

Präventionsbericht 2007

Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2006



Impressum

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

Umschlaggestaltung:
BestPage Kommunikation GmbH & Co. KG
45481 Mülheim an der Ruhr

Titelbild:
Fotoagentur Fox

Herstellung & Druck:
asmuth druck + crossmedia gmbh & co. kg
50829 Köln

Januar 2008

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn

BKK Bundesverband, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

See-Krankenkasse, Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Knappschaft, 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

Präventionsbericht 2007

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

– Berichtsjahr 2006 –

Vorwort

Mit dem vorliegenden Präventionsbericht 2007 stellen die gesetzlichen Krankenkassen zum sechsten Mal Transparenz über die von ihnen erbrachten Leistungen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung her.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat im Berichtsjahr 2006 ihr Engagement in der Prävention und Gesundheitsförderung weiter ausgeweitet. Außerbetriebliche Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen nahmen um 26 % zu. Über gesundheitsförderliche und präventive Interventionen in Lebenswelten – z.B. Schulen, Betriebe etc. – wurden den Schätzzahlen zufolge 4,3 Millionen Menschen in über 26.000 Einrichtungen und Betrieben erreicht. Dadurch wurde ein wichtiger Beitrag zur Verminderung sozial ungleich verteilter Gesundheitschancen geleistet. Die Zahl der Teilnehmer an primärpräventiven Kursen stieg von 1,2 Millionen auf 1,4 Millionen um 17 %. Die Gesamtsumme der erreichten Personen lag bei 5,7 Millionen.

Das finanzielle Engagement für die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung übertraf mit Ausgaben in Höhe von 232 Millionen Euro das gesetzlich vorgesehene Ausgabensoll von 2,74 Euro je Versicherten deutlich. Dies unterstreicht, dass die Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung weiterhin ein wichtiges und zukunftssträchtiges Handlungsfeld sehen.

Über die Jahre ließen sich qualitative Fortschritte bei den erbrachten Leistungen verzeichnen. Bei der Gesundheitsförderung in Lebenswelten ist positiv hervorzuheben, dass die Aktivitäten vermehrt durch Steuerungsgremien koordiniert wurden, dass durch Gesundheitszirkel mehr Partizipation möglich wurde, und dass Maßnahmen zur Erfolgskontrolle immer mehr zum Standard werden.

Für ihre Aktivitäten und ihren Beitrag zum Präventionsbericht sei an erster Stelle den Mitarbeitern in den Krankenkassen-Geschäftsstellen vor Ort gedankt. Sie zeigen bei der Umsetzung der Maßnahmen großes Engagement und nehmen sich darüber hinaus Zeit, die Erhebungsbögen auszufüllen. Ohne diese Mitarbeit wäre der vorliegende aufschlussreiche Präventionsbericht nicht möglich.

Ferner gilt der Dank den Sachverständigen der „Beratenden Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“. Sie begleiten die Arbeiten an der Weiterentwicklung der Präventionsaktivitäten mit nützlichen Hinweisen.

Im Präventionsbericht 2007 werden einige anschauliche Beispiele aus der Praxis der Gesundheitsförderung dargestellt. Für diese Textbeiträge danken wir den beteiligten Krankenkassen sowie den Landesvereinigungen für Gesundheit in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt.

Abschließend sei den Mitarbeitern des MDS sowie den Fachreferenten der GKV-Spitzenverbände für die Zusammenführung, Auswertung und Kommentierung der Daten gedankt.

Dezember 2007



Rolf Stuppardt
Vorstandsvorsitzender
IKK-Bundesverband



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer MDS

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	8
Tabellenverzeichnis	9
1 Zusammenfassung	11
1.1 Nichtbetrieblicher Setting-Ansatz	11
1.2 Individueller Ansatz	12
1.3 Betriebliche Gesundheitsförderung:	13
2 Einleitung	15
3 Projektbeschreibung und -organisation	17
3.1 Zielgruppen von Aktivitäten der Primärprävention	17
3.2 Erhebungsinstrumente und Dokumentationsverfahren	18
3.3 Datenumfang	19
3.4 Hinweise zur Ergebnisbeschreibung	19
4 Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings	21
4.1 Ergebnisse des Gesamtdatensatzes	23
4.1.1 Allgemeine Daten	23
4.1.1.1 Laufzeiten der Aktivitäten, Anzahl der erreichten Personen	23
4.1.1.2 Setting	25
4.1.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen	28
4.1.3 Kooperationspartner	29
4.1.4 Koordination und Steuerung	30
4.1.5 Bedarfsermittlung	31
4.1.6 Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstatt	32
4.1.7 Intervention	32
4.1.7.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	32
4.1.7.2 Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten	34
4.1.7.3 Art der verhältnisbezogenen Umgestaltung	35
4.1.7.4 Methoden und Medien	36
4.1.8 Erfolgskontrollen	37
4.2 Settingbezogene Auswertungen	39
4.2.1 Grundschule	39
4.2.2 Weiterführende Schulen	40
4.2.3 Berufsschulen	41
4.2.4 Kindergärten/Kindertagesstätten	41
4.2.5 Stadtteile/Orte	42

4.3	Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle bei vorhandener bzw. fehlender Entscheidungs-/Steuerungsstruktur	43
4.3.1	Bedarfsermittlung	43
4.3.2	Intervention	44
4.3.3	Erfolgskontrolle	45
4.4	Kassenartenübergreifende Kooperationsprojekte	47
4.4.1	Kooperationsprojekt „gesund leben lernen“ zieht Bilanz	47
4.4.1.1	Projektstrukturen	48
4.4.1.2	Methodisches Vorgehen	49
4.4.1.3	Projektergebnisse	51
4.4.1.4	Ergebnisentwicklung	52
4.4.1.5	Ausblick	53
4.4.2	Leipziger Projekt optiSTART – „Ein optimaler Ernährungs- und Bewegungsstart in die Schulkarriere“	54
4.4.2.1	Ziel	54
4.4.2.2	Projekt	55
4.4.2.3	Evaluation	57
4.4.2.4	Modifizierung von optiSTART	58
4.4.2.5	Ausblick	58
5	Primärprävention nach dem individuellen Ansatz	59
5.1	Inanspruchnahme	60
5.2	Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern	61
5.3	Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	62
5.3.1	Alter	62
5.3.2	Geschlecht	64
5.4	Leistungsanbieter	65
6	Betriebliche Gesundheitsförderung	67
6.1	Ergebnisse des Gesamtdatensatzes	69
6.1.1	Allgemeine Daten	70
6.1.1.1	Laufzeit der Gesundheitsförderungsmaßnahmen	70
6.1.1.2	Branchen, Anzahl an Standorten/Betrieben	71
6.1.1.3	Betriebsgrößen, erreichte Personen	72
6.1.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen	74
6.1.3	Außerbetriebliche Kooperationspartner	76
6.1.4	Koordination und Steuerung	78
6.1.5	Bedarfsermittlung	80
6.1.6	Gesundheitszirkel	82

6.1.7	Intervention	83
6.1.7.1	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	83
6.1.7.2	Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	84
6.1.7.3	Art der Umgestaltung	85
6.1.8	Methoden und Medien	86
6.1.9	Erfolgskontrolle	87
6.2	Branchenbezogene Auswertungen	89
6.2.1	Verarbeitendes Gewerbe	89
6.2.2	Erbringung von Dienstleistungen	90
6.2.3	Baugewerbe	91
6.2.4	Handel	92
6.2.5	Öffentliche Verwaltung	92
6.2.6	Verkehr und Nachrichtenübermittlung	93
6.3	Betriebsgrößenspezifische Auswertungen	93
6.3.1	Allgemeine Daten	94
6.3.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen	95
6.3.3	Außerbetriebliche Kooperationspartner	95
6.3.4	Koordination und Steuerung	95
6.3.5	Bedarfsermittlung	95
6.3.6	Gesundheitszirkel	96
6.3.7	Intervention	96
6.3.8	Erfolgskontrolle	96
6.4	Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle bei vorhandenen bzw. fehlenden Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen	97
6.4.1	Bedarfsermittlung	97
6.4.2	Intervention	98
6.4.3	Erfolgskontrolle	100
7	Fazit und Ausblick	101
8	Anhang	103
8.1	Dokumentationsbögen	103
8.2	Tabellenband	115
8.3	Zu Grunde liegende und weiterführende Literatur	115
8.4	Organisation und Verantwortlichkeiten	116

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Laufzeit der Aktivitäten insgesamt	24
Abb. 2: Anzahl gemeldeter Settings	26
Abb. 3: Verteilung der Settings	27
Abb. 4: Schwerpunktmäßige Zielgruppen.....	28
Abb. 5: Kooperationspartner	29
Abb. 6: Bedarfsermittlung.....	31
Abb. 7: Anzahl der Gesundheitszirkel.....	32
Abb. 8: Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten.....	33
Abb. 9: Intervention – Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten	34
Abb. 10: Intervention – Art der Umgestaltung	35
Abb. 11: Intervention – angewandte Methoden.....	36
Abb. 12: Die Durchführung einer Erfolgskontrolle ist	37
Abb. 13: Erfolgskontrollen	38
Abb. 14: Bedarfsermittlung – ein Vergleich	43
Abb. 15: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten	44
Abb. 16: Inhaltliche Ausrichtung	45
Abb. 17: Erfolgskontrolle	46
Abb. 18: Anzahl der Kursteilnehmer insgesamt	60
Abb. 19: Anzahl der Kursteilnehmer in den jeweiligen Handlungsfeldern.....	61
Abb. 20: Prozentuale Anteile der Altersgruppen – KM6 und Ergebnisse individueller Ansatz.....	62
Abb. 21: Altersverteilung der Kursteilnehmer in den jeweiligen Handlungsfeldern.....	63
Abb. 22: Inanspruchnahme nach Geschlecht in den jeweiligen Handlungsfeldern	64
Abb. 23: Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern.....	65
Abb. 24: Laufzeit der Aktivitäten	70
Abb. 25: Branchen.....	71
Abb. 26: Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte).....	72
Abb. 27: Schwerpunktmäßige Zielgruppe	74
Abb. 28: Außerbetriebliche Kooperationspartner.....	76
Abb. 29: Koordination/Steuerung	78
Abb. 30: Bedarfsermittlung.....	80
Abb. 31: Anzahl der pro Dokumentationsbogen gemeldeten Gesundheitszirkel.....	82
Abb. 32: Inhaltliche Ausrichtung der Maßnahmen	83
Abb. 33: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten	84
Abb. 34: Intervention – Art der Umgestaltungen.....	85
Abb. 35: Angewandte Methoden	86
Abb. 36: Die Durchführung einer Erfolgskontrolle ist	87

Abb. 37: Inhalte der Erfolgskontrolle	88
Abb. 38: BGF nach Branchen und Betriebsgrößenklassen	94
Abb. 39: Bedarfsermittlung.....	97
Abb. 40: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten	98
Abb. 41: Inhaltliche Ausrichtung	99
Abb. 42: Erfolgskontrolle	100

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rücklauf Dokumentationsbögen nichtbetriebliche Settings und BGF	19
Tabelle 2: Rücklauf Dokumentationsbögen Setting-Ansatz.....	23
Tabelle 3: Curriculum optiSTART	56
Tabelle 4: Rücklauf Dokumentationsbögen BGF	69

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 Zusammenfassung

Seit dem Berichtsjahr 2001 veröffentlichen die Spitzenverbände der Krankenkassen in Kooperation mit dem MDS in jährlichem Turnus die bundesweit einheitliche, krankenkassenarten-übergreifende Dokumentation über durchgeführte Aktivitäten in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung nach dem § 20 Abs. 1 und 2 (aktuell: §§ 20 und 20 a) SGB V. Danach sollen die Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention und können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erbringen. Die Auswertungen zum Jahr 2006 umfassen die bis zum Ende des betrachteten Jahres erbrachten Leistungen zum nichtbetrieblichen Setting-Ansatz, zum individuellen Ansatz sowie zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF).

1.1 Nichtbetrieblicher Setting-Ansatz

Entsprechend dem Gesetzesauftrag legten die Krankenkassen bei der Gesundheitsförderung und Prävention ein wesentliches Augenmerk auf die Verminderung von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Als vielversprechenden Zugangsweg sehen sie die Ansprache der Menschen in ihren Lebenswelten (Settings). So haben sie im Jahr 2006 erneut mehr Maßnahmen und Projekte nach dem Setting-Ansatz durchgeführt oder begleitet: Gegenüber 2005 ist die Zahl der eingereichten Dokumentationsbögen von 859 um 26 % auf 1.083 Doku-Bögen gestiegen. Sie enthalten Berichte über Settingaktivitäten in insgesamt 19.700 Einrichtungen.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben ihr Augenmerk nach wie vor stark auf Kinder und Jugendliche gelegt: So wurden Settingaktivitäten bei 85 % aller Fälle in den Settings Schulen, Berufsschulen und/oder Kindergärten/Kindertagesstätten durchgeführt. In 71 % aller Fälle erfolgten die Maßnahmen mindestens in Schulen bzw. Berufsschulen.

Die Laufzeit der Aktivitäten war bei 42 % der Fälle für ein Jahr und länger angelegt, 31 % der Aktivitäten dauerten maximal drei Monate an. Die durchschnittliche Laufzeit lag pro Projekt bei 13 Monaten.

Die Aktivitäten waren etwas häufiger als im Vorjahr, und zwar in 78 % der Fälle auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (2005: 75 %). Überwiegende Zielgruppe waren neben Kindern und Jugendlichen im Alter von bis zu 19 Jahren besonders Lehrer und Erzieher als Multiplikatoren (69 %) sowie Eltern als Multiplikatoren (44 %). In 42 % der Fälle wurden ferner ausländische Personen als Zielgruppe benannt (2005: 26 %). Eine deutliche geschlechtsspezifische Zielgruppenausrichtung war nicht zu erkennen.

Kooperationen mit weiteren als den vor Ort verantwortlichen Einrichtungen wurden bei 71 % der Fälle gemeldet (2005: 77 %). Bei den Kooperationspartnern handelte es sich am häufigsten um gewerbliche Anbieter/Unternehmen, Vereine/Verbände, sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen sowie um die öffentliche Verwaltung/Institutionen (Anteile zwischen 42 % und 26 %).

Strukturen zur organisatorisch-inhaltlichen Steuerung lagen im Jahr 2006 deutlich häufiger vor als noch in 2005 (2006: 66 %, 2005: 55 %). Sie stellen eine wichtige Basis für qualitativ hochwertige Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz dar.

Zur Ermittlung des Bedarfes erfolgten am häufigsten Zielgruppenbefragungen, Begehungen der Settings sowie Expertenbefragungen (Anteile zwischen 46 % und 31 %).

Gesundheitszirkel wurden deutlich häufiger durchgeführt (29 %, 2005: 20 %), und Zukunftswerkstätten häufiger eingerichtet (7 %, 2005: 4 %). Die Aktivitäten waren – ähnlich wie im Jahr 2005 – bei 55 % aller Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen.

Inhaltlich waren die Aktivitäten vorwiegend auf Bewegung (63 %) und Ernährung (56 %) ausgerichtet. Häufiger als noch im Jahr 2005 wurden in 2006 die Stressreduktion und Entspannung thematisiert (38 %, 2005: 30 %). Der psychischen Gesundheit sowie dem gesunde Schulklima wurden hier offensichtlich mehr Bedeutung beigemessen. Die Umgestaltungen bezogen sich

in 60 % der Fälle auf die Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen und Verantwortlichkeiten, gefolgt von der Verbesserung von Umgebungsbedingungen sowie Veränderung der Organisation des Settings. Bei den Informations- und Kommunikationsstrukturen wurden immer noch in knapp der Hälfte der Fälle Veränderungen vorgenommen.

In 74 % aller Fälle wurden – mehr als noch im Jahr 2005 – Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren noch geplant (2005: 67 %). Sie stellen einen wichtigen Maßstab für die Qualität der Maßnahmen dar. Die Prüfungen bezogen sich am häufigsten auf die Parameter „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, Verhaltensparameter, „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“, Abläufe und Kompetenzen.

Die settingbezogenen Auswertungen wiesen folgende Auffälligkeiten auf: In Kindergärten/Kindertagesstätten, Grundschulen und weiterführenden Schulen waren die Projekte häufiger als in der Gesamtauswertung langfristig, d.h. für mindestens ein Jahr angelegt. Dort wurden vergleichsweise oft Gesundheitszirkel durchgeführt. Die Interventionen waren häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Auffallend häufig sprachen die Maßnahmen in Grund- und weiterführenden Schulen die Inhalte Stressreduktion und den gesundheitsgerechten Umgang miteinander an. Offensichtlich fanden hier im Jahr 2006 mehr als in den Vorjahren psychosoziale Aspekte Berücksichtigung. Interventionen in Berufsschulen sprachen auffallend häufig mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen an. Die Maßnahmen waren hier vergleichsweise oft auf das Handlungsfeld Bewegung bezogen. Gesundheitszirkel wurden in Berufsschulen eher selten durchgeführt. Im Setting Stadtteil/Ort war die Laufzeit der Maßnahmen länger als in der Gesamtheit. Hier wurden vergleichsweise oft Ausländer als Zielgruppe angesprochen. Verhältnismäßig oft sprachen die Interventionen die Themen Suchtmittelkonsum, Ernährung und gesunde Umwelt an.

Bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden häufiger Bedarfsermittlungen durchgeführt als bei fehlenden; gleichzeitig wurden bei vorhandenen Strukturen mehr Bedarfsanalyseinstrumente miteinander kombiniert eingesetzt. Ferner waren die Aktivitäten bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen im Verhältnis knapp doppelt so häufig verhaltens- und verhältnisbezogen als bei fehlenden. Bei vorhandenen Entscheidungsstrukturen wurden ebenfalls mehr Inhalte und Methoden miteinander verknüpft behandelt als bei fehlenden. Bei Vorhandensein von Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen lag der Anteil der durchgeführten oder geplanten Erfolgskontrollen bei insgesamt 83 %. Bei fehlenden Strukturen betrug er 55 %.

1.2 Individueller Ansatz

Im Jahr 2006 wurden bundesweit 1,4 Millionen Teilnahmen an präventiven Kurs- und Seminarangeboten nach dem individuellen Ansatz gemeldet. Das entspricht einem Anteil von 2 % aller GKV-Versicherten in Deutschland. 2005 lag die Zahl bei knapp 1,2 Millionen und 2004 noch bei 803.000 Kursteilnahmen (1,1 % und 0,9 % der GKV-Versicherten).

Die Themenschwerpunkte lagen hier mit einem Anteil von 75 % auf dem Handlungsfeld Bewegung. Am nächsthäufigsten suchten Versicherte Kurse zu den Inhalten „Vermeidung spezifischer Risiken/stressabhängiger Krankheiten“ (16 %) und Ernährung (9 %) auf. In 0,8 % aller Fälle wurden Angebote aufgegriffen, die auf das Thema Suchtmittelkonsum ausgerichtet waren.

Wie in den Berichtsjahren zuvor handelte es sich bei der überwiegenden Mehrzahl der Kursteilnehmer um Frauen (78 %). Auch griffen besonders Versicherte im Alter zwischen 40 und 59 Jahren individuelle Kursangebote auf. 30- bis 39-Jährige und auch Versicherte ab 60 Jahren wurden proportional zur GKV-Versichertenstruktur erreicht. Jüngere Versicherte bis zu 29 Jahren und besonders diejenigen im Alter von bis zu 14 Jahren griffen hingegen vergleichsweise selten primärpräventive Kurse auf.

Im Vergleich zu den anderen Altersgruppen suchten Versicherte ab 60 Jahren verstärkt Bewegungskurse auf. Stressbewältigungsangebote wurden hingegen vorzugsweise von Versicherten im Alter zwischen 18 und 49 Jahren aufgesucht. Ernährungskurse waren etwas häufiger als in anderen Altersgruppen für Versicherte zwischen 15 und 39 Jahren von Interesse. Kurse zum Thema Suchtmittelkonsum wurden vorwiegend von Versicherten im Alter zwischen 20 und 49 Jahren aufgesucht. Der Anteil an männlichen Versicherten war hier mit 46 % vergleichsweise hoch.

1.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Zu Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) lagen für 2006 insgesamt 2.422 Dokumentationsbögen vor. Die Fallzahl lag damit unter derjenigen aus 2005 (2.531 Bögen).

Schwerpunktmäßig wurde BGF – wie in den Berichtsjahren davor – bei Betrieben aus dem verarbeitenden Gewerbe durchgeführt. Dabei ist ihr Anteil von 45 % im Jahr 2005 auf 39 % in 2006 gesunken. Dem folgten – den Häufigkeiten nach – die Branchen „Wirtschaftliche, sonstige öffentliche/private Dienstleistungen“ (12 %), „Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen“ (10 %), das Baugewerbe (10 %), der Handel (9 %), die öffentliche Verwaltung (8 %) sowie der Sektor Verkehr/Nachrichtenübermittlung (6 %). BGF wurde bundesweit in/an 6.600 Betrieben/Standorten durchgeführt. Bei den Betrieben handelte es sich bei 34 % der Fälle um Klein-/Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigten (2005: 31 %). Bei knapp der Hälfte der Fälle wurde BGF in Unternehmensgrößen mit einer Beschäftigtenzahl von 50 bis 499 Mitarbeitern durchgeführt. Unternehmensgrößen mit 500 und mehr Mitarbeitern lagen in 18 % der Fälle vor.

Die BGF-Aktivitäten erreichten den Schätzzahlen zufolge insgesamt über 936.000 Personen (2005: 606.000). Davon wurden etwa 409.000 Personen von der BGF und weitere 527.000 Personen indirekt über deren Auswirkungen erreicht.

Im Wesentlichen sind die Ergebnisse zur BGF geprägt durch ihre Konsolidierung auf einem hohen Niveau:

Die durchschnittliche Laufzeit der BGF-Aktivitäten lag in 2006 bei 19 Monaten pro Fall. Dies entspricht dem Vorjahresergebnis. Der Anteil an Projekten, die ein Jahr oder länger andauerten, ist dabei im Vergleich zu 2005 leicht von 53 % auf 48 % gesunken.

Die Aktivitäten richteten sich bei 64 % der Fälle an alle Beschäftigten (2005: 60 %). Wurden besondere Zielgruppen anvisiert, handelte es sich dabei am häufigsten um spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Mitarbeiter, gefolgt von Mitarbeitern in der Produktion, oberer Führungsebene, mittlerer Leitungsebene sowie Mitarbeitern aus der Verwaltung.

Der Anteil an außerbetrieblichen Kooperationen lag im Jahr 2006 bei 54 % (2005: 51 %). Bei den Kooperationspartnern handelte es sich vorwiegend um gewerbliche Anbieter/Unternehmen sowie um Unfallversicherungen (insbes. gewerbliche Berufsgenossenschaften; 44 % und 38 %).

Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden im Jahr 2006 bei 68 % der gemeldeten BGF-Aktivitäten gebildet. Dies entspricht dem Vorjahresergebnis. Bei Vorhandensein einer solchen Struktur setzte sich das entsprechende Gremium vorwiegend aus der Entscheidungsebene (u.a. Geschäfts- und Personalleitung, 86 %), aus Vertretern der Krankenkassen (82 %) sowie aus Betriebs- bzw. Personalrat (59 %) zusammen.

Zur Ermittlung des Bedarfs griff man im Durchschnitt auf drei Methoden gleichzeitig zurück. Im Vordergrund standen die Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen, die Betriebs-/Arbeitsplatzbegehung, die Zielgruppen-/Mitarbeiterbefragung sowie die Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz.

Gesundheitszirkel wurden in 25 % der Fälle durchgeführt (2005: 26 %). Abgesehen von Kleinstbetrieben mit ein bis neun Mitarbeitern nahm die Anzahl der durchgeführten Gesundheitszirkel mit der Betriebsgröße tendenziell zu.

Betriebliche Gesundheitsförderung war in 71 % der Fälle auf die Reduktion von körperlichen Belastungen ausgerichtet. Dem folgten Interventionen, die psychosoziale Aspekte ansprachen: die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung und das Stressmanagement (33 % und 31 %). Ferner spielte die gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung/Ernährung (31 %) eine bedeutende Rolle. Im Vergleich zu 2005 wurde der Suchtmittelkonsum weniger thematisiert (16 %, 2005: 23 %).

Der Anteil an verhaltens- und verhältnisbezogenen Aktivitäten war im Jahr 2006 mit 58 % höher als noch in 2005 (53 %). Die rein auf das gesundheitsbezogene Verhalten von Mitarbeitern ausgerichteten Aktivitäten entsprachen dem Vorjahresergebnis (32 %). Ausschließlich auf die Verhältnisse im Betrieb ausgerichtete Maßnahmen waren leicht rückläufig (2005: 14 %, 2006: 11 %). Die verhältnisbezogenen Umgestaltungen waren vorzugsweise auf die Veränderung der Arbeitsumgebung (65 %), den Arbeits- und Unfallschutz (48 %) sowie betriebs- und arbeitsorganisatorische Veränderungen (43 %) ausgerichtet.

Erfolgskontrollen waren zum Ende des Berichtjahres bei 75 % der Fälle durchgeführt oder noch geplant (2005: 78 %). Die Erfolgskontrollen überprüften in der Regel fünf Parameter. Am häufigsten bezogen sich die Erfolgskontrollen auf die "Zufriedenheit der Beschäftigten ..." und "... der Arbeitgeber mit der Intervention", den Krankenstand, die „Zugänglichkeit, Akzeptanz der Intervention bei den Zielgruppen, Inanspruchnahme“ sowie auf Abläufe, Verhaltensparameter, „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“ und Strukturen.

Bei Betrieben aus dem verarbeitenden Gewerbe waren die Interventionen stark auf die Reduktion von körperlichen Belastungen ausgerichtet und umfassten häufig persönliche Maßnahmen zum Arbeitsschutz. In Betrieben aus dem Dienstleistungssektor wurden Gesundheitszirkel seltener als in der Gesamtauswertung durchgeführt. Die Interventionen sprachen oft die Ernährung an. Erfolgskontrollen wurden hier weniger durchgeführt. Das Baugewerbe war geprägt durch einen sehr hohen Anteil an Klein- und Kleinstbetrieben. Entsprechend war die Schätzzahl der zu den erreichten Personen hier im Vergleich zu den anderen Branchen gering. Es lagen hier vergleichsweise häufig Kooperationen mit der Unfallversicherung vor. Ferner wurden hier auffallend viele Gesundheitszirkel durchgeführt und häufig die Themen Mitarbeiterführung und Stressmanagement angesprochen. Erfolgskontrollen wurden im Baugewerbe häufig durchgeführt. Auch im Handel war der Anteil an Klein-/Kleinstbetrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern vergleichsweise hoch. Hier lagen ebenfalls häufiger als sonst Kooperationen mit der Unfallversicherung vor. Ferner wurden hier verhältnismäßig oft Gesundheitszirkel durchgeführt. In der öffentlichen Verwaltung sprachen die Interventionen häufiger als in der Gesamtauswertung die Inhalte Stressmanagement und Suchtmittelkonsum an. Zum Sektor Verkehr/Nachrichtenübermittlung lagen sehr hohe Schätzzahlen zu den mit BGF erreichten Personen vor. Hier war der Anteil an Unternehmen mit hohen Beschäftigtenzahlen vergleichsweise hoch.

Die Tendenzen bei den betriebsgrößenspezifischen Auswertungen waren: Mit zunehmender Betriebsgröße dauerten die BGF-Aktivitäten tendenziell länger an und waren häufiger auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet. Es wurden häufiger Steuerungsstrukturen gebildet und Gesundheitszirkel durchgeführt. Ausnahme waren hier die Kleinstbetriebe mit bis zu neun Mitarbeitern: Hier wurden auffallend häufig außerbetriebliche Kooperationen gebildet und Gesundheitszirkel durchgeführt.

Die Auswertungen von Ergebnissen zu Bedarfsanalysen, Interventionen sowie Erfolgskontrollen hinsichtlich bestehender bzw. fehlender Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen bestätigten die bereits in den Vorjahren beobachtete Tendenz: Bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden mehr Bedarfsanalysen durchgeführt, die Interventionen waren häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen, mehr Inhalte wurden miteinander verknüpft thematisiert, häufiger solche Methoden und Medien aufgegriffen, die mit einem größeren Organisationsaufwand verbunden waren, sowie häufiger Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. geplant als bei fehlenden. Auch bezogen die Erfolgskontrollen bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen häufiger mehrere Parameter gleichzeitig ein als bei fehlenden.

2 Einleitung

Mit dem vorliegenden Präventionsbericht 2007 legen die gesetzlichen Krankenkassen nunmehr zum sechsten Mal in Folge ihre bundesweit erbrachten Leistungen in der primären Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) gemäß § 20 Abs. 1 und 2 (aktuell: §§ 20 und 20 a) SGB V offen. Im Berichtsjahr 2006 haben sie ihr Engagement seit Wiedereinführung der Präventionsleistungen als Aufgabe der GKV erheblich ausgeweitet. Lagen die Ausgaben hierfür im Jahr 2001 – dem ersten Jahr des Präventionsberichts – insgesamt noch bei 67 Millionen Euro, so stiegen sie 2006 auf mittlerweile 232 Mio. Euro an. Die jahresdurchschnittliche Steigerungsrate lag bei 28 %.

Für die GKV ist von zentraler Bedeutung, dass die Maßnahmen zielgerichtet erfolgen, einen hohen Qualitätsstandard aufweisen und zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen. Über Prävention und Gesundheitsförderung sollen – möglichst in Zusammenarbeit mit (und neben) vielen weiteren gesellschaftlich bedeutsamen Einrichtungen – Gesundheitspotenziale und -ressourcen Einzelner aktiviert sowie Rahmenbedingungen verbessert werden. Auf diese Weise strebt die GKV eine Stärkung von Wohlbefinden, Lebensqualität, Selbstbestimmung sowie Beschäftigungsfähigkeit in der Bevölkerung an.

Besonderes Augenmerk liegt auf der Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit in der Bevölkerung. So richten sich die Krankenkassen mit präventiven und gesundheitsförderlichen Aktivitäten zwar grundsätzlich an alle Bevölkerungsschichten. Doch setzen sie ihren Schwerpunkt besonders auf Personen, die unter vergleichsweise ungünstigen sozialen Rahmenbedingungen leben – wie z.B. geringe Schulbildung, niedriges Einkommen, Arbeits- und Perspektivlosigkeit – und deshalb häufig größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind.¹ Diese Schwerpunktsetzung erfolgt vorwiegend über das Einbringen von präventiven Aktivitäten in die jeweiligen Lebenswelten der Personen (Setting-Ansatz).

Zur Qualitätssicherung der Aktivitäten hat die GKV seit 2000 unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen eine für alle Kassenarten verbindliche Handlungsanleitung zu primärpräventiven Aktivitäten und zur BGF vor Ort verfasst: den 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 10. Februar 2006“. Danach werden nur solche Aktivitäten von Krankenkassen unterstützt, die die im Leitfaden für die Maßnahmen definierten Kriterien und die qualifikatorischen Anforderungen an die Anbieter erfüllen. Im Vorfeld der Maßnahmen sind die jeweiligen Ziele festzulegen, so dass sich die erreichten Veränderungen zum Ende eines Kurses prüfen lassen. Ferner müssen sich die Aktivitäten auf die in der Praxis bewährten Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtmittelkonsum ausrichten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen passen den Leitfaden unter Beteiligung von unabhängigen Sachverständigen kontinuierlich an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen an. So wurde der Leitfaden im Jahr 2003 zum Handlungsfeld Bewegung aktualisiert. Eine weitere Überarbeitung erfolgte im Jahr 2006 zu den Themenfeldern Stressbewältigung/Entspannung und Suchtmittelkonsum sowie zu den Lebenswelten Schule und Kommune/Stadtteil.²

Die Leistungen in der Primärprävention und BGF lassen sich nach drei Ansätzen gliedern: dem (nichtbetrieblichen) „Setting-Ansatz“, dem „individuellen Ansatz“ und der „betrieblichen Gesundheitsförderung“ (BGF):

Aktivitäten nach dem „Setting-Ansatz“ wirken direkt in die Lebenswelten („Settings“³) der Versicherten hinein. Auf diese Weise lassen sich Menschen erreichen, die von sich aus keine präventiven Kursangebote aufsuchen würden – häufig auch dann nicht, wenn bereits Gesund-

1 Vgl. Mielck 2000

2 Vgl. Leitfaden Prävention 2006

3 Z.B. Kindergarten, Schule, Familie, Stadtteil/Ort, Senioreneinrichtung

heitsrisiken (wie z.B. Übergewicht, Rauchen, Bluthochdruck) vorliegen. Zu Personen, die individuelle Kursangebote eher selten aufsuchen, zählen Menschen mit niedrigem Einkommen mit ihren Familienangehörigen und – wie die Ergebnisse zum individuellen Ansatz zeigen (siehe Kap. 5.3 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht, Seite 62) – junge Männer sowie Personen ab 60 Jahre. Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz richten sich besonders auf die Verhältnisse in den jeweiligen Settings aus. Über strukturelle und organisatorische Veränderungen und Verbesserungen im Umfeld werden die gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen zu einem gesundheitsförderlichen Setting verändert. Dabei ist eine aktive Beteiligung möglichst aller betroffenen Personen erwünscht.

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

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

Der aktuelle Präventionsbericht bildet die Ergebnisse zu allen drei Ansätzen, d.h. zum (nichtbetrieblichen) Setting-Ansatz, zum individuellen Ansatz sowie zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) ab.

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

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

Zusätzlich zu den Auswertungen stellt der vorliegende Präventionsbericht zum nichtbetrieblichen Setting-Ansatz zwei Projekte vor. Bei diesen waren von Seiten der GKV als Kooperationspartner mindestens zwei Krankenkassen aus unterschiedlichen Kassensystemen beteiligt. Die beispielhaft vorgestellten Projekte dienen der Veranschaulichung, wie sich Prävention und Gesundheitsförderung nach dem nichtbetrieblichen Setting-Ansatz gestalten kann. Bei den vorgestellten Projekten handelt es sich um die Fortsetzung zum GKV-Schulprojekt „gesund leben lernen“ und um das Modellprojekt „optiSTART“ (siehe Kap. 4.4 Kassenartenübergreifende Kooperationsprojekte, ab Seite 47).

3 Projektbeschreibung und -organisation

Die gesetzliche Grundlage für GKV-Leistungen in der Primärprävention und BGF bildet der seit 2000 wiedereingeführte § 20 Abs. 1 und 2 (aktuell: §§ 20 und 20 a) SGB V.⁴ Danach sollen Krankenkassen Leistungen in der primären Prävention erbringen und können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Auf dieser Basis haben die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Einbeziehung wissenschaftlicher Empfehlungen⁵ in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) ein Dokumentationsverfahren zur bundesweit einheitlichen, krankenkassenartenübergreifenden Berichterstattung über erfolgte Leistungen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt. Die Dokumentationsberichte werden in jährlichem Turnus erstellt und bilden die Aktivitäten des jeweiligen Berichtsjahres ab. Dabei handelt es sich um Leistungen, 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.

3.1 Zielgruppen von Aktivitäten der Primärprävention

Mit primärpräventiven Angeboten zielen die Krankenkassen auf alle Mitglieder und ihre Familienangehörigen ab, insbesondere jedoch auf solche, die unter schlechteren sozialen Rahmenbedingungen leben. Individuelle Kursangebote nehmen dabei vorrangig motivierte, gesundheitsbewusste Versicherte wahr.

Zur Erreichung insbesondere von Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen konzentrieren sich die Krankenkassen auf den Setting-Ansatz. Der Setting-Ansatz, d.h. das Ansprechen der Menschen in ihren jeweiligen Lebensumfeldern, bietet gute Chancen, ein möglichst breites Spektrum an Personen zu erreichen und damit auch häufiger sozial benachteiligte Personen mit beispielsweise geringem Einkommen oder niedriger Schulbildung. Im Setting können unter Beteiligung der darin lebenden und arbeitenden Menschen die Rahmenbedingungen für ein Mehr an Gesundheit verbessert und gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen unterstützt werden. Zudem lassen sich im Setting nicht nur das Individuum selbst, sondern über das Individuum auch weitere Personen erreichen. So wurden über die Aktivitäten in Grundschulen oder Kindergärten meist auch die Familienangehörigen und Lehrer/Erzieher der Kinder angesprochen. Das zeigen auch die Ergebnisse dieses Präventionsberichts.

⁴ Da sich die Erhebung des vorliegenden Präventionsberichts auf das Jahr 2006 bezieht und sich die Aktivitäten auf die noch für 2006 gültige Fassung des § 20 SGB V, finden die hier im September 2007 im Rahmen der Gesundheitsreform vorgenommenen Änderungen noch keine Beachtung.

⁵

Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung		
Mitglieder	Ständige Gäste und weitere Experten	Aufgaben (Auswahl)
Vertreter von · Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen · Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung · Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. · Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin · Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V.	<i>Ständige Gäste</i> Vertreter von · Bundesministerium für Gesundheit · Gesundheitsministerkonferenz der Länder <i>Weitere Experten</i> können themenspezifisch zu den Beratungen hinzugezogen werden Zu Themen der BGF: · Deutsche Arbeitgeberverbände · Deutscher Gewerkschaftsbund	Unterstützung der Spitzenverbände der Krankenkassen bei/durch · Weiterentwicklung des GKV-Leitfadens · Qualitätssicherung · Erfahrungsaustausch über Praxismodelle · Weitergabe wissenschaftlicher Erkenntnisse

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

3.2 Erhebungsinstrumente und Dokumentationsverfahren

Die Dokumentationsbögen zum Setting-Ansatz und zur BGF erfassen die Themenblöcke „Allgemeine Daten“, „Schwerpunktmäßige Zielgruppe“, „(Außerbetriebliche) Kooperationspartner“, „Koordination/Steuerung“, „Bedarfsermittlung“, „Gesundheitszirkel“, „Intervention“ sowie „Erfolgskontrolle“.

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

Die Ausfüllanleitungen und Dokumentationsbögen stehen für die Krankenkassen auf der MDS-Homepage zum Download zur Verfügung.

Die Datenerhebung erfolgt EDV-gestützt. Die vor Ort am PC ausgefüllten Dokumentationsbögen werden per EDV über die Spitzenverbände der Krankenkassen an den MDS weitergeleitet und dort zusammengeführt. Die Datenauswertungen und Ergebnisanalysen erfolgen mit Hilfe des statistischen Programms SPSS und dem Microsoft Office Programm Excel.

Der Erhebungsbogen zum individuellen Ansatz erfasst die Zahl der Kursteilnehmer hinsichtlich der Aspekte „Kursinhalt“ (Bewegung, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung, Suchtmittelkonsum), „Alter“ und „Geschlecht“ sowie „Leistungserbringer“.

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

Für die Weiterleitung der Daten aus den drei Dokumentationsverfahren sind bestimmte Zeiträume festgelegt.⁶

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

6 Setting-Ansatz und BGF bis 31.04., individueller Ansatz bis zum 31.05 des jeweiligen Folgejahres.

3.3 Datenumfang

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

Tabelle 1: Rücklauf Dokumentationsbögen nichtbetriebliche Settings und BGF

Be- richts- jahr	Individueller Ansatz	Nichtbetrieblicher Setting-Ansatz	Betriebliche Gesundheitsförderung
	Gemeldete Kursteilnahmen	Rücklauf Dokumentationsbögen (Anzahl)	
2006	1.440.131	1.083	2.422 (+5.454 AU-Profile*)
2005	1.167.618	859	2.531 (+3.125 AU-Profile*)
2004	803.416	622	2.563 (+2.665 AU-Profile*)
2003	542.643	638	2.164 (+628 AU-Profile*)
2002	352.961	454	1.895 (+463 AU-Profile*)
2001	--	143	1.189

*Fälle, in denen ausschließlich AU-Analysen durchgeführt wurden

Bei der Dokumentation von Leistungen zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 und 2 (aktuell: §§ 20 und 20 a) SGB V handelt es sich um eine freiwillige Selbstverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung. Somit ist das Ausfüllen und Einreichen der Dokumentationsbögen freiwillig, so dass bei der Datenerfassung zur Dokumentation grundsätzlich nicht von einer vollständigen Erfassung auszugehen ist. Aufgrund der guten Kooperation der Krankenkassen, der in vielen Fällen konstanten Ergebnisse über die bislang erfolgten Erhebungen hinweg sowie der nicht nur in den Dokumentationen berichteten, sondern auch in den Ausgaben für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung zu verzeichnenden Zunahme 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 und betrieblichen Gesundheitsförderung her.

3.4 Hinweise zur Ergebnisbeschreibung

Wenn von einem Fall die Rede ist, dann ist damit jeweils ein ausgefüllter Dokumentationsbogen gemeint. Ein Dokumentationsbogen erfasst dabei Informationen zu einem berichteten zusammengehörenden Projekt. Dieses Projekt kann beispielsweise bei Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz in einem Setting (z.B. einer Schulform, wie etwa der Hauptschule) und *einer* Einrichtung durchgeführt worden sein, oder aber in *mehreren* Settings und Einrichtungen gleichzeitig (z.B. in fünf Schulen = fünf Einrichtungen der Haupt-, Real- und Gesamtschule = drei Settings).

Die Ergebnisdarstellung bezieht sich nur auf *gültige Fälle*. Die *fehlenden Angaben* werden nur im Tabellenband quantifiziert.

4 Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings

Eine wichtige und vor allem durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 begründete Aufgabe der GKV ist die Ausrichtung ihres präventiven und gesundheitsförderlichen Engagements auf die Verminderung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen. So legen die gesetzlichen Krankenkassen ihr Augenmerk verstärkt auf Zielgruppen, die aufgrund sozialer Nachteile – wie niedriges Einkommen oder geringe Schulbildung – größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind. Bekannt ist, dass sich Menschen aus sozial ungünstigen Rahmenbedingungen kaum über individuelle Kursangebote erreichen lassen, da sie diese eher selten in Anspruch nehmen.⁷ Deshalb bieten sich hier besonders Aktivitäten nach dem nichtbetrieblichen „Setting-Ansatz“ an. Dabei handelt es sich um Interventionen, die in die jeweiligen Lebenswelten der Personen, die „Settings“ eingebracht werden. Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz sprechen – anders als individuelle Kursangebote – nicht nur das Gesundheitsverhalten der Beteiligten an, sondern sind stark auf Strukturveränderungen hin zu einem gesundheitsförderlich gestalteten Setting ausgerichtet. Von Bedeutung ist dabei die Einbindung weiterer in der Gesellschaft verantwortlicher Akteure in die Aktivitäten z.B. über regionale Netzwerke oder Kooperationen.

Als geeignete Settings kommen insbesondere Schulen, Kindergärten/Kindertagesstätten sowie Kommunen/Stadtteile, aber auch Betriebe in Betracht (siehe Kap. 6 Betriebliche Gesundheitsförderung, Seite 67ff.). Im Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen⁸ wird neben dem Setting Kommune/Stadtteil das Setting Schule hervorgehoben. Besonders in Schulen können Kinder und Jugendliche in einer Altersstufe erreicht werden, in der bestimmte gesundheitsschädigende Verhaltensweisen noch nicht aufgetreten bzw. noch nicht stark ausgeprägt sind. Daher werden hier 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. Um das Engagement im Setting Schule zu fördern, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit dem Bundesverband der Unfallkassen und der Beratenden Kommission für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung bereits in 2004 entsprechende Empfehlungen herausgegeben.⁹

Seit Beginn der jährlichen Dokumentation von Präventionsleistungen der GKV im Jahr 2001 haben die Krankenkassen ihren Fokus bei Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz vorwiegend auf die Settings Schulen und Berufsschulen gelegt. Zu mehr als zwei Dritteln erfolgte die Intervention in Schulen oder Berufsschulen, darüber hinaus in Kindergärten und Kindertagesstätten. Im Jahr 2006 wurden 85 % aller gemeldeten Projekte in mindestens einer Schulform, Berufsschule oder Kindergarten/-tagesstätte durchgeführt.

Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz 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, -organisation und Curricula ab, als auch auf alle im Setting befindlichen Personen, also auf Lehrende und Lernende sowie Eltern. Die Interventionen bieten realistische und attraktive Gesundheitsalternativen an und fördern die jeweiligen Potenziale Einzelner für eine gesunde Lebensführung. Sie behandeln beispielsweise – möglichst miteinander verknüpft – die Inhalte „Bewegung“, „Ernährung“, „Stressreduktion/Entspannung“, „Gesundheitsgerechter Umgang miteinander“ und „Suchtmittelkonsum“. Veränderungen im Schulumfeld sind z.B. die Umgestaltung der Schule selbst, die Schaffung von Spielflächen, Schul-

7 Vgl. Kirschner et al 1995

8 Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 u. 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der überarbeiteten Fassung vom 12. September 2003. (Mittlerweile liegt der Leitfaden in der Fassung vom 10. Februar 2006, 2. korrigierte Auflage vom 15. Juni 2006, vor)

9 Empfehlungen zur Gesundheitsförderung in Schulen (2004)

mahlzeiten oder die Einführung von Sicherheitsmaßnahmen. Für umgebungs- und strukturbezogene Interventionen stellen Schüler-, Lehrer- und Elternschaft wichtige schulspezifische Kooperationspartner dar. Gesundheitsförderung in Schulen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe bindet das Wissen und die Ressourcen möglichst vieler weiterer außerschulischer Kooperationspartner ein, wie beispielsweise Unfallkassen, Gemeinden, Vereine/Verbände, wissenschaftliche Einrichtungen und Gesundheitsämter. Ebenfalls dient die Bildung von Netzwerken dem Wissens- und Erfahrungsaustausch unter Schulen und weiteren Einrichtungen. Qualitätskriterien für Interventionen in Schulen sind ausführliche Dokumentation und die Durchführung von Erfolgskontrollen, mit denen sich Wirkungen prüfen und Schlussfolgerungen aus den Aktivitäten ziehen lassen.

