

Präventionsbericht 2013

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2012



In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene

AOK-Bundesverband, Berlin

BKK Bundesverband, Essen

IKK e.V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

Knappschaft, Bochum

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Impressum

Autoren:

Caroline Jung

Jan Seidel

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)

Herausgeber:

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)

Theodor-Althoff-Straße 47

45133 Essen

Telefon: 0201 8327-0

Telefax: 0201 8327-100

E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de

GKV-Spitzenverband

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Reinhardtstraße 30

10117 Berlin

Telefon: 030 206 288-0

Telefax: 030 206 288-88

E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de

Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Umschlaggestaltung:

BestPage Kommunikation RheinRuhr KG

45481 Mülheim an der Ruhr

Titelfoto:

Fussboden Brandenburg, Gummersbach

Herstellung und Druck:

das druckhaus

print & neue medien

41352 Korschenbroich

November 2013

ISSN 2198-0004

Präventionsbericht 2013

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung

– Berichtsjahr 2012 –

GKV-Spitzenverband, Berlin

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

Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene:



————— AOK-Bundesverband, Berlin



————— BKK Bundesverband, Essen



— Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen, Berlin



— Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel



KNAPPSCHAFT ——— Knappschaft, Bochum



————— Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Vorwort

Schwerpunktthema des zwölften Präventionsberichts ist die betriebliche Gesundheitsförderung. Die reine Leistungsdokumentation wird in diesem Jahr um Sonderbeiträge aus Wissenschaft und Praxis ergänzt: Der Artikel von Heinz Kowalski macht deutlich, dass die Leistungen der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung, z. B. durch Beratung der betrieblichen Verantwortlichen und durch betriebliche Gesundheitsberichte, über das hier dokumentierte Spektrum an Maßnahmen hinausgehen. Gregor Breucker und Michaela Mißler weisen in ihrem Text auf die Bedeutung von Vernetzung und überbetrieblicher Unterstützung hin. Das Thema „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ – im letztjährigen Präventionsbericht bereits mit zahlreichen Praxisbeispielen veranschaulicht – spielt auch in diesem Jahr eine wichtige Rolle. Andrea Lohmann-Haislah zeigt anhand von Daten des „Stress-reports“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, in welchem Umfang Beschäftigte psychische Anforderungen, Ressourcen, Beanspruchung und Stress sowie Beschwerden erleben. Antje Ducki hat betriebliche Interventionsstrategien wissenschaftlich evaluiert. Im Interview beschreiben Evelyn Kohlmüller und Albert Cucec, wie es mit Engagement und Unterstützung gelingt, im Arbeitsalltag eines Automobilzulieferers viel für die Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter zu tun.

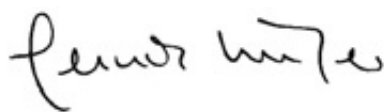
Die Routineberichterstattung über das Leistungsgeschehen in Primärprävention und betrieblicher Gesundheitsförderung ist auf die Hauptparameter konzentriert – weiterführende Auswertungen können dem Tabellenband zum Präventions-

bericht 2013 entnommen werden. Im Berichtsjahr haben die Krankenkassen ihre lebens- und arbeitsweltbezogenen Präventionsleistungen weiter ausgebaut. Gerade in diesen Bereichen kommt es auf eine koordinierte Zusammenarbeit mit den für die Arbeits- und Lebenswelt Verantwortlichen an.

Jenseits der Arbeitswelt können wichtige sozial benachteiligte Zielgruppen vor allem in ihrer Lebens- und Wohnumgebung erreicht werden. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) möchte deshalb in Zukunft noch stärker z. B. mit Gemeinden, Jobcentern und Arbeitsagenturen, Trägern von Bildungs- und Senioreneinrichtungen zusammenarbeiten. Sie sind als Partner in Prävention und Gesundheitsförderung unverzichtbar. Zur Förderung der Kooperation vor Ort hat die GKV gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden und der Bundesagentur für Arbeit Empfehlungen zur Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Gemeinde bzw. für arbeitslose Menschen erarbeitet. Diese gilt es, jetzt mit Leben zu füllen. Geplant ist ein Modellprojekt von Krankenkassen und Jobcentern, bei dem Angebote beider Institutionen verknüpft und in den „Settingansatz“ der kommunalen Gesundheitsförderung eingebettet werden. Eine begleitende Evaluation soll eine Übertragung in andere Standorte erleichtern.

Wir danken den vielen Kolleginnen und Kollegen aus allen Krankenkassen für ihr gesundheitsförderndes Engagement und dessen Dokumentation sowie den externen Autoren und Interviewpartnern für ihre Beiträge.

November 2013



Gernot Kiefer
Vorstand
GKV-Spitzenverband, Berlin



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS, Essen

Anmerkung:

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

Inhalt

1	Zusammenfassung	8
2	Themenschwerpunkt betriebliche Gesundheitsförderung	10
	Positionen der Sozialpartner – Sicht der Arbeitgeber	10
	Positionen der Sozialpartner – Sicht der Arbeitnehmer	11
2.1	Gesundheitsförderung ist ein Prozess – Betriebliche Gesundheitsförderung aus Sicht eines Unternehmens	12
2.2	Grundlage: Leitfaden Prävention	16
2.3	Gut beraten – der Einstieg in die betriebliche Gesundheitsförderung ...	18
2.4	Infrastrukturen für die Verbreitung guter Praxis – überbetriebliche Aktivitäten und Ergebnisse der Netzwerkarbeit	20
2.5	Psychische Anforderungen in der Arbeitswelt	22
2.6	Betriebliche Interventionsansätze zur Bekämpfung psychischer Erkrankungen und zur Förderung psychischer Gesundheit	24
2.7	Betriebliche Gesundheitsförderung und Diversität	26
3	Zahlen im Überblick	29
3.1	Projekte, Settings, Personen, Betriebe	29
3.2	Ausgaben	30
3.3	Inanspruchnahme nach Geschlecht	31
4	Betriebliche Gesundheitsförderung in Zahlen	33
4.1	Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung	34
4.2	Branchen	35
4.3	Standorte und Betriebe	35
4.4	Betriebsgröße	36
4.5	Projektlaufzeit	36
4.6	Erreichte Personen	38
4.7	Zielgruppen	40
4.8	Kooperationspartner	41
4.9	Koordination und Steuerung	42
4.10	Bedarfsermittlung	43
4.11	Gesundheitszirkel	44
4.12	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	45
4.13	Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	46
4.14	Erfolgskontrolle	47
5	Setting-Ansatz in Zahlen	49
5.1	Anzahl der Dokumentationsbögen und Verteilung der Settings	49
5.2	Betreuungsgrad in Bildungseinrichtungen	51
5.3	„Soziale Brennpunkte“	51
5.4	Erreichte Personen	53
5.5	Projektlaufzeit	55
5.6	Zielgruppen	56
5.7	Kooperationspartner	58
5.8	Koordination und Steuerung	59
5.9	Bedarfsermittlung	61
5.10	Gesundheitszirkel	62

5.11	Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	63
5.12	Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten	64
5.13	Erfolgskontrollen	66
6	Individueller Ansatz in Zahlen	69
6.1	Inanspruchnahme	69
6.2	Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern	70
6.3	Inanspruchnahme nach Alter, Geschlecht und Leistungsanbietern	71
7	GKV-Präventionsziele	77
7.1	Bilanz der GKV-Präventionsziele 2008 bis 2012	77
7.1.1	Setting-Ansatz	77
7.1.2	Betriebliche Gesundheitsförderung	79
7.2	Neue Präventionsziele 2013 bis 2018	80
7.2.1	Erhebung der Basisdaten	82
8	Empfehlungen und Ausblick	85
Anhang		87
	Gesetzliche Regelungen	87
	Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention	87
	Begriffsbestimmung:	
	Setting, individuelle Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung	89
	Erhebungsmethode und Auswertung	89
	Tabellenband, Dokumentationsbögen, Ausfüllhinweise	90
	Abbildungsverzeichnis	91
	Tabellenverzeichnis	92
	Literaturverzeichnis	93
	Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation	95
	Autoren	96

1 Zusammenfassung

Seit 12 Jahren liegt mit dem Präventionsbericht eine einzigartige Übersicht über die Präventionsaktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland vor. Der Bericht dokumentiert den Umfang der Aktivitäten in den einzelnen Handlungsfeldern und über die Jahre lassen sich die Entwicklungen verfolgen. Doch was steckt hinter den Aktivitäten? Was gibt den Ausschlag für bestimmte Maßnahmen, was ist nötig, damit Interesse geweckt wird und Präventionsaktivitäten initiiert werden, ankommen und gelingen?

Die Krankenkassen tun hier viel mehr, als sich im Zahlenwerk des Berichts abbildet. Einen Einblick in das vielfältige Engagement, Hintergründe, Aufgaben, Schwierigkeiten und Erfolge, die sich nicht unmittelbar in Zahlen ausdrücken, soll mit der **Beleuchtung des Handlungsfeldes Betriebliche Gesundheitsförderung** aus den Perspektiven verschiedener Beteiligten gegeben werden. Es ist gelungen, Experten aus Wissenschaft und Praxis zu gewinnen, die den aktuellen Erkenntnisstand insbesondere zum Thema Arbeitswelt und psychische Gesundheit skizzieren und von ihren Erfahrungen mit betrieblicher Gesundheitsförderung berichten. Ein Unternehmen hat im Rahmen eines Interviews Einblick in den Prozess und die Inhalte der betrieblichen Gesundheitsförderung gegeben und damit viele Schritte veranschaulicht, die zu einer gelungenen Präventionsarbeit notwendig sind. Damit ist erstmals dem eigentlichen Bericht ein **Schwerpunktthema** vorangestellt. Das Zahlenwerk des Präventionsberichts wurde dafür im Vergleich zu den Berichten der Vorjahre um die Darstellung einiger Auswertungen gekürzt. Die vollständigen Daten und Auswertungen sind nach wie vor dem Tabellenband unter www.mds-ev.de zu entnehmen.

Die Krankenkassen wollen den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Versicherten verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Hierzu haben sie Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung in ihren Satzungen verankert und folgen damit dem gesetzlichen Auftrag (§ 20 Abs. 1 SGB V). Ihr Engagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung fußt auf dem § 20a SGB V, der die Krankenkassen auffordert, Prozesse zur gesundheitsgerechten Gestaltung der betrieblichen Umwelt

zu initiieren und die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln, um die persönliche Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern. Gestaltungsrahmen und Orientierung zur Umsetzung gibt der Leitfaden Prävention.

Für die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung haben die Krankenkassen 238 Mio. Euro im Berichtsjahr 2012 ausgegeben. Dies bedeutet Aufwendungen von 3,41 Euro je Versicherten, was den gesetzlich vorgesehenen Orientierungswert für das Jahr 2012 in Höhe von 2,94 Euro deutlich übertrifft. Insgesamt ist es gelungen, mit den Maßnahmen 4,8 Mio. Menschen direkt zu erreichen. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich eine leichte Verschiebung der Inanspruchnahme in den drei Präventionsansätzen. Zwar wurden Angebote des individuellen Ansatzes etwas weniger in Anspruch genommen, dafür ist der Anteil an Menschen, die über Aktivitäten in den Lebenswelten und den Betrieben erreicht werden konnten gewachsen. Hiervon profitieren Menschen aus allen sozialen Schichten. Die Entwicklung in den einzelnen Präventionsbereichen stellt sich wie folgt dar:

Betriebliche Gesundheitsförderung:

Die Krankenkassen waren im Berichtsjahr in 8.155 Betrieben aktiv und erreichten damit 20% mehr Arbeitsstätten als im Vorjahr. Mit ihren Investitionen auf dem Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung in Höhe von 46 Mio. Euro – eine Steigerung um 9% – ist es ihnen gelungen, die Zahl der erreichten Mitarbeiter um 12% auf 890.000 zu erhöhen.

Mit 36% fand der größte Anteil der gesundheitsfördernden Maßnahmen in Betrieben des verarbeitenden Gewerbes statt, die damit Spitzenreiter bleiben. Einen deutlichen Zuwachs verzeichnet das Baugewerbe, das mit einem Anteil von 6% seine gesundheitsfördernden Aktivitäten im Vergleich zum Vorjahr verdoppelt hat. Die weiteren Branchen sind bei zum Teil leichten Zuwächsen stabil. Das Hauptaugenmerk der gesundheitsfördernden Maßnahmen liegt auf der Reduzierung bzw. Kompensation arbeitsbedingter körperlicher Belastungen.

Bei den Kleinbetrieben mit weniger als zehn Mitarbeitern ist ein Rückgang zu verzeichnen. Bei allen anderen Betriebsgrößen hat sich die Zahl der Betriebe, die sich

mit Unterstützung von Krankenkassen für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter engagieren, erhöht. Nach wie vor finden sich die meisten Betriebe, die ihren Mitarbeitern gesundheitsfördernde Maßnahmen anbieten, bei den Unternehmen mit 100 bis unter 500 Mitarbeitern. Die durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten steigerte sich um 7% und erreichte nunmehr 39 Monate. Die Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung erreichen immer mehr Mitarbeiter direkt. Die Schätzzahl der erreichten Personen ist im Vergleich zum Vorjahr um 12% gestiegen.

Gut die Hälfte der Unternehmen (53%) setzt ein Steuerungsgremium, welches die Maßnahmen plant und die Durchführung begleitet, zur Implementierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Betrieb ein. Koordinations- und Steuerungsstrukturen haben sich bei der Planung und dauerhaften Etablierung der Präventionsmaßnahmen bewährt. Nach wie vor richten sich die meisten Angebote an Beschäftigtengruppen, die durch Gesundheitsgefährdungen belastet sind (28%). Die Betriebe sprechen auch die mittlere (22%) und obere (20%) Führungsebene an. Die Führungskräfte gestalten die Arbeitsbedingungen und haben dadurch Einfluss auf Arbeitszufriedenheit, Motivation und gesundheitliches Wohlbefinden der Mitarbeiter.

Setting-Ansatz: Settings sind Lebensräume, in denen Menschen große Teile ihres Lebens verbringen. Mit 28 Mio. Euro haben die Krankenkassen im Berichtsjahr 2012 ihre Investitionen in die Gesundheitsförderung in Settings um 21% deutlich gesteigert. Mit ihren Gesundheitsförderungsaktivitäten in über 30.000 Settings haben sie 2,5 Mio. Menschen direkt erreicht.

Die Krankenkassen haben im Berichtsjahr 2012 ihr Engagement in den Kindergärten und Kindertagesstätten weiter ausgebaut. 52% der Setting-Maßnahmen fanden dort statt, gefolgt von 16% in den Grundschulen. Bei den Kindergärten und Kitas beträgt der Betreuungsgrad im Berichtsjahr 30% aller Einrichtungen, bezogen auf alle Kitas und allgemeinbildende Schulen im Bundesgebiet wird dieser Wert ebenfalls erreicht. In diesen Settings erreichen die Präventionsangebote Kinder aller sozialen Schichten. Insgesamt lagen 30% aller Settings in „sozialen Brennpunkten“, also Stadtteilen oder Kommunen, in denen Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind.

Durch Entscheidungs- und Steuerungsgremien zeichneten sich 86% der Projekte aus. Bei 25% der Projekte wurden Gesundheitszirkel eingerichtet. Inhaltlich konzentrierten sich die Aktivitäten auf die Bewegungsförderung (57% der Projekte), auf die Ernährung (58%) und auf Stressreduktion/Entspannung (34%). Erfolgskontrollen gab es bei fast drei Vierteln der Aktivitäten, wobei durchschnittlich sechs Erfolgsparameter gemessen wurden.

Individueller Ansatz: Die Kursangebote der Krankenkassen richten sich an den einzelnen Versicherten. Sein Interesse an gesundheitsbewusstem Leben soll geweckt und entwickelt werden. Im Kurs soll die Kompetenz erlangt werden, das Gelernte später selbstständig im Alltag fortzuführen. Die Ausgaben betrugen 164 Mio. Euro. Insgesamt wurden 1,3 Mio. Kursteilnahmen im Jahr 2012 registriert. Gemessen am Vorjahr ist die Inanspruchnahme um 20% gesunken. Bewegungsförderung stand mit 73% der Kursteilnahmen im Vordergrund, Stressreduktion/Entspannung war der hauptsächlichste Schwerpunkt bei 20% der Kursteilnahmen.

Erreichen von Präventionszielen: Seit 2008 richten die gesetzlichen Krankenkassen ihre Präventionsaktivitäten im Setting-Ansatz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung bundesweit an Zielen aus. Der Präventionsbericht 2013 weist aus, dass über den Gesamtzeitraum hinweg fast alle Ziele erreicht werden konnten. Beispielsweise wurde die Zahl der drei- bis sechsjährigen Kinder, die über Interventionen erreicht wurden, welche sowohl an den Verhältnissen im Setting als auch am Verhalten der Menschen ansetzten und mehrere Themen gleichzeitig bearbeiteten, mehr als verdreifacht (239%). Im Rahmen der Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung wird geschätzt, dass weit über 100.000 ältere Arbeitnehmer ab 50 Jahre direkt von Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen erreicht wurden. Dies entspricht einer Steigerung von 218% seit Einführung der Ziele. Für die Jahre 2013 – 2018 hat die GKV im Lichte der gesammelten Erfahrungen ihre Zielausrichtung aktualisiert. Dabei wurde die inhaltliche Schwerpunktsetzung der ersten Ziele-Periode beibehalten und durch ein auf die Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen bezogenes arbeitsweltbezogenes Ziel ergänzt.

2 Themenschwerpunkt Betriebliche Gesundheitsförderung

Experten aus Wissenschaft und Praxis beleuchten das vielfältige Engagement, Hintergründe, Aufgaben, Schwierigkeiten und Erfolge der betrieblichen Gesundheitsförderung aus verschiedenen

Perspektiven. Im Interview werden der Prozess von der Idee bis zur Umsetzung und die Einbindung und Reaktionen der Beteiligten im Betrieb praxisnah veranschaulicht.

Positionen der Sozialpartner – Sicht der Arbeitgeber

Dr. Volker Hansen, Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände

Die derzeit allgegenwärtige Berichterstattung über psychische Belastung und Burnout in der Arbeitswelt drängt eine – auch wissenschaftlich – gesicherte Erkenntnis zu Unrecht in den Hintergrund: Erwerbsarbeit hält gesund! Sie ist nicht nur Quelle des Einkommens, sondern sie strukturiert den Tag, vermittelt vielfältige soziale Kontakte, schafft Erfolgserlebnisse und stärkt das Selbstwertgefühl. Die positiven gesundheitlichen Wirkungen der Arbeit werden beim Blick auf den Gesundheitszustand Arbeitsloser besonders deutlich.

Wie im Sport und beim Essen kommt es auch bei der Arbeit auf das richtige Maß an: Nur die richtig dosierte Belastung hält Körper und Geist gesund. Ein Zuviel kann ebenso wie ein Zuwenig abträglich sein. Unbestreitbar birgt Erwerbsarbeit heute bedeutend weniger gesundheitliche Risiken als früher. Der Trend zur Dienstleistungsgesellschaft, aber auch ein immer besserer Arbeits- und Gesundheitsschutz, haben entscheidend zu diesem Erfolg beigetragen.

Neben der weiteren Reduzierung arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken muss es zugleich um die Verringerung lebensstilbedingter Risikofaktoren, wie Fehlernährung, Bewegungsmangel und Genussmittelmissbrauch, gehen. Hier liegen ohne Zweifel noch große präventive Potenziale. Leistungen der Krankenkassen können in diesen Bereichen wichtige Beiträge liefern.

Die Handlungsfelder und Ziele der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) adressieren die hauptsächlichen Gesundheitsprobleme der Bevölkerung. Sie korrespondieren darüber hinaus gut mit den Festlegungen anderer Partner, wie zum Beispiel der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA).

Der wirtschaftliche Erfolg der Unternehmen hängt in besonderem Maße davon ab, dass Arbeitskräfte qualifiziert, motiviert und gesund arbeiten können. Die aktuellen Herausforderungen liegen dabei vor allem im zunehmend spürbar werdenden Fachkräftemangel, aber auch im wachsenden Altersdurchschnitt der Beschäftigten. Für das Ziel, Menschen möglichst lange gesund in den Arbeitsprozess zu integrieren, sind maßgeschneiderte Lösungen für Betriebe vor Ort gefragt.

Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) unterstützt die Betriebe. Aktuelle Modellprojekte zum demografischen Wandel mit unserer Beteiligung zeigen die Vielfalt der angewandten Methoden und Handlungsansätze („Rationalisierungsstrategien im demografischen Wandel“ – www.stradewari.de). Alternsgerechte und gesunderhaltende Arbeitsgestaltung setzt dabei vermehrt auf Tätigkeits- und damit Belastungswechsel. Dies gilt sowohl innerhalb einer Schicht oder eines Arbeitstages als auch bei der Gestaltung der gesamten Erwerbsbiografie.

Wichtigstes Erfolgskriterium in diesem Zusammenhang ist die Befähigung der Mitarbeiter, sich auf neue Herausforderungen flexibel einstellen zu können. Dies gelingt insbesondere dann, wenn sie Gelegenheit erhalten und bereit sind, lebenslang zu lernen. Hier hat die Organisations- und Personalentwicklung eine besondere Verantwortung. Auch betriebliche Gesundheitsförderung als freiwillige unternehmerische Maßnahme leistet einen wichtigen Beitrag zum langfristigen Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. Wie der Präventionsbericht 2013 zeigt, nutzt eine wachsende Zahl von Betrieben bereits Unterstützungsangebote der Krankenkassen für die BGF mit gutem Erfolg.

Positionen der Sozialpartner – Sicht der Arbeitnehmer

Annelie Buntenbach, Deutscher Gewerkschaftsbund, und Christian Zahn, ver.di

Technologischer Wandel und neue Unternehmensstrategien im Gefolge der Globalisierung haben die Arbeitsbelastungen der Beschäftigten verschoben. Zwar gibt es Fortschritte bei körperlichen und Umgebungsbelastungen, gleichzeitig steigen aber die psychomentalen Anforderungen drastisch. Das Ergebnis sind steigende Krankenstände und auch Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen. Unsichere Beschäftigungsverhältnisse, wie z. B. Leih- und befristete Arbeit, setzen dabei nicht nur die davon unmittelbar Betroffenen unter Druck, sondern steigern auch den „Blutdruck“ der Gesamtbelegschaft.

Humane Arbeitsbedingungen zu schaffen ist seit jeher eine wichtige Aufgabe für Gewerkschaften und wird auch in der Tarifpolitik berücksichtigt. Mit dem DGB-Index „Gute Arbeit“ haben wir im Jahr 2007 ein Instrument geschaffen, um Arbeitsbedingungen genauer zu untersuchen. Die bisherigen Ergebnisse der wissenschaftlich fundierten, deutschlandweiten Repräsentativbefragung der Beschäftigten zeigen vor allem eine Zunahme von Arbeitsverdichtung und Arbeit unter Zeitdruck. Dazu kommt eine hochproblematische Tendenz, auch krank zur Arbeit zu gehen, Präsentismus genannt. (www.dgb-index-gute-arbeit.de).

Diesen Gefahren müssen wir entgegenwirken. Der grundlegende Hebel für gesunde und damit „gute Arbeit“ ist die Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz. Diese Gefährdungsbeurteilung muss flächendeckend umgesetzt werden und auch die psychischen Belastungen einschließen. Die Gefährdungsbeurteilung ist die Grundlage für Konzepte, um psychische und selbstverständlich auch körperliche Belastungen verringern zu können.

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist ein weitergehendes Instrument, das auf dem Arbeitsschutz aufsetzen muss. Ohne Beteiligung der Beschäftigten und ihrer betrieblichen Interessenvertretungen kann betriebliche Gesundheitsför-

derung jedoch nicht funktionieren. Denn die Beschäftigten müssen sich vertraulich zu psychischen Belastungen befragen lassen und die Belastungen lassen sich nur mit ihrem internen Wissen abbauen. Krankenkassen können dabei im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen und Gesundheitszirkeln einen wichtigen Beitrag leisten, wie auch der vorliegende Bericht zeigt.

Die Verzahnung von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung kann auch von der gleichsinnigen Zielausrichtung von Krankenversicherung und Gemeinsamer Deutscher Arbeitsschutzstrategie von Bund, Ländern und Unfallversicherung profitieren. Die Qualität der Gesundheitsförderung steigt, wenn man Arbeitsplatzgestaltung, Organisationsveränderung, Verbesserung des Sozialklimas und des individuellen Verhaltens miteinander verknüpft. Betriebliche Gesundheitsförderung muss zudem mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement und den Angeboten der Rentenversicherung zur Teilhabe und Rehabilitation verzahnt werden.

Zweifelsohne muss die betriebliche Gesundheitsförderung noch stärker ausgebaut werden. Arbeitgeber mit Weitblick haben schon lange erkannt, dass betriebliche Gesundheitsförderung nicht allein den Mitarbeitern direkt zugutekommt. Darüber hinaus steigern auch niedrigere Krankenstände und höhere Produktivität den Unternehmenserfolg. Die betriebliche Gesundheitsförderung muss die Beschäftigten und ihre Interessenvertretungen einbeziehen, mit dem Arbeitsschutz und dem betrieblichen Eingliederungsmanagement verzahnt werden. Neben dem Verhalten von Beschäftigten und Führungskräften muss auch an den Verhältnissen im „Setting Betrieb“ angesetzt werden. Betriebliche Gesundheitsförderung darf kein Strohfeuer kurzfristiger Maßnahmen sein, sondern muss Teil der Kultur in den Arbeitsstätten werden und bis hin zur gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung reichen.

2.1 Gesundheitsförderung ist ein Prozess – Betriebliche Gesundheitsförderung aus Sicht eines Unternehmens

Takata ist ein international tätiges Unternehmen, das Insassenschutzsysteme für Fahrzeuge – wie z. B. Sicherheitsgurte oder Airbags – entwickelt, produziert und vertreibt. Am Standort in Elterlein (Sachsen) sind ca. 400 Mitarbeiter/innen beschäftigt. Betriebliche Gesundheitsförderung ist seit vielen Jahren Bestandteil der Unternehmenskultur. Seit dem Jahr 2000 ist eine Arbeitsgruppe Gesundheit aktiv. Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die Gesunderhaltung der Mitarbeiter/innen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung. Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen ist es, die Mitarbeiter/innen so lange wie möglich im Unternehmen zu beschäftigen.

Wir sprachen mit Evelyn Kohlmüller, Human Resources Specialist, und dem Werkleiter der Takata GmbH in Elterlein, Albert Cucek, über Motivation, Erfolg, Probleme und Zukunft der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Frau Kohlmüller, Herr Cucek, was gab bei Ihnen den Anstoß, sich mit Gesundheitsförderung im Betrieb zu befassen?

Wesentlicher Anstoß war die Gesunderhaltung unserer Mitarbeiter, die mit einer Verringerung des Krankenstandes einhergeht, und natürlich auch die Mitarbeiterzufriedenheit. Diese zu steigern und damit die Mitarbeiter an unser Unternehmen zu binden. Gleichzeitig fordert die geringe Fluktuation im Unternehmen gezielte Maßnahmen betrieblichen Gesundheitsförderung, um der im Zuge des demografischen Wandels zunehmend älter werdenden Belegschaft gerecht zu werden.

Gehen wir mal direkt in die Gegenwart. Welche Maßnahmen führen Sie in Ihrem Unternehmen durch?

Im Fokus unserer Aktivitäten stehen bei uns die Mitarbeiter in der Produktion, weil sie körperlich beansprucht sind und gleichbleibende Produktionsabläufe haben, die natürlich eine bestimmte körperliche Belastung darstellen. Wir haben in Zusammenarbeit mit der Krankenkasse ein Ergonomie-Training durchgeführt, d. h. in der Arbeitszeit ist eine Sportfachkraft durch die einzelnen Fertigungslinien gegangen, hat sich die Abläufe angeschaut und dann den Mitarbeitern gezielte Übungen beigebracht, die sie während ihrer Tätigkeit machen können, um bestimmte Belastungen abzubauen.

Aktuell ist uns die altersgerechte Gestaltung der Arbeitsplätze, vor allem in der Produktion und der Logistik, ein wichtiges Anliegen. Unser Schwerpunkt liegt in den Bereichen mit den höchsten krankheitsbedingten Ausfallzeiten. Wir identifizieren die Arbeitsplätze mit den höch-

ten Belastungen. Beim Aufbau neuer Produktionslinien werden jetzt verstärkt ergonomische Aspekte beachtet. Eine Projektarbeit von zwei Studenten der FH Zwickau in Zusammenarbeit mit einer Krankenkasse führte zu zugeänderten Arbeitsabläufen und zur Anschaffung von Stehhilfen in den Bereichen Montage und Lager.

Im eigenen Sportraum finden regelmäßig verschiedene Kurse statt. Diese erfolgen außerhalb der Arbeitszeit, werden aber schichtangepasst angeboten, so dass alle Mitarbeiter Gelegenheit zur Teilnahme haben.

In der Betriebskantine wird unter den Gesichtspunkten der gesunden Ernährung frisch gekocht.

Wie haben Sie das Ganze denn auf den Weg gebracht?

Bereits im Jahr 2000 haben wir die betriebliche Gesundheitsförderung auf unsere Agenda gesetzt und eine Arbeitsgruppe, die AG Gesundheit – moderiert durch einen Mitarbeiter der Krankenkasse –, gegründet, um uns intensiv dieses Themas anzunehmen. Wir haben begonnen, Probleme zu identifizieren, z. B. haben wir eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt und dadurch Problemfelder erkannt, mit denen wir uns dann konkret befasst haben.

Seitdem ist die Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern der einzelnen Fachbereiche und unserem Werkleiter, gewachsen und hat ihre Arbeit intensiviert, d. h. wir sind von der Bearbeitung von Einzelthemen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu einer ganzheitlichen Betrachtung gekommen und haben heute mit einem ganzheitlichen Konzept un-

sere betriebliche Gesundheitsförderung etabliert.

Gab es auch Hürden zu überwinden?

Eine erste Hürde war die Überzeugung des Managements von der Notwendigkeit und dem Nutzen gesundheitsfördernder Maßnahmen. Dann galt es, die Akzeptanz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu gewinnen. Dies war nicht leicht. Am Anfang gab es durchaus Skepsis bei den Mitarbeitern, die aber dann doch umgeschlagen ist. Gezielt wurden von der AG Gesundheit zusammen mit den Mitarbeitern belastende Tätigkeiten ermittelt, dann Maßnahmen zur Entlastung geprüft und umgesetzt. Die Mitarbeiter haben gemerkt, dass es ihnen etwas bringt. Das hat sich herumgesprochen. Die Änderungen müssen für die Mitarbeiter im laufenden Prozess positiv spürbar werden. Das war insbesondere dem Einsatz der Sportfachkraft der Krankenkasse zu verdanken, z. B. durch die ergonomischen Trainings an den Produktionslinien. Seit der Einrichtung eines Sportraumes 2011 werden regelmäßig verschiedene Kurse angeboten, wobei das Rückentraining sogar durchgängig läuft.

Die große Ausdauer der für die betriebliche Gesundheitsförderung verantwortlichen Personen und vor allem zu Anfang eine gewisse Frustrationstoleranz haben sich ausgezahlt. Heute sind unsere Aktivitäten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in unserem Betrieb fest etabliert. 2010 hatten wir einen regelrechten Entwicklungssprung. Seither werden die Mitglieder der AG Gesundheit umfassender einbezogen, die Krankenkasse ist mit mehreren Projekten eingebunden und Mitarbeiterbefragungen mit zusätzlichen Gesundheitsfragen geben wertvolle Informationen für die betriebliche Gesundheitsförderung.

Das alles gibt es aber sicher nicht zum Nulltarif. Was investieren Sie denn so in die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter?

Wir stellen die Mitarbeiter der AG Gesundheit für ihre Aktivitäten frei. Die Teilnahme an Gesundheitschecks und Schulungen ist für die Kollegen während der Arbeitszeit möglich.

Darüber hinaus fallen Kosten für die Anschaffung von gesundheitsgerechten Arbeitsmitteln, z. B. Stehhilfen, Fußmat-

ten oder Auszugsregale und Behebungsgerät im Lagerbereich, Obst in den Wintermonaten und die Einrichtung des Sportraums an. Auch erstatten wir die Hälfte der Kursgebühren, wenn die Mitarbeiter regelmäßig teilnehmen.

Sie arbeiten auf diesem Feld mit den Krankenkassen zusammen. Wie kam diese Kooperation zustande?

Es gab Angebote der Krankenkasse, die wir bereits früh ins Boot geholt haben. Es war direkt spürbar, dass mit der Unterstützung die Maßnahmen intensiver wurden. Ich finde es wichtig, professionelle Unterstützung zu haben, denn als Unternehmen alleine kann man das nicht stemmen. Wir haben uns zum Teil auch die Berufsgenossenschaft mit ins Boot geholt und natürlich ist der Betriebsarzt bei uns mit von der Partie.

Welche Erwartungen hatten Sie denn an die Krankenkassen? Hatten Sie von Anfang an bestimmte Leistungen im Blick?

Also am Anfang standen natürlich klassische Felder im Fokus. So ist die Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten eine wichtige Basis für unseren Ansatz bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. Beispielsweise die Identifikation der Erkrankungen, die eine besondere Rolle spielen. Daraus können wir Schwerpunktmaßnahmen ableiten. Dazu kamen die Durchführung einer Mitarbeiterbefragung und bestimmte Gesundheitschecks. Heute geht es aber weit darüber hinaus. Beispielsweise mit den ergonomischen Trainings oder der Bewegung in der Pause.

Wie läuft die Kommunikation im Betrieb?

Gleich zu Beginn unserer Aktivitäten im Jahr 2000 haben wir mit der Arbeitsgruppe Gesundheit, in dem – wie schon gesagt – alle Fachbereiche und unser Werkleiter zusammenkommen, einen wichtigen Punkt gesetzt. Hier werden Themen eingebracht und Informationen weitergegeben. So kommen die Probleme dann auch gleich an oberster Stelle an und werden entsprechend bearbeitet.

Die Arbeitsgruppe trifft sich vierteljährlich, und natürlich auch zusätzlich, wenn es aktuell erforderlich ist. Die Mitarbeiter berichten anschließend in den Abteilungsversammlungen, was an Problemen

beraten worden ist bzw. bringen Probleme aus den Abteilungen in die Arbeitsgruppe ein. Zu bestimmten Themen oder für Schulungen erfolgt auch eine Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft. Zweimal im Jahr finden Mitarbeiterversammlungen zu aktuellen Gesundheitsthemen statt, da wird dann auch Bilanz gezogen.

Und wie kommen Ihr Engagement und die Aktivitäten heute bei Ihren Mitarbeitern an?

Nach anfänglicher Skepsis kommt das Thema zunehmend besser bei den Mitarbeiter/innen an. Befragungen der Mitarbeiter z. B. vor einer Maßnahme durch die Sportfachkraft und danach zeigen ein positives Feedback.

Wichtig ist vor allem, dass Probleme ernsthaft bearbeitet werden und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für Mitarbeiter/innen spürbar sind. Wir beziehen alle Bereiche in die Gesundheitsförderung ein, Schwerpunkt bilden die Bereiche Montage und Logistik, wo die Belastungen am größten und die krankheitsbedingten Ausfälle am höchsten sind.

Ein gutes Beispiel ist die körperliche Entlastung der Mitarbeiter/innen in einer speziellen Airbag-Montage-Linie. Für die Montage des Gasgenerators in den Luftsack war hier ein großer Kraftaufwand erforderlich, da sich aufgrund der engen Öffnung im Luftsack der Gasgenerator nur schwer in die vorgesehene Öffnung einschieben ließ. Hände und Unterarme wurden stark belastet. Zusammen mit dem Hersteller der Luftsäcke konnte eine Vergrößerung der Montageöffnung vereinbart werden, so dass die Montage im wahrsten Sinne des Wortes nun leichter von der Hand geht.

