

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 2005

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

Vorwort

Mit der vorliegenden Dokumentation zum Berichtsjahr 2005 stellen die gesetzlichen Krankenkassen seit nunmehr fünf Jahren Transparenz über die von ihnen erbrachten Leistungen in der primären Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung auf Basis des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V her.

Ein zentrales Ergebnis aus den fünf Jahren Dokumentation ist die beobachtete kontinuierliche Ausweitung des Engagements der GKV in der Prävention und Gesundheitsförderung seit der Erstdokumentation im Jahr 2001. So ist die Zahl der gemeldeten Aktivitäten und Projekte in betrieblichen und nichtbetrieblichen Lebenswelten von Versicherten nach dem „Setting-Ansatz“ und der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ seit 2001 um über 250 % auf zusammen 3.390 Projekte in 2005 gestiegen. Über Interventionen nach diesen beiden Ansätzen ließen sich in 2005 den Schätzzahlen zufolge insgesamt etwa 2,6 Mio. Menschen in 24.680 Einrichtungen und Betrieben erreichen. Rechnet man die 1,2 Millionen Versicherten hinzu, die primärpräventive Kurs- und Seminarangebote nach dem „Individuellen Ansatz“ in Anspruch genommen haben, so lag die Gesamtsumme der über Präventionsleistungen erreichten Personen bei 3,7 Mio.

Diese Ergebnisse werden durch die Zahlen der GKV-Statistiken zu Ausgaben in der primären Prävention und Gesundheitsförderung bestätigt: Von 2000 bis 2005 sind die Gesamtausgaben der GKV für Primärprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung mit einer durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate von 34 Prozent von 43,1 Mio. Euro auf 179,9 Mio. Euro ausgeweitet worden. Damit haben die gesetzlichen Krankenkassen das für 2005 empfohlene Ausgabesoll von 2,70 Euro pro Versicherten nahezu ausgeschöpft.

Über die Jahre ließen sich ferner in den Dokumentationen qualitative Fortschritte u.a. im Hinblick auf die Bedarfsermittlung, Strukturbildung, Gewinnung von möglichst vielen für die Interventionen relevanten Kooperationspartnern, die Interventionen selbst sowie den Erfolgskontrollen verzeichnen.

Neben den Ergebnissen zu erbrachten Leistungen in der Prävention und Gesundheitsförderung berichtet die aktuelle Dokumentation für das Berichtsjahr 2005 beispielhaft über jeweils zwei Projekte zum nichtbetrieblichen Setting-Ansatz („gesund leben lernen“ und „Gesunde Schule“) und zur Betrieblichen Gesundheitsförderung („Airport Bremen hebt ab“ und „Gesund und Fit, ich mach mit!“ in Duisburg).

Für die Erstellung der Dokumentation sind Mitarbeiterinnen des MDS sowie die Fachreferentinnen und -referenten der GKV-Spitzenverbände für Prävention und Gesundheitsförderung verantwortlich. Für die sehr engagierte und konstruktive Zusammenarbeit bei der Sammlung, Erfassung und Auswertung der Daten sei Ihnen an dieser Stelle gedankt. Für die Textbeiträge und Lieferung von Informationsmaterial zu den in der aktuellen Dokumentation abgebildeten Projektbeispielen sei darüber hinaus den zuständigen Mitarbeitern aus den beteiligten Krankenkassen sowie Landesvereinigungen für Gesundheit aus Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt gedankt.

Ferner gilt der Dank den Sachverständigen der Beratenden Kommission der Krankenkassen-Spitzenverbände für Primärprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung. Sie begleiten kontinuierlich die Arbeiten an der Leistungsdokumentation mit kritisch-konstruktiven Beiträgen. In die diesjährige Dokumentation sind erneut Anregungen von Dr. Uwe Lenhardt, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) eingegangen.

Besonderer Dank ist den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den vielen Krankenkassen-Geschäftsstellen vor Ort auszusprechen. Sie zeigen bei der Umsetzung der 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

INHALTSVERZEICHNIS

1	<u>EINLEITUNG</u>	9
2	<u>PROJEKTBE SCHREIBUNG UND -ORGANISATION</u>	11
2.1	ZIELGRUPPEN VON AKTIVITÄTEN DER PRIMÄRPRÄVENTION	12
2.2	ERHEBUNGSINSTRUMENTE UND DOKUMENTATIONSVERFAHREN	12
2.3	DER DOKUMENTATIONSBERICHT FÜR DAS JAHR 2005	13
3	<u>ERGEBNISSE</u>	15
3.1	HINWEISE ZUR ERGEBNISBESCHREIBUNG	15
3.2	PRIMÄRPRÄVENTION IN NICHTBETRIEBLICHEN SETTINGS	17
	<i>3.2.1 Ergebnisse des Gesamtdatensatzes</i>	<i>19</i>
	3.2.1.1 Allgemeine Daten	20
	- Laufzeiten der Aktivitäten, Anzahl der erreichten Personen	20
	- Setting	22
	3.2.1.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen	23
	3.2.1.3 Kooperationspartner	24
	3.2.1.4 Koordination und Steuerung	25
	3.2.1.5 Bedarfsermittlung	25
	3.2.1.6 Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstatt	26
	3.2.1.7 Intervention	27
	- Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten	27
	- Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten	27
	- Art der Umgestaltung:	28
	- Methoden und Medien	29
	3.2.1.8 Erfolgskontrollen	31
	<i>3.2.2 Settingbezogene Auswertungen</i>	<i>33</i>
	3.2.2.1 Grundschule (n=271)	33
	3.2.2.2 Weiterführende Schulen (n=220)	35
	3.2.2.3 Berufsschule (n=190)	37
	3.2.2.4 Kindergarten/Kindertagesstätte (n=130)	38
	3.2.2.5 Stadtteil/Ort (n=60)	40
	3.2.2.6 Verein (n=49)	41
	<i>3.2.3 Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle bei vorhandener bzw. fehlender Entscheidungs-/Steuerungsstruktur</i>	<i>43</i>
	3.2.3.1 Bedarfsermittlung	43
	3.2.3.2 Intervention	44
	3.2.3.3 Erfolgskontrolle	46
	<i>3.2.4 Resümee</i>	<i>47</i>
	<i>3.2.5 Kassenartenübergreifendes Kooperationsprojekt bewährt sich im Alltag</i>	<i>49</i>

3.2.5.1	Das Teilprojekt Niedersachsen „Gesundheitsmanagement in Schulen – Schulisches Gesundheitsförderungsprojekt unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Schülerinnen und Schüler“	49
3.2.5.2	Das Teilprojekt Rheinland-Pfalz „Netzwerk Schulen für Gesundheit 21“	51
3.2.5.3	Das Teilprojekt Sachsen-Anhalt „Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule insbesondere in sozialen Brennpunkten“	53
3.2.6	„Gesunde Schule“ – Ein Pilotprojekt im Land Brandenburg	58
3.3	PRIMÄRPRÄVENTION NACH DEM INDIVIDUELLEN ANSATZ	64
3.3.1	<i>Inanspruchnahme</i>	65
3.3.2	<i>Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern</i>	66
3.3.3	<i>Leistungsanbieter</i>	67
3.3.4	<i>Inanspruchnahme nach Geschlecht und Alter</i>	68
3.3.5	<i>Resümee</i>	71
3.4	BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	72
3.4.1	<i>Ergebnisse des Gesamtdatensatzes</i>	74
3.4.1.1	Allgemeine Daten	75
	- Laufzeit der Gesundheitsförderungsmaßnahmen	75
	- Branchen, Anzahl an Standorten/Betrieben	77
	- Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte), erreichte Personen	78
3.4.1.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen	80
3.4.1.3	Außerbetriebliche Kooperationspartner	81
3.4.1.4	Koordination und Steuerung	82
3.4.1.5	Bedarfsermittlung	84
3.4.1.6	Gesundheitszirkel	85
3.4.1.7	Intervention	86
	- Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	86
	- Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	87
	- Art der Umgestaltung:	89
	- Methoden und Medien	90
3.4.1.8	Erfolgskontrolle	91
3.4.2	<i>Betriebsgrößenspezifische Auswertungen</i>	93
3.4.2.1	Allgemeine Daten	93
3.4.2.2	Schwerpunktmäßige Zielgruppen	94
3.4.2.3	Außerbetriebliche Kooperationspartner	94
3.4.2.4	Koordination und Steuerung	95
3.4.2.5	Bedarfsermittlung	95
3.4.2.6	Gesundheitszirkel	95
3.4.2.7	Intervention	96
3.4.2.8	Erfolgskontrolle	96
3.4.3	<i>Branchenbezogene Auswertungen</i>	97
3.4.3.1	Verarbeitendes Gewerbe (n=1.132)	97
3.4.3.2	Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (n=271)	99
3.4.3.3	Erbringung von Dienstleistungen (n=243)	100
3.4.3.4	Baugewerbe (n=228)	102
3.4.3.5	Handel (n=217)	103
3.4.3.6	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung (n=202)	105
3.4.4	<i>Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle bei vorhandenen bzw. fehlenden Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen</i>	107

3.4.4.1	Bedarfsermittlung	107
3.4.4.2	Intervention	108
3.4.4.3	Erfolgskontrolle	110
3.4.5	Resümee	111
3.4.6	"Airport Bremen hebt ab" – Gesundheitsförderung unter spezieller Berücksichtigung der Prävention muskuloskeletaler Erkrankungen bei alternden Belegschaften	114
3.4.6.1	Ausgangslage	114
3.4.6.2	Zielstellung	115
3.4.6.3	Vorgehen	116
3.4.6.4	Methoden der Datenerhebung	117
3.4.6.5	Mitarbeiterbefragung	117
3.4.6.6	Work-Ability- bzw. Arbeitsbewältigungs-Index (WAI/ABI)	117
3.4.6.7	Untersuchungsergebnisse (aus Mitarbeiterbefragung und WAI)	118
3.4.6.8	Maßnahmen	119
3.4.6.9	Ausblick	120
3.4.7	„Gesund und Fit, ich mach mit!“ – Ein Gesundheitsprojekt der TSTG Schienen Technik GmbH	121
3.4.7.1	Review zum Projekt	121
3.4.7.1.1	Zielstellung	121
3.4.7.1.2	Vorgehen	122
3.4.7.2	Projektverlauf (chronologisch)	122
3.4.7.2.1	Methoden der Datenerhebung	123
3.4.7.2.2	Methoden der Datenauswertung	124
3.4.7.2.3	Untersuchungsergebnisse	125
3.4.7.3	Erste Erfolgsbewertung	125
3.4.7.3.1	Sachstand zum Ende des Berichtjahres 2005	126
3.4.7.3.2	Ausblick	126
4	ZUSAMMENFASSUNG	127
5	FAZIT UND AUSBLICK	135
6	ANHANG	138
6.1	DOKUMENTATIONSBÖGEN	138
6.1.1	Dokumentationsbogen Setting-Ansatz	139
6.1.2	Auswertungsbogen individueller Ansatz	143
6.1.3	Dokumentationsbogen Betriebliche Gesundheitsförderung	144
6.2	TABELLEN	149
6.3	ZU GRUNDE LIEGENDE UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR	149
6.4	ORGANISATION UND VERANTWORTLICHKEITEN	151

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1:	Laufzeit der Aktivitäten insgesamt	20
Abb. 2:	Laufzeit von laufenden und abgeschlossenen Aktivitäten	21
Abb. 3:	Settings (Mehrfachnennungen möglich)	22
Abb. 4:	Schwerpunktmäßige Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)	23
Abb. 5:	Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)	24
Abb. 6:	Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)	25
Abb. 7:	Gesundheitszirkel	26
Abb. 8:	Inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten (Mehrfachnennungen möglich)	27
Abb. 9:	Intervention – Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten	28
Abb. 10:	Intervention – Art der Umgestaltung (Mehrfachnennungen möglich)	29
Abb. 11:	Intervention – angewandte Methoden (Mehrfachnennungen möglich)	30
Abb. 12:	Die Durchführung einer Erfolgskontrolle ist:	31
Abb. 13:	Erfolgskontrollen (Mehrfachnennungen möglich)	32
Abb. 14:	Bedarfsermittlung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	43
Abb. 15:	Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten – ein Vergleich	44
Abb. 16:	Inhaltliche Ausrichtung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	45
Abb. 17:	Erfolgskontrolle – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	46
Abb. 18:	Anzahl der Kursteilnehmer insgesamt – 2002 bis 2005	65
Abb. 19:	Anzahl der Kursteilnehmer in den jeweiligen Handlungsfeldern	66
Abb. 20:	Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern	67
Abb. 21:	Prozentuale Anteile der Altersgruppen – KM6 und Ergebnisse individueller Ansatz	68
Abb. 22:	Inanspruchnahme von Angeboten nach Alter und Geschlecht im Vergleich mit Gesamtergebnissen	70
Abb. 23:	Laufzeit der Aktivitäten insgesamt	75
Abb. 24:	Laufzeit von laufenden und abgeschlossenen Aktivitäten	76
Abb. 25:	Branchen	77
Abb. 26:	Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)	78
Abb. 27:	Schwerpunktmäßige Zielgruppe (Mehrfachnennungen möglich)	80
Abb. 28:	Außerbetriebliche Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)	81
Abb. 29:	Koordination/Steuerung (Mehrfachnennungen möglich)	83
Abb. 30:	Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)	84
Abb. 31:	Anzahl der pro Dokumentationsbogen gemeldeten Gesundheitszirkel	86
Abb. 32:	Inhaltliche Ausrichtung der Maßnahmen (Mehrfachnennungen möglich)	86
Abb. 33:	Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten	88
Abb. 34:	Intervention – Art der Umgestaltungen (Mehrfachnennungen möglich)	89
Abb. 35:	Angewandte Methoden (Mehrfachnennungen möglich)	90
Abb. 36:	Die Durchführung einer Erfolgskontrolle ist:	91
Abb. 37:	Durchgeführte Erfolgskontrollen – die Erfolgskontrolle bezog sich auf: (Mehrfachnennungen möglich)	91
Abb. 38:	BGF nach Branchen und Betriebsgrößenklassen	94
Abb. 39:	Bedarfsermittlung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	107
Abb. 40:	Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten – ein Vergleich	108
Abb. 41:	Inhaltliche Ausrichtung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	109
Abb. 42:	Erfolgskontrolle – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)	110

Anmerkung:

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

1 Einleitung

Mit der vorliegenden Dokumentation für das Berichtsjahr 2005 legen die Gesetzlichen Krankenkassen nunmehr zum fünften Mal in Folge ihre bundesweit erbrachten Leistungen in der primären Prävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V offen. Sie haben dabei – wie insbesondere auch die Zahlen aus GKV-Ausgabenstatistik zur Primärprävention und BGF zeigen – ihr Engagement seit Wiedereinführung des Paragraphen erheblich ausgeweitet. Lagen die Ausgaben hierfür im Jahr 2001 – dem Jahr in, dem die Dokumentation das erste Mal veröffentlicht wurde – insgesamt noch bei 67 Millionen Euro, so stiegen sie in 2005 auf mittlerweile 180 Mio. Euro an. Die jahresdurchschnittliche Steigerungsrate lag über diesen Zeitraum bei 28 %.

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

Besonderes Augenmerk liegt auf der Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit in der Bevölkerung. So richten sich die Krankenkassen mit präventiven und gesundheitsförderlichen Aktivitäten zwar grundsätzlich an alle Bevölkerungsschichten. Doch setzen sie ihren Schwerpunkt besonders auf Personen, die unter vergleichsweise ungünstigen sozialen Rahmenbedingungen leben – wie z.B. geringe Schulbildung, niedriges Einkommen, Arbeits- und Perspektivlosigkeit – und deshalb häufig größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind¹. 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 10. Februar 2006“. Danach werden nur solche Aktivitäten von Krankenkassen unterstützt, die die im Leitfaden für die Maßnahmen definierten Kriterien und die qualifikatorischen Anforderungen an die Anbieter erfüllen. Im Vorfeld der Maßnahmen sind die jeweiligen Ziele festzulegen, so dass sich die erreichten Veränderungen zum Ende eines Kurses prüfen lassen. Ferner müssen sich die Aktivitäten auf die in der Praxis bewährten Handlungsfelder „Bewegung“, „Ernährung“, „Stressbewältigung“ und „Umgang mit Genuss-/Suchtmitteln“ ausrichten.

¹ Vgl. Mielck 2000.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen passen den Leitfaden unter Beteiligung von unabhängigem Sachverstand kontinuierlich an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen an. So wurde der Leitfaden im Jahr 2003 zum Handlungsfeld „Bewegung“ aktualisiert. Eine weitere Überarbeitung erfolgte in 2006 zu den Themenfeldern „Stressbewältigung/ Entspannung“ und „Suchtmittelkonsum“ sowie zu den Lebenswelten Schule und Kommune/Stadtteil².

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“ (Settings³) 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. 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. 64 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 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**

² Vgl. Leitfaden Prävention 2006

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

der primärpräventiven Leistungen. Instrumente und Verfahren hierzu werden derzeit erprobt.

Darüber hinaus erarbeiten die Spitzenverbände der Krankenkassen (SpiK) momentan unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen und auf Basis eines systematischen Verfahrens sowohl zu primärpräventiven Maßnahmen als auch zur Betrieblichen Gesundheitsförderung **Präventionsziele** für die GKV⁴. Nach der Verabschiedung durch die GKV-Spitzenverbände ist vorgesehen, dass die Krankenkassen für einen bestimmten Zeitraum einen Fokus bei der Durchführung von präventiven und gesundheitsförderlichen Leistungen auch auf die Erreichung dieser Präventionsziele legen. Zum Ende dieser Zeit ist eine Prüfung der Zielerreichung anhand vorhandener Daten vorgesehen.

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 Empfehlungen⁵ in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) ein Dokumentationsverfahren zur bundesweit einheitlichen, krankenkassenartenübergreifenden Berichterstattung über erfolgte Leistungen in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt. Die Dokumentationsberichte werden in jährlichem Turnus erstellt und bilden die Aktivitäten des jeweiligen Berichtsjahres ab. Dabei handelt es sich um Leistungen, die durch die Krankenkassen selbst oder von deren Kooperationspartnern durchgeführt wurden, oder um solche, die von externen Institutionen ausgeführt, aber von den Krankenkassen (mit)finanziert wurden.

⁴ Vorbild hierfür ist die durch die Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) entwickelte Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen (vgl. IGA-Report, Nr. 8).

⁵Beratende 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 • Gesundheitsministerkonferenz der Länder Weitere Experten können themenspezifisch zu den Beratungen hinzugezogen werden Zu Themen der BGF: <ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Arbeitgeberverbände • Deutscher Gewerkschaftsbund 	Unterstützung der Spitzenverbände der Krankenkassen bei/durch <ul style="list-style-type: none"> • Weiterentwicklung des GKV-Leitfadens • Qualitätssicherung • Erfahrungsaustausch über Praxismodelle • Weitergabe wissenschaftlicher Erkenntnisse

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 nehmen dabei vorrangig motivierte, gesundheitsbewusste Versicherte wahr.

Zur Erreichung insbesondere von Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen konzentrieren sich die Krankenkassen auf den Setting-Ansatz. Der Setting-Ansatz, d.h. das Ansprechen der Menschen in ihren jeweiligen Lebensumfeldern, bietet gute Chancen, ein möglichst breites Spektrum an Personen zu erreichen und damit auch häufiger sozial benachteiligte Personen mit 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 Individuum selbst, sondern über das Individuum auch weitere Personen erreichen. So wurden beispielsweise nach den Ergebnissen dieser Dokumentation über Aktivitäten in Grundschulen oder Kindergärten meist auch die Familienangehörigen und LehrerInnen/Erzieherinnen der Kinder angesprochen.

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 2005 ist dies besonders am hohen Anteil an in Schulen durchgeführten Aktivitäten (insbesondere an Grundschulen) zu bemerken (vgl. Kap. 3.2.1.1, S. 22).

2.2 Erhebungsinstrumente und Dokumentationsverfahren

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

Diesen Dokumentationsbögen sind umfassende Ausfüllanleitungen beigelegt, mit deren Hilfe sich die Informationen weiter präzisieren lassen. Die Anleitungen 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 kontinuierlich aktualisiert, d.h. bei Bedarf um weitere Erläuterungen oder Beispiele ergänzt.

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

Der Erhebungsbogen zum Individuellen Ansatz fragt die Zahl der Kursteilnehmer hinsichtlich der Aspekte „Kursinhalt“ (Bewegung, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung, Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln), „Leistungserbringer“, „Geschlecht“ sowie „Alter“ ab.

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 festgelegt⁶.

2.3 Der Dokumentationsbericht für das Jahr 2005

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 Kursteilnahmen	Rücklauf Dokumentationsbögen (Anzahl)	
2005	1.167.618	859	2.531 (+3.125 AU-Profile*)
2004	803.000	622	2.563 (+2.665 AU-Profile*)
2003	542.000	638	2.164 (+628 AU-Profile*)
2002	352.000	454	1.895 (+463 AU-Profile*)
2001	--	143	1.189

*Fälle, in denen ausschließlich AU-Analysen durchgeführt wurden

Bei der Dokumentation von Leistungen zur Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V handelt es sich um eine *freiwillige* Selbstverpflichtung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Somit ist das Ausfüllen und Einreichen der Dokumentationsbögen freiwillig, so dass 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 bislang erfolgten Erhebungen hinweg sowie der nicht nur in den Dokumentationen berichteten, sondern auch in den Ausgaben für Primärprävention und Betrieblichen

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

che Gesundheitsförderung zu verzeichnenden Zunahme⁷ ist jedoch davon auszugehen, dass die große Mehrzahl aller Aktivitäten erfasst wurde. Die vorliegenden Daten stellen somit die gewünschte Transparenz über die GKV-Praxis in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung her.

⁷ Die Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen in der Primärprävention (§ 20 Abs. 1 SGB V) sind von 122,1 Mio. Euro in 2004 um 25 % auf 152,2 Mio. Euro in 2005 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 25,9 Mio. Euro in 2004 um 7 % auf 27,7 Mio. Euro in 2005 angestiegen (Quelle: GKV-Statistik KJ 1, Stand vom 15.06.05 und 04.09.06)

3 Ergebnisse

Der aktuelle Bericht für das Jahr 2005 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 sowohl zum nichtbetrieblichen Setting-Ansatz als auch zur BGF jeweils zwei Projekte vor. Bei diesen waren von Seiten der GKV als Kooperationspartner mindestens zwei Krankenkassen aus unterschiedlichen Kassensystemen beteiligt. Die beispielhaft vorgestellten Projekte dienen der Veranschaulichung, wie sich Prävention und Gesundheitsförderung nach dem nichtbetrieblichen Setting-Ansatz bzw. der BGF gestalten kann.

Bei den vorgestellten Projekten handelt es sich beim nichtbetrieblichen Setting-Ansatz um die Fortsetzung zum GKV-Schulprojekt „gesund leben lernen“ (Kap. 3.2.5, S. 49 ff.) und das Modellprojekt „Gesunde Schule“ (Kap. 3.2.6, S. 58 ff.). Zur BGF werden in vorliegendem Bericht die Projekte „Airport Bremen hebt ab“ (Kap. 3.4.6, S. 114 ff.) und „Gesund und Fit, ich mach mit!“ (Kap. 3.4.7, S. 121 ff.) dargestellt.

3.1 Hinweise zur Ergebnisbeschreibung

Wenn von einem Fall die Rede ist, dann ist damit jeweils ein ausgefüllter Dokumentationsbogen gemeint. Ein Dokumentationsbogen erfasst dabei Informationen zu einem berichteten zusammengehörenden Projekt. Dieses konnte bspw. bei Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz in einem Setting (z.B. einer Schulform, wie bspw. Hauptschule) und einer Einrichtung durchgeführt worden sein oder aber auch in mehreren Settings und Einrichtungen gleichzeitig (z.B. fünf Schulen (=5 Einrichtungen) der Haupt-, Real- und Gesamtschule (=3 Settings)).

Die Ergebnisdarstellung bezieht sich durchweg nur auf solche Fälle, bei denen Angaben zum jeweiligen Fragenkatalog (z.B. Kooperationspartner, Bedarfsermittlung) vorlagen.

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 Lebenswelten der Personen, die "Settings" eingebracht werden. Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz sprechen – anders als individuelle Kursangebote – nicht nur das Gesundheitsverhalten der Beteiligten an, sondern sind stark auf Strukturveränderungen hin zu einem 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. 72 ff.) in Betracht. Im Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen⁸ 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. Daher werden hier höhere Erfolgschancen für eine Befähigung zu einer gesunden Lebensführung gesehen. Auch können in Schulen, insbesondere in Grund-, Haupt- und Sonderschulen, verstärkt Kinder aus sozial benachteiligten Familien erreicht werden. Um das Engagement im Setting Schule zu fördern, haben die SpiK gemeinsam mit dem Bundesverband der Unfallkassen und der Beratenden Kommission für Primärprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung in 2004 entsprechende Empfehlungen herausgegeben⁹.

Seit Beginn der jährlichen Dokumentation von Präventionsleistungen der GKV im Jahr 2001 haben die Krankenkassen ihren Fokus bei Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz vorwiegend auf die Settings Schulen und Berufsschulen gelegt. Bei mindestens zwei Drittel aller im jeweiligen Berichtsjahr gemeldeten Fälle erfolgten die Interventionen in Schulen und/oder Berufsschulen, und darüber hinaus in weiteren Fällen noch in Kindergärten/Kindertagesstätten. Im Jahr 2005 wurden 83 % aller gemeldeten Projekte in mindestens einer Schulform, Berufsschule und/oder Kindergarten/-tagesstätte durchgeführt.

⁸ Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und 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. (Mittlerweile liegt der Leitfaden in der Fassung vom 10. Februar 2006, 2. korrigierte Auflage vom 15. Juni 2006, vor)

⁹ Empfehlungen zur Gesundheitsförderung in Schulen (2004)

Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz in Schulen umfasst die Bedarfsanalyse zur Ermittlung von schulspezifischen Belastungsschwerpunkten und Veränderungsbedarfen/-potenzialen, daraus resultierende Zieldefinitionen für die Interventionen und die Interventionen selbst. Diese zielen möglichst sowohl auf Schulstrukturen, -organisation und Curricula ab, 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“, „Gesundheitsgerechter Umgang miteinander“ oder „Sucht“. Veränderungen im Schulumfeld sind z.B. Gestaltungen der Schulen selbst, die Schaffung von Spielflächen, Schulmahlzeiten oder die Einführung von Sicherheitsmaßnahmen. Für umgebungs- und strukturbezogene Interventionen stellen Schüler-, Lehrer- und Elternschaft wichtige schulspezifische Kooperationspartner dar. Gesundheitsförderung in Schulen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe bindet das Wissen und die Ressourcen möglichst vieler weiterer außerschulischer Kooperationspartner ein, wie beispielsweise Unfallkassen, Gemeinden, Vereine/Verbände, wissenschaftliche Einrichtungen und Gesundheitsämter. Ebenfalls dient die Bildung von Netzwerken dem Wissens- und Erfahrungsaustausch unter Schulen und weiteren Einrichtungen. Qualitätskriterien für Interventionen in Schulen sind 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 Praxisbeispiel für inhaltliche und strukturelle Gestaltungsmöglichkeiten von Interventionen nach dem Setting-Ansatz. An diesem Projekt waren in 2005 insgesamt 63 Schulen und zwei Kindertagesstätten beteiligt.

Darüber hinaus wird in Kap. 3.2.6 (S. 58 ff.) das ebenfalls dreijährige Projekt „Gesunde Schule“ beispielhaft vorgestellt. Dieses Modellprojekt erfolgte in Brandenburg parallel zu „gesund leben lernen“. Gesundheitsförderung sollte hier als Organisationsentwicklung eingeführt und eng mit der Schulprogrammentwicklung verknüpft werden. Als zentrale Kooperationspartner waren Krankenkassen aus verschiedenen Krankenkassensystemen und mehrere staatliche Einrichtungen beteiligt. Zielgruppe waren hier besonders Kinder und Jugendliche aus sozialen Brennpunkten. An dem Modellprojekt nahmen zwei Förderschulen und eine Gesamtschule teil.

Vorliegende Dokumentation zum Berichtsjahr 2005 bildet zunächst die allgemeinen Ergebnisse über das bundesweite Leistungsgeschehen nach dem Setting-Ansatz ab. Die eingereichten Dokumentationsbögen berichten über Aktivitäten, die die Krankenkassen selbst durchgeführt haben sowie über Interventionen, zu denen die Krankenkassen ihre Ressourcen beispielsweise finanzieller oder fachlicher Art eingebracht haben.

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

Bei der Ergebnisdarstellung werden in der Praxis miteinander verbundene Elemente, wie die Durchführung von Bedarfsanalysen, die Bildung von Kooperationen und Steuerungsgremien, die Interventionen, der Einsatz von Methoden und Medien oder die Durchführung von Erfolgskontrollen, voneinander getrennt abgebildet.

Der Bericht gibt ausschließlich den Stand der Aktivitäten vom Start der Projekte bis zum Ende des Berichtsjahres wieder. Interventionen oder Erfolgskontrollen, die sich in 2005 noch in der Planungsphase befanden, sind dementsprechend nicht abgebildet.

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

3.2.1 Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

Wie die jährliche Dokumentation von primärpräventiven Leistungen seit ihrem Start im Jahr 2001 zeigt, weiten Gesetzliche Krankenkassen ihr Engagement in der Prävention und Gesundheitsförderung besonders bei Projekten in Settings fortwährend aus. Das setzt sich auch mit den Ergebnissen aus der Dokumentation für das Berichtsjahr 2005 fort: der Rücklauf an Dokumentationsbögen zum Setting-Ansatz ist im Vergleich zu 2004 noch einmal um 38 % angestiegen (2005: 859 Doku-Bögen, 2004: 622 Doku-Bögen).

Gleichzeitig konnten in 2005 über Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz wiederholt mehr Menschen als in den Jahren davor, nämlich insgesamt knapp zwei Millionen Personen erreicht werden. Die Rückmeldungen waren dabei zum Teil nicht vollständig¹⁰. Deshalb ist davon auszugehen, dass die hier gemeldete Summe zu niedrig geschätzt ist. In 2004 lag

¹⁰ Zum Teil lagen zu der aktuellen Dokumentation bei großen Projekten, an denen auch Krankenkassen beteiligt waren und die in einer großen Zahl an Einrichtungen mit entsprechend vielen Personen durchgeführt wurden, keine oder deutlich zu niedrige Zahlen vor. Dazu zählte bspw. das „Netzwerk Bildung und Gesundheit in NRW – Opus-NRW“, in das etwa 6.000 Schulen eingebunden waren, sowie der jährliche Nichtraucher-Wettbewerb „Be Smart, don't start“. An diesem haben im Schuljahr 2004/2005 bundesweit über 12.000 Klassen teilgenommen.

die Schätzzahl der erreichten Personen bei zusammen 1,9 Millionen und in 2003 noch bei 539.000.

Die Settingaktivitäten wurden im Jahr 2005 in insgesamt 18.300 Einrichtungen durchgeführt¹¹. 2004 lag die Gesamtzahl der gemeldeten Einrichtungen noch bei 16.700. Bei einem Projekt waren im Durchschnitt sieben Einrichtungen gleichzeitig in die Maßnahmen eingebunden. Diese konnten wiederum aus mehreren unterschiedlichen Settings gleichzeitig stammen (z.B. den Settings Haupt-, Real-, Gesamtschule und Gymnasium).

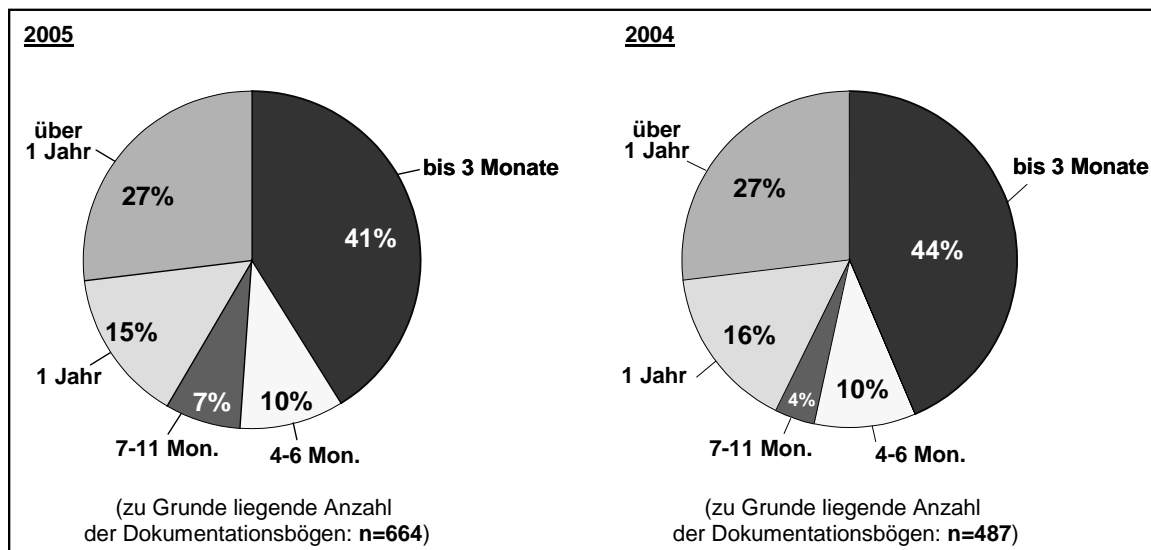
3.2.1.1 Allgemeine Daten

- Laufzeiten der Aktivitäten, Anzahl der erreichten Personen

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

In 42 % der Fälle waren die Aktivitäten für ein Jahr und länger angelegt. 41 % der Aktivitäten liefen bis zu drei Monaten. Gegenüber 2004 ist die Zahl an Aktivitäten mit einer Dauer von sieben bis elf Monaten angestiegen:

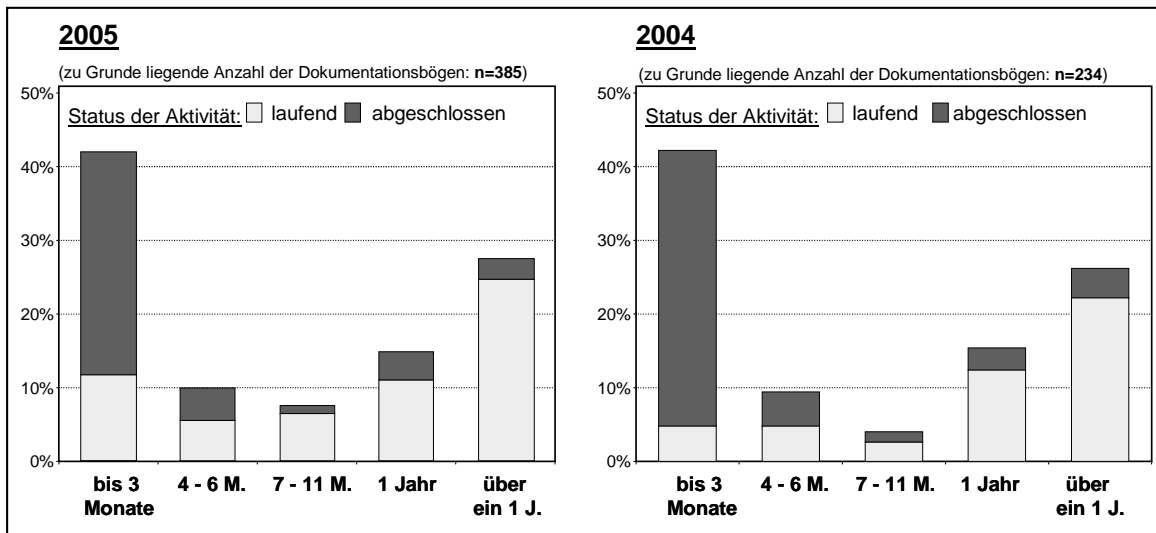
Abb. 1: Laufzeit der Aktivitäten insgesamt



Insgesamt 53 % der Aktivitäten liefen zum Ende des Berichtjahres noch, 47 % waren abgeschlossen. Bei den abgeschlossenen Projekten handelte es sich vorwiegend um kurz angelegte Projekte mit einer Laufzeit von bis zu drei Monaten (72 % davon abgeschlossen). Projekte mit einer Laufzeit von einem Jahr und länger liefen in 90 % der Fälle noch gegen Ende des Berichtjahres:

¹¹ Auch hier ist die Zahl eher unterschätzt (s. Kommentar in Fußnote 10).

Abb. 2: Laufzeit von laufenden und abgeschlossenen Aktivitäten



Bei 26 % der noch laufenden Fälle war die Mitwirkung der Krankenkassen abgeschlossen (2004: 16 %).

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

In 93 % aller Fälle lagen zur Zahl der erreichten Personen Schätzungen vor (2004: 94 %). Die Summe belief sich dabei auf 781.000 direkt erreichter Personen und auf weitere 1,2 Mio. über die Auswirkungen der Maßnahmen erreichte Personen¹². Somit konnten über den Setting-Ansatz den Schätzungen zufolge insgesamt etwa *zwei Millionen Menschen* erreicht werden¹³. In 2004 lag die Gesamtschätzsumme der erreichten Personen bei 1,9 Millionen Personen.

¹² In einem Maximalfall wurden im Rahmen eines Projektes, das an insgesamt 1.250 Grundschulen durchgeführt wurde, den Schätzungen zufolge etwa 90.000 Personen direkt und weitere 170.000 Personen über diese erreicht. Inhaltlich waren die Interventionen dort auf die Handlungsfelder „Bewegung“, „Stressreduktion/Entspannung“ und „Gesundheitsgerechter Umgang miteinander“ ausgerichtet.

¹³ Dabei ist die hier genannte Summe eher noch unterschätzt, da zu einigen bekanntermaßen größeren Projekten keine oder zu niedrige Schätzzahlen gemeldet wurden (s. Anmerkungen in Fußnote 10, S. Fehler! Textmarke nicht definiert.).

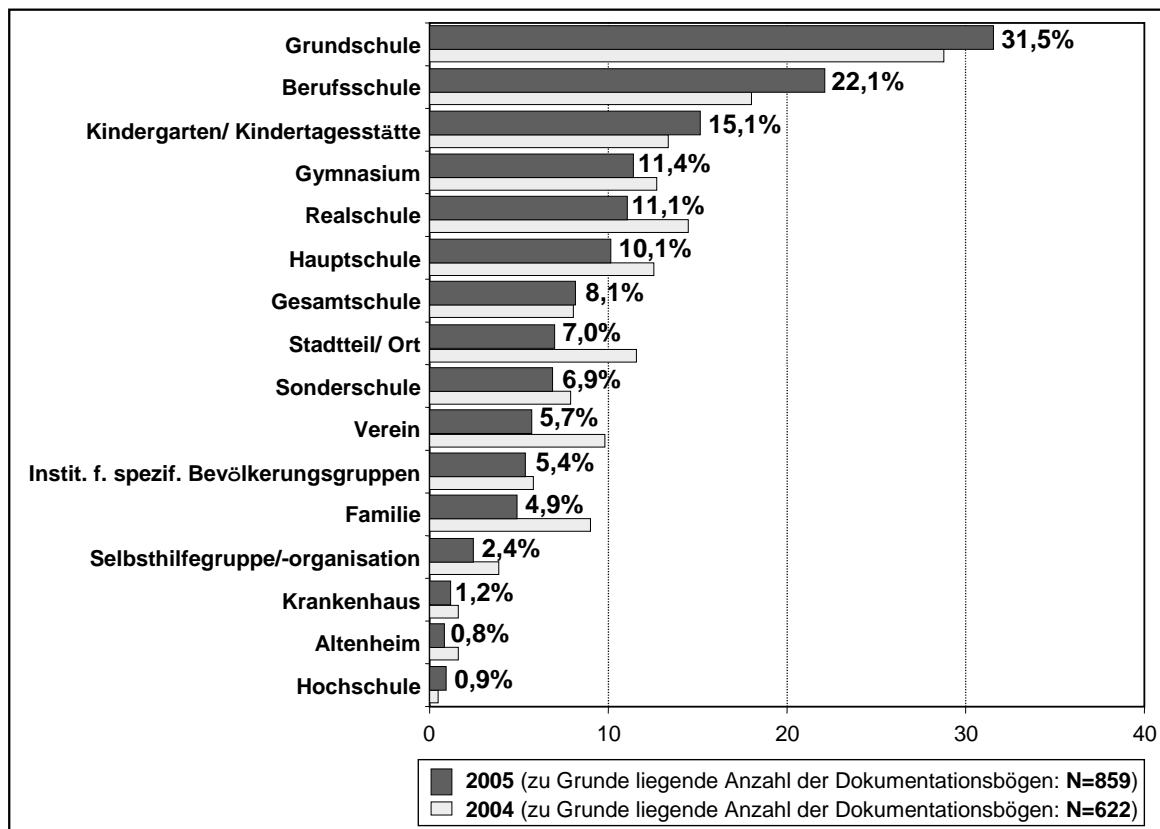
- Setting

In 2005 wurden Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz in über 18.300 Einrichtungen durchgeführt (2004: 16.700). Häufig erfolgten die Maßnahmen in mehreren bzw. vielen Einrichtungen gleichzeitig. Diese ließen sich wiederum oft unterschiedlichen Settings zuordnen (z.B. Maßnahmen in Haupt-, Real- und Gesamtschulen zugleich). In einem Maximalfall wurden 6.000 Einrichtungen gemeldet¹⁴.

Die Krankenkassen richteten ihr Augenmerk bei Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz stark auf Kinder und Jugendliche. Dies spiegelte sich – wie in den Berichtsjahren zuvor – auch im Jahr 2005 in der Wahl der Settings wider: So wurden die Settingaktivitäten bei 83 % aller Fälle in Schulen, Berufsschulen und/oder Kindergärten/-tagesstätten durchgeführt (in 70 % aller Fälle erfolgten dabei die Maßnahmen mindestens in Schulen bzw. Berufsschulen).

Die einzeln abgefragten Settings verteilten sich wie folgt:

Abb. 3: Settings (Mehrfachnennungen möglich)



¹⁴ Dabei handelt es sich um die Internetplattform „Schulsportportal NRW“ (www.schulsport-nrw.de). Diese richtet sich an alle, die im bzw. für den Schulsport in Nordrhein-Westfalen Verantwortung tragen und an einer Stärkung und Qualitätsentwicklung des Schulsports interessiert sind. An diese Plattform sind alle rund 6.000 Schulen in NRW angebunden.

Die Plattform vernetzt die Bemühungen und Zielsetzungen aller beteiligten Institutionen, Organisationen und Personen und stellt Informationen zu allen für die Schulsportentwicklung in Nordrhein-Westfalen relevanten Fragen bereit. Besonders werden darin Informationen zum Themenfeld „Gesundheitsförderung“ bereitgestellt (z.B. Moderationsmaterial zu „Lernen braucht Bewegung“), Hilfestellung zur Umsetzung von Maßnahmen angeboten (z.B. Schulhofgestaltung) sowie Veranstaltungen zu diesen Themen angekündigt (z.B. Kongress „Gute und gesunde Schule“). Das Portal spricht auch die Gesundheit von Lehrkräften an.

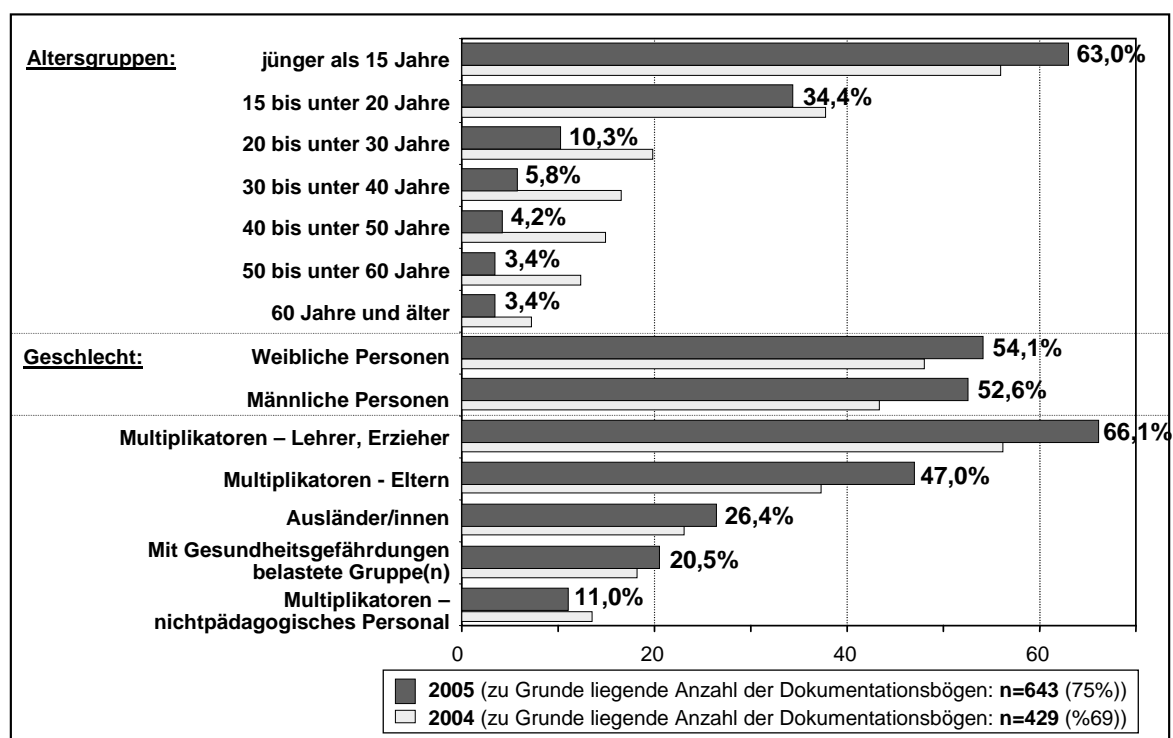
Der Schwerpunkt lag hier im Einzelnen – stärker noch als in 2004 – auf den Settings „Grundschulen“, „Berufsschulen“ und „Kindergärten/Kindertagesstätten“. Bei den weiterführenden Schulen wurden die Aktivitäten meist in mehreren Schularten gleichzeitig durchgeführt (z.B. in Schulzentren, die Haupt-, Real-, Gesamtschule und Gymnasium umfassten).

Im Vergleich zu 2004 sind Settingaktivitäten in 2005 besonders bei „Stadtteilen/Orten“, „Familien“ und „Vereinen“ zurückgegangen. „Familien“ wurden selten als Setting allein benannt, sondern meist zusammen mit „Grundschulen“, „Kindergärten/Kindertagesstätten“, „Stadtteilen/Orten“ sowie „Vereinen“.

3.2.1.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

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

Abb. 4: Schwerpunktmäßige Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)



Die Aktivitäten richteten sich in zwei Drittel der Fälle – deutlich häufiger als in 2004 – an Lehrer und Erzieher als Multiplikatoren (2004: 56 %). Auch wurden Eltern als Multiplikatoren häufiger angesprochen als noch in 2004 (2004: 37 %).

Stärker als im Jahr 2004 waren die Maßnahmen vorwiegend auf Kinder/Jugendliche im Alter von „unter 15 Jahren“ ausgerichtet. Etwas weniger als in 2004 sprachen sie hingegen die Altersgruppe der „15- bis 20-Jährigen“ an. Je älter die Personen waren, desto sel-

Darüber hinaus soll das "Schulsportportal NRW" mit einem speziellen Internetangebot für SchülerInnen auch zu einem wirksamen Instrument der gesundheitlichen Prävention im Kindes- und Jugendalter erweitert werden.

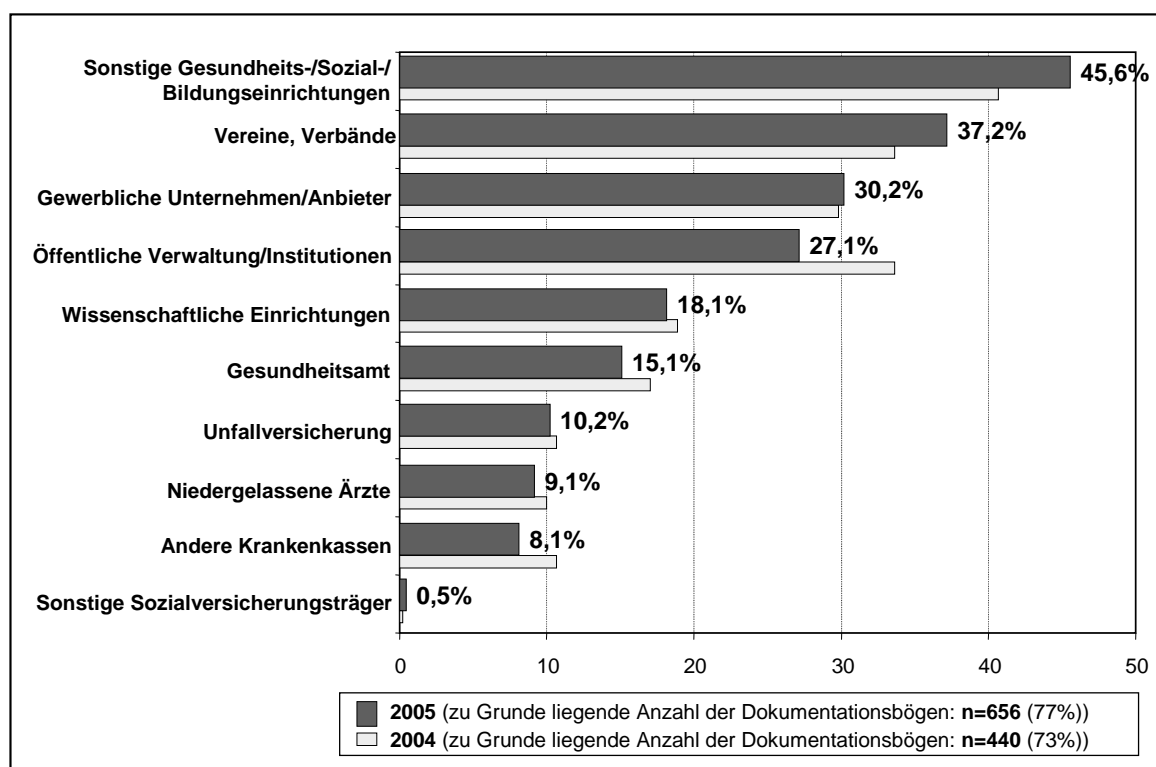
tener waren sie Zielgruppe von Settingaktivitäten. Tendenziell wurden ältere Zielgruppen im Jahr 2005 seltener angesprochen als noch in 2004.

In den meisten Fällen wurden weibliche und männliche Personen gleichzeitig benannt (92 %). Daher kann hier nicht von einer eigentlichen geschlechtsspezifischen Zielgruppenausrichtung ausgegangen werden.

3.2.1.3 Kooperationspartner

Der Themenblock „Kooperationspartner“ fragte nach Kooperationspartnern der Krankenkassen, die über die im Setting Verantwortlichen hinaus an den Aktivitäten beteiligt waren. Solche Kooperationen lagen in 77 % aller Fälle vor (2004: 73 %). Im Mittel waren bei bestehender Kooperation Partner aus zwei verschiedenen Einrichtungen gleichzeitig in die Aktivitäten eingebunden.

Abb. 5: Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)



Häufigst genannte Kooperationspartner waren „Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen“¹⁵, gefolgt von „Vereinen/Verbänden“, „Gewerblichen Unternehmen/Anbietern“ und „Öffentlicher Verwaltung/Institutionen, Ministerien“¹⁶. Im Vergleich zum Jahr 2004 wurden häufiger „Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen“ (2004: 41 %) sowie „Vereine/ Verbände“ (2004: 34 %) benannt. Auffallend seltener als in 2004 waren in 2005 die „Öffentliche Verwaltung/ Öffentliche Institutionen“ als Kooperati-

¹⁵ Dazu zählten u.a. Krankenhäuser, Deutsches Rotes Kreuz, Arbeiterwohlfahrt, Suchtberatungsstellen, Gesundheitszentren, Familienbildungsstätten, die VHS etc.

