

Präventionsgesetz: Möglichkeiten zur Förderung des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Dr. Thomas Suermann

Betriebliches Gesundheitsmanagement

- Einführung, Demographie, Gesundheitszustand
- Prävention allgemein
- Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- „Was hab ich davon“

- Projekt der Gesundheitsregion Göttingen

Die ältere Generation

Kerndaten Dtschl. 2000 und 2050

Bevölkerungsentwicklung	2000 absolut (Bevölkerungsanteil)	2050 absolut (Bevölkerungsanteil)	Veränderung 2000 bis 2050 in %
Bevölkerung in Mio.	82,3 Mio.	68,8 Mio.	- 16,4 %
Bevölkerung > 65 Jahre	13,7 Mio. (16,6 %)	22,9 Mio. (33,3 %)	+ 67,2 %
Bevölkerung > 80 Jahre	3,1 Mio. (3,8 %)	10,0 Mio. (14,6 %)	+ 222,6 %
Bevölkerung im Erwerbsalter (20 – 64 J.)	51,2 Mio. (62,2 %)	35,5 Mio. (51,7 %)	- 30,7 %
Altenquotient (>65 Jährige je 100 Personen im Erwerbsalter)	26,8	64,3	+ 139,9 %
Bevölkerung < 20 Jahre	17,4 Mio. (21,1 %)	10,4 Mio. (15,1 %)	- 40,0 %

*Beske , Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF),
2007*

Die ältere Generation

Kerndaten Dtschl. 2000 und 2050

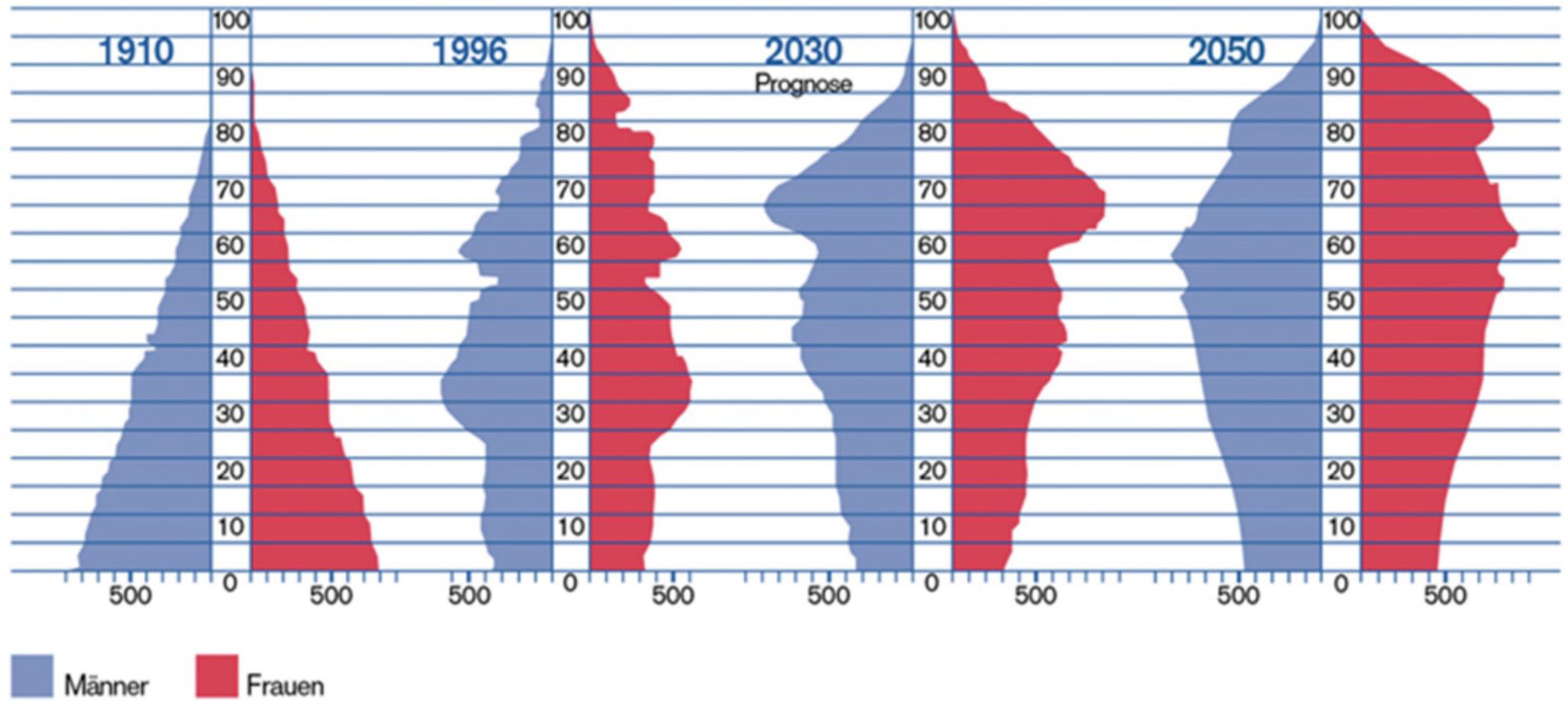
Bevölkerungsentwicklung	2000 absolut (Bevölkerungsanteil)	2050 absolut (Bevölkerungsanteil)	Veränderung 2000 bis 2050 in %
Bevölkerung in Mio.	82,3 Mio.	68,8 Mio.	- 16,4 %
Bevölkerung > 65 Jahre	13,7 Mio. (16,6 %)	22,9 Mio. (33,3 %)	+ 67,2 %
Bevölkerung > 80 Jahre	3,1 Mio. (3,8 %)	10,0 Mio. (14,6 %)	+ 222,6 %
Bevölkerung im Erwerbsalter (20 – 64 J.)	51,2 Mio. (62,2 %)	35,5 Mio. (51,7 %)	- 30,7 %
Altenquotient (>65 Jährige je 100 Personen im Erwerbsalter)	26,8	64,3	+ 139,9 %
Bevölkerung < 20 Jahre	17,4 Mio. (21,1 %)	10,4 Mio. (15,1 %)	- 40,0 %

*Beske , Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF),
2007*

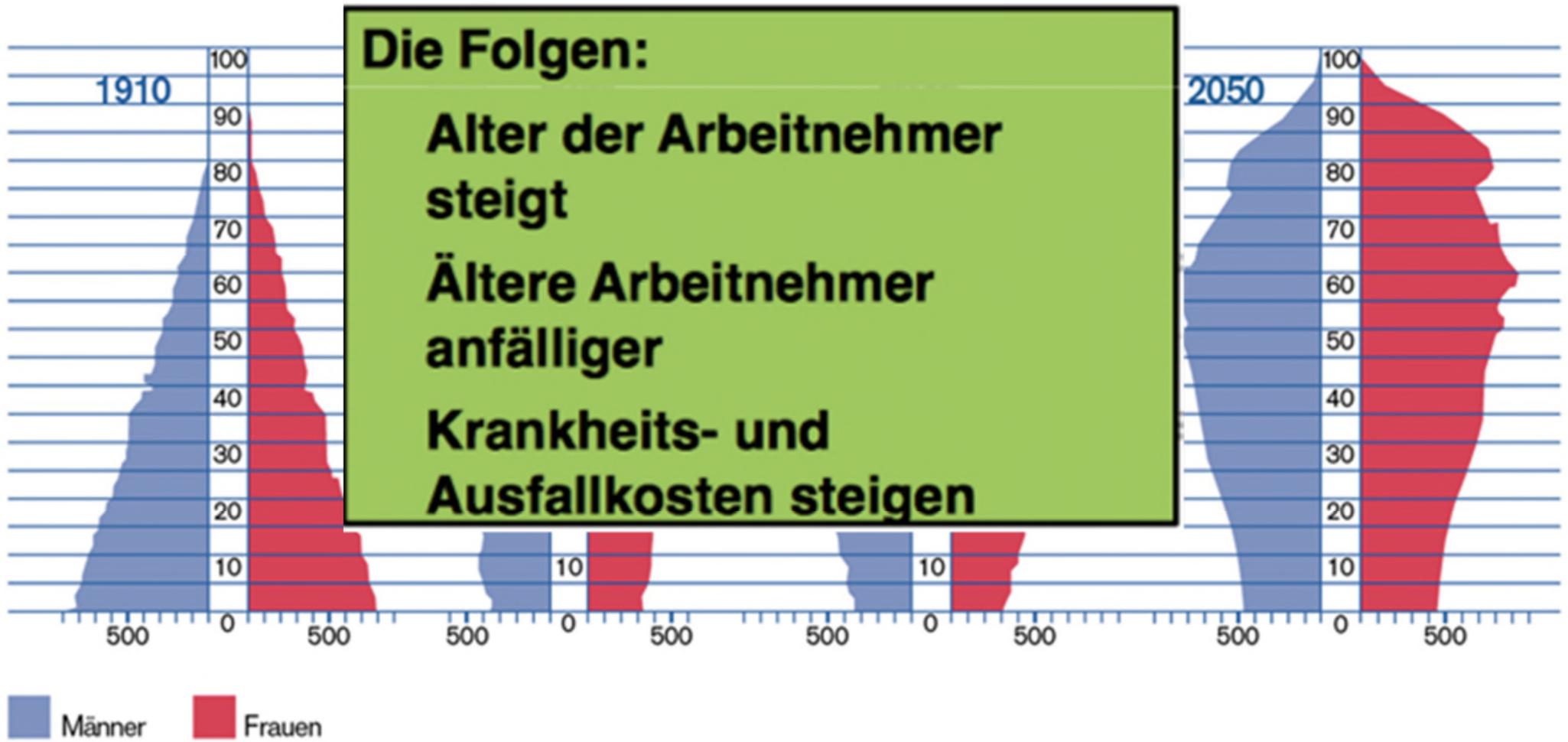
Demographische Veränderungen – Auswirkungen auf die Betriebe

- Der Anteil der über 50-jährigen Erwerbstätigen wird von heute 23% auf 33% im Jahr 2015 ansteigen.
- Gleichzeitig wird die Altersgruppe der 20- bis 29-jährigen auf einen Anteil von 20% der Erwerbstätigen absinken

Altersstruktur der Bevölkerung (in Tausender-Angaben)



Altersstruktur der Bevölkerung (in Tausender-Angaben)



1. Botschaft

Die deutsche Gesellschaft wird älter

Gesundheitszustand

10% bedingt durch kurative Medizin
28% Vererbung
62% Lebensstil
(Ernährung, Bewegung, Genussgifte, Stress)

Wallner SJ, Bahadori B, Steinberger I, Lahousen T, Krejs GJ.
Adipositas therapie: Nahrung als Intervention.
J Ernährungsmed 2001;4:11-6

Gesundheitszustand

10% bedingt durch kurative Medizin

28% Vererbung

62% Lebensstil

(Ernährung, Bewegung, Genussgifte, Stress)

Wallner SJ, Bahadori B, Steinberger I, Lahousen T, Krejs GJ.
Adipositas therapie: Nahrung als Intervention.
J Ernährungsmed 2001;4:11-6

Die Deutschen verhalten sich ungesund – über 50% der Bevölkerung sind übergewichtig

