

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn

BKK Bundesverband, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

See-Krankenkasse, Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Knappschaft, Bochum

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

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

und

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

Dokumentation 2004

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

Vorwort

Die gesetzlichen Krankenkassen haben ihr Engagement in der primären Prävention und Gesundheitsförderung seit der Wiedereinführung der entsprechenden gesetzlichen Grundlage im Jahr 2000 (§ 20 Abs. 1 und 2 SGB V) kontinuierlich ausgeweitet und leisten damit – neben anderen in der Gesellschaft verantwortlichen Akteuren – einen bedeutenden Beitrag zur Verbesserung von Lebenserwartung und -qualität in der Bevölkerung, und auch zur Verhinderung bzw. Begrenzung von Behandlungs- und Pflegekosten.

Diese Intensivierung spiegelt sich zum einen in den GKV-Statistiken zu Ausgaben in der primären Prävention und Gesundheitsförderung wider, die seit dem Jahr 2000 eine jahresdurchschnittliche Ausgabensteigerungsrate von 36 Prozent auf über 148 Millionen Euro im Jahr 2004 aufweisen. Zum anderen bestätigen dies auch die seit dem Berichtsjahr 2001 jährlich veröffentlichten Dokumentationen zu von gesetzlichen Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung bundesweit erbrachten Leistungen: Mit Aktivitäten nach dem nichtbetrieblichen „Setting-Ansatz“, die in Lebenswelten von Versicherten, wie z.B. Schulen oder Stadtteilen, eingebracht wurden, ließen sich in 2004 Schätzzahlen zufolge ca. 1,9 Millionen Menschen erreichen. Das sind etwa 3 ½ Mal mehr Personen als noch in 2003. Auch in der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist neben einer leichten Zunahme an erreichten Personen besonders die Zahl der gemeldeten Aktivitäten um 18 % von 2.164 Fällen in 2003 auf 2.563 Fälle in 2004 gestiegen. Darüber hinaus haben um die Hälfte mehr Versicherte als noch in 2003, nämlich insgesamt 803.000 Personen individuelle Kurs- und Seminarangebote in Anspruch genommen. Damit hat sich insgesamt die Zahl aller mit präventiven und gesundheitsförderlichen Krankenkassenleistungen erreichten Personen von ca. 1,7 Millionen in 2003 auf ca. 3,4 Millionen in 2004 verdoppelt.

Die Dokumentation zu GKV-Leistungen in der Prävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung liefert im Wesentlichen einen Überblick darüber, welche Kurs- und Seminarangebote Versicherte im betrachteten Berichtsjahr aufgegriffen haben und welche Aktivitäten die Krankenkassen in die verschiedenen Lebenswelten von Versicherten, wie z.B. Kindergärten, Schulen, Vereinen, Kommunen und speziell auch in Betrieben, eingebracht haben. Sie enthält Informationen über gewählte Methoden zur Ermittlung des Handlungsbedarfs, über die Wahl der Zielgruppen, die im Zusammenhang mit den Maßnahmen gebildete Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen sowie über die Einbindung von fachlich-sachlichen Ressourcen externer Kooperationspartner. Ferner bildet vorliegende Dokumentation die Interventionen selbst, d.h. die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen der Aktivitäten ab, die Ausrichtung der Maßnahmen auf das gesundheitsbezogene Verhalten von Menschen sowie auf die Rahmenbedingungen (Verhältnisse) im jeweiligen Setting sowie die Art der Veränderungen, die durch die Aktivitäten bewirkt wurden. Ebenfalls enthält sie Aussagen über durchgeführte Erfolgskontrollen.

Die Dokumentation greift in 2004 zum zweiten Mal das in Kooperation von Spitzenverbänden der Krankenkassen und drei Landesvereinigungen für Gesundheit durchgeführte Projekt „gesund leben lernen“ auf. Dabei beschreibt sie beispielhaft weitere interessante Aktivitäten sowie Strukturbildungen.

Die Dokumentation stellt einen Aspekt der zur nachhaltigen Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung aufeinander abgestimmten Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch die GKV dar. Grundlage für die Maßnahmen ist der gemeinsame Leitfaden der GKV-Spitzenverbände¹, der die Inhalte und Qualitätsstandards von Maßnahmen beschreibt. Alle Krankenkassen haben diese in der Prävention und Gesundheitsförderung mindestens einzuhalten. Die jährliche Dokumentation zeichnet das im jeweiligen Jahr bundesweit erfolgte Leistungsgeschehen statistisch nach und stellt somit Transparenz für die Öffentlichkeit her. Zu dieser einheitlichen Erfassung und Dokumentation der Leistungen haben sich die Krankenkassen freiwillig verpflichtet. Der beim Medizinischen Dienst vorliegende Datenpool steht den Krankenkassen auch für interne Auswertungen zur Verfügung und ermöglicht so ein kontinuierliches Monitoring ihrer Aktivitäten als Grundlage für ein professionelles Qualitätsmanagement. Ein weiteres Element der Qualitätssicherung ist die Messung der Wirksamkeit von erfolgten primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Die hierfür vorgesehenen einheitlichen Verfahren und Instrumente befinden sich derzeit in der Erprobung.

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

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

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



Rolf Stuppardt
Vorstandsvorsitzender
des IKK-Bundesverbandes



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer des MDS

¹ Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September 2003.

INHALTSVERZEICHNIS

1	<u>EINLEITUNG</u>	9
2	<u>PROJEKTBE SCHREIBUNG UND -ORGANISATION</u>	11
2.1	ZIELGRUPPEN VON AKTIVITÄTEN DER PRIMÄRPRÄVENTION	11
2.2	ERHEBUNGSINSTRUMENTE UND DOKUMENTATIONSVERFAHREN	12
2.3	DER DOKUMENTATIONSBERICHT FÜR DAS JAHR 2004	14
3	<u>ERGEBNISSE</u>	15
3.1	HINWEISE ZUR ERGEBNISBESCHREIBUNG	15
3.2	PRIMÄRPRÄVENTION IN NICHTBETRIEBLICHEN SETTINGS	17
3.2.1	<i>Ergebnisse des Gesamtdatensatzes</i>	19
3.2.1.1	Allgemeine Daten	19
	- Laufzeiten der Aktivitäten, Anzahl der erreichten Personen	19
	- Setting	21
3.2.1.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen	22
3.2.1.3	Kooperationspartner	23
3.2.1.4	Koordination und Steuerung	23
3.2.1.5	Bedarfsermittlung	24
3.2.1.6	Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstatt	25
3.2.1.7	Intervention	25
	- Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	25
	- Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten	26
	- Art der Umgestaltung:	27
	- Methoden und Medien	28
3.2.1.8	Erfolgskontrollen	30
3.2.2	<i>Settingbezogene Auswertungen</i>	32
3.2.2.1	Grundschule	32
3.2.2.2	Weiterführende Schulen	34
3.2.2.3	Berufsschule	36
3.2.2.4	Kindergarten/Kindertagesstätte	38
3.2.2.5	Stadtteil/Ort	39
3.2.2.6	Verein	41
3.2.2.7	Familie	42
3.2.3	<i>Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle bei vorhandener bzw. fehlender Entscheidungs-/Steuerungsstruktur</i>	43
3.2.3.1	Bedarfsermittlung	43
3.2.3.2	Intervention	44
3.2.3.3	Erfolgskontrolle	46
3.2.4	<i>Resümee</i>	47
3.2.5	<i>Aktueller Überblick über Gesundheitsförderung in Schulen – das Kooperationsprojekt „gesund leben lernen“</i>	49

3.3 PRIMÄRPRÄVENTION NACH DEM INDIVIDUELLEN ANSATZ	59
3.3.1 <i>Inanspruchnahme</i>	59
3.3.2 <i>Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern</i>	60
3.3.3 <i>Leistungsanbieter</i>	61
3.3.4 <i>Inanspruchnahme nach Geschlecht und Alter</i>	62
3.3.5 <i>Resümee</i>	66
3.4 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG (BGF)	67
3.4.1 <i>Ergebnisse des Gesamtdatensatzes</i>	69
3.4.1.1 Allgemeine Daten	70
- Laufzeit der Gesundheitsförderungsmaßnahmen	70
- Branchen, Anzahl an Standorten/Betrieben	71
- Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte), Frauenanteil, erreichte Personen	72
3.4.1.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen	74
3.4.1.3 Außerbetriebliche Kooperationspartner	75
3.4.1.4 Koordination und Steuerung	76
3.4.1.5 Bedarfsermittlung	78
3.4.1.6 Gesundheitszirkel	79
3.4.1.7 Intervention	80
- Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	80
- Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	81
- Art der Umgestaltung:	82
- Methoden und Medien	84
3.4.1.8 Erfolgskontrolle	84
3.4.2 <i>Betriebsgrößenspezifische Auswertungen</i>	87
3.4.2.1 Allgemeine Daten	87
3.4.2.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen	88
3.4.2.3 Außerbetriebliche Kooperationspartner	88
3.4.2.4 Koordination und Steuerung	89
3.4.2.5 Bedarfsermittlung	89
3.4.2.6 Gesundheitszirkel	90
3.4.2.7 Intervention	90
3.4.2.8 Erfolgskontrolle	91
3.4.3 <i>Branchenbezogene Auswertungen</i>	92
3.4.3.1 Verarbeitendes Gewerbe	92
3.4.3.2 Erbringung von Dienstleistungen	94
3.4.3.3 Handel	96
3.4.3.4 Baugewerbe	98
3.4.3.5 Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen	99
3.4.3.6 Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	100
3.4.3.7 Verkehr und Nachrichtenübermittlung	101
3.4.4 <i>Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle bei vorhandenen bzw. fehlenden Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen</i>	104
3.4.4.1 Bedarfsermittlung	104
3.4.4.2 Intervention	105
3.4.4.3 Erfolgskontrolle	107
3.4.5 <i>Resümee</i>	108

<u>4</u>	<u>ZUSAMMENFASSUNG</u>	<u>111</u>
<u>5</u>	<u>FAZIT UND AUSBLICK</u>	<u>119</u>
<u>6</u>	<u>ANHANG</u>	<u>123</u>
6.1	DOKUMENTATIONSBÖGEN	123
	<i>6.1.1 Dokumentationsbogen Setting-Ansatz</i>	<i>124</i>
	<i>6.1.2 Auswertungsbogen individueller Ansatz</i>	<i>129</i>
	<i>6.1.3 Dokumentationsbogen Betriebliche Gesundheitsförderung</i>	<i>130</i>
6.2	TABELLEN	135
6.3	ZU GRUNDE LIEGENDE UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR	135
6.4	ORGANISATION UND VERANTWORTLICHKEITEN	136

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1:	Laufzeit der Aktivitäten	20
Abb. 2:	Settings (Mehrfachnennungen möglich)	21
Abb. 3:	Schwerpunktmäßige Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)	22
Abb. 4:	Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)	23
Abb. 5:	Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)	24
Abb. 6:	Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten (Mehrfachnennungen möglich)	26
Abb. 7:	Intervention – Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten	27
Abb. 8:	Intervention – Art der Umgestaltung (Mehrfachnennungen möglich)	28
Abb. 9:	Intervention – angewandte Methoden (Mehrfachnennungen möglich)	29
Abb. 10:	Die Durchführung einer Erfolgskontrolle ist:	30
Abb. 11:	Erfolgskontrollen (Mehrfachnennungen möglich)	31
Abb. 12:	Bedarfsermittlung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	43
Abb. 13:	Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten – ein Vergleich	44
Abb. 14:	Inhaltliche Ausrichtung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	45
Abb. 15:	Erfolgskontrolle – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	46
Abb. 16:	Anzahl der Kursteilnehmer in den jeweiligen Handlungsfeldern	60
Abb. 17:	Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern	62
Abb. 18:	Prozentuale Anteile der Altersgruppen – KM6 und Ergebnisse individueller Ansatz	63
Abb. 19:	Inanspruchnahme von Angeboten nach Alter und Geschlecht im Vergleich mit Gesamtergebnissen	64
Abb. 20:	Laufzeit der Aktivitäten	70
Abb. 21:	Branchen	71
Abb. 22:	Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)	73
Abb. 23:	Schwerpunktmäßige Zielgruppe (Mehrfachnennungen möglich)	74
Abb. 24:	Außerbetriebliche Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)	76
Abb. 25:	Koordination/Steuerung (Mehrfachnennungen möglich)	77
Abb. 26:	Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)	78
Abb. 27:	Gesundheitszirkel	79
Abb. 28:	Inhaltliche Ausrichtung der Maßnahmen (Mehrfachnennungen möglich)	80
Abb. 29:	Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten	82
Abb. 30:	Intervention – Art der Umgestaltungen (Mehrfachnennungen möglich)	83
Abb. 31:	Angewandte Methoden (Mehrfachnennungen möglich)	84
Abb. 32:	Die Durchführung mindestens einer Erfolgskontrolle ist:	85
Abb. 33:	Durchgeführte Erfolgskontrollen – die Erfolgskontrolle bezog sich auf: (Mehrfachnennungen möglich)	85
Abb. 34:	BGF nach Branchen und Betriebsgrößenklassen	88
Abb. 35:	Bedarfsermittlung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	104
Abb. 36:	Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten – ein Vergleich	105
Abb. 37:	Inhaltliche Ausrichtung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	106
Abb. 38:	Erfolgskontrolle – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	107

Anmerkung:

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

1 Einleitung

Bei der vorliegenden Dokumentation 2004 handelt es sich um die vierte jährliche Auswertung zu Leistungen, die die Gesetzlichen Krankenkassen bundesweit in der primären Prävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V erbracht haben. Seit Wiedereinführung des Paragraphen im Jahr 2000 hat sich das Engagement der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erheblich ausgeweitet. Das macht die GKV-Ausgabenstatistik zur Primärprävention und BGF deutlich: Sie weist eine jahresdurchschnittliche Steigerungsrate von 36 % auf. So sind die Ausgaben von insgesamt 43 Millionen Euro in 2000 auf mittlerweile über 148 Millionen Euro in 2004 angestiegen².

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

Besonderes Augenmerk liegt auf der Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit in der Bevölkerung. So richten sich die Krankenkassen mit präventiven und gesundheitsförderlichen Aktivitäten zwar grundsätzlich an alle Bevölkerungsschichten. Doch setzen sie ihren Schwerpunkt besonders auf Personen, die unter vergleichsweise ungünstigen sozialen Rahmenbedingungen leben – wie z.B. geringe Schulbildung, niedriges Einkommen, Arbeits- und Perspektivlosigkeit – und deshalb häufig größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind³. Diese Schwerpunktsetzung erfolgt vorwiegend über das Einbringen von präventiven Aktivitäten in die jeweiligen Lebensumwelten der Personen (Setting-Ansatz).

Zur Qualitätssicherung der Aktivitäten hat die GKV seit 2000 unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen eine für alle Kassenarten verbindliche Handlungsanleitung zu primärpräventiven Aktivitäten und zur BGF vor Ort verfasst: den **GKV-Leitfaden** „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September 2003“. Danach werden nur solche Aktivitäten von Krankenkassen unterstützt, die die im Leitfaden für die Maßnahmen definierten Kriterien und die qualifikatorischen Anforderungen an die Anbieter erfüllen. Im Vorfeld der Maßnahmen sind die jeweiligen Ziele festzulegen, so dass sich gewünschte Veränderungen zum Ende eines Kurses prüfen lassen⁴. Ferner müssen sich die Aktivitäten auf die in der Praxis be-

² Gegenüber 2003 sind die GKV-Ausgaben zur primären Prävention (Individueller Ansatz und nichtbetrieblicher Setting-Ansatz) in 2004 um 38 % von 88,4 Mio. Euro auf 122,1 Mio. Euro angestiegen. Für BGF war ein Ausgabenanstieg um 3,5 % von 25,0 Mio. Euro auf 25,9 Mio. Euro zu verzeichnen.

³ Vgl. Mielck 2000.

⁴ Derzeit entwickelt und prüft die GKV darüber hinaus ein Verfahren zu einer *systematischen* Entwicklung von **Präventionszielen** in der primären Prävention und BGF (vgl. IGA-Report, Nr. 8).

währten Handlungsfelder „Bewegung“, „Ernährung“, „Stressbewältigung“ und „Umgang mit Genuss-/Suchtmitteln“ ausrichten. Der Leitfaden wird einer ständigen Überprüfung unterzogen und dem neuesten Kenntnisstand und den Anforderungen in der Praxis angepasst.

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

Aktivitäten nach dem „*Setting-Ansatz*“ wirken direkt in die „Lebensumwelten“ (Settings⁵) der Versicherten ein. Auf diese Weise lassen sich Menschen erreichen, die von sich aus keine präventiven Kursangebote aufsuchen würden – häufig auch dann nicht, wenn bereits Gesundheitsrisiken (wie z.B. Übergewicht, Rauchen, Bluthochdruck) vorliegen und deren Gesundheitschancen erhöhen. Zu Personen, die individuelle Kursangebote eher selten aufsuchen, zählen Menschen mit niedrigem Einkommen samt Familienangehörigen und – wie die Ergebnisse zum Individuellen Ansatz zeigen (vgl. Kap. 3.3, S. 59 ff.) – männliche, jugendliche Personen sowie Personen ab 60 Jahre. Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz richten sich besonders auf die Verhältnisse in den jeweiligen Settings aus. Über strukturelle und organisatorische Veränderungen und Verbesserungen im Umfeld werden die gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen zu einem gesundheitsförderlichen Setting verändert. Dabei ist eine aktive Beteiligung möglichst aller betroffenen Personen erwünscht.

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

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

Die jährlich veröffentlichte **Dokumentation** liefert eine Übersicht über die im jeweiligen Berichtsjahr durch die Krankenkassen erbrachten Leistungen und stellt damit die notwendige Transparenz über das Leistungsgeschehen her. Auf dieser Grundlage lassen sich weitere Aktivitäten entsprechend dem aktuellen Handlungsbedarf planen und durchführen. Ferner werden durch die Dokumentation vorhandene Potenziale und Veränderungsbedarfe deutlich.

Ein wesentliches Element der Qualitätssicherung zur Überprüfung der Wirksamkeit der von den Krankenkassen durchgeführten und geförderten Aktivitäten ist die **Evaluation** der primärpräventiven Leistungen. Instrumente und Verfahren wurden mittlerweile zu allen drei Ansätzen entwickelt und befinden sich derzeit in der Erprobung.

⁵ Z.B. Kindergarten, Schule, Familie, Stadtteil/Ort, Senioreneinrichtung

2 Projektbeschreibung und -organisation

Gesetzliche Grundlage für GKV-Leistungen in der Primärprävention und BGF bildet der seit 2000 wiedereingeführte § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. Danach sollen Krankenkassen Leistungen in der primären Prävention erbringen und können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Auf dieser Basis haben die SpiK unter Einbezug wissenschaftlicher Anregungen⁶ in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) ein Dokumentationsverfahren zur bundesweit einheitlichen, krankenkassenartenübergreifenden Berichterstattung über erfolgte Leistungen in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt. Die Dokumentationsberichte werden in jährlichem Turnus erstellt und bilden die Aktivitäten des jeweiligen Berichtsjahres ab. Dabei handelt es sich um Leistungen, die durch die Krankenkassen selbst oder von deren Kooperationspartnern durchgeführt wurden, oder um solche, die von externen Institutionen ausgeführt, aber von den Krankenkassen (mit)finanziert wurden.

2.1 Zielgruppen von Aktivitäten der Primärprävention

Mit primärpräventiven Angeboten zielen die Krankenkassen auf alle Versicherten und ihre Familienangehörigen ab, insbesondere jedoch auf solche, die unter schlechteren sozialen Rahmenbedingungen leben. Individuelle Kursangebote werden dabei vorrangig von motivierten, gesundheitsbewussten Versicherten wahrgenommen.

Zur Erreichung insbesondere von Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen konzentrieren sich die Krankenkassen auf den Setting-Ansatz. Der Setting-Ansatz, d.h. das Ansprechen der Menschen in ihren jeweiligen Lebensumfeldern bietet gute Chancen, ein möglichst breites Spektrum an Personen zu erreichen und damit auch häufiger sozial benachteiligte Personen mit bspw. geringem Einkommen oder niedriger Schulbildung. Im Setting können unter Beteiligung der darin lebenden und arbeitenden Menschen die Rahmenbedingungen für ein Mehr an Gesundheit verbessert und gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen unterstützt werden. Zudem lassen sich im Setting nicht nur das In-

⁶ Beratende Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung		
Mitglieder	Ständige Gäste und weitere Experten	Aufgaben (Auswahl)
Vertreter von <ul style="list-style-type: none"> • Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen • Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung • Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. • Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin • Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V. 	Ständige Gäste Vertreter von <ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung • Gesundheitsministerkonferenz der Länder Weitere Experten <ul style="list-style-type: none"> • können themenspezifisch zu den Beratungen hinzugezogen werden 	Unterstützung der Spitzenverbände der Krankenkassen bei/durch <ul style="list-style-type: none"> • Weiterentwicklung des GKV-Leitfadens • Qualitätssicherung • Erfahrungsaustausch über Praxismodelle • Weitergabe wissenschaftlicher Erkenntnisse

dividuum selbst, sondern über das Individuum auch weitere Personen erreichen. So wurden beispielsweise nach den Ergebnissen dieser Dokumentation Familien meist über Aktivitäten in Grundschulen, Stadtteilen/Orten oder Kindergärten erreicht (vgl. Kap. 3.2.2.7, S. 42).

Unter dem Aspekt „soziale Chancengleichheit“ achten die Krankenkassen bei der Planung von primärpräventiven Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz in der Regel auf die Auswahl der Settings, ihrer jeweiligen Standorte (z.B. soziale Brennpunkte) sowie der Zielgruppen. In vorliegender Dokumentation zum Berichtsjahr 2004 ist dies besonders am hohen Anteil an in Schulen durchgeführten Aktivitäten (insbesondere an Grundschulen) zu bemerken (vgl. Kap. 3.2.1.1, S. 21).

2.2 Erhebungsinstrumente und Dokumentationsverfahren

Zum Setting-Ansatz und zur BGF kamen für das Berichtsjahr 2004 erstmals weiterentwickelte Dokumentationsbögen zum Einsatz (s. Anhang im Tabellenband 2004). Sie fragen, wie auch die ursprünglichen Dokumentationsbögen, die Themenblöcke „Allgemeine Daten“, „Schwerpunktmäßige Zielgruppe“, „(Außerbetriebliche) Kooperationspartner“, „Koordination/Steuerung“, „Bedarfsermittlung“, „Gesundheitszirkel“, „Intervention“ sowie „Erfolgskontrolle“ ab.

Die inhaltlichen Überarbeitungen erfolgten auf Basis der in den ersten Dokumentationen von 2001 bis 2003 gemachten Erfahrungen und Erkenntnisse. So enthalten die Dokumentationsbögen nun teilweise differenziertere Abfragen, bspw. zu den Branchen (BGF), zu den Schätzungen der mit den Aktivitäten erreichten Personen oder zur Durchführung von Erfolgskontrollen. Auch ist zum Setting-Ansatz nicht mehr – wie in der Vergangenheit gefordert – pro Setting ein Dokumentationsbogen auszufüllen, sondern – wie die Praxis es oft vorlegte⁷ – pro Aktivität bzw. Projekt ein Bogen. D.h. in einem Bogen wird nun grundsätzlich, wenn so erfolgt, über mehrere Settings gleichzeitig berichtet. Weiter ist aus dem bisherigen Feld für handschriftliche Angaben beim Thema „Intervention: Verhältnis- und/oder verhaltensbezogene Aktivitäten“ ein neuer Fragenblock „Art der Umgestaltung“ entstanden.

Den jeweiligen Dokumentationsbögen wurden erstmals umfassende Ausfüllanleitungen beigelegt. Auf diese Weise lassen sich die Informationen weiter präzisieren. Die Bögen enthalten zum Verfahren sowie zu den abgefragten Feldern und Themenblöcken detaillierte Erläuterungen, um diese genau einzugrenzen. Weiter zählen sie an vielen Stellen Beispiele auf, um die Zuordnungen zu den Feldern zu erleichtern. Diese Ausfüllhinweise werden auch in Zukunft kontinuierlich aktualisiert, d.h. bei Bedarf um weitere Erläuterungen oder Beispiele ergänzt.

Mit der inhaltlichen Weiterentwicklung dieser Erhebungsinstrumente wurde ab dem Berichtsjahr 2004 ebenfalls ein rein EDV-gestütztes Verfahren zur Datenerfassung und

⁷ Häufig wurde die bisherige Regelung ignoriert. Es wurden in einem Fragebogen mehrere Settings gleichzeitig benannt.

-zusammenführung eingeführt. Damit werden ab 2004 die vor Ort am PC ausgefüllten Dokumentationsbögen per EDV über die Spitzenverbände der Krankenkassen an den MDS weitergeleitet und dort die im Fragebogen hinterlegten Textdateien EDV-gestützt extrahiert, zusammengeführt und analysiert.

Der Erhebungsbogen zum Individuellen Ansatz fragt die Aspekte „Art der Leistung (Handlungsfeld, Präventionsprinzip)“, „Geschlecht“ sowie „Alter“ ab. Die beiden Präventionsprinzipien des Handlungsfeldes „Bewegung“ wurden dabei den Aktualisierungen des Handlungsleitfadens der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Primärprävention und BGF⁸ angepasst (s. Anhang, S. 123 ff.)

Das im Dokumentationsbericht 2002 und 2003 als Indikator des sozialen Status verwendete Härtefallkriterium⁹ ermöglichte annäherungsweise eine Aussage darüber, wie viele Versicherte mit niedrigem Einkommen (und damit häufig sozial ungünstigerem Status) an Angeboten nach dem Individuellen Ansatz teilgenommen haben. Dieses Kriterium ist mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) von November 2003 gestrichen worden. Die Dokumentationen der Berichtsjahre 2002 und 2003 bestätigten bislang die allgemeine Erkenntnis, dass diese Angebote von Menschen aus sozial schlechteren Verhältnissen unterproportional in Anspruch genommen wurden.

Ein alternativer, aussagefähiger und dabei unproblematisch aus dem Datenbestand der Krankenkassen zu erhebender Indikator zur Erfassung des sozialen Status liegt bei den Krankenkassen nicht vor. Die derzeit in der Erprobung befindlichen Instrumente zur Evaluation von Kursen nach dem Individuellen Ansatz fragen die Schulbildung und – bei Erwerbstätigen – auch die berufliche Stellung von Kursteilnehmern ab. So dürften sich in Zukunft aus den Fällen, bei denen eine Evaluation durchgeführt wird, weitere Aussagen zu sozialen Indikatoren einholen lassen.

Die zum Individuellen Ansatz abgefragten Daten werden pro Kursteilnahme und Versicherten EDV-gestützt erfasst und gebündelt an die Spitzenverbände der Krankenkassen weitergeleitet. Dort erfolgt die Zusammenführung aller Daten. Die Gesamtsummen werden in einen dafür vorgesehenen Erfassungsbogen eingetragen und dieser an den MDS weitergeleitet.

Für die Weiterleitung der Daten aus den drei Dokumentationsverfahren sind bestimmte Zeiträume festgelegt¹⁰.

⁸ Gemeinsame u. einheitliche Handlungsfelder u. Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 u 2 SGB V v. 21. Juni 2000 in der Fassung v. 12. September 2003.

⁹ Bei Härtefällen nach § 61 SGB V handelte es sich um Versicherte, die aufgrund eines in Abs. 2 desselben Paragraphen beschriebenen niedrigen Einkommens von Zuzahlungen zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie zu Zahnersatz und Krankenfahrten befreit wurden.

¹⁰ Setting-Ansatz und BGF bis 31.04., Individueller Ansatz bis zum 31.05 des jeweiligen Folgejahres.

2.3 Der Dokumentationsbericht für das Jahr 2004

Beim MDS erfolgte zum Setting-Ansatz und zur BGF neben der EDV-gestützten Datenerfassung und -zusammenführung die weitere Auswertung und Analyse über das Statistikprogramm SPSS. Die Daten zum Individuellen Ansatz wurden beim MDS abschließend zusammengeführt und über Excel ausgewertet.

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

Tab. 1: Rücklauf Dokumentationsbögen nichtbetriebliche Settings und Betriebliche Gesundheitsförderung

	Individueller Ansatz	Nichtbetrieblicher Setting-Ansatz	Betriebliche Gesundheitsförderung
Berichtsjahr	Gemeldete Kurs- teilnahmen	Rücklauf Dokumentationsbögen (Anzahl)	
2001	--	143 (247 Settings)	1.189
2002	352.000	454 (686 Settings)	1.895 (+463 AU-Profile*)
2003	542.000	638 (955 Settings)	2.164 (+628 AU-Profile*)
2004	803.000	622 (1.007 Settings)	2.563 (+2.665 AU-Profile*)

*Fälle, in denen ausschließlich AU-Analysen durchgeführt wurden

Der zum nichtbetrieblichen Setting-Ansatz in 2004 beobachtete minimal niedrigere Rücklauf hängt mit einem bei der Weiterentwicklung der Dokumentationsbögen veränderten Verfahren zur Datenerfassung zusammen (s. Kap. 3.2.1, S. 19).

Bei der Dokumentation von Leistungen zur Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V handelt es sich um eine *freiwillige* Selbstverpflichtung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Somit ist das Ausfüllen und Einreichen der Dokumentationsbögen freiwillig, sodass wir bei der Datenerfassung zur Dokumentation grundsätzlich nicht von einer vollständigen Erfassung ausgehen können. Aufgrund der guten Kooperation der Krankenkassen, der in vielen Fällen konstanten Ergebnisse über die vier erfolgten Erhebungen hinweg sowie der nicht nur in den Dokumentationen berichteten, sondern auch in den Ausgaben für Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung zu verzeichnenden Zunahme¹¹ ist jedoch davon auszugehen, dass die große Mehrzahl aller Aktivitäten erfasst wurde. Die vorliegenden Daten stellen somit die gewünschte Transparenz über die GKV-Praxis in der Primärprävention her.

¹¹ Die Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen in der Primärprävention (§ 20 Abs. 1 SGB V) sind von 88,4 Mio. Euro in 2003 um 38 % auf 122,1 Mio. Euro in 2004 angestiegen. Sie umfassen Leistungen nach dem nichtbetrieblichen Setting-Ansatz sowie nach dem Individuellen Ansatz. Die Ausgaben für Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20 Abs. 2 SGB V) sind von 25,0 Mio. Euro in 2003 um 3,5 % auf 25,9 Mio. Euro in 2004 angestiegen.

3 Ergebnisse

Der aktuelle Bericht für das Jahr 2004 bildet die Ergebnisse zu allen drei Ansätzen, d.h. zum (*nichtbetrieblichen*) *Setting-Ansatz* (Kap. 3.2), zum *Individuellen Ansatz* (Kap. 3.3.) sowie zur *Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)* (Kap. 3.4) ab.

Zum Setting-Ansatz und der BGF wurden neben allgemeinen Auswertungen auch Auswertungen nach ausgewählten Kriterien vorgenommen: Es handelt sich bei den nichtbetrieblichen Settings um *settingbezogene Auswertungen* (Kap. 3.2.2) und bei der BGF um *betriebsgrößen- und branchenbezogene Auswertungen* (Kap. 3.4.2 und Kap. 3.4.3).

Darüber hinaus findet bei beiden Ansätzen eine differenzierte Auswertung der *Bedarfsermittlung* und *Interventionen hinsichtlich bestehender bzw. fehlender Koordinierungs- und Steuerungsstrukturen* statt (Setting: Kap. 3.2.3 und BGF: Kap. 3.4.4).

Zusätzlich zu den Auswertungen stellt die vorliegende Dokumentation in Kap. 3.2.5 Maßnahmen und Interventionen vor, die im Rahmen des Kooperationsprojektes „gesund leben lernen“ erfolgt sind. Wesentliche Kooperationspartner waren hier die GKV und drei Landesvereinigungen für Gesundheit. Die im Präventionsbericht 2003 enthaltene Beschreibung dieses Projektes wird damit fortgesetzt. 2003 befand es sich in vielen Bereichen noch in der Planungs- und Strukturierungsphase. In 2004 wurde eine Vielzahl an durchaus sehr unterschiedlichen Interventionen durchgeführt. Vorliegender Bericht beschreibt hier beispielhaft einige interessante Aktivitäten, die in diesem Berichtsjahr erfolgt sind.

3.1 Hinweise zur Ergebnisbeschreibung

Die Ergebnisdarstellung bezieht sich erstmals durchweg nur auf solche Fälle, bei denen Angaben zu den jeweiligen Fragen vorlagen. In den Vorjahresberichten bezogen sich die Ergebnisse hingegen häufig auf den Gesamtdatensatz (einschließlich fehlender Angaben). Um die aktuellen Ergebnisse mit denjenigen aus den Jahren davor vergleichen zu können, wurden im nachhinein bei den Vorjahresergebnissen die Fälle mit fehlenden Angaben herausgerechnet und die jeweiligen Anteile auf die nun gültigen Fälle berechnet. Damit weichen die Prozentzahlen, die im aktuellen Bericht zu Ergebnissen aus den Vorjahren genannt werden, leicht von denjenigen Zahlen ab, die in den Vorjahresberichten enthalten waren. Insgesamt trägt die ausschließliche Berücksichtigung von Fällen, bei denen Angaben zu den Fragen vorliegen, zu einer präziseren Aussage bei.

Im Text bzw. in den Grafiken werden die Buchstaben N bzw. n als statistische Symbole für die Anzahl der Dokumentationsbögen verwendet. Dabei bezieht sich N auf den Gesamtdatensatz, n bezeichnet die jeweils betrachtete Teilmenge.

3.2 Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings

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

Als geeignete Settings kommen insbesondere Schulen, Kindergärten/-tagesstätten, Familien sowie Gemeinden, aber auch Betriebe (BGF, siehe Kap. 3.4, S. 67 ff.) in Betracht. Im Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen¹² wird das Setting Schule hervorgehoben, weil in Schulen Kinder und Jugendliche in einer Altersstufe erreicht werden, in der bestimmte gesundheitsschädigende Verhaltensweisen noch nicht aufgetreten bzw. noch nicht stark ausgeprägt sind. Bei diesen werden höhere Erfolgschancen für eine Befähigung zu einer gesunden Lebensführung gesehen. Auch können in Schulen, insbesondere in Grund-, Haupt- und Sonderschulen verstärkt Kinder aus sozial benachteiligten Familien erreicht werden. Wie die nachfolgenden Ergebnisse zeigen, haben die Krankenkassen auch im Jahr 2004 ihren Fokus auf Schulen und Berufsschulen gerichtet.

Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz in Schulen umfasst die Bedarfsanalyse zur Ermittlung von schulspezifischen Belastungsschwerpunkten und Veränderungsbedarfen/-potenzialen, daraus resultierende Zieldefinitionen für die Interventionen und die Interventionen selbst. Diese zielen möglichst sowohl auf Schulstrukturen, -organisationen bzw. Curricula ab, wie auch auf alle im Setting befindlichen Personen, also auf Lehrende und Lernende sowie Eltern. Die Interventionen bieten realistische und attraktive Gesundheitsalternativen an und fördern die jeweiligen Potenziale Einzelner für eine gesunde Lebensführung. Sie behandeln beispielsweise – möglichst miteinander verknüpft – die Inhalte „Bewegung“, „Ernährung“, „Stressreduktion/Entspannung“, „Umgang miteinander“ oder „Sucht“. Veränderungen im Schulumfeld sind z.B. Gestaltungen der Schulen selbst, die

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

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

Das in Kap. 3.2.5 (S. 49 ff.) beschriebene dreijährige Projekt „Gesund leben lernen“, bei dem als wesentliche Kooperationspartner die GKV und drei Landesvereinigungen für Gesundheit beteiligt sind, dient als anschauliches Praxisbeispiel für inhaltliche und strukturelle Gestaltungsmöglichkeiten von Interventionen nach dem Setting-Ansatz. An diesem Projekt waren in 2004 insgesamt 63 Schulen und zwei Kindergärten/-tagesstätten beteiligt.

Vorliegende Dokumentation zum Berichtsjahr 2004 bildet zunächst die allgemeinen Ergebnisse über das bundesweite Leistungsgeschehen nach dem Setting-Ansatz ab. Die eingereichten Dokumentationsbögen berichten über Aktivitäten, die die Krankenkassen selbst durchgeführt haben sowie über Interventionen, zu denen die Krankenkassen ihre Ressourcen beispielsweise finanzieller oder fachlicher Art eingebracht haben. Die Dokumentation lässt dabei keine Rückschlüsse auf einzelne Projekte zu. Auch werden bei der Ergebnisdarstellung in der Praxis miteinander verwobene Elemente, wie die Durchführung von Bedarfsanalysen, die Bildung von Kooperationen und Steuerungsgremien, die Interventionen, der Einsatz von Methoden und Medien oder die Durchführung von Erfolgskontrollen, voneinander getrennt abgebildet.

Der Bericht gibt ausschließlich den Stand der Aktivitäten vom Start bis zum Ende des Berichtsjahres wieder. Interventionen oder Erfolgskontrollen, die sich in 2004 noch in der Planungsphase befanden, sind dementsprechend nicht abgebildet.

Weiter enthält die Dokumentation settingspezifische Auswertungen sowie Auswertungen von durchgeführten Bedarfsanalysen und Interventionen hinsichtlich vorhandener bzw. fehlender Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen.

3.2.1 Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

Für das Berichtsjahr 2004 sind zum Setting-Ansatz insgesamt 622 Dokumentationsbögen eingegangen. Das sind 16 Fragebögen weniger als noch zum Berichtsjahr 2003. Diese leicht geringere Fallzahl ist *nicht* auf einen Rückgang der erfolgten Settingaktivitäten zurückzuführen, sondern auf eine Verfahrensänderung bei der Datenerfassung: Sollte bislang *für jedes Setting*, in dem Settingaktivitäten durchgeführt wurden, *ein* Dokumentationsbogen ausgefüllt werden, so besteht nun mit dem Einsatz des aktuellen, weiterentwickelten Erhebungsbogens die Vorgabe, projektbezogen zu berichten. D.h. in *einem* Dokumentationsbogen werden immer dann *mehrere Settings gleichzeitig* benannt, wenn dort die Maßnahmen im Rahmen eines zusammengehörenden Gesamtprojektes erfolgt sind¹³. Beispielsweise konnten Aktivitäten in einem Schulzentrum, das Haupt-, Real-, Gesamtschule und Gymnasium umfassten, gemeinsam dokumentiert werden. Damit bündelt ein Dokumentationsbogen ab dem Berichtsjahr 2004 tendenziell mehr Informationen als in den Jahren davor.

In der Dokumentation für das Jahr 2004 lässt sich dies besonders über die Schätzzahlen zu den mit Settingaktivitäten erreichten Personen nachvollziehen: Wurden in 2003 noch etwa 539.000 Personen über diesen Ansatz erreicht, so lag die Schätzzahl hier in 2004 bei rund 1,9 Mio. erreichten Personen. Auch der Anstieg an gemeldeten Settings (2003: 955, 2004: 1007) und die Summe der im neuen Dokumentationsbogen abgefragten Einheiten (Zahl der Einrichtungen in den Settings) von insgesamt 16.700 Einheiten¹⁴ spricht für eine Zunahme an GKV-Settingaktivitäten in 2004.

3.2.1.1 Allgemeine Daten

- Laufzeiten der Aktivitäten, Anzahl der erreichten Personen

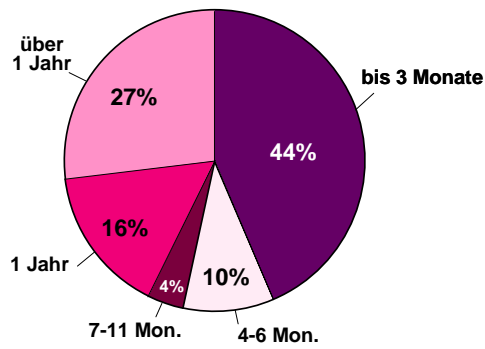
Zu den Laufzeiten zählten sowohl bereits aufgewendete Laufzeiten bei abgeschlossenen Projekten als auch geplante Laufzeiten bei Aktivitäten, die zum Ende des Berichtjahres noch liefen. Die durchschnittliche Laufzeit von Settingaktivitäten lag dabei bei 16 Monaten pro Fall. Maximal wurde in fünf Fällen eine Laufzeit von acht Jahren und in zwei Fällen eine unbegrenzte Laufzeit gemeldet. Die Anteile an lang angelegten, d.h. ein Jahr und länger andauernden sowie an kürzeren Aktivitäten mit einer Laufzeit von bis zu drei Monaten waren hier in etwa gleich hoch (43 % und 44 %):

¹³ Hier fanden die in den Vorerhebungen gemachten Erfahrungen Berücksichtigung, da bereits in den Jahren davor häufig mehrere Settings, die zu einem Projekt gehörten, gebündelt in einem Dokumentationsbogen gemeldet wurden.

¹⁴ Dazu zählten zwei sehr groß angelegte Projekte, die sich einmal über rund 6.000 und einmal über rund 7.000 Settingeinrichtungen erstreckten.

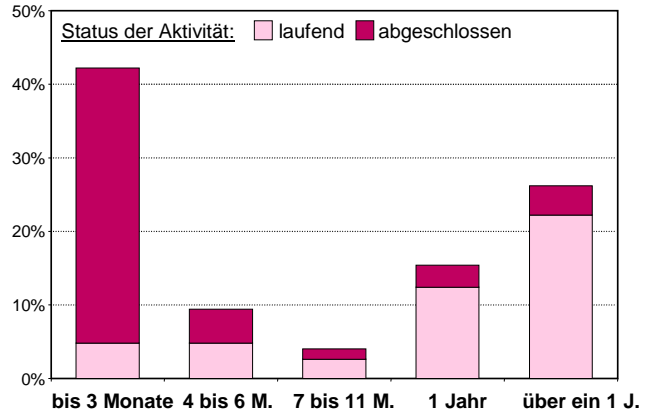
Abb. 1: Laufzeit der Aktivitäten

Laufzeit insgesamt



(zu Grunde liegende Anzahl der Dokumentationsbögen: n=487)

Laufzeit von laufenden und abgeschlossenen Aktivitäten



(zu Grunde liegende Anzahl der Dokumentationsbögen: n=486)

Die zweite Grafik¹⁵ zeigt auf, dass es sich bei den bereits abgeschlossenen Aktivitäten vorwiegend um eher kurz angelegte Maßnahmen handelte, wohingegen die ein Jahr und länger dauernden Aktivitäten meist zum Ende des Berichtjahres noch liefen. Insgesamt waren 46 % der Aktivitäten zum Ende des Berichtjahres noch laufend, 54 % abgeschlossen. Bei 16 % der noch laufenden Fälle war die Mitwirkung der Krankenkassen abgeschlossen (2003: 9 %)¹⁶.

Der weiterentwickelte Dokumentationsbogen erfasst die Schätzzahl der mit Settingaktivitäten erreichten Personen erstmals differenziert nach direkt über die Maßnahmen erreichten Personen und nach den über die Auswirkungen (z.B. über die aus Gesundheitszirkeln resultierenden Aktivitäten/Veränderungen) oder das Weitertragen von Informationen indirekt erreichten Personen. In 94 % aller Fälle lagen Schätzungen hierzu vor. Die Gesamtsumme belief sich dabei auf insgesamt 1.010.000 direkt erreichter Personen¹⁷ und auf weitere 889.000 über die Auswirkungen der Maßnahmen erreichte Personen. Somit konnten über den Setting-Ansatz den Schätzungen zufolge insgesamt etwa 1,9 Millionen Menschen erreicht werden.

¹⁵ Bei der zweiten Grafik ist die Fallzahl um einen Fall niedriger als bei der ersten. Hier lagen zwar Angaben zur Laufzeit der Aktivitäten vor, nicht aber zum Status (laufend – abgeschlossen).

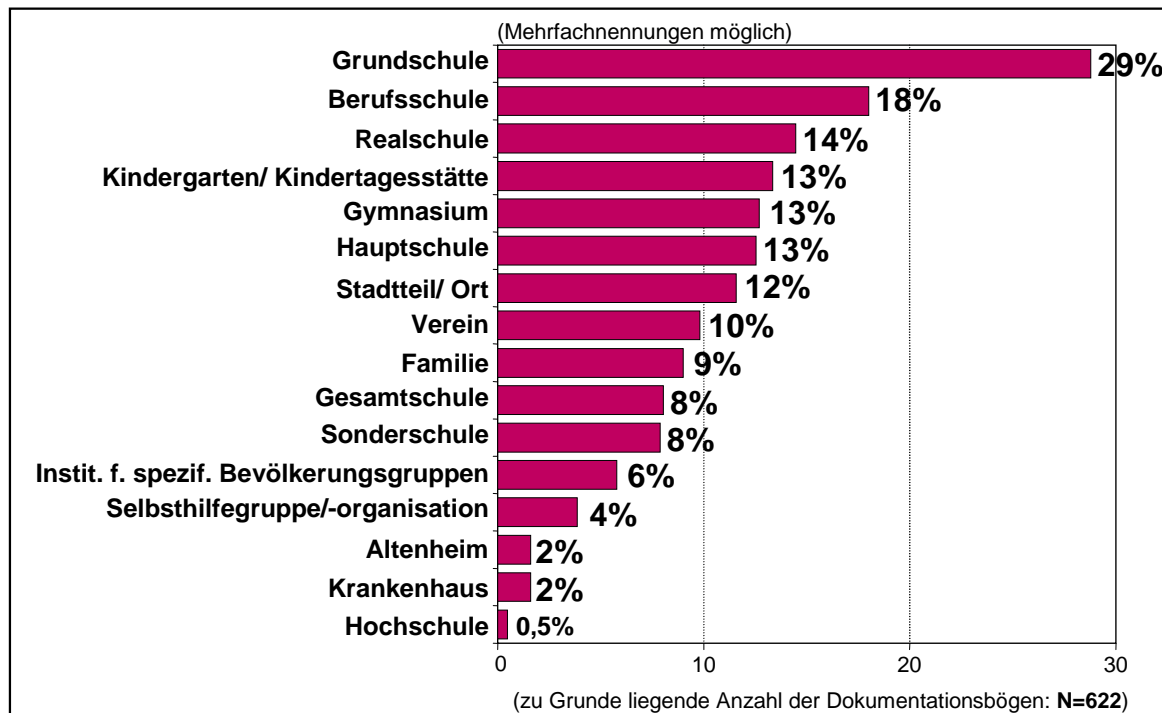
¹⁶ In der Dokumentation 2003 bezog sich die Prozentzahl auf den Gesamtdatensatz. Deshalb war der Anteil an abgeschlossenen Mitwirkungen der Krankenkassen dort deutlich höher. Hier finden ausschließlich die Fälle Berücksichtigung, bei denen die Aktivitäten zum Ende des Berichtjahres noch liefen.

¹⁷ In einigen Fällen lagen hier extrem hohe Schätzzahlen von bis zu fünf Mio. direkt erreichter Personen vor. Diese Zahlen wurden der Gesamtschätzsumme nicht zugerechnet, auch wenn es sich hier meist um landesweite große verhaltens- und verhältnispräventiv ausgerichtete Netzwerkprojekte handelte. Denn eine derart große Menge an Personen wurde weniger über die aktive Einbeziehung der Zielgruppen in gesundheitsfördernde Aktivitäten erreicht, sondern vielmehr über die hier eingesetzten modernen Medien, wie Internet und Faltblätter/Broschüren. Eine Berücksichtigung dieser Zahlen würde die Gesamtsumme künstlich in die Höhe schnellen lassen (10,5 Mio. direkt erreichte Personen) und damit einen eher verfälschten Eindruck über tatsächlich Geleistetes vermitteln.

- Setting

Insgesamt wurden in den vorliegenden 622 Dokumentationsbögen 1.007 Settings benannt (2003: 955). Die Zahl der Einrichtungen in den Settings (Einheiten) lag bei insgesamt 16.700. Dabei wurden in zwei Fällen sehr hohe Zahlen angegeben: einmal rund 7.000 und einmal rund 6.000 Einheiten¹⁸.

Abb. 2: Settings (Mehrfachnennungen möglich)



Settingaktivitäten wurden mit den höchsten Anteilen in „Grund-“ und „Berufsschulen“ durchgeführt, gefolgt von „Realschulen“, „Kindergärten/-tagesstätten“, „Gymnasien“, „Hauptschulen“, „Stadtteilen/Orten“ sowie „Vereinen“. Dabei ist die Zahl der Aktivitäten in Grundschulen im Vergleich zum Berichtsjahr 2003 noch einmal angestiegen (2003: 148 Fälle; 2004: 179 Fälle). Der Anteil an Maßnahmen in Berufsschulen hat sich hingegen etwa halbiert (2003: 37 %).

Bei weiterführenden Schulen, d.h. Sonder-, Haupt-, Real-, Gesamtschulen und Gymnasien, wurden Settingaktivitäten meist in mehreren Schularten gleichzeitig durchgeführt (z.B. in Schulzentren, die bspw. Haupt-, Real-, Gesamtschule und Gymnasium umfassen). Auch Familien wurden in der Regel über andere Settings, meist über die „Grundschule“, „Stadtteil/Ort“ oder „Kindergarten/-tagesstätte“ erreicht.