Das in Kap. 4.4.1 (Seite 47) beschriebene dreijährige Projekt „gesund leben lernen“, bei dem als wesentliche Kooperationspartner die GKV und drei Landesvereinigungen für Gesundheit sowie vor Ort viele verantwortliche Akteure beteiligt sind, dient als Praxisbeispiel für inhaltliche und strukturelle Gestaltungsmöglichkeiten von Interventionen nach dem Setting-Ansatz. An diesem Projekt waren im Jahr 2006 insgesamt 62 Schulen und zwei Kindertagesstätten beteiligt.

Darüber hinaus wird in Kap. 4.4.2 (Seite 54) das ebenfalls dreijährige Leipziger Modellprojekt „optiSTART – ein optimaler Ernährungs- und Bewegungsstart“ beispielhaft vorgestellt. Dieses Projekt wurde vom Leipziger Netzwerk für Bewegungsförderung und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Sektion Sachsen e.V. entwickelt und wird von der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Leipziger Universität gemeinsam mit dem Gesundheitsamt umgesetzt. In diesem Netzwerk kooperieren fünf verschiedene Krankenkassen und mehr als 30 weitere Institutionen. Ziel des Projektes ist, Strukturen von Bewegungsangeboten transparenter zu machen, vorhandene territoriale Lücken zu schließen sowie ggf. neue und bedarfsgerechte Angebote zu schaffen. An dem Modellprojekt waren im Jahr 2006 sechs Grund- und zwei Förderschulen beteiligt.

Der vorliegende Präventionsbericht 2007 (Berichtsjahr 2006) bildet zunächst die allgemeinen Ergebnisse über das bundesweite Leistungsgeschehen nach dem Setting-Ansatz ab. Die eingereichten Dokumentationsbögen berichten über Aktivitäten, die die Krankenkassen selbst durchgeführt haben sowie über Interventionen, zu denen die Krankenkassen ihre Ressourcen beispielsweise finanzieller oder fachlicher Art eingebracht haben.

Ein Dokumentationsbogen (= ein Fall) erfasst Informationen zu einem berichteten zusammengehörenden Projekt. Dieses konnte in einem Setting (z.B. Hauptschule) und in einer Einrichtung (eine Hauptschule) durchgeführt worden sein oder aber auch in mehreren Settings und Einrichtungen (z.B. diversen Schulformen) gleichzeitig. Die erhobenen Informationen enthalten neben allgemeinen Daten (u.a. zum Setting, Start/Laufzeit und Status der Aktivitäten) Aussagen zu den Kategorien „Schwerpunktmäßige Zielgruppe“, „Kooperationspartner“, „Koordination und Steuerung“, „Bedarfsermittlung“, „Gesundheitszirkel/Zukunftswerkstatt“, „Intervention“ und „Erfolgskontrolle“. Eine darüber hinausgehende detaillierte Erfassung einzelner Maßnahmen/Projekte erfolgt im Rahmen der Dokumentation nicht. Deshalb lassen sich aus dem Präventionsbericht auch keine Rückschlüsse auf einzelne Maßnahmen ziehen.

Bei der Ergebnisdarstellung werden in der Praxis miteinander verbundene 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.

Der Bericht gibt ausschließlich den Stand der Aktivitäten vom Start der Projekte bis zum Ende des Berichtsjahres wieder. Interventionen oder Erfolgskontrollen, die sich im Jahr 2006 noch in der Planungsphase befanden, sind dementsprechend nicht abgebildet.

Neben den allgemeinen Ergebnisbeschreibungen enthält der Präventionsbericht settingspezifische Auswertungen sowie einen Vergleich der Projekte mit und der ohne Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen hinsichtlich durchgeführter Bedarfsanalysen, Interventionen und Erfolgskontrollen.

4.1 Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

Wie der jährliche Präventionsbericht von primärpräventiven Leistungen seit dem Start im Jahr 2001 zeigt, weiten die gesetzlichen Krankenkassen ihr Engagement in der Prävention und Gesundheitsförderung besonders bei Projekten in Settings fortwährend aus. Das setzt sich auch im Berichtsjahr 2006 fort: Der Rücklauf an Dokumentationsbögen zum Setting-Ansatz ist im Vergleich zu 2005 noch einmal um 26 % angestiegen:

Tabelle 2: Rücklauf Dokumentationsbögen Setting-Ansatz

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

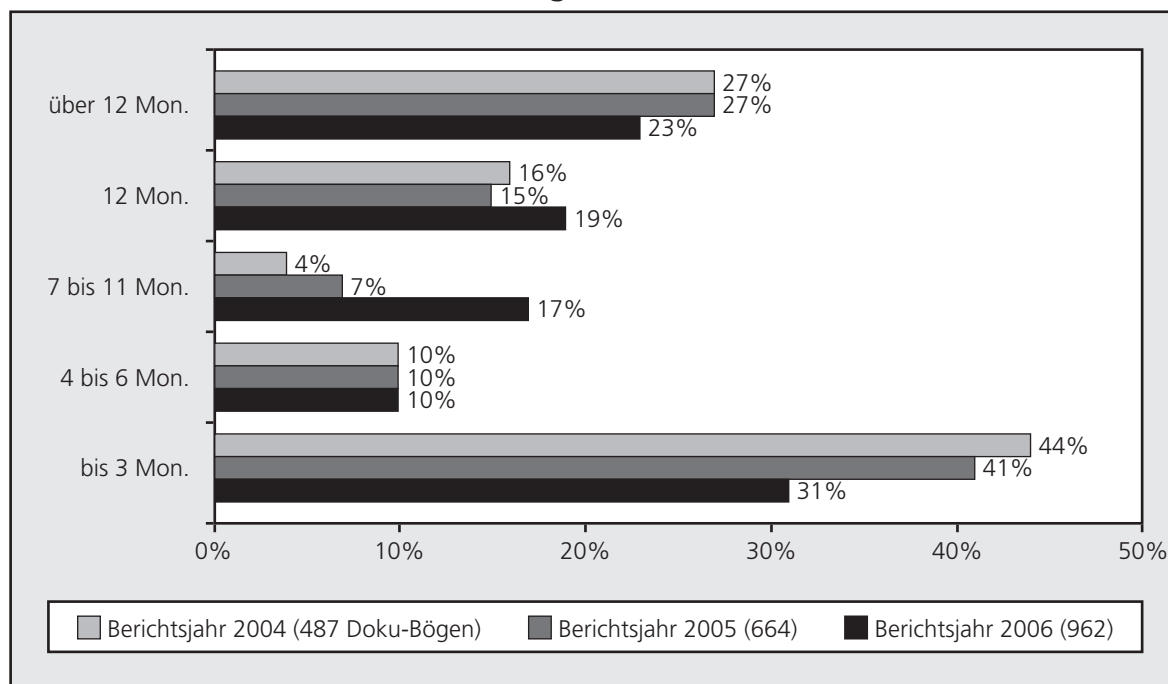
4.1.1 Allgemeine Daten

4.1.1.1 Laufzeiten der Aktivitäten, Anzahl der erreichten Personen

Zu den Laufzeiten zählen bei allen Projekten bereits aufgewendete Laufzeiten und bei den Projekten, die zum Ende des Berichtjahres noch liefen, auch die noch geplanten Laufzeiten. Die durchschnittliche Gesamtlaufzeit von Settingaktivitäten lag 2006 bei 13 Monaten pro Fall (2004: 14 Monate, 2005: 13 Monate).

In 42 % der Fälle waren die Aktivitäten auf ein Jahr und länger angelegt. 31 % der Aktivitäten liefen bis zu drei Monaten. Gegenüber 2004 und 2005 ist hier der Anteil der bis zu drei Monate andauernden Aktivitäten deutlich zurückgegangen. Gleichzeitig ist gegenüber den beiden Vorjahren ein nennenswerter Zuwachs an Aktivitäten mit einer Laufzeit von sieben bis elf Monaten zu verzeichnen:

Abb. 1: Laufzeit der Aktivitäten insgesamt



59 % aller Aktivitäten liefen zum Ende des Berichtjahres noch, 41 % waren abgeschlossen. Bei den abgeschlossenen Projekten handelte es sich vorwiegend um kurz angelegte, d.h. bis zu drei Monate laufende Projekte. So waren 84 % der Projekte mit einer Laufzeit von bis zu drei Monaten zum Ende des Berichtjahres abgeschlossen. Erwartungsgemäß liefen 89 % der Projekte mit einer Laufzeit von einem Jahr und länger noch gegen Ende des Berichtjahres.

Bei 17 % der noch laufenden Projekte war die Mitwirkung der Krankenkassen abgeschlossen (2004: 16 %, 2005: 26 %).

Die Schätzsumme der mit Settingaktivitäten erreichten Personen wurde aus einer Schätzzahl zu den direkt über die Maßnahmen angesprochenen Personen und einer Schätzzahl zu den indirekt über die Auswirkungen der Maßnahmen erreichten Personen gebildet. Indirekt konnten Menschen beispielsweise über aus Gesundheitszirkeln resultierende Aktivitäten/Veränderungen oder über das Weitertragen von Informationen erreicht werden.

Die Gesamtschätzsumme der mit den Aktivitäten direkt erreichten Personen lag bei 1,5 Millionen. Weitere 1,8 Millionen Personen wurden indirekt erreicht.¹⁰ Also konnten über den Setting-Ansatz den Schätzungen zufolge insgesamt etwa 3,3 Millionen Menschen erreicht werden. 2005 lag die Gesamtschätzsumme der erreichten Personen bei knapp zwei Millionen und 2004 bei 1,9 Millionen Personen.

¹⁰ Im Maximalfall wurden 500.000 direkt erreichte Personen gemeldet. Hierbei handelte es sich um das Internetportal „Starke Eltern“. Es beschäftigt sich mit allgemeinen Erziehungsfragen und dem Vermeiden von Suchtgefahren bei Kindern und Jugendlichen. Der Gedanke dabei ist, dass Kinder starke Eltern brauchen, um fürs Leben fit und stark zu werden. Das Projekt läuft in Kooperation zwischen einer Krankenkasse, der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen und dem Arbeitskreis der hessischen Fachstellen für Suchtprävention. Weitere Projekte, bei denen ebenfalls sehr hohe Schätzsummen zu den erreichten Personen gemeldet wurden, waren u.a. „Be smart – don’t start“, „Opus-NRW“ sowie „Biobrotbox“ in Berlin: Bei „Be smart – don’t start“ handelt es sich um einen jährlichen Nichtraucher-Wettbewerb, an dem im Schuljahr 2005/2006 bundesweit über 12.000 Klassen teilgenommen haben. „Opus-NRW“ ist ein Netzwerk für Bildung und Gesundheit. In dieses waren in 2006 etwa 6.000 Schulen eingebunden. Bei dem Projekt „Biobrotbox“ handelt es sich um eine jährliche Aktion in mehreren Städten, bei denen zu Beginn des Schuljahres Frühstücksboxen mit biologisch erzeugten Lebensmitteln an Schüler in Schulen verteilt werden. Ziel ist hier: 1. Jedes Kind soll täglich frühstücken können, 2. Das Frühstück soll gesund sein und 3. Kinder sollen den Wert einer gesunden Ernährung schätzen lernen. Gemeldet wurde im Rahmen der Dokumentation die Biobrotbox-Aktion in Berlin, bei der in 1.000 Grundschulen Frühstücksboxen verteilt wurden.

4.1.1.2 Setting

2006 wurden Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz in über 19.700 Einrichtungen durchgeführt (2004: 16.700, 2005: 18.300). Häufig erfolgten sie in mehreren bzw. vielen Einrichtungen gleichzeitig. Diese ließen sich wiederum oft unterschiedlichen Settings zuordnen (z.B. Maßnahmen in Haupt-, Real- und Gesamtschulen zugleich). Je Projekt waren im Durchschnitt fünf Einrichtungen gleichzeitig in die Maßnahmen eingebunden. In einem Maximalfall wurden 6.000 Einrichtungen gemeldet.¹¹

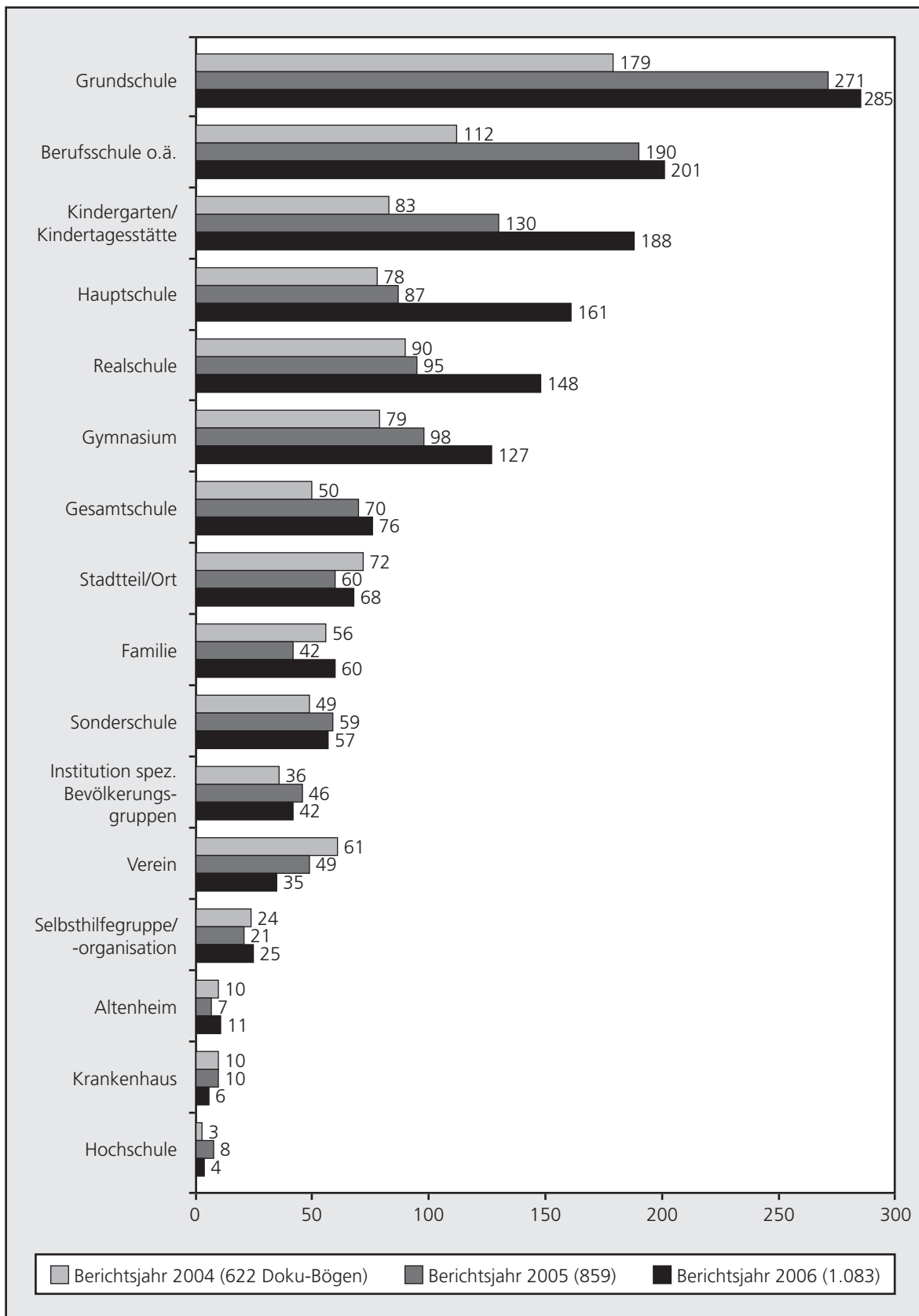
Die Krankenkassen richteten ihr Augenmerk bei Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz stark auf Kinder und Jugendliche. Dies spiegelte sich – wie in den Berichtsjahren zuvor – auch im Jahr 2006 in der Wahl der Settings wider: So wurden die Settingaktivitäten in 85 % aller Fälle in Schulen, Berufsschulen oder Kindergärten/Kindertagesstätten durchgeführt (in 71 % aller Fälle erfolgten dabei die Maßnahmen mindestens in Schulen bzw. Berufsschulen).

In den letzten Jahren ist die Zahl der gemeldeten Projekte nach dem Setting-Ansatz kontinuierlich angestiegen. Entsprechend waren bei der Mehrzahl der abgefragten Settings ebenfalls Zuwächse zu verzeichnen. Die Grafik auf der folgenden Seite bildet die Anzahl der gemeldeten Settings in den Berichtsjahren 2004, 2005 und 2006 ab.

11 Dabei handelt es sich um die Internetplattform „Schulsportportal NRW“ (www.schulsport-nrw.de). Diese richtet sich an alle, die im bzw. für den Schulsport in Nordrhein-Westfalen Verantwortung tragen und an einer Stärkung und Qualitätsentwicklung des Schulsports interessiert sind. An diese Plattform sind alle rund 6.000 Schulen in NRW angebunden.

Die Plattform vernetzt die Bemühungen und Zielsetzungen aller beteiligten Institutionen, Organisationen und Personen und stellt Informationen zu allen für die Schulsportentwicklung in Nordrhein-Westfalen relevanten Fragen bereit. Besonders werden darin Informationen zum Themenfeld „Gesundheitsförderung“ bereitgestellt (z.B. Moderationsmaterial zu „Lernen braucht Bewegung“), Hilfestellung zur Umsetzung von Maßnahmen angeboten (z.B. Schulhofgestaltung) sowie Veranstaltungen zu diesen Themen angekündigt (z.B. Kongress „Gute und gesunde Schule“). Das Portal spricht auch die Gesundheit von Lehrkräften an. Darüber hinaus soll das „Schulsportportal NRW“ mit einem speziellen Internetangebot für SchülerInnen auch zu einem wirksamen Instrument der gesundheitlichen Prävention im Kindes- und Jugendalter erweitert werden.

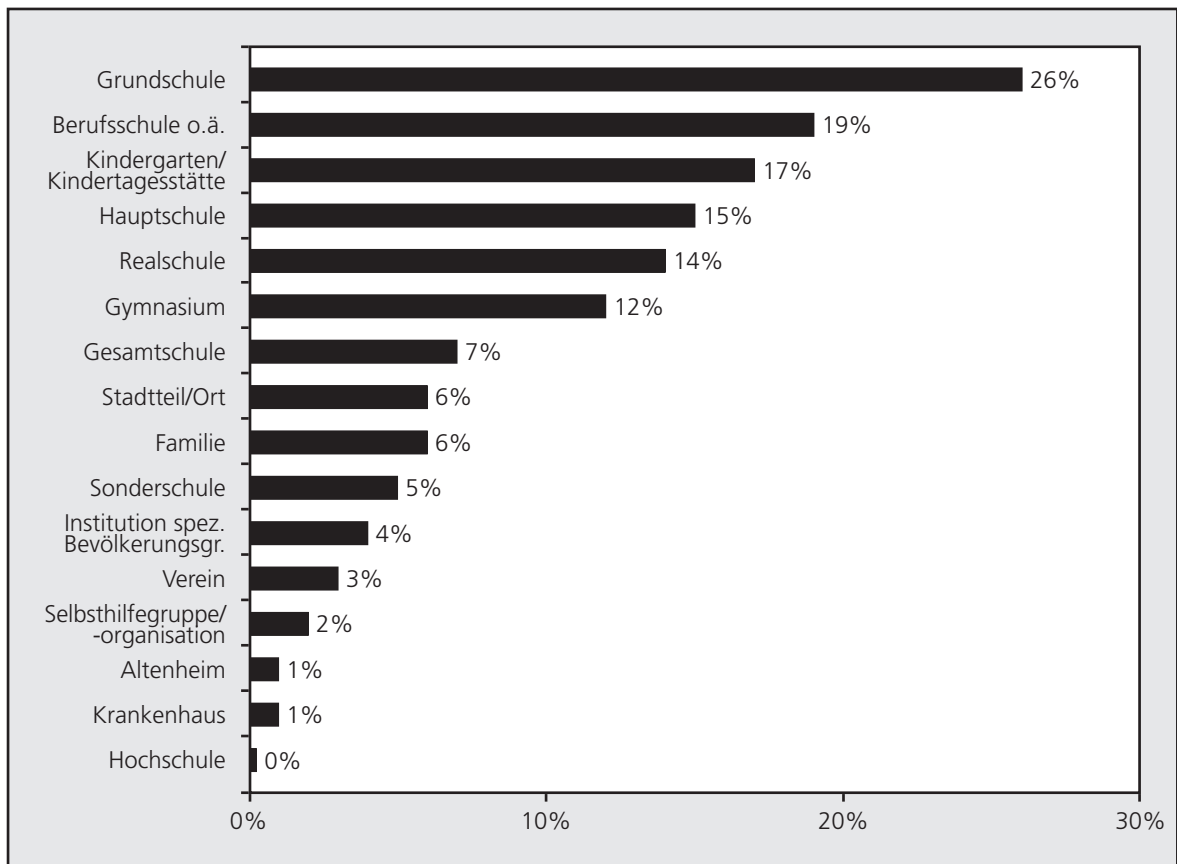
Abb. 2: Anzahl gemeldeter Settings



Erfreulicherweise war ein Anstieg an gemeldeten Setting-Aktivitäten im Jahr 2006 gegenüber 2005 besonders in Hauptschulen, Realschulen und Kindergärten/Kindertagesstätten zu verzeichnen. Der Zuwachs lag in Hauptschulen bei 85%, in Realschulen bei 57% und in Kindergärten/Kindertagesstätten bei 56%.

Wie die Verteilung der Settings im Berichtsjahr 2006 zeigt, lag der Schwerpunkt im Einzelnen auf den Settings „Grundschulen“, „Berufsschulen“ und „Kindergärten/Kindertagesstätten“:

Abb. 3: Verteilung der Settings
(Mehrfachnennungen möglich)

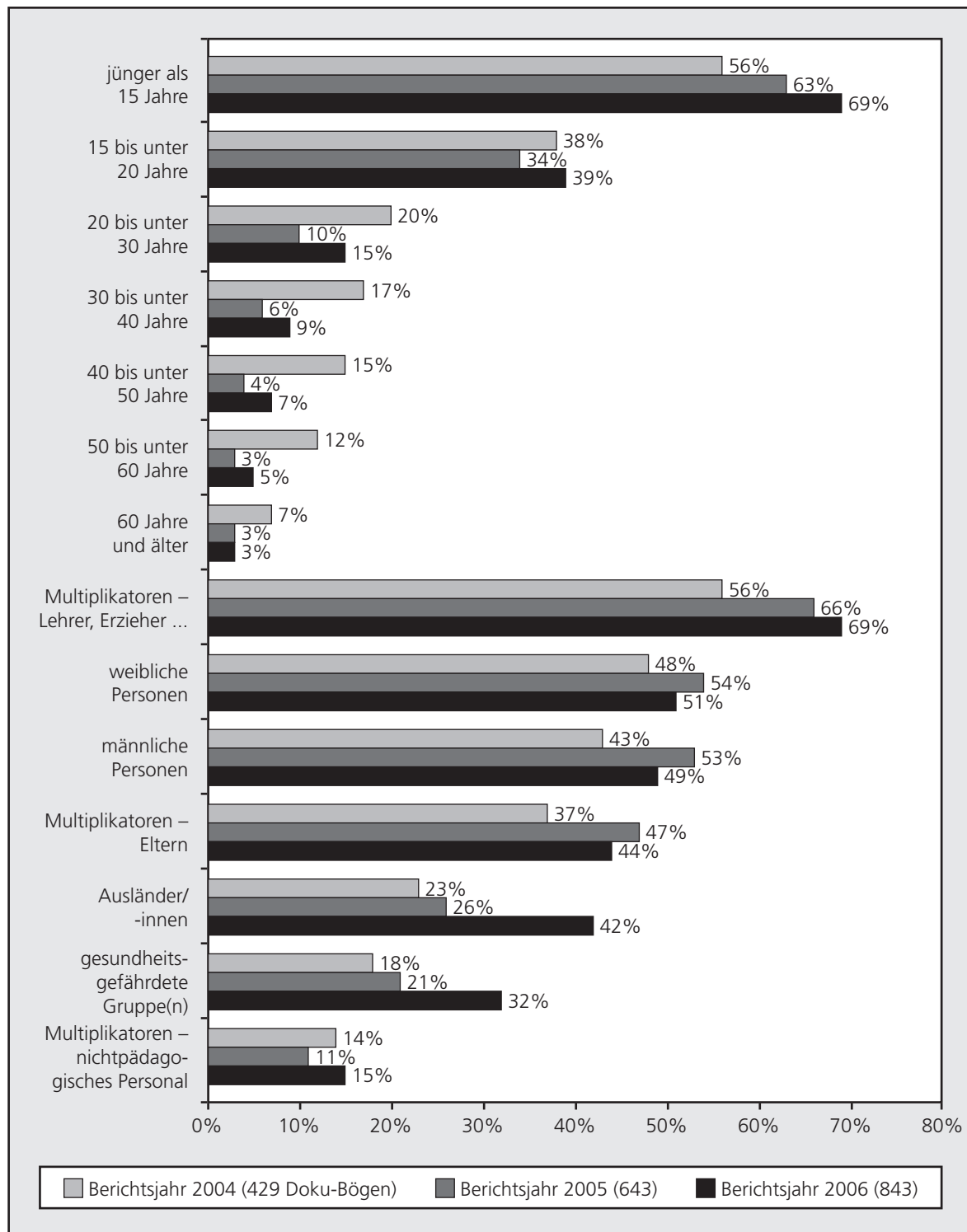


Bei den weiterführenden Schulen wurden die Aktivitäten in der Mehrzahl der Fälle in mehreren Schularten gleichzeitig durchgeführt (z.B. in Schulzentren, die beispielsweise Haupt-, Real-, Gesamtschule und Gymnasium umfassten). Familien wurden selten als Setting allein benannt, sondern meist zusammen mit Grundschulen und Kindergärten/Kindertagesstätten.

4.1.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

In 78 % aller Fälle waren die Aktivitäten auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (2004: 69 %, 2005: 75 %). Im Mittel wurden dabei fünf Zielgruppen gleichzeitig benannt.

Abb. 4: *Schwerpunktmäßige Zielgruppen*
(Mehrfachnennungen möglich)



Die Aktivitäten richteten sich in 69 % der Fälle an Lehrer und Erzieher und in 44 % an Eltern als Multiplikatoren (2004: 56 %). Darüber hinaus waren die Maßnahmen vorzugsweise auf Kinder und Jugendliche im Alter von unter 15 Jahren sowie 15 bis 19 Jahren ausgerichtet. Je älter die Personen waren, desto seltener waren sie Zielgruppe von Settingaktivitäten.

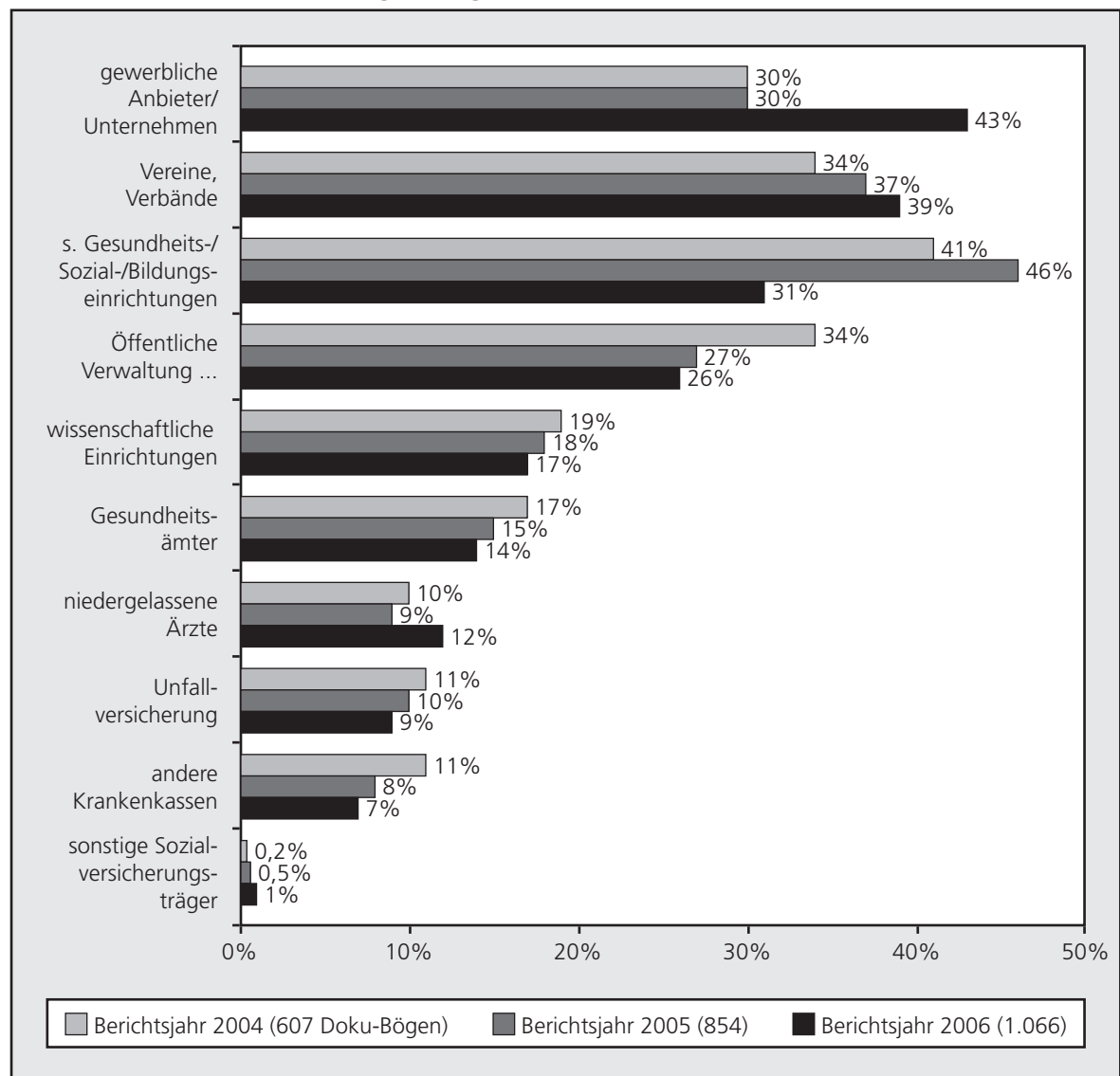
In den meisten Fällen wurden weibliche und männliche Personen gleichzeitig benannt (95 %). Nur selten ist demnach von einer geschlechtsspezifischen Zielgruppenausrichtung auszugehen.

Im Ergebnisvergleich der Berichtsjahre 2004, 2005 und 2006 war für 2006 ein bemerkenswerter Zuwachs bei den Zielgruppen Ausländer/-innen und mit Gesundheitsgefährdungen belasteter Gruppe(n) zu verzeichnen. Ausländer/-innen wurden dabei vorwiegend in Grundschulen (54 %), in Kindergärten/Kindertagesstätten (47 %) sowie in Berufsschulen (42 %) angesprochen. Der Anteil an mit Gesundheitsgefährdungen belasteten Gruppen war insbesondere in Berufs-, Haupt- und Realschulen hoch (46 %, 46 %, 45 %).

4.1.3 Kooperationspartner

Der Themenblock „Kooperationspartner“ fragte nach Kooperationspartnern der Krankenkassen, bei denen nicht nur die direkt im Setting Beteiligten, sondern auch andere Mitarbeiter Aktivitäten entfalteten. Solche Kooperationen lagen in 71 % aller Fälle vor (2004: 73 %, 2005: 77 %). Im Mittel waren bei bestehenden Kooperationen Partner aus zwei verschiedenen Einrichtungen gleichzeitig in die Aktivitäten eingebunden.

Abb. 5: Kooperationspartner
(Mehrfachnennungen möglich)



Die am häufigsten genannten Kooperationspartner waren gewerbliche Unternehmen/Anbieter, Vereine/Verbände, sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen¹² sowie Öffentliche Verwaltung/Institutionen/Ministerien.¹³ Im Vergleich zu den Jahren 2004 und 2005 wurden 2006 auffallend häufiger gewerbliche Unternehmen/Anbieter und seltener sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen angegeben. Zudem ist im Ergebnisvergleich der Jahre 2004, 2005 und 2006 eine tendenziell rückgängige Kooperation mit der Öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Institutionen zu verzeichnen. Es stellt sich die Frage, ob das Ergebnis auf einen möglichen Rückzug öffentlicher Einrichtungen aus GKV-Kooperationsprojekten zum Setting-Ansatz zurückzuführen ist. Grundsätzlich ist hier seitens der GKV eine verstärkte Kooperation mit diesen Einrichtungen erwünscht.

4.1.4 Koordination und Steuerung

Deutlich häufiger als in 2004 und 2005 wurde 2006 mit einem Anteil von 66 % das Vorhandensein einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur bejaht (2004: 57 %, 2005: 55 %). Dieses Ergebnis ist insofern erfreulich, als feste Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen grundsätzlich einen hohen Stellenwert für die Qualität von Settingaktivitäten einnehmen. Dies machen insbesondere die Ergebnisunterschiede in den Bereichen durchgeführte Bedarfsermittlungen, Interventionen und Erfolgskontrollen zwischen Projekten mit vorhandenen und solchen ohne Steuerungsstrukturen deutlich (siehe Kap. 4.3 Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle bei vorhandener bzw. fehlender Entscheidungs-/Steuerungsstruktur, Seite 43).

60% der Vereinbarungen zur Durchführung von Settingaktivitäten wurden schriftlich getroffen. Zu 40 % lag eine mündliche Vereinbarung vor (2005: 56 % schriftlich und 44 % mündlich).

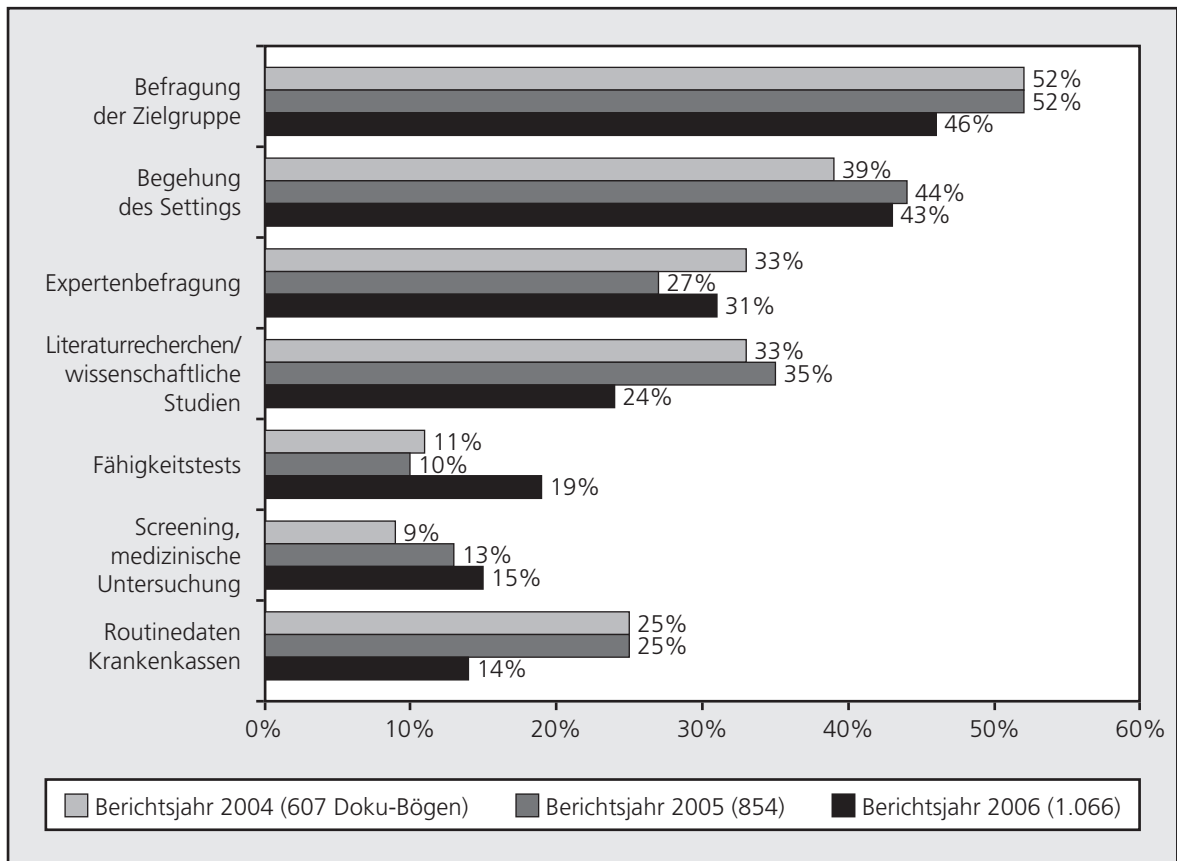
12 Dazu zählten u.a. Krankenhäuser, Deutsches Rotes Kreuz, Arbeiterwohlfahrt, Suchtberatungsstellen, Gesundheitszentren, Familienbildungsstätten, die VHS etc.

13 Gemeint sind Kommunen und Verwaltungseinrichtungen auf Bundes-, Landes-, Kreis- und Regionalebene, wie z.B. Schulamt, Jugendamt, Kultusbehörde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

4.1.5 Bedarfsermittlung

Mit dem Einsatz verschiedener Instrumente zur Bedarfsermittlung können in den Settings spezifische Problematiken und Gesundheitsrisiken sowie gesundheitsförderliche Potenziale ermittelt werden. Mit den dadurch gewonnenen Erkenntnissen lassen sich die Interventionen besser auf die Gegebenheiten vor Ort ausrichten. Im Berichtsjahr 2006 lagen bei 92 % aller Fälle Angaben zur Bedarfsermittlung vor (2004: 83%, 2005: 90%). Im Mittel wurden dabei – wie auch in 2004 und 2005 – pro Fall zwei Methoden der Bedarfsanalyse gleichzeitig eingesetzt.

Abb. 6: *Bedarfsermittlung*
(Mehrfachnennungen möglich)



Am häufigsten wurde der Bedarf über die Befragung der Zielgruppe, eine Begehung des Settings sowie über Expertenbefragungen ermittelt. Am seltensten wurden Fähigkeitstests¹⁴ durchgeführt.

Im Ergebnisvergleich der Berichtsjahre 2004, 2005 und 2006 griffen die Akteure im Jahr 2006 bei der Bedarfsermittlung deutlich häufiger als in den beiden Jahren davor auf Fähigkeitstests und nennenswert seltener auf Routinedaten der Krankenkassen zurück.

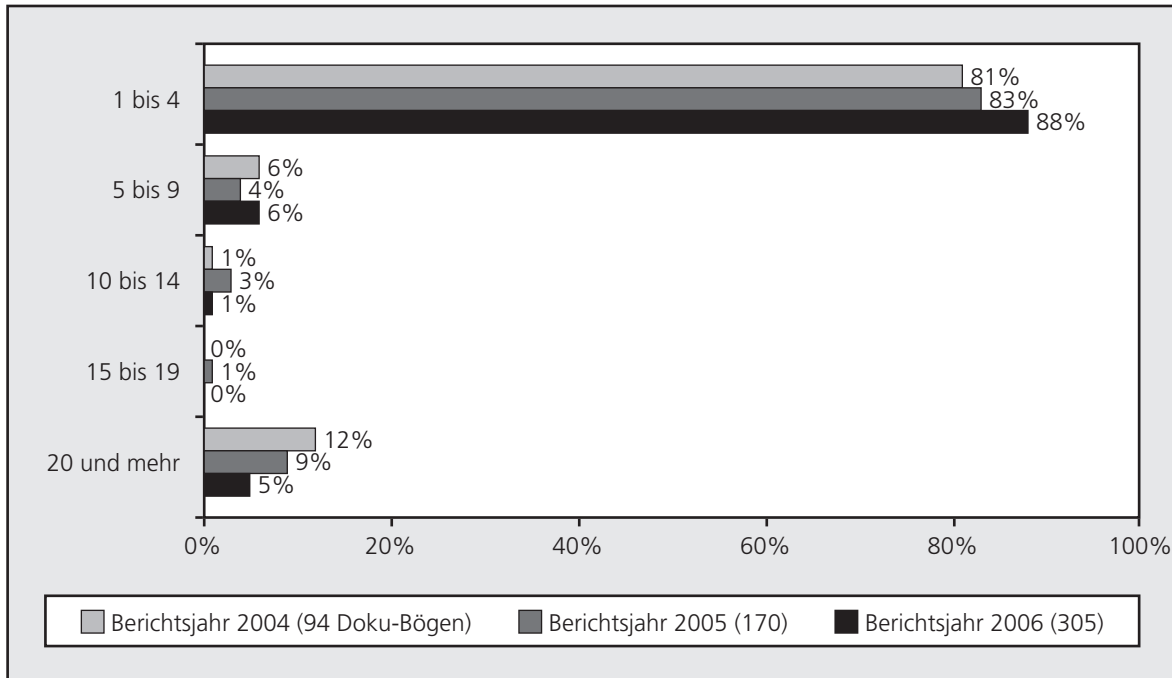
In 25 % der zur Bedarfsermittlung betrachteten Fälle führten die Akteure gleichzeitig eine Zielgruppenbefragung und eine Begehung des Settings durch – teilweise in Kombination mit weiteren Formen der Bedarfsanalyse. In 42 % dieser Fälle wurde zusätzlich mindestens noch eine Expertenbefragung durchgeführt.

¹⁴ Beispielsweise bewegungsmotorische Tests, Überprüfung von Kraft oder Ausdauer usw.

4.1.6 Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstatt

Im Berichtsjahr 2006 ist die Summe der Gesundheitszirkel im Vergleich zu 2004 und 2005 noch einmal bedeutsam angestiegen: 2004 lag die Summe der gemeldeten Zirkel bei 2.941. Sie wurden bei 16 % der gemeldeten Projekte durchgeführt. 2005 lag die Summe bei 3.390 Zirkeln in 20 % aller Fälle und 2006 mittlerweile bei 3.528 Zirkeln (29 % der Fälle).

Abb. 7: Anzahl der Gesundheitszirkel



In 88 % der Fälle mit durchgeführten Gesundheitszirkeln wurden zwischen ein und vier Zirkel realisiert. Davon wiederum erfolgte zu 90 % pro Fall ausschließlich ein Zirkel. In 6 % der betrachteten Fälle wurden fünf bis neun Zirkel in einem Projekt durchgeführt.

Im Vergleich zu 2005 hat sich die Zahl der Fälle, in denen Zukunftswerkstätten eingerichtet wurden, in etwa verdoppelt (2005: 35 Fälle, 2006: 76 Fälle). Ihr Anteil ist dabei in Bezug auf die Gesamtheit aller gemeldeten Setting-Aktivitäten mit 7 % eher gering (2004 und 2005: jew. 4 %).

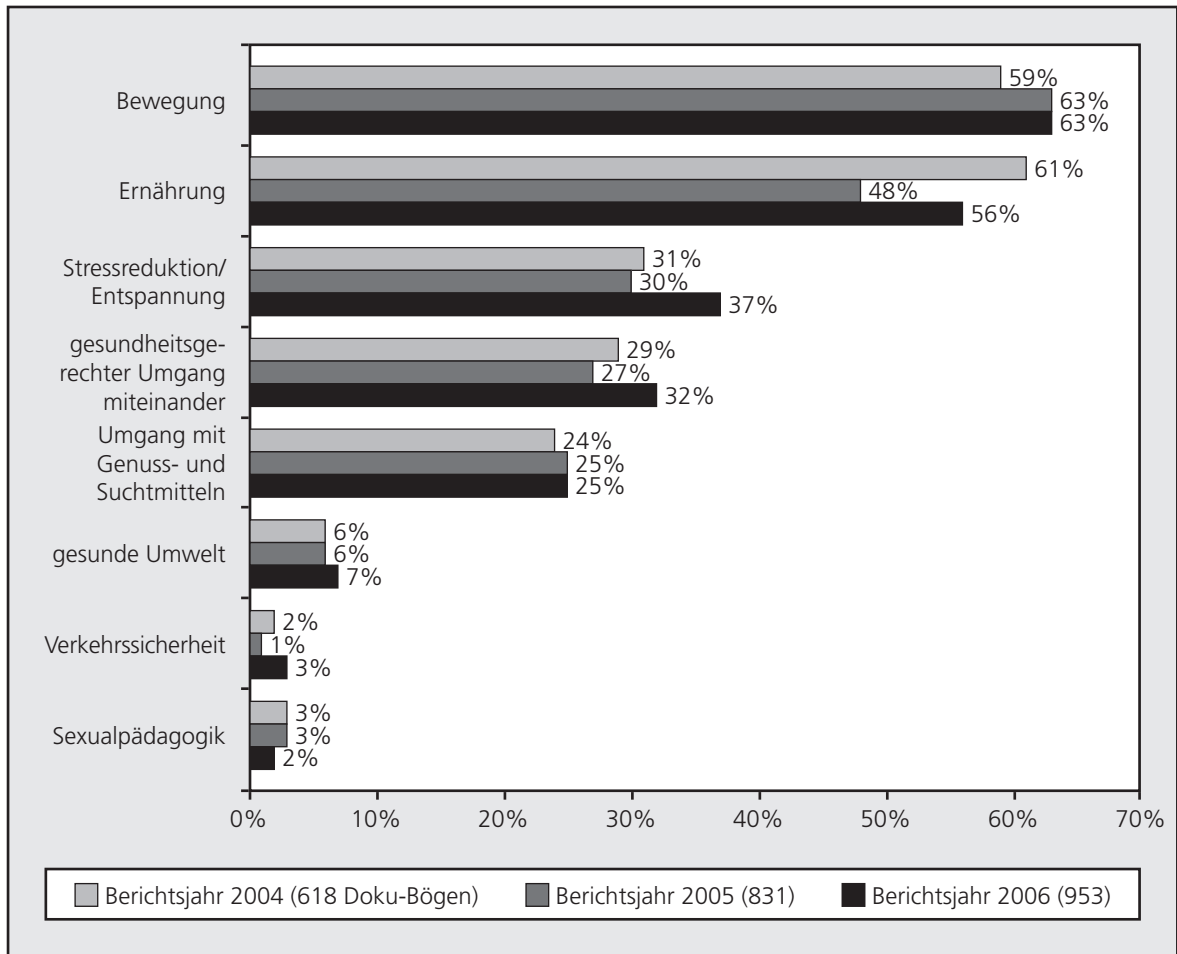
4.1.7 Intervention

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

4.1.7.1 Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Zur inhaltlichen Ausrichtung der Aktivitäten lagen für das Berichtsjahr 2006 in 88 % aller Fälle Angaben vor (2004: 99 %, 2005: 97 %). Im Durchschnitt wurden – wie auch in 2004 und 2005 – pro Fall zwei Inhalte miteinander verknüpft thematisiert.

