

Evaluation der
Gesundheitsinitiative
„Länger besser leben.“

Ulla Schmidt
Gesundheitsministerin a.D.
Bundestags-Vizepräsidentin



Vorwort

Im Sommer 2011 wurde von der BKK24 im niedersächsischen Obernkirchen mit „Länger besser leben.“ eine innovative Gesundheitsinitiative ins Leben gerufen. Ausgangspunkt von „Länger besser leben.“ ist eine wissenschaftliche Studie der Universität Cambridge, die in der kombinierten Umsetzung bestimmter Verhaltensregeln bzgl. Bewegung, Ernährung sowie Tabak- und Alkoholkonsum das Potential für ein längeres und gesünderes Leben sieht. In diesem Sinne verfolgt „Länger besser leben.“ das Ziel, Menschen zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten zu animieren.

Mit viel Engagement verfolgt die BKK24 ihren gesetzlichen Präventionsauftrag und ist neben Obernkirchen mittlerweile an weiteren Standorten mit „Länger besser leben.“ aktiv. Getragen wird „Länger besser leben.“ dabei durch ein breit aufgestelltes Gesundheitsnetzwerk aus örtlichen Sportvereinen, regionalen Medien, der Politik und weiteren Partnereinrichtungen, die gemeinsam auf ein identisches Ziel hinwirken. Die BKK24 hat damit einen Weg eingeschlagen, der vorbildlich ist: Prävention und Gesundheitsförderung gemeinsam mit örtlichen Akteurinnen und Akteuren umzusetzen. Konzepte dieser Art sind

sinnvoll – setzen sie doch dort an, wo Menschen leben.

„Länger besser leben.“ zeichnet sich nicht nur durch ein neuartiges Konzept aus, sondern auch durch die Tatsache, dass dieses Konzept aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln kritisch beleuchtet, d. h. evaluiert wurde. Verschiedene Bausteine – wie etwa eine Befragung von Teilnehmenden sowie Interviews mit Netzwerkpartnern – haben versucht, das Geheimnis der „Länger besser leben.“-Blackbox zu lüften: Inwiefern konnte „Länger besser leben.“ positive Wirkungen erzielen? Wer wurde durch „Länger besser leben.“ erreicht? Wie kommt „Länger besser leben.“ an? Was zeigt ein Blick auf das Partnernetzwerk von „Länger besser leben.“?

Insgesamt sind die Ergebnisse aus den unterschiedlichen Perspektiven sehr ermutigend und zeigen, dass Gesundheitsinitiativen dieser Art das Potential haben, Menschen zu erreichen und in ihrem Gesundheitsbewusstsein und Verhalten zu stärken. Darüber hinaus liefert die gesamte Evaluation auch Hinweise darauf, an welchen Stellschrauben zukünftig gedreht werden kann, um „Länger besser leben.“ noch zielgerichteter wirken zu lassen.

Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bielefeld, Fakultät
für Gesundheitswissenschaften



Vorwort

In den Gesundheitswissenschaften besteht seit langem Konsens, dass Gesundheitsförderung und Prävention, die nur den einzelnen Menschen und sein Verhalten adressieren, wenige Effekte erzielen. Gesundheitsförderung und Prävention müssen, wollen sie erfolgreich sein, sowohl das Verhalten als auch die Verhältnisse in den Blick nehmen. So einfach dies klingt, so selten wird dies umgesetzt, weil Interventionen jenseits von individuenbezogenen Kursen und Angeboten schnell einen Komplexitätsgrad erreichen, der kaum überschaubar ist. Vor diesem Hintergrund hat die BKK24 Neuland betreten, denn sie konzentriert sich zwar – wissenschaftlich fundiert – auf vier gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, basiert aber nicht auf einem einfachen Kurskonzept, sondern orientiert sich mit „Länger besser leben.“ am sozialen Umfeld, knüpft Netzwerke der Akteure und schafft in mehreren Kommunen ein Klima der Gesundheitsförderung.

