

Präventionsbericht 2011

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2010

Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung – Präventionsbericht 2011



In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene

AOK-Bundesverband, Berlin

BKK Bundesverband, Essen

IKK e.V., Berlin

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel

Knappschaft, Bochum

Verband der Ersatzkassen, Berlin

Impressum

Autoren:

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

Herausgeber:

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de

GKV-Spitzenverband

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

Umschlaggestaltung:

BestPage Kommunikation RheinRuhr KG
45481 Mülheim an der Ruhr

Titelfoto:

Fotosearch

Herstellung und Druck:

Druckstudio GmbH
40589 Düsseldorf

März 2012

Präventionsbericht 2011

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung

– Berichtsjahr 2010 –

GKV-Spitzenverband, Berlin

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

Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene:



———— AOK-Bundesverband, Berlin



———— BKK Bundesverband, Essen



— Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen, Berlin



— Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel



KNAPPSCHAFT — Knappschaft, Bochum



———— Verband der Ersatzkassen, Berlin

Vorwort

Wir freuen uns, Ihnen hier bereits den zehnten Präventionsbericht der gesetzlichen Krankenversicherung vorlegen zu können.

Mit dem Präventionsbericht 2011 stellen die Krankenkassen auf freiwilliger Basis Transparenz über ihre Leistungen in der Primärprävention nach § 20 SGB V und der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V im Jahr 2010 her. Zahlreiche Tabellen und Grafiken illustrieren die Ergebnisse.

Wesentliches Ergebnis der diesjährigen Auswertung ist der Ausbau der Leistungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Zahl der erreichten Betriebe nahm deutlich zu. Die Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kindertagesstätten und Schulen bauten die Krankenkassen ebenfalls aus. So erreichten sie über zwei Drittel der Kindertagesstätten in Deutschland.

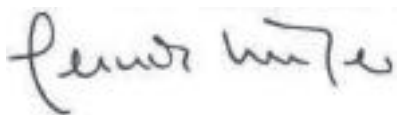
Wie der Bericht im Detail zeigt, erfüllten die Krankenkassen mit diesem Wachstum im Vergleich zum Vorjahr bzw. zur Basiserhebung im Jahr 2007 weitgehend die GKV-weiten Präventions- und Gesund-

heitsförderungsziele. Die Aussagekraft des Präventionsberichts wird durch Berücksichtigung weiterer soziodemografischer und sozialräumlicher Indikatoren erneut gesteigert.

Insgesamt zeigt der Bericht: Prävention und Gesundheitsförderung besitzen in der gesetzlichen Krankenversicherung einen hohen und weiterhin wachsenden Stellenwert. Die Ergebnisse sind eine wichtige Grundlage für die aktuell anstehende Weiterentwicklung der Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV.

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Krankenkassen danken wir für ihre vielfältigen Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und für die sorgfältige Dokumentation. Gleichfalls danken wir den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene für die Koordination der Datenerhebung.

Aus allen Krankenkassenarten finden sich anschauliche Praxisbeispiele zur Evaluation gesundheitsförderlicher Maßnahmen in diesem Bericht. Hierfür danken wir den Beteiligten und ihren externen Partnern.



Gernot Kiefer
Vorstand
GKV-Spitzenverband, Berlin



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS, Essen

Wie der Bericht genutzt werden kann

Je nach Interesse und Informationsbedarf kann sich der Leser den folgenden Themen zuwenden:

- Wem ein kurzer Überblick über das Leistungsgeschehen ausreicht, sollte die Zusammenfassung (S. 9 ff.) und den Abschnitt „Highlights“ (S. 11 ff.) lesen
- Die Kapitel zum Setting-Ansatz finden sich ab Seite 25, zum individuellen Ansatz ab Seite 55 und zur betrieblichen Gesundheitsförderung ab Seite 67
- Wer sich speziell für die Präventionsziele der Krankenkassen und deren Erreichung in 2010 interessiert, findet die Ergebnisse in Kap. 5, S. 21 ff.

Anmerkung:

Um die Lesbarkeit des Textes zu verbessern wurde durchgängig darauf verzichtet, bei Berufs- und Personenbezeichnungen sowohl die männliche als auch die weibliche Form zu verwenden. Wenn also die männliche Form verwendet wird, schließt dies die weibliche mit ein.

Inhalt

Zusammenfassung	9
1 Highlights	11
1.1 Setting-Ansatz: Mehr Aktivitäten und weiter verbesserte Qualität	11
1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung: Krankenkassen weiten Präventionsaktivitäten aus.....	11
1.3 Ausgaben.....	12
1.4 Fokussierung auf Präventionsziele	12
1.5 Neu: Indikatoren für sozial bedingt ungleiche Gesundheitschancen	12
2 Einleitung	14
2.1 Gesetzliche Regelungen.....	14
2.2 Grundlage: Leitfaden Prävention.....	14
2.3 Begriffsbestimmung: Setting, individuelle Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung	15
2.4 Evaluation	16
3 Erhebungsmethode, Auswertung und Veröffentlichung	17
3.1 Grundlagen	17
3.2 Neuerungen	17
3.2.1 Arbeitslose, Migrationshintergrund, Rauchen und Alkoholkonsum, psychische Ressourcen, Wirtschaftszweige	17
3.2.2 Indikatoren für die soziale Lage	18
3.2.3 Bundesländer	18
4 Wichtige Kennziffern.....	19
4.1 Projekte, Settings, Personen, Betriebe	19
4.2 Ausgaben.....	20
4.3 Inanspruchnahme nach Geschlecht.....	20
5 Erreichungsgrad der GKV-Präventionsziele	21
5.1. Setting-Ansatz	21
5.2 Betriebliche Gesundheitsförderung	23
6 Setting-Ansatz	25
6.1 Allgemeine Daten.....	25
6.1.1 Anzahl und Verteilung der Settings	26
6.1.2 Betreuungsgrad	27
6.1.3 „Soziale Brennpunkte“	28
6.1.4 Anzahl der Settings nach Bundesländern.....	29
6.2 Erreichte Personen	30
6.2.1 Erreichte Personen nach Settings.....	31
6.2.2 Erreichte Personen nach Bundesländern	32
6.3 Projektlaufzeit	33
6.3.1 Projektlaufzeit nach Settings	34
6.4 Zielgruppen	35
6.4.1 Zielgruppen nach Settings.....	36

6.5	Kooperationspartner.....	38
6.6	Koordination und Steuerung.....	39
6.7	Bedarfsermittlung.....	40
6.7.1	Bedarfsermittlung nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen	41
6.8	Gesundheitszirkel	42
6.8.1	Gesundheitszirkel nach Settings	43
6.9	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	44
6.9.1	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Settings	46
6.9.2	Intervention nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen	47
6.10	Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten	48
6.10.1	Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten nach Settings.....	49
6.11	Art der verhältnisbezogenen Umgestaltung	50
6.12	Erfolgskontrollen	50
6.12.1	Erfolgskontrollen nach Settings	51
6.12.2	Inhalte der Erfolgskontrollen	52
6.12.3	Erfolgskontrolle nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen ...	53
7	Individueller Ansatz	55
7.1	Inanspruchnahme	55
7.2	Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern.....	56
7.3	Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht.....	58
7.3.1	Alter	58
7.3.2	Geschlecht.....	63
7.4	Leistungsanbieter	65
8	Betriebliche Gesundheitsförderung.....	67
8.1	Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	68
8.2	Branchen.....	69
8.3	Anzahl der Standorte und Betriebe	70
8.3.1	Erreichungsgrad von Betrieben mit hohem Anteil an Beschäftigten ohne Berufsausbildung.....	70
8.3.2	Standorte und Betriebe nach Bundesländern	71
8.4	Betriebsgröße	72
8.4.1	Betriebsgröße nach Branchen.....	73
8.5	Projektlaufzeit	74
8.5.1	Projektlaufzeit nach Branche	75
8.5.2	Projektlaufzeit nach Betriebsgröße	76
8.6	Erreichte Personen	77
8.6.1	Erreichte Personen nach Branche.....	78
8.6.2	Erreichungsgrad nach Geschlecht.....	78
8.6.3	Erreichte Personen nach Bundesländern	80
8.7	Zielgruppen	82
8.7.1	Zielgruppen nach Branchen.....	83
8.7.2	Zielgruppen nach Betriebsgrößen.....	84
8.8	Kooperationspartner.....	86

8.9	Koordination und Steuerung.....	86
8.10	Bedarfsermittlung.....	88
8.10.1	Bedarfsermittlung nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur..	89
8.11	Gesundheitszirkel	90
8.11.1	Gesundheitszirkel nach Branchen	90
8.11.2	Gesundheitszirkel nach Betriebsgrößen	91
8.12	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	92
8.12.1	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Branchen.....	93
8.12.2	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Betriebsgrößen	93
8.13	Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	95
8.13.1	Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Branchen.....	96
8.13.2	Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Betriebsgrößen	96
8.13.3	Intervention nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur.....	97
8.14	Art der Umgestaltung.....	98
8.15	Erfolgskontrolle	99
8.15.1	Erfolgskontrollen nach Branchen	99
8.15.2	Erfolgskontrollen nach Betriebsgrößen	100
8.15.3	Inhalte der Erfolgskontrollen	100
8.15.4	Erfolgskontrollen nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur	102
9	Empfehlungen und Ausblick	103
10	Anhang.....	105
	Verzeichnis der Projektbeispiele	105
	Abbildungsverzeichnis	106
	Tabellenverzeichnis.....	107
	Dokumentationsbogen S	108
	Auswertungsbogen individueller Ansatz	113
	Dokumentationsbogen B.....	115
	Tabellenband.....	120
	Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation	120

Zusammenfassung

Die Krankenkassen haben nach § 20 Abs. 1 des Fünften Sozialgesetzbuchs den gesetzlichen Auftrag, Leistungen der Primärprävention in ihrer Satzung vorzusehen. Ziel ist es, hiermit den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern. Nach § 20a SGB V sind die Krankenkassen auch verpflichtet, Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu erbringen. Sie ermitteln Risiken und Potentiale der Situation am Arbeitsplatz, entwickeln Vorschläge zur Verbesserung dieser Situation und begleiten die Umsetzung. Der Präventionsbericht 2011 stellt die entsprechenden Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen im Berichtsjahr 2010 dar. Die Krankenkassen erreichten mit der Primärprävention in Settings, im individuellen Ansatz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung 5,1 Mio. Menschen direkt. Sie gaben insgesamt über 300 Mio. Euro aus. Umgerechnet auf den einzelnen Versicherten sind das 4,33 Euro. Damit wurde der gesetzlich vorgesehene Orientierungswert/Ausgabenrichtwert für das Jahr 2010 von 2,86 Euro je Versicherten deutlich übertroffen. Dies zeigt, dass die Krankenkassen der Prävention einen hohen Stellenwert beimessen.

Dokumentationsmethode: Für das Berichtsjahr 2010 wurden die Dokumentationsbögen erweitert. So wurde beispielsweise die Frage nach den Zielgruppen der Setting-Aktivitäten um die Angabe „Arbeitslose“ erweitert. Im Setting-Ansatz wurden Interventionen zum Suchtmittelkonsum nach Rauchen und Alkoholkonsum differenziert erfasst. Außerdem wird erstmals nach Indikatoren für die soziale Lage gefragt. Dies waren die Anzahl der Settings, die in sozialen Brennpunkten lagen, und der Anteil der Betriebe mit einem hohen Anteil von Beschäftigten ohne Berufsausbildung. Erstmals wurden einige Ergebnisse nach Bundesländern aufgeschlüsselt.

Präventionsziele: Die GKV hat sich auf freiwilliger Basis bundesweite Präventionsziele gesetzt. Sie beziehen sich auf Prävention und Gesundheitsförderung. Im Setting-Ansatz wurden die Präventionsziele hinsichtlich spezifischer Aktivitäten und dabei einbezogener Gruppen er-

reicht. So wurden z. B. in den Kitas 45% mehr Kinder als im Vorjahr durch Projekte erfasst, die sich nicht nur auf das Verhalten, sondern auch auf die Verhältnisse im Setting beziehen. Überdies waren diese Aktivitäten multifaktoriell ausgerichtet, sie integrierten also gleich mehrere Handlungsfelder. Im Vergleich zum Vorjahr sollte die Zahl der Steuerungskreise mit Elternvertretern in Kitas um mindestens 10% steigen; erreicht wurde eine Zunahme um 24%. Die angestrebte Zunahme in weiterführenden Schulen (außer in Gymnasien) konnte dagegen nicht erreicht werden.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung nahmen sowohl auf den Führungsstil als auch auf über 50 Jahre alte Beschäftigte bezogene Maßnahmen um mehr als 60% zu, die Präventionsmaßnahmen zur Stressbewältigung um 17%. Damit erreichten die Krankenkassen auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung ihre Präventionsziele und übertrafen deutlich die angestrebten Steigerungsraten.

Setting-Ansatz: Hier liegt der Fokus auf dem unmittelbaren Lebensraum, in dem Gruppen von Menschen große Teile ihres Lebens verbringen. Hierzu zählen z. B. Kommunen und Stadtteile, Kindertagesstätten, Schulen und Einrichtungen der Altenhilfe.

2010 investierten die Krankenkassen fast 23 Millionen Euro in den Setting-Ansatz. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies eine Ausgabensteigerung um 22%. Sie führten Gesundheitsförderungsmaßnahmen in insgesamt 30.000 Settings durch. Das entspricht im Vergleich zum Vorjahr einem Zuwachs von 49%. 2,4 Mio. überwiegend junge Menschen wurden mit den Maßnahmen direkt erreicht. Insgesamt konnten 46% der allgemeinbildenden Schulen und Kindertagesstätten in Deutschland durch Präventionsmaßnahmen erreicht werden. Besonders auffällig war der hohe Betreuungsgrad der Kindertagesstätten. 69% der bundesweit vorhandenen Kindertagesstätten wurden in gesundheitsfördernde Aktivitäten eingebunden.

Im Jahr 2010 ist die durchschnittliche

Laufzeit der Projekte mit 22 Monaten im Vergleich zu den Vorjahren gestiegen. Die weiter zunehmende Laufzeit erhöht die Chance, dass die Maßnahmen über den Zeitraum der Durchführung hinaus Nachhaltigkeit entfalten.

Bei einer Mehrzahl aller Projekte – 68% – waren im Berichtsjahr 2010 so genannte Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen etabliert. Dies sind Arbeitsgruppen, die sich mit der Planung, Durchführung und Nachbereitung gesundheitsfördernder Maßnahmen beschäftigen und auf diese Weise deren Qualität erheblich beeinflussen können.

Es wurden knapp 2.300 Gesundheitszirkel durchgeführt, 28% mehr als im Vorjahr. In ihnen erarbeiteten die Beteiligten Verbesserungsvorschläge und diskutierten die Umsetzung der Initiativen.

In fast drei Viertel der gemeldeten Projekte wurde eine Evaluation der Maßnahmen durchgeführt. Dabei wurde der Erfolg am häufigsten an der Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Maßnahme und deren Akzeptanz gemessen, gefolgt von Verhaltensparametern und Abläufen im Setting.

Individueller Ansatz: Diese Maßnahmen richten sich an das Gesundheitsverhalten einzelner Menschen und werden in Gruppen durchgeführt. Die Krankenkassen investierten ca. 240 Mio. Euro für 2 Mio. Kursteilnahmen. Die Ausgaben gingen im Vergleich zum Vorjahr parallel zu der Zahl der Inanspruchnehmer um 6% zurück.

Das Handlungsfeld Bewegung bildet bei einer Mehrzahl der Kurse den Schwerpunkt. Danach folgen Stressreduktion, Ernährung und Suchtmittelkonsum. Teilnehmer sind am häufigsten Frauen und Personen im Alter zwischen 40 und 59 Jahren.

Betriebliche Gesundheitsförderung: 2010 gaben die Krankenkassen für Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung insgesamt über 42 Millionen Euro aus. Hierdurch konnten fast 6.500 Betriebe – 21% mehr als im Vor-

jahr – und 660.000 Beschäftigte erreicht werden.

Mit 42% fand der größte Anteil der gesundheitsfördernden Maßnahmen in Betrieben des verarbeitenden Gewerbes statt. Dieser Bereich ist häufiger Ziel von Präventionsmaßnahmen, da die körperliche Belastung der Mitarbeiter hier besonders hoch ist. Am stärksten sind die Unternehmen von mittlerer Größe an der betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligt.

Die durchschnittliche Laufzeit der Projekte stieg im Vergleich zum Vorjahr weiter an und betrug 30 Monate. Die Laufzeit der Projekte war im verarbeitenden Gewerbe mit durchschnittlich 38 Monaten am längsten. In Betrieben mit mehr als 500 Mitarbeitern dauerten die Aktivitäten länger als in kleineren Betrieben.

56% der Maßnahmen waren sowohl Verhaltens-, als auch verhältnisbezogen. Solche Maßnahmen richten sich gleichzeitig auf die Veränderung der Arbeitsbedingungen und das Verhalten der Mitarbeiter. Auf diese Weise sind die Maßnahmen besonders effektiv.

In 74% der Projekte wurden Erfolgskontrollen durchgeführt. Wie im Setting-Ansatz war die Zufriedenheit der Zielgruppe, hier der Beschäftigten und Arbeitgeber, der am häufigsten gemessene Erfolgsparameter.

Empfehlungen und Ausblick: Erfolg versprechende Initiativen im Setting-Ansatz sollen weiterhin verstärkt gefördert werden. Dabei sollte auf die stärkere Einbeziehung von Haupt-, Förder- und Berufsschulen geachtet und die Einrichtung von Steuerungskreisen weiterhin unterstützt werden. In der betrieblichen Gesundheitsförderung wird empfohlen, Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung und zum Abbau psychischer Belastungen bei älteren Mitarbeitern verstärkt durchzuführen. Auch der Aufbau von Steuerungskreisen und Gesundheitszirkeln sollte zukünftig weiter vorangetrieben werden.

1 Highlights

1.1 Setting-Ansatz: Mehr Aktivitäten und weiter verbesserte Qualität

Im Berichtsjahr 2010 unterstützten die Krankenkassen Aktivitäten in 30.000 Settings. Damit stieg die Zahl der Settings im Vergleich zum Vorjahr deutlich an.

Die von den Krankenkassen geförderten Aktivitäten erreichten direkt in den Settings 2,4 Mio. Menschen; das sind 15% mehr als im Jahr davor. Damit korrespondierend stiegen auch die Ausgaben um 22% auf 23 Mio. Euro.

Die Laufzeit der Aktivitäten steigerte sich auf nunmehr durchschnittlich 22 Monate.

Ein Qualitätsindikator für langfristig angelegte und besonders gut koordinierte Projekte ist das Etablieren eines Entscheidungs- und Steuerungsgremiums. Im Vergleich zum Vorjahr wurden mehr Steuerungsgremien eingerichtet, so dass dies nun für 68% aller Projekte zutrifft.

Gesundheitszirkel sind ebenfalls ein wertvolles Analyse- und Steuerungsinstrument. Die Zahl der eingerichteten Gesundheitszirkel nahm im Vergleich zum

Vorjahr um 28% auf rund 2.300 zu. Zugenommen hat der Anteil an Projekten, bei denen Kooperationspartner eingebunden sind. Das trifft auf 71% der Projekte zu. Die Krankenkassen etablierten vermehrt Kooperationen mit Sportvereinen, anderen Vereinen und der Unfallversicherung.

Aktivitäten fanden in knapp 16.000 Kitas statt. Das sind 69% aller in Deutschland existierenden Kitas. Der Betreuungsgrad ist demnach ausgesprochen hoch. Auch von den 31.000 allgemeinbildenden Schulen erreichten Setting-Aktivitäten der Krankenkassen etwa 9.000, also knapp ein Drittel.

Insgesamt zeigt die Berichterstattung, dass der Setting-Ansatz nicht nur quantitativ stark ausgebaut wurde, sondern dass gleichzeitig in wesentlichen Qualitätsbereichen ein Ausbau erfolgte. Die GKV erreicht mit ihren Gesundheitsförderungsaktivitäten mittlerweile eine große Breitenwirkung, insbesondere in vielen Bildungseinrichtungen.

1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung: Krankenkassen weiten Präventionsaktivitäten aus

Der erfreuliche Trend der letzten Jahre zu einer verstärkten Unterstützung der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) intensivierte sich im Berichtsjahr 2010. Die Anzahl der dokumentierten Projekte nahm um 17% zu, die Zahl der erreichten Betriebe um 21%. 6.500 Betriebe wurden erreicht, und insgesamt unterstützten die Krankenkassen die betriebliche Gesundheitsförderung mit 42 Mio. Euro, 7% mehr als im Vorjahr.

Die Dauer der Aktivitäten der Krankenkassen nahm erneut zu und erreichte nunmehr durchschnittlich 30 Monate. Die Krankenkassen begleiten also die Unternehmen auf ihrem Weg zu einem umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagement immer länger, womit eine höhere Nachhaltigkeit erzielt wird. Die

Krankenkassen leisten damit einen Beitrag, die Gesundheitsförderung auch nach dem planmäßigen Abschluss ihres aktiven Engagements im Betrieb zu verankern.

55% aller Initiativen in der betrieblichen Gesundheitsförderung verfügten über Steuerungsgremien. Wenn Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gezielt eingerichtet wurden, gab es anspruchsvollere und langfristige Maßnahmen.

Der Anteil von Projekten, die sowohl eine verhältnis- als auch eine verhaltensbezogene Zielrichtung hatten, nahm auf 56% zu. Das kann als Qualitätssteigerung interpretiert werden, weil sich die Umgestaltung der Arbeitsbedingungen und die individuelle Verhaltensmodifikation ergänzen und gegenseitig unterstützen.

Leicht zugenommen hat der Anteil an durchgeführten Erfolgskontrollen. Bei drei Viertel der Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung setzten die

Mitarbeiter verschiedene Methoden der Erfolgsmessung ein und erfüllten damit hohe Qualitätsstandards.

1.3 Ausgaben

Insgesamt gaben die Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung in den Bereichen Setting-Ansatz, individueller Ansatz und betriebliche Gesundheitsförderung 300 Mio. Euro aus. Umgerechnet auf den einzelnen Versicherten sind das 4,33 Euro.

Damit wurde der gesetzlich vorgesehene Orientierungswert/Ausgabenrichtwert für das Jahr 2010 von 2,86 Euro je Versicherten deutlich übertroffen. Daraus lässt sich ablesen, dass die Krankenkassen der Prävention einen hohen Stellenwert zu messen.

1.4 Fokussierung auf Präventionsziele

Die gesetzliche Krankenversicherung hat sich ab dem Jahr 2007 auf freiwilliger Basis, also ohne gesetzliche Verpflichtung, für ihre Aktivitäten bundesweite Präventionsziele gesetzt. Jährlich misst der Präventionsbericht die Zielerreichung und formuliert daraus Folgerungen. Mit dem Aufstellen quantifizierter bundesweiter Präventionsziele und deren transparenter Messung setzt die gesetzliche Krankenversicherung Standards auch für andere im Präventionsfeld tätigen Organisationen.

Die aktuellen Präventionsziele gelten bis einschließlich 2012 und sind in zwei Bereiche unterteilt: eher auf „Krankheitsverhütung“ bezogene Prävention und auf „Erhaltung der Gesundheit“ bezogene Gesundheitsförderung.

Im Setting-Ansatz wurden die Präventionsziele hinsichtlich spezifischer Aktivitä-

ten und dabei einbezogener Gruppen sogar in deutlich höherem Maß erreicht als vorgesehen. So wurden in den Kitas 45% mehr Kinder als im Vorjahr durch Projekte erfasst, die sich nicht nur auf das Verhalten, sondern auch auf die Verhältnisse im Setting beziehen. Überdies waren diese Aktivitäten multifaktoriell ausgerichtet, sie integrierten also gleich mehrere Handlungsfelder. Ein wichtiges Instrument für eine langfristig angelegte und umfassende Gesundheitsförderung ist das Einrichten eines Steuerungskreises, in dem alle wichtigen Akteure einschließlich der Eltern einbezogen sind. Gleichzeitig ist das Vorhandensein dieser Gremien ein messbarer Indikator für qualitätsvolles Gesundheitsmanagement. Im Vergleich zum Vorjahr sollte die Zahl der Steuerungskreise mit GKV-Beteiligung in Kitas um mindestens 10% steigen; erreicht wurde eine Zunahme um 24%.

1.5 Neu: Indikatoren für sozial bedingt ungleiche Gesundheitschancen

Präventionsmaßnahmen durch die gesetzlichen Krankenkassen sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und sich insbesondere an Menschen richten, die sozial bedingt ungünstigere Gesundheitschancen haben.

Der Einfluss der sozialen Schicht auf die Gesundheit ist seit Jahren bekannt. Die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht beeinflusst wesentlich das Herausbilden und das Stabilisieren bestimmter Verhaltensweisen, die die Gesundheit entscheidend bestimmen. Mit den Bedingungen, unter denen Menschen leben, hängen Verhaltensweisen wie Ernährungsstil, Be-

wegung, Rauchen und Alkoholkonsum eng zusammen.

Der Präventionsbericht dokumentiert auf freiwilliger Basis die Aktivitäten der gesetzlichen Krankenversicherung in Settings, Kursen und Betrieben. Ebenfalls auf freiwilliger Basis werden mit dem vorliegenden Präventionsbericht erstmals Indikatoren erhoben, die einen Bezug auf die im Gesetz angesprochene „sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen“ haben. Es handelt sich dabei um die Sozialindikatoren „Setting in ‚sozialem Brennpunkt‘“ und „Betrieb mit hohem Anteil an Mitarbeitern ohne Berufsausbildung“.

Der Präventionsbericht 2011 weist aus, wie viele Menschen in diesen sozial weniger günstigen Umfeldern durch Präventionsmaßnahmen erreicht werden.

Im Setting-Ansatz wurde im neuen Dokumentationsbogen nach der Anzahl der Einrichtungen in „sozialen Brennpunkten“ gefragt. „Sozialer Brennpunkt“ ist kein scharf definierter Begriff. Es handelt sich um Wohngebiete, in denen Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und deren soziales Netzwerk eingeschränkt ist.

Der Begriff wurde in der sozialwissenschaftlichen Literatur zunehmend durch Begriffe wie „benachteiligtes Quartier“ oder „Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf“ abgelöst. Weil jedoch der Begriff „sozialer Brennpunkt“ eingeführt und allgemein verständlich ist, verwendet ihn die GKV im Dokumentationsbogen. Dies geschah in Abstimmung mit externen Experten aus der sozialen Ungleichheitsforschung. Als Hinweis auf die Unschärfe der Terminologie ist der Begriff in Anführungszeichen gesetzt.

Die Mitarbeiter der Krankenkassen sind gebeten, ihre persönliche Einschätzung oder die der Kooperationspartner anzugeben, wie viele der betreuten Settings in einem „sozialen Brennpunkt“ liegen.

Für die betriebliche Gesundheitsförderung dokumentiert der Präventionsbericht 2011 ebenfalls erstmals einen Indikator für die soziale Lage. Ausgewiesen ist der Prozentsatz der betreuten Betriebe mit einem hohen Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Ausbildung.

Der Indikator wurde in Abstimmung mit externen Experten aus der sozialen Ungleichheitsforschung ausgewählt. Gebildet hat ihn der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) auf Basis einer Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit.¹ Die Berechnung bezog sich auf die so genannten Wirtschaftsunterklassen als kleinste Einheiten, über die statistische Angaben zum Anteil an „Ungelernten“ verfügbar sind. Angenommen wird, dass die Berechnungen näherungsweise auf die Betriebe übertragbar sind.

Demnach zeichnet sich das Drittel an Betrieben mit den höchsten Anteilen an „Ungelernten“ dadurch aus, dass mehr als 20% der Beschäftigten einschließlich der Auszubildenden – noch – keine Ausbildung haben. Die Krankenkassenmitarbeiter oder die Betriebe können abschätzen, ob das zutrifft, oder die Betriebe können auf Basis der Meldungen nach den Vorgaben der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung eine exakte Berechnung durchführen.

Bei dieser ersten Erhebung im Präventionsbericht 2011 ergab sich, dass 7% der betreuten Betriebe, in denen die Krankenkassen die betriebliche Gesundheitsförderung unterstützten, einen hohen Anteil an „Ungelernten“ aufweisen.

¹ Berechnungen des MDS auf Basis von: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und darunter Auszubildende nach ausgewählten Merkmalen. Stichtag 20.09.2009, Hrsg.: Bundesagentur für Arbeit, Statistik. Sonderauswertung auf Anforderung des MDS.

2 Einleitung

Die Einleitung beschreibt die gesetzlichen Rahmenbedingungen, skizziert die im „Leitfaden Prävention“ festgelegten Umsetzungskriterien und definiert die

Begriffe „Setting-Ansatz“, „individueller Ansatz“ und „betriebliche Gesundheitsförderung“.

2.1 Gesetzliche Regelungen

Der Gesetzgeber hat die Krankenkassen in § 20 Abs. 1 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) beauftragt, in ihrer Satzung Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung vorzusehen. Ziel ist, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern. Besonders erwähnt wird das weitere Ziel, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen.

Nach § 20a SGB V ist die betriebliche Gesundheitsförderung eine Pflichtleistung der Krankenkassen. Diese sollen Prozesse zur gesundheitsgerechten Gestaltung

der betrieblichen Umwelt initiieren und die notwendigen Kompetenzen vermitteln, um die persönliche Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern. Dazu sollen sie Angaben zur gesundheitlichen Situation einschließlich der Risiken und Potenziale erheben und Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation entwickeln. In den gesamten Prozess sind die Beteiligten aktiv einzubeziehen. Weil die betriebliche Gesundheitsförderung regelmäßig Versicherte verschiedener Krankenkassen betrifft, sollen die beteiligten Kassen im Regelfall miteinander kooperieren.²

2.2 Grundlage: Leitfaden Prävention

Die GKV hat erstmals im Jahr 2000 eine Handlungsanleitung zu den primärpräventiven Aktivitäten und zur betrieblichen Gesundheitsförderung verfasst: den „Leitfaden Prävention“.³ Eine beratende Kommission unabhängiger Experten unterstützt die GKV dabei, den Leitfaden weiterzuentwickeln.

Jede Krankenkasse hat zu prüfen, ob eine geplante Maßnahme die Kriterien des Leitfadens erfüllt. Maßnahmen, die nicht den im Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im

Rahmen von § 20 und § 20a SGB V durchgeführt oder gefördert werden. Damit ist jede Krankenkasse in der Gestaltung ihrer Leistungen auf den vom „Leitfaden Prävention“ vorgegebenen Rahmen verpflichtet, kann aber die Leistungen innerhalb dieser Grenzen frei gestalten.

Der Leitfaden bildet das zentrale Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung. Die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen sowie aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse werden kontinuierlich integriert. Die aktuelle Fassung des Leitfadens stammt vom 27. August 2010.

² Deutscher Bundestag: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Drucksache 16/3100. 16. Wahlperiode, 24. 10. 2006. Begründung. dip.bundestag.de/btd/16/031/1603100.pdf

³ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin, 2010

§§ 20 und 20a SGB V (Auszug)

§ 20 Präventionsleistungen

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

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

§ 20a Betriebliche Gesundheitsförderung

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

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

2.3 Begriffsbestimmung: Setting, individuelle Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung

Der vorliegende Bericht folgt den Begriffsbestimmungen, die der „Leitfaden Prävention“ vorgenommen hat. Danach lassen sich die Leistungen der Krankenkassen in der Prävention in drei Ansätze gliedern: Setting-Ansatz, individueller Ansatz und betriebliche Gesundheitsförderung.

Als Settings werden die Lebenswelten der Menschen bezeichnet, zum Beispiel

Kindergärten, Schulen, Stadtteile, Senioreneinrichtungen und Migrantentreffpunkte.⁴ Dort lassen sich auch Menschen erreichen, die von sich aus keine individuellen präventiven Kursangebote aufgesucht haben.

Einrichtungen entsprechen einem Setting. So ist beispielsweise jede Schule für sich ein einzelnes Setting.

⁴ Settings sind Lebensbereiche, in denen Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen. Nach dieser Definition ist auch die Arbeitsstätte – der Betrieb – ein Setting. Der Gesetzgeber grenzt jedoch in § 20a SGB V den Begriff „betriebliche Gesundheitsförderung“ speziell ab und formuliert andere leistungsrechtliche Vorgaben. Diesen Vorgaben folgt der Präventionsbericht.

Prävention kann in zwei Strategien gegliedert werden: Verhaltensprävention und Verhältnisprävention. Die Verhaltensprävention ist darauf ausgerichtet, die gesundheitsgefährdenden Gewohnheiten zu verändern und gesundheitsgerechte Verhaltensweisen zu fördern. Die Verhältnisprävention dagegen versucht die organisatorischen und sozialen Bedingungen des gesellschaftlichen Umfeldes und der Umwelt in der Weise zu verändern, dass Risiken für die Entstehung von Erkrankungen minimiert und zugleich Ressourcen

für die Gesunderhaltung gefördert werden. Insgesamt ist es wichtig, dass sich die Verhaltens- und Verhältnisprävention gegenseitig ergänzen.

Bei Angeboten nach dem individuellen Ansatz handelt es sich um Kurs- und Seminarangebote, die primär auf das individuelle Gesundheitsverhalten der Versicherten ausgerichtet sind. Die Krankenkassen beraten ihre Versicherten anlassbezogen, um ihnen Kurse zu vermitteln, die auf ihren Bedarf ausgerichtet sind.

2.4 Evaluation

Als Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen müssen Maßnahmen im Bereich der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung dem allgemeinen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf diesem Fachgebiet entsprechen. Der „Leitfaden Prävention“ empfiehlt zudem, stichprobenartig Erfolgskontrollen durchzuführen. Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben hierfür einheitliche

Instrumente entwickelt. Sie dienen der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Planungs-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Im vorliegenden Präventionsbericht sind anschauliche Beispiele aus der Praxis der Evaluation dargestellt. Die Praxisbeispiele berichten über Evaluationsziele, angewandte Methoden und Ergebnisse.

3 Erhebungsmethode, Auswertung und Veröffentlichung

3.1 Grundlagen

Die Dokumentationsbögen der Krankenkassen für Settings und betriebliche Gesundheitsförderung bilden die Grundlage für den Präventionsbericht. Ein Dokumentationsbogen dokumentiert alle Aktivitäten zu einem „Projekt“.

Im Präventionsbericht werden die Begriffe „Projekt“ und „Dokumentationsbogen“ synonym verwendet.

Ein „Projekt“ kann seinerseits in mehreren Einrichtungen bzw. Betrieben durchgeführt werden.

Die Krankenkassen senden die Setting- und BGF-Dokumentationsbögen an ihre jeweiligen Bundesverbände. Diese leiten die Bögen gebündelt an den MDS weiter.

Die Krankenkassen erfassen die Daten über die Teilnehmer der individuellen Gesundheitsförderung in ihrer kasseneigenen EDV. Die einzelnen Bundesverbände führen die Daten der Mitglieds-kassen zu-

sammen und leiten die Daten ihres Kassensystems an den MDS weiter.

Der MDS führt die Datensätze endgültig zusammen, nimmt Fehlerkorrekturen vor, bereitet die Daten auf und analysiert die Ergebnisse.

Für das Berichtsjahr 2010 wurden neue Dokumentationsbögen eingeführt. Zum Teil verwenden die Krankenkassen aber auch weiterhin die „alten“ Dokumentationsbögen. Analysen der neu hinzugekommenen Datenbausteine basieren aus diesem Grund nicht auf den gesamten Daten, sondern auf einer kleineren Datenmenge.

Die Dokumentationsbögen und detaillierte Ausfüllanweisungen stehen den Krankenkassen auf der Homepage des MDS zum Download zur Verfügung.⁵ Dort stellt der MDS auch den Präventionsbericht und einen Tabellenband mit einigen zusätzlichen Datenauswertungen zur Verfügung.

3.2 Neuerungen

Für den Präventionsbericht 2011 wurden in den Setting- und BGF-Dokumenta-

tionsbögen einige Neuerungen eingeführt.

3.2.1 Arbeitslose, Migrationshintergrund, Rauchen und Alkoholkonsum, psychische Ressourcen, Wirtschaftszweige

Die Frage nach den Zielgruppen der Setting-Aktivitäten wurde um die Angabe „Arbeitslose“ erweitert.

Anstelle von „Ausländern“ werden nun „Personen mit Migrationshintergrund“ als mögliche Zielgruppe erfasst. Damit bezieht sich die Frage auf einen deutlich größeren Personenkreis. Im Jahr 2008 betrug der Anteil der Ausländer – d. h. der Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft – an der Bevölkerung 9%. Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund betrug hingegen 19%.

Nach der Definition des Statistischen Bundesamts haben einen Migrationshintergrund:

- Alle ab 1950 auf das heutige Gebiet der BRD Zugewanderten.
- Alle in Deutschland geborenen Ausländer.
- Alle in Deutschland Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.

⁵ http://www.mds-ev.de/Dokumente_Formulare_Gesundheit.htm

Das bedeutet, dass zu den Personen mit Migrationshintergrund die erste bis dritte Migrantengeneration gehört.

Des Weiteren wurden die geschlechtsbezogenen und hierarchiebezogenen Zielgruppen anders aufgeteilt, um eine deutlichere Abgrenzung der einzelnen Kategorien und eine bessere Interpretation zu ermöglichen.

Im Setting-Ansatz wurden Interventionen zum Suchtmittelkonsum zusätzlich nach

Rauchen und Alkoholkonsum aufgegliedert.

Außerdem wurde eine neue Frage nach Interventionen zur Stärkung psychischer Ressourcen hinzugefügt.

In den Dokumentationsbögen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wurde die Klassifikation der Wirtschaftszweige übernommen, die das Statistische Bundesamt neu strukturiert hat („WZ 2008“).

3.2.2 Indikatoren für die soziale Lage

§ 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V besagt, dass breitenwirksame Leistungen vorgesehen werden sollen, die den allgemeinen Gesundheitszustand aller Versicherten beeinflussen. Insbesondere sollen die Leistungen einen Beitrag dazu leisten, die Gesundheitschancen derer, die sozial bedingt ungünstigere Ausgangslagen haben, zu verbessern.

In ähnlicher Weise nimmt § 20a SGB V – betriebliche Gesundheitsförderung – einerseits Bezug auf eine allgemeine „Verbesserung der gesundheitlichen Situation“, andererseits auf „die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken.“ Es liegt nicht vollkommen fern daraus zu schließen, auf Betriebe mit besonders hohem Risikoprofil der Beschäftigten ein besonderes Augenmerk zu richten.

Dieser gesetzliche Hintergrund motivierte die Bundesverbände der Krankenkassen, nunmehr sowohl für den Setting-Ansatz als auch die betriebliche Gesundheitsförderung Indikatoren für die soziale Lage aufzunehmen. Dargestellt werden soll, in welchem Maß die krankenkassengeför-

derten Aktivitäten sich an sozial definierte Risikogruppen richteten. Der Setting-Dokumentationsbogen nimmt Bezug auf „soziale Brennpunkte“. Im BGF-Dokumentationsbogen wird die Zahl der Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung – einschließlich Auszubildenden – ermittelt. Das geschieht durch eine der drei folgenden Methoden:

a) Abschätzung durch die Krankenkasse

b) Abschätzung durch den Betrieb

c) Auswertung der Meldungen des Betriebs nach den Vorgaben der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) an die Sozialversicherungsträger: Dabei wird der DEÜV-Schlüssel „Ausbildung“ herangezogen. Die Meldungen mit den Schlüsselzahlen 1 und 3 werden addiert: „Volks-/Hauptschüler“ oder solche mit „mittlerer Reife“ sowie Abiturienten, jeweils ohne abgeschlossene Berufsausbildung. Ausgeschlossen werden die „ungültigen“ Werte nach Schlüsselzahl 7 („Ausbildung unbekannt“ oder „Angabe nicht möglich“).

3.2.3 Bundesländer

Zur Erhöhung der Aussagekraft des Präventionsberichts hat sich die GKV darauf geeinigt, auch Angaben zur regionalen Verteilung der Präventionsmaßnahmen

zu erfassen. Der vorliegende Präventionsbericht veröffentlicht erstmals Ergebnisse aufgeschlüsselt nach Bundesländern.

4 Wichtige Kennziffern

Einige zentrale Kennziffern kennzeichnen den Umfang der bundesweiten Aktivitäten der Krankenkassen in der Prävention

und Gesundheitsförderung. Weitere Daten geben Aufschluss über die Ausgaben.

4.1 Projekte, Settings, Personen, Betriebe

Die nachfolgende Tabelle gibt Auskunft über die wesentlichen Strukturparameter im Berichtsjahr 2010 und in den beiden Vorjahren. Die Tabelle weist beispielsweise aus, dass 2010 mittels 1.213 Dokumentationsbögen über Aktivitäten in

30.098 Settings berichtet wurde. Im Setting-Ansatz lässt sich die im Vergleich mit der Ausgabenentwicklung überproportionale Steigerung der Anzahl erreichter Settings dadurch erklären, dass die Projekte größer angelegt wurden.

Tabelle 1: Wichtige Kennziffern

Quelle der Angaben zu den Ausgaben: Statistik KJ 1, endgültige Rechnungsergebnisse für das Jahr 2010. Zur Spalte „Veränderung zum Vorjahr“: Differenzen zwischen den Prozentzahlen zu „Ausgaben je Vers.“ und „Summe der Ausgaben“ sind rundungsbedingt und beeinflusst durch sich verändernde Versichertenzahlen.

Ansatz	2008	2009	2010	Veränderung zum Vorjahr (%) bzw. Dreijahrestrend (↑, →, ↓)
Setting-Ansatz				
Anzahl der Doku-Bögen	1.201	1.223	1.213	-1%
Anzahl der Settings	22.046	20.252	30.098	49%
Anzahl direkt erreichter Personen**	2.153.070	2.119.016	2.444.429	15%
Anzahl indirekt erreichter Personen**	4,2 Mio.	4,8 Mio.	6,6 Mio.	↑
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,26	0,27	0,33	22%
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	8,64	8,88	9,37	6%
Summe der Ausgaben (Euro)	18.600.352	18.815.502	22.915.000	22%
Individueller Ansatz				
Anzahl direkt erreichter Personen	2.061.644	2.105.409	1.979.366	-6%
Ausgaben je Versicherten (Euro)	4,06	3,60	3,40	-6%
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	138,36	119,81	119,96	0%
Summe der Ausgaben (Euro)	285.255.774	252.250.402	237.443.000	-6%
Betriebliche Gesundheitsförderung				
Anzahl der Doku-Bögen	3.423	3.693	4.303	17%
Anzahl der Betriebe	4.788	5.353*	6.473*	21%
Anzahl direkt erreichter Personen**	535.578	621.913	664.604	7%
Anzahl indirekt erreichter Personen**	0,28 Mio.	0,23 Mio.	0,35 Mio.	↑
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,51	0,56	0,60	7%
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	67,09	63,48	63,43	0%
Summe der Ausgaben (Euro)	35.930.186	39.479.195	42.156.000	7%
Gesamt				
Anzahl der Doku-Bögen	4.624	4.916	5.516	12%
Anzahl der Settings	22.046	20.252	30.098	49%
Anzahl der Betriebe	4.788	5.353*	6.473*	21%
Anzahl direkt erreichter Personen**	4.750.292	4.846.338	5.088.399	5%
Anzahl indirekt erreichter Personen**	4,5 Mio.	5,0 Mio.	7,0 Mio.	↑
Ausgaben je Versicherten (Euro)	4,83	4,44	4,33	-2%
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	71,53	64,08	59,45	-7%
Summe der Ausgaben (Euro)	339.786.312	310.545.099	302.514.000	-3%

*Ausreißerwert mit 3.000 (2009) und 900/2000 (2010) Betrieben heraus genommen

**Die Krankenkassenmitarbeiter schätzen die Zahlen der erreichten Personen ab

Im Setting-Ansatz lässt sich die im Vergleich mit der Ausgabenentwicklung überproportionale Steigerung der Anzahl

erreichter Settings dadurch erklären, dass die Projekte größer angelegt wurden.