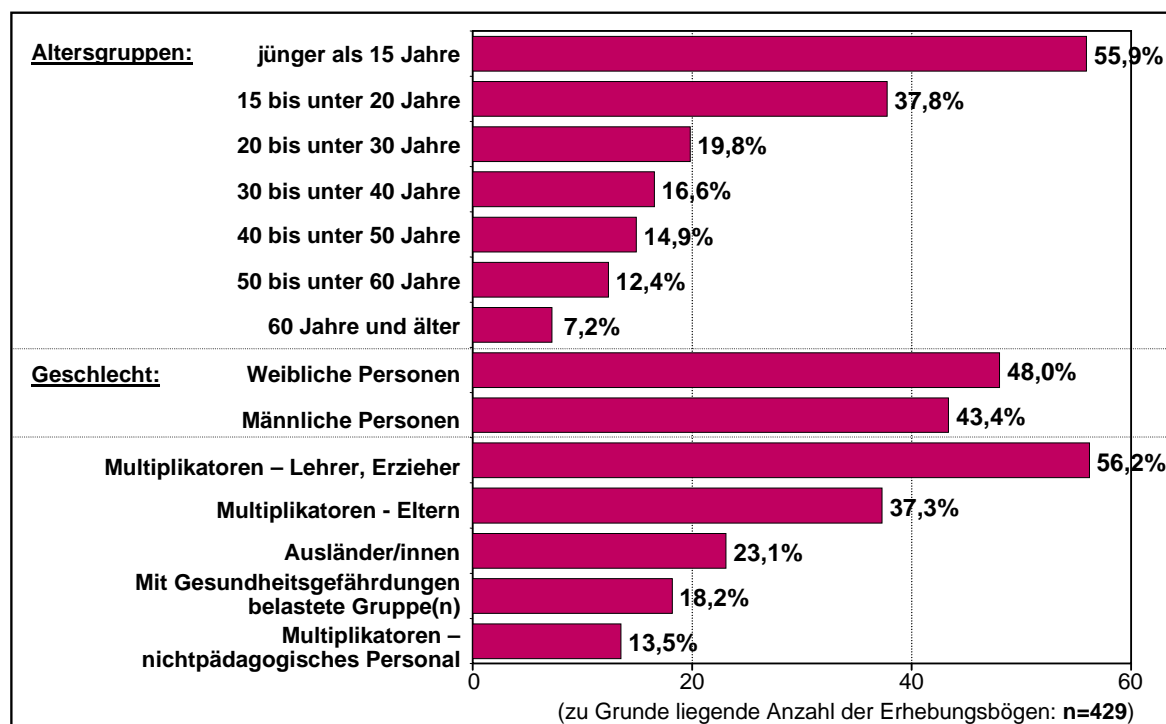
¹⁸ Es handelte sich dabei einmal um Aktivitäten zum Projekt „Be smart – don't start“, einem Nichtraucherwettbewerb in Schulen, das durch das Institut für Therapie- u. Gesundheitsforschung zusammen mit Krankenkassen, der Europäischen Kommission, der Deutschen Krebshilfe und weiteren Einrichtungen seit 1997 in jährlichem Turnus durchgeführt wird. Dabei verpflichteten sich Schulklassen für ein halbes Jahr zu einem Rauchverzicht. Für das Schuljahr 2003/2004 hatten sich in der Gesamtheit rund 9.500 Klassen zur Teilnahme hierfür angemeldet. In zwei Bundesländern waren Krankenkassen mit in das Projekt eingebunden.

Beim zweiten Projekt handelte es sich um „Opus“, ein Netzwerk für Gesundheitsförderung in Schulen (NRW), getragen vom Ministerium für Schule und Weiterbildung in NRW. Kooperationspartner sind hier im Wesentlichen Kranken- und Unfallkassen. Bei diesem Projekt geht es – auf Basis der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation von 1986 – um die Förderung von Gesundheitsfaktoren auf der Personenebene und um eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lern-, Arbeits- und Lebensverhältnisse insbesondere von Schülern und Lehrpersonal.

3.2.1.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

In 69 % aller Fälle waren die Aktivitäten auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet. Im Mittel wurden dabei zwei Zielgruppen gleichzeitig benannt.

Abb. 3: Schwerpunktmäßige Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)



Die Aktivitäten richteten sich vorwiegend auf Kinder/Jugendliche im Alter von „unter 15 Jahren“ sowie von „15 bis 20 Jahren“ aus. Je älter die Personen waren, desto seltener waren sie Zielgruppe von Settingaktivitäten. Weiterhin sprachen die Maßnahmen „Frauen/Mädchen“ etwas häufiger an als „Männer/Jungen“. Da jedoch in den meisten Fällen weibliche und männliche Personen gleichzeitig benannt wurden (86 %), kann hier selten von einer eigentlichen geschlechtsspezifischen Zielgruppenausrichtung ausgegangen werden. Auffallend war hier, dass die Anteile an weiblichen/männlichen Zielgruppen im Vergleich zu 2003 deutlich niedriger waren (z.B. 2003: weibl. 84 %, männl. 81 %). Dieser Unterschied steht in Zusammenhang mit dem Einsatz des weiterentwickelten Dokumentationsbogens. Mit ihm wurden erstmals Altersgruppierungen abgefragt. Da dies im ursprünglichen Dokumentationsbogen nicht möglich war, haben viele die geschlechtsspezifischen Felder häufig dann markiert, wenn sie damit eine Gruppe bestimmten Alters hervorheben wollten¹⁹.

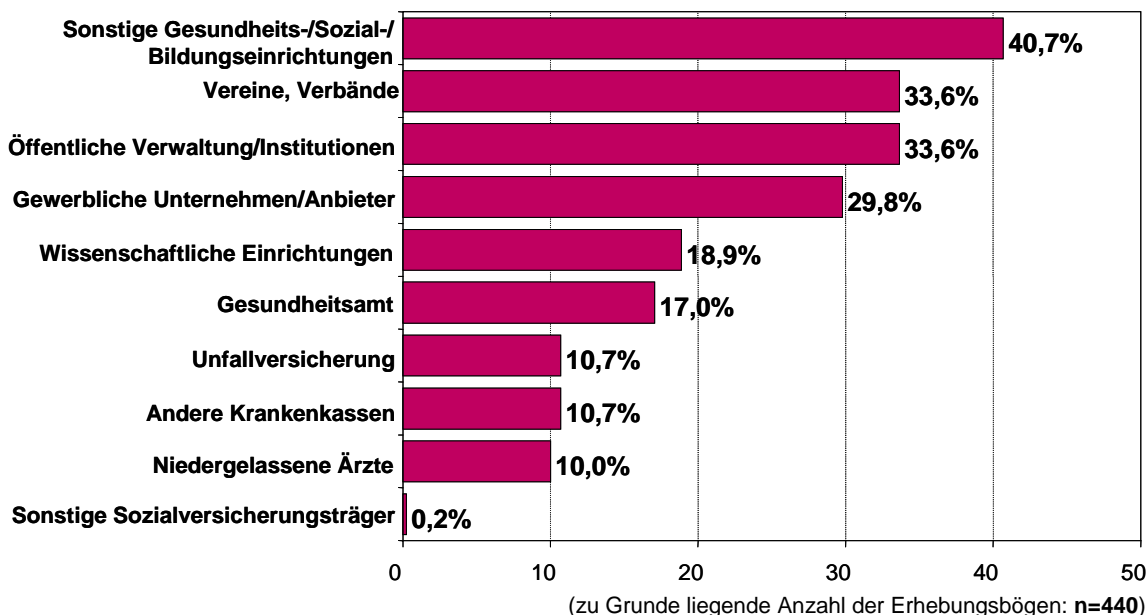
Die am zweithäufigsten gewählte Zielgruppe waren „Lehrer, Erzieher und anderes pädagogisches Personal als Multiplikatoren und Mediatoren“ (56 %). „Eltern als Multiplikatoren“ waren in 37 % der Fälle eine schwerpunktmäßige Zielgruppe. „Ausländer/-innen“, die im aktualisierten Dokumentationsbogen erstmals abgefragt wurden, waren bei knapp einem Viertel der Fälle Zielgruppe von Settingmaßnahmen.

¹⁹ Dies wurde durch die hierzu gemachten handschriftlichen Angaben deutlich.

3.2.1.3 Kooperationspartner

Der Themenblock „Kooperationspartner“ fragte nach den Kooperationspartnern der Krankenkassen, die über die im Setting Verantwortlich hinaus an den Aktivitäten beteiligt waren. Solche weiteren Kooperationen lagen in 73 % der Fälle vor (2003: 70 %). Im Mittel waren bei bestehender Kooperation Partner aus zwei verschiedenen Einrichtungen gleichzeitig in die Aktivitäten eingebunden.

Abb. 4: Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)



Häufigst genannte Kooperationspartner waren „Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen“²⁰, gefolgt von „Vereinen/Verbänden“ und der „Öffentlichen Verwaltung/Institutionen, Ministerien“²¹, sowie „Sonstigen Anbietern/Unternehmen“. Nennenswerte Ergebnisabweichungen zur Dokumentation 2003 lagen hier nicht vor.

3.2.1.4 Koordination und Steuerung

In 57 % aller Fälle wurde das Vorhandensein einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur bejaht (2003: 56 %). Feste Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen nehmen grundsätzlich, wie die Auswertungen zur Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle hinsichtlich vorhandener bzw. fehlender Steuerungsstrukturen zeigen (Kap. 3.2.3, S. 43), einen hohen Stellenwert für die Qualität von Settingaktivitäten ein.

In 44 % der Fälle mit Angaben hierzu wurde eine schriftliche Vereinbarung und zu 56 % eine mündliche Vereinbarung zur Durchführung von Settingaktivitäten getroffen.

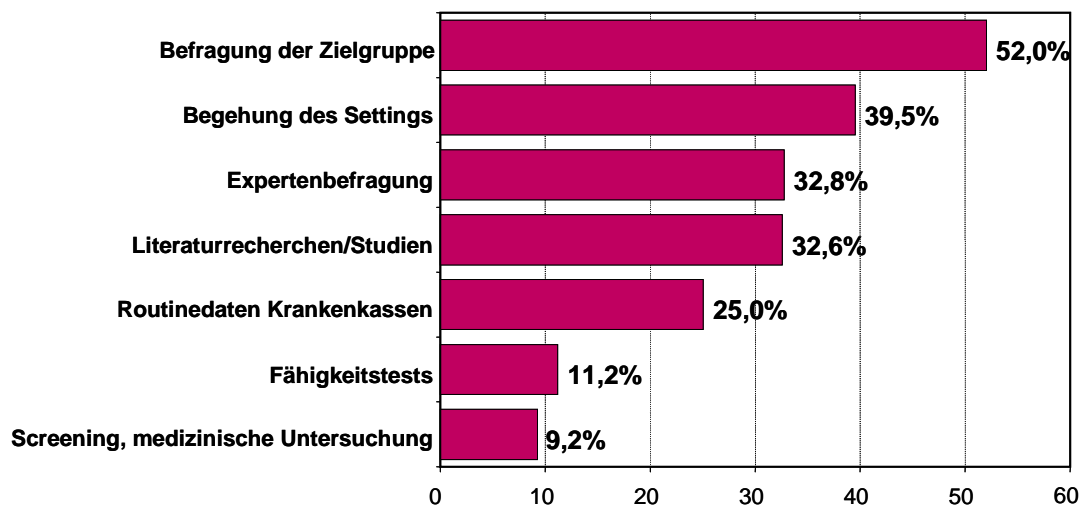
²⁰ Dazu zählten u.a. Krankenhäuser, Deutsches Rotes Kreuz, Arbeiterwohlfahrt, Suchtberatungsstellen, Gesundheitszentren, Familienbildungsstätten, die VHS etc.

²¹ Gemeint sind Kommunen und Verwaltungseinrichtungen auf Bundes-, Landes-, Kreis- und Regionalebene, wie z.B. Schulamt, Jugendamt, Kultusbehörde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

3.2.1.5 Bedarfsermittlung

Mit dem Einsatz verschiedener Instrumente zur Bedarfsermittlung können in den Settings spezifische Problematiken und Gesundheitsrisiken sowie gesundheitsförderliche Potenziale ermittelt werden. Mit den dadurch gewonnenen Erkenntnissen lassen sich die Interventionen besser auf die Gegebenheiten vor Ort ausrichten. Im Berichtsjahr 2004 lagen bei 83 % aller Fälle Angaben zur Bedarfsermittlung vor (2003: 80 %). Im Mittel wurden dabei pro Fall zwei Methoden der Bedarfsanalyse gleichzeitig eingesetzt. Im Berichtsjahr davor waren es noch drei gleichzeitig benannte Bedarfsanalysen. Das Ergebnis ist dabei in erster Linie darauf zurückzuführen, dass das im ursprünglichen Dokumentationsbogen abgefragte Feld „Messung von gesundheitsbezogenen Einstellungen, Kenntnissen, Erwartungen und Bewertungen“ nun dem Feld „Zielgruppenbefragung“ zugeordnet wurde, da eine Zielgruppenbefragung im Prinzip auch Fragen nach gesundheitsbezogenen Einstellungen, Kenntnissen, Erwartungen sowie Bewertungen beinhaltet.

Abb. 5: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=519)

Die drei häufigst genannten Formen der Bedarfsermittlung waren die „Zielgruppenbefragung“, die „Begehung des Settings“ sowie die „Expertenbefragung“. Am vierthäufigsten griffen die Akteure auf „Literatur- und Studienrecherchen“, die mit dem weiterentwickelten Dokumentationsbogen erstmals abgefragt wurden, zurück. Ferner waren „Auswertungen von Routinedaten der Krankenkassen“ häufig Bestandteil von Bedarfsanalysen. Die Häufigkeitsabfolge der eingesetzten Bedarfsanalysen entsprach – abgesehen von der Literaturrecherche – derjenigen der Vorjahresehebung. „Screenings, medizinische Untersuchungen“²² kamen – wie bereits in den Jahren davor – eher selten zum Einsatz.

In 25 % der Fälle, bei denen Angaben zur Bedarfsermittlung vorlagen, führten die Akteure gleichzeitig eine „Zielgruppenbefragung“ und eine „Begehung des Settings“ durch – allein für sich oder in Kombination mit weiteren Formen der Bedarfsanalyse. Nächsthäufigste Kombination war die gleichzeitige „Zielgruppen-“ und „Expertenbefragung“ (19 %). In 14 %

²² Messung von z.B. Blutdruck, Gewicht, Cholesterin, Hör-/ Sehtests etc.

der hier betrachteten Fälle wurden mindestens die drei Bedarfsanalysen „Begehung des Settings“, „Befragung der Zielgruppe“ sowie „Expertenbefragung“ miteinander verknüpft benannt.

3.2.1.6 Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstatt

Im Berichtsjahr 2004 wurde deutlich häufiger als in den Jahren davor in nichtbetrieblichen Settings eine Durchführung von Gesundheitszirkeln bejaht. Ihr Anteil lag bei 16 % aller Fälle mit vorhandenen Angaben hierzu (n=94; 2003: 5 %; 2002: 3 %²³). Erstmals fragte der weiterentwickelte Dokumentationsbogen auch die Durchführung von „Zukunftswerkstätten“ ab. Diese, dem Gesundheitszirkel sehr ähnlichen Verfahren, wurden eher selten, d.h. in 4 % der Fälle (n=22), bei denen Angaben hierzu vorlagen (n=565), angewandt.

3.2.1.7 Intervention

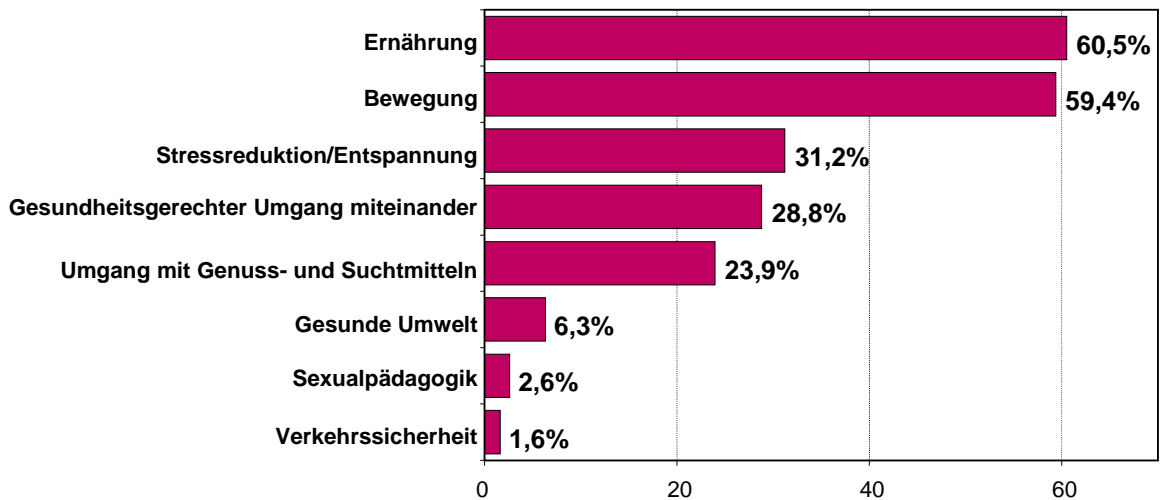
Das Kapitel Intervention enthält Ergebnisse zu den Themen "Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten", "Verhaltens- und verhältnisorientierte Aktivitäten", "Angewandte Methoden" und "Eingesetzte Medien".

- Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten

Zur inhaltlichen Ausrichtung der Aktivitäten lagen für das Berichtsjahr 2004 in 99 % aller Fälle Angaben vor. Im Durchschnitt wurden zwei Inhalte miteinander verknüpft thematisiert.

²³ Anders als in den Dokumentationen der Jahre davor beziehen sich die Prozentwerte in 2004 nicht auf den Gesamtdatensatz, sondern ausschließlich auf solche Fälle, bei denen Angaben zum jeweils abgefragten Themenblock vorlagen. Zu den Vergleichswerten siehe auch die Erläuterungen in Kap. 3.1, S. 15.

Abb. 6: Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten (Mehrfachnennungen möglich)



(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=618)

Am häufigsten und mit fast gleichen Anteilen sprachen die Interventionen die Themen „Ernährung“ sowie „Bewegung“ an. Im Berichtsjahr 2003 stand noch „Bewegung“ (76 %²⁴) im Vordergrund, gefolgt von „Ernährung“ (44 %³⁵). Miteinander verknüpft wurden diese beiden Themen dabei nicht gravierend häufiger als in 2003 (2004: 32 %, 2003: 27 %). Offensichtlich stand in 2004 das Thema „Ernährung“ deutlich stärker als bisher im Fokus der Aktivitäten – möglicherweise auch aufgrund der öffentlichen Diskussionen zu dem in den letzten Jahren beobachteten Anstieg an übergewichtigen und adipösen Kindern. Weiter stand die „Stressreduktion/ Entspannung“ – mit gleichem Anteil wie im Berichtsjahr davor – an dritter Stelle aller einzeln aufgelisteten Inhalte. Dem folgten – jeweils mit höheren Anteilen als im Berichtsjahr davor – die Themen „Gesundheitsgerechter Umgang miteinander“²⁵ (2004: 29 %, 2003: 22 %²⁶) und der „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ (2004: 24 %, 2003: 15 %³⁷).

Häufigste Verknüpfungen von mehreren Inhalten waren neben der Kombination von „Bewegung und Ernährung“ (32 %) die Kombination der Inhalte „Bewegung und Stressreduktion/Entspannung“ sowie „Ernährung und Stressreduktion/Entspannung“ (21 %). In einem Fünftel aller Fälle mit vorhandenen Angaben zu den Inhalten wurden die drei Inhalte „Bewegung, Ernährung und Stressreduktion/Entspannung“ gleichzeitig thematisiert.

- Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten

Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz versprechen insbesondere dann einen nachhaltigen Effekt, wenn sie sowohl auf das Verhalten der Menschen im Setting ausgerichtet sind als auch auf die Rahmenbedingungen des Settings selbst. Der Gedanke dabei ist, dass in einem gesundheitsförderlichen Setting ein gesundheitsbewusstes Verhalten leichter gelebt werden kann. Bei verhaltensbezogenen Aktivitäten geht es um die Vermittlung von ge-

²⁴ Anders als in den Dokumentationen der Jahre davor beziehen sich die Prozentwerte in 2004 nicht auf den Gesamtdatensatz, sondern ausschließlich auf solche Fälle, bei denen Angaben zum jeweils abgefragten Themenblock vorlagen. Zu den Vergleichswerten siehe auch die Erläuterungen in Kap. 3.1, S. 15.

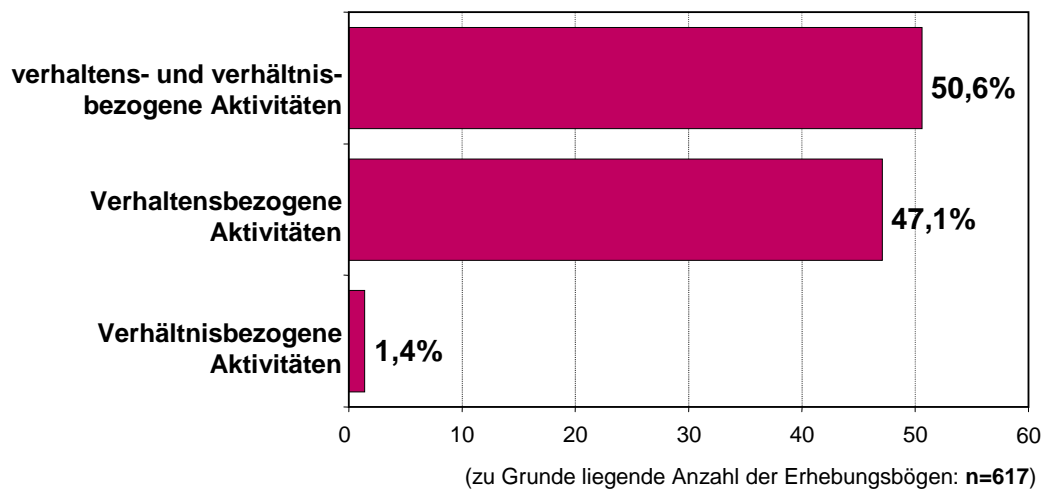
²⁵ Dieses Feld umfasst u.a. Bereiche wie Kommunikation, Konfliktmanagement oder Gewaltprävention.

²⁶ Zu den Vergleichswerten aus dem Berichtsjahr 2003 s. Fußnote 23 sowie Erläuterungen in Kap. 3.1, S. 15.

sundheitsbezogenen Informationen und/oder praktischen Fertigkeiten, Handlungs-, Entscheidungs- oder Selbstwahrnehmungskompetenzen. Es kann sich dabei um Bewegungs-/Fitnessangebote oder Haltungsübungen handeln, um individuelle Beratungen oder Informationsveranstaltungen, bspw. zum Thema Rauchen oder Ernährung. Verhältnisbezogene Aktivitäten können hingegen auf gesundheitsförderliche Veränderungen in der Organisation im Setting und/oder auf die dortigen Umgebungsbedingungen abzielen, auf die Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, die Verbesserung von Kommunikation/Information sowie auf eine Optimierung sozialer Angebote und Einrichtungen im Setting.

Wie nachstehende Grafik zeigt, waren die Aktivitäten in gut der Hälfte der Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen (2003: 49 %). In 47 % der Fälle sprachen die Interventionen ausschließlich das Verhalten der Personen im Setting an. 1 % der Aktivitäten war rein auf die Verhältnisse im Setting bezogen:

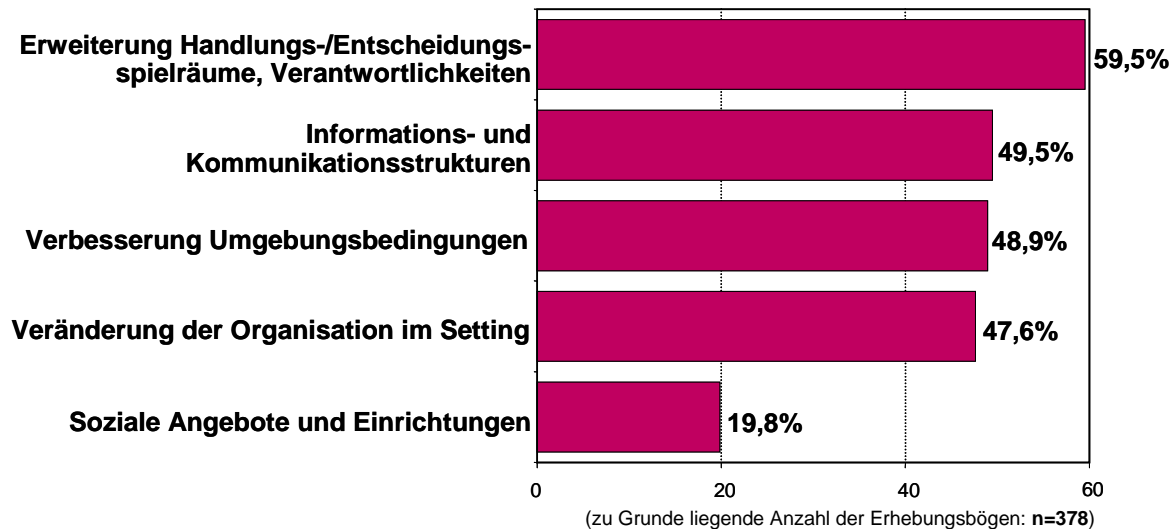
Abb. 7: Intervention – Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten



- Art der Umgestaltung:

Der ab dem Berichtsjahr 2004 erstmals eingesetzte überarbeitete Dokumentationsbogen enthält neuerdings – resultierend aus den handschriftlichen Angaben der Erhebungen aus den Vorjahren – Merkmale, die die Art der Veränderungen im Setting beschreiben. Bei diesen Veränderungen bzw. Umgestaltungen handelte es sich vorwiegend um verhältnisbezogene Maßnahmen. In 61 % aller Fälle lagen Angaben zur Art der Umgestaltung vor (vgl. Abb. 7, S. 28):

Abb. 8: Intervention – Art der Umgestaltung (Mehrfachnennungen möglich)



Am häufigsten betrafen die Veränderungen die „Erweiterung von Handlungs-/ Entscheidungsspielräumen bzw. Verantwortlichkeiten“, dann „Informations- und Kommunikationsstrukturen²⁷“, „Verbesserung von Umgebungsbedingungen²⁸“ sowie „Veränderung der Organisation im jeweiligen Setting²⁹“. Vergleichsweise seltener waren sie auf Umgestaltungen der „Sozialen Angebote und Einrichtungen³⁰“ ausgerichtet.

In der Praxis wurden im Durchschnitt in zwei Bereichen gleichzeitig Veränderungen vorgenommen. Häufigste Kombinationen waren hier die „Erweiterung von Handlungs-, Entscheidungsspielräumen, Verantwortlichkeiten“ mit einer gleichzeitigen Verbesserung von „Informations- und Kommunikationsstrukturen“ (33 % der Fälle mit vorhandenen Angaben zur Art der Umgestaltung), ferner die „Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen ...und Veränderung der Organisation“ bzw. von „Verbesserungen in Organisation und von Umgebungsbedingungen“ (jeweils 29 %).

- Methoden und Medien

In 99 % der Fälle lagen Angaben zu angewandten Methoden (2003: 97 %) und in 94 % Angaben zu eingesetzten Medien vor (2003: 94 %).

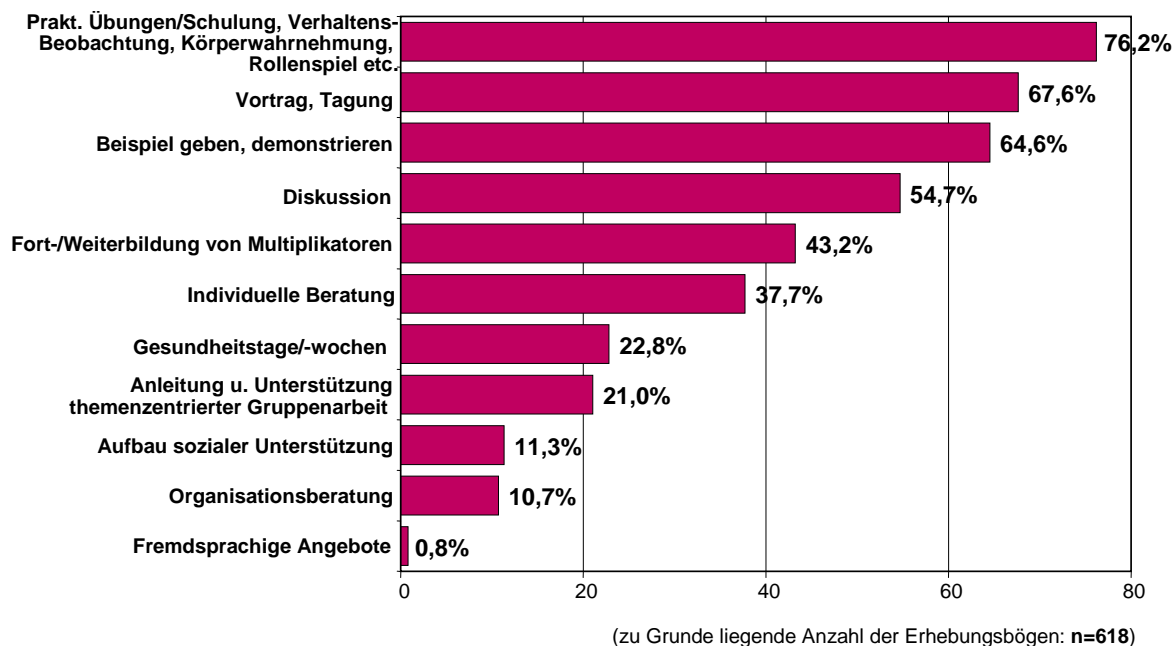
²⁷ Dazu zählte auch der dauerhafte systematische Einsatz von Multiplikatoren (z.B. Peers).

²⁸ Z.B. Beleuchtung, Wärme, Kälte, Zugluft, Staub, ergonomisches Mobiliar, Schaffung von Bewegungsmöglichkeiten im Setting, bspw. durch Installation von Sportgeräten in Schulen oder Spielplatzgestaltung in Stadtteilen/Ortschaften.

²⁹ Gemeint ist damit auch die Schulung von Personal, personelle Neu-/Umbesetzungen, veränderte Zuständigkeiten, die Bildung von Teams/Gruppen oder die Änderung von Termin-/Stundenplänen, Pausenregelungen oder Freizeiten.

³⁰ Dazu zählten bspw. die Umgestaltung von Aufenthaltsräumen, Einrichtung von Nichtraucherbereichen/-bereichen, Verbesserung von Sanitärräumen und -anlagen oder auch das Essensangebot bzw. dem Pausenverkauf in Schulen.

Abb. 9: Intervention – angewandte Methoden (Mehrfachnennungen möglich)



Am häufigsten kamen die Methoden „Praktische Übungen/Schulung, Verhaltensbeobachtung, Körperwahrnehmung, Rollenspiel etc.“³¹, „Vortrag, Tagung“ und „Beispiel geben, demonstrieren“ zum Einsatz, gefolgt von „Diskussionen“, „Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren/Mediatoren“ sowie die „Individuelle Beratung“. Erstmals wurde in 2004 die „Organisationsberatung“ abgefragt. Sie erfolgte in 11 % aller hier betrachteten Fälle.

In 2004 wurden im Durchschnitt etwas weniger (d.h. vier) Methoden gleichzeitig angewandt als noch in 2003 (fünf Methoden im Mittel). Daraus resultieren tendenziell niedrigere Prozentsätze in nahezu allen abgefragten Feldern zu den Methoden gegenüber 2003. In 2004 wurden häufiger als in 2003 „Multiplikatoren/Mediatoren weitergebildet“ (2004: 43 %, 2003: 15 %³²) und eine „themenzentrierte Gruppenarbeit angeleitet bzw. unterstützt“ (2004: 21 %, 2003: 15 %⁴³).

Häufigste Viererkombination bei den Methoden war die gleichzeitige Anwendung von „Praktischen Übungen ...“, „Vortrag, Tagung“, „Beispiel geben“ und „Diskussion“ (30 %). Davon wiederum fand in 45 % dieser Fälle zusätzlich noch eine „Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren/Mediatoren“ statt.

Die Medien „Faltblätter Broschüren“ fanden deutlich am häufigsten Einsatz (76 %), gefolgt von „Übungsmanualen/ Arbeitsunterlagen“ (59 %), „Video, Foto, Overhead, Beamer etc.“ (56 %) sowie „Anschauungsmaterial/ Modellen“ und „Ausstellungen, Plakate“ (51 %). Das „Internet“, das ab dem Berichtsjahr 2004 neben „Anschauungsmaterial/ Modelle“ erstmals abgefragt wurde, fand vergleichsweise selten Anwendung (8 %). Im Durchschnitt wurden drei Medien gleichzeitig eingesetzt. Mit einem Anteil von 42 % handelte es sich dabei am

³¹ Hierzu zählten auch Kursprogramme, Gruppenberatungen oder Workshops.

³² Anders als in den Dokumentationen der Jahre davor beziehen sich die Prozentwerte in 2004 nicht auf den Gesamtdatensatz, sondern ausschließlich auf solche Fälle, bei denen Angaben zum jeweils abgefragten Themenblock vorlagen. Zu den Vergleichswerten siehe auch die Erläuterungen in Kap. 3.1, S. 15.

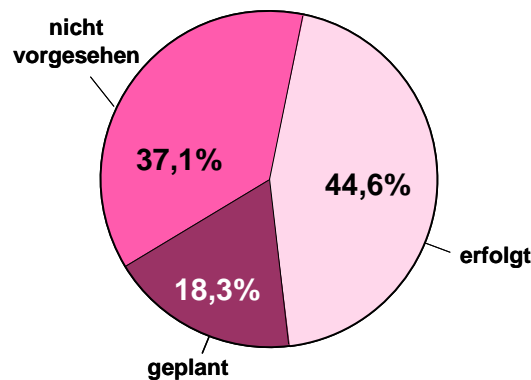
häufigsten um die Medien „Faltblätter, Broschüren“, „Übungsmanuale/ Arbeitsunterlagen“, für sich allein oder in Kombination mit weiteren Medien. Bei vier Fünftel dieser Fälle wurden zusätzlich zu den drei hier genannten Medien mindestens noch „Anschauungsmaterial/Modelle“ eingesetzt.

3.2.1.8 Erfolgskontrollen

Mit dem Einsatz des weiterentwickelten Dokumentationsbogens zum Setting-Ansatz wurden erstmals neben durchgeführten Erfolgskontrollen auch geplante sowie nicht vorgesehene Kontrollen abgefragt. Auf diese Weise lässt sich ein umfassenderes Bild zu diesem Themenfeld zeichnen.

In 92 % aller Fälle lagen Angaben zur Planung und Durchführung von Erfolgskontrollen vor:

Abb. 10: Die Durchführung einer Erfolgskontrolle ist:



(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=569)

Erfolgskontrollen wurden bei insgesamt 63 % aller hier betrachteten Fällen durchgeführt oder waren noch geplant. Bei gut einem Drittel der Fälle waren Erfolgskontrollen nicht vorgesehen. Bei diesen handelte es sich in der Mehrzahl um Aktivitäten, die eine Laufzeit von bis zu drei Monaten hatten (65 %).

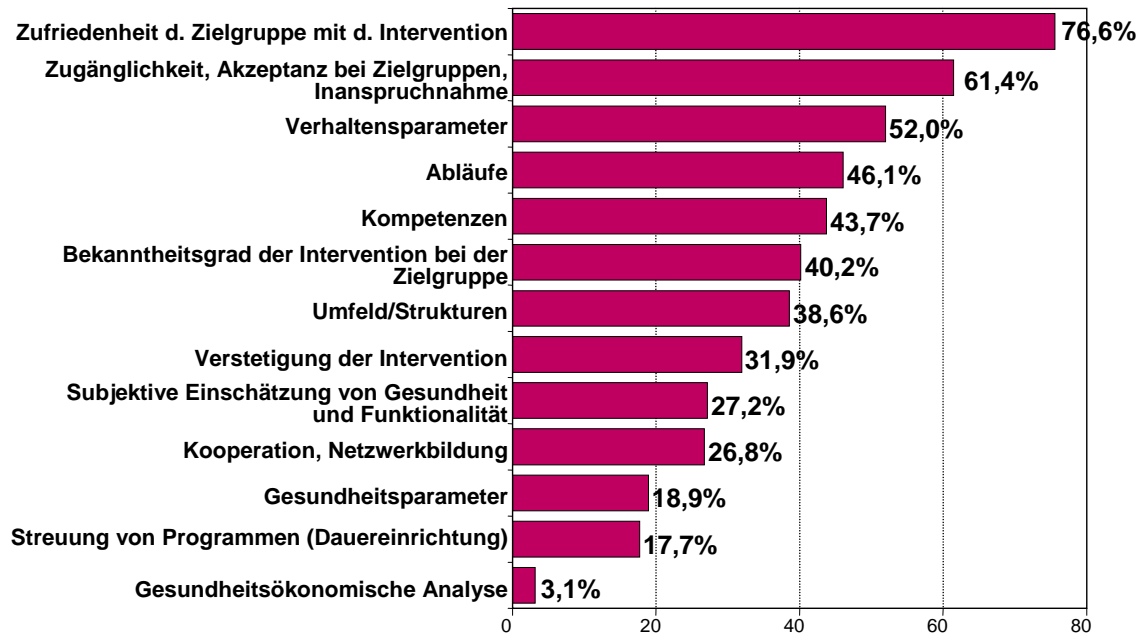
Erfolgskontrollen bezogen sich im Durchschnitt auf fünf Bereiche gleichzeitig. Dabei streuten die Kombinationen hier weit. Im Einzelnen waren die Erfolgskontrollen der Rangfolge nach am häufigsten auf die „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“ und die „Zugänglichkeit, Akzeptanz der Aktivitäten bei der Zielgruppe, Inanspruchnahme“ ausgerichtet, gefolgt von der Prüfung von „Verhaltensparametern³³“, von „Abläufen“, von „Kompetenzen³⁴“ sowie vom „Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe“:

³³ Gemeint sind bspw. Ernährungs- oder Bewegungsmuster, Stressbewältigung, rückschonendes Bewegen/Arbeiten ...

³⁴ Dazu zählen u.a. Wissen, Selbstbewusstsein oder die Mitwirkung bei der Umgestaltung des Umfelds.

Abb. 11: Erfolgskontrollen (Mehrfachnennungen möglich)

Erfolgskontrolle bezog sich auf :



(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=254)

Häufiger als in 2003 bezog sich die Erfolgskontrolle u.a. auf den Parameter „Streuung von Programmen als Dauereinrichtung“ (2004: 18 %, 2003: 3 %³⁵), sowie zum „Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe“ (2004: 40 %, 2003: 27 %⁴⁶). Umgekehrt wurde die „Verstetigung der Intervention zur Dauereinrichtung“ etwa halb so häufig angegeben wie noch in 2003 (2004: 32 %, 2003: 72 %⁴⁶).

³⁵ Anders als in den Dokumentationen der Jahre davor beziehen sich die Prozentwerte in 2004 nicht auf den Gesamtdatensatz, sondern ausschließlich auf solche Fälle, bei denen Angaben zum jeweils abgefragten Themenblock vorlagen. Zu den Vergleichswerten siehe auch die Erläuterungen in Kap. 3.1, S. 15.

3.2.2 Settingbezogene Auswertungen

Wie bereits in den Dokumentationen der Vorjahre zu beobachten war, legen die gesetzlichen Krankenkassen ihr Augenmerk bei Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz weiterhin besonders stark auf Schulen und Berufsschulen. In 2004 wurde bei 66 % aller eingereichten Dokumentationsbögen als Setting mindestens eine Schulart (einschl. Berufsschule) benannt. Deshalb finden in nachfolgender settingbezogenen Ergebnisbeschreibung alle Schulformen samt Berufsschule Berücksichtigung.

Neben allen Schularten umfassen die settingbezogenen Auswertungen solche Settings, die mit einem Anteil von mindestens 5 % im Datensatz vertreten waren³⁶. Das Setting „Familie“, das in 56 Fällen (9 %) angegeben wurde, wurde in der Regel nicht als alleiniges Setting benannt, sondern in Verknüpfung mit weiteren Settings, meist mit „Grundschulen“ (45 %) und „Stadtteilen/Orten“ (43 %), sowie vergleichsweise häufig auch mit „Kindergärten/-tagesstätten“ (29 %). „Institutionen für spezifische Bevölkerungsgruppen“ sind mit einem Anteil von 6 % im Datensatz vertreten. Da hier die Art der Einrichtungen stark streute (z.B. Institutionen für Migranten, für Langzeitarbeitslose, Jugendzentren) und entsprechend auch die Settingmaßnahmen unterschiedlich waren, wurde hier auf eine settingspezifische Auswertung verzichtet.

Es war im Berichtsjahr 2004 zu beobachten, dass Settingaktivitäten meist in mehreren weiterführenden Schularten gleichzeitig durchgeführt wurden. Bei diesen Schulen handelte es sich um Sonder-, Haupt-, Real-, Gesamtschulen und Gymnasien. Da sich dort entsprechend die Planung, Intervention und Erfolgskontrolle jeweils stark ähnelte, werden im Folgenden die Ergebnisse hier zusammen abgebildet und auffällige Ergebnisabweichungen einzelner Schulformen hervorgehoben.

Bei den settingbezogenen Ergebnisdarstellungen ist zu berücksichtigen, dass sich die Ergebnisse des jeweils betrachteten Settings nicht trennscharf von denjenigen weiterer Settings abgrenzen lassen. Besonders die Ergebnisse aus den Settings „Stadtteil/Ort“, „Verein“ sowie „Familie“, die in der Mehrzahl der Fälle zusammen mit weiteren Settings benannt wurden, fließen meist in weitere Settings ein (sowie umgekehrt). Wenn hier also „Stadtteil/Ort“, „Verein“ und „Familie“ einzeln betrachtet werden, dann wird hier jeweils die Perspektive des betrachteten Settings eingenommen.

3.2.2.1 Grundschule

In 179 von 622 Fällen (29 %) fanden Settingaktivitäten in Grundschulen statt. Davon wurde in 109 Fällen (61 %) die Grundschule als alleiniges Setting benannt. Bei den restlichen 70 Fällen erfolgten die Aktivitäten gleichzeitig in diversen weiteren Settings. Meist handelte es sich dabei um die Settings „Haupt-“ und „Realschule“.

³⁶ Detaillierte Ergebnisse zu allen abgefragten Settings lassen sich dem Tabellenband zur Dokumentation 2004 entnehmen.

Die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten lag hier bei 20 Monaten³⁷. Damit waren die Maßnahmen in Grundschulen tendenziell länger angelegt als in der Gesamtauswertung (16 Monate). 47 % dieser Aktivitäten liefen über ein Jahr und länger, 39 % waren eher kurz angelegt (d.h. bis zu drei Monate Laufzeit). Die gemeldete Maximallaufzeit lag neben einem dauerhaft angelegten Fall in weiteren fünf Fällen bei acht Jahren.

In „Grundschulen“ wurden Schätzungen zufolge 206.000 Personen direkt³⁸ und darüber hinaus weitere 255.000 Personen indirekt, insgesamt 461.000 Personen erreicht.

Zwei Drittel der Aktivitäten waren auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet. Es handelte sich dabei vorwiegend um die Altersgruppe der „unter 15-Jährigen“ (89 %) und um „Lehrer ...“ (85 %) und „Eltern als Multiplikatoren“ (62 %).

Kooperationen mit weiteren Partnern/Einrichtungen als den vor Ort Verantwortlichen wurden um etwa ein Viertel häufiger in Grundschulen als in der Gesamtauswertung gemeldet (92 %, Gesamt 73 %). Zu den drei häufigsten Kooperationspartnern zählten die „Öffentliche Verwaltung, Institutionen“, „Sonstige Gesundheits-, Bildungseinrichtungen“ sowie „Vereine/ Verbände“. Häufiger als im Gesamtdatensatz war hier die „Öffentliche Verwaltung ...“ Kooperationspartner (46 %, Gesamt 34 %). Im Mittel lagen pro Fall zwei bis drei Kooperationen vor.

Bei 63 % der Settingaktivitäten in Grundschulen wurden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet (Gesamt 57 %). Vereinbarungen zur Durchführung der Maßnahmen wurden in 63 % der Fälle mit vorhandenen Angaben schriftlich, in 37 % mündlich getroffen (Gesamt 56 %, 44 %).

Bedarfsermittlungen erfolgten in Grundschulen noch häufiger als in der Gesamtauswertung (93 %, Gesamt 83 %). Im Mittel wurden pro Fall zwei Methoden der Bedarfsanalyse gleichzeitig angewandt. Zu den am häufigsten eingesetzten Methoden zählten die „Settingbegehung“ (49 %, Gesamt 40 %) und die „Zielgruppenbefragung“ (38 %, Gesamt 52 %).

Um die Hälfte häufiger als in der Gesamtauswertung, d.h. bei einem Viertel aller Fälle in Grundschulen wurden Gesundheitszirkel durchgeführt (Gesamt 16 %) und bei 5 % wurde eine Zukunftswerkstatt eingerichtet (Gesamt 4 %).

In Grundschulen waren die Aktivitäten inhaltlich meist auf die Themen „Bewegung“ und „Ernährung“ ausgerichtet, wobei die Bewegung vergleichsweise häufig thematisiert wurde (73 %, Gesamt 61 %). Im Vergleich zu den Gesamtergebnissen sprachen die Maßnahmen häufiger „das gesundheitsgerechte Miteinander“ (44 %, Gesamt 29 %) und die „Stressreduktion/Entspannung“ (44 %, Gesamt 31 %) an. Die Aktivitäten waren deutlich häufiger als in der Gesamtauswertung gleichzeitig verhältnis- und verhaltensbezogen. Der entsprechende Anteil lag bei 70 % (Gesamt 51 %). Im Mittel betrafen die Umgestaltungen drei Bereiche

³⁷ Ein Fall, bei dem eine unbegrenzte Laufzeit gemeldet wurde, fand bei der Mittelwertberechnung keine Berücksichtigung.

³⁸ In mehreren Fällen wurden extreme Schätzzahlen abgegeben. Diese wurden bei der Summenbildung hier nicht berücksichtigt. Nähere Erläuterungen hierzu siehe Fußnote 17 auf Seite 20.

gleichzeitig. Bei diesen, die auch bei ihrer einzelnen Auflistung die ersten drei Plätze einnahmen, handelte es sich um die Optimierung von „Organisation“, „Umgebung“ sowie die „Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen ...“. Häufiger als in der Gesamtauswertung wurden in Grundschulen auch die „Informations- und Kommunikationsstrukturen“ verändert (66 %, Gesamt 50 %).

Hinsichtlich der angewandten Methoden ist erwähnenswert, dass hier auffallend oft „Multiplikatoren/Mediatoren fort- bzw. weitergebildet“ (71 %, Gesamt 43 %) wurden. Seltener als in der Gesamtauswertung wurden in Grundschulen „Diskussionen“ als Methode eingesetzt (41 %, Gesamt 55 %). Auch wurde in Grundschulen etwas häufiger als im Gesamtdatensatz mit den Medien „Anschauungsmaterial“ und „Übungsunterlagen ...“ gearbeitet.

Erfolgskontrollen sind in Grundschulen bei 52 % der Fälle erfolgt und waren bei weiteren 29 % der Fälle noch geplant (Gesamt 45 % und 18 %). Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden im Mittel fünf Bereiche zusammen abgeprüft. Am häufigsten bezogen sich die Kontrollen auf die „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, auf „Verhaltensparameter“, den „Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe“, auf „Umfeld/Strukturen“ sowie auf „Abläufe“. Seltener als in der Gesamtauswertung wurde in Grundschulen die „Zugänglichkeit und Akzeptanz der Intervention bei der Zielgruppe“ abgefragt.

3.2.2.2 Weiterführende Schulen

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

In 61 % der Fälle (n=106), bei denen mindestens eine weiterführende Schulart benannt wurde, erfolgten die Aktivitäten ausschließlich in weiterführenden Schulen. Bei den restlichen 67 Fällen fanden Interventionen meist noch im Setting „Grundschule“ (39 %) und am nächsthäufigsten, mit deutlich geringerem Anteil, in „Vereinen“ (8 %) statt.

Die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten in weiterführenden Schulen lag bei 21 Monaten³⁹. Das sind im Mittel fünf Monate mehr als im Gesamtdatensatz. 53 % der Fälle mit vorhandenen Angaben zur Laufzeit waren für ein Jahr und länger angelegt (Gesamt 43 %). 29 % dauerten bis zu drei Monaten an (Gesamt 44 %).

In weiterführenden Schulen konnten den Schätzungen zufolge 635.000 Personen direkt⁴⁰ und darüber hinaus weitere 450.000 Personen erreicht werden. Den Gesamtschätzungen

³⁹ Ein Fall, bei dem eine unbegrenzte Laufzeit gemeldet wurde, fand bei der Mittelwertberechnung keine Berücksichtigung.

⁴⁰ Ein Fall, bei dem eine Schätzzahl von 800.000 direkt erreichter Personen vorlag, fand hier keine Berücksichtigung. Nähere Erläuterungen hierzu siehe Fußnote 17 auf Seite 20.

zufolge wurden somit in weiterführenden Schulen über Settingaktivitäten insgesamt 1.085.000 Personen erreicht.