Solche gemeindezentrierten Ansätze sind hoch komplex und die Wirkung ist nicht immer einfach nachzuweisen. Umso erfreulicher ist es, dass die BKK24 den Vorschlag des wissenschaftlichen Beirats aufgegriffen und ein Evaluationskonzept hat erarbeiten und umsetzen lassen. Der vorliegende Bericht zeigt, dass ganz unterschiedliche Aspekte untersucht wurden: Die Entwicklung der LBL-Aktionen in Obernkirchen und Nienburg und die Wahrnehmung durch die Einwohnerinnen und Einwohner ebenso wie das Netzwerk selbst und die Erwartungen der Netzwerkpartner. Aber auch

methodisch anspruchsvollere Fragen wurden in eigenen Evaluationsbausteinen untersucht, wie die Einstellungs- und Verhaltensänderungen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an „Länger besser leben.“ Auch die Frage, ob sich auch gesundheitliche Effekte nachweisen lassen, die sich möglicherweise auf die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen niederschlagen, wurde, mit aller gebotenen methodischen Vorsicht, in den Blick genommen.

Die Evaluation gibt wichtige Hinweise darauf, dass diese Art der Intervention ein wichtiger Ansatzpunkt für mehr Gesundheit und Wohlbefinden in der Bevölkerung ist. Einige Fragen wird man gerne vertiefen wollen, so jene nach den gesundheitsökonomischen Effekten oder nach der nachhaltigen Wirkung von Verhaltensänderungen. Und interessant wäre es sicherlich auch zu untersuchen, ob sich die Lebensqualität in den Zielregionen verändert hat, dadurch, dass viele Akteure nun an einem Strang ziehen und gemeinsam Aktionen planen und durchführen.

Aus wissenschaftlicher Perspektive zeigt der Bericht, dass mit vertretbarem Aufwand auch komplexe Interventionen wissenschaftlich untersucht werden können. Die BKK24 hat hier einen wichtigen Impuls für die Diskussion gesetzt. Die Aussage, dass komplexe, gemeindebezogene Interventionen nicht evaluiert werden können, ist nicht länger haltbar.

Inhalt

Zusammenfassung Evaluationsergebnisse und Berichte	Sandra Wiese BKK24 Master of Science (Public Health)
Wissenschaftliche Evaluation der Gesundheitsinitiative Ergebnisse einer Online-Befragung	Sandra Wiese BKK24 Master of Science (Public Health)
Wissenschaftliche Evaluation der Gesundheitsinitiative Ergebnisse einer Online-Befragung - Fragenblock: Gesundheitsprobleme und „Länger besser leben.“	Prof. Dr. Gerd Glaeske Universität Bremen Zentrum für Sozialpolitik
Ergebnisse aus Marktforschungsperspektive I LBL-Aktionen in Obernkirchen und Nienburg Effekte und Perspektiven im Zeitverlauf Empirische Zeitreihenanalysen 2012 - 2014	Gabriele Dostal dostal & partner management-beratung gmbh
Ergebnisse aus Marktforschungsperspektive II Konzeptimpuls, -realisierung und Ausblick: Verbraucherakzeptanz, Marktdurchdringung und -relevanz in den Kernregionen Obernkirchen und Nienburg	Gabriele Dostal dostal & partner management-beratung gmbh
Ergebnisse aus Marktforschungsperspektive III Ergebnisse einer telefonischen Umfrage zur Gesundheitsinitiative der BKK24	Sandra Wiese BKK24 Master of Science (Public Health)
Netzwerkevaluation in der kommunalen Gesundheitsförderung Eine qualitative Untersuchung der Partner der Intervention „Länger besser leben.“ der BKK24	Lara Weber Universität Bielefeld Master of Science (Public Health)
Gesundheitsinitiative „Länger besser leben.“ BKK24 Bericht 2015	Jörg Nielaczny BKK24 Master of Business Administration
„Länger besser leben.“ Perspektiven der Gesundheitsinitiative	Friedrich Schütte BKK24 Vorstand

Zusammenfassung
Evaluationsergebnisse und Berichte

Sandra Wiese
BKK24
Master of Science (Public Health)



Zusammenfassung Evaluationsergebnisse und Berichte

Quintessenz einer Online-Befragung (2015)

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik¹ & Sandra Wiese, BKK24

Datenbasis: Anonyme Online-Befragung rund 2.500 „Länger besser leben.“ (LBL)-Teilnehmender der Landkreise Schaumburg und Nienburg mit 250 abgeschlossenen Befragungen (Rücklauf: ca. 10%).