4.2 Ausgaben

Die Ausgaben umfassen neben den direkt zurechenbaren Sachkosten auch anteilig Personalkosten für in den Projekten tätige Krankenkassenmitarbeiter und im Auftrag der Krankenkasse tätige Personen, die z. B. die Konzeption und Umsetzung der Prävention steuern. Zusätzlich zu den GKV-Leistungen bringen die Akteure des jeweiligen Settings selbst einen Anteil an Eigen- oder Drittmitteln in die projektbezogenen Aktivitäten ein.

was mit einem Anstieg der Ausgaben um 22% einherging. Im Setting-Ansatz besteht ein besonders günstiges Verhältnis zwischen Kosten und der Zahl erreichter Personen.

Im individuellen Ansatz nahm die Gesamtsumme der Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 6% ab. Bei gleich bleibenden Ausgaben je Versichertem ist die geringere Ausgabensumme auf eine geringere Teilnehmerzahl zurückzuführen.

Im Setting-Ansatz wurden im Jahr 2010 fast 50% mehr Einrichtungen betreut,

4.3 Inanspruchnahme nach Geschlecht

Männer und Frauen unterscheiden sich in ihrem Gesundheitsverhalten und damit auch in Bezug auf die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten. Generell sind Frauen vorsorgeorientierter. Männer sind in der Regel schwerer für Präventionsmaßnahmen zu gewinnen. Dabei nehmen sie eher teil, wenn sie aktiv und als Zugehöriger einer Zielgruppe angesprochen werden, sowie an Kompaktkursen oder arbeitsplatzbezogenen Angeboten.

änderte sich der Berechnungsmodus für die erreichten Personen.

Die geschlechtsspezifische Inanspruchnahme der primärpräventiven GKV-Leistungen ist in der nachfolgenden Tabelle aufgeschlüsselt. Im Ergebnis erreichten die Krankenkassen im Setting-Ansatz gleichmäßig beide Geschlechter. Frauen nehmen häufiger Kurse und Seminare nach dem individuellen Ansatz in Anspruch als Männer. Es werden hingegen mehr Männer durch betriebliche Gesundheitsförderung erreicht als Frauen. Hier könnte der höhere Anteil der Männer an den Beschäftigten (54%, Bundesagentur für Arbeit: Arbeitsstatistik 2009) eine Rolle spielen.

Mit den Dokumentationsbögen wird nunmehr für jedes einzelne Projekt (= Dokumentationsbogen) differenziert abgefragt, ob sich die Aktivitäten gleichermaßen an beide Geschlechter oder nur eines gerichtet hat. Darauf basierend

Tabelle 2: Direkt erreichte Personen nach Geschlecht

Erläuterung: Die Krankenkassenmitarbeiter schätzten die Zahlen der erreichten Personen ab

	Setting-Ansatz (Schätzzahlen)		Individueller Ansatz		Betriebl. Gesundhf. (Schätzzahlen)		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Weibliche Pers.	1.295.547	53%	1.510.374	76%	284.729	43%	3.090.650	61%
Männliche Pers.	1.148.882	47%	468.992	24%	379.875	57%	1.997.749	39%
Summe	2.444.429	100%	1.979.366	100%	664.604	100%	5.088.399	100%

5 Erreichungsgrad der GKV-Präventionsziele

Die gesetzliche Krankenversicherung hat sich für ihre Aktivitäten im Setting-Ansatz und der betrieblichen Gesundheitsförderung bundesweite Präventionsziele gesetzt. Dies geschah auf freiwilliger Basis, also ohne gesetzliche Verpflichtung. Unabhängige Sachverständige aus Epidemiologie, Präventionsforschung, Sozialmedizin und weiteren Disziplinen leisteten einen Beitrag zur Zielformulierung.

Erstmalig galten die Zielvorgaben für die Jahre 2008 und 2009. Nunmehr sind die aktuellen Ziele nicht mehr auf einen Zweijahreszeitraum, sondern auf jedes Einzeljahr bezogen und gelten bis zum Jahr 2012.

Die beiden Oberziele sind hierbei nach „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ gegliedert. Jedes dieser Ziele ist wiederum in drei Teilziele untergliedert. Das Erreichen der Teilziele 1 der Prävention und Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz („Aufklärungs- und Beratungsangebote für junge Familien und Alleinerziehende“ und „Mitwirkung der

Krankenkassen in kommunalen Gremien für Kindergesundheit“) wird im vorliegenden Präventionsbericht nicht geprüft. Grund hierfür ist, dass sich diese Teilziele nicht auf § 20, sondern auf § 1 SGB V beziehen⁶.

Die weiteren Teilziele, deren Erreichung hier gemessen wird, sind quantifiziert und prozessbezogen. Entweder ist eine Steigerung der Aktivitäten um einen gewissen Prozentsatz angestrebt, oder es wird festgelegt, wie viele Adressaten mehr erreicht werden sollen. Festgelegte Ziele sollen die Krankenkassen dazu anregen, die darauf bezogenen Maßnahmen auszuweiten. Dabei bleibt für die Krankenkassen vor Ort die Vielfalt an Handlungsmöglichkeiten bestehen.

Die Präventionsziele sind in zwei Bereiche unterteilt: eher auf „Krankheitsverhütung“ bezogene Prävention und auf „Erhaltung der Gesundheit“ bezogene Gesundheitsförderung.

5.1 Setting-Ansatz

Über den Erreichungsgrad der Teilziele berichtet die nachfolgende Tabelle. Wie sich die Zielparameter entwickelt haben, wird im Vergleich zum Vorjahr angegeben; zur besseren Einordnung in den

Kontext sind zusätzlich die Daten der vorigen Jahre einschließlich des „Basisjahres“ 2007 – vor Inkrafttreten der Ziele – angegeben.

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

Tabelle 3: Erreichungsgrad der Präventionsziele im Setting-Ansatz

Oberziel Prävention (Teilziel 1 wird nicht im Rahmen des Präventionsberichts erhoben)					
Teilziel 2 Interventionen in Kitas	Basiserhebung 2007	2008	2009	2010	Veränderung 09/10
Zielgruppe: drei- bis sechsjährige Kinder					
Schätzzahl der über multifaktorielle, verhaltens- und gleichzeitig verhältnisbezogene Interventionen in Kitas direkt erreichten Kinder (Ziel: Steigerung um 10 % pro Jahr)	155.938	274.755	333.455	483.340	45%
Teilziel 3 Interventionen in Schulen					
Zielgruppe: schulpflichtige Kinder und Jugendliche					
Schätzzahl der über multifaktoriell ausgerichtete, verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen direkt erreichten Kinder und Jugendlichen in Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen (Steigerung um 5% pro Jahr)	485.395	441.010	816.853	928.745	14%

Oberziel Gesundheitsförderung (Teilziel 1 wird nicht im Rahmen des Präventionsberichts erhoben)					
Teilziel 2 Steuerungskreise in Kitas	Basiserhebung 2007	2008	2009	2010	Veränderung 09/10
Zielgruppe: drei- bis sechsjährige Kinder					
Anzahl der Kitas mit Steuerungskreisen, an denen mindestens die GKV, Kita-Träger und Elternvertreter beteiligt waren (Ziel: Steigerung um 10% pro Jahr)	153	1.457	696	862	24%
Teilziel 3 Steuerungskreise in Schulen					
Zielgruppe: schulpflichtige Kinder und Jugendliche					
Anzahl der Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen mit Steuerungskreisen, an denen mindestens die GKV, der Schulträger, die Schulleitung und Lehrerschaft sowie Elternvertreter beteiligt waren (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	503	1.313	679	580	-15%

Die Aktivitäten in Kitas sollten um mindestens 10% ausgeweitet werden. Dass sie im Berichtsjahr sogar um 45% und 24% gesteigert werden konnten, mag durch einen zusätzlichen Schub durch die allgemeine politische und gesellschaftliche Rahmensetzung dieser Jahre bedingt worden sein. Allenthalben wurde eine verstärkte Förderung im frühkindlichen Bereich gefordert und auch finanziert. Das dürfte die Bereitschaft der Kita-Träger und -Beschäftigten gefördert haben, entsprechende Begleitangebote der Krankenkassen engagiert aufzunehmen.

Die Krankenkassen wiederum bauten entsprechend ihrer gemeinsamen Zielsetzung bundesweite Gesundheitsförderungsprogramme wie „TigerKids – Kindergarten aktiv“ oder „Gesundheitskoffer ‚Fit von klein auf‘ für Kitas“ stark aus. Hinzu kommen lokale Initiativen wie etwa das „Netzwerk Gesunde Kita Brandenburg“⁷ das den Erziehern über ein Internetportal gelungene Beispiele von gesundheits- und bildungsbezogenen Projekten in Krippen, Kindergärten sowie Horten nahebringt.⁸

⁷ www.masf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.214935.de

⁸ www.kitas-fuer-kitas.de

Die Krankenkassen haben sich auch vorgenommen, in den Schulen – außer Gymnasien – mehr Prävention zu betreiben, die sich nicht nur auf das Verhalten, sondern auch auf die Verhältnisse im Setting beziehen. Überdies sollen diese Aktivitäten multifaktoriell ausgerichtet sein. Das bedeutet, dass die Projekte nicht nur *ein* Handlungsfeld wie „Ernährung“, sondern mehrere bearbeiten. Des Weiteren sollen Steuerungskreise eingerichtet werden. Solche Steuerungskreise sind Gremien, die entscheidungsbefugt sind und die Gesundheitsförderungsmaßnahmen planen und veranlassen. Angestrebt ist, die wesentlichen Akteure in den Steuerungskreis einzubinden, wie beispielsweise Schulträger, Krankenkassen, Un-

fallversicherungsträger und Eltern. Die beabsichtigte Steigerungsrate ist 5%. Bezüglich der verhältnisbezogenen multifaktoriellen Aktivitäten wurde das Ziel deutlich übertroffen, bezüglich der Steuerungskreise dagegen verfehlt, zumindest gemessen am Vorjahresvergleich. Der Rückblick auf die davor liegenden Jahre zeigt, dass die Jahreszahlen jeweils deutlich schwankten. Bezogen auf das Ausgangsniveau im Jahr 2007 beträgt die Steigerungsrate der Zahl an Steuerungskreisen +15%, welche im Schnitt exakt der angestrebten Rate von jährlich +5% entspricht. Insofern kann auch bezüglich dieses Zieles eine bisher positive Bilanz gezogen werden.

5.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die GKV hat sich für ihre Präventionsaktivitäten in der Arbeitswelt zwei Oberziele und insgesamt sechs Teilziele gesetzt.⁹

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Veränderungen über den Zeitraum von 2007 bis 2010 auf. Die Ziele beziehen sich auf eine Steigerung der Aktivitäten um mindestens 5%.

Die Anzahl der Projekte (= Dokumentationsbögen) hat insgesamt um 17% zugenommen. Die nachfolgende Tabelle zeigt, dass fast alle speziell auf die Präventionsziele bezogenen Maßnahmen deutlich überproportional zugenommen haben. Die angestrebte Steigerungsrate wurde erheblich übertroffen.

Ein besonderer Zuwachs war hinsichtlich des Ziels „verstärkte Einrichtung von Steuerungskreisen“ zu verzeichnen.

Das gleiche gilt für die weiterhin sehr starke Zunahme der krankenkassen-geförderten Projekte, die sich – neben anderen Zielen – um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bemühten. Unterstützt wurden solche Initiativen sicherlich dadurch, dass das Thema unterdessen in vielen Bereichen „angekommen“ ist, etwa bei den Arbeitgebern¹⁰ und den Gewerkschaften.¹¹

⁹ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention, 2010, S. 22

¹⁰ Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA): Familie schafft Zukunft – familienpolitische Vorschläge der BDA. Berlin, 2006.
[http://www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/res/7AEF8BC4BC7CF38AC12574EF00545D7D/\\$file/Familie_schafft_Zukunft.pdf](http://www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/res/7AEF8BC4BC7CF38AC12574EF00545D7D/$file/Familie_schafft_Zukunft.pdf)

¹¹ Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (Hg.): Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung – Ein modulares Schulungskonzept für gewerkschaftliche Bildungsanbieter, Berlin, 2008

Tabelle 4: Erreichungsgrad der Präventionsziele für die betriebliche Gesundheitsförderung

Oberziel: Arbeitsweltbezogene Prävention					
Teilziel 1 Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	Basiserhebung 2007	2008	2009	2010	Veränderung 09/10
Anzahl betrieblicher Präventionsmaßnahmen (Dokumentationsbögen) mit der inhaltlichen Ausrichtung gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	908	1.074	1.212	2.010	66%
Teilziel 2 Stressbewältigung/Stressmanagement					
Anzahl betrieblicher Präventionsmaßnahmen (Dokumentationsbögen) mit der inhaltlichen Ausrichtung Stressbewältigung/Stressmanagement (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	945	1.088	1.535	1.797	17%
Teilziel 3 Ältere Arbeitnehmer					
Schätzzahl älterer Arbeitnehmer (ab 50 Jahre), die direkt über Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen erreicht wurden (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	35.100	36.743	52.509	85.783	63%

Oberziel: Arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung					
Teilziel 1 Steuerungskreise	Basiserhebung 2007	2008	2009	2010	Veränderung 09/10
Anzahl der Betriebe mit betrieblichen Steuerungskreisen (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	2.512	2.706	3.142	6.758	115%
Teilziel 2 Gesundheitszirkel					
Anzahl der Betriebe, bei denen betriebliche Gesundheitszirkel durchgeführt wurden (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	911	1.109	1.399	2.257	61%
Teilziel 3 Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben					
Anzahl der Betriebe mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Beruf (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	183	180	297	534	80%

6 Setting-Ansatz

Bei den gesundheitsfördernden Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz steht im Gegensatz zur individuellen Gesundheitsförderung nicht mehr das Individuum und sein Verhalten im Fokus, sondern der unmittelbare Lebensraum, in dem Gruppen von Menschen große Teile ihres Lebens verbringen. Solche Orte wie z. B. Kommunen und Stadtteile, Kindertagesstätten, Schulen und Einrichtungen der Altenhilfe werden im Kontext der Gesundheitsförderung Settings genannt. Die Kriterien und Handlungsfelder für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz sind im Leitfaden Prävention der GKV festgelegt.

Der Schwerpunkt der Krankenkassen-Aktivitäten zur Unterstützung von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen im Setting liegt auf den Kindertagesstätten und Schulen.

Die Verschiedenheit der Settings erfordert eine jeweils spezifische Zugangs-

weise sowie besondere Inhalte und Methoden der Gesundheitsförderung. Es ist daher von Interesse, durch welche Charakteristika sich die krankenkassen-geförderten Projekte in den verschiedenen Settings auszeichnen.

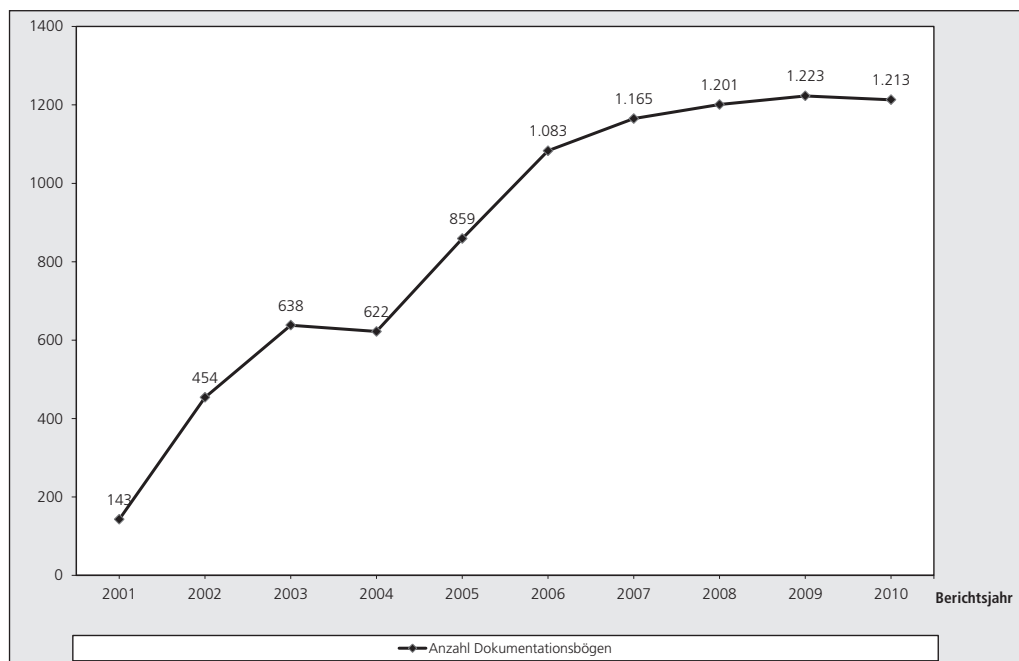
Nachfolgend werden Aktivitäten im Setting-Ansatz insgesamt, getrennt nach Settings, nach Vorhandensein der Steuerungsstruktur und nach Bundesländern dargestellt. Sie werden bezüglich ihrer Laufzeit, Zielgruppen, Gesundheitszirkeln, inhaltlicher Ausrichtung der Aktivitäten, Häufigkeiten der verhaltens- bzw. verhältnisbezogener Aktivitäten sowie Erfolgskontrollen beschrieben. Bei den Auswertungen nach Settings werden ausschließlich die Ergebnisse zu den Settings vorgestellt, in denen mindestens 5% aller Projekte angesetzt waren. Dazu zählen Kindertageseinrichtungen, Schulen aller Schulformen sowie Stadtteile bzw. Orte.

6.1 Allgemeine Daten

Die Krankenkassen berichteten in mehr als 1.000 Dokumentationsbögen über ihre Aktivitäten. Dabei fassten sie Aktivitäten, die von den Inhalten und der Struktur her ähnlich sind, in jeweils einem Dokumen-

tationsbogen zusammen. Auf diese Weise wird in einem Dokumentationsbogen über Aktivitäten in durchschnittlich 25 Settings berichtet.

Abb. 1: Dokumentationsbögen für den Settingansatz



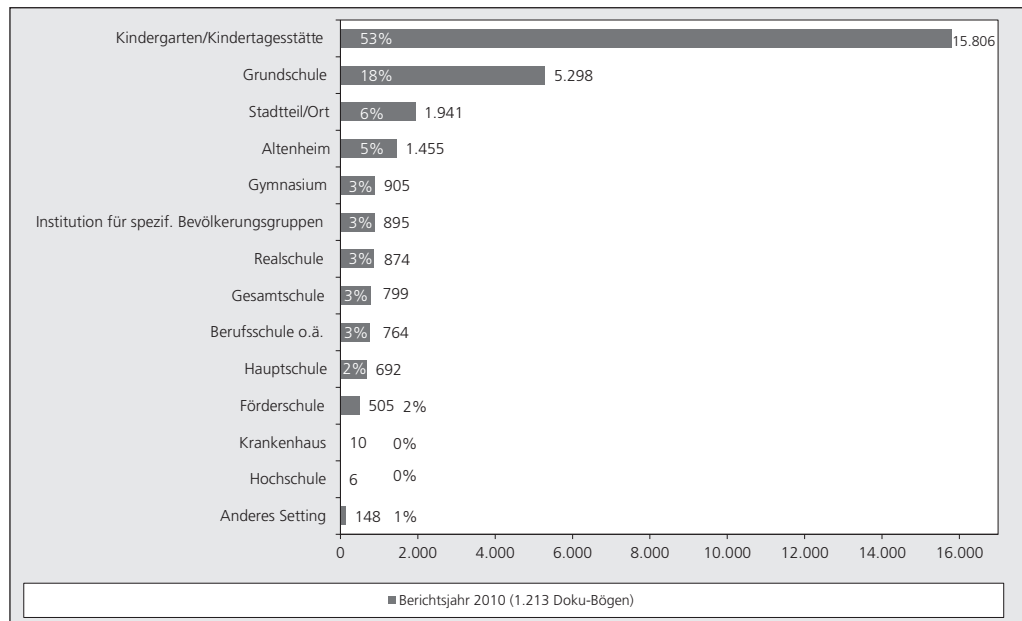
6.1.1 Anzahl und Verteilung der Settings

Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz wurden 2010 in insgesamt 30.098 Settings durchgeführt. Das entspricht einem Zuwachs von 49% seit dem Vorjahr.

Schulen und Kindertagesstätten waren dabei die häufigsten Settings für Gesundheitsförderung. Ein wesentlicher Vorteil der Präventionsarbeit an Bildungseinrichtungen ist, dass dabei besonders viele

Kinder unterschiedlicher Altersgruppen sowie aller sozialen Schichten erreicht werden können. 85% der Maßnahmen im Setting-Ansatz finden in Kitas und Schulen einschließlich der Berufsschulen statt. 53% der betreuten Settings fallen allein auf die Kindertageseinrichtungen.

Abb. 2: Anzahl der Settings



6.1.2 Betreuungsgrad

Von Interesse ist vor allem der Anteil der Settings in Bildungsbereichen, in denen die Krankenkassen aktiv waren, an der

Gesamtheit der Bildungseinrichtungen in Deutschland. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse zum Betreuungsgrad.

Tabelle 5: Anteil der betreuten Bildungseinrichtungen an allen Einrichtungen in Deutschland

Quellen: Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Statistik der Tageseinrichtungen für Kinder. Statistisches Bundesamt Deutschland: Allgemeinbildende Schulen, Schulen und Klassen nach Schularten. Berufliche Schulen, Schulen und Klassen nach Schularten. Hochschulen insgesamt. Stand: 01.03.2010

Settings	Anzahl Einrichtungen in Deutschland	Anzahl Einrichtungen mit Präventionsaktivitäten	Betreuungsgrad
Kindergarten/Kindertagesstätte	22.892	15.806	69%
Grundschule	16.305	5.298	32%
Förderschule	3.306	505	15%
Hauptschule	4.042	692	17%
Realschule	2.509	874	35%
Gymnasium	3.094	905	29%
Gesamtschule, Schularten mit mehreren Bildungsgängen	2.231	799	36%
Allgemeinbildende Schulen gesamt	31.487	9.073	29%
Allgemeinbildende Schulen und Kitas gesamt	54.379	24.879	46%
Berufsschulen	8.935	764	9%
Hochschule	418	6	1%

Die GKV hatte Handlungsbedarf im Bereich Kitas gesehen und sich aus diesem Grund Präventionsziele für den Kita-Bereich gesetzt. In den letzten Jahren nahm daraufhin die Zahl der betreuten Einrichtungen im Setting Kita stark zu. Während im Jahr 2007 noch 21% der betreuten Einrichtungen Kindertagesstätten waren, waren es 2008 bereits 32% und in 2009 38%; im Jahr 2010 ist der Anteil auf 53% angestiegen.

Der Vergleich mit der Gesamtzahl der Kitas in Deutschland zeigt, dass im Jahr 2010 69% der bundesweit vorhandenen Kindertagesstätten betreut wurden.

Gesundheitsfördernde Aktivitäten für Kinder und Jugendliche wurden insgesamt in 46% der vorhandenen Einrichtungen (Schulen und Kitas) umgesetzt.

Der Betreuungsgrad hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 16 Prozentpunkte verbessert.

Hauptschulen haben im Vergleich zu den anderen weiterführenden Schulen einen geringeren Betreuungsgrad. Nach Erfahrungen der Praktiker vor Ort lässt sich das durch ein – im Vergleich zu Realschulen und Gymnasien – deutlich geringeres Interesse der Schulleitung bzw. der Lehrer an Hauptschulen wie auch der Eltern von Hauptschülern an dem Etablieren von spezifischen Gesundheitsförderungsmaßnahmen erklären.

Die Förderschulen werden ebenfalls in geringerem Umfang betreut. Die dort stattfindenden Aktivitäten zeichnen sich aber andererseits durch eine besonders lange Laufzeit aus (vgl. Abschnitt 6.3.1).

6.1.3 „Soziale Brennpunkte“

Seit dem Berichtsjahr 2010 wird die Durchführung der Maßnahmen in „sozialen Brennpunkten“ dokumentiert. Dabei muss beachtet werden, dass „sozialer Brennpunkt“ kein scharf definierter Begriff ist (weitere Erläuterungen: Abschnitt 1.5, S.13).

Welchen prozentualen Anteil haben die „sozialen Brennpunkte“ in Städten und auf dem Land? Sicherlich hängt das von der jeweiligen Definition ab. Im Ruhrgebiet sind 91 von 377 Stadtteilen „Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf“ also Quartiere mit niedrigem sozialem

Rang und niedrigem Familienstatus.¹² Das entspricht 24 Prozent.

Die weitaus meisten Setting-Aktivitäten, zu denen gleichzeitig Angaben hinsichtlich der Lage in „sozialen Brennpunkten“ vorlagen, fanden in Kitas statt (Tab. 6). Insgesamt lagen nach Angaben der Krankenkassen 25% der Kitas, in denen Gesundheitsförderung betrieben wurde, in sozialen Brennpunkten. Das entspricht sehr exakt dem oben genannten „Erwartungswert“ von ca. 24%. Das würde eine im wesentlichen „gleichmäßige“ Verteilung der Aktivitäten bedeuten.

Tabelle 6: Settings in sozialen Brennpunkten

Die Tabelle nimmt nur Bezug auf gültige Werte und damit auf die 18.502 Settings, für die gleichzeitig angegeben wurde, ob sie in sozialen Brennpunkten lagen oder nicht

	Anzahl der Settings (gültige Werte)	Davon in soz. Brennpunkten (gültige Werte)	Anteil Einrichtungen in soz. Brennpunkten
Grundschule	2.523	1.219	48%
Förderschule	355	250	70%
Hauptschule	542	264	39%
Realschule	637	755	29%
Gymnasium	781	320	41%
Gesamtschule	678	169	25%
Berufsschule o.ä.	181	114	63%
Hochschule	4	0	0%
Kindergarten/Kindertagesstätte	11.727	2.938	25%
Stadtteil/Ort	324	131	40%
Inst. für spez. Bevölkerungsgruppen	454	339	75%
Altenheim	204	37	18%
Krankenhaus	0	0	0%
Anderes Setting	92	118	11%
Gesamt	18.502	6.654	35%

Der Anteil „sozialer Brennpunkte“ im Setting „Stadtteil/Ort“ lag bei 40%. Es wird deutlich, dass eine besondere Stärke der Gesundheitsförderung in diesem Setting im Erreichen sozial benachteiligter Menschen liegt.

Für die Grundschulen gaben die Krankenkassen-Mitarbeiter eine fast 50%ige Lage in sozialen Brennpunkten an. Hier ist zu vermuten, dass eine gezielte Auswahl der Grundschulen im Sinne einer Bedarfsorientierung der Primärprävention stattgefunden hat.

¹² Strohmeier KP: Sozialraumanalyse. In: Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung des Landes Nordrhein-Westfalen: Raumbeobachtungssysteme als Instrumente der integrierten Stadt(teil-)entwicklung. Dort-mund 2003, 22 – 33

Die Frage nach den „sozialen Brennpunkten“ zielt auf eine sozialräumliche geographische Gliederung ab, nicht jedoch auf ein Sozialschichtmodell („Ober-, Mittel- und Unterschicht“). Möglicherweise wurde die Frage nicht durchgängig so verstanden. Das zeigen die Angaben der Krankenkassen zu Setting-Aktivitäten in Förderschulen. Hier gaben die Krankenkassen an, 70% der Förderschulen hätten in „sozialen Brennpunkten“ gelegen, was nicht sehr wahrscheinlich ist. Möglicherweise haben die Mitarbeiter der Krankenkassen die Frage an diesem Punkt so

verstanden, es gehe um die Schüler der Förderschulen und deren soziale Benachteiligung. Tatsächlich ist davon auszugehen, dass ein hoher Anteil der Schüler an Förderschulen als „sozial schlechter gestellt“ bezeichnet werden können.

Insgesamt ist zu folgern, dass der Anspruch des Gesetzgebers, mit den krankenkassengeforderten Aktivitäten „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen [zu] erbringen,“ im Setting-Ansatz erfüllt wird.

6.1.4 Anzahl der Settings nach Bundesländern

Projekte, die bundesweit – über alle Länder hinweg – ausgerichtet waren, haben erwartungsgemäß viel mehr Einrichtungen je Projekt betreut als Projekte, die sich auf einzelne Bundesländer beschränkten. Im Mittel wurden je Projekt (= Dokumentationsbogen) 56 Settings betreut. In den einzelnen Bundesländern

differiert die Zahl der je Dokumentationsbogen gemeldeten Settings stark. Das zeigt die große inhaltliche und organisatorische Bandbreite der Aktivitäten der Krankenkassen, ohne dass dies Aussagen zur Qualität der durchgeführten Maßnahmen erlauben würde

Tabelle 7: Anzahl der Settings nach Bundesländern

(Mehrfachnennungen möglich)

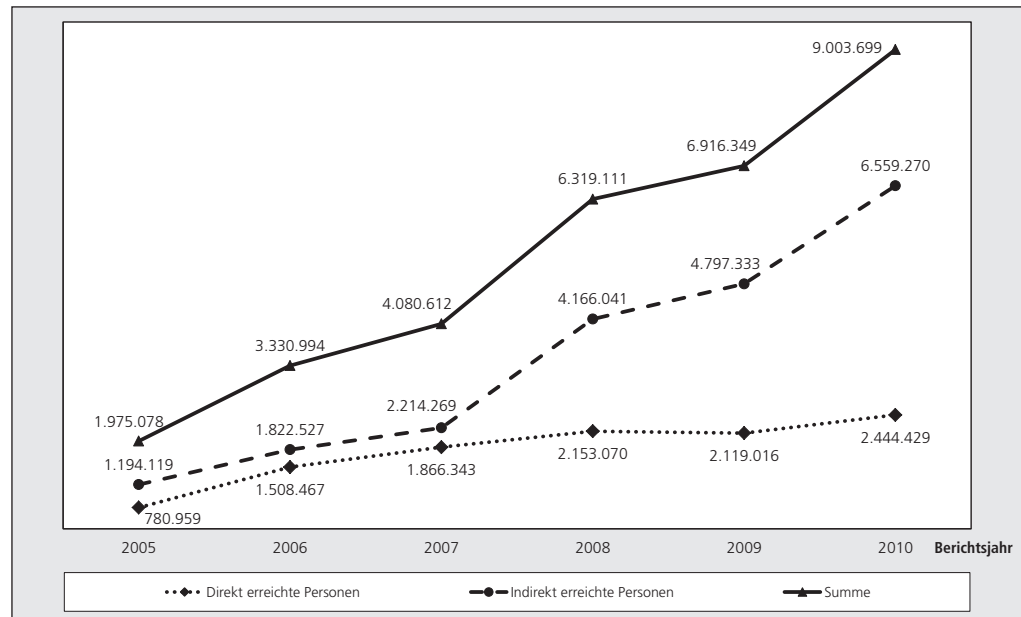
	Anzahl Projekte (=Dokumentationsbögen)	Anzahl Settings	Mittlere Anzahl der Settings je Projekt
Bundesweite Projekte (über alle Länder hinweg)	9	2.191	243
Baden-Württemberg	137	5.097	37
Bayern	252	2.888	11
Bremen	5	70	14
Berlin	60	3.887	65
Brandenburg	20	1.785	89
Hamburg	20	3.088	154
Hessen	61	4.238	69
Mecklenburg-Vorpommern	58	515	9
Niedersachsen	52	811	16
Nordrhein-Westfalen	209	12.744	61
Rheinland-Pfalz	26	638	25
Saarland	22	79	4
Sachsen	49	1.401	29
Sachsen-Anhalt	65	468	7
Schleswig-Holstein	57	5.522	97
Thüringen	59	1.572	27

6.2 Erreichte Personen

Durch unterschiedliche Präventionsmaßnahmen im Setting-Ansatz können Menschen sowohl direkt als auch indirekt erreicht werden. Die Anzahl der direkt erreichten Personen ist relativ exakt zu ermitteln, da es sich um die Teilnehmer an gesundheitsbezogenen Veranstaltungen und Maßnahmen handelt. Das sind zum Beispiel Schüler und Lehrer aus einem Schülerkreis oder an Elternabenden teil-

nehmende Eltern. Die Anzahl der indirekt erreichten Personen ist dagegen weniger exakt schätzbar. Es ist nicht zuverlässig feststellbar, wie viele Menschen beispielsweise dadurch erreicht werden, dass die Teilnehmer die in einer Maßnahme gewonnenen Informationen weiter geben. Aus diesem Grund liegt der Fokus im Präventionsbericht vor allem auf den direkt erreichten Personen.

Abb. 3: Erreichte Personen



Im Vergleich zum Vorjahr nahm die Zahl der direkt Erreichten um 15%, die Anzahl der betreuten Settings mit 49% dagegen deutlich stärker zu. Die nachfolgende Tabelle weist aus, dass aus diesem Grund

die Zahl der direkt erreichten Personen je Setting zwar zurückging, dass aber wegen der längeren Laufzeit der Projekte die Zahl der direkt erreichten Personen je Monat Laufzeit stabil blieb.

Tabelle 8: Erreichte Personen je Setting und Monat

Direkt erreichte Personen	2009	2010	Veränderung
Je Setting	105	81	-22%
Je Monat Laufzeit	83	89	8%

Die frühere Vermutung, dass der Zuwachs der erreichten Personen mit einem steigenden Einsatz von breitenwirksamen Medien erklärt werden kann,

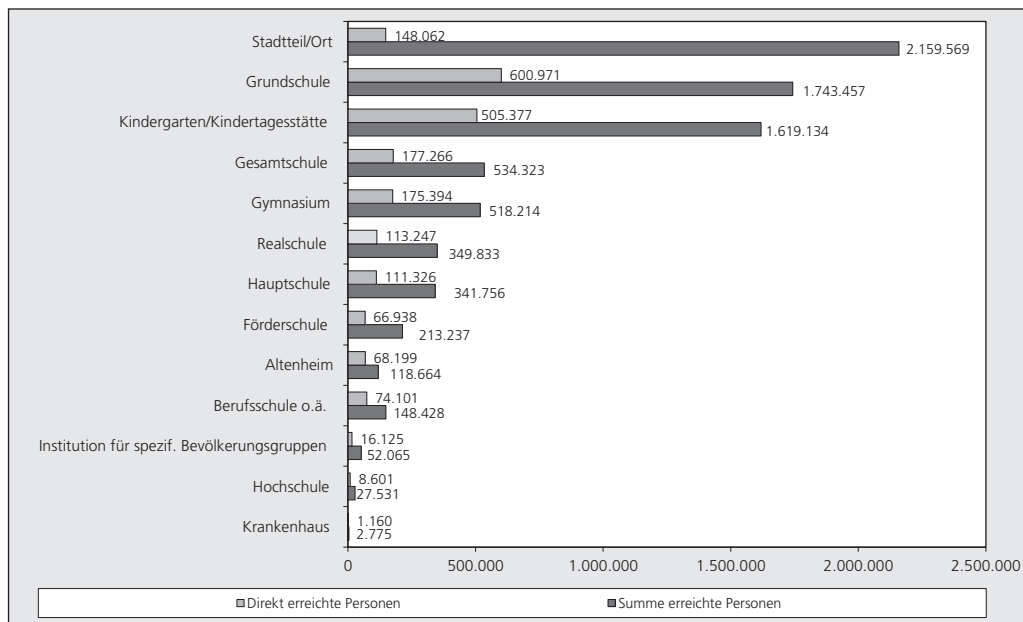
kann nicht aufrecht erhalten werden, da sich der Einsatz der einzelnen Medienarten in den letzten Jahren kaum verändert hat.

6.2.1 Erreichte Personen nach Settings

Die Grundschule war im Vorjahr das Setting mit der höchsten Anzahl erreichter Personen. Im Berichtsjahr 2010 ist das Setting Stadtteil/Ort durch einen starken Anstieg der hier erreichten Personenanzahl, vor allem durch eine sehr hohe Zahl indirekt erreichter Personen, an die erste Stelle gerückt. Die hohe Anzahl direkt erreichter Personen in diesem Setting ist

vor allem einem Projekt – berichtet in einem Dokumentationsbogen – zu verdanken, das an 120 unterschiedlichen Orten durchgeführt wurde. Einzelne große Projekte waren auch für die Zunahme der erreichten Personen bei den Förderschulen, Gesamtschulen und Krankenhäusern verantwortlich.

Abb. 4: Erreichte Personen in den jeweiligen Settings



Projekte in Kitas und Grundschulen decken etwa 45% aller direkt erreichten Personen ab. Prävention in diesen Settings ist besonders wichtig, weil sich die

gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen, das Wissen und Einstellungen zum Thema Gesundheit bereits in der Kindheit bilden.

6.2.2 Erreichte Personen nach Bundesländern

Wie viele Personen durch krankenkassen-geförderte Setting-Aktivitäten erreicht werden, schwankt deutlich von Bundes-

land zu Bundesland. Dadurch drückt sich die unterschiedliche Gestaltung und Schwerpunktsetzung der Aktivitäten aus.

Tabelle 9: Anzahl direkt erreichter Personen nach Bundesländern

(Mehrfachnennungen möglich)

Quelle der Angaben zur Einwohnerzahl nach Bundesländern: Statistisches Bundesamt:
Einwohnerzahl nach Bundesländern, Stand: 31.10.2009

	Anzahl Projekte (=Dokumen- tationsbögen)	Anzahl direkt erreichter Personen	Erreichte Perso- nen je 100 TSD Einwohner
Bundesweite Projekte (über alle Länder hinweg)	9	112.293	137
Baden-Württemberg	137	374.233	3.483
Bayern	252	207.273	1.657
Bremen	5	9.841	1.487
Berlin	60	227.760	6.615
Brandenburg	20	98.900	3.937
Hamburg	20	237.349	13.379
Hessen	61	660.767	10.900
Mecklenburg-Vorpommern	58	58.498	3.543
Niedersachsen	52	93.024	1.173
Nordrhein-Westfalen	209	673.172	3.766
Rheinland-Pfalz	26	42.475	1.058
Saarland	22	2.437	238
Sachsen	49	68.160	1.635
Sachsen-Anhalt	65	45.617	1.936
Schleswig-Holstein	57	167.338	5.909
Thüringen	59	54.919	2.441

6.3 Projektlaufzeit

Im Jahr 2010 ist die durchschnittliche Laufzeit der Projekte im Setting-Ansatz gestiegen. Damit kann der Rückgang der Laufzeit im Jahr 2009 – siehe nachfolgende Abbildung – als Ausreißer interpretiert werden. Generell setzt sich der Trend zu einem längerfristigen Engagement der GKV in der Gesundheitsförderung fort.

Während die Häufigkeit der Projekte mit einer Dauer unter 12 Monaten abnimmt, nimmt die Häufigkeit längerer Projekte zu. Die Zahl der Projekte mit einer Dauer von über einem Jahr ist im Vergleich zum Vorjahr um 25% gestiegen.

Abb. 5: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten

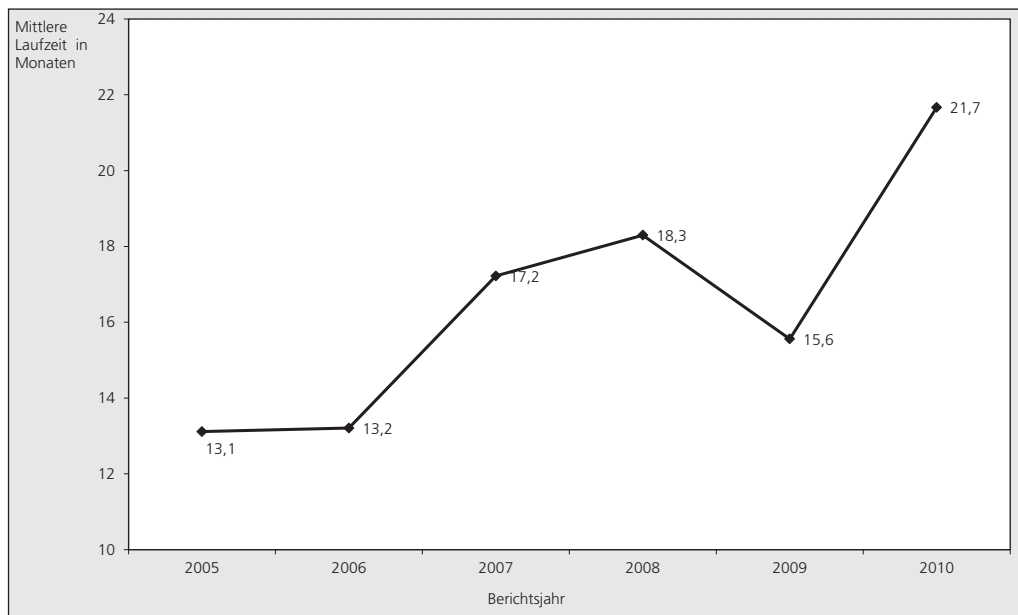
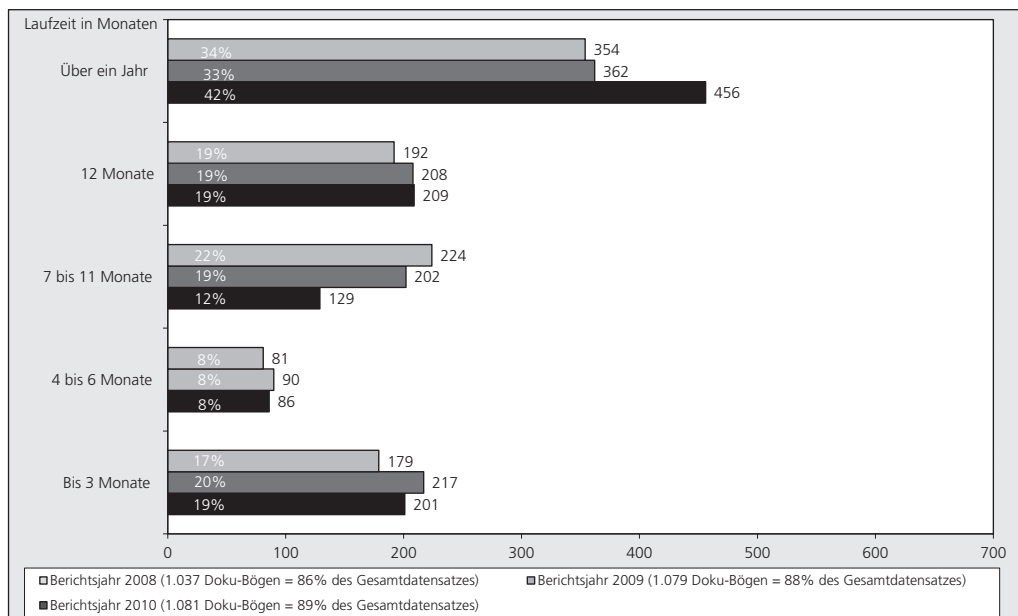


Abb. 6: Projektlaufzeit in Monaten



6.3.1 Projektlaufzeit nach Settings

Bei der Betrachtung der Laufzeit differenziert nach den einzelnen Settings wird sichtbar, dass es deutliche Unterschiede bezüglich der Dauer der Projekte zwischen

den Settings gibt. Dabei ist die durchschnittliche Laufzeit der Projekte in den Förderschulen am längsten und in den Berufsschulen am kürzesten.