Status Quo Gesundheitsverhalten



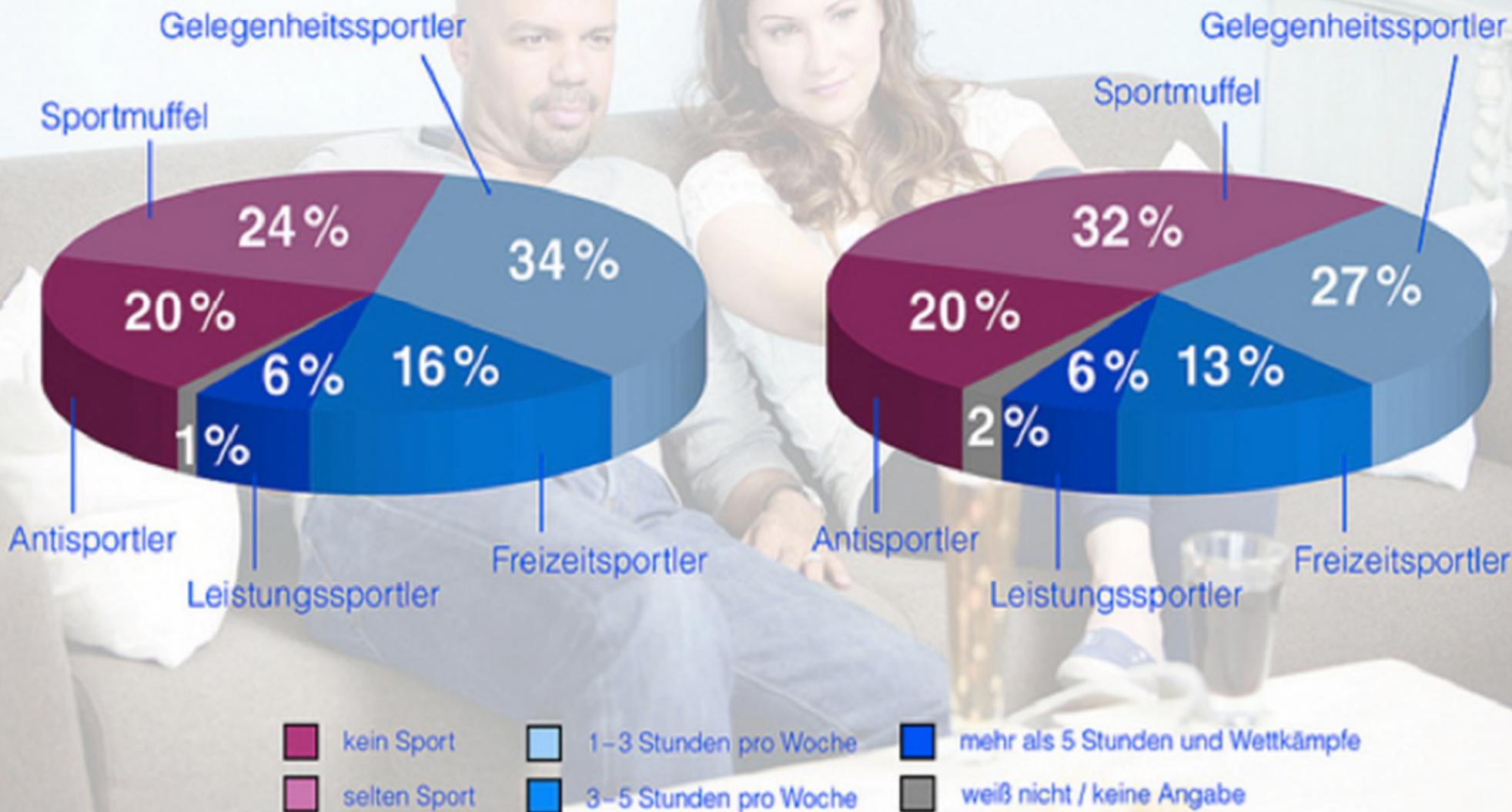
1) Ergebnisse der Marktforschung stimmen mit Ergebnissen des Mikrozensus 2005 überein, andere Studien z.T. mit höheren Werten BMI > 25: 60-70%; BMI > 30 bis zu 20%

Quelle Roland Berger-Marktforschung 2009; BzgA; Pressemitteilung des Statistischen Bundesamts Deutschland vom 2.6.2010,

Verteilung nach Typ

2007

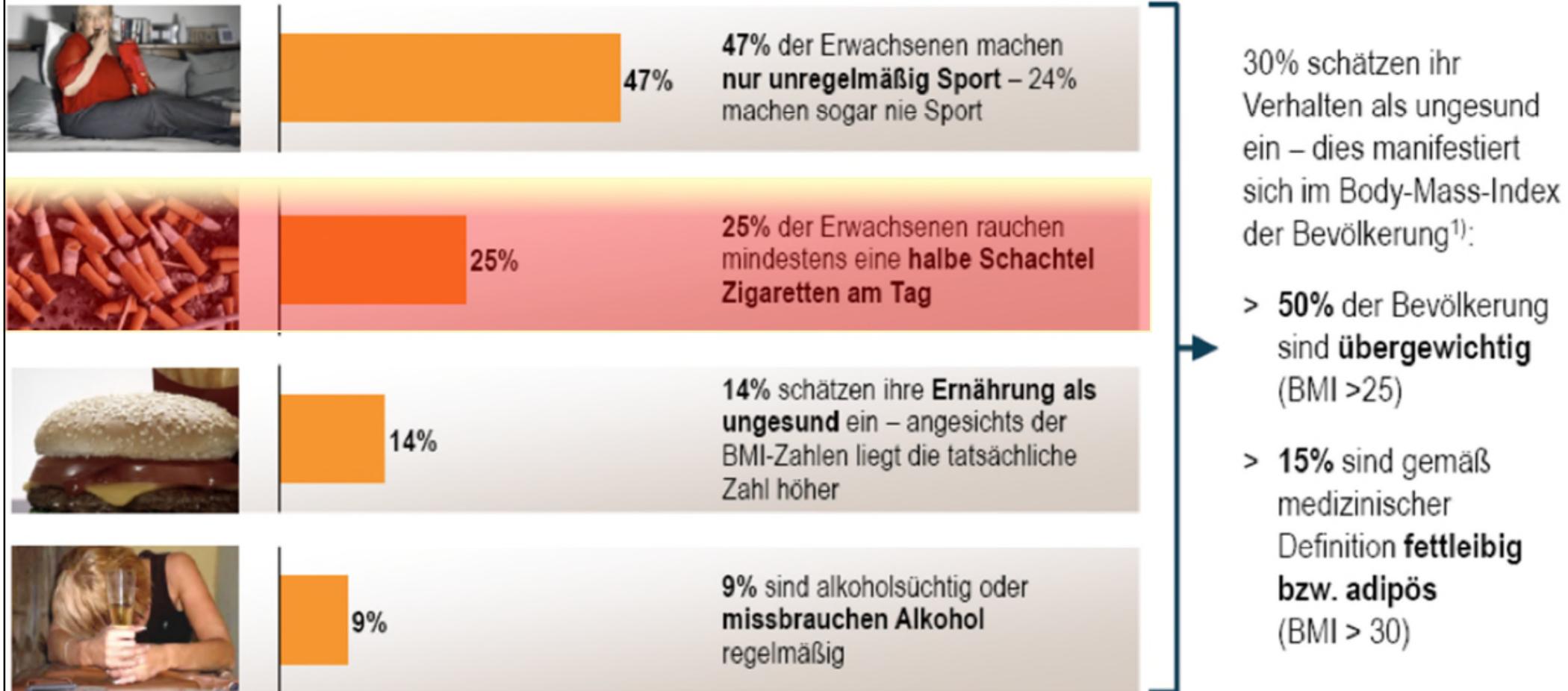
2013



Grafik/Quelle: Bewegungsstudie der Techniker Krankenkasse 2013

Die Deutschen verhalten sich ungesund – über 50% der Bevölkerung sind übergewichtig

Status Quo Gesundheitsverhalten



1) Ergebnisse der Marktforschung stimmen mit Ergebnissen des Mikrozensus 2005 überein, andere Studien z.T. mit höheren Werten BMI > 25: 60-70%; BMI > 30 bis zu 20%

Quelle Roland Berger-Marktforschung 2009; BzgA; Pressemitteilung des Statistischen Bundesamts Deutschland vom 2.6.2010,

Die Deutschen verhalten sich ungesund – über 50% der Bevölkerung sind übergewichtig

Status Quo Gesundheitsverhalten



1) Ergebnisse der Marktforschung stimmen mit Ergebnissen des Mikrozensus 2005 überein, andere Studien z.T. mit höheren Werten BMI > 25: 60-70%; BMI > 30 bis zu 20%

Quelle Roland Berger-Marktforschung 2009; BzgA; Pressemitteilung des Statistischen Bundesamts Deutschland vom 2.6.2010,

„Ein Land trägt XXL“

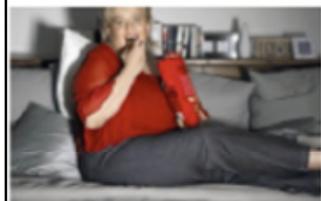
GT 15.6.2012: „Jeder zweite Deutsche ist zu dick“

- 23,3 % der Männer und 23,9% der Frauen leiden unter Adipositas.
- 67,1% der Männer und 53% der Frauen sind übergewichtig.
- **51,7% der Männer und 49,5% der Frauen sind wenigstens 1x/Woche sportlich aktiv, aber nur ein Viertel der Männer und ein Sechstel der Frauen erreichen die von der WHO geforderten 2,5 Stunden pro Woche.**

2. großer Gesundheitssurvey des RKI 2012

Die Deutschen verhalten sich ungesund – über 50% der Bevölkerung sind übergewichtig

Status Quo Gesundheitsverhalten



30% schätzen ihr Verhalten als ungesund ein – dies manifestiert sich im Body-Mass-Index der Bevölkerung¹⁾:

> **50%** der Bevölkerung sind **übergewichtig** (BMI >25)

> **15%** sind gemäß medizinischer Definition **fettleibig bzw. adipös** (BMI > 30)

1) Ergebnisse der Marktforschung stimmen mit Ergebnissen des Mikrozensus 2005 überein, andere Studien z.T. mit höheren Werten BMI > 25: 60-70%; BMI > 30 bis zu 20%

Quelle Roland Berger-Marktforschung 2009; BzgA; Pressemitteilung des Statistischen Bundesamts Deutschland vom 2.6.2010,

Chronische Krankheiten

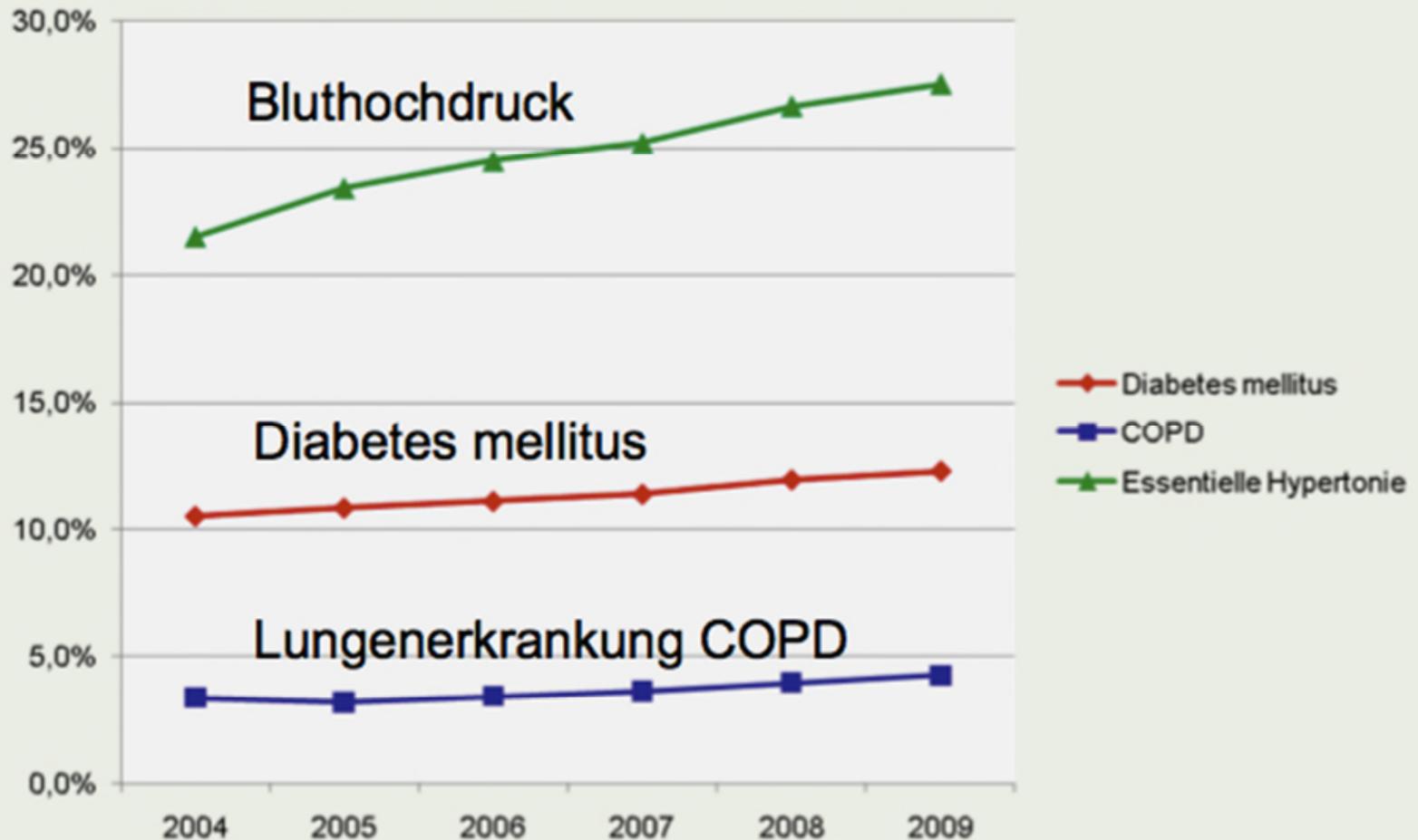
- Zwischen 1985 und 2005 Verdopplung der Prävalenz von chronischen Krankheiten
- Im gleichen Zeitraum Verdreifachung des Anteils von Pat. mit > 4 chron. Krankheiten
- Höhere Multimorbidität mit steigendem Alter, bei Frauen und bei niedrigem sozial-ökonomischen Status.