Die Aktivitäten sprachen hier häufiger als in der Gesamtauswertung spezifische Zielgruppen an (78 %, Gesamt 69 %). Die Zielgruppenausrichtung war dabei in „Gymnasien“ am höchsten (84 %). Bei den Zielgruppen handelte es sich hier vorwiegend um Kinder/Jugendliche im Alter von „unter 15 Jahren“ (76 %) und von „15 bis 19 Jahren“ (55 %). Ferner waren die Aktivitäten in weiterführenden Schulen oft auch auf „Lehrer als Multiplikatoren“ (66 %, Gesamt 56 %) ausgerichtet.

Zu Kooperationspartnern lagen in 76 % der Fälle Angaben vor (Gesamt 73 %). Der höchste Anteil an gemeldeten Kooperationen war hier in „Gesamtschulen“ zu verzeichnen (86 %), am niedrigsten war er in „Sonderschulen“ (71 %). Bei den Kooperationspartnern handelte es sich am häufigsten um „Sonstige Gesundheits-, Bildungseinrichtungen“, die „Öffentliche Verwaltung, Institutionen“ sowie um „Vereine/ Verbände“. Besonders die „Öffentliche Verwaltung“ war in weiterführenden Schulen häufiger als in der Gesamtauswertung Kooperationspartner (41 %, Gesamt 34 %). Ihr Anteil war besonders in Sonder- und Gesamtschulen hoch (68 % und 70 %). In „Sonderschulen“ waren zudem auffallend häufig „Wissenschaftliche Einrichtungen“ als Kooperationspartner in die Aktivitäten eingebunden (47 %, weiterführende Schulen 28 %). Im Mittel waren pro Fall drei Kooperationspartner an den Maßnahmen beteiligt.

Im Rahmen der Settingaktivitäten wurden bei 65 % der weiterführenden Schulen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet (Gesamt 57 %). Vereinbarungen im Rahmen der Aktivitäten wurden zu 51 % der Fälle schriftlich, zu 49 % mündlich getroffen.

Eine Bedarfsermittlung erfolgte in allen weiterführenden Schulen meist über eine „Zielgruppenbefragung“, die „Begehung des Settings“, eine „Expertenbefragung“ sowie über „Literaturrecherchen, wissenschaftliche Studien“. Besonders der Anteil an erfolgten „Expertenbefragungen“ war hier im Vergleich zu den Gesamtergebnissen höher (41 %, Gesamt 33 %). Im Mittel fanden bei der Bedarfsanalyse zwei Methoden gleichzeitig Anwendung.

Gesundheitszirkel wurden bei einem Viertel der hier betrachteten Fälle, d.h. um die Hälfte häufiger als in der Gesamtauswertung durchgeführt (Gesamt 16 %). Bei 8 % aller weiterführenden Schulen wurde ferner eine Zukunftswerkstatt eingerichtet (Gesamt 4 %).

In weiterführenden Schulen standen die Inhalte „Ernährung“ und „Bewegung“ im Vordergrund der Settingaktivitäten. Auch wurden hier der „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ (39 %, Gesamt 24 %) der „gesundheitsgerechte Umgang miteinander“ (38 %, Gesamt 29 %) häufiger als in der Gesamtauswertung thematisiert. Der „gesundheitsgerechte Umgang miteinander“ wurde dabei vergleichsweise oft in Haupt- und Gesamtschulen angesprochen (47 % und 52 %). Die Aktivitäten waren zu 56 % verhältnis- und verhaltensbezogen und zu 43 % rein verhaltensbezogen. In zwei Fällen waren sie rein verhältnisbezogen. Die Umgestaltungen waren im Durchschnitt pro Fall auf zwei Bereiche gleichzeitig ausgerichtet. Am häufigsten bezogen sie sich auf die „Verbesserung von Umgebungsbedingungen“, die „Erweiterung von Handlungs-, Entscheidungsspielräumen/ Verantwortlichkeiten“ sowie

auf die Veränderung von „Informations- und Kommunikationsstrukturen“. Dabei lag der Schwerpunkt bei Sonderschulen etwas stärker auf der „Verbesserung von Umgebungsbedingungen“, in Haupt-, Real- und Gesamtschulen hingegen mehr auf der „Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen“ und in Gymnasien stärker auf der Optimierung von „Kommunikations- und Informationsstrukturen“.

Bei 44 % der hier betrachteten Fälle wurden Erfolgskontrollen durchgeführt (Gesamt 45 %). Bei weiteren 19 % waren sie noch geplant (Gesamt 18 %). Zu den fünf häufigst genannten Parametern zählten die „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen...“, „Verhaltensparameter“, „Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe“ sowie „Abläufe“. Im Vergleich zu den Gesamtergebnissen bezogen sich die Erfolgskontrollen häufiger auf „Kooperation, Netzwerkbildung“ (38 %, Gesamt 27 %) und auf den „Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe“ (49 %, Gesamt 40 %). Seltener als im Gesamtdatensatz bezogen sie sich auf die „Verstetigung von Interventionen (Dauereinrichtung)“ (22 %, Gesamt 32 %).

In allen Schularten wurden am häufigsten die „Zufriedenheit der Zielgruppe ...“ und die „Zugänglichkeit/Akzeptanz der Intervention ...“ abgefragt. In Sonderschulen bezogen sich die Kontrollen noch häufig auf die „Kooperation, Netzwerkbildung“, in Haupt-, Realschulen und Gymnasien auf „Verhaltensparameter“ und in Gesamtschulen vergleichsweise stark auf den „Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe“.

3.2.2.3 Berufsschule

In 94 von 112 Fällen (84 %), bei denen „Berufsschulen“ als Setting benannt wurden, wurden ausschließlich dort Settingaktivitäten durchgeführt. Bei den restlichen 18 Fällen, bei denen weitere Settings angegeben wurden, handelte es sich meist noch um „Hauptschulen“ und „Gymnasien“ (jeweils 12 Fälle).

Die durchschnittliche Laufzeit der Settingaktivitäten lag hier bei elf Monaten. Das sind im Mittel fünf Monate weniger als in der Gesamtauswertung (Gesamt 16 Monate). 48 % der Fälle mit vorhandenen Angaben zur Laufzeit dauerten dabei ein Jahr und länger an (Gesamt 43 %). Dabei lag die Laufzeit dieser Fälle zu 71 % bei zwölf Monaten, zu 29 % bei mehr als einem Jahr. 42 % der Aktivitäten hatten eine Laufzeit von bis zu drei Monaten (Gesamt 44 %).

In „Berufsschulen“ konnten den Schätzungen zufolge 108.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 53.000 Personen, insgesamt also 161.000 Personen erreicht werden.

Die Aktivitäten waren hier in der Mehrzahl der Fälle (73 %) auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet. Dabei handelte es sich vorwiegend um Jugendliche und junge Erwachsene von „15 bis 19“ (88 %) und „20 bis 29 Jahren“ (42 %). Ferner waren die Aktivitäten in 43 % der Fälle auf „Lehrer als Multiplikatoren“ ausgerichtet. Die Aktivitäten zielten in Berufsschulen doppelt so häufig wie in der Gesamtauswertung auf „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“ (40 %, Gesamt 18 %) ab. Auch waren „Ausländer/-innen“ häufiger als in der Gesamtauswertung Zielgruppe von Settingaktivitäten (28 %, Gesamt 23 %).

In Berufsschulen erfolgten die Maßnahmen weniger als in der Gesamtauswertung in Kooperation mit weiteren Einrichtungen, nämlich in 51 % der Fälle (Gesamt 73 %). In den Fällen, bei denen Kooperationen vorlagen, handelte es sich meist – und hier häufiger als in der Gesamtauswertung – um „Gewerbliche Unternehmen/ Anbieter“ (44 %, Gesamt 30 %) sowie um die „Unfallversicherung“ (32 %, Gesamt 11 %). Seltener als im Gesamtdatensatz bestanden Kooperationen mit „Sonstigen Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen“ (25 %, Gesamt 41 %) und der „Öffentlichen Verwaltung“ (21 %, Gesamt 34 %). Im Mittel waren bei den Fällen, bei denen Angaben zu einer Kooperation vorlagen, zwei verschiedene Einrichtungen gleichzeitig in die Maßnahmen eingebunden.

Bei 59 % der gemeldeten Settingaktivitäten in Berufsschulen war eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur vorhanden (Gesamt 57 %). Die Vereinbarungen zur Durchführung der Maßnahmen wurden in 29 % der Fälle schriftlich, in 71 % der Fälle mündlich getroffen. Das sind weniger schriftliche Vereinbarungen als in der Gesamtauswertung (Gesamt 44 %).

Bedarfsanalysen erfolgten in Berufsschulen häufiger als in der Gesamtauswertung (93 %, Gesamt 83 %). Dabei griffen die Akteure im Durchschnitt auf drei Methoden zur Bedarfsanalyse zurück (Gesamt zwei/Fall). Im Einzelnen handelte es sich dabei meist – und dabei zum Teil deutlich häufiger als in der Gesamtauswertung – um die beiden Methoden „Zielgruppenbefragung“ (64 %, Gesamt 52 %) und „Auswertungen von Routinedaten der Krankenkassen“ (56 %, Gesamt 25 %), oft weiter verknüpft mit „Begehung des Settings“, „Expertenbefragung“ oder „Literaturrecherche, Studie“.

Gesundheitszirkel wurden in Berufsschulen vergleichsweise selten durchgeführt. Der entsprechende Anteil lag hier bei 6 % (Gesamt 16 %). Die Einrichtung einer Zukunftswerkstatt wurde bei 3 % der hier betrachteten Fälle bejaht (Gesamt 4 %)

Die Interventionen waren inhaltlich besonders auf „Bewegung“ ausgerichtet (76 %, Gesamt 61 %). Dem folgten der Häufigkeit nach – mit geringeren Anteilen als in der Gesamtauswertung – die Themen „Ernährung“ (46 %, Gesamt 61 %) und „Stressreduktion/Entspannung“ (25 %, Gesamt 31 %). Im Mittel sprachen die Interventionen zwei Inhalte gleichzeitig an. Die Aktivitäten waren zu 45 % verhältnis- und verhaltensbezogen (Gesamt 51 %) und zu 55 % rein verhaltensbezogen (Gesamt 47 %). Die Umgestaltungen betrafen hier im Mittel zwei Bereiche. Dabei handelte es sich vorwiegend um die „Verbesserung von Umgebungsbedingungen“ und die „Erweiterung von Handlungs-/ Entscheidungsspielräumen/Verantwortlichkeiten“. Im Vergleich zur Gesamtauswertung war hier der Anteil an Maßnahmen, die zu einer „Verbesserung der Umgebungsbedingungen“ führten, hoch (61 %, Gesamt 49 %). Die Aktivitäten betrafen in Berufsschulen hingegen weniger als in der Gesamtauswertung eine Veränderung von „Informations-/Kommunikationsstrukturen“ (34 %, Gesamt 50 %) und der „Sozialen Einrichtungen“ (6 %, Gesamt 20 %).

In 47 % der Fälle aus Berufsschulen sind Erfolgskontrollen durchgeführt worden (Gesamt 45 %). Bei 17 % war die Durchführung noch geplant (Gesamt 18 %). Im Mittel bezogen sich die Kontrollen pro Fall auf fünf Bereiche gleichzeitig. Sie bezogen sich nahezu überall

dort, wo Erfolgskontrollen durchgeführt wurden, auf „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“ (94 %, Gesamt 77 %) sowie auf „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“ (85 %, Gesamt 61 %). Ebenfalls erfassten sie auffallend häufig den Parameter „Verstetigung der Intervention als Dauereinrichtung“ (58 %, Gesamt 32 %).

3.2.2.4 Kindergarten/Kindertagesstätte

In 51 von 83 Fällen (61 %), bei denen „Kindergärten/-tagesstätten“ als Setting benannt wurden, erfolgten die Settingaktivitäten ausschließlich dort. Bei den restlichen 32 Dokumentationsbögen wurden als weitere Settings meist noch „Familie“, „Stadtteil/Ort“ und/oder „Grundschule“ angegeben.

Die durchschnittliche Laufzeit der Settingaktivitäten lag hier bei dreizehn Monaten. 41 % der Fälle mit vorhandenen Angaben zur Laufzeit waren dabei für ein Jahr und länger angelegt (Gesamt 43 %). 48 % dauerten bis zu drei Monaten an (Gesamt 44 %).

In „Kindergärten/-tagesstätten“ konnten den Schätzungen zufolge 59.000 Personen direkt⁴¹ und darüber hinaus weitere 70.000 Personen, insgesamt also 129.000 Personen erreicht werden.

Die Aktivitäten waren hier etwas weniger als in der Gesamtauswertung, jedoch immer noch deutlich in der Mehrzahl auf schwerpunktmäßige Zielgruppen ausgerichtet (64 %, Gesamt 69 %). Es handelte sich dabei vorwiegend um Kinder „unter 15 Jahren“ (83 %) und um „Erzieher“ (77 %) sowie „Eltern als Multiplikatoren“ (66 %).

Zu den Kooperationspartnern lagen in 76 % der Fälle Angaben vor (Gesamt 73 %). Dabei handelte es sich am häufigsten um Kooperationen mit „Sonstigen Gesundheits-, Bildungseinrichtungen“, der „Öffentlichen Verwaltung, Institutionen“ sowie mit „Vereinen/Verbänden“. Im Vergleich zur Gesamtauswertung waren auch „Gesundheitsämter“ verhältnismäßig oft an Aktivitäten in Kindergärten/-tagesstätten beteiligt (27 %, Gesamt 17 %). Im Durchschnitt waren – wie in der Gesamtauswertung – pro Fall zwei Kooperationspartner gleichzeitig in die Maßnahmen eingebunden.

Bei knapp der Hälfte der gemeldeten Settingaktivitäten in Kindergärten/-tagesstätten wurden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet (48 %, Gesamt 57 %). Vereinbarungen wurden in 44 % der Fälle mit hierzu vorhandenen Angaben schriftlich, in 56 % mündlich getroffen. Dies entspricht dem Gesamtergebnis.

In Kindergärten/-tagesstätten griffen die Akteure bei der Bedarfsermittlung häufiger als in der Gesamtauswertung auf „Zielgruppenbefragung“ (64 %, Gesamt 52 %) und „Settingbegehung“ (59 %, Gesamt 40 %) zurück. Insgesamt erfolgten im Vorfeld der Interventionen etwas seltener Bedarfsanalysen als in der Gesamtheit (77 %, Gesamt 83 %). Bei Bejahung griffen die Akteure im Mittel auf zwei Methoden der Bedarfsanalyse zurück.

⁴¹ Ein Fall, bei dem eine Schätzzahl von 800.000 direkt erreichter Personen vorlag, fand hier keine Berücksichtigung. Nähere Erläuterungen hierzu siehe Fußnote 17 auf Seite 20.

In 11 von 81 Fällen (14 %) wurden Gesundheitszirkel durchgeführt (Gesamt 16 %). Eine Zukunftswerkstatt wurde in 4 % der hier betrachteten Fälle eingerichtet.

Die Interventionen waren inhaltlich stärker als in der Gesamtauswertung auf die „Ernährung“ ausgerichtet (76 %, Gesamt 61 %). Dem folgten den Häufigkeiten nach die „Bewegung“ und „Stressreduktion/Entspannung“. Das Thema „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ wurde hier ungefähr halb so häufig angesprochen wie im Gesamtdatensatz. Im Mittel sprachen die Interventionen zwei Inhalte gleichzeitig an. Die Aktivitäten waren ungefähr zur Hälfte verhältnis- und verhaltensbezogen bzw. rein verhaltensbezogen. Nur in einem Fall wurden rein verhältnisbezogene Aktivitäten gemeldet. Die Umgestaltungen betrafen im Mittel zwei bis drei Bereiche. Dabei handelte es sich – mit ähnlichen Häufigkeiten – um „Informations- und Kommunikationsstrukturen“, um die „Erweiterung von Handlungs-/ Entscheidungsspielräumen/Verantwortlichkeiten“ sowie um die „Verbesserung von Umgebungsbedingungen“.

In 45 % der Fälle in Kindergärten/-tagesstätten sind Erfolgskontrollen durchgeführt worden (Gesamt 45 %). 17 % waren zum Ende des Berichtsjahres noch geplant (Gesamt 18 %). Im Mittel bezogen sich die Kontrollen pro Fall auf fünf Bereiche gleichzeitig. Sie prüften häufiger als im Gesamtdatensatz die Felder „Kooperation, Netzwerkbildung“ (41 %, Gesamt 27 %), „Abläufe“ (59 %, Gesamt 46 %), den „Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe“ (52 %, Gesamt 40 %) sowie die „Subjektive Einschätzung von Gesundheit und Funktionalität“ (38 %, Gesamt 27 %) ab. Seltener als in der Gesamtauswertung bezogen sie sich auf „Gesundheitsparameter“ (10 %, Gesamt 19 %).

3.2.2.5 Stadtteil/Ort

In 29 % der Fälle, bei denen „Stadtteile/Orte“ als Setting benannt wurden, erfolgten Settingaktivitäten ausschließlich dort. Bei den weiteren zwei Dritteln dieser Fälle erfolgten die Aktivitäten in noch weiteren Settings. Dabei handelte es sich zur Hälfte mindestens um das Setting „Familie“. Auch „Vereine“ und „Grundschulen“ wurden häufig als weiteres Setting benannt. Wenn die Maßnahmen in drei Settings gleichzeitig erfolgten, dann handelte es sich meist um die Verknüpfung von „Stadtteil/Ort, Familie und Verein“ (19 %).

Die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten lag hier – wie in der Gesamtauswertung – bei 16 Monaten. 47 % dieser Aktivitäten dauerten ein Jahr oder länger an (Gesamt 43 %), 39 % waren eher kurz angelegt (d.h. bis zu drei Monate Laufzeit, Gesamt 44 %).

In „Stadtteilen/Orten“ wurden Schätzungen zufolge 315.000 Personen direkt⁴² und darüber hinaus weitere 83.000 Personen, insgesamt also 398.000 Personen erreicht.

Etwa drei Viertel der Aktivitäten in Stadtteilen/Orten waren auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (Gesamt 69 %). Die Zielgruppen waren am häufigsten Personen der Altersgruppe „unter 15 Jahre“ sowie „30 bis 39 Jahre“ und „40 bis 49 Jahre“ (42 % bis 43 %). Am

⁴² Mehrere Fälle, bei denen extreme Schätzzahlen gemeldet wurden, fanden bei der Summenbildung hier keine Berücksichtigung. Nähere Erläuterungen hierzu siehe Fußnote Fußnote 17 auf Seite 20.

wenigsten wurde die Altersgruppe „15 bis 19 Jahre“ als Zielgruppe benannt (17 %). Menschen ab 40 Jahren wurden in diesem Setting knapp drei Mal so häufig angesprochen wie in der Gesamtauswertung (33 %, Gesamt 11,5 %). Darüber hinaus zielten die Aktivitäten vorwiegend auf „Eltern als Multiplikatoren“ (45 %) sowie – und das deutlich häufiger als in der Gesamtauswertung – auf „Ausländer/-innen“ ab (43 %, Gesamt 23 %).

Kooperationen mit weiteren Partnern/Einrichtungen als den vor Ort Verantwortlichen wurden in Stadtteilen/Orten öfter gebildet als in der Gesamtauswertung (85 %, Gesamt 73 %). Häufigste Kooperationspartner waren dabei „Vereine, Verbände“, „Sonstige Gesundheits-, Bildungseinrichtungen“ und die „Öffentliche Verwaltung“. Sie wurden alle drei deutlich häufiger benannt als in der Gesamtauswertung. Auch „niedergelassene Ärzte“ (28 %, Gesamt 10 %) und „Gesundheitsämter“ (34 %, Gesamt 17 %) waren auffallend oft Kooperationspartner bei Settingaktivitäten. Im Mittel gab es pro Fall drei Kooperationspartner.

Bei 77 % der Settingaktivitäten in Stadtteilen/Strukturen lagen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vor (Gesamt 57 %). Vereinbarungen zur Durchführung der Maßnahmen wurden laut Angaben zu 36 % schriftlich, zu 64 % mündlich getroffen (Gesamt 56 %, 44 %).

Eine Bedarfsermittlung wurde hier etwas häufiger als in der Gesamtauswertung durchgeführt (90 %, Gesamt 83 %). Im Mittel wurden pro Fall drei Methoden der Bedarfsanalyse gleichzeitig angewandt. Zu den meist eingesetzten Methoden zählten die „Literaturrecherche, Studie“, „Zielgruppenbefragung“ und Begehung des Settings. Der Anteil an durchgeführten „Literaturrecherchen“ (51 %, Gesamt 33 %) und „Screenings, medizinischen Untersuchungen“ (22 %, Gesamt 9 %) war hier nennenswert höher als in der Gesamtauswertung.

Bei 6 % aller Fälle in Stadtteilen/Orten wurden Gesundheitszirkel durchgeführt (Gesamt 16 %), bei 8 % eine Zukunftswerkstatt eingerichtet (Gesamt 4 %).

Hier waren die Aktivitäten inhaltlich meist auf die Themen „Ernährung“ und „Bewegung“ ausgerichtet. Deutlich häufiger als in der Gesamtauswertung sprachen die Maßnahmen den „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ (45 %, Gesamt 24 %) und das „gesundheitsgerechte Miteinander“ (39 %, Gesamt 29 %) an. Die Aktivitäten waren zu 61 % verhältnis- und verhaltensbezogen (Gesamt 51 %) und zu 39 % rein auf das Verhalten bezogen. Im Mittel betrafen die Umgestaltungen zwei Bereiche gleichzeitig. Bei diesen handelte es sich vorwiegend um die „Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen ...“ sowie um die Verbesserung von „Information und Kommunikation“. Gut doppelt so häufig wie in der Gesamtauswertung wurde in Stadtteilen/Orten auch die Verbesserung von „Sozialen Angeboten und Einrichtungen“ genannt (52 %, Gesamt 20 %).

Hinsichtlich der Methoden ist nennenswert, dass in Stadtteilen/Orten deutlich häufiger als in der Gesamtauswertung „Individuelle Beratungen“ angeboten wurden (63 %, Gesamt 38 %).

Erfolgskontrollen sind in Stadtteilen/Orten bei 41 % der Fälle erfolgt und waren bei weiteren 16 % der Fälle noch geplant (Gesamt 45 % und 18 %). Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden im Mittel sechs Bereiche zusammen abgefragt. Am häufigsten bezogen sich die Kontrollen auf die „Zugänglichkeit/Akzeptanz der Intervention bei den Zielgruppen, Inan-

spruchnahme“, die „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, auf die „Kooperation/Netzwerkbildung“, auf „Kompetenzen“ sowie „Verhaltensparameter“. Im Vergleich zur Gesamtauswertung waren hier die Anteile bei den Aspekten „Kooperationen/Netzwerkbildungen“ (64 %, Gesamt 27 %) und „Kompetenzen“ (39 %, Gesamt 18 %) besonders hoch.

3.2.2.6 Verein

Settingaktivitäten in „Vereinen“ erfolgten zu 34 % ausschließlich dort. Zu etwa zwei Drittel wurden sie noch in weiteren Settings, nämlich am häufigsten in Verbindung mit „Stadtteilen/Orten“, „Grundschulen“ und/oder „Gymnasien“ durchgeführt. Auffallend häufig war hier noch die Kombination von Vereinen mit den weiterführenden Schulen „Real-, Hauptschule und Gymnasium“ gleichzeitig (28 % der Fälle mit Mehrfachnennungen zum Setting).

Die durchschnittliche Laufzeit der Settingaktivitäten in Vereinen lag bei 25 Monaten (Gesamt 16 Monate/Fall). Maximale Laufzeit war in fünf Fällen bei acht Jahren. 47 % der Fälle mit vorhandenen Angaben zur Laufzeit waren für ein Jahr und länger angelegt (Gesamt 43 %). 49 % dauerten bis zu drei Monaten an (Gesamt 44 %).

In Vereinen konnten den Schätzungen zufolge 348.000 Personen direkt⁴³ und darüber hinaus weitere 46.000 Personen erreicht werden. Den Gesamtschätzungen zufolge wurden somit in Vereinen über Settingaktivitäten insgesamt 394.000 Personen erreicht.

In Vereinen wurden mit den Aktivitäten spezifische Zielgruppen weniger als im Gesamtdatensatz angesprochen (59 %, Gesamt 69 %). Es handelte sich dabei vorwiegend um Kinder/Jugendliche von „unter 15 Jahren“ und von „15 bis 19 Jahren“. Etwa doppelt so häufig wie in der Gesamtauswertung zielten die Settingaktivitäten hier auch auf die ab „30-Jährigen“ ab (27 %, Gesamt 13 %). Ferner waren sie häufig auf die Zielgruppe „Lehrer, Erzieher, anderes pädagogisches Personal als Multiplikatoren“ ausgerichtet. Die Anteile an „nichtpädagogischem Personal als Multiplikatoren“ (42 %, Gesamt 14 %) und an „Ausländern/-innen“ (26 %, Gesamt 23 %) waren nennenswert höher als in der Gesamtauswertung.

Zu Kooperationen lagen in 75 % der Fälle Angaben vor (Gesamt 73 %). Bei den Kooperationspartnern handelte es sich meist um die „Öffentliche Verwaltung“, „Sonstige Gesundheits-, Bildungseinrichtungen“ sowie um „gewerbliche Anbieter/ Unternehmen“. Besonders der Kooperationspartner „Öffentliche Verwaltung“ war hier nennenswert häufiger einbezogen als im Gesamtdatensatz (56 %, Gesamt 34 %). Im Mittel waren pro Fall drei Kooperationspartner in die Maßnahmen eingebunden.

Im Rahmen der Settingaktivitäten wurden bei 46 % der Vereine Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet (Gesamt 57 %). Die Vereinbarungen hierfür wurden in 26 % der Fälle schriftlich (Gesamt 44 %), in 74 % mündlich getroffen (Gesamt 56 %).

⁴³ Ein Fall, bei dem eine Schätzzahl von 800.000 direkt erreichter Personen vorlag, fand hier keine Berücksichtigung. Nähere Erläuterungen siehe Fußnote 17 auf Seite 20.

Eine Bedarfsermittlung erfolgte hier meist über „Zielgruppenbefragung“, „Literaturrecherche/Studien“ sowie über „Begehung des Settings“. Dabei war der Anteil an durchgeführten Settingbegehungen vergleichsweise niedrig (25 %, Gesamt 40 %). Im Mittel fanden bei der Bedarfsanalyse zwei Methoden gleichzeitig Anwendung.

Gesundheitszirkel wurden lediglich in einem Fall durchgeführt (2 %, Gesamt 16 %).

In Vereinen standen – wie in der Gesamtauswertung – die Inhalte „Ernährung“ und „Bewegung“ im Vordergrund. Die Aktivitäten waren zu 48 % verhältnis- und verhaltensbezogen und zu 52 % rein verhaltensbezogen. Die Umgestaltungen waren in der Regel auf zwei Bereiche pro Fall ausgerichtet. Dabei handelte es sich meist um die „Verbesserung von Umgebungsbedingungen“ und die „Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen/Verantwortlichkeiten“.

In Vereinen wurden im Vergleich zur Gesamtauswertung deutlich weniger Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. geplant (45 %, Gesamt 63 %). Sie betrafen meist die „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen...“, die „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, „Kompetenzen“, die „Kooperation/Netzwerkbildung“ sowie „Subjektive Einschätzung von Gesundheit und Funktionalität“. Im Vergleich zu den Gesamtergebnissen bezogen sich die Erfolgskontrollen doppelt so häufig auf „Kooperationen, Netzwerkbildungen“ (48 %, Gesamt 27 %) und häufiger auf die „Subjektive Einschätzung von Gesundheit und Funktionalität“ (49 %, Gesamt 40 %). Seltener als in der Gesamtauswertung bezogen sie sich auf „Verhaltensparameter“ (33 %, Gesamt 52 %) und „Verstetigung der Intervention als Dauereinrichtung“ (19 %, Gesamt 32 %).

3.2.2.7 Familie

„Familien“ wurden in der Regel über diverse weitere Settings erreicht. Es handelte sich dabei meist um die Settings „Grundschule“ (45 %), „Stadtteil/Ort“ (43 %) sowie „Kindergarten/-tagesstätte“ (29 %). Aus der Perspektive „Familien“ heraus werden im Folgenden ausschließlich solche Ergebnisse abgebildet, die „familienspezifische“ Eigenheiten bei der Planung und Durchführung von Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz darstellen könnten.

Die Aktivitäten waren in Fällen mit Familien als Settings etwas häufiger als in der Gesamtauswertung auf schwerpunktmäßige Zielgruppen ausgerichtet (77 %, Gesamt 69 %). Dabei handelte es sich auffallend häufiger als in der Gesamtauswertung um „Eltern als Multiplikatoren“ (88 %, Gesamt 37 %) und um Ausländer/-innen (65 %, Gesamt 23 %). Ferner sprachen die Aktivitäten meist Kinder „unter 15 Jahren“ an (86 %).

Gesundheitszirkel wurden in 15 von 56 Fällen bejaht (28 %, Gesamt 16 %). Offensichtlich wurden Familien häufig in die Gesundheitszirkelarbeit bei weiteren Settings mit eingebunden. Zukunftswerkstätten wurden hier in drei Fällen durchgeführt.

Die Interventionen waren inhaltlich vorwiegend auf die „Ernährung“ und „Bewegung“ ausgerichtet, gefolgt vom „gesundheitsgerechten Umgang miteinander“.

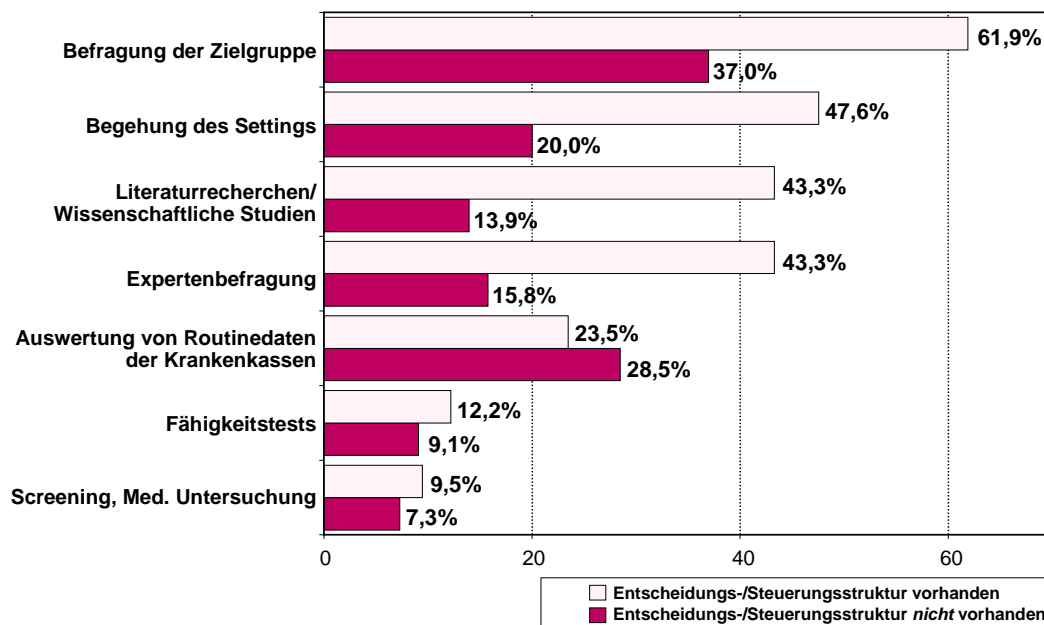
3.2.3 Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle bei vorhandener bzw. fehlender Entscheidungs-/Steuerungsstruktur

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

3.2.3.1 Bedarfsermittlung

In 83 % aller für 2004 zum Setting-Ansatz eingereichten Dokumentationsbögen fand eine Bedarfsermittlung im Vorfeld der Interventionen statt. Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen lag der Anteil an durchgeführten Bedarfsanalysen bei 98 %, bei nicht vorhandenen, machte er 65 % dieser Fälle aus. Auch wurden bei vorhandenen Koordinierungsstrukturen mehr (d.h. durchschnittlich fünf) Bedarfsanalyseinstrumente miteinander kombiniert eingesetzt als bei fehlenden (dort waren es im Durchschnitt drei Instrumente).

Abb. 12: Bedarfsermittlung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=519 (83%))

Bis auf die „Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen“ fanden alle Methoden der Bedarfsermittlung bei vorhandenen Koordinierungsgremien häufiger Anwendung als bei fehlenden. Besonders groß war der Unterschied beim Einsatz von „Literaturrecherchen, wissenschaftlichen Studien“ und „Expertenbefragungen“: Diese erfolgten bei vorhandenen Steuerungsstrukturen etwa drei Mal so häufig wie bei fehlenden. Auf „Auswertungen von Routinedaten der Krankenkassen“ konnten die Akteure mit vergleichsweise geringem Aufwand zurückgreifen.

3.2.3.2 Intervention

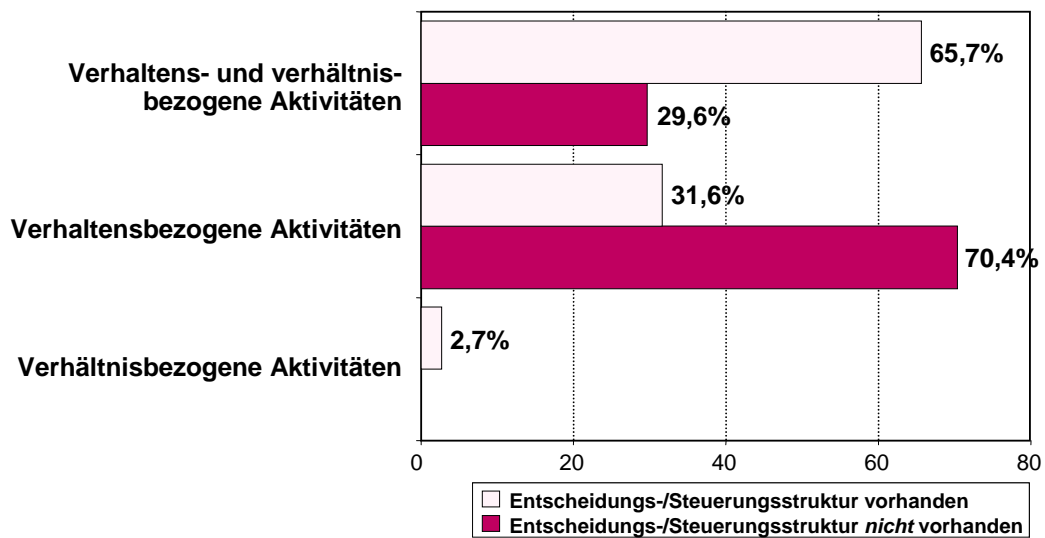
Besonders die Ergebnisse zu den Interventionen lassen erkennen: Wenn Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen bestanden, waren die Interventionen tendenziell höher im Anspruch, waren langfristiger angelegt und waren häufiger mit einem größeren Organisationsaufwand verbunden (z. B. bei Durchführung von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

In Projekten mit einer Steuerungsstruktur lag die durchschnittliche Laufzeit der Settingaktivitäten bei 20 Monaten. Waren solche Strukturen nicht vorhanden, betrug sie im Mittel zwölf Monate.

Bei nahezu allen gemeldeten Gesundheitszirkeln (99 %) waren Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden. Ebenso wurde in 91 % der Fälle, bei denen im Rahmen von Settingaktivitäten Zukunftswerkstätten eingerichtet wurden, ein Koordinierungsgremien gebildet.

Die Aktivitäten waren bei vorhandenen Steuerungsgremien deutlich häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen als bei fehlenden. Rein verhaltensbezogene Aktivitäten, die tendenziell weniger Abstimmung bedeuteten, wurden hingegen häufiger ohne vorherige Schaffung von Steuerungsstrukturen durchgeführt:

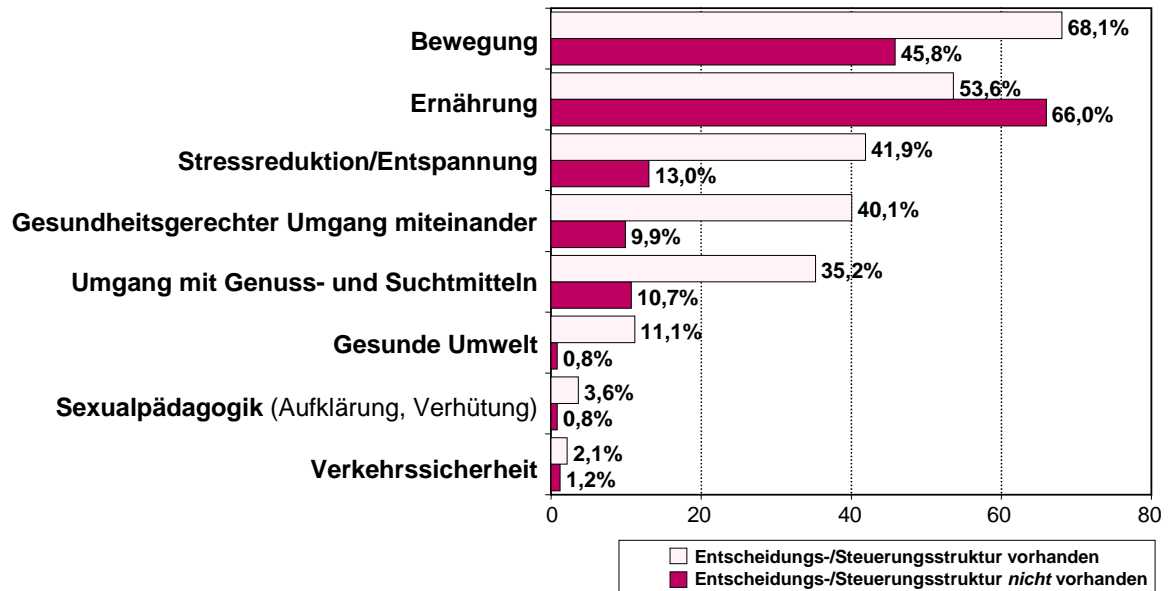
Abb. 13: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten – ein Vergleich



(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=617 (99%))

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

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



(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=618 (99%))

Auch die einzelne Auflistung der hier abgefragten Felder zeigt: Nahezu alle Inhalte wurden häufiger dann angesprochen, wenn Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden waren. Besonders groß war der Unterschied bei den Themen „Gesunde Umwelt“, „gesundheitsgerechter Umgang miteinander“, „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ sowie „Stressreduktion/ Entspannung“. Lediglich Die „Ernährung“ wurde etwas häufiger auch ohne vorherige Bildung von Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen thematisiert, sicher weil sich die Ernährung mit vergleichsweise geringem Zeit- und Organisationsaufwand behandeln ließ.

Bis auf die vergleichsweise weniger aufwändigen Methoden „Vortrag/Tagung“ und „Beispiel geben, demonstrieren“ wurden alle Methoden bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen häufiger eingesetzt als bei fehlenden. Dabei fanden die in der Vorbereitung und Organisation aufwändigeren Methoden „Aufbau sozialer Unterstützung“, „Organisationsberatung, -entwicklung“, „Anleitung zur themenzentrierten Gruppenarbeit“, „Individuelle Beratung“, „Gesundheitstage/-wochen“ sowie „Fort-/ Weiterbildung von Multiplikatoren/Mediatoren“ mindestens doppelt so häufig bei vorhandenen Koordinierungsgremien Anwendung als bei fehlenden. Auch wurden bei vorhandenen Steuerungsstrukturen im Durchschnitt vier Methoden pro Fall gleichzeitig eingesetzt, bei fehlenden durchschnittlich drei.

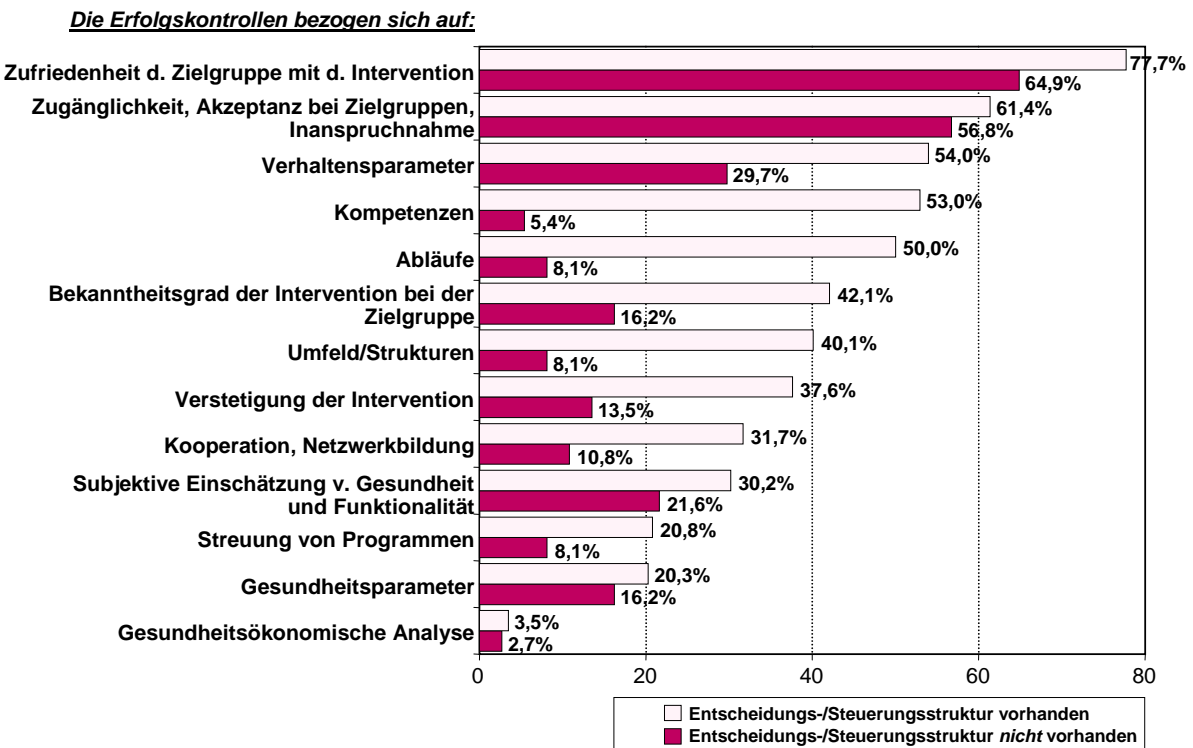
Bis auf die „Faltblätter, Broschüren“ wurden sämtliche abgefragten Medien häufiger bei vorhandenen Steuerungsstrukturen eingesetzt als bei fehlenden. Besonders das „Internet“

wurde bei vorhandenen Steuerungsstrukturen um das Fünffache mehr eingesetzt als bei fehlenden.

3.2.3.3 Erfolgskontrolle

In der Gesamtauswertung wurden in 45 % aller Fälle Erfolgskontrollen durchgeführt, bei 18 % waren sie noch geplant. Bei Vorhandensein von Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen lag der Anteil der durchgeführten/geplanten Erfolgskontrollen bei 62 % und 20 %. Fehlten solche Strukturen, so lag er jeweils bei 17 %. Auch bezogen sich die Erfolgskontrollen bei vorhandenen Steuerungsstrukturen im Durchschnitt auf mehr Bereiche gleichzeitig als bei fehlenden (fünf zu drei Erfolgskontrollen/Fall).

Abb. 15: Erfolgskontrolle – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=254)

Durchweg alle Formen der Erfolgskontrollen wurden bei vorhandenen Koordinierungsgremien häufiger eingesetzt als bei fehlenden. Besonders groß war der Unterschied bei der Prüfung von „Kompetenzen“, „Abläufen“ sowie „Umfeld/Strukturen“: Diese Aspekte wurden bei vorhandenen Steuerungsstrukturen zehn, sechs und fünf Mal so häufig abgefragt wie bei fehlenden.

3.2.4 Resümee

Als wesentliches positives Ergebnis ist der in 2004 beobachtete erhebliche Anstieg der Schätzzahl zu den mit Settingaktivitäten direkt und indirekt erreichten Personen zu erwähnen: Konnten diesen Schätzungen zufolge in 2003 insgesamt etwa 539.000 Personen erreicht werden, so lag die Zahl der erreichten Personen in 2004 mittlerweile bei insgesamt 1,9 Millionen. Etwa eine Million Personen wurde dabei direkt über die Maßnahmen erreicht. Die in 2004 erstmals erfasste Summe von insgesamt 16.700 Einrichtungen, in denen die Interventionen durchgeführt wurden, weist ebenfalls auf eine deutliche Ausweitung des Engagements der gesetzlichen Krankenkassen in der settingbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung hin. Da diese Summen in vergleichsweise wenigen, d.h. 622 Dokumentationsbögen berichtet wurden, muss es sich bei vielen gemeldeten Fällen um umfassende, breit angelegte Netzwerk- und Kooperationsprojekte gehandelt haben. Darauf weisen ebenfalls die in 2004 verzeichneten Ergebnisse zu den Bedarfsermittlungen, Strukturbildungen, Interventionen und Erfolgskontrollen hin.

Da in Schulen und Berufsschulen Kinder und Jugendliche aus sämtlichen Bevölkerungsschichten erreicht werden können und über diese auch deren Angehörige, und weil gerade bei jungen Menschen die Chancen auf Verhaltensänderung hin zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung größer sind, haben die Krankenkassen auch in 2004 ihre Aktivitäten auf das Lern- und Lebensumfeld Schule sowie Berufsschule zentriert. Ebenfalls häufig haben sie Kinder und Erwachsene in Kindergärten/Kindertagesstätten, Stadtteilen/Orten, Vereinen und Familien angesprochen.

Seit 2001 ist ein kontinuierlicher Anstieg bei der Etablierung von Entscheidungs- und Koordinierungsstrukturen von anfangs 44 % auf 57 % in 2004 zu beobachten. Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden dabei am häufigsten in Grund- und weiterführenden Schulen gebildet. Dort lag deren Anteil bei 64 %. Diese Strukturen bilden – wie die Ergebnisse zu Bedarfsanalysen und Interventionen hinsichtlich bestehender und fehlender Koordinierungsgremien zeigen – eine wichtige Basis für umfassende und nachhaltig angelegte Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz. So waren beispielsweise bei vorhandenen Steuerungsstrukturen die Aktivitäten gut doppelt so häufig sowohl auf das Verhalten von Personen als auch auf die Veränderung von Verhältnissen in den Settings ausgerichtet. Auch wurden bei vorhandenen Koordinierungsstrukturen mehr Inhalte und Methoden miteinander verknüpft behandelt.

Die Krankenkassen nutzten in 2004 etwas häufiger als im Vorjahr, d.h. in 73 % aller Fälle, externe Ressourcen über die Einbindung von Kooperationspartnern in ihre Aktivitäten. Besonders bei Aktivitäten in Grundschulen war der Anteil an außerschulischen Kooperationen mit 93 % auffallend hoch. Dies entspricht ebenfalls dem Gedanken des Setting-Ansatzes, nach dem Primärprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt, die weit über die Zuständigkeit der GKV hinausgeht. Über das Einbringen von externem Wissen und Kapazitäten tragen Kooperationen zu einer weiteren Qualitätssteigerung und -sicherung der Aktivitäten bei.

Durch die gezielte Ansprache von Lehrern und Erziehern als Multiplikatoren in gut der Hälfte der Fälle wurden Maßnahmen über die Gruppe der Kinder/Jugendlichen hinaus auf die nicht an den Aktivitäten beteiligten Schüler gestreut. Über diese und auch die Eltern, die in immerhin 37 % der Fälle ebenfalls gezielt als Multiplikatoren angesprochen wurden, ließen sich weitere Personengruppen, wie z.B. Freunde bzw. Familienangehörige, erreichen. Dies kann maßgeblich zur Nachhaltigkeit und Verstetigung von Gesundheitsförderungsprozessen beitragen. Ebenso ist davon auszugehen, dass durch die Interventionen im Setting Schule das jeweilige lokale Umfeld (Stadtteil) gesundheitsförderliche Impulse erhält.

Ein besonders erfreuliches Ergebnis ist die deutliche Zunahme an durchgeführten Gesundheitszirkeln. Sie wurden in 2004 mit einem Anteil von 16 % gut drei Mal so häufig durchgeführt wie noch in 2003. Mit einem Anteil von 25 % ist die Zahl der realisierten Gesundheitszirkel vor allem in Grund- und weiterführenden Schulen hoch. Da Gesundheitszirkel über einen kleinen Kreis an Teilnehmern alle im Setting befindlichen Personen in die Gesundheitsförderungsprozesse einbeziehen und sie in der Regel sowohl das gesundheitsbezogene Verhalten der Personen als auch die Verhältnisse (Rahmenbedingungen) im Setting ansprechen, stellen sie ein wichtiges Instrumentarium für auf Nachhaltigkeit und Langfristigkeit angelegte Settingmaßnahmen dar. So waren auch die Interventionen häufiger als im Jahr davor sowohl auf das Verhalten als auch auf die Verhältnisse im Setting ausgerichtet.

Die inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten konzentriert sich im Jahr 2004 auf die Handlungsfelder Bewegung und Ernährung. Gerade die Bewegung stellt ein zentrales Element der Primärprävention dar, denn über ein Mehr an Bewegung werden häufig auch weitere Lebensgewohnheiten, wie z.B. die Ernährung, der Umgang mit Stress und Sozialkontakte, positiv im Sinne der Gesundheitsförderung beeinflusst.