Tabelle 10: Laufzeiten nach Settings¹³

	Grundschule n=247		Förderschule n=43		Hauptschule n=89	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Bis 3 Monate	39	16%	6	14%	9	10%
4 bis 6 Monate	19	8%	7	16%	7	8%
7 bis 11 Monate	31	13%	3	7%	22	25%
12 Monate	37	15%	7	16%	11	12%
Über ein Jahr	121	49%	20	47%	40	45%
Fehlende Angaben	26		7		11	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	23,3		28,6		21,6	
	Realschule n=103		Gymnasium n=106		Gesamtschule n=53	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Bis 3 Monate	19	18%	15	14%	9	17%
4 bis 6 Monate	11	11%	13	12%	12	23%
7 bis 11 Monate	13	13%	14	13%	4	8%
12 Monate	16	16%	18	17%	6	11%
Über ein Jahr	44	43%	46	43%	22	42%
Fehlende Angaben	13		7		10	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	23,6		24,0		22,8	
	Berufsschule o.ä. n=165		Kindergarten/ -tagesstätte n=359		Stadtteil/Ort n=68	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Bis 3 Monate	65	39%	17	5%	19	28%
4 bis 6 Monate	6	4%	26	7%	9	13%
7 bis 11 Monate	6	4%	43	12%	0	0%
12 Monate	40	24%	92	26%	9	13%
Über ein Jahr	48	29%	181	50%	31	46%
Fehlende Angaben	33		18		18	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	19,0		26,9		23,8	

¹³ In den Tabellen bezeichnet der Buchstabe n die Anzahl der Dokumentationsbögen, bei denen Angaben zur interessierenden Frage vorlagen (gültige Werte)

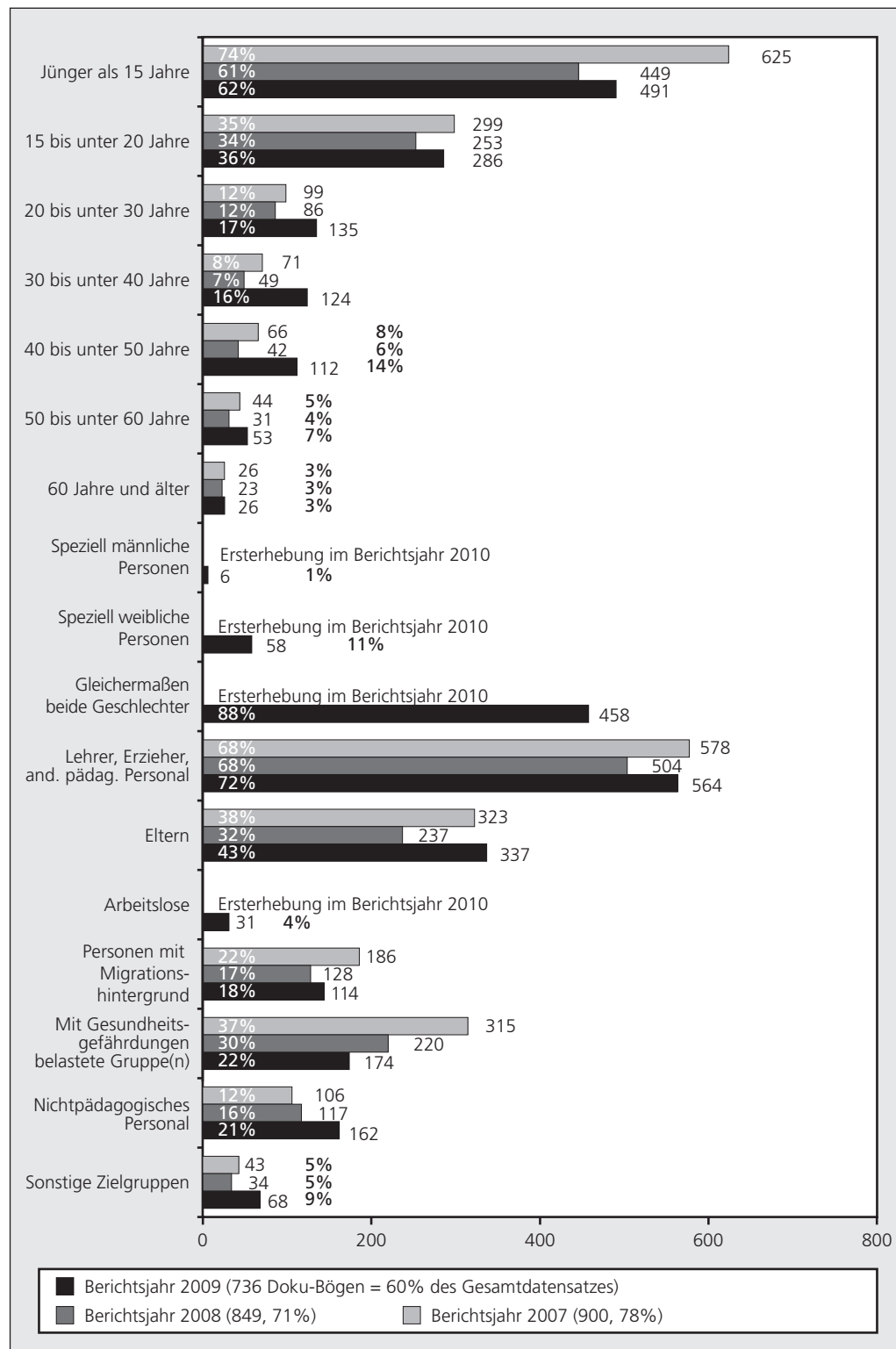
6.4 Zielgruppen

Im Setting-Ansatz können die gesundheitsfördernden Maßnahmen so konzipiert werden, dass sie einzelne Personengruppen gezielt ansprechen. In 69% aller Projekte (Dokumentationsbögen) waren

die Aktivitäten auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet. Im Mittel wurden dabei je gemeldetem Projekt vier Zielgruppen gleichzeitig benannt.

Abb. 7: Zielgruppen

(Mehrfachnennungen möglich)



Im Berichtsjahr 2010 wurde die Abfrage nach geschlechtsbezogenen Zielgruppen neu formuliert. Deswegen ist bei den geschlechtsbezogenen Zielgruppen der Jahresvergleich noch nicht möglich. Insgesamt wenden sich die weitaus meisten

Maßnahmen gleichzeitig an weibliche und männliche Personenkreise. Entsprechend dem auf den Bildungseinrichtungen liegenden Förderschwerpunkt ist ein Großteil der Projekte an Kinder und Jugendliche gerichtet.

6.4.1 Zielgruppen nach Settings

Auch im Setting Stadtteil/Ort wendet sich die große Mehrzahl der Projekte an die Zielgruppe der unter 15-Jährigen oder bezieht diese zumindest mit ein. In diesem Setting ist außerdem eine hohe Prozentzahl an Projekten mit der Zielgruppe „weibliche Personen“ zu verzeichnen. Die noch höhere Prozentzahl dieser Zielgruppe in Kitas erklärt sich daraus, dass bei vielen Projekten nicht nur die Kinder (also die Mädchen), sondern auch das Personal als Multiplikator angesprochen wird und die Beschäftigten in diesem Bereich weit überwiegend Frauen sind.

hintergrund.

Die gesundheitsfördernden Maßnahmen, die in Berufsschulen durchgeführt wurden, richteten sich häufiger als bei anderen Schularten an Schüler mit Gesundheitsgefährdungen.

Arbeitslose werden hauptsächlich über den Bereich Stadtteil/Ort erreicht. Zusammen mit Maßnahmen für Personen mit Migrationshintergrund sind mindestens 84% der Maßnahmen im Bereich Stadtteil/Ort speziell an sozial benachteiligte Personen gerichtet.

Die Interventionen in Gesamt- und Förderschulen zielten auf Kinder mit Migrations-

Tabelle 11: Zielgruppen nach Settings

(Mehrfachnennungen möglich)

	Grundschule n=182		Förderschule n=37		Hauptschule n=80	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	21	12%	8	22%	21	26%
Jünger als 15 Jahre	151	83%	33	89%	70	88%
15 bis unter 20 Jahre	21	12%	20	54%	34	43%
20 bis unter 30 Jahre	12	7%	4	11%	2	3%
30 bis unter 40 Jahre	14	8%	4	11%	4	5%
40 bis unter 50 Jahre	11	6%	4	11%	3	4%
50 bis unter 60 Jahre	7	4%	3	8%	1	1%
60 Jahre und mehr	4	2%	2	5%	1	1%
Gleichermaßen beide Geschlechter	119	98%	30	94%	47	92%
Speziell weibliche Personen	2	2%	1	3%	2	4%
Speziell männliche Personen	1	1%	1	3%	2	4%
Pers. mit Migrationshintergrund	41	23%	11	30%	16	20%
Arbeitslose	3	2%	0	0%	1	1%
Multiplikatoren - Eltern	104	57%	25	68%	30	38%
Multiplikatoren - Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	144	79%	34	92%	63	79%
Multiplikatoren - nichtpädagogisches Personal	49	27%	17	46%	22	28%
Sonstige Zielgruppen	11	6%	5	14%	7	9%
Keine Angaben zu spez. Zielgruppen	91	50%	13	35%	20	25%

	Realschule n=84		Gymnasium n=90		Gesamtschule n=48	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	11	13%	17	19%	4	8%
Jünger als 15 Jahre	65	77%	70	78%	38	79%
15 bis unter 20 Jahre	45	54%	46	51%	27	56%
20 bis unter 30 Jahre	6	7%	8	9%	3	6%
30 bis unter 40 Jahre	7	8%	8	9%	2	4%
40 bis unter 50 Jahre	7	8%	9	10%	2	4%
50 bis unter 60 Jahre	6	7%	6	7%	2	4%
60 Jahre und mehr	2	2%	3	3%	1	2%
Gleichmaßen beide Geschlechter	49	94%	48	87%	35	95%
Speziell weibliche Personen	2	4%	5	9%	1	3%
Speziell männliche Personen	1	2%	2	4%	1	3%
Pers. mit Migrationshintergrund	16	19%	16	18%	20	42%
Arbeitslose	3	4%	1	1%	0	0%
Multiplikatoren - Eltern	37	44%	41	46%	28	58%
Multiplikatoren - Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	67	80%	76	84%	40	83%
Multiplikatoren - nichtpädagogisches Personal	23	27%	22	24%	11	23%
Sonstige Zielgruppen	9	11%	10	11%	5	10%
Keine Angaben zu spez. Zielgruppen	32	38%	23	26%	15	31%

	Berufsschule n=153		Kindergarten/ -tagesstätte n=255		Stadtteil/Ort n=57	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	51	33%	44	17%	17	30%
Jünger als 15 Jahre	29	19%	166	65%	41	72%
15 bis unter 20 Jahre	132	86%	30	12%	28	49%
20 bis unter 30 Jahre	62	41%	31	12%	14	25%
30 bis unter 40 Jahre	18	12%	64	25%	10	18%
40 bis unter 50 Jahre	12	8%	59	23%	9	16%
50 bis unter 60 Jahre	7	5%	18	7%	8	14%
60 Jahre und mehr	4	3%	7	3%	8	14%
Gleichmaßen beide Geschlechter	88	95%	135	77%	50	88%
Speziell weibliche Personen	3	3%	38	22%	7	12%
Speziell männliche Personen	2	2%	2	1%	0	0%
Pers. mit Migrationshintergrund	36	24%	27	11%	40	70%
Arbeitslose	4	3%	8	3%	8	14%
Multiplikatoren - Eltern	13	8%	155	61%	34	60%
Multiplikatoren - Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal	54	35%	204	80%	44	77%
Multiplikatoren - nichtpädagogisches Personal	14	9%	51	20%	20	35%
Sonstige Zielgruppen	8	5%	13	5%	14	25%
Keine Angaben zu spez. Zielgruppen	45	29%	122	48%	29	51%

6.5 Kooperationspartner

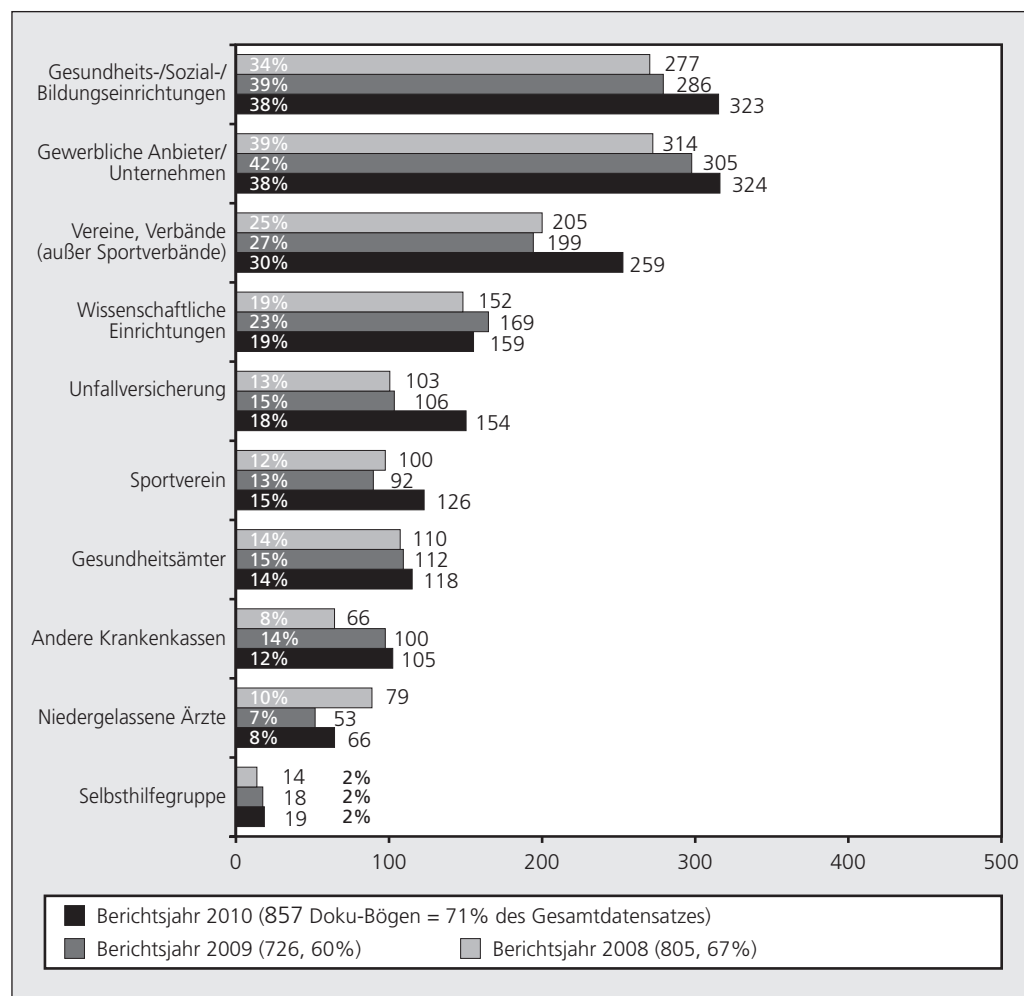
Es hat viele Vorteile, wenn mehrere gesellschaftlich relevante Institutionen bei der Prävention zusammenarbeiten. Unterschiedliche Kompetenzen der einzelnen Partner können beispielsweise zur Entwicklung effektiverer Präventionsstrategien beitragen. Außerdem können mehr Ressourcen für die Prävention mobilisiert und dadurch mehr Personen erreicht werden als bei den Projekten mit nur einem einzigen Träger. Deswegen ist es von Interesse, welche und wie viele Kooperationspartner an den gemeldeten Maßnahmen beteiligt waren.

In 71% aller Projekte wurden im Jahr 2010 Kooperationspartner genannt (2009: 60%, 2008 67%).

Im Mittel waren zwei bis drei Kooperationspartner beteiligt. Am häufigsten wurden, wie auch in den Vorjahren, Gesundheits-/Sozial-/Bildungseinrichtungen und gewerbliche Anbieter/Unternehmen genannt.

Abb. 8: Kooperationspartner

(Mehrfachnennungen möglich)



6.6 Koordination und Steuerung

Um gesundheitsfördernde Aktivitäten in einem Setting erfolgreich einzuführen, ist eine Arbeitsgruppe erforderlich, die alle Schritte in einem Projekt koordiniert und steuert. Eine solche Arbeitsgruppe, auch Steuerungsgremium genannt, befasst sich mit der Planung, Durchführung und Nachbereitung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Das Gremium muss Entscheidungen treffen, um gesundheitsfördernde Maßnahmen im Setting nachhaltig zu verankern.

Am Beispiel Schule erläutert kann folgendermaßen vorgegangen werden: Ein entscheidungskompetentes Schulprojektteam mit Vertretern aller relevanten Akteure beschließt das Vorgehen konzeptionell, sorgt für die Umsetzung und bewertet kritisch die erzielten Ergebnisse. In den Kindertagesstätten geht es ebenfalls um die Strukturvoraussetzung, dass es einen entscheidungskompetenten, ggf. einrichtungsübergreifenden Steuerungskreis für die Gesundheitsförderung gibt.

In der kommunalen Gesundheitsförderung können die „Entscheidungs- und Umsetzungsstrukturen“ bei Gesundheitskonferenzen, Stadtteilzentren, Vernetzungs- und Beteiligungsbüros angesiedelt sein.¹⁴

In 68% aller Projekte waren im Berichtsjahr 2010 Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen etabliert. Im Vorjahr traf das auf 63% aller Projekte zu.

Eine Differenzierung nach Settings zeigt, dass der höchste Anteil (85%) der vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen im Jahr 2010 bei den Projekten im Bereich Stadtteil/Ort zu beobachten war. Im Vergleich zum Vorjahr ist hier ein Anstieg um 13 Prozentpunkte zu verzeichnen. Der hohe Prozentsatz bei Kitas und Förderschulen hält auch weiterhin an. Haupt- und Berufsschulen zeigen dagegen einen deutlichen Entwicklungsbedarf.

Tabelle 12: Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen nach Settings

	Grundschule		Förderschule		Hauptschule	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Vorhanden	190	70%	38	76%	58	58%
Nicht vorhanden	81	30%	12	24%	42	42%
Gültige Angaben	271	100%	50	100%	100	100%
	Realschule		Gymnasium		Gesamtschule	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Vorhanden	78	68%	69	61%	43	68%
Nicht vorhanden	37	32%	44	39%	20	32%
Gültige Angaben	115	100%	113	100%	63	100%
	Berufsschule		Kindergarten/ -tagesstätte		Stadtteil/Ort	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Vorhanden	111	57%	284	76%	71	85%
Nicht vorhanden	85	43%	92	24%	13	15%
Gültige Angaben	196	100%	376	100%	84	100%

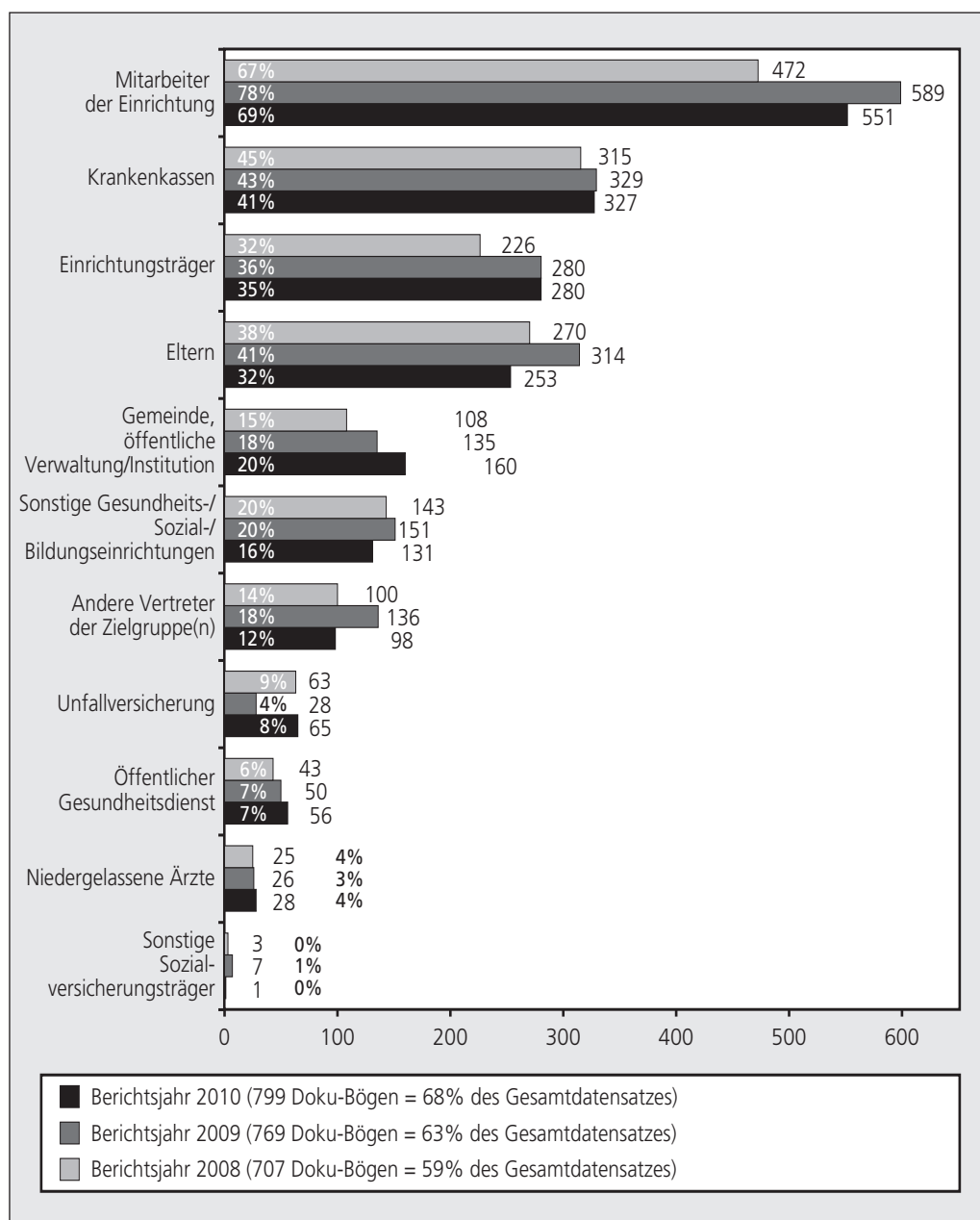
Durchschnittlich waren an einem Steuerungsgremium Vertreter aus drei Bereichen beteiligt. Die nachfolgende Ab-

bildung zeigt, wie häufig die einzelnen Institutionen im Entscheidungs- und Steuerungsgremium vertreten waren.

¹⁴ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention. Berlin, 2010, S. 31, S. 27, S. 35

Abb. 9: Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium

(Mehrfachnennungen möglich)



6.7 Bedarfsermittlung

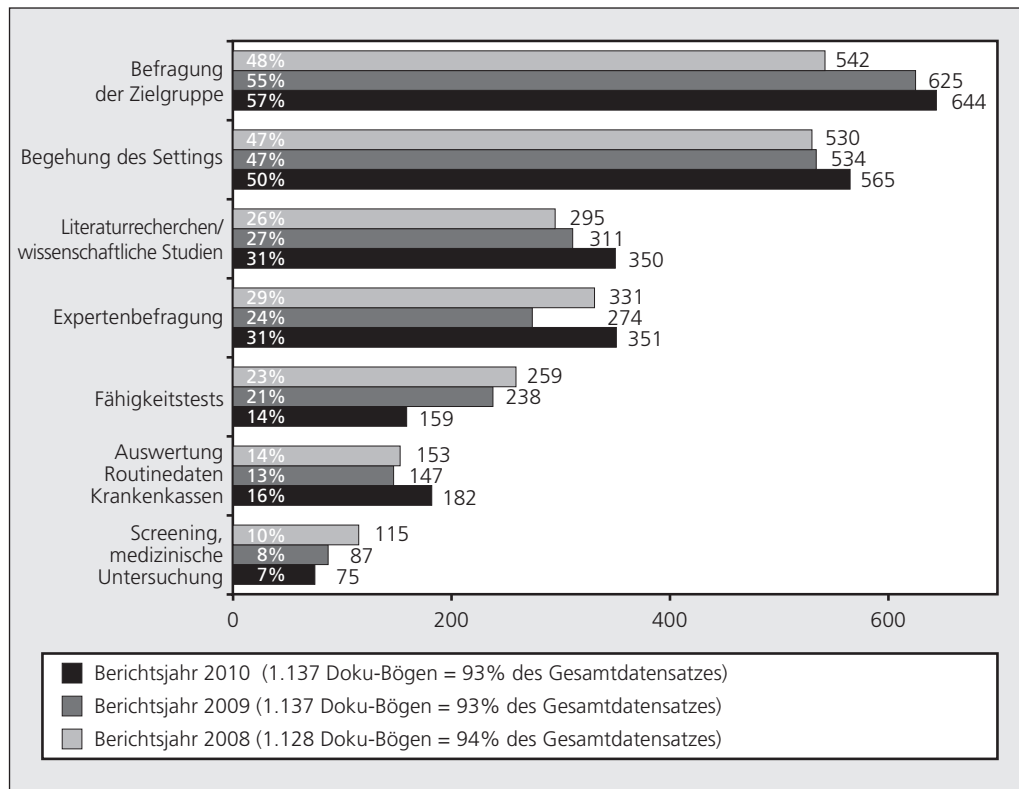
Der erste Schritt bei der Einleitung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ist die Bedarfsermittlung. Bei dieser Analyse werden spezifische Problematiken und Gesundheitsrisiken ermittelt. Der Bedarfsanalyse stehen viele Instrumente zur Verfügung, und man sollte sich nicht nur auf ein Instrument verlassen. Es können beispielsweise Befragungen (von Mitarbeitern), Auswertungen der Routinedaten der Krankenkassen und eine Setting-

Begehung eingesetzt werden. Auf der Basis der Analyseergebnissen werden die erforderlichen Maßnahmen geplant, so dass diese speziell an die Gegebenheiten des Einsatzortes angepasst sind.

Im Berichtsjahr 2010 wurden bei 93% der Projekte Angaben zu Bedarfsermittlungen gemacht. Im Mittel wurden dabei je Fall drei Instrumente der Bedarfsanalyse gleichzeitig eingesetzt.

Abb. 10: Bedarfsermittlung

(Mehrfachnennungen möglich)



Fast alle Instrumente der Bedarfsermittlung wurden im Berichtsjahr häufiger eingesetzt als zuvor. Die Krankenkassen ermittelten den Bedarf demnach umfassender und wendeten verstärkt verschiedene Methoden hierzu an.

Fähigkeitstests wurden dagegen deutlich seltener und medizinische Untersuchungen etwas seltener eingesetzt als im Vorjahr. Offensichtlich sind Bedarfsermittlungen in Settings weniger auf individuelle „Leistungsfähigkeit“ und eher auf strukturelle Gegebenheiten fokussiert.

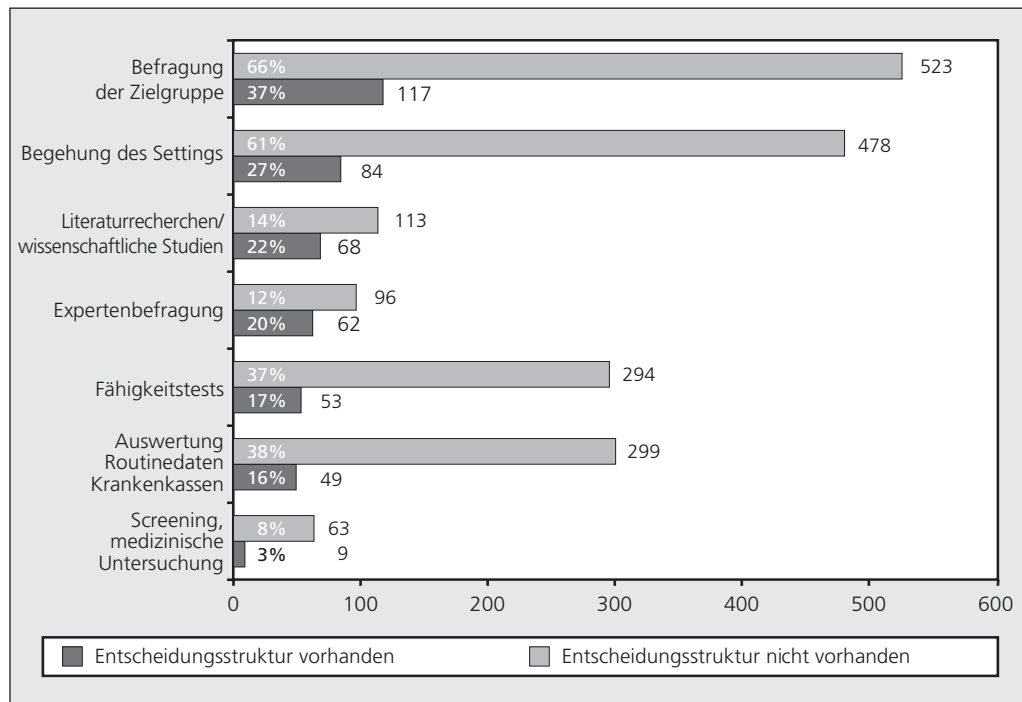
6.7.1 Bedarfsermittlung nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen

Im Jahr 2010 waren bei 799 (68%) der von Krankenkassen geförderten Setting-Projekten Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden. Bedarfsanalysen wurden bei vorhandenen Strukturen weitaus häufiger als ohne durchgeführt. Die Betrachtung einzelner Methoden der Bedarfsermittlung macht deutlich, dass häufiger Methoden an-

gewendet wurden, die Beteiligte einbeziehen und eine enge Zusammenarbeit der Beteiligten erfordern. Darunter sind Methoden wie die Befragung der Zielgruppe, Begehung des Settings und Expertenbefragungen besonders hervorzuheben. Die Projekte ohne Steuerungsstruktur setzten dagegen deutlich häufiger Routinedatenauswertungen ein.

Abb. 11: Bedarfsermittlung nach Vorhandensein der Steuerungsstrukturen

(Mehrfachnennungen möglich)

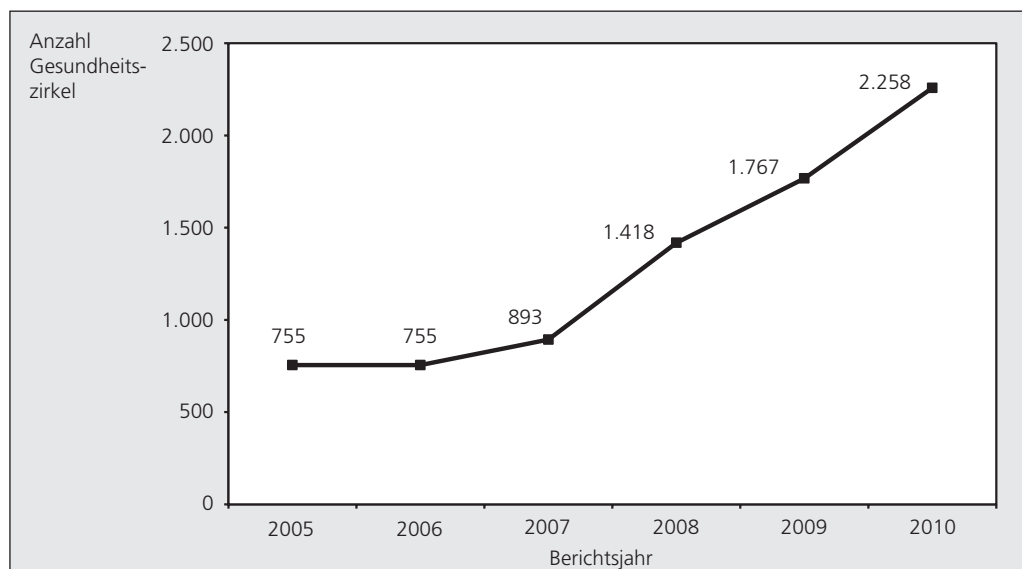


6.8 Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind ein wichtiges Instrument der Gesundheitsförderung. In ihnen erarbeiten die Beteiligten Verbesserungsvorschläge und diskutieren die Um-

setzung der Initiativen. Ursprünglich in der betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt, werden sie auch für die Aktivitäten im Setting-Ansatz eingesetzt.

Abb. 12: Durchgeführte Gesundheitszirkel



Die absolute Anzahl der Gesundheitszirkel folgt einem gleichmäßigen Trend nach oben. Im Jahr 2010 ist die Anzahl im Vergleich zum Vorjahr um 28% gestiegen.

22% der Projekte (= Dokumentationsbögen) berichteten über den Einsatz von

Gesundheitszirkeln. Projekte, die keine Gesundheitszirkel einsetzen, führen auch seltener Bedarfsermittlungen durch und haben seltener Steuerungsstrukturen etabliert als Projekte mit Gesundheitszirkel.

6.8.1 Gesundheitszirkel nach Settings

Bei der Betrachtung nach Settings fällt auf, dass im Setting Stadtteil/Ort und in den Berufsschulen Gesundheitszirkel seltener durchgeführt werden.

In den anderen Bildungseinrichtungen sind Gesundheitszirkel dagegen häufiger vorzufinden. Zusammengefasst mit der Erkenntnis, dass in den Bildungseinrichtungen ein hoher Prozentsatz an

Lehrern und Erziehern Zielgruppe der Gesundheitsförderung ist – vgl. Abschnitt 6.4 – weist das darauf hin, dass sich in den Bildungseinrichtungen der Setting-Ansatz und die betriebliche Gesundheitsförderung mischen: Gesundheitszirkel stellen ein wichtiges Analyseinstrument da und dienen oftmals der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen für die Beschäftigten.

Tabelle 13: Gesundheitszirkel nach Settings

	Grundschule n=273		Förderschule n=50		Hauptschule n=100		Realschule n=114	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Ja	52	19%	6	12%	17	17%	16	14%
Nein	221	81%	44	88%	83	83%	98	86%
Fehlende Angaben	0		0		0		2	
	Gymnasium n=113		Gesamtschule n=63		Berufsschule o.ä. n=198		Kindergarten/ -tagesstätte n=375	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Ja	19	17%	9	14%	18	9%	59	16%
Nein	94	83%	54	86%	180	91%	316	84%
Fehlende Angaben	0		0		0		2	
	Stadtteil/Ort n=86							
	Häufigkeit	Prozent						
Ja	7	8%						
Nein	79	92%						
Fehlende Angaben	0							

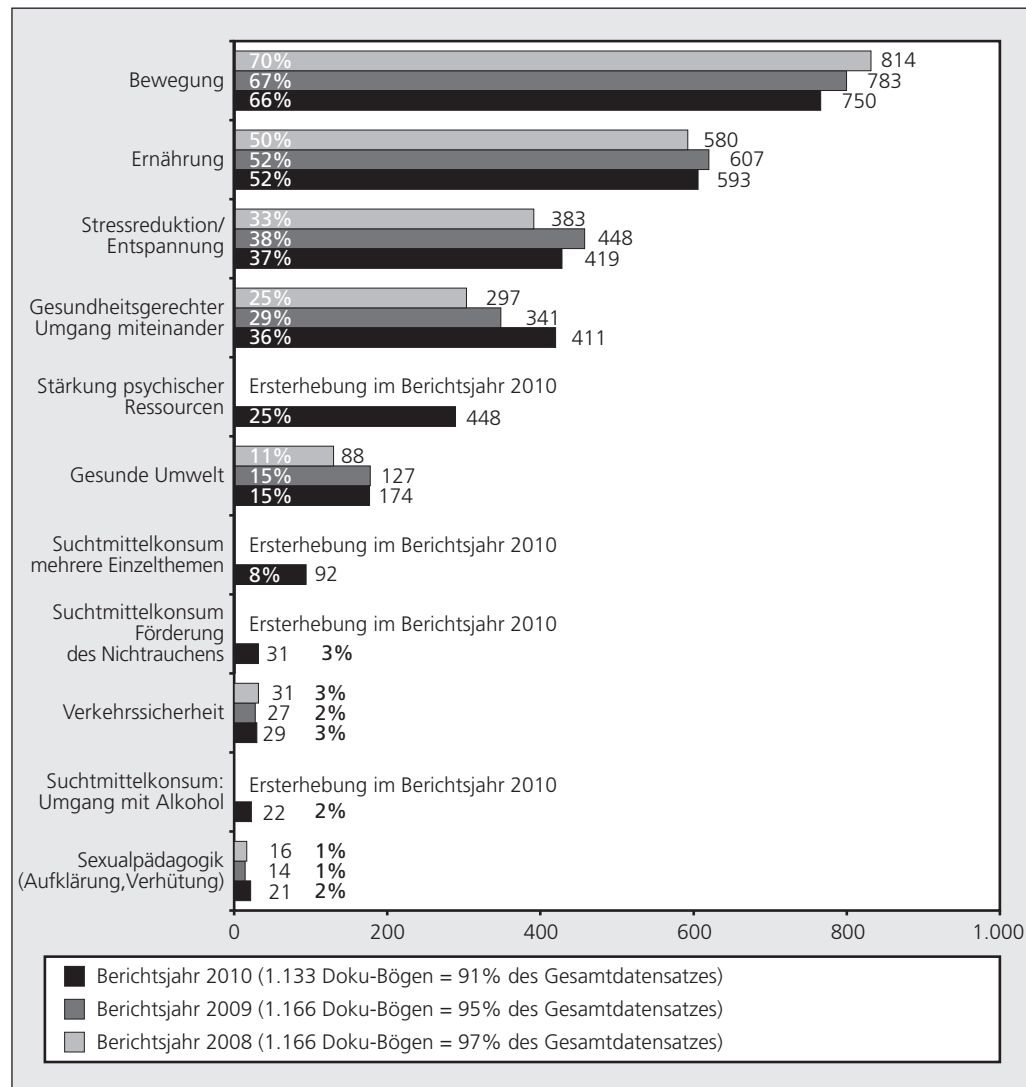
6.9 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

In 94% aller Projekte wurden im Jahr 2010 Angaben zur inhaltlichen Ausrichtung der Aktivitäten gemacht.

Im Durchschnitt wurden je Projekt vier Inhalte miteinander kombiniert.

Abb. 13: Inhalte

(Mehrfachnennungen möglich)



Auch wenn die Initiativen zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung weitaus am häufigsten durchgeführt wurden, beschäftigt sich bereits ein Viertel der Interventionen mit der Stärkung

psychischer Ressourcen. Der vorliegende Präventionsbericht 2011 informiert erstmals über das Ergebnis der Abfrage zu diesem Tätigkeitsfeld.

Praxisbeispiel zur Evaluation im Setting-Ansatz: Aktion Glasklar

„Aktion Glasklar“ ist eine Informations- und Sensibilisierungskampagne zum Thema Alkohol bei Kindern und Jugendlichen. Über Printmedien, ein Quiz mit Gewinnmöglichkeit, Unterrichtseinheiten und eine Internetseite werden Jugendliche – getrennt nach den Altersgruppen bis und ab 16 Jahren – informiert und zur Auseinandersetzung mit der Thematik motiviert. Weitere Zielgruppen bzw. Ansprechpartner sind Eltern und erwachsene Bezugspersonen wie Lehrkräfte oder Jugendgruppenleiter.

Aktion Glasklar läuft seit dem Schuljahr 2004/2005 bundesweit. Jährlich werden zwei Gewinnziehungen durchgeführt. Eine Beteiligung ist kontinuierlich möglich, Teilnahme und Materialien sind kostenfrei. Eine Mappe mit den aktuellen Printmaterialien der Aktion steht zur Verfügung.

Ziel der Evaluation: Überprüfung der Auswirkungen der durch Lehrkräfte durchgeführten Unterrichtseinheiten auf alkoholbezogenes Wissen, Einstellung und Verhalten.

Methode: Für eine wissenschaftliche Ergebnisevaluation wurden in einer cluster-randomisierten Kontrollgruppenstudie mit drei Messzeitpunkten (vor und nach der Intervention sowie 12-Monats-Follow-up) Schülerinnen und Schüler aus Klassen der 7. Klassenstufe, die an Aktion Glasklar im Unterricht teilnahmen, mit Schülerinnen und Schülern aus Klassen verglichen, die keine Intervention erhielten (regulärer Unterricht).

Die Erfolgskontrolle erfolgte über anonyme Fragebogenerhebungen und bezog sich auf alkoholbezogenes Wissen, Einstellungen und Konsumverhalten.

Durchführende und Beteiligte: Die Studie wurde vom Institut für Therapie-

und Gesundheitsforschung (IFT-Nord gGmbH) durchgeführt. Die Stichprobe umfasste 1.686 Schülerinnen und Schüler aus 81 Klassen von 30 Schulen in Schleswig-Holstein.

Ergebnisse: Schülerinnen und Schüler, die an der Aktion Glasklar teilgenommen haben, wussten nach der Intervention und im Follow-up mehr über Alkohol als Schülerinnen und Schüler der Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe war zudem das Ausmaß an Rauschtrinkerfahrungen signifikant geringer. Keine Effekte zeigten sich in den Einstellungen, den Konsumintentionen sowie weiteren Konsumindikatoren.

Die Ergebnisse wurden veröffentlicht: Morgenstern M, Wiborg G, Isensee B, Hanewinkel R. School-based alcohol education: results of a cluster-randomized controlled trial. *Addiction* 2009; 104: 402–12

Folgerungen aus der Evaluation: Die Ergebnisse der Wirksamkeitsstudie sprechen dafür, dass die Kurzintervention der Aktion Glasklar mit ihren vier Unterrichtseinheiten einen positiven Einfluss auf die Adressaten hat. Ein solches Ergebnis untermauert die Sinnhaftigkeit einer flächendeckenden Verbreitung der Präventionsmaßnahme in Deutschland.

„Aktion Glasklar“ kann nicht nur in der Schule, sondern auch in anderen Settings wie Jugendtreffs oder in der Jugendarbeit von Gemeinden angewandt werden.