Ein weiteres Beispiel ist die Minimierung der körperlichen Belastung an einer Falmmaschine. Das Stehen auf dem Betonboden wurde durch eine Kunststoffmatte, die rutschsicher an der Maschine befestigt ist, rückenfreundlicher. Außerdem entstand dadurch eine Tritterhöhung, die das Vorbeugen beim Einlegen der Teile in die Maschine erleichtert. Eine zusätzlich angebrachte Kunststoffschiene an der Metallkante schützt die Mitarbeiter besser gegen Druckbelastung am Bauch beim Einlegen der Teile.

Sie haben ja nun einige Erfahrung auf dem Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung. Wie wichtig ist hierbei denn die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen?

Die Unterstützung der Krankenkassen ist ein sehr wichtiger Faktor. Insbesondere der Expertenblick von außen und die Hinweise zur Optimierung unserer Arbeitsplatzgestaltung im Hinblick auf die Gesundheit unserer Mitarbeiter.

Und unser Angebot an Gesundheitschecks, die Organisation von Gesundheitstagen mit Arztvorträgen und die Sportkurse bei uns im Sportraum wären ohne die Zusammenarbeit mit der Krankenkasse nicht möglich.

Bleibt die entscheidende Frage: Wie schätzen Sie insgesamt die Wirkung in Ihrem Betrieb ein? Können Sie Ihren Maßnahmen zur Gesundheitsförderung konkrete Effekte zuordnen?

Das ist nicht so einfach. Wir haben im Werk fast keine Fluktuation. Die Menschen, die hier 1997 in der Produktion angefangen haben, sind fast alle noch da, was uns sehr freut. Aber wir haben dadurch ein relativ hohes Durchschnittsalter. Die Aktivitäten machen sich sicher nicht sofort beim Krankenstand bemerkbar, der bei uns auch nicht so niedrig ist. Deshalb intensivieren wir unsere Anstrengungen zur Gesundheitsförderung. Und trotz der älter gewordenen Belegschaft ist der krankheitsbedingte Ausfall nahezu gleich geblieben. Das ein großer Erfolg. Hätten wir die Maßnahmen nicht durchgeführt, wäre der Krankenstand vermutlich höher.

Unser Engagement für die Gesundheit erhält zunehmend mehr Anerkennung von unseren Mitarbeitern. Die Kollegen spüren, dass uns ihre Gesunderhaltung wichtig ist. Die Motivation und Bindung unserer Mitarbeiter ist für uns ein wichtiger Aspekt.

Jährlich formulieren wir Ziele für unsere Arbeit zur Stärkung der Gesundheit unserer Mitarbeiter. Diese Ziele werden gemeinsam umgesetzt. Eine regelmäßige Erfolgskontrolle sichert die Umsetzung der gesetzten Ziele. Zum Ende des Geschäftsjahres erfolgt eine schriftliche Bilanz zu allen Maßnahmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Wie geht es weiter?

Wir werden auf jeden Fall unser Engagement für die Gesundheit unserer Mitarbeiter beibehalten und weiter ausbauen, beispielsweise neue Wege finden, um noch wirksamer zu werden. Wir möchten mit unseren Maßnahmen auf die wachsende Altersstruktur unserer Mitarbeiter eingehen. Wir sehen Gesundheitsförderung und das Wohlergehen unserer Mitarbeiter als eine Voraussetzung für den wirtschaftlichen Erfolg unseres Unternehmens. Aktuell werden

von allen Produktionslinien Belastungsmodelle erstellt, um eine belastungsorientierte Job-Rotation organisieren zu können.

Frau Kohlmüller, Herr Cucek, vielen Dank für diesen offenen und interessanten Einblick, der zeigt, dass mit Engagement und Investitionen sowie praxisnaher Unterstützung durch die Krankenkassen im Arbeitsalltag viel für die Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter getan werden kann und dies zum Nutzen aller Beteiligten.¹

Das Interview führte Caroline Jung, MDS

Umsetzungsbeispiele:

Im Lagerbereich wurden in den Hochregalen ausziehbare Schubladensysteme eingebaut, die die Entnahme von Boxen aus den hinteren Teilen der Regale erleichtern.



Es wurde damit begonnen, für alle Montagelinien Belastungsmodelle zu erstellen. Die Einzelarbeitsplätze werden mit Hilfe eines Bewertungssystems hinsichtlich ihrer körperlichen Belastung eingestuft. Ampelfarben visualisieren das Ergebnis an einem Körpermodell. Auf dieser Grundlage wird ein Arbeitsplatzrotationsplan erstellt, der wechselnde körperliche Belastungen ermöglichen und sicherstellen soll.

Foto und Modell: Takata Sachsen GmbH

¹ Weitere Beispiele guter Praxis mit Berichten zu BGF-Projekten unter www.gkv-bgm.de

2.2 Grundlage: Leitfaden Prävention

Mandy Handschuch und Dr. Volker Wanek, GKV-Spitzenverband

Die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) durch Krankenkassen ist mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 von einer Kann-Leistung zu einer Pflicht-Leistung der Krankenkassen aufgewertet worden. Die Leistungen müssen hinsichtlich Inhalt, Methodik und Qualität dem Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010 – entsprechen. Dieser Leitfaden wird vom GKV-Spitzenverband unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen und in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene beschlossen und kontinuierlich entsprechend neuen Erkenntnissen aktualisiert.

Im Unterschied zum gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutz ist BGF ein für den Betrieb bzw. den Arbeitgeber freiwilliger Leistungskomplex. Nach dem Leitfaden Prävention finanzieren gesetzliche Krankenkassen Leistungen zur BGF dann, wenn das Unternehmen hierfür Initiative zeigt, Mitarbeiter an Entscheidungen in Gesundheitsfragen beteiligt und den Prozess systematisch steuert sowie dokumentiert. Die Leistungen sind an den prioritären Handlungsfeldern „Arbeitsbedingte körperliche Belastungen“, „Betriebsverpflegung“, „Psychosoziale Belastungen/Stress“ und „Suchtmittelkonsum“ ausgerichtet.

Betriebliche Gesundheitsförderung als Lernzyklus

Nach § 20a SGB V ist BGF ein Prozess mit den Elementen Erhebung der gesundheitlichen Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale, der hieraus abgeleiteten Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie der Unterstützung von deren Umsetzung, jeweils unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb. Bei nachhaltiger Etablierung der BGF schließt sich an die Umsetzung eine (erneute) Analysephase an, in der die Ergebnisse der bereits durchgeführten Maßnahmen ermittelt und bewertet werden. Wesentliche Elemente des Verständnisses der BGF als eines Lernzyklus sind damit bereits im Gesetzeswortlaut verankert.

Angebotsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen

Der Leitfaden Prävention gibt für das Angebotsspektrum der Krankenkassen in der BGF den Rahmen vor. Die Unterstützung der betrieblichen Verantwortlichen erfolgt durch Bedarfsanalysen z. B. mittels Arbeitsunfähigkeits-, Arbeitssituations- und Altersstrukturanalysen und Mitarbeiterbefragungen. Dies in der Regel begleitet von einer umfassenden Beratung zu allen Aspekten der Beschäftigtengesundheit einschließlich Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, des Projektmanagements, der Moderation z. B. von Arbeitsgruppen und Gesundheitszirkeln. Den ersten Anlass für eine Kontaktaufnahme und Anknüpfungspunkt für weitere Aktivitäten bilden vielfach betriebliche Gesundheitsberichte der Krankenkassen, in denen sie dem Betrieb die Arbeitsunfähigkeitsdaten der im Betrieb beschäftigten Versicherten nach Diagnosen und soziodemografischen Merkmalen in anonymisierter Form zur Verfügung stellen. Diese Berichte geben bereits Hinweise auf die im Betrieb bestehenden Erkrankungsschwerpunkte und präventiven Interventionsbedarfe, insbesondere durch Vergleich mit den Durchschnittswerten der jeweiligen Branche. Die Krankenkassen beraten die Betriebe und empfehlen geeignete Vorgehensweisen (vgl. Kap. 2.3).

Ferner sind Krankenkassen in die Interventionsplanung und die Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen und die Qualifizierung/Fortbildung von Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung eingebunden. Am Ende des Lernzyklus stehen Dokumentation, Evaluation und alle weiteren Arten von Qualitätssicherung.

Der jährliche Präventionsbericht bildet in erster Linie diesen Prozess der BGF in seinen einzelnen Bestandteilen in Zahlen ab.

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele

Seit 2007 hat die GKV, ergänzend zu den Handlungsfeldern und Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention, auch Ziele für ihre präventiven und gesundheitsfördernden Aktivitäten formuliert. Sie sollen dazu beitragen, die Aktivitäten

der Krankenkassen unter Wahrung ihrer Entscheidungsfreiheit auf prioritäre Bereiche und Maßnahmen zu orientieren. Der GKV-Spitzenverband hat die neuen GKV-Ziele 2013 – 2018 gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und externen Expertinnen und Experten sowie den Spitzenorganisationen der Sozialpartner und der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz erarbeitet.

Die GKV legt – ebenso wie die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) – besonderes Gewicht auf die Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie von psychischen und Verhaltensstörungen als Oberziele ihrer arbeitsweltbezogenen Präventionsanstrengungen. Als krankheitsunspezifisches Gesundheitsförderungsziel definiert sie die „Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeitswelt mit bedarfsgerechter, nachhaltiger und partizipativer Gesundheitsförderung“. Die maßnahmenbezogenen Teilziele konzentrieren sich auf die Verstärkung von BGF-Maßnahmen in kleinen und mittleren Unternehmen, die nach den Präventionsberichten zu den Leistungen der Krankenkassen in der BGF bisher noch unterproportional erreicht werden, die verstärkte Etablierung von Steuerungskreisen unter Einbezug der für den Arbeitsschutz zuständigen Akteure, die vermehrte Bildung von Gesundheitszirkeln sowie auf Anstrengungen zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben. Die Gesundheitsförderungsziele sind komplementär zum GDA-Ziel „Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes“.

Kooperationen mit weiteren Akteuren

Die GKV möchte Kooperationen mit weiteren außerbetrieblichen Partnern intensivieren. Durch eine trägerübergreifende Abstimmung – z. B. im Steuerungsgremium – kann unter Nutzung komplementärer Instrumente und Informationsquellen sowie Vermeidung von Doppelarbeiten ein qualitätsgesichertes und ganzheitliches betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert werden. Solche Kooperationspartner können neben der gesetzlichen Unfallversicherung die gesetzliche Rentenversicherung und Integrationsämter sein.

Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben

Entsprechend den o. g. GKV-Zielen 2013–2018, den Eckpunkten des GKV-Spitzen-

verbandes zu Prävention und Gesundheitsförderung vom 5. September 2012 sowie dem präventionspolitischen Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Juni 2013 strebt die gesetzliche Krankenversicherung eine stärkere Erreichung kleiner und kleinster Betriebe mit Maßnahmen der BGF an. Neben der Begleitung und Beratung von Klein- und Mittelstandsunternehmen (KMU) mit den Instrumenten der Analyse und Intervention in betrieblichen Projekten spielen überbetriebliche Betreuungsformen in Kooperation mit Unternehmensorganisationen wie Kammern und Innungen im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe eine wichtige Rolle. Gleichzeitig intensivieren die Krankenkassen ihre BGF-spezifische Öffentlichkeitsarbeit sowohl in Form persönlicher Kontakte als auch in der internetgestützten Kommunikation. Die GKV stellt hierfür den Betrieben im Internet zusammenfassende allgemeine Informationen über das BGF-Angebot der Krankenkassen inklusive Links zu allen Krankenkassen zur Verfügung. Viele in Eigenregie der Verantwortlichen nutzbare Materialien und Instrumente der BGF wurden von der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA), der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) sowie dem Deutschen Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) erarbeitet und stehen den Betrieben kostenlos zur Verfügung (vgl. Kap. 2.4). Gleichzeitig haben Unternehmen die Möglichkeit, Kontakt zu den Ansprechpartnern für betriebliche Gesundheitsförderung bei den Krankenkassen aufzunehmen.

Sowohl die Anbahnung von BGF über die betriebliche Gesundheitsberichtserstattung und die damit verbundene Beratung und Betreuung als auch die Initiierung übergreifender Kooperationen sind für die Krankenkassen mit einem erheblichen planerischen und zeitlichen Aufwand verbunden; sie müssen nicht immer in den Prozess der BGF führen. Im Ergebnisteil des Präventionsberichts sind ausschließlich diejenigen Leistungen abgebildet, bei denen klassische BGF im Berichtsjahr gestartet oder durchgeführt wurde.

2.3 Gut beraten – der Einstieg in die betriebliche Gesundheitsförderung

Heinz Kowalski, ehemaliger Leiter des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung GmbH

Am Anfang der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) steht oftmals ein Beratungsgespräch durch die Experten der Krankenkassen oder der Unfallversicherungsträger für betriebliche Gesundheitsförderung (BGF). Die Beratung nimmt allen Erfahrungen nach einen großen Teil der BGF-Arbeit ein; nicht in jedem Fall folgt daraus zwingend ein BGF-Projekt. Die offizielle Statistik weist somit einen vergleichsweise geringen Anteil von Betrieben aus, die betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte umgesetzt haben. Nach dem Präventionsbericht 2012 waren es 6.800. Diese Zahl erfasst jedoch nicht solche Unternehmen, die ihre BGF in eigener Regie umsetzen und das dürften nicht wenige sein. Viele darunter sind mit Unterstützung einer Krankenkasse aktiv geworden und führen das BGM nun selbstständig fort. Im Sinne der Nachhaltigkeit der BGF (vgl. Kap. 4) ist eine solche Entwicklung sehr wünschenswert.

Die Krankenkasse geht auf den Kunden zu

Krankenkassen können aus den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen den Krankenstand einzelner Betriebe anonymisiert errechnen, jedenfalls für ihre Versicherten in dem jeweiligen Unternehmen. Dieses Wissen nutzen sie, um auf den Betrieb zuzugehen. Sie weisen auf einen überdurchschnittlichen Krankenstand hin und bieten BGF-Unterstützung an. Wenn Diagnoseauswertungen möglich sind und bestimmte Schwerpunkte erkennbar werden, zum Beispiel überdurchschnittlich viele Rückenerkrankungen, kann bereits ein gezieltes Angebot erfolgen. Aber auch ein niedriger Krankenstand kann Anlass sein, das Unternehmen zu diesem guten Ergebnis zu beglückwünschen und ebenfalls anzubieten, durch BGF-Unterstützung die gute Situation zu festigen. Aus solchen Erstkontakten entstehen nicht selten nachhaltige BGF-Projekte. Nach einer Erhebung der Initiative Gesundheit und Arbeit im iga-Report 20 (BKK BV, DGUV, AOK-BV, vdek 2010–2011) beträgt der Anteil der mittelständischen Betriebe, bei denen die BGF-Anregung von einer Krankenkasse ausging, 30%.

Der Kunde geht auf die Krankenkasse zu

Der Impuls aus den Firmen ist der häufigere Fall (in 73% vom Management, iga-Report 20). Jede Firma sorgt sich über einen steigenden und einen hohen Krankenstand. Oftmals sind, abgesehen von bekannten Einzelfällen wie zum Beispiel Unfälle, die Ursachen für die Firma nicht erkennbar. Bei der Krankenkasse wird dann nachgefragt, ob man mehr wissen und helfen könne. Ein anderer Impuls kann sich aus Personalleitertreffen ergeben. Dabei werden immer wieder Krankenstandswerte thematisiert und verglichen. Manche Arbeitgeber- oder Branchenverbände organisieren einen systematischen Datenaustausch ihrer Mitgliedsfirmen und erstellen Rankings. Hat eine Firma nach oben abweichende Werte, spricht sie zumeist die Krankenkasse an, bei der die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versichert sind und bittet sie um Unterstützung. Auch von Betriebs- und Personalräten kann die BGF angeregt werden.

Das Erstgespräch

Außendienstmitarbeiter der Kassen oder ihre Firmenkundenberater stellen nach der Anfrage einer Firma zumeist den Kontakt zu den Experten im eigenen Hause her, die dann ein Gespräch mit der Firma vereinbaren. Gesprächspartner auf der Unternehmensseite sind entweder die Inhaber, Geschäftsführer oder sehr oft die Personalleitungen und – sofern vorhanden – die Betriebs- bzw. Personalratsvorsitzenden. Dabei geht es um den Beratungsanlass, die Fehlzeitsituation, häufig auftretende Krankheiten (z. B. Rückenbeschwerden), die Kosten des Absentismus, um Gesundheit und Demografie, mögliche Maßnahmen usw. Nicht selten wird bereits bei diesem Gespräch ein betrieblicher Gesundheitsbericht vorgestellt und übergeben, der detailliert die Gesundheitssituation im Betrieb abbildet. Den Firmen wird dabei einerseits deutlich, dass bestimmte Beratungsleistungen, Analysen und Maßnahmen von der Krankenkasse im Rahmen des § 20 a SGB (mit-)finanziert werden können, andererseits aber auch Ressour-

cen aus dem Unternehmen eingebracht werden müssen. Diese können personeller und finanzieller Natur sein. Dank guter Sensibilisierung durch die BGF-Berater und die Aussicht auf eine bessere gesundheitliche Situation im Betrieb führen viele Erstgespräche zu einem Auftrag oder einer Bitte um eine Angebotserstellung.

Die Firmen entscheiden über den Einstieg

Nach dem Erstgespräch wird in vielen Firmen zunächst intern beraten, wie man mit dem Thema BGF umgehen soll. Angesichts vieler gleichzeitig laufender Projekte wird die BGF dann gelegentlich vertagt. Einige Firmen scheuen sich, interne Daten gegenüber Dritten offenzulegen und „Berater“ im Betrieb aktiv zu werden zu lassen. Manche sehen nur die Kosten eines solchen Projekts, nicht aber den ökonomischen Vorteil, der durch mehr Gesundheit und geringe Fehlzeiten entsteht. Es hat auch Personalleiter gegeben, die keine Zeit in ein BGF-Projekt investieren wollten bzw. nicht konnten. Im bereits erwähnten iga-Report 20 werden von den befragten mittelständischen Unternehmen als „Hürden im Rahmen von BGF“ u. a. Vorrang des Tagesgeschäfts (61 %), fehlende Ressourcen (56 %) und Umsetzung zu kostspielig (34 %) genannt. Das ist aber nur ein Teil der Betriebe, bei vielen anderen hat das Erstgespräch den Einstieg in die BGF jedoch ausgelöst.

Der Wert der Beratung

Die Daten und Fakten sowie konkrete Gesundheitsfragen und Expertenhinweise der BGF-Berater erzielen oft die gewünschte Wirkung und lösen das Interesse an der BGF aus. Die Gesundheit wird Thema auf den Leitungsbesprechungen und in Betriebsversammlungen. Nicht selten werden die BGF-Berater zu weiteren Präsentationen in einzelne Betriebsteile oder vom Betriebs- bzw. Personalrat eingeladen. Dabei geht es immer auch um die Möglichkeiten, die sich betriebsintern anbieten, z. B. durch den arbeitsmedizinischen Dienst oder die Sicherheitsfachkräfte. In größeren Betrieben sind teilweise Sozialberater vorhanden und zunehmend auch ausgebildete BGF-Manager. Auch die Betriebssportgemeinschaft des Unternehmens kann gesundheitsorientierte Angebote machen. Diesen betriebsinternen Fachkräften reicht manchmal eine BGF-Skizze oder die Analyse des betrieblichen Gesundheitsberichts,

um dann das BGF-Projekt in eigener Regie anzugehen. Ohne die Beratung der BGF-Spezialisten aus den Krankenkassen wäre es zumeist dazu nicht gekommen.

Der Kleinbetrieb profitiert vom Branchenaustausch

Die gängigen Methoden von BGF-Projekten sind für Kleinbetriebe in Anbetracht der geringen vorhandenen Ressourcen deutlich aufwendiger. Die üblichen Analyseverfahren der gesundheitlichen Situation im Betrieb, wie Gesundheitsberichte oder Mitarbeiterumfragen, sind wegen der geringen Mitarbeiterzahl und aus Datenschutzgründen oft nicht durchführbar. Dies heißt aber nicht, dass auf eine Analyse der gesundheitlichen Situation verzichtet werden muss. Die Belastung der Mitarbeiter lässt sich im kleinen Betrieb mit einem gruppenmoderierten Verfahren (z. B. Arbeitssituationsanalyse, Gesundheitszirkel) erkunden. Darauf aufbauend können oft schon mit geringen Mitteln direkt arbeitsorganisatorische Verbesserungen gefunden werden. Mit den Trainings in den verschiedenen Handlungsfeldern lernen Mitarbeiter, ihr Verhalten zu ändern, um Belastungen vorzubeugen. Über Branchentreffen, Innungsversammlungen oder Kollegen-Stammtische kann eine Beratung über die Gesundheitsförderung im Unternehmen stattfinden. Solche Beratungen durch BGF-Experten werden auch häufig genutzt, vor allem, wenn sie sich in Treffen der Branchen und Innungsverbände einklinken.

Fazit

Nicht jede betriebliche Gesundheitsförderung muss ein „Projekt“ oder gar ein „Management“ werden. Dennoch holen sich viele Betriebe einen Rat durch BGF-Experten ein. Wenn dieser Rat in ein firmeninternes, selbstgesteuertes BGF-Programm mündet, wird das Projekt zwar nicht im Präventionsbericht dokumentiert, kann aber seinen Zweck genauso erfüllen. In der Regel wird allerdings aus einer guten Beratung auch ein Projekt mit Beteiligung der Krankenkassen, manchmal möglicherweise erst nach einem längeren Zeitraum, wenn „die Zeit dafür reif ist“. Auf jeden Fall stellt eine gute Beratung die Weichen für ein wirkungsvolles und nachhaltiges Gesundheitsprogramm im Betrieb und liefert die Basis für eine spätere Projektbegleitung.

2.4 Infrastrukturen für die Verbreitung guter Praxis – überbetriebliche Aktivitäten und Ergebnisse der Netzwerkarbeit

Dr. Gregor Breucker und Michaela Mißler, Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung

Eine wachsende Zahl der über zwei Millionen Arbeitgeber nutzt überbetriebliche Netzwerke, um mit Betrieben ähnlicher Struktur Lösungen für konkrete Probleme zu finden. Diese Netzwerke sind ideale Partner, um Erkenntnisse und Methoden unter Unternehmen mit vergleichbaren Rahmenbedingungen zu verbreiten. Eine Schlüsselrolle kommt dabei dem auf das betriebliche Gesundheitsmanagement ausgerichteten Deutschen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) zu. Es erschließt den Zugang zu weiteren Netzwerken und erreicht alle wichtigen Bereiche der Arbeitswelt. Das DNBGF existiert seit 2002 und ist Teil der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), deren Träger der AOK-Bundesverband, der BKK Dachverband, der Verband der Ersatzkassen (vdek) sowie die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) sind.

Das DNBGF ist eine offene Plattform für alle Akteure, die sich zu Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung austauschen wollen. Mit diesem Netzwerk wollen die beteiligten Kranken- und Unfallversicherungen einen Beitrag zur stärkeren Verbreitung guter Praxis leisten, insbesondere in solchen Feldern der Arbeitswelt, die durch die traditionellen Verbreitungswege der betrieblichen Gesundheitsförderung bisher nur unzureichend erreicht werden konnten.

Dazu gehören kleinere und mittelständische Unternehmen sowie generell Organisationen aus den Arbeitsweltbereichen: öffentlicher Dienst, Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege, Arbeitsmarktwirtschaft, Bildungs- und Erziehungsbereich. Während große privatwirtschaftlich betriebene Unternehmen in der Regel über eigene Infrastrukturen für das betriebliche Gesundheitsmanagement verfügen, fehlen diese Voraussetzungen oftmals in den genannten Bereichen.

Außerdem ist der Stellenwert der betrieblichen Gesundheitsförderung innerhalb der betrieblichen Personalpolitik vor dem Hintergrund des demografischen Wandels erheblich gewachsen, so dass vor allem in Großunternehmen das Bewusstsein für Gesundheitsfragen deutlich stärker ausgeprägt ist.

Das DNBGF hat deshalb einen innovativen Ansatz in der Netzwerkarbeit angestoßen, in den genannten Feldern Kooperationspartner identifiziert und diese für eine aktive Beteiligung im Netzwerk gewonnen. Das Netzwerk umfasst derzeit fünf parallele Arbeitskreise (sogenannte Foren), in denen unterschiedliche Partnerorganisationen aus den betreffenden Handlungsfeldern zusammenarbeiten und einen Erfahrungsaustausch organisieren, um so bereits aktive Organisationen zu unterstützen und weitere Organisationen für die betriebliche Gesundheitsförderung zu gewinnen.

Das Forum „Kleine und Mittlere Unternehmen“ (KMU) beispielsweise wird durch eine Gruppe von überbetrieblichen Koordinatoren moderiert und in Abstimmung mit der Geschäftsstelle organisiert. Zum Koordinatorenkreis gehören Berufsgenossenschaft, Institute und Krankenkassen. Die Koordinatoren bilden den „inneren Kreis“ des Forums und nehmen eine Schlüsselposition im Hinblick auf die Kernziele des Netzwerkes ein. Sie ermöglichen die Einbeziehung größerer Kreise von Nutzern und Multiplikatoren in die gesamte Netzwerkarbeit und sollen den Aufbau von politischen Kooperationen zu Akteuren erleichtern, die bisher aufgrund der „fragmentierten“ Angebotsstruktur der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht erreicht bzw. eingebunden werden konnten. Sie organisieren auch die forenspezifischen Tagungen und Workshops, die zwischen den Netzwerkkonferenzen des DNBGF stattfinden.

Wie die Befähigung der Verantwortlichen im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe praktisch gelingen kann, zeigt seit 2009 das Verbundprojekt „Förderung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt“ (psyGA). In diesem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) geförderten Verbundprojekt erarbeiten die beteiligten Partner bereichsspezifische Lösungen für die Unterstützung von Maßnahmen zur Stärkung der psychischen Gesundheit. Hierzu werden die vorliegenden Erkenntnisse zu Risiken und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit in Materialien und

Maßnahmen umgesetzt und herausgearbeitet, wie diese Instrumente unterschiedlichen Unternehmenstypen nahegebracht und in den betrieblichen Alltag integriert werden können.

Basis für die Projektarbeit bildet ein Qualitätskonzept zur psychischen Gesundheit im Betrieb unter dem Slogan „Kein Stress mit dem Stress“.

Hierzu entwickelte Medien finden sich im psyGA-Infoportal unter www.psyga.info. Neben der Darstellung des Projektes stehen hier auch umfangreiche Informationen zur psychischen Gesundheit, praktische Tipps, Best-Practice-Beispiele, vielfältige Arbeitshilfen, Tests zur Selbsteinschätzung und Bild- und Tonmaterial zur Verfügung. Die dargestellten Handlungsfelder reichen von Fragen der Führungskultur über Aspekte der zunehmenden Arbeitsverdichtung, der Work-Life-Balance und des demografischen Wandels bis hin zum Umgang mit Konflikten und Wandel und Veränderungsprozessen in Organisationen.

Europäische Ebene: Vernetzung der Akteure zur stärkeren Verbreitung „guter Praxis“

Auch die Europäische Union sieht die Arbeitswelt als einen für die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger zentralen Gestaltungsbereich. Aktuell stehen Initiativen zum Schutz und zur Stärkung der psychischen Gesundheit im Vordergrund. Das europäische Regierungsprogramm „Joint Action on Mental Health and Well-being“ ist unter der Federführung des portugiesischen Gesundheitsministeriums und der Universität in Lissabon Anfang 2013 gestartet. Das Programm knüpft an Vorläufermaßnahmen auf europäischer Ebene einschließlich politischer Erklärungen der Regierungen an und will einen Beitrag zur Stärkung der psychischen Gesundheit der Bevölkerungen leisten. In diesem Konsortium sind neben Deutschland folgende Länder vertreten: Belgien, Frankreich, die Niederlande, Finnland, Österreich, Irland, Kroatien, Malta, Ungarn, Island und Slowenien. Die Gesundheitsministerien haben die Umsetzung der geplanten Maßnahmen an ausgewiesene nationale Organisationen delegiert (Federführer in Deutschland ist der BKK Bundesverband).

Die Joint Action zielt vor allem auf eine Verbesserung der Infrastrukturen für Betriebe und Verwaltungen in den beteiligten Ländern ab, insbesondere auf eine

bessere Kooperation zwischen dem Gesundheitssektor und dem Sektor der Arbeits- und Sozialpolitik. In vielen europäischen Ländern ist vor allem der Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für Betroffene stark eingeschränkt. In der Regel beschränkt sich der Gesundheitssektor auf kurative Maßnahmen mit einem geringen Engagement in der Prävention. Dies führt oftmals zu wenig entwickelten Kooperationsstrukturen zwischen den beiden Sektoren von Arbeit und Gesundheit.

Gerade das Thema der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz zeigt jedoch, wie wichtig die Abstimmung von Maßnahmen zum Gesundheitsschutz, zur Gesundheitsförderung und -versorgung sowohl auf betrieblicher als auch auf überbetrieblicher Ebene ist.

Um den Erfahrungsaustausch effizient zu organisieren, wird in allen beteiligten Ländern unter Beteiligung wichtiger Akteure aus den Bereichen „Sozialpartner“, „Regierungsstellen in der Gesundheits- wie Arbeits- und Sozialpolitik“, „Soziale Sicherheit“ (Sozialversicherungen, staatliche Gesundheitsagenturen etc.) und „Praktiker aus Unternehmen“ eine Stärke-Schwächen-Analyse durchgeführt (SWOT-Analyse).

In Deutschland wurden so rund 100 Institutionen eingeladen, sich an dieser Ideensammlung zu beteiligen. Unterstützt wird dieser Prozess durch die Arbeitsgruppe „Betriebliche Gesundheitsförderung“, die beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales angesiedelt ist. Die eingegangenen Beiträge werden in einer nationalen Ideenlandkarte zusammengefasst, die sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede sichtbar machen soll.

Die nationalen Ideenlandkarten werden in einem weiteren Schritt in eine europäische Ideenlandkarte integriert, aus der dann die prioritären Themen für den Erfahrungsaustausch abgeleitet werden können. Ende Mai 2014 findet in Berlin die erste Austauschkonferenz des Länderkonsortiums statt. In dieser Konferenz werden exemplarische Projekte und Programme aus den beteiligten Ländern vorgestellt.

Die Europäische Kommission erhofft sich von diesem Vorhaben die Ableitung von Handlungsempfehlungen für die verschiedenen Akteursebenen als Grundlage für eine Verbesserung der Praxis in den Mitgliedsstaaten.

2.5 Psychische Anforderungen in der Arbeitswelt

Andrea Lohmann-Haislah, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Psychische Anforderungen und Ressourcen – der BAuA Stressreport 2012

Arbeit trägt grundsätzlich zur Zufriedenheit bei und kann das Selbstwertgefühl stärken. So ist die psychische Gesundheit Erwerbstätiger in der Regel besser als die von Arbeitslosigkeit betroffener Menschen. Es gibt jedoch Arbeitsbedingungen, die für die Gesundheit der Beschäftigten kritisch sein können, wie z. B. lang anhaltender hoher Zeitdruck, häufige Arbeitsunterbrechungen, Monotonie, fehlende Erholung. Derartige Bedingungen führen oft zu Stress und können langfristig die Gesundheit beeinträchtigen. Es gibt jedoch auch Arbeitsanforderungen, die Ressourcen fördernde Eigenschaften haben und sich günstig auf die Gesundheit auswirken können. Dazu zählen u. a. inhaltliche und zeitliche Spielräume bei der Arbeit sowie Kommunikation und Kooperation mit Kollegen und Vorgesetzten.

Im Stressreport 2012 (www.baua.de) wurde auf Grundlage der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012 der Frage nachgegangen, in welchem Umfang Beschäftigte psychische Anforderungen, Ressourcen, Beanspruchung und Stress sowie Beschwerden erleben. Die Daten wurden mittels einer telefonischen, computerunterstützten Befragung durch TNS Infratest Sozialforschung bei rund 20.000 Erwerbstätigen in Deutschland in 2011/2012 erhoben. Befragt wurden Erwerbstätige ab 15 Jahren mit einer bezahlten Tätigkeit von mind. 10 Std. pro Woche und ausreichenden Deutschkenntnissen. In die Analysen gingen die 17.562 abhängige Beschäftigten der Stichprobe ein.

Die Spitzenreiter der psychischen Anforderungen sind seit 2006 unverändert

So geben 58% der Befragten an, dass ihre Tätigkeit häufig die gleichzeitige Betreuung verschiedenartiger Aufgaben verlangt. Damit steht Multitasking auf Platz 1 der häufigen Arbeitsanforderungen, gefolgt von starkem Termin- und Leistungsdruck (52%), ständig wiederkehrenden Arbeitsvorgängen (50%) und Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit (44%). Insgesamt erreicht der Anteil der von diesen Stressfaktoren betroffenen Beschäftigten damit das re-

lativ hohe Niveau der 2000er Jahre. Als belastend am Arbeitsplatz nehmen die Erwerbstätigen vor allem das häufige Auftreten von starkem Termin- und Leistungsdruck (34%), Arbeitsunterbrechungen und Störungen (26%), Multitasking (17%) und Monotonie (9%) wahr.

Psychische Belastung macht vor gewerblichen Branchen und Berufen nicht halt

Von häufigen psychischen Anforderungen wie Multitasking oder Termin- und Leistungsdruck berichten nicht nur über 60 % der Beschäftigten der Informations- und Kommunikationsbranche, sondern auch mehr als 50 % der Erwerbstätigen in Verkehr und Lagerei sowie im verarbeitenden Gewerbe. Zudem werden im Berufsvergleich nicht nur von Beschäftigten in Gesundheitsberufen, sondern auch von Beschäftigten aus Metall- und Maschinenbauberufen oder von Warenprüfern, Versandfertigtmachern oft häufige psychische Anforderungen angegeben. Hier muss eine Perspektivenerweiterung erfolgen, werden doch gewerbliche Bereiche immer noch vorwiegend mit physischer Belastung in Verbindung gebracht.

Es gibt ein hohes Maß an Ressourcen

Ressourcen können allgemein die Belastungsbewältigung erleichtern und dazu beitragen, dass mit den Herausforderungen der modernen Arbeitswelt insgesamt besser umgegangen werden kann. In den Betrieben ist die Kooperation der Beschäftigten recht gut: Sie berichten häufig von guter Zusammenarbeit (88%), sie fühlen sich am Arbeitsplatz als Teil einer Gemeinschaft (80%) und erhalten Hilfe und Unterstützung von ihren Kollegen (80%). Weiterhin sind Freiräume bei der Arbeit vorhanden: Erwerbstätige haben häufig die Möglichkeit, ihre eigene Arbeit selbst zu planen und auch selbst einzuteilen (67%). Von ihren Vorgesetzten häufig unterstützt werden 59 % der Befragten. Für Beschäftigte ist diese Ressource außerordentlich wichtig, denn die Befunde belegen, dass eine derartige Unterstützung eine hohe protektive Wirkung haben kann: Je häufiger die Unterstützung von Vorgesetzten, desto geringer ist die Anzahl von gesundheitlichen Beschwerden.

