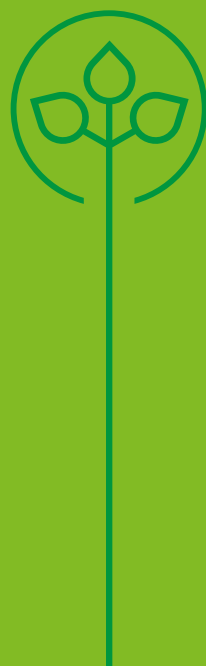


Mit Qualität für die Gesundheit

Schwerpunktthema: Gesundheitsförderung im Setting Kita

AOK-Präventionsbericht

Die Leistungen der AOK – Die Gesundheitskasse
in der Prävention und Gesundheitsförderung



Herausgeber

AOK-Bundesverband, Berlin
Abteilung Prävention
Geschäftsführungseinheit Versorgung

Autoren

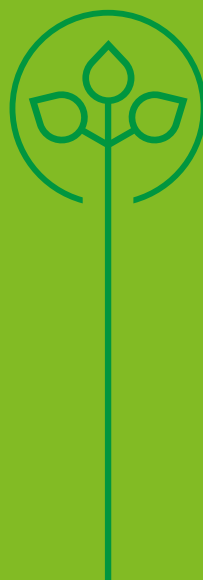
Ina Barthelmes; IGES Institut
Susanne Hildebrandt; IGES Institut
Hans-Dieter Nolting; IGES Institut

Umsetzung und Gestaltung

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin
Druck: Richter Druck, Elkenroth

Berichtsjahr: 2012

Publiziert: 2014



● Inhalt

Vorwort	3
Zusammenfassung	4
1• Einleitung	6
2• Methodik	7
3• Wichtige Kennzahlen im Überblick	8
4• Leistungen nach dem Setting-Ansatz: Prävention in Schulen, Kindergärten und anderen nicht betrieblichen Lebensräumen	10
4.1 Schwerpunkt Kindertagesstätte	10
4.2 Programme mit großer Reichweite	12
4.3 Kinder stehen im Mittelpunkt	13
4.4 Ganzheitliche Ansätze überwiegen	15
4.5 Geprüfte Qualität	16
5• Schwerpunktthema: Von „TigerKids“ zu „JolinchenKids“ – Gesundheitsförderung im Setting Kita	17
5.1 Grundlagen für ein gesundes Leben	17
5.2 Prävention und Gesundheitsförderung am Beispiel Übergewicht bei Kindern	18
5.3 Das Projekt „TigerKids – Kindergarten aktiv“	20
5.3.1 Inhalte und Ziele	20
5.3.2 Die „TigerKids“-Module	21
5.3.3 Evaluation	21
5.4 Ausblick: Das neue AOK-Gesundheitsförderungsprogramm „JolinchenKids – Fit und gesund in der KiTa“	22
5.4.1 Anliegen und Ziele	22
5.4.2 Programmablauf	23
5.4.3 Wissenschaftliche Begleitung	23

6•	Gesundheit am Arbeitsplatz: Die Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung	24
6.1	Ein Blick auf die Branchen	25
6.2	Unterstützung für kleine und mittlere Betriebe	26
6.3	Langer Atem für nachhaltige Wirkung – Projektlaufzeit	27
6.4	Viele Beschäftigte profitieren	28
6.5	Maßgeschneiderte Angebote	30
6.6	Wo Gesundheit Chefsache ist	31
6.7	Erfolgsfaktor Ganzheitlichkeit	33
6.8	Umfangreiche Erfolgskontrollen	34
7•	Leistungen nach dem individuellen Ansatz: Persönliche Präventionsangebote für gesundheitsbezogenes Verhalten	35
7.1	Kompetenzvorsprung beim Thema Ernährung	35
7.2	AOK-Kurse sprechen junge Versicherte an	37
7.3	Vor allem Frauen nutzen individuelle Prävention	38
	Literatur	39

● Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, der sich die AOK in besonderem Maße stellt. Seit Langem schon setzt sich die Gesundheitskasse mit zahlreichen innovativen Projekten für die Gesunderhaltung ihrer rund 24 Millionen Versicherten ein.

Im Fokus stehen dabei sowohl Präventionsprojekte für Kinder als auch das breite Feld der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In beiden Bereichen ist die AOK Vorreiter. Sie erreicht allein in nicht betrieblichen Lebenswelten nahezu neun von zehn Personen.

AOK-Projekte sind zudem überdurchschnittlich häufig ganzheitlich angelegt. Fast drei Viertel (74 Prozent) der im Jahr 2012 durchgeführten Aktivitäten in nicht betrieblichen Lebenswelten setzten sowohl am individuellen Verhalten des Einzelnen als auch an den Lebensverhältnissen an. In den Betrieben war dies immer noch bei 63 Prozent der Projekte der Fall.

Immer mehr Unternehmen erkennen: Engagement für die Gesundheit senkt Krankenstände und Fluktuation, steigert die Mitarbeiterzufriedenheit

und führt so zu mehr Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit. Fast 40 Prozent aller Betriebe, die im Jahr 2012 mit einem Projekt der Betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht wurden, arbeiteten mit einer der AOKs zusammen.

Präventionsprojekte für Kinder wie das Bewegungs- und Ernährungsprogramm „TigerKids“ erreichten zudem über die Kindertagesstätten hinaus insgesamt über 300.000 Familien. Mit dem Nachfolgeprogramm „JolinchenKids - Fit und gesund in der KiTa“ und der Neuauflage des seit zehn Jahren erfolgreichen Kindertheaters „Henrietta“, das inzwischen 1,2 Millionen Zuschauer gesehen haben, baut die AOK diese Aktivitäten weiter aus.



Jürgen Graalmann,
Geschäftsführender Vorstand des
AOK-Bundesverbandes
Berlin, im Mai 2014



● Zusammenfassung

Der vorliegende AOK-Präventionsbericht beleuchtet das Engagement der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in der Prävention und Gesundheitsförderung aus einer neuen Perspektive. Erstmals werden für das Berichtsjahr 2012 ausgewählte kassenindividuelle Daten veröffentlicht und in einem Vergleich den dokumentierten Leistungen der übrigen GKV gegenübergestellt.

Im Fokus des ersten AOK-eigenen Präventionsberichts steht das Thema Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte (Kita). Insgesamt entfiel 2012 knapp ein Drittel aller GKV-weit dokumentierten Projekte, die im Setting Kindergarten umgesetzt wurden, auf eine AOK. Betrachtet man die Anzahl der an den Projekten beteiligten Kindergärten, dann machen diese zusammen sogar die Hälfte aller Kitas aus, die für die gesamte GKV dokumentiert sind. Mit ihren Aktivitäten in Kitas erreichte die AOK im Vergleich zu anderen nicht betrieblichen Settings mit Abstand die meisten Personen auf direktem Weg.

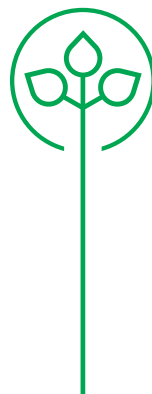
Mit dem Projekt „TigerKids“ stellt der Bericht ein groß angelegtes Leuchtturmprojekt vor, das national wie international auf große Resonanz stößt. Seit 2007 setzt sich die AOK mit diesem Projekt bundesweit erfolgreich für mehr Bewegung und gesunde Ernährung in Kindertagesstätten ein. Inzwischen konnten etwa 5.500 Kindertagesstätten und über 300.000 Familien eingebunden werden. Mit der Vorstellung von „JolinchenKids“ bietet der vorliegende Bericht auch einen Ausblick auf die zukünftigen Aktivitäten der AOK im Lebensumfeld Kita.

Das Engagement der AOK auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung wird anhand einiger exemplarischer Analyseergebnisse für die Leistungsbereiche „Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz“, „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und „individuelle Präventionskurse“ deutlich:

- **AOK-Projekte haben eine besonders große Reichweite.** Mit über 88 Prozent aller in den nicht betrieblichen Lebenswelten erreichten Personen sowie über 44 Prozent der erreichten Betriebe stehen die AOKs unangefochten an der Spitze der gesetzlichen Kassenarten.

- **Die AOK engagiert sich stark in der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF).** 2012 beliefen sich die Aufwendungen der AOKs für Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung auf über 22 Millionen Euro. Das entspricht knapp der Hälfte der GKV-weiten Gesamtausgaben (48 Prozent), obwohl der Marktanteil der AOK nur bei 34,9 Prozent liegt. Gut 45 Prozent aller Personen, die 2012 von Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung profitierten, nahmen an AOK-Projekten teil.
- **AOK-Projekte sind häufig ganzheitlich angelegt.** Fast drei Viertel (74 Prozent) der 2012 durchgeführten Aktivitäten in nicht betrieblichen Lebenswelten sowie 63 Prozent der Maßnahmen in Betrieben umfassten sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Komponenten. Bei den übrigen Kassenarten war dies nur bei 44 beziehungsweise 50 Prozent der Projekte der Fall.
- **Die AOK begleitet Betriebe intensiv und besonders lange.** Bei gut der Hälfte der 2012 durchgeführten AOK-Projekte in der Betrieblichen Gesundheitsförderung steuerte ein zentrales Kontrollgremium alle Aktivitäten. In den von der AOK begleiteten Unternehmen ist die Gesundheitsförderung besonders häufig „Chefsache“: In neun von zehn Projekten, in denen es solche Steuerungsgremien gab, waren Vertreterinnen und Vertreter der Entscheidungsebene eingebunden. Bei den verbleibenden Kassenarten liegt der Anteil bei knapp drei Vierteln. Und während die AOKs den Betrieben im Schnitt 55 Monate lang zur Seite stehen, liegt der Durchschnitt in der gesamten GKV bei 39 Monaten.
- **Auch bei der individuellen Prävention ist die AOK gut vertreten.** Mit ihren Angeboten erreichte die AOK gut ein Drittel (35 Prozent) aller mittels individueller Präventionskurse erreichten Versicherten. Dieser Wert entspricht ziemlich genau dem Anteil an gesetzlich Krankenversicherten, der 2012 durchschnittlich auf die AOKs entfiel.

Der vorliegende AOK-Präventionsbericht wurde in Zusammenarbeit mit dem IGES Institut realisiert, das als unabhängige Einrichtung mit der Erstellung beauftragt war.



1 • Einleitung

In ihrem jährlichen Präventionsbericht informieren der GKV-Spitzenverband und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) in Zusammenarbeit mit dem AOK-Bundesverband und den anderen Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der primären Prävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Der Bericht dokumentiert bundesweit die Aktivitäten der Krankenkassen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung und deren Engagement in nicht betrieblichen Lebenswelten - den sogenannten „Settings“ - wie etwa Kindertagesstätten, Schulen oder Stadtteilen und darüber hinaus die Inanspruchnahme von individuellen Kursangeboten zur Primärprävention.

Aktuell können mit primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten jährlich 4,8 Millionen Menschen direkt erreicht werden [Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, GKV-Spitzenverband 2013]. Seit der Einführung dieser Leistungen im Jahr 2000 sind die Aufwendungen der Krankenkassen für Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung stark gestiegen, was den immensen Bedeutungszuwachs der Prävention als zukunftsorientiertes Thema innerhalb der letzten Jahre widerspiegelt. Insgesamt haben die Krankenkassen im Jahr 2012 238 Millionen Euro für die Primärprävention und die Betriebliche Gesundheitsförderung ausgegeben. Das entspricht einem Betrag von 3,41 Euro je Versicherten. Der gesetzlich vorgesehene Orientierungswert von 2,94 Euro wurde damit deutlich übertroffen [Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, GKV-Spitzenverband 2013].

Diese Erfolge beruhen zu einem nicht unerheblichen Teil auf dem besonderen Engagement einer der größten Kassenarten - der AOK. Ihr kommt damit eine Vorreiterrolle zu, von der die gesamte gesetzliche Krankenversicherung profitiert. Die hier vorgestellten Ergebnisse vergleichender Analysen auf Bundesebene lassen den Stellenwert des AOK-Systems im Vergleich zum Gesamtbeitrag der anderen Kassenarten sichtbar werden.

Im Sinne einer besseren Vergleichbarkeit orientiert sich der strukturelle Aufbau dieses Präventionsberichts an der durch den GKV-weiten Präventionsbericht vorgegebenen Gliederung: Die Leistungen nach dem Setting-Ansatz, der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie dem individuellen Ansatz werden jeweils in einem eigenen Kapitel zusammengefasst.

Ergänzend dazu setzt der AOK-Präventionsbericht einen eigenen thematischen Schwerpunkt: Die Gesundheitsförderung im Setting Kita wird am Beispiel „Übergewicht bei Kindern“ betrachtet und dazu exemplarisch ein ausgewähltes Projekt der AOK mit Signalwirkung vorgestellt.

Mit der Durchführung der Analysen und der Erstellung dieses ersten AOK-Präventionsberichts wurde das IGES Institut als unabhängiges wissenschaftliches Institut betraut.

2 • Methodik

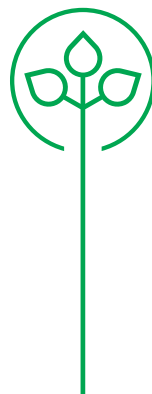
Der vorliegende Bericht basiert auf den Erhebungen und Ergebnissen des kassenartenübergreifenden Präventionsberichts von GKV-Spitzenverband und Medizinischem Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS).

Dessen Datengrundlage bilden die Dokumentationsbögen der gesetzlichen Krankenkassen zu den Aktivitäten in Settings und in der Betrieblichen Gesundheitsförderung, wobei ein Dokumentationsbogen alle Angaben zu einem Projekt enthält. Der Begriff „Projekt“ kann somit dem des „Dokumentationsbogens“ gleichgesetzt werden. Ein Projekt kann wiederum in mehreren Einrichtungen oder Betrieben durchgeführt worden sein, sodass die Zahl der dokumentierten Settings die der Dokumentationsbögen in der Regel übersteigt. Darüber hinaus melden die Krankenkassen sämtliche Informationen zur Teilnahme ihrer Versicherten an individuellen Präventionskursen.

Alle Kassenverbände führen die Dokumentationen ihrer Mitglieds-kassen zusammen und melden diese gebündelt an den MDS. Dieser integriert und bereinigt die gelieferten Daten aller Verbände auf Bundesebene und meldet die bereinigten Ergebnisse im Anschluss kassenindividuell an die Verbände zurück.

Im Auftrag des AOK-Bundesverbandes bereitete das IGES Institut die AOK-spezifischen Daten auf und führte vergleichende Analysen durch. Durch Differenzbildung wurden aus den kassenartenübergreifenden Gesamtwerten und den individuellen AOK-Ergebnissen zusammengefasste Werte ermittelt, die anschließend den AOK-spezifischen Zahlen gegenübergestellt wurden.

Im vorliegenden Bericht sind ausgewählte Ergebnisse dieser Gegenüberstellung von AOK-System und übriger GKV für das Dokumentationsjahr 2012 zusammengestellt.