Ansprechpartner: DAK-Gesundheit, Leistungen zur Prävention (0037 31)
Dipl.-Päd. Ralf Kremer
Nagelsweg 27 – 31, 20097 Hamburg
Tel.: 040/2396-1369
E-Mail: ralf.kremer@dak.de
<http://www.dak.de>

6.9.1 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Settings

Die differenzierte Betrachtung nach Settings zeigt, dass der Schwerpunkt bei jüngeren Kindern sowie in Berufsschulen und bei der kommunalen Gesundheitsförderung auf Förderung der Bewegung liegt. Bei weiterführenden Schulen wie Realschule und Gymnasium wird der

gesundheitgerechte Umgang miteinander in den krankenkassengeforderten Projekten genauso stark gewichtet wie die Bewegung. In Gesamtschulen überwiegt sogar der Anteil der Interventionen, welche auf den gesundheitsgerechten Umgang miteinander ausgerichtet sind.

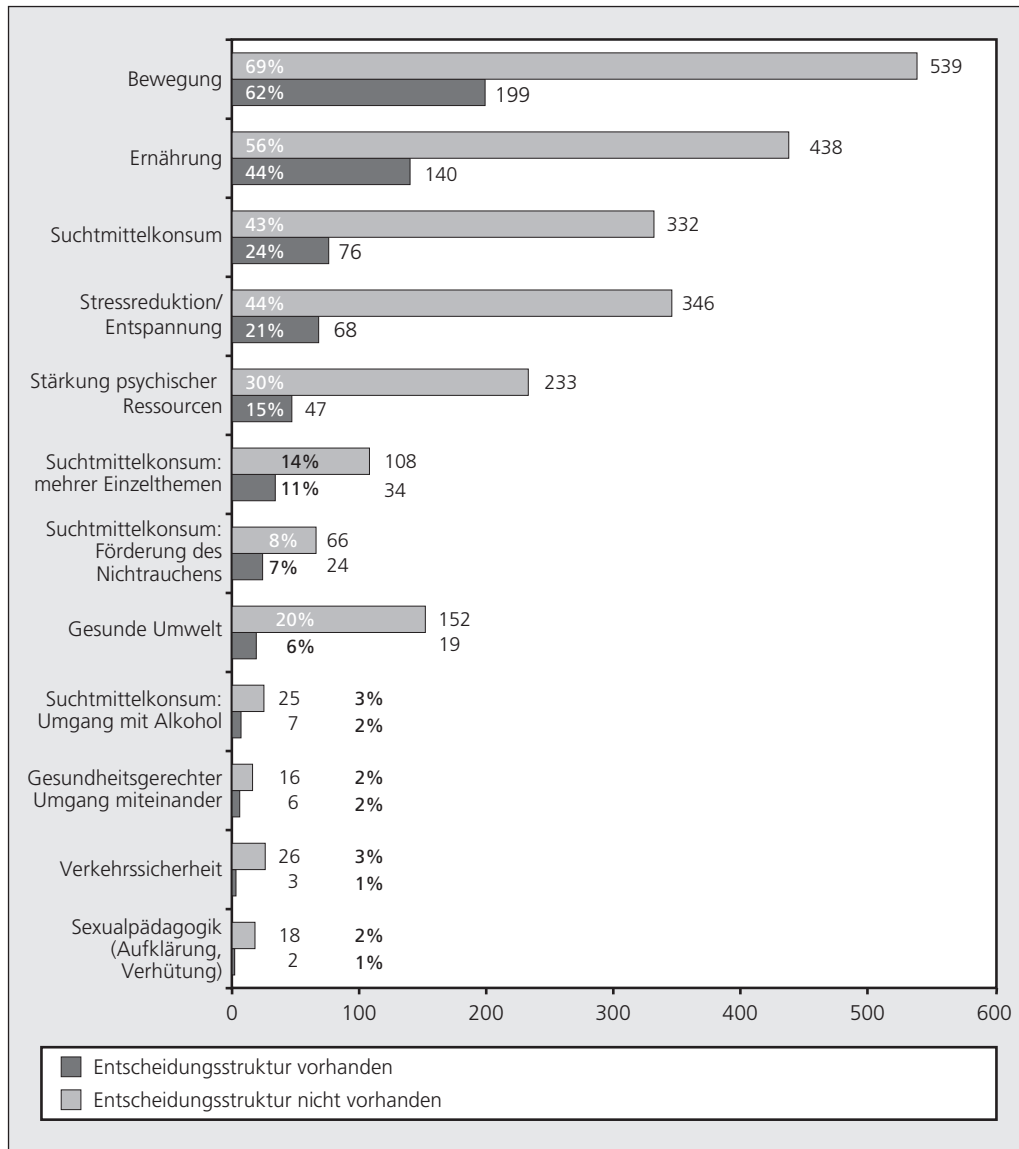
Tabelle 14: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Settings

(Mehrfachnennungen möglich)

	Grundschule n=256		Förderschule n=49		Hauptschule n=99	
	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent
Bewegung	164	64%	20	41%	52	53%
Ernährung	149	58%	20	41%	47	47%
Stärkung psychischer Ressourcen	57	22%	18	37%	18	18%
Stressreduktion/Entspannung	111	43%	14	29%	29	29%
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	125	49%	29	59%	28	28%
Suchtmittelkonsum: mehrere Einzelthemen	22	9%	9	18%	8	8%
Suchtmittelkonsum: nur das Einzelthema Förderung des Nichtrauchens	6	2%	13	27%	11	11%
Suchtmittelkonsum: nur das Einzelthema Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums	2	1%	2	4%	3	3%
Verkehrssicherheit	16	6%	3	6%	5	5%
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	8	3%	4	8%	4	4%
Gesunde Umwelt	49	19%	11	22%	14	14%
Fehlende Angaben	17		1		1	
	Realschule n=111		Gymnasium n=109		Gesamtschule n=60	
	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent
Bewegung	57	51%	48	44%	26	43%
Ernährung	50	45%	45	41%	20	33%
Stärkung psychischer Ressourcen	29	26%	33	30%	22	37%
Stressreduktion/Entspannung	40	36%	39	36%	20	33%
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	55	50%	44	40%	32	53%
Suchtmittelkonsum: mehrere Einzelthemen	17	15%	16	15%	13	22%
Suchtmittelkonsum: nur das Einzelthema Förderung des Nichtrauchens	15	14%	15	14%	14	23%
Suchtmittelkonsum: nur das Einzelthema Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums	7	6%	5	5%	3	5%
Verkehrssicherheit	4	4%	5	5%	4	7%
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	4	4%	5	5%	3	5%
Gesunde Umwelt	16	14%	17	16%	16	27%
Fehlende Angaben	5		4		3	
	Berufsschule n=190		Kindergarten/- tagesstätte n=332		Stadtteil/Ort n=85	
	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent
Bewegung	154	81%	271	82%	63	74%
Ernährung	72	38%	206	62%	45	53%
Stärkung psychischer Ressourcen	33	17%	108	33%	33	39%
Stressreduktion/Entspannung	47	25%	141	42%	30	35%
Gesundheitsgerechter Umgang miteinander	53	28%	145	44%	47	55%
Suchtmittelkonsum: mehrere Einzelthemen	18	9%	10	3%	21	25%
Suchtmittelkonsum: nur das Einzelthema Förderung des Nichtrauchens	8	4%	3	1%	4	5%
Suchtmittelkonsum: nur das Einzelthema Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums	5	3%	2	1%	4	5%
Verkehrssicherheit	4	2%	4	1%	10	12%
Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung)	4	2%	3	1%	5	6%
Gesunde Umwelt	11	6%	79	24%	34	40%
Fehlende Angaben	8		45		1	

6.9.2 Intervention nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen

Abb. 14: Inhaltliche Ausrichtung nach Vorhandensein der Steuerungsstrukturen
(Mehrfachnennungen möglich)

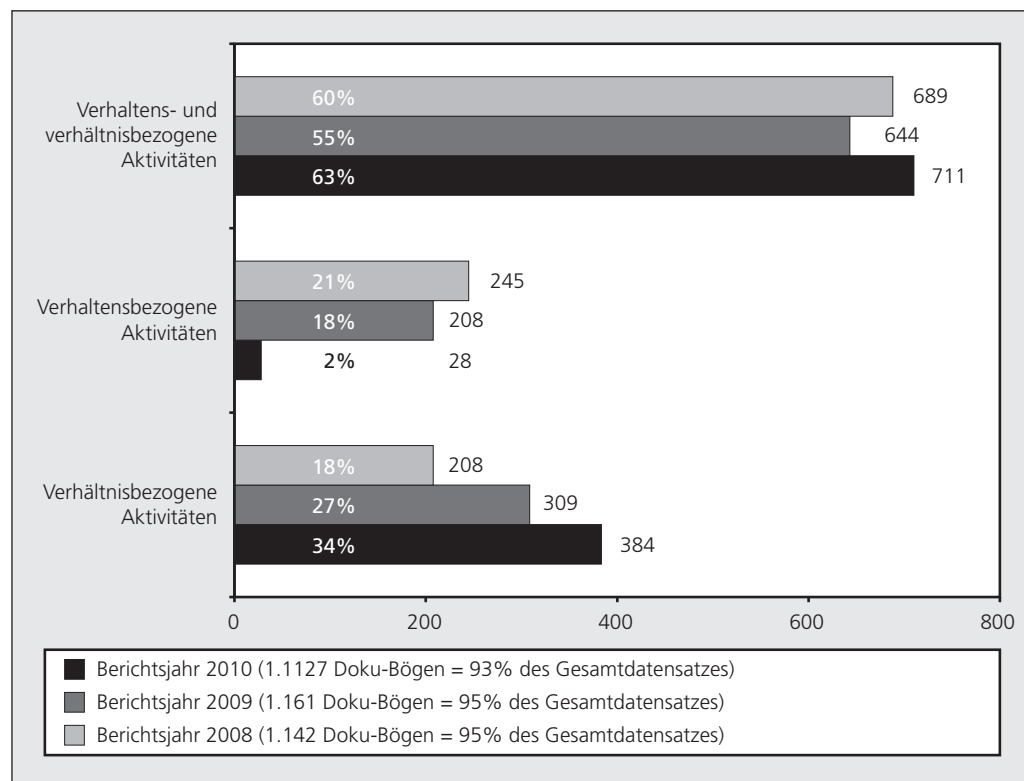


6.10 Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten

Der Setting-Ansatz spricht die Menschen in ihrer unmittelbaren Lebenswelt an. Erklärtes Ziel ist es, sich dabei nicht allein auf individuelle Verhaltensweisen zu konzentrieren, sondern diese Lebenswelt selbst so umzugestalten und weiterzuentwickeln, dass die Bedingungen für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen verbessert werden.

Die nachfolgende Abbildung weist aus, dass die Krankenkassen diese Erkenntnis in die Realität umgesetzt haben und es im Setting-Ansatz offensichtlich nicht mehr für ausreichend halten, allein das gesundheitsgerechte Verhalten zu fördern. Die weit überwiegend gewählte Kombination aus verhaltens- und verhältnisbezogenen Herangehensweisen trägt dazu bei, die Nachhaltigkeit der angestrebten Effekte zu sichern.

Abb. 15: Verhaltens- und Verhältnisbezug der Maßnahmen



6.10.1 Verhaltens- bzw. verhältnisbezogene Aktivitäten nach Settings

Mehr als die Hälfte der Maßnahmen haben beide Präventionsansätze bei jedem Setting kombiniert. Am häufigsten werden die beiden Arten der Aktivitäten

gleichzeitig in den Kindertagesstätten durchgeführt. Berufsschulen zeigen dagegen den höchsten Anteil der rein verhältnisbezogenen Aktivitäten auf.

Tab. 15: Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten nach Settings

	Grundschule n=252		Förderschule n=48		Hauptschule n=96		Realschule n=112	
	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent
Verhaltens- und verhältnis- bezogene Aktivitäten	184	73%	37	77%	54	56%	61	54%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	4	2%	0	0%	0	0%	4	4%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	64	25%	11	23%	42	44%	47	42%
Fehlende Angaben	21		2		4		4	
	Gymnasium n=107		Gesamtschule n=60		Berufsschule o.ä. n=193		Kindergarten/ -tagesstätte n=331	
	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent	Häufig- keit	Prozent
Verhaltens- und verhältnis- bezogene Aktivitäten	61	57%	38	63%	83	43%	289	87%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	9	8%	1	2%	6	3%	4	1%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	37	35%	21	35%	104	54%	38	11%
Fehlende Angaben	6		3		5		46	
	Stadtteil/Ort n=85							
	Häufig- keit	Prozent						
Verhaltens- und verhältnis- bezogene Aktivitäten	63	74%						
Verhaltensbezogene Aktivitäten	0	0%						
Verhältnisbezogene Aktivitäten	22	26%						
Fehlende Angaben	1							

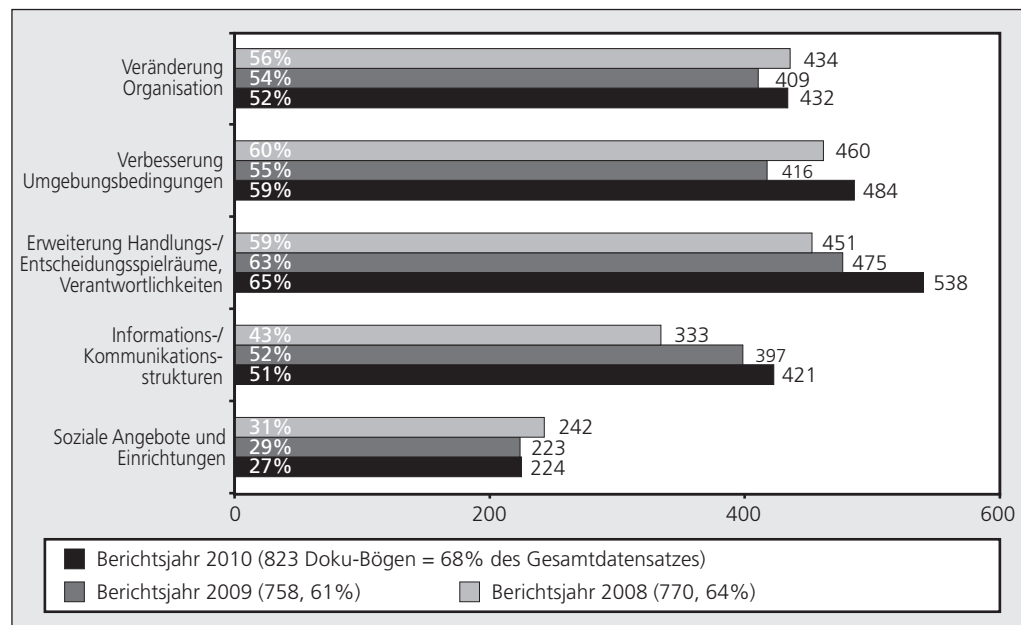
6.11 Art der verhältnisbezogenen Umgestaltung

Verhältnisbezogene Maßnahmen wurden sowohl allein als auch in Verbindung mit verhaltensbezogenen Aktivitäten insgesamt bei 98% der Projekte durchgeführt. Nur 68% der Projekte haben die Art der verhältnisbezogenen Umgestaltungen dokumentiert. Es wurden

dabei im Durchschnitt Veränderungen in drei unterschiedlichen Bereichen gleichzeitig vorgenommen. Die Verteilung der einzelnen verhältnisbezogenen Maßnahmen im Jahresvergleich wird in der nachfolgenden Abbildung dargestellt.

Abb. 16: Art der Umgestaltung

(Mehrfachnennungen möglich)

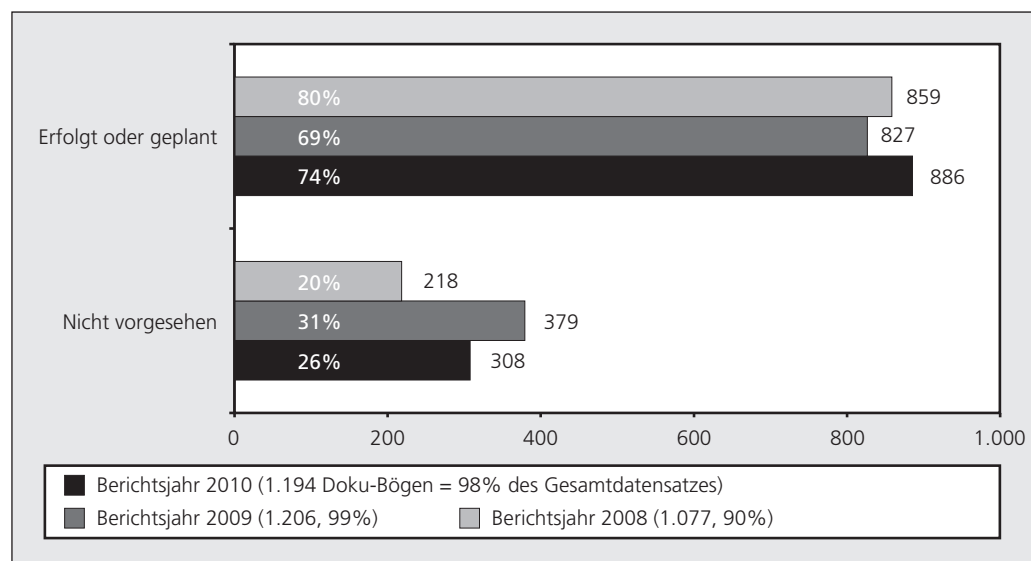


6.12 Erfolgskontrollen

Die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen lässt sich durch so genannte Erfolgskontrollen prüfen. Fast drei Viertel

aller gemeldeten Projekte setzten im Jahr 2010 Erfolgskontrollen ein oder beabsichtigten dieses zu tun.

Abb. 17: Erfolgskontrollen



6.12.1 Erfolgskontrollen nach Settings

Erfolgskontrollen werden am häufigsten in Förderschulen und Kindergarten/-tagesstätten durchgeführt. In Berufsschulen sind die Erfolgskontrollen dagegen seltener als bei anderen Settings, obwohl dieser Anteil im Vergleich zum Vorjahr

von 51% auf 69% angestiegen ist (vgl. Präventionsbericht 2010¹⁵). Auch der Anteil der durchgeführten Erfolgskontrollen in Gesamtschulen konnte im Vergleich zum Vorjahr angehoben werden.

Tabelle 16: Erfolgskontrollen nach Settings

	Grundschule		Förderschule		Hauptschule		Realschule	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Erfolgskontrolle erfolgt oder geplant	210	77%	45	90%	77	79%	79	71%
Erfolgskontrolle nicht vorgesehen	62	23%	5	10%	21	21%	32	29%
Gültige Angaben	272	100%	50	100%	98	100%	111	100%
Fehlende Angaben	1		0		1		4	
	Gymnasium		Gesamtschule		Berufsschule o.ä.		Kindergarten/-tagesstätte	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Erfolgskontrolle erfolgt oder geplant	85	77%	41	75%	133	69%	314	84%
Erfolgskontrolle nicht vorgesehen	25	23%	14	25%	60	31%	61	16%
Gültige Angaben	110	100%	55	100%	193	100%	375	100%
Fehlende Angaben	2		7		5		2	
	Stadtteil/Ort							
	Häufigkeit	Prozent						
Erfolgskontrolle erfolgt oder geplant	69	80%						
Erfolgskontrolle nicht vorgesehen	17	20%						
Gültige Angaben	86	100%						
Fehlende Angaben	0							

¹⁵ www.mds-ev.de, Weiterklicken: Dokumente & Formulare, Gesundheit/Krankheit/Prävention

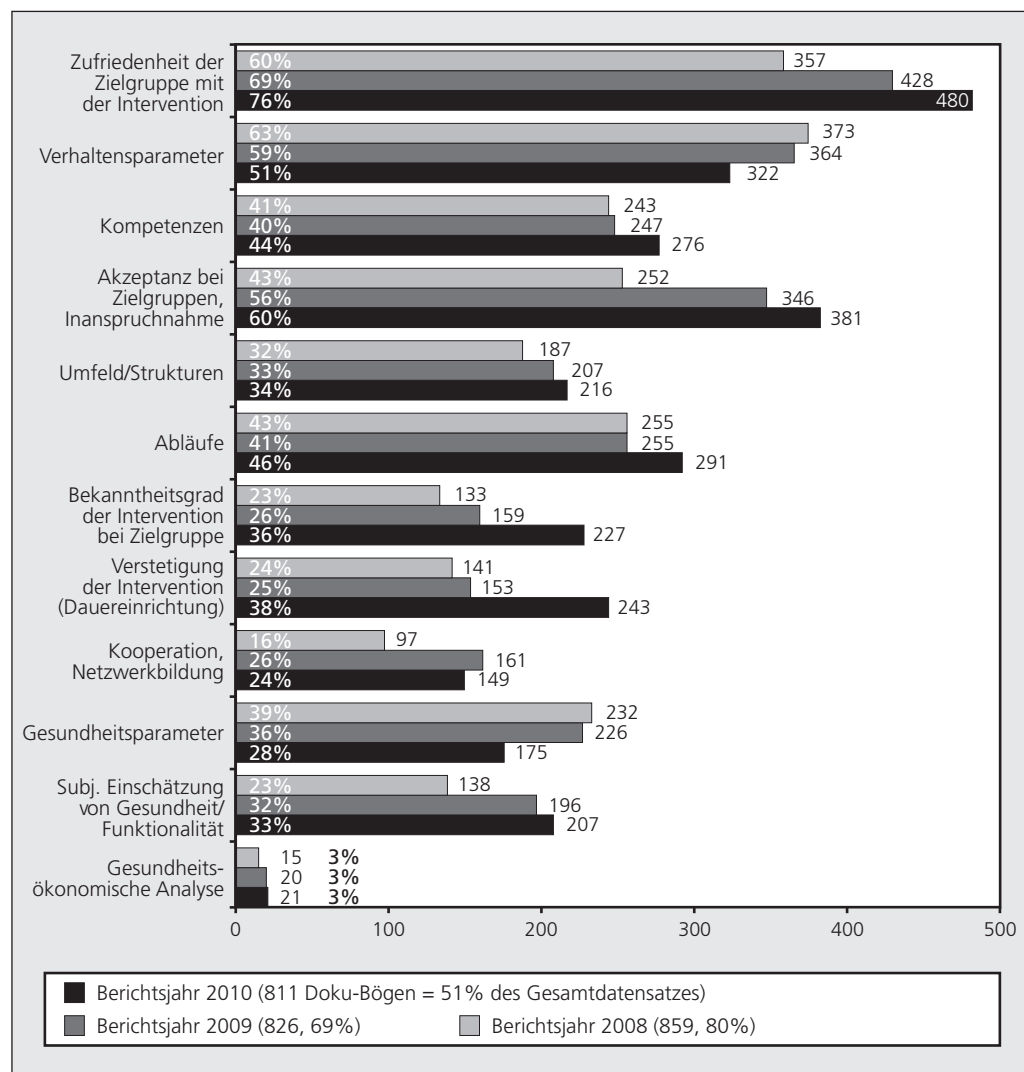
6.12.2 Inhalte der Erfolgskontrollen

Für die Durchführung einer Erfolgskontrolle stehen unterschiedliche Instrumente zur Verfügung. Je nachdem, welche Effekte erzielt werden sollten, kann der Erfolg der Maßnahmen an unterschiedlichen Kriterien gemessen werden. Die nachfolgende Abbildung zeigt, wie häufig die Erfolgskontrollen welche Kriterien untersuchten. Wie oben festgestellt, erfolgt die Bedarfsermittlung an Präventionsmaßnahmen verstärkt durch die Befragung der Zielgruppen (vgl. Abschnitt 6.7.1). So sollte auch der Erfolg daran gemessen werden, ob der Bedarf der Zielgruppe durch die erfolgten Aktivitäten befriedigt wurde. Der wichtigste Erfolgsindikator scheint tatsächlich die

Zufriedenheit und die Akzeptanz der Intervention durch die Zielgruppe zu sein. Diese beiden Erfolgsparameter wurden 2010 am häufigsten gemessen, und im Vergleich der letzten Jahre zeigt sich ein deutlicher Trend zur häufigeren Messung der beiden Erfolgsparameter. Im Jahresvergleich wird sichtbar, dass die Verstetigung und der Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe zunehmend für einen Erfolg verantwortlich gemacht werden. Gesundheitsparameter oder Verhaltensparameter werden jedoch immer seltener eingesetzt. Eine mögliche Ursache dafür könnte sein, dass die Erhebung dieser Parameter mit mehr Aufwand verbunden ist.

Abb. 18: Inhalte der Erfolgskontrolle

(Mehrfachnennungen möglich)



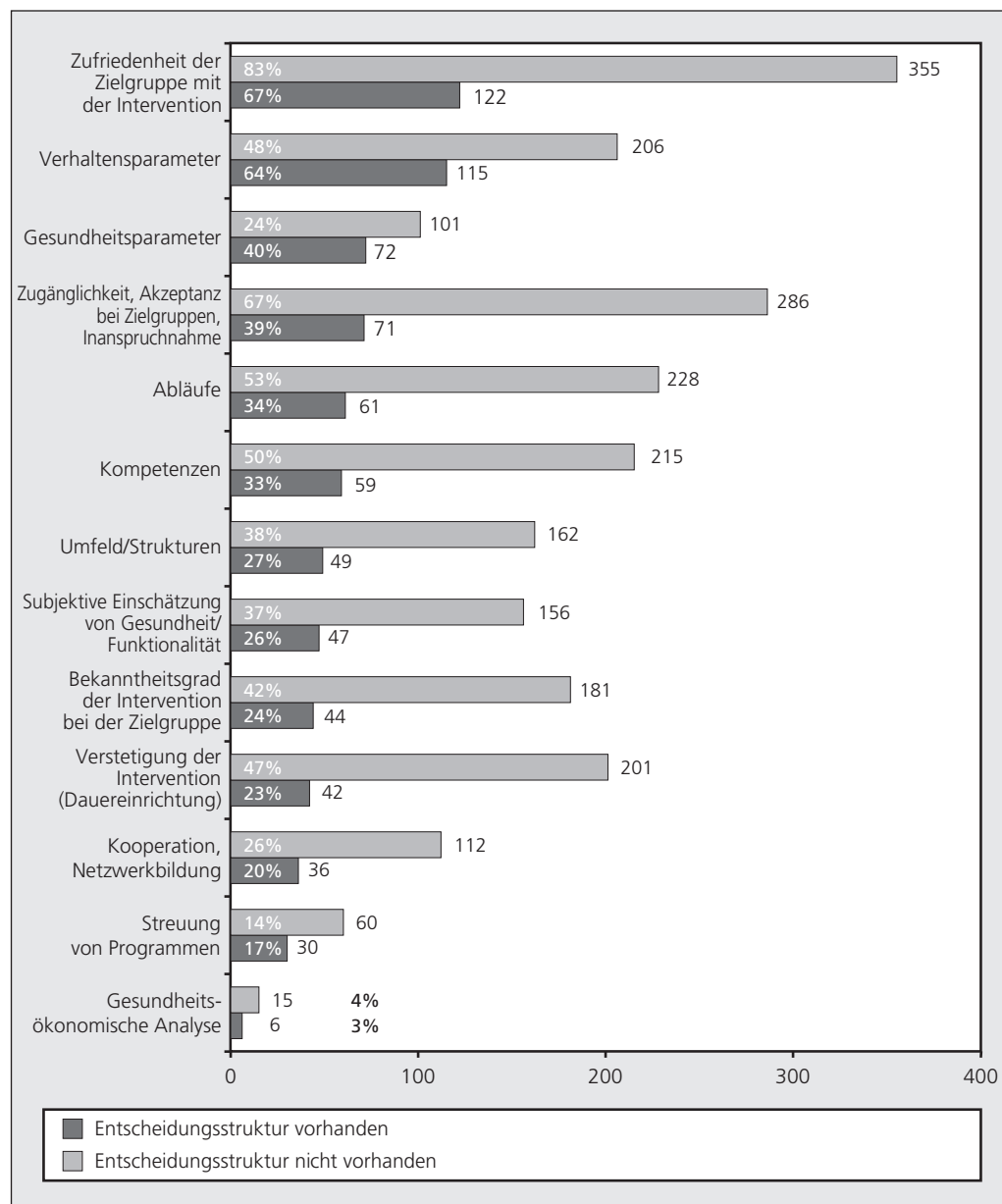
6.12.3 Erfolgskontrolle nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen

Es wurden häufiger Erfolgskontrollen durchgeführt, wenn Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden waren. Der Anteil der Erfolgskontrollen der Projekte mit Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen lag bei 81%. Fehlten solche

Strukturen, lag der Anteil bei 58%. Die folgende Abbildung verdeutlicht, wie häufig die einzelnen Qualitätsparameter bei der Erfolgsmessung in Abhängigkeit von vorhandenen oder fehlenden Steuerungsstrukturen untersucht wurden.

Abb. 19: Erfolgskontrolle nach Vorhandensein der Steuerungsstrukturen

(Mehrfachnennungen möglich)



7 Individueller Ansatz

Präventionsangebote nach dem individuellen Ansatz richten sich an einzelne Menschen, um ihr Gesundheitsverhalten zu verbessern. Die Maßnahmen werden in Gruppen durchgeführt.

Der individuelle Ansatz bietet den interessierten Versicherten die Chance, möglichen Erkrankungen aktiv vorzubeugen, vor allem durch regelmäßige Bewegung, richtige Ernährung und Techniken der Entspannung. Im „Leitfaden Prävention“ ist festgelegt, dass diese Angebote nur begrenzt in Anspruch genommen werden können und dazu dienen sollen, Menschen zu motivieren und zu befähigen, einen gesünderen und aktiveren Lebensstil zu entwickeln und beizubehalten.

Die primärpräventiven Angebote können mehrere Handlungsfelder gleichzeitig ansprechen. So berücksichtigen beispielsweise viele Kurskonzepte den bekannten Zusammenhang von Bewegung und Ernährung. Ebenso werden Maßnahmen angeboten, die Bewegungsförderung mit Methoden der Stressreduktion und Entspannung kombinieren.

Kriterien für individuelle Kursangebote sind im GKV-Leitfaden Prävention festgelegt. Gemäß diesen Regelungen müssen individuelle Präventionsangebote – wie alle Leistungen der Krankenkassen – ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die Kurse sind auf die Prävention solcher Krankheitsbilder auszurichten, die in der Bevölkerung häufig auftreten. Ferner muss die Wirksamkeit der Kurskonzepte im Rahmen von Studien oder Metaanalysen erwiesen sein. Kursanbieter haben eine dem Leitfaden entsprechend ausreichende Qualifikation nachzuweisen. Auch sind im Vorfeld der Maßnahmen Ziele festzulegen, sodass sich erreichte Veränderungen zum Ende eines Kurses prüfen lassen.

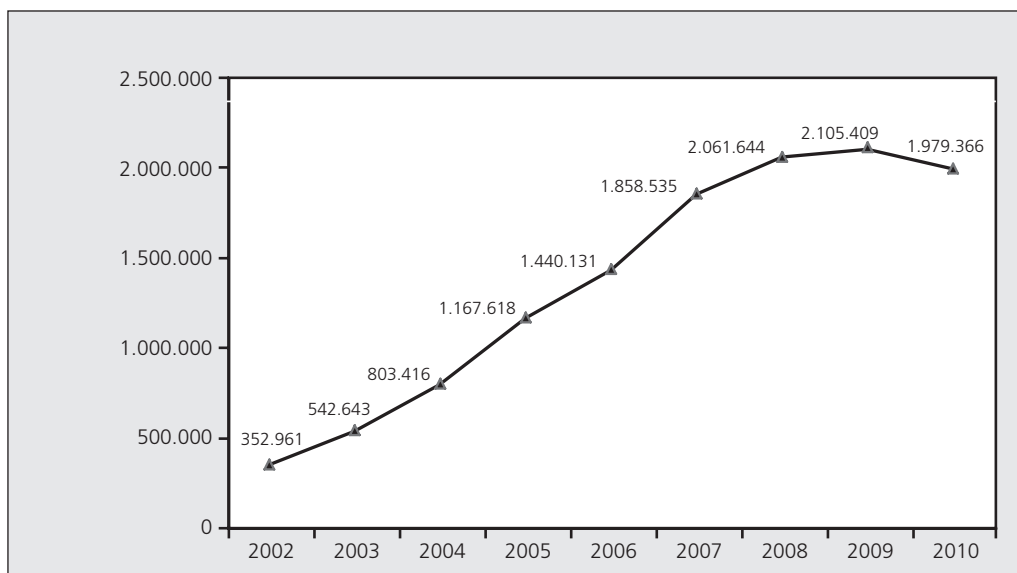
Im Folgenden wird die Inanspruchnahme der Leistungen nach dem individuellen Ansatz im Jahr 2010 näher betrachtet. Die Zahl der Kursteilnehmer wird zunächst allgemein und im Anschluss differenziert nach Handlungsfeldern, Alter, Geschlecht und Kursanbietern dargestellt. Um Entwicklungen und Trends darzustellen, werden aktuelle Ergebnisse mit den Ergebnissen der Vorjahre verglichen.

7.1 Inanspruchnahme

Seit Einführung der Berichterstattung über Leistungen nach dem individuellen Ansatz mit dem zweiten Präventionsbericht im Jahr 2002 ist die Zahl der Versicherten, die primärpräventive Kurs- und Seminarangebote in Anspruch genommen haben, bis

zum Jahr 2009 kontinuierlich gestiegen. Im Berichtsjahr 2010 ist zum ersten Mal ein leichter Rückgang der Inanspruchnahme zu verzeichnen. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der Kursteilnahmen um 6% gesunken.

Abb. 20: Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt



Da es Versicherte gibt, die an mehreren Kursen teilgenommen haben, entspricht die Zahl der Kursteilnahmen nicht der Zahl der Kursteilnehmer. Falls vereinfachend beide Zahlen gleich gesetzt

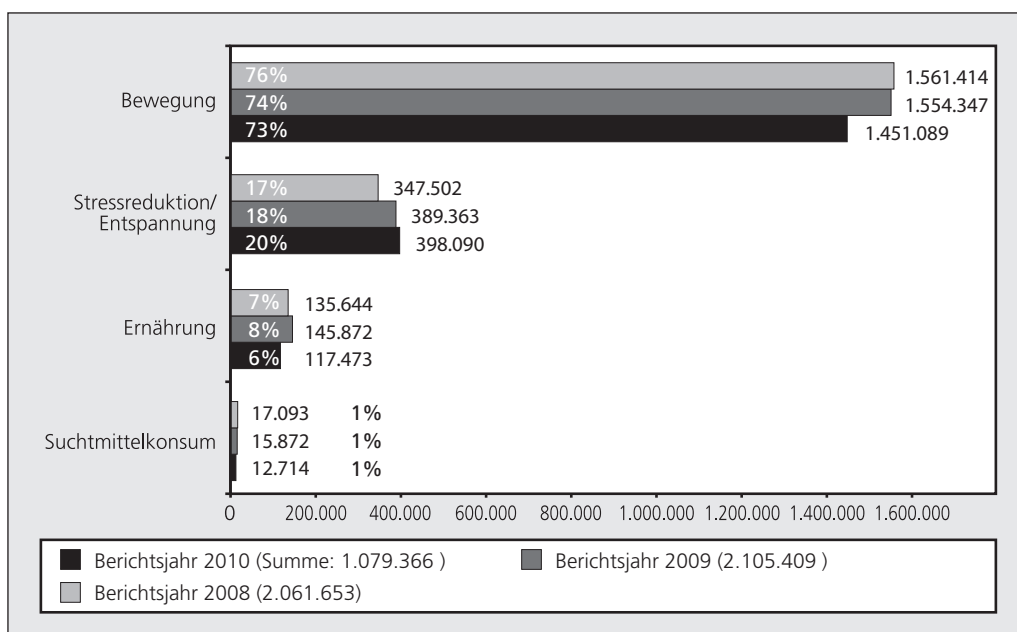
werden, entspricht die Gesamtzahl der Kursteilnehmer im Berichtsjahr 2010 wie in den beiden Vorjahren einem Anteil von rund 3% aller GKV-Versicherten.

7.2 Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Die Kurse zur individuellen Gesundheitsförderung behandeln häufig mehrere Handlungsfelder gleichzeitig. Für die Dokumentation lautet die Vorgabe, ausschließlich dasjenige Themenfeld zu

melden, das schwerpunktmäßig bedient wurde. Es wird dabei zwischen vier Handlungsfeldern unterschieden: Bewegung, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung und Suchtmittelkonsum.

Abb. 21: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern



Praxisbeispiel 1 zur Evaluation im individuellen Ansatz: Entwicklung und Erprobung eines Routine-Evaluationsverfahrens für Entspannungs- und Stressbewältigungskurse der Volkshochschulen

Die Volkshochschulen (VHS) bieten bundesweit eine Vielzahl von Entspannungs- und Stressbewältigungskursen unterschiedlicher Verfahren an. In die Evaluation einbezogen wurden Kurse zu „Hatha Yoga“, „Tai Chi“ und „Autogenes Training“. Hierzu sollte eine erste Abschätzung der Gesundheitseffekte und der Wirksamkeit erfolgen.

Methode: Im Rahmen einer Längsschnittstudie wurde eine schriftliche Befragung der Kursteilnehmer zu drei Messzeitpunkten – Kursbeginn, Kursende und drei Monate nach Kursende – vorgenommen. Der inhaltliche Schwerpunkt lag auf den Gesundheitseffekten, also auf der Ergebnisqualität. Die Fragestellungen bezogen sich auf gesundheitliche Belastungen, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und den allgemeinen Gesundheitszustand der Teilnehmer, die Zufriedenheit mit dem Kurs und die Umsetzungsabsicht der erlernten Kompetenzen. Es wurden sowohl validierte Instrumente mit bundesweiten Referenzwerten verwendet als auch eigene Befragungsinstrumente entwickelt.

In die bundesweite Stichprobe wurden 132 Kurse einbezogen, davon 43,2% Yoga-, 18,2% Tai Chi- und 11,4% Kurse für Autogenes Training. Der Befragungszeitraum erstreckte sich von Januar bis August 2008.

Durchführende und Beteiligte: Ein Krankenkassenverband und seine Mitglieder, Deutscher Volkshochschulverband, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, örtliche Volkshochschulen, Kursleitungen und Kursteilnehmer.

Ergebnisse: An der Eingangsbefragung (T1) nahmen 1.180 Personen teil (90% der angemeldeten Kursteilnehmer), an

der Abschlussbefragung (T2) 902 Personen. An der Nachbefragung beteiligten sich 531 Personen. Knapp 90% der Befragten waren Frauen.

Festgestellt wurde, dass die Gesundheitseffekte der VHS-Entspannungskurse bestätigt werden konnten: Die Kurse hatten eine gute Wirksamkeit für die erhobenen Gesundheitsindikatoren. Diese Wirkungen blieben auch nach drei Monaten nach Kursende fast unvermindert stabil. 40% der Teilnehmer nutzen das Verfahren auch nach drei Monaten noch regelmäßig jede Woche. Außerdem entließen die Kurse ihre Teilnehmer mit einer hohen Veranstaltungszufriedenheit.

Folgerungen aus den Evaluationsergebnissen: Die Rücklaufquoten sind im Vergleich zu anderen Gesundheitskursbefragungen hinreichend. Zur Erlangung hoher Rücklaufquoten kommt der Kursleitung eine Schlüsselrolle zu. Sie sollte motiviert sein, Zeit für das Ausfüllen zur Verfügung stellen und Fragen der Teilnehmer beantworten zu können.

Die Volkshochschulen verfügen zu Projektende über Vorlagen für praktikable, psychometrisch geprüfte (reliable und valide) Befragungsinstrumente zur routinemäßigen Evaluation ihrer Kurse. Aus den Rückmeldungen ihrer Teilnehmer können die Volkshochschulen die Kurse entsprechend anpassen und stetig weiterentwickeln, u. a. im Hinblick auf die Kundenzufriedenheit

Ansprechpartner:
Verband der Ersatzkassen e.V.
Diana Hart, Referentin für Prävention
in der Abt. Gesundheit
Tel. 030 26931-1921
E-Mail: diana.hart@vdek.com

Die Kurse aus dem Handlungsfeld Bewegung erfreuen sich weiterhin hoher Popularität. Dieses Handlungsfeld lässt sich weiter in zwei Präventionsprinzipien „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten“ und „Vorbeugung oder Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“ aufgliedern. 52% der Teilnehmer an solchen Kursen haben sich für die Vorbeugung oder Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken entschieden.

Das Handlungsfeld Ernährung lässt sich ebenfalls in zwei Präventionsprinzipien aufgliedern. 42% der Kursteilnehmer suchten Ernährungsangebote zur „Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung“ auf, 58% der Teilnehmer nahmen

an Kursen zur „Vermeidung oder Reduktion von Übergewicht“ teil.

Das Handlungsfeld Stressbewältigung gliedert sich in „Multimodale Stressbewältigung“ – 19% – und „Entspannung“ – 81% – auf.

Die Zahl der Kursteilnehmer im Handlungsfeld Suchtmittelkonsum ist im Vergleich zu den anderen Handlungsfeldern seit Jahren gering. Dieses Handlungsfeld beinhaltet die beiden Präventionsprinzipien „Förderung des Nichtrauchens“ und „gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums.“ Bei den suchtmittelbezogenen Angeboten handelt es sich mit 97% fast ausschließlich um Kurse und Seminare zur Förderung des Nichtrauchens.

7.3 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

7.3.1 Alter

Tabelle 17 und Abb. 22 ermöglichen den Vergleich der Altersstruktur der GKV-Versicherten mit der Altersstruktur der Kursteilnehmer. Kursangebote nach dem

individuellen Ansatz erreichten im Jahr 2010 – genauso wie im Vorjahr – einen Anteil von 3% aller GKV-Versicherten.

Tabelle 17: Teilnahmequote nach Alter

Quelle: Altersverteilung der GKV-Versicherten nach BMG: KM6, Stand 01.07.2010. Weil keine Erkenntnisse darüber vorliegen, wie viele Versicherte an mehreren Kursen teilgenommen haben, wird hier vereinfachend von einer generell nur einmaligen Kursteilnahme ausgegangen.

Altersgruppen	GKV-Versicherte	Kursteilnehmer	Teilnahmequote
Unter 15 Jahre	9.154.763	69.990	1%
15 bis 19 Jahre	3.640.966	35.047	1%
20 bis 29 Jahre	8.510.047	166.513	2%
30 bis 39 Jahre	8.134.093	254.654	3%
40 bis 49 Jahre	11.335.453	460.867	4%
50 bis 59 Jahre	9.790.279	417.431	4%
Ab 60 Jahre	19.201.794	571.769	3%
Gesamt	69.767.395	1.976.271	3%

Jüngere Versicherte bis 29 Jahren nehmen die präventionsorientierten Kursangebote deutlich weniger häufig als andere Altersgruppen in Anspruch. Eine mögliche Ursache hierfür könnte sein, dass in dieser Altersgruppe Gesundheitsbeschwerden seltener auftreten und so-

mit ein geringerer Anreiz besteht aktiv gesundheitsorientierte Kurse aufzusuchen.