Stressfaktoren und Ressourcen wirken zusammen

Besonders wichtig für den Arbeits- und Gesundheitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung und damit auch für die Gestaltung von Arbeit ist die Frage, welche Relation zwischen Beschwerden, Anforderungen und Ressourcen besteht. Von Beschäftigten, die angeben, körperlich und emotional erschöpft zu sein, arbeiten 70% häufig unter starkem Termin- und Leistungsdruck und Multitasking. In der Gruppe, die sich weder körperlich noch emotional erschöpft fühlt, sind es nur 42% bzw. 55%. Die positive Wirkung von Ressourcen zeigt sich dann z. B. in der Gruppe Ingenieure, Chemiker, Physiker und Mathematiker, die zwar zu den Spitzenreitern bei häufigem starkem Termin- und Leistungsdruck und Multitasking gehört, gleichzeitig aber auch häufig über Handlungsspielraum und soziale Unterstützung verfügt: Von gesundheitlichen Beschwerden im Zusammenhang mit Arbeit berichtet sie am wenigsten. Ganz anders ist die Situation bei eher einfachen Tätigkeiten, wie bspw. in der Gruppe sonstige Fertigungsberufe, Bergleute, Mineralgewinner, die ebenfalls zu den Spitzenreitern bei den Stressfaktoren zählt. Diese Gruppe berichtet seltener von Handlungsspielraum und sozialer Unterstützung. Muskuloskelettale und psychovegetative Beschwerden sowie ein negativer subjektiver Gesundheitszustand werden von ihnen aber häufig genannt.

Erholung muss wieder stärker in den Blick genommen werden

Im Vergleich zur letzten Befragung 2005/2006 liegt die durchschnittliche tatsächliche Wochenarbeitszeit für Vollzeitbeschäftigte kaum verändert bei etwa 43 Std. Der Anteil von Erwerbstätigen mit einer tatsächlichen Wochenarbeitszeit über 48 Std. ist mit 16 % immer noch sehr hoch. Und: Beschäftigte mit überlangen Arbeitszeiten sind mehrfacher Belastung ausgesetzt, denn mit zunehmender Arbeitszeit steigen ebenfalls Termin- und Leistungsdruck, Multitasking, Arbeitsunterbrechungen etc. Weiterhin gibt diese Gruppe auch vermehrt psychovegetative Beschwerden an, wie etwa allgemeine Müdigkeit, Schlafstörungen, körperliche und emotionale Erschöpfung. Darüber

hinaus verzichten die Erwerbstätigen, die ohnehin schon lang oder überlang arbeiten und mehrfach belastet sind, vermehrt auf ihre Pausen. Während insgesamt schon 25% der Beschäftigten häufig die gesetzlich vorgeschriebene Pause ausfallen lassen – meist, weil Pausen nicht in den Arbeitsablauf passen oder zu viel zu tun ist –, sind es bei denjenigen mit mehr als 40 Std./Woche 31% und bei denjenigen mit mehr als 48 Std./Woche 48%. Darüber hinaus gibt es bestimmte Berufsgruppen, bei denen auffällig oft die Pausen zu kurz kommen, wie z. B. die Gesundheitsberufe (43%), die Sozial- und Erziehungsberufe sowie Ordnungs- und Sicherheitsberufe (je 36%). Deshalb muss das Bewusstsein für den Wert von Pausen und Erholung sowohl bei als auch außerhalb der Arbeit bei allen Beteiligten insgesamt wieder gestärkt werden.

Fazit

Der Bericht zeigt zwar, dass es bei den psychischen Anforderungen und Ressourcen seit 2005/2006 kaum Veränderungen gibt. Von einer Entwarnung kann jedoch nicht gesprochen werden. Denn psychische Anforderungen aus Arbeitsinhalt und -organisation befinden sich z. T. immer noch auf hohem Niveau. Darüber hinaus gibt es erhebliche Unterschiede bei psychischen Anforderungen, Ressourcen und Beschwerden zwischen einzelnen Gruppen, z. B. nach Branche oder Beruf. Handlungsbedarf und Gestaltungspotenzial müssen auf Grundlage solch differenzierter Analysen abgeleitet werden. Denn Stressfaktoren führen nicht immer und nicht automatisch zu hoher Beanspruchung und negativen Folgen für die Gesundheit. Vielmehr spielen Höhe und Kombination von Anforderungen, aber auch das Ausmaß von Ressourcen und deren Zusammenwirken eine bedeutsame Rolle. Für die Prävention ist die Entwicklung gruppenspezifischer Anforderungs- und Ressourcenprofile deshalb von hoher Bedeutung. Dabei sollte ein ganzheitlicher Blick auf die Arbeitsbedingungen geworfen werden, bei dem nicht nur die potenziell negativen, sondern auch die positiven, protektiv wirkenden Arbeitsmerkmale sowie psychische wie auch physische Faktoren gleichermaßen berücksichtigt werden.

2.6 Betriebliche Interventionsansätze zur Bekämpfung psychischer Erkrankungen und zur Förderung psychischer Gesundheit

Prof. Dr. Antje Ducki, Beuth Hochschule für Technik, Wirtschaft- und Gesellschaftswissenschaften

Die psychische Gesundheit wird durch zahlreiche betriebliche Faktoren beeinflusst; der Stressreport (BAuA 2012a, vgl. Kap. 2.5) weist psychische Anforderungen und Ressourcen aus. Betriebe können durch die Gestaltung und Organisation von Arbeit und dem sozialen Miteinander maßgeblich auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten Einfluss nehmen. Was letztlich die richtige Maßnahmenkombination in einem Unternehmen ist, hängt immer von den betrieblichen Ausgangsbedingungen ab, die es zunächst zu analysieren gilt. Nur ein systematisches Vorgehen nach dem PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) (Drupp & Osterholz 2001) stellt sicher, dass Interventionen auf die betrieblichen Besonderheiten und die Bedürfnisse der Zielgruppen abgestimmt sind, was die Wirksamkeit der Maßnahmen erhöht.

Wo sollten Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit ansetzen? Wichtige Ansatzpunkte für Erhalt und Förderung der psychischen Gesundheit sind die Gestaltung der Arbeitszeit, der Arbeitsumgebung, der Arbeitsaufgaben, aber auch die Verbesserung von Partizipationsangeboten und Informationsprozessen, Verbesserung der Führung und des sozialen Miteinanders. Das Spektrum an Möglichkeiten ist umfangreich. Da die psychische Gesundheit immer durch mehrere Einflussfaktoren bestimmt wird, ist meistens eine Kombination aus verschiedenen Maßnahmen erforderlich.

Im betrieblichen Alltag haben sich Interventionsstrategien als besonders effektiv erwiesen, die verhältnis- und verhaltensorientierte Angebote kombinieren. Während verhältnispräventive Maßnahmen Bedingungen verändern, befähigen verhältnispräventive Angebote, Personen, durch die Optimierung des Verhaltens besser mit den vorhandenen Bedingungen umzugehen. Im Mittelpunkt solcher Angebote stehen alle Arten von Sensibilisierungs-, Informations- und Qualifizierungsmaßnahmen wie Informationsveranstaltungen zur Entstehung von psychischen Erkrankungen, Achtsamkeitsübungen, Stressmanagementtrainings, Ernährungs- und Bewegungsberatung oder auch Maßnahmen zur

Förderung der Work-Life-Balance.

Recht weit verbreitet sind Stressmanagementtrainings. Der Präventionsbericht 2013 weist aus, dass in knapp der Hälfte der erfassten Projekte Stressmanagementtrainings stattfinden. Die Effektivität von personenbezogenen Stress- und Ressourcenmanagementinterventionen ist wissenschaftlich belegt. Vor allem kognitiv-behaviorale Trainings reduzieren Angst und somatische Stresssymptome. Entspannungstrainings sind ebenfalls wirksam, vor allem auf physiologische Stressparameter (Busch & Werner 2011). Multimodale Trainings, die emotions- und problemorientierte Inhalte miteinander verbinden, zeigen sich als sehr effektiv und dies nicht nur im Hinblick auf individuumszentrierte Effektvariablen, sondern auch in Bezug auf arbeitsbezogene Variablen (Murphy 1996; Van der Klink et al. 2001). Interventionen, die auf eine ressourcenstärkende und gesundheitsgerechte Führung abzielen, sind an der Schnittstelle von Verhältnis- und Verhaltensprävention anzusiedeln. Sie nehmen an Bedeutung zu, denn es gibt immer mehr Studienbelege dafür, dass dort, wo mitarbeiterorientiert, partizipativ und wertschätzend geführt wird, auch die Gesundheit der Beschäftigten besser ist (zum Überblick siehe Badura, Ducki, Schröder, Klose, Macco 2011). Aktuelle Studien zeigen, dass gerade mittlere Führungskräfte dann besser führen, wenn sie selbst gut geführt werden (BAuA 2012a). Instrumente für Interventionen im Bereich Führung sind in den letzten Jahren verfeinert und auf die Themen Wertschätzung und Anerkennung, Achtsamkeit und Resilienzstärkung ausgerichtet worden (z. B. Franke, Vincent, Felfe 2011; Rummel 2010). Trotzdem liegt hier für die Zukunft noch ein großes Gestaltungsfeld für Interventionen.

Evaluationsstudien (Schröder und Sochert 2012) haben deutlich gezeigt, dass Gesundheitszirkel wirkungsvolle betriebliche Mittel sind, die Belastungen vor Ort zu identifizieren und Lösungsvorschläge zum Abbau der Belastungen zu erarbeiten. Sie werden gemäß Präventionsbericht 2012 zunehmend mehr eingesetzt. Während im Jahr 2004 noch 1.607 Ge-

sundheitszirkel in den erfassten Betrieben durchgeführt wurden, waren es 2011 bereits 4.202, wobei klassischerweise die deutliche Mehrheit der Zirkel im verarbeitenden Gewerbe stattfindet und das Angebot mit der Betriebsgröße wächst (GKV-Spitzenverband und MDS 2012). Gesundheitszirkel zählen zu den wichtigsten Partizipationsinstrumenten der Gesundheitsförderung, mit denen die Arbeitsbedingungen und das subjektive Wohlbefinden verbessert und Fehlzeiten reduziert werden können.

Gesundheitszirkel erarbeiten Veränderungsvorschläge, die im Rahmen der Arbeits- und Organisationsgestaltung umgesetzt werden müssen, damit sie wirksam werden. Grundsätzlich sollte die Förderung und Stärkung von Ressourcen im Mittelpunkt betrieblicher Interventionen stehen, da sie nicht nur den Umgang mit Belastungen erleichtern, sondern auch positive Aspekte der psychischen Gesundheit wie Wohlbefinden, Zuversicht und verschiedene Bewältigungskompetenzen fördern.

Komplexe, vielfältige Arbeitsaufgaben mit hohen Lernanforderungen und Möglichkeiten, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen, fördern nicht nur die Flexibilität und die Problemlösefähigkeit der Beschäftigten, sondern auch das Selbstwertgefühl, den Kohärenzsinn sowie die Arbeitszufriedenheit und sind daher wichtige betriebliche Ressourcen der Gesundheit (Richter, Buruck, Nebel 2011). In neuerer Zeit wird es immer wichtiger, darauf hinzuweisen, dass Mitarbeitern nicht nur mehr Entscheidungsspielräume übergeben werden, sondern auch die Bedingungen so gestaltet sein müssen, dass stressfrei entschieden werden kann (Zeitspielräume). Alle Angebote zur Partizipation bei betrieblichen Veränderungen stellen ebenfalls wichtige Ressourcen dar, die die Gesundheit positiv beeinflussen, weil dadurch das betriebliche Geschehen durchschaubar und beeinflussbar wird.

Zur Arbeitsgestaltung gehört neben der Ressourcenstärkung aber auch der Belastungsabbau. Hier müssen zukünftig verstärkt Maßnahmen zur Reduzierung von Unterbrechungen und Multitasking, zum Abbau von Informationsdefiziten und andererseits zur Reduzierung der Informationsflut realisiert werden. Wichtig ist auch das Thema alternsgerechte Arbeitsgestaltung und Arbeitszeitgestal-

tung: Überlange Arbeitszeiten sind zu vermeiden, gesundheitsgerechte Schichtsysteme zu realisieren, moderne Formen eines alternsgerechten Zeitmanagements zu etablieren (BAuA 2012a).

Welche Maßnahmen realisiert werden können, ist abhängig von verschiedenen Rahmenbedingungen, die sich nach der Größe des Betriebes stark unterscheiden können. Für Kleinbetriebe haben sich für Interventionen überbetriebliche Netzwerke als wirkungsvoll herausgestellt (vgl. Kap. 2.4), aber auch sogenannte Huckepack-Verfahren, die Gesundheitsförderung mit anderen betrieblichen Themen kombinieren, werden zunehmend häufiger realisiert (Becke 2010).

Abschließend besteht wissenschaftlicher Konsens darin, dass folgende Verfahrensregeln die Wirksamkeit betrieblicher Interventionen sicherstellen (z. B. Beck, Richter, Ertel, Morschhäuser 2012; Bamberg, Ducki, Metz 2011; Faller 2010). Einzelmaßnahmen sollten in integrierten Konzepten aufeinander abgestimmt, langfristig und hinsichtlich Komplexität und Erreichbarkeit gestuft angelegt sein; sie sollten in die Routinen und Strukturen des Betriebs integriert und evaluiert werden sowie durch ein betriebliches Gesundheitsmanagement / einen Steuerkreis koordiniert sein.

Nachhaltig wirksame Interventionen

- sind darauf ausgelegt, Belastungen abzubauen und Ressourcen zu stärken sowie Verhältnisse und Verhalten gesundheitsförderlich zu beeinflussen,
- sind im Vorgehen strukturiert (PDCA-Zyklus),
- greifen Bedarfe, Gewohnheiten und Fähigkeiten der jeweiligen Zielgruppen in der Konzeption der Maßnahme sowohl inhaltlich als auch methodisch differenziert auf,
- binden frühzeitig Beschäftigte und die mittlere Führungsebene ein und
- fußen auf einem Grundverständnis, das das betriebliche Gesundheitsmanagement als einen interdisziplinären kooperativen Verständigungs-, Entwicklungs- und Lernprozess der relevanten betrieblichen Akteure versteht.

2.7 Betriebliche Gesundheitsförderung und Diversität

Karin Schreiner-Kürten, GKV-Spitzenverband, und Dr. Harald Strippel, MDS

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können dann Wirksamkeit entfalten, wenn sie auf einer sorgfältigen Bedarfsanalyse im jeweiligen Betrieb fußen. Der Bedarf wird dabei nicht nur durch z. B. besondere gesundheitliche Belastungen der Mitarbeiter in einer bestimmten Branche oder in einem bestimmten Betrieb definiert, sondern auch durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die die Arbeitswelt verändern. Ein Merkmal der Gesellschaft ist die Diversität der Bevölkerung, die als Herausforderung und gleichzeitig als Ressource verstanden werden kann. Insbesondere die Faktoren Demografie und Kultursensibilität sind in diesem Zusammenhang Schlagworte, die in der betrieblichen Gesundheitsförderung, so wie die Krankenkassen sie verstehen, mit Leben gefüllt werden müssen.

Demografischer Wandel

Die demografische Entwicklung in Deutschland beeinflusst das Arbeitsleben insofern, als das Durchschnittsalter der Erwerbstätigen steigt und bei kleiner werdender Erwerbsbevölkerung die Lebensarbeitszeit des Einzelnen länger wird.

„Motiviert, qualifiziert und gesund arbeiten“ lautet deshalb ein Schwerpunkt der Demografiestrategie, mit der die Bundesregierung gemeinsam mit den Sozialpartnern, den Sozialversicherungsträgern und weiteren verantwortlichen Akteuren die Arbeitswelt demografiefest machen will. Auch die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) hat in ihrem zweiten Memorandum (www.inqa.de) eine demografiefeste Arbeitswelt als Gemeinschaftsaufgabe definiert (BAuA 2012b).

Angesichts des demografischen Wandels und der steigenden Zahl älterer Arbeitnehmer beschäftigen sich Unternehmen zunehmend mit der Frage, wie die Gesundheit ihrer Belegschaft gestärkt, erhalten und auch in Zukunft gesichert werden kann. Unternehmen, die betriebliche Gesundheitsförderung in einem inner- oder überbetrieblichen Gesundheitsmanagement verankern, können viel dafür tun,

dass die Beschäftigten langfristig gesund bleiben und leistungsfähig sind. Insbesondere in Anbetracht von Arbeitsverdichtung und zunehmenden Anforderungen an den Einzelnen profitieren nicht nur die Arbeitnehmer von einer alters- und altersgerechten Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen, sondern auch die Betriebe selbst. Ältere Arbeitnehmer mit ihrer langen beruflichen Erfahrung und ihrem Wissen stellen nämlich ein unverzichtbares Potenzial für die moderne Arbeitswelt dar.

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung leisten dadurch auch einen Beitrag zur Bewältigung der demografischen Herausforderung. Good-Practice-Beispiele aus unterschiedlichen Branchen zeigen, wie sich Unternehmen gemeinsam mit Krankenkassen für betriebliche Gesundheitsförderung unter Demografiegesichtspunkten engagieren.²

Aber: Auf einer Bedarfsanalyse aufbauende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung – wie für die Krankenkassen mit 95 % der Fälle Standard (vgl. Kap 4.1) – beziehen die aus dem demografischen Wandel resultierenden Herausforderungen im jeweiligen Betrieb mit ein, auch ohne dass die Maßnahmen das „Demografie-Etikett“ tragen.

Kultursensibilität

In Deutschland haben knapp 20% der Menschen einen Migrationshintergrund. Kulturelle Diversität ist eine gesellschaftliche Realität, die sich folgerichtig auch in der Arbeitswelt zeigt. 17% der Erwerbstätigen sind Personen mit Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2011).

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten daher auch die Bedarfe der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund einbeziehen. Es gilt nicht nur etwaige Sprachbarrieren zu überwinden, sondern auch kulturell bedingt unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit zu berücksichtigen. Auch

² Beispiele auf der Website des GKV-Spitzenverbandes: www.gkv-spitzenverband.de

können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dabei unterstützt werden, Zugang zu einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung zu finden. Hierzu kann beispielsweise sprach- und kulturspezifisches Informationsmaterial zu verschiedenen gesundheitlichen Themen genutzt werden. Krankenkassen setzen Fachberater ein, die selbst einen Migrationshintergrund haben, und beraten Betriebe dahingehend, wie sie kulturspezifische Belange beim Verpflegungsangebot berücksichtigen können. In der notwendigen Bedarfserhebung zu Beginn des BGF-Prozesses können Kollegen mit Migrationshintergrund ausdrücklich adressiert werden, indem die Mitarbeiterbefragung in mehreren Sprachen durchgeführt wird.

In komplexen kultursensiblen BGF-Programmen werden Mitarbeiter, die einen Migrationshintergrund haben, zu Lotsen oder Mentoren ausgebildet und stehen ihren Kolleginnen und Kollegen als Ansprechpartner zur Thematisierung und Bewältigung arbeitsbezogener Gesundheitsprobleme zur Verfügung. Sie gehen aktiv auf die Kollegen zu und tragen durch einen Transfer zur Führungsebene zur Lösung von gesundheitsbezogenen

Arbeits- und Arbeitsplatzproblemen bei. Die Führungskräfte, die einen zentralen Einfluss auf Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit haben, werden in diesen Programmen auch aktiv einbezogen und speziell geschult; sie können maßgeblich zu einem besseren Betriebsklima beitragen.

Mit kultursensibel ausgerichteter betrieblicher Gesundheitsförderung tragen die Krankenkassen in den kommenden Jahren auch zum Nationalen Aktionsplan Integration der Beauftragten für Migration, Flüchtlinge und Integration bei (Nationaler Aktionsplan Integration 2011); darüber hinaus leisten sie einen Beitrag zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, wie ihn die Gesetzesformulierung des § 20 SGB V fordert.

Beispiele guter Praxis mit Beteiligung der Krankenkassen geben einen Einblick in Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die speziell auf die Bedarfe von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund ausgerichtet sind und damit gleichzeitig deren Integration fördern.³

³ Beispiele auf der Website des GKV-Spitzenverbandes: www.gkv-spitzenverband.de

3 Zahlen im Überblick

Der Umfang der bundesweiten Aktivitäten der Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung lässt sich

mittels weniger zentraler Kennziffern darstellen.

3.1 Projekte, Settings, Personen, Betriebe

Die nachfolgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die wesentlichen Strukturparameter im Berichtsjahr 2012 und in den beiden Vorjahren. Die Tabelle weist

beispielsweise aus, dass 2012 mittels 1.160 Dokumentationsbögen über Aktivitäten in 30.444 Settings berichtet wurde.

Tabelle 1: Wichtige Kennziffern

Quelle der Angaben zu den Ausgaben: Statistik KJ 1, endgültige Rechnungsergebnisse für das Jahr 2012. Zur Spalte „Veränderung zum Vorjahr“: Differenzen zwischen den Prozentzahlen zu „Ausgaben je Vers.“ und „Summe der Ausgaben“ sind rundungsbedingt und beeinflusst durch sich verändernde Versichertenzahlen.

Ansatz	2010	2011	2012	Veränderung zum Vorjahr (%) bzw. Dreijahrestrend (↑, →, ↓)
Setting-Ansatz				
Anzahl der Doku-Bögen	1.213	1.111	1.160	4%
Anzahl der Settings	30.098	21.642	30.444	41%
Anzahl direkt erreichter Personen	2.444.429	2.422.723	2.522.516	4%
Anzahl indirekt erreichter Personen	6,6 Mio.	6,6 Mio.	6,8 Mio.	↑
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,33	0,33	0,40	21%
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	9,37	9,44	10,99	16%
Summe der Ausgaben (Euro)	22.915.000	22.861.953	27.725.888	21%
Individueller Ansatz				
Anzahl direkt erreichter Personen	1.979.366	1.677.853	1.343.236	-20%
Ausgaben je Versicherten (Euro)	3,40	2,93	2,35	-20%
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	119,96	121,67	122,18	0%
Summe der Ausgaben (Euro)	237.443.000	204.136.596	164.118.386	-20%
Betriebliche Gesundheitsförderung				
Anzahl der Doku-Bögen	4.303	4.357	4.553	4%
Anzahl der Betriebe	6.473	6.798	8.155	20%
Anzahl direkt erreichter Personen	664.604	793.007	891.352	12%
Anzahl indirekt erreichter Personen	0,35 Mio.	0,29 Mio.	0,38 Mio.	↑
Ausgaben je Versicherten (Euro)	0,60	0,61	0,66	9%
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	63,43	53,34	51,75	-3%
Summe der Ausgaben (Euro)	42.156.000	42.295.585	46.124.474	9%
Gesamt				
Anzahl der Doku-Bögen	5.516	5.468	5.713	4%
Anzahl der Settings	30.098	21.642	30.444	41%
Anzahl der Betriebe	6.473	6.798	8.155	20%
Anzahl direkt erreichter Personen	5.088.399	4.893.583	4.757.104	-3%
Anzahl indirekt erreichter Personen	7,0 Mio.	6,9 Mio.	7,2 Mio.	↑
Ausgaben je Versicherten (Euro)	4,33	3,87	3,41	-12%
Ausgaben je direkt erreichter Person (Euro)	59,45	55,03	50,02	-9%
Summe der Ausgaben (Euro)	302.514.000	269.294.134	237.968.748	-12%

Die Anzahl der Settings ist wieder angestiegen auf den Stand des Berichtsjahres 2010, nachdem im Berichtsjahr 2011 die Anzahl der Dokumentationsbögen um knapp ein Drittel zurückgegangen war. Es konnten 4% mehr Personen direkt erreicht werden.

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist durch eine positive Entwicklung gekennzeichnet. 8.155 erreichte Betriebe bedeuten eine Ausweitung um 20% und gleichzeitig 12% mehr Personen, die von Maßnahmen profitiert haben.

Durch individuelle Präventionsangebote wurden im Berichtsjahr 20% weniger

Menschen erreicht. Diese Entwicklung ist im Zusammenhang mit den o. g. im gleichen Zeitraum gestiegenen Aufwendungen im Setting-Bereich (21%) und im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (9%) zu sehen. Durch eine Verschiebung von Kursmaßnahmen zu Angeboten in den Lebensräumen der Menschen und in den Betrieben werden mehr Menschen aus allen sozialen Schichten erreicht; es profitieren auch Menschen von den Präventionsangeboten, für die das Aufsuchen einer Maßnahme eine zu hohe Hürde bedeuten würde.

3.2 Ausgaben

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

Für die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung haben die Krankenkassen 238 Mio. Euro im Berichtsjahr 2012 ausgegeben. Dies bedeutet Aufwendungen von 3,41 Euro je Versicherten und übertrifft deutlich den gesetzlich vorgesehenen Orientierungswert für das Jahr 2012 in Höhe von 2,94 Euro. Insgesamt wurden mit den Maßnahmen 4,8 Mio. Menschen direkt erreicht.

3.3 Inanspruchnahme nach Geschlecht

Das unterschiedliche Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen spiegelt sich auch in der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten wider. Generell sind Frauen gesundheitsbewusster. Männer sind in der Regel schwerer für Präventionsmaßnahmen zu gewinnen. Sie nehmen eher teil, wenn sie direkt angesprochen werden. Des Weiteren zeigen sie eine Präferenz für Kompaktkurse oder arbeitsplatzbezogene Angebote. Hier könnte der höhere Anteil der Männer an den Beschäftigten eine Rolle spielen. Außerdem richten sich die Maßnahmen überwiegend an Beschäftigte im verarbeitenden Gewerbe (vgl. Kap. 4), in dem überwiegend Männer tätig sind.

Mit den Dokumentationsbögen wird für jedes einzelne Projekt (= Dokumentationsbogen) differenziert abgefragt, ob

sich die Aktivitäten gleichermaßen an beide Geschlechter oder nur an Männer oder Frauen richteten. Das Ergebnis ist in Tabelle 2 dargestellt. Sie zeigt die Aufschlüsselung der geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme der primärpräventiven GKV-Leistungen.

Die nach dem individuellen Ansatz angebotenen Gesundheitsaktivitäten werden überwiegend (80%) von Frauen in Anspruch genommen. Über den Setting-Ansatz gelingt es recht gut, beide Geschlechter zu erreichen. Diese Entwicklung ist zunehmend auch bei der Wahrnehmung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verzeichnen. Im Berichtsjahr 2012 sind 42% der erreichten Personen Männer. Im Berichtsjahr 2010 waren es 39%, in 2011 40%.

Tabelle 2: Direkt erreichte Personen nach Geschlecht

	Setting-Ansatz (Schätzzahlen*)		Individueller Ansatz		Betriebl. Gesundheitsf. (Schätzzahlen*)		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Weibliche Pers.	1.336.933	53%	1.074.245	80%	339.314	38%	2.750.493	58%
Männliche Pers.	1.185.583	47%	267.377	20%	552.038	62%	2.004.997	42%
Summe	2.522.516	100%	1.341.622	100%	891.352	100%	4.755.490	100%

* Die Krankenkassenmitarbeiter schätzen die Zahl der erreichten Personen ab.

4 Betriebliche Gesundheitsförderung in Zahlen

Die Krankenkassen orientieren sich bei der Analyse, Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Betrieb am betrieblichen Bedarf. Sie verwenden dabei die vielfach eingesetzten und bewährten Instrumente, wie z. B. Arbeitsunfähigkeits-Analyse, Befragung von Mitarbeitern, Arbeitsplatzbegehung, gruppenmoderierte Verfahren wie die Arbeitssituationsanalyse oder Gesundheitszirkel. Die Instrumente aus dem Arbeits- und Gesundheitsschutz wie die Gefährdungsermittlung und -beurteilung oder die arbeitsmedizinische Untersuchung werden mit ihren Ergebnissen ebenfalls herangezogen.

Arbeitgeber und Unfallversicherungsträger sind verpflichtet, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Den Krankenkassen wiederum ist gesetzlich eine Unterstützungsfunktion für die „Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ zugeschrieben. § 20a SGB V verpflichtet die Krankenkassen zur Zusammenarbeit mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger. Der Beitrag der Krankenkassen besteht darin, gesundheitliche Risiken und Ressourcen zu ermitteln, Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu entwickeln und zur Umsetzung beizutragen. Hierbei sind die Beschäftigten und die Verantwortlichen für den Betrieb zu beteiligen. Die Krankenkassen können die Leistungen selbst erbringen. Sie kön-

nen sie aber auch durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch Arbeitsgemeinschaften erbringen lassen.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein für Arbeitgeber und Versicherte freiwilliger Leistungskomplex. Der gesetzlich verpflichtende Arbeits- und Gesundheitsschutz (auf Basis des Arbeitsschutzgesetzes und des Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit, des SGB VII und weiterer Gesetze) und das für Arbeitgeber verpflichtende betriebliche Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs. 2 SGB IX) bilden weitere wichtige Regelungsbereiche für die Gesundheit der Beschäftigten. Ihre erfolgreiche Verknüpfung mit der betrieblichen Gesundheitsförderung und mit externen Partnern mündet in ein ganzheitliches betriebliches Gesundheitsmanagement. Betriebliche Gesundheitsförderung wiederum besitzt zahlreiche Berührungspunkte und Schnittmengen mit den übrigen Elementen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Faller 2010).

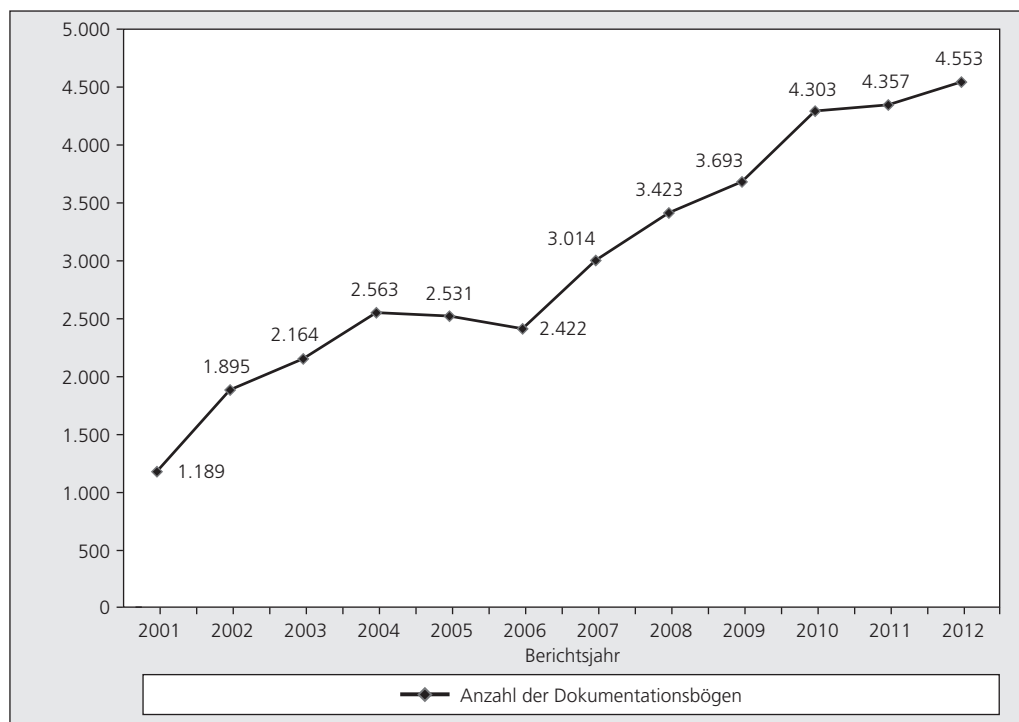
Wie umfassend eine Krankenkasse die Betriebe unterstützt oder Projekte durchführt, ist wesentlich von den Entscheidungen und der jeweiligen Situation vor Ort abhängig. Am Ende sollten nachhaltige gesundheitsförderliche Prozess- und Strukturveränderungen in den Betrieben stehen.

4.1 Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Mit 8.155 Betrieben im Jahr 2012 ist die Zahl der durch krankenkassengeförder- te Maßnahmen erreichten Betriebe weiter gestiegen. Diese 20%ige Steigerung im Vergleich zum Vorjahr (2011: 6.798)

passt zur zunehmenden Aufmerksamkeit, die die Arbeitswelt erhält, wenn es um Gesundheitsbelastungen und Gesunderhaltung geht. Die Anzahl der Dokumentationsbögen ist um 4% gestiegen.

Abb. 1: Anzahl der Dokumentationsbögen für die betriebliche Gesundheitsförderung



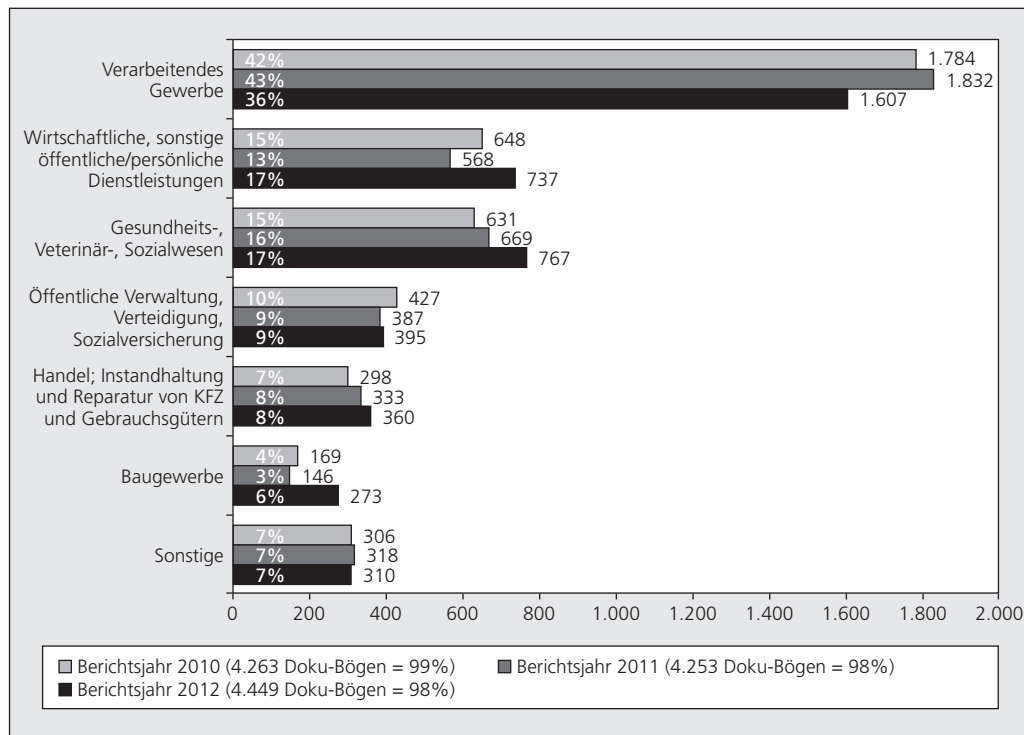
4.2 Branchen

Die gesundheitsfördernden Aktivitäten sind unterschiedlich über die verschiedenen Wirtschaftszweige verteilt. Trotz Rückgang im Jahr 2012 bleibt das verarbeitende Gewerbe mit einem Anteil von 36% nach wie vor Spitzenreiter. Einen deutlichen Zuwachs verzeichnet das Baugewerbe, das mit einem Anteil von 6% seine gesundheitsfördernden Aktivitäten im Vergleich zum Vorjahr verdoppelt hat. Die weiteren Branchen sind bei zum Teil

leichten Zuwächsen stabil. Das Hauptaugenmerk der gesundheitsfördernden Maßnahmen liegt auf der Reduzierung bzw. Kompensation arbeitsbedingter körperlicher Belastungen, wie ein Blick in Kapitel 4.12 zeigt.

Branchen, die in den betrachteten Jahren einen geringeren Anteil als 5% an den durchgeführten Projekten hatten, sind in der Rubrik „Sonstige“ erfasst.