Gesundheitsverhalten der Befragten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt: Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt achten die Teilnehmenden weitaus häufiger stark auf ausreichend körperliche Bewegung, essen mehr Menschen täglich Obst bzw. Gemüse und sind deutlich mehr Exraucher und Nieraucher vertreten.

Übertragbarkeit auf Grundgesamtheit der Eingeladenen: Die Verteilung der Merkmale Geschlecht, Landkreis und Alter ist in der Befragungsgruppe und unter den Eingeladenen recht ähnlich. Es haben jedoch weitaus mehr BKK24-Versicherte an der Befragung teilgenommen. Die deskriptive Auswertung zeigt, dass dieser Parameter die Ergebnisse einer Änderung des Obst- und Gemüsekonsums beeinflusst und möglicherweise zu weiteren Verzerrungen geführt hat. Daher bleibt unsicher, in welchem Maße die Ergebnisse der Befragung auf die Grundgesamtheit übertragen werden können.

Zielüberprüfung: Im Vorfeld formulierte SMARTe Interventionsziele bzgl. einer Veränderung der körperlichen Aktivität (3 Ziele) sowie einer Änderung des Obst- und Gemüsekonsums (2 Ziele) wurden – bis auf ein Ziel zur körperlichen Aktivierung – weit übertroffen: LBL steuert in die anvisierte Richtung.

Ergebnisse zur Prozessqualität:

- LBL erreicht gleichermaßen Männer und Frauen sowie vermehrt Menschen ab 50 Jahren und mit höheren schulischen Bildungsabschlüssen.
- Rund 83% geben LBL eine Schulnote von 1 oder 2.
- Ca. 48% kennen die korrekte Botschaft von LBL.
- Knapp 67% der Schaumburger Befragungsteilnehmenden kennen das LBL-Magazin; die meisten lesen es immer oder oft.
- Ca. 89% der LBL-Brief-Empfänger lesen diesen immer oder oft.
- Das LBL-Magazin und der LBL-Brief führen zu einer Teilnahme an beworbenen Angeboten.
- Die primären Informationsquellen für LBL sind die BKK24, das LBL-Magazin, die LBL-Homepage und die Presse.
- Etwa 44% der Befragten haben an *keinem* LBL-Angebot teilgenommen.

¹ verantwortlich für die blau markierten Erkenntnisse bzgl. Krankheiten und Gesundheitsproblemen innerhalb der Darstellung

- Die am häufigsten frequentierten Angebote sind die „3.000-Schritte-Aktion/LBL-Spaziergang“, die „LBL-Vortragsreihe“ und „andere LBL-Angebote“.
- Insgesamt beteiligten sich nur wenige Diabetes-Kranke an der Befragung und fühlen sich möglicherweise nicht ausreichend von LBL angesprochen – obwohl diese insbesondere davon profitieren könnten.

Ergebnisse zur Ergebnisqualität:

- Knapp 46% konstatieren – zumindest für eine Zeit lang – eine positive Änderung der körperlichen Aktivität durch LBL. Bei den meisten hält diese Verhaltensänderung bis heute an.
- Fast 37% konstatieren – zumindest für eine Zeit lang – eine positive Änderung des Obst- und Gemüsekonsums durch LBL. Bei den meisten hält diese Verhaltensänderung bis heute an.
- Ca. 3% geben an, LBL habe – zumindest für eine Zeit lang – zu einem Rauchstopp geführt.
- Beachtend, dass das Ergebnis leicht positiv verzerrt ist, geben insgesamt fast 48% irgendeine positive Verhaltensänderung an. In absteigender Reihenfolge vollzogen sich Änderungen der körperlichen Aktivität, des Obst- und Gemüsekonsums, der sonstigen Lebensweise und des Tabakkonsums. Ca. 1/3 der Verhaltensänderung vollzog sich alleine auf Basis von Informationen im Rahmen von LBL.
- Genau 50% stimmen voll und ganz, die meisten davon eher zu, dass LBL zu einem besseren Wohlbefinden beigetragen habe.
- Im Rahmen von LBL konnten Bluthochdruck, Cholesterinwerte und Übergewicht reduziert werden, zum Teil einhergehend mit einer Arzneimittelreduktion. Die Antworten gelten als Hinweis und können nicht im Sinne einer Kausalität interpretiert werden.
- LBL konnte die Aufmerksamkeit für gesundheitliche Probleme erhöhen und scheint ein guter Ansatz zu sein, das Verständnis für Gesundheitsinformationen und die Umsetzung im Alltag zu verbessern.