Über den weiterentwickelten Dokumentationsbogen lassen sich mit der Erhebung in 2004 präzise Informationen über durchgeführte und auch geplante Erfolgskontrollen einholen. Erfreulich ist dabei, dass in 2004 bei 45 % der Fälle Erfolgskontrollen durchgeführt wurden und bei weiteren 18 % Erfolgskontrollen noch geplant waren. Damit ist der Anteil an verzeichneten Erfolgskontrollen insgesamt höher als noch in 2003 (46 %). In Grundschulen war der Anteil an gemeldeten Erfolgskontrollen am höchsten: bei 81 % der Fälle wurden hier Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren geplant. Erfolgskontrollen, die die Wirksamkeit von Maßnahmen abfragen, stellen einen wichtigen Maßstab für die Qualität der Interventionen dar.

Alles in allem spiegeln die Ergebnisse zum nichtbetrieblichen Setting-Ansatz, wie u. a. die hohe Schätzzahl an mit Settingaktivitäten erreichten Personen, das häufigere Vorhandensein von Koordinierungsstrukturen, der nach wie vor höhere Anteil an Gesundheitszirkeln und an sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogenen Interventionen, sowie die Zunahme an durchgeführten Erfolgskontrollen, eine positive, im Sinne des Setting-Ansatzes gewünschte Entwicklung wider.

3.2.5 Aktueller Überblick über Gesundheitsförderung in Schulen – das Kooperationsprojekt „gesund leben lernen“



Bereits in der Dokumentation zum Berichtsjahr 2003 wurde das kassenartenübergreifende Gesundheitsförderungsprojekt „gesund leben lernen“ vorgestellt. Vorliegender Bericht stellt beispielhaft einige interessante Aktivitäten bzw. Aktionen, die in 2004 erfolgt sind, vor.

Das Projekt

„gesund leben lernen“ setzt sich aus drei Teilprojekten zusammen, die in den Bundesländern Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt durchgeführt werden. Landes-spezifische Schulstrukturen und -entwicklungen finden dabei Berücksichtigung, und es werden jeweils eigene Schwerpunkte gesetzt. Träger des Modellprojektes sind alle Spitzenverbände der GKV zusammen und die Landesvereinigungen für Gesundheit der drei Bundesländer. Darüber hinaus bringen viele weitere Kooperationspartner, wie z.B. Krankenkassen auf regionaler und Landesebene, Unfallkassen, Hochschulen und diverse regionale Verbände/Einrichtungen ihre Kapazitäten in die Projektaktivitäten ein. Das Projekt wird in Abstimmung mit den entsprechenden Kultusministerien und Schulträgern durchgeführt.

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

Das Projekt beachtet ebenfalls, dass, um ein gesundheitsförderliches Klima in Schulen zu schaffen, gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren für Lehrer und nichtunterrichtendes Personal, wie z. B. unzureichende Transparenz und Kommunikation, reduziert werden müssen. Deshalb wird Gesundheit hier als Organisationsprinzip gesehen. Interventionen sind im Wesentlichen auf das System Schule, d.h. auf Organisation und Strukturen (insbesondere Kommunikationsstrukturen) ausgerichtet. Die Nutzung möglichst vieler vorhandener Ressourcen und Potenziale, z.B. die Einbindung verschiedener regionaler und überregionaler Kooperationspartner sowie von Eltern wird dabei angestrebt. So greifen die Akteure in Niedersachsen und in Sachsen-Anhalt u.a. auf den breiten Erfahrungshintergrund aus der betrieblichen Gesundheitsförderung zurück und erproben einzelne Elemente hieraus, wie z.B. Gesundheitszirkel in den Settings KiTa und Schule. Das Konzept von „gesund leben lernen“ schließt neben den verhältnisbezogenen Aktivitäten auch ver-

haltensbezogene ein. Dazu zählen Angebote aus den „klassischen“ Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stress und Sucht ebenso wie zu spezifischen, vor Ort aktuellen Themen, z.B. die Gewaltprävention.

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

Waren die Aktivitäten im Jahr 2003 zu den drei Teilprojekten aus Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt noch stark von Planungs- und Strukturierungsaufgaben geprägt, so befanden sich die Projekte in 2004 bereits in der Umsetzungsphase. D.h. die Schulen bzw. KiTas waren ausgewählt und hatten mit der Projektarbeit begonnen, Länderberatergruppen waren initiiert und begleiteten die Projektarbeit, erste Erfahrungen führten zu Erkenntnisgewinn, Projektmodifikation und Zieloptimierung. Zum Zeitpunkt der Berichterstattung nahmen 63 Schulen und zwei KiTas an „gesund leben lernen“ teil.

Um den Eindruck, was konkret an Schulen bzw. mit Zielgruppen passiert, weiter zu vertiefen, werden aus den drei Teilprojekten ausgewählte Praxisbeispiele beschrieben. Auf Entwicklungsoptionen für 2005 wird zum besseren Verständnis bereits in diesem Bericht verwiesen.

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

Im Beitrag für das Jahr 2003 wurde auf den Versuch von Modellschulen eingegangen, im Rahmen von „gesund leben lernen“ ein Gesamtkonzept zur Umgestaltung der Schule zu erarbeiten. Nun soll am Beispiel der Fröbelschule Wunstorf gezeigt werden, wie solch eine Schule sich mit den Methoden des Gesundheitsmanagements entwickeln kann und welche Faktoren dabei von Bedeutung sind. Die folgenden Beschreibungen stammen im Wesentlichen aus einem Zwischenbericht der Schule über den Projektverlauf.

Der Ausgangspunkt

Die Schule ist ein Flachbau aus den 70er Jahren, der heute bedrückend wirkt: dunkle Eingangshalle, braune Verschalungen an niedrigen Decken, breite Sitzstufen mit grauem, fleckigem Filz, Neonröhren. Vorherrschende Wandfarbe in den Klassenräumen ist ein dunkles, schmutziges Grün, die Schreibtische der Lehrkräfte sind kaum noch benutzbar,

ausrangierte Regale an den Wänden, schmieriger Teppichboden. Nichts in den Klassenräumen, den Fluren und der Pausenhalle fördert ein Klima von Lernfreude.

Der Wunsch einiger Schülerinnen nach Renovierung ihrer völlig heruntergekommenen, seit Jahren nicht mehr renovierten Toiletten ohne Toilettenpapier, Seife und Handtücher und die spannenden Erfahrungen, die Schülerinnen und Lehrerinnen bei der gemeinsamen Renovierungsarbeit machten, wurden zum Impuls für das Kollegium, sich um die Teilnahme an "gesund leben lernen" zu bewerben.

Der Start

Nach der Einrichtung der Steuerungsgruppe wurden auf der Basis einer Schülerumfrage und der Erhebung von Bedürfnissen der Lehrkräfte drei Gesundheitszirkel gebildet mit dem Leitziel: Verbesserung des Lernklimas und der Lernatmosphäre bei Reduzierung der alltäglichen Gewalt in der Schule und Förderung gesunden Lernens.

Hilfe von außen

Zur Erarbeitung der gemeinsamen Ziele und der jeweils nächsten Schritte holte sich die Schule eine externe Moderatorin von der AOK. In einer Phase des Stillstands ("Durststrecke") einige Monate später brauchte die Schule noch einmal externe Unterstützung, um ihre Zielperspektiven zu klären; diesmal wandte sie sich an einen systemischen Berater von der AOK. Für die Schule wurden Leitlinien entwickelt, die zur Grundlage für das weitere Vorgehen wurden.

Die Schule nutzte die Kompetenzen von einem Dozenten und von Studentinnen einer Fachhochschule, die Pläne zur Umgestaltung von Pausenhalle und Schulhof anfertigten. Da die Schule mit diesem ersten Entwurf noch nicht zufrieden war, wurde eine gemeinsame Begehung geplant, um das Konzept den Wünschen der Schule anzupassen.

Als wesentlich für den Verlauf des Projekts, besonders in der Anfangsphase, sieht die Schule ihre Zusammenarbeit mit dem Schulträger an. Durch Teilnahme an den Sitzungen der Steuerungsgruppe und durch Schulbegehungen, u. a. mit dem Bürgermeister der Stadt, wurden dem Schulträger die Probleme aufgezeigt. Die Stadt zeigte sich – insbesondere bei der Realisierung der baulichen Veränderungen – kooperativ und unterstützt die Schule im Rahmen ihrer Möglichkeiten kontinuierlich.

Das ist inzwischen geschehen

Vier Klassenräume wurden komplett renoviert (freundlich gelbe Wände, weiße Decke), Türen wurden gestrichen (rot, orange, gelb), zerfallende Fensterbänke entfernt. Alle Klassen haben neue Lehrerpulte erhalten und einige neue Aufbewahrungsschränke für die Materialien der Schülerinnen und Schüler, vorhandene Schränke wurden in warmen Farben gestrichen.

Auf dem Schulhof wurden kleine Wipp- und Schaukelgeräte, Baumstämme zum Balancieren und eine Sitzgelegenheit aus Holz installiert. Eine schmutzig graue Wand wurde weiß gestrichen und im Kunstunterricht von Schülerinnen und Schülern gestaltet. Eine baufällige Treppe wurde ausgebessert und mit einem Geländer versehen. In den Sommerferien wurde auf dem Schulhof ein Holzhaus (gesponsert von der Sparkasse) zusammen mit den Schülerinnen und Schülern aufgebaut und gestrichen, die Stadt finanzierte einen Schutzzaun und wird vor dem Haus eine gepflasterte Terrasse anlegen.



Die von den Mädchen in wochenlanger Arbeit aufwändig renovierten Toiletten werden nicht mehr zerstört oder beschmutzt. So wurden im nächsten Schritt Toilettendeckel und Seifenspender montiert, es gibt Abfalleimer und Papierhandtücher; jetzt soll ein Schrank mit Hygieneartikeln aufgestellt werden.

Mit einer 7. Klasse wird im Rahmen des Hauswirtschaftsunterrichts ein Schülerkiosk organisiert. Versuchsweise werden jetzt Freitags gesunde Brötchen und Snacks von den Schülerinnen und Schülern verkauft, auch an die Lehrkräfte.

In den Pausen organisieren Schülerinnen und Schüler einen Spielverleih (Bälle, Federball, Tischtennis).

Fazit

In ihrem Zwischenbericht schreibt die Schule: "Das Projekt 'gesund leben lernen' hat an unserer Schule bislang viel in Bewegung gesetzt. In den renovierten Klassenräumen hat sich die Atmosphäre durch die farbliche Umgestaltung und die neuen Schulmöbel positiv verändert. Der Spielverleih und die Installierung der kleinen Bewegungsgeräte machen die Pausen für die Schülerinnen und Schüler attraktiver. Die Konflikte in den Pausen haben sich verringert, die Pausenaufsichten gestalten sich unkomplizierter. Die Nutzung der Holzhütte wird diese positiven Auswirkungen voraussichtlich noch verstärken.

Als ein weiterer wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Schul- und Lernatmosphäre ist der Schulkiosk anzusehen. Die Schüler haben nun die Möglichkeit, sich einmal wöchentlich, einen gesunden Pausensnack zu kaufen. Es ist angedacht, dieses Angebot bei bleibender Nachfrage auch auf die anderen Wochentage auszudehnen.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass das Projekt 'Gesundheitsmanagement in Schulen' sich überaus positiv auf die Schul- und Lernatmosphäre der Schule ausgewirkt hat. Die Schülerinnen und Schüler sind stolz auf ihre in Eigenarbeit vollzogene Umgestaltung und fühlen sich für ihre Klassenräume und das Außengelände verantwortlicher. Darüber hinaus bedachte die Lokalpresse die Schule durch das Projekt schon mehrmals mit positiven Berichten über das Schulleben." (Auszug)

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

2003 wurde für das Teilprojekt aus Rheinland-Pfalz die Regionalisierung vorgestellt. In Fortführung dessen wird im Folgenden auf die Vernetzungsarbeit und die Ausbildung der Gesundheitsmoderatoren eingegangen.

Netzwerkarbeit als Strategie schulbezogener Gesundheitsförderung

Die WHO sieht die Netzwerkarbeit als eine zentrale Strategie der Gesundheitsförderung: Die Ottawa-Charta verweist mit ihrer Forderung nach „Vermitteln und Vernetzen“ auf die Notwendigkeit eines gemeinsamen Vorgehens für Gesundheit.

Positive Potenziale der gesundheitsfördernden Netzwerkarbeit im Schulbereich liegen neben dem gemeinsamen Erfahrungsaustausch und der gegenseitigen Motivation auch in der konzeptionellen Weiterentwicklung, der Bewusstseinsbildung und der Schaffung einer gemeinsamen Daten- und Evidenzbasis. Dabei wird deutlich, dass Netzwerkarbeit mehr ist als die Summe der Aktivitäten an den einzelnen Schulen. Durch das gemeinsame und koordinierte Vorgehen ergeben sich Denk-, Handlungs- und Entwicklungspotenziale, die eine einzelne Schule für sich niemals erschließen könnte.

Das Projekt in Rheinland-Pfalz vernetzt alle Schulakteure und weitere Partner (Vertragspartner des Gesundheitswesens, Verbände, Akteure zu den Themen Bewegung und Ernährung, Vereine, Anbieter von gesunder Ernährung etc.), um Gesundheitsförderung erfolgreich und nachhaltig in die Schulen zu tragen. Bausteine des Projektes sind unter anderem:

- die Entwicklung von praxistauglichen Modellen zur Gesundheitsförderung von Schülerinnen und Schülern,
- die Qualifizierung von Lehrkräften zu Gesundheitsmoderatoren und -moderatorinnen,
- die Entwicklung von gesundheitsförderlichen Strukturen an den Schulen und
- der Aufbau und die Weiterentwicklung von Netzwerken zur Unterstützung schulischer Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz.

Ausbildung von Gesundheitsmoderatorinnen und -moderatoren

Unter dem Leitgedanken "gesund leben lernen" wurden Lehrkräfte teilnehmender Schulen zu Gesundheitsmoderatorinnen und Gesundheitsmoderatoren ausgebildet, um die Gesundheitsförderung an den beteiligten Schulen zusammen mit der Schulleitung, dem Kollegium, den Schülerinnen und Schülern sowie den Eltern weiterzuentwickeln. Die Ausbildung bildet einen Baustein, zu dem sich die Schulen bei der Anmeldung zum Projekt verpflichtet haben.

Die Tätigkeit eines Gesundheitsmoderators bezieht sich ausschließlich auf die eigene Schule. Der Gesundheitsmoderator initiiert, fördert, koordiniert und begleitet gesundheitsfördernde Prozesse und Projekte. Die Aufgabe ist mit der Erwartung verbunden, „Lotse für Gesundheitsförderung“ zu sein. Gesundheitsförderung an einer Schule soll aufgrund ihrer Violdimensionalität aber nicht von einer Person getragen werden, weshalb die Einrichtung einer Koordinierungsgruppe Gesundheitsförderung unter der Leitung des Ge-

sundheitsmoderators erwartet wird. Selbstverständlich bringt der Gesundheitsmoderator die eigene Haltung, Kenntnisse und Fähigkeiten von Gesundheitsförderung auch in seinen Unterricht ein. Zentrale Aufgaben der Gesundheitsmoderatoren sind:

- Lotse für Gesundheitsförderung
- Bündelung und Koordinierung schulinterner Aktivitäten zur Gesundheitsförderung
- schulinterne Prozessbegleitung
- Aufbau und Moderation der Koordinierungsgruppe zur Gesundheitsförderung

Die Auswahl des Gesundheitsmoderators sollte von der Schulleitung und vom Kollegium getragen werden.

Die Moderatorenausbildung startete im Frühjahr 2004 mit dem Thema „Moderation“, es folgten die Themen „Prozess“ und „Evaluation“. Die Ausbildung wurde an drei Standorten (Boppard, Speyer, Saarburg) in Kooperation mit dem Institut für schulische Fortbildung und schulpsychologische Beratung des Landes Rheinland-Pfalz (IFB) umgesetzt. Im Einzelnen wurden folgende Inhalte vermittelt:

Block I: Moderation (Frühjahr 2004)

- Einführung
- Grundlagen der Moderation, Präsentation und Visualisierung
- Ziele sinnvoll formulieren
- Arbeiten mit und in Steuerungsgruppen
- Aspekte nonverbaler Kommunikation bei der Gestaltung eines Vortrages
- Vorbereitung einer Präsentation
- Einführung in die Evaluation am Beispiel der Kursevaluation



Block II: Prozess (Herbst 2004)

- Strukturierter Erfahrungsaustausch
- Öffentlichkeitsarbeit
- Organisation, Planung und Durchführung eines Studientages
- Lehrergesundheit
- Input: Kollegiale Fallarbeit
- Kommunikation: Umgang mit Widerstand, Schaffen von Motivation und Mitarbeit
- Externe Projektevaluation

Block III: Evaluation (Frühjahr 2005)

- Möglichkeiten und Chancen des Projekts im Rahmen schulischer Entwicklung und bildungspolitischer Notwendigkeiten
- Einbindung des Projekts in das Qualitätsprogramm der Schule
- Evaluation schulinterner Prozesse, Entwicklung eines Evaluationsdesigns
- Kommunikationsverhalten in schwierigen Gesprächen
- Transfer auf die eigene Schule

Im Frühjahr 2005 wurde die Ausbildung abgeschlossen. Im Verlauf der Ausbildung hat sich bewährt, dass

- die Ausbildungszeit und die Regionaltreffen als „Dienst am anderen Ort“ anerkannt ist und nicht von den Fortbildungstagen der Lehrkräfte abgezogen wird.
- jeder Ausbildungsblock durch eine Projektmitarbeiterin begleitet wurde, um den Transfer in die Regionalgruppen zu gewährleisten.
- während der gesamten Moderatorenausbildung Ansprechpartner (Fachberater für Nachhaltigkeit, Schulentwicklungsmoderatoren, o. ä.) und Behörden (ADD - Schulaufsicht) aus Rheinland-Pfalz eingebunden wurden.
- ergänzend zu den Techniken, die während der Ausbildung vermittelt werden, in den Abendveranstaltungen konkrete Projekte der Gesundheitsförderung (mit regionalem Bezug) vorgestellt wurden, die Schulen in Anspruch nehmen können.

Das rheinland-pfälzische Teilprojekt „gesund leben lernen – Netzwerk Schulen für Gesundheit 21“ hat das Ministerium für Bildung, Frauen und Jugend Rheinland-Pfalz für eine intensive Kooperation im Projekt gewinnen können. Dieses hat die Möglichkeiten der Projektdurchführung sehr positiv beeinflusst. Neben der Bereitstellung von Haushaltsgeldern war hier der intensive Austausch mit dem zuständigen Referat für Umwelt- und Nachhaltigkeitserziehung, Gesundheitserziehung und -förderung bereichernd. Über diese Kontakte fand auch eine Einbindung des Projektes in die Steuerungsgruppe „BLK-Programm Transfer-21: Bildung für eine nachhaltige Entwicklung“ statt.

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

In Sachsen-Anhalt beteiligt sich je eine Bildungsstaffel, bestehend aus KiTa, Grundschule, Sekundarschule, Gymnasium, Sonderschule, Berufsschule in den Regionen Burg und Gräfenhainichen an dem Kooperationsprojekt. Seit 2003 erproben die Einrichtungen Instrumente der Betrieblichen Gesundheitsförderung (Analyse, Aktions- bzw. Projekttag, Arbeitskreise Gesundheit und Gesundheitszirkel). In diesem Bericht sollen erste Ergebnisse der Projektarbeit am Beispiel der „Schule an der Lindenallee“, einer Förderschule in der Region Gräfenhainichen vorgestellt werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule an der Lindenallee

Die Schule an der Lindenallee ist eine Förderschule für Lernbehinderte. Die Schüler haben in der Regel niederschmetternde Erfahrungen beim Lernen bzw. bei der Aneignung von Wissen gemacht. Häufig wurden diese Kinder an den besuchten Grundschulen ausgegrenzt, gehänselt oder gar gemobbt. Mangelndes Selbstwertgefühl war die Folge. U. a. durch die Ermöglichung von Lernerfolgen im Unterricht soll das Selbstvertrauen der Schüler an der Förderschule wieder gestärkt werden.



Der Einzugsbereich der Schule umfasst mehr als 30 Orte, ein Kinderheim und ein Asylbewerberheim. Die Region ist von hoher Arbeitslosigkeit und einem hohen Anteil allein er-

ziehender Mütter geprägt, das spiegelt sich verstärkt in dieser Schule wieder. Die Schüler erhalten in ihrem häuslichen Umfeld meist wenig kulturelle und geistige Anregungen, nicht zuletzt wegen fehlender finanzieller Mittel. Gesundheitsfragen spielen in vielen Familien eine eher untergeordnete Rolle.

Diese Ausgangssituation führte das Kollegium zu dem Entschluss, sich am Kooperationsprojekt „gesund leben lernen“ zu beteiligen. Mit dieser Entscheidung wurde das musisch-kulturelle Schulprofil um den Aspekt der Gesundheitsförderung erweitert. Ende 2003 gründete sich bereits der Arbeitskreis Gesundheit für Lehrer. Dieser beurteilte die Situation an der Schule und legte Handlungsprioritäten fest.



Um die Schülerinnen und Schüler für die Mitarbeit im Projekt zu begeistern, wurden – analog den Aktionstagen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung – die Projektstage genutzt. Die Schülerinnen und Schüler erlebten am 05. und 06.02.2004 zwei abwechslungsreiche Gesundheitstage. Die Angebotsvielfalt erstreckte sich von Bewegungsspielen, Erster Hilfe, Handeln bei Gefahr über Yoga, Liebe und Sexualität bis hin zur Herstellung eines gesunden Frühstücks und einer Ideenwerkstatt zur Schulgestaltung. Unterstützt wurde die Schule dabei von der Sparkasse. Fachlich bereicherten Mitarbeiter der AOK, IKK, DRK, LVG und Jugendfeuerwehr

das Angebot. Das Obst und Gemüse für das gesunde Frühstück wurde von zwei ortsansässigen Verbrauchermärkten gesponsert. Durch die Anregung der Projektstage und die Begeisterung der Schülerinnen und Schüler beschloss das Kollegium, zweimal im Jahr gesundheitsförderliche Sportspieltage durchzuführen.

In Folge der Projektstage meldeten sich 16 Schüler für die Mitarbeit im Arbeitskreis Gesundheit für Schüler. Sie analysierten die Schulsituation und setzten - analog der Vorgehensweise der Lehrer - ihre Prioritäten für das weitere Vorgehen. Fast nahtlos gingen die beiden Arbeitskreise zur Gesundheitszirkelarbeit - nämlich der Lösung von gesundheitsgefährdenden Problemen bzw. der Stärkung gesundheitsfördernder Ressourcen - über.

In der Betrieblichen Gesundheitsförderung wird strikt zwischen den koordinierenden Aufgaben eines Arbeitskreises und den ausführenden Aufgaben eines des Gesundheitszirkels unterschieden. In der Projektarbeit an der Schule an der Lindenallee war sowohl bei der Lehrergruppe als auch bei der Schülergruppe eine Vermischung von Arbeitskreis und Gesundheitszirkel zu verzeichnen. Ursachen hierfür liegen u. a. in - zu einem Betrieb verschiedenen - Organisationsstrukturen und Hierarchien.

Gesundheitliche Problemfelder für die Schüler waren u. a. der schmutzigen Eingangsbereich des Schulhofes, die zunehmende Aggressivität untereinander und triste Wände. Auf den bemängelten Eingangsbereich reagierte die Schulleitung prompt: es wurden Mülleimer aufgestellt. Um dem Gewaltpotential zu begegnen, hatten die Schüler Pausenmusik vorgeschlagen. Diese Idee wurde aufgegriffen und zum Ende des Jahres startete zwei Mal in der Woche die Musik in der ersten Hofpause. Einigen grauen und schmutzigen Wänden wurde auf Anregung der Schüler - nun bereits mit Hilfe von Eltern - ein neuer

Farbanstrich verpasst. Diese Form der Mitwirkung an einem guten Schulklima bereitet allen Schulakteuren zunehmend Freude.

So wurde zur Erhöhung der Identifikation mit der „eigenen“ Schule in gemeinsamer Arbeit von Lehrern und Schülern ein Schulmaskottchen entwickelt und auch gleich im Schulhaus sichtbar angebracht. „Linde Linda“ schaut jetzt von der Tür zum Chemieraum – natürlich mit Reagenzgläsern - und vor dem Hauswirtschaftsraum sieht man sie mit Schürze. Wie wird sie an der Lehrerzimmertür aussehen? Die kleine Figur unterstützt nicht nur das Wohlfühlen an der Schule, sie bringt Farbe in die Flure und ist Beispiel einer gelungenen Schüler-Lehrer-Kooperation. Dass Linda Linde auch noch dafür sorgt, dass selbst der Schläfrigste den richtigen Fachraum findet, ist ein zeitsparender Nebeneffekt.

Die neunten Klassen übergaben als Abschiedsgeschenk einen gemalerten Raum an ihre Schule, die neuen Schüler sollen in einer lernfreundlichen Atmosphäre arbeiten können. Diese Abschlussklasse wird so schnell nicht vergessen. Sie begründete eine neue Tradition, die durchaus auch zu einem gepflegten Schulgebäude beitragen kann.

Die Bestandsaufnahme der Gesundheitsarbeitskreise von Lehrern und Schülern wurden durch eine Analyse der Unfallkasse Sachsen-Anhalt ergänzt. Bei einer Begehung bewerteten Mitarbeiter der Unfallkasse die baulichen Begebenheiten. Sie prüften die Einhaltung sicherheitstechnischer Vorschriften und beurteilten Mobiliar sowie Lichtverhältnisse.

Der Turnraum in der Schule an der Lindenallee entsprach nur bedingt den sicherheitstechnischen Anforderungen für den Sportunterricht. Er enthielt sperrige Holzverkleidungen und wies Löcher in den Wänden auf. Da dieser Raum sehr wichtig für die Umsetzung der sportlichen und musisch-kulturellen Arbeit der Schule ist, beschlossen die Lehrkräfte, Sponsoren zu suchen. Das Wissen dafür erwarben sie auf einer Fortbildung der LVG zur Öffentlichkeitsarbeit und zum Sponsoring. Daraufhin stellte der Förderverein der Schule einen Förderantrag, der positiv beschieden wurde.

Zum Jahresende konstatierten Schüler, Lehrer und Eltern eine Verbesserung des Schulklimas seit Beginn des Projektes. Organisations- und personalentwickelnde Maßnahmen beförderten eine gesunde Schulentwicklung. Alle Beteiligten sind gespannt, wie es im Projekt weiter geht und welche Erfahrungen und Erkenntnisse mit Betrieblicher Gesundheitsförderung sie noch sammeln werden. Stolz präsentieren Schulvertreter ihre Ergebnisse bei Projektveranstaltungen.

Zusammenfassung und Ausblick

Im Berichtsjahr 2004 wurden angemessene Projektstrukturen für alle drei Teilprojekte aufgebaut. Die beteiligten Schulen und KiTas entwickelten einrichtungsbezogene Zielstellungen und gaben sich entsprechende Arbeitspläne. Steuerungskreise wurden eingerichtet und teilweise mit der Gesundheitszirkelarbeit begonnen. Projekttag und Fortbildungen trugen zur gesundheitsförderlichen Schulentwicklung bei. Erste Erfolge ermunterten die Beteiligten zum Weitermachen. Misserfolge, insbesondere das „Aushalten von Entwicklungszeit“ gehört zu den erfahrenen Schwierigkeiten, die gemeistert werden mussten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass jede Einrichtung ihr eigenes Tempo gefunden hat, dass keine Schulentwicklung der einer anderen Bildungseinrichtung gleicht und dass die Etablierung von gesundheitsförderlichen Strukturen in und um KiTa bzw. Schule bei allen Beteiligten einen „langen Atem“ erfordert. Insbesondere Maßnahmen, die sofort sichtbare Ergebnisse zeigen - wie z.B. die Umgestaltung von Räumlichkeiten - werden von Schülern, Lehrern und Eltern begrüßt. Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lern- und Lehrkultur wird - vor allem weil sie viel Zeit in Anspruch nimmt und zunächst wenig sichtbare Ergebnisse aufweist - manches Mal als unbefriedigend erlebt und in ihrer Bedeutung für die Gesamtentwicklung der Schule unterschätzt. Hier ist das Projektmanagement besonders gefragt, für Transparenz und Bestärkung der Beteiligten zu sorgen.

3.3 Primärprävention nach dem Individuellen Ansatz

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

Um die Qualität der Kursangebote sicherzustellen, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen einen gemeinsamen Handlungsleitfaden zur Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung⁴⁴ entwickelt, der für alle gesetzlichen Krankenkassen verbindlich ist. An diesem Leitfaden orientieren sich die Krankenkassen z.B. bei ihren Entscheidungen für oder gegen eine Bezuschussung von externen Kursanbietern. Die Leistungen nach dem Individuellen Ansatz müssen dem Leitfaden zufolge ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. So sind die Kurse auf die Prävention von Krankheitsbildern auszurichten, die in der Bevölkerung häufig auftreten⁴⁵. Ferner muss die Wirksamkeit der Kurskonzepte im Rahmen von Expertisen, Studien oder Metaanalysen erwiesen sein. Die Kursanbieter haben eine dem Leitfaden entsprechende ausreichende Qualifikation nachzuweisen. Auch sind im Vorfeld der Maßnahmen die jeweiligen Ziele festzulegen, so dass sich gewünschte Veränderungen zum Ende eines Kurses prüfen lassen.

Vorliegendes Kapitel bildet ab, welche Leistungen die gesetzlichen Krankenkassen nach dem Individuellen Ansatz in 2004 bundesweit erbracht haben. Es interessieren dabei die Zahl der Kursteilnahmen, die Inanspruchnahme von Kursen nach Handlungsfeldern, die Kursanbieter sowie die Kursteilnahmen nach Alter und Geschlecht.

3.3.1 Inanspruchnahme

Im Vergleich zum Berichtsjahr 2003 ist die Zahl der Versicherten, die an primärpräventiven Kurs- und Seminarangeboten teilgenommen haben, um knapp die Hälfte auf insgesamt 803.416 Kursteilnehmer angestiegen (2003: 542.643). Bezogen auf alle GKV-Versicherten bedeutet dies eine Steigerung von 0,9 % auf 1,1 %⁴⁶.

⁴⁴ Gemeinsame u. einheitliche Handlungsfelder u. Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 u 2 SGB V v. 21. Juni 2000 in der Fassung v. 12. September 2003.

⁴⁵ Dazu zählen Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, bösartige Neubildungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische/psychosomatische Erkrankungen.

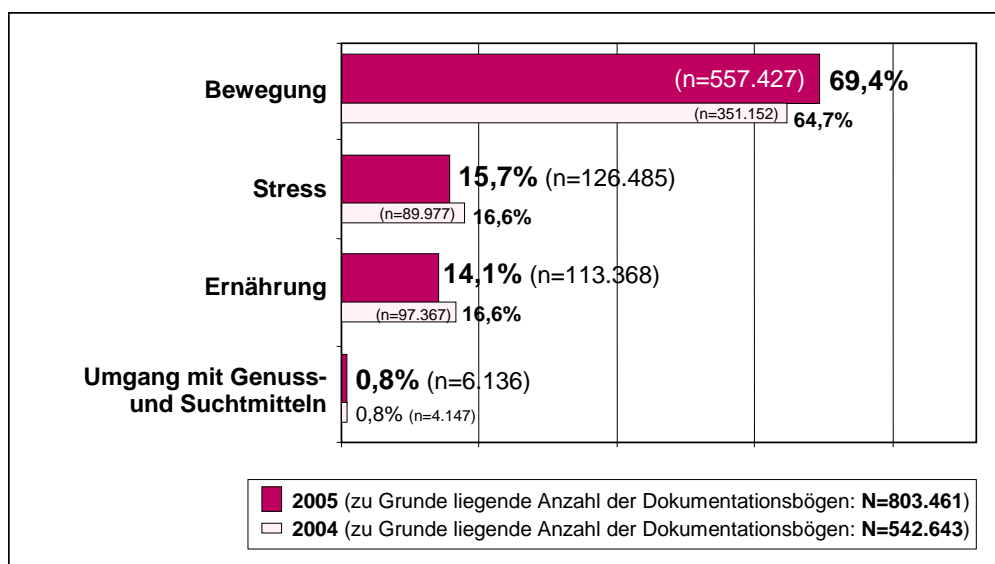
⁴⁶ Bundesweit 70.279.950 GKV-Versicherte (BMGS: GKV-Mitgliederstatistik KM6 2004, Stand 1.7.2004).

Mit der Streichung des „Härtefall-Paragrafen“⁴⁷ bei der Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) im November 2003 lassen sich nicht mehr zuverlässige Daten zu Kursteilnehmern erfassen, die über ein niedriges Einkommen verfügen. Damit ist der einzige Parameter, der einen Hinweis über die Inanspruchnahme individueller Kurse durch Versicherte aus sozial ungünstigeren Lebensumfeldern lieferte, weggefallen. Die Dokumentationen der Berichtsjahre 2002 und 2003 bestätigten bislang die allgemeine Erkenntnis, dass diese Angebote von Menschen aus sozial schlechteren Verhältnissen besonders wenig wahrgenommen wurden. Ein alternativer unproblematischer Indikator zur Erhebung des sozialen Status ist in den Datenbeständen der Krankenkassen nicht verfügbar. Die derzeit in der Erprobung befindlichen Instrumente zur Evaluation von Kursen nach dem Individuellen Ansatz fragen sowohl die Schulbildung als auch – bei Erwerbstätigen – die berufliche Stellung von Kursteilnehmern ab. So dürften sich in Zukunft aus den Fällen, bei denen eine Evaluation durchgeführt wird, weitere Aussagen zu sozialen Indikatoren einholen lassen.

3.3.2 Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

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

Abb. 16: Anzahl der Kursteilnehmer in den jeweiligen Handlungsfeldern



Zwei Drittel aller Kursteilnehmer haben in 2004 Kurse besucht, die körperlich-sportliche Angebote enthielten, oder Bewegungsprogramme zur Vorbeugung/Reduzierung von gesundheitlichen Risiken. Bewegung stellt einen zentralen Faktor in der Gesundheitsförde-

⁴⁷ Bei Härtefällen nach § 61 SGB V handelte es sich um Versicherte, die aufgrund eines in Abs. 2 desselben Paragrafen beschriebenen niedrigen Einkommens von Zuzahlungen zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie zu Zahnersatz und Krankenfahrten befreit wurden.

rung dar. So beeinflusst sie oft weitere Lebensgewohnheiten, wie z.B. Ernährungsverhalten oder Stressreduktion/Entspannung.

Am nächsthäufigsten suchten Versicherte Kurse zu den Inhalten „Vermeidung spezifischer Risiken/ stressabhängiger Krankheiten“ und „Ernährung“⁴⁸ auf. Dabei war der Anteil an besuchten Kursen zur „Stressreduktion“ – anders als in 2003 – etwas höher als der an Kursen zum Thema „Ernährung“. Möglicherweise spiegelt sich hier ein zunehmender Bedarf an Hilfestellungen zur Entspannung/Stressreduktion seitens der Versicherten wider. Auch haben die Krankenkassen den Bedarf offensichtlich erkannt und ihr Angebot zu diesem Themenfeld ausgeweitet – sicher auch aufgrund des in den letzten Jahren beobachteten Anstiegs an psychischen Erkrankungen.

Vergleichsweise selten, d.h. in 0,8 % aller Fälle suchten Versicherte Veranstaltungen zum Thema „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ auf (2003: 0,8 %). Die Zahl der Kursteilnehmer ist dabei im Vergleich zu 2003 in 2004 um etwa die Hälfte auf rund 6.100 angestiegen (2003: 4.200 Kursteilnehmer).

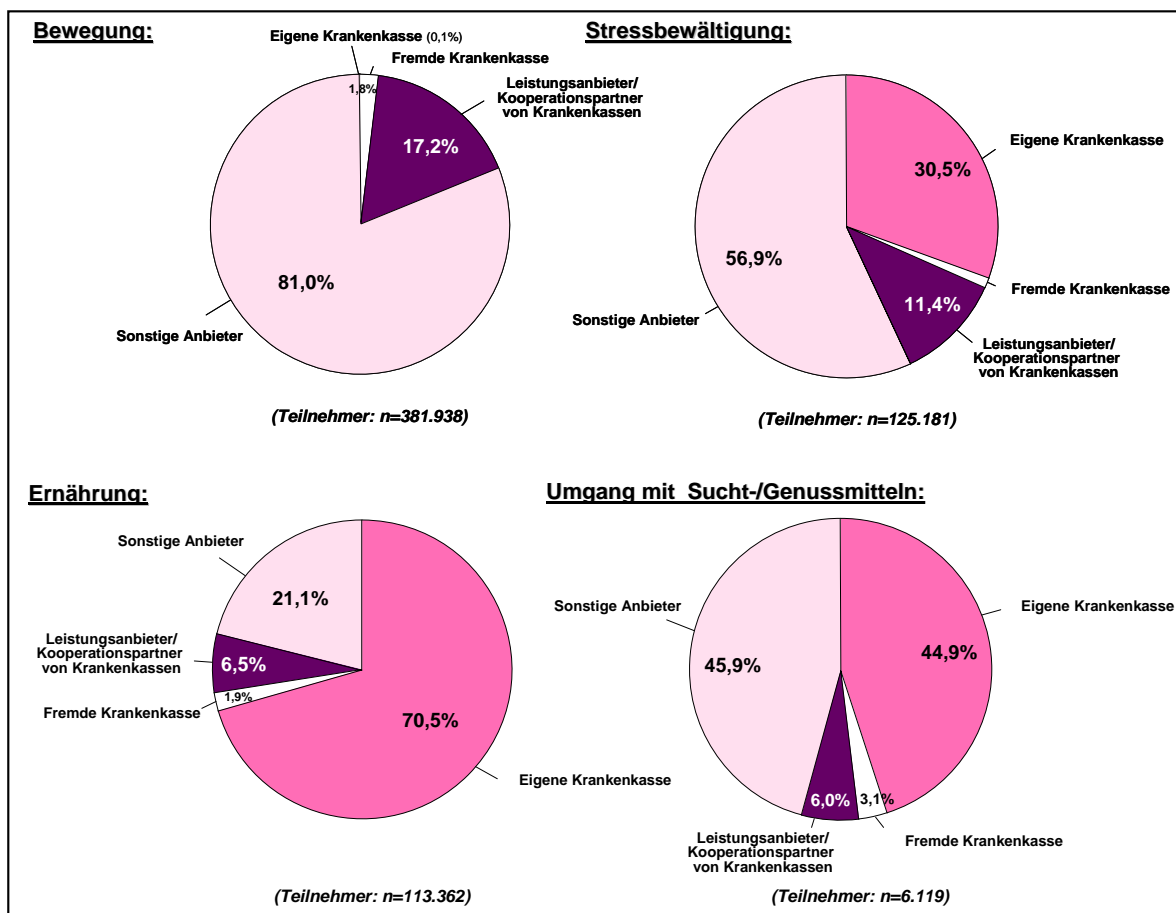
3.3.3 Leistungsanbieter

Etwa die Hälfte der von Versicherten aufgesuchten Kurse/Seminare wurden von „Sonstigen Anbietern“⁴⁹ angeboten, gefolgt von Kursangeboten der eigenen Krankenkasse (37 %). Angebote von Kooperations- bzw. Vereinbarungspartnern der eigenen Krankenkasse nahmen die Versicherten in 11 % der Fälle wahr. Eher selten besuchten Versicherte Kurse, die von anderen Krankenkassen als der eigenen durchgeführt wurden (1,3 %).

⁴⁸ Bei Ernährungskursen handelt es sich im Wesentlichen um Angebote zur Reduktion von Übergewicht oder um Kurse zur Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung.

⁴⁹ Dazu zählen diejenigen, bei denen keine besonderen Kooperationsvereinbarungen mit der eigenen Krankenkasse getroffen wurden, wie z.B. Vereine und Volkshochschulen.

Abb. 17: Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern



Vier Fünftel aller besuchten Kurse zum Themenfeld „Bewegung“ wurden von Sonstigen Anbietern durchgeführt (2003: 50 %) ⁵⁰. Gleichzeitig hat sich der Anteil an von Krankenkassen angebotenen Bewegungskursen gegenüber 2003 halbiert. Auch Kurse zur „Stressbewältigung“ wurden in der Mehrzahl von Sonstigen Anbietern abgehalten. Die Krankenkassen haben sich offensichtlich auf das Themenfeld „Ernährung“ spezialisiert: hier handelte es sich bei 71 % der Kurse um Angebote der Krankenkassen. Veranstaltungen zum Thema „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ wurden etwa gleich häufig von Krankenkassen und Sonstigen Anbietern durchgeführt. Auch hier ist der Anteil an Sonstigen Anbietern im Vergleich zu 2003 leicht angestiegen (2004: 46 %, 2003: 39 %).

3.3.4 Inanspruchnahme nach Geschlecht und Alter

Die Kursangebote nach dem Individuellen Ansatz wurden zu 80 % von Frauen und zu 20 % von Männern aufgesucht (2003: ebenfalls 80 % zu 20 % ⁵¹). Dem stand ein Frauenanteil von 53 % und Männeranteil von 47 % aller GKV-Versicherten gegenüber ⁵². Mit einem Anteil von 45 % war der Anteil männlicher Versicherter in der Altersgruppe der „bis 14-

⁵⁰ Dazu zählen diejenigen, bei denen keine besonderen Kooperationsvereinbarungen mit der eigenen Krankenkasse getroffen wurden, wie z.B. Vereine und Volkshochschulen.

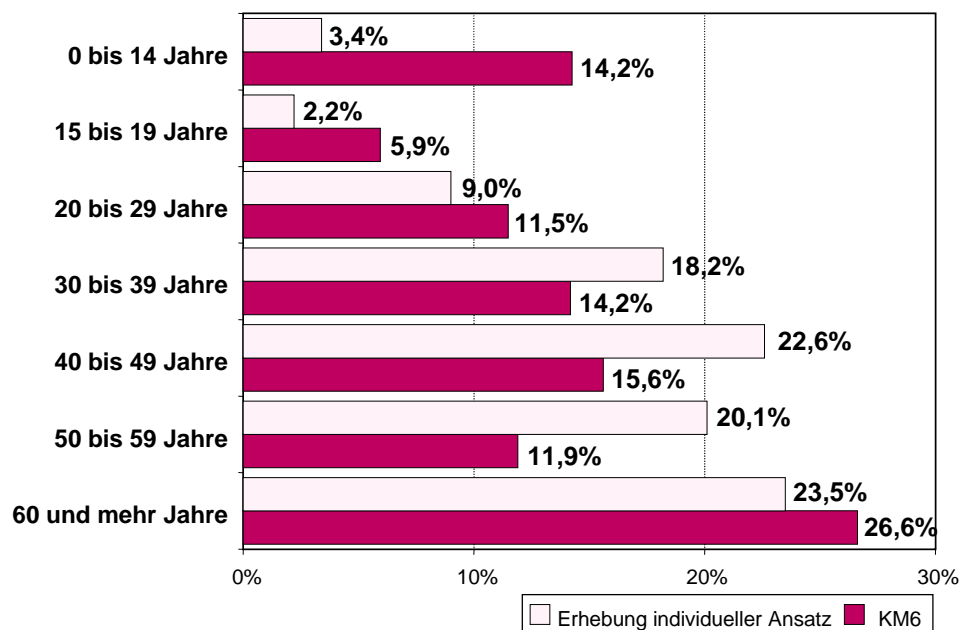
⁵¹ Die Prozentzahlen sind ausschließlich auf Fälle bezogen, bei denen Angaben zum Geschlecht vorlagen. In der Dokumentation 2003 bezogen sich die Zahlen hingegen auf den Gesamtdatensatz, einschl. fehlender Angaben.

⁵² BMGS: KM6, Stichtag 1.7.2004

Jährigen“ auffallend hoch. Offensichtlich nahmen hier noch die Eltern (bzw. Mütter) Einfluss auf die Kursteilnahme ihrer Kinder an individuellen Kursangeboten.

Ein Vergleich von Altersgruppen in aktueller Erhebung mit den Altersverteilungen der GKV-Versicherten⁵³ lässt erkennen, welche Altersgruppen vergleichsweise häufig bzw. selten in den primärpräventiven Kursen vertreten waren:

Abb. 18: Prozentuale Anteile der Altersgruppen – KM6 und Ergebnisse individueller Ansatz



(Anzahl Kursteilnehmer/innen Gesamt (Individueller Ansatz): N=803.416)
 (Anzahl GKV-Versicherte Gesamt (KM6, Stichtag 1.7.2004): N= 70.279.950)

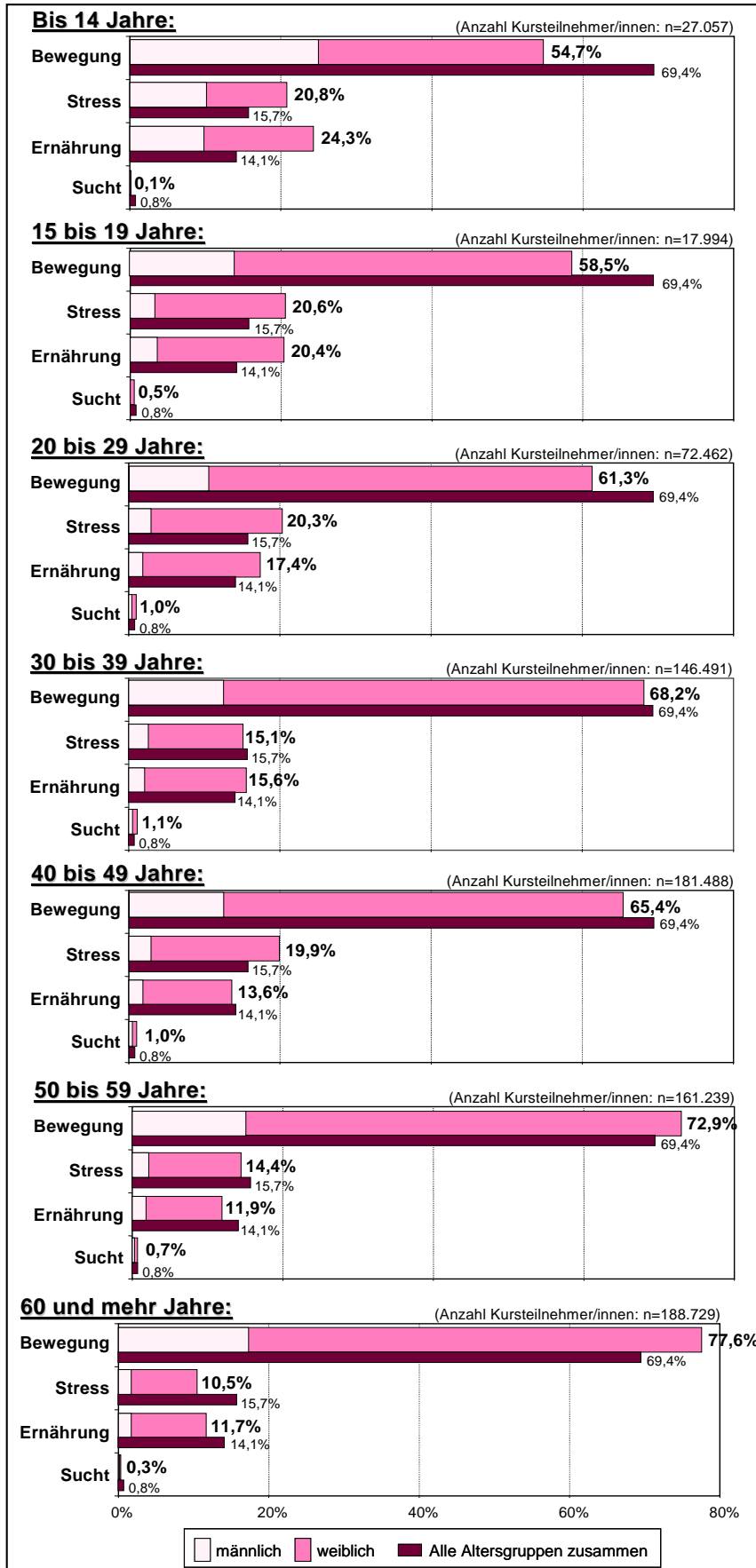
Jüngere Versicherte im Alter von „bis zu 14“ und „15 bis 19 Jahren“ nahmen – wie bereits in 2003 – vergleichsweise selten an Kursangeboten nach dem Individuellen Ansatz teil. Ihr Anteil lag insgesamt bei 5 % aller Kursteilnehmer. Im Vergleich dazu waren 20 % aller GKV-Versicherten unter 20 Jahre alt. Versicherte im Alter von „30 bis 59 Jahren“ nahmen hingegen vergleichsweise häufig diese Angebote wahr (Anteil Individueller Ansatz: 61 %, Anteil an den GKV-Versicherten: 42 %). Bei den ab 60-Jährigen war der Anteil der Kursteilnehmer im Vergleich zum GKV-Gesamtversichertenanteil wieder etwas geringer.

Von Interesse waren die von einer bestimmten Altersgruppe bevorzugten Kursinhalte sowie geschlechtsspezifische Schwerpunktsetzungen. Hierfür wurden die Ergebnisse nach Altersgruppen und Geschlecht ausgewertet und jeweils mit den Gesamtergebnissen verglichen⁵⁴:

⁵³ BMGS: KM6, ebd.