Abb. 2: Branchen



4.3 Standorte und Betriebe

Knapp die Hälfte aller Projekte in der betrieblichen Gesundheitsförderung (47%) wurden in einem Unternehmen oder an einem Standort durchgeführt. Im Jahr 2012 waren dies 3.844 Betriebe. Über die Hälfte der Projekte wurden an mehreren Standorten durchgeführt. Auf diese Weise konnten 4.311 Betriebe mit gesundheitsfördernden Maßnahmen betreut werden. Mit insgesamt 8.155 Betrieben konnten 20% mehr Betriebe als im Vorjahr erreicht werden (2011: 6.798 Betriebe).

Von den erreichten Betrieben wiesen 4% einen hohen Anteil an ungelernten Ar-

beitern auf, d. h. mindestens 20% der Beschäftigten einschließlich der Auszubildenden hatten keine abgeschlossene Berufsausbildung.

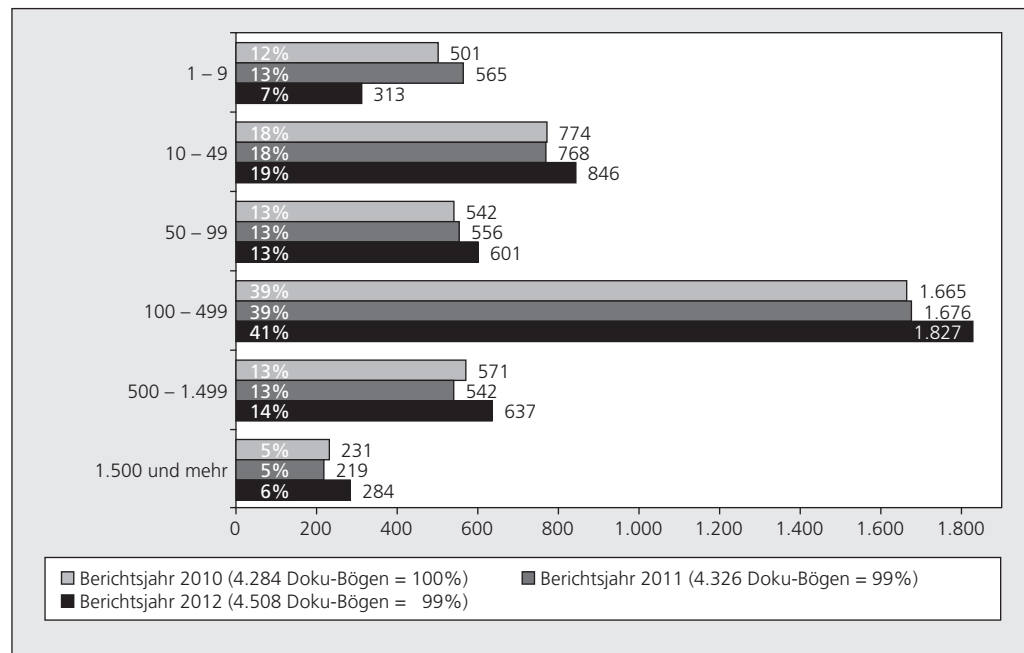
In 24 Projekten wurden Unternehmen mit bundesweiten Standorten betreut. Projekte in den einzelnen Bundesländern erfassten jeweils nur eine kleine Anzahl von Betrieben. Dies zeigt, dass die Maßnahmen sehr spezifisch auf die Belange der Betriebe ausgerichtet waren.

4.4 Betriebsgröße

Die nachfolgende Übersicht zeigt das Engagement der einbezogenen Betriebe in der Gesundheitsförderung gegliedert nach der Betriebsgröße. Die Betriebsgröße ist durch die Anzahl der Beschäftigten im Betrieb definiert. Bei den Kleinbetrieben mit weniger als zehn Mitarbeitern ist ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Bei allen anderen Betriebsgrößen hat sich

die Zahl der Betriebe, die sich mit Krankenkassenunterstützung für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter engagieren, erhöht. Nach wie vor finden sich die meisten Betriebe, die ihren Mitarbeitern gesundheitsfördernde Maßnahmen anbieten, bei den Unternehmen mit 100 bis unter 500 Mitarbeitern.

Abb. 3: Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigten)

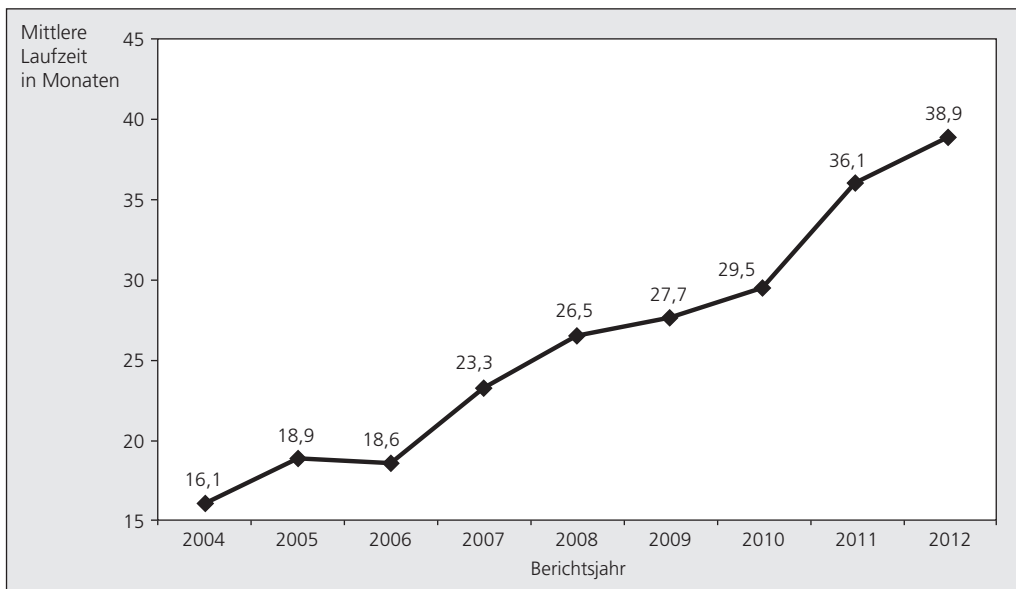


4.5 Projektlaufzeit

Der seit 2006 kontinuierliche Trend der steigenden Laufzeit setzt sich auch 2012 fort. Eine mittlere Laufzeit von über drei

Jahren spricht für ein nachhaltiges betriebliches Gesundheitsmanagement.

Abb. 4: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten

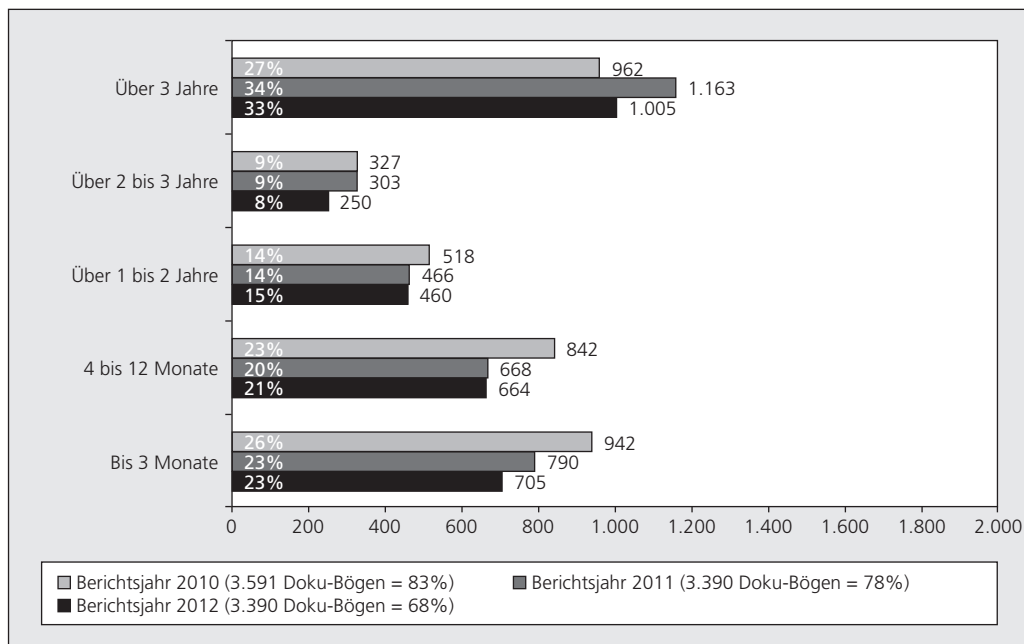


Der Anteil der Projekte mit einer Laufzeit von über einem Jahr ist mit 56% für 2012 konstant geblieben. In dem trotzdem erfolgten leichten Anstieg der durchschnittlichen Laufzeit schlägt sich die weitere Fortführung von Langzeitprojekten nieder.

Projekte, die nur kurz angelegt sind mit Laufzeiten von bis zu drei Monaten, sind rückläufig. Der Anteil von Projekten mit einer Laufzeit von vier bis zwölf Monaten

sowie von ein bis zwei Jahren ist ziemlich konstant geblieben. Die meisten Projekte haben eine Laufzeit von bis zu einem Jahr. Insgesamt machen die Projekte, die bis zu zwei Jahre laufen, 59% der Aktivitäten aus. Es liegen jedoch nur für zwei Drittel der Projekte Angaben zu den Laufzeiten der Gesundheitsförderungsmaßnahmen vor, einschließlich geplanter Laufzeiten von Projekten, welche zum Ende eines Berichtsjahres noch nicht abgeschlossen waren.

Abb. 5: Laufzeit der Aktivitäten in Monaten



4.6 Erreichte Personen

Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung erreichen immer mehr Mitarbeiter direkt. Die Schätzzahl der erreichten Personen ist um 12% im Vergleich zum Vorjahr gestiegen.

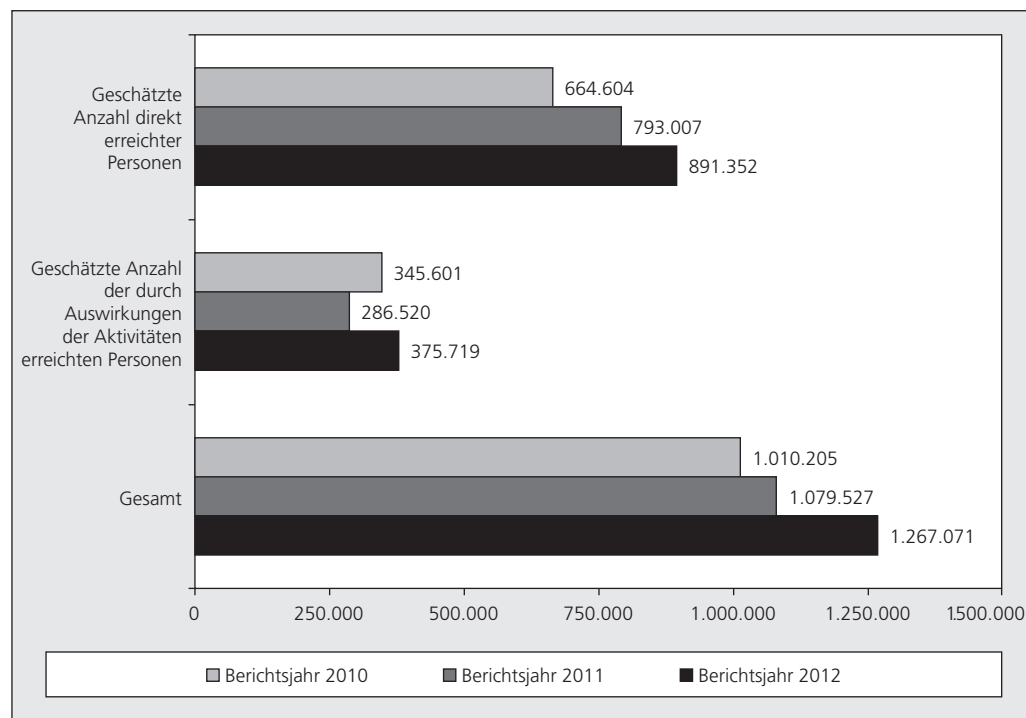
Dadurch, dass es gelungen ist, mehr Teilnehmer für Veranstaltungen und Maßnahmen direkt zu gewinnen, gibt es auch mehr Teilnehmer, die ihre neuen Erkenntnisse an andere Mitarbeiter weitergeben. Hierdurch und durch gezielte Schulung von Multiplikatoren werden weitere Beschäftigte indirekt erreicht. Auch verhältnisbezogene Maßnahmen, die im Betrieb umgesetzt werden, wirken auf alle Mitarbeiter.

Die Bildung von Gesundheitszirkeln, in die nur einige Mitarbeiter eines Arbeits-

bereiches eingebunden sind, führt durch Umsetzung der im Gesundheitszirkel gewonnenen Erkenntnisse im gesamten Arbeitsbereich oder Betrieb dazu, dass insgesamt viele weitere Mitarbeiter von den im Gesundheitszirkel entwickelten Maßnahmen profitieren. Neben der direkten Wirkung hat ein Gesundheitszirkel somit eine große indirekte Wirkung.

Grundsätzlich ist die Zahl der indirekt erreichten Mitarbeiter nicht einfach zu schätzen. So waren die von den Krankenkassen gemeldeten Zahlen im Vorjahr etwas gesunken, haben aber im Jahr 2012 wieder zugenommen.

Abb. 6: Erreichte Personen (Schätzzahlen)



Im Vergleich der Bundesländer zeigt die erreichten Beschäftigten eine große Zahl der BGF-Projekte und der dadurch Spannweite.

Tabelle 3: Erreichte Personen nach Bundesländern

(Mehrfachnennungen möglich)

Quelle der Angaben zu den Beschäftigtenzahlen nach Bundesländern: Statistisches Bundesamt Deutschland: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte am Arbeitsort nach Ländern, Vollzeitbeschäftigten, Teilzeitbeschäftigten, Auszubildenden, Stand: 30.09.2012

	Anzahl Projekte	Anzahl direkt erreichter Personen	Erreichte Personen je 100 TSD Beschäftigte
Bundesweite Projekte (über alle Länder hinweg)	24	135.031	459
Baden-Württemberg	233	67.477	1.633
Bayern	1.324	139.479	2.839
Bremen	53	21.487	1.770
Berlin	55	28.876	3.697
Brandenburg	57	13.290	4.407
Hamburg	96	34.518	3.968
Hessen	122	55.980	2.422
Mecklenburg-Vorpommern	51	7.967	1.480
Niedersachsen	188	66.652	2.513
Nordrhein-Westfalen	1.187	241.073	3.916
Rheinland-Pfalz	204	61.602	4.772
Saarland	75	56.146	15.215
Sachsen	132	36.689	2.489
Sachsen-Anhalt	551	59.701	7.788
Schleswig-Holstein	88	15.663	1.792
Thüringen	192	30.510	3.970

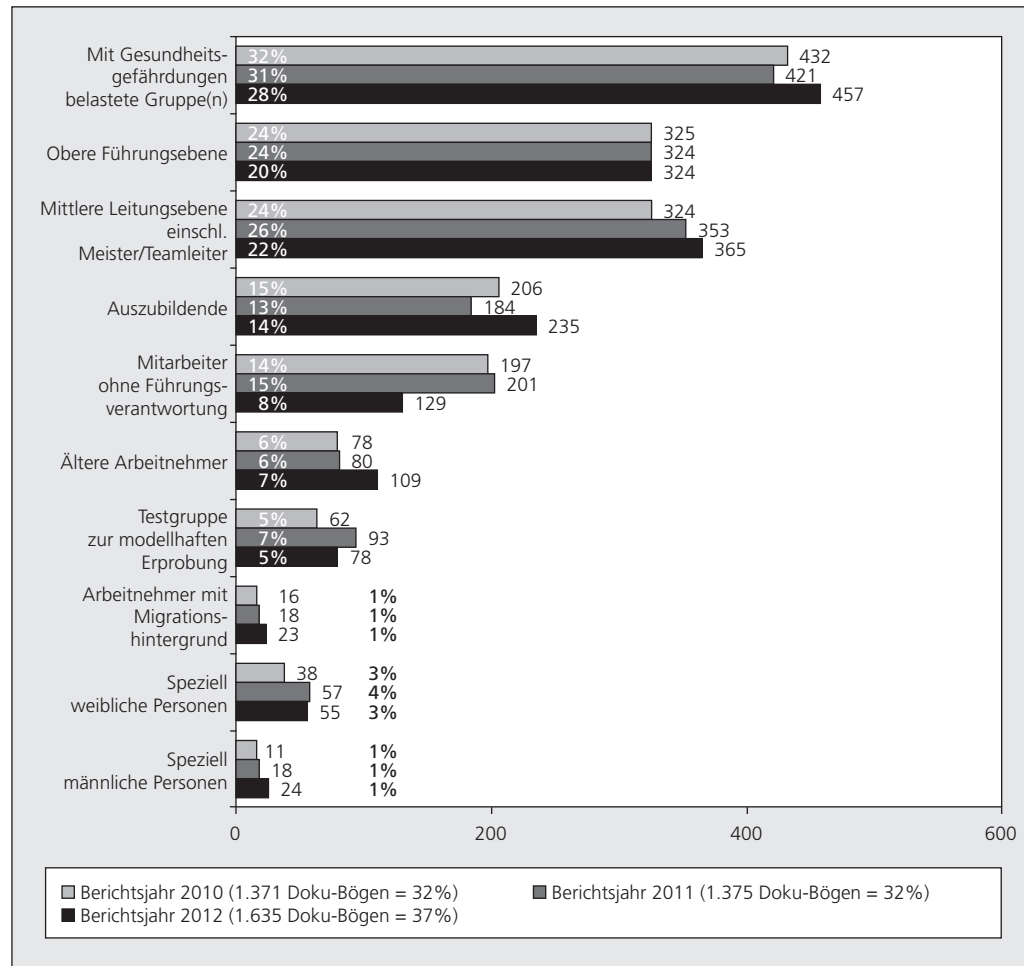
4.7 Zielgruppen

Knapp zwei Drittel aller Projekte (63%) richten sich an alle Mitarbeiter. 37% der Aktivitäten sind auf bestimmte Zielgrup-

pen zugeschnitten. Welche Zielgruppen hierbei besonders im Fokus stehen, ist der folgenden Abbildung 7 zu entnehmen.

Abb. 7: Zielgruppen

(Mehrfachnennungen möglich)



Fast alle Angebote richten sich gleichermaßen an Frauen und Männer. Nach wie vor richten sich die meisten Angebote an Beschäftigtengruppen, die durch Gesundheitsgefährdungen belastet sind (28%). Die Betriebe sprechen auch die mittlere (22%) und obere (20%) Führungsebene an. Hier wird nicht nur der Multiplikatoreffekt im Gesundheitsmanagement des Betriebes durch die leitenden Mitarbeiter genutzt, die Führungskräfte gestalten die

Arbeitsbedingungen auch mit und haben dadurch Einfluss auf Arbeitszufriedenheit, Motivation und gesundheitliches Befinden der Mitarbeiter. Bei der Zielgruppe der Auszubildenden (14%), kann besonders nachhaltig in die Gesunderhaltung und langfristige Gesundheit der Mitarbeiter investiert werden.

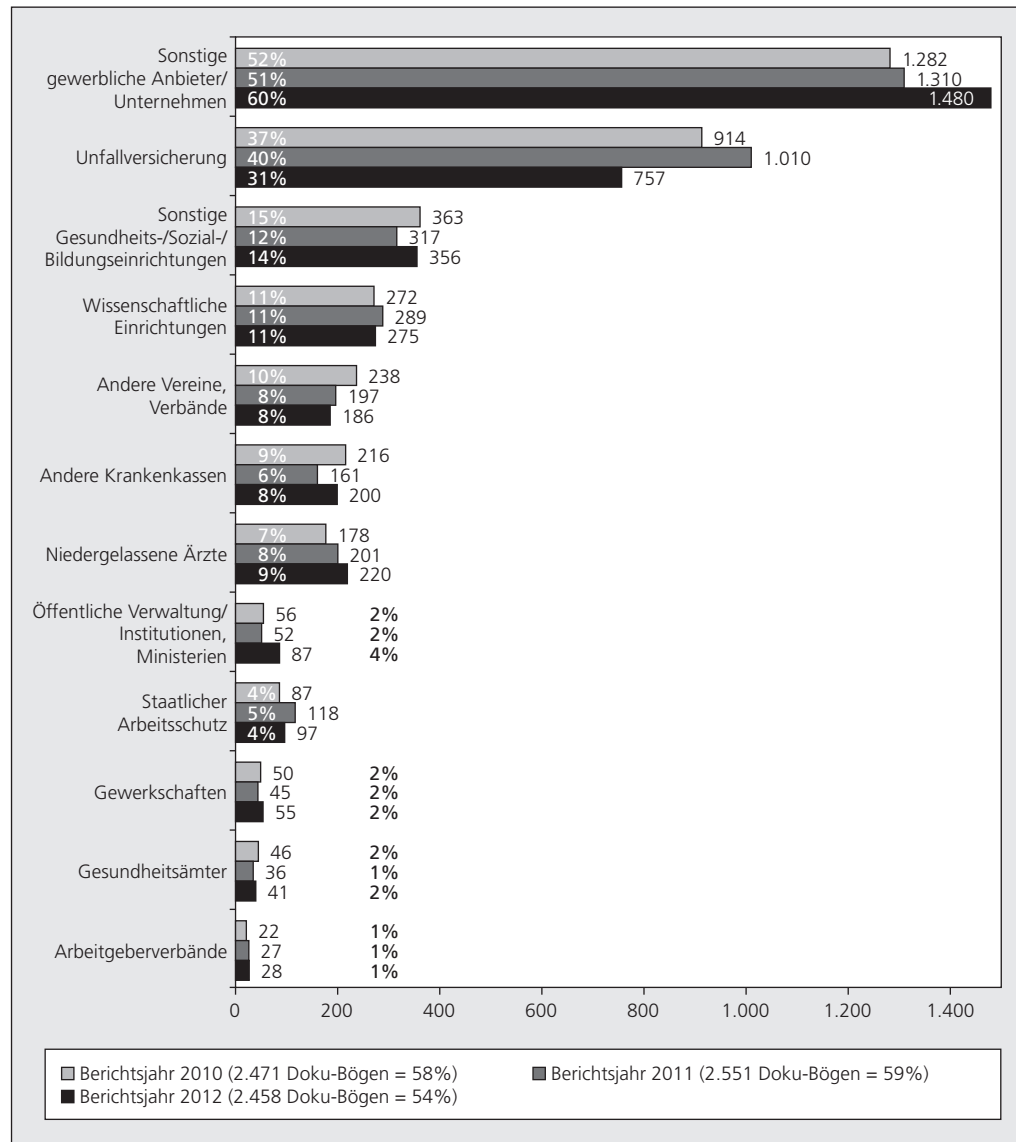
4.8 Kooperationspartner

In etwas mehr als der Hälfte (54%) der Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung setzen die Unternehmen auf weitere Unterstützung durch außerbetriebliche Partner. Am häufigsten wird hier mit gewerblichen Anbietern (60%) kooperiert, die Gesundheitsförderungs-

konzepte entwickeln, auf den Betrieb zuzuschneiden und die Umsetzung begleiten. Weitere wichtige Partner sind die Unfallversicherungen (31%), die im Berichtsjahr allerdings seltener an den BGF-Prozessen mitwirkten als in den Vorjahren.

Abb. 8: Kooperationspartner

(Mehrfachnennungen möglich)



4.9 Koordination und Steuerung

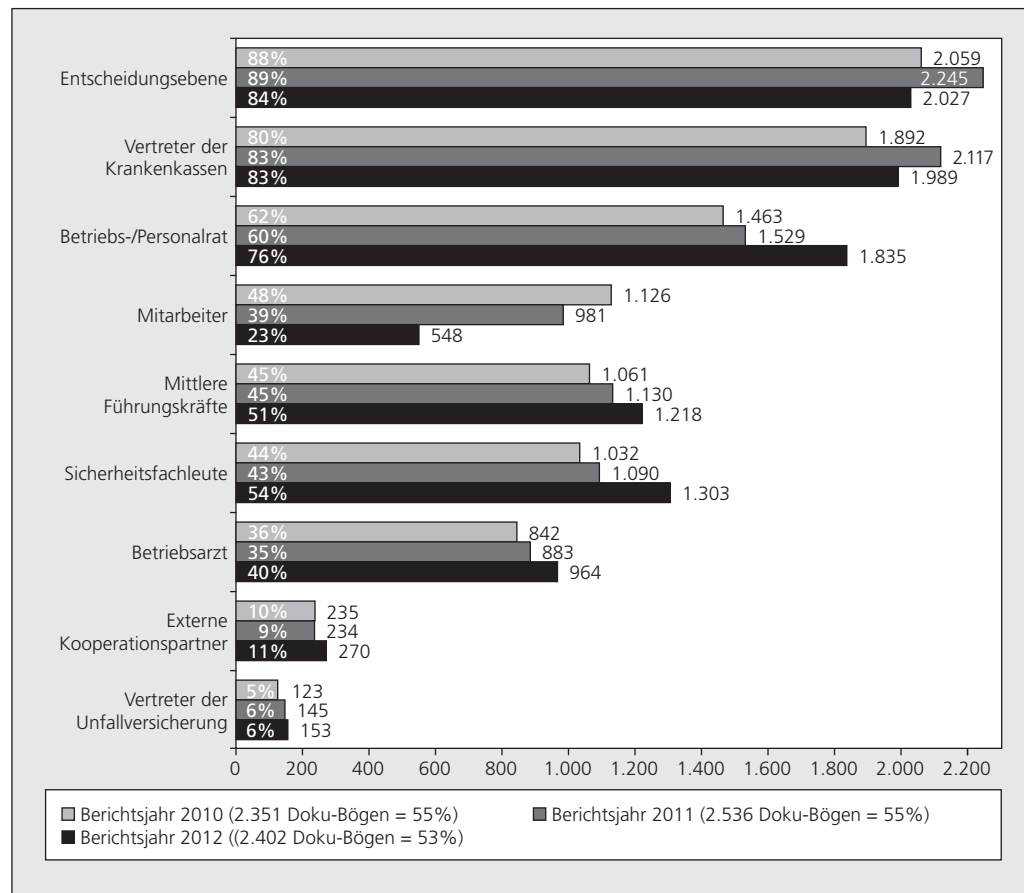
Gut die Hälfte der Unternehmen (53%) setzt ein Steuerungsgremium zur Implementierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Betrieb ein, denn Koordinations- und Steuerungsstrukturen haben sich bewährt bei der Planung und dauerhaften Etablierung der Präventionsmaßnahmen. Beispielsweise finden sich die relevanten Akteure in einem „Arbeitskreis Gesundheit“ zusammen, um die Aktivitäten und Maßnahmen im Betrieb zu leiten und zu koordinieren. Hier werden Bedarfsanalysen durchgeführt, geeignete Interventionen angestoßen, deren Implementierung begleitet und der Erfolg kontrolliert (vgl. Kap. 4.14). Es hat

sich gezeigt, dass sich Projekte, die mittels Koordinations- und Steuerungsstrukturen aufgebaut werden, durch eine höhere Qualität der Maßnahmen auszeichnen, tendenziell „anspruchsvoller“ und erfolgsversprechender sind.

Über die Zusammensetzung dieser Steuerungsgremien gibt die nachfolgende Abbildung 9 eine Übersicht. Es zeigt sich im Dreijahresvergleich, dass die Vertretung der Entscheidungsebene leicht zurückgegangen ist. Die anderen Beteiligten sind stärker vertreten, insbesondere die Einbindung von Sicherheitsfachleuten und Betriebsräten hat deutlich zugenommen.

Abb. 9: Vertreter im Steuerungsgremium

(Mehrfachnennungen möglich)



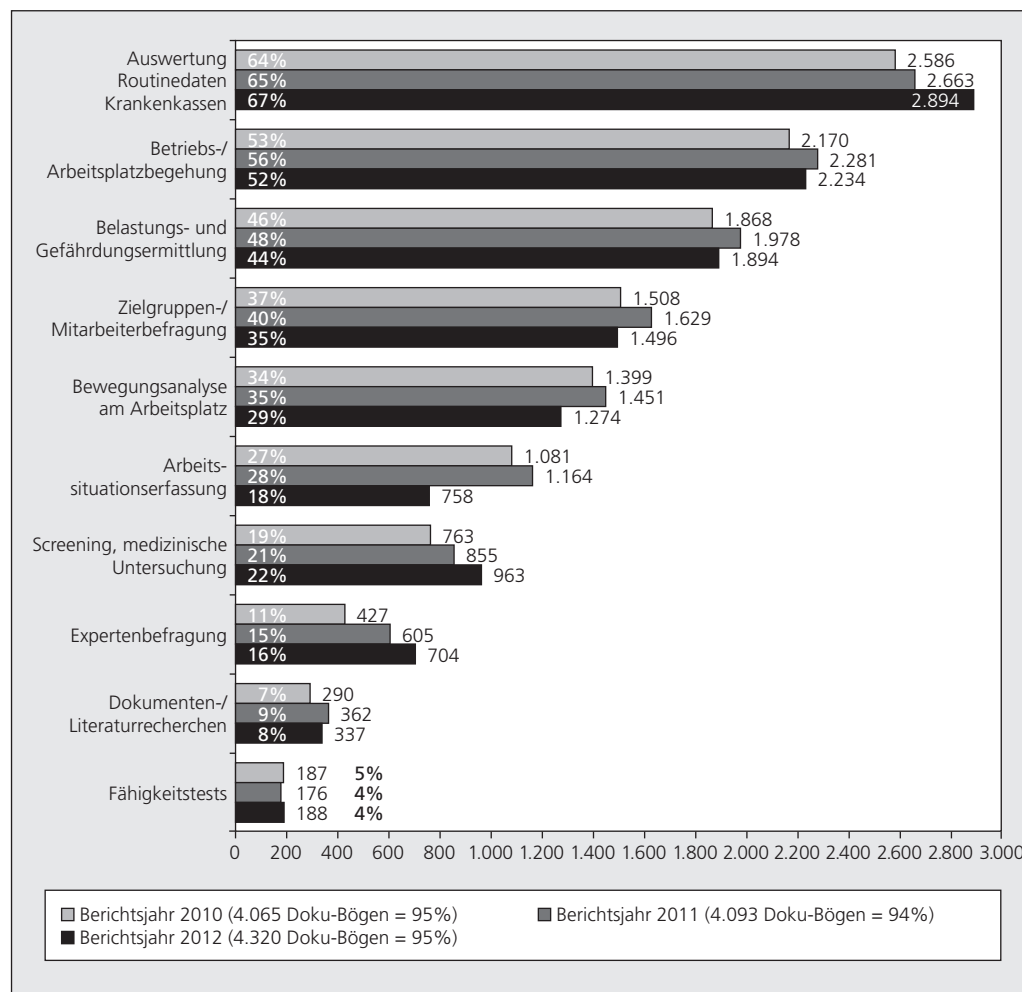
4.10 Bedarfsermittlung

Angesichts der Vielzahl von Maßnahmen, die möglich sind, um einerseits Belastungen am Arbeitsplatz zu verringern, andererseits aktiv etwas für die Gesundheit der Mitarbeiter zu tun, ist es wichtig herauszufinden, wo im einzelnen Betrieb Handlungsbedarf ist und welche Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für welche Beschäftigtengruppen erfolgversprechend sind. Abbildung 10 zeigt die Vielzahl der Informationsquellen und die Häufigkeit ihrer Anwendung. Durchschnittlich setzt ein Betrieb drei Methoden ein, um sich ein Bild von der Situation zu

machen. Fast alle Betriebe (95%) haben im letzten Jahr solche Bedarfsanalysen durchgeführt. Die Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen hat hierbei noch weiter zugenommen und wird gefolgt von der Arbeitsplatzbegehung am häufigsten eingesetzt. Die Übersicht zeigt, dass immer häufiger Experten einbezogen werden. Durch die Verknüpfung von objektiven Daten mit subjektiven Mitteilungen der Mitarbeiter und von Experten versuchen die Betriebe den Bedarf möglichst passgenau zu ermitteln.

Abb. 10: Bedarfsermittlung

(Mehrfachnennungen möglich)



4.11 Gesundheitszirkel

Ein Gesundheitszirkel wird durch einen Moderator geleitet, der idealerweise aus einem anderen Arbeitsbereich oder von außen kommt. Er moderiert die einmal oder mehrmals stattfindenden Gruppentreffen. Ziel ist es, dass die Mitarbeiter (oder deren ausgewählte Vertreter) gesundheitsgefährdende Faktoren am Arbeitsplatz identifizieren und analysieren. Im zweiten Schritt werden aus der Analyse heraus direkt Lösungsvorschläge und Verbesserungen gemeinsam erarbeitet.

Ein Gesundheitszirkel bietet Mitarbeitern die Möglichkeit, sich aktiv in die Arbeitsgestaltung einzubringen und wirkt somit auch gleichzeitig bereits verhältnispräven-

tiv. Für eine erfolgreiche Umsetzung ist von der Unternehmensführung Offenheit und die Bereitschaft zu Veränderungen gefordert. In größeren Firmen kann unter Umständen die Durchführung mehrerer Zirkel sinnvoll sein, um auf unterschiedliche Arbeitsbelastungen in verschiedenen Arbeitsbereichen einzugehen. Hier ist die Koordination durch einen Arbeitskreis Gesundheitsförderung sinnvoll.

Die Auswertung der Dokumentationsbögen des Jahres 2012 zeigt, dass bei 21% aller Projekte Gesundheitszirkel eingesetzt werden. Durchschnittlich sind es drei Zirkel je Projekt.

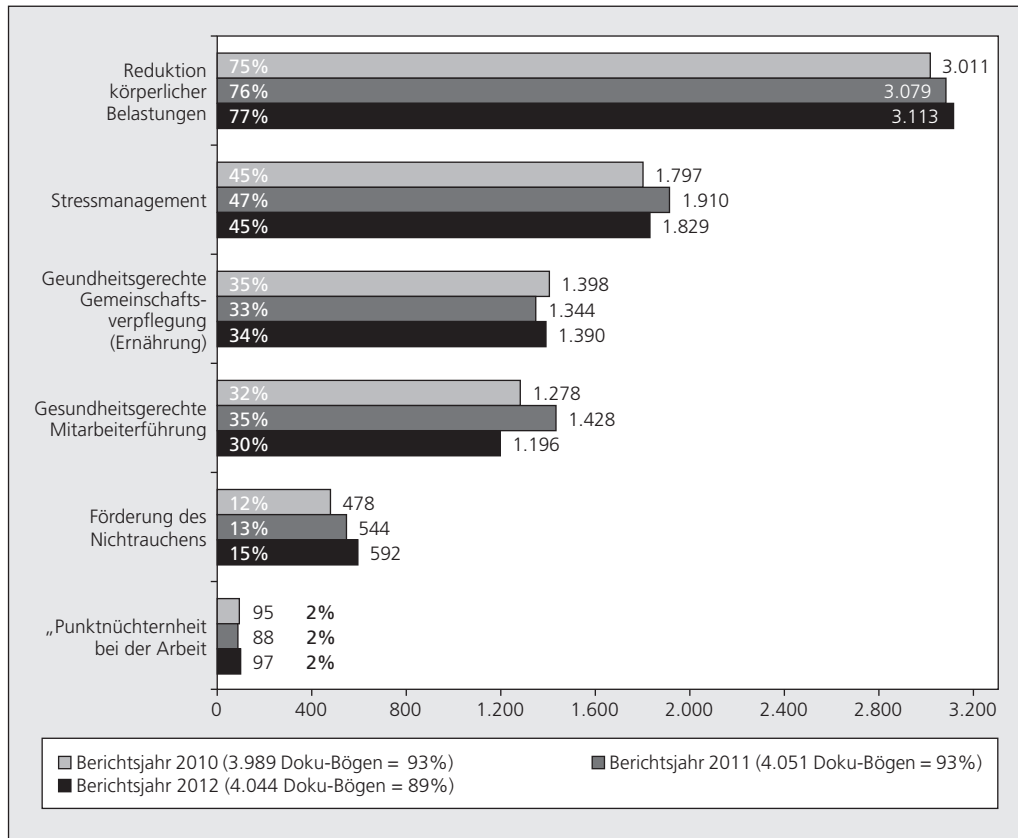
4.12 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Für 89% der Projekte liegen Angaben zu den Inhalten der Maßnahmen vor. Bei den anderen Projekten war zum Zeitpunkt der Erfassung möglicherweise die Bedarfsermittlung oder die Konzeption der Intervention noch nicht abgeschlossen. Die Erhebung zeigt, dass bei den meisten Interventionen zwei Handlungsfelder miteinander kombiniert wurden.

