27 %) ausgerichtet.

Bei etwa drei Viertel der Fälle wurden Methoden benannt, im Durchschnitt handelte es sich dabei um zwei Methoden pro Fall. Zu den am häufigsten angewandten Methoden zählten die „Gruppenschulung und -beratung/ Kursprogramme“ (56 %), die „Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung“ (46 %) und die „Individuelle Beratung“ (45 %).

Auch kamen in drei Viertel der Fälle Medien zum Einsatz. Es handelte sich hierbei vorwiegend um Faltblätter und Broschüren (62 %), aber auch um Übungsmäule (33 %) und die praktische Arbeit mit Medien, wie Video und Foto (32 %). In der Regel griffen die Akteure auf zwei verschiedene Medien zurück.

Erfolgskontrollen wurden in 42 % der Fälle durchgeführt. Nach wie vor unterschätzen diese Werte die tatsächlichen Erfolgskontrollen, da viele Aktivitäten zum Ende des Berichtsjahres noch nicht abgeschlossen waren. Wenn Erfolgskontrollen stattfanden, wurden meist mehrere Parameter geprüft, so wurden bei der BGF im Durchschnitt fünf Felder angekreuzt. Inhaltlich im Vordergrund standen die Prüfung der „Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention“, der „Akzeptanz der Intervention bei den Zielgruppen, Inanspruchnahme“, der „Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention“ sowie die „Verbesserung des Krankenstandes“.

5 Fazit und Ausblick

Die erstmalige bundesweite Erhebung von kassenartenübergreifenden Daten zu den primärpräventiven Kurs- und Seminarangeboten der Krankenkassen nach dem *Individuellen Ansatz* liefert erste aktuelle Erkenntnisse über deren Inanspruchnahme durch die GKV-Versicherten. Die Ergebnisse bestätigen die bekanntermaßen größere Inanspruchnahme der Angebote durch Frauen und berichten über ein eher seltenes Aufsuchen dieser Kurse durch Härtefälle, was ebenfalls nicht überrascht. Die hier berichtete Gesamtzahl der Kursteilnehmer spiegelt derzeit noch den Strukturaufbau der Krankenkassen in der Primärprävention nach der Wiedereinführung des § 20 SGB V im Jahr 2000 wider. Da bislang aktuelle Vergleichserhebungen fehlen, stellt der vorliegende Datensatz eine gute Ausgangs- und Vergleichsbasis für Folgeerhebungen dar.

Bereits im Pilotjahr 2001 zeigte die kassenartenübergreifende GKV-Dokumentation der Krankenkassenaktivitäten gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V zum *nichtbetrieblichen Setting-Ansatz* und in der *Betrieblichen Gesundheitsförderung* eine hohe Bereitschaft der Krankenkassen zur Umsetzung der freiwilligen Selbstverpflichtung anhand der großen Anzahl der Dokumentationsbögen, die den Spaltenverbänden zur gemeinsamen Auswertung zugegangen sind. Wie im Vorjahr prognostiziert, erhöhte sich der Rücklauf für das Jahr 2002 erheblich. Etwa drei Mal so viele Dokumentationsbögen lagen bei nichtbetrieblichen Settings und etwa doppelt so viele Bögen bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung vor. Entsprechend konnte für 2002 die Transparenz über Leistungen der Primärprävention nach dem Setting-Ansatz noch weiter ausgebaut werden. Für die Folgejahre ist eine weitere Angleichung der Datenmengen an die bundesweit tatsächlich geleisteten Aktivitäten zu erwarten.

Die Dokumentation für 2002 bestätigt wiederholt, dass die Krankenkassen ihren Gesetzesauftrag, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit in bezug auf Gesundheitschancen zu leisten, erfüllen. Insbesondere bei den berichteten Aktivitäten zum nicht-betrieblichen Settingansatz ist über die getroffene Auswahl der Settings häufig eine Fokussierung auf solche Lebensumfelder zu erkennen, bei denen von einem tendenziell höheren Anteil an Menschen mit vergleichsweise geringem Bildungs-, Einkommens- und Berufsstand ausgegangen werden kann.