⁵⁴ Die diesen Vergleich abbildende Grafik setzt sich aus mehreren Einzelgrafiken zusammen, wobei jeweils eine Grafik die Ergebnisse einer Altersgruppe beschreibt (breite Balken). Zum Vergleich werden stets unter den breiten Balken die Gesamtergebnisse abgebildet (schmalere dunkle Balken). Die breiteren Balken sind darüber hinaus zweifarbig: die helle Farbe steht für die männlichen Teilnehmer, die dunkle für die weiblichen.

Abb. 19: Inanspruchnahme von Angeboten nach Alter und Geschlecht im Vergleich mit Gesamtergebnissen



Bewegungskurse, die von allen Altersgruppen am häufigsten aufgesucht wurden, wurden mit höchstem Anteil von Kursteilnehmern ab 60 Jahren in Anspruch genommen. Kursteilnehmer unter 30 Jahren griffen bewegungsförderliche Kursangebote hingegen weniger auf als in der Gesamtheit der Kursteilnehmer. Der Anteil der männlichen Kursbesucher war hier mit knapp der Hälfte aller Fälle am höchsten bei den „bis zu 14-Jährigen“. Auch bei den „ab 50-Jährigen“ lag der Männeranteil noch bei mindestens 20 %.

Kurse, die der Stressbewältigung bzw. Entspannung dienten, wurden von den „bis zu 49-jährigen“ Versicherten tendenziell häufiger aufgesucht, wobei die Altersgruppe der „30- bis 39-Jährigen“ noch den Gesamtergebnissen entsprach. Versicherte ab 60 Jahren griffen vergleichsweise seltener Stressbewältigungsangebote auf. Der Anteil an männlichen Kursbesuchern lag – wenn man von der Altersgruppe der bis 14-Jährigen, die eine Ausnahme darstellten, absieht – im Mittel bei 16 %. Bei den „bis zu 14-jährigen Versicherten“ lag der Anteil der männlichen Kursteilnehmer bei 49 %.

Ernährungskurse wurden von jüngeren Versicherten tendenziell häufiger aufgesucht als von älteren. Insbesondere im Alter von „bis zu 19 Jahren“ war das Interesse der Kursteilnehmer oder Eltern an Ernährungsangeboten vergleichsweise hoch. Das Augenmerk lag bei dieser Altersgruppe auf Ernährungskursen, die der Vermeidung/Reduktion von Übergewicht dienten (etwa 60 %). Männliche Kursteilnehmer waren mit den höchsten Anteilen in der Altersgruppe der „bis zu 14-Jährigen“ (40 %) und „15 bis 19-Jährigen“ (18 %) vertreten. Der Frauenanteil war hingegen bei den „20- bis 29-Jährigen“ am höchsten (89 %), gefolgt von der Gruppe der „30- bis 39-Jährigen“ (87 %) und „40- bis 49-Jährigen“ (86 %). Im Durchschnitt lag der Frauenanteil bei 85 %.

Angebote zum verantwortlichen Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln wurden insgesamt selten in Anspruch genommen. Am häufigsten suchten Versicherte im Alter von „20- bis 29“, „30 bis 39“ sowie „40 bis 49 Jahren“ (1 % bis 1,1 %) Kurse zu diesem Themenfeld auf. Der Männeranteil lag im Durchschnitt bei 44 %. Er war mit 65 % bei den „bis zu 14-Jährigen“ am höchsten.

3.3.5 Resümee

Im Berichtsjahr 2004 ist im Vergleich zum Jahr davor die Zahl der bundesweit gemeldeten Kursteilnehmer erneut um etwa die Hälfte, d.h. von 542.000 auf 803.000 angestiegen. So konnten die Krankenkassen auch zum Individuellen Ansatz ihre Leistungen seit der Piloterhebung in 2002, in der über 352.000 Kursteilnehmer berichtet wurde, enorm ausbauen.

Ihre Unterstützung war dabei besonders bei Angeboten zu den Handlungsfeldern Bewegung und Stressbewältigung stark auf die Bezuschussung der Inanspruchnahme von Kurs- und Seminarangeboten sonstiger Anbieter ausgerichtet. Kurse mit der thematischen Ausrichtung „Ernährung“ hielten die Krankenkassen sehr häufig selbst ab. Angebote zum Thema „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ kamen etwa gleich häufig von sonstigen Anbietern und Krankenkassen.

Die weiteren Ergebnisse bestätigen die bereits in den beiden Vorerhebungen gemachten Erkenntnisse: Mit Kursen nach dem Individuellen Ansatz werden in erster Linie Frauen und Versicherte im Alter zwischen 30 und 60 Jahren erreicht. Sie werden nach wie vor nur unterproportional von Männern sowie von jüngeren und älteren Versicherten genutzt.

3.4 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Im Jahr 2004 waren insgesamt 35,7 Millionen Menschen erwerbstätig (43 % der Bevölkerung)⁵⁵. Von Ihnen wird aufgrund des in den letzten Jahren verschärften internationalen Wettbewerbs in der Wirtschaft häufig mehr abverlangt, als noch in den Jahren davor: ein größeres Arbeitstempo, mehr Flexibilität, permanente Lernbereitschaft für mehr Qualität. Da sie am Arbeitsplatz einen mehr oder weniger großen Anteil ihrer Zeit verbringen, haben diese Anforderungen, verknüpft mit den Verhältnissen am Arbeitsplatz, häufig negative Auswirkungen auf Wohlbefinden und Gesundheit.

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

Bereits seit vielen Jahren sind die gesetzlichen Krankenkassen in der BGF aktiv. Dabei können sie mittlerweile auf einen breiten Erfahrungshintergrund zurückblicken und auf einen großen Fundus an bewährten Instrumenten, Konzepten, Methoden und Strategien in diesem Feld zurückgreifen. Qualitätskriterien zur Durchführung von BGF, zu deren Beachtung sich alle gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet haben, sind seit dem Jahr 2000 im gemeinsamen Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen⁵⁶ festgelegt.

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

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gehen bei der BGF von einem ganzheitlichen Ansatz aus. So zielen sie bei BGF-Prozessen auf die enge Zusammenarbeit mit möglichst allen betriebsinternen und -externen Akteuren ab. Zu den wesentlichen betriebsinternen Akteuren zählen neben den Arbeitgebern und der Personalabteilung die Arbeitnehmer, Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte sowie Betriebs- bzw. Personalräte. Außerbetriebliche Akteure sind neben den Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung und der Unfallversicherung beispielsweise auch Gesundheitsämter, niedergelassene Ärzte, weitere Ge-

⁵⁵ Statistisches Bundesamt – Mikrozensus 2004.

⁵⁶ "Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September 2003"

sundheits- und Sozialeinrichtungen, wissenschaftliche Einrichtungen sowie externe Berater oder kommerzielle Institutionen (z.B. Unternehmensberater, Trainer etc.).

Ganzheitlich verstandene BGF ist auf Langfristigkeit und Nachhaltigkeit ausgerichtet. Sie ist in der Regel – wie im Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen beschrieben – auf eine Einbindung von Gesundheitsförderung in betriebliche Managementsysteme ausgerichtet. Auch strebt sie die Einleitung von dauerhaften Verbesserungsprozessen über die eigentlichen Aktivitäten der Gesundheitsförderung hinaus an. Maßnahmen, die alle Gesundheitspotenziale in Unternehmen und Organisationen stärken, zielen dabei sowohl auf das gesundheitsbezogene „Verhalten“ der Mitarbeiter als auch gleichzeitig auf die „Verhältnisse“ im Unternehmen. Verhaltensbezogene Aktivitäten können z.B. Rückenschulen oder sonstige Ergonomieberatungen am Arbeitsplatz, individuelle Ernährungsberatungen, Angebote zum Umgang mit Stresssituationen, zum Konfliktmanagement, zur Kommunikation untereinander oder auch Angebote zum Thema Rauchen sein. Maßnahmen, die die Verhältnisse in Betrieben betreffen, zielen häufig auf die Optimierung der Arbeitsumgebung und -organisation, z.B. über den Einsatz von verbesserten Arbeitsmitteln, die Umorganisation von Arbeitsabläufen, die Einführung von Rotationen oder neuen Arbeits- bzw. Pausenregelungen. Insbesondere Gesundheitszirkel stellen ein wichtiges Instrument der BGF dar, da sie unter Einbeziehung möglichst vieler Beschäftigten zu einer verbesserten Gesundheitskommunikation in Betrieben beitragen und sowohl auf verhaltensbezogene als auch verhältnisbezogene Maßnahmen ausgerichtet sind.

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

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

Vorliegender Bericht stellt ausschließlich den Stand der Aktivitäten im Berichtsjahr dar. Über Interventionen oder Erfolgskontrollen, die sich in 2004 erst in der Planungsphase befanden, wird noch nicht berichtet.

3.4.1 Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

Der vorliegenden Dokumentation zu Krankenkassenleistungen in der BGF in 2004 liegen insgesamt **2.563** Dokumentationsbögen zu Grunde. Im Vergleich zum Jahr davor ist die Fallzahl um gut ein Sechstel (18 %) angestiegen. Die seit Einführung der Dokumentation beobachtete fortlaufende Zunahme an gemeldeten Aktivitäten setzt sich demnach weiter fort:

Tab. 1: Rücklauf Dokumentationsbögen BGF

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

*Fälle, in denen ausschließlich AU-Analysen durchgeführt wurden

Die Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen für Maßnahmen der BGF nach § 20 Abs. 2 SGB V waren 2004 um 3,5 % höher als 2003⁵⁷. Somit spiegelt sich der beobachtete stärkere Rücklauf an Doku-Bögen auch in gestiegenen Ausgaben.

Der inhaltlich weiterentwickelte Dokumentationsbogen trägt zu einem Informationsgewinn bei und erleichtert das Ausfüllen der Dokumentationsbögen vor Ort (s. Erläuterungen zu den Erhebungsinstrumenten in Kap. 2.2, S. 12).

Die folgenden Ausführungen bilden zunächst die Gesamtergebnisse im Berichtsjahr 2004 ab. Diesen schließen sich dann Darstellungen der wesentlichen Ergebnisse in den unterschiedlichen Betriebsgrößen und zu Branchen an, die mit einem Anteil von mindestens 5 % am Gesamtdatensatz vertreten waren. Ferner werden die durchgeführten Aktivitäten in Abhängigkeit von vorhandenen bzw. fehlenden Bedarfsermittlungen sowie Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen beschrieben.

⁵⁷ Ausgaben 2003: 25,0 Mio. Euro; Ausgaben 2004: 25,9 Mio. Euro.

3.4.1.1 Allgemeine Daten

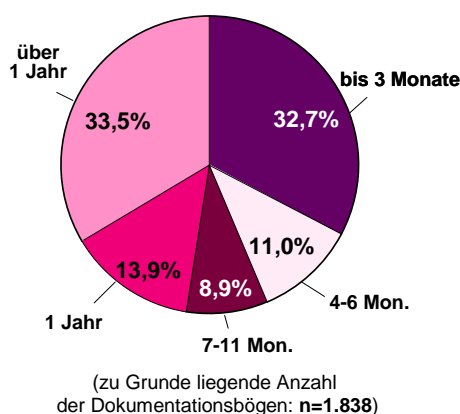
Die allgemeinen Daten umfassen Angaben zur Laufzeit der Aktivitäten, zu den Branchen und der Zahl der Standorte/Betriebe, weiterhin zu den Betriebsgrößen und dem Frauenanteil in den jeweiligen Betrieben.

- Laufzeit der Gesundheitsförderungsmaßnahmen

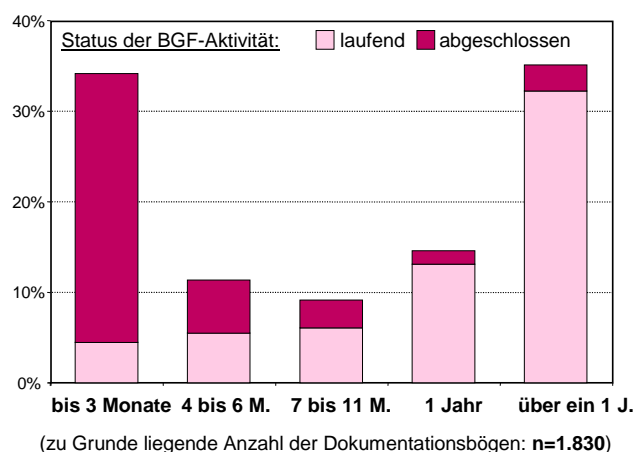
Zur Laufzeit der Aktivitäten lagen in 72 % aller Fälle Angaben vor. Dabei handelte es sich sowohl um endgültig feststehende Laufzeiten bei Aktivitäten, die zum Ende des Berichtsjahres abgeschlossen waren, als auch um geplante Laufzeiten bei noch laufenden Projekten. Bei diesen sind noch Abweichungen von der Planung möglich. Folgende Abbildung stellt zunächst alle Fälle dar, bei denen Angaben zur Laufzeit vorlagen. Die zweite Grafik differenziert diese weiter hinsichtlich noch laufender bzw. abgeschlossener Aktivitäten⁵⁸:

Abb. 20: Laufzeit der Aktivitäten

Laufzeit insgesamt



Laufzeit von laufenden und abgeschlossenen Aktivitäten



Bei 48 % aller gemeldeten BGF-Aktivitäten, die Angaben zur Laufzeit enthielten, lag die geplante oder erfolgte Laufzeit bei einem Jahr und mehr. Die meisten dieser Aktivitäten liefen zum Ende des Berichtsjahres noch. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei diesen um im Sinne der BGF auf Ganzheitlichkeit und Nachhaltigkeit ausgerichtete Maßnahmen handelte. Solche zielen auf eine feste Implementierung von Gesundheitsförderung in den Betrieb ab. Der Anteil der eher kurz angelegten Aktionen, die bis zu einem Monat andauerte, machte 23,4 % aus. Es handelte sich hier vorwiegend um bereits abgeschlossene Aktivitäten. Insgesamt ein Drittel der hier betrachteten Fälle lief bis maximal drei Monate. Bei etwa einem Fünftel der Fälle betrug die Laufzeit der Aktivitäten vier bis sechs Monate.

Die durchschnittliche Laufzeit lag bei 16 Monaten. In einem Höchstfall wurde eine Laufzeit von 12 Jahren berichtet. Knapp zwei Drittel der Aktivitäten waren zum Ende des Berichts-

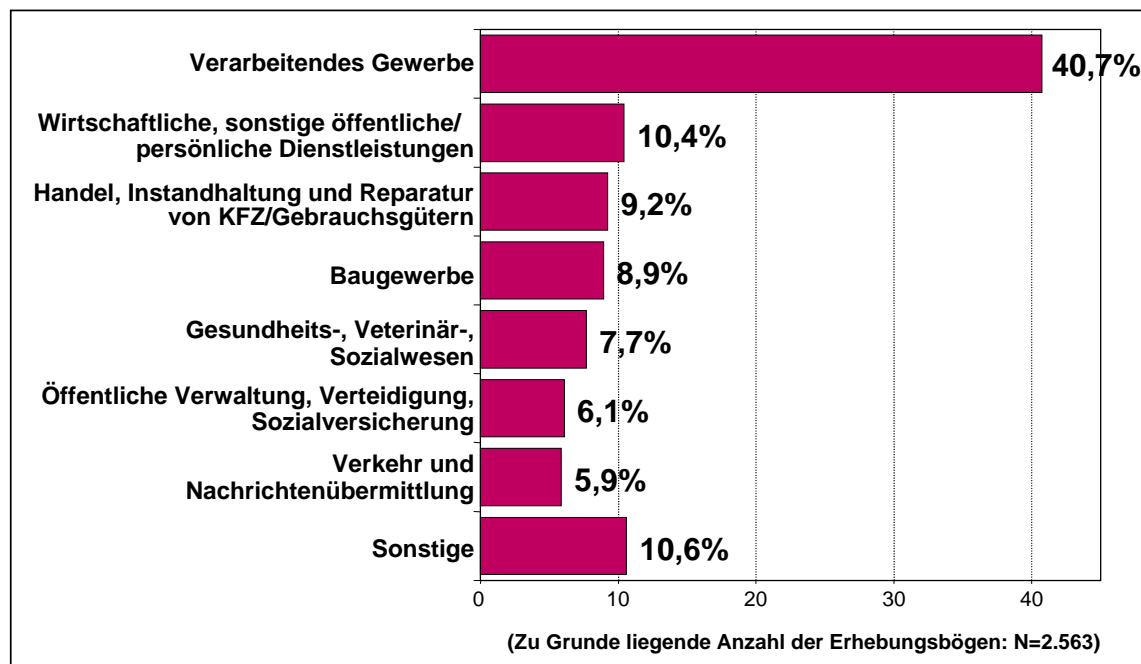
⁵⁸ Der zweiten Grafik liegen acht Fälle weniger zu Grunde als der ersten. Bei diesen Fällen handelt es sich um solche, die zwar Angaben zur Laufzeit der Aktivitäten enthielten, jedoch keine zum Status.

jahres abgeschlossen. Bei 16 % der noch laufenden Fälle war die Mitwirkung der Krankenkassen abgeschlossen (2003: 3 %⁵⁹).

- Branchen, Anzahl an Standorten/Betrieben

Die Branchen, zu denen die Betriebe gehörten, in denen BGF-Aktivitäten stattfanden, wurden nach der Klassifikation von Wirtschaftszweigen des Statistischen Bundesamtes (WZ 2003) abgefragt. In 2004 waren sie wie folgt verteilt:

Abb. 21: Branchen



BGF wurde nach wie vor am häufigsten im „Verarbeitenden Gewerbe“ durchgeführt. Dabei ist der Anteil im Vergleich zu den Berichtsjahren 2002 und 2003 noch einmal leicht gesunken (2002: 52 %, 2003: 43 %⁶⁰). Zum „Verarbeitenden Gewerbe“ zählten vorwiegend das „Ernährungsgewerbe ...“, die „Metallerzeugung/-bearbeitung, Herstellung von Metallerzeugnissen“ und der „Fahrzeugbau“ (29 %, 18 % und 8 % der Fälle aus dem Verarbeitenden Gewerbe).

Mit einem Anteil von 10 % aller Fälle wurde BGF am nächsthäufigsten im „Dienstleistungssektor“ durchgeführt, ferner im „Handel“, im „Baugewerbe“, im „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ sowie im „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“. Zu den „Sonstigen Branchen“ zählten in absteigender Häufigkeit das „Kredit- und Versicherungsgewerbe“, die „Land- und Forstwirtschaft, Fischerei“, die Branche „Erziehung und Unterricht“, „Energie- und Wasserversorgung“, das „Gastgewerbe“, der „Bergbau ...“ sowie „Private Haushalte, Exterritoriale Organisationen/Körperschaften“ (Anteile von 2,0 % bis 0,1 %).

⁵⁹ In der Dokumentation 2003 bezog sich die Prozentzahl auf den Gesamtdatensatz. Deshalb war der Anteil an abgeschlossenen Mitwirkungen der Krankenkassen dort deutlich höher. Hier finden ausschließlich die Fälle Berücksichtigung, bei denen die Aktivitäten zum Ende des Berichtjahres noch liefen.

⁶⁰ Anders als in den Dokumentationen der Jahre davor beziehen sich die Prozentwerte in 2004 nicht auf den Gesamtdatensatz, sondern ausschließlich auf solche Fälle, bei denen Angaben zum jeweils abgefragten Themenblock vorlagen. Zu den Vergleichswerten siehe auch die Erläuterungen in Kap. 3.1, S. 15.

Im Vergleich zu den Bundeszahlen⁶¹ waren Unternehmen aus dem "Verarbeitenden Gewerbe" mit 41 % nach wie vor stark gegenüber dem Anteil an allen Betrieben in Deutschland (11 %) vertreten. Da gerade hier häufig körperlich schwere Arbeiten ausgeübt werden und oft größere Unfallgefahren bestehen, wird in dieser Branche offensichtlich immer noch ein vergleichsweise höherer Bedarf für die Durchführung von BGF gesehen. Umgekehrt waren Betriebe aus den Branchen „... Dienstleistungen“ (10 %, Bundesanteil 22 %) sowie dem „Handel ...“ (9 %, Bundesanteil 21 %) im Bundesvergleich eher unterrepräsentiert. Es besteht offensichtlich noch ein großes Potenzial für die Intensivierung von BGF auch in diesen Sektoren.

Der weiterentwickelte Dokumentationsbogen fragte erstmals neben den Branchen auch die Zahl der Standorte bzw. Einzelbetriebe ab, an/in denen BGF durchgeführt wurde. Dieses war dann von Interesse, wenn in einem Dokumentationsbogen über BGF-Aktivitäten berichtet wurde, die z.B. in Verbindung mit einem Gesamtprojekt an mehreren Standorten eines großen Unternehmens erfolgten oder im Rahmen eines Netzwerkprojektes beispielsweise in mehreren Betrieben (meist Klein- und Kleinstbetrieben) durchgeführt wurden.

In 2.235 Fällen (87 %) erfolgte BGF an *einem Standort*. In den restlichen 328 Dokumentationsbögen wurden im Durchschnitt drei Standorte pro Dokumentationsbogen benannt. Die Gesamtsumme aller Standorte/Betriebe lag bei 4.768. In einem Maximalfall wurden 51 Standorte in einem Dokumentationsbogen angegeben. Es handelte sich dabei um Filialen einer Einzelhandelskette.

- Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte), Frauenanteil, erreichte Personen

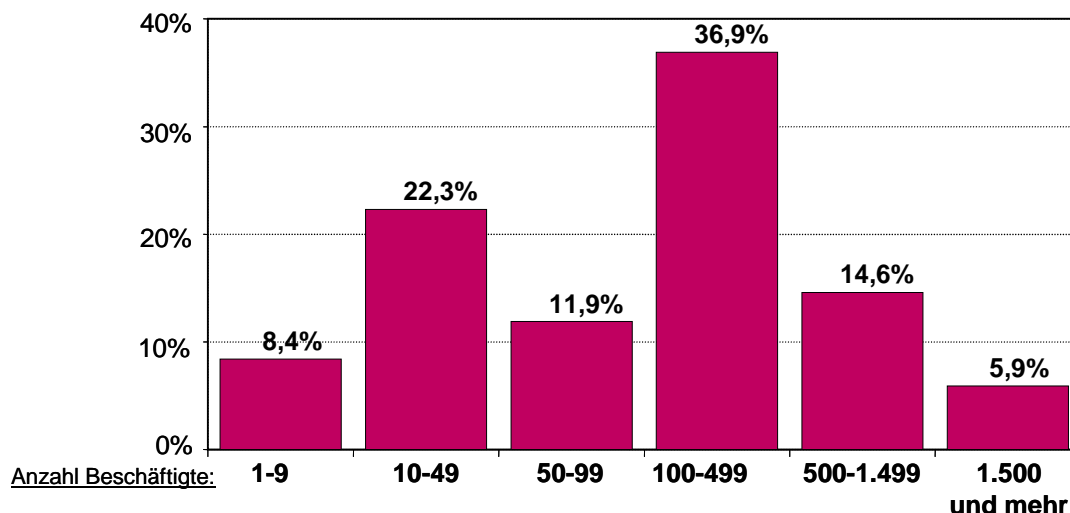
Im Berichtsjahr 2004 wurden BGF-Maßnahmen – wie bereits in den Jahren zuvor – vorwiegend in Betrieben mit einer Größe von 100 bis 499 Mitarbeitern durchgeführt. Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigten machten insgesamt 31 % aller Fälle mit vorliegenden Angaben zur Beschäftigtenzahl aus (2003: 31 %⁶²). Dabei ist die Fallzahl (Dokumentationsbögen) von 652 in 2003 um 15 % auf 751 Fälle in 2004 angestiegen. Den Nennungen zur Anzahl der Betriebe/Standorte zufolge erfolgte BGF insgesamt in 878 Klein-/Kleinstbetrieben⁶³. Etwas weniger als in 2003 wurde BGF in Unternehmensgrößen mit 1.500 und mehr Mitarbeitern durchgeführt (2003: 7,4 %³², 2004: 5,9 %):

⁶¹ Bundesanstalt für Arbeit: Statistik zur Zahl der Betriebe nach Wirtschaftsabteilungen in Deutschland (Stand 30.06.2004).

⁶² Anders als in den Dokumentationen der Jahre davor beziehen sich die Prozentwerte in 2004 nicht auf den Gesamtdatensatz, sondern ausschließlich auf solche Fälle, bei denen Angaben zum jeweils abgefragten Themenblock vorlagen. Zu den Vergleichswerten siehe auch die Erläuterungen in Kap. 3.1, S. 15.

⁶³ Ein Dokumentationsbogen kann Angaben über in mehreren Betrieben gleichzeitig durchgeführte BGF enthalten, wenn diese im Rahmen von Netzwerkprojekten erfolgte. Die Zahl der Betriebe (bei großen Unternehmen der Standorte) wurde in 2004 erstmals abgefragt.

Abb. 22: Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)



(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=2.445 (99,5%))

Der Anteil an Betrieben mit mindestens 100 Mitarbeitern lag zusammen bei 55 % aller Fälle mit vorliegenden Angaben zur Beschäftigtenzahl. Im Vergleich dazu machten Betriebe dieser Größenordnung in 2003/2004 1,9 % aller Betriebe in Deutschland aus⁶⁴. In diesen waren bundesweit 47 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten tätig. Umgekehrt beschäftigten 96 % der Betriebe im Bund weniger als 50 Mitarbeiter. In diesen Klein- und Kleinstbetrieben waren 42 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Bund tätig.

Die stärkere Präsenz von Unternehmensgrößen ab 100 Mitarbeitern im Datensatz lässt sich insbesondere auf die für die Durchführung von BGF tendenziell günstigeren Strukturverhältnisse in größeren Unternehmen zurückführen. Auch stellt sich der Aufwand für BGF in Klein-/Kleinstbetrieben im Verhältnis zu der Zahl an Personen, die man dort erreicht, als vergleichsweise hoch dar. So wurden in Unternehmen mit 100 und mehr Mitarbeitern den Schätzungen zufolge 346.700 Personen direkt erreicht (91 % der Gesamtschätzzahl). In Betrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern konnten hingegen lediglich insgesamt 12.800 Personen direkt erreicht werden (3,2 %).

In 97 % aller Fälle lagen Angaben zum Frauenanteil in den Betrieben vor. Meist betrug dieser bis zu 25 % (43 %). Demgegenüber hatten weniger als 13 % der Unternehmen einen Frauenanteil von „75-100 %“.

In allen Betriebsgrößen einschließlich der Betriebe mit „50-99 Mitarbeitern“ wurden laut den mitgeteilten Schätzungen zusammen 398.000 Personen direkt erreicht. Diese Maßnahmen hatten Auswirkungen auf geschätzte weitere 272.000 Personen, so dass insgesamt 670.000 Personen erreicht werden konnten (2003: 608.000).

Zu solchen BGF-Aktivitäten, die zunächst einen kleinen Personenkreis direkt ansprechen und sich dann gezielt auf weitere Mitarbeiter auswirken, zählen z.B. Gesundheitszirkel. An

⁶⁴ Bundesanstalt für Arbeit: Statik zu Betrieben mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Stand 30.06.2004).

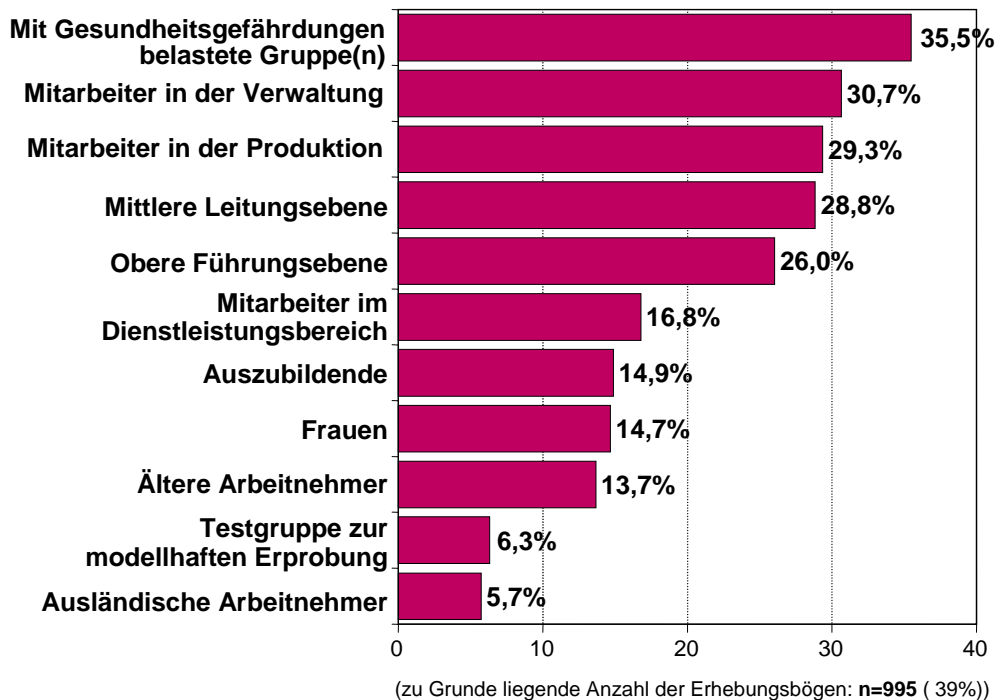
diesen nehmen einige wenige Mitarbeiter eines Arbeitsbereiches/ einer Abteilung teil. Die im Zirkel erarbeiteten Maßnahmen bzw. Erkenntnisse werden dann in den gesamten Arbeitsbereich eingebracht und der gesamten Belegschaft kommuniziert. Somit profitieren deutlich mehr Mitarbeiter als nur die Teilnehmer an den Zirkeln von der Umsetzung der Maßnahmen. Auch Multiplikatorenschulungen zu gesundheitsförderlichen Fragestellungen wirken sich auf eine weitaus größere Zahl von Mitarbeitern aus.

3.4.1.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

In 61 % aller Fälle waren die Aktivitäten in den Betrieben auf alle Beschäftigten ausgerichtet (2003: 69 %, 2002: 66 %). In diesen Fällen war es richtig, aufgrund des Projektzuschnittes, der Unternehmensgrößen oder -strukturen alle Mitarbeiter anzusprechen. Tendenziell wurden in kleineren Betrieben vergleichsweise häufiger alle Mitarbeiter, in größeren Unternehmen hingegen öfter bestimmte Zielgruppen bzw. Arbeitsbereiche angesprochen (s. auch Betriebsgrößenbewertungen, Kap. 3.4.2.2, S. 88). Dies mag auch organisationsbedingte bzw. strukturelle Ursachen mit spezialisierten Tätigkeiten, spezifischen Beschäftigtenstrukturen und den damit verbundenen Belastungen haben.

In 39 % der Fälle waren die BGF-Aktivitäten auf schwerpunktmäßige Zielgruppen ausgerichtet.

Abb. 23: Schwerpunktmäßige Zielgruppe (Mehrfachnennungen möglich)



Zu den am häufigsten gewählten Zielgruppen zählten „Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“, „Mitarbeiter in der Verwaltung“, „Mitarbeiter in der Produktion/ im Handwerk“ und die „mittlere“ sowie „obere Führungsebene“. Unter „Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belasteten Gruppe(n)“ sind in erster Linie Beschäftigtengruppen zu verstehen, die aufgrund ihrer Tätigkeit am Arbeitsplatz vergleichbar stärkeren körperlichen bzw. gesundheitlichen Belastungen, wie z.B. Tragen/Heben schwerer Lasten,

Fehlhaltungen bei der Arbeit, stehender Tätigkeit, Lärm-/Staubbelastungen usw. ausgesetzt sind. So wurden bei etwa der Hälfte der Fälle der „Mit Gesundheitsgefährdungen belasteten Gruppe(n)“ gleichzeitig auch „Mitarbeiter in der Produktion“ benannt, ein Arbeitsbereich, in dem bekanntlich vorwiegend körperliche Arbeit geleistet wird.

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil an „Mitarbeitern in der Produktion“ und „mit Gesundheitsgefährdungen belasteten Gruppe(n)“ insgesamt geringer geworden (2003: 47 % und 43 %, 2004: 29 % und 36 %). Gleichzeitig ist der Anteil an „Mitarbeitern in der Verwaltung“ in etwa gleich hoch geblieben. Dadurch sind „Mitarbeiter in der Verwaltung“ nunmehr die am zweithäufigsten benannte Zielgruppe. Sie wurden dabei verhältnismäßig oft (d.h. zu 86 %) nicht allein, sondern gleichzeitig mit weiteren Zielgruppen angesprochen. Meist handelte es sich um die „mittlere“ und „obere Führungsebene“, „Mitarbeiter in der Produktion“ sowie um „Mitarbeiter aus dem „Dienstleistungsbereich“. Im Durchschnitt wurden pro Fall zwei Zielgruppen gleichzeitig benannt. Die „obere Führungsebene“ und „mittlere Leitungsebene“ war offensichtlich auch aufgrund ihrer Entscheider- und Multiplikatorenfunktion häufig Zielgruppe von BGF.

In Unternehmen mit einem sehr hohen Frauenanteil von bis zu 75 Prozent waren Frauen ferner überdurchschnittlich häufig Zielgruppe von BGF (32 %, Gesamt 15 %).

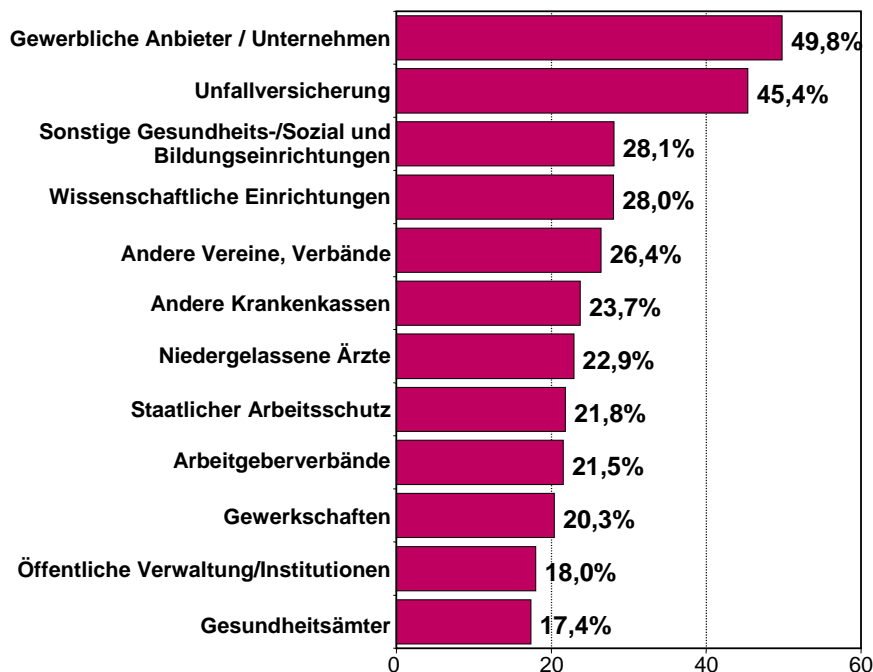
3.4.1.3 Außerbetriebliche Kooperationspartner

In 2004 gaben die Krankenkassen bei 63 % aller Fälle außerbetriebliche Kooperationen an. Dabei handelte es sich durchschnittlich um vier Kooperationspartner pro Dokumentationsbogen. Zum Vergleich: Im Berichtsjahr 2003 lagen noch in 48 % aller Fälle Meldungen zu außerbetrieblichen Kooperationen vor. Dabei wurden im Mittel pro Fall ein bis zwei Kooperationspartner benannt. Offensichtlich ist es den Krankenkassen im Jahr 2004 gelungen, häufiger und mehr außerbetriebliche Einrichtungen in die BGF-Aktivitäten einzubeziehen. Auf diese Weise konnten weitere Ressourcen, insbesondere fachlich-sachlicher Art, in die Maßnahmen eingebracht werden.

Durch diesen beobachteten Anstieg an mehrfach gemeldeten Kooperationspartnern sind auch die Häufigkeiten zu allen einzeln abgefragten Kooperationen durchweg angestiegen. Sie verteilten sich wie folgt⁶⁵:

⁶⁵ Dabei wurden ausschließlich diejenigen Fälle berücksichtigt, bei denen außerbetriebliche Kooperationen vorlagen.

Abb. 24: Außerbetriebliche Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)



(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=1.602 (63%))

Am häufigsten war die "Entscheidungsebene" steuernd und koordinierend in die Aktivitäten eingebunden, gefolgt von "Vertretern der Krankenkassen" und dem "Betriebs-/Personalrat". Die „Vertreter der Krankenkassen“ führen dabei in vielen Fällen als „externe und neutrale Partei“ die Moderation durch. „Mitarbeiter“ wurden in gut einem Drittel der Fälle an dem Koordinierungsgremium beteiligt. Hingegen waren "Externe Kooperationspartner" und die "Unfallversicherung" vergleichsweise selten aktiv im Steuerungsgremium vertreten. Dass die Unfallversicherung nur selten im Steuerungskreis vertreten war, ist insofern bemerkenswert, als sie in immerhin 45 % der berichteten Fälle Kooperationspartner war. Gravierende Abweichungen der in diesem Themenblock festgestellten Ergebnisse zu denjenigen aus den Vorjahresberichten lagen nicht vor.

Häufige Kooperationspartner waren weiterhin "Sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen"⁶⁶, "Wissenschaftliche Einrichtungen"⁶⁷ sowie "andere Vereine/Verbände"⁶⁸. Dem folgten mit Anteilen von mindestens 20 % "andere Krankenkassen", "niedergelassene Ärzte", der "staatliche Arbeitsschutz", "Arbeitgeberverbände" sowie "Gewerkschaften".

3.4.1.4 Koordination und Steuerung

In 65 % aller Fälle (2003: 54 %) wurden im Rahmen der BGF Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet. Sie nehmen für eine langfristige prozesshafte Einbindung von Gesundheitsförderung in Betriebsstrukturen einen hohen Stellenwert ein. So erfolgten bei

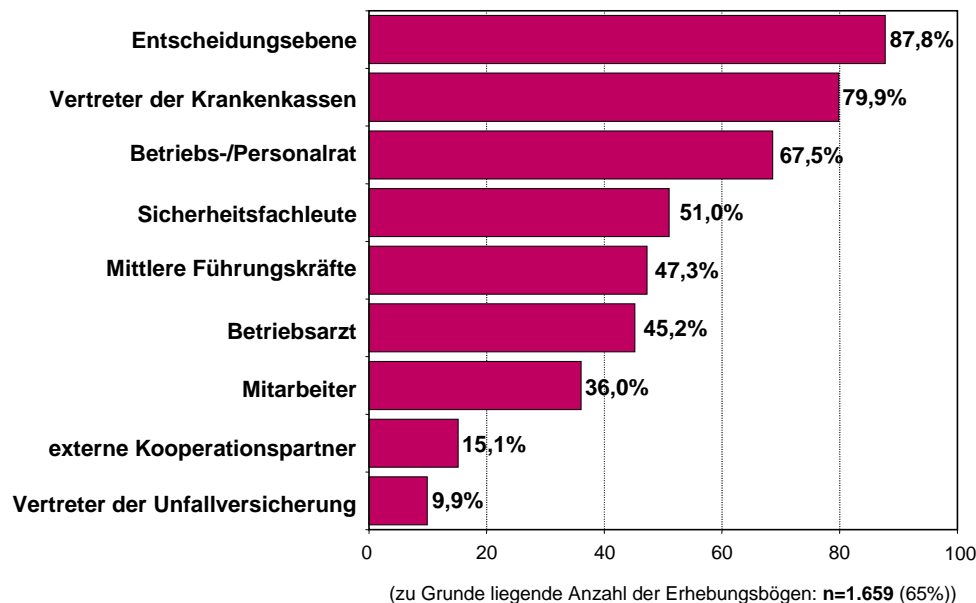
⁶⁶ Dazu zählten z.B. Gesundheitszentren, das Deutsche Rote Kreuz, die Arbeiterwohlfahrt, Suchtberatungsstellen, Suchtbeauftragte eines Landes, die VHS usw.

⁶⁷ Unter wissenschaftlichen Einrichtungen waren z.B. wissenschaftliche Institute oder auch Hochschulen zu verstehen.

⁶⁸ Z.B. Sportvereine/-verbände.

vorhandenen Steuerungsgremien insgesamt wesentlich umfassendere Bedarfsanalysen Interventionen und Erfolgskontrollen als bei fehlenden (vgl. Kap. 3.4.4, S. 104 ff.).

Abb. 25: Koordination/Steuerung (Mehrfachnennungen möglich)



Am häufigsten war die „Entscheidungsebene“ steuernd und koordinierend in die Aktivitäten eingebunden, gefolgt von „Vertretern der Krankenkassen“ und dem „Betriebs-/Personalrat“. Die „Vertreter der Krankenkassen“ führen dabei in vielen Fällen als „externe und neutrale Partei“ die Moderation durch. „Mitarbeiter“ wurden in gut einem Drittel der Fälle an dem Koordinierungsgremium beteiligt. Hingegen waren „Externe Kooperationspartner“ und die „Unfallversicherung“ vergleichsweise selten aktiv im Steuerungsgremium vertreten. Dass die „Unfallversicherung“ eine unwesentliche Rolle im Steuerungskreis einnahm, ist insofern bemerkenswert, als sie in immerhin 45 % der berichteten Fälle Kooperationspartner war. Gravierende Abweichungen der in diesem Themenblock festgestellten Ergebnissen zu denjenigen aus den Vorjahresberichten lagen nicht vor.

Wie in den Berichtsjahren davor, waren an einem entsprechenden Steuerungsgremium im Durchschnitt Vertreter aus etwa fünf verschiedenen Unternehmensbereichen bzw. externen Einrichtungen beteiligt. In gut der Hälfte der Fälle (52 %), bei denen das Vorhandensein einer Entscheidungsstruktur bejaht wurde, waren im entsprechenden Gremium mindestens die „Entscheidungsebene“⁶⁹, „Vertreter von Krankenkassen“ sowie der „Betriebs-/Personalrat“ gleichzeitig beteiligt. Bei gut der Hälfte dieser Fälle waren mindestens noch weiter „Sicherheitsfachleute“ und „mittlere Führungskräfte“ im Gremium vertreten.

Eine Vereinbarung zur Durchführung von Aktivitäten der BGF mit dem Betrieb wurde laut den Angaben in den Dokumentationsbögen in 35 % der Fälle schriftlich und in 65 % mündlich getroffen.

⁶⁹ Dabei handelte es sich um von der Geschäftsführung beauftragte Entscheider, wie z.B. die Betriebs- oder Personalleitung.

3.4.1.5 Bedarfsermittlung

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

Für das Berichtsjahr 2004 lagen in 96 % aller Fälle Angaben darüber vor, welcher Art diese Bedarfsanalysen waren (2003: 92 %). Im Durchschnitt griffen die Leistungsanbieter dabei auf vier eingesetzte Analysemethoden gleichzeitig zurück. In 70 % dieser Fälle erhoben die Krankenkassen sowohl subjektive als auch objektive Daten. Dabei handelte es sich in knapp zwei Drittel dieser Fälle mindestens um eine Verknüpfung von „Routinedaten der Krankenkassen“ mit „Mitarbeiter-“ und/oder „Expertenbefragungen“.

Abb. 26: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



Wie bereits in den Jahren zuvor, zählten die „Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen“, die „Betriebs-/Arbeitsplatzbegehung“, die „Zielgruppen-/Mitarbeiterbefragung“, die „Arbeitssituationserfassung“, die „Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz“ sowie die „Belastungs- und Gefährdungsermittlung“ zu den häufiger eingesetzten Bedarfsanalysen. „Screenings, medizinische Untersuchungen“⁷⁰, die in immerhin knapp einem Viertel der Fälle benannt wurden, dienten in Verbindung mit BGF nicht der Früherkennung von Krankheiten, sondern wurden vielmehr als Mittel zur Sensibilisierung der Mitarbeiter für Gesundheitsthemen eingesetzt. Sie wurden entsprechend häufig nicht durch Ärzte vorgenommen, sondern – soweit machbar – durch erfahrende Nicht-Mediziner oder ärztliches Hilfspersonal (wie Arzthelferinnen bzw. Pfleger/Schwester). „Dokumenten- und Literaturrecherchen“ wurden in 2004 erstmals abgefragt. Auf diese griffen die Krankenkassen in

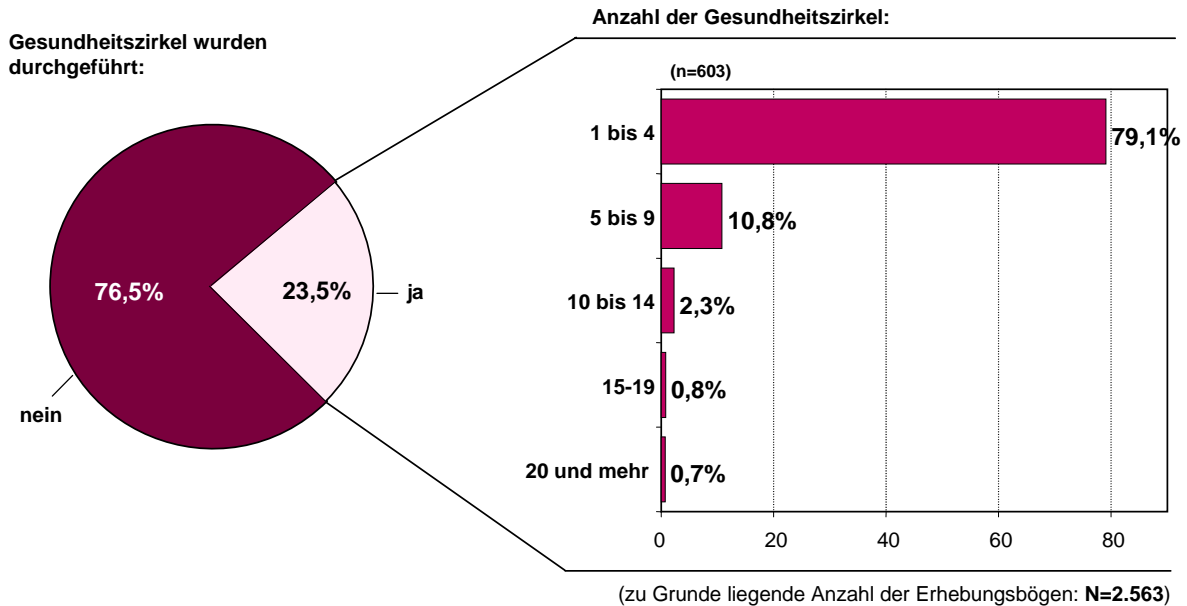
⁷⁰ Dazu zählten bspw. die Messung von Gewicht, Blutdruck oder Cholesterinwerten.

17 % der Fälle mit vorliegenden Angaben zur Bedarfsermittlung zurück. „Fähigkeitstests“⁷¹ wurden zwar immer noch am seltensten eingesetzt, ihr Anteil ist jedoch im Vergleich zum Berichtsjahr 2003 um das Zweieinhalbfache angestiegen (2003: 6 %, 2004: 15 %).

3.4.1.6 Gesundheitszirkel

In 2004 wurden bei 24 % aller Fälle insgesamt 1.607 Gesundheitszirkel durchgeführt, die alle jeweils mehrere Sitzungen umfassten.

Abb. 27: Gesundheitszirkel



Bei 92 % derjenigen Betriebe, in denen überhaupt Gesundheitszirkel durchgeführt wurden, handelte es sich um ein bis vier Zirkel (2003: 75 %, 2002: 73 %), wobei der Schwerpunkt mit 46 % bei einem Zirkel lag, gefolgt von zwei Zirkeln in 29 % der hier betrachteten Fälle. 11 % aller Fälle umfassten fünf bis neun Zirkel. Mehr Gesundheitszirkel wurden selten durchgeführt. Die höchste Zahl lag bei 40 Gesundheitszirkel, die in einem großen Unternehmen aus dem „Verarbeitenden Gewerbe“ (Fahrzeugbau) durchgeführt wurden.

Seit dem Berichtsjahr 2002 sind Gesundheitszirkel in der Bedeutung weiterhin gestiegen: so lag ihr Anteil in 2002 noch bei 18 %, in 2003 bei einem Fünftel und nun in 2004 bereits bei knapp einem Viertel aller Dokumentationsbögen, bei denen Angaben zur Durchführung von Gesundheitszirkeln vorlagen⁷². Inwiefern sich dieser Trend fortsetzen wird, bleibt abzuwarten. Auf jeden Fall ist dieses Ergebnis deshalb besonders begrüßenswert, weil Gesundheitszirkel eine wichtige Rolle in der BGF einnehmen. Sie binden Beschäftigte vor Ort direkt in die Veränderungsprozesse ein. Dabei sind sie auf positive Veränderungen nicht nur im Gesundheitsverhalten Einzelner, sondern auch auf eine Verbesserung der

⁷¹ Dazu zählen bspw. bewegungsmotorische Tests, Testung von Kraft und Ausdauer etc.