¹⁶ Gemeint sind Kommunen und Verwaltungseinrichtungen auf Bundes-, Landes-, Kreis- und Regionalebene, wie z.B. Schulamt, Jugendamt, Kultusbehörde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

onspartner an den gemeldeten Settingaktivitäten beteiligt (2004: 34 %). Es stellt sich die Frage, ob das Ergebnis auf einen möglichen Rückzug Öffentlicher Einrichtungen aus GKV-Kooperationsprojekten zum Setting-Ansatz zurückzuführen ist. Grundsätzlich ist hier seitens der GKV eine verstärkte Kooperation mit Öffentlichen Einrichtungen erwünscht.

3.2.1.4 Koordination und Steuerung

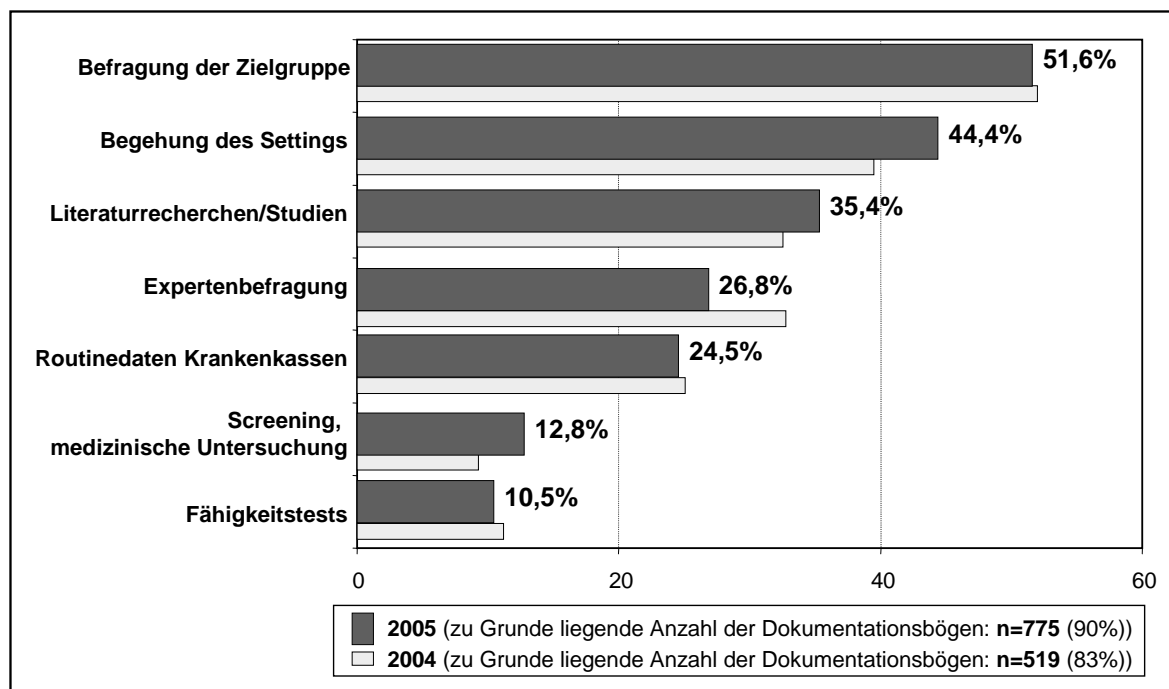
In 55 % aller Fälle wurde das Vorhandensein einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur bejaht (2004: 57 %). Feste Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen nehmen grundsätzlich, wie die Auswertungen zur Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle in Projekten mit bzw. solchen ohne Steuerungsstrukturen zeigen (Kap. 3.2.3, S. 43), einen hohen Stellenwert für die Qualität von Settingaktivitäten ein.

In 56 % der Fälle mit Angaben zur Vereinbarung wurde diese schriftlich getroffen. In 44 % lag eine mündliche Vereinbarung zur Durchführung von Settingaktivitäten vor (2004: 44 % schriftlich und 56 % mündlich).

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 2005 lagen bei 90 % aller Fälle Angaben zur Bedarfsermittlung vor (2004: 83 %). Im Mittel wurden dabei – wie auch in 2004 – pro Fall zwei Methoden der Bedarfsanalyse gleichzeitig eingesetzt.

Abb. 6: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



Am häufigsten wurde der Bedarf über eine „Befragung der Zielgruppe“, eine „Begehung des Settings“ sowie über „Literaturrecherchen/Studien“ abgefragt. Am vierthäufigsten, je-

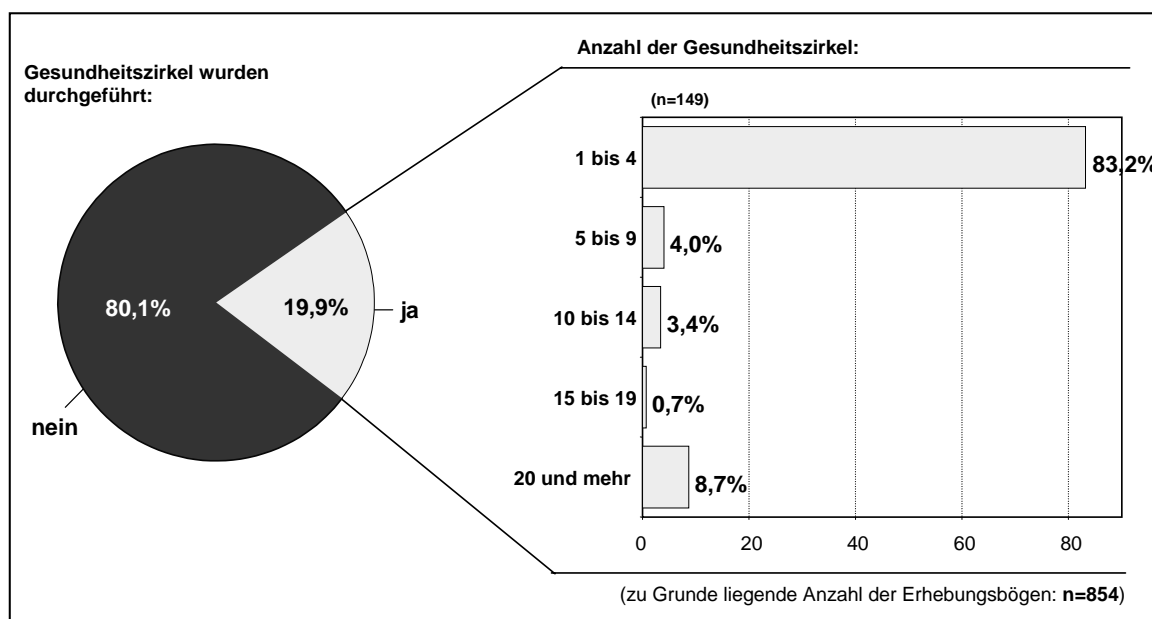
doch deutlich seltener als noch in 2004, erfolgte eine „Expertenbefragung“ (2004: 33 %). „Screenings, medizinische Untersuchungen“¹⁷ kamen etwas häufiger als im Jahr davor zum Einsatz (2004: 9 %). Am seltensten wurden „Fähigkeitstests“¹⁸ durchgeführt.

In 27 % der zur Bedarfsermittlung betrachteten Fälle führten die Akteure gleichzeitig eine „Zielgruppenbefragung“ und eine „Begehung des Settings“ durch – teilweise in Kombination mit weiteren Formen der Bedarfsanalyse. Nächsthäufigste Kombination war die gleichzeitige „Zielgruppen-“ und „Expertenbefragung“ (17 %, 2004: 19 %). In jeweils 14 % der hier betrachteten Fälle wurden die Bedarfsanalysen „Begehung des Settings“ und „Literaturrecherche/Studien“ bzw. „Befragung der Zielgruppe“ und „Literaturrecherchen/Studien“ miteinander verknüpft durchgeführt.

3.2.1.6 Gesundheitszirkel, Zukunftswerkstatt

Im Berichtsjahr 2005 ist die Zahl der durchgeführten Gesundheitszirkel im Vergleich zu 2004 deutlich angestiegen: Wurden in 2004 noch 2.941 Zirkel gemeldet (16 %), so waren es in 2005 bereits 3.390 berichtete Zirkel (20 %).

Abb. 7: Gesundheitszirkel



Bei 83 % der Fälle mit durchgeführten Gesundheitszirkeln wurden zwischen ein und vier Zirkel realisiert (2004: 81 %). Davon wiederum erfolgte zu 89 % ausschließlich ein Zirkel und zu 4 % fünf bis neun Zirkel in einem Projekt. In einem Maximalfall wurden 2.535 Zirkel an 2.535 Sonder-, Haupt-, Real-, Gesamtschulen und Gymnasien gemeldet.

„Zukunftswerkstätten“ wurden in 2005 eher selten eingerichtet (4 %, 2004: 4 %).

¹⁷ Messung von z.B. Blutdruck, Gewicht, Cholesterin, Hör-/ Sehtests etc.

¹⁸ Bspw. bewegungsmotorische Tests, Überprüfung von Kraft oder Ausdauer usw.

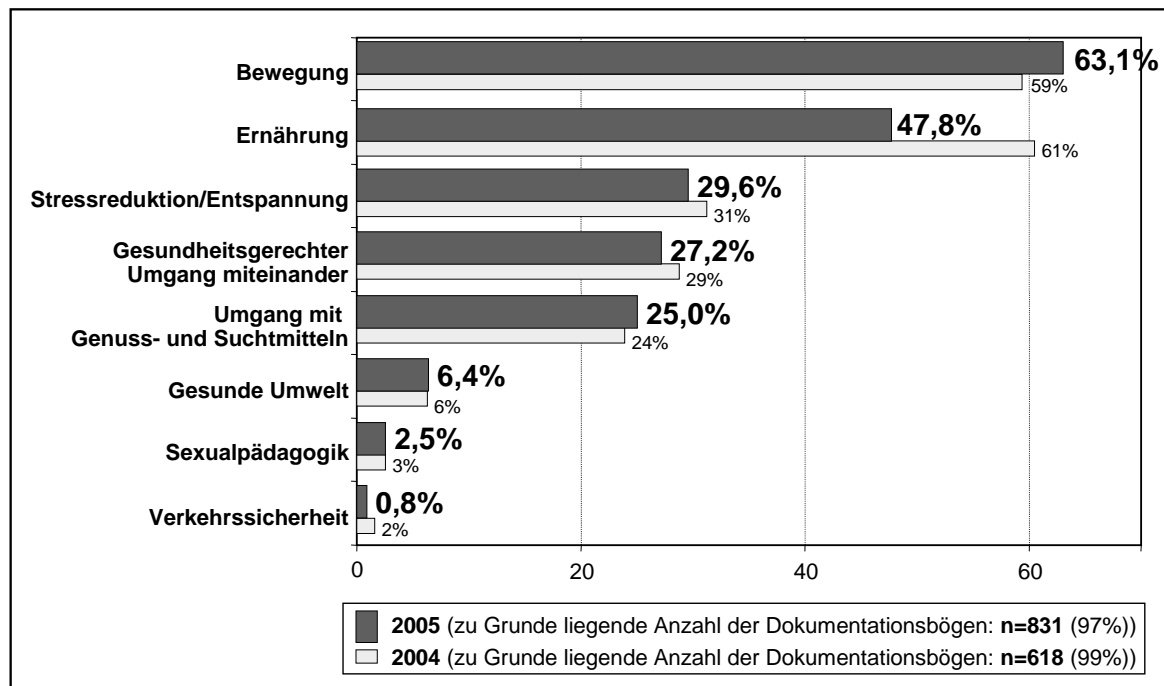
3.2.1.7 Intervention

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 2005 in 97 % aller Fälle Angaben vor (2004: 99 %). Im Durchschnitt wurden – wie auch in 2004 – pro Fall zwei Inhalte miteinander verknüpft thematisiert.

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



Am häufigsten waren die Interventionen auf die Handlungsfelder „Bewegung“ sowie „Ernährung“ ausgerichtet. Dabei ist der Anteil an ernährungsbezogenen Inhalten im Vergleich zu 2004 deutlich zurückgegangen.

Tendenziell greifen die Krankenkassen das zentrale Element Bewegung häufiger auf. Über Bewegung können sehr gut weitere Lebensgewohnheiten, wie z.B. die Ernährung, der Umgang mit Stress oder Sozialkontakte, angesprochen werden. So wurde in 60 % der Fälle, in denen die „Bewegung“ als Inhalt gemeldet wurde, mindestens noch ein weiterer Inhalt benannt. Dabei handelte es sich am häufigsten um die „Ernährung“ (für sich allein oder in Kombination mit weiteren Inhalten, 41 % der Fälle mit thematischer Ausrichtung auf „Bewegung“).

Über die Themen „Bewegung“ und „Ernährung“ hinaus wurden in 2005 noch oft die „Stressreduktion/Entspannung“, der „Gesundheitsgerechte Umgang miteinander“ sowie der „Verantwortliche Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ angesprochen.

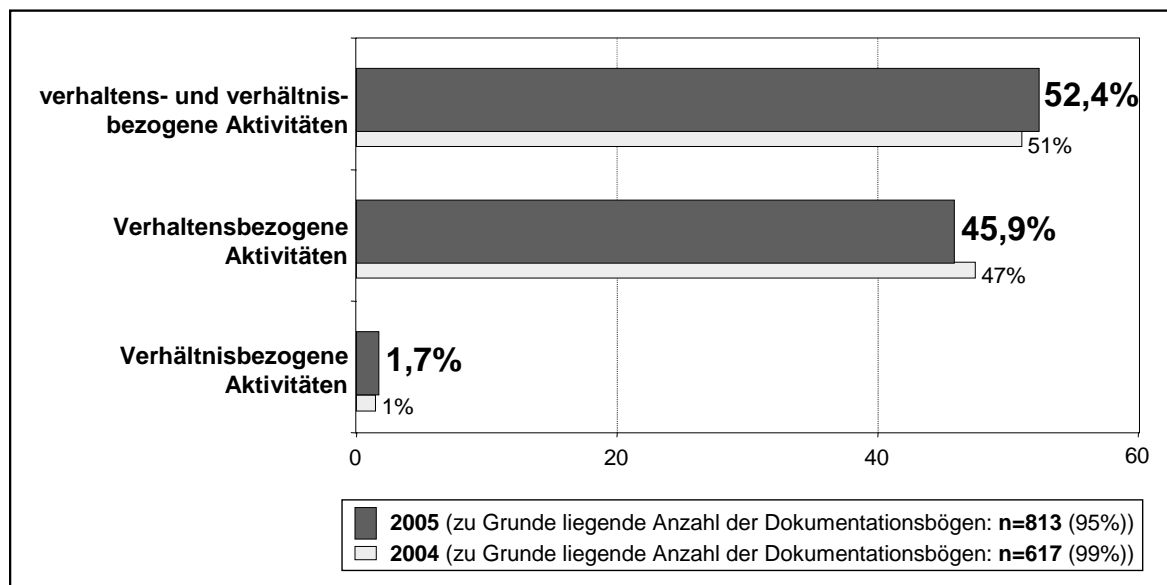
- Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten

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 gesundheitsbezogenen 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.

Abgesehen von den Ergebnissen aus dem Berichtsjahr 2002 waren die Aktivitäten in den Jahren 2003 bis 2005 stets in gut der Hälfte der Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Rein verhaltensbezogene Aktivitäten entsprachen ab 2003 Anteilen von 45 % bis 48 %. In 2005 waren 2 % der betrachteten Fälle rein auf die Verhältnisse im Setting bezogen:

Abb. 9: Intervention – Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten



- Art der Umgestaltung:

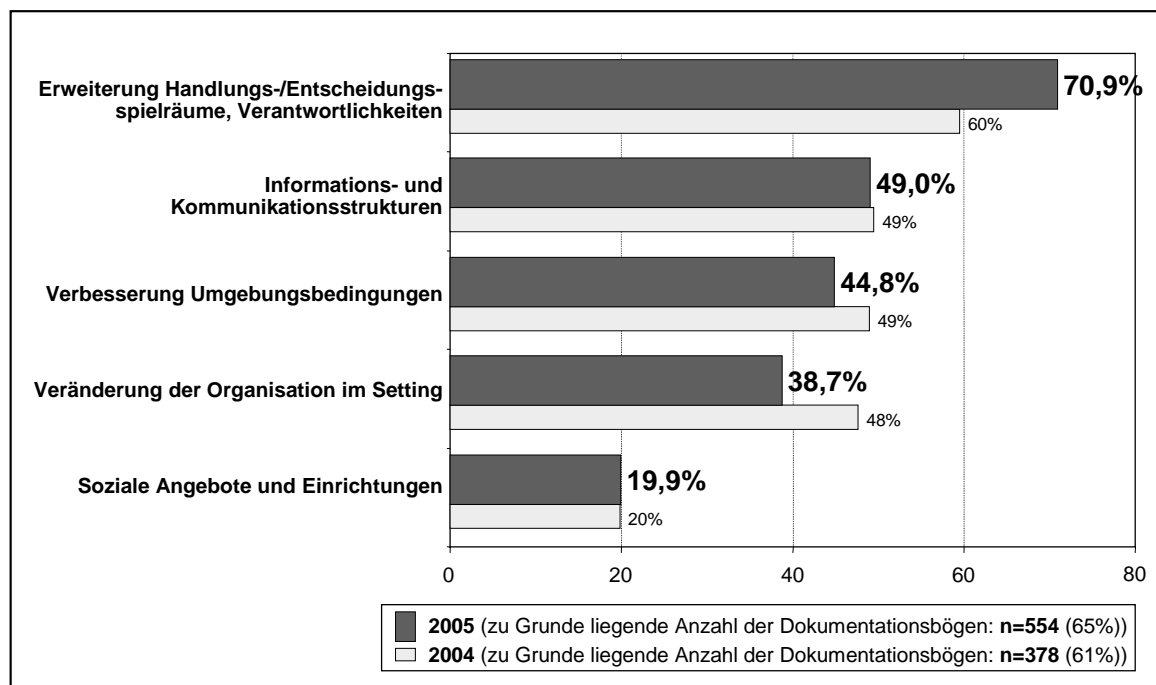
In 65 % aller Fälle lagen Angaben zur Art der Umgestaltung vor (2004: 61 %). Am häufigsten – und häufiger als in 2004 – betrafen die Veränderungen die „Erweiterung von Handlungs- / Entscheidungsspielräumen bzw. Verantwortlichkeiten“, dann „Informations- und Kommunikationsstrukturen¹⁹“, „Verbesserung von Umgebungsbedingungen²⁰“ sowie „Verände-

¹⁹ Dazu zählte auch der dauerhafte systematische Einsatz von Multiplikatoren (z.B. Peers).

²⁰ 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.

rung der Organisation im jeweiligen Setting²¹. Die Maßnahmen führten dabei in 2005 seltener zu organisatorischen Veränderungen als in 2004. Vergleichsweise selten waren die Aktivitäten auf eine Umgestaltung der „Sozialen Angebote und Einrichtungen“²² ausgerichtet:

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



In der Praxis wurden im Durchschnitt Veränderungen in zwei Bereichen gleichzeitig vorgenommen. Häufigste Kombinationen waren hier die „Erweiterung von Handlungs-, Entscheidungsspielräumen, Verantwortlichkeiten“ mit einer gleichzeitigen Verbesserung von „Informations- und Kommunikationsstrukturen“ (36 % der Fälle mit vorliegenden Angaben zur Art der Umgestaltung), ferner die „Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen ...und Verbesserung der Umgebungsbedingungen“ (29 %) sowie von „Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen ... und Veränderung der Organisation“ (jeweils 29 %).

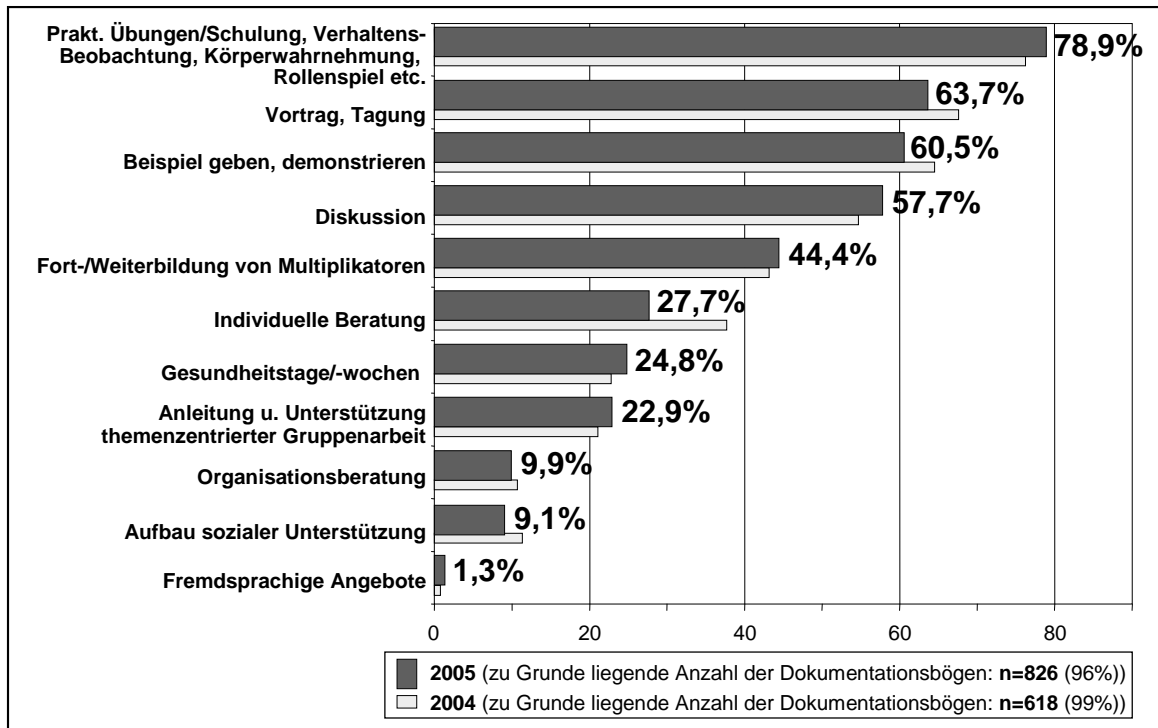
- Methoden und Medien

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

²¹ 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.

²² Dazu zählten bspw. die Umgestaltung von Aufenthaltsräumen, Einrichtung von Nichtraucherbereichen, Verbesserung von Sanitärräumen und -anlagen oder auch das Essensangebot bzw. dem Pausenverkauf in Schulen.

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



Am häufigsten kamen die Methoden „Praktische Übungen/Schulung, Verhaltensbeobachtung, Körperwahrnehmung, Rollenspiel etc.“²³, „Vortrag, Tagung“ und „Beispiel geben, demonstrieren“ zum Einsatz, gefolgt von „Diskussionen“, „Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren/Mediatoren“ sowie die „Individuelle Beratung“. Im Vergleich zu 2004 wurde die „Individuelle Beratung“ in 2005 deutlich weniger angeboten (2004: 38 %).

Im Durchschnitt wurden pro Fall vier Methoden gleichzeitig angewandt. Häufigste Viererkombination war die gleichzeitige Anwendung von „Praktischen Übungen ...“, „Vortrag, Tagung“, „Beispiel geben/Demonstrieren“ und „Diskussion“ (29 %). Bei 57 % davon wiederum erfolgte zusätzlich noch eine „Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren/Mediatoren“.

Die Medien „Faltblätter, Broschüren“ fanden deutlich am häufigsten Einsatz (82 %), gefolgt von „Übungsmanualen/ Arbeitsunterlagen“ (67 %), „Video, Foto, Overhead, Beamer etc.“ (53 %) sowie „Anschauungsmaterial/ Modelle“ (44 %) und „Ausstellungen, Plakate“ (25 %). Das „Internet“ fand vergleichsweise selten Anwendung (7 %).

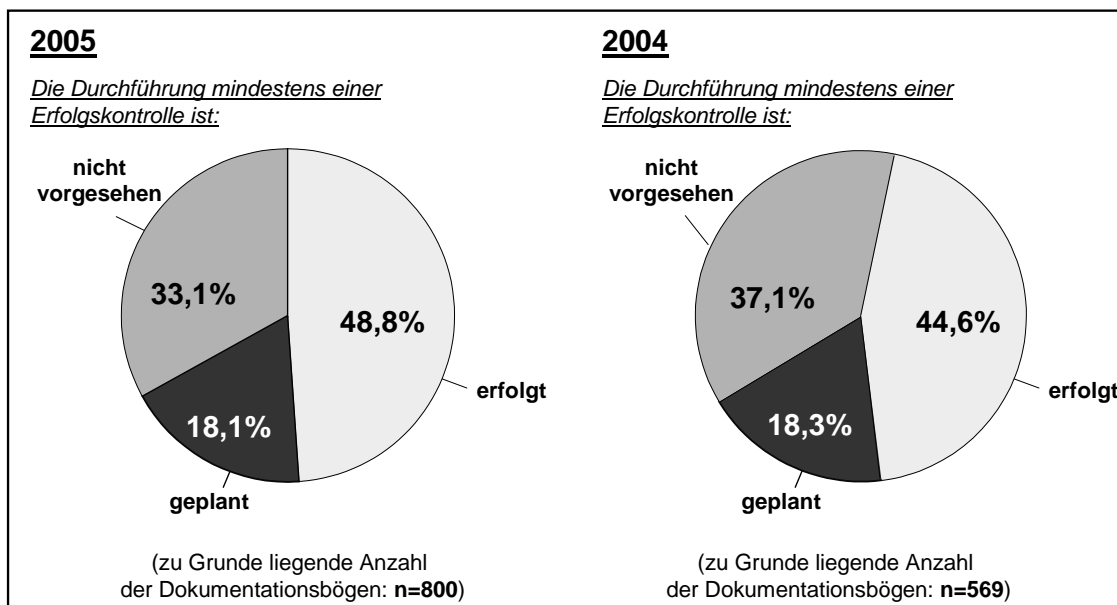
Im Durchschnitt wurden drei Medien gleichzeitig eingesetzt. Mit einem Anteil von 31 % handelte es sich dabei am häufigsten um die Medien „Faltblätter, Broschüren“, „Übungsmanualen/ Arbeitsunterlagen“, für sich allein oder in Kombination mit weiteren Medien. Bei 72 % dieser Fälle wurden zusätzlich mindestens noch „Anschauungsmaterial/Modelle“ eingesetzt.

²³ Hierzu zählten auch Kursprogramme, Gruppenberatungen oder Workshops.

3.2.1.8 Erfolgskontrollen

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

Abb. 12: Die Durchführung einer Erfolgskontrolle ist:



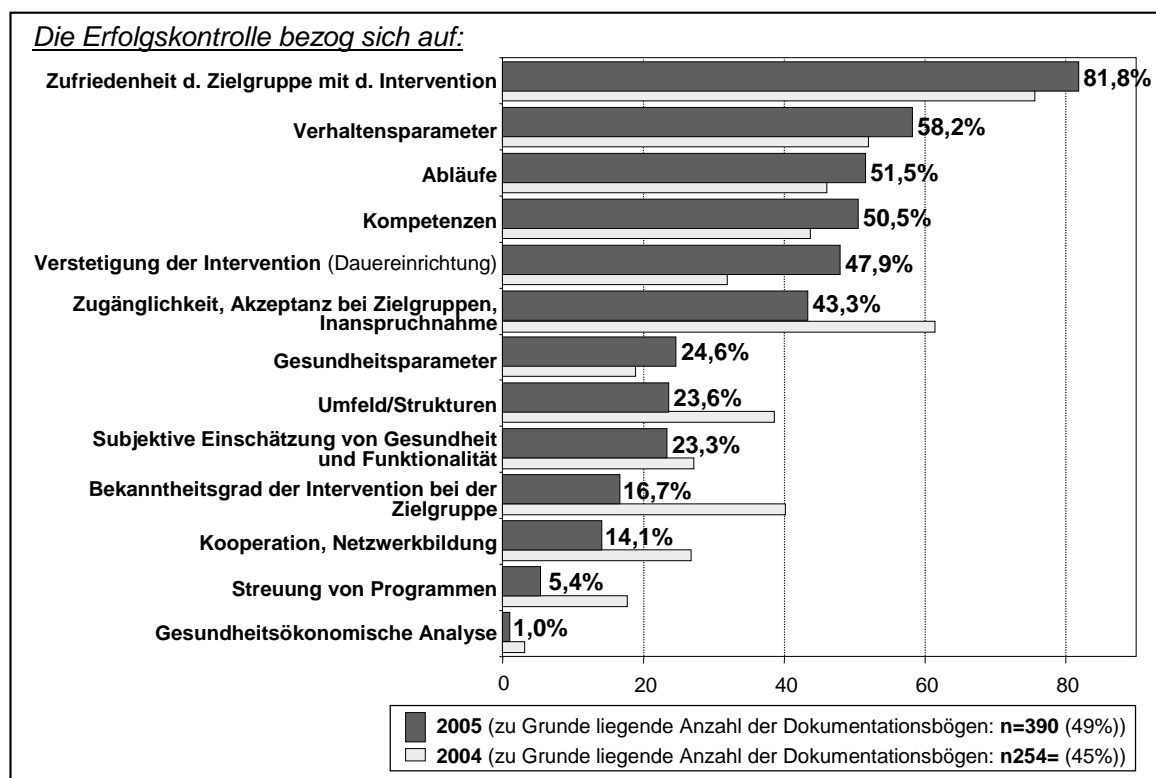
Der Anteil der sowohl vorgesehenen als auch der bereits durchgeführten Erfolgskontrollen ist von insgesamt 63 % aller betrachteten Fälle in 2004 auf 67 % in 2005 angestiegen. Bei einem Drittel waren Erfolgskontrollen nicht vorgesehen (2004: 37 %). Hierbei handelte es sich zu zwei Dritteln um Aktivitäten, die eine Laufzeit von bis zu drei Monaten hatten (67 %).

Die Erfolgskontrollen bezogen sich deutlich am häufigsten auf eine Abfrage von „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“. Dem folgten der Rangfolge nach die Prüfung von „Verhaltensparametern²⁴“, von „Abläufen“, von „Kompetenzen²⁵“, der „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“ sowie der „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“:

²⁴ Gemeint sind bspw. Ernährungs- oder Bewegungsmuster, Stressbewältigung, rückenschonendes Bewegen/Arbeiten ...

²⁵ Dazu zählen u.a. Wissen, Selbstbewusstsein oder die Mitwirkung bei der Umgestaltung des Umfelds.

Abb. 13: Erfolgskontrollen (Mehrfachnennungen möglich)



Im Vergleich zu 2004 wurde in 2005 auffallend häufiger die „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“ geprüft. Hingegen erfolgten Prüfungen von „Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe“, „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“ sowie „Umfeld/Strukturen“ in 2005 vergleichsweise weniger als in 2004

In 87 % der Fälle mit durchgeführter Erfolgskontrolle fand eine Prüfung mehrerer Faktoren statt, im Durchschnitt waren es pro Fall vier abgefragte Parameter. Am häufigsten wurden gleichzeitig die „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, „Verhaltensparameter“, „Abläufe“ und „Kompetenzen“ geprüft (36 % der Fälle, bei denen eine Erfolgskontrolle durchgeführt wurde). Meist, d.h. bei über 90 % dieser Fälle, wurde zusätzlich mindestens noch die „Verstetigung von Interventionen (Dauereinrichtung)“ abgefragt.

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 2005 wurde bei 70 % 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 waren²⁶. Dazu zählten „Kindergärten, Kindertagesstätten“ (15 %), „Stadtteile/Orte“ (7 %) sowie „Vereine“ (6 %). Bei „Institutionen für spezifische Bevölkerungsgruppen“, die ebenfalls mit einem Anteil von 5 % im Datensatz vertreten waren, streute die Art der Einrichtungen stark (z.B. Institutionen für Migranten, Jugendzentren, Frauengruppen). Entsprechend waren dort die Maßnahmen sehr unterschiedlich ausgerichtet. Eine übergreifende Ergebnisdarstellung dieses Settings würde kein adäquates Bild der Realität in den unterschiedlichen Einrichtungen ergeben. Aus diesem Grund wurde hier auf eine settingspezifische Auswertung verzichtet.

Es war im Berichtsjahr 2005 zu beobachten, dass Settingaktivitäten meist in mehreren weiterführenden Schularten gleichzeitig durchgeführt wurden. Bei diesen Schulen handelte es sich um Sonder-, Haupt-, Real-, Gesamtschulen und Gymnasien. Da sich dort entsprechend die Planung, Intervention und Erfolgskontrolle jeweils stark ähnelten, werden im Folgenden die 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 aufgrund der möglichen Mehrfachnennungen nicht trennscharf von denjenigen weiterer Settings abgrenzen lassen. Wurde z.B. gleichzeitig eine Schule und ein Verein als Setting benannt, dann flossen die Ergebnisse der Schule in das Setting Verein und umgekehrt ein. Bei der Ergebnisdarstellung wird also jeweils die Perspektive des betrachteten Settings eingenommen.

3.2.2.1 Grundschule (n=271)

In 189 von 271 Fällen (70 %) wurden Settingaktivitäten ausschließlich in Grundschulen durchgeführt. Bei den restlichen 82 Fällen erfolgten die Aktivitäten gleichzeitig in weiteren Settings, und zwar meist in „Haupt-“, „Real-“ und „Sonderschulen“.

Die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten lag hier bei 17 Monaten. Damit waren die Maßnahmen in Grundschulen tendenziell länger angelegt als in der Gesamtauswertung (13 Monate). 49 % dieser Aktivitäten hatten eine Laufzeit von einem Jahr und mehr, 36 % dauerten hingegen bis zu drei Monate an. Die gemeldete Maximallaufzeit lag in fünf Fällen bei acht Jahren.

²⁶ Detaillierte Ergebnisse zu allen abgefragten Settings lassen sich dem Tabellenband zur Dokumentation 2005 entnehmen.

In „Grundschulen“ wurden Schätzungen zufolge 229.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 307.000 Personen indirekt, insgesamt also 536.000 Personen erreicht (2004: insgesamt 461.000 erreichte Personen).

Bei 88 % der Fälle waren die Aktivitäten auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (Gesamt 75 %). Es handelte sich dabei überwiegend um Kinder „unter 15 Jahren“ (93 %) sowie um „Lehrer ...“ (89 %) und „Eltern als Multiplikatoren“ (70 %).

Kooperationen mit weiteren Partnern/Einrichtungen als den vor Ort Verantwortlichen wurden in Grundschulen häufiger als in der Gesamtauswertung gemeldet (89 %, Gesamt 77 %). Zu den häufigsten Kooperationspartnern zählten „Sonstige Gesundheits-, Bildungseinrichtungen“ (56 %, Gesamt 46 %), „Vereine, Verbände“ (42 %, Gesamt 37 %) und die „Öffentliche Verwaltung, Institutionen“ (28 %, Gesamt 27 %). Im Mittel lagen pro Fall zwei Kooperationen vor.

Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden in Grundschulen seltener bejaht als in der Gesamtauswertung (47 %, Gesamt 55 %). Vereinbarungen zur Durchführung der Maßnahmen wurden in 76 % der Fälle mit vorhandenen Angaben schriftlich getroffen und in 24 % mündlich (Gesamt 56 %, 44 %).

Bedarfsermittlungen erfolgten in Grundschulen häufiger als in der Gesamtauswertung (94 %, Gesamt 90 %). Im Mittel wurden pro Fall drei Methoden der Bedarfsanalyse gleichzeitig angewandt. Zu den am häufigsten eingesetzten Methoden zählten „Literaturrecherchen/ wissenschaftliche Studien“ (48 %, Gesamt 35 %), „Begehung des Settings“ (43 %, Gesamt 44 %) und „Befragung der Zielgruppe“ (37 % Gesamt 52 %).

Bei 23 % aller Fälle in Grundschulen wurden Gesundheitszirkel durchgeführt (Gesamt 20 %). Zukunftswerkstätten wurden hier mit einem Anteil von 17 % im Vergleich zur Gesamtauswertung überproportional häufig eingerichtet (Gesamt 4 %).

Inhaltlich waren die Aktivitäten in Grundschulen meist auf die Handlungsfelder „Bewegung“ und „Ernährung“ ausgerichtet, wobei die Bewegung vergleichsweise häufig thematisiert wurde (72 %, Gesamt 63 %). In Grundschulen wurde der Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln im Verhältnis gleich häufig angesprochen wie in der Gesamtauswertung (25 %, Gesamt 25 %). Die Aktivitäten waren hier, anders als in der Gesamtauswertung, häufiger rein verhaltensbezogen (56 %, Gesamt 46 %). Der Anteil der verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen lag bei 41 % (Gesamt 52 %). Im Mittel betrafen die Umgestaltungen zwei Bereiche gleichzeitig. Am häufigsten bezogen sich diese auf die „Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen ...“ , „Informations- und Kommunikationsstrukturen“ sowie „Verbesserung von Umgebungsbedingungen“. Dabei waren die Veränderungen in Grundschulen auffallend häufig auf „Informations- und Kommunikationsstrukturen“ ausgerichtet (67 %, Gesamt 49 %).

In Grundschulen wurden „Multiplikatoren/Mediatoren“ nennenswert häufiger fort- und weitergebildet als in der Gesamtauswertung (73 %, Gesamt 44 %). Hingegen erfolgten hier seltener „Individuelle Beratungen“ (16 %, Gesamt 28 %).

Erfolgskontrollen wurden in Grundschulen deutlich häufiger durchgeführt als in der Gesamtheit: Der Anteil an durchgeführten und geplanten Kontrollen lag hier bei 59 % und 22 % der betrachteten Fälle (Gesamt 49 % und 18 %). Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden im Mittel fünf Bereiche zusammen abgeprüft. Am häufigsten bezogen sich die Kontrollen auf „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, „Kompetenzen“, „Abläufe“, „Verhaltensparameter“ sowie „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“.

3.2.2.2 Weiterführende Schulen (n=220)

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 183 von 220 Fällen (83 %), bei denen mindestens eine weiterführende Schulart benannt wurde, erfolgten die Aktivitäten ausschließlich in weiterführenden Schulen. Bei einem Viertel der restlichen 37 Fälle erfolgten Interventionen mindestens noch im Setting „Grundschule“.

Die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten in weiterführenden Schulen lag mit 24 Monaten pro Fall deutlich höher als diejenige im Gesamtdatensatz (13 Monate/Fall). 64 % der Fälle mit vorhandenen Angaben zur Laufzeit waren dabei für ein Jahr und länger angelegt (Gesamt 42 %). Speziell in Sonderschulen war der Anteil an Projekten, die ein Jahr und länger liefen, vergleichsweise hoch (69 %). 19 % der Interventionen in weiterführenden Schulen hatten eine Laufzeit von bis zu drei Monaten (Gesamt 41 %).

In weiterführenden Schulen konnten den Schätzungen zufolge 402.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 494.000 Personen erreicht werden. Den Gesamtschätzungen zufolge wurden somit in weiterführenden Schulen über Settingaktivitäten insgesamt 896.000 Personen erreicht.

Die Aktivitäten waren hier häufiger als in der Gesamtauswertung auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (82 %, Gesamt 75 %). Bei den Zielgruppen handelte es sich vorwiegend um Kinder/Jugendliche im Alter von „unter 15 Jahren“ (78 %) und von „15 bis 19 Jahren“ (63 %). Ferner sprachen die Aktivitäten in weiterführenden Schulen oft „Lehrer als Multiplikatoren“ an (66 %). Diese waren auffallend oft in Sonderschulen Zielgruppe von Settingaktivitäten (84 %). Im Vergleich zu den Gesamtergebnissen wurden in weiterführenden Schulen häufiger „Ausländer/innen“ angesprochen (38 %, Gesamt 26 %).

Vergleichsweise oft, d.h. in 88 % der betrachteten Fälle, wurden weitere Kooperationspartner als die vor Ort Verantwortlichen in die Settingaktivitäten eingebunden (Gesamt 77 %). Im Mittel waren pro Fall drei Kooperationspartner an den Maßnahmen beteiligt. Bei diesen handelte es sich am häufigsten um „Sonstige Gesundheits-, Bildungseinrichtungen“, „Vereine/ Verbände“ sowie „Öffentliche Verwaltung, Institutionen“. Häufiger als in

der Gesamtauswertung waren „Öffentliche Verwaltung/Institutionen“ (45 %, Gesamt 27 %) und „Vereine/ Verbände“ Kooperationspartner bei Settingaktivitäten in weiterführenden Schulen (51 %, Gesamt 37 %).

In weiterführenden Schulen wurden vergleichsweise häufig Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet (78 %, Gesamt 55 %). Dabei war der Anteil an vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen besonders in Sonder- und Gesamtschulen hoch (85 %, 83 %). Vereinbarungen zur Durchführungen von Settingaktivitäten wurden in 61 % der Fälle schriftlich und in 39 % mündlich getroffen.

Eine Bedarfsermittlung erfolgte in den weiterführenden Schulen am häufigsten 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 (38 %, Gesamt 27 %). Im Mittel fanden bei der Bedarfsanalyse zwei Methoden gleichzeitig Anwendung.

Gesundheitszirkel wurden hier mit einem Anteil von 36 % im Vergleich zur Gesamtheit sehr häufig durchgeführt (Gesamt 20 %). Sie wurden dabei besonders oft in Sonderschulen durchgeführt (48 %). Weniger erfolgten sie in Realschulen und Gymnasien (jeweils 30 %). Bei 12 % der betrachteten Schulen wurde ferner eine Zukunftswerkstatt eingerichtet (Gesamt 4 %). Eine solche gab es am häufigsten in Sonder- und Gesamtschulen (jeweils 14 %).

In weiterführenden Schulen standen die Inhalte „Bewegung“ und „Ernährung“ im Vordergrund der Settingaktivitäten, wobei hier die Interventionen zum Handlungsfeld „Bewegung“ einen geringeren Anteil einnahmen als in der Gesamtauswertung (52 %, Gesamt 63 %). Vergleichsweise häufig waren die Interventionen auch auf „Stressreduktion/Entspannung“ (45 %, Gesamt 30 %) und „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ (39 %, Gesamt 25 %) ausgerichtet. Die „Stressreduktion/Entspannung“ wurde auffallend oft in Sonderschulen (60 %), der „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ häufig in Hauptschulen und Gymnasien thematisiert (48 % und 50 %). Die Aktivitäten waren zu 62 % verhältnis- und verhaltensbezogen (Gesamt 52 %) und zu 37 % rein verhaltensbezogen (Gesamt 46 %). In fünf Fällen waren sie rein verhältnisbezogen. Der Anteil an verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen war in Sonderschulen am höchsten (70 %). In Realschulen waren die Aktivitäten vergleichsweise häufig rein verhaltensbezogen (43 %). Die Umgestaltungen waren im Durchschnitt pro Fall auf drei Bereiche gleichzeitig ausgerichtet. Am häufigsten bezogen sie sich auf „Erweiterung von Handlungs-, Entscheidungsspielräumen/ Verantwortlichkeiten“, „Verbesserung von Umgebungsbedingungen“ sowie „Informations- und Kommunikationsstrukturen“.

Bei 53 % der hier betrachteten Fälle wurden Erfolgskontrollen durchgeführt (Gesamt 49 %). Bei weiteren 21 % waren sie noch geplant (Gesamt 18 %). Besonders viel durchgeführte und geplante Erfolgskontrollen waren in Sonderschulen zu verzeichnen (zusammen 86 %).

Zu den fünf häufigst genannten Parametern zählten „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen...“, „Verhaltensparameter“, „Ab-

läufe“ sowie „Kompetenzen“. Im Vergleich zu den Gesamtergebnissen bezogen sich die Erfolgskontrollen in weiterführenden Schulen häufiger auf „Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe“ (40 %, Gesamt 17 %), „Subjektive Einschätzung von Gesundheit und Funktionalität“ (42 %, Gesamt 23 %), „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“ (61 %, Gesamt 43 %) sowie „Kooperation/Netzwerkbildung“ (32 %, Gesamt 14 %). Etwas seltener als in der Gesamtauswertung bezogen sie sich auf „Gesundheitsparameter“ (22 %, Gesamt 25 %).

3.2.2.3 Berufsschule (n=190)

In 153 von 190 Fällen (81 %) erfolgten Interventionen nach dem Setting-Ansatz ausschließlich in „Berufsschulen“. Bei den restlichen 37 Fällen wurden weitere Settings benannt. Dabei handelte es sich bei knapp zwei Dritteln (23 Fälle) um „Haupt-“, „Realschulen“ und/oder „Gymnasien“.

Die Laufzeiten der Aktivitäten waren in Berufsschulen tendenziell kürzer angelegt als in der Gesamtauswertung: So lag die durchschnittliche Laufzeit der Settingaktivitäten hier bei elf Monaten (Gesamt 13 Monate/Fall). 36 % der Interventionen dauerten ein Jahr und länger an (Gesamt 42 %), 51 % der Aktivitäten hatten eine Laufzeit von bis zu drei Monaten (Gesamt 41 %).

In „Berufsschulen“ konnten den Schätzungen zufolge 149.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 84.000 Personen, insgesamt also 233.000 Personen erreicht werden.

Die Aktivitäten waren hier weniger als im Gesamtdatensatz auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (62 %, Gesamt 75 %). Bei den Zielgruppen handelte es sich vorwiegend um Jugendliche und junge Erwachsene von „15 bis 19 Jahren“ (86 %) sowie um „Lehrer als Multiplikatoren“ (50 %). Die Aktivitäten zielten in Berufsschulen doppelt so häufig wie in der Gesamtauswertung auf „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“ ab (43 %, Gesamt 21 %).

In Berufsschulen wurden deutlich weniger Kooperationspartner gemeldet als in der Gesamtauswertung (59 %, Gesamt 77 %). Im Mittel waren bei den Fällen, bei denen Angaben zu einer Kooperation vorlagen, zwei verschiedene Einrichtungen gleichzeitig in die Maßnahmen eingebunden. Häufigst genannte Kooperationspartner waren „Sonstige Gesundheits- Sozial- und Bildungseinrichtungen“, „Sonstige gewerbliche Anbieter/Unternehmen“ sowie „Vereine/Verbände“. Die „Unfallversicherung“ war hier im Vergleich zur Gesamtauswertung gut zweieinhalb Mal häufiger Kooperationspartner bei Settingaktivitäten (26 %, Gesamt 10 %).

Bei 60 % der gemeldeten Settingaktivitäten in Berufsschulen war eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur vorhanden (Gesamt 55 %). 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 56 %).

Bedarfsanalysen erfolgten in Berufsschulen etwas häufiger als in der Gesamtauswertung (94 %, Gesamt 90 %). Dabei griffen die Akteure im Durchschnitt pro Fall auf drei Methoden zur Bedarfsanalyse zurück (Gesamt zwei/Fall). Im Einzelnen handelte es sich dabei meist um die Methoden „Zielgruppenbefragung“ und „Auswertungen von Routinedaten der Krankenkassen“. Im Vergleich zur Gesamtauswertung wurde in Berufsschulen häufiger auf „Routinedaten der Krankenkassen“ zurückgegriffen (36 %, Gesamt 25 %) sowie „Settingbegehungen“ durchgeführt (55 %, Gesamt 44 %).

Gesundheitszirkel wurden in Berufsschulen vergleichsweise selten durchgeführt. Der Anteil lag hier bei 8 % (Gesamt 20 %). Die Einrichtung einer Zukunftswerkstatt wurde bei 3 % der betrachteten Fälle bejaht (Gesamt 4 %).

Die Interventionen waren inhaltlich vorwiegend auf „Bewegung“ ausgerichtet (79 %, Gesamt 63 %). Dem folgten der Häufigkeit nach und mit geringeren Anteilen als in der Gesamtauswertung die Themen „Ernährung“ (35 %, Gesamt 48 %) sowie „Stressreduktion/Entspannung“ (26 %, Gesamt 30 %). Im Mittel sprachen die Interventionen zwei Inhalte gleichzeitig an.

Die Aktivitäten waren zu 41 % verhältnis- und verhaltensbezogen (Gesamt 52 %) und zu 57 % rein verhaltensbezogen (Gesamt 46 %).

Die Umgestaltungen waren im Durchschnitt auf zwei Bereiche gleichzeitig ausgerichtet. Dabei handelte es sich vorwiegend um „Erweiterung von Handlungs-/ Entscheidungsspielräumen/Verantwortlichkeiten“ und „Verbesserung von Umgebungsbedingungen“. Im Vergleich zur Gesamtauswertung war hier der Anteil an Maßnahmen, die zu einer „Verbesserung der Umgebungsbedingungen“ führten, höher (51 %, Gesamt 45 %). Die Aktivitäten betrafen hingegen weniger die Veränderung von „Informations-/Kommunikationsstrukturen“ (33 %, Gesamt 49 %).

In 50 % der Fälle aus Berufsschulen wurden Erfolgskontrollen durchgeführt (Gesamt 49 %). Bei 8 % war die Durchführung noch geplant (Gesamt 18 %). Im Mittel bezogen sich die Kontrollen pro Fall auf vier Bereiche gleichzeitig. Dabei handelte es sich am häufigsten um die Abfrage von „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“, „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“ sowie „Abläufen“. Im Vergleich zur Gesamtauswertung wurden in Berufsschulen deutlich häufiger „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“ (61 %, Gesamt 43 %) und „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“ geprüft (92 %, Gesamt 82 %). Seltener bezogen sich hier die Kontrollen auf „Verhaltensparameter“ (35 %, Gesamt 58 %), „Kompetenzen“ (33 %, Gesamt 51 %) und „Abläufe“ (52 %, Gesamt 40 %).

3.2.2.4 Kindergarten/Kindertagesstätte (n=130)

In 94 von 130 Fällen (72 %), bei denen „Kindergärten/-tagesstätten“ als Setting benannt wurden, erfolgten die Aktivitäten ausschließlich dort. Bei den restlichen 36 Fällen wurden als weitere Settings am häufigsten „Familie“, „Grundschule“ und/oder „Stadtteil/Ort“ benannt.

Die durchschnittliche Laufzeit der Settingaktivitäten lag hier bei 15 Monaten pro Fall (Gesamt 13 Monate). 45 % der betrachteten Fälle hatte eine Laufzeit von einem Jahr und länger (Gesamt 42 %). 48 % der Aktivitäten liefen bis zu drei Monate (Gesamt 41 %).

In „Kindergärten/-tagesstätten“ konnten den Schätzungen zufolge 65.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 170.000 Personen, insgesamt also 235.000 Personen erreicht werden.

Die Aktivitäten waren hier in 73 % der betrachteten Fälle auf schwerpunktmäßige Zielgruppen ausgerichtet (Gesamt 75 %). Es handelte sich dabei vorwiegend um Kinder „unter 15 Jahren“ (80 %) und um „Erzieher als Multiplikatoren“ (83 %) sowie um „Eltern als Multiplikatoren“ (71 %).

In 85 % der Fälle aus Kindergärten/-tagesstätten waren weitere Kooperationspartner als die vor Ort Verantwortlichen an den Settingaktivitäten beteiligt (Gesamt 77 %). Bei Bejahung einer Kooperation wurden im Durchschnitt pro Fall zwei Partner aus verschiedenen Einrichtungen benannt. Dabei handelte es sich am häufigsten um Kooperationen mit „Vereinen/ Verbänden“, „Sonstigen Gesundheits-, Bildungseinrichtungen“ sowie „Sonstigen gewerblichen Anbietern/Unternehmen“. Im Vergleich zur Gesamtauswertung lagen vergleichsweise oft Kooperationen mit „Gesundheitsämtern“ vor (26 %, Gesamt 15 %).

Deutlich häufiger als in der Gesamtauswertung, d.h. bei 70 % der Fälle in Kindergärten/-tagesstätten, wurden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet (Gesamt 55 %). Vereinbarungen erfolgten in 58 % der betrachteten Fälle schriftlich und in 42 % mündlich.