Limitationen: Bei der Befragung kann eine zweifach positive Verzerrung angenommen werden: Zum einen sind vermutlich primär gesundheitsaffinere Menschen an LBL interessiert und zum anderen haben davon vermutlich eher die an der Befragung teilgenommen, die positiv gegenüber LBL/BKK24 eingestellt sind.

Fazit: Diese wissenschaftliche Evaluation sticht aus dem Forschungsfeld hervor – zeigt sie doch, dass eine sinnvolle Evaluation auf Ebene einer gesamten komplexen Intervention möglich ist. Die Evaluationsergebnisse sind ein Indiz dafür, dass gemeindenahere Prävention über ein Konzept wie „Länger besser leben.“ positive Wirkungen erzielen kann.

Quintessenz telefonischer Umfragen (2012 - 2014)

Datenbasis: 3 telefonische Umfragen (2012, 2013 und 2014) in Vorwahlgebieten für Obernkirchen und Nienburg (05724 und 05021); Zufalls-Stichproben nach Gabler-Häder-Verfahren; Netto-Stichprobe: je 200 pro Vorwahlgebiet.

Ergebnisse der Zeitreihenanalyse 2012 - 2014: (*dostal & partner management-beratung gmbh*)

- Die Bekanntheit von LBL stieg von 2012 - 2014 in Obernkirchen von 45% auf 74% und in Nienburg von ca. 10% auf 26%. LBL ist bei Frauen und Männern gleichermaßen bekannt. In Obernkirchen erhöhte sich der Bekanntheitsgrad im Zeitverlauf primär unter den Nicht-BKK24-Versicherten, in Nienburg unter den BKK24-Versicherten.
- Als Informationsquellen für LBL dominieren von 2012 - 2014 in Obernkirchen und Nienburg „Medien“, „Krankenkasse“ und „Mund-zu-Mund-Propaganda“, wobei die Bedeutung der „Medien“ im Zeitverlauf ab und die Bedeutung der „Krankenkasse“ tendenziell zunimmt. Die Infoquelle „Mund-zu-Mund-Propaganda“ schwankt insgesamt stark und stieg 2014 in Nienburg auf 75% während sie in Obernkirchen auf ca. 31% fiel.
- Von den LBL-Kennern sind die primär mit LBL verknüpften Themen „Bewegung/Sport“ und „fit/gesund bleiben“. Jedoch können in Nienburg und Obernkirchen ca. 21-25% nicht beschreiben, welche Inhalte LBL hat.
- 2014 nahmen in Obernkirchen 10% und in Nienburg ca. 5% aller Befragten an LBL-Angeboten teil.
- Die Anzahl der Befragten, die durch LBL einen Effekt auf ihr Verhalten konstatierten, stieg von 2012 - 2014 kontinuierlich bis auf 23,5% in Obernkirchen und 6% in Nienburg.

Gesamtresümee: LBL hat das Potential, sich zu einer sich tatsächlich etwas bewegenden Gesundheitsregion zu entwickeln und sich zielgerichtet in der Fläche rund um die beiden Kernregionen Obernkirchen und Nienburg auszudehnen.