⁷² Anders als in den Dokumentationen der Jahre davor beziehen sich die Prozentwerte in 2004 nicht auf den Gesamtdatensatz, sondern ausschließlich auf solche Fälle, bei denen Angaben zum jeweils abgefragten Themenblock vorlagen. Zu den Vergleichswerten siehe auch die Erläuterungen in Kap. 3.1, S. 15.

objektiven Arbeitsbedingungen ausgerichtet. So waren die Interventionen im Berichtsjahr 2004 in den Fällen mit durchgeführten Gesundheitszirkeln bei 75 % der Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen, bei 16 % rein verhältnisbezogen und bei 10 % rein verhaltensbezogen. Dem gegenüber waren die Aktivitäten bei Fällen ohne Gesundheitszirkel zu 42 % verhaltens- und verhältnisbezogen, zu 10 % rein verhältnisbezogen und zu 45 % rein auf das Verhalten ausgerichtet.

Auch wurden in den Fällen, bei denen Gesundheitszirkel durchgeführt wurden, im Durchschnitt mehr Personen sowohl direkt als auch indirekt erreicht als bei Aktivitäten ohne Gesundheitszirkel: So lag die Zahl der erreichten Personen insgesamt bei 789 Personen pro Fall, wenn Gesundheitszirkel durchgeführt wurden. (218 direkt, 571 indirekt erreichte Personen). Mit Aktivitäten ohne Gesundheitszirkel wurden hingegen im Durchschnitt nur 342 Personen erreicht (133 direkt, 208 indirekt erreichte Personen).

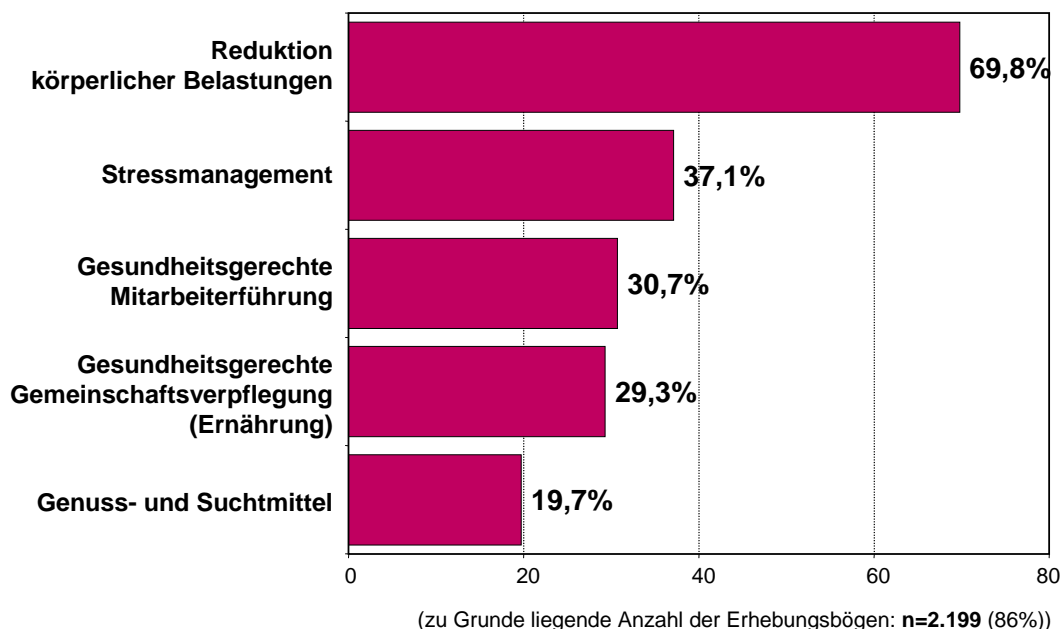
3.4.1.7 Intervention

Dieser Abschnitt enthält Ergebnisdarstellungen zur "Inhaltlichen Ausrichtung der Interventionen", zu "Verhaltens- und verhältnisorientierten Aktivitäten", sowie zu den "Angewandten Methoden" und "Eingesetzten Medien".

- Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Zu den Inhalten der Aktivitäten lagen in 86 % der Fälle Angaben vor (2003: 81 %). Die restlichen Fälle befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung noch in der Phase der Bedarfsermittlung und Strukturbildung.

Abb. 28: Inhaltliche Ausrichtung der Maßnahmen (Mehrfachnennungen möglich)



Die Interventionen waren – wie bereits in den Jahren davor – deutlich am häufigsten auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“⁷³ ausgerichtet (2003: 79 %⁷⁴). Dies war besonders in Betrieben aus dem „Baugewerbe“ (79 %) und dem „Handel ...“ (hier vorwiegend Kfz-Handel; Instandhaltung/Reparatur von Kfz ...; 75 %) der Fall. Dem folgten an zweiter Stelle Aktivitäten mit einer inhaltlichen Ausrichtung auf das „Stressmanagement“⁷⁵. Bislang stand das Stressmanagement mit geringeren Anteilen an dritter oder gar vierter Stelle aller abgefragten Inhalte (2002: 22 %, 2003⁵⁰: 24 %, 2004: 37 %). Offensichtlich wurden verstärkt neben körperlichen auch psychosoziale Belastungen als Risikofaktoren für Erkrankungen wahrgenommen und entsprechend im Rahmen von BGF thematisiert. So ist seit ein paar Jahren zu beobachten, dass bundesweit auf der einen Seite Arbeitsunfähigkeitstage infolge körperlicher Erkrankungen abnehmen, auf der anderen Seite AU-Tage wegen „psychischer Störungen“ deutlich zunehmen: sie stellen mittlerweile die am vierthäufigsten gestellte Diagnose dar⁷⁶. Weiterhin richteten sich die Inhalte der Aktivitäten in nicht ganz einem Drittel der Fälle auf die „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ und „gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)“. Erfreulicherweise wurde der „Genuss- und Suchtmittelkonsum“ erneut häufiger, d.h. mittlerweile in etwa einem Fünftel der Fälle, zum Gegenstand von Maßnahmen als noch in den Jahren davor (2002: 13 %, 2003: 17 %⁵¹).

Meist wurden bei den Aktivitäten zwei Inhalte miteinander verknüpft thematisiert. Häufigste Verknüpfungen waren die Themen „Reduktion körperlicher Belastungen“ mit „Stressmanagement“ (28 %), „Reduktion körperlicher Belastungen“ mit „Gesundheitsgerechter Mitarbeiterführung“ (24 %) sowie „Reduktion körperlicher Belastungen“ mit „Gesundheitsgerechter Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)“ (22 %). In 11 % der hier betrachteten Fälle wurden diese drei Themen zusammen behandelt.

- Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Qualitativ hochwertige und auf Nachhaltigkeit ausgerichtete BGF umfasst sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Aktivitäten. Verhaltensbezogene Aktivitäten sprechen dabei direkt das gesundheitsbezogene Verhalten von Mitarbeitern an. Über die Vermittlung von Informationen und Befähigungen, z.B. über Informationsveranstaltungen, Beratungs- oder Fitnessangebote sollen gesundheitsförderliche Verhaltensveränderungen erreicht werden. Verhältnisbezogene Maßnahmen zielen hingegen auf strukturelle, organisatorische und Umgebungsveränderungen im Betrieb. Ziel ist, die Verhältnisse im Betrieb in einem gesundheitsförderlichen oder belastungsreduzierenden Sinne zu verändern. Im

⁷³ Hierzu zählten neben Maßnahmen, die auf „klassische“ muskulo-skelettäre Belastungen aufgrund (teilweise schwerer) körperlicher Arbeit abzielten, auch Interventionen, die auf ungünstige Zwangshaltungen, beispielsweise bei Büro- und Bildschirmarbeit, eingingen. Ebenso Aktivitäten zur Reduktion von Umgebungsbelastungen (z.B. Lärm, Staub, Luftzug) – Faktoren, die in der BGF eine hohe Bedeutung haben und im Prinzip immer mit berücksichtigt werden.

⁷⁴ Anders als in den Dokumentationen der Jahre davor beziehen sich die Prozentwerte in 2004 nicht auf den Gesamtdatensatz, sondern ausschließlich auf solche Fälle, bei denen Angaben zum jeweils abgefragten Themenblock vorlagen. Zu den Vergleichswerten siehe auch die Erläuterungen in Kap. 3.1, S. 15.

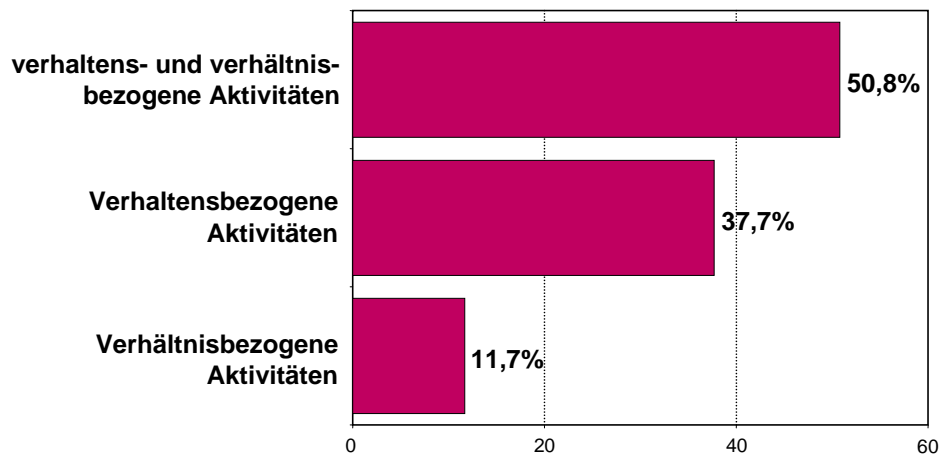
⁷⁵ Das „Stressmanagement“ umfasst auch Angebote zum Konflikt- und Zeitmanagement sowie zum Umgang mit psychosozialen Belastungen.

⁷⁶ GKV-Statistik KM1, Stand 2005; Veröffentlichungen von Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeitsstatistiken (z.B. Fehlzeiten-Report WIDO, Gesundheitsreport BKK, Gesundheitsreport TK, DAK etc.)

Idealfall wird mit BGF die Einbindung von Gesundheitsförderung in betriebliche Managementprozesse erreicht.

Zu verhaltens- und/oder verhältnisbezogenen Aktivitäten lagen in 76 % der Fälle Angaben vor:

Abb. 29: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten



(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=1.943 (76%))

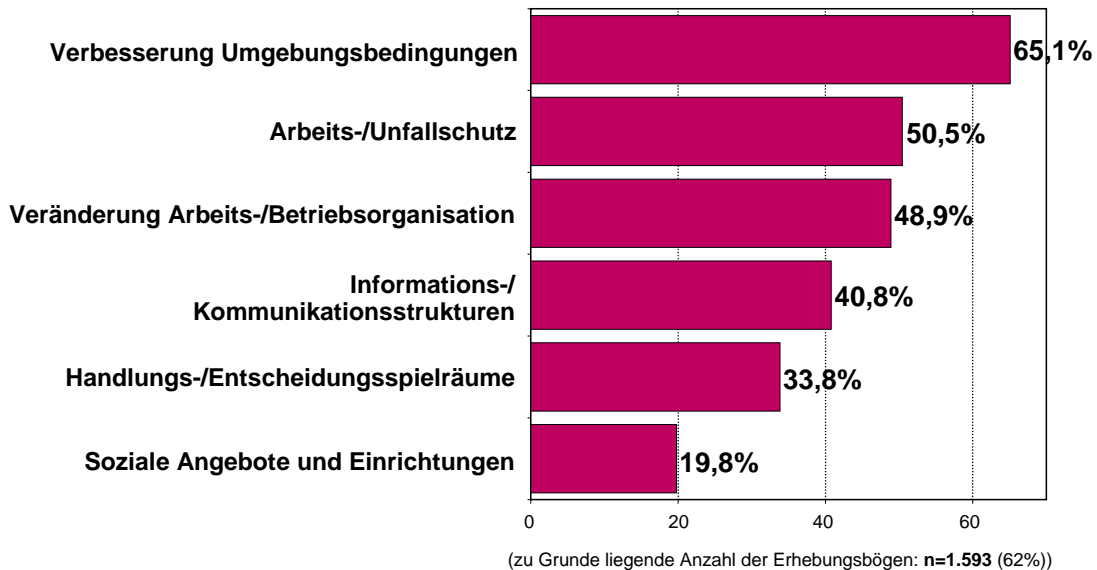
Erfreulicherweise ist der Anteil an Aktivitäten mit verhältnis- *und* verhaltensbezogener Ausrichtung in 2004 mit 51 Prozent im Vergleich zu den Vorjahreserhebungen deutlich angestiegen (2002: 44 %, 2003: 41 %⁷⁷). 38 % der hier betrachteten Fälle waren rein verhaltens- und 12 % rein verhältnisbezogen. Das Ergebnis ist insbesondere deshalb sehr begrüßenswert, als gerade in wirtschaftlich schlechteren Zeiten Unternehmen häufig dazu neigen, weniger Kosten und Aufwand für die Gesundheitsförderung aufzubringen. Die Krankenkassen stehen deshalb auch in Zukunft vor der Herausforderung, hier weiterhin gute Überzeugungsarbeit zu leisten.

- Art der Umgestaltung:

Mit dem weiterentwickelten Dokumentationsbogen wurde neuerdings auch die Art von Umgestaltungen durch die Interventionen abgefragt. Die Analyse beinhaltet alle Fälle mit mindestens einer verhältnisbezogenen Intervention (n=1593).

⁷⁷ Anders als in den Dokumentationen der Jahre davor beziehen sich die Prozentwerte in 2004 nicht auf den Gesamtdatensatz, sondern ausschließlich auf solche Fälle, bei denen Angaben zum jeweils abgefragten Themenblock vorlagen. Zu den Vergleichswerten siehe auch die Erläuterungen in Kap. 3.1, S. 15.

Abb. 30: Intervention – Art der Umgestaltungen (Mehrfachnennungen möglich)



Meist waren die Interventionen auf die „Veränderung von Umgebungsbedingungen“⁷⁸ ausgerichtet, gefolgt von (ergänzenden) „Maßnahmen im persönlichen Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren“⁷⁹, ferner von Veränderungen in der „Arbeits- und Betriebsorganisation“⁸⁰ sowie der Verbesserung von „Informations- und Kommunikationsstrukturen“⁸¹. In einem Drittel der hier betrachteten Fälle wurden außerdem die „Erweiterung von Handlungs-, Entscheidungsspielräumen und Verantwortlichkeiten“ benannt. Vergleichsweise seltener betrafen die Interventionen „Soziale Angebote und Einrichtungen“⁸².

Im Durchschnitt lagen pro Fall zwei bis drei Angaben zur Art der Umgestaltungen in Betrieben vor. Dabei wurden vorwiegend mindestens die „Umgebungsbedingungen und die Arbeits-/Betriebsorganisation“ (40 %) verändert bzw. die „Umgebungsbedingungen und der Arbeits-/Unfallschutz“ (38 %) angesprochen. Eine Umgestaltung dieser drei Bereiche (nämlich Umgebung, Organisation, Arbeits-/Unfallschutz) wurde in immerhin 27 % aller hier behandelten Fälle gleichzeitig vorgenommen. Bei drei Viertel dieser Aktivitäten lagen Kooperationen mit der Unfallversicherung vor. Wesentlicher Beitrag der Krankenkassen war in diesem Zusammenhang die Anregung und/oder fachlich-sachliche Begleitung der Aktivitäten, oft verbunden mit der Zielsetzung, in den betroffenen Unternehmen ein umfassenderes Gesundheitsmanagement zu implementieren.

⁷⁸ Das sind Veränderungen des Arbeitsplatzes/der Arbeitsumgebung, die zum Beispiel Bereiche wie Beleuchtung, Wärme, Kälte, Zugluft, Staub, Feuchtigkeit betreffen oder ergonomische Verbesserungen. Weiterhin zählen zu diesem Punkt z.B. der Einsatz von verbesserten/veränderten Arbeits- und Hilfsmitteln (z.B. Werkzeug, Hebe-/Tragehilfen, Sitzhilfen, Fußstützen etc.) oder auch technische Optimierungen an Maschinen/Anlagen usw.

⁷⁹ Hierzu zählt besonders auch die persönliche Schutzausrüstung, wie z.B. Schutzkleidung, -brille, Lärm-/Gehörschutz.

⁸⁰ U.a. Veränderung von Arbeitszeit-, Urlaubs- oder Pausenregelung, Optimierung von Personalplanung und -besetzung (auch Einsatz von Springern, Leiharbeitspersonal), Bildung von Teams oder Arbeitsgruppen, Jobrotation.

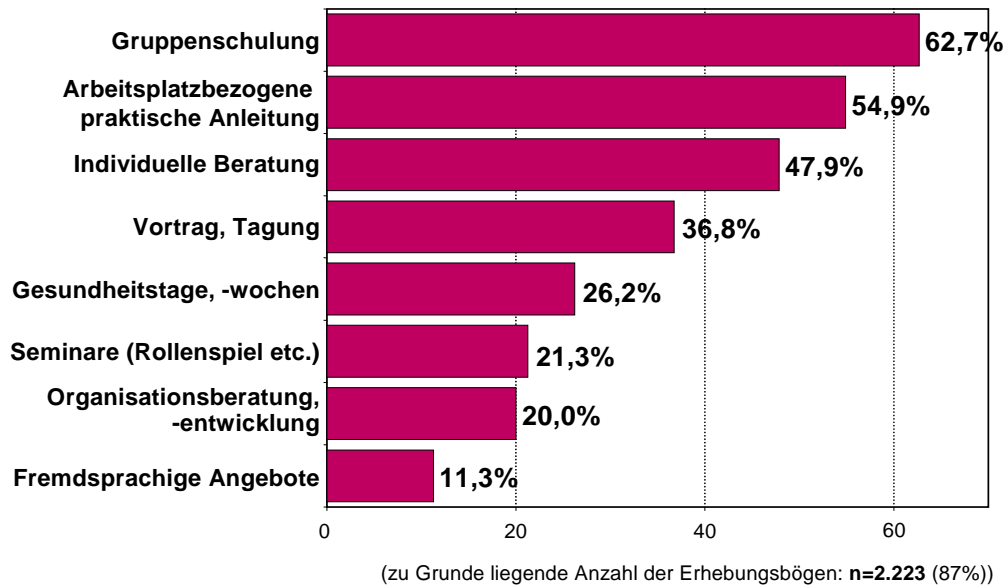
⁸¹ Z.B. über die Einführung von regelmäßigen Mitarbeiterbesprechungen, verändertes Vorgesetztenverhalten, geregelte Absprachen, eine regelmäßig aktualisierte Informationstafel usw.

⁸² Z.B. andere Aufenthaltsräume bzw. Einrichtung von Nichtraucherräumen, Bereitstellung von Getränken, Verbesserung von Sanitärräumen und -anlagen oder Einführung von Betriebssport.

- Methoden und Medien

Bei 87 % aller Dokumentationsbögen lagen Angaben zu den angewandten Methoden (2003: 70 %) und bei 82 % Angaben zu eingesetzten Medien (2003: 74 %) vor. Im Durchschnitt wurden pro Fall mit hierzu vorliegenden Angaben jeweils drei Methoden bzw. Medien gleichzeitig benannt.

Abb. 31: Angewandte Methoden (Mehrfachnennungen möglich)



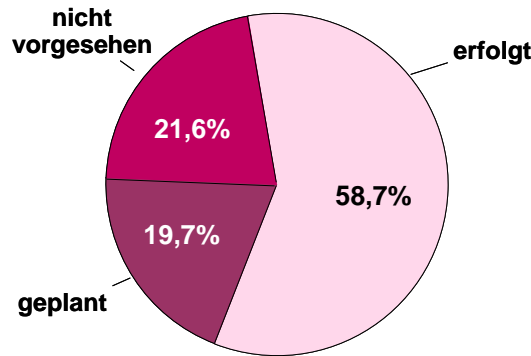
Am häufigsten wurden – wie auch in den Jahren davor – „Gruppenschulungen/-beratungen“, „Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung“, die „Individuelle Beratung“ angeboten und „Vorträge, Tagungen“ durchgeführt. Häufigste Mehrfachkombination war die Verknüpfung von „Gruppenschulung...“, „Arbeitsplatzbezogene ... Anleitung“ und „Individuelle Beratung“, für sich alleine oder in Kombination mit weiteren Methoden (27 %).

Auf die Medien „Faltblätter, Broschüren“ (79 %) sowie „Video, Foto, Overhead, Beamer etc.“ (63 %) wurde am häufigsten zurückgegriffen. Dem folgten den Häufigkeiten nach der Einsatz von „Übungsmanualen, Arbeitsunterlagen“ (57 %), „Anschauungsmaterialien/Modellen“ (54 %) sowie „Ausstellungen, Plakate“ (35 %). Auf das Medium „Betriebszeitung“ und „Internet/Intranet“ griffen vorzugsweise Unternehmen mit einer Betriebsgröße von „499 und mehr Mitarbeitern“ zurück. Dort lagen die Anteile beider Medien jeweils bei etwa 28 %.

3.4.1.8 Erfolgskontrolle

Die überarbeiteten Dokumentationsbögen lieferten besonders zum Themenfeld „Erfolgskontrolle“ präzise Informationen. So wurde nicht nur abgefragt, ob Erfolgskontrollen durchgeführt wurden oder nicht, sondern auch bei Verneinung nachgehakt, ob eine solche noch vorgesehen bzw. nicht geplant war.

Abb. 32: Die Durchführung mindestens einer Erfolgskontrolle ist:

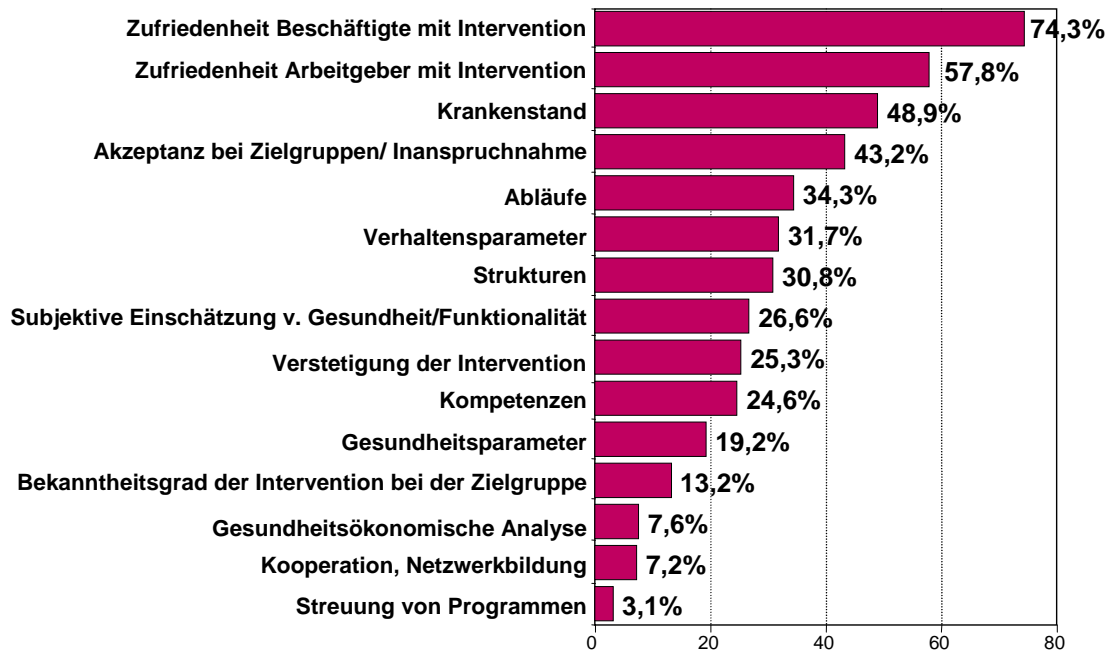


(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=2.497 (97%))

Lagen im Berichtsjahr 2003 zu dieser Frage sehr häufig keine Antworten vor und wurden Erfolgskontrollen lediglich in 33 % aller Fälle bejaht, so hat sich der Anteil an durchgeführten Kontrollen in 2004 deutlich erhöht auf nahezu 60%. Das Ergebnis ist besonders auch deshalb erfreulich, weil diese Zunahme bereits vor Einsatz der in der Dokumentation 2003 angekündigten Fragebögen zur Evaluation⁸³ von BGF-Aktivitäten, die u.a. zu einem Anstieg an Erfolgskontrollen führen sollten, zu verzeichnen ist.

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

Abb. 33: Durchgeführte Erfolgskontrollen – die Erfolgskontrolle bezog sich auf: (Mehrfachnennungen möglich)



(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=1.456 (57%))

Meist bezogen sich die Erfolgskontrollen auf die „Zufriedenheit von Beschäftigten und Arbeitgebern mit der Intervention“, dann auf den „Krankenstand“ und die „Akzeptanz der In-

⁸³ Evaluations-Fragebögen befinden sich derzeit in der Erprobung und sind als Ergänzung der bereits vor Ort eingesetzten Evaluationsinstrumente gedacht. Mit ihnen erhalten die Krankenkassen in Bälde ein fundiertes Messinstrument zur Erfolgskontrolle und somit zur Qualitätsprüfung von BGF.

tervention bei den Zielgruppen/Inanspruchnahme“. Im Mittelfeld befanden sich die Abfragen zu „Abläufen“, „Verhaltensparametern“⁸⁴, „Strukturen“, „Subjektiven Einschätzungen von Gesundheit und Funktionalität“, die „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“, erworbenen „Kompetenzen“⁸⁵, „Gesundheitsparametern“⁸⁶ und zum „Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe“. Seltener waren die „Gesundheitsökonomische Analyse“⁸⁷, die „Kooperation, Netzwerkbildung“ sowie die „Streuung von Programmen“⁸⁸ Gegenstand von Erfolgskontrollen.

Im Durchschnitt wurden bei Bejahung von Erfolgskontrollen fünf gleichzeitig benannt. Die miteinander kombinierten Kontrollen streuten dabei stark. Die noch größte Gruppe an Kombinationen, für sich allein oder in Verbindung mit weiteren Kontrollen, umfasste die sechs Parameter „Zufriedenheit der Beschäftigten...“, „... des Arbeitgebers mit der Intervention“, „Krankenstand“, „Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“, „Abläufe“ sowie „Strukturen“ (15 % der Fälle mit durchgeführter Erfolgskontrolle).

⁸⁴ Gemeint sind damit Ernährungs- oder Bewegungsmuster, Stressbewältigung, rückschonende Arbeitsweisen etc.

⁸⁵ Wissen, Selbstbewusstsein, Mitwirkung bei der Umgestaltung des Umfelds usw.

⁸⁶ z.B. Blutdruck oder Body-Mass-Index

⁸⁷ Dazu zählen u.a. Kosten-Nutzen-Analysen, Kostenerfassung der Aktivitäten ...

⁸⁸ Darunter ist die Verbreitung von Programmen (z.B. Gesundheits-/Qualitätszirkel) aus einzelnen Abteilungen bzw. Arbeitsbereichen oder Standorten eines Unternehmens heraus auf weitere zu verstehen.

3.4.2 Betriebsgrößenspezifische Auswertungen

Dieses Kapitel bildet die wesentlichen Ergebnisauffälligkeiten von BGF hinsichtlich der unterschiedlichen Betriebsgrößen ab. Um dabei übersichtliche Vergleiche ziehen zu können, wurden die im Dokumentationsbogen abgefragten Beschäftigtenzahlen „1 bis 9“, „10 bis 49“, „50 bis 99“, „100 bis 499“, „500 bis 1.499“ und „1.500 und mehr Mitarbeiter“ zu folgenden drei Gruppen gebündelt: „1 bis 49“, „50 bis 499“ sowie „500 und mehr Mitarbeiter“. Grundsätzlich werden in nachfolgender Ergebnisdarstellung auch auffällige Ergebnisse innerhalb der hier abgebildeten Gruppen benannt⁸⁹.

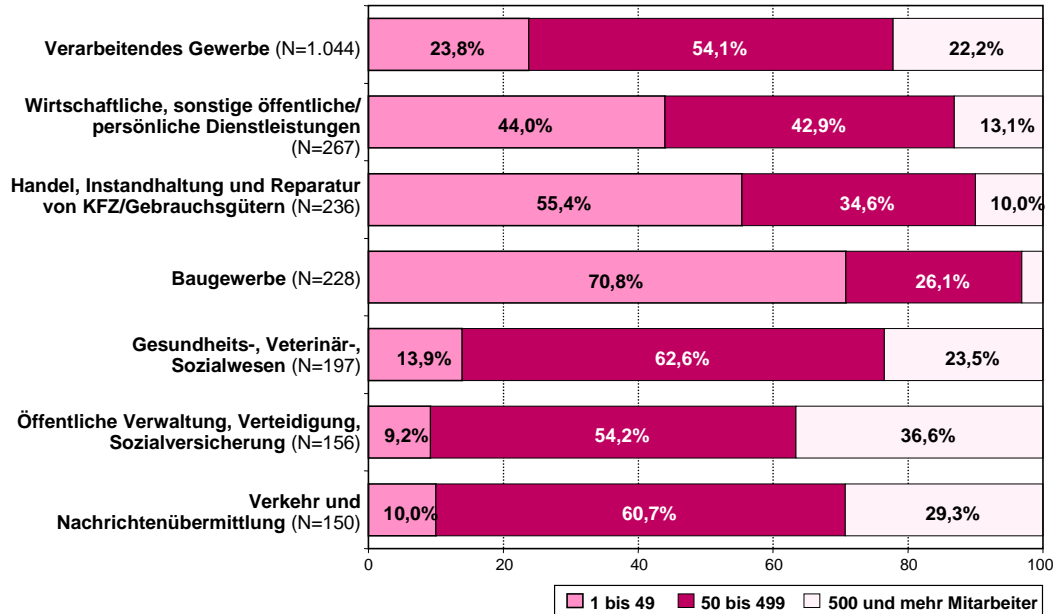
3.4.2.1 Allgemeine Daten

Die durchschnittlichen Laufzeiten der Gesundheitsförderungsmaßnahmen nahmen tendenziell mit der Größe der Betriebe zu: In Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ dauerten die Aktivitäten durchschnittlich sieben Monate an, in solchen mit „50 bis 499 Monaten“ lag die Laufzeit bereits im Mittel bei 19 Monaten. In Unternehmensgrößen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ umfasste sie 25 Monate. Hier waren die Aktivitäten in 51 % der Fälle für länger als ein Jahr angelegt. Der Anteil an kurz angelegten Projekten mit einer Dauer von bis zu drei Monaten war in Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ am höchsten (49 %).

Bei den Branchen „Baugewerbe“, „Handel ...“ (meist „Kfz-Handel, Instandhaltung/Reparatur von Kfz ...“) sowie „Dienstleistungen“ (sehr häufig Frisör-, Kosmetiksalons) handelte es sich bei der Mehrzahl der Betriebe um Klein-/Kleinstbetriebe mit einer Beschäftigtenzahl von „1 bis 49 Mitarbeitern“. In den Sektoren „Gesundheits-, Veterinär, Sozialwesen“, „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ „Öffentliche Verwaltung ...“ sowie „Verarbeitendes Gewerbe“ lag die Beschäftigtenzahl meist bei „50 bis 499 Mitarbeitern“. In der „Öffentlichen Verwaltung ..“, dem Sektor „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“, dem „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ sowie dem „Verarbeitenden Gewerbe“ waren die höchsten Anteile an Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ zu verzeichnen (vgl. Abb. 34, S. 88).

⁸⁹ Detaillierte Ergebnisse zu allen abgefragten Betriebsgrößen lassen sich dem Tabellenband zur Dokumentation 2004 entnehmen.

Abb. 34: BGF nach Branchen und Betriebsgrößenklassen



Erwartungsgemäß konnten mit BGF tendenziell mehr Personen erreicht werden, je größer die Betriebe waren: In Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ wurden den Schätzungen zufolge rund 13.000 Personen direkt erreicht, in solchen mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ lag die Schätzzahl bei bereits 119.000 direkt erreichten Personen. In Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ wurde insgesamt 140.000 Personen direkt erreicht.

3.4.2.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

Je größer ein Unternehmen war, desto häufiger waren die BGF-Aktivitäten auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet. So lag der Anteil an Fällen mit schwerpunktmäßiger Zielgruppenausrichtung in Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ bei 16 %, in Betrieben mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ bei 44 % sowie in Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ bei 53 %.

Über alle Betriebsgrößen hinweg wurden meist „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“ angesprochen. Lediglich in Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ war die „obere Führungsebene“ noch etwas häufiger Zielgruppe von BGF. Weiterhin standen in Klein-/Kleinstbetrieben (stark geprägt durch das Baugewerbe, Kfz-Reparatur, Frisör-/Kosmetiksalons) sowie in Betrieben mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ (Verarbeitendes Gewerbe) die „Mitarbeiter in der Produktion/ Handwerk“ als Zielgruppe im Vordergrund. In Unternehmensgrößen von „50 bis hin zu mehr als 1.500 Mitarbeitern“ zählten weiter die „mittlere Leitungsebene“ und „Mitarbeiter in der Verwaltung“ zu den vier am häufigsten gewählten Zielgruppen.

3.4.2.3 Außerbetriebliche Kooperationspartner

Außerbetriebliche Kooperationspartner waren am häufigsten in Unternehmensgrößen von „500 und mehr Mitarbeitern“ (67 %, Gesamt 63 %) eingebunden und mit geringsten Anteilen in Unternehmen mit „100 bis 499 Mitarbeitern“ (52 %). In jeweils 62 % der Betriebe mit „1 bis 49“ sowie „50 bis 99 Mitarbeitern“ bestanden außerbetriebliche Kooperationen.

Tendenziell waren mehr Kooperationspartner gleichzeitig eingebunden, je größer ein Unternehmen war. Im Durchschnitt wurden in Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ zwei Kooperationspartner benannt, in Betrieben mit „50 bis 499“ sowie „500 und mehr Mitarbeitern“ waren es bereits durchschnittlich vier gemeldete Kooperationspartner.

In allen Betriebsgrößen waren dabei am meisten „andere gewerbliche Anbieter/Unternehmen“ sowie die „Unfallversicherung“ Kooperationspartner. Während in Betrieben mit „50 bis 499“ und „500 und mehr Mitarbeitern“ die Anteile dieser beiden Kooperationspartner sehr ähnlich waren, war die Unfallversicherung in Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ zwar am zweithäufigsten, aber deutlich seltener benannt als die gewerblichen Anbieter. An dritter Stelle der genannten Kooperationen waren in Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ die „Wissenschaftlichen Einrichtungen“, in Betrieben mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ „Andere Vereine“ und mit nahezu gleichen Anteilen „Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen“ sowie in Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ ebenfalls „Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen“.

3.4.2.4 Koordination und Steuerung

Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden tendenziell häufiger in größeren Unternehmen gebildet als in kleineren Betrieben. In Betriebsgrößen mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ lag der Anteil noch bei 47 %, in solchen mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ bei 69 % und in Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ bereits bei 81 %. Ein Steuerungskreis bestand in Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ sowie „50 bis 499 Mitarbeitern“ im Durchschnitt aus Teilnehmern fünf verschiedener Bereiche bzw. Einrichtungen. In Klein-/Kleinstbetrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ waren hingegen beim Vorhandensein eines Koordinierungsgremiums im Durchschnitt Teilnehmer aus drei Bereichen/Einrichtungen vertreten.

Dabei handelte es sich in Klein-/Kleinstbetrieben vorwiegend um die „Entscheidungsebene“, „Vertreter der Krankenkasse“ sowie die eigenen „Mitarbeiter“. In Unternehmensgrößen ab 50 Mitarbeitern waren in einem Koordinierungsgremium in der Regel meist die „Entscheidungsebene“, die „mittlere Führungsebene“, der „Personal-/Betriebsrat“, „Vertreter der Krankenkassen“, sowie „Sicherheitsfachleute“ vertreten. In Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ zählten sehr häufig auch noch die „Betriebsärzte“ dazu. Dieses hängt direkt mit den betrieblichen Strukturen und der Anwesenheit der erforderlichen Fachkräften (Arbeitsmedizinische Betreuung, Arbeitsschutzbetreuung) zusammen.

3.4.2.5 Bedarfsermittlung

Bedarfsanalysen wurden in allen hier betrachteten Betriebsgrößenklassen zu 95 % bis 97 % durchgeführt, so dass man von durchgängig von strukturierten BGF-Prozessen ausgehen kann. Es wurden durchweg im Mittel vier Methoden der Bedarfsanalyse gleichzeitig angewandt.

Dabei standen in allen Betriebsgrößen die „Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen“ an erster oder zweiter Stelle. Ferner zählten durchweg zu den vier nächsthäufigsten

gen Methoden der Bedarfsanalyse die „Zielgruppen-/Mitarbeiterbefragung“, die „Betriebs-/Arbeitsplatzbegehung“, die „Arbeitssituationserfassung“ sowie die „Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz“. Hier wurde die „Zielgruppen-/Mitarbeiterbefragung“ in Klein-/Kleinstbetrieben („1 bis 49 Mitarbeiter“) am fünfthäufigsten, in Unternehmen mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ am dritthäufigsten und in solchen mit „500 und mehr Beschäftigten“ am zweithäufigsten durchgeführt.

3.4.2.6 Gesundheitszirkel

Mit steigender Betriebsgröße wurden Gesundheitszirkel tendenziell häufiger durchgeführt: (In 21 % der Betriebe mit einer Beschäftigtenzahl von „1 bis 49, in 24 % der Betriebe mit 50 bis 499 Mitarbeitern und in 28 % der Betriebe mit 500 und mehr Mitarbeitern).

3.4.2.7 Intervention

Bei den Interventionen wurden meist zwei Inhalte gleichzeitig thematisiert. In Unternehmensgrößen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ wurden pro Intervention sogar durchschnittlich drei Inhalte angesprochen. Die jeweiligen Zahlen sind jedoch i.d.R. abhängig vom Bedarf und der Leistungsfähigkeit der beteiligten Organisationen. In allen Betriebsgrößen stand die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ im Vordergrund. Darüber hinaus wurden in Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ am zweithäufigsten „Stressmanagement“ und – auffallend häufig – „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ (37 %, Gesamt 20 %) thematisiert. In Betrieben mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ wurden neben „Reduktion von körperlichen Belastungen“ vorwiegend noch „Stressmanagement“ und „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ angesprochen. In Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ stand „Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)“ (31 %) an zweiter Stelle. Hier wurden ähnlich häufig auch „Stressmanagement“ (28 %) und „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ (27 %) thematisiert.

Die Betriebsgröße war nicht entscheidend dafür, ob die Aktivitäten auf die Verhaltens- und Verhältnisprävention ausgerichtet waren: Die Aktivitäten waren sowohl in Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ als auch in Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ in der Mehrzahl sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. In Unternehmen mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ waren sie hingegen häufiger rein auf das Verhalten bezogen (48 % rein verhaltensbezogen, 40 % verhaltens- und verhältnisbezogen). Je größer aber ein Unternehmen war, desto häufiger betrafen die Maßnahmen nur die Verhältnisse („1 bis 49 Mitarbeiter“: 6 %; „500 und mehr Mitarbeiter“: 15 %).

In allen Betriebsgrößen betrafen die Umgestaltungen mit absteigender Häufigkeit die „Umgebungsbedingungen“, den „Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren“ sowie die „Arbeits- und Betriebsorganisation“.

In allen Betriebsgrößen wurden durchschnittlich drei Methoden und Medien gleichzeitig angewandt bzw. eingesetzt. Dabei fanden in allen Betriebsgrößen vorwiegend die Methoden „Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung“, „Gruppenschulung/-beratung, Kursprogramme“ sowie die „Individuelle Beratung“ Anwendung. Als Medien standen die „Faltblät-

ter, Broschüren“ im Vordergrund. Weiter griffen alle Betriebe häufig auf die Medien „Video, Foto, Overhead, Beamer etc.“, „Übungsmanuale/Arbeitsunterlagen“ sowie „Anschauungsmaterial/Modelle“ zurück.

3.4.2.8 Erfolgskontrolle

In allen Betriebsgrößen war der Anteil an durchgeführten und geplanten Erfolgskontrollen ähnlich hoch (von 76 % bis 77 %). Dabei wurden in kleineren Betrieben tendenziell weniger Erfolgskontrollen gleichzeitig durchgeführt als in großen: bei Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ und mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ lag der Durchschnitt bei vier Parametern. In großen Unternehmen mit „500 und mehr Beschäftigten“ bezogen sich die Erfolgskontrollen im Durchschnitt auf sechs Bereiche gleichzeitig.

In Klein-/Kleinstbetrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ wurden dabei meist die „Zufriedenheit von Beschäftigten ...“ und „Arbeitgebern mit der Intervention“ sowie die „Akzeptanz der Intervention bei der Zielgruppe/Inanspruchnahme“ abgefragt. In Unternehmen mit „50 bis 499“ sowie „500 und mehr Mitarbeitern“ standen neben der „Zufriedenheit von Beschäftigten ...“ und „Arbeitgebern mit der Intervention“ noch der „Krankenstand“ häufig im Vordergrund der Erfolgskontrollen. Ferner wurden in Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ sehr häufig „Verhaltensparameter“, Erfolge in den „Abläufen“ sowie die „Akzeptanz der Intervention bei den Zielgruppen/Inanspruchnahme“ abgefragt.

3.4.3 Branchenbezogene Auswertungen

Im folgenden werden ausschließlich Ergebnisse aus Branchen abgebildet, die mindestens einen Anteil von mindestens 5 % am Gesamtdatensatz ausmachten⁹⁰. Dabei handelte es sich um die Wirtschaftszweige⁹¹:

- Verarbeitendes Gewerbe (41 %)
- Erbringung von wirtschaftlichen sowie sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen (10 %)
- Handel; Instandhaltung /Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern (9 %)
- Baugewerbe (9 %)
- Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (8 %)
- Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung, Internationale Organisationen (6 %)
- Verkehr und Nachrichtenübermittlung (6 %)

3.4.3.1 Verarbeitendes Gewerbe

Zum „Verarbeitenden Gewerbe“ (41 % aller in 2004 gemeldeten Fälle) zählten vorwiegend Unternehmen aus dem „Ernährungsgewerbe/ Tabakverarbeitung“ (29 %) sowie der „Metallerzeugung und -bearbeitung, Herstellung von Metallerzeugnissen“ (18 %). Weiterhin waren vergleichsweise häufig Unternehmen aus dem „Fahrzeugbau“ (8 %), dem „Maschinenbau“ (8 %) und der „Herstellung von chemischen Erzeugnissen“ (8 %) vertreten.

Die Beschäftigtenzahl der Unternehmen lag hier verstärkt bei „100 bis 499 Mitarbeitern“ (54 %, Gesamt 37 %). Der Anteil an Unternehmen mit mehr als 500 Mitarbeitern war nahezu gleich hoch wie derjenige im Gesamtdatensatz (22 %, Gesamt 21 %).

Der Anteil an Projekten, deren Laufzeit länger als ein Jahr war, war beim „Verarbeitenden Gewerbe“ höher als bei der Gesamtauswertung (39 %, Gesamt 34 %), Einjahresprojekte wurden hingegen etwas seltener durchgeführt (11 %, Gesamt 14 %).

In Unternehmen aus dem „Verarbeitenden Gewerbe“ konnten mit BGF schätzungsweise 180.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 40.000 Personen, insgesamt also 230.000 Personen erreicht werden.

Die Ergebnisse zur Ausrichtung auf schwerpunktmäßige Zielgruppen entsprachen im Wesentlichen denjenigen des Gesamtdatensatzes. Am häufigsten wurden dort „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“ (39 %, Gesamt 36 %) und „Mitarbeiter in der Produktion“ angesprochen (36 %, Gesamt 29 %).

In 60 % aller Fälle aus dem „Verarbeitenden Gewerbe“ wurden außerbetriebliche Kooperationen in die BGF mit eingebunden. Anders als in der Gesamtauswertung war hier die

⁹⁰ Detaillierte Ergebnisse zu allen abgefragten Branchen lassen sich dem Tabellenband zur Dokumentation 2004 entnehmen.

⁹¹ *Anmerkung zum Verständnis der Ergebnisse:* Die in den nachfolgenden Abschnitten benannten Prozentangaben beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die jeweiligen Branchen als Basis.

„Unfallversicherung“ (49 %, Gesamt 45 %) häufiger Kooperationspartner als „sonstige gewerbliche Anbieter/Unternehmen“ (42 %, Gesamt 50 %). Weitere auffällige Abweichungen zum Gesamtdatensatz lagen nicht vor.

Im „Verarbeitenden Gewerbe“ wurden in Verbindung mit der BGF etwas häufiger als in der Gesamtauswertung Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen gebildet (71 %, Gesamt 65 %). In den entsprechenden Gremien waren – wie auch in der Gesamtauswertung – vorwiegend die „Entscheidungsebene“, „Vertreter der Krankenkassen“, der „Betriebs-/Personalrat“ sowie „Sicherheitsfachleute“ vertreten.

Zu den Bedarfsermittlungen lagen keine nennenswerten Ergebnisauffälligkeiten gegenüber den Gesamtergebnissen vor. Der Bedarf wurden folglich in erster Linie über die „Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen“, über „Betriebs-/Arbeitsplatzbegehungen“ sowie über „Zielgruppen-/Mitarbeiterbefragungen“ ermittelt.

Bei 26 % aller Fälle aus dem „Verarbeitenden Gewerbe“ wurden Gesundheitszirkel durchgeführt (Gesamt 24 %).

Die Interventionen richteten sich inhaltlich – wie in der Gesamtauswertung – vorwiegend auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“, auf das „Stressmanagement“ und an dritter Stelle auf die „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ aus. Der Anteil an sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogenen Aktivitäten war leicht höher als derjenige der Gesamtauswertung (54 %, Gesamt 51 %). Umgekehrt waren die Aktivitäten seltener als im Gesamtdatensatz rein verhaltensbezogen (33 %, Gesamt 38 %). Bezüglich der Art der Umgestaltung entsprach die Rangfolge der gemeldeten Umgestaltungen derjenigen der Gesamtauswertung. Dabei war der Anteil der beiden meist genannten Punkte „Verbesserung von Umgebungsbedingungen“ und „Persönliche Maßnahmen zum Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren“ geringfügig höher als im Durchschnitt (67 %, Gesamt 65 % sowie 54 %, Gesamt 51 %).

Erfolgskontrollen wurden in 63 % der Fälle durchgeführt (Gesamt 57 %) und waren zum Ende des Berichtsjahres in 17 % der Fälle noch geplant (Gesamt 19 %). Sie bezogen sich – in gleicher Rangfolge wie beim Gesamtdatensatz – vorwiegend auf die „Zufriedenheit der Beschäftigten“ und „Arbeitgeber mit der Intervention“, den „Krankenstand“ sowie die „Akzeptanz der Intervention bei den Zielgruppen, Inanspruchnahme“. Die größten Abweichungen zur Gesamtauswertung lagen bei den Feldern „Strukturen“ (25 %, Gesamt 31 %), „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“ (20 %, Gesamt 25 %) und „Gesundheitsparameter“ (14 %, 19 %) vor. Sie wurden im „Verarbeitenden Gewerbe“ seltener abgefragt als in der Gesamtheit.

3.4.3.2 Erbringung von Dienstleistungen

10 % aller Fälle stammten aus der Branche „Dienstleistungen“. Davon wiederum zählten 81 % zu „Sonstigen öffentlichen und privaten Dienstleistungen“⁹² und 19 % zu „Wirtschaftlichen Dienstleistungen ...“⁹³.

Bei den Betrieben des Dienstleistungssektors, in denen Maßnahmen der BGF durchgeführt wurden, handelte es sich in der Mehrzahl der Fälle, mit einem Anteil von 44 %, um kleine Betriebe mit einer Beschäftigtenzahl von bis zu 49 Mitarbeitern (Gesamt 37 %). Bei den Dienstleistungsbetrieben handelte es sich vorzugsweise um Frisör- und Kosmetiksalons („Sonstige öffentliche/private Dienstleistungen“). 32 % der Betriebe aus dem Dienstleistungssektor hatten eine Beschäftigtenzahl von „100-499 Mitarbeitern“. Zu 56 % stammten diese aus dem Bereich „Wirtschaftliche Dienstleistungen“ und zu 27 % aus dem Bereich „Sonstige private/öffentliche Dienstleistungen“. Größere Unternehmen, d.h. Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ stammten meist aus dem Bereich „Wirtschaftliche Dienstleistungen“. Der Frauenanteil in Unternehmen aus dem „Dienstleistungssektor“ war überdurchschnittlich hoch: er lag in 44 % aller hier betrachteten Fälle bei „76-100 %“ (Gesamt 12 %). Dies ist insbesondere auf die Klein-/Kleinstbetriebe (Frisör-/Kosmetiksalons) aus dem Sektor „Sonstige ... Dienstleistungen“ zurückzuführen. Bei Unternehmen aus der Branche „Wirtschaftliche Dienstleistungen“ lag der Frauenanteil meist bei „25-50 %“.

Die Laufzeit der Aktivitäten dauerte bei der Hälfte der Fälle „ein Jahr und länger“ an. Bei etwa einem Drittel liefen die Aktivitäten „bis zu drei Monate“. Die durchschnittliche Laufzeit lag hier bei 16 Monaten. Das Ergebnis entspricht den Gesamtauswertungen.

In Unternehmen aus dem „Dienstleistungssektor“ konnten mit BGF schätzungsweise 26.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 20.000 Personen, insgesamt also 46.000 Personen erreicht werden.