In Kindergärten/-tagesstätten griffen die Akteure bei der Bedarfsermittlung häufiger als in der Gesamtauswertung auf „Zielgruppenbefragung“ (63 %, Gesamt 52 %) und „Settingbegehung“ (57 %, Gesamt 44 %) zurück. Insgesamt erfolgten im Vorfeld der Interventionen etwas seltener Bedarfsanalysen als in der Gesamtheit (90 %, Gesamt 95 %). Bei Bejahung griffen die Akteure im Mittel auf zwei Methoden der Bedarfsanalyse zurück.

Häufiger als in der Gesamtauswertung, d.h. in 27 % der Fälle, wurden in Kindergärten/-tagesstätten Gesundheitszirkel durchgeführt (Gesamt 20 %). Eine Zukunftswerkstatt wurde in 5 % der hier betrachteten Fälle eingerichtet (Gesamt 4 %).

Die Interventionen waren inhaltlich vorzugsweise auf „Bewegung“ und „Ernährung“ ausgerichtet. Dabei wurde die „Ernährung“ in Kindergärten/-tagesstätten häufiger thematisiert als in der Gesamtauswertung (60 %, Gesamt 48 %). Im Mittel sprachen die Interventionen zwei Inhalte gleichzeitig an. Die Aktivitäten waren häufiger als im Gesamtdatensatz verhältnis- und verhaltensbezogen (67 %, Gesamt 52 %). Bei 32 % der betrachteten Fälle waren sie rein verhaltensbezogen. Lediglich in zwei Fällen wurden rein verhältnisbezogene Aktivitäten gemeldet. Die Umgestaltungen betrafen im Mittel zwei Bereiche. Dabei handelte es sich um „Erweiterung von Handlungs-/ Entscheidungsspielräumen/ Verantwortlichkeiten“, „Veränderung der Organisation im Setting“ sowie um „Verbesserung von Umgebungsbedingungen“.

In 69 % der Fälle wurden Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. waren noch geplant (Gesamt 67 %). Im Durchschnitt bezogen sich die Kontrollen pro Fall auf fünf Bereiche gleichzeitig. Sie prüften am häufigsten die Parameter „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“, „Verhaltensparameter“, „Abläufe“ und „Gesundheitsparameter“ ab. Besonders die „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“ (82 %, Gesamt 43 %), „Gesundheitsparameter“ (42 %, Gesamt 25 %) und „Subjektive Einschätzung von Gesundheit/Funktionalität“ (40 %, Gesamt 23 %) wurden hier häufiger abgefragt als in der Gesamtheit. Vergleichsweise selten bezogen sich die Kontrollen auf „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“ (21 %, Gesamt 41 %) und „Kompetenzen“ (24 %, Gesamt 51 %).

3.2.2.5 Stadtteil/Ort (n=60)

In 27 % der Fälle, bei denen „Stadtteile/Orte“ als Setting benannt wurden, erfolgten Settingaktivitäten ausschließlich dort. Bei den restlichen Fällen wurden – den Häufigkeiten nach – als weiteres Setting „Grundschule“, „Familie“, „Kindergarten/-tagesstätte“ und „Verein“ benannt.

Die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten lag hier – wie in der Gesamtauswertung – bei 13 Monaten. 45 % dieser Aktivitäten dauerten ein Jahr oder länger an (Gesamt 42 %), 43 % hatten eine Laufzeit von bis zu drei Monaten (Gesamt 41 %).

In „Stadtteilen/Orten“ wurden Schätzungen zufolge 36.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 53.000 Personen, insgesamt 98.000 Personen erreicht.

In 72 % der betrachteten Fälle waren die Aktivitäten auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (Gesamt 75 %). Die Aktivitäten waren – häufiger als in der Gesamtauswertung – auf „Weibliche Personen“ (77 %, Gesamt 54 %), „Ausländer/innen“ (47 %, Gesamt 26 %) und „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen“ (37 %, Gesamt 21 %) ausgerichtet.

Kooperationen mit weiteren Partnern/Einrichtungen als den vor Ort Verantwortlichen wurden in Stadtteilen/Orten öfter gebildet als in der Gesamtauswertung (85 %, Gesamt 77 %). Bei Bejahung einer Kooperation wurden Partner aus drei verschiedenen Einrichtungen gleichzeitig benannt (Gesamt zwei/Fall). Häufigste Kooperationspartner waren dabei „Vereine, Verbände“, „Sonstige Gesundheits-, Bildungseinrichtungen“, „Öffentliche Verwaltung ...“ sowie „Sonstige gewerbliche Anbieter/Unternehmen“. Sie wurden alle drei häufiger benannt als in der Gesamtauswertung. Auch „Gesundheitsämter“ (32 %, Gesamt 15 %), „niedergelassene Ärzte“ (26 %, Gesamt 9 %) und „Wissenschaftliche Einrichtungen“ waren vergleichsweise oft Kooperationspartner bei Settingaktivitäten (28 %, Gesamt 18 %).

Bei 64 % der Fälle aus Stadtteilen/Orten lagen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vor (Gesamt 55 %). Vereinbarungen zur Durchführung der Maßnahmen wurden laut Angaben zu 56 % schriftlich, zu 44 % mündlich getroffen (Gesamt 56 %, 44 %).

Eine Bedarfsermittlung wurde in 93 % der Fälle durchgeführt (Gesamt 90 %). Im Mittel fanden pro Fall drei Methoden der Bedarfsanalyse gleichzeitig Anwendung (Gesamt zwei/Fall).

Zu den meist eingesetzten Formen der Bedarfsanalyse zählten „Befragung der Zielgruppe“, „Begehung des Settings“ und „Literaturrecherche/Wissenschaftliche Studien“. „Expertenbefragungen“ erfolgten hier häufiger als in der Gesamtauswertung (38 %, Gesamt 27 %).

Bei 15 % aller Fälle in Stadtteilen/Orten wurden Gesundheitszirkel durchgeführt (Gesamt 20 %), bei 7 % eine Zukunftswerkstatt eingerichtet (Gesamt 4 %).

In Stadtteilen/Orten waren die Aktivitäten inhaltlich meist auf die Themen „Ernährung“ und „Bewegung“ ausgerichtet. Deutlich häufiger als in der Gesamtauswertung sprachen die Maßnahmen zudem „Stressreduktion/Entspannung“ (48 %, Gesamt 30 %) und den „Gesundheitsgerechten Umgang miteinander“ an (40 %, Gesamt 27 %). Auch der „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ wurde hier etwas häufiger thematisiert als in der Gesamtheit (30 %, Gesamt 25 %). Die Aktivitäten waren zu 53 % verhältnis- und verhaltensbezogen (Gesamt 52 %) und zu 44 % 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“. Vergleichsweise häufig wurde in Stadtteilen/Orten die Verbesserung von „Sozialen Angeboten und Einrichtungen“ genannt (35 %, Gesamt 20 %).

Erfolgskontrollen wurden in Stadtteilen/Orten bei 40 % der Fälle durchgeführt und waren bei weiteren 13 % der Fälle noch geplant (Gesamt 49 % und 18 %). Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden im Mittel fünf Bereiche zusammen abgefragt. Am häufigsten bezogen sich die Kontrollen auf „Kooperation/Netzwerkbildung“, „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, „Zugänglichkeit/Akzeptanz der Intervention bei den Zielgruppen, Inanspruchnahme“, „Abläufe“ und „Kompetenzen“. Im Vergleich zur Gesamtauswertung waren hier die Anteile bei „Kooperationen/Netzwerkbildungen“ (67 %, Gesamt 14 %) und „Streuung von Programmen“ (29 %, Gesamt 5 %) auffallend hoch.

3.2.2.6 **Verein** (n=49)

Settingaktivitäten in Vereinen erfolgten zu 37 % ausschließlich dort. Meist wurden sie in den weiteren Settings „Grundschule“, „Stadtteil/Ort“, „Hauptschule“ und/oder „Familie“ durchgeführt.

Die durchschnittliche Laufzeit der Settingaktivitäten in Vereinen lag bei 23 Monaten (Gesamt 13 Monate/Fall). Bei 47 % der betrachteten Fälle lag die Laufzeit bei einem Jahr und länger (Gesamt 42 %). 45 % dauerten bis zu drei Monaten an (Gesamt 41 %).

In Vereinen konnten den Schätzungen zufolge 110.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 210.000 Personen erreicht werden. Den Gesamtschätzungen zufolge wurden somit in Vereinen über Settingaktivitäten insgesamt 320.000 Personen erreicht (2004: insgesamt 394.000 erreichte Personen).

In 72 % der betrachteten Fälle waren die Aktivitäten auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (Gesamt 75 %). Es handelte sich dabei vorwiegend um Kinder/Jugendliche von „unter 15 Jahren“ und von „15 bis 19 Jahren“ sowie um „Lehrer, Erzieher als Multiplikatoren“ und

„Nichtpädagogisches Personal als Multiplikatoren“. Im Vergleich zu den Gesamtergebnissen wurde hier auffallend häufig das „Nichtpädagogische Personal“ angesprochen (37 %, Gesamt 11 %) sowie häufig „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Personen“ (29 %, Gesamt 21 %).

In 85 % der Fälle aus Vereinen waren weitere Kooperationspartner als die vor Ort Verantwortlichen an den Settingaktivitäten beteiligt (Gesamt 77 %). Im Mittel waren pro Fall drei Kooperationspartner in die Maßnahmen eingebunden. Bei den Kooperationspartnern handelte es sich meist um „(andere) Vereine/Verbände“, „Öffentliche Verwaltung/Institutionen“, „gewerbliche Anbieter/ Unternehmen“ sowie „Sonstige Gesundheits-, Bildungseinrichtungen“. Besonders „(andere) Vereine/Verbände“ (70 %, Gesamt 37 %) und „Öffentliche Verwaltung“ (50 %, Gesamt 27 %) wurden hier nennenswert häufiger benannt als in der Gesamtheit.

Bei 63 % der betrachteten Fälle waren Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden (Gesamt 55 %). Die Vereinbarungen hierfür wurden in 48 % der Fälle schriftlich (Gesamt 56 %), in 52 % mündlich getroffen (Gesamt 44 %).

Eine Bedarfsermittlung erfolgte hier meist über „Zielgruppenbefragung“, „Literaturrecherche/Studien“ sowie über „Begehung des Settings“. Im Mittel fanden bei der Bedarfsanalyse zwei Methoden gleichzeitig Anwendung. Dabei war der Anteil an durchgeführten Settingbegehungen im Vergleich zu den Gesamtergebnissen niedrig (33 %, Gesamt 44 %).

In fünf Fällen wurden Gesundheitszirkel durchgeführt (10 %, Gesamt 20 %). Eine Zukunftswerkstatt wurde ebenfalls in fünf Fällen eingerichtet (10 %, Gesamt 4 %).

In Vereinen standen die Inhalte „Bewegung“ und „Ernährung“ im Vordergrund. Häufiger als in der Gesamtheit wurde dort der „gesundheitsgerechte Umgang miteinander“ thematisiert (39 %, Gesamt 27 %). 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 „Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen/Verantwortlichkeiten“ und „Veränderung der Organisation im Setting“.

In Vereinen wurden im Vergleich zur Gesamtauswertung weniger Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. waren geplant (59 %, Gesamt 67 %). Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle bezogen sie sich im Mittel auf vier Bereiche gleichzeitig. Meist fragten sie die Parameter „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“, „Abläufe“ sowie „Subjektive Einschätzung von Gesundheit/Funktionalität“ ab. Häufiger als in der Gesamtauswertung waren die Kontrollen auf „Kooperation/Netzwerkbildung“ (32 %, Gesamt 14 %) und „Subjektive Einschätzung von Gesundheit/Funktionalität“ (40 %, Gesamt 23 %) ausgerichtet. Deutlich seltener wurden hier die „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“ (24 %, Gesamt 48 %) und „Verhaltensparameter“ abgefragt (36 %, Gesamt 58 %).

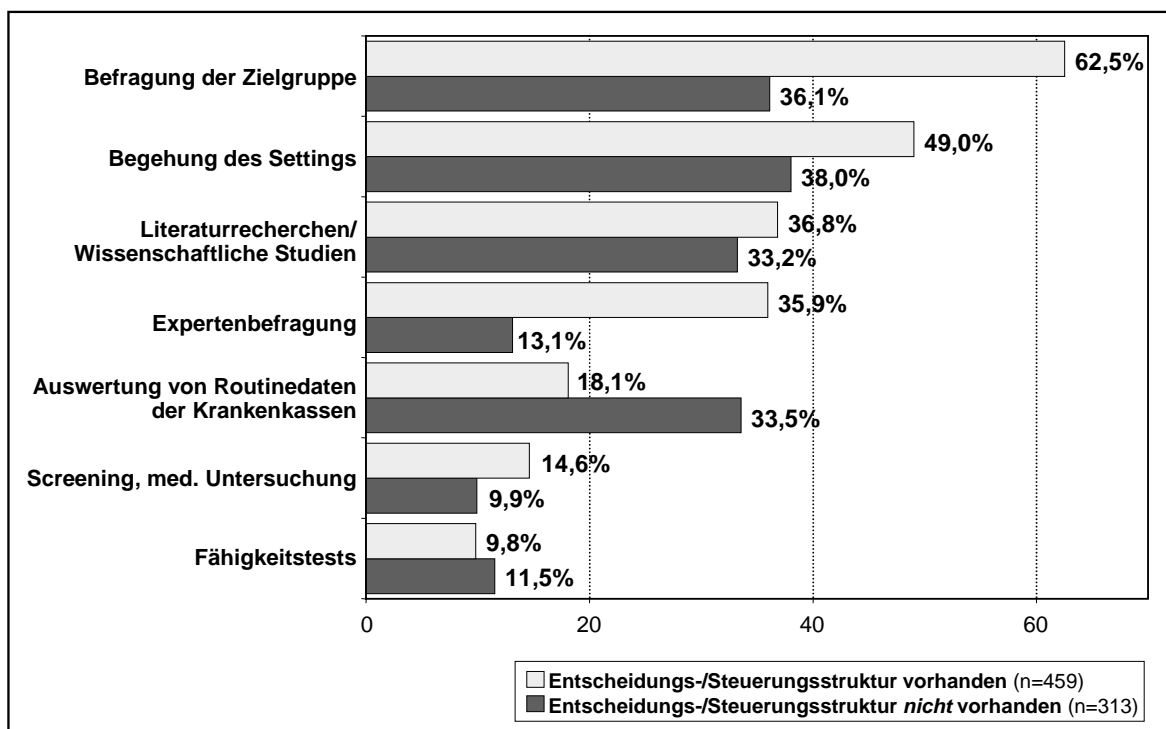
3.2.3 Bedarfsermittlung, Intervention und Erfolgskontrolle bei vorhandener bzw. fehlender Entscheidungs-/Steuerungsstruktur

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

3.2.3.1 Bedarfsermittlung

In 90 % aller für 2005 zum Setting-Ansatz eingereichten Dokumentationsbögen fand eine Bedarfsermittlung im Vorfeld der Interventionen statt. Gab es eine Steuerungsstruktur, so wurden in 98 % der betrachteten Fälle Bedarfsanalysen durchgeführt, gab es keine Steuerungsstruktur, so lag der Anteil der durchgeführten Bedarfsanalysen bei 82 %. Auch wurden bei vorhandenen Koordinierungsstrukturen etwas mehr (d.h. durchschnittlich drei) Bedarfsanalyseinstrumente miteinander kombiniert eingesetzt als bei fehlenden (dort waren es im Durchschnitt zwei Instrumente).

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



Abgesehen von der „Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen“ fanden alle Methoden der Bedarfsermittlung bei vorhandenen Koordinierungsgremien häufiger Anwendung als bei fehlenden. Besonders groß war der Unterschied bei „Experten-“ und „Zielgruppenbefragungen“: Diese erfolgten bei vorhandenen Steuerungsstrukturen im Verhältnis etwa vier und drei Mal so häufig wie bei fehlenden. Auch eine „Begehung des Settings“ erfolgte bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen doppelt so häufig wie bei fehlenden. Auf „Auswertungen von Routinedaten der Krankenkassen“ konnten die Akteure mit vergleichsweise geringem Aufwand zurückgreifen.

3.2.3.2 Intervention

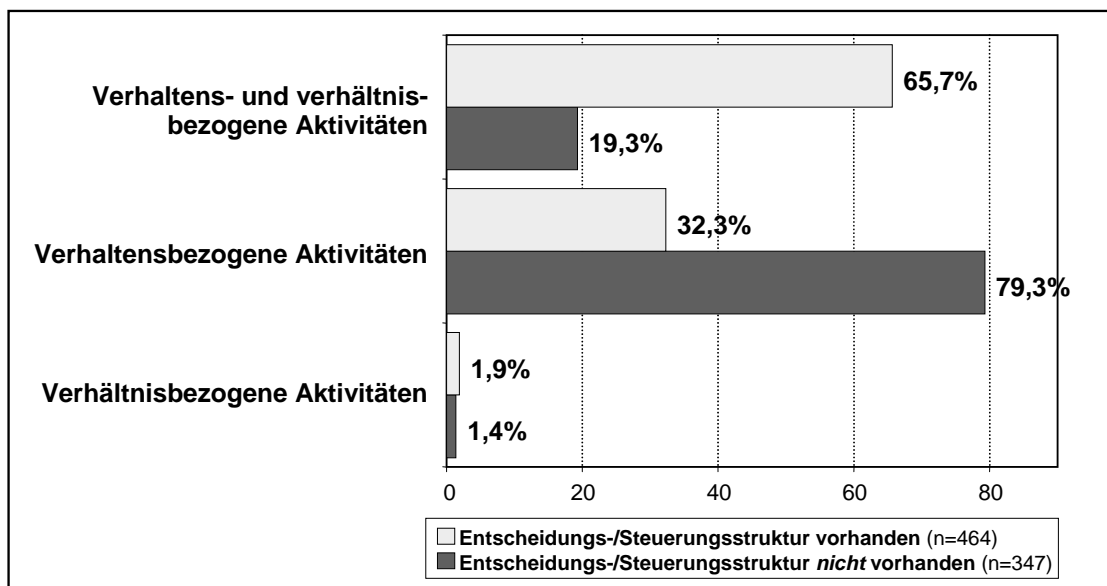
Besonders die Ergebnisse zu den Interventionen lassen erkennen: Bei Vorhandensein von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen waren die Interventionen tendenziell höher im Anspruch. Sie waren langfristiger angelegt und häufiger mit einem größeren Organisationsaufwand verbunden (z. B. bei Durchführung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

In Projekten mit einer Steuerungsstruktur lag die durchschnittliche Laufzeit der Settingaktivitäten bei 16 Monaten. Fehlten solche Strukturen, betrug sie im Mittel zehn Monate.

Bei nahezu allen gemeldeten Gesundheitszirkeln (98 %) waren Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden. Ebenso lagen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen bei 32 von 35 eingerichteten Zukunftswerkstätten (91 %) vor.

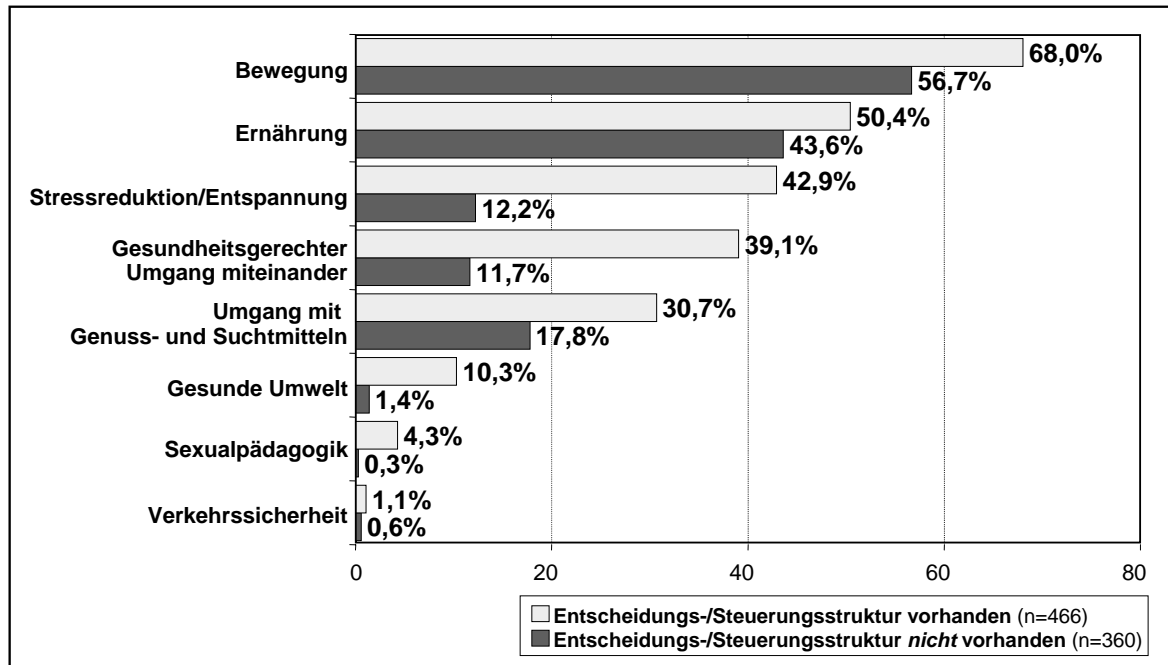
Die Aktivitäten waren bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen in knapp zwei Dritteln der betrachteten Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Bei fehlenden Steuerungsstrukturen waren sie hingegen zu knapp vier Fünftel rein verhaltensbezogen. Rein verhältnisbezogene Aktivitäten sind tendenziell mit weniger Abstimmung verbunden:

Abb. 15: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten – ein Vergleich



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

Abb. 16: Inhaltliche Ausrichtung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



Alle Inhalte wurden häufiger dann thematisiert, wenn Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden waren. Besonders groß war der Unterschied bei den Themen „Stressreduktion/ Entspannung“ und „Gesundheitsgerechter Umgang miteinander“ sowie bei den Inhalten „Sexualpädagogik“ und „Gesunde Umwelt“.

Bis auf die vergleichsweise weniger aufwändigen Methoden „Vortrag/Tagung“, „Beispiel geben, demonstrieren“ und „Diskussion“ wurden alle weiteren abgefragten Methoden bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen häufiger angewandt als bei fehlenden. Dem gegenüber fanden die in der Vorbereitung und Organisation aufwändigeren Methoden „Organisationsberatung, -entwicklung“, „Aufbau sozialer Unterstützung“, „Anleitung zur themenzentrierten Gruppenarbeit“, „Gesundheitstage/-wochen“, sowie „Individuelle Beratung“ bei vorhandenen Koordinierungsgremien mindestens doppelt so häufig Anwendung wie bei fehlenden. Dabei wurden sowohl bei vorhandenen als auch bei fehlenden Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen im Durchschnitt vier Methoden pro Fall gleichzeitig eingesetzt.

Abgesehen von den Medien „Faltblätter, Broschüren“ und „Übungsmanuale“ wurden alle weiteren abgefragten Medien häufiger bei vorhandenen Steuerungsstrukturen eingesetzt als bei fehlenden. Besonders das „Internet“ wurde bei vorhandenen Steuerungsstrukturen um das Sechsfache öfter eingesetzt als bei fehlenden.

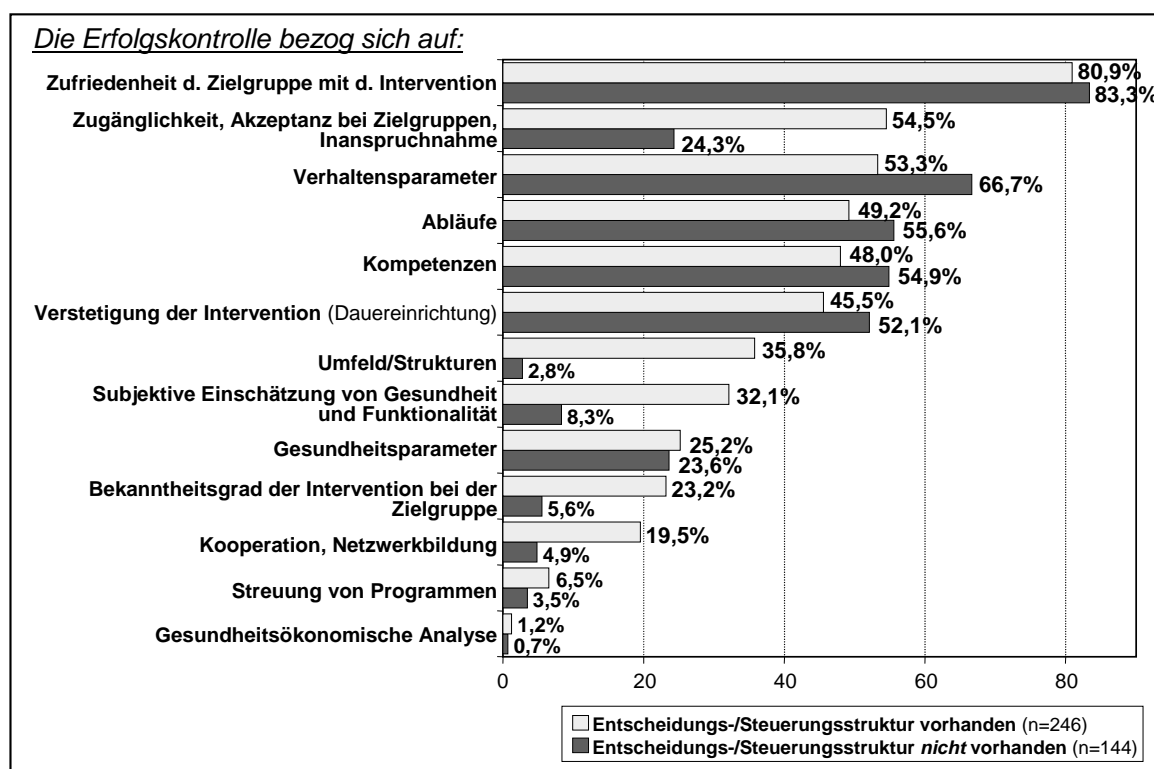
3.2.3.3 Erfolgskontrolle

Im Berichtsjahr 2005 wurden bei 67 % aller Fälle Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren zum Ende des Jahres noch geplant. Bei Vorhandensein von Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen lag der Anteil der durchgeführten/geplanten Erfolgskontrollen bei insgesamt 81 %. Fehlten solche Strukturen, so lag er bei 58 %.

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

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

Abb. 17: Erfolgskontrolle – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



Bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen bezogen sich die Erfolgskontrollen deutlich häufiger als bei Aktivitäten ohne Steuerungsstruktur auf „Umfeld/Strukturen“, „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“, „Subjektive Einschätzung von Gesundheit und Funktionalität“, „Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe“, „Kooperation, Netzworkebildung“ sowie die „Streuung von Programmen“.

Bei Fällen mit durchgeführter Erfolgskontrolle, bei denen keine Entscheidungs-/Steuerungsstruktur vorlag, lag der Schwerpunkt auf der Prüfung von „Verhaltensparametern“, „Kompetenzen“, „Verstetigung der Intervention“, „Abläufen“ sowie „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“.

3.2.4 Resümee

Ein besonders erfreuliches Ergebnis ist die seit Beginn der Dokumentation von Präventionsleistungen im Jahr 2001 beobachtete kontinuierliche Steigerung von Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz unter Beteiligung der GKV. Die Zahl der rückgemeldeten Dokumentationsbögen mit Angaben zu Settingaktivitäten und -projekten ist dabei in 2005 gegenüber der Ausgangserhebung im Jahr 2001 um das Fünffache von 143 auf 859 Bögen angestiegen. Allein im Vergleich zum Berichtsjahr 2004 war eine Zunahme der gemeldeten Fallzahl von 622 um 38 % auf 859 Dokumentationsbögen zu verzeichnen. In 2005 wurden diese gemeldeten Maßnahmen und Projekte in 18.300 Einrichtungen durchgeführt. Das sind 1.600 Einrichtungen mehr als in 2004. Ferner konnten über Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz wiederholt mehr Menschen erreicht werden: Lag die Gesamtschätzsumme der erreichten Personen in 2004 noch bei 1,9 Millionen Menschen, so ließen sich in 2005 über Settingaktivitäten knapp zwei Millionen Personen ansprechen.

Da diese Summen in vergleichsweise wenigen, d.h. 859 Dokumentationsbögen berichtet wurden, muss es sich bei vielen gemeldeten Fällen um umfassende, breit angelegte Netzwerk- und Kooperationsprojekte gehandelt haben. Dafür sprechen vor allem die in 2005 verzeichneten Ergebnisse zu den Bedarfsermittlungen, Strukturbildungen, Interventionen und Erfolgskontrollen.

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 2005 ihre Aktivitäten auf das Lern- und Lebensumfeld Schule sowie Berufsschule zentriert. In diesen Settings wurden bei 70 % aller Fälle Interventionen nach dem Setting-Ansatz durchgeführt. Nimmt man die Fälle hinzu, die in Kindergärten und Kindertagesstätten erfolgt sind, dann waren bei 83 % aller gemeldeten Fälle die Maßnahmen vorzugsweise auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet.

Entscheidungs- und Koordinierungsstrukturen waren bei 55 % aller gemeldeten Settingaktivitäten vorhanden. Am häufigsten wurden entsprechende Steuerungsgremien in Sonder- und Gesamtschulen gebildet. Dort lag deren Anteil bei 85 % und 83 %. 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 drei Mal so häufig sowohl auf das Verhalten von Personen als auch auf die Veränderung von Verhältnissen in den Settings ausgerichtet als bei fehlenden. Auch wurden bei vorhandenen Koordinierungsstrukturen umfassendere Bedarfsanalysen zur Ermittlung des Handlungsbedarfes durchgeführt, tendenziell mehrere Themenfelder gleichzeitig angesprochen und unterschiedliche Methoden miteinander verknüpft angewandt.

Die Krankenkassen nutzten in 77 % aller Fälle externe Ressourcen über die Einbindung von Kooperationspartnern in ihre Aktivitäten. Besonders bei Aktivitäten in Grund- und wei-

terführenden Schulen war der Anteil an außerschulischen Kooperationen mit fast 90 % erfreulich 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.

Lehrer und Erzieher sowie Eltern wurden im Rahmen der Setting-Aktivitäten mit Anteilen von 66 % und 48 % deutlich häufiger als Multiplikatoren angesprochen als noch in 2004. Auf diese Weise streuten die Interventionen verstärkt auch auf Schüler, die nicht an den Maßnahmen direkt beteiligt waren. Ferner ließen sich über sie weitere Personengruppen, wie z.B. Freunde bzw. Familienangehörige, besser 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 erwünschtes Ergebnis ist die bereits in 2004 beobachtete und in 2005 fortgesetzte Zunahme an durchgeführten Gesundheitszirkeln: In 2005 wurden etwa 400 Gesundheitszirkel mehr realisiert als noch in 2004. Besonders hoch war der Anteil an Gesundheitszirkeln in Sonderschulen (48 %). Generell wurden sie vergleichsweise häufig in weiterführenden Schulen durchgeführt (36 %, Gesamtauswertung 20 %). 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.

Die inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten konzentriert sich – wie in den Berichtsjahren zuvor – auf die Handlungsfelder Bewegung und Ernährung. Gerade die Bewegung stellt ein zentrales Element der Primärprävention dar, denn über ein Mehr an Bewegung werden häufig auch weitere Lebensgewohnheiten, wie z.B. die Ernährung, der Umgang mit Stress und Pflege von Sozialkontakten, gesundheitsförderlich beeinflusst.

Erfolgskontrollen, die die Wirksamkeit von Maßnahmen abfragen und deshalb einen wichtigen Maßstab für die Qualität der Interventionen darstellen, wurden in 2005 etwas häufiger, d.h. in 67 % der Fälle, durchgeführt als noch in 2004 (63 %). Besonders in Grund- und weiterführenden Schulen war der Anteil an gemeldeten Erfolgskontrollen mit 73 % und 74 % an durchgeführten und geplanten Kontrollen am höchsten.

In 2005 haben die Ergebnisse zum nichtbetrieblichen Settingansatz wiederholt bestätigt, dass die Gesetzlichen Krankenkassen nicht nur ein gutes Niveau der Maßnahmen über die Jahre halten konnten, sondern auch nach fünf Jahren weitere Verbesserungen erzielten. Fortschritte konnten besonders bei den Kooperationen, den Gesundheitszirkeln, den sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogenen Interventionen sowie den durchgeführten Erfolgskontrollen erreicht werden. Dies stellt damit eine nach wie vor positive, im Sinne des Setting-Ansatzes angestrebte Entwicklung dar.

3.2.5 Kassenartenübergreifendes Kooperationsprojekt bewährt sich im Alltag



Mitte 2003 startete das kassenartenübergreifende Projekt „gesund leben lernen“ mit drei Teilprojekten in den Bundesländern Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt. War das erste Projektjahr vom Aufbau der Projektstrukturen – Steuerungsgruppen, Gesundheitsmoderatoren und Arbeitskreise Gesundheit, Länderberatergruppen etc. – geprägt, wurden im 2. Halbjahr 2004 erste konkrete, durch die beteiligten 63 Schulen und zwei KiTas entwickelte Maßnahmen und Lösungsansätze umgesetzt. Das Jahr 2005 war von intensiver gesundheitsfördernder Arbeit mit den Zielgruppen in den Bildungseinrichtungen gekennzeichnet und endete mit dem Einstieg in die Projektabschlussphase.

Die folgenden Kurzberichte aus den drei Bundesländern geben einen kleinen Einblick in die Projektweiterentwicklung und die alltägliche Projektarbeit.

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

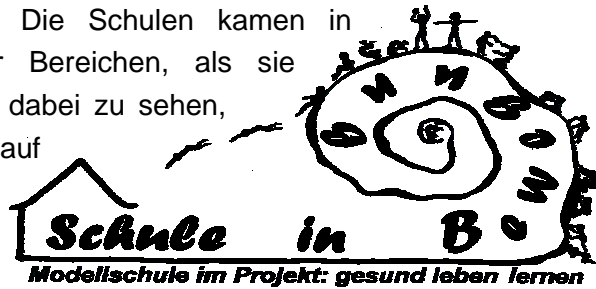
Im Jahre 2005 lag der Fokus des Projektes „gesund leben lernen“ auf der Festigung des Erlernten und der Unterstützung in schwierigen Phasen („Durststrecken“), um unausweichliche Frustrationen möglichst gering zu halten und den „Lernprozess gesunde Schulentwicklung“ nicht zu gefährden. Gekennzeichnet war der Zeitraum deshalb durch die ganz „normale“, manchmal auch schwierige und zähe alltägliche Arbeit, die auf jede Organisation zukommt, die sich auf den Weg macht, sich mittels Gesundheitsinterventionen zu verändern.

In diesen Phasen wurde ganz besonders die Bedeutung einer externen personalen Begleitung und Beratung deutlich. Ohne diese hätten die Schulen ihren Weg kaum gehen können, mehrere von ihnen hätten den Modellversuch mit hoher Wahrscheinlichkeit abgebrochen. Um ein Gesundheitsmanagement in einer Schule aufzubauen, reichen ein Handlungsleitfaden, eine Broschüre oder ein Link im Internet allein nicht aus.

Im Februar des Jahres gab es die niedersachsenweit ausgeschriebene Veranstaltung „Schulen in Bewegung“, zusammen mit drei weiteren Schulen, die sich einem Gesundheitsaudit unterzogen hatten. Der niedersächsische Kultusminister hatte diesen drei Schulen das Audit verliehen und den acht Schulen aus „gesund leben lernen“ eine Urkunde überreicht, die ihren besonderen Status als Modellschule für Gesundheitsmanagement verdeutlichen sollte.

Die Veranstaltung hatte unterschiedliche Ziele. So sollte sie u.a. das Projekt landesweit bekannt machen, den Modellschulen ein Forum zur Präsentation ihrer bis dahin erreichten Ergebnisse bieten und die Schulen bestätigen, ihr Selbstbewusstsein stärken und sie zur Weiterarbeit animieren. Diese Ziele wurden erreicht.

Im Laufe des Jahres wurde neben den anfangs beschriebenen Schwierigkeiten aber auch immer deutlicher, dass die Entwicklung der Schulen voranschritt. Eine Vielzahl von Teilprojekten wurde geplant und umgesetzt. Die Schulen kamen in Bewegung und arbeiteten an viel mehr Bereichen, als sie ursprünglich geplant hatten. Spannend war dabei zu sehen, dass die Modellschulen nicht mehr nur auf äußere, sichtbare Ergebnisse bedacht waren, sondern sich zunehmend den inneren Prozessen und ihrer Veränderung zuwandten.



Für eine der Hauptfragestellungen des Projekts, nämlich ob die Verfahren und Instrumente des Betrieblichen Gesundheitsmanagements auf das Setting Schule und alle in ihr Arbeitenden und Lernenden übertragen werden können, war die Durchführung eines Schülersgesundheitszirkels im 6. Jahrgang einer Förderschule von besonderer Bedeutung. Die Auswertung zeigte, dass der Einsatz von Gesundheitszirkeln in diesem Alter und in dieser Schulform nur bedingt möglich ist. Wenn das Empowerment der Schülerinnen und Schüler im Vordergrund steht, bietet das Instrument durchaus Möglichkeiten; die klassischen Ziele der Gesundheitszirkel, Problemanalyse und die Entwicklung von Maßnahmen, sind allerdings nur sehr ansatzweise erreichbar.

Für das Empowerment der in der Länderberatergruppe zusammenarbeitenden Kooperationspartnerinnen und -partner von „gesund leben lernen“ war die Verlegung einer Sitzung in eine Modellschule wichtig. Vor allem für diejenigen, die sonst wenig Berührung mit dem Alltag von Schulen haben, und ganz besonders mit dem sozial benachteiligter Schulen, war die praktische Illustration, mit welchen Problemen Förderschulen zu kämpfen haben, sehr erhellend; die Sitzung hat das Verständnis für das Setting Schule deutlich erhöht.

Trotz des Auftritts des Kultusministers und eines anschließenden positiven Artikels („Schulen für Gesundheitsmanagement ausgezeichnet“) im Schulverwaltungsblatt für Niedersachsen 4/2005 waren die Bemühungen, das Projekt und die Idee des Gesundheitsmanagements in Schulen im Ministerium zu verorten, noch nicht hinreichend erfolgreich. Dagegen kamen gute Kontakte in der darunter liegenden Ebene der Landesschulbehörden zustande, die dann dazu genutzt werden konnten, viele Schulleiterinnen und Schulleiter zu erreichen, u.a. über die Teilnahme an Schulleiterbegleitfortbildungen.

Zusammenfassend kann das Jahr 2005 als dasjenige beschrieben werden, in dem die meisten Erfahrungen gesammelt werden konnten:

- Welche Teile des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sind auf das Setting Schule übertragbar, welche nicht?
- Welche Unterstützung brauchen Schulen beim Aufbau ihres Gesundheitsmanagements?
- Welche Kooperationspartner und regionalen Anbieter stehen zur Verfügung, und was können Schulen davon nutzen?

Die hier gewonnenen Erkenntnisse konnten anschließend für die Fortführung des Projekts über den Modellzeitraum hinaus nutzbar gemacht werden.

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

Das Jahr 2005 stand im „Netzwerk Schulen für Gesundheit 21“ wesentlich im Zeichen der Stabilisierung der bisherigen Ansätze und Strukturen. Bis zum Frühjahr 2005 wurden insgesamt 67 Lehrkräfte zu Gesundheitsmoderatorinnen und -moderatoren ausgebildet. Diese Ausbildung mit ihrer Lotsenfunktion für die eigene Schule kann abschließend als Erfolg gesehen werden: Zum einen als Ausbildung an sich, was durch die Rückmeldungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie durch das ausführende Institut für Lehrerfortbildung dokumentiert ist, zum anderen hat sich während der Ausbildungszeit mit Verstärkung gerade zum Ende hin sehr viel an Aktivitäten an den Schulen im Bereich der Gesundheitsförderung entwickelt. Exemplarisch sei hier die Berufsbildende Schule Ingelheim genannt:

In den Schuljahren 2004/2005 und 2005/2006 fanden zahlreiche Aktionen statt, wie zum Beispiel:



- Schülersanitätsdienst: Schülerinnen und Schüler der Berufsfachschule Gesundheit übernehmen nach einer gründlichen Ausbildung durch das Rote Kreuz den Schülersanitätsdienst und stehen als erste Ansprechpartner bei Unfällen und gesundheitlichen Problemen zur Verfügung.
- Umgestaltung des Schulgebäudes sowie Neu- und Umgestaltung des Schulhofes.
- Suchtprävention: Schüler-Multiplikatorenseminar "Auf der Suche nach..." Die Einbindung Jugendlicher als Multiplikatoren/innen in der Suchtvorbeugung stellt einen wirksamen Präventionsansatz dar. So soll eine kontinuierliche und systematische Weiterentwicklung der Präventionsarbeit an der Schule gefördert

werden.

- Kommunikations- und Teamtraining: Zur Förderung des sozialen Miteinanders in Schule, Beruf und Freizeit sind Kenntnisse über Kommunikation extrem wichtig.
- Fit for future: Anhand exemplarischer Fallstudien lösen Schülerinnen und Schüler der Berufsfachschule Hauswirtschaft/Sozialwesen möglichst realitätsnah auftretende Probleme rund um den wichtigen Schritt in den ersten Job und die erste eigene Wohnung. Dieses fächerübergreifende Projekt vernetzt Inhalte aus Wirtschaftslehre, Sozialkunde, Fachpraxis, Religion, Deutsch und Gesundheitslehre.

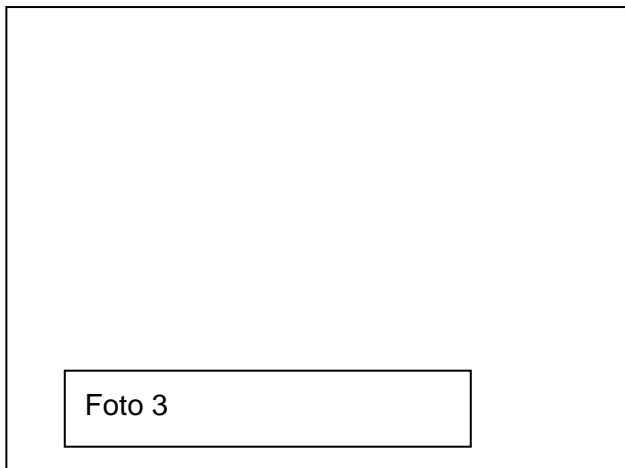
- 5 am Tag: Anhand dieser Kampagne (fünfmal Obst und Gemüse täglich) erfahren die Schülerinnen und Schüler anschaulich alles über die Powerstoffe in unseren Obst- und Gemüsesorten und lernen die Vielfalt in Theorie und Praxis kennen.
- Bewegter Unterricht - Lokaltermin Tanzschule: In Kooperation mit einer örtlichen Tanzschule erleben Schülerinnen und Schüler Tanzen als Bereicherung im Schulalltag. Es fördert die Bewegungsfreude, die Koordination und das Taktgefühl, stärkt Körperbewusstsein und Selbstwertgefühl.
- Förderung des Teamgedankens im Kollegium.



Neben der erfolgreichen Etablierung von gesundheitsfördernden Themen an den Netzwerkschulen selber galt es auch, das Netzwerk an sich zu festigen. Um das „Netzwerk Schulen für Gesundheit 21“ zur schulischen Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz nachhaltig zu etablieren und die bisherigen Ansätze zu erhalten, begann 2005 die Ausbildung von Gesundheitsmoderatoren zu Netzwerkmoderatoren.

Die Aufgaben der Netzwerkmoderatorinnen und -moderatoren richten sich nicht an die eigene, sondern an andere interessierte Schulen und beinhalten vor allem:

- Unterstützung von Schulen, die das Thema Gesundheitsförderung in den Schulalltag einbinden möchten,
- Unterstützung von Projekten, Besprechungen und Studientagen an Schulen zum Thema Gesundheitsförderung,
- Information, Beratung und Unterstützung von Schulen in Fragen der nachhaltigen Gesundheitsförderung im Setting Schule,
- Planung, Durchführung und Auswertung der Regionalen Netzwerktreffen über den Projektzeitraum hinaus,
- Initiierung und Unterstützung von Gesundheitsförderungsprozessen an Schulen, die bisher noch nicht auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung aktiv waren - auch nach Ablauf des Projektes.



Die Auswahl der Netzwerkmoderatorinnen bzw. -moderatoren fand in Kooperation mit dem Institut für schulische Fortbildung und schulpyschologische Beratung des Landes Rheinland-Pfalz (IFB) sowie der Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion statt. Die Ausbildung verlief in drei Blöcken beim IFB in Speyer in den Jahren 2005 / 2006. Nach den guten Erfahrungen in der vorhergehenden Gesundheitsmoderatorenausbildung wurde auch die Ausbildung

der Netzwerkmoderatorinnen und -moderatoren wieder in Kooperation mit dem IFB umgesetzt.

Die Ausbildung umfasste u.a. eine Weiterqualifizierung für ausgebildete Gesundheitsmoderatoren in drei Blöcken bis Frühjahr 2006, die Mitgestaltung der Regionalgruppen und die aktive Gestaltung der Netzwerkarbeit in Rheinland-Pfalz. Für die Tätigkeit außerhalb der eigenen Schule wurden durch das Ministerium für Bildung, Frauen und Jugend Anrechnungsstunden zur Verfügung gestellt.

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

Neben neun Schulen aller Bildungsformen – Grundschule, Sekundarschule, Förderschule, Gymnasium und Berufsbildende Schule – wirken in Sachsen-Anhalt auch zwei Kindertagesstätten mit. Damit wurde dem Gedanken einer geschlossenen Bildungsstaffel und dem Ansatz, die Instrumente der Betrieblichen Gesundheitsförderung quer durch alle Bildungsbereiche zu erproben sowie der Eröffnung von gesundheitlicher Chancengleichheit für alle Kinder und Jugendlichen Rechnung getragen.

Exemplarisch für die Projektentwicklung in Sachsen-Anhalt im Berichtsjahr 2005 wird nachfolgend die Berufsbildende Schule III „Chapon-Schule“ in Dessau mit einer ihrer Aktivitäten vorgestellt.

Betriebliche Gesundheitsförderung in der „Chapon-Schule“

In der Chapon-Schule lernen vor allem Schülerinnen und Schüler mit besonderem Förderbedarf. Dazu zählen Jugendliche, die nach neun Schuljahren die Sekundarschule oder die Schule für Lernbehinderte ohne Abschluss verlassen haben. Hier erhalten sie die Möglichkeit, die Berufs- bzw. Ausbildungsreife, den Hauptschulabschluss und/oder einen beruflichen Abschluss zu erlangen. Viele Schüler kommen in diese Bildungseinrichtung und haben mit dem Thema Schule bereits „abgeschlossen“. Sie sehen wenige Chancen für sich und ihre persönliche und berufliche Zukunft. Ihnen fehlt Vertrauen in die eigene

Kraft und sie wissen kaum etwas über vorhandene Kompetenzen – geschweige denn, dass sie diese zielgerichtet einsetzen und ausbauen können.

Die anhaltenden Bestrebungen der Pädagogen, ihren Schülern Werte und Normen einer sozialen Gemeinschaft in verschiedenen Betätigungsfeldern nahe zu bringen, konnten mit Hilfe der Instrumente der Betrieblichen Gesundheitsförderung, insbesondere Arbeitskreis Gesundheit und Gesundheitszirkel für Schüler, als neue Beteiligungsformen unterstützt werden und führten zur gewünschten Mitwirkung.

Ihr Einsatz stellte an der Chapon-Schule noch eine besondere Herausforderung dar, denn neben dem Lehrerkollegium waren Schüler zu beteiligen, die vorwiegend im Berufsvorbereitenden Jahr lernten. Dieser Ausbildungsgang ist einjährig, d.h. die Schüler verlassen in der Regel nach einem Jahr die Schule. Das ist ein äußerst kurzer Zeitraum, um mit diesem Instrumentarium – das ja für Unternehmen, die in relativ festen Mitarbeiterstrukturen über lange Zeiträume bestehen, entwickelt wurde – zu arbeiten.

Erst einmal mussten die Schüler ihre neue Schule, die Lehrerinnen und Lehrer, ihre Unterrichtspläne und den Ablauf des Schulalltages kennen lernen, bevor sie ihn gesundheitsfördernder gestalten konnten. Dementsprechend gering war zunächst die Mitwirkungsbereitschaft. Es war abzusehen, dass die Schülerinnen und Schüler, die „Probleme“ an der Schule in Angriff nahmen, diese nicht unbedingt bis zum Ende bearbeiten konnten bzw. nicht am Erfolg partizipierten. Mitwirkung, Engagement in Schule und Freizeit für die „Nachfolgenden“ war gefragt. Das bedeutete, den „Gewinn“ des Prozesses selbst transparent zu machen – eine große Herausforderung für Pädagogen und das Projektmanagement.

Eine intensive Arbeit mit den Schülerinnen und Schülern begann. Zunächst wurde der Arbeitskreis Gesundheit der Schüler gegründet. Schülerinnen und Schüler analysierten ihre Bildungseinrichtung und den Schulalltag, tauschten sich über Potenziale und Belastungen aus, gewichteten die unterschiedlichen Problembereiche und legten Prioritäten fürs eigene Handeln fest. Ganz oben auf der Prioritätenliste stand das Schülercafé. Konzeptentwicklung und Aufbau wurde in die Hände eines Gesundheitszirkels gelegt. Acht Schülerinnen und Schüler bearbeiteten das Thema und fanden nicht nur bei ihren Mitschülern, sondern auch bei der Schulleitung und den Fachlehrern Gehör.



Foto 4

Mit dem Schülercafé verfolgten die Initiatoren u.a. folgende Ziele:

- Förderung einer regelmäßigen und gesunden Ernährung der Schülerinnen und Schüler
- Schaffung eines der Entspannung dienenden Kommunikations- und Aufenthaltsortes für die Pausen
- Erschließung eines schulischen Aufgabenfeldes, das Theorie und Praxis verbindet
- Förderung des praktischen Lernens mit allen Sinnen
- Auf- und Ausbau von Schülerkompetenzen
- Förderung des Selbstwertgefühls und des Empowerments der Schülerinnen und Schüler

„Quick Snack“ sollte es heißen, entschieden die Schülerinnen und Schüler im Gesundheitszirkel und entwarfen ein Logo. Die Schulleitung stellte Kellerräume, die schon einmal als Kantine gedient hatten, zur Verfügung. Am 18. Januar 2005 ging es dann richtig los. Der Gesundheitszirkel entwickelte nicht nur die Idee, sondern wirkte tatkräftig an ihrer Umsetzung mit.

Die Schüler hatten sich einen Projekttag „eingefordert“. An dem wurden die Räume geschrubbt, Herd und Spüle gesäubert, Teller, Tassen und Schüsseln gezählt und geprüft, was alles noch getan werden musste. Und das war eine Menge: die Räume mussten mit einem frischen Anstrich versehen und teilweise gefliest werden, defekte Geräte und Möbel mussten entsorgt und neue Geräte installiert (Warmwasserboiler) bzw. angeschafft werden (Kaffeemaschine, Teekoher). Hierfür fand sich eine Unterrichtslösung. Die Schüler der Fachbereiche Farbtechnik und Fliesenleger richteten die Räume im Februar und März 2005 her. Doch Räume und Ausstattung allein genügen nicht, um ein solches Vorhaben in die Tat umzusetzen. So entstand die Idee zur Unterstützung des Vorhabens, eine Schülerfirma zu gründen. Am 12. April war es dann so weit, die Gründungsveranstaltung fand statt. Leider konnte eine Förderung über die Deutsche Kinder- und Jugendstiftung nicht erreicht werden. Doch das entmutigte die Aktiven ebenso wenig wie die Erkenntnis, dass sich die Führung des „Schülercafés“ durch eine Schülerfirma als unpraktisch erwies. Als eingetragener Verein müsste diese u.a. jährlich eine Mitgliederversammlung durchführen, Vorstand und Mitglieder würden beständig wechseln, da die Schüler nur ein Jahr an der Schule sind. Deshalb suchten Schüler und Pädagogen nach einer anderen Lösung. So bearbeiteten die Schüler in den einzelnen Fachbereichen im Unterricht den Einkauf, die Kostenkalkulation, die Buchhaltung, die Erstellung von Speiseplänen usw. Ganz nebenbei lernten sie dabei für die eigene Haushaltsführung, was bei Jugendlichen im Berufsvorbereitenden Jahr eine entscheidende Lebenskompetenz darstellt. In den Pausen wurde der Verkauf von den Schülern organisiert. Doch die Vor- und Nachbereitungszeit war damit nicht geklärt. Der Kaffee musste schließlich zur Pause gekocht und die ersten Brötchen belegt sein. Für die Schüler durfte aber kein Unterricht ausfallen. So machten sich Schulleitung und Förderverein der Schule für eine ABM-Stelle stark. Mit dieser Unterstützung konnten Schülerinnen und Schüler das Schülercafé am 26. September 2005 eröffnen.