Wie die Abbildung 11 zeigt, sind die Aktivitäten, die sich mit der Reduzierung körperlicher Belastungen befassen, wie in den Vorjahren Spitzenreiter. Nach wie vor verursachen Muskel- und Skeletterkrankungen die meisten Fehltage; auch ist das verarbeitende Gewerbe (vgl. Kap. 4.2) der Wirtschaftszweig mit dem größten Krankenkassenengagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Abb. 11: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

(Mehrfachnennungen möglich)



4.13 Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Die Mitarbeiter können durch ihr Verhalten selbst entscheidend Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen. Gleichzeitig haben aber auch die Arbeitsbedingungen einen großen Einfluss auf die Arbeitskraft und die Belastbarkeit der Beschäftigten.

Abbildung 12 zeigt, dass die meisten Projekte beide Ansätze in ihren Aktivitäten verbinden. So werden den Mitarbeitern Kenntnisse vermittelt, die sie befähigen und motivieren, sich gesundheitsbewusster zu verhalten und Belastungen besser zu begegnen. Dies kann durch verhaltensbezogene Aktivitäten wie Informationsveranstaltungen und durch praktische Trainings wie z. B. das Einüben von entlastenden Bewegungsabläufen erfolgen.

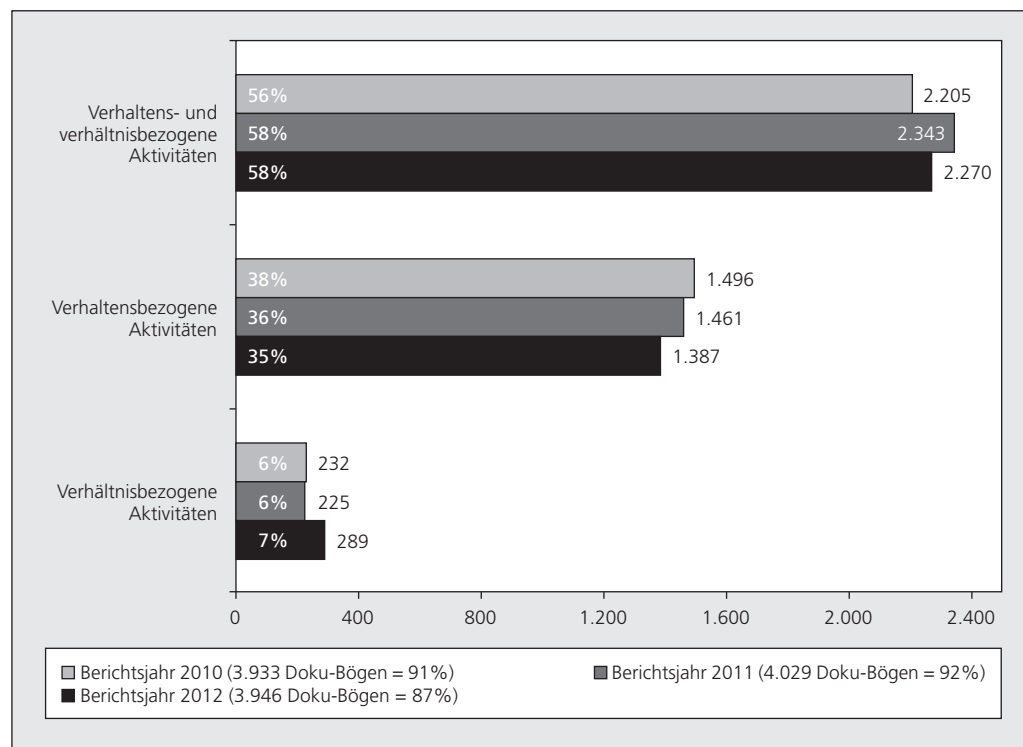
Durch strukturelle oder organisatorische Veränderungen des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsabläufe können Belastungen am Arbeitsplatz reduziert werden. Mit verhältnisbezogenen Maßnahmen zur

gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitsplätze und Arbeitsabläufe kann körperlichen Beschwerden und auch Stress vorgebeugt werden.

Solche umfangreichen Prozesse zur Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen müssen von der Unternehmensleitung getragen sein und es muss auch die Bereitschaft zu Investitionen bestehen. Die Krankenkassen beraten und unterstützen die Unternehmen bei der Bedarfsermittlung, Planung und Umsetzung.

Im Ergebnis tragen Projekte, die verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten sinnvoll miteinander kombinieren und bei denen Mitarbeiter und Arbeitgeber gemeinsam Veränderungen herbeiführen, zur Qualitätssteigerung und somit zu einer hochwertigen und nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsförderung bei.

Abb. 12: Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

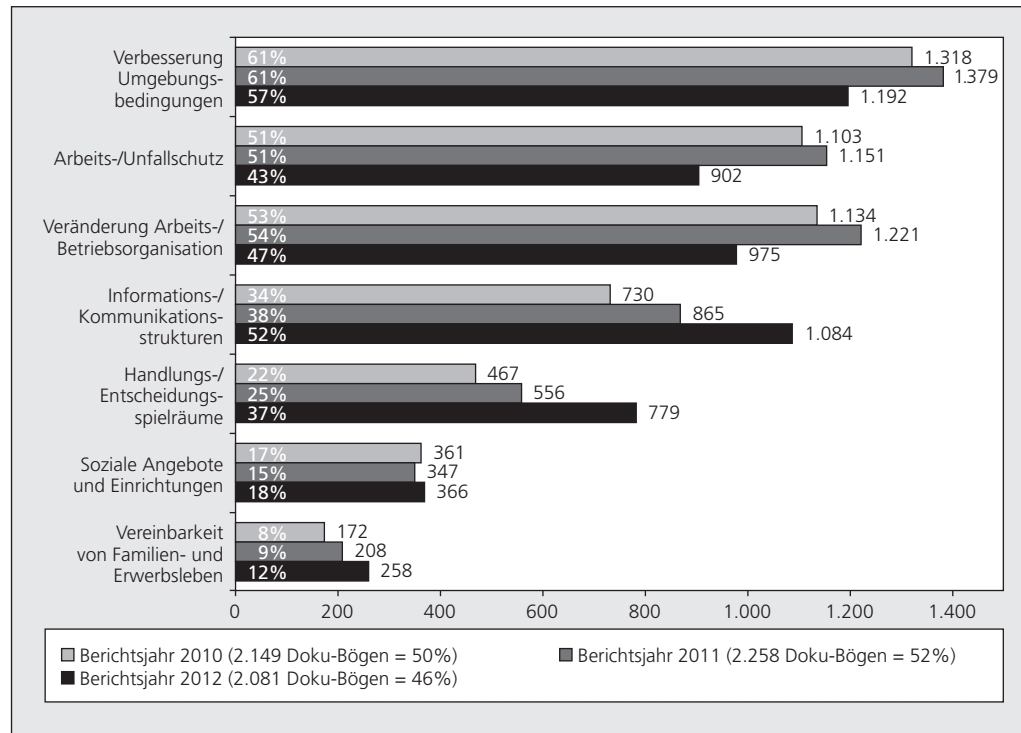


Knapp der Hälfte der Dokumentationsbögen ist eine Angabe zur Art der Umgestaltung am Arbeitsplatz zu entnehmen. Im Jahr 2012 zeigt sich, dass Anpassungen der Informations- und Kommunikationsstrukturen die größte Zuwachsrate verzeichnen und bei mehr als der Hälfte

der Projekte, für die Aussagen zur Art der Umgestaltung vorliegen, Thema sind. Ebenfalls deutlich zugenommen haben Maßnahmen zu den Handlungs- und Entscheidungsspielräumen sowie – auf niedrigerem Niveau – Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben.

Abb. 13: Art der Umgestaltung

(Mehrfachnennungen möglich)

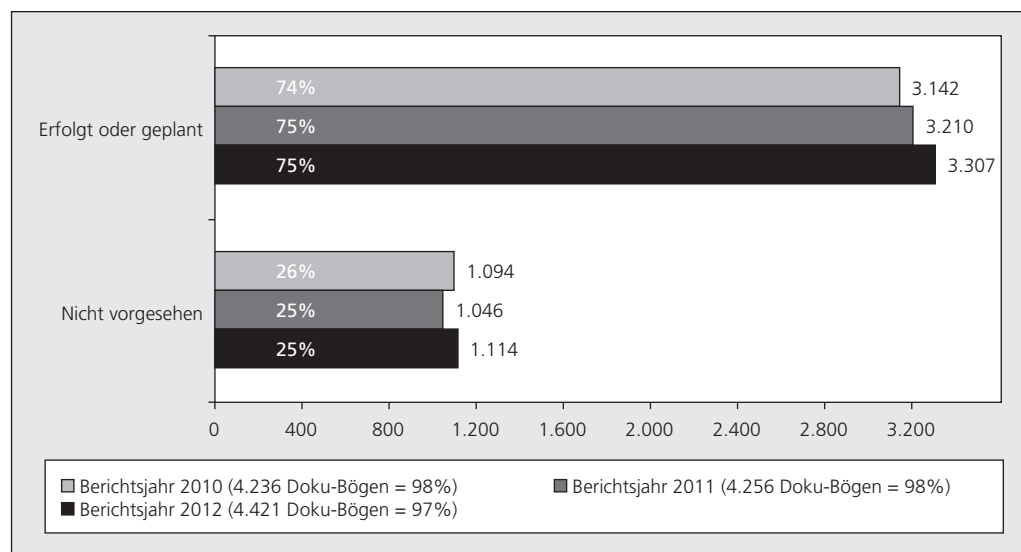


4.14 Erfolgskontrolle

Auf einem gleichbleibend hohen Niveau von 75% der Projekte sind Erfolgs-

kontrollen geplant bzw. durchgeführt worden.

Abb. 14: Durchführung einer Erfolgskontrolle

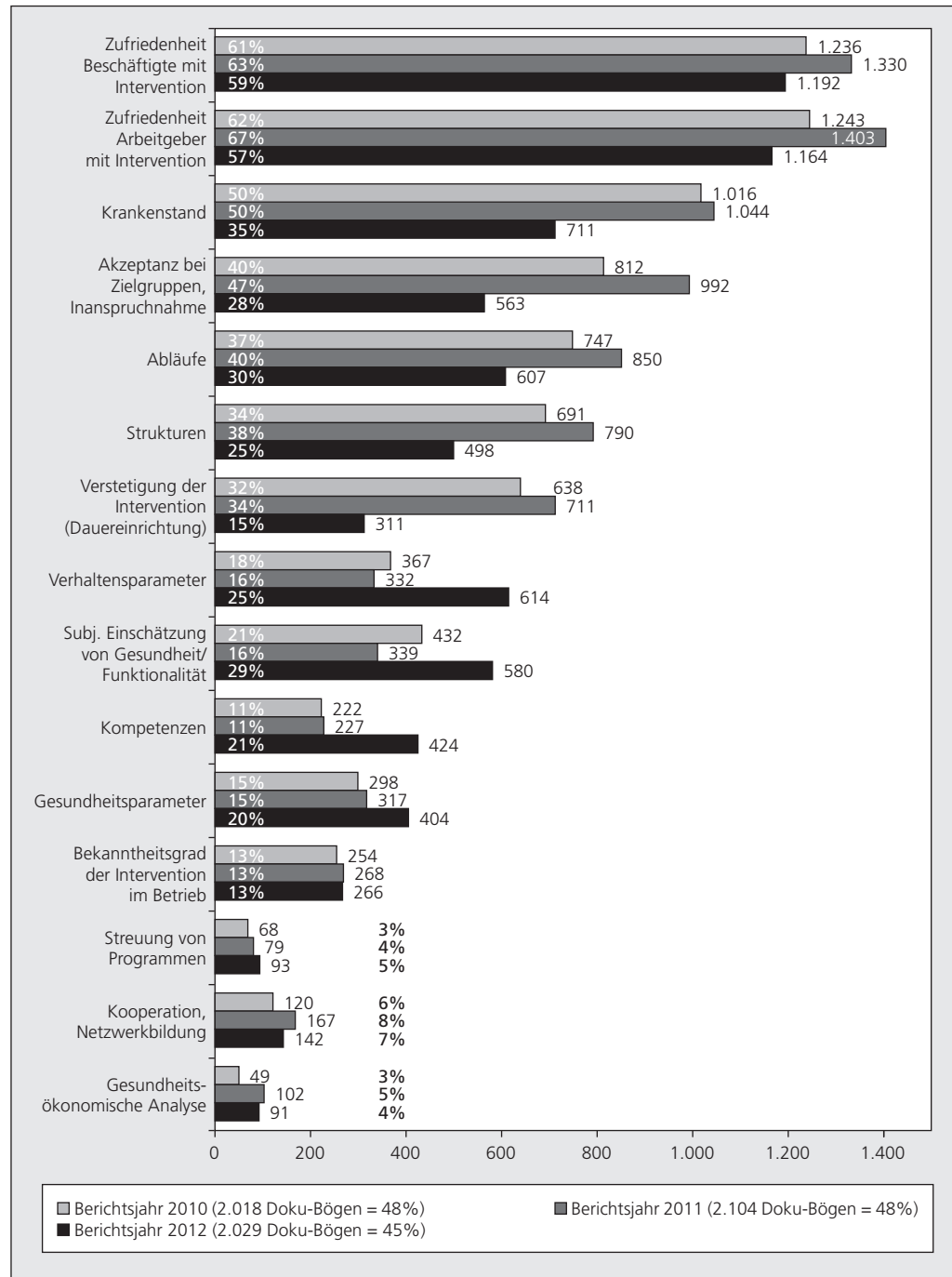


Eine Vielzahl von Ergebnisdimensionen kann hierbei erfasst werden. Im Durchschnitt wird eine Auswahl für vier Parameter je Projekt getroffen. Am häufigsten ist dies die Zufriedenheit von Mitarbeitern und Arbeitgebern. Die Auswertung

für 2012 zeigt, dass die Erfassung des Krankenstandes im Vergleich zum Vorjahr stark gesunken ist. Verhaltensparameter und Kompetenzen wurden deutlich häufiger als in den Vorjahren als Erfolgsparameter herangezogen.

Abb. 15: Inhalte der Erfolgskontrolle

(Mehrfachnennungen möglich)



5 Setting-Ansatz in Zahlen

Die Ergebnisse der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“ (Robert Koch-Institut 2011) zeigen, dass verhaltenspräventive Maßnahmen seltener von Personen mit niedrigem als von Personen mit mittlerem und hohem Sozialstatus in Anspruch genommen werden. Um daher Menschen in sozial benachteiligter sozialer Lage zu erreichen, ist es wichtig, dass die Angebote in die Lebensräume der betreffenden Menschen hineingetragen werden. So können auch diejenigen Menschen erreicht werden, die nicht von sich aus individuelle Angebote wahrnehmen.

Die Krankenkassen bieten z. B. in Kindertagesstätten, Schulen und Einrichtungen der Altenhilfe Aktivitäten an oder unterstützen gesundheitsfördernde Maßnahmen in Kommunen und Stadtteilen, von denen die dort lebenden Menschen profitieren. Solche Lebensräume werden Settings genannt. Hier können die Krankenkassen auch dazu beitragen, dass die verantwortlichen Akteure das Setting selbst gesundheitsförderlicher gestalten.

Kindertagesstätten und Schulen sind für die Krankenkassen besonders wichtige

Settings, da dort junge Menschen erreicht werden. Diese können durch gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen nachhaltig geprägt werden.

Die Kriterien für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz sind im Leitfaden Prävention der GKV festgelegt.

Unterschiedliche Settings sind unterschiedlich erreichbar und für unterschiedliche Maßnahmen zugänglich. Es bedarf spezifischer Methoden und Inhalte, um zu den jeweiligen Settings Zugang zu erhalten und wirkungsvoll agieren zu können. In diesem Zusammenhang ist interessant, welche Wege und Maßnahmen unter welchen Umständen erfolgreich sind.

Nachfolgend werden Aktivitäten im Setting-Ansatz sowohl insgesamt als auch getrennt nach Art der Settings, nach Vorhandensein von Steuerungsstrukturen und nach Bundesländern dargestellt. Sie werden bezüglich ihrer Laufzeit, Zielgruppen, Einsatz von Gesundheitszirkeln, inhaltlichen Ausrichtung der Aktivitäten, Häufigkeiten der verhaltens- bzw. verhältnisbezogenen Aktivitäten sowie Erfolgskontrollen beschrieben.⁴

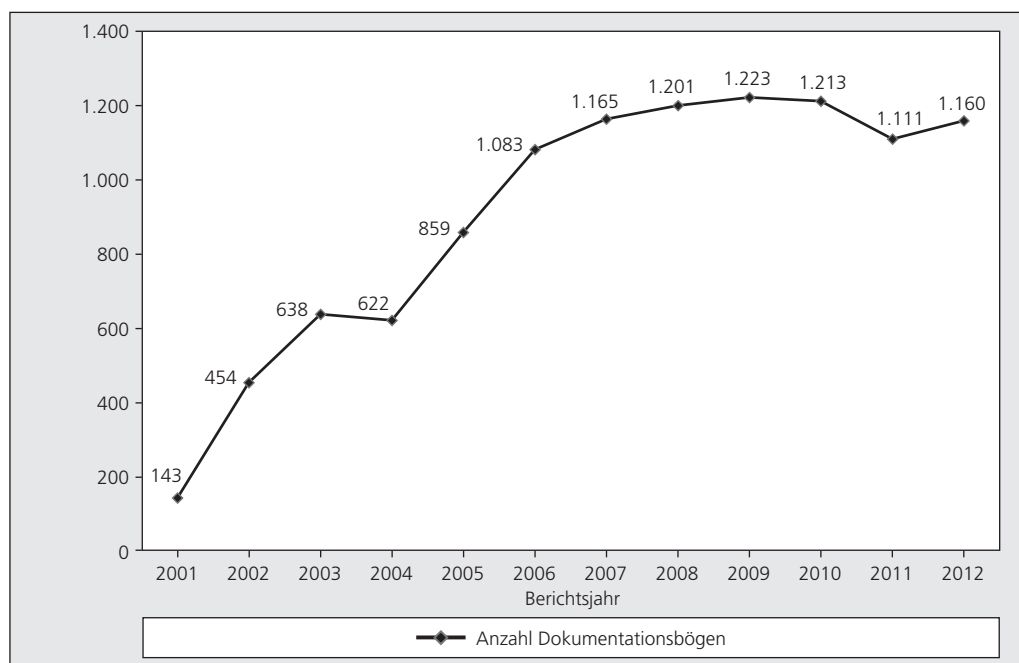
5.1 Anzahl der Dokumentationsbögen und Verteilung der Settings

Die Krankenkassen dokumentieren ihre Aktivitäten mittels spezieller Erfassungsbögen. Hierbei wird ein Projekt, das in mehreren Settings (z. B. in zehn Kitas und fünf Grundschulen einer Gemeinde) durchgeführt wird, in *einem* Erfassungsbogen beschrieben.

Für das Berichtsjahr 2012 liegen über 1.100 Dokumentationsbögen vor. Die Verlaufskurve zeigt, dass sich der Umfang der Aktivitäten seit vielen Jahren stabil auf einem hohen Niveau befindet.

⁴ Differenzierte Auswertungen im Tabellenband

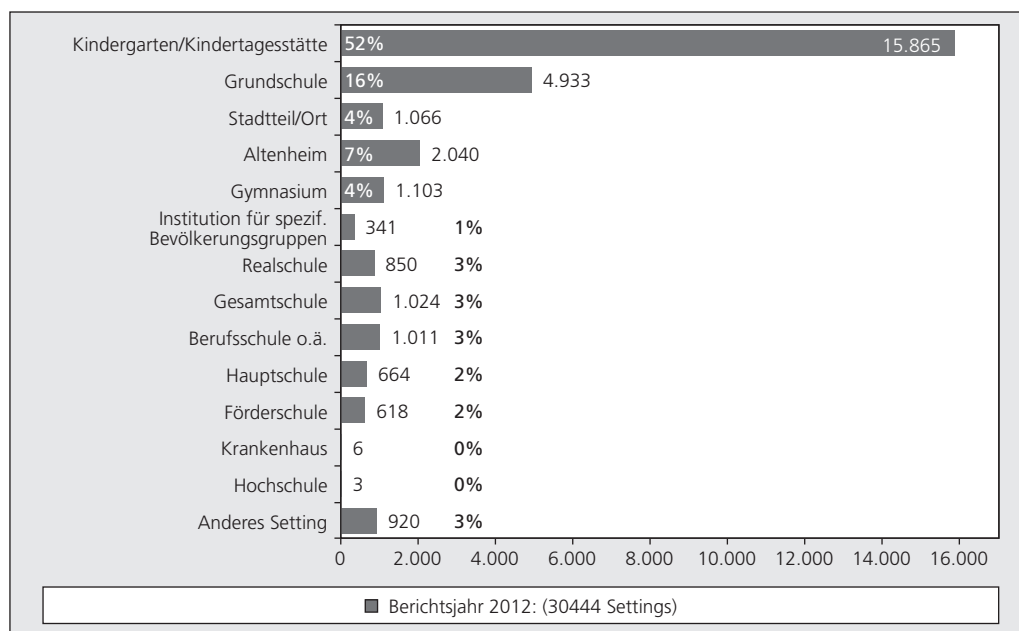
Abb. 16: Anzahl Dokumentationsbögen



In den Dokumentationsbögen wurden für das Berichtsjahr 2012 Aktivitäten in über 30.000 Settings beschrieben. Gut die Hälfte der Aktivitäten werden in Kindergärten und Kitas durchgeführt. Mit 52% sind diese Settings am häufigsten die Orte

der Präventionsaktivitäten der Krankenkassen, in weitem Abstand gefolgt von den Grundschulen. In diesen Settings profitieren Kinder aus allen sozialen Schichten von den Präventionsmaßnahmen.

Abb. 17: Anzahl der Settings



5.2 Betreuungsgrad in Bildungseinrichtungen

In welchem Umfang die Krankenkassen die verschiedenen Bildungseinrichtungen mit ihren Setting-Aktivitäten erreichen, kann am Betreuungsgrad abgelesen werden. Die Krankenkassen erreichen mit ihrem Engagement gut ein Drittel der Realschulen und Gymnasien. Bei den Kitas und Grundschulen sind es knapp ein Drittel.

Bei den Haupt- und Förderschulen liegt der Betreuungsgrad mit knapp einem Fünftel deutlich niedriger als bei den anderen Schulformen. Möglicherweise stehen andere Problemlagen bei der Hauptschule im Fokus und die ungewisse Zukunft der Hauptschule als Schulform erlaubt nur geringe Kapazitäten für das Präventionsengagement.

Tabelle 4: Anteil der betreuten Bildungseinrichtungen an allen Einrichtungen in Deutschland

Quellen: Statistisches Bundesamt, Statistik der Kinder und Jugendhilfe, III.1 Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen am 01.03.2013; Statistisches Bundesamt, Allgemeinbildende Schulen, Schulen und Klassen nach Schularten im Schuljahr 2011/2012. Stand: 23.08.2013

Settings	Anzahl Einrichtungen in Deutschland	Anzahl Einrichtungen mit Präventionsaktivitäten	Betreuungsgrad 2012
Kindergarten/Kindertagesstätte	52.484	15.865	30%
Grundschule	16.103	4.933	31%
Förderschule	3.282	618	19%
Hauptschule	3.606	664	18%
Realschule	2.530	850	34%
Gymnasium	3.124	1.103	35%
Gesamtschule, Schularten mit mehreren Bildungsgängen	2.874	1.024	36%
Allgemeinbildende Schulen gesamt	31.519	9.192	29%
Allgemeinbildende Schulen und Kitas gesamt	84.003	25.057	30%
Berufsschulen	8.831	1.011	11%
Hochschule	427	3	1%

5.3 „Soziale Brennpunkte“

Der Präventionsbericht erfasst Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die in „sozialen Brennpunkten“ durchgeführt werden. Es handelt sich um Wohngebiete, in denen Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und deren soziales Netzwerk eingeschränkt ist. Es muss beachtet werden, dass „sozialer Brennpunkt“ jedoch kein scharf definierter Begriff ist.

Der Begriff wurde in der sozialwissenschaftlichen Literatur zunehmend durch Begriffe wie „benachteiligtes Quartier“ oder „Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf“ abgelöst. Weil jedoch der Begriff „sozialer Brennpunkt“ eingeführt und allgemein verständlich ist, verwendet ihn die GKV im Dokumentationsbogen.

Dies geschieht in Abstimmung mit externen Experten aus der sozialen Ungleichheitsforschung. Als Hinweis auf die Unschärfe der Terminologie ist der Begriff in Anführungszeichen gesetzt.

Spitzenreiter der Settings, die in „sozialen Brennpunkten“ lagen und Ziel von Präventionsaktivitäten waren, sind die Kindergärten und Kitas (Tabelle 5). Nach den Angaben der Krankenkassen galt dies für 26% der Kitas. Dieser Wert spricht z. B. im Ruhrgebiet für ein angemessenes Präventionsangebot, da dort etwa ein Viertel der Stadtteile als Quartiere mit niedrigem sozialen Rang und einem hohen Anteil an Personen mit Migrationshintergrund bezeichnet werden können (Strohmeier 2003).

Tabelle 5: Settings in „sozialen Brennpunkten“

Die Tabelle nimmt nur Bezug auf gültige Werte und damit auf die 18.492 Settings, für die gleichzeitig angegeben wurde, ob sie in „sozialen Brennpunkten“ lagen oder nicht.

	Anzahl der Settings (gültige Werte)	Davon in „soz. Brennpunkten“ (gültige Werte)	Anteil Einrichtungen in „soz. Brennpunkten“
Grundschule	3.088	1.399	45%
Förderschule	387	109	28%
Hauptschule	545	145	27%
Realschule	550	142	26%
Gymnasium	788	163	21%
Gesamtschule	770	225	29%
Berufsschule o.ä.	172	82	48%
Hochschule	0	0	-
Kindergarten/Kindertagesstätte	11.196	2.925	26%
Stadtteil/Ort	333	142	43%
Inst. für spez. Bevölkerungsgruppen	165	152	92%
Altenheim	400	49	12%
Krankenhaus	0	0	-
Anderes Setting	98	16	16%
Gesamt	18.492	5.549	30%

Institutionen, die sich speziell um bestimmte (benachteiligte) Bevölkerungsgruppen kümmern, gelingt es, über 90% ihrer Aktivitäten auch in entsprechenden „sozialen Brennpunkten“ durchzuführen.

Zu bemerken ist, dass bei den Aktivitäten in Grundschulen und Berufsschulen sowie im Setting Stadtteil/Ort, wo sozial benachteiligte Menschen besonders gut erreicht werden können, jeweils über 40% der ausgewählten Settings in „sozialen Brennpunkten“ liegen. Dies lässt auf

eine gezielte Auswahl der einzelnen Einrichtungen im Sinne einer Bedarfsorientierung der Primärprävention schließen.

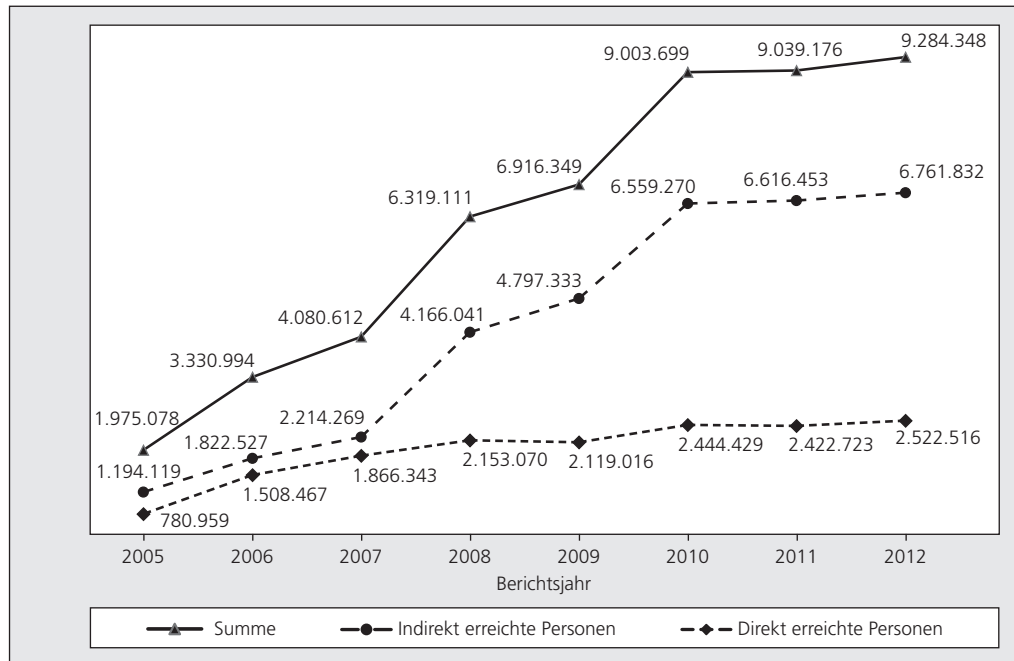
Damit leisten die Krankenkassenaktivitäten im Setting-Ansatz einen großen Beitrag zur Erfüllung des Anspruchs des Gesetzgebers, mit den krankenkassengeförderten Aktivitäten „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen[zu]erbringen“ (§ 20 Abs. 1 SGB V).

5.4 Erreichte Personen

Nach einem über Jahre steilen jährlichen Zuwachs werden seit 2010 über neun Millionen Menschen jährlich durch die verschiedenen Präventionsmaßnahmen über den Setting-Ansatz erreicht. Es handelt sich hierbei allerdings um Schätzzahlen, bei der zur Zahl der direkt erreichten Teilnehmer einer Maßnahme die der in-

direkt erreichten Menschen addiert wird. Gesichert, da exakt zu ermitteln, ist eine Teilnahme von rund 2,5 Millionen Personen. Durch Weitergabe der Informationen durch die Teilnehmer z. B. an Familienmitglieder, in Schulen oder Vereinen finden die Gesundheitsinformationen eine um ein Vielfaches größere Verbreitung.

Abb. 18: Erreichte Personen



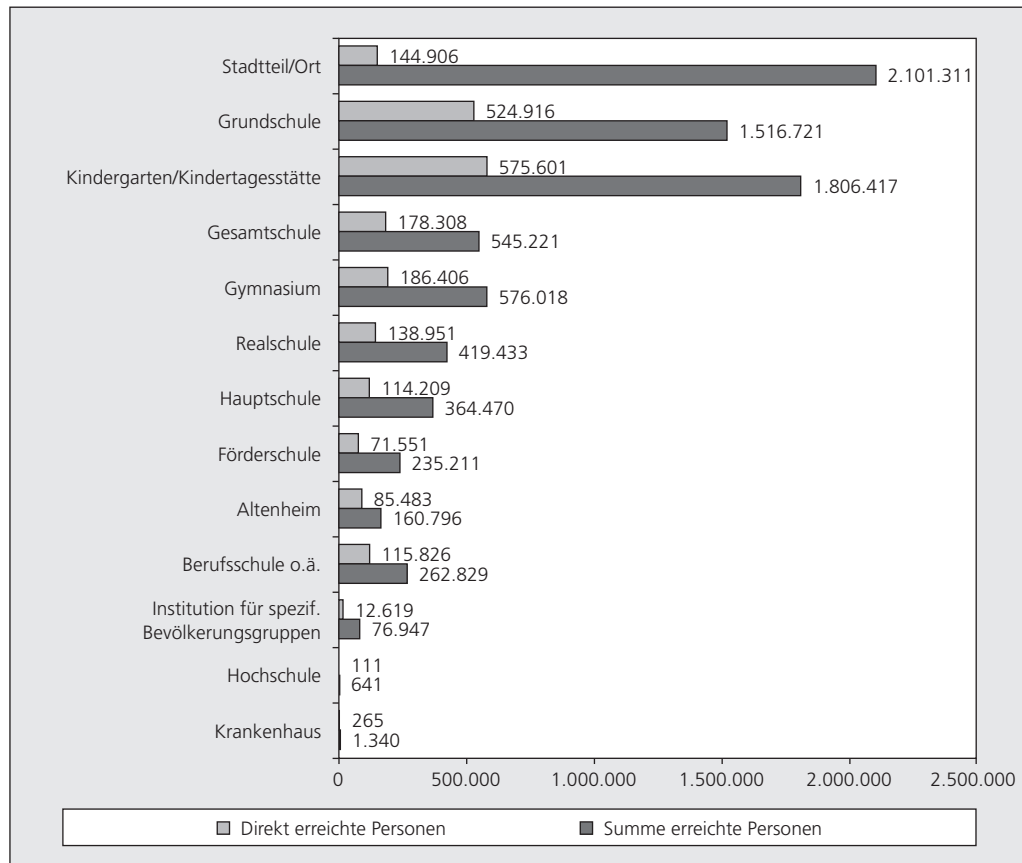
Betrachtet man die erreichten Personen im Hinblick auf das Setting, in dem sie erreicht werden, so ist der Zugang über Angebote im Stadtteil besonders wirkungsvoll. Hier werden durch knapp 150.000 direkt angesprochene Menschen aufgrund des hohen Multiplikatoreffekts insgesamt geschätzte zwei Millionen Menschen erreicht bzw. informiert.

Vom großen Engagement der Krankenkassen in den Kindergärten und Kitas sowie den Grundschulen profitieren jeweils

über eine halbe Million Kinder, Schüler, Erzieher und Lehrer direkt und noch einmal doppelt so viele Menschen durch nachfolgende Aktivitäten und weitergegebene Informationen.

Gleichzeitig sind Präventionsmaßnahmen in Kindergärten und Schulen besonders bedeutsam, da Kinder aus allen sozialen Schichten erreicht werden und Verhaltensweisen bereits im Kindesalter geprägt werden.

Abb. 19: Erreichte Personen in den jeweiligen Settings



Betrachtet man die Verteilung der Projekte auf die Bundesländer, so zeigt sich ein heterogenes Bild. Die Durchdringung der Länder mit Gesundheitsförderungsprojekten, an denen die Krankenkassen beteiligt

sind, ist unterschiedlich. Die Anzahl der erreichten Personen durch die Projekte erlaubt keinerlei Rückschlüsse auf die Qualität und Nachhaltigkeit des Projektes.

