



PRÄVENTIONSBERICHT 2015

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung
Berichtsjahr 2014

Impressum

Autoren

Nadine Schempp,
Dr. Harald Strippel MSc
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 28
10117 Berlin-Mitte
Telefon: 030 206288-0
Telefax: 030 206288-88
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Gestaltung

BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Druck

das druckhaus print und neue medien
41352 Korschenbroich

November 2015

ISSN 2198-0004

Fotonachweis

Titel E. von Rabenstein (fotolia.com)
S. 5 Kiefer: Tom Maelsa; Pick: MDS
S. 11 Holleder: privat
S. 17 Schreiner-Kürten: Jenny Sieboldt;
Gaida: privat
S. 20 Körber, Schmidt, Zühlke: jeweils privat
S. 22 Wenzel: Robert Michael;
Weiß-Rosenbaum: privat
S. 24 Leicher: Karla Zieger
S. 25, 27, 29: Andrea Katheder
S. 29 Kolbeck: Sabine Kalkus
S. 31 Froch: Jobcenter Kreis Unna
Fraune, Klose, Russ: jeweils privat
S. 33 Fachinger: privat; Jäger: Jochen Kratschmer
S. 35 Schadowski: privat
S. 36 Milles: privat
S. 36 Guggemos: privat
S. 40 Kücking: Andrea Katheder

PRÄVENTIONSBERICHT 2015

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung
Berichtsjahr 2014

GKV-Spitzenverband, Berlin

**Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen, Essen**

Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene

AOK-Bundesverband, Berlin



BKK Dachverband, Berlin



IKK e. V., Berlin



Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel



Knappschaft, Bochum



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



Anmerkung:

Zur besseren Lesbarkeit wird darauf verzichtet, bei Berufs- und Personenbezeichnungen sowohl die männliche als auch die weibliche Form zu verwenden. Wird die männliche Form verwendet, schließt dies die weibliche mit ein.

Vorwort

Der Präventionsbericht 2015 erscheint unmittelbar nach der Verabschiedung des Präventionsgesetzes und damit in einer besonders bedeutsamen Phase: Die Nationale Präventionskonferenz hat sich konstituiert und arbeitet daran, erstmals bundesweite trägerübergreifende Rahmenempfehlungen zu verabschieden. Diese werden für die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung gemeinsame Ziele und Handlungsfelder festlegen, vorrangige Zielgruppen und zu beteiligende Organisationen beschreiben und den Rahmen für mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen schaffen. Gestärkt wird die Kooperation der Sozialversicherungsträger - gesetzliche Kranken-, Unfall-, Renten- sowie soziale Pflegeversicherung - untereinander und mit weiteren für Prävention und Gesundheitsförderung verantwortlichen Partnern.

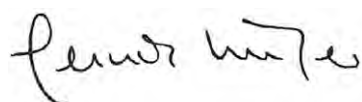
Insbesondere sozial benachteiligte Zielgruppen, deren Gesundheitschancen häufig schlechter sind, sollen von diesem Mehr an kooperativem Engagement profitieren. So kann z. B. die Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen durch die Verzahnung mit der Arbeitsförderung intensiviert werden. Dieser Ansatz wird im Schwerpunktteil des Präventionsberichts 2015 anhand einer modellhaften Erprobung der Zusammenarbeit von Krankenkassen und Jobcentern dargestellt. Auf Basis der Ergebnisse soll die Gesundheitsförderung für Arbeitslose gemeinsam mit den verantwortlichen Partnern zukünftig verstärkt werden.

Außerdem zeigen die aktuellen Daten, dass die Krankenkassen ihr Engagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung erneut stark ausgebaut haben: Es wurden mehr Betriebe sowie mehr Beschäftigte erreicht und auch die Ausgaben stiegen hier deutlich.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist erfahren darin, anhand ihrer Ergebnisse das Erreichen präventiver und gesundheitsförderlicher Ziele zu dokumentieren und die Erkenntnisse für die Weiterentwicklung ihres zielbezogenen Engagements zu nutzen. Sie gibt ihren jährlichen Präventionsbericht schon seit 2002 heraus. Dieses Know-how bringt sie ebenso gerne wie ihre Daten in den künftig alle vier Jahre erscheinenden trägerübergreifenden Bericht der Nationalen Präventionskonferenz ein. Die Leistungen der Krankenkassen werden darüber hinaus weiterhin im jährlichen Präventionsbericht dargestellt.

Unser Dank gilt den Kolleginnen und Kollegen der Krankenkassen für die Durchführung und Dokumentation ihrer vielfältigen Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten und den Autorinnen und Autoren im Schwerpunktteil für ihre Beiträge in unserem Bericht.

Wir wünschen Ihnen eine informative Lektüre!



Gernot Kiefer
Vorstand
GKV-Spitzenverband, Berlin



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS, Essen



Inhalt

Vorwort	5
Zusammenfassung	8
Themenschwerpunkt: Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen	11
Krankenkassen und Jobcenter verzahnen Arbeits- und Gesundheitsförderung - eine modellhafte Erprobung	16
Standortsteckbrief Nürnberg	18
Standortsteckbrief Vogtland	20
Standortsteckbrief Berlin Marzahn-Hellersdorf	22
Reportage „Ich bin viel selbstsicherer geworden“	25
Standortsteckbrief Unna	30
Standortsteckbrief Limburg-Weilburg	32
Standortsteckbrief Mecklenburgische Seenplatte Nord	34
Die Begleitforschung der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit	36
Präventionsgesetz erleichtert Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung	40
Zahlen im Überblick	42
Ausgaben gesamt	44
Inanspruchnahme nach Geschlecht	45
Setting-Ansatz	46
Settings der Gesundheitsförderung	47
Art der Settings	48
Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“	49
Erreichte Personen	50
Laufzeit der Gesundheitsförderung in Settings	52
Zielgruppen	53
Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben	54
Koordination und Steuerung	55
Bedarfsermittlung	56
Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	57
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	58
Erfolgskontrollen	59

Betriebliche Gesundheitsförderung	60
Erreichte Betriebe	61
Branchen	62
Betriebsgröße	63
Erreichte Beschäftigte	64
Zielgruppen	65
Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten	66
Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung	67
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße	68
Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branche	69
Koordination und Steuerung	70
Bedarfsermittlung	71
Arbeitsunfähigkeitsanalysen	72
Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	73
Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten	74
Erfolgskontrollen	76
Individueller Ansatz	77
Inanspruchnahme	78
Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern	79
Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	80
GKV-Präventionsziele	84
Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013 bis 2018 im Setting-Ansatz	85
Zielerreichungsgrad im Setting-Ansatz	86
Arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013 bis 2018	88
Zielerreichungsgrad in der betrieblichen Gesundheitsförderung	89
Empfehlungen und Ausblick	93
Anhang	95
Begriffsbestimmung: Setting, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention	95
Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention	95
Erhebungsmethode und Auswertung	96
Tabellenband, Dokumentationsbögen, Ausfüllhinweise	96
Abbildungsverzeichnis	97
Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation	98

Zusammenfassung

Der Präventionsbericht 2015 gibt einen Überblick über die Aktivitäten der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung.

Themenschwerpunkt Prävention bei Arbeitslosen

Der diesjährige Themenschwerpunkt „Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“ zeigt, dass Arbeitslose eine wichtige Zielgruppe sind. Sie haben einen schlechteren Gesundheitszustand, mehr gesundheitliche Beschwerden – insbesondere geht Arbeitslosigkeit mit einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit einher – sowie häufigere Krankenhausaufenthalte. Zielgruppenspezifische Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sind für Arbeitslose daher besonders nötig. Um dauerhafte Auswirkungen zu erzielen, bedarf es einer Kombination von verhaltensorientierten Maßnahmen mit Ansätzen der Verhältnisprävention. Langzeitarbeitslosen sollten langfristige gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten in den Kommunen geboten werden.

Die Bundesagentur für Arbeit und die gesetzliche Krankenversicherung arbeiten zusammen, um den mit Arbeitslosigkeit verbundenen gesundheitlichen Risiken vorzubeugen bzw. sie zu minimieren und die Betroffenen darin zu unterstützen, ihre Gesundheit und Erwerbsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern. In einem Modellprojekt werden Maßnahmen der Arbeitsförderung mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention verbunden. Die Partner der Modellprojekte – Krankenkassen und Jobcenter an sechs Standorten mit unterschiedlichen Strukturmerkmalen – erproben drei Zugangsvarianten zur Sensibilisierung und Motivierung von Langzeitarbeitslosen für das Thema Gesundheit und die Teilnahme an spezifischen Gesundheitsförderungs-Angeboten der Krankenkassen: Jobcenter (Vermittlungsfachkräfte oder Fallmanager), Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit (Berufspsychologischer Service oder Ärztlicher Dienst) und Qualifizierungs- oder Beschäftigungsträger (Verzahnung von Arbeits- und Gesundheits-

förderungsmaßnahmen). „Standortsteckbriefe“ aus Nürnberg, Berlin Marzahn-Hellersdorf und Unna sowie den Landkreisen Vogtland, Limburg-Weilburg und Mecklenburgische Seenplatte Nord beschreiben projektspezifische Gegebenheiten, den Projektverlauf, erste Ergebnisse sowie Gelingens- und Hinderungsfaktoren. Eine Reportage illustriert, wie ein Präventionskurs, der psychosoziale und gesundheitliche Kompetenzen von Arbeitslosen stärkt, abläuft. Abschließend werden Ansätze der Begleitforschung der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit dargestellt und es wird beschrieben, welche Möglichkeiten zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung das Präventionsgesetz bietet.

Kennziffern

Im Setting-Ansatz werden Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Lebenswelten der Menschen, etwa in Schulen oder Stadtteilen, durchgeführt. Die Krankenkassen förderten Aktivitäten in 23.000 Settings und sprachen dadurch 2,2 Mio. Personen direkt an. Sie investierten im Setting-Ansatz rund 32 Mio. Euro. Im Vergleich zum Vorjahr ergab sich ein Ausgabenzuwachs von 7 %. Jeweils etwa ein Viertel der Aktivitäten wurde in Kitas und in Grundschulen durchgeführt. In der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten krankenkassengeförderte Programme 1,2 Mio. Beschäftigte in 11.000 Betrieben, 15 % mehr als im Vorjahr. 36 % der Aktivitäten vollzogen sich im verarbeitenden Gewerbe, 18 % im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen. 2014 wurden insgesamt knapp 68 Mio. Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung ausgegeben. Dabei stiegen die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 24 %.

Im „individuellen Ansatz“ fördern die Krankenkassen die Teilnahme an Präventionskursen. 2014 unterstützen die Krankenkassen 1,7 Mio. Kursteilnahmen, 16 % mehr als im Vorjahr, und wendeten hierfür 193 Mio. Euro auf. Dies entspricht einer Ausgabensteigerung um 6 % im Vergleich zum Vorjahr.

Insgesamt investierten die Krankenkassen im Berichtsjahr rund 293 Mio. Euro für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Das sind 4,16 Euro je Versicherten und damit deutlich mehr als der gesetzliche Orientierungswert von 3,09 Euro für das Jahr 2014. Krankenkassengeförderte Aktivitäten erreichten 5,1 Millionen Menschen direkt. Die Krankenkassen haben 2014 ihre Gesamtausgaben für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung um 10 % gesteigert. Damit leisten sie einen erheblichen Beitrag zu der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, Gesundheitsförderung und Prävention auszubauen.

Setting-Ansatz

Die Aktivitäten der Krankenkassen sollen einen Beitrag leisten, sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen zu vermindern. Sie konzentrieren daher ihre Unterstützung auf solche Einrichtungen, die in „sozialen Brennpunkten“ liegen, also in Wohngebieten, in denen Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und deren soziales Netzwerk eingeschränkt ist. 32 % der Kitas und 46 % der Grundschulen lagen in „sozialen Brennpunkten“.

Die Krankenkassen unterstützen und begleiten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in Lebenswelten zeitlich befristet im Sinn einer Hilfe zur Selbsthilfe. Das Ziel ist es, dauerhafte strukturelle Veränderungen im Setting zu bewirken und Verhaltensweisen der Akteure im Setting zu beeinflussen. Im Mittel betrug die Laufzeit der von den Krankenkassen unterstützten Gesundheitsförderungsaktivitäten ein Jahr und acht Monate. Die strukturierte Vorgehensweise lässt sich daran ablesen, dass 79 % der Programme über ein Entscheidungs- und Steuerungsgremium verfügen. Der inhaltliche Schwerpunkt der Interventionen richtet sich nach dem Bedarf im jeweiligen Setting und wird strukturiert durch die im Leitfaden Prävention beschriebenen Maßnahmen. Bewegung, Ernährung und Aktivitäten rund um die psychische Gesundheit sind die häufigsten Themen der

verhältnis- und verhaltensbezogenen Aktivitäten. Im Setting-Ansatz wirken 66 % der krankenkassengeförderten Gesundheitsförderungsprogramme darauf hin, Strukturen und Abläufe sowie das Verhalten der Personen im Setting in eine gesundheitsgerechte Richtung zu entwickeln.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Durch die von Krankenkassen geförderten Maßnahmen in Betrieben konnten insgesamt 1,2 Mio Beschäftigte erreicht werden. Dabei fanden etwa ein Drittel der Maßnahmen im verarbeitenden Gewerbe statt. Über die Hälfte der erreichten Betriebe waren mit 50 bis unter 500 Mitarbeitern von mittlerer Größe.

Bei der Hälfte der Maßnahmen waren weitere Kooperationspartner eingebunden. Unter denjenigen Institutionen, die seitens des Betriebes eingebunden wurden, und die eigene Ressourcen eingebracht haben, hat die gesetzliche Unfallversicherung den größten Beitrag geleistet.

Im Berichtsjahr erstellten die Krankenkassen rund 8.000 Arbeitsunfähigkeitsprofile (AU-Profile). Ein solches Profil liefert einen ersten Überblick über die Arbeitsunfähigkeitsquote, AU-Tage, die Verteilung der Krankheitsarten sowie Durchschnittswerte der jeweiligen Branche.

Das gemeinsame Präventionsengagement der Krankenkassen und Betriebe bezieht sich auf verschiedene Handlungsfelder. Am häufigsten liegt der Schwerpunkt der Maßnahmen auf der Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates. Aber auch Maßnahmen zum Stressmanagement werden relativ häufig durchgeführt.

Individuelle Prävention

Mit individuellen Kursangeboten möchten die Krankenkassen den Versicherten Kompetenzen zur Reduzierung von Krankheitsrisiken vermitteln und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen aufzeigen. Das Ziel der Kurse ist es darüber

hinaus, Wege aufzuweisen, wie das Erlernete im Alltag eingeführt und dauerhaft umgesetzt werden kann. Dabei ist der Fokus der Kursangebote auf verschiedene Handlungsfelder gerichtet. Besonders häufig werden Bewegungsangebote (69 % der Kursteilnahmen) von den Versicherten nachgefragt. Kurse zur Stressbewältigung machen ein Viertel der Kursteilnahmen aus.

Frauen zeigen sich deutlich interessierter an den individuellen Kursangeboten. 81 % der Kursteilnehmer sind weiblich.

Präventionsziele

Die Krankenkassen richten seit 2008 ihr Präventionsengagement an bundesweit gültigen Zielen aus. Diese werden für einen Zeitraum von sechs Jahren beschlossen. Im Präventionsbericht wird der Zielerreichungsgrad der jeweils geltenden Ziele gemessen und analysiert. So konnten die für 2014 geltenden Ziele - welche in die Zielperiode 2013-2018 fallen - überwiegend erreicht werden. In der betrieblichen Gesundheitsförderung konnte beispielsweise die Verhältnisprävention gegen psychische Fehlbelastungen ausgebaut werden, und es wurden deutlich mehr kleine und mittlere Betriebe erreicht. Allerdings konnte das Gesundheitsförderungsziel, mehr Steuerungsgremien unter Einbeziehung des Arbeitsschutzes in den Betrieben einzurichten, nicht erreicht werden.

Empfehlungen und Ausblick

Aus dem vorliegenden Präventionsbericht, insbesondere nach der Einschätzung der Zielerreichung, lassen sich vor allem zwei Empfehlungen an die Krankenkassen nahelegen. Der erfolgreiche Weg in der betrieblichen Gesundheitsförderung, dass z. B. mehr Betriebe, vor allem auch kleine und mittlere Betriebe, erreicht werden und mehr Betriebe zur Prävention von psychischen und Verhaltensstörungen aktiviert werden, sollte fortgesetzt werden. Im Rahmen des Setting-Ansatzes sollten die Anstrengungen intensiviert werden, mehr Schülerinnen und Schüler in Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit multifaktoriell ausgerich-

teten verhaltens- und verhältnispräventiven Angeboten zu erreichen und die genannten Schularten für krankenkassenunterstützte Prävention und Gesundheitsförderung zu gewinnen.

Mit den Änderungen durch das Präventionsgesetz, welche am 25. Juli 2015 in Kraft getreten sind und ab 2016 finanzwirksam werden, werden sich weitere Herausforderungen insbesondere für die Krankenkassen, aber auch für andere Sozialversicherungsträger und Präventionsverantwortliche im Bund und in den Ländern ergeben: Es werden neue Koordinationsstrukturen der vielfältigen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie weitere Kooperationen der Akteure entstehen. Die nationale Präventionskonferenz, bestehend aus den verschiedenen relevanten Akteuren, soll eine nationale Präventionsstrategie entwickeln und deren Umsetzung und Fortführung gewährleisten. Dies umfasst die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen für lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention. Zur Umsetzung auf Landesebene sind wiederum Rahmenempfehlungen zwischen den Kranken- und Pflegekassen sowie den Trägern der Unfall- und Rentenversicherung mit den Ländern abzuschließen. Zudem soll zukünftig in jeder Legislaturperiode ein übergreifender Präventionsbericht der Träger der Nationalen Präventionskonferenz erstellt werden, der Transparenz über die Leistungen schafft und einen Überblick darüber geben soll, inwieweit alle Verantwortlichen die Gesundheitsförderung gemäß der definierten Rahmenempfehlungen qualitativ und quantitativ weiterentwickelt haben. Dazu kann der GKV-Präventionsbericht einen Beitrag liefern.

Themenschwerpunkt: Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

Ohne Job, knapp bei Kasse und gesundheitlich gefährdet – Arbeitslose brauchen Gesundheitsförderung

„Taking action – do something, do more, do better“ lautet die Schlüsselbotschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2014) in ihrem Review über die sozialen Determinanten von Gesundheit und das Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region. Ein WHO-Expertenteam stellt darin einerseits bemerkenswerte Gesundheitsgewinne, andererseits gesundheitliche Ungleichheiten zwischen den Ländern und innerhalb der Länder fest. Soziale Einflussfaktoren erklären den größten Anteil an der Varianz der Gesundheitszustände in der Bevölkerung (Commission on Social Determinants of Health 2008). Solche Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit werden in Deutschland schon über einen sehr langen Zeitraum beschrieben, z. B. im Jahr 1912 bei Mosse und Tugendreich. Derzeit wird eine eher ansteigende gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland beobachtet (Maron und Mielck 2015).

Erreicht die Gesundheitsförderung sozial Benachteiligte?

Ein sozialer Gradient zeigt sich aber nicht nur in populationsbezogenen Verteilungen von Gesundheit, Krankheit und Lebenserwartung, sondern auch bei der Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Die Prävention und Gesundheitsförderung erreicht in Deutschland die Menschen mit niedrigem Sozialstatus nur in geringem Maß. Das belegte die GEDA-Studie 2009 (Jordan und v. d. Lippe 2012), aber auch frühere Untersuchungen wie die von Kirschner und anderen (1995). Zur Trendumkehr hat der Gesetzgeber in § 20 Abs. 1 SGB V verfügt, dass Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Primärprävention „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen [sollen].“

Arbeitslose – eine wichtige Ziel- und Versichertengruppe?

Eine besondere Gruppe unter den sozial Benachteiligten stellen Arbeitslose dar. Mit den Hartz-

Arbeitsmarktreformen wurden die früheren staatlichen Fürsorgesysteme Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zusammengeführt, und das SGB II wurde zur steuerfinanzierten Grundsicherung. Anspruchsvoraussetzungen sind Erwerbsfähigkeit und Hilfebedürftigkeit. Nach der KMI-Statistik für März 2015 befanden sich unter den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung über 2,5 Mio. Arbeitslosengeld-II-Empfänger. Eine weitere Million Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung bezogen Leistungen nach dem SGB III bzw. aus der Arbeitslosenversicherung.

Arbeitslosigkeit ist einer der Hauptrisikofaktoren für Armut und für Überschuldung in Deutschland. Davon sind nicht nur die Arbeitslosen, sondern auch ihre Kinder und Lebenspartner mittelbar betroffen. Familienmitglieder sind einerseits Quelle sozialer Unterstützung, andererseits geraten sie unter den Druck der Arbeitslosigkeit und sind „Opfer durch Nähe“ (Kieselbach und Beelmann 2006). Zu Letzteren zählen z. B. ökonomisch deprivierte Kinder. Durch die Bedarfsgemeinschaften sind rund 15 % aller Kinder unter 15 Jahren in der Grundsicherung für Arbeitsuchende gemeldet (Bundesagentur für Arbeit 2013).

Über die Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken von Arbeitslosen gibt es relativ wenige Untersuchungen, über die nachfolgend ein kurzer Überblick gegeben wird.

Sind Arbeitslose kränker?

In nationalen Gesundheitssurveys wurden bei Arbeitslosen schlechtere Gesundheitszustände und mehr gesundheitliche Beschwerden im Vergleich zu Beschäftigten identifiziert (Kroll und Lampert 2012). Paul und Moser (2009) und McKee-Ryan et al. (2005) werteten die internationale Studienlage meta-analytisch aus. Sie kommen übereinstimmend zum Hauptergebnis, dass Arbeitslosigkeit



von
PD Dr. Alfons Holleder,
Bayerisches Landesamt
für Gesundheit und
Lebensmittelsicherheit
(LGL), Nürnberg

insbesondere mit einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit einhergeht. Die Autoren untersuchten in ihren elaborierten Meta-Analysen eine Reihe von Einflussfaktoren. Unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden demnach besonders Personen mit hoher Arbeits- und Berufsorientierung sowie mit längerer Verweildauer in Arbeitslosigkeit. Diese Untersuchungen geben wichtige Hinweise für die Gesundheitsförderung zur möglichen Zielgruppenauswahl innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen und für die Entwicklung von Ansätzen der Verhaltens- und Verhältnisprävention (Hollederer 2009).

Sterben Arbeitslose früher?

International wird nach einer Meta-Analyse von Roelfs et al. (2011) ein höheres Risiko von Arbeitslosen für vorzeitige Sterblichkeit konstatiert. Milner et al. (2013) ermitteln in einer weiteren Meta-Analyse, dass Arbeitslosigkeit mit einem größeren Risiko für Suizide und Suizidversuche assoziiert ist. Gesteigerte Mortalitätsrisiken bei Arbeitslosen bestätigen auch mehrere Sekundäranalysen (Grobe und Schwartz 2003, Grobe 2006, Schach et al. 1994) von Krankenkassendaten in Deutschland.

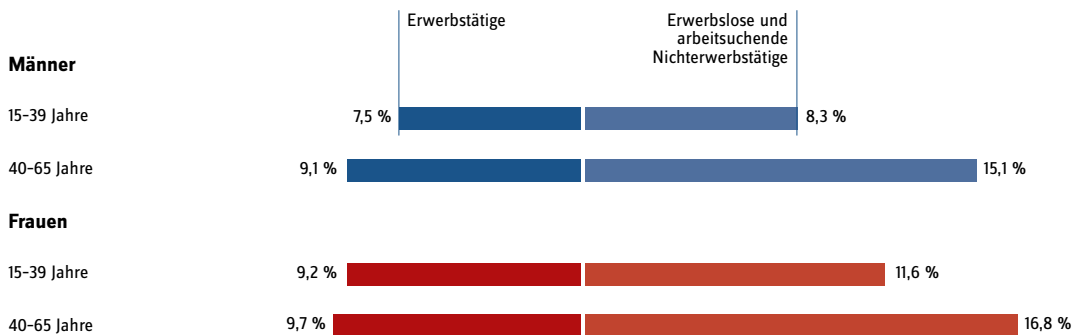
Werden Arbeitslose häufiger medizinisch behandelt?

Die Abrechnungsdaten von Krankenkassen bieten eine gute Datengrundlage, um die Gesundheitsversorgung von Arbeitslosen zu untersuchen. Gesundheitsreports der GEK (1999, 2001, Grobe und Schwartz 2003) und des BKK Bundesverbandes (2010) analysierten die stationäre Krankenversorgung bei Arbeitslosen und berichteten von überdurchschnittlich vielen Leistungsfällen in der Krankenhausbehandlung bei dieser Versicherten-Gruppe. So wurden im Jahresdurchschnitt 2009 bei BKK-versicherten Arbeitslosen fast doppelt so viele Krankenhausfälle und rund zweieinhalb Mal so viele Krankenhaustage wie bei BKK-pflichtversicherten Beschäftigten registriert (BKK 2010). Als wichtigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt verzeichnet der Gesundheitsreport bei den

arbeitslosen Männern wie bei den arbeitslosen Frauen psychische und Verhaltensstörungen. Dies ist kongruent mit der Statistik der Antidepressiva-Verordnungen, nach der arbeitslose Männer und Frauen mehr als doppelt so häufig Antidepressiva verschrieben bekamen wie die pflichtversicherten beschäftigten Männer und Frauen (BKK 2010). Auch eine Studie mit AOK-Daten von Schubert et al. (2013) ergibt, dass bei 40 % der AOK-versicherten Bezieher von Arbeitslosengeld II eine psychiatrische Diagnose im Jahr 2011 erfasst und als häufigste Einzeldiagnose eine depressive Episode attestiert wurde. Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ist dagegen wegen einer Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie für Arbeitslose mit spezifischen Kriterien in seiner Aussagekraft vorsichtig zu interpretieren (vgl. Hollederer 2011).

Daneben sagen 7,1 % der Erwerbslosen im EU-SILC-Survey 2012 (Hollederer 2015) aus, dass sie notwendige zahnmedizinische Untersuchungen oder Behandlungen aufgrund finanzieller Gründe nicht in Anspruch genommen haben. 4,1 % der Erwerbslosen geben einen unerfüllten Bedarf nach notwendigen medizinischen Leistungen wegen der Kosten an. Bei den Erwerbstätigen betragen die analogen Anteile der Nichtinanspruchnahme aus Finanzgründen dagegen nur 1,5 % bzw. 0,6 %. Eine weitere wichtige Datenquelle ist der amtliche Mikrozensus als Stichprobenerhebung über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt. Er enthält ein Zusatzprogramm mit freiwillig zu beantwortenden Gesundheitsfragen, das i. d. R. alle vier Jahre erhoben wird. Die Abbildung 1 zeigt auf Datenbasis des Mikrozensus 2013, dass ein relativ hoher Anteil von Erwerbslosen und Arbeitsuchenden an Krankheiten und Unfallverletzungen litten, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung auftraten und von einem niedergelassenen Arzt behandelt oder im Krankenhaus versorgt wurden. Langzeitarbeitslose waren dabei besonders stark betroffen.

Abb. 1 Anteil Kranke/Unfallverletzte in ambulanter oder stationärer Behandlung in den letzten vier Wochen nach Erwerbsstatus



Quelle: Mikrozensus 2013

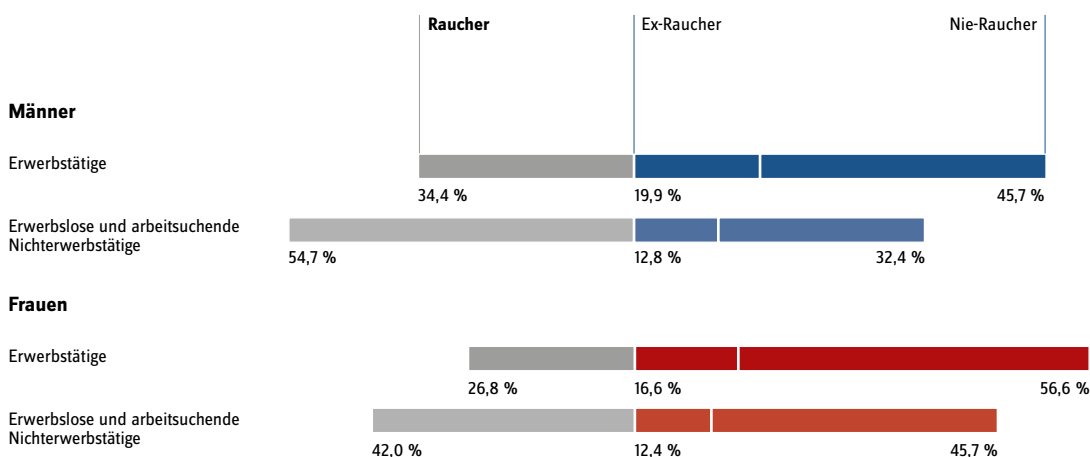
Verhalten sich Arbeitslose gesundheitsriskanter?

Im Mikrozensus 2013 wiesen Erwerbslose und Arbeitsuchende signifikant höhere Raucherquoten als Erwerbstätige auf (Abbildung 2). Mit 54,7 % zählten über die Hälfte der erwerbslosen und arbeitsuchenden Männer zu den aktuellen Rauchern, während unter den erwerbstätigen Männern nur rund ein Drittel rauchte. Der Anteil der Nie-Raucher unter den Erwerbslosen und Arbeitsuchenden war im Vergleich zu den Erwerbstätigen deutlich geringer. Zudem schafften es die befragten Erwerbslosen

und Arbeitsuchenden wesentlich seltener, den Tabakkonsum wieder aufzugeben. Hier wird der Bedarf an Strategien zur Nichtraucherförderung und an strukturierten Tabakentwöhnungsmaßnahmen für die Gruppe der Erwerbslosen deutlich.

Gemäß Mikrozensus 2013 trat Adipositas besonders oft bei erwerbslosen Frauen mit einem Anteil von 18 % auf, während von den erwerbstätigen lediglich 10 % adipös waren (Statistisches Bundesamt 2014). An dieser Stelle könnten Angebote zur gesunden Ernährung und Bewegungsförderung ansetzen.

Abb. 2 Rauchgewohnheiten nach Erwerbsstatus und Geschlecht (15- bis 65-Jährige)



Quelle: Mikrozensus 2013

Sind die bisherigen Setting-Aktivitäten ausreichend?

In der Praxis der Gesundheitsförderung richten sich bisher nur wenige Setting-Maßnahmen gezielt an Arbeitslose. Der Präventionsbericht 2014 der gesetzlichen Krankenversicherung (MDS 2014) führt aus, dass im Setting-Ansatz (ohne Individualkurse) lediglich 39 der zielgruppenbezogenen Aktivitäten die Arbeitslosen adressierten. Die bisher etablierten Settings der Gesundheitsförderung wie Betriebe, Schulen, Kindergärten, Altenheime etc. erreichen Arbeitslose wenig. Um Arbeitslose über den Setting-Ansatz besser anzusprechen, sollte sich die Gesundheitsförderung stärker auf ihre Lebenswelten in den Wohnquartieren, sozialen Brennpunkten oder arbeitsmarktnahen Settings wie Qualifizierungs- und Beschäftigungsträgern, Arbeitslosenzentren etc. niederschwellig ausrichten. Ein innovativer Zugangsweg ist die Verzahnung von Gesundheitsförderung mit Arbeitsförderungsmaßnahmen. Neue Schnittstellen und Settings für Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen entstehen auch, wenn die angekündigten „**Aktivierungszentren**“ im SGB II-Bereich implementiert werden (Deutscher Bundestag 2014). Gut evaluierte Modellprojekte für eine sektorenübergreifende Kooperation der Akteure sind bereits vorhanden (Bellwinkel und Kirschner 2011).

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales möchte Jobcenter bei der Einrichtung von Aktivierungszentren unterstützen. Dort sollen Langzeitarbeitslose gebündelte Unterstützungsleistungen erhalten, mit denen Vermittlungshemmnisse ebenso wie fehlende Schul- oder Berufsabschlüsse sowie Grundbildungsdefizite angegangen werden können.

Kann die Zielgruppensteuerung verbessert werden?

Über die Teilnahmequoten von Arbeitslosen in den Projekt- und Kursdokumentationen kann auch der Grad der Zielgruppenerreichung bestimmt werden. Als Bezugsgrößen könnten z. B. die regionalen Arbeitslosenquoten aus der amtlichen Arbeitsmarktstatistik oder – bei Interesse – der Anteil der Arbeitslosen aus der Mitgliederstatistik von einzelnen Krankenkassen herangezogen werden. Als nachahmenswertes Beispiel ist eine derartige Auswertung des BKK Bundesverbandes aus dem Jahr 2003 zu erwähnen (vgl. RKI 2006, S. 130). In der Verknüpfung mit Routinedaten der Krankenkassen läge außerdem ein großes Potenzial

sowohl für die gezielte Angebotssteuerung von Präventionsmaßnahmen als auch für Monitoring und Outcome-Evaluation. Generell mangelt es an ausreichender zielgruppenspezifischer Präventions- und Gesundheitsberichterstattung.

Wettbewerb um die besten Präventionsansätze?

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sollten allein nach ihrer Gesundheitswirksamkeit konzipiert und umgesetzt werden. Gleichzeitig gilt die Vorgabe, dass Leistungen zur Primärprävention einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen sollen. Die zu geringe Inanspruchnahme der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen ist nicht nur eine Frage von sozialer Gerechtigkeit, sondern führt wegen der mangelnden Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitswesen zu ungenutzten Präventionspotenzialen und daraus resultierenden Folgekosten. Der bestehende Krankenkassenwettbewerb ist nicht förderlich für das Erreichen von sozial benachteiligten Zielgruppen, wenn er Marketing und Gewinnung „guter Versichertenrisiken“ fokussiert und nicht zielorientiert über die besten Präventionsansätze und Qualität der Leistungserbringung ausgetragen wird. Dagegen bieten die neuen Regelungen des Präventionsgesetzes zur trägerübergreifenden Kooperation gute Ansatzpunkte, um Angebote für die Zielgruppe der Arbeitslosen vor Ort und dem Bedarf entsprechend auszugestalten.

Was ist zu tun?

Das zielgruppenspezifische Angebot an Prävention und Gesundheitsförderung ist für Arbeitslose generell qualitativ und quantitativ zu wenig ausgebaut. Vorhandene Angebotsstrukturen erschöpfen sich meist in verhaltensorientierten Einzelmaßnahmen. Um nachhaltige Gesundheitseffekte zu erzielen, ist eine Kombination mit Ansätzen der Verhältnisprävention Erfolg versprechender. Gesundheitsförderung für Arbeitslose hat aber nur sozialkompensatorischen Charakter und kann über Gesundheitseffekte hinaus maximal zur

besseren Vermittlungsfähigkeit von Arbeitslosen beitragen. Arbeitslose brauchen eine Jobperspektive, wie sie z. B. die Europäische Kommission (2015) zur Unterstützung von Langzeitarbeitslosen am 17. September 2015 vorgeschlagen hat. Danach soll jedem gemeldeten Langzeitarbeitslosen eine maßgeschneiderte Wiedereinstiegsvereinbarung in Beschäftigung spätestens nach 18 Monaten Arbeitslosigkeit in allen EU-Ländern angeboten werden. Im Sinne der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO (1986) geht es um die Befähigung von Menschen, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen und gegebenenfalls durch aktives anwaltschaftliches Eintreten die Faktoren und Rahmenbedingungen positiv zu beeinflussen. Dass dies gerade im Fall von Arbeitslosigkeit erforderlich ist, wurde oben ausgeführt. Die in der Ottawa-Charta propagierten Prinzipien von Partizipation und Empowerment werden in der Praxis noch zu wenig verwirklicht. Zugang und Finanzierung sind besondere Herausforderungen in der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Oft scheitert es schon an knappen Finanzmitteln; selbst Fahrtkosten können zum Problem werden. Es gilt, die Teilnahmequoten durch den Abbau von Hemmnissen wie finanziellem Eigenanteil und Vorauslage zu steigern und innovative Zugangswege zu erschließen. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsförderung durch Arbeitslose kann als Indikator für die allgemeine Zielgruppenreichung von sozial Benachteiligten dienen.