Die Aktivitäten sprachen häufiger als in der Gesamtauswertung alle Beschäftigten an (68 %; Gesamt 61 %). Dies war besonders bedingt durch den hohen Anteil an Klein-/Kleinstbetrieben beim Sektor „sonstige öffentliche/private Dienstleistungen“. Wenn Zielgruppen schwerpunktmäßig angesprochen wurden, dann handelte es sich bei Unternehmen aus der Branche „Sonstige öffentliche/private Dienstleistungen“ meist um die „Obere Führungsebene“ (42 %, Gesamt 26 %) und um „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“ (36 %, Gesamt 36 %). Bei den „wirtschaftlichen Dienstleistungen“ waren die Aktivitäten vorwiegend auf „Mitarbeiter in der Verwaltung“ und die „mittlere Leitungsebene“ ausgerichtet.

Im „Dienstleistungssektor“ lagen in 62 % der Fälle außerbetriebliche Kooperationen vor. Auffallend war hier der hohe Anteil an gemeldeten „gewerblichen Anbietern/Unternehmen“

⁹² Sie umfassen u.a. Frisör- und Kosmetiksalons, Einrichtungen aus den Bereichen Kultur/Sport/Unterhaltung, Abwasser-/Abfallbeseitigung/Entsorgung, Wäschereien/chemische Reinigung.

⁹³ Gemeint sind u.a. EDV-Anbieter (Hard-/Software, Datenverarbeitung/-banken etc.), Rechts-/Steuer-/Unternehmensberatung, Architektur-/Ingenieurbüros, Designbüros, Wach-/Sicherheitsdienst, Reinigungsfirmen, Fotografie, Sekretariats-/Schreibdienste.

bei Klein-/Kleinstbetrieben (1 bis 49 Mitarbeiter) im Sektor „Sonstige öffentliche/private Dienstleistungen“ (87 %, Gesamt 50 %).

Im „Dienstleistungssektor“ wurden seltener als in der Gesamtauswertung Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet (53 %, Gesamt 65 %). Zurückzuführen ist dies auf den hohen Anteil an Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ im Sektor „Sonstige ... Dienstleistungen“ (Anteil dort 30 %). Aufgrund der weniger formalisierten Strukturen in Klein-/Kleinstbetrieben werden in diesen grundsätzlich seltener Steuerungsgremien gebildet. In Betrieben aus der Branche „Wirtschaftliche Dienstleistungen“ entsprach der Anteil hingegen wieder dem Gesamtergebnis.

Zu den Bedarfsermittlungen lagen keine nennenswerten Ergebnisauffälligkeiten gegenüber den Gesamtergebnissen vor. Der Bedarf wurde entsprechend meist über die „Auswertung von „Routinedaten der Krankenkassen“, über „Betriebs-/Arbeitsplatzbegehungen“ sowie über „Zielgruppen-/Mitarbeiterbefragungen“ ermittelt.

Bei 18 % aller Fälle aus dem „Dienstleistungssektor“ wurden Gesundheitszirkel durchgeführt (Gesamt 24 %). Dabei wurden Gesundheitszirkel in Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ immerhin in 10 % der Fälle durchgeführt.

Bei 18 % aller Fälle aus dem „Dienstleistungssektor“ wurden Gesundheitszirkel durchgeführt (Gesamt 24 %). Dabei lag der Anteil bei Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ bei 10 %.

Inhaltlich waren die Interventionen – wie im Gesamtdatensatz – vorwiegend auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ ausgerichtet (73 %, Gesamt 70 %). Weitere Inhalte wurden anteilmäßig etwas seltener als im Gesamtdatensatz benannt. Nächsthäufige Inhalte waren die „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ (26 %, Gesamt 31 %) sowie die „gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)“ (26 %, Gesamt 29 %). Deutlich seltener als in der Gesamtauswertung wurde hier das „Stressmanagement“ thematisiert (23 %, Gesamt 37 %). Lediglich bei Unternehmen mit Beschäftigtenzahlen von „100 bis 499 Mitarbeitern“ entsprach das Ergebnis zum „Stressmanagement“ demjenigen des Gesamtdatensatzes. Ergebnisauffälligkeiten zu den verhältnis-/verhaltensbezogenen Aktivitäten lagen nicht vor. In der Hälfte der Fälle waren die Aktivitäten sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Wie in den Gesamtergebnissen zählten zu den drei meist genannten Formen der Umgestaltung die Veränderung von „Umgebungsbedingungen“ (67 %, Gesamt 65 %), die Veränderung von „Arbeits- und Betriebsorganisation“ (47 %, Gesamt 49 %) sowie – wenn auch mit geringerem Anteil – „Persönliche Maßnahmen zum Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren“ (42 %, Gesamt 51 %).

Erfolgskontrollen waren zum Ende des Berichtsjahres in 53 % der Fälle erfolgt und in 20 % der Fälle noch geplant. Damit waren im „Dienstleistungssektor“ geringfügig weniger durchgeführte und geplante Erfolgskontrollen zu verzeichnen als im Gesamtdatensatz (Gesamt 57 % und 21 %). Erkennbare Unterschiede zwischen „sonstigen öffentlichen/privaten“ und „wirtschaftliche Dienstleistungen“ lagen nicht vor. Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden im Sektor „sonstige öffentliche/private Dienstleistungen“ durchschnittlich vier Erfolgskontrollen und im Sektor „wirtschaftliche Dienstleistungen“ drei Erfolgskontrollen mit-

einander verknüpft benannt (Gesamt: 5 Kontrollen). Die Schwerpunkte lagen dabei in der Branche „sonstige öffentliche/private Dienstleistungen“ vorwiegend auf der Abfrage von „Zufriedenheit“ der „Beschäftigten“ als auch des „Arbeitgebers mit der Intervention“ (70 % und 61 %, Gesamt 74 % und 58 %) sowie von der „Akzeptanz der Intervention bei Zielgruppen/Inanspruchnahme“ (47 %; Gesamt 43 %). Bei den „Wirtschaftlichen Dienstleistungen“ bezogen sich die Erfolgskontrollen hingegen im Schwerpunkt auf den „Krankenstand“ (59 %; Gesamt 50 %) sowie auf „Verhaltensparameter“ (41 %; Gesamt 32 %) und die „Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention“ (41 %; Gesamt 74 %).

3.4.3.3 Handel

Betriebe, die der Branche „Handel“ zugeordnet waren, machten einen Anteil von 9 % am Gesamtdatensatz aus. Diese Fälle ließen sich wiederum zu 61 % dem „Kfz-Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz, Tankstellen“ zuordnen, 25 % waren aus dem Bereich „Handelsvermittlung und Großhandel (ohne Handel mit Kfz)“ und 14 % aus dem „Einzelhandel (ohne Tankstellen, Kfz)“.

Die Beschäftigtenzahlen schwankten innerhalb der Branche Handel stark: Sie lagen im „Kfz-Handel; Instandhaltung/Reparatur von Kfz ...“ zu vier Fünftel der Betriebe bei „1 bis 49 Mitarbeitern“. Die Betriebe aus dem „Einzelhandel“ beschäftigten in 60 % der Fälle „100 bis 499“ und „500 bis 1.499 Mitarbeiter“. Es handelte sich hier vorwiegend um mehrere Filialen umfassende Unternehmen. Im „Großhandel“ lagen die Beschäftigtenzahlen meist bei „100 bis 499 Mitarbeitern“ (63 %).

Zu den Laufzeiten waren im „Handel“ ähnliche Ergebnisse zu beobachten wie bei der Gesamtauswertung: Die Hälfte der BGF-Aktivitäten dauerte ein Jahr und länger an (Gesamt 48 %). Bei einem knappen Drittel der Fälle lagen die Laufzeiten bei bis zu drei Monaten (30 %, Gesamt 33 %). Dabei wurden die Aktivitäten im „Kfz-Handel, Instandhaltung/Reparatur von Kfz ...“ häufiger in bis zu drei Monaten durchgeführt (38 %, Gesamt 33 %) und waren im „Einzelhandel“ häufiger auf ein Jahr und länger angelegt (56 %, Gesamt 48 %). Die durchschnittliche Laufzeit lag bei 13 Monaten (Gesamt 16 Monate).

In Unternehmen aus dem „Handel“ konnten mit BGF schätzungsweise 23.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 9.000 Personen, insgesamt also 32.000 Personen erreicht werden. 37 % der Schätzsumme kam aus der „Handelsvermittlung, Großhandel ...“, 33 % aus dem „Einzelhandel“ und 29 % aus dem „Kfz-Handel, Reparatur/Instandhaltung von Kfz ...“.

Im „Handel“ wurden schwerpunktmäßige Zielgruppen seltener als im Gesamtdatensatz angesprochen: In der Gesamtauswertung lag ihr Anteil bei 39 %, im „Handel“ bei 23 %. Dies ist besonders auf die vielen Klein- und Kleinstbetriebe (1 bis 49 Mitarbeiter) im „Kfz-Handel, Reparatur/Instandhaltung Kfz ...“ zurückzuführen. Dort lag der Anteil der schwerpunktmäßigen Zielgruppen bei 10 %. Das Ergebnis verwundert nicht, da es sich in kleinen Betrieben bei ohnehin gegebenem Organisationsaufwand für BGF grundsätzlich stärker anbietet, die ganze Belegschaft in die Aktivitäten einzubeziehen. Bei Bejahung von schwerpunktmäßigen Zielgruppen lagen die „obere Führungsebene“ und „Mitarbeiter in

der Produktion“ vorn. Der Anteil an „mit Gesundheitsgefährdungen belasteten Personen“ war vergleichsweise niedrig (19 %, Gesamt 36 %).

Häufiger als in der Gesamtauswertung, d.h. in 70 % aller Fälle, waren im „Handel“ außerbetriebliche Kooperationspartner an BGF-Aktivitäten beteiligt (Gesamt 63 %). Kooperationen lagen hier besonders häufig im „Kfz-Handel, Instandhaltung/Reparatur von Kfz ...“ und im „Einzelhandel“ vor (73 % und 69 %). Kooperationspartner waren im „Handel“ am häufigsten die „Unfallversicherung“ und „Gewerbliche Anbieter/Unternehmen“. Der Anteil an Kooperationen mit der „Unfallversicherung“ war im „Groß-“ und „Einzelhandel“ deutlich höher (46 % und 41 %) als im „Kfz-Handel ...“ (29 %).

Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen wurden im „Handel“ vergleichsweise weniger gebildet (56 %, Gesamt 65 %). Das Ergebnis ist besonders auf den hohen Anteil an Klein-/Kleinstbetrieben im „Kfz-Handel, Reparatur/Instandhaltung von Kfz ...“ zurückzuführen. Durchschnittlich waren in dem Steuerungsgremium Vertreter aus zwei Bereichen beteiligt. Meist handelte es sich dabei um die „Entscheidungsebene“ (90 %) und „Vertreter der Krankenkassen“ (82 %). Im „Großhandel“ waren im Steuerungsgremium gewöhnlich auch noch der „Betriebs-/Personalrat“ eingebunden (83 %).

Zu den Bedarfsermittlungen lagen im Wesentlichen keine nennenswerten Ergebnisauffälligkeiten gegenüber den Gesamtergebnissen vor. Auffällig war, dass im Sektor „Kfz-Handel, Reparatur/Instandhaltung von Kfz ...“ deutlich häufiger als in der Gesamtauswertung „Bewegungsanalysen am Arbeitsplatz“ durchgeführt wurden (63 %, Gesamt 43 %). Hier spielen langjährige Erfahrungen und entsprechende Programme eine wichtige Rolle.

Bei 28 % aller Fälle aus dem „Handel“ wurden Gesundheitszirkel durchgeführt (Gesamt 24 %). Erwähnenswert ist dabei, dass gerade in kleinen Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ aus dem Sektor „Kfz-Handel, Reparatur/Instandhaltung von Kfz ...“ der Anteil an durchgeführten Gesundheitszirkeln bei 29 % lag.

In Betrieben aus dem „Handel“ waren die Inhalte der Interventionen am häufigsten auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ ausgerichtet (75 %, Gesamt 70 %), gefolgt von den Inhalten „Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung“ (37 %, Gesamt 29 %) und „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ (35 %, Gesamt 31 %). Die Aktivitäten waren im „Kfz-Handel ...“ zu knapp zwei Drittel sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Im „Groß- ...“ und „Einzelhandel“ hingegen waren sie häufiger rein verhaltensbezogen. Bei der Art der Umgestaltung lag der Schwerpunkt im „Kfz-Handel, Reparatur ...“ auf der Veränderung von „Umgebungsbedingungen“ sowie auf den „Arbeits- und Unfallschutz ...“. Im „Großhandel“ lag das Augenmerk ebenfalls auf der „Veränderung von Umgebungsbedingungen“ und gleichzeitig auf der „Verbesserung von Informations- und Kommunikationsstrukturen“. Im Einzelhandel bewirkten die Interventionen meist Veränderungen in der „Arbeitsorganisation“ und ebenfalls „Arbeitsumgebung“.

Die Anteile an durchgeführten bzw. geplanten Erfolgskontrollen entsprachen in etwa dem Gesamtdatensatz (56 % erfolgt, 20 % geplant). Im Mittel wurden pro Fall fünf Erfolgskontrollen gleichzeitig benannt. Die fünf häufigsten Erfolgskontrollen im „Handel“ bezogen sich auf

die „Zufriedenheit von Beschäftigten ...“, „...Arbeitgebern mit der Intervention“, den „Krankenstand“, die „Akzeptanz der Intervention bei den Zielgruppen/Inanspruchnahme“ sowie auf die „Abläufe“ – im „Kfz-Handel“ mit gleichen Anteilen auch auf die „Strukturen“. Im „Großhandel“ wurde auffallend häufig der „Krankenstand“ abgefragt.

3.4.3.4 Baugewerbe

71 % der Betriebe aus dem „Baugewerbe“ waren Klein-/Kleinstbetriebe, d.h. die Beschäftigtenzahl lag in diesen Fällen bei „1 bis 49 Mitarbeitern“. Bei einem Drittel davon wiederum handelte es sich um Kleinstbetriebe mit „1 bis 9 Beschäftigten“. Der Frauenanteil war hier erwartungsgemäß sehr niedrig (0-25 % bei 88 %, Gesamt 44 %).

Die Laufzeiten der Aktivitäten lagen – wie in der Gesamtauswertung – bei knapp der Hälfte der Fälle bei „einem Jahr und mehr“ sowie in gut einem Drittel der Aktivitäten bei „bis zu drei Monaten“. Die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten war hier niedriger als in der Gesamtauswertung (11 Monate, Gesamt 16 Monate).

In Betrieben aus dem „Baugewerbe“ konnten über BGF schätzungsweise 10.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 5.000 Personen, insgesamt also 15.000 Personen erreicht werden.

Tendenziell waren die BGF-Aktivitäten auf alle Beschäftigten im Betrieb ausgerichtet (73 %, Gesamt 61 %). Bei schwerpunktmäßiger Zielgruppenauswahl standen „Auszubildende“ (31 %, Gesamt 15 %) und die „obere Führungsebene“ (27 %, Gesamt 27 %) im Vordergrund.

Außerbetriebliche Kooperationen wurden nahezu gleich häufig gebildet wie in der Gesamtauswertung (62 %, Gesamt 63 %). Meist handelte es sich bei den Kooperationspartnern um die „Unfallversicherung“ (47 %, Gesamt 45 %) und – mit geringerem Anteil als in der Gesamtauswertung – um „gewerbliche Anbieter/Unternehmen“ (40 %, Gesamt 50 %).

Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden im „Baugewerbe“ etwas seltener als in der Gesamtauswertung gebildet (61 %, Gesamt 65 %). Wenn man bedenkt, dass zum Baugewerbe vorwiegend Betriebe mit einer Beschäftigtenzahl von „1 bis 49 Mitarbeitern“ zählten, ist dieses Ergebnis erfreulich (Anteil Klein-/Kleinstbetriebe 47 %). An einem Koordinierungsgremium waren hier am häufigsten die „Entscheidungsebene“ und „Vertreter der Krankenkassen“ beteiligt.

Im Vorfeld von BGF wurden Bedarfsermittlungen in nahezu allen Fällen aus dem „Baugewerbe“ durchgeführt (98 %). Dabei griffen die Akteure hier häufiger als in der Gesamtauswertung auf „Auswertungen von Routinedaten der Krankenkassen“ zurück (80 %, Gesamt 73 %).

Bei 31 % aller Fälle aus dem „Baugewerbe“ erfolgten Gesundheitszirkel (Gesamt 24 %).

Die Interventionen richteten sich inhaltlich – wie in der Gesamtauswertung – vorwiegend auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“, auf das „Stressmanagement“ und an dritter Stelle auf die „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ aus. Der Anteil an sowohl

verhältnis- als auch verhaltensbezogenen Aktivitäten war leicht höher als derjenige der Gesamtauswertung (54 %, Gesamt 51 %). Dafür waren die Aktivitäten seltener rein verhältnisbezogen (8 %, Gesamt 12 %). Die Umgestaltungen betrafen meist die „Verbesserung von Umgebungsbedingungen“ (68 %, Gesamt 65 %), die „Veränderung von Arbeits- und Betriebsorganisation“ (59 %, Gesamt 49 %) sowie „Persönliche Maßnahmen zum Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren“ (53 %, Gesamt 51 %).

In 63 % der Fälle aus dem „Baugewerbe“ war zum Ende des Berichtjahres mindestens eine Erfolgskontrolle erfolgt (Gesamt 57 %). In 15 % der Fälle war eine solche noch geplant (Gesamt 19 %). Die Erfolgskontrollen bezogen sich häufiger als in der Gesamtauswertung auf die „Zufriedenheit der Beschäftigten“ (83 %, Gesamt 74 %) und des „Arbeitgebers mit der Intervention“ (73 %, Gesamt 58 %).

3.4.3.5 Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen

Unternehmen aus dem „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ hatten in knapp zwei Drittel der Fälle eine Beschäftigtenzahl von „50 bis 99“ und „100 bis 499 Mitarbeitern“. Der Frauenanteil war hier in vier Fünftel der Fälle höher als 50 % (83 %, Gesamt 32 %).

Die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten lag bei 17 Monaten (Gesamt 16 Monate). Dabei dauerten 45 % der Aktivitäten ein Jahr und länger an (Gesamt 34 %). Ein Fünftel lief bis zu drei Monate (Gesamt 33 %).

In Unternehmen/Einrichtungen aus dem „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ konnten mit BGF schätzungsweise 24.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 17.000 Personen, insgesamt also 41.000 Personen erreicht werden.

BGF war hier bei 44 % der Fälle auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (Gesamt 39 %). Dabei handelte es sich am häufigsten um „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“ und (37 %, Gesamt 36 %) – mit auffallend hohem Anteil – um „Ältere Arbeitnehmer“ (25 %, Gesamt 14 %).

Außerbetriebliche Kooperationspartner wurden hier seltener als in der Gesamtauswertung bejaht (55 %, Gesamt 63 %). Dabei handelte es meist um die „Unfallversicherung“ (57 %, Gesamt 45 %) und – mit deutlich höherem Anteil als in der Gesamtauswertung – um „Wissenschaftliche Einrichtungen“ (45 %, Gesamt 28 %), ferner um „gewerbliche Anbieter/Unternehmen“ (44 %, Gesamt 50 %).

Zu den Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen lagen keine wesentlichen Ergebnisauffälligkeiten vor. Sie wurden in 63 % aller Fälle aus dem „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ gebildet (Gesamt 65 %). In den entsprechenden Gremien waren – wie in der Gesamtauswertung – meist die „Entscheidungsebene“, der „Betriebs-/Personalrat“ sowie „Vertreter der Krankenkassen“ vertreten.

Zu den Bedarfsermittlungen lagen ebenfalls keine gravierenden Ergebnisauffälligkeiten gegenüber den Gesamtergebnissen vor. Der Bedarf wurden in erster Linie über die „Aus-

wertung von Routinedaten der Krankenkassen“, über „Zielgruppen-/Mitarbeiterbefragungen“ sowie über „Betriebs-/Arbeitsplatzbegehungen“ ermittelt.

Gesundheitszirkel erfolgten hier in 25 % der Fälle (Gesamt 24 %).

Die Interventionen sprachen inhaltlich vorwiegend die Themen „Reduktion von körperlichen Belastungen“ (66 %, Gesamt 70 %) und das „Stressmanagement“ an (43 %, Gesamt 37 %). Die „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ wurde seltener als im Gesamtdatensatz thematisiert (18 %, Gesamt 31 %). Die Aktivitäten waren hier vergleichsweise oft rein verhaltensbezogen (48 %, Gesamt 38 %). Der Anteil an sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogenen Aktivitäten war hingegen geringer als in der Gesamtauswertung (40 %, Gesamt 51 %). Die Umgestaltungen betrafen vorwiegend die „Umgebungsbedingungen“ sowie „Informations- und Kommunikationsstrukturen“.

In 76 % der Fälle aus dem „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ wurden Erfolgskontrollen zum Ende des Berichtjahres durchgeführt oder waren mindestens geplant (Gesamt 76 %). Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden vier gleichzeitig durchgeführt (Gesamt fünf). Sie bezogen sich am häufigsten auf die „Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention“, dann – anders als in der Gesamtauswertung – am zweithäufigsten auf „Verhaltensparameter“, ferner auf den „Krankenstand“ und die „Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention“.

3.4.3.6 Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung

Einrichtungen aus der „Öffentlichen Verwaltung ...“ hatten in 43 % der Fälle eine Beschäftigtenzahl von 100 bis 499 Mitarbeitern und in weiteren 37 % der Fälle 500 und mehr Mitarbeiter (Gesamt 37 % und 21 %). Der Frauenanteil lag hier in 61 % der Fälle bei über 50 %.

Die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten lag in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ bei neunzehn Monaten pro Fall (16 Monate). 42 % der Projekte dauerten länger als ein Jahr an, weitere 9 % liefen für ein Jahr und bei 37 % der Fälle lag die Laufzeit bei bis zu drei Monaten.

In Einrichtungen aus der „Öffentlichen Verwaltung ...“ wurden mit BGF schätzungsweise 32.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 27.000 Personen, zusammen folglich 59.000 Personen erreicht. Obwohl hier der Anteil an Einrichtungen mit hoher Beschäftigtenzahl sehr hoch war, wurden hier in 46 % der Einrichtungen Personengruppen von bis zu maximal 49 Personen erreicht. Auch hatten die Aktivitäten vergleichsweise selten Auswirkung auf größere Personenmengen.

Die Aktivitäten sprachen in der „Öffentlichen Verwaltung“ bei 54 % der Fälle schwerpunktmäßige Zielgruppen an (Gesamt 39 %). Meist handelte es sich dabei um „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“ (32 %, Gesamt 36 %), „Mitarbeiter in der Verwaltung“ (29 %, Gesamt 31 %), um die „mittlere Leitungsebene“ (23 %, Gesamt 29 %).

Es lagen in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ gleich häufig außerbetriebliche Kooperationen vor wie in der Gesamtauswertung (jeweils 63 %). Es handelte sich dabei in erster Linie um „sonstige Anbieter/Unternehmen“ und die „Unfallversicherung“. Vergleichsweise häufig waren hier „Gesundheitsämter“ (als die „zuständigen Fachbehörden mit Experten für Gesundheitsthemen“) in die Aktivitäten eingebunden (30 %, Gesamt 17 %).

„Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen“ wurden in der „Öffentlichen Verwaltung“ ähnlich häufig wie in der Gesamtauswertung gebildet (68 %, Gesamt 65 %). In den Fällen, in denen Steuerungsstrukturen bejaht wurden, setzte sich das entsprechende Koordinierungsgremium meist aus „Betriebs-/Personalrat“, „Entscheidungsebene“ und „Vertretern der Krankenkassen“ zusammen. Auffallend häufig waren „Mitarbeiter“ am Koordinierungsgremium beteiligt (51 %, Gesamt 36 %).

Zur Bedarfsermittlung griffen die Akteure in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ durchschnittlich auf vier Methoden gleichzeitig zurück. Am fanden dabei die Methoden „Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen“, „Zielgruppen-/Mitarbeiterbefragungen“, „Betriebs-/Arbeitsplatzbegehungen“ sowie „Arbeitssituationserfassung“ Einsatz.

In 25 % der Fälle aus der „Öffentlichen Verwaltung“ wurden Gesundheitszirkel durchgeführt (Gesamt 24 %). Die Hälfte davon erfolgte in Einrichtungen mit einer Beschäftigtenzahl von „100 bis 499 Mitarbeitern“.

Die Interventionen richteten sich inhaltlich am häufigsten auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ und – mit einem höheren Anteil als in der Gesamtauswertung – auf das „Stressmanagement“ aus (45 %, Gesamt 37 %). Der Anteil an sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogenen Aktivitäten lag bei 56 % (Gesamt 51 %), der an rein verhaltensbezogenen Aktivitäten bei 38 % (Gesamt 38 %). Die im Rahmen von BGF erfolgten Umgestaltungen betrafen hier vorwiegend die Verbesserung von „Umgebungsbedingungen“ sowie – mit nennenswert höheren Anteilen als in der Gesamtauswertung – die Veränderung von „Kommunikations- und Informationsstrukturen“ (55 %, Gesamt 41 %).

Erfolgskontrollen wurden zum Ende des Berichtsjahr in 44 % der Fälle aus der „Öffentlichen Verwaltung ...“ durchgeführt und waren in 33 % der Fälle geplant (Gesamt 57 % und 19 %). Abgefragt wurden hier in erster Linie die „Zufriedenheit von Arbeitgeber und Mitarbeiter mit der Intervention“, der „Krankenstand“, „Verhaltensparameter“ sowie „Abläufe“ und „Umfeld/Strukturen“.

3.4.3.7 Verkehr und Nachrichtenübermittlung

Knapp die Hälfte der Unternehmen aus dem Sektor „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ hatten eine Beschäftigtenzahl von „100 bis 499 Mitarbeitern“ (48 %, Gesamt 37 %). Dem folgten Unternehmen mit 500 und mehr Beschäftigten“ (29 %, Gesamt 21 %). Kleinere Betriebe waren in diesem Sektor vergleichsweise selten vertreten. Der Frauenanteil war hier geringer als in der Gesamtauswertung (0-25 % bei 58 %, Gesamt 44 %).

In der Branche „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ wurden auffallend häufig kurz angelegte Projekte, d.h. Projekte mit einer Laufzeit von bis zu einem Monat durchgeführt (51 %, Gesamt 33 %). Aktivitäten, die ein Jahr und länger andauerten, wurden in 30 % der Fälle gemeldet (Gesamt 48 %). Entsprechend lag die durchschnittliche Laufzeit mit zwölf Monaten unter dem Gesamtdurchschnitt (16 Monate).

In Unternehmen aus dem Sektor „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ konnten schätzungsweise 34.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 117.000⁹⁴ Personen erreicht werden. Insgesamt wurden in diesem Sektor folglich mit BGF-Aktivitäten 152.000 Personen erreicht.

Die Aktivitäten waren hier ähnlich häufig auf schwerpunktmäßige Zielgruppen ausgerichtet wie in der Gesamtauswertung (40 %, Gesamt 39 %). Es handelte sich dabei vorwiegend um „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“ (42 %, Gesamt 36 %) und um „Mitarbeiter in der Verwaltung“ (28 %, Gesamt 31 %). „Auszubildende“ wurden in diesem Sektor häufiger als in der Gesamtauswertung angesprochen (20 %, Gesamt 15 %).

Außerbetriebliche Kooperationen bestanden in der Branche „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ häufiger als in der Gesamtauswertung (74 %, Gesamt 63 %). In 64 % der Fälle handelte es sich dabei um Kooperationen mit „gewerblichen Anbietern/Unternehmen“ (Gesamt 50 %). Am zweithäufigsten und doppelt so häufig wie in der Gesamtauswertung bestanden Kooperationen mit den „Gewerkschaften“ (41 %, Gesamt 20 %). Die „Unfallversicherung“ war hier weniger Kooperationspartner als im Gesamtdatensatz (29 %, Gesamt 45 %).

Etwas weniger als in der Gesamtauswertung wurden in diesem Sektor Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet (57 %, Gesamt 65 %). Im entsprechenden Gremium waren meist neben der „Entscheidungsebene“ und „Vertretern der Krankenkassen“ mit vergleichsweise hohem Anteil der „Betriebs-/Personalrat“ vertreten (89 %, Gesamt 68 %).

Bedarfsermittlungen wurden etwa so häufig durchgeführt wie in der Gesamtauswertung. An erster Stelle lag – wie im Gesamtdatensatz auch – die „Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen“. Dem folgten „Betriebs- und Arbeitsplatzbegehungen“ sowie – mit doppelten Anteilen als in den Gesamtergebnissen – „Screenings, medizinische Untersuchungen“ (50 %, Gesamt 24 %).

Gesundheitszirkel erfolgten hier deutlich weniger als in der Gesamtauswertung (14 %, Gesamt 24 %).

Die Interventionen waren inhaltlich stark auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ und – mit auffallend hohem Anteil – auf das „Stressmanagement“ (57 %, Gesamt 37 %) ausgerichtet. Vergleichsweise häufig wurde das Thema „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ angesprochen (34 %, Gesamt 20 %). Die Aktivitäten waren im Sektor „Verkehr und

⁹⁴ Hierzu zählte ein Fall, in dem über 75.000 indirekt erreichte Personen berichtet wurde. Dabei handelte es sich um ein Unternehmen mit „1.500 und mehr Mitarbeitern“.

Nachrichtenübermittlung“ zur Hälfte rein verhaltensbezogen (Gesamt 38 %) und bei 42 % der Fälle sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogen (Gesamt 51 %). Die Umgestaltungen betrafen dabei vorwiegend die „Umgebungsbedingungen“ und – anders als in der Gesamtauswertung – am nächsthäufigen die „Kommunikations-/Informationsstrukturen“ (57 %, Gesamt 41 %) sowie „Soziale Angebote/Einrichtungen“ (53 %, Gesamt 20 %).

In Betrieben aus dem Sektor „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ wurden auffallend häufig die „Individuelle Beratung“ (63 %, Gesamt 48 %) und „Gesundheitstage/-wochen“ (61 %, Gesamt 26 %) als Methoden benannt. Auch kamen „Faltblätter, Broschüren“ als Medien etwas häufiger als im Gesamtdatensatz zum Einsatz (87 %, Gesamt 79 %).

Der Anteil an durchgeführten oder mindestens geplanten Erfolgskontrollen war hier zum Ende des Berichtsjahres deutlich geringer als in der Gesamtauswertung (54 %, Gesamt 78 %). Am meisten wurden dabei die „Zufriedenheit der Beschäftigten ...“ und der „Arbeitgeber mit der Intervention“ sowie der „Krankenstand“ abgefragt.

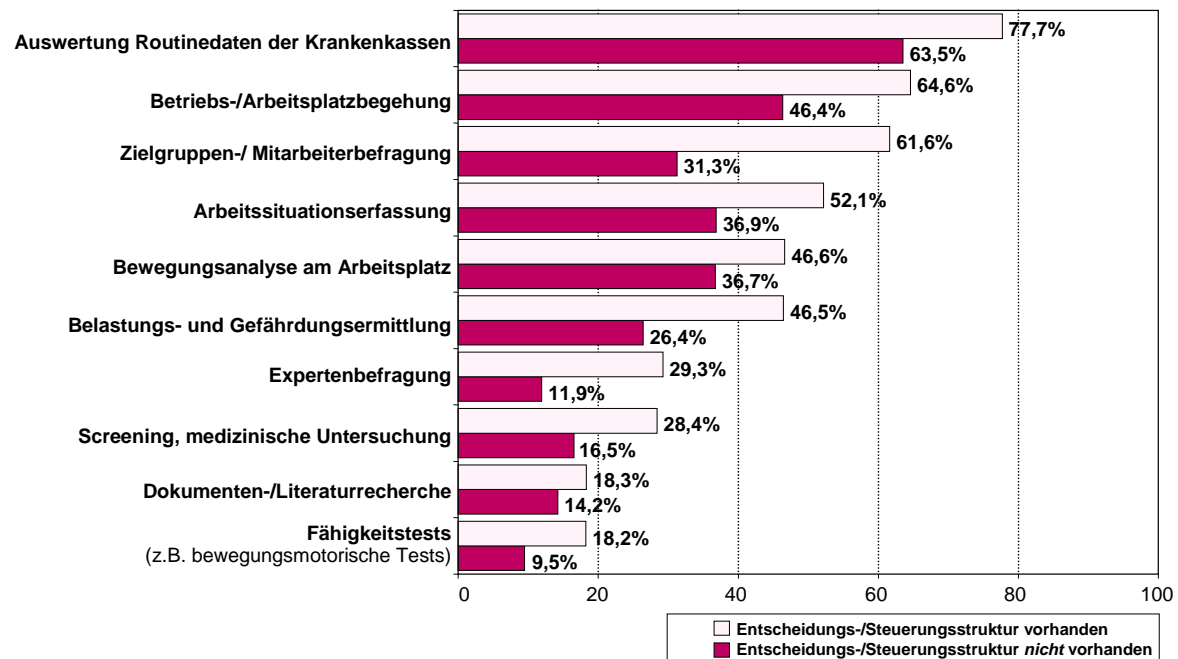
3.4.4 Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle bei vorhandenen bzw. fehlenden Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen

Das Vorhandensein eines Steuerungsgremiums, an dem die relevanten betriebsinternen Akteure beteiligt sind und in dem sie ihre Aufgaben koordinieren (z.B. Arbeitskreis Gesundheit), bildet eine wichtige Voraussetzung für die Planung und Durchführung langfristig und nachhaltig angelegter Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Solche Steuerungsgremien lassen sich jedoch nicht in allen Betrieben in klassischer Weise etablieren: insbesondere in Kleinbetrieben, die keine so formalisierte Struktur wie größere Betriebe aufweisen, existieren vergleichsweise häufig keine Steuerungs- und Koordinierungsgremien für die Betriebliche Gesundheitsförderung (bei 53 % der Klein-/Kleinstbetrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern waren keine Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen vorhanden). Im folgenden wird untersucht, in welchem Zusammenhang das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Steuerungsgremiums für die Gesundheitsförderung mit der Häufigkeit und Art der Bedarfsanalysen, Interventionen und Erfolgskontrollen steht.

3.4.4.1 Bedarfsermittlung

In der Gesamtauswertung erfolgten Bedarfsanalysen in 96 % aller Fälle. Bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen lag der Anteil der durchgeführten Bedarfsanalysen bei 99 %, bei fehlenden hingegen bei 82 %. Auch wurden bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen mehr (d.h. durchschnittlich fünf) Bedarfsanalyseinstrumente miteinander kombiniert eingesetzt als bei fehlenden (dort waren es im Durchschnitt drei Instrumente).

Abb. 35: Bedarfsermittlung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=2.456 (96%))

Durchweg alle Formen der Bedarfsermittlung wurden häufiger bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen eingesetzt als bei fehlenden. Besonders groß war der Unterschied beim Einsatz von „Experten-“, und „Zielgruppen- bzw. Mitarbeiterbefragungen“:

bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen erfolgten diese 2 ½ Mal bzw. doppelt so häufig wie bei fehlenden.

Bedarfsanalysen erfolgten nahezu in allen Branchen⁹⁵ und Betriebsgrößen häufiger bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen als bei fehlenden. Ausnahme war die Branche „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ sowie Unternehmen mit einer Beschäftigtenzahl von „1.500 und mehr Mitarbeitern“: Hier wurden Bedarfsanalysen in etwa gleich häufig durchgeführt, unabhängig davon, ob Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen vorhanden waren oder nicht.

3.4.4.2 Intervention

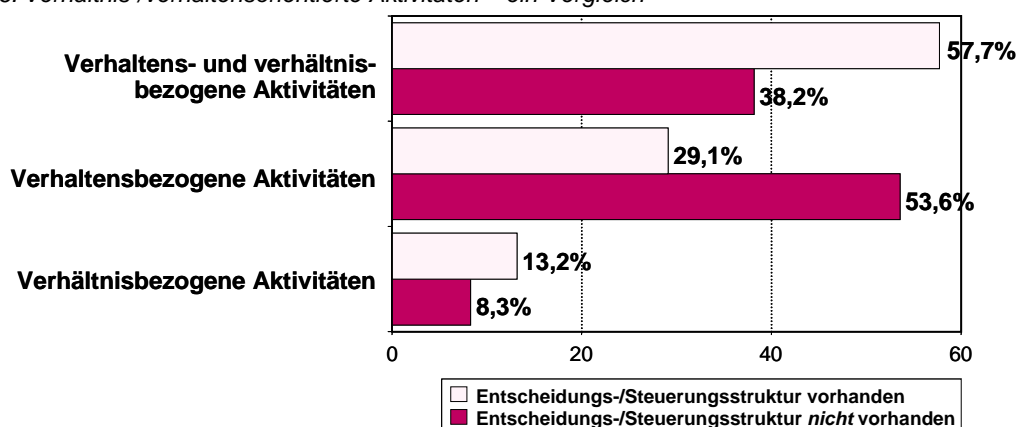
Insbesondere die Ergebnisse zu den durchgeführten Interventionen ließen erkennen, dass bei Vorhandensein von Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen tendenziell "anspruchsvollere" Maßnahmen (z. B. bei Durchführung von Gesundheitszirkeln, bei sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogenen Aktivitäten oder bei Einsatz von aufwändigeren Methoden /Medien) durchgeführt wurden:

Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen war die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten doppelt so lang wie bei fehlenden: So dauerten die Aktivitäten bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsgremien durchschnittlich 20 Monate/Fall an, bei fehlenden im Mittel zehn Monate.

Bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen wurden insgesamt 544 Gesundheitszirkel durchgeführt, bei fehlenden 48 Zirkel (davon wiederum 27 Gesundheitszirkel in Betrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern).

Auch waren die Aktivitäten bei vorhandenen Steuerungsgremien deutlich häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen als bei fehlenden Gremien. Rein verhaltensbezogene Aktivitäten, die tendenziell weniger Aufwand bedeuteten, wurden hingegen häufiger ohne vorherige Bildung von Steuerungsstrukturen durchgeführt (vgl. Abb. 36, S. 106):

Abb. 36: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten – ein Vergleich

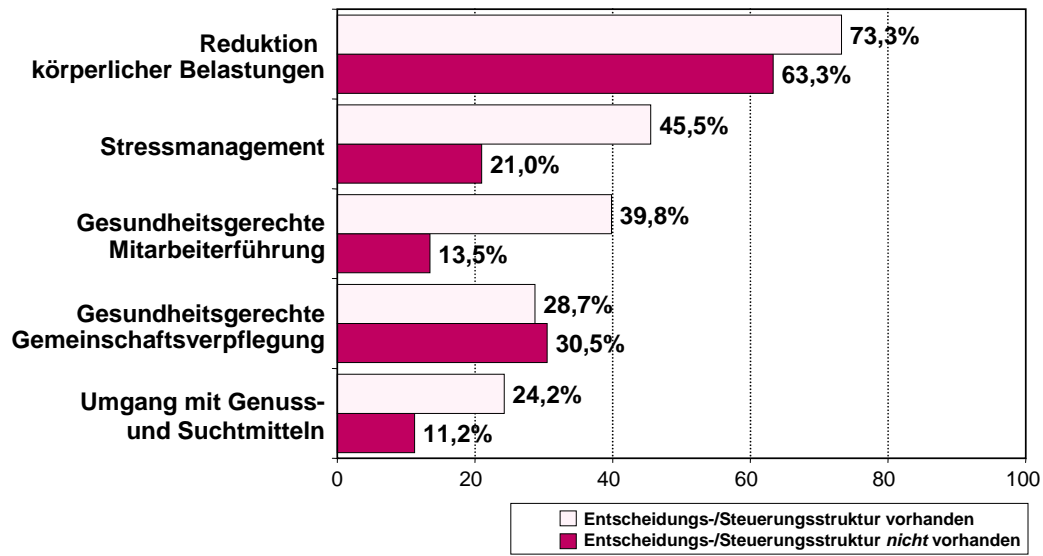


(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=1.937 (76%))

⁹⁵ Analysiert wurden hier ausschließlich solche Branchen, die einen Anteil von mindestens 5 % des Gesamtdatensatzes ausmachten.

Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen wurden ferner etwas häufiger mehrere Inhalte miteinander verknüpft angesprochen als bei fehlenden: So waren es bei vorhandenen Strukturen pro Fall etwa zwei bis drei Inhalte, bei fehlenden hingegen etwa ein bis zwei Inhalte gleichzeitig. Besonders die Inhalte „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ und „Stressmanagement“ wurden zwei bis drei Mal so häufig bei vorhandenen Koordinierungsgremien thematisiert als bei fehlenden. Lediglich die „Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)“ war minimal häufiger in den Fällen Thema der Aktivitäten, bei denen keine Steuerungsstrukturen vorhanden waren:

Abb. 37: Inhaltliche Ausrichtung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=2.190 (85%))

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

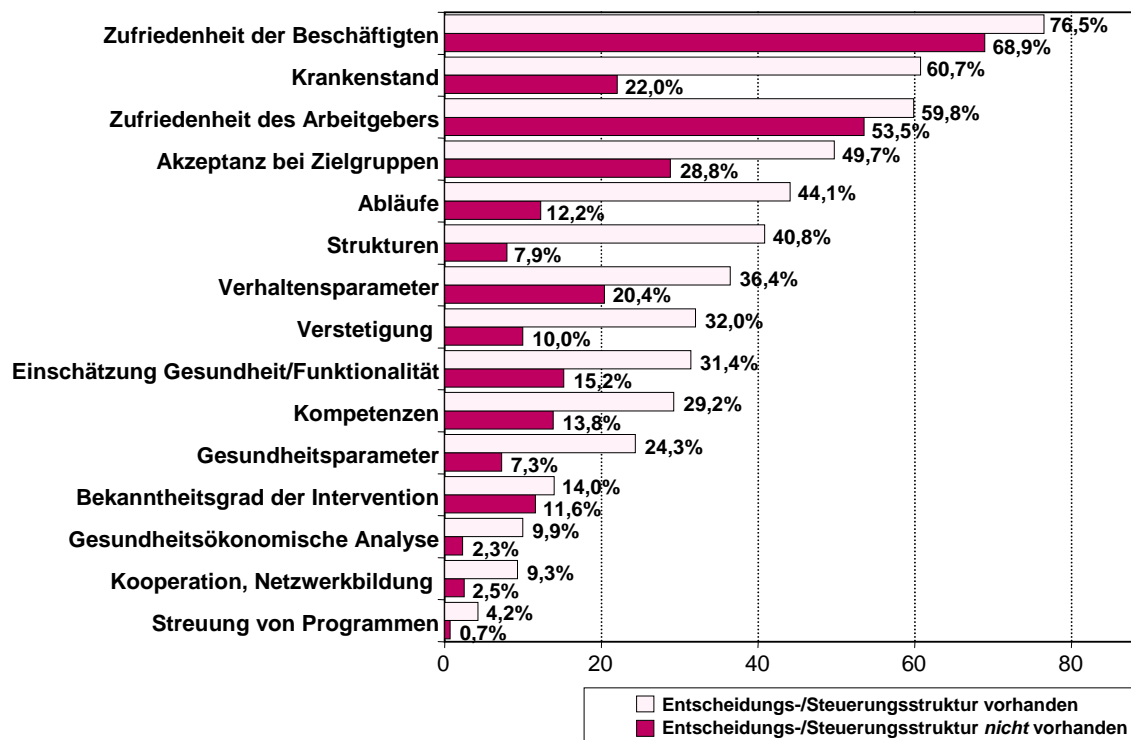
Bis auf die „Faltblätter, Broschüren“ wurden auch sämtliche abgefragte Medien häufiger bei vorhandenen Steuerungsstrukturen eingesetzt als bei fehlenden. Auch hier war ein enger Zusammenhang zwischen Aufwand und der Bildung von Koordinierungsgremien zu erkennen: So war der Einsatz der in Planung und Umsetzung aufwändigeren Methoden „Ausstellungen, Plakate“, „Betriebszeitung“ sowie „Intranet“ bei vorhandenen Steuerungsstrukturen bis zu neun Mal höher als bei fehlenden. Im Durchschnitt wurden bei vorhandenen Koordinierungsgremien pro Fall vier Medien und bei fehlenden Gremien drei Medien gleichzeitig eingesetzt.

3.4.4.3 Erfolgskontrolle

In der Gesamtauswertung wurden in 57 % aller Fälle Erfolgskontrollen durchgeführt und bei weiteren 19 % waren sie zum Ende des Berichtsjahres noch geplant. Bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen lag der Anteil der durchgeführten sowie geplanten Erfolgskontrollen bei 62 % und 23 %. Fehlten solche Strukturen, so lag er bei 50 % und 15 %. In allen Branchen und Betriebsgrößen wurden bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen somit durchweg mehr Erfolgskontrollen durchgeführt und geplant als bei fehlenden. Auch wurden bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen im Durchschnitt mehr Formen der Erfolgskontrollen gleichzeitig angewandt als bei fehlenden (fünf versus drei Erfolgskontrollen pro Fall).

Abb. 38: Erfolgskontrolle – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)

Die Erfolgskontrollen bezogen sich auf:



(zu Grunde liegende Anzahl der Erhebungsbögen: n=1.465 (58%))

Durchweg alle Formen der Erfolgskontrollen wurden bei vorhandenen Koordinierungsgremien häufiger eingesetzt als bei fehlenden. Besonders groß war der Unterschied bei der Prüfung von „Abläufen“ und Strukturen“: Sie wurden bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vier bis fünf Mal so häufig abgefragt als bei fehlenden.

3.4.5 Resümee

Ein wesentliches positives Ergebnis der aktuellen Dokumentation zur BGF stellt die seit ihrer Einführung beobachtete kontinuierliche Zunahme an gemeldeten BGF-Aktivitäten dar: Lagen in der Ersterhebung im Jahr 2001 1.189 Dokumentationsbögen vor, so hat sich die Fallzahl in 2004 mit insgesamt 2.563 eingereichten Erhebungsbögen mittlerweile mehr als verdoppelt. Dabei ist die Zahl im Vergleich zum Vorjahresbericht 2003 noch einmal um gut ein Sechstel angestiegen (18 %). BGF erfolgt dabei in 2004 an insgesamt 4.768 Standorten bzw. Betrieben. Dementsprechend bauen die gesetzlichen Krankenkassen ihr Engagement auch in der BGF nach wie vor weiter aus und nehmen den gesetzlichen Auftrag ernst.

Knapp die Hälfte der BGF-Aktivitäten (47 %) ist mit einer Laufzeit von einem Jahr und länger auf Langfristigkeit ausgelegt. Dem stehen ein Drittel an eher kurz, d.h. bis zu drei Monate andauernden Aktivitäten gegenüber.

Der Schwerpunkt der Aktivitäten liegt weiterhin auf dem verarbeitenden Gewerbe. Dabei ist der Anteil hier – wie bereits in den Jahren zuvor – noch einmal geringer geworden. Da im verarbeitenden Gewerbe häufig körperlich schwere Arbeiten ausgeübt werden und oft größere Unfallgefahren bestehen, wird in dieser Branche offensichtlich immer noch ein höherer Bedarf für die Durchführung von BGF gesehen. Die Sektoren „Dienstleistung“ und „Handel“ sind – wie in den Berichtsjahren davor – im Vergleich zu ihrer gesamtwirtschaftlichen Bedeutung eher unterrepräsentiert. Eine weitere verstärkte Ausrichtung auf diese Branchen scheint daher erstrebenswert.

Die Fallzahl der in BGF eingebundenen Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Mitarbeitern ist im Vergleich zu 2003 noch einmal von 652 auf 751 Fälle in 2004 angestiegen. Dabei wird BGF in insgesamt 878 Betrieben durchgeführt. Da BGF in Klein- und Kleinstbetrieben mit einem vergleichsweise hohen Organisationsaufwand verbunden ist und dafür wiederum vergleichsweise wenig Menschen erreicht werden können, ist dieses Ergebnis bereits durchaus positiv zu würdigen. Für die Ausdehnung an BGF in Klein-/Kleinstbetrieben stellt die Vernetzung einen wichtigen Ansatz dar, um BGF-Prozesse auch für kleine Betriebe effizient zu ermöglichen.

Im Vorfeld der Umsetzung von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung werden in nahezu allen Fällen (96 %) Bedarfsermittlungen durchgeführt. Im Durchschnitt kommen dabei – wie im Jahr davor – vier Analysemethoden miteinander kombiniert zum Einsatz. Dazu zählen meist die Auswertung und Diskussion von Routinedaten der Krankenkassen („objektive“ Daten). Kombiniert wird diese in der Regel mit betriebsbezogenen Instrumenten der Bedarfsermittlung, insbesondere mit Arbeitsplatzbegehungen und Mitarbeiterbefragungen („subjektive Daten“). Die Krankenkassen verwenden damit bewährte Instrumente zur Bedarfsermittlung von Risiken, Risikofaktoren und Gesundheitspotenzialen der Beschäftigten im Interventionsbetrieb. Insgesamt werden in knapp zwei Drittel aller Fälle die Methoden der „objektiven“ Daten mit „subjektiven“ Erhebungen in Form einer Zusammenhangsanalyse sinnvoll ergänzt.