Nicht dabei waren die Schülerinnen und Schüler des Jahrgangs 2004/2005, die das Ganze in ihrem Gesundheitszirkel entwickelt und auf den Weg gebracht hatten. Sie lernen inzwischen an anderen Einrichtungen, in anderen Orten. So kommen sie außer bei einem Besuch auch nicht mehr in den Genuss ihrer Arbeit. Aber sie wurden von der Schule für ihr Engagement im Rahmen dieses Projektes am 12. Juli beim alljährlichen Schulfest ausgezeichnet. Stolz weisen sie nun in ihren Bewerbungsunterlagen nach, dass sie teamfähig sind, über Problemlösungskompetenz verfügen, gesundheitsförderndes Wissen erworben haben und anwenden können. Sie haben sich als Experten ihrer Situation erfahren und gehen mit diesem Wissen und den erworbenen Kompetenzen in einen neuen Lebensabschnitt, für den sich nun vielleicht auch mehr Chancen eröffnen.

Das Schülercafé bleibt der Schule. Künftige Schülerinnen und Schüler erfahren es nicht mehr als ein von ihnen entwickeltes Projekt. Damit sie es als das eigene annehmen, sind neben der Nutzung als „Unterrichtsstoff“ neue Initiativen zur Schülerbeteiligung zu entwickeln. Die „Chaponer“ arbeiten daran, Gesundheit ist ihr Thema.

Zusammenfassung und Ausblick

Das Jahr 2005 war von einer intensiven Arbeit in und zwischen den Bildungseinrichtungen geprägt. Neben der Strukturfestigung, die in allen drei Teilprojekten für alle Bildungseinrichtungen „vorgegeben“ war, wurden zunehmend die individuellen Wege zu mehr Gesundheit in den Institutionen sichtbar. Die kita- und schulbezogene Prioritätensetzung orientierte sich am Bedarf und am Entwicklungsstand der jeweiligen Einrichtung und schlug sich in Arbeitstempo, Maßnahmevielfalt und -dichte nieder. Die interne Projektsteuerung und die dafür vorgesehenen Gremien wie Steuerungskreise, Gesundheitsmoderatoren und Arbeitskreise Gesundheit realisierten ihre Aufgaben planvoll und zukunftsorientiert. Teilprojekte wurden initiiert und Gesundheitszirkel waren mit der Erarbeitung von Lösungsansätzen befasst.

Begleitet wurde diese interne gesundheitsfördernde KiTa- bzw. Schulentwicklung durch externe Maßnahmen und Angebote: Fortbildungen, Regionaltreffen und der Erfahrungsaustausch zwischen den Modelleinrichtungen dienten der Wissensvertiefung und dem Kompetenzerwerb ebenso wie dem „Blick von außen“, der Selbst- und Fremdrelexion. Netzwerkstrukturen wurden vertieft und bildeten sich heraus. Die „neuen“ Kompetenzen der Zielgruppen fanden praktische Anwendung, so gewannen KiTas und Schulen z.B. selbständig Regionalpartner und warben Unterstützungsleitungen an.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Beteiligten in den Bildungseinrichtungen selbstbewusster geworden sind und offensiver nach innen und außen auftreten. Das trifft sowohl auf die Darstellung ihres Wirkens zu, als auch auf die Einforderung und Umsetzung notwendiger und wünschenswerter gesundheitsfördernder Maßnahmen. Besonders erfreulich ist, dass die meisten der beteiligten Modelleinrichtungen neben der Verhaltensprävention auch die Verbesserung und gesundheitsfördernde Gestaltung ihrer „Arbeits“verhältnisse in Angriff nahmen. Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Spiel-, Lern- und Lehrkultur geriet zunehmend ins Blickfeld der Interventionen.

Mit dem Herbst 2005 trat „gesund leben lernen“ in die Abschlussphase. Die Akteure in den Bildungseinrichtungen begannen – begleitet vom externen Projektmanagement – über ihre Fortentwicklung nach Beendigung des Projekts nachzudenken und Weichen für die nachhaltige Verankerung ihres individuellen Ansatzes zu stellen. Die Länderberatergruppen begleiteten auch diesen Schritt in eine neue Phase und unterstützten diese Überlegungen.

3.2.6 „Gesunde Schule“ – Ein Pilotprojekt im Land Brandenburg

Bei dem Projekt „Gesunde Schule“ handelt es sich um ein Landesmodellprojekt, das parallel zum Bundesmodellprojekt „gesund leben lernen“ durch den Arbeitskreis Primärprävention (AKPP) initiiert wurde. Hier wollte der AKPP nicht erst die Ergebnisse des dreijährigen und Mitte 2003 gestarteten Projektes „gesund leben lernen“ abwarten. „Gesunde Schule“ begann im Jahr 2003 und wurde Ende 2005 in den Projektschulen abgeschlossen.

In dem Arbeitskreis Primärprävention für das Land Brandenburg kooperieren sechs verschiedene Krankenkassen bzw. Landesverbände aus unterschiedlichen Kassensystemen mit staatlichen Institutionen (Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen, Landesgesundheitsamt sowie Verband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes). Der Arbeitskreis entwickelt, initiiert und führt gemeinsame ziel- und qualitätsorientierte Programme entsprechend dem § 20 Abs. 1 SGB V im Land durch und stimmt die Aktivitäten der beteiligten Akteure in Brandenburg ab.

Bei „Gesunde Schule“ handelt es sich um ein Projekt nach dem Setting-Ansatz. Es ist darauf ausgerichtet, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit zu leisten. Da sich die gesundheitliche Situation von Schülern in Förder- und Gesamtschulen besonders ungünstig darstellt, hat der AKPP sich bei der Auswahl der Schulformen auf Förder- und Gesamtschulen festgelegt. Am Pilotprojekt nahmen zwei Förder- und eine Gesamtschule teil.

Konzeption und Struktur

Ziel des Projektes war die Schaffung von dauerhaften gesundheitsförderlichen Strukturen in den Schulen. Aufgrund der langjährigen, wertvollen Erfahrungen der Krankenkassen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) orientierte sich die Struktur des Projektes an der BGF. Gesundheitsförderung sollte als Organisationsentwicklung eingeführt und eng mit dem Konzept der Schulprogrammentwicklung verknüpft werden. Da sich die Brandenburger Schulen zum Projektstart in einem Prozess der Schulprogrammentwicklung befanden, wurde diese Entwicklung für das Pilotprojekt „Gesunde Schule“ genutzt. Die durch das Projekt zu entwickelnden Strukturen einer gesunden Schule sollten in den neuen Schulprogrammen verankert werden. Von Bedeutung war die weitgehende Selbständigkeit der Schulen bei der Herausbildung ihres eigenen Gesundheitsförderungsprofils.

Die teilnehmenden Schulen erhielten im Rahmen des Projektes umfangreiche Unterstützung von Spezialisten aus der Organisationsentwicklung im Sinne Betrieblicher Gesundheitsförderung und für das System Schule. Mit der Organisationsentwicklung wurde das Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften GmbH beauftragt. Durch diese Begleitung sollten die Schulen befähigt werden, selbständig geeignete und auf Dauer angelegte Strukturen zu schaffen und Methoden zur Identifizierung und Lösung von gesundheitsbezogenen Problemen in Schulen zu entwickeln. Diese Leis-

tungen sowie die zugehörige Evaluation des Projektes wurden durch die beteiligten Krankenkassen finanziert.

Um dem Setting-Ansatz zu entsprechen, nahmen die Schulen Kontakt zu möglichst vielen potenziellen regionalen Kooperationspartnern und Sponsoren auf. Dazu zählten neben den Krankenkassen u.a. Sportvereine, Fördervereine, das DRK, Sparkassen, private Firmen, Bibliothek, Polizei, Jugendamt, Kinderheim, eine Musikgruppe und Einzelpersonen. Diese Partner haben sich sowohl fachlich-sachlich als auch materiell und finanziell in die Maßnahmen eingebracht.

Projektverlauf

Zu Beginn des Projektes wurden an den beteiligten Schulen Steuerkreise Gesundheit ins Leben gerufen, um die Bildungseinrichtung an die notwendigen strukturellen Veränderungen heranzuführen. In die Steuerkreise waren die Akteure im System Schule (Lehrer, Eltern, Schüler, Sozialarbeiterin) eingebunden.

Im Vorfeld der Maßnahmen erfolgten an Schüler und Lehrer gerichtete Zielgruppen- und Expertenbefragungen (z.B. zum Frühstücksverhalten oder Konsum von zuckerhaltigen Getränken der Schüler). Auch wurden Schulbegehungen zur Erfassung des jeweiligen Ist-Zustandes durchgeführt. Die Ergebnisse flossen in die Arbeit der Steuerungskreise Gesundheit ein.

In Anlehnung an die Arbeit in Gesundheitszirkeln wurden in den Sitzungen der Steuerungskreise gesundheitliche Belastungen zusammengetragen, diskutiert und Verbesserungsvorschläge erarbeitet. Die ersten sechs Sitzungen eines Steuerkreises wurden dabei von externen Fachkräften moderiert (Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften GmbH). In diesen Kreisen wurden Ziele formuliert, zu den wichtigsten Verbesserungsvorschlägen Maßnahmen beschlossen und diese in einem Projektplan zusammengetragen.

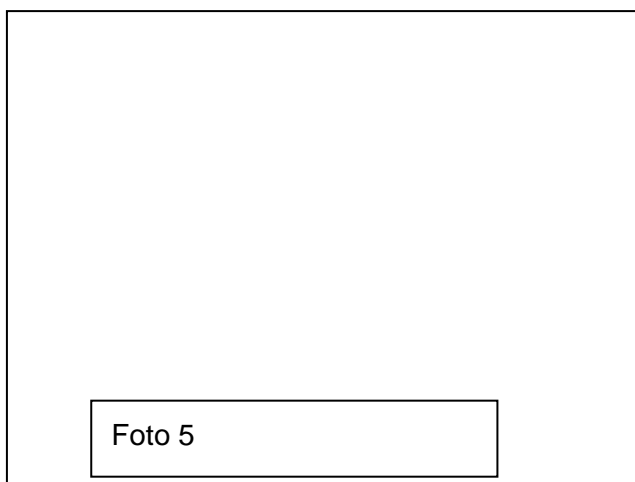
Nach Fertigstellung des Projektplanes begann im Herbst 2003 die Phase der Umsetzung durch die beteiligten Schulen mit ihren Kooperationspartnern. Die Themen Ernährung und Bewegung wurden aufgrund der Analysen von allen Schulen als Schwerpunktthemen gewählt. Darüber hinaus stand die Stressreduktion/Entspannung sowohl von Schülern als auch von Lehrkräften sowie der Umgang mit Konfliktsituationen im Fokus der Maßnahmen. Daraus resultierte eine Vielfalt an interessanten, teilweise sehr kreativen Aktionen und Maßnahmen in den Schulen. Im Sinne der Implementierung und Verankerung von Gesundheitsförderung in den Schulalltag wurden dauerhafte Strukturen gebildet.

Um Projektfortschritte festzuhalten, wurde der Projektverlauf von den Schulen dokumentiert. Die Dokumentationen schlossen beobachtete gesundheitsbezogene Verhaltensveränderungen ein. Darüber hinaus erfolgten zum Zwischenstand und zum Ende des Projektes Befragungen an Schüler, Lehrer und Eltern. Diese umfassten Aussagen zum Gesundheitsverhalten, zur Zufriedenheit sowie zur Kommunikation des erworbenen Gesundheitswissens an das soziale Umfeld. Auf Schautafeln wurde regelmäßig der Projektstand

aktualisiert. Aus den Projektergebnissen leiteten die Schulen und der AKPP Handlungsempfehlungen ab.

Maßnahmen und Strukturveränderungen

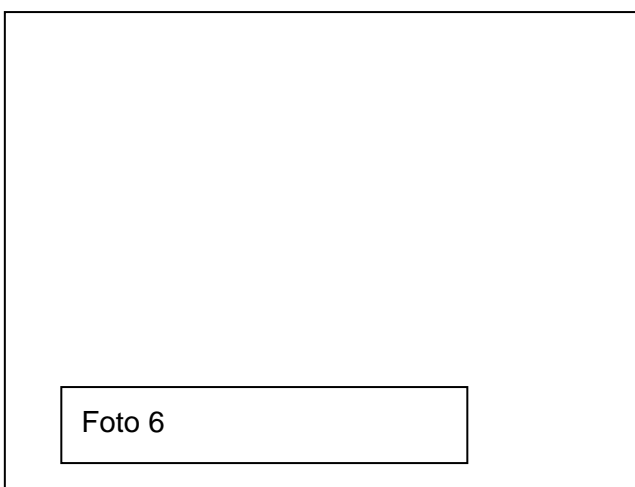
Zur *Bewegungsförderung* schafften die Schulen neue Sportgeräte an und richteten zum Teil neue Gymnastik- und Fitnessräume ein. Die Pausenhöfe wurden bspw. durch die Anschaffung von Basketballkorb und Torwand bewegungsfreundlicher gestaltet. In die Umgestaltungen waren die Schüler einbezogen. Mittlerweile nutzen sie die zusätzlichen Bewegungs- und Sportangebote in den Unterrichts- und Mittagspausen sowie in der Freizeit.



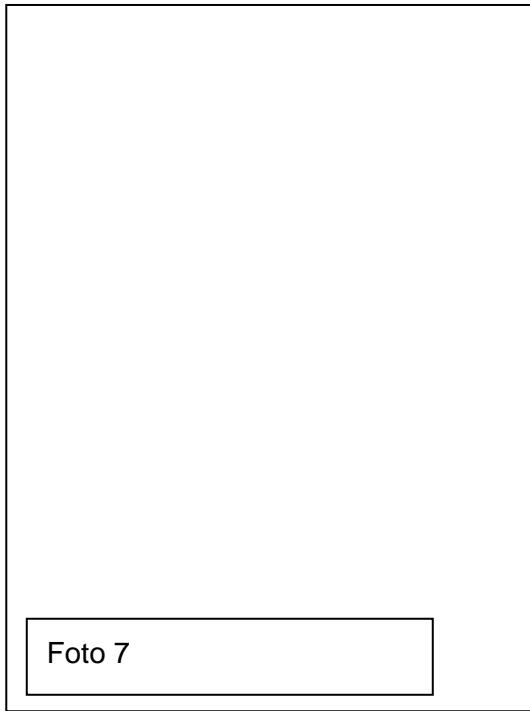
Die Maßnahmen waren besonders auch auf Schüler ausgerichtet, deren Bewegungsverhalten nicht sehr ausgeprägt war. Sie wurden verstärkt zur Teilnahme an diversen Trendsportangeboten motiviert (u.a. Tanz-AG, Tischtennis-AG, Volleyball-, Basketball-, Fußball-AG). Vor allem die Arbeitsgemeinschaft „Durch dick und dünn“ sprach übergewichtige Schüler an.

In einer Schule wurde die Stundenzahl für Sportunterricht in bestimmten Klassenstufen erhöht. Auch reaktivierten einige Schulen alte Sporttraditionen, wie z. B. einen jährlich veranstalteten Crosslauf im Herbst. In einem Fall führte die Schule einen über zwei Tage andauernden Wandertag durch, an dem Schüler verschiedener Altersstufen teilnahmen. Sie absolvierten dabei eine Gesamtstrecke von etwa 50 km. Diese und vergleichbare Aktionen sind auch in Zukunft fest eingeplant.

Zum *Ernährungsverhalten* von Schülern hatte die zu Anfang des Projektes durchgeführte Befragung ergeben, dass eine erhebliche Zahl an Schülern ohne Frühstück morgens in die Schule kommt. Auch erwies sich der Konsum von stark zuckerhaltigen Getränken, wie z.B. Fruchtnektar, Limonaden und Eistee, als auffallend hoch. Daraus resultierten diverse praktische Maßnahmen: In allen Schulen wurde die Frühstücks- und auch Mittagsversorgung in



den Ganztagschulen auf ein gesünderes Angebot umgestellt. Eltern brachten sich hier ein, indem sie Obst aus eigenen Gärten der Schule zur Verfügung zu stellten.



Eine Förderschule führte dauerhaft das „gesunde Frühstück von Schülern für Schüler“ ein. So bereiten diejenigen Schüler, die in den ersten Stunden Unterricht im Hauswirtschaftsraum haben, das Schülerfrühstück vor und organisieren den Verkauf. Zum Frühstücksangebot zählen Müsli mit frischem Obst und Milch, Obstsalat, Vollkornbrötchen mit Salatblatt, Quarkspeisen und Rohkostsalate. Aus diesem Angebot fertigten Schüler einen Rezeptkatalog mit Frühstücksideen an und boten ihn interessierten Lehrern, Eltern, Schülern sowie Vertretern der Öffentlichkeit an. Der Katalog gliedert sich in Brote, Aufstriche und Milchdrinks.

Eine Förderschule hat die Flure mit Sitzcken ausgestattet, so dass Schüler in den Pausen ein gesundes Frühstück in einer angenehmen

Umgebung einnehmen können. Diese Möglichkeit griffen Ende 2005 mittlerweile etwa die Hälfte der Schüler auf. Die Kinder und Jugendlichen backen im Rahmen einer „Brotbackfirma“ pro Woche bis zu zehn Vollkornbrote, die zum Selbstkostenpreis verkauft werden.

Das Thema gesunde Ernährung ist inzwischen Bestandteil in diversen Unterrichtsfächern und Gegenstand von verschiedenen Arbeitsgemeinschaften sowie Projektwochen.

Entspannung und Stressbewältigung waren insbesondere Gegenstand von Lehrerfortbildungen. Eine Schule richtete einen Raum der Stille ein, in den sich Schüler zurückziehen können. Es hat sich gezeigt, dass gerade Jungen dieses Angebot häufig aufgreifen.

Weiter führte die Schulsozialarbeiterin einer Förderschule zur *Konfliktbewältigung* ein Schulungsprogramm mit Schülern durch. Dieses befähigte gezielt Schüler zur gewaltfreien Lösung von Konflikten. Das Programm beinhaltete u.a. ein Selbstfindungstraining und arbeitete mit Übungen und Rollenspielen. Nach 20 Wochen Schulung konnten die ausgebildeten Schüler die ersten Streits schlichten.

Im Rahmen des Projektes erfolgten ebenfalls Maßnahmen zum *Impfschutz* und zur *Zahn-gesundheit*.

Gesundheitsorientierte Themen sind mittlerweile Schwerpunkt in vielen Unterrichtsfächern (z.B. in Sport, Hauswirtschaft, Deutsch, Sachunterricht, Biologie und Musik). Sie sind ebenfalls fester Bestandteil von klassenübergreifenden Projekten und Projektwochen, wie z.B. die Projektwoche „Gesunde Schule“.

In den Schulen wurden regelmäßige zentrale Elternversammlungen eingeführt, die für Elternschulungen und -informationen zum Thema Gesundheitsförderung genutzt werden.

Schlussfolgernde Zusammenfassung

Den am Projekt „Gesunde Schule“ beteiligten Schulen ist es gelungen, das Organisationsmodell der Betrieblichen Gesundheitsförderung in den Bereich der Schulentwicklung zu übertragen. Dabei sind sie aber auch auf Schwierigkeiten bedingt durch die eher hierarchische Struktur des Schulwesens und die aktuellen schulpolitischen Rahmenbedingungen gestoßen. Als besonders problematisch hat sich erwiesen, dass an den beteiligten Schulen sehr häufig Lehrer in andere Schulen versetzt wurden.

Der Erfolg des Projektes zeigte sich darin, dass die beteiligten Schulen im Projektverlauf die selbst erarbeiteten Gesundheitskonzepte in ihren Schulprogrammen verankert und notwendige Strukturen zur Realisierung dieser Konzepte – wie z.B. die „Arbeitskreise Gesundheit“ sowie entsprechende Projektteams – geschaffen haben.

Bei der Durchführung des Projektes entwickelten die Schulen nach anfänglichen Startschwierigkeiten im Umgang mit der Ergebnisoffenheit bei der Analyse von Bedarfen und Ressourcen, der Maßnahmeplanung sowie Plananpassung ein hohes Maß an Selbstständigkeit. Hierbei war die Begleitung der Steuerungskreise durch Experten der Organisationsentwicklung in der Betrieblichen Gesundheitsförderung von hoher Bedeutung. Die Schulen brachten jedoch im Projektverlauf auch erhebliche kreative Initiativen und Potenziale hervor, sowohl bei der Erschließung von Finanzierungsmöglichkeiten als auch bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen.

Abschlussbefragungen an Schüler, Eltern und Lehrer sowie Beobachtungen während des Projektverlaufs wiesen positive Veränderungen im Bewegungs- und Ernährungsverhalten der Schüler auf. Auch ließ sich eine Steigerung der Lehrerzufriedenheit verzeichnen. Viele Kinder und Jugendliche nahmen themenbezogene Fragestellungen, Ideen und konkrete Wünsche mit nach Hause.

Ausblick

Im Sinne der Qualitätssicherung des Organisationsentwicklungsprozesses ist geplant, dass die Schulen jährliche Wiederholungsbefragungen durchführen und auf diesem Weg die Entwicklungen systematisch steuern. Sie dienen in Zukunft – neben den Einrichtungen des AKPP – als Anlaufstelle für weitere an einer Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz interessierte Schulen in Brandenburg.

Im Anschluss an die Umsetzungsphase in den Schulen ist geplant, die Erfahrungen und Erkenntnisse aller beteiligten Akteure des Modellprojektes in Handlungsempfehlungen einfließen zu lassen. Diese dienen der Nachhaltigkeit und sollen andere Schulen zur Initiierung vergleichbarer Gesundheitsförderungsprojekte anregen. Somit ist ein Transfer des im Projekt Erarbeiteten gewährleistet.

In einer Abschlusspressekonferenz soll die Bedeutung des Brandenburger Modellprojektes für die Entwicklung, Initiierung und Durchführung zukünftiger gesundheitsfördernder Projekte im Setting Schule herausgehoben und der interessierten Öffentlichkeit näher gebracht werden.

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. Versicherte suchen diese Kurse auf und erhalten dort Hilfestellungen für eine gesunde und Erkrankungen vorbeugende Lebensführung – dies entsprechend ihrer jeweiligen individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten. Inhaltlich werden die Angebote den in der Prävention anerkannten Themenfeldern “Bewegung”, “Ernährung”, „Stressreduktion/Entspannung“ sowie “Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln” zugeordnet. Sehr häufig sprechen Angebote mehrere Themen kombiniert an. So findet beispielsweise der bekannte Zusammenhang von Bewegung und Ernährung in Kursen oft Berücksichtigung, oder Angebote zur Bewegungsförderung bieten gleichzeitig Verfahren bzw. Methoden zur Stressreduktion und Entspannung an.

Zur Qualitätssicherung der individuellen Kursangebote legt der für alle Gesetzlichen Krankenkassen verbindliche Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen²⁷ Kriterien u.a. für individuelle Kursangebote fest: Demnach müssen Leistungen nach dem Individuellen Ansatz ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die Kurse sind auf die Prävention von solchen Krankheitsbildern auszurichten, die in der Bevölkerung häufig auftreten²⁸. Ferner muss die Wirksamkeit der Kurskonzepte im Rahmen von Expertisen, Studien oder Metaanalysen erwiesen sein. Kursanbieter haben eine dem Leitfaden entsprechende ausreichende Qualifikation nachzuweisen. Auch sind im Vorfeld der Maßnahmen die jeweiligen Ziele festzulegen, so dass sich erreichte Veränderungen zum Ende eines Kurses prüfen lassen.

Vorliegendes Kapitel bildet ab, welche Leistungen die Gesetzlichen Krankenkassen nach dem Individuellen Ansatz in 2005 bundesweit erbracht haben. Dokumentiert sind die Zahl der Kursteilnahmen, die Inanspruchnahme von Kursen nach Handlungsfeldern, die Kursanbieter sowie die Kursteilnahmen nach Alter und Geschlecht. Teilweise werden die Ergebnisse mit denjenigen aus den Vorerhebungen verglichen – so lassen sich Entwicklungen und Trends nachzeichnen.

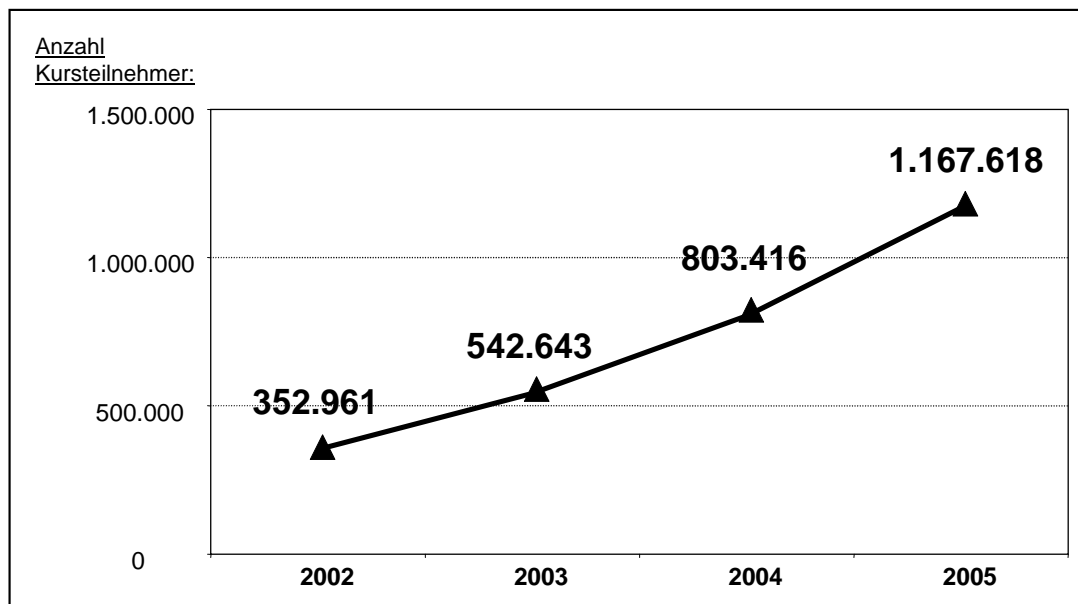
²⁷ Für das Berichtsjahr 2005 gilt noch die Fassung „Gemeinsame u. einheitliche Handlungsfelder u. Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 u. 2 SGB V v. 21. Juni 2000 in der Fassung v. 12. September 2003“. Im Jahr 2006 wurde mittlerweile eine überarbeitete Fassung herausgegeben (Fassung v. 10. Februar 2006, 2. korrigierte Auflage vom 15. Juni 2006).

²⁸ Dazu zählen Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, bösartige Neubildungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische/psychosomatische Erkrankungen.

3.3.1 Inanspruchnahme

Seit der Ersterhebung für das Berichtsjahr 2002 ist die Zahl der Versicherten, die an primärpräventiven Kurs- und Seminarangeboten teilgenommen haben, kontinuierlich von anfangs zusammen 353.000 auf insgesamt knapp 1,2 Mio. Kursteilnehmer in 2005 angestiegen:

Abb. 18: Anzahl der Kursteilnehmer insgesamt – 2002 bis 2005



Die Gesamtzahl der Kursteilnehmer im Berichtsjahr 2005 entsprach einem Anteil von 1,7 % aller GKV-Versicherten desselben Jahres²⁹. Gegenüber 2004 war damit ein Anstieg von 0,6 Prozentpunkten zu verzeichnen (2004: 1,1 %; 2003: 0,9 %).

Daten zu Kursteilnehmern aus sozial ungünstigen Rahmenbedingungen (wie z.B. niedriges Einkommen) lagen für 2005 nicht vor. Bekannt ist, dass individuelle Kursangebote eher selten von Versicherten mit niedrigem Einkommen oder geringer Schulbildung in Anspruch genommen werden. Dies wurde auch durch die Ergebnisse aus den Berichtsjahren 2002 und 2003 zum Individuellen Ansatz bestätigt: In diesen Jahren wurden noch Kursteilnehmer erfasst, die auf Grund eines niedrigen Einkommens von Zuzahlungen u.a. zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln befreit waren („Härtefall-Paragraf“³⁰). Versicherte mit einer „Härtefallbefreiung“ nahmen individuelle Kursangebote besonders selten wahr. Aus Sicht der Krankenkassen sind zur Erreichung dieser Personengruppe deshalb vielmehr Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz geeignet. Die Versicherten suchen danach nicht Angebote auf, sondern die Maßnahmen werden direkt in die Lebenswelten der

²⁹ In 2005 bundesweit 70.477.283 GKV-Versicherte (BMG: GKV-Mitgliederstatistik KM6 2005, Stand 1.7.2005).

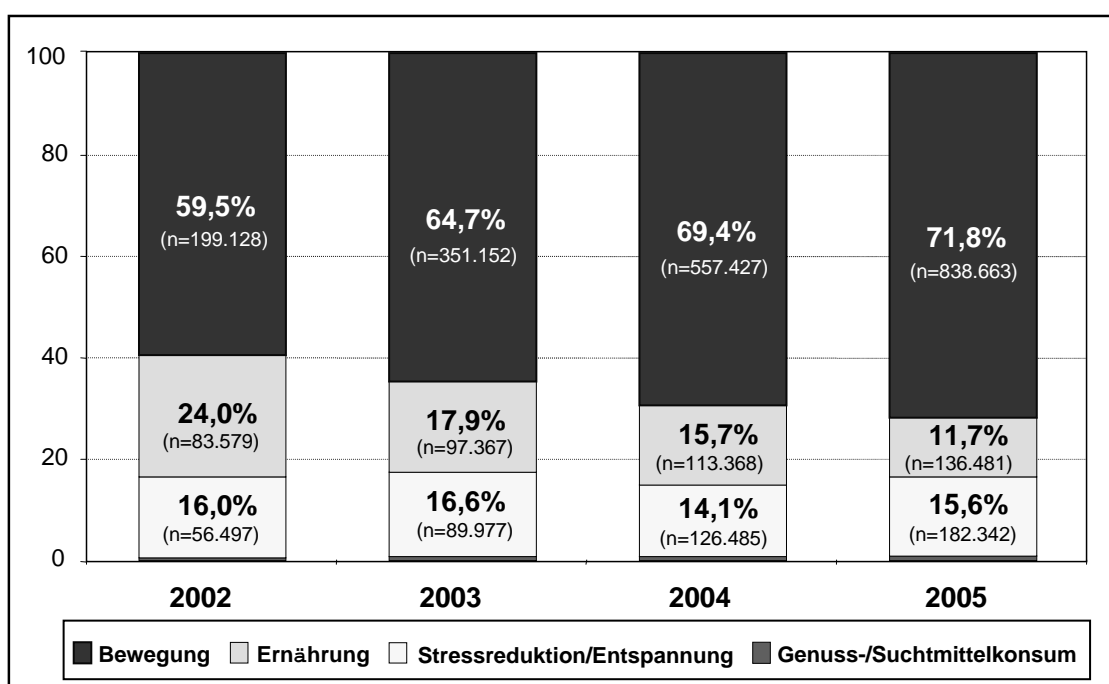
³⁰ Dieser Paragraf wurde bei Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) im November 2003 gestrichen. Eine Erfassung alternativer unproblematischer Indikatoren zur Erhebung des sozialen Status ist aus Sicht der Krankenkassen wünschenswert. Sie prüfen zur Zeit denkbare alternative Erfassungsmöglichkeiten anhand der in ihren jeweiligen Kassensystemen verfügbaren Daten. Unabhängig davon werden Sozialindikatoren mit den in der Erprobung befindlichen Evaluationsinstrumenten erfasst.

Versicherten („Settings“, wie z.B. Kindergärten/-tagesstätten, Schulen, regionale Einrichtungen oder Vereine) eingebracht. Sie sind sowohl auf das Gesundheitsverhalten Einzelner ausgerichtet als auch auf die Verhältnisse im Setting (z.B. strukturelle, organisatorische, Umgebungsbedingungen; s. Kap. 3.2, S. 17 ff.).

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. 19: Anzahl der Kursteilnehmer in den jeweiligen Handlungsfeldern



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

Den Schwerpunkt setzten sie dabei zunehmend auf Angebote zum Handlungsfeld „Bewegung“ und abnehmend auf Kurse mit ernährungsbezogenen Inhalten³¹. Die Anteile an Kursteilnahmen zur „Stressreduktion/ Entspannung“ lagen in den vier abgebildeten Berichtsjahren auf einem jeweils vergleichbaren Level. In 2005 griffen die Versicherten erst-

³¹ In 2005 griffen 72 % aller Kursteilnehmer Bewegungskurse auf. Davon handelte es sich in 43 % der Fälle um Bewegungskurse zur „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten“ und bei 57 % um Kurse zur „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“ (nähere Erläuterungen zu den Präventionsprinzipien s. Leitfaden Prävention 2006, S. 27 ff).
Bei den Ernährungskursen nahmen 31 % der Kursteilnehmer Kurse zur „Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung“ und 69 % zur „Vermeidung / Reduktion von Übergewicht“ wahr (nähere Erläuterungen zu den Präventionsprinzipien s. Leitfaden Prävention 2006, S. 33 ff).

mals häufiger Kurse zur „Stressreduktion/ Entspannung“ auf als Angebote zum Themenfeld „Ernährung“.

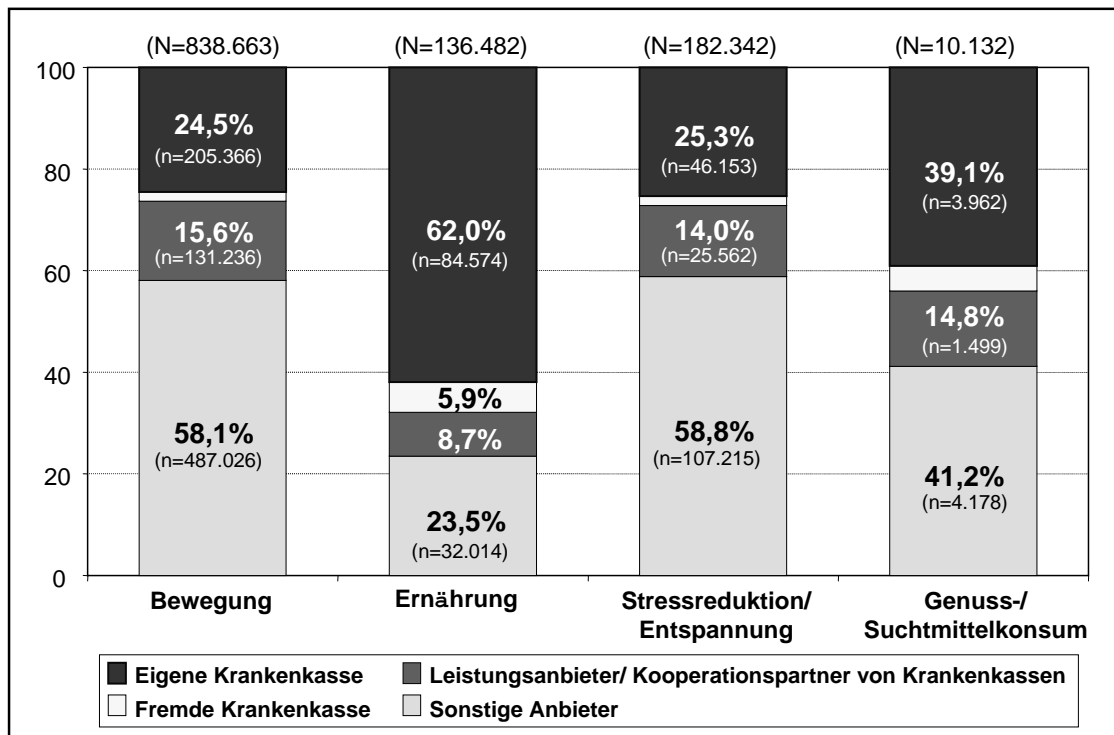
Vergleichsweise selten, d.h. in 0,9 % aller Fälle suchten Versicherte Veranstaltungen zum Thema „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ auf (2004/2003: 0,8 %; 2002: 0,5 %). Die Zahl der Kursteilnehmer ist dabei von rund 3.900 in 2002 auf 10.000 Teilnehmer in 2005 angestiegen.

3.3.3 Leistungsanbieter

54 % aller in 2005 von Versicherten aufgesuchten Kurse/Seminare wurden von sonstigen Anbietern³² angeboten. Dem folgten Kursangebote der eigenen Krankenkasse (29 %) und Angebote von Kooperations- bzw. Vereinbarungspartnern der eigenen Krankenkasse (15 %). Vergleichsweise selten besuchten Versicherte Kurse, die von anderen Krankenkassen als der eigenen durchgeführt wurden (2,3 %).

Besonders hoch war der Anteil an Kursangeboten von sonstigen Anbietern bei den Handlungsfeldern Bewegung und Stressreduktion/Entspannung. Ernährungskurse wurden hingegen vorzugsweise von den eigenen Krankenkassen durchgeführt. Kursangebote/Seminare zum Genuss- und Suchtmittelkonsum erfolgten etwa gleich häufig durch eigene Krankenkassen und sonstige Anbieter:

Abb. 20: Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern



³² Dazu zählen diejenigen, bei denen keine besonderen Kooperationsvereinbarungen mit der eigenen Krankenkasse getroffen wurden, wie z.B. Vereine und Volkshochschulen.

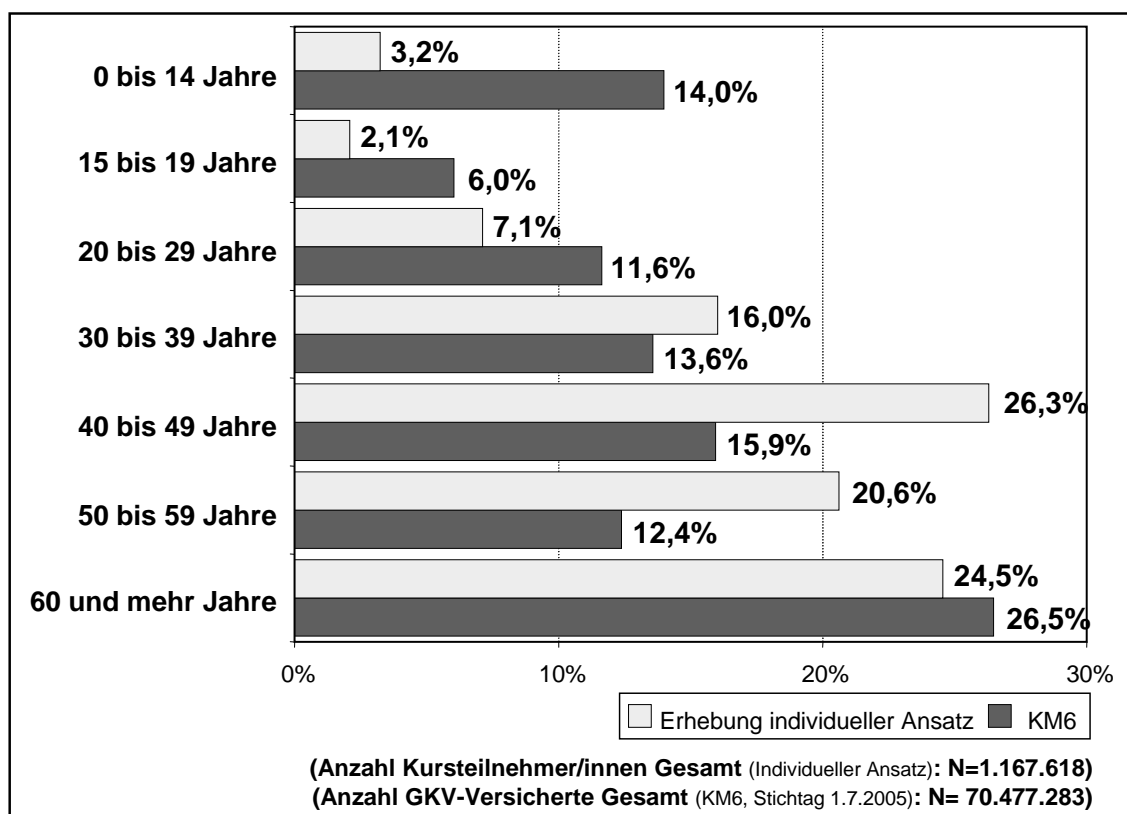
3.3.4 Inanspruchnahme nach Geschlecht und Alter

Kursangebote nach dem Individuellen Ansatz wurden – wie in den Berichtsjahren zuvor – überdurchschnittlich häufig von Frauen in Anspruch genommen. Ihr Anteil lag bei 77 % aller Kursteilnehmer, der Anteil der männlichen Kursbesucher lag hingegen bei 23 % (2004 und 2003: jeweils 80 % und 20 %). Dem stand ein Frauenanteil von 53 % und Männeranteil von 47 % aller GKV-Versicherten gegenüber³³.

Bei jüngeren Altersgruppen war der Anteil der männlichen Kursteilnehmer vergleichsweise hoch: Er lag in der Altersgruppe der „bis 14-Jährigen“ bei 46 % und in der Altersgruppe der „15- bis 19-Jährigen“ bei 29 %. Offensichtlich nahmen hier noch die Eltern (bzw. Mütter) Einfluss auf die Kursteilnahme ihrer Kinder an individuellen Kursangeboten.

Ein Vergleich der Altersverteilung der in 2005 gemeldeten Kursteilnehmer mit der Altersstruktur der GKV-Versicherten³⁴ zeigt, dass primärpräventive Kursangebote besonders häufig von Versicherten im Alter zwischen 40 und 59 Jahren in Anspruch genommen wurden. Jüngere Versicherte bis zu 29 Jahren und besonders diejenigen im Alter von bis zu 14 Jahren griffen hingegen vergleichsweise selten primärpräventive Kursangebote auf. Die ab 60-Jährigen waren ebenfalls in den primärpräventiven Kursen unterrepräsentiert:

Abb. 21: Prozentuale Anteile der Altersgruppen – KM6 und Ergebnisse individueller Ansatz



³³ BMG: KM6, Stichtag 1.7.2005

³⁴ BMG: KM6, ebd.

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 verglichen³⁵:

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

Der Anteil der männlichen Kursbesucher war hier bei der Altersgruppe der „bis zu 14-Jährigen“ mit 48 % am höchsten und bei den „15- bis 19-Jährigen“ mit 32 % am zweithöchsten. Im Mittel lag der Männeranteil bei 25 %.

An Kursen zur Stressbewältigung bzw. Entspannung nahmen vorzugsweise junge Versicherte teil. Besonders die „bis zu 14-jährigen“ und „15- bis 19-jährigen“ Versicherten griffen diese Kurse im Vergleich zur Gesamtzahl der Kursteilnehmer überdurchschnittlich oft auf (23 % und 20 %, Gesamt 12 %). Versicherte ab 40 Jahren nahmen hingegen seltener an Stressbewältigungskursen teil.

Der Anteil an männlichen Kursbesuchern lag – wenn man von der Altersgruppe der bis 14-Jährigen, die eine Ausnahme darstellten, absieht – im Mittel bei 17 % (2004:16 %). Bei den „bis zu 14-jährigen Versicherten“ lag der Anteil der männlichen Kursteilnehmer bei 47 %.

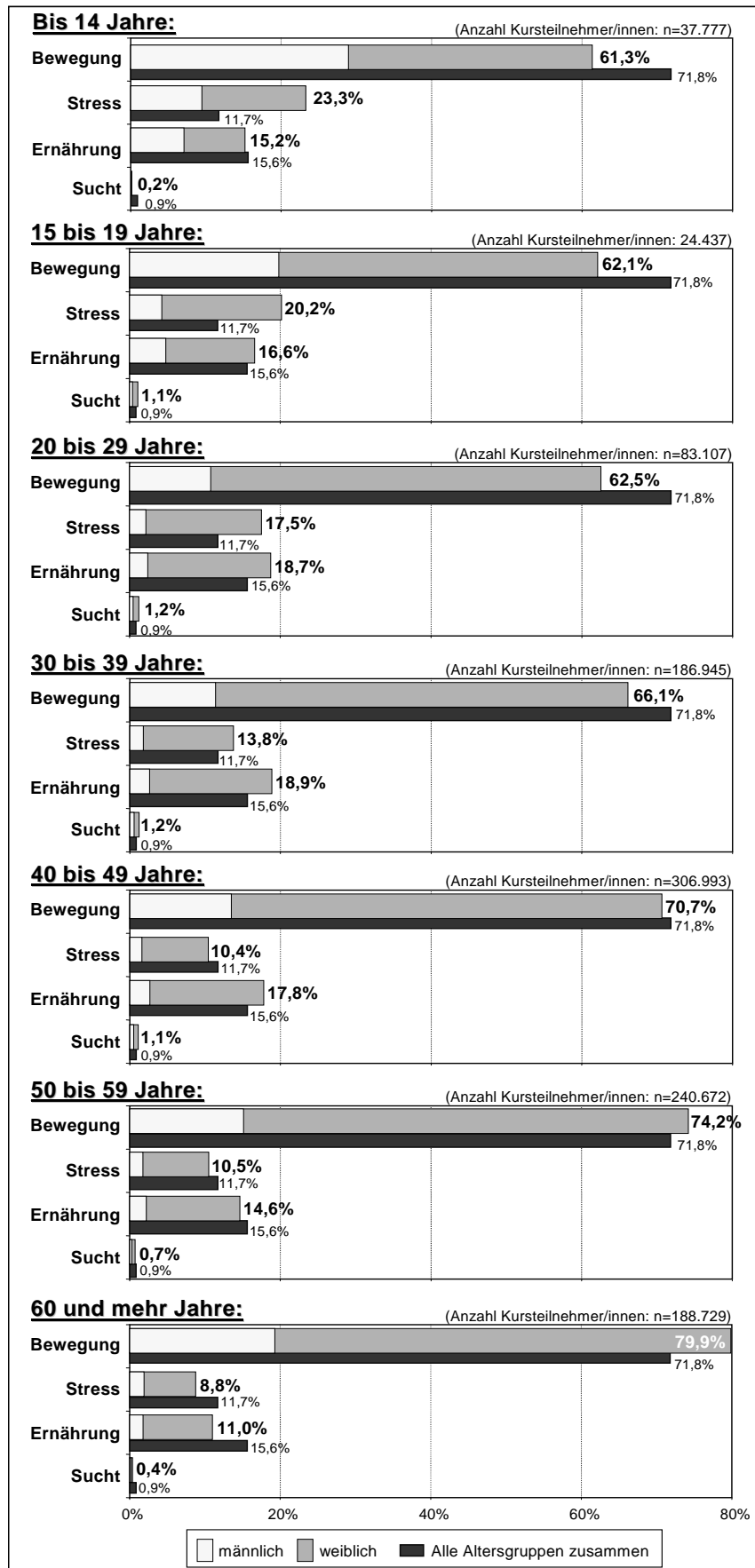
Ernährungskurse wurden von Versicherten im Alter zwischen „15 und 49 Jahren“ etwas häufiger aufgesucht als von Versicherten aus anderen Altersgruppen. Am höchsten war das Interesse der Kursteilnehmer an Ernährungsangeboten bei der Altersgruppe der „20- bis 29-Jährigen“ und „30 bis 39-Jährigen“. Bei diesen wurden vorzugsweise Kursangebote zur Vermeidung oder Reduktion von Übergewicht in Anspruch genommen (67 %).

Männliche Kursteilnehmer waren mit den höchsten Anteilen in der Altersgruppe der „bis zu 14-Jährigen“ (41 %) vertreten, gefolgt von den „ab 60-Jährigen“ (22 %) und „15- bis 19-Jährigen“ (21 %). Der Frauenanteil war hingegen bei den „20- bis 29-Jährigen“ sowie „30- bis 39-Jährigen“ am höchsten (88 % und 87 %). Im Durchschnitt lag der Frauenanteil bei 80 % (2004: 85 %).

Angebote zum verantwortlichen Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln wurden insgesamt selten in Anspruch genommen. Am häufigsten suchten Versicherte im Alter zwischen „20 und 39 Jahren“ Kurse zu diesem Themenfeld auf (jeweils 1,2 %). Der Männeranteil war hier vergleichsweise hoch: Er lag im Durchschnitt bei 45 %. Bei den „bis zu 14-Jährigen“ war er mit 56 % am höchsten.

³⁵ 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. 22: Inanspruchnahme von Angeboten nach Alter und Geschlecht im Vergleich mit Gesamtergebnissen



3.3.5 Resümee

Seit Beginn der Erhebungen zum Individuellen Ansatz im Jahr 2002 ist die Zahl der Kursteilnahmen kontinuierlich angestiegen: Haben anfangs noch 353.000 Versicherte individuelle Angebote aufgegriffen, so waren es in 2005 bereits knapp 1,2 Mio. Kursteilnehmer. Allein gegenüber 2004 war in 2005 ein Anstieg an Kursteilnahmen von 45 % zu verzeichnen. Entsprechend konnten auch die Krankenkassen ihre Leistungen zum Individuellen Ansatz enorm ausbauen.

Den Schwerpunkt setzten die Versicherten dabei – wie in den Jahren zuvor – auf Angebote zum Handlungsfeld „Bewegung“. In 2005 griffen sie erstmals häufiger Kurse zur „Stressreduktion/ Entspannung“ auf als zu ernährungsspezifischen Themen. Inwiefern sich hier ein neuer Trend abzeichnet, werden die Erhebungen der nächsten Berichtsjahre zeigen.

Wie in den Dokumentationen der Berichtsjahre zuvor griffen vorzugsweise Frauen und Versicherte im Alter zwischen 30 und 60 Jahren individuelle Kursangebote auf. Diese werden nach wie vor nur unterproportional von Männern sowie von jüngeren und älteren Versicherten genutzt.

3.4 Betriebliche Gesundheitsförderung

Im Jahr 2005 waren insgesamt 36,6 Millionen Menschen erwerbstätig (44 % der Bevölkerung)³⁶. 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, können diese Anforderungen, verknüpft mit den Verhältnissen am Arbeitsplatz, häufig negative Auswirkungen auf Wohlbefinden und Gesundheit haben.

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

Bereits seit vielen Jahren sind die Gesetzlichen Krankenkassen in der BGF aktiv. Dabei können sie 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 Krankenkassen³⁷ 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 sowie die Verhütung von Berufskrankheiten und Gesundheitsgefahren ist nach wie vor wesentliche Aufgabe der Unfallversicherung. Auch die Arbeitgeber stehen in der gesetzlichen Pflicht, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und die Arbeit menschengerecht zu gestalten.

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

³⁶ Quelle: Statistisches Bundesamt

³⁷ "Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September 2003" (Mittlerweile liegt eine überarbeitete Fassung vom 10. Februar 2006 in der 2. korrigierten Auflage vom 15. Juni 2006 vor).

versicherung beispielsweise auch Gesundheitsämter, niedergelassene Ärzte, weitere Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, wissenschaftliche Einrichtungen sowie externe Berater oder kommerzielle Institutionen (z.B. Unternehmensberater, Trainer etc.).