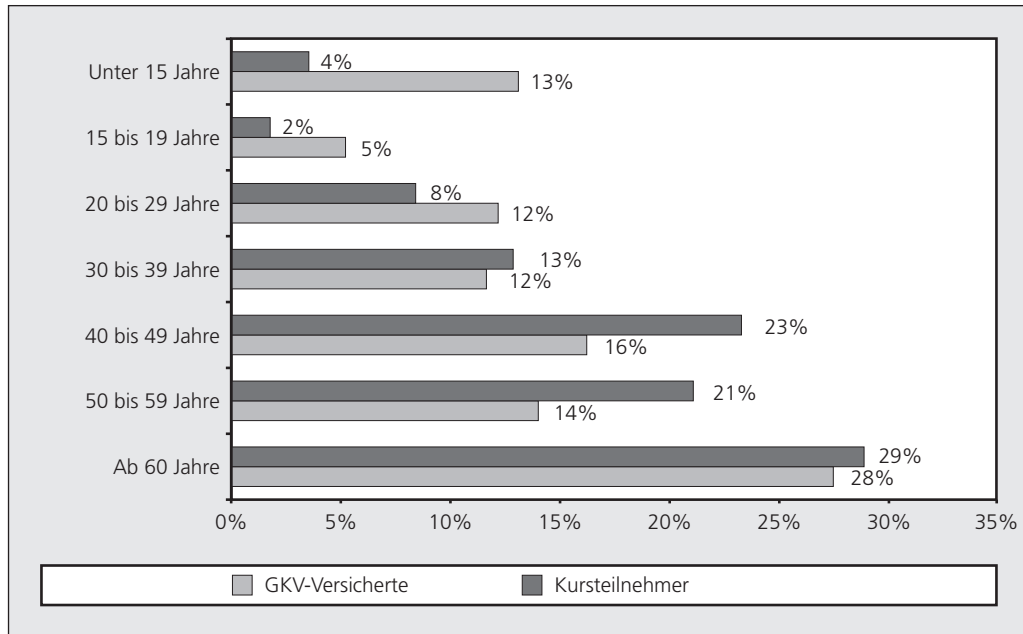
Personen im Alter zwischen 40 und 59 Jahren sind in der Gruppe der Kursteilnehmer im Vergleich zu allen GKV Versicherten stärker repräsentiert.

Die über 60-Jährigen wurden proportional zur Versichertenstruktur erreicht. Gesundheitliche Einschränkungen treten in dieser Altersgruppe häufiger auf. Insofern dürfte zwar ein erhöhter Anreiz gegeben sein

an gesundheitsorientierten Aktivitäten teilzunehmen. Aber gesundheitliche Einschränkungen können wiederum die Teilnahme erschweren.

Abb. 22: Inanspruchnahme nach Alter

Quelle: Altersverteilung der GKV-Versicherten nach BMG: KM6, Stand 01.07.2010. Weil keine Erkenntnisse darüber vorliegen, wie viele Versicherte an mehreren Kursen teilgenommen haben, wird hier vereinfachend von einer generell nur einmaligen Kursteilnahme ausgegangen.



Praxisbeispiel 2 zur Evaluation im individuellen Ansatz: Evaluation und Qualitätssicherung standardisierter Gesundheitssportprogramme

Bewegungsprogramme sind nicht „automatisch“, sondern nur unter bestimmten Voraussetzungen gesundheitsfördernd.

Methode: In mehreren Längsschnittstudien wurden verschiedene Bewegungsprogramme hinsichtlich ihrer Gesundheits- und Verhaltenseffekte untersucht. Die zwei bzw. drei Messzeitpunkte lagen vor Kursbeginn, nach Kursende und ein Jahr danach. Darüber hinaus wird regelmäßig die Bewertung der Programme durch die Teilnehmer erhoben.

Durchführende und Beteiligte: Die Wirksamkeit der Programme wurde von der Universität Bayreuth, die Teilnehmerbewertung von der Universität Vechta evaluiert.

Ergebnisse: Die Untersuchungen zur Wirksamkeit der Gesundheitssportprogramme zeigen eine Reihe an Gesundheitswirkungen, die den Kernzielen von Gesundheitssport entsprechen:

- Eine Steigerung des gesundheitlichen Wohlbefindens (z. B. Abnahme der Sorgen um die Gesundheit)
- Die Verbesserung der Beschwerdewahrnehmung (z. B. Verringerung der Beeinträchtigung durch Beschwerden)
- Eine Verminderung von Risikofaktoren (z. B. Senkung der Blutfette)
- Die Förderung physischer Gesundheitsressourcen (Steigerung der körperlichen Fitness)
- Die Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen (z. B. Verbesserung der Grundgestimmtheit; Erhöhung der sozialen Unterstützung)

- Reduzierung von Teilnahmebarrieren (z. B. Abbau von Unsicherheiten in Bezug auf den eigenen Körper)

- Der Aufbau von Bindung an gesundheitssportliche Aktivität (drei Viertel der regelmäßigen Kursteilnehmer sind auch nach einem Jahr mindestens ein bis zwei Stunden in der Woche sportlich aktiv)

Die Effekte sind überwiegend als mittelgroß bis groß zu beurteilen.

Die Teilnehmerbefragungen ergaben:

- Kursprogramme sowie Kursleiter werden positiv bewertet
- Die Erwartungen der Teilnehmer werden in hohem Maße erfüllt
- Den Programmen wird ein großer Nutzen für die (berufliche) Leistungsfähigkeit zugeschrieben
- Rund 80% der Kursteilnehmer beabsichtigen, auch künftig weiterhin regelmäßig körperlich aktiv zu sein

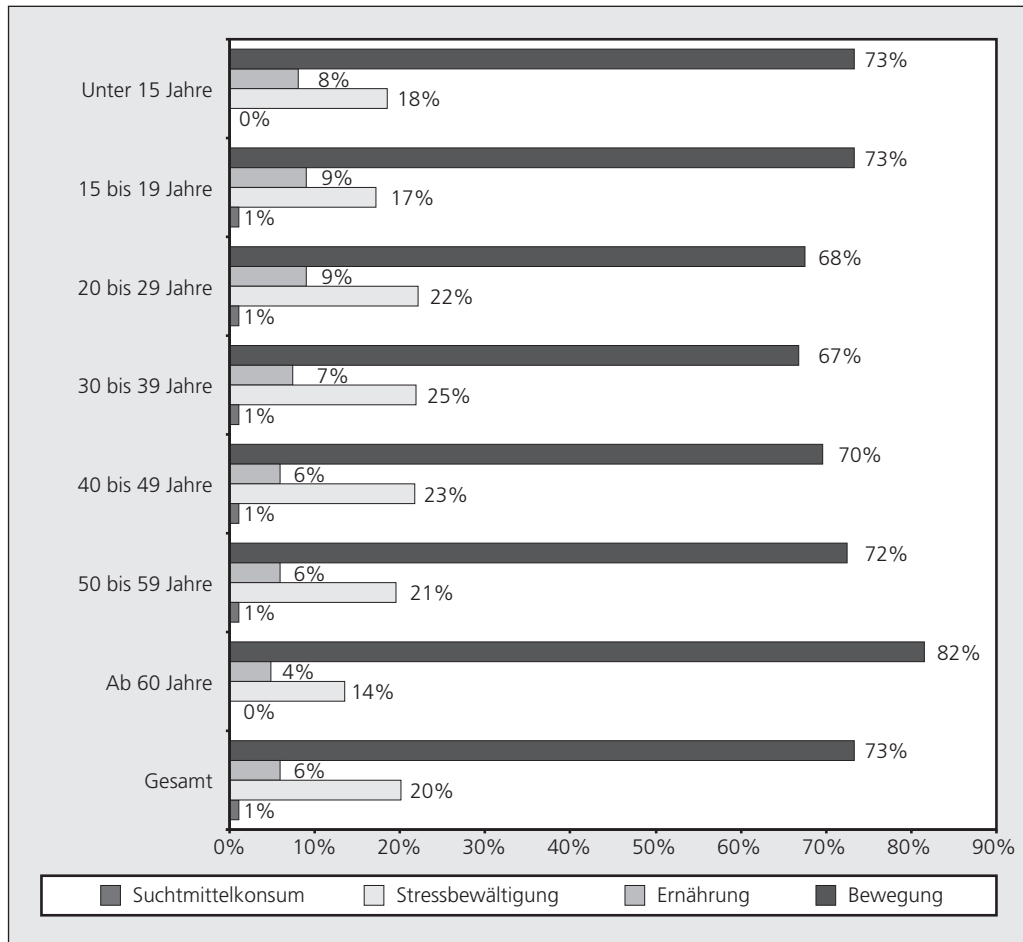
Folgerungen aus den Evaluationsergebnissen: Die Ergebnisse bilden die Basis für die systematische Optimierung der standardisierten Gesundheitssportprogramme; dabei erhalten z. B. auch Kursleiter Rückmeldung hinsichtlich der Motivierung von Teilnehmer zur Bindung an gesundheitssportliche Aktivität.

Ansprechpartner: AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse
Priv.-Doz. Dr. Michael Tiemann
Referent für Prävention
Tel. 0231 4193-136
E-Mail: Michael.Tiemann@nw.aok.de

In der nachfolgenden Abbildung wird für jede Altersgruppe die Inanspruchnahme der einzelnen Handlungsfelder dargestellt. Die Abbildung ist – illustriert am Beispiel „30 bis 39 Jahre“ – folgender-

maßen zu lesen: In dieser Altersgruppe wählten 67% der Teilnehmer einen Bewegungs-, 7% einen Ernährungs-, 25% einen Stressbewältigungs- und 1% einen auf Suchtmittel bezogenen Kurs.

Abb. 23: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Alter



Das Interesse an verschiedenen Kursinhalten und ihre Inanspruchnahme nach Alter könnte die Bedürfnisse der Menschen in einzelnen Lebensabschnitten widerspiegeln. So nehmen Versicherte im mittleren Erwachsenenalter häufiger an den Kursen zur Stressbewältigung teil,

und gleichzeitig beteiligen sie sich seltener als andere Altersgruppen an Bewegungskursen. Dies könnte so interpretiert werden, dass Menschen in dieser Lebensphase, beispielsweise wegen der Doppelbelastung durch Familie und Beruf, generell mehr Stress ausgesetzt sind.

Praxisbeispiel 3 zur Evaluation im individuellen Ansatz: Evaluation als Beitrag zum Qualitätsmanagement von Präventionskursen

Die langfristige Erhaltung der Gesundheit und Vitalität der Versicherten ist von großer Bedeutung. Ein Baustein hierfür sind die Angebote zur individuellen Primärprävention. Mit der Teilnahme an einem Kurs sollen Risikofaktoren positiv beeinflusst oder der Krankheitseintritt gänzlich verhindert werden.

In einer Pilotstudie wurde die Wirkung von Gesundheitskursen untersucht. Erfasst wurden die am meisten in Anspruch genommenen Handlungsfelder Ernährung, Bewegung und Entspannung.

Ziel der Evaluation: Es sollen Effekte und deren Nachhaltigkeit im Hinblick auf Parameter wie Gesundheitsverhalten, Arztkontakte, Zufriedenheit mit dem Leistungserbringer sowie die Zugangswege zu den Kursen beurteilt werden. Die gewonnenen Erfahrungen sollen die Weichen für eine regelmäßig wiederholte Evaluation stellen.

Methode: Als Instrument für die bundesweite Evaluation wurde eine quantitative Erhebung mittels Fragebögen herangezogen. Weil Kurse mit dem Hauptthema Bewegung mit Abstand am häufigsten genutzt werden, wurde die größte Stichprobe im Handlungsfeld Bewegung gezogen und 2.000 Versicherte befragt. Zu den beiden anderen Feldern wurden je 510 Versicherte angeschrieben. Insgesamt wurden demnach 3.020 Teilnehmer direkt nach Abschluss des Kurses im Jahr 2010 befragt, und zwar sowohl zu der Zeit vor dem Kurs als auch zum aktuellen Stand. Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Kurseffekte erfolgte eine weitere Befragung nach sechs Monaten. Die Krankenkasse sandte die Fragebögen zu, wobei auf die Anonymität der Versicherten Wert gelegt wurde.

Um ein ganzheitliches Qualitätsmanagement abbilden zu können, wurden Struktur-, Planungs-, Prozess- und Ergebnisqualität untersucht.

Durchführende und Beteiligte: Die Evaluation wird krankenkassenintern umgesetzt und ausgewertet.

Erste Zwischenergebnisse der Auswertung:

- Die Teilnehmer fühlten sich zufriedener mit ihren Lebensumständen und insgesamt gesünder
- Schmerzsymptome verminderten sich
- Die Zahl der Arztkontakte ging zurück
- Das Gesundheitsverhalten verbesserte sich, indem mehr Sport betrieben wurde
- Es gelang, einen gesünderen Lebensstil in den Alltag zu integrieren
- Die Zufriedenheit mit den Leistungserbringer war hoch

Folgerungen aus den Evaluationsergebnissen: Die Untersuchung ergab Hinweise, wie Zielgruppen besser erreicht werden können. Anregungen für gezielte geschlechtsbezogene Angebote wurden gewonnen. Die Evaluation trägt dazu bei, Kurse und Seminare zukunftsorientiert besser auszugestalten.

Ansprechpartner: Knappschaft
Claudia Isabelle Stahlhut
Referentin, Abteilung I.5
Tel. 0234 304 15001
E-Mail: praevention@kbs.de
oder claudia.stahlhut@kbs.de

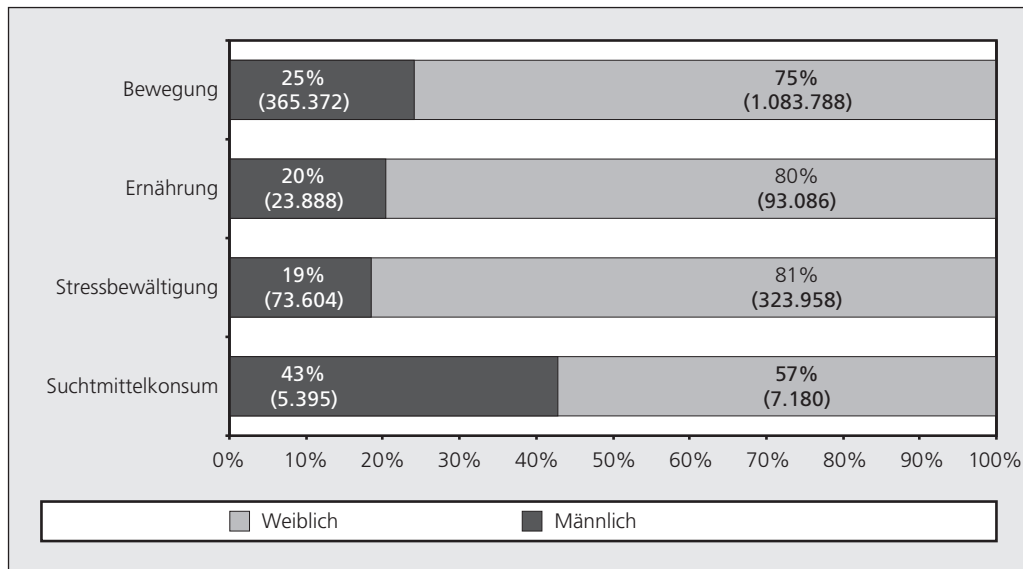
7.3.2 Geschlecht

Unter den GKV-Versicherten sind Frauen und Männer mit Anteilen von 53% und 47%¹⁶ ungefähr gleichmäßig verteilt. Kursangebote nach dem individuellen Ansatz wurden im Jahr 2010 – genauso wie in den Vorjahren – jedoch

mit 76% überdurchschnittlich von Frauen in Anspruch genommen.

Die Geschlechtsverteilung in Bezug auf die einzelnen Handlungsfelder stellt die nachfolgende Abbildung dar.

Abb. 24: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Geschlecht



Es fällt der vergleichsweise hohe Anteil der Männer bei den Kursen zum Thema Suchtmittelkonsum auf. Bei diesen Kursen handelt es sich in 97% um „Raucherentwöhnungskurse“. Der hohe Männeranteil kann im Zusammenhang mit der höheren Vorkommenshäufigkeit des Rauchens bei Männern gesehen werden. 57% der Raucher sind männlich.¹⁷ Bei ihnen besteht demnach objektiv ein höherer Bedarf. Außerdem trifft

die inhaltliche und organisatorische Ausrichtung der Kurse offensichtlich die Interessen der Männer besser als dies in anderen Handlungsfeldern der Fall ist. So finden Raucherentwöhnungskurse teilweise als Kompaktangebote oder auch online statt. Zudem kann der Erfolg solcher Kurse im Vergleich zu anderen Handlungsfeldern sofort gesehen werden, was für die Motivation der Männer eine wichtige Rolle spielen kann.

¹⁶ BMG: KM6, Stand 01.07.2009

¹⁷ Statistisches Bundesamt, Rauchgewohnheiten der Bevölkerung, 2009

Praxisbeispiel 4 zur Evaluation im individuellen Ansatz: Evaluation eines Kompaktangebots für aktive Landwirte und Landfrauen

Das viertägige Kompaktangebot ist ein Programm für aktive Landwirte und Landfrauen. Es wird in Kooperation mit dem Unfallversicherungsträger durchgeführt und verknüpft Inhalte zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit mit Methoden zur Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in der Landwirtschaft. Das Angebot umfasst Maßnahmen aus den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Entspannung sowie Maßnahmen mit direktem Arbeitsbezug zur Landwirtschaft wie Ergonomietraining oder Ausgleichsübungen am Arbeitsplatz.

Methode: Die Evaluation wird mittels quantitativer Methoden durchgeführt. Als Instrument werden standardisierte Fragebögen gewählt. Die erste schriftliche Befragung erfolgt direkt nach Abschluss der Präventionsmaßnahme und beinhaltet neben persönlichen Angaben vor allem Bewertungen zur Zufriedenheit mit der Präventionsmaßnahme. Darüber hinaus werden Angaben zum zukünftigen Gesundheitsverhalten ermittelt. Ca. sechs Monate nach der Präventionsmaßnahme wird eine Nachbefragung (Erfolgskontrolle) durchgeführt. Damit wird gemessen, ob und in welchem Maße das erlernte Wissen und Training aus dem Kompaktangebot umgesetzt werden konnte.

Durchführende und Beteiligte: Entwickelt, durchgeführt und ausgewertet wurde die Evaluation durch die Krankenkasse. Befragt werden alle Teilnehmer der Präventionsmaßnahme. Die Ergebnisse werden zur ständigen Verbesserung intern kommuniziert und sowohl an Teilnehmer als auch an die Durchführenden (Trainer, Referenten) des Angebots gemeldet.

Ergebnisse: Die Teilnehmer bewerten das Angebot überaus positiv. Die Landfrauen und Landwirte begrüßten vor allem den gewählten Zeitraum von vier Tagen in den Wintermonaten. Die Teilnehmer nahmen wertvolle Informationen zum Gesunderhalt mit und hatten viele positive Vorsätze, das Erlernte auch weiterhin umzusetzen. Auch nach sechs Monaten ist die Motivation und Begeisterung noch sehr hoch. Die im Kompaktangebot vermittelten Inhalte helfen im beruflichen und privaten Alltag und werden angewendet bzw. fortgeführt. Die meisten Teilnehmer konnten ihr Gesundheitsverhalten verbessern. Insbesondere rückengerechtes Verhalten am Arbeitsplatz setzten die meisten Teilnehmer um. Auch die Motivation zur gesunden Ernährung sowie zur körperlichen Aktivität ist stark gestiegen. Die Teilnehmer empfanden das Kompaktangebot mit Bezug zur Landwirtschaft als einen gleichzeitig lehrreichen und erholsamen Ausgleich zu ihrem Alltag. Darüber hinaus bewerteten die Teilnehmer den Erfahrungsaustausch mit Berufskollegen als sehr positiv und hilfreich.

Folgerungen aus den Evaluationsergebnissen: Auf Basis der Befragungsergebnisse wurde das Präventionsangebot erweitert. Zudem wird die Maßnahme wegen der positiven Rückmeldung weiterhin durch einen Krankenkassen-Mitarbeiter begleitet. Darüber hinaus wurden Programmablauf und Programminhalte optimiert.

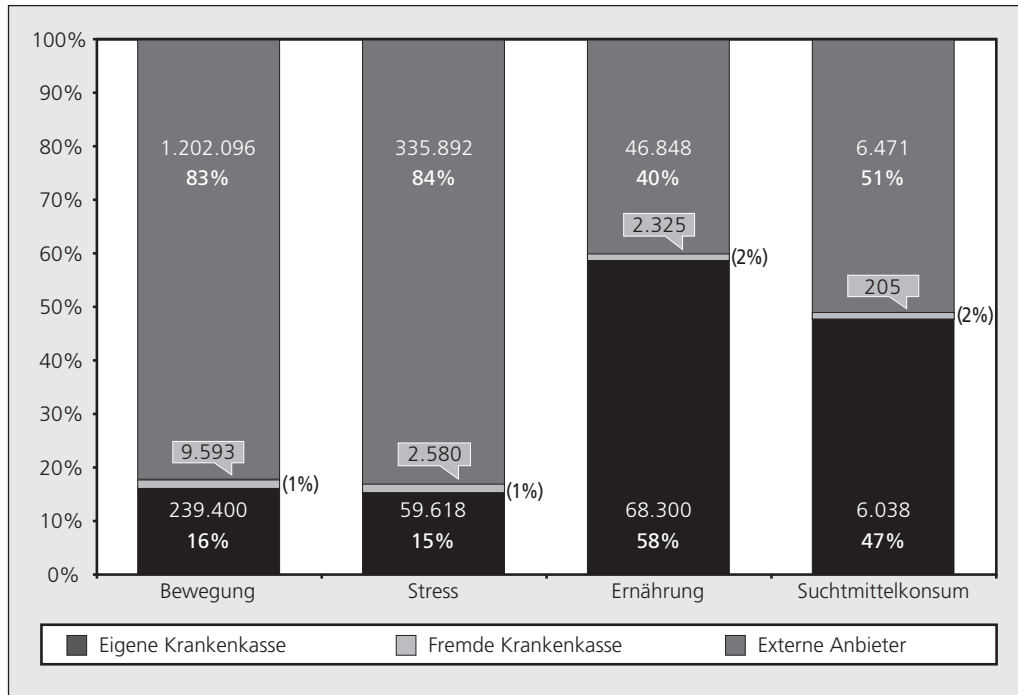
Ansprechpartner: Landwirtschaftliche Sozialversicherung Nordrhein-Westfalen Präventionsdienst
Nicole Röhrig, Gesundheitswirtin (B Sc.)
Tel. 0251 2320-120
E-Mail: nicole.roehrig@nrw.lsv.de

7.4 Leistungsanbieter

Wie in den Vorjahren wurden vier Fünftel der Kurse und Seminare von externen Anbietern durchgeführt. Ansonsten handelte es sich um Kursangebote der Krankenkasse selbst. Nur selten suchen Versicherte Kurse anderer Krankenkassen

auf (Abb. 25). In den Handlungsfeldern Ernährung und Suchtmittelkonsum organisierten die Krankenkassen im Jahr 2010 auch weiterhin ungefähr die Hälfte der Angebote selbst.

Abb. 25: Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern



**Praxisbeispiel 5 zur Evaluation im individuellen Ansatz:
Wirksamkeit mehrwöchiger wohnortnaher Kurse, wohnortferner
Kompaktangebote sowie einer webbasierten Nachbetreuung**

Die Krankenkassen fördern primärpräventive Präventionskurse, die sich über mehrere Wochen erstrecken. Für besondere Zielgruppen, die diese Kurse am Wohnort nicht wahrnehmen können, bieten die Krankenkassen wohnortferne Kompaktangebote an.

In der Studie wird die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Kursen generell und differenziert nach dem Ort der Durchführung untersucht. Des Weiteren wird der Frage nachgegangen, ob durch eine webbasierte Nachbetreuung die Nachhaltigkeit der Intervention verbessert werden kann. Das wichtigste Ziel der Untersuchung ist, zu klären, ob die beabsichtigten Verhaltensänderungen der Probanden, die durch die Präventionsmaßnahmen vermittelt wurden, tatsächlich eingetreten sind.

Folgende Fragen finden ebenfalls Berücksichtigung:

- Halten die Effekte der Intervention eine gewisse Zeit an (Persistenz und Nachhaltigkeit)?
- Gibt es Transfereffekte, die auf die erworbenen Fähigkeiten verhaltenswirksam aufbauen?
- Wie sind Effektivität und Effizienz insgesamt zu beurteilen?

Dabei stehen inhaltlich folgende Bereiche im Vordergrund:

- Gesundheitliche Lebensqualität
- Gesundheitsverhalten

- Subjektive Erfolgseinschätzung
- Beschwerden
- Selbstwirksamkeit

Evaluationsmethode: Die Teilnehmer von 220 Kursen wurden zu Beginn, am Ende und sechs Monate nach Beendigung der Präventionsmaßnahmen schriftlich befragt. Die Gruppen mit Kursen am Wohnort und diejenigen mit wohnortfernen Kursen umfassten jeweils ca. 1.000 Personen mit einem Durchschnittsalter von 48 Jahren. Jeweils die Hälfte der Probanden wurde nach Abschluss der eigentlichen Maßnahme einer zusätzlichen webbasierten Intervention unterzogen.

Zum Vergleich und zur Bewertung von Wirkungen und Wirksamkeit der Präventionsmaßnahmen wurde das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam entwickelte Instrumentarium zur Evaluation von Kursangeboten (vgl. Leitfaden Prävention, S. 17, Fußnote 17) in einer erweiterten Version eingesetzt.

Die Datenerhebung und -erfassung ist abgeschlossen. Erste Ergebnisse weisen auf eine deutlich unterschiedliche geschlechtsspezifische Inanspruchnahme der wohnortnahen bzw. -fernen Kurse und auf eine fehlende Effektivität der webbasierten Intervention hin.

Ansprechpartner: BKK Bundesverband
Abteilung Gesundheitsförderung
Dr. Alfons Schröer
Tel. 0201 179-1270
E-Mail: SchroerA@bkk-bv.de

8 Betriebliche Gesundheitsförderung

In der betrieblichen Gesundheitsförderung sind die gesetzlichen Krankenkassen seit vielen Jahren aktiv. Daher verfügen sie in diesem Feld über einen breiten Erfahrungsschatz und einen großen Fundus an bewährten Instrumenten, Methoden und Strategien. Die Handlungsfelder und Qualitätskriterien für das Engagement der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind im „Leitfaden Prävention“ festgelegt.¹⁸

Arbeitgeber und Unfallversicherungsträger sind verpflichtet, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Den Krankenkassen wiederum ist gesetzlich eine Unterstützungsfunktion für die „Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ zugeschrieben. § 20a SGB V verpflichtet die Krankenkassen zur Zusammenarbeit mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger.

Der Beitrag der Krankenkassen besteht darin, gesundheitliche Risiken und Ressourcen zu ermitteln, Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu entwickeln und zur Umsetzung beizutragen. Hierbei sind die Beschäftigten und die Verantwortlichen für den Betrieb zu beteiligen. Die Krankenkassen können die Leistungen selbst erbringen. Sie können sie aber auch durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch Arbeitsgemeinschaften erbringen lassen.

Die Krankenkassen orientieren sich bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen am betrieblichen Bedarf. Dazu ermitteln sie gemeinsam mit anderen Akteuren die Risiken im Betrieb sowie die Risikofaktoren und Gesundheitspotenziale der Beschäftigten. Sie verwenden dabei die in den letzten Jahren sowohl von Krankenkassen als auch anderen vielfach eingesetzten und bewährten Instrumente (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Analyse, Gefährdungsermittlung und -beurteilung, arbeitsmedizinische Untersuchung, Befragung von Mitarbeitern im Hinblick auf Belastungen und Ressourcen, gesund-

heitlichen Beschwerden und Verhaltensweisen, betrieblicher Gesundheitszirkel).

Anhand des so ermittelten Bedarfs entwickeln sie in Abstimmung mit dem Betrieb und in der Regel auch in Abstimmung mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger ein individuelles Vorgehenskonzept zu Maßnahmen für ausgewählte Zielgruppen im Betrieb.

Wie umfassend eine Krankenkasse die Betriebe unterstützt oder Projekte durchführt, ist wesentlich von den Entscheidern und der jeweiligen Situation vor Ort abhängig. Aktionen wie z.B. Mitarbeiterbefragungen, Gesundheitstage und -wochen, Gesundheitsuntersuchungen und andere Einzelmaßnahmen können eine langfristig angelegte betriebliche Gesundheitsförderung einleiten. Am Ende sollten nachhaltige gesundheitsförderliche Prozess- und Strukturveränderungen in den Betrieben stehen.

Mittlerweile wird die betriebliche Gesundheitsförderung – insbesondere in Großbetrieben – zunehmen in ein umfassendes betriebliches Gesundheitsmanagement integriert. Das betriebliche Gesundheitsmanagement kann darüber hinaus beispielsweise Initiativen des Arbeitgebers zum Arbeitsschutz, zur Wiedereingliederung langfristig Erkrankter, zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, zur Hilfe in privaten Krisen und anderes mehr umfassen.

Im Folgenden werden die Auswertungsergebnisse von Aktivitäten der Krankenkassen im Berichtsjahr 2010 insgesamt und gegliedert nach Branche, Betriebsgröße, Geschlecht und Bundesland dargestellt. Außerdem werden einige Projektkarakteristika in Abhängigkeit des Vorhandenseins von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen betrachtet.

In die branchenspezifische Auswertung wurden nur diejenigen Branchen einbezogen, die mindestens 5% Anteil am Gesamtdatensatz hatten.

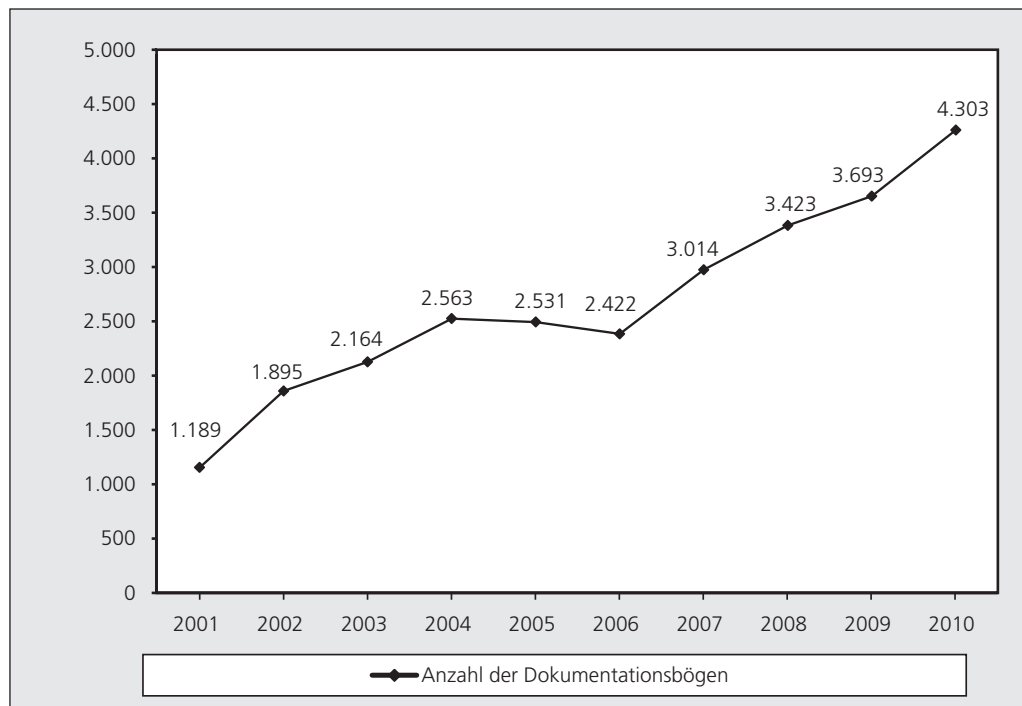
¹⁸ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention, 2010

8.1 Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Krankenkassen haben ihre Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Jahr 2010 deutlich gesteigert. Das belegt zum einen die um 17%

höhere Zahl an Dokumentationsbögen, zum anderen der Anstieg der Ausgaben um 7% von 39,5 Mio. Euro in 2009 auf über 42 Mio. Euro in 2010.¹⁹

Abb. 26: Anzahl der Dokumentationsbögen für die betriebliche Gesundheitsförderung



¹⁸ BMG: Statistik KJ 1, endgültige Rechnungsergebnisse für das Jahr 2010

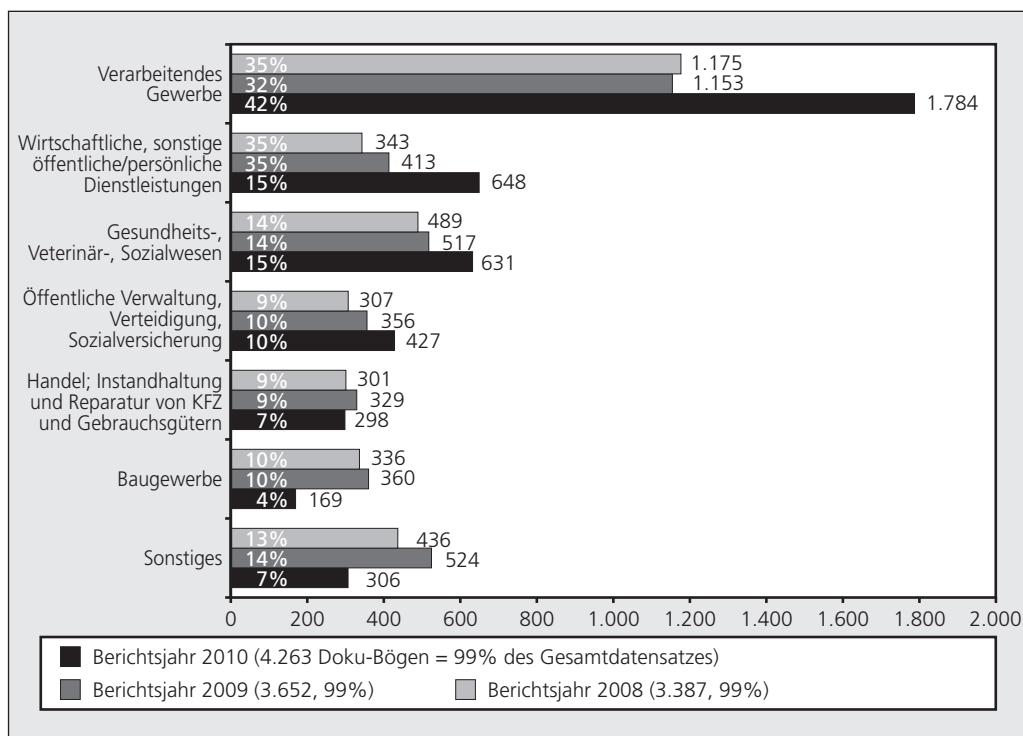
8.2 Branchen

Seit 2008 gibt es eine neue Klassifikation der Wirtschaftszweige des Statistischen Bundesamtes. Mit der Einführung neuer Dokumentationsbögen im Berichtsjahr 2010 wird auch für die Dokumentation der Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung die neue Klassifikation WZ 2008 übernommen. Da bei manchen Projekten noch alte Dokumentationsbögen verwendet wurden, mussten entsprechende Anpassungen für die Branchenzuordnung der Betriebe durchgeführt werden.

Diese war allerdings nicht immer eindeutig möglich. Da die in der nachfolgenden Abbildung dargestellten Ergebnisse aus den Vorjahren auf der früheren Klassifikation der Wirtschaftszweige basieren, sind Abweichungen im Jahresvergleich mit Vorsicht zu interpretieren.

Der Kategorie „Sonstige“ wurden Branchen zugeordnet, die in den betrachteten Jahren einen geringeren Anteil als 5% an den durchgeführten Projekten hatten.

Abb. 27: Branchen



Mit 42% fand der größte Anteil der gesundheitsfördernden Maßnahmen in Betrieben des verarbeitenden Gewerbes statt. Das ist insofern problemadäquat, als im verarbeitenden Gewerbe häufig körperlich schwere Arbeit geleistet wird.

Wie in Abschnitt 8.12 gezeigt wird, sind viele Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf die Reduzierung bzw. Kompensation arbeitsbedingter körperlicher Belastungen bezogen.

8.3 Anzahl der Standorte und Betriebe

85% aller Projekte in der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden in einem Unternehmen oder an einem Standort durchgeführt. Auf diese Weise wurden 3.669 Betriebe betreut. Bei den verbleibenden 634 Projekten erfolgte die betriebliche Gesundheitsförderung an mehreren Standorten. Dies geschieht meist im

Rahmen von Netzwerkprojekten, welche überwiegend bei Klein- und Kleinstbetrieben stattfinden.

Insgesamt wurden 21% mehr Betriebe als im Vorjahr betreut (2010: 6.473, 2009: 5.353, 2008: 4.788)

8.3.1 Erreichungsgrad von Betrieben mit hohem Anteil an Beschäftigten ohne Berufsausbildung

Bundesweit besitzen durchschnittlich 17% (Median) der Erwerbstätigen keine Berufsausbildung, das heißt, sie sind entweder noch in der Ausbildung oder sind Beschäftigte ohne Berufsausbildung.²⁰

Die Grenzziehung „Betriebe mit mindestens 20 Prozent an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung ein-

schließlich Auszubildende“ soll Betriebe mit einem hohen Anteil an „ungelernten“ Mitarbeitern identifizieren.

Als erstmals gemessenes Ergebnis wurde festgestellt, dass 7% aller Betriebe, in denen die Krankenkassen Gesundheitsförderung unterstützen und mitgestalteten, in diese Kategorie fielen.

¹⁸ Quelle: Berechnungen des MDS auf Basis von: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und darunter Auszubildende nach ausgewählten Merkmalen. Stich-tag 20.09.2009, Hrsg.: Bundesagentur für Arbeit, Statistik. Sonderauswertung auf Anforderung des MDS.

Anmerkung: Der Medianwert von 17 % bezieht sich auf „gültige Werte“. Es wird berücksichtigt, dass für ca. 4,8 Mio. Beschäftigte keine Angaben zur Berufsausbildung vorlagen. Der Berechnungsmodus ist möglicherweise etwas anders als in einer anderen Statistik der Bundesagentur für Arbeit (BA: Arbeitsstatistik 2009, Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit, 58. Jahrgang, Sondernummer 1), aus der sich ein etwas höherer Anteil von 21% an Beschäftigten ohne Berufsausbildung errechnen lässt.

8.3.2 Standorte und Betriebe nach Bundesländern

85% der gelieferten Dokumentationsbögen enthielten Angaben dazu, in welchen Bundesländern Aktivitäten durchgeführt oder gefördert wurden. Nur wenige Projekte waren bundesweit – über alle Länder hinweg – ausgerichtet.

Projekte in den einzelnen Bundesländern erfassten jeweils nur eine kleine Anzahl von Betrieben. Dies zeigt, dass die Maßnahmen sehr spezifisch auf die Belange der Betriebe ausgerichtet waren.

Bundesweite Projekte richteten sich im Durchschnitt an deutlich mehr Betriebe als Projekte in einzelnen Bundesländern.

Tabelle 18: Anzahl der betreuten Betriebe nach Bundesländern

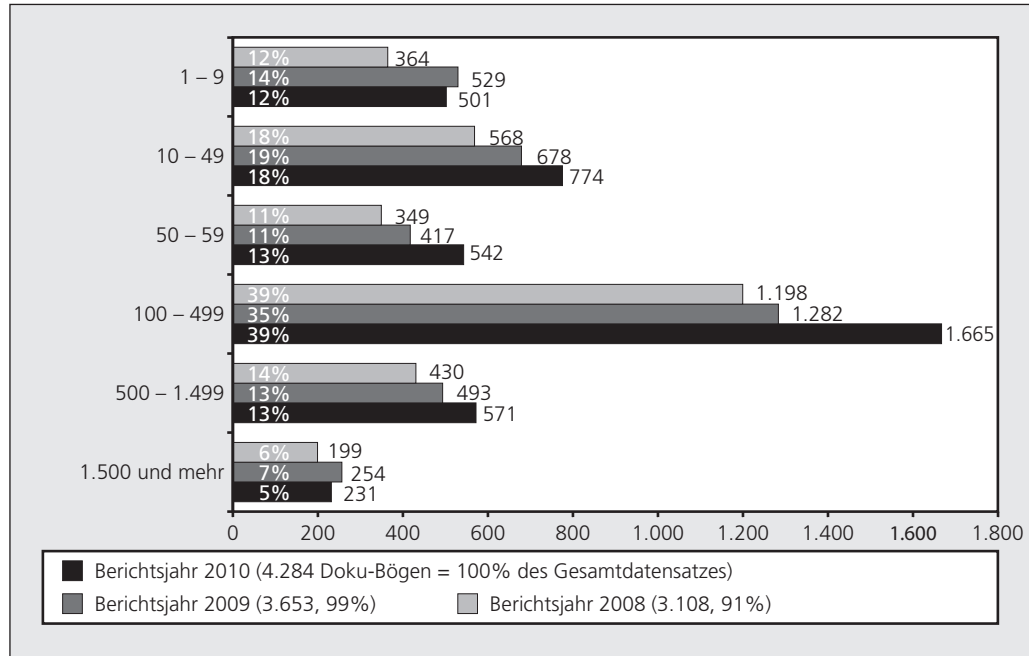
	Anzahl Projekte	Anzahl Betriebe	Mittlere Anzahl Betriebe je Projekt
Bundesweite Projekte (über alle Länder hinweg)	23	328	14
Baden-Württemberg	265	443	2
Bayern	1.150	1.574	1
Bremen	39	63	2
Berlin	68	142	2
Brandenburg	68	200	3
Hamburg	102	231	2
Hessen	106	242	2
Mecklenburg-Vorpommern	103	262	3
Niedersachsen	143	363	3
Nordrhein-Westfalen	634	1.085	2
Rheinland-Pfalz	89	136	2
Saarland	67	89	1
Sachsen	152	666	4
Sachsen-Anhalt	461	800	2
Schleswig-Holstein	113	234	2
Thüringen	212	372	2

8.4 Betriebsgröße

Die Betriebsgröße wird hier durch die Anzahl der Beschäftigten im Betrieb definiert. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Verteilung der Betriebsgrößen unter allen ein-

bezogenen Betrieben. Am stärksten sind weiterhin die Unternehmen von 100 bis unter 500 Mitarbeitern an der betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligt.

Abb. 28: Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigte)



8.4.1 Betriebsgröße nach Branchen

Bei der Differenzierung nach Branchen fällt auf, dass im Baugewerbe häufiger als in den anderen Branchen betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen Betrieben mit unter 50 Beschäftigten

durchgeführt wird. In der Öffentlichen Verwaltung werden häufiger als in anderen Branchen größere Betriebe mit mehr als 100 Beschäftigten betreut.