Dass Krankenkassen ihre Aktivitäten nicht nur quantitativ erweitert haben, sondern insbesondere qualitative Fortschritte zu verzeichnen sind, zeigen im Besonderen die Ergebnisse zur Bildung von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen, zu den außerbetrieblichen Kooperationen, zu den Interventionen sowie zu den Erfolgskontrollen:

So ist der Anteil gemeldeter Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gegenüber 2003 um 20 %, d.h. von 54 % in 2003 auf 65 % der Fälle angestiegen. Besonders die Auswertungen zu erfolgten Bedarfsermittlungen, Interventionen und Erfolgskontrollen hinsichtlich vorhandener bzw. fehlender Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen heben besonders ihre Bedeutung für die Qualität von BGF hervor: Bei vorhandenen Koordinierungsstrukturen werden im Vorfeld der Aktivitäten mehr Bedarfsanalysen durchgeführt und auch mehr Methoden der Bedarfsanalysen miteinander verknüpft eingesetzt als bei fehlenden. Gesundheitszirkel werden um ein Vielfaches (d.h. elf Mal) häufiger bei Vorhandensein solcher Strukturen durchgeführt als bei fehlenden. Auch sind bei vorhandenen Steuerungsstrukturen die Interventionen um etwa die Hälfte häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen als bei fehlenden. Ferner wurden bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen in 85 % der Fälle, bei fehlenden in 65 % der Fälle Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. waren geplant.

Die Einbindung der relevanten außerbetrieblichen Kooperationspartner sowie die Ausrichtung der Aktivitäten auf eine Implementierung von Gesundheitsförderung in die betriebsinternen Prozesse stellt ein wesentliches Element für qualitativ hochwertige BGF dar. Es ist daher erfreulich, dass bei außerbetrieblichen Kooperationen eine Zunahme um 30 %, d.h. von 48 % aller eingereichten Dokumentation in 2003 auf 63 % der Fälle in 2004, zu verzeichnen ist.

Waren in 2003 noch in 41 % aller Fälle sowohl auf das gesundheitsbezogene *Verhalten* von Mitarbeitern (bspw. über Angebote zur Bewegungsförderung, Ergonomieberatungen, Ernährungsberatungen oder Maßnahmen zum Stressabbau) als auch auf die *Verhältnisse* in den Betrieben (wie z.B. auf Veränderungen der Arbeitsorganisation, des Arbeitsumfeldes, von Qualifizierungsmaßnahmen oder betriebsinterner Kommunikationswege) ausgerichtet, so liegt ihr Anteil in 2004 mittlerweile bei 51 %. Die Veränderungen beziehen sich dabei im Wesentlichen auf die Verbesserung von Umgebungsbedingungen (65 %), den die Aufgaben der Unfallversicherungen sowie des Arbeitgebers ergänzenden Arbeits- und Unfallschutz sowie auf Veränderungen in der Arbeits- und Betriebsorganisation.

Gesundheitszirkel, die ein Instrument zur Einbindung möglichst aller über die BGF-Maßnahmen angesprochenen Beschäftigten in die Verbesserungsprozesse darstellen, und die generell verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten einschließen, wurden etwas häufiger als in den Berichtsjahren davor, nämlich in 24 % aller Fälle, bei denen Angaben zum Einsatz von Gesundheitszirkeln vorlagen (2003: 20 %, 2002: 18 %), durchgeführt. Eine Fortsetzung des hier beobachteten Trends und damit die weitere Etablierung des für die Qualität und den Erfolg von BGF bedeutsamen Instrumentes ist auch künftig zu erwarten.

Ausgesprochen positiv zu bewerten ist die in 2004 beobachtete Zunahme an durchgeführten Erfolgskontrollen: Wurde ihre Durchführung in 2003 noch bei 33 % der Fälle bejaht, so war dies in 2004 bei mittlerweile 59 % der Dokumentationsbögen mit vorhandenen Angaben zum Themenfeld Erfolgskontrolle der Fall. Das ist ein Anstieg um 79 %. Das Ergebnis ist auch unter dem Aspekt sehr erfreulich, weil diese Zunahme bereits vor Einsatz der in der Dokumentation 2003 angekündigten Fragebogen zur Evaluation von BGF-Aktivitäten, die u.a. zu einem Anstieg an Erfolgskontrollen führen sollten, zu verzeichnen ist.

In 2004 sind die Ergebnisse zur Betrieblichen Gesundheitsförderung insgesamt deutlich positiv zu werten, vorwiegend in Bezug auf den Datenrücklauf, die deutlichen Zunahmen bei der Bildung von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen, an außerbetrieblichen Kooperationen, am Anteil der sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogenen Interventionen sowie insbesondere an Erfolgskontrollen. Damit zeigt sich, dass die Gesetzliche Krankenversicherung insgesamt ihr Engagement in der BGF in ihrer die Unfallversicherung und den Arbeitgeber unterstützenden Funktion sehr ernst nimmt. Auch ist sie maßgeblich am weiteren Ausbau qualitativ hochwertiger Maßnahmen beteiligt. Die Dokumentationen der Vorjahre haben dabei eine wichtige Grundlage zur Aufdeckung bestehender Interventionsbedarfe und Verbesserungspotenziale gebildet.

4 Zusammenfassung

Auf Basis des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, nach dem die Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention erbringen sollen und Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen können, veröffentlichen die Spitzenverbände der Krankenkassen in Kooperation mit dem MDS seit dem Berichtsjahr 2001 in jährlichem Turnus die bundesweit einheitliche, krankenkassenartenübergreifende Dokumentation über durchgeführte Aktivitäten in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Auswertungen zum Jahr 2004 bilden neben erfolgten Leistungen zum nichtbetrieblichen Setting-Ansatz weiter Krankenkassenaktivitäten nach dem Individuellen Ansatz sowie zum Setting Betrieb (Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)) ab.

Für das Jahr 2004 kommen zum nichtbetrieblichen Setting-Ansatz und zur BGF weiterentwickelte Dokumentationsbögen zum Einsatz. In diese wurden die in den Jahren 2001 bis 2003 gemachten Erfahrungen sowie eingereichten Rückmeldungen eingearbeitet. Auf diese Weise lassen sich weitere präzise Informationen einholen.

Nichtbetrieblicher Setting-Ansatz:

In 2004 wurden Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz bundesweit in insgesamt 955 Settings und etwa 16.700 Einrichtungen durchgeführt. Die Schätzsumme zu den mit Settingaktivitäten erreichten Personen war dabei mit insgesamt 1,9 Millionen direkt und indirekt erreichten Personen dreieinhalb Mal so hoch wie in 2003 (539.000 Personen). Die gesetzlichen Krankenkassen haben ihr Augenmerk nach wie vor stark auf Schulen und Berufsschulen gelegt (66 % aller Fälle).

Die Laufzeit der Aktivitäten war bei 43 % der Aktivitäten für ein Jahr und länger angelegt, 14 % der Interventionen liefen vier bis elf Monate lang und 44 % hatten eine Laufzeit von maximal drei Monaten.

Die Aktivitäten waren, ähnlich wie im Vorjahr, bei 69 % der Fälle auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet. Überwiegende Zielgruppe waren Kinder und Jugendliche im Alter von bis zu 19 Jahren sowie Lehrer, Erzieher und Eltern als Multiplikatoren. In nicht ganz einem Viertel der Fälle (23 %) wurden ferner ausländische Personen als Zielgruppe benannt. Eine deutliche geschlechtsspezifische Zielgruppenausrichtung war nicht zu erkennen.

Der Anteil an gemeldeten Kooperationen ist im Vergleich zu 2003 geringfügig von 70 % auf 73 % angestiegen. Bei den Kooperationspartnern handelte es sich am häufigsten um Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen, um Vereine/Verbände, die Öffentliche Verwaltung/Institutionen sowie gewerbliche Anbieter/ Unternehmen (Anteile zwischen 41 % und 30 %).

Strukturen zur organisatorisch-inhaltlichen Steuerung bestanden bei 57 % der Projekte. Seit Piloterhebung im Jahr 2001 ist der Anteil von Aktivitäten mit einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur kontinuierlich gewachsen.

Bedarfsanalysen wurden – geringfügig häufiger als in 2003 – bei 83 % aller Fälle durchgeführt. Dabei standen die Befragung der Zielgruppe, die Begehung des Settings sowie die Expertenbefragung im Vordergrund.

Der Anteil an durchgeführten Gesundheitszirkeln war in 2004 mit einem Anteil von 16 % drei Mal höher als noch in 2003 (5 %). Zukunftswerkstätten wurden in 4 % der Fälle eingerichtet.

Inhaltlich waren die Aktivitäten vorwiegend auf Ernährung (61 %) und Bewegung (59 %) ausgerichtet. Dabei sprachen die Interventionen deutlich häufiger die Ernährung an als noch in 2003 (44 %). In 31 % der Fälle bezogen die Aktivitäten sich auf die Stressreduktion und Entspannung. In der Regel wurden zwei Inhalte gleichzeitig thematisiert. Die Aktivitäten waren – ähnlich wie in 2003 – bei gut der Hälfte aller Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Die Umgestaltungen bezogen sich meist auf die Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen sowie Verantwortlichkeiten. Auch führten sie häufig zu Veränderungen bei den Informations- und Kommunikationsstrukturen, bei Umgebungsbedingungen sowie bei der Organisation des Settings.

Bei den verhaltensbezogenen Interventionen wurden wie in den Jahren davor im Durchschnitt fünf Methoden kombiniert angewendet. Meist angewendete Methoden waren „Praktische Übungen/Schulung, Verhaltensbeobachtung, Körperwahrnehmung, Rollenspiel, gegenseitige Übungen etc.“, „Vortrag/Tagung“, „Beispiel geben, demonstrieren“ ; „Diskussion“ sowie „Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren“. Die meist eingesetzten Medien waren Faltblätter und Broschüren (76 %).

Erfolgskontrollen wurden in 2004 differenziert nach durchgeführten und geplanten Kontrollen abgefragt: Dabei wurden bei 45 % der Fälle Kontrollen durchgeführt und bei weiteren 18 % waren sie geplant. Im Durchschnitt wurden sechs Erfolgskontrollen miteinander verknüpft durchgeführt. Sie bezogen sich am häufigsten auf die Parameter „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, „Zugänglichkeit, Akzeptanz der Aktivitäten bei der Zielgruppe, Inanspruchnahme“, „Verhaltensparameter“, „Abläufe“, „Kompetenzen“ sowie auf „Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe“.

Folgende Ergebnisse lassen sich aus den settingbezogenen Auswertungen gewinnen:

In Grundschulen wurden im Vergleich zur Gesamtauswertung deutlich häufiger langfristige und umfassende Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz durchgeführt: so war die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten mit 20 Monaten deutlich höher als in der Gesamtauswertung. Auch wurden in Grundschulen häufiger als in der Gesamtauswertung Kooperationen gebildet (92 %, Gesamt 73 %), Steuerungs- und Entscheidungsstrukturen aufgebaut (63 %, Gesamt 57 %), Bedarfsanalysen (93 %, Gesamt 83 %) und Gesundheitszirkel (25 %, Gesamt 16 %) durchgeführt. Die Interventionen waren auffallend häufig sowohl

verhaltens- als auch verhältnisbezogen (70 %, Gesamt 51 %), und Erfolgskontrollen wurden in insgesamt 81 % der Fälle durchgeführt oder waren geplant (Gesamt 63 %).

In weiterführenden Schulen (Sonder-, Haupt-, Real-, Gesamtschulen sowie Gymnasien) war insbesondere die Laufzeit der Aktivitäten mit durchschnittlich 21 Monaten hoch (Gesamt 16 Monate). Auch wurden dort vergleichsweise häufiger Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet (65 %, Gesamt 57 %) und Gesundheitszirkel durchgeführt (25 %, Gesamt 16 %). Dabei waren die Aktivitäten ähnlich häufig sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen wie in der Gesamtauswertung. Auch Erfolgskontrollen wurden in weiterführenden Schulen ähnlich häufig durchgeführt wie in der Gesamtauswertung.

In Berufsschulen war die Laufzeit der Aktivitäten hingegen mit elf Monaten im Mittel deutlich kürzer als in der Gesamtauswertung (16 Monate). Auch wurden dort vergleichsweise weniger Kooperationen gebildet (51 %, Gesamt 73 %) und ferner weniger Gesundheitszirkel durchgeführt (6 %, Gesamt 16 %). Die Aktivitäten waren – anders als im Gesamtergebnis – etwas häufiger rein verhaltensbezogen als verknüpft verhaltens- und verhältnisbezogen. Bedarfsanalysen wurden hingegen häufiger als in der Gesamtauswertung durchgeführt (93 %, Gesamt 83 %). Weitere auffällige Ergebnisabweichungen lagen hier nicht vor.

Auffällig war ferner, dass die Aktivitäten in Fällen, bei denen Stadtteil/Ort als Setting benannt wurde, stärker auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet waren (75 %, Gesamt 69 %) und dort häufiger als in der Gesamtauswertung Kooperationen gebildet wurden (85 %, Gesamt 73 %). Gesundheitszirkel wurden hier vergleichsweise selten durchgeführt (6 %, Gesamt 16 %). Dennoch waren die Interventionen häufiger als in der Gesamtauswertung sowohl auf das gesundheitsbezogene Verhalten als auch die Verhältnisse im Setting ausgerichtet (61 %, Gesamt 51 %). Erfolgskontrollen wurden hier seltener durchgeführt als in der Gesamtauswertung (57 %, Gesamt 63 %).

Da Aktivitäten in Vereinen häufig verknüpft mit Grund- und weiterführenden Schulen erfolgten, ähnelten die Ergebnisse hier meist denjenigen dieser Schulformen. In Fällen, bei denen u.a. die Vereine als Settings benannt wurden, war lediglich eine etwas geringere Zielgruppenausrichtung zu verzeichnen. Auch wurden in diesen Fällen deutlich weniger Erfolgskontrollen durchgeführt (45 %, Gesamt 63 %).

Bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden insgesamt deutlich häufiger Bedarfsermittlungen durchgeführt (98 %) als bei fehlenden (65 %). Auch waren die Aktivitäten bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen etwa doppelt so häufig verhaltens- und verhältnisbezogen als diejenigen bei fehlenden. Bei vorhandenen Entscheidungsstrukturen wurden ebenfalls mehr Inhalte und Methoden miteinander verknüpft behandelt als bei fehlenden. Besonders bei den Erfolgskontrollen lagen gravierende Unterschiede vor: Bei Vorhandensein von Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen lag der Anteil der durchgeführten oder geplanten Erfolgskontrollen bei insgesamt 82 %. Fehlten solche Strukturen, betrug dieser Anteil 34 %.

Individueller Ansatz:

In 2004 wurden bundesweit 803.000 Teilnahmen an präventiven Kurs- und Seminarangeboten nach dem Individuellen Ansatz gemeldet. Das ist ein Anteil von 1,1 % aller GKV-Versicherten in Deutschland. In 2003 lag die Zahl noch bei 542.000 Kursteilnahmen (0,9 % der GKV-Versicherten).

Die Themenschwerpunkte lagen hier mit einem Anteil von 69 % etwas stärker auf dem Handlungsfeld „Bewegung“ als noch in 2003 (65 %). Am nächsthäufigsten suchten Versicherte Kurse zu den Inhalten „Vermeidung spezifischer Risiken/ stressabhängiger Krankheiten“ (16 %) und „Ernährung“ (14 %) auf. Dabei war der Anteil an besuchten Kursen zur „Stressreduktion“ – anders als in 2003 – höher als der an Kursen zum Thema „Ernährung“. In 0,8 % aller Fälle wurden Angebote aufgegriffen, die auf das Thema „Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ ausgerichtet waren.

Wie in 2003 waren vier Fünftel der Kursteilnehmer Frauen. Auch nahmen junge Menschen im Alter von bis zu 19 Jahren primärpräventive Angebote zum individuellen Ansatz nach wie vor eher selten wahr. Versicherte von etwa 30 bis 59 Jahren waren hingegen vergleichsweise rege Kursbesucher. Ab einem Alter von 60 Jahren nahm die Häufigkeit der Kursteilnahme im Vergleich zum Anteil dieser Altersgruppe an allen Versicherten wieder etwas ab.

Dabei suchten Versicherte ab 50 Jahren im Vergleich zu den anderen Altersgruppen verstärkt Bewegungskurse auf. Versicherte bis zu 49 Jahren nahmen hingegen häufiger als andere Altersgruppen Stressbewältigungsangebote in Anspruch. Ernährungskurse wurden besonders von Frauen (85 %) und von Versicherten unter 49 Jahren aufgegriffen. Kurse zum Thema „Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ sprachen vorwiegend Versicherte im Alter zwischen 20 und 49 Jahren an. Der Anteil an männlichen Versicherten war hier mit 44 % vergleichsweise hoch.

Betriebliche Gesundheitsförderung:

Zu Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) lagen für 2004 insgesamt 2.563 Dokumentationsbögen vor. Damit ist im Vergleich zu 2003 die Fallzahl um gut ein Sechstel (18 %) angestiegen. Darüber hinaus wurden über 2.665 Fälle gemeldet, bei denen ausschließlich Arbeitsunfähigkeitsanalysen bzw. -Profile durchgeführt wurden.

Mit den weiterentwickelten Dokumentationsbögen wurde erstmals explizit die Laufzeit von BGF in Monaten abgefragt. Demnach war BGF bei 47 % der Fälle mit vorhandenen Angaben zur Laufzeit auf Langfristigkeit ausgelegt, d.h. sie dauerten ein Jahr und länger an. Bei 20 % betrug die Laufzeit vier bis 11 Monate. In 33 % der Fälle liefen die Aktivitäten bis zu drei Monaten. Hierbei handelte es sich vorwiegend um Informationsveranstaltungen bzw. Gesundheitstage/-wochen.

Schwerpunktmäßig wurde BGF – wie in 2003 – bei Betrieben aus dem Verarbeitenden Gewerbe durchgeführt. Dabei ist ihr Anteil wiederholt leicht von 43 % in 2003 auf 41 % in 2003 gesunken. Gleichzeitig wurde BGF häufiger als im Vorjahr im Dienstleistungssektor und im Handel durchgeführt. BGF wurde bundesweit in 4.768 Betrieben bzw. Standorten durchgeführt.

Bei den Betrieben handelte es sich in 31 % der Fälle um Klein-/Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigten, in 49 % der Fälle um solche mit 50 bis 499 Mitarbeitern sowie in 20 % der Fälle um Unternehmen mit „100 bis 499 Mitarbeitern“.

Die BGF-Aktivitäten erreichten den Schätzzahlen zufolge insgesamt über 670.000 Personen (2003: 604.000). Davon wurden etwa 398.000 Personen direkt über BGF erreicht und weitere 272.000 Personen indirekt über die Auswirkungen erreicht.

Die Aktivitäten richteten sich bei 61 % der Fälle an alle Beschäftigten. Wurden besondere Zielgruppen anvisiert, handelte es sich dabei am häufigsten um spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Mitarbeiter sowie Mitarbeiter aus der Verwaltung und Produktion.

Im Vergleich zu 2004 haben außerbetriebliche Kooperationen deutlich um 30 % gegenüber dem Jahr davor zugenommen: D.h. lag der Anteil an gemeldeten Kooperationen in 2003 noch bei knapp der Hälfte aller Fälle, so machte er in 2004 bereits 63 % der Fälle aus. Bei den Kooperationspartnern handelte es sich – mit deutlich höheren Anteilen als noch in 2003 – vorwiegend um gewerbliche Anbieter/Unternehmen sowie um Unfallversicherungen (insbes. gewerbliche Berufsgenossenschaften; 50 % und 45 %).

Ebenfalls wurden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen häufiger gebildet als noch in 2003: Ihr Anteil lag in 2004 bei 65 % (2003: 54 %). Bei Vorhandensein einer solchen Struktur setzte sich das entsprechende Gremium vorwiegend aus der Entscheidungsebene (u.a. Geschäfts- und Personalleitung, 88 %), aus Vertretern der Krankenkassen (80 %) sowie aus Betriebs- bzw. Personalrat (68 %) zusammen.

Bedarfsanalysen wurden in 96 % aller Fälle gemeldet. Im Durchschnitt griff man dabei auf vier Methoden zur Bedarfsermittlung zurück. Im Vordergrund standen die Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen, die Betriebs-/Arbeitsplatzbegehung sowie die Zielgruppen- und Mitarbeiterbefragung.

Gesundheitszirkel erfolgten in 24 % der Fälle. Damit war seit 2002 ein kontinuierlicher Anstieg an durchgeführten Gesundheitszirkeln zu verzeichnen (2002: 18 %; 2003: 20 %). Bei vier Fünftel der Fälle mit durchgeführten Gesundheitszirkeln wurde ein Gesundheitszirkel (der grundsätzlich mehrere Sitzungen umfasst) realisiert. Fünf bis neun mehrere Sitzungen umfassende Gesundheitszirkel fanden ferner bei noch 11 % der hier betrachteten Fälle statt. Mit der Betriebsgröße nahm tendenziell auch die Anzahl an durchgeführten Gesundheitszirkeln zu.

Betriebliche Gesundheitsförderung war in 70 % der Fälle auf die Reduktion von körperlichen Belastungen ausgerichtet. Häufiger als noch in 2003 waren die Angebote auf das Stressmanagement ausgerichtet (2003: 24 %, 2004: 37 %). Ferner spielten die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung (31 %), die gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung/Ernährung (29 %) sowie der verantwortliche Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln (20 %) eine bedeutende Rolle.

Der Anteil an verhaltens- und verhältnisbezogenen Aktivitäten ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich angestiegen (2004: 51 %, 2003: 44 %). In 38 % der Fälle waren die Aktivitäten hingegen rein verhaltensbezogen und in 12 % der Fälle bezogen sie sich ausschließlich auf die Verhältnisse im Betrieb. Die verhältnisbezogenen Umgestaltungen waren vorzugsweise auf die Veränderung der Arbeitsumgebung (65 %), den „Arbeits- und Unfallschutz“ (51 %) sowie betriebs- und arbeitsorganisatorische Veränderungen (49 %) ausgerichtet.

Zu den eingesetzten Methoden und Medien lagen im Vergleich zum Vorjahr mehr Angaben vor. Inhaltlich waren hingegen keine gravierenden Ergebnisabweichungen zu verzeichnen: So standen bei den Methoden die „Gruppenschulung/ -beratung, Kursprogramme“, „arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung“ sowie die „individuelle Beratung“ im Vordergrund (Anteile von 50 % bis 63 %). Als Medien kamen vorwiegend „Faltblätter, Broschüren“ zum Einsatz (79 %), gefolgt von „Video, Foto, Overhead, Beamer etc.“ (63 %).

Erfolgskontrollen wurden in 2004 erstmals differenziert nach geplanten und durchgeführten Kontrollen abgefragt: Dabei ist der Anteil an durchgeführten Erfolgskontrollen im Vergleich zum Vorjahr deutlich von 33 % auf 59 % angestiegen. Bei weiteren 22 % der Fälle waren Erfolgskontrollen geplant. Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle fragten diese in der Regel fünf Parameter gleichzeitig ab. Am häufigsten bezogen sich die Erfolgskontrollen auf die „Zufriedenheit der Beschäftigten ...“ und „... der Arbeitgeber mit der Intervention“, den „Krankenstand“, die „Akzeptanz der Intervention bei den Zielgruppen/Inanspruchnahme“ sowie auf „Abläufe“ und „Strukturen“.

Bei den betriebsgrößenspezifischen Auswertungen ließen sich als wesentliche Ergebnisse verzeichnen:

Die durchschnittliche *Laufzeit* von BGF-Aktivitäten nahm tendenziell mit der Größe der Betriebe zu: sie lag im Mittel in Klein-/Kleinstbetrieben bei sieben Monaten, in Betrieben mit 50 bis 499 Mitarbeitern bei 19 Monaten und in Unternehmen mit mehr als 500 Beschäftigten bei durchschnittlich 25 Monaten. In großen Unternehmen wurden erwartungsgemäß mit BGF deutlich mehr *Personen erreicht* als in kleinen Betrieben. Je größer ein Unternehmen war, desto häufiger waren die Aktivitäten auf schwerpunktmäßige Zielgruppen ausgerichtet. In den unterschiedlichen Betriebsgrößen wurden zwar ähnlich häufig überhaupt *außerbetriebliche Kooperationen* gebildet, doch war die Zahl der in die BGF eingebundenen Kooperationspartner tendenziell höher, je größer ein Betrieb war. *Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen* wurden tendenziell häufiger in größeren Unter-

nehmen gebildet als in kleinen. *Gesundheitszirkel* wurden ebenfalls häufiger in größeren Unternehmen durchgeführt, jedoch immerhin noch bei 21 % der Klein-/Kleinstbetriebe mit einer Mitarbeiterzahl von bis zu 49 Personen. Sowohl in Klein-/Kleinstbetrieben sowie in Unternehmen mit 500 und mehr Mitarbeitern war die Mehrzahl der Aktivitäten sowohl *verhaltens- als auch verhältnisbezogen*. In Betrieben mit „50 bis 499 Beschäftigten“ waren die Aktivitäten hingegen etwas häufiger rein auf das gesundheitsbezogene Verhalten ausgerichtet. *Erfolgskontrollen* wurden in allen Betriebsgrößenklassen ähnlich häufig durchgeführt. Dabei bezogen sich diese Kontrollen in kleineren Betrieben tendenziell auf weniger Bereiche gleichzeitig als in größeren Unternehmen.

Bei den branchenspezifischen Auswertungen fanden nur Branchen Berücksichtigung, die mit einem Anteil von mindestens fünf Prozent im Gesamtdatensatz vertreten waren. Wesentliche Merkmale oder Auffälligkeiten der jeweils betrachteten Branche waren folgende:

Zum *Verarbeitenden Gewerbe* zählten vorzugsweise Unternehmen mit „100 bis 499 Mitarbeitern“. BGF war hier vorzugsweise auf die Reduktion körperlicher Belastungen sowie auf das Stressmanagement ausgerichtet. Bei Betrieben aus dem Sektor „*Dienstleistungen*“ handelte es sich meist um Klein- und Kleinstbetriebe (Frisör-/Kosmetiksalons) mit bis zu 49 Mitarbeitern. Dort war die Belegschaft bei 44 % der Betriebe vorzugsweise weiblich. Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen waren hier seltener vorhanden als in der Gesamtauswertung. Die Interventionen bezogen sich in der Mehrzahl der Fälle auf die Reduktion von körperlichen Belastungen. Deutlich seltener als in der Gesamtauswertung wurde das Thema Stressmanagement angesprochen. Auffallend häufig waren hier gewerbliche Anbieter/Unternehmen Kooperationspartner. Innerhalb der Branche „*Handel*“ differierten die Betriebsgrößen stark. Vier Fünftel des Bereiches „Kfz-Handel/-reparatur“ waren Klein-/Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Mitarbeitern. In Groß- und Einzelhandel lagen die Mitarbeiterzahlen vorwiegend bei 100 bis 499 Mitarbeitern. BGF war im Handel weniger auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet als in der Gesamtauswertung. Auch waren hier vergleichsweise weniger Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen vorhanden. Gesundheitszirkel wurden besonders häufig in den Klein-/Kleinstbetrieben des Kfz-Handels durchgeführt (29 %, alle Klein-/Kleinstbetriebe 21 %). Im Kfz-Handel waren knapp zwei Drittel der BGF-Aktivitäten sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Im Einzel- und Großhandel waren sie hingegen häufiger rein auf das Verhalten ausgerichtet. Das *Baugewerbe* war zu 70 % von Klein-/Kleinstbetrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern geprägt. Die Aktivitäten waren mit elf Monaten um ein knappes Drittel kürzer als in der Gesamtauswertung. Auch waren die Maßnahmen hier eher selten auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet. Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen waren unter dem Aspekt, dass die Betriebe meist bis zu 49 Mitarbeiter hatten, mit 61 % eher häufig. Auch wurden im Baugewerbe vergleichsweise häufig Gesundheitszirkel durchgeführt (31 %, Gesamt 24 %). Einrichtungen aus dem *Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen* hatten in der Mehrzahl eine Beschäftigtenzahl von „50 bis 99“ sowie „100 bis 499 Mitarbeiter“. Hier war der Frauenanteil insgesamt eher hoch. Hier wurden mit BGF vergleichsweise häufig ältere Arbeitnehmer angesprochen (25 %, Gesamt 14 %). Bei der Mehrzahl der Fälle waren die Aktivitäten hier

rein verhaltensbezogen. In Einrichtungen der *Öffentlichen Verwaltung* waren vorzugsweise 100 bis 499 sowie mehr als 500 Mitarbeiter tätig. Hier wurden vergleichsweise häufig bestimmte Zielgruppen angesprochen. Meist handelte es sich dabei um „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“ und „Mitarbeiter in der Verwaltung“. In der *Öffentlichen Verwaltung* wurden ferner vergleichsweise häufig Gesundheitsämter als Kooperationspartner benannt (30 %, Gesamt 17 %). Auch waren hier die Aktivitäten inhaltlich – gemessen am Gesamtdatensatz - häufig auf das Stressmanagement ausgerichtet. 48 % der Betriebe aus dem Sektor *Verkehr und Nachrichtenübermittlung* beschäftigten 100 bis 499 Mitarbeiter und weitere 29 % hatten eine Beschäftigtenzahl von 500 und mehr Mitarbeitern. Hier wurden verhältnismäßig viele Projekte mit einer Laufzeit von bis zu drei Monaten durchgeführt (51 %, Gesamt 33 %). Auch lagen hier vergleichsweise viele Kooperationen mit gewerblichen Unternehmen/Anbietern vor (64 %, Gesamt 50 %). Gesundheitszirkel erfolgten hier in 14 % der Fälle (Gesamt 25 %). Auffallend häufig wurde hier das Stressmanagement thematisiert (57 %, Gesamt 37 %). Auch das Thema „Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ wurde hier verhältnismäßig häufig angesprochen (34 %, Gesamt 20 %), möglicherweise weil hier der Anteil an Auszubildenden als angesprochene Zielgruppe relativ hoch war (20 %, Gesamt 15 %).

Die Auswertungen von Ergebnissen zu Bedarfsanalysen, Interventionen sowie Erfolgskontrollen hinsichtlich bestehender bzw. fehlender Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen bestätigten die bereits in 2003 beobachtete Tendenz: Bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden mehr Bedarfsanalysen durchgeführt, die Interventionen waren häufiger sowohl verhaltens- und verhältnisbezogen, mehr Inhalte wurden miteinander verknüpft thematisiert, häufiger solche Methoden und Medien aufgegriffen, die mit einem größeren Organisationsaufwand verbunden waren, sowie häufiger Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. geplant als bei fehlenden. Auch fragten die Erfolgskontrollen bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen mehrere Parameter gleichzeitig ab als bei fehlenden.

5 Fazit und Ausblick

Grundlegend bemerkenswerte Ergebnisse der Dokumentation 2004 sind die beobachteten Zuwächse bei allen drei Ansätzen: So konnten über Aktivitäten nach dem *nichtbetrieblichen Setting-Ansatz* schätzungsweise 1,9 Millionen Personen erreicht werden. Das sind etwa dreieinhalb Mal so viele Personen wie noch in 2003 (539.000). Aktivitäten nach diesem Ansatz wurden dabei in insgesamt 955 Settings und über 16.700 Einzeleinrichtungen durchgeführt. Bei der *BGF* ist der Datenrücklauf von 2.164 Dokumentationsbögen im Berichtsjahr 2003 auf 2.563 Fälle in 2004 um gut ein Sechstel angestiegen (18 %). Die Zahl der Teilnehmer an Kursen bzw. Seminaren nach dem *Individuellen Ansatz* hat sich um etwa die Hälfte von 542.000 Teilnehmern auf insgesamt 803.000 Kursbesucher erhöht.

Diese Zahlen bestätigen ebenfalls die allgemein beobachtete kontinuierliche Intensivierung der GKV-Aktivitäten in der Prävention. Sie spiegelt sich hauptsächlich in der Zunahme der Gesamtausgaben der GKV für Primärprävention und BGF von 113,5 Millionen Euro in 2003 (1,61 €/Versicherten) auf 148,1 Millionen Euro in 2004 wider (2,11€/Versicherten)⁹⁶.

Besonders beim nichtbetrieblichen Setting-Ansatz wird deutlich, dass in mehr Fällen als noch in 2003 einzelne Dokumentationsbögen über umfassende, zum Teil landesweit ausgerichtete Netzwerk- und Kooperationsprojekte berichten, in die eine Vielzahl an regionalen und überregionalen Kooperationspartnern eingebunden sind. So und auch über die Auswahl der Settings lassen sich breite Bevölkerungsschichten erreichen, insbesondere auch Menschen, die aufgrund ungünstiger Lebensbedingungen, wie geringe Schulbildung, niedriges Einkommen oder gar Arbeitslosigkeit, häufig größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind.

Nicht nur beim nichtbetrieblichen Setting-Ansatz, sondern auch in der BGF war eine deutliche Zunahme bei der Einbindung von externen Wissens- und Ressourcenquellen über (außerbetriebliche) Kooperationspartner zu verzeichnen. Hier wird verstärkt dem Prinzip der „gesamtgesellschaftlichen Verantwortung“ in der Prävention und Gesundheitsförderung über die GKV hinaus Rechnung getragen. Für die Zukunft stellt es sich als Herausforderung dar, dieses Ergebnis mindestens zu halten, besser noch Kooperationen kontinuierlich weiter zu entwickeln und zu verbreitern, um unter Beteiligung anderer verantwortlicher Akteure zu nachhaltigen gesundheitsförderlichen Veränderungen für die Menschen beizutragen.

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

⁹⁶ GKV-Ausgabenstatistik KJ1 2003 u. 2004

rungswürdigen Aufgaben in der betrieblichen und nichtbetrieblichen Gesundheitsförderung dar. Ein wichtiges Instrumentarium, das auf das Verhalten ausgerichtete Maßnahmen mit Veränderungen der Rahmenbedingungen in den Settings bzw. im Betrieb unter Beteiligung möglichst aller im Setting befindlichen Personen verbindet, ist der Gesundheitszirkel. Zu beiden Ansätzen – und erfreulicherweise besonders in nichtbetrieblichen Settings – wurden Gesundheitszirkel häufiger als noch in 2003 realisiert. Diesen Trend gilt es fortzusetzen und weiter auszubauen.

Ferner positiv zu werten ist der in diesem Jahr besonders in der BGF beobachtete Anstieg an gebildeten Koordinierungs- und Steuerungsstrukturen. Den Auswertungen zu durchgeführten Bedarfsanalysen, Interventionen sowie unternommenen Erfolgskontrollen hinsichtlich vorhandener bzw. fehlender Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen (sowohl zum Setting-Ansatz als auch zur BGF!) ist in 2004 wiederholt zu entnehmen, dass bei Bestehen von Koordinierungsgremien die Aktivitäten in der Regel umfassender sind, sie sich häufiger sowohl auf das Verhalten als auch auf Verhältnisse im Setting beziehen und bei ihnen tendenziell mehr Inhalte und Methoden miteinander verknüpft werden. Auch werden bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen deutlich häufiger Erfolgskontrollen durchgeführt. Umgekehrt sind bei Fehlen von Entscheidungsstrukturen die Aktivitäten deutlich häufiger rein auf das gesundheitsbezogene Verhalten ausgerichtet. Dieses für 2004 beobachtete Ergebnis gilt es, in Zukunft zu mindestens zu halten, im Idealfall noch weiter auszubauen.

Im Vergleich zu den Berichtsjahren 2002 und 2003 ist ein deutlicher Anstieg an durchgeführten Erfolgskontrollen sowohl zum nichtbetrieblichen Setting-Ansatz als auch zur BGF zu verzeichnen. Dies ist besonders deshalb begrüßenswert, als sich über Erfolgskontrollen die Wirkungen der Maßnahmen nachvollziehen und fundierte Erkenntnisse für die Weiterentwicklung von Aktivitäten ableiten lassen. Sie stellen somit ein wesentliches Qualitätskriterium für primärpräventive und gesundheitsförderliche Leistungen dar.

Zusammengefasst haben sich bei diesen beiden settingbezogenen Ansätzen im Vergleich zum Vorjahr erfreulich viele Ergebnisse noch einmal im Sinne von Ganzheitlichkeit, Nachhaltigkeit und Qualität verbessert. Besondere Zuwächse sind bei der Bildung von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen, bei der Verknüpfung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Aktivitäten, bei der Durchführung von Gesundheitszirkeln (insbesondere im Setting-Ansatz) sowie bei der Nachbearbeitung der Maßnahmen über Erfolgskontrollen zu verzeichnen. Diese Ergebnisse gilt es in den nächsten Jahren zu konsolidieren und weiter auszubauen.

Zum *Individuellen Ansatz* ist besonders der Anstieg an gemeldeten individuellen Kursbesuchen um knapp die Hälfte von 542.000 in der Vorjahreserhebung auf 803.000 Fälle ein erfreuliches Ergebnis. Über diesen Zugangsweg lassen sich viele Versicherte erreichen, die von sich aus bereits über ein gewisses Gesundheitsbewusstsein und -motivation verfügen. Inwiefern hier in Zukunft mit weiteren gravierenden Datenanstiegen zu rechnen ist oder sich die Zahl der Kursbesucher auf dieser Höhe ungefähr einpendelt, bleibt abzuwarten.

Das Ergebnis in 2004 zum individuellen Ansatz bestätigt weiterhin die bereits in den beiden Vorerhebungen gewonnenen Erkenntnisse: Individuelle Kursangebote werden vorwiegend von Frauen und von Versicherten im Alter von 30 bis 59 Jahren in Anspruch genommen. Männliche und jüngere Versicherte greifen primärpräventive individuelle Kurse eher selten auf. Auch bei den ab 60-Jährigen ist die Zahl der Kursteilnehmer im Vergleich zum Gesamtversichertenanteil leicht geringer. Für diese und für Versicherte mit vergleichsweise ungünstigen sozialen Rahmenbedingungen eignen sich vielmehr andere Zugangswege, wie z.B. Aktivitäten nach dem nichtbetrieblichen Setting-Ansatz und der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Nach diesen Ansätzen werden die Menschen in ihren Lebens-, Lern- und Arbeitsumwelten (Settings) angesprochen.

Alles in allem kann das Jahr 2004 als ein erfolgreiches Jahr hinsichtlich des quantitativen wie auch qualitativen Engagements der GKV in der primären Prävention sowie Betrieblichen Gesundheitsförderung verzeichnet werden.

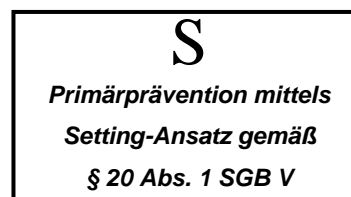
6 Anhang

6.1 Dokumentationsbögen

6.1.1 Dokumentationsbogen Setting-Ansatz

Dokumentation der Leistungen der GKV: Primärprävention in nicht-betrieblichen Settings

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



Bitte beachten sie beiliegende Ausfüllhinweise zu S!

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

Krankenkasse

Berichtsjahr

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

1 Allgemeine Daten

1.1 Setting

Das Setting bestand aus **Einheiten**[#]

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

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Grundschule | <input type="checkbox"/> | Verein ^{#*} | <input type="checkbox"/> |
| Sonderschule | <input type="checkbox"/> | Familie | <input type="checkbox"/> |
| Hauptschule | <input type="checkbox"/> | Institutionen für spezifische Bevölkerungsgruppen* | <input type="checkbox"/> |
| Realschule | <input type="checkbox"/> | ...und zwar: _____ | |
| Gymnasium | <input type="checkbox"/> | Selbsthilfegruppe/-organisation [#] | <input type="checkbox"/> |
| Gesamtschule | <input type="checkbox"/> | Altenheim [#] | <input type="checkbox"/> |
| Berufsschule o.ä. | <input type="checkbox"/> | Krankenhaus [#] | <input type="checkbox"/> |
| Hochschule | <input type="checkbox"/> | Anderes Setting..... | <input type="checkbox"/> |
| Kindergarten/Kindertagesstätte | <input type="checkbox"/> | | |
| Stadtteil/Ort* | <input type="checkbox"/> | | |

1.2 Start und Laufzeit der Aktivitäten:

Start: __/__/__ (Monat/Jahr)

Laufzeit: ca. _____ Monate

1.3 Anzahl aller zum Setting gehörenden Personen:

ca. _____ Personen

1.4 Status der Aktivitäten

im Setting: ja nein
noch laufend

Mitwirkung der Krankenkassen: ja nein
noch laufend

wichtige Informationen, ausführliche Erläuterungen hierzu in beiliegenden Ausfüllhinweisen

* Beispiele s. Ausfüllhinweise

2 Schwerpunktmäßige Zielgruppe

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

ja nein

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

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

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

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

2.3 Anzahl der erreichten Personen

Mit den Aktivitäten wurden im Setting direkt erreicht

ca. _____ Personen

Die Aktivitäten hatten Auswirkung auf schätzungsweise weitere

_____ Personen

3 Kooperationspartner

3.1 Es wurden Kooperationspartner eingebunden:

ja nein

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

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

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

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Gesundheitsamt* | <input type="checkbox"/> | Andere Krankenkassen | <input type="checkbox"/> |
| Niedergelassene Ärzte | <input type="checkbox"/> | Unfallversicherung* | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen* | <input type="checkbox"/> | Sonstige Sozialversicherungsträger* | <input type="checkbox"/> |
| Öffentliche Verwaltung/Institutionen, Ministerien* | <input type="checkbox"/> | Wissenschaftliche Einrichtungen* | <input type="checkbox"/> |
| Vereine, Verbände | <input type="checkbox"/> | Sonst. gewerbliche Anbieter/Unternehmen* | <input type="checkbox"/> |
| | | Andere | <input type="checkbox"/> |

4 Koordination und Steuerung

4.1 Es gibt eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur

ja nein

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

- schriftlich
- mündlich

... Fortsetzung Intervention

Art der Umgestaltungen:

- | | |
|---|---|
| Veränderung der Organisation im jeweiligen Setting*
..... <input type="checkbox"/> | Informations- und Kommunikations-
strukturen* <input type="checkbox"/> |
| Verbesserung von Umgebungsbedingungen* <input type="checkbox"/> | Soziale Angebote und Einrichtungen* <input type="checkbox"/> |
| Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungs-
spielräumen/ Verantwortlichkeiten <input type="checkbox"/> | Andere,..... <input type="checkbox"/> |
| | und zwar _____ |

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

Methoden:

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

Medien:

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

8 Erfolgskontrolle

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

ja nein

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

1. Die Erfolgskontrolle bezog sich auf:

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

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

8.3 Es wurde keine Erfolgskontrolle durchgeführt:

- Eine solche ist
- noch vorgesehen
 - nicht vereinbart

6.1.2 Auswertungsbogen individueller Ansatz

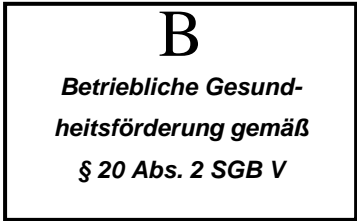
Der Bogen ist von dem jeweiligen Spitzenverband der Krankenkassen bis zum 31.05. des Folgejahres an den MDS zu senden.

I

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

							Vermeidung und Reduk- tion von					
(1) Gesamtzahl der Teilnehmer, die Angebote nach § 20 Abs. 1 SGB V (individueller Ansatz) in Anspruch genommen haben												
von (1): Anzahl der Teilnehmer, die Angebote der eigenen Krankenkasse in Anspruch genommen haben												
von (1): Anzahl der Teilnehmer, die Angebote von anderen Krankenkassen in Anspruch genommen haben												
von (1): Anzahl der Teilnehmer, die Angebote von beauftragten Leistungsanbietern/Kooperations-/Vereinbarungspartnern in Anspruch genommen haben												
Von (1): Anzahl der Teilnehmer, die sonstige Angebote in Anspruch genommen haben												
von (1): Anzahl der männl. und weibl. Teilnehmer	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Von (1): Teilnehmer im Alter bis unter 15 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter von 15 bis unter 20 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter von 20 bis unter 30 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter von 30 bis unter 40 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter von 40 bis unter 50 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter von 50 bis unter 60 Jahren												
von (1): Teilnehmer im Alter ab 60 Jahren												

6.1.3 Dokumentationsbogen betriebliche Gesundheitsförderung



Dokumentation der Leistungen der GKV: Primärprävention in betrieblichen Gesundheitsförderung

Bitte beachten sie beiliegende Ausfüllhinweise zu B!

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

Krankenkasse

Berichtsjahr

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

1 Allgemeine Daten

1.1 In welchem Wirtschaftszweig fanden die Aktivitäten statt? # (Klassifikation der Wirtschaftszweige nach Statist. Bundesamt, Ausg. 2003 (WZ 2003))

Bitte nur einen Wirtschaftszweig ankreuzen

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

An wie vielen Standorten/Betrieben wurden die Aktivitäten durchgeführt? Anzahl: _____

wichtige Informationen, ausführliche Erläuterungen hierzu in beiliegenden Ausfüllhinweisen
* Beispiele s. Ausfüllhinweise

1.2 Anzahl Beschäftigte im betreuten Betrieb/ an den betreuten Standorten #
(bitte nur ein Kreuz setzen)

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

1.3 Anteil der Frauen an den Beschäftigten
(bitte nur ein Kreuz setzen)

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

1.4 Start und Laufzeit der Gesundheitsförderungsaktivitäten #

Start: ____/____ (Monat/Jahr)

Laufzeit: ca. ____ Monate

1.5 Status der Aktivitäten #

im Betrieb: ja nein
noch laufend

Mitwirkung der Krankenkassen: ja nein
noch laufend

2 Schwerpunktmäßige Zielgruppe

2.1 Die Aktivitäten richteten sich direkt an alle Beschäftigten

ja nein

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

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

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

- | | |
|---|--|
| Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n) <input type="checkbox"/> | Mittlere Leitungsebene einschl. Meister/ Teamleiter <input type="checkbox"/> |
| Ältere Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> | Mitarbeiter in der Verwaltung <input type="checkbox"/> |
| Ausländische Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> | Mitarbeiter in der Produktion/ im Handwerk <input type="checkbox"/> |
| Frauen <input type="checkbox"/> | Mitarbeiter im Dienstleistungsbereich* <input type="checkbox"/> |
| Auszubildende* <input type="checkbox"/> | Testgruppe zur modellhaften Erprobung <input type="checkbox"/> |
| Obere Führungsebene <input type="checkbox"/> | Andere <input type="checkbox"/> |

2.3 Anzahl der erreichten Beschäftigten #

Mit den Aktivitäten wurden direkt angesprochen

ca. ____ Beschäftigte

Sie hatten Auswirkung auf schätzungsweise weitere

____ Beschäftigte

3 Außerbetriebliche Kooperationspartner

3.1 Es wurden außerbetriebliche Kooperationspartner eingebunden:

ja nein

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

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

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

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

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 | <input type="checkbox"/> | Vertreter der Krankenkassen | <input type="checkbox"/> |
| Betriebsarzt | <input type="checkbox"/> | Vertreter der Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> |
| Entscheidungsebene* | <input type="checkbox"/> | Externe Kooperationspartner | <input type="checkbox"/> |
| Sicherheitsfachleute | <input type="checkbox"/> | Andere | <input type="checkbox"/> |
| Mitarbeiter | <input type="checkbox"/> | | |
| Mittlere Führungskräfte | <input type="checkbox"/> | | |

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

- schriftlich
- mündlich

5 Bedarfsermittlung

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

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

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 betreffen die folgenden Präventionsprinzipien:

(Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich)

- Angebote zur Reduktion körperlicher Belastungen*
- Angebote zur gesundheitsgerechten Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)
- Angebote zum Stressmanagement*

- Angebote zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung
- Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln
- Sonstiges

7.2 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten: #

Seit Beginn der primärpräventiven Aktivitäten wurden durchgeführt:

Verhältnisbezogene Aktivitäten:*

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

Verhaltensbezogene Aktivitäten:*

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

Art der Umgestaltungen:

- Veränderung der Arbeits-/Betriebsorganisation* .
- Verbesserung von Umgebungsbedingungen*
- Persönliche Maßnahmen zum Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren*
- Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungs-spielräumen/ Verantwortlichkeiten

- Informations- und Kommunikationsstrukturen*....
- Soziale Angebote und Einrichtungen*
- Andere,
- und zwar _____

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

Methoden:

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

Medien:

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

8 Erfolgskontrolle

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

ja nein

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

2. Die Erfolgskontrolle bezog sich auf:

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

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

8.3 Es wurde keine Erfolgskontrolle durchgeführt:

- Eine solche ist
- noch vorgesehen
 - nicht vereinbart

6.2 Tabellen

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

6.3 Zu Grunde liegende und weiterführende Literatur

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

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.; 2002): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ 15, Köln.

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

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

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

Mielck, A: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern 2000.

Spitzenverbände der Krankenkassen (2003): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September 2003.

Spitzenverbände der Krankenkassen (2002): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2002.

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

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

6.4 Organisation und Verantwortlichkeiten

- **Lenkungsgremium**

Arbeitskreis der PräventionsreferentInnen der Spitzenverbände der Krankenkassen:

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

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

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

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

See-Krankenkasse, Hamburg: Hans-Jürgen Faust, Lars Köster

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel: Ulrike Kiehl, Sabrina Klenk

Knappschaft, Bochum: Stefan Glahn

Medizinischer Dienst der SpiK, Essen: Mandy Handschuch, Dr. Peter Schröder

- **Projektrealisation**

MDS, Essen: Mandy Handschuch

Textbeitrag zum Schulprojekt „gesund leben lernen“: Martina Kolbe, Michael Thierbach, Irmtraut Windel, Susanne Zemlin