3 • Wichtige Kennzahlen im Überblick

Einige wenige exemplarische Zahlen vermitteln bereits ein recht umfassendes Bild über das Leistungsgeschehen in der Prävention und Gesundheitsförderung. Die nachfolgende Tabelle 1 stellt überblicksartig die wichtigsten Kennzahlen zu den Aktivitäten der AOK zusammen, gegliedert nach den verschiedenen Zugangswegen Setting Ansatz, Betriebliche Gesundheitsförderung und individueller Ansatz. Jedem AOK-Wert werden zwei Vergleichswerte gegenübergestellt: zum einen der Wert für die nach Abzug der AOK verbleibenden Kassenarten in der GKV, zum anderen der Wert für die GKV insgesamt. Der jeweilige prozentuale Anteil für die AOK ist in einer separaten Spalte ausgewiesen.

Der Mitgliederstatistik KM1 des Bundesministeriums für Gesundheit zufolge wurden im Jahr 2012 durchschnittlich 34,9 Prozent aller gesetzlich Krankenversicherten von einer AOK betreut [Bundesministerium für Gesundheit 2013]. Das AOK-System liegt damit in der Gesamtstatistik an zweiter Stelle. Vor diesem Hintergrund sind die Anstrengungen der AOK vor allem hinsichtlich der Leistungen nach dem Setting-Ansatz und in der Betrieblichen Gesundheitsförderung überdurchschnittlich:

- Während die übrigen Kassenarten im Jahr 2012 für Projekte im Setting durchschnittlich 15 Eurocent je Versicherten ausgaben, investierte die AOK mit 87 Eurocent pro Kopf fast sechsmal so viel. Hinsichtlich der Anteile an den in den Settings erreichten Personen dominiert die AOK mit 82,5 Prozent der direkt beziehungsweise 91,1 Prozent der indirekt erreichten Personen ebenfalls deutlich.
- Fast 40 Prozent aller Betriebe, die im Jahr 2012 zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung erreicht wurden, arbeiteten mit einer AOK zusammen. Auch auf diesem Gebiet übersteigen die Ausgaben der Gesundheitskasse je Versicherten mit durchschnittlich 91 Eurocent den für die anderen Kassenarten ermittelten Durchschnittswert von 53 Eurocent bei Weitem.

Darüber hinaus entfällt mehr als die Hälfte (55,1 Prozent) aller ausgewerteten Dokumentationsbögen über präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten auf die AOKs. Mit gut 60 Prozent führt die Gesundheitskasse auch das Ranking bei den direkt durch Prävention und Gesundheitsförderung erreichten Personen an.

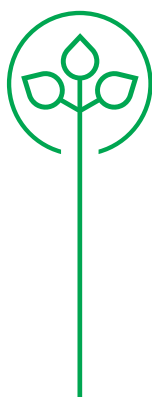


Tabelle 1: Zahlen zu den Leistungen in der Prävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung im Überblick

Ansatz	AOK	GKV ohne AOK	GKV gesamt	Anteil AOK an GKV gesamt
Setting-Ansatz				
Anzahl der Settings	21.697	8.747	30.444	71,3%
Anzahl direkt erreichter Personen	2.080.037	442.479	2.522.516	82,5%
Anzahl indirekt erreichter Personen	6.157.892	603.940	6.761.832	91,1%
Ausgaben je Versicherten	0,87 €	0,15 €	0,40 €	-
Ausgaben je direkt erreichter Person	10,15 €	14,94 €	10,99 €	-
Summe der Ausgaben	21.113.649 €	6.612.239 €	27.725.888 €	76,2%
Individueller Ansatz				
Anzahl direkt erreichter Personen	450.185	893.051	1.343.236	33,5%
Ausgaben je Versicherten	2,57 €	2,24 €	2,35 €	-
Ausgaben je direkt erreichter Person	139,04 €	113,68 €	122,18 €	-
Summe der Ausgaben	62.592.320 €	101.526.066 €	164.118.386 €	38,1%
Betriebliche Gesundheitsförderung				
Anzahl der Betriebe	3.172	4.983	8.155	38,9%
Anzahl direkt erreichter Personen	366.592	524.760	891.352	41,1%
Anzahl indirekt erreichter Personen	199.012	176.707	375.719	53,0%
Durchschnittliche Betreuungsdauer je Betrieb in Monaten	54,8	-	38,9	-
Ausgaben je Versicherten	0,91 €	0,53 €	0,66 €	-
Ausgaben je direkt erreichter Person	60,29 €	45,78 €	51,75 €	-
Summe der Ausgaben	22.101.196 €	24.023.278 €	46.124.474 €	47,9%
Gesamt				
Anzahl der Settings	21.697	8.747	30.444	71,3%
Anzahl der Betriebe	3.172	4.983	8.155	38,9%
Anzahl direkt erreichter Personen	2.896.814	1.860.290	4.757.104	60,9%
Anzahl indirekt erreichter Personen	6.356.904	780.647	7.137.551	89,1%
Anzahl Versicherte	24.329.402	45.374.921	69.704.323	34,9%
Ausgaben je Versicherten	4,35 €	2,91 €	3,41 €	-
Ausgaben je direkt erreichter Person	36,53 €	71,04 €	50,02 €	-
Summe der Ausgaben	105.807.165 €	132.161.583 €	237.968.748 €	44,5%

Quelle: AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS; KJ1; KM1; IGES

4 • Leistungen nach dem Setting-Ansatz: Prävention in Schulen, Kindergärten und anderen nicht betrieblichen Lebensräumen

Hinter dem Begriff „Setting“ verbergen sich konkrete Lebenswelten wie Schule, Kindergarten, Betrieb oder Stadtteil, in denen Menschen einen Großteil ihres Alltags verbringen. In ihrer 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung definiert die Weltgesundheitsorganisation WHO dies als einen Ort, an dem „Gesundheit [...] von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt [wird]: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ [Weltgesundheitsorganisation 1986]. Maßnahmen, die nach dem Setting-Ansatz konzipiert sind, zielen darauf ab, Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld anzusprechen, wobei das Umfeld selbst zum Gegenstand gesundheitsförderlicher Veränderungen wird.

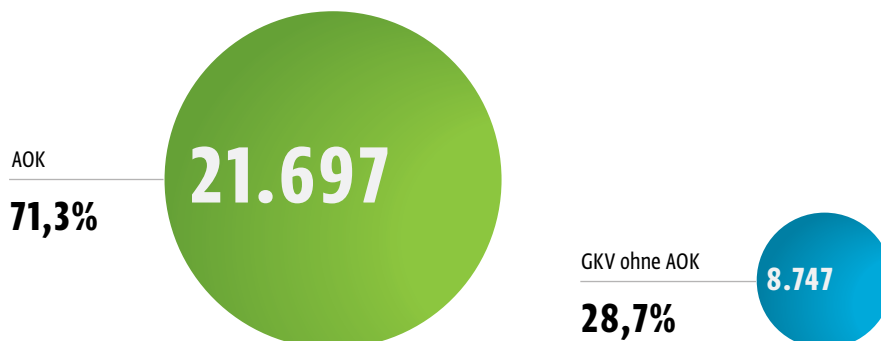
Mehr als 21 Millionen Euro hat die AOK im Jahr 2012 in die Prävention und Gesundheitsförderung in nicht betrieblichen Lebenswelten investiert. Dies entspricht einem Anteil von mehr als drei Vierteln der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Leistungen nach dem Setting-Ansatz. Auf den folgenden Seiten werden die Aktivitäten der AOK in nicht betrieblichen Settings unter verschiedenen Blickwinkeln genauer beleuchtet. Auf das Setting Betrieb als eigenen Leistungsschwerpunkt innerhalb der Prävention und Gesundheitsförderung wird in Kapitel 6 gesondert eingegangen.

4.1 Schwerpunkt Kindertagesstätte

Auf den GKV-Dokumentationsbögen für das Jahr 2012 finden sich Angaben zu insgesamt 30.444 Settings; 21.697 davon sind auf den 575 Bögen der AOK

verzeichnet. Damit entfallen 71,3 Prozent aller in den Dokumentationsbögen genannten Settings auf von der AOK unterstützte Projekte (Abbildung 1).

Abbildung 1: Anzahl der Settings



Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS

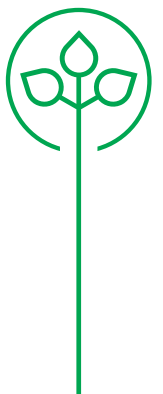
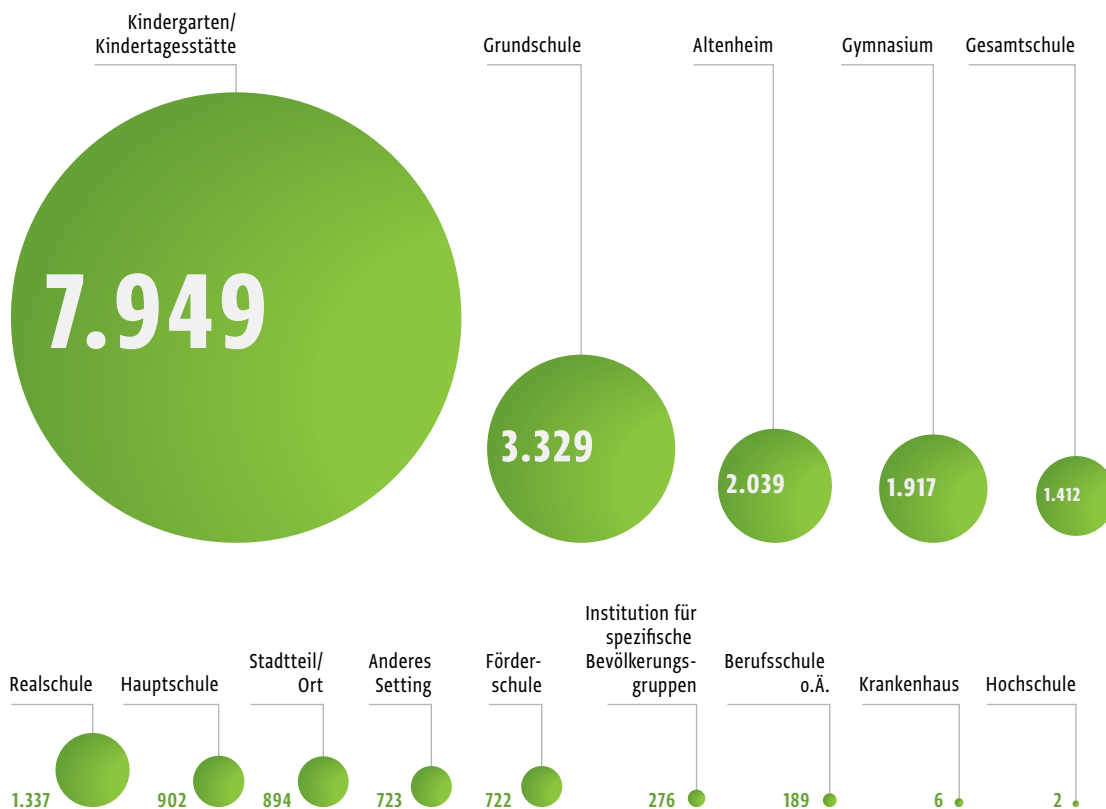


Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung der Settings für die AOK

Mehrfachnennungen möglich, n = 21.697 Settings

Die für einen Vergleich erforderlichen Daten der Gesamt-GKV lagen nicht gesichert vor.



Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS

Mit Abstand am häufigsten (nämlich zu 36,6 Prozent) führte die AOK im Jahr 2012 Setting-Maßnahmen in Kindergärten oder Kindertagesstätten durch. In der GKV-weiten Gesamtbetrachtung entfällt die Hälfte (50,1 Prozent) der insgesamt 15.865 für den Bereich Kindertagesstätten genannten Settings auf AOK-Projekte. In Abschnitt 5 wird dieses intensive Engagement der AOK in Kindergärten

am Beispiel des Programms „TigerKids“ vertiefend dargestellt.

An zweiter Stelle der Setting-Maßnahmen folgen bei der AOK Angebote an Grundschulen (15,3 Prozent). Abbildung 2 stellt die Häufigkeiten für die einzelnen Settings dar.

4.2 Programme mit großer Reichweite

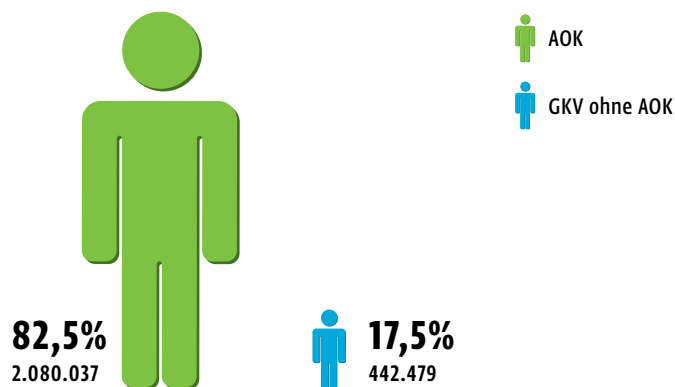
In ihren Auswertungen unterscheiden die Krankenkassen zwischen direkt und indirekt erreichten Personen. Die direkt erreichten Personen lassen sich dabei durch die dokumentierten Teilnehmerzahlen in den einzelnen Projekten und Maßnahmen ermitteln. Viele dieser direkt erreichten Personen, beispielsweise Eltern, Lehrer oder auch Geschwister, geben die erhaltenen Informationen und Erkenntnisse an ihr Umfeld weiter. Auf diese Weise entfalten viele Projekte auch weit über den direkten Teilnehmerkreis hinaus ihre Wirkung. Über die Anzahl der indirekt erreichten Personen liegen Schätzungen der Krankenkassen vor.

Mit ihren vielfältigen und breit gefächerten Angeboten spricht die AOK einen großen Personenkreis an. Aus Abbildung 3 geht hervor, dass im Jahr 2012 mehr als acht von zehn direkt erreichten Personen in Settings (82,5 Prozent) durch Projekte der AOK erreicht wurden. Insgesamt erreichte die AOK mit ihren Projekten 2.080.037 Menschen auf direktem Weg.

Allein in Kindergärten und Kindertagesstätten profitierten 487.724 Teilnehmer direkt von AOK-Projekten, hinzu kamen weitere 431.743 an Grundschulen. Auch in den übrigen Settings erweisen sich die Angebote der AOK als besonders reichweitenstark: Mit Ausnahme der Berufsschulen erreicht die AOK in allen Settings die meisten Menschen. In Altenheimen, Krankenhäusern und an Hochschulen werden Personen sogar nahezu ausschließlich durch Maßnahmen der AOK erreicht. Tabelle 2 schlüsselt die dokumentierten Zahlen für die AOK im Vergleich zur übrigen GKV nach Settings gegliedert auf.

Zusätzlich zu den direkt erreichten Personen erreichte die AOK 2012 in den Settings Schätzungen zufolge weitere 6.157.892 Menschen auf indirektem Weg. Insgesamt entfallen somit 8.237.929 Personen beziehungsweise 88,7 Prozent aller 9.284.348 GKV-weit erreichten Personen auf Projekte der AOK (Tabelle 3).

Abbildung 3: Anzahl der direkt erreichten Personen in den Settings



Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS

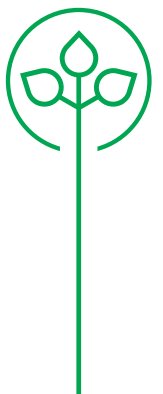


Tabelle 2: Direkt erreichte Personen in einzelnen Settings

	AOK	GKV ohne AOK	GKV gesamt	Anteil AOK an GKV gesamt
Grundschule	431.743	93.173	524.916	82,2%
Förderschule	57.691	13.860	71.551	80,6%
Hauptschule	86.850	27.359	114.209	76,0%
Realschule	96.631	42.320	138.951	69,5%
Gymnasium	151.870	34.536	186.406	81,5%
Gesamtschule	137.950	40.358	178.308	77,4%
Berufsschule o.Ä.	54.265	61.561	115.826	46,9%
Hochschule	110	1	111	99,1%
Kindergarten/Kindertagesstätte	487.724	87.877	575.601	84,7%
Stadtteil/Ort	110.168	34.738	144.906	76,0%
Institution für spezifische Bevölkerungsgruppen	8.383	4.236	12.619	66,4%
Altenheim	85.465	18	85.483	100,0%
Krankenhaus	265	0	265	100,0%
Anderes Setting	370.922	2.442	373.364	99,3%

Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS

Tabelle 3: Direkt und indirekt erreichte Personen in den Settings

	AOK	GKV ohne AOK	GKV gesamt	Anteil AOK an GKV gesamt
Direkt erreichte Personen	2.080.037	442.479	2.522.516	82,5%
Indirekt erreichte Personen	6.157.892	603.940	6.761.832	91,1%
Erreichte Personen insgesamt	8.237.929	1.046.419	9.284.348	88,7%

Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS

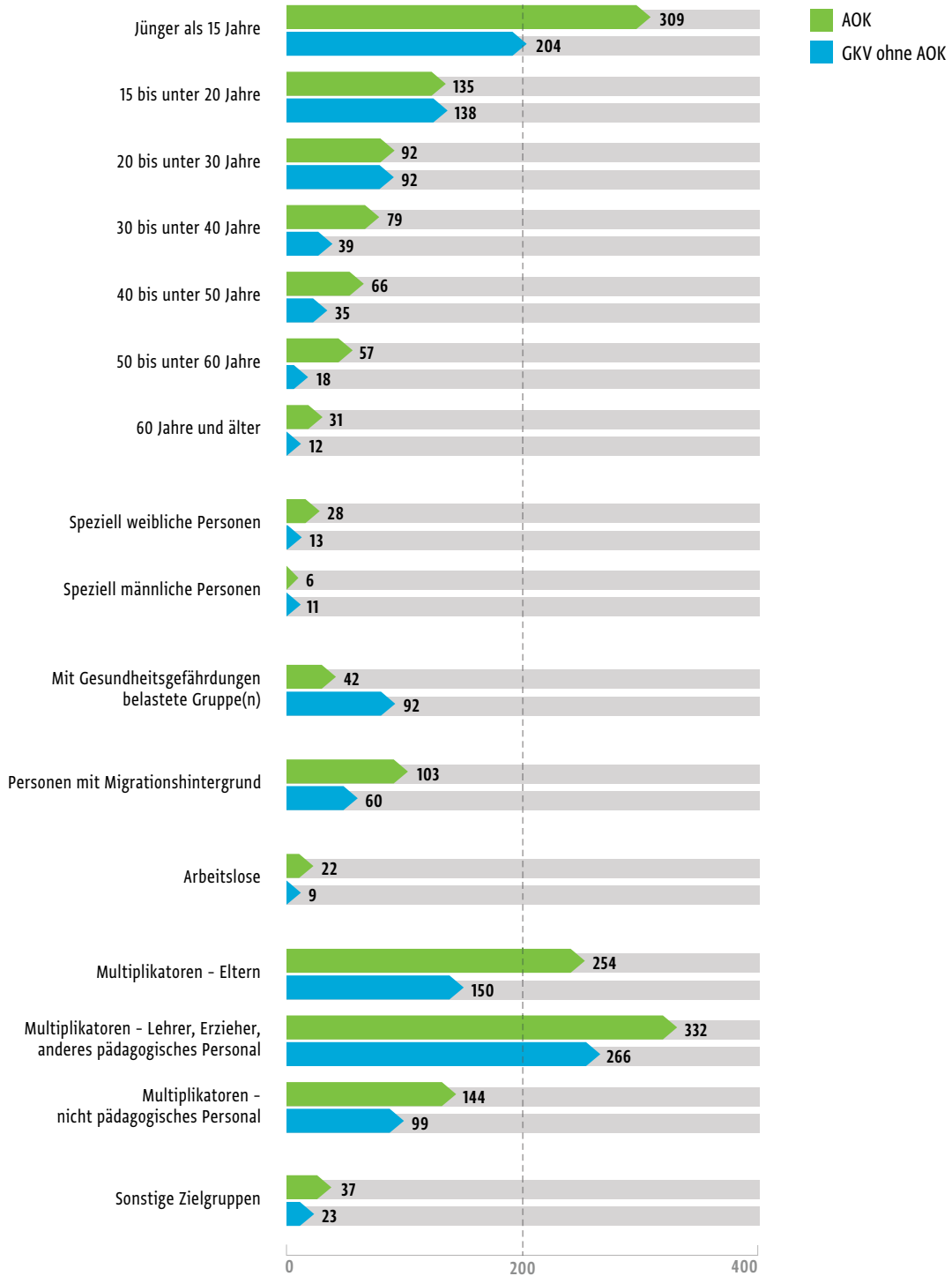
4.3 Kinder stehen im Mittelpunkt

Insgesamt waren im Berichtsjahr 2012 kassenartenübergreifend 72,4 Prozent aller Projekte auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet. Bei der AOK waren es sogar drei Viertel aller Projekte, die sich an spezielle Zielgruppen wendeten. Abbildung 4 veran-

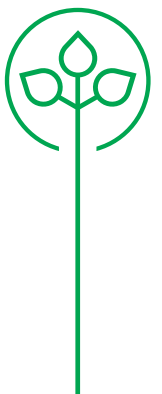
schaulicht, wie häufig die verschiedenen Zielgruppen in den gruppenspezifischen Projekten der AOK und der übrigen Kassenarten angesprochen wurden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Projekt auch auf mehrere Zielgruppen zugeschnitten sein kann.

Abbildung 4: Häufigkeitsverteilung der Projekte in Settings nach Zielgruppen

Mehrfachnennungen möglich, n = 430



Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS



Das starke Engagement der AOK in Kindertagesstätten und Grundschulen tritt bei der Betrachtung der einzelnen Zielgruppen klar zutage: Sowohl in der Altersgruppe „unter 15 Jahren“ als auch in den entscheidenden Gruppen „Eltern“ und „Lehrer/Lehrpersonal“ liegt die AOK mit ihren Angeboten vor der übrigen GKV. Gerade die beiden letztgenannten Gruppen gehören zu den Handlungsträgern, die es als Multiplikatoren und Entscheider zu erreichen gilt, um in den Settings günstige Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen und Lernen zu schaffen und Veränderungsprozesse voranzutreiben und zu steuern.

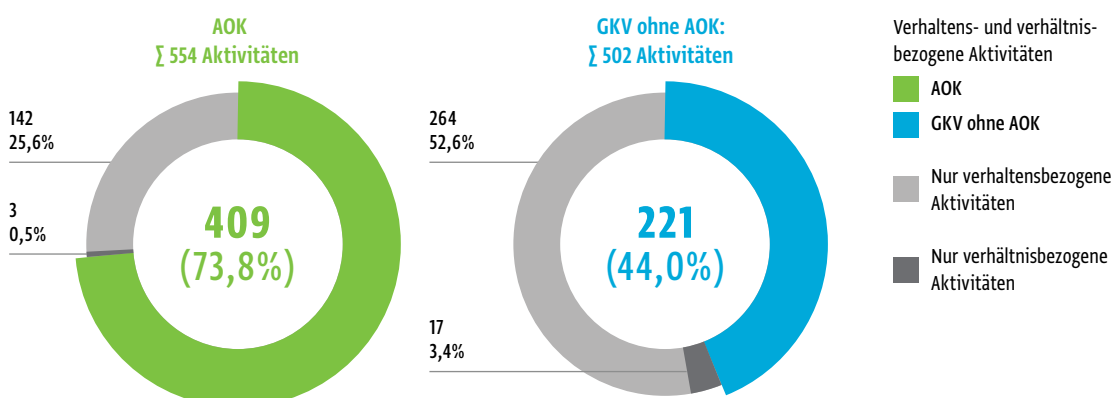
Analog zum Bild der gesamten GKV wenden sich auch bei der AOK die Projekte mehrheitlich an beide Geschlechter. Dennoch weist die AOK für das Jahr 2012 im Vergleich zur übrigen GKV deutlich mehr Projekte auf, die speziell auf die weibliche Zielgruppe zugeschnitten waren. Gleiches gilt auch für Projekte, die speziell für Menschen mit Migrationshintergrund konzipiert waren. Hier finden sich mit 103 Nennungen ebenfalls deutlich mehr zielgruppenspezifische Projekte als im gesamten Rest der GKV (60 Nennungen).

4.4 Ganzheitliche Ansätze überwiegen

Gesundheitsfördernde Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz verfolgen zwei Ziele: Zum einen sollen sie auf der individuellen Ebene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen anregen und fördern, zum anderen gleichzeitig auch die Verhältnisse in der jeweiligen Lebenswelt positiv beeinflussen. Dies gelingt am wirksamsten durch eine Kombination von verhaltens- und verhältnispräventiven Elementen, die parallel sowohl am Verhalten des Einzelnen als auch den Lebensverhältnissen ansetzen.

Wie aus Abbildung 5 hervorgeht, gelang es der AOK 2012 in nahezu drei Vierteln ihrer Projekte, dieses Prinzip umzusetzen. Mit 73,8 Prozent war der weitaus größte Anteil der Maßnahmen sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen und verfolgte damit einen ganzheitlicheren Ansatz. Bei den anderen Kassenarten lag der Anteil solcher Projekte bei 44,0 Prozent.

Abbildung 5: Verhaltens- und Verhältnisbezogenheit der Aktivitäten in Settings

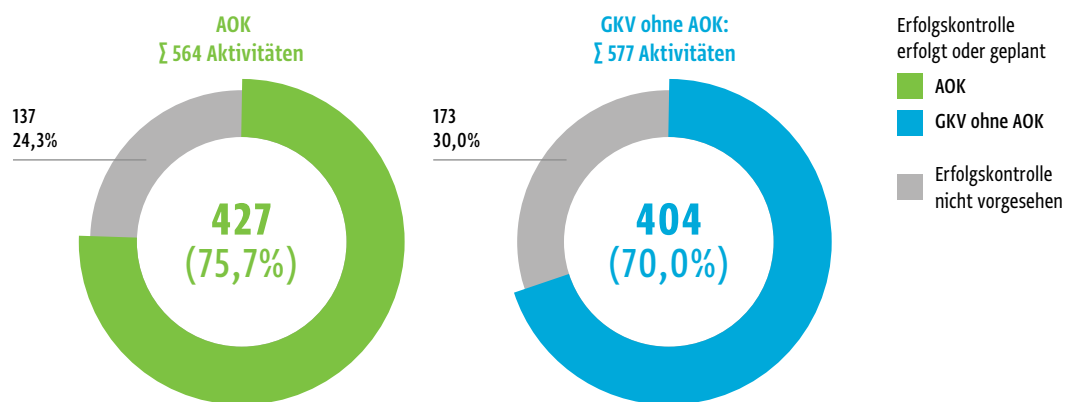


4.5 Geprüfte Qualität

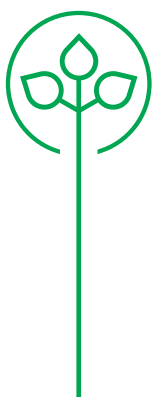
Im Rahmen der Qualitätssicherung gesundheitsförderlicher Programme spielen Wirksamkeitskontrollen eine entscheidende Rolle. Sie zeigen nicht nur auf, in welchem Umfang die gesteckten Ziele erreicht wurden, sondern geben auch konkrete Hinweise darauf, wie die Programme und ihre Umsetzung kontinuierlich optimiert werden können.

Im Berichtsjahr 2012 führten die Krankenkassen in der GKV für den überwiegenden Teil der Maßnahmen in Settings (72,8 Prozent) eine Erfolgskontrolle durch oder planten eine solche Überprüfung. Betrachtet man die Aktivitäten der AOK in dieser Hinsicht separat, so zeigt sich, dass das Thema „Qualitätssicherung“ hier einen hohen Stellenwert hat: Bei mehr als drei Vierteln aller AOK-Maßnahmen in Settings (75,7 Prozent) war eine Erfolgskontrolle erfolgt oder geplant. Dieser Wert liegt höher als in der restlichen GKV; dort traf dies auf 70,0 Prozent der Projekte zu (Abbildung 6).

Abbildung 6: Erfolgskontrollen in Settings



Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS



5 • Schwerpunktthema: Von „TigerKids“ zu „JolinchenKids“ – Gesundheitsförderung im Setting Kita



5.1 Grundlagen für ein gesundes Leben

Kindertagesstätten (Kitas) gelten aus vielerlei Gründen als besonders geeignetes Setting für Prävention und Gesundheitsförderung. Nahezu alle Kinder besuchen vor der Einschulung zumindest für eine gewisse Zeit eine Kita, sodass grundsätzlich die Möglichkeit gegeben ist, fast alle Kinder bis zum Alter von sechs Jahren und deren Familien zu erreichen. In einer Altersphase, in der Kinder gut zu motivieren sind, ist es über die Kita vergleichsweise einfach, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Gewohnheiten zu vermitteln. Über die Elternarbeit ist zudem ein Zugang gegeben, über den das familiäre Gesundheitsverhalten und die elterlichen Kompetenzen beeinflusst werden können. Die mögliche fachliche Vernetzung und die Kooperation mit anderen Einrichtungen und Organisationen stellen weitere Stärken dar [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Universitätsklinikum Eppendorf 2007].

Kitas übernehmen wichtige Aufgaben bei der Entwicklung von Lebenskompetenz, der Förderung eines gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, der Stärkung protektiver Faktoren sowie der Vermittlung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Universitätsklinikum Eppendorf 2007; Bundesministerium für Gesundheit 2010]. In Hinblick auf die Prävention weit verbreiteter chronischer Erkrankungen – der so genannten „Volksleiden“ – bietet das Lebensumfeld Kita eine zentrale Chance, durch die Verankerung sorgfältig konzipierter Programme

wachsende gesundheitliche Belastungen frühzeitig abzuwenden und späteren Folgeerkrankungen und Beeinträchtigungen vorzubeugen.

Ein anschauliches Beispiel hierfür liefert das Thema Übergewicht. In Deutschland gelten mehr als sechs von zehn Männern und fünf von zehn Frauen als übergewichtig, jeder Vierte sogar als extrem übergewichtig [Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2012]. Übergewicht ist aber nicht allein ein „erwachsenes“ Problem: Auch etwa jedes sechste Kind beziehungsweise jeder sechste Jugendliche im Alter zwischen drei und 17 Jahren ist betroffen. Den Ergebnissen des Kinder- und Jugend-Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (KiGGS) zufolge sind in der Altersgruppe der zwei- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen 14,8 Prozent übergewichtig, 6,1 Prozent leiden unter Adipositas [Kurth, Schaffrat Rosario 2010]. Dies entspricht bezogen auf den Bevölkerungsstand vom 31.12.2011 [Statistisches Bundesamt 2012] rund 1,76 Millionen übergewichtigen Kindern und Jugendlichen, von denen mehr als 724.000 adipös sind.

Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen wird als besonders kritisch angesehen, da es in vielen Fällen bis ins Erwachsenenalter fortbesteht [Singh et al. 2008] und damit bedeutsame gesundheitliche Konsequenzen wie Stoffwechsel- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach sich ziehen kann [Blüher et al. 2013; Reilly et al. 2003]. Aktuelle Übersichtsarbeiten zeigen zudem, dass ein erhöhtes Risiko für bereits



im Kindes- und Jugendalter einsetzende physische und psychische Begleiterkrankungen besteht [Pulgarón 2013; Latzer, Stein 2013]. Hinzu kommen

individuelle und funktionelle Einschränkungen sowie eine hohe psychosoziale Belastung [Fröschl, Haas, Wirl 2009; Müller, Lange, Landsberg 2010].

5.2 Prävention und Gesundheitsförderung am Beispiel Übergewicht bei Kindern

Welche Faktoren zu Übergewicht und Adipositas führen, ist gut erforscht. Neben familiären Vorbelastungen spielen insbesondere sozioökonomische Aspekte und lebensstilbezogene Faktoren, etwa das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie der Medienkonsum, eine wesentliche Rolle [Fröschl, Haas, Wirl 2009; Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter 2013; Czerwinski-Mast et al. 2003]. Zunehmend wird auch die Bedeutung psychologischer Aspekte im Rahmen der Entwicklung von Übergewicht diskutiert [Latzer, Stein 2013; Kalra et al. 2012; Mata, Munsch 2011]. Seit Längerem ist bekannt, dass bestimmte Einflüsse in der frühen Kindheit die spätere Entwicklung von Übergewicht nachhaltig prägen können. Als kritische Phasen gelten neben Schwangerschaft und früher Kindheit auch das Kindergarten- und Vorschulalter und die Pubertät [Adair 2008; Lawlor, Chaturvedi 2006; Kalra et al. 2012].

Mit Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung sind große gesundheitliche und ökonomische Erwartungen verknüpft. Sie sollen lebensstilbezogene gesundheitliche Risiken vermindern, die Verbreitung von nur bedingt behandelbaren chronischen Erkrankungen eindämmen und durch eine Verlängerung der in Gesundheit verbrachten Lebenszeit der befürchteten Kostensteigerung im Gesundheitswesen entgegenwirken [Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2012].

Ebenso wie Schulen, Betriebe oder andere Lebenswelten stellen auch Kindergärten ein komplexes gesellschaftliches System mit vielfältig und

unterschiedlich agierenden Akteuren dar. Eine erfolgversprechende Prävention von Übergewicht und Adipositas erfordert ein ganzheitliches Vorgehen, das multidimensional ausgerichtet ist. Die Wirksamkeitsforschung stellt dies vor besondere Herausforderungen, denn in der Konsequenz resultieren aus der Kombination „komplexes System + komplexe Intervention“ auch komplexe Evaluationssettings, die den Nachweis von Wirksamkeitseffekten in der Praxis erschweren [Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2012].

Trotz erkennbarer Fortschritte und ermutigender Erkenntnisse der Präventionsforschung weisen darum viele Kampagnen und Programme nach wie vor erhebliche Evidenzschwächen auf [Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter 2013; Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2012; Waters et al. 2011; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2009; Braun 2007]. Insbesondere über die effektive Prävention von Übergewicht bei Vorschulkindern beziehungsweise im Kindergartenumfeld ist bislang nur wenig bekannt. Dennoch liefern Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen durchaus Hinweise auf den Nutzen der Programme und erlauben Schlussfolgerungen hinsichtlich der Gestaltung von Maßnahmen und Handlungsempfehlungen.

So findet das neueste Update eines methodisch anspruchsvollen Cochrane Review, der 55 bis zum Jahr 2010 veröffentlichte randomisierte kontrollierte Studien einer systematischen Analyse

unterzogen, überzeugende Belege für einen positiven Effekt settingbasierter Präventionsprogramme auf den BMI von Kindern [Waters et al. 2011]. Allerdings bezogen lediglich acht der 55 Studien Kinder unter sechs Jahren ein, sodass der Befund für Interventionen im Vorschulalter nur eingeschränkt Gültigkeit beanspruchen kann. Einer Subgruppenanalyse zufolge gibt es jedoch auch in dieser Altersgruppe einen tendenziell positiven Interventionseffekt, wengleich das Testergebnis die statistische Signifikanz verfehlte.



Evaluiert wurden sowohl Maßnahmen zur Bewegungsförderung als auch zur Ernährungsverbesserung, Interventionen zur Förderung der sozialen Unterstützung sowie Programme, die mehrere dieser Komponenten umfassten. Aufgrund der Heterogenität der Studien lassen sich nur schwer Aussagen zur Wirkung einzelner Interventionsbestandteile oder bestimmter Maßnahmenkombinationen treffen. Die Autorinnen und Autoren raten daher zu zurückhaltender Interpretation der Ergebnisse, identifizieren aber dennoch eine Reihe erfolgskritischer Aspekte, die sich zu weiten Teilen auch auf Interventionen im Setting Kita übertragen lassen.

Dem Programm sollte ein Präventionskonzept zugrundeliegen, das sowohl gesunde Ernährung, körperliche Bewegung als auch psychologische Komponenten wie die Körperwahrnehmung

berücksichtigt, und das so weit wie möglich in den regulären Lehrplan integriert wird. Zudem sollte die Zahl der Angebote zur Steigerung der körperlichen Aktivität und zur Schulung grundlegender Koordinationsfähigkeiten während der Schulwoche erhöht und das Essensangebot in Schulen qualitativ verbessert werden. Günstig wirkt zudem eine Umgebung, die so gestaltet ist, dass gesundheitsbewusstes Verhalten als selbstverständlich gefördert wird. Kinder sollen darin bestärkt werden, sich gesund zu ernähren und körperlich aktiv zu sein. Den pädagogischen Fachkräften sollten, beispielsweise im Rahmen beruflicher Weiterbildung, verstärkt Kompetenzen an die Hand gegeben werden, die die Implementierung gesundheitsförderlicher Aktivitäten im Schulalltag erleichtern [Waters et al. 2011].

Einen relevanten Wirksamkeitsfaktor stellt den Studienergebnissen zufolge auch die Zusammenarbeit mit den Eltern dar. Dabei geht es darum, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen auch in den häuslichen Alltag der Familien zu tragen, vor allem im Hinblick auf eine gesunde Ernährung und auf die Reduktion der vor Bildschirmen verbrachten Zeit [Waters et al. 2011]. Wie entscheidend die Einbindung der Eltern für die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen ist, zeigen verschiedene Studien: Maßnahmen, die ausschließlich für Eltern konzipiert wurden, sowie solche, die Eltern mit einbezogen, erzielten bessere Ergebnisse als Interventionen, die sich ausschließlich an die Kinder selbst richteten [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Universitätsklinikum Eppendorf 2007; Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter 2013].

Andere Literaturübersichten sowie Leitlinien zum Thema kommen zu ähnlichen Ergebnissen [Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter 2013; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2009]. Die Empfehlungen spiegeln sich nicht zuletzt auch in Qualitätskriterien zur Planung neuer und zur konzeptionellen Verbesserung bestehender Maßnahmen der



Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen wider, wie sie beispielsweise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit unter Leitung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstellt wurden [Goldapp et al. 2011].

Die gesundheitsförderliche Arbeit in Kitas kann im Rahmen der Prävention von Übergewicht und Adipositas wertvolle Impulse geben. Für die Verringerung der sozialen Ungleichheit als einen der wesentlichen Einflussfaktoren bedarf es jedoch

weitergehender gesellschaftlicher und damit sowohl bildungs-, familien- und beschäftigungs- als auch gesundheitspolitischer Maßnahmen [Müller, Lange, Landsberg 2010]. Auch hinsichtlich des Zugangs zu beziehungsweise der Erfolgswahrscheinlichkeit von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen bestehen sozial selektive Effekte. Gerade sozial schwache und bildungsferne Schichten werden durch solche Maßnahmen häufig nicht erreicht [Müller, Lange, Landsberg 2010; Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter 2013].

5.3 Das Projekt „TigerKids – Kindergarten aktiv“

Mit „TigerKids - Kindergarten aktiv“ wurde vor über zehn Jahren ein Programm ins Leben gerufen, das sich bundesweit für mehr Bewegung und gesunde Ernährung in Kindertagesstätten einsetzt und von der Stiftung Kindergesundheit initiiert wurde. In Kooperation mit der AOK wurde es im Jahr 2007 nach einer mehrjährigen Entwicklungs- und Erprobungsphase national ausgeweitet. Mittlerweile konnten mit TigerKids etwa 5.500 Kindertagesstätten und über 300.000 Familien erreicht werden. Damit ist es das derzeit größte deutsche Präventionsprojekt im Kita-Bereich. Sowohl bundes- als auch europaweit stößt TigerKids auf große Resonanz und dient weiteren Präventionsansätzen im Vorschulbereich als Modell. Die Europäische Kommission führt TigerKids in ihrem Weißbuch zu Ernährung, Übergewicht und Adipositas als innovatives Beispiel für Gemeinschaftsprojekte zur Förderung gesunder Verhaltensweisen an [Europäische Kommission 2007].

5.3.1 Inhalte und Ziele

Das Programm soll Kindergartenkindern im Alter von drei bis sechs Jahren einen gesunden Lebensstil näherbringen und so zur Vorbeugung von

Übergewicht und Adipositas beitragen. Neben der Vermittlung altersgerechten Ernährungswissens werden die Kinder angeregt, selbst bei der Essenzubereitung aktiv zu werden und alles zu probieren. Weitere Schwerpunkte liegen auf der spielerischen Förderung ausreichender und vielseitiger Bewegung sowie dem Erlernen und Anwenden kindgerechter Entspannungsübungen [Stiftung Kindergesundheit, AOK-Bundesverband 2013].

Kostenlose, von Experten entwickelte Lehr- und Lernmaterialien sollen Erzieherinnen und Erziehern Anregungen für ihre tägliche Arbeit liefern. Schulungen und Workshops bieten Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch und dienen der weiteren Motivation [Stiftung Kindergesundheit, AOK-Bundesverband 2013].

Um den Austausch über die Themen Ernährung, Bewegung und Entspannung zu intensivieren und skeptische Mütter und Väter für die Vorteile einer gesunden Lebensweise zu begeistern, sind die Eltern gezielt in die Projektumsetzung eingebunden: durch eine umfassende Elterneinführungsveranstaltung zu Beginn jedes Kindergartenjahres, eine Elternveranstaltung pro Kalenderjahr, bunte Postkarten mit Sammelcharakter

(sogenannte Tipp-Cards), die den Dialog mit den Eltern anregen sollen, jeweils zwei Elternbriefe pro Kindergartenjahr sowie eine Projekthomepage mit ausführlichen Informationen rund um das Thema Kindergesundheit [Stiftung Kindergesundheit, AOK-Bundesverband 2013].

5.3.2 Die „TigerKids“-Module

Ernährung

Im Rahmen von TigerKids werden die Kinder durch das Angebot des „Magischen Obststellers“ spielerisch nach und nach an gesundheitsförderliches Essen herangeführt. Die Begleitmaterialien im TigerKids-Ordner umfassen auch einen Ernährungsteil, der neben umfangreichem Basiswissen eine Reihe von Anregungen für kindgerechte und gesundheitsförderliche Ernährung im Kita-Alltag enthält. Eine zentrale Rolle bei TigerKids spielt auch das Thema „energiefreie Getränke“ [Stiftung Kindergesundheit, AOK-Bundesverband 2013].

Bewegung

Das TigerKids-Modul zur Bewegungsförderung in den Kitas umfasst ein zwölfwöchiges Programm mit je drei Bewegungseinheiten pro Woche, das flexibel gestaltet und daher leicht in den Kita-Alltag integriert werden kann. Im Zentrum stehen die Themen Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit, Koordination und Beweglichkeit, die sowohl mithilfe leicht verfügbarer und kreativ einsetzbarer Materialien

wie Papprollen, Zeitungen und Bierdeckeln als auch mittels klassischer Sportgeräte wie Ball, Trampolin, Kasten oder Sprossenwand umgesetzt werden. Wiederholungen des Bewegungsprogramms sind beliebig oft möglich, sodass auch für Kinder mit motorischem Nachholbedarf Erfolgserlebnisse geschaffen werden können [Stiftung Kindergesundheit, AOK-Bundesverband 2013].

Entspannung

Das Entspannungsmodul von TigerKids möchte den Kita-Kindern durch die Schaffung von Ruheinseln spielerisch Entspannung vermitteln. Es besteht aus 20 Einheiten, die neben Bewegungsspielen auch Übungen zur Förderung der Wahrnehmung und Konzentration sowie Elemente verschiedener Entspannungsmethoden wie zum Beispiel Traum- oder Fantasiereisen, Yoga oder autogenes Training umfassen. Wie auch in den Modulen Ernährung und Bewegung begleitet der Tiger als Leitfigur die Kinder aktiv durch die einzelnen Übungseinheiten. Die Erzieherinnen und Erzieher lernen im Rahmen der Programmschulungen, das Modul in ihrer Einrichtung ohne weitere Vorkenntnisse umzusetzen. Die Entspannungsübungen sind in einem Begleitheft verständlich und ausführlich beschrieben [Stiftung Kindergesundheit, AOK-Bundesverband 2013].

5.3.3 Evaluation

TigerKids wurde wissenschaftlich begleitet und während der gesamten Projektlaufzeit verschiedenen Bewertungsprozessen unterzogen. Inzwischen liegt eine Reihe von Evaluationsergebnissen vor. Ausgewählte Bestandteile der Evaluation werden im Folgenden näher vorgestellt.

Externe Evaluation

Im Rahmen einer Cluster-randomisierten Studie [Bayer et al. 2009] wurden insgesamt 64 Kindergärten in vier Regionen Bayerns in zwei Stichproben auf eine Interventions- (42 Kindergärten) und eine Kontrollgruppe (22 Kindergärten) randomisiert.





In den Interventionskindergärten wurde das TigerKids-Programm umgesetzt, während die Kontrollkindergärten keine Projektinformationen erhielten. Nach dem ersten und zweiten Kindergartenjahr wurden mithilfe eines Elternfragebogens Daten zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten erhoben sowie anthropometrische Messungen durchgeführt.

Im Vergleich zu Kindern aus der Kontrollgruppe verzehrten Kinder, die einen TigerKids-Kindergarten besuchten, zu Hause in beiden Stichproben signifikant häufiger mindestens zwei Portionen Obst pro Tag, in der zweiten Stichprobe traf dies zusätzlich auch auf den Verzehr von mindestens zwei Portionen Gemüse zu. TigerKids-Kinder tranken im ersten Kindergartenjahr zudem signifikant weniger häufig energiereiche Getränke wie Limonade, Eistee oder Fruchtsaftgetränke. Auch bei der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas gab es Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe; dieser Effekt erreichte allerdings keine statistische Signifikanz.

Die Ergebnisse von Subgruppenanalysen deuten auf einen günstigen Einfluss des Programms auf Kinder mit erhöhtem Übergewichtsrisiko hin: Die beschriebenen Unterschiede konnten in gleichem Maße sowohl bei Kindern aus bildungsfernen Elternhäusern als auch bei übergewichtigen Kindern beobachtet werden. Leider wurde in der Studie auf eine Grundratenerhebung verzichtet, sodass die Aussagekraft der Ergebnisse aus methodischer Sicht eingeschränkt ist.

Befragungen zum TigerKids-Programm

Im Zusammenhang mit dem TigerKids-Programm liegen Ergebnisse aus mehreren Befragungen vor. So beurteilten im Rahmen der strukturierten Befragung in Interventionskindergärten, die an der externen Evaluation teilnahmen, insgesamt 89 Prozent der Erzieherinnen und Erzieher das TigerKids-Projekt als erfolgreich. Sie gaben auch an, dass seit der Implementierung von TigerKids 98 Prozent der Kinder ein gesünderes Frühstück mitbrachte. Der Anteil der Kindergärten, in denen sich Kinder mehr als eine Stunde pro Tag bewegen, stieg von zuvor zwölf Prozent auf 43 Prozent [Stiftung Kindergesundheit, AOK-Bundesverband 2013].

5.4 Ausblick: Das neue AOK-Gesundheitsförderungsprogramm „JolinchenKids – Fit und gesund in der KiTa“

5.4.1 Anliegen und Ziele

Die AOK-Gemeinschaft hat das Programm TigerKids mit großem Engagement und einem beachtlichen Ressourceneinsatz vorangetrieben. Diese Expertise wird die AOK nun in einem neuen, weiterentwickelten Gesundheitsförderungsprogramm für Kitas bündeln und ausbauen. In das neue Programm fließen neben den praktischen Erfahrungen mit TigerKids auch aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse ein.

Das neue AOK-Programm „JolinchenKids - Fit und gesund in der KiTa“ verfolgt einen ganzheitlich orientierten Gesundheitsförderungsansatz. Im Fokus steht nicht nur die Kindergesundheit, sondern auch die Gesundheit der Kita-Mitarbeiterinnen und Eltern. Ziel von JolinchenKids ist es, sowohl Kita-Kinder und deren Eltern als auch die Erzieherinnen und Erzieher für eine ausgewogene Ernährung und viel Bewegung zu begeistern. Die Kita-Kinder sollen außerdem dabei unterstützt werden, Schutzfaktoren für ihr seelisches Wohlbefinden aufzubauen.



An JolinchenKids teilnehmende Kitas erhalten vielfältige Spiel- und Aktionsvorschläge, die es ihnen ermöglichen, die Themen Ernährung, Bewegung und seelisches Wohlbefinden auf einfachem Wege in den Alltag zu integrieren. Darüber hinaus beinhaltet das Programm spezielle Angebote für die Förderung der Erzieherinnengesundheit und für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der strukturellen Rahmenbedingungen in der Kita.

Derzeit wird JolinchenKids in den Regionen der AOK Niedersachsen, der AOK PLUS und der AOK Rheinland/Hamburg in Pilotprojekten erprobt. Die bundesweite Ausdehnung ist für den Beginn des Kita-Jahres 2014/2015 geplant.

Die Möglichkeit zur Umsetzung von JolinchenKids wird bundesweit allen Kitas offenstehen. Das Programm richtet sich jedoch insbesondere an Kitas, die bisher noch wenig Erfahrung mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen gesammelt haben, sowie an Einrichtungen, die einen hohen Anteil an Kindern aus sozial benachteiligten Verhältnissen betreuen.

5.4.2 Programmablauf

JolinchenKids ist ein auf Nachhaltigkeit ausgerichtetes Gesundheitsförderungsprogramm. Teilnehmende Kitas erhalten von der AOK zum Programmstart umfangreiche Lehrmaterialien. Eine Schulung führt die Erzieherinnen in das Programm ein. Die AOK-Präventionsfachkräfte vor Ort begleiten die Kitas im Anschluss über einen Zeitraum von drei Jahren aktiv bei der Umsetzung. In allen Projektphasen legt JolinchenKids besonderes Augenmerk auf eine aktive Einbindung der Eltern.

Den Ausgangspunkt bildet eine Bestandsaufnahme, die den aktuellen Stand der Kita im Hinblick auf das Thema Gesundheitsförderung analysiert, ihre gesundheitsrelevanten Stärken und bestehenden Nachholbedarf identifiziert. Ausgehend davon entscheiden Erzieherinnen, Träger und Eltern über den Programmablauf und wählen die Schwerpunkte für ihre Kita aus. Während der Umsetzungsphase bietet die AOK den Kitas regelmäßig Workshops für den Erfahrungsaustausch an, in denen die erzielten Fortschritte überprüft und die weiteren Umsetzungsschritte geplant werden. Ziel ist, dass die Kitas im Verlauf von drei Jahren Schritt für Schritt Maßnahmen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, seelisches Wohlbefinden, Elternpartizipation und Erzieherinnengesundheit in den Kita-Alltag integrieren und dort dauerhaft verankern.

5.4.3 Wissenschaftliche Begleitung

JolinchenKids wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Der wissenschaftliche Beirat setzt sich aus Expertinnen und Experten des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Universität Potsdam und der Universität Flensburg zusammen, weitere Kooperationspartner sind der aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz e. V. sowie die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.

6 • Gesundheit am Arbeitsplatz: Die Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Die gesetzlichen Krankenkassen unterstützen im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) interessierte Betriebe dabei, die gesundheitliche Situation im Unternehmen zu verbessern und die gesundheitlichen Ressourcen der berufstätigen Versicherten zu stärken. Zu den Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung gehört es, bestehende Gesundheitsrisiken und -potenziale zu identifizieren, Optimierungsvorschläge zu entwickeln und aktiv bei der Umsetzung präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Betrieb mitzuwirken. Per Gesetz sind die Krankenkassen dabei zur Zusammenarbeit mit den zuständigen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung verpflichtet [SGB V].

Der Erfolg Betrieblicher Gesundheitsförderung ist an diverse Voraussetzungen aufseiten der beteiligten Krankenkassen, Anbieter und Betriebe geknüpft. Diese werden zum Beispiel im „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbands [GKV-Spitzenverband 2010] eingehend beschrieben und betreffen neben Qualifikations- und Qualitätsaspekten

hinsichtlich der jeweiligen Anbieter insbesondere prozessorientierte Kriterien. Dazu zählen so grundlegende Prinzipien wie die Partizipation aller am Prozess Beteiligten, die sorgfältige Bedarfsermittlung, die Existenz eines Steuer- beziehungsweise Lenkungsgremiums im Betrieb, die Planung in Form eines ganzheitlich und nachhaltig ausgerichteten Konzepts, die Integration der Betrieblichen Gesundheitsförderung in bestehende Managementsysteme und anderes mehr. Wie weitreichend sich die Unterstützung eines Betriebs durch die Krankenkasse im jeweiligen Fall gestaltet, hängt im Wesentlichen von den Entscheidungsträgern vor Ort sowie der betrieblichen Situation ab.

Die Aufwendungen der AOKs für Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung beliefen sich im Jahr 2012 auf über 22 Millionen Euro; das entspricht knapp der Hälfte (47,9 Prozent) der GKV-weiten Gesamtausgaben von über 46 Millionen Euro (Tabelle 1 auf Seite 9), obwohl ihr Marktanteil nur bei 34,9 Prozent lag.

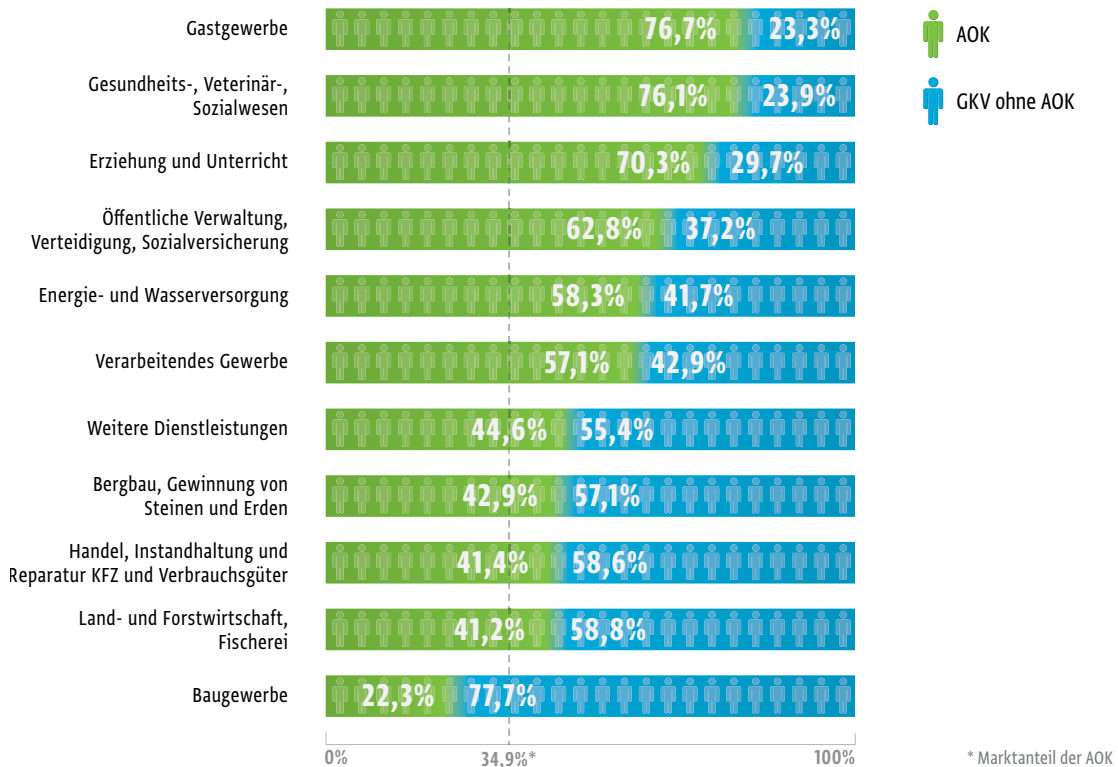


6.1 Ein Blick auf die Branchen

Ein interessantes Bild ergibt sich beim Vergleich von AOK und restlicher GKV, wenn man die Aktivitäten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung nach Branchen differenziert betrachtet. Dabei zeigt sich, dass in mehreren Wirtschaftszweigen, in denen die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2012 nur sehr wenig aktiv waren und weniger als fünf Prozent aller GKV-weit dokumentierten Projekte anboten, ein Großteil der realisierten Projekte von einer AOK durchgeführt wurde. An erster Stelle ist hier das Gastgewerbe zu nennen, eine Branche,

die hohe körperliche und psychische Anforderungen an die Beschäftigten stellt. In diesem Bereich wurden 2012 mehr als drei Viertel (76,7 Prozent) aller BGF-Projekte von einer AOK begleitet. Im Bereich Erziehung und Unterricht entfielen in diesem Jahr ebenfalls gut 70 Prozent der BGF-Aktivitäten auf die AOK. Auch bei BGF-Maßnahmen in Betrieben der Energie- und Wasserversorgung war die AOK an mehr als der Hälfte (58,3 Prozent) der Projekte beteiligt (Abbildung 7).

Abbildung 7: Leistungen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach Branchen



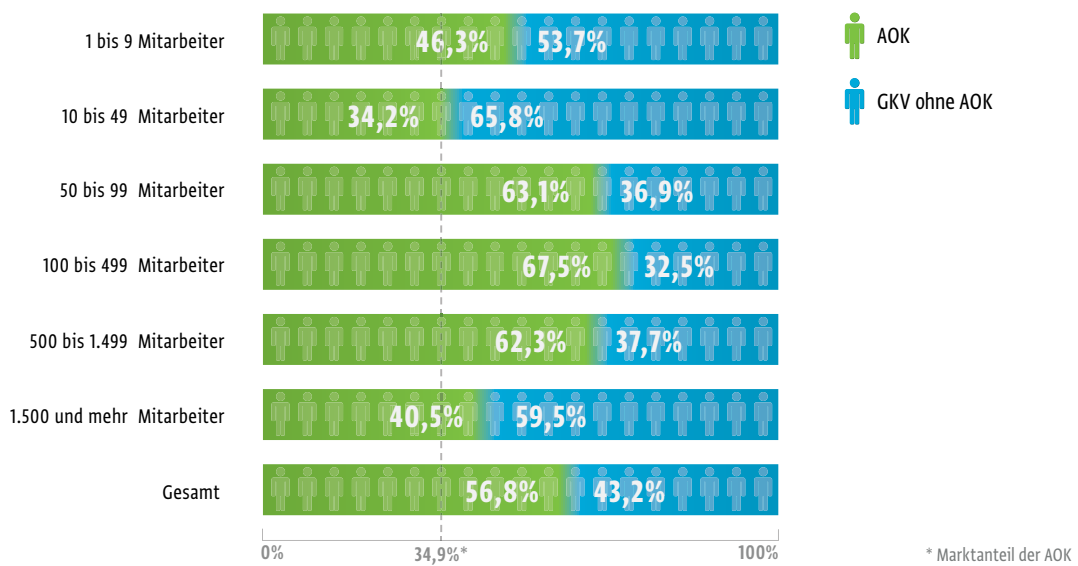
Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS

6.2 Unterstützung für kleine und mittlere Betriebe

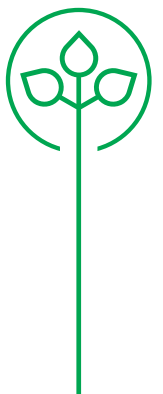
Die Betriebsgröße definiert sich über die Anzahl der Beschäftigten im Betrieb. Wie alle anderen Kassenarten waren 2012 auch die AOKs mit Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung am häufigsten in Betrieben mit einer Beschäftigtenzahl von 100 bis 499 Personen vertreten (48,2 Prozent aller AOK-Bögen). In dieser Teilgruppe erzielt die AOK auch den mit 67,5 % anteilig höchsten Wert (Abbildung 8). Fast ebenso hoch ist der Anteil der

AOK bei Projekten in kleineren Betrieben mit 50 bis 99 (63,1 Prozent) sowie in Großbetrieben mit 500 bis 1.499 Beschäftigten (62,3 Prozent). Erwähnenswert ist, dass auch in Kleinstbetrieben mit weniger als zehn Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern fast die Hälfte der im Jahr 2012 durchgeführten Projekte (46,3 Prozent) in Zusammenarbeit mit einer AOK realisiert wurden.

Abbildung 8: Leistungen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach Betriebsgrößen



Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS



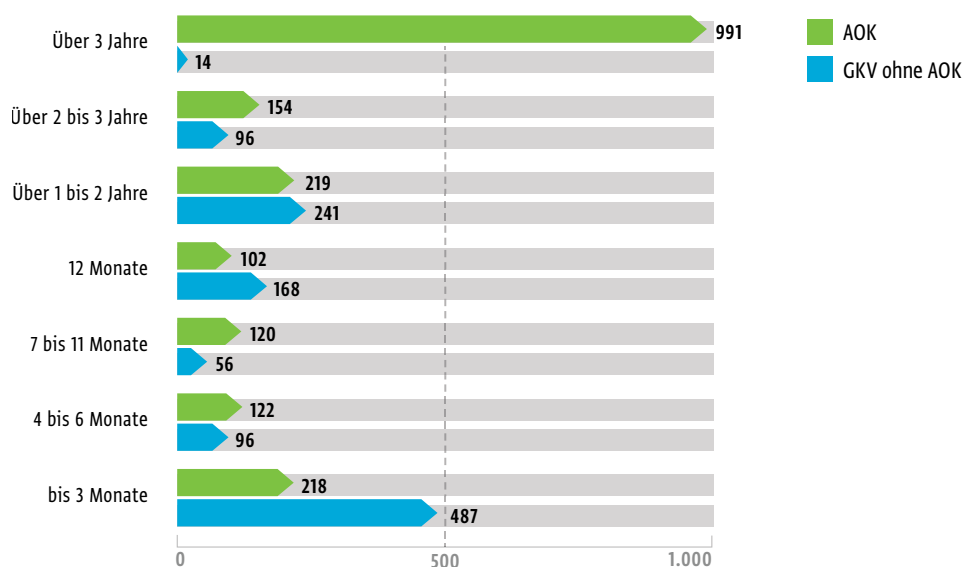
6.3 Langer Atem für nachhaltige Wirkung – Projektlaufzeit

Effektive Betriebliche Gesundheitsförderung setzt Nachhaltigkeit und damit Langfristigkeit voraus. Diese bildet die Grundlage dafür, dass sich Projektergebnisse verstetigen, erfolgreiche Aktivitäten fortgeführt werden und aufgebaute Strukturen sich etablieren können. Betrachtet man die Aktivitäten in der Betrieblichen Gesundheitsförderung hinsichtlich der dokumentierten Laufzeit der Projekte, ergibt sich für die AOK ein durchschnittlicher Wert von knapp 55 Monaten. Im Gesamtdurchschnitt der GKV beträgt die Projektdauer dagegen rund 39 Monate. Die Informationen zu den Laufzeiten der Aktivitäten stehen in den zugrunde liegenden Daten ausschließlich nach Kategorien gruppiert zur Verfügung (Abbildung 9). Eine weitere Differenzierung nach AOK und Rest-GKV ist an dieser Stelle nicht möglich, da die hierfür erforderlichen Rohdaten für die einzelnen Projekte nicht verfügbar

sind. Aus diesem Grund sind im Vergleichswert für die Gesamt-GKV die AOK-Werte enthalten. Da der Durchschnittswert für die AOKs aber deutlich höher liegt, ist davon auszugehen, dass die durchschnittliche Projektlaufzeit bei den anderen Kassenarten den Wert von knapp 39 Monaten noch unterschreitet.

Abbildung 9 veranschaulicht diesen Unterschied anhand einer differenzierteren Gruppierung der Projektlaufzeiten. Hier wird deutlich, dass sich ein großer Teil der AOK-Projekte zur Betrieblichen Gesundheitsförderung dadurch auszeichnet, dass sie auf Langfristigkeit ausgelegt sind: Für mehr als die Hälfte, nämlich 991 der insgesamt 1.926 AOK-Projekte ist eine Dauer von mehr als drei Jahren dokumentiert. In der restlichen GKV erreichen im Vergleich dazu nur 14 von insgesamt

Abbildung 9: Verteilung der Projekte in der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach Projektlaufzeit



Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS

1.158 dokumentierten Projekten eine ähnlich lange Laufzeit. Die anderen Kassen in der GKV legen ihren Schwerpunkt eher auf kurzfristige Projekte: Mit

insgesamt 487 Projekten sind sie in der Kategorie der kürzesten Projektlaufzeiten (bis zu drei Monaten) am stärksten vertreten.

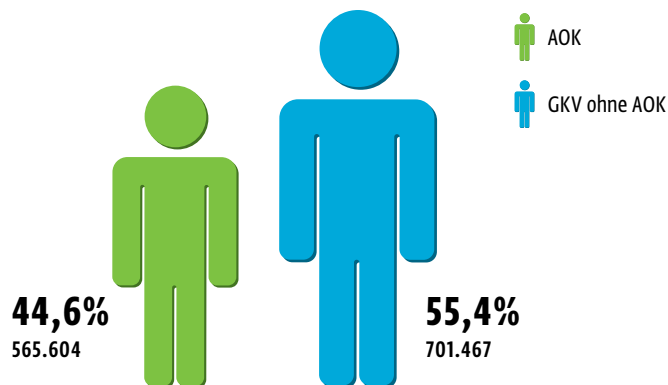
6.4 Viele Beschäftigte profitieren

Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung nehmen nicht nur Einfluss auf die direkt teilnehmenden Beschäftigten. Vielmehr geht ihre Wirkung durch die Weitergabe von Erfahrungen, die Schulung von Multiplikatoren oder auch die Veränderung von Verhältnissen in den Betrieben weit darüber hinaus. Ein gutes Beispiel hierfür sind die Gesundheitszirkel: Von der Umsetzung der im Zirkel entwickelten Vorschläge und Interventionen profitieren in der Regel alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des jeweiligen Arbeitsbereichs oder

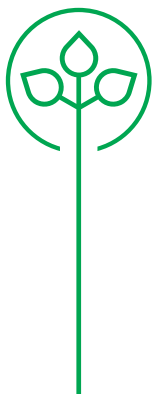
gar des gesamten Betriebs, auch wenn nur wenige Beschäftigte aktiv in die Zirkelarbeit eingebunden waren.

Von allen Beschäftigten, die im Jahr 2012 von Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung profitierten, wurden 44,6 Prozent im Rahmen von AOK-Projekten erreicht (Abbildung 10). Differenziert nach direkt und indirekt erreichten Personen bewegen sich die Anteile für die AOK in vergleichbarer Höhe (41,1 Prozent beziehungsweise 53,0 Prozent).

Abbildung 10: Anzahl der insgesamt erreichten Beschäftigten in der Betrieblichen Gesundheitsförderung



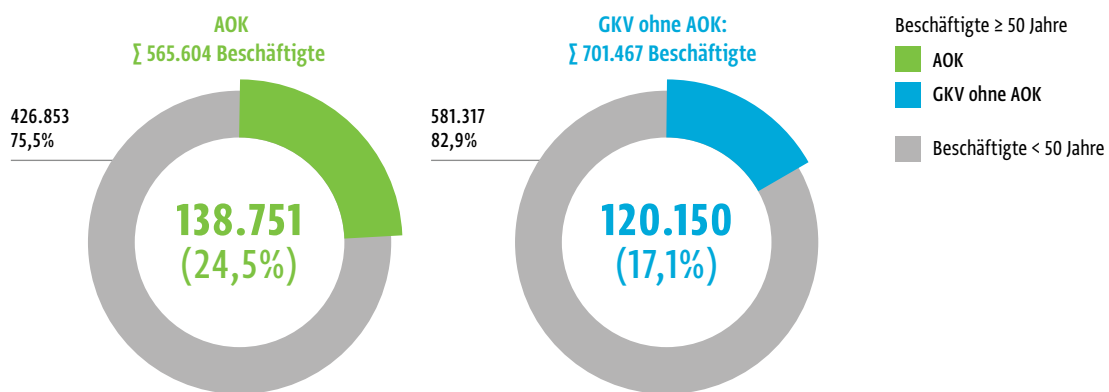
Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS



Aufgrund des demografischen Wandels werden zukünftig in vielen Betrieben ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer keine Minderheit mehr darstellen, sondern einen wesentlichen Teil der Belegschaft ausmachen [Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit 2013]. Angesichts der Herausforderung, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Belegschaft bis ins hohe Beschäftigtenalter zu erhalten, stellen sie im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung eine Zielgruppe von wachsender Bedeutung dar.

Die Leistungsdokumentation enthält auch Angaben über die Höhe des Anteils von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Alter von mindestens 50 Jahren, die durch Betriebliche Gesundheitsförderung erreicht werden konnten. Stellt man die entsprechenden Zahlen der AOK denen der restlichen GKV gegenüber, zeigt sich, dass knapp ein Viertel der durch BGF-Projekte der AOK erreichten Beschäftigten 50 Jahre oder älter waren. Die Gesundheitskasse erreichte damit einen um sieben Prozentpunkte höheren Anteil älterer Mitarbeiter als die restlichen GKV-Kassen mit ihren Aktivitäten (24,5 Prozent gegenüber 17,1 Prozent, Abbildung 11).

Abbildung 11: Insgesamt erreichte Beschäftigte in der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach Altersgruppen



6.5 Maßgeschneiderte Angebote

Rund die Hälfte der im Jahr 2012 in Zusammenarbeit mit den AOKs realisierten BGF-Projekte richteten sich an die gesamte Belegschaft (n = 1.347 von 2.528 gültigen Angaben; 53,3 Prozent). Die verbleibenden 1.181 Aktivitäten waren auf spezifische Zielgruppen zugeschnitten.

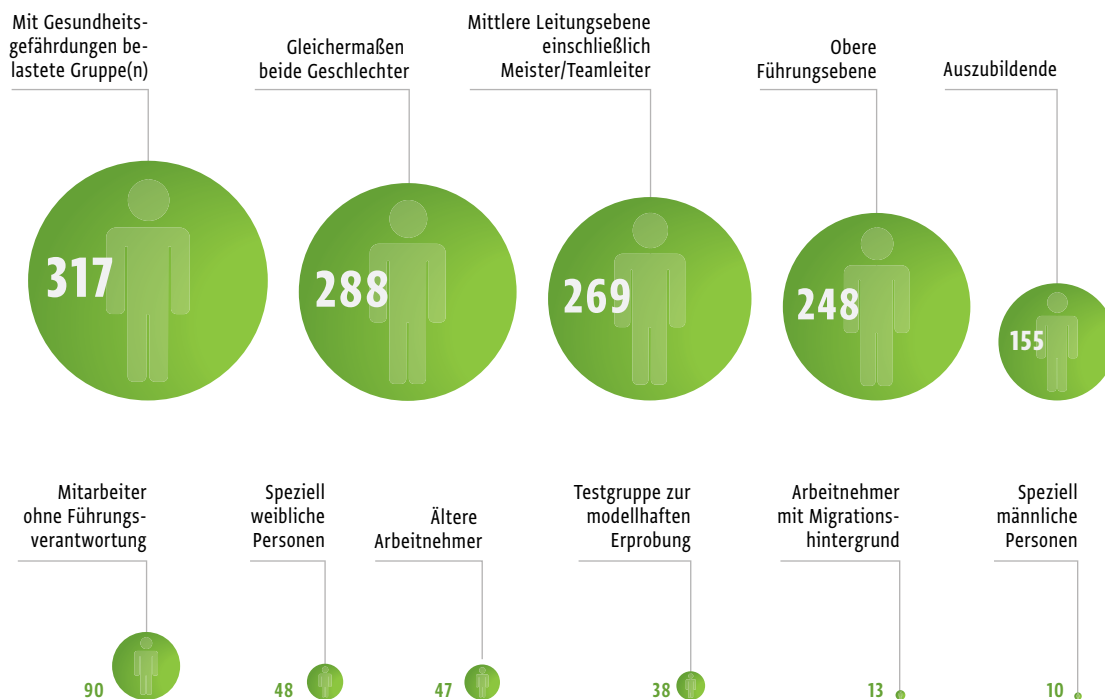
Anders als es die vorangegangene Abbildung zunächst vermuten lässt, zählen die älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aber nicht zu den fünf am häufigsten adressierten Zielgruppen (Abbildung 12). An der Spitze liegen – sowohl bei der AOK als auch GKV-weit – mit Gesundheitsgefährdungen belastete Gruppen. Diese wurden in 317 der insgesamt 1.181 Bögen zu zielgruppenspezifischen

BGF-Projekten der AOK als Zielgruppe der Maßnahmen angegeben.

Wie schon bei der Verteilung nach Branchen zeigt sich auch bei der Verteilung der BGF-Aktivitäten nach Zielgruppen, dass gerade bei nicht so häufig angesprochenen Zielgruppen AOK-Projekte einen Großteil der Angebote ausmachen. Besonders ausgeprägt ist dies bei Aktivitäten der Fall, die speziell auf Frauen zugeschnitten sind (87,3 Prozent) (Abbildung 13). Auch bei den Projekten für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit Migrationshintergrund entfällt mehr als die Hälfte (56,5 Prozent) auf Aktivitäten der AOKs.

Abbildung 12: Häufigkeitsverteilung der Leistungen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach Zielgruppen

Mehrfachnennungen möglich, n = 1.181



Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS

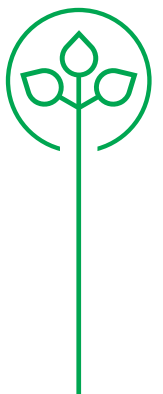
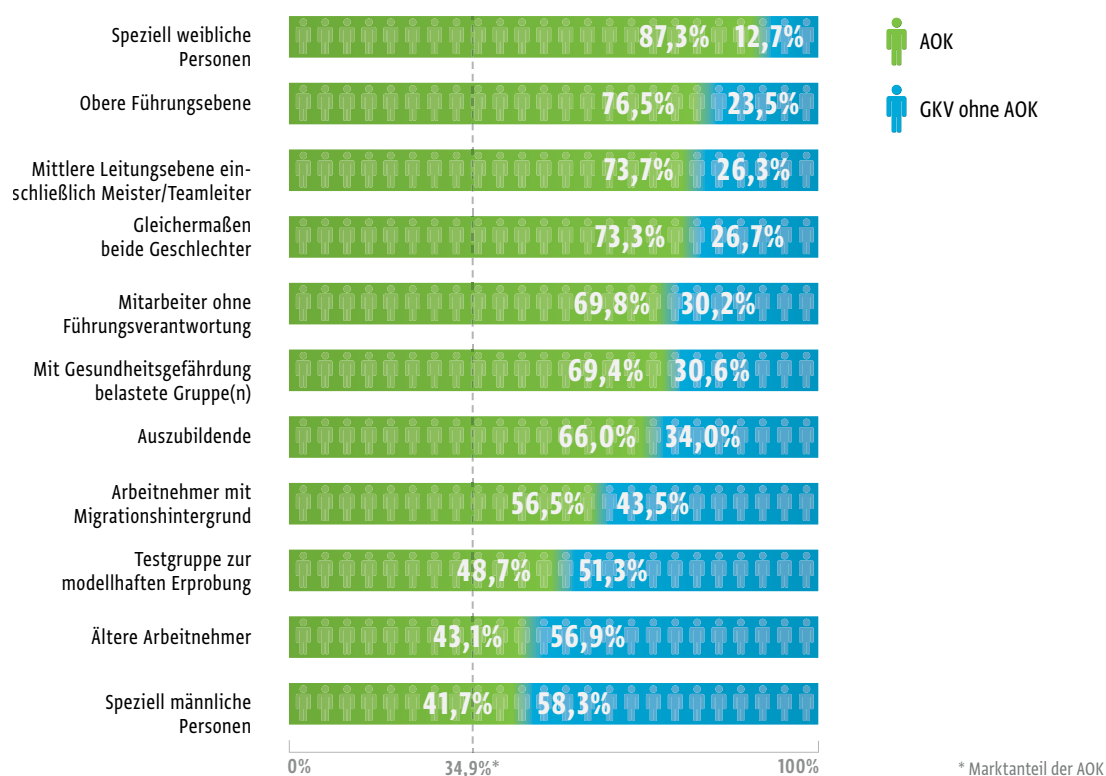


Abbildung 13: Aktivitäten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung nach Zielgruppen



Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS

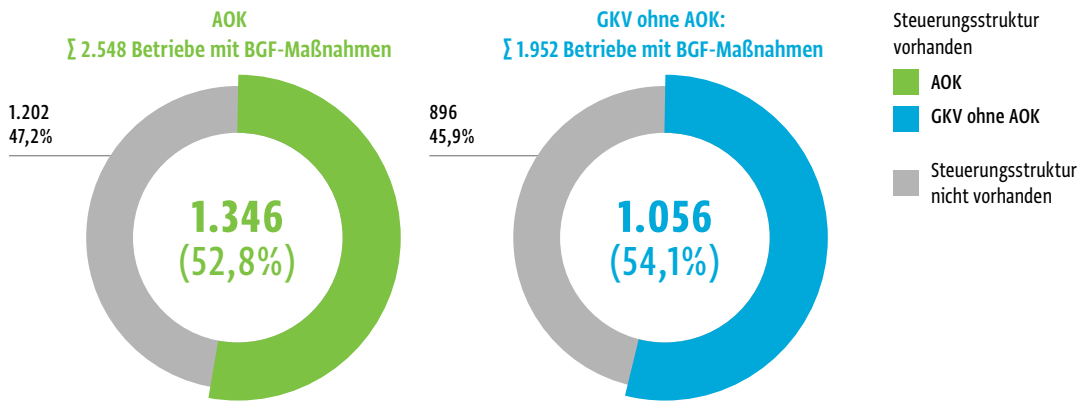
6.6 Wo Gesundheit Chefsache ist

Der Aufbau einer internen Steuerungsstruktur beziehungsweise die Einrichtung eines zentralen Gremiums, das die Aktivitäten in der Betrieblichen Gesundheitsförderung systematisch koordiniert, bildet eine der Grundlagen für Nachhaltigkeit und stellt damit ein wesentliches Qualitätskriterium dar. Hinsichtlich des Anteils an Betrieben, die über eine Steuerungsstruktur verfügen, gibt es zwischen BGF-Projekten mit AOK-Beteiligung und entsprechenden Aktivitäten der restlichen GKV kaum

nennenswerte Unterschiede - er beläuft sich jeweils in etwa auf die Hälfte, wobei der Wert für die übrige GKV geringfügig über dem für die AOK-Projekte liegt (54,1 Prozent beziehungsweise 52,8 Prozent).

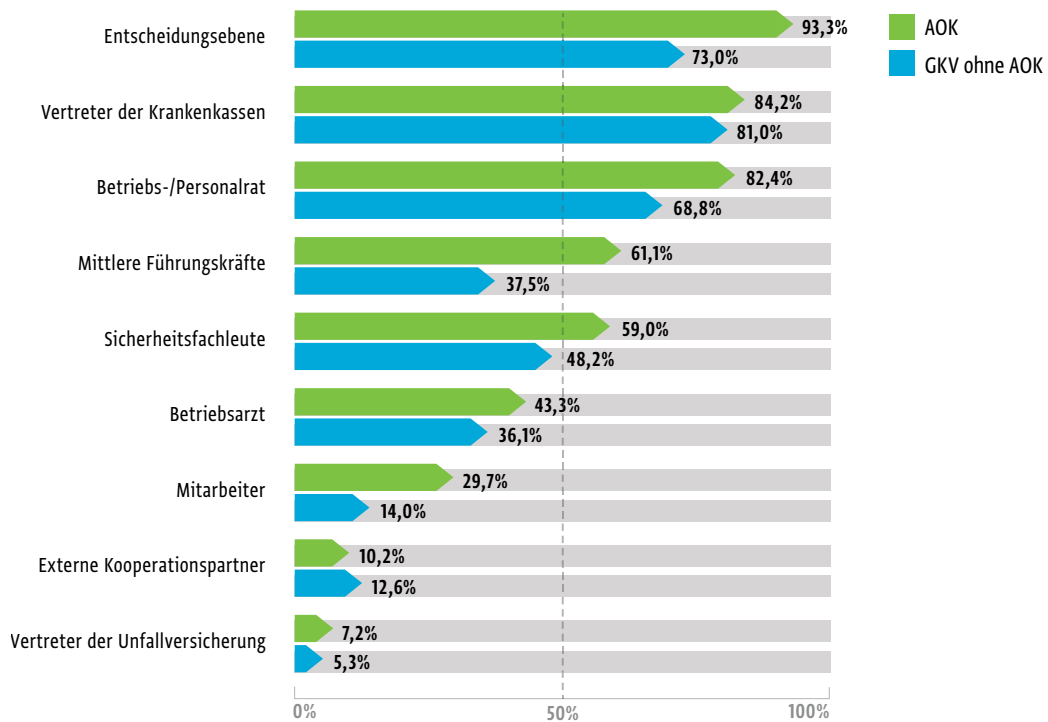
Deutliche Unterschiede gibt es jedoch bei der Zusammensetzung dieser Gremien. Wie Abbildung 15 zeigt, sitzen in 93,3 Prozent der von der AOK begleiteten Projekte die Entscheider mit am Tisch. Bei Projekten der restlichen GKV liegt dieser Anteil

Abbildung 14: Anteil der Betriebe mit BGF-Maßnahmen, in denen eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur vorhanden ist

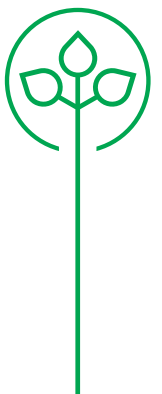


Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS

Abbildung 15: Häufigkeitsverteilung Vertreter im Steuerungsgremium



Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS



bei 73 Prozent. Gleichzeitig sind auch Angehörige des Betriebs- beziehungsweise Personalrats in den von der AOK betreuten Betrieben deutlich häufiger in den Steuerungsgremien vertreten (82,4 Prozent im Vergleich zu 68,8 Prozent). Vertreter der

projektbegleitenden Krankenkassen sind in den AOK-Projekten mit 84,2 Prozent am zweithäufigsten, in der übrigen GKV mit 81 Prozent am häufigsten in den Steuerungsgremien präsent.

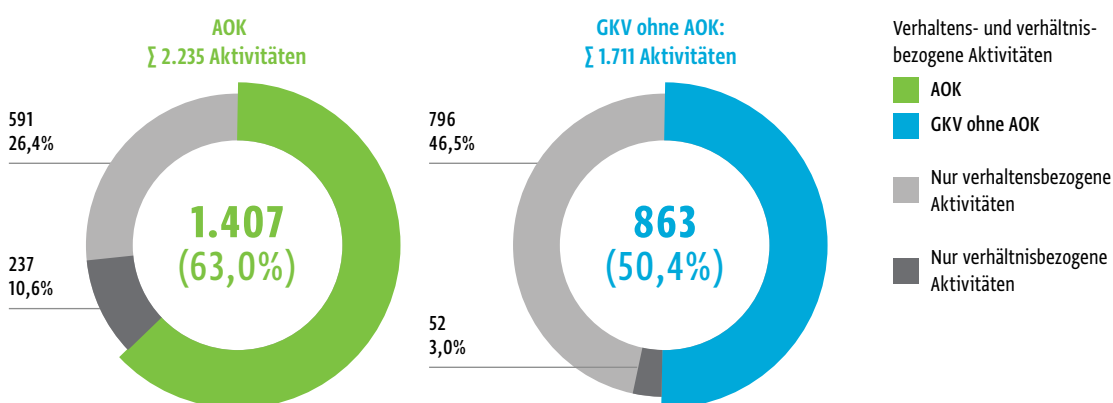
6.7 Erfolgsfaktor Ganzheitlichkeit

Qualitätsorientierte Betriebliche Gesundheitsförderung, verstanden als ein ganzheitlich angelegtes Konzept, beinhaltet immer sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Das heißt, sie setzt gleichermaßen beim Verhalten der Beschäftigten und bei den Bedingungen in der Arbeitsumgebung an.

Projekte, die 2012 in Zusammenarbeit mit der AOK realisiert wurden, erfüllten diesen Qualitätsanspruch deutlich häufiger als andere. Wie aus Abbildung 16 hervorgeht, umfassten 63,0 Prozent aller

dokumentierten AOK-Aktivitäten in der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Maßnahmen, während dies bei den übrigen Kassenarten in der GKV auf die Hälfte der Projekte (50,4 Prozent) zutraf. Auch der Anteil der verhältnisbezogenen Maßnahmen – von denen in der Regel alle Beschäftigten eines Betriebs beziehungsweise des jeweiligen Arbeitsbereichs profitieren – übersteigt bei den AOK-Projekten deutlich den bei der Rest-GKV für diese Kategorie ausgewiesenen Wert (10,6 Prozent versus 3,0 Prozent).

Abbildung 16: Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten



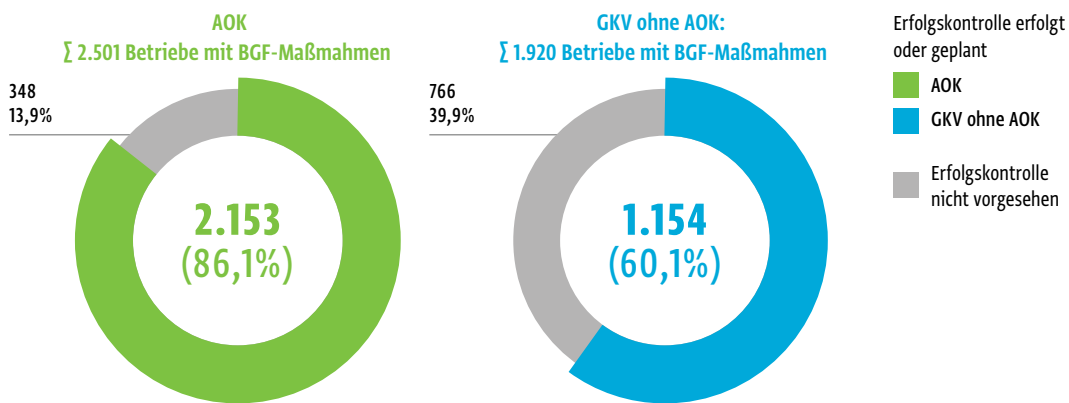
Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS

6.8 Umfangreiche Erfolgskontrollen

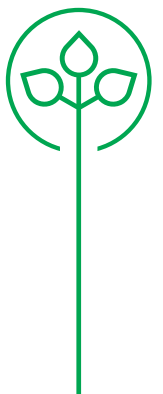
Neben der Ganzheitlichkeit der gesundheitsförderlichen Aktivitäten ist die Evaluation der BGF-Maßnahmen ein weiterer wichtiger Qualitätsaspekt. Der Aufbau der Betrieblichen Gesundheitsförderung sollte in Gestalt eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses erfolgen, bei dem durch regelmäßige Evaluation die Erfolge überprüft und Optimierungspotenziale auf dem Weg zur Zielerreichung identifiziert werden.

Stellt man die BGF-Projekte der AOK im Jahr 2012 den Aktivitäten der restlichen Kassenarten gegenüber (Abbildung 17), so ergibt sich ein bemerkenswerter Unterschied: Während bei mehr als acht von zehn Aktivitäten (86,1 Prozent) der AOK in der Betrieblichen Gesundheitsförderung Erfolgskontrollen durchgeführt oder zumindest geplant wurden, war dies nur bei sechs von zehn Projekten in der übrigen GKV der Fall (60,1 Prozent). Der Anteil der Betriebe, die auf eine Evaluation verzichten, ist dementsprechend mit rund 14 Prozent bei der AOK wesentlich geringer als bei den übrigen Kassenarten, wo er knapp 40 Prozent erreicht.

Abbildung 17: Durchführung einer Erfolgskontrolle



Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS



7. Leistungen nach dem individuellen Ansatz: Persönliche Präventionsangebote für gesundheitsbezogenes Verhalten

Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote des individuellen Ansatzes richten sich an die einzelnen Versicherten. Sie finden grundsätzlich als Kurse und Beratungen in Gruppen statt. Ihr Ziel ist es, die Versicherten bei einer gesundheitsrelevanten Verhaltensänderung zu unterstützen, indem die Möglichkeiten einer gesunden Lebensführung aufgezeigt und die für die Verhaltensänderung erforderlichen Kompetenzen vermittelt werden. Die Kurse sollen dazu befähigen, das gesundheitsförderliche Verhalten auch nach Ende des Kurses

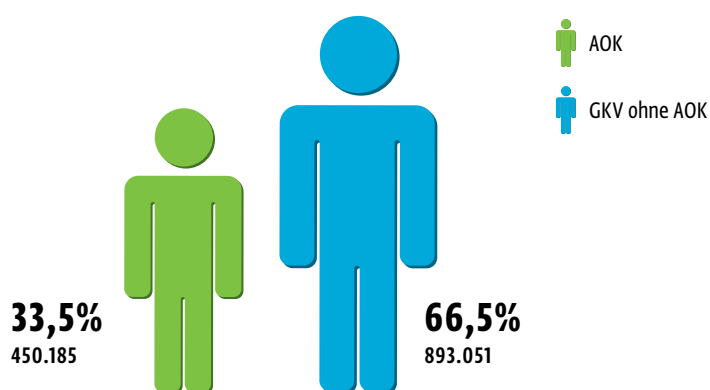
in den Alltag zu integrieren und so beizubehalten. Entsprechend den im „Leitfaden Prävention“ formulierten Grundsätzen werden primärpräventive Kurse in den vier Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum angeboten [GKV-Spitzenverband 2010]. Ein Kurs kann dabei durchaus mehrere Handlungsfelder miteinander kombinieren (zum Beispiel Bewegung und Ernährung). Für die Dokumentation wird dann das Thema angegeben, das den inhaltlichen Schwerpunkt innerhalb des Kurses bildete.