Abb. 8: Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten
(Mehrfachnennungen möglich)



Am häufigsten waren die Interventionen auf die Handlungsfelder Bewegung sowie Ernährung ausgerichtet, gefolgt von den Inhalten Stressreduktion/Entspannung sowie „gesundheitsgerechter Umgang miteinander“.

Gerade über Projekte zu Bewegungsgewohnheiten können sehr gut weitere Lebensumstände, wie die Ernährung oder der Umgang mit Stress, angesprochen werden. So wurde in 78 % der Fälle, in denen die Bewegung als Inhalt gemeldet wurde, mindestens noch ein weiterer Inhalt benannt. In 53 % der Fälle, bei denen die Interventionen auf das Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten ausgerichtet waren, wurde gleichzeitig mindestens auch das Handlungsfeld Ernährung angesprochen.

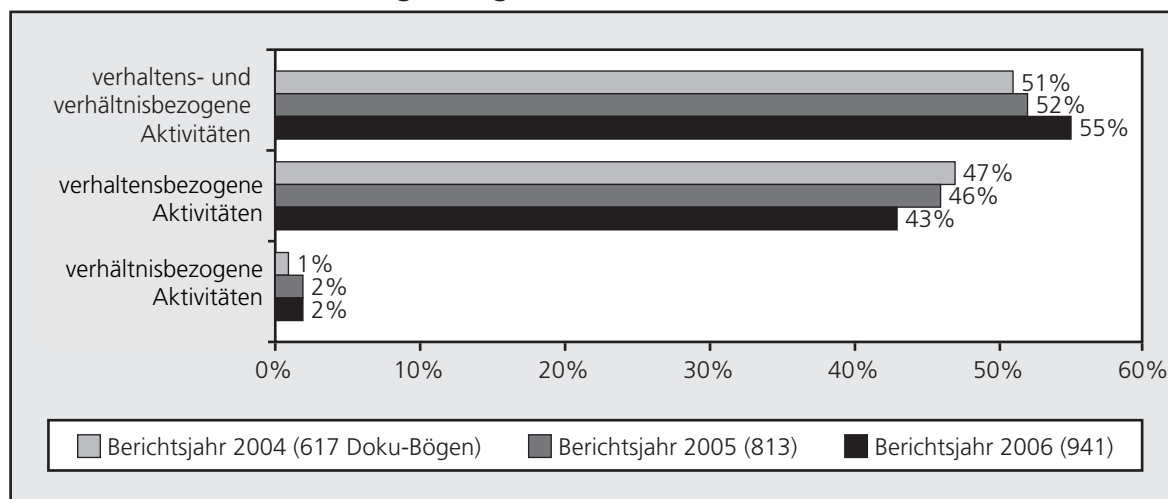
Im Vergleich zu den Berichtsjahren 2004 und 2005 war im Jahr 2006 ein deutlicher Zuwachs an den gemeldeten Inhalten Stressreduktion/Entspannung sowie Suchtmittelkonsum zu verzeichnen.

4.1.7.2 Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten

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

Abgesehen von den Ergebnissen aus dem Berichtsjahr 2002 waren die Aktivitäten in den Jahren 2003 bis 2005 stets in gut der Hälfte der Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Erfreulicherweise lag der Anteil der sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogenen Aktivitäten 2006 bei 55 %. Der Anteil an rein verhaltensbezogenen Aktivitäten ist hingegen kontinuierlich auf nunmehr 43 % zurückgegangen. 2 % der 2006 betrachteten Fälle waren rein auf die Verhältnisse im Setting bezogen:

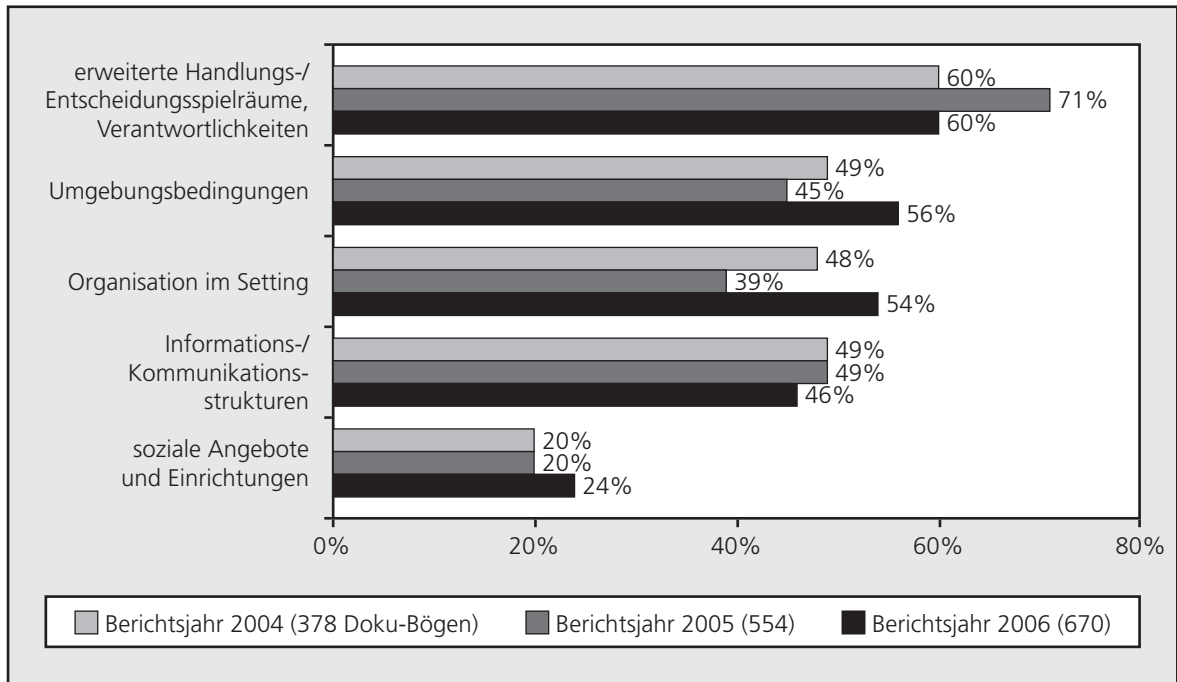
Abb. 9: *Intervention – Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten*
(Mehrfachnennungen möglich)



4.1.7.3 Art der verhältnisbezogenen Umgestaltung

In 62 % aller Fälle lagen Angaben zur Art der Umgestaltung vor (2004: 61 %, 2005: 65 %). Am häufigsten betrafen die Veränderungen die „Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen bzw. Verantwortlichkeiten“, gefolgt von „Verbesserung von Umgebungsbedingungen“¹⁵, „Veränderung der Organisation im jeweiligen Setting“¹⁶ sowie Informations-/Kommunikationsstrukturen¹⁷.

Abb. 10: Intervention – Art der Umgestaltung
(Mehrfachnennungen möglich)



Im Ergebnisvergleich der Berichtsjahre 2004, 2005 und 2006 betrafen die Umgestaltungen 2006 deutlich häufiger die Umgebungsbedingungen und die Organisation im Setting. Auch soziale Angebote und Einrichtungen¹⁸ waren 2006 häufiger Gegenstand der Maßnahmen als noch in den beiden Berichtsjahren davor.

In der Praxis wurden im Durchschnitt Veränderungen in zwei Bereichen gleichzeitig vorgenommen. Häufigste Kombinationen waren hier die „Verbesserung der Umgebungsbedingungen“ und „Veränderung der Organisation im jeweiligen Setting“, für sich allein oder in Kombination mit weiteren Umgestaltungen. Bei 61 % dieser Fälle betrafen die Umgestaltungen mindestens noch die „Erweiterung von Handlungs-, Entscheidungsspielräumen, Verantwortlichkeiten“.

15 Z.B. Beleuchtung, Wärme, Kälte, Zugluft, Staub, ergonomisches Mobiliar, Schaffung von Bewegungsmöglichkeiten im Setting, beispielsweise durch Installation von Sportgeräten in Schulen oder Spielplatzgestaltung in Stadtteilen/Ortschaften.

16 Gemeint ist damit auch die Schulung von Personal, personelle Neu-/Umbesetzungen, veränderte Zuständigkeiten, die Bildung von Teams/Gruppen oder die Änderung von Termin-/Stundenplänen, Pausenregelungen oder Freizeiten.

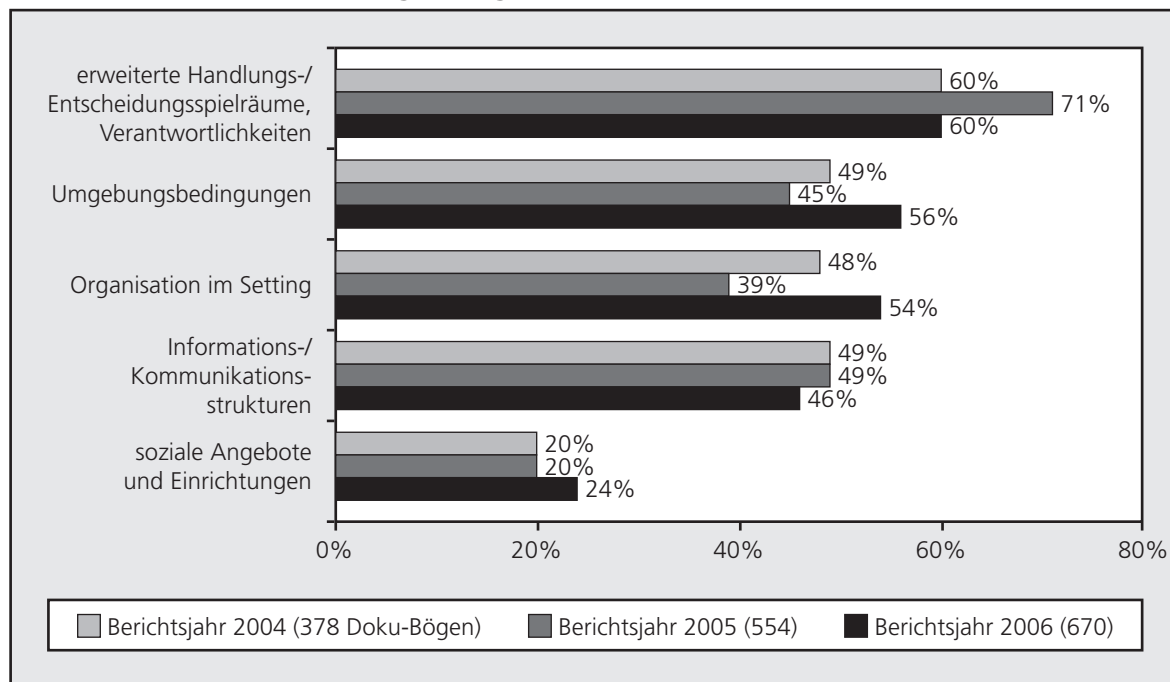
17 Dazu zählte auch der dauerhafte systematische Einsatz von Multiplikatoren (z.B. Peers).

18 Dazu zählten beispielsweise die Umgestaltung von Aufenthaltsräumen, Einrichtung von Nichtraucherräumen/-bereichen, Verbesserung von Sanitärräumen und -anlagen oder auch das Essensangebot bzw. der Pausenverkauf in Schulen.

4.1.7.4 Methoden und Medien

In 88% der Fälle lagen Angaben zu angewandten Methoden (2004: 99% und 2005: 96%) und in 68% Angaben zu eingesetzten Medien vor (2004: 94%, 2005: 81%):

Abb. 11: Intervention – angewandte Methoden
(Mehrfachnennungen möglich)



Am häufigsten kamen die Methoden „Praktische Übungen/Schulung, Verhaltensbeobachtung, Körperwahrnehmung, Rollenspiel etc.“, „Vortrag, Tagung“ „Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren/Mediatoren“ sowie Diskussion zum Einsatz.

Im Vergleich zu den Ergebnissen aus 2004 und 2005 wurden 2006 deutlich häufiger die Methoden Gesundheitstage/-wochen sowie „Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren“ gewählt. Auch bei den praktischen Übungen und „Anleitung, Unterstützung themenzentrierter Gruppenarbeit“ ist seit 2004 eine leichte kontinuierliche Zunahme zu verzeichnen. Im Jahr 2006 wurden hingegen nennenswert seltener die Methoden „Beispiel geben, Demonstrieren“ und Diskussion gewählt.

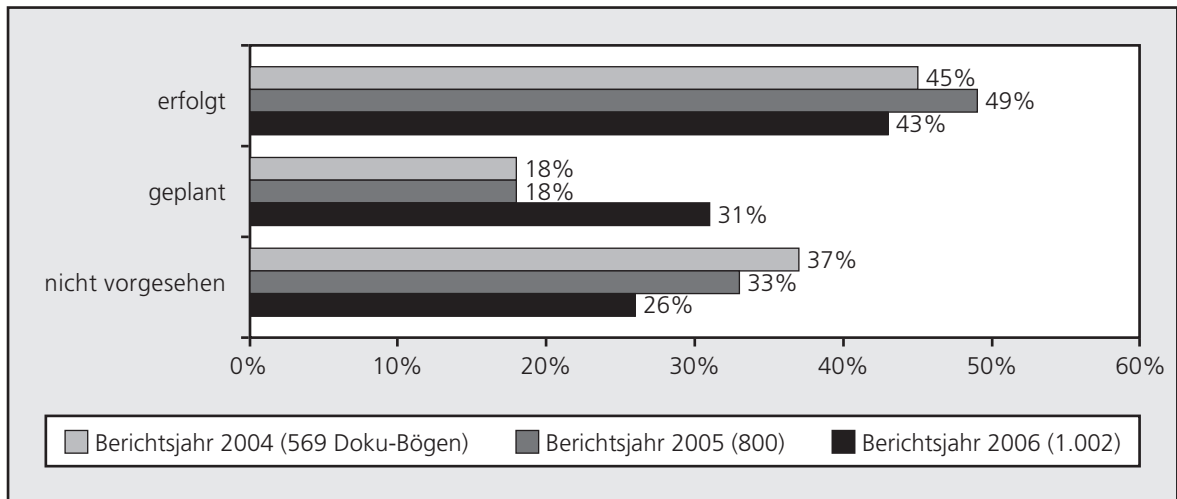
Im Durchschnitt wurden pro Fall vier Methoden gleichzeitig angewandt. Häufigste Viererkombination war die gleichzeitige Anwendung von praktischen Übungen, Vortrag, Tagung, Beispiel geben/Demonstrieren und Diskussion (19%). Bei 44% davon wiederum erfolgte zusätzlich noch eine „Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren/Mediatoren“.

Die Medien Faltblätter, Broschüren fanden deutlich am häufigsten Einsatz (85%), gefolgt von Übungsmanualen/Arbeitsunterlagen (65%), „Video, Foto, Overhead, Beamer etc.“ (59%) sowie Anschauungsmaterial/Modelle (53%) und Ausstellungen, Plakate (39%). Das Internet fand seltener Anwendung (11%).

4.1.8 Erfolgskontrollen

Die Dokumentationsbögen fragen ab, ob eine Erfolgskontrolle durchgeführt wurde, ob eine solche geplant oder aber nicht vorgesehen ist. In 93 % aller Fälle lagen Angaben zur Planung und Durchführung von Erfolgskontrollen vor (2004: 92 %, 2005: 93 %)

Abb. 12: *Die Durchführung einer Erfolgskontrolle ist ...*
(Mehrfachnennungen möglich)



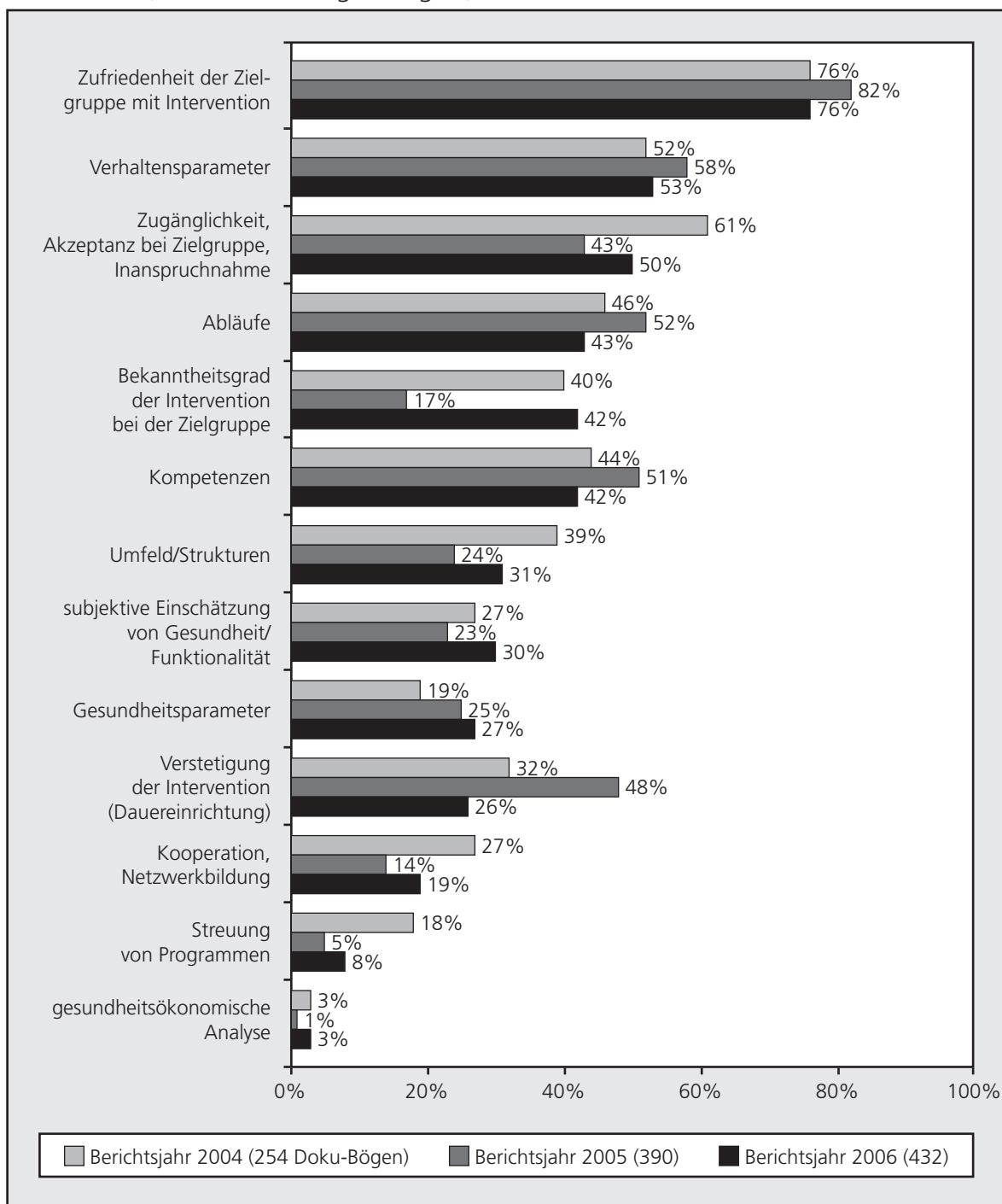
Der Anteil der sowohl vorgesehenen als auch der bereits durchgeführten Erfolgskontrollen ist von insgesamt 67 % aller betrachteten Fälle in 2005 auf insgesamt 74 % in 2006 angestiegen. Nur bei gut einem Viertel der Fälle waren Erfolgskontrollen nicht vorgesehen.

Die Erfolgskontrollen bezogen sich am häufigsten auf die Abfrage von „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“. Dem folgten der Rangfolge nach die Prüfung von Verhaltensparametern¹⁹, von „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“, von Abläufen, vom „Bekantheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe sowie von Kompetenzen²⁰.

¹⁹ Gemeint sind beispielsweise Ernährungs- oder Bewegungsmuster, Stressbewältigung, rückenschonendes Bewegen/Arbeiten ...

²⁰ Dazu zählen u.a. Wissen, Selbstbewusstsein oder die Mitwirkung bei der Umgestaltung des Umfelds.

Abb. 13: Erfolgskontrollen
(Mehrfachnennungen möglich)



Im Ergebnisvergleich 2004, 2005 und 2006 fällt auf, dass die Ergebnisse aus 2006 in vielen Punkten denjenigen aus 2004 ähnelten, wohingegen in 2005 insbesondere bei den Kategorien „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“, Kompetenzen, Abläufe, Verhaltensparameter sowie „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“ Ausreißer darstellten. Sie wurden in 2005 häufiger als in 2004 und 2006 angegeben. Umgekehrt wurden in 2005 weniger die Felder „Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe“, Umfeld, Strukturen, „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen ...“, „Subjektive Einschätzung von Gesundheit und Funktionalität“ sowie Kooperation, Netzworkebildung geprüft.

In 87 % der Fälle mit durchgeführter Erfolgskontrolle fand eine Prüfung mehrerer Faktoren statt, im Durchschnitt waren es pro Fall fünf abgefragte Parameter. Dabei variierten die Fünferkombinationen

stark. Am häufigsten wurden gleichzeitig die „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, Verhaltensparameter, „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“, Abläufe und Kompetenzen geprüft (12 % der Fälle, bei denen eine Erfolgskontrolle durchgeführt wurde).

4.2 Settingbezogene Auswertungen

In diesem Kapitel werden ausschließlich solche Ergebnisse der betrachteten Settings abgebildet, die nennenswert von den Allgemeinergebnissen abweichen. Enthält die Ergebnisbeschreibung in den jeweiligen Settings also keine Angaben zu einer abgefragten Kategorien, waren auch keine gravierenden Ergebnisabweichungen zu verzeichnen. Bei Interesse lassen sich die Ergebnisse aller Settings dem Tabellenband 2006 entnehmen, der nach dem Präventionsbericht im Download unter www.mds-ev.de veröffentlicht wird.

Zu den in diesem Kapitel betrachteten Settings zählen alle Schulformen samt Berufsschule. Hierauf legen die gesetzlichen Krankenkassen fortgesetzt ein besonderes Augenmerk: So wurde bei 71 % aller im Berichtsjahr 2006 eingereichten Dokumentationsbögen als Setting mindestens eine Schulart (einschl. Berufsschule) benannt. Weitere Settings sind ferner diejenigen, die mit einem Anteil von mindestens 5 % im Datensatz vertreten waren. Dazu zählten „Kindergärten, Kindertagesstätten“ (17 %), „Stadtteile/Orte“ (6 %) sowie „Familien“ (6 %). Da Familien lediglich in 8 von 60 Fällen als alleiniges Setting benannt wurden, d.h. die Familien meist über weitere Settings (vorzugsweise Grundschulen und Kindergärten/Kindertagesstätten) in die Aktivitäten mit eingebunden waren, werden sie hier nicht weiter in die Betrachtungen einbezogen.

Es war im Berichtsjahr 2006 zu beobachten, dass Settingaktivitäten meist in mehreren weiterführenden Schularten gleichzeitig durchgeführt wurden. Bei diesen Schulen handelte es sich um Sonder-, Haupt-, Real-, Gesamtschulen und Gymnasien. Da sich dort entsprechend die Planung, Intervention und Erfolgskontrolle jeweils stark ähnelten, werden im Folgenden die auffälligen Ergebnisse zusammen abgebildet und gleichzeitig bedeutsame Ergebnisabweichungen einzelner Schulformen hervorgehoben.

Bei den settingbezogenen Ergebnisdarstellungen ist zu berücksichtigen, dass sich die Ergebnisse des jeweils betrachteten Settings aufgrund der möglichen Mehrfachnennungen nicht trennscharf von denjenigen weiterer Settings abgrenzen lassen. Wurde z.B. gleichzeitig eine Schule und ein Verein als Setting benannt, dann flossen die Ergebnisse der Schule in das Setting Verein und umgekehrt ein. Bei der Ergebnisdarstellung wird also jeweils die Perspektive des betrachteten Settings eingenommen.

4.2.1 Grundschule

In 165 von 285 Fällen (57 %) wurden Settingaktivitäten ausschließlich in Grundschulen durchgeführt. Bei den restlichen Fällen erfolgten die Aktivitäten gleichzeitig in weiteren Settings, und zwar meist in „Hauptschulen“, „Realschulen“ und „Familien“.

Die Aktivitäten dauerten in Grundschulen tendenziell länger an als in der Gesamtauswertung: Im Mittel lag die Laufzeit hier pro gemeldetem Projekt bei 16 Monaten (gesamt 13 Monate). In Grundschulen wurden den Schätzungen zufolge 373.000 Personen direkt und darüber hinaus 494.000 Personen, insgesamt also 867.000 Personen erreicht. Die Hälfte der Projekte dauerte ein Jahr und länger (gesamt 42 %).

Eltern und Lehrer wurden hier deutlich häufiger als Zielgruppe angesprochen als in der Gesamtauswertung (Eltern: 70 %, gesamt: 37 %; Lehrer: 83 %, gesamt: 56 %). In 89 % der Fälle waren hier Kooperationspartner in die Projekte mit eingebunden (gesamt 71 %). Auch Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden in Grundschulen häufiger gebildet als in der Gesamtheit (77 %, gesamt 66 %).

Im Vergleich zur Gesamtheit wurden in Grundschulen auffallend häufig Gesundheitszirkel durchgeführt (45 %, gesamt 29 %) und Zukunftswerkstätten eingerichtet (15 %, gesamt 7 %).

Entsprechend waren die Interventionen auffallend oft sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen (69 %, gesamt 55 %).

Nennenswert oft waren die Aktivitäten auf die Bewegung ausgerichtet (74 %, gesamt 63 %). Auch sprachen die Maßnahmen vergleichsweise häufig die „Stressreduktion/Entspannung“ (45 %, gesamt 38 %) und den „gesundheitsgerechten Umgang miteinander“ (43 %, gesamt 32 %) an. Die Umgestaltungen waren hier vorzugsweise auf die „Veränderung der Umgebungsbedingungen“ (67 %, gesamt 56 %) und „Veränderung der Organisation im Setting“ (66 %, gesamt 54 %) ausgerichtet.

4.2.2 Weiterführende Schulen

Da Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz meist in mehreren weiterführenden Schularten gleichzeitig durchgeführt wurden und sich dort entsprechend die Planung, Intervention und Erfolgskontrollen in den einzelnen Schulen ähnelten, werden im Folgenden auffallende Ergebnisse der weiterführenden Schulformen – Sonder-, Haupt-, Real-, Gesamtschule und Gymnasium – zusammen abgebildet. Nennenswerte Ergebnisabweichungen einzelner Schularten sind hervorgehoben.

In weiterführenden Schulen dauerten die Setting-Aktivitäten im Durchschnitt zwei Monate länger an als bei Betrachtung aller Schulen (15 Monate pro Fall, gesamt 13 Monate pro Fall). Insgesamt hatten 54 % der gemeldeten Projekte eine Laufzeit von einem Jahr und mehr. Bei den weiterführenden Schulen hoben sich besonders die Laufzeiten der Projekte in Gesamtschulen mit einer durchschnittlichen Laufzeit von 24 Monaten und in Sonderschulen mit einer durchschnittlichen Laufzeit von 21 Monaten hervor.

In weiterführenden Schulen erreichten die Maßnahmen den Schätzungen zufolge direkt 711.000 Personen. Sie hatten Auswirkung auf weitere 926.000 Personen, so dass in der Gesamtheit in weiterführenden Schulen etwa 1,6 Mio. Menschen erreicht werden konnten.

Die Aktivitäten waren in weiterführenden Schulen häufiger als in der Gesamtheit auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (84 %, gesamt 78 %). Neben Schülern wurden hier besonders häufig auch Lehrer als Multiplikatoren angesprochen (81 %, gesamt 69 %). In Sonderschulen war zudem der Anteil an Eltern als Zielgruppe besonders hoch (56 %, gesamt 44 %). Vergleichsweise häufig genannte Kooperationspartner in weiterführenden Schulen waren Vereine und Verbände (50 %, gesamt 39 %). In Sonderschulen waren zudem auffallend häufig wissenschaftliche Einrichtungen als Kooperationspartner in die Projekte mit eingebunden (38 %, gesamt 17 %).

Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden besonders häufig in Sonderschulen und Gesamtschulen gebildet (88 % und 84 %, gesamt 66 %), hingegen seltener in Hauptschulen (62 %, gesamt 66 %). Ebenfalls griffen die Akteure in Sonderschulen zur Bedarfsermittlung nennenswert häufig auf die Methoden Zielgruppenbefragung (72 %, Gesamt 46 %), Settingbegehung (50 %, gesamt 43 %), Expertenbefragung (46 %, gesamt 31 %) und Literaturrecherche/Studien (46 %, gesamt 24 %) zurück.

Der Anteil an durchgeführten Gesundheitszirkeln lag bei weiterführenden Schulen bei 39 % (gesamt 29 %). Entsprechend waren die Interventionen bei 66 % der gemeldeten Projekte sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen (gesamt 55 %). Inhaltlich waren die Maßnahmen in weiterführenden Schulen nennenswert häufig auf die Stressreduktion/Entspannung (46 %, gesamt 38 %) sowie „gesundheitsgerechter Umgang miteinander“ (39 %, gesamt 32 %) ausgerichtet. In Sonderschulen hatten die Aktivitäten zusätzlich auffallend häufig auf den Suchtmittelkonsum zum Thema (47 %, gesamt 25 %). Die Umgestaltungen betrafen in weiterführenden Schulen auffallend häufig die Organisation im Setting (61 %, gesamt 54 %) und „Veränderung von Informations- und Kommunikationsstrukturen“ (51 %, gesamt 46 %) sowie „soziale Angebote und Einrichtungen“ (29 %, gesamt 25 %).

Erfolgskontrollen wurden in weiterführenden Schulen häufiger als in der Gesamtheit durchgeführt (83 %, gesamt 75 %).

4.2.3 Berufsschulen

In 83 % der Fälle, bei denen Berufsschulen als Setting gemeldet wurden, wurden die Aktivitäten ausschließlich dort durchgeführt. Entsprechend liegen hier bei den Ergebnissen weniger Überlappungen mit weiteren Settings vor.

In Berufsschulen lag die Schätzzahl der direkt über die Maßnahmen erreichten Personen bei 95.000 und die über die Auswirkungen der Aktivitäten erreichten Personen bei 61.000, so dass hier insgesamt 156.000 Personen erreicht werden konnten.

Als Zielgruppe wurden in Berufsschulen auffällig häufig „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“ angesprochen (46 %, gesamt 32 %). An Projekten waren hier vergleichsweise wenig Kooperationspartner beteiligt (58 %, gesamt 71 %). Dabei wurden proportional häufig die Unfallversicherung als Kooperationspartner benannt (22 %, gesamt 9 %). Zur Bedarfsermittlung griffen die Akteure in Berufsschulen nennenswert häufig auf Routinedaten der Krankenkassen zurück (37 %, gesamt 14 %) und berücksichtigten verhältnismäßig oft Literaturrecherchen, wissenschaftliche Studien (34 %, gesamt 24 %).

Gesundheitszirkel wurden in Berufsschulen selten durchgeführt (6 %, gesamt 29 %). Entsprechend waren die Interventionen mit einem Anteil von 62 % auffallend häufig rein verhaltensbezogen. Sie bezogen sich deutlich häufiger als in der Gesamtheit auf die Bewegung (83 %, gesamt 63 %) und seltener auf die Ernährung (39 %, gesamt 56 %). Die Umgestaltungen waren dabei vorzugsweise auf die „Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen“ ausgerichtet (67 %, gesamt 60 %) und seltener als in der Gesamtheit auf die Organisation im Setting (33 %, gesamt 54 %) sowie Informations- und Kommunikationsstrukturen (34 %, gesamt 46 %).

Erfolgskontrollen wurden in Berufsschulen weniger als sonst durchgeführt bzw. waren seltener vorgesehen (59 %, gesamt 74 %). Sie bezogen sich überproportional häufig auf Kompetenzen (62 %, gesamt 42 %) und „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“ (41 %, gesamt 26 %). Vergleichsweise selten prüften sie den „Bekantheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe“ ab (21 %, gesamt 42 %).

4.2.4 Kindergärten/Kindertagesstätten

In 75 % der Fälle, bei denen Kindergärten/Kindertagesstätten als Setting gemeldet wurden, wurden die Aktivitäten ausschließlich dort durchgeführt. Bei den übrigen Fällen wurden als weiteres Setting am häufigsten die Grundschule, die Familie sowie der Stadtteil/Ort benannt.

Die durchschnittliche Laufzeit lag in Kindergärten/Kindertagesstätten mit 15 Monaten pro gemeldetem Projekt etwa zwei Monate über dem Durchschnitt (gesamt 13 Monate). 52 % der Projekte dauerte ein Jahr oder länger an (gesamt 42 %). In Kindergärten/Kindertagesstätten wurden den Schätzungen zufolge 112.000 Personen direkt und weitere 581.000 Personen indirekt²¹, insgesamt folglich 693.000 Personen erreicht.

Die Aktivitäten waren in Kindergärten/Kindertagesstätten weniger als in der Gesamtheit auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (73 %, gesamt 78 %). Vergleichsweise oft wurden dabei die Eltern als Multiplikatoren angesprochen (84 %, gesamt 44 %). Bei 86 % der Fälle waren Kooperationspartner mit in die Aktivitäten eingebunden (gesamt 71 %). Dabei wurden Gesundheitsämter verhältnismäßig häufig benannt (20 %, gesamt 14 %). Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden hier häufiger als in der Gesamtheit gebildet (71 %, gesamt 66 %). Bedarfsanalysen erfolgten hier auffällig häufig über eine Begehung des Settings (60 %, gesamt 43 %) und eine Befragung der Zielgruppe (58 %, gesamt 46 %).

21 Hier wurden in einem Maximalfall 450.000 über die Auswirkungen der Maßnahmen erreichte Personen gemeldet. Bei diesem Projekt wurde Gesundheitsförderung über einen Gesundheitskoffer in die Kindergärten/Kindertagesstätten eingebracht. Dieser Gesundheitskoffer arbeitet mit den Bausteinen „Bewegung, Ernährung, Entspannung, Gesunder Arbeitsplatz KiTa, Meine Haut und Starke Kinder“ mit jeweils thematischer Einführung, Spielideen und Elterninformationen. Ziel ist die Integration von Gesundheitsförderung in die pädagogische Arbeit in Kindertagesstätten.

In 39 % der Fälle wurden Gesundheitszirkel durchgeführt (gesamt 29 %). Entsprechend waren die Interventionen in 65 % der Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen (gesamt 55 %). Erwähnenswert oft wurde die Ernährung in Kindergärten/Kindertagesstätten thematisiert (70 %, gesamt 56 %). Umgestaltungen betrafen vergleichsweise oft die Organisation (62 %, gesamt 54 %) und die Umgebungsbedingungen (62 %, gesamt 56 %).

In 83 % der Fälle wurden Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren zum Ende des Berichtszeitraums noch geplant (gesamt 74 %). Die Kontrollen bezogen sich im Vergleich zur Gesamtheit auffallend häufig auf Abläufe (54 %, gesamt 43 %).

4.2.5 Stadtteile/Orte

In 53 % der Fälle, bei denen Stadtteile/Orte als Setting gemeldet wurden, wurden die Aktivitäten ausschließlich dort durchgeführt. Bei den übrigen Fällen wurden – mit absteigender Häufigkeit – als weiteres Setting Grundschule, Kindergarten/Kindertagesstätte, Familie und Institution für spezifische Bevölkerungsgruppen benannt.

Die durchschnittliche Laufzeit lag in Stadtteilen/Orten bei 16 Monaten pro gemeldetem Projekt (gesamt 13 Monate/Fall). 52 % der Settingaktivitäten dauerten ein Jahr und länger an (gesamt 42 %). In Stadtteilen/Orten wurden insgesamt laut Schätzungen 62.000 Personen direkt und weitere 80.000 Personen indirekt, insgesamt also 142.000 Personen erreicht.

In 84 % der Fälle waren die Maßnahmen auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (gesamt 78 %). Hier wurden häufiger als in der Gesamtheit Ausländer angesprochen (49 %, gesamt 43 %). Häufige Kooperationspartner waren hier sonstige Gesundheits-/Sozial-/Bildungseinrichtungen (69 %, gesamt 31 %), öffentliche Verwaltung/Institutionen, Ministerien (59 %, gesamt 26 %), ebenso niedergelassene Ärzte (31 %, gesamt 12 %). Vergleichsweise seltener lagen hier Kooperationen mit sonstigen gewerblichen Anbietern/Unternehmen vor (28 %, gesamt 43 %). Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden in 74 % der Fälle gebildet (gesamt 66 %). Die Bedarfsermittlung erfolgte in Stadtteilen/Orten vergleichsweise oft über eine Expertenbefragung (50 %, gesamt 31 %) und Begehung des Settings (55 %, gesamt 43 %).

Gesundheitszirkel wurden in 8 % der Projekte in Stadtteilen/Orten durchgeführt (gesamt 29 %). Die Maßnahmen waren dabei immerhin noch in der knappen Mehrzahl der Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen (55 %, gesamt 55 %). Die Aktivitäten sprachen auffallend häufiger als in der Gesamtheit die Themen Suchtmittelkonsum (42 %, gesamt 25 %), Ernährung (74 %, gesamt 56 %) sowie gesunde Umwelt (19 %, gesamt 7 %) an. Die Umgestaltungen waren häufiger als sonst auf Informations-/Kommunikationsstrukturen (63 %, gesamt 46 %) sowie soziale Angebote und Einrichtungen (47 %, gesamt 25 %) ausgerichtet.

Erfolgskontrollen wurden proportional weniger durchgeführt bzw. waren geplant als in der Gesamtheit (69 %, gesamt 74 %). Sie fragen vergleichsweise oft die Parameter „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“ (77 %, gesamt 50 %) und Kooperation, Netzwerkbildung (48 %, gesamt 19 %) sowie proportional seltener Verhaltensparameter (39 %, gesamt 53 %), Kompetenzen (28 %, gesamt 42 %) und Abläufe (26 %, gesamt 43 %) ab.

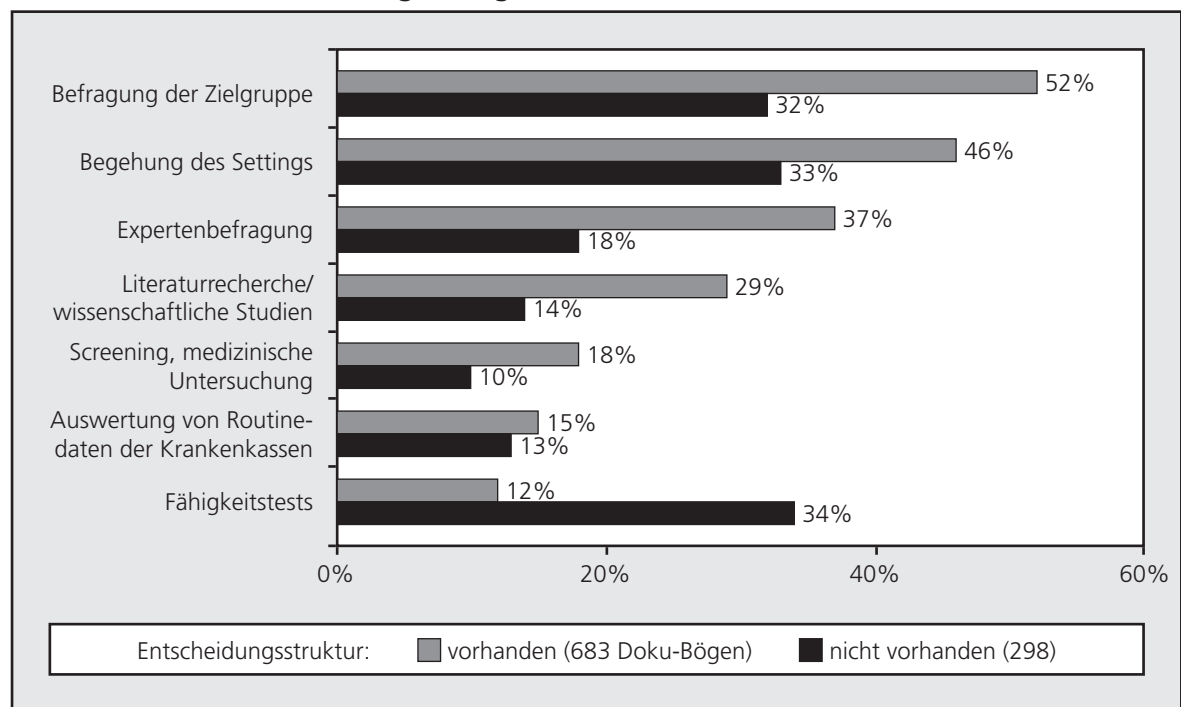
4.3 Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle bei vorhandener bzw. fehlender Entscheidungs-/Steuerungsstruktur

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

4.3.1 Bedarfsermittlung

In 92 % aller für 2006 zum Setting-Ansatz eingereichten Dokumentationsbögen fand eine Bedarfsermittlung im Vorfeld der Interventionen statt. Gab es eine Steuerungsstruktur, so wurden in 98 % der betrachteten Fälle Bedarfsanalysen durchgeführt, gab es keine, so lag der Anteil der durchgeführten Bedarfsanalysen bei 82 %. Auch wurden bei vorhandenen Koordinierungsstrukturen etwas mehr (d.h. durchschnittlich zwei) Bedarfsanalyseinstrumente miteinander kombiniert eingesetzt als bei fehlenden (dort waren es im Durchschnitt ein bis zwei Instrumente).

Abb. 14: *Bedarfsermittlung – ein Vergleich*
(Mehrfachnennungen möglich)



Abgesehen von Fähigkeitstests fanden alle Methoden der Bedarfsermittlung bei vorhandenen Koordinierungsgremien häufiger Anwendung als bei fehlenden. Besonders groß war der Unterschied bei Expertenbefragungen und Literaturrecherchen/wissenschaftlichen Studien: Diese erfolgten bei vorhandenen Steuerungsstrukturen im Verhältnis doppelt so häufig wie bei fehlenden. Auch eine Befragung der Zielgruppe und Begehung des Settings erfolgte bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen deutlich häufiger als bei fehlenden. Auf Routinedaten der Krankenkassen wurde in etwa gleich häufig bei vorhandenen wie bei fehlenden Koordinierungsgremien zurückgegriffen. Auf diese Bedarfsermittlung konnten die Akteure mit vergleichsweise geringem Aufwand zurückgreifen.

4.3.2 Intervention

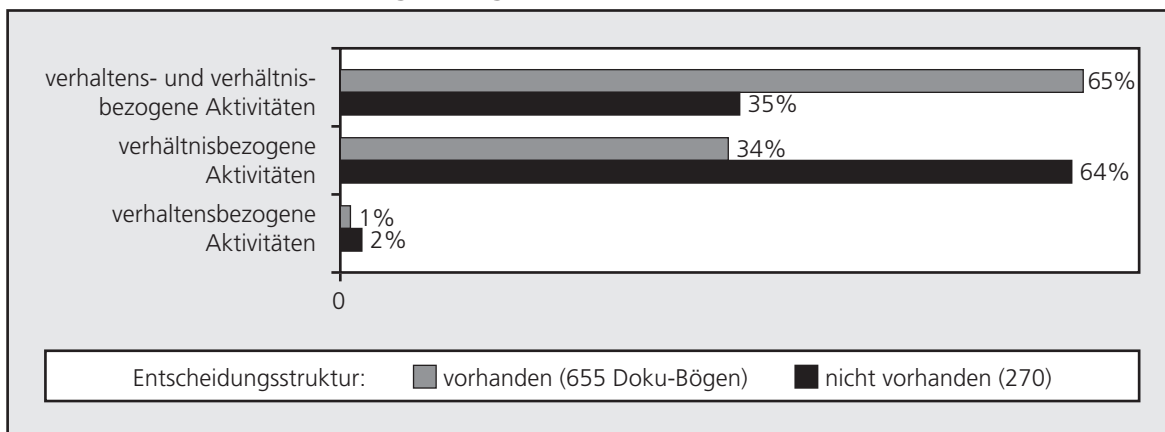
Besonders die Ergebnisse zu den Interventionen lassen erkennen: Bei Vorhandensein von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen waren die Interventionen tendenziell höher im Anspruch. Sie waren langfristiger angelegt und häufiger mit einem größeren Organisationsaufwand verbunden (z.B. bei Durchführung von Gesundheitszirkeln, bei sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogenen Aktivitäten oder bei Einsatz von aufwändigeren Methoden /Medien).

In Projekten mit einer Steuerungsstruktur lag die durchschnittliche Laufzeit der Settingaktivitäten bei 15 Monaten. Fehlte eine solche Struktur, betrug die Laufzeit im Mittel elf Monate.

Bei nahezu allen gemeldeten Gesundheitszirkeln (96 %) waren Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden. Ebenso lagen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen bei 58 von 76 eingerichteten Zukunftswerkstätten (76 %) vor.

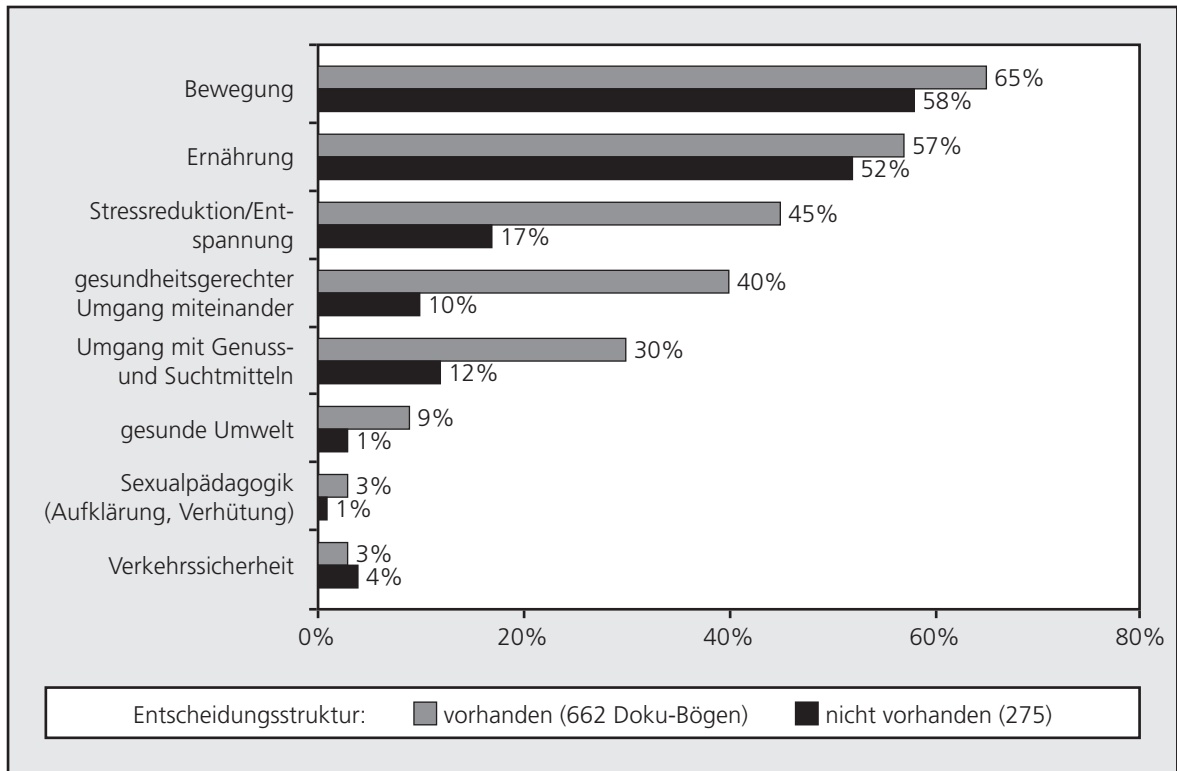
Die Aktivitäten waren bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen in knapp zwei Dritteln der betrachteten Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Bei fehlenden Steuerungsstrukturen waren sie hingegen zu 35 % verhaltens- und verhältnisbezogen und zu 64 % rein auf das Verhalten ausgerichtet. Rein verhaltensbezogene Aktivitäten sind tendenziell mit weniger Abstimmung verbunden.

Abb. 15: *Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten*
(Mehrfachnennungen möglich)



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

Abb. 16: Inhaltliche Ausrichtung
(Mehrfachnennungen möglich)



Bis auf die Verkehrssicherheit wurden alle Inhalte dann häufiger thematisiert, wenn Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden waren. Besonders groß war der Unterschied bei den Themen „Gesundheitsgerechter Umgang miteinander“, Stressreduktion/Entspannung sowie Suchtmittelkonsum.

Bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden im Durchschnitt vier, bei fehlenden Entscheidungsstrukturen drei Methoden in einem gemeldeten Setting-Projekt gleichzeitig angewandt. Lediglich die Methode Beispiel geben, demonstrieren fand bei fehlenden Koordinierungsgremien häufiger Anwendung als bei vorhandenen. Umgekehrt fanden die in der Vorbereitung und Organisation vergleichsweise aufwändigen Methoden „Anleitung zur themenzentrierten Gruppenarbeit“, „Aufbau sozialer Unterstützung“, „Organisationsberatung, -entwicklung“ sowie „Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren/Mediatoren“ bei vorhandenen Koordinierungsgremien mindestens doppelt so häufig Anwendung wie bei fehlenden.

Abgesehen von den Medien Faltposter, Broschüren wurden alle weiteren abgefragten Medien häufiger bei vorhandenen Steuerungsstrukturen eingesetzt als bei fehlenden. Besonders das Internet wurde bei vorhandenen Steuerungsstrukturen um das Vierfache öfter eingesetzt als bei fehlenden.

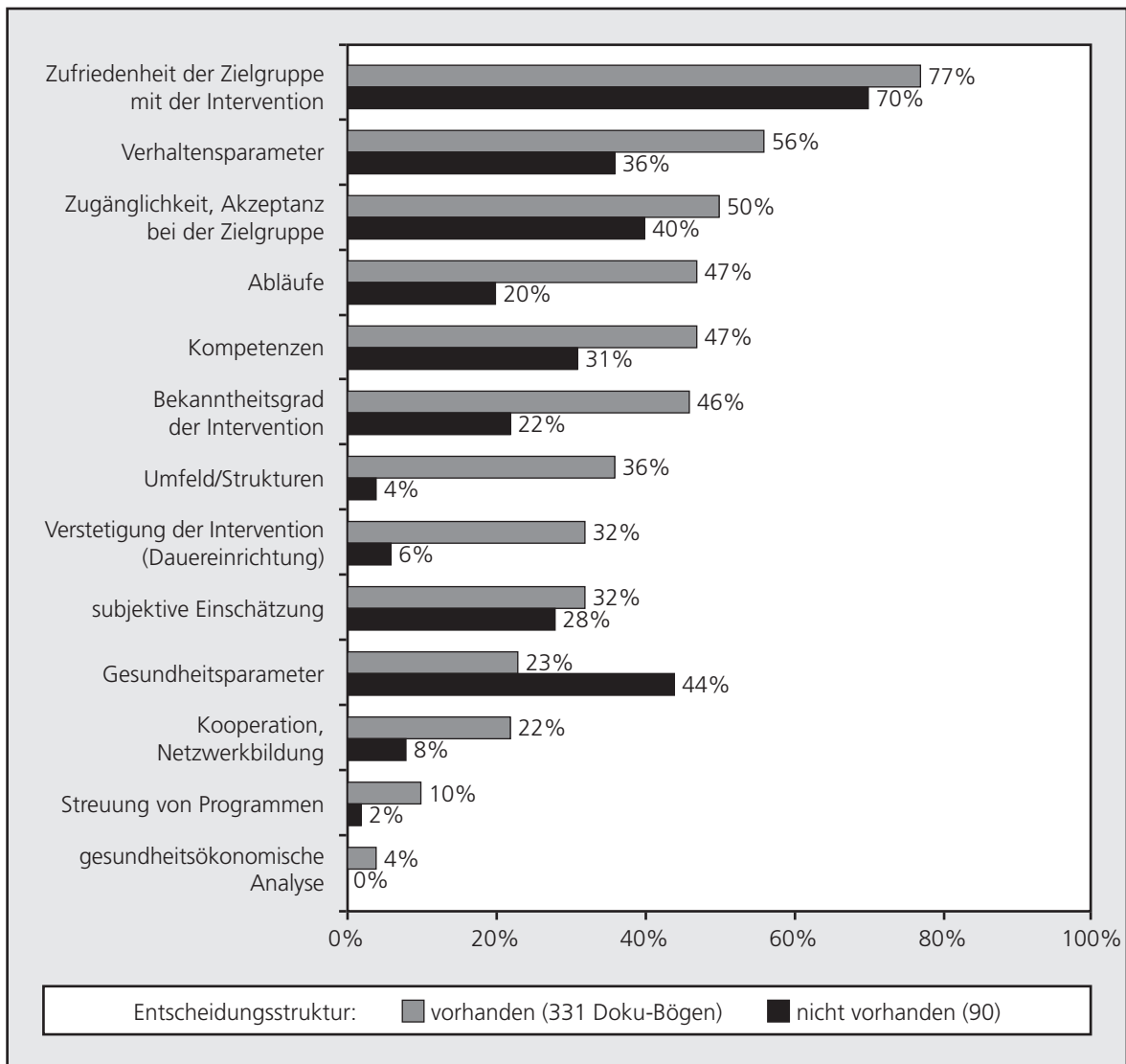
4.3.3 Erfolgskontrolle

Im Berichtsjahr 2006 wurden bei 74 % aller Fälle Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren zum Ende des Jahres noch geplant. Bei Vorhandensein von Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen lag der Anteil der durchgeführten/geplanten Erfolgskontrollen bei insgesamt 83 %. Fehlten solche Strukturen, so lag er bei 55 %.

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

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

Abb. 17: Erfolgskontrolle
(Mehrfachnennungen möglich)



Bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen bezogen sich die Erfolgskontrollen mindestens doppelt so häufig wie bei Aktivitäten ohne Steuerungsstruktur auf „Umfeld/Strukturen“, „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“, „Streuung von Programmen“, „Kooperation, Netzwerkbildung“, „Abläufe“ sowie auf „Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe“.

Bei Fällen mit durchgeführter Erfolgskontrolle, bei denen keine Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen vorhanden waren, lag der Schwerpunkt auf der Prüfung von Gesundheitsparametern.

4.4 Kassenartenübergreifende Kooperationsprojekte

4.4.1 Kooperationsprojekt „gesund leben lernen“ zieht Bilanz

2006 wurde das kassenartenübergreifende Kooperationsprojekt „gesund leben lernen“ abgeschlossen. Zwei KiTas und 62 Schulen waren in drei Teilprojekten in den Bundesländern Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt beteiligt, ihren individuellen Weg zu mehr Gesundheit im Alltag ihrer Bildungsstätte zu finden. Die Kooperationspartner haben zwischenzeitlich eine Anschlussvereinbarung über zwei Jahre geschlossen, um den Transfer der Erkenntnisse und Erfahrungen auf weitere Einrichtungen und Regionen zu befördern.

Bilderwand „Auf dem Weg zur gesunden Schule“



4.4.1.1 Projektstrukturen

Die Strukturen, die im Laufe der Teilprojekte aufgebaut wurden, weisen scheinbar eine große Schnittmenge auf: Projektschulen, ein Projektmanagement mit internen und externen Bestandteilen, eine begleitende Länderberatergruppe. Unterschiedliche Gremienbezeichnungen – z.B. Arbeitskreis Gesundheit, Steuerungsgruppe und Koordinierungsgruppe Gesundheitsförderung – sind aber nicht nur sprachliche Besonderheiten, sie verweisen auf die Heterogenität der formalen Ansätze, die nachfolgend im Überblick dargestellt sind.

Niedersachsen

- 8 Schulen
- Projektmanagement
 - Externes Projektmanagement durch die LVG
 - Internes Gesundheitsmanagement in der Schule mit Steuerungsgruppe und Gesundheitszirkeln
 - Länderberatergruppe
 - Wissenschaftliche Begleitung (extern)
- Regionale Kooperation
- Projektinterne Fortbildungen
- Offene landesweite Tagungen

Rheinland-Pfalz

- 45 Schulen
- Projektmanagement
 - Externes Projektmanagement durch die LZG
 - Internes Projektmanagement in der Schule über Gesundheitsmoderatoren mit Lotsenfunktion und Koordinierungsgruppe Gesundheitsförderung
 - Regionales Projektmanagement zwischen den Schulen über Netzwerkmoderatoren
 - Länderberatergruppe
 - Wissenschaftliche Begleitung (extern)
- Regionale Kooperation über 5 Regionalgruppen
- Projektinterne Ausbildung
- Offene landesweite Fortbildungen
- Offene landesweite Tagungen

Sachsen-Anhalt

- 2 Projektregionen mit Bildungsstaffeln
- 2 KiTas und 9 Schulen
- Projektmanagement
 - Externes Projektmanagement durch die LVG
 - Internes Projektmanagement in der Schule mit Koordinator/in, Arbeitskreis Gesundheit, Gesundheitszirkel
 - Länderberatergruppe
 - Wissenschaftliche Begleitung (extern)
- Regionale Kooperation
- Offene landesweite Fortbildungen
- Offene landesweite Tagungen

4.4.1.2 Methodisches Vorgehen

Das Gesamtvorhaben war von hoher Autonomie der Länderprojekte geprägt, die in regionaler Verantwortung realisiert wurden. Projektvorgaben – wie Akquisition regionaler Kooperationspartner, Projektlayout, sprachliche Regelungen etc. – wurden gemeinsam von allen Kooperationspartnern (Spitzenverbände der Krankenkassen und Landesvereinigungen für Gesundheit) formuliert bzw. getragen. Sie steckten den Rahmen für die Teilprojekte ab.

Teilprojekt Niedersachsen

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

Das niedersächsische Projekt baute auf langjährige Erfahrungen in der schulischen Gesundheitsförderung, die von der Teilnahme an Modellversuchen der Bund-Länder-Kommission (BLK)²² geprägt sind, auf. Ein Praxisbüro „Gesunde Schule“ hielt vielfältige Angebote zur Gesundheitsförderung vor. Für „gesund leben lernen“ wurden acht Schulen ausgewählt, die über keine bzw. wenig Vorerfahrung in der Gesundheitsförderung verfügten und von sozialer Benachteiligung betroffen sind. Die Schulen wurden zunächst über eine Ausschreibung akquiriert, teilweise wurden sie auf eine Mitwirkung angesprochen.

Gesundheitsförderung wurde im niedersächsischen Projekt als Managementaufgabe begriffen und dem Bereich der Organisationsentwicklung zugeordnet. Entsprechend dem Leitbild der „lernenden Organisation“ wurde gesunde Schulentwicklung als Lernprozess definiert, der aus folgenden Schritten besteht:

- Bestandsaufnahme und Ermittlung des Handlungsbedarfs
- Ursachenanalyse und Entwicklung von Maßnahmen in Gesundheitszirkeln
- Entscheidung über die Umsetzung von Maßnahmen
- Umsetzung der Maßnahmen
- Evaluation

Die Evaluation wird als erneute Bestandsaufnahme gesehen, die wiederum Handlungsbedarf ermittelt. Der Lernprozess beginnt erneut bzw. schreitet fort.

Der Projektansatz geht von im Setting Betrieb gemachten Erfahrungen und Erkenntnissen aus. Die theoretischen Grundlagen, Instrumente und Strategien des betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Projektorganisation wurden zur Initiierung von Veränderungsprozessen in den Schulen genutzt.

Die Verbesserung der Gesundheit von Lehrkräften und nicht unterrichtendem Personal wurde als Voraussetzung verstanden, Kräfte für Maßnahmen mit Schülern freizusetzen. Dabei wurde an bereits Erreichtem angeknüpft und auf vorhandene Ressourcen und Potenziale orientiert. Die Stärkung der Eigenverantwortung stand im Mittelpunkt aller Interventionen. Zur Umsetzung von Maßnahmen wurde das Know-how regionaler Partner eingebunden.

Teilprojekt Rheinland Pfalz „Netzwerk Schulen für Gesundheit 21“

Das rheinland-pfälzische Projekt baute auf den Erfahrungen des OPUS-Modellversuches auf. Die Basis des Vorhabens bildeten 23 OPUS-Schulen, die bereits über Erfahrung in der Gesundheitsförderung verfügten. In den beiden Regionalgruppen Nord und Süd wurde ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen diesen Schulen gefördert. Weitere 27 Schulen wurden über ein Ausschreibungsverfahren ausgewählt. Das Auswahlverfahren war durch festgelegte Kriterien bestimmt.

22 Die BLK ist das ständige Gesprächsforum für alle Bund und Länder gemeinsam berührenden Fragen der Forschungsförderung. Sie gibt den Regierungschefs des Bundes und der Länder Empfehlungen zur Forschungsförderung.

Netzwerkarbeit wurde in diesem Projekt als eine zentrale Strategie der Gesundheitsförderung angesehen. Es wird davon ausgegangen, dass Gesundheit nur durch gemeinsames Vorgehen – Vermitteln und Vernetzen – gefördert werden kann. Erfahrungsaustausch und gegenseitige Motivation werden neben konzeptioneller Weiterentwicklung, Bewusstseinsbildung und Schaffung einer gemeinsamen Daten- und Evidenzbasis als positive Potenziale der gesundheitsfördernden Netzwerkarbeit im Schulbereich begriffen. Als Basis dieses Vernetzungsprozesses dienen Multiplikatoren: Gesundheitsmoderatoren für die Arbeit in der jeweiligen Schule und Netzwerkmoderatoren für die Kooperation zwischen den Schulen und als regionale Ansprechpartner.

Das Projekt setzt auf Wissensvermittlung und Kompetenzstärkung, auf Aus- und Fortbildung von Lehrern. Diese sollen als Gesundheitsmoderatoren gesundheitsfördernde Prozesse und Projekte initiieren, fördern, koordinieren und begleiten. Die Tätigkeit des Gesundheitsmoderators bezieht sich ausschließlich auf die eigene Schule. Er soll als „Lotse“ für Gesundheitsfragen auf die Einrichtung einer Koordinierungsgruppe Gesundheitsförderung an der eigenen Schule hinwirken. Die Auswahl des Gesundheitsmoderators soll von der Schulleitung und vom Kollegium getragen werden.

Besonders begeisterte und interessierte Gesundheitsmoderatoren werden weiter zu Netzwerkmoderatoren qualifiziert. Sie sind neben ihrer Aufgabe an der eigenen Schule für die Entwicklung der Gesundheitsförderung von Schulen in einer Region und deren Erfahrungsaustausch und Kooperation zuständig. Die Auswahl wurde im Vorfeld der Qualifizierung der Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion kommuniziert.

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

Neben langjährigen Erfahrungen in der schulischen Gesundheitsförderung über Landes-, Bundesländer- und Europäische Modellversuche, konnte das Projekt in Sachsen-Anhalt auf eine landesweite Struktur mit regionalem Unterstützungszentrum für gesundheitsfördernde Schule (RUZ), acht Knotenpunktschulen und drei fachlichen Kompetenzzentren zurückgreifen. Die Auswahl der Regionen war von der Ballung sozialer Benachteiligung bestimmt; die Auswahl der Bildungseinrichtungen sollte die Bildungslandschaft (Bildungsstaffel) widerspiegeln. Die Modelleinrichtungen wurden auf eine Beteiligung angesprochen. Zwei Schulen der akquirierten Bildungseinrichtungen verfügten über Vorerfahrung in der Gesundheitsförderung.

Frühstück und Entspannung in der Kindertagesstätte



Gesundheit und Leistung wurden in diesem Teilprojekt in ihrer wechselseitigen Bedingtheit als Ausgangspunkt genommen. Die Settings KiTa und Schule wurden als Lebenswelten definiert, die ebenso von „Arbeit“ geprägt sind wie Unternehmen, und in denen Kinder und Jugendliche insbesondere jene aus unterprivilegierten Bevölkerungsschichten ohne Stigmatisierung erreicht werden können. Gesundheit wurde zum Thema der gesamten Schulentwicklung gemacht.

Die gesunde Schulentwicklung sollte durch folgende Strategien erreicht werden: Veränderung des Schulalltages, Stärkung der Persönlichkeit des Einzelnen, Kompetenzgewinn, Beteiligung und Mitwirkung aller Schulakteure und Vernetzung mit anderen Partnern.

Unter Nutzung der Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung in KiTa und Schule sollten erprobte, bewährte und erfolgreiche Praktiken der Gesundheitsförderung unterschiedlicher Settings (Schule, Betrieb, Kommune/Region) zusammengeführt werden. Dabei sollten möglichst alle Instrumente der BGF in ihrer klassischen Form und ihrem klassischen Ablauf angewandt und auf ihre Tauglichkeit für die beiden Settings geprüft ggf. angepasst werden.

Die zwei Bildungsstaffeln dienten neben der Austestung der Instrumente der BGF in den verschiedenen Bildungsformen, einem direkten Vergleich gleicher Bildungseinrichtungen unterschiedlicher Regionen und perspektivisch dem Aufbau von Kompetenzzentren für BGF in KiTa und Schule bzw. von Regionalnetzwerken.

4.4.1.3 Projektergebnisse

Alle drei Vorgehensweisen haben spezifische Vor- und Nachteile. Ein Vergleich ist auf Grund der Unterschiedlichkeit der Vorgehensweisen und Rahmenbedingungen nicht angebracht. Trotzdem lassen sich grundlegende übergreifende Aussagen treffen.

Strukturentwicklung

Die Strukturbildung und Verstetigung von Gesundheitsförderung in den KiTas und Schulen muss differenziert betrachtet werden. Sie wurde in allen drei Teilprojekten angestrebt und in unterschiedlichem Maße erreicht.

In allen Bildungseinrichtungen und quer durch alle Zielgruppen agierten zunächst die ohnehin schon Aktiven. Das hing u.a. mit der vorrangigen Ansprache – z.B. von Schüler- und Elternvertretern – zusammen, aber auch mit individuellen Rahmenbedingungen wie zeitliche Belastung, geringe Ressourcen oder Distanz zur Bildungseinrichtung. Teilweise wurden bestehende Strukturen genutzt. Die Gesundheitsmoderatoren und Steuerungsgruppen bzw. Arbeitskreise Gesundheit unterstützten dieses Prinzip.

Die Nutzung vorhandener Instrumente eines anderen Settings (Betrieb) und bewährter Methoden (z.B. Projektmanagement) waren erfolgreich. Allerdings sind Modifikationen für KiTa und Schule nötig.

Der Strukturaufbau wurde zunächst nicht von allen Akteuren als gesundheitsförderlich erlebt und als Voraussetzung zur Projektentwicklung verstanden. Ein aktionsbezogenes, zeitlich befristetes Arbeiten – geprägt durch den „normalen“ KiTa- bzw. Schulalltag – steht dem Aufbau von selbstlernenden Managementstrukturen scheinbar entgegen.

Alle drei Ansätze belegen, dass Schulen externe Unterstützung für die Gesundheitsförderung benötigt und Begleitstrukturen für eine kontinuierliche Umsetzung und Weiterentwicklung aufzubauen und vorzuhalten sind.

Spaß an der Bewegung in der Schule



Prozessentwicklung

Die tatsächliche Beteiligung der verschiedenen Zielgruppen am Projekt bzw. seinen Teilschritten war in den Projektansätzen und in den Bildungseinrichtungen sehr unterschiedlich.

Umfang, Geschwindigkeit und Vielfalt der Interventionen variierten in den KiTas und Schulen deutlich.

Förder- und Sonderschulen reflektierten ihre Mitwirkungsmöglichkeit besonders positiv und engagierten sich entsprechend stark. Ihr ohnehin ganzheitlicher Ansatz in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen erleichterte ihnen die Einführung von Gesundheit in den Schulalltag.

Die Motivationslagen zur Projektmitwirkung waren sehr heterogen. Sie reichten von der Abwendung von Schulschließungen über besondere Belastungen in der Bildungseinrichtung bis hin zu einer angestrebten Schulentwicklung.

Die Ausgangsbedingungen aller 64 Bildungseinrichtungen waren nicht nur auf Grund ihrer Bildungsform sehr unterschiedlich, der Prozess war in den Bildungsstätten von vielfältigen Einflussvariablen abhängig.

Die Erwartungen der Zielgruppen divergierten teilweise zu den Projektintentionen. Insbesondere die Ergebnisoffenheit der Projekte sorgte am Beginn des Prozesses für Irritationen.

Der Prozess wurde teilweise nicht als Voraussetzung für die angestrebte Entwicklung begriffen. Der Umsetzung von Maßnahmen wurde eine größere Beachtung zuteil als der Strukturbildung, die zunächst eher als unnötiger Aufwand angesehen wurde.

Im Ergebnis der Einzelinterventionen machten Kinder, Jugendliche und Pädagogen Selbstwirksamkeitserfahrungen, die den besonderen Gewinn des Projektes ausmachen. Insbesondere sozial benachteiligte Kinder konnten erreicht und für eine Mitwirkung gewonnen werden.

Ein Teil der Akteure erlebte ein hohes Maß an Mitbestimmung und Mitgestaltung, insbesondere Schüler und Eltern äußerten sich darüber positiv. Gesundheitszirkel und Arbeitskreise als prozesssteuernde und -umsetzende Instrumente förderten diese Kompetenzen.

4.4.1.4 Ergebnisentwicklung

Das Projekt „gesund leben lernen“ hat seine Hauptzielstellung, Gesundheit als Organisationsprinzip in Bildungseinrichtungen zu etablieren, erreicht. Mit allen drei Ansätzen wurden Zugänge für schulische Gesundheitsförderung gefunden, erprobt und eröffnet.

Gesundes Frühstück in der Schule



Für die aktiv Mitwirkenden waren die Effekte besonders spürbar. Ihr individuelles Belastungsempfinden reduzierte sich nach eigenen Aussagen.

Die Verbesserung von KiTa- und Schulklima in den beteiligten Einrichtungen haben zur Herausbildung von gesundheitsfördernden, partizipativen Organisationskulturen beigetragen und werden von allen Zielgruppen mehr oder minder stark wahrgenommen.

Besonders profitierten von den Projekten die aktiv Beteiligten. Sie konstatierten neben dem Gewinn für die eigene Einrichtung auch eine erhöhte persönliche Zufriedenheit und den Abbau von Konflikten zwischen den Zielgruppen.

Besonders beachtenswert war die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen unterprivilegierter Schichten, die ohne Stigmatisierung oder Vereinzelung erreicht wurden.

Gesundheit wurde als Querschnittsthema erlebt und zunehmend als Teil bzw. Voraussetzung und Folge der Organisationsentwicklung von KiTa und Schule verstanden.

Schule wurde stärker als Ganzes wahrgenommen. Der Zusammenhang von Gesundheit und Leistung wurde erfahren und fand zunehmend Beachtung bei der Bildungsarbeit.

Mit der Schülerbeteiligung an der Lösung struktureller und arbeitsorganisatorischer Fragen wurden diese zu einem Perspektivenwechsel angeregt. Das gleiche trifft auf die Pädagogen zu, die sich und die Kinder und Jugendlichen als Experten ihrer Situation erlebten und gleichberechtigt an der Lösungsfindung arbeiteten.

Die beteiligten Einrichtungen sind autonomer im Handeln geworden. Sie suchten sich selbstständig Partner und agierten zunehmend vorausschauend.

Kommunikation und Transparenzschaffung wurden als Aufgaben verstanden und angenommen, was sich u. a. in einer aktiveren Öffentlichkeitsarbeit der Bildungseinrichtungen niederschlug.

KiTa und Schule haben gelernt, sich regionale Potenziale über Partner zu erschließen.

Kranken- und Unfallkassen banden sich mit ihren Möglichkeiten in die Teilprojekte ein und unterstützten die Entwicklung der Bildungseinrichtungen. Besonders positiv hierbei waren die Akzeptanz unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen der Bildungseinrichtungen und das unbürokratische Umgehen mit diesen.

Die Wirkungserwartungen in Bezug auf den Gesundheitsgewinn für alle Zielgruppen, die Nutzbarkeit vorhandener Instrumente, die Einbindung regionaler Akteure und auf die Eröffnung von Gesundheitschancen für benachteiligte Kinder und Jugendliche haben sich bestätigt.

Das Projekt hat bundesweit viel Beachtung gefunden und einen hohen Bekanntheitsgrad bei Fachleuten erreicht.

4.4.1.5 Ausblick

Gesundheitsfördernde Bildungseinrichtungen können und müssen ihren eigenen Weg zur Erreichung ihrer gesundheitlichen Zielsetzungen finden. Dabei können ihnen Krankenkassen und Landesvereinigungen für Gesundheit hilfreich zur Seite stehen. Aber eine Intervention von außen trägt nur dann Früchte, wenn sie von KiTa bzw. Schule gewollt ist und innere Entwicklungsprozesse anschiebt.

Entwicklung kostet Zeit. Es geht letztendlich darum, das Potenzial, das in den Einrichtungen vorhanden ist, nutzbar zu machen und dafür Partner zu gewinnen. Gesundheitsförderliche Schulentwicklung ist ein höchst anspruchsvoller Prozess, der nicht nur von Erfolgen gekennzeichnet ist. Er beruht auf der Beteiligung aller Akteure und der kontinuierlichen Verfolgung selbst gestellter Ziele.

Neue Strukturen und die Akzeptanz der Selbstermächtigung aller Zielgruppen sowie die Anerkennung des jeweiligen Expertenstatus erfordert und bedingt eine neue KiTa- bzw. Schulkultur.

Die Probleme in KiTa und Schule werden mit dem Beschreiten gesundheitsförderlicher Wege nicht weniger, sondern es werden andere Probleme wahrgenommen. Anders werden aber vor allem die Umgangsweisen und Kompetenzen. Damit entwickelt sich auch ein neues Qualitätsbewusstsein.

In den kommenden zwei Jahren wollen die Spitzenverbände der GKV und die LVGs aus Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt die Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt „gesund leben lernen“ weiteren Bildungseinrichtungen zugänglich machen. Dafür sollen u. a. Partner geschult und Kompetenzzentren aufgebaut werden.

4.4.2 Leipziger Projekt optiSTART – „Ein optimaler Ernährungs- und Bewegungsstart in die Schulkarriere“

Das Leipziger Projekt „Ein optimaler Ernährungs- und Bewegungsstart in die Schulkarriere – optiSTART“ wurde vom Leipziger Netzwerk für Bewegungsförderung und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Sektion Sachsen e.V., entwickelt und wird von der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Leipziger Universität gemeinsam mit dem Gesundheitsamt umgesetzt. optiSTART gehört zu den bundesweit 24 Projekten, die im Rahmen des Wettbewerbes „Besser essen, mehr bewegen“ des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz gefördert werden. Das Bundesmodellprojekt läuft über drei Schuljahre und startete im September 2006.

Das Leipziger Projekt ist in enger Kooperation mit der Sächsischen Bildungsagentur – Regionalstelle Leipzig, dem Jugendamt und dem Schulverwaltungsamt entstanden.

Im Netzwerk für Bewegungsförderung, das unter Leitung des Bürgermeisters für Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule steht, kooperieren fünf Krankenkassen mit mehr als 30 anderen Institutionen (Universität Leipzig, Gesundheitsamt, Jugendamt, Schulverwaltungsamt, Stadtsportbund, Sächsische Bildungsagentur – Regionalstelle Leipzig, Deutscher Kinderschutzbund u.v.a.).

4.4.2.1 Ziel

Ziel des Netzwerks für Bewegungsförderung für Kinder und Jugendliche ist es, die Strukturen von Bewegungsangeboten in Leipzig transparenter zu machen, vorhandene territoriale Lücken zu schließen und neue und bedarfsgerechte Angebote zu schaffen. Zur Begleitung des Bundesmodellprojektes wurde eine Steuerungsgruppe gegründet, der wiederum zwei Krankenkassen und andere Hauptakteure des Projektes angehören.

Ziel des Projektes ist es, sechs Leipziger Grundschulen sowie zwei Förderschulen zu Modellschulen für einen optimalen Ernährungs- und Bewegungsstart in die Schulkarriere zu machen. Dazu werden die Themen gesunde Ernährung und Bewegungsförderung als einheitliches Konzept in den Alltag der beteiligten Grund- und Förderschulen, der angeschlossenen Horte sowie der neun KiTas (Schulvorbereitungsjahr) in der näheren Umgebung der Schulen integriert. Damit erreicht optiSTART in den Jahren 2006 bis 2009 ca. 1.000 Kinder.

optiSTART ist ein Setting-Projekt, das darauf ausgerichtet ist einen Beitrag zur Verminderung der sozialen Ungleichheit zu leisten. Insofern wurde auf ein breites Spektrum der beteiligten Einrichtungen geachtet, die sich in sozial verschieden determinierten Wohnquartieren befinden. Ebenfalls am Projekt beteiligt sind zwei Förderschulen für geistig behinderte Kinder.

4.4.2.2 Projekt

optiSTART nutzt vorhandene Strukturen der Kooperation zwischen KiTas und Schulen bzw. Schulen und Schulhorten und will vorhandene personelle und strukturelle Ressourcen qualitativ weiterentwickeln.

Das Projekt orientiert sich an den Bildungs- und Lehrplänen für KiTas, Grundschulen und Horte. Die Themen einer gesunden und vollwertigen Ernährung sowie der Bewegungsförderung gehen zeitlich wie inhaltlich weit über diese vorgegebenen Curricula hinaus.

Durch eine Vielzahl zum Teil neuer oder modifizierter Ernährungs- und Bewegungsangebote werden die Kinder zu nachhaltigen Verhaltensänderungen – etwa hin zu mehr Bewegung mit den Familien und im Alltag – angeregt. Freudbetonte, lebendige und kindgerechte tägliche Bewegungs- und Sportangebote werden genauso in den gesamten KiTa- bzw. Schulalltag integriert, wie die gesunde Ernährung in Theorie und Praxis zu einem ständigen Thema wird. Die Bildungsinhalte werden über das eigene praktische Tun und Erleben der Kinder verinnerlicht und so vorhandene Gesundheitsressourcen gestärkt bzw. eröffnet. Die Kinder erweitern ihr altersspezifisches Wissen über Ernährung und Bewegung und erleben gleichzeitig, dass ein Mehr an Bewegung und gesunde Ernährung Spaß machen kann.

Die Themenbereiche Ernährung und Bewegung werden von den Schulen im Unterricht fachübergreifend und fächerverbindend und im Rahmen außerunterrichtlicher Aktivitäten in Kooperation mit den jeweiligen Horten bearbeitet. Für die Vorschulkinder sind ein ausreichendes Maß an Bewegung und eine vollwertige Ernährung selbstverständliche Bestandteile des Kindertagesstättenalltages und der Schulvorbereitung in Kooperation mit der Grundschule.

Kernstück des Projektes für die Grundschüler sind zusätzliche, aus Projektmitteln bezahlte Unterrichtsstunden (siehe Tabelle 3). Im Schuljahr 2006/07 für die ersten Klassen, im Schuljahr 07/08 für die 1. und 2. Klassen und im letzten Projektjahr für die ersten bis dritten Klassen. Insgesamt gibt es 16 inhaltlich vorgegebene Unterrichtsmodule (dreimal Ernährung, achtmal Bewegung, einmal Verknüpfung von Ernährung und Bewegung), von denen jeweils zwei ein Halbjahr lang durchgeführt werden; d.h. jede Klasse hat zwei zusätzliche Wochenstunden, die von Lehrern oder Erziehern übernommen werden. Flankierend gibt es weitere Angebote der Horte, wie Bewegungs- oder Koch-AGs. In den Kindertagesstätten wird pro Vorschulgruppe eine Wochenstunde finanziert, die für die Projektarbeit genutzt wird.

Tabelle 3: Curriculum optiSTART

1. Klasse		2. Klasse		3. Klasse	
1. Halbjahr	2. Halbjahr	1. Halbjahr	2. Halbjahr	1. Halbjahr	2. Halbjahr
Spielerische Bewegungsangebote	Ernährung allg., Lebensmittelgrundlagen	Haltungsschulung	Projekte 1 zu Bewegungsthemen	Essverhalten optimieren, Mahlzeiten-gestaltung	Projekte 2 zu Bewegungsthemen
Ziele: Diagnostik des Entwicklungsstandes, Verbesserung der Grundfähigkeiten	Ziele: Wissensvermittlung, Festigung, Verhaltensmodifikation	Ziele: Haltungsschulung, Verbesserung konditioneller Fähigkeiten	Ziele: Erweiterung der Bewegungskompetenzen, Einflussnahme auf Verhaltensweisen	Ziele: Vertiefung der Kenntnisse, Anwendung in praktischen Handlungsfeldern	Ziele: Erweiterung der Bewegungskompetenzen, Einflussnahme auf Verhaltensweisen
Rhythmus, Koordination, Sprache	Ausdauerorientierte Spiele	Psychomotorik	Lebensmittelauswahl	Hindernisturnen	Integration Ernährung und Bewegung
Ziele: Entwicklung der Feinmotorik, Einflussnahme auf die Sprachentwicklung	Ziele: Verbesserung der Organleistungsfähigkeit	Ziele: Einwirkung auf soziale Aspekte, Verbesserung des Selbstkonzepts	Ziele: Selbstreflektion Sicherheit bei Lebensmittelauswahl, Veränderung der Gewohnheiten, Sport und Ernährung	Ziele: Freude an der Bewegung, Schulung koordinativer Fähigkeiten und der Kraft	Ziele: Vermittlung der Einheit von Ernährung und Bewegung anhand praktischer Übungen und Tätigkeiten

Um die Ziele von optiSTART zu erreichen sowie die Qualität und die Nachhaltigkeit auch über den eigentlichen Projektzeitraum hinaus zu sichern, sind umfangreiche zentrale Fortbildungen der Pädagogen in den Projekteinrichtungen notwendig. Die Fortbildungen für die Schulen sind entsprechend der Unterrichtsmodule gegliedert. Die Fortbildungen werden von den Mitarbeitern der Universität Leipzig bzw. den Fachfrauen für Kinderernährung des Projektes „Ernährungserziehung Sachsen“ durchgeführt.

Damit die Umsetzung des Projektes entsprechend der konkreten Bedarfe und Wünsche der Einrichtungen möglich ist, wird den Pädagogen vor Ort weitere Unterstützung in Form von Coaching angeboten. Das Projektteam unterstützt die Schulen und KiTas mit bis zu zehn Konsultationsstunden pro Schulhalbjahr.

Um die Projektidee auch in die Elternhäuser zu tragen, ist die Elternbildung ein weiterer wichtiger Projektbaustein. Elternnachmittage und -abende, gemeinsame Feste aber auch Broschüren und die Internetseite www.optiSTART-leipzig.de werden dabei als gute Möglichkeiten gesehen, mit den Eltern zu kommunizieren.

In den Kindertagesstätten bietet optiSTART thematische Elternabende – „Familienausflug mit Picknick“ und „Kindergeburtstag“ – an, die die Themen Ernährung und Bewegung miteinander in einem praxistauglichen Mix verbinden und auf dem Erfahrungsstand der Eltern anknüpfen. In der Schule werden halbjährlich Elternabende durchgeführt, die sich an den jeweiligen Unterrichtsmodulen orientieren und ebenfalls praktisch angelegt sind. So soll es gelingen, Synergieeffekte zwischen den Settings Schule und Elternhaus herzustellen.

Um in den einzelnen Projekteinrichtungen bekannt und präsent zu sein, unterstützt optiSTART die KiTas und Schulen bei Festen und Feierlichkeiten. Ziel ist es auch hier mit den Eltern ins Gespräch zu kommen bzw. gesunde Imbissangebote und bewegungsaktive Spielideen umzusetzen.

Neben diesen dezentralen Aktivitäten werden zudem größere zentrale Events durchgeführt. Dies sind z.B. Bewegungsfeste, die Schuljahreseröffnungsveranstaltungen und die Ausstellung „Richtig essen & trinken mit Kasimir“ des aid. Diese geben die Gelegenheit, Elternbildung mit Spiel und Spaß für die ganze Familie zu verbinden.

Alle Bundesmodellprojekte von „Besser essen. Mehr bewegen“ werden zentral und standardisiert durch die Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Landwirtschaft in Karlsruhe evaluiert.

4.4.2.3 Evaluation

Im Januar 2007 erfolgte die Baseline-Untersuchung in allen optiSTART-KiTa und Schulen. Dabei wurden 302 Schulkinder der 1. Klasse und 177 Kindergartenkinder aus den Vorschulgruppen erfasst. Die Evaluation setzt sich aus Motoriktests, Messen, Wiegen, der BIAS-Messung, sowie verschiedenen schriftlich, standardisierten Fragebögen für die Kinder, die Eltern und die Pädagogen zusammen.

Erste Auswertungen vor allem der Motoriktests liegen bereits vor und sollen im Kommenden kurz vorgestellt werden. Die Zusammenhänge zwischen dem BMI und motorischen Leistungen werden hier stellvertretend für die in Leipzig untersuchten Kinder an den Ergebnissen der Mädchen der 1. Klassen ausgewertet.

Body-Mass-Index

Die Kinder der 1. Klassen der Leipziger Schulen hatten entsprechend dem Body-Mass-Index (BMI) überwiegend ein normales Körpergewicht. Der Referenzwert liegt bei 16,0. Die Leipziger Kinder hatten genau diesen Mittelwert. Allerdings lagen 4 % der Kinder über dem Wert von 20,2, der als Grenze für Adipositas gilt. Das ist 1 % mehr als im Bundesdurchschnitt. Dabei traten auch extreme Werte auf. Hier sind dann medizinische Interventionen notwendig und die Möglichkeiten von optiSTART sehr beschränkt. Die Zahl der untergewichtigen Kinder war kleiner als in den Vergleichsuntersuchungen.

Ausdauerfähigkeit

Bekannt ist, dass die Ausdauerleistung als Indikator für die Organleistungsfähigkeit wesentlich von einem günstigen Verhältnis von Körperhöhe und -gewicht beeinflusst wird.

Kinder mit einem „Normal“-BMI hatten in der Stichprobe ganz unterschiedliche Ausdauerleistungen erreicht. Dagegen hatten bis auf zwei Ausnahmen alle Kinder mit einem hohen BMI über 18,3 (P 90) eine Leistungsfähigkeit unter dem Mittelwert. Ihre mittlere Laufleistung betrug 801m gegenüber 890m bei allen Mädchen. Sie liefen in sechs Minuten also etwa 90m weniger als die Mitschülerinnen mit geringerem BMI. Schon bei diesen 7-jährigen Mädchen ließen sich also signifikante Schwächen in der Organleistungsfähigkeit nachweisen, die im Zusammenhang mit Übergewicht standen.

Gleichgewichtsfähigkeit

Das Balancieren rückwärts über einen Balken ist ein Test zur Objektivierung der Gleichgewichtsfähigkeit, einer bedeutsamen koordinativen Fähigkeit.

Bei einfachen koordinativen Anforderungen, dem Balancieren auf einem 6 cm breiten Balken gab es keine Zusammenhänge zum BMI.

Bei Anhebung der Schwierigkeit (4,5 cm schmaler Balken) zeigten sich auch bei den Gleichgewichtsanforderungen schlechtere Leistungen bei Kindern mit erhöhtem relativen Gewicht. Bis auf drei Ausnahmen erreichten alle diese Mädchen nur Leistungen unterhalb des Mittelwertes.

Die Ursachen können nur vermutet werden, wahrscheinlich haben übergewichtige Kinder weniger Übung, da sie Bewegungsanforderungen vermeiden.

Aber auch bei normalgewichtigen Kindern gab es besorgniserregende Defizite. 24 Kinder (immerhin 24 %) schafften es bei zwei Versuchen nur vier oder weniger Schritte auf dem Balken zu gehen, also weniger als zwei Schritte pro Versuch. Einigen Kindern gelang nicht einmal ein Schritt.

4.4.2.4 Modifizierung von optiSTART

Die Ergebnisse dieser Baseline-Untersuchung führten zu Veränderungen und Konkretisierungen des Konzeptes von optiSTART. Die Inhalte der Module wurden dahingehend modifiziert, dass genau die zu Tage getretenen Probleme verstärkt Beachtung finden. Damit wird auch der Grundidee des Projekts entsprochen, die dreijährige Laufzeit für die Vervollkommnung der Module zu nutzen, um am Ende ein wirksames Instrumentarium für die Bereiche „Ernährung und Bewegung“ vorliegen zu haben.

4.4.2.5 Ausblick

Eine Übernahme dieser wesentlichen und erprobten Projekteinhalte nach dem Auslaufen des Projekts ist im Rahmen der schulspezifischen Ganztagsangebote (GTA) für die beteiligten Schulen und Schulhorte möglich, da das Know-how bereits vorhanden ist. Ähnlich sieht es für die KiTas aus, die ebenfalls in Zukunft auf die vermittelten Fortbildungsinhalte in ihrer Arbeit zurückgreifen können. Die Ausweitung des Projektes auf weitere KiTas und Schulen Leipzigs bzw. Sachsens könnte über weitere Fortbildungen und die zu erstellende Projektdokumentation erfolgen.

5 Primärprävention nach dem individuellen Ansatz

Bei Interventionen nach dem individuellen Ansatz handelt es sich um Gesundheitsförderungs- bzw. Präventionsangebote (Kurse, Seminare), die auf den einzelnen Menschen und sein Verhalten ausgerichtet sind. Versicherte suchen diese Kurse auf und erhalten dort Hilfestellungen für eine gesunde und Erkrankungen vorbeugende Lebensführung – dies entsprechend ihrer jeweiligen individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten. Inhaltlich werden die Angebote den in der Prävention anerkannten Themenfeldern „Bewegung“, „Ernährung“, „Stressreduktion/Entspannung“ sowie „Suchtmittelkonsum“ zugeordnet. Sehr häufig sprechen Angebote mehrere Themen kombiniert an. So findet beispielsweise der bekannte Zusammenhang von Bewegung und Ernährung in Kursen oft Berücksichtigung, oder Angebote zur Bewegungsförderung bieten gleichzeitig Verfahren bzw. Methoden zur Stressreduktion und Entspannung an.

Zur Qualitätssicherung der individuellen Kursangebote legt der für alle gesetzlichen Krankenkassen verbindliche Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen²³ Kriterien u.a. für individuelle Kursangebote fest: Demnach müssen Leistungen nach dem individuellen Ansatz ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die Kurse sind auf die Prävention von solchen Krankheitsbildern auszurichten, die in der Bevölkerung häufig auftreten.²⁴ Ferner muss die Wirksamkeit der Kurskonzepte im Rahmen von Expertisen, Studien oder Metaanalysen erwiesen sein. Kursanbieter haben eine dem Leitfaden entsprechende ausreichende Qualifikation nachzuweisen. Auch sind im Vorfeld der Maßnahmen die jeweiligen Ziele festzulegen, so dass sich erreichte Veränderungen zum Ende eines Kurses prüfen lassen.

Das vorliegende Kapitel bildet ab, welche Leistungen die gesetzlichen Krankenkassen nach dem individuellen Ansatz im Jahr 2006 bundesweit erbracht haben. Dokumentiert sind die Zahl der Kursteilnahmen, die Inanspruchnahme von Kursen nach Handlungsfeldern, die Kursteilnahmen nach Alter und Geschlecht sowie die Kursanbieter. Teilweise werden die Ergebnisse mit denjenigen aus den Vorerhebungen verglichen – so lassen sich Entwicklungen und Trends nachzeichnen.

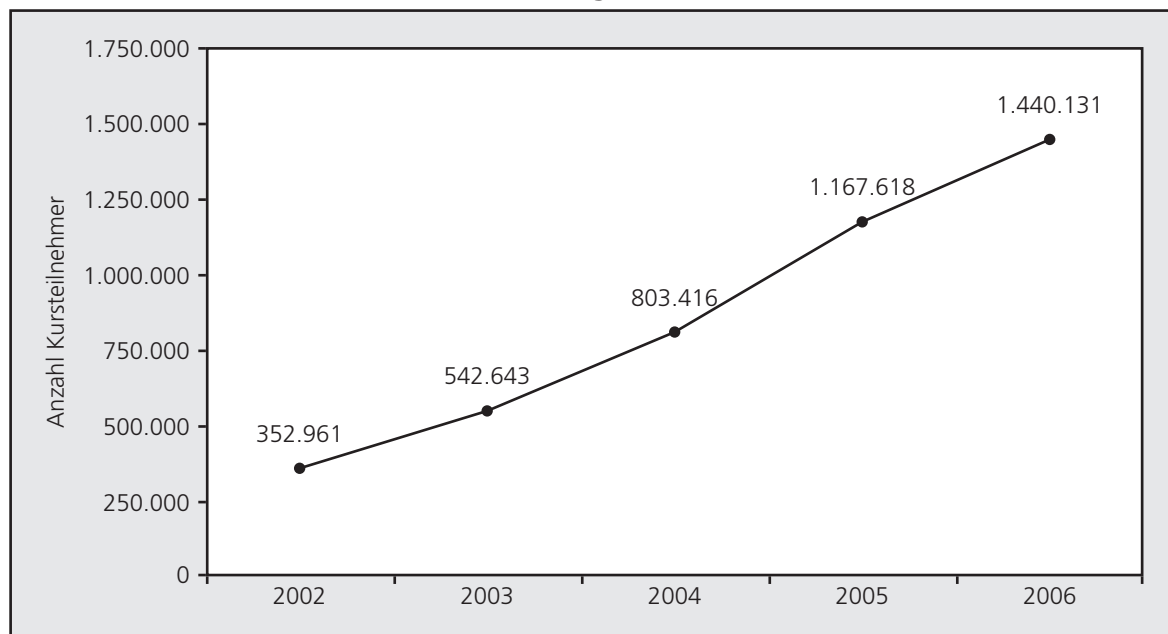
23 Gemeinsame u. einheitliche Handlungsfelder u. Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 u. 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006, 2. korrigierte Auflage vom 15. Juni 2006.

24 Dazu zählen Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus, bösartige Neubildungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische/psychosomatische Erkrankungen.

5.1 Inanspruchnahme

Seit der Ersterhebung für das Berichtsjahr 2002 ist die Zahl der Versicherten, die an primärpräventiven Kurs- und Seminarangeboten teilgenommen haben, kontinuierlich von anfangs 353.000 auf 1,4 Mio. Kursteilnehmer im Jahr 2006 angestiegen:

Abb. 18: Anzahl der Kursteilnehmer insgesamt



Die Gesamtzahl der Kursteilnehmer im Berichtsjahr 2006 entsprach einem Anteil von 2 % aller GKV-Versicherten desselben Jahres.²⁵ In 2005 lag der Anteil noch bei 1,7 % aller GKV-Versicherten und in 2004 bei 1,1 %. Für Angebote nach dem Individualansatz gaben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2006 bundesweit insgesamt 188 Mio. Euro aus.²⁶

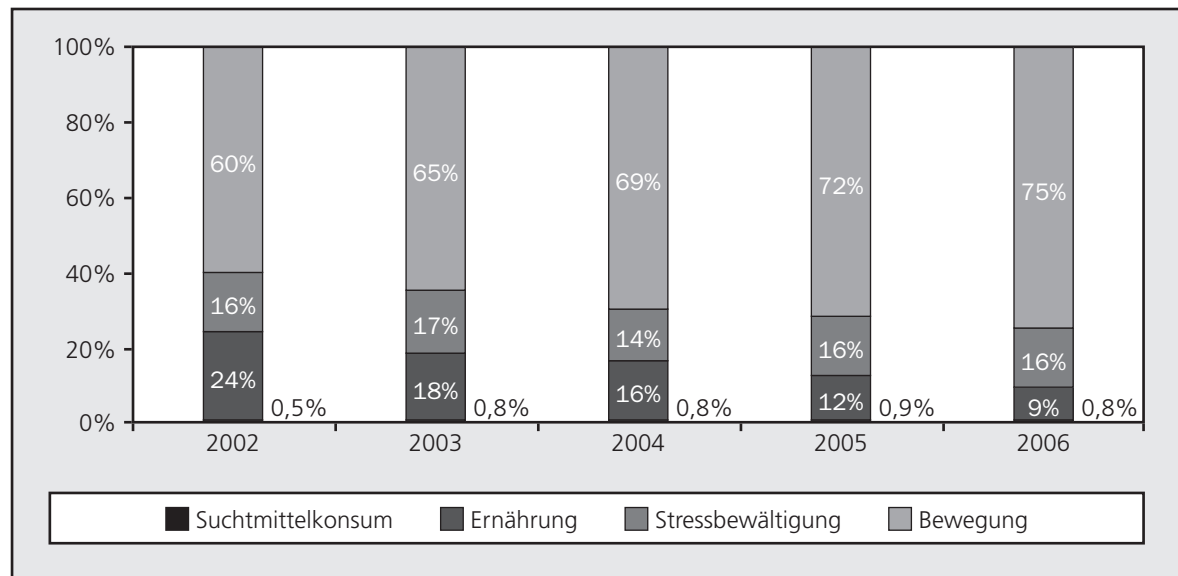
25 In 2006 bundesweit 70.298.156 GKV-Versicherte (BMG: GKV-Mitgliederstatistik KM6 2005, Stand 12.09.2006).

26 KJ 1, lt. Mitteilung des IKK-Bundesverbandes, Dez. 2007, Stand v. 04.09.2007.

5.2 Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

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

Abb. 19: Anzahl der Kursteilnehmer in den jeweiligen Handlungsfeldern



Seit Beginn der Dokumentation von Leistungen nach dem individuellen Ansatz haben in allen Handlungsfeldern kontinuierlich immer mehr Versicherte Kurse besucht.

Den Schwerpunkt setzten sie dabei zunehmend auf Angebote zum Handlungsfeld Bewegung²⁷ und abnehmend auf Kurse mit ernährungsbezogenen Inhalten²⁸. Die Anteile an Kursteilnahmen zur Stressreduktion/Entspannung lagen in den fünf abgebildeten Berichtsjahren auf einem jeweils vergleichbaren Level. Seit 2005 griffen die Versicherten häufiger Kurse zur Stressreduktion/Entspannung auf als Angebote zum Themenfeld Ernährung.

Vergleichsweise selten, d.h. in 0,9 % aller Fälle suchten Versicherte Veranstaltungen zum Thema Suchtmittelkonsum auf (2002: 0,5 %, 2003/2004: 0,8 %, 2005: 0,9 %). Die Zahl der Kursteilnehmer ist dabei von rund 3.900 in 2002 auf 11.800 Teilnehmer im Jahr 2006 angestiegen.

²⁷ In 2006 griffen 75 % aller Kursteilnehmer Bewegungskurse auf. Davon handelte es sich in 43 % der Fälle um Bewegungskurse zur „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten“ und bei 57 % um Kurse zur „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“ (nähere Erläuterungen zu den Präventionsprinzipien s. Leitfaden Prävention 2006, S. 27 ff).

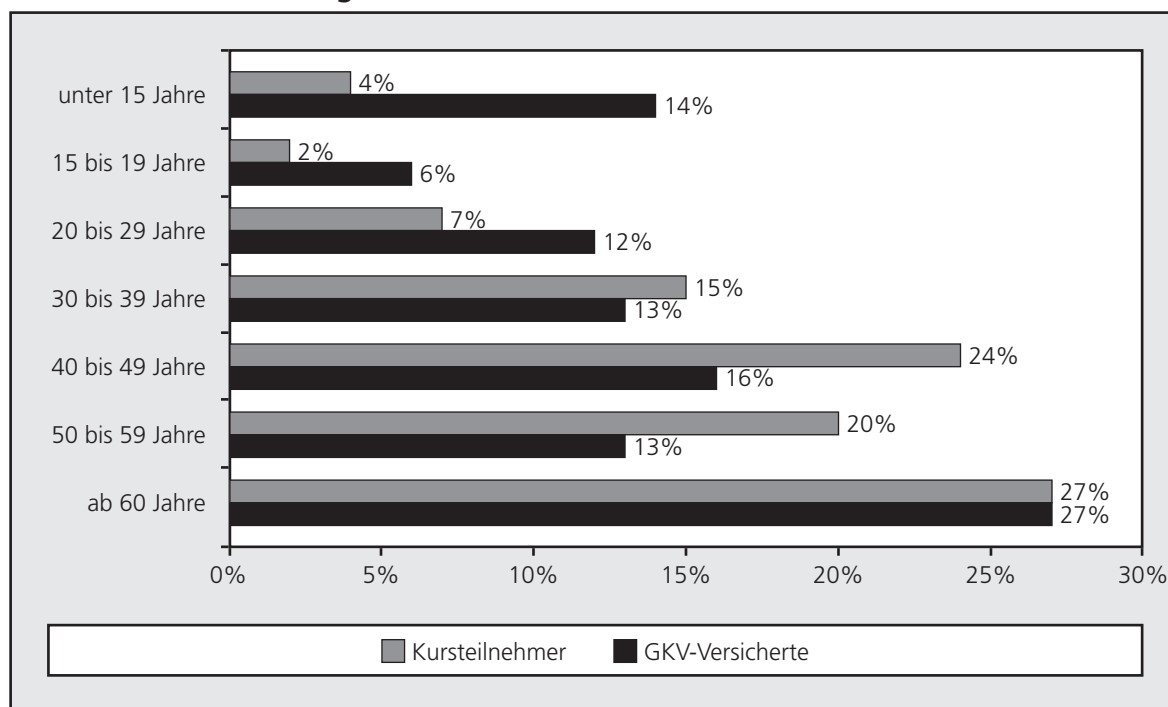
²⁸ Bei den Ernährungskursen nahmen 33 % der Kursteilnehmer Kurse zur „Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung“ und 65 % zur „Vermeidung /Reduktion von Übergewicht“ wahr (nähere Erläuterungen zu den Präventionsprinzipien s. Leitfaden Prävention 2006, S. 33 ff).

5.3 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

5.3.1 Alter

Ein Vergleich der Altersverteilung der im Jahr 2006 gemeldeten Kursteilnehmer mit der Altersstruktur der GKV-Versicherten²⁹ zeigt, dass primärpräventive Kursangebote besonders häufig von Versicherten im Alter zwischen 40 und 59 Jahren in Anspruch genommen wurden. 30- bis 39-Jährige wurden proportional zur Versichertenstruktur erreicht. Jüngere Versicherte bis zu 29 Jahren und besonders diejenigen im Alter von bis zu 14 Jahren griffen hingegen vergleichsweise selten primärpräventive Kursangebote auf:

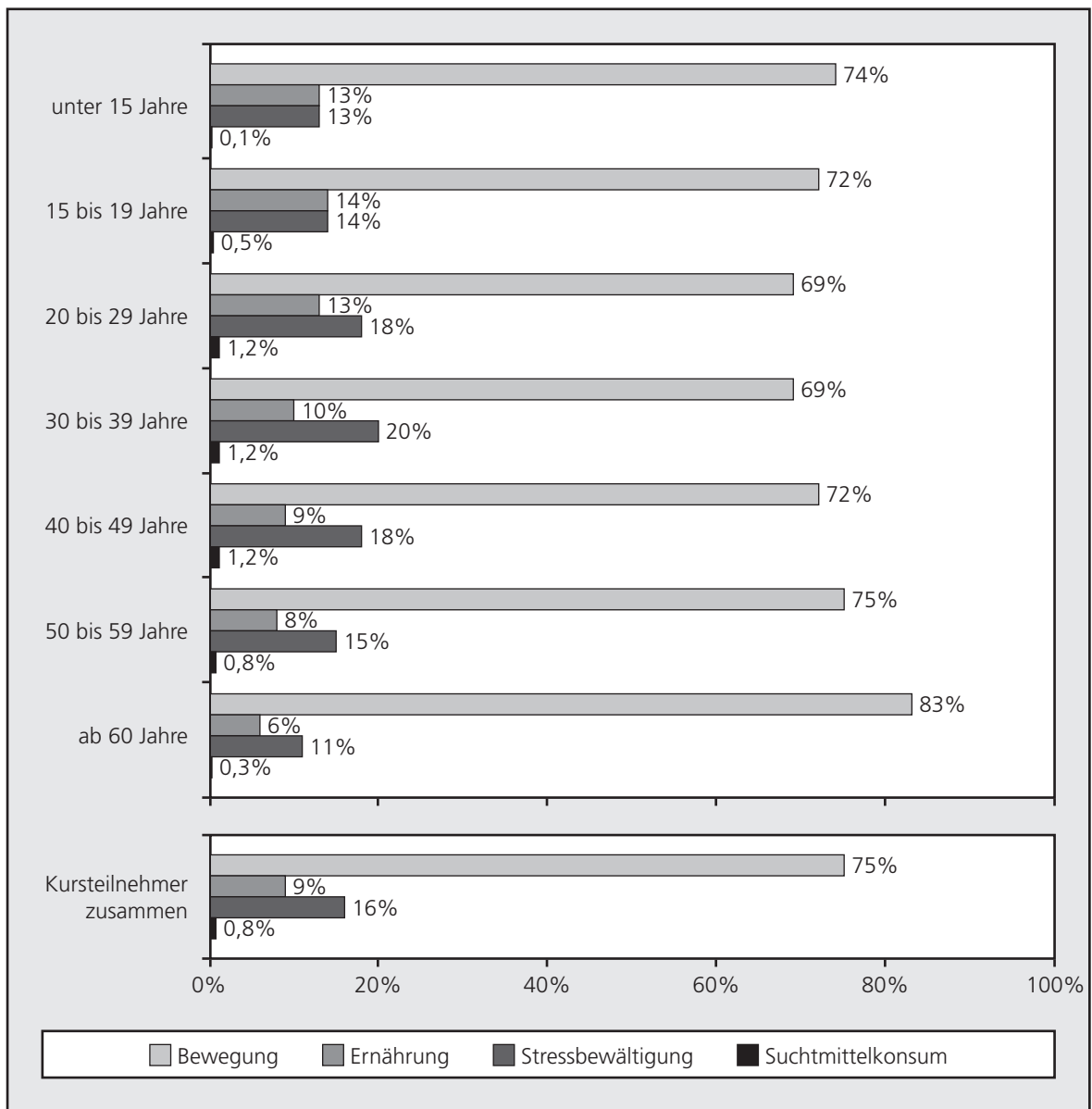
Abb. 20: *Prozentuale Anteile der Altersgruppen – KM6 und Ergebnisse individueller Ansatz*



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

²⁹ BMG: KM6, ebd.

Abb. 21: Altersverteilung der Kursteilnehmer in den jeweiligen Handlungsfeldern



Bewegungskurse, die von allen Altersgruppen am häufigsten aufgesucht wurden, wurden – wie in den Berichtsjahren zuvor – mit höchstem Anteil von Kursteilnehmern ab 60 Jahren in Anspruch genommen. Kursteilnehmer im Alter von 15 bis unter 40 Jahren griffen bewegungsförderliche Kursangebote im Vergleich zur Gesamtheit der Kursteilnehmer etwas weniger auf.

Ernährungskurse wurden von Versicherten im Alter bis zu 29 Jahren tendenziell häufiger aufgesucht als von Versicherten aus anderen Altersgruppen. Am höchsten war das Interesse der Kursteilnehmer an Ernährungsangeboten bei der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen. Bei diesen wurden vorzugsweise Kursangebote zur Vermeidung oder Reduktion von Übergewicht in Anspruch genommen (67 %).

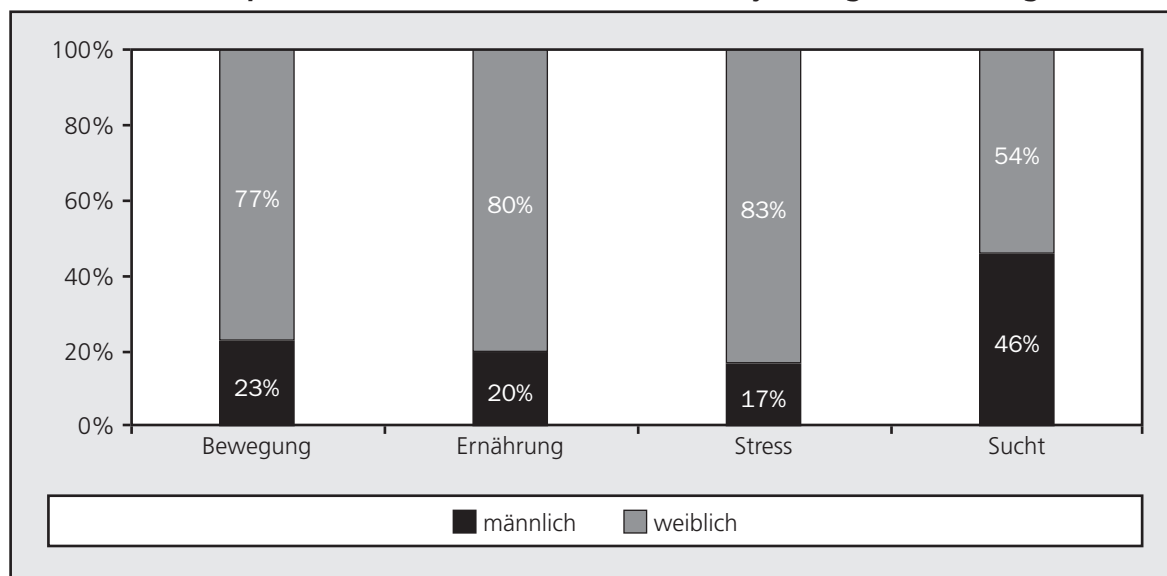
Kursangebote zur Stressbewältigung suchten am häufigsten mit einem Anteil von 20 % Versicherte im Alter von 30 bis 39 Jahren auf. Auch die 20- bis 29-Jährigen sowie 40- bis 49-Jährigen nahmen etwas häufiger Stressbewältigungsangebote in Anspruch als die Gesamtheit.

Angebote zum Suchtmittelkonsum wurden insgesamt selten in Anspruch genommen. Am häufigsten suchten Versicherte im Alter zwischen 20 und 49 Jahren Kurse zu diesem Themenfeld auf (jeweils 1,2 %).

5.3.2 Geschlecht

Kursangebote nach dem individuellen Ansatz wurden – wie in den Berichtsjahren zuvor – überdurchschnittlich häufig von Frauen in Anspruch genommen. Ihr Anteil lag bei 78 % aller Kursteilnehmer, der Anteil der männlichen Kursbesucher lag hingegen bei 22 % (2003, 2004: jeweils 80 % und 20 %, 2005: 78 % und 22 %). Dem stand ein Frauenanteil von 53 % und ein Männeranteil von 47 % aller GKV-Versicherten gegenüber³⁰.

Abb. 22: Inanspruchnahme nach Geschlecht in den jeweiligen Handlungsfeldern



Bezogen auf die einzelnen Handlungsfelder war der Anteil an männlichen Kursbesuchern mit 46 % am höchsten bei Kursangeboten zum Thema Suchtmittelkonsum. Zwar ist die Zahl der männlichen Raucher in der Bevölkerung im Erwachsenenalter höher als die der Frauen, doch ist der hier beobachtete Anteil zutreffender damit zu erklären, dass diese Kurse für Männer leichter zugänglich waren. Bei Kursen zum Handlungsfeld Bewegung waren 23 % und zum Themenfeld Ernährung 20 % der Teilnehmer männlich. Am niedrigsten war der Männeranteil bei Kursangeboten zur Stressbewältigung (17 %). Hier hob sich die Gruppe der bis zu 14-jährigen männlichen Teilnehmer mit einem Anteil von 63 % auffallend heraus.

Bei jüngeren Altersgruppen war der Anteil der männlichen Kursteilnehmer insgesamt eher hoch: Er lag in der Altersgruppe der bis 14-Jährigen bei 50 % und in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen bei 30 %. Offensichtlich nahmen hier noch die Eltern (bzw. Mütter) Einfluss auf die Kursteilnahme ihrer Kinder an individuellen Kursangeboten.

30 BMG: KM6, Stand 16.09.2006

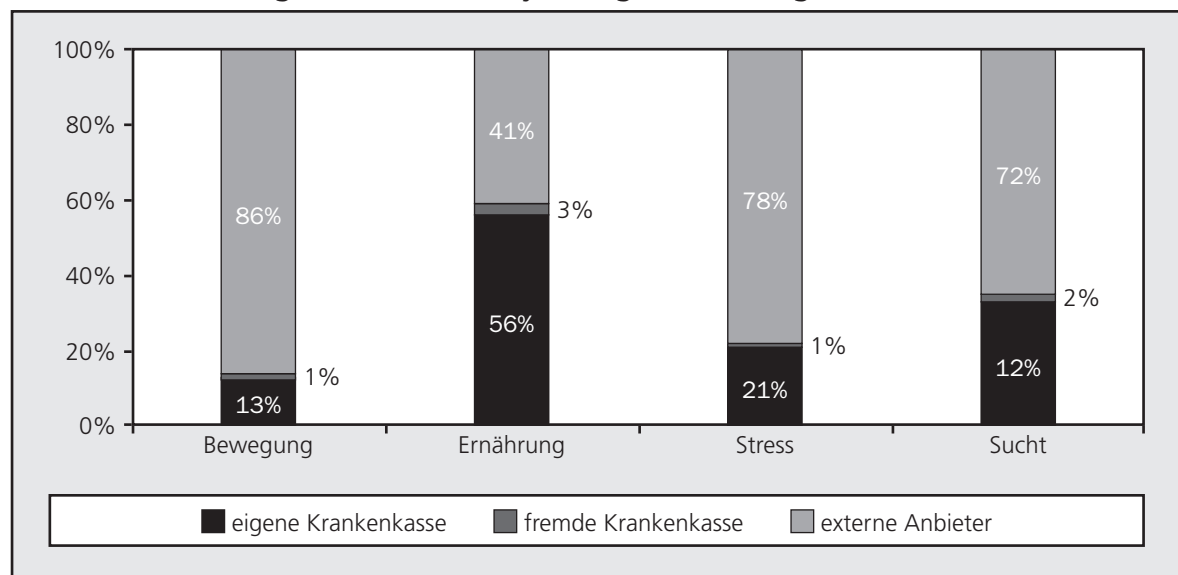
5.4 Leistungsanbieter

Vier Fünftel aller im Jahr 2006 von Versicherten aufgesuchten Kurse/Seminare wurden von anderen Anbietern als den Krankenkassen durchgeführt. Bei diesen externen Anbietern lagen wiederum in 23 % der Fälle besondere Kooperationsvereinbarungen mit den Krankenkassen vor, bei 77 % wurden hingegen keine besonderen Kooperationsvereinbarungen getroffen.³¹ Bei 18 % der gemeldeten Kursteilnahmen handelte es sich um Kursangebote der eigenen Krankenkasse. Versicherte suchten selten Kurse auf die von anderen Krankenkassen als der eigenen durchgeführt wurden (1,2 %).

Besonders hoch war der Anteil an Kursangeboten von externen Anbietern bei den Handlungsfeldern Bewegung, Stressreduktion/Entspannung und auch Suchtmittelkonsum. Dabei handelte es sich bei 20 % aller Kursteilnahmen zum Handlungsfeld Bewegung um Kooperationspartner der Krankenkassen. Der Anteil der Kooperationspartner lag bei Angeboten zur Stressreduktion/Entspannung bei 15 % und zum Suchtmittelkonsum bei 12 %.

Ernährungskurse wurden in der Mehrzahl der Fälle von der eigenen Krankenkasse durchgeführt. Auch handelte es sich bei einem Drittel der Kursteilnahmen zum Suchtmittelkonsum um Angebote der eigenen Krankenkasse.

Abb. 23: Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern



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

6 Betriebliche Gesundheitsförderung

Im Jahr 2006 waren insgesamt 39 Millionen Menschen erwerbstätig (47 % der Bevölkerung³²). Von ihnen wird aufgrund des in den letzten Jahren verschärften internationalen Wettbewerbs in der Wirtschaft häufig mehr abverlangt, als noch in den Jahren davor: ein größeres Arbeitstempo, mehr Flexibilität, permanente Lernbereitschaft für mehr Qualität. Da die Menschen am Arbeitsplatz einen mehr oder weniger großen Anteil ihrer Zeit verbringen, können diese Anforderungen, verknüpft mit den Verhältnissen am Arbeitsplatz, häufig negative Auswirkungen auf Wohlbefinden und Gesundheit haben.

Bei gut organisierten und gestalteten Arbeitsplätzen hingegen und einem das körperliche und seelische Wohlbefinden fördernden Betriebsklima lassen sich diese modernen Herausforderungen leichter bewältigen und das Wohlbefinden bzw. die Gesundheit von Mitarbeitern und auch deren Angehörigen erhalten. Von motivierten, kreativen und gesunden Beschäftigten profitieren auch die Unternehmen. Geringere Krankheits- und Leistungsausfälle tragen zu einem Erhalt von Wettbewerbsfähigkeit bei. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist sowohl auf die Stärkung von Gesundheitspotenzialen in Unternehmen als auch auf die Stärkung von gesundheitsbewusstem Verhalten der Beschäftigten ausgerichtet.

Bereits seit vielen Jahren sind die gesetzlichen Krankenkassen in der BGF aktiv. Dabei können sie 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 Krankenkassen festgelegt.³³

BGF durch Krankenkassen stellt – entsprechend dem § 20 Abs. 2 (aktuell: § 20 a) SGB V³⁴ – grundsätzlich eine Ergänzung zu den gesetzlichen Aufgaben des Arbeitsschutzes dar. Die Vermeidung von Arbeitsunfällen sowie die Verhütung von Berufskrankheiten und Gesundheitsgefahren ist nach wie vor wesentliche Aufgabe der Unfallversicherung. Auch die Arbeitgeber stehen in der gesetzlichen Pflicht, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und die Arbeit menschengerecht zu gestalten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gehen bei der BGF von einem ganzheitlichen Ansatz aus. So zielen sie bei BGF-Prozessen auf die enge Zusammenarbeit mit möglichst allen betriebsinternen und -externen Akteuren ab. Zu den wesentlichen betriebsinternen Akteuren zählen neben den Arbeitgebern und der Personalabteilung 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 oder kommerzielle Institutionen (z.B. Unternehmensberater, Trainer etc.).

Ganzheitlich verstandene BGF ist auf Langfristigkeit und Nachhaltigkeit ausgerichtet. Sie ist in der Regel – wie im Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen beschrieben – auf eine Einbindung von Gesundheitsförderung in betriebliche Managementsysteme ausgerichtet. Auch strebt sie die Einleitung von dauerhaften Verbesserungsprozessen über die eigentlichen Aktivitäten der Gesundheitsförderung hinaus an. Maßnahmen, die alle Gesundheitspotenziale in Unternehmen und Organisationen stärken, zielen dabei sowohl auf das gesundheitsbezoge-

32 Quelle: Statistisches Bundesamt. ILO-Arbeitsmarktstatistik. Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. Einwohner und Erwerbsbeteiligung (Inländerkonzept)

33 "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" (Mittlerweile liegt eine überarbeitete Fassung vom 10. Februar 2006 in der 2. korrigierten Auflage vom 15. Juni 2006 vor).

34 In 2006 § 20 Abs. 2 SGB V, mit den Änderungen des SGB V im September 2007 finden sich die gesetzlichen Regelungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der BGF im § 20a Abs. 1 u. 2 SGB V.

ne „Verhalten“ der Mitarbeiter als auch gleichzeitig auf die „Verhältnisse“ im Unternehmen. Verhaltensbezogene Aktivitäten können z.B. arbeitsplatzbezogene Rückenschulen oder Ergonomieberatungen am Arbeitsplatz, individuelle Ernährungsberatungen, Angebote zum Umgang mit Stress-Situationen, zum Konfliktmanagement, zur Kommunikation untereinander oder auch Angebote zum Thema Nichtrauchen sein. Maßnahmen, die die Verhältnisse in Betrieben betreffen, zielen häufig auf die Optimierung der Arbeitsumgebung und -organisation, 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 des Expertenwissens möglichst vieler 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 wesentlich von den Entscheidern bzw. der jeweiligen Situation vor Ort abhängig. Oft werden erste Erfahrungen zur BGF zunächst über Einzelaktionen, wie z.B. die Durchführung von Arbeitsunfähigkeits- oder anderen Analysen, Mitarbeiterbefragungen, Gesundheitstage bzw. -wochen, Gesundheitsuntersuchungen oder Einzelmaßnahmen, gesammelt. Diese Aktivitäten sind von Bedeutung für die Nachhaltigkeit, da sie in der Regel auf die Fortführung weitergehender gesundheitsförderlicher Prozess- und Strukturveränderungen in Betrieben abzielen.

Der vorliegende Präventionsbericht erfasst deshalb alle durch die Krankenkassen gemeldeten Aktivitäten zur BGF. Er liefert 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. Der Präventionsbericht lässt keine Rückschlüsse auf einzelne Projekte zu. Auch werden bei der Ergebnisdarstellung miteinander verbundene Elemente der BGF, wie die Durchführung von Bedarfsanalysen, die Bildung von außerbetrieblichen Kooperations- oder Steuerungsgremien, die Interventionen, der Einsatz von Methoden und Medien sowie die Durchführung von Erfolgskontrollen, voneinander getrennt abgebildet.

Der vorliegende Bericht stellt ausschließlich den Stand der Aktivitäten im Berichtsjahr dar. Interventionen oder Erfolgskontrollen, die sich 2006 erst in der Planungsphase befanden, sind nicht einbezogen.

6.1 Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

Dem vorliegenden Präventionsbericht zu Krankenkassenleistungen in der BGF im Berichtszeitraum 2006 liegen insgesamt 2.422 Dokumentationsbögen zu Grunde. In 2005 lag die Fallzahl bei 2.531 Dokumentationsbögen.

Tabelle 4: Rücklauf Dokumentationsbögen BGF

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

*Fälle, in denen ausschließlich AU-Analysen durchgeführt wurden

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für BGF nach § 20 Abs. 2 (aktuell: § 20a) SGB V sind 2006 gegenüber 2005 um 17,6% angestiegen.³⁵ Im Vergleich dazu lag der Ausgabenanstieg von 2004 auf 2005 bei 7,0%.

Die nachfolgenden Ausführungen bilden die Gesamtergebnisse in der BGF für das Berichtsjahr 2006 ab. Im Anschluss werden auffällige Ergebnisse aus den unterschiedlichen Betriebsgrößen und Branchen abgebildet. Nur solche Branchenergebnisse finden dabei Erwähnung, die mit einem Mindestanteil von 5 % im Gesamtdatensatz vertreten sind. Abschließend werden in diesem Kapitel die durchgeführten Aktivitäten in Abhängigkeit von vorhandenen bzw. fehlenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen beschrieben.

35 Ausgaben 2003: 25,0 Mio. €; 2004: 25,9 Mio. €; 2005: 27,7 Mio. €; 2006: 32,6 Mio. €

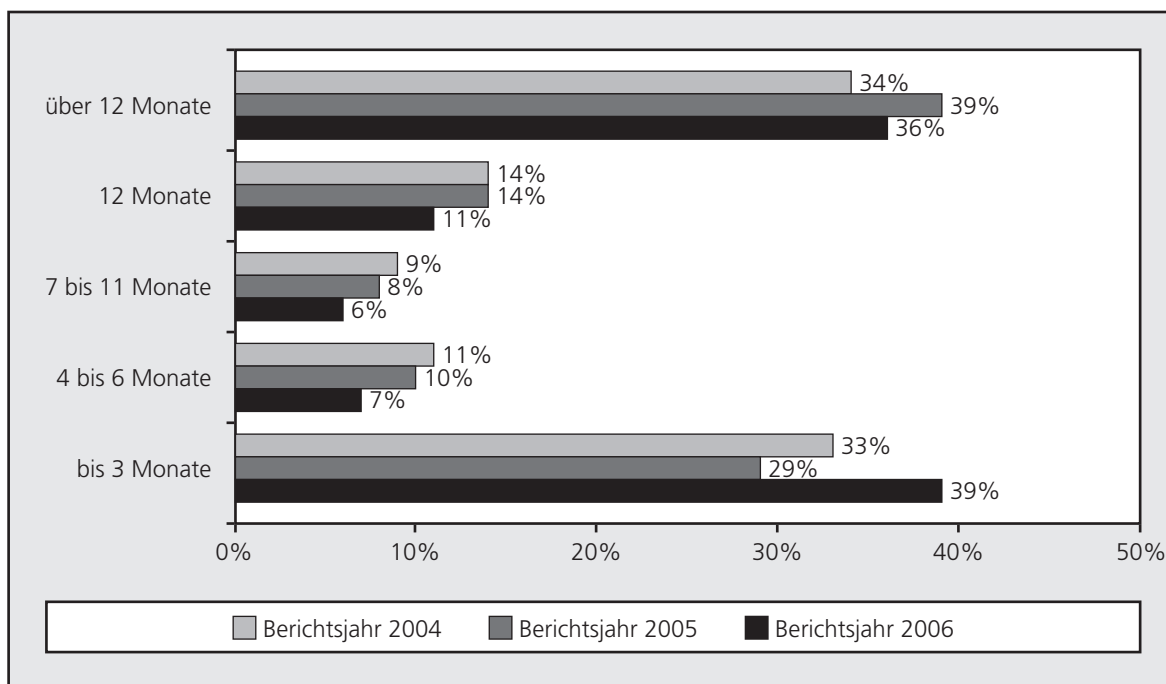
6.1.1 Allgemeine Daten

Die allgemeinen Daten umfassen Angaben zur Laufzeit der Aktivitäten, zu den Branchen und der Zahl der Standorte/Betriebe, weiterhin zu den Betriebsgrößen und dem Frauenanteil in den jeweiligen Betrieben.

6.1.1.1 Laufzeit der Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Bei 84 % aller für das Berichtsjahr 2006 gemeldeten BGF-Aktivitäten lagen Angaben zu den Laufzeiten der Gesundheitsförderungsmaßnahmen vor. Hier handelte es sich sowohl um endgültig feststehende Laufzeiten bei Aktivitäten, die zum Ende des Berichtjahres abgeschlossen waren, als auch um geplante Laufzeiten bei noch laufenden Projekten. Bei diesen sind noch Abweichungen von der Planung möglich.

Abb. 24: Laufzeit der Aktivitäten



Knapp die Hälfte aller gemeldeten BGF-Aktivitäten dauerten im Jahr 2006 ein Jahr und länger an, 39 % liefen bis zu drei Monaten. Die durchschnittliche Laufzeit pro gemeldeter Aktivität lag bei 19 Monaten.

Im Ergebnisvergleich der Berichtsjahre 2004, 2005 und 2006 war der Anteil an einjährigen und länger andauernden Projekten mit 53 % in 2005 am höchsten und mit 47 % in 2004 am niedrigsten. Die durchschnittliche Laufzeit von 19 Monaten entsprach dem Ergebnis aus 2005 und war gegenüber 2004 höher (durchschnittliche Laufzeit in 2004: 16 Monate).

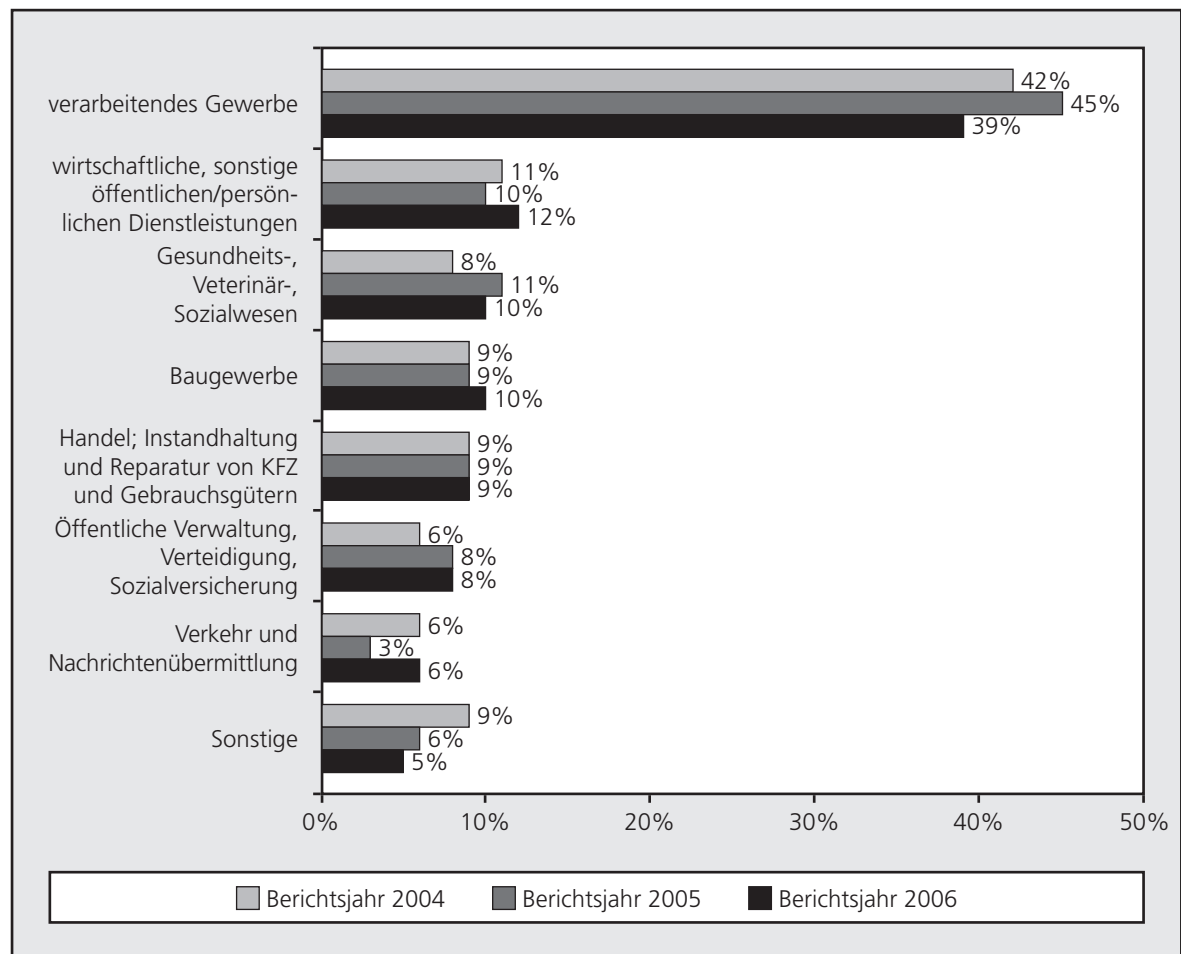
Darüber hinaus waren 59 % aller gemeldeten Aktivitäten zum Ende des Berichtsjahres abgeschlossen. Bei 4 % der noch laufenden Fälle war die Mitwirkung der Krankenkassen abgeschlossen.

89% der Aktivitäten mit einer Laufzeit von einem Jahr und mehr liefen zum Ende des Berichtsjahres noch. Bei diesen kann davon ausgegangen werden, dass es sich um im Sinne der BGF auf Ganzheitlichkeit und Nachhaltigkeit ausgerichtete Maßnahmen handelte. Solche zielen auf eine feste Implementierung von Gesundheitsförderung in den Betrieb ab. Hingegen war die Mehrzahl (83 %) der bis zu drei Monate andauernden Aktivitäten zum Ende des Berichtsjahres bereits abgeschlossen.

6.1.1.2 Branchen, Anzahl an Standorten/Betrieben

Die Branchenzugehörigkeit der im Präventionsbericht gemeldeten Betriebe wurde nach der Klassifikation von Wirtschaftszweigen des Statistischen Bundesamtes (WZ 2003) abgefragt. Im Jahr 2006 lag folgende Branchenverteilung vor:

Abb. 25: Branchen



BGF wurde im Jahr 2006 am häufigsten in Unternehmen aus dem verarbeitenden Gewerbe durchgeführt. Dabei handelte es sich vorzugsweise um Betriebe aus dem Ernährungsgewerbe und der Metallerzeugung/-bearbeitung (25 % und 23 % der Fälle aus dem verarbeitenden Gewerbe). Mit einem Anteil von 12 % aller Fälle erfolgte BGF am nächsthäufigsten in der Branche „Wirtschaftliche, sonstige öffentliche und persönliche Dienstleistungen“, ferner im „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ und im Baugewerbe. Zur Kategorie „Sonstige“ wurden alle Branchen zugeordnet, die einen geringeren Anteil als 5 % an der Gesamterhebung hatten.

Im Ergebnisvergleich der Berichtsjahre 2004, 2005 und 2006 lässt sich 2006 ein Rückgang an Betrieben aus dem verarbeitenden Gewerbe verzeichnen. BGF wurde hingegen etwas häufiger als in den Vorjahren in Unternehmen aus der Branche „Wirtschaftliche, sonstige öffentliche und persönliche Dienstleistungen“ durchgeführt. Auch der Sektor „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ war 2006 wieder stärker vertreten als in 2005.

Im Vergleich zu den bundesweiten Anteilen der Betriebe in den jeweiligen Wirtschaftszweigen³⁶ waren Unternehmen aus dem verarbeitenden Gewerbe mit einem Anteil von 39 % stark vertreten (Bundesanteil 11 %). Da gerade hier häufig körperlich schwere Arbeiten ausgeübt werden

³⁶ Bundesanstalt für Arbeit: Statistik zur Zahl der Betriebe nach Wirtschaftsabteilungen in Deutschland (Stand 30.06.2006).

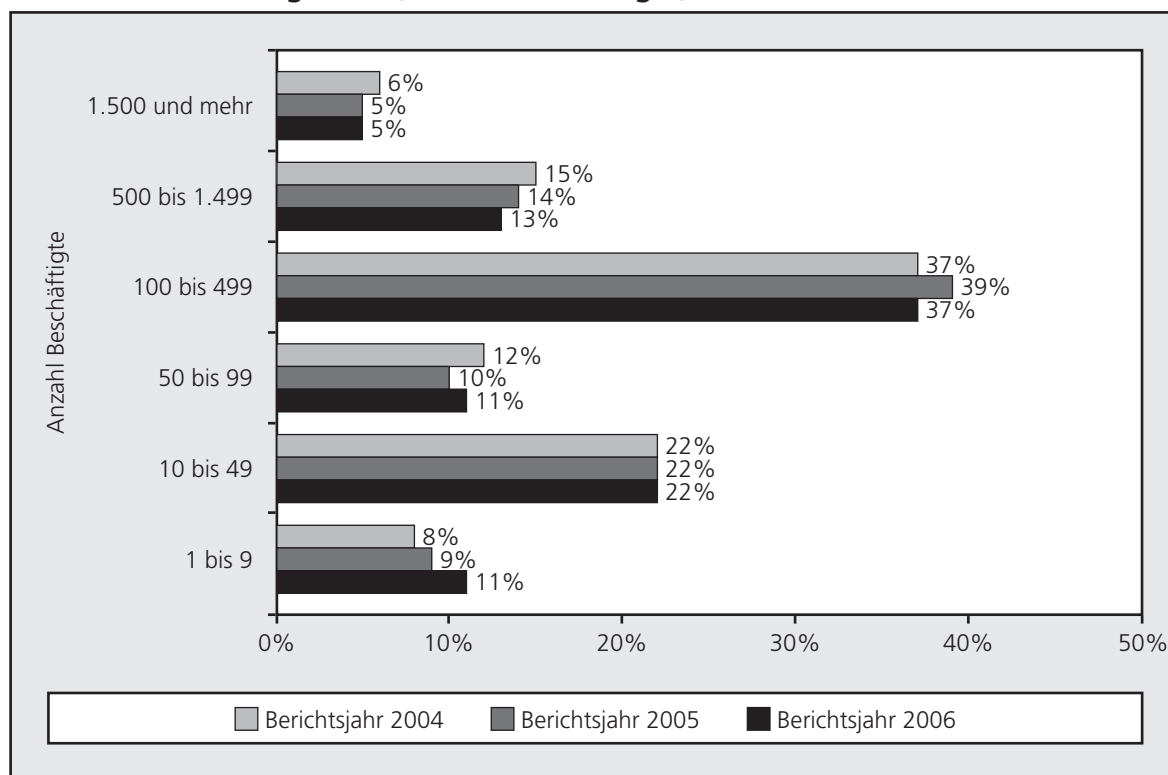
und oft größere Unfallgefahren bestehen, wird in dieser Branche offensichtlich immer noch ein vergleichsweise höherer Bedarf für die Durchführung von BGF gesehen. Die Anteile an Betrieben aus den Wirtschaftszweigen Handel und „Wirtschaftliche, sonstige öffentliche und persönliche Dienstleistungen“ waren im Vergleich zu den bundesweiten Anteilen der Betriebe deutlich unterrepräsentiert (Handel 9 %, Bundesanteil 21 %; Dienstleistungen 13 %, Bundesanteil 25 %). Bei diesen Sektoren besteht nach wie vor ein großes Potenzial für die Intensivierung von BGF.

Der Dokumentationsbogen zur BGF enthielt eine Abfrage über die Zahl der Standorte, in denen BGF-Maßnahmen durchgeführt wurden. Die Maßnahmen konnten in einem Unternehmen/Standort durchgeführt werden oder auch im Rahmen eines Netzwerkprojekts (meist bei Klein- und Kleinstbetrieben): Bei 87 % aller eingereichten Dokumentationsbögen, d.h. bei 2.114 Betrieben wurde BGF an *einem* Standort durchgeführt. Bei den weiteren 308 berichteten Projekten erfolgte die BGF mindestens an zwei und im Mittel an drei Standorten. Die Gesamtsumme aller gemeldeten Standorte/Betriebe lag bei 6.592 (2005: 6.407 Standorte/Betriebe). Im Maximalfall wurde einmal über 3.000 Standorte berichtet. Hierbei handelte es sich um ein Unternehmen aus dem Gastgewerbe.

6.1.1.3 Betriebsgrößen, erreichte Personen

BGF-Maßnahmen wurden 2006 am häufigsten in Betrieben mit einer Beschäftigtenzahl von 100 bis 499 Mitarbeitern durchgeführt (37 %). Dem folgten Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigten (34 %) sowie Unternehmen mit mehr als 500 Mitarbeitern (18 %). Beachtliche Ergebnisabweichungen zum Vorjahresbericht lagen 2006 nicht vor. Erwähnenswert ist der leichte Zuwachs an Betrieben mit einer Beschäftigtenzahl von 1 bis 9 Mitarbeitern.

Abb. 26: Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)



Der Anteil an Betrieben mit mindestens 100 Mitarbeitern lag zusammen bei 50 % aller Fälle mit vorliegenden Angaben zur Beschäftigtenzahl. Demgegenüber hatten 1,9 % aller Betriebe in Deutschland eine Beschäftigtenzahl von 100 Mitarbeitern und mehr.³⁷ In diesen waren bundes-

³⁷ Bundesanstalt für Arbeit: Statistik zur Zahl der Betriebe nach Wirtschaftsabteilungen in Deutschland (Stand 30.06.2006).

weit 47 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten tätig. Umgekehrt beschäftigten 96 % der bundesweit erfassten Betriebe weniger als 50 Mitarbeiter. In diesen Klein- und Kleinstbetrieben waren 41 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten tätig.

Die starke Präsenz von Unternehmensgrößen ab 100 Mitarbeitern im Datensatz lässt sich insbesondere auf die für die Durchführung von BGF tendenziell günstigeren Strukturverhältnisse in größeren Unternehmen zurückführen. Auch stellt sich der Aufwand für BGF in Klein-/Kleinstbetrieben im Verhältnis zu der Zahl an Personen, die man dort erreicht, als vergleichsweise hoch dar. So wurden in Unternehmen mit 100 und mehr Mitarbeitern den Schätzungen zufolge 349.891 Personen direkt erreicht (86 % der Gesamtschätzzahl). In Betrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern konnten hingegen insgesamt lediglich 14.249 Personen direkt erreicht werden (3,5 %).

In allen Betriebsgrößen einschließlich der Betriebe mit „50-99 Mitarbeitern“ wurden laut Schätzungen zusammen 409.163 Personen direkt erreicht. Diese Maßnahmen hatten Auswirkungen auf geschätzte weitere 526.458 Personen. Zu solchen BGF-Aktivitäten, die zunächst einen kleinen Personenkreis direkt ansprechen und sich dann gezielt auf weitere Mitarbeiter auswirken, zählen z.B. Gesundheitszirkel. An diesen nehmen einige wenige Mitarbeiter eines Arbeitsbereiches/einer Abteilung teil. Die im Zirkel erarbeiteten Maßnahmen bzw. Erkenntnisse werden dann in den gesamten Arbeitsbereich eingebracht und der gesamten Belegschaft kommuniziert. Somit profitieren deutlich mehr Mitarbeiter als nur die Teilnehmer an den Zirkeln von der Umsetzung der Maßnahmen. Auch Multiplikatorenschulungen zu gesundheitsförderlichen Fragestellungen wirken sich auf eine weitaus größere Zahl von Mitarbeitern aus.

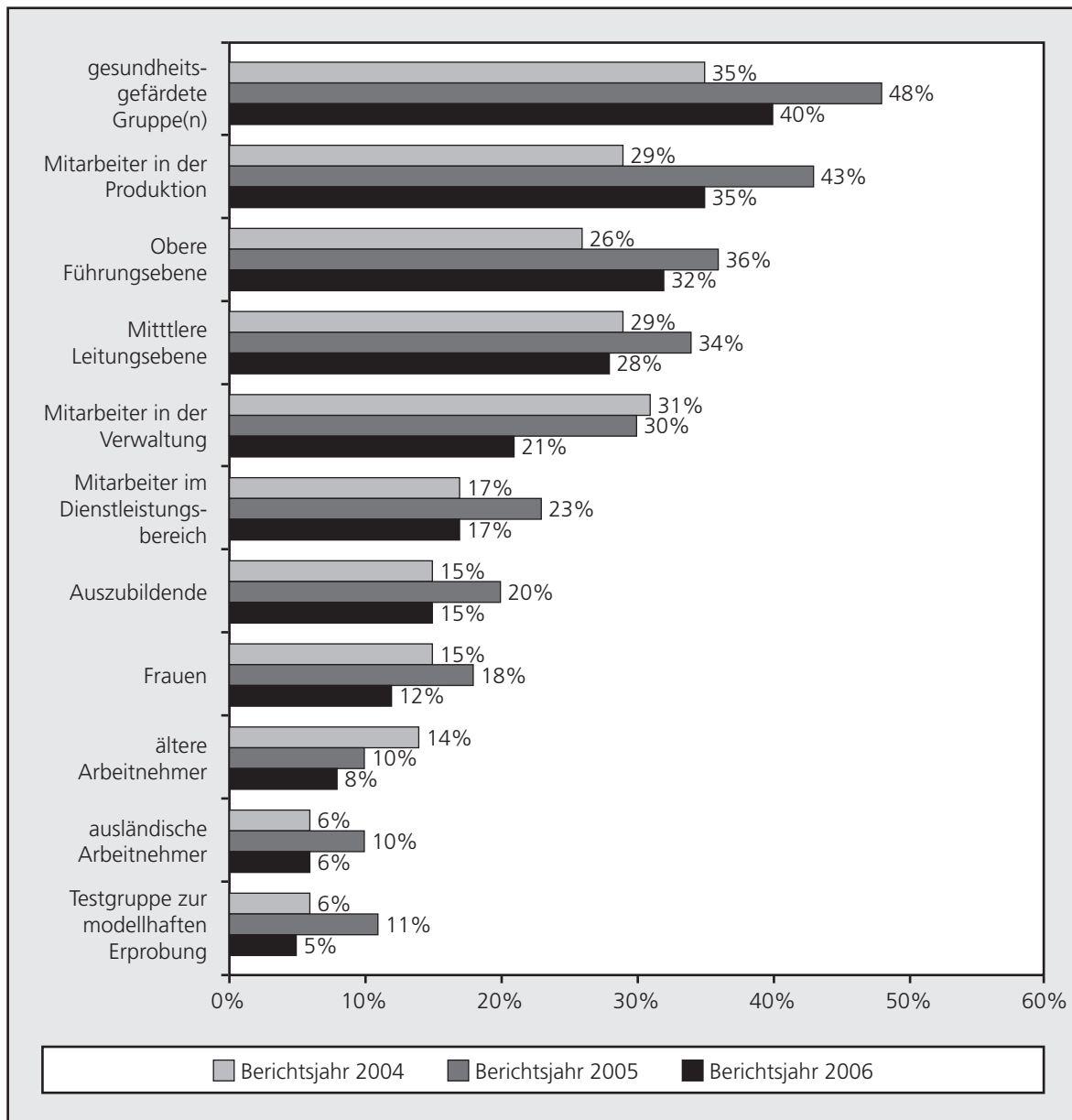
Insgesamt konnten also im Jahr 2006 etwa 936.000 Personen erreicht werden. Damit war die Gesamtschätzsumme der erreichten Personen 2006 deutlich höher als in den Berichtsjahren zuvor (2004: 670.000, 2005: 606.000).

6.1.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

In 64% aller Fälle (1.535 Dokumentationsbögen) waren die Aktivitäten in den Betrieben auf alle Beschäftigten ausgerichtet. In diesen Fällen war es richtig, aufgrund des Projektzuschnittes, der Unternehmensgrößen oder -strukturen alle Mitarbeiter anzusprechen. Tendenziell wurden in kleineren Betrieben vergleichsweise häufiger alle Mitarbeiter, in größeren Unternehmen hingegen öfter bestimmte Zielgruppen bzw. Arbeitsbereiche angesprochen (siehe auch Betriebsgrößenauswertungen, Kap. 6.3.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen, Seite 95).

Bei 36 % der Fälle lag eine schwerpunktmäßige Zielgruppenausrichtung vor. Die nachfolgende Abbildung schlüsselt die Zielgruppen auf.

Abb. 27: Schwerpunktmäßige Zielgruppe
(Mehrfachnennungen möglich)



Zu den am häufigsten gewählten Zielgruppen zählten „Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“, „Mitarbeiter in der Produktion/im Handwerk“ und „obere Führungsebene“, „mittlere Leitungsebene“ sowie „Mitarbeiter in der Verwaltung“. Bei den „Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belasteten Gruppe(n)“ handelt es sich in erster Linie um Beschäftigtengruppen, die aufgrund ihrer Tätigkeit am Arbeitsplatz vergleichbar stärkeren körperlichen

bzw. gesundheitlichen Belastungen, wie z.B. Tragen/Heben schwerer Lasten, Fehlhaltungen bei der Arbeit, stehender Tätigkeit, Lärm-/Staubbelastungen usw. ausgesetzt sind. So wurden bei 46% der Fälle der „Mit Gesundheitsgefährdungen belasteten Gruppe(n)“ gleichzeitig auch „Mitarbeiter in der Produktion“ benannt, ein Arbeitsbereich, in dem bekanntlich vorwiegend körperliche Arbeit geleistet wird.

Im Jahr 2006 waren die Aktivitäten im Durchschnitt pro gemeldeter Aktivität auf zwei Zielgruppen gleichzeitig ausgerichtet. Im Jahr davor wurden noch durchschnittlich drei Zielgruppen gleichzeitig benannt. Daraus resultieren die für 2006 beobachteten niedrigeren Anteile der einzelnen Zielgruppen als in 2005. Am häufigsten wurden sowohl „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“ als auch „Mitarbeiter in der Produktion /Handwerk“ (11 %) genannt. In etwa der Hälfte dieser Fälle wiederum waren die Maßnahmen zusätzlich noch auf die obere Führungsebene und mittlere Leitungsebene ausgerichtet. Dies ist insofern erfreulich, als Mitarbeiter aus dieser Ebene eine Entscheider- und Multiplikatorenfunktion haben.

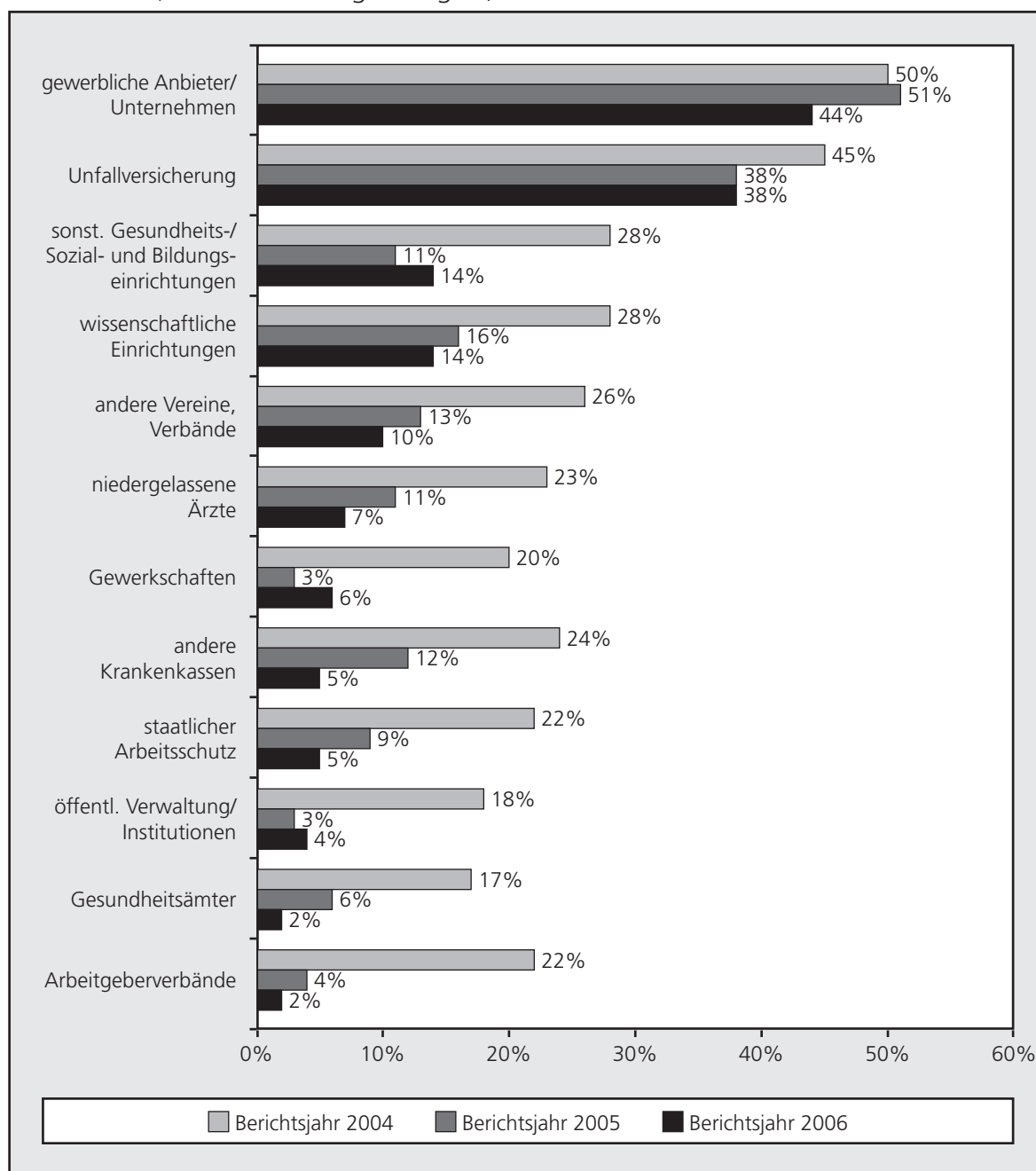
Im Ergebnisvergleich der Berichtsjahre 2004, 2005 und 2006 waren die Maßnahmen im Jahr 2006 insgesamt weniger auf Mitarbeiter in der Verwaltung ausgerichtet. Auch wurden ältere Mitarbeiter 2006 weniger als Zielgruppe angesprochen als noch in den zwei Berichtsjahren zuvor. Unter dem Aspekt der Heraufsetzung des gesetzlichen Renteneintrittsalters ist hier eine in Zukunft stärkere Zielgruppenausrichtung auf ältere Arbeitnehmer erstrebenswert.

6.1.3 Außerbetriebliche Kooperationspartner

Bei 54 % aller für 2006 eingereichten Dokumentationsbögen wurden außerbetriebliche Kooperationen bejaht (2005: 51 %). Im Mittel waren bei bestehender Kooperation Partner aus ein bis zwei verschiedenen Einrichtungen in die Aktivitäten eingebunden. Dies ist tendenziell weniger als noch in den Berichtsjahren zuvor: hier wurden – abgesehen vom Berichtsjahr 2004 – im Mittel zwei gleichzeitig beteiligte Kooperationspartner gemeldet. In 2004 lagen auffallend viele Kooperationen vor, und im Durchschnitt wurden drei beteiligte Kooperationspartner pro bejahter Kooperation benannt. Dies macht sich auch in der Auflistung der einzelnen Kooperationspartner in den hohen prozentualen Anteilen für 2004 bemerkbar.

Da es Ziel der Krankenkassen ist, möglichst weitere Ressourcen, insbesondere fachlich-sachlicher Art, in die Maßnahmen einzubringen, lassen diese Ergebnisse aus dem Berichtsjahr 2006 ein deutliches Verbesserungspotenzial erkennen.

Abb. 28: Außerbetriebliche Kooperationspartner
(Mehrfachnennungen möglich)



Wie in den Berichtsjahren zuvor waren 2006 die auffallend am häufigsten genannten Kooperationspartner Gewerbliche Anbieter/Unternehmen³⁸ sowie Unfallversicherung. Dabei ist der Anteil der gewerblichen Anbieter im Vergleich zu den Berichtsjahren davor geringer geworden.

Im Ergebnisvergleich der Berichtsjahre 2004, 2005 und 2006 ist für 2006 auffallend, dass andere Krankenkassen, staatlicher Arbeitsschutz, Gesundheitsämter sowie Arbeitgeberverbände bemerkenswert weniger als außerbetriebliche Kooperationspartner benannt wurden als in den beiden Berichtsjahren zuvor.

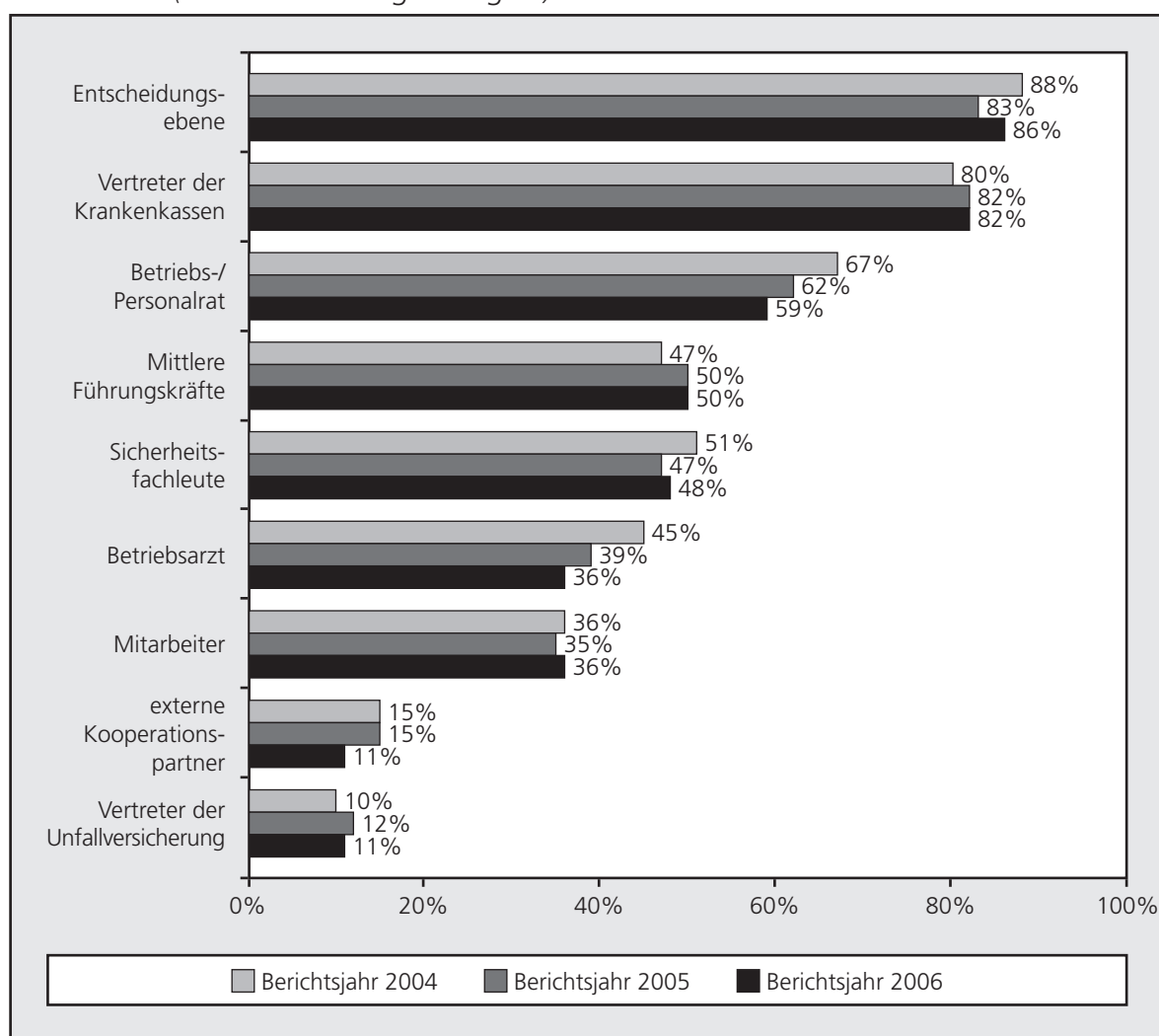
38 Dazu zählten auch Physiotherapeuten/Rückenschullehrer, Massagepraxen, externe Psychologen, Trainer, Ernährungsberater/Diätassistenten etc.

6.1.4 Koordination und Steuerung

In 68 % aller Fälle wurden im Rahmen der BGF Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet. Dies entspricht in etwa dem Ergebnis aus 2005 (70 %). Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen nehmen einen hohen Stellenwert für eine langfristige prozesshafte Einbindung von Gesundheitsförderung in Betriebsstrukturen ein. So erfolgten bei vorhandenen Steuerungsstrukturen insgesamt umfassendere Bedarfsanalysen und Interventionen als bei fehlenden (siehe Kap. 6.4 Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle bei vorhandenen bzw. fehlenden Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen, Seite 97).

Erfreulich ist dabei, dass im Jahr 2006 Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen nicht nur vorwiegend in größeren Unternehmen gebildet wurden, sondern auch in Klein- und Kleinstbetrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern, die in der Regel keine so formalisierte Struktur aufweisen wie größere Betriebe (60 %, Anteil bei 50 und mehr Beschäftigten: 73 %).

Abb. 29: Koordination/Steuerung
(Mehrfachnennungen möglich)



In einem Steuerungsgremium waren meist vertreten: die Entscheidungsebene³⁹ und Vertreter der Krankenkassen, ferner Betriebs- und Personalrat, mittlere Führungskräfte, Sicherheitsfachkräfte, Betriebsärzte sowie Mitarbeiter. Seltener waren externe Kooperationspartner und Vertreter der Unfallversicherung in die Entscheidungs- und Steuerungskreise eingebunden. Gravierende Ergebnisabweichungen lagen gegenüber 2005 nicht vor.

³⁹ Dabei handelte es sich um von der Geschäftsführung beauftragte Entscheider, wie z.B. die Betriebs- oder Personalleitung.

2006 waren an einem Steuerungsgremium im Durchschnitt Vertreter aus etwa vier verschiedenen Unternehmensbereichen bzw. externen Einrichtungen beteiligt (2005: vier Vertreter). In einem Drittel der Fälle, bei denen das Vorhandensein einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur bejaht wurde, waren im entsprechenden Gremium mindestens die Entscheidungsebene, Vertreter von Krankenkassen, Betriebs-/Personalrat sowie Sicherheitsfachleute gleichzeitig vertreten. Bei gut zwei Dritteln dieser Fälle wiederum waren zusätzlich noch mindestens mittlere Führungskräfte im Gremium eingebunden.

Eine Vereinbarung zur Durchführung von Aktivitäten der BGF mit dem Betrieb wurde laut den Angaben in den Dokumentationsbögen in 34 % der Fälle schriftlich und in 66 % mündlich getroffen (2005: 33 % schriftlich, 67 % mündlich).

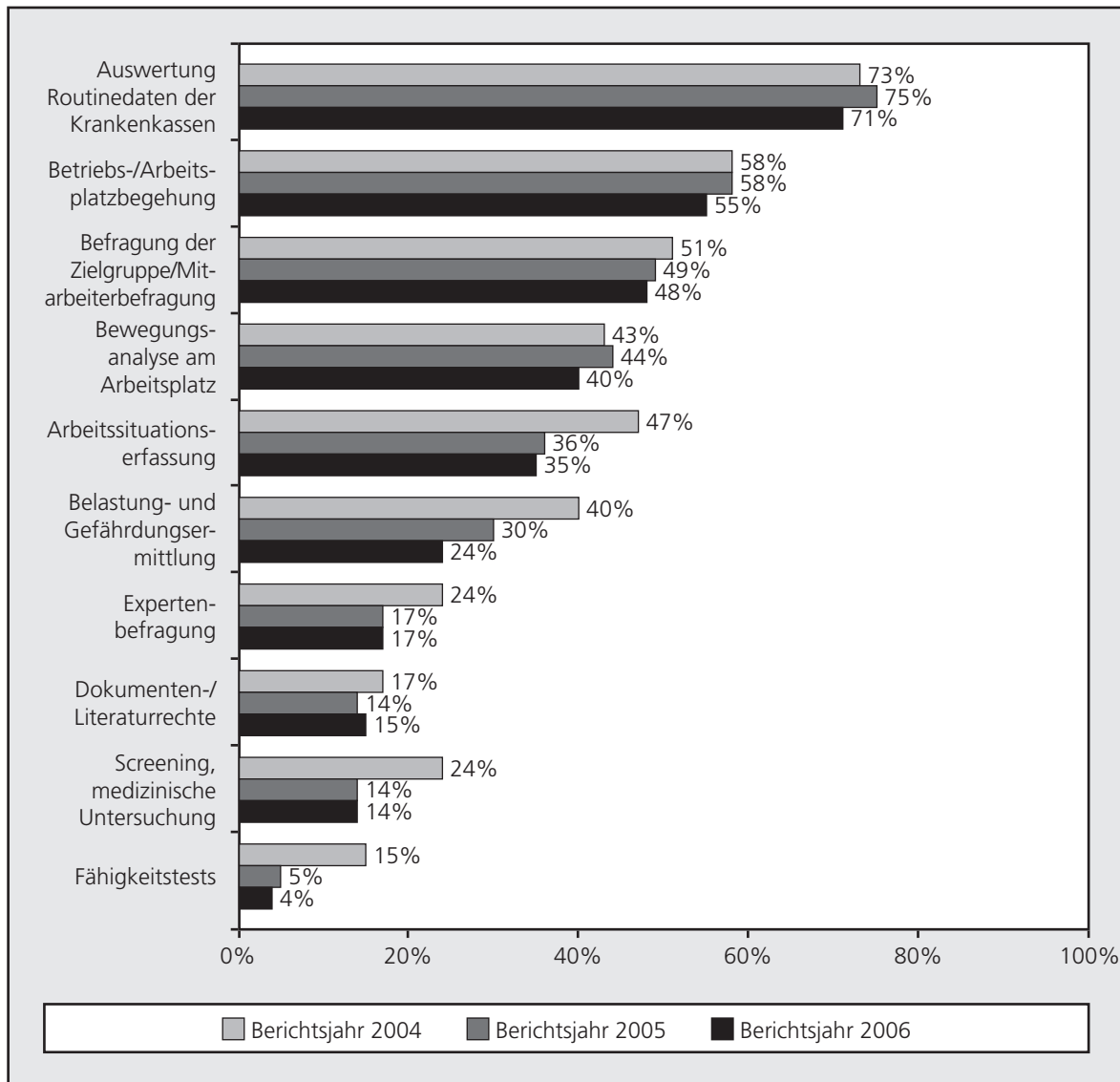
6.1.5 Bedarfsermittlung

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

Für das Berichtsjahr 2006 lagen in 94 % aller Fälle Angaben darüber vor, welcher Art die Bedarfsanalysen waren (2005: 94%). In 76% dieser Fälle griffen die Leistungsanbieter auf mehr als eine Analysemethode zurück. Im Mittel wurden drei Methoden der Bedarfsanalyse gleichzeitig angewandt.

In 80 % der Fälle, in denen mehr als eine Analysemethode angewandt wurde, erhoben die Krankenkassen sowohl subjektive als auch objektive Daten. Dabei handelte es sich in 46 % dieser Fälle mindestens um die Berücksichtigung von Routinedaten der Krankenkassen und die gleichzeitige Durchführung von Betriebs-/Arbeitsplatzbegehung sowie Zielgruppen-/Mitarbeiterbefragung.

Abb. 30: Bedarfsermittlung
(Mehrfachnennungen möglich)



Bei der Betrachtung der abgefragten Bedarfsanalysen hinsichtlich ihrer Häufigkeiten steht die Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen an oberster Stelle, gefolgt von Betriebs- und Arbeitsplatzbegehungen, Zielgruppen- und Mitarbeiterbefragungen sowie Bewegungsanalysen am Arbeitsplatz.

Im Ergebnisvergleich der Berichtsjahre 2004, 2005 und 2006 ist auffällig, dass die Methoden der Bedarfsermittlung Arbeitssituationserfassung sowie Belastungs- und Gefährdungsermittlung am häufigsten in 2004 durchgeführt wurden und in den zwei Jahren darauf zunehmend weniger Anwendung fanden. Da die Arbeitssituationserfassung ein Verfahren darstellt, bei dem Mitarbeiter im BGF-Prozess beteiligt werden, und der Belastungs- und Gefährdungsermittlung eine wesentliche Rolle bei der Identifizierung von Präventionsbedarfen zukommt, ist hier ein zukünftig stärkerer Einsatz dieser Bedarfsanalysen erstrebenswert. Auch Fähigkeitstests fanden in 2005 und 2006 seltener Einsatz als noch in 2004.

6.1.6 Gesundheitszirkel

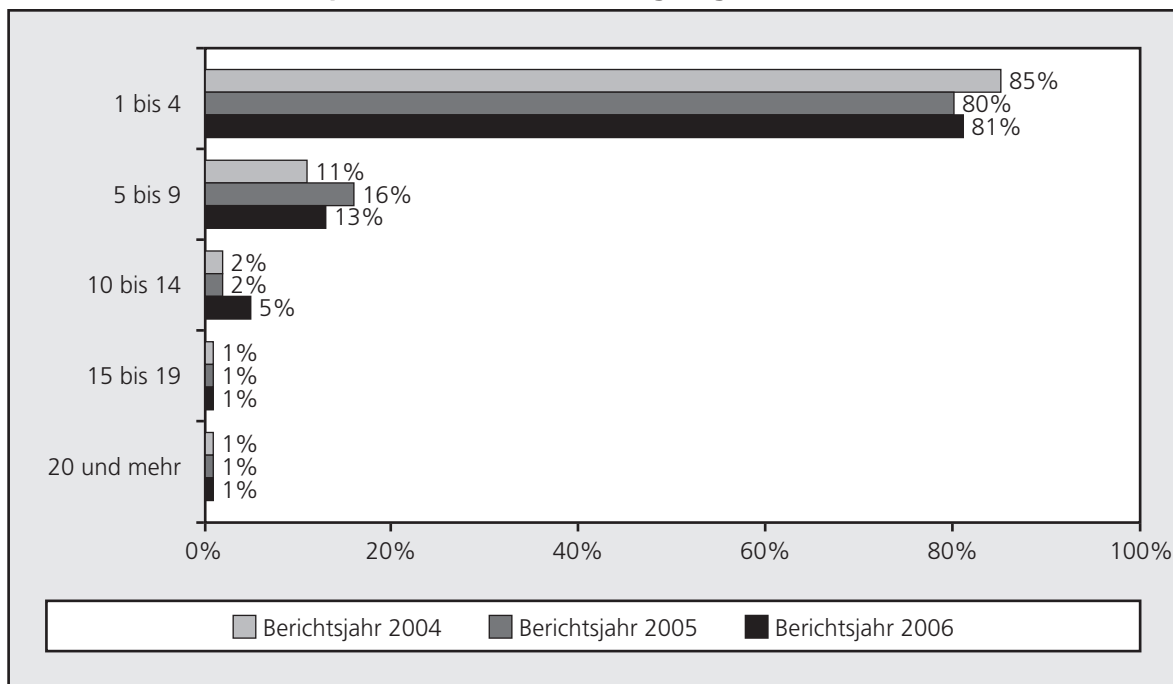
Im Jahr 2006 wurden bei 25 % aller gemeldeten Projekte/BGF-Aktivitäten insgesamt 1.960 Gesundheitszirkel durchgeführt. Dieses Ergebnis entspricht in etwa dem Vorjahresergebnis (2005: 26 %, insgesamt 1937 Zirkel).

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

So waren die Interventionen im Berichtsjahr 2006 bei 79 % der Fälle mit durchgeführten Gesundheitszirkeln sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen, bei 16 % rein verhältnisbezogen und bei 5 % rein verhaltensbezogen. Demgegenüber waren die Aktivitäten bei Fällen ohne Gesundheitszirkel zu 50 % verhaltens- und verhältnisbezogen, zu 41 % rein verhaltens- und zu 9 % rein verhältnisbezogen.

In 81 % der Fälle, in denen Gesundheitszirkel durchgeführt wurden, wurden zwischen ein bis vier Gesundheitszirkel realisiert (2005: 80 %). Davon wiederum erfolgte bei 38 % ausschließlich ein Zirkel und bei 37 % zwei Gesundheitszirkel parallel (z.B. in unterschiedlichen Arbeits-/Produktionsbereichen). Fünf bis neun in einem Projekt realisierte Zirkel lagen bei 13 % aller Fälle mit durchgeführten Gesundheitszirkeln vor. Im Maximalfall wurden in einer Einrichtung aus dem „Gesundheits-, Sozial- und Veterinärwesen“ 41 Gesundheitszirkel durchgeführt.

Abb. 31: Anzahl der pro Dokumentationsbogen gemeldeten Gesundheitszirkel



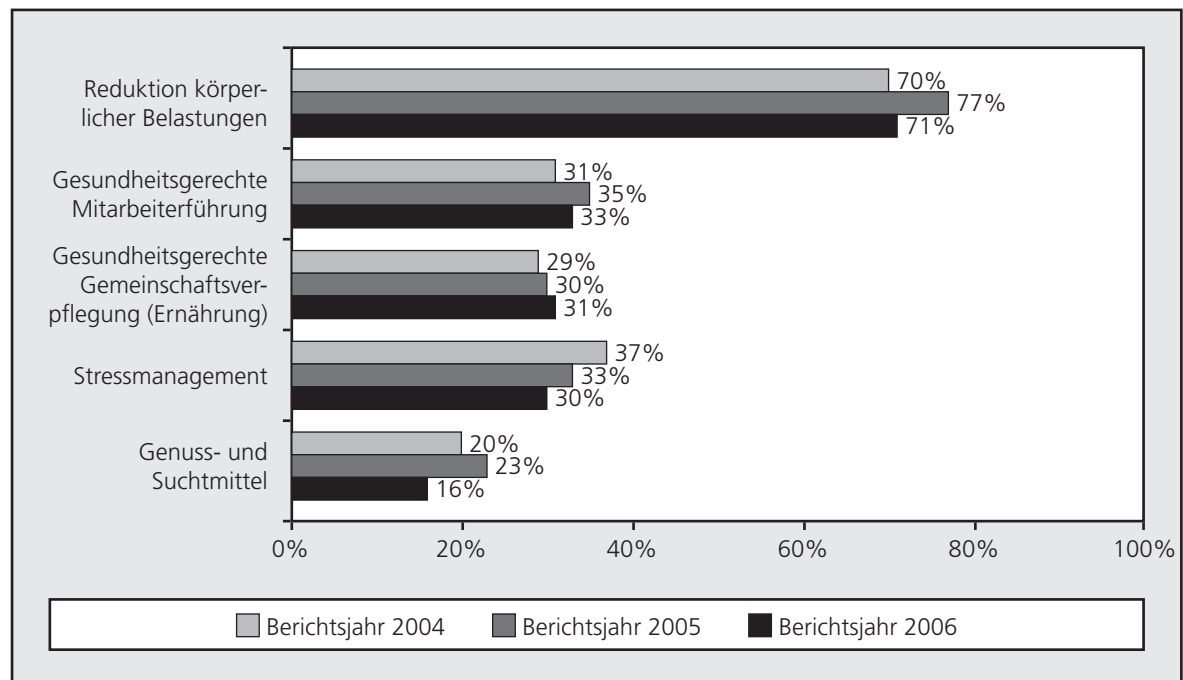
6.1.7 Intervention

Dieser Abschnitt enthält Ergebnisdarstellungen zur inhaltlichen Ausrichtung der Interventionen, zu verhaltens- und verhältnisorientierten Aktivitäten sowie zu den angewandten Methoden und eingesetzten Medien.

6.1.7.1 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Zu den Inhalten der Aktivitäten lagen in 90% der Fälle Angaben vor (2005: 87%). Die restlichen Fälle befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung noch in der Phase der Bedarfsermittlung und Strukturbildung.

Abb. 32: *Inhaltliche Ausrichtung der Maßnahmen*
(Mehrfachnennungen möglich)



Die Interventionen waren – wie bereits in den Jahren davor – deutlich am häufigsten auf die Reduktion von körperlichen Belastungen⁴⁰ ausgerichtet. Die Reduktion von körperlichen Belastungen stand besonders in Betrieben aus dem Baugewerbe (75 %), der Branche Verkehr und Nachrichtenübermittlung (70 %), dem verarbeitenden Gewerbe (64 %) sowie dem Handel (64 %, vorwiegend Kfz-Handel; Instandhaltung/Reparatur von Kfz) im Vordergrund.

Dem folgten Aktivitäten mit einer inhaltlichen Ausrichtung auf die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung, die gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung und das Stressmanagement⁴¹.

Mit den Interventionen gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung und Stressmanagement wurden psychosoziale Belastungen im Berichtszeitraum 2006 als Risikofaktoren für Erkrankungen deutlich wahrgenommen und häufig im Rahmen von BGF thematisiert. Dabei erfolgten Maßnahmen zum Stressmanagement im Vergleich zu den zwei Berichtsjahren davor etwas seltener.

⁴⁰ Hierzu zählten neben Maßnahmen, die auf „klassische“ muskulo-skelettale Belastungen aufgrund (teilweise schwerer) körperlicher Arbeit abzielten, auch Interventionen, die auf ungünstige Zwangshaltungen, beispielsweise bei Büro- und Bildschirmarbeit, eingingen. Ebenso Aktivitäten zur Reduktion von Umgebungsbelastungen (z.B. Lärm, Staub, Luftzug) – Faktoren, die in der BGF eine hohe Bedeutung haben und im Prinzip immer mit berücksichtigt werden.

⁴¹ Das „Stressmanagement“ umfasst auch Angebote zum Konflikt- und Zeitmanagement sowie zum Umgang mit psychosozialen Belastungen.

Seit ein paar Jahren ist zu beobachten, dass bundesweit auf der einen Seite Arbeitsunfähigkeitstage infolge körperlicher Erkrankungen abnehmen, auf der anderen Seite AU-Tage wegen „psychischer Störungen“ deutlich zunehmen: Sie stellen mittlerweile die vierthäufigste gestellte Diagnose dar.⁴²

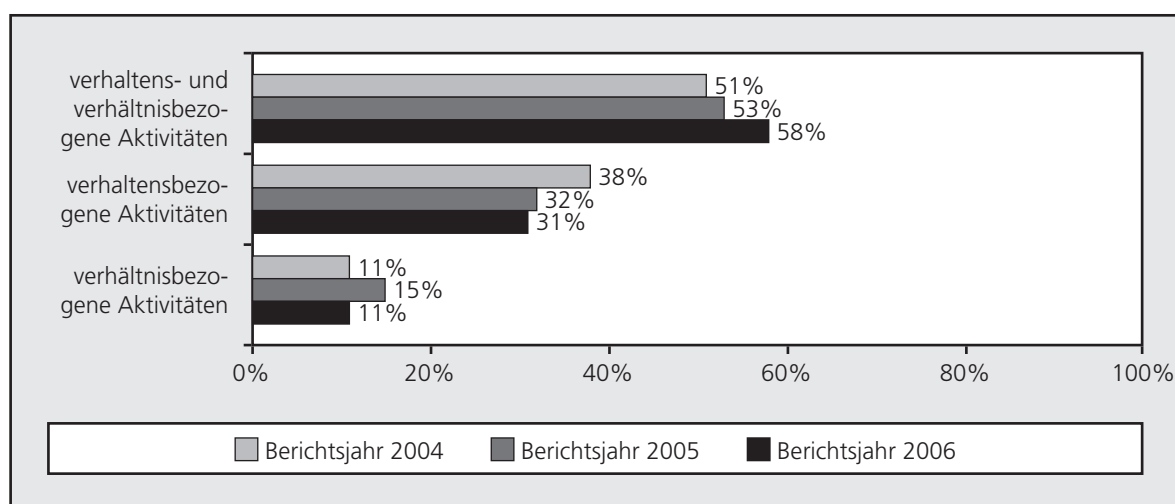
Meist wurden bei den Aktivitäten zwei Inhalte miteinander verknüpft. Häufigste Verknüpfungen waren die Reduktion körperlicher Belastungen mit gesundheitsgerechter Mitarbeiterführung (26 %) sowie Reduktion körperlicher Belastungen mit Stressmanagement (25 %). In 15 % der betrachteten Fälle wurden alle drei Themen verknüpft angesprochen.

6.1.7.2 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Qualitativ hochwertige und nachhaltige BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Aktivitäten. Verhaltensbezogene Aktivitäten sprechen dabei direkt das gesundheitsbezogene Verhalten von Mitarbeitern an. Über die Vermittlung von Informationen und Befähigungen, z.B. über Informationsveranstaltungen, Beratungs- oder Fitnessangebote sollen gesundheitsförderliche Verhaltensveränderungen erreicht werden. Verhältnisbezogene Maßnahmen sind auf strukturelle, organisatorische und Umgebungsveränderungen im Betrieb ausgerichtet. Ziel ist, die Verhältnisse im Betrieb in einem gesundheitsförderlichen oder belastungsreduzierenden Sinne zu verändern. Im Idealfall wird mit BGF die Einbindung von Gesundheitsförderung in betriebliche Managementprozesse erreicht.

Zu verhaltens- oder verhältnisbezogenen Aktivitäten lagen in 83 % der Fälle Angaben vor (2005: 78 %).

Abb. 33: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten



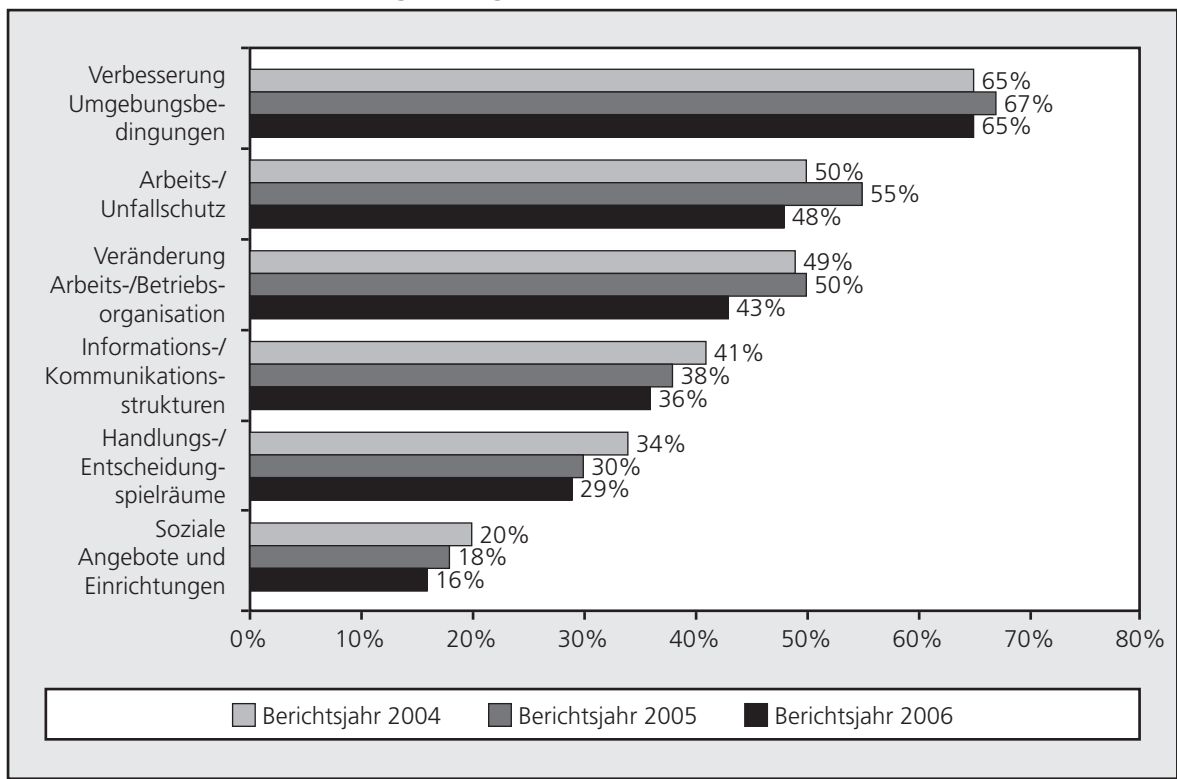
Die Aktivitäten waren seit 2004 mit zunehmendem Trend sowohl auf das gesundheitsbezogene Verhalten von Mitarbeitern als auch gleichzeitig auf die Verhältnisse im Betrieb ausgerichtet. Umgekehrt lagen 2006 weniger Fälle vor, in denen die Maßnahmen rein verhaltensbezogen waren. 11 % der betrachteten Fälle waren ausschließlich verhältnisbezogen. Offensichtlich waren 2006 mehr Unternehmen bereit, für BGF mehr Kosten und Aufwand aufzubringen. Hier stehen die Krankenkassen auch in Zukunft vor der Herausforderung, in den Betrieben fortgesetzt gute Überzeugungsarbeit zu leisten.