Uijen & v.d. Lisdonk(2008) Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. Eur J Gen Pract 14(1):28–32

Die Zahl chronisch Kranker steigt

Beispiele: Hypertonie, Diab.mell., COPD

Prävalenzen häufiger chronischer Krankheiten steigen



Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK – WidO 2010

Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen



Anteil fettleibiger Kinder



Fünffähriger aus Leipzig weltweit jüngster Altersdiabetiker

Experte schlägt Alarm: Zahl zuckerkranker Kinder nimmt in Sachsen dramatisch zu

LVZ 10.5.2004

Lissau I et al., Arch Pediatr Adolesc Med 2004(158):27-33.

**In USA neu diagnostizierte Diabetiker:
bis zu 45% in der Regel adipöse Kinder und Jugendliche
(Fagot-Campagna, 2001 #3162)**

Stressreport Deutschland 2012

(Bundesinstitut für Berufsbildung, Bundesanstalt
für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin)

„Bereits 41% der Frühberentungen haben psychische Ursachen. Die Betroffenen sind im Durchschnitt erst 48 Jahre alt.“

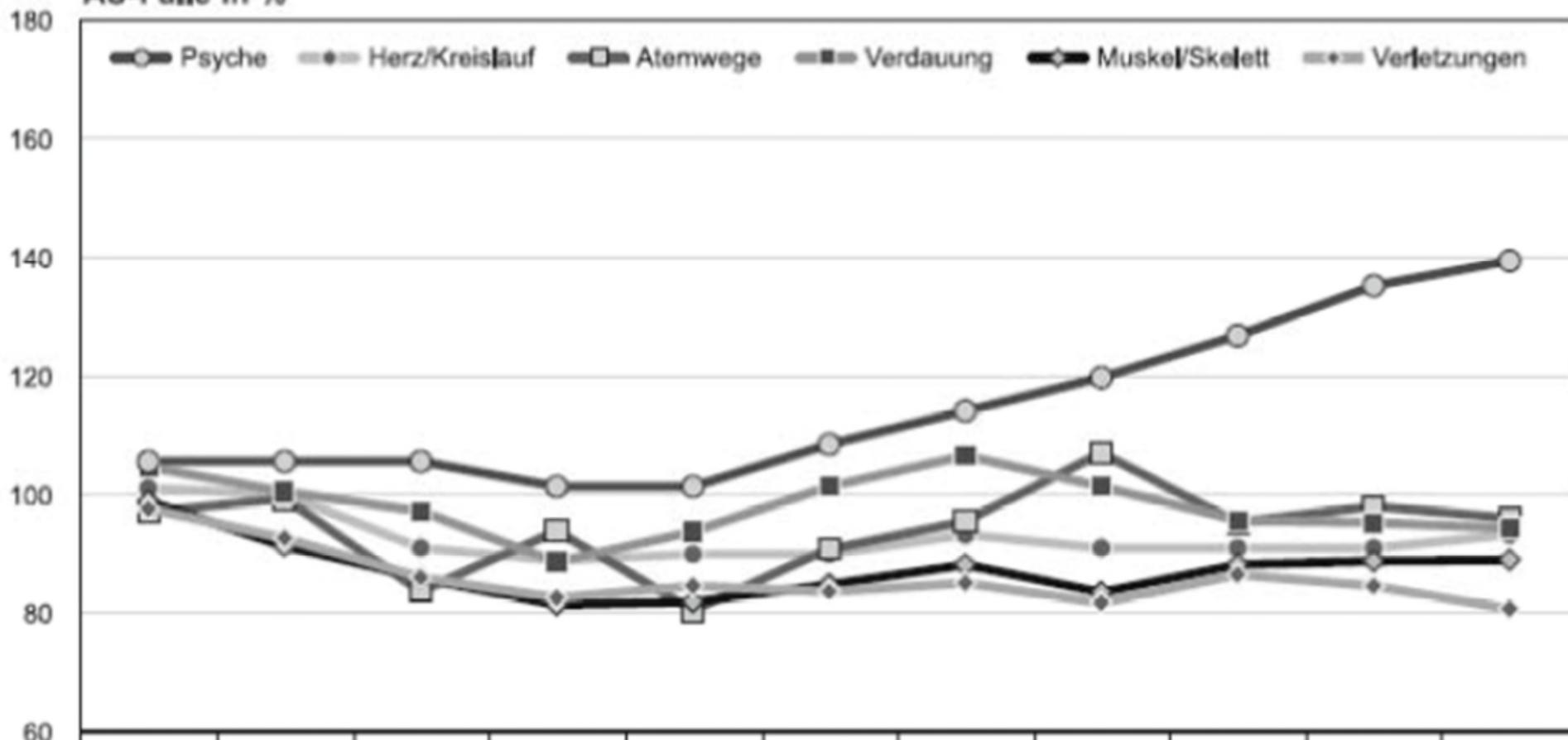
Fehltage

BKK Bundesverband 2011

- Muskel – Skeletterkrankungen: 26%
- Atemwegserkrankungen: 16%
- Verletzungen: 14%
- **Psychische Erkrankungen: 10%**

Repräsentativ: jeder 4. sozialversicherungsbesch.
Bundesbürger erfasst.

AU-Fälle in %



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Psyche	105,6	105,6	105,6	101,4	101,4	108,5	114,1	119,7	126,8	135,2	139,4
Herz/Kreislauf	101,1	100,0	91,0	88,8	89,9	89,9	93,3	91,0	91,0	91,0	93,3
Atemwege	97,1	99,3	83,6	93,9	80,4	90,8	95,5	107,0	95,3	98,0	96,0
Verdauung	104,7	100,5	97,2	88,6	93,8	101,4	106,6	101,4	95,7	95,3	94,3
Muskel/Skelett	98,9	91,3	85,8	81,3	81,8	84,7	88,1	83,4	88,1	88,7	88,9
Verletzungen	97,6	92,7	85,9	82,5	84,5	83,5	85,0	81,6	86,4	84,5	80,6

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Fehlzeiten-Report 2013

Die durch psychische Krankheiten verursachten Krankheitstage erfuhren in den Jahren zwischen 2001 und 2012 eine Zunahme von 69%. Dabei lag deren durchschnittliche Verweildauer 2012 bei 24,9 Tagen je Fall. Die sonstigen Fälle verursachten im Schnitt 11,8 Tage je Fall [18].

[18] Meyer M., Mpairakatari P., Glushanok I .(2013): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2012. In: Badura B., Ducki A., Schröder H., Klose J., Meyer M. (Hrsg.)(2013): Fehlzeiten-Report 2013. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag

tungsfaktoren und psychischer Gesundheit. Sie identifizieren sieben Belastungsfaktoren, die das Risiko für eine psychische Erkrankung um das 1,2 – 1,8 fache erhöhen. Dazu gehören geringe Entscheidungsbefugnis, geringer Entscheidungsraum, hohe psychologische Anforderungen, hohe Arbeitsbelastung, mangelnde soziale Unterstützung, Effort-Reward-Imbalance, Arbeitsplatzunsicherheit [25].

[25] Stansfeld S., Candy B.(2006): Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. Scand J Work Environ Health 32 (6):443-462

Der Begriff der Partizipation findet sich als wesentliches Element in der Ottawa-Charta der WHO. Dabei geht es um die Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Lebensbedingungen, die die Gesundheit betreffen [29].

Partizipation umfasst wesentlich mehr als den Einfluss auf das individuelle Gesundheitsverhalten, vielmehr geht es um die Teilhabe an sozialen und politischen Faktoren.

[29] WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986. Zugriff am 13.05.2015:www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

G.pdf [30] Wright M. T., Unger H., Block M. (2010): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Wright M.T. (Hrsg.)(2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber

„The underlying issues are essentially the same – „nobodies“ in several arenas are trying to become “somebodies” with enough power to make the target institutions responsive to their views, aspirations, and needs” [1]

[1] Arnstein S. (1969): A ladder of citizen participation. Journal of the American Planning Association, 35 (4): 216 – 224

9	Selbstorganisation	Geht über Partizipation hinaus
8	Entscheidungsmacht	Partizipation
7	Teilweise Entscheidungskompetenz	
6	Mitbestimmung	
5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
4	Anhörung	
3	Information	
2	Anweisung	Nicht-Partizipation
1	Instrumentalisierung	

Stufenmodell der Partizipation nach Wright et. al (Quelle:[30])

[30] Wright M. T., Unger H., Block M. (2010): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Wright M.T. (Hrsg.)(2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber

2. Botschaft

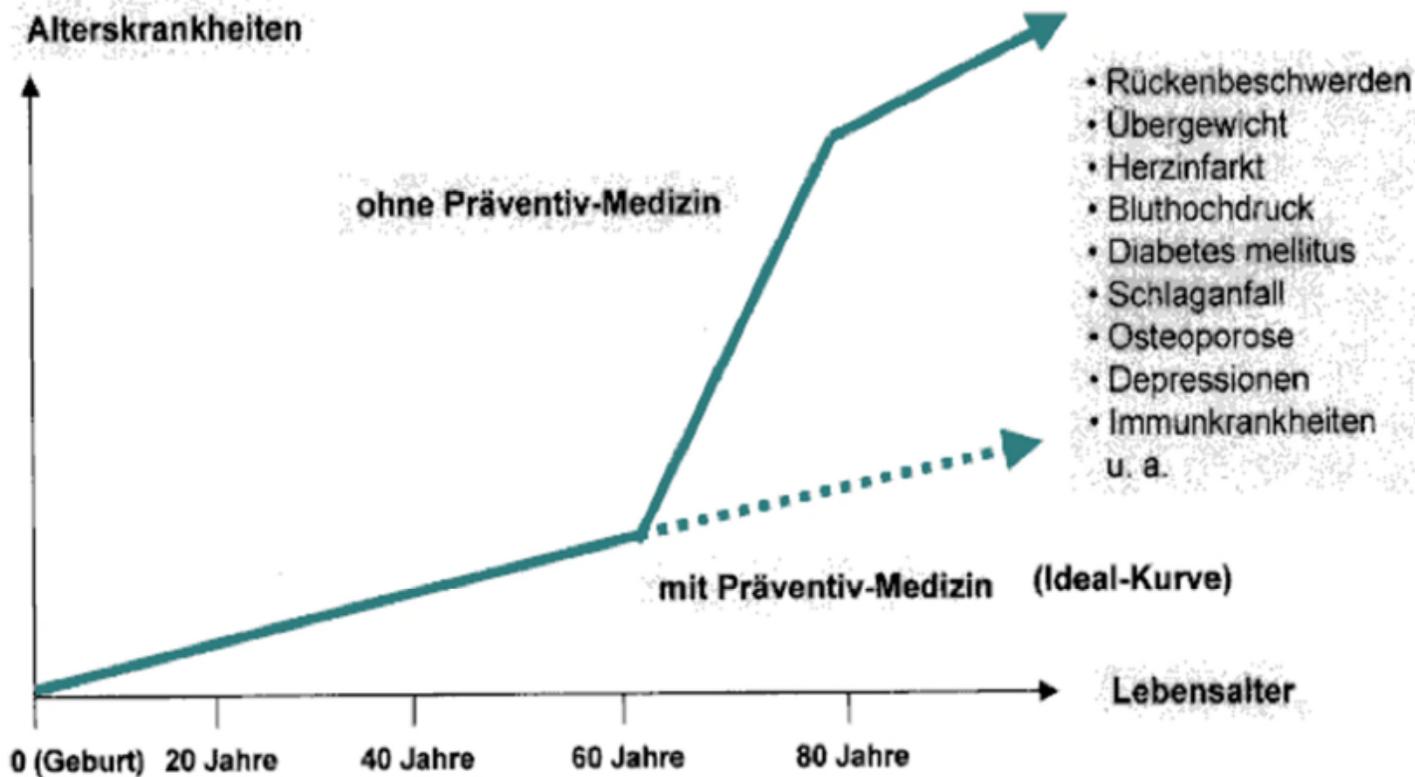
Die deutsche Gesellschaft wird kränker

Prävention - ja

Aber wie?