Ein erschwerender Faktor ist, dass systembedingt auch die Mitarbeiter von Jobcentern, den Agenturen für Arbeit sowie Beschäftigungs- und Qualifizierungsträgern unter starkem Druck stehen. Hier gibt es Ansatzpunkte für bewährte Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Bisher fehlt ein handlungsleitendes Präventionsziel zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen im Zielekatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (S. 84). Für die Verbesserung der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen lässt sich die

eingangs zitierte Herangehensweise der WHO so übertragen, dass auf den unteren Stufen in der Praxis begonnen und die nächsthöhere Stufe zum Präventionsziel gesetzt wird: „Do something, do more, do better“! But do it.

Literatur

- Bellwinkel M, Kirschner W (Hrsg.): Evaluation von Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen. Wirtschaftsverlag NW, Berlin 2011
- BKK Bundesverband (Hrsg.): BKK Gesundheitsreport 2010: Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft. Berlin 2010
- Bundesagentur für Arbeit: Grundsicherung in Deutschland, Kurzinformation: Kinder und Jugendliche in der Grundsicherung. Nürnberg 2013
- Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization (Ed.), Genf 2008
- Deutscher Bundestag, Ausschussdrucksache 18(11)234: Unterrichtung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Chancen eröffnen – soziale Teilhabe sichern. Konzept zum Abbau der Langzeitarbeitslosigkeit. Berlin, 5. November 2014
- Europäische Kommission: Langzeitarbeitslosigkeit: Europa ergreift Maßnahmen, um 12 Millionen Langzeitarbeitslose bei ihrer Rückkehr in den Arbeitsmarkt zu unterstützen. Pressemitteilung, Brüssel 17. September 2015
- Gmünder Ersatzkasse Deutschland (GEK): GEK-Gesundheitsreport 1999. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 12. Schwäbisch Gmünd 1999
- Gmünder Ersatzkasse Deutschland (GEK): GEK-Gesundheitsreport 2001. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 18. Schwäbisch Gmünd 2001
- Grobe T, Sterben Arbeitslose früher? In A. Hollederer und H. Brand (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit (S. 75-83). Huber Verlag, Bern 2006
- Grobe T, Schwartz F: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. Berlin 2003
- Hollederer A (Hrsg.): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Fachhochschulverlag/Verlag für angewandte Wissenschaften, Frankfurt a. M. 2009
- Hollederer A: Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale: Ergebnisse des Mikrozensus 2005. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2011
- Hollederer A (2015): Förderung der Gesundheit von Arbeitslosen. Journal Gesundheitsförderung 1/2015, 60 - 65
- Jordan S, von der Lippe E: Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) GBE kompakt 3(5), Berlin 2012
- Kieselbach T, Beelmann G: Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. In A. Hollederer und H. Brand (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, S. 13 - 31. Huber Verlag, Bern 2006
- Kirschner W, Radoschewski M, Kirschner R: § 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Sankt Augustin, Asgard 1995
- Kroll L, Lampert T: Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. GBE kompakt 1: Robert Koch Institut 2012
- Maron A, Mielck A (2015): Nimmt die gesundheitliche Ungleichheit zu? Ergebnisse eines Literaturreviews und Empfehlungen für die weitere Forschung. Gesundheitswesen 77, 137 - 147
- McKee-Ryan FM, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ (2005): Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. Journal of Applied Psychology 90, 53 - 76
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hrsg.): Präventionsbericht 2014: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Essen 2014
- Milner A, Page A, LaMontagne AD (2013): Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE 8(1): e51333. doi:10.1371/journal.pone.0051333
- Mosse M, Tugendreich G (Hrsg.): Krankheit und Soziale Lage. Lehmanns Verlag, München 1912
- Paul KI, Moser K (2009): Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment: Meta-analytic evidence. Journal of Occupational and Organizational Psychology 79, 595 - 621
- Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE (2011): Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. Soc Sci Med 72, 840 - 54
- Robert-Koch-Institut (RKI): Gesundheitsbericht „Gesundheit in Deutschland“. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2006
- Schach E, Schach S, Wille L, Glimm E, Rister-Mende S: Die Gesundheit von Arbeitslosen und Erwerbstätigen im Vergleich. Forschungsbericht Fb 708. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 1994
- Schubert M, Parthier K, Kupka P, Krüger U, Holke J, Fuchs P: Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB-Forschungsbericht 12, Nürnberg 2013
- Statistisches Bundesamt: Mikrozensus-Fragen zur Gesundheit. Wiesbaden 2014
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung. Ottawa 1986
- WHO Regional Office for Europe: Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report (updated reprint). Copenhagen, Denmark 2014

Krankenkassen und Jobcenter verzahnen Arbeits- und Gesundheitsförderung – eine modellhafte Erprobung

Empfehlung zur Zusammenarbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Nürnberg und Berlin 2012.
Download:
www.gkv-spitzenverband.de

Anhaltende Arbeitslosigkeit ist ein bedeutsamer gesundheitlicher Risikofaktor (s. S. 11). Sind Erwerbslose erst einmal gesundheitlich eingeschränkt, ist der berufliche Wiedereinstieg für sie erheblich erschwert. Es gilt also, den mit Arbeitslosigkeit verbundenen gesundheitlichen Risiken vorzubeugen bzw. sie zu minimieren und die Menschen darin zu unterstützen, ihre Gesundheit und Erwerbsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern. Hierzu arbeiten die Bundesagentur für Arbeit und die gesetzliche Krankenversicherung auf Basis ihrer **gemeinsamen Empfehlung** zusammen.

- Mehr Langzeitarbeitslose nutzen primärpräventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen der Krankenkassen, die niedrigschwellig – d. h. auch kostenlos – und spezifisch an ihrem Bedarf ausgerichtet sind.

Das Modellprojekt wird seit Sommer 2014 an den Standorten durchgeführt. Sie zeichnen sich durch unterschiedliche Strukturmerkmale aus: Stadt und Land, Ost und West, bessere und schlechtere Arbeitsmarktlage, höherer und niedrigerer Anteil an Langzeitarbeitslosen.

In einem Modellprojekt wird eine Zusammenarbeit der beiden Sozialleistungsträger unter Zugrundelegung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung erprobt, wie ihn der **Leitfaden Prävention** zum Nutzen der Zielgruppe – hier Empfänger von Arbeitslosengeld II – beschreibt.

Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Berlin 2014.
Download:
www.gkv-spitzenverband.de

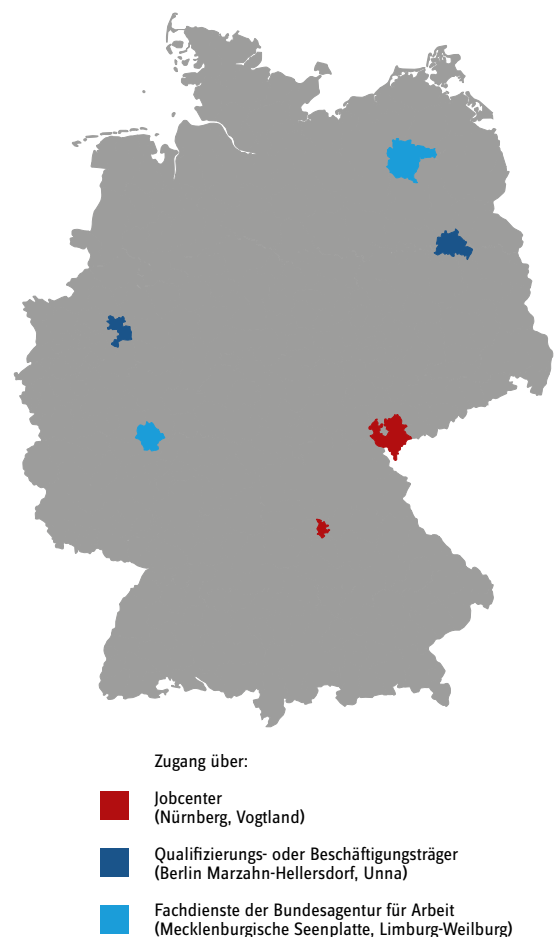
Hauptziele des Modellprojekts

Es geht insbesondere darum, Maßnahmen der Arbeitsförderung mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu verbinden. In den Jobcentern lassen sich Erwerbslose, die mit dem Ziel der Verringerung oder Beendigung des Unterstützungsbedarfs beraten und begleitet werden, gut erreichen.

Die Partner der Modellprojekte – Krankenkassen und Jobcenter an sechs Standorten – haben sich die folgenden Ziele gesetzt:

- Jobcenter und Krankenkassen arbeiten regional in einer vernetzten Struktur mit weiteren verantwortlichen Partnern zusammen (siehe die nachfolgenden „Standortsteckbriefe“), um gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen zu schaffen und zu optimieren
- Das Beratungs- und Dienstleistungsangebot in den Jobcentern ist gesundheitsförderlich ausgerichtet
- Das Jobcenter sensibilisiert und motiviert Langzeitarbeitslose für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und einen gesundheitsförderlichen Lebensstil und deren Bedeutung für die Reintegration in das Erwerbsleben

Abb. 3: Sechs Standorte – drei Zugangswege



Die Nutzung der Aktivitäten des Jobcenters im Hinblick auf das Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung wurde in drei unterschiedlichen Zugangsvarianten erprobt:

- Jobcenter: Vermittlungsfachkräfte oder Fallmanager im Jobcenter sensibilisieren im Rahmen ihrer Beratungsgespräche für das Thema Gesundheit und motivieren zur Nutzung der spezifischen Gesundheitsförderungs-Angebote der Krankenkassen
- Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit: Der Berufspsychologische Service und der Ärztliche Dienst übernehmen im Rahmen eines modularen Angebots die Ansprache der potenziellen Teilnehmenden
- Qualifizierungs- oder Beschäftigungsträger: Bei einem Qualifizierungs- oder Beschäftigungsträger werden Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen der Krankenkassen mit einer Arbeitsförderungsmaßnahme verzahnt.

Bei allen Zugangsvarianten erhielten die Jobcenter-Mitarbeiter eine Schulung nach dem Ansatz des „Motivational interviewing“ zur Ansprache der möglichen Teilnehmenden durch motivierende Gesundheitsgespräche.

Partnerschaftliche Projektsteuerung

Die Projektsteuerung erfolgte an jedem Standort gemeinschaftlich durch das Jobcenter und die Krankenkassen. Die Krankenkassen konsentierten hierzu eine GKV-Federführung mit dem Mandat, im Auftrag aller Krankenkassen im Steuerungsteam gemeinsam mit der Jobcenter-Vertretung zu handeln, Maßnahmen zu beauftragen und für die GKV entstehende Kosten auf die Krankenkassen nach Marktanteil im Bundesland umzulegen. Die Personalressourcen wurden in der ersten Projektphase durch die federführenden Krankenkassen (-verbände) getragen. In die - erweiterte - Projektsteuerung sollten nach Möglichkeit weitere lokale Akteure und die Betroffenen selbst eingebunden werden, um gemeinsam nachhaltig Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität in der Kommune umzusetzen.

Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen

Kernangebot der Krankenkassen im Projekt sind die zielgruppenspezifischen evaluierten Programme „Und keiner kann's glauben - Stressfaktor Arbeitslosigkeit“ bzw. dessen Adaption „Das stresst mich nicht mehr“ sowie „AktivA - Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit“. Außerdem sollten bedarfsbezogen weitere präventive Maßnahmen nach dem Settingansatz stattfinden, etwa themenbezogene Informationsveranstaltungen, Workshops, Gesundheitszirkel oder Gesundheitstage für die Zielgruppen.

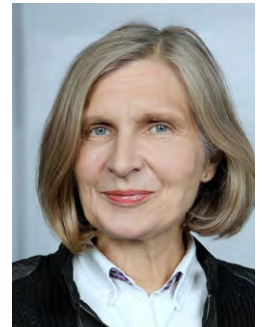
Zum Zweck nachhaltiger Wirkung sollten auch nach dem Ende definierter Maßnahmen Gelegenheiten geschaffen werden, mit denen sich Interessierte weiter vernetzen und leichter gesundheitsförderlich aktiv bleiben können.

Verpflichtung versus Freiwilligkeit

Eine besondere Herausforderung im Projekt sind die unterschiedlichen Handlungslogiken der Arbeitsförderung mit ihren gesetzlich verankerten Verpflichtungen und der Gesundheitsförderung mit ihrer unabdingbaren Voraussetzung der Freiwilligkeit. Zum Ende der ersten Projektphase bewerten die Jobcenter die Beratung der Zielgruppe zur freiwilligen Nutzung eines GKV-Präventionsangebots - trotz unterschiedlicher Hürden und nicht regelhaft positiver Resonanz - mehrheitlich als eine Chance für eine wertschätzendere Begegnung mit ihren Kunden.

Evaluation

Das Modellprojekt wird im Auftrag der Bundesagentur für Arbeit und des GKV-Spitzenverbands evaluiert. Dabei erfasst die Hochschule der Bundesagentur für Arbeit (HdBA) im Rahmen einer formativ angelegten qualitativen Begleitforschung die Projektkooperation anhand von Experteninterviews mit den Projektverantwortlichen der Jobcenter, der Krankenkassen und weiteren Akteuren (s. S. 36).



von
Karin Schreiner-Kürten,
GKV-Spitzenverband
und
Fred Gaida,
Zentrale der Bundes-
agentur für Arbeit

**Zugang über das
Jobcenter
Standortsteckbrief
Nürnberg**

Darüber hinaus untersucht die Bundesagentur für Arbeit anhand von Befragungen der Jobcenter-Mitarbeiter die Wirkung der Schulungen zur Führung motivierender Gesundheitsgespräche (Einschätzung der erworbenen gesundheitsbezogenen Beratungskompetenzen).

Des Weiteren lässt der GKV-Spitzenverband die verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen durch die Nutzer bewerten (Gesundheitsverhalten, gesundheitsbezogene Lebensqualität, subjektive Erfolgseinschätzung, Einschätzung der persönlichen Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit).

Ausblick

Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Evaluation sollen 2016 unter den Rahmenbedingungen des Präventionsgesetzes in die Erprobung einer zweiten Projektphase einfließen. In dieser zweiten Projektphase ist die Ausweitung auf weitere Standorte vorgesehen.

Präsentation der „Standortsteckbriefe“

Auf den nachfolgenden Seiten stellen sich die Modellprojekt-Standorte mit ihren „Steckbriefen“ vor. Sie schildern dabei die soziodemografischen Merkmale, die ihre Stadt oder Region kennzeichnen, die Zugangswege, die Maßnahmen, den Projektverlauf und erste Ergebnisse.

Allgemeine Daten:

- Kreisfreie Großstadt im Regierungsbezirk Mittelfranken
- Fläche rd. 186,4 km², 2.775 Einwohner je km²
- Markante soziodemografische Merkmale: Hoher Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund und Geringqualifizierten, Leiharbeit/Zeitarbeit ist stark vertreten
- Arbeitsmarktlage, Wirtschaftsstruktur: Franken zählt zu den wirtschaftsstärksten Räumen in Deutschland. In der Stadt Nürnberg leben gut 500.000 Menschen. Etwa 360.000 Erwerbstätige sind bei rund 25.000 Unternehmen und Institutionen in Nürnberg beschäftigt. 34.252 erwerbsfähige Leistungsberechtigte (Stand: 05/2015)
- 20.197 Arbeitslose insgesamt, Arbeitslosenquote: 7,2 % (Stand 08/2015)
- Fünf Jobcenter-Geschäftsstellen mit 224 Integrationsfachkräften im Jobcenter (198 Arbeitsvermittler und 26 Fallmanager) (Stand 05/2015)

Projektspezifische Daten:

- Zugang am Standort: Jobcenter, Integrationsfachkräfte
- Projekt- bzw. Netzwerkpartner: Die Zusammenarbeit erfolgte ausschließlich zwischen Jobcenter und Krankenkassen, die Angebote bzw. Kurse wurden über ein Vergabeverfahren von den Krankenkassen eingekauft
- Zahl geschulter Jobcenter-Mitarbeiter: 15
- Von 190 bezüglich Gesundheit beratenden Erwerbslosen haben sich 143 zur Teilnahme an einer Präventionsmaßnahme entschieden (Stand 06/2015)
- Zahl und Art durchgeführter Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung: sechs Kurse „Und keiner kann's glauben - Stressfaktor Arbeitslosigkeit“ bzw. dessen Adaption „Das stresst mich nicht mehr“, zwei Yogakurse, ein Ernährungskurs, ein Raucherentwöhnungskurs, zwei Wirbelsäulengymnastikkurse (Stand 06/2015)

- Nutzungsquote (Teilnehmer/Eingeladene): Kurs „Und keiner kann's glauben - Stressfaktor Arbeitslosigkeit“: 48 %, Yogakurs 54 %, Raucherentwöhnungskurs: 22 % (Zeitspanne zwischen Gesundheitsgespräch und Kursbeginn war zu lang), Wirbelsäulengymnastikkurs: 40 %, Ernährungskurs: 17 % (Schulungsort lag außerhalb von Nürnberg und war schlecht erreichbar, ein Schulungstermin fand am Feiertag statt) (Stand 06/2015)

Das Jobcenter hat sich für die Zugangsvariante „Jobcenter“ (Integrationsfachkräfte) entschieden, da bereits umfangreiche Vorerfahrungen aus dem Projekt „JobFit - Perspektive 50plus Bayern“ (2010-2014) bestanden. Zudem erhoffte sich das Jobcenter eine Kompetenzerweiterung der Mitarbeiter.

Bisheriger Projektverlauf:

Die Kursangebote wurden nach Abstimmung im Steuerungsgremium von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschrieben und Anbieter per Honorarvertrag verpflichtet.

Nach einer Vorsondierung haben die zuvor geschulten Integrationsfachkräfte Erwerbslose gezielt gesundheitlich beraten, wobei keine Fokussierung auf bestimmte Gruppen vorgenommen wurde.

Erste Ergebnisse:

Die als Gesundheitsberater geschulten Integrationsfachkräfte des Jobcenters stehen dem Projekt überaus positiv gegenüber und halten eine flächendeckende Einführung nach der Pilotphase für sinnvoll.

Die Akzeptanz bei den Erwerbslosen war erheblich besser als von den Integrationsfachkräften erwartet, die Initialwirkung für die Gesundheitsförderung war hoch. Es wurde eine Möglichkeit geschaffen, Erwerbslose ohne Sanktionsverpflichtung zu fördern. Die Freiwilligkeit der Teilnahme

am Gesundheitsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung führte bei den beratenen Erwerbslosen zunächst zu Skepsis, da sie untypisch für Jobcenter-Angebote ist. Im weiteren Verlauf wandelte sich diese Skepsis aber in ein Vertrauensverhältnis. Durch die Teilnahme an den Gesundheitsangeboten entstanden teilweise neue soziale Kontakte und Netzwerke zwischen den Erwerbslosen.

Was hat zum Gelingen des Projekts beigetragen?

Ein Gelingensfaktor ist die Freiwilligkeit zur Mitarbeit der Erwerbslosen. Trotz des sehr niedrige-schweligen Angebotes ist häufig weitergehende Ermutigung/Beratung der Erwerbslosen erforderlich (z. B. bezüglich Erreichbarkeit, öffentlicher Verkehrsmittel oder fachlicher Inhalte), damit es zu einer Teilnahme kommt. Das kostet viel Zeit, Engagement der Projektverantwortlichen sowie den Willen zur pragmatischen Zusammenarbeit. Das Modellprojekt wurde zusätzlich durch die Zentrale der Bundesagentur für Arbeit und den GKV-Spitzenverband unterstützt.

„Ich habe viel gelernt, z. B. dass man sich nicht nur mit Essen belohnen kann.“

„Schade um die, die nicht gekommen sind. Die wissen gar nicht, was sie verpasst haben.“

„Ich werde den Kurs vermissen.“

Teilnehmende aus dem Kurs „Und keiner kann's glauben - Stressfaktor Arbeitslosigkeit“

Wo liegen mögliche Hürden/Hemmnisse?

Die GKV-internen Abstimmungen (insbesondere der Verträge) erfordern mehr Zeit, als in der Projektplanung dafür einkalkuliert war.

Gesundheitsangebote im Großstadtbereich müssen zentrumsnah und gut erreichbar stattfinden. Der Zeitraum zwischen Gesundheitsberatung und Kursangebot sollte maximal zwei bis drei Wochen betragen, damit die Motivation zur Teilnahme wirksam bleibt.

**Zugang über das
Jobcenter
Standortsteckbrief
Vogtland**



Perspektiven:

Für eine Weiterführung/Ausdehnung des Projekts sollte mehr Vorlauf eingeplant werden. Zudem müssen die notwendigen personellen Ressourcen sowohl im Jobcenter als auch bei den Krankenkassen vorgehalten werden, damit die Realisierung des Vorhabens nicht vom zusätzlichen Engagement einzelner Mitarbeiter abhängt. Das Jobcenter möchte die Beratung in Richtung „Gesundheitsberatung“ ausbauen. Dazu müssen weitere Mitarbeiter geschult werden, um die Lasten auf mehr Schultern zu verteilen. Auch für die Projektkoordination müssen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Bei einer Weiterführung des Projektes müssten weitere lokale Netzwerkpartner einbezogen werden, beispielsweise kommunale Einrichtungen, Sportvereine oder Beratungsstellen.



Kontakt:

Projektverantwortliche des Jobcenters:

Franziska Zühlke, Bereichsleitung West (98),
Franziska.Zuehlke2@jobcenter-ge.de
Kay Birgit Schmidt, Fallmanagerin (DGCC),
Kay.Schmidt@jobcenter-ge.de



**Projektverantwortliche der gesetzlichen
Krankenversicherung (Federführer):**

Christine Körber, AOK Bayern,
christine.koerber@by.aok.de

Allgemeine Daten:

- Landkreis in Sachsen
- Fläche rd. 1.411 km², 166 Einwohner je km²
- Markante soziodemografische Merkmale: 52,3 % der Bevölkerung älter als 50 Jahre, 18,0 % der Bevölkerung unter 25 Jahre
- Arbeitsmarktlage, Wirtschaftsstruktur: Unterdurchschnittliche Arbeitsmarktlage und niedriges BIP pro Kopf, überwiegend kleine und mittlere Unternehmen, vorrangig verarbeitendes Gewerbe
- 13.490 erwerbsfähige Leistungsberechtigte (Stand 04/2015)
- 8.866 Arbeitslose insgesamt, Arbeitslosenquote: 7,4 % (Stand 04/2015)
- Fünf Jobcenter-Geschäftsstellen, 88 Integrationsfachkräfte im Jobcenter (75 Arbeitsvermittler, 13 Fallmanager) (Stand 04/2015)

Projektspezifische Daten:

- Zugang am Standort: Jobcenter, Integrationsfachkräfte
- Projekt- bzw. Netzwerkpartner: Gesundheitsamt des Landkreises Vogtland, Arbeitsloseninitiative, Kreissportbund, Fortbildungsakademie der Wirtschaft, Akademie Plauen
- Zahl geschulter Jobcenter-Mitarbeiter: 13
- Von 171 bezüglich Gesundheit beratenen Erwerbslosen haben sich 103 zur Teilnahme an einer Präventionsmaßnahme entschieden (Stand 06/2015)
- Zahl und Art durchgeführter Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung: 12 AktivA-Kurse, ein großer Gesundheitstag mit 285 Teilnehmern (Stand 06/2015)
- Nutzungsquote (Teilnehmer/Eingeladene): AktivA: 76 %, Gesundheitstag: 56 % (Stand 06/2015)

Unter dem Motto „Wir wollen, dass Sie gesund bleiben!“ erprobt das Jobcenter Vogtland seit 2014 im Rahmen des Modellprojekts sein neues individuelles Beratungsangebot für Erwerbslose.

Bisheriger Projektverlauf:

Da sich die Partner in der Sache einig waren, konnte parallel zur Abstimmung und Unterzeichnung der Vereinbarungen bereits die Projektarbeit begonnen werden. Im Oktober 2014 wurden 13 Jobcenter-Mitarbeiter in der Durchführung motivierender Gesundheitsgespräche nach dem Ansatz des „Motivational interviewing“ geschult. Die anfängliche Skepsis der Mitarbeiter legte sich nach den ersten durchgeführten Beratungen. Die Erwerbslosen stehen der Thematik sehr aufgeschlossen gegenüber, wodurch weniger Überzeugungsarbeit notwendig war als erwartet.

Die Gesundheitsmaßnahmen werden grundsätzlich allen Erwerbslosen des Jobcenters angeboten, wobei Alleinerziehende, 35- bis 49-jährige sowie Neukunden besonders im Fokus stehen.

Auf Grund von Vorerfahrungen, eines etablierten Trägers und qualifizierter Kursleiter in der Region konzentriert sich das Angebot ausschließlich auf den Kurs „AktivA“. Zum großen Gesundheitstag am 27. Mai 2015 im Jobcenter Vogtland waren 507 Erwerbslose eingeladen, von denen 285 kamen.

Erste Ergebnisse:

- Die Teilnehmenden werten es positiv, dass „Gesundheit“ im Jobcenter berücksichtigt wird.
- Die Teilnehmer des Krankenkassenangebots sind mit Maßnahmeverlauf und Anbieter sehr zufrieden und hätten den Kurs gern öfter in der Woche bzw. länger als sechs Wochen lang besucht. Sie motivieren und unterstützen sich gegenseitig (Netzwerkbildung/soziale Kontakte). Über Mund-zu-Mund-Propaganda werben sie weitere Teilnehmende.

- Die Freiwilligkeit der Teilnahme an den Gesundheitsangeboten wird als sehr positiv empfunden; es gibt praktisch keine Abbrecher.
- Durch ein Telefonat/Anschieben als „Erinnerung“ kurz vor Kursbeginn wird die Nichtteilnahme vermieden.

Was hat zum Gelingen des Projekts beigetragen?

Kooperationsbereitschaft und -willen der Partner (Bundesagentur für Arbeit/Krankenversicherung): sofortiger Start, schon frühere Zusammenarbeit zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Jobcenter, erfahrene Bildungsträger vor Ort, Erfahrungen mit dem Thema Gesundheitsförderung beim Jobcenter, motivierte Integrationsfachkräfte (freiwillige Qualifizierung, mittel- und langfristige Nutzenerwartungen), explizite Qualifizierung der Integrationsfachkräfte.

Wo liegen mögliche Hürden/Hemmnisse?

Ambitionierte Projekt-Zeit-Planung, unterschiedliche rechtliche und organisatorische Gegebenheiten bei Jobcenter und gesetzlicher Krankenversicherung, unterschiedliche Interessen und Ressourcen der Krankenkassen vor Ort, umfangreiche Vereinbarungstexte und aufwendige Unterzeichnungsprozesse. Sehr zeitaufwendige Beratungsgespräche im Jobcenter können zu Zielkonflikten führen.

Probleme der Nutzbarkeit der Präventionsangebote: Fahrtkosten im Flächenlandkreis, Präventionsangebote der Krankenversicherung sind für psychisch erkrankte Erwerbslose selten geeignet.

„Von den Kursteilnehmern wird die ‚Seminaratmosphäre‘ mit den zur Verfügung gestellten Getränken – Kaffee und Wasser – als sehr wertschätzend empfunden. Außerdem ist es gelungen, eine positive Gruppenatmosphäre und einen Gruppenzusammenhalt zu schaffen, die u. a. darin zum Ausdruck kommen, dass die Teilnehmenden ihre Telefonnummern austauschen, gemeinsame Aktivitäten unternehmen oder überlegen, wie sie nach Kursende gemeinsam weitermachen können.“

Tanja Taubald, Kursleiterin

**Zugang über Qualifizierungs-
oder Beschäftigungsträger
Standortsteckbrief
Berlin Marzahn-Hellersdorf**

Perspektiven:

Das Jobcenter möchte Gesundheitsförderung weiterhin in die Integrationsarbeit einbeziehen und die Kooperation mit der gesetzlichen Krankenversicherung fortsetzen. Die im Projekt aufgebauten Prozessstrukturen (Vertragspartner und Budgetfinanzierung) sollen nach Ende des Modellprojekts weiter genutzt werden. Auch die gezielte Beratung der Zielgruppe und Motivierung für GKV-Angebote soll fortgesetzt bzw. erweitert werden. Um die bisher erzielten Erfolge zu stabilisieren, sind monatliche Gesundheitstreffen zum Austausch der Kursteilnehmer angedacht. Auch eine Weiterqualifizierung einzelner Jobcenter-Mitarbeiter zu Gesundheitsmanagern wird überlegt. Die Krankenkassen planen eine Übergangsförderung bis Ende 2015. Für 2016 wird auf Basis der Evaluationsergebnisse und des Präventionsgesetzes weiter entschieden.



Kontakt:

Projektverantwortliche des Jobcenters:

Elisa Weiß-Rosenbaum, Teamleiterin 722,
Elisa.Weiss-Rosenbaum2@jobcenter-ge.de

**Projektverantwortlicher der gesetzlichen
Krankenversicherung (Federführer):**

Andreas Wenzel, AOK PLUS,
andreas.wenzel@plus.aok.de



Allgemeine Daten:

- Bezirk von Berlin
- Fläche rd. 62 km², 4.110 Einwohner je km²
- Markante soziodemografische Merkmale:
 - 52,3 % der Bevölkerung älter als 50 Jahre,
 - 19,5 % der Einwohner erhalten Grundsicherungsleistungen
 - 9,6 % der Arbeitslosen sind unter 25 Jahre
 - 27,5 % der Arbeitslosen sind über 50 Jahre
 - 48,5 % der Arbeitslosen haben keine abgeschlossene Berufsausbildung
 - 35,5 % der Arbeitslosen sind langzeitarbeitslos
- Arbeitsmarktlage, Wirtschaftsstruktur: Beschäftigungswachstum leicht über dem Bundesdurchschnitt
- Beschäftigungszuwachs hälftig aus Vollzeit- und Teilzeitarbeit, jede zweite Einstellung erfolgt befristet, besonders stark betroffen sind hier die Akademiker, Wachstumsbranchen sind Handel, Reinigung, Gesundheitssektor, Sicherheitsfirmen
- 16.697 Arbeitslose insgesamt, Arbeitslosenquote: 10,2 %, erwerbsfähige Leistungsberechtigte: 34.398 (Stand 05/2015)
- Eine Jobcenter-Geschäftsstelle mit zwei Liegenschaften, 232 Integrationsfachkräfte im Jobcenter (213 Arbeitsvermittler, 19 Fallmanager) (Stand 05/2015)

Projektspezifische Daten:

- Zugang am Standort: Bildungsträger
- Projekt- bzw. Netzwerkpartner: Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., drei Stadtteilzentren, bbw Akademie der Wirtschaft
- Zahl geschulter Jobcenter-Mitarbeiter: 16
- Von 162 bezüglich Gesundheit beratener Erwerbslose nutzten 85 primärpräventive/gesundheitsförderliche Angebote (Stand 06/2015)
- Zahl und Art durchgeführter Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung:
 - drei AktivA-Kurse, ein Ernährungskurs in Kooperation mit dem Stadtteilzentrum Ball e. V.,

Gesundheitstag mit dem Schwerpunkt Bewegung und Entspannung beim Bildungsträger bbw (Stand 06/2015)

- Nutzungsquote (Teilnehmer der Gesundheitsmaßnahmen/Teilnehmer der Bildungsmaßnahme): AktivA: 25 %, Ernährungskurs: 9 %, Gesundheitstag: 45 % (Stand 06/2015)

Im Projektverlauf hat sich im Jobcenter Marzahn-Hellersdorf die zu erprobende Zugangsvariante „Zugang über einen Bildungsträger“ als geeignet erwiesen.

Bisheriger Projektverlauf:

Die Netzwerkpartner wurden in Zusammenarbeit mit dem Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf gewonnen. In diesem Bezirk gab es bereits ein gutes Netzwerk an Akteuren und Institutionen, das seit vielen Jahren zum Thema Gesundheit arbeitet. Die Zielgruppe des Projektes sind Erwerbslose insbesondere im Alter zwischen 25 und 50 Jahren. Für Erwerbslose unter 25 und über 50 stehen im Jobcenter Marzahn-Hellersdorf andere Fördermöglichkeiten zur Verfügung.

Erste Ergebnisse:

Die Jobcenter-Mitarbeiter haben die Schulung zum Führen motivierender Gesundheitsgespräche als

interessant und hilfreich empfunden. Nach der Schulung der Mitarbeiter haben diese mit Erwerbslosen, die für eine Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung bei einem externen Träger (§ 45 SGB III) vorgesehen waren, Gesundheitsgespräche geführt, die von den Erwerbslosen überwiegend positiv bewertet wurden. Es wurden allen die Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen angeboten.

Was hat zum Gelingen des Projekts beigetragen?

Die Mitarbeiter des Jobcenters hatten bereits Vorerfahrung mit gesundheitsorientierten Maßnahmen, so dass keine Überzeugungsarbeit mehr geleistet werden musste. Auch bei den Krankenkassen gab es teilweise bereits Erfahrungen mit Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Sehr hilfreich war, dass die beteiligten Vermittler in gesundheitsorientierter Beratung und AktivA qualifiziert worden waren. Hinzu kam, dass die Beteiligten sehr engagiert und partnerschaftlich zusammengearbeitet haben. Positiv hervorzuheben ist schließlich die Anbindung der Gesundheitsförderungs-Maßnahmen an die Maßnahme beim Bildungsträger und an die bezirklichen Netzwerke. Die Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung ist hoch plausibel.

Maßnahme bei einem Träger

Die Agentur für Arbeit kann Tätigkeiten oder Maßnahmen für Erwerbslose fördern, welche die Eingliederungschancen auf dem Arbeitsmarkt erhöhen. Die Maßnahme kann bei einem Träger durchgeführt werden. Träger sind natürliche oder juristische Personen oder Personengesellschaften, die Maßnahmen der Arbeitsförderung selbst durchführen oder durch Dritte durchführen lassen (§ 21 SGB III).

Die Ziele einer Teilnahme an „Maßnahmen bei einem Träger (MAT)“ sind:

- Heranführen an den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt (§ 45 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB III)
- Feststellen, Verringern oder Beseitigen von Vermittlungshemmnissen (§ 45 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB III) sowie
- Vermitteln in versicherungspflichtige Beschäftigung (§ 45 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB III)

Die Maßnahme enthält neben den originären Elementen der Arbeitsförderung auch gesundheitsorientierende Elemente, die zur Nutzung der Präventionsangebote der Krankenkassen motivieren sollen. Diese GKV-Angebote finden beim Träger selbst im Zusammenhang mit der „MAT“ statt.

Wo liegen mögliche Hürden/Hemmnisse?

Der „Einkauf“ von Bildungs-Maßnahmen nach § 45 SGB III durch das Jobcenter erfolgt in einem langwierigen Ausschreibungsverfahren, das den Projektbeteiligten ein hohes Maß an Geduld und Ausdauer abverlangt. Wenn dann ein Bildungsträger den Zuschlag erhalten hat, hängt der Erfolg des Gesundheitsförderungs-Vorhabens sehr wesentlich vom Engagement und von der Qualität dieses Trägers ab.

Von einem Teil der Erwerbslosen werden die Bildungsmaßnahmen des Jobcenters kritisch/ ablehnend beurteilt. Eine Nichtteilnahme an der Jobcenter-Maßnahme bedeutet automatisch, dass auch die GKV-Maßnahme nicht genutzt wird, da beide Maßnahmen beim Träger-Ansatz gekoppelt sind.

Perspektiven:

Die Bildungs-Maßnahme nach § 45 SGB III wird auch nach Abschluss der ersten Phase des Modellprojektes beim Träger mit weiteren 86 Teil-

nehmerplätzen fortgeführt. Auch die Krankenkassen planen eine Verlängerung ihres Engagements, zunächst bis Ende 2015. Ferner wurde mit dem Bezirksamt eine Verstetigung des Modellprojektes im Rahmen des Netzwerkprojektes „Gesundheit leben - Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen“ u. a. durch Einbeziehung der Stadtteilzentren ab 01.07.2015 verabredet (Finanzierung aus dem Netzwerkfonds „Soziale Stadt“). Zudem soll das bereits entwickelte Netzwerk um Sportvereine und weitere Akteure erweitert werden.