Ergebnisse der telefonischen Umfrage 2014: (*Sandra Wiese, BKK24*)

- Die Verknüpfung von LBL und dem richtigen Initiator liegt in Obernkirchen bei 65% und in Nienburg bei 40%.
- Wer LBL kennt, bewertet es in Obernkirchen zu ca. 58%, in Nienburg zu ca. 39% mindestens gut. Fast 30% wissen in Obernkirchen nicht, wie sie LBL bewerten sollen, in Nienburg sind es ca. 46% – scheinbar fehlt es LBL nach außen zum Teil an Kontur.
- Die Zielgruppe wurde in punkto Kenntnis LBL sowohl in Obernkirchen als auch in Nienburg bzgl. Geschlecht und Alter (fast) erreicht. Während in Obernkirchen Angaben zum höchsten Schulabschluss vielfach fehlen, ist in Nienburg festzustellen, dass LBL mehr Leute mit einem höheren Schulabschluss kennen.
- In Obernkirchen erinnerten ca. 50% aller Befragten mindestens ein LBL-Angebot im Zeitraum Sommer 2013 bis Sommer 2014 – von 28 Angeboten wurden lediglich 3 gar nicht genannt. In Nienburg erinnerten 17% der Befragten ein LBL-Angebot; jedes der 9 Angebote wurde mindestens ein Mal genannt.

- 2014 gaben 23,5% der Befragten in Obernkirchen und 6% in Nienburg einen Effekt auf ihr Verhalten durch LBL an. Zum Teil vollzog sich eine Verhaltensänderung dabei auf bloßer Basis von Informationen im Rahmen LBL, ohne Teilnahme an LBL-Angeboten.
- Die Art der Verhaltensänderung konnte innerhalb der Befragung nur unzureichend spezifiziert werden. Für die wenigen Angaben die vorliegen gilt: Bei Teilnehmenden an LBL-Angeboten ist eine vage Tendenz Richtung sportlicher Aktivierung zu erkennen (auf insgesamt 10 Konkretisierungen bezogen) – bei den Verhaltensänderungen aufgrund von Informationen deutet sich eine vage Tendenz in Richtung „Steigerung des Gesundheitsbewusstseins“ an (auf insgesamt 10 Konkretisierungen bezogen).

Quintessenz einer qualitativen Netzwerkevaluation (2014)

Lara Weber, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Datenbasis: 10 Experteninterviews mit Partnern von LBL

Forschungsfrage: Inwieweit fördern bzw. hemmen die Faktoren „gemeinsame Zielvorstellungen“, „Win-win-Situation“, „Zusammenarbeit“, „Nachhaltigkeit“, „interne Kommunikation“, „Vertrauen“ und „Ressourcen“ das Netzwerk?

Ergebnisse:

- Die Partner und die BKK24 haben weitestgehend gemeinsame Zielvorstellungen.
- Eine Win-win-Situation wird zwischen der BKK24 und den Mitgliedern konstatiert, jedoch kaum zwischen den Akteuren. Das Verhältnis von Aufwand und Nutzen schätzt der Großteil der Interviewten als angemessen ein oder sieht einen größeren Nutzen im Vergleich zum Aufwand.
- Die Zusammenarbeit ist zwischen den Akteuren und der BKK24 am intensivsten; unter den Akteuren findet sie hingegen weniger statt.
- Eine Nachhaltigkeit des Netzwerkes wird nicht von allen Interviewten angenommen.
- Mit der internen Kommunikation sind fast alle Befragten zufrieden. Sie beziehen sich dabei allerdings nicht auf weitere Partner.
- Das nötige Vertrauen ist vorhanden und auch Ressourcen vielfältiger Art stehen den Mitgliedern ausreichend zur Verfügung.

Fazit: Insgesamt ist das Netzwerk positiv zu beurteilen, da die fördernden Faktoren gegenüber den hemmenden überwiegen. Die Interviewten bezogen die fördernden Aspekte aber zum größten Teil auf die Arbeit mit der BKK24 und weniger auf die Arbeit mit anderen Netzwerkpartnern. Es besteht primär eine Vernetzung zwischen der BKK24 und den Akteuren als eine Vernetzung zwischen den Akteuren. Würde die Vernetzung unter den Akteuren zunehmen, könnte dies einen positiven Einfluss auf die fördernden Faktoren der Netzwerkarbeit haben und vor allem die Nachhaltigkeit des Netzwerkes stärken.