Tabelle 19: Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte) nach Branchen

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.784		Dienstleistungen N=648		Gesundheits- und Sozialwesen N=631	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1-9	344	19%	58	9%	18	3%
10-49	267	15%	111	17%	85	13%
50-99	165	9%	92	14%	145	23%
100-499	688	39%	248	38%	258	41%
500-1.499	229	13%	96	15%	92	15%
1.500 und mehr	90	5%	42	6%	33	5%
Gültige Angaben	1.783	100%	647	100%	631	100%
Fehlende Angaben	1		1		0	
	Öffentliche Verwaltung N=427		Handel N=298		Baugewerbe N=169	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1-9	4	1%	12	4%	24	14%
10-49	46	11%	94	32%	83	49%
50-99	37	9%	40	13%	14	8%
100-499	206	49%	120	40%	37	22%
500-1.499	89	21%	22	7%	7	4%
1.500 und mehr	42	10%	10	3%	4	2%
Gültige Angaben	424	100%	298	100%	169	100%
Fehlende Angaben	3		0		0	

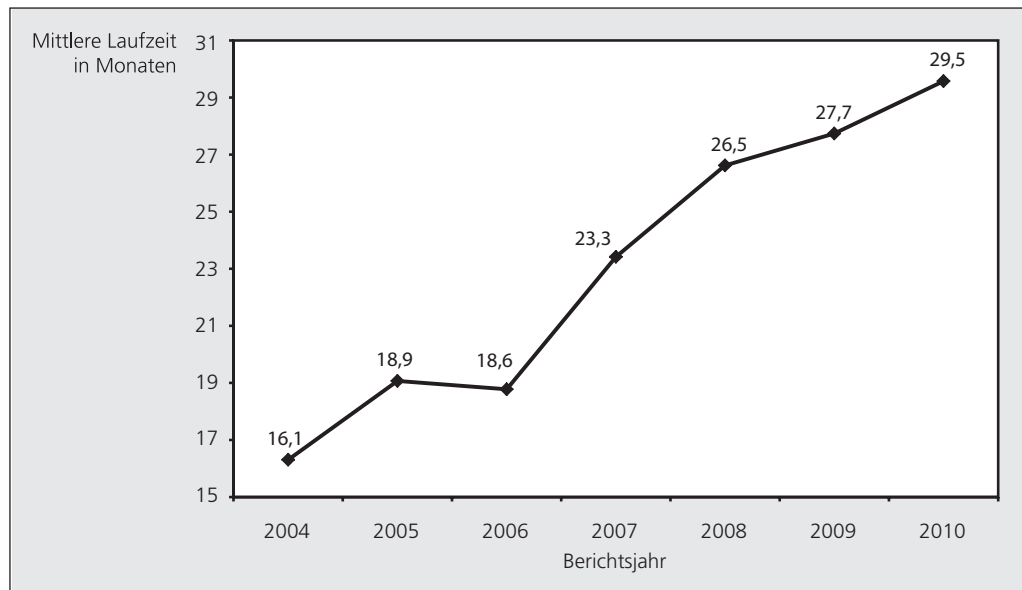
8.5 Projektlaufzeit

Für 83% aller für das Berichtsjahr 2010 gemeldeten Projekte lagen Angaben zu den Laufzeiten der Gesundheitsförderungsmaßnahmen vor. Hier handelte es sich sowohl um endgültig feststehende Laufzeiten bei Aktivitäten, die zum Ende des Berichtsjahres abgeschlossen waren, als auch um geplante Laufzeiten von Projekten, welche noch

nicht abgeschlossen waren. Bei letzteren sind noch Abweichungen von der Planung möglich.

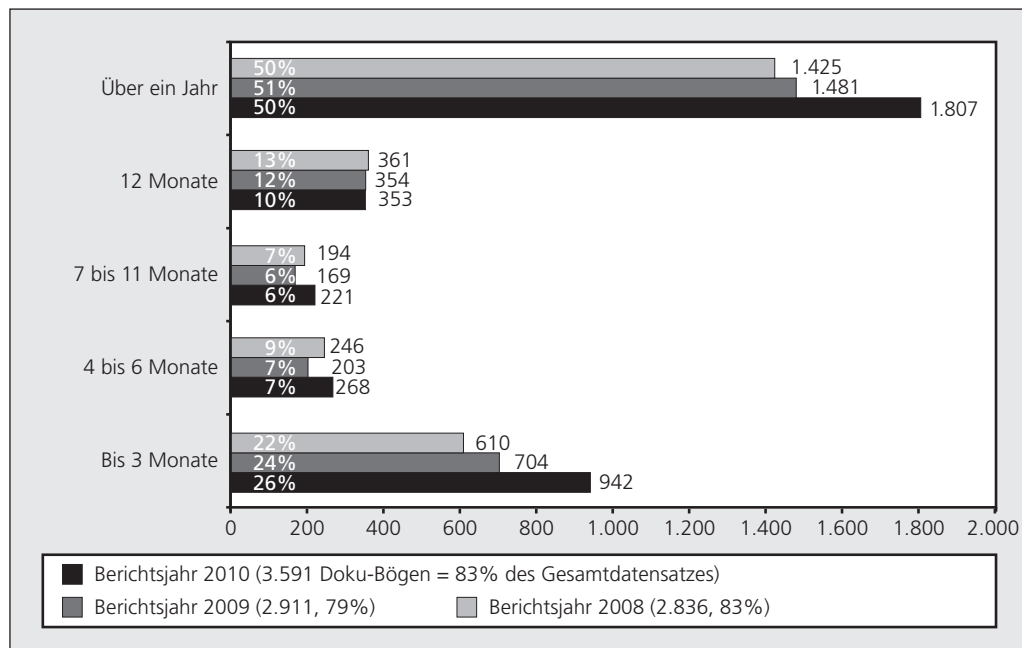
Die Laufzeit eines Projekts kann als ein Indikator für nachhaltiges betriebliches Gesundheitsmanagement angesehen werden. Der steigende Trend bei der Laufzeit setzte sich auch im Jahr 2010 fort.

Abb. 29: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten



Wie in den Vorjahren dauerten etwa 60% der gemeldeten Projekte mindestens ein Jahr an.

Abb. 30: Laufzeit der Aktivitäten in Monaten



8.5.1 Projektlaufzeit nach Branche

Die durchschnittliche Projektlaufzeit war wie bereits in den Vorjahren im verarbeitenden Gewerbe am längsten.

Tabelle 20: Laufzeit nach Branche

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.784		Dienstleistungen N=648		Gesundheits- und Sozialwesen N=631	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 3 Monate	319	21%	167	31%	148	27%
4 bis 6 Monate	74	5%	48	9%	52	9%
7 bis 11 Monate	59	4%	40	7%	39	7%
12 Monate	109	7%	74	14%	69	12%
Über ein Jahr	947	63%	208	39%	249	45%
Gültige Angaben	1.508	100%	537	100%	557	100%
Fehlende Angaben	276		111		74	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	37,8		27,3		21,0	
	Öffentliche Verwaltung N=427		Handel N=298		Baugewerbe N=169	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 3 Monate	102	30%	107	41%	70	45%
4 bis 6 Monate	32	9%	24	9%	9	6%
7 bis 11 Monate	33	10%	14	5%	13	8%
12 Monate	33	10%	18	7%	22	14%
Über ein Jahr	137	41%	95	37%	41	26%
Gültige Angaben	337	100%	258	100%	155	100%
Fehlende Angaben	90		40		14	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	22,9		19,6		20,5	

8.5.2 Projektlaufzeit nach Betriebsgröße

Die Betriebsgröße kann die Eigenschaften der zum Einsatz kommenden gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie die Auswahl der Analyseinstrumente in diesem Betrieb beeinflussen. Deswegen werden im Folgenden einige Projektbestandteile nach der Betriebsgröße ausgewertet.

Die gesundheitsfördernden Maßnahmen liefen in den großen Betrieben mit mehr als 500 Beschäftigten im Schnitt am längsten. Auffallend ist, dass die Projektlaufzeit in den Kleinstbetrieben fast die gleiche Länge wie die Laufzeit in großen Betrieben erreichte.

Tabelle 21: Laufzeit nach Betriebsgröße

	1 bis 9 Beschäftigte N=501		10 bis 49 Beschäftigte N=774		50 bis 99 Beschäftigte N=542	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 3 Monate	68	14%	304	44%	164	34%
4 bis 6 Monate	10	2%	50	7%	30	6%
7 bis 11 Monate	24	5%	62	9%	27	6%
12 Monate	25	5%	71	10%	44	9%
Über ein Jahr	358	74%	197	29%	224	46%
Gültige Angaben	485	100%	684	100%	489	100%
Fehlende Angaben	16		90		53	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	36,2		16,0		25,4	
	100 bis 499 Beschäftigte N=1.665		500 bis 1.499 Beschäftigte N=571		1.500 und mehr N=231	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 3 Monate	325	24%	101	22%	36	21%
4 bis 6 Monate	123	9%	40	9%	14	8%
7 bis 11 Monate	80	6%	20	4%	8	5%
12 Monate	136	10%	48	11%	29	17%
Über ein Jahr	695	51%	246	54%	86	50%
Gültige Angaben	1.359	100%	455	100%	173	100%
Fehlende Angaben	306		116		58	
Durchschnittliche Laufzeit in Monaten	31,4		39,2		37,6	

8.6 Erreichte Personen

Durch die betriebliche Gesundheitsförderung wurden im Jahr 2010 2% aller sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten direkt erreicht.²¹

Direkt erreicht werden die Teilnehmer an Veranstaltungen und Maßnahmen. Indirekt können Beschäftigte dadurch erreicht werden, dass die „direkten“ Teilnehmer oder Multiplikatoren ihre gewonnenen Informationen weiter geben. Wenn Multiplikatoren geschult werden, wirkt sich diese Schulung auf weitere Personen aus. Auch können die Beschäftigten indirekt durch verhältnisbezogene Maßnahmen im Betrieb erreicht werden.

Zu den Aktivitäten, die sowohl direkt als auch indirekt wirken, zählen Gesundheitszirkel. An ihnen nehmen zwar nur wenige Mitarbeiter einer Abteilung oder eines Arbeitsbereiches teil, aber die im Zirkel erarbeiteten Erkenntnisse und Maßnahmen werden in den gesamten Arbeitsbereich eingebracht und der

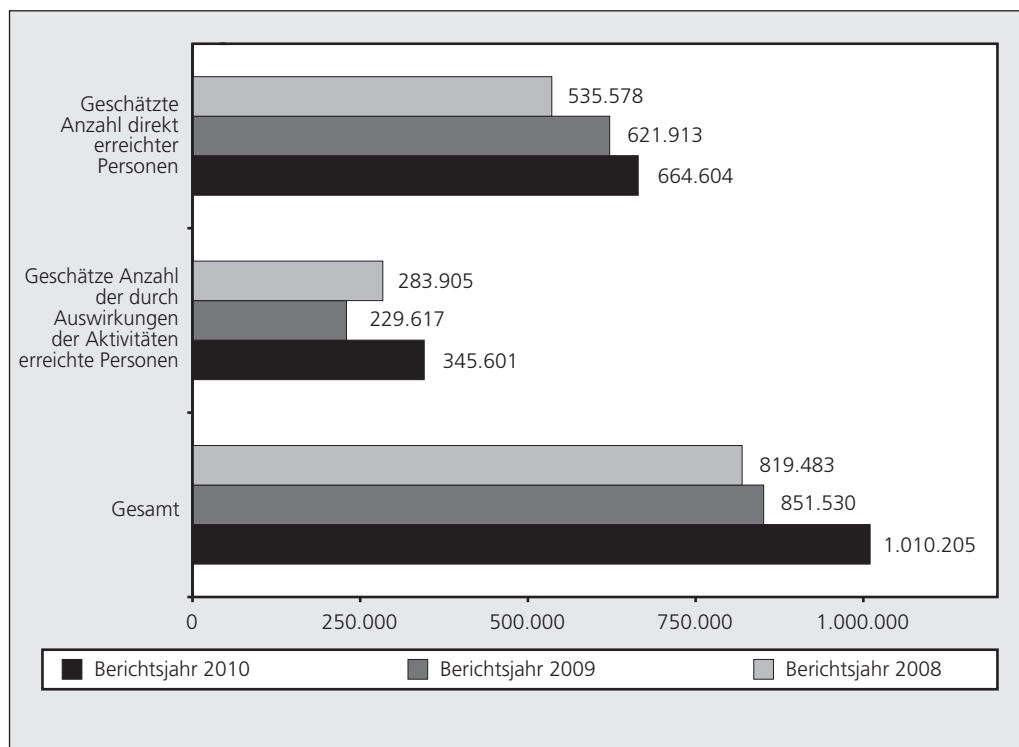
Belegschaft bekannt gemacht. Auf diese Weise profitieren deutlich mehr Mitarbeiter als nur die Zirkelteilnehmer von den Maßnahmen.

Die Schätzzahl der direkt erreichten Personen stieg im Jahr 2010 um 7%.

Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil der älteren Beschäftigten über 50 Jahren, welche von der betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht wurden, um ein Drittel zugenommen. Insgesamt lag der Anteil bei 22% und nähert sich damit deutlich dem Anteil der über 50-jährigen Arbeitnehmer in den Betrieben an, der 27% beträgt.²²

Die von den Krankenkassen gemeldeten Zahlen zu den indirekt erreichten Personen haben sich im Vergleich zum Vorjahr stark erhöht. Jedoch ist die Zahl der indirekt Erreichten nicht einfach zu schätzen, deswegen sollten diese Zahlen nicht überinterpretiert werden.

Abb. 31: Erreichte Personen (Schätzzahlen)



²¹ Statistisches Bundesamt Deutschland: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Altersgruppen, Stand: 31.12.2010

²² a. a. O.

8.6.1 Erreichte Personen nach Branche

Tabelle 22: Erreichte Personen nach Branche

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.784				Dienstleistungen N=648			
	Min.	Max.	Summe	Prozent	Min.	Max.	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Pers.	1	40.000	282.321	100%	1	13.000	119.346	100%
... davon mindestens 50 Jahre alt	1	5.000	62.923	22%	1	3.000	19.502	16%
Auswirkung auf schätzungsweise ... weitere Personen	1	46.000	203.331	100%	1	2.500	34.663	100%
... davon mindestens 50 Jahre alt	1	5.000	34.441	17%	1	620	5.868	17%
Erreichte Personen gesamt	485.652			100%	154.009			100%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	97.364			20%	25.370			16%
	Gesundheits- und Sozialwesen N=631				Öffentliche Verwaltung N=427			
	Min.	Max.	Summe	Prozent	Min.	Max.	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Pers.	1	4.000	78.484	100%	1	10.000	101.214	100%
... davon mindestens 50 Jahre alt	1	3.000	18.012	23%	1	3.500	29.975	30%
Auswirkung auf schätzungsweise ... weitere Personen	1	1.500	34.367	100%	7	3.000	31.066	100%
... davon mindestens 50 Jahre alt	1	400	7.197	21%	1	1.500	10.506	34%
Erreichte Personen gesamt	112.851			100%	132.280			100%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	25.209			22%	40.481			31%
	Handel N=298				Baugewerbe N=169			
	Min.	Max.	Summe	Prozent	Min.	Max.	Summe	Prozent
Anzahl direkt erreichter Pers.	2	1.000	22.583	100%	1	1.300	7.380	100%
... davon mindestens 50 Jahre alt	1	500	4.452	20%	1	520	1.796	24%
Auswirkung auf schätzungsweise ... weitere Personen	1	700	9.379	100%	1	309	2.842	100%
... davon mindestens 50 Jahre alt	1	280	1.998	21%	1	120	697	25%
Erreichte Personen gesamt	31.962			100%	10.222			100%
...davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte	6.450			20%	2.493			24%

8.6.2 Erreichungsgrad nach Geschlecht

In den Dokumentationsbögen wurde nunmehr differenziert abgefragt, ob sich die Aktivitäten gleichermaßen an beide Geschlechter oder speziell an die Zielgruppe weiblicher bzw. männlicher Personen richteten.

Außerdem wurde der Berechnungsmodus für die erreichten Personen geändert. Nunmehr wird für jedes einzelne Projekt (= Dokumentationsbogen) festgestellt, ob

sich das Projekt spezifisch an Männer oder Frauen gerichtet hat. In diesem Fall werden die Angaben zur Zahl der erreichten Personen vollständig diesem Geschlecht zugeordnet. Für den Fall, dass sich die Aktivitäten gleichermaßen an beide Geschlechter richten, erfolgt eine hälftige Aufteilung. Eine weitere Änderung ist, dass die unten stehende Berechnung auf Schätzzahlen der direkt erreichten Personen basiert.

Tabelle 23: Frauenanteil nach Branchen

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.784		Dienstleistungen N=648		Gesundheits- und Sozialwesen N=631	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25%	1.010	58%	130	22%	45	9%
26-50%	424	24%	194	32%	194	38%
51-75%	260	15%	185	31%	185	36%
76-100%	39	2%	92	15%	92	18%
Gültige Angaben	1.733	100%	601	100%	516	100%
Fehlende Angaben	51		47		115	
	Öffentliche Verwaltung N=427		Handel N=298		Baugewerbe N=169	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25%	40	10%	97	35%	138	86%
26-50%	124	30%	85	30%	18	11%
51-75%	186	46%	74	26%	4	3%
76-100%	58	14%	24	9%	0	0%
Gültige Angaben	408	100%	280	100%	160	100%
Fehlende Angaben	19		18		9	

Die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden von den Krankenkassen überwiegend in Bereichen mit körperlichen Belastungen, wie dem verarbeitenden Gewerbe und dem Baugewerbe, umgesetzt. In solchen Betrieben ist der Anteil der Frauen gering. Dies führt dazu, dass durch die betriebliche Gesundheitsförderung insgesamt mehr Männer als Frauen erreicht werden. Während die Männerquote unter den Beschäftigten bundesweit bei 54%²³ liegt, werden in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu 57% Männer erreicht. In 38% der betreuten Betriebe liegt der Frauenanteil unter einem Viertel.

Umgekehrt wurden Frauen häufiger in der öffentlichen Verwaltung und im Gesundheits- und Sozialwesen erreicht.

Eine gewisse Konzentration der betrieblichen Gesundheitsförderung auf männliche Beschäftigte schafft einen Ausgleich zum individuellen Ansatz, der vorwiegend von Frauen in Anspruch genommen wird.

Die in der nachfolgenden Tabelle vollzogene Differenzierung nach Branchen zeigt, dass im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen überproportional mehr Männer durch betriebliche Gesundheitsförderung erreicht wurden.

Tabelle 24: Anteil der direkt erreichten männlichen Personen nach Branchen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte am Arbeitsort nach Wirtschaftsabschnitten, Stand: 31.12.2010

	Verarbeitendes Gewerbe	Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen	Dienstleistungen
Durch BGF erreichte männliche Personen	72%	31%	53%
Männliche Beschäftigte bundesweit	75%	20%	50%
	Baugewerbe	Handel	Öffentliche Verwaltung
Durch BGF erreichte männliche Personen	76%	50%	40%
Männliche Beschäftigte bundesweit	87%	48%	38%

²³ Statistisches Bundesamt Deutschland 2010 (a. a. O.)

In kleinen Betrieben mit unter neun Beschäftigten wurden stark überproportional Männer erreicht. Frauen wurden wiederum

am häufigsten in den Betrieben zwischen 50 und 99 Mitarbeitern erreicht.

Tabelle 25: Frauenanteil im Betrieb nach Betriebsgröße

	1 bis 9 Beschäftigte N=501		10 bis 49 Beschäftigte N=774		50 bis 99 Beschäftigte N=542	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25%	346	71%	341	47%	150	29%
26-50%	33	7%	140	19%	125	24%
51-75%	66	13%	125	17%	143	28%
76-100%	45	9%	121	17%	97	19%
Gültige Angaben	490	100%	727	100%	515	100%
Fehlende Angaben	11		47		27	
	100 bis 499 N=1.665		500 bis 1.499 N=571		1.500 und mehr N=231	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0-25%	526	33%	142	26%	54	25%
26-50%	475	30%	165	30%	70	32%
51-75%	438	28%	186	34%	77	35%
76-100%	153	10%	55	10%	18	8%
Gültige Angaben	1.592	100%	548	100%	219	100%
Fehlende Angaben	73		23		12	

8.6.3 Erreichte Personen nach Bundesländern

Der Erreichungsgrad der Beschäftigten durch betriebliche Gesundheitsförderung unterscheidet sich je nach Bundesland

recht deutlich in Abhängigkeit von inhaltlicher Ausrichtung und Struktur der Projekte.

Tabelle 26: Erreichte Personen nach Bundesländern

Quelle der Angaben zu den Beschäftigtenzahlen nach Bundesländern: Statistisches Bundesamt Deutschland: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte am Arbeitsort nach Ländern, Vollzeitbeschäftigten, Teilzeitbeschäftigten, Auszubildenden, Stand: 30.09.2010

	Anzahl Projekte	Anzahl direkt erreichter Personen	Erreichte Personen je 100.000 Beschäftigte
Bundesweite Projekte (über alle Länder hinweg)	23	69.580	246
Baden-Württemberg	265	46.168	1.168
Bayern	1.150	118.638	2.547
Bremen	39	5.826	2.004
Berlin	68	42.621	3.720
Brandenburg	68	13.808	1.806
Hamburg	102	37.665	4.516
Hessen	106	19.980	897
Mecklenburg-Vorpommern	103	22.908	4.309
Niedersachsen	143	41.636	1.653
Nordrhein-Westfalen	634	171.758	2.890
Rheinland-Pfalz	89	21.524	1.726
Saarland	67	14.059	3.930
Sachsen	152	35.355	2.463
Sachsen-Anhalt	461	45.821	5.991
Schleswig-Holstein	113	16.387	1.945
Thüringen	212	24.584	3.259

Praxisbeispiel 1 zur Evaluation in der betrieblichen Gesundheitsförderung: ReSuM – Stress- und Ressourcenmanagement für un- und angelernte Beschäftigte – ein Multiplikatorenkonzept (ReSuM)

Die Zielgruppe der un- und angelernten Beschäftigten unterliegt belastenden Lebens- und Arbeitsbedingungen und weist eine höhere Mortalität und Morbidität auf als qualifizierte Beschäftigte. Angebote betrieblicher Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe sind bisher nicht ausreichend vorhanden, und die Teilnahmemotivation der Betroffenen ist gering.

Das Konzept ReSuM setzt bei betrieblichem Stress- und Ressourcenmanagement der Zielgruppe an und umfasst eine teambasierte Intervention und eine Führungskräftebildung auf der Grundlage einer Betriebsbegehung. Es besteht aus vier Modulen à vier Stunden zu den Themen „Stress und Bewegung“, „Soziale Unterstützung im Team“, „Kollektives Problemlösen im Team“ und „Work-Life-Balance“. Die Führungskräfte werden als wesentliche Mitgestalter der Arbeitsbedingungen in zwei Modulen insbesondere zum Thema Wertschätzung geschult.

Durchführende und Beteiligte: Die Entwicklung und Evaluation erfolgte im Rahmen eines Verbundprojektes der Universität Hamburg und der Beuth Hochschule für Technik Berlin im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Mehrere Krankenkassen waren an der Entwicklung beteiligt und bezuschussten die Umsetzung der Maßnahmen in Betrieben.

Ziel der Evaluation war eine Effektivitäts- und Effizienzbewertung.

Methode: Das Konzept wurde deutschlandweit in sechs Betrieben verschiedener Branchen zunächst einer formativen Evaluation unterzogen (N=73; Evaluation der Programmkonzeption, Prozess- und Ergebnisevaluation mit drei Messzeitpunkten) und daraufhin überarbeitet. Im Anschluss wurde das Konzept nochmals in acht

Betrieben (N=268) unter Anwendung des Kontrollgruppendesigns mit drei Messzeitpunkten mittels Mehrebenenanalysen evaluiert.

Ergebnisse: Das Konzept ReSuM ist effektiv hinsichtlich Befinden und psychosomatischer Beschwerden. Es zeigten sich Verbesserungen bei gesundheitsförderlichen Teammerkmalen (z. B. emotionale und tatkräftige Unterstützung), Bewegungsverhalten und organisatorischen Ressourcen.

Die Umsetzung in einer Freiburger Zeitarbeitsfirma zeigt, dass gering qualifizierte Mitarbeiter in der Abfallsorgung Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung annehmen und dass Verbesserungen für die Beschäftigten erreicht werden können.

Folgerungen aus den Evaluationsergebnissen: Das Konzept ReSuM ist für den Einsatz in Betrieben mit un- und angelernten Beschäftigten geeignet. Eine breite Anwendung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist wünschenswert.

Ein Manual ist in Buchform erhältlich: Busch, Roscher, Ducki, Kalytta: Stressmanagement für Teams in Service, Gewerbe und Produktion – ein ressourcen-orientiertes Trainingsmanual, Heidelberg 2009

Ansprechpartner:

Dr. Christine Busch, Universität Hamburg
Von-Melle-Park 11, 20146 Hamburg
cbusch@uni-hamburg.de
(Entwicklung und Evaluation von ReSuM)

IKK classic, Ruth Wagner
Leiterin Fachbereich Prävention
Schlachthofstr. 3, 71636 Ludwigsburg
Telefon 07141 9404157
ruth.wagner@ikk-classic.de
(Umsetzung in der Zeitarbeitsfirma Contempo)

8.7 Zielgruppen

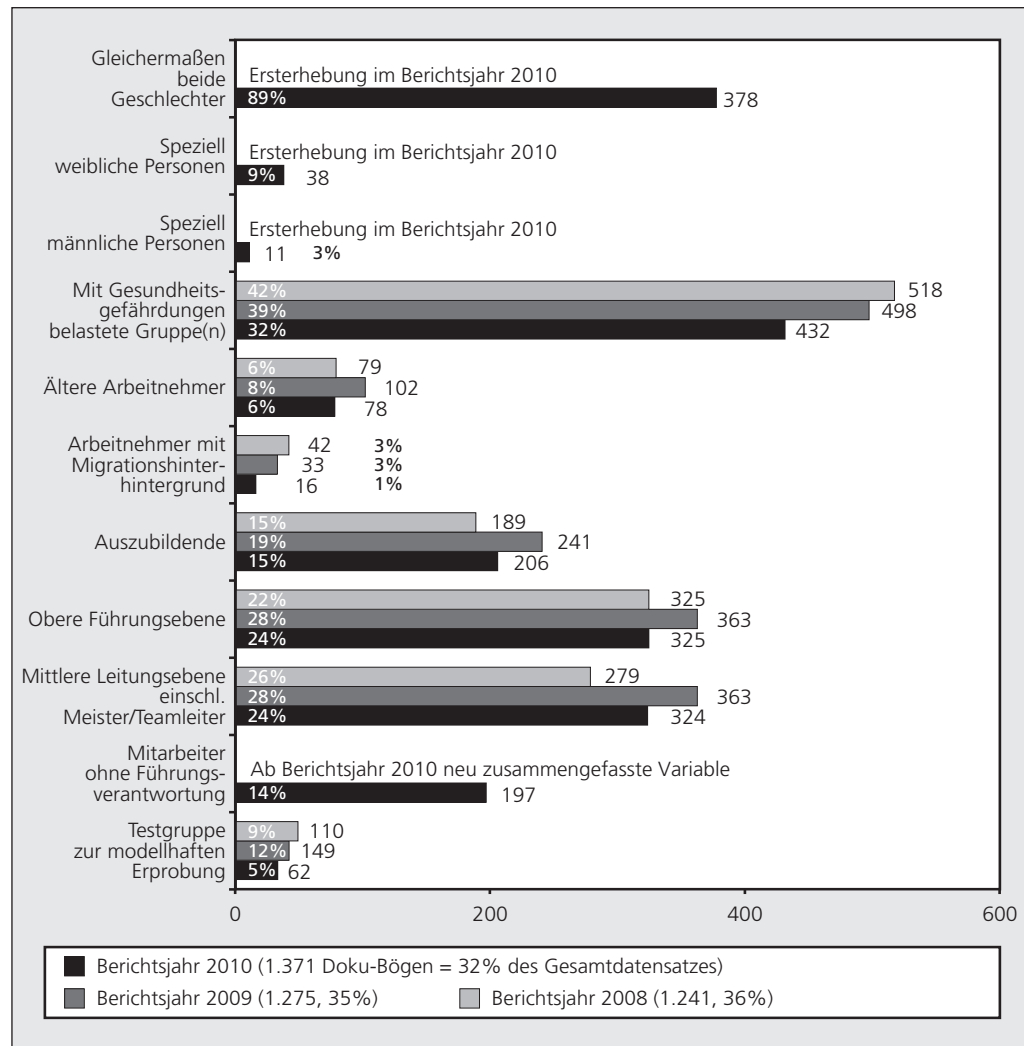
Die Interventionen waren im Jahr 2010 bei 32% der Projekte auf spezifische Zielgruppen gerichtet. In den verbleibenden Fällen waren die Aktivitäten auf alle

Beschäftigten ausgerichtet. Die nachfolgende Abbildung stellt dar, welche Zielgruppen jeweils im Vordergrund standen.

Abb. 32: Zielgruppen

(Mehrfachnennungen möglich)

Anmerkung: Die Summe der Prozentzahlen der geschlechtsbezogenen Zielgruppen weisen rundungsbedingt u.U. Werte über 100% auf.



Da erst seit 2010 unterschieden wird, ob die Aktivitäten speziell an weibliche oder männliche Personen gerichtet oder auf beide Geschlechter gleichermaßen bezogen waren, ist der Jahresvergleich bei diesen Zielgruppen noch nicht möglich. Erkennen lässt sich, dass die Präventionsmaßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung eher selten spezifisch an Frauen oder an Männer gerichtet sind. Dabei fällt jedoch auf, dass Frauen deutlich häufiger als Männer Zielgruppe waren.

Es zeigt sich außerdem, dass die Angebote häufiger an Mitarbeiter der oberen und mittleren Leitungsebene gerichtet waren als an Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung. Der stärkere Fokus auf die Leitungsebene ist sicherlich auf deren Schlüsselrolle im Gesundheitsmanagement eines Betriebes zurückzuführen. Dabei kann der Führungsstil erheblichen Einfluss auf die Gesunderhaltung der Mitarbeiter haben.

8.7.1 Zielgruppen nach Branchen

Während sich im Baugewerbe mehr Maßnahmen speziell an Männer richteten, waren Projekte im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen häufiger an Frauen gerichtet als in anderen Branchen. Das entspricht der Geschlechtsverteilung in diesen Branchen. Personen mit Gesundheitsgefährdungen sind im Baugewerbe

eine besonders häufiggenannte Zielgruppe, was aber eher eine Zustandsbeschreibung als die Ausweisung einer expliziten Zielgruppe bedeuten dürfte, unterliegen doch die Beschäftigten in dieser Branche häufig einem höheren Gesundheitsrisiko.

Tabelle 27: Zielgruppen nach Branchen

(Mehrfachnennungen möglich)

	Verarbeitendes Gewerbe n=488		Dienstleistungen n=219		Gesundheits- und Sozialwesen n=278	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Gleichmaßen beide Geschlechter	125	95%	68	88%	80	81%
Speziell weibliche Personen	2	2%	7	9%	19	19%
Speziell männliche Personen	5	4%	2	3%	0	0%
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	146	30%	63	29%	102	37%
Ältere Arbeitnehmer	38	8%	9	4%	16	6%
ArbN. mit Migrationshintergrund	9	2%	0	0%	3	1%
Auszubildende	68	14%	27	12%	30	11%
Obere Führungsebene	111	23%	65	30%	55	20%
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	111	23%	68	31%	55	20%
MA. ohne Führungsverantwortung	87	18%	38	17%	28	10%
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	25	5%	8	4%	16	6%
Andere Zielgruppe	40	8%	15	7%	36	13%
Keine Angaben zu Zielgruppen	5		1		8	
	Öffentl. Verwaltung n=131		Handel n=66		Baugewerbe n=53	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Gleichmaßen beide Geschlechter	48	92%	15	83%	10	71%
Speziell weibliche Personen	4	8%	2	11%	1	7%
Speziell männliche Personen	0	0%	1	6%	3	21%
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	40	31%	16	24%	25	47%
Ältere Arbeitnehmer	4	3%	1	2%	2	4%
ArbN. mit Migrationshintergrund	0	0%	0	0%	1	2%
Auszubildende	14	11%	9	14%	9	17%
Obere Führungsebene	38	29%	16	24%	11	21%
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	33	25%	18	27%	13	25%
MA. ohne Führungsverantwortung	24	18%	5	8%	6	11%
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	5	4%	1	2%	2	4%
Andere Zielgruppe	17	13%	6	9%	2	4%
Keine Angaben zu Zielgruppen	4		1		1	

8.7.2 Zielgruppen nach Betriebsgrößen

Maßnahmen in Kleinstbetrieben sprechen häufiger als in anderen Betrieben speziell Auszubildende an. Dies kann auf den hohen Anteil an Auszubildenden zurückgeführt werden. Im Jahr 2009 haben am häufigsten Projekte in den größten

Betrieben diese Personen als Zielgruppe gewählt. Im Jahr 2010 konzentrieren sich die Präventionsmaßnahmen in den größten Betrieben häufiger als andere Betriebsarten auf Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung.

Tabelle 28: Zielgruppen nach Betriebsgröße

	1 bis 9 Beschäftigte n=61		10 bis 49 Beschäftigte n=145		50 bis 99 Beschäftigte n=180	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Gleichermaßen beide Geschlechter	8	67%	56	88%	46	88%
Speziell weibliche Personen	1	8%	6	9%	5	10%
Speziell männliche Personen	3	25%	2	3%	1	2%
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	11	18%	46	32%	56	31%
Ältere Arbeitnehmer	1	2%	4	3%	7	4%
ArbN. mit Migrationshintergrund	0	0%	3	2%	2	1%
Auszubildende	22	36%	14	10%	16	9%
Obere Führungsebene	7	11%	32	22%	47	26%
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	7	11%	26	18%	33	18%
MA. ohne Führungsverantwortung	3	5%	12	8%	20	11%
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	0	0%	5	3%	3	2%
Andere Zielgruppe	10	16%	10	7%	20	11%
Keine Angaben zu Zielgruppen	2		2		3	
	100 bis 499 n=628		500 bis 1.499 n=245		1.500 und mehr n=107	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Gleichermaßen beide Geschlechter	173	90%	59	89%	35	90%
Speziell weibliche Personen	16	8%	7	11%	3	8%
Speziell männliche Personen	4	2%	0	0%	1	3%
Mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)	192	31%	86	35%	40	37%
Ältere Arbeitnehmer	37	6%	17	7%	11	10%
ArbN. mit Migrationshintergrund	1	0%	9	4%	1	1%
Auszubildende	71	11%	49	20%	33	31%
Obere Führungsebene	150	24%	51	21%	38	36%
Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter	161	26%	62	25%	35	33%
MA. ohne Führungsverantwortung	108	17%	33	13%	20	19%
Testgruppe zur modellhaften Erprobung	26	4%	18	7%	10	9%
Andere Zielgruppe	56	9%	21	9%	11	10%
Keine Angaben zu Zielgruppen	10		3		2	

Praxisbeispiel 2 zur Evaluation in der betrieblichen Gesundheitsförderung: Unternehmerischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung

Zum Abschluss von Projekten oder Teilprojekten der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) setzen die BGF-Berater der Krankenkasse seit 2004 einen standardisierten Fragebogen mit dem Ziel ein, gesundheitliche und wirtschaftliche Nutzeneffekte aus Unternehmenssicht einzuschätzen.

Methode: Der Fragebogen als Erhebungsinstrument wurde in einer Testphase partnerschaftlich mit Unternehmen entwickelt, damit er hohe Akzeptanz erfährt. Die Erhebung bleibt vom Aufwand her praktikabel und bildet Wirkungen der komplexen, gleichermaßen auf Verhalten wie Verhältnisse abzielenden betrieblichen Gesundheitsförderung ab. Erhoben werden Strukturmerkmale (Branche, Beschäftigtenzahl etc.), Angaben zur Projektzufriedenheit, 16 Nutzenkategorien und eine Beschreibung der wichtigsten Veränderungen. Kriterium für den Nutzen ist die Umsetzung der im Projekt entwickelten Veränderungsmaßnahmen.

Durchführende und Beteiligte: Der Fragebogen wird im Projekt-Steuerkreis eingesetzt und dient als Basis für eine Ergebnisdiskussion unter den Teilnehmern.

Ergebnisse: Über 350 bayerische Unternehmen unterschiedlichster Größen und Branchen setzten sich bisher mit dem Fragebogen auseinander. 92% waren mit dem Projektergebnis insgesamt und 98% mit der Unterstützung durch die Krankenkasse sehr zufrieden bzw. zufrieden. Einen sehr hohen oder

hohen Nutzen sehen die Unternehmen bezüglich:

- Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter (75% der Unternehmen)
- Verbesselter Zugang zu Gesundheitsangeboten für die Beschäftigten (75%)
- Verbesserung der Kommunikation im Unternehmen (74%)
- Reduzierung physischer Belastungen (knapp 70%)
- Verbesserung des Betriebsklimas und der Arbeitszufriedenheit (über 65%)

Folgerungen aus den Evaluationsergebnissen: Der Fragebogen aktiviert die Diskussion unter den Beteiligten und erweitert ihre Kompetenzen. Das Projekt gewinnt an Transparenz. Der Fragebogen fördert die partizipative Qualitätsentwicklung, indem die Teilnehmer das bisherige Vorgehen reflektieren und die betriebliche Gesundheitsförderung an die sich laufend ändernden Bedingungen im Unternehmen anpassen.

Ansprechpartner:

Werner Winter, Referent Betriebliche Gesundheitsförderung
AOK Bayern
Zentrale Gesundheitsförderung
Frauentorgraben 49
90330 Nürnberg
Tel.: 0911 218469
Fax: 0911 2189400469

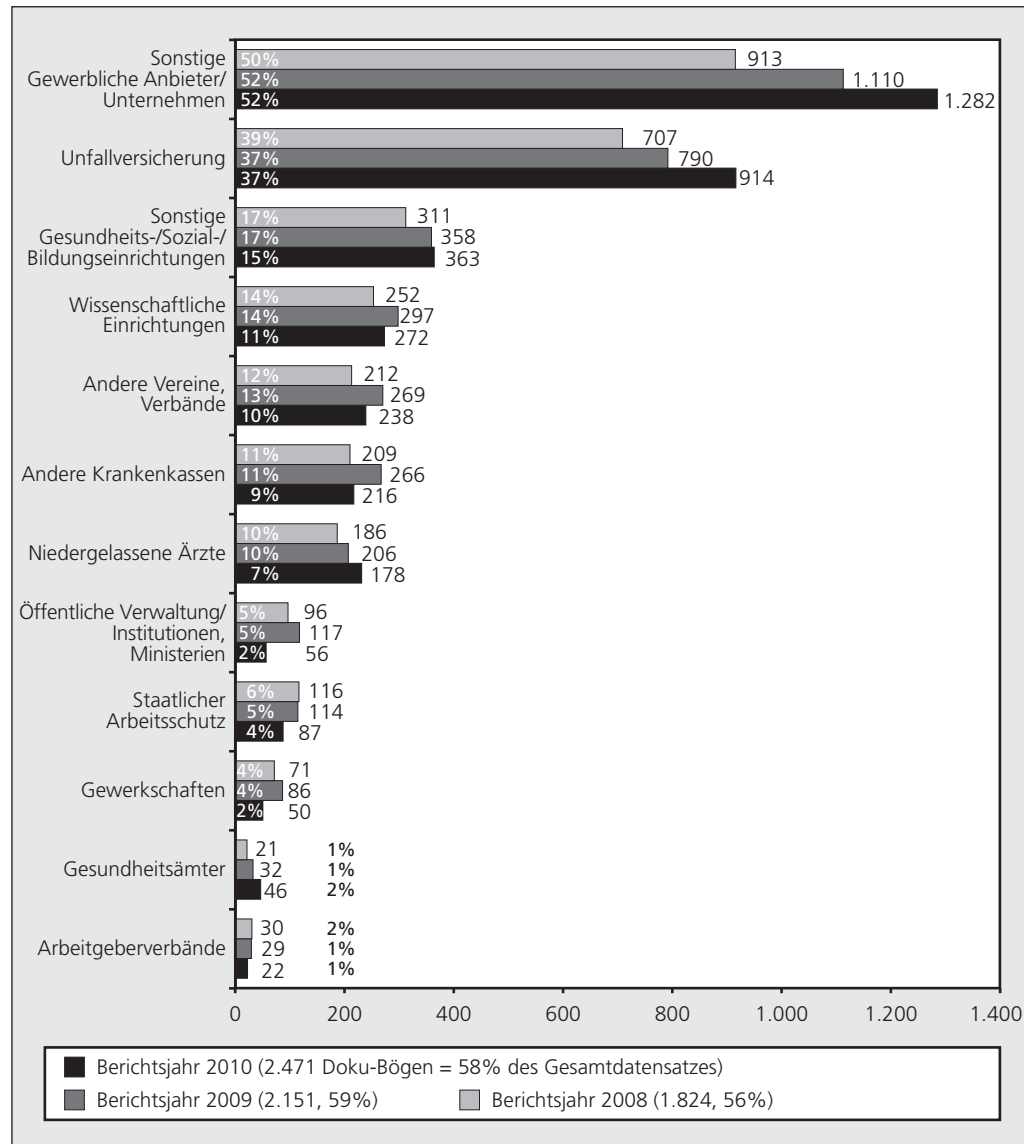
8.8 Kooperationspartner

Während im Setting-Ansatz bei 71% der Kooperationspartner beteiligt waren, arbeiteten in der betrieblichen Gesundheitsförderung die Krankenkassen in 58% der Fälle mit weiteren Partnern zusammen. Im Vergleich zum Vorjahr ging die Zahl der Kooperationspartner von durchschnittlich drei auf zwei zurück.

Am häufigsten wurden – wie in den Vorjahren – externe Anbieter bzw. Einrichtungen, sowie die Unfallversicherung als Kooperationspartnern gewählt.