Kontakt:

Projektverantwortliche des Jobcenters:

Kerstin Senkel, Teamleiterin Markt und Integration 872,
Kerstin.Senkel@jobcenter-ge.de

Projektverantwortliche der gesetzlichen Krankenversicherung (Federführer):

Merle Wiegand, AOK Nordost,
merle.wiegand@nordost.aok.de
Dirk Leicher, Knappschaft,
dirk.leicher@kbs.de



„Eine enge Verknüpfung von sozialräumlicher Verortung von Gesundheitsangeboten in Stadtteilzentren bietet eine längerfristige Perspektive, um durch wohnortnahe Angebote Menschen, die durch ihre Langzeitarbeitslosigkeit oftmals sehr zurückgezogen sind und weniger Selbsthilfepotenziale haben, zu ermutigen, sich selbst wieder stärker um ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu kümmern.“

**Dagmar Pohle, stellvertretende Bezirksbürgermeisterin und
Bezirksstadträtin für Gesundheit und Soziales im Berliner Bezirk
Marzahn-Hellersdorf**

„Ich bin viel selbstsicherer geworden“

Präventionskurs stärkt psychosoziale und gesundheitliche Kompetenzen von Arbeitslosen



Mit Gesundheitsförderungsprogrammen wollen Krankenkassen gezielt Erwerbslose erreichen. Im Mittelpunkt steht die Stärkung psychosozialer Kompetenzen. Die Kursteilnehmenden sollen in die Lage versetzt werden, besser mit den Belastungen der Arbeitslosigkeit umzugehen, sich gesund zu halten und das eigene Leben aktiv zu gestalten. Die Kooperation mit den Jobcentern erleichtert dabei den Zugang.

Katrin Rothländer und Susann Mühlpfordt von der Technischen Universität Dresden haben ein Trainingsprogramm entwickelt und evaluiert: AktivA – „Aktive Bewältigung der Arbeitslosigkeit“. Die Diplompsychologinnen gingen dabei von der Erkenntnis aus, dass der Gesundheitszustand von Arbeitslosen schlechter ist als der von Berufstätigen, dass aber trotzdem Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung von Erwerbslosen nur vermindert wahrgenommen werden. Zudem war Katrin Rothländer bereits im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung immer wieder auf Menschen getroffen, die sich Sorgen um den Erhalt ihres Arbeitsplatzes machten.

Das psychosoziale Training zur Verhaltensänderung ist als Hilfe zur Selbsthilfe angelegt. Es

verbindet bewährte kognitiv-behaviorale Techniken mit den Alltagserfahrungen der Erwerbslosen. Wissensvermittlung, Selbstreflexion, Erfahrungsaustausch, Rollenspiel und Gruppendiskussionen kommen zur Anwendung. Die Gruppengröße soll maximal bei acht bis zwölf Personen je Kurs liegen.

Finanziert wird das Training von den gesetzlichen Krankenkassen. Sie bieten den Erwerbslosen im Rahmen des Projekts die Teilnahme an dieser oder einer vergleichbaren Präventionsmaßnahme an.

Dies entspricht der 2012 abgeschlossenen Empfehlungsvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Bundesagentur für Arbeit, derzufolge der Präventionsgedanke stärker im Beratungs- und Vermittlungsprozess bei Jobcentern und Arbeitsagenturen zu verankern ist. Erwerbslose sollen gezielt auf konkrete Angebote der Krankenkassen hingewiesen und für die Teilnahme motiviert werden.

Aktivitäten planen und Probleme lösen

„Es gibt bei mir immer einen kurzen theoretischen Input, dann geht es darum, Situationen zu üben“, beschreibt Trainerin Natalia Hamburg ihre Kursleitung. Sie orientiert sich dabei am standardisierten Konzept aus dem Trainerhandbuch.

Die Krankenkassen bieten auch das evaluierte Programm „Und keiner kann's glauben – Stressfaktor Arbeitslosigkeit“ bzw. dessen Adaption „Das stresst mich nicht mehr!“ an. Es besteht aus neun Modulen mit den Themen

- Meine Gesundheit
- Stress
- Kommunikation
- Stressabbau durch Bewegung
- Stressverstärker
- Bewältigungsstrategien
- Ernährung
- Entspannung
- Erfahrungsaustausch zur Anwendung im Alltag

Hier heißt es: „Das Aufzeigen von Soll-Ist- bzw. Kann-Ist-Diskrepanzen soll die Veränderungsbeurteilung der Teilnehmenden wecken, weitere Lernprozesse anstoßen und letztlich zur Umsetzung des Gelernten in die Praxis motivieren.“ Behandelt werden dabei vier Themenkomplexe: „Aktivitätenplanung“, „Konstruktives Denken“, „Soziale Kompetenzen und soziale Unterstützung“ sowie „Systematisches Problemlösen“.

Im Mittelpunkt des Moduls „Aktivitätenplanung“ steht der Umgang mit der eigenen Zeit. Gegenübergestellt und diskutiert werden dabei notwendige und angenehme, körperliche und geistige, individuelle und gemeinsame Aktivitäten. Es geht um Glücksmomente und Belohnungen im Alltag, um ehrliche Einschätzungen, wo etwas verändert werden kann, aber auch um den Mut, Routinen zu durchbrechen.

Im Modul „Konstruktives Denken“ werden Denkweisen kritisch hinterfragt, ungünstige Denkmuster identifiziert und konstruktive Denkweisen als Alternativen aufgezeigt. Die Teilnehmenden sollen dabei erkennen, dass belastende Gefühle nur verändert werden können, wenn Gedanken bzw. Bewertungen, die zu ihnen führen, geändert werden.

Im Modul „Soziale Kompetenz und soziale Unterstützung“ wird u. a. thematisiert, wie eigene Ziele und Rechte gegenüber anderen durchzusetzen sind. Gegenübergestellt werden dabei sowohl verschiedene Verhaltensweisen wie „sicher“, „unsicher“ und „aggressiv“ als auch die Reaktionen, die diese beim Gesprächspartner erzeugen.

Das Festlegen von Verantwortlichkeiten sowie die Suche nach Kooperationspartnern und Unterstützern ist Inhalt des Moduls „Systematisches Problemlösen“. Die Teilnehmenden lernen dabei, wie sie persönliche Ziele finden, in problematischen Situationen richtig agieren und in Stresssituationen entspannen können. Sie lernen auch, Bilanz zu ziehen und gegebenenfalls Misserfolge zu analysieren.

Rollenspiele gehören zum Programm

Rollenspiele sind Bestandteil des Trainings. Es werden Situationen analysiert, die die Teilnehmenden aus ihrer Alltagserfahrung kennen und deren Bewältigung für sie schwierig war; dabei werden in den Rollenspielen alternative Verhaltensweisen eingeübt. Das Ziel von AktivA und **vergleichbaren Programmen** ist nach Aussage der Entwicklerinnen, „psychosoziale Kompetenzen von Arbeitslosen zu stärken, damit Erwerbslose gesund bleiben und das eigene Leben aktiv gestalten können“.

Schon der Tonfall ist entscheidend

Vor dem Rollenspiel, welches zum Modul „Soziale Kompetenz und soziale Unterstützung“ gehört, erklärt Trainerin Natalia Hamburg sachlich, wie Tonfall und Gestik auf den Gesprächspartner wirken. „Schon der Tonfall ist entscheidend“, sagt sie und befragt die Kursteilnehmer zum eigenen Erleben. Sie fordert sie auf, sich gegenseitig zu begrüßen und dabei nachzuspielen, sachlich, freundlich oder aufbrausend zu agieren. Danach fragt die Trainerin die Gruppe nach den Empfindungen und trägt die Wertungen nach und nach in die Felder der Tabelle auf dem Flipchart ein.

Deutlich wird an den Aussagen der Teilnehmenden: Wer laut, bestimmend und aufdringlich redet, wird als aggressiv wahrgenommen, wer freundlich, klar und mit mittlerer Lautstärke spricht, erscheint hingegen als sicher. Ebenso spiegeln auch Körperhaltungen Gefühle wider: Wer seinem Gegenüber offen, aufrichtig und freundlich in die Augen schaut, signalisiert Selbstbewusstsein. Ein nach vorn gebeugter Körper und ein aufdringlich fixierender Blick wirken aggressiv. Das Fazit der Gruppe: Wichtig sind sicheres Auftreten, eine aufrechte Haltung sowie eine klare und deutliche Aussprache.

Eine Rollenspielszene

„Das kann nicht sein, bitte weisen Sie mir das nach.“ Melanie Schmidt ist verärgert, weil das

Arbeitslosengeld Anfang des Monats nicht in der bewilligten Höhe auf ihrem Konto eingegangen ist. Sie weiß, es wird finanziell eng für sie und die beiden Kinder, wenn der Rest nicht gezahlt wird. Deshalb sitzt die Frau jetzt in der Leistungsabteilung des Jobcenters. Ich bin im Recht, sagt sie sich immer wieder. Doch recht haben und recht bekommen sind zwei verschiedene Dinge, das hat sie schon öfter in ihrem Leben erfahren.

Der Berater erkennt zunächst keinen Fehler: „Das Geld wurde laut Bewilligungsbescheid gezahlt.“ Frau Schmidt aber bleibt hartnäckig: „Ich habe alle Belege dabei“, sagt sie und reicht ihm die Papiere über den Tisch, darunter auch ihre letzten Kontoauszüge. Sie ist innerlich aufgewühlt, doch bemüht, gelassen zu bleiben. Ich muss ruhig bleiben und sicher auftreten, erinnert sie sich.

„Bitte prüfen Sie doch noch einmal die Überweisung“, fordert Melanie Schmidt den Berater nachdrücklich, aber freundlich lächelnd auf. Dieser sagt schließlich zu: „Da werde ich noch mal nachsehen, Moment bitte.“ Er erklärt dann, dass der Fehler bei ihm liege, und bietet eine sofortige Barauszahlung des ausstehenden Betrages an.



„Eine Überweisung dauert mindestens drei Tage“, erklärt er. Die Jobsuchende ist zufrieden, verabschiedet sich und geht zur Kasse, um das Geld zu holen.

„Sehr gut!“ Das Lob der Trainerin Natalia Hamburg freut Frau Schmidt. Ihr Spielpartner Daniel Kasch, der in die Rolle des Amtsmitarbeiters geschlüpft war, hat das Lob erwartet. Schließlich hatten beide das Szenario zuvor detailliert ausgearbeitet und Satz für Satz auf einem großen Bogen Papier niedergeschrieben. Zirka 15 Minuten blieb ihnen dafür Zeit. Auch Karola Schliffke und Steffi Behm stellen eine Szene nach. Im Mittelpunkt ihrer Aufgabe steht die Beantragung einer Mutter-Kind-Kur, die nach Erfahrung beider Frauen auch mit Konfliktstoff beladen sein kann. Dank der intensiven Vorbereitung verlaufen Übergabe und Annahme des Kur-Antrags recht problemlos.

„Ist es denn immer so, dass die Gespräche, wenn es um Anträge geht, so ruhig und zufriedenstellend verlaufen?“, fragt die Trainerin. Nicht immer, so die spontane, einhellige Antwort aller. Derartige Stresssituationen gebe es in allen Lebensbereichen. Wenn es um Leistungsansprüche geht, sei das schnell existenziell und die Anliegen würden deshalb häufig auch viel emotionaler vorgebracht. Aber es geht auch um Wertschätzung und den persönlichen Umgang: „Ich ärgere mich manchmal schon, wenn bei der Sparkasse der Berater, statt mich zu begrüßen, erst mal mit seinen Kollegen quatscht“, sagt Melanie Schmidt. Über zu wenig Privatsphäre auf Ämtern beschwert sich Daniel Kasch. Wenn zwei Berater und zwei Kunden nebeneinander in einem Raum säßen, könne man manchmal mithören, was der andere für ein Anliegen hat. Oft sei es dann auch laut im Zimmer. „Aber“, sagt er, „da muss man sich halt zurückhalten, sich auf das konzentrieren, was man durchsetzen will. Immer wieder eine Herausforderung.“ „Richtig“, lobt die Trainerin, „trotz allem nicht im Ton vergreifen, ruhig bleiben, auch in solchen Situationen“.

Ablauf wird am persönlichen Bedarf ausgerichtet

Für die Vermittlung der Lerninhalte stehen bei der Maßnahme insgesamt 24 Stunden zur Verfügung. Sie können vom Trainer je nach Bedarf in zweistündige bis eintägige Abschnitte unterteilt werden. Theoretisch könnte ein Kurs somit nur vier Tage dauern; allerdings lassen sich die Zeitvorgaben in der Praxis nicht immer einhalten.

Vor allem für manche Langzeitarbeitslose unter den Teilnehmenden ist es schwierig, den vermittelten Inhalten konzentriert zu folgen, wie Natalia Hamburg weiß: „Nach zwei bis drei Stunden spürt man die Müdigkeit, und die Motivation lässt nach, doch ich bin auf die aktive Mitarbeit der Teilnehmenden angewiesen.“ Sie findet es deshalb gut, dass der Kurs flexibel über mehrere Tage und Wochen gestreckt werden kann. Für ihren Kurs plant sie insgesamt rund sechs Wochen ein. Alle Trainingseinheiten kurz hintereinander durchzuführen, lehnt sie ab, denn „man muss das Ganze ja auch erst einmal zuhause sacken lassen“. Froh ist die Trainerin auch darüber, dass es in ihrem Kurs nur sechs Teilnehmende gibt. Das wirke sich positiv auf die Gruppendynamik aus. Zwei Teilnehmende sind allerdings aus Krankheitsgründen heute nicht zum Training in die bbw Akademie für Betriebswirtschaftliche Weiterbildung am Standort Marzahn im Osten Berlins gekommen.

„Ich habe den Kurs bei meiner Qualifizierung zur Trainerin in der Form durchlebt wie auch die Teilnehmenden jetzt“, erzählt Frau Hamburg. „Ich habe in meiner Ausbildung gespürt, wann man sich in bestimmten Situationen besser fühlt“, sagt sie. Ihren Schützlingen will sie nun aufzeigen, dass sich selbst in negativen, scheinbar ausweglosen Situationen noch Handlungsoptionen ergeben.

Teilnehmende bewerten jedes einzelne Seminar

Die Kursteilnehmer sind sehr zufrieden mit Frau Hamburg – mit ihr persönlich und mit dem, was sie vermittelt hat. Das belegen die Aussagen auf

den Fragebögen, die die Teilnehmenden nach der jeweiligen Trainingseinheit ausfüllen. Im Multiple-Choice-Modus wird zum Beispiel um Auskunft darüber gebeten, ob sich die Teilnehmenden im Seminar wohlfühlten, ob sie Neues lernen konnten, ob die Erklärungen der Seminarleitung verständlich waren und ob es leichtgefallen ist, im Seminar mitzumachen.

Der anonym ausgefüllte Fragebogen ist für Kursleiterin Hamburg eine indirekte Wertung ihrer Arbeit. Resonanz kommt aber auch ganz direkt: „Ich bin viel selbstsicherer geworden“, sagt Steffi Behm. Sie hat bei der Post gelernt. 1991 verlor sie erstmals ihren Job, pflegte dann zwölf Jahre lang ihre kranken Eltern. Seit zwei Jahren ist sie erneut als arbeitsuchend gemeldet. Sie sei froh, sagt Frau Behm, sich freiwillig für das Training gemeldet zu haben. Die anderen nicken zustimmend. „Man lernt auch runterzukommen, wenn man aufgeregt ist“, ergänzt Karola Schliffke, gelernte Hauswirtschaftspflegerin.

„Das geht mir genauso“, bestätigt Daniel Kasch. Er habe selbst schon mehrere hundert Bewerbungen losgeschickt und nur Absagen erhalten. „Da kann man sich schon aufregen.“ Auch sei er jetzt persönlich viel offener und besser vorbereitet für Termine im Amt. „Ich muss ruhig bleiben, deutlich sagen, was ich will“, erklärt er.

Dann erzählt Kasch über eigene Erfahrungen, die er in Ämtern gemacht hat, über Momente, in denen er sich nicht ernst genommen fühlte und laut wurde. Er hat dabei erfahren müssen: „Wenn man ausraset, ist es vorbei.“ Die Kursleiterin greift das auf: „Genau nachdenken, was man sagen will, nicht gleich den Anderen mit Argumenten fertigmachen wollen.“ Sie mahnt: „Sagen Sie zuerst deutlich, was Sie wollen, dann warum. Wenn nichts mehr geht, dann versuchen Sie, Sympathie beim Gegenüber zu wecken, indem Sie Verständnis für die Situation äußern.“ Wie Daniel Kasch den Nutzen des Trainings für sich persönlich einschätzt? Sein Fazit ist eindeutig: „Der Kurs hier tut mir gut.“



Nach Erfahrung von Roland Schulz von „WissensImpuls“, wo Kursleiter für das Programm qualifiziert werden, gibt es durchaus Hemmschwellen auf Seiten der Erwerbslosen, am Training teilzunehmen. „Wer aber erst einmal zum Kurs gekommen ist, der ist froh, dabei zu sein“, weiß der Diplompsychologe, der auch selbst Kurse geleitet hat. Er kennt sogar Gruppen, die sich nach Kursende weiter treffen, um Kontakte zu pflegen und Erfahrungen auszutauschen.

Hier in Berlin-Marzahn allerdings war die Hemmschwelle für die Teilnahme erfreulich gering, was wohl auch an der sympathischen Trainerin lag. Alle Teilnehmenden hatten sich spontan gemeldet, um beim freiwilligen Angebot mitzumachen. Der Kurs ergänzt die Maßnahme des Berliner Jobcenters zur „Verbesserung von Gesundheitsorientierung und Gesundheitsförderung für erwerbsfähige Leistungsberechtigte“ (VGuGeL), die für die Erwerbslosen verpflichtend ist.

Gruppendynamik trägt zum Erfolg bei

„In unserer Arbeitsförderungsmaßnahme sitzen 20 bis 30 Leute pro Gruppe über sechs Stunden am Tag, da ist es schwierig, sich zu konzentrieren“, sagt Daniel Kasch. „Das stimmt“, ergänzt Karola Schliffke. Ganz anders sei das hier im Gesundheitskurs. „Hier in der kleinen Gruppe klappt das besser. Und es herrscht Harmonie.“ Außerdem fügt sie hinzu: „Was hier gesagt wird, bleibt im Raum.“ Deutlich wird: Alle schätzen den Austausch im kleinen Team und das mittlerweile gewachsene Vertrauen untereinander.

Die Basis dafür hat Frau Hamburg geschaffen. „Wir haben gleich zu Beginn des Kurses bestimmte Regeln des Umgangs miteinander vereinbart“, erklärt die Trainerin. Das bedeutet, alle dürfen offen ihre Meinung sagen, Kritik wird angenommen, und es darf geäußert werden, was in der nächsten Trainingseinheit geändert werden sollte.

Ein harmonisches Miteinander ist übrigens nach Ansicht von Experten eine Grundvoraussetzung

für das Gelingen solcher Kurse. Allerdings zeigen Erfahrungen, dass es gerade bei zugewiesenen, nicht freiwilligen Teilnehmergruppen manchmal eine große Herausforderung ist, das Vertrauen der Teilnehmenden zu gewinnen und ihnen die Sinnhaftigkeit des Trainings zu vermitteln. Die Teilnahme an Gesundheitsangeboten der Krankenkassen ist immer freiwillig.

„Ich habe viele neue Sichtweisen gelernt“

Daniel Kasch jedenfalls findet den Kurs „prima“. Klar, es gebe Tage, wo es ihm schwerfalle loszugehen. „Aber ich weiß, dass ich ein schlechtes Gewissen bekomme, wenn die anderen umsonst auf mich warten.“ Und wenn er dann angekommen sei, sagt er, fühle er sich gut. Ganz offen beginnt der gelernte Elektriker schließlich zu erzählen, warum er den Kurs außerdem schätzt. Er ist trockener Alkoholiker. Viereinhalb Jahre ist es her, dass er das letzte Mal getrunken hat. Zudem war er wegen psychischer Probleme mehrmals im Krankenhaus, zurzeit ist er nur sechs Stunden täglich arbeitsfähig. Früher, sagt Daniel Kasch, sei er bei Druck immer in die Kneipe gegangen. Er habe herumgenörgelt, Argumente gegen alles gesucht. „Das ist jetzt anders.“ Der Kurs trage dazu bei, dass er nicht rückfällig werde.

„Ich habe viele neue Sichtweisen gelernt“, so Kasch. „Und ich sehe heute, dass ich trotz aller Tiefs doch schon viel erreicht habe im Leben, auf dem ich aufbauen kann.“ Sichtlich stolz berichtet er dann noch, dass er ehrenamtlich in der Suchthilfe mitarbeitet und eine Selbsthilfegruppe für jugendliche Alkoholabhängige leitet. „Wenn ich hierher komme, dann hebt das mein Selbstwertgefühl und das kann ich an meine Selbsthilfegruppe weitergeben.“ „Ich wünschte“, ergänzt der junge Mann, „dass es nach Ende dieses Kurses für mich noch einen Kurs gäbe.“



Von
Cornelia Kolbeck,
Berlin

Die Namen der Kursteilnehmenden wurden geändert.

**Zugang über Qualifizierungs-
oder Beschäftigungsträger**
Standortsteckbrief
Unna

Allgemeine Daten:

- Kreis in der Mitte von Nordrhein-Westfalen
- Fläche rd. 543 km², 721 Einwohner je km²
- Markante soziodemografische Merkmale:
über dem Landesdurchschnitt liegender Anteil an Personen über 50 Jahre und schwerbehinderten Menschen
- Arbeitsmarktlage, Wirtschaftsstruktur:
Die Region Dortmund (mit dem Kreis Unna) gehört zu den 12 förderungsbedürftigsten Regionen in Westdeutschland, es bestehen heterogene Strukturen in den Kommunen des Kreises, mehr als die Hälfte der im Kreis wohnenden Erwerbstätigen arbeitet außerhalb des Kreises, schlechte ÖPNV-Verbindungen des öffentlichen Nahverkehrs zwischen den Orten im Kreis
- 28.385 erwerbsfähige Leistungsberechtigte (Stand: 01-05/2015)
- 14.408 Arbeitslose insgesamt, Arbeitslosenquote 8,9 % (Stand 06/2015)
- Acht Jobcenter-Geschäftsstellen, 127 Integrationsfachkräfte im Jobcenter (111 Arbeitsvermittler und 16 Fallmanager) (Stand 05/2015)

Projektspezifische Daten:

- Zugang am Standort: Bildungsträger
- Projekt- bzw. Netzwerkpartner:
Bildungsträger, Anbieter von psycho-sozialen

www.teamgesundheits.de

JobFit-Ansatz

JobFit kombiniert individuelle und gruppenorientierte Gesundheitsförderungsstrategien (vergleiche hierzu S. 26: Programm „Und keiner kann's glauben - Stressfaktor Arbeitslosigkeit“). Schwerpunktthemen sind Stressbewältigung, Ernährung, Bewegung, Suchtverhalten und gesundheitsförderliche Alltagsgestaltung. Arbeitslose werden dabei unterstützt, sich gesundheitsförderliche Verhaltensweisen bewusst zu machen und ihre Motivation für positive Verhaltensänderungen auf der Grundlage ihrer individuellen Ausgangssituation zu erhöhen. Der Zugang erfolgt über geschulte und zertifizierte Mitarbeiter der Bildungs- und Beschäftigungsträger.

Beratungsleistungen nach § 16a SGB II, Arbeitsmarkt-Beirat des Jobcenters, Kreisverwaltung mit Dezernat Gesundheit und Kommunale Gesundheitskonferenz

- Zahl geschulter Jobcenter-Mitarbeiter: 20
- Von bisher 96 bezüglich Gesundheit beratener Erwerbslosen haben 89 sowie weitere 15 ohne Beratung primärpräventive/gesundheitsförderliche Angebote genutzt; zudem haben 25 Erwerbslose an Präventionsangeboten außerhalb der primärpräventiven Kurse nach § 20 SGB V teilgenommen (Stand 06/2015)
- Zahl und Art durchgeführter Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung:
9 Kurse „Und keiner kann's glauben - Stressfaktor Arbeitslosigkeit“, ein Kurs „Ernährung“, ein Kurs „Gesundes Kochen“ (Stand 06/2015)
- Nutzungsquote (Teilnehmer/Eingeladene): „Und keiner kann's glauben - Stressfaktor Arbeitslosigkeit“ 83 %, Kurs „Ernährung“ 38 % (Stand 06/2015)

Der Zugang über die Bildungsträger war aufgrund von bereits seit 2007 gemachten Vorerfahrungen mit dem **JobFit-Ansatz** (siehe unten) die bevorzugte Variante.

Bisheriger Projektverlauf:

Gesundheitsorientierung ist ein Baustein der Fallmanager-Ausbildung, die alle Fallmanager in Unna durchlaufen, und insofern hoch akzeptiert. Mitarbeiter leiten in ihrer Freizeit teilweise selbst gesundheitsorientierende Kurse. Die Zusammenarbeit von Integrationsfachkräften und Bildungsträgern wurde im gemeinsamen Workshop abgestimmt und eine gemeinsame Strategie erarbeitet. Die Gesundheitsmaßnahmen wurden allen interessierten Erwerbslosen angeboten, auf eine Selektion wurde bewusst verzichtet. Bei der Einbindung weiterer Partner konnte auf vorhandene Netzwerke des Jobcenters zurückgegriffen werden.

Erste Ergebnisse:

Die angesprochenen Erwerbslosen waren vom Angebot der Gesundheitsmaßnahmen überwiegend positiv überrascht. Die Integration der gesundheitsorientierenden Angebote in die Qualifizierungsmaßnahmen führt zur erhöhten Akzeptanz. Gemeinsame Aktivitäten - z. B. Erarbeitung eines Kochbuchs durch die Teilnehmenden nach Kurs-Ende, Angebot zum Thema Ernährung mit Informationen, gemeinsames Einkaufen und Kochen - wurden gezielt gefördert.

Was hat zum Gelingen des Projekts beigetragen?

Hilfreich waren die Vorerfahrungen des Qualifizierungsträgers mit dem JobFit-Ansatz und der motivierenden Gesprächsführung ebenso wie die hohe intrinsische Motivation der dortigen Mitarbeiter sowie die daraus entstandene Vertrauensbasis Bewerber/Coach in den Gesundheitsgesprächen.

Der entscheidende Erfolgsfaktor liegt aber in der Motivation der Kursteilnehmer. Dafür sind die gesundheitsorientierenden Gespräche sowohl der Mitarbeiter des Trägers als auch der Kursleiter eine unbedingte Voraussetzung. Deren Persönlichkeit entscheidet darüber, ob die Kommunikation mit dem Kursteilnehmer funktioniert.

Wo liegen mögliche Hürden/Hemmnisse?

Die Gesundheitsangebote müssen als positives, zusätzliches, individuelles Angebot für die eigene Gesundheit, für das eigene „Sich-wohl-fühlen“ vermittelt werden. Begriffe wie Rückenschule, Kurs oder erst recht Gesundheitsmaßnahme wecken negative Assoziationen. Die zeitliche Konkurrenz zwischen der eigentlichen Arbeitsförderungsmaßnahme und den Gesundheitsangeboten der Krankenkassen kann innerhalb des Zeitbudgets der Maßnahme nur begrenzt gelöst werden. Hier wäre analog zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu überlegen, wie größere zeitliche Spielräume realisiert werden können.

„Viele Kunden leiden unter gesundheitlichen - teilweise auch psychischen - Beeinträchtigungen. Häufig sind diese auch Folgen von langer Arbeitslosigkeit und den damit zusammenhängenden schwierigen Lebensumständen. Durch die Angebote im Projekt haben wir die Chance, vorbeugend Unterstützung anbieten zu können. Denn Gesundheitsförderung ist zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit das A und O.“

Uwe Ringelsiep, Jobcenter-Geschäftsführer

Perspektiven:

Bei künftigen Ausschreibungen sollte die integrative Verbindung von Maßnahme bei einem Träger (MAT) und dem vom Jobcenter ausgerichteten Kurs „Und keiner kann's glauben - Stressfaktor Arbeitslosigkeit“ noch stärker beachtet werden. Zudem sollten alle lokalen Krankenkassen enger in die Netzwerkarbeit eingebunden werden. Und auch die kommunale Gesundheitskonferenz sollte zur Abstimmung und Kommunikation genutzt werden. Die Gesundheitsangebote der Krankenkassen sollten zukünftig über die Themen Bewältigung von Stress und mit Arbeitslosigkeit verbundener Belastungen hinaus weitere Inhalte, z. B. Bewegung, abdecken. Dabei sollte es vor Ort im Rahmen des Settingansatzes möglich sein, ergänzende und zusätzliche Angebote/Aktivitäten jenseits der Präventionskurse zu entwickeln und durchzuführen (s. Beispiel „Erarbeitung eines Kochbuchs“).

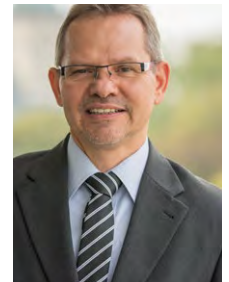
Kontakt:

Projektverantwortliche des Jobcenters:

Roland Froch, Bereichsleiter Markt und Integration Süd, Roland.Froch@jobcenter-ge.de
 Jürgen Klose, Fachexperte Markt und Integration, Juergen.Klose@jobcenter-ge.de

Projektverantwortliche der gesetzlichen Krankenversicherung (Federführer):

Dagmar Fraune, IKK classic, dagmar.fraune@ikk-classic.de
 Holger Russ, Novitas BKK, holger.russ@novitas-bkk.de



**Zugang über Fachdienste der
Bundesagentur für Arbeit
Standortsteckbrief
Limburg-Weilburg**

Allgemeine Daten:

- Landkreis in Hessen
- Fläche rd. 738 km², 230 Einwohner je km²
- Markante soziodemografische Merkmale: 169.932 Einwohner, davon 86.209 Frauen und 83.723 Männer (Stand 30.06.2013), geringer Ausländeranteil
- 7.801 erwerbsfähige Leistungsberechtigte (Stand 05/2015).
- 3.356 Arbeitslose insgesamt, Arbeitslosenquote 5,1 % (Stand 05/2015)
- Arbeitsmarktlage, Wirtschaftsstruktur:
Der Landkreis Limburg-Weilburg ist gekennzeichnet durch seine eher ländliche Lage mit einer gemischten Wirtschaftsstruktur und überdurchschnittlicher Arbeitsmarktlage. Der Anteil an Handwerksbetrieben ist überdurchschnittlich ausgeprägt. Die meisten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten verzeichnet die Region in der öffentlichen Verwaltung sowie im sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungsgewerbe, gefolgt vom Handel und dem verarbeitenden Gewerbe
- Eine Jobcenter-Geschäftsstelle mit 42 Integrationsfachkräften (38 Arbeitsvermittler und vier Fallmanager)

Fit for life

„Fit for life“ findet in zwei halbtägigen Modulen statt, die von Experten der Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit gestaltet werden. In diesen Modulen wird u. a. auf die Themen Stressbewältigung und Entspannung, Tagesstrukturierung und soziales Netzwerk, Ernährung, Gesundheit und Übergewicht sowie körperliche Fitness und Bewegung eingegangen. „Fit for life“ trägt dazu bei, das Gesundheitsbewusstsein der Teilnehmenden zu verbessern und sie für eine gesundheitsbewusste Lebensführung zu sensibilisieren und zu motivieren, auch zur Nutzung der Präventionsangebote der Krankenkassen.

Projektspezifische Daten:

- Zugang am Standort: Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit
- Projekt- bzw. Netzwerkpartner: Kommune, Caritas, Sportverein
- Zahl geschulter Jobcenter-Mitarbeiter: 30
- Von 257 bezüglich Gesundheit beratener Erwerbslosen haben 32 primärpräventive/gesundheitsförderliche Angebote genutzt
- 5 Infoveranstaltungen mit 147 Teilnehmern
- Sieben „Fit for life-Maßnahmen“ mit 48 Teilnehmern
- Zahl und Art durchgeführter Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung:
Zwei Kurse „Und keiner kann's glauben - Stressfaktor Arbeitslosigkeit“, zwei Aquagymnastikkurse, ein Herz-Kreislauf-Fitnesskurs
- Nutzungsquote (Teilnehmer/schriftlich Eingeladene): Kurse „Und keiner kann's glauben - Stressfaktor Arbeitslosigkeit“: 45 %, Aquagymnastikkurse: 83 %, Herz-Kreislauf-Fitness: 22 % (Stand 06/2015)

Vor Projektbeginn gab es im Jobcenter keine unmittelbare Vorerfahrung mit Gesundheitsangeboten, lediglich im Rahmen des Programms „50plus“ waren vereinzelt Gesundheitsangebote in andere Maßnahmen implementiert worden. Für den Zugang über die Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit hat sich das Jobcenter entschieden, weil dadurch das Fachwissen der Dienste und das Programm „Fit for life“ einbezogen werden konnten.

Bisheriger Projektverlauf:

Die gemeinsame Projektarbeit von Jobcenter und Krankenkassen konnte erst deutlich verzögert starten, weil zuvor aufsichtsrechtliche Fragen zur Zusammenarbeit der Krankenkassen geklärt werden mussten.

Die Schulungen zum Führen motivierender Gesundheitsgespräche wurden von den Jobcenter-Mitarbeitern interessiert und positiv aufgenommen.

Auf Basis einer Bedarfsermittlung wurde zunächst vereinbart, schwerpunktmäßig Alleinerziehende sowie junge Erwerbslose anzusprechen. Um eine Mindestteilnehmerzahl für die Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu erreichen, wurde letztlich der Kreis der anzusprechenden Erwerbslosen erweitert. Mehrere Informationsveranstaltungen dienten dazu, mittels direkter Ansprache durch die Fachkräfte Teilnehmende für das Programm „Fit for life“ zu gewinnen. Im Rahmen dieses Programms wurden die Teilnehmer dann intensiver für das Thema Gesundheit sensibilisiert und auf die Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenversicherung vorbereitet.

Im Landkreis Limburg-Weilburg konnte erst nach längerer Suche eine Leitung für den Kurs „Und keiner kann's glauben – Stressfaktor Arbeitslosigkeit“ gefunden werden. Die weiteren Angebote der Krankenkassen konnten in Zusammenarbeit mit einem Reha-Zentrum sowie einem örtlichen Sportverein realisiert werden.

Erste Ergebnisse:

Hervorzuheben ist das hohe Engagement der Vertreter der Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit, die insgesamt fünf „Fit for life“-Veranstaltungen durchgeführt haben. Teilnehmende an „Fit for life“ bekundeten in der Regel auch Interesse an einem Folgeangebot. Sie waren motiviert und begrüßten die speziell anlässlich des Projektes durch die gesetzliche Krankenversicherung bereitgestellten Angebote sehr, da sie dazu beitrugen, ihr Selbstwertgefühl zu steigern: „Ich werde wahrgenommen.“

Was hat zum Gelingen des Projekts beigetragen?

Wesentlicher Gelingensfaktor war das hohe Engagement aller Beteiligten, ohne das die teilweise erst im Verlauf erkennbaren Hindernisse nicht zu meistern gewesen wären.

„Insgesamt muss ich mal das Jobcenter loben, dass solche Kurse Arbeitslosen angeboten werden, denn sie bringen gesundheitlich und psychisch sehr viel, und man verfällt nicht in den Trott, nichts zu tun.“

„Ich bin froh, dass ich an einer solchen Maßnahme teilnehmen durfte. Es hat mir sehr gut getan.“

Zitate von Teilnehmenden

Wo liegen mögliche Hürden/Hemmnisse?

Als zentrale Hürde erwies sich der hohe im Vorfeld nicht absehbare bürokratische Aufwand während der langen Startphase des Projekts. Auch der Aufwand, den es bedeutete, die Erwerbslosen von den Vorteilen einer Auseinandersetzung mit gesundheitsbewusster Lebensführung zu überzeugen, war größer als erwartet. Die teilweise langen Zeiträume zwischen Motivierung und Kursbeginn haben die Teilnehmerquote gesenkt.

Perspektiven:

Es besteht grundsätzliches Interesse, den erprobten Weg fortzusetzen. Für die effektive Umsetzung und Realisierung ist es wichtig, dass Jobcenter und Krankenkassen ihre Angebote für die Erwerbslosen zeitlich und inhaltlich besser aufeinander abstimmen.