Quintessenz eines internen BKK24-Berichts

Jörg Nielaczny, BKK24

Datenbasis: BKK24-(Kassen-)Daten unter Einbeziehung weiterer externer Quellen

Fakten zu LBL:

- Aktionsgebiete:
 - o Niedersachsen: Obernkirchen + Stadthagen mit diversen Ortsteilen, Landkreis Nienburg, Hameln mit Umfeld, Hannover, Rinteln
 - o Rheinland Pfalz: Germersheim
 - o Nordrhein-Westfalen: Kreis Herford
- 7.201 Teilnehmende (Vorjahr: 5.259 Teilnehmende)
- 234 Netzwerkpartner (Vorjahr 176), darunter Deutsche Herzstiftung, Hausärzte, DOSB etc.
- 973 Angebote regionaler Partner (Vorjahr 607), dazu rund 2.500 Sportabzeichen-Treffs sowie ca. 19.000 SPORT PRO GESUNDHEIT Offerten
- Beschreibung aller LBL-Teilnehmender (auf Basis des LBL-Gesundheitsfragebogens bei Eintritt)
 - o BMI: Im Vergleich zum Jahr 2013 sind 2014 mehr LBL-Teilnehmende normalgewichtig (55,8%), weniger übergewichtig (29,7%) und weniger adipös (14,6%).
 - o Obst- und Gemüsekonsum: Im Vergleich zum Jahr 2013 essen 2014 weniger der LBL-Teilnehmenden ausreichend Obst- und Gemüse (8,7%).
 - o Nikotinkonsum: Im Vergleich zum Jahr 2013 sind 2014 unter den LBL-Teilnehmenden weniger Raucher vertreten (19,7%).
 - o Erkrankungen: Im Vergleich zum Jahr 2013 haben 2014 unter den LBL-Teilnehmenden mehr Menschen keine Vorerkrankungen (73,1%).

Betriebswirtschaftliches Zwischenergebnis:

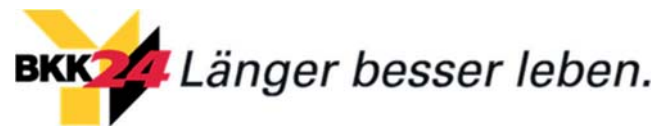
- Überschuss zwischen Einnahmen und Ausgaben für LBL-TN pro Kopf:
 - o 2011: 5,5-fach vom Durchschnitt
 - o 2012: 6,1-fach vom Durchschnitt
 - o 2013: 10,2-fach vom Durchschnitt
 - o 2014: 7,3-fach vom Durchschnitt² (unter erstmaliger Berücksichtigung von Satzungsleistungen)

² Ausgewertet wurden ca. 100.000 Versicherten-Datensätze aus dem Jahr 2014, darunter ca. 3.500 Versicherte, die an LBL teilnahmen.

Wissenschaftliche Evaluation der Gesundheitsinitiative
Ergebnisse einer Online-Befragung

Sandra Wiese
BKK24
Master of Science (Public Health)





Wissenschaftliche Evaluation der Gesundheitsinitiative

Ergebnisse einer Online-Befragung

Juni 2015

Sandra Wiese, BKK24
Master of Science (Public Health)

Inhalt

1. Zusammenfassung	4
2. Der Evaluationsgegenstand: „Länger besser leben.“	8
3. Evaluationsziele.....	11
4. Methodisches Vorgehen.....	11
5. Die anvisierte Zielgruppe von „Länger besser leben.“	16
6. SMARTe Interventionsziele	17
7. Allgemeine Evaluationsfragen zur Prozessqualität	19
8. Allgemeine Evaluationsfragen zur Ergebnisqualität	20
9. Ergebnisse der Datenauswertung	21
a) Beschreibung des Rücklaufs & grundlegender Merkmale des Datensatzes	21
b) Übertragbarkeit der Ergebnisse der Online-Befragung auf die Grundgesamtheit ..	24
c) Das Gesundheitsverhalten der Teilnehmenden an der Online-Befragung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt.....	27
d) Überprüfung der SMARTen Interventionsziele und weitergehende Betrachtungen	32
e) Beantwortung der Evaluationsfragen zur Prozessqualität	45
f) Beantwortung der Evaluationsfragen zur Ergebnisqualität	70
10. Limitationen der Evaluation.....	95
11. Blick auf Forschung und Praxis	99
12. Schlussbetrachtung & Fazit	103
13. Anhang.....	105