Frühzeitige Prävention heißt: Gesund alt werden

(Schema der Krankheits- und Kostenentwicklung)



Prävention: Integraler Bestandteil ärztlichen Handelns



Prävention – Definition nach Herriger (1986)

- **Strukturbezogene Definition
(Verhältnisprävention)**

Verbesserung der Lebenslage, der sozialen Umwelt, der Strukturen.

Prävention zielt auf ökologische und soziale Lebensbedingungen.

- **Personelle Prävention
(Verhaltensprävention)**

Verbesserung der personalen Kompetenzen und Ressourcen.

Prävention zielt auf subjektive, biographische Faktoren und individuelle Ressourcen

Gesundheitszustand

10% bedingt durch kurative Medizin

28% Vererbung

62% Lebensstil

(Ernährung, Bewegung, Genussgifte, Stress)

Wallner SJ, Bahadori B, Steinberger I, Lahousen T, Krejs GJ.
Adipositas: Nahrung als Intervention.
J Ernährungsmed 2001;4:11-6

Defizite heute in der Prävention: Gewinnung von Zielgruppen, geeignete Programme, Finanzierung

Status quo



- Zielgruppen werden von Projekten nicht erreicht – nur 8% der ungesund lebenden Menschen haben an Präventionsprojekten teilgenommen
- In Deutschland gibt es nur wenige funktionierende und auch nachhaltige Präventionsprojekte mit positiven Effekten und bei Kosten und Effektivität

Präventionsstrategie muss Zielgruppen auswählen, um bezahlbar zu bleiben – Fokus auf 27% der Bürger

Zielgruppeneingrenzung

ZIELGRUPPE UMFASST RD. 27% DER BÜRGER

GRUPPE 1 UND 2

Als Selbstzahler auch Zielgruppen für zusätzliche Präventionsleistungen

ZU- STAND ¹⁾	krank	Menschen, die sich gesund verhalten, aber an Krankheiten leiden 28,6% GRUPPE 2	Menschen, die ungesund handeln und an Krankheiten leiden 14,9% GRUPPE 3
	gesund	Gesunde Menschen mit gesundem Verhalten 44,1% GRUPPE 1	Menschen, die gesund sind oder sich so fühlen, aber ungesund leben 12,4% GRUPPE 4
		gesund	ungesund

VERHALTEN²⁾

GRUPPE 3

Schwerpunkt Tertiärprävention, Schwerpunkt der Kosten durch verhaltensbedingte Krankheiten

GRUPPE 4

Schwerpunkt Primär- und Sekundärprävention, um Entwicklung in Richtung von Gruppe 3 zu vermeiden

1) Krank definiert durch: Einschätzung eigener Gesundheitszustand und Niveau der Leistungsanspruchnahme im Gesundheitswesen – Gesund bedeutet "nicht krank"

2) Ungesundes Verhalten liegt vor, wenn eine Kombination von beeinflussbaren Risikofaktoren zutreffend ist – Gesundes Verhalten ist "nicht ungesundes Verhalten"

Präventionsstrategie muss Zielgruppen auswählen, um bezahlbar zu bleiben – Fokus auf 27% der Bürger

Zielgruppeneingrenzung

ZIELGRUPPE UMFASST RD. 27% DER BÜRGER

GRUPPE 1 UND 2

Als Selbstzahler auch Zielgruppen für zusätzliche Präventionsleistungen

ZU- STAND ¹⁾	krank	Menschen, die sich gesund verhalten, aber an Krankheiten leiden 28,6% GRUPPE 2	Menschen, die ungesund handeln und an Krankheiten leiden 14,9% GRUPPE 3
	gesund	Gesunde Menschen mit gesundem Verhalten 44,1% GRUPPE 1	Menschen, die gesund sind oder sich so fühlen, aber ungesund leben 12,4% GRUPPE 4
		gesund	ungesund
		VERHALTEN²⁾	

GRUPPE 3

Schwerpunkt Tertiärprävention, Schwerpunkt der Kosten durch verhaltensbedingte Krankheiten

GRUPPE 4

Schwerpunkt Primär- und Sekundärprävention, um Entwicklung in Richtung von Gruppe 3 zu vermeiden

1) Krank definiert durch: Einschätzung eigener Gesundheitszustand und Niveau der Leistungsanspruchnahme im Gesundheitswesen – Gesund bedeutet "nicht krank"

2) Ungesundes Verhalten liegt vor, wenn eine Kombination von beeinflussbaren Risikofaktoren zutreffend ist – Gesundes Verhalten ist "nicht ungesundes Verhalten"

Zielgruppen: Menschen mit ungesundem Lebensstil

Treffsicherheit der Zielgruppen

2	3
1	4

- In der Zielgruppe sind genau die Bürger, die **bisher existente Präventionsangebote nicht wahrnehmen**
- Männer sind in der Zielgruppe deutlich überrepräsentiert – **Männeranteil liegt bei rund 70%**
- Das Gesundheitsverhalten grenzt sich deutlich von den Gruppen 1 und 2 ab:

	<u>GRUPPEN 3 + 4</u>		vs.	<u>GRUPPEN 1 + 2</u>	
Rauchen > ½ Schachtel am Tag	62%	64%	➤	12%	10%
Nie/unregelmäßig Sport	86%	73%	➤	49%	24%
Ungesunde Ernährung	48%	39%	➤	6%	3%

3. Botschaft

Prävention muss die erreichen, die Gesundheitsrisiken tragen oder schon krank sind, es aber noch nicht wissen.

Wie und wo erreichen wir die Zielgruppen?

GRUPPE 3



Zielpersonen sind krank und lassen sich gut in Arztpraxen erreichen (Anzahl Besuche pro Jahr >10)

Arztpraxis erreicht 100% der Gruppe 3



Krankenversicherung erreicht 100% der Gruppe 3 und 4



GRUPPE 4



Gesunde erfahrungsgemäß nicht beim Arzt – aber zu 78% ganz oder teilweise berufstätig – Arbeitgeber als Kanal

Arbeitsplatz erreicht 78% der Gruppe 4

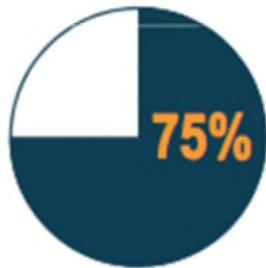


Roland Berger Marktforschung 2009

Erfolgreiche Prävention in den Zielgruppen durch „Kanalmix“

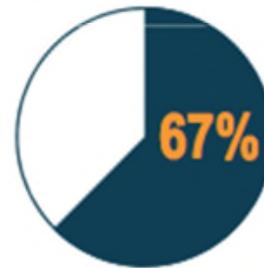
"Nehmen Sie das Angebot an?"¹⁾

1
Ansprache über einen **BEHANDLER**
(Haus-/ Facharzt)



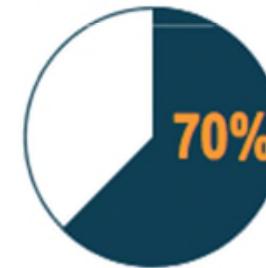
"Ihr Hausarzt empfiehlt Ihnen nach einer Gesundheitsuntersuchung, dass seine Diätassistentin mit Ihnen regelmäßig Ihre Ernährung bespricht."

2
Ansprache über **ARBEITGEBER** (ggf. in Kooperation mit Krankenversich.)



"Ihr Arbeitgeber bietet Ihnen einen Gesundheitscheck beim Betriebsarzt an. Falls Risikofaktoren festgestellt werden, empfiehlt Ihnen der Betriebsarzt weitergehende Programme am Arbeitsplatz."

3
Ansprache über **KRANKENVERSICHERUNG**



"Ihre Krankenversicherung schreibt Sie an, weil Sie bspw. zur Behandlung im Krankenhaus waren, und bietet Ihnen telefonische Betreuung durch eine Krankenschwester an, die Sie zum richtigen Umgang mit Ihrer Krankheit berät."

Faktische Nutzung wird geringer sein – die positive Grundeinstellung zeigt aber, dass diese Maßnahmen genutzt werden sollten

1) Darstellung jeweils: Summe der Antworten "Sicher ja" und "Wahrscheinlich ja"

Roland Berger Marktforschung 2009

4. Botschaft

Der Betrieb als Kanal, Zielgruppen zu erreichen

Was will das betriebliche Gesundheitsmanagement?

- Oberstes Ziel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist gesunde Arbeit in gesunden Organisationen.
- In Folge davon der Erhalt und die Förderung von Arbeitsleistung und hoher Qualität.
- Betriebliches Gesundheitsmanagement zielt auf die gesamte Organisation und kontinuierliche Verbesserungen insbesondere an der Mensch-Mensch-Schnittstelle.

Was genau ist BGM?



BGM = BGF + AGS + BEM

Betriebliches **G**esundheits**m**anagement besteht aus

- **A**rbeits- und **G**esundheitsschutz
- **B**etrieblicher **G**esundheits**f**örderung
- **B**etrieblichem **E**ingliederungs**m**anagement



Betriebliches Gesundheitsmanagement

- 36% der klein- und mittelständischen Betriebe führen betriebliches Gesundheitsmanagement ein
- Aber: nur etwa ein Drittel davon etabliert Gesundheitsmanagement als einen alle wesentlichen Aspekte umfassenden Prozess
- Vielfach wird BGM reduziert auf Gesundheitstage, Obstkörbe und Kursangebote
- Kaum systematische Managementprozesse