7.1 Kompetenzvorsprung beim Thema Ernährung

Wie aus Abbildung 18 hervorgeht, nahmen im Jahr 2012 mehr als 450.000 Versicherte an Präventionskursen der AOK teil. Die Summe der Ausgaben hierfür belief sich auf rund 62,6 Millionen Euro. Diese Werte entsprechen im anteiligen Vergleich zu den

übrigen Kassenarten mit 33,5 beziehungsweise 38,1 Prozent in etwa dem Anteil der AOK-Versicherten an der Gesamtzahl aller gesetzlich Krankenversicherten im Jahr 2012 (34,9 Prozent).

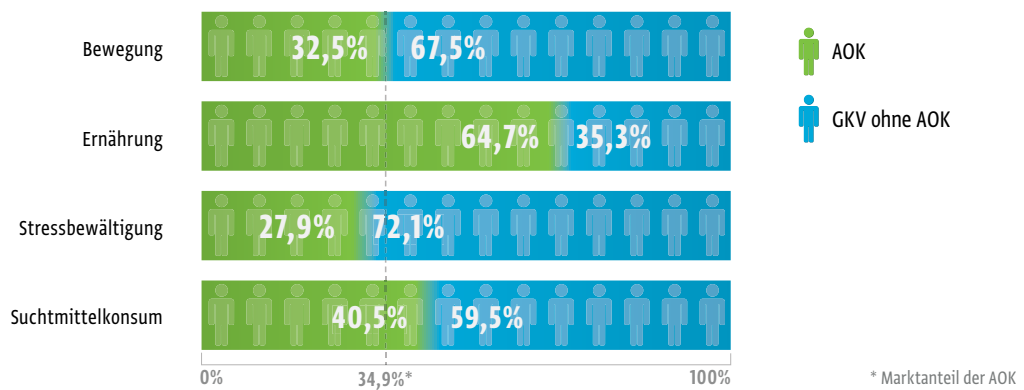
Abbildung 18: Anzahl direkt erreichter Personen (Kursteilnehmer); individueller Ansatz



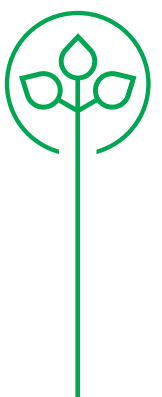
Besonders stark ist die AOK offenkundig im Themenbereich „Ernährung“ aufgestellt: Differenziert man die Verteilung der Anteile bei den Kursteilnahmen nach Art des Handlungsfeldes, zeigt sich, dass die AOK hier mit einem Anteil von fast zwei Dritteln (64,7 Prozent) wesentlich stärker vertreten ist als beispielsweise auf dem Gebiet der Stressbewältigung (27,9 Prozent) oder der Bewegung (40,5 Prozent) sowie in der Gesamtbetrachtung. Auffallend ist, dass die Nachfrage nach Ernährungskursen

dem Präventionsbericht 2012 zufolge insgesamt eher gering ausfällt: Während Angebote mit dem Schwerpunkt Ernährung GKV-übergreifend mit insgesamt rund 6 Prozent vertreten waren, lagen die Werte für die Bereiche Bewegung (69 Prozent bis 73 Prozent) und Stressmanagement (20 Prozent bis 24 Prozent) deutlich darüber [Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, GKV-Spitzenverband 2013].

Abbildung 19: Kursteilnahmen nach Handlungsfeldern; individueller Ansatz



Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS; BMG

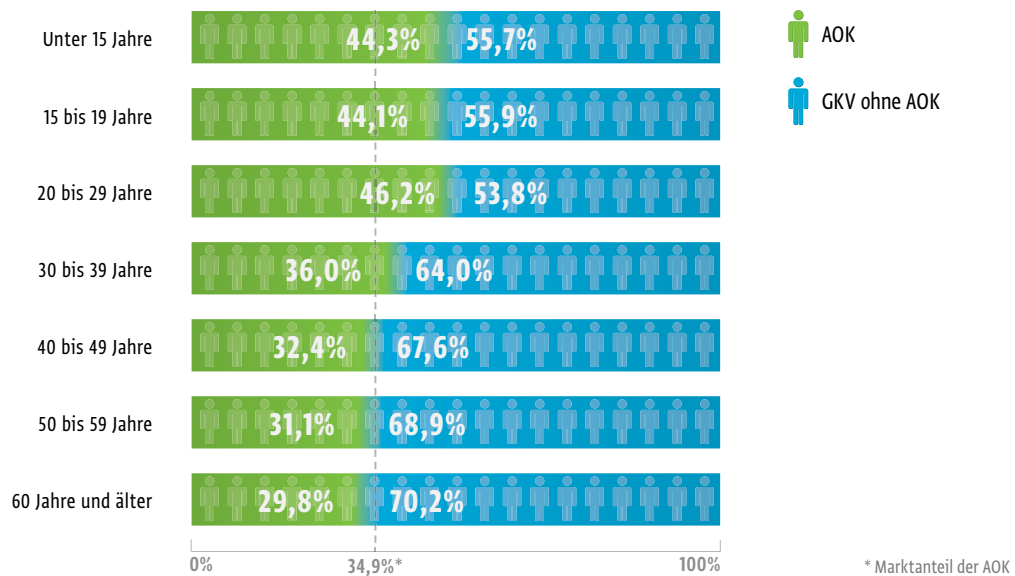


7.2 AOK-Kurse sprechen junge Versicherte an

Eine weitere Besonderheit zeigt sich im Hinblick auf das Alter der Kursteilnehmer: In der GKV-weiten Betrachtung im Präventionsbericht 2012 ist die Altersgruppe der jüngeren Versicherten (bis 29 Jahre) mit einem Teilnehmeranteil von gerade einmal zwei Prozent bei der Nutzung primärpräventiver Kursangebote deutlich unterproportional vertreten [Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, GKV-Spitzenverband 2013],

wenn man berücksichtigt, dass dieser Altersgruppe immerhin 13 Prozent aller gesetzlich Krankenversicherten angehören. Eine Ausnahme bilden hier die AOK-Versicherten: Sie sind gerade in den jüngeren Altersgruppen mit Anteilen zwischen 44,1 Prozent und 55,7 Prozent aller Kursteilnehmer deutlich stärker vertreten als in den anderen Altersgruppen (Abbildung 18, Abbildung 20).

Abbildung 20: Kursteilnahmen nach Altersgruppen; individueller Ansatz



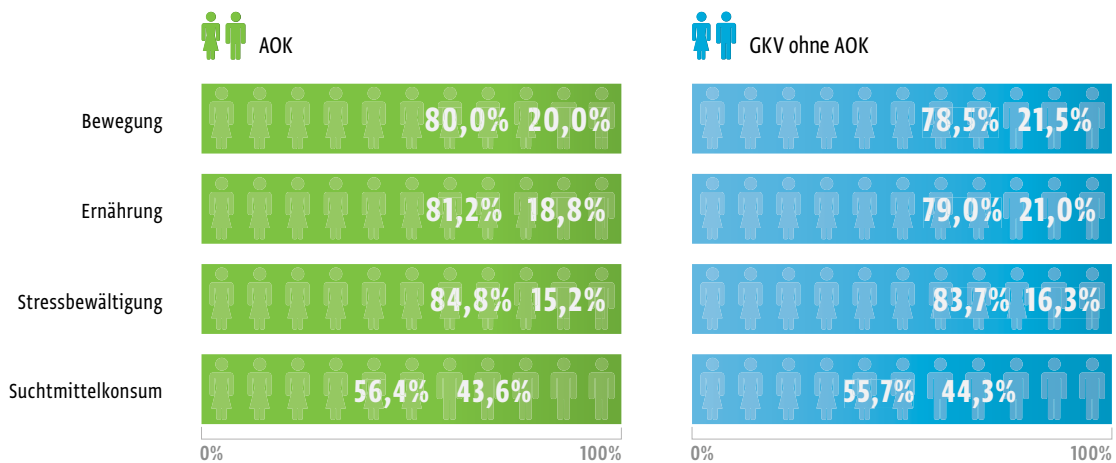
Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS; BMG

7.3 Vor allem Frauen nutzen individuelle Prävention

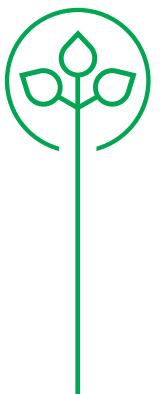
Hinsichtlich der Anteilsverteilungen für die Teilnahme an Präventionskursen nach Handlungsfeldern und Geschlecht (Abbildung 21) ergeben sich keine nennenswerten Unterschiede im Vergleich der AOK mit der übrigen GKV. Hier wie dort werden die Angebote zur individuellen Prävention in erster Linie von weiblichen Versicherten genutzt.

Der Anteil weiblicher AOK-Versicherter unter den Kursteilnehmern ist in etwa ebenso hoch wie der bei den anderen Kassenarten zusammen und überwiegt mit Werten zwischen 56,4 Prozent (Handlungsfeld Suchtmittelkonsum) und 84,8 Prozent (Handlungsfeld Bewegung) in allen vier Handlungsfeldern den Anteil männlicher Versicherter.

Abbildung 21: Teilnahme an Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Geschlecht; individueller Ansatz



Quelle: IGES nach AOK-Bundesverband; GKV-Spitzenverband; MDS



● Literatur

Adair LS (2008). Child and adolescent obesity: epidemiology and developmental perspectives. *Physiology & Behavior*, 94, 1, 8-16.

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) (2013). S2-Leitlinie für Diagnostik, Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 2013. Download unter: http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA_S2_Leitlinie.pdf (letzter Zugriff 08.01.2014).

Bayer O et al. (2009). Short- and mid-term effects of a setting based prevention program to reduce obesity risk factors in children: A cluster-randomized trial. *Clinical Nutrition*, 28, 122-128.

Blüher S et al. (2013). Body Mass Index, Waist Circumference, and Waist-to-Height-Ratio as Predictors of Cardiometabolic Risk in Childhood Obesity Depending on Pubertal Development. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 98, 8, 3384-3393.

Braun B (2007). Eine Bilanz der Interventionsstudien zum Übergewicht: Mehr Bescheidenheit in der Zielsetzung wäre angeraten. *Gesundheitsmonitor, Sonderausgabe*. Gütersloh, Bertelsmann Stiftung.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.) (2013). Berufe im Demografischen Wandel. Alterungstrends und Fachkräfteangebot. Dortmund, Berlin. Download unter: http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/berufe-im-demografischen-wandel.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 03.01.2014)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2010). Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Download unter: www.gesundheitsziele.de (letzter Zugriff: 09.01.2014).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2013). Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mit-versicherte Angehörige und Krankenstand. Monatswerte Januar bis Dezember 2012. Download unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Januar_Dezember_2012.pdf (letzter Zugriff: 19.12.2013).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) (2007). Leistungen und Bedarf von KiTas für Prävention und Gesundheitsförderung: Ergebnisse der bundesweiten Pilotstudie. Köln, Hamburg. Download unter: <http://www.uke.de/extern/qip/unterseiten/service-zusatz/download-zusatz/Bericht%20Experten%20Kita.pdf> (letzter Zugriff: 09.01.2014).

Czerwinski-Mast M et al. (2003). Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS). Konzept und erste Ergebnisse der Vierjahres-Nachuntersuchungen. *Bundesgesundheitsblatt*, 46, 727-731.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) (2012). Werden wir immer dicker? Übergewicht in Deutschland. Presseinformation. Download unter: <http://www.dge.de/pdf/presse/2013/DGE-Presse-meldung-aktuell-03-2013-Uebergewicht-EB.pdf> (letzter Zugriff: 08.12.2014).

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2009). Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention). Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 85. Köln.

Dietz WH (1994). Critical periods in childhood for the development of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 59, 955-959.

Europäische Kommission (Hrsg.) (2007). Weißbuch Ernährung, Übergewicht, Adipositas: Eine Strategie für Europa. Brüssel. Download unter: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_de.pdf (letzter Zugriff: 7.2.2014).

Fröschl B, Haas S, Wirl C (2009). Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhaltens- und Verhältnisprävention). Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Köln. Download unter: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta242_bericht_de.pdf (letzter Zugriff: 14.01.2014).

- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2010). Leitfaden Prävention. Berlin. Download unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbst-hilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp (letzter Zugriff: 20.12.2013).
- Goldapp C et al. (2011). Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Ein BZgA-geleiteter Expertenkonsens. Bundesgesundheitsblatt, 54, 295-303.
- Kalra G et al. (2012). Psychological issues in pediatric obesity. *Industrial Psychiatry Journal*, 21, 1, 11-17.
- Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2010). Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, 53, 643-652.
- Latzer Y, Stein D (2013). A review of the psychological and familial perspectives of childhood obesity. *Journal of Eating Disorders*, 1:7.
- Lawlor DA, Chaturvedi N (2006). Treatment and prevention of obesity - are there critical periods for intervention? *International Journal of Epidemiology*, 35, 3-9.
- Mata J, Munsch S (2011). Adipositas von Kindern und Jugendlichen. Ursachen und Therapie aus psychologischer Sicht. Bundesgesundheitsblatt, 54, 548-554.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2013): Präventionsbericht 2013. Essen, Berlin.
- Müller MJ, Lange D, Landsberg B (2010). Soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. *Ernährungs Umschau* 2/10, 78-83.
- Pulgarón ER (2013). Childhood Obesity: A Review of Increased Risk for Physical and Psychological Comorbidities. *Clinical Therapeutics*, 35, 1, A18-A32.
- Reilly JJ et al. (2003). Health consequences of obesity. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 748-752.
- Robert Koch-Institut (RKI), Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) (2012). Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, Lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- SGB (Sozialgesetzbuch) V Paragraf 20a, online einsehbar unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de> (letzter Zugriff: 03.01.2014)
- Singh AS et al. (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity reviews*, 9, 474-488.
- Statistisches Bundesamt (2012). Fortschreibung des Bevölkerungsstandes Deutschland. Anzahl nach Altersjahren. Stand 31.12.2011. Wiesbaden.
- Stiftung Kindergesundheit, AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2013). TigerKids - Kindergarten aktiv. Projektbericht 2006-2012. München, Berlin.
- Waters E et al. (2011). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Download unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