Abb. 33: Kooperationspartner

(Mehrfachnennungen möglich)



8.9 Koordination und Steuerung

Koordinations- und Steuerungsstrukturen spielen eine wesentliche Rolle bei der Planung und dauerhaften Etablierung der Präventionsmaßnahmen in den Betrieben. Die Maßnahmen werden durch ein Steuerungsgremium – z. B. einen „Arbeits-

kreis Gesundheit“ – geleitet und koordiniert, in dem die relevanten Akteure vertreten sind. Solche Strukturen stellen sicher, dass umfassende Bedarfsanalysen, geeignete Interventionen und Erfolgskontrollen durchgeführt werden (vgl. Ab-

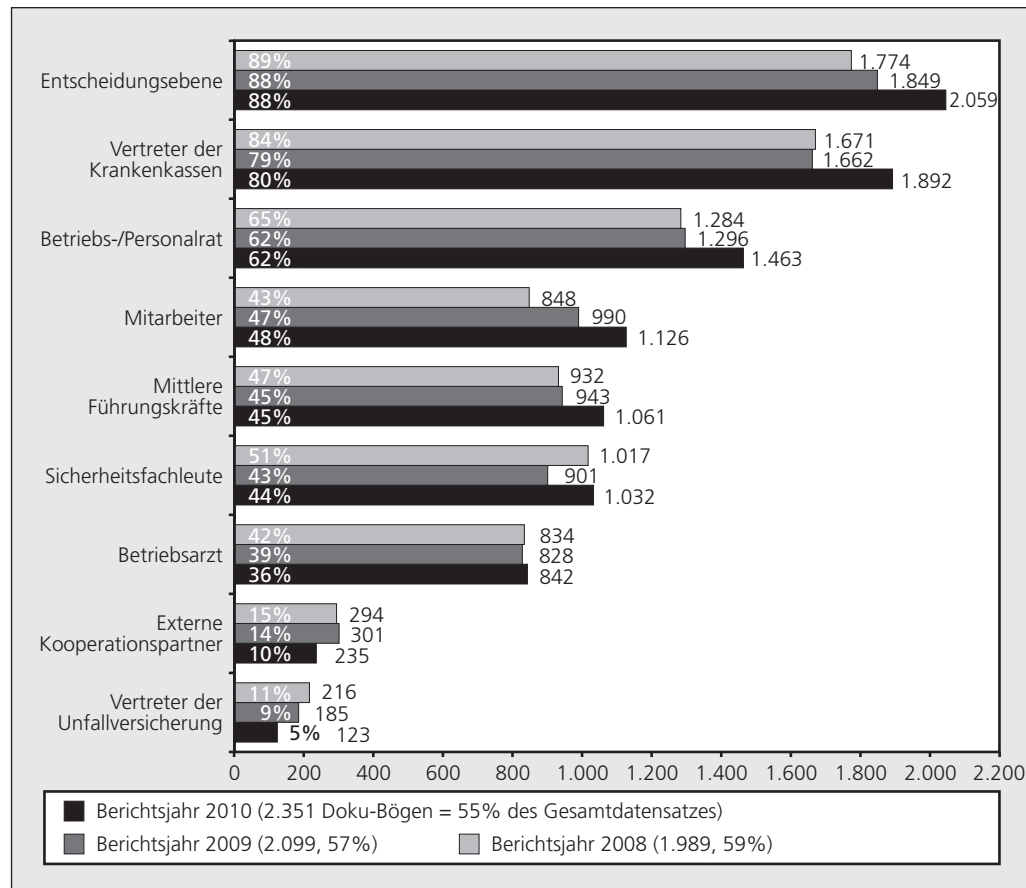
schnitte 8.10.1, 8.13.3, 8.15.4). Projekte, die Koordinations- und Steuerungsstrukturen aufgebaut haben, sind tendenziell „anspruchsvoller“, und die eingeleiteten Maßnahmen sind von höherer Qualität. Daher sind solche Projekte auch erfolgversprechender.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung waren Koordinations- und Steuerungsstrukturen etwas seltener vorhanden als im Setting-Ansatz. Während ihr Anteil im Setting Ansatz bei 68% lag, betrug er hier 55% aller Projekte. Speziell in kleinen Betrieben sind sie seltener.

Die nachfolgende Abbildung stellt die Verteilung der Vertreter im Steuerungsgremium dar.

Abb. 34: Vertreter im Steuerungsgremium

(Mehrfachnennungen möglich)



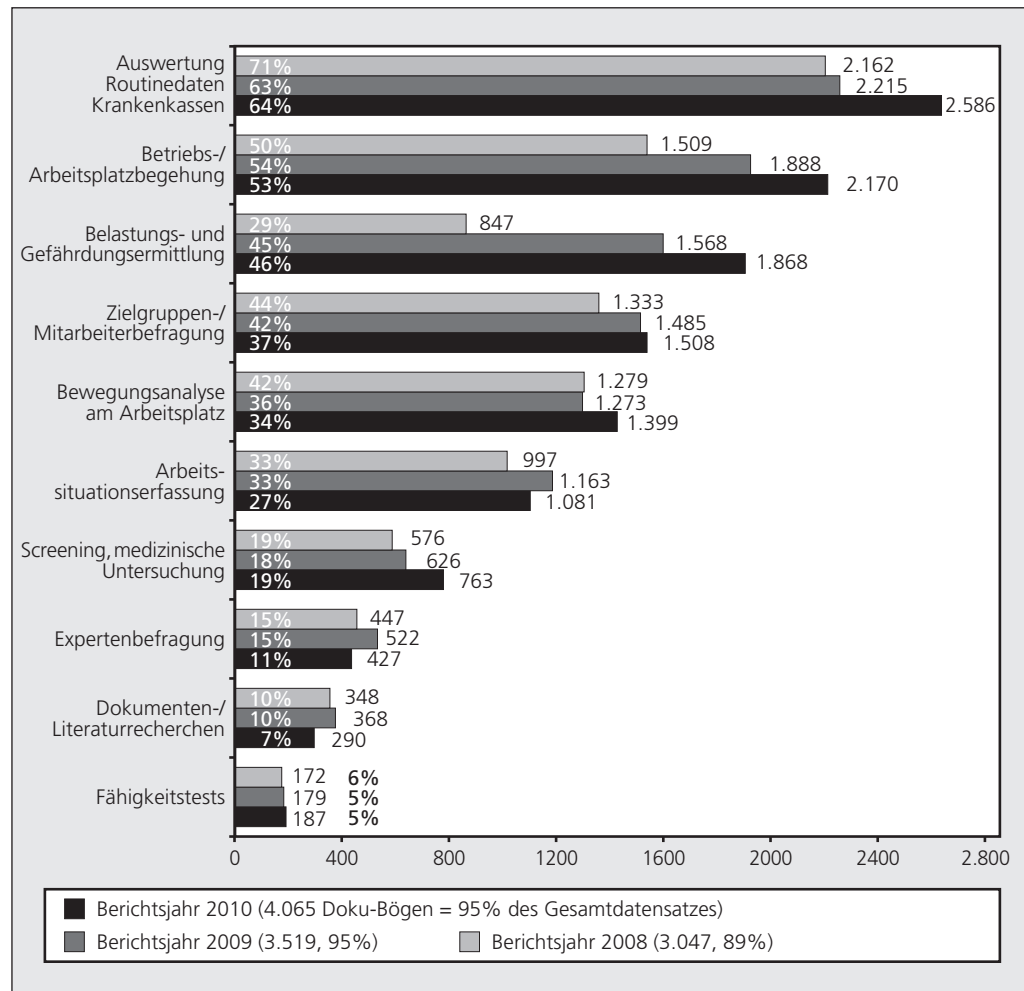
8.10 Bedarfsermittlung

Es gibt keine Standardmaßnahmen der Gesundheitsförderung, die bei jedem Betrieb erfolgreich eingesetzt werden können. Hinweise, welche Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für welchen Betrieb bzw. welche Beschäftigtengruppe erfolgversprechend sind, bieten Analysen der Belastungen am Arbeitsplatz, der Arbeitssituation im Betrieb, Mitarbeiterbefragungen und weitere Informationsquellen.

Im Jahr 2010 wurden bei 93% der Projekte solche vorgängigen Bedarfsanalysen durchgeführt. Dabei wurden im Durchschnitt drei Methoden der Bedarfsanalyse verwendet. Die nachfolgende Abbildung lässt erkennen, dass die Krankenkassen und Betriebe objektive Daten – beispielsweise Routinedaten der Krankenkassen – mit subjektiven Daten aus Mitarbeiter- oder Expertenbefragungen verknüpfen.

Abb. 35: Bedarfsermittlung

(Mehrfachnennungen möglich)

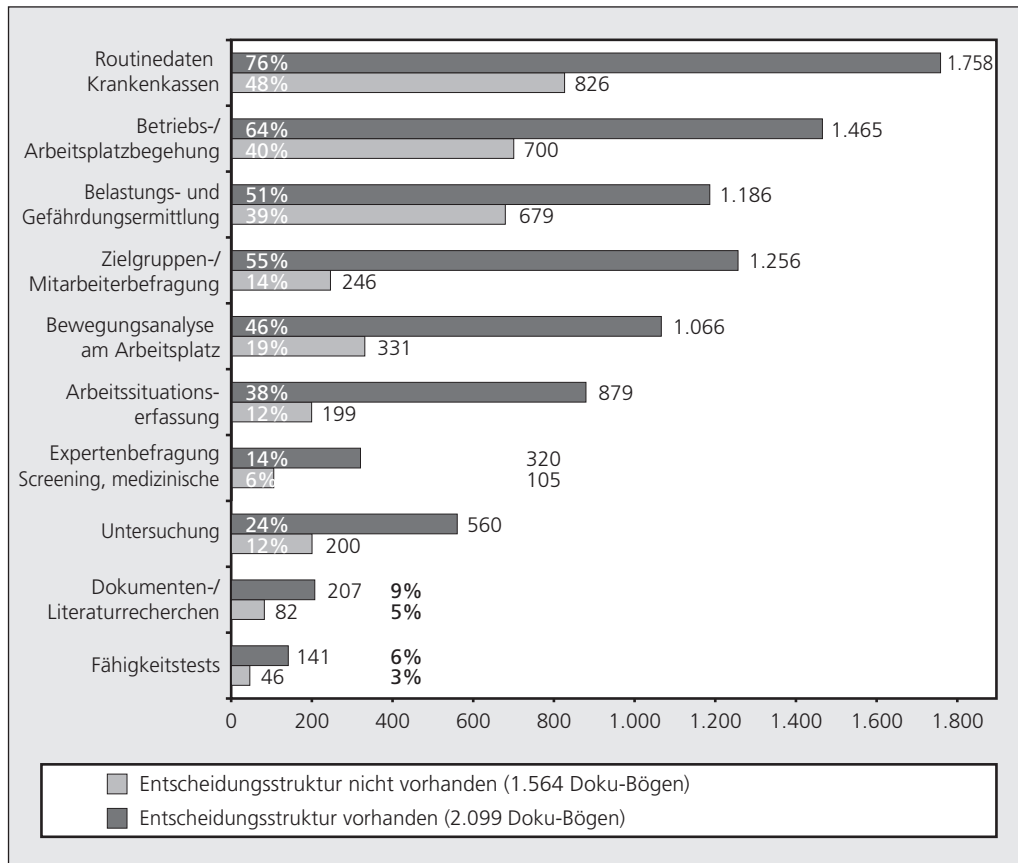


8.10.1 Bedarfsermittlung nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur

Bei den Projekten mit vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen kamen mehr Bedarfsanalysen zum Einsatz als bei den Projekten ohne solche Strukturen. Dies zeigt, dass diese

entscheidend zur Optimierung des Bedarfs von betrieblichen Gesundheitsleistungen und somit zu einer höheren Qualität der Maßnahmen beitragen.

Abb. 36: Bedarfsermittlung nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur

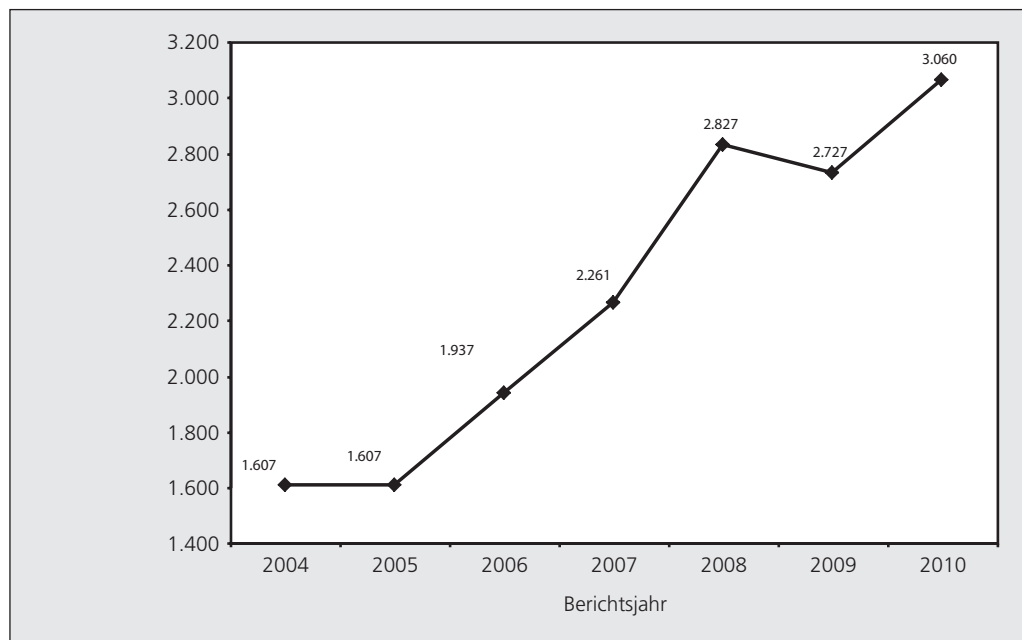


8.11 Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind Gruppen, in denen Beschäftigte eines Betriebes für mehrere Sitzungen zusammenkommen und über ihre arbeitsbedingte Belastungen berichten. Angeleitet von einem Moderator werden die Belastungen gemeinsam analysiert und Verbesserungsvorschläge erarbeitet. Gesundheitszirkel dienen also sowohl der Diagnose als auch der Diskussion und Entwicklung geeigneter Maßnahmen für die Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der Betroffenen.

Im Jahr 2010 kamen bei 22% der Projekte Gesundheitszirkel zur Anwendung. Bei 87% der Projekte mit durchgeführten Gesundheitszirkeln wurden durchschnittlich vier Gesundheitszirkel je Projekt realisiert. Mehrere Gesundheitszirkel in einem Projekt können durch einen Einsatz in unterschiedlichen Arbeits- oder Produktionsbereichen oder an unterschiedlichen Standorten, die durch ein Projekt betreut wurden, zustande kommen.

Abb. 37: Gesundheitszirkel



8.11.1 Gesundheitszirkel nach Branchen

Tabelle 29: Gesundheitszirkel nach Branchen

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.784		Dienstleistungen N=648		Gesundheits- und Sozialwesen N=631		Öffentliche Verwaltung N=427	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	638	36%	97	15%	81	13%	56	14%
Nein	1.123	64%	537	85%	541	87%	358	86%
Gültige Angaben	1.761	100%	634	100%	622	100%	414	100%
Fehlende Angaben	23		14		9		13	
	Handel N=298		Baugewerbe N=169					
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent				
Ja	20	7%	9	5%				
Nein	275	93%	159	95%				
Gültige Angaben	295	100%	168	100%				
Fehlende Angaben	3		1					

8.11.2 Gesundheitszirkel nach Betriebsgrößen

Der häufige Einsatz von Gesundheitszirkeln in Kleinstbetrieben lässt sich dadurch erklären, dass dort oft alle Mitarbeiter gemeinsam einbezogen werden können. Gesundheitszirkel in Kleinstbetrieben bieten die Gelegenheit, Ablauf- und Organisationsprobleme zu besprechen und damit an gesundheitsförderlichen Strukturen zu arbeiten.

Der Gesundheitszirkel erfüllt aber auch die Funktion, Risiken und Ressourcen zu erheben. In den Kleinstbetrieben besteht keine andere Möglichkeit zur Analyse der Ausgangssituation, weil Mitarbeiterbefragungen aufgrund der geringen Fallzahlen nicht aussagekräftig wären. In Großunternehmen erfüllen dagegen eher AU-Analysen und Mitarbeiterbefragungen den Zweck der Erhebung des Ausgangszustands.

Tabelle 30: Gesundheitszirkel nach Betriebsgröße

	1 bis 9 Beschäftigte N=501		10 bis 49 Beschäftigte N=774		50 bis 99 Beschäftigte N=542	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	308	62%	117	15%	76	14%
Nein	187	38%	653	85%	461	86%
Gültige Angaben	495	100%	770	100%	537	100%
Keine Angabe	6		4		5	
	100 bis 499 N=1.665		500 bis 1.499 N=571		1.500 und mehr N=231	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	273	17%	100	18%	65	29%
Nein	1.360	83%	460	82%	159	71%
Gültige Angaben	1.633	100%	560	100%	224	100%
Keine Angabe	32		11		7	

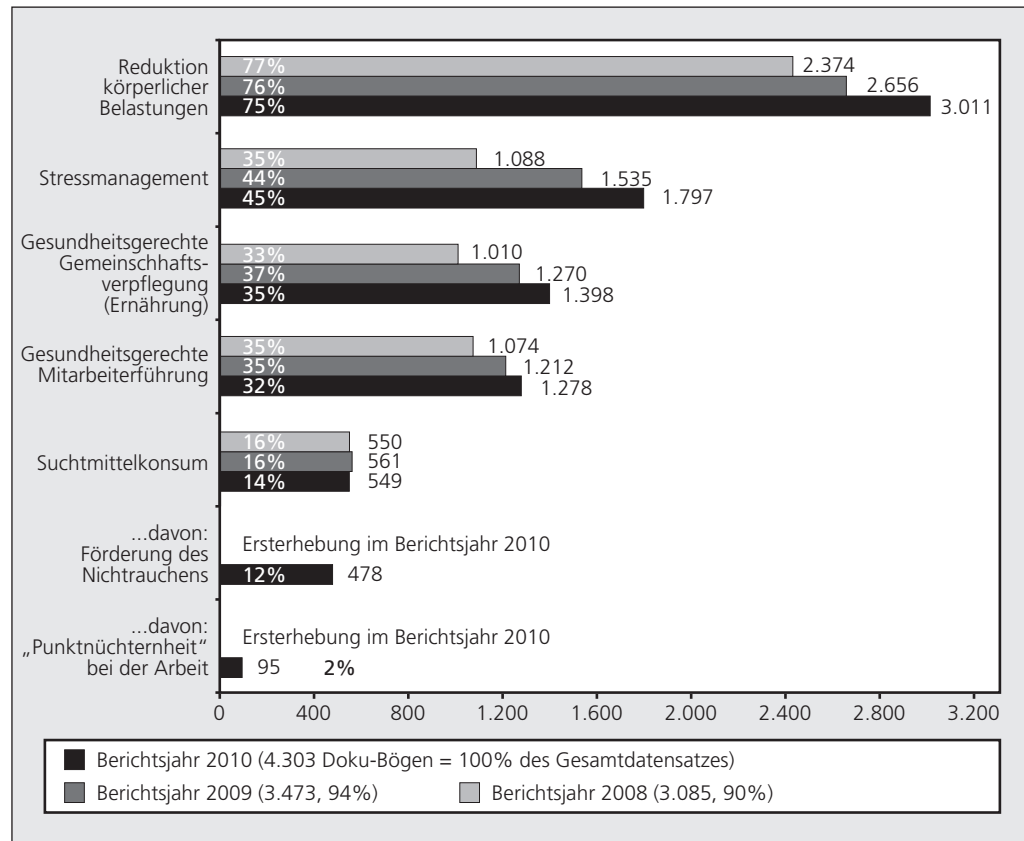
8.12 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Für 93% aller Projekte lagen Angaben zu den Inhalten der Interventionen vor. Bei den restlichen 7% kann davon ausgegangen werden, dass sich die Projekte zum Zeitpunkt der Erhebung noch in der

Phase der Bedarfsermittlung oder Strukturbildung befanden. Im Durchschnitt wurden zwei Handlungsfelder miteinander kombiniert.

Abb. 38: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

(Mehrfachnennungen möglich)



Bei der Dokumentation zum Suchtmittelkonsum wird seit 2010 zwischen Förderung des Nichtraucherens und der so genannten Punktnüchternheit bei der Arbeit differenziert. Punktnüchternheit bedeutet, in gewissen Situationen auf Alkohol zu verzichten – im Beruf, im Straßenverkehr, zusammen mit Medikamenten, in der Schwangerschaft, im Kindesalter.

Von allen Projekten zum Suchtmittelkonsum beschäftigen sich 87% mit Maßnahmen zur Förderung des Nichtraucherens.

Viele psychische Erkrankungen können durch Stress verursacht werden, daher

kommen in der betrieblichen Gesundheitsförderung immer häufiger Präventionsmaßnahmen zur Stressbewältigung und Stressmanagement zum Einsatz. Im Vergleich zum Vorjahr hat ihre Anzahl um 17% zugenommen. Damit wurde das Präventionsziel einer jährlichen Steigerung von 5% übertroffen (vgl. Abschnitt 5.2, S. 24 ff.). Interventionen zur Stärkung der psychischen Ressourcen erscheinen auch tatsächlich zunehmend notwendig. Der Anteil psychischer Erkrankungen an den Arbeitsunfähigkeitstagen nahm zwischen 2002 und 2010 von 7,9% auf 10,8% zu, was einem Anstieg von gut einem Drittel entspricht.²⁴

²⁴ Kordt M, IGES, DAK (Hrsg.): DAK Gesundheitsreport 2002, 2010

8.12.1 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Branchen

Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, steht die Reduktion körperlicher Belastungen in allen Branchen im Vordergrund der Präventionsmaßnahmen. Die anderen Hand-

lungsfelder und Präventionsprinzipien werden deutlich unterschiedlich eingesetzt, je nach dem vorherrschenden Belastungsprofil in der jeweiligen Branche.

Tabelle 31: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Branchen

(Mehrfachnennungen möglich)

	Verarbeitendes Gewerbe n=1696		Dienstleistungen n=602		Gesundheits- und Sozialwesen n=564	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	1.377	81%	415	69%	406	72%
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)	520	31%	250	42%	180	32%
Stressmanagement	863	51%	236	39%	263	47%
Gesundheitsgerechte MA-führung	792	47%	134	22%	141	25%
Suchtmittelkonsum	286	17%	93	15%	49	9%
Förderung des Nichtrauchens	233	14%	85	14%	48	9%
„Punktnüchternheit“ bei der Arbeit	43	3%	22	4%	4	1%
Fehlende Angaben	88		46		67	
	Öffentl. Verwaltung n=387		Handel n=276		Baugewerbe n=162	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	270	70%	188	68%	127	78%
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)	154	40%	110	40%	69	43%
Stressmanagement	193	50%	90	33%	35	22%
Gesundheitsgerechte MA-führung	92	24%	39	14%	24	15%
Suchtmittelkonsum	47	12%	24	9%	11	7%
Förderung des Nichtrauchens	45	12%	23	8%	10	6%
„Punktnüchternheit“ bei der Arbeit	10	3%	3	1%	2	1%
Sonstige Inhalte	99	26%	47	17%	29	18%
Fehlende Angaben	40		22		7	

8.12.2 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Betriebsgrößen

In den Kleinstbetrieben wird das Thema der körperlichen Belastungen am häufigsten bearbeitet, aber auch Stressmanagement und die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung werden sehr häufig genannt. Die Gesundheitsförderung in Kleinstbetrieben ist also überwiegend multimodal aufgebaut.

Mit der steigenden Betriebsgröße steigt auch die Thematisierung des Suchtmittelkonsums. Das liegt daran, dass größere Betriebe häufiger etablierte Programme

haben. Auch gibt es dort oft Sozialarbeiter oder Suchtbeauftragte, die entsprechende Aktivitäten veranlassen und diese begleiten. Je größer der Betrieb ist, desto häufiger wird auch die gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung als Inhalt der Interventionen gewählt. Das kann darauf zurückgeführt werden, dass mehr größere Unternehmen eine eigene Kantine betreiben und damit bessere Möglichkeiten haben, eine gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung aufzubauen.

Tabelle 32: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Betriebsgrößen

	1 bis 9 Beschäftigte n=496		10 bis 49 Beschäftigte n=749		50 bis 99 Beschäftigte n=487	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	441	89%	523	70%	369	76%
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)	85	17%	253	34%	151	31%
Stressmanagement	335	68%	244	33%	196	40%
Gesundheitsgerechte MA-führung	314	63%	135	18%	107	22%
Suchtmittelkonsum	8	2%	25	3%	47	10%
Förderung des Nichtrauchens	6	1%	19	3%	41	8%
„Punktnüchternheit“ bei der Arbeit	1	0%	1	0%	7	1%
Sonstige Inhalte	21	4%	140	19%	79	16%
Fehlende Angaben	5		25		55	
	100 bis 499 n=1.515		500 bis 1.499 n=519		1.500 und mehr n=218	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reduktion körperlicher Belastungen	1.133	75%	383	74%	160	73%
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)	573	38%	225	43%	108	50%
Stressmanagement	633	42%	253	49%	135	62%
Gesundheitsgerechte MA-führung	467	31%	172	33%	83	38%
Suchtmittelkonsum	280	18%	117	23%	71	33%
Förderung des Nichtrauchens	241	16%	106	20%	64	29%
„Punktnüchternheit“ bei der Arbeit	39	3%	20	4%	26	12%
Sonstige Inhalte	290	19%	118	23%	56	26%
Fehlende Angaben	150		52		13	

8.13 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Verhaltensbezogene Aktivitäten intendieren, das gesundheitsbezogene Verhalten der Mitarbeiter zu ändern oder eine bessere Belastungsverarbeitung zu erreichen. Diesem Ziel dienen beispielsweise Informationsveranstaltungen oder Angebote zur Stressbewältigung und Bewegungsförderung.

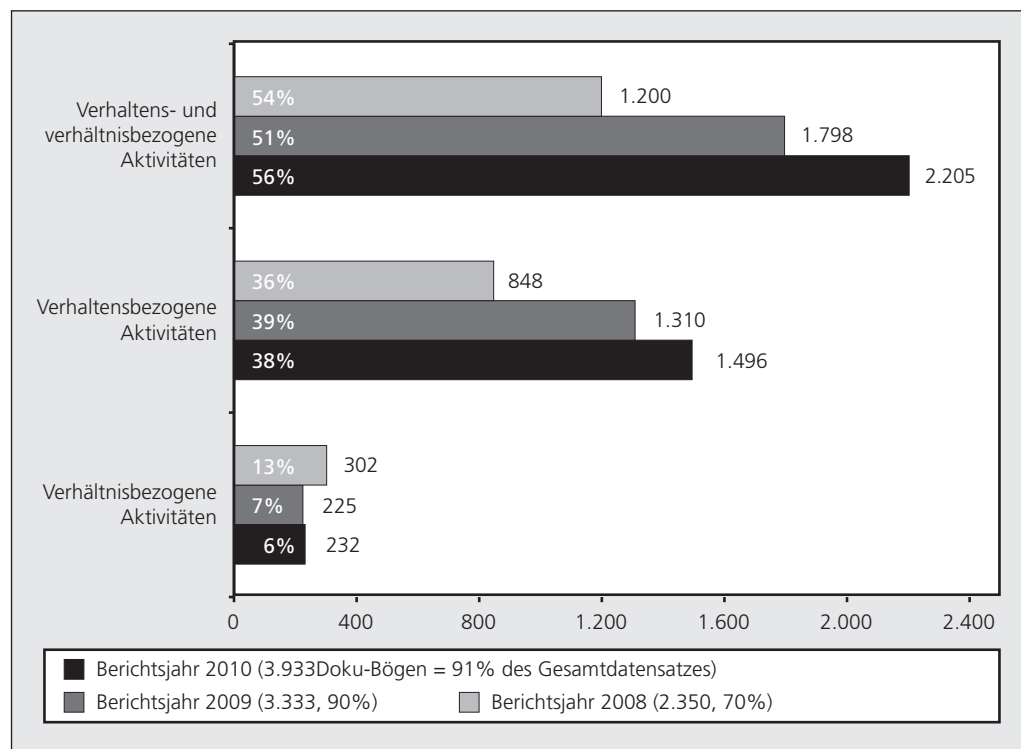
Verhältnisbezogene Maßnahmen sind auf strukturelle, organisatorische und Umfeldveränderungen im Betrieb ausgerichtet. Das Ziel ist, die Verhältnisse im Betrieb in einem gesundheitsförderlichen oder belastungsreduzierenden Sinne zu

verändern. Im Idealfall bindet sich die betriebliche Gesundheitsförderung in betriebliche Managementprozesse ein.

Qualitativ hochwertige und nachhaltige betriebliche Gesundheitsförderung setzt sowohl beim Verhalten als auch den Verhältnissen an. Wie die folgende Abbildung zeigt, hat der Anteil sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogener Aktivitäten im Berichtsjahr erneut deutlich zugenommen. Das zeigt, dass die geförderten Projekte in zunehmendem Maß auch die Verhältnisprävention berücksichtigen.

Abb. 39: Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

(Mehrfachnennungen möglich)



Rein verhältnisbezogene Aktivitäten im Betrieb sind in der Regel mit Investitionen verbunden.

Hier trifft die Betriebsleitung die Entscheidung, die Krankenkassen sind beratend beteiligt.

8.13.1 Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Branchen

Die folgende Tabelle lässt erkennen, dass es insbesondere im verarbeitenden Gewerbe Initiativen zur Verbesserung der Umfeldbedingungen im Betrieb gibt. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass hier die körperlichen Auswirkungen

der Arbeitsplatzgestaltung am ehesten sichtbar und plausibel sind. Auch suchen offensichtlich die Betriebsinhaber in dieser Branche am häufigsten Unterstützung bei der Umsetzung verhältnisbezogener Ansätze.

Tabelle 33: Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Branchen

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.784		Dienstleistungen N=648		Gesundheits- und Sozialwesen N=631	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	1.183	70%	278	48%	238	43%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	419	25%	265	46%	256	47%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	83	5%	35	6%	56	10%
Gültige Angaben	1.685	100%	578	100%	550	100%
Fehlende Angaben	99		70		81	
	Öff. Verwaltung N=427		Handel N=298		Baugewerbe N=169	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	176	45%	122	45%	63	40%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	179	46%	146	54%	89	56%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	34	9%	2	1%	7	4%
Gültige Angaben	389	100%	270	100%	159	100%
Fehlende Angaben	38		28		10	

8.13.2 Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Betriebsgrößen

Tabelle 34: Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Betriebsgröße

	1 bis 9 Beschäftigte N=501		10 bis 49 Beschäftigte N=774		50 bis 99 Beschäftigte N=542	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	375	76%	346	47%	227	47%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	115	23%	363	49%	227	47%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	5	1%	31	4%	31	6%
Gültige Angaben	495	100%	740	100%	485	100%
Fehlende Angaben	6		34		57	
	100 bis 499 N=1.665		500 bis 1.499 N=571		1.500 und mehr N=231	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten	835	56%	286	56%	135	64%
Verhaltensbezogene Aktivitäten	536	36%	190	37%	64	30%
Verhältnisbezogene Aktivitäten	116	8%	35	7%	13	6%
Gültige Angaben	1.487	100%	511	100%	212	100%
Fehlende Angaben	178		60		19	

8.13.3 Intervention nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur

Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen waren die Aktivitäten im Betrieb deutlich häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen, als wenn diese Strukturen fehlten.

Bei fehlenden Steuerungsstrukturen standen die verhaltensbezogenen Aktivitäten im Vordergrund. Das ist ein Unterschied

zum Setting-Ansatz, denn dort wurden bei fehlenden Steuerungsstrukturen häufiger rein verhältnisbezogene Aktivitäten durchgeführt (61%). Das weist auf eine deutlich unterschiedliche Aufgabenübernahme der Krankenversicherung in den beiden Präventionsbereichen hin.

Abb. 40: Verhältnis- und verhaltensorientierte Aktivitäten

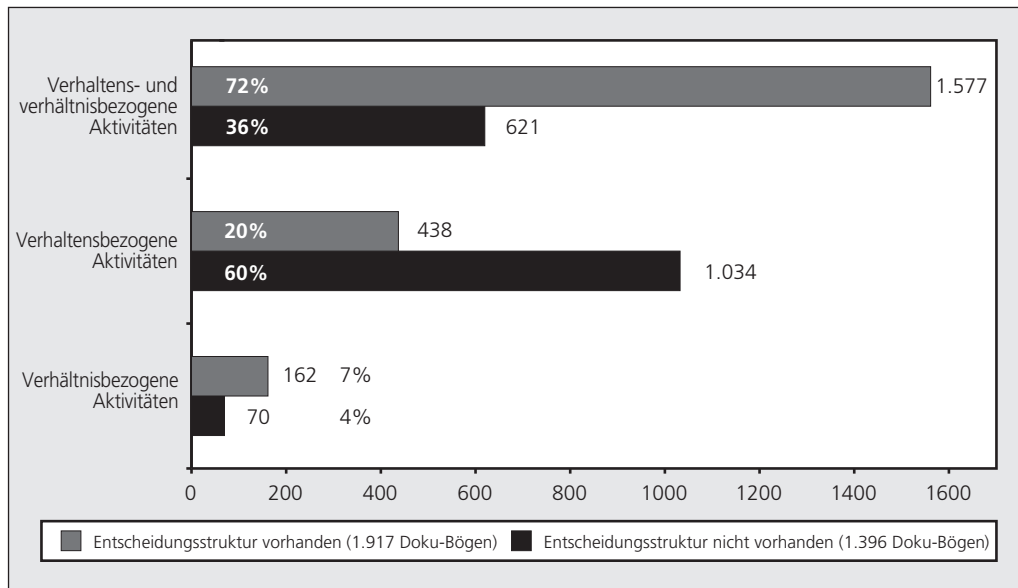
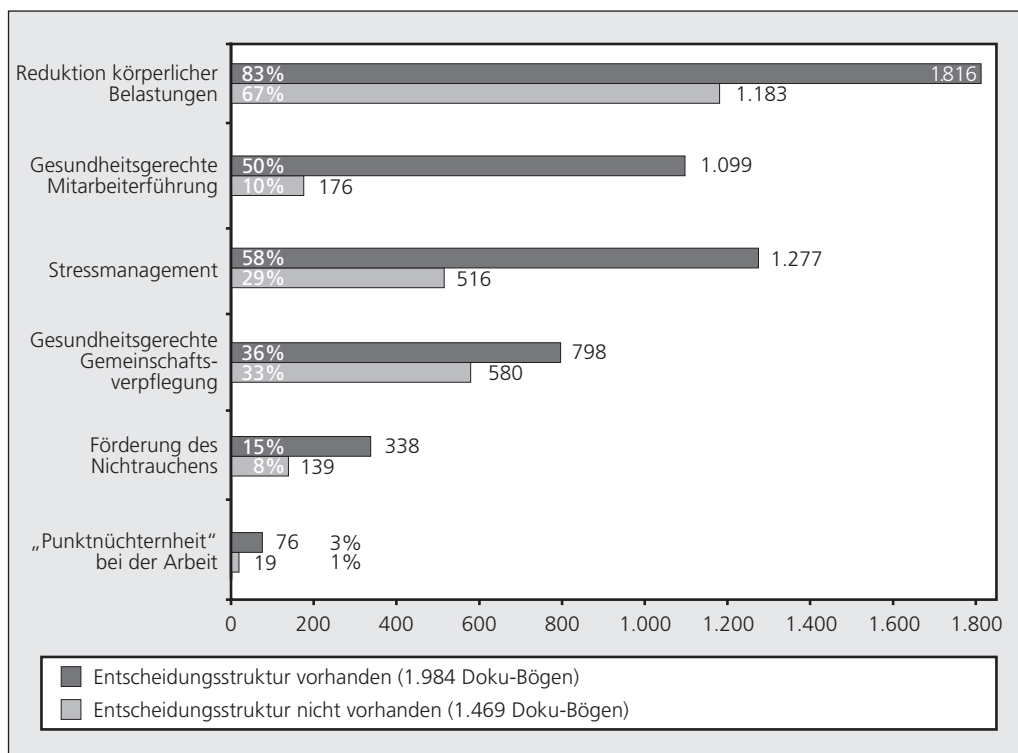


Abb. 41: Inhaltliche Ausrichtung



Insgesamt ist bei allen Projekten mit Entscheidungs- und Steuerungsstruktur ein deutlich höherer Anteil an psychosozial

orientierten Aktivitäten zur Verbesserung der Stressbewältigung am Arbeitsplatz und Mitarbeiterführung zu verzeichnen.

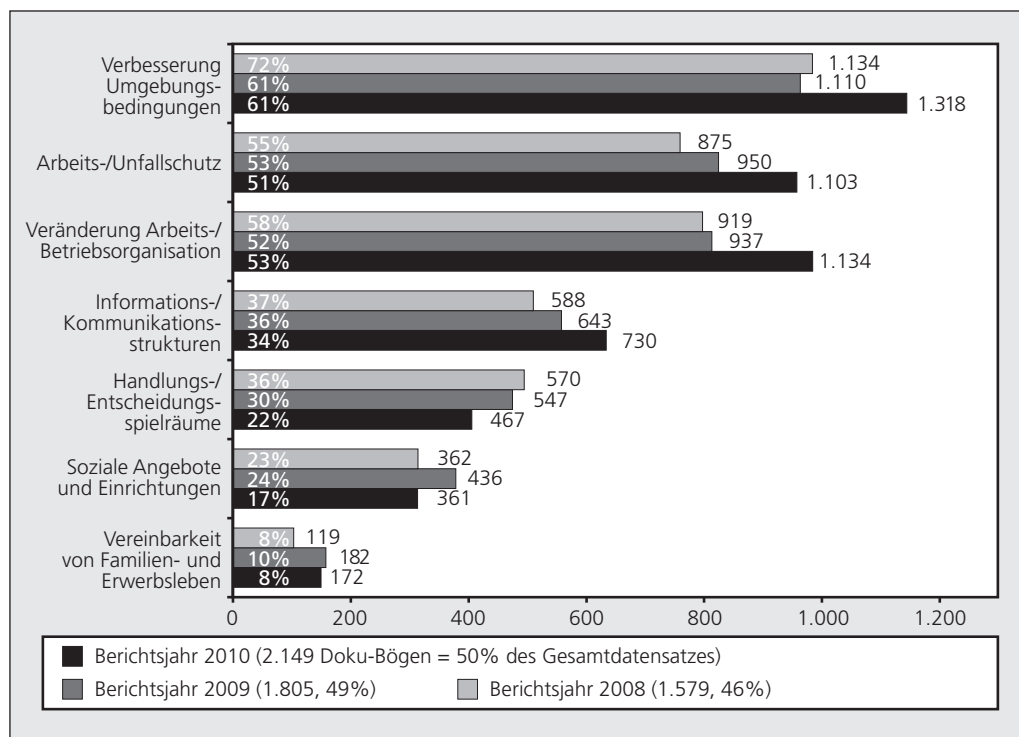
8.14 Art der Umgestaltung

Die Umgestaltungen verdeutlichen, welche verhältnisbezogenen Maßnahmen umgesetzt wurden. Der Beitrag der Krankenkassen besteht typischerweise darin, Aktivitäten anzuregen oder sie inhaltlich zu begleiten. Damit ist oft die Zielsetzung

verbunden, in den Unternehmen einen Beitrag zu einem umfassenden Gesundheitsmanagement zu leisten. Im Durchschnitt lagen je Dokumentationsbogen drei Angaben zur Art der Umgestaltungen in Betrieben vor.

Abb. 42: Art der Umgestaltung

(Mehrfachnennungen möglich)



Die Initiativen zur Förderung spezieller Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf machen mit 172 Projekten zwar nur einen kleinen Anteil der verhältnisbezogenen Maßnahmen aus, aber sie

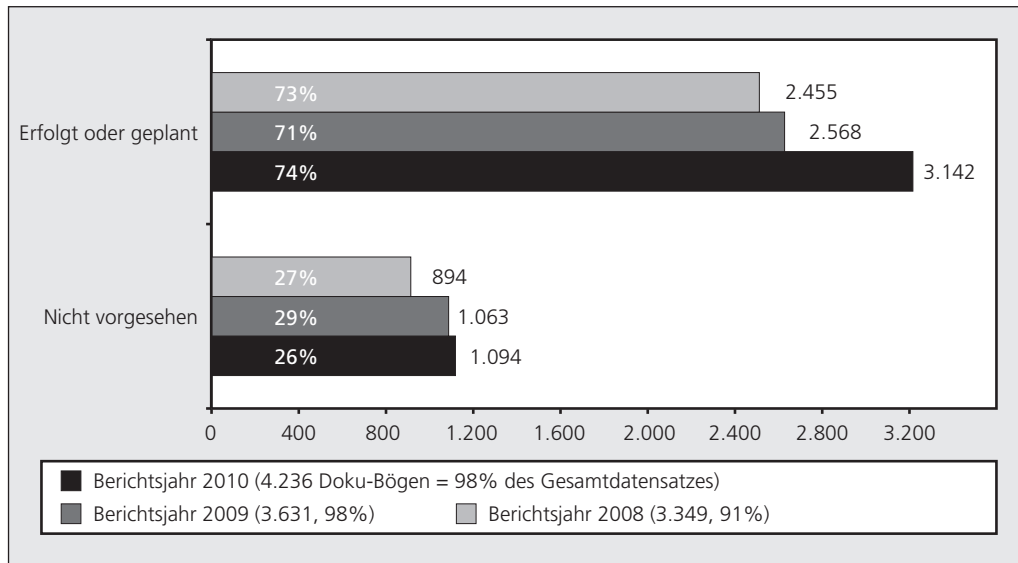
waren im Hinblick auf ihre Reichweite erfolgreich, weil sie im Vergleich zum Vorjahr eine deutlich größere Zahl an Betrieben – 534 – erreichten (vgl. den Abschnitt Präventionsziele, Tabelle 4, Seite 30).

8.15 Erfolgskontrolle

Während sich bei der Durchführung oder Planung der Erfolgskontrollen in den letzten Jahren ein etwas abnehmender Trend

beobachten ließ, konnte im Jahr 2010 ein leichter Wiederanstieg festgestellt werden.

Abb. 43: Durchführung einer Erfolgskontrolle



8.15.1 Erfolgskontrollen nach Branchen

Tabelle 35: Erfolgskontrolle nach Branchen

	Verarbeitendes Gewerbe N=1.784		Dienstleistungen N=648		Gesundheits- und Sozialwesen N=631	
Erfolgskontrolle erfolgt oder geplant	1.413	80%	435	68%	462	75%
Erfolgskontrolle nicht vorgesehen	355	20%	203	32%	157	25%
Gültige Angaben	1.768	100%	638	100%	619	100%
Fehlende Angaben	16		10		12	
	Öffentliche Verwaltung N=427		Handel N=298		Baugewerbe N=169	
Erfolgskontrolle erfolgt oder geplant	286	68%	194	66%	106	64%
Erfolgskontrolle nicht vorgesehen	137	32%	102	34%	59	36%
Gültige Angaben	423	100%	296	100%	165	100%
Fehlende Angaben	4		2		4	

8.15.2 Erfolgskontrollen nach Betriebsgrößen

Tabelle 36: Erfolgskontrolle nach Betriebsgröße

	1 bis 9 Mitarbeiter N=501		10 bis 49 Mitarbei- ter N=774		50 bis 99 Mitarbei- ter N=542	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erfolgskontrolle erfolgt oder geplant	435	89%	509	67%	370	69%
Erfolgskontrolle nicht vorgesehen	56	11%	253	33%	167	31%
Gültige Angaben	491	100%	762	100%	537	100%
Fehlende Angaben	10		12		5	
	100 bis 499 N=1.665		500 bis 1.499 N=571		1.500 und mehr N=231	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erfolgskontrolle erfolgt oder geplant	1.244	76%	414	73%	167	73%
Erfolgskontrolle nicht vorgesehen	401	24%	152	27%	62	27%
Gültige Angaben	1.645	100%	566	100%	229	100%
Fehlende Angaben	20		5		2	

Begleitende Befragungen, Nachbefragungen, Untersuchungen und Auswertungen zur Erfolgskontrolle erfordern bei kleinen Betrieben einen relativ höheren Aufwand als bei großen.