Ganzheitlich verstandene BGF ist auf Langfristigkeit und Nachhaltigkeit ausgerichtet. Sie ist in der Regel – wie im Handlungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen beschrieben – auf eine Einbindung von Gesundheitsförderung in betriebliche Managementsysteme ausgerichtet. Auch strebt sie die Einleitung von dauerhaften Verbesserungsprozessen über die eigentlichen Aktivitäten der Gesundheitsförderung hinaus an. Maßnahmen, die alle Gesundheitspotenziale in Unternehmen und Organisationen stärken, zielen dabei sowohl auf das 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 Nichtrauchen sein. Maßnahmen, die die Verhältnisse in Betrieben betreffen, zielen häufig auf die Optimierung der Arbeitsumgebung und -organisation, z.B. über den Einsatz von verbesserten Arbeitsmitteln, die Umorganisation von Arbeitsabläufen, die Einführung von Rotationen oder neuen Arbeits- bzw. Pausenregelungen. Insbesondere Gesundheitszirkel stellen ein wichtiges Instrument der BGF dar, da sie unter Einbeziehung des Expertenwissens möglichst vieler Beschäftigten zu einer verbesserten Gesundheitskommunikation in Betrieben beitragen und sowohl auf verhaltensbezogene als auch verhältnisbezogene Maßnahmen ausgerichtet sind.

Wie umfassend von Krankenkassen unterstützte bzw. durchgeführte BGF erfolgt, ist letztendlich wesentlich von den Entscheidern bzw. der jeweiligen Situation vor Ort abhängig. Oft werden erste Erfahrungen zur BGF bzw. erste Informationen über den Ist-Zustand in Betrieben zunächst über Einzelaktionen, wie z.B. die Durchführung von Arbeitsunfähigkeits- oder anderen Analysen, Mitarbeiterbefragungen, 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 deshalb 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 verbundene Elemente der 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.

Einblick in die Praxis von BGF geben die zwei im Anschluss an die Ergebnisdarstellungen beschriebenen BGF-Projekte „Airport Bremen hebt ab“ (Kap. 3.4.6, S. 114 ff.) und „Gesund und Fit, ich mach mit!“ (Kap. 3.4.7, S. 121 ff.). An diesen beiden Projekten waren als Kooperationspartner neben den Unternehmen, jeweils zwei Krankenkassen aus verschiedenen Kassensystemen, der Betriebsärztliche Dienst sowie eine Unfallkasse beteiligt. Bei einem Projekt war zudem eine Universität eingebunden.

Beide Projekte entsprachen dem ganzheitlichen Ansatz der BGF. Ein Augenmerk lag hier – besonders unter dem Aspekt der Heraufsetzung des gesetzlichen Renteneintrittsalters – auf der langfristigen Gesunderhaltung insbesondere von älteren Mitarbeitern. Anhand dieser im Bericht vorgestellten Projekte lassen sich beispielhaft das Vorgehen, und hierbei insbesondere die umfassenden Bedarfsanalysen sowie die vorwiegend geplanten Interventionen, nachzeichnen. Beide vorgestellten Projekte waren zum Ende 2005 noch nicht abgeschlossen.

Vorliegender Bericht stellt ausschließlich den Stand der Aktivitäten im Berichtsjahr dar. Über Interventionen oder Erfolgskontrollen, die sich in 2005 erst in der Planungsphase befanden, wird noch nicht berichtet.

3.4.1 Ergebnisse des Gesamtdatensatzes

Der vorliegenden Dokumentation zu Krankenkassenleistungen in der BGF in 2005 liegen insgesamt **2.531** Dokumentationsbögen zu Grunde. In 2004 lag die Fallzahl bei 2.563 Dokumentationsbögen. Somit wurden in 2005 vergleichbar viele Projekte gemeldet wie in 2004 (-1,2 %).

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

*Fälle, in denen ausschließlich AU-Analysen durchgeführt wurden

Tab. 2: Rücklauf Dokumentationsbögen BGF

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für BGF nach § 20 Abs. 2 SGB V sind in 2005 gegenüber 2004 um 7 % angestiegen³⁸. Im Vergleich dazu lag der Ausgabenanstieg für BGF von 2003 auf 2004 bei 3,5 %.

³⁸ Ausgaben 2005: 27,7 Mio. Euro
 Ausgaben 2004: 25,9 Mio. Euro
 Ausgaben 2003: 25,0 Mio. Euro

Die nachfolgenden Ausführungen bilden zunächst die Gesamtergebnisse für das Berichtsjahr 2005 ab. Dem folgen im Weiteren Darstellungen der wesentlichen Ergebnisse in den unterschiedlichen Betriebsgrößen und Branchen. Bei den Branchenergebnissen finden ausschließlich solche Branchen Berücksichtigung, die mit einem Mindestanteil von 5 % im Gesamtdatensatz vertreten waren. Ferner werden die durchgeführten Aktivitäten in Abhängigkeit von vorhandenen bzw. fehlenden Bedarfsermittlungen sowie Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen beschrieben.

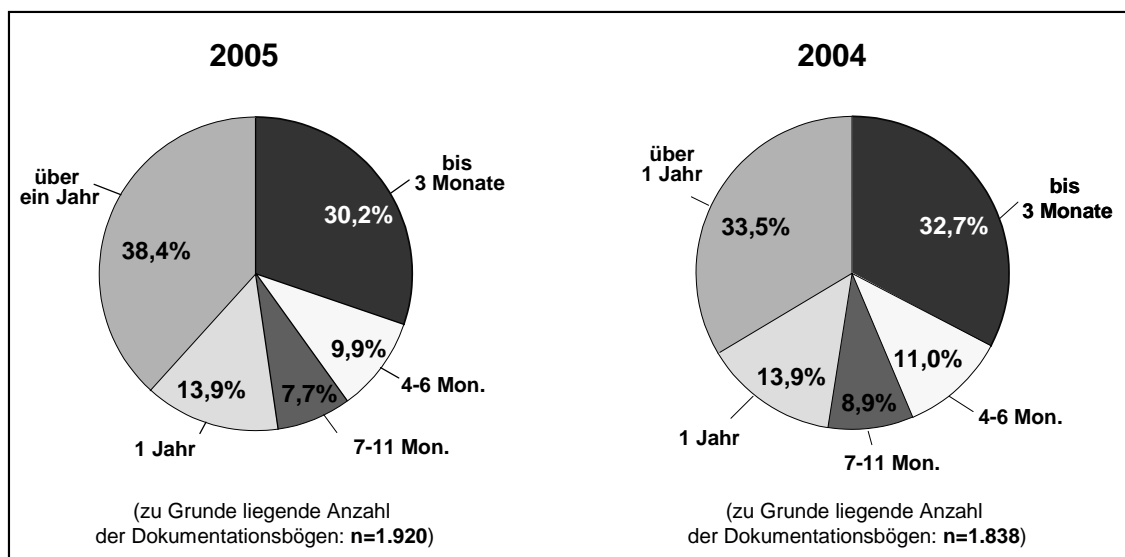
3.4.1.1 Allgemeine Daten

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

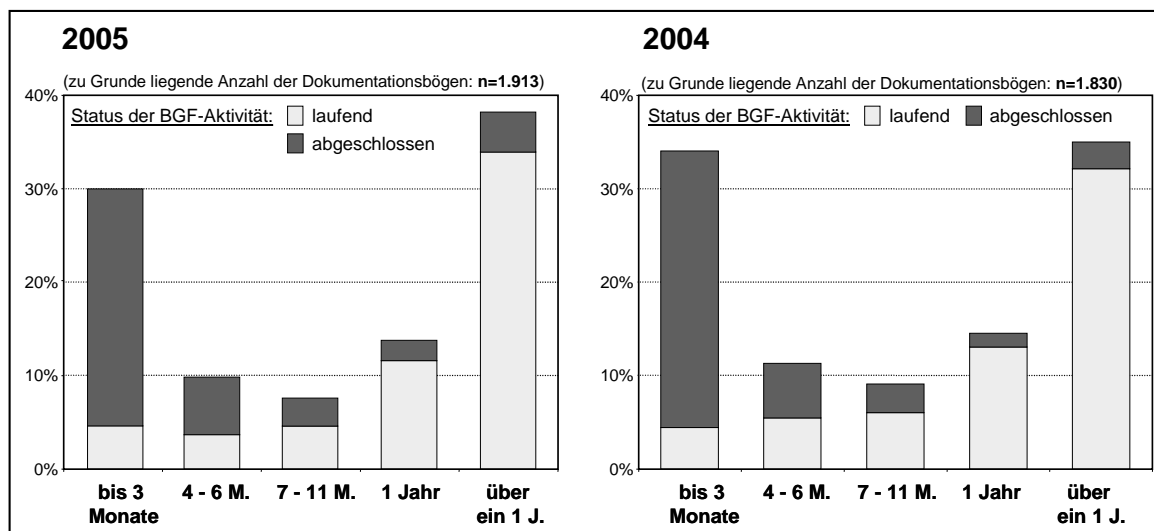
Zu den Laufzeiten der Aktivitäten lagen in 76 % aller Fälle Angaben vor (2004: 72 %). Dabei handelte es sich sowohl um endgültig feststehende Laufzeiten bei Aktivitäten, die zum Ende des Berichtjahres abgeschlossen waren, als auch um geplante Laufzeiten bei noch laufenden Projekten. Bei diesen sind noch Abweichungen von der Planung möglich. Folgende Abbildung stellt alle Fälle dar, bei denen Angaben zur Laufzeit vorlagen. Die nächste Abbildung differenziert diese weiter hinsichtlich noch laufender bzw. abgeschlossener Aktivitäten:

Abb. 23: Laufzeit der Aktivitäten insgesamt



Im Vergleich zu 2004 ist der Anteil an BGF-Aktivitäten, die ein Jahr und länger andauern, von 47 % auf 52 % der Fälle angestiegen. Der Anteil an kurz angelegten, d.h. bis zu drei Monaten laufenden Aktivitäten, ist hingegen leicht zurückgegangen.

Abb. 24: Laufzeit von laufenden und abgeschlossenen Aktivitäten



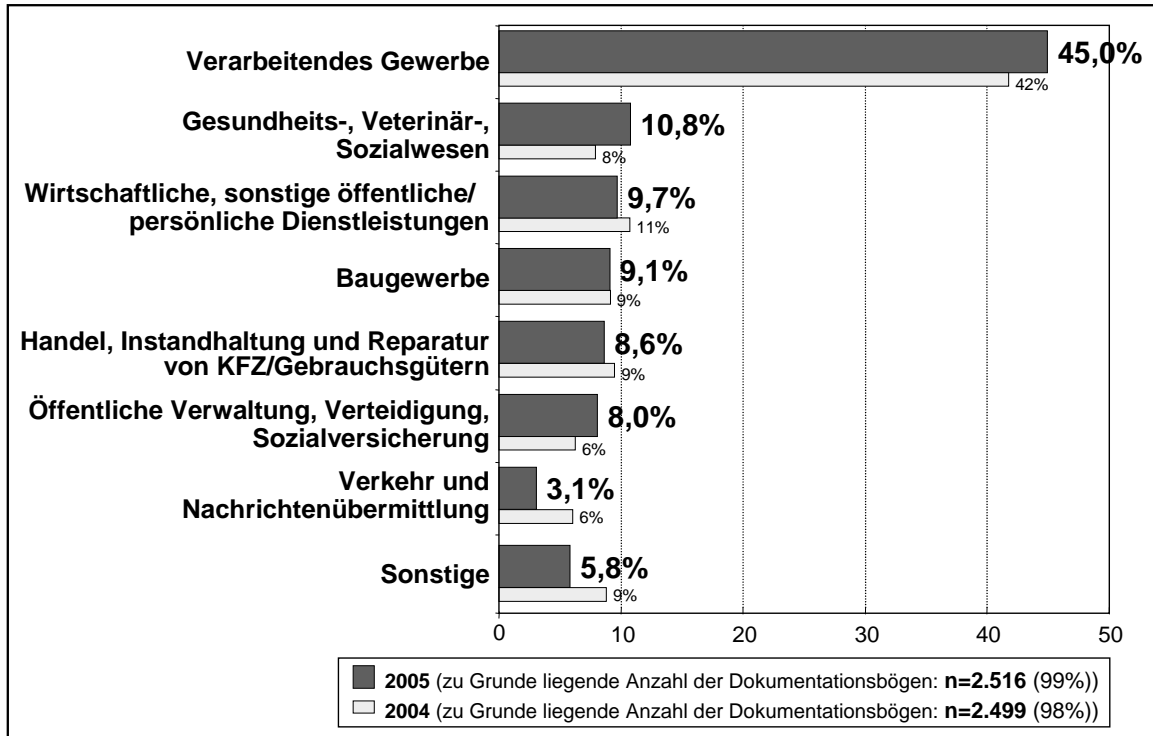
Die meisten der Aktivitäten mit einer Laufzeit von einem Jahr und mehr liefen zum Ende des Berichtjahres noch. Bei diesen kann davon ausgegangen werden, dass es sich um im Sinne der BGF auf Ganzheitlichkeit und Nachhaltigkeit ausgerichtete Maßnahmen handelte. Solche zielen auf eine feste Implementierung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

Die durchschnittliche Gesamtlaufzeit von BGF-Aktivitäten betrug 19 Monate (2004: 16 Monate). In einem Höchstfall wurde eine Laufzeit von über 13 Jahren berichtet. Knapp zwei Drittel aller gemeldeten Aktivitäten waren zum Ende des Berichtsjahres abgeschlossen. Bei 7 % der noch laufenden Fälle war die Mitwirkung der Krankenkassen abgeschlossen (2004: 16 %).

- Branchen, Anzahl an Standorten/Betrieben

Die Branchenzuteilung der in der Dokumentation gemeldeten Betriebe wurde nach der Klassifikation von Wirtschaftszweigen des Statistischen Bundesamtes (WZ 2003) abgefragt. In 2005 lag folgende Branchenverteilung vor:

Abb. 25: Branchen



BGF wurde – wie in den Jahren davor – auch in 2005 am häufigsten in Unternehmen aus dem „Verarbeitenden Gewerbe“ durchgeführt. Dabei ist der Anteil im Vergleich zu 2004 leicht angestiegen, nachdem in 2003 und 2002 Rückgänge zu verzeichnen waren (2004: 42 %, 2003: 44 %, 2002: 52 %). Am häufigsten handelte es sich dabei um Betriebe aus dem „Ernährungsgewerbe ...“ und der „Metallerzeugung/-bearbeitung“ (28 % und 19 % der Fälle aus dem Verarbeitenden Gewerbe).

Mit einem Anteil von 10 % aller Fälle erfolgte BGF am nächsthäufigsten in der Branche „Wirtschaftliche, sonstige öffentliche und persönliche Dienstleistungen“, ferner im „Handel“, im „Baugewerbe“, im „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ sowie im Sektor „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“.

Im Vergleich zu den bundesweiten Anteilen der Betriebe in den jeweiligen Wirtschaftszweigen³⁹ waren Unternehmen aus dem „Verarbeitenden Gewerbe“ mit einem Anteil von 45 % stark vertreten (Bundesanteil 11 %). 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. Die Anteile an Betrieben aus dem „Gesundheits- Veterinär, Sozialwesen“ sowie

³⁹ Bundesanstalt für Arbeit: Statistik zur Zahl der Betriebe nach Wirtschaftsabteilungen in Deutschland (Stand 30.06.2005).

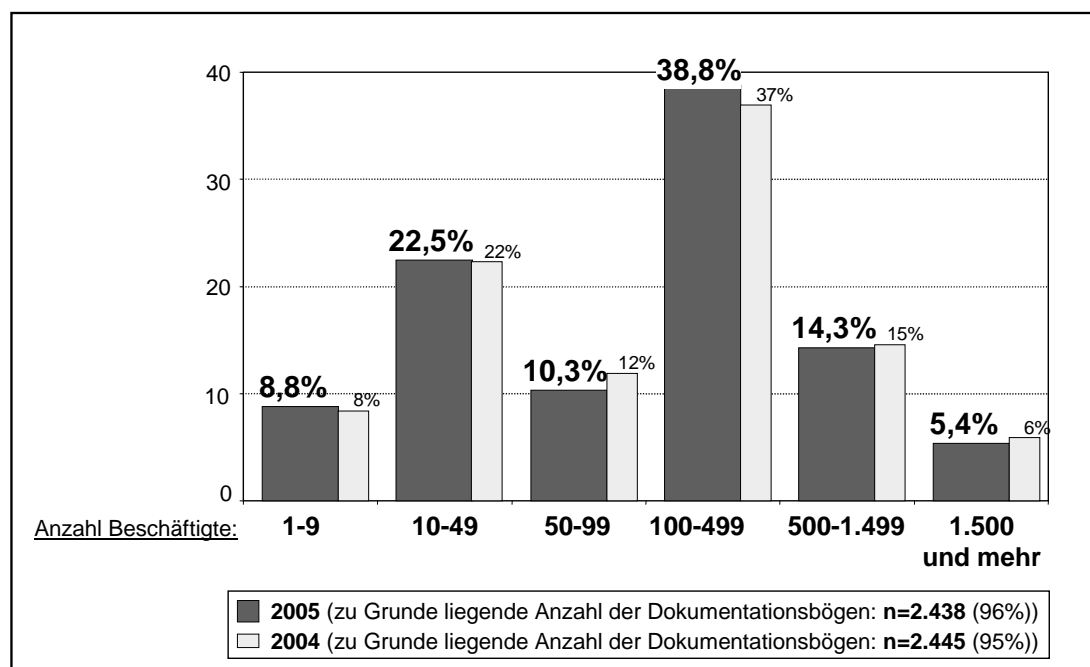
dem „Baugewerbe“ entsprachen in etwa den jeweiligen Bundesanteilen. Betriebe aus den Branchen „... Dienstleistungen“ (10 %, Bundesanteil 18 %) und dem „Handel ...“ (10 %, Bundesanteil 21 %) waren im Bundesvergleich eher unterrepräsentiert. Bei diesen Sektoren besteht nach wie vor ein großes Potenzial für die Intensivierung von BGF.

Ein ausgefüllter Dokumentationsbogen (= ein gemeldeter Fall) enthielt eine Abfrage über die Standorte, in denen BGF-Maßnahmen durchgeführt wurden. Die Maßnahmen konnten in einem Unternehmen/Standort durchgeführt werden oder auch im Rahmen eines Netzwerkprojektes (meist bei Klein- und Kleinstbetrieben): Bei 91 % aller eingereichten Dokumentationsbögen wurde BGF an einem Standort durchgeführt (n=2.299). In den restlichen 218 Fällen wurden im Mittel fünf Standorte pro Dokumentationsbogen benannt. Die Gesamtsumme aller gemeldeten Standorte/Betriebe lag bei 6.407 (2004: 4.768 Standorte/Betriebe)⁴⁰.

- Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte), erreichte Personen

BGF-Maßnahmen wurden in 2005 – wie bereits in den Jahren zuvor – am häufigsten in Betrieben mit einer Beschäftigtenzahl von 100 bis 499 Mitarbeitern durchgeführt (49 %). Dem folgten Klein- und Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigten (31 %) sowie Unternehmen mit mehr als 500 Mitarbeitern (19 %; vgl. Abb. 26, S. 78). Beachtliche Ergebnisabweichungen zum Vorjahresbericht lagen in 2005 nicht vor:

Abb. 26: Betriebsgrößen (Anzahl Beschäftigte)



⁴⁰ Bei einem Fall aus dem Gastgewerbe wurden 3.000 Standorte gemeldet. Dieser Fall wurde aus der Berechnung herausgenommen.

Der Anteil an Betrieben mit mindestens 100 Mitarbeitern lag zusammen bei 59 % aller Fälle mit vorliegenden Angaben zur Beschäftigtenzahl. Im Vergleich dazu machten Betriebe dieser Größenordnung in 2004/2005 1,9 % aller Betriebe in Deutschland aus⁴¹. 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 starke Präsenz von Unternehmensgrößen ab 100 Mitarbeitern im Datensatz lässt sich insbesondere auf die für die Durchführung von BGF tendenziell günstigeren Strukturverhältnisse in größeren Unternehmen zurückführen. Auch stellt sich der Aufwand für BGF in Klein-/Kleinstbetrieben im Verhältnis zu der Zahl an Personen, die man dort erreicht, als vergleichsweise hoch dar. So wurden in Unternehmen mit 100 und mehr Mitarbeitern den Schätzungen zufolge 393.600 Personen direkt erreicht (94 % der Gesamtschätzzahl). In Betrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern konnten hingegen insgesamt lediglich 14.295 Personen direkt erreicht werden (3,4 %).

Erreichte Personen: In allen Betriebsgrößen einschließlich der Betriebe mit „50-99 Mitarbeitern“ wurden laut Schätzungen zusammen 419.000 Personen direkt erreicht. Diese Maßnahmen hatten Auswirkungen auf geschätzte weitere 187.000 Personen. Zu solchen BGF-Aktivitäten, die zunächst einen kleinen Personenkreis direkt ansprechen und sich dann gezielt auf weitere Mitarbeiter auswirken, zählen z.B. Gesundheitszirkel. An diesen nehmen einige wenige Mitarbeiter eines Arbeitsbereiches/ einer Abteilung teil. Die im Zirkel erarbeiteten Maßnahmen bzw. Erkenntnisse werden dann in den gesamten Arbeitsbereich eingebracht und der gesamten Belegschaft kommuniziert. Somit profitieren deutlich mehr Mitarbeiter als nur die Teilnehmer an den Zirkeln von der Umsetzung der Maßnahmen. Auch Multiplikatorenschulungen zu gesundheitsförderlichen Fragestellungen wirken sich auf eine weitaus größere Zahl von Mitarbeitern aus.

Insgesamt konnten also in 2005 etwa 606.000 Personen erreicht werden. Damit war die Gesamtschätzsumme in 2005 niedriger als in 2004 (2004: 670.000). Das Ergebnis kann bspw. darauf zurückzuführen sein, dass sich in 2005 der Anteil an Unternehmen aus dem Sektor „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ gegenüber 2004 etwa halbiert hat. Unternehmen aus dieser Branche hatten vorwiegend eine hohe Beschäftigtenzahl von mehr als 500 Mitarbeitern. Aus diesen wurden in den vorherigen Berichten zum Teil sehr hohe Schätzzahlen an erreichten Personen gemeldet.

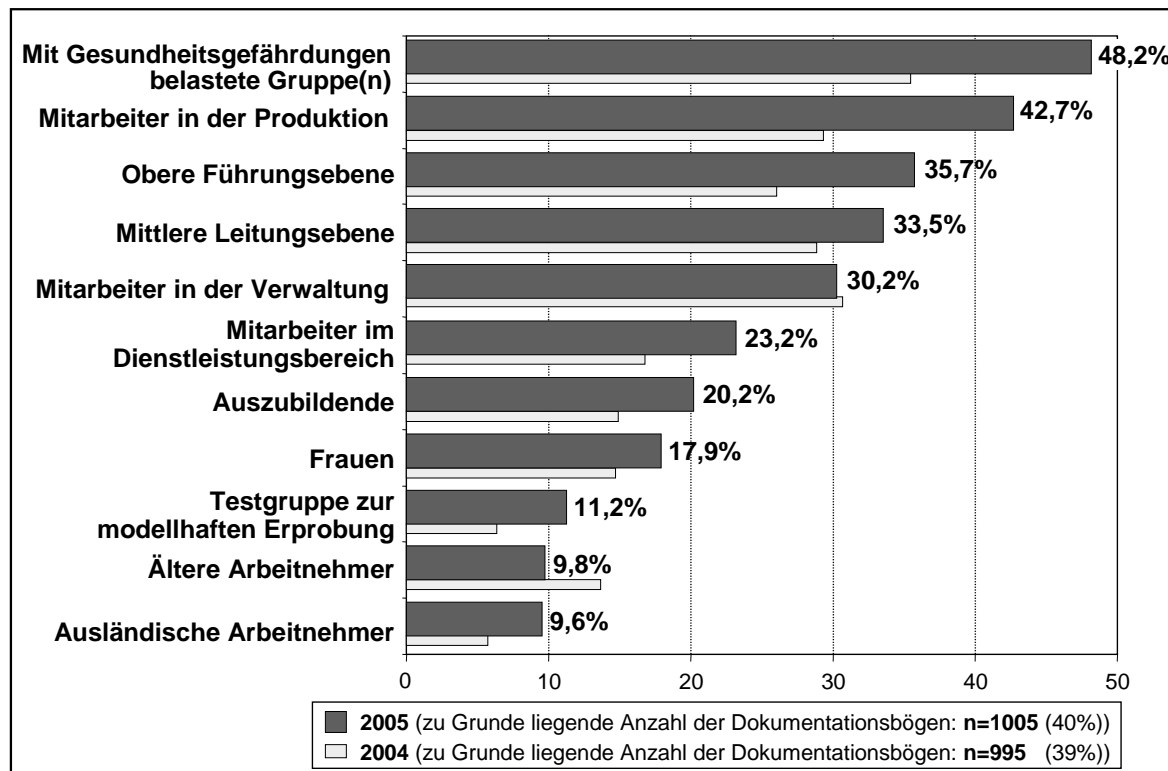
⁴¹ Bundesanstalt für Arbeit: Statistik zu Betrieben mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Stand 30.06.2005).

3.4.1.2 Schwerpunktmäßige Zielgruppen

In 60 % aller Fälle (n=1.509) waren die Aktivitäten in den Betrieben auf alle Beschäftigten ausgerichtet (2004: 61 %). 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 Betriebsgrößenauswertungen, Kap. 3.4.2.2, S. 94).

Bei 40 % der Fälle lag eine schwerpunktmäßige Zielgruppenausrichtung vor:

Abb. 27: Schwerpunktmäßige Zielgruppe (Mehrfachnennungen möglich)



Zu den am häufigsten gewählten Zielgruppen zählten „Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“, „Mitarbeiter in der Produktion/ im Handwerk“ und „Obere Führungsebene“, „Mittlere Leitungsebene“ sowie „Mitarbeiter in der Verwaltung“. Bei den „Spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belasteten Gruppe(n)“ handelt es sich in erster Linie um Beschäftigtengruppen, die aufgrund ihrer Tätigkeit am Arbeitsplatz vergleichbar stärkeren körperlichen bzw. gesundheitlichen Belastungen, wie z.B. Tragen/Heben schwerer Lasten, Fehlhaltungen bei der Arbeit, stehender Tätigkeit, Lärm-/Staubbelastungen usw. ausgesetzt sind. So wurden bei 60 % 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.

In 2005 waren die Aktivitäten im Durchschnitt auf drei Zielgruppen gleichzeitig ausgerichtet. Im Jahr davor wurden noch durchschnittlich zwei Zielgruppen gleichzeitig benannt. Daraus resultieren die für 2005 beobachteten tendenziell höheren Anteile der einzelnen Zielgruppen als in 2004. Meist wurden gleichzeitig „mit Gesundheitsgefährdungen be-

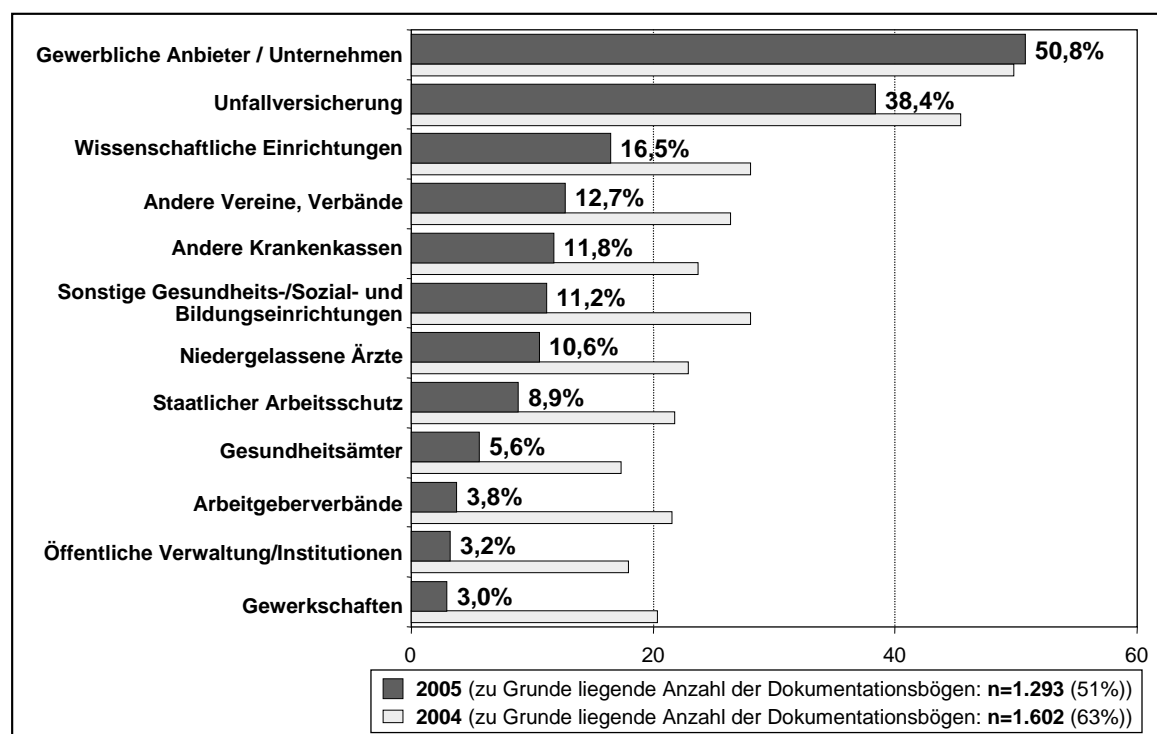
lastete Gruppe(n)“, „Mitarbeiter in der Produktion / Handwerk“ und „Mittlere Leitungsebene“ oder „Obere Führungsebene“ benannt (20 %). Erfreulich ist, dass die „Obere Führungsebene“ und „Mittlere Leitungsebene“ häufiger benannt wurden, weil sie eine Entscheider- und Multiplikatorenfunktion hat. BGF-Aktivitäten zielten im Vergleich zu 2004 weniger auf „Ältere Arbeitnehmer“ ab (2004: 14 %). Unter dem Aspekt der Heraufsetzung des gesetzlichen Renteneintrittsalters ist hier eine in Zukunft stärkere Zielgruppenausrichtung auf ältere Arbeitnehmer erstrebenswert.

3.4.1.3 Außerbetriebliche Kooperationspartner

Die Zahl an gemeldeten BGF-Aktivitäten, bei denen außerbetriebliche Kooperationspartner mit eingebunden waren, ist von 1.602 Fälle in 2004 auf 1.293 Fälle in 2005 zurückgegangen (Anteil am jeweiligen Gesamtdatensatz: 2005=51 %; 2004=63 %). Dabei stellte das Ergebnis aus 2004 im Vergleich zu 2005 und den Jahren davor eine Ausnahme dar (2003: 48 %, 2002: 50 %). Abgesehen von 2004 ist hier entsprechend eine gewisse Konstanz gegeben.

Bei Bejahung einer außerbetrieblichen Kooperation wurden in 2005 im Durchschnitt weniger als in 2004, d.h. zwei anstelle drei Kooperationspartner pro Fall gleichzeitig benannt. Dies spiegelt sich auch in der Auflistung der einzelnen Kooperationspartner wider: Sie wurden in 2005 nahezu durchgängig seltener gemeldet als in 2004. Da es Ziel der Krankenkassen ist, möglichst weitere Ressourcen, insbesondere fachlich-sachlicher Art, in die Maßnahmen einzubringen, lassen diese Ergebnisse aus dem Berichtsjahr 2005 ein deutliches Verbesserungspotenzial erkennen.

Abb. 28: Außerbetriebliche Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)



„Gewerbliche Anbieter / Unternehmen“⁴² wurden in 2005 am häufigsten und etwas häufiger als noch in 2004 als Kooperationspartner benannt. Am zweithäufigsten lagen Kooperationen mit der „Unfallversicherung“ vor, wobei hier der Anteil im Vergleich zu 2004 zurückgegangen ist (2004: 45 %). In den Jahren 2002 und 2003 lagen dabei die Anteile an gemeldeten Kooperationen mit der Unfallversicherung bei noch 16 % und 15 %.

Nächsthäufig und mit deutlich geringeren Anteilen als noch in 2004 wurden in 2005 als Kooperationspartner „Wissenschaftliche Einrichtungen“⁴³, „Andere Vereine, Verbände“⁴⁴, „Andere Krankenkassen“, „Sonstige Gesundheits-/Sozial-/Bildungseinrichtungen“⁴⁵ sowie „Niedergelassene Ärzte“ benannt.

3.4.1.4 Koordination und Steuerung

In 70 % aller Fälle (n=1.761) wurden im Rahmen der BGF Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet. Hier ist im Vergleich zu 2004 und auch den Berichtsjahren davor ein Anstieg an Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen zu verzeichnen (2004: 65 %, n=1.659; 2003: 54 %, 2002: 54 %). Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen nehmen einen hohen Stellenwert für eine langfristige prozesshafte Einbindung von Gesundheitsförderung in Betriebsstrukturen ein. So erfolgten bei vorhandenen Steuerungsstrukturen insgesamt umfassendere Bedarfsanalysen und Interventionen als bei fehlenden (vgl. Kap. 3.4.4, S. 107 ff.).

Erfreulich ist dabei, dass in 2005 Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen nicht nur vorwiegend in größeren Unternehmen gebildet wurden, sondern auch in Klein- und Kleinstbetrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern, die in der Regel keine so formalisierte Struktur aufweisen wie größere Betriebe (61 %, Anteil bei 50 und mehr Beschäftigten: 74 %).

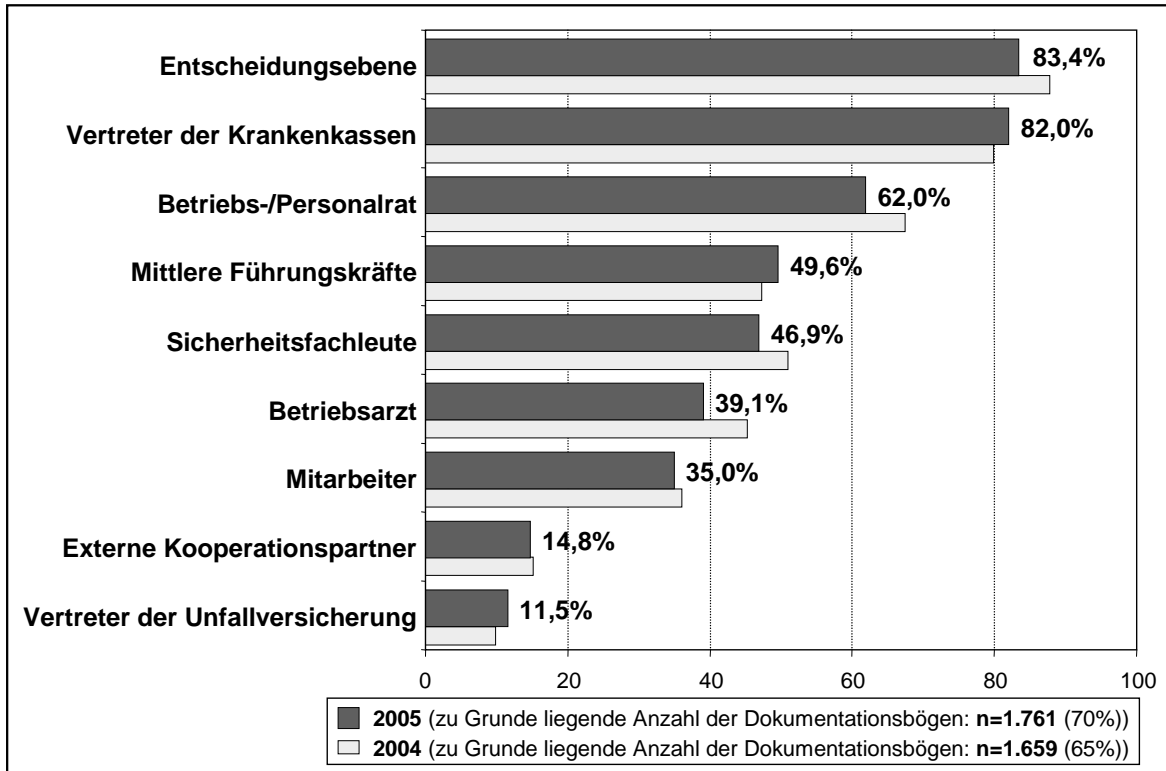
⁴² Dazu zählten auch Physiotherapeuten/ Rückenschullehrer, Massagepraxen, externe Psychologen, Trainer, Ernährungsberater/ Diätassistenten etc.

⁴³ Unter wissenschaftlichen Einrichtungen waren z.B. wissenschaftliche Institute oder auch Hochschulen zu verstehen.

⁴⁴ Z.B. Sportvereine/-verbände.

⁴⁵ Dazu zählten z.B. Gesundheitszentren, das Deutsche Rote Kreuz, die Arbeiterwohlfahrt, Suchtberatungsstellen, Suchtbeauftragte eines Landes, die VHS usw.

Abb. 29: Koordination/Steuerung (Mehrfachnennungen möglich)



In einem Steuerungsgremium waren meist vertreten: die „Entscheidungsebene“⁴⁶ und „Vertreter der Krankenkassen“, ferner „Betriebs- und Personalrat“, „Mittlere Führungskräfte“, „Sicherheitsfachkräfte“, „Betriebsärzte“ sowie „Mitarbeiter“. Seltener waren „Externe Kooperationspartner“ und „Vertreter der Unfallversicherung“ in die Entscheidungs- und Steuerungskreise eingebunden.

Gravierende Ergebnisabweichungen lagen gegenüber 2004 nicht vor. Am auffälligsten war, dass insbesondere „Betriebsärzte“ (2004: 45 %), „Betriebs-/ Personalrat“ (2004: 68 %) und „Entscheidungsebene“ (2004: 88 %) etwas seltener in einem Steuerungskreis vertreten waren.

In 2005 waren an einem Steuerungsgremium im Durchschnitt Vertreter aus etwa vier verschiedenen Unternehmensbereichen bzw. externen Einrichtungen beteiligt (2004: fünf Vertreter). In 47 % der Fälle, bei denen das Vorhandensein einer Entscheidungs- und Steuerungsstruktur bejaht wurde, waren im entsprechenden Gremium mindestens die „Entscheidungsebene“, „Vertreter von Krankenkassen“ sowie der „Betriebs-/Personalrat“ gleichzeitig vertreten. Bei 56 % dieser Fälle waren mindestens noch weiter „Sicherheitsfachkräfte“ und „mittlere Führungskräfte“ im Gremium eingebunden.

Eine Vereinbarung zur Durchführung von Aktivitäten der BGF mit dem Betrieb wurde laut den Angaben in den Dokumentationsbögen in 33 % der Fälle schriftlich und in 67 % mündlich getroffen (2004: 35 % schriftlich, 65 % mündlich).

⁴⁶ Dabei handelte es sich um von der Geschäftsführung beauftragte Entscheider, wie z.B. die Betriebs- oder Personalleitung.

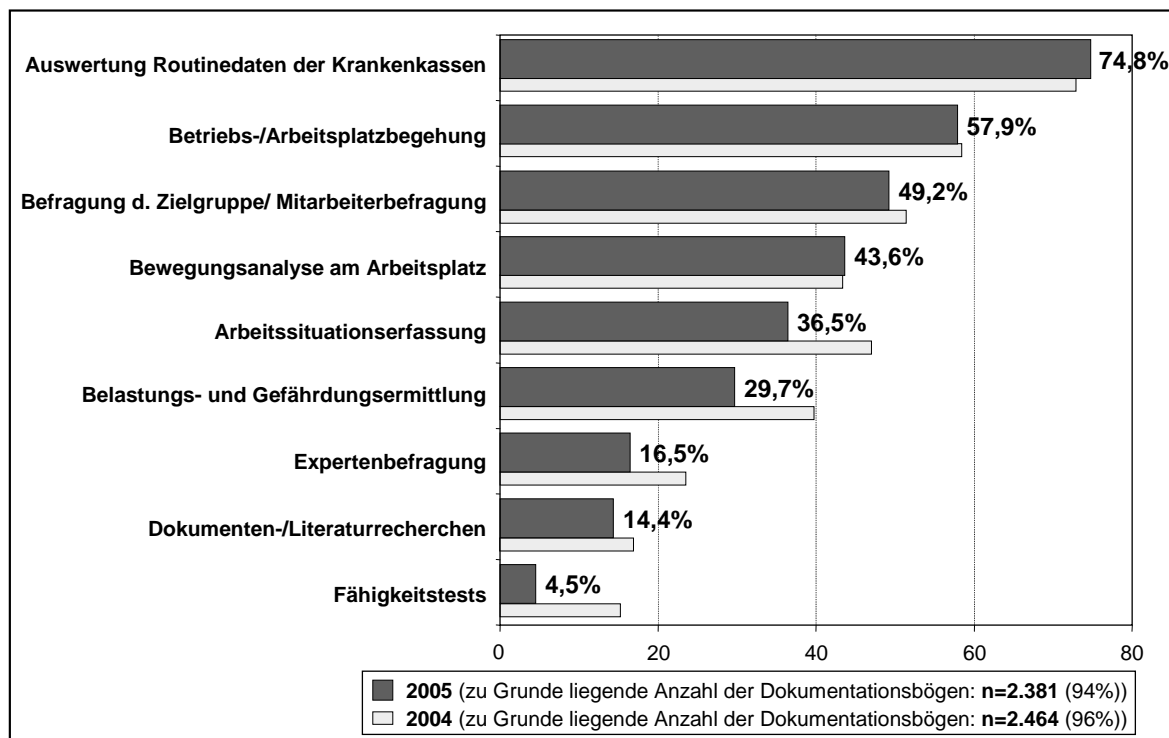
3.4.1.5 Bedarfsermittlung

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 2005 lagen in 94 % aller Fälle (n=2.381) Angaben darüber vor, welcher Art die Bedarfsanalysen waren (2004: 96 %). In 80 % dieser Fälle (n=1.895) griffen die Leistungsanbieter auf mehr als eine Analysemethode zurück. Im Mittel wurden drei Methoden der Bedarfsanalyse gleichzeitig angewandt.

In 90 % der Fälle, in denen mehr als eine Analysemethode angewandt wurde, erhoben die Krankenkassen sowohl subjektive als auch objektive Daten. Dabei handelte es sich in 52 % dieser Fälle mindestens um die Berücksichtigung von „Routinedaten der Krankenkassen“ und eine gleichzeitige Durchführung von „Zielgruppen- und Mitarbeiterbefragungen“.

Abb. 30: Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



Bei der Betrachtung der abgefragten Bedarfsanalysen hinsichtlich ihrer Häufigkeiten steht die „Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen“ an oberster Stelle, gefolgt von „Betriebs- und Arbeitsplatzbegehungen“, „Zielgruppen- und Mitarbeiterbefragungen“ sowie „Bewegungsanalysen am Arbeitsplatz“. Deutlich weniger als in 2004 wurde als Methode der Bedarfsermittlung die „Arbeitssituationserfassung“ sowie „Belastungs- und Gefährdungsermittlung“ durchgeführt (2004: 47 % und 40 %). Da die „Arbeitssituationserfassung“ ein Verfahren darstellt, bei dem Mitarbeiter im BGF-Prozess beteiligt werden, und der „Be-

lastungs- und Gefährdungsermittlung“ eine wesentliche Rolle bei der Identifizierung von Präventionsbedarfen zukommt, ist hier ein zukünftig stärkerer Einsatz dieser Bedarfsanalysen erstrebenswert. Auch „Expertenbefragungen“ erfolgten in 2005 vergleichsweise seltener als in 2004 (2004: 24 %).

3.4.1.6 Gesundheitszirkel

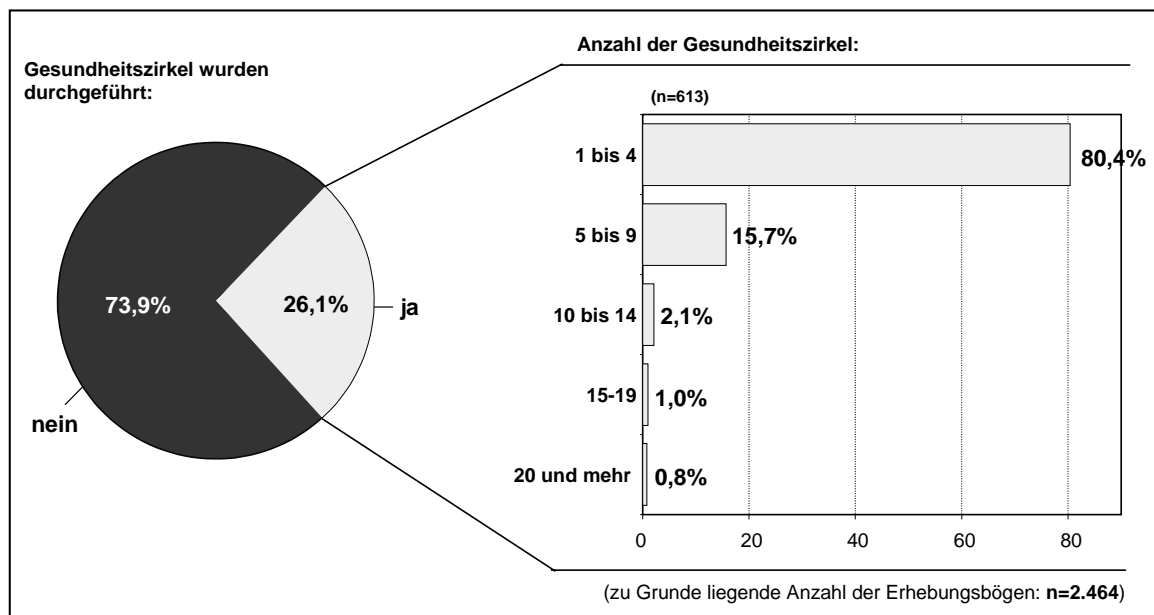
Im Jahr 2005 wurden bei 26 % aller gemeldeten Projekte/BGF-Aktivitäten insgesamt 1.937 Gesundheitszirkel durchgeführt. Damit sind Gesundheitszirkel seit dem Berichtsjahr 2002 in der Bedeutung kontinuierlich gestiegen: ihr Anteil lag in 2002 noch bei 18 %, in 2003 bei einem Fünftel, in 2004 bei knapp einem Viertel und in 2005 bei 26 % aller Dokumentationsbögen mit vorliegenden Angaben zur Durchführung von Gesundheitszirkeln.

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

So waren die Interventionen im Berichtsjahr 2005 bei 74 % der Fälle mit durchgeführten Gesundheitszirkeln sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen, bei 17 % rein verhältnisbezogen und bei 9 % rein verhaltensbezogen. Dem gegenüber waren die Aktivitäten bei Fällen ohne Gesundheitszirkel zu 46 % verhaltens- und verhältnisbezogen, zu 43 % rein verhaltens- und zu 13 % rein verhältnisbezogen.

Bei 80 % der Fälle, in denen Gesundheitszirkel durchgeführt wurden, wurden zwischen ein bis vier Gesundheitszirkel realisiert (2004: 79 %). Davon wiederum erfolgte bei 41 % ausschließlich ein Zirkel, in weiteren 29 % waren es zwei parallel (z.B. in unterschiedlichen Arbeits-/Produktionsbereichen) durchgeführte Gesundheitszirkel. Fünf bis neun in einem Projekt realisierte Zirkel lagen bei 16 % aller Fälle mit durchgeführten Gesundheitszirkeln vor. Im Maximalfall wurden in einer Einrichtung aus dem „Gesundheits-, Sozial- und Veterinärwesen“ 41 Gesundheitszirkel durchgeführt:

Abb. 31: Anzahl der pro Dokumentationsbogen gemeldeten Gesundheitszirkel



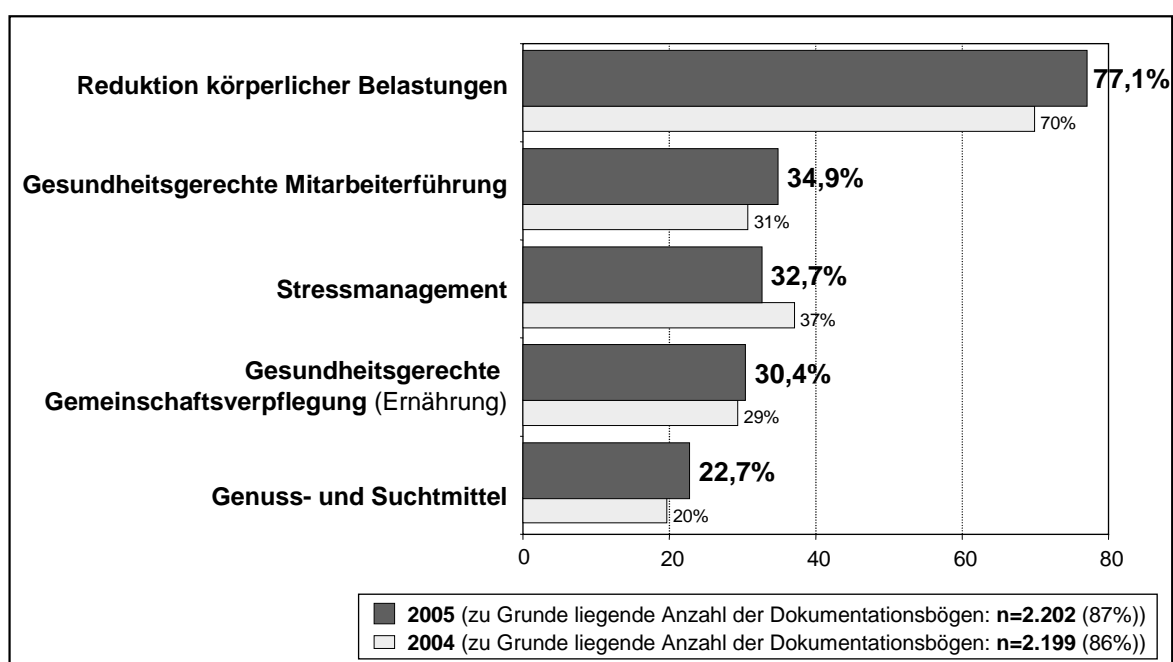
3.4.1.7 Intervention

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 87 % der Fälle Angaben vor (n= 2.202; 2004: 86 %, n=2.199). Die restlichen Fälle befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung noch in der Phase der Bedarfsermittlung und Strukturbildung.

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



Die Interventionen waren – wie bereits in den Jahren davor, jedoch mit höherem Anteil als in 2004 – deutlich am häufigsten auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“⁴⁷ ausgerichtet (2004: 70 %). Die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ stand besonders in Betrieben aus dem „Baugewerbe“ (87 %) und dem „Handel ...“ (81 %, vorwiegend Kfz-Handel; Instandhaltung/Reparatur von Kfz ...) im Vordergrund.

Dem folgten Aktivitäten mit einer inhaltlichen Ausrichtung auf die „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ und das „Stressmanagement“⁴⁸, ferner die „Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)“. Mit der „Gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung“ und dem „Stressmanagement“ standen in 2005 unmittelbar nach körperlichen Belastungen psychosoziale Belastungen im Vordergrund. Offensichtlich werden sie in den letzten Jahren verstärkt als Risikofaktoren für Erkrankungen wahrgenommen und folglich häufiger im Rahmen von BGF thematisiert. Seit ein paar Jahren ist zu beobachten, dass bundesweit auf der einen Seite Arbeitsunfähigkeitstage infolge körperlicher Erkrankungen abnehmen, auf der anderen Seite AU-Tage wegen „psychischer Störungen“ deutlich zunehmen: sie stellen mittlerweile die am vierthäufigsten gestellte Diagnose dar⁴⁹.

Erfreulicherweise wurde der „Genuss- und Suchtmittelkonsum“ erneut häufiger, d.h. in 23 % der Fälle, zum Gegenstand von Maßnahmen als noch in den Jahren davor (2004: 20 %, 2003: 17 %, 2002: 13 %).

Meist wurden bei den Aktivitäten zwei Inhalte miteinander verknüpft thematisiert. Häufigste Verknüpfungen waren die „Reduktion körperlicher Belastungen“ mit „Gesundheitsgerechter Mitarbeiterführung“ (29 %) sowie „Reduktion körperlicher Belastungen“ mit „Stressmanagement“ (29 %). In 18 % der betrachteten Fälle wurden alle drei Themen verknüpft angesprochen.

- Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

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

⁴⁷ 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.

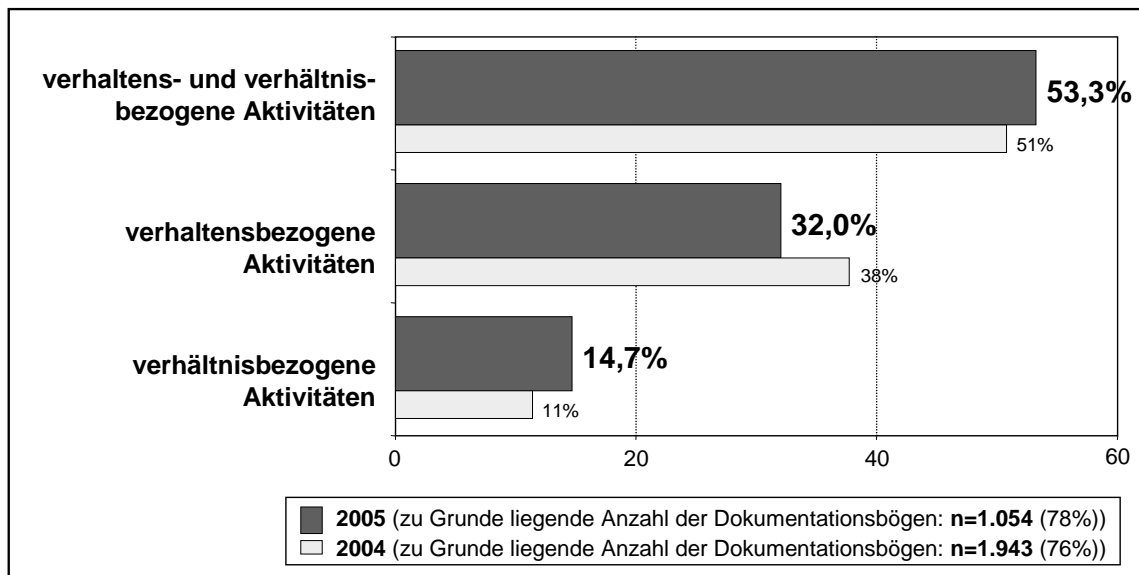
⁴⁸ Das „Stressmanagement“ umfasst auch Angebote zum Konflikt- und Zeitmanagement sowie zum Umgang mit psychosozialen Belastungen.

⁴⁹ GKV-Statistik KM1, Stand 2005; Veröffentlichungen von Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeitsstatistiken (Gesundheitsreport BKK, IKK-Bericht: Arbeit und Gesundheit im Handwerk, Gesundheitsreport TK, DAK, Fehlzeiten-Report WIDO)

BGF die Einbindung von Gesundheitsförderung in betriebliche Managementprozesse erreicht.

Zu verhaltens- und/oder verhältnisbezogenen Aktivitäten lagen in 78 % der Fälle Angaben vor (2004: 76 %):

Abb. 33: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten

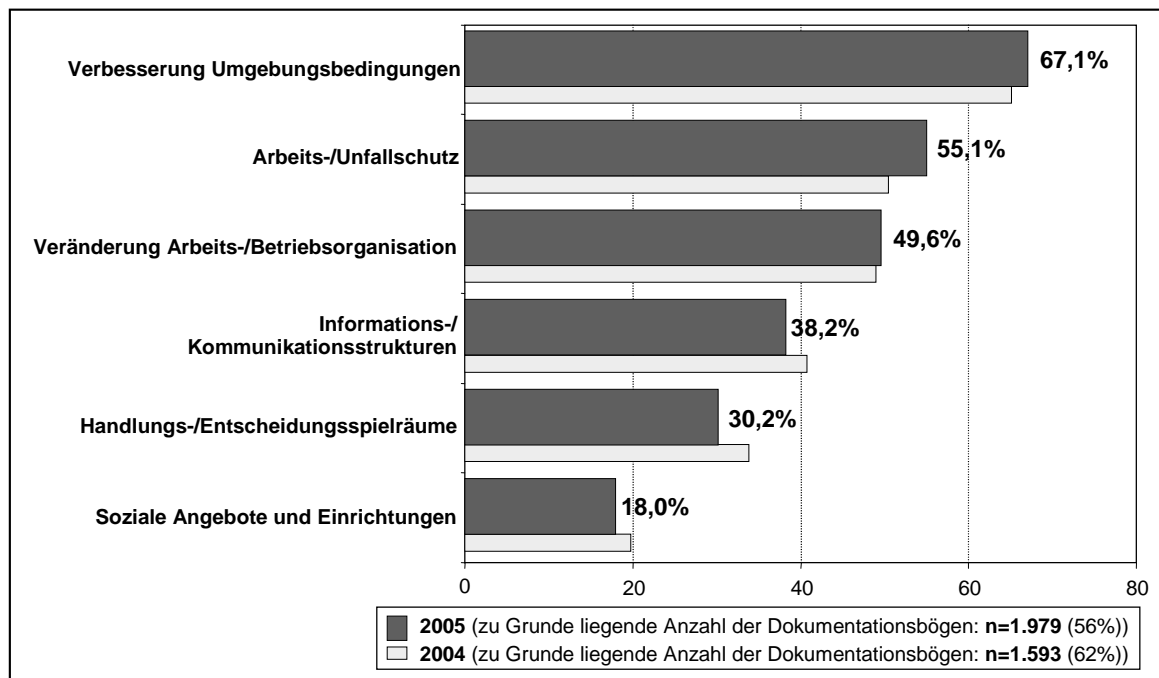


In den Jahren 2004 und 2005 waren die Aktivitäten bei gut der Hälfte der Fälle verhaltens- und verhältnisbezogen. Rein verhaltensbezogene Aktivitäten wurden in 2005 seltener durchgeführt als noch in 2004. 15 % der Betrachteten Fälle waren rein verhältnisbezogen. Das Ergebnis ist insbesondere deshalb sehr begrüßenswert, als gerade in wirtschaftlich schlechteren Zeiten Unternehmen häufig dazu neigen, weniger Kosten und Aufwand für die Gesundheitsförderung aufzubringen. Das haben sie jedoch in 2005 ganz offensichtlich nicht getan. Auch in Zukunft stehen die Krankenkassen vor der Herausforderung, hier weiterhin gute Überzeugungsarbeit zu leisten.

- Art der Umgestaltung:

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

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



Meist waren die Interventionen auf die „Veränderung von Umgebungsbedingungen“⁵⁰ ausgerichtet, gefolgt von (ergänzenden) „Maßnahmen im persönlichen Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren“⁵¹, ferner auf Veränderungen in der „Arbeits- und Betriebsorganisation“⁵² sowie die Verbesserung von „Informations- und Kommunikationsstrukturen“⁵³. In 30 % der hier betrachteten Fälle wurden außerdem die „Erweiterung von Handlungs-, Entscheidungsspielräumen und Verantwortlichkeiten“ benannt. Vergleichsweise seltener betrafen die Interventionen „Soziale Angebote und Einrichtungen“⁵⁴.

Im Durchschnitt lagen pro Fall drei Angaben zur Art der Umgestaltungen in Betrieben vor. Dabei wurden vorwiegend mindestens die „Umgebungsbedingungen und die Arbeits-/Betriebsorganisation“ (43 %) verändert bzw. die „Umgebungsbedingungen und der Arbeits-/Unfallschutz“ (41 %) angesprochen. Eine Umgestaltung dieser drei Bereiche gleichzeitig

⁵⁰ 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.

⁵¹ Hierzu zählt besonders auch die persönliche Schutzausrüstung, wie z.B. Schutzkleidung, -brille, Lärm-/Gehörschutz.

⁵² U.a. Veränderung von Arbeitszeit-, Urlaubs- oder Pausenregelung, Optimierung von Personalplanung und -besetzung (auch Einsatz von Springern, Leiharbeitspersonal), Bildung von Teams oder Arbeitsgruppen, Jobrotation.

⁵³ Z.B. über die Einführung von regelmäßigen Mitarbeiterbesprechungen, verändertes Vorgesetztenverhalten, geregelte Absprachen, eine regelmäßig aktualisierte Informationstafel usw.

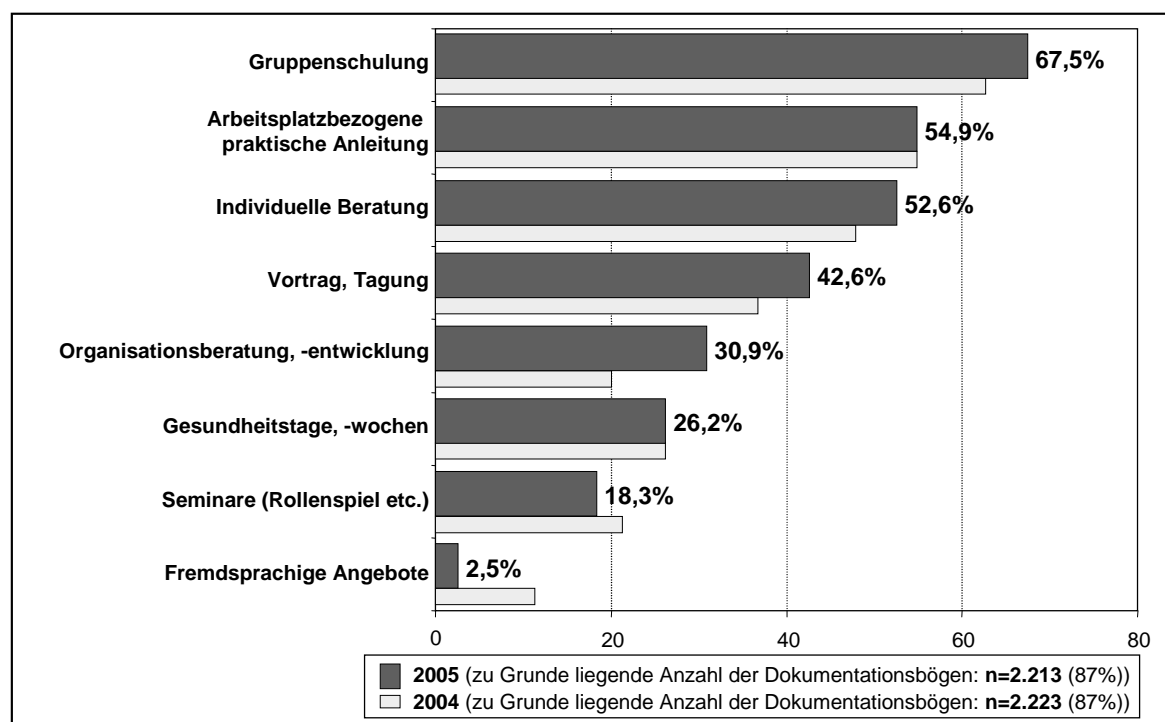
⁵⁴ Z.B. andere Aufenthaltsräume bzw. Einrichtung von Nichtraucherräumen, Bereitstellung von Getränken, Verbesserung von Sanitärräumen und -anlagen oder Einführung von Betriebssport.

(nämlich Umgebung, Organisation, Arbeits-/Unfallschutz) wurde in immerhin 32 % aller hier betrachteten Fälle vorgenommen. Bei 63 % dieser Aktivitäten lagen Kooperationen mit der Unfallversicherung vor. Wesentlicher Beitrag der Krankenkassen war in diesem Zusammenhang die Anregung und/oder fachlich-sachliche Begleitung der Aktivitäten, oft verbunden mit der Zielsetzung, in den betroffenen Unternehmen ein umfassenderes Gesundheitsmanagement zu implementieren.

- Methoden und Medien

Bei 87 % aller Dokumentationsbögen lagen Angaben zu den angewandten Methoden (2004: 87 %) und bei 80 % Angaben zu eingesetzten Medien vor (2004: 82 %). Im Durchschnitt wurden pro Fall mit vorliegenden Angaben hierzu jeweils drei Methoden bzw. Medien gleichzeitig benannt:

Abb. 35: Angewandte Methoden (Mehrfachnennungen möglich)



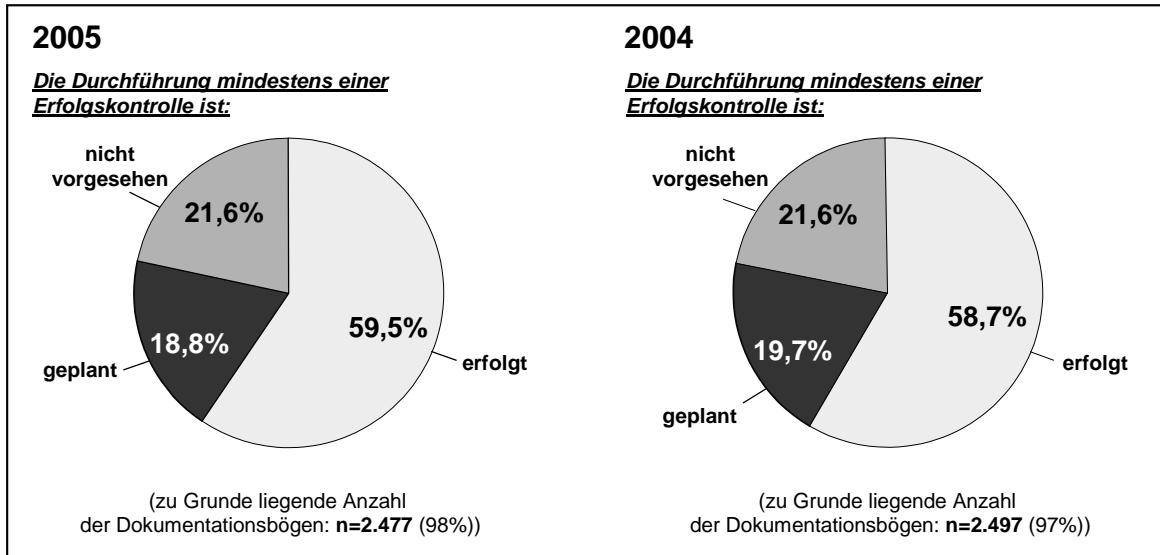
Meist angewandte Methoden waren – wie auch in den Jahren davor – „Gruppenschulung/-beratung“, „Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung“, „Individuelle Beratung“ und „Vortrag, Tagung“. Meist wurden die „Gruppenschulung...“, die „Arbeitsplatzbezogene ... Anleitung“ und die „Individuelle Beratung“ gleichzeitig angewandt, für sich alleine oder in Kombination mit weiteren Methoden (33 %).

Die Medien „Faltblätter, Broschüren“ (83 %), „Übungsmanuale, Arbeitsunterlagen“ (66 %), „Video, Foto, Overhead, Beamer etc.“ (64 %) fanden am häufigsten Einsatz, gefolgt von „Anschauungsmaterial, Modellen“ (55 %) sowie „Ausstellungen, Plakate“ (39 %). Die „Betriebszeitung“ und das „Internet, Intranet“ wurden als Medien vergleichsweise wenig benannt (14 % und 12 %). Auf diese Medien griffen häufiger größere Unternehmen mit einer Beschäftigtenzahl von „500 und mehr Mitarbeitern“ zurück (33 % und 31 %).

3.4.1.8 Erfolgskontrolle

Die jährliche Dokumentation fragt sowohl durchgeführte Erfolgskontrollen ab als auch Kontrollen, die zum Ende des Berichtjahres noch vorgesehen waren:

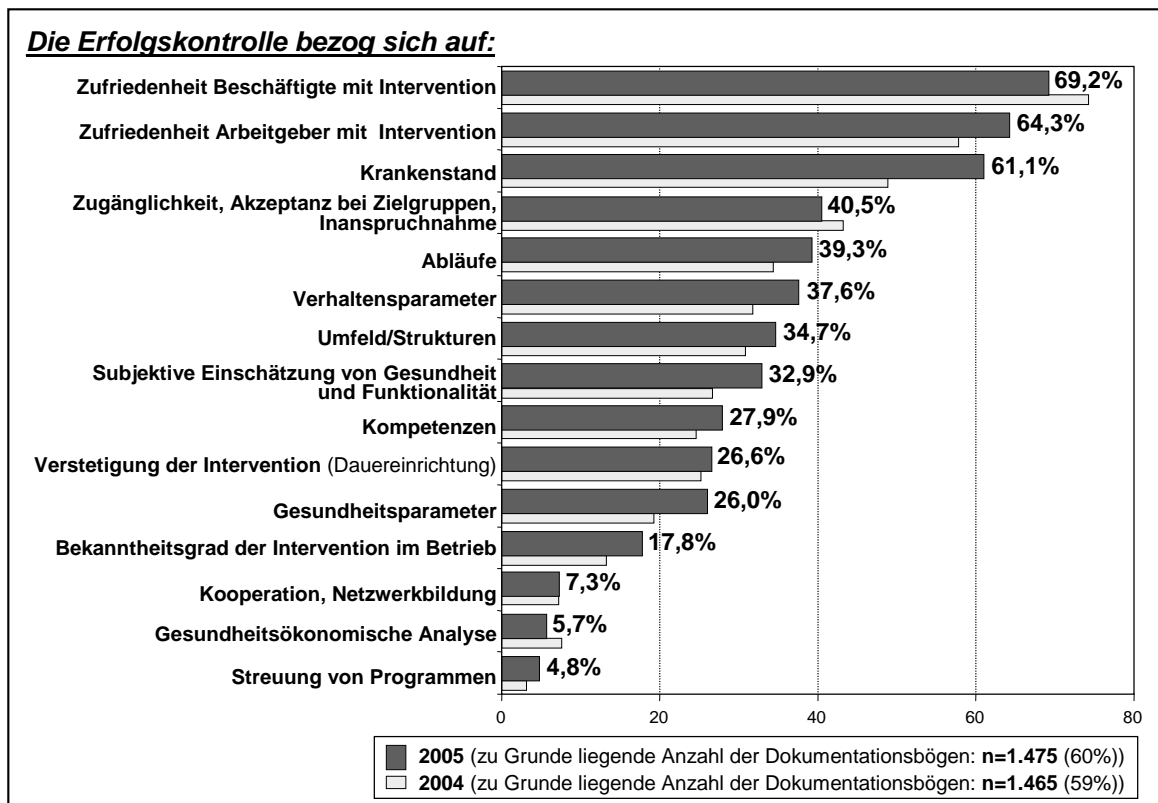
Abb. 36: Die Durchführung einer Erfolgskontrolle ist:



Wie in 2004 wurden auch in 2005 bei 78 % der Fälle Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren noch geplant.

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

Abb. 37: Durchgeführte Erfolgskontrollen – die Erfolgskontrolle bezog sich auf: (Mehrfachnennungen möglich)



Häufig durchgeführte Erfolgskontrollen waren die Abfrage der „Zufriedenheit von Beschäftigten mit der Intervention“ und der „Arbeitgeber mit der Intervention“ sowie das Heranziehen von Daten zum „Krankenstand“. Besonders der „Krankenstand“ wurde häufiger zur Erfolgskontrolle herangezogen als noch in 2004 (2004: 49 %).

Im Mittelfeld der gemeldeten Erfolgskontrollen befanden sich Abfragen zu „Abläufen“, „Verhaltensparametern“⁵⁵, „Umfeld, Strukturen“, „Subjektiven Einschätzungen von Gesundheit und Funktionalität“, erworbene „Kompetenzen“⁵⁶, die „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“, „Gesundheitsparametern“⁵⁷ sowie zum „Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe“. Seltener wurden „Kooperation, Netzwerkbildung“, „Gesundheitsökonomische Analyse“⁵⁸ sowie „Streuung von Programmen“⁵⁹ abgefragt.

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 fünf Parameter „Zufriedenheit der Beschäftigten...“, „... des Arbeitgebers mit der Intervention“, „Krankenstand“, „Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“ sowie „Abläufe“ (20 % der Fälle mit durchgeführter Erfolgskontrolle).

⁵⁵ Gemeint sind damit Ernährungs- oder Bewegungsmuster, Stressbewältigung, rückschonende Arbeitsweisen etc.

⁵⁶ Wissen, Selbstbewusstsein, Mitwirkung bei der Umgestaltung des Umfelds usw.

⁵⁷ z.B. Blutdruck oder Body-Mass-Index

⁵⁸ Dazu zählen u.a. Kosten-Nutzen-Analysen, Kostenerfassung der Aktivitäten ...

⁵⁹ 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 benannt⁶⁰.

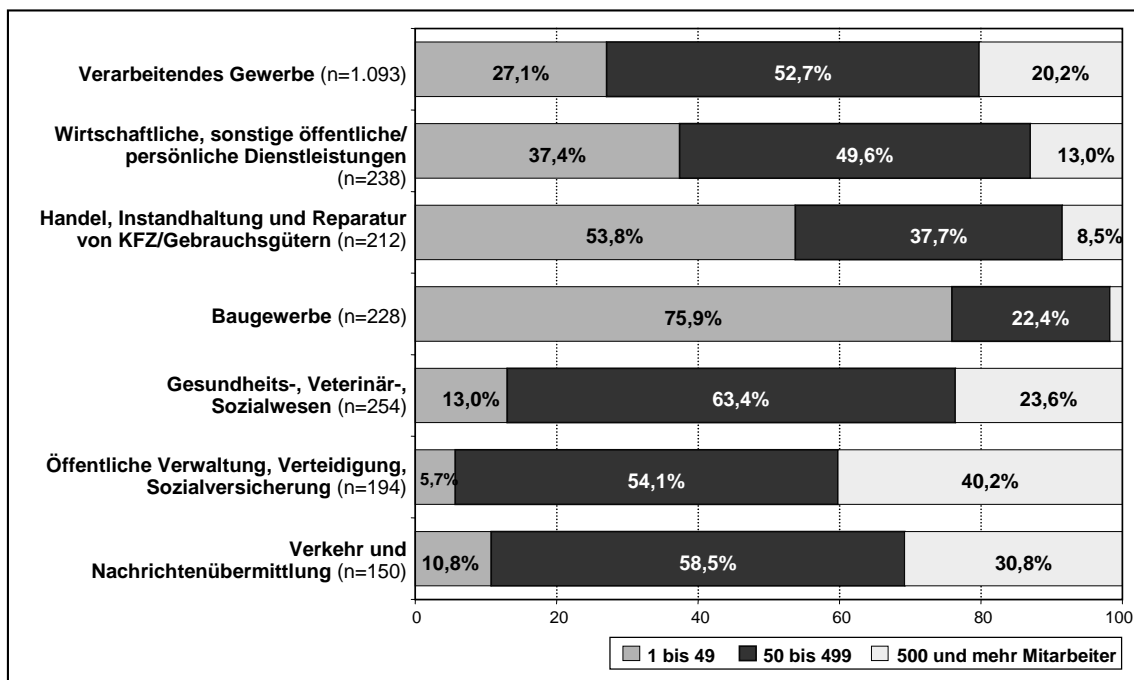
3.4.2.1 Allgemeine Daten

Die durchschnittlichen Laufzeiten der Gesundheitsförderungsmaßnahmen nahmen tendenziell mit der Größe der Betriebe zu: In Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ dauerten die Aktivitäten durchschnittlich acht Monate an (2004: 7 Monate/Fall), in solchen mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ lag die Laufzeit bereits im Mittel bei 23 Monaten (2004: 19 Monate/Fall). In Unternehmensgrößen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ umfasste sie 29 Monate (2004: 25 Monate/Fall). In dieser Unternehmensgröße waren die Aktivitäten in 67 % der Fälle für ein Jahr und länger angelegt (2004: 51 %). Der Anteil an kurz angelegten Projekten mit einer Dauer von bis zu drei Monaten war in Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ am höchsten (46 %; 2004: 49 %).

Klein- und Kleinstbetriebe mit einer Beschäftigtenzahl von „1 bis 49 Mitarbeitern“ stammten in der Mehrzahl aus den Branchen „Baugewerbe“ und „Handel ...“. Unternehmen mit einer Mitarbeiterzahl von „50 bis 499“ waren vorzugsweise aus den Branchen „Gesundheits-, Veterinär, Sozialwesen“, „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ „Öffentliche Verwaltung ...“ sowie „Verarbeitendes Gewerbe“. In der „Öffentlichen Verwaltung ...“, dem Sektor „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“, dem „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ sowie dem „Verarbeitenden Gewerbe“ waren ferner die höchsten Anteile an Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ zu verzeichnen (vgl. Abb. 38, S. 94):

⁶⁰ Detaillierte Ergebnisse zu allen abgefragten Betriebsgrößen lassen sich dem Tabellenband zur Dokumentation 2005 entnehmen.

Abb. 38: 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 14.000 Personen direkt erreicht, in solchen mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ lag die Schätzzahl bei bereits 141.000 direkt erreichten Personen. In Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ wurden insgesamt 267.000 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 15 %, in Betrieben mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ bei 47 % sowie in Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ bei 56 %.

Über alle Betriebsgrößen hinweg zählten zu den zwei meist genannten Zielgruppen „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“ sowie „Mitarbeiter in der Produktion/ im Handwerk“. Dem folgten „Obere Führungsebene“, wobei bei Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ etwas häufiger noch „Mitarbeiter in der Verwaltung“ als Zielgruppe benannt wurden.

3.4.2.3 Außerbetriebliche Kooperationspartner

Außerbetriebliche Kooperationspartner waren am häufigsten in Unternehmensgrößen von „500 und mehr Mitarbeitern“ (58 %, Gesamt 51 %) eingebunden und mit geringsten Anteilen in Unternehmen mit „100 bis 499 Mitarbeitern“ (49 %). Besonders in Unternehmen mit „1.500 und mehr Mitarbeitern“ wurden auffallend oft außerbetriebliche Kooperationen gemeldet (68 %).

In allen Betriebsgrößen waren der Rangfolge nach die drei am häufigsten genannten Kooperationspartner „andere gewerbliche Anbieter/Unternehmen“, „Unfallversicherung“ und „andere Krankenkassen“.

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 bei 62 %, in solchen mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ bei 71 % und in Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ bei 81 %. An einem entsprechenden Steuerungskreis waren bei Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ im Durchschnitt pro Fall Teilnehmer aus zwei verschiedenen Bereichen/Einrichtungen, bei Unternehmen mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ Teilnehmer aus drei und bei Unternehmen mit „500 und mehr Beschäftigten“ im Mittel Teilnehmer aus fünf verschiedenen Bereichen bzw. Einrichtungen beteiligt.

Bei Klein-/Kleinstbetrieben handelte es sich dabei vorwiegend um die „Entscheidungsebene“, „Vertreter der Krankenkasse“ sowie die eigenen „Mitarbeiter“. Bei Unternehmensgrößen ab 50 Mitarbeitern waren in einem Koordinierungsgremium den Häufigkeiten nach meist die „Entscheidungsebene“, „Vertreter der Krankenkassen“, „Personal-/Betriebsrat“, „Mittlere Führungsebene“ sowie „Sicherheitsfachkräfte“ 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 Fachkräfte zusammen.

3.4.2.5 Bedarfsermittlung

Bedarfsanalysen wurden in allen hier betrachteten Betriebsgrößenklassen zu 92 % bis 95 % durchgeführt, so dass man durchgängig von strukturierten BGF-Prozessen ausgehen kann. In Betriebsgrößen mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ fanden im Durchschnitt pro Fall vier Methoden der Bedarfsanalyse gleichzeitig Anwendung. Bei Betriebsgrößen ab 50 Mitarbeitern wurden im Mittel drei Methoden pro Fall benannt.

Bei den am häufigsten gewählten Formen der Bedarfsermittlung handelte es sich in allen Betriebsgrößen um die „Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen“ und die „Betriebs-/Arbeitsplatzbegehung“. Ferner zählten durchweg zu den drei nächsthäufig angewandten Bedarfsanalysen die „Zielgruppen-/Mitarbeiterbefragung“, „Arbeitssituationserfassung“ sowie „Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz“.

3.4.2.6 Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel wurden mit zunehmender Betriebsgröße tendenziell häufiger durchgeführt (Anteile 21 % bis 28 %). Eine Ausnahme stellten dabei Kleinstbetriebe mit einer Beschäftigtenzahl von „1 bis 9 Mitarbeitern“ dar: Hier lag der Anteil an durchgeführten Zirkeln bei 46 %.

3.4.2.7 Intervention

Bei den Interventionen wurden über alle Betriebsgrößen hinweg im Durchschnitt zwei Inhalte pro Fall gleichzeitig thematisiert. In allen Betriebsgrößen sprachen die Interventionen am häufigsten die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ an. Dem folgten in Betrieben mit „1 bis 49“ und „50 bis 499 Mitarbeitern“ die Themen „Stressmanagement“ und „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“. In Unternehmen mit „500 und mehr Beschäftigten“ wurden hingegen an zweiter und dritter Stelle die „gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung“ (38 %) sowie „Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ (37 %) thematisiert, wobei die Anteile hier nicht gravierend höher waren als bei den in dieser Unternehmensgröße am viert- und fünfhäufigsten angesprochenen Themen „Stressmanagement“ (36 %) und „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ (31 %).

Bei allen Betriebsgrößen waren die Aktivitäten in der Mehrzahl sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Der höchste Anteil an rein verhaltensbezogenen Aktivitäten war bei Unternehmen mit „1 bis 49 Beschäftigten“ vorzufinden (40 %). Je größer ein Unternehmen war, desto öfter betrafen die Maßnahmen nur die Verhältnisse („1 bis 49 Mitarbeiter“: 4 %; „50 bis 499 Mitarbeiter“: 19 %, „500 und mehr Mitarbeiter“: 21 %).

Zu den drei am häufigsten durchgeführten Umgestaltungen zählten in Betrieben mit „1 bis 49“ und „50 bis 499 Mitarbeitern“ die Veränderung von „Arbeits-/Betriebsorganisation“, „Umgebungsbedingungen“ sowie Maßnahmen zum „Arbeitsschutz“. In Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ wurden neben der Veränderung von „Umgebungsbedingungen“ und „Arbeits-/Betriebsorganisation“ am dritthäufigsten die Verbesserung von „Informations- und Kommunikationsstrukturen“ angesprochen.

3.4.2.8 Erfolgskontrolle

Bei 72 % der Klein- und Kleinstbetriebe mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ wurden Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. waren noch geplant. Der Anteil an durchgeführten/geplanten Erfolgskontrollen lag in Unternehmen mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ bei 81 % und in Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ bei 79 %. Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden in Unternehmen mit „1 bis 49“ sowie „500 und mehr Mitarbeitern“ sechs Parameter pro Fall gleichzeitig abgefragt. In Unternehmen mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ wurden im Mittel pro Fall vier Parameter gleichzeitig geprüft.

In allen Betriebsgrößen zählten zu den drei meist abgefragten Parametern der Erfolgskontrolle „Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention“, „Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention“ und „Krankenstand“. In Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ waren die Erfolgskontrollen weiter bezogen auf „Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“, „Abläufe“ und „Strukturen“. In Unternehmen mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ standen an vierter bis sechster Stelle „Abläufe“, „Strukturen“ und „Verhaltensparameter“ sowie in Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ an vierter bis sechster Stelle „Kompetenzen“, „Verhaltensparameter“ und „Abläufe“.

3.4.3 Branchenbezogene Auswertungen

Im folgenden werden ausschließlich Ergebnisse aus Branchen abgebildet, die mindestens einen Anteil von mindestens 5 % am Gesamtdatensatz ausmachten⁶¹. Dabei handelte es sich um die Wirtschaftszweige⁶²:

- Verarbeitendes Gewerbe (45 %)
- Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (11 %)
- Erbringung von wirtschaftlichen sowie sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen (10 %)
- Baugewerbe (9 %)
- Handel; Instandhaltung /Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern (9 %)
- Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung, Internationale Organisationen (6 %)

3.4.3.1 Verarbeitendes Gewerbe (n=1.132)

Die im „Verarbeitenden Gewerbe“ durchgeführten BGF-Aktivitäten (n=1.132) konzentrierten sich auf Unternehmen aus dem „Ernährungsgewerbe/ Tabakverarbeitung“ (28 %) sowie der „Metallerzeugung und -bearbeitung, Herstellung von Metallerzeugnissen“ (19 %). Weiterhin waren vergleichsweise häufig Unternehmen aus den Sektoren „Maschinenbau“ (8 %), „Herstellung von chemischen Erzeugnissen“ (7 %), „Fahrzeugbau“ (7 %), „Herstellung von Büromaschinen, Datenverarbeitungsgeräten/-einrichtungen ...“ (7 %) sowie „Herstellung von Gummi-/Kunststoffwaren“ (7 %) vertreten.

Die Beschäftigtenzahl der Unternehmen lag hier vorzugsweise bei „100 bis 499 Mitarbeitern“ (43 %, Gesamt 39 %). Der Anteil an Unternehmen mit mehr als 500 Mitarbeitern war etwa gleich hoch wie derjenige im Gesamtdatensatz (20 %, Gesamt 20 %).

51 % der BGF-Aktivitäten im Verarbeitenden Gewerbe hatten eine Laufzeit von einem Jahr und mehr (Gesamt 52 %). 31 % der Aktivitäten dauerten bis zu einem Jahr an (Gesamt 30 %). Die durchschnittliche Laufzeit lag hier bei 21 Monaten/Fall (Gesamt 19 Monate/Fall).

In Unternehmen aus dem „Verarbeitenden Gewerbe“ konnten mit BGF schätzungsweise 202.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 61.000 Personen, insgesamt also 263.000 Personen erreicht werden.

In der Hälfte der Fälle waren die Interventionen auf schwerpunktmäßige Zielgruppen ausgerichtet (Gesamt 40 %). Am häufigsten – und häufiger als in der Gesamtauswertung – wurden im „Verarbeitenden Gewerbe“ „Mitarbeiter in der Produktion“ (60 %, Gesamt 43 %) sowie „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“ angesprochen (57 %, Gesamt 48 %).

⁶¹ Detaillierte Ergebnisse zu allen abgefragten Branchen lassen sich dem Tabellenband zur Dokumentation 2005 entnehmen.

⁶² *Anmerkung zum Verständnis der Ergebnisse:* Die in den nachfolgenden Abschnitten benannten Prozentangaben beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die jeweiligen Branchen als Basis.

Ebenfalls in der Hälfte aller Fälle aus dem „Verarbeitenden Gewerbe“ wurden außerbetriebliche Kooperationspartner in die BGF mit eingebunden (Gesamt 51 %). Wie in der Gesamtauswertung waren hier „Sonstige gewerbliche Anbieter/Unternehmen“ (49 %, Gesamt 51 %) und „Unfallversicherung“ (41 %, Gesamt 38 %) häufigst genannte Kooperationspartner. 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 (75 %, Gesamt 70 %). In den entsprechenden Gremien waren – wie auch in der Gesamtauswertung – vorwiegend die „Entscheidungsebene“, „Vertreter der Krankenkassen“, der „Betriebs-/Personalrat“, „Mittlere Führungskräfte“ sowie „Sicherheitsfachkräfte“ vertreten.

Zu den Bedarfsermittlungen lagen keine nennenswerten Ergebnisauffälligkeiten gegenüber den Gesamtergebnissen vor. Häufigst angewandte Methoden der Bedarfsermittlung waren hier „Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen“, „Betriebs-/ Arbeitsplatzbegehungen“, „Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz“ sowie „Zielgruppen-/ Mitarbeiterbefragungen“.

Bei 24 % aller Fälle aus dem „Verarbeitenden Gewerbe“ (n=266) wurden insgesamt 823 Gesundheitszirkel durchgeführt (Gesamt 26 %).

Die Interventionen richteten sich inhaltlich vorwiegend auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“, die „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ und an dritter Stelle auf die „gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)“ aus. Im Vergleich zur Gesamtauswertung wurden sowohl das „Stressmanagement“ als auch die „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ beim „Verarbeitenden Gewerbe“ etwas seltener thematisiert (28 %, Gesamt 33 % und 32 %, Gesamt 35 %). Der Anteil an sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogenen Aktivitäten war leicht höher als derjenige der Gesamtauswertung (58 %, Gesamt 53 %). Umgekehrt waren die Aktivitäten etwa ähnlich häufig wie im Gesamtdatensatz rein verhaltensbezogen (33 %, Gesamt 32 %). An Umgestaltungen wurden am häufigsten „Verbesserung der Umgebungsbedingungen“, Maßnahmen zum „Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/ Infektionsgefahren“ sowie „Veränderung von Arbeits-/ Betriebsorganisation“ vorgenommen.

Erfolgskontrollen wurden in 64 % der Fälle durchgeführt (Gesamt 60 %) und waren zum Ende des Berichtsjahres in 15 % der Fälle noch geplant (Gesamt 19 %). Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden – wie auch in der Gesamtauswertung – im Durchschnitt pro Fall fünf Parameter gleichzeitig abgefragt. Wie beim Gesamtdatensatz bezogen sie sich vorwiegend auf „Zufriedenheit der Beschäftigten“ und „Arbeitgeber mit der Intervention“ und „Krankenstand“. Ferner stand an vierter und fünfter Stelle die Prüfung von „Verhaltensparametern“ sowie „Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“. Gravierende Abweichungen zur Gesamtauswertung lagen nicht vor.

3.4.3.2 Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen (n=271)

Knapp die Hälfte der Betriebe aus dem „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ hatte eine Beschäftigtenzahl von „100 bis 499 Mitarbeitern“ (47 %, Gesamt 39 %). Die Einrichtungen hier zeichneten sich durch einen hohen Frauenanteil aus: In vier Fünftel der Fälle war die Belegschaft hier mindestens zur Hälfte weiblich (80 %, Gesamt 33 %).

Die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten lag wie im Gesamtdatensatz bei 19 Monaten (Gesamt 19 Monate). Dabei dauerten 55 % der Aktivitäten ein Jahr und länger an (Gesamt 52 %). 28 % liefen bis zu drei Monate (Gesamt 30 %).

In Unternehmen/Einrichtungen aus dem „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ konnten mit BGF schätzungsweise 38.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 26.000 Personen, insgesamt also 64.000 Personen erreicht werden.

BGF war hier bei 54 % der Fälle auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (Gesamt 40 %). Dabei handelte es sich am häufigsten um „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“, „Obere Führungsebene“, „Mitarbeiter im Dienstleistungsbereich“ sowie „Mitarbeiter in der Verwaltung“. Im Gegensatz zur Gesamtauswertung wurden hier kaum „Mitarbeiter aus der Produktion/Handwerk“ angesprochen. Auch waren hier die „Mittlere Leitungsebene ...“ seltener Zielgruppe von Interventionen (19 %, Gesamt 34 %).

Im „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ lagen weniger außerbetriebliche Kooperationen vor als in der Gesamtauswertung (37 %, Gesamt 51 %). Bei den Kooperationspartnern handelte es meist um „Sonstige gewerbliche Anbieter/ Unternehmen“, „Unfallversicherung“ und „Andere Krankenkassen“. Im Vergleich zu den Gesamtergebnissen wurden hier häufiger „Krankenkassen“ (20 %, Gesamt 12 %) und „Sonstige gewerbliche Anbieter/ Unternehmen“ (56 %, Gesamt 51 %) benannt und seltener „Unfallversicherung“ (29 %, Gesamt 38 %) sowie „Andere Vereine/ Verbände“ (7 %, Gesamt 13 %).

Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen wurden in 66 % aller Fälle aus dem „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ gebildet (Gesamt 70 %). In den entsprechenden Gremien waren – wie in der Gesamtauswertung – am häufigsten die „Vertreter der Krankenkassen“, „Betriebs-/Personalrat“ sowie „Entscheidungsebene“ vertreten. Im Vergleich zu den Gesamtergebnissen waren hier in einem Steuerungsgremium häufig „Mittlere Führungskräfte“ (68 %, Gesamt 50 %) und „Betriebs-/ Personalrat“ (79 %, Gesamt 62 %) vertreten.

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

Gesundheitszirkel erfolgten hier in 23 % der Fälle (Gesamt 26 %). Insgesamt wurden hier 215 Zirkel, die mehrere Sitzungen umfassten, durchgeführt.

Die Interventionen sprachen inhaltlich vorwiegend die Themen „Reduktion von körperlichen Belastungen“ (75 %, Gesamt 77 %) und das „Stressmanagement“ an (28 %, Gesamt 30 %).

Die „gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung“ wurde seltener als im Gesamtdatensatz thematisiert (21 %, Gesamt 35 %). Die Aktivitäten waren in etwa der Hälfte der Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen (51 %, Gesamt 56 %). Der Anteil an rein verhaltensbezogenen Interventionen lag bei 32 % (Gesamt 32 %). Die Umgestaltungen betrafen vorwiegend die „Umgebungsbedingungen“, die „Arbeits-/Betriebsorganisation“ sowie „Informations- und Kommunikationsstrukturen“.

In 81 % der Fälle aus dem „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ wurden Erfolgskontrollen zum Ende des Berichtjahres durchgeführt oder waren mindestens geplant (Gesamt 78 %). Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden vier pro Fall gleichzeitig durchgeführt (Gesamt fünf). Sie bezogen sich am häufigsten auf die „Zufriedenheit der Beschäftigten ...“ und „... Arbeitgeber mit der Intervention“, den „Krankenstand“ sowie auf „Verhaltensparameter“.

3.4.3.3 Erbringung von Dienstleistungen (n=243)

10 % aller Fälle stammten aus der Branche „Dienstleistungen“. Davon wiederum zählten 69 % zu „Sonstigen öffentlichen und privaten Dienstleistungen“⁶³ und 31 % zu „Wirtschaftlichen Dienstleistungen ...“⁶⁴.

Bei den Betrieben der Branche „... Dienstleistungen“, in denen Maßnahmen der BGF durchgeführt wurden, handelte es sich in 37 % der Fälle um kleine Betriebe mit einer Beschäftigtenzahl von „bis zu 49 Mitarbeitern“, bei 50 % um Unternehmen mit einer Beschäftigtenzahl von „50-499 Mitarbeitern“ und bei 13 % um Unternehmen mit „500 und mehr Mitarbeitern“ (Gesamt 31 %, 49 %, 20 %). Der Frauenanteil war hier höher als in der Gesamtauswertung: Der Anteil an Betrieben mit einer mindestens zur Hälfte weiblichen Belegschaft lag bei 54 % (Gesamt 33 %). Dies ist insbesondere auf die Klein-/Kleinstbetriebe aus dem Sektor „Sonstige öffentliche und privaten Dienstleistungen“ zurückzuführen, bei denen es sich häufig z.B. um Kosmetik- und Frisörbetriebe handelte (der Frauenanteil war bei 72 % dieser Fälle höher als 50 Prozent).

Die Laufzeit der Aktivitäten dauerte in 47 % der Fälle „ein Jahr und länger“ an (Gesamt 52 %). Bei etwa einem Drittel liefen die Aktivitäten „bis zu drei Monate“ (Gesamt 30 %). Die durchschnittliche Laufzeit lag hier bei 16 Monaten pro Fall (Gesamt 19 Monate/Fall).

In Unternehmen aus der Branche „... Dienstleistungen“ konnten mit BGF schätzungsweise 27.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 21.000 Personen, insgesamt also 48.000 Personen erreicht werden.

Die Aktivitäten waren weniger als in der Gesamtauswertung auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (34 %, Gesamt 40 %). Bei den schwerpunktmäßigen Zielgruppen handelte es sich meist um „Obere Führungsebene“, „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Grup-

⁶³ Sie umfassen u.a. Frisör- und Kosmetiksalons, Einrichtungen aus den Bereichen Kultur/Sport/Unterhaltung, Abwasser-/Abfallbeseitigung/Entsorgung, Wäschereien/chemische Reinigung.

⁶⁴ Gemeint sind u.a. EDV-Anbieter (Hard-/Software, Datenverarbeitung/-banken etc.), Rechts-/Steuer-/Unternehmensberatung, Architektur-/Ingenieurbüros, Designbüros, Wach-/Sicherheitsdienst, Reinigungsfirmen, Fotografie, Sekretariats-/Schreibdienste.

pe(n)“, „Mittlere Leitungsebene einschließlich Meister/ Teamleiter“ sowie „Mitarbeiter in der Verwaltung“.

Im Sektor „... Dienstleistungen“ lagen in 55 % der Fälle außerbetriebliche Kooperationen vor (Gesamt 51 %). An erster Stelle und häufiger als in der Gesamtauswertung wurden hier „Sonstige gewerbliche Anbieter/ Unternehmer“ als Kooperationspartner benannt (62 %, Gesamt 51 %). Nächsthäufige Kooperationspartner waren die „Unfallversicherung“ sowie „Wissenschaftliche Einrichtungen“.

In der Branche „... Dienstleistung“ wurden seltener als in der Gesamtauswertung Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet (58 %, Gesamt 70 %). Bei den Klein-/Kleinstbetrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ lag der Anteil an vorhandenen Steuerungsstrukturen bei lediglich 37 %. Aufgrund der weniger formalisierten Strukturen in Klein-/Kleinstbetrieben werden in diesen grundsätzlich seltener Steuerungsgremien gebildet. Bei Bejahung einer Entscheidungs-/Steuerungsstruktur waren in das entsprechende Gremium bei Klein- und Kleinstbetrieben dieses Sektors am häufigsten „Vertreter der Krankenkassen“ und die „Entscheidungsebene“ eingebunden. Bei Unternehmen mit „50 und mehr Beschäftigten“ waren hier zusätzlich noch sehr häufig der „Betriebs-/Personalrat“ am Gremium beteiligt.

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

Bei 18 % aller Fälle aus der Branche „... Dienstleistungen“ wurden zusammen 98 Gesundheitszirkel durchgeführt (Gesamt 26 %). Dabei wurden Gesundheitszirkel in Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ in immerhin 10 % der Fälle durchgeführt.

Inhaltlich waren die Interventionen – wie im Gesamtdatensatz – vorwiegend auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ ausgerichtet (76 %, Gesamt 77 %). Dem folgten die „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ (35 %, Gesamt 35 %) und „gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)“ (34 %, Gesamt 30 %). Seltener als in der Gesamtauswertung wurde hier das „Stressmanagement“ thematisiert (24 %, Gesamt 33 %). Bei knapp der Hälfte der Fälle waren die Interventionen sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen (48 %, Gesamt 53 %) und zu 38 % waren sie rein verhaltensbezogen (Gesamt 32 %). Wie in den Gesamtergebnissen zählten zu den drei meist genannten Formen der Umgestaltung die Veränderung von „Umgebungsbedingungen“ (67 %, Gesamt 67 %), die Veränderung von „Arbeits- und Betriebsorganisation“ (45 %, Gesamt 50 %) sowie – wenn auch mit geringerem Anteil – „Persönliche Maßnahmen zum Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren“ (40 %, Gesamt 55 %).

Erfolgskontrollen waren zum Ende des Berichtsjahres in 47 % der Fälle erfolgt und in 24 % der Fälle noch geplant (Gesamt 60 % und 19 %). Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden hier durchschnittlich pro Fall fünf Erfolgskontrollen miteinander verknüpft benannt (Gesamt: 5 Kontrollen). Häufigst genannte Parameter der Erfolgskontrolle waren „Kran-

kenstand“, „Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention“, „Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention“, „Verhaltensparameter“ sowie „Subjektive Einschätzung von Gesundheit/ Funktionalität“. Im Vergleich zu den Gesamtergebnissen wurden hier weniger die „Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention“ (59 %, Gesamt 69 %), „Verstärkung der Intervention (Dauereinrichtung)“ (17 %, Gesamt 27 %) sowie „Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme“ abgefragt (32 %, Gesamt 41 %).

3.4.3.4 Baugewerbe (n=228)

76 % der Betriebe aus dem „Baugewerbe“ waren Klein-/Kleinstbetriebe, d.h. die Beschäftigtenzahl lag in diesen Fällen bei „1 bis 49 Mitarbeitern“. Bei der Hälfte davon wiederum handelte es sich um Kleinstbetriebe mit „1 bis 9 Beschäftigten“. Der Frauenanteil war hier erwartungsgemäß sehr niedrig (0-25 % bei 88 %, Gesamt 43 %).

Die Laufzeiten der Aktivitäten lagen – wie in der Gesamtauswertung – bei gut der Hälfte der Fälle bei „einem Jahr und mehr“ sowie in knapp einem Drittel der Aktivitäten bei „bis zu drei Monaten“. Die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten war hier niedriger als in der Gesamtauswertung (13 Monate, Gesamt 19 Monate).

In Betrieben aus dem „Baugewerbe“ konnten über BGF schätzungsweise 7.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 4.000 Personen, insgesamt also 11.000 Personen erreicht werden.

Tendenziell waren die BGF-Aktivitäten im „Baugewerbe“ auf alle Beschäftigten im Betrieb ausgerichtet (82 %, Gesamt 60 %). Bei schwerpunktmäßiger Zielgruppenauswahl standen die „Obere Führungsebene“, „Mitarbeiter in der Verwaltung“ und „Mitarbeiter in der Produktion / im Handwerk“ im Vordergrund. „Ausländische Arbeitnehmer“ wurden hier proportional häufiger als Zielgruppe benannt als in der Gesamtauswertung (24 %, Gesamt 10 %).

Außerbetriebliche Kooperationen wurden etwas häufiger gebildet wie in der Gesamtauswertung (56 %, Gesamt 51 %). Meist – und mit deutlich höheren Anteilen als in der Gesamtauswertung – handelte es sich bei den Kooperationspartnern um die „Unfallversicherung“ (57 %, Gesamt 38 %). Dem folgten ferner – mit geringeren Anteilen als in der Gesamtauswertung – „Sonstige gewerbliche Anbieter/ Unternehmen“ und „Wissenschaftliche Einrichtungen“.

Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden im „Baugewerbe“ gleich häufig wie in der Gesamtauswertung gebildet (70 %, Gesamt 70 %). Wenn man bedenkt, dass zum Baugewerbe vorwiegend Betriebe mit einer Beschäftigtenzahl von „1 bis 49 Mitarbeitern“ zählten, ist dieses Ergebnis bemerkenswert (Anteil Klein-/Kleinstbetriebe 76 %). An einem Koordinierungsgremium waren hier am häufigsten die „Entscheidungsebene“, „Vertreter der Krankenkassen“ sowie „Mitarbeiter“ beteiligt.

Im Vorfeld von BGF wurden Bedarfsermittlungen in nahezu allen Fällen aus dem „Baugewerbe“ durchgeführt (97 %). Im Durchschnitt griffen die Akteure hier pro Fall auf vier Methoden der Bedarfsermittlung zurück (Gesamt drei/Fall). Die meist gewählten Methoden hier

„Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen“, „Betriebs-/Arbeitsplatzbegehung“, „Befragung der Zielgruppe/ Mitarbeiter“, „Arbeitssituationserfassung“ sowie „Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz“. Im Vergleich zu den Gesamtergebnissen waren hier besonders häufiger die „Arbeitssituationserfassung“ (61 %, Gesamt 37 %), „Belastungs- und Gefährdungsermittlung“ (53 %, Gesamt 30 %), „Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz“ (61 %, Gesamt 44 %) sowie „Befragung der Zielgruppe/ Mitarbeiterbefragung“ gefragt (64 %, Gesamt 49 %).

Bemerkenswerterweise wurden bei 41 % aller Fälle aus dem „Baugewerbe“ Gesundheitszirkel durchgeführt (Gesamt 26 %).

Die Interventionen richteten sich inhaltlich – wie in der Gesamtauswertung – vorwiegend auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ aus, gefolgt von den Themen „Stressmanagement“ und „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“. Im Vergleich zur Gesamtauswertung waren dabei die Anteile der Fälle, bei denen das „Stressmanagement“ (55 %, Gesamt 33 %) sowie die „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ (53 %, Gesamt 35 %) angesprochen wurden, auffallend hoch. Der Anteil an sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogenen Aktivitäten war etwa gleich hoch wie bei der Gesamtauswertung (52 %, Gesamt 53 %). Bei 42 % der Fälle waren die Interventionen rein verhaltensbezogen (Gesamt 32 %). Die Umgestaltungen betrafen meist die „Verbesserung von Umgebungsbedingungen“, die „Veränderung von Arbeits- und Betriebsorganisation“ sowie „Persönliche Maßnahmen zum Arbeitsschutz, Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren“. Deutlich häufiger als in den Gesamtergebnissen führten die Umgestaltungen hier zu einer „Veränderung der Arbeits-/ Betriebsorganisation“ (66 %, Gesamt 50 %).