Begriffsbestimmung BGM

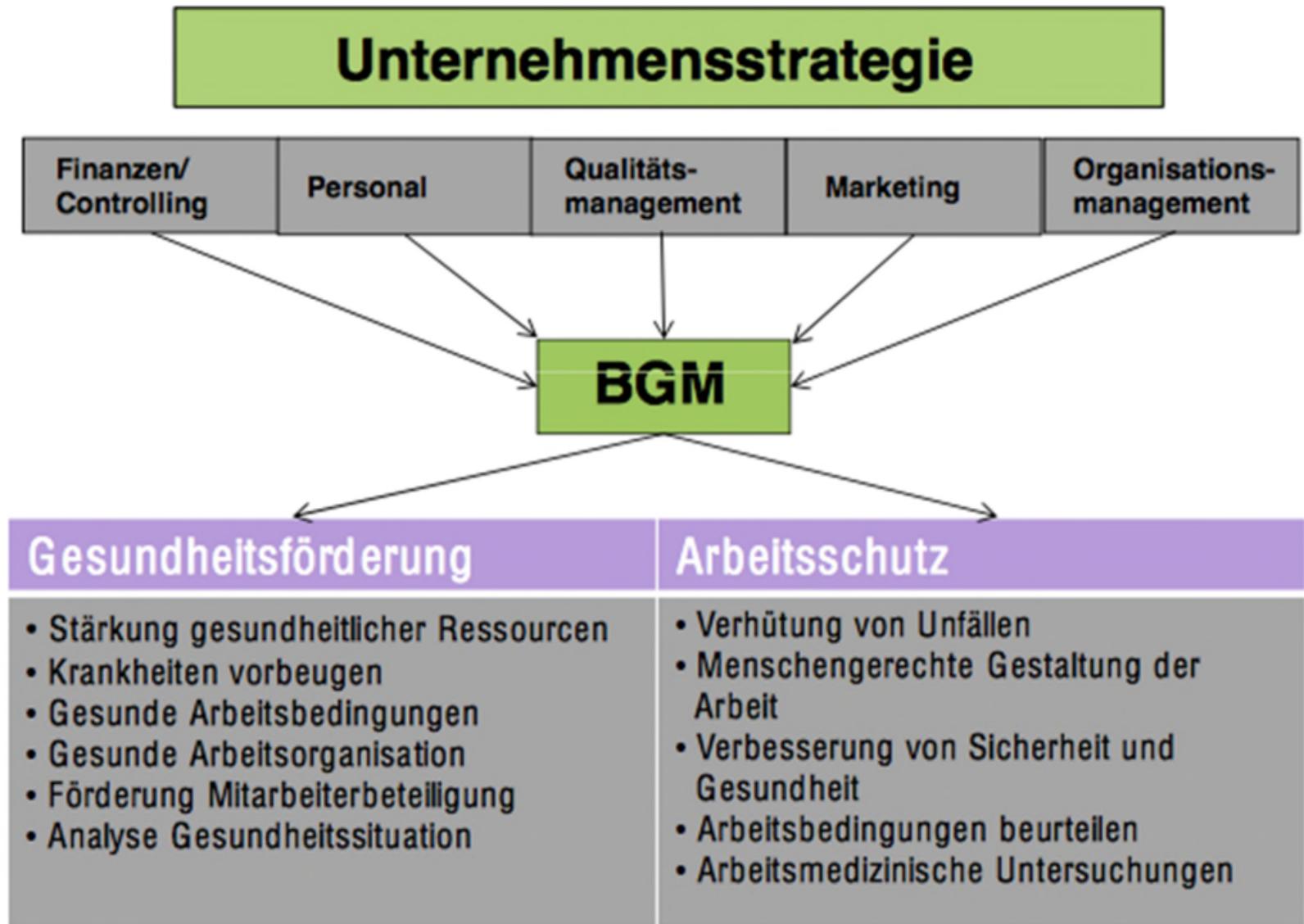


Abb.: BGM als Managementansatz

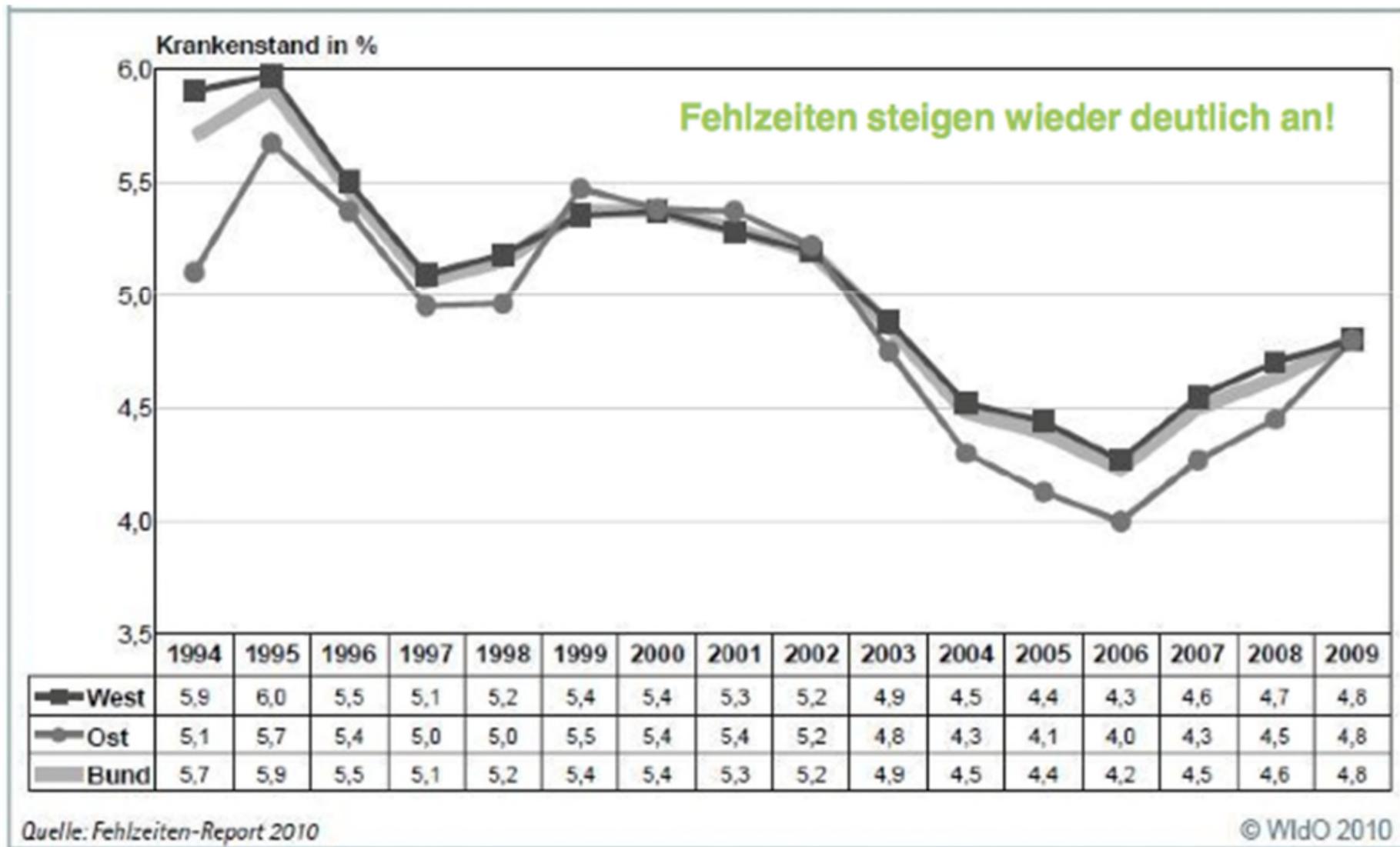
Probleme der heutigen Zeit



Der Schatten der modernen Arbeitswelt

- Wenig infektiöse oder berufsbedingte Erkrankungen
- Sondern „Zivilisationskrankheiten“ mit
 - Wirbelsäulenerkrankungen
 - Schädigungen am Bewegungsapparat
 - Störungen des Herz-Kreislaufsystems
 - Fettleibigkeit und Bluthochdruck, hohem Blutzucker und erhöhtem Cholesterinspiegel
 - Herzinfarkt und Schlaganfall
 - Psychischen Erkrankungen

Fehlzeiten (Absentismus)

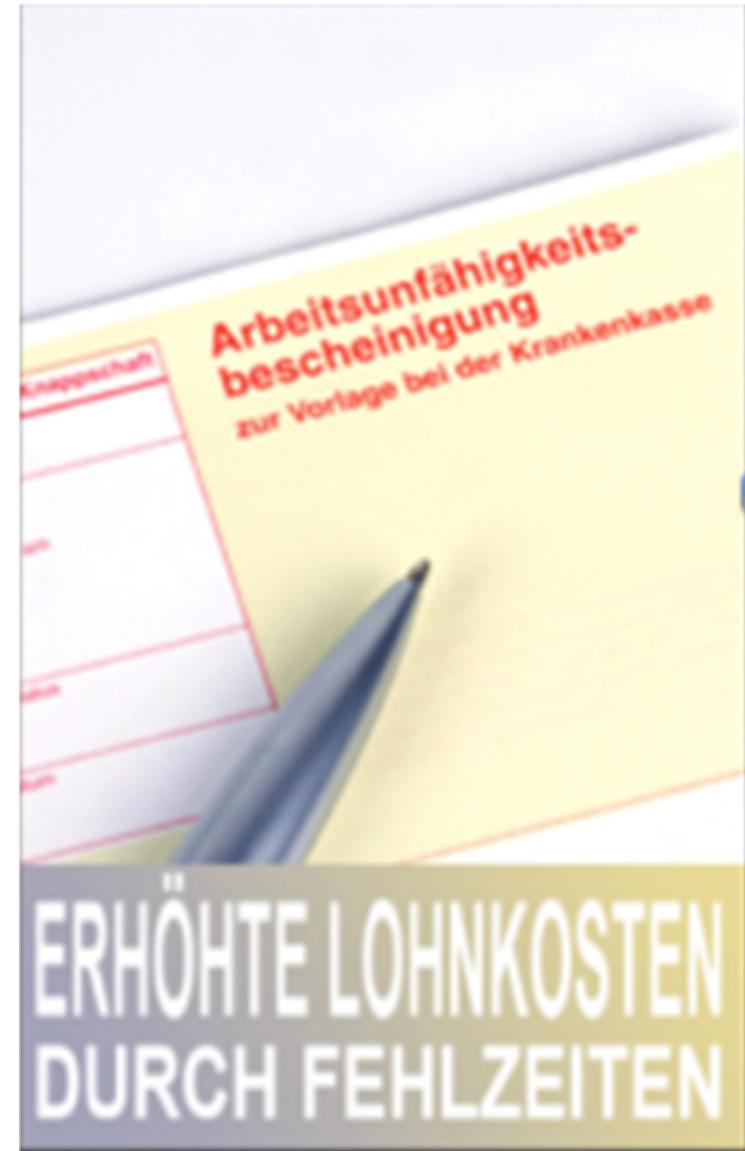


Kosten der Arbeitsunfähigkeit

- Schätzung der volkswirtschaftlichen Kosten durch Arbeitsunfähigkeit anhand der Lohnkosten und des Verlustes an Produktivität
- 12,4 Tage im Jahr 2007 je Arbeitnehmer
- 437,7 Millionen Tage insgesamt
- 40 Milliarden €

Quelle:

*Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin,
basierend auf Daten von rund 31 Millionen
Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten der
gesetzl. Krankenkassen*



Eine strategische Unternehmensaufgabe



Präsentismus

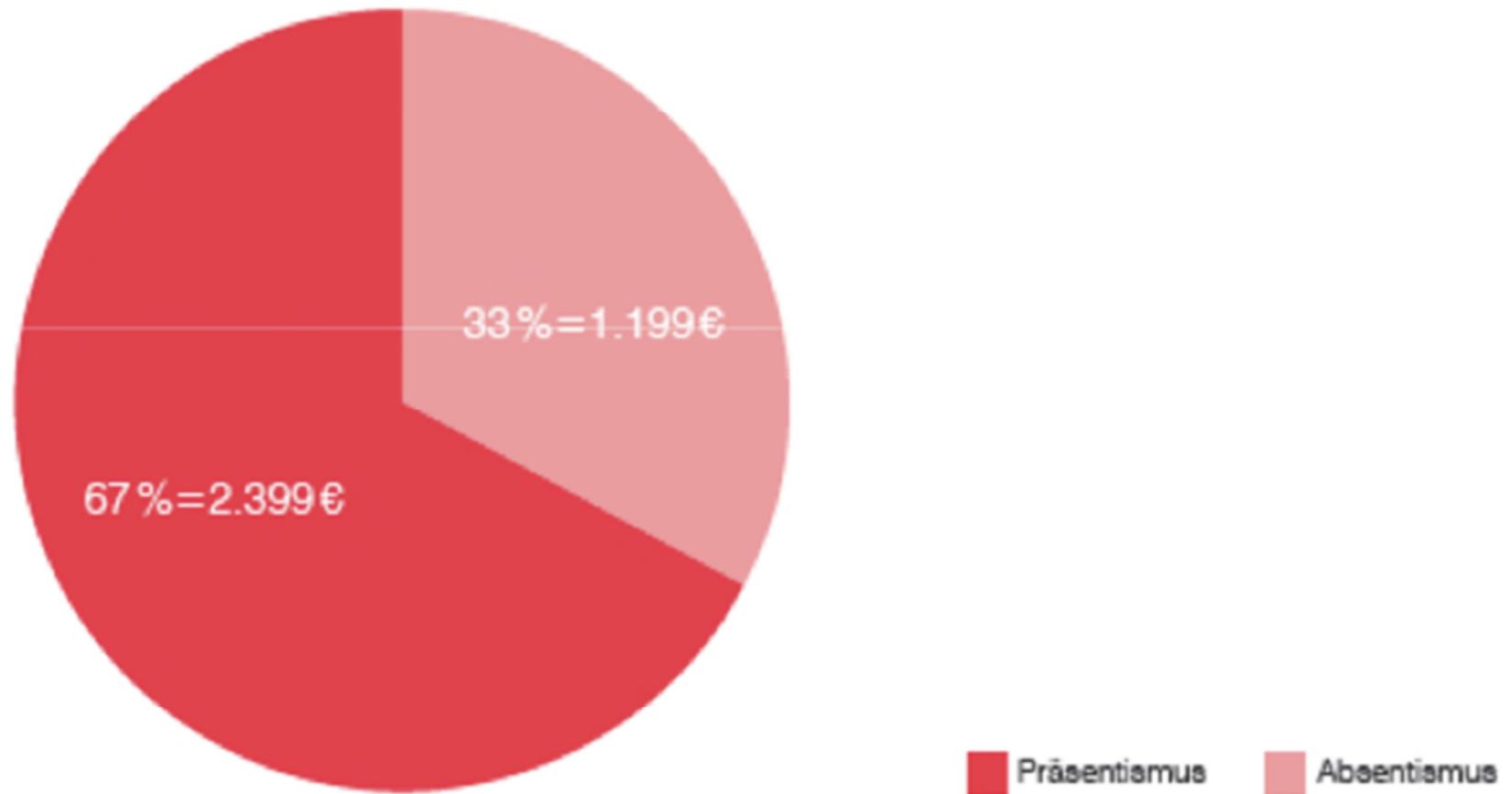


Ein gelber Zettel kommt die Firma günstiger als ein Mitarbeiter, der trotz Krankheit ins Büro kommt.