Abkürzungen

AC-Kurse = Allen-Carr-Kurse

DEGS = Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland

FB = Fragebogen

GEDA = Gesundheit in Deutschland aktuell

GG = Grundgesamtheit

LBL = „Länger besser leben.“

LBL-FB = „Länger besser leben.“-Fragebogen

LBL-FB-Ausfüller = „Länger besser leben.“-Fragebogen-Ausfüller

LBL-Homepage = Homepage von „Länger besser leben.“

LBL-Magazin = „Länger besser leben.“-Magazin

LBL-TN = Teilnehmende an „Länger besser leben.“

LK Ni = Landkreis Nienburg

LK SHG = Landkreis Schaumburg

TN = Teilnehmende

1. Zusammenfassung

Evaluationsgegenstand, Evaluationsziel & Evaluationsfragen

Den Evaluationsgegenstand stellt die komplexe Gesundheitsinitiative „Länger besser leben.“ (LBL) der BKK24 dar. Diese wurde 2011 auf Basis der EPIC-Studie im Landkreis Schaumburg initiiert und seitdem regional geclustert ausgeweitet. Die Initiative richtet sich an die regionale Bevölkerung und kann als gemeindenahe Intervention gelten.

Ziel der vorliegenden Evaluation war die Überprüfung der Ergebnis- und der Prozessqualität. Dazu formulierte Evaluationsfragen führten den Evaluationsprozess an.

Methodik

Durchgeführt wurde eine anonyme Online-Befragung zu der rund 2.500 „Länger besser leben.“-Teilnehmende aus den Landkreisen Schaumburg und Nienburg eingeladen wurden. Die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS.

Rücklauf & Beschreibung des Datensatzes

Der Rücklauf auf Basis der abgeschlossenen Befragungen betrug ca. 10% (n=250).

Etwas häufiger haben Frauen an der Befragung teilgenommen, ca. 83% entstammen dem Landkreis Schaumburg und mit fast 70% sind die meisten älter als 50 Jahre. Mit ca. 45% gibt der Hauptteil einen Realschulabschluss als höchsten Schulabschluss an. 64% sind bei der BKK24 versichert.

Übertragbarkeit auf Grundgesamtheit der Eingeladenen

Die Verteilung der Merkmale Geschlecht, Landkreis und Alter ist in der Befragungsgruppe und unter den Eingeladenen recht ähnlich. BKK24-Versicherte haben dagegen häufiger an der Befragung teilgenommen. Die deskriptive Auswertung zeigt, dass der BKK24-Versichertenstatus die Ergebnisse einer Änderung des Obst- und Gemüsekonsums beeinflusst und möglicherweise auch zu weiteren Verzerrungen geführt hat. Daher bleibt unsicher, in welchem Maße die Ergebnisse der Befragung auf die Grundgesamtheit übertragen werden können.

Gesundheitsverhalten der Befragten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt achten die Teilnehmenden an der Online-Befragung weitaus häufiger „stark“ auf ausreichend körperliche Bewegung. Zudem essen unter den Befragten mehr Menschen täglich Obst bzw. Gemüse und sind deutlich mehr Exraucher und Nieraucher vertreten.

Zielüberprüfung

Im Vorfeld wurden SMARTe Interventionsziele formuliert und im Zuge der Evaluation überprüft. 3 Ziele strebten eine Veränderung der körperlichen Aktivität, 2 eine Änderung des Obst- und Gemüsekonsums und 2 eine Änderung des Rauchverhaltens an.

Ziel 1 und 2 zur körperlichen Aktivität sowie Ziel 1 und 2 zum Obst- und Gemüsekonsum konnten weit übertroffen werden. Nur das Ziel 3 zur körperlichen Aktivität wurde nicht erreicht. Die Zielerreichung ist positiv zu bewerten und LBL steuert in die richtige Richtung.