Kontakt:

Projektverantwortliche des Jobcenters:

Anne Fachinger,
Anne.Fachinger@jobcenter-ge.de

Projektverantwortlicher der gesetzlichen Krankenversicherung (Federführer):

Harry Jaeger, vdek Landesvertretung Hessen,
harry.jaeger@vdek.com



**Zugang über Fachdienste der
Bundesagentur für Arbeit
Standortsteckbrief
Mecklenburgische Seenplatte Nord**

Allgemeine Daten:

- Landkreis in Mecklenburg-Vorpommern
- Fläche rd. 3.600 km², 37,7 Einwohner je km²
- Markante soziodemografische Merkmale: ländlich geprägt, Flächenland, sehr geringe Bevölkerungsdichte, schlechter ÖPNV
- Arbeitsmarktlage, Wirtschaftsstruktur: Der Arbeitsmarkt ist sehr kleinteilig strukturiert. Er umfasst im Wesentlichen kleine und mittlere landwirtschaftliche und handwerkliche, in geringer Zahl auch kleine industrielle Unternehmen sowie im Bereich der Müritzer Unternehmen des touristischen Sektors. Die Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes im Zuständigkeitsbereich des Jobcenters MSE Nord ist starken saisonalen Schwankungen unterworfen. Der Bedarf an Fachkräften steigt und kann nicht immer zeitgerecht gedeckt werden.
- 11.788 erwerbsfähige Leistungsberechtigte (Stand 01/2015)
- 6.105 Arbeitslose insgesamt, Arbeitslosenquote: 9,5 % (Stand 01/2015)
- Fünf Jobcenter-Geschäftsstellen, 75 Integrationsfachkräfte im Jobcenter (67 persönliche Ansprechpartner, acht Fallmanager) (Stand 01/2015)

Projektspezifische Daten:

- Zugang am Standort: Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit
- Projekt- bzw. Netzwerkpartner: die Kommunen, der Landessportbund, die Uni Rostock, die VHS, der Arbeitslosenverband, die Hochschule Neubrandenburg, das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, die Landesvereinigung für Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG), Bildungsträger der Region
- Zahl geschulter Jobcenter-Mitarbeiter: 40
- Von bisher 490 bezüglich Gesundheit beratenen Erwerbslosen haben ca. 23 % das Programm „Fit for life“, 12 % primärpräventive Maßnahmen („Und keiner kann's glauben- Stressfaktor Arbeitslosigkeit“, AktivA) genutzt (Stand 06/2015)

- Zahl und Art durchgeführter Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung: vier Kurse „Und keiner kann's glauben - Stressfaktor Arbeitslosigkeit“, vier AktivA-Kurse, vier Gesundheits- und Informationstage, vier Individualpräventionskurse (Stand 06/2015)
- Nutzungsquote (Teilnehmer/Eingeladene): „Und keiner kann's glauben - Stressfaktor Arbeitslosigkeit“ und AktivA: ca. 40 % (Stand 06/2015)

Das Jobcenter Mecklenburgische Seenplatte Nord sprach sich für den Zugangsweg über die eigenen Fachdienste aus, weil das damit verbundene Programm „Fit for life“ besonders geeignet erschien, um die Zielgruppe intensiv für die eigene Gesundheit zu sensibilisieren.

Bisheriger Projektverlauf:

Die Bedeutung der Gesundheit für die Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt ist den Integrationsfachkräften des Jobcenters bekannt. Daher konnten die Mitarbeiter leicht für das Projekt motiviert werden. An den eineinhalbtägigen Workshops zur Qualifizierung der Jobcenter-Mitarbeiter im Führen motivierender Gesundheitsgespräche nach der Methode des „Motivational interviewing“ nahmen alle Integrationsfachkräfte teil, die an den jeweils ausgewählten Standorten Erwerbslose betreuen. Die Integrationsfachkräfte bewerteten die Workshops als gut, hätten sich jedoch mehr Schulungszeit gewünscht.

Die GKV- und Jobcenter-Vertreter konnten im Rahmen des Projekts auf ein großes Netzwerk an Partnern zurückgreifen. Da mit der Standortwahl (zwei ländlich, zwei städtisch strukturierte Standorte) bereits eine regionale Festlegung getroffen wurde, wurden keine spezifischen Zielgruppen ausgewählt.

Einen Schwerpunkt stellten die Gesundheits- und Informationstage dar. Die Themenschwerpunkte Ernährung und Bewegung/Rückengesundheit

„Beim Auftakt in Waren an der Müritz nahmen nur wenige Personen teil. Aber in Demmin war die Resonanz sehr positiv. Die Teilnehmenden, einschließlich der Männer, die bei anderen Kursen eher zurückhaltend sind, waren hoch motiviert. Es tauchten viele Fragen zum individuellen Gesundheitszustand auf, die wir beantworten konnten. Die Teilnehmenden verfügten vielfach über erste Vorkenntnisse, z. B. zu notwendigen Verhaltensänderungen bei der Ernährung und in Bezug auf die körperliche Aktivität zur Prävention und Gesundheitsförderung, so dass bereits über Möglichkeiten der Umsetzung gesprochen werden konnte. Da sich Verhaltensänderungen nur langfristig erzielen lassen, sollten die einzelnen Veranstaltungen oder Module aufeinander aufbauen und sich ergänzen. Nur so kann Nachhaltigkeit erreicht werden.“

Dr. med. Steffi Kreuzfeld
(Institut für Präventivmedizin, Universitätsmedizin Rostock)

wurden aus den Teilnehmerrückmeldungen bei „Fit for Life“ identifiziert. Als Partner eingebunden waren die Verbraucherzentrale Mecklenburg-Vorpommern (Einkaufstraining) und der Müritzsportclub Waren (rückengesunde Bewegung im Alltag). Die Organisation der Veranstaltung übernahm die Landesvereinigung für Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern e. V. Das Institut für Präventivmedizin der Universität Rostock bot in Waren und Demmin einen freiwilligen Gesundheits-Check-up inklusive kurzer persönlicher Beratung an.

Erste Ergebnisse:

47 % der angesprochenen Erwerbslosen konnten wir durch motivierende Gesundheitsgespräche für ihre eigene Gesundheit interessieren. Davon nahm ca. die Hälfte an den Einstiegsveranstaltungen durch die Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit („Fit for life“) teil. Wiederum die Hälfte davon nahm an primärpräventiven Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung teil.

Was hat zum Gelingen des Projekts beigetragen?

- Kooperative Zusammenarbeit der beiden Sozialleistungsträger
- Hohe soziale und fachliche Kompetenz der Mitarbeiter
- Die materielle Ausstattung des Programms „Fit for life“ durch das Jobcenter (u. a. Getränke, Zutaten zu Snacks) wird von Teilnehmenden als wertschätzend wahrgenommen
- Medizinisches Fachpersonal der Uni Rostock und der Fachdienste der BA untermauern die Glaubwürdigkeit und wecken das Interesse am Thema
- Gesundheitsangebote finden an einem neutralen Ort statt
- Weit verzweigtes Netzwerk

Wo liegen mögliche Hürden/Hemmnisse?

- Die ländliche Struktur und die Größe des Flächenlandkreises bedeuten weite Wege für Interessierte
- Die fehlende Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel und fehlende Verfügbarkeit eines Autos erschweren die Teilnahme an den Angeboten
- Die Freiwilligkeit des Angebots der krankenkassengeförderten Präventionskurse war für die Arbeitsuchenden ungewohnt; zum Teil führte das zum Verzicht auf die Inanspruchnahme
- Die teilweise mangelnde Kraft seitens der Zielgruppe, aus dem gewohnten täglichen Rhythmus zu finden, führte dazu, dass Gesundheitsangebote nicht vollumfänglich genutzt wurden

Perspektiven:

Eine künftige Herausforderung ist die Sicherung der Nachhaltigkeit im Integrationsprozess für die Erwerbslosen. Weiter gilt es das eigene Interesse und damit die Teilnahme der Jobcentermitarbeiter an Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen zu stärken. Eine Fortsetzung des Projektes bedarf fester personeller und finanzieller Strukturen sowie einer Verlängerung der Kooperationsvereinbarung zwischen dem Jobcenter und den Krankenkassen.

Kontakt:

Projektverantwortliche des Jobcenters:

Katrin Kriehn, Teamleiterin Markt und Integration,
Katrin.Kriehn@jobcenter-ge.de

Projektverantwortliche der gesetzlichen Krankenversicherung (Federführer):

bis 31.05.2015: Dr. Rolando Schadowski,

TK LV Mecklenburg-Vorpommern,
dr.rolando.schadowski@tk.de,

ab 01.06.2015:

Doreen Chittka, vdek Landesvertretung

Mecklenburg-Vorpommern,
doreen.chittka@vdek.com



Die Begleitforschung der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit

zum Kooperationsprojekt „Gesundheitsförderung für Langzeitarbeitslose“ von gesetzlicher Krankenversicherung und Bundesagentur für Arbeit



von
Rhea Milles M. Sc.
und
**Prof. Dr. habil.
Peter Guggemos,**
Hochschule der
Bundesagentur
für Arbeit (HdBA),
Mannheim

Damit ein arbeitsmarktpolitisches Thema wie die Gesundheitsförderung von Langzeitarbeitslosen in Kooperation von Krankenkassen und Arbeitsagenturen bzw. Jobcentern den Weg aus Drittmittel-geförderten Projekten (Hollerer 2009, Elkeles und Kirschner 2012) in den politischen Mainstream findet, bedarf es besonderer Rahmenbedingungen. Um Ungeduld bei außenstehenden Politikbetrachtern zu vermeiden, ist ein gewisses Verständnis für die prozedurale Innovationslogik von Großorganisationen wie der Bundesagentur für Arbeit nötig. Letztere realisiert neue arbeitsmarktpolitische Ansätze meistens entlang einer Abfolge mit den Stadien a) Konfigurieren und in einer Modellagentur erproben, b) offizieller Pilotlauf an i. d. R. mehreren Standorten und c) Verbreitung in die Fläche. Dabei gilt es zu bedenken, dass in den anfänglichen Test-Agenturen häufig bessere Bedingungen herrschen als im Durchschnitt der Republik. Dies kann beispielsweise darin begründet sein, dass hier Akteure arbeiten, die einem bestimmten Thema besonders verbunden sind oder damit bereits Erfahrung haben. Auch kann der neue Ansatz Lösungen für spezifische lokale oder regionale Herausforderungen bereithalten. Oder es gibt vor Ort eine stärkere politische Nachfrage, mehr Unterstützer für den neuen politischen Ansatz oder sonstige günstige Gelegenheitsstrukturen. Die Frage, ob und unter welchen Bedingungen neue Ansätze auf weitere Regionen übertragen werden können und sollen, erfordert damit eine realistische und einigermaßen distanzierte Analyse des Geschehens, wie sie eine wissenschaftliche Begleitforschung bieten kann.

Methodologisch gibt es mehrere Wissenschaftsdisziplinen und Ansätze, deren Zugangswege und Untersuchungsmodalitäten bei der Beantwortung folgender Fragen Hilfe versprechen:

Wie kann ein zentrales Projektsteuerungsdach neue dezentrale Ansätze anregen, unterstützen und im Realisierungsprozess konstruktiv beglei-

ten, ohne den Akteuren vor Ort zu viel vorzuschreiben und ihnen allzu uniforme Konzepte aufzuerlegen, mit dem Risiko, dabei die lokalen und regionalen Besonderheiten nicht hinreichend zu berücksichtigen?

Wie können dezentrale Kooperationsnetze initiiert, gefördert und stabilisiert werden, die neue Ideen aufgreifen und zu ihrem eigenen Anliegen machen, und damit die neuen Ansätze sowohl nachhaltig verfolgen als auch mit sonstigen regionalen Prozessen zu einem harmonischen Ganzen im Sinne eines regionalen Innovationsmanagements verzahnen?

Wie können Lernerfahrungen über Herausforderungen und Hürden bei der Implementation eines neuen Ansatzes erfasst und für andere Akteure so genutzt werden, dass dort ähnliche Probleme proaktiv aufgegriffen, minimiert und gelöst werden können - und dies auch dann, wenn es sich um Übertragungen in abweichende Kontexte wie Stadt/Land, dünn/dicht besiedelt, viele/wenige Migranten u. ä. handelt?

Wie kann Kooperationsvertrauen zwischen Sozialversicherungsakteuren hergestellt und erhalten werden, wenn diese bisher wenig Kooperationserfahrung miteinander haben und die jeweilige subsystemische Handlungslogik der anderen Seite ungewohnt und wenig transparent erscheint?

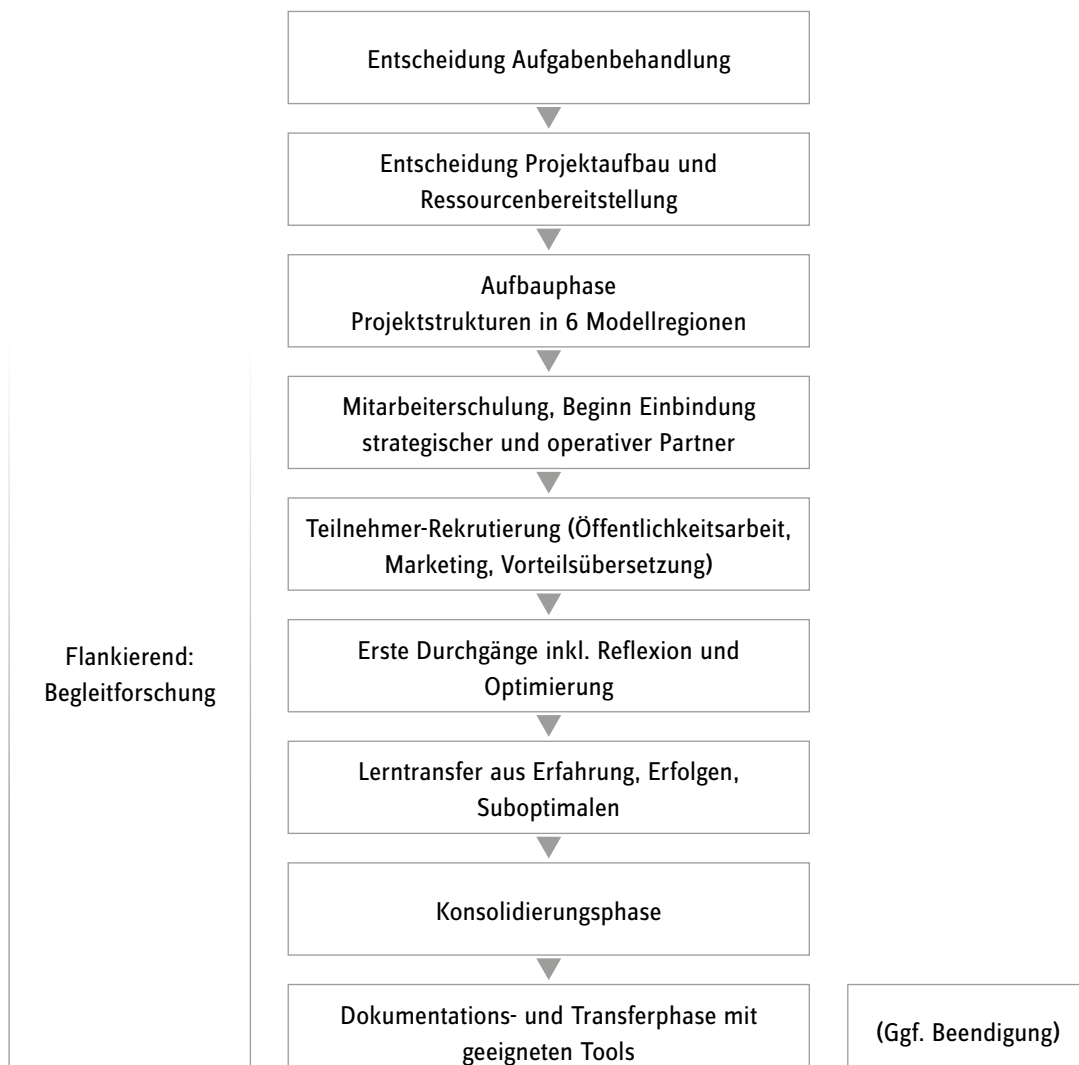
Ein politisch-ökonomischer Fragenkomplex richtet sich auf motivationale und nutzenorientierte Aspekte: Findet das Thema der Gesundheitsförderung von Langzeitarbeitslosen auch bei denjenigen Krankenkassen Gehör, die unter ihren Mitgliedern kaum Erwerbslose haben? Findet sich an jedem Standort eine von allen Krankenkassen akzeptierte und legitimierte Vertretung, die als regionale Krankenkassensprecherin und Koordinatorin eine Kollektivgutfunktion für die jeweilige regionale GKV-Gemeinschaft übernimmt? Tragen die Jobcenterleitungen, Teamleitungen und Berater/Vermittler das Thema auch dann mit, wenn

es zunächst Zusatzarbeit in Konkurrenz zu vielen anderen Aufgabenfeldern bedeutet, und der sich in reinen Vermittlungszahlen niederschlagende Nutzen nicht garantiert werden kann?

Für die genannten Fragen stellt die Politikfeldanalyse ein Analysemodell bereit. Es verfolgt alle Verlaufsstadien, vom Aufgreifen eines Themas über politische Entscheidungsprozesse bis zur Implementation und Ressourcenbereitstellung. Test- und Realläufe sowie Nachsteuerungsphasen

und ggf. irgendwann auch die Beendigung eines Policy-Ansatzes werden begleitet (vgl. z. B. das Modell „Policy Cycle“ nach W. Jann 1981, ausführlich bei Bandelow und Schubert 2014). Die Politikfeldanalyse sensibilisiert des Weiteren für unterschiedliche Akteursperspektiven, die etwas mit aktuellen Situationen, Fachlichkeiten und organisationalen wie individuellen Interessenlagen zu tun haben, aber auch mit einem aktuell günstigen politischen Klima für ein Thema oder einen spezifischen Politikansatz (vgl. Blum und

Abb. 4: Politikfeldanalytisches Projektphasenmodell



Schubert 2011). Ebenso kann die Politikfeldanalyse darüber Aufschluss geben, wer vom neuen Ansatz nicht begeistert sein könnte und weshalb. Zudem kann sie aufzeigen, unter welchen Bedingungen es doch noch gelingen könnte, ihn oder sie zu überzeugen. Mehrebenenansätze sind ein Spezialfall der Politikfeldanalyse (Héritier 1993), der für dieses Gesundheitsförderungsprojekt insofern zum Tragen kommt, als die Sicht der örtlichen Projektverantwortlichen und deren kooperatives Handeln im Projekt ebenso Betrachtungsgegenstand sind wie das vertikale Zusammenspiel zwischen Gesamtprojektleitung und Akteuren vor Ort.

Die Kooperationsanalyse beinhaltet nicht nur Beschäftigte von Krankenkassen und Arbeitsverwaltung, sondern umfasst auch die – namentlich der zentralen Steuerungsebene i. d. R. eher unbekannt und kaum beeinflussbaren – politischen Schwergewichte, Gesundheitsfachleute und wichtigen Medienvertretungen vor Ort, welche für ein gelingendes lokal-regionales Innovationsmanagement unabdingbar sind. Für dieses Lernen vor Ort offerieren neben der lokalen Politikforschung insbesondere sozial- und wirtschaftsgeografische Ansätze interessante Fragestellungen und Analyseoptionen (zum Ansatz „lernende Region“ vgl. Matthiesen und Reutter 2003, Schaffer 2004; zum regionalen Innovationsmanagement Miosga und Hafner 2014, Hafner und Miosga 2015).

Für die Fragen nach der Verstetigung inter-institutioneller Kooperation, der Möglichkeiten neue Akteure zu integrieren sowie der Option, Kooperationszirkel ohne Gesichtsverlust und politische Nachteile wieder zu verlassen, bietet die Neokorporatismus-Forschung (z. B. Klenk u. a. 2012) theoretisches Rüstzeug. Letztere Forschungsrichtung kann auch nützlich sein, wenn es um die Frage geht, wie politische Themen und Sichtweisen top-down, aber auch bottom-up über die jeweiligen föderativen Ebenen hinweg in politische Diskurse und administrative

Themenverarbeitungssysteme eingespeist und vermittelt werden; hier zeigen sich mutmaßliche Unterschiede von Nationalstaat zu Nationalstaat (vgl. z. B. Schmid 2010), manchmal aber auch schon von Bundesland zu Bundesland.

Was sind die ersten Begleitforschungsergebnisse zum Projekt „Gesundheitsförderung für Langzeitarbeitslose“? Es herrscht ein optimistischer und dennoch realistischer Gesamtprojektgeist, den man psychologisch auch als Kohärenzgefühl oder Kontrollüberzeugung bezeichnen könnte, und dessen Verdienst sich sowohl die engagierte Projektleitung als auch die tatkräftigen Akteure vor Ort zuschreiben dürfen. Dieser Geist hilft, Geduld mit Kooperationspartnern aufzubringen und gelegentlich auch schon vor unterzeichnetem Vertrag in Vorleistungen zu gehen sowie Lösungsmöglichkeiten auch für schwierige Herausforderungen zu suchen, z. B. für die Frage, wie in einem weitläufigen Flächenlandkreis mit sehr dünner öffentlicher Verkehrsinfrastruktur die Erwerbssuchenden von A nach B kommen, wenn sie an gesundheitsförderlichen Maßnahmen teilnehmen, und wie die hierfür anfallenden Kosten aufgebracht werden sollen, oder wie für abgelegene Orte geeignete Trainer und Liegenschaften für Sport- und Bewegungsangebote gefunden werden können (zur Theorie des Gabentausches vgl. Cheal 1998).

Die Begleitforschung sucht hier über mehrere Wellen leitfadengestützter Einzelpersonenbefragungen (Experteninterviews) an allen sechs Modellstandorten herauszufinden, welche Hürden und Herausforderungen, aber auch welche Erfolgskriterien jeweils genannt werden, und welche kreativen Lösungen für welches Problem gefunden wurden. Die Antwort auf die Frage, wen aktuell welche Sorgen umtreiben, dient wiederum als Frühwarnsystem und Hinweis für die Gesamtprojektsteuerung, wo welche Unterstützung notwendig ist, und worauf bei der Übertragung auf weitere Standorte geachtet werden sollte. Die Begleitforschung versucht ihrerseits dafür zu sensibilisieren, dass bei Projekten dieser Größenord-

nung und Komplexität ein gewisses Maß an Unterschieden von Ort zu Ort ganz normal ist, und dass es nicht allen Akteuren gleichermaßen möglich ist, jeweils bis zu einem vorgegebenen Stichtag alle gewünschten Projektschritte rechtzeitig zu realisieren. Richtschnur für die Projektleitung sollte es sein, dass sich alle Akteure trotz vielfältiger Ausprägungsformen in eine gemeinsame Richtung bewegen und ihr Handeln innerhalb der vereinbarten Leitplanken bleibt (zum Theorem des Geordneten Chaos, das innerhalb vordefinierter Toleranzbereiche bleibt, siehe Leiber 2001).

Erste Erfolge wie gelungene Schulungen des Personals der Jobcenter und erfolgreich zur Teilnahme an Präventionsmaßnahmen gewonnene Erwerbsuchende wirken aktuell stark motivierend. Für die Übertragung auf weitere Projektstandorte sind erfolgreiche Routinen für die Ansprache und Motivation von Personal wie für die Adressierung und Motivation der Erwerbsuchenden, beispielgebende Artikel zur Gesundheitsförderung von Erwerbslosen in den lokalen und regionalen Medien und das Überzeugen bedeutsamer Akteure vor Ort von der Sinnhaftigkeit des Setting-bezogenen Gesundheitsförderungsansatzes aus Sicht der Begleitforschung besonders bedeutsam. Die Herausforderung der Kundenansprache und -gewinnung mit einem freiwilligen Angebot - ganz ohne Sanktionskontext - war in der HdBA-Begleitforschung ebenfalls ein Thema, wenngleich die reine Wirkungsmessung der Schulungen für die Beschäftigten der Arbeitsverwaltung zum Führen motivierender Gesundheitsgespräche sowie der Angebote der Krankenkassen für die Erwerbslosen von anderen Begleitforschungsakteuren durchgeführt wird.

Literatur:

- Bandelow NC, Schubert K (Hrsg.): Lehrbuch der Politikfeldanalyse. München 2014
- Blum S, Schubert K: Politikfeldanalyse. Wiesbaden 2014
- Cheal DJ: The Gift economy. New York 1988
- Elkeles T, Kirschner W: Health Promotion for the Unemployed. Needs, Strategies and Evidence on Effectiveness and Efficiency. In: Kieselbach T, Mannila S u. a. (Hrsg.): Unemployment, Precarious Work and Health. Research and Policy Issues. Wiesbaden 2012, S. 395 - 415
- Hafner, S, Miosga, M (Hrsg.): Regionale Nachhaltigkeitstransformation. Wissenschaft, Wirtschaft und Zivilgesellschaft im Dialog. München 2015
- Héritier A (Hrsg.): Policy-Analyse: Kritik und Neuorientierung. PVS Sonderheft. Opladen 1993
- Hollederer A (Hrsg.): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt am Main 2009
- Jann W: Kategorien der Policy-Forschung. Speyerer Arbeitshefte 37. Speyer 1981
- Klenk T, Weyrauch P, Haarmann A, Nullmeier F: Abkehr vom Korporatismus? Der Wandel der Sozialversicherungen im europäischen Vergleich. Frankfurt und New York 2012
- Leiber T: On the Impact of Deterministic Chaos on Modern Science and Philosophy of Science: Implications for the Philosophy of Technology? In: Lenk, Hans, Maring, Matthias (Hrsg.): Advances and Problems in the Philosophy of Technology. Münster 2001, S. 141 - 166
- Matthiesen U, Reutter G (Hrsg.): Lernende Region - Mythos oder lebendige Praxis? Bielefeld 2003
- Miosga M, Hafner S (Hrsg.): Regionalentwicklung im Zeichen der Großen Transformation. Strategien für Ressourceneffizienz, demografischen Wandel und Innovationsfähigkeit. München 2014
- Schaffer F: Lernende Region. Ein neuer Weg der regionalen Entwicklung. In: Schaffer F, Spannowsky W, Troeger-Weiss G, Goppel K (Hrsg.): Implementation der Raumordnung. Schriften zur Raumordnung und Landesplanung. Augsburg und Kaiserslautern 2004, S. 189 - 198
- Schmid J: Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme. Wiesbaden 2010

Präventionsgesetz erleichtert Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung



von
Dr. Monika Kücking,
Leiterin der Abteilung
Gesundheit des
GKV-Spitzenverbandes

Download:
www.gkv-spitzenverband.de

Chancen eröffnen - soziale
Teilhabe sichern. Konzept
zum Abbau von Langzeit-
arbeitslosigkeit.

Download: www.bmas.de

Gesetz zur Stärkung der
Gesundheitsförderung und
der Prävention (Präventions-
gesetz - PräVG), Bundesge-
setzblatt Jahrgang 2015 Teil I
Nr. 31, Bonn
24. Juli 2015

Arbeitslose Menschen sind - neben anderen sozial und gesundheitlich benachteiligten Gruppen - für die Krankenkassen eine wichtige Zielgruppe, wenn es darum geht, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten. Diese Zielstellung findet sich sowohl in der früheren als auch in der neuen Fassung des § 20 SGB V. Die gesetzliche Krankenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit haben 2012 mit einer gemeinsamen Kooperationsempfehlung (s. S. 16) die Basis für eine stärkere Zusammenarbeit bei der Arbeits- und Gesundheitsförderung gelegt.

Bereits zuvor hatte es Kooperationsprojekte zwischen verschiedenen Krankenkassen und Jobcentern gegeben. Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene im **Leitfaden Prävention 2014** arbeitslose Menschen beispielhaft als sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppe herausgestellt, die - in Kooperation mit verantwortlichen Partnern - mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Lebenswelt Kommune erreicht werden soll.

Auch das **Konzept zum Abbau von Langzeitarbeitslosigkeit** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales von November 2014 enthält Gesundheitsförderung als einen Baustein zur Verbesserung der Integrationsarbeit der Jobcenter und setzt auf stärkeren Dialog unter anderem mit den Krankenkassen.

Diese Fundamente bleiben auch unter den Bedingungen des **Präventionsgesetzes** voll erhalten: Die Kooperationsempfehlung kann in die Bundesrahmenempfehlungen - siehe unten - eingehen; der Leitfaden Prävention, der unter Einbeziehung wissenschaftlichen Sachverständigen weiterentwickelt ist, wird Grundlage für die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung zur nationalen Präventionsstrategie sein.

Nationale Präventionskonferenz und nationale Präventionsstrategie: Bundesagentur für Arbeit und kommunale Träger der Grundsicherung wirken mit

Das neue Präventionsgesetz sieht eine enge Zusammenarbeit in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung zum Nutzen gesundheitlich belasteter Personen vor, um deren berufliche Eingliederungschancen zu verbessern (§ 20a Abs. 1 SGB V). Der Rahmen dafür wird in der nationalen Präventionsstrategie (§ 20d SGB V) durch von der Nationalen Präventionskonferenz (§ 20e SGB V) erstmalig bis Ende 2015 zu verabschiedende Bundesrahmenempfehlungen geschaffen. In diesen werden insbesondere Ziele, Handlungsfelder und Zielgruppen festgelegt. In die Vorbereitung werden u. a. die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Träger der Grundsicherung einbezogen. Außerdem wirken sowohl die Bundesagentur für Arbeit als auch die kommunalen Spitzenverbände kontinuierlich als beratende Mitglieder in der Nationalen Präventionskonferenz ebenso mit wie die einschlägigen Ressorts auf Bundes- und Länderebene.

Landesrahmenvereinbarungen: Bundesagentur für Arbeit und kommunale Träger der Grundsicherung können beitreten

Die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den Trägern von Unfall- und Rentenversicherung sowie den Landesministerien abzuschließenden Landesrahmenvereinbarungen (§ 20f SGB V) sollen die Vorgaben der Bundesrahmenempfehlungen berücksichtigen. Auf Landesebene geht es einerseits um die auf die Bedarfe des Landes angepasste Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen hinsichtlich Zielen, Handlungsfeldern und Zielgruppen. Zum anderen sind die Leistungen der Vereinbarungspartner zu koordinieren, Abgrenzungsfragen zu klären und die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren und Einrichtungen in Ländern und Kommunen abzustimmen. Am Prozess zum Abschluss der Landesrahmenvereinbarungen können sich die

kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene, die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Träger der Grundsicherung beteiligen. Zudem können sie den Landesrahmenvereinbarungen beitreten. Für die krankenkassenübergreifende Zusammenarbeit ist es rein organisatorisch erleichternd, dass zu bildende Arbeitsgemeinschaften gegenüber den Aufsichtsbehörden der Krankenkassen nicht mehr anzeigepflichtig sind.

Erkenntnisse des gemeinsamen Modellprojekts von GKV und Bundesagentur für Arbeit sollen genutzt und vertieft werden

Die modellhafte Erprobung der gesundheitsfördernden Zusammenarbeit der beiden großen Sozialleistungsträger – GKV als Ganzes, d. h. alle Krankenkassen gemeinsam, und Bundesagentur für Arbeit von der Zentrale bis zu den Jobcentern – für die Zielgruppe arbeitsloser Menschen hat zu ersten Erkenntnissen über Hürden und Gelingensfaktoren geführt. Das zeigen die Beiträge im Schwerpunktteil dieses Präventionsberichts. Eine zweite Projektphase, in die weitere Jobcenter – auch solche in rein kommunaler Trägerschaft (sog. Optionskommunen) – und möglichst auch Arbeitsagenturen einbezogen werden sollen, kann unter den neuen gesetzlichen Bedingungen aufbauend auf den bisherigen Ergebnisse erfolgen.

Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung braucht Ressourcen

Das Präventionsgesetz fordert beim lebensweltbezogenen Engagement der Krankenkassen die Einbringung von Ressourcen der Settingverantwortlichen (§ 20a Abs. 2 SGB V). Dies ist aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung unverzichtbar, um nachhaltige Verbesserungen – auch hinsichtlich der Rahmenbedingungen – für die Menschen zu ermöglichen. Bei der Verzahnung von Arbeitsförderungsmaßnahmen mit Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten sind solche Ressourcen im gemeinsamen Projekt seitens der Jobcenter insbesondere durch Schulung der Mitarbeiter zur Führung motivierender Gesundheitsgespräche und durch gesundheitsorientierende Bausteine in den Arbeitsförderungsmaßnahmen eingebracht worden. Betriebliche Gesundheitsförderung zur Stärkung der Mitarbeitergesundheit und strukturelle Verbesserungen hinsichtlich der Zieleparameter bei den Jobcentern könnten das Thema weiter voranbringen.

Gesundheitsfördernde Wirkungen können durch die Einbindung weiterer Akteure, die sich über die Jobcenter und die Krankenkassen hinaus mit niedrigschwelligen und bedarfsorientierten Angeboten für die Zielgruppe einbringen, unterstützt werden.

Darüber hinaus bleibt es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Rahmenbedingungen zu optimieren, angefangen von wertschätzendem Umgang mit den arbeitssuchenden Menschen über praktische Unterstützung bei ihrer Vernetzung bis hin zu realistischen Arbeitsperspektiven für sie.

Zahlen im Überblick



In diesem Abschnitt werden die Ausgaben, erreichten Personen und wesentliche Schwerpunkte der Verteilung der Aktivitäten in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V sowie § 20a SGB V (alte Fassung) zusammengefasst.

Im Anschluss daran werden die Ergebnisse geordnet nach den einzelnen Ansätzen - Gesundheitsförderung in Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung und zur Individualprävention - ausführlicher dargestellt. Hier wird unter anderem über Zielgruppen, Steuerungsstrukturen und inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten Auskunft gegeben.

Die - teilweise gerundeten - Daten beziehen sich auf das Berichtsjahr 2014. Dem Tabellenband zum Präventionsbericht (www.mds-ev.de, Dokumente und Formulare) lassen sich die exakten Zahlen und viele weitere Statistiken entnehmen.

Im Setting-Ansatz werden Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den sogenannten Lebenswelten der Menschen, wie z. B. in Schulen oder Stadtteilen, durchgeführt.

Die von Krankenkassen unterstützten Gesundheitsförderungsaktivitäten in den Settings sprachen 2,2 Mio. Personen direkt an.

Die Krankenkassen investierten in die Gesundheitsförderung im Rahmen des Setting-Ansatzes insgesamt rund 32 Mio. Euro; das entspricht 0,45 Euro je Versicherten. Im Vergleich zum Vorjahr ergab sich ein Ausgabenzuwachs von 7 %.



2014 wurden insgesamt knapp 68 Mio. Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung ausgegeben. Dabei stiegen die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 24 %.

Die Anzahl der durch krankenkassengeforderte Maßnahmen erreichten Betriebe und Betriebsstandorte stieg im Vergleich zum Vorjahr um 15 %.

Es wurden insgesamt 1,2 Mio. Beschäftigte direkt erreicht.



Im „individuellen Ansatz“ fördern die Krankenkassen die Teilnahme an Präventionskursen. Ziel der Kurse ist es, den Teilnehmenden gesundheitsrelevante Kompetenzen zu vermitteln und ihnen Wege aufzuweisen, wie sie das Erlernete im Alltag umsetzen können.

2014 förderten die Krankenkassen 1,7 Mio. Kursteilnahmen, 16 % mehr als im Vorjahr, und wendeten hierfür 193 Mio. Euro auf. Dies entspricht einer Ausgabensteigerung um 6 % im Vergleich zu 2013. Die zunehmende Zahl an Kursteilnahmen ist teilweise darauf zurückzuführen, dass eine Regelung, welche die Wiederholung von Präventionskursen gleichen Inhalts im Folgejahr ausschloss, 2013 aufgehoben wurde.

Ausgaben gesamt



Die Krankenkassen haben 2014 ihre Gesamtausgaben für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung um 10 % gesteigert. Damit leisten sie einen erheblichen Beitrag zu der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, Gesundheitsförderung und Prävention auszubauen.

Inanspruchnahme nach Geschlecht

Die Geschlechterverteilung unterscheidet sich je nach dem Ansatz der Gesundheitsförderung stark. Individuelle Gesundheitsangebote sprechen vor allem Frauen an. **81 %** der Teilnehmer an individuellen Kursangeboten sind weiblich.



In Settings, die insbesondere aus Kitas und Schulen bestehen, ist die Geschlechterverteilung mit **47 %** männlichen Teilnehmern im Wesentlichen ausgeglichen, da in Kitagruppen und Schulklassen in der Regel gleichermaßen Mädchen und Jungen vertreten sind.



In der betrieblichen Gesundheitsförderung sind dagegen mit **63 %** mehr Männer dabei. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass die Krankenkassen insbesondere Aktivitäten im verarbeitenden Gewerbe unterstützen. In diesen Branchen gibt es meist einen höheren Anteil an männlichen Beschäftigten.