In 59 % der Fälle aus dem „Baugewerbe“ wurden Erfolgskontrollen durchgeführt (Gesamt 60 %) und bei weiteren 13 % waren sie noch geplant (Gesamt 19 %). Bei Bejahung einer Erfolgskontrolle wurden im Mittel pro Fall fünf Parameter abgefragt (Gesamt fünf/Fall). Meist handelte es sich dabei um die Felder „Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Intervention“, „Zufriedenheit des Arbeitgebers mit der Intervention“, „Krankenstand“, „Abläufe“ sowie „Strukturen“. Im Vergleich zu den Gesamtergebnissen wurden im „Baugewerbe“ auffallend oft die „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“ (64 %, Gesamt 27 %), „Strukturen“ (67 %, Gesamt 35 %) sowie „Abläufe“ (70 %, Gesamt 39 %) abgefragt.

3.4.3.5 Handel (n=217)

Betriebe, die der Branche „Handel“ zugeordnet waren, machten einen Anteil von 9 % am Gesamtdatensatz aus. Diese Fälle ließen sich wiederum zu 57 % dem „Kfz-Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz, Tankstellen“ zuordnen, 24 % waren aus dem Bereich „Handelsvermittlung und Großhandel (ohne Handel mit Kfz)“ und 19 % aus dem „Einzelhandel (ohne Tankstellen, Kfz)“.

Die Beschäftigtenzahlen schwankten innerhalb der Branche Handel stark: Bei Betrieben aus der Branche „Kfz-Handel; Instandhaltung/Reparatur von Kfz ...“ handelte es sich in knapp vier Fünftel der Fälle um Klein-/Kleinstbetriebe mit „1 bis 49 Mitarbeitern“. Die Betriebe aus dem „Einzelhandel“ beschäftigten in der Hälfte der Fälle „50 bis 499 Mitarbeiter“. Es handelte sich hier vorwiegend um mehrere Filialen umfassende Unternehmen.

35 % der Fälle aus dem „Einzelhandel“ waren Klein-/Kleinstbetriebe mit einer Beschäftigtenzahl von „1 bis 49 Mitarbeitern“. Im „Großhandel“ lagen die Beschäftigtenzahlen in knapp drei Viertel der Fälle bei „100 bis 499 Mitarbeitern“ (74 %).

Die BGF-Aktivitäten im „Handel“ hatten in 62 % der Fälle eine Laufzeit von einem Jahr und länger (Gesamt 52 %). Bei 23 % dauerten die Interventionen bis zu drei Monaten an (Gesamt 30 %). Am häufigsten wurden lang angelegte, d.h. ein Jahr und länger andauernde Interventionen in der „Handelsvermittlung, Großhandel ...“ durchgeführt (68 %). Den höchsten Anteil an Aktivitäten mit einer Laufzeit von bis zu drei Monaten gab es beim „Einzelhandel“ (36 %). Die durchschnittliche Laufzeit lag im Handel bei 17 Monaten pro Fall (Gesamt 16 Monate).

In Unternehmen aus dem „Handel“ konnten mit BGF schätzungsweise 23.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 12.000 Personen, insgesamt also 36.000 Personen erreicht werden. 41 % der Schätzsumme kam aus dem „Einzelhandel“, 36 % aus der „Handelsvermittlung, Großhandel ...“ und 23 % 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 40 % und im „Handel“ bei 26 %. 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 12 %. 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 einer schwerpunktmäßigen Zielgruppenausrichtung lagen als gewählte Zielgruppe „Mitarbeiter in der Produktion“ und „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“ vorn. Dem folgten die „Obere Führungsebene“ und „Mittlere Leitungsebene ...“. Im „Einzelhandel“ waren auffallend häufig „Auszubildende“ Zielgruppe von BGF-Aktivitäten (24 %, Handel 11 %, Gesamt 20 %).

Häufiger als in der Gesamtauswertung, d.h. in 64 % aller Fälle, waren im „Handel“ außerbetriebliche Kooperationspartner an BGF-Aktivitäten beteiligt (Gesamt 51 %). Kooperationen lagen hier besonders häufig im „Kfz-Handel, Instandhaltung/Reparatur von Kfz“ vor (78 %). Kooperationspartner waren im „Handel“ vorwiegend „Sonstige Gewerbliche Anbieter/Unternehmen“ und die „Unfallversicherung“. Die „Unfallversicherung“ war vergleichsweise oft bei Aktivitäten im „Großhandel“ beteiligt (46 %, Handel 38 %).

Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen wurden im „Handel“ ähnlich häufig gebildet wie in der Gesamtauswertung (71 %, Gesamt 70 %). In einem entsprechenden Steuerungsgremium waren meist die „Entscheidungsebene“ (88 %) und „Vertreter der Krankenkassen“ (83 %) vertreten. Im „Großhandel“ waren im Steuerungsgremium gewöhnlich auch der „Betriebs-/Personalrat“ einbezogen (92 %).

Zur Bedarfsermittlung griffen die Leistungserbringer im Handel am häufigsten auf „Auswertungen von Routinedaten der Krankenkassen“ zurück und führten ferner häufiger als

in der Gesamtauswertung „Betriebs-/Arbeitsplatzbegehungen“ (71 %, Gesamt 58 %), „Bewegungsanalysen am Arbeitsplatz“ (57 %, Gesamt 44 %) sowie „Befragungen der Zielgruppe/Mitarbeiterbefragungen“ durch (57 %, Gesamt 49 %). Im „Kfz-Handel ...“ wurden besonders häufig „Betriebs-/Arbeitsplatzbegehungen“ durchgeführt (82 %, Handel 71 %, Gesamt 58 %).

Im „Handel“ wurden mit einem Anteil von 38 % deutlich häufiger Gesundheitszirkel durchgeführt als in der Gesamtauswertung (Gesamt 26 %). Das ist auf den auffallend hohen Anteil an erfolgten Gesundheitszirkeln im Sektor „Kfz-Handel, Reparatur/Instandhaltung von Kfz ...“ zurückzuführen (48 %). Das Ergebnis ist insofern bemerkenswert, als gerade hier der Anteil an kleinen Betrieben mit „1 bis 49 Mitarbeitern“ hoch war und Gesundheitszirkel in kleineren Betrieben – wie die betriebsgrößenspezifischen Auswertungen zeigen (vgl. Kap. 3.4.2.6, S. 95) – vergleichsweise seltener durchgeführt werden.

In Betrieben aus dem „Handel“ waren die Inhalte der Interventionen am häufigsten auf die „Reduktion von körperlichen Belastungen“ ausgerichtet (81 %, Gesamt 77 %), gefolgt von den Inhalten „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ (42 %, Gesamt 35 %) und „Stressmanagement“ (34 %, Gesamt 33 %). Die Aktivitäten waren im „Handel“ zu 55 % verhaltens- und verhältnisbezogen und zu 34 % rein verhaltensbezogen (Gesamt 53 % und 32 %). Im „Kfz-Handel...“ war der Anteil an verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen vergleichsweise höher (61 %). Im „Einzelhandel“ wurden hingegen auffallend oft rein verhaltensbezogene Aktivitäten durchgeführt (58 %). Die Umgestaltungen bezogen sich im „Handel“ am häufigsten auf „Umgebungsbedingungen“, „Arbeits-/Betriebsorganisation“ sowie „Arbeits- und Unfallschutz ...“. Im „Großhandel“ wurden auffallend oft zusätzlich noch die „Informations- und Kommunikationsstrukturen“ verbessert (62 %, Handel 29 %, Gesamt 38 %).

Die Anteile an durchgeführten und geplanten Erfolgskontrollen entsprachen in etwa dem Gesamtdatensatz (79 %, Gesamt 78 %). Im Mittel wurden pro Fall fünf Erfolgskontrollen gleichzeitig benannt. Die fünf häufigsten Erfolgskontrollen im „Handel“ bezogen sich auf die „Zufriedenheit von Arbeitgebern ...“, „...Beschäftigten mit der Intervention“, „Krankenstand“, „Abläufe“, „Akzeptanz der Intervention bei den Zielgruppen/Inanspruchnahme“ sowie „Strukturen“.

3.4.3.6 Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung (n=202)

Einrichtungen aus der „Öffentlichen Verwaltung ...“ hatten in 43 % der Fälle eine Beschäftigtenzahl von 100 bis 499 Mitarbeitern und in weiteren 40 % der Fälle 500 und mehr Mitarbeiter (Gesamt 39 % und 20 %). Der Frauenanteil lag hier in 56 % der Fälle bei über 50 % (Gesamt 33 %).

Die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten lag in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ bei 24 Monaten pro Fall (Gesamt 16 Monate). 63 % der Projekte dauerten ein Jahr und länger an (Gesamt 52 %). Bei 17 % der Fälle lag die Laufzeit bei bis zu drei Monaten (Gesamt 30 %).

In Einrichtungen aus der „Öffentlichen Verwaltung ...“ wurden mit BGF schätzungsweise 66.000 Personen direkt und darüber hinaus weitere 39.000 Personen, zusammen folglich 105.000 Personen erreicht.

Die Aktivitäten sprachen in der „Öffentlichen Verwaltung“ häufiger als in der Gesamtauswertung schwerpunktmäßige Zielgruppen an (49 %, Gesamt 40 %). Meist handelte es sich dabei um „Mitarbeiter in der Verwaltung“, „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“ und „Obere Führungsebene“. Vergleichsweise häufig wurden hier auch „Testgruppen zur modellhaften Erprobung“ angesprochen (22 %, Gesamt 11 %).

Es lagen in der „Öffentlichen Verwaltung ...“ etwa gleich häufig außerbetriebliche Kooperationen vor wie in der Gesamtauswertung (52 %, Gesamt 51 %). Es handelte sich dabei in erster Linie um „Sonstige Anbieter/Unternehmen“, „Unfallversicherung“ und – häufiger als in der Gesamtauswertung – „Andere Krankenkassen“ (28 %, Gesamt 12 %).

„Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen“ wurden in der „Öffentlichen Verwaltung“ etwas häufiger gebildet als in der Gesamtauswertung (74 %, Gesamt 70 %). In den Fällen, in denen Steuerungsstrukturen bejaht wurden, setzte sich das entsprechende Koordinierungsgremium meist aus „Betriebs-/Personalrat“, „Entscheidungsebene“, „Mittlere Führungskräfte“, „Sicherheitsfachkräfte“ und „Betriebsarzt“ zusammen. Auch „Mitarbeiter“ waren an einem solchen Gremium vergleichsweise oft beteiligt (50 %, Gesamt 35 %).

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

Gesundheitszirkel wurden bei 28 % der Fälle aus der „Öffentlichen Verwaltung“ durchgeführt (Gesamt 26 %).

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 (48 %, Gesamt 33 %). Der Anteil an sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogenen Aktivitäten lag bei 44 % (Gesamt 53 %), der an rein verhaltensbezogenen Aktivitäten bei 32 % (Gesamt 32 %). In der „Öffentlichen Verwaltung“ wurden vergleichsweise oft rein verhältnisbezogene Maßnahmen durchgeführt (24 %, Gesamt 15 %). Die im Rahmen von BGF erfolgten Umgestaltungen betrafen hier vorwiegend Veränderungen der „Umgebungsbedingungen“, von „Kommunikations- und Informationsstrukturen“ sowie von „Arbeits- und Betriebsorganisation“. Im Vergleich zu den Gesamtergebnissen war der Anteil an Umgestaltungen bei den „Kommunikations- und Informationsstrukturen“ in der „Öffentlichen Verwaltung“ nennenswert höher (54 %, Gesamt 38 %).

Erfolgskontrollen wurden zum Ende des Berichtsjahr in 50 % der Fälle aus der „Öffentlichen Verwaltung ...“ durchgeführt und waren in 27 % der Fälle geplant (Gesamt 60 % und 19 %). Abgefragt wurden hier in erster Linie die „Zufriedenheit von Arbeitgeber und Mitarbeiter mit der Intervention“, der „Krankenstand“, „Verhaltensparameter“ sowie „Strukturen“ und „Abläufe“.

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.

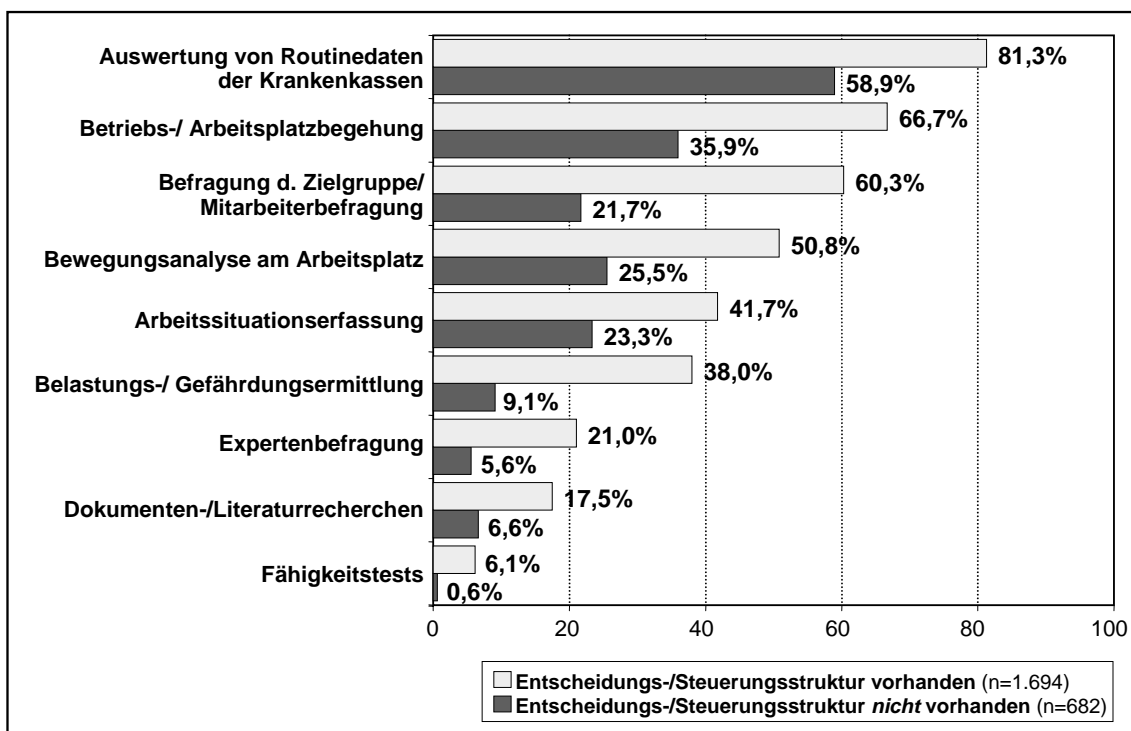
Im folgenden wird untersucht, in welchem Zusammenhang das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Steuerungsgremiums für die Gesundheitsförderung mit der Häufigkeit und Art der Bedarfsanalysen, Interventionen und Erfolgskontrollen steht.

3.4.4.1 Bedarfsermittlung

In der Gesamtauswertung erfolgten Bedarfsanalysen in 94 % aller Fälle. Bei Fällen mit vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen lag der Anteil der durchgeführten Bedarfsanalysen bei 96 %, bei solchen mit fehlenden bei 90 %. Zwar war die Differenz hier zwar nicht gravierend, jedoch wurden bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen deutlich mehr (d.h. durchschnittlich vier) Bedarfsanalyseinstrumente miteinander kombiniert eingesetzt als bei fehlenden (dort waren es im Durchschnitt zwei Instrumente).

Auch wurden durchweg alle Formen der Bedarfsermittlung häufiger bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen eingesetzt als bei fehlenden. Besonders groß war der Unterschied bei der „Zielgruppen-/ Mitarbeiterbefragung“, „Betriebs-/ Arbeitsplatzbegehung“ sowie „Belastungs- und Gefährdungsermittlung“:

Abb. 39: Bedarfsermittlung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



Bedarfsanalysen erfolgten in allen Branchen und Betriebsgrößen häufiger bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen als bei fehlenden.

3.4.4.2 Intervention

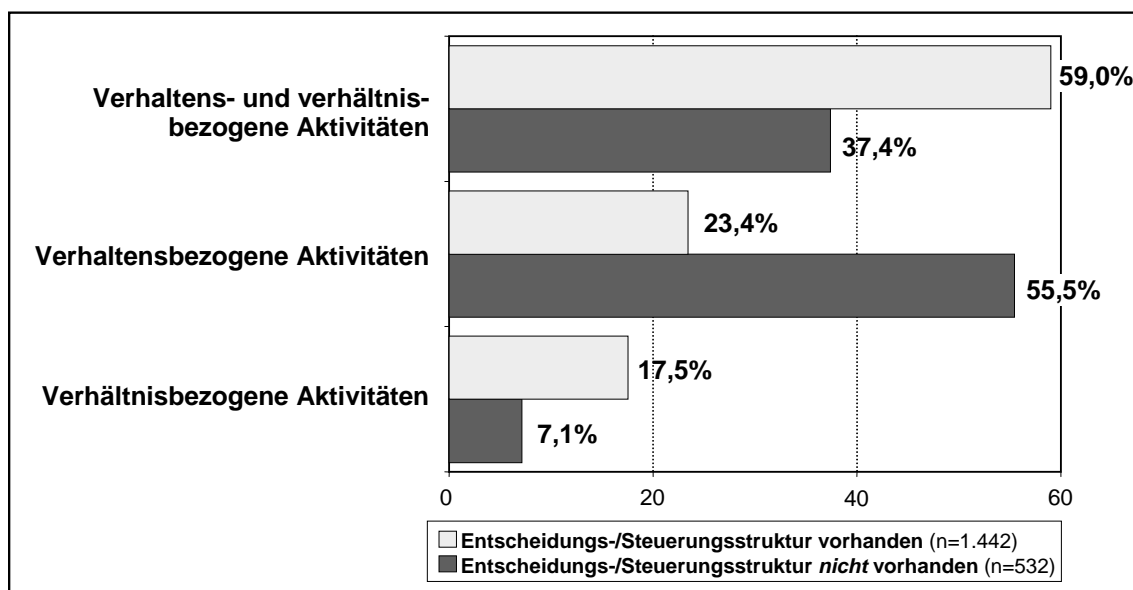
Insbesondere die Ergebnisse zu den erfolgten Interventionen ließen erkennen, dass bei Vorhandensein von Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen tendenziell "anspruchsvollere" Maßnahmen durchgeführt wurden (z. B. bei Gesundheitszirkeln, sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogenen Aktivitäten oder bei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

Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen dauerte die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten im Mittel 23 Monate pro Fall an, bei fehlenden zehn Monate pro Fall.

In 34 % der Fälle, bei denen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden waren, wurden Gesundheitszirkel durchgeführt. Bei fehlenden Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen lag der Anteil der realisierten Gesundheitszirkel bei 8 %. Bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen wurden insgesamt 1.815 Gesundheitszirkel durchgeführt und bei fehlenden Steuerungsstrukturen zusammen 119 Zirkel (davon wiederum 65 Gesundheitszirkel in Betrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern).

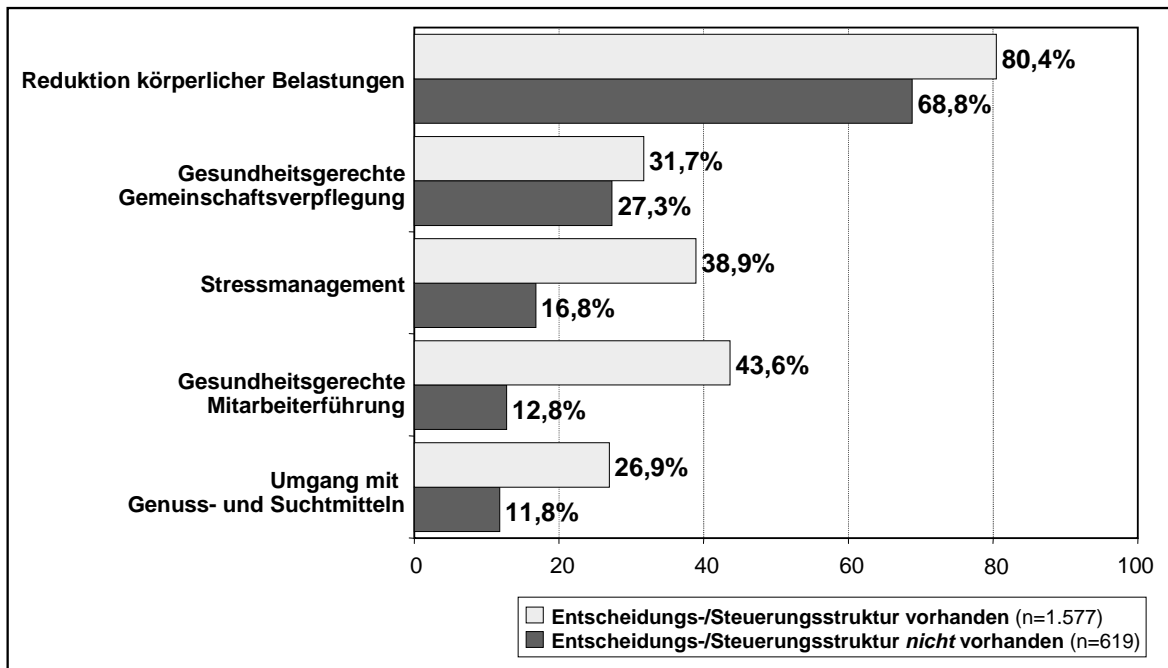
Ferner waren die Aktivitäten bei vorhandenen Steuerungsgremien deutlich häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen als bei fehlenden Gremien. Rein verhaltensbezogene Aktivitäten, die tendenziell weniger Aufwand bedeuteten, wurden hingegen häufiger ohne vorherige Bildung von Steuerungsstrukturen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

Abb. 40: Verhältnis-/verhaltensorientierte Aktivitäten – ein Vergleich



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

Abb. 41: Inhaltliche Ausrichtung – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



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

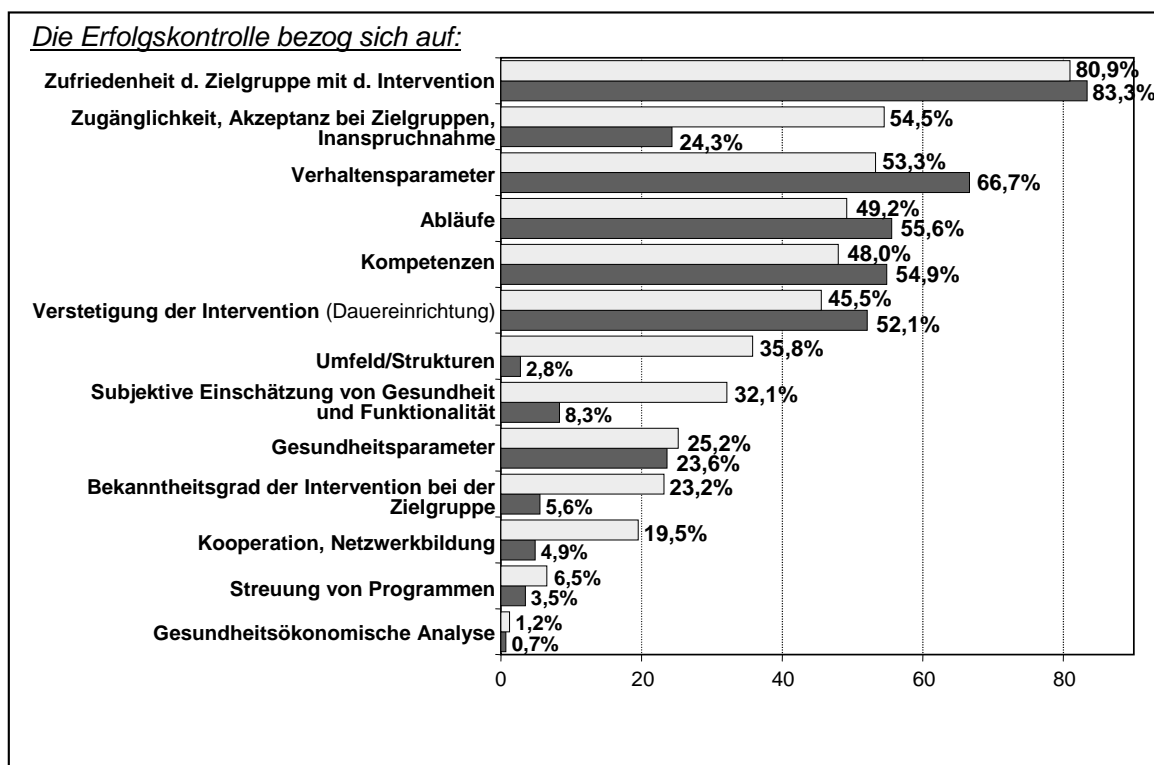
Medien fanden ebenfalls durchweg häufiger bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen Einsatz als bei fehlenden. Im Durchschnitt wurden pro Fall vier Medien bei vorhandenen Steuerungsstrukturen und drei Medien bei fehlenden Steuerungsstrukturen eingesetzt. Auffallend war das Ergebnis bei den Medien „Betriebszeitung“ und „Internet/Intranet“: Diese wurden sieben und sechs Mal häufiger dann benannt, wenn z.B. Arbeitskreise oder Ausschüsse zur Koordination von BGF-Maßnahmen gebildet wurden.

3.4.4.3 Erfolgskontrolle

In der Gesamtauswertung wurden in 78 % aller Fälle Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. waren Kontrollen noch geplant. Bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen lag der Anteil der durchgeführten und geplanten Erfolgskontrollen bei 86 %. Fehlten solche Strukturen, lag er bei 61 %. Bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen wurden im Durchschnitt mehr Formen der Erfolgskontrollen gleichzeitig angewandt als bei fehlenden (fünf versus drei Erfolgskontrollen pro Fall).

Wurden Erfolgskontrollen bejaht, dann waren sie bei vorhandenen Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen im Durchschnitt auf sechs Inhalte pro Fall gleichzeitig ausgerichtet. Bei fehlenden Steuerungskreisen bezogen sich die Kontrollen im Mittel auf drei Formen der Erfolgskontrolle gleichzeitig. Dies spiegelt sich in der Verteilung der einzelnen Erfolgskontrollen hinsichtlich vorhandener/fehlender Steuerungsstrukturen wieder:

Abb. 42: Erfolgskontrolle – ein Vergleich (Mehrfachnennungen möglich)



Durchweg alle Formen der Erfolgskontrollen wurden häufiger benannt, wenn Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen vorhanden waren. Bei vorhandenen Steuerungsstrukturen waren die Erfolgskontrollen im Vergleich zu den Fällen mit fehlenden Koordinierungsstrukturen besonders oft auf die „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“ (6:1), „Streuung von Programmen“ (6:1), „Gesundheitsparameter“ (5:1) sowie „Kooperation, Netzwerkbildung“ (13:1) bezogen.

3.4.5 Resümee

Mit der Dokumentation zum Berichtsjahr 2005 werden die bundesweiten Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen in der BGF seit nunmehr fünf Jahren abgebildet. Dabei lassen sich erfreulicherweise in einigen Bereichen, wie bei den durchgeführten Gesundheitszirkeln und den gebildeten Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen, kontinuierliche Zuwächse beobachten. Bei den Erfolgskontrollen waren bis 2004 deutliche Zunahmen zu verzeichnen. Sie haben sich in 2005 auf diesem Niveau eingestellt. Bei anderen Kategorien, wie z.B. den durchgeführten Bedarfsanalysen und den Interventionen (Inhalte, Methoden, Medien) zeichnen sich die Ergebnisse über die Jahre hinweg durch ihre Konstanz aus. Zum Berichtsjahr 2005 wurden zusammen 2.531 BGF-Aktivitäten und -projekte gemeldet. Die Zahl der für das Berichtsjahr 2005 gemeldeten BGF-Aktivitäten und -projekte entsprach mit zusammen 2.531 Fällen in etwa derjenigen aus dem Jahr 2004.

Der Anteil an BGF-Aktivitäten mit einer Laufzeit von einem Jahr und länger ist im Vergleich zu 2004 von 47 % auf 51 % angestiegen. D.h. gut die Hälfte der gemeldeten Aktivitäten ist auf Langfristigkeit ausgelegt. Dem stehen ein Drittel an eher kurzen, d.h. bis zu drei Monate andauernden Aktivitäten gegenüber.

Der Schwerpunkt der Aktivitäten liegt weiterhin – und dabei wieder etwas mehr als in 2004 – auf dem verarbeitenden Gewerbe. Da im verarbeitenden Gewerbe häufig körperlich schwere Arbeiten ausgeübt werden und oft größere Unfallgefahren bestehen, wird in dieser Branche offensichtlich nach wie vor ein höherer Bedarf für die Durchführung von BGF gesehen. Die Sektoren „Wirtschaftliche sowie sonstige öffentliche und persönliche Dienstleistungen“ und „Handel“ sind – wie in den Berichtsjahren davor – im Vergleich zu ihrer gesamtwirtschaftlichen Bedeutung eher unterrepräsentiert. Eine weitere verstärkte Ausrichtung auf diese Branchen ist daher wünschenswert.

Der Anteil an Fällen, bei denen BGF in Klein- und Kleinstbetrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern durchgeführt wurde, entspricht mit 31 % in etwa dem Ergebnis aus 2004. BGF wurde hier in zusammen 1.023 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 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 (94 %) Bedarfsermittlungen durchgeführt. Im Durchschnitt kommen dabei drei 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 Zielgruppen- und Mitarbeiterbefragungen („subjektive Daten“). Die Krankenkassen verwenden damit bewährte Instrumente zur Bedarfsermittlung von Risiken, Risikofaktoren und Gesundheitspotenzialen der Beschäftigten im Inter-

ventionsbetrieb.

Qualitative Fortschritte in der BGF lassen sich im Besonderen anhand der Ergebnisse zur Bildung von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen im Betrieb, zu den Interventionen sowie zu den Erfolgskontrollen verzeichnen:

So ist der Anteil gemeldeter Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gegenüber 2004 von 65 % auf 70 % der Fälle in 2005 angestiegen. Besonders die Auswertungen zu erfolgten Bedarfsermittlungen, Interventionen und Erfolgskontrollen hinsichtlich vorhandener bzw. fehlender Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen heben 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 zu 90 % bei Vorhandensein solcher Strukturen durchgeführt. Auch sind bei vorhandenen Steuerungsstrukturen die Interventionen deutlich häufiger sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen als bei fehlenden. Ferner wurden bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen in 86 % der Fälle, bei fehlenden in 61 % der Fälle Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. waren geplant.

Ganzheitlich verstandene BGF ist sowohl auf das Verhalten von Mitarbeitern, z.B. über Angebote zur Bewegungsförderung, Ergonomieberatungen, Ernährungsberatungen oder Maßnahmen zum Stressabbau, als auch auf die *Verhältnisse* in den Betrieben, wie bspw. auf Veränderungen der Arbeitsorganisation, des Arbeitsumfeldes, von Qualifizierungsmaßnahmen oder betriebsinterner Kommunikationswege, ausgerichtet. Erfreulicherweise sind in 2005 – ähnlich wie in 2004 – die Interventionen in gut der Hälfte der Fälle (53 %) verhaltens- und verhältnisbezogen. Die verhältnisbezogenen Veränderungen beziehen sich dabei im Wesentlichen auf die Verbesserung von Umgebungsbedingungen (67 %), den in die Zuständigkeit der Unfallversicherungen und des Arbeitgebers fallenden Arbeits- und Unfallschutz sowie auf Veränderungen in der Arbeits- und Betriebsorganisation.

Inhaltlich standen in 2005 unmittelbar nach Maßnahmen zur Reduktion von körperlichen Belastungen die Inhalte „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ und „Stressmanagement“ im Vordergrund. Offensichtlich werden psychosoziale Belastungen (auch auf Grund der in den letzten Jahren beobachteten Zunahme an AU-Tagen wegen „psychischer Störungen“) verstärkt als Risikofaktoren für Erkrankungen wahrgenommen und folglich häufiger im Rahmen von BGF thematisiert.

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 wiederholt etwas häufiger realisiert als in den Berichtsjahren davor, nämlich in 26 % der Fälle, bei denen Angaben zu Gesundheitszirkeln vorlagen (2004: 24 %, 2003: 20 %, 2002: 18 %). Eine Fortsetzung des hier beobachteten Trends und damit die weitere Etablierung des für die Qualität und den Erfolg von BGF bedeutsamen Instrumentes wird weiterhin angestrebt.

Die Zahl der Fälle mit durchgeführten Erfolgskontrollen ist in 2005 auf dem gleich hohen Niveau geblieben wie in 2004: Es wurden jeweils bei 78 % aller Fälle Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren noch geplant. Vor 2004 lagen die Anteile noch deutlich unter diesen Werten.

Das erfreuliche Ergebnis aus 2004 in Bezug auf die Einbindung von außerbetrieblichen Kooperationspartnern konnte nicht ganz erreicht werden: Wurden in 2004 noch bei 63 % aller Fälle außerbetriebliche Kooperationspartner gemeldet, so lag der Anteil an Kooperationen in 2005 bei 51 %. Dieses Ergebnis entspricht etwa denjenigen aus den Berichtsjahren davor (2002: 50 %, 2003: 48 %). Da das Einbringen von fachlich-sachlichen Ressourcen über relevante außerbetriebliche Kooperationspartner ein wesentliches Element für qualitativ hochwertige BGF darstellt, ist ein weiterer Ausbau an Kooperationen unter der Zielsetzung, das Ergebnis aus 2004 zu wiederholen, wünschenswert. Dabei ist anzumerken, dass die Ergebnisse aus 2004 bislang im Vergleich zu denjenigen aus den Jahren davor eine Ausnahme darstellten (2003: 48 %, 2002: 50 %, 2001: 47 %).

Wie in den Berichtsjahren zuvor lassen sich die Ergebnisse zur Betrieblichen Gesundheitsförderung auch in 2005 insgesamt deutlich positiv werten. Erfreulich erweisen sich besonders die Ergebnisse zur Bildung von Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen, zur Menge an durchgeführten Gesundheitszirkeln sowie zu den inhaltlichen Ausrichtungen der Maßnahmen an aktuell festgestellte Bedarfe. Ferner ließ sich das gute Niveau besonders bei den verhaltens- und gleichzeitig verhältnisbezogenen Interventionen sowie bei den Erfolgskontrollen beibehalten. Die Gesetzliche Krankenversicherung nimmt ihren Anteil bei der Unterstützung von Unfallversicherung und Arbeitgeber in der BGF weiterhin sehr ernst.

3.4.6 "Airport Bremen hebt ab" – Gesundheitsförderung unter spezieller Berücksichtigung der Prävention muskuloskeletaler Erkrankungen bei alternden Belegschaften

Bei „Airport Bremen hebt ab“ handelt es sich um ein Gesundheitsprojekt des Flughafens Bremen. Als Kooperationspartner sind hier die Flughafen Bremen GmbH, zwei Krankenkassen aus unterschiedlichen Kassensystemen, der Betriebsärztliche Dienst, die Universität Bremen sowie eine Unfallkasse beteiligt.

3.4.6.1 Ausgangslage

Wie zahlreiche arbeitswissenschaftliche Studien belegen, sind psychische Belastungen durch die zeitlichen Aspekte des Arbeitstages und der Arbeit selbst durch inhaltliche Gesichtspunkte, wie z.B. Unter- bzw. Überforderung, Monotonie, mentale Aufmerksamkeit oder durch zwischenmenschliche Beziehungen im Team bzw. zu Vorgesetzten wie auch der organisatorischen Gegebenheiten von Relevanz.

In modernen Gesellschaften stellt Erwerbsarbeit nach wie vor ein zentrales Element zu wirtschaftlicher Entwicklung, gesellschaftlicher Teilhabe, persönlicher sozialer Sicherung und sozialer Identitätsstiftung dar. Dieses komplexe Wechselverhältnis wird für ältere Arbeitnehmer zunehmend prekär. Vor dem Hintergrund tiefgreifender struktureller Veränderungen modernen (Arbeits-)Lebens gewinnt die Frage an Brisanz, wie Arbeit über ein gesamtes Arbeitsleben so gestaltet werden kann, dass Belastungen reduziert und Ressourcen erhalten und aufgebaut werden können. Die Zunahme psychomentaler und psychosozialer Belastungen erfordert positive Bewältigungsstrategien und die altersgerechte Gestaltung von Arbeitssystemen.

Die Erfahrungen im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements – wie sie u.a. bei Unternehmen, Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern existieren – machen deutlich, dass die größten gesundheitlichen Wirkungen von Projekten der Gesundheitsförderung dort zu erwarten sind, wo in den Betrieben eine gemeinsame Basis für die Ziele und Methoden zwischen Management und Belegschaftsvertretung partizipativ und projektförmig angelegt ist. Die Instrumente der Projektorganisation (z.B. hierarchie- und ressortübergreifender Steuerungskreis "Gesundheit") sowie zu Problemdiagnose (z.B. Gesundheitszirkel, Belegschaftsbefragung, Gesundheitsberichte) oder zur Intervention (Qualifizierung, verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen) und zur Evaluation (Qualitätssicherung) ähneln in vielen Aspekten anderen nicht explizit gesundheitsbezogenen Innovationsformen in modernen Unternehmen. Bei den verschiedenen Projekten hat sich auch wissenschaftlich belegt gezeigt, dass Projekte Betrieblicher Gesundheitsförderung positive Wirkungen nicht nur auf die Gesundheit der Beschäftigten entfalten, sondern zugleich auch Arbeitszufriedenheit, Motivation und Innovationsoffenheit in der Belegschaft erhöhen und eine Verbesserung der innerbetrieblichen Kommunikation und Kooperation nach sich ziehen können.

Im Jahr 2000 wurde am Flughafen Bremen gemäß § 5 Arbeitsschutzgesetz eine Beurteilung der Arbeitsbedingungen vorgenommen. Bei Begehungen von Mitgliedern des

Arbeitsschutzausschusses, des Betriebsleiters und Vertretern des Betriebsrates wurden mit Beschäftigten und ihren Vorgesetzten die Befunde diskutiert und Lösungsmöglichkeiten erörtert. Die Ergebnisse wurden dokumentiert und sind im Arbeitsschutzausschuss vorgetragen und diskutiert worden, und – soweit möglich – wurden Lösungen umgesetzt. In den Bereichen, in denen körperliche Handhabungen und Transport von Lasten im Vordergrund standen, wurden vorrangig physische Belastungen genannt (statische Haltearbeit, Lärm, klimatische Witterungseinflüsse etc.). Einseitige Körperhaltungen traten aber auch bei sitzenden Tätigkeiten an administrativen Arbeitsplätzen auf.

3.4.6.2 Zielstellung

Bereits im Jahre 2002 wurde eine Betriebsvereinbarung zwischen der Flughafen Bremen GmbH und dem Betriebsrat der Flughafen Bremen GmbH geschlossen, in deren Präambel es heisst: "Arbeit-, Gesundheitsschutz und ein partnerschaftliches Klima am Arbeitsplatz sind wichtige Bausteine zur Arbeitszufriedenheit und zur Erhaltung der Gesundheit der Beschäftigten. Voraussetzung für ein gesundes Unternehmen sind gesunde Mitarbeiter/innen. Daraus resultiert die unternehmerische Aufgabe, Gesundheitsförderung im Betrieb über die Fürsorgepflicht hinaus als betriebswirtschaftliche Notwendigkeit zu intensivieren."

Zielgruppe des Projektes sind ältere Beschäftigte des Flughafens und zwar sowohl die gewerblichen Mitarbeiter wie auch die Mitarbeiter aus der Verwaltung.

Die folgenden Zielstellungen wurden im Rahmen eines Konzeptpapiers formuliert:

Grobziel:

Förderung eines körpergerechten und -bewussten Bewegungsverhaltens:

Feinziele:

- Verbesserung des Bewegungsverhaltens bei der Lastenhandhabung bzw. bei Arbeiten am PC;
- Entwicklung und Vermittlung eines achtsamen Umgangs mit dem eigenen Körper bei der Arbeitstätigkeit;
- Verminderung der Häufigkeit von Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates, insbesondere des Rückens;
- Stärkung des Stellenwertes gesundheitsgerechter Arbeitsweise im Sinne einer "Betriebskultur".

Insgesamt soll das Wissen der Beschäftigten über Belastungen und Beanspruchungen sowie Gestaltungsmöglichkeiten des Arbeitsplatzes und der gesundheitsgerechten Lebensweise auch unter Aspekten des Alterns verbessert werden.

Die eigene Aktivierung durch "richtige" Bewegung, adäquate Hebe- und Tragetechnik bzw. Handling von Lasten führt zu einer Vermeidung von Erkrankungen und steigert das Wohlbefinden.

Erfahrungen mit einer ergonomischen Zeitgestaltung, insbesondere bei länger dauernder PC-Tätigkeit werden gemacht. Es kommt zu einer Stärkung der persönlichen Ressourcen.

3.4.6.3 Vorgehen

Phase 1: Organisationsaufbau

Das Projekt startete Ende 2004 mit der Einrichtung eines Arbeitskreises Gesundheit und der Festlegung erster grober Ziele.

Beteiligte des AK Gesundheit waren:

- Leiter der Personalabteilung
- Betriebsrat
- externer Projektleiter (Arbeitsmediziner)
- Arbeitssicherheitsfachkraft
- Vertreter der Unfallkasse
- Vertreter zweier Krankenkassen aus unterschiedlichen Krankenkassensystemen

Finanziert wurde das Projekt durch ein gemeinsames Budget des Flughafens Bremen, der beteiligten Krankenkassen und der Unfallkasse.

Phase 2: Durchführung der Ist-Analyse

Mitarbeiterbefragung mit einem bereits bestehenden Fragebogen und Einsatz des ABI/WAI (Work-Ability- bzw. Arbeitsbewältigungs-Index, s. Erläuterungen in Kap. 3.4.6.6, S. 117) durch einen erfahrenen Arbeitsmediziner.

Phase 3: Umsetzungsplanung

Die Umsetzungsplanung erfolgt grundsätzlich auf der Basis der Untersuchungsergebnisse der Phase 2. Es wurde allerdings bereits parallel zur Analyse-Phase ein Sport- und Bewegungsprogramm im Rahmen eines präventiv ausgerichteten Bildungsprogramms zur Gesundheitsförderung angeboten.

Phase 4: Umsetzung

Es war von vornherein klar, dass es zur Sicherung des Projekterfolges notwendig sein würde, ein auf der Basis der Analyseergebnisse zielgerichtetes Programm sowohl zur Stärkung der gesundheitlichen Kompetenzen der Mitarbeiter anzubieten, wie auch entsprechende arbeitsplatzgestaltende und arbeitsorganisatorische Maßnahmen zu ergreifen.

Daneben war auch – zumindest in Bezug auf die Mitarbeiter des Bodenverkehrsdienstes – ein Mitarbeitercoaching in konkreten Arbeitsplatzsituationen (videounterstütztes Bewegungskoching, nach dem Vorbild des Hamburger Flughafens) vorgesehen.

Phase 1-5: Evaluation

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet. Methodisch geschieht dies durch begleitende Befragung der TeilnehmerInnen unter z.T. Verwendung strukturierter Fragebögen und Einsatz von Interviews von Führungskräften.

3.4.6.4 Methoden der Datenerhebung

Vor Beginn der Erhebungsphase wurden die MitarbeiterInnen auf einer Betriebsversammlung über das Projekt und seine Ziele wie auch die anstehenden Befragungen informiert und um ihre Beteiligung gebeten.

3.4.6.5 Mitarbeiterbefragung

Für die Befragung wurde ein strukturierter Fragebogen verwendet, der eigens für diesen Zweck erstellt wurde. Er umfasst 42 Fragen und beinhaltet Fragenkomplexe zur betrieblichen Situation (zur Zufriedenheit am Arbeitsplatz, zur Arbeit, Arbeitsbelastung und zur Arbeitssituation), der eigenen Lebensgestaltung in gesundheitlicher Hinsicht (Ansichten zur Gesundheit, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und gesundheitlicher Prävention) sowie sozialstatistische Angaben zur Person. Die Versendung des Fragebogens erfolgte als Beilage zur Gehaltsabrechnung. Versendet wurden ca. 220 Fragebögen. In die Auswertung kamen 73 Fragebögen. Das entspricht einem Rücklauf von 33 %. Männlich waren 82 % der Befragten und 96 % hatten die deutsche Staatsangehörigkeit. Die Mitarbeiter kamen aus den in der folgenden Tabelle dargestellten Bereichen:

	Alle	BVD⁶⁵/Fracht	Verwaltung/ Verkehrsaufsicht	Werkstätten etc.
Angestellte	42	17	95	43
Arbeiter	51	69	0	49
Auszubildende	2	0	5	2
stud. Aushilfen	6	4	0	6

Tab. 3: Mitarbeiter in Arbeitsbereichen

3.4.6.6 Work-Ability- bzw. Arbeitsbewältigungs-Index (WAI/ABI)

Bei dem WAI handelt es sich um ein arbeitsmedizinisches Instrument zur Ermittlung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit. Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit eines Mitarbeiters beschreibt dessen Potenzial, eine bestimmte Aufgabe im Arbeitsleben zu einem gegebenen Zeitpunkt zu bewältigen. Dabei geht es darum, sowohl die Anforderungen wie auch die individuelle Leistungsfähigkeit zu untersuchen. Mit Hilfe des WAI ist diese Arbeitsfähigkeit mit guter Genauigkeit zu messen.

Für die Untersuchung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit wurden halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Gestützt auf einen Fragebogen wurden die MitarbeiterInnen zu einem circa halbstündigen Interview eingeladen. Dabei wurde der Arbeitsbewältigungsindex aus-

⁶⁵ BVD = Bodenverkehrsdienst

gefüllt, die entsprechende Maßzahl ermittelt und die Ergebnisse den Interviewpartnern erläutert.

Darüber hinaus wurden mit Hilfe von geschlossenen und offenen Zusatzfragen weitere Kenntnisse zu den Arbeitsbedingungen und -abläufen im Unternehmen gewonnen, die zur Bewertung der vier Faktoren des Arbeitsfähigkeitskonzeptes benutzt werden. Im Rahmen der Interviews hatten die MitarbeiterInnen die Möglichkeit, Einzelaspekte zu vertiefen und persönlich Vorschläge und Wünsche zu äußern.

Es wurden 102 von 235 MitarbeiterInnen befragt. Das entspricht 43 % der Grundgesamtheit. Von den Interviewteilnehmern haben 94 % ein Kennwort gebildet, mit dessen Hilfe ihre persönliche Entwicklung im Rahmen einer Nachuntersuchung in zwei bis drei Jahren untersucht werden kann.

3.4.6.7 Untersuchungsergebnisse (aus Mitarbeiterbefragung und WAI)

- Die Mitarbeiterzufriedenheit ist insgesamt hoch. Wenn Unzufriedenheit geäußert wird, bezieht sie sich auf Personalführung, innerbetriebliche Fortbildung und Arbeitsorganisation.
- Das Betriebsklima ist auf Arbeitsgruppenebene gut, bezogen auf den Gesamtbetrieb wird es weniger gut dargestellt.
- Als psychosoziale Belastungsfaktoren werden benannt: Mangelnde Anerkennung durch Vorgesetzte (bei Arbeitern mehr als bei Angestellten). Es fehlt an Lob, Transparenz der Entscheidungen, Kommunikation und kooperativer Entscheidungsfindung.
- Am häufigsten genannte gesundheitliche Störungen sind Wirbelsäulenbeschwerden, und zwar sowohl bei den untersuchten Arbeitern wie auch den Angestellten. Angestellte klagen eher über Probleme im Hals-Nacken-Bereich, Arbeiter eher über Probleme im unteren Rücken.
- 10 % der Befragten leiden an definitivem Bluthochdruck (Arztdiagnose) oder an hypertonen Kreislaufregulationsstörungen. Vor dem Hintergrund, dass sich der Anteil älterer Arbeitnehmer im Betrieb auch aufgrund der demographischen Entwicklungen erhöhen wird, ist in Zukunft mit einer Zunahme an Betroffenen zu rechnen.
- Als äußere Belastungsfaktoren konnten "Lärm, Kälte, Staub" identifiziert werden.
- Innerbetriebliche Fortbildung und Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Beschäftigten sind nach Auskunft der Befragten wichtige Bereiche, um Arbeitszufriedenheit zu verbessern.

Im Arbeitskreis Gesundheit wurden vor dem Hintergrund der vorgestellten Analyseergebnisse folgende Problembereiche als prioritär herausgearbeitet:

1. Herz-Kreislauf-Problematik
2. Belastungen des Rückens (Heben und Tragen bleibt ein Grundproblem)
3. Führung und Gesundheit
4. Optimierungsmöglichkeiten in der Arbeitsorganisation und Qualifizierung

3.4.6.8 Maßnahmen

Für die identifizierten prioritären Problembereiche waren zum Ende des Berichtjahres 2005 noch keine Maßnahmen erfolgt. Für das Jahr 2006 vorgesehen waren:

Herz-Kreislauf-Problematik

- Blutdruckscreening am Arbeitsplatz
- Belastungsspezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Fitness am Arbeitsplatz
- Veränderung des Kantinenangebots, Betonung der Schichtproblematik
- Raucherentwöhnung – Anreize zur Teilnahme durch das Unternehmen

Belastungen des Rückens

- Im Sinne einer Differenzialdiagnose sollen mit Hilfe der Leitmerkalmethode⁶⁶ einschlägige Arbeitsplätze identifiziert werden, bei denen eine Arbeit bis zum Alter von 65 ausgeschlossen ist.
- Unterweisung im Heben und Tragen sowie Kräftigung der einschlägigen Körperpartien
- Bewegungskoching mit Videounterstützung

Führung und Gesundheit

- Gemäß dem Zusammenhang von "Führung und Gesundheit" wird der Schulung von Führungskräften, die diese dazu befähigen soll, gesundheitsgerechte Führung umzusetzen, ein besonderer Stellenwert beigemessen. Entsprechende Maßnahmen zur Führungskräftebildung sind Ende 2005 vorgesehen.

Optimierungsmöglichkeiten in der Arbeitsorganisation und Qualifizierung

- Arbeitsorganisatorische Maßnahmen werden intern weiter diskutiert: z.B. Anpassung von Schicht- und Einsatzplänen.
- Der Grundsatz „Fortbildung ist Gesundheitsförderung“ soll umgesetzt werden.

Verhaltensprävention

- Das laufende Individualprogramm (Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung) soll fortgeführt werden.

⁶⁶ Die Leitmerkalmethode ist ein Werkzeug zur Ermittlung einer tatsächlich vorhandenen Arbeitsbelastung. Sie wurde von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und dem Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik entwickelt zur Beurteilung von Gefährdungen bei Tätigkeiten des Hebens, Haltens und Tragens sowie bei Tätigkeiten des Ziehens und Schiebens. Methodisch werden im ersten Schritt die vier Leitmerkmale 1. Zeitdauer/Häufigkeit, 2. Lastgewicht, 3. Körperhaltung und 4. Ausführungsbedingungen erfasst. Anschließend wird aus den Einschätzungen der Leitmerkmale mathematisch ein Risikowert berechnet, der die weitere Herangehensweise (Maßnahmenplan) ergibt.

3.4.6.9 Ausblick

Das Projekt "Airport Bremen hebt ab" befand sich am Ende des Berichtsjahres 2005 auf einem guten Weg. Es lagen nach dem Einsatz einer Mitarbeiterbefragung und des WAI gute Analyseergebnisse vor, die ein gezieltes Gesundheitsförderungsprogramm ermöglichen.

Nach Durchführung der Analyse wurde die ursprüngliche Zielorientierung, die vorrangig an einer Verbesserung des Bewegungsverhaltens und einer Verminderung der Häufigkeit von Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates orientiert war, erweitert um die wichtigen Dimensionen "Herz-Kreislauf-Prävention", "Führung und Gesundheit" sowie "Arbeitsorganisation und Qualifizierung".

Im Jahr 2006 geht es darum, die Projektarbeit konsequent fortzuführen und die vorgesehenen Maßnahmen durchzuführen bzw. einzuleiten.