Tabelle 6: Anzahl direkt erreichter Personen nach Bundesländern*(Mehrfachnennungen möglich)*

Quelle der Angaben zur Einwohnerzahl nach Bundesländern: Statistisches Bundesamt: Einwohnerzahl nach Bundesländern, Stand: 31.12.2012

	Anzahl Projekte (= Dokumentationsbögen)	Anzahl direkt erreichter Personen	Erreichte Personen je 100 TSD Einwohner
Bundesweite Projekte (über alle Länder hinweg)	5	8.983	11
Baden-Württemberg	101	243.585	2.305
Bayern	195	272.085	2.173
Bremen	3	1.080	165
Berlin	94	239.056	7.083
Brandenburg	85	157.855	6.444
Hamburg	25	267.686	15.435
Hessen	66	635.047	10.555
Mecklenburg-Vorpommern	33	159.376	9.959
Niedersachsen	28	73.589	946
Nordrhein-Westfalen	136	851.467	4.850
Rheinland-Pfalz	204	71.957	1.803
Saarland	25	16.954	1.705
Sachsen	43	67.053	1.656
Sachsen-Anhalt	20	23.669	1.048
Schleswig-Holstein	67	107.849	3.843
Thüringen	94	61.207	2.820

5.5 Projektlaufzeit

Mit 19,5 Monaten ist die durchschnittliche Laufzeit der Projekte im Jahr 2012 leicht gestiegen. Der Anteil von Projekten,

die mindestens auf ein Jahr und länger angelegt sind, nimmt entsprechend zu.

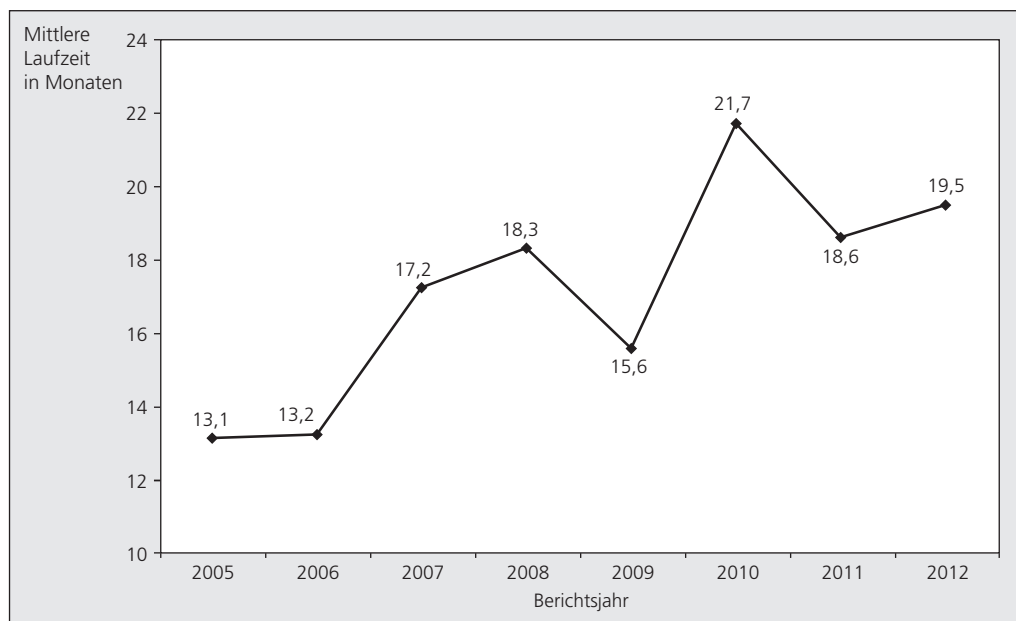
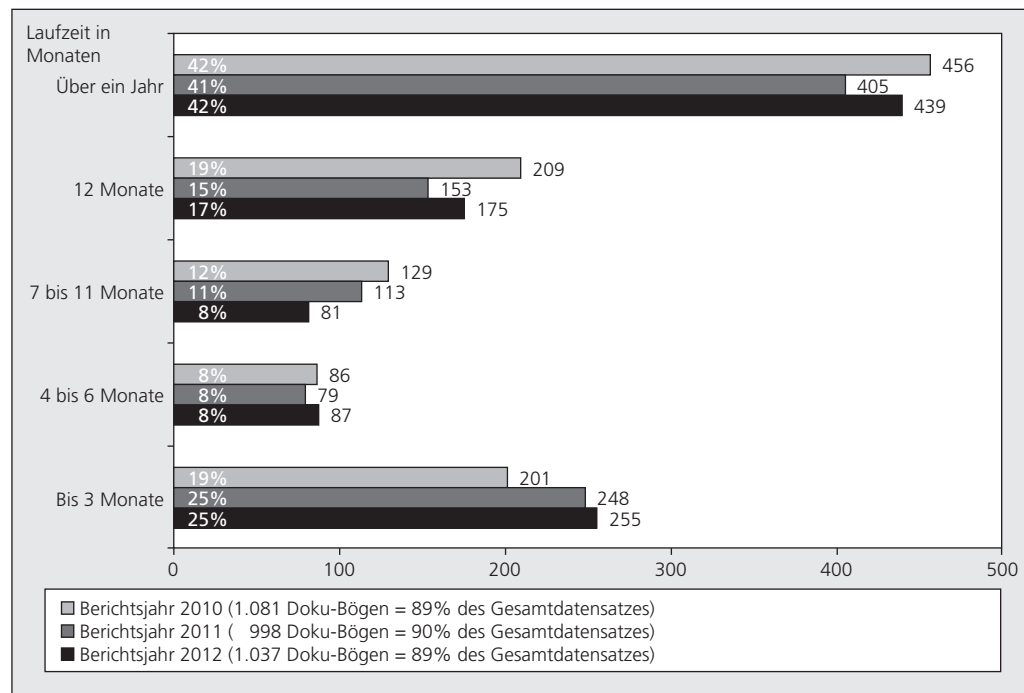
Abb. 20: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten

Abb. 21: Projektlaufzeit in Monaten



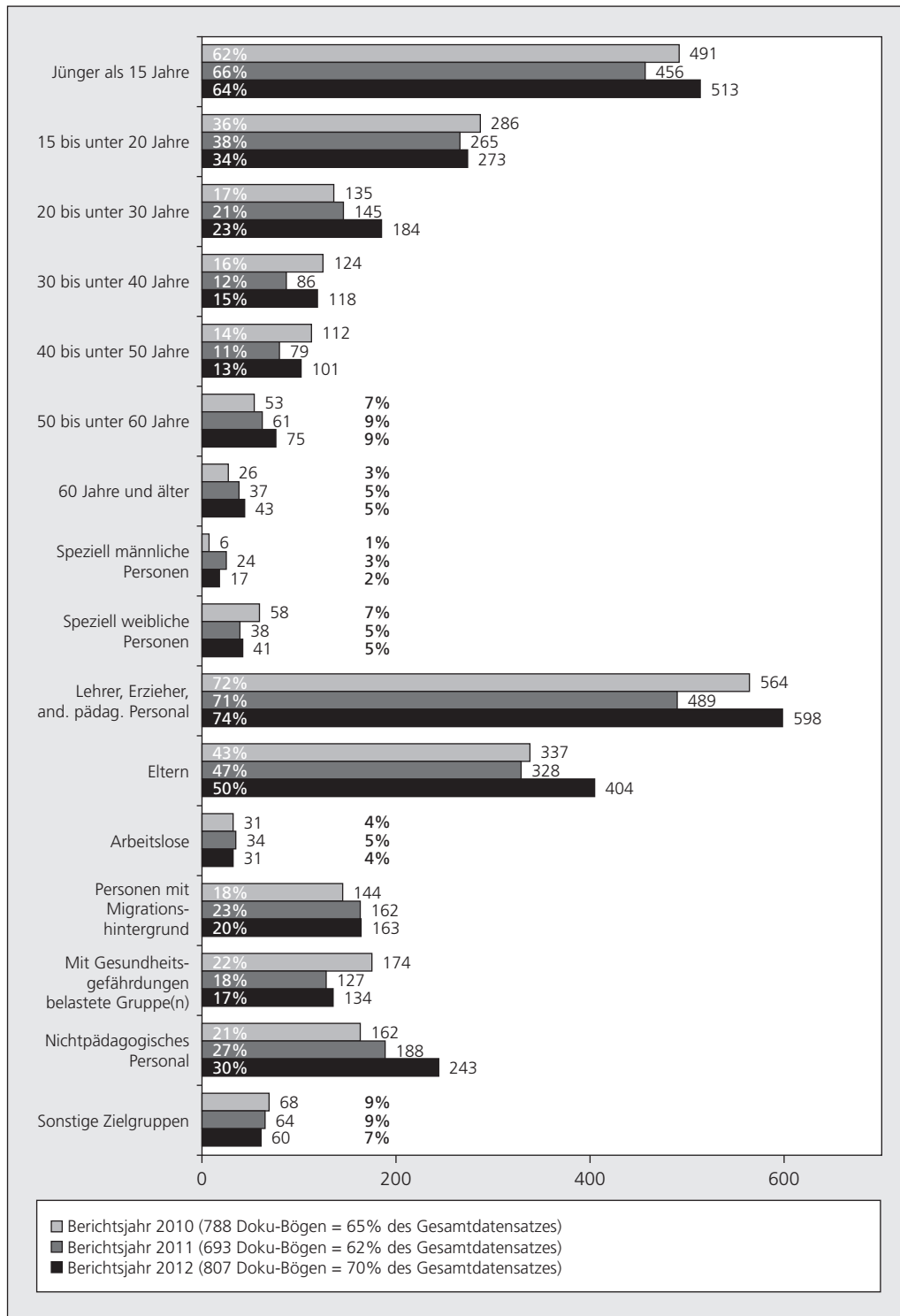
5.6 Zielgruppen

Für Gesundheitsförderungsangebote in speziellen Settings gilt, dass mit ihnen zu einem viele Menschen erreicht werden können, die nicht aus Eigeninitiative ein Präventionsangebot aufsuchen würden. Zum anderen können die Angebote differenziert auf die Bedürfnisse der verschiedenen Menschengruppen ausgerichtet werden, die im jeweiligen Setting zu erwarten sind. Der zu erwartende Multiplikatoreffekt bestimmter Zielgruppen ist ebenfalls ein wichtiger Faktor für die Ausrichtung der Angebote. Gleichzeitig ist es sinnvoll, die Angebote so zu konzipieren, dass sie für mehrere Zielgruppen inter-

essant sind. Im Berichtsjahr 2012 wurde eine zielgruppenspezifische Ausrichtung bei der überwiegenden Zahl der Projekte (72%) vorgenommen.

Besondere Beachtung finden hierbei die jungen Menschen unter 15 Jahren, die bei fast zwei Dritteln (64%) der Projekte Zielgruppe sind, sowie Lehrer und Erzieher mit ihrem hohen Multiplikationspotenzial, die von 74% der Projekte angesprochen werden. Dies spiegelt sich auch im Schwerpunkt Kita/Schule wider (vgl. Kap. 5.1).

Abb. 22: Zielgruppen
(Mehrfachnennungen möglich)



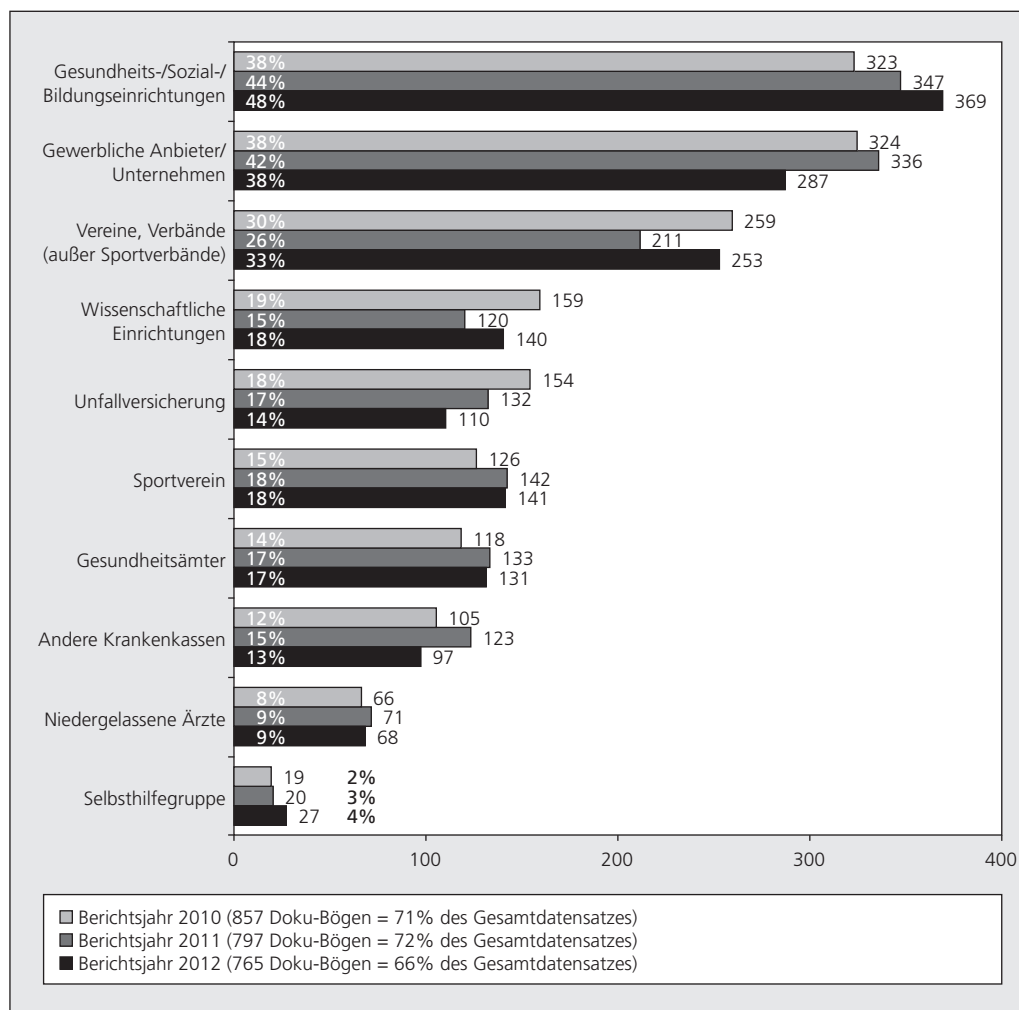
5.7 Kooperationspartner

Neben den Krankenkassen gibt es weitere gesellschaftlich relevante Institutionen, die sich in der Prävention engagieren. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Player ist geeignet, Kompetenzen und Ressourcen zu ergänzen. Hierdurch können die Effizienz der Maßnahmen gesteigert oder die Präventionsstrategien weiterentwickelt werden.

Die folgende Abbildung 23 gibt einen Überblick relevanter Kooperationspartner der Krankenkassen. Im Mittel haben die Krankenkassen mit drei Partnern kooperiert. Die größte Rolle spielen hierbei nach wie vor die Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen sowie gewerbliche Anbieter/Unternehmen.

Abb. 23: Kooperationspartner

(Mehrfachnennungen möglich)



5.8 Koordination und Steuerung

Eine Arbeitsgruppe zum Thema Gesundheit (oder auch das sogenannte Steuerungsgremium Gesundheit) befasst sich mit der Analyse, Planung, Durchführung und Nachbereitung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Um gesundheitsfördernde Aktivitäten in einem Setting erfolgreich einzuführen, ist es erforderlich, dass ein Gremium alle Schritte in einem Projekt koordiniert und steuert. Es muss Entscheidungen treffen, um Gesundheitsförderung im Setting nachhaltig zu verankern.

Bei einem Schulprojekt beschließt beispielsweise ein entscheidungskompetentes Schulprojektteam mit Vertretern aller relevanten Akteure das Vorgehen konzeptionell, sorgt für die Umsetzung und bewertet kritisch die erzielten Ergebnisse. Für eine nachhaltige Gesundheitsförderung in den Kindertagesstätten ist ein entscheidungskompetenter, ggf. einrichtungsübergreifender Steuerungskreis ebenfalls ein wichtiges strukturelles Element. In der kommunalen Gesundheitsförderung können die „Entscheidungs- und Umsetzungsstrukturen“ bei Gesundheitskonferenzen, Stadtteilzent-

ren, Vernetzungs- und Beteiligungsbüros angesiedelt sein. (GKV-Spitzenverband 2010)

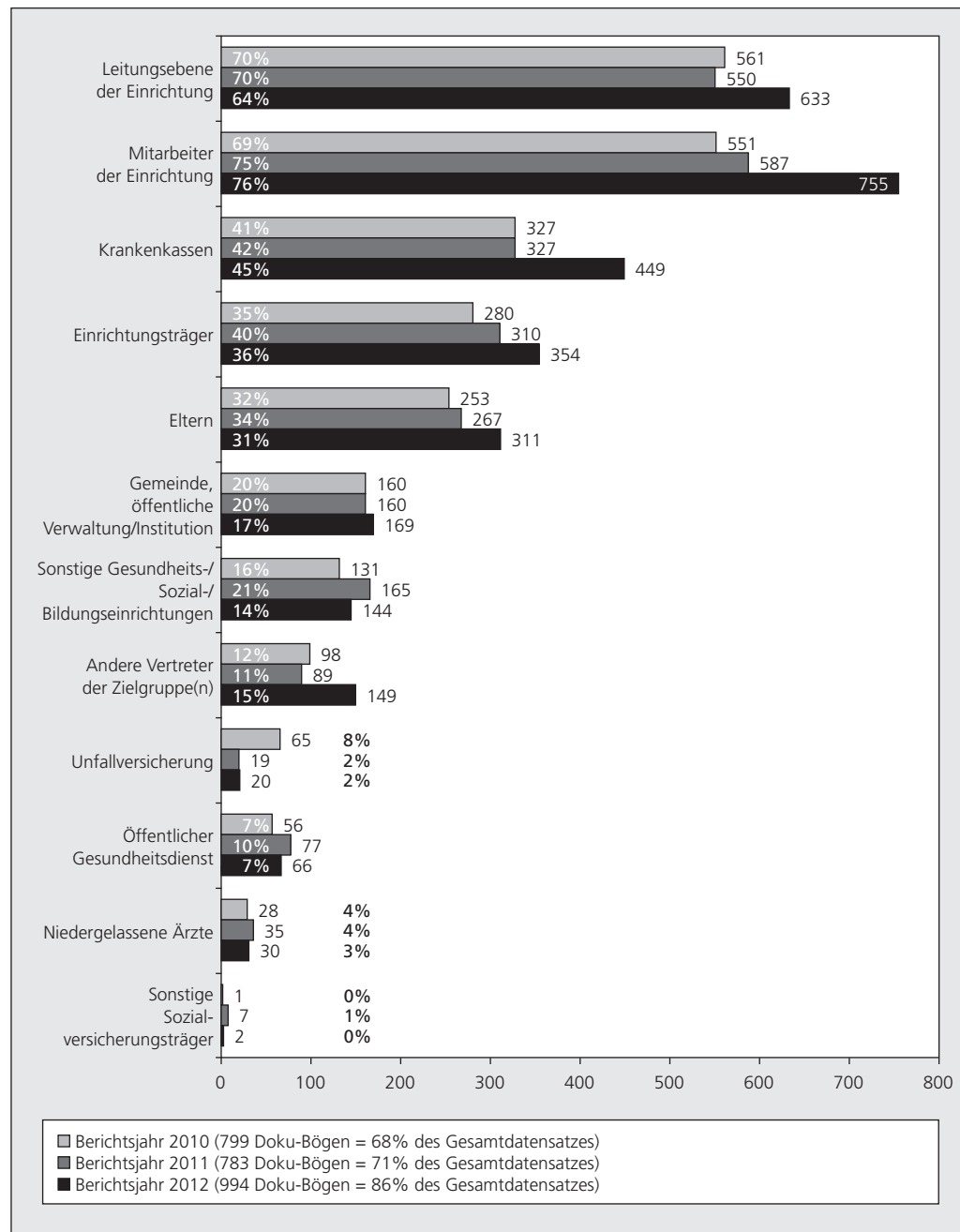
Der Versorgungsgrad der Settings mit solchen Entscheidungs- und Steuerungsgremien zeigt einen kontinuierlichen Zuwachs in den letzten Jahren und führt im Berichtsjahr zu einem Versorgungsgrad von 86% aller Projekte. 2010 verfügten erst durchschnittlich 68% der Projekte über Steuerungsgremien, im Vorjahr traf dies bereits auf 71% aller Projekte zu.

Durchschnittlich waren an einem Steuerungsgremium Vertreter aus drei Bereichen beteiligt. Die Spannbreite zeigt, dass es sogar Projekte mit bis zu elf Mitgliedern gibt. Abbildung 24 zeigt, wie häufig die einzelnen Institutionen bzw. Gruppen im Entscheidungs- und Steuerungsgremium vertreten waren.

Die Mitarbeiter der Einrichtung machen hier mit einer Beteiligung in 76% der Steuerungsgremien den größten Anteil aus, gefolgt von der Leitungsebene, die in 64% der Steuerungsgremien ihren Platz hat.

Abb. 24: Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium

(Mehrfachnennungen möglich)



5.9 Bedarfsermittlung

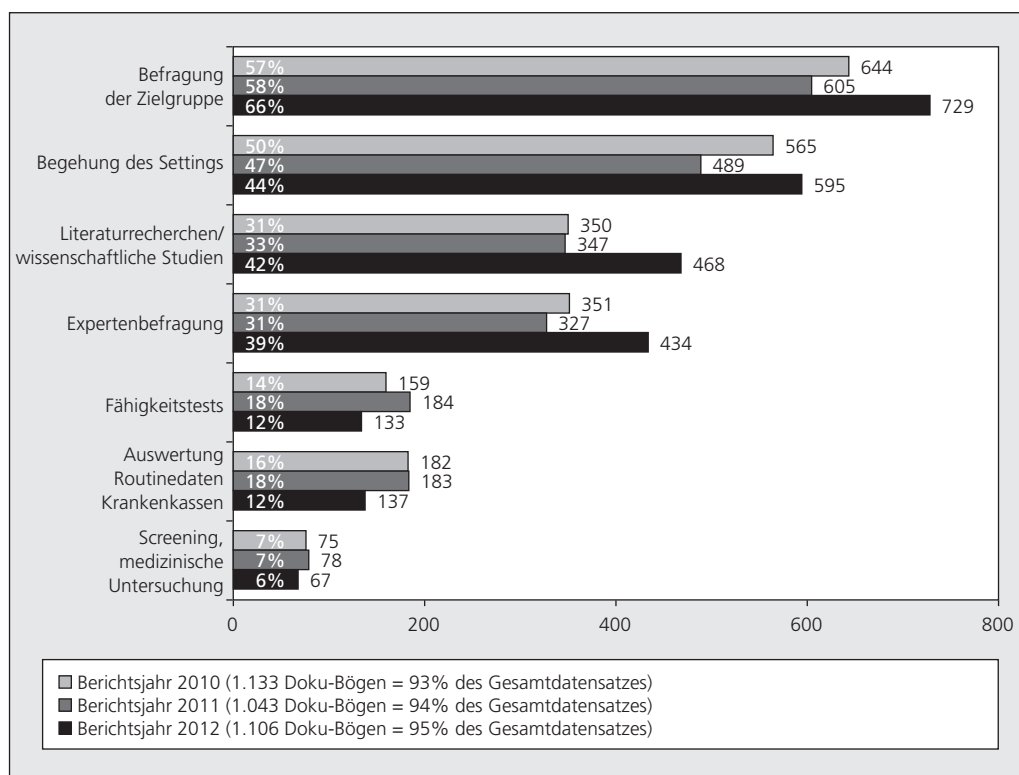
Der erste Schritt bei der Einleitung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ist die Bedarfsermittlung. Hier werden spezifische Problematiken und Gesundheitsrisiken ermittelt und analysiert. Für die Bedarfsanalyse stehen viele Instrumente zur Verfügung. Es ist sinnvoll, mehrere Instrumente zu kombinieren, um ein möglichst umfassendes Bild der Ist-Situation zu erhalten. Beispielsweise können Befragungen (von Schülern und Lehrern), Auswertungen der Routinedaten der Krankenkassen und eine Setting-Begehung eingesetzt werden, um zum Beispiel

subjektive Eindrücke mit objektiven Daten abzugleichen. Auf der Basis der Analyseergebnisse werden die erforderlichen Maßnahmen geplant, so dass diese speziell an die Gegebenheiten des Einsatzortes und die Bedarfe der darin agierenden Personen angepasst sind.

Im Berichtsjahr 2012 wurden bei 95% der Projekte Angaben zu Bedarfsermittlungen gemacht. Im Mittel wurden dabei je Projekt drei Instrumente der Bedarfsanalyse gleichzeitig eingesetzt.

Abb. 25: Bedarfsermittlung

(Mehrfachnennungen möglich)



Die am häufigsten eingesetzten Instrumente sind – wenn auch leicht zurück gegangen im Berichtsjahr – nach wie vor die Befragung der Zielgruppe und die

Begehung des Settings, gefolgt von Literaturrecherchen und wissenschaftlichen Studien sowie Expertenbefragungen.

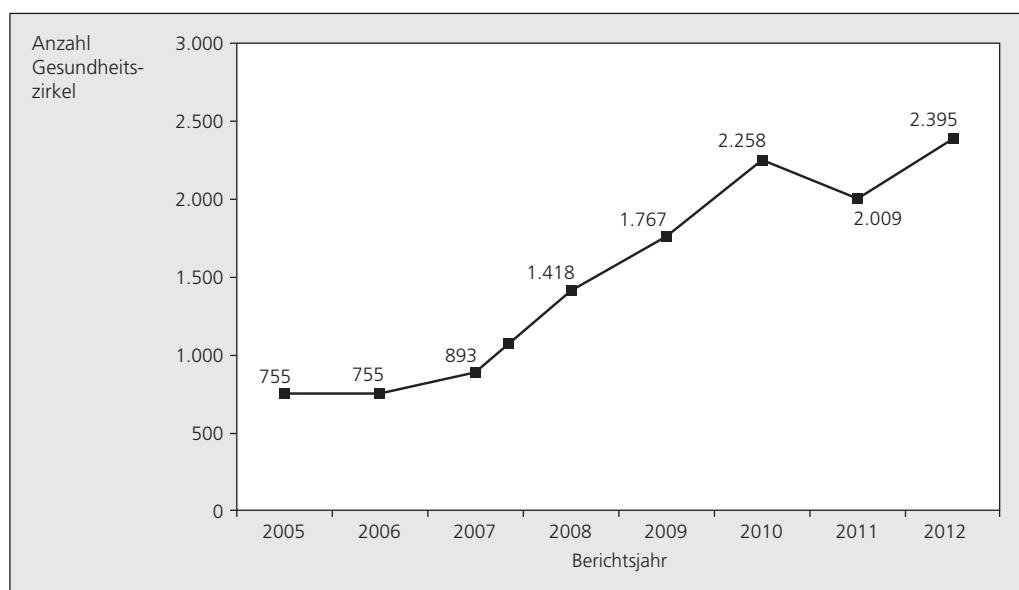
5.10 Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind gruppenmoderier- te Verfahren mit einem oder mehreren Treffen. Die Gruppe setzt sich aus Vertre- tern aller beteiligten Ebenen zusammen. Mit dem Prinzip der Partizipation sollen sich hier vorrangig die Mitarbeiter zu den konkreten gesundheitlichen Belastungen äußern und die (häufig bereits vorhan- denen) Verbesserungs- oder Lösungsvor- schläge artikulieren.

Die Abbildung 26 über die Anzahl der durchgeführten Gesundheitszirkel zeigt, dass nach einem leichten Rückgang im

Vorjahr im Berichtsjahr die absolute Zahl der Gesundheitszirkel wieder angestiegen ist. Prozentual betrachtet ist der Anteil der Projekte mit Gesundheitszirkeln kontinu- ierlich gestiegen. Den Angaben auf den Dokumentationsbögen, ob im Setting Gesundheitszirkel durchgeführt wurden, ist ein Verlauf von 13% im Jahr 2010 über 18% im Jahr 2011 auf nunmehr 25% im Berichtsjahr zu entnehmen. Die im Jahr 2011 niedrigere absolute Zahl erklärt sich mit der in dem Jahr geringeren Anzahl er- reichter Settings (vgl. Kap. 3).

Abb. 26: Durchgeführte Gesundheitszirkel



5.11 Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

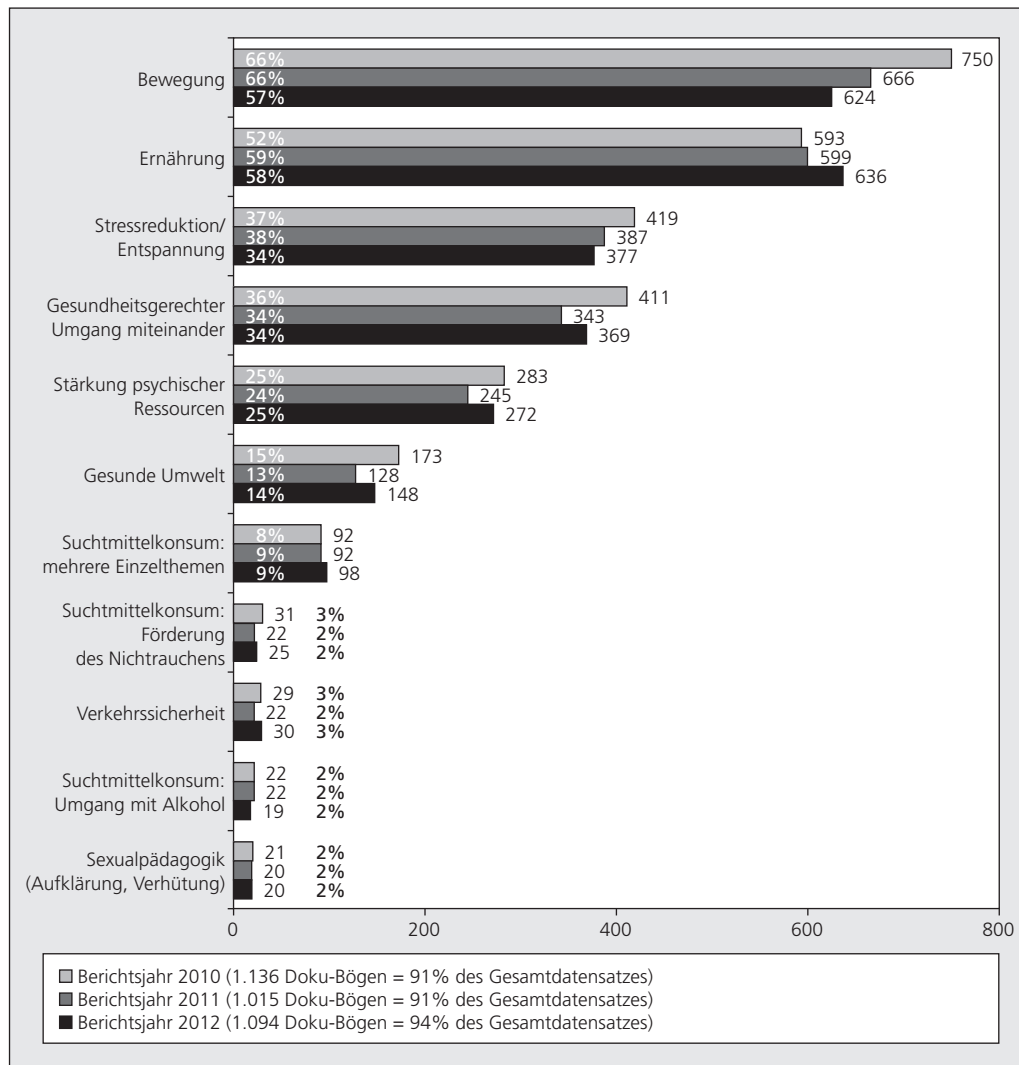
Die Interventionen in den Settings richten sich inhaltlich vorrangig auf die Themen Bewegung und Ernährung. Im Berichtsjahr hat das Themenfeld Ernährung zum ersten Mal bewegungsbezogene Maßnahmen knapp überholt. Ebenfalls einen großen Stellenwert haben Angebote, die die psychische Gesundheit stärken: Maßnahmen zur Stressreduktion/Entspannung, Aktivitäten zur Förderung eines gesundheitsgerechten Umgangs miteinander und gezielte Interventionen zur

Stärkung psychischer Ressourcen sind ein Beitrag zur Erhöhung der Resilienz der Menschen. Viele Projekte umfassen mehrere Handlungsfelder, durchschnittlich sind es drei Inhalte pro Projekt.

Ausgehend von den Erkenntnissen aus der Analyse der Problematiken und Gesundheitsrisiken können die Maßnahmen bedarfsgerecht ausgewählt und individuell angepasst oder zielgerecht entwickelt werden.

Abb. 27: Inhalte

(Mehrfachnennungen möglich)



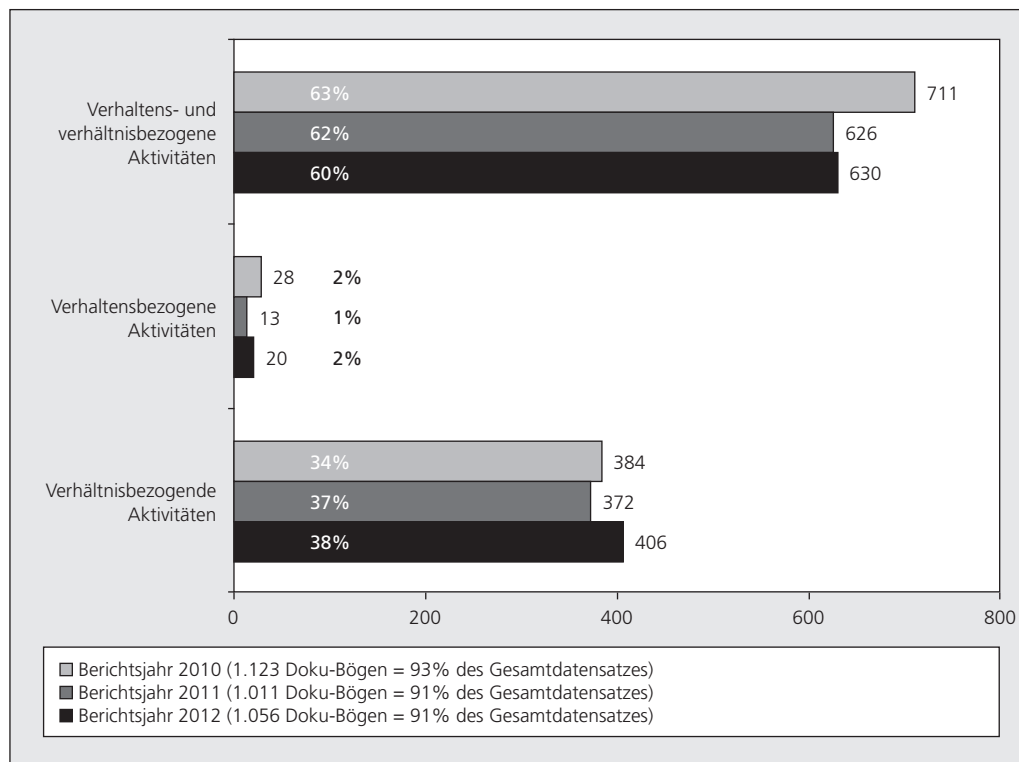
5.12 Verhältnis- bzw. verhaltensbezogene Aktivitäten

Der Setting-Ansatz in der Prävention verfolgt den Weg, Menschen in ihren Lebenswelten aufzusuchen und zu gesundheitsbewusstem Verhalten anzuleiten. Hierzu gehört auch, das Lebensumfeld der Menschen gesundheitsförderlicher zu gestalten.

Dieses Anliegen spiegelt sich in der Kombination von Verhaltens- und Verhältnisbezug der Maßnahmen im Setting-An-

satz wider. Die nachfolgende Abbildung 28 zeigt, dass sich der Schwerpunkt der Aktivitäten mit 60% auf Maßnahmen bezieht, die sowohl verhältnis- als auch verhaltenspräventiv ausgerichtet sind. Mehr als ein Drittel (38%) der Interventionen befasst sich nur mit den Lebensverhältnissen. Maßnahmen, die ausschließlich auf eine individuelle Verhaltensänderung abzielen, machen einen sehr geringen Teil des Angebots aus.

Abb. 28: Verhaltens- und Verhältnisbezug der Maßnahmen



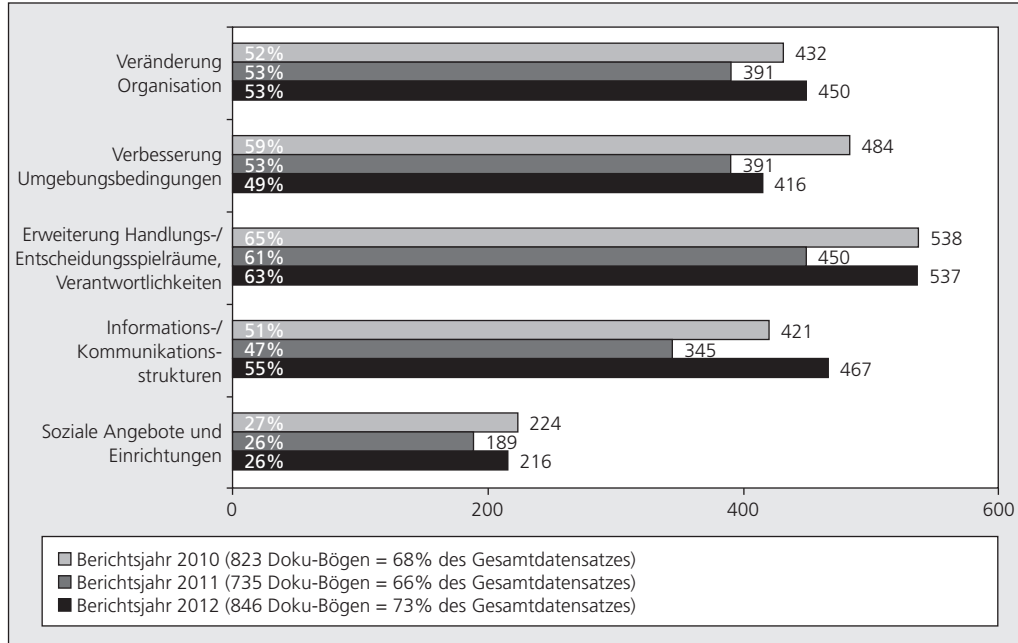
Im Durchschnitt wurden Veränderungen in drei unterschiedlichen Bereichen gleichzeitig vorgenommen. Umgestaltungen im Setting können z. B. bedeuten, dass die Kommunikation im Team und die Arbeitsorganisation verbessert werden oder in

der Kita größere Stühle für die Erzieher/innen angeschafft werden.

Die Verteilung der einzelnen verhältnisbezogenen Maßnahmen im Jahresvergleich wird in Abbildung 29 dargestellt.

Abb. 29: Art der Umgestaltung

(Mehrfachnennungen möglich)



Es zeigt sich, dass hier in der Regel mehrere Aktivitäten kombiniert werden. Der Zuwachs an Aktivitäten zur Veränderung von Informations- und Kommunikations-

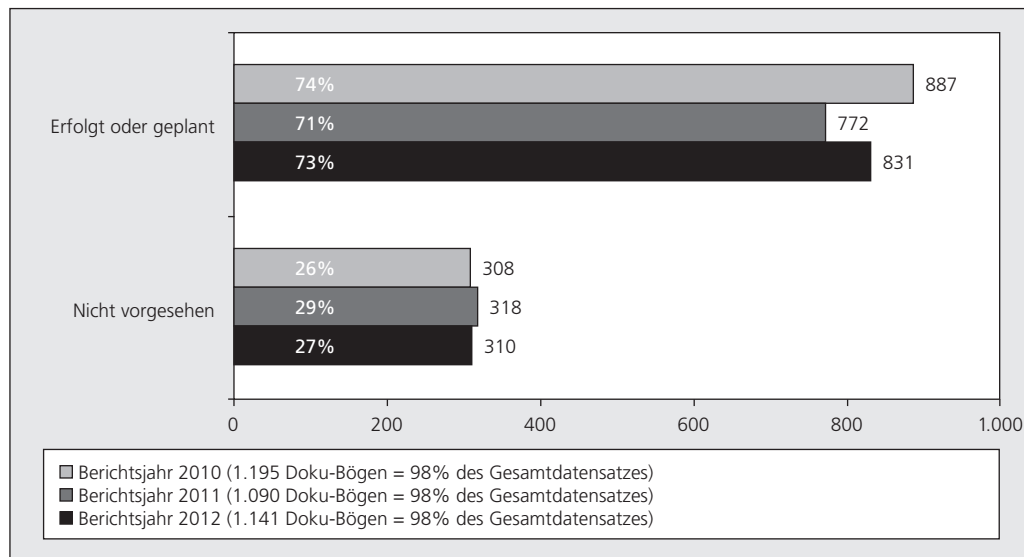
strukturen kann zur Stärkung der psychischen Gesundheit der Menschen beitragen.

5.13 Erfolgskontrollen

Im Rahmen eines Qualitätsmanagements ist es zweckmäßig, die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen zu überprüfen. Dies kann durch Erfolgskontrollen er-

folgen. Die Rückmeldungen zeigen, dass bei fast drei Vierteln (73%) der Projekte Erfolgskontrollen durchgeführt werden oder geplant sind.

Abb. 30: Erfolgskontrollen



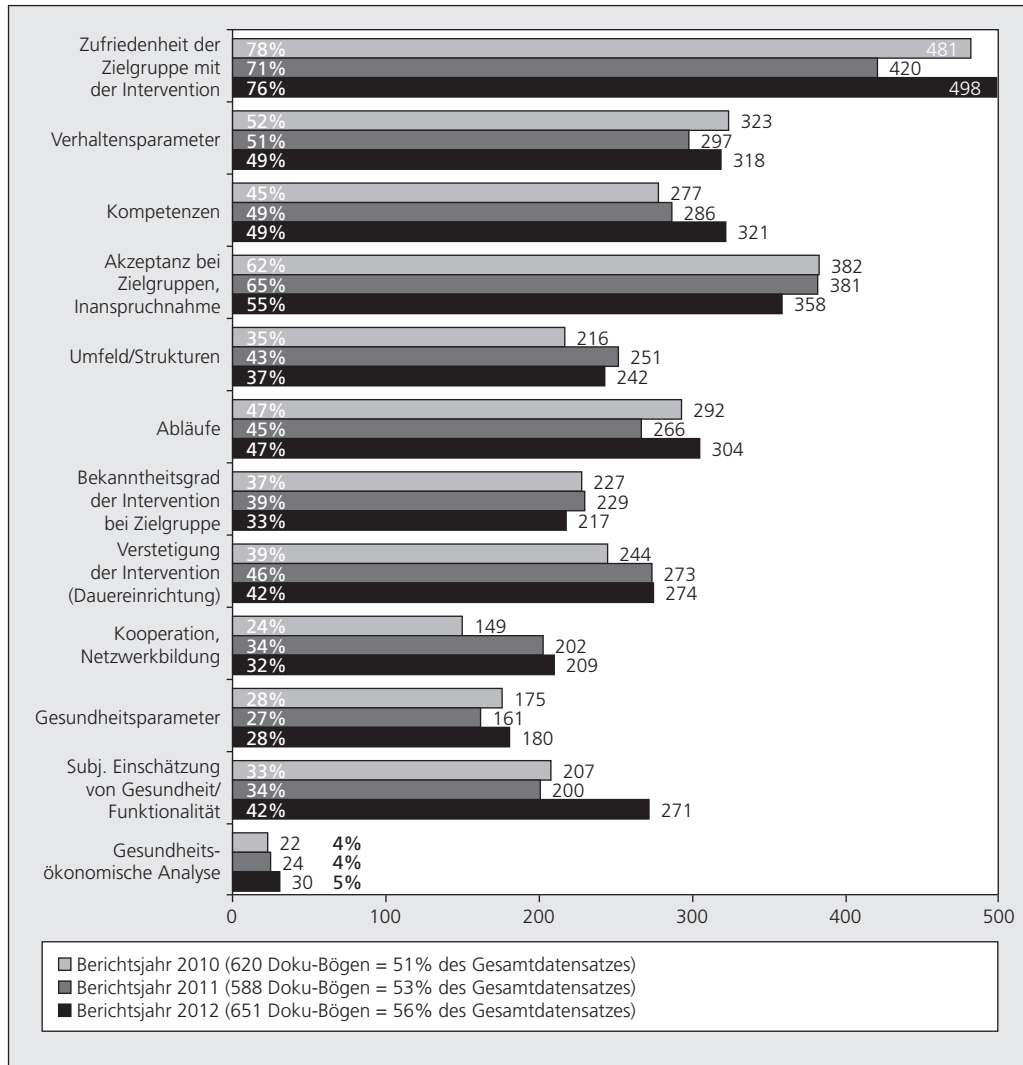
Eine Vielzahl von Parametern ist geeignet, Auskunft über den Erfolg einer Maßnahme zu geben. Durch Kombination mehrerer Kriterien zur Erfolgsmessung kann das Bild über die erzielten Effekte noch weiter vervollständigt werden. Diese Möglichkeit wird vielfach genutzt, im Mittel werden sechs Parameter je Projekt gemessen.

Eine Übersicht über die möglichen Kriterien, die zur Erfolgseinschätzung herangezogen werden, sind der nachfolgenden Abbildung 31 zu entnehmen. Den höchsten Stellenwert nimmt hierbei die Zufriedenheit der Zielgruppe ein, dieser Parameter wird bei drei Viertel (76%) der evaluierten Projekte erhoben, gefolgt

von Akzeptanz bei den Zielgruppen und Inanspruchnahme (55%) durch die Zielgruppen. Im Jahresvergleich gestiegen ist die Frage nach der subjektiven Einschätzung von Gesundheit und Funktionalität (42%). Zusammen mit den Verhaltensparametern (49%) und Kompetenzen (49%), die bei der Hälfte der Maßnahmen zur Erfolgsmessung eingesetzt werden, bildet die subjektive Erfolgseinschätzung der Zielgruppe einen wichtigen Gradmesser des Erfolges. Verhältnispräventive Erfolgsparameter (Umfeld/Strukturen, Verstetigung, Netzwerkbildung) sind im Berichtsjahr dagegen etwas weniger genutzt worden als im Vorjahr.

Abb. 31: Inhalte der Erfolgskontrollen

(Mehrfachnennungen möglich)



6 Individueller Ansatz in Zahlen

Die Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem sog. individuellen Ansatz unterstützen die Versicherten bei der Verhaltensänderung und vermitteln ihnen neue gesundheitsrelevante Kompetenzen. Die Maßnahmen werden grundsätzlich in Gruppen durchgeführt. In diesen Kursen werden den Versicherten Möglichkeiten aufgezeigt, eine dauerhafte gesundheitsförderliche Betätigung eigenverantwortlich über die Kurse hinaus wahrzunehmen und in den Alltag zu integrieren. Hiermit bietet der individuelle Ansatz den Versicherten die Chance, möglichen Erkrankungen aktiv vorzubeugen, vor allem durch regelmäßige Bewegung, gesundheitsgerechte Ernährung und Maßnahmen zur Stressbewältigung/Entspannung.

Die primärpräventiven Angebote können mehrere Handlungsfelder gleichzeitig umfassen. So berücksichtigen viele Kurskonzepte den bekannten Zusammen-

hang von Bewegung und Ernährung. Ebenso werden Maßnahmen angeboten, die Bewegungsförderung mit Methoden der Stressreduktion und Entspannung kombinieren.

Die Kriterien für individuelle Kursangebote sind im Leitfaden Prävention (GKV-Spitzenverband 2010) festgelegt. Nach diesen Regelungen müssen individuelle Präventionsangebote – wie alle Leistungen der Krankenkassen – ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die Kurse müssen sich an den Handlungsfeldern des Leitfadens ausrichten. Ferner muss die Wirksamkeit der Kurskonzepte im Rahmen von Studien oder Metaanalysen erwiesen sein. Kursleiter haben eine ausreichende Qualifikation nachzuweisen, die im Leitfaden Prävention spezifiziert ist. Auch sind im Vorfeld der Maßnahmen Ziele festzulegen, so dass sich erreichte Veränderungen zum Ende eines Kurses prüfen lassen.

6.1 Inanspruchnahme

Die Präventionsaktivitäten der Krankenkassen über den individuellen Ansatz sollen möglichst vielen verschiedenen Versicherten zugutekommen und nicht nur einem Kreis von Versicherten in jedem Jahr wieder. Ziel der Kursangebote ist es, die Versicherten zu unterstützen, gesundheitsförderliches Verhalten zu erlernen. Im Kurs, quasi als Initialangebot, soll die Kompetenz erlangt werden, das Gelernte später selbstständig im Alltag fortzuführen. Hierzu wird auch über Angebote z. B. von Sportvereinen und Volkshochschulen informiert, die die Versicherten in eigener Verantwortung im Anschluss an den Kurs weiterführend in Anspruch nehmen können.

Die Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenkassen nach dem individuellen Ansatz ist über den Zeitraum der ersten sieben Jahre ihrer Erhebung für den Präventionsbericht jedes Jahres deutlich gestiegen. Haben im Jahr 2002 nur etwa 350.000 Versicherte davon profitiert, so

waren es im Jahr 2009 über zwei Millionen. Hier ist es gelungen, ein sehr großes Angebot aufzubauen und den Bedarf zu decken. Seither sinken die Zahlen. Die Kursangebote der Krankenkassen wurden im letzten Jahr von 20% weniger Menschen wahrgenommen als im Vorjahr.

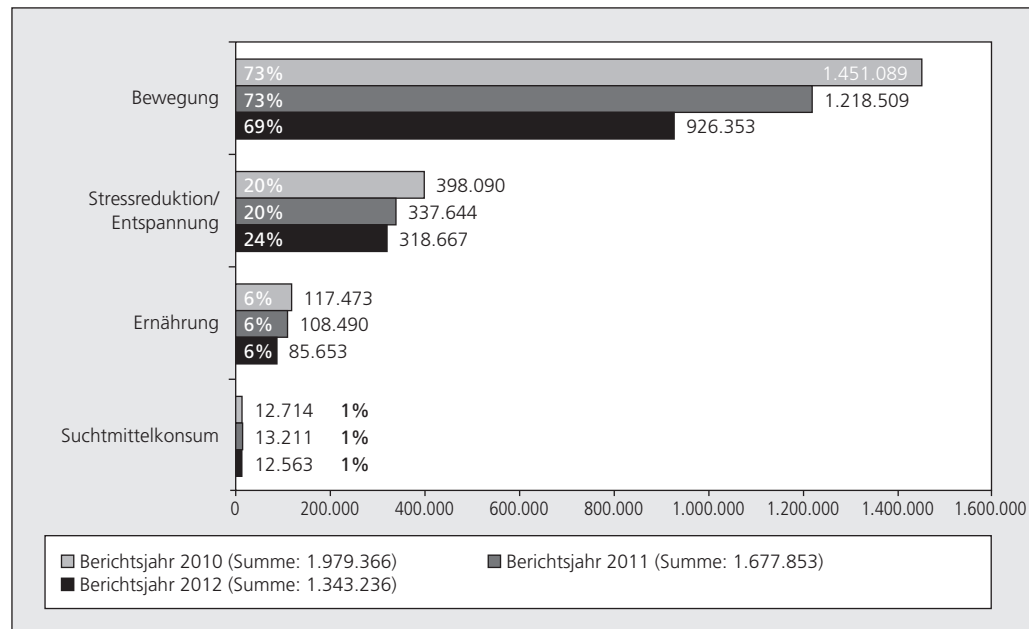
Diese Entwicklung ist auch im Zusammenhang damit zu sehen, dass im gleichen Zeitraum die Aufwendungen im Setting-Bereich um 21% und im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung um 9% gestiegen sind; es wurden mehr Settings und mehr Menschen in mehr Betrieben erreicht. Dies entspricht dem Ziel, Menschen aus allen sozialen Schichten niedrigschwellig zu erreichen. Insbesondere Menschen, für die das Aufsuchen einer Maßnahme eine zu hohe Hürde bedeuten würde, profitieren von dieser Verschiebung der Aktivitäten zugunsten des Setting-Ansatzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung.

6.2 Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Die Umsetzung der Prävention nach dem individuellen Ansatz orientiert sich an den vier Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum. Viele Kurse sind so aufgebaut, dass mehrere

Handlungsfelder kombiniert werden. Bei der Kombination mehrerer Handlungsfelder sollen die Krankenkassen für diese Dokumentation das schwerpunktmäßig angesprochene Thema angeben.

Abb. 32: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern



Die Auswertung für das Jahr 2012 zeigt, dass die Anteile der einzelnen Handlungsfelder stabil geblieben sind. Spitzenreiter mit zwei Dritteln der Kursteilnahmen ist der Bewegungsbereich. Die Inanspruchnahme beider Präventionsprinzipien, mit denen zum einen Menschen zu mehr Bewegung animiert werden sollen (48% der Inanspruchnahme), zum anderen Menschen angesprochen werden, die bereits ein Gesundheitsrisiko aufweisen (52% der Inanspruchnahme), hält sich über die Jahre weitgehend die Waage bei abwechselndem Spitzenreiter.

Vergleichbare Kontinuität zeigt sich im Handlungsfeld Ernährung. Die Nachfrage nach Ernährungskursen ist allerdings mit einem Anteil von 6% deutlich geringer als das Interesse an Bewegungsangeboten. Angebote zum Thema Vermeidung

und Reduktion von Übergewicht (50%) oder zum Thema Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung (50%) sind hier gleich stark.

Stressmanagement ist für 20% der Kursteilnehmer wichtig. Hoch im Kurs stehen in diesem Feld Angebote zur Entspannung. 86% der Teilnehmer haben ein Entspannungsverfahren erlernt, 14% haben an einem Kurs zur multimodalen Stressbewältigung teilgenommen.

Beim Handlungsfeld Suchtmittelkonsum, seit Jahren mit 1% der Kursteilnahmen Schlusslicht, hatten Angebote zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol (7%) einen leichten Zuwachs gegenüber dem Vorjahr. Nach wie vor sind jedoch größtenteils Hilfestellungen zum Nichtrauchen gefragt.

6.3 Inanspruchnahme nach Alter, Geschlecht und Leistungsanbietern

Alter

Tabelle 7 und Abbildung 33 ermöglichen den Vergleich der Altersstruktur der GKV-Versicherten mit der Altersstruktur der Kursteilnehmer. Über alle Altersgrup-

pen hinweg erreichten die Kursangebote nach dem individuellen Ansatz im Jahr 2012 einen Anteil von 2 % aller GKV-Versicherten.

Tabelle 7: Teilnahmequote nach Alter

Quelle: Altersverteilung der GKV-Versicherten nach BMG: KM6, Stand: 06.09.2013. Weil keine Erkenntnisse darüber vorliegen, wie viele Versicherte an mehreren Kursen teilgenommen haben, wird hier vereinfachend von einer generell nur einmaligen Kursteilnahme ausgegangen.

Altersgruppen	GKV-Versicherte	Kursteilnehmer	Teilnahmequote
Unter 15 Jahre	8.902.018	28.238	0%
15 bis 19 Jahre	3.563.239	23.230	1%
20 bis 29 Jahre	8.458.948	114.636	1%
30 bis 39 Jahre	8.145.862	170.571	2%
40 bis 49 Jahre	10.815.866	294.549	3%
50 bis 59 Jahre	10.276.147	303.706	3%
Ab 60 Jahre	19.553.986	402.554	2%
Gesamt	69.716.066	1.337.484	2%

Die Teilnahmequote ist bei den unter 30-Jährigen am geringsten, hier greifen eher Setting-Angebote. Menschen im Alter von 40 bis 60 Jahren sind am stärksten an Gesundheitsangeboten interessiert. Das Auftreten von gesundheitlichen Be-

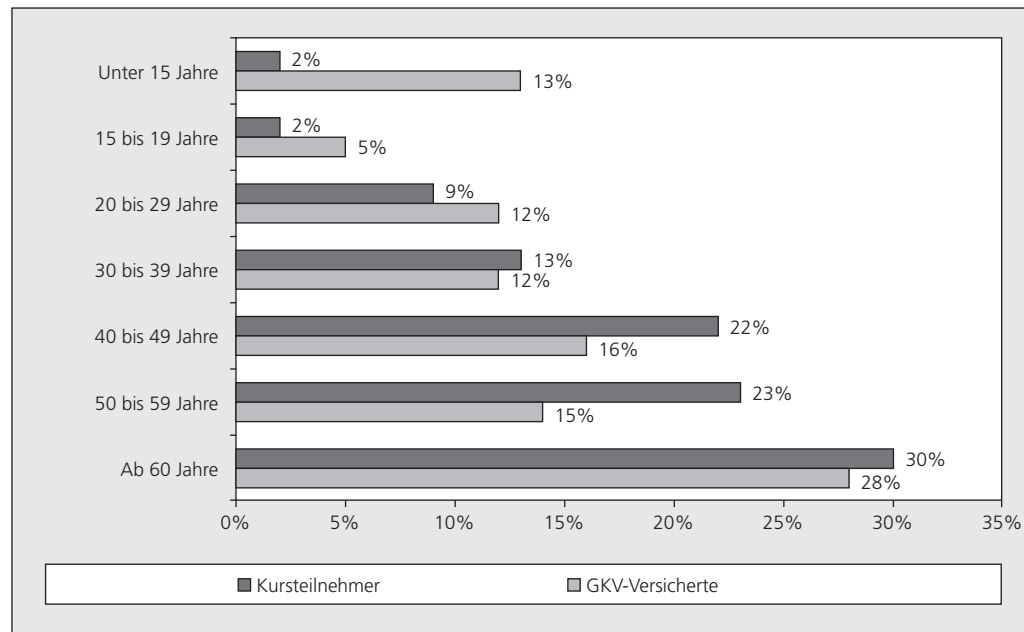
eintrachtigungen mit zunehmendem Alter kann in dieser Altersgruppe verstärkt der Anlass sein, aktiv etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Bei den über 60-Jährigen nimmt die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten wieder leicht ab.

Abb. 33 ist zu entnehmen, dass jüngere Versicherte bis 29 Jahre – gemessen an ihrem Anteil an den GKV-Versicherten – die Kursangebote deutlich unterproportional in Anspruch nehmen. Eine mögliche Ursache hierfür könnte sein, dass in dieser Altersgruppe Gesundheitsbeschwerden seltener auftreten und somit ein geringerer Anreiz besteht, aktiv gesundheitsorientierte Kurse aufzusuchen. Die Teilnahmequote bei den 30- bis 39-Jährigen entspricht ihrem Anteil an den GKV-Versi-

cherten. Bei Menschen im Alter zwischen 40 und 59 Jahren führt die stärker ausgeprägte Inanspruchnahme dazu, dass diese Gruppe der Kursteilnehmer – gemessen an ihrem Anteil an den GKV-Versicherten – deutlich überproportional häufig Präventionsangebote wahrnimmt. Auch bei den über 60-Jährigen ist die Teilnahme leicht überproportional zur Versichertenstruktur. Diese Verteilung ist über die letzten Jahre mit geringen Schwankungen stabil.

Abb. 33: Inanspruchnahme nach Alter

Quelle: Altersverteilung der GKV-Versicherten nach BMG: KM6. Stand: 06.09.2013. Vereinfachend wird von einer generell nur einmaligen Kursteilnahme je Jahr und Versicherter ausgegangen.



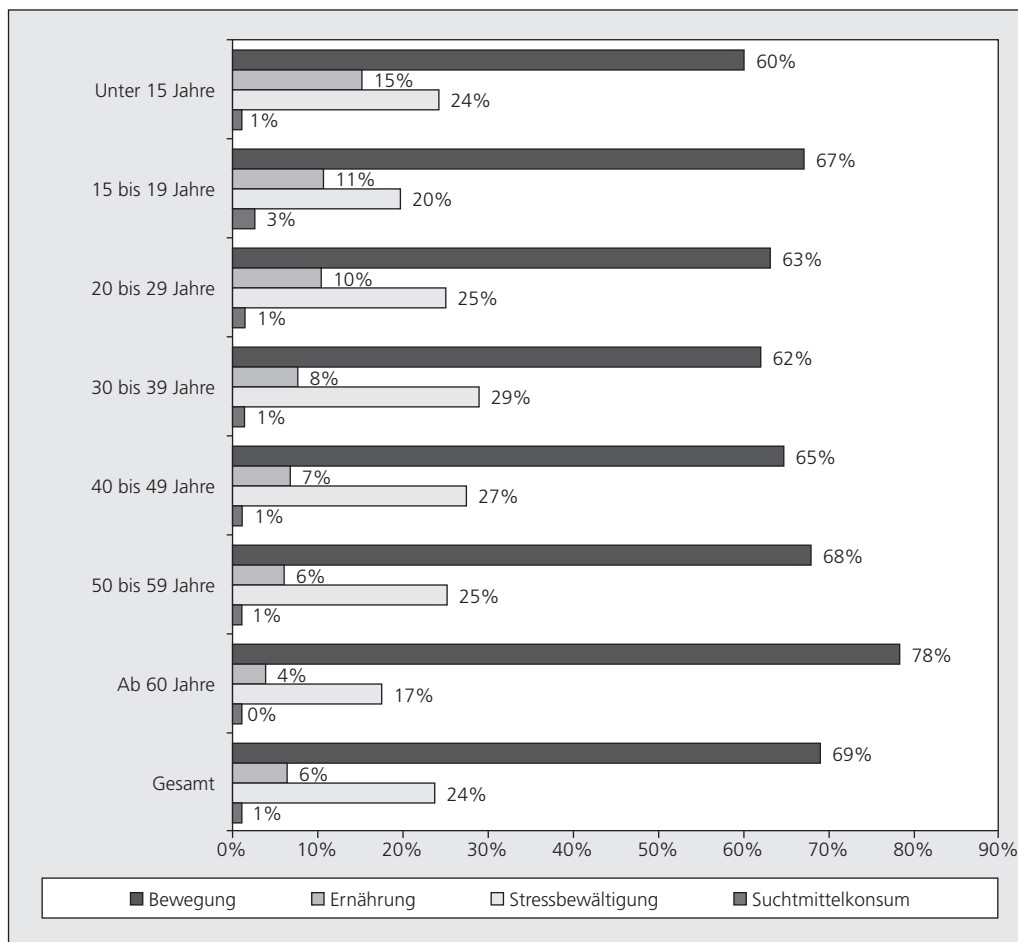
Betrachtet man die Inanspruchnahme der verschiedenen Handlungsfelder nach Alter, wie in Abbildung 34 dargestellt, so zeigt sich über alle Altersgruppen hinweg ein ähnliches Bild. In jeder Altersgruppe wählen die meisten Teilnehmer ein Bewegungsangebot. Der Anteil bewegt sich zwischen 60% bei den unter 15jährigen und 68% bei den 50 bis 59jährigen Teilnehmern und einem Gipfel von 78% bei den Teilnehmern ab 60 Jahre.

Bei einer durchschnittlichen Inanspruchnahme der Stressbewältigungskurse von

24% mit einer Steigerung auf 29% der Teilnehmer im jungen Erwerbs- und Familienalter sinkt die Teilnehmerrate der älteren Versicherten.

In der Lebensphase zwischen 30 und 39 Jahren sind viele Menschen einer mehrfachen Belastung in der Familie und im Berufsleben ausgesetzt. In dieser besonders aktiven Lebensphase scheint der Bedarf an Bewältigungsstrategien für Stress besonders groß zu sein.

Abb. 34: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Alter

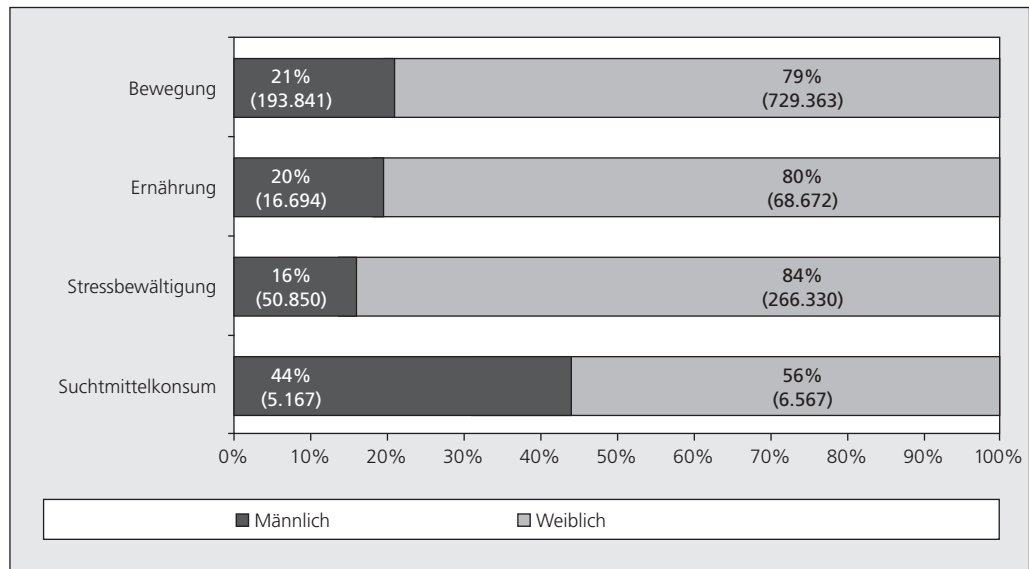


Geschlecht

Grundsätzlich ist festzustellen, dass das Interesse, aus Eigeninitiative an Gesundheitskursen teilzunehmen, eine Frauendomäne ist. 80% der Teilnehmer an Präventionskursen sind Frauen. Dies könnte an einem verstärkten Gesundheitsbewusstsein liegen, aber auch an der häu-

figen Rolle der Frau, in der Familie Ansprechpartner für Gesundheitsfragen zu sein. Im Handlungsfeld Suchtmittelkonsum ist die Verteilung allerdings deutlich anders. 44% der Teilnehmer von Nicht-raucherkursen sind Männer, wobei mit 57% mehr Männer als Frauen rauchen.

Abb. 35: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Geschlecht



Bezieht man bei der Betrachtung der Inanspruchnahme der einzelnen Handlungsfelder Alter und Geschlecht ein, so ergibt sich folgendes Bild: Der Anteil an männlichen Kursteilnehmern ist bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren mit über 40 Prozent in allen Handlungsfeldern am höchsten. Hier erfolgt die Anmeldung über die Eltern, vermutlich vorrangig durch die Mutter.

Im Vergleich der vier Handlungsfelder ist das Interesse an Maßnahmen zur Stressbewältigung bei den Männern über alle Altersgruppen ab 15 Jahren mit deutlich unter 20 Prozent am geringsten. Hier

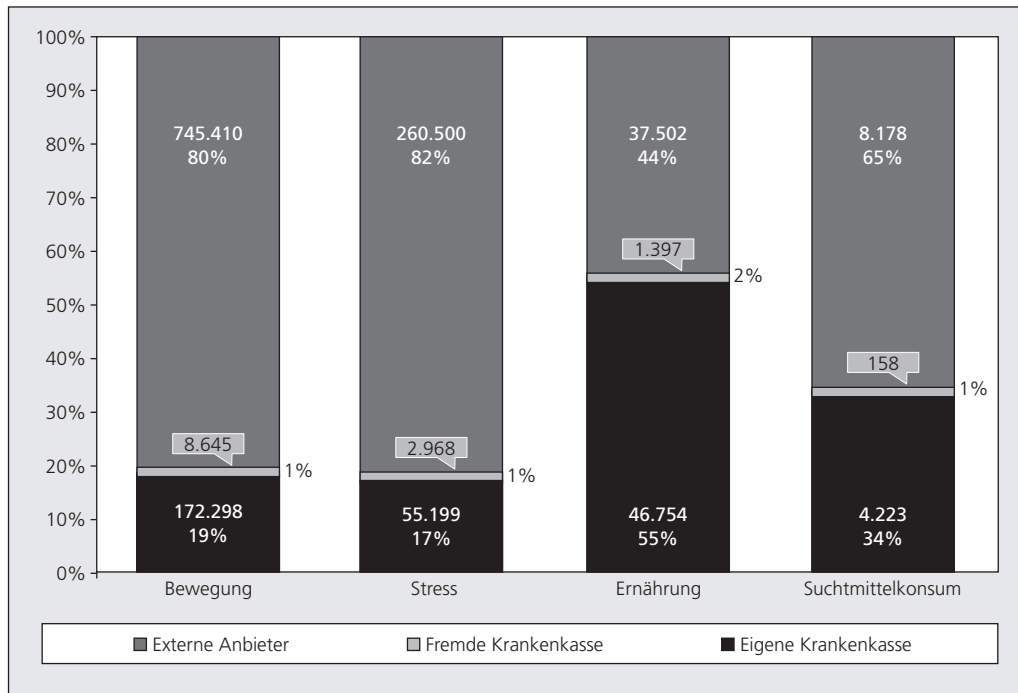
könnte zum Tragen kommen, dass Männer weniger von einer Doppelbelastung durch Beruf und Familie betroffen sind als Frauen, möglicherweise sind Männer aber auch weniger bereit, eine hohe Belastung zuzugeben. Das Interesse an gesunder Ernährung ist ähnlich gering. Erst in der Altersgruppe der über 60-Jährigen sind 24% der Kursteilnehmer männlich. Mit zunehmendem Alter möglicherweise auftretende gesundheitliche Beeinträchtigungen könnten hierfür der Auslöser sein. Ebenfalls könnte dies ein Grund für die steigende Beteiligung von Männern über 60 Jahre an Bewegungsangeboten sein.

Leistungsanbieter

Krankenkassen sind selbst Anbieter von Präventionskursen oder sie bezuschussen Maßnahmen externer Anbieter, wie z. B. Sportvereine oder Volkshochschulen. Der Anteil derjenigen, die ein Kursangebot eines externen Anbieters besuchen, liegt in den Handlungsfeldern Bewegung und

Stressbewältigung bei rund 80 Prozent. Über die Hälfte (55%) der Versicherten nutzt im Handlungsfeld Ernährung ein Angebot der eigenen Krankenkasse. Bei Nichtraucherkursen sind dies über ein Drittel (34%).

Abb. 36: Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern



7 GKV-Präventionsziele

Seit 2008 richten die gesetzlichen Krankenkassen ihre Präventionsaktivitäten im Setting-Ansatz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung in freiwilliger Selbstverpflichtung bundesweit an Zielen aus. Dies soll dazu beitragen, die Leistungen auf besonders prioritäre Bereiche und Maßnahmen zu orientieren. Dabei bleibt die Entscheidungsfreiheit der Krankenkassen bei der Mittelverwendung – in dem vom Leitfaden Prävention (GKV-Spitzenverband 2010) gesetzten Rahmen – gewahrt.

Im Berichtsjahr 2012 sind die seit 2008 geltenden Ziele letztmalig Richtschnur der Krankenkassenaktivitäten. Am 31. Dezember 2012 endet der Geltungszeitraum der Ziele 2008–2012. Die jährliche Dokumentation des Zielerreichungsgrades (GKV-Spitzenverband, MDS 2012) zeigt, dass die Verständigung auf Ziele geeignet ist, das Angebot an hochwertigen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen auszubauen. Dies hat zu der Entscheidung geführt, die Ziele

weiter zu entwickeln. Für die Folgeperiode 2013–2018 wurden die Präventions- und Gesundheitsförderungsziele bereits neu beschlossen (siehe. Kap. 7.2).

Die Ziele sind im Allgemeinen nach den beiden Oberzielen „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ gegliedert. Jedes dieser Ziele ist wiederum in drei Teilziele untergliedert. Die Teilziele zur Prävention sind mehr auf Krankheitsverhütung ausgerichtet, die Teilziele zur Gesundheitsförderung fokussieren auf gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen.

Die Teilziele sind quantifiziert und maßnahmenbezogen, damit ihr Erreichungsgrad ermittelt werden kann. So können für die Krankenkassen Anreize gebildet werden, beispielsweise ihre Aktivitäten um einen gewissen Prozentsatz zu steigern oder die Anzahl der zu erreichenden Personen höher zu setzen. Den Krankenkassen vor Ort bleibt die individuelle Ausgestaltung ihrer Maßnahmen freigestellt.

7.1 Bilanz der GKV-Präventionsziele 2008 bis 2012

7.1.1 Setting-Ansatz

Der Erreichungsgrad der Teilziele ist aus der nachfolgenden Tabelle 8 ersichtlich.

Die Teilziele 1 der Prävention und Gesundheitsförderung im Setting-Ansatz („Aufklärungs- und Beratungsangebote für junge Familien und Alleinerziehende“ und „Mitwirkung der Krankenkassen in kommunalen Gremien für Kindergesundheit“) werden im vorliegenden Präventionsbericht nicht geprüft. Grund

hierfür ist, dass sich diese Teilziele nicht auf § 20 SGB V, sondern auf § 1 SGB V beziehen.⁵

Die Tabelle beschreibt die teilzielbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten im Zeitverlauf und vergleicht die Werte in 2012 mit dem Vorjahr 2011 und dem Basisjahr 2007, d. h. vor Inkrafttreten der Ziele.

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

Tabelle 8: Erreichungsgrad der Präventionsziele im Setting-Ansatz

Oberziel Prävention (Teilziel 1 wird nicht im Rahmen des Präventionsberichts erhoben)							
Teilziel 2 Interventionen in Kitas	Basis- erhebung 2007	2008	2009	2010	2011	2012	Verän- derung 07/12
Zielgruppe: drei- bis sechsjährige Kinder							
Schätzzahl der über multifaktorielle, verhaltens- und gleichzeitig verhältnisbezogene Interventionen in Kitas direkt erreichten Kinder (Ziel: Steigerung um 10% pro Jahr)	155.938	274.755	333.455	483.340	509.252	528.869	239%
Teilziel 3 Interventionen in Schulen							
Zielgruppe: schulpflichtige Kinder und Jugendliche							
Schätzzahl der über multifaktoriell ausgerichtete, verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen direkt erreichten Kinder und Jugendlichen in Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	485.395	441.010	816.853	928.745	909.752	908.093	87%

Oberziel Gesundheitsförderung (Teilziel 1 wird nicht im Rahmen des Präventionsberichts erhoben)							
Teilziel 2 Steuerungskreise in Kitas	Basis- erhebung 2007	2008	2009	2010	2011	2012	Verän- derung 07/12
Zielgruppe: drei- bis sechsjährige Kinder							
Anzahl der Kitas mit Steuerungskreisen, an denen mindestens die GKV, Kita-Träger und Elternvertreter beteiligt waren (Ziel: Steigerung um 10% pro Jahr)	153	1.457	696	862	650	470	207%
Teilziel 3 Steuerungskreise in Schulen							
Zielgruppe: schulpflichtige Kinder und Jugendliche							
Anzahl der Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Real- und Berufsschulen mit Steuerungskreisen, an denen mindestens die GKV, der Schulträger, die Schulleitung und Lehrerschaft sowie Elternvertreter beteiligt waren (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	503	1.313	679	580	141	177	-65%

Die abschließende Betrachtung über den Gesamtzeitraum zeigt, dass drei von vier Zielen erreicht werden konnten. So wurde beispielsweise die Anzahl der Maßnahmen für drei- bis sechsjährige Kinder, welche sowohl an den „Verhältnissen“ als auch beim „Verhalten“ ansetzen, und die sich auf mehrere Inhalte wie beispielsweise Ernährung und Bewegung bezogen, kontinuierlich auf über eine halbe Million vergrößert.

Die Anstrengungen der Krankenkassen, in den Schulen – außer Gymnasien – mehr Prävention zu betreiben und bei den an-

gebotenen Interventionen nicht nur Verhaltensänderungen, sondern auch Verbesserungen der Verhältnisse im Setting im Blick zu haben, konnten im Vergleich zum Basisjahr fast verdoppelt und auf diesem Niveau stabil gehalten werden.

Steuerungskreise sind Gremien, in denen Gesundheitsförderungsmaßnahmen geplant und wichtige Entscheidungen getroffen werden. In den Kitas war es das Ziel, vermehrt solche Steuerungsgremien zu etablieren, bei denen wesentliche Akteure – wie die GKV und insbesondere Kita-Träger und Elternvertreter – eingebun-

den sind. Obwohl deren Anzahl im letzten Jahr etwas rückläufig ist, wurde die angestrebte Erhöhung seit der Basiserhebung 2007 um ein Vielfaches übertroffen.

In Schulen war es ebenfalls das Ziel, vermehrt Steuerungskreise mit wesentlichen Akteuren – wie Schulträger, Schulleitung, Lehrerschaft und Elternvertretern – durchzuführen. Das Ziel formuliert eine Reihe komplexer Bedingungen, von denen jede einzelne erfüllt sein muss, damit das Ge-

samtziel als erreicht gelten kann, was insgesamt nicht gelungen ist. Nach einem anfänglich starken Aufbau solcher Steuerungskreise sind es zunehmend weniger Schulen, die diesem Ziel entsprechen. Im letzten Jahr ist wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Möglicherweise sind einzelne zeitlich begrenzte Großprojekte für diese Schwankungen verantwortlich. Zudem konkurrieren immer neue Aufgaben und wachsende Ansprüche um die Ressourcen der Schulen.

7.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

„Arbeitsweltbezogene Prävention“ und „arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung“ stehen als Oberziele mit jeweils drei Teilzielen im Mittelpunkt der Krankenkassenaktivitäten in den Betrieben. Tabelle 9 gibt einen Überblick über die Entwicklung dieser Maßnahmen seit Vereinbarung der Ziele vor sechs Jahren.

Die Teilziele sehen eine Steigerung der Aktivitäten um 5% pro Jahr vor.

Dieses Zielkriterium wurde bei allen Zielen auf den Gesamtzeitraum bezogen erfüllt.

Beispielsweise wurde die Schätzzahl der direkt über Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen erreichten älteren Arbeitnehmer ab 50 Jahren im Erhebungszeitraum mit 111.530 verdreifacht.

Dies gilt ebenso für die Anzahl der Betriebe mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Hier wurden die entsprechenden Angebote um 186% ausgebaut.

Tabelle 9: Erreichungsgrad der Präventionsziele für die betriebliche Gesundheitsförderung

Oberziel Arbeitsweltbezogene Prävention							
Teilziel 1 Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	Basis- erhebung 2007	2008	2009	2010	2011	2012	Verän- derung 07/12
Anzahl betrieblicher Präventionsmaßnahmen (Dokumentationsbögen) mit der inhaltlichen Ausrichtung gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	908	1.074	1.212	1.278	1.428	1.196	32%
Teilziel 2 Stressbewältigung/Stressmanagement							
Anzahl betrieblicher Präventionsmaßnahmen (Dokumentationsbögen) mit der inhaltlichen Ausrichtung Stressbewältigung/Stressmanagement (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	945	1.088	1.535	1.797	1.910	1.829	94%
Teilziel 3 Ältere Arbeitnehmer							
Schätzzahl älterer Arbeitnehmer (ab 50 Jahre), die direkt über Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen erreicht wurden (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	35.100	36.743	52.509	85.783	90.856	111.530	218%

Oberziel Arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung							
Teilziel 1 Steuerungskreise	Basis- erhe- bung 2007	2008	2009	2010	2011	2012	Verän- derung 07/12
Anzahl der Betriebe mit Steuerungskreisen (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	2.512	2.706	3.142	6.758	3.998	4.816	92%
Teilziel 2 Gesundheitszirkel							
Anzahl der Betriebe, bei denen betriebliche Gesundheitszirkel durchgeführt wurden (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	911	1.109	1.399	2.257	1.440	1.362	50%
Teilziel 3 Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben							
Anzahl der Betriebe mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Ziel: Steigerung um 5% pro Jahr)	183	180	297	534	500	524	186%

7.2 Neue Präventionsziele 2013 bis 2018

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat am 5. September 2012 für die Periode 2013 – 2018 neue Präventions- und Gesundheitsförderungsziele beschlossen (s. u.). Die Ausrichtung der Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen der Krankenkassen an gemeinsamen Zielen soll fortgeführt werden. Die Oberziele der Prävention beziehen sich auf die Verhütung von definierten Erkrankungen, die Gesundheitsförderungsziele sind auf die Stärkung gesunderhaltender Ressourcen ausgerichtet.

Die Zielauswahl erfolgte gemäß dem von der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) entwickelten Verfahren (Bindzius, Bödeker et al. 2005) unter Zugrundelegung von Ergebnissen des Präventionsberichts. Die Ziele wurden mit der Fachkonferenz Prävention, externen Experten mit Beteiligung der Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbandes sowie den Spitzenorganisationen der Sozialpartner und der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz entwickelt und abgestimmt. Die Zielformulierung hebt – anders als in der ersten Zieleperiode – nicht nur auf eine Steigerung der absoluten Zahl von mit zielbezogenen Maßnahmen erreichten Settings wie Schulen und Betriebe ab, sondern auch auf eine Steigerung des Anteils der

mit diesen Maßnahmen erreichten Settings an der Gesamtzahl der erreichten Schulen bzw. Betriebe. Mit dieser neuen Zielformulierung wird zukünftig deutlich werden, inwieweit nicht nur eine mengenmäßige Ausweitung erfolgte, sondern auch, ob sie gleichzeitig ihr Gewicht im Gesamtspektrum relativ erhöht hat.

Bei der Umsetzung der Ober- und Teilziele strebt die GKV mit allen Organisationen und Gremien, die sich mit der Entwicklung und Umsetzung nationaler Gesundheitsziele beschäftigen, eine partnerschaftliche Zusammenarbeit an. Die neu gefassten GKV-Ziele sind kompatibel mit bestehenden Ziele-Initiativen wie der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) und dem Nationalen Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ (gesundheitsziele.de). Der Erreichungsgrad der Ziele wird wie bisher kontinuierlich mit Hilfe der kassenartenübergreifenden Dokumentation im Präventionsbericht überprüft.

Der GKV-Spitzenverband empfiehlt den Krankenkassen, die neu gefassten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele im Rahmen ihrer Planung der Aktivitäten zu berücksichtigen.

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013–2018

I. Lebensweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele

Oberziel lebensweltbezogene Prävention: Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems (Zielgruppen Kinder und Jugendliche)

Teilziel 1: Die Zahl der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten erreichten Kinder/Jugendlichen an Haupt-, Förder- und Berufsschulen ist erhöht.

Teilziel 2: Zahl und Anteil der Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit einem Steuerungsgremium für die Gesundheitsförderung sind erhöht.

Oberziel lebensweltbezogene Gesundheitsförderung: Ausschöpfung der gesundheitsfördernden Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen

Teilziel 1: Aktive Mitwirkung der Krankenkassen in kommunalen Gremien zur Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern (z. B. Bündnisse für Kindergesundheit).

Teilziel 2: Zahl und Anteil der Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit einem Steuerungsgremium für die Gesundheitsförderung sind erhöht.

II. Arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 1: Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Teilziel 1.1: Zahl und Anteil der durch Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates mit verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung erreichten Betriebe sind erhöht.

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 2: Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen.

Teilziel 2.1: Zahl und Anteil der Betriebe mit verhältnispräventiven Aktivitäten zur Verringerung psychischer Fehlbelastungen sind erhöht.

Teilziel 2.2: Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer „gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung“ sind erhöht.

Teilziel 2.3: Zahl und Anteil der Betriebe mit verhaltensbezogenen Aktivitäten zur „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ sind erhöht.

Oberziel arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung: Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeitswelt mit bedarfsgerechter, nachhaltiger und partizipativer betrieblicher Gesundheitsförderung

Teilziel 1: Zahl und Anteil der mit Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten sind erhöht.

Teilziel 2: Zahl und Anteil der Betriebe mit einem Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz zuständigen Akteure sind erhöht.

Teilziel 3: Zahl und Anteil der Betriebe, in denen Gesundheitszirkel durchgeführt werden, sind erhöht.

Teilziel 4: Zahl und Anteil der Betriebe mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben sind erhöht.

7.2.1 Erhebung der Basisdaten

Im Rahmen des vorliegenden Präventionsberichts 2013 erfolgt auf Grundlage der Daten des Berichtsjahres 2012 die Erhe-

bung der Basisdaten für die Messung der Zielerreichung in den kommenden Jahren.

Tabelle 10: I. Lebensweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele

Oberziel lebensweltbezogene Prävention Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems	
Teilziel 1	Basiserhebung 2012
Zielgruppe: Kinder und Jugendliche	
Die Zahl der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten direkt erreichten Kinder/Jugendlichen an Haupt-, Förder- und Berufsschulen ist erhöht.	272.999

Oberziel lebensweltbezogene Gesundheitsförderung Ausschöpfung der gesundheitsfördernden Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen (Teilziel 1 wird nicht im Rahmen des Präventionsberichtes erhoben)		
Teilziel 2	Basiserhebung 2012	
	Anzahl	Anteil* in v. H.
Zielgruppe: Kinder und Jugendliche		
Zahl und Anteil der Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit einem Steuerungsgremium für die Gesundheitsförderung sind erhöht.	1.831	6%

* Die Grundgesamtheit ergibt sich aus der Summe aller im jeweiligen Berichtsjahr erreichten Settings

Tabelle 11: II. Arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 1 Verhütung von Muskel-Skelett-Erkrankungen		
Teilziel 1.1	Basiserhebung 2012	
	Anzahl	Anteil in v. H.
Zahl und Anteil der durch Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates mit verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung erreichten Betriebe sind erhöht.	2.937	36%

Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention 2 Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen		
Teilziel 2.1	Basiserhebung 2012	
	Anzahl	Anteil* in v. H.
Zahl und Anteil der Betriebe mit verhältnispräventiven Aktivitäten zur Verringerung psychischer Fehlbelastungen sind erhöht.	2.437	30%
Teilziel 2.2		
Zahl und Anteil der Betriebe mit Aktivitäten zur Förderung einer „gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung“ sind erhöht.	1.972	24%
Teilziel 2.3		
Zahl und Anteil der Betriebe mit verhaltensbezogenen Aktivitäten zur „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ sind erhöht.	2.598	32%

Oberziel arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeitswelt mit bedarfsgerechter, nachhaltiger und partizipativer betrieblicher Gesundheitsförderung		
Teilziel 1	Basiserhebung 2012	
	Anzahl	Anteil* in v. H.
Teilziel 1: Zahl und Anteil der mit Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten sind erhöht.	1.987	24%
Teilziel 2		
Zahl und Anteil der Betriebe mit einem Steuerungsgremium für die betriebliche Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der für den Arbeitsschutz zuständigen Akteure sind erhöht.	2.846	35%
Teilziel 3		
Zahl und Anteil der Betriebe, in denen Gesundheitszirkel durchgeführt werden, sind erhöht.	1.362	17%
Teilziel 4		
Zahl und Anteil der Betriebe mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben sind erhöht.	524	6%

* Die Grundgesamtheit ergibt sich aus der Summe aller im jeweiligen Berichtsjahr erreichten Betriebe

Die Basiserhebung zeigt durch Betrachtung speziell der relativen Anteile, dass die jeweiligen Inhalte anteilmäßig deutlich variieren; während z. B. bereits 30% der Betriebe mit verhältnispräventiven Aktivitäten zur Verringerung psychischer Fehl-

belastungen aktiv sind, spielt das Thema Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben erst bei 6% der Betriebe eine Rolle. Die Messung der Zielerreichung wird von daher zukünftig aussagekräftiger sein als in der Vergangenheit.

8 Empfehlungen und Ausblick

Der Präventionsbericht 2013 dokumentiert Ausrichtung und Umfang des Engagements der Krankenkassen auf dem Feld von Prävention und Gesundheitsförderung. Am Beispiel der betrieblichen Gesundheitsförderung gibt er darüber hinaus einen Einblick in die vielfältige Arbeit und das Zusammenwirken vieler

Faktoren, die für eine erfolgreiche Präventionsarbeit notwendig sind, und die sich zu einem großen Teil nicht in den Zahlen des Berichts abbilden. Aus den erhobenen Daten und ihrer Bilanzierung lassen sich Hinweise für zukünftige Aufgabenschwerpunkte ableiten.

Qualität und Umfang der Leistungen in Settings

Sozial benachteiligte Zielgruppen sind am besten zu erreichen, wenn sie direkt aufgesucht und angesprochen werden. Im letzten Jahr lagen fast ein Drittel (30%) der Settings, in denen die Krankenkassen mit Präventionsmaßnahmen aktiv waren, in „sozialen Brennpunkten“ (vgl. Abschnitt 5.3). Bei Kindergärten und Kitas sowie Grundschulen liegt der Betreuungsgrad bei 30% bzw. 31% aller Einrichtungen. Gymnasien und Gesamtschulen werden zu gut einem Drittel betreut. Das Engagement bei den nur zu einem Fünftel erreichten Haupt- und Förderschulen sollte verstärkt werden und somit der Abbau sozialer Ungleichheiten unterstützt werden.

Die Ausgaben pro Versicherten sind im Jahr 2012 von 0,33 Euro in den letzten beiden Jahre auf 0,40 Euro angestiegen. Dieser Weg der Verstärkung des Engagements in den Lebenswelten der Men-

schen sollte weiter beschritten werden. Hierbei sind die Haupt- und Förderschulen besonders in den Blick zu nehmen, gleichzeitig sollte das Engagement in den anderen Schulformen und in Kitas nicht nachlassen. Das zweite wichtige Standbein für kontinuierliches Engagement in den Lebensräumen der Menschen ist neben den Bildungseinrichtungen die Stadtteilarbeit. Hier ist Kooperation mit den primär verantwortlichen Akteuren in den Kommunen gefragt und der Schwerpunkt weiterhin auf kombinierte verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen zu legen. Kooperationsempfehlungen der GKV – 2012 mit der Bundesagentur für Arbeit zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit, 2013 mit den kommunalen Spitzenverbänden zu Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune – bieten hierfür eine wichtige Basis und Chance.

Qualität und Umfang der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung konnten im Berichtsjahr 2012 deutlich ausgebaut werden. Die Zahl der erreichten Betriebe stieg im Vergleich zum Vorjahr um 20%. Die Ausgaben je Versicherten stiegen um 9%.

Mit fast 80% befasst sich der größte Teil der Interventionen mit der Reduktion kör-

perlicher Belastungen. Maßnahmen zum Stressmanagement haben im Berichtsjahr einen Anteil von 45% an den Interventionen. Angesichts der immer stärker wachsenden psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz ist hier ein weiterer Ausbau zu empfehlen.

Neue Präventionsziele

Der Trend zu mehr Engagement in der Setting-Arbeit und der betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützt die Aufgabe, Menschen aus allen sozialen Schichten zu erreichen, und entspricht der Richtung, die mit den neuen Präventionszielen angestrebt wird.

Die vom GKV-Spitzenverband unter maßgeblicher Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene beschlossenen Präventionsziele für die Jahre 2013 – 2018 (vgl. Abschnitt 7.2) sollen handlungsleitend für das primärpräventive und gesundheitsförderliche Engagement der Krankenkassen in den nächsten fünf Jahren sein.

Ausblick

Die Ausrichtung der Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen der Krankenkassen an gemeinsamen Zielen hat sich bewährt. Durch die nun eingeleitete Fortführung des beschrifteten Weges mit aktualisierten Zielen, die die Erfahrungen der letzten Jahre berücksichtigen und neue Entwicklungen und Erkenntnisse einbeziehen, ist das gemeinsame Engagement der Krankenkassen auf ein gutes Fundament gestellt.

Die Krankenkassen werden ihr Engagement insbesondere im Hinblick auf verstärkte Aktivitäten in den Lebenswelten und in der betrieblichen Gesundheitsförderung weiterentwickeln. Besondere Aufmerksamkeit soll dabei der Erreichung gefährdeter Zielgruppen, z. B. arbeitsloser Menschen sowie der Stärkung der psychischen Gesundheit geschenkt werden. Das kombinierte Vorgehen, gleichzeitig beim Verhalten des Einzelnen und den Umge-

Der Präventionsbericht 2013 enthält die Basisdaten (vgl. Kap. 7.2.1) für die Messung der Zielerreichung in den nächsten Jahren. Der Präventionsbericht wird zukünftig dokumentieren, inwieweit es gelingt, die Prävention und Gesundheitsförderung in bestimmten Lebenswelten weiter zu verankern und damit insbesondere mehr sozial benachteiligte Menschen zu erreichen. Er wird u. a. Auskunft über die Entwicklung bestimmter Aktivitäten in Betrieben geben, die z. B. der Stärkung der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter dienen.

bungsverhältnissen anzusetzen, wird weiter ausgebaut. Dabei sind Partnerschaften mit weiteren jeweils verantwortlichen Akteuren unerlässlich. So ist beispielsweise ein Modellprojekt von Krankenkassen und Jobcentern geplant, bei dem Gesundheitsförderungsangebote mit Arbeitsförderungsmaßnahmen verknüpft und in den „Settingansatz“ der kommunalen Gesundheitsförderung eingebettet werden sollen.

GKV-Spitzenverband und die Bundesagentur für Arbeit, die auf dem Feld der Gesundheitsorientierung kooperieren, sehen zukünftige Herausforderungen in der verstärkten Verzahnung von Präventionsangeboten mit arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen und einer Erleichterung des Zugangs von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten zu Maßnahmen der Prävention.

Anhang

Gesetzliche Regelungen

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

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

der betrieblichen Umwelt initiieren und die notwendigen Kompetenzen vermitteln, um die persönliche Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern. Dazu sollen sie Angaben zur gesundheitlichen Situation einschließlich der Risiken und Potenziale erheben und Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation entwickeln. In den gesamten Prozess sind die Beteiligten aktiv einzubeziehen. Weil die betriebliche Gesundheitsförderung regelmäßig Versicherte verschiedener Krankenkassen betrifft, sollen die beteiligten Kassen im Regelfall miteinander kooperieren. (Deutscher Bundestag 2006)

Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention

Die GKV hat erstmals im Jahr 2000 eine Handlungsanleitung zu den primärpräventiven Aktivitäten und zur betrieblichen Gesundheitsförderung verfasst: den Leitfaden Prävention (GKV-Spitzenverband 2010). Eine beratende Kommission unabhängiger Experten unterstützt die GKV dabei, den Leitfaden weiterzuentwickeln.

Maßnahmen, die eine Krankenkasse fördert, müssen bestimmten Qualitätskriterien entsprechen. Diese Qualitätskriterien sind im Leitfaden Prävention für jedes der vier Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung und Suchtmittelkonsum definiert. Hierzu werden die Handlungsfelder in einzelne Präventionsprinzipien differenziert, z. B. das Handlungsfeld Suchtmittelkonsum in „Förderung des Nichtrauchens“ und „Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums“. Jede Krankenkasse hat dementsprechend

zu prüfen, ob eine geplante Maßnahme die Kriterien des Leitfadens erfüllt. Maßnahmen, die nicht den im Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen von § 20 und § 20a SGB V durchgeführt oder gefördert werden. Damit ist jede Krankenkasse in der Gestaltung ihrer Leistungen auf den vom Leitfaden Prävention vorgegebenen Rahmen verpflichtet, kann aber die Leistungen innerhalb dieser Grenzen frei gestalten.

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

§§ 20 und 20a SGB V (Auszug)

§ 20 Primärprävention

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

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

§ 20a Betriebliche Gesundheitsförderung

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

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

Begriffsbestimmung: Setting, individuelle Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung

Der vorliegende Bericht folgt den Begriffsbestimmungen, die der Leitfaden Prävention (GKV-Spitzenverband 2010) vorgenommen hat. Danach werden die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention in drei Ansätze gegliedert: Setting-Ansatz, individueller Ansatz und betriebliche Gesundheitsförderung.

Settings sind die Lebenswelten der Menschen, zum Beispiel Kindergärten, Schulen, Stadtteile, Senioreneinrichtungen und Treffpunkte von Menschen mit Migrationshintergrund.⁶ Dort lassen sich auch Menschen erreichen, die von sich aus keine individuellen präventiven Kursangebote aufsuchen.

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

Des Weiteren wird Prävention in zwei Strategien gegliedert: Verhaltensprävention und Verhältnisprävention. Die Verhaltensprävention ist darauf ausgerichtet, gesundheitsgefährdende Gewohnheiten zu verändern und gesundheitsgerechte Verhaltensweisen zu fördern. Die Verhält-

nisprävention dagegen versucht die organisatorischen und sozialen Bedingungen des Umfeldes und der Umwelt in der Weise zu verändern, dass Risiken für die Entstehung von Erkrankungen minimiert und zugleich Ressourcen für die Gesunderhaltung gefördert werden. Verhaltens- und Verhältnisprävention sollten sich gegenseitig ergänzen, um eine größtmögliche Wirksamkeit zu entfalten.

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

Die betriebliche Gesundheitsförderung umfasst genau genommen ein spezielles Setting, nämlich den Arbeitsort von Menschen. Auch hier sind beide Präventionsstrategien wichtig, zum einen das Schaffen von gesundheitsgerechten Arbeitsbedingungen und zum anderen das Hinwirken auf gesundheitsförderliches Verhalten der Berufstätigen.

Erhebungsmethode und Auswertung

Grundlage für den Präventionsbericht bilden die Dokumentationsbögen der Krankenkassen für a) Settings und b) die betriebliche Gesundheitsförderung. Ein Dokumentationsbogen dokumentiert alle Aktivitäten zu einem „Projekt“. Im vorliegenden Präventionsbericht werden die Begriffe „Projekt“ und „Dokumentationsbogen“ synonym verwendet. Ein „Projekt“ kann seinerseits in mehreren Einrichtungen bzw. Betrieben durchgeführt werden.

Für die Angaben zu den individuellen Präventionskursen erfassen die Krankenkas-

sen die Daten über die Teilnehmer der individuellen Gesundheitsförderung in ihrer kasseneigenen EDV.

Die einzelnen Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene führen die Daten der Mitgliedskassen zusammen und leiten die Daten ihres Kassensystems an den MDS weiter.

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

⁶ Settings sind Lebensbereiche, in denen Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen. Nach dieser Definition ist auch die Arbeitsstätte – der Betrieb – ein Setting. Der Gesetzgeber grenzt jedoch in § 20a SGB V den Begriff „betriebliche Gesundheitsförderung“ speziell ab und formuliert andere leistungsrechtliche Vorgaben. Diesen Vorgaben folgt der Präventionsbericht.

Tabellenband, Dokumentationsbögen, Ausfüllhinweise

Über den Präventionsbericht hinausgehende Datenauswertungen können dem Tabellenband entnommen werden. Präventionsbericht, Tabellenband, Dokumentationsbögen und detaillierte Ausfüll-

anweisungen stehen den Krankenkassen auf der Homepage des MDS zur Verfügung und können von dort heruntergeladen werden (www.mds-ev.de).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Anzahl der Dokumentationsbögen für die betriebliche Gesundheitsförderung	34
Abb. 2: Branchen	35
Abb. 3: Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigten)	36
Abb. 4: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten	37
Abb. 5: Laufzeit der Aktivitäten in Monaten	37
Abb. 6: Erreichte Personen (Schätzzahlen)	38
Abb. 7: Zielgruppen	40
Abb. 8: Kooperationspartner	41
Abb. 9: Vertreter im Steuerungsgremium	42
Abb. 10: Bedarfsermittlung	43
Abb. 11: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	45
Abb. 12: Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	46
Abb. 13: Art der Umgestaltung	47
Abb. 14: Durchführung einer Erfolgskontrolle	47
Abb. 15: Inhalte der Erfolgskontrolle	48
Abb. 16: Anzahl Dokumentationsbögen	50
Abb. 17: Anzahl der Settings	50
Abb. 18: Erreichte Personen	53
Abb. 19: Erreichte Personen in den jeweiligen Settings	54
Abb. 20: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten	55
Abb. 21: Projektlaufzeit in Monaten	56
Abb. 22: Zielgruppen	57
Abb. 23: Kooperationspartner	58
Abb. 24: Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium	60
Abb. 25: Bedarfsermittlung	61
Abb. 26: Durchgeführte Gesundheitszirkel	62
Abb. 27: Inhalte	63
Abb. 28: Verhaltens- und Verhältnisbezug der Maßnahmen	64
Abb. 29: Art der Umgestaltung	65
Abb. 30: Erfolgskontrollen	66
Abb. 31: Inhalte der Erfolgskontrollen	67
Abb. 32: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern	70
Abb. 33: Inanspruchnahme nach Alter	72
Abb. 34: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Alter	73
Abb. 35: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Geschlecht	74
Abb. 36: Leistungsanbieter in den jeweiligen Handlungsfeldern	75

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wichtige Kennziffern	29
Tabelle 2: Direkt erreichte Personen nach Geschlecht	31
Tabelle 3: Erreichte Personen nach Bundesländern	39
Tabelle 4: Anteil der betreuten Bildungseinrichtungen an allen Einrichtungen in Deutschland	51
Tabelle 5: Settings in sozialen Brennpunkten	52
Tabelle 6: Anzahl direkt erreichter Personen nach Bundesländern	55
Tabelle 7: Teilnahmequote nach Alter	71
Tabelle 8: Erreichungsgrad der Präventionsziele im Setting-Ansatz	78
Tabelle 9: Erreichungsgrad der Präventionsziele für die betriebliche Gesundheitsförderung	79
Tabelle 10: I. Lebensweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele	82
Tabelle 11: II. Arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele	83

Literaturverzeichnis

- Bamberg, E.; Ducki, A. & Metz, A. M. (2011). (Hrsg.).
Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt.
Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J. & Macco, K. (2011). (Hrsg.).
Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit.
Berlin, Heidelberg New York: Springer Verlag.
- BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (2012a).
Stressreport Deutschland. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden.
Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (2012b). (Hrsg.).
Zweites Memorandum „Mit Prävention die Zukunft gewinnen Strategien für eine
demographiefeste Arbeitswelt“ auf der Website www.inqa.de
- Beck, D.; Richter, G.; Ertel, M.; Morschhäuser, M. (2012).
Gefährdungsbeurteilungen bei psychischen Belastungen in Deutschland.
Verbreitung, hemmende und fördernde Bedingungen.
In: Prävention und Gesundheitsförderung, 2, 115–119.
- Becke, G. (2010). Innovation durch Prävention –
Gestaltungsperspektive für innovationsorientierte Wissensarbeit.
In: G. Beck, R. Klatt, B. Schmidt, B. Stieler-Lorenz & H. Uske (Hrsg.),
Innovation durch Prävention. Gesundheitsförderliche Gestaltung von Wissensarbeit.
Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. S. 11–31.
- Bindzius, F.; Bödeker, W. et al. (2005).
Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen.
IGA-Report 8. Essen, BKK Bundesverband.
- BKK BV, DGUV, AOK-BV, vdek (2010–2011). (Hrsg.).
iga-Report 20 „Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement“.
- Busch, C.; Roscher, S.; Ducki, A.; Kalytta, T. (2009).
Stressmanagement für Teams in Service, Gewerbe und Produktion.
Ein ressourcenorientiertes Trainingsmanual. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Busch, C. und Werner, D. (2011). Qualitätssicherung durch Evaluation.
In: E. Bamberg, A. Ducki & A. M. Metz. (Hrsg.).
Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt.
Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe. S. 221–234.
- Deutscher Bundestag (2006). Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD.
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG).
Drucksache 16/3100. 16. Wahlperiode, 24.10.2006.
Begründung. dip.bundestag.de/btd/16/031/1603100.pdf
- Drupp, M.; Osterholz, U. (2001): Das „Bonusprojekt der AOK Niedersachsen.“
Kontext, Grundzüge, Möglichkeiten und Grenzen. In: Pfaff, H.; Slesina, W. (Hrsg.):
Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur
Evaluation und Qualitätssicherung, S. 145–160. Weinheim, München: Juventa.
- Faller, G. (2010). Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Huber.
- Franke, F.; Vincent, S. & Felfe, J. (2011). Gesundheitsbezogene Führung.
In: E. Bamberg, A. Ducki & A. M. Metz. (Hrsg.).
Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt.
Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe. S. 371–393.
- GKV-Spitzenverband und MDS (2012): Präventionsbericht 2012.
Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Primärprävention und
betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2011.

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

Murphy, L. R. (1996). Stress management in work settings: A critical review of the health effects. *American Journal of Health Promotion*, 11 (2), 112–135.

Nationaler Aktionsplan Integration (2011). S. 162 ff.
Download: www.bundesregierung.de

Richter, P.; Buruck, G.; Nebel, C. und Wolf, S. (2011).
Arbeit und Gesundheit – Risiken, Ressourcen und Gestaltung.
In: E. Bamberg, A. Ducki, A. und A. M. Metz (Hrsg.). Gesundheitsförderung
und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch. Göttingen:
Hogrefe. S. 25–61.

Robert Koch-Institut (2011). Daten und Fakten:
Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“
Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Rummel, M. (2010). Resilienz aufbauen – Sich selbst und andere für schwierige Zeiten wappnen. In *Konturen. Fachzeitschrift für Sucht und soziale Fragen*, 6, 12–17.

Schröer, A.; und Sochert, R. (2012). Gesundheitszirkel seit 25 Jahren erfolgreich.
In: *Die BKK*, 11, 464–471.

Statistisches Bundesamt (2011). Ergebnisse des Mikrozensus, zit. n.: Bundeszentrale für politische Bildung, <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61649/migrationshintergrund-ii>, Zugang: 23.08.2013.

Strohmeier K.P. (2003): Sozialraumanalyse.
In: Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung des Landes Nordrhein-Westfalen: Raumbeobachtungssysteme als Instrumente der integrierten Stadt(teil)-entwicklung. S. 22 – 33.

Van der Klink, J. J. L.; Blonk, R. W. B.; Schene, A. H. & van Dijk, F. J. H. (2001).
The benefits of interventions for work-related stress.
American Journal of Public Health, 91(2), 270–276.

Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation

Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen

Mandy Handschuch, GKV-Spitzenverband, Berlin

Diana Hart, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Regina Herdegen, AOK-Bundesverband, Berlin

Caroline Jung, MDS, Essen

Ulrike Kiehl, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Kassel

Karin Niederbühl, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Karin Schreiner-Kürten, GKV-Spitzenverband, Berlin

Jan Seidel, MDS, Essen

Claudia Stahlhut, Knappschaft, Bochum

Dr. Harald Strippel M. Sc., MDS, Essen

Anke Tempelmann, AOK-Bundesverband, Berlin

Ruth Wagner, IKK classic

Waltraud Wagner, IKK e. V., Berlin

Dr. Volker Wanek, GKV-Spitzenverband, Berlin

Autoren

Dr. Gregor Breucker, Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung

Annelie Buntenbach, Deutscher Gewerkschaftsbund

Prof. Dr. Antje Ducki, Beuth Hochschule für Technik, Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften

Mandy Handschuch, GKV-Spitzenverband

Dr. Volker Hansen, Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände

Caroline Jung, MDS

Heinz Kowalski, ehemaliger Leiter des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH

Dipl. Psych. Andrea Lohmann-Haislah, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Michaela Mißler, Team Gesundheit Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH

Karin Schreiner-Kürten, GKV-Spitzenverband

Dr. Harald Strippel M. Sc., MDS

Dr. Volker Wanek, GKV-Spitzenverband

Christian Zahn, ver.di



Reinhardtstraße 30, 10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de



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