Insgesamt erreichen die Krankenkassen mit ihren Präventionsangeboten männliche und weibliche Personen in ungefähr dem gleichen Umfang

Auch können diese Zahlen so interpretiert werden, dass sich durch einen Ausbau der Präventionsangebote im Settingbereich und in der betrieblichen Gesundheitsförderung auch diejenigen Menschen erreichen lassen, die nicht von sich aus initiativ werden.



Setting-Ansatz

Menschen verbringen ihr Leben in einer Vielzahl sozialer Systeme („Settings“). Diese beeinflussen und prägen ganz entscheidend die Lebensqualität und die Gesundheit sowie das Gesundheitsbewusstsein.

Im Setting-Ansatz geht es darum, unter Beteiligung der Menschen im Setting die strukturellen Bedingungen für Gesundheit im direkten Umfeld zu optimieren und dadurch eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens zu erleichtern.

Ein Vorteil des Setting-Ansatzes ist es, dass die Maßnahmen direkt in den Lebenswelten der Menschen wirken. So können auch diejenigen erreicht werden, die ein Präventionsangebot nicht selbstständig aufsuchen würden.

Gesundheitschancen sind in der Gesellschaft ungleich verteilt und stehen in engem Zusammenhang mit den Lebensbedingungen, der sozialen Herkunft und dem sozialem Status. Gesundheitsförderung soll, das ist gesetzlich verankert, vor allem dazu beitragen, sozial bedingt ungleichen Gesundheitschancen entgegenzuwirken. Am ehesten kann das durch „Verhältnisprävention“ bewirkt werden. Sie verbessert die Bedingungen im Setting insgesamt und erreicht dadurch auch benachteiligte Gruppen. Daneben können im

Setting-Ansatz auch bestimmte Zielgruppen – z. B. Arbeitslose – in eine Maßnahme einbezogen und dadurch deren Gesundheitschancen verbessert sowie spezifische Risiken vermindert werden.

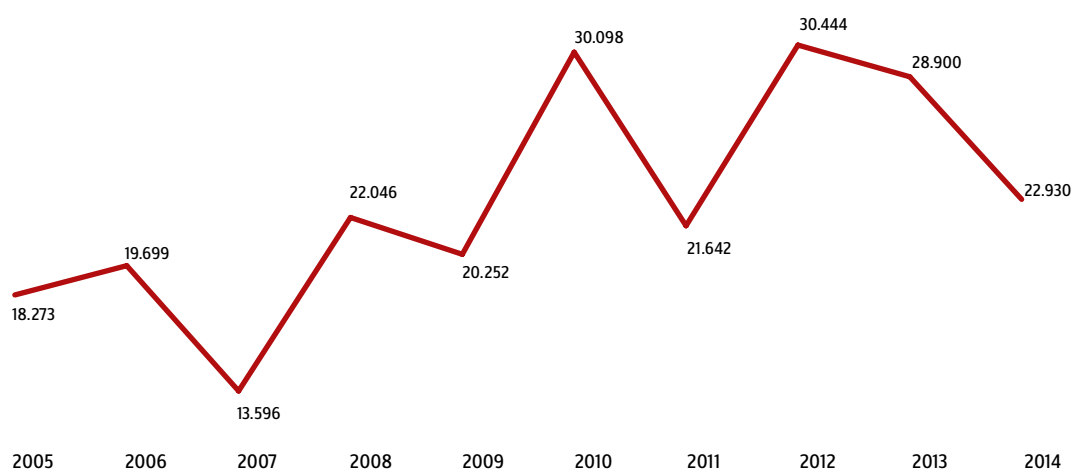
Als übergeordneter Indikator für die Erreichung sozial Benachteiligter kann die Erreichung von Menschen in „sozialen Brennpunkten“ herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, als gerade diese Versicherten präventive Angebote mit Kommstruktur nach aller Erfahrung nur unterproportional nutzen. Die Krankenkassen erheben diesen Indikator für den Präventionsbericht (s. S. 49).

Im Leitfaden Prävention der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Kriterien für die Maßnahmen im Setting-Ansatz festgelegt. Im Berichtsjahr 2014 galt der Leitfaden Prävention in der Fassung des Jahres 2010.

Die Arbeitswelt bildet ein besonderes Setting, das gesondert betrachtet wird (s. S. 60 ff.).

Nachfolgend werden die im Jahr 2014 durchgeführten Aktivitäten der Krankenkassen im Setting-Ansatz beschrieben. Weitere differenzierte Auswertungen finden sich im Tabellenband (www.mds-ev.de, Dokumente und Formulare).

Settings der Gesundheitsförderung

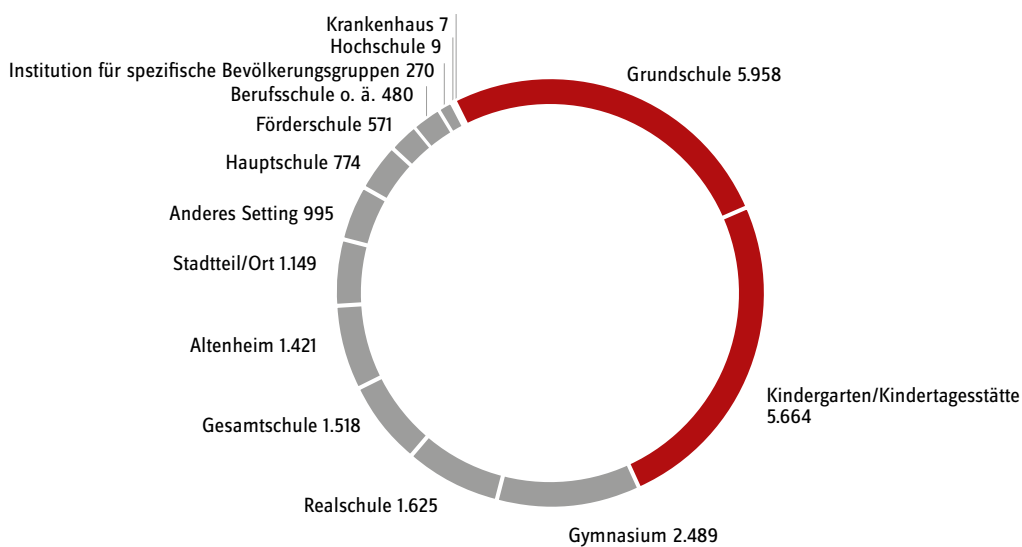
Abb. 5 Anzahl der Settings

2014 wurden knapp 23.000 Settings durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung erreicht. Die Krankenkassen initiieren, fördern und begleiten Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme in verschiedenen Arten von Settings. Ziel der Maßnahmen ist es, die Eigenkompetenz der angesprochenen Menschen und Einrichtungen zu stärken und diese für kontinuierliches Weiterführen der Aktivitäten zu motivieren.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Settings um 21 % gesunken, weil die Begleitung einiger mehrjähriger Programme durch die Krankenkassen in die eigenständige Weiterführungsverantwortung an die anderen Beteiligten überführt wurde.

Art der Settings

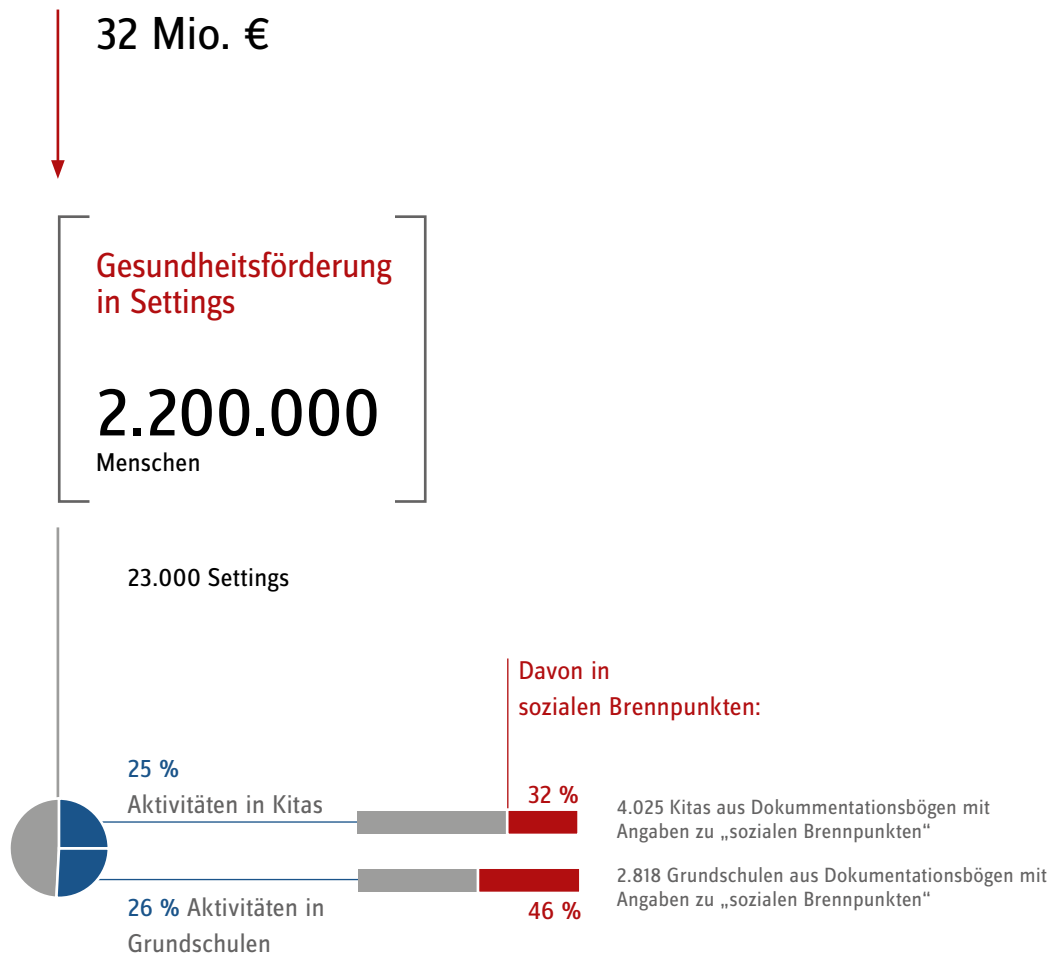
Abb. 6 Art und Anzahl der Settings



Am häufigsten richteten sich die Aktivitäten der Gesundheitsförderung an Kinder bzw. deren Eltern, Lehrer oder Erzieher in Grundschulen und **Kindergärten/Kindertagesstätten**. Von den insgesamt fast 23.000 Settings waren jeweils knapp 6.000 Grundschulen und Kitas.

Im Folgenden werden zur Vereinfachung Kindergärten und Kindertagesstätten unter dem Begriff „Kita“ zusammengefasst.

Unterstützung von Kitas und Grundschulen in „sozialen Brennpunkten“



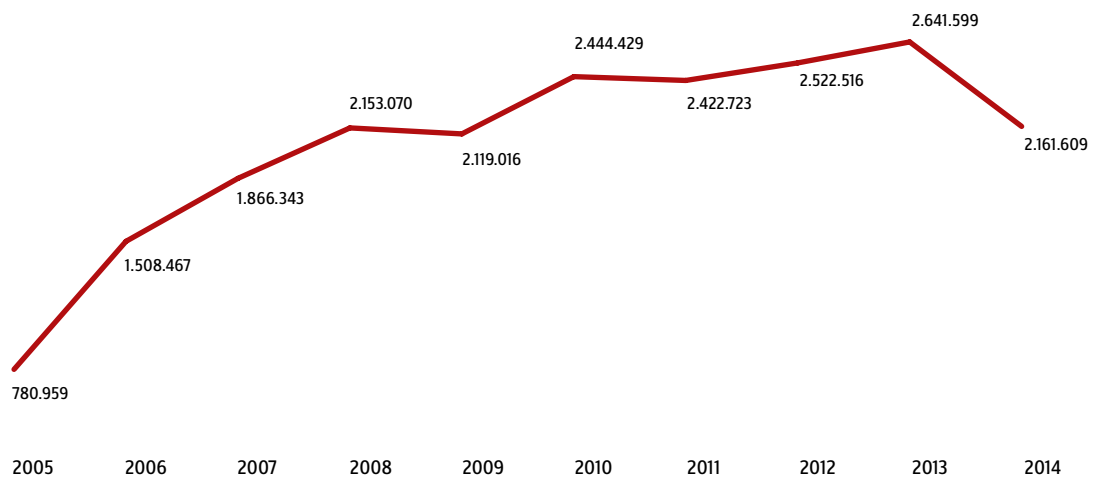
Durch das Fokussieren der Maßnahmen auf Kinder und Eltern, die über Kitas und Grundschulen erreichbar sind, werden bereits frühzeitig die Weichen für ein gesundheitsbewusstes Leben gestellt.

Dabei erreichten fast die Hälfte der von den Krankenkassen geförderten Aktivitäten Grundschulen in **sozialen Brennpunkten**. Dies traf auch für knapp ein Drittel der Kitas zu. Durch diese gezielte Auswahl der Settings wird deutlich, dass die Aktivitäten der Krankenkassen einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten.

Als „soziale Brennpunkte“ werden Wohngebiete bezeichnet, in denen Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und deren soziales Netzwerk eingeschränkt ist. In der sozialwissenschaftlichen Literatur werden auch Begriffe wie „benachteiligtes Quartier“ oder „Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf“ verwendet.

Erreichte Personen

Abb. 7 Erreichte Personen
(Schätzwerte für direkt erreichte Personen)

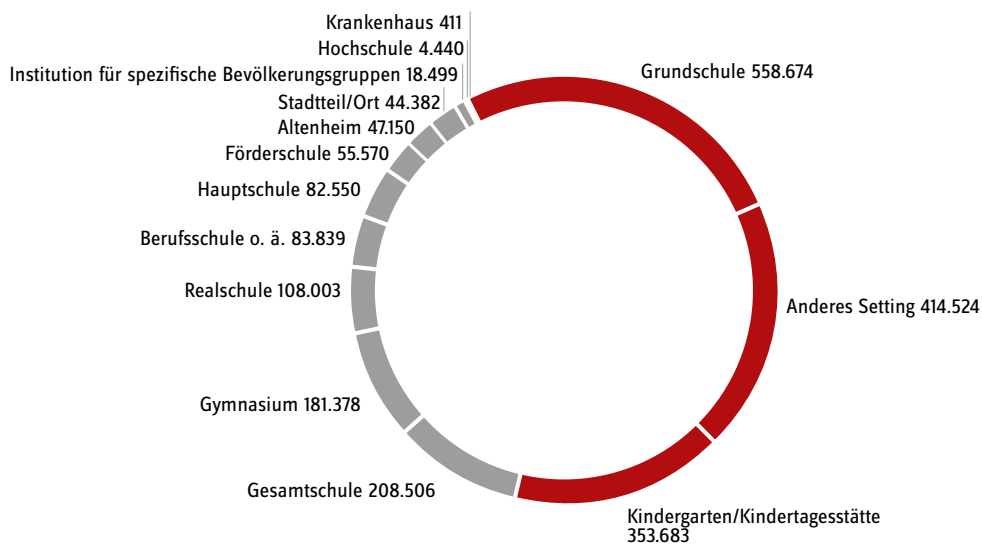


Im Berichtsjahr 2014 wurden im Settingansatz weniger Personen als im Vorjahr direkt erreicht. Der Grund ist, dass die Begleitung einiger großer Programme durch die Krankenkassen in die eigenständige Weiterführung durch die anderen Beteiligten überführt wurde.

Lehrer und Erzieher, die an Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Setting teilnehmen, fungieren als Multiplikatoren und geben ihr Wissen und die erworbenen Kenntnisse an die von ihnen betreuten Schüler/Kinder weiter. Außerdem gestalten sie direkt die Abläufe in der jeweiligen Lebenswelt. Dadurch profitieren in den Settings 5,6 Mio. Menschen indirekt von der krankenkassengestützten Gesundheitsförderung.

Abb. 8

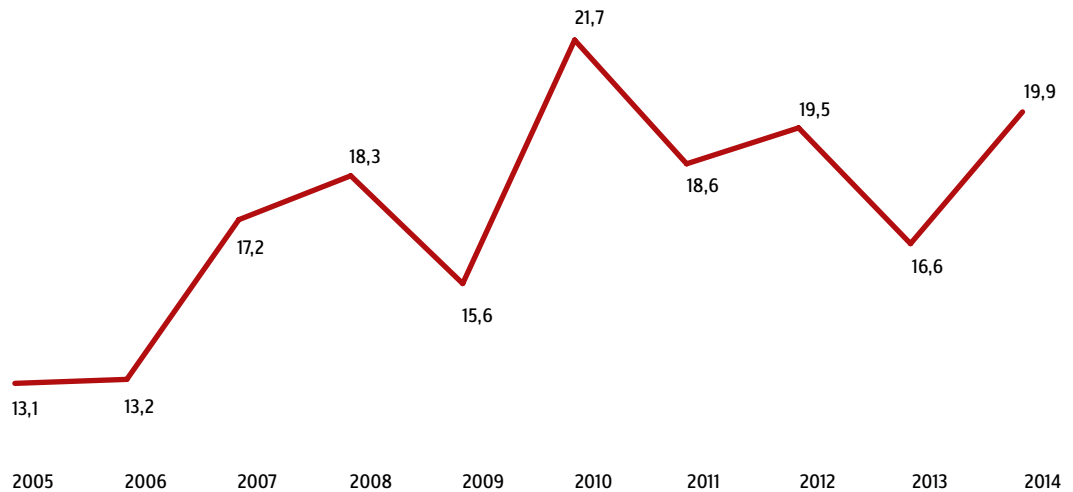
Erreichte Personen in den jeweiligen Settings



Das Engagement der Krankenkassen in den Kitas und Grundschulen ist besonders hoch. Fast eine Million Kinder, Eltern und Lehrer konnten hier erreicht werden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des Ausgleichs sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen wichtig. Gleichzeitig wird in die Zukunft investiert, wenn im jungen Lebensalter die Prägung von gesundheitsbewussten Verhaltensweisen gefördert werden kann.

Laufzeit der Gesundheitsförderung in Settings

Abb. 9 Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten in Monaten



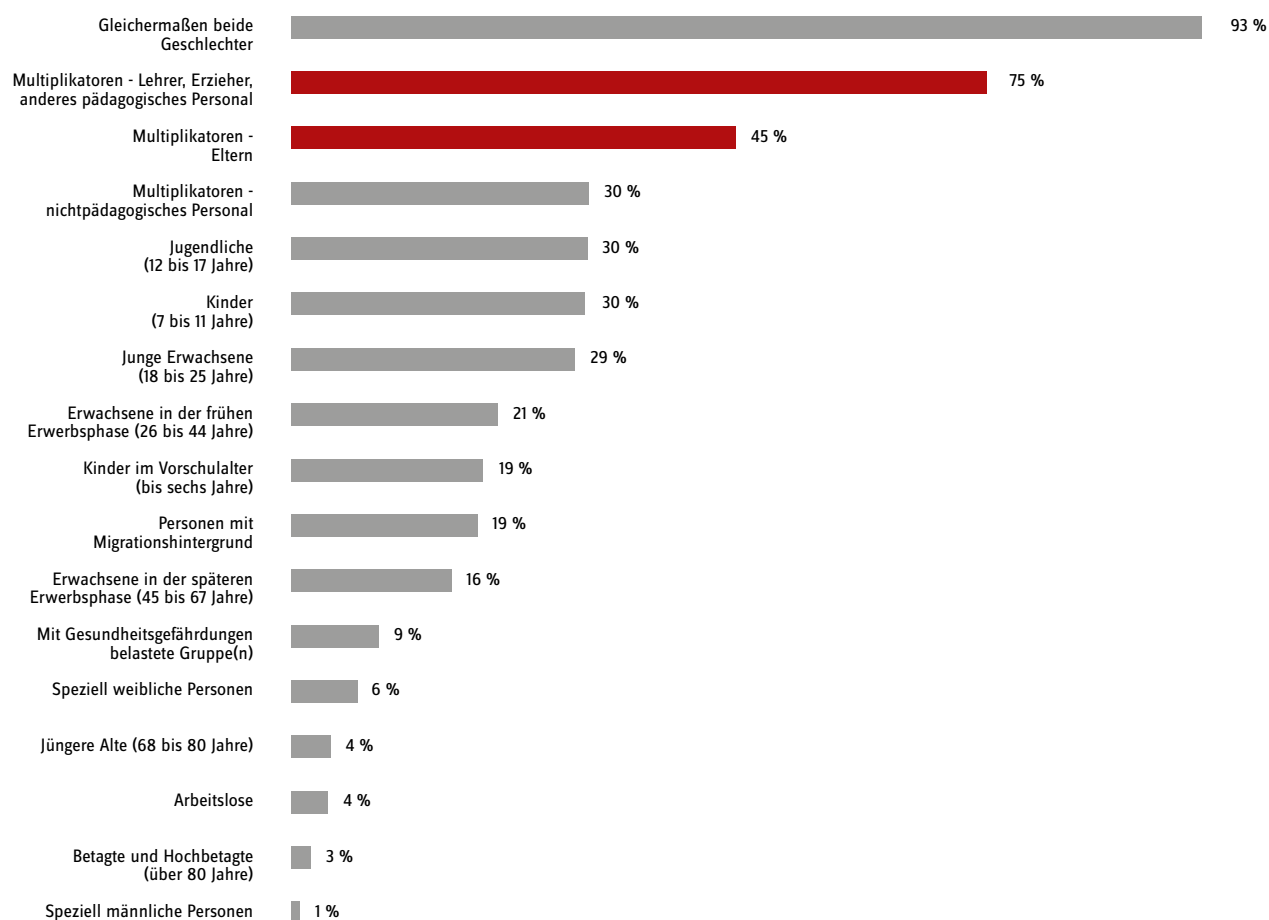
Die Krankenkassen unterstützen und begleiten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in Lebenswelten zeitlich befristet im Sinn einer Hilfe zur Selbsthilfe. Das Ziel ist es dabei, dauerhafte strukturelle Veränderungen im Setting zu bewirken und Verhaltensweisen der Akteure im Setting zu beeinflussen.

Im Mittel betrug die Laufzeit der von den Krankenkassen unterstützten Gesundheitsförderungsaktivitäten ein Jahr und acht Monate. Etwa die Hälfte der Aktivitäten laufen bis zu einem Jahr lang. Rund 40 % der Aktivitäten haben eine Laufzeit von mehr als zwölf Monaten bis zu vier Jahren.

Zielgruppen

Abb. 10

Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)



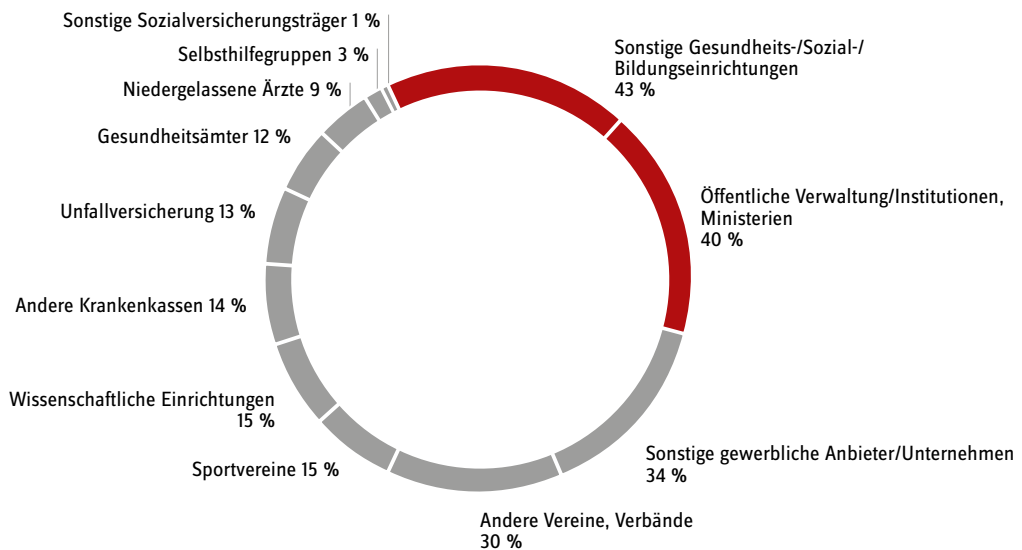
65 % der Gesundheitsförderungsaktivitäten richteten sich an alle Menschen im Setting, 35 % an bestimmte Zielgruppen.

Fast alle Maßnahmen (93 %) richteten sich gleichermaßen an Mädchen und Jungen, Frauen und Männer. Fast drei Viertel der Programme, die ihre Aktivitäten auf bestimmte Zielgruppen fokussierten, richteten sich an Erzieher und Lehrer. Diese gestalten in den Einrichtungen die Lebensumwelt der Kinder und nehmen dadurch Einfluss auf deren Gesundheit und Krankheit. Im Hinblick auf die Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten dienen sie als Multiplikatoren.

Kooperationspartner, die Ressourcen eingebracht haben

Abb. 11

Kooperationspartner (Mehrfachnennungen möglich)

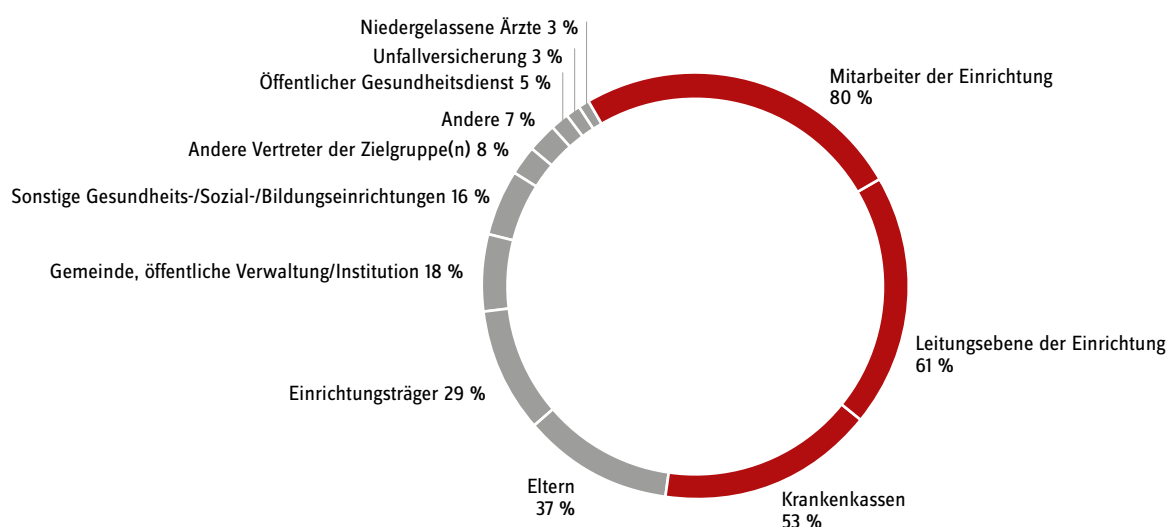


Das Engagement der Krankenkassen hat zum Ziel, Gesundheitsförderung nachhaltig in den jeweiligen Settings zu verankern. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es bedeutsam, weitere gesellschaftlich relevante Akteure in die Maßnahmen einzubinden. Durch geeignete Kooperationen können sich Kompetenzen und Ressourcen ergänzen. 64 % der Dokumentationsbögen weisen aus, dass dies geschehen ist und weitere Akteure Ressourcen in die Setting-Aktivitäten eingebracht haben. Dabei waren am häufigsten öffentliche Institutionen und sonstige Einrichtungen für Gesundheit, Soziales und Bildung beteiligt. Im Mittel brachten mehr als **zwei** weitere Akteure Ressourcen in krankenkassengeförderte Programme ein.

Tabellenband zum
Präventionsbericht,
www.mds-ev.de,
Dokumente und Formulare

Koordination und Steuerung

Abb. 12 **Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium**
(Mehrfachnennungen möglich)



Die Koordination und Steuerung von Gesundheitsförderungsprogrammen durch ein Gremium ist wichtig, damit gesundheitsförderliche Maßnahmen zentral geplant und nachhaltig im Setting verankert werden können.

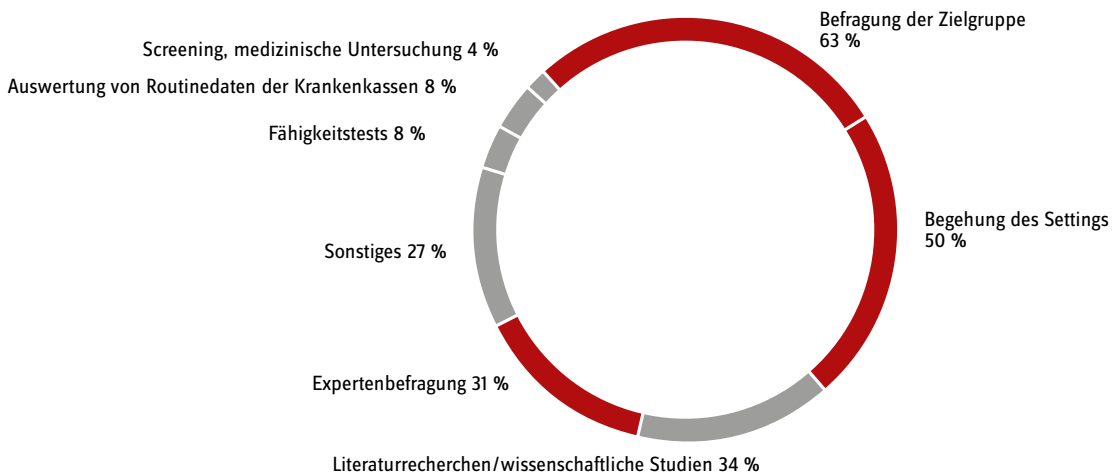
Eine „Arbeitsgruppe Gesundheit“ kann ein solches Steuerungsgremium sein. Sie befasst sich mit der Analyse, Planung, Durchführung und Nachbereitung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Mit 79 % weist die Mehrzahl der Programme eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur auf.

Im Mittel sind in den Steuerungsgremien drei der in der Abbildung genannten Institutionen beteiligt, in manchen Gremien bis zu zehn.

Fast immer sind die Mitarbeiter einer Einrichtung und meist auch die Leitungsebene in den Steuerungsgremien vertreten. Bei über der Hälfte der Gesundheitsförderungsprogramme mit Steuerungsgremium - 53 % - sind Vertreter der Krankenkassen eingebunden.

Bedarfsermittlung

Abb. 13 **Art der Bedarfsermittlung**
(Mehrfachnennungen möglich)



Um die Maßnahmen möglichst realitätsnah und bedarfsorientiert auszurichten, werden im jeweiligen Setting verschiedene Methoden zur Erkennung von Risiken und Potenzialen für Gesundheit angewandt. So wurde bei 63 % der Gesundheitsförderungsprogramme die Zielgruppe befragt, um deren Wünsche, Bedürfnisse und Problemstellungen im Setting zu ermitteln. Bei der Hälfte der Maßnahmen werden im Rahmen einer Begehung die Problemstellungen im Setting ermittelt. Bei etwa einem Drittel der Maßnahmen werden zudem auch Expertenbefragungen und Literaturrecherchen durchgeführt. Im Schnitt wurden je Programm etwas mehr als **zwei verschiedene Instrumente** der Bedarfsanalyse kombiniert.

Gesundheitszirkel

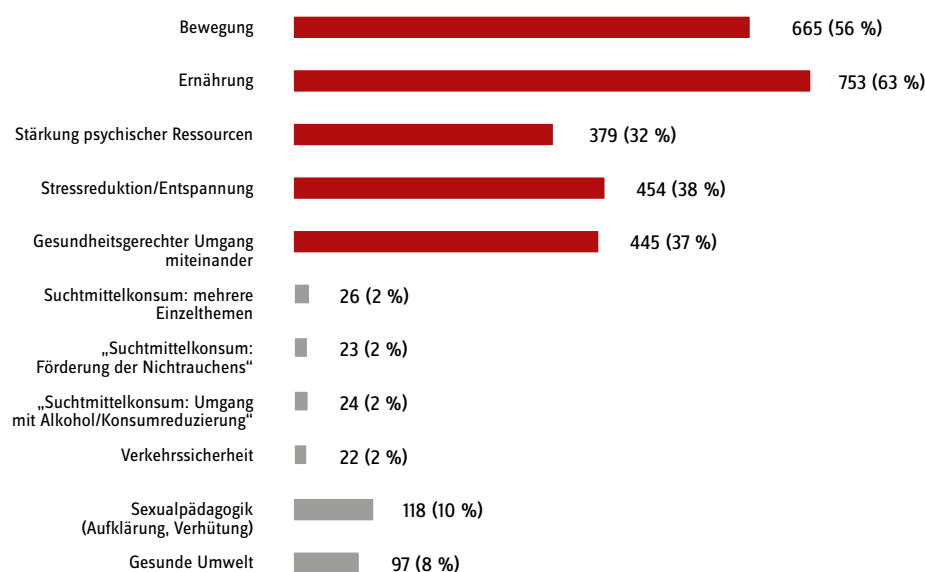
Im Berichtsjahr wurden bei 11 % der Aktivitäten Gesundheitszirkel als partizipatives Instrument der Gesundheitsförderung eingesetzt.

Gesundheitszirkel bieten die Möglichkeit, das Wissen von Experten mit den Erfahrungen der Beschäftigten im jeweiligen Setting zu verbinden. Bei einem oder mehreren Treffen kann im Austausch miteinander der Bedarf für Gesundheitsformungsmanahmen analysiert und es können Lösungskonzepte für Problemstellungen entwickelt werden.

Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Abb. 14

Inhalte (Mehrfachnennungen möglich)



Der inhaltliche Schwerpunkt der Intervention richtet sich nach dem Bedarf im jeweiligen Setting und wird strukturiert durch die im **Leitfaden Prävention** beschriebenen verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen.

Bewegung, Ernährung und Förderung der psychischen Gesundheit – Stressreduktion, Ressourcenstärkung, Kommunikations- und Konfliktlösungskompetenzen für einen gesundheitsgerechten Umgang miteinander – sind die häufigsten Themen der Interventionen. Die Angaben der Krankenkassen addieren sich auf über 100 %, weil vielfach Themen kombiniert werden.

Aktuelle Fassung: GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Berlin 2014. Download: www.gkv-spitzenverband.de
Für das Berichtsjahr 2014 war noch die Leitfadendassung aus dem Jahr 2010 verbindlich.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Die Aktivitäten der Krankenkassen können sich gleichzeitig auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Verhältnisse und auf die in Zusammenhang mit der Gesundheit stehenden Verhaltensweisen beziehen. Im Berichtsjahr 2014 waren 66 % der Aktivitäten sowohl auf die Verhältnisse als auch auf das Verhalten der Akteure im Setting ausgerichtet.

Knapp ein Drittel (32 %) der Maßnahmen bezog sich darauf, speziell die Umfeldbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten.

Nur 2 % der Interventionen dienen ausschließlich dazu, die Akteure im Setting zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu motivieren und anzuleiten.

Art der Umgestaltung

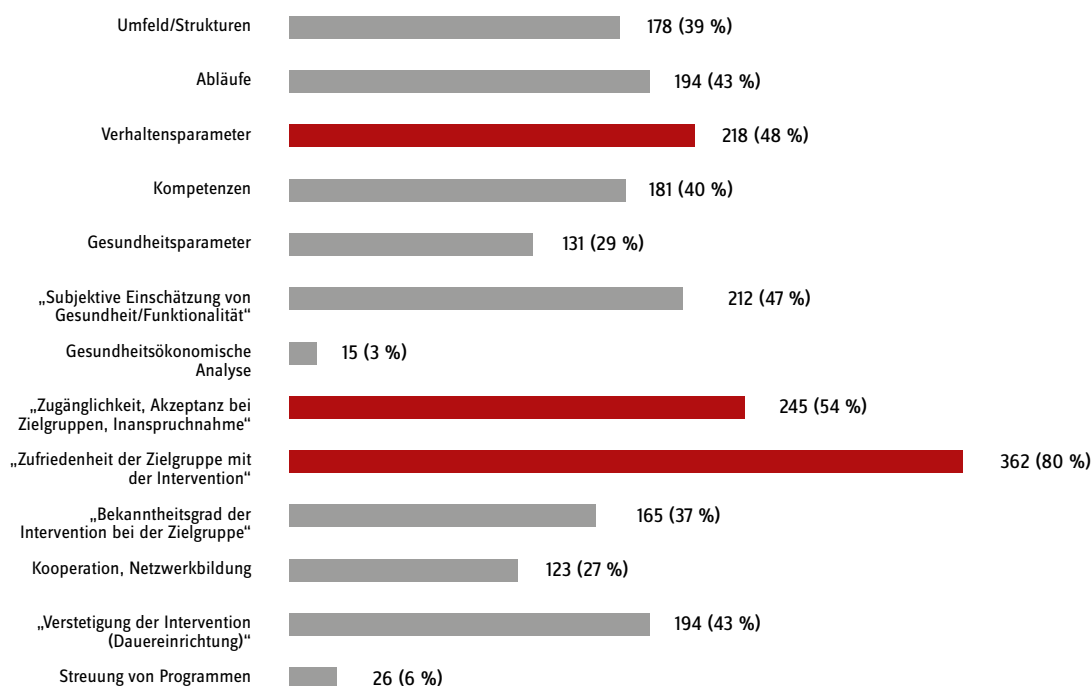
Die Strukturen im Setting nehmen erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden im Setting. Daher wirken sich gezielte strukturverändernde Maßnahmen gesundheitsfördernd aus. Beispiele für solche Maßnahmen sind die Einführung von regelmäßigen Teamsitzungen von Kita-Mitarbeitern oder einer adäquaten Pausengestaltung in der Grundschule. Eine bewegungsfördernde Alltagsgestaltung in der Grundschule ist ebenfalls Teil der Gesundheitsförderung.

In der Regel werden mehrere Arten der Umgestaltung miteinander kombiniert. Im Durchschnitt integrieren die Interventionen sechs verschiedene Aspekte. Häufig zielen die Maßnahmen darauf ab, die Umgebungsbedingungen insgesamt (60 %), die Informations- und Kommunikationsstrukturen (64 %) und die Entscheidungsspielräume und Verantwortlichkeiten (57 %) zu erweitern.

Erfolgskontrollen

Abb. 15

Inhalte der Erfolgskontrollen (Mehrfachnennungen möglich)



Um die Qualität der Maßnahmen zu sichern, ist es sinnvoll, den Erfolg einer Maßnahme zu prüfen. 2014 wurden bei knapp zwei Dritteln - 61 % - der Gesundheitsförderungsprogramme Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. waren geplant.

Es gibt verschiedene Indikatoren, die zur Messung des Erfolgs einer Maßnahme herangezogen werden. Einerseits können subjektive Einschätzungen, beispielsweise zur Wirksamkeit der Maßnahme, erfasst, andererseits können strukturelle Bedingungen und Merkmale erhoben werden.

Im Schnitt wurden fünf Erfolgsindikatoren je Programm erhoben.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsgestaltung nehmen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten. Das betriebliche Umfeld steht in engem Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit und Arbeitsmotivation. Gelingt es, die Strukturen und die Abläufe im Betrieb durch betriebliche Gesundheitsförderung zu verbessern, profitieren sowohl die Beschäftigten als auch das gesamte Unternehmen.

Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung ist es, psychische und körperliche Belastungen am Arbeitsplatz möglichst gering zu halten und die Gesundheit und Resilienz der Mitarbeiter zu stärken. Die Angebote sollten auf die jeweiligen arbeitsbedingten Anforderungen und Belastungen der Beschäftigten abgestimmt werden. Der **Leitfaden Prävention** legt die Kriterien für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung fest.

www.gkv-spitzenverband.de

Die Krankenkassen erbringen in verschiedenen Prozessabschnitten der betrieblichen Gesundheitsförderung Unterstützungsleistungen. Das beginnt mit der Erhebung und Analyse der gesundheitlichen Situation im Betrieb einschließlich der Risiken und Potenziale. Daraus werden Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation entwickelt und anschließend deren Umsetzung unterstützt. In allen Phasen ist es entscheidend, dass sowohl die Verantwortlichen im Betrieb als auch die Beschäftigten die Gesundheitsförderung vorantreiben.

Nach der Umsetzung der Maßnahmen werden die Ergebnisse bewertet. Diese Ergebnisse sind wiederum Grundlage für die nächste Prozessphase. So gelingt es, die Qualität der Maßnahmen zu verbessern und diese nachhaltig im Betrieb zu verankern.

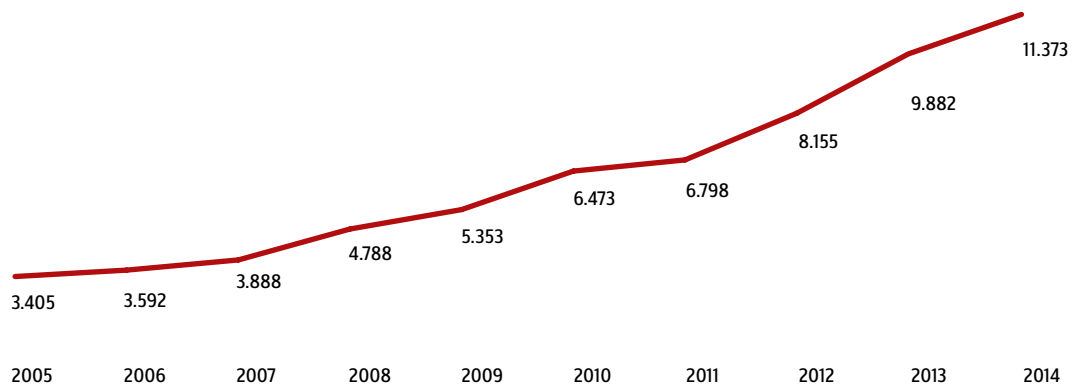
In den folgenden Abschnitten werden die Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung nach verschiedenen Aspekten geordnet dargestellt. Weitere differenzierte Auswertungen finden sich im **Tabellenband** zum Präventionsbericht.

www.mds-ev.de/
Dokumente und Formulare

Erreichte Betriebe

Abb. 16

Zeitreihe: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte



In der Grafik ist dargestellt, wie viele Betriebe bzw. Betriebsstandorte die Krankenkassen in den jeweiligen Berichtsjahren mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreicht haben.

Es zeigt sich, dass die Krankenkassen ihr Engagement für die betriebliche Gesundheitsförderung in den letzten zehn Jahren stark ausgeweitet haben. 2014 förderte die gesetzliche Krankenversicherung Aktivitäten in über 11.000 Betrieben und Standorten. Dies entspricht einer Steigerung um 15 % im Vergleich zum Vorjahr.

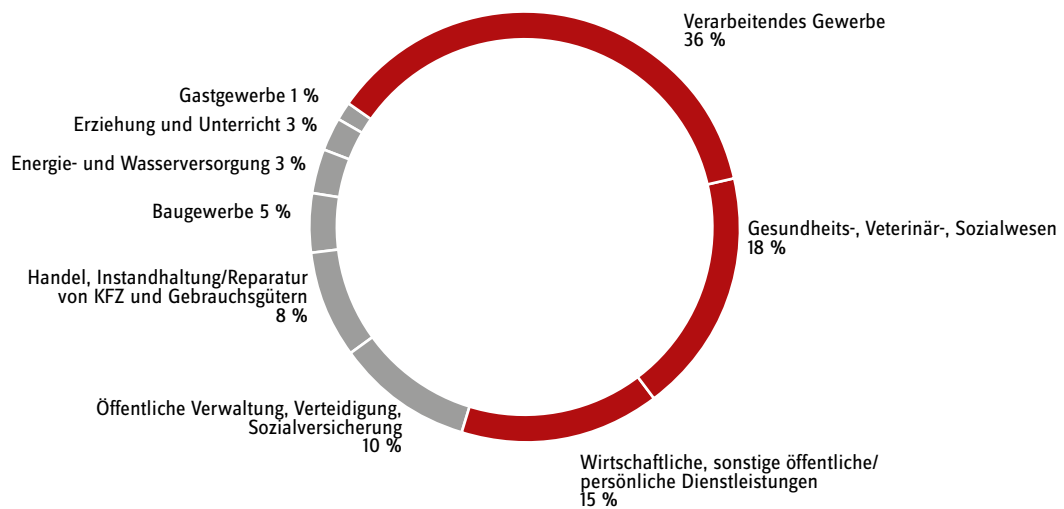
Standorte

Die Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung werden entweder an einem oder mehreren Betriebsstandorten durchgeführt. Über die Hälfte der insgesamt erreichten Standorte und Betriebe sind Mehrfachstandorte. Etwa 40 Prozent der erreichten Betriebe sind Einzelstandorte.

Branchen

Abb. 17

Branchen



Die von Krankenkassen unterstützte betriebliche Gesundheitsförderung hat sich in den einzelnen Wirtschaftszweigen in unterschiedlichem Maße etabliert. Mögliche Gründe hierfür sind unterschiedliche strukturelle Bedingungen, Ressourcen und Bedarfe für gesundheitsförderliche Maßnahmen in Betrieben.

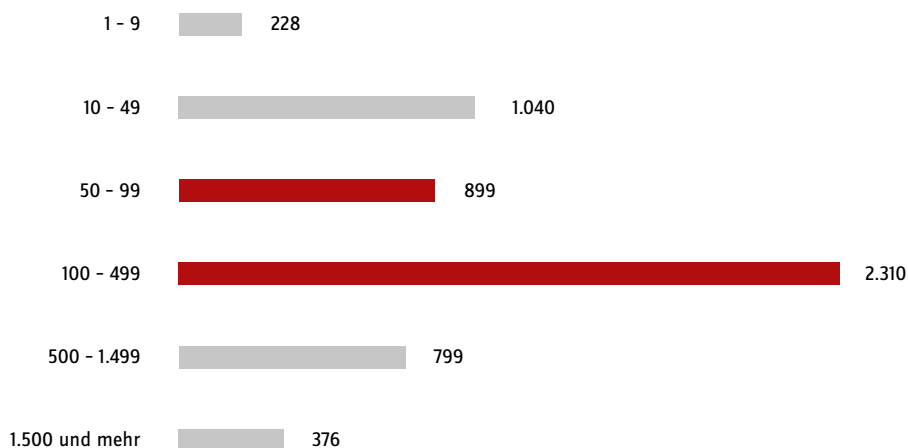
Krankenkassen fördern am häufigsten Maßnahmen im verarbeitenden Gewerbe. Körperliche

Belastungen treten in dieser Branche besonders häufig auf und machen deshalb Initiativen zur Reduktion und Kompensation dieser Belastungen erforderlich.

Auch im Gesundheits- und Sozialwesen und im Dienstleistungsgewerbe besteht ein starkes gemeinschaftliches Engagement der Krankenkassen und Betriebe für die Gesundheitsförderung.

Betriebsgröße

Abb. 18

Betriebsgröße
 (Anzahl der Beschäftigten)


Die Grafik beschreibt die Verteilung der Unternehmen, die die Unterstützung der Krankenkassen bei ihrem Engagement für Gesundheit am Arbeitsplatz nutzten, nach der Zahl ihrer Mitarbeiter.

Mit insgesamt 57 % wurden am häufigsten **Unternehmen mittlerer Größe** von 50 bis unter 500 Mitarbeiter erreicht. Kleinere Unternehmen bis unter 50 Mitarbeitern waren zu knapp einem Viertel vertreten.

Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten

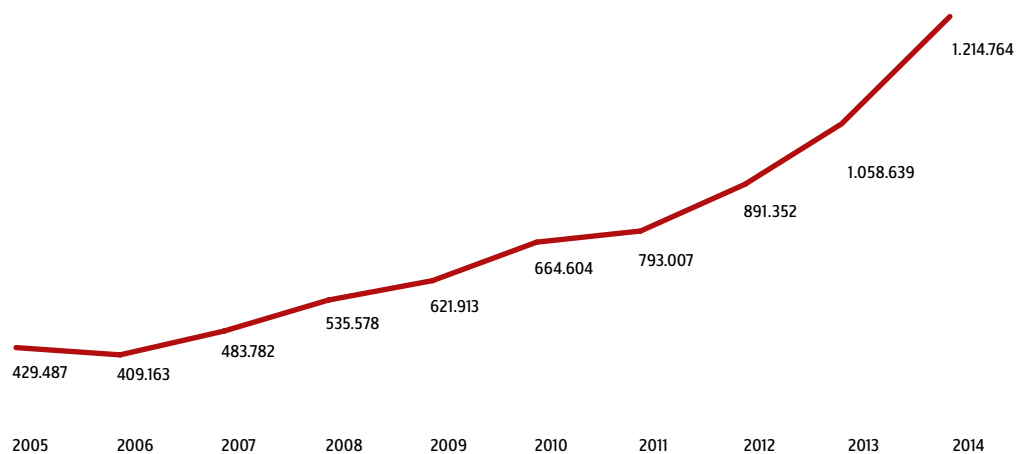
Unter den erreichten Betrieben wiesen 7 % einen hohen Anteil an „ungelernten“ Beschäftigten auf. Ein „hoher Anteil“ bedeutet, dass mindestens 20 % der Beschäftigten einschließlich der Auszubildenden keine abgeschlossene Berufsausbildung haben (siehe Kapitel „Erhebungsmethode und Auswertung“, S. 96).

Die neue KMU-Definition – Benutzerhandbuch und Mustererklärung. Europäische Gemeinschaften. 2006.

Die Laufzeit der Aktivitäten in der BGF wird in diesem Jahr nicht ausgewiesen, weil die Daten nicht valide sind.

Erreichte Beschäftigte

Abb. 19 **Durch betriebliche Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte**
(Schätzwerte für direkt erreichte Personen)



2014 ist wie in den Vorjahren ein Anstieg der durch die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Personen zu verzeichnen. 1,2 Mio. Beschäftigte konnten direkt und weitere 451.000 Beschäftigte indirekt erreicht werden. Bei letzteren handelt es sich um Beschäftigte, die nicht direkt an einer Maßnahme teilnahmen.

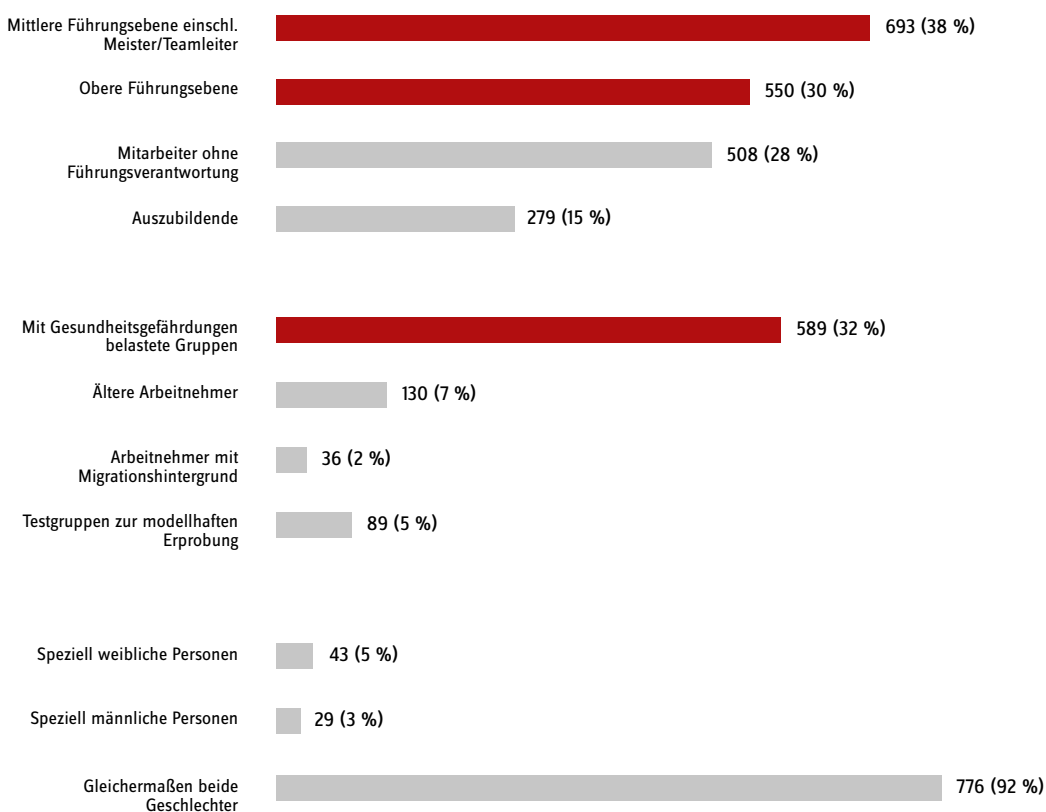
Sowohl auf die direkt Angesprochenen als auch die indirekt Erreichten wirkt sich die Gestaltung

der betrieblichen Rahmenbedingungen - also die Verhältnisprävention - aus. Zu dieser zählt beispielsweise, wenn Führungskräfte zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitsabläufe und zu gesundheitsgerechter Führung motiviert und qualifiziert werden.

Multiplikatorenschulungen dienen der Weitergabe von Informationen und Erfahrungen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit an Beschäftigte, die auch auf diese Weise erreicht werden.

Zielgruppen

Abb. 20 Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung
(Mehrfachnennungen möglich)



68 % der Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung richteten sich an alle Beschäftigten im Betrieb, 32 % richten sich an bestimmte Zielgruppen.

Dabei waren nur wenige Maßnahmen speziell an Frauen (5 %) oder an Männer (3 %) gerichtet.

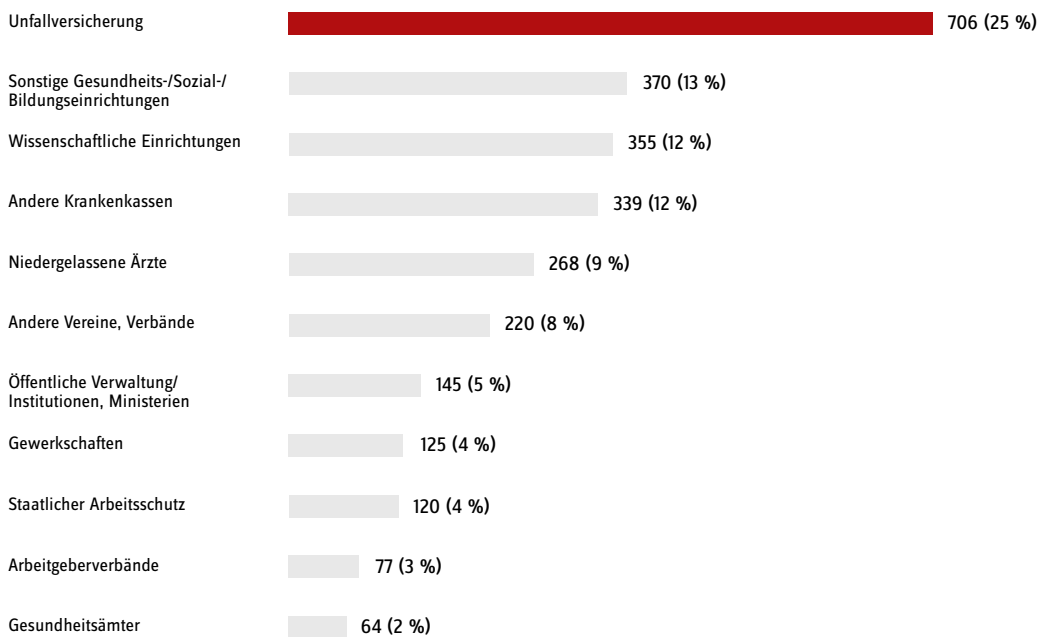
Relativ häufig war die obere und mittlere Führungsebene Zielgruppe der Maßnahmen. Führungskräfte nehmen durch die Gestaltung von Arbeitsbedingungen und durch ihr Verhalten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und die Gesundheit der Mitarbeiter.

Bei der Zielgruppe der Auszubildenden, an die sich 15 % der Aktivitäten richteten, wird frühzeitig und damit besonders nachhaltig in die Gesunderhaltung und langfristige Gesundheit investiert.

Tabellenband zum
Präventionsbericht 2015,
www.mds-ev.de/Dokumente
und Formulare

Kooperationspartner, die Ressourcen einbrachten

Abb. 21 Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung einbrachten (Mehrfachnennungen möglich)



Bei **50 % der Aktivitäten** zur krankenkassenunterstützten betrieblichen Gesundheitsförderung waren - neben den Krankenkassen - weitere außerbetriebliche Partner eingebunden.

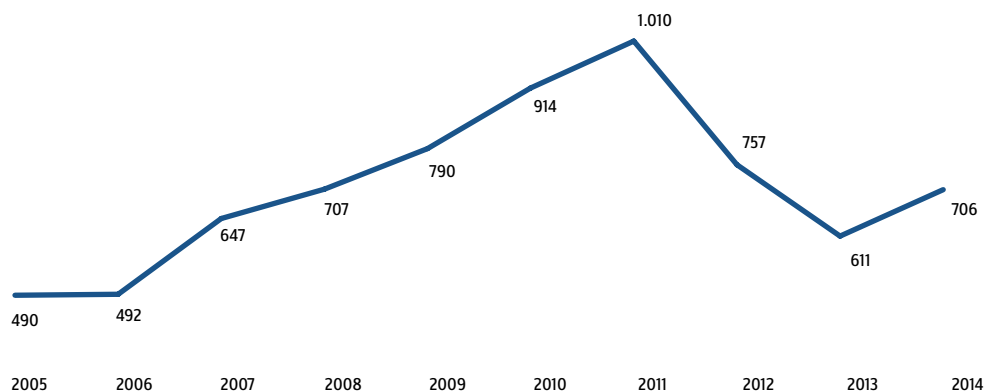
Tabellenband zum Präventionsbericht 2015,
[www.mds-ev.de/Dokumente und Formulare](http://www.mds-ev.de/Dokumente%20und%20Formulare)

Unter denjenigen externen Institutionen, die seitens des Betriebs eingebunden wurden, und die eigene Ressourcen eingebracht haben, hat die gesetzliche Unfallversicherung den größten Beitrag geleistet. Die Einbindung der Unfallversicherung wird im Folgenden differenziert dargestellt.

Beteiligung der Unfallversicherung an krankenkassenunterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung

Abb. 22

Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung (Anzahl der Dokumentationsbögen)



In der Zeitspanne von 2005 bis 2014 konnte die Unfallversicherung bei 25 % bis 40 % aller Aktivitäten mit Kooperationspartnern Ressourcen einbringen.

Der GKV-Leitfaden Prävention sieht Abstimmungen für das gemeinsame Vorgehen der Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung vor. In Absprache mit dem Betrieb soll sich die Zusammenarbeit und die Einbringung von Ressourcen und Leistungen an den jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten und Kompetenzen orientieren. Dementsprechend hat der Arbeitskreis „Prävention in der Arbeitswelt“ der Verbände von Unfall- und Krankenversicherung auf Bundesebene **Grundlagen für die Zusammenarbeit** erarbeitet.

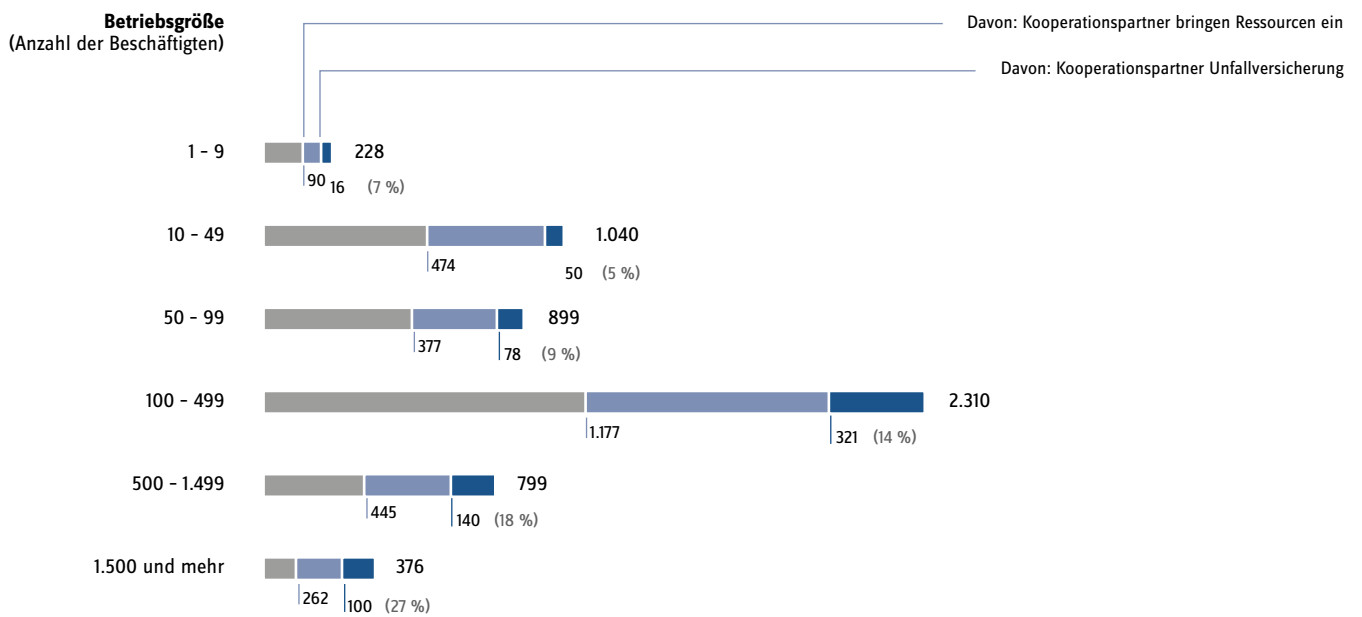
Rahmenvereinbarung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren vom Oktober 2009.
www.praevention-arbeitswelt.de

Über die generelle Kooperation zwischen Unfallversicherung und Krankenversicherung berichtet der Arbeitskreis „Prävention in der Arbeitswelt“ in einem speziellen **Bericht**.

Arbeitskreis „Prävention in der Arbeitswelt“ der Spitzenverbände und Verbände auf Bundesebene von Unfall- und Krankenversicherung: Entwicklung der Zusammenarbeit zwischen den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und der betrieblichen Gesundheitsförderung. 2011
Download: www.dguv.de

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße

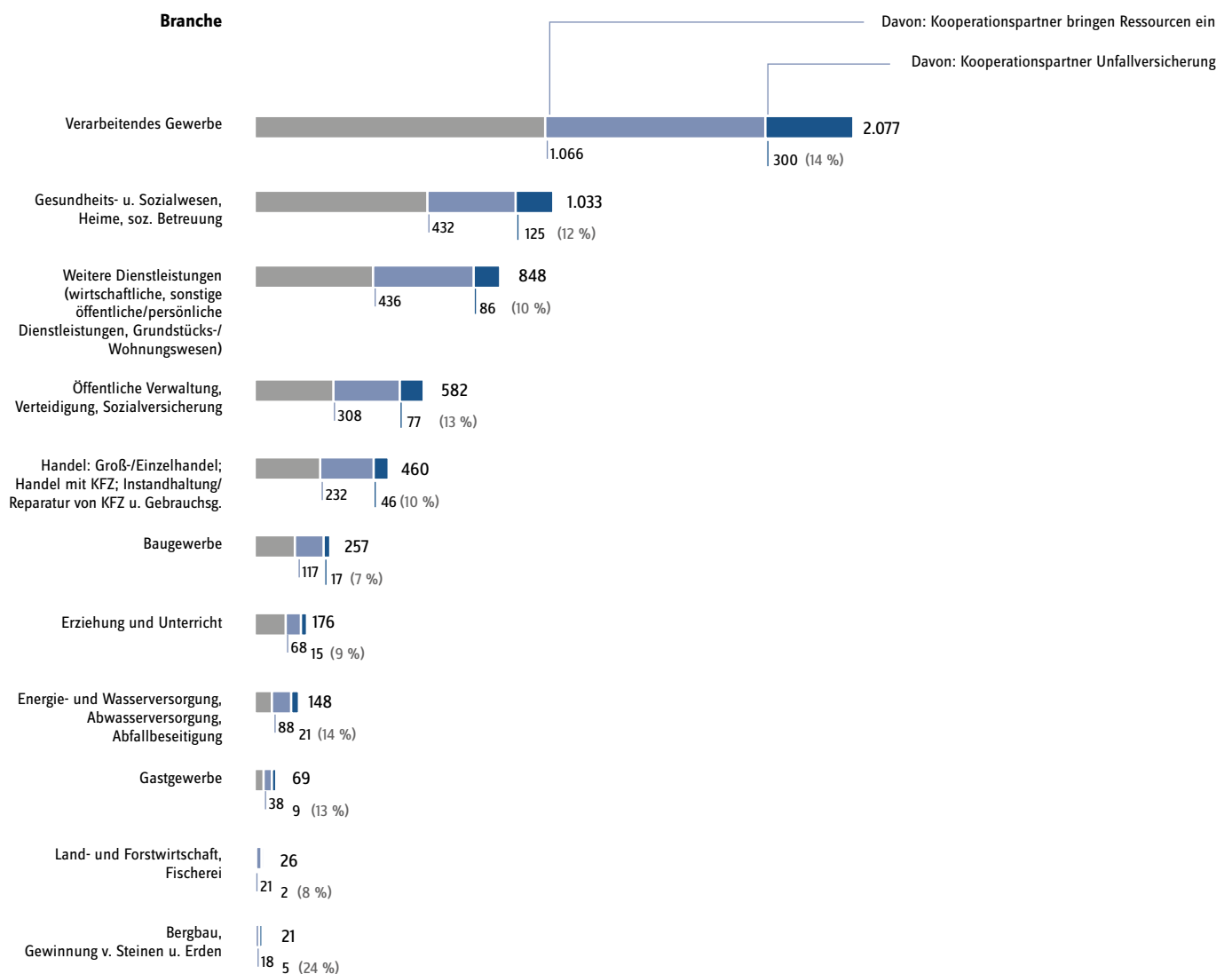
Abb. 23 Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße
(Anzahl der Dokumentationsbögen)



Erkennbar ist, dass die Beteiligung der Unfallversicherung umso stärker ausgeprägt ist, je größer der Betrieb oder Standort ist.

Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branche

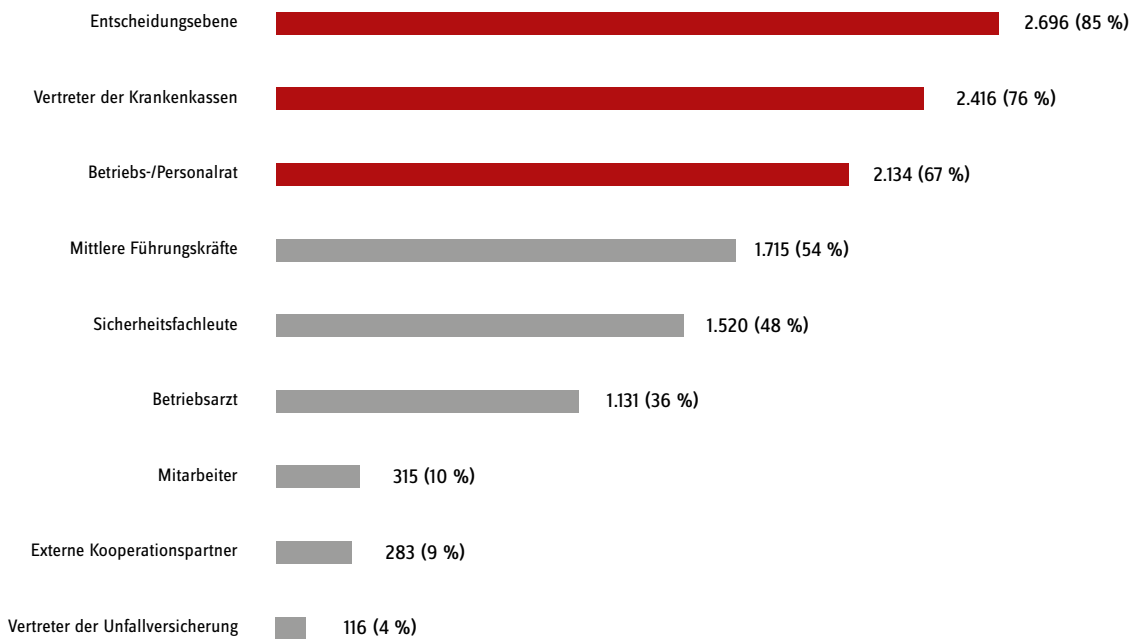
Abb. 24 Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branche
(Anzahl der Dokumentationsbögen)



Die Unfallversicherung hat im Wesentlichen in alle Branchen ihre Ressourcen gleichmäßig eingebracht.

Koordination und Steuerung

Abb. 25 **Vertreter in Steuerungsgremien**
(Mehrfachnennungen möglich)



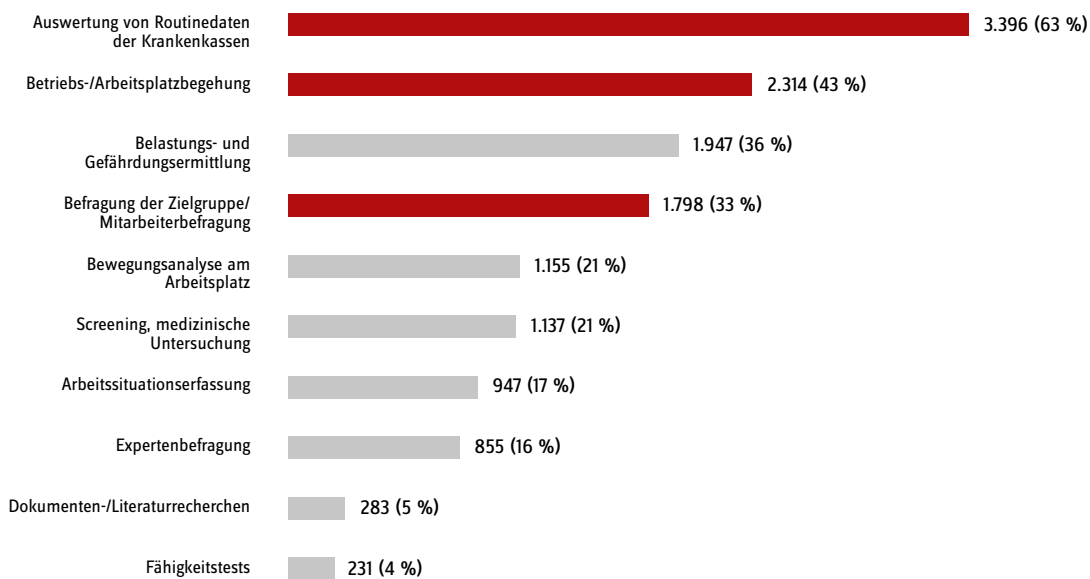
Steuerungskreise dienen dazu, die Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung vorzubereiten und langfristig in ein Gesundheitsmanagement des Unternehmens zu überführen. Ihnen gehören sowohl betriebsinterne Personen aus unterschiedlichen Bereichen, wie Betriebsärzte oder Sicherheitsfachleute, als auch externe Personen, wie Vertreter der Krankenkassen oder der Unfallversicherung, an. Insgesamt 56 % der Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden mit Initiierung von Entscheidungs- und Steuerungsgremien durchgeführt. Dabei waren zu 85 % die Entscheidungsebene und zu 76 % Vertreter der Krankenkassen eingebunden.

Hierbei bilden die relevanten Akteure beispielsweise einen „Arbeitskreis Gesundheit“. Dieser Arbeitskreis entwickelt und begleitet die Aktivitäten und Maßnahmen im Betrieb von der Bedarfsanalyse über die Implementierung von Maßnahmen bis hin zur abschließenden Erfolgskontrolle. Solche Strukturen haben sich für die dauerhafte Etablierung von Präventionsmaßnahmen bewährt.

Bedarfsermittlung

Abb. 26

Bedarfsermittlung (Mehrfachnennungen möglich)



Um die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bedarfsorientiert und sinnvoll einzusetzen, gilt es herauszufinden, welche Chancen und Risiken sich für die Gesundheit der Beschäftigten unter der Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen im jeweiligen Betrieb ergeben.

Es werden verschiedene Methoden zur Ermittlung des Bedarfs in den jeweiligen Betrieben angewandt. Um ein möglichst genaues Bild der Ist-Situation und des daraus abzuleitenden

Bedarfs zu erhalten, werden in einem Projekt im Durchschnitt knapp drei Methoden der Bedarfsermittlung miteinander kombiniert. Überwiegend werden Routinedaten der Krankenkassen (63 %) untersucht und Begehungen des Arbeitsplatzes (43 %) vorgenommen. Letztere dienen dazu, den Arbeitsplatz nach verschiedenen die Gesundheit betreffenden Aspekten der Mitarbeiter zu prüfen und zu analysieren. Hinzu kommt bei einem Drittel der Bedarfsermittlungen die Befragung von Mitarbeitern.

Arbeitsunfähigkeitsanalysen

AU-Profil - Betriebliche Gesundheitsberichte

Es ist ein Angebot der Krankenkassen, Arbeitsunfähigkeitsanalysen im Betrieb durchzuführen. Ein solches „AU-Profil“ oder ein „betrieblicher Gesundheitsbericht“ liefert einen ersten Überblick über Parameter wie Arbeitsunfähigkeitsquote, AU-Tage oder die Verteilung der Krankheitsarten. Um die Parameter eines Betriebes besser einordnen zu können, enthalten AU-Profil/Gesundheitsberichte darüber hinaus die Durchschnittswerte der jeweiligen Branche (regional, im Bundesland und bundesweit).

Im Jahr 2014 erstellten die Krankenkassen 8.206 AU-Profil bzw. betriebliche Gesundheitsberichte und unterstützten die Unternehmen damit beim betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Oft kommt es nach der Erarbeitung und Diskussion des AU-Profiles zu einem längerfristigen Engagement der Betriebe in der Gesundheitsförderung und zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen.

Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind ein partizipatives Instrument der Bedarfsanalyse und Konzeptentwicklung in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Grundidee eines Gesundheitszirkels ist es, die Beschäftigten in die Entwicklung von Gesundheitskonzepten einzubeziehen.

Bei 18 % der Programme wurden Gesundheitszirkel eingerichtet. Diese umfassen mindestens ein Treffen. Bei rund 60 % der durchgeführten Gesundheitszirkel gab es mehrere Sitzungen.

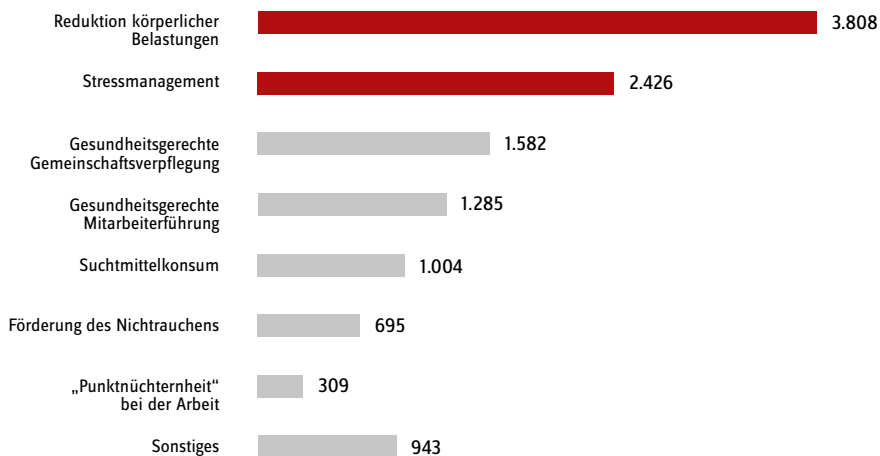
Ein Gesundheitszirkel wird durch einen Moderator geleitet, der aus einem anderen Arbeitsbereich oder von außen kommt. Er moderiert die einmal oder mehrmals stattfindenden Gruppentreffen. Ziel ist es, dass die Mitarbeiter - oder deren ausgewählte Vertreter - gesundheitsgefährdende Faktoren am Arbeitsplatz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

Der Gesundheitszirkel bietet Mitarbeitern die Möglichkeit, sich aktiv in die Arbeitsgestaltung einzubringen und damit auch einen Beitrag zur Verhältnisprävention zu leisten. Für eine erfolgreiche Umsetzung sind sowohl von den Betriebsangehörigen als auch der Unternehmensführung Offenheit und die Bereitschaft zu Veränderungen gefordert.

Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen

Abb. 27

Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen (Mehrfachnennungen möglich)



Die von den Krankenkassen unterstützte betriebliche Gesundheitsförderung verteilt sich auf mehrere Handlungsfelder. Die Schwerpunkte der Maßnahmen werden nach Bedarf im jeweiligen betrieblichen Umfeld gesetzt. Am häufigsten stehen Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates im Fokus.

Aber auch Maßnahmen zum Stressmanagement werden relativ häufig ausgeführt. Eine immer komplexer werdende Arbeitswelt und steigende Flexibilitätsanforderungen scheinen Maßnahmen zur Reduzierung von Stress und das Erlernen des Umgangs mit Stress erforderlich zu machen.

Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten

Verhältnisbezogene Aktivitäten sind darauf ausgerichtet, strukturelle Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten. Verhaltensbezogene Aktivitäten hingegen dienen dazu, die Beschäftigten für gesundheitsbewusste Verhaltensweisen zu motivieren und sie anzuleiten.

Idealerweise werden beide Angebote miteinander **kombiniert**. Es sollten demnach Angebote zur Verbesserung der strukturellen Bedingungen für Gesundheit mit präventiven Angeboten zur Verhaltensmodifikation und Unterstützung eines gesundheitsgerechten Lebensstils verknüpft werden.

Derartige Kombinationen machen die Hälfte der Angebote aus. Hinzu kommen 6 % an rein verhältnisbezogenen Aktivitäten. Dabei geht es darum das Arbeitsumfeld gesundheitsförderlich zu gestalten und mögliche strukturelle gesundheitliche Risiken zu minimieren. So können beispielsweise Veränderungen des Führungsstils der Leitungsebene und der Kommunikationsstruktur im Unternehmen Belastungen am Arbeitsplatz minimieren und Stress vorbeugen.

Prozesse zur Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind in der Regel umfangreich und müssen von der Unternehmensleitung getragen werden. Die Krankenkassen beraten und unterstützen die Unternehmen bei den einzelnen Schritten der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungskonzepten. Zusammen genommen nehmen sich bei 56 % der Aktivitäten die Betriebe vor, etwas an den Strukturen und Abläufen zu ändern.

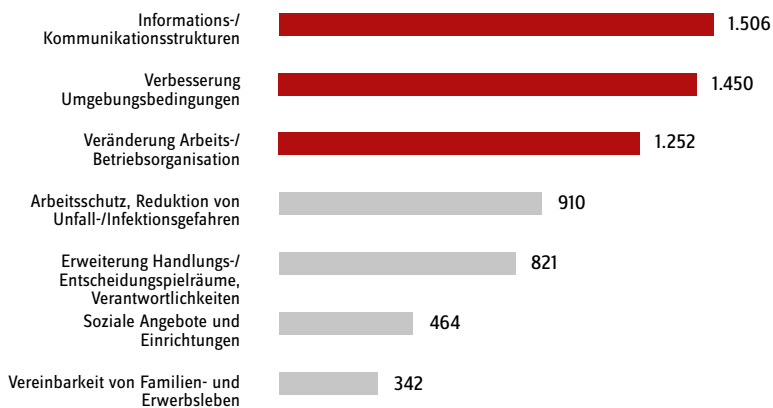
44 % der Maßnahmen unterstützen die Mitarbeiter dabei, sich gesundheitsbewusster zu verhalten und Gesundheitsrisiken zu minimieren. Dies kann durch verhaltensbezogene Informationsveranstaltungen und praktische Trainings - beispielsweise zum Einüben von entlastenden Bewegungsabläufen - erfolgen.

Im Ergebnis tragen Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung, die verhaltens- und verhältnisbezogene Aktivitäten sinnvoll miteinander kombinieren und bei denen Mitarbeiter und Arbeitgeber gemeinsam Veränderungen herbeiführen, zur Qualitätssteigerung und zu einer nachhaltigen Verankerung des Themas Gesundheit in Betrieben bei.

Ducki A: Betriebliche Interventionsansätze zur Bekämpfung psychischer Erkrankungen und zur Förderung psychischer Gesundheit. Präventionsbericht 2013. GKV-Spitzenverband und MDS in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Berlin, Essen 2013

Abb. 28

Art der Umgestaltung (Mehrfachnennungen möglich)



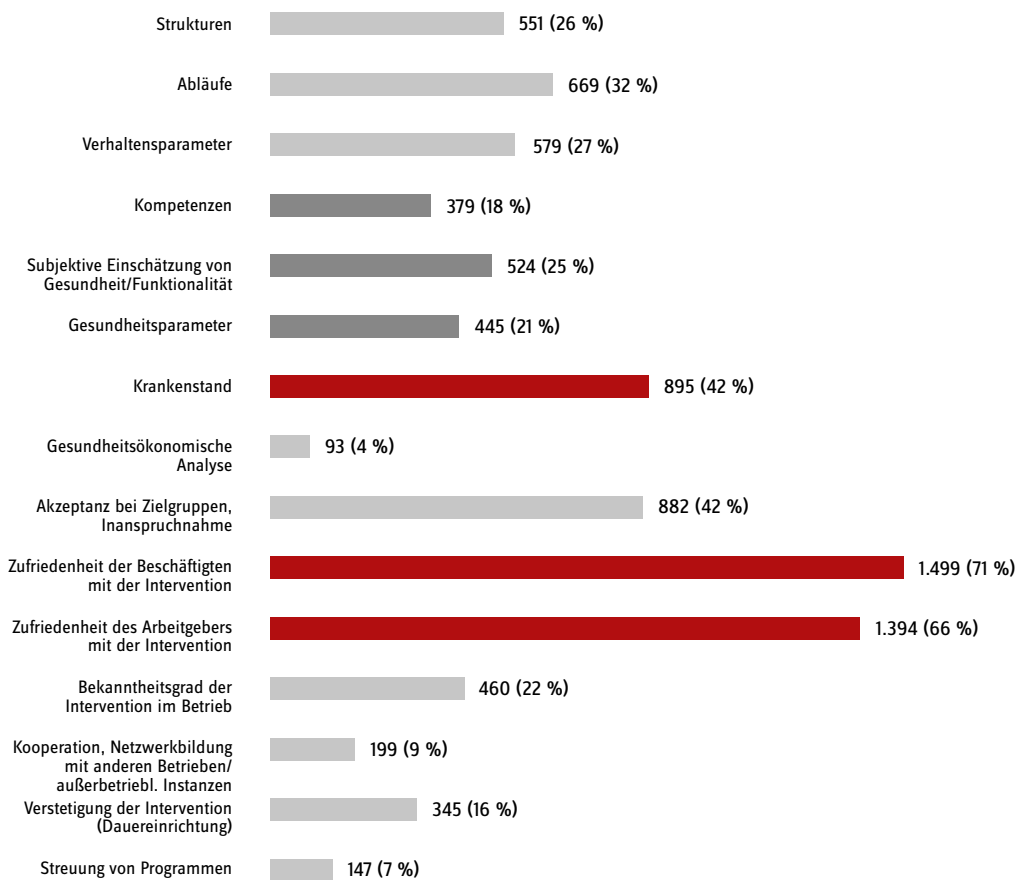
Es gibt eine Vielzahl von Strukturen und Abläufen innerhalb eines Betriebes, die Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten nehmen kann. Daher können die Schwerpunkte der Interventionen auf verschiedene strukturelle Aspekte gelegt werden.

Am häufigsten wurden im Berichtsjahr verhältnisbezogene Aktivitäten durchgeführt, die zur Verbesserung von Kommunikationsstrukturen und Umgebungsbedingungen sowie der Organisation im Betrieb führen. Eine gute Kommunikationskultur und kurze Informationswege binden den Mitarbeiter in die Abläufe im Betrieb ein und unterstützen damit ein angenehmes Arbeitsklima, welches in Zusammenhang mit dem Wohlbefinden und der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten steht.

Erfolgskontrollen

Abb. 29

Inhalte der Erfolgskontrollen (Mehrfachnennungen möglich)



Bei drei Viertel (74 %) aller von den Krankenkassen unterstützten Programmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung werden Erfolgskontrollen durchgeführt bzw. sind solche geplant. Um den Erfolg möglichst genau ermitteln zu können, werden in der Regel vier Parameter miteinander kombiniert. Am häufigsten werden die Beschäftigten und die Arbeitgeber nach ihrer Zufriedenheit mit der Maßnahme befragt. Aber auch Parameter wie der Krankenstand der Beschäftigten oder die Veränderung von Abläufen im Betrieb werden bei rund einem Drittel der Programme zur Erfolgskontrolle herangezogen.

Individueller Ansatz

Die gesetzliche Krankenversicherung bezeichnet Interventionen, die auf den einzelnen Menschen und sein Verhalten ausgerichtet sind, als „individuellen Ansatz“. Damit möchten die Krankenkassen ihre Versicherten zu einer gesundheitsorientierten Lebensweise motivieren und befähigen.

Die Präventionsangebote im individuellen Ansatz finden grundsätzlich in Gruppen statt. In den Kursen werden sowohl Strategien zur Vermeidung von Risikofaktoren vermittelt als auch gesundheitsfördernde Ressourcen der Teilnehmenden gestärkt.

Ziel der Maßnahmen ist es, die Teilnehmenden in ihren Kompetenzen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit sowie beim Einüben gesundheitsfördernder Verhaltensweisen zu unterstützen. Darüber hinaus werden Wege aufgezeigt, wie Erlerntes im Alltag eigenverantwortlich umgesetzt und langfristig weitergeführt werden kann. Die Kriterien für individuelle Kursangebote sind im Leitfaden Prävention der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt. Im Leitfaden wurden unter Einbeziehung **unabhängigen Sachverständs** prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen der Primärprävention beschlossen.

Ein Kriterium ist, dass sich die Kurse in die Handlungsfelder des individuellen Ansatzes einfügen: Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum. Inwieweit dies bei den Kursen der Fall ist, und inwieweit die notwendige Anbieterqualifikation besteht, lässt die Mehrzahl der Krankenkassen anhand der Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention durch die **Zentrale Prüfstelle Prävention** prüfen. Es handelt sich um eine kassenartenübergreifende Kooperationsgemeinschaft zur Zertifizierung von Präventionskursen.

Nachfolgend werden Aktivitäten der Krankenkassen nach dem individuellen Ansatz beschrieben. Differenzierte Auswertungen finden sich im **Tabellenband**.

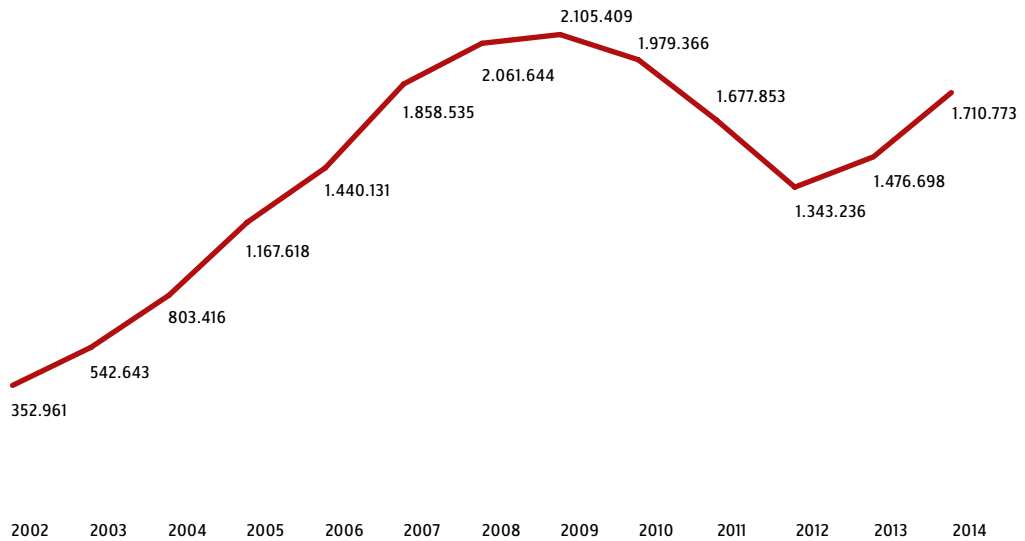
Es handelt sich um die „Beratende Kommission des GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“. In ihr sind vertreten: der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V., die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung sowie als Gäste das Bundesministerium für Gesundheit und die Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Zu Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sowie der Deutsche Gewerkschaftsbund beteiligt. Im Bedarfsfall werden weitere Experten hinzugezogen.

Dold M, Wilhelmi S, Bockermann C: Qualitätsgesicherte Präventionskurse - Krankenkassen gründen Zentrale Prüfstelle Prävention. In: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und GKV-Spitzenverband (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Präventionsbericht 2014. Essen, S. 27 - 29

Inanspruchnahme

Abb. 30

Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt



In individuellen Präventions- und Gesundheitskursen werden Kompetenzen zur Reduzierung von Krankheitsrisiken vermittelt und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen eingeübt. Ziel ist es, die Teilnehmenden dazu zu motivieren und zu befähigen, erlernte Verhaltensweisen dauerhaft in den Alltag zu integrieren.

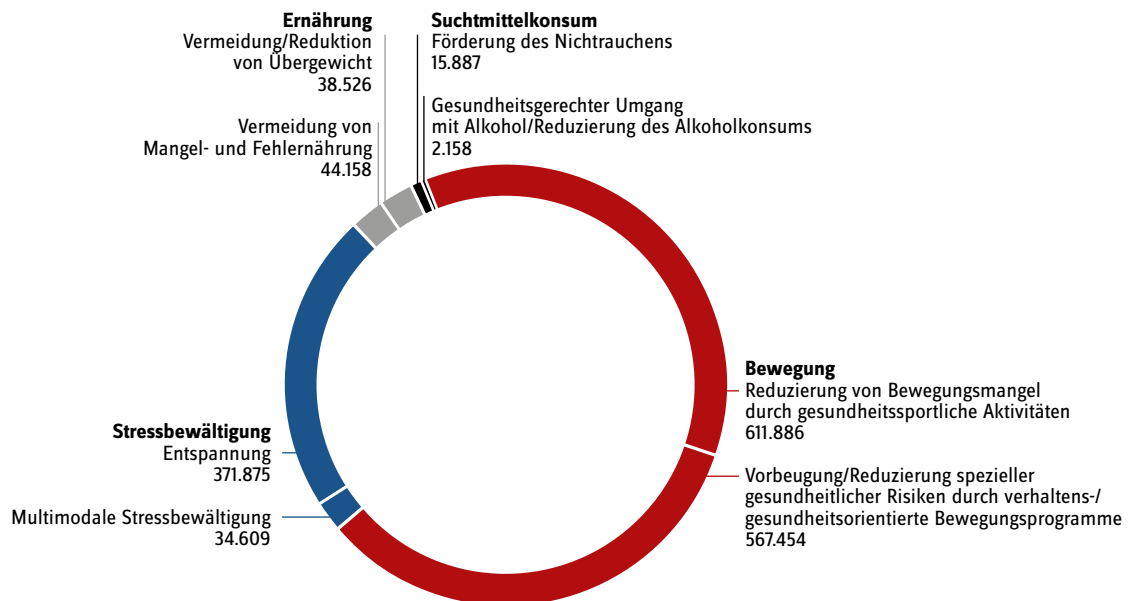
Im Berichtsjahr 2014 waren 1,7 Mio. Teilnahmen an Präventionskursen zu verzeichnen. Das waren 16 % mehr als im Vorjahr.

Die zurückgehende Zahl der Kursteilnahmen in den Jahren 2011 und 2012 war auf eine Neuregelung im Leitfaden Prävention 2010 zurückzuführen. Danach sollte, um die Breitenwirksamkeit der verfügbaren finanziellen Mittel zu verstärken, die Wiederholung von Präventionskurse gleichen Inhalts im Folgejahr ausgeschlossen werden. Diese Regel wurde im Jahr 2013 aufgehoben. Entsprechend stieg die Zahl der Kursteilnahmen in den Jahren 2013 und 2014 wieder an.

Inanspruchnahme nach Handlungsfeldern

Abb. 31

Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern



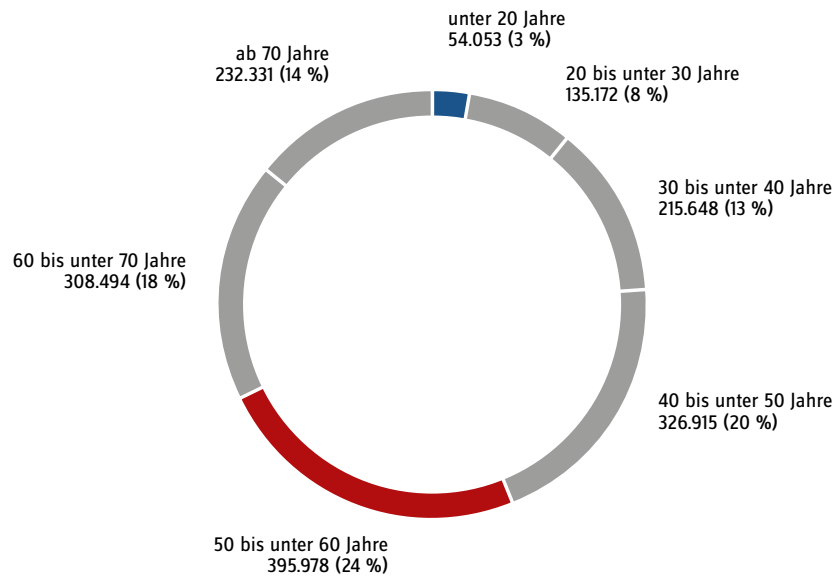
Die Abbildung beschreibt den Anteil der Kursteilnahmen nach den im Leitfaden Prävention definierten Handlungsfeldern. Besonders häufig werden Bewegungskurse in Anspruch genommen. Das Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten“ gliedert sich in die Präventionsprinzipien „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität“ und „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme.“ Diese Kurse wurden etwa gleich häufig nachgefragt.

Kurse zum Thema Stressbewältigung machten ein Viertel der Kursteilnahmen aus. Dabei diente ein Großteil (91 %) der ausgewählten Kurse dem Präventionsprinzip „Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)“. Nur 9 % der gewählten Kurse hatten mehrdimensionale Methoden zur Stressbewältigung zum Inhalt.

Die Angaben zur Inanspruchnahme von Kursen in den Handlungsfeldern „Ernährung“ sowie „Suchtmittelkonsum“ und die Aufteilung in die jeweiligen Präventionsprinzipien lassen sich der Abbildung entnehmen.

Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Abb. 32 Inanspruchnahme von Kursen nach Alter



Die Inanspruchnahme der Kurse ist je nach Alter unterschiedlich stark ausgeprägt. Verglichen werden kann der Prozentanteil der Kursteilnehmer der jeweiligen Altersgruppe mit dem Prozentanteil der Altersgruppe an der **Gesamtbevölkerung**.

24 % nehmen die 20- bis 40-jährigen an Kursen teil, und leicht überproportional die Generation „60 plus“. Deutlich überproportional beteiligen sich die 40- bis 60-jährigen. Ihr Bevölkerungsanteil beträgt 31 %, ihr Anteil an den Kursteilnahmen 44 %.

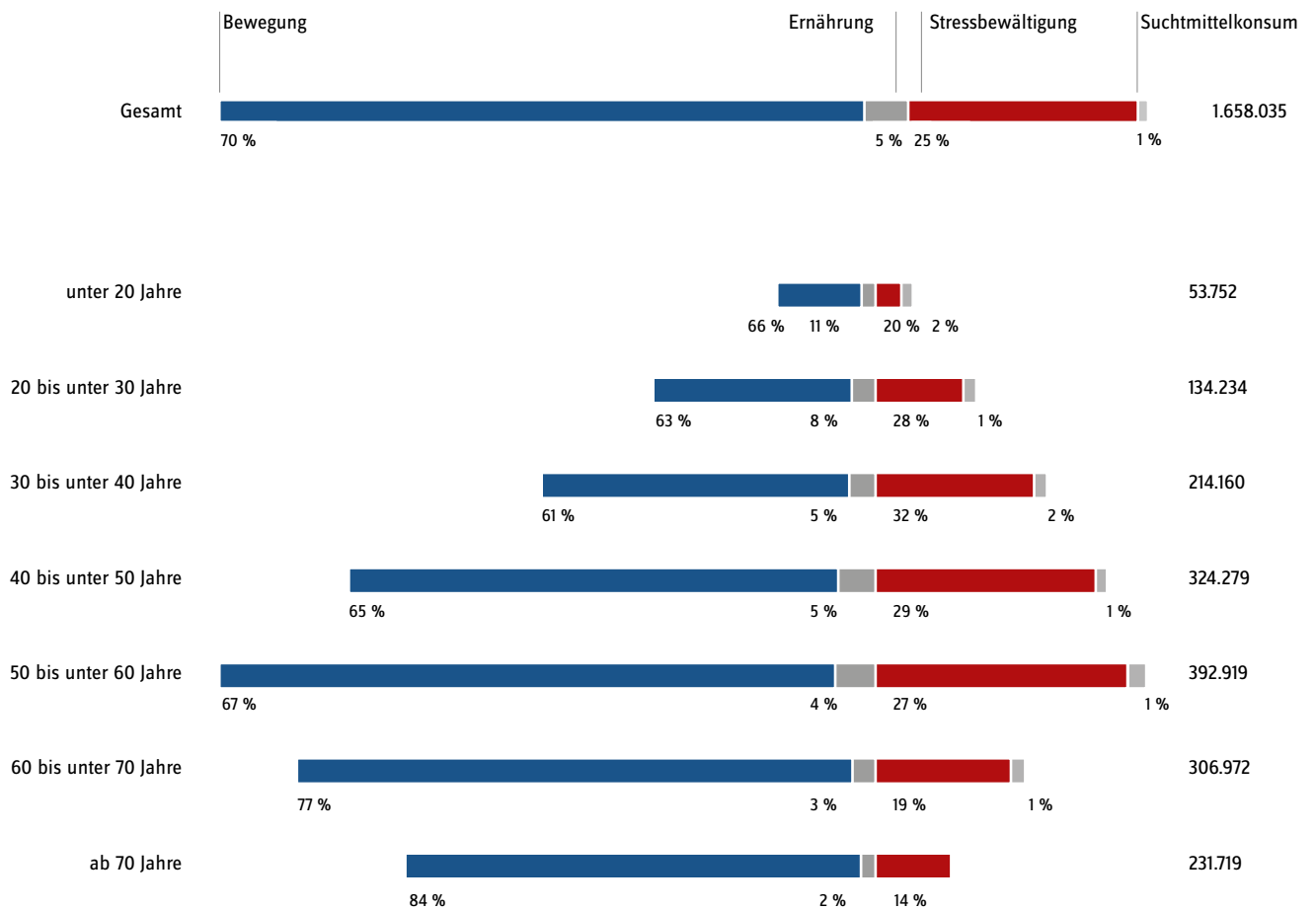
Statistisches Bundesamt:
Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Vorläufige Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011. www.destatis.de

Dann wird deutlich, dass die unter Zwanzigjährigen mit ihrem Bevölkerungsanteil von 18 % nur selten die krankenkassengeförderten gesundheitsorientierten Kursangebote in Anspruch nehmen und nur 3 % der Kursteilnehmer ausmachen. Fast proportional zu ihrem Bevölkerungsanteil von

Gesundheitsorientierte Gruppenkurse treffen insbesondere bei Frauen auf großes Interesse. 81 % der an Kursen Teilnehmenden sind weiblich.

Abb. 33

Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter

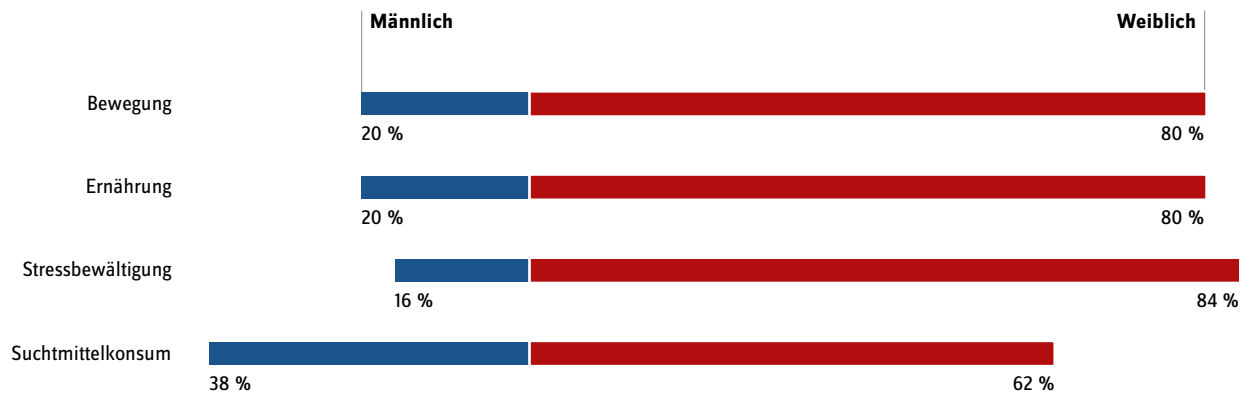


Bewegungsangebote werden in jeder Altersgruppe am häufigsten in Anspruch genommen, im Schnitt zu 70 %. Überdurchschnittlich werden Bewegungsangebote bei den über 70-Jährigen (84 %) und den 60- bis unter 70-Jährigen (77 %) nachgefragt.

Am häufigsten nehmen die 30- bis unter 40-Jährigen an Kursen zur Stressbewältigung teil. Möglicherweise ist die Belastung durch Familie und Beruf in dieser Altersgruppe besonders hoch.

Das Thema Ernährung ist dasjenige, welches die unter 20-Jährigen mehr als andere Kursthemen interessiert.

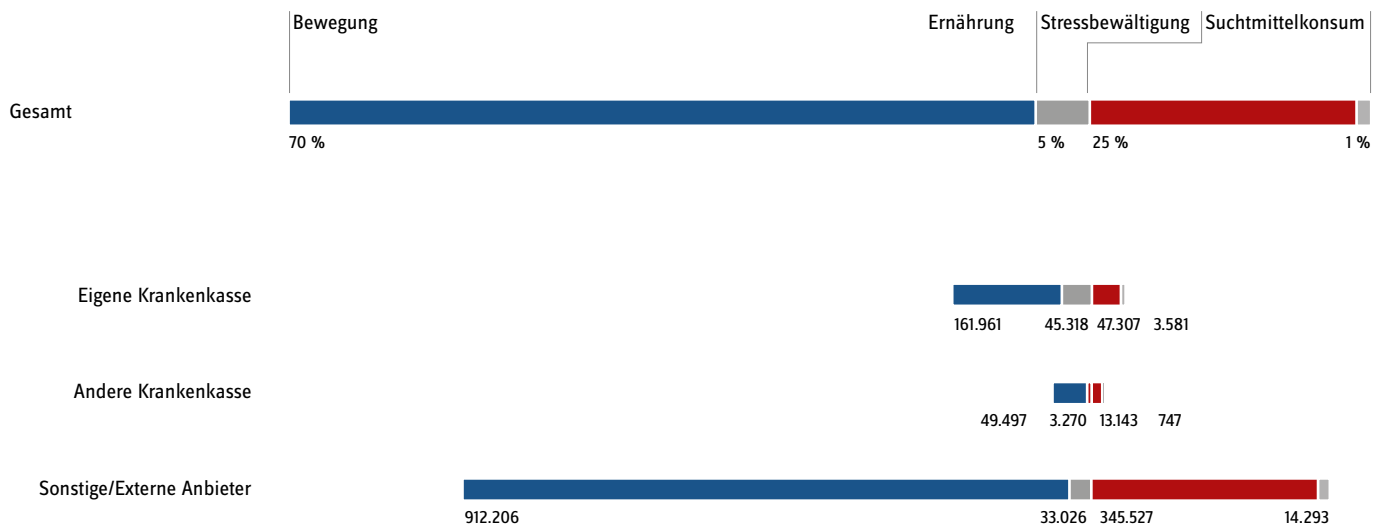
Abb. 34 Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht



Wie bereits auf Seite 45 dargelegt, wird die Individualprävention überwiegend von Frauen nachgefragt. Eine Ausnahme bilden Angebote zum Suchtmittelkonsum. In Kursen zum Thema Nichtrauchen sind über ein Drittel der Teilnehmer männlich.

Abb. 35

Inanspruchnahme von Kursen nach Handlungsfeldern und Leistungsanbietern



Die Krankenkassen führen eine Vielzahl der Präventionskurse selbst durch. Sie bieten mehr als die Hälfte der Ernährungskurse an.

In den anderen Handlungsfeldern werden die Kurse überwiegend von externen Anbietern getragen. Bei 81 % der geförderten Teilnahmen in Bewegungskursen handelt es sich um Angebote externer Anbieter, beispielsweise Physiotherapiepraxen. Eine Kostenbeteiligung bei der Wahrnehmung von Angeboten einer fremden Krankenkasse spielt nur eine geringe Rolle.

GKV-Präventionsziele

Seit dem Jahr 2008 richten die Krankenkassen ihre Präventionsaktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung und im Setting-Ansatz an bundesweit gültigen Zielen aus. Die gesetzliche Krankenversicherung hat sich eigenständig auf diese Ziele verpflichtet.

Die Ausrichtung auf Ziele trägt dazu bei, die Aktivitäten auf prioritäre Bereiche und Maßnahmen zu orientieren. Gleichzeitig bleibt die Entscheidungsfreiheit der Krankenkassen bei der Mittelverwendung gewahrt.

Die Ziele werden durch die Krankenkassenverbände auf Bundesebene unter Einbeziehung von Experten entwickelt und durch den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes beschlossen. Speziell für die betriebliche Gesundheitsförderung erfolgte die Zielauswahl nach einem von der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) **entwickelten Verfahren**.

Die Ziele werden für einen Zeitraum von sechs Jahren beschlossen. Danach werden die Ziele an die veränderten Gegebenheiten angepasst und neu konsentiert. Die für 2014 geltenden Ziele wurden 2013 eingeführt und gelten bis 2018. Sie gliedern sich in „Präventionsziele“ und „Gesundheitsförderungsziele“. Die Ziele zur Prävention sind auf Krankheitsverhütung ausgerichtet, die Ziele zur Gesundheitsförderung fokussieren auf Ressourcenstärkung und gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen.

Jedes der Ziele ist wiederum in Teilziele untergliedert. Die Teilziele sind auf einen Zeitraum und auf Maßnahmen bezogen sowie quantifiziert, nach dem Muster „Im Zeitraum 2013 bis 2018 sollen durch die Maßnahme xy mehr Kinder und Jugendliche erreicht werden.“

Den Erreichungsgrad dieser Ziele erhebt die gesetzliche Krankenversicherung jährlich und veröffentlicht sie im Präventionsbericht. Eine Neu-

erung gegenüber der vorangehenden Zieleperiode ist, dass nicht nur die Anzahl an Personengruppen, Settings oder Betrieben gemessen wird, die mit zielbezogenen Maßnahmen erreicht werden, sondern auch der Anteil an allen Personen, Settings oder Betrieben. Hintergrund ist, dass die gesetzliche Krankenversicherung in betrieblichen und nichtbetrieblichen Settings weiterhin einen generellen Ausbaubedarf für die Prävention und Gesundheitsförderung sieht. Infolgedessen kann die Zahl an erreichten Settings und Betrieben steigen. Durch den Bezug auf den Prozentanteil der zielbezogenen Maßnahmen an allen Aktivitäten soll erreicht werden, dass zielbezogene Interventionen überproportional verstärkt werden, unabhängig von einem generellen Ausbau.

Fast alle Ziele sind quantifiziert („Zahl und Anteil soll gesteigert werden“). Die Ausnahme ist ein Ziel, welches sich darauf bezieht, dass die Krankenkassen aktiv in kommunalen Gremien zur Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern zusammen arbeiten sollen. Eine solche Zusammenarbeit geschieht beispielsweise in Bündnissen für Kindergesundheit.

Die Präventions- und Gesundheitsförderungsziele zur betrieblichen Gesundheitsförderung für die jetzige Zielperiode korrespondieren mit den Zielen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie GDA.

Das Jahr 2012 bildet die Ausgangsbasis für die angestrebte jährliche Steigerung der Aktivitäten. Der vorliegende Präventionsbericht stellt die Resultate im zweiten Jahr der Gültigkeit der Ziele dar. Wo ist es gelungen, Ziele zu erreichen, wo sind noch stärkere Anstrengungen erforderlich? Die nachfolgenden Abbildungen lassen den Erreichungsgrad aller Teilziele erkennen.

Bindzius F, Bödeker W et al.:
Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen.
iga-Report 8. Essen, 2005

Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013 bis 2018 im Setting-Ansatz

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

Oberziel lebensweltbezogene Gesundheitsförderung:

Ausschöpfung der gesundheitsfördernden Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen

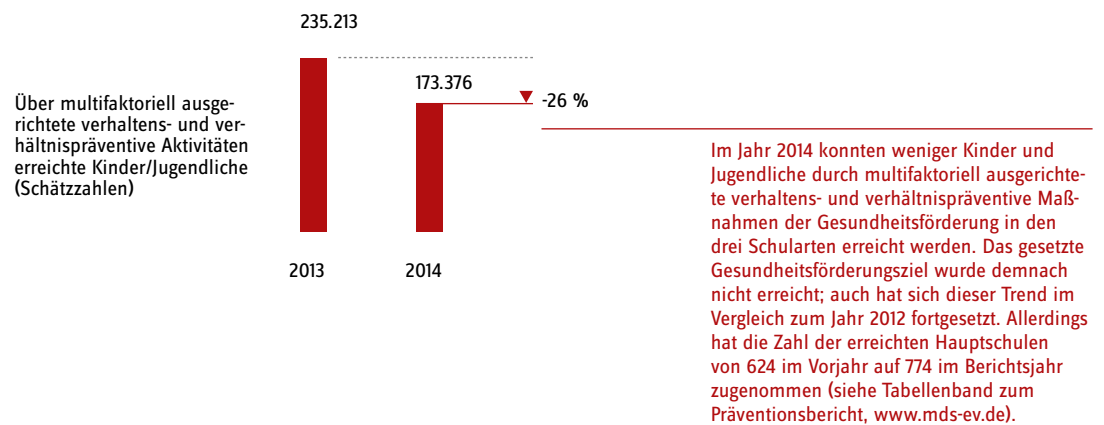
Teilziel 1: [Nicht durch den Präventionsbericht evaluiert:] Aktive Mitwirkung der Krankenkassen in kommunalen Gremien zur Gesundheitsförderung mit allen verantwortlichen Partnern (z. B. Bündnisse für Kindergesundheit)

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

Zielerreichungsgrad im Setting-Ansatz

Abb. 36

Präventionsziel: In bestimmten Schulformen mehr Kinder und Jugendliche erreichen Schüler an Haupt-, Förder- und Berufsschulen

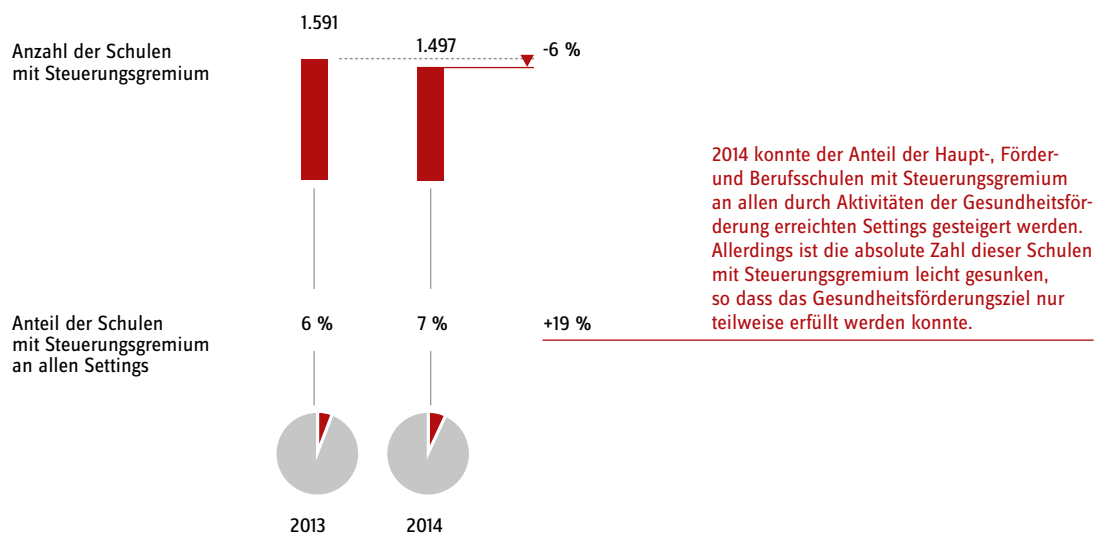


Das Oberziel in der lebensweltbezogenen Prävention lautet „Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems“. Diese Krankheiten sind weiterhin die epidemiologisch bedeutsamste Krankheitsgruppe. Das Ziel ist es, Risikofaktoren bereits von Kindheit an mittels sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventiven Maßnahmen entgegenzuwirken. „Multifaktorielle Aktivitäten“ kombinieren mindestens zwei Themen, z. B. Bewegung und Ernährung.

Haupt-, Förder- und Berufsschulen werden im Vergleich zu anderen Schulformen unterdurchschnittlich mit primärpräventiven Maßnahmen erreicht. Es wurde daher das Ziel gesetzt, in genau diesen Settings mehr Schülerinnen und Schüler mit kombinierten Präventionsaktivitäten zu stärken.

Abb. 37

Gesundheitsförderungsziel: In bestimmten Schulformen mehr Steuerungsgremien Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit Steuerungsgremien für Gesundheitsförderung



Steuerungsgremien sind für die nachhaltige Verankerung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten unverzichtbar und ein wesentliches Element der Strukturqualität der Maßnahmen.

Daher richtet sich mit diesem Gesundheitsförderungsziel der Fokus auf den Aufbau dieser Strukturen. Gleichzeitig soll den bislang unterdurchschnittlich erreichten Schulformen - Haupt-, Förder- und Berufsschulen - besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Jahre 2013 bis 2018

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

Zielerreichungsgrad in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Abb. 38

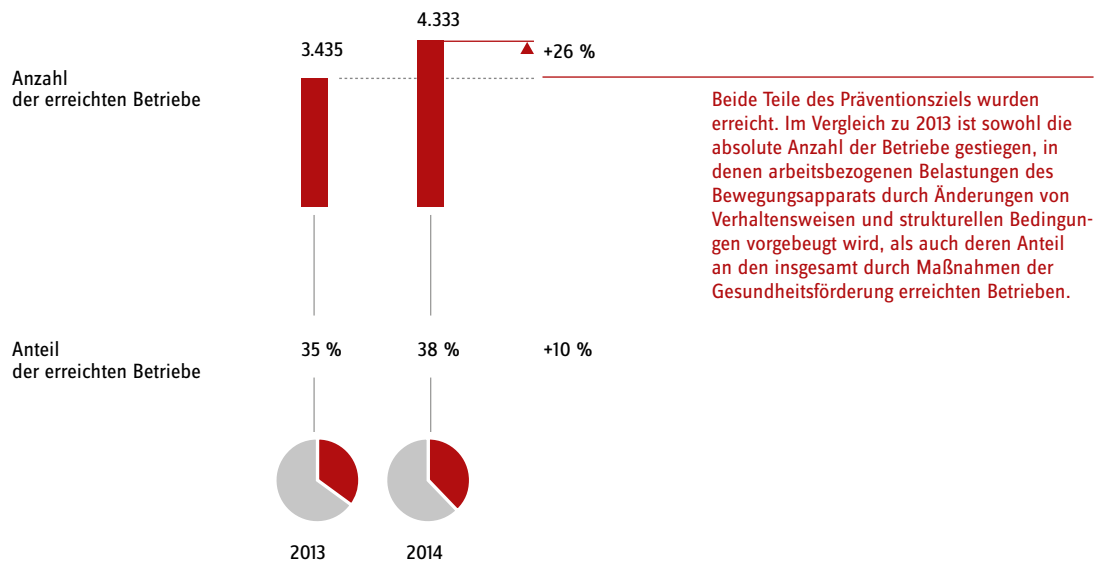
Präventionsziel: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen
 Maßnahmen mit gleichzeitig verhaltens- und verhältnispräventiver Ausrichtung


Abb. 39

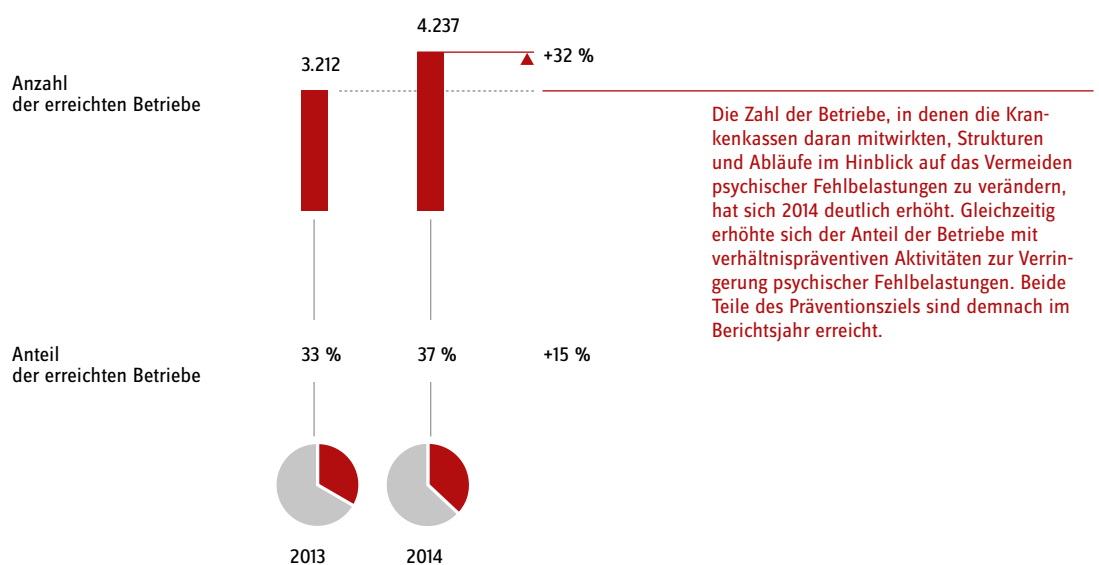
Präventionsziel: Mehr Verhältnisprävention gegen psychische Fehlbelastungen


Abb. 40

Präventionsziel: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung fördern

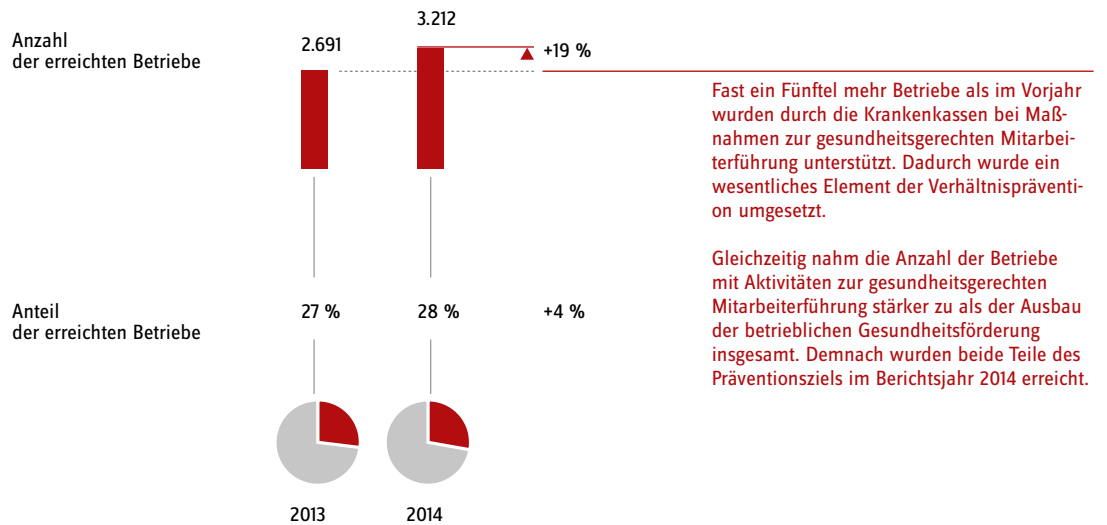


Abb. 41

Präventionsziel: Mehr verhaltensbezogene Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz

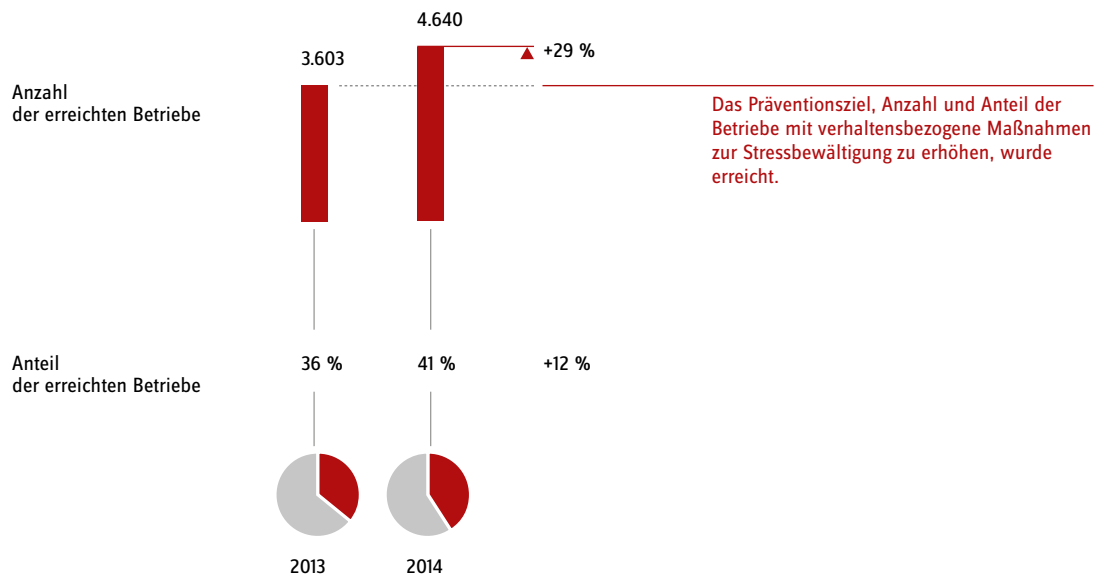


Abb. 42

Gesundheitsförderungsziel: Mehr kleine und mittlere Betriebe erreichen
 Betriebe mit bis zu 99 Beschäftigten

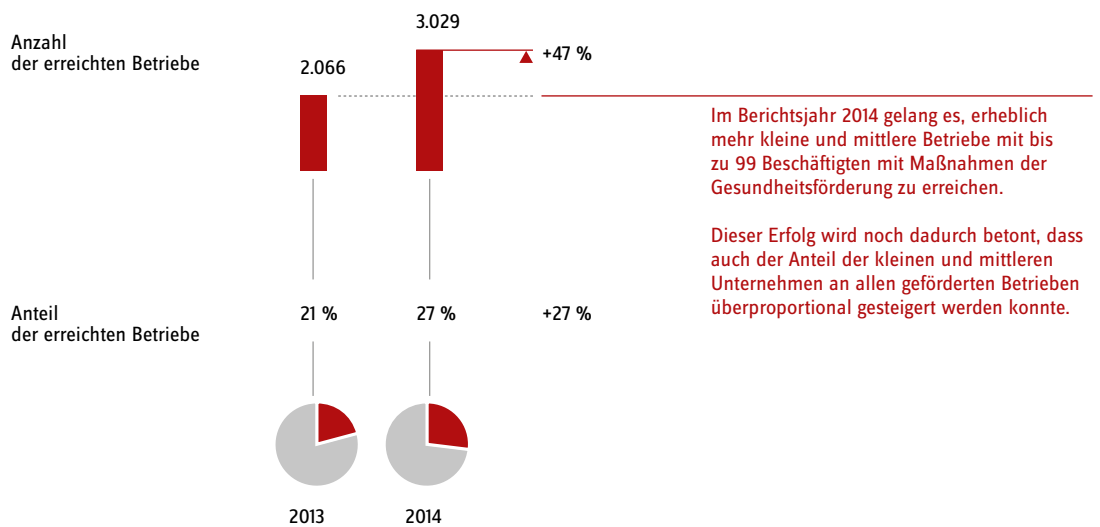


Abb. 43

Gesundheitsförderungsziel: Mehr Steuerungsgremien unter Beteiligung des Arbeitsschutzes

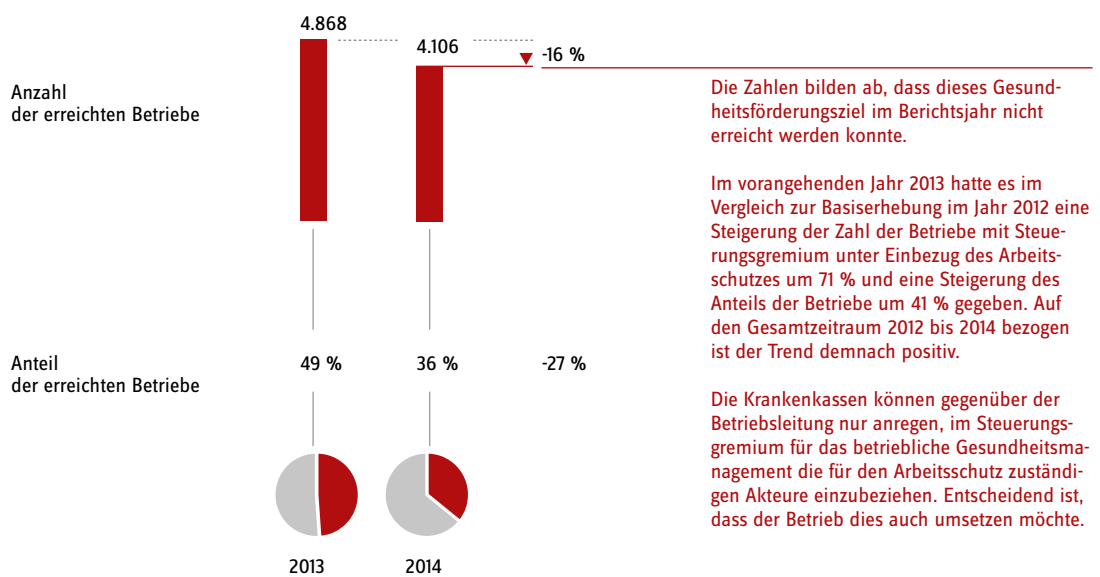


Abb. 44

Gesundheitsförderungsziel: Mehr Gesundheitszirkel im Betrieb

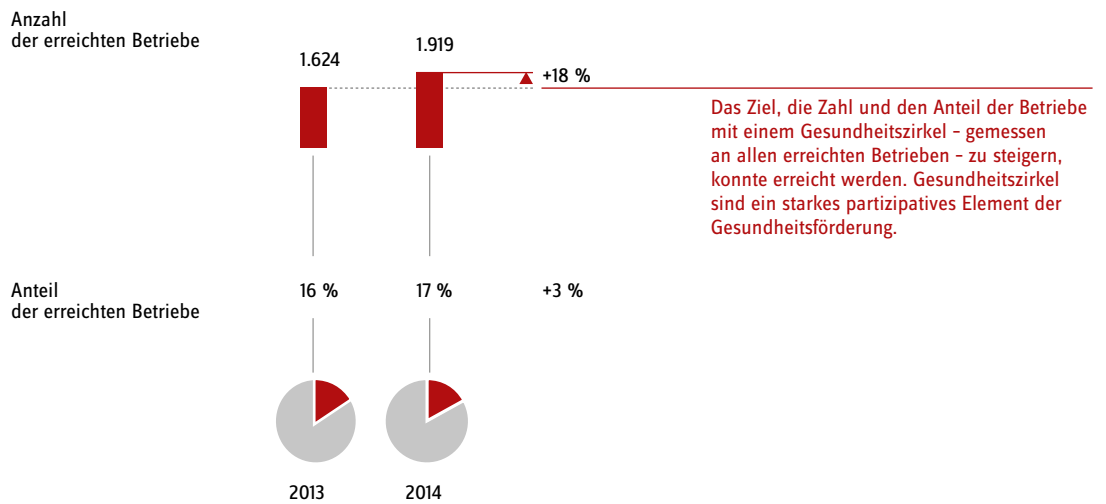
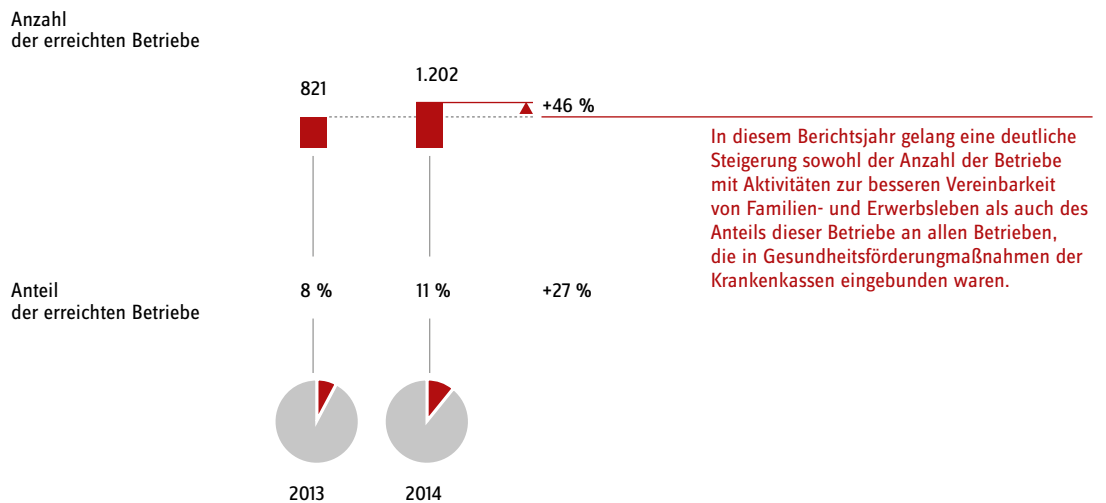


Abb. 45

Gesundheitsförderungsziel: Bessere Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben



Empfehlungen und Ausblick

Der vorliegende Präventionsbericht legt bezogen auf die Entwicklung der von den Krankenkassen unterstützten Prävention und Gesundheitsförderung auch anhand der gesetzten Ziele zwei Empfehlungen an die Krankenkassen nahe.

Der erfolgreiche Weg in der betrieblichen Gesundheitsförderung sollte fortgesetzt werden: Mehr Betriebe, insbesondere auch mehr kleine und mittlere Betriebe, werden erreicht; bezogen auf die Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen werden mehr Betriebe aktiviert; beim Aufbau von Strukturen und Angeboten, die Nachhaltigkeit und Partizipation erleichtern, werden mehr Betriebe unterstützt.

Die Anstrengungen sollten intensiviert werden, mehr Schülerinnen und Schüler in Haupt-, Förder- und Berufsschulen mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Angeboten zu erreichen und die genannten Schularten, die insgesamt vor komplexen Herausforderungen (z. B. Schulzusammenlegungen, Inklusion) stehen, für krankenkassenunterstützte Prävention und Gesundheitsförderung zu gewinnen.

Am 25. Juli 2015 sind die Änderungen, die der Gesetzgeber mit dem Präventionsgesetz insbesondere im Fünften Sozialgesetzbuch vorgenommen hat, in Kraft getreten; finanzwirksam werden sie ab 2016. Daraus ergeben sich weitere Herausforderungen insbesondere für die Krankenkassen, aber auch für andere Sozialversicherungsträger und Präventionsverantwortliche im Bund und in den Ländern.

Mit dem Präventionsgesetz werden neue Strukturen zur Koordination der vielfältigen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention und zu mehr Kooperation der verschiedenen Akteure geschaffen.

Die Nationale Präventionskonferenz aus gesetzlicher Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung (und ggf. der privaten Kranken- und Pflegeversicherung) und in beratender Funktion

insbesondere Bund, Ländern, Kommunalen Spitzenverbänden, Bundesagentur für Arbeit und Sozialpartnern soll eine nationale Präventionsstrategie entwickeln und deren Umsetzung und Fortschreibung gewährleisten. Dies umfasst die Vereinbarung bundeseinheitlicher trägerübergreifender Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Bundesrahmenempfehlungen sollen erstmals zum 31. Dezember 2015 vorliegen. Darin werden Ziele, vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen sowie zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen beschrieben.

Von den Kranken- und Pflegekassen sowie den Trägern der Unfall- und Rentenversicherung auf Landesebene sind zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie Rahmenvereinbarungen mit den Ländern abzuschließen. In diesen Landesrahmenvereinbarungen sind auch Regelungen zur Koordinierung von Leistungen und zur Klärung von Zuständigkeitsfragen zu treffen.

Die bisherige Zusammenarbeit der Krankenkassen mit weiteren verantwortlichen Partnern in Lebenswelten, seien es Schulen oder Betriebe, wird sich dadurch verstärken. Ein Mehrwert für die Menschen, insbesondere auch für vulnerable Zielgruppen, ist dann zu erwarten, wenn nicht nur die zukünftigen Mindestausgaben der Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung eingesetzt werden, sondern die verantwortlichen Akteure sich auch mit eigenen Ressourcen angemessen einbringen. Allein für die Lebensweltverantwortlichen hat das Präventionsgesetz dies geregelt.

Die GKV-Gemeinschaft hat nun seit mehr als einem Jahrzehnt Transparenz über ihre Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in Form des jährlichen Präventionsberichts gezeigt.

Zukünftig soll in jeder Legislaturperiode ein übergreifender Präventionsbericht der Träger der Nationalen Präventionskonferenz erstellt werden;

dazu kann der GKV-Präventionsbericht einen Beitrag leisten.

Der erstmalig 2019 dem Bundesministerium für Gesundheit und von diesem dem Bundestag und dem Bundesrat vorzulegende Präventionsbericht wird – insbesondere dann, wenn er auch Transparenz über die Leistungen anderer als der Sozialversicherungsträger schafft – Aufschluss darüber geben, inwieweit alle Verantwortlichen entsprechend ihren gesetzlichen Zuständigkeiten die Prävention und Gesundheitsförderung qualitativ und quantitativ weiterentwickeln.

Anhang

Begriffsbestimmung: Setting, betriebliche Gesundheitsförderung, individuelle Prävention

Der vorliegende Bericht folgt den Begriffsbestimmungen, die der Leitfaden Prävention 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. Dort lassen sich auch Menschen erreichen, die von sich aus keine individuellen präventiven Kursangebote aufsuchen.

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 (alte Fassung) den Begriff „betriebliche Gesundheitsförderung“ speziell ab und formuliert andere leistungsrechtliche Vorgaben. Diesen Vorgaben folgt der Präventionsbericht.

Die **betriebliche Gesundheitsförderung** umfasst 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.

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.

Leistungsrechtliche Grundlage: Leitfaden Prävention

Die GKV hat erstmals im Jahr 2000 Handlungsfelder und Kriterien für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung verfasst: den **Leitfaden Prävention**. Eine beratende Kommission unabhängiger Experten unterstützt die gesetzliche Krankenversicherung dabei, den Leitfaden weiterzuentwickeln.

Maßnahmen, die eine Krankenkasse fördert, müssen den **Qualitätskriterien** des Leitfadens Prävention entsprechen. Diese umfassen insbesondere die Strukturqualität (u. a. Anbieterqualifikation), Konzept- und Planungsqualität (z. B. Zieldefinition), Prozessqualität (z. B. Maßnahmen-durchführung) und Ergebnisqualität (Wirksamkeitsnachweis).

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 (alte Fassung) 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. Den in diesem Präventionsbericht dokumentierten Aktivitäten liegt die Fassung des Leitfadens vom 27. August 2010 zugrunde. Die derzeit geltende Fassung des Leitfadens wurde am 10. Dezember 2014 veröffentlicht.

Für das Berichtsjahr 2014 des Präventionsberichts gilt die folgende Fassung: GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene: Leitfaden Prävention. Berlin 2010.

Mit der Prüfung von Angeboten des individuellen Ansatzes auf Übereinstimmung mit den Kriterien des Leitfadens hat die Mehrzahl der Krankenkassen die Zentrale Prüfstelle Prävention beauftragt www.zentrale-pruefstelle-praevention.de.

Erhebungsmethode und Auswertung

Die Ausfüllhinweise zum Dokumentationsbogen Setting-Ansatz (www.mds-ev.de/Dokumente und Formulare) geben vor: „Fassen Sie in einem Bogen alle Aktivitäten zusammen, die zu einer Gesamtheit an Aktivitäten gehören. Ein Beispiel für eine „Gesamtheit an Aktivitäten“: Wenn an einer Schule a) Schulstrukturveränderungen, b) ein Hauswirtschaftskurs Ernährung und c) eine Projektwoche durchgeführt werden und diese Aktivitäten koordiniert ablaufen, ist hierfür ein Bogen auszufüllen.“

Die „Gesamtheit an Aktivitäten“ kann in nur einem oder in mehreren Settings durchgeführt werden. Die einzelnen Settings sind im Bogen entsprechend ihrer Untergliederungen - z. B. Grund-, Haupt- oder Realschule - anzugeben. Dies gilt z. B. auch dann, wenn ein bestimmtes Bewegungsangebot etc. in gleicher Weise in verschiedenen Schulen durchgeführt wird.“

Sinngemäß gelten die gleichen Regelungen, was als „Berichtseinheit“ in jeweils einen Dokumentationsbogen einzutragen ist, auch für die betriebliche Gesundheitsförderung.

Grundlage für den Präventionsbericht bilden die Dokumentationsbögen der Krankenkassen für a) Settings und b) die betriebliche Gesundheitsförderung. Ein **Dokumentationsbogen** dokumentiert alle zusammengehörigen Aktivitäten.

Die Ausfüllhinweise zu den Dokumentationsbögen geben vor, dass im Setting jede einzelne Einrichtung ein Setting ist. Demnach ist jede Schule (nicht jedoch die einzelne Schulklasse, wenn mehrere Klassen in der gleichen Schule erreicht werden) und jede Kita (nicht jedoch die einzelne Kitagruppe, wenn mehrere Gruppen erreicht werden) ein einzelnes Setting.

Für die betriebliche Gesundheitsförderung ist die Berichtseinheit „Aktivitäten in einem Betrieb oder Unternehmen.“ Ebenfalls in einem Bogen sind Aktivitäten an mehreren Standorten eines größeren Unternehmens, wenn diese Aktivitäten im Rahmen eines koordinierten Gesamtprojekts stattfinden, einzutragen. Das gleiche gilt für Netzwerkprojekte, die sich über mehrere (Klein-/Kleinst-)Betriebe erstrecken.

Für die Angabe zu dem „hohen Anteil an ungelerten“ Beschäftigten wurde definiert, dass im jeweiligen Betrieb mindestens 20 % der Beschäftigten keine abgeschlossene Berufsausbildung haben. Der Grenzwert von 20 % wurde aufgrund von Berechnungen des MDS auf Basis einer Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit festgelegt. Der Grenzwert identifiziert branchenübergreifend das Drittel an Betrieben in Deutschland mit dem höchsten Anteil an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung. Die beiden anderen Drittel der Betriebe verfügen über einen „mittleren“ oder „niedrigen“ Anteil.

Die Auszubildenden sind in diese Statistik einbezogen, weil die Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung (DEÜV, das sind die Daten, die der Arbeitgeber verschlüsselt) keine Differenzierung zwischen Auszubildenden und nicht in der Ausbildung befindlichen Mitarbeitern ohne

Ausbildung vorsieht (siehe Ausfüllhinweise zur Dokumentation der betrieblichen Gesundheitsförderung, www.mds-ev.de).

Für die Angaben zu den individuellen Präventionskursen erfassen die Krankenkassen die Daten über die Teilnehmenden der individuellen Gesundheitsförderung in ihrer kasseneigenen EDV.

Die einzelnen Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene führen die Daten der Mitglieds-kassen 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.

Tabellenband, Dokumentationsbögen, Ausfüllhinweise

Über den Präventionsbericht hinausgehende Datenauswertungen können dem Tabellenband entnommen werden. Präventionsbericht, Tabellenband, Dokumentationsbögen und detaillierte Ausfüllanweisungen stehen den Krankenkassen auf der Homepage des MDS zur Verfügung und können von dort heruntergeladen werden (www.mds-ev.de/Dokumente und Formulare/ Gesundheit, Krankheit, Prävention).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Anteil Kranke/Unfallverletzte in ambulanter oder stationärer Behandlung in den letzten vier Wochen nach Erwerbsstatus	13
Abb. 2: Rauchgewohnheiten nach Erwerbsstatus und Geschlecht (15- bis 65-Jährige)	13
Abb. 3: Sechs Standorte - drei Zugangswege	16
Abb. 4: Politikfeldanalytisches Projektphasenmodell	37
Abb. 5: Anzahl der Settings	47
Abb. 6: Art und Anzahl der Settings	48
Abb. 7: Erreichte Personen	50
Abb. 8: Erreichte Personen in den jeweiligen Settings	51
Abb. 9: Durchschnittliche Laufzeit der Aktivitäten in Monaten	52
Abb. 10: Zielgruppen	53
Abb. 11: Kooperationspartner	54
Abb. 12: Vertreter im Entscheidungs- und Steuerungsgremium	55
Abb. 13: Art der Bedarfsermittlung	56
Abb. 14: Inhalte	57
Abb. 15: Inhalte der Erfolgskontrollen	59
Abb. 16: Zeitreihe: Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte	61
Abb. 17: Branchen	62
Abb. 18: Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigten)	63
Abb. 19: Durch betriebliche Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte	64
Abb. 20: Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung	65
Abb. 21: Kooperationspartner, die Ressourcen in die betriebliche Gesundheitsförderung einbrachten	66
Abb. 22: Einbringen von Ressourcen durch die Unfallversicherung	67
Abb. 23: Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Betriebsgröße	68
Abb. 24: Einbringen von Ressourcen der Unfallversicherung nach Branche	69
Abb. 25: Vertreter in Steuerungsgremien	70
Abb. 26: Bedarfsermittlung	71
Abb. 27: Inhaltliche Ausrichtung der Interventionen	73
Abb. 28: Art der Umgestaltung	75
Abb. 29: Inhalte der Erfolgskontrollen	76
Abb. 30: Anzahl der Kursteilnahmen insgesamt	78
Abb. 31: Kursteilnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern	79
Abb. 32: Inanspruchnahme von Kursen nach Alter	80
Abb. 33: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Alter	81
Abb. 34: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Inhalte nach Geschlecht	82
Abb. 35: Inanspruchnahme von Kursen nach Handlungsfeldern und Leistungsanbietern	83
Abb. 36: Präventionsziel: In bestimmten Schulformen mehr Kinder und Jugendliche erreichen	86
Abb. 37: Gesundheitsförderungsziel: In bestimmten Schulformen mehr Steuerungsgremien	87
Abb. 38: Präventionsziel: Arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates vorbeugen	89
Abb. 39: Präventionsziel: Mehr Verhältnisprävention gegen psychische Fehlbelastungen	89
Abb. 40: Präventionsziel: Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung fördern	90
Abb. 41: Präventionsziel: Mehr verhaltensbezogene Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz	90
Abb. 42: Gesundheitsförderungsziel: Mehr kleine und mittlere Betriebe erreichen	91
Abb. 43: Gesundheitsförderungsziel: Mehr Steuerungsgremien unter Beteiligung des Arbeitsschutzes	91
Abb. 44: Gesundheitsförderungsziel: Mehr Gesundheitszirkel im Betrieb	92
Abb. 45: Gesundheitsförderungsziel: Bessere Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben	92

Arbeitsgruppe für Datenzusammenführung, Auswertung und Interpretation

Jens Hupfeld, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin
Ulrike Kiehl, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Kassel
Nicole Reindl, AOK-Bundesverband, Berlin
Nadine Schempp, MDS, Essen
Karin Schmedding, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin
Karin Schreiner-Kürten, GKV-Spitzenverband, Berlin
Christina Singer, AOK Bayern
Claudia Isabelle Stahlhut, Knappschaft, Bochum
Dr. Harald Strippel MSc, MDS, Essen
Anke Tempelmann, AOK-Bundesverband, Berlin
Ruth Wagner, IKK classic
Waltraud Wagner, IKK e. V., Berlin
Dr. Volker Wanek, GKV-Spitzenverband, Berlin
Susanne Wilhelmi, BKK Dachverband, Berlin

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

MDS MEDIZINISCHER DIENST
DES SPITZENVERBANDES
BUND DER KRANKENKASSEN

Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de



Spitzenverband

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de