Die 2 Interventionsziele zum Tabakkonsum konnten aufgrund nur 5 Teilnehmender an Allen-Carr-Kursen nicht überprüft werden. Die Ergebnisse gehen aber tendenziell in Richtung Wirksamkeit dieser Kurse.

Überprüfung der Prozessqualität

Im Folgenden sind die Evaluationsergebnisse bzgl. der Überprüfung der Prozessqualität mit der Unterdimension Zielgruppenerreichung dargestellt.

UNTERDIMENSION	Evaluationsergebnisse
1. Zielgruppen- erreichung: <i>Soll-Ist-Vergleich</i>	Im Landkreis Schaumburg und Nienburg ergibt sich das gleiche Bild: Das Altersspektrum verschiebt sich ins <i>höhere</i> Alter und die schwerpunktmäßig anvisierte Gruppe der 30 bis 49-Jährigen ist unterrepräsentiert. Zudem nehmen etwas häufiger weibliche und viel häufiger Personen mit höheren schulischen Bildungsabschlüssen an LBL teil. Die Zielgruppe wurde damit bzgl. Alter und höchster Schulbildung nicht und in punkto Geschlecht gerade noch erreicht.
2. Zielgruppen- erreichung: <i>Programmbewertung</i>	Rund 83% geben LBL eine Schulnote von 1 oder 2 – die meisten geben eine 2.
3. Zielgruppen- erreichung: <i>Kenntnis der Botschaft</i>	Ca. 48% kennen die korrekte Botschaft von LBL („Sie können bis zu 14 Jahre länger leben, wenn Sie sich an 4 Regeln halten“).
4. Zielgruppen- erreichung: <i>LBL-Magazin</i>	Knapp 67% kennen das LBL-Magazin. Von den Kennern lesen ca. 83% das Magazin immer oder oft. Von den Lesern geben ca. 55% an, dass sie sich <i>mindestens</i> 1 Mal aufgrund des Magazins entschlossen haben, an einem LBL-Angebot teilzunehmen – die meisten davon 1 Mal.
5. Zielgruppen- erreichung: <i>LBL-Brief</i>	Mit gut 71% ist die Mehrzahl der Teilnehmenden an der Online-Befragung LBL-Brief-Empfänger. Von diesen Empfängern lesen ca. 89% den LBL-Brief immer oder oft. Von den Lesern geben ca. 42% an, dass sie sich <i>mindestens</i> 1 Mal aufgrund des LBL-Briefs entschlossen haben, an einem LBL-Angebot teilzunehmen – die meisten davon 1 Mal.
6. Zielgruppen- erreichung: <i>Mediensurvey allgemein</i>	Ca. 49% der Teilnehmenden an der Online-Befragung kennen die LBL-Homepage. Die primären Informationsquellen für LBL sind die BKK24, das LBL-Magazin, die LBL-Homepage und die Presse. Die „sonstigen Informationsquellen“ sind zwar nachrangig, zeigen durch sehr unterschiedliche Nennungen aber, dass LBL auch über weitere vielschichtige Informationskanäle transportiert wird.
7. Zielgruppen- erreichung: <i>Inanspruchnahme der Angebote</i>	Etwa 44% der Befragten haben an keinem LBL-Angebot teilgenommen. Die am häufigsten frequentierten Angebote sind die „3.000-Schritte-Aktion/ LBL-Spaziergang“, die „LBL-Vortragsreihe“ und „andere LBL-Angebote“. Tendenziell nehmen etwas häufiger Frauen an LBL-Angeboten teil, insbesondere am Gruppenprogramm zur Gewichtsreduktion, an Kochkursen und anderen LBL-Angeboten. Etwas häufiger nehmen Schaumburger, Personen ab 50 Jahren und Personen mit höheren Schulabschlüssen an LBL-Angeboten teil. BKK24-Versicherte nehmen deutlich häufiger an solchen Kursen teil, deren Kosten im Rahmen von Extra-Leistungen von der BKK24 übernommen werden.

Überprüfung der Ergebnisqualität

Im Folgenden sind die Evaluationsergebnisse bzgl. der Überprüfung der Ergebnisqualität mit den Unterