

3 Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung

Susanne Jordan, Elena von der Lippe, Christine Hagen

Hintergrund und Fragestellung

Präventive Maßnahmen zur Förderung von gesunder Ernährung, mehr Bewegung und Entspannung haben das Ziel, dem Entstehen weit verbreiteter Erkrankungen in der Bevölkerung entgegenzuwirken. Insbesondere chronische Erkrankungen des Herzkreislauf-, des Stoffwechsel-, des Muskel- und Skelettsystems sowie bösartige Neubildungen sollen auf diese Weise vorgebeugt werden, da sie einen maßgeblichen Anteil an der Morbidität und Mortalität in Deutschland haben (RKI 2006).

Unter Primärprävention wird »die Verminderung von (Teil-)Ursachen bestimmter Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt« verstanden, um die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten von Erkrankungen zu verringern (SVR 2002, Ziff. 13). Mit sekundärpräventiven Maßnahmen sollen Krankheiten in einem Frühstadium entdeckt werden, am besten bevor sich erste Symptome zeigen. Die Tertiärprävention hat das Ziel, die Verschlimmerung und die unerwünschten Folgeerscheinungen einer Erkrankung zu verhindern oder hinauszuzögern. Engere Konzepte sehen in der Tertiärprävention vorrangig Maßnahmen der Rehabilitation, die Einschränkungen und Funktionseinbußen einer Erkrankung abwenden sollen (Rosenbrock, Michel 2007).

Im Gegensatz zur Prävention setzt Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation bei der Stärkung der Ressourcen und Potenziale zur Gesunderhaltung an. Gesundheitsfördernde Maßnahmen zielen darauf ab, den einzelnen Menschen zu befähigen, ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu ermöglichen sowie gesellschaftliche Bedingungen zu schaffen, die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen reduzieren (Bröskamp-Stone et al. 1998). Hierfür eignen sich besonders Maßnahmen im System der konkreten Lebenswelt, wie Schule, Betrieb etc. (Setting-Ansatz). In der gegenwärtigen Prävention finden sich Elemente der Krankheitsvermeidung im Sinne einer Reduktion von Belastungen sowie Elemente der Gesundheitsförderung, die darauf abzielen personale, soziale und materielle Ressourcen für die Gesunderhaltung zu stärken (vgl. auch Rosenbrock, Michel 2007).

Präventionsstrategien können die gesundheitsdienliche Veränderung von Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen zum Ziel haben, und werden dann als Verhältnisprävention bezeichnet. Beabsichtigen präventive Interventionen, individuelle Verhaltens- und Konsummuster zu beeinflussen, z. B. die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, werden

sie der Verhaltensprävention zugeordnet (Rosenbrock, Michel 2007). Um verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung bzw. Stressbewältigung soll es im Folgenden gehen.

Gegenwärtig sind mannigfaltige Präventionsaktivitäten in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Entspannung bzw. Stressbewältigung zu beobachten. Sie reichen von bundesweiten Strategien wie dem Gesundheitsziel »Gesund aufwachsen« oder dem Nationalen Aktionsplan »IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung« bis hin zu vielfältigen lokalen Aktivitäten. Schulen und Kindertagesstätten thematisieren die Gesundheitsthemen und versuchen sie in ihren Alltag zu integrieren. Für Erwachsene bieten gemeinnützige (z. B. Volkshochschulen, Sportvereine) und gewerbliche Anbieter (z. B. Fitnessstudios), aber insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen verhaltenspräventive Gesundheitskurse an. Ebenso werden in Betrieben entsprechende Maßnahmen zur gesunden Ernährung, ausreichenden Bewegung und positiven Stressbewältigung durchgeführt.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) setzt dabei einen gesetzlichen Auftrag zur Primärprävention um, weshalb ihre Maßnahmen von besonderem Interesse sind. Durch die Novellierung des § 20 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGBV) im Rahmen des am 01.01.2000 in Kraft getretenen GKV-Gesundheitsreformgesetzes, hat die GKV wieder den Auftrag zur primären Prävention erhalten, der 1997 durch das Beitragsentlastungsgesetz aufgehoben worden war. Die GKV-Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen vermindern (MDS, GKV-Spitzenverband 2009). Die gesetzlich vorgeschriebene Konkretisierung haben die Krankenkassen im »Leitfaden Prävention« vorgenommen (http://www.mds-ev.de/media/pdf/Leitfaden_2008_150908.pdf). Hier benennen die Krankenkassen die Bereiche Ernährung, Bewegungsgewohnheiten und Entspannung/Stressbewältigung zu den zentralen Handlungsfeldern ihrer Präventionsmaßnahmen. Daneben führen sie Angebote zur Prävention des Substanzkonsums durch.

Verhaltenspräventive Angebote der gesetzlichen Krankenkassen zur Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung wenden sich zumeist in Form von Gruppenangeboten an verschiedene Zielgruppen: zum einen an gesunde Menschen zur Verbesserung ihres allgemeinen Gesundheitsverhaltens (z. B. Reduzierung von Bewegungsmangel) und zum anderen an

Versicherte mit spezifischen Risikofaktoren z. B. Übergewicht (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008). Bereits erkrankte Menschen können an tertiärpräventiven Gesundheitskursen der Krankenkassen oder anderer Versicherungsträger im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen, beispielsweise durch ambulanten Reha-Sport (§ 43 SGB V in Verbindung mit § 44 Abs. 1 SGB IX).

Zusätzlich können die gesetzlichen Krankenkassen seit 2004 für die regelmäßige Inanspruchnahme von qualitätsgesicherten Leistungen zur primären Prävention oder Früherkennung ihren Versicherten einen Bonus vergeben (§ 65a SGB V). Ziel der Bonusprogramme ist eine Motivierung zu gesundheitsbewusstem Verhalten durch eine finanzielle oder materielle Belohnung. Wenn die Versicherten ausreichend präventive Aktivitäten nachgewiesen haben, stellen ihnen die Krankenkassen einen Bonus, beispielsweise in Form einer finanziellen oder einer Sachprämie aus (Knaack et al. 2008).

In diesem Beitrag wird die Inanspruchnahme von verhaltenspräventiven Maßnahmen in den Präventionsfeldern Ernährung, Bewegung und Entspannung durch die Daten des bevölkerungsweiten Surveys »Gesundheit in Deutschland aktuell« 2009 (GEDA 2009) des Robert Koch-Instituts (RKI) beschrieben. Es soll der Frage nachgegangen werden, in welchem Ausmaß präventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung – insbesondere primärpräventive Angebote – von der Bevölkerung und vor allem von den Versicherten der GKV in Anspruch genommen werden. Im Focus der Betrachtung stehen die soziale Lage der Versicherten sowie die Anreize der Krankenversicherung zur Inanspruchnahme durch die Kostenübernahme von Gesundheitskursen und durch das Angebot von Bonusprogrammen. Mit Hilfe der Daten des Bundesgesundheits surveys 1998 (BGSG98) besteht die Möglichkeit, die Veränderung der Inanspruchnahme von GKV-Versicherten innerhalb der letzten zehn Jahre zu untersuchen. Eine Regressionsanalyse soll Hinweise darauf geben, welche Faktoren die Inanspruchnahme einer Maßnahme zur Verhaltensprävention beeinflussen.

Befragte und Methoden

Mit dem bevölkerungsweiten Survey GEDA des RKI werden regelmäßig Daten zum Gesundheitszustand, über unterschiedliches Gesundheitsverhalten, zu verschiedenen Gesundheitsgefährdungen sowie über die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland im Querschnitt erhoben. Neben einem gleichbleibenden Kernmodul sind ergänzende, sich thematisch verändernde Fragestellungen Bestandteil der GEDA-Erhebungen. In GEDA 2009 war dies u. a.

das einmalige Zusatzmodul zur Inanspruchnahme von verhaltensbezogenen präventiven Maßnahmen. Eine ausführliche Beschreibung des Konzepts, des Designs und der Erhebungsmethoden findet sich in der »Darstellung der methodischen Vorgehensweise« am Ende dieses Bandes. Für die Studie GEDA 2009 befragte das RKI 21.262 Personen von Juli 2008 bis Juni 2009. Hierfür wurden computergestützte Telefoninterviews (Computer-Assisted Telephone Interviewing: CATI) mit zufällig ausgewählten Personen im Alter ab 18 Jahren aus dem gesamten Bundesgebiet durchgeführt.

Den Fragen zur Verhaltensprävention ging eine kurze Einleitung voraus: »Es gibt eine Reihe von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die von verschiedenen Anbietern durchgeführt werden und sich beispielsweise mit Ernährung, Bewegung, Entspannung und Sport oder Fitness befassen. Teilweise werden solche Maßnahmen von den Krankenversicherungen finanziert. Haben Sie in den letzten 12 Monaten an solchen Maßnahmen teilgenommen? Zum Beispiel ...«. Dann wurde nach folgenden vier Arten präventiver Maßnahmen gefragt: (1) Gewichtsreduktion, (2) gesunde Ernährung, (3) Entspannung oder Stressbewältigung und (4) Verbesserung der körperlichen Fitness oder der Beweglichkeit. Für die Auswertung wurden die beiden Antwortmöglichkeiten (1) Gewichtsreduktion und (2) gesunde Ernährung zur Variable »Ernährung« zusammengeführt. Diese Zusammenfassung deckt sich mit der Einteilung, die im Leitfaden Prävention der gesetzlichen Krankenkassen verwendet wird, da es in den Angeboten zur Gewichtsreduktion primär um Ernährungsgewohnheiten geht (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008).

Da die Befragten teilweise mehrere Maßnahmen innerhalb der letzten 12 Monaten wahrgenommen haben, wurde die Variable »Teilnahme an mindestens einer verhaltensbezogenen präventiven Maßnahme« gebildet (abgekürzt »mindestens eine Maßnahme«). Durch diese Variable kann ermittelt werden, wie viele Personen tatsächlich von den Maßnahmen erreicht wurden.

Darüber hinaus wurden die Nutzerinnen und Nutzer dieser Angebote anschließend befragt, ob sie die Maßnahme selbst finanziert, teilweise selbst finanziert haben oder ob die Kosten vollständig übernommen wurden. Für die Untersuchung interessierte auch, ob die befragten Personen an einem Bonusprogramm ihrer Krankenkasse teilnehmen, da damit im Falle der Teilnahme an einem Gesundheitskurs (oder Teilnahmen an einer Vorsorge-Untersuchung etc.) finanzielle Vorteile für den gesetzlich Versicherten verbunden sind.

Um die Krankenkassenmitgliedschaft zu ermitteln, wurde folgende Frage gestellt: »Bei den nächsten Fragen geht es um Ihre Krankenversicherung. Sind

Sie bei einer der folgenden gesetzlichen Krankenkassen versichert?« Diese Frage wurde auch gestellt, wenn die befragte Person angab, bei einer anderen Person mitversichert zu sein. Als Antwortkategorien standen folgende Kassenarten zur Verfügung: Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK), Ersatzkasse (wie z. B. Barmer, TK, DAK, KKH, GEK), Betriebskrankenkasse (BKK), Innungskrankenkasse (IKK), See-Krankenkasse oder Knappschaft, Landwirtschaftliche Krankenkasse sowie anderes (z. B. private Krankenversicherung). Gegebenfalls wurde noch konkret in einer weiteren Frage nachgehakt, ob die Person privat krankenversichert ist (wobei private Zusatzversicherungen ausgeschlossen wurden).

Für die soziale Lage wurde die schulische und berufliche Bildung der Befragten erhoben, um damit die Bildung nach der ISCED-Klassifikation (International Standard Classification of Education) zu berechnen. Diese Einteilung kann auch als Indikator für den sozioökonomischen Status eingesetzt werden. Aus Praktikabilitätsgründen werden die sechs ISCED-Gruppen jeweils zu zweien zusammengefasst, sodass die erhobenen Angaben der Befragten auf drei Qualifikationsniveaus, untere, mittlere und obere Bildungsgruppe, dargestellt werden können (Schroedter et al. 2006; UNESCO 1997).

Das Alter der Befragten wurde zur besseren Übersicht in die vier folgenden Gruppen eingeteilt: 18 bis 29 Jahre, 30 bis 44 Jahre, 45 bis 64 Jahre und 65 bis 79 Jahre. In die Auswertung gingen nur Personen bis zu einem Alter von 79 Jahren ein, da einige Ergebnisse mit den Daten des BGS98 verglichen werden, in dem nur Personen bis zu diesem Alter befragt wurden.

Um zu erfahren, ob sich die Inanspruchnahme bei den gesetzlich Versicherten in den letzten circa zehn Jahren verändert hat, wurden Daten aus dem BGS98 hinzugezogen. Der BGS98 ist eine repräsentative Untersuchung zum Gesundheitszustand der Wohnbevölkerung in Deutschland. 7.124 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren wurden zu gesundheitsrelevanten Themen befragt und medizinisch untersucht. Die Datenerhebung begann im Oktober 1997 und endete im März 1999 (RKI 1999). Die Fragen im BGS98 waren ähnlich, aber nicht identisch: Im Fragebogen des BGS98 stand eine kurze Hinführung zur Thematik: »Es gibt eine Reihe von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die z. B. von Krankenkassen, Volkshochschulen, Gesundheitsämtern, privaten Anbietern oder Selbsthilfegruppen durchgeführt werden und sich beispielsweise mit Ernährung, Bewegung, Entspannung und Sport oder Fitness befassen.« Daran schloss sich die Frage an: »Haben Sie an solchen Maßnahmen (Kurse, Übungen, Beratungen) schon einmal teilgenommen?« Zur Auswahl standen u. a. die Themenbereiche: Gewichtsreduktion, gesunde Ernährung, Rücken- oder Wirbelsäu-

lengymnastik (Rückenschule), Entspannung oder Stressbewältigung. Mehrfachnennungen waren möglich (vgl. Kahl et al. 1999).

Erst mit dem Leitfaden Prävention wurde die inhaltliche Ausgestaltung der Gruppenmaßnahmen kassenübergreifend vorgegeben und hinsichtlich Zielgruppen, Methodik und Inhalten spezifiziert. Für den Bereich der Förderung der körperlichen Aktivität bedeutete dies eine Abwendung von der Rücken- oder Wirbelsäulengymnastik (Rückenschule) hin zu Gesundheitskursen, die für Personen ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen im Sinne einer gesundheitssportlichen Förderung verschiedene Formen von Fitness- und Bewegungsförderung anboten. Diese richteten sich entweder an Versichertengruppen mit oder ohne Risikofaktoren z. B. aus dem metabolischen Bereich oder des Herz-Kreislaufsystems (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008). Dementsprechend weichen die Frageformulierung im BGS98 und in GEDA 2009 im Bereich Bewegungsförderung geringfügig voneinander ab. Da es sich dabei aber um die in den jeweiligen Jahren bekannten Angebote bei den Versicherten handelte, ist davon auszugehen, dass die Befragten auf diese Weise den Gesundheitskurs leicht zuordnen konnten. Wenngleich sich Angebot und Bezeichnung verändert haben, bleiben es vergleichbare Maßnahmen des Präventionsbereichs Bewegung.

Die Fragestellung wurde im BGS98 mit einem selbst auszufüllenden Fragebogen erhoben, während bei GEDA 2009 ein Telefoninterview durchgeführt wurde. Die Stichprobenanzahl war bei GEDA 2009 dreimal so groß wie bei dem BGS98. Es wurde keine gemeinsame Standardisierung vorgenommen. Die Berechnungen für beide Stichproben liefen getrennt. Durch die Berechnung für komplexe Stichproben wird aber von vergleichbaren repräsentativen Aussagen ausgegangen. Für die vergleichende Betrachtung mit GEDA 2009 wurden beim BGS98 ebenso zwei neue Variablen »Ernährung« (Gewichtsreduktion und gesunde Ernährung) sowie »mindestens eine Maßnahme« wie bei GEDA 2009 gebildet. Da auch im BGS98 die Inanspruchnahme von Maßnahmen in den letzten 12 Monaten erfragt wurde, gehen nur Angaben von Befragten ein, deren Angaben sich auf Maßnahmen bezogen, die ab dem 01.01.1997 durchgeführt wurden. So wurde gewährleistet, dass sich die Angaben der gesetzlich Versicherten vom BGS98 auf einen einheitlichen gesetzlichen Handlungsrahmen der GKV bezogen, dem Beitragsentlastungsgesetz. Die Maßnahmen, die durch GEDA 2009 erfasst wurden, liegen im Gegensatz dazu im Zeitraum des noch heute gültigen GKV-Gesundheitsreformgesetzes.

Für die Regressionsanalyse wurde die in GEDA 2009 erhobene Art der derzeitigen Erwerbstätigkeit (Voll-, Teilzeit, gelegentlich oder nicht erwerbstätig)

hinzugezogen. Außerdem sollte mit der Gesundheitswahrnehmung untersucht werden, welche Größenordnung soziale Lage und Merkmale der Krankenversicherung im Vergleich zu Faktoren der Gesundheitseinstellung und -wahrnehmung haben. Hierfür wurden die Angaben zur Frage »Wie stark achten Sie auf ihre Gesundheit?« eingesetzt.

Damit die Aussagen repräsentativ sind, wurden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Netto-Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich Alter, Geschlecht, Region und Bildungsstatus ausgleicht. Die Berechnung der Konfidenzintervalle erfolgt mit dem Verfahren für komplexe Stichproben von PASW Statistics Version 17.0 (SPSS). Überschneiden sich Unterschiede zwischen Gruppen bei der Verwendung von 95 %-Konfidenzintervallen nicht, dann sind diese als signifikant einzuordnen. Eine multivariate binär

logistische Regressionsanalyse erfolgte mit der dichotomen abhängigen Variable »mindestens eine Maßnahme« in den letzten 12 Monaten.

Ergebnisse

Soziodemografische Merkmale

In Deutschland hatte von der 18- bis 79-jährigen Bevölkerung mehr als jeder bzw. jede Sechste in den letzten 12 Monaten an mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme teilgenommen. Etwa zwei Drittel nutzten ein Angebot (10,2 %; 95 %-KI 9,6 %–10,7 %) und ein Drittel besuchte zwei oder mehr Gesundheitskurse (5,9 %; 95 %-KI 5,5 %–6,3 %). Dabei nahmen Frauen fast doppelt so häufig teil wie Männer. Die Maßnahmen erreichten Frauen und Männer

Tabelle 3.1

Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht, Bildungsgruppe und Alter

Angaben in Prozent aller 18- bis 79-jährigen Befragten

Quelle: GEDA 2009

Frauen	Ernährung		Bewegung		Entspannung		Mindestens eine Maßnahme	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt (Frauen und Männer)	5,1	(4,7–5,5)	12,8	(12,2–13,3)	4,7	(4,3–5,0)	16,0	(15,4–16,7)
Frauen gesamt	6,0	(5,5–6,6)	16,7	(15,8–17,6)	6,3	(5,8–6,8)	20,8	(19,9–21,8)
Bildungsgruppe								
Untere Bildungsgruppe	5,0	(3,8–6,5)	12,1	(10,2–14,4)	3,6	(2,5–5,0)	15,7	(13,5–18,2)
Mittlere Bildungsgruppe	6,5	(5,9–7,2)	17,8	(16,8–18,9)	6,7	(6,1–7,4)	22,1	(21,0–23,2)
Obere Bildungsgruppe	6,1	(5,3–7,0)	20,5	(19,2–22,0)	9,3	(8,4–10,3)	25,1	(23,7–26,6)
Altersgruppe								
18–29 Jahre	4,0	(3,1–5,2)	8,7	(7,5–10,2)	3,5	(2,7–4,6)	11,9	(10,4–13,7)
30–44 Jahre	5,7	(4,9–6,7)	15,1	(13,8–16,5)	6,7	(5,8–7,6)	19,3	(17,8–20,8)
45–64 Jahre	8,1	(7,1–9,2)	20,8	(19,3–22,4)	9,0	(8,0–10,1)	26,0	(24,3–27,7)
65–79 Jahre	5,0	(3,9–6,4)	18,5	(16,3–20,9)	4,2	(3,2–5,4)	21,8	(19,5–24,3)

Männer	Ernährung		Bewegung		Entspannung		Mindestens eine Maßnahme	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt (Frauen und Männer)	5,1	(4,7–5,5)	12,8	(12,2–13,3)	4,7	(4,3–5,0)	16,0	(15,4–16,7)
Männer gesamt	4,1	(3,6–4,7)	8,7	(8,0–9,4)	3,0	(2,6–3,4)	11,1	(10,3–11,9)
Bildungsgruppe								
Untere Bildungsgruppe	4,1	(2,5–6,5)	5,7	(4,0–8,0)	1,8	(0,9–3,5)	8,3	(6,1–11,1)
Mittlere Bildungsgruppe	4,0	(3,4–4,7)	8,5	(7,6–9,5)	3,0	(2,5–3,6)	10,7	(9,7–11,8)
Obere Bildungsgruppe	4,5	(3,9–5,3)	10,9	(9,9–12,0)	3,7	(3,1–4,3)	13,5	(12,4–14,7)
Altersgruppe								
18–29 Jahre	2,5	(1,8–3,5)	7,4	(6,2–9,0)	2,7	(2,0–3,8)	9,3	(7,9–11,0)
30–44 Jahre	2,5	(1,9–3,4)	6,7	(5,6–8,0)	2,8	(2,1–3,7)	8,6	(7,4–10,0)
45–64 Jahre	5,1	(4,2–6,3)	9,9	(8,7–11,2)	3,5	(2,8–4,4)	12,3	(10,9–13,7)
65–79 Jahre	6,5	(5,0–8,3)	10,7	(8,9–12,7)	2,6	(1,8–3,7)	14,3	(12,2–16,7)

aus allen Bildungsgruppen, jedoch beteiligten sich Personen der oberen Bildungsgruppe häufiger als Personen der mittleren und der unteren Bildungsgruppe. Dieser Bildungsgradient lässt sich nicht bei den Angeboten zur Ernährung beobachten (siehe Tabelle 3.1).