3.4.7 „Gesund und Fit, ich mach mit!“

– Ein Gesundheitsprojekt der TSTG Schienen Technik GmbH

Bei „Gesund und Fit, ich mach mit!“ handelt es sich um ein Kooperationsprojekt, an dem als Kooperationspartner die TSTG Schienen Technik GmbH, zwei Krankenkassen aus unterschiedlichen Krankenkassensystemen, der Betriebsärztliche Dienst/Gesundheit sowie die Berufsgenossenschaft beteiligt waren.

3.4.7.1 Review zum Projekt

Die TSTG Schienen Technik GmbH, eine Tochter des österreichischen Voestalpine-Konzerns, ist der letzte deutsche Standort in Duisburg, an dem Schienen u.a. für den ICE, aber auch für andere Eisenbahnen in aller Welt produziert werden. 460 Beschäftigte bewegen 30 000 Tonnen Schienen im Monat. Es findet eine weitgehend automatisierte Herstellung von Schienen auf dem neuesten Stand der Technik statt.

Hervorragende Erfahrungen mit einem Gesundheitsförderungsprojekt im Werk Donawitz der TSTG-Mutter VOESTALPINE in Österreich/Steiermark haben die Geschäftsleitung dazu veranlasst, auch bei der TSTG in Duisburg ein auf die dortigen Bedürfnisse zugeschnittenes Gesundheitsprogramm einzuführen.

3.4.7.1.1 Zielstellung

Die Geschäftsführung will entsprechend dem Grundsatz "Einen Schritt voraus" nicht nur in Strategie und Technologie "voraus" sein, sondern auch attraktiver Arbeitgeber für alle Generationen, die im Unternehmen arbeiten. Angesichts der Tatsache, dass Mitarbeiter zukünftig länger im Arbeitsprozess bleiben müssen, ist es wichtig, im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes verstärktes Augenmerk auf die Gesundheit und Ergonomie zu richten. Das Gesundheitsprogramm soll diese Ansprüche erfüllen.

Damit war folgender Auftrag und Zielstellung verbunden:

- Arbeitsbelastungen der Beschäftigten ermitteln
- Verbesserungsmöglichkeiten entwickeln
- Qualifizierung von Mitarbeitern
- Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe verankern
- Finanzielle und personelle Unterstützung geben

Der Betriebsrat plädiert für Gesundheitsmanagement, weil er davon überzeugt ist, "dass es Sinn macht, das kostbare Gut 'Gesundheit' zu fördern und in die betrieblichen Rahmenbedingungen optimiert zu integrieren. Bei einem durchdachten Gesundheitsprozess kann jeder nur gewinnen. Auch in Anbetracht der Tatsache, dass die Mitarbeiter in Zukunft bis 65 oder sogar bis 67 Jahre aktiv werden arbeiten müssen, wird Gesundheit am Arbeitsplatz eine immer größere Rolle spielen. Themen wie Schichtarbeit, Stress, Mehrarbeit, Ergonomie, Ernährung etc. müssen stärker unter dem Blickwinkel der Gesunderhaltung geprüft und verbessert werden. Zur Umsetzung dieser Zielsetzungen ist die aktive Beteiligung der Mitarbeiter wichtige Voraussetzung".

3.4.7.1.2 Vorgehen

Im Einvernehmen mit der Geschäftsführung der TSTG Schienen Technik GmbH, dem Betriebsrat und der Steuerungsgruppe Betriebliches Gesundheitsmanagement der TSTG wurde mit Beginn des Jahres 2004 mit der Durchführung eines Projektes zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren begonnen. Für die gemeinsame Durchführung dieses Projektes konnten als Kooperationspartner zwei Krankenkassen aus verschiedenen Kassensystemen, die Berufsgenossenschaft (BG) und der Betriebsärztliche Dienst dazu gewonnen werden.

In mehreren Abstimmungsgesprächen wurden die Einzelheiten zur Durchführung erörtert, eine Rahmenvereinbarung zwischen der TSTG, den beteiligten Krankenkassen und der BG vorbereitet und im Januar 2004 von allen Partnern unterzeichnet.

Die Rahmenvereinbarung hat die wesentlichen Belange der Projektorganisation, der einzubringenden Leistungen der Partner, der Kosten und Finanzierung des Projektes sowie die Regeln zur Zusammenarbeit fixiert.

Für die Dauer des Projektes wurde eine Steuerungsgruppe mit dem Geschäftsführer, dem Arbeits- und Gesundheitsausschuss-Vorsitzenden, dem Betriebsrat (BR) – gleichzeitig auch Projektkoordinator, dem Betriebsärztlichen Dienst (BAD), dem Qualitätsbeauftragten, dem Personalleiter, dem Sicherheitsingenieur, dem Vertreter der BG und den Vertretern der beteiligten Krankenkassen eingerichtet, die zeitweise regelmäßig tagte.

Ein vorläufiger Projektplan mit einer Laufzeit von Januar 2004 bis zunächst Dezember 2005 wurde erstellt, in dem eine Übersicht des weiteren Vorgehens und teilweise erste Umsetzungsschritte aufgeführt sind. Während der Projektlaufzeit wurden die Mitarbeiter/innen durch Flyer, Aushänge und Betriebsversammlungen über den Projektverlauf informiert.

Den Auftakt bildete eine Kickoff-Veranstaltung im Rahmen der Betriebsversammlung am 16.03.2004 für alle Beschäftigten der TSTG unter Beteiligung aller projektbeteiligten Personen. Anliegen dieser Versammlung war die Informierung der Beschäftigten über die Projektziele, den Ablaufplan, die erwarteten Resultate, den Nutzen des Projekts, das konkrete Vorgehen und die anzuwendenden Methoden.

3.4.7.2 Projektverlauf (chronologisch)

- Im Februar 2004 wurden Informations- und Reflektionstage mit 48 Führungskräften durchgeführt mit dem Ziel, die Führungskräfte zu informieren, ihre Rolle als Führungskraft in Zusammenhang mit Betrieblichem Gesundheitsmanagement zu diskutieren, sie für ihre persönliche Gesundheit zu sensibilisieren und ihre Anregungen zu Belastungen und Ressourcen bei der TSTG mit aufzunehmen.
- Im März 2004 folgte eine Mitarbeiterbefragung zum Thema "Gesundheit am Arbeitsplatz" mit einer Psychologischen Bewertung von Arbeitsbedingungen – Screening von Arbeitsplatzinhabern (BASA), Fragen zum Arbeitsbewältigungsindex (ABI) und Freiburger Beschwerdeliste (FBL). Zusätzlich wurde ein Gesundheitsscore für 90 Mitar-

beiter im Rahmen einer Betriebsärztlichen Studie in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld ermittelt.

- Im April 2004 trafen sich erstmals die schon ausgebildeten TSTG-Moderatoren des Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP-Moderatoren), die als Multiplikatoren im Sinne der nachhaltigen Implementierung von Gesundheitsmanagement eingesetzt werden sollten.
- Im Juni 2004 wurden die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung sowie der Gesundheitsbericht aus den Jahren 2002/2003 vorgestellt.
- Im Juli 2004 hat sich die Betriebssportgemeinschaft gegründet.
- Im August 2004 wurde die TSTG Kooperationspartner des Betrieblichen Gesundheitsmanagements bei der Rasselstein AG im Sinne der Netzwerkbildung.
- Im September 2004 begann die Belastungsanalyse bei der TSTG durch die Berufsgenossenschaft (Ergonomiebericht). Unabhängig davon wurde ein Schlaganfall-screening durchgeführt.
- Im Oktober 2004 fand ein weiteres Treffen zum Thema "KVP-Moderatoren als Multiplikatoren von Gesundheitsthemen" als Vorbereitung zum Gesundheitsworkshop statt.
- Im November 2004 wurde der Gesundheitsworkshop für KVP-Moderatoren in Bad Pyrmont durchgeführt. Dieser hatte das Ziel, KVP-Moderatoren als Multiplikatoren zu gewinnen, die Themen zu transportieren, zurückzumelden und weiterzuvermitteln, ferner die Ressourcen und Belastungen (Gefährdungen) am Arbeitsplatz kennen- bzw. wahrzunehmen.
- Im Dezember 2004 unterstützte eine Diplomandin den Projektkoordinator beim TSTG in der Dokumentation, Maßnahmenplanung und -durchführung.
- Seit 01.01.2005 besteht in allen geschlossenen Räumen der TSTG ein Rauchverbot. Begleitend wurden Raucherentwöhnungskurse durchgeführt.
- Im Februar 2005 wurde eine Arbeitsplatzanalyse im Rahmen einer Betriebsbegehung durchgeführt.
- Seit September 2006 bietet die TSTG an mehreren Tagen in der Woche ein Rückenprogramm an.

3.4.7.2.1 Methoden der Datenerhebung

Zum Einsatz kamen folgende Verfahren, welche auf

- ⇒ erlebte Anforderungen, d.h. durch die tätige Person subjektiv erlebte und bewertete Bedingungen (Beurteilung der Arbeitstätigkeit aus Sicht der Beschäftigten),
- ⇒ beobachtbare Anforderungen, durch Beurteilung der Arbeitstätigkeit aus der Sicht der Expertinnen, sowie
- ⇒ die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten bezogen sind.

Art der Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelverfahren (Verfahren der Verhältnisprävention) • Rechnergestütztes Einzelverfahren (Module)
Form der Datenerhebung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Befragung für alle Beschäftigten 2. Interview 3. Arbeitsunfähigkeitsanalyse 4. Belastungsanalyse
Verwendete Erhebungsverfahren	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> BASA Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen – Screening für Arbeitsplatzinhaber <input checked="" type="checkbox"/> ABI (Work Ability Index) Arbeitsbewältigungsindex <input checked="" type="checkbox"/> FBL Freiburger Beschwerdeliste <input checked="" type="checkbox"/> Gesundheitsscore 90er-Profil <input checked="" type="checkbox"/> REBA Rechnergestützte psychologische Bewertung von Arbeitsinhalten

Tab. 4: Überblick über die verwendeten Analyseverfahren

Die schriftlich anonyme Befragung (BASA + Mitarbeiterbefragung) ermöglicht die kurzfristige Erfassung der Meinungen der Beschäftigten zu verschiedenen sicherheits- und gesundheitsrelevanten Fragen. „Damit ist einerseits eine Bedarfsanalyse für spätere Interventionen möglich, andererseits können Problemschwerpunkte aus Sicht der Mitarbeiter identifiziert werden. Dies ist besonders in der Anfangsphase einer Analyse erforderlich, wenn es darum geht, das Problemfeld einzugrenzen. Hinzu kommt, dass Mitarbeiterbefragungen zur Aktivierung und zu Evaluationszwecken genutzt werden können.“ (Ducki, 1998).

3.4.7.2.2 Methoden der Datenauswertung

Die statistische Datenanalyse wurde mittels des statistischen Programmpakets SPSS für Windows und dem Microsoft Office Programm Excel durchgeführt.

Die Auswertung aller erhobenen Daten erfolgte unter strikter Einhaltung der Anonymität und Personenneutralität. Die ausgefüllten Fragebögen oder ihre digitalisierten Datenbestände gelangten nicht in die Hand der TSTG oder anderer projekteteiligter Stellen. Vielmehr wurden die Ergebnisse gruppenbezogen zusammengefasst, so dass keine Rückschlüsse auf einzelne Untersuchungsteilnehmer/innen möglich sind. Die Fragebögen und digitalisierten Einzeldaten wurden nach Abschluss der Untersuchung vernichtet bzw. gelöscht.

3.4.7.2.3 Untersuchungsergebnisse

Die Psychologische **Bewertung** von **Arbeitsbedingungen** - **Screening** für **Arbeitsplatzinhaber** und **-inhaberinnen** (**BASA**) ließ Gestaltungserfordernisse erkennen bei

- den **Nacharbeitern** in den Bereichen **Unfälle**, **Fehler**, **Personalwirtschaft**, **Vorgesetzte**, **Arbeitszeit**
- **Nicht-Nacharbeitern** in den Bereichen **Personalwirtschaft**, **Unfälle**, **Fehler**

Aus der **Freiburger Beschwerdeliste** (**FBL**) ergaben sich

- **Rücken-**, **Schulter-** und **Nackenbeschwerden** sowie **schnelles Ermüden** bei allen Befragten,
- **Schlafstörungen** bei **Nacharbeitern** und
- **tagsüber Müdigkeit / Zerschlagenheit** bei **Nicht-Nacharbeitern**.

Arbeitsbewältigungsindex (**ABI**):

- Bei dem **Großteil** der Befragten ergab sich eine **gute bis sehr gute Arbeitsbewältigungssituation**.
- Für **knapp ein Drittel** der befragten Mitarbeiter mit **Nacharbeit** (32,2 %) und für 22,2 % der befragten **Nicht-Nacharbeiter** sind **Initiativen zur Verbesserung der ABI-Situation** zu setzen. Andernfalls ist die **Wahrscheinlichkeit groß**, dass die **Beschäftigten auf Dauer die derzeitige Tätigkeit nicht mehr ausüben**.

Alle weiteren Untersuchungsmethoden wurden vom **Betriebsärztlichen Dienst** bzw. der **Berufsgenossenschaft** durchgeführt. Die Ergebnisse sind bei Interesse direkt über das Unternehmen **TSTG Schienen Technik** (Leiter der Personalabteilung) oder über **Herrn Schröder** (beteiligte Krankenkasse, Kontaktadresse über MDS) erhältlich.

3.4.7.3 **Erste Erfolgsbewertung**

Aus Sicht der **Krankenkassen** sind folgende Bedingungen besonders positiv hervorzuheben:

- **Geschäftsführung** und **Betriebsrat** waren **Initiatoren** und **Promotoren** des Projekts.
- Es steht ein **eigenes Budget** für **Betriebliche Gesundheitsförderung** zur Verfügung.
- Es bestand eine **gute Kooperation** zwischen **Geschäftsführung**, **Betriebsrat**, **Krankenkassen** und **Berufsgenossenschaften** auf der Grundlage einer **Rahmenvereinbarung**.
- Die **Beteiligung der Mitarbeiter** an der **Analyse** war **gut** (56,4 %).
- Die **Belegschaft** hat ein **hohes Interesse** an **verhaltensorientierten Maßnahmen** wie **Raucherentwöhnung**, **Rückenschule**, **Schlaganfall-**, **Hautkrebs-** und **Diabetes-Screening**.

3.4.7.3.1 Sachstand zum Ende des Berichtjahres 2005

Im Laufe des Projektes hat es einen Wechsel in der Projektverantwortung gegeben. Der federführende Projektkoordinator (Betriebsrat) hat das Projekt an den Leiter der Personalabteilung abgegeben.

Zum Zeitpunkt der Berichterstellung lagen Analyseergebnisse in exzellenter Form vor und die Arbeitsbereiche, -aufgaben wurden identifiziert. Eine Zuteilung der Verantwortung in Teilprojekten und die Umsetzung in den Teilprojekten ist hingegen bis zum Berichtzeitpunkt nicht erfolgt.

3.4.7.3.2 Ausblick

Mit den abschließenden Ergebnissen der Belastungsanalyse der BG sollen das Thema "Gesund und fit - ich mach mit" bei der TSTG erneut platziert und weitere Themen, wie z. B. "Führung und Gesundheit"; "Arbeitsbewältigung - Altersgerechte Mitarbeiterentwicklung"; "Unfälle"; "Gesundheitsbeauftragte im Unternehmen" angegangen werden.

Dabei streben insbesondere die beteiligten Krankenkassen als geeignetes Vorgehen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement an:

- Auswertung und Priorisierung der Ergebnisse der Hauptuntersuchungen und deren Empfehlungen (AU- Analyse bis Belastungsanalyse)
- Bildung von Arbeitsgruppen mit Übertragung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten
- Planung und Umsetzung der Teilprojekte
- Projektüberwachung/-kontrolle
- Laufende Projektinformation aller MitarbeiterInnen.

4 Zusammenfassung

Seit dem Berichtsjahr 2001 veröffentlichen die Spitzenverbände der Krankenkassen in Kooperation mit dem MDS in jährlichem Turnus die bundesweit einheitliche, krankenkassenartenübergreifende Dokumentation über durchgeführte Aktivitäten in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung nach dem § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. Danach sollen die Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention und können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung erbringen.

Die Auswertungen zum Jahr 2005 umfassen die im betrachteten Jahr erbrachten Leistungen zum nichtbetrieblichen Setting-Ansatz, zum Individuellen Ansatz sowie zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF).

Nichtbetrieblicher Setting-Ansatz

Zum Berichtsjahr 2005 wurden wiederholt mehr Maßnahmen und Projekte nach dem Setting-Ansatz durchgeführt: Gegenüber 2004 ist die Zahl der eingereichten Dokumentationsbögen von 622 um 38 % auf 859 Doku-Bögen gestiegen. Diese enthalten Berichte über Settingaktivitäten in insgesamt 18.300 Einrichtungen. Die Schätzsumme zu den mit Settingaktivitäten erreichten Personen lag in 2005 bei knapp zwei Millionen Menschen.

Die Gesetzlichen Krankenkassen haben ihr Augenmerk nach wie vor stark auf Kinder und Jugendliche gelegt: So wurden Settingaktivitäten bei 83 % aller Fälle in den Settingschulen, Berufsschulen und/oder Kindergärten/-tagesstätten durchgeführt. In 70 % aller Fälle erfolgten die Maßnahmen mindestens in Schulen bzw. Berufsschulen.

Die Laufzeit der Aktivitäten war bei 42 % der Fälle für ein Jahr und länger angelegt, 17 % dauerten vier bis elf Monate an und 41 % hatten eine Laufzeit von maximal drei Monaten. Hier waren keine gravierenden Ergebnisabweichungen gegenüber 2004 zu verzeichnen.

Die Aktivitäten waren etwas häufiger als im Vorjahr, und zwar in 75 % der Fälle auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet (2004: 69 %). Überwiegende Zielgruppe waren neben Kindern und Jugendlichen im Alter von bis zu 19 Jahren besonders Lehrer und Erzieher als Multiplikatoren (66 %) sowie Eltern als Multiplikatoren (47 %). In etwa einem Viertel der Fälle wurden ferner ausländische Personen als Zielgruppe benannt (26 %). Eine deutliche geschlechtsspezifische Zielgruppenausrichtung war nicht zu erkennen.

Kooperationen mit weiteren als den vor Ort verantwortlichen Einrichtungen wurden bei 77 % der Fälle gemeldet (2004: 73 %). Bei den Kooperationspartnern handelte es sich am häufigsten um Sonstige Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen, um Vereine/Verbände, Gewerbliche Anbieter/ Unternehmen sowie Öffentliche Verwaltung/Institutionen (Anteile zwischen 46 % und 27 %). Im Vergleich zu 2004 ist der Anteil der Öffentlichen Verwaltung/ Öffentlicher Institutionen als gemeldete Kooperationspartner um sieben Prozentpunkte zurückgegangen (2004: 34 %, 2005: 27 %).

Strukturen zur organisatorisch-inhaltlichen Steuerung bestanden bei 55 % der Projekte (2004: 57 %).

Bedarfsanalysen wurden – häufiger als in 2004 – bei 90 % aller Fälle durchgeführt (2004: 83 %). Dabei standen die Befragung der Zielgruppe, die Begehung des Settings, Literaturrecherchen/Studien sowie Expertenbefragungen im Vordergrund.

In einem Fünftel aller Fälle wurden Gesundheitszirkel durchgeführt (2004: 16 %). Dabei ist die Zahl der Gesundheitszirkel von 2.941 in 2004 auf 3.390 Zirkel in 2005 angestiegen. Ein Gesundheitszirkel umfasste dabei mehrere Zirkelsitzungen. Zukunftswerkstätten wurden – wie in 2004 – in 4 % der Fälle eingerichtet.

Inhaltlich waren die Aktivitäten vorwiegend auf Bewegung (63 %) und Ernährung (48 %) ausgerichtet. Dabei ist der Anteil an ernährungsbezogenen Inhalten im Vergleich zu 2004 deutlich zurückgegangen (2004: 61 %). In 30 % der Fälle bezogen sich die Aktivitäten auf die Stressreduktion und Entspannung). In der Regel wurden zwei Inhalte gleichzeitig thematisiert.

Die Aktivitäten waren – ähnlich wie in 2004 – bei gut der Hälfte aller Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Die Umgestaltungen bezogen sich meist auf die Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungsspielräumen und Verantwortlichkeiten. Auch führten sie häufig zu Veränderungen bei den Informations- und Kommunikationsstrukturen, bei Umgebungsbedingungen sowie bei der Organisation des Settings.

In 67 % aller Fälle wurden Erfolgskontrollen durchgeführt oder waren noch geplant. Das entspricht in etwa dem Ergebnis von 2004. Im Durchschnitt wurden vier Erfolgskontrollen miteinander verknüpft durchgeführt. Sie bezogen sich am häufigsten auf die Parameter „Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention“, „Verhaltensparameter“, „Abläufe“, „Kompetenzen“ sowie „Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung)“.

Bei den settingbezogenen Auswertungen fanden nur Settings Berücksichtigung, die mit einem Anteil von mindestens 5 % im Gesamtdatensatz vertreten waren. Wesentliche Merkmale oder Auffälligkeiten des jeweils betrachteten Settings waren folgende:

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 17 Monaten deutlich höher als in der Gesamtauswertung (Gesamt 13 Monate). Ferner wurden in Grundschulen häufiger als in der Gesamtauswertung Kooperationen gebildet (89 %, Gesamt 77 %), Bedarfsanalysen (94 %, Gesamt 90 %) und Gesundheitszirkel (23 %, Gesamt 20 %) durchgeführt. Erfolgskontrollen wurden in insgesamt 81 % der Fälle durchgeführt oder waren geplant (Gesamt 67 %).

Die Settingaktivitäten in *weiterführenden Schulen* (Sonder-, Haupt-, Real-, Gesamtschulen sowie Gymnasien) zeichneten sich ebenfalls durch Langfristigkeit und Nachhaltigkeit aus: Die Laufzeit der Aktivitäten lag im Durchschnitt bei 17 Monaten (Gesamt 13 Monate). In weiterführenden Schulen wurden häufiger als in der Gesamtauswertung Entschei-

dungs- und Steuerungsstrukturen gebildet (78 %, Gesamt 55 %) sowie fachlich-sachliche Ressourcen über die Einbindung von Kooperationspartnern eingebracht (88 %, Gesamt 77 %). Auffallend oft wurden hier Gesundheitszirkel durchgeführt (36 %, Gesamt 20 %). Die Aktivitäten waren entsprechend häufiger als in der Gesamtheit sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen (62 %, Gesamt 52 %). Erfolgskontrollen wurden in weiterführenden Schulen häufiger durchgeführt bzw. waren geplant (74 %, Gesamt 67 %).

In *Berufsschulen* war die Laufzeit der Aktivitäten mit elf Monaten im Mittel kürzer als in der Gesamtauswertung (16 Monate). Auch wurden dort vergleichsweise weniger Kooperationen gebildet (51 %, Gesamt 73 %). Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen sowie durchgeführte Bedarfsanalysen lagen hingegen etwas häufiger vor als in der Gesamtauswertung. Vergleichsweise selten wurden in Berufsschulen Gesundheitszirkel durchgeführt (8 %, Gesamt 20 %). Die Aktivitäten waren – anders als im Gesamtergebnis – häufiger rein verhaltensbezogen als verknüpft verhaltens- und verhältnisbezogen. Der inhaltliche Schwerpunkt lag hier etwas stärker als sonst auf der Bewegung (79 %, Gesamt 63 %). Erfolgskontrollen wurden hier in zusammen 58 % der Fälle durchgeführt bzw. waren geplant (Gesamt 67 %).

Settingaktivitäten in *Kindergärten/-tagesstätten* waren geprägt durch eine vergleichsweise höhere Laufzeit (15 Monate/Fall, Gesamt 13 Monate) sowie eine starke Einbeziehung von Kooperationspartnern (85 %, Gesamt 77 %). In Kindergärten/-tagesstätten wurden im Vorfeld der Maßnahmen auffallend häufig Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet (70 %, Gesamt 55 %) und Gesundheitszirkel durchgeführt (27 %, Gesamt 20 %). Häufiger als in der Gesamtauswertung waren die Maßnahmen dort sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen (67 %, Gesamt 52 %). Erfolgskontrollen wurden ähnlich häufig wie in der Gesamtheit durchgeführt.

Auffällig war ferner, dass bei Aktivitäten in *Stadtteilen/Orten* häufiger Kooperationen mit weiteren Partnern/Einrichtungen als den vor Ort Verantwortlichen (85 %, Gesamt 77 %) sowie häufiger Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen gebildet wurden (64 %, Gesamt 55 %). Gesundheitszirkel wurden etwas weniger durchgeführt (15 %, Gesamt 20 %). Inhaltlich wurden hier im Vergleich zur Gesamtauswertung häufiger die Stressreduktion/Entspannung (48 %, Gesamt 30 %), der gesundheitsgerechte Umgang miteinander (40 %, Gesamt 27 %) sowie der Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln thematisiert (30 %, Gesamt 25 %). Der Anteil an sowohl verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen entsprach dem der Gesamtauswertung. Erfolgskontrollen wurden hier seltener bejaht als in der Gesamtauswertung (53 %, Gesamt 67 %).

Bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden häufiger Bedarfsermittlungen durchgeführt (98 %) als bei fehlenden (82 %) und gleichzeitig bei vorhandenen Strukturen mehr Bedarfsanalyseinstrumente miteinander kombiniert eingesetzt. Ferner waren die Aktivitäten bei vorhandenen Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen im Verhältnis gut drei Mal häufiger verhaltens- und verhältnisbezogen als bei fehlenden. Bei vor-

handenen Entscheidungsstrukturen wurden ebenfalls mehr Inhalte und Methoden miteinander verknüpft behandelt als bei fehlenden. Bei Vorhandensein von Entscheidungs-/ Steuerungsstrukturen lag der Anteil der durchgeführten oder geplanten Erfolgskontrollen bei insgesamt 81 %. Bei fehlenden Strukturen betrug er 58 %.

Individueller Ansatz

In 2005 wurden bundesweit 1.168.000 Teilnahmen an präventiven Kurs- und Seminarangeboten nach dem Individuellen Ansatz gemeldet. Das entspricht einem Anteil von 1,7 % aller GKV-Versicherten in Deutschland. In 2004 lag die Zahl bei 803.000 und in 2003 noch bei 543.000 Kursteilnahmen (1,1 % und 0,9 % der GKV-Versicherten).

Die Themenschwerpunkte lagen hier mit einem Anteil von 72 % auf dem Handlungsfeld „Bewegung“. Am nächsthäufigsten suchten Versicherte Kurse zu den Inhalten „Vermeidung spezifischer Risiken/ stressabhängiger Krankheiten“ (16 %) und „Ernährung“ (12 %) auf. In 0,9 % aller Fälle wurden Angebote aufgegriffen, die auf das Thema „Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ ausgerichtet waren.

Wie in den Berichtsjahren zuvor handelte es sich bei der überwiegenden Mehrzahl der Kursteilnehmer um Frauen (77 %). Auch griffen besonders Versicherte im Alter zwischen 40 und 59 Jahren individuelle Kursangebote auf. Junge Menschen im Alter von bis zu 19 Jahren nahmen diese Angebote eher selten wahr. Bei den ab 60-Jährigen war der Anteil der Kursteilnehmer im Vergleich zum GKV-Gesamtversichertenanteil ebenfalls etwas geringer.

Im Vergleich zu den anderen Altersgruppen suchten Versicherte ab 60 Jahren verstärkt Bewegungskurse auf. Stressbewältigungsangebote wurden hingegen vorzugsweise von jungen Versicherten im Alter bis 39 Jahren aufgesucht. Ernährungskurse waren etwas häufiger als in anderen Altersgruppen für Versicherte zwischen 15 und 49 Jahren von Interesse. Kurse zum Thema „Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln“ wurden vorwiegend von Versicherten im Alter zwischen 20 und 39 Jahren aufgesucht. Der Anteil an männlichen Versicherten war hier mit 45 % vergleichsweise hoch.

Betriebliche Gesundheitsförderung:

Zu Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) lagen für 2005 insgesamt 2.531 Dokumentationsbögen vor. Die Fallzahl entsprach damit etwa derjenigen aus 2004 (2.563 Bögen).

Schwerpunktmäßig wurde BGF – wie in den Berichtsjahren davor – bei Betrieben aus dem Verarbeitenden Gewerbe durchgeführt. Dabei ist ihr Anteil leicht von 42 % in 2004 auf 45 % in 2005 gestiegen. Dem folgten - den Häufigkeiten nach - die Branchen „Gesundheits-/ Veterinär-/ Sozialwesen“ (11 %), „... Dienstleistungen“ (10 %), „Baugewerbe“ (9 %)

sowie „Handel“ (9 %). BGF wurde bundesweit in/an 6.400 Betrieben/Standorten durchgeführt.

Im Vergleich zu den Ergebnissen in 2004 ist der Anteil an Fällen, bei denen die Aktivitäten ein Jahr und länger andauerten, mit 52 % leicht angestiegen (2004: 47 %). 20 % der Fälle dauerten vier bis elf Monate an und 30 % hatten eine Laufzeit von maximal drei Monaten (2004: 33 %).

Bei den Betrieben handelte es sich – wie in 2004 – bei 31 % der Fälle um Klein-/Kleinstbetriebe mit bis zu 49 Beschäftigten. Bei etwa der Hälfte der Fälle wurde BGF in Unternehmensgrößen mit einer Beschäftigtenzahl von 50 bis 499 Mitarbeitern durchgeführt. Unternehmensgrößen mit 500 und mehr Mitarbeitern lagen in 20 % der Fälle vor.

Die BGF-Aktivitäten erreichten den Schätzzahlen zufolge insgesamt über 606.000 Personen (2004: 670.000). Davon wurden etwa 419.000 Personen von der BGF erreicht und weitere 187.000 Personen indirekt über deren Auswirkungen erreicht.

Die Aktivitäten richteten sich bei 60 % der Fälle an alle Beschäftigten (2004: 61 %). Wurden besondere Zielgruppen anvisiert, handelte es sich dabei am häufigsten um spezifisch mit Gesundheitsgefährdungen belastete Mitarbeiter, gefolgt von Mitarbeitern in der Produktion, Oberer Führungsebene, Mittlerer Leitungsebene sowie Mitarbeitern aus der Verwaltung.

Der Anteil an außerbetrieblichen Kooperationen lag in 2005 bei 51 %. Im Vergleich zu den Ergebnissen aus 2004 ist hier ein Rückgang zu verzeichnen (2004: 63 %). Dabei ist anzumerken, dass die Ergebnisse aus 2004 bislang im Vergleich zu denjenigen aus den Jahren davor eine Ausnahme darstellten (2003: 48 %, 2002: 50 %, 2001: 47 %). Bei den Kooperationspartnern handelte es sich vorwiegend um gewerbliche Anbieter/Unternehmen sowie um Unfallversicherungen (insbes. gewerbliche Berufsgenossenschaften; 51 % und 38 %).

Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wurden in 2005 häufiger gebildet als noch in 2004: Ihr Anteil lag in 2005 bei 70 % (2004: 65 %). Bei Vorhandensein einer solchen Struktur setzte sich das entsprechende Gremium vorwiegend aus der Entscheidungsebene (u.a. Geschäfts- und Personalleitung, 83 %), aus Vertretern der Krankenkassen (82 %) sowie aus Betriebs- bzw. Personalrat (62 %) zusammen.

Bedarfsanalysen wurden in 94 % aller Fälle gemeldet. Im Durchschnitt griff man dabei auf drei Methoden zur Bedarfsermittlung zurück. Im Vordergrund standen die Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen, die Betriebs-/Arbeitsplatzbegehung, die Zielgruppen- und Mitarbeiterbefragung sowie die Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz.

Gesundheitszirkel wurden in 26 % der Fälle durchgeführt. Damit war seit 2002 ein kontinuierlicher Anstieg an durchgeführten Gesundheitszirkeln zu verzeichnen (2002: 18 %; 2003: 20 %, 2004: 24 %). In vier Fünfteln der Fälle mit durchgeführten Gesundheitszirkeln wurde ein Gesundheitszirkel (der grundsätzlich mehrere Sitzungen umfasst) realisiert.

Fünf bis neun Gesundheitszirkel fanden ferner bei 16 % der hier betrachteten Fälle statt. Mit der Betriebsgröße nahm tendenziell auch die Anzahl an durchgeführten Gesundheitszirkeln zu.

Betriebliche Gesundheitsförderung war in 77 % der Fälle auf die Reduktion von körperlichen Belastungen ausgerichtet. Dem folgten Interventionen, die psychosoziale Aspekte ansprachen: die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung und das Stressmanagement (35 % und 33 %). Ferner spielten die gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung/Ernährung (30 %) sowie der verantwortliche Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln (23 %) eine bedeutende Rolle.

Der Anteil an verhaltens- und verhältnisbezogenen Aktivitäten lag in 2005 bei 53 %. Das entspricht in etwa dem Ergebnis des Vorjahres. Hingegen ist der Anteil an rein verhaltensbezogenen Aktivitäten in 2005 mit 32 % gegenüber 2004 (38 %) zurückgegangen. Rein auf die Verhältnisse im Betrieb ausgerichtete Maßnahmen haben proportional zugenommen (2005: 15 %, 2004: 11 %). Die verhältnisbezogenen Umgestaltungen waren vorzugsweise auf die Veränderung der Arbeitsumgebung (67 %), den „Arbeits- und Unfallschutz“ (55 %) sowie betriebs- und arbeitsorganisatorische Veränderungen (50 %) ausgerichtet.

Erfolgskontrollen wie in 2004 waren bei 78 % der Fälle durchgeführt oder noch 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 „Zugänglichkeit, Akzeptanz der Intervention bei den Zielgruppen, Inanspruchnahme“ sowie auf „Abläufe“, „Verhaltensparameter“ und „Strukturen“. Im Vergleich zu 2004 wurde der Krankenstand in 2005 deutlich häufiger zur Erfolgskontrolle herangezogen (61 %, 2004: 59 %).

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 acht Monaten, in Betrieben mit 50 bis 499 Mitarbeitern bei 23 Monaten und in Unternehmen mit mehr als 500 Beschäftigten bei durchschnittlich 29 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 ähnlich häufig *außerbetriebliche Kooperationen* gebildet. *Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen* wurden tendenziell häufiger in größeren Unternehmen gebildet als in kleinen. *Gesundheitszirkel* wurden – abgesehen von Kleinstbetrieben mit 1 bis 9 Mitarbeitern – tendenziell häufiger durchgeführt je größer ein Unternehmen war. Bei Kleinstbetrieben mit 1 bis 9 Mitarbeitern lag der Anteil an durchgeführten Zirkeln bei 46 %. Sowohl in Klein-/Kleinstbetrieben als auch in Unternehmen mit 500 und mehr Mitarbeitern war die Mehrzahl der Aktivitäten sowohl *verhaltens- als auch verhältnisbezogen*. Der höchste Anteil an rein verhaltensbezo-

genen Aktivitäten war bei Betrieben mit 1 bis 49 Mitarbeitern vorzufinden. *Erfolgskontrollen* wurden zu 72 % in Klein-/Kleinstbetrieben und zu 79 % bzw. 81 % in Unternehmen mit „50 bis 499 Mitarbeitern“ bzw. „500 und mehr Mitarbeitern“ durchgeführt. In allen Betriebsgrößen zählten zu den drei meist abgefragten Parametern der Erfolgskontrolle die „Zufriedenheit des Arbeitgebers ...“, der „... Beschäftigten mit der Intervention“ sowie der „Krankenstand“.

Bei den branchenspezifischen Auswertungen fanden nur Branchen Berücksichtigung, die mit einem Anteil von mindestens 5 % 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, die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung sowie die gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung) ausgerichtet. Das Stressmanagement und die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung wurden hier etwas weniger thematisiert als in der Gesamtauswertung. Einrichtungen aus dem *Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen* hatten in der Mehrzahl eine Beschäftigtenzahl von „100 bis 499 Mitarbeitern“. Hier war der Frauenanteil insgesamt hoch. Inhaltlich waren die Maßnahmen hier am häufigsten auf die Reduktion von körperlichen Belastungen sowie das Stressmanagement ausgerichtet. Bei Betrieben aus dem Sektor „... *Dienstleistungen*“ handelte es sich zu 37 % der Fälle um Klein- und Kleinstbetriebe (Frisör-/Kosmetiksalons) mit bis zu 49 Mitarbeitern. Dort war bei 72 % der Betriebe mehr als die Hälfte der Belegschaft weiblich. 50 % der Unternehmen aus dem Dienstleistungssektor hatten eine Mitarbeiterzahl von 50 bis 499 Beschäftigten und 13 % der Unternehmen beschäftigten 500 und mehr Mitarbeiter. 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. Seltener als in der Gesamtauswertung wurde das Thema Stressmanagement angesprochen. Auffallend häufig waren hier gewerbliche Anbieter/Unternehmen Kooperationspartner. Das *Baugewerbe* war zu 76 % von Klein-/Kleinstbetrieben mit bis zu 49 Mitarbeitern geprägt. Die Aktivitäten waren mit durchschnittlich 13 Monaten kürzer als in der Gesamtauswertung. Auch waren die Maßnahmen hier eher selten auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet. Entscheidungs-/Steuerungsstrukturen gab es proportional gleich häufig wie in der Gesamtauswertung. Das ist unter dem Aspekt, dass die Betriebe meist bis zu 49 Mitarbeiter hatten, ein eher hoher Anteil. Die Interventionen waren in knapp der Hälfte der Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Inhaltlich waren sie – neben der Reduktion körperlicher Belastungen – auffallend häufig auf das Stressmanagement und die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung bezogen. 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 als in der Gesamtauswertung auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet. Häufiger wurden hier hingegen (insbesondere in Betrieben aus dem „Kfz-Handel, In-

standhaltung/Reparatur von Kfz ...“) außerbetriebliche Kooperationspartner mit in die Aktivitäten einbezogen. Im Handel (ebenfalls besonders im Bereich Kfz-Handel ...) wurden mit einem Anteil von 38 % deutlich häufiger Gesundheitszirkel durchgeführt (Gesamt 26 %). Entsprechend waren die Maßnahmen in der Mehrzahl der Fälle sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen. Im Einzelhandel wurden dabei auffallend oft rein verhaltensbezogene Maßnahmen durchgeführt. In Einrichtungen der *Öffentlichen Verwaltung* waren vorzugsweise 100 bis 499 sowie mehr als 500 Mitarbeiter tätig. Der Frauenanteil war dort relativ hoch. In der *Öffentlichen Verwaltung* wurden vergleichsweise häufig bestimmte Zielgruppen angesprochen. Meist handelte es sich dabei um „Mitarbeiter in der Verwaltung“, „mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppe(n)“ und „Obere Führungsebene“. Inhaltlich waren die Aktivitäten auf die Reduktion körperlicher Belastungen und – gemessen am Gesamtdatensatz - häufig auf das Stressmanagement ausgerichtet. Die Maßnahmen waren zudem hier vergleichsweise oft rein verhältnisbezogen.

Die Auswertungen von Ergebnissen zu Bedarfsanalysen, Interventionen sowie Erfolgskontrollen hinsichtlich bestehender bzw. fehlender Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen bestätigten die bereits in 2003 und 2004 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

Zentrale bemerkenswerte Ergebnisse der Dokumentation 2005 sind die beobachteten Zuwächse besonders zum nichtbetrieblichen Settingansatz und Individuellen Ansatz: In 2005 ist die Zahl der über die Dokumentationsbögen gemeldeten Projekte und Maßnahmen zum *nichtbetrieblichen Setting-Ansatz* gegenüber 2004 um 38 % von 622 auf 859 angestiegen. Gegenüber der Ausgangserhebung in 2001 liegt der Zuwachs an gemeldeten Fällen hier bei über 600 %. Die Interventionen erfolgten dabei in insgesamt 18.300 Einrichtungen. Zusammen ließen sich in den Settings knapp zwei Millionen Menschen erreichen. Auch griffen in 2005 deutlich mehr Versicherte präventive Kursangebote nach dem *Individuellen Ansatz* auf: Gegenüber 2004 ist in 2005 die Zahl der Kursteilnahmen von 803.000 um 45 % auf knapp 1,2 Mio. Kursbesuche angestiegen.

Bei der *BGF* ist der Datenrücklauf etwa auf dem Stand von 2004 geblieben. In 2005 wurden dabei insgesamt 2.531 Dokumentationsbögen zur Auswertung eingereicht. Über *BGF* ließen sich zusammen geschätzte 606.000 Menschen erreichen.

So ließen sich über alle drei Ansätze zusammen etwa 3,7 Mio. Menschen mit primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten erreichen. Im Jahr 2004 lag die Gesamtschätzsumme bei 3,4 Mio. erreichten Personen.

Die GKV-Ausgaben für Primärprävention und *BGF* für das Jahr 2005 machen deutlich, dass die Gesetzlichen Krankenkassen auch für Maßnahmen der *BGF* mehr finanzielle Mittel aufgewendet haben. So sind die Ausgaben hierfür von 25,9 Mio. Euro in 2004 um 7 % auf 27,7 Mio. in 2005 angestiegen. Bei den GKV-Gesamtausgaben für alle drei Ansätze ist dabei ein Zuwachs von 148,1 Millionen Euro in 2004 auf 179,9 Millionen Euro in 2005 zu verzeichnen⁶⁷.

Besonders beim *nichtbetrieblichen Setting-Ansatz* wird deutlich, dass in wiederholt mehr Fällen als in den Berichtsjahren davor 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. Der Fokus lag auch in 2005 besonders auf der Zielgruppe Kinder und Jugendliche. In 83 % aller Fälle wurden entsprechend Settingaktivitäten in Schulen, Berufsschulen und/oder Kindergärten/-tagesstätten durchgeführt.

Beim nichtbetrieblichen Setting-Ansatz ließ sich abermals eine Zunahme bei der Einbindung von externen Wissens- und Ressourcenquellen über Kooperationspartner beobachten. Hier wird verstärkt dem Prinzip der „gesamtgesellschaftlichen Verantwortung“ in der Prävention und Gesundheitsförderung über die GKV hinaus Rechnung getragen. Für die

⁶⁷ GKV-Ausgabenstatistik KJ1 2004 u. 2005

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 hier in der Mehrzahl der Fälle 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 verbesserungswürdigen Aufgaben in der Gesundheitsförderung dar. Ein wichtiges Instrumentarium, das auf das Verhalten ausgerichtete Maßnahmen mit Veränderungen der Rahmenbedingungen in den Settings unter Beteiligung möglichst aller im Setting befindlichen Personen verbindet, ist der Gesundheitszirkel. Hier konnte die Zahl der durchgeführten Gesundheitszirkel gegenüber 2004 noch einmal gesteigert werden. Diesen Trend gilt es fortzusetzen und weiter auszubauen.

Bei der *Betrieblichen Gesundheitsförderung* ließen sich in 2005 Zuwächse besonders bei der Zahl an Projekten mit einer Laufzeit von einem Jahr und mehr, bei durchgeführten Gesundheitszirkeln und bei gebildeten Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen verzeichnen. Diese Ergebnisse sind insofern begrüßenswert, als sich ganzheitliche, auf Langfristigkeit und Nachhaltigkeit ausgelegte BGF in erster Linie über umfassende Projekte mit ausreichender Laufzeit erzielen lassen. Eine solche fordert zudem die Einbeziehung möglichst aller betriebsinternen Akteure, wie Arbeitgebern/Personalabteilung, Mitarbeitern, Betriebsärzten, Sicherheitsfachkräften und Betriebs-/Personalräten bspw. über Gesundheitszirkel. Auch bilden vorhandene Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen eine wichtige Basis für eine gut geplante, strukturierte und zielorientierte Projektdurchführung.

Die Ergebnisse zur BGF sind insgesamt geprägt durch ihre Konsolidierung und qualitative Weiterentwicklung auf einem erfreulich hohen Niveau. Dies ist insbesondere bei den Feldern Bedarfsanalyse, Interventionen und Erfolgskontrolle zu beobachten. Diesen Stand gilt es hier in Zukunft mindestens zu halten, besser noch weiter auszubauen. Im Berichtsjahr konnte demgegenüber keine quantitative Ausweitung im Sinne einer Einbeziehung von mehr Beschäftigten in die BGF-Aktivitäten festgestellt werden. Die Zahl der mit BGF direkt und indirekt erreichten Personen war leicht rückläufig (von 670.000 auf 606.000 Personen). Ein ausbaufähiges Ergebnis stellt der beobachtete Rückgang an gemeldeten außerbetrieblichen Kooperationen dar.

Zum *Individuellen Ansatz* stellt vor allem der Zuwachs bei den Kursteilnahmen um 45 % von 803.000 in der Vorjahreserhebung auf knapp 1,2 Mio. ein bemerkenswertes Ergebnis dar. Über diesen Zugangsweg lassen sich viele Versicherte erreichen, die von sich aus bereits über ein gewisses Gesundheitsbewusstsein und -motivation verfügen.

Dabei bilden sich hier die gleichen zentralen Aussagen ab, wie sie bereits in den Dokumentation der Berichtsjahre zuvor gemacht wurden: Individuelle Kursangebote nehmen

vorzugsweise Frauen und Versicherte im Alter von 30 bis 59 Jahren in Anspruch. Männliche und jüngere Versicherte greifen primärpräventive individuelle Kurse relativ 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 2005 erneut als erfolgreiches Jahr hinsichtlich des quantitativen wie auch qualitativen Ausbaus des Engagements der GKV in der primären Prävention sowie Betrieblichen Gesundheitsförderung verzeichnet werden: Dabei waren die Ergebnisse zum nichtbetrieblichen Setting-Ansatz sowohl durch quantitative Zunahmen in der Menge der berichteten Maßnahmen/Projekte als auch durch qualitative Erfolge geprägt. Die Ergebnisse zum Individuellen Ansatz zeichneten sich besonders durch quantitative Zunahmen bei den gemeldeten Kursteilnahmen aus. In der BGF ließen sich eine Konsolidierung im Umfang der berichteten Aktivitäten sowie qualitative Fortentwicklungen in vielen Bereichen verzeichnen.

6 Anhang

6.1 Dokumentationsbögen

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**

8.2 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 | <input type="checkbox"/> |
| Abläufe | <input type="checkbox"/> | Bekanntheitsgrad der Intervention bei der Zielgruppe | <input type="checkbox"/> |
| Verhaltensparameter* | <input type="checkbox"/> | Kooperation, Netzwerkbildung | <input type="checkbox"/> |
| Kompetenzen* | <input type="checkbox"/> | Verstetigung der Intervention (Dauereinrichtung) | <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsparameter* | <input type="checkbox"/> | Streuung von Programmen# | <input type="checkbox"/> |
| Subjektive Einschätzung der Gesundheit und Funktionalität | <input type="checkbox"/> | Anderes | <input type="checkbox"/> |
| 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

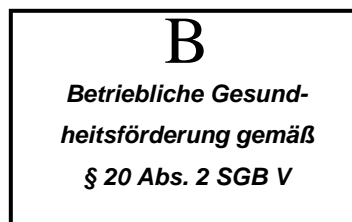
6.1.2 Auswertungsbogen individueller Ansatz

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 der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Bitte beachten sie beiliegende Ausfüllhinweise zu B!

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

Krankenkasse

Berichtsjahr

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

1 Allgemeine Daten

1.1 In welchem Wirtschaftszweig fanden die Aktivitäten statt?

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

Bitte nur einen Wirtschaftszweig ankreuzen

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

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"/> |
| Sicherheitsfachkräfte | <input type="checkbox"/> | Andere | <input type="checkbox"/> |
| Mitarbeiter | <input type="checkbox"/> | | |
| Mittlere Führungskräfte | <input type="checkbox"/> | | |

8.3 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 Routedaten 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 betrafen die folgenden Präventionsprinzipien:

(Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich)

Angebote zur Reduktion körperlicher

Belastungen*

Angebote zur gesundheitsgerechten

Gemeinschaftsverpflegung (Ernährung)

Angebote zum Stressmanagement*

Angebote zur gesundheitsgerechten

Mitarbeiterführung

Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln

Sonstiges

7.2 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten:

Seit Beginn der primärpräventiven Aktivitäten wurden durchgeführt:

Verhältnisbezogene Aktivitäten:*

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

Verhaltensbezogene Aktivitäten:*

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

Art der Umgestaltungen:

Veränderung der Arbeits-/Betriebsorganisation* .

Verbesserung von Umgebungsbedingungen*

Persönliche Maßnahmen zum Arbeitsschutz,

Reduktion von Unfall-/Infektionsgefahren*

Erweiterung von Handlungs-/Entscheidungs-

spielräumen/ Verantwortlichkeiten

Informations- und Kommunikationsstrukturen*....

Soziale Angebote und Einrichtungen*

Andere,

und zwar _____

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

Methoden:

Arbeitsplatzbezogene praktische Anleitung*

Gruppenschulung und -beratung/

Kursprogramme*

Seminare (Rollenspiel etc.)

Vortrag, Tagung

Individuelle Beratung

Organisationsberatung, -entwicklung

Gesundheitstage, -wochen

Fremdsprachige Angebote

Medien:

Video, Foto, Overhead, Beamer etc.

Übungsmanuale/ Arbeitsunterlagen *

Anschauungsmaterial/Modelle*

Faltblätter, Broschüren

Ausstellungen, Plakate

Internet/Intranet

Betriebszeitung

Sonstiges

8 Erfolgskontrolle

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

ja nein

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

8.2 Die Erfolgskontrolle bezog sich auf:

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

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Strukturen | <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

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

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

Arbeitsgemeinschaft der 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.

Arbeitsgemeinschaft der 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.

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

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

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

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

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

- Ducki, A. (1998). Analyse. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.): Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung, 155-175, Göttingen.
- Dunckel, H. (Hrsg.; 1999): Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. Reihe Mensch, Technik, Organisation 14, Zürich.
- Franzkowiak, Peter; Sabo, Peter (Hrsg.; 1998): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 1, Mainz.
- Greiner, B. A. (1998): Der Gesundheitsbegriff. In: Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung – arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Schriftenreihe Psychologie und innovatives Management, Göttingen.
- Kirschner, Wolf; Radoschewski, Michael, Kirschner, Renate (1995): § 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik 6, Sankt Augustin.
- Mielck, A: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern 2000.
- Pohland, A.; Heymer, J.; Gruber, H. (2003): Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz – Handlungshilfen für Praktiker: Teil 3 – Verhüten von Fehlbeanspruchungen durch Arbeits- und Organisationsgestaltung, Bochum.
- Richter, G. (2001): Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen. Screening für Arbeitsplatzinhaber – BASA. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 1493, Dortmund.
- Richter, G. (1998): Psychische Belastung und Beanspruchung unter dem Aspekt des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 86, Bremerhaven.
- Walter, Ulla; Drupp, Michael; Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg., 2002): Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Weinheim und München.
- Wenchel, K-Th. (2001): Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz – Handlungshilfen für Praktiker: Teil 1 – Orientierungshilfe, Bochum.
- World Health Organization (WHO; 1986): Ottawa-Charta for Health Promotion. WHO, Genf.

6.4 Organisation und Verantwortlichkeiten

- **Lenkungsgremium**

Arbeitskreis der PräventionsreferentInnen der Spitzenverbände der Krankenkassen:

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

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

AOK-Bundesverband, Bonn: Sibylle Becker, Dr. Gudrun Eberle, Renate Klein, 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

Knappschaft, Bochum: Claus Bockermann, Stefan Glahn

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

- **Projektrealisation**

MDS, Essen: Mandy Handschuch

Textbeiträge zu Projektbeispielen:

- ⇒ Schulprojekt „gesund leben lernen“: Martina Kolbe, Michael Thierbach, Irmtraut Windel, Susanne Zemlin
- ⇒ Schulprojekt „Gesunde Schule“: Mandy Handschuch
- ⇒ BGF-Projekt „Airport Bremen hebt ab“: Gerhard Mahltig
- ⇒ BGF-Projekt „Gesund und Fit, ich mach mit!“: Joachim Schröder