Erfreulicherweise richten sich die Interventionen sowohl in Betrieben als auch in nicht-betrieblichen Settings nicht nur in erster Linie an den Menschen und sein Verhalten, sondern zielen zudem auf gesundheitsfördernde Strukturbildungen, wie z. B. die Umgestaltung von Umgebungsbedingungen oder die Veränderung von Organisationsstrukturen, ab. Die Verknüpfung dieser beiden verhältnis- und verhaltensbezogenen Ausrichtungen der Interventionen stellt nach wie vor eine der wesentlichen, stets verbesserungswürdigen Aufgaben in der betrieblichen und nichtbetrieblichen Gesundheitsförderung dar.

Insbesondere positiv zu werten ist, vor allem für den nichtbetrieblichen Setting-Ansatz, die in diesem Berichtsjahr deutlich größere Einbindung externer Kooperationspartner in die Aktivitäten. Zum einen wird über die Einbeziehung weiterer Wissens- und Ressourcen-

quellen ein nicht unerheblicher Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -sicherung bei den Interventionen geleistet. Zum anderen wird damit dem Gedanken der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung in der Prävention und Gesundheitsförderung über die GKV hinaus stärker Rechnung getragen. So gilt es auch hier als zukünftig bedeutsames Anliegen, Kooperationen 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.

Insbesondere die Ergebnisse zur Untersuchung der Auswirkung von bestehenden oder fehlenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen auf die Interventionen heben die Bedeutung der Bildung von Koordinationsstrukturen hervor. Werden entsprechende Gremien gebildet, sind die Aktivitäten deutlich häufiger verhaltens- und verhältnisbezogenen. Umgekehrt zielt bei Fehlen einer Entscheidungs- bzw. Steuerungsstruktur die Mehrheit der Aktivitäten ausschließlich auf das Verhalten ab. In der Betrieblichen Gesundheitsförderung wird weiterhin deutlich, dass Gesundheitszirkel meist abhängig vom Vorhandensein einer Entscheidungs- bzw. Steuerungsstruktur durchgeführt werden. Da Gesundheitszirkel aufgrund ihrer stark beteiligungsorientierten Form der Defizitaufdeckung und Ermittlung von Lösungsansätzen eine wesentliche Rolle einnehmen, kommt hier der in Zukunft noch zu verstärkenden Bildung von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen ein gesondertes Gewicht zu. Insgesamt macht die Dokumentation einen deutlichen Verbesserungsbedarf beim Einsatz von Gesundheitszirkeln offenkundig.

Weiterentwicklungsbedarfe werden zusammengefasst im Einsatz von verhältnispräventiven Interventionen, in der Etablierung von Steuerungsstrukturen, im vermehrten Einsatz von Gesundheitszirkeln sowie nach wie vor in der stärkeren Etablierung von Erfolgskontrollen als Routinen bei allen Setting-Aktivitäten gesehen.

Mit der Dokumentation von Ergebnissen nach dem Individuellen Ansatz, dem nicht betrieblichen Settingansatz und der Betrieblichen Gesundheitsförderung konnte der bereits in 2001 geleistete Basisbeitrag zur Qualitätssicherung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen erweitert und verbessert werden. Dabei bieten die Ergebnisse zum Individuellen Ansatz eine erste Ausgangsbasis. Durch die Darstellung positiver Entwicklungen und durch das Aufdecken vorhandenen Verbesserungsbedarfs im Settingansatz bietet die Dokumentation zudem eine wichtige Grundlage für die Krankenkassen bei der Planung und Durchführung weiterer Setting-Aktivitäten.

Die aus den Erfahrungen der Pilotphase 2001 gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse zu den Erhebungsinstrumenten wurden im Jahr 2002 bereits in die Weiterentwicklung der Dokumentationsbögen eingebbracht, so dass mit ihrem Einsatz ab dem Berichtsjahr 2004 weitere Verbesserungen in der Informationsgewinnung zu erwarten sind.

