

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 2003

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

Vorwort

Seit dem Jahr 2000, in dem der § 20 Abs. 1 und 2 SGB V zur primären Prävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung wieder eingeführt wurde, haben die Krankenkassen ihr Engagement in diesem Feld erheblich intensiviert und ihre Aktivitäten weiter ausgebaut. Die Krankenkassen leisten mit diesem Ausbau einen Beitrag zur Verbesserung von Lebenserwartung und -qualität ihrer Versicherten, aber auch zur Verhinderung bzw. Begrenzung von Behandlungs- und Pflegekosten. Der quantitative Ausbau und die Qualitätsverbesserungen in Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich an der nun dritten Dokumentation über die im Jahr 2003 zur Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung bundesweit erbrachten Krankenkassenleistungen anschaulich nachvollziehen:

So hat sich die Fallzahl an gemeldeten Aktivitäten in nichtbetrieblichen „Settings“, wie z.B. Schulen und Stadtteilen, seit der Ersterhebung im Jahr 2001 von anfangs 143 auf 638 Fälle in 2003 mehr als vervierfacht. Der Rücklauf zur Betrieblichen Gesundheitsförderung ist von ursprünglich 1.189 eingereichten Dokumentationsbögen auf 2.164 berichtete Fälle angestiegen. Auch die Zahl der im Jahr 2002 erstmals erfassten Kurs- und Beratungsangebote, die von einzelnen Versicherten in Anspruch genommen wurden („Individueller Ansatz“), ist um etwa 54 Prozent gestiegen, nämlich von 352.000 auf 542.000 gemeldete Kursbesuche. Mit den Aktivitäten wurden in 2003 ca. 1,2 Mio. Menschen über den Settingansatz und die Betriebliche Gesundheitsförderung und ca. 500.000 Versicherte über die individuellen Kurs- und Seminarangebote erreicht. Das macht eine Gesamtsumme von insgesamt etwa 1,7 Mio. erreichten Menschen.

Die „Dokumentation 2003“ bildet dabei ab, welche Leistungen die Krankenkassen erbringen und in welchen Handlungsfeldern sie ihre Schwerpunkte setzen. Sie enthält Informationen darüber, welche Strukturbildungen in Verbindung mit qualitativ hochwertiger Gesundheitsförderung erfolgen und welche Zielgruppen mit den Maßnahmen angesprochen werden. Neben vielen weiteren Aspekten informiert sie über die angewendeten Methoden zur Bedarfsermittlung und Erfolgskontrolle.

Erstmals enthält die Dokumentation eine Projektbeschreibung des in Kooperation aller Spitzenverbände der Krankenkassen mit drei Landesvereinigungen für Gesundheit durchgeführten dreijährigen Projektes zur Gesundheitsförderung in Schulen „gesund leben lernen“. Das Kapitel hierzu zeigt anschaulich auf, wie Aktivitäten und Strukturbildungen nach dem Settingansatz konkret gestaltet werden können.

Zur nachhaltigen Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im Leistungsspektrum der GKV haben die Spitzenverbände der Krankenkassen ein ganzes Bündel von aufeinander abgestimmten Maßnahmen zur Qualitätssicherung ergriffen:

Die Inhalte und Qualitätsstandards von Maßnahmen werden in dem im Jahr 2000 entwickelten und in 2003 zum Handlungsfeld Bewegung aktualisierten gemeinsamen Leitfaden

der GKV-Spitzenverbände¹ beschrieben. Diese haben alle Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung mindestens einzuhalten. Die jährliche Dokumentation zeichnet das im jeweiligen Jahr bundesweit erfolgte Leistungsgeschehen statistisch nach und stellt somit Transparenz für die Öffentlichkeit her. Zu dieser einheitlichen Erfassung und Dokumentation der Leistungen haben sich die Krankenkassen freiwillig verpflichtet. Der beim Medizinischen Dienst vorliegende Datenpool steht den Krankenkassen auch für interne Auswertungen zur Verfügung und ermöglicht so ein kontinuierliches Monitoring ihrer Aktivitäten als Grundlage für ein professionelles Qualitätsmanagement. Ein weiteres Element der Qualitätssicherung ist die Messung der Wirksamkeit von erfolgten primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Die hierfür vorgesehenen einheitlichen Verfahren und Instrumente befinden sich derzeit noch in der Entwicklung.

Für die Erstellung der Dokumentation sind Mitarbeiter des MDS sowie die Fachreferentinnen und -referenten der GKV-Spitzenverbände für Prävention und Gesundheitsförderung verantwortlich. Für die sehr engagierte und konstruktive Zusammenarbeit bei der Weiterentwicklung der Erhebungsinstrumente, der Sammlung, Erfassung und Auswertung der Daten sei Ihnen an dieser Stelle gedankt.

Ebenfalls gilt der Dank den Sachverständigen der Beratenden Kommission der Krankenkassen-Spitzenverbände für Primärprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung. Sie begleiten kontinuierlich die Arbeiten an der Leistungsdokumentation und an der Entwicklung der dazugehörigen Erhebungsinstrumente mit kritisch-konstruktiven Beiträgen. In die diesjährige Dokumentation sind darüber hinaus auch Anregungen von Dr. Uwe Lenhardt, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) sowie Textbeiträge der Landesvereinigungen für Gesundheit aus Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt eingeflossen.

Besonderer Dank ist den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den vielen Krankenkassen-Geschäftsstellen vor Ort auszusprechen. Sie zeigen bei der Umsetzung der vielen verschiedenenartigen Maßnahmen großes Engagement und nehmen sich darüber hinaus die Zeit, über diese in den Erhebungsbögen zu berichten. Ohne diese Mitarbeit wäre die hier erfolgte aufschlussreiche Berichterstattung nicht möglich.



Rolf Stuppardt
Vorstandsvorsitzender
des IKK-Bundesverbandes



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer des MDS

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 12. September 2003.

INHALTSVERZEICHNIS

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 DOKUMENTATIONSBERICHT FÜR DAS JAHR 2003	13
3	ERGEBNISSE	15
3.1	HINWEISE ZUR ERGEBNISBESCHREIBUNG	15
3.2	PRIMÄRPRÄVENTION NACH DEM INDIVIDUELLEN ANSATZ	17
3.2.1	Inanspruchnahme	17
3.2.2	Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern	18
3.2.3	Leistungsanbieter	19
3.2.4	Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	20
3.2.5	Resümee	23
3.3	PRIMÄRPRÄVENTION IN NICHTBETRIEBLICHEN SETTINGS	25
3.3.1	Ergebnisse des Gesamtdatensatzes	27
3.3.1.1	Allgemeine Daten	27
3.3.1.1.1	Laufzeiten der Aktivitäten	27
3.3.1.1.2	Setting	28
3.3.1.2	Anzahl der erreichten Personen	29
3.3.1.3	Schwerpunktmaßige Zielgruppen	30
3.3.1.4	Kooperationspartner	31
3.3.1.5	Koordination und Steuerung	32
3.3.1.6	Bedarfsermittlung	33
3.3.1.7	Gesundheitszirkel	34
3.3.1.8	Intervention	34
3.3.1.8.1	Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	34
3.3.1.8.2	Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten	35
3.3.1.8.3	Methoden und Medien	36
3.3.1.9	Erfolgskontrollen	38
3.3.2	Settingbezogene Auswertungen	39
3.3.2.1	Start und Status der Aktivitäten	39
3.3.2.2	Schwerpunktmaßige Zielgruppen	40
3.3.2.3	Kooperationspartner	40
3.3.2.4	Koordination/Steuerung	42
3.3.2.5	Bedarfsermittlung	42
3.3.2.6	Gesundheitszirkel	44
3.3.2.7	Intervention	44
3.3.2.7.1	Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	45
3.3.2.7.2	Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten	46
3.3.2.7.3	Methoden und Medien	47
3.3.2.8	Erfolgskontrolle	47

3.3.3 Bedarfsermittlung und Intervention bei vorhandenen bzw. fehlenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen	49
3.3.3.1 Bedarfsermittlung	49
3.3.3.2 Intervention	50
3.3.4 Resümee	52
3.3.5 Gesundheitsförderung in Schulen – das Kooperationsprojekt „Gesund leben lernen“	54
3.4 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG (BGF)	65
3.4.1 Ergebnisse des Gesamtdatensatzes	67
3.4.1.1 Allgemeine Daten	67
3.4.1.1.1 Start und Status der Gesundheitsförderungsmaßnahmen	67
3.4.1.1.2 Branche	68
3.4.1.1.3 Frauenanteil	69
3.4.1.1.4 Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)	70
3.4.1.2 Anzahl der erreichten Personen	71
3.4.1.3 Schwerpunktmaßige Zielgruppen	72
3.4.1.4 Außerbetriebliche Kooperationspartner	73
3.4.1.5 Koordination und Steuerung	74
3.4.1.6 Bedarfsermittlung	75
3.4.1.7 Gesundheitszirkel	76
3.4.1.8 Intervention	77
3.4.1.8.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	77
3.4.1.8.2 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	78
3.4.1.8.3 Methoden und Medien	80
3.4.1.9 Erfolgskontrolle	81
3.4.2 Branchenbezogene und betriebsgrößenspezifische Auswertungen	82
3.4.2.1 Anzahl der Beschäftigten	82
3.4.2.2 Erreichte Personen	83
3.4.2.3 Anteil der Frauen	83
3.4.2.4 Schwerpunktmaßige Zielgruppen	84
3.4.2.5 Außerbetriebliche Kooperationspartner	85
3.4.2.6 Koordination und Steuerung	86
3.4.2.7 Bedarfsermittlung	88
3.4.2.8 Gesundheitszirkel	89
3.4.2.9 Intervention	90
3.4.2.9.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	90
3.4.2.9.2 Verhältnis- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten	91
3.4.2.9.3 Methoden und Medien	91
3.4.2.10 Erfolgskontrolle	92
3.4.3 Bedarfsermittlung und Intervention bei vorhandenen bzw. fehlenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen	94
3.4.3.1 Bedarfsermittlung	94
3.4.3.1.1 Bedarfsermittlung allgemein	94
3.4.3.1.2 Bedarfsermittlung – branchen- und betriebsgrößenbezogene Ergebnisse	95
3.4.3.2 Intervention	96
3.4.3.2.1 Intervention allgemein	96
3.4.3.2.2 Interventionen – branchen- und betriebsgrößenbezogene Ergebnisse	98
3.4.4 Resümee	99
4 ZUSAMMENFASSUNG	103
5 FAZIT UND AUSBLICK	109

6 ANHANG	113
6.1 DOKUMENTATIONSBÖGEN	113
6.1.1 <i>Auswertungsbogen individueller Ansatz</i>	114
6.1.2 <i>Dokumentationsbogen Setting-Ansatz</i>	115
6.1.3 <i>Dokumentationsbogen Betriebliche Gesundheitsförderung</i>	119
6.2 TABELLEN	123
6.3 ZU GRUNDE LIEGENDE UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR	123
6.4 ORGANISATION UND VERANTWORTLICHKEITEN	124

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Anzahl der Kursteilnehmer/Härtefälle in den jeweiligen Handlungsfeldern	18
Abb. 2: Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern	19
Abb. 3: Prozentuale Anteile der Altersgruppen - KM6 (2003) und Ergebnisse individueller Ansatz	20
Abb. 4: Inanspruchnahme von Angeboten nach Alter und Geschlecht im Vergleich mit Gesamtergebnissen	21
Abb. 5: Laufzeit der Aktivitäten	27
Abb. 6: Settings (Mehrfachnennungen möglich)	28
Abb. 7: Anzahl der erreichten Personen	30
Abb. 8: Schwerpunktmaßige Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)	31
Abb. 9: Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)	32
Abb. 10: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)	33
Abb. 11: Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten (Mehrfachnennungen möglich)	34
Abb. 12: Intervention – Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten	35
Abb. 13: Intervention – angewandte Methoden (Mehrfachnennungen möglich)	36
Abb. 14: Intervention – eingesetzte Medien (Mehrfachnennungen möglich)	37
Abb. 15: Erfolgskontrollen (Mehrfachnennungen möglich)	38
Abb. 16: Start/Status der Aktivitäten in den jeweiligen Settings	39
Abb. 17: Kooperationen in einzelnen Settings – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)	41
Abb. 18: Bedarfsermittlung in den jeweiligen Settings – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)	43
Abb. 19: Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten in den jeweiligen Settings (Mehrfachnennungen möglich)	45
Abb. 20: Verhaltens- bzw. Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten in den jeweiligen Settings	46
Abb. 21: Erfolgskontrollen in den jeweiligen Settings – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)	48
Abb. 22: Bedarfsermittlung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	49
Abb. 23: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten – ein Vergleich	50
Abb. 24: Inhaltliche Ausrichtung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	51
Abb. 25: Laufzeit der Aktivitäten	68
Abb. 26: Branchen	68
Abb. 27: Frauenanteil	69
Abb. 28: Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)	70
Abb. 29: Geschätzte Anzahl der erreichten Personen	71
Abb. 30: Schwerpunktmaßige Zielgruppe (Mehrfachnennungen möglich)	72
Abb. 31: Außerbetriebliche Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)	73
Abb. 32: Koordination/Steuerung (Mehrfachnennungen möglich)	74
Abb. 33: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)	76
Abb. 34: Gesundheitzzirkel	77
Abb. 35: Inhaltliche Ausrichtung der Maßnahmen (Mehrfachnennungen möglich)	78
Abb. 36: Intervention – Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten	79
Abb. 37: Angewandte Methoden (Mehrfachnennungen möglich)	80
Abb. 38: Erfolgskontrolle (Mehrfachnennungen möglich)	81
Abb. 39: Betriebsgrößen in den jeweiligen Branchen	82
Abb. 40: Geschätzte Anzahl der erreichten Personen in den Branchen	83
Abb. 41: Spezifische Zielgruppen nach Branchen. – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)	84
Abb. 42: Außerbetriebliche Kooperationspartner in den Branchen – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)	85
Abb. 43: Koordination/Steuerung in den Branchen – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)	87
Abb. 44: Bedarfsermittlung in den Branchen – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)	88
Abb. 45: Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten in den Branchen – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)	90
Abb. 46: Verhaltens- und/oder verhältnisbezogene Aktivitäten in den Branchen	91
Abb. 47: Erfolgskontrollen in den Branchen – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)	93
Abb. 48: Bedarfsermittlung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	94
Abb. 49: Bedarfsermittlung nach Betriebsgrößen – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	95
Abb. 50: Bedarfsermittlung in Branchen – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	96
Abb. 51: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten – ein Vergleich	97
Abb. 52: Inhaltliche Ausrichtung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	97

Anmerkung:

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

1 Einleitung

Mit der nun dritten Veröffentlichung von Ergebnissen zu Leistungen, die die Krankenkassen bundesweit in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V erbracht haben, ist eine weitere aktualisierte Grundlage für die Qualitätssicherung von primärpräventiven Aktivitäten geschaffen worden. Die vorliegende Dokumentation zeichnet anschaulich die im Berichtsjahr 2003 erbrachten Leistungen nach. Sie macht besonders die seit Wiedereinführung des § 20 SGB V umfassende Ausweitung an GKV-Leistungen in der Prävention und Gesundheitsförderung deutlich: in allen drei Ansätzen (Individueller Ansatz, Settingansatz, Betriebliche Gesundheitsförderung, s.u.) ist die Zahl der gemeldeten Aktivitäten gegenüber den Piloterhebungen erheblich angestiegen.

Ziel der Gesetzlichen Krankenversicherung ist es, über Prävention und Gesundheitsförderung, neben vielen weiteren in der Gesellschaft verantwortlichen Akteuren, einen Beitrag zur Stärkung von Gesundheitspotenzialen bzw. Ressourcen Einzelner sowie zur Verbesserung von Rahmenbedingungen zu leisten. Über eine allgemein gesündere Lebensweise und gesundheitsförderliche Lebensumwelten wird eine Stärkung von Wohlbefinden, Lebensqualität, Selbstbestimmung und Beschäftigungsfähigkeit in der Bevölkerung angestrebt – und damit auch eine Entlastung der Krankenversicherungen.

Hierfür streben die Krankenkassen eine fortwährende qualitative Verbesserung von Primärprävention und Betrieblicher Gesundheitsförderung an. Mit primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Aktivitäten sollen alle Bevölkerungsschichten angesprochen werden. Dabei soll der Schwerpunkt insbesondere bei Personen liegen, die aufgrund ungünstigerer sozialer Rahmenbedingungen, wie z.B. geringes Einkommen, niedriger beruflicher Status, geringe Schulbildung, tendenziell seltener präventive Angebote in Anspruch nehmen und gleichzeitig einen höheren Bedarf an Gesundheitsförderungsleistungen haben².

Zur Qualitätssicherung der Aktivitäten hat die GKV bereits im Jahr 2000 unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes 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 in der Fassung vom 12. September 2003“*. Danach werden nur solche Aktivitäten von Krankenkassen unterstützt, die die im Leitfaden definierten Kriterien an die Maßnahmen und qualifikatorischen Anforderungen an die Anbieter erfüllen. Auch sind sie auf die in der Praxis bewährten Handlungsfelder³ auszurichten.

² Vgl. Mielck 2000.

³ Im Wesentlichen handelt es sich dabei um die Inhalte Bewegung“ (bei Betrieblicher Gesundheitsförderung: „Reduktion körperlicher Belastungen“), „Ernährung“ (bei BGF: „Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung“), „Stress/Entspannung“, „Umgang mit Genuss-/Suchtmitteln“, im Settingansatz noch „Gesundheitsgerechter Umgang miteinander“.

Dabei werden die Aktivitäten im Leitfaden nach drei Ansätzen gegliedert: dem „Individuellen Ansatz“, dem (nichtbetrieblichen) „Settingansatz“ und der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“.

Bei Angeboten nach dem „*Individuellen Ansatz*“ handelt es sich um Kurs- und Seminarangebote, die primär auf das Gesundheitsverhalten der Versicherten ausgerichtet sind und die von einzelnen Versicherten bei Interesse in Anspruch genommen werden.

Aktivitäten nach dem „*Settingansatz*“ werden hingegen direkt in die „Lebensumwelten“ (Settings)⁴ der Versicherten eingebracht; so dass in diesen auch Versicherte erreicht und deren Gesundheitsschancen erhöht werden können, die trotz häufig bestehenden größeren Gesundheitsrisiken von sich aus keine präventiven Kursangebote aufsuchen würden. Das trifft vorwiegend – wie die Ergebnisse zum Individuellen Ansatz zeigen (vgl. Kap. 3.2, S. 17 ff.) – auf Versicherte aus niedrigeren Einkommensschichten zu, auf männliche und jugendliche Versicherte sowie auf solche über 60 Jahren. Aktivitäten nach dem Settingansatz richten sich besonders auf die Verhältnisse in den jeweiligen Settings aus. Über strukturelle und organisatorische Veränderungen und Verbesserungen im Umfeld werden die gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen hin zu einem gesundheitsförderlichen Setting verbessert. Dabei ist eine aktive Beteiligung möglichst aller betroffenen Personen erwünscht.

Aktivitäten der „*Betrieblichen Gesundheitsförderung*“ entsprechen im Prinzip denen des Settingansatzes, sie sind aber speziell auf das Setting Betrieb und die dort gegebenen Besonderheiten ausgerichtet.

Die jährlich veröffentlichte *Dokumentation* stellt die notwendige Transparenz über die im jeweiligen Berichtsjahr tatsächlich erbrachten Leistungen durch die Krankenkassen her. Auf dieser Grundlage können weitere Aktivitäten entsprechend dem aktuellen Handlungsbedarf geplant und durchgeführt werden. Ferner werden vorhandene Potenziale und Veränderungsbedarfe deutlich.

Als drittes Element der Qualitätssicherung ist zur Überprüfung der Wirksamkeit der von den Krankenkassen durchgeführten und geförderten Aktivitäten die *Evaluation* der primärpräventiven Leistungen vorgesehen. Seit 2003 sind die Spitzenverbände der Krankenkassen (SpiK) gemeinsam mit zwei wissenschaftlichen Instituten an der Entwicklung und Erprobung von entsprechenden Instrumenten und Verfahren befasst.

⁴ z.B. Kindergarten, Schule, Familie, Stadtteil/Ort, Sportstätte, Senioreneinrichtung

2 Projektbeschreibung und -organisation

Auf Basis des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, wonach Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention erbringen sollen und Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen können, haben die SpiK unter Einbeziehung wissenschaftlicher Anregungen⁵ 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 Berichtsjahres 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 solchen Versicherten EDV-gestützt erfasst, die an Kursen oder Seminaren teilgenommen haben.

Settingansatz: Für die Erfassung von in nichtbetrieblichen Settings durchgeführten Aktivitäten wurde ein Dokumentationsbogen entwickelt, der für diese Berichtsperiode (2003) noch per Hand oder PC ausgefüllt und über die Spitzenverbände der Krankenkassen an den MDS weitergeleitet wird⁶.

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

Für die Weiterleitung der Daten aus den drei Dokumentationsverfahren sind bestimmte Zeiträume festgelegt⁷.

⁵ 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 zur Begutachtung der Entwicklung 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

⁶ Eine EDV-technische Lösung zur Erfassung der Daten ist ab dem Berichtsjahr 2004 geplant.

⁷ Setting-Ansatz und BGF bis 31.04., Individueller Ansatz bis zum 31.05 des jeweiligen Folgejahres.

2.2 Erhebungsinstrumente

Zu Kursangeboten nach dem *Individuellen Ansatz* werden folgende Angaben zum einzelnen Leistungsempfänger in anonymisierter Form erhoben:

- Art der Leistung (Handlungsfeld, Präventionsprinzip)
- Geschlecht
- Alter
- Versichertenstatus (Härtefall ja/nein, nach Härtefall-Definition § 61 SGB V)⁸

Als Erhebungsinstrumente für den *Settingansatz (S)* und die *Betriebliche Gesundheitsförderung (B)* werden jeweils entsprechende Dokumentationsbögen (s. Anhang, S. 113 ff.) eingesetzt. Beide Dokumentationsbögen beinhalten die gleichen Themenkomplexe. Dabei sind die Inhalte der abgefragten Felder den jeweiligen Settings bzw. den betriebsspezifischen Gegebenheiten angepasst.

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 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 primärpräventiven Angeboten zielen die Krankenkassen insbesondere 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. 3.2.1, S. 17 f.).

Der Settingansatz, d.h. das Ansprechen der Menschen in ihren jeweiligen Lebensumfeldern bietet demgegenüber gute Chancen, ein möglichst breites Spektrum an Personen zu erreichen und damit auch häufiger die Personen, die sich nicht im oberen Bereich von Bildung, Einkommen und Berufsstand befinden. Im Setting können unter Beteiligung der darin lebenden und arbeitenden Menschen die Rahmenbedingungen für ein Mehr an Gesundheit verbessert und damit ein Beitrag zu Verhaltensänderungen geleistet werden. Zudem 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. 48).

Unter diesem Aspekt achten die Krankenkassen bei der Planung von primärpräventiven Aktivitäten nach dem Settingansatz in der Regel auf die Auswahl der Settings, ihrer jeweiligen Standorte (z.B. soziale Brennpunkte) sowie der Zielgruppen. In vorliegender Dokumentation zum Berichtsjahr 2003 ist dies besonders am hohen Anteil an in Schulen durchgeführten Aktivitäten (insbesondere an Grundschulen) zu bemerken (vgl. Kap. 3.3.1.1.2, S. 28). Aussagekräftigere Parameter (wie z. B. Einkommen, Ausbildung, Berufsstand) werden nicht erhoben. Sie sind realistisch kaum erfassbar und können schnell zu Stigmatisierungen von Menschen beitragen.

2.4 Der Dokumentationsbericht für das Jahr 2003

Die jeweiligen Erfassungsbögen wurden ausgefüllt über die Spitzenverbände der Krankenkassen an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) e.V. zur Datenerfassung und -analyse weitergeleitet. Die weitere Auswertung und Analyse erfolgte über das Statistikprogramm SPSS.⁹ Auf Basis der seit dem Berichtsjahr 2001 gemachten Erfahrungen wurden die Erhebungsinstrumente zum Settingansatz und zur BGF zwischenzeitlich überarbeitet.¹⁰

Seit den in den jeweiligen Ansätzen durchgeführten Ersterhebungen sind die Datenumfänge zu allen drei Ansätzen erheblich angestiegen:

⁹ Mit den weiterentwickelten Erhebungsinstrumenten werden die Daten in Zukunft ebenfalls EDV-technisch erfasst.

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

Tab. 1: Rücklauf Dokumentationsbögen nichtbetriebliche Settings und Betriebliche Gesundheitsförderung

Berichtsjahr	Rücklauf Dokumentationsbögen (Anzahl)		
	Individueller Ansatz	Nichtbetrieblicher Settingansatz	Betriebliche Gesundheitsförderung
2001	--	143 (247 Settings)	1.189
2002	352.000	454 (686 Settings)	1.895 (+463 AU-Profile*)
2003	542.000	638 (955 Settings)	2.164 (+628 AU-Profile*)

*Fälle, in denen ausschließlich AU-Analysen durchgeführt wurden

Zu den beiden settingbezogenen Ansätzen (nichtbetrieblicher Settingansatz und BGF) enthalten die meisten Abbildungen Ergebnisse sowohl aus 2002 als auch aus 2003. Sie dienen dabei einem Vergleich und machen eingetretenen Veränderungen sichtbar. Bei der Ergebnisbeschreibung von Aktivitäten nach dem Individuellen Ansatz wird auf Vergleiche zwischen Ergebnissen aus der Piloterhebung und denen aus 2003 in vorliegendem Bericht weitgehend verzichtet.

Bei der Dokumentation von Leistungen zur Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V handelt es sich um eine *freiwillige* Selbstverpflichtung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Somit ist das Ausfüllen und Einreichen der Dokumentationsbögen freiwillig, weswegen bei der Datenerfassung zur Dokumentation grundsätzlich nicht von einer vollständigen Erfassung ausgegangen werden kann. Aufgrund der guten Kooperation der Krankenkassen, der häufig konstanten Ergebnisse über die drei erfolgten Erhebungen hinweg sowie der nicht nur in den Dokumentationen berichteten, sondern auch in den Ausgaben für Primärprävention verzeichneten Zunahme an Kassenleistungen ist jedoch davon auszugehen, dass die große Mehrzahl aller Aktivitäten erfasst wurde. Die vorliegenden Daten stellen somit die gewünschte Transparenz über die GKV-Praxis in der Primärprävention her. Die auch in 2004 beobachtete zunehmende Ausrichtung (u.a.) der Krankenkassen auf Prävention und Gesundheitsförderung lässt für zukünftige Dokumentationen weitere Datenzunahmen zu allen drei Ansätzen erwarten.

3 Ergebnisse

Der vorliegende Bericht für das Jahr 2003 umfasst Ergebnisse zum *Individuellen Ansatz* (Kap. 3.2.), zur *Setting-Erhebung* (Kap. 3.3) sowie zur *Betrieblichen Gesundheitsförderung* (Kap. 3.4).

Zum Settingansatz und der Betrieblichen Gesundheitsförderung liegen neben allgemeinen Ergebnissen auch Sonderauswertungen nach ausgewählten Kriterien vor: Es handelt sich bei den nichtbetrieblichen Settings um *settingbezogene Auswertungen* (Kap. 3.3.2) und bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung um *branchen- und betriebsgrößenbezogene Auswertungen* (Kap. 3.4.2).

Darüber hinaus findet bei beiden Ansätzen eine differenzierte Untersuchung der *Bedarfsermittlung* und *Interventionen hinsichtlich bestehender bzw. fehlender Koordinierungs- und Steuerungsstrukturen* statt (Setting: Kap. 3.3.3 und BGF: Kap. 3.4.3).

Eine Besonderheit der vorliegenden Dokumentation ist die ausführliche Beschreibung des kassenartenübergreifenden und in Zusammenarbeit mit drei Landesvereinigungen für Gesundheit durchgeföhrten Schulprojektes „Gesund leben lernen“ (Kap. 3.3.5). Sie gibt beispielhaft Aufschluss darüber, wie sich Settingaktivitäten konkret gestalten können.

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 kriterienbezogenen Auswertungen 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

Interventionen nach dem Individuellen Ansatz sind in erster Linie auf den Menschen und sein Verhalten ausgerichtet. Es handelt sich dabei um von Krankenkassen bezuschusste oder durchgeführte Kurse und Seminare. Versicherte, die diese Angebote in Anspruch nehmen, erhalten entsprechend ihrer individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten Hilfestellungen für eine gesunde und Erkrankungen vorbeugende Lebensführung. Inhaltlich umfassen die Angebote die in der Prävention bewährten Themenfelder "Bewegung", "Ernährung", "Stressreduktion/Entspannung" sowie "Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln", wobei diese auch sinnvoll miteinander kombiniert werden können. Die von den Krankenkassen geförderten Kurse sind dabei entsprechend dem Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Primärprävention und Betrieblicher Gesundheitsförderung¹¹ an Qualitätskriterien gebunden. So muss ihre Wirksamkeit im Rahmen von Expertisen, Studien oder Metaanalysen erwiesen sein. Ihre jeweiligen Ziele sind im Vorfeld klar zu definieren, so dass sich zum Ende eines Kurses Veränderungen nachvollziehen lassen. Auch ist ein wesentliches Qualitätskriterium eine dem Leitfaden entsprechende ausreichende Qualifikation der Kursleiter.

Die Dokumentation enthält neben Auswertungen zu den Kursteilnahmen in den vier abgefragten Handlungsfeldern weiter Auswertungen nach Alter und Geschlecht der Versicherten sowie zu den Leistungsanbietern.

3.2.1 Inanspruchnahme

Die Erhebung nach dem Individuellen Ansatz im Berichtsjahr 2003 ergab eine Gesamtteilnehmerzahl von 542.643 Versicherten an primärpräventiven Kurs- und Seminarangeboten. Das sind gut die Hälfte mehr gemeldete Fälle als noch im Jahr davor¹² und entspricht einem Anteil von 0,8 % (2002: 0,5 %) an der GKV-Gesamtversichertenzahl in 2003 (N=70.421.961)¹³. Diese Zunahme an Kursteilnehmern lässt sich zum einen auf den weiteren Ausbau von primärpräventiven Kurs-/Seminarangeboten durch die Krankenkassen in 2003 zurückführen. Nachvollziehbar ist das insbesondere am Anstieg der Gesamtausgaben für Primärprävention und BGF von 88,2 Mio. € in 2002 (1,25 €/Versicherten) auf 113,5 Mio. € in 2003 (1,61 €/Versicherten)¹⁴. Auch lässt sich das Ergebnis auf ein besseres Meldeverhalten einzelner Krankenkassen in der zweiten Erhebungsrounde zurückführen.

5,9 % (n=32.225) der Versicherten, die an Kursen oder Seminaren zur Primärprävention teilgenommen haben, waren nach der Härtefallregelung des § 61 SGB V von Zuzahlungen zu Leistungen der Krankenkassen befreit (2002: 6,8 %, n=24.032). Alle bundesweit er-

¹¹ Gemeinsame u. einheitliche Handlungsfelder u. Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 u 2 SGB V v. 21. Juni 2000 in der Fassung v. 12. September 2003.

¹² Die Versichertenzahl lag in 2002 bei 352.961. Diese Zunahme bei den Fallzahlen ist bei im Text gezogenen Zahlenvergleichen zum Vorjahr zu berücksichtigen!

¹³ BMGS: GKV-Mitgliederstatistik KM6 2003, Stand 1.7.2003 – Statistik über Pflichtversicherte, Freiwillig Versicherte und Rentner samt Familienangehörigen.

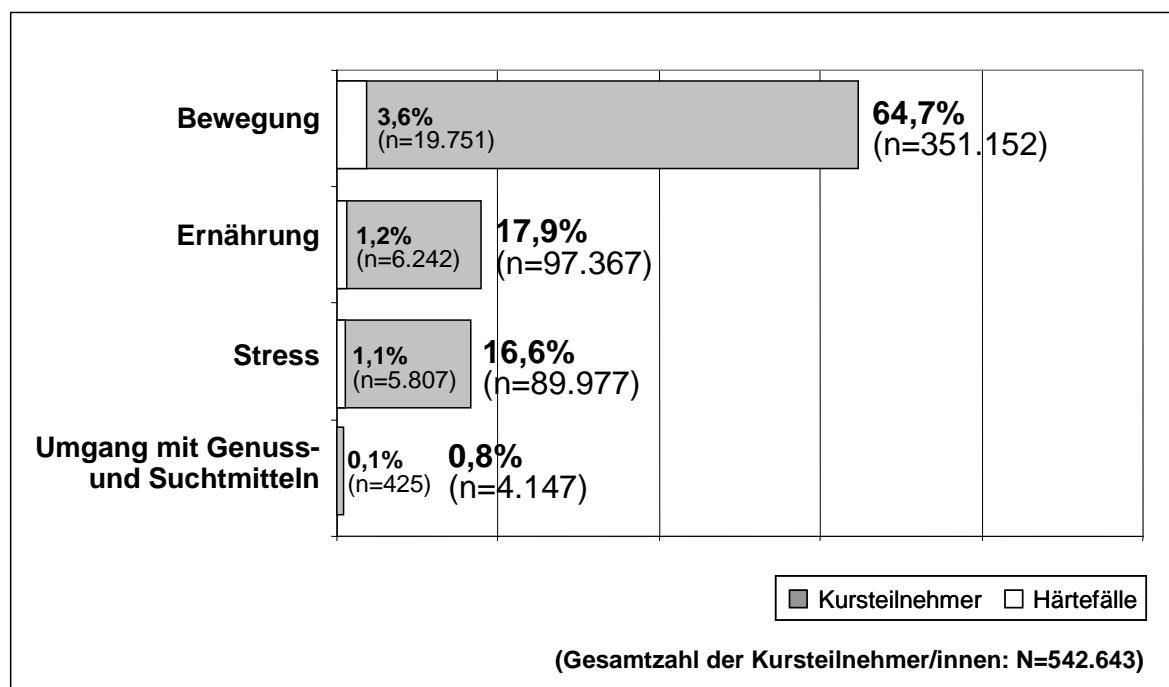
¹⁴ GKV-Ausgabenstatistik KJ1 2002 u. 2003.

fassten „Härtefälle“ entsprachen demgegenüber einem Anteil von 14,1 % an der GKV-Gesamtversichertenzahl.¹⁵

3.2.2 Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Eine Aufgliederung der gemeldeten Kurse nach den Handlungsfeldern „Bewegung“, „Ernährung“, „Stress“ sowie „Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ zeigt, dass fast zwei Drittel aller Teilnehmer an Kursen zur primären Prävention Maßnahmen aus dem Handlungsfeld Bewegung aufsuchten („Härtefälle“ 3,6 %):

Abb. 1: Anzahl der Kursteilnehmer/Härtefälle in den jeweiligen Handlungsfeldern



Sehr häufig wurden diese Kurse mit weiteren Inhalten, wie Ernährung oder Stressbewältigung, kombiniert angeboten. Dass die Meldungen sich auf das Themenfeld „Bewegung“ konzentriert haben, liegt sehr stark auch daran, dass pro Fall nur ein, nämlich das im Schwerpunkt behandelte Handlungsfeld angegeben werden konnte.

„Ernährungskurse/-seminare“ wurden von knapp einem Fünftel der Kursteilnehmer („Härtefälle“ 1,2 %) aufgesucht. Davon nahmen 53 % der Teilnehmer solche Kurse wahr, die zum Schwerpunkt die Vermeidung und Reduktion von Übergewicht hatten und ein Fünftel Kurse zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung.

Angebote zum „Stressmanagement“ wurden von 17 % aller Kursteilnehmer wahrgenommen. Lediglich 0,8 % der Teilnehmer suchten Veranstaltungen zum Thema „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ auf.

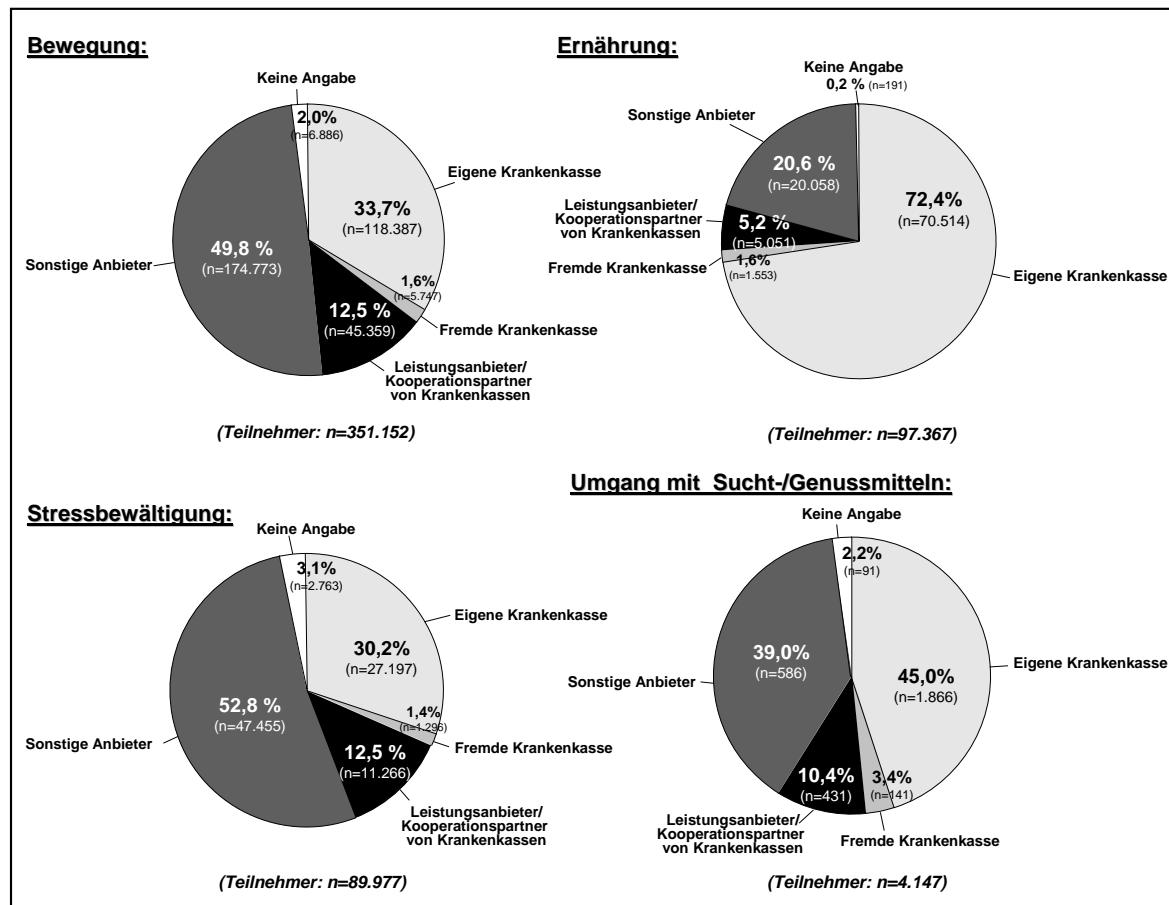
¹⁵ BMGS: GKV-Statistik KG2 2003.

3.2.3 Leistungsanbieter

Die Versicherten suchten am häufigsten Kursangebote von sonstigen Anbietern¹⁶ auf, gefolgt von Kursangeboten der eigenen Krankenkasse (40,2 %, n=217.964). Angebote von Kooperations- bzw. Vereinbarungspartnern der eigenen Krankenkasse nahmen sie in 11,4 % der Fälle wahr. Vergleichsweise selten besuchten Versicherte Kurse, die von anderen Krankenkassen als der eigenen durchgeführt wurden (1,6 %).¹⁷

In den jeweiligen Handlungsfeldern waren die Kursanbieter folgendermaßen verteilt:

Abb. 2: Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern



Zum Handlungsfeld „Bewegung“ suchten die Versicherten am häufigsten Kurse bei Sontigen Anbietern und der eigenen Krankenkasse auf. In Anspruch genommene „Ernährungskurse“ wurden in knapp drei Viertel aller Fälle von der eigenen Krankenkasse angeboten. Anbieter von Kursen zur „Stressbewältigung und Entspannung“ sowie zum „Umgang mit Sucht-/Genussmitteln“ waren meist sonstige Anbieter und die eigene Krankenkasse. Zu allen Handlungsfeldern wurden selten Kursangebote von anderen Krankenkassen als der eigenen aufgesucht.

¹⁶ Dazu zählen diejenigen, bei denen keine besonderen Kooperationsvereinbarungen mit der eigenen Krankenkasse getroffen wurden, wie z.B. Vereine und Volkshochschulen.

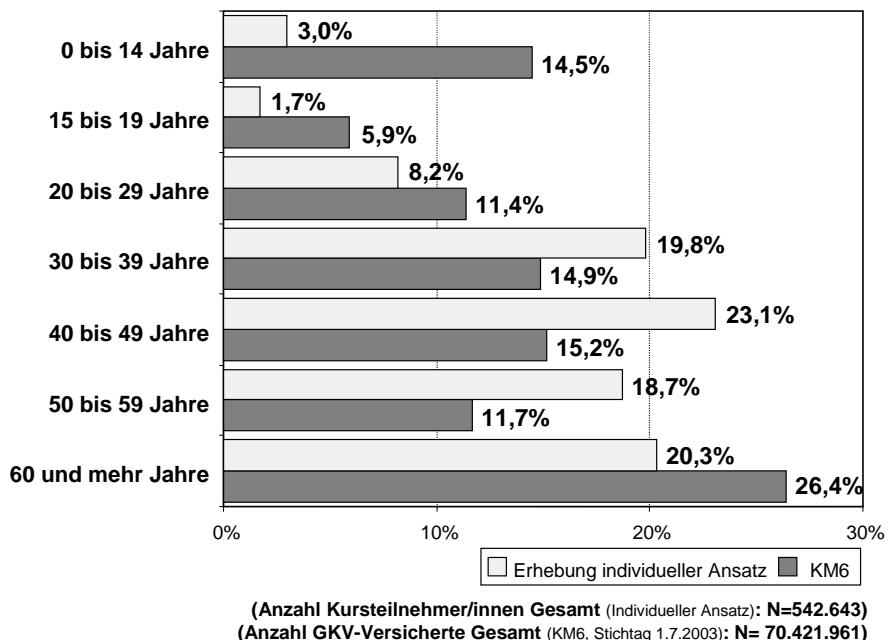
¹⁷ Im Vorjahresbericht 2002 lag der Anteil derjenigen aufgesuchten Kurse, die von der eigenen Krankenkasse angeboten wurden, bei 55 % und die der sonstigen Anbieter bei 33 %.

3.2.4 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Mit individuellen Kursangeboten wurden auch in 2003 vielmehr Frauen als Männer erreicht: So lag der Frauenanteil bei etwa drei Viertel (76,4 %) und der Männeranteil bei etwa einem Fünftel (19,3 %) aller erfassten Fälle¹⁸. Zum Vergleich: in 2003 waren 53 Prozent aller GKV-Versicherten weiblich und 47 Prozent männlich¹⁹.

Eine Gegenüberstellung der Altersgruppen in vorliegendem Datensatz mit den Altersverteilungen der Gesamt-GKV-Mitglieder²⁰ lässt erkennen, welche Altersgruppen vergleichsweise häufig bzw. selten in den primärpräventiven Kursen vertreten waren:

Abb. 3: Prozentuale Anteile der Altersgruppen - KM6 (2003) und Ergebnisse individueller Ansatz



Junge Menschen im Alter von 0 bis 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: 20 %). Hingegen nahmen Versicherte im Alter von 30 bis 59 Jahren vergleichsweise häufig diese Angebote wahr (Anteil Individueller Ansatz: 62 %, Anteil an den GKV-Versicherten: 42 %). Bei den ab 60-Jährigen war der Anteil der Kursteilnehmer im Vergleich zum GKV-Gesamtversichertenanteil wieder etwas geringer.

Interessant war die Fragestellung, ob Versicherte bestimmten Alters bei ihrer Kurswahl gewisse Themenfelder bevorzugten oder nicht. Um hierzu Hinweise zu erhalten, wurden die Ergebnisse nach Altersgruppen ausgewertet und jeweils mit den Gesamtergebnissen verglichen (vgl. Abb. 4, S. 21)²¹:

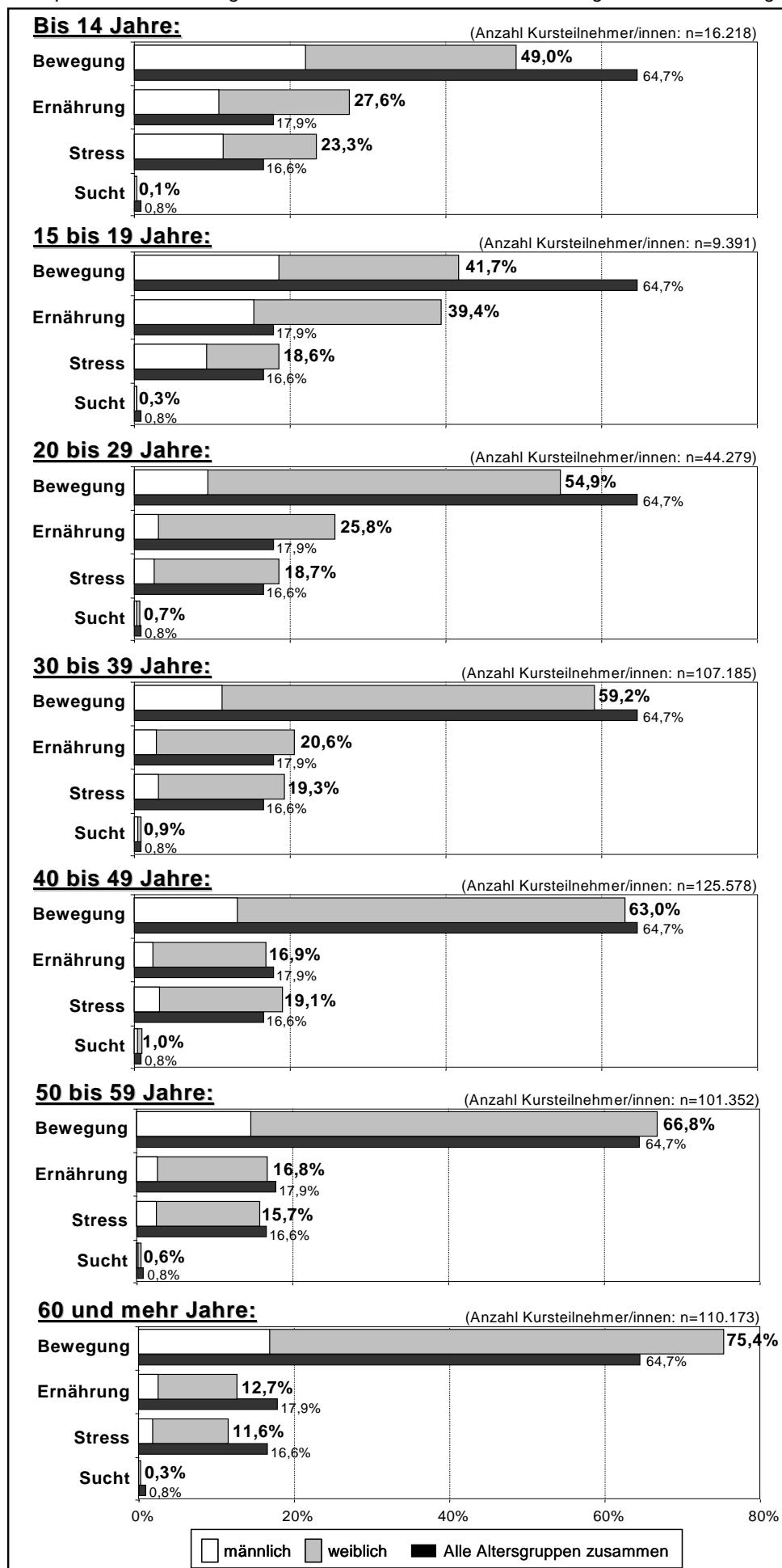
¹⁸ Bei 4,4 % lagen keine Angaben zum Geschlecht vor.

¹⁹ BMGS: KM6, Stichtag 1.7.2003

²⁰ BMGS: KM6, ebd.

²¹ Die diesen Vergleich abbildende Grafik setzt sich aus mehreren Einzelgrafiken zusammen, wobei jeweils eine Grafik die Ergebnisse einer Altersgruppe enthält (breite Balken). Zum Vergleich werden stets unter den breiten Balken die Ergebnisse über alle Altersgruppen hinweg abgebildet (schmalere dunkle Balken). Die breiteren Balken sind darüber hinaus zweifarbig: die helle Farbe steht für die männlichen Teilnehmer, die dunkle für die weiblichen.

Abb. 4: Inanspruchnahme von Angeboten nach Alter und Geschlecht im Vergleich mit Gesamtergebnissen



Kurse zum Themenfeld *Bewegung* wurden überproportional häufig von Versicherten ab 50 Jahren in Anspruch genommen. Der Frauenanteil (78 % insgesamt) war bei den 20- bis 39-Jährigen am höchsten (82 %).

Ernährungskurse wurden vergleichsweise häufiger von jüngeren Versicherten aufgesucht. Insbesondere die Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen und auch der bis zu 14-Jährigen war hier anteilig stark vertreten. Das Hauptaugenmerk lag in dieser Altersgruppe bei Ernährungskursen, die der Vermeidung/Reduktion von Übergewicht dienten (etwa 70 % dieser Fälle). Den höchsten Männeranteil gab es bei den bis zu 14-Jährigen sowie 15- bis 19-Jährigen (39 % bzw. 22 %), den höchsten Frauenanteil bei den 20- bis 29- und 30- bis 39-Jährigen (88 bzw. 86 %). Im Durchschnitt lag der Frauenanteil bei 84 Prozent.

Kurse, die der *Stressbewältigung* bzw. *Entspannung* dienten, wurden von den bis zu 49-jährigen Versicherten tendenziell häufiger aufgesucht. Männliche Versicherte waren im Durchschnitt mit einem Anteil von 18 Prozent vertreten (deutliches Maximum bei den bis zu 14-jährigen Versicherten von 50 %, Minimum 14 % (20- bis 29-Jährige)).

Angebote zum *verantwortlichen Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln* wurden insgesamt selten in Anspruch genommen. Am häufigsten suchten Versicherte im Alter von 40- bis 49 Jahren (1 %) und von 30- bis 39 Jahren (0,9 %) solche Kurse auf. Der Männeranteil lag im Durchschnitt bei 43 Prozent.

3.2.5 Resümee

In der nun zweiten Erhebung zum Individuellen Ansatz ist die Kursteilnehmerzahl gegenüber der Piloterhebung im Vorjahr erfreulicherweise von 342.000 um etwa die Hälfte auf 542.000 in 2003 angestiegen. Das ist ein Anstieg von 0,5 % auf 0,8 % aller GKV-Versicherten. War das Ergebnis in 2002 noch als Ausgangserhebung und Abbild des Strukturaufbaus von Primärprävention durch die Krankenkassen nach der Wiedereinführung des § 20 SGB V im Jahr 2000 zu werten, so weist das diesjährige Ergebnis bereits auf einen erfreulichen Ausbau von primärpräventiven Angeboten nach dem Individuellen Ansatz durch die Krankenkassen hin.

Das Ergebnis bestätigt weiterhin die bereits in 2002 gemachten Erkenntnisse: Mit Kursen nach dem Individuellen Ansatz werden in erster Linie Frauen und Versicherte im Alter zwischen 30 und 60 Jahren erreicht. Sie werden nach wie vor weniger von männlichen Versicherten von jüngeren und älteren Teilnehmern sowie von Versicherten genutzt, die aufgrund eines niedrigen Einkommens von Zuzahlungen befreit worden sind. Es bieten sich deshalb als Zugangsweg für diese Personengruppen weiterhin stärker Aktivitäten nach dem "Settingansatz" bzw. der "Betrieblichen Gesundheitsförderung" an. Wie die nachfolgenden Ergebnisse zeigen, haben die Krankenkassen ihre Leistungen dort ebenfalls weiter ausgedehnt.

3.3 Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings

Ein wesentliches Augenmerk legen die Krankenkassen bei der Erbringung primärpräventiver Leistungen auf die Herstellung von gleichen Gesundheitschancen insbesondere bei Versicherten, die aufgrund sozialer Nachteile, wie niedrigeres Einkommen oder schlechtere Schulbildung, tendenziell stärkeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind. Wie im vorigen Kapitel zum Individuellen Ansatz aufgezeigt wurde, werden diese Personengruppen über die für individuelle Angebote üblicherweise genutzten Zugangswege eher schlecht erreicht. Deshalb bieten sich hier besonders Aktivitäten nach dem nichtbetrieblichen "Settingansatz" an. Bei diesen handelt es sich nicht um Kurs- oder sonstige Angebote, die Versicherte aufsuchen, sondern es werden Interventionen in die jeweiligen Lebensumfelder der Versicherten, den "Settings" eingebracht. Aktivitäten nach dem Settingansatz sprechen nicht nur das Gesundheitsverhalten der Versicherten an, sondern sind stark auf Strukturveränderungen hin zu einem gesundheitsförderlichen Setting ausgerichtet.

Als geeignete Settings kommen insbesondere Schulen, Kindergärten/-tagesstätten, Familien sowie Gemeinden, aber auch Betriebe (zu Betrieben siehe Kap. 3.4, S. 65 ff.) in Betracht. Im Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen²² wird das Setting Schule hervorgehoben, weil in Schulen Kinder und Jugendliche in einer Altersstufe erreicht werden, in der bestimmte gesundheitsschädigende Verhaltensweisen noch nicht aufgetreten bzw. noch nicht stark ausgeprägt sind. Bei diesen werden höhere Erfolgschancen für eine Befähigung zu einer gesunden Lebensführung gesehen. Auch können in Schulen, insbesondere in Grund-, Haupt- und Sonderschulen verstärkt Kinder aus sozial benachteiligten Familien erreicht werden. Wie die nachfolgenden Ergebnisse zeigen, haben die Krankenkassen auch im Jahr 2003 ihren Fokus auf Schulen und Berufsschulen gerichtet.

Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz in Schulen umfasst die Bedarfsanalyse zur Ermittlung von schulspezifischen Belastungsschwerpunkten und Veränderungsbedarfen/-potenzialen, daraus resultierende Zieldefinitionen für die Interventionen und die Interventionen selbst. Diese zielen möglichst sowohl auf Schulstrukturen, -organisationen bzw. Curricula ab als auch auf alle im Setting befindlichen Personen, d.h. auf Lehrende wie Lernende. Die Interventionen bieten realistische und attraktive Gesundheitsalternativen an und fördern die jeweiligen Potenziale Einzelner für eine gesunde Lebensführung. Sie behandeln beispielsweise – möglichst miteinander verknüpft – die Inhalte „Bewegung“, „Ernährung“, „Stressreduktion/Entspannung“, „Umgang miteinander“ oder „Sucht“. Veränderungen im Schulumfeld sind z.B. Gestaltungen der Schulen selbst, die Schaffung von Spielflächen, Schulmahlzeiten oder die Einführung von Sicherheitsmaßnahmen. Für umgebungs- und strukturbbezogene Interventionen stellen Schüler-, Lehrer- und Elternschaft wichtige schulspezifische Kooperationspartner dar. Gesundheitsförderung in Schulen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe bindet das Wissen und die Ressourcen möglichst vieler

²² Gemeinsame u. einheitliche Handlungsfelder u. Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 u 2 SGB V v. 21. Juni 2000 in der überarbeiteten Fassung v. 12. September 2003.

weiterer außerschulischer Kooperationspartner ein, wie beispielsweise Gemeinden, Vereine/Verbände, wissenschaftliche Einrichtungen und Gesundheitsämter. Ebenfalls dient die Bildung von Netzwerken dem Wissens- und Erfahrungsaustausch unter Schulen und weiteren Einrichtungen. Qualitätskriterium für Interventionen in Schulen ist ihre ausführliche Dokumentation und die Durchführung von Erfolgskontrollen, aus denen sich Wirkungen prüfen und Schlussfolgerungen aus den Aktivitäten ziehen lassen.

Anhand des in Kap. 3.3.5 (S. 54) beschriebenen Projektbeispiels des erstmals kassenar-tenübergreifend in Kooperation mit Landesvereinigungen für Gesundheit durchgeführten Schulprojektes „Gesund leben lernen“ lässt sich ein Bild abzeichnen, wie Aktivitäten und Strukturbildungen nach dem Settingansatz konkret gestaltet werden können.

Zunächst bildet die hier vorliegende Dokumentation die Ergebnisse über das bundesweite Leistungsgeschehen von nach dem Settingansatz in 2003 erfolgter Primärprävention ab. Bei den gemeldeten Fällen handelt es sich sowohl um Aktivitäten, die die Krankenkassen selbst durchgeführt haben, als auch um Maßnahmen, für welche die Krankenkassen ihre Ressourcen beispielsweise finanzieller oder fachlicher Art eingebracht haben. Die Dokumentation lässt dabei keine Rückschlüsse auf einzelne Projekte zu. Auch werden bei der Ergebnisdarstellung in der Praxis miteinander verwobene Elemente, wie die Durchführung von Bedarfsanalysen, die Bildung von Kooperationen und Steuerungsgremien, die Interventionen, der Einsatz von Methoden und Medien oder die Durchführung von Erfolgskontrollen, voneinander getrennt abgebildet.

Vorliegender Bericht gibt ausschließlich den Stand der Aktivitäten im Berichtsjahr wieder. Interventionen oder Erfolgskontrollen, die sich in 2003 noch erst in der Planungsphase befanden, werden entsprechend nicht abgebildet.

Darüber hinaus enthält die Dokumentation Setting-spezifische Auswertungen sowie Auswertungen von durchgeführten Bedarfsanalysen und Interventionen hinsichtlich vorhandener bzw. fehlender Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen.

3.3.1 Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

Der Datensatz zu Aktivitäten in nichtbetrieblichen Settings ist im Berichtsjahr 2003 gegenüber dem Vorjahr um knapp die Hälfte von 454 auf 638 Fälle angestiegen. So hat sich die Datenmenge seit der Piloterhebung zu den Aktivitäten in 2001 (143 Doku-Bögen) mehr als vervierfacht. Die mit der Wiedereinführung des § 20 SGB V im Jahr 2000 gestartete und seitdem deutliche Entwicklung hin zu einer Fokussierung der Krankenkassen auf nichtbetriebliche Settings wird in diesem Ergebnis deutlich.

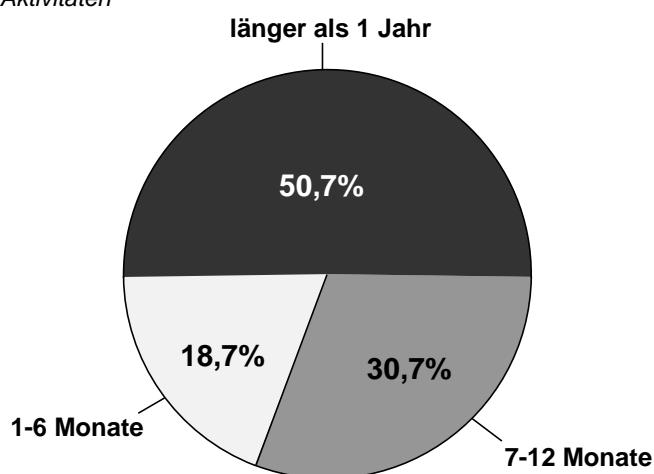
Für die in vorliegendem Bericht gezogenen Vergleiche der Ergebnisse aus 2003 mit denen aus 2002 sind die jeweils unterschiedlichen Datenumfänge zu berücksichtigen. Sie haben in einigen Bereichen zu Ergebnisabweichungen geführt, insbesondere häufig zu einem Rückgang der prozentualen Anteile bei bestimmten abgefragten Feldern. Diese geringeren Anteile waren dabei oft nicht auf einen absoluten Rückgang des jeweiligen Merkmals zurückzuführen, sondern vielmehr auf den Anstieg von Fallzahlen. Auf diese Fälle wird in der weiteren Ergebnisbeschreibung eingegangen.

3.3.1.1 Allgemeine Daten

3.3.1.1.1 Laufzeiten der Aktivitäten

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

Abb. 5: Laufzeit der Aktivitäten



(Zugrundeliegende Anzahl der Dokumentationsbögen: n=450)

Demnach machte der Anteil der für länger als ein Jahr angelegten Aktivitäten die Hälfte der Fälle aus. Ein knappes Drittel dieser Aktivitäten dauerte in 2003 7 bis 12 Monate an. Ein knappes Fünftel war für ein halbes Jahr oder weniger angelegt. Von allen gemeldeten Aktivitäten liefen etwa zwei Drittel noch zum Ende des Jahres, von den in 2003 gestarteten Aktivitäten noch 42 %. Der beobachtete Trend zu Projekten mit längerer Laufzeit zeigt, dass die Krankenkassen tendenziell Interventionen anzielen, die auf langfristigere und nachhaltigere Veränderungen im Setting ausgerichtet sind. Dennoch bot es sich of-

fensichtlich in einigen Fällen an, zunächst Einzelaktionen, wie z.B. Gesundheitstage/wochen oder Informationsveranstaltungen in Settings durchzuführen. Sie nehmen insofern eine wichtige Rolle ein, als sie einen ersten Schritt hin zu weiteren umfassenden Interventionen darstellen können.

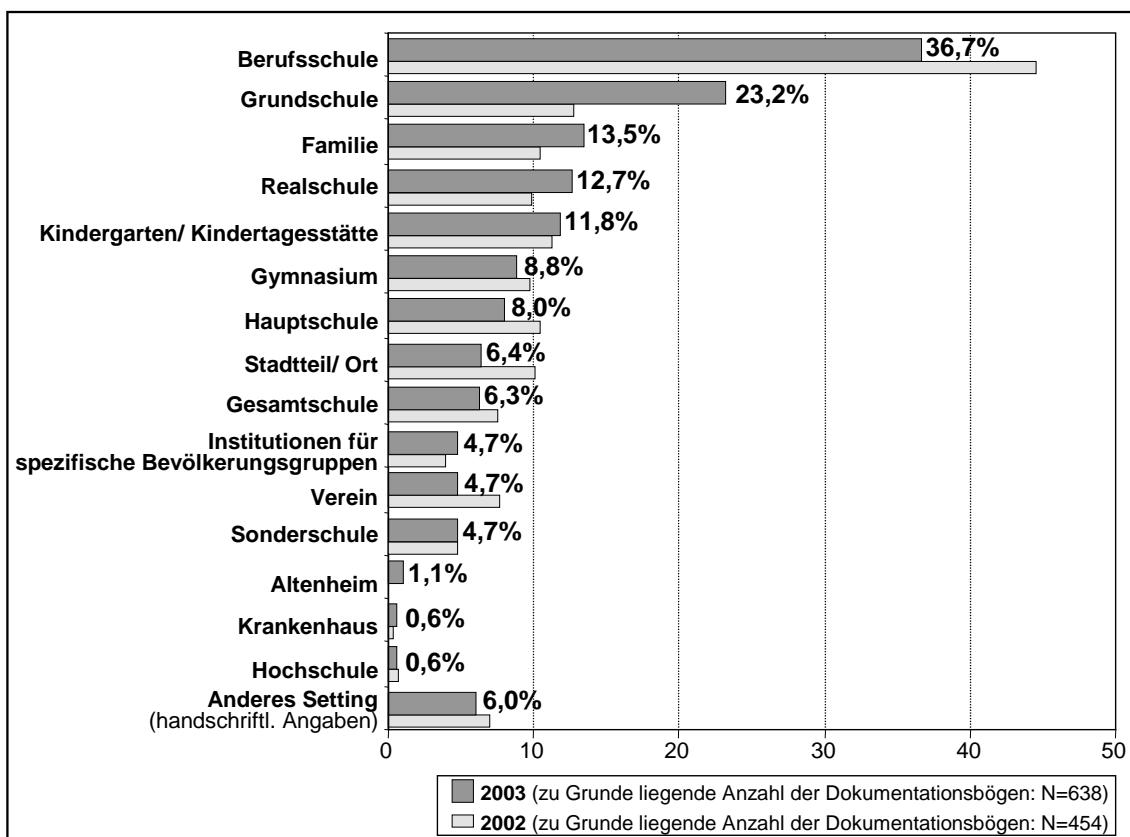
Die Mitwirkung der Krankenkassen an den Aktivitäten war zum Ende des Berichtsjahres in 43 % der Fälle abgeschlossen.

3.3.1.1.2 Setting

In den vorliegenden 638 Dokumentationsbögen wurden insgesamt 955 Settings benannt. Fälle, in denen Schulen und Berufsschulen allein oder zusammen mit weiteren Settings angegeben wurden, machten einen Anteil von 73 Prozent des Gesamtdatensatzes aus (2002: 66 %).

Die einzelnen Settings verteilten sich wie folgt:

Abb. 6: *Settings (Mehrfachnennungen möglich)*



Primärpräventive Aktivitäten wurden am häufigsten in „Berufsschulen“ und „Grundschulen“ durchgeführt. Dem folgte das Setting „Familie“, das in den meisten Fällen zusammen mit „Grundschule“ oder „Kindergarten-/tagesstätte“ benannt wurde. Hier erfolgte im Prinzip eine künstliche Trennung zwischen den Einheiten „Grundschule/Familie“ bzw. „Kindergarten .../Familie“. So zeigten sich auch im weiteren häufig Parallelen zwischen Ergebnissen zu Grundschulen bzw. Kindergärten-/tagesstätten und Familien. Zu den fünf häufigst benannten Settings zählten weiterhin die „Realschule“ und der „Kindergarten ...“.

Im Vergleich zur Vorjahreserhebung wurden primärpräventive Aktivitäten in 2003 verstärkt in „Grundschulen“ durchgeführt: waren es in 2002 noch 58 berichtete Fälle, so stieg die Fallzahl in 2003 auf 148 an. Der Anteil der „Berufsschulen“ ging hingegen merklich zurück, wobei die Fallzahl von 202 auf 234 anstieg, d.h. es wurden in 2003 auch in Berufsschulen mehr primärpräventive Aktivitäten durchgeführt als noch im Vorjahr. Hier macht sich der deutliche Anstieg an insgesamt zum Settingansatz gemeldeten Fällen bemerkbar. Auch das Setting „Hauptschule“ war mit etwas geringeren Anteilen, aber einer höheren Fallzahl als noch im Jahr davor im Datensatz vertreten.

In sechs Prozent der Fälle wurden weitere Settings benannt. Dazu zählten in erster Linie Selbsthilfegruppen-/organisationen (29 %) und „Unternehmerfrauen im Handwerk²³“ (18 %, im Dokumentationsbogen nicht weiter spezifiziert). Ebenfalls benannt wurden kirchliche Einrichtungen, das Deutsche Rote Kreuz und diverse verschiedene Einzelnennungen, wie z.B. Gewerkschaft, Arztpraxis, VHS etc.

3.3.1.2 Anzahl der erreichten Personen

In 605 Dokumentationsbögen (95 % der Fälle) lagen Schätzungen zur Anzahl der erreichten Personen vor. Die Gesamtsumme dieser Schätzungen ergab eine Zahl von 539.000 erreichten Personen. Die in zwei Dokumentationsbögen genannte maximale Zahl lag jeweils bei 100.000 Personen.²⁴

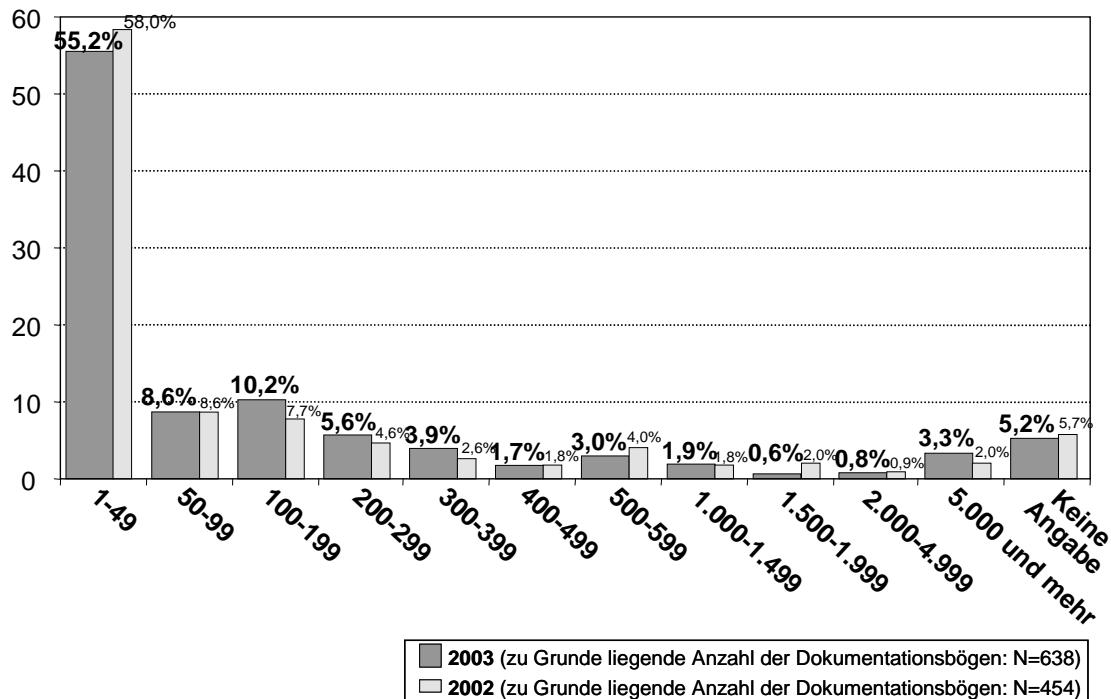
Am häufigsten wurden mit den jeweiligen Aktivitäten 1-49 Personen erreicht, davon wiederum hauptsächlich Gruppen von 10-19 Personen. Die Aktivitäten sprachen größere Personengruppen tendenziell seltener an (vgl. Abb. 7, S. 30):

²³ „Unternehmerfrauen im Handwerk“ lassen sich nicht trennscharf zwischen Betrieblicher Gesundheitsförderung und nichtbetrieblichem Setting unterscheiden. Sie wurden offensichtlich dem nichtbetrieblichen Setting zugeordnet.

²⁴ Es handelte sich hierbei zum einen um ein Projekt, in das etwa 200 Grundschulen eingebunden waren. Im Rahmen dieses Projektes wurden bereits 2002 schätzungsweise 200.000 Personen erreicht. Bei dem zweiten Projekt handelte es sich um den Nichtraucherwettbewerb in Schulen „Be smart, don't start“, der durch das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung zusammen mit Krankenkassen, der Europäischen Kommission, der Deutschen Krebshilfe und weiteren Einrichtungen seit 1997 in jährlichem Turnus durchgeführt wird. Dabei verpflichten sich Schulklassen für ein halbes Jahr zu einem Rauchverzicht. Für das Schuljahr 2002/2003 hatten sich in der Gesamtheit 9.500 Klassen zur Teilnahme hierfür angemeldet. In zwei Bundesländern waren Krankenkassen mit in das Projekt eingebunden.

Bislang wurden im Dokumentationsbogen zum nichtbetrieblichen Settingansatz lediglich die Settings abgefragt, nicht aber die Zahl der darin befindlichen Einrichtungen. Mit der optimierten Fassung des Dokumentationsbogens, die ab dem Berichtsjahr 2004 zum Einsatz kommen wird, wird ebenfalls die Menge der zu einem Setting zugehörigen Einrichtungen erfasst werden.

Abb. 7: Anzahl der erreichten Personen



In 21 Fällen wurden 5.000 und mehr Personen erreicht. Da bei 18 dieser Fälle die Aktivitäten zum Ende des Berichtsjahres noch liefen, kann hier von umfassenden Projekten ausgegangen werden. In sechs der Fälle fanden die Aktivitäten u.a. in Sportvereinen statt.

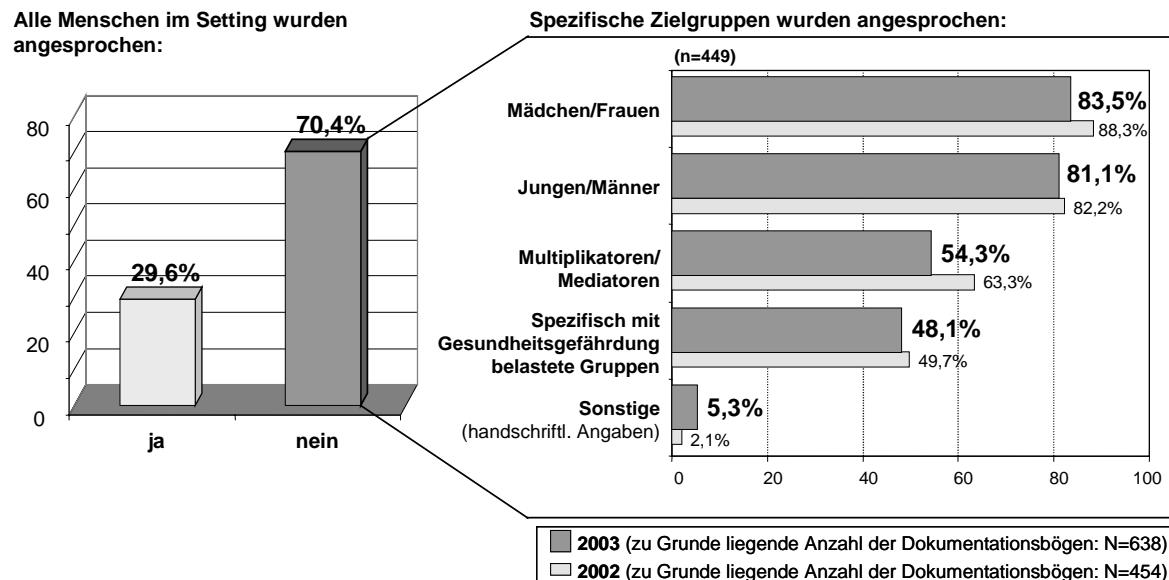
3.3.1.3 Schwerpunktmaßige Zielgruppen

In 449 Fällen (70 %) wurden mit den Aktivitäten spezifische Zielgruppen angesprochen (2002: 332 Fälle, 73 %). Im Durchschnitt wurden dabei zwei Zielgruppen gleichzeitig benannt.

In etwa 80 % der Fälle handelte es sich dabei sowohl um „Mädchen/Frauen“ als auch um „Jungen/Männer“. Sie standen auch in der Auflistung der einzelnen Zielgruppen an vorderster Stelle. Hier kann in nur wenigen Fällen von einer eigentlichen geschlechtsspezifischen Zielausrichtung ausgegangen werden. Aus einzelnen handschriftlichen Angaben zu Dokumentationsbögen aus dem Setting Schule lässt sich herleiten, dass mit diesen beispielsweise häufig Schüler (oft einer bestimmten Altersgruppe) gemeint waren²⁵. „Multiplikatoren/Mediatoren“ wurden in 54 Prozent und „Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen“ in etwa der Hälfte der Fälle als gewählte Zielgruppe benannt (vgl. Abb. 8, S. 31):

²⁵ Auch hierzu fanden Überarbeitungen im Rahmen der neuen, ab dem Berichtsjahr 2004 gültigen Dokumentationsbögen statt, so dass diese Ungenauigkeit mit der nächsten Erhebung behoben sein wird.

Abb. 8: Schwerpunktmaßige Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)



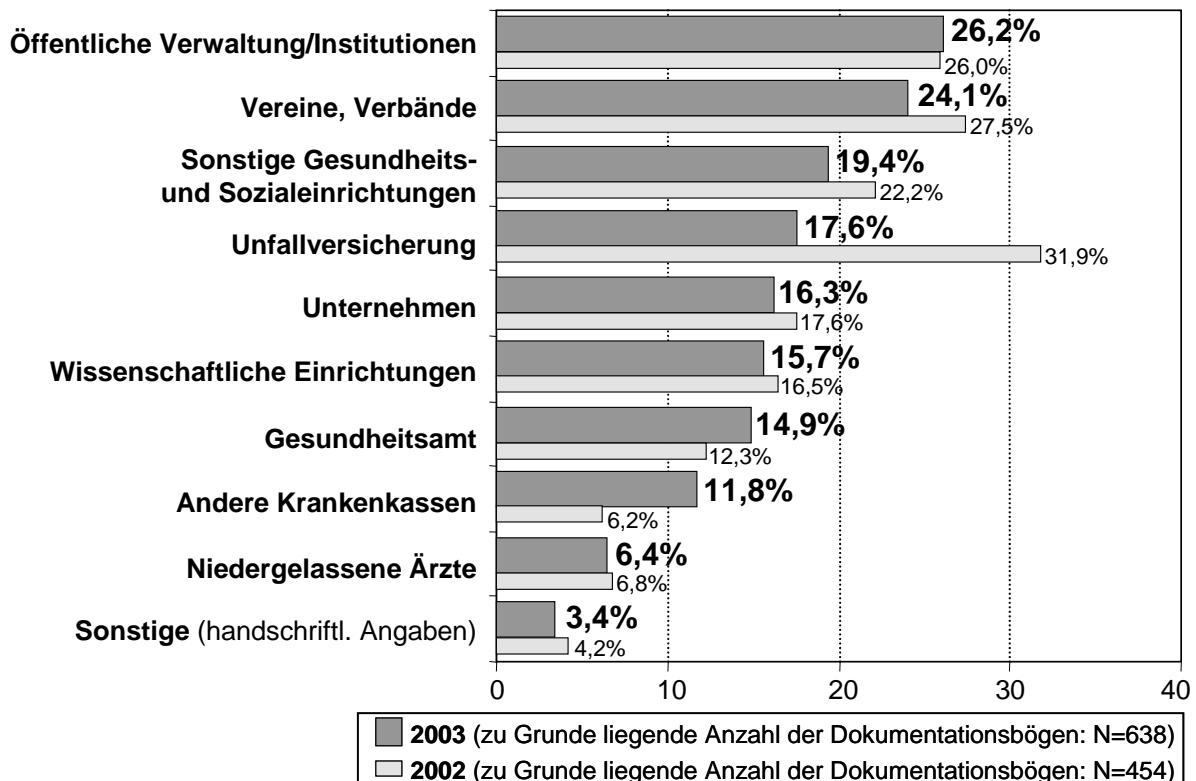
Zwar ist der Anteil an gemeldeten „Multiplikatoren/Mediatoren“ im Vergleich zu 2002 rückläufig. Doch wurden sie nicht seltener als Zielgruppe benannt: die Fallzahl ist sogar aufgrund des deutlich größeren Datenumfangs zum Settingansatz von 210 auf 234 Fälle angestiegen. „Multiplikatoren/Mediatoren“ nehmen also nach wie vor einen hohen Stellenwert als Zielgruppe ein, die gesundheitsförderliche Impulse über das Setting hinaus (z.B. in die Familien, Freundeskreise, lokalen Umfelder) setzen können.

Eine weitere Auffächerung der Gruppe der Multiplikatoren/Mediatoren ergab, dass meist „Lehrer, Erzieher und anderes pädagogisches Personal“ benannt wurden (80 % der Multiplikatoren/Mediatoren). Dem folgten der Rangfolge nach die „Eltern“ (59 %), „Sozialarbeiter oder anderes im sozialen Bereich tätiges Personal“ (19 %) sowie „nichtpädagogisches Personal“ (14 %). Seltener angegeben wurde „im medizinischen Bereich tätiges Personal“ (7 %).

3.3.1.4 Kooperationspartner

Grundsätzlich sind immer die im Setting Verantwortlichen bereits Kooperationspartner der Krankenkassen. Über diese wird hier nicht berichtet, sondern über Kooperationen darüber hinaus. Solche bestanden in 448 Fällen (70 %; 2002: n=378). Im Durchschnitt haben pro Fall mit bejahten Kooperationen zwei Kooperationspartner Ressourcen personeller, finanzieller und/oder sachlicher Art in die Setting-Aktivitäten eingebracht. Im Einzelnen handelte es sich den Anteilen nach um folgende:

Abb. 9: Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)



Am häufigsten waren die „Öffentliche Verwaltung/Institutionen“ und „Vereine/Verbände“ in die Aktivitäten mit eingebunden. In 20 Prozent der Fälle wurden sie gemeinsam benannt (für sich oder in Kombination mit weiteren Kooperationspartnern). Auch brachten „Sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“ sowie die „Unfallversicherung“ ihre Ressourcen häufig in die Aktivitäten ein. Dem folgten den Häufigkeiten nach die „Unternehmen“, „Wissenschaftliche Einrichtungen“ sowie „Gesundheitsämter“.

In 2003 war besonders die Unfallversicherung im Vergleich zum Vorjahr seltener als Kooperationspartner in Setting-Aktivitäten eingebunden (2003: 112 Fälle, 2002: 145 Fälle). Bedingt war dieses Ergebnis vorwiegend durch den Rückgang an Kooperationen mit der Unfallversicherung bei Aktivitäten in Berufsschulen (2003: 42 %, 2002: 63 %).

3.3.1.5 Koordination und Steuerung

Feste Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen waren in 339 Fällen (56 %; 2002: 229 Fälle, 55 %) vorhanden. Wie die in Kap. 3.3.3 (S. 49 ff.) abgebildeten Auswertungen zu durchgeführten Bedarfsanalysen und Interventionen in Abhängigkeit von vorhandenen bzw. fehlenden Koordinierungsgremien deutlich machen, sind Koordinierungsgremien für umfassende Struktur- und Organisationsveränderung in Settings hin zu einem gesundheitsförderlichen Setting vorteilhaft.

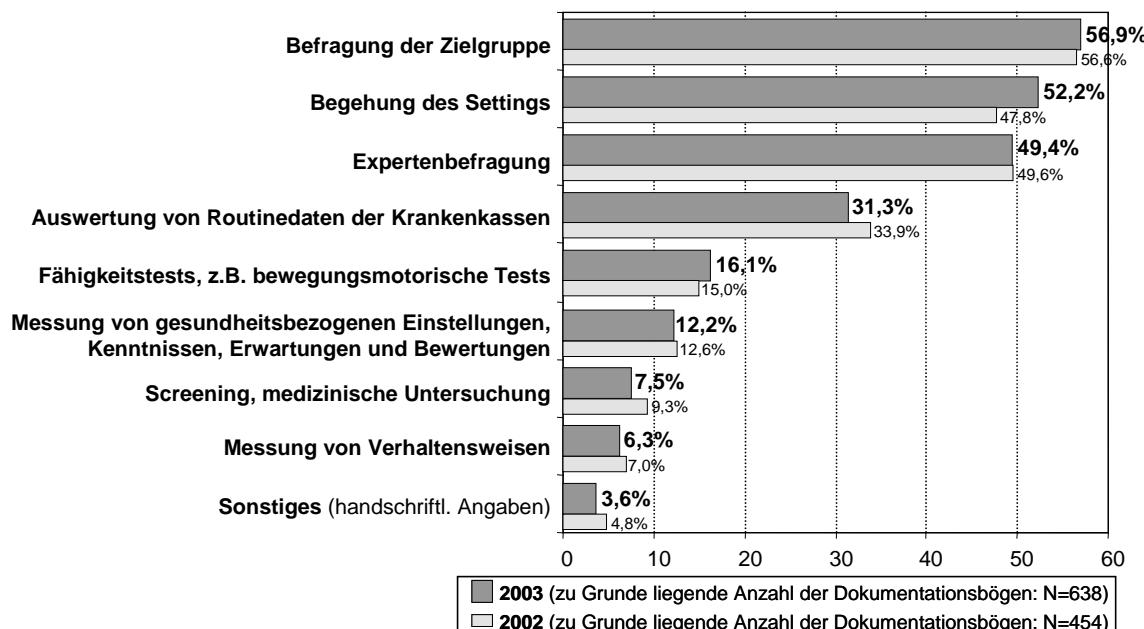
Das Item „Eine Vereinbarung zur Durchführung von Aktivitäten wurde getroffen“ wurde in der deutlichen Mehrzahl der Fälle nicht ausgefüllt, möglicherweise deshalb, weil sich diese Frage erübrigte, denn primärpräventive Aktivitäten ohne vorab getroffene mindestens mündliche Vereinbarung sind im Prinzip nicht denkbar. Somit lassen sich aus den vorlie-

genden Angaben keine verlässlichen Informationen ziehen. Entsprechend wurde für dieses Berichtsjahr auf eine Ergebnisdarstellung zu dieser Frage verzichtet²⁶.

3.3.1.6 Bedarfsermittlung

Mit diversen Instrumenten der Bedarfsermittlung in Settings können darin spezifische Problematiken und Gesundheitsrisiken sowie gesundheitsförderliche Potenziale ermittelt werden. Mit den dadurch gewonnenen Erkenntnissen lassen sich die Interventionen besser an die Situation vor Ort ausrichten. In knapp 80 % aller Fälle lagen Angaben zu erfolgten Bedarfsermittlungen vor (2002: ebenfalls knapp 80 %). Diese verteilten sich im Einzelnen wie folgt:

Abb. 10: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



An vorderer Stelle standen die „Befragung der Zielgruppe“, die „Begehung des Settings“ und die „Expertenebefragung“. „Auswertungen von Routinedaten der Krankenkassen“ wurden in knapp einem Drittel der Fälle durchgeführt. Seltener kamen „Screenings, medizinische Untersuchungen“ und „Messungen von Verhaltensweisen“ zum Einsatz. Dieses Ergebnis ist mit dem der Erhebung zum Jahr 2002 vergleichbar.

Im Durchschnitt wurden bei Bejahung einer durchgeführten Bedarfsermittlung etwa drei Items angekreuzt. Am häufigsten kombiniert wurden dabei die „Befragung der Zielgruppe“, die „Expertenebefragung“ und die „Begehung des Settings“ – für sich alleine oder mit weiteren Methoden der Bedarfsermittlungen verbunden (45 % der bejahten Fälle zur Bedarfsermittlung). Dazu zählten am häufigsten noch die „Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen“ (zwei Drittel der kombinierten Fälle).

²⁶ Die weiterentwickelten Erhebungsinstrumente, die ab dem Berichtsjahr 2004 eingesetzt werden, fragen differenziert nach mündlichen und schriftlichen Vereinbarungen ab.

3.3.1.7 Gesundheitszirkel

Wie im Berichtsjahr 2002 wurden auch in 2003 Gesundheitszirkel in nichtbetrieblichen Settings eher selten durchgeführt. Dies geschah in 4 % aller Fälle (n=25). Möglicherweise wurden in nichtbetrieblichen Settings häufiger sogenannte „Zukunftswerkstätten“ eingerichtet bzw. durchgeführt. Sie binden, ähnlich wie Gesundheitszirkel, Vertreter möglichst aller im Setting befindlichen Personengruppen in den Prozess der Strukturveränderungen ein. In den bisherigen Dokumentationsbögen wurden sie nicht abgefragt²⁷.

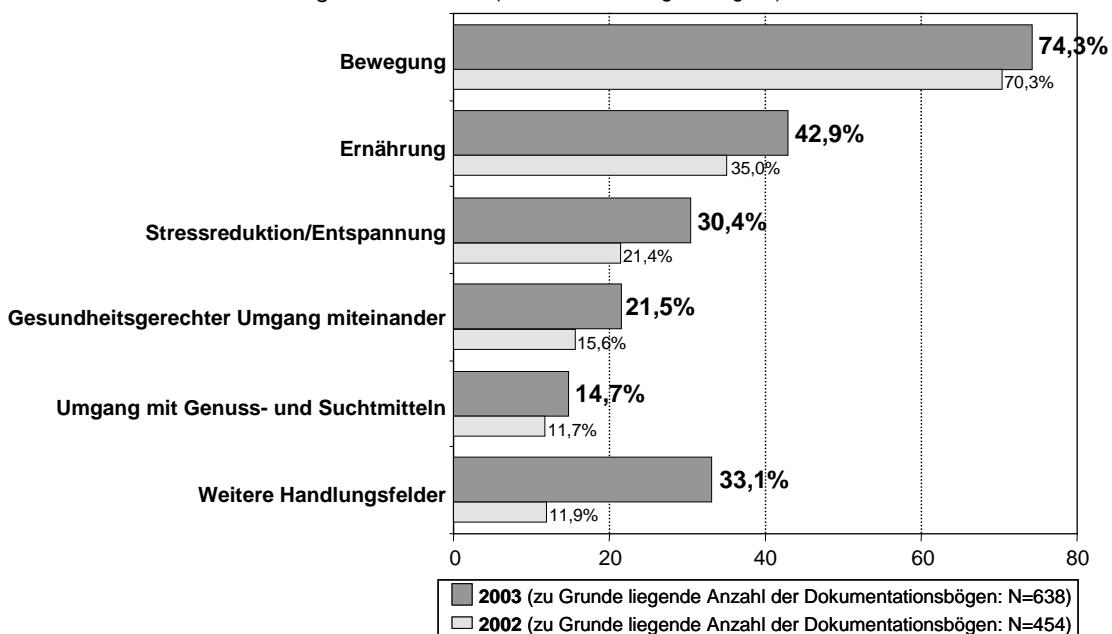
3.3.1.8 Intervention

Das Kapitel Intervention enthält Ergebnisse zu den Themen "Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten", "Verhaltens- und verhältnisorientierte Aktivitäten", "Angewandte Methoden" und "Eingesetzte Medien".

3.3.1.8.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

In 98 % aller Fälle lagen Angaben zur inhaltlichen Ausrichtung der Aktivitäten vor (2002: 95 %). Die Inhalte verteilten sich dabei im Einzelnen wie folgt:

Abb. 11: *Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten (Mehrfachnennungen möglich)*



Weitaus am häufigsten waren die Aktivitäten auf den Inhalt „Bewegung“ ausgerichtet. Dem folgten die Themen „Ernährung“, „Stressreduktion und Entspannung“ sowie der „Gesundheitsgerechte Umgang miteinander“. Seltener stand das Thema „Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ im Fokus der Aktivitäten.

Offensichtlich griffen die Krankenkassen vorwiegend das zentrale Element Bewegung deshalb auf, weil über die Bewegung meist weitere Lebensgewohnheiten, wie z.B. die Ernährung, der Umgang mit Stress oder Sozialkontakte, angesprochen wurden. Auch wurde in vier Fünftel der Fälle, in denen die „Bewegung“ als Inhalt gemeldet wurde, mindestens

²⁷ Dies wird ab dem Berichtsjahr 2004 erfolgen.

noch ein weiterer Inhalt benannt. Dabei handelte es sich am häufigsten noch um die „Ernährung“ (für sich allein oder in Kombination mit weiteren Inhalten, 36 % der Fälle mit vorliegenden Angaben zur „Bewegung“). In 16 % aller Fälle behandelten die Aktivitäten gleichzeitig die Themen „Bewegung“, „Ernährung“ und „Stressreduktion/Entspannung“.

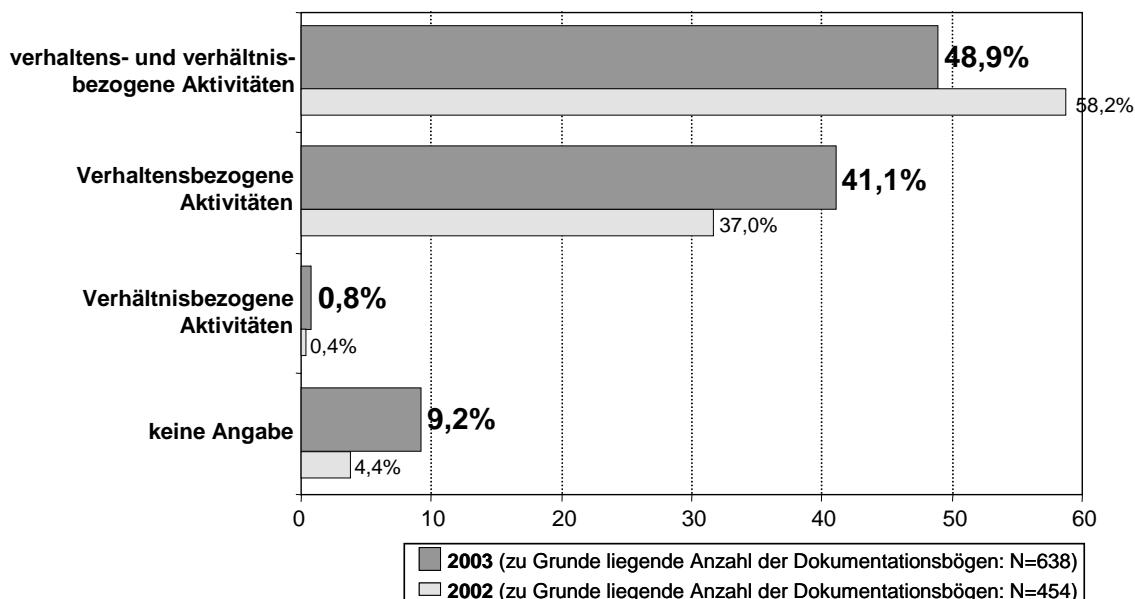
Der hohe Anteil an weiteren Handlungsfeldern ergibt sich daraus, dass in 142 Fällen die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ (durchweg zusammen mit dem Item „Bewegung“) angegeben wurde. Dabei handelte es sich um Aktivitäten im Setting „Berufsschule“. Als weitere Inhalte wurden insbesondere noch „gesunde Umwelt“, „Gewaltprävention und Selbstwertstärkung“, „Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)“ sowie „Unfallprävention“ erwähnt.

3.3.1.8.2 Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten

Aktivitäten nach dem Settingansatz sind sowohl auf das Verhalten der sich im Setting aufhaltenden Personen als auch auf die Verhältnisse im Setting selbst ausgerichtet. Bei verhaltensbezogenen Aktivitäten handelt es sich um die Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen und/oder praktischen Fertigkeiten, Handlungs-, Entscheidungs- oder Selbstwahrnehmungskompetenzen. Verhältnisbezogene Aktivitäten beziehen sich auf das Umfeld, auf vorhandene Strukturen, Organisationen oder Abläufe im Setting.

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

Abb. 12: Intervention – Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten



Bei fast der Hälfte der Fälle waren die Aktivitäten sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientiert, d.h. sie entsprachen dem Settingansatz. Auch ist im Vergleich zum Vorjahr die Fallzahl der berichteten verhaltens- und verhältnisbezogenen Aktivitäten – trotz Rückgangs des prozentualen Anteils – von 264 auf 312 angestiegen. Bei 41 % der Fälle bezogen sich die Aktivitäten ausschließlich auf das Verhalten, und selten waren sie nur auf die Verhältnisse ausgerichtet. Bei den rein verhaltensbezogenen Aktivitäten handelte es sich in zwei Dritteln der Fälle um solche mit einer Laufzeit von weniger als einem Jahr. Auch

wurden bei diesen, wie in Kap. 3.3.3 (s. 49 ff.) aufgezeigt wird, meist keine Koordinierungsgremien gebildet.

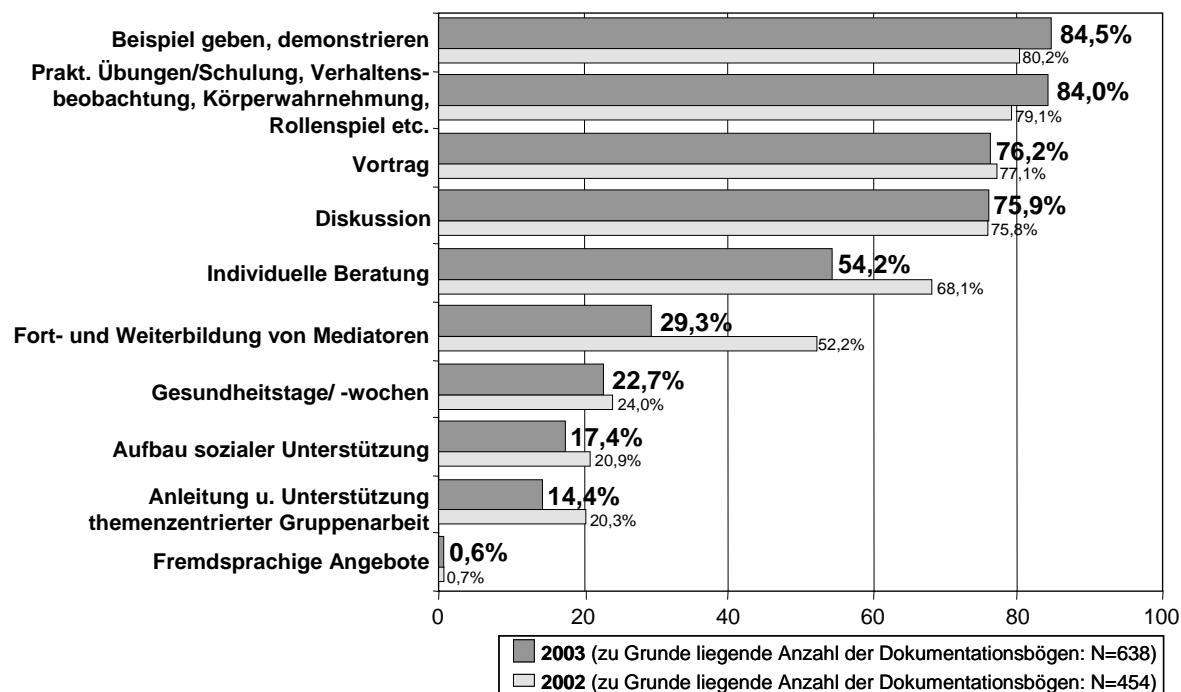
45 % der Fälle (n=351) enthielten handschriftliche Angaben zur Art der Umgestaltung von Umfeld/Strukturen bzw. Abläufen im Setting. Aus diesen Angaben wurden bei der Auswertung folgende Kategorien gebildet:

- Veränderung der Organisation im jeweiligen Setting (66 % dieser 351 Fälle, n=190)
- Verbesserung von Umgebungsbedingungen (66 %, n=188)
- Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen und Verantwortlichkeiten (6 %, n=17)
- Informations- und Kommunikationsstrukturen (4 %, n=11)
- Soziale Angebote und Einrichtungen (4 %, n=11)
- Andere (0,7 %, n=2)

3.3.1.8.3 Methoden und Medien

In 97 % der Fälle lagen Angaben zu angewandten Methoden (2002: 97 %) und in 94 % Angaben zu eingesetzten Medien vor (2002: 92 %).

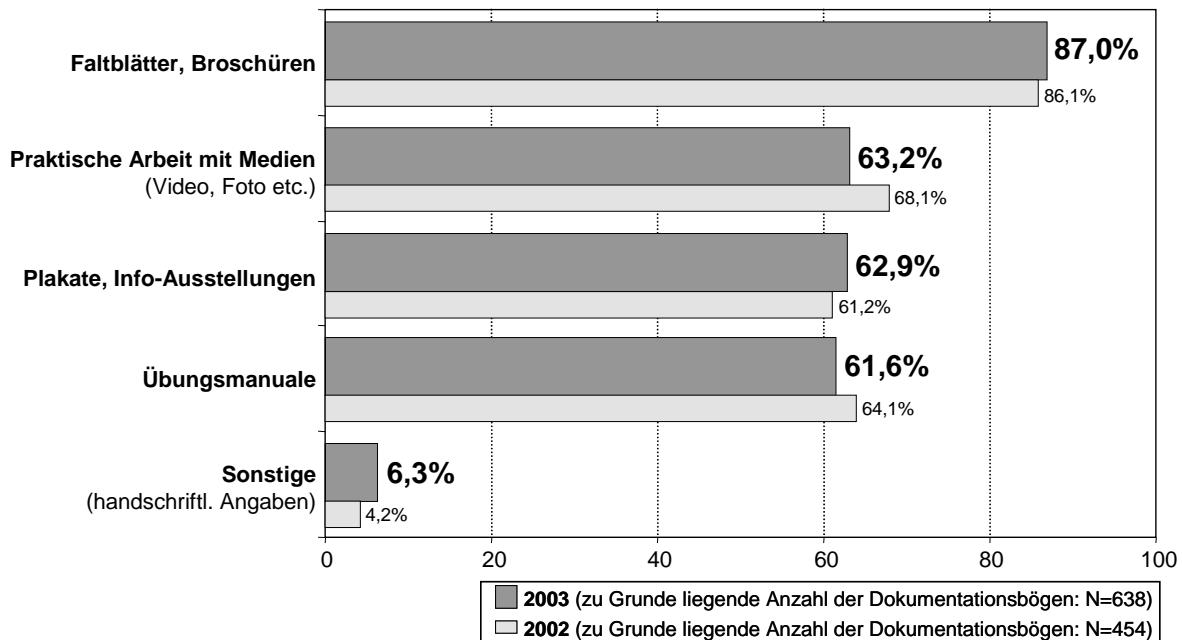
Abb. 13: Intervention – angewandte Methoden (Mehrfachnennungen möglich)



Zu den fünf am häufigsten angewandten Methoden zählten – mit absteigenden Häufigkeiten – das „Beispiel geben, demonstrieren“, „Praktische Übungen/Schulung, Verhaltensbeobachtung, Körperwahrnehmung, Rollenspiel etc.“, „Vortrag“, „Diskussion“ sowie die „Individuelle Beratung“. Im Vergleich zum Vorjahr wurden deutlich seltener „Fort-/Weiterbildung von Mediatoren“ angeboten. „Fremdsprachige Angebote“ gab es bei den Aktivitäten kaum.

Wurden Methoden benannt, dann waren es im Durchschnitt fünf pro Fall. Am häufigsten wurden die fünf Methoden „Vortrag“, „Beispiel geben, demonstrieren“, „Praktische Übungen/Schulung ...“, „Diskussion“ und „individuelle Beratung“ eingesetzt.

Abb. 14: Intervention – eingesetzte Medien (Mehrachnungen möglich)



Meist setzten die Anbieter der Setting-Aktivitäten „Faltblätter und Broschüren“ ein. Dem folgten die „Praktische Arbeit mit Medien, wie u.a. Video und Foto etc.“, „Plakate, Informationsausstellungen“ sowie „Übungsmanuale“. Wurden Medien angegeben, dann waren es im Durchschnitt drei. Häufigste Dreierkombination war dabei die „Praktische Arbeit mit Medien, wie Foto, Video etc.“, kombiniert mit dem Einsatz von „Übungsmanualen, Arbeitsunterlagen“ und „Faltblättern, Broschüren“ (5 %). In 43 % aller Fälle, bei denen Angaben zu Medien vorlagen, wurden alle vier abgefragten Medien gleichzeitig benannt.

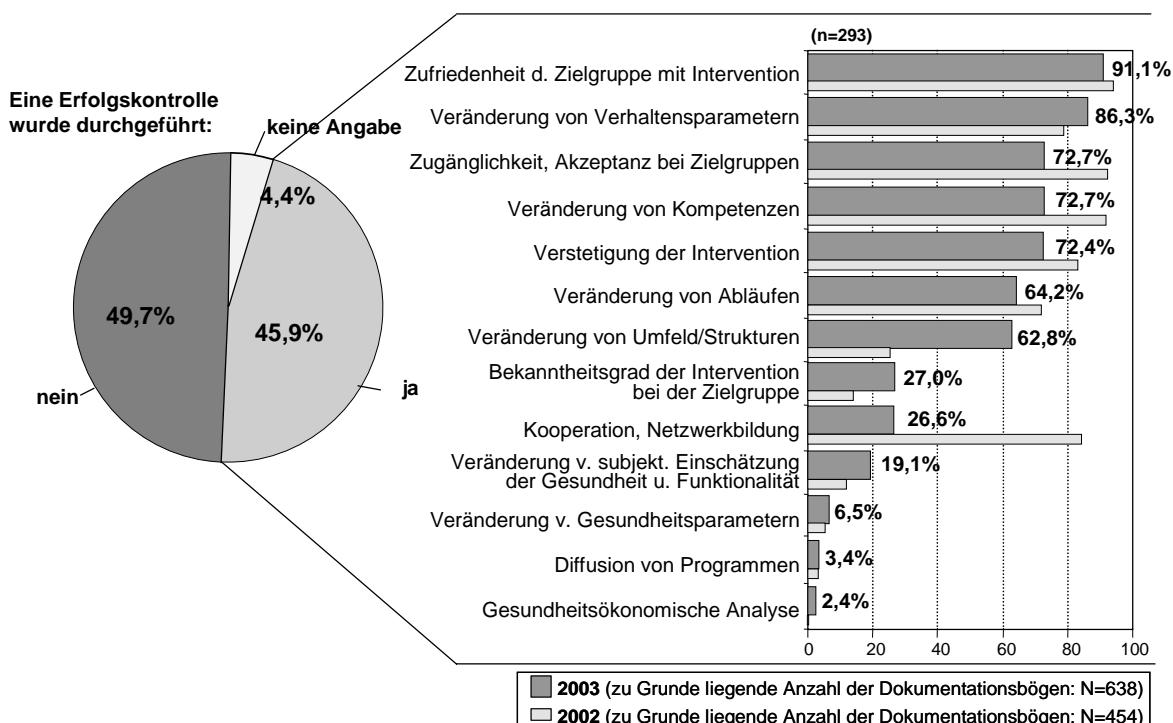
3.3.1.9 Erfolgskontrollen

Bei knapp der Hälfte aller Fälle (293 Fälle) wurden Erfolgskontrollen zu den Interventionen durchgeführt (2002: 197 Fälle, 43 %). Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist zu beachten, dass fast 60 % aller erfassten Aktivitäten noch nicht abgeschlossen waren und viele davon im weiteren Verlauf voraussichtlich noch einer Erfolgskontrolle unterzogen werden. Beabsichtigte Erfolgskontrollen können mit den bislang eingesetzten Erhebungsinstrumenten jedoch nicht dargestellt werden.²⁸

In 96 % der Fälle mit durchgeföhrter Erfolgskontrolle fand eine Prüfung mehrerer Faktoren statt, im Durchschnitt waren es pro Fall etwa sechs abgefragte Parameter, was im Sinne der Qualität von Erfolgskontrollen zu werten ist.

Die Häufigkeiten der einzelnen Erfolgskontrollen stellt sich wie folgt dar (vgl. Abb. 15, S. 38):

Abb. 15: Erfolgskontrollen (Mehrfachnennungen möglich)



Besonders oft wurden die „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“ und die „Veränderung von Verhaltensparametern“ geprüft. Ebenfalls häufig waren die „Zugänglichkeit und Akzeptanz der Interventionen bei den Zielgruppen“, die „Veränderung von Kompetenzen“, die „Verstetigung der Intervention“, die „Veränderung von Abläufen“ sowie die „Veränderung von Umfeld und Strukturen“ Gegenstand von Erfolgskontrollen. Seltener angegeben wurden die „Diffusion von Programmen“ und die „Gesundheitsökonomische Analyse“. Auffallend zurückgegangen ist der Anteil an „Kooperationen, Netzwerkbildungen“ gegenüber 2002.

²⁸ Ab dem Berichtsjahr 2004 werden mit den überarbeiteten Dokumentationsbögen auch geplante Erfolgskontrollen abgefragt.

3.3.2 Settingbezogene Auswertungen

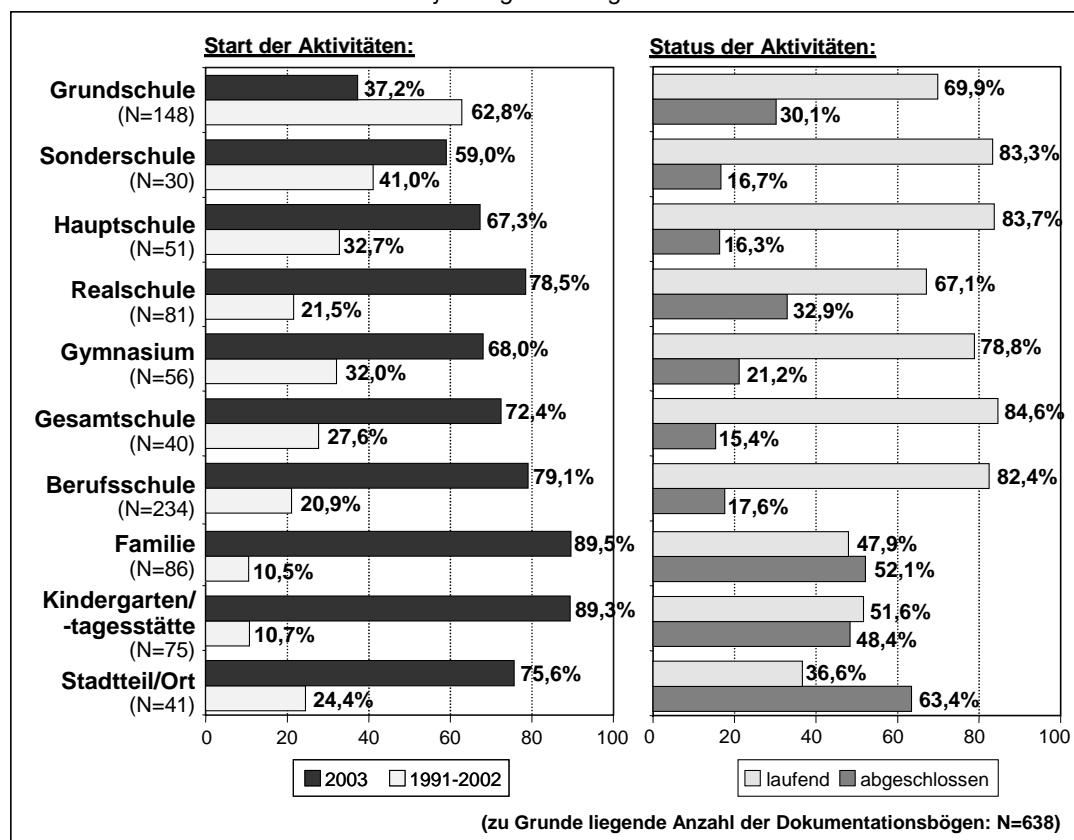
Die überwiegende Mehrzahl der Settings, in denen sich die Krankenkassen an Gesundheitsförderungsaktivitäten beteiligten, waren Schulen und Berufsschulen (in 73 % aller Fälle; s. auch S. 28). Das Setting Schule ist im GKV-Leitfaden beispielhaft beschrieben. Es eignet sich besonders für zielgruppenorientierte Maßnahmen, weil hier alle Kinder und Jugendliche, besonders solche aus sozial benachteiligten Familien erreicht werden können.

Neben allen Schulararten umfassen die settingbezogenen Auswertungen solche Settings, die mit einem Anteil von mindestens 5 % im Datensatz vertreten waren. Dazu zählte mit einem Anteil von 14 % das Setting „Familie“, das nahezu immer zusammen mit weiteren Settings, insbesondere mit „Grundschule“ und/oder „Kindergarten/Kindertagesstätte“ benannt wurde. Weiterhin gingen die Settings „Kindergarten/Kindertagesstätte“ (12 %) und „Stadtteil/Ort“ (6 %) in nachfolgende weitere Betrachtung ein.²⁹

3.3.2.1 Start und Status der Aktivitäten

Der Beginn der Aktivitäten und ihr Status zum Ende des Berichtsjahres 2003 stellten sich in den jeweiligen Schulen und Berufsschulen wie folgt dar:

Abb. 16: Start/Status der Aktivitäten in den jeweiligen Settings



²⁹ 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.

In Grundschulen waren die Laufzeiten von primärpräventiven Aktivitäten auffallend häufig lang: sie starteten in der Mehrzahl der Fälle bereits vor 2003 und dauerten zum Ende des Berichtjahres noch an. Überhaupt war die überwiegende Mehrheit an Aktivitäten in allen Schularten, einschließlich Berufsschulen – unabhängig davon, ob sie in 2003 oder davor gestartet wurden – zum Ende des Berichtjahres noch laufend. In Stadtteilen/Orten waren die Aktivitäten hingegen eher kurzfristig angelegt: sie starteten in drei Viertel der Fälle im Jahr 2003 und waren in zwei Dritteln der Fälle zum Ende desselben Jahres abgeschlossen. Besonders hoch war der Anteil an in 2003 gestarteten Aktivitäten in den Settings Kindergarten/-tagesstätte und Familie. In diesen Settings waren die Aktivitäten zu etwa der Hälfte noch im selben Jahr abgeschlossen.

3.3.2.2 Schwerpunktmaßige Zielgruppen

Am häufigsten wurden spezifische Zielgruppen in Berufsschulen (84 %) und „Kindergarten/-tagesstätten“ (84 %) anvisiert. Bei den anderen Settings lag der Anteil an spezifisch gewählten Zielgruppen zwischen 67 % (Grundschule) und 73 % (Hauptschulen). Deutlich am geringsten war die spezifische Zielgruppenausrichtung im Setting „Stadtteil/Ort“: bejaht wurde eine solche in 51 % dieser Fälle.

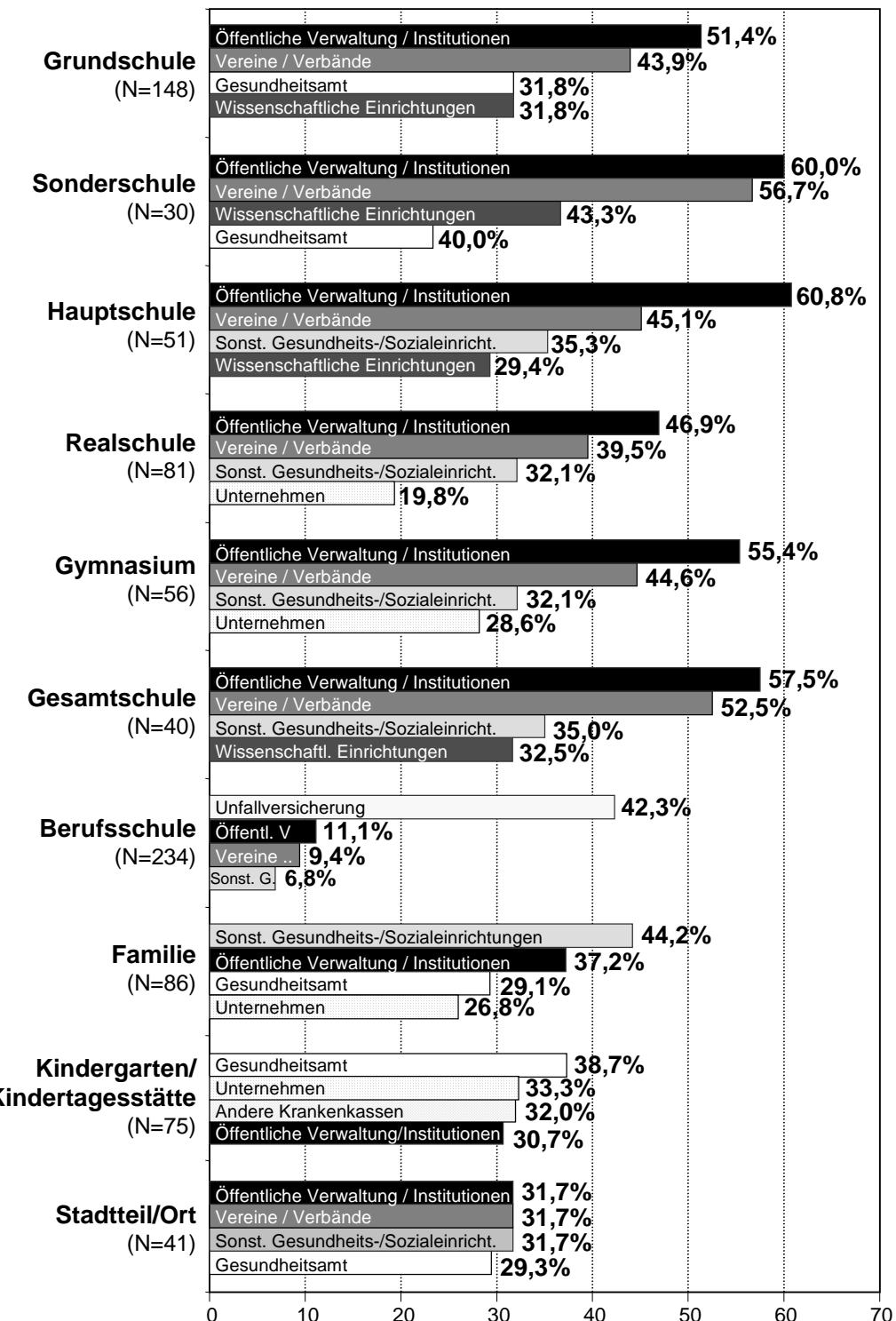
Alle Schularten benannten in erster Linie „Jungen/Männer“ bzw. „Mädchen/Frauen“ als Zielgruppen. Auch standen „Multiplikatoren/Mediatoren“ in allen Settings bis auf die „Berufsschulen“ durchweg an dritter Stelle, wobei sie die höchsten prozentualen Anteile in „Hauptschulen“ und „Gesamtschulen“ (47 % und 48 %) ausmachten. „Spezifisch mit Gesundheitsgefährdung belastete Gruppe(n)“ standen bei allen Settings, bis auf die „Berufsschulen“ an letzter Stelle. In „Berufsschulen“ machten sie einen Anteil von 70 % aus.

3.3.2.3 Kooperationspartner

In den Settings „Sonderschule“, „Hauptschule“ und „Gesamtschule“ waren besonders häufig weitere Kooperationspartner mit in die Settingaktivitäten eingebunden (jeweils 90 %). Etwas niedriger waren die Anteile in „Gymnasien“, „Grundschulen“, „Kindergarten/-tagesstätten“ und „Realschulen“ (89 % bis 79 %). Dem folgten Kooperationen bei Aktivitäten in den Settings „Familie“ und „Stadtteil/Ort“ (74 % und 71 %). Der niedrigste Anteil an Kooperationen war in „Berufsschulen“ zu finden (57 %).

Die Abbildung zu den jeweils vier am häufigsten benannten Kooperationspartnern zeigt folgende Setting-spezifischen Ergebnisse:

Abb. 17: Kooperationen in einzelnen Settings – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)



In allen schulischen Settings, außer Berufsschulen, waren als Kooperationspartner am häufigsten die „Öffentliche Verwaltung/Institutionen“ in die Aktivitäten eingebunden. Sie zählten auch bei Aktivitäten in allen weiteren hier behandelten Settings zu den vier meist beteiligten Kooperationspartnern. In „Berufsschulen“ stand die „Unfallversicherung“ an vorderster Stelle. Zweithäufigst genannte Kooperationspartner waren in allen schulischen Settings „Vereine und Verbände“, in „Berufsschulen“ standen sie an dritter Stelle. „Gesundheitsämter“ zählten in „Grund-, Sonderschulen“, „Kindergärten/-tagesstätten“ und „Familien“ zu den vier meist beteiligten Kooperationspartnern. „Sonstige Gesundheits-

und Sozialeinrichtungen“ waren vergleichsweise häufig bei Aktivitäten in „Haupt-, Real-, Gesamtschulen und Gymnasien“ sowie in „Familien“ und „Stadtteil/Ort“ eingebunden. „Wissenschaftliche Einrichtungen“ zählten in den Settings „Grund-, Sonder-, Haupt- und Gesamtschule“ zu den vier am häufigsten benannten Kooperationspartnern. „Unternehmen“ waren insbesondere bei Aktivitäten in „Realschulen“, „Gymnasien“, „Familien“ und „Kindergärten/-tagesstätten“ als Kooperationspartner beteiligt.

3.3.2.4 Koordination/Steuerung

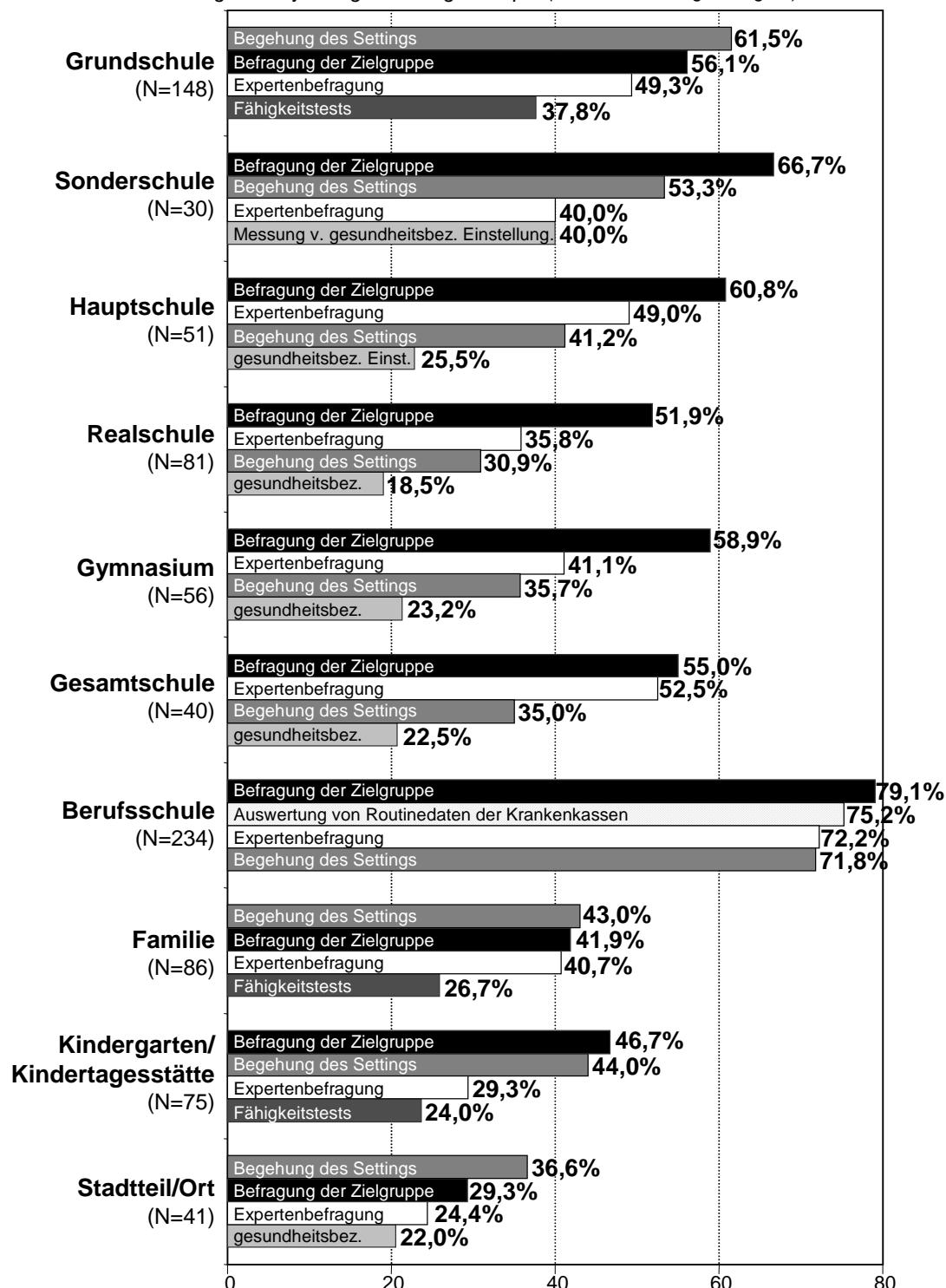
Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden am häufigsten in „Berufsschulen“ gebildet (79 %). Dem folgten – den Anteilen nach – die Settings „Sonderschule“ (63 %), „Hauptschule“ (60 %), „Gymnasium“ (59 %), „Gesamtschule“ (58 %), „Grundschule“ (52 %), „Realschule“ (50 %), „Kindergarten/Kindertagesstätte“ (48 %) und „Stadtteil/Ort“ (44 %). Am seltensten wurden Koordinierungs-/Steuerungsstrukturen beim Setting „Familie“ benannt (30 %). Hier spielt sicher auch eine Rolle, dass Familien meist über weitere Settings erreicht wurden.

3.3.2.5 Bedarfsermittlung

Bedarfsermittlungen wurden am häufigsten in „Berufsschulen“ (92 %) durchgeführt, gefolgt von „Gesamtschulen“ (85 %), „Hauptschulen“ (84 %), „Gymnasien“ (84 %), „Grundschulen“ (84 %), „Sonderschulen“ (80 %), „Realschulen“ (74 %), „Stadtteilen/Orten“ (73 %), „Familien“ (69 %) und „Kindergärten/Kindertagesstätten“ (68 %).

Die folgende Grafik zeigt die vier am häufigsten durchgeführten Methoden zur Ermittlung des bestehenden Handlungsbedarfs in den jeweiligen Settings (vgl. Abb. 18, S. 43):

Abb. 18: Bedarfsermittlung in den jeweiligen Settings – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)



In allen Settings zählten zu den vier am häufigsten angewandten Methoden der Bedarfsermittlung die „Befragung der Zielgruppe“, die „Begehung des Settings“ sowie die „Expertenbefragung“. In Berufsschulen wurde besonders häufig noch auf „Routinedaten der Krankenkassen“ zurückgegriffen. „Instrumente zum Einsatz von gesundheitsbezogenen Einstellungen, Kenntnissen, Erwartungen und Bewertungen“ zählten in den Settings „Sonder-, Haupt-, Realschule, Gymnasium und Gesamtschule“ sowie „Stadtteil/Ort“ zu den „Top 4“ der durchgeföhrten Bedarfsanalysen. In „Grundschulen“, „Kindergärten/-tagesstätten“ und „Familien“ wurden häufig noch „Fähigkeitstests“ durchgeführt.

3.3.2.6 Gesundheitszirkel

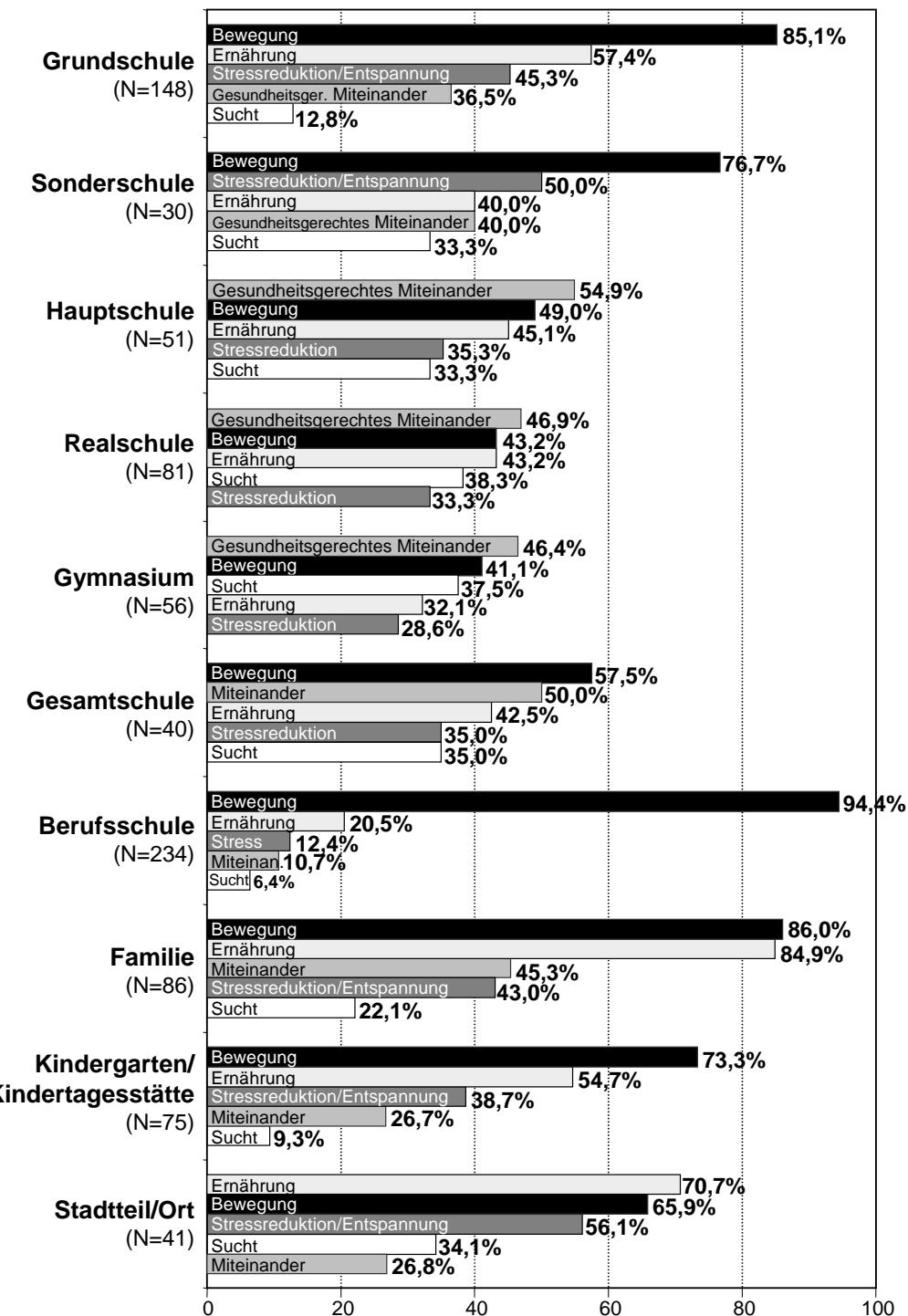
Gesundheitszirkel wurden in allen Settings eher selten durchgeführt, vergleichsweise häufig noch in „Grundschulen“ (12 Fälle = 8 %), „Sonderschulen“ (7 Fälle = 23 %), „Hauptschulen“ (5 Fälle = 10 %) und „Gesamtschulen“ (4 Fälle = 10 %). Hierbei handelt es sich um Schularten, in denen viele Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien anzutreffen sind. Über Grundschulen wurden besonderes oft auch die Familien angesprochen. Dass gerade in diesen Schularten vergleichsweise oft auf Gesundheitszirkel zurückgegriffen wurde, ein Verfahren, das alle im Setting Befindlichen an Gesundheitsförderungsprozessen (z.B. über das Einbringen von Verbesserungsvorschlägen) beteiligt, weist darauf hin, dass hier das Augenmerk auch auf der Stärkung vorhandener Gesundheitspotenziale und -ressourcen bei Schülern und Eltern lag.

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

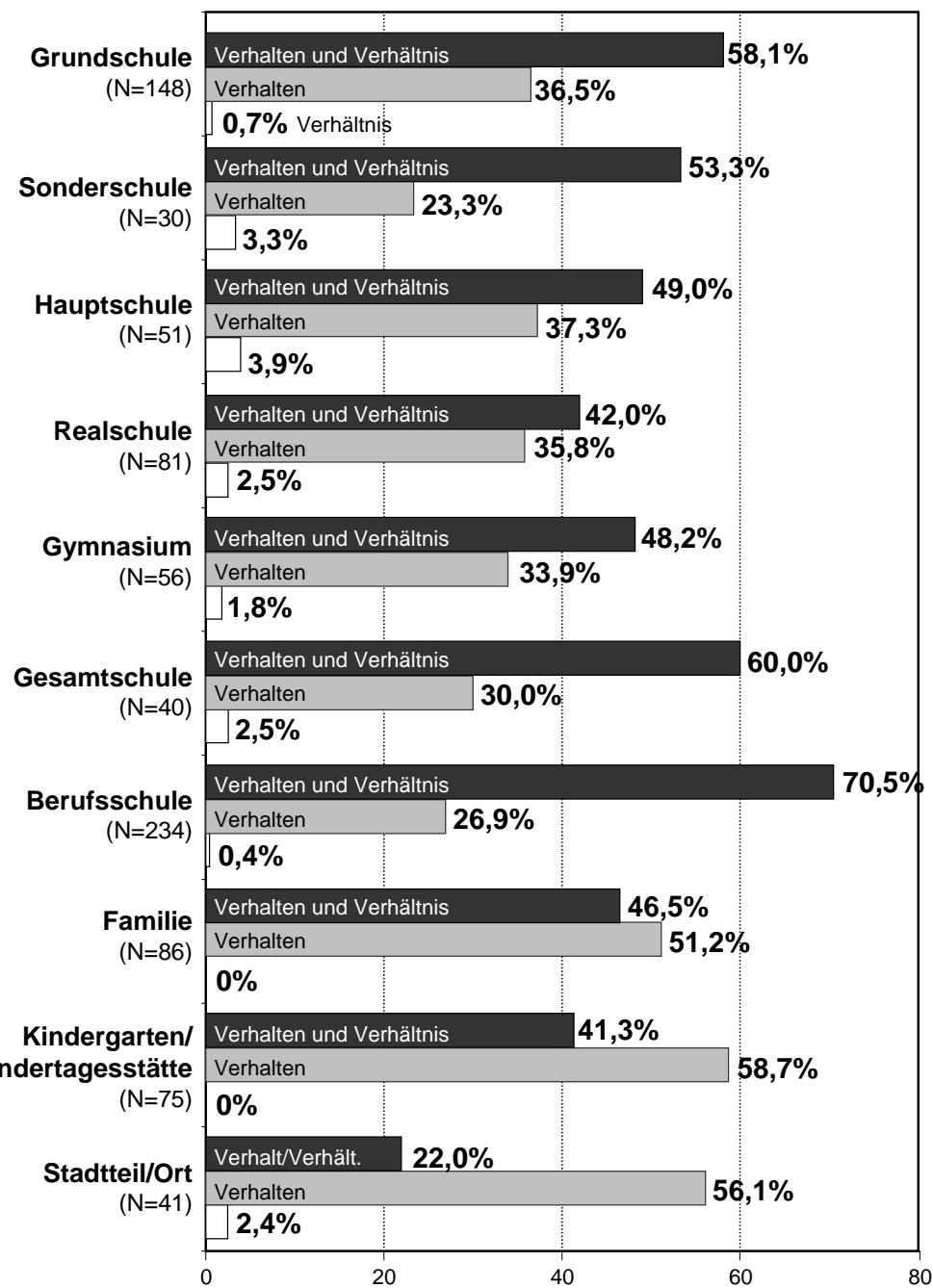
Abb. 19: Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten in den jeweiligen Settings (Mehrfachnennungen möglich)



Die Aktivitäten bezogen sich in den meisten Settings und besonders häufig in „Berufsschulen“ auf den Inhalt „Bewegung“ (siehe auch Erläuterungen zu diesem Ergebnis bei den Gesamtauswertungen, Kap. 3.3.1.8.1, S. 34). In „Haupt-, Realschulen und Gymnasien“ wurde häufiger noch das „Gesundheitsgerechte Miteinander“, und in „Stadtteilen/Orten“ die „Ernährung“ thematisiert. Die „Stressreduktion/Entspannung“ wurde vergleichsweise häufig in „Grund- und Sonderschulen“, „Familien“ und „Stadtteilen/Orten“ behandelt. „Der Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ war am häufigsten in den Settings „Realschule“, „Gymnasium“, „Gesamtschule“, „Stadtteil/Ort“, „Sonder- und Hauptschule“ Gegenstand der Aktivitäten.

3.3.2.7.2 Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten

Abb. 20: Verhaltens- bzw. Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten in den jeweiligen Settings



In allen Schularten einschließlich Berufsschulen waren die Aktivitäten meist sowohl auf das Verhalten der im Setting befindlichen Personen als auch auf die Verhältnisse im Setting selbst (Umfeld, Organisation, Struktur etc.) ausgerichtet. Besonders hoch war der Anteil an verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten in „Berufsschulen“. In den Settings „Kindergarten/-tagesstätte“, „Stadtteil/Ort“ und „Familie“ waren die Aktivitäten hingegen häufiger rein verhaltensbezogen.

3.3.2.7.3 Methoden und Medien

In allen Settings bis auf „Stadtteile/Orte“ zählten zu den beiden am häufigsten angewendeten Methoden die „Praktische Übung/Schulung, Verhaltensbeobachtung, Körperwahrnehmung, Rollenspiel etc.“ und das „Beispiel geben, demonstrieren“. In „Stadtteil/Orten“ wurde häufiger als diese beiden Methoden noch die „Individuelle Beratung“ angeboten. Die „Diskussion“ zählte in allen hier betrachteten Settings ebenfalls zu den vier meist angewandten Methoden.

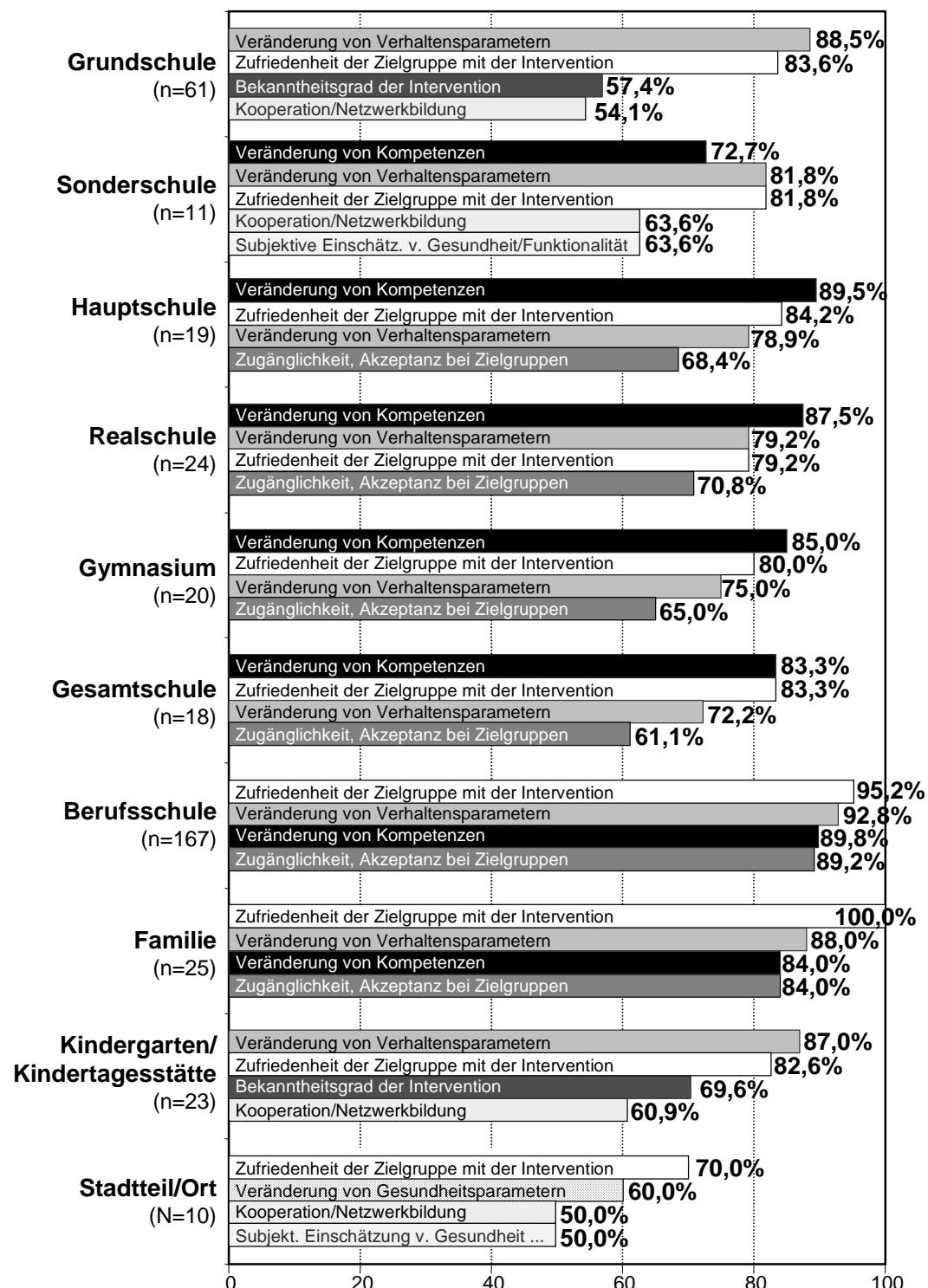
In allen Settings wurden als Medien meist „Faltblätter und Broschüren“ eingesetzt. Weiter lagen die Schwerpunkte bei den Settings „Sonder-, Haupt, Real-, Gesamtschule und Gymnasien“ mehr auf der „Praktischen Arbeit mit Medien, wie Video, Foto etc.“ und dem Einsatz von „Übungsmanualen“. In „Berufsschulen“ wurden zu diesen beiden Medien vergleichbar häufig auch „Plakate, Informationsausstellungen“ eingesetzt. In „Kindergärten/-tagesstätten“, „Grundschulen“, „Familien“ und „Stadtteil/Orten“ fanden „Plakate, Informationsausstellungen“ den zweithäufigsten Einsatz.

3.3.2.8 Erfolgskontrolle

Erfolgskontrollen wurden am häufigsten in Berufsschulen (71 %) durchgeführt, dann – mit absteigenden Anteilen – in „Gesamtschulen“ (43 %), „Grundschulen“ (41 %), „Hauptschulen“ (37 %), „Gymnasien“ (36 %), „Sonderschulen“ (37 %), „Kindergärten/-tagesstätten“ (31 %), „Realschulen“ (30 %) und „Familien“ (30 %). Am wenigsten fanden Erfolgskontrollen in „Stadtteilen/Orten“ statt (22 %).

Zu den vier am häufigsten durchgeföhrten Erfolgskontrollen zählten in allen betrachteten Settings die „Veränderung von Verhaltensparametern“ sowie die Abfrage der „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“. In den Settings „Grundschule“, „Sonderschule“, „Kindergarten/-tagesstätte“ und „Familie“ zählte weiterhin die Abfrage nach gebildeten „Kooperationen, Netzwerken“ zu den vier am häufigsten gemeldeten Kontrollen. Die „Veränderung von Kompetenzen“ wurde häufig in „Schulen“ (außer Grundschule) und „Berufsschulen“ sowie im Setting „Familie“ abgefragt. Die Frage nach der „Zugänglichkeit und Akzeptanz der Aktivitäten bei den Zielgruppen“ wurde ebenfalls häufig in den meisten „Schularten“ (außer Grund- und Sonderschulen), in „Berufsschulen“ und „Familien“ gestellt. Im „Stadtteil/Ort“ standen die Prüfung von „Veränderungen von Gesundheitsparametern“ sowie der „Subjektiven Einschätzung von Gesundheit und Funktionalität“ vorne (vgl. Abb. 21, S. 48):

Abb. 21: Erfolgskontrollen in den jeweiligen Settings – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)



3.3.3 Bedarfsermittlung und Intervention bei vorhandenen bzw. fehlenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen

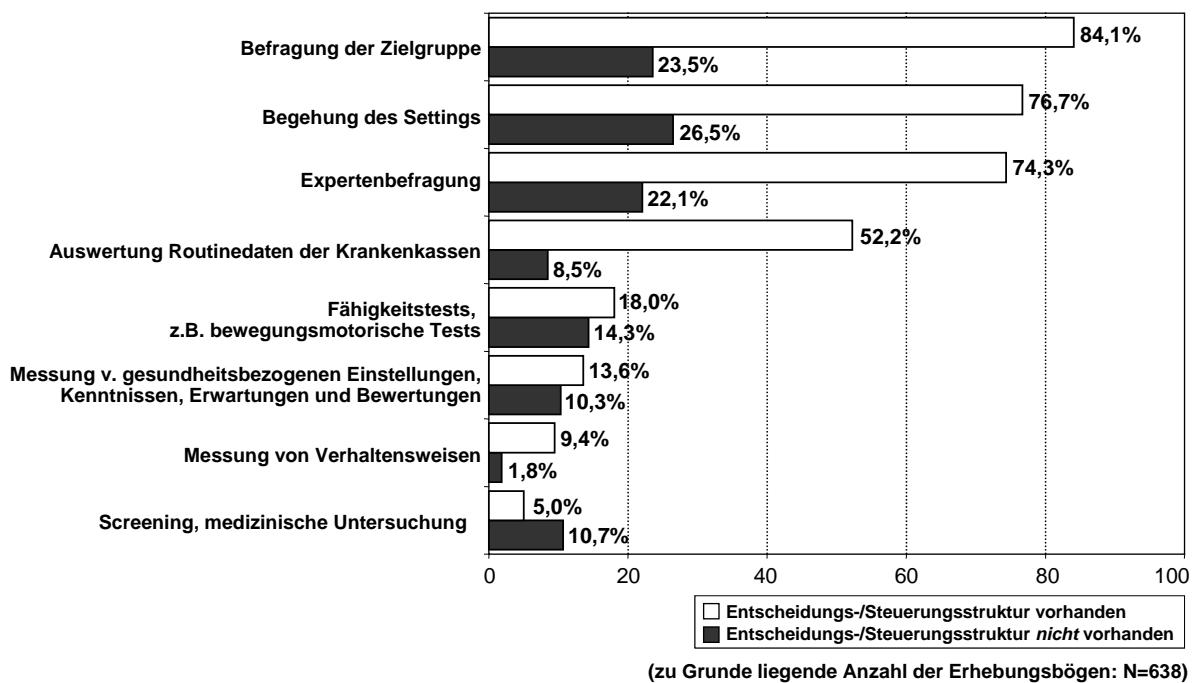
Es stellte sich die Frage nach möglichen Unterschieden zwischen Aktivitäten, zu denen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen (z.B. über ein Koordinierungsgremium) gebildet wurden und solchen, bei denen es kein entsprechendes Steuerungsgremium gab. Von Interesse waren dabei durchgeführte Bedarfsermittlungen sowie die Interventionen selbst.

3.3.3.1 Bedarfsermittlung

Grundsätzlich erfolgten Bedarfsermittlungen bei vorhanden Koordinierungsgremien deutlich häufiger als bei fehlenden: ihr Anteil lag bei vorhandenen Gremien bei 97 % aller Fälle, bei fehlenden Gremien fanden Bedarfsanalysen in 59 % aller Fälle statt.

Auch sämliche Methoden der Bedarfsanalyse – außer „Screenings, medizinische Untersuchungen“ – wurden deutlich häufiger bei vorhandenen Entscheidungs-/ Steuerungsstrukturen eingesetzt als bei fehlenden. „Screenings, medizinische Untersuchungen“ kamen hingegen bei fehlenden Koordinierungsstrukturen doppelt so häufig zum Einsatz:

Abb. 22: Bedarfsermittlung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)

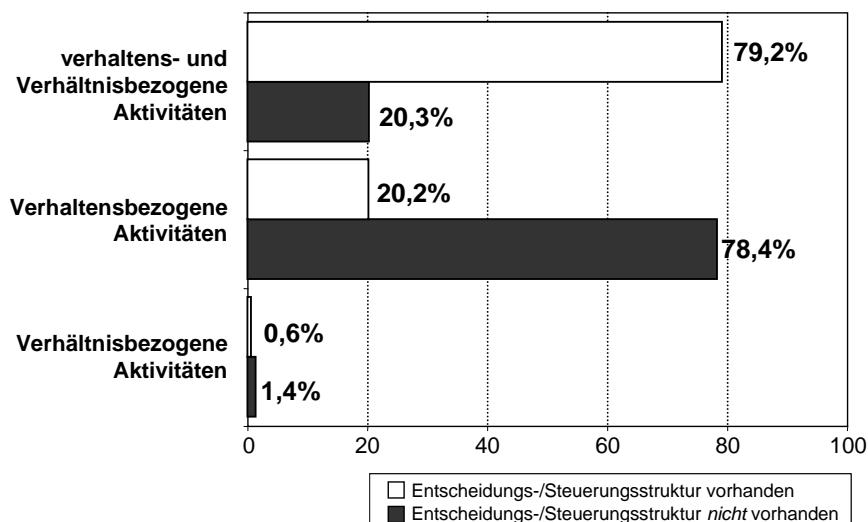


3.3.3.2 Intervention

Insbesondere die Ergebnisse zu den erfolgten Interventionen ließen erkennen: je höher ihr Anspruch war und je mehr Organisation sie benötigten, desto stärker bestand offensichtlich auch die Notwendigkeit zur Bildung von Steuerungsstrukturen. Man kann im Umkehrschluss davon ausgehen, dass in denjenigen Fällen, in denen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet wurden, auch umfassende und – daraus resultierend – nachhaltige Maßnahmen nach dem Settingansatz erfolgten.

So wurden zu allen berichteten *Gesundheitszirkeln* bis auf einen im Vorfeld Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet.

Bei vorhandenen Steuerungsgremien waren die Aktivitäten etwa vier Mal so häufig sowohl *verhaltens- als auch verhältnisbezogenen* als bei fehlenden. Umgekehrt waren die Aktivitäten bei fehlenden Koordinierungsgremien etwa vier Mal so häufig *rein verhaltensbezogen* und etwa doppelt so häufig *rein verhältnisbezogen* als bei vorhandenen Steuerungsgremien (vgl. Abb. 23, S. 50):



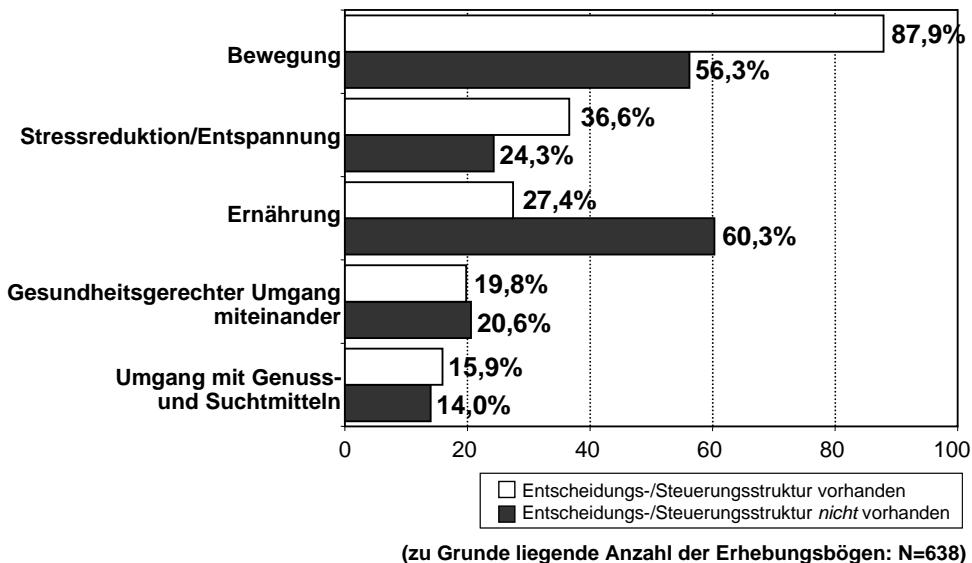
(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: N=638)

Abb. 23: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten – ein Vergleich

Inhaltlich waren die Aktivitäten bei vorhandenen Koordinierungsgremien häufiger auf die „Stressreduktion/Entspannung“, „Bewegung“ sowie den „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ ausgerichtet als bei fehlenden. Hierbei handelte es sich offensichtlich um aufwändigere Interventionen. Das Thema „Gesundheitsgerechter Umgang miteinander“ wurde nahezu gleich häufig bei vorhandenen wie bei fehlenden Steuerungsstrukturen behandelt. Die „Ernährung“ wurde hingegen etwa doppelt so häufig bei fehlenden Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen thematisiert als bei vorhandenen³⁰. Zum Thema „Ernährung“ ließen sich offensichtlich in relativ kurzer Zeit und ohne großen Organisationsaufwand Informations- und Beratungsveranstaltungen durchführen (vgl. Abb. 24, S. 51):

³⁰ Besonders in „Stadtteilen/Orten“ wurde dieses Thema ohne vorher gebildete Koordinierungsgremien behandelt.

Abb. 24: Inhaltliche Ausrichtung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



Alle abgefragten *Methoden* und alle *Medien* bis auf die „Faltblätter/Broschüren“ wurden durchweg häufiger bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen eingesetzt als bei fehlenden. „Faltblätter/Broschüren“ wurden bei vorhandenen bzw. fehlenden Koordinierungsgremien etwa gleich häufig eingesetzt. Die größten Unterschiede waren bei den Methoden „Aufbau sozialer Unterstützung“ und „Anleitung und Unterstützung zu themenzentrierter Gruppenarbeit“ zu verzeichnen: sie wurden bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen etwa doppelt so häufig angewendet als bei fehlenden.

3.3.4 Resümee

Besonders erfreulich ist der deutliche Datenanstieg zum nichtbetrieblichen Settingansatz in 2003 von 454 auf 638 Dokumentationsbögen in 2003, die Informationen über Aktivitäten in 955 Settings enthalten (2002: 686 Settings). Seit der Pilotphase in 2001 sind die Datenumfänge hier nun um mehr als das Vierfache angestiegen. Mit diesen Zahlen wird die verstärkte Ausrichtung der Krankenkassen bei ihren primärpräventiven Leistungen auf nichtbetriebliche Settings deutlich, also auf Lebensumfelder, in denen auch Menschen aus niedrigeren Einkommens- und Bildungsschichten erreicht werden können. Das Ziel der Krankenkassen liegt hier auf der Stärkung von Gesundheitschancen besonders bei Menschen, die größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind.

Da in Schulen und Berufsschulen Kinder und Jugendliche aus sämtlichen Bevölkerungsschichten erreicht werden können und über diese auch deren Angehörige, und weil gerade bei jungen Menschen die Chancen auf Verhaltensänderungen hin zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung größer sind, haben die Krankenkassen in 2003 noch stärker als im Jahr davor ihre Aktivitäten auf das Lern- und Lebensumfeld Schule sowie Berufsschule gesetzt. Ebenfalls häufig haben sie Kinder und Erwachsene in Kindergarten/Kindertagesstätten, Familien und Stadtteilen/Orten angesprochen.

Hervorzuheben ist der seit 2001 beobachtete konstante Anstieg an Entscheidungs- und Koordinierungsstrukturen von 44 % in 2001 auf 56 % in 2003. Diese Strukturen stellen – wie die Ergebnisse zu Bedarfsanalysen und Interventionen hinsichtlich bestehender und fehlender Koordinierungsgremien zeigen – eine wichtige Grundlage für umfassende und nachhaltig angelegte Maßnahmen nach dem Settingansatz dar. So waren beispielsweise bei vorhandenen Steuerungsstrukturen die Aktivitäten etwa vier Mal so häufig sowohl auf das Verhalten von Personen als auch auf die Veränderung von Verhältnissen in den Settings ausgerichtet. Auch wurden bei vorhandenen Koordinierungsstrukturen mehr Inhalte und Methoden miteinander verknüpft behandelt.

Die Krankenkassen nutzten in 2003 ähnlich häufig wie im Vorjahr, d.h. in 70 % aller Fälle, externe Ressourcen über die Einbindung von Kooperationspartnern in ihre Aktivitäten. Dies entspricht ebenfalls dem Gedanken des Settingansatzes, nach dem Primärprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe 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.

Durch die gezielte Ansprache von Multiplikatoren in etwa der Hälfte 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.

Die inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten konzentriert sich im Jahr 2003 nach wie vor besonders auf das Handlungsfeld Bewegung und – häufig miteinander verknüpft – auf die

Ernährung. Dabei stellt die Bewegung 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. Auch waren die Interventionen in etwa der Hälfte der Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen, d.h. auf nachhaltige gesundheitsförderliche Verbesserungen hin zu einem gesundheitsförderlichen Setting ausgerichtet.

Die beobachtete konstante Zunahme an durchgeführten Erfolgskontrollen seit 2001 (damals 42 % aller Fälle, jetzt 46 %) lässt sich als positive Entwicklung verzeichnen, die es in Zukunft noch weiter zu beobachten gilt. Da bislang nur bereits erfolgte, nicht aber geplante Erfolgskontrollen abgebildet werden, die Dokumentation aber viele Fälle von noch laufenden Projekten umfasst, wird die ab dem Berichtsjahr 2004 differenzierte Erfassung auch von geplanten Erfolgskontrollen einen weiteren Aufschluss über das tatsächliche Geschehen liefern. Grundsätzlich stellen Erfolgskontrollen, in denen die Wirksamkeit von Maßnahmen abgefragt wird, einen wichtigen Maßstab für die Qualität der Interventionen dar.

Alles in allem spiegeln die Ergebnisse zum nichtbetrieblichen Settingansatz, wie u. a. der größere Datenrücklauf, die häufigeren Koordinierungsstrukturen, der nach wie vor hohe Anteil an sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogenen Interventionen, sowie die Zunahme an durchgeführten Erfolgskontrollen, eine positive, im Sinne des Settingansatzes gewünschte Entwicklung wider.

3.3.5 Gesundheitsförderung in Schulen – das Kooperationsprojekt „Gesund leben lernen“

Die Dokumentation über Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention liefert zusammenfassende Ergebnisse, die eine Transparenz über das bundesweite Leistungsgeschehen in diesem Feld herstellen, lässt aber keine Rückschlüsse auf einzelne Projekte zu. Um einen Eindruck über die Vielfalt der Projekte zu vermitteln, die sich hinter den ausgefüllten Dokumentationsbögen verbergen können, wird in diesem Kapitel exemplarisch das in Schulen und Kindertagesstätten (KiTas) durchgeführte kassenartenübergreifende Gesundheitsförderungsprojekt „gesund leben lernen“ vorgestellt. Dieses ist in drei Teilprojekte untergliedert und hat eine Laufzeit von drei Jahren. Für das Berichtsjahr 2003 lag zu jedem Teilprojekt ein Dokumentationsbogen vor, d.h. zum Gesamtprojekt flossen insgesamt drei Bögen in die Dokumentation ein. Die Informationen, die aus den Bögen gezogen werden konnten, bieten einen guten Einblick über den Stand der Aktivitäten in 2003. Bevor der Sachstand für das Berichtsjahr beschrieben wird, werden zunächst das Projekt in seiner Gesamtheit bzw. die Teilprojekte in ihren jeweiligen Besonderheiten vorgestellt.

Die drei Teilprojekte des Projekts „gesund leben lernen“ werden in den Bundesländern Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt durchgeführt. Landesspezifische Schulstrukturen und -entwicklungen finden dabei Berücksichtigung, und es werden jeweils eigene Schwerpunkte gesetzt. Träger des Modellprojektes sind alle Spaltenverbände der GKV zusammen und die Landesvereinigungen für Gesundheit der drei Bundesländer. Darüber hinaus bringen viele weitere Kooperationspartner, wie z.B. Krankenkassen auf regionaler und Landesebene, Unfallkassen, Hochschulen und diverse regionale Verbände/Einrichtungen ihre Kapazitäten in die Projektaktivitäten ein. Das Projekt wird in Abstimmung mit den entsprechenden Kultusministerien und Schulträgern durchgeführt. Zum Zeitpunkt der Berichterstattung nehmen insgesamt 63 Schulen und zwei KiTas an „gesund leben lernen“ teil.

Wesentliches Ziel von „gesund leben lernen“ ist die Gestaltung von KiTas und Schulen zu einem nachhaltig die Gesundheit und das Wohlbefinden förderlichen Lebensumfeld. Durch können, da Kinder und Jugendliche etwa ein Drittel ihres Tages in diesen Bildungseinrichtungen verbringen, möglicherweise grundlegende Weichen für die Gesundheit gelegt werden, zumal gelerntes gesundes Leben auch einen Einfluss z.B. auf die Familie oder Freunde nehmen kann. KiTas und Schulen werden zudem als Lebensraum (Setting) gesehen, in dem Kinder aus sozial benachteiligten Umfeldern eher erreicht werden können. Es ist ein grundlegendes Anliegen des Projektes, die Gesundheitschancen insbesondere für solche Schüler zu erhöhen, die aufgrund ihrer sozialen oder kulturellen Herkunft größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind. Dieser Aspekt fand u.a. bei der Auswahl der Schularten und ihrer Standorte Berücksichtigung.

Das Projekt beachtet ebenfalls, dass, um ein gesundheitsförderliches Klima in Schulen zu schaffen, gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren für Lehrer und nichtunterrichtendes Personal, wie z. B. unzureichende Transparenz und Kommunikation, reduziert werden müssen. Deshalb wird Gesundheit hier als Organisationsprinzip gesehen. Interventionen

sind im Wesentlichen auf das System Schule, d.h. auf Organisation und Strukturen (insbesondere Kommunikationsstrukturen) ausgerichtet. Die Nutzung möglichst vieler vorhandener Ressourcen und Potenziale, z.B. die Einbindung verschiedener regionaler und überregionaler Kooperationspartner sowie von Eltern wird dabei angestrebt. So greifen die Akteure in Niedersachsen und in Sachsen-Anhalt u.a. auf den breiten Erfahrungshintergrund aus der betrieblichen Gesundheitsförderung zurück und erproben einzelne Elemente hieraus, wie z.B. Gesundheitszirkel in den Settings KiTa und Schule. Das Konzept von „gesund leben lernen“ schließt neben den verhältnisbezogenen Aktivitäten auch verhaltensbezogene ein. Dazu zählen Angebote aus den „klassischen“ Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stress und Sucht ebenso wie zu spezifischen, vor Ort aktuellen Themen, z.B. die Gewaltprävention.

Über die am Projekt „gesund leben lernen“ beteiligten Modellschulen hinaus ist geplant, weitere Netzwerkstrukturen und Kooperationen aufzubauen und weiterzuentwickeln. Schulische Gesundheitsförderung soll mit Unterstützung durch die Krankenkassen möglichst breitenwirksam verankert werden. Aus den im Projekt gemachten Erfahrungen wollen die Kooperationspartner Handlungsempfehlungen ableiten, die für die Übertragung von praxistauglichen und nachhaltigen Modellen auf weitere Schulen und Regionen als Grundlage dienen können. Zur Qualitätssicherung der Projekte werden in allen drei Teilprojekten in wissenschaftlicher Begleitung umfassende Evaluationen durchgeführt. Die daraus resultierenden Erkenntnisse sollen ebenfalls in die Handlungsempfehlungen und in zukünftige Projekte einfließen.

Um einen Eindruck darüber zu erhalten, was konkret an Schulen passiert, werden die drei Teilprojekte in ihren Schwerpunktsetzungen kurz vorgestellt und jeweils ein konkretes Praxisbeispiel aus einer Schule beschrieben. Da im Berichtsjahr 2003 die Aktivitäten noch in ihren Anfängen standen, d.h. beispielsweise noch erste Strukturen geschaffen wurden, enthalten nachfolgende Beschreibungen bereits auch Berichte über erst seit 2004 erfolgte Maßnahmen und Aktionen:

Das Teilprojekt Niedersachsen „Gesundheitsmanagement in Schulen – Schulisches Gesundheitsförderungsprojekt unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Schüler und Schülerinnen“

Das niedersächsische Projekt zur Gesundheitsförderung richtet sich an Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte sowie das nicht unterrichtende Personal und beteiligt diese Gruppen. Es geht von der Annahme aus, dass Schulen als Betriebe gesehen werden müssen. Daraus werden dort besonders Methoden der betrieblichen Gesundheitsförderung wie die Einrichtung von Steuerungsgruppen, Gesundheitszirkel, Datenerhebungen und Problemanalysen, Aufstellung von Projektplänen und verhaltensbezogenen Maßnahmen der Stressbewältigung, Sucht- und Gewaltprävention, zur Bewegungsförderung und zur Veränderung des Ernährungsverhaltens in Schulen angewendet. Die vorzugsweise Berücksichtigung sozial benachteiligter Schüler und Schülerinnen äußert sich insbesondere in der Auswahl der am Projekt acht teilnehmenden Schulen. Diese stammen vorwiegend aus sozial benachteiligter Lage und schließen einige Sonderschulen ein. Bei diesen handelt es sich vorwiegend um Schulen mit einem hohen Anteil von Kindern mit sozialen Be-

nachteilungen, darunter einige Sonderschulen. Es wurden solche Schulen in das Projekt aufgenommen, die bislang noch keinerlei Gesundheitsförderungsprojekte durchgeführt haben.

Die Modellschulen legen Entwicklungsbereiche und Ziele für Veränderungen schulintern selbstständig fest; daher sehen die Projektpläne und die Vorgehensweisen sehr unterschiedlich aus. Im Großen und Ganzen gibt es zwei Wege.

Einige Schulen versuchen mit mehreren Teilprojekten an verschiedenen Stellen gleichzeitig Veränderungsprozesse in Gang zu bringen. In einer Schule wurde z. B. mit einem Anti-Alkoholtag für die Schülerinnen und Schülern deutlich sicht- und erlebbar der Startschuss zu „Gesund leben lernen“ gegeben. Gleichzeitig wurde zusammen mit einem Regionalen Umweltzentrum das Ernährungsprojekt „Schon probiert? Gesunde Leckereien – zubereitet von Schülern für Schüler“ gestartet. Durch die Teilnahme an dem Modellversuch wurde das in der Schule bestehende Erziehungskonzept zur Gewaltprävention „Fair ist cool!“ neu belebt und weiterentwickelt. Zusammen mit dem Gemeinde-Unfallversicherungsverband (GUV) wurde eine Begehung der Schule organisiert, um nach einer Schwachstellenanalyse eine neue Farb- und Lichtgestaltung und Maßnahmen zur Lärmreduzierung zu planen und somit eine bessere Lern- und Arbeitsatmosphäre zu schaffen. Darüber hinaus stellte die Schule „Gesund leben lernen“ auf kommunaler Ebene zusammen mit anderen Projekten zur Gesundheitsförderung in der Schule vor und trägt so zur Verbreitung des Gesundheitsmanagementansatzes bei.

Die zweite Gruppe der Modellschulen versucht dagegen von Anfang an ein Gesamtkonzept zu entwickeln. So hat z. B. eine Schule für sich die Umgestaltung des ziemlich maroden Schulgebäudes und des anregungsarmen Schulhofs in drei Arbeitsbereiche aufgeteilt, die aber eng miteinander verknüpft sind: Veränderung des Innenraums, Neugestaltung der Außenanlagen und – ein Unterpunkt dazu - die Errichtung einer Bauwagenkolonie als rauchfreier Aufenthaltsraum der älteren Schülerinnen und Schüler. Die Schule ist mit drei Gesundheitszirkeln gestartet, um einen Projektplan für die nächsten zwei Jahre aufzustellen. Schülerinnen und Schüler sind mit einer Videokamera durch die Schule gegangen und haben das aufgenommen, was nach ihrer Meinung dringend verändert werden muss, damit sie sich in ihrer Schule wohl fühlen können.

Am schnellsten konnte sich die Gruppe „Bauwagenkolonie“ einigen. Die Schülerinnen und Schüler aus dem neunten und zehnten Jahrgang haben ein Modell gebaut, wie sie sich ihren Aufenthaltsbereich vorstellen: zwei oder drei ausgebauten Bauwagen, dazwischen eine „Terrasse“ aus Holzbohlen und Sitzgruppen, das Ganze mit einer Knöterichhecke



und Büschen begrünt und begrenzt, da es Ziel ist, die älteren und jüngeren Schüler von- einander zu trennen und dadurch Konfliktpotenziale zu entschärfen.

Viel schwieriger ist es für die anderen Teilkonzepte, umsetzungsfähige Pläne zu entwickeln. Obwohl auch die Kommune Unterstützung signalisiert hat und an den Beratungen teilnimmt, gibt es immer wieder Phasen der Frustration, da für solch einen umfassenden Ansatz ein langer Atem nötig ist und Erfolge nicht sofort sichtbar werden, obwohl sich bereits allein durch die Beratungen und Diskussionen im sozialen Bereich bereits viel geändert hat. Einen neuen Schub bekam die Schule durch das Treffen mit einem Architekturprofessor der Fachhochschule Bielefeld/Minden, der durch Begehung der Schule und erste Beratungen neue Motivation und neuen Elan geschaffen hat. Ziel ist es, zusammen mit Studentinnen und Studenten des Fachbereichs Architektur ein Konzept zu erstellen, das eine neue Arbeits- und Lernatmosphäre und mehr Ruhe- und Bewegungsmöglichkeiten für die Schülerinnen und Schüler schafft, wodurch auch die Lehrkräfte entlastet werden. Dieses Konzept soll von allen in der Schule mit getragen werden und es muss eine realistische Chance auf Umsetzung haben.

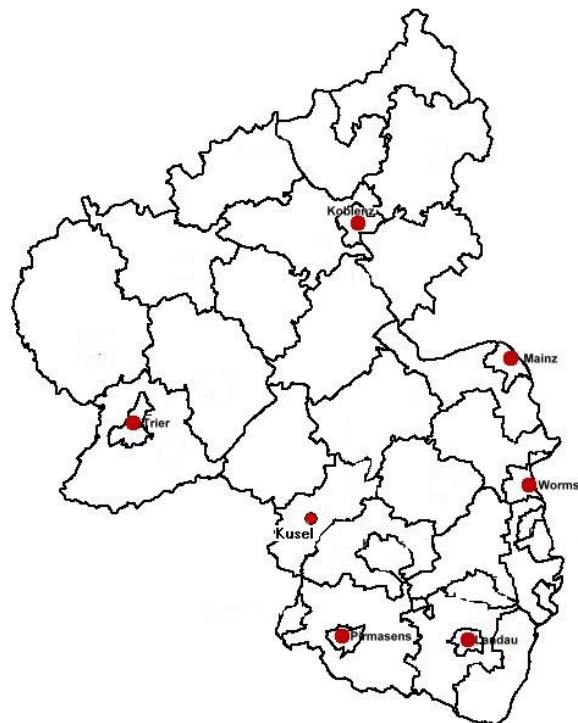
Das Teilprojekt Rheinland-Pfalz „Netzwerk Schulen für Gesundheit 21“:

Das Projekt „Netzwerk Schulen für Gesundheit 21“ wurde auf den Erfahrungen des bundesweiten Modellprojekts „Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit“ (OPUS) entwickelt. Es hat zum Ziel, Gesundheit im Schulprofil zu verankern. Das Thema Gesundheit soll in den Unterricht und in das Schulleben dauerhaft und nachhaltig eingebunden werden. Hierfür schließen sich die teilnehmenden Schulen zu einem Netzwerk zusammen, um gemeinsam Konzepte und qualifizierte Programme zur Förderung der gesundheitlichen Entwicklung von Schülern zu entwickeln und zu erproben. Auch hier werden sozial benachteiligte Schüler besonders angesprochen. Um die Gesundheitsförderung an den Schulen zusammen mit dem Kollegium, den Schülern sowie den Eltern weiterzuentwickeln, liegt das Augenmerk auf der umfassenden, über drei Jahre andauernden Qualifizierung von Lehrkräften zu Gesundheitsmoderatoren. Das Netzwerk „Schulen für Gesundheit 21“ soll in Rheinland-Pfalz stabilisiert und etabliert werden. Derzeit umfasst es insgesamt 50 Schulen.

Etablierung der Regionalgruppen als Instrument der Vernetzung

Die Regionalgruppen bilden im Projekt „Gesund leben lernen - Netzwerk Schulen für Gesundheit 21“ in Rheinland-Pfalz eine wichtige Säule. Im Mittelpunkt steht die regionale Vernetzung, um

- den kollegialen Fachaustausch zur Gesundheitsförderung zu verstärken
- die kollegiale Unterstützung im Prozess der Schulentwicklung zu ermöglichen.
- die Inhalte der Moderatorenausbildung (die in 2004 startete) zu konkretisieren, einen Ideentransfer erreichen.



Auswahl der Projektschulen

Direkt zu Beginn des Projektzeitraumes konnten, nach einer Auftaktveranstaltung weit mehr als 50 interessierte Schulen gewonnen werden. In Absprache mit den Vertretern und Vertreterinnen der Länderberatungsgruppe wurden die Projektschulen nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- Die Auswahl fand nach den Kriterien der sozialen Benachteiligung (Ausländeranteil, Arbeitslosigkeit, Schule im sozialen Brennpunkt) bzw. dem chancengleichen Zugang zur Gesundheitsförderung (sozial-strukturelle Benachteiligung, ländliche Region, hohe Fahrschülerzahl, Zugang zur Elternarbeit, etc.) statt.
- Die Berufs- und Sonderschulen wurden direkt im Projekt aufgenommen.
- Es wurden nur Schulen für das Projekt ausgewählt, die alle Projektbausteine in der Schule umsetzen wollen (Moderatorenausbildung, Regionalgruppen, Studientag, Steuerungsgruppe, Fortbildungen)
- Außerdem entschied nach Berücksichtigung der genannten Kriterien, bei gleichwertiger Einschätzung mehrerer Schulen, die gleichmäßige Verteilung für eine stabile Netzwerk-Struktur in Rheinland-Pfalz mit. (Nord-Süd-Gefälle)

Durch die Auswahl der Netzwerkschulen im vergangenen Jahr, konnten in sieben Regionen die Schulen zu „Regionalgruppen“ zusammengefasst werden.

Organisation der Regionalgruppen

Die Regionalgruppen sind schulformgemischt und treffen sich drei bis viermal im Jahr. Die Sitzungen finden jeweils nachmittags von 15.00 – 18.00 Uhr zu einem festgelegten Thema der Gesundheitsförderung in einer der Netzwerkschulen statt. Die Regionaltreffen im Projekt werden – wie alle Bestandteile des Projektes – durch das Ministerium für Bildung, Frauen und Jugend gem. Nr. 4.5 der Verwaltungsvorschrift zum „Dienst am anderen Ort“ erklärt. Dies bedeutet, dass die Teilnahme als Dienstzeit anerkannt werden kann.



Für den Ablauf der dreistündigen Sitzung wurde vorerst landesweit folgende Struktur festgelegt, die im Laufe der Projektlaufzeit durch die Schulen verändert und gestaltet werden soll.

TOP 1 Input Gesundheitsförderung

Ein Beitrag der Projektkoordinatorinnen zum Thema Gesundheitsförderung (Salutogenese, Setting Ansatz, ..), der den Themenschwerpunkt ergänzt.



TOP 2 Kollegialer Austausch zur Gesundheitsförderung

Austausch über regionale Kooperationspartner, Vorgehensweisen an Schulen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung.

TOP 3 Inhalte der Moderatorenausbildung

Die Regionalgruppen und die Blöcke der Moderatorenausbildung finden abwechselnd statt. Die Inhalte und neuen Methoden aus der Moderatorenausbildung werden ausgewertet und auf ihre Praxisrelevanz überprüft. (z.B. Projektplanungen, Moderationen ...).

TOP 4 Themenschwerpunkte Gesundheitsförderung

Zu diesem Punkt werden externe Ansprechpartner in die Regionalgruppe eingeladen, die a) ein Thema der Gesundheitsförderung vorstellen b) Ansprechpartner und möglicher Kooperationspartner der Schulen darstellen c) Themen aufgreifen, die von den Schulen gewünscht und als erforderlich formuliert werden.

Die Inhalte umfassen strukturelle Themen (z.B. Förderung von Studenten durch das Institut für schulische Fortbildung und schulpsychologische Beratung Rheinland-Pfalz (IFB)), Projektthemen (z.B. DRK-Body Grips Mobil) oder inhaltliche Themen (Bewegter Unterricht, Schulhofgestaltung, Sexualität).

Zielgruppe der Regionalgruppen

Das Projekt „Netzwerk Schulen für Gesundheit 21“ hat die Vernetzung im Setting Schule und die Vernetzung aller im Lebensumfeld Schule beteiligten Personen zum Ziel. Daher wendet sich das Angebot der Regionalgruppen auch – neben den Lehrkräften – an Eltern, Kooperationspartner und Partner der Netzwerkschulen vor Ort. Die Einladungen werden durch den Gesundheitsmoderatoren an der eigenen Schule verteilt.

Entwicklung der Regionalgruppen

Die Regionalgruppen im Projekt starteten im Dezember 2003 mit dem Thema „Schulische Gesundheitsförderung“, um einen möglichst einheitlichen Informationsstand der Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu erreichen.

Die Größe der Regionalgruppen ermöglicht die Einbindung und Berücksichtigung der einzelnen Ausgangssituationen an den Netzwerkschulen. Im Projektverlauf sind regionale Entwicklungen zu erwarten, die gewünscht und gefördert werden. Diese Entwicklungen (inhaltlich und strukturell) werden sich vermutlich ergeben aus:

- der Zusammensetzungen der Gruppen (Schulformen)
- dem unterschiedlichen Kenntnisstand zur Gesundheitsförderung der Lehrkräfte
- die unterschiedliche Einbindung des Projektes in der Netzwerkschule.

Im Laufe des Projektes werden die Regionalgruppen zunehmend durch die Bedarfe der Beteiligten in der Schule gestaltet werden und nach Abschluss des Projektes eigenständig weitergeführt werden.

Das Teilprojekt Sachsen-Anhalt „Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule insbesondere in sozialen Brennpunkten:

Das Bundesland Sachsen-Anhalt ist u.a. aufgrund hoher Arbeitslosigkeit vergleichsweise stark geprägt von Ballungsräumen, in denen vermehrt und räumlich abgegrenzt sozial benachteiligte Menschen leben, die „sozialen Brennpunkte“. Auf zwei dieser Ballungsräume konzentriert sich das Teilprojekt Sachsen-Anhalts, da hier aufgrund des bekannteren schlechteren Gesundheitsverhaltens und -zustandes von sozial schwachen Bevölkerungsteilen ein stärkerer Handlungsbedarf gesehen wird. In zwei Bildungsstaffeln - je eine KiTa, Grundschule, Sekundarschule, Gymnasium, Sonderschule, Berufsschule - werden Instrumente der Betrieblichen Gesundheitsförderung angewandt und ggf. modifiziert. Mit den erprobten, bewährten und erfolgreichen Elementen aus der Betrieblichen Gesundheitsförderung soll ein Prozess zu einer gesunden Schulentwicklung in Gang gesetzt werden, der neben der Veränderung des Schulalltages (Betriebsklima zum Wohlfühlen und Leisten) auch auf die Stärkung der Persönlichkeit des Einzelnen (Empowerment) durch Kompetenzgewinn (Life Skills) zielt. Wie in den beiden anderen Teilprojekten kommt auch in Sachsen-Anhalt der Netzwerkbildung und Kooperation mit anderen Partnern eine besondere Bedeutung zu. Nachfolgend ist beispielhaft der Projektbeginn an einer der ausgewählten Institutionen beschrieben.

So fing alles an - Projektbeginn in der Grundschule „Albert Einstein“ in Burg

Im zweiten Quartal 2003 wurde der Leiter des Schulamtes für den Bereich Burg über das Projekt informiert und gebeten, Schulen in seinem Amtsbereich zu einem Treffen einzuladen, um zum einen über das Vorhaben zu informieren, zum anderen interessierte Schulen zur Mitwirkung zu gewinnen. Gern unterstützte das Schulamt das Vorhaben und lud vor den Sommerferien interessierte und vom Schulamt empfohlene Schulen zu einer ersten Verständigung ein. Die Grundschule „Albert Einstein“ gehörte dazu. Im September erörterten LVG und Schulleiterin der Grundschule in einem persönlichen Gespräch die Projektbeteiligung. In Folge dessen beschlossen Schulleitung und Team, an dem dreijährigen Modellprojekt teilzunehmen und die Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung an ihrer Schule zur Förderung der Gesundheit der 220 Schüler und 20 Kollegen zu erproben.

Der Einladung zur Auftaktveranstaltung der Region Burg am 15.10.2003 in die Berufsbildende Schule „Conrad Tack“ folgten die Schulleiterin, eine Pädagogin und eine Schülervertreterin der Grundschule. Hier trafen sich erstmals alle Projektteilnehmer der sechs Einrichtungen der Region (Kindertagesstätte, Grundschule, Sonderschule, Sekundarschule, Gymnasium, Berufsbildende Schule), um ihre Einrichtungen und Erwartungen an das Projekt vorzustellen. Die Erwartungshaltungen waren groß aber auch der Wille, sich aktiv mit dem Vorhaben auseinanderzusetzen. Dies zeigte die gute Vorbereitung aller Beteiligten. Die Kooperationspartner - Gesetzliche Krankenversicherungen, Ministerium für Gesundheit und Soziales, Gesundheitsamt, Staatliches Schulamt und die Landesvereinigung für Gesundheit - stellten die Rahmenbedingungen für das Projekt vor und sicherten ihre Unterstützung bei der Umsetzung zu.



Am 18.11.03 ging es dann an der Grundschule „Albert Einstein“ richtig los. Die erste Schulinterne Fortbildung (SchiLf) für das Lehrerkollegium hatte das Ziel, alle LehrerInnen und pädagogischen MitarbeiterInnen über das Kooperationsprojekt zu informieren, ihnen den Zugang zu Gesundheit, Betrieblicher Gesundheitsförderung und Gesundheitsfördernder Schule zu eröffnen und sie für eine Mitarbeit im Arbeitskreis Gesundheit zu motivieren.

Eine Ressourcen- und Belastungsanalyse, die analog einer Mitarbeiterbefragung im Betrieb die Grundlage für die Entscheidungen im Arbeitskreis Gesundheit lieferte, gab Aus-



kunft, welche Entwicklungschancen vom Kollegium gesehen wurden. Im Ergebnis der Analyse wurde deutlich welche Ressourcen vorhanden sind: vielfältiger, abwechslungsreicher Umgang mit Kindern, Erfolgsergebnisse der Kinder und Zusammenarbeit mit netten KollegInnen, waren die meist genannten. Körperliche und seelische Belastungen, Stress und Probleme mit den Eltern empfand die Mehrheit der Mitarbeiter als besonders belastend.

In einer Ideenwerkstatt konnten alle Mitarbeiter Visionen und konkrete Umsetzungsvorschläge zur gesundheitsförderlichen Entwicklung ihrer Schule einbringen. 17 Kollegen nutzten diese Möglichkeit. Die häufigsten Vorschläge zur Gestaltung der Schule lauteten: gesundes Frühstück und/oder Mittagessen, Rückenschule für Kinder und Lehrer, Entspannungsangebote für Schüler und Lehrer, kindgerechte Sitzmöglichkeiten, ergonomische Sitzmöbel auch für Lehrer. Hier zeigte sich, dass die Betroffenen noch einen sehr engen gesundheitsbezogenen Blickwinkel hatten, der sich kaum auf das Unterrichtsgeschehen bezog, aber bereits verhaltens- und verhältnisbezogene Ansätze reflektierte.

In Folge der Schulinternen Fortbildung gründete sich ein Arbeitskreis Gesundheit, in dem drei Lehrer und die Schulleiterin zusammenarbeiten. Erstmalig trafen sich die Arbeitskreismitglieder am 16. Dezember 2003. Moderiert wurde die Runde von der Landesvereinigung für Gesundheit.

Bereits vor Projektbeginn gab es an der Grundschule einen aktiven Schülerrat. Dieser wurde in das Vorhaben intensiv einbezogen. Er führte eine Befragung der Schüler zu ihren Wünschen für eine „Schule zum Wohlfühlen“ durch. Diese bildete neben den Vorstellungen der Lehrer die Basis für die Projektführung im Arbeitskreis Gesundheit.

Die Wünsche der Schüler bezogen sich vor allem auf mehr Bewegung im Schulalltag: mehr Sport, Schwimmen und Saunagänge standen ganz oben auf der Liste der Befragten. Hier konnte schnell reagiert werden. Es wurde verabredet, dass die Schulleitung den Schulträger und die Schwimmhalle bezüglich neuer Kursangebote anfragt.



Neben langfristiger Entwicklungsarbeit in der Schule sollten auch schnell sichtbare Aktivitäten für alle Zielgruppen: Schüler, Lehrer und Eltern, umgesetzt werden. So wurde das

Thema „Übergewichtige Kinder“ als eines der ersten bearbeitet. Eltern hatten darum gebeten. Sie fanden die Entwicklung besorgniserregend und wünschten sich an der Schule einen Kurs zur gesunden Lebensweise für übergewichtige Kinder. Im Sinne regionaler Vernetzung wurde Kontakt zu einer Diätassistentin im nahegelegenen Klinikum aufgenommen, die den Kurs später durchführte. Das in Kooperation mit der AOK im Auftrag der Stiftung Kindergesundheit realisierte Programm "PowerKids" wurde dafür genutzt. Die regionalen Krankenkassen beteiligten sich an der Finanzierung.

Viele weitere Ideen entstanden bereits in dieser ersten Projektphase z.B. die Etablierung eines Müslispenders und die Offerierung von Milchgetränken im Speiseraum, der Bau eines Wasserspender im Schulhaus, die Anschaffung von Sitzbällen und ergonomischen Stühlen und Tischen sowie die Umgestaltung von Teilen des Schulgartens für einen Parcours zur Schulung des Gleichgewichtssinnes.



Für 2004 nahmen sich die Mitglieder des Arbeitskreises Gesundheit vor, Schüler und Eltern der Grundschule „Albert Einstein“ aktiv in die gesundheitsförderliche Schulentwicklung einzubeziehen. Auftakt dafür sollte ein erster Gesundheitsprojekttag im März sein.

Der Projektstand in 2003 – Ergebnisse aus der Erhebung:

Im Berichtsjahr 2003 stand das Projekt „gesund leben Lernen“ in allen Bundesländern noch am Anfang. Dies wird aus den zur Dokumentation vorliegenden drei Erhebungsbögen deutlich:

So wurden für alle drei Teilprojekte die Bildung von Steuerungsstrukturen bejaht, Bedarfsanalysen fanden ebenfalls durchweg statt. Auch wurden in allen drei Dokumentationsbögen verhältnisbezogene Aktivitäten benannt. Erste Angaben zu erfolgten verhaltensbezogenen Aktivitäten lagen zum Ende des Berichtjahres „nur“ bei einem Erhebungsboden vor. In den anderen beiden Fällen wurden sie offensichtlich noch nicht gestartet. Die für die jeweiligen Teilprojekte zuständigen Akteure waren in 2003 im Wesentlichen noch mit strukturbildenden Aufgaben, wie der Kontaktaufnahme, Information und Gewinnung von Schulen, der Bildung von Steuerungskreisen sowie der Gewinnung von möglichst vielen weiteren regionalen und auch überregionalen Kooperationspartnern befasst. Für alle drei Teilprojekte sind die Durchführung von Gesundheits- bzw. Qualitätszirkeln oder Zukunftswerkstätten als Methoden, die alle im Setting Befindlichen aktiv in das Gesundheitsförderungsgeschehen einbinden, vorgesehen. Sie wurden laut Dokumentation in 2003 noch nicht begonnen. Auch eine Schätzung über die Anzahl der mit dem Projekt erreichten Personen war offensichtlich zum Ende des Jahres 2003 noch nicht möglich. Die geplanten Erfolgskontrollen sind in 2003 noch nicht angelaufen.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass im Präventionsbericht bei Projekten mit längerer Laufzeit häufig nur Ausschnitte der Projektrealität abgebildet werden. Die Dokumentation berichtet nur das, was in dem Berichtsjahr erfolgt ist, sie liefert keine Information über Aktivitäten, die sich noch in der Planungsphase befinden. Aus diesem Grund kann davon ausgegangen werden, dass hinter vielen Projekten mehr an qualitativ hochwertigen, umfassenden Aktivitäten steht, als im jeweiligen Berichtsjahr abgebildet wird.

3.4 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Beim Arbeitsplatz handelt es sich um ein Lebensumfeld, in dem 43 % der Bevölkerung (36,2 Mio.)³¹ einen mehr oder weniger großen Anteil ihrer Zeit verbringen. Insbesondere dort kann ein positiver oder auch negativer Einfluss auf das Wohlbefinden und damit die Gesundheit von Beschäftigten genommen werden. Dabei ist hinlänglich bekannt, dass von gut organisierten und gestalteten Arbeitsplätzen und einem das körperliche und seelische Wohlbefinden fördernden Betriebsklima nicht nur die Mitarbeiter und indirekt deren Angehörige profitieren. Auch die Unternehmen ziehen Vorteile aus geringeren Krankheits- und Leistungsausfällen, aus motivierten und kreativen Beschäftigten.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind bereits seit vielen Jahren in der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) aktiv. Dabei können sie mittlerweile auf einen breiten Erfahrungshintergrund zurückblicken und auf einen großen Fundus an bewährten Instrumenten, Konzepten, Methoden und Strategien in diesem Feld zurückgreifen. Qualitätskriterien zur Durchführung von BGF, zu deren Beachtung sich alle gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet haben, sind seit dem Jahr 2000 im gemeinsamen Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen³² festgelegt.

Die durch Krankenkassen betriebene BGF ist – entsprechend dem § 20 Abs. 2 SGB V – als Ergänzung zu den gesetzlichen Aufgaben des Arbeitsschutzes zu sehen. Für die Vermeidung von Arbeitsunfällen, die Verhütung von Berufskrankheiten sowie die Aufdeckung von Gesundheitsgefahren ist nach wie vor die Unfallversicherung ein wesentlicher Akteur. Auch die Arbeitgeber stehen in der gesetzlichen Pflicht, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und die Arbeit menschengerecht zu gestalten.

Bei der BGF gehen die Spitzenverbände der Krankenkassen von einem ganzheitlichen Ansatz aus. Das schließt die enge Zusammenarbeit mit möglichst allen betriebsinternen und -externen Akteuren ein. Zu den wesentlichen betriebsinternen Akteuren zählen neben den Arbeitgebern und der Personalentwicklung die Arbeitnehmer, Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte sowie Betriebs- bzw. Personalräte. Außerbetriebliche Akteure sind neben den Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung und der Unfallversicherung beispielsweise auch Gesundheitsämter, niedergelassene Ärzte, weitere Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, wissenschaftliche Einrichtungen sowie externe Berater bzw. kommerzielle Institutionen (z.B. Unternehmensberater, Trainer etc.).

Ganzheitlich verstandene BGF ist auf Langfristigkeit und Nachhaltigkeit ausgerichtet. Entsprechend dem Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen wird in der Regel deshalb die Einbindung von Gesundheitsförderung in das betriebliche Management angestrebt. Ebenfalls wünschenswert ist die Einleitung von dauerhaften Verbesserungsprozessen über die eigentlichen Aktivitäten der Gesundheitsförderung hinaus. Maßnah-

³¹ Statistisches Bundesamt – Mikrozensus 2003.

³² „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 12. September 2003“

men, die alle Gesundheitspotenziale in Unternehmen und Organisationen stärken, zielen dabei sowohl auf das gesundheitsbezogene „Verhalten“ der Mitarbeiter als auch gleichzeitig auf die „Verhältnisse“ im Unternehmen ab. Verhaltensbezogene Aktivitäten können z.B. Rückenschulen oder sonstige Ergonomieberatungen, individuelle Ernährungsberatungen, Angebote zum Umgang mit Stresssituationen, zum Konfliktmanagement, zur Kommunikation untereinander oder auch Angebote zum Thema Rauchen sein. Maßnahmen, die die Verhältnisse in Betrieben betreffen, zielen häufig auf die Optimierung der Arbeitsumgebung und -organisation ab, z.B. über den Einsatz von verbesserten Arbeitsmitteln, die Umorganisation von Arbeitsabläufen, die Einführung von Rotationen oder neuen Arbeits- bzw. Pausenregelungen. Insbesondere Gesundheitszirkel stellen ein wichtiges Instrument der BGF dar, da sie unter Einbeziehung möglichst aller Beschäftigten zu einer verbesserten Gesundheitskommunikation in Betrieben beitragen und sowohl auf verhaltensbezogene als auch verhältnisbezogene Maßnahmen ausgerichtet sind.

Wie umfassend von Krankenkassen unterstützte bzw. durchgeführte BGF erfolgt, ist letztendlich auch von den Entscheidern bzw. der jeweiligen Situation vor Ort abhängig. Oft werden erste Erfahrungen zur BGF bzw. erste Informationen über den Ist-Zustand in Betrieben zunächst über Einzelaktionen, wie z.B. die Durchführung von Arbeitsunfähigkeits- oder anderen Analysen, Gesundheitstage bzw. -wochen, Gesundheitsuntersuchungen oder Einzelmaßnahmen, gesammelt. Diese Aktionen nehmen deshalb einen ebenfalls hohen Stellenwert ein, weil sie in der Regel auf die Fortführung weitergehender gesundheitsförderlicher Prozess- und Strukturveränderungen in Betrieben abzielen.

Vorliegende Dokumentation erfasst entsprechend alle durch die Krankenkassen gemeldeten Aktivitäten zur BGF sowie Einzelaktionen. Sie liefert hierbei einen Überblick über das bundesweite Leistungsgeschehen. Bei den gemeldeten Fällen handelt es sich sowohl um Aktivitäten, die die Krankenkassen selbst durchgeführt haben, wie z.B. Beratungen, Gesundheitszirkel, Gesundheitstage/-wochen, als auch um Maßnahmen, für welche die Krankenkassen Ressourcen, beispielsweise finanzieller oder fachlicher Art, eingebracht haben. Die Dokumentation lässt dabei keine Rückschlüsse auf einzelne Projekte zu. Auch werden bei der Ergebnisdarstellung miteinander verwobene Elemente praktizierter BGF, wie die Durchführung von Bedarfsanalysen, die Bildung von außerbetrieblichen Kooperations- und/oder Steuerungsgremien, die Interventionen, der Einsatz von Methoden und Medien sowie die Durchführung von Erfolgskontrollen, voneinander getrennt abgebildet.

Vorliegender Bericht stellt ausschließlich den Stand der Aktivitäten im Berichtsjahr dar. Über Interventionen oder Erfolgskontrollen, die sich in 2003 erst in der Planungsphase befanden, wird noch nicht berichtet.

3.4.1 Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

Den Auswertungen zur BGF lagen für das Jahr 2003 insgesamt 2.164 Dokumentationsbögen zu Grunde. Im Jahr davor waren es noch 1.895 Fälle. Der Datenumfang für 2003 ist folglich um etwa ein Siebtel des Vorjahresdatensatzes angestiegen. Offensichtlich haben die Krankenkassen ihre BGF-Aktivitäten in 2003 gegenüber dem Vorjahr intensiviert. Dies lässt sich insbesondere am Anstieg der Ausgaben für Primärprävention und BGF von 88,2 Mio. Euro (1,25 €/Versicherten) in 2002 auf 113,5 Mio. Euro (1,61€/Versicherten) in 2002 nachvollziehen³³. Auch kann die Datenzunahme auf ein noch besseres Meldeverhalten einzelner Krankenkassen zurückgeführt werden.

Weiter wurden 628 Fälle gemeldet, bei denen bis zum Ende des Berichtsjahres 2003 ausschließlich Arbeitsunfähigkeitsanalysen bzw. -Profile durchgeführt wurden. Zu diesen Fällen lagen keine weiteren Informationen bezüglich der offensichtlich erst geplanten prozesshaften Aktivitäten der BGF vor. Fälle, bei denen bereits weitere Bedarfsanalysen erkennbar waren oder schon Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet wurden, wurden als gestartete BGF dem oben genanntem Datensatz zugerechnet.

Die folgenden Ausführungen bilden zunächst Gesamtergebnisse ab und berichten im weiteren über relevante Ergebnisse in den jeweiligen "Branchen" und in Betrieben mit unterschiedlichen "Beschäftigtenzahlen". Darüber hinaus interessiert, ob und inwiefern Unterschiede bezüglich der Bedarfsermittlungen und Interventionen erkennbar waren, wenn "Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen" vorhanden waren oder nicht.

Für die in diesem Bericht gezogenen Vergleiche der Ergebnisse aus 2003 mit denen aus 2002 sind die unterschiedlichen Datenumfänge zu berücksichtigen. Ein beobachteter Rückgang an prozentualen Anteilen von bejahten Feldern bedeutet nicht automatisch, dass dies auch weniger Fälle als im Vorjahr betraf, häufig waren die Fallzahlen bei geringeren Anteilen sogar höher.

3.4.1.1 Allgemeine Daten

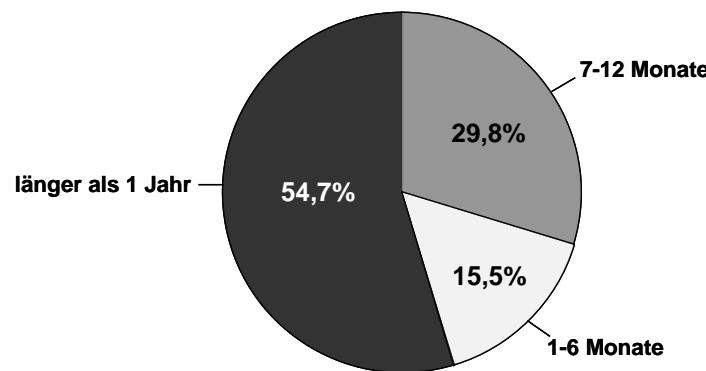
Die allgemeinen Daten umfassen Angaben zur Branche, zu Start und Status der Aktivitäten, zur Betriebsgröße sowie zum Frauenanteil in den jeweiligen Betrieben.

3.4.1.1.1 Start und Status der Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Aus den Angaben zum Start der Aktivitäten sowie zu ihrem Status "laufend – abgeschlossen" ließ sich eine grobe Darstellung der Häufigkeit von lang angelegten umfangreichereren Projekten bzw. kürzeren Aktivitäten ableiten. Dabei war die Laufzeit der Aktivitäten bei abgeschlossenen und bei solchen noch laufenden Fällen nachvollziehbar, deren Startdatum mindestens ein Jahr vor Ende des Berichtsjahres benannt war (s. Abb. 25, S. 68):

³³ GKV-Ausgabenstatistik KJ1 2002 u. 2003

Abb. 25: Laufzeit der Aktivitäten



(zu Grunde liegende Anzahl der Dokumentationsbögen: n=1.447)

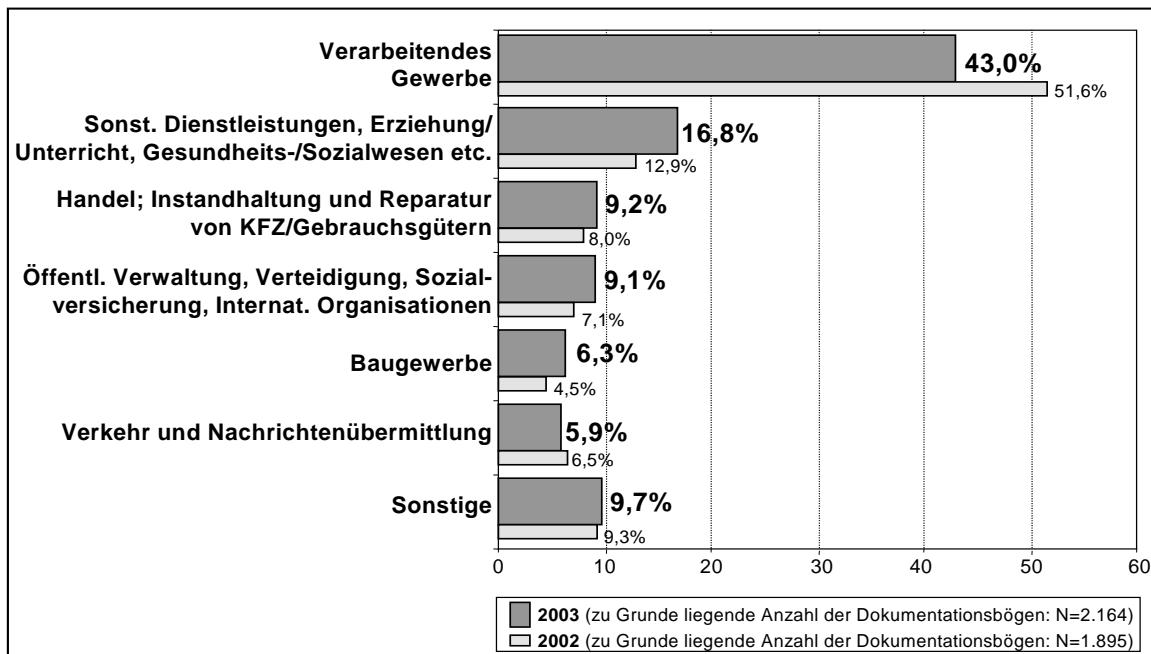
So machte der Anteil derjenigen Aktivitäten, die für länger als ein Jahr angelegt waren, mehr als die Hälfte der Fälle aus. 30 Prozent der Aktivitäten dauerte in 2003 7-12 Monate an, und 15 Prozent waren für ein halbes Jahr oder weniger angelegt. Bei knapp zwei Dritteln aller vorliegenden 2.164 Fälle (64 %) wurden die Aktivitäten im Berichtsjahr 2003 gestartet, 14 % in 2002 und 21 % in den Jahren davor. Von allen gemeldeten Aktivitäten liefen 64 % noch zum Ende des Jahres. Die Dominanz an Projekten mit längerer Laufzeit weist deutlich auf einen Trend zur Kontinuität in der BGF hin.

Die Mitwirkung der Krankenkassen an den BGF-Aktivitäten war zum Ende des Berichtsjahres in 43 % der Fälle abgeschlossen.

3.4.1.1.2 Branche

Die Branchen wurden entsprechend dem Wirtschaftsschlüssel des Statistischen Bundesamtes (1999) abgefragt. Sie verteilten sich in 2003 folgendermaßen:

Abb. 26: Branchen



43 Prozent aller 2.164 erfassten Aktivitäten wurden im "Verarbeitenden Gewerbe"³⁴ durchgeführt. Das ist ein deutlich geringerer Anteil als noch im Vorjahr. Im Vergleich zu 2002 hat die Zahl der Aktivitäten im "Dienstleistungsbereich" hingegen zugenommen. Ebenfalls etwas häufiger fand BGF in den Branchen "Handel ..." sowie in der "Öffentlichen Verwaltung ..." statt.

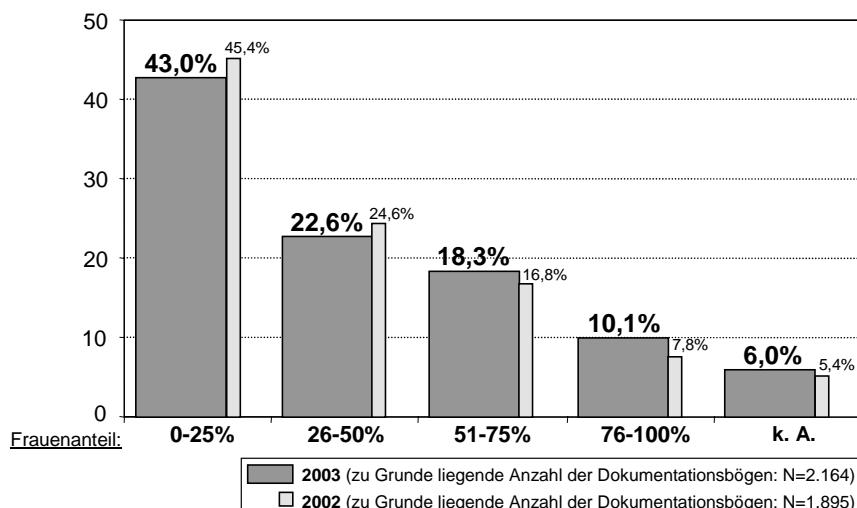
Im Vergleich zu den bundesweiten Anteilen der Betriebe in den jeweiligen Wirtschaftszweigen³⁵ waren Unternehmen aus dem "Verarbeitenden Gewerbe" hier nach wie vor stark (43 %, Bundesanteil 11 %) und Betriebe aus dem „Handel ...“ eher schwach vertreten (9 %, Bundesanteil 22 %). Der Rückgang des Anteils beim "Verarbeitenden Gewerbe" und die leichte Zunahme an Aktivitäten im "Handel ..." lassen jedoch eine mögliche Annäherung der Datenstruktur an die Bundesstruktur erkennen. Betriebe aus dem "Dienstleistungssektor" waren in vorliegendem Datensatz mit etwa gleichen Anteilen vertreten wie Dienstleistungsbetriebe im Bund (jeweils 17 %).

Zu den "Sonstigen Branchen" zählten in absteigender Häufigkeit das "Grundstücks-/Wohnungswesen ...", das "Gastgewerbe", das "Kredit- und Versicherungsgewerbe", die "Land- und Forstwirtschaft, Fischerei" sowie der "Bergbau ..." (Anteile von 2,7 % bis 0,4 %).

3.4.1.1.3 Frauenanteil

43 Prozent der dokumentierten Betriebe hatten einen Frauenanteil von 0-25 % und 23 Prozent einen von 26-50 % (2002: 25 %). Im Vergleich zum Berichtsjahr 2002 hat der Anteil der Betriebe mit mehr als 50 % weiblichen Mitarbeitern leicht zugenommen:

Abb. 27: Frauenanteil



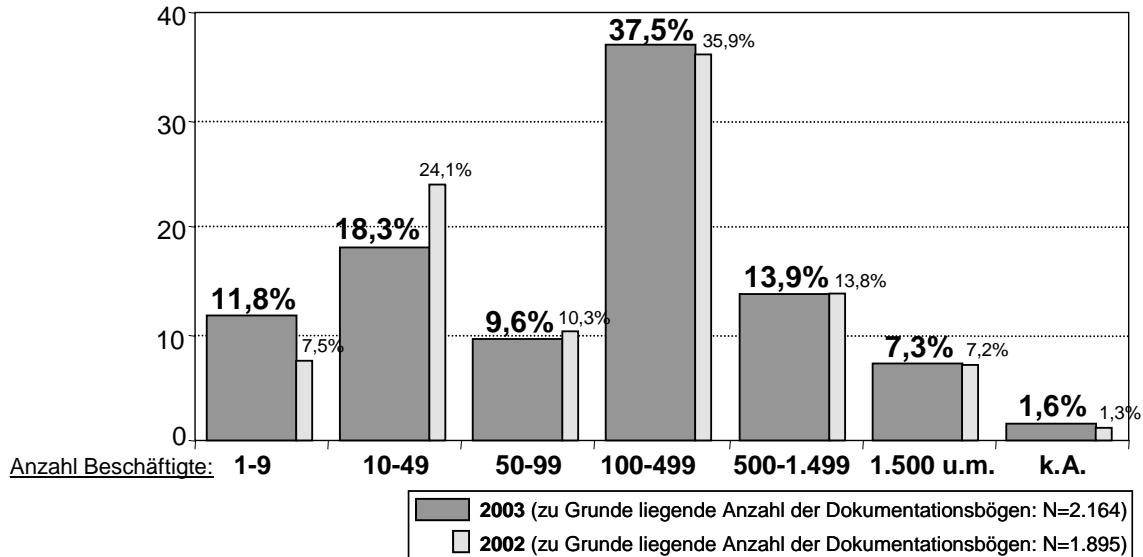
³⁴ Eine weitere Aufschlüsselung dieser Branche war im zu Grunde liegenden Dokumentationsbogen nicht vorgesehen, so dass nicht nachvollziehbar ist, welche Bereiche hier im Einzelnen erreicht wurden. Es ist jedoch geplant, das verarbeitende Gewerbe in der weiterentwickelten Version des Dokumentationsbogens (ab Berichtsjahr 2004) differenzierter abzufragen.

³⁵ Bundesanstalt für Arbeit: Statistik zur Zahl der Betriebe und ihrer Beschäftigten nach Betriebsgrößenklassen und Wirtschaftsabteilungen in Deutschland (Stand 30.06.2003).

3.4.1.1.4 Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)

Im Jahr 2003 fand Betriebliche Gesundheitsförderung am häufigsten in Betrieben mit einer Beschäftigtenzahl von „100-499 Mitarbeitern“ statt (38 %). Der Anteil an Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ machte zusammen ebenfalls einen Anteil 38 % aus. Insbesondere in Kleinstbetrieben mit „1-9 Beschäftigten“ wurde BGF deutlich häufiger als noch im Vorjahr durchgeführt:

Abb. 28: Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)



BGF wurde in 2003 nach wie vor überdurchschnittlich häufig in größeren Unternehmen durchgeführt. So lag der bundesweite Anteil an Betrieben mit „100 bis 499 Beschäftigten“ laut BfA-Statistik in 2003 bei 2 %, der des Datensatzes bei 38 %. Der hohe Anteil lässt sich insbesondere auf die für die Durchführung von BGF tendenziell günstigeren Strukturverhältnisse in größeren Unternehmen zurückführen. In diesen Unternehmensgrößen konnten allerdings auch besonders viele Erwerbstätige erreicht werden. Den Schätzungen zufolge waren es in Unternehmen mit „100 bis 499“, „500 bis 1.499“ und „1.500 und mehr Beschäftigten“ insgesamt 484.000 erreichte Personen (alle Betriebsgrößen zusammen: 545.000 erreichte Personen).

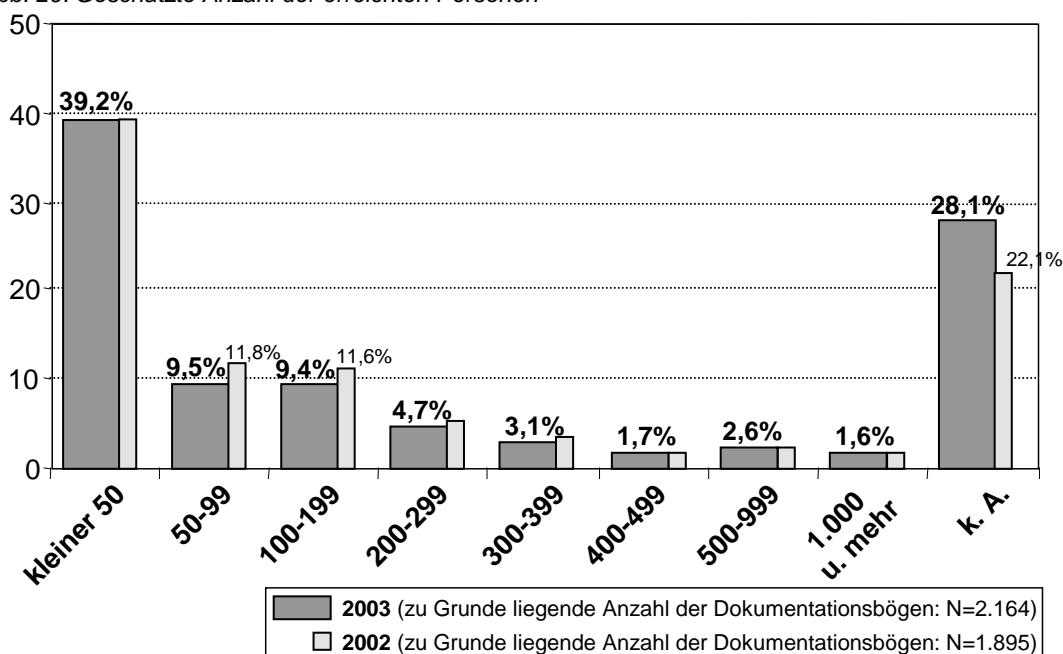
Erfreulicherweise konnte gleichzeitig beobachtet werden, dass die Krankenkassen ihre Aktivitäten in Klein- und Kleinstbetrieben gegenüber den Vorjahren weiter verstärkt haben. Fälle aus diesen Betriebsgrößen machten immerhin ein gutes Drittel des Datensatzes aus. Der bereits in 2002 beobachtete Trend zu einer stärkeren Ausrichtung auf kleinere Betriebe wird hier noch einmal deutlich.

3.4.1.2 Anzahl der erreichten Personen

Bei 1.555 Fällen lagen Schätzungen zu den mit BGF erreichten Personen vor. Die Gesamtsumme belief sich bei diesen auf rund 545.000 (2002: 515.000) erreichten Personen. Nimmt man den einen Fall aus dem Datensatz heraus, der einen Ausreißer darstellt, da hier über 200.000 erreichte Personen berichtet wurde³⁶, dann kommt man auf einen Durchschnitt von 222 Personen pro Dokumentationsbogen (2002: durchschnittlich 214 erreichte Personen). Rechnet man diese Zahl auf alle Fälle hoch und addiert abschließend den Ausreißer hinzu, dann liegt die Gesamtschätzung bei 680.000 erreichten Personen (2002: 604.000). Dies entspricht einem Anteil von 1,0 % aller GKV-Versicherten (2002: 0,9 %)³⁷.

Eine Auffächerung der Schätzungen zur Anzahl der erreichten Personen in Gruppen ergab folgende Verteilung:

Abb. 29: Geschätzte Anzahl der erreichten Personen



Mit BGF-Aktivitäten wurden nach wie vor eher kleinere Personengruppen erreicht. Gruppen mit einem Umfang von bis zu 50 erreichten Personen machten etwa 40 % des Datensatzes aus (2002 ebenso). Der Anteil der Personengruppen mit 50 bis 99 und 100 bis 199 erreichten Personen ist im Vergleich zu 2002 etwas geringer geworden.

³⁶ Die BGF fand hier in einem Unternehmen aus der Branche "Verkehr und Nachrichtenübermittlung" statt, in dem offensichtlich schon im Vorjahr die gleiche Zahl erreichter Personen geschätzt wurde.

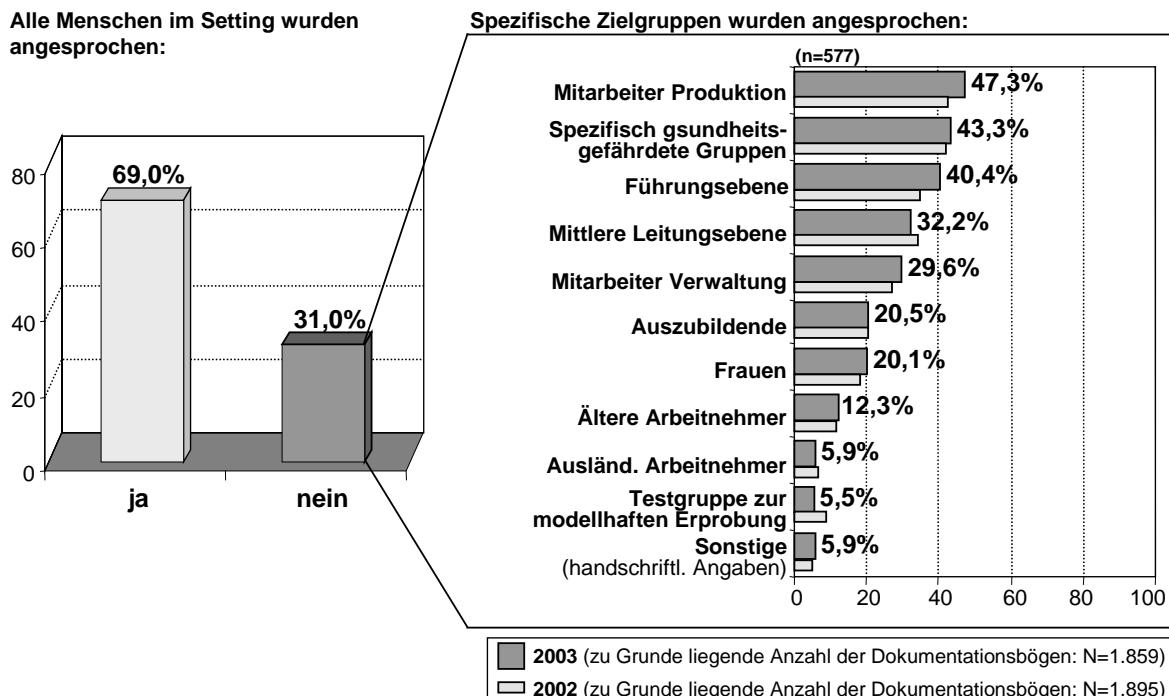
³⁷ Hier ist zu erwähnen, dass die Daten keine Information darüber lieferten, ob es sich bei der Schätzzahl ausschließlich um die direkt mit den Aktivitäten erreichten Personen handelte oder auch um Personen, die z.B. als Kollegen indirekt Nutzen aus den Aktivitäten zogen. Mit den überarbeiteten Dokumentationsbögen, die für das Berichtsjahr 2004 zum Einsatz kommen, werden direkte Teilnehmer und indirekt erreichte Personen differenziert abgefragt.

3.4.1.3 Schwerpunktmaßige Zielgruppen

In 69 % der berücksichtigten 1.859 Fälle, in denen Aussagen zur Zielgruppenwahl vorlagen, waren die Aktivitäten in den Betrieben auf alle Beschäftigten ausgerichtet (2002: 66 %). Dabei wurden in kleineren Betrieben eher alle Mitarbeiter mit den Aktivitäten angesprochen, in größeren Unternehmen hingegen häufiger bestimmte Zielgruppen (vgl. Branchen-/Betriebsgrößenauswertungen hierzu, Kap. 3.4.2.4, S. 84). Auch machte es in vielen Fällen aufgrund des Projektzuschnittes bzw. der Unternehmensgrößen und -strukturen mehr Sinn, alle Mitarbeiter anzusprechen.

Die genannten *spezifischen Zielgruppen*, die 31 % des Datensatzes ausmachten (2002: 34 %), ließen sich wie folgt weiter auffächern:

Abb. 30: Schwerpunktmaßige Zielgruppe (Mehrfachnennungen möglich)



„Mitarbeiter aus der Produktion“ und „Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen“ wurden am häufigsten als Zielgruppe benannt. Offensichtlich bestand beispielsweise in bestimmten Arbeitsbereichen aufgrund gegebener (insbesondere körperlicher) Belastungen ein größerer Handlungsbedarf. Nächsthäufige Zielgruppen waren die „Führungsebene“ und „mittlere Leitungsebene“ – sicher auch aufgrund ihrer Entscheider- und Multiplikatorenfunktionen. „Auszubildende“ wurden in 21 % der Fälle angesprochen. Diese Gruppe wurde darüber hinaus gut im Setting Berufsschule erreicht (s. Kap. 3.3.2.2, S. 40). Weiterhin waren „Frauen“ in einem Fünftel der Fälle Zielgruppe, wobei sie mit Abstand am häufigsten in Betrieben mit hohem Frauenanteil von mindestens 76 % benannt wurden. Gegenüber dem Vorjahr haben sich keine gravierenden Änderungen bei der Zielgruppenauswahl ergeben.

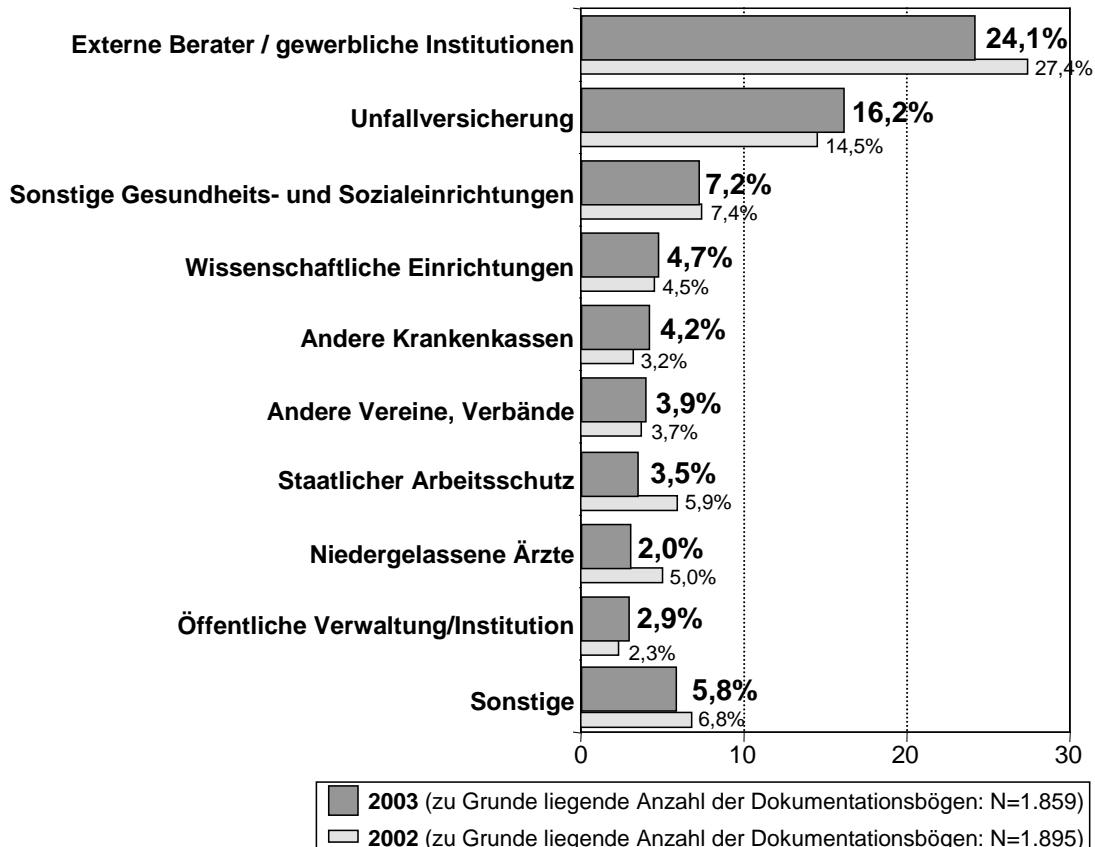
Aufgrund der möglichen Mehrfachnennungen wurden bei den 577 Dokumentationsbögen, die Angaben zu spezifischen Zielgruppen enthielten, im Durchschnitt zwei bis drei Zielgruppen benannt. Die Kombinationen der genannten Zielgruppen streuten breit. Große

Gruppierungen mit gleichen Kombinationen kamen selten vor. Am häufigsten lag noch die Zielgruppenverknüpfung von "Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)" mit "Mitarbeitern in der Produktion" (1,6 %, n=35) vor. Das verwundert insofern nicht, da es sich bei dieser Kombination um einen relativ allgemein formulierten Ansatz handelt, unter dem sich viele Gruppen und Tätigkeiten wiederfinden können.

3.4.1.4 Außerbetriebliche Kooperationspartner

Bei 48 % aller Fälle gaben die Krankenkassen außerbetriebliche Kooperationen an (2002: 50 %). Sie benannten dabei tendenziell ein bis zwei Kooperationspartner. Die Häufigkeiten der abgefragten Kooperationspartner verteilen sich wie folgt:

Abb. 31: Außerbetriebliche Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)



Meist gemeldete Kooperationspartner waren die "Externen Berater/ Gewerblichen Institutionen", die in vielen Fällen zur Durchführung von einzelnen Interventionen im Rahmen von BGF, z.B. als Ernährungsberater oder zur Durchführung von Rückenschulen, beauftragt waren. Als zweithäufigste Kooperationspartner wurden die "Unfallversicherungen" mit einem Anteil von 16 % (2002:15 %) benannt. Hier bestehen nach wie vor noch deutliche Potenziale für den Ausbau von Kooperationen, wobei beide Kooperationspartner – die gesetzlichen Krankenkassen als auch die Berufsgenossenschaften – angesprochen sind. Als vergleichsweise häufige Kooperationspartner sind noch "Sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen" zu nennen. Gegenüber dem Vorjahresbericht haben sich Kooperationen mit dem "Staatlichen Arbeitsschutz" und mit "Niedergelassenen Ärzten" verringert.

3.4.1.5 Koordination und Steuerung

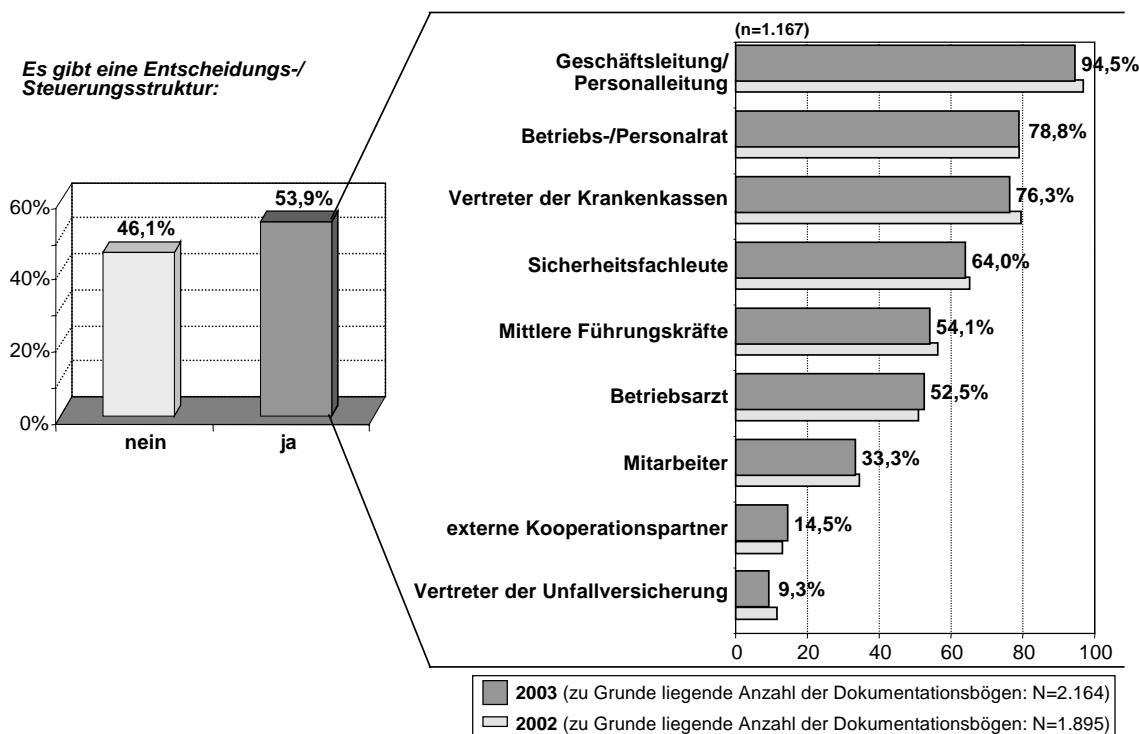
In 54 % aller Fälle (n=1.167) wurden im Rahmen der BGF Steuerungsgremien gebildet (2002: 1.022 Fälle). Sie nehmen für eine langfristig prozesshafte Einbindung von Gesundheitsförderung in Betriebsstrukturen einen hohen Stellenwert ein. So erfolgten bei vorhandenen Steuerungsgremien insgesamt wesentlich umfassendere Bedarfsanalysen und Interventionen als bei fehlenden (vgl. Kap. 3.4.3, S. 94 ff.).

Die Ergebnisse zur Besetzung eines Steuerungsgremiums lieferten im Berichtsjahr 2003 nahezu das gleiche Bild wie in 2002: An einem Steuerungsgremium waren im Durchschnitt Vertreter aus etwa fünf verschiedenen Bereichen bzw. Einrichtungen beteiligt. Dabei variierten die Kooperationspartner erheblich. Das am häufigsten im Datensatz vertretene Gremium (n=123, 11 % aller Gremien) setzte sich aus folgenden sechs „klassischen“ Koordinierungsmitgliedern zusammen:

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

Im Einzelnen verteilten sich die an einem Koordinierungsgremium Beteiligten wie folgt:

Abb. 32: Koordination/Steuerung (Mehrachennungen möglich)



Am häufigsten war die „Geschäfts- bzw. Personalleitung“ steuernd und koordinierend in die Aktivitäten eingebunden, gefolgt vom „Betriebs-/Personalrat“ und den „Vertretern der Krankenkassen“. Vertreter der Krankenkassen führen dabei in vielen Fällen als „externe und neutrale Partei“ die Moderation durch. Eher selten waren „Externe Kooperationspart-

ner" und die "Unfallversicherung" im Steuerungsgremium vertreten. Gegenüber dem Vorjahr 2002 lagen keine gravierenden Ergebnisabweichungen vor.

Das ebenfalls abgefragte Item "Eine Vereinbarung zur Durchführung von Aktivitäten wurde getroffen" wurde selten 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 ziehen. Entsprechend wurde für dieses Berichtsjahr auf eine Ergebnisdarstellung hierzu verzichtet³⁸.

3.4.1.6 Bedarfsermittlung

Grundlage für die Durchführung von Aktivitäten in der BGF ist eine umfassende Bedarfsermittlung. Hierzu wurden 15 Parameter abgefragt. Bedarfsermittlungen erfolgten in 89 % der Fälle bzw. in 1.923 Fällen (2002: n=1.736, 92 %).

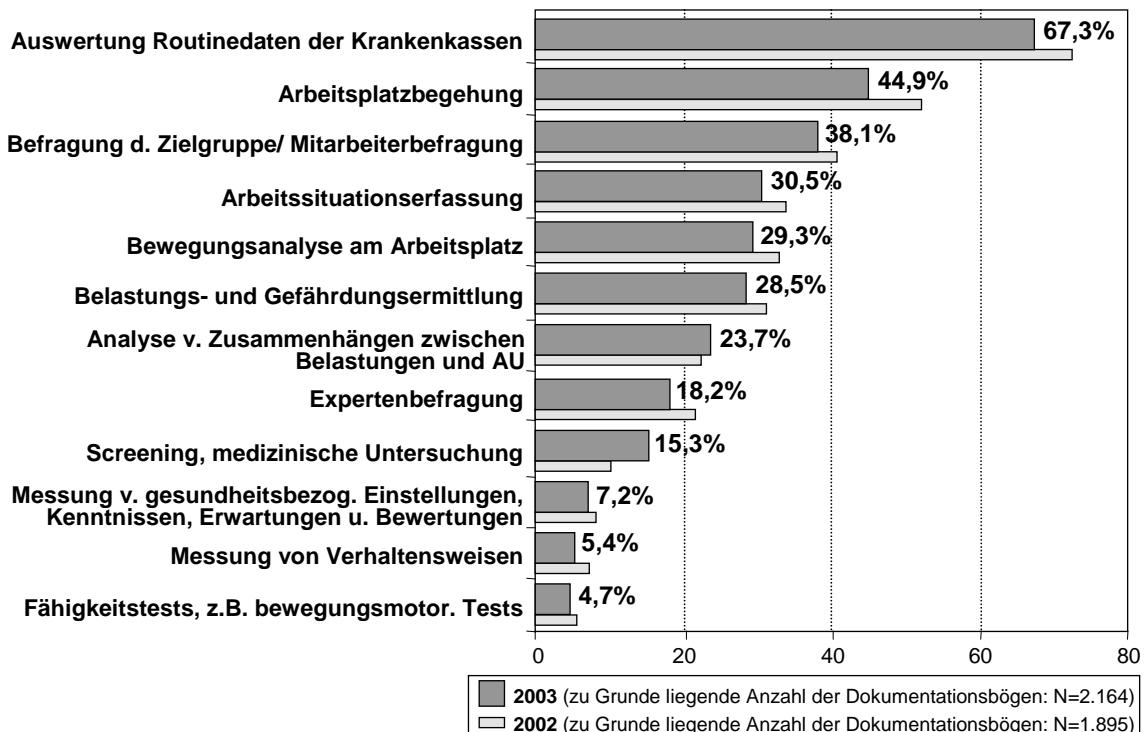
Dabei griffen die Leistungsanbieter meist auf mehr als eine Form der Bedarfsermittlung zurück. Im Durchschnitt waren es knapp vier Analysemethoden pro Dokumentationsbogen. Auch in 2003 verknüpften sie, so wie das Konzept es vorsieht, auffallend häufig objektive Daten, wie die "Routinedaten der Krankenkassen"³⁹, mit subjektiven Erfassungen, wie z.B. der "Mitarbeiterbefragung". Insbesondere in 38 % aller Fälle mit erfolgter Bedarfsanalyse fand gleichzeitig eine "Arbeitsplatzbegehung" und eine "Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen" statt, sowohl für sich als auch in Verknüpfung mit anderen, breit streuenden Items zur Bedarfsermittlung. Bei zwei Dritteln dieser Fälle wurde mindestens noch die "Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz" durchgeführt.

Einzelnen aufgefächert verteilten sich die abgefragten Felder wie folgt (vgl. Abb. 33, S. 76):

³⁸ Die weiterentwickelten Erhebungsinstrumente, die ab dem Berichtsjahr 2004 eingesetzt werden, fragen differenziert nach mündlichen und schriftlichen Vereinbarungen ab.

³⁹ Nicht enthalten sind dabei die statistischen Auswertungen der Krankenkassen, denen keine weiteren Aktivitäten im Unternehmen gefolgt sind (s. Kap. 3.4.1; S. 67).

Abb. 33: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



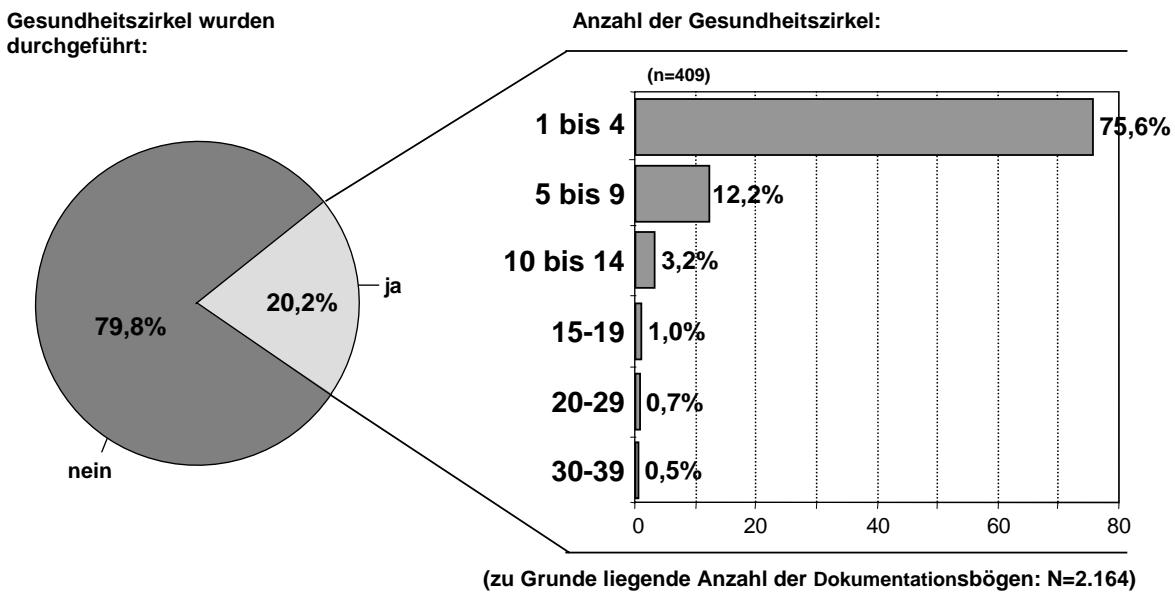
In 2003 zählten wie im Vorjahr die „Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen“, die „Arbeitsplatzbegehung“, die „Befragung der Zielgruppe/Mitarbeiterbefragung“ zu den am häufigsten eingesetzten Bedarfsanalysen. Dabei waren ihre jeweiligen Anteile gegenüber 2002 etwas geringer. Dieser Rückgang war weniger auf eine grundsätzlich seltene Anwendung dieser Bedarfsermittlungen zurückzuführen – die Fallzahlen sind meist sogar angestiegen –, sondern war vielmehr durch Ergebnisse aus einzelnen Branchen bzw. Betriebsgrößen verursacht: So griffen beispielsweise Akteure in Betrieben aus dem „Handel“, deren Anteil am Datensatz in 2003 leicht angestiegen ist, deutlich seltener als noch im Vorjahr auf „Auswertungen von Krankenkassen-Routinedaten“ zurück (2003: 59 %, 2002: 76 %). Auch fanden in Betrieben mit „1 bis 9 Beschäftigten“, deren Anteil in 2003 angestiegen ist, auffallend seltener als noch im Vorjahr „Arbeitsplatzbegehungen“ statt (2003: 41 %, 2002: 54 % - siehe auch Branchen-/Betriebsgrößenauswertungen in Kap.3.4.2.7, S.88).

Etwas häufiger als in 2002 wurden „Screenings, medizinische Untersuchungen“ durchgeführt (14 %, 2002: 10 %). Nach wie vor fanden „Messungen von Verhaltensweisen“ und „Fähigkeitstests, wie z.B. bewegungsmotorische Tests“ eher selten statt.

3.4.1.7 Gesundheitszirkel

In 2003 wurden bei 20 % aller Fälle (2002: 18 %) insgesamt 1.225 Gesundheitszirkel durchgeführt, von denen jeder mehrere Sitzungen umfasste. Die Häufigkeiten der Gesundheitszirkel pro Fall verteilten sich wie folgt:

Abb. 34: Gesundheitszirkel



Bei drei Viertel all derjenigen Betriebe, in denen überhaupt Gesundheitszirkel durchgeführt wurden, handelte es sich um ein bis vier Zirkel (2002: 73 %). Bei der Hälfte davon wurde ein Zirkel durchgeführt. 12 % der Fälle umfassten fünf bis neun Zirkel. Größere Mengen an Gesundheitszirkeln wurden selten durchgeführt.

Gesundheitszirkel nehmen eine wichtige Rolle in der BGF ein: sie binden alle Beschäftigten in die Veränderungsprozesse ein, tragen zu einer Verbesserung der Kommunikation von Gesundheitsproblemen bei und sind auf positive Veränderungen nicht nur im Gesundheitsverhalten Einzelner, sondern auch bezüglich Betriebsstrukturen, -umfelder und Arbeitsorganisationen ausgerichtet. Dies wird z.B. durch folgende beobachtete Ergebnisse in 2003 gestützt: bei Fällen, in denen Gesundheitszirkel durchgeführt wurden, erfolgten in 52 % sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Aktivitäten, bei solchen, in denen es keine Zirkel gab, lag der Anteil von verhaltens- und verhältnisbezogenen Aktivitäten bei 23 %. Es ist deshalb ein zukünftig stärkerer Einsatz von Gesundheitszirkeln in der BGF erstrebenswert.

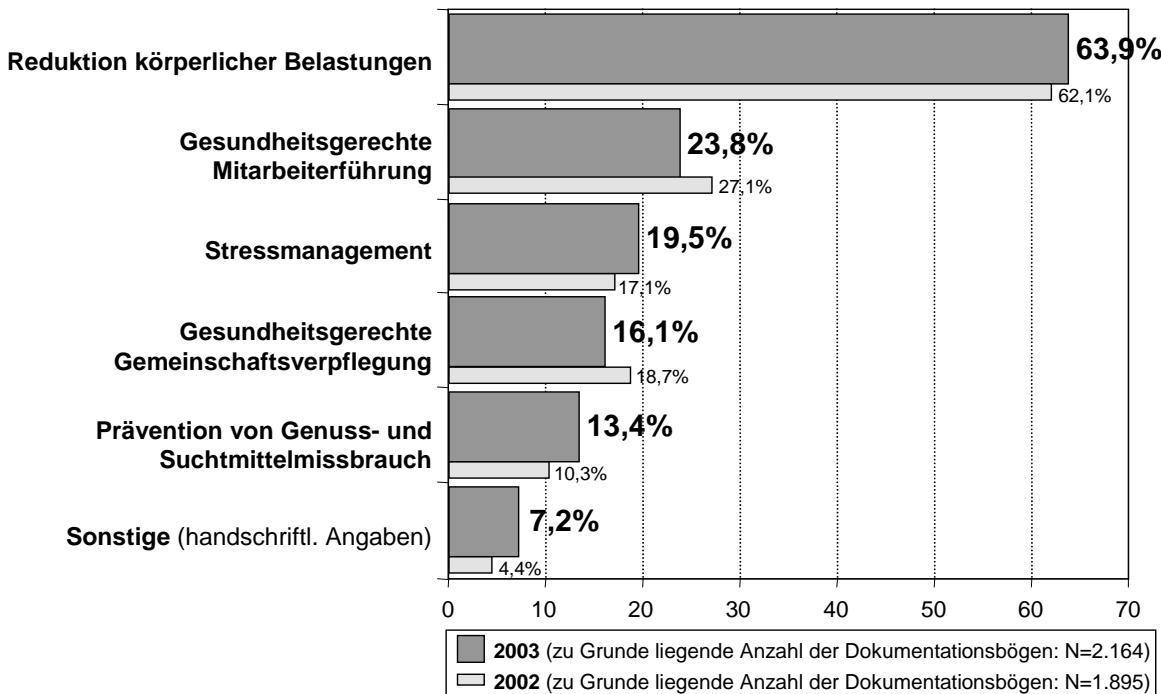
3.4.1.8 Intervention

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 lagen in 81 % der Fälle Angaben vor (2002: 78 %). Bei den restlichen 19 % kann davon ausgegangen werden, dass die Aktivitäten sich zum Ende des Berichtjahres noch in der Phase der Bedarfsermittlung und Strukturbildung befanden, Interventionen also noch ausstanden. Im Durchschnitt waren die Interventionen auf zwei Themen gleichzeitig ausgerichtet. Die einzelnen Inhalte verteilten sich wie folgt (Abb. 35, S. 78):

Abb. 35: Inhaltliche Ausrichtung der Maßnahmen (Mehrfachnennungen möglich)



Die Interventionen waren – wie bereits im Vorjahr – deutlich am häufigsten auf die “Reduktion von körperlichen Belastungen” ausgerichtet (64 %; 2002: 62 %). Hierzu zählten neben Maßnahmen, die auf “klassische” muskulo-skelettäre Belastungen aufgrund (teilweise schwerer) körperlicher Arbeit abzielten, auch Interventionen, die auf ungünstige Zwangshaltungen bei eigentlich nicht körperlicher schwerer Arbeit, wie z.B. Büro- und Bildschirmarbeit, eingingen. Auch Aktivitäten zur Reduktion von Umgebungsbelastungen, wie z.B. Lärm, Staub, Luftzug – Faktoren, die in der BGF eine hohe Bedeutung haben und im Prinzip immer mit berücksichtigt werden. Hier nahm der hohe Anteil an Betrieben aus dem “Verarbeitenden Gewerbe” sicher zusätzlichen Einfluss auf das Ergebnis. Meist in Verknüpfung mit körperlich entlastenden Maßnahmen wurden als nächstes die “gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung” und das “Stressmanagement” in den Betrieben thematisiert – Inhalte, die auf eine Optimierung von Betriebsklima und Kommunikation (auch von Gesundheitsthemen) abzielen. Erfreulich ist insbesondere die stärkere Ausrichtung der Aktivitäten auf das Themenfeld “Prävention von Genuss- und Suchtmittelmissbrauch”.

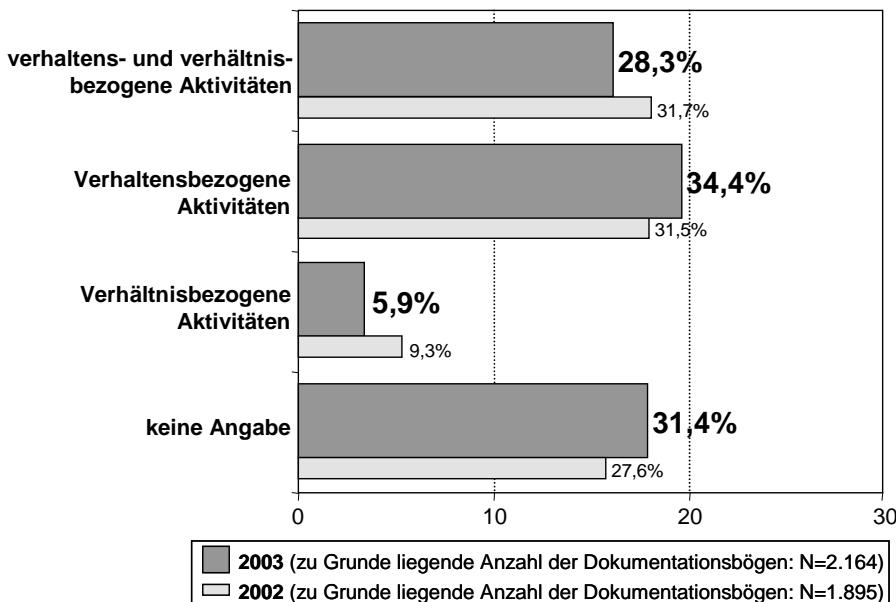
Handschriftliche Angaben lagen in 7 % aller Fälle vor. Knapp zwei Drittel davon benannten “Hygiene und Hautschutz” im Rahmen von BGF in Fleischereien/Metzgereien und Bäckereien.

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 und Strukturen, zum anderen hinsichtlich der Umgestaltung von Abläufen abgefragt.

Verhaltens- und/oder verhältnisorientierte Aktivitäten waren mit folgenden Anteilen im Datensatz vertreten:

Abb. 36: Intervention – Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten



In der BGF waren 28 % der Aktivitäten sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. 34 % waren rein verhaltensbezogen. Sechs Prozent der Aktivitäten bezogen sich ausschließlich auf die Verhältnisse. Bei knapp einem Drittel der Fälle lagen keine Angaben hierzu vor, in der Mehrzahl der Fälle aufgrund noch nicht erfolgter Interventionen.

Da BGF nachhaltigen Erfolg insbesondere dann verspricht, wenn die Maßnahmen sowohl auf das "Verhalten" von Beschäftigten als auch auf die "Verhältnisse" in Betrieben abzielen, in solchen Fällen auch tendenziell mehr Beschäftigte erreicht werden⁴⁰, ist bei vorliegendem Ergebnis ein offensichtlich zusätzliches Verbesserungspotenzial gegeben. Dabei liegt der Schwerpunkt häufig in der zu leistenden Überzeugungsarbeit durch die Krankenkassen gegenüber vielen Betrieben: Für die verhältnisbezogenen Aktivitäten sind Investitionen seitens der Betriebe erforderlich. In wirtschaftlich schlechteren Situationen verringert sich tendenziell die Bereitschaft hierzu. Häufig sind dann eher weniger kosten- und aufwandsintensive verhaltensbezogene Maßnahmen gefragt.

Zu den verhältnisbezogenen Aktivitäten konnten handschriftliche Angaben gemacht werden. Dies wurde in 26 % aller Fälle genutzt (n=565). Dabei ließen sich die Angaben folgenden Kategorien zuordnen:

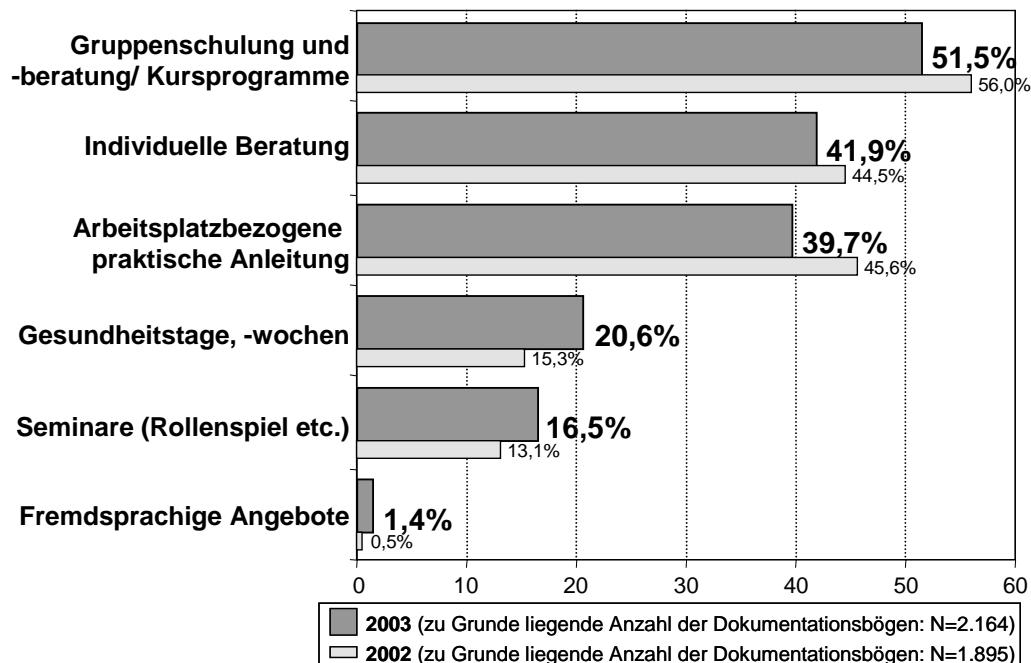
- Veränderung der Arbeits-/Betriebsorganisation (72 % dieser 565 Fälle, n=405)
- Verbesserung von Umgebungsbedingungen (70 %, n=395)
- Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen und Verantwortlichkeiten (3 %, n=16)
- Informations- und Kommunikationsstrukturen (12 %, n=66)
- Persönl. Maßnahmen zum Arbeitsschutz, Reduktion v. Unfall-/Infektionsgefahren (8 %, n=45)
- Soziale Angebote und Einrichtungen (4 %, n=24)

⁴⁰ In Betrieben, bei denen sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Aktivitäten durchgeführt wurden, wurden den Schätzungen zufolge die meisten Personen erreicht. Sie machten einen Anteil von 57 % (n=201.770) der geschätzten Gesamtzahl an erreichten Personen aus. Rein verhaltensbezogenen Aktivitäten erreichten 35 % aller genannten Personen (n=190.864). Mit rein verhältnisbezogenen Aktivitäten wurden 8 % der geschätzten Personenzahl erreicht (n=43.626).

3.4.1.8.3 Methoden und Medien

Bei 70 % aller Dokumentationsbögen lagen Angaben zu den angewandten Methoden (2002: 74 %) und bei 74 % Angaben zu eingesetzten Medien (2002: 75 %) vor. Im Durchschnitt wurden pro Fall mit vorliegenden Angaben hierzu jeweils zwei Methoden bzw. Medien gleichzeitig benannt.

Abb. 37: Angewandte Methoden (Mehrfachnennungen möglich)



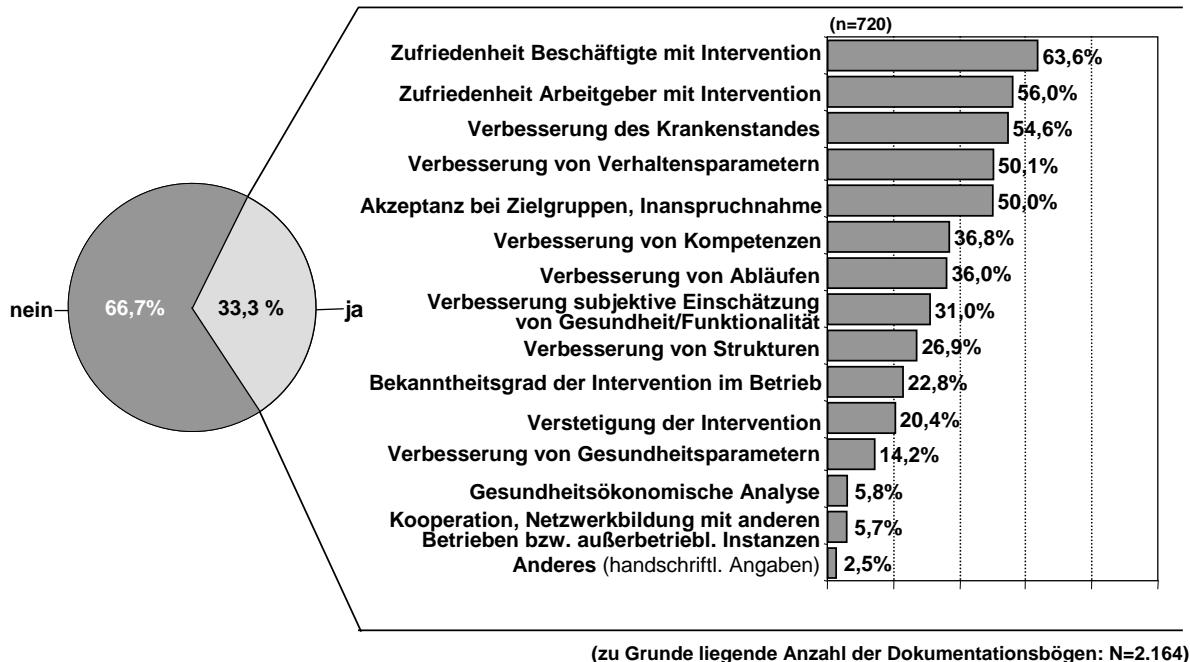
Häufigste Anwendung fanden „Gruppenschulungen/-beratungen“, die „Individuelle Beratung“, sowie die „Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung“.

Die Medien „Faltblätter, Broschüren“ (65 %, 2002: 62 %) fanden am häufigsten Einsatz, weniger „Plakate, Informationsausstellungen“ (37 %, 2002: 30 %), „Übungsmanuale“ (27 %, 2002: 32 %) und „Medien, wie Video, Foto usw.“ (27 %, 2002: 32 %). Zu den sonstigen Medien, die in 4 % der Fälle benannt wurden, zählten in erster Linie „Anschauungsmaterial/ Modelle“, das „Intranet/Internet“ sowie die „Betriebszeitung“.

3.4.1.9 Erfolgskontrolle

In 33 % der Fälle gaben die Krankenkassen durchgeführte Erfolgskontrollen an (2002: 42 %)⁴¹. In absteigender Rangfolge wurden dabei die „Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention“ (64 %, 2002: 53 %), die „Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention“ (56 %; 2002: 62 %), die „Verbesserung des Krankenstandes“ (55 %; 2002: 51 %), die „Verbesserung von Verhaltensparametern“ (50 %; 2002: 36 %) sowie die „Akzeptanz der Intervention bei den Zielgruppen, Inanspruchnahme“ (50 %; 2002: 59 %) geprüft:

Abb. 38: Erfolgskontrolle (Mehrfachnennungen möglich)



Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden im Durchschnitt fünf Felder markiert. Die mit einander kombinierten Erfolgskontrollen streuten dabei sehr stark. Die am stärksten im Datensatz vertretene Kombination, für sich allein oder in Verknüpfung mit weiteren Kontrollen, war die „Verbesserung des Krankenstandes“, die „Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“ und die „Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention“ (25 %).

Es ist zu vermuten, dass viele Folge-Arbeitsfähigkeitsanalysen, die im Anschluss an BGF durchgeführt wurden, häufig nicht als Erfolgskontrollen gewertet und entsprechend nicht gemeldet wurden. Auch lässt das Ergebnis den Schluss zu, dass im Vorfeld von BGF teilweise ausreichende Zieldefinitionen fehlten, anhand derer zum Ende der Aktivitäten der Erfolg geprüft werden konnte. Es lässt sich hier also für die Zukunft noch einiges verbessern. Derzeit sind Fragebögen zur Evaluation von BGF-Maßnahmen in der Entwicklung und Erprobung. Mit diesen können die Krankenkassen in Zukunft auf ein fundiertes, umfassendes Messinstrument zur Erfolgskontrolle und somit zur Qualitätsprüfung ihrer Aktivitäten zurückgreifen. Spätestens mit ihrem Einsatz, der in Stichproben und nicht als Vollerhebung erfolgen wird, ist die gewünschte stärkere Etablierung von Erfolgskontrollen zu erwarten.

⁴¹ Ob bei den noch nicht abgeschlossenen Projekten, die einen Anteil von 64 % 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 durchgeführter Erfolgskontrolle abfragen.

3.4.2 Branchenbezogene und betriebsgrößenspezifische Auswertungen

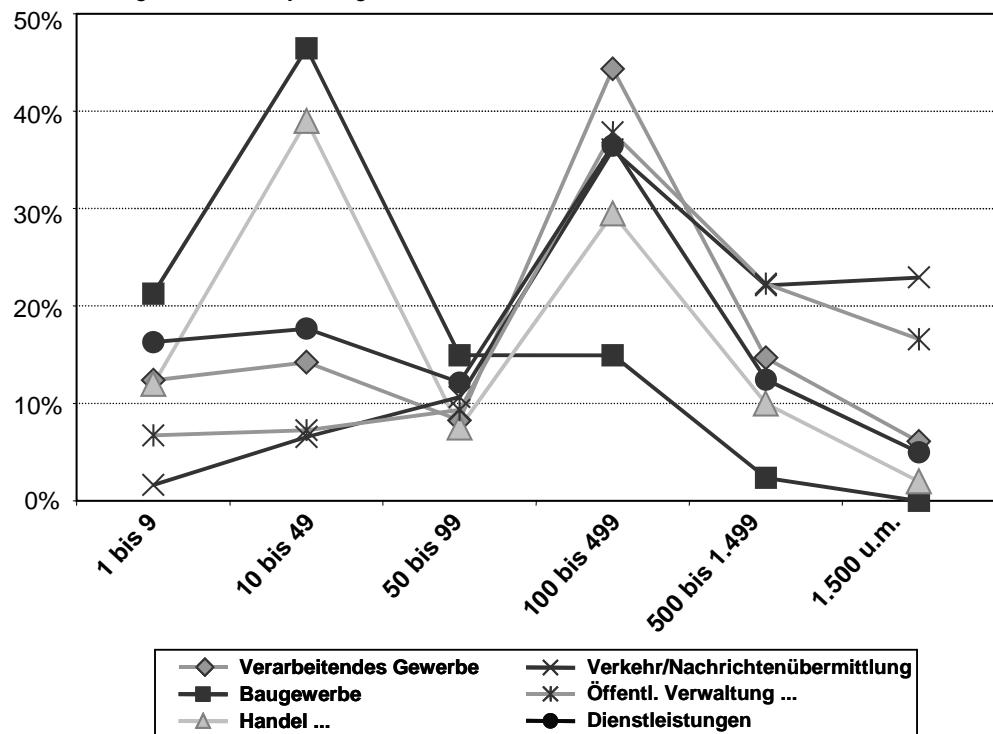
In die Ergebnisbetrachtung einbezogen werden allein Auswertungen zu Branchen, die mit einem Anteil von mindestens 5 % am Gesamtdatensatz beteiligt waren. Dabei handelt es sich um die folgenden Wirtschaftszweige:

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

Mit den branchen- und betriebsgrößenspezifischen Auswertungen lassen sich Besonderheiten und möglicherweise auch Verbesserungspotenziale bei der Gesundheitsförderung in den jeweiligen Betrieben feststellen.⁴²

3.4.2.1 Anzahl der Beschäftigten

Abb. 39: Betriebsgrößen in den jeweiligen Branchen



Im Datensatz lagen zum „Verarbeitenden Gewerbe“ vorwiegend Fälle aus Unternehmen mit einer Beschäftigtenzahl von „100 bis 499 Mitarbeitern“ und am nächsthäufigsten aus solchen mit „500 bis 1.499 Beschäftigten“ vor. Aus dem „Baugewerbe“ kamen vorwiegend kleinere Betriebe mit „1 bis 9“ bzw. „10 bis 49 Mitarbeitern“. Zum „Handel ...“ zählten überrwiegend Fälle aus Betrieben mit „10 bis 49 Mitarbeitern“ sowie aus größeren Unternehmen mit „100 bis 499 Beschäftigten“. Hier handelte es sich bei den kleineren Betrie-

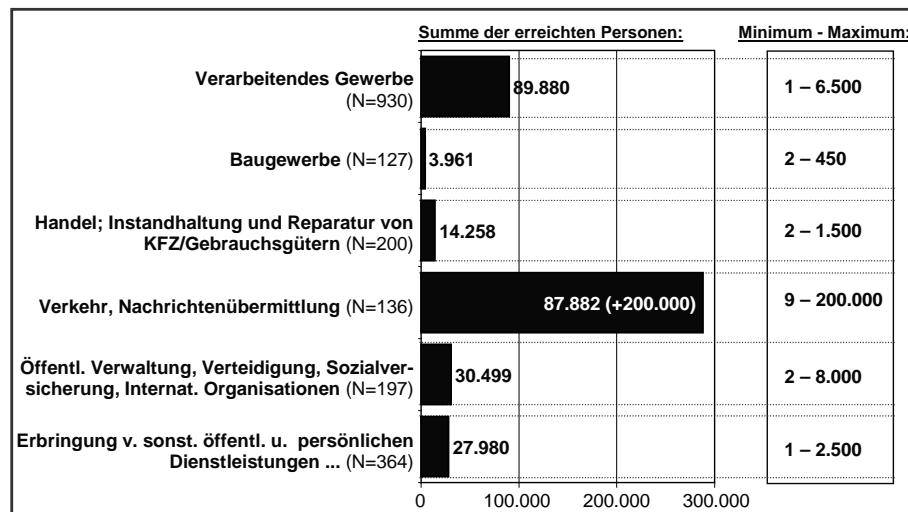
⁴² Anmerkung zum Verständnis der Ergebnisse: Die in den nachfolgenden Abschnitten benannten Prozentangaben beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die jeweiligen Branchen als eigene Stichproben.

ben offensichtlich um solche aus dem Einzelhandel. Unternehmen mit "100 bis 499 Beschäftigten" lassen sich hingegen Handelsketten zuordnen, die möglicherweise BGF in mehreren Filialen durchgeführt haben. Aus der Branche "Verkehr und Nachrichtenübermittlung" lagen vorwiegend Fälle aus größeren Unternehmen mit "100 bis 499", "500 bis 1.499" sowie "1.500 und mehr Beschäftigten" vor. Ebenfalls lagen Fälle aus der "Öffentlichen Verwaltung ..." meist aus Einrichtungen mit "100 bis 499", "500 bis 1.499" und "1.500 und mehr Beschäftigten" vor. Zum "Dienstleistungssektor" zählten am häufigsten Fälle mit einer Beschäftigtenzahl von "100 bis 499 Mitarbeitern".

3.4.2.2 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 dort mindestens bzw. maximal erreicht wurden:

Abb. 40: Geschätzte Anzahl der erreichten Personen in den Branchen



Im Wirtschaftszweig "Verkehr, Nachrichtenübermittlung", bei dem es auch die meisten Unternehmen mit mehr als 1.500 Beschäftigten gab, wurden die meisten Personen erreicht, wobei ein Fall mit angegebenen 200.000 Personen die Gesamtsumme deutlich erhöhte. Insofern sind die rund 90.000 erreichten Personen aus dem "Verarbeitenden Gewerbe" die größte Gruppe.

3.4.2.3 Anteil der Frauen

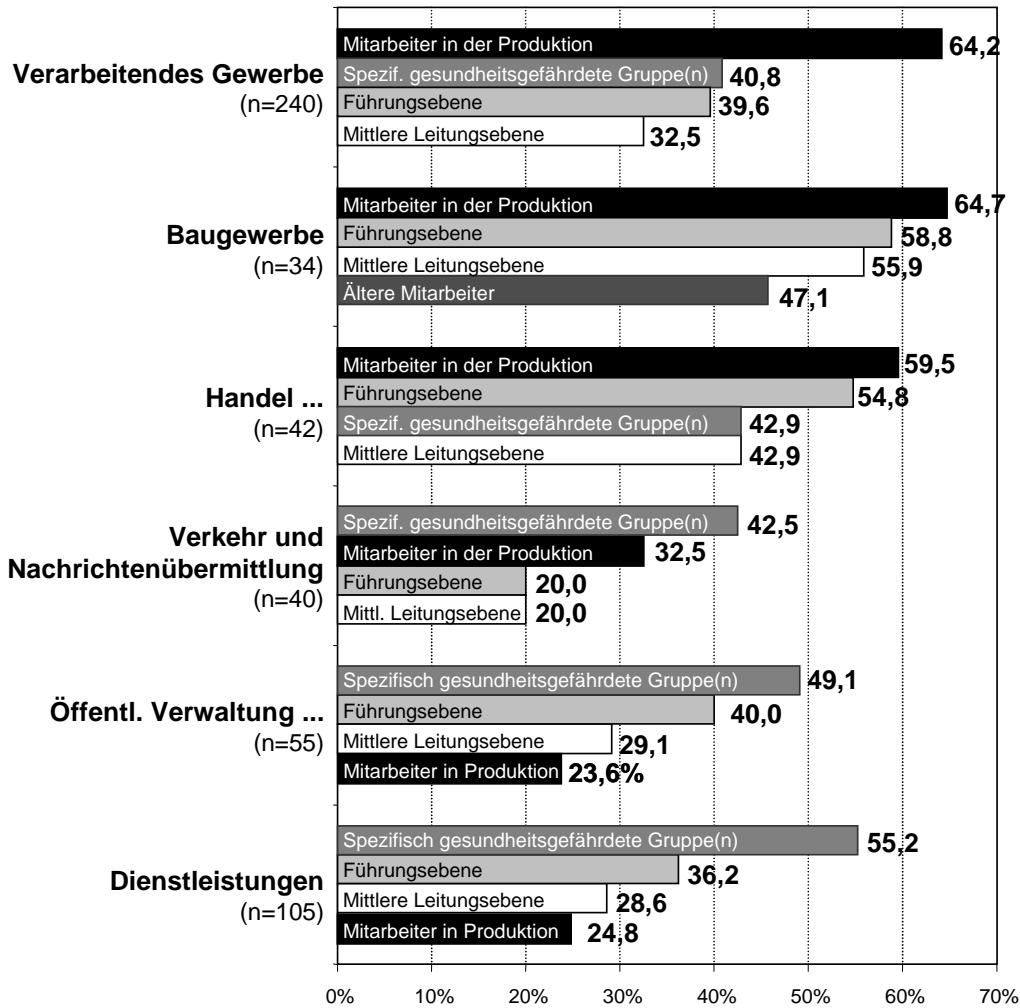
Der Frauenanteil war in Betrieben aus dem "Baugewerbe", dem "Verarbeitenden Gewerbe", der Branche "Verkehr/Nachrichtenübermittlung" und auch im "Handel ..." eher niedrig, im "Dienstleistungsbereich" und in der "Öffentlichen Verwaltung..." etwas höher. Auch war der Frauenanteil tendenziell höher, je mehr Mitarbeiter die Betriebe beschäftigten. Da zum Frauenanteil in Branchen und Betriebsgrößen keine Bundesdaten vorlagen, ließen sich hier keine Vergleiche herstellen.

3.4.2.4 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

In sämtlichen Branchen und Betriebsgrößen richtete sich die Mehrheit der Aktivitäten an alle Beschäftigten. Spezifische Zielgruppen wurden häufiger in größeren Unternehmen als in kleineren Betrieben gewählt: Unternehmen mit "500 bis 1.499 Mitarbeitern" und "1.500 und mehr Beschäftigten", zu denen auch häufig solche aus den Sektoren "Verkehr/ Nachrichtenübermittlung" und "Dienstleistung" zählten, sprachen spezifische Zielgruppen entsprechend am häufigsten an (38 % und 42 %). Betriebe mit "1-9 Beschäftigten" zielten hingegen selten auf bestimmte Mitarbeitergruppen ab (7 %). In größeren Unternehmen macht eine spezifische Zielgruppenausrichtung offensichtlich mehr Sinn als in kleinen Betrieben.

Bei Bejahung spezifischer Zielgruppen zählten in allen Branchen die "Mitarbeiter in der Produktion", "Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen", die "Führungsebene" sowie die "Mittlere Leitungsebene" zu den am häufigsten genannten Zielgruppen. Dabei waren die branchenspezifischen Schwerpunkte wie folgt gesetzt:

Abb. 41: Spezifische Zielgruppen nach Branchen. – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)



Im "Verarbeitenden Gewerbe", im "Baugewerbe" und im "Handel" wurden insbesondere die "Mitarbeiter in der Produktion" angesprochen. Im "Baugewerbe" zielten die Aktivitäten häufig auch auf "Ältere Arbeitnehmer" (47 %, Gesamt 12 %) und "Ausländische Arbeitnehmer" (24 %, Gesamt 6 %) ab. In den Sektoren "Verkehr/Nachrichtenübermittlung", "Öffentliche Verwaltung" und "Dienstleistungen" waren die Aktivitäten am häufigsten auf "Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen" ausgerichtet.

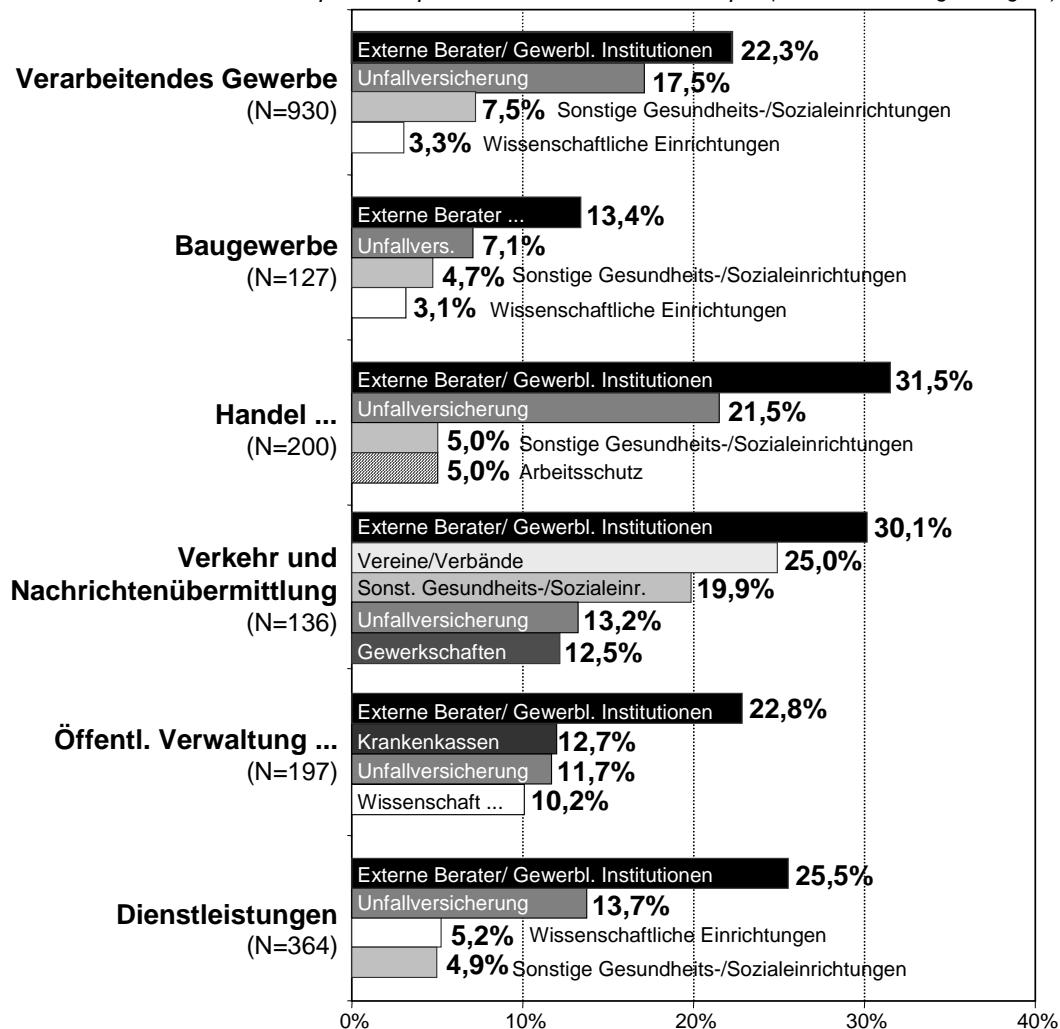
In kleinen Betrieben mit „1 bis 9 Beschäftigten“ zielten die Aktivitäten vorwiegend auf „Mitarbeiter aus der Produktion“, auf die „Führungsebene“ und „mittlere Leitungsebene“ ab. Dies entspricht der tendenziellen Zielgruppenauswahl in den Branchen „Baugewerbe“ und auch „Handel“, wo es häufiger Betriebe mit dieser Beschäftigtenzahl gab. Bei Betrieben mit „10-49 Mitarbeitern“ wurden vergleichsweise oft „Führungskräfte“ genannt (53 %, Gesamtauswertung 40 %). „50 bis 99 Mitarbeiter“ umfassende Betriebe sprachen am häufigsten „Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen“ an. In Unternehmen mit „100-499“, „500-1.499“ und „1.500 und mehr Beschäftigten“ waren die Aktivitäten etwas stärker auf „Mitarbeiter in der Produktion“ (47-51 %, Gesamt 47 %) und auf „Spezifisch gesundheitsgefährdete Gruppen“ (46-48 %, Gesamt 43 %) ausgerichtet.

3.4.2.5 Außerbetriebliche Kooperationspartner

Außerbetriebliche Kooperationspartner waren bei den Gesundheitsförderungsaktivitäten am häufigsten in den Wirtschaftszweigen „Verkehr/Nachrichtenübermittlung“ und „Handel...“ mit eingebunden (64 % und 61 %, Gesamtauswertung 48 %). Dem folgten Kooperationen in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ (46 %), im „Verarbeitenden Gewerbe“ (46 %) und im „Dienstleistungssektor“ (43 %). Seltener lagen Kooperationen im „Baugewerbe“ (28 %) vor. Grundsätzlich gab es in größeren Betrieben häufiger Kooperationen als in kleineren.

Die Abbildung zu den jeweils vier am häufigsten benannten Kooperationspartnern zeigt folgende branchenspezifische Ergebnisse:

Abb. 42: Außerbetriebliche Kooperationspartner in den Branchen – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)



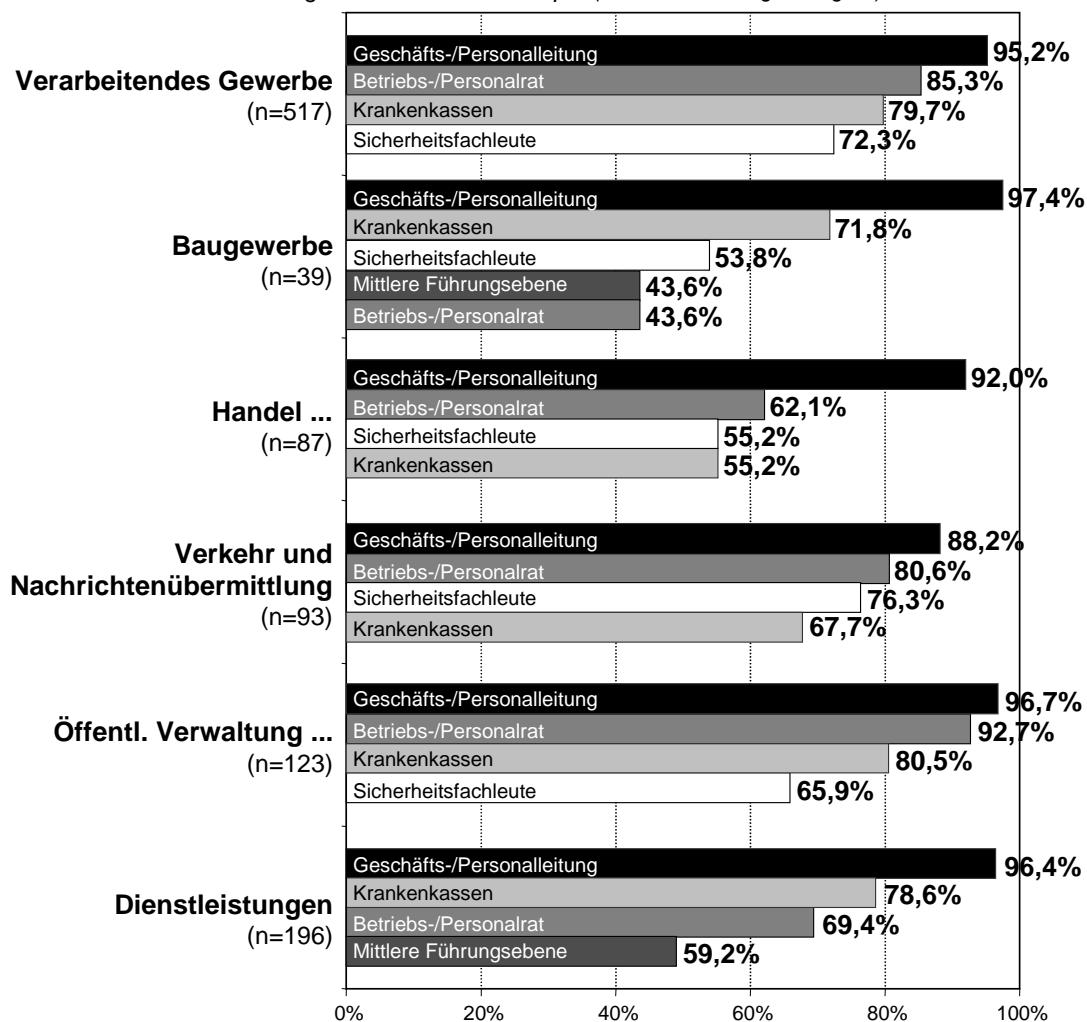
“Externe Berater, gewerbliche Institutionen” waren in allen Branchen die am häufigsten benannten Kooperationspartner. Dabei ist anzumerken, dass es sich bei diesen sehr häufig um Auftragnehmer zur Durchführung von BGF (z.B. Ergo-/Physiotherapeuten, Ernährungsberater usw.) handelte. Kooperationen mit diesen bestanden vorwiegend in Unternehmen mit „1.500 und mehr Beschäftigten“ (39 %). Die “Unfallversicherung” wurde in den Branchen “Verarbeitendes Gewerbe”, “Baugewerbe”, “Handel ...” sowie “Dienstleistungssektor” am zweithäufigsten benannt. Vergleichsweise oft war sie in Betrieben mit „bis zu 49 Mitarbeitern“ und bei Unternehmen „ab 500 Mitarbeitern“ vertreten (jeweils 22 %). In der Branche “Verkehr/ Nachrichtenübermittlung” waren häufiger noch “Vereine/ Verbände” und “Sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen” außerbetriebliche Kooperationspartner. Auch waren dort im Vergleich zu den anderen Branchen die “Gewerkschaften” häufiger benannt (13 %, Gesamtauswertung 2 %). In der “Öffentlichen Verwaltung” bestanden geringfügig mehr Kooperationen mit “anderen Krankenkassen” (als kassenartenübergreifende Projekte!) als mit der “Unfallversicherung”. Auch waren dort und in Unternehmen mit „1.500 und mehr Beschäftigten“ häufiger als in anderen Branchen bzw. Betriebsgrößen „Wissenschaftliche Einrichtungen“ als Kooperationspartner eingebunden.

3.4.2.6 Koordination und Steuerung

Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen wurden am häufigsten in den Branchen “Verkehr, Nachrichtenübermittlung” und “Öffentliche Verwaltung ...” (68 % und 62 %, Gesamtauswertung 54 %) gebildet. Gleichzeitig lagen sie meist in großen Unternehmen mit Beschäftigtenzahlen von “500 bis 1.499” und “1.500 und mehr” vor (85 %). Am seltensten waren derartige Strukturen im “Baugewerbe” (31 %) und in Betrieben mit “bis zu 50 Mitarbeitern” zu finden (19 %). Kleinere Betriebe waren offensichtlich aufgrund ihrer Struktur auf ein pragmatisches Vorgehen angewiesen, während in großen Unternehmen die Organisationstiefe und -bedarfe eine Bildung entsprechender Steuerungsstrukturen notwendig machten und ermöglichten.

An vorhandenen Koordinierungsgremien waren die Personen / Einrichtungen mit folgenden Anteilen beteiligt:

Abb. 43: Koordination/Steuerung in den Branchen – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)



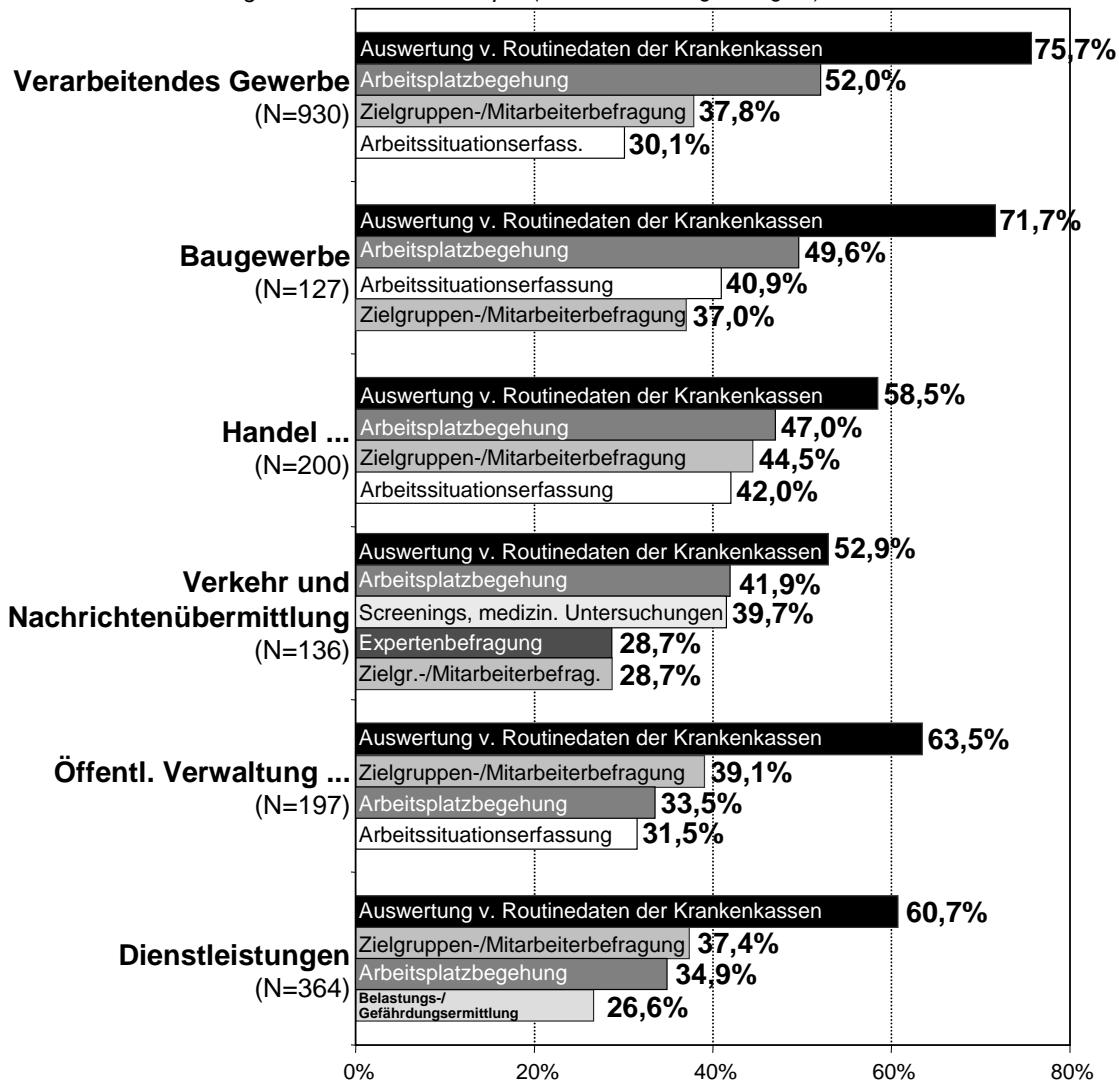
In allen Branchen und Betriebsgrößen war die Geschäfts- und Personalleitung nahezu immer im Gremium vertreten. Der in der Gesamtauswertung am zweithäufigsten genannte Betriebs-/Personalrat war insbesondere in der „Öffentlichen Verwaltung ...“, im „Verarbeitenden Gewerbe“, in der Branche „Verkehr/Nachrichtenübermittlung“ sowie im „Handel“ am Gremium beteiligt. Auch fand man ihn mit den größten Anteilen in Unternehmen mit „100 bis 499“, „500 bis 1.499“ und „1.500 und mehr Mitarbeitern“ vor. Vertreter der Krankenkassen, in der Gesamtauswertung am dritthäufigsten benannt, gab es vorwiegend in der „Öffentlichen Verwaltung ...“, im „Verarbeitenden Gewerbe“ und im „Dienstleistungssektor“. Sie waren auffallend häufig in Betrieben mit „1 bis 9 Mitarbeitern“ am Koordinierungsgremium beteiligt. Sicherheitsfachleute standen in der Branche „Verkehr, Nachrichtenübermittlung“ sowie im „Verarbeitenden Gewerbe“ an dritter Stelle, gleichzeitig wurden sie besonders in größeren Unternehmen angeführt. In größeren Unternehmen mit einer Belegschaft von „500 bis 1.499“ sowie „1.500 und mehr Mitarbeitern“ waren weiterhin überdurchschnittlich oft „Betriebsärzte“ am Koordinierungsgremium beteiligt (73-78 %; Gesamtauswertung 54 %).

3.4.2.7 Bedarfsermittlung

Bei allen hier behandelten Branchen und Betriebsgrößen fand in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zu Beginn der Aktivitäten eine Bedarfsermittlung statt. Der höchste Anteil war beim „Verarbeitenden Gewerbe“ (93 %, Gesamtauswertung 89 %) und bei Unternehmen mit „1.500 und mehr Beschäftigten“ (92 %) zu vermerken, der niedrigste im „Dienstleistungssektor“ (83 %) und bei Betrieben mit „1 bis 9 Mitarbeitern“ (88 %).

Branchenspezifische Auffälligkeiten ließen sich bei den jeweils vier am häufigsten genannten Bedarfsermittlungen wie folgt feststellen:

Abb. 44: Bedarfsermittlung in den Branchen – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)



In allen angeführten *Branchen* wurden am häufigsten „Routinedaten der Krankenkassen“ zur Bedarfsermittlung herangezogen. Dabei standen das „Verarbeitende Gewerbe“ und das „Baugewerbe“ an vorderster Stelle. In den Branchen „Verarbeitendes Gewerbe“, „Baugewerbe“, „Handel ...“ und „Verkehr, Nachrichtenübermittlung“ wurden zur Analyse des Handlungsbedarfs am zweithäufigsten „Arbeitsplatzbegehungen“ durchgeführt. Die „Befragung der Zielgruppe/ Mitarbeiterbefragung“ zählte ebenfalls in allen Branchen zu den vier am häufigsten durchgeführten Bedarfsermittlungen. Ihr Anteil war im „Handel ...“

am höchsten, in der Branche "Verkehr und Nachrichtenübermittlung" am niedrigsten. Im "Handel ..." und "Baugewerbe" wurden weiterhin vergleichsweise häufig "Arbeitssituationserfassungen" durchgeführt.

Über die vier am häufigsten gewählten Methoden der Bedarfsanalyse hinaus wurden im "Handel ..." auffallend oft "Belastungs- und Gefährdungsermittlungen" durchgeführt (40 %, Gesamtauswertung 29 %) und im Sektor "Verkehr und Nachrichtenübermittlung" "Screenings, medizinische Untersuchungen" (40 %, Gesamt 15 %) sowie "Expertenbefragungen" (29 %, Gesamt 18 %).

"Routinedaten der Krankenkassen" wurden in allen *Betriebsgrößen* am häufigsten herangezogen. Lediglich bei Betrieben mit "10 bis 49 Mitarbeitern" fanden noch häufiger "Arbeitsplatzbegehungen" statt. Zur "Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen" ist zu erwähnen, dass bei Betrieben mit weniger als 50 Mitarbeitern unter Beachtung des Datenschutzes branchenbezogene Daten herangezogen wurden. In Unternehmen mit größeren Beschäftigtenzahlen fanden häufig sowohl branchen- als auch betriebsbezogene Daten Berücksichtigung. Bei Betrieben mit "10 bis 49 Mitarbeitern" wurden vergleichsweise häufig Zielgruppen-/Mitarbeiterbefragungen" (47 %, Gesamt 38 %), "Arbeitssituationserfassungen" (51 %, Gesamt 31 %) sowie "Belastungs- und Gefährdungsermittlungen" (41 %, Gesamt 29 %) durchgeführt. "Analysen von Zusammenhängen zwischen Belastungen und Arbeitsunfähigkeit" fanden überdurchschnittlich häufig in Betrieben mit "1 bis 9 Beschäftigten" statt (48 %, Gesamt 24 %).

3.4.2.8 Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel wurden am häufigsten in der "Öffentlichen Verwaltung ..." (28 %, Gesamtauswertung 20 %) durchgeführt, dann in der Branche "Verkehr, Nachrichtenübermittlung" (23 %), im "Verarbeitenden Gewerbe" (21 %) sowie im Sektor "... Dienstleistungen ..." (19 %). Seltener gab es sie im "Baugewerbe" (17 %) und im "Handel ..." (12 %).

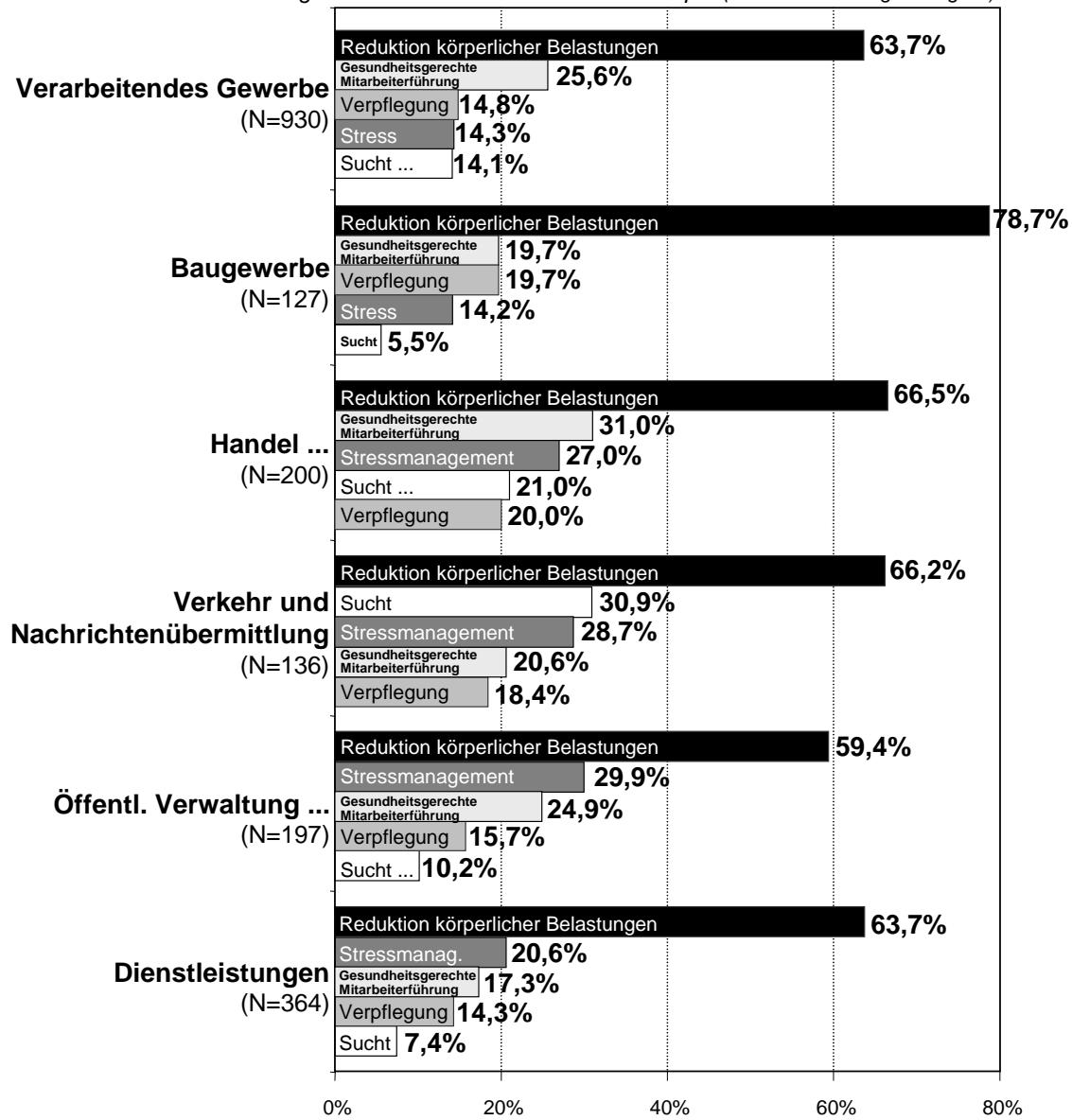
Auch fanden sie tendenziell häufiger statt, je größer die Beschäftigtenzahl eines Unternehmens war (minimaler Anteil 9 %, maximaler 35 %, Gesamtauswertung 21 %). Eine Abweichung zu dieser Tendenz war bei Betrieben mit "1 bis 9 Beschäftigten" zu erkennen: dort gab es Gesundheitszirkel in 21 % der Fälle, d.h. in diesen wurden am dritthäufigsten Zirkel durchgeführt. Dieser Anteil wurde von Unternehmen mit "500 bis 1.499" und "1.500 und mehr Mitarbeitern" übertroffen (29 % u. 35 %).

Wenn Gesundheitszirkel durchgeführt wurden, dann in der Regel einer. Dabei ist anzumerken, dass ein Gesundheitszirkel prinzipiell mehrere, in zeitlichen Abständen erfolgende Zirkelsitzungen umfasst. In der "Öffentlichen Verwaltung" fanden bei 59 % der Fälle, bei denen Gesundheitszirkel durchgeführt wurden, zwei bis neun Zirkel statt. Größere Anzahlen an durchgeführten Gesundheitszirkeln lagen eher in größeren Unternehmen vor.

3.4.2.9 Intervention

3.4.2.9.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

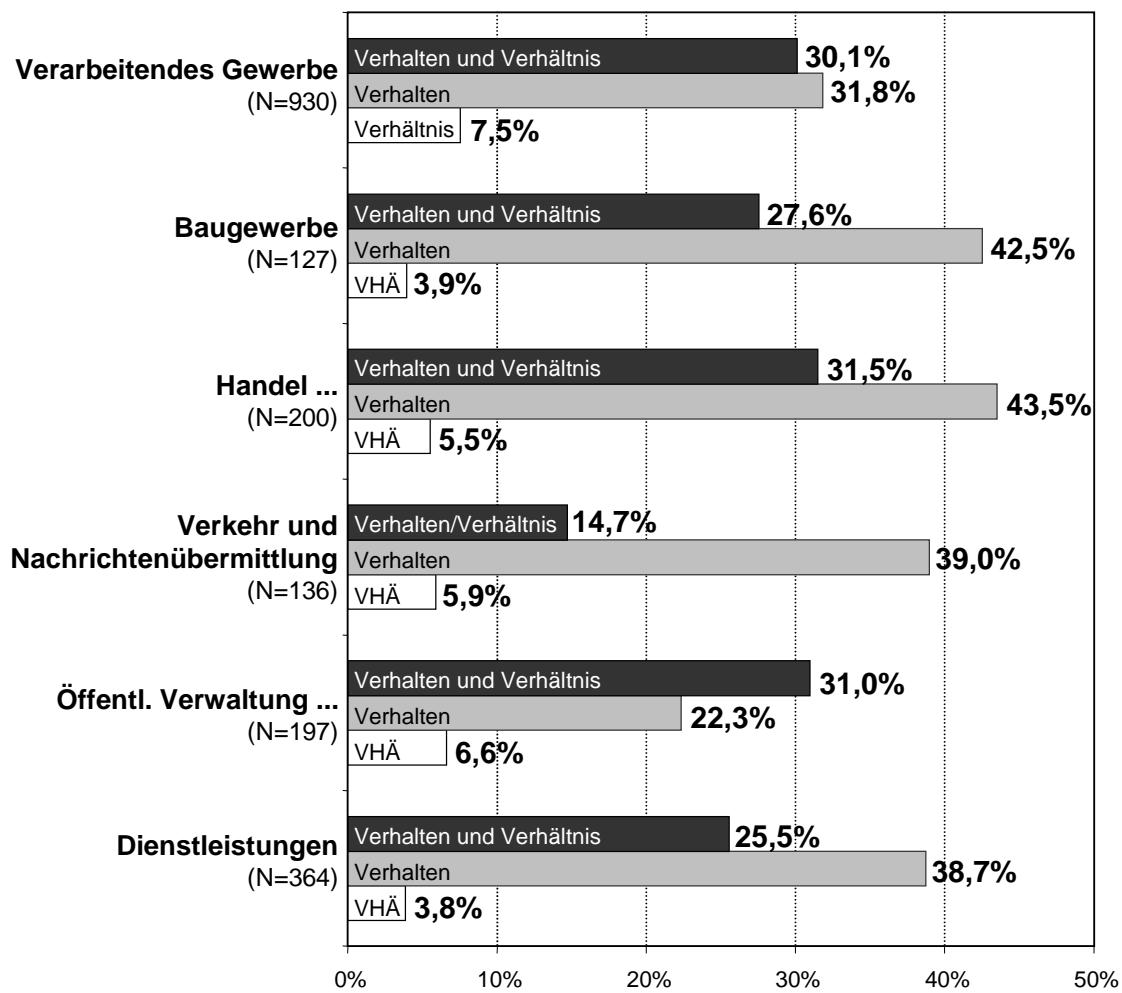
Abb. 45: Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten in den Branchen – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)



In allen hier betrachteten Branchen und Betriebsgrößen waren die Aktivitäten vorwiegend auf die "Reduktion von körperlichen Belastungen" ausgerichtet. Die "Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung" wurde häufiger als in anderen Branchen im "Handel ...", im "Verarbeitenden Gewerbe" und in der "Öffentlichen Verwaltung ..." thematisiert. Im "Handel ...", im Sektor "Verkehr, Nachrichtenübermittlung" und in der "Öffentlichen Verwaltung ..." zielten die Aktivitäten vergleichsweise häufig auf das "Stressmanagement" ab. Hier könnte die Erbringung der Dienstleistung direkt am Kunden eine Rolle spielen (hohe Kontaktzahlen, viele Kundengespräche). In den Wirtschaftszweigen "Verkehr und Nachrichtenübermittlung" sowie "Handel ..." wurden überdurchschnittlich oft das Thema "Prävention von Genuss- und Suchtmittelmissbrauch" behandelt. Unternehmen mit "1500 und mehr Beschäftigten" thematisierten ebenfalls auffallend häufig das "Stressmanagement" (39 %, Gesamt 20 %), die "Prävention von Genuss- und Suchtmittelmissbrauch" (32 %, Gesamt 13 %) und die "Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung" (28 %, Gesamt 16 %).

3.4.2.9.2 Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten

Abb. 46: Verhaltens- und/oder verhältnisbezogene Aktivitäten in den Branchen



Sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Aktivitäten wurden in der “Öffentlichen Verwaltung ...” häufiger durchgeführt als rein verhaltensbezogene Aktivitäten. Im “Verarbeitenden Gewerbe” waren die Anteile der verhaltens-/verhältnisbezogenen und der rein verhaltensbezogenen Aktivitäten in etwa gleich hoch. Auch in Unternehmen mit “1.500 und mehr Beschäftigten” waren die Aktivitäten etwas häufiger verhaltens- und verhältnisbezogen als rein verhaltensbezogen. Rein verhaltensbezogene Aktivitäten standen hingegen in den vier weiteren Branchen an vorderster Stelle. Auch waren sie verstärkt in Betrieben mit “1 bis 9” und “10 bis 49” Beschäftigten vorzufinden. Aktivitäten, die ausschließlich die Veränderung von Verhältnissen bewirkten, gab es mit einem Anteil von 8 % am häufigsten im “Verarbeitenden Gewerbe”.

3.4.2.9.3 Methoden und Medien

In allen Branchen fanden am häufigsten “Gruppenschulungen und -beratungen, Kursprogramme” statt (Anteile zwischen 68 % im “Handel” und 47 % im “Verarbeitenden Gewerbe”). Die “Individuelle Beratung” wurde insgesamt am zweithäufigsten angeboten, dabei überdurchschnittlich oft im “Handel ...” (61 %, Gesamtauswertung 42 %). Im “Baugewerbe” gab es vergleichsweise oft “Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitungen” (59 %, Gesamtauswertung

40 %). "Gesundheitstage, -wochen" fanden hingegen auffallend häufig im Sektor "Verkehr, Nachrichtenübermittlung" statt (54 %, Gesamtauswertung 21 %).

Bei den betriebsgrößenspezifischen Auswertungen zu den Methoden fielen Unternehmen mit "1.500 und mehr Beschäftigten" auf: in diesen fanden überdurchschnittlich häufig "Gesundheitstage/-wochen" statt (43 %, Gesamtauswertung 21 %). Auch gab es hier vergleichsweise viele "fremdsprachige Angebote" (9 %, Gesamt 1 %).

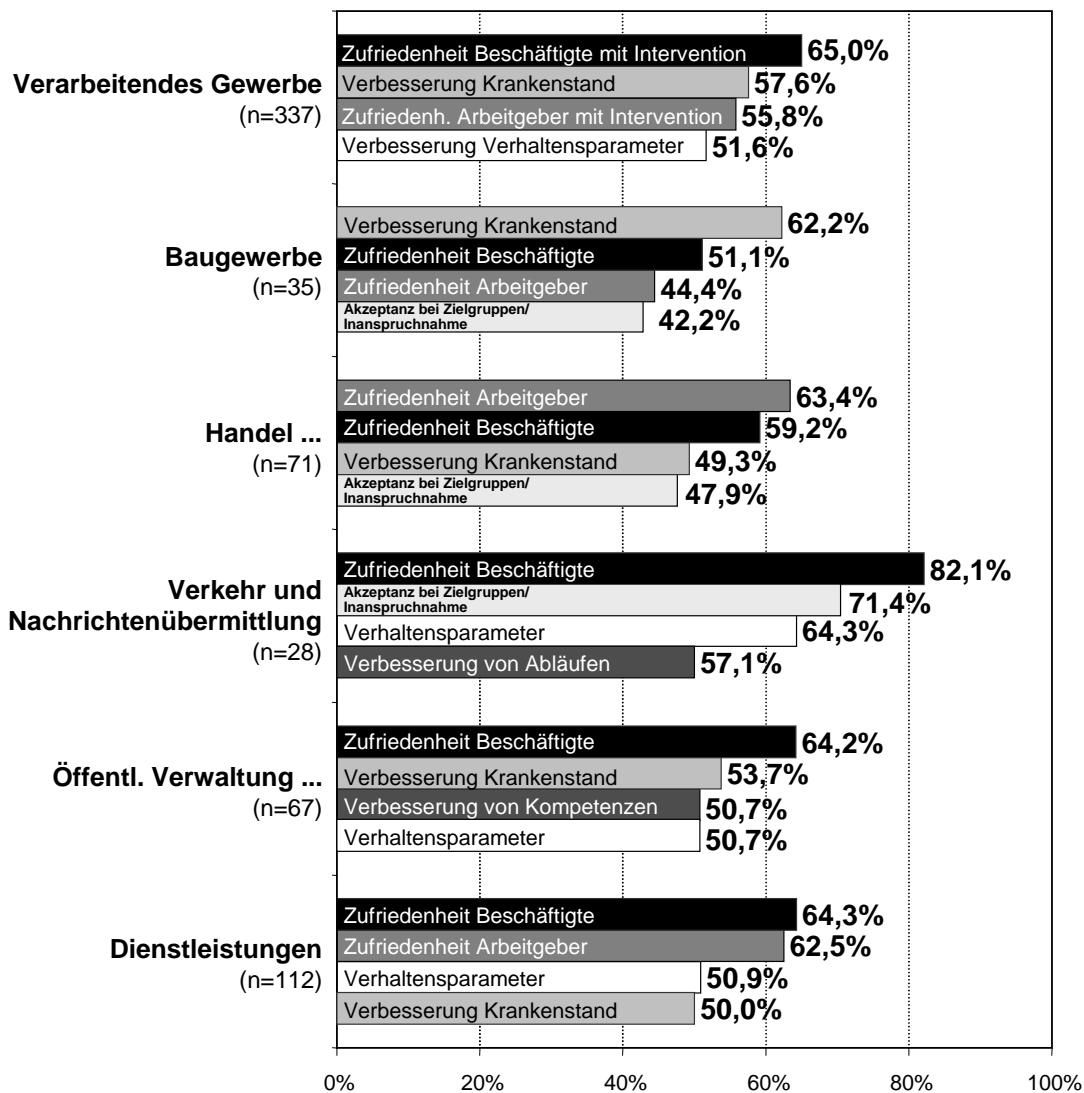
Als Medien wurden "Faltblätter und Broschüren" wurden im Berichtsjahr 2003 in allen hier betrachteten Branchen und auch in allen Betriebsgrößen am häufigsten eingesetzt. Ebenfalls sehr häufig fanden "Plakate und Informationsausstellungen" Anwendung, wobei sich hier die Branchen "Handel ..." und "Verkehr, Nachrichtenübermittlung" hervorhoben (48 % u. 52 %, Gesamtauswertung 37 %). Tendenziell wurden "Plakate, Informationsausstellungen" häufiger eingesetzt, je größer ein Unternehmen war. "Übungsmanuale" fanden vergleichsweise oft im "Baugewerbe" und in Betrieben mit "10 bis 49 Beschäftigten" Einsatz (43 % u. 52 %, Gesamt 34 %).

3.4.2.10 Erfolgskontrolle

Erfolgskontrollen wurden der Rangfolge nach im "Verarbeitenden Gewerbe" (36 %), im "Handel..." (36 %), im "Baugewerbe" (35 %), in der "Öffentlichen Verwaltung ..." (34 %) sowie im "Dienstleistungssektor" (31 %) durchgeführt. Seltener gab es sie in der Branche "Verkehr und Nachrichtenübermittlung" (21 %). Mit Ausnahme von Betrieben mit "1 bis 9 Beschäftigten" fanden Erfolgskontrollen tendenziell häufiger statt, je größer ein Unternehmen war (Minimum 23 % bei "10 bis 49 Mitarbeitern", Maximum 38 % bei "1.500 und mehr Beschäftigten"). Betriebe mit "1 bis 9 Beschäftigten" hoben sich mit dem größten Anteil an durchgeführten Erfolgskontrollen hervor (42 %).

Einzelne aufgelistet zählten in den jeweiligen Branchen folgende Erfolgskontrollen zu den vier am häufigsten durchgeführten: Im Sektor "Verkehr und Nachrichtenübermittlung" wurden häufiger als in anderen Branchen die "Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention" und die "Verbesserung von Verhaltensparametern" abgefragt. Das Ergebnis ist sicher auch durch die geringe Zahl an durchgeführten Erfolgskontrollen in diesem Sektor bedingt. Im Sektor "Erbringung von ... Dienstleistungen ..." wurde vergleichsweise oft die "Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention" abgefragt. Beim "Verarbeitenden Gewerbe" waren alle hier abgebildeten Parameter häufig Bestandteil durchgeführter Erfolgskontrolle. Im "Handel ..." stand die Prüfung der "Zufriedenheit des Arbeitgebers" im Vordergrund. Beim "Baugewerbe" wurde vergleichsweise oft die "Verbesserung des Krankenstandes" geprüft. Bei der "Öffentlichen Verwaltung ..." fand eine Erfolgskontrolle vorwiegend zur "Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention" und zur "Verbesserung des Krankenstandes" statt. Vergleichsweise häufig wurde dort die "Verbesserung von Kompetenzen" abgefragt (vgl. Abb. 47, S. 93):

Abb. 47: Erfolgskontrollen in den Branchen – Top 4 (Mehrfachnennungen möglich)



Die „Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention“ wurde insbesondere in Betrieben mit „10 bis 49“ und „500 bis 1.499 Mitarbeitern“ abgefragt. Die „Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention“ war meist in Betrieben mit „10 bis 49“ und „50 bis 99“ Beschäftigten Gegenstand der Erfolgskontrollen. Die „Verbesserung des Krankenstandes“ wurde am häufigsten in Unternehmen mit „100 bis 499 Mitarbeitern“ geprüft. Die „Verbesserung von Verhaltensparametern“ war am häufigsten bei Betrieben mit „50 bis 99 Beschäftigten“ Bestandteil von Erfolgskontrollen.

3.4.3 Bedarfsermittlung und Intervention bei vorhandenen bzw. fehlenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen

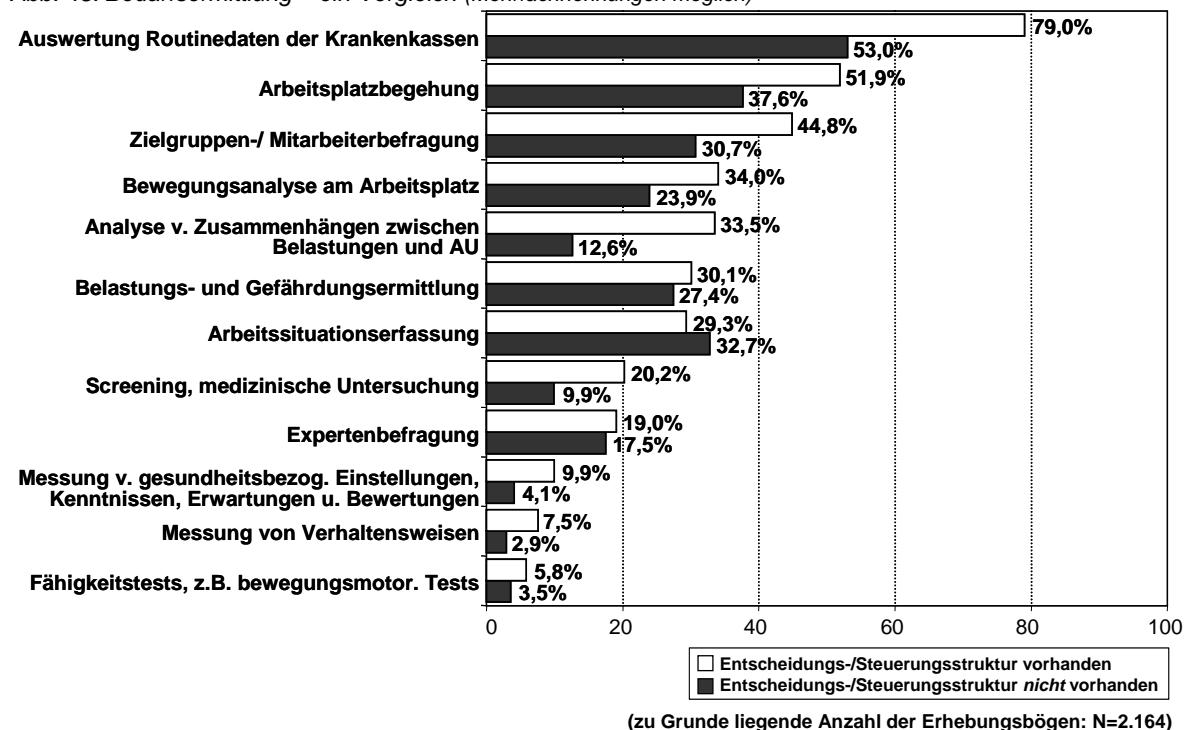
Der Frage nach möglichen Unterschieden zwischen Aktivitäten mit vorhandenen Koordinierungsstrukturen und solchen ohne entsprechende Entscheidungs- bzw. Steuerungsgremien wurde in diesem Kapitel nachgegangen. Von Interesse sind hierbei Auffälligkeiten hinsichtlich durchgeföhrter Bedarfsanalysen und Interventionen.

3.4.3.1 Bedarfsermittlung

3.4.3.1.1 Bedarfsermittlung allgemein

Insgesamt führten die Leistungserbringer in der Mehrzahl aller Fälle zu Beginn der Aktivitäten Bedarfsermittlungen durch (92 %). Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen lag der Anteil der durchgeföhrten Bedarfsanalysen bei 96 %. Fehlten solche, machte er 80 % aus. Auch wurden bei vorhandenen Koordinierungsstrukturen mehr (d.h. durchschnittlich vier) Bedarfsanalyseinstrumente miteinander kombiniert eingesetzt als bei fehlenden Steuerungsgremien (dort waren es im Durchschnitt drei Instrumente).

Abb. 48: Bedarfsermittlung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



Nahezu alle Formen der Bedarfsermittlung fanden häufiger bei vorhandenen Koordinierungsgremien Einsatz als bei fehlenden. So werteten die Akteure bei vorhandenen Steuerungsstrukturen um die Hälfte häufiger „Routinedaten der Krankenkassen“ aus als bei fehlenden. „Screenings, medizinische Untersuchungen“ gab es bei vorhandenen Koordinierungsstrukturen etwa doppelt so häufig und „Analysen von Zusammenhängen zwischen Belastungen und Arbeitsunfähigkeit“ bei vorhandenen Steuerungsstrukturen gut 2 ½ Mal so häufig als bei fehlenden.

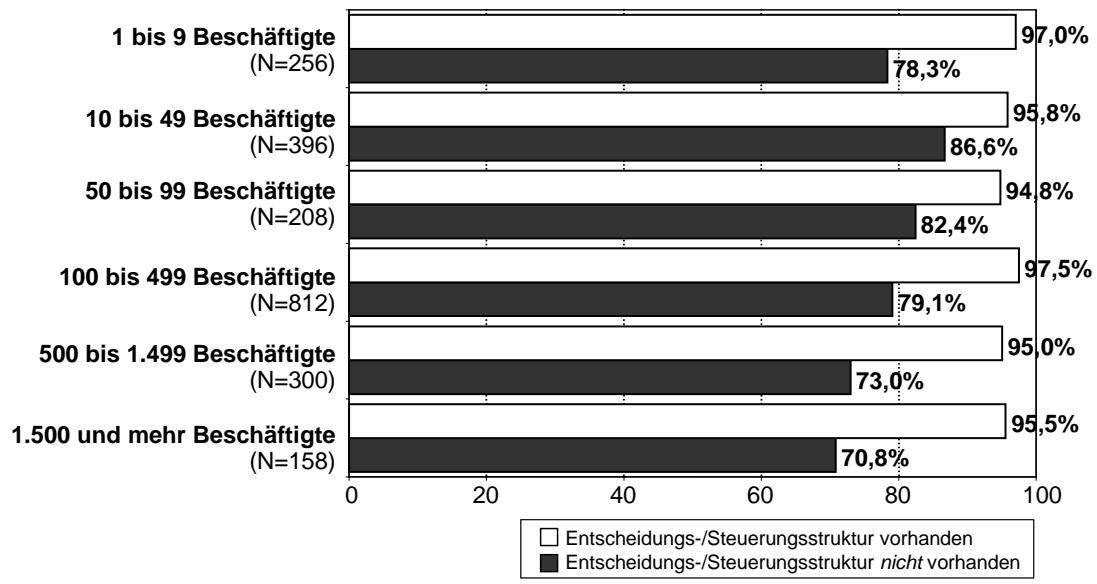
Lediglich die „Arbeitssituationserfassung“ fand etwas häufiger dann statt, wenn ein Koordinierungsgremium fehlte. Verursacht ist dieses Ergebnis durch Betriebe mit „1 bis 9“ und „10 bis 49 Beschäftigten“: dort wurden Arbeitssituationserfassungen deutlich öfter bei fehlenden als bei vorhandenen Steuerungsstrukturen durchgeführt. Möglicherweise ersetzen Arbeitssituationsanalysen hier die Koordinierungsstrukturen. In Betrieben „ab 50 Beschäftigten“ war der Anteil an durchgeführten Arbeitssituationsanalysen bei vorhandenen Steuerungsstrukturen durchweg höher als bei fehlenden.

3.4.3.1.2 Bedarfsermittlung – branchen- und betriebsgrößenbezogene Ergebnisse

In allen hier betrachteten Branchen und Betriebsgrößen fanden bei vorhandenen Koordinierungsgremien häufiger Bedarfsanalysen statt als bei fehlenden. Dabei zeigte sich tendenziell: je größer ein Unternehmen war, desto geringer war der Anteil an erfolgten Bedarfsanalysen bei fehlenden Steuerungsstrukturen.

Abb. 49: Bedarfsermittlung nach Betriebsgrößen – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)

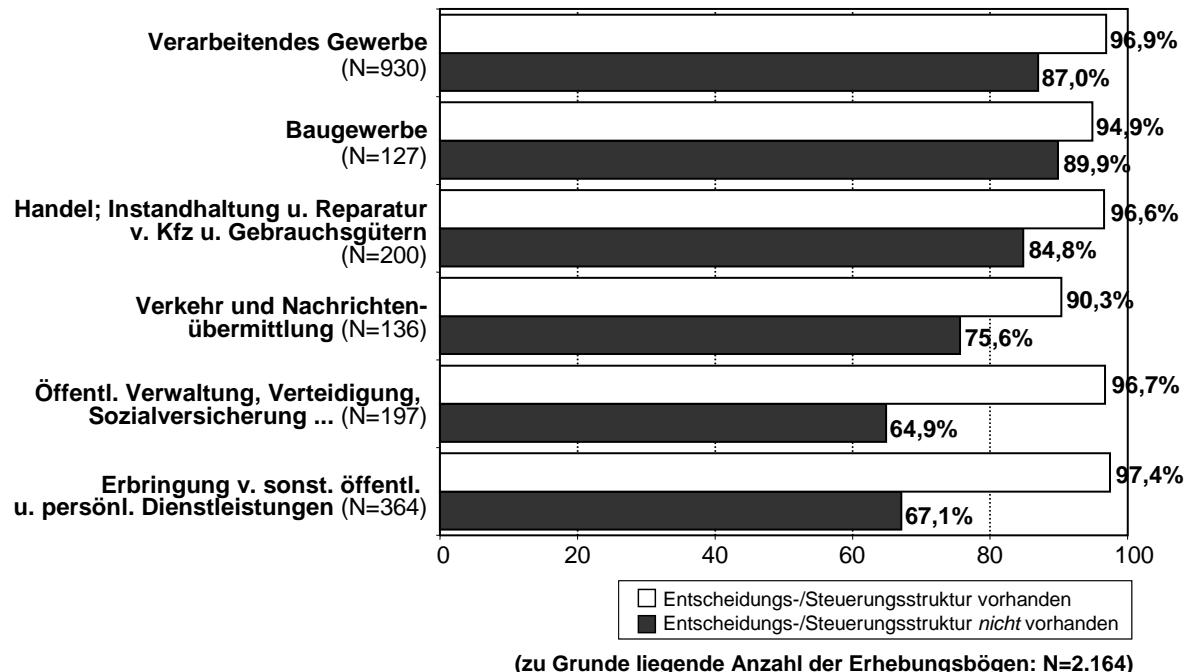
Eine Bedarfsermittlung wurde durchgeführt:



Entsprechend waren die Anteile an durchgeführten Bedarfsermittlungen bei fehlenden Koordinierungsstrukturen in solchen Branchen geringer, in denen es vorwiegend größere Unternehmen gab, nämlich in den Branchen „... Dienstleistungen ...“, der „Öffentlichen Verwaltung“ und „Verkehr/Nachrichtenübermittlung“:

Abb. 50: Bedarfsermittlung in Branchen – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)

Eine Bedarfsermittlung wurde durchgeführt:



3.4.3.2 Intervention

Das Kapitel „Intervention“ behandelt die Durchführung von „Gesundheitszirkeln“, die „inhaltliche Ausrichtung“ der Aktivitäten sowie deren „Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit“, die „angewandten Methoden“ sowie „eingesetzten Medien“ hinsichtlich vorhandener bzw. fehlender Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen. Auch wird darin kurz auf branchen- und betriebsgrößenspezifische Auffälligkeiten eingegangen.

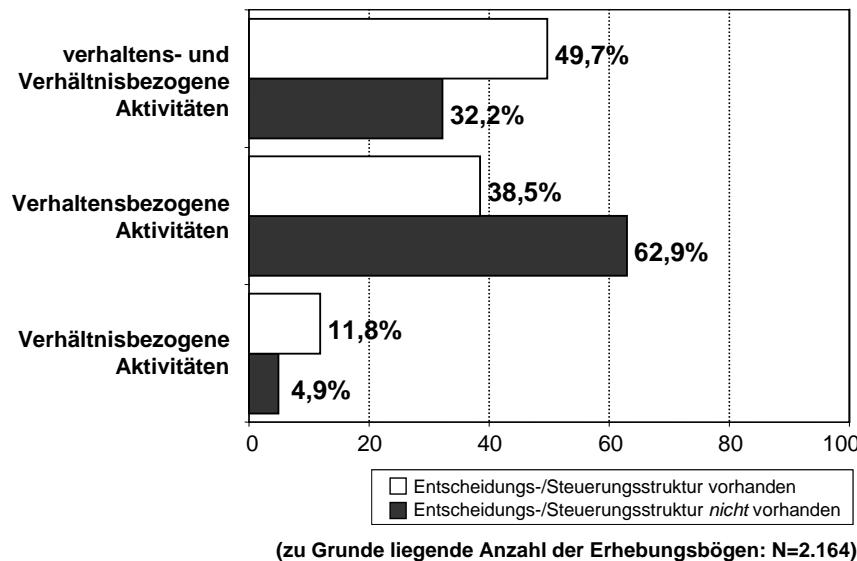
3.4.3.2.1 Intervention allgemein

Insbesondere die Ergebnisse zu den erfolgten Interventionen ließen erkennen: Je höher ihr Anspruch war und je mehr Organisation sie bedurften (z. B. bei Durchführung von Gesundheitszirkeln, bei sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogenen Aktivitäten, bei Einsatz von aufwändigeren Methoden /Medien), desto größer war offensichtlich auch die Notwendigkeit zur Bildung von Steuerungsstrukturen gegeben. D.h. auch, es waren in diesen Fällen deutlich stärker die Ressourcen der jeweiligen Betriebe gefragt:

So wurden bei 88 % aller 409 Fälle mit durchgeführten *Gesundheitszirkeln* im Vorfeld Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet.

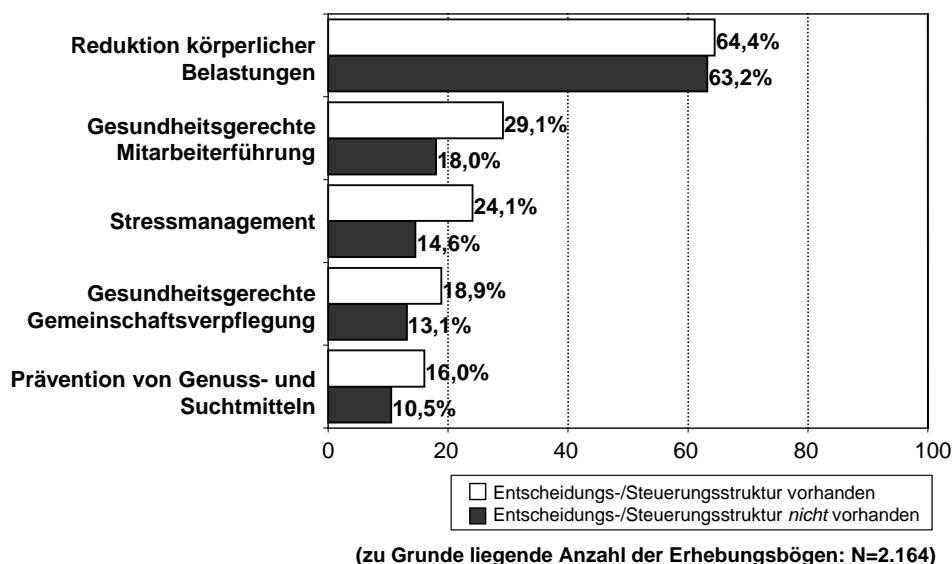
Auch waren die Aktivitäten bei vorhandenen Steuerungsgremien um etwa die Hälfte häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen als solche, bei denen es keine Koordinierungsstrukturen gab. Der Anteil an rein verhaltensbezogenen Aktivitäten war hingegen bei vorhandenen Steuerungsstrukturen deutlich niedriger als bei fehlenden. Verhältnisbezogene Aktivitäten gab es gut doppelt so oft bei bestehenden Steuerungsstrukturen als bei fehlenden:

Abb. 51: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten – ein Vergleich



Inhaltlich waren die Aktivitäten sowohl bei vorhandenen als auch bei fehlenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen am häufigsten auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ ausgerichtet. Bei allen Inhalten lag der prozentuale Anteil bei „gesteuerten“ Aktivitäten etwas höher als bei „nicht gesteuerten“. Am größten waren diese Unterschiede bei den Feldern „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“, „Stressbewältigung“ sowie „Prävention von Sucht- und Genussmittelmissbrauch“. Diese Themen wurden etwa 1 ½ Mal so häufig bei vorhandenen Steuerungsstrukturen behandelt als bei fehlenden:

Abb. 52: Inhaltliche Ausrichtung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



Die vergleichsweise schnell und ohne großen Aufwand anwendbaren bzw. einsetzbaren *Methoden und Medien* „Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung“, „Faltblätter, Broschüren“, „Übungsmanuale“ sowie „Medien, wie Video, Foto etc.“ wurden häufiger bei fehlenden Koordinierungsgremien eingesetzt als bei vorhandenen. Bei vorhandenen Steuerungsgremien fanden hingegen häufiger die in der Vorbereitung und Organisation auf-

wändigeren „Gesundheitstage/-wochen“ und „Seminare (Rollenspiel etc.)“ sowie „Plakate, Informationsausstellungen“ Anwendung bzw. Einsatz.

3.4.3.2.2 Interventionen – branchen- und betriebsgrößenbezogene Ergebnisse

Die Ergebnisse zu den Interventionen in den jeweiligen Branchen und Betriebsgrößen entsprachen im Wesentlichen den allgemeinen Ergebnissen, d.h. in der Regel waren bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen die Anteile der aufgezählten „Inhalte“, „Methoden“ und „Medien“ höher als bei fehlenden. Die seltenen nennenswerten Ausnahmen wurden bereits in oben geschilderter Ergebnisbetrachtung zu den Interventionen bei vorhandenen bzw. fehlenden Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen angeführt.

Auch waren die Aktivitäten in nahezu allen Branchen und Betriebsgrößen bei vorhandenen Koordinierungsstrukturen deutlich häufiger sowohl *verhaltens- als auch verhältnisbezogen* als bei fehlenden Steuerungsstrukturen. Insbesondere im „Dienstleistungssektor“ und in Unternehmen „ab 100 Mitarbeitern“ war der Anteil an verhaltens- und verhältnisbezogenen Aktivitäten mindestens doppelt so hoch bei vorhandenen als bei fehlenden Koordinierungsgremien. Eine Ausnahme machten Betriebe aus dem „Handel...“ und mit einer Beschäftigtenzahl von „10 bis 49“, also vermutlich kleinere Einzelhandelsbetriebe oder Filialen: Dort waren die Aktivitäten etwas häufiger bei fehlenden Steuerungsstrukturen auf das Verhalten und die Verhältnisse ausgerichtet als bei vorhandenen.

Umgekehrt fanden sich *rein verhaltensbezogene* Aktivitäten in allen Branchen und nahezu allen Betriebsgrößen häufiger dann, wenn es *keine* Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gab. Betriebe mit „10 bis 49“ Mitarbeitern bildeten eine Ausnahme, hier war der Anteil der rein verhaltensbezogenen Aktivitäten bei vorhandenen Steuerungsstrukturen etwas höher als bei fehlenden. In Unternehmen mit „500 bis 1.499 Beschäftigten“ war der Anteil an rein verhaltensbezogenen Aktivitäten bei fehlenden Koordinierungsstrukturen etwa 2 ½ Mal höher als bei vorhandenen.

3.4.4 Resümee

In der nun dritten Dokumentation von Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung für das Berichtsjahr 2003 ist der zu Grunde liegende Datensatz noch einmal um ein Siebtel des Vorjahresumfangs angestiegen. Zum einen spiegelt sich darin die nach wie vor gute Mitarbeit der Krankenkassen bei der Berichterstattung über ihre Aktivitäten wider, zum anderen wird darin die Verstärkung des Engagements der Gesetzlichen Krankenversicherung auf gesundheitsfördernde Aktivitäten in Betrieben deutlich.

Zwar liegt der Schwerpunkt der Aktivitäten nach wie vor im verarbeitenden Gewerbe, doch nicht mehr mit den Anteilen wie noch im Vorjahr. Gleichzeitig ist eine leichte Zunahme an Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung insbesondere im Dienstleistungssektor und im Handel zu verzeichnen. Diese beobachtete erfreuliche Entwicklung lässt erwarten, dass die Krankenkassen ihre Aktivitäten auch in den Folgejahren mehr auf diese bislang unterrepräsentierten Wirtschaftszweige ausrichten werden.

Ebenfalls erfreulich ist, dass in 2003 Kleinstbetriebe mit 1 bis 9 Mitarbeitern noch stärker im Datensatz vertreten sind als noch in 2002. Insgesamt stammt gut ein Drittel aller Fälle aus Kleinst- und Kleinbetrieben mit bis zu 49 Beschäftigten. Möglicherweise lässt sich hier eine erste verstärkte Fokussierung der Krankenkassen auf kleinere Betriebe erkennen, zumindest wird eine solche auch für die Folgejahre eine wichtige Herausforderung in der Betrieblichen Gesundheitsförderung darstellen. Ein wichtiger Ansatz ist in diesem Zusammenhang die Vernetzung, um BGF-Prozesse auch für kleine Betriebe effizient zu ermöglichen.

Im Vorfeld von Betrieblicher Gesundheitsförderung werden in etwa 90 % der Fälle Bedarfsermittlungen durchgeführt, dabei finden im Durchschnitt vier Analysemethoden miteinander kombiniert Einsatz. Dazu zählen meist die Auswertung und Diskussion von Routinedaten der Krankenkassen („objektive“ Daten). Kombiniert wird diese in der Regel mit betriebsbezogenen Instrumenten der Bedarfsermittlung, insbesondere mit Arbeitsplatzbegutachtungen und Mitarbeiterbefragungen („subjektive Daten“). Die Krankenkassen verwenden damit bewährte Instrumente zur Bedarfsermittlung von Risiken, Risikofaktoren und Gesundheitspotenzialen der Beschäftigten im Interventionsbetrieb. In etwa einem Viertel aller Fälle werden die Methoden der „objektiven“ Daten mit „subjektiven“ Erhebungen in Form einer Zusammenhangsanalyse sinnvoll ergänzt.

Die Auswertungen zu erfolgten Bedarfsermittlungen und Interventionen hinsichtlich vorhandener bzw. fehlender Koordinierungsgremien heben besonders die Bedeutung von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen für die Qualität der Interventionen hervor: Bei vorhandenen Koordinierungsstrukturen werden im Vorfeld der Aktivitäten mehr Bedarfsanalysen durchgeführt und auch mehr Methoden der Bedarfsanalysen miteinander verknüpft eingesetzt als bei fehlenden. Bei knapp 90 % aller durchgeführten Gesundheitszirkel bestehen Koordinierungsgremien. Auch sind bei vorhanden Steuerungsstrukturen die

Interventionen um etwa die Hälfte häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen als bei fehlenden. In 2003 liegen bei mehr als der Hälfte aller Fälle Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vor – ein gutes Ergebnis, das sich allerdings noch weiter ausbauen lässt.

Weitere bedeutsame Elemente für qualitativ hochwertige BGF sind die Bildung möglichst vieler außerbetrieblicher Kooperationen sowie die Ausrichtung der Aktivitäten auf eine Implementierung von Gesundheitsförderung in die betriebsinternen Prozesse, d.h. im Idealfall die Einbindung von BGF in das betriebliche Management. Bei immerhin gut der Hälfte aller Fälle wird über bestehende außerbetriebliche Kooperationen berichtet. Auch dauern etwas mehr als die Hälfte aller Fälle, in denen sich die Laufzeit der Aktivitäten nachvollziehen lässt, länger als ein Jahr an. Verbesserungsbedürftig ist hingegen die Ausrichtung der Aktivitäten sowohl auf die Verbesserung von *Verhältnissen* in den Betrieben (wie z.B. auf Veränderungen der Arbeitsorganisation, des Arbeitsumfeldes, von Qualifizierungsmaßnahmen oder betriebsinterner Kommunikationswege) als auch auf *Verhaltensveränderungen* bei den Zielgruppen (bspw. Bewegungsförderung, Ergonomieberatungen, Ernährungsberatung, Maßnahmen zum Stressabbau). In knapp 30 % aller Fälle liegt eine verhaltens- und verhältnisbezogene Ausrichtung der Aktivitäten vor. Auch ist der Einsatz von Gesundheitszirkeln als Instrument, das möglichst alle über die BGF-Maßnahmen angesprochenen Beschäftigten in die Verbesserungsprozesse einbindet und das prinzipiell verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten umfasst, nach wie vor weiter auslaufähig. Erfreulich ist hier der leichte Anstieg des Anteils an gemeldeten Gesundheitszirkeln von 18 % auf 20 %. Möglicherweise zeichnet sich hier ein Beginn dieser erwünschten Entwicklung ab.

Diese Ergebnisse heben noch einmal die Bedeutung der Dokumentation für die Leistungen der Krankenkassen auch in der BGF hervor: sie macht – entsprechend ihrer Funktion – bestehende Veränderungsbedarfe auf diesem Feld überhaupt transparent und bietet somit die Ausgangslage für Intensivierungen in bestimmten Bereichen.

Ebenfalls vor einer Herausforderung stehen die Krankenkassen bei der Durchführung von Erfolgskontrollen. In 2003 beträgt der Anteil an berichteten Erfolgskontrollen ein Drittel aller Fälle. Dabei ist zu vermuten, dass viele Folge-Arbeitsunfähigkeitsanalysen, die im Anschluss an BGF durchgeführt werden, häufig nicht als Erfolgskontrollen gewertet und entsprechend nicht gemeldet werden. Da etwa zwei Drittel aller in 2003 gemeldeten BGF-Aktivitäten zum Ende des Berichtsjahres noch laufend waren, ist zudem von vielen geplanten, aber noch nicht erfolgten Kontrollen auszugehen. Derzeit werden Erhebungsinstrumente zur Evaluation von BGF-Maßnahme erarbeitet und erprobt. Mit ihrem Einsatz können die Krankenkassen in Zukunft auf ein fundiertes, umfassendes Messinstrument zur Erfolgskontrolle zurückgreifen.

In ihrer Gesamtheit stellen sich die Ergebnisse zur Betrieblichen Gesundheitsförderung für das Berichtsjahr 2003 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 sowie

die häufige Bildung von prozesshaften Strukturen bei Planung und Durchführung von Betrieblicher Gesundheitsförderung. Sie bilden weiterhin eine gute Grundlage für den weiteren Ausbau von qualitativ hochwertigen Maßnahmen.

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, veröffentlichen die Spitzenverbände der Krankenkassen in Kooperation mit dem MDS seit dem Berichtsjahr 2001 in jährlichem Turnus die bundesweit einheitliche, krankenkassenartenübergreifende Dokumentation über durchgeführte Aktivitäten in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Auswertungen zum Jahr 2003 bilden neben erfolgten Leistungen zum Individuellen Ansatz weiter Krankenkassenaktivitäten zum nichtbetrieblichen Settings sowie zum Setting Betrieb (Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)) ab.

Individueller Ansatz:

Der Datensatz zu Versicherten, die primärpräventive Kurs- bzw. Seminarangebote nach dem individuellen Ansatz in Anspruch genommen haben, ist von 352.000 in der Piloterhebung (2002) um 54 % auf 542.000 gemeldete Kursteilnehmer angestiegen. Machte dies in 2002 noch einen Anteil von 0,5 % der Gesamtversichertenzahl aus, so lag der Anteil 2003 bereits bei 0,8 %. Der Anteil an Versicherten, die nach der Härtefallregelung des § 61 SGB V von Zuzahlungen zu Leistungen der Krankenkassen befreit waren, lag in 2003 bei 5,9 % aller Kursteilnehmer. Er ist trotz etwas höherer Fallzahlen (2003: 32.225; 2002: 24.032) im Vergleich zu 2002 etwas gesunken (2002: 6,8 %). Alle bundesweit erfassten „Härtefälle“ machten dem gegenüber einem Anteil von 14,1 % aller GKV-Gesamtversicherten aus.

65 % aller Teilnehmer griffen auf Kursangebote aus dem Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten zurück. 18 % der Teilnehmer suchten Ernährungskurse auf, 17 % nahmen Angebote zum Stressmanagement wahr und 0,8 % besuchten Veranstaltungen zum Thema „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“.

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

Dabei suchten Versicherte ab 50 Jahren im Vergleich zu den anderen Altersgruppen verstärkt Bewegungskurse auf. Versicherte bis zu 39 Jahren nahmen hingegen häufiger als andere Altersgruppen Ernährungskurse in Anspruch. Stressbewältigungsangebote wurden tendenziell von Versicherten unter 49 Jahren aufgegriffen und Kurse zum Thema „Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ etwas häufiger als in anderen Altersgruppen von Versicherten zwischen 30 und 59 Jahren.

Nichtbetrieblicher Settingansatz:

Seit der Piloterhebung zum nichtbetrieblichen Settingansatz (2001) mit 143 eingesandten Dokumentationsbögen ist der Datenumfang um mehr als das Vierfache auf 638 Fälle angestiegen. Erreicht wurden mit den Aktivitäten schätzungsweise 539.000 Personen. Dabei haben die Krankenkassen ihren Fokus noch etwas stärker als im Vorjahr auf Schulen und Berufsschulen gesetzt (70 % aller Fälle).

51 % der Aktivitäten, bei denen die Laufzeit nachvollziehbar war, liefen länger als ein Jahr. 31 % dauerten zwischen sieben und zwölf Monate an, 19 % waren für sechs Monate und weniger angelegt.

Die Aktivitäten waren, ähnlich wie im Vorjahr, bei etwa 70 % der Fälle auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet. Überwiegende Zielgruppe waren Mädchen/Frauen bzw. Jungen/Männer sowie Multiplikatoren/Mediatoren. Dabei ist bei den Zielgruppen „Mädchen/Frauen“ und „Jungen/Männer“ weniger von einer geschlechtsspezifischen Zielausrichtung auszugehen, sondern eher von einer Ausrichtung auf bestimmte Altersgruppen im Setting (z.B. Schüler).

Wie in 2002 lagen auch in 2003 bei 70 % der Fälle Kooperationen vor. Bei den Kooperationspartnern handelte es sich am häufigsten um Öffentliche Verwaltung/Institutionen, Vereine/Verbände, Sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen sowie die Unfallversicherung (Anteile zwischen 26 % und 18 %).

Strukturen zur organisatorisch-inhaltlichen Steuerung bestanden bei 55 % der Projekte. Seit Piloterhebung im Jahr 2001 ist der Anteil von Aktivitäten mit einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur kontinuierlich gewachsen.

Bedarfsanalysen wurden – wie bereits auch in 2002 – bei vier Fünftel aller Fälle angegeben. Dabei standen die Befragung der Zielgruppe, die Begehung des Settings sowie die Expertenbefragung im Vordergrund.

Inhaltlich waren die Aktivitäten vorwiegend auf Bewegung (74 %) und Ernährung (43 %) ausgerichtet. In 30 % der Fälle bezogen sie sich auf die Stressreduktion und Entspannung. In 2003 sind die prozentualen Anteile aller zum Settingansatz abgefragten Handlungsfelder angestiegen. Das heißt die Aktivitäten in den Settings sprachen häufiger zwei oder mehrere Inhalte miteinander verknüpft an, als noch in 2002.

Die Aktivitäten waren bei etwa der Hälfte aller Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen, die Fallzahl ist dabei im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Gesundheitszirkel wurden bei 4 % der Fälle durchgeführt (2002: 3 %).

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 (87 %). Zudem fanden die praktische Arbeit mit Medien, Plakate/Informationsausstellungen und Übungsmanuale häufig Anwendung (Anteile zwischen 63 % und 62 %). Im Durchschnitt wurden drei Medien miteinander kombiniert eingesetzt. Nennenswerte Ergebnisabweichungen zum Vorjahr lagen hier nicht vor.

Der Anteil an durchgeführten Erfolgskontrollen ist im Vergleich zur Pilotphase und dem Vorjahr noch einmal angestiegen: lag er in 2001 noch bei 33 % so machte er in 2003 bereits 46 % aller Fälle aus. Und auch zu diesem Ergebnis ist zu erwähnen, dass hier noch nicht die geplanten Erfolgskontrollen bei zum Ende des Berichtsjahres noch laufenden Aktivitäten enthalten sind. Im Durchschnitt wurden sechs Erfolgskontrollen miteinander verknüpft durchgeführt.

Folgende erwähnenswerte Ergebnisse lagen bei den settingspezifischen Auswertungen vor: Bei Grundschulen lag die Laufzeit der Aktivitäten auffallend häufig (d.h. bei zwei Dritteln dieser Fälle) bei über einem Jahr. Kooperationen mit weiteren Partnern bestanden besonders häufig (d.h. in jeweils 90 % der Fälle) in Sonderschulen, Hauptschulen und Gesamtschulen. Bei der Bildung von Koordinierungs- und Steuerungsstrukturen hoben sich die Berufsschulen mit einem Anteil von 79 % ab. Bedarfsermittlungen wurden ebenfalls besonders häufig in Berufsschulen (92 %), aber auch sehr oft in Gesamt-, Hauptschulen, Gymnasien, Grund- und Sonderschulen durchgeführt (85 %-80 %).

Die Inhalte der Aktivitäten waren im Setting „Stadtteil/Ort“ meist auf das Thema Ernährung ausgerichtet. In Haupt-, Realschulen und Gymnasien wurde etwas häufiger noch als die Bewegung das gesundheitsgerechte Miteinander thematisiert. Die Bewegung stand in allen weiteren schulischen Settings sowie in Familien und Kindergärten/Kindertagesstätte an erster Stelle. Aktivitäten im Setting Familie wurden meist in Kombination mit grundschul- bzw. kindergartenbezogenen Aktivitäten durchgeführt, d.h. über den Zugangsweg „Kindergarten/-tagesstätte“ und „Grundschule“ wurden auch die Eltern und Geschwister in den Gesundheitsförderungsprozess eingebunden. In sämtlichen schulischen Settings waren die Aktivitäten häufiger sowohl verhaltens- und verhältnisbezogen als rein verhaltensbezogen. In „Familien“, „Kindergärten/-tagesstätten“ und „Stadtteilen/Orten“ waren die Aktivitäten hingegen häufiger rein verhaltensbezogen.

Bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden deutlich häufiger Bedarfsermittlungen durchgeführt als bei fehlenden. Bei 97 % der Fälle, bei denen Entscheidungsstrukturen vorhanden waren, wurden Bedarfsermittlungen durchgeführt, bei fehlenden Steuerungsstrukturen lag der Anteil bei 59 %. Auch waren die Aktivitäten bei vorhandenen Koordinierungsgremien etwa vier Mal so häufig verhaltens- und verhältnisbezogen als diejenigen bei fehlenden. Bei vorhandenen Entscheidungsstrukturen wurden zudem mehr Inhalte und Methoden miteinander verknüpft behandelt als bei fehlenden.

Betriebliche Gesundheitsförderung:

Zu Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) lagen für 2003 insgesamt 2.164 Dokumentationsbögen vor. Gegenüber der Piloterhebung in 2001 hat sich der Datenumfang gut verdoppelt. Darüber hinaus wurde über 623 Fälle berichtet, bei denen ausschließlich Arbeitsfähigkeitsanalysen bzw. -Profile durchgeführt wurden. In 2002 waren es noch 463 gemeldete AU-Analysen.

Der Fokus lag – wie in 2002 – zwar bei Betrieben aus dem Verarbeitenden Gewerbe, ihr Anteil zum Gesamtdatensatz ist dabei von 52 % in 2002 auf 43 % in 2003 gesunken. Gleichzeitig wurde BGF häufiger als im Vorjahr im Dienstleistungssektor und im Handel durchgeführt.

Die BGF-Aktivitäten erreichten über 680.000 geschätzte Personen (2002: 604.000). Meist wurden dabei kleinere Personenmengen von bis zu 49 Beschäftigten (39 %) – bei einem rechnerischen Mittelwert von 222 Personen über alle Betriebsgrößen gerechnet – erreicht.

Bei der BGF lag der Anteil der Projekte, die länger als ein Jahr andauerten, bei 55 %. Solche mit einer Laufzeit von sieben bis zwölf Monaten machten einen Anteil von 30 % aus. Kürzer angelegte Projekte lagen in 16 % 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 spezifisch gesundheitsgefährdete Gruppen. Dies entspricht den Ergebnissen von 2002.

Wie in 2002 wurde in knapp der Hälfte der Fälle die Zusammenarbeit mit außerbetrieblichen Kooperationspartnern bejaht. Dabei handelte es sich vorwiegend um externe Berater/kommerzielle Institutionen und Unfallversicherungen (24 % und 16 %).

Der Anteil der Aktivitäten mit bestehender Entscheidungs- und Steuerungsstruktur lag – wie in 2002 – bei 54 %. Bei Vorhandensein einer solchen Struktur setzte sich das entsprechende Gremium vorwiegend aus Geschäfts- und Personalleitung (95 %), aus Betriebs- bzw. Personalrat (79 %) sowie aus Vertretern der Krankenkassen (76 %) zusammen.

Bedarfsanalysen wurden in 89 % aller Fälle gemeldet. Im Durchschnitt griff man dabei auf vier Methoden zur Bedarfsermittlung zurück. Im Vordergrund standen die Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen, die Arbeitsplatzbegehung und die Mitarbeiterbefragung.

Gesundheitszirkel fanden in 20 % der Fälle statt (2002: 18 %). 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 64 % der Fälle auf die Reduktion von körperlichen Belastungen ausgerichtet. Zusätzlich spielten die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung (24 %), das Stressmanagement (20 %), die gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (16 %) sowie der verantwortliche Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln (13 %) eine bedeutende Rolle.

Der Anteil an verhaltens- und verhältnisbezogenen Aktivitäten ist im Vergleich zum Vorjahr leicht zurückgegangen (2003: 28 %, 2002: 32 %), derjenige zu rein verhaltensbezogenen Aktivitäten leicht angestiegen (2003: 34 %, 2002: 32 %). Rein verhältnisbezogene Aktivitäten wurden in 6 % aller Fälle berichtet.

Wesentliche Ergebnisabweichungen zu den Methoden und Medien gab es im Vergleich zum Vorjahr nicht: bei etwa 70 % der Fälle wurde die Anwendung von Methoden bejaht und bei 74 % der Einsatz von Medien. Bei den Methoden standen die "Gruppenschulung/-beratung, Kursprogramme", die "individuelle Beratung" und die "arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung" im Vordergrund (Anteile von 40 % bis 52 %). Als Medien kamen vorwiegend "Faltblätter, Broschüren" zum Einsatz (65 %), gefolgt von "Plakaten, Informationsausstellungen" (42 %).

Der Anteil an gemeldeten Erfolgskontrollen ist im Vergleich zum Vorjahr von 42 % auf 33 % zurückgegangen. Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden im Durchschnitt fünf Methoden hierzu benannt. Inhaltlich im Vordergrund standen die Prüfung der "Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention", der "Zufriedenheit der Arbeitgeber mit der Intervention", der "Verbesserung des Krankenstandes", der "Verbesserung von Verhaltensparametern sowie die "Akzeptanz der Intervention bei den Zielgruppen, Inanspruchnahme". Die Ergebnisse enthalten nicht die erst geplanten Erfolgskontrollen bei zum Ende des Berichtsjahres noch laufenden Aktivitäten.

Die Dokumentation enthält weiterhin branchen- und betriebsgrößenspezifischen Auswertungen zu den abgefragten Feldern. Dabei sind folgende Auffälligkeiten zu erwähnen:

Je größer ein Betrieb war, desto mehr Personen konnten mit BGF erreicht werden. So wurden in Betrieben mit bis zu 99 Beschäftigten 61.000 (11 %) und in Betrieben ab 100 Mitarbeitern 484.000 geschätzte Personen erreicht (89 %). Auch wurden in größeren Unternehmen tendenziell häufiger spezifische Zielgruppen gewählt. Weiterhin wurden der Tendenz nach in größeren Unternehmen häufiger außerbetriebliche Kooperationen sowie Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet. Der Anteil an erfolgten Bedarfsermittlungen war in allen Branchen und Betriebsgrößen sehr hoch. Weiter griffen in allen Branchen und nahezu allen Betriebsgrößen die Akteure am häufigsten auf Routinedaten der Krankenkassen zurück. In Betrieben mit 1 bis 49 Mitarbeitern wurden häufiger noch Arbeitsplatzbegehungen durchgeführt. Gesundheitszirkel und auch Erfolgskontrollen wurden ebenfalls tendenziell häufiger durchgeführt, je größer ein Betrieb war. Bei den Erfolgskontrollen stachen Betriebe mit 1 bis 9 Mitarbeitern aus diesem Trend heraus: in diesen war der Anteil an berichteten Erfolgskontrollen mit 42 % am höchsten.

Die Auswertungen von Ergebnissen zu Bedarfsanalysen und Interventionen hinsichtlich bestehender bzw. fehlender Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen zeigten grundsätzlich, dass bei vorhandenen Koordinierungsgremien tendenziell auch mehr Bedarfsanalysen durchgeführt wurden, die Interventionen häufiger sowohl verhaltens- und verhältnisbezogen waren und offensichtlich mehr Inhalte miteinander verknüpft wurden. Auch zu den angewandten Methoden und eingesetzten Medien fiel auf, dass solche, die einer größeren Organisation bedurften und die aufwändiger waren, häufiger bei vorhandenen Koordinierungsgremien Einsatz fanden als bei fehlenden.

5 Fazit und Ausblick

Ein erfreuliches Ergebnis zum *Individuellen Ansatz* ist der beobachtete Anstieg an gemeldeten individuellen Kursbesuchen um 54 % von 352.000 in der Ersterhebung auf 542.000 Fälle in der nun zweiten Erhebung. Dabei ist nicht nur das Meldeverhalten der Krankenkassen zu diesem Ansatz besser geworden, sondern die Datenlage spiegelt gleichfalls die Aktivitäten der GKV bei ihren Leistungen zur Primärprävention auch im individuellen Kursbereich wider. Mit einer Fortführung dieser Entwicklung und einem weiteren Datenanstieg hierzu ist auch in zukünftigen Erhebungen zu rechnen.

Das Ergebnis in 2003 zum individuellen Ansatz bestätigt weiterhin die bereits in 2002 gewonnenen Erkenntnisse: Individuelle Kursangebote werden vorwiegend von Frauen und von Versicherten im Alter von 30 bis 59 Jahren in Anspruch genommen. Männliche, jüngere und Versicherte ab 60 Jahren, sowie Versicherte aus niedrigeren Einkommensschichten greifen primärpräventive individuelle Kurse eher selten auf. Für diese eignen sich vielmehr andere Zugangswege, wie z.B. Aktivitäten nach dem nichtbetrieblichen Settingansatz und der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Nach diesen Ansätzen werden die Menschen in ihren Lebens-, Lern- und Arbeitsumwelten (Settings) angesprochen.

Sowohl zum *nichtbetrieblichen Settingansatz* als auch zur *Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)* sind die gemeldeten Aktivitäten seit der Ersterhebung im Berichtsjahr 2001 erheblich gestiegen. Besonders zum nichtbetrieblichen Ansatz ist der Datenumfang von anfangs 143 eingesandten Dokumentationsbögen auf mehr als das Vierfache mit 638 Bögen in 2003 angewachsen. Die Krankenkassen bauen ihre ersten Erfahrungen auf diesem Feld mittlerweile umfassend aus und verbreitern erfolgreiche Settingaktivitäten auch quantitativ. Der Datenumfang zur BGF hat sich seit der Piloterhebung in etwa verdoppelt, d.h. die Fallzahl ist von 1.189 auf 2.164 Fälle gestiegen. Die Setting- und BGF-Ergebnisse bestätigen ebenfalls die allgemein beobachtete Intensivierung der GKV-Aktivitäten in der Prävention. Diese spiegelt sich insbesondere in der Zunahme der Gesamtausgaben der GKV für Primärprävention und BGF von 88,2 Mio. Euro (1,25 €/Versicherten) in 2002 auf 113,5 Mio. Euro (1,61 €/Versicherten) in 2003 wider⁴³.

Die Intensivierung der Leistungen zu beiden settingbezogenen Ansätzen bestätigt insbesondere, dass Krankenkassen verstärkt auch andere Zugangswege als die individuellen Kursangebote nutzen, um insbesondere sozial benachteiligte Menschen zu erreichen und sie dabei für ein gesundheitsförderliches Leben zu motivieren und ihre Lebenswelten gesundheitsförderlich umzugestalten. Insbesondere bei den berichteten Aktivitäten zum nichtbetrieblichen 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.

⁴³ GKV-Ausgabenstatistik KJ1 2002 u. 2003

Erfreulicherweise richten sich die Interventionen bei der Hälfte der gemeldeten Aktivitäten in nichtbetrieblichen Settings, aber – wenn auch in geringeren Anteilen – in Betrieben nicht nur in erster Linie an den Menschen und sein Verhalten, sondern zielen gleichzeitig 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.

Besonders positiv zu werten ist für den nichtbetrieblichen Settingansatz der in diesem Berichtsjahr deutliche Anstieg an gebildeten Koordinierungs- und Steuerungsstrukturen. Den Auswertungen zu erfolgten Bedarfsanalysen und Interventionen hinsichtlich vorhandener bzw. fehlender Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen (sowohl zum Settingansatz als auch zur BGF!) ist zu entnehmen, dass bei Bestehen von Koordinierungsgremien die Aktivitäten in der Regel umfassender sind, sie sich häufiger sowohl auf das Verhalten als auch auf Verhältnisse im Setting beziehen und bei ihnen tendenziell mehr Inhalte und Methoden miteinander verknüpft werden. Umgekehrt werden bei Fehlen von Entscheidungsstrukturen deutlich häufiger rein verhaltensbezogene Aktivitäten durchgeführt. Das in 2003 beobachtete erfreuliche Ergebnis gilt es, in Zukunft zu halten und noch weiter auszubauen. Koordinierungsgremien sind in der BGF in etwa gleich häufig gebildet worden wie im Jahr davor. Da gerade Gesundheitszirkel häufig dann als Instrument eingesetzt werden, wenn vorab Steuerungsstrukturen gebildet wurden, diese Methode gleichzeitig ein wichtiges Instrument zur Einbindung von allen Beteiligten im Betrieb und grundsätzlich sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen ist, lassen sich hier klar weitere Ausbaumöglichkeiten erkennen. Der in vorliegender Dokumentation beobachtete leichte Anstieg an durchgeführten Gesundheitszirkeln ist möglicherweise als erste erfreuliche Entwicklung hier zu verzeichnen.

Ein weiteres positives Ergebnis ist der Anstieg an durchgeführten Erfolgskontrollen insbesondere beim nichtbetrieblichen Settingansatz. Über diese lassen sich die Wirkungen der Maßnahmen nachvollziehen und fundierte Erkenntnisse für die Weiterentwicklung von Aktivitäten ableiten. Sie stellen somit ein wesentliches Qualitätskriterium für primärpräventive und gesundheitsförderliche Leistungen dar. Mit der Fertigstellung der derzeit in der Entwicklung und Erprobung befindlichen Erhebungsinstrumente zur Evaluation zu allen drei Ansätzen und hier insbesondere zur BGF werden in Zukunft den Krankenkassen fundierte, umfassende Messinstrumente zur Wirksamkeitsprüfung von Aktivitäten an die Hand gegeben. Mit ihrem Einsatz ist mit einer insgesamt stärkeren Etablierung von Erfolgskontrollen zu rechnen.

Viele Ergebnisse zum Settingansatz und zur Betrieblichen Gesundheitsförderung sind im Vergleich zum Vorjahr weitgehend konstant geblieben. So hat sich der Anteil an externen Kooperationspartnern in beiden Ansätzen kaum geändert. Die Krankenkassen leisten in diesen Fällen über die Einbeziehung weiterer Wissens- und Ressourcenquellen einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -sicherung bei den Interventionen. Auch entspricht dies dem Prinzip der „gesamtgesellschaftlichen Verantwortung“ in der Prävention und Ge-

sundheitsförderung über die GKV hinaus. Nach wie vor gilt es auch hier als zukünftig bedeutsames Anliegen, Kooperationen kontinuierlich weiter zu entwickeln und zu verbreiten, um unter Beteiligung anderer verantwortlicher Akteure zu nachhaltigen gesundheitsförderlichen Veränderungen für die Menschen beizutragen.

Weiterentwicklungsbedarfe bestehen zusammengefasst im Einsatz von verhältnispräventiven Interventionen, in der Etablierung von Steuerungsstrukturen, in der Bildung von Kooperationen, im vermehrten Einsatz von Gesundheitszirkeln sowie in der stärkeren Etablierung von Erfolgskontrollen als Routinen bei allen Setting-Aktivitäten.

Mit der Dokumentation von Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung ab dem nächsten Berichtsjahr (2004) werden neue, aufgrund bislang gemachter Erfahrungen und gewonnener Erkenntnisse überarbeitete Dokumentationsbögen zum Settingansatz und zur Betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt. Mit ihnen lassen sich ausführlichere und schärfere Informationen zum Leistungsgeschehen hier gewinnen.

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.

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

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

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

Krankenkasse (freiwillige Angabe)

Berichtsjahr

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

1 Allgemeine Daten

Setting

	ja	nein		ja	nein
Grundschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Institutionen für spezifische Bevölkerungsgruppen (z. B. Menschen in schwierigen sozialen Situationen wie Alleinerziehende, Sozialhilfeempfänger, Gewaltopfer, Obdachlose, Arbeitslose, psychisch Kranke, Drogenabhängige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonderschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altenheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamtschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderes Setting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsschule o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kindergarten/Kindertagesstätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadtteile/Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...und zwar:					

Datum des Starts der primärpräventiven Aktivitäten in diesem Setting

.....

Monat, Jahr

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

2 Schwerpunktmaßige Zielgruppe

Keine spezifische Zielgruppe, das heißt:
alle Menschen im Setting werden
angesprochen

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"/>
Mädchen/Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jungen/Männer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiplikatoren / Mediatoren (Fortbildung bzw. Kooperation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...und zwar:	
Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtpädagogisches Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialarbeiter oder anderes im sozialen Bereich tätiges Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im medizinischen Bereich tätiges Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Zielgruppen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
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"/>
Niedergelassene Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentliche Verwaltung/Institutionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereine, Verbände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wissenschaftliche Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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"/>
Befragung der Zielgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expertenbefragung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Screening, medizinische Untersuchung (z. B. Blutdruck, Gewicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeitstests, z.B. bewegungsmotorische Tests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<u>Verhaltensbezogene Aktivitäten:</u> <i>(Seit Beginn der primärpräventiven Aktivitäten)</i>	ja	nein
Den Zielgruppen wurden gesundheitsbezogene Informationen und/oder praktische Fertigkeiten, Handlungs-, Entscheidungs- oder Selbstwahrnehmungskompetenzen vermittelt	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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:

	ja	nein
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressreduktion/Entspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsgerechter Umgang mit einander (Kommunikation, Konflikt, Entwicklung des Settings)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Handlungsfelder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

... und zwar:

Verhältnisbezogene Aktivitäten:

(Seit Beginn der primärpräventiven Aktivitäten)

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

... und zwar:

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

... und zwar:

Methoden:

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

	ja	nein
Fort- und Weiterbildung von Mediatoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vortrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beispiel geben, demonstrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praktische Übungen, praktische Schulung, Verhaltensbeobachtung, Körperwahrnehmung, Rollenspiel, gegenseitige Übungen etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskussion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbau sozialer Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitstage, -wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anleitung und Unterstützung themenzentrierter Gruppenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremdsprachige Angebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medien:

Praktische Arbeit mit Medien (z. B. Video)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übungsmanuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faltblätter, Broschüren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plakate, Info-Ausstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

... und zwar:

7 Gesundheitszirkel

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

8 Erfolgskontrolle

Eine Erfolgskontrolle wurde durchgeführt

ja nein

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

Ergebnisse:

Zu den Ergebnissen der Erfolgskontrolle liegen schriftliche Berichte/Veröffentlichungen vor

ja nein

(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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abläufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensparametern (z. B. Ernährungs- oder Bewegungsmuster, Stressbewältigung, rücksenschonende Arbeitsweise)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetenzen (z. B. Wissen, Selbstbewusstsein, Mitwirkung bei der Umgestaltung des Umfelds)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsparameter (z. B. Blutdruck, Body-Maß-Index etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
subjektive Einschätzung der Gesundheit und Funktionalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsökonomische Analyse, z.B. Kostenerfassung, Kosten-Nutzen-Analyse etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation, Netzwerkbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfestigung der Intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diffusion von Programmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...und zwar:

6.1.3 Dokumentationsbogen Betriebliche Gesundheitsförderung

Dokumentation der Leistungen der GKV in der Betrieblichen Gesundheitsförderung

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

Wichtige Ausfüllhinweise:

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

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

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

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

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

_____ Krankenkasse (freiwillige Angabe)

_____ Berichtsjahr

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

1 Allgemeine Daten zum Betrieb

Branche

(Einteilung nach Statist. Bundesamt, WZ93, Wirtschaftsabteilungen)

Bitte nur eine Branche ankreuzen

Land und Forstwirtschaft, Fischerei (A+B)

Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden (C)

Verarbeitendes Gewerbe (D)

Energie- und Wasserversorgung (E)

Baugewerbe (F)

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

Gastgewerbe (H)

Verkehr und Nachrichtenübermittlung (I)

Kredit- und Versicherungsgewerbe (J)

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

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

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

Bitte nur ein Kreuz machen.

Anzahl Beschäftigte:

1 – 9

10 – 49

50 – 99

100 – 499

500 – 1499

1500 und mehr

Bitte nur ein Kreuz machen.

Anteil der Frauen an den Beschäftigten

0 – 25%

26 – 50%

51 – 75%

76 – 100%

Datum des Beginns der Gesundheitsförderungs-
Aktivitäten

Monat, Jahr

--	--	--	--

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

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

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 Gesundheits-gefährdungen belastete Gruppe(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ^{□₂₇}
Führungsebene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auszubildende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter in der Verwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter in der Produktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ältere Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausländische Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>
Staatlicher Arbeitsschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergelassene Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gesundheits- und Sozial-einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentliche Verwaltung/Institutionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitgeberverbände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewerkschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Vereine, Verbände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wissenschaftliche Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Externe Berater / gewerbliche Institutionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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}

Im Steuerungsgremium sind vertreten:

Betriebs-/Personalrat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschäftsleitung/Personalleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheitsfachleute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittlere Führungskräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertreter der Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertreter der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
externe Kooperationspartner	<input type="checkbox"/>	^{□₆₀}

Eine Vereinbarung mit dem Betrieb/ zur Durchführung von Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde abgeschlossen ^{ja} ^{nein}

5 Bedarfsermittlung

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

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

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. Personentage

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"/>
Angebote zum Stressmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote zur Reduktion körperlicher Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote zur Prävention von Genuss- und Suchtmittelmissbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ja nein
des *Arbeitsumfelds* oder der *Strukturen* ₈₂

... und zwar:

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. Personentage

Aktivitäten zur gesundheits-
förderlichen Umgestaltung von
Arbeitsabläufen

... und zwar:

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

ca. Personentage

6.2 Tabellen

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

6.3 Zu Grunde liegende und weiterführende Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.; 2002): 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: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, 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 (2002): 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 2002.

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.

6.4 Organisation und Verantwortlichkeiten

- **Lenkungsgremium**

Arbeitskreis der PräventionsreferentInnen der Spitzenverbände der Krankenkassen:

IKK-Bundesverband (Federführung), Bergisch Gladbach: Manfred Cryns, Siegfried Heinrich, Dr. Bernd Metzinger, Dr. Volker Wanek

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

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: Hans-Jürgen Faust, Cornelia Lutzke

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel: Jürgen Helfenritter, Ulrike Kiehl

Bundesknappschaft, Bochum: Stefan Glahn, Eberhard Koch

Medizinischer Dienst der SpiK, Essen: Mandy Handschuch, Dr. Dagmar Hutzler

- **Projektrealisation**

MDS, Essen: Mandy Handschuch, Dr. Dagmar Hutzler

Beiträge zum Schulprojekt „gesund leben lernen“: Sandra Brüning, Martina Kolbe, Irmtraut Windel, Susanne Zemlin