42 GKV-Statistik KM1, Stand 2006; Veröffentlichungen von Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeitsstatistiken (Gesundheitsreport BKK, IKK-Bericht: Arbeit und Gesundheit im Handwerk, Gesundheitsreport TK, DAK, Fehlzeiten-Report WIDO)

6.1.7.3 Art der Umgestaltung

Zur Art der Umgestaltungen in Betrieben lagen in 62 % aller Fälle Angaben vor (2005: 56 %). Dabei handelte es sich überwiegend um verhältnisbezogene Maßnahmen.

Abb. 34: *Intervention – Art der Umgestaltungen*
(Mehrfachnennungen möglich)



Meist waren die Interventionen auf die „Veränderung von Umgebungsbedingungen“⁴³ ausgerichtet, gefolgt von (ergänzenden) „Maßnahmen im persönlichen Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren“⁴⁴, ferner auf Veränderungen in der „Arbeits- und Betriebsorganisation“⁴⁵ sowie die Verbesserung von „Informations- und Kommunikationsstrukturen“⁴⁶. In 29 % der hier betrachteten Fälle wurden außerdem die „Erweiterung von Handlungs-, Entscheidungsspielräumen und Verantwortlichkeiten“ benannt. Vergleichsweise seltener betrafen die Interventionen „Soziale Angebote und Einrichtungen“⁴⁷.

Im Durchschnitt lagen, anders als in 2004 und 2005, pro Fall zwei Angaben zur Art der Umgestaltungen in Betrieben vor (2004 und 2005: drei Angaben). Daraus resultieren die für 2006 beobachteten niedrigeren prozentualen Anteile der einzeln aufgelisteten Umgestaltungen. Bei

43 Das sind Veränderungen des Arbeitsplatzes/der Arbeitsumgebung, die zum Beispiel Bereiche wie Beleuchtung, Wärme, Kälte, Zugluft, Staub, Feuchtigkeit betreffen oder ergonomische Verbesserungen. Weiterhin zählen zu diesem Punkt z.B. der Einsatz von verbesserten/veränderten Arbeits- und Hilfsmitteln (z.B. Werkzeug, Hebe-/Tragehilfen, Sitzhilfen, Fußstützen etc.) oder auch technische Optimierungen an Maschinen/Anlagen usw.

44 Hierzu zählt besonders auch die persönliche Schutzausrüstung, wie z.B. Schutzkleidung, -brille, Lärm-/Gehörschutz.

45 U.a. Veränderung von Arbeitszeit-, Urlaubs- oder Pausenregelung, Optimierung von Personalplanung und -besetzung (auch Einsatz von Springern, Leiharbeitspersonal), Bildung von Teams oder Arbeitsgruppen, Jobrotation.

46 Z.B. über die Einführung von regelmäßigen Mitarbeiterbesprechungen, verändertes Vorgesetztenverhalten, geregelte Absprachen, eine regelmäßig aktualisierte Informationstafel usw.

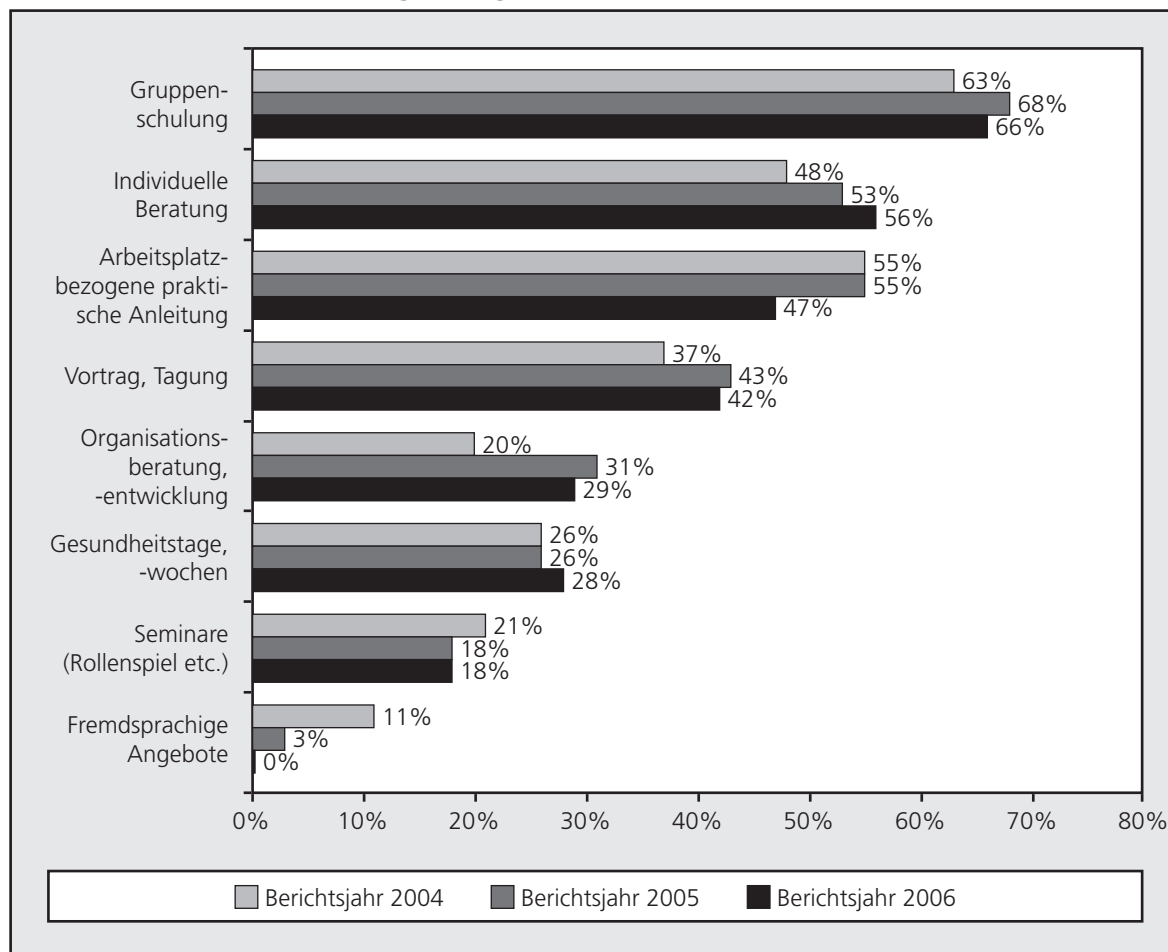
47 Z.B. andere Aufenthaltsräume bzw. Einrichtung von Nichtraucherräumen, Bereitstellung von Getränken, Verbesserung von Sanitärräumen und -anlagen oder Einführung von Betriebssport.

Mehrfachangaben zur Art der Umgestaltung im Jahr 2006 wurden am häufigsten die Veränderung von Umgebungsbedingungen und Arbeits-/Betriebsorganisation gleichzeitig (38 %) sowie Veränderung von Umgebungsbedingungen und Arbeits-/Unfallschutz gleichzeitig (37 %) genannt. Eine Umgestaltung dieser drei Bereiche gleichzeitig (nämlich Umgebung, Organisation, Arbeits-/Unfallschutz) wurde in immerhin 26 % aller hier betrachteten Fälle vorgenommen. Bei 63 % dieser Aktivitäten lagen Kooperationen mit der Unfallversicherung vor. Wesentlicher Beitrag der Krankenkassen war in diesem Zusammenhang die Anregung oder fachlich-sachliche Begleitung der Aktivitäten, oft verbunden mit der Zielsetzung, in den betroffenen Unternehmen ein umfassenderes Gesundheitsmanagement zu implementieren.

6.1.8 Methoden und Medien

Bei 90 % aller Dokumentationsbögen lagen Angaben zu den angewandten Methoden (2005: 87 %) und bei 82 % Angaben zu eingesetzten Medien vor (2005: 82 %). Im Durchschnitt wurden pro Fall mit vorliegenden Angaben hierzu jeweils drei Methoden bzw. Medien gleichzeitig benannt.

Abb. 35: Angewandte Methoden
(Mehrfachnennungen möglich)



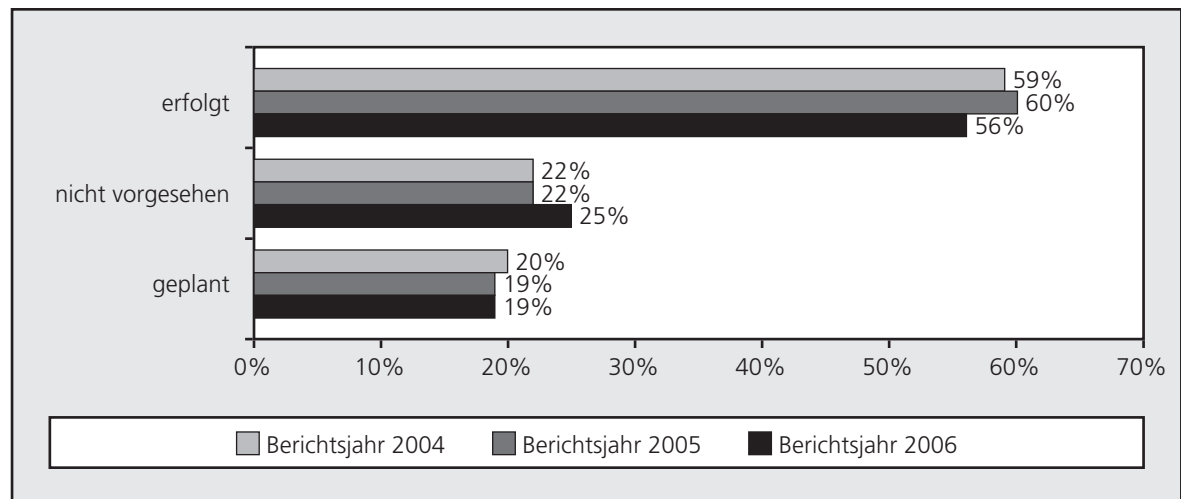
Die am häufigsten angewandten Methoden waren Gruppenschulung/-beratung, individuelle Beratung, arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung und Vortrag/Tagung. In 25 % der Fälle wurden die Gruppenschulung und -beratung/Kursprogramme, individuelle Beratung sowie arbeitsplatzbezogene praktische Anleitungen gleichzeitig angewandt, für sich alleine oder in Kombination mit weiteren Methoden. Im Ergebnisvergleich der Berichtsjahre 2004, 2005 und 2006 wurde die individuelle Beratung 2006 häufiger angeboten und arbeitsplatzbezogene praktische Anleitungen seltener.

Die Medien Faltblätter und Broschüren (82 %), Video, Foto, Overhead, Beamer etc. (62 %) und Übungsmanuale/Arbeitsunterlagen (60 %) fanden am häufigsten Einsatz, gefolgt von Anschauungsmaterial/Modellen (51 %) sowie Ausstellungen/Plakate (38 %). Die Betriebszeitung und das Internet/Intranet wurden als Medien vergleichsweise selten benannt (12 % und 8 %). Auf diese Medien griffen häufiger größere Unternehmen mit einer Beschäftigtenzahl von 500 und mehr Mitarbeitern zurück (28 % und 22 %).

6.1.9 Erfolgskontrolle

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

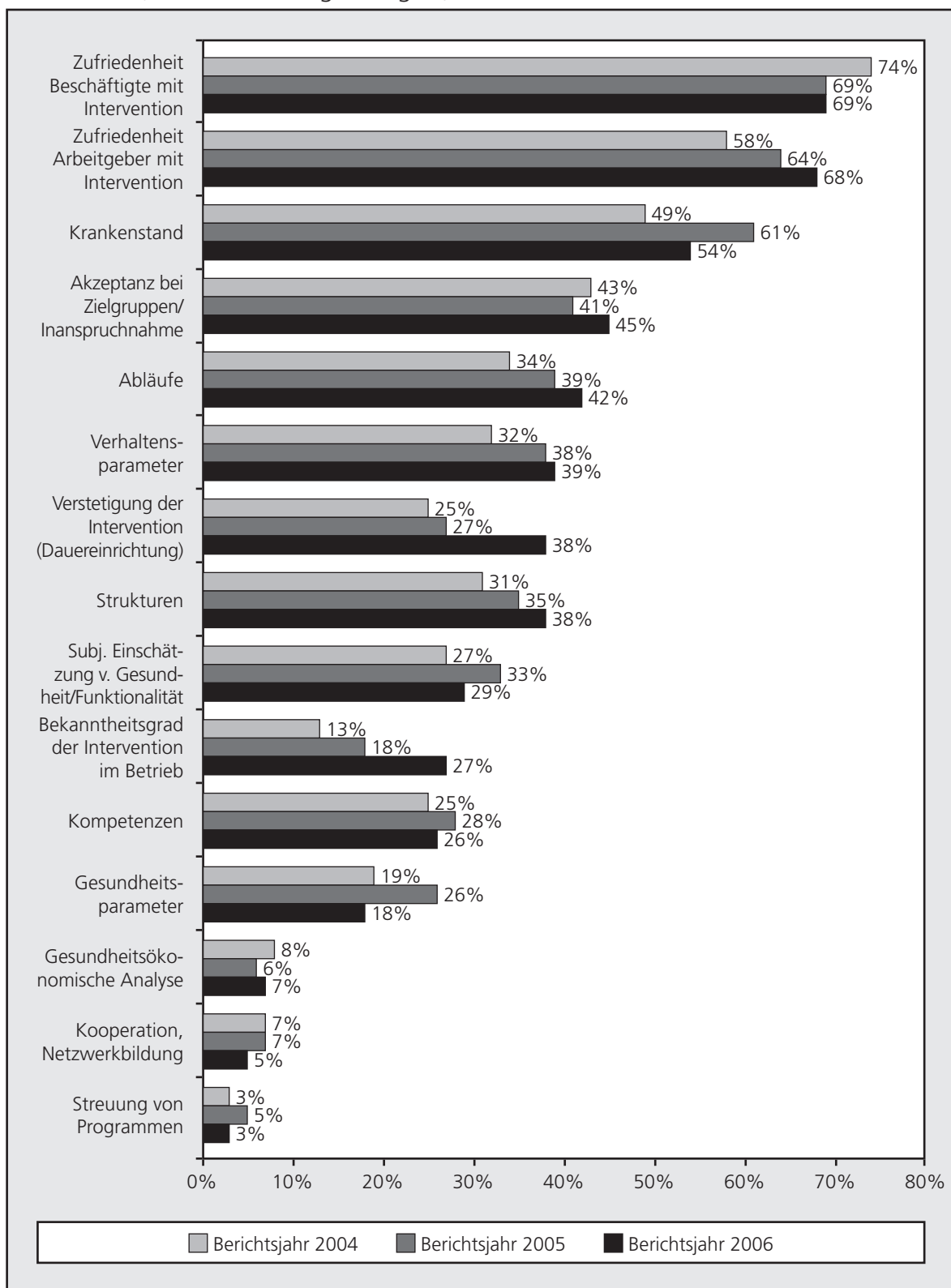
Abb. 36: Die Durchführung einer Erfolgskontrolle ist ...



Im Berichtszeitraum 2006 wurden in 75 % aller Fälle Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren noch geplant (2004 und 2005: jeweils 78 %).

Bei den Fällen, in denen eine Erfolgskontrolle durchgeführt wurde, handelte es sich im Einzelnen um folgende:

Abb. 37: Inhalte der Erfolgskontrolle
(Mehrfachnennungen möglich)



Häufig durchgeführte Erfolgskontrollen waren die Abfrage der „Zufriedenheit von Beschäftigten mit der Intervention“ und der „Zufriedenheit der Arbeitgeber mit der Intervention“ sowie das Heranziehen von Daten zum Krankenstand. Ebenfalls häufig abgefragt wurden die Akzeptanz

bei Zielgruppen/Inanspruchnahme, Abläufe und Verhaltensparameter⁴⁸, die Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung) sowie Umfeld/Strukturen. Seltener bezogen sich die Erfolgskontrollen auf gesundheitsökonomische Analysen⁴⁹, Kooperation, Netzwerkbildung sowie Streuung von Programmen⁵⁰.

Im Durchschnitt wurden bei Bejahung von Erfolgskontrollen fünf gleichzeitig benannt. Die miteinander kombinierten Kontrollen streuten dabei stark. Die größte Gruppe an Kombinationen, für sich allein oder in Verbindung mit weiteren Kontrollen, umfasste die fünf Parameter „Zufriedenheit der Beschäftigten...“, „...des Arbeitgebers mit der Intervention“, Krankenstand, „Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“ sowie Abläufe (10 % der Fälle mit durchgeführter Erfolgskontrolle).

Im Ergebnisvergleich der Berichtsjahre 2004, 2005 und 2006 wurden 2006 deutlich häufiger als in den zwei Jahren davor die Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung) und der Bekanntheitsgrad der Intervention im Betrieb abgefragt. Auch die Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention wurde tendenziell häufiger geprüft.

6.2 Branchenbezogene Auswertungen

In diesem Kapitel werden ausschließlich solche Ergebnisse der betrachteten Branchen abgebildet, die nennenswerte Auffälligkeiten gegenüber den Allgemeinergebnissen aufwiesen. Enthält die Ergebnisbeschreibung in den jeweiligen Branchen also keinerlei Angaben zu einer abgefragten Kategorie, dann waren hier keine gravierenden Ergebnisabweichungen zu verzeichnen. Bei Interesse lassen sich sämtliche Ergebnisse aller Branchen dem zum Präventionsbericht gehörenden Tabellenband 2006 entnehmen.

Zu den in diesem Kapitel betrachteten Settings zählen Branchen, die aufgrund ihrer spezifischen Merkmale besondere Ergebnisauffälligkeiten aufwiesen und die gleichzeitig mindestens einen Anteil von 5 % am Gesamtdatensatz ausmachten. Dabei handelte es sich um die Wirtschaftszweige:

- Verarbeitendes Gewerbe (39 %)
- Erbringung von wirtschaftlichen, sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen (12 %)
- Baugewerbe (10 %)
- Handel; Instandhaltung /Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern (9 %)
- Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung, Internationale Organisationen (8 %)
- Verkehr und Nachrichtenübermittlung (6 %)

6.2.1 Verarbeitendes Gewerbe

Zum Berichtsjahr 2006 wurden im verarbeitenden Gewerbe insgesamt 947 BGF-Aktivitäten gemeldet. Diese wurden mit den größten Anteilen in Unternehmen aus dem Ernährungsgewerbe/Tabakverarbeitung (29 %) sowie der Metallerzeugung/-bearbeitung, Herstellung von Metallerzeugnissen (18 %) durchgeführt. Die Beschäftigtenzahl der Unternehmen aus dem „verarbeitenden Gewerbe“ lag vorzugsweise bei „100 bis 499“ und „499 bis 1.500 Mitarbeitern“ (zusammen 59 %, gesamt 50 %). Der Frauenanteil war hier tendenziell niedriger als in der Gesamtheit.

Die Laufzeit der Aktivitäten lag hier bei durchschnittlich 24 Monaten pro Fall (gesamt 19 Monate pro Fall). Entsprechend dauerten im Verarbeitenden Gewerbe vergleichsweise viele Projekte

48 Gemeint sind damit Ernährungs- oder Bewegungsmuster, Stressbewältigung, rückschonende Arbeitsweisen etc.

49 Dazu zählen u.a. Kosten-Nutzen-Analysen, Kostenerfassung der Aktivitäten ...

50 Darunter ist die Verbreitung von Programmen (z.B. Gesundheits-/Qualitätszirkel) aus einzelnen Abteilungen bzw. Arbeitsbereichen oder Standorten eines Unternehmens heraus auf weitere zu verstehen.

ein Jahr und länger an (54 % gesamt 48 %). Die Schätzsumme der über BGF direkt erreichten Personen lag hier bei 130.528 und der über die Auswirkungen der Maßnahmen erreichten Personen bei 72.305. Damit lag die Gesamtschätzsumme der erreichten Personen bei 202.833.

Häufig genannte Zielgruppen waren im verarbeitenden Gewerbe, wie in dieser Branche zu erwarten, Mitarbeiter aus der Produktion (60 %, gesamt 35 %) und mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n) (50 %, gesamt 40 %). Ferner wurden hier häufiger als in der Gesamtheit ausländische Arbeitnehmer (12 %, gesamt 6 %) sowie ältere Arbeitnehmer (13 %, gesamt 8 %) als Zielgruppe angesprochen. Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden bei Unternehmen aus dem Verarbeitenden Gewerbe vergleichsweise häufig gebildet (76 %, gesamt 68 %). In einem entsprechenden Koordinierungsgremium waren neben den auch in der Gesamtauswertung aufgezählten Teilnehmern verhältnismäßig oft Sicherheitsfachleute (57 %, gesamt 48 %) sowie Betriebs-/Personalrat beteiligt (64 %, gesamt 59 %). Häufiger als sonst gewählte Methoden der Bedarfsanalyse waren hier Betriebs-/Arbeitsplatzbegehungen (65 %, gesamt 55 %) sowie Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen (77 %, gesamt 71 %).

Einzige Auffälligkeit bei den Interventionen in Unternehmen aus dem Verarbeitenden Gewerbe waren die häufigen „persönlichen Maßnahmen zum Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/ Infektionsgefahren“ (58 %, gesamt 48 %). In 81 % der Fälle wurden Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren zum Ende der Berichtsjahres noch geplant (gesamt 75 %).

6.2.2 Erbringung von Dienstleistungen

12 % aller Fälle stammten aus der Branche Dienstleistungen. Davon wiederum zählten 81 % zu „sonstigen öffentlichen und privaten Dienstleistungen“ und 19 % zu „wirtschaftlichen Dienstleistungen ...“. Bei den Betrieben aus dem Dienstleistungssektor handelte es sich häufiger als in der Gesamtheit um Klein- und Kleinstbetriebe mit ein bis 49 Mitarbeitern (30 %, gesamt 23 %). Der Anteil an großen Unternehmen mit 500 und mehr Beschäftigten war hier vergleichsweise niedriger (37 %, gesamt 50 %). Bei 36 % der Fälle war mindestens drei Viertel der Belegschaft weiblich (gesamt 13 %).

Die Aktivitäten dauerten hier im Durchschnitt zwölf Monate pro Fall an (gesamt 19 Monate pro Fall). Bei über der Hälfte der Fälle hatten die Projekte eine Laufzeit von bis zu drei Monaten (gesamt 39 %). Über BGF wurden hier den Schätzungen zufolge 32.100 Personen direkt und 24.400 über die Auswirkungen der Maßnahmen, zusammen also 56.500 Personen erreicht.

Auffallend häufig waren im Dienstleistungssektor Auszubildende Zielgruppe von BGF-Aktivitäten (28 %, gesamt 15 %). Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n) wurden hingegen seltener als in der Gesamtheit angesprochen (18 %, gesamt 35 %). Als außerbetriebliche Kooperationspartner waren an BGF-Aktivitäten im Dienstleistungssektor auffallend häufig gewerbliche Anbieter/Unternehmen beteiligt (72 %, gesamt 44 %). Kooperationen wurden hier hingegen seltener mit der Unfallversicherung gebildet (19 %, gesamt 38 %). Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen lagen seltener als in der Gesamtheit vor. Auch waren an einem entsprechenden Steuerungskreis, sicher aufgrund der großen Anzahl an Klein-/Kleinstbetrieben, seltener der Betriebs-/Personalrat, Betriebsarzt sowie Sicherheitsfachleute beteiligt. Zur Bedarfsanalyse griffen die Akteure verhältnismäßig oft auf die Methoden Dokumenten-/Literaturrecherche (22 %, gesamt 15 %), Arbeitssituationserfassung (41 %, gesamt 35 %) sowie Zielgruppen-, Mitarbeiterbefragung zurück (54 %, gesamt 48 %). Weniger als in der Gesamtheit zogen die Akteure hier Routinedaten der Krankenkassen heran (59 %, gesamt 71 %).

In 14 % der Fälle aus dem Dienstleistungssektor wurden Gesundheitszirkel durchgeführt (gesamt 25 %). Auch waren die Aktivitäten hier vergleichsweise häufig rein verhaltensbezogen (42 %, gesamt 32 %). Vergleichsweise oft wurde hier die „gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)“ (42 %, gesamt 31 %) und proportional seltener das Stressmanagement (18 %, gesamt 30 %) und die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung thematisiert

(27 %, gesamt 33 %). Die Umgestaltungen bezogen sich im Dienstleistungssektor häufiger als sonst auf die Umgebungsbedingungen (75 %, gesamt 65 %) sowie „Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen“ (35 %, gesamt 29 %).

Im Vergleich zur Gesamtheit wurden im Dienstleistungssektor weniger Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. waren noch geplant (69 %, gesamt 75 %). Sie bezogen sich vergleichsweise häufig auf Verhaltensparameter (53 %, gesamt 40 %), „Bekanntheitsgrad der Intervention im Betrieb“ (40 %, gesamt 30 %) und „subjektive Einschätzung von Gesundheit/Funktionalität“ (40 %, gesamt 29 %) und fragten relativ selten die Parameter Abläufe (28 % gesamt 42 %), Strukturen (24 %, gesamt 38 %) sowie Krankenstand (42 %, gesamt 54 %) ab.

6.2.3 Baugewerbe

10 % aller gemeldeten BGF-Aktivitäten wurden in Betrieben aus dem Baugewerbe durchgeführt. Hier handelte es sich vorzugsweise um Klein-/Kleinstbetriebe mit einer Beschäftigtenzahl von ein bis neun und zehn bis 49 Mitarbeitern (83 %, gesamt 34 %). Bei 91 % dieser Betriebe war der Frauenanteil niedriger als 26 %.

Die durchschnittlichen Laufzeiten der Aktivitäten waren mit 14 Monaten pro gemeldeter BGF-Aktivität tendenziell kürzer als in der Gesamterhebung (19 Monate pro Fall). Auch wurden in Betrieben aus dem Baugewerbe mit geschätzten 11.300 direkt und mittelbar erreichten Personen im Vergleich zur Gesamtheit eher wenige Personen erreicht (7.200 Personen direkt, 4.100 indirekt erreicht).

Eine Zielgruppenausrichtung war in einem Viertel der Fälle zu erkennen (gesamt 37 %). Hier wurde vorzugsweise die obere Führungsebene als Zielgruppe benannt (63 %, gesamt 32 %). Vergleichsweise selten waren die Maßnahmen auf mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n) ausgerichtet (26 %, gesamt 40 %). Die Einbeziehung außerbetrieblicher Kooperationspartner wurde im Baugewerbe häufiger als in der Gesamtheit bejaht (59 %, gesamt 54 %). Auffallend häufig handelte es sich dabei um die Unfallversicherung (61 %, gesamt 38 %). Deutlich seltener waren hier hingegen gewerbliche Anbieter/Unternehmen als Kooperationspartner beteiligt (26 %, gesamt 44 %). Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden im Baugewerbe gleich häufig wie in der Gesamtauswertung gebildet (68 %, gesamt 68 %). Wenn man bedenkt, dass zum Baugewerbe vorwiegend Betriebe mit einer Beschäftigtenzahl von bis zu 49 Mitarbeitern zählten, ist dieses Ergebnis bemerkenswert. An einem Steuerungskreis waren hier auffallend häufig Vertreter der Krankenkassen (91 %, gesamt 82 %) und Mitarbeiter (58 %, gesamt 36 %) beteiligt. Im Vergleich zur Gesamtauswertung führten die Akteure im Baugewerbe zur Bedarfsermittlung häufiger eine Arbeitssituationserfassung (68 %, gesamt 35 %), Zielgruppen-/Mitarbeiterbefragung (67 %, gesamt 48 %) sowie Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz (58 %, gesamt 40 %) durch.

Gesundheitszirkel wurden im Baugewerbe auffallend häufig durchgeführt (40 %, gesamt 25 %). Auch sprachen die Interventionen häufiger als sonst die Themen „Reduktion körperlicher Belastungen“ (80 %, gesamt 71 %), Mitarbeiterführung (54 %, Gesamt 33 %) sowie Stressmanagement an (39 %, gesamt 30 %). Die Veränderungen betrafen hier vorzugsweise die Umgebungsbedingungen (82 %, gesamt 65 %), Arbeits-/Betriebsorganisation (59 %, gesamt 43 %) sowie den „Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren“ (59 %, gesamt 48 %). Deutlich seltener betrafen die Umgestaltungen im Baugewerbe Informations- und Kommunikationsstrukturen (11 %, gesamt 36 %).

In 85 % aller Fälle aus dem Baugewerbe wurde eine Erfolgskontrolle durchgeführt bzw. war noch geplant (gesamt 75 %). Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden hier im Durchschnitt sechs Parameter abgefragt (Gesamt fünf Parameter/Fall). Auffallend häufig fragten die Kontrollen die „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“ (68 % gesamt 38 %) sowie „Akzeptanz der Intervention bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“ (66 %, gesamt 46 %) ab.

6.2.4 Handel

Betriebe aus dem Handel entsprachen einem Anteil von 9 % an der Gesamterhebung. Davon wiederum erfolgten 61 % der gemeldeten BGF-Aktivitäten in Betrieben aus dem „KFZ-Handel, Instandhaltung/Reparatur von Kfz, Tankstellen“, 25 % waren aus dem Sektor „Handelsvermittlung und Großhandel (ohne Kfz)“ und 14 % aus dem Einzelhandel. 56 % der Betriebe hatten eine Beschäftigtenzahl von unter 50 Mitarbeitern (gesamt 34 %). Der Frauenanteil lag hier bei 67 % der Fälle bei maximal einem Viertel der Belegschaft (Gesamt 44 %).

In Betrieben aus dem Handel wurden über die BGF-Aktivitäten schätzungsweise 22.000 Personen direkt und 13.000 indirekt, zusammen folglich 35.000 Personen erreicht.

Die Maßnahmen waren in Betrieben aus dem Handel weniger als in der Gesamtheit auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (29 %, gesamt 37 %). Außerbetriebliche Kooperationen wurden hier hingegen häufiger als in der Gesamtauswertung gebildet (67 %, gesamt 54 %). Bei den Kooperationspartnern handelte es sich vergleichsweise oft um die Unfallversicherung (49 %, gesamt 38 %) und seltener als sonst um gewerbliche Anbieter/Unternehmen (31 %, gesamt 44 %). An den Steuerungskreisen waren im Handel vergleichsweise oft auch die Mitarbeiter mit eingebunden (46 %, gesamt 6 %). Zur Bedarfsermittlung griffen die Akteure hier häufiger als in der Gesamterhebung auf Routinedaten der Krankenkassen (83 %, gesamt 71 %) sowie die Arbeitssituationserfassung zurück (46 %, gesamt 35 %). Auch die Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz, Befragung der Zielgruppe/Mitarbeiterbefragung, Belastungs- und Gefährdungsermittlung und Arbeitssituationserfassung erfolgten hier vergleichsweise häufig.

Der Anteil an durchgeführten Gesundheitszirkel lag bei Betrieben aus dem Handel bei 36 %, gesamt 25 %). Inhaltlich wurde hier vergleichsweise oft die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung thematisiert (43 %, gesamt 33 %). Die Umgestaltungen betrafen häufig die Arbeits-/Betriebsorganisation (60 %, gesamt 4 %) sowie Umgebungsbedingungen (75 %, gesamt 65 %).

Durchgeführte Erfolgskontrollen bezogen sich hier vergleichsweise häufig auf Strukturen (54 %, gesamt 38 %), die „Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention“ (83 %, gesamt 69 %) und die „Verstetigung der Intervention“ (50 %, gesamt 38 %).

6.2.5 Öffentliche Verwaltung

Gemeldete BGF-Aktivitäten aus der Öffentlichen Verwaltung entsprachen einem Anteil von 8 % am Gesamtdatensatz. Hier erfolgte BGF vorzugsweise in Einrichtungen mit einer Belegschaft von 100 bis 1.500 Mitarbeitern (68 %, gesamt 50 %). Der Frauenanteil war hier tendenziell höher.

Die BGF-Aktivitäten dauerten mit durchschnittlich 23 Monaten pro Fall tendenziell länger an als in der Gesamterhebung (19 Monate pro Fall). Entsprechend war der Anteil hier an Projekten, die mindestens ein Jahr andauerten, vergleichsweise hoch (59 %, gesamt 48 %).

In Einrichtungen aus der Öffentlichen Verwaltung wurden weniger als in der Gesamtheit außerbetriebliche Kooperationen gemeldet (48 %, gesamt 54 %). Vergleichsweise oft handelte es sich hier um gewerbliche Anbieter/Unternehmen (55 %, gesamt 44 %) und seltener als sonst um die Unfallversicherung (27 %, gesamt 38 %). Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden in der Öffentlichen Verwaltung häufiger gebildet (75 %, gesamt 68 %). In einem entsprechenden Steuerungskreis waren hier häufiger als in der Gesamtheit Betriebs-/Personalrat, Betriebsarzt sowie Sicherheitsfachleute eingebunden.

Die Interventionen sprachen in Einrichtungen aus der Öffentlichen Verwaltung häufiger als in der Gesamtheit das Stressmanagement (46 %, gesamt 30 %) sowie den Suchtmittelkonsum an (24 %, gesamt 16 %). Verändert wurden mit den Maßnahmen relativ häufig die Informations- und Kommunikationsstrukturen (48 %, gesamt 36 %) sowie soziale Angebote/Einrichtungen (23 %, gesamt 16 %). Bei Erfolgskontrollen wurden hier vergleichsweise häufig Gesundheitsparameter abgefragt (31 %, gesamt 18 %).

6.2.6 Verkehr und Nachrichtenübermittlung

6 % aller gemeldeten BGF-Aktivitäten stammten aus dem Sektor Verkehr/Nachrichtenübermittlung. Ein Viertel der Unternehmen hatte eine Beschäftigtenzahl von mindestens 500 Mitarbeitern (gesamt 18 %) und 53 % der Unternehmen beschäftigten 100 bis 499 Mitarbeiter (gesamt 37 %). Der Frauenanteil war hier tendenziell geringer.

Die Laufzeit der Aktivitäten war in der Branche Verkehr/Nachrichtenübermittlung mit durchschnittlich zehn Monaten pro Fall auffallend gering (gesamt 19 Monate pro Fall). Bei 64 % dauerten die Aktivitäten maximal drei Monate an (gesamt 39 %). Hier wurden Schätzungen zufolge 84.000 Personen direkt und 342.000 Personen indirekt, zusammen somit 426.000 Personen erreicht.

Bei Bejahung einer Zielgruppenausrichtung wurden hier auffallend häufig Mitarbeiter aus dem Dienstleistungsbereich (51 %, gesamt 18 %) angesprochen, und deutlich seltener als in der Gesamtheit die obere Führungsebene (19 %, gesamt 32 %). Außerbetriebliche Kooperationen wurden im Sektor Verkehr und Nachrichtenübermittlung häufiger bejaht. Bei den Kooperationspartnern handelte es sich dabei auffällig häufig um Gewerkschaften (45 %, gesamt 6 %) sowie vergleichsweise oft um „Sonstige Gesundheits-/Sozial-/Bildungseinrichtungen“ (35 %, gesamt 14 %) und Vereine, Verbände (29 %, gesamt 10 %). Die Bildung von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurde hier seltener als sonst, d.h. in 53 % der Fälle bejaht (gesamt 68 %). In einem entsprechenden Gremium waren dabei häufiger als in der Gesamtauswertung mittlere Führungskräfte, Sicherheitsfachleute, Betriebs-/Personalrat, Mitarbeiter, Betriebsarzt sowie Vertreter der Unfallversicherung eingebunden. Zur Bedarfsermittlung wurden auffallend häufig „Screenings, medizinische Untersuchungen“ (44 %, gesamt 14 %) sowie Expertenbefragungen (37 %, gesamt 17 %) durchgeführt.

Gesundheitszirkel erfolgten in Unternehmen aus dem Sektor Verkehr/Nachrichtenübermittlung deutlich seltener als in der Gesamterhebung (11 %, gesamt 25 %). Dabei war der Anteil an verhaltens- und gleichzeitig verhältnisbezogenen Aktivitäten kaum geringer als bei der Gesamtauswertung (55 %, gesamt 58 %). Inhaltlich wurde hier verhältnismäßig oft das Stressmanagement (49 %, gesamt 30 %) sowie der Suchtmittelkonsum (35 %, gesamt 16 %) angesprochen. Die Umgestaltungen betrafen vergleichsweise oft Informations- und Kommunikationsstrukturen (58 %, gesamt 36 %) sowie soziale Angebote/Einrichtungen (33 %, gesamt 16 %) und auffallend seltener als sonst die Arbeits-/Betriebsorganisation (22 %, gesamt 43 %) sowie Umgebungsbedingungen (52 %, gesamt 65 %).

Erfolgskontrollen wurden im Sektor Verkehr/Nachrichtenübermittlung deutlich seltener durchgeführt bzw. waren seltener vorgesehen (43 %, gesamt 75 %). Sie bezogen sich dabei vergleichsweise oft auf die subjektive Einschätzung von Gesundheit/Funktionalität (36 %, gesamt 29 %) sowie Gesundheitsparameter (26 %, gesamt 18 %).

6.3 Betriebsgrößenspezifische Auswertungen

Dieses Kapitel bildet die wesentlichen Ergebnisauffälligkeiten von BGF hinsichtlich der unterschiedlichen Betriebsgrößen ab. Um dabei übersichtliche Vergleiche ziehen zu können, wurden die im Dokumentationsbogen abgefragten Beschäftigtenzahlen „1 bis 9“, „10 bis 49“, „50 bis 99“, „100 bis 499“, „500 bis 1.499“ und „1.500 und mehr Mitarbeiter“ zu folgenden drei Gruppen gebündelt: „1 bis 49“, „50 bis 499“ sowie „500 und mehr Mitarbeiter“. Grundsätzlich werden in nachfolgender Ergebnisdarstellung auch auffällige Ergebnisse innerhalb der hier abgebildeten Gruppen benannt.⁵¹

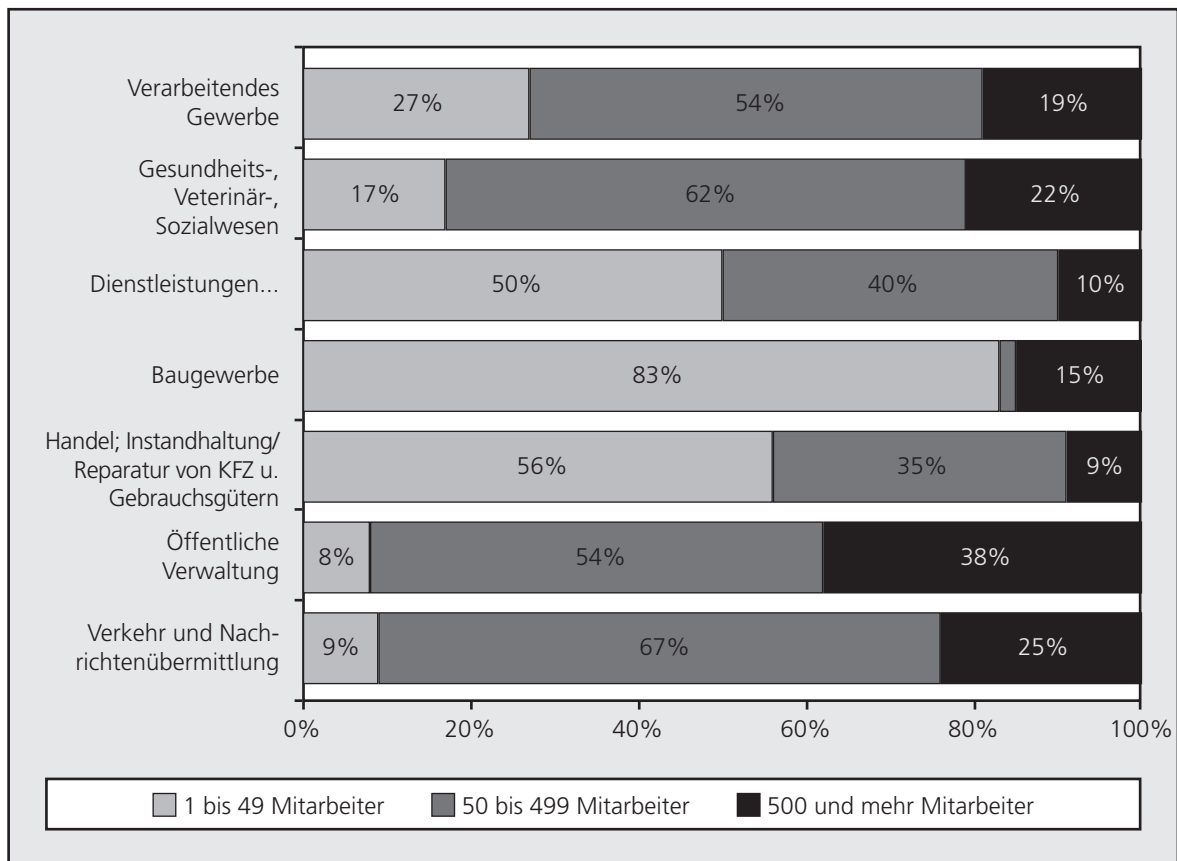
51 Detaillierte Ergebnisse zu allen abgefragten Betriebsgrößen lassen sich dem Tabellenband zur Dokumentation 2005 entnehmen.

6.3.1 Allgemeine Daten

Die durchschnittlichen Laufzeiten der Gesundheitsförderungsmaßnahmen nahmen tendenziell mit der Größe der Betriebe zu. In Betrieben mit ein bis 49 Mitarbeitern dauerten die Aktivitäten durchschnittlich neun Monate an, in solchen mit 50 bis 499 Mitarbeitern lag die Laufzeit bereits im Mittel bei 22 Monaten, bei Unternehmensgrößen mit 500 und mehr Mitarbeitern bei durchschnittlich 29 Monaten. Der Anteil an kurz angelegten Projekten mit einer Dauer von bis zu drei Monaten war in Betrieben mit ein bis 49 Mitarbeitern am höchsten (54 %). Bei Unternehmen mit einer Mitarbeiterzahl von 500 und mehr hatten 59 % der gemeldeten Aktivitäten eine Laufzeit von mindestens einem Jahr.

Klein- und Kleinstbetriebe mit einer Beschäftigtenzahl von ein bis 49 Mitarbeitern stammten in der Mehrzahl aus den Branchen Baugewerbe/Handel und Dienstleistungen. Unternehmen mit einer Mitarbeiterzahl von 50 bis 499 waren vorzugsweise aus den Branchen Verkehr und Nachrichtenübermittlung, Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen, verarbeitendes Gewerbe und öffentliche Verwaltung. In der öffentlichen Verwaltung, dem Sektor Verkehr und Nachrichtenübermittlung, dem Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen sowie dem verarbeitenden Gewerbe waren ferner die höchsten Anteile an Unternehmen mit 500 und mehr Mitarbeitern zu verzeichnen, die BGF durchführten.

Abb. 38: BGF nach Branchen und Betriebsgrößenklassen



Erwartungsgemäß konnten mit BGF tendenziell mehr Personen erreicht werden, je größer die Betriebe waren. In Betrieben mit ein bis 49 Mitarbeitern wurden den Schätzungen zufolge rund 14.000 Personen direkt erreicht, in solchen mit 50 bis 499 Mitarbeitern lag die Schätzzahl bei bereits 134.000 direkt erreichten Personen. In Unternehmen mit 500 und mehr Mitarbeitern wurden insgesamt 229.000 Personen direkt erreicht.

6.3.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

Je größer ein Unternehmen war, desto häufiger waren die BGF-Aktivitäten auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet. So lag der Anteil an Fällen mit schwerpunktmäßiger Zielgruppenausrichtung in Betrieben mit ein bis 49 Mitarbeitern bei 25 %, in Betrieben mit 50 bis 499 Mitarbeitern bei 40 % und in Unternehmen mit 500 und mehr Mitarbeitern bei 49 %.

Über alle Betriebsgrößen hinweg zählten zu den zwei meist genannten Zielgruppen mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n) sowie Mitarbeiter in der Produktion/im Handwerk. Dem folgten die obere Führungsebene und die mittlere Leitungsebene.

6.3.3 Außerbetriebliche Kooperationspartner

Außerbetriebliche Kooperationspartner waren jeweils bei 58 % der Unternehmen mit ein bis 49 Mitarbeitern sowie 1.500 und mehr Mitarbeitern eingebunden. Bei den Unternehmen mit einer Mitarbeiterzahl von 100 bis 499 Mitarbeitern lag der Anteil an beteiligten außerbetrieblichen Kooperationspartnern bei 53 %. Hervorzuheben sind hier Kleinstbetriebe mit ein bis neun Mitarbeitern: Bei diesen waren zu 64 % außerbetriebliche Kooperationspartner beteiligt.

In allen Betriebsgrößen zählten zu den am häufigsten genannten Kooperationspartnern andere gewerbliche Anbieter/Unternehmen und die Unfallversicherung. Die Unfallversicherung war dabei am häufigsten bei Unternehmen mit einer Beschäftigtenzahl von ein bis 49 Mitarbeitern (43 %, gesamt 38 %) und am seltensten bei Unternehmen mit 1.500 und mehr Beschäftigten eingebunden (32 %, gesamt 38 %).

6.3.4 Koordination und Steuerung

Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden tendenziell häufiger in größeren Unternehmen gebildet als in kleineren Betrieben. In Betriebsgrößen mit ein bis 49 Mitarbeitern lag der Anteil bei 60 %, in solchen mit 50 bis 499 Mitarbeitern bei 69 % und in Unternehmen mit 500 und mehr Mitarbeitern bei 83 %. Dabei hoben sich die Kleinstbetriebe mit ein bis neun Mitarbeitern aus dem beschriebenen Trend heraus: In 69 % der gemeldeten Aktivitäten in dieser Betriebsgröße wurden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet.

An einem entsprechenden Steuerungskreis waren bei Betrieben mit ein bis 49 Mitarbeitern im Durchschnitt Teilnehmer aus drei verschiedenen Bereichen/Einrichtungen beteiligt. Bei Unternehmen mit 50 bis 499 Mitarbeitern und 500 und mehr Beschäftigten waren im Mittel Teilnehmer aus fünf verschiedenen Bereichen bzw. Einrichtungen beteiligt.

Bei Klein-/Kleinstbetrieben waren dabei überwiegend die Entscheidungsebene, Vertreter der Krankenkasse sowie die eigenen Mitarbeiter einbezogen. Bei Unternehmensgrößen von 50 bis 499 Mitarbeitern zählten zu einem Steuerungskreis am häufigsten der Rangfolge nach die Entscheidungsebene, Vertreter der Krankenkassen, Betriebs-/Personalrat, Sicherheitsfachleute und mittlere Führungskräfte. Bei Unternehmen mit 500 und mehr Mitarbeitern wurde etwas häufiger noch als die mittleren Führungskräfte der Betriebsarzt genannt.

6.3.5 Bedarfsermittlung

Bedarfsanalysen wurden in allen hier betrachteten Betriebsgrößenklassen zu 94 % bis 97 % durchgeführt, so dass man durchgängig von strukturierten BGF-Prozessen ausgehen kann. In Betriebsgrößen mit ein bis 49 Mitarbeitern fanden im Durchschnitt pro Fall vier Methoden der Bedarfsanalyse gleichzeitig Anwendung. Bei Betriebsgrößen ab 50 Mitarbeitern wurden im Mittel drei Methoden pro Fall benannt.

Bei den am häufigsten gewählten Formen der Bedarfsermittlung handelte es sich in allen Betriebsgrößen um die Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen, gefolgt von der Be-

triebs-/Arbeitsplatzbegehung und Zielgruppen-/Mitarbeiterbefragung. Ferner zählten zu den nächsthäufig angewandten Bedarfsanalysen die, Arbeitssituationserfassung sowie Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz.

6.3.6 Gesundheitszirkel

Auffallend häufig, d.h. mit einem Anteil von 38 % wurden Gesundheitszirkel in Kleinstbetrieben mit ein bis neun Mitarbeitern durchgeführt. Ansonsten wurden sie mit zunehmender Betriebsgröße tendenziell häufiger durchgeführt (Anteile 23 % bis 29 %).

6.3.7 Intervention

Bei den Interventionen wurden über alle Betriebsgrößen hinweg im Durchschnitt zwei Inhalte gleichzeitig thematisiert. In allen Betriebsgrößen beschäftigten sich die Interventionen am häufigsten mit der Reduktion von körperlichen Belastungen. Dem folgten in Betrieben mit ein bis 49 die Themen gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung und Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung. In Betrieben mit 50 bis 499 Mitarbeitern standen die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung und das Stressmanagement an zweiter und dritter Stelle. Bei Unternehmen mit 500 und mehr Mitarbeitern wurden die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung, das Stressmanagement und die gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung) in etwa gleich häufig thematisiert. Auch war bei diesen Betriebsgrößen der Anteil der am wenigsten angesprochenen Thematik Suchtmittelkonsum mit 29 % vergleichsweise hoch (gesamt 16 %).

Bei allen Betriebsgrößen waren die Aktivitäten in der Mehrzahl sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen (Anteile zwischen 54 % und 59 %). Der höchste Anteil an rein verhaltensbezogenen Aktivitäten war bei Unternehmen mit ein bis 49 Beschäftigten vorzufinden (37 %). Rein verhältnisbezogene Maßnahmen gab es mit einem Anteil von 14 % bei Unternehmen ab einer Beschäftigtenzahl von 50. In Klein- und Kleinstbetrieben lag der Anteil bei 4 %.

In allen Betriebsgrößen waren die Umgestaltungen am häufigsten auf die Verbesserung von Umgebungsbedingungen sowie den Arbeitsschutz und die Reduktion von Unfall- und Infektionsgefahren ausgerichtet. Auch nahm die Veränderung der Arbeits- und Betriebsorganisation in allen Betriebsgrößen einen hohen Stellenwert ein, wobei in Betrieben mit 50 bis 499 Mitarbeitern die Maßnahmen minimal häufiger auf die Informations- und Kommunikationsstrukturen ausgerichtet waren.

6.3.8 Erfolgskontrolle

Bei 74 % der Klein- und Kleinstbetriebe mit ein bis 49 Mitarbeitern und der Unternehmen mit 50 bis 499 Mitarbeitern wurden Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. waren noch geplant. Der Anteil an durchgeführten/geplanten Erfolgskontrollen lag in Unternehmen mit 500 und mehr Mitarbeitern bei 78 %. Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden in allen Unternehmensgrößen fünf Parameter pro Fall gleichzeitig abgefragt.

In Klein- und Kleinstbetrieben mit ein bis 49 Mitarbeitern wurde am häufigsten die Zufriedenheit des Arbeitgebers und der Beschäftigten mit der Intervention, die Akzeptanz der Intervention bei den Zielgruppen, die Inanspruchnahme sowie die Verstetigung der Intervention abgefragt. Bei Unternehmensgrößen von 50 bis 499 Mitarbeitern und 500 und mehr Mitarbeitern standen neben der Prüfung von Zufriedenheit des Arbeitgebers und der Beschäftigten mit der Intervention auch der Krankenstand sowie die Prüfung von Abläufen im Unternehmen im Vordergrund.

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

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

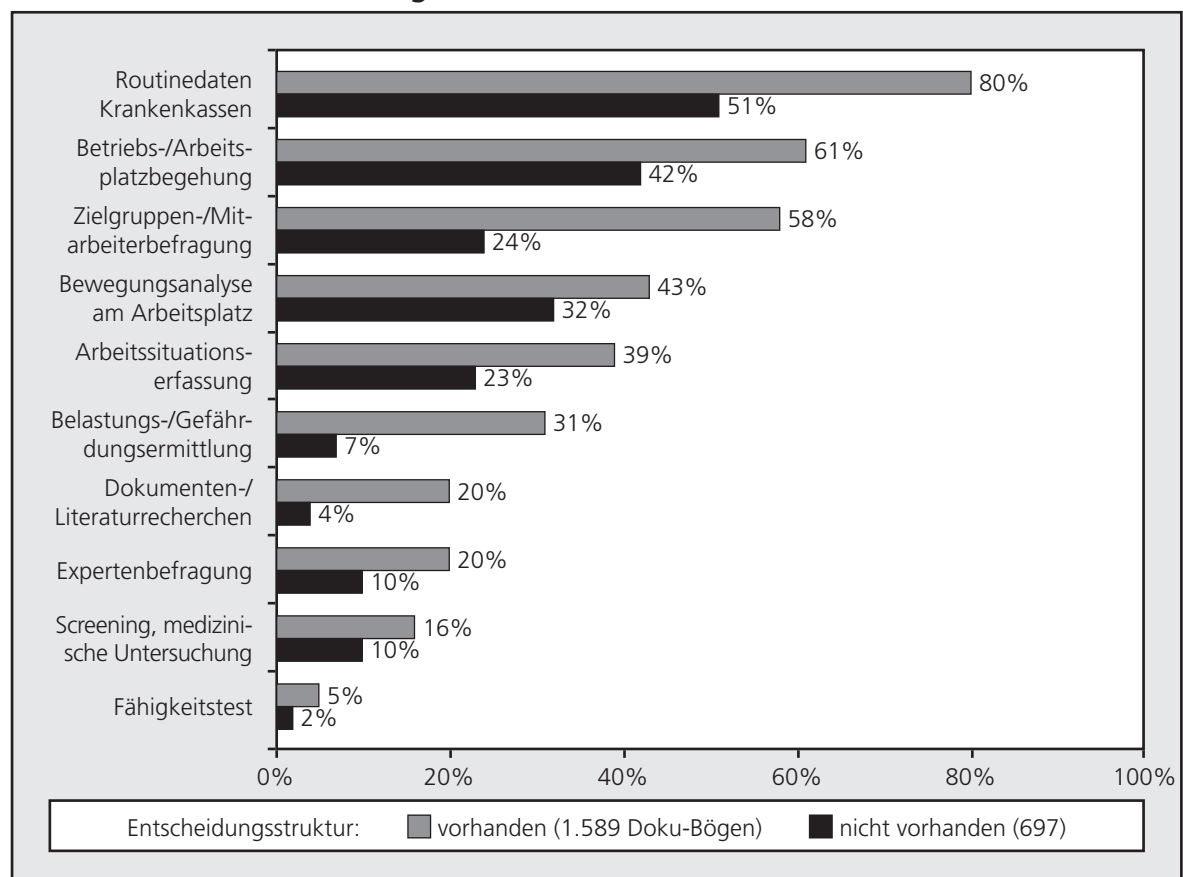
Im Folgenden wird untersucht, in welchem Zusammenhang das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Steuerungsgremiums für die Gesundheitsförderung mit der Häufigkeit und Art der Bedarfsanalysen, Interventionen und Erfolgskontrollen steht.

6.4.1 Bedarfsermittlung

In der Gesamtauswertung erfolgten Bedarfsanalysen in 94 % aller Fälle. Bei Fällen mit vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen lag der Anteil der durchgeführten Bedarfsanalysen bei 97%, bei solchen mit fehlenden bei 90%. Die Differenz war zwar nicht gravierend, aber bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen wurden deutlich mehr – durchschnittlich vier – Bedarfsanalyseinstrumente miteinander kombiniert eingesetzt als bei fehlenden – dort waren es im Durchschnitt zwei Instrumente.

Auch wurden alle Formen der Bedarfsermittlung häufiger bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen eingesetzt als bei fehlenden. Besonders groß war der Unterschied bei durchgeführten Dokumenten-/Literaturrecherchen, Belastungs- und Gefährdungsermittlungen, Fähigkeitstests, Zielgruppen-/Mitarbeiterbefragung sowie Expertenbefragung. Die Durchführung erfolgte bei diesen Methoden mindestens doppelt so häufig bei vorhanden als bei fehlenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen, was die folgende Abbildung zeigt.

Abb. 39: Bedarfsermittlung



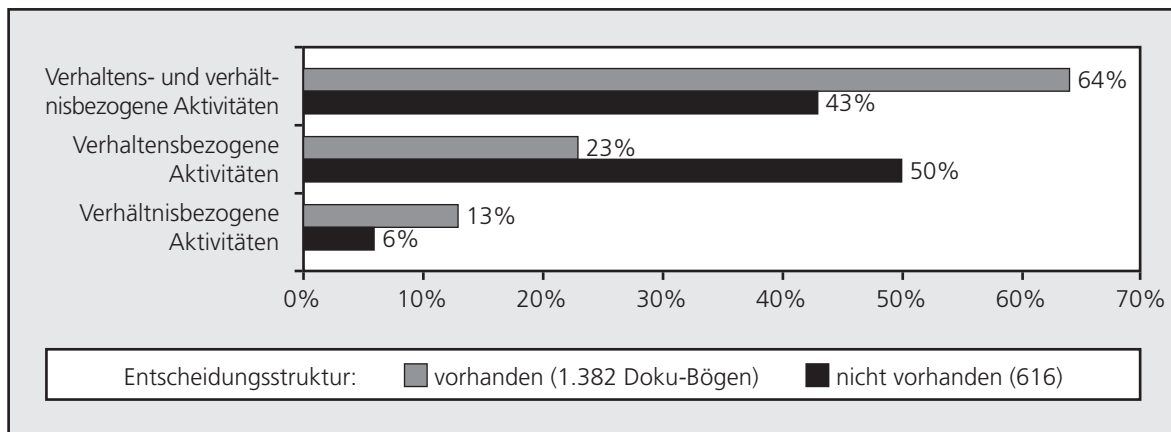
6.4.2 Intervention

Insbesondere die Ergebnisse zu den erfolgten Interventionen ließen erkennen, dass bei Vorhandensein von Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen tendenziell „anspruchsvollere“ Maßnahmen durchgeführt wurden (z. B. bei Gesundheitszirkeln, sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogenen Aktivitäten oder bei Einsatz von aufwändigeren Methoden UND Medien): Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen dauerte die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten im Mittel 24 Monate pro Fall an, bei fehlenden acht Monate pro Fall.

In 33 % der Fälle, bei denen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden waren, wurden Gesundheitszirkel durchgeführt. Bei fehlenden Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen lag der Anteil der realisierten Gesundheitszirkel bei 6 %. Bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen wurden insgesamt 1.882 Gesundheitszirkel durchgeführt und bei fehlenden Steuerungsstrukturen zusammen 78 Zirkel (davon mit 36 Gesundheitszirkeln knapp die Hälfte in Betrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern).

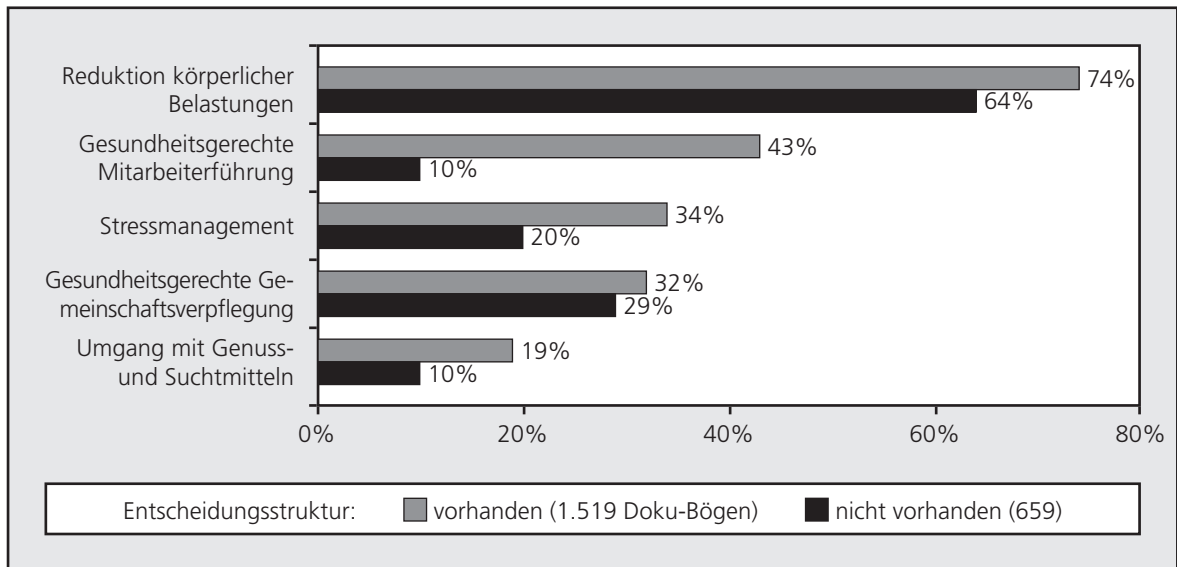
Ferner waren die Aktivitäten bei vorhandenen Steuerungsgremien deutlich häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen als bei fehlenden Gremien. Rein verhaltensbezogene Aktivitäten, die tendenziell weniger Aufwand bedeuteten, wurden hingegen deutlich häufiger ohne vorherige Bildung von Steuerungsstrukturen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

Abb. 40: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten



Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen wurden ferner häufiger mehrere Inhalte miteinander verknüpft angesprochen als bei fehlenden: So waren es bei vorhandenen Strukturen pro Fall etwa zwei Inhalte gleichzeitig, bei fehlenden hingegen im Mittel ein Inhalt pro Fall. Alle Inhalte wurden häufiger bei Fällen mit vorhandener Entscheidungs- und Steuerungsstruktur thematisiert. Besonders die „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ wurde vier Mal so bei vorhandenen Koordinierungsgremien thematisiert wie bei fehlenden. Das Thema Suchtmittelkonsum wurde bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen etwa doppelt so häufig angesprochen.

Abb. 41: Inhaltliche Ausrichtung



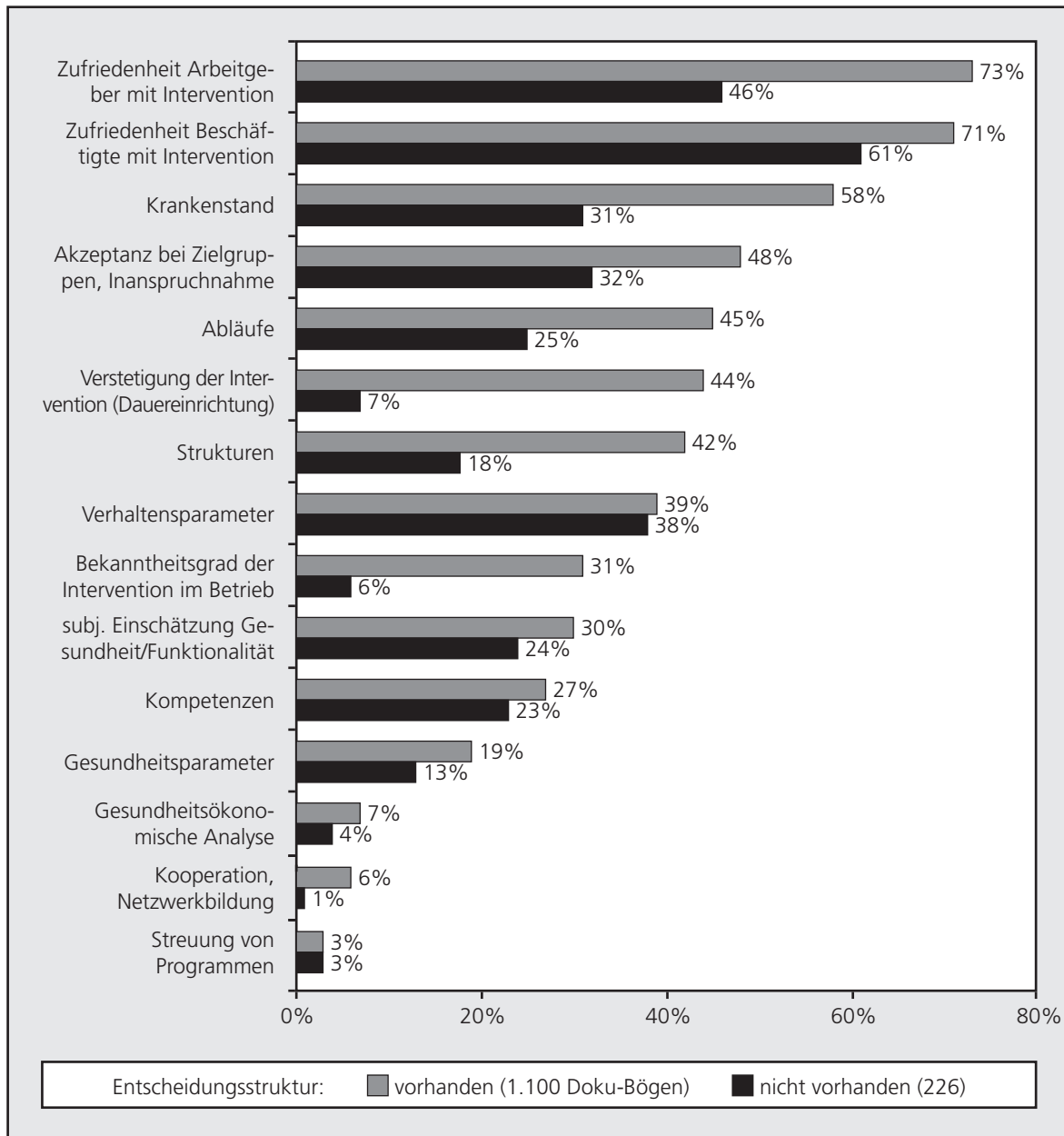
Sämtliche Methoden wurden bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen häufiger eingesetzt als bei fehlenden. Dabei war der Unterschied besonders bei den in der Vorbereitung und Organisation aufwändigeren Methoden Organisationsberatung/-entwicklung und Seminare (Rollenspiel etc.) hoch. Bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen wurden im Durchschnitt drei Methoden gleichzeitig angewandt, bei fehlenden im Durchschnitt zwei.

Medien fanden – abgesehen von Faltblättern und Broschüren ebenfalls häufiger bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen Einsatz als bei fehlenden. Im Durchschnitt wurden pro Fall drei Medien sowohl bei vorhandenen Steuerungsstrukturen als auch bei fehlenden Steuerungsstrukturen eingesetzt. Auffallend war das Ergebnis beim Internet/Intranet: Dieses wurden acht Mal häufiger bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen benannt. Das Medium Betriebszeitung fand bei vorhandenen Koordinierungsgremien knapp drei Mal so häufig Einsatz wie bei fehlenden.

6.4.3 Erfolgskontrolle

In der Gesamtauswertung wurden in 81 % aller Fälle Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. waren Kontrollen noch geplant. Bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen lag der Anteil der durchgeführten und geplanten Erfolgskontrollen bei 88 %. Fehlten solche Strukturen, lag er bei 47 %. Bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen wurden im Durchschnitt fünf Formen der Erfolgskontrollen gleichzeitig angewandt, bei fehlenden waren es drei Erfolgskontrollen pro Fall.

Abb. 42: *Erfolgskontrolle*



Alle Formen der Erfolgskontrollen wurden häufiger benannt, wenn Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen vorhanden waren. Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen waren die Erfolgskontrollen im Vergleich zu den Fällen mit fehlenden Koordinierungsstrukturen besonders oft auf die Kooperation und Netzbildung (6: 1), Verstetigung der Intervention (6: 1), Bekanntheitsgrad der Intervention im Betrieb (5: 1) sowie Strukturen (2: 1) ausgerichtet. Knapp doppelt so häufig wurde der Krankenstand bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen abgefragt wie bei fehlenden.

7 Fazit und Ausblick

Es ist ein erfreuliches Ergebnis des vorliegenden Berichts, dass die Krankenkassen im Jahr 2006 die Reichweite ihrer Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz und der betrieblichen Gesundheitsförderung mit über 4,3 Millionen erreichten Versicherten abermals steigern konnten. Ebenso war 2006 mit über 3.500 gemeldeten Projekten in nichtbetrieblichen Settings und betrieblicher Gesundheitsförderung sowie 1,4 Millionen Kursteilnahmen bei individuellen Angeboten erneut eine Steigerung gegenüber den Vorjahreszahlen zu verzeichnen. Für diese Maßnahmen und Angebote haben die gesetzlichen Krankenkassen 2006 mit über 232 Millionen Euro (oder 3,30 Euro je Versicherten) deutlich mehr ausgegeben als im Vorjahr.

Entsprechend dem Gesetzauftrag legten die Krankenkassen bei der Gesundheitsförderung und Prävention ein wesentliches Augenmerk auf die Verminderung von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Als vielversprechender Zugangsweg wird hier die Ansprache der Menschen in ihren Lebenswelten (Settings) gesehen. So stellt der neue Rekord von 1.083 gemeldeten Setting-Projekten ein ebenfalls erfreuliches Ergebnis für 2006 dar.

Wie in den Berichtsjahren zuvor haben die gesetzlichen Krankenkassen auch im Jahr 2006 nichtbetriebliche Setting-Aktivitäten vorzugsweise in Schulen und Berufsschulen durchgeführt. Vorteil dieses Zugangswegs ist, dass in Schulen und Berufsschulen Kinder und Jugendliche aus sämtlichen Bevölkerungsschichten und ihre Angehörigen angesprochen werden können, und dass bei jungen Menschen die Chancen auf Verhaltensänderungen hin zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung größer sind. Die Gesundheitsförderung in Kommunen und Stadtteilen stellt einen noch neuen, zusätzlichen Aufgabenbereich dar; Projekte wurden hier in 6 % der Fälle durchgeführt. Den Kommunen kommt große Bedeutung für die Gesundheit der dort lebenden Bevölkerung zu. Entsprechend haben die gesetzlichen Krankenkassen dieses Setting im Leitfaden Prävention 2006 hervorgehoben und sehen ein Potenzial, sich verstärkt in solche Projekte einzubringen, die in kommunale Gesamtstrategien wie die gesundheitsförderliche Stadt(teil)entwicklung eingebettet sind.

Beim nichtbetrieblichen Setting-Ansatz handelte es sich auch in 2006 häufig um umfassende, zum Teil landesweit ausgerichtete Netzwerk- und Kooperationsprojekte, in die eine Vielzahl an regionalen und überregionalen Partnern eingebunden waren. Auch auf diese Weise ließen sich breite Bevölkerungsschichten erreichen, darunter Menschen, die aufgrund ungünstiger Lebensbedingungen, wie geringe Schulbildung, niedriges Einkommen oder Arbeitslosigkeit größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind. Über die hohe Zahl an Kooperationen wurden externe Wissensquellen und Ressourcen eingebracht und dem Prinzip der „gesamtgesellschaftlichen Verantwortung“ in der Prävention und Gesundheitsförderung über die GKV hinaus Rechnung getragen. Hier ist aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen insbesondere eine Ausweitung an Kooperationen mit der Öffentlichen Verwaltung bzw. öffentlichen Institutionen erstrebenswert. Entscheidungs- und Koordinierungsstrukturen wurden 2006 bei deutlich mehr Projekten gemeldet. Dies ist insofern begrüßenswert, als diese Strukturen eine wichtige Basis für qualitativ hochwertige, d.h. umfassende und nachhaltig angelegte Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz bilden.

Als besonders positives Ergebnis zum nichtbetrieblichen Setting-Ansatz ist die deutliche Zunahme an durchgeführten Gesundheitszirkeln hervorzuheben. Diese stellen ein wichtiges Instrumentarium dar, mit dem Gesundheitsbelastungen ermittelt sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen unter Mitwirkung der Verantwortlichen und Betroffenen initiiert werden können. Die Interventionen waren bei der Mehrzahl der Projekte sowohl auf das Verhalten der angesprochenen Personen ausgerichtet als auch gleichzeitig auf die Verhältnisse im Setting. Diesen Trend gilt es fortzusetzen und weiter auszubauen. Die inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten konzentrierte sich – wie in den Berichtsjahren zuvor – auf die Handlungsfelder Bewegung und Ernährung. Gerade die Bewegung stellt ein zentrales Element der Primärprävention dar, denn über ein Mehr an Bewegung werden häufig auch weitere Lebensgewohnheiten, wie z.B. die Ernährung, der Umgang mit Stress und Pflege von Sozialkontakten, gesundheitsförderlich beeinflusst. Ein

weiteres begrüßenswertes Ergebnis für 2006 war die deutliche Zunahme an durchgeführten Erfolgskontrollen, die die Wirksamkeit von Maßnahmen abfragten. Sie stellen einen wichtigen Maßstab für die Qualität der Interventionen dar.

Hervorzuheben und zu begrüßen ist, dass die Zahl der über die betriebliche Gesundheitsförderung erreichten Personen um 35 % gestiegen ist, von 606.000 im Jahr 2005 auf 935.000 im Jahr 2006. Auch sind die Ergebnisse zur BGF im Wesentlichen geprägt durch ihre Konsolidierung auf einem erfreulich hohen Niveau. Dies ist in weitgehend allen abgefragten Feldern, insbesondere den außerbetrieblichen Kooperationen, der Bildung von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen, den Bedarfsanalysen sowie der Ausgestaltung der Interventionen zu beobachten. Diesen Stand gilt es hier in Zukunft mindestens zu halten, besser noch weiter auszubauen. Ganzheitlich verstandene BGF ist sowohl auf das Verhalten von Mitarbeitern, z.B. über Angebote zur Bewegungsförderung, Ernährungsberatungen oder Maßnahmen zum Stressabbau, als auch auf die Verhältnisse in den Betrieben, wie beispielsweise auf Veränderungen der Arbeitsorganisation, der ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung oder der betriebsinternen Kommunikation, ausgerichtet. Insofern ist es sehr erfreulich, dass 2006 mehr Interventionen sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen waren.

Ein geringer Rückgang ist im Vergleich zu 2005 bei der Anzahl der langfristig, d.h. für ein Jahr und länger angelegten Projekte sowie bei den durchgeführten Erfolgskontrollen zu verzeichnen. Da sich ganzheitliche, auf Langfristigkeit und Nachhaltigkeit ausgelegte BGF gerade über umfassende Projekte mit ausreichender Laufzeit erzielen lassen und Erfolgskontrollen bedeutsame Wege zur Qualitätssicherung darstellen, ist hier für die Zukunft ein weiterer Ausbau erstrebenswert.

Beim individuellen Ansatz stellt vor allem der Zuwachs bei den Kursteilnahmen um 17 % von knapp 1,2 Mio. in der Vorjahreserhebung auf gut 1,4 Mio. ein erfreuliches Ergebnis dar.

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

Die GKV-Präventionsziele sind jeweils quantifiziert. Bereits für den nächsten Präventionsbericht ist vorgesehen, die Ausgangsbasis für die Messung der Zielerreichung in den Jahren 2008 und 2009 zu erheben und darüber zu berichten.

8 Anhang

8.1 Dokumentationsbögen

8.1.1 Dokumentationsbogen Setting-Ansatz

Dokumentation der Leistungen der GKV:

Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings

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

S

Primärprävention mittels

Setting-Ansatz gemäß

§ 20 Abs. 1 SGB V

Bitte beachten sie beiliegende Ausfüllhinweise zu S!

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

Krankenkasse

Berichtsjahr

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

1 Allgemeine Daten

1.1 Setting

Das Setting bestand aus Einheiten[#]

Diese **setzten sich zusammen aus:** (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Grundschule | ☐ | Verein ^{#*} | ☐ |
| Sonderschule | ☐ | Familie | ☐ |
| Hauptschule | ☐ | Institutionen für spezifische Bevölkerungs- | |
| Realschule | ☐ | gruppen* | ☐ |
| Gymnasium | ☐ | ...und zwar: | |
| Gesamtschule | ☐ | Selbsthilfegruppe/-organisation [#] | ☐ |
| Berufsschule o.ä. | ☐ | Altenheim [#] | ☐ |
| Hochschule | ☐ | Krankenhaus [#] | ☐ |
| Kindergarten/Kindertagesstätte | ☐ | Anderes Setting..... | ☐ |
| Stadtteil/Ort* | ☐ | | |

1.2 Start und Laufzeit der Aktivitäten: [#]

Start: ___/___ (Monat/Jahr)

Laufzeit: ca. _____ Monate

1.3 Anzahl aller zum Setting gehörenden

Personen: [#]

ca. _____ Personen

1.4 Status der Aktivitäten [#]

im Setting: ja nein
noch laufend ☐ ☐

Mitwirkung der Krankenkassen: ja nein

noch laufend ☐ ☐

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

* Beispiele s. Ausfüllhinweise

2 Schwerpunktmäßige Zielgruppe

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

ja ☐ nein ☐

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

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

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

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n) | ☐ | Weibliche Personen | ☐ |
| Personen folgender Altersgruppen: | | Männliche Personen | ☐ |
| - jünger als 15 Jahre | ☐ | Ausländer/innen | ☐ |
| - 15 bis unter 20 Jahre | ☐ | Multiplikatoren / Mediatoren (Fortbildung bzw. Kooperation), und zwar: | |
| - 20 bis unter 30 Jahre | ☐ | - Eltern | ☐ |
| - 30 bis unter 40 Jahre | ☐ | - Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal | ☐ |
| - 40 bis unter 50 Jahre | ☐ | - Nichtpädagogisches Personal* | ☐ |
| - 50 bis unter 60 Jahre | ☐ | Sonstige Zielgruppen | ☐ |
| - 60 Jahre und mehr | ☐ | | |

2.3 Anzahl der erreichten Personen

Mit den Aktivitäten wurden im Setting direkt erreicht

ca. _____ Personen

Die Aktivitäten hatten Auswirkung auf schätzungsweise weitere

_____ Personen

3 Kooperationspartner

3.1 Es wurden Kooperationspartner eingebunden:

ja ☐ nein ☐

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

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

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

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Gesundheitsamt* | ☐ | Andere Krankenkassen | ☐ |
| Niedergelassene Ärzte | ☐ | Unfallversicherung* | ☐ |
| Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen* | ☐ | Sonstige Sozialversicherungsträger* | ☐ |
| Öffentliche Verwaltung/Institutionen, Ministerien* | ☐ | Wissenschaftliche Einrichtungen* | ☐ |
| Vereine, Verbände | ☐ | Sonst. gewerbliche Anbieter/Unternehmen* | ☐ |
| | | Andere | ☐ |

4 Koordination und Steuerung

4.1 Es gibt eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur

ja ☐ nein ☐

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

- schriftlich ☐
- mündlich ☐

5 Bedarfsermittlung

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

Begehung des Settings	☐	Screening, medizinische Untersuchung*	☐
Befragung der Zielgruppe#	☐	Fähigkeitstests*	☐
Expertenbefragung#	☐	Literaturrecherchen/ wissenschaftl. Studien	☐
Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen	☐	Sonstiges	☐

6 Gesundheitszirkel / Zukunftswerkstatt

Wurden Gesundheitszirkel durchgeführt?	<i>ja</i>	<i>nein</i>
☐	Anzahl:	☐
Eine Zukunftswerkstatt wurde eingerichtet:	<i>ja</i>	<i>nein</i>
☐		☐

7 Intervention

7.1 Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten

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

(Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich)

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

7.2 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten:

Seit Beginn der primärpräventiven Aktivitäten wurden durchgeführt:

Verhältnisbezogene Aktivitäten:*

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

ja	nein
☐	☐

Verhaltensbezogene Aktivitäten:*

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

ja	nein
☐	☐

Fortsetzung nächste Seite

Art der Umgestaltungen:

Veränderung der Organisation im jeweiligen Setting* ☐
Verbesserung von Umgebungsbedingungen* ☐
Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungs-
spielräumen/ Verantwortlichkeiten ☐

Informations- und Kommunikations-
strukturen* ☐
Soziale Angebote und Einrichtungen* ☐
Andere, ☐
und zwar

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

Methoden:

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

Medien:

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

8 Erfolgskontrolle

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

ja nein

☐☐

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

8.2 Die Erfolgskontrolle bezog sich auf:

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

Umfeld/

Strukturen ☐

Abläufe ☐

Verhaltensparameter* ☐

Kompetenzen* ☐

Gesundheitsparameter* ☐

Subjektive Einschätzung der Gesundheit
und Funktionalität ☐

Gesundheitsökonomische Analyse* ☐

Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen,
Inanspruchnahme ☐

Zufriedenheit der Zielgruppe mit der
Intervention ☐

Bekanntheitsgrad der Intervention bei der
Zielgruppe ☐

Kooperation, Netzworkebildung ☐

Verstetigung der Intervention
(Dauereinrichtung) ☐

Streuung von Programmen# ☐

Anderes ☐

8.3 Es wurde keine Erfolgskontrolle durchgeführt:

Eine solche ist - noch vorgesehen ☐

- nicht vereinbart ☐

8.1.2 Auswertungsbogen individueller Ansatz

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

I

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

	Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten		Vorbeugung / Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme		Vermeidung von Mangel- u. Fehlernährung		Vermeidung / 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 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 bis unter 15 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter von 15 bis unter 20 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter von 20 bis unter 30 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter von 30 bis unter 40 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter von 40 bis unter 50 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter von 50 bis unter 60 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter ab 60 Jahren												

8.1.3 Dokumentationsbogen Betriebliche Gesundheitsförderung

B

*Betriebliche Gesundheitsförderung gemäß
§ 20 Abs. 2 SGB V*

Dokumentation der Leistungen der GKV: Primärprävention in der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Bitte beachten sie beiliegende Ausfüllhinweise zu B!

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

Krankenkasse

Berichtsjahr

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

1 Allgemeine Daten

1.1 In welchem Wirtschaftszweig fanden die Aktivitäten statt?

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

Bitte nur einen Wirtschaftszweig ankreuzen

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Land und Forstwirtschaft, Fischerei (1, 2, 5) | ☐ | Energie- und Wasserversorgung (40/41) | ☐ |
| Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden (10-14) | ☐ | Baugewerbe (45) | ☐ |
| Verarbeitendes Gewerbe: | | Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern: | |
| • Ernährungsgewerbe u. Tabakverarbeitung (15/16) ... | ☐ | • Kfz-Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz; Tankstellen (50) | ☐ |
| • Textil- und Bekleidungsgewerbe (17/18) | ☐ | • Handelsvermittlung und Großhandel (ohne Handel mit Kfz) (51) | ☐ |
| • Ledergewerbe (19/20) | ☐ | • Einzelhandel (ohne Kfz/Tankstellen) (52) | ☐ |
| • Papier-, Verlags- und Druckgewerbe (21/22) | ☐ | Gastgewerbe (55) | ☐ |
| • Kokerei, Mineralölverarbeitung, Herstellung und Verarbeitung von Spalt- und Brutstoffen (23) | ☐ | Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60-64) | ☐ |
| • Herstellung v. chemischen Erzeugnissen (24) | ☐ | Kredit- und Versicherungsgewerbe (65-67) | ☐ |
| • Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren (25) ... | ☐ | Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen, Grundstücks- und Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen (70-74) | ☐ |
| • Glasgewerbe, Herstellung von Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden (26) | ☐ | Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung (75) | ☐ |
| • Metallerzeugung und -bearbeitung, Herstellung von Metallerzeugnissen (27/28) | ☐ | Erziehung und Unterricht (80) | ☐ |
| • Maschinenbau (29) | ☐ | Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (85) ... | ☐ |
| • Herstellung von Büromaschinen, Datenverarbeitungsges-
räten und -einrichtungen; Elektrotechnik, Feinmechanik
und Optik (30-33) | ☐ | Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen
Dienstleistungen (90-93) | ☐ |
| • Fahrzeugbau (34/35) | ☐ | Private Haushalte, Exterritoriale Organisationen und
Körperschaften (95, 99) | ☐ |
| • Herstellung von Möbeln, Schmuck, Musikinstru-
menten, Sportgeräten, Spielwaren und sonstigen
Erzeugnissen; Recycling (36/37) | ☐ | | |

An wie vielen Standorten/Betrieben wurden die Aktivitäten durchgeführt?

Anzahl: _____

wichtige Informationen, ausführliche Erläuterungen hierzu in beiliegenden Ausfüllhinweisen

* Beispiele s. Ausfüllhinweise

1.2 Anzahl Beschäftigte im betreuten Betrieb/ an den betreuten Standorten [#]

(bitte nur ein Kreuz setzen)

- 1 – 9 ☐
10 – 49 ☐
50 – 99 ☐
100 – 499 ☐
500 – 1.499 ☐
1.500 und mehr ☐

1.3 Anteil der Frauen an den Beschäftigten

(bitte nur ein Kreuz setzen)

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

1.4 Start und Laufzeit der Gesundheitsförderungsaktivitäten [#]

Start: ____/____ (Monat/Jahr)

Laufzeit: ca. ____ Monate

1.5 Status der Aktivitäten [#]

im Betrieb: ja nein
noch laufend ☐ ☐

Mitwirkung der Krankenkassen: ja nein
noch laufend ☐ ☐

2 Schwerpunktmäßige Zielgruppe

2.1 Die Aktivitäten richteten sich direkt an alle Beschäftigten

ja nein
☐ ☐

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

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

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

Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen

belastete Gruppe(n) ☐

Ältere Arbeitnehmer ☐

Ausländische Arbeitnehmer ☐

Frauen ☐

Auszubildende* ☐

Obere Führungsebene ☐

Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/

Teamleiter ☐

Mitarbeiter in der Verwaltung ☐

Mitarbeiter in der Produktion/ im Handwerk ☐

Mitarbeiter im Dienstleistungsbereich* ☐

Testgruppe zur modellhaften Erprobung ☐

Andere ☐

2.3 Anzahl der erreichten Beschäftigten [#]

Mit den Aktivitäten wurden direkt angesprochen

ca. ____ Beschäftigte

Sie hatten Auswirkung auf schätzungsweise weitere

____ Beschäftigte

3 Außerbetriebliche Kooperationspartner

3.1 Es wurden außerbetriebliche Kooperationspartner eingebunden:

ja nein
☐ ☐

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

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

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

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

4 Koordination und Steuerung

4.1 Es gibt eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur

(z. B. Arbeitskreis Gesundheit, Arbeitsschutzausschuss)

ja nein
☐ ☐

4.2 Im Steuerungsgremium sind vertreten:

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

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

- schriftlich ☐
- mündlich ☐

5 Bedarfsermittlung

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

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

6 Gesundheitszirkel [#]

Wurden Gesundheitszirkel durchgeführt?

ja

☐

Anzahl:

nein

☐

7 Intervention [#]

7.1 Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten

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

(Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich)

Angebote zur Reduktion körperlicher

Belastungen* ☐

Angebote zur gesundheitsgerechten

Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung) ☐

Angebote zum Stressmanagement* ☐

Angebote zur gesundheitsgerechten

Mitarbeiterführung ☐

Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln ☐

Sonstiges ☐

7.2 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten: [#]

Seit Beginn der primärpräventiven Aktivitäten wurden durchgeführt:

Verhältnisbezogene Aktivitäten:*

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

☐☐

Verhaltensbezogene Aktivitäten:*

Den Zielgruppen wurden gesundheitsbezogene In-
formationen und/oder praktische Fertigkeiten, Hand-
lungs-, Entscheidungs- oder Selbstwahrnehmungs-
kompetenzen vermittelt ja nein

☐☐

Art der Umgestaltungen:

Veränderung der Arbeits-/Betriebsorganisation* ☐

Verbesserung von Umgebungsbedingungen* ☐

Persönliche Maßnahmen zum Arbeitsschutz,

Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren* ☐

Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungs-
spielräumen/ Verantwortlichkeiten ☐

Informations- und Kommunikationsstrukturen* ☐

Soziale Angebote und Einrichtungen* ☐

Andere, ☐
und zwar

7.3 Die verhältnis- bzw. verhaltensbezogenen Aktivitäten erfolgten mittels folgender ... [#]

Methoden:

Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung* ☐

Gruppenschulung und -beratung/

Kursprogramme* ☐

Seminare (Rollenspiel etc.) ☐

Vortrag, Tagung ☐

Individuelle Beratung ☐

Organisationsberatung, -entwicklung ☐

Gesundheitstage, -wochen ☐

Fremdsprachige Angebote ☐

Medien:

Video, Foto, Overhead, Beamer etc. ☐

Übungsmanuale/ Arbeitsunterlagen * ☐

Anschauungsmaterial/Modelle* ☐

Faltblätter, Broschüren ☐

Ausstellungen, Plakate ☐

Internet/Intranet ☐

Betriebszeitung ☐

Sonstiges ☐

8 Erfolgskontrolle

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

ja nein

☐☐

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

8.2 Die Erfolgskontrolle bezog sich auf:

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

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

8.3 Es wurde keine Erfolgskontrolle durchgeführt:

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

8.2 Tabellenband

Der vorliegende Bericht enthält zu den Gesamtergebnissen alle und zu den Branchen- und Setting-spezifischen Auswertungen nennenswert auffällige Ergebnisse. Sollte darüber hinaus Interesse an detaillierteren Daten bestehen, kann der zum Bericht dazugehörige ausführliche Tabellenband von der Internetseite des MDS (www.mds-ev.de) heruntergeladen werden.

8.3 Zu Grunde liegende und weiterführende Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Bundesverband der Unfallkassen und Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung (2004): Empfehlungen zur Gesundheitsförderung in Schulen. Bergisch Gladbach und München.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006): Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006, 2. korrigierte Auflage vom 15. Juni 2006.

Badura, B.; Ritter, W.; Scherf, M. (1999). Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis. Hans Böckler Stiftung 17, Berlin.

Bindzius, Fritz; Bödeker, Wolfgang; Eberle, Gudrun; Jahn, Frauke; Kreis, Julia; Wetzstein, Annekatrin; Wolters, Jürgen (2005): Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen. IGA-Report Nr. 8, Bonn, Dresden, Essen.

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.

Debitz, U.; Gruber, H.; Richter, P. (2001): Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz – Handlungshilfen für Praktiker: Teil 2 – Erkennen, Beurteilen und Verhüten von Fehlbeanspruchungen, Bochum.

Ducki, A. (1998). Analyse. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.): Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung, 155-175, Göttingen.

Dunckel, H. (Hrsg.; 1999): Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. Reihe Mensch, Technik, Organisation 14, Zürich.

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.

Greiner, B. A. (1998): Der Gesundheitsbegriff. In: Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung – arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Schriftenreihe Psychologie und innovatives Management, Göttingen.

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. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern.

Pohland, A.; Heymer, J.; Gruber, H. (2003): Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz – Handlungshilfen für Praktiker: Teil 3 – Verhüten von Fehlbeanspruchungen durch Arbeits- und Organisationsgestaltung, Bochum.

Richter, G. (2001): Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen. Screening für Arbeitsplatzinhaber – BASA. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 1493, Dortmund.

Richter, G. (1998): Psychische Belastung und Beanspruchung unter dem Aspekt des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 86, Bremerhaven.

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

Wenchel, K-Th. (2001): Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz – Handlungshilfen für Praktiker: Teil 1 – Orientierungshilfe, Bochum.

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

8.4 Organisation und Verantwortlichkeiten

Lenkungsgremium

Arbeitskreis der Präventionsreferenten der Spitzenverbände der Krankenkassen:

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

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

AOK-Bundesverband, Bonn: Sibylle Becker, Dr. Dieter Bonitz, Dr. Gudrun Eberle, Renate Klein, Karin Schreiner-Kürten

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

See-Krankenkasse, Hamburg: Sonja Ludley, Norbert Oltmanns

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel: Ulrike Kiehl

Knappschaft, Bochum: Claus Bockermann

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Essen:
Mandy Handschuch, Dr. Harald Strippel M.Sc.

Projektrealisation

MDS, Essen: Mandy Handschuch, Dr. Harald Strippel M.Sc.

Textbeiträge zu Projektbeispielen:

- Schulprojekt „gesund leben lernen“:
Martina Kolbe, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt
- Schulprojekt „optiSTART“:
Dr. Gunar Senf, Universität Leipzig, Erziehungswissenschaftliche Fakultät
Dr. Karoline Schubert, Stadt Leipzig, Gesundheitsamt der Stadt Leipzig