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

6 Anhang

6.1 Dokumentationsbögen

6.1.1 Auswertungsbogen individueller Ansatz

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

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

	Bewegung zur Förderung der Herz-Kreislauf-Funktion		Bewegung zur Förderung des Muskel-Skelettsystems		Vermeidung von Mangel- u. Fehlernährung		Vermeidung und Reduktion von Übergewicht		Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten		Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln	
(1) Gesamtzahl der Teilnehmer, die Angebote nach § 20 Abs. 1 SGB V (individueller Ansatz) in Anspruch genommen haben												
von (1): Anzahl der Härtefälle												
von (1): Anzahl der Teilnehmer, die Angebote der eigenen Krankenkasse in Anspruch genommen haben												
von (1): Anzahl der Teilnehmer, die Angebote von anderen Krankenkassen in Anspruch genommen haben												
von (1): Anzahl der Teilnehmer, die Angebote von beauftragten Leistungsanbietern/Kooperations-/ Vereinbarungspartnern in Anspruch genommen haben												
Von (1): Anzahl der Teilnehmer, die sonstige Angebote in Anspruch genommen haben												
von (1): Anzahl der männl. und weibl. Teilnehmer	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
von (1): Teilnehmer im Alter zwischen 0 und 12 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter zwischen 13 und 18 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter zwischen 19 und 30 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter zwischen 31 und 40 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter zwischen 41 und 50 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter zwischen 51 und 60 Jahren												
von (1): Teilnehmer über 60 Jahre												

6.1.2 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 Doppelereffassungen zu vermeiden, darf pro Setting und Jahr nur ein Bogen ausgefüllt und von nur einer Krankenkasse weitergeleitet werden.

Krankenkasse (freiwillige Angabe)

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

Berichtsjahr

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

1 Allgemeine Daten

Setting

	ja	nein	Institutionen für spezifische Bevölkerungsgruppen (z. B. Menschen in schwierigen sozialen Situationen wie Alleinerziehende, Sozialhilfeempfänger, Gewaltopfer, Obdachlose, Arbeitslose, psychisch Kranke, Drogenabhängige)	ja	nein
Grundschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13
Sonderschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2			
Hauptschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3			
Realschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4			
Gymnasium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5			
Gesamtschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6			
Berufsschule o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7			
Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8			
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:			...und zwar:		
.....				
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 12			

Datum des Starts der primärpräventiven Aktivitäten in diesem Setting

Monat, Jahr

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"/> 40		

Eine Vereinbarung zur Durchführung von Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz wurde abgeschlossen

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

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> □ 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 miteinander (Kommunikation, Konflikt, Entwicklung des Settings)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> □ ₅₅	
Weitere Handlungsfelder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> □ ₅₆	
... 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
Gesundheitstage, -wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> □ ₆₇
Anleitung und Unterstützung themenzentrierter Gruppenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> □ ₆₈
Fremdsprachige Angebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> □ ₆₉

Medien:

Praktische Arbeit mit Medien (z. B. Video)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> □ ₇₀
Übungsmanuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> □ ₇₁
Faltblätter, Broschüren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> □ ₇₂
Plakate, Info-Ausstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> □ ₇₃
Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> □ ₇₄
... 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:	<input type="checkbox"/> □ ₅₇	

Aktivitäten zur gesundheitsförderlichen Umgestaltung der Abläufe im Setting	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... und zwar:	<input type="checkbox"/> □ ₅₈	

7 Gesundheitszirkel

Es wurden Gesundheitszirkel durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> □ ₁	

8 Erfolgskontrolle

Eine Erfolgskontrolle wurde durchgeführt

ja nein
 ₇₅

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

Ergebnisse:

Zu den Ergebnissen der Erfolgskontrolle liegen schriftliche Berichte/Veröffentlichungen vor

ja nein
 ₉₀

(ggf. bitte beifügen)

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 ₇₆

Abläufen ₇₇

Verhaltensparametern (z. B. Ernährungs- oder Bewegungsmuster, Stressbewältigung, rücksenschonende Arbeitsweise) ₇₈

Kompetenzen (z. B. Wissen, Selbstbewusstsein, Mitwirkung bei der Umgestaltung des Umfelds) ₇₉