Insgesamt nutzten Frauen und Männer ab 45 Jahren die Angebote häufiger als jüngere Personen. Bei den Frauen stellten die 45- bis 64-Jährigen die größte Nutzergruppe dar, bei den Männern sind es die 65- bis 79-Jährigen (siehe Tabelle 3.1).

Die Maßnahmen zur Bewegung wurden über Geschlechter-, Bildungs- und Altersgrenzen hinweg am meisten nachgefragt. Insgesamt waren 12,8 % der Befragten körperlich aktiv, 5,1 % haben sich mit ihrer Ernährung auseinandergesetzt und 4,7 % lernten Entspannungstechniken bzw. Stressbewältigungsverfahren kennen (siehe Tabelle 3.1).

Krankenversicherungsmerkmale

Verhaltenspräventive Maßnahmen wurden von Versicherten unterschiedlicher Krankenkassen wahrgenommen. Von denjenigen Befragten, die angaben, nicht gesetzlich versichert zu sein, sondern beispielsweise einer privaten Krankenkasse anzugehören, haben 12,6 % mindestens ein verhaltenspräventives Angebot besucht. Tabelle 3.2 zeigt, dass die gesetzlich Versicherten in den Ersatzkassen (19,1 %), den Betriebskrankenkassen (18,8 %) sowie der See-Krankenkasse/Knappschaft (16,7 %) überdurchschnittlich oft mindestens ein Angebot wahrgenommen haben. Die Innungskrankenkassen (13,9 %), die Landwirtschaftliche Krankenkasse (14,3 %) und die Allgemeinen

Ortskrankenkassen (13,2 %) wiesen unterdurchschnittliche Teilnehmerzahlen auf. Innerhalb der einzelnen präventiven Themenbereiche waren die Kassenarten ähnlich repräsentiert, aber mit einzelnen Abweichungen, dabei blieben aber die Unterschiede zwischen den Themenfeldern erhalten, d. h. bei allen Kassenarten waren circa zwei- bis dreifach mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den Maßnahmen zur Bewegung zu finden als in den Angeboten zur Ernährung oder Entspannung (siehe Tabelle 3.2).

Durch GEDA 2009 und BGS98 liegen Informationen zur Inanspruchnahme von verhaltenspräventiven Maßnahmen durch die gesetzlich Versicherten an zwei Zeitpunkten vor: 1997 bis 1999 (BGS98) und 2007 bis 2009 (GEDA 2009). Insgesamt hat sich die Inanspruchnahme von 1997 bis 1999 auf 2007 bis 2009 um über zwei Drittel erhöht. Hatten 1997 bis 1999 noch 9,8 % der gesetzlich Versicherten mindestens an einer Maßnahme teilgenommen, waren es im Zeitraum von 2007 bis 2009 bereits 16,6 %. Diese Steigerung der Inanspruchnahme gilt für beide Geschlechter, alle Bildungsgruppen und die drei Themenfelder Ernährung, Bewegung und Entspannung (siehe Tabelle 3.3).

Finanzierung

Bei der Finanzierung von verhaltenspräventiven Maßnahmen zeigt sich insgesamt, dass eher die Kosten für Maßnahmen zur Entspannung/Stressbewältigung vollständig übernommen wurden als zur Bewegungsförderung, wobei auch dort die Anteile der finanziellen Unterstützung noch größer waren als bei

Tabelle 3.2
Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen in den letzten 12 Monaten unter Berücksichtigung der Krankenkassenart
Angaben in Prozent aller 18- bis 79-jährigen Befragten
Quelle: GEDA 2009

Krankenkassenart	Ernährung		Bewegung		Entspannung		Mindestens eine Maßnahme	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Gesamt	5,1	(4,7–5,5)	12,8	(12,2–13,3)	4,7	(4,3–5,0)	16,0	(15,4–16,7)
Allgemeine Ortskrankenkasse	5,2	(4,5–6,1)	10,1	(9,0–11,2)	3,7	(3,1–4,4)	13,2	(12,1–14,5)
Ersatzkasse	5,3	(4,7–6,0)	15,4	(14,4–16,4)	5,4	(4,9–6,0)	19,1	(18,0–20,2)
Betriebskrankenkasse	5,9	(4,9–7,0)	14,9	(13,5–16,4)	5,8	(4,9–6,8)	18,8	(17,2–20,5)
Innungskrankenkasse	4,8	(3,7–6,3)	11,2	(9,4–13,3)	3,8	(2,8–5,1)	13,9	(11,9–16,2)
See-Krankenkasse/ Knappschaft	4,1	(1,9–8,7)	16,3	(11,8–22,0)	5,7	(3,1–10,2)	16,7	(12,2–22,4)
Landwirtschaftliche Krankenkasse	2,9	(1,2–6,5)	12,1	(7,5–18,9)	3,5	(1,6–7,8)	14,3	(9,3–21,4)
Anderes (privat versichert o. a.)	3,9	(3,2–4,8)	10,2	(9,0–11,5)	3,8	(3,2–4,6)	12,6	(11,3–14,0)

der Inanspruchnahme von Angeboten zur Ernährung. Insgesamt wurden die meisten Maßnahmen ganz oder teilweise selbst finanziert, die vollständige Kostenübernahme durch die Krankenkassen erfolgte je nach Gesundheitsthema zu etwa einem Zehntel (Ernährung) bis zu einem Drittel (Entspannung) der Maßnahmen (siehe Tabelle 3.4).

Je nach Präventionsbereich bezahlten 54,6% bis 65,8% der privat Versicherten die Teilnahme an einem Präventionsangebot vollständig selbst, während dies nur zwischen 28,7% und 46,0% der GKV-Versicherten taten. Die PKV-Versicherten gaben teilweise fast doppelt so oft wie GKV-Versicherte an, dass sie die Beteiligung an der Maßnahme selbst finan-

Tabelle 3.3
Vergleich der Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen in den letzten 12 Monaten für die Zeiträume zwischen 1997 bis 1999 und 2007 bis 2009

Angaben in Prozent aller 18- bis 79-jährigen Befragten; GKV-Versicherte

Quelle: GEDA 2009; BGS98

Inanspruchnahme	Ernährung		Bewegung		Entspannung		Mindestens eine Maßnahme	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Inanspruchnahme zwischen dem 01.01.1997–13.03.1999	2,6	(2,1–3,1)	6,3	(5,5–7,3)	2,4	(2,0–3,0)	9,8	(8,8–10,9)
Frauen	3,5	(2,8–4,3)	8,3	(7,2–9,7)	3,6	(2,9–4,5)	13,2	(11,9–14,7)
Männer	1,6	(1,1–2,3)	4,1	(3,3–5,1)	1,1	(0,7–1,8)	6,0	(5,0–7,2)
Untere Bildungsgruppe	1,8	(1,0–3,2)	5,5	(3,8–7,9)	1,1	(0,5–2,1)	7,3	(5,5–9,8)
Mittlere Bildungsgruppe	2,9	(2,3–3,6)	6,4	(5,4–7,5)	2,3	(1,7–3,0)	9,9	(8,8–11,2)
Obere Bildungsgruppe	2,5	(1,7–3,6)	7,0	(5,7–8,5)	4,2	(3,1–5,7)	11,7	(9,8–13,9)
Inanspruchnahme zwischen dem 15.07.2007–05.06.2009	5,3	(4,9–5,7)	13,2	(12,6–13,9)	4,8	(4,4–5,2)	16,6	(15,9–17,3)
Frauen	6,2	(5,6–6,8)	16,8	(15,9–17,8)	6,3	(5,8–6,9)	21,1	(20,1–22,1)
Männer	4,3	(3,7–5,0)	9,1	(8,4–10,0)	3,1	(2,6–3,6)	11,6	(10,7–12,6)
Untere Bildungsgruppe	4,8	(3,8–6,1)	9,9	(8,4–11,7)	3,0	(2,2–4,1)	13,3	(11,5–15,3)
Mittlere Bildungsgruppe	5,4	(4,9–5,9)	13,6	(12,8–14,4)	5,0	(4,5–5,5)	16,9	(16,1–17,8)
Obere Bildungsgruppe	5,8	(5,1–6,5)	16,4	(15,3–17,5)	6,5	(5,9–7,2)	20,1	(19,0–21,3)

Tabelle 3.4
Finanzierung der Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung in den letzten 12 Monaten nach Kassenart

Angaben in Prozent aller 18- bis 79-jährigen Befragten

Quelle: GEDA 2009

Finanzierung	Ernährung		Bewegung		Entspannung	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt						
Selbst finanziert	47,4	(43,5–51,2)	34,7	(32,5–36,9)	31,4	(28,2–34,8)
Teilweise selbst finanziert	41,3	(37,5–45,2)	39,6	(37,4–41,9)	35,1	(31,6–38,8)
Vollständige Kostenübernahme	11,3	(9,2–13,9)	25,7	(23,6–27,9)	33,4	(30,0–37,1)
Gesetzliche Krankenversicherung						
Selbst finanziert	46,0	(41,9–50,2)	31,9	(29,6–34,3)	28,7	(25,4–32,4)
Teilweise selbst finanziert	42,7	(38,6–46,9)	42,3	(39,8–44,8)	37,2	(33,4–41,2)
Vollständige Kostenübernahme	11,3	(9,0–14,1)	25,8	(23,6–28,2)	34,0	(30,3–38,0)
Private Krankenversicherung						
Selbst finanziert	65,8	(53,6–76,2)	60,1	(52,9–67,0)	54,6	(43,9–64,8)
Teilweise selbst finanziert	24,6	(15,3–37,2)	15,1	(10,5–21,3)	14,0	(7,0–26,0)
Vollständige Kostenübernahme	9,6	(4,9–18,1)	24,7	(18,9–31,7)	31,5	(22,6–42,0)

ziert hatten. Zwischen 37,2% und 42,7% der GKV-Versicherten hatten sich die präventiven Aktivitäten teilweise selbst finanziert. Dieser Anteil reichte bei der PKV je nach Präventionsbereich von 14,0% bis 24,6% (siehe Tabelle 3.4).

Eine geschlechterdifferenzierte Betrachtung hinsichtlich der Finanzierung präventiver Maßnahmen zeigt, dass es bei den Angeboten zur Förderung von Bewegung und Entspannung häufiger eine vollständige Kostenübernahme bei Männern gab: Der Anteil

Tabelle 3.5

Finanzierung der Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht, Bildungsgruppe und Alter

Angaben in Prozent aller 18- bis 79-jährigen Befragten; GKV-Versicherte

Quelle: GEDA 2009

Finanzierung	Ernährung		Bewegung		Entspannung	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Frauen						
Selbst finanziert	48,1	(43,1–53,0)	33,6	(30,9–36,5)	31,6	(27,5–35,9)
Teilweise selbst finanziert	40,2	(35,3–45,3)	43,7	(40,8–46,7)	39,8	(35,4–44,4)
Vollständige Kostenübernahme	11,7	(9,1–15,1)	22,6	(20,2–25,3)	28,6	(24,5–33,0)
Männer						
Selbst finanziert	42,7	(35,8–49,9)	28,2	(24,4–32,4)	22,1	(16,7–28,7)
Teilweise selbst finanziert	46,7	(39,5–54,1)	39,3	(34,9–43,8)	31,2	(24,1–39,2)
Vollständige Kostenübernahme	10,6	(6,9–15,9)	32,5	(28,2–37,1)	46,7	(38,9–54,7)
Untere Bildungsgruppe						
Selbst finanziert	37,9	(26,4–50,8)	36,1	(28,3–44,7)	20,1	(10,0–36,1)
Teilweise selbst finanziert	51,2	(38,6–63,7)	34,4	(26,6–43,1)	40,2	(25,9–56,4)
Vollständige Kostenübernahme	10,9	(5,4–20,9)	29,5	(22,0–38,3)	39,7	(25,4–56,0)
Mittlere Bildungsgruppe						
Selbst finanziert	47,6	(42,7–52,5)	30,7	(28,0–33,5)	29,2	(25,1–33,7)
Teilweise selbst finanziert	40,7	(35,9–45,7)	42,8	(39,8–45,8)	35,3	(30,9–40,0)
Vollständige Kostenübernahme	11,7	(9,0–15,1)	26,5	(23,9–29,3)	35,5	(31,0–40,3)
Obere Bildungsgruppe						
Selbst finanziert	50,1	(44,0–56,1)	31,8	(28,6–35,2)	32,9	(28,1–38,2)
Teilweise selbst finanziert	39,5	(33,7–45,6)	47,3	(43,8–50,9)	40,2	(35,0–45,7)
Vollständige Kostenübernahme	10,4	(7,3–14,6)	20,9	(18,1–23,9)	26,9	(22,3–32,1)
18–29 Jahre						
Selbst finanziert	47,4	(36,4–58,7)	36,6	(30,4–43,2)	24,8	(16,8–34,9)
Teilweise selbst finanziert	45,4	(34,3–56,9)	35,7	(29,8–42,0)	42,2	(30,8–54,5)
Vollständige Kostenübernahme	7,2	(3,4–14,6)	27,7	(22,0–34,4)	33,0	(22,9–45,1)
30–44 Jahre						
Selbst finanziert	51,8	(44,0–59,5)	27,3	(23,5–31,4)	25,1	(19,9–31,1)
Teilweise selbst finanziert	36,8	(29,2–45,2)	45,8	(41,3–50,5)	41,1	(34,4–48,1)
Vollständige Kostenübernahme	11,4	(7,7–16,4)	26,9	(22,7–31,6)	33,9	(27,2–41,2)
45–64 Jahre						
Selbst finanziert	45,1	(39,0–51,3)	32,2	(28,7–35,9)	29,7	(24,7–35,3)
Teilweise selbst finanziert	40,0	(33,9–46,3)	40,4	(36,7–44,2)	32,4	(27,2–38,1)
Vollständige Kostenübernahme	15,0	(11,0–20,0)	27,4	(23,9–31,1)	37,9	(32,2–43,9)
65–79 Jahre						
Selbst finanziert	41,7	(32,4–51,6)	33,6	(28,4–39,2)	35,1	(25,3–46,4)
Teilweise selbst finanziert	51,7	(42,0–61,4)	44,8	(39,1–50,6)	39,9	(29,4–51,4)
Vollständige Kostenübernahme	6,6	(3,1–13,2)	21,6	(17,1–27,0)	25,0	(16,3–36,2)

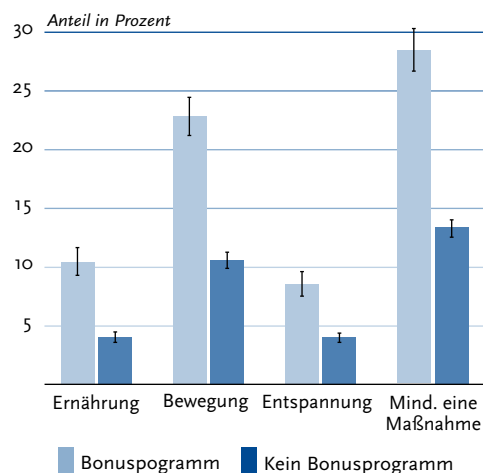
der Personen, die für Maßnahmen zur Bewegungsförderung eine vollständige Kostenübernahme erhielten, war bei Männern etwa um ein Drittel größer (32,5 %) als bei den Frauen (22,6 %). Bei Angeboten zur Entspannung/Stressbewältigung war der Anteil der Männer, die eine vollständige Kostenübernahme bekamen, fast doppelt so hoch, wie bei den Frauen (46,7 % vs. 28,6 %). Nur etwa ein Zehntel der Frauen und Männer erhielt bei den Angeboten zur Ernährung eine Übernahme aller Kosten (siehe Tabelle 3.5).

Der Einfluss des Bildungshintergrundes der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die Finanzierung der Maßnahmen zeigt ein uneinheitliches Muster. Deutlich häufiger wurden die Kosten sowohl für Maßnahmen zur Entspannung als auch zur körperlichen Aktivität für Personen der unteren Bildungsgruppe vollständig übernommen als für Personen der mittleren und oberen Bildungsgruppe. Bei den Angeboten zur Ernährung erhielten Frauen und Männer aus der unteren Bildungsgruppe in etwa in jedem zehnten Fall eine vollständige Kostenübernahme, ähnlich wie Frauen und Männer aus der mittleren und der oberen Bildungsgruppe. Personen der unteren Bildungsgruppe finanzierten sich um mehr als ein Drittel seltener die Maßnahmen zur Ernährung und Entspannung selbst im Vergleich zu Personen der mittleren und oberen Bildungsgruppe, allerdings bezahlten sie etwas häufiger als diese die Kosten für Bewegungskurse selbst (siehe Tabelle 3.5).

Für die Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen der GKV-Versicherten wurden am häufigsten die Kosten vollständig übernommen. Die geringste vollständige

Abbildung 3.1
Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen in den letzten 12 Monaten nach Teilnahme an einem Bonusprogramm der gesetzlichen Krankenkassen

Angaben in Prozent aller 18- bis 79-jährigen Befragten; GKV-Versicherte
Quelle: GEDA 2009



Übernahme der Kosten zeigt sich für alle Präventionsthemen bei den 65- bis 79-jährigen (siehe Tabelle 3.5).

21,7 % (95 %-KI 20,9 %–22,5 %) aller im Rahmen von GEDA 2009 befragten GKV-Versicherten teilten mit, dass sie an einem Bonusprogramm ihrer Krankenkasse teilnehmen. Doppelt so viele Bonusprogrammteilnehmerinnen bzw. -teilnehmer nahmen mindestens eine Maßnahme zur Verhaltensprävention im Bereich Ernährung, Bewegung oder Entspannung in Anspruch (28,6 %) im Vergleich zu GKV-Versicherten, die nicht an einem Bonusprogramm ihrer Krankenkasse teilnahmen (13,3 %) (siehe Abbildung 3.1).

Tabelle 3.6
Inanspruchnahme mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme in den letzten 12 Monaten; gemeinsame Betrachtung relevanter Einflussfaktoren

Angaben aller 18- bis 79-jährigen Befragten
Quelle: GEDA 2009

Inanspruchnahme	OR ¹	(95 %-KI) ²
Geschlecht		
Männer	Ref. ³	
Frauen	1,99	1,83–2,17
Bildungsgruppe		
Untere Bildungsgruppe	0,69	0,59–0,80
Mittlere Bildungsgruppe	Ref. ³	
Obere Bildungsgruppe	1,21	1,11–1,31
Altersgruppe		
18–29 Jahre	Ref. ³	
30–44 Jahre	1,26	1,11–1,44
45–64 Jahre	1,76	1,56–1,98
65–79 Jahre	1,74	1,50–2,02
Krankenkasse		
Gesetzlich	Ref. ³	
Privat	0,70	0,63–0,78
Grad der Erwerbstätigkeit		
Vollzeit	Ref. ³	
Teilzeit	1,19	1,07–1,33
Gelegentlich	0,94	0,77–1,14
Nicht erwerbstätig	1,04	0,93–1,15
Achten auf Gesundheit		
Gar nicht	Ref. ³	
Weniger stark	1,15	0,75–1,78
Mittelmäßig	1,71	1,15–2,54
Stark	2,54	1,72–3,77
Sehr stark	3,07	2,05–4,58

¹ Odds Ratios bei gleichzeitiger Betrachtung der Einflussgrößen – Chance der Inanspruchnahme mindestens einer Maßnahme in der betrachteten Gruppe im Verhältnis zur Referenzgruppe

² Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios

³ Referenzgruppe

Gesamtbetrachtung

Welche Faktoren einen voneinander unabhängigen Einfluss auf die Inanspruchnahme mindestens einer verhaltensbezogenen präventiven Maßnahme in den letzten 12 Monaten haben, zeigt die logistische Regression. Als signifikante Einflussfaktoren erwiesen sich das weibliche Geschlecht, die Zugehörigkeit zur oberen Bildungsgruppe und die Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse. Die Chance der Inanspruchnahme mindestens einer Maßnahme ist für Frauen fast doppelt so hoch wie für Männer, für die untere Bildungsgruppe um ein Drittel niedriger als für die mittlere Bildungsgruppe und für PKV-Versicherte um ein Drittel niedriger als für gesetzlich Versicherte. Die Chance der Inanspruchnahme erhöht sich mit steigendem Lebensalter. Teilzeitbeschäftigte haben eine größere Chance im Vergleich zu Vollzeit Erwerbstätigen. Um einen Hinweis auf weitere Einflussfaktoren zu erhalten, neben der sozialen Lage und den Merkmalen zur Krankenversicherung, wurde die Gesundheitswahrnehmung zum Modell hinzugezogen. Den stärksten von den anderen Faktoren unabhängigen Einfluss auf die Teilnahme an einem Gesundheitskurs hatte die Einstellung, »sehr stark« auf die Gesundheit zu achten (siehe Tabelle 3.6).

Diskussion und Ergebnisbewertung

Etwa ein Sechstel der 18- bis 79-jährigen Bevölkerung nahm in den letzten 12 Monaten mindestens eine verhaltenspräventive Maßnahme aus den Bereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung in Anspruch. Bei den GKV-Versicherten hat sich die Inanspruchnahme im Zeitraum von 1997 bis 1999 auf 2007 bis 2009 um annähernd zwei Drittel von 9,8 % auf 16,6 % erhöht. Dabei ist davon auszugehen, dass primär- und tertiärpräventive Maßnahmen in Anspruch genommen wurden und die Anbieter sowohl Krankenkassen als auch andere Organisationen waren.

Auf der Grundlage der Daten von GEDA 2009 würde dies bedeuten, dass etwa 9,1 Millionen GKV-Versicherte zwischen 18 und 79 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate mindestens ein verhaltenspräventives Angebot zum Thema Ernährung, Bewegung oder Entspannung wahrgenommen haben. Die gesetzlichen Krankenkassen registrierten 2,1 Millionen Kurs teilnahmen von verhaltensbezogenen primärpräventiven Angeboten auf der Grundlage des § 20 SGB V für das Jahr 2008 (MDS, GKV-Spitzenverband 2009). Der Unterschied weist darauf hin, dass bei GEDA 2009 auch Maßnahmen erfasst wurden, die nicht dem Maßnahmenkatalog des § 20 SGB V zuzuordnen sind, zum Beispiel Maßnahmen mit tertiärpräventiver Zielsetzung wie Herzsportgruppen oder Diabeteschulungen.

Nichtsdestotrotz ist davon auszugehen, dass sich die Inanspruchnahme primärpräventiver Leistungen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung in den letzten zehn Jahren erheblich erhöht hat, wie auch die Statistiken der gesetzlichen Krankenkassen zeigen. Von 2002 auf 2008 hat sich die absolute Anzahl an primären verhaltenspräventiven Leistungen der GKV pro Kalenderjahr nahezu versechsfacht (MDS, GKV-Spitzenverband 2009). Eine Rolle spielt dabei zum einen die gesetzliche Förderung der Prävention durch die GKV. Zum anderen gibt es in weiten Teilen der Bevölkerung eine generelle Bereitschaft, sich an Präventionsmaßnahmen zu beteiligen. Eine aktuelle Studie zeigt, dass weite Teile der Bevölkerung das eigene Risikoverhalten als den wichtigsten Einflussfaktor auf die Gesundheit einschätzen und weitere Maßnahmen zur Prävention befürworten (Marstedt, Rosenbrock 2009).

Neben den von den Krankenkassen durchgeführten oder finanzierten Maßnahmen wurden bei GEDA 2009 auch die Kurse anderer Anbieter erfasst, z. B. von Fitnessstudios oder kommerziellen Angeboten zur Ernährungsberatung. Der Anteil der Angebote zur Ernährung am Gesamtangebot ist bei GEDA 2009 mit 18 % mehr als doppelt so hoch im Vergleich zur Angabe von 7 % in den Statistiken der GKV (MDS, GKV-Spitzenverband 2009). Zugleich wurden bei GEDA 2009 die Maßnahmen zur Ernährung erheblich häufiger selbst finanziert als die Angebote zur Bewegung oder Entspannung. Dies ist ein Hinweis darauf, dass im Bereich Ernährung eine Vielzahl von Angeboten weiterer Organisationen besucht wurde, die durch die GKV nicht erstattet wurden. Die Krankenkassen unterstützen die Teilnahme an einer präventiven Maßnahme nur dann finanziell, wenn das Angebot bestimmte Qualitätskriterien erfüllt, die im Leitfaden Prävention festgeschrieben sind (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008).

Insgesamt beteiligten sich Frauen und Männer der oberen Bildungsgruppe annähernd um ein Zehntel häufiger als Personen der mittleren und um ein Drittel häufiger als Personen der unteren Bildungsgruppe an mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme. Damit erreichen die präventiven Angebote zur Ernährung, Bewegung und Entspannung die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen weniger gut als Gruppen mit anderem sozialen Hintergrund. Alle Anbieter primär- und tertiärpräventiver Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung haben hier noch Möglichkeiten, ihr Potenzial zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen weiter auszuschöpfen. Den Kassen bieten sich dafür die Instrumente des Setting-Ansatzes an. Gerade weil mit 285 Millionen Euro im Jahr 2008 im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung der größte Ausgabenanteil der

Kassen auf den individuellen Ansatz entfiel (MDS, GKV-Spitzenverband 2009), sollten sie erwägen, ihre individuellen verhaltenspräventiven Maßnahmen verstärkt in den Setting-Ansatz zu integrieren. So lassen sich z. B. im Bereich Gesundheitsförderung im Setting Betrieb bei der Integration verhaltenspräventiver Angebote bei Risikogruppen positive Ergebnisse zeigen (Groeneveld et al. 2010).

Um sozial benachteiligte Personen zur Inanspruchnahme von primärpräventiven Gesundheitsangeboten zur Ernährung, Bewegung und Entspannung zu motivieren, können die Krankenkassen nach vorausgegangener Prüfung die Kosten für die Maßnahme ganz oder teilweise übernehmen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008). Bei GEDA 2009 erhielten Personen der unteren Bildungsgruppe häufiger eine vollständige Finanzierung für verhaltenspräventive Maßnahmen zur Bewegung und Entspannung als Personen der mittleren und der oberen Bildungsgruppe, aber auch Personen aus der mittleren und oberen Bildungsgruppe profitierten nicht unerheblich von den teilweisen oder vollständigen finanziellen Beteiligungen der Krankenkassen. Hier haben die Krankenkassen noch eine Möglichkeit, sozial Benachteiligte, aber auch die hier unterrepräsentierten Männer verstärkt mit einem finanziellen Anreiz zur Teilnahme an einer verhaltenspräventiven Maßnahme zu motivieren.

Dass ein Zusammenhang zwischen speziellen Anreizen und Beteiligung an Präventionsmaßnahmen besteht, zeigen die Bonusprogramme, mit denen die GKV die Möglichkeit hat, gesundheitsbewusstes Verhalten zu belohnen. In GEDA 2009 zeigt sich ein doppelt so hoher Teilnahmeanteil an einer verhaltenspräventiven Maßnahme für die Bonusprogrammteilnehmerinnen bzw. -teilnehmer als für die Versicherten ohne Teilnahme am Bonusprogramm. Allerdings ist noch nicht abschließend geklärt, ob die Bonusprogramme als Anreiz zur Verhaltensänderung wirken oder eher so genannte Mitnahmeeffekte vorliegen, d. h. vor allem Versicherte erreicht werden, die ohnehin an einem Gesundheitskurs teilgenommen hätten (Scherenberg, Glaeske 2009). Erste Untersuchungen ermitteln eine geringere Morbidität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und für die Krankenkassen einen Nutzen von mindestens 129 Euro pro Versichertenjahr (Friedrichs et al. 2009). Um das Präventionspotenzial ganz zu erschließen, ist sicherzustellen, dass gerade Risikogruppen angesprochen werden, und dass bei diesen eine nachhaltige Veränderung des Gesundheitsverhaltens gelingt. Ein Ziel sollte dabei sein, die Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebenslagen zu erhöhen (Scherenberg, Glaeske 2009).

Wie Gesundheitseinstellungen neben der sozialen Lage und Krankenversicherungsmerkmalen die

Inanspruchnahme von verhaltenspräventiven Maßnahmen beeinflussen, zeigen die Angaben der Befragten von GEDA 2009. Die Einstellung und Wahrnehmung »stark« oder »sehr stark« auf die Gesundheit zu achten, erhöhte im Vergleich zu Personen, die »gar nicht« auf die Gesundheit achten, die Chance um das Dreifache, an einer verhaltenspräventiven Maßnahme teilzunehmen. Kein anderer untersuchter Faktor erwies sich als so einflussreich. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Inanspruchnahme einer verhaltenspräventiven Maßnahme zur Ernährung, Bewegung und Entspannung mit einer Einstellung einhergeht, besonders auf die Gesundheit zu achten. Da es sich bei GEDA 2009 um eine Querschnittsbefragung handelt, ist offen, ob die Teilnahme an einer verhaltenspräventiven Maßnahme in den letzten 12 Monaten diese Einstellung bewirkt hat, oder ob sie die Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist. Es ist anzunehmen, dass gerade erkrankte Personen, die tertiärpräventive Maßnahmen in Anspruch nehmen, verstärkt auf ihre Gesundheit achten, ebenso wie wahrscheinlich gesunde Personen mit wenigen Risikofaktoren.

Um noch weitere Menschen für die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen zur Ernährung, Bewegung oder Entspannung zu gewinnen, sollten die soziale Lage, die Lebens-, Umwelt-, und Arbeitsverhältnisse sowie der Lebensstil Berücksichtigung finden, beispielsweise durch niedrigschwellige Angebote, Setting-Ansätze und verhältnispräventive Maßnahmen, die vermögen, eine Balance zwischen persönlicher und sozialer Verantwortung herzustellen (Schmidt 2010). Denn »Menschen ändern ihre Verhaltensweisen nicht isoliert, sondern im Kontext ihres jeweiligen Lebensumfeldes und Lebensstils« (Hradil 2009, S. 52).

Kernaussagen

- ▶ In Deutschland hat in etwa jede bzw. jeder Sechste der 18- bis 79-Jährigen in den letzten 12 Monaten mindestens eine verhaltenspräventive Maßnahme zur Ernährung, Bewegung oder Entspannung in Anspruch genommen.
- ▶ Über alle präventiven Handlungsfelder hinweg, hat sich die Inanspruchnahme von verhaltenspräventiven Maßnahmen durch die gesetzlich Versicherten in den letzten zehn Jahren um über zwei Drittel erhöht.
- ▶ Die verhaltenspräventiven Maßnahmen zur Bewegung werden über Geschlechter-, Bildungs- und Altersgrenzen hinweg doppelt so häufig nachgefragt wie die Angebote zur Er-

nahrung oder Entspannung bzw. Stressbewältigung.

- ▶ Frauen und Männer aus der oberen Bildungsgruppe beteiligen sich am häufigsten mit mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme im Vergleich zu Frauen und Männern aus der mittleren und unteren Bildungsgruppe.
- ▶ Die Teilnahme an einem Bonusprogramm der gesetzlichen Krankenkassen verdoppelt die Wahrscheinlichkeit über alle Präventionsbereiche hinweg, sich an einer verhaltenspräventiven Maßnahme zu beteiligen.
- ▶ Privat Versicherte bezahlen im Vergleich zu gesetzlich Versicherten fast doppelt so häufig die Teilnahme an einem verhaltenspräventiven Angebot vollständig selbst.
- ▶ Fast ein Drittel mehr Männer als Frauen erhalten eine vollständige Kostenübernahme für verhaltenspräventive Maßnahmen zur Bewegungsförderung. Bei Angeboten zur Entspannung/Stressbewältigung ist der Anteil der Männer für eine komplette Kostenübernahme fast doppelt so hoch.
- ▶ Personen aus der unteren Bildungsgruppe erhalten häufiger eine vollständige Finanzierung für verhaltenspräventive Maßnahmen zur Bewegung und Entspannung als Personen aus der mittleren und oberen Bildungsgruppe.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008) Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008. KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn, Frankfurt am Main
- Brößkamp-Stone U, Kickbusch IS, Walter U (1998) Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R et al. (Hrsg) Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban und Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, S 141–150
- Friedrichs M, Friedel H, Bödeker W (2009) Teilnehmerstruktur und ökonomischer Nutzen präventiver Bonusprogramme in der betrieblichen Krankenversicherung. Das Gesundheitswesen 71: 623–627
- Groeneveld I, Proper K, van der Beek A et al. (2010) Lifestyle-focused interventions at the workplace to reduce the risk of cardiovascular disease – a systematic review. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health 36(3): 202–215
- Hradil S (2009) Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Kahl H, Hölling H, Kamtsiuris P (1999) Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Das Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2): S163–S168
- Knaack N, Kastner M, Iserloh B (2008) Chancen und Grenzen der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Kirch W, Badura B, Pfaff H (Hrsg) Prävention und Versorgungsfor-schung. Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, Dresden 24. bis 27. Oktober 2007. Springer, Berlin, S 157–176
- Marstedt G, Rosenbrock R (2009) Verhaltensprävention: Guter Wille allein reicht nicht. In: Böcken J, Braun B, Landmann J (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S 12–37
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., GKV-Spitzenverband (2009) Präventionsbericht 2009. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2008. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen
- Robert Koch-Institut (1999) Schwerpunktheft zum Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Das Gesundheitswesen. Thieme Verlag, Stuttgart, New York
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Rosenbrock R, Michel C (2007) Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2002) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Kurzfassung. SVR, Berlin
- Scherenberg V, Glaeske G (2009) Anreizkomponenten von Bonusprogrammen der gesetzlichen Krankenversicherungen. Kommunikation als unterschätzte Erfolgskomponente. Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler: 45–61
- Schmidt B (2010) Der eigenverantwortliche Mensch. Das Gesundheitswesen 72: 29–34
- Schroedter J, Lechter Y, Lüttinger P (2006) Die Umsetzung der Bildungsskala ISCED-1997 für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus-Zusatzerhebung 1971 und die Mikrozensus 1976–2004 (Version). ZUMA-Methodenbericht 2006/08
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (1997) International Standard Classification of Education ISCED