Umso bemerkenswerter ist das Ergebnis des vorliegenden Präventionsberichts, dass Erfolgskontrollen am häufigsten in Kleinstbetrieben erfolgten, nämlich bei 89% der Projekte.

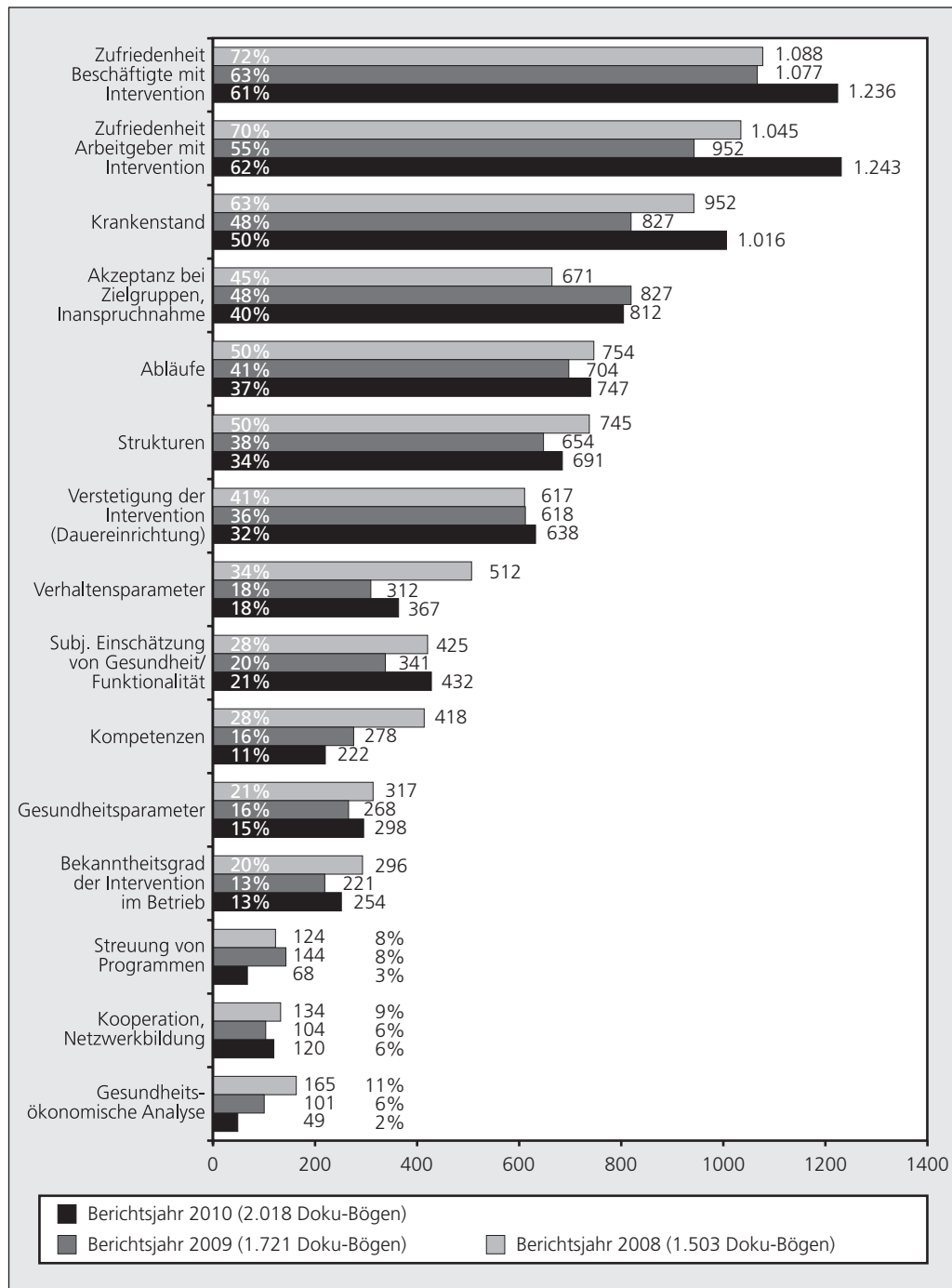
8.15.3 Inhalte der Erfolgskontrollen

Eine Erfolgskontrolle kann mehrere Ergebnisdimensionen erfassen. Im Durchschnitt wurden im Jahr 2010 fünf Parameter er-

hoben. Die nachfolgende Abbildung stellt dar, wie häufig die jeweiligen Erhebungsparameter vorkamen.

Abb. 44: Inhalte der Erfolgskontrolle

(Mehrfachnennungen möglich)



Welche Ergebnisparameter kombiniert wurden, war sehr unterschiedlich. In 47% der Fälle mit Mehrfachnennungen wurden die Parameter „Zufriedenheit der Beschäftigten und des Arbeitgebers mit der Intervention“ Krankenstand, Abläufe und Strukturen in verschiedener Weise kombiniert.

Der Parameter „Streuung von Programmen“ wurde deutlich seltener als zuvor berichtet. Zu verstehen ist darunter

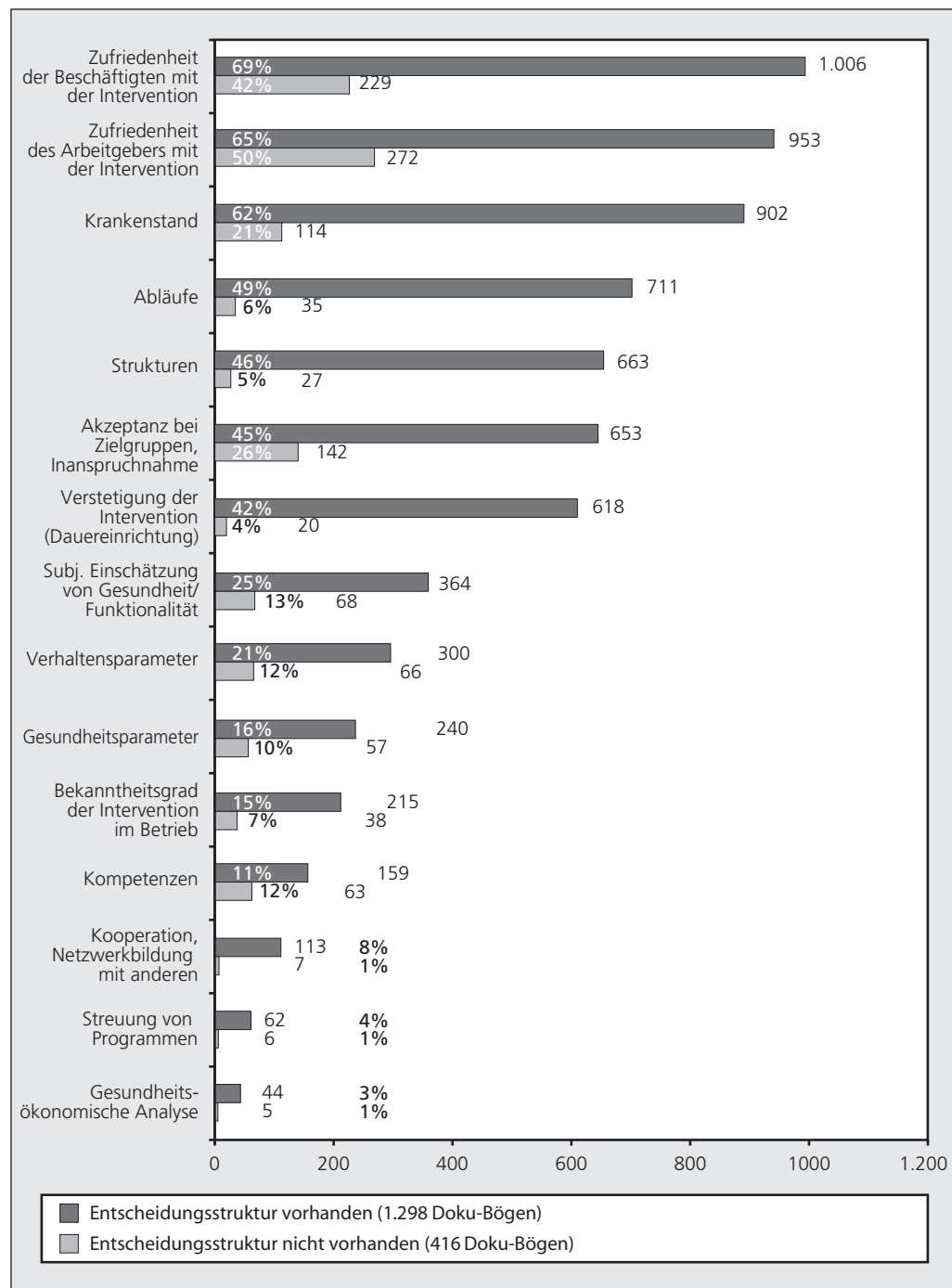
die Verbreitung von Programmteilen (z.B. Gesundheitszirkeln) unter den einzelnen Abteilungen bzw. Arbeitsbereichen oder Standorten eines Unternehmens. Dieser Parameter kann einen Anhaltspunkt für die Ausdehnung und somit auch Nachhaltigkeit eingeleiteter Entwicklungen liefern. Im Idealfall führt dies als eine Multiplikationsfunktion zur Einbindung der Programme in vorhandene Strukturen und damit zu gesundheitsförderlichen Strukturveränderungen in einem größeren Rahmen.

8.15.4 Erfolgskontrollen nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur

84% der Projekte mit vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen berichteten über bereits durchgeführte und geplante Erfolgskontrollen. Fehlten solche Strukturen, gab es nur bei 62% Erfolgskontrollen.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, welche der vielfältigen Möglichkeiten zur prozess- und ergebnisbezogenen Erfolgskontrolle bei den krankenkassengeforderten Projekten wie häufig realisiert wurden. Dies wird jeweils für den Fall mit und ohne Steuerungsstrukturen berichtet.

Abb. 45: Erfolgskontrollen



9 Empfehlungen und Ausblick

Die Angaben im Präventionsbericht 2011 machen das Engagement der Krankenkassen in der Prävention und Gesund-

heitsförderung transparent. Gleichzeitig geben die Daten Hinweise, welche Aktivitäten noch ausgebaut werden sollten.

Präventionsziele im Setting-Ansatz

Die Ergebnisse des Präventionsberichts 2011 belegen, dass die Krankenkassen ihre zielbezogenen Aktivitäten in den verschiedenen Settings noch intensiviert haben.

Bei drei der vier Präventionsziele im Setting-Ansatz konnten die angestrebten Ausweitungsraten deutlich übertroffen werden. Zur zukünftigen Zielerreichung des auf Gesundheitsförderung bezogenen Teilziels 3 sind noch weitere Anstrengungen erforderlich. Das Ziel lautet:

„Steigerung der Anzahl an Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen mit etablierten Steuerungskreisen für Gesundheit, an denen mindestens die GKV, der Schulträger, die Schulleitung und Lehrerschaft sowie Eltern und Schüler/innen (ab Sekundarstufe II) vertreten sind, um 5% pro Jahr.“

Die angestrebte Steigerung gelang zwar im dreijährigen Durchschnitt, aber im Vergleich zum Vorjahr ergab sich ein Rückgang (s. Tabelle 3, S. 22).

Das Ziel ist zweifellos anspruchsvoll, weil es vor allem von der Bereitschaft der Schulen abhängt, derartige Steuerungskreise zu etablieren. Der vorliegende Präventionsbericht zeigt jedoch auf, dass Projekte mit Steuerungskreisen hinsichtlich der Parameter Bedarfsanalysen, Laufzeit, Gesundheitszirkel, verhaltens- und verhältnisbezogener Interventionen, inhaltlicher Breite und Erfolgskontrollen deutlich besser aufgestellt sind als Projekte ohne derartiges Steuerungsgremium. Die Existenz eines Steuerungskreises ist demnach eine wichtige Grundvoraussetzung für die Qualität und Nachhaltigkeit der schulischen Gesundheitsförderung. Daher ist es zu empfehlen, dass die Krankenkassen zukünftig im Gespräch mit den Schulen stärker darauf achten, dass an der Schule ein Steuerungskreis mit Vertretern aller Interessengruppen gebildet wird. Der Leitfaden Prävention setzt für die Durchführung von krankenkassengeforderten Maßnahmen voraus, dass ein derartiges Gremium eingerichtet wird.

Qualität und Umfang der Leistungen in Settings

Der Präventionsbericht 2011 zeigt die hohe Effizienz des Setting-Ansatzes. Mit Ausgaben von 22 Mio. Euro ließen sich fast zweieinhalb Millionen Menschen erreichen. Die von der GKV geförderten Setting-Aktivitäten erreichten etwa 46% der Kitas und allgemeinbildenden Schulen. Dieser insgesamt sehr hohe Erreichungsgrad ist beeindruckend, und es sollte versucht werden, ihn zu halten. Bei einigen wenigen Schulformen ging im Vergleich zum Vorjahr die Zahl der betreuten Settings jedoch zurück. Es sollte daher darauf geachtet werden, Hauptschulen und Realschulen wieder verstärkt einzubeziehen.

Nach der Zielgruppe „Arbeitslose“ wurde im Berichtsjahr 2010 erstmals gefragt.

Das Ziel gesundheitsfördernder Maßnahmen im Setting-Ansatz ist, insbesondere sozial benachteiligte Personen zu erreichen. Dazu werden auch Arbeitslose gezählt. Bisher wenden sich 14 Prozent der Projekte im Setting Stadtteil/Ort an diese Zielgruppe. Falls möglich, sollten die Krankenkassen Projekte mit Einbezug von Arbeitslosen verstärkt fördern.

Die Krankenkassen und ihre Verbände haben sich darauf verständigt, für den Setting-Ansatz zunächst mindestens 0,50 Euro je Versicherten und Jahr aufzuwenden.²⁵ Die Ausgabenentwicklung und das derzeitige Ausgaben-niveau von 0,33 Euro pro Kopf lassen eine positive Entwicklung erkennen, die fortgesetzt werden sollte. Es bleibt die

²⁵ GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention, 2010, S. 13

Aufgabe die Initiativen im Setting-Ansatz verstärkt zu fördern, nicht nur in den Bildungseinrichtungen, sondern auch in der Kommune und in Institutionen für besondere Bevölkerungsgruppen. Das allerdings geht nicht ohne ein ebensolches Engagement der anderen Akteure, die daran arbeiten müssen die

Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung zu verbessern. Beispielsweise ist mit den Einrichtungsträgern darüber zu diskutieren, ob die finanzielle Ausstattung für die Gemeinschaftsverpflegung ausreichend ist und wie strukturelle Verbesserungen erreicht werden können.

Qualität und Umfang der betrieblichen Gesundheitsförderung

Außerordentlich erfreulich ist, dass die betriebliche Gesundheitsförderung weiter ausgebaut werden konnte. Die Zahl der dokumentierten Projekte stieg im Vergleich zum Vorjahr um 17%, die Anzahl der erreichten Betriebe um 21%. Zur Finanzierung des Ausbaus erhöhten die Krankenkassen ihre Ausgaben auf 42 Millionen Euro. Dies entspricht einer Erhöhung von 7%. Es sollte aktiv daran gearbeitet werden, dass sich dieser Trend fortsetzt.

Ebenso hat die Anzahl der durchgeführten Gesundheitszirkel im Vergleich zum Vorjahr zugenommen. Als ein bedeutendes Element der Bedarfsbestimmung, des Einbezugs der Beteiligten und der Mitarbeit an Inhalten sollte der Einsatz von Gesundheitszirkeln auch zukünftig verstärkt gefördert werden.

Die BGF-Präventionsziele bis einschließlich 2012 beziehen sich auf gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung, Stress-

management, Abbau psychischer Belastungen bei älteren Mitarbeitern, betriebliche Steuerungskreise, Gesundheitszirkel und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die Krankenkassen sind bei der Zielerreichung bereits auf gutem Wege und sollten ihr bisher sehr erfolgreiches Bemühen um die Förderung derartiger Maßnahmen fortsetzen.

Sehr positiv ist, dass Erfolgskontrollen immer mehr zum Standard in der betrieblichen Gesundheitsförderung werden: 74% der Projekte setzen eine Form der Evaluation ein. Dabei besteht ein Trend, verstärkt die Zufriedenheit der Beschäftigten und des Arbeitgebers mit der Intervention zu erfassen. Andere Erfolgsparameter, wie Kompetenzen oder Gesundheitsparameter, gehen dagegen deutlich seltener in die Erfassung ein.

Fazit

Der Präventionsbericht 2011 zeigt, dass die gesetzliche Krankenversicherung Prävention und Gesundheitsförderung engagiert und sinnvoll weiterentwickelt. Es ist eine gewisse Schwerpunktver-

schiebung hin zum Setting-Ansatz und zur betrieblichen Gesundheitsförderung und eine Stabilisierung des individuellen Ansatzes auf hohem Niveau zu konstatieren.

10 Anhang

Verzeichnis der Projektbeispiele

Praxisbeispiel zur Evaluation im Setting-Ansatz: Aktion Glasklar	45
Praxisbeispiel 1 zur Evaluation im individuellen Ansatz: Entwicklung und Erprobung eines Routine-Evaluationsverfahrens für Entspannungs- und Stressbewältigungskurse der Volkshochschulen	57
Praxisbeispiel 2 zur Evaluation im individuellen Ansatz: Evaluation und Qualitätssicherung standardisierter Gesundheitssportprogramme	60
Praxisbeispiel 3 zur Evaluation im individuellen Ansatz: Evaluation als Beitrag zum Qualitätsmanagement von Präventionskursen	62
Praxisbeispiel 4 zur Evaluation im individuellen Ansatz: Evaluation eines Kompaktangebots für aktive Landwirte und Landfrauen	64
Praxisbeispiel 5 zur Evaluation im individuellen Ansatz: Wirksamkeit mehrwöchiger wohnortnaher Kurse, wohnortferner Kompaktangebote sowie einer webbasierten Nachbetreuung	66
Praxisbeispiel 1 zur Evaluation in der betrieblichen Gesundheitsförderung: ReSuM – Stress- und Ressourcenmanagement für un- und angelernte Beschäftigte – ein Multiplikatorenkonzept (ReSuM)	81
Praxisbeispiel 2 zur Evaluation in der betrieblichen Gesundheitsförderung: Unternehmerischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung	85

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Dokumentationsbögen für den Settingansatz	25
Abb. 2: Anzahl der Settings	26
Abb. 3: Erreichte Personen	30
Abb. 4: Erreichte Personen in den jeweiligen Settings	31
Abb. 5: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten	33
Abb. 6: Projektlaufzeit in Monaten	33
Abb. 7: Zielgruppen	35
Abb. 8: Kooperationspartner	38
Abb. 9: Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium	40
Abb. 10: Bedarfsermittlung	41
Abb. 11: Bedarfsermittlung nach Vorhandensein der Steuerungsstrukturen	42
Abb. 12: Durchgeführte Gesundheitszirkel	42
Abb. 13: Inhalte	44
Abb. 14: Inhaltliche Ausrichtung nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen	46
Abb. 15: Verhaltens- und Verhältnisbezug der Maßnahmen	48
Abb. 16: Art der Umgestaltung	50
Abb. 17: Erfolgskontrollen	50
Abb. 18: Inhalte der Erfolgskontrolle	52
Abb. 19: Erfolgskontrolle nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen	53
Abb. 20: Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt	56
Abb. 21: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern	56
Abb. 22: Inanspruchnahme nach Alter	59
Abb. 23: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Alter	61
Abb. 24: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Geschlecht	63
Abb. 25: Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern	65
Abb. 26: Anzahl der Dokumentationsbögen für die betriebliche Gesundheitsförderung	68
Abb. 27: Branchen	69
Abb. 28: Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigte)	72
Abb. 29: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten	74
Abb. 30: Laufzeit der Aktivitäten in Monaten	74
Abb. 31: Erreichte Personen (Schätzzahlen)	77
Abb. 32: Zielgruppen	82
Abb. 33: Kooperationspartner	86
Abb. 34: Vertreter im Steuerungsgremium	87
Abb. 35: Bedarfsermittlung	88
Abb. 36: Bedarfsermittlung nach Vorhandensein einer Steuerungsstruktur	89
Abb. 37: Gesundheitszirkel	90
Abb. 38: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	92
Abb. 39: Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	95
Abb. 40: Verhältnis- und verhaltensorientierte Aktivitäten	97
Abb. 41: Inhaltliche Ausrichtung	97
Abb. 42: Art der Umgestaltung	98
Abb. 43: Durchführung einer Erfolgskontrolle	99
Abb. 44: Inhalte der Erfolgskontrolle	101
Abb. 45: Erfolgskontrollen	102

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wichtige Kennziffern	19
Tabelle 2: Direkt erreichte Personen nach Geschlecht.....	20
Tabelle 3: Erreichungsgrad der Präventionsziele im Setting-Ansatz	22
Tabelle 4: Erreichungsgrad der Präventionsziele für die betriebliche Gesundheitsförderung	24
Tabelle 5: Anteil der betreuten Bildungseinrichtungen an allen Einrichtungen in Deutschland	27
Tabelle 6: Settings in sozialen Brennpunkten.....	28
Tabelle 7: Anzahl der Settings nach Bundesländern	29
Tabelle 8: Erreichte Personen je Setting und Monat	30
Tabelle 9: Anzahl direkt erreichter Personen nach Bundesländern.....	32
Tabelle 10: Laufzeiten nach Settings.....	34
Tabelle 11: Zielgruppen nach Settings.....	36
Tabelle 12: Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen nach Settings	39
Tabelle 13: Gesundheitszirkel nach Settings.....	43
Tabelle 14: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Settings	47
Tabelle 15: Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten nach Settings	49
Tabelle 16: Erfolgskontrollen nach Settings	51
Tabelle 17: Teilnahmequote nach Alter.....	58
Tabelle 18: Anzahl der betreuten Betriebe nach Bundesländern	71
Tabelle 19: Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte) nach Branchen	73
Tabelle 20: Laufzeit nach Branche	75
Tabelle 21: Laufzeit nach Betriebsgröße	76
Tabelle 22: Erreichte Personen nach Branche	78
Tabelle 23: Frauenanteil nach Branchen	79
Tabelle 24: Anteil der direkt erreichten männlichen Personen nach Branchen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	79
Tabelle 25: Frauenanteil im Betrieb nach Betriebsgröße.....	80
Tabelle 26: Erreichte Personen nach Bundesländern	80
Tabelle 27: Zielgruppen nach Branchen.....	83
Tabelle 28: Zielgruppen nach Betriebsgröße	84
Tabelle 29: Gesundheitszirkel nach Branchen.....	90
Tabelle 30: Gesundheitszirkel nach Betriebsgröße.....	91
Tabelle 31: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Branchen	93
Tabelle 32: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen nach Betriebsgrößen	94
Tabelle 33: Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Branchen.....	96
Tabelle 34: Verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten nach Betriebsgröße.....	96
Tabelle 35: Erfolgskontrolle nach Branchen.....	99
Tabelle 36: Erfolgskontrolle nach Betriebsgröße	100

Dokumentationsbogen S

Berichtsjahr: 2010 ff.

FB-Nr.:

Der Bogen hat sich im Vergleich zu dem Bogen, der bis zum Berichtsjahr 2009 verwendet wurde, geändert. Frühere Versionen sind nicht mehr gültig. Auch für Projekte, die bereits in früheren Jahren begonnen wurden, ist ab dem Berichtsjahr 2010 die vorliegende Version des Dokumentationsbogens zu verwenden.

S

Primärprävention mittels
Setting-Ansatz gemäß
§ 20 SGB V

Dokumentationsbogen Setting-Ansatz

Dokumentation der Leistungen der GKV:

Primärprävention in Settings

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

Bitte beachten sie beiliegende Ausfüllhinweise zu S!

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

Krankenkasse

Berichtsjahr

Sie können dem Dokumentationsbogen Projektbeschreibungen/Berichte/Veröffentlichungen/Ergebnisdarstellungen beifügen.

1 Allgemeine Daten

1.1 Setting

Die Aktivitäten wurden im folgenden Setting oder den folgenden Settings durchgeführt, von denen ca. ... in „sozialen Brennpunkten“[#] lagen, und erreichten dabei direkt oder indirekt ca. ... Personen.[#]

	Anzahl Set- tings	...davon in „sozialen Brenn- punkten“	Anzahl erreichter Personen			Anzahl Set- tings	...davon in „sozialen Brenn- punkten“	Anzahl erreichter Personen	
			direkt	indir.				direkt	indir.
Grundschule	_____	_____	_____	_____	Stadtteil/Ort*	_____	_____	_____	_____
Sonderschule	_____	_____	_____	_____	Institutionen	_____	_____	_____	_____
Hauptschule	_____	_____	_____	_____	für				
Realschule	_____	_____	_____	_____	spezifische				
Gymnasium	_____	_____	_____	_____	Bevölkerungs-				
Gesamtschule	_____	_____	_____	_____	gruppen*				
Berufsschule	_____	_____	_____	_____	... und zwar ...	_____	_____	_____	_____
o.ä.	_____	_____	_____	_____	Altenheim [#]	_____	_____	_____	_____
Hochschule	_____	_____	_____	_____	Krankenhaus [#]	_____	_____	_____	_____
Kindergarten/ -tagesstätte	_____	_____	_____	_____	Anderes	_____	_____	_____	_____
					Setting				

Bundesweit	☐	Meckl.-Vorp.	☐
Baden-W.	☐	Niedersachsen	☐
Bayern	☐	Nordrhein-Westf.	☐
Bremen	☐	Rheinl.-Pf	☐
Berlin	☐	Saarland	☐
Brandenburg	☐	Sachsen	☐
Hamburg	☐	Sachsen-Anh.	☐
Hessen	☐	Schleswig-H.	☐
		Thüringen	☐

Start: / (Monat/Jahr)
Laufzeit: ca. _____ Monate

im Setting: ja nein
noch laufend ☐ ☐

Mitwirkung der Krankenkassen: ja nein
noch laufend ☐ ☐

ja *nein*

- jünger als 15 Jahre ☐

- 15 bis unter 20 Jahre ☐

- 20 bis unter 30 Jahre ☐

- 30 bis unter 40 Jahre ☐

- 40 bis unter 50 Jahre ☐

- 50 bis unter 60 Jahre ☐

- 60 Jahre und mehr ☐

Sonstige Zielgruppen ☐

3 Kooperationspartner[#]

3.1 Es wurden Kooperationspartner eingebunden:

ja ☐ nein ☐

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

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

(Sie können mehrere Kooperationspartner benennen)

Gesundheitsamt* ☐
Niedergelassene Ärzte ☐
Sonstige Gesundheits-, Sozial- und
Bildungseinrichtungen* ☐
Öffentliche Verwaltung/Institutionen,
Ministerien* ☐
Sportverein ☐
Andere Vereine, Verbände ☐

Selbsthilfegruppe ☐
Andere Krankenkassen ☐
Unfallversicherung* ☐
Sonstige Sozialversicherungsträger* ☐
Wissenschaftliche Einrichtungen* ☐
Sonstige gewerbliche Anbieter/Unternehmen* ☐
Andere ☐

4 Koordination und Steuerung

4.1 Es gibt ein Entscheidungs- und Steuerungsgremium

ja ☐
nein ☐

4.2 Im Entscheidungs- und Steuerungsgremium sind vertreten:

Einrichtungsträger ☐
Leitungsebene der Einrichtung ☐
Mitarbeiter der Einrichtung ☐
Gemeinde, öffentliche Verwaltung/Institutionen, Ministerien* ☐
Eltern ☐
Andere Vertreter der Zielgruppe(n) ☐
Krankenkassen ☐

Unfallversicherung ☐
Sonstige Sozialversicherungsträger* ☐
Öffentlicher Gesundheitsdienst ☐
Niedergelassene Ärzte ☐
Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen* ☐
Andere ☐
und zwar: _____

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

schriftlich ☐
mündlich ☐

5 Bedarfsermittlung

Es wurden die folgenden Schritte unternommen, um im Setting den Präventionsbedarf zu ermitteln:
(Mehrfachnennungen sind möglich)

Begehung des Settings ☐
Befragung der Zielgruppe[#] ☐
Expertenbefragung[#] ☐
Auswertung von Routinedaten der
Krankenkassen ☐

Screening, medizinische Untersuchung* ☐
Fähigkeitstests* ☐
Literaturrecherchen/wissenschaftliche Studien ☐
Sonstiges ☐

6 Gesundheitszirkel /Zukunftswerkstatt[#]

Wurden Gesundheitszirkel durchgeführt? *ja* ☐ Anzahl: *nein* ☐

Eine Zukunftswerkstatt wurde eingerichtet: *ja* ☐ *nein* ☐

7 Intervention[#]

7.1 Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten

Die verhältnis- und/oder verhaltensbezogenen Aktivitäten betrafen die folgenden Inhalte:
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Bewegung..... | ☐ | Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln: | |
| Ernährung..... | ☐ | – mehrere Einzelthemen..... | ☐ |
| Stärkung der psychischen Ressourcen*..... | ☐ | – nur das Einzelthema Förderung des Nichtrauchens..... | ☐ |
| Stressreduktion/Entspannung..... | ☐ | – nur das Einzelthema Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums.. | ☐ |
| Gesundheitsgerechter Umgang miteinander* | ☐ | Verkehrssicherheit | ☐ |
| | | Sexualpädagogik (Aufklärung, Verhütung) | ☐ |
| | | Gesunde Umwelt | ☐ |
| | | Weitere Inhalte | ☐ |
| | | Wenn ja, welche? | |
| | | | |

7.2 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten:[#]

Seit Beginn der Aktivitäten wurden durchgeführt:

Verhältnisbezogene Aktivitäten:*

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

Verhaltensbezogene Aktivitäten:*

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

Art der Umgestaltungen:

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Veränderung der Organisation im jeweiligen Setting* | ☐ | Informations- und Kommunikationsstrukturen* | ☐ |
| Verbesserung von Umgebungsbedingungen* | ☐ | Soziale Angebote und Einrichtungen* | ☐ |
| Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen/Verantwortlichkeiten | ☐ | Andere, | ☐ |
| | | und zwar | |

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

Methoden:

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

Medien:

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

8 Erfolgskontrolle[#]

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

ja nein
☐ ☐

Falls "nein": Bitte beantworten Sie noch 8.3

8.2 Die Erfolgskontrolle bezog sich auf:

(Sie können mehrere Inhalte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| Umfeld/Strukturen ☐ | Zufriedenheit der Zielgruppe mit der
Intervention ☐ |
| Abläufe ☐ | Bekanntheitsgrad der Intervention bei der
Zielgruppe ☐ |
| Verhaltensparameter* ☐ | Kooperation, Netzwerkbildung ☐ |
| Kompetenzen* ☐ | Verstetigung der Intervention
(Dauereinrichtung) ☐ |
| Gesundheitsparameter* ☐ | Streuung von Programmen [#] ☐ |
| Subjektive Einschätzung der Gesundheit
und Funktionalität ☐ | Anderes ☐ |
| Gesundheitsökonomische Analyse* ☐ | |
| Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen,
Inanspruchnahme ☐ | |

8.3 Es wurde keine Erfolgskontrolle durchgeführt:

- Eine solche ist noch vorgesehen ☐
- nicht vereinbart ☐

Auswertungsbogen individueller Ansatz

Der Bogen ist vom jeweiligen Krankenkassenverband auf Bundesebene bis zu 30.04. 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	Multimodale Stressbewältigung	Entspannung	Förderung des Nichtrauchens	Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums
(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								

⇒ Fortsetzung Auswertungsbogen individueller Ansatz

	Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten		Vorbeugung / Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme		Vermeidung von Mangel- u. Fehlernährung		Vermeidung / Reduktion von Übergewicht		Multimodale Stressbewältigung		Entspannung		Förderung des Nichtrauchens		Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
von (1): Anzahl der männl. (m) und weibl. (w) Teilnehmer																
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																

Dokumentationsbogen B

Berichtsjahr: 2010 ff.

FB-Nr.:

Der Bogen hat sich im Vergleich zu dem Bogen, der bis zum Berichtsjahr 2009 verwendet wurde, geändert. Frühere Versionen sind nicht mehr gültig. Auch für Projekte, die in früheren Jahren begonnen wurden, ist ab dem Berichtsjahr 2010 die vorliegende Version des Dokumentationsbogens zu verwenden.

Dokumentationsbogen betriebliche Gesundheitsförderung

Dokumentation der Leistungen der GKV in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Bitte beachten sie beiliegende Ausfüllhinweise zu B!

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

B

**Betriebliche Gesundheitsförderung gemäß
§ 20 a SGB V**

.....
Krankenkasse

.....
Berichtsjahr

Bitte dokumentieren Sie in der gewohnten Weise die Initiativen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie können dem Dokumentationsbogen Projektbeschreibungen, Berichte, Veröffentlichungen und Ergebnisdarstellungen beifügen.

1 Allgemeine Daten

1.1 In welchem Wirtschaftszweig fanden die Aktivitäten statt?#

(Klassifikation der Wirtschaftszweige nach WZ 2008, Statistisches Bundesamt)

Bitte nur einen Wirtschaftszweig ankreuzen

- 1 – 3: Land- u. Forstwirtschaft, Fischerei ☐
5 – 9: Bergbau, Gewinnung v. Steinen u. Erden ☐
10 – 12: Herstellung v. Nahrungs- u. Futtermittel, Getränkeherstellung, Tabakverarbeitung ☐
13 – 16: Herstellung v. Textilien, Bekleidung, Lederwaren, Schuhen, Holz-, Flecht-, Korb- u. Korkwaren ☐
17, 18: Herstellung v. Papier, Pappe u. Waren daraus, Druckerzeugnissen, Vervielfältigung v. elektrischen Medien ☐
19 – 21: Kokerei u. Mineralölverarbeitung, Herstellung v. chemischen u. pharmazeutischen Erzeugnissen ☐
22, 23: Herstellung v. Gummi- u. Kunststoffwaren, Glas- u. Glaswaren, Keramik, Verarbeitung v. Steinen u. Erden ☐
24, 25: Metallerzeugung u. -bearbeitung, Herstellung v. Metallerzeugnissen ☐
26, 27: Herstellung v. Datenverarbeitungsgeräten, elektrischen u. optischen Erzeugnissen, elektrische Ausrüstungen ☐
28: Maschinenbau ☐
29, 30: Herstellung v. Kraftwagen u. -teilen, Sonstiger Fahrzeugbau ☐
31 – 33: Herstellung v. Möbeln, sonstigen Waren, Reparatur u. Installation v. Maschinen u. Ausrüstungen ☐

- 35 – 39: Energie- u. Wasserversorgung, Abwasserentsorgung, Abfallbeseitigung, Rückgewinnung, Entsorgung ☐
41 – 43: Baugewerbe ☐
45: Handel mit Kfz; Instandhaltung u. Reparatur v. Kfz ☐
46: Großhandel (ohne Handel mit Kfz) ☐
47: Einzelhandel (ohne Handel mit Kfz) ☐
49 – 53: Verkehr, Lagerei u. Postdienste ☐
55, 56: Gastgewerbe, Gastronomie ☐
58 – 63: Information u. Kommunikation ☐
64 – 68: Finanz- u. Versicherungsdienstleistungen, Grundstücks- u. Wohnungswesen ☐
69 – 82: Freiberufliche, wissenschaftliche, techn. u. sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen ☐
84: Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung ☐
85: Erziehung u. Unterricht ☐
86 – 88: Gesundheits- u. Sozialwesen, Heime, soziale Betreuung ☐
90 – 99: Kunst, Unterhaltung, sonstige Dienstleistungen, private Haushalte, territoriale Organisationen u. Körperschaften ☐

1.2 Standorte/Betriebe, „ungelernte Beschäftigte“

Die Aktivitäten wurden an Standorten/Betrieben durchgeführt,

1.3 Anzahl Beschäftigte

an den betreuten Standorten/im betreuten Betrieb[#]

(bitte nur ein Kreuz setzen)

- 1 – 9 ☐
10 – 49 ☐
50 – 99 ☐
100 – 499 ☐
500 – 1499 ☐
1500 und mehr ☐

1.4 Anteil der Frauen an den Beschäftigten

(bitte nur ein Kreuz setzen)

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

1.5 Die Aktivitäten fanden in den folgenden Bundesländern statt:

- | | | | |
|-------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Bundesweit | ☐ | Meckl.-Vorp. | ☐ |
| Baden-W. | ☐ | Niedersachsen | ☐ |
| Bayern | ☐ | Nordrhein-Westf. | ☐ |
| Bremen | ☐ | Rheinl.-Pfalz | ☐ |
| Berlin | ☐ | Saarland | ☐ |
| Brandenburg | ☐ | Sachsen | ☐ |
| Hamburg | ☐ | Sachsen-Anhalt | ☐ |
| Hessen | ☐ | Schleswig-H. | ☐ |
| | | Thüringen | ☐ |

1.6 Start und Laufzeit der Aktivitäten:[#]

Start: _____ / _____ (Monat/Jahr)

Laufzeit: ca. _____ Monate

1.7 Status der Aktivitäten[#]

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| im Betrieb: | ja | nein |
| noch laufend | ☐ | ☐ |
| Mitwirkung der Krankenkassen: | ja | nein |
| noch laufend | ☐ | ☐ |

2 Schwerpunktmäßige Zielgruppe

2.1 Die Aktivitäten richteten sich direkt an alle Beschäftigten

ja nein
☐ ☐

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

2.2 Die Aktivitäten richteten sich an spezifische Zielgruppen im Betrieb, und zwar ...

Sie können eine oder mehrere Zielgruppen benennen, für die spezifische Aktivitäten durchgeführt wurden

Geschlechtsbezogen:

- Gleichmaßen an beide Geschlechter ☐
- Speziell an weibliche Personen ☐
- Speziell an männliche Personen ☐

Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n) ☐

Ältere Arbeitnehmer ☐

Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund[#] ☐

Auszubildende[#] ☐

Hierarchiebezogen:

- Obere Führungsebene ☐
- Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/Teamleiter ☐
- Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung .. ☐
- Testgruppe zur modellhaften Erprobung ☐
- Andere ☐

2.3 Anzahl der erreichten Beschäftigten[#]

Mit den Aktivitäten wurden direkt angesprochen ca. _____ Beschäftigte
... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte ca. _____

Die Aktivitäten hatten Auswirkung auf schätzungsweise weitere _____ Beschäftigte
... davon mindestens 50 Jahre alte Beschäftigte ca. _____

3 Außerbetriebliche Kooperationspartner[#]

3.1 Es wurden außerbetriebliche Kooperationspartner eingebunden:

ja nein
☐ ☐

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

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

Sie können mehrere Kooperationspartner benennen

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

4 Koordination und Steuerung

4.1 Es gibt eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur (z. B. Arbeitskreis Gesundheit, Arbeitsschutzausschuss)

ja nein
☐ ☐

4.2 Im Steuerungsgremium sind vertreten:

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

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

- schriftlich ☐
- mündlich ☐

5 Bedarfsermittlung

Seit Beginn der Gesundheitsförderungsaktivitäten wurden die folgenden Schritte zur Bedarfsermittlung unternommen (Mehrfachnennungen sind möglich):

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

6 Gesundheitszirkel[#]

Wurden Gesundheitszirkel durchgeführt? *ja* ☐ *Anzahl:* *nein* ☐

7 Intervention[#]

7.1 Inhaltliche Ausrichtung der verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten

Die verhältnis- und/oder verhaltensbezogenen Aktivitäten betrafen die folgenden Präventionsprinzipien: (Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich)

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Angebote zur Reduktion körperlicher Belastungen* | ☐ | Angebote zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung | ☐ |
| Angebote zur gesundheitsgerechten Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung) | ☐ | Förderung des Nichtrauchens | ☐ |
| Angebote zum Stressmanagement* | ☐ | „Punktnüchternheit“ bei der Arbeit | ☐ |
| | | Sonstiges | ☐ |

7.2 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten[#]

Seit Beginn der Gesundheitsförderungsaktivitäten wurden durchgeführt:

Verhältnisbezogene Aktivitäten:*

Aktivitäten zur gesundheitsförderlichen Umgestaltung des *Arbeitsumfelds*, der *Strukturen* und/oder von *Arbeitsabläufen* im Setting

ja ☐ *nein* ☐

Verhaltensbezogene Aktivitäten:*

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

ja ☐ *nein* ☐

Art der Umgestaltung:

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Veränderung der Arbeits-/Betriebsorganisation* ... | ☐ | Informations- und Kommunikationsstrukturen* | ☐ |
| Verbesserung von Umgebungsbedingungen* | ☐ | Soziale Angebote und Einrichtungen* | ☐ |
| Persönliche Maßnahmen zum Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren* | ☐ | Spezielle Angebote zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben* | ☐ |
| Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen/ Verantwortlichkeiten | ☐ | Andere, und zwar: _____ | ☐ |

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

Methoden:

- Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung* ☐
- Gruppenschulung und -beratung/
Kursprogramme* ☐
- Seminare (Rollenspiel etc.) ☐
- Vortrag, Tagung ☐
- Individuelle Beratung ☐
- Organisationsberatung, -entwicklung ☐
- Gesundheitstage, -wochen ☐
- Fremdsprachige Angebote ☐

Medien:

- Video, Foto, Overhead, Beamer etc. ☐
- Übungsmanuale/ Arbeitsunterlagen * ☐
- Anschauungsmaterial/Modelle* ☐
- Faltblätter, Broschüren ☐
- Ausstellungen, Plakate ☐
- Internet/Intranet ☐
- Betriebszeitung ☐
- Sonstiges ☐

8 Erfolgskontrolle#

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

ja nein
☐ ☐

Falls "nein": Bitte beantworten Sie noch 8.3

8.2 Die Erfolgskontrolle bezog sich auf:

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

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

8.3 Es wurde keine Erfolgskontrolle durchgeführt:

- Eine solche ist noch vorgesehen ☐
 nicht vereinbart ☐

Tabellenband

Über den Präventionsbericht hinausgehende Auswertungen können dem Tabellenband entnommen werden, der von der Internetseite des MDS heruntergeladen werden kann (www.mds-ev.de, Weiterklicken: Dokumente & Formulare, Gesundheit/Krankheit/Prävention).

Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation

AOK-Bundesverband, Berlin: Regina Herdegen, Anke Tempelmann

BKK Bundesverband, Essen: Jürgen Wolters

BITMARCK, Essen: Manfred Cryns

IKK e.V., Berlin: Waltraud Wagner, IKK gesund plus, Magdeburg: Dr. Olaf Haase

Knappschaft, Bochum: Claudia Isabelle Stahlhut

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

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel: Ulrike Kiehl

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

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., Essen:

Nadine Schempp, Katja Zelen, Dr. Harald Strippel MSc



Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de



MDS, 45116 Essen
Telefon: 0201 8327-0
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de