Gesundheitsparameter (z. B. Blutdruck, Body-Maß-Index etc.) ₈₀

subjektive Einschätzung der Gesundheit und Funktionalität ₈₁

Gesundheitsökonomische Analyse, z.B. Kostenerfassung, Kosten-Nutzen-Analyse etc. ₈₂

Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme ₈₃

Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention ₈₄

Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe ₈₅

Kooperation, Netzwerkbildung ₈₆

Verfestigung der Intervention ₈₇

Diffusion von Programmen ₈₈

Anderes ₈₉

...und zwar:

6.1.3 Dokumentationsbogen Betriebliche Gesundheitsförderung

Dokumentation der Leistungen der GKV

in der Betrieblichen Gesundheitsförderung

B

**Betriebliche Gesundheitsförderung 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.

Krankenkasse (freiwillige Angabe)

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

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

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

Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden (C) 3

Bitte nur ein Kreuz machen.

Verarbeitendes Gewerbe (D) 4

Anteil der Frauen an den Beschäftigten

Energie- und Wasserversorgung (E) 5

Bitte nur ein Kreuz machen.

Baugewerbe (F) 6

0 – 25% 20

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

26 – 50% 21

Gastgewerbe (H) 8

51 – 75% 22

Verkehr und Nachrichtenübermittlung (I) 9

76 – 100% 23

Kredit- und Versicherungsgewerbe (J) 10

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

Datum des Beginns der Gesundheitsförderungs-Aktivitäten

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

Monat, Jahr

--	--

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

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

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

2 Schwerpunktmaßige Zielgruppe

ja nein

- Keine spezifische Zielgruppe, das heißt:
alle Beschäftigten werden angesprochen 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 type="checkbox"/> 27 |
| Führungsebene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 28 |
| Mittlere Leitungsebene einschl.
Meister/Teamleiter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 29 |
| Auszubildende | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 30 |
| Frauen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 31 |
| Mitarbeiter in der Verwaltung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 32 |
| Mitarbeiter in der Produktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 33 |
| Ältere Arbeitnehmer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 34 |
| Ausländische Arbeitnehmer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 35 |
| Testgruppe zur modellhaften Erprobung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 36 |
| Andere: | <input type="checkbox"/> | <input 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 type="checkbox"/> 38 |
| Staatlicher Arbeitsschutz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 39 |
| Gesundheitsamt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 40 |
| Niedergelassene Ärzte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 41 |
| Sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 42 |
| Öffentliche Verwaltung/Institutionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 43 |
| Arbeitgeberverbände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 44 |
| Gewerkschaften | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 45 |
| Andere Vereine, Verbände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 46 |
| Andere Krankenkassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 47 |
| Wissenschaftliche Einrichtungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 48 |
| Externe Berater / gewerbliche Institutionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 49 |
| Andere: | <input type="checkbox"/> | <input 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 51

Im Steuerungsgremium sind vertreten:

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

ca. Personcentage

7 Intervention

Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten

(Seit Beginn der Gesundheitsförderungsaktivitä-
ten)

Bitte in jeder Zeile entweder "ja" oder "nein" an-
kreuzen.

Die verhältnis- und/oder verhaltensbezogenen Ak-
tivitäten betrafen die folgenden Präventionsprinzi-
pien:

	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 Arbeitsumfelds oder der Strukturen	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 Arbeitsabläufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ₈₃
... und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geschätzter Aufwand hierfür (Krankenkassen, Be-
trieb, Kooperationspartner zusammen genommen;
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. Personcentage

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, rückenschonende 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. außerbetrieblichen 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.

Kirschner, Wolf; Radoschewski, Michael, Kirschner, Renate (1995): § 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik 6, Sankt Augustin.

Mielck A: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern 2000.

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: Siegfried Heinrich, Dr. Bernhard Metzinger, Dr. Volker Wanek, Manfred Cryns

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: Jürgen Helfenritter, Ulrike Kiehl

Bundesknappschaft, Bochum: Stefan Glahn, Eberhard Koch

MDS, Essen: Dr. Dagmar Hutzler, Mandy Handschuch

- **Projektrealisation**

MDS, Essen: Dr. Dagmar Hutzler, Mandy Handschuch