Foto: picture alliance / dpa/dpa-Zentralbild

Präsentismus

Präsentismus verursacht zwei Drittel der Kosten, die Unternehmen durch Krankheiten entstehen.



Quelle: Booz & Company; Statistisches Bundesamt: Inlandsproduktberechnung 2009; Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2009: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2009, S. 86; Stewart et al., 2003; Collins, Base, 2005; Miriam Wagner, 2010; Fabian Wolfgang Wallert, 2007

BGM - Ziele



Betriebliches
Gesundheitsmanagement

Senkung der Arbeitsausfalltage

Kostenreduzierung

Verlängerung der Lebensarbeitszeit, Know-How-Schutz

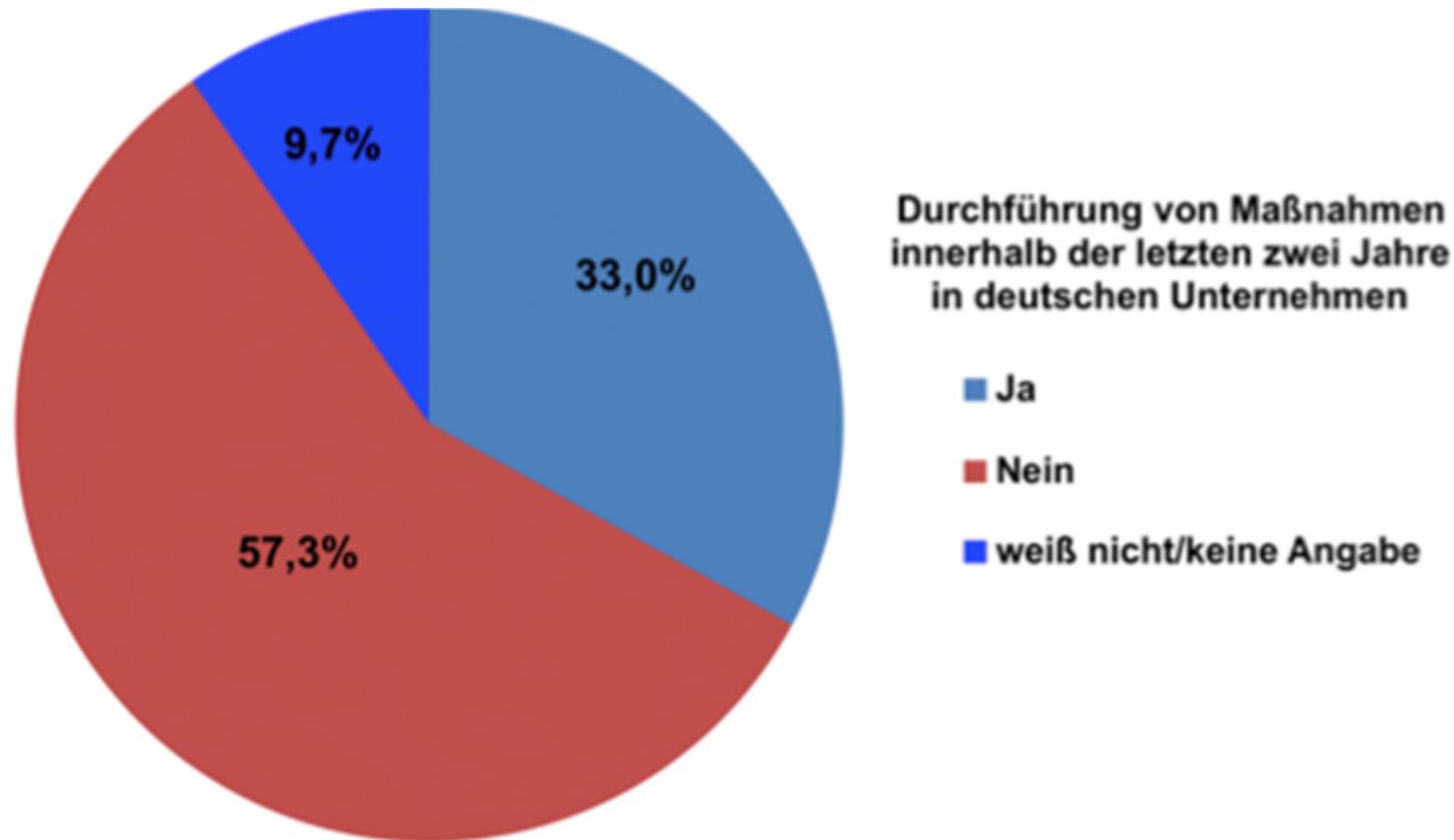
Leistungsfähigkeit von Mitarbeiter und Betrieb erhöht sich

Erhöhung von Motivation und Arbeitszufriedenheit

Wettbewerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt verbessert sich

Steigerung der Lebensqualität der Mitarbeiter

Gesundheitsförderung in deutschen Unternehmen



Ergebnis der aktuellen Befragung aus dem Jahr 2005/2006 von 20.000 Erwerbstätigen zu den Arbeitsbedingungen in Deutschland, durchgeführt vom Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz (BAuA).

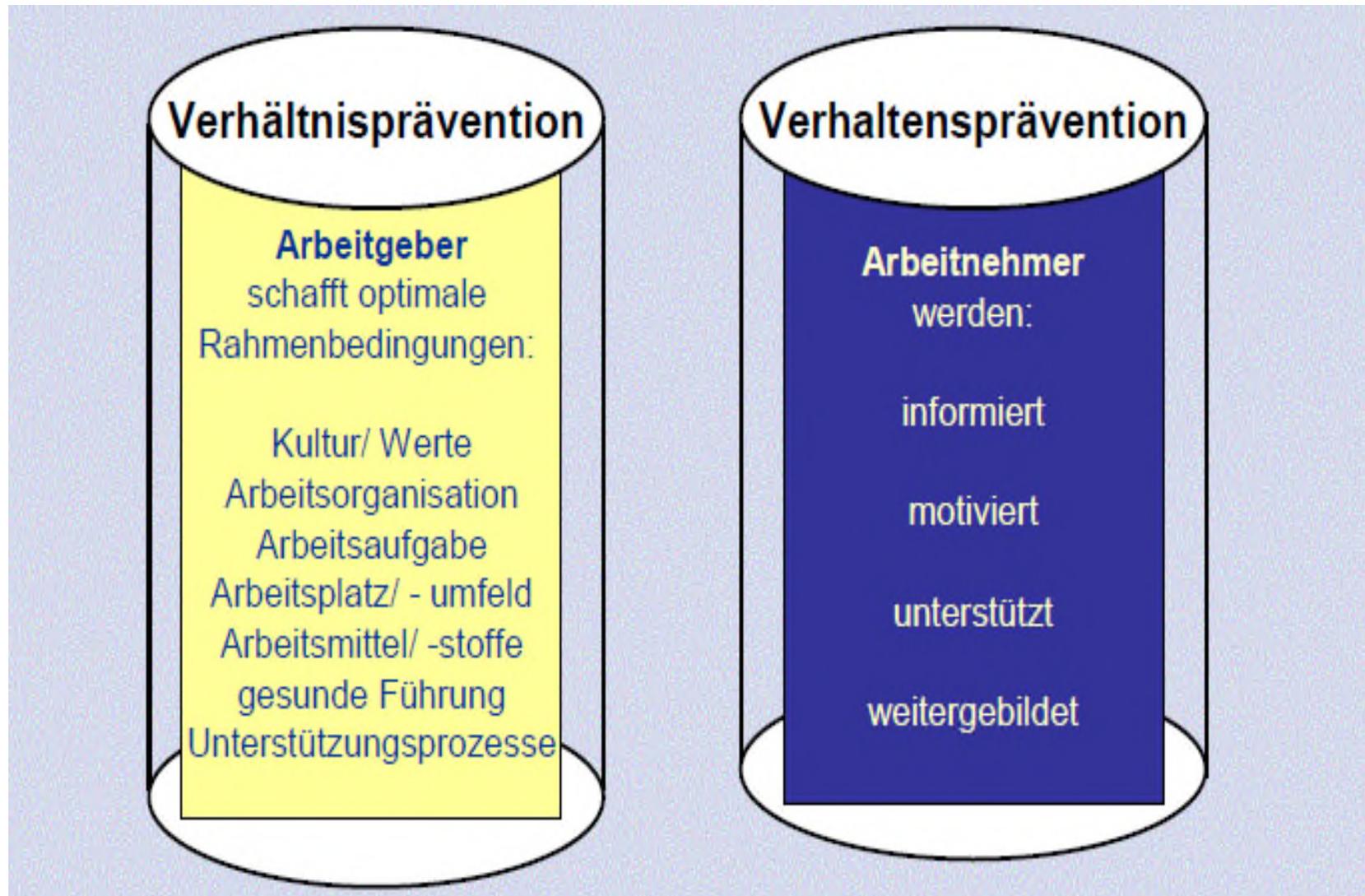
Hemmnisse für Unternehmen



Was sollte / Was kann man tun?

Was sollte / Was kann man tun?

Primärprävention: Verhältnis- vs. Verhaltensprävention



Was sollte / kann man tun?

Stufe 1: Ziele & Strategien

Stufe 2: Strukturen schaffen

Stufe 3: Situation analysieren

Stufe 4: Feinziele festlegen

Stufe 5: Maßnahmen entwickeln und umsetzen

Stufe 6: Evaluation und kontinuierliche Verbesserung

Was sollte / kann man tun?

Wie läuft Implementierung ab?

Stufe 1: Ziele & Strategien: Verbessertes Wohlbefinden der MA

Stufe 2: Strukturen schaffen:

Stufe 3: Situation analysieren:

Stufe 4: Feinziele festlegen:

Stufe 5: Maßnahmen entwickeln und umsetzen

Stufe 6: Evaluation und kontinuierliche Verbesserung

Was sollte / kann man tun?

Wie läuft Implementierung ab?

Stufe 1: Ziele & Strategien: Verbessertes Wohlbefinden der MA

Stufe 2: Strukturen schaffen: Gesundheitszirkel

Stufe 3: Situation analysieren:

Stufe 4: Feinziele festlegen:

Stufe 5: Maßnahmen entwickeln und umsetzen

Stufe 6: Evaluation und kontinuierliche Verbesserung

Was sollte / kann man tun?

Wie läuft Implementierung ab?

Stufe 1: Ziele & Strategien: Verbessertes Wohlbefinden der MA

Stufe 2: Strukturen schaffen: Gesundheitszirkel

Stufe 3: Situation analysieren: Befragung / Gesundheitszirkel

Stufe 4: Feinziele festlegen:

Stufe 5: Maßnahmen entwickeln und umsetzen

Stufe 6: Evaluation und kontinuierliche Verbesserung

Was sollte / kann man tun?

Wie läuft Implementierung ab?

Stufe 1: Ziele & Strategien: Verbessertes Wohlbefinden der MA

Stufe 2: Strukturen schaffen: Gesundheitszirkel

Stufe 3: Situation analysieren: Befragung / Gesundheitszirkel

Stufe 4: Feinziele festlegen: Teambildung; Rotationsprinzip...

Stufe 5: Maßnahmen entwickeln und umsetzen

Stufe 6: Evaluation und kontinuierliche Verbesserung

Was sollte / kann man tun?

Wie läuft Implementierung ab?

Stufe 1: Ziele & Strategien: Verbessertes Wohlbefinden der MA

Stufe 2: Strukturen schaffen: Gesundheitszirkel

Stufe 3: Situation analysieren: Befragung / Gesundheitszirkel

Stufe 4: Feinziele festlegen: Teambildung; Rotationsprinzip...

Stufe 5: Maßnahmen entwickeln und umsetzen

Stufe 6: Evaluation und kontinuierliche Verbesserung

Was sollte / kann man tun?

Maßnahme - **Gesundheitstag**

- **Vorträge und Information**
- **Gesundheitscheck und Beratung (Analyse)**
 - Station Ernährung: Ernährungsberaterin
 - Station Rücken: Sportlehrer
 - Station Ausdauer: Sportlehrer
 - Station Work-life-balance: Psychologe
- **Bewegungsangebote (Praxis)**
 - (Nordic) Walking, Rückentraining, Aerobic, Inline, Körperwahrnehmung ...
 - Lauftreffs
 - Ballspiele
- **Weitere Aktionen**
 - „Treppe statt Aufzug“
 - „Fettarm essen mit Genuss“
 - „Wasser für alle“
 - „Ist mein Fahrrad fit?“
 - „Verlosung Wellness-Gutscheine“



BGM warum und wofür?

Kosten-Nutzen-Verhältnis

- Return On Investment (ROI)

durchschnittliche Reduktion von Krankheitskosten um 26,1%!

ROI von 1:2,3 bis 1:5,9

durchschnittliche Reduktion von krankheitsbedingten Fehlzeiten um 26,8%!

ROI von 1:2,5 bis 1:10

(Quelle Chapman, 2005)

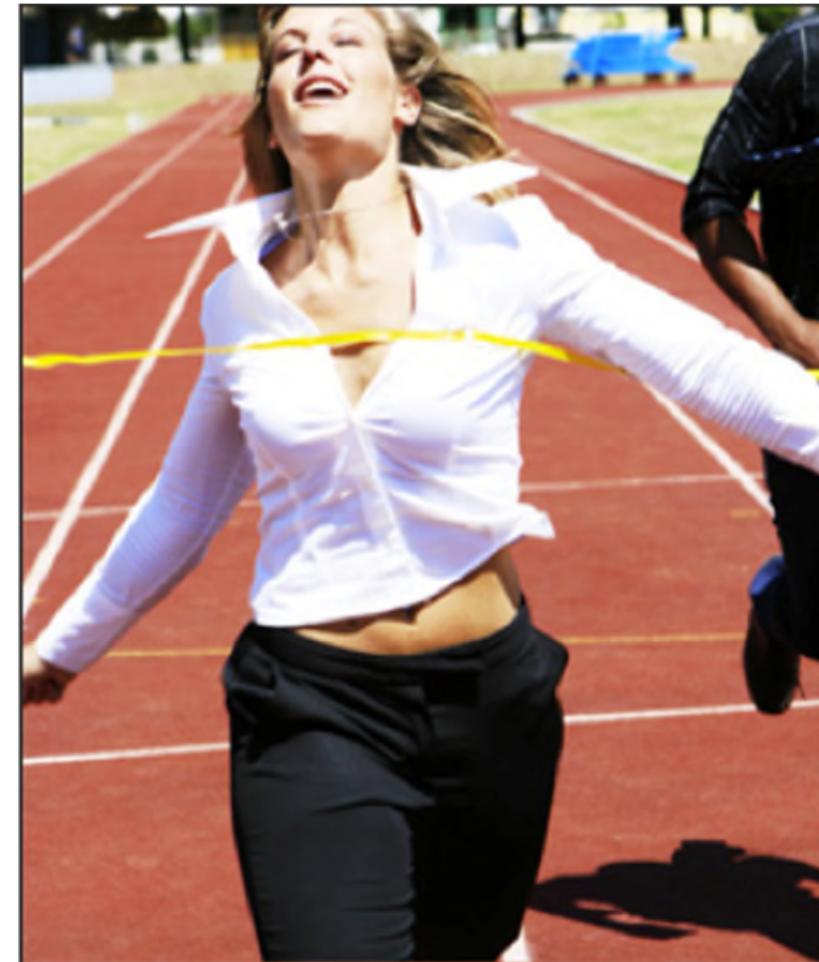
- Positive ROIs erhält man am leichtesten durch umfassende Maßnahmen, d.h. sowohl Verhältnis- als auch Verhaltensprävention

Betriebliche Gesundheitsförderung

win – win auf beiden Seiten

Strategische Vorteile für den Unternehmer

- Kostensenkung durch weniger Fehlzeiten
- Wettbewerbsvorteil
- Nachwuchsgewinnung
- Zufriedene, motivierte Mitarbeiter
- Höhere Leistungsfähigkeit
- Identifikation mit dem Unternehmen
- Förderung einer teamorientierten Unternehmensstruktur



BETRIEBSSPORT
LEISTUNG DURCH BEWEGUNG

Betriebliche Gesundheitsförderung win – win auf beiden Seiten

Strategische Vorteile für den Mitarbeiter

- Physisches & psychisches Wohlbefinden
- Anerkennung des Menschen
- Stressabbau
- Verbesserung des sozialen Verhältnisses untereinander



**GESUNDHEITSBERATUNG
STÄRKUNG DER EFFIZIENZ**

5. Botschaft

**Betriebliche Gesundheitsförderung
lohnt sich!**

6. Botschaft

**Betriebliche Gesundheitsförderung
ist bestes Marketing!**

Was macht die Politik?

- **Vorgeschichte**

- Entwurf für ein Präventionsgesetz von 2004/05
- Entwurf für ein Präventionsgesetz von 2007/08
- Koalitionsvertrag vom Okt. 2009
- Eckpunkte für eine Präventionsstrategie vom 13.12.2012
- Gesetz zur Förderung der Prävention (Referentenentwurf vom 21.1.2013) – im Bundesrat im August 2013 gescheitert
- Koalitionsvertrag Nov. 2013: Präventionsgesetz?

Prävention: Koalitionsvertrag 2013

- „Die Parteien verständigten sich darauf, noch im Jahr **2014** ein Präventionsgesetz zu verabschieden, das "Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbezieht."

(Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, S. 82)

Zentrale Inhalte des Gesetzes

- Zielorientierte Kooperation und Koordination der Sozialversicherungsträger mit weiteren Verantwortlichen auf Bundes- und Landesebene: Nationale Präventionsstrategie
- Zweistufiger Strategieprozess mit der nationalen Präventionsstrategie und den Landesrahmenvereinbarungen.
- Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Stadtteil oder Pflegeheim.
- Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung, engere Verzahnung mit dem Arbeitsschutz und besserer Zugang für KMU.
- Unterstützung bei der Konzeption von kassenübergreifenden Angeboten, sowie bei der Qualitätssicherung und Evaluation durch die BZgA.
- Weiterentwicklung der Früherkennungsuntersuchungen, Förderung des Impfwesens.

gesundheitsförderliche
Gestaltung der
Bedingungen vor Ort
(Verhältnisprävention)



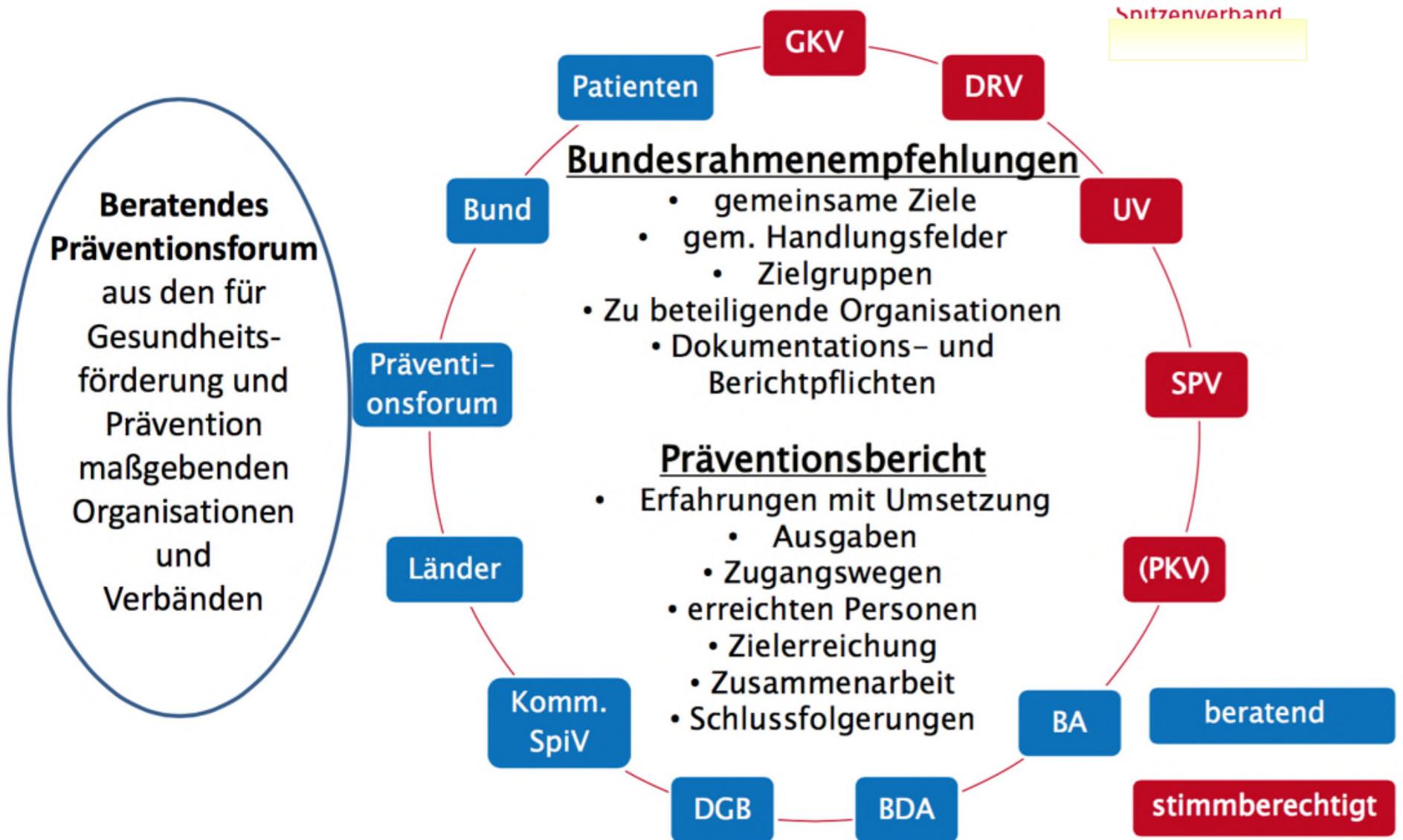
Motivation und Befähigung
zu gesundheitsbewusstem
Lebensstil
(Verhaltensprävention)

Präventionsgesetz 2015

Verabschiedet am 26.6.2015, tritt am 1.1.2016 in Kraft

- die **Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20 SGB V** von derzeit ca. 3 € auf 7 € (ab 2016) pro Versicherten erhöht werden.
- stärker auf die **Primärprävention in Lebenswelten** fokussiert werden (KITAs, Schulen, Lebensumfeld) (2:30 € abzüglich 0,45 EUR für BZgA))
- **weitere 2 € für die Gesundheitsförderung in Betrieben**
- die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Pflegebedürftigen
- Die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** soll mit 35 Mio. € durch die GKV aus den für die Prävention in Lebenswelten vorgesehenen Geldern querfinanziert werden (0,45 EUR)

Nationale Präventionskonferenz (NPK)



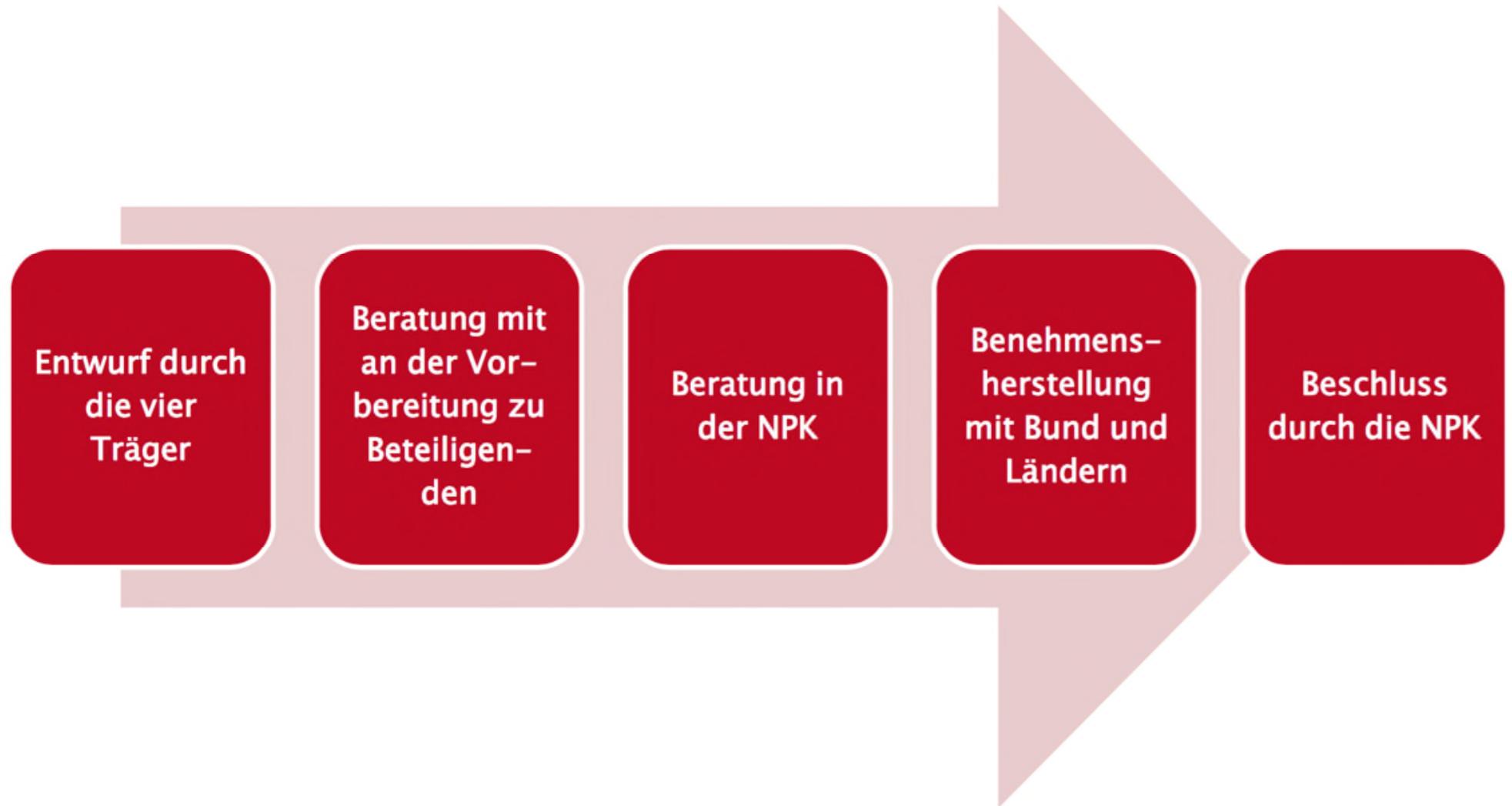
Übernommen von Dr. Kücking, GKV)

Nationale Strategie: Die Bundesebene

- Schaffung neuer Strukturen zur Verbesserung der Zusammenarbeit und Abstimmung der Akteure
- **Bundesrahmenempfehlungen** bilden die Grundlage für **Landesrahmenvereinbarungen** in den Bundesländern
- Wichtige politische und gesellschaftliche Akteure arbeiten beratend in der Präventionskonferenz (NPK) mit
- Institutionen mit Fachexpertise sind über das **Präventionsforum** eingebunden
- Auch die PKV ist auf Grundlage eines freiwilligen Engagements in der NPK vertreten
- Alle vier Jahre findet mit dem Präventionsbericht eine Bestandsaufnahme statt

Erarbeitung der Bundesrahmenempfehlungen (BRE)

Prävention u. Gesundheitsförderung in Lebenswelten



Hauptinhalte der Bundesrahmenempfehlungen

- ▶ Grundsätze
 - Allgemeiner Rahmen für unterschiedliche Schwerpunktbildungen in den Ländern und den einzelnen Lebenswelten
 - Lebensweltansatz zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit
 - Kooperationsgrundnormen
- ▶ Gemeinsame Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder
 - Am Lebenslauf orientierte Ziele
 - Leistungen der Träger für die Zielgruppen
 - Abstimmungs- und Kooperationserfordernisse
- ▶ Dokumentations- und Berichtspflichten
 - Datengestützte Transparenz über die Leistungen aller SV-Träger
 - Einladung zur Einbringung der Leistungsdaten anderer Akteure
 - Einbezug der Daten aus der Bundesgesundheitsberichterstattung (RKI)

Landesrahmenvereinbarungen

Prävention u Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Präventionsrat



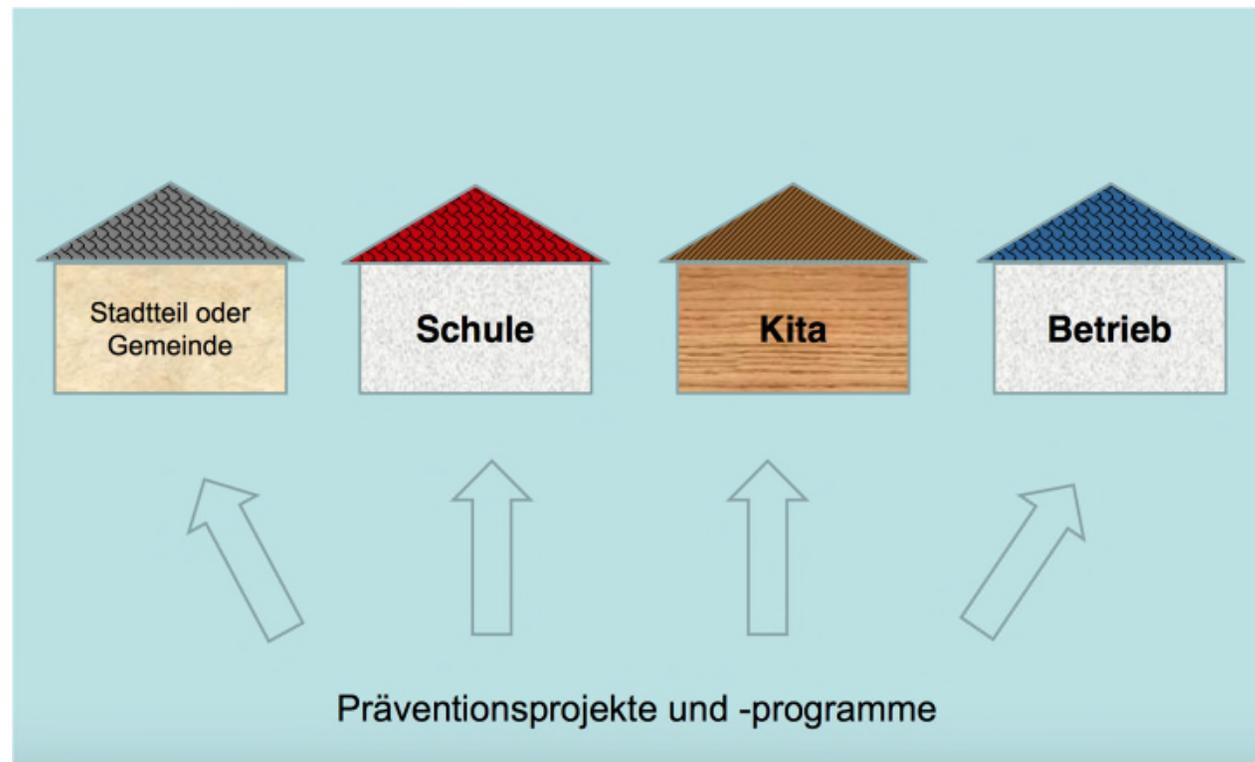
Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Länderebene 1

- Aktuelle Vorbereitung der Landesrahmenvereinbarungen
 - Krankenkassen, Unfallversicherungsträger und Rentenversicherungsträger bestimmen Ansprechpartner
 - Gespräche mit den zuständigen Stellen in den Ländern
 - BRE sind bei den Landesrahmenvereinbarungen zu berücksichtigen

Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Länderebene 2

- Betriebliche Gesundheitsförderung:
Regionale Koordinierungsstellen der Krankenkassen ab 2016
 - Beratung und Unterstützung für Unternehmen
 - Nutzung bestehender Strukturen
 - Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen
 - KK im Land regeln Aufgaben, Arbeitsweise, Finanzierung
- Aktueller Sachstand
 - erste Vorbereitungen laufen an
 - SV-Trägerübergreifende Ziele: Transparenz über Leistung der Sozialversicherungsträger und Information über/Verweis auf Unterstützungsmöglichkeiten anderer SV-Träger

Prävention vor Ort: die kommunale Ebene



Die Rolle der BZgA



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

- Die GKV beauftragt die BZgA zur Unterstützung
 - ◆ bei der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, insbesondere in Kitas, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Schulen und Lebenswelten älterer Menschen
 - ◆ bei der Entwicklung und Sicherung der Qualität
- Ziel ist die Entwicklung kassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und Evaluation.

Ganzheitliches betriebliches Gesundheitsmanagement zeigt eine positive Kosten/-Nutzen-Relation – Win-Win Arbeitgeber und Arbeitnehmer

Maßnahmen

- Fokussierung der Maßnahmen auf Zielgruppen und Angebot geeigneter Anreize
- Möglichst umfassendes Screening zu Erkrankungen und Senkung von Risikofaktoren
- Individuelle Beratung zu Gewichtsproblemen, Ernährung, Sport, Rauchen.
- Vernetzung mit ambulanten und stationären Leistungsanbietern.

Vorteile für beide Partner

- **Senkung Krankheitskosten, steigende Produktivität**
- Arbeitsunfähigkeit -
- Anzahl der rauchenden Arbeiter -
- Blutfette/Cholesterin -
- Sportl. Aktivität der Mitarbeiter +
- Früherkennung von Krebserkrankungen +

7. (und letzte) Botschaft

**Betriebliche Gesundheitsförderung
wird politisch und finanziell unterstützt**

Vorbeugen oder heilen?

Wieviel Prävention ist realistisch?

- Der nicht-monetäre Nutzen sowohl in der Primär- als auch in der Sekundärprävention ist in der Literatur gut belegt.
- Der monetäre Nutzen wird z.T. kontrovers diskutiert, dürfte aber gerade z.B. im betrieblichen Gesundheitsmanagement überzeugen.
- Defizite: Zielgruppen (Kinder, sozial Schwächere), Versorgungsforschung, Marketing? Qualität?
- Unterstützung durch Medien sehr unterschiedlich!
- Eine nur auf Reparatur bedachte kurative Medizin ist keine Lösung in einem Gesundheitssystem, das immer mehr Schwierigkeiten hat, „Medizin für alle“ zu finanzieren.

- **Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, der sich auch die Politik stellen muss**

**„Alle Menschen sind klug,
die einen vorher, die anderen nachher!“**

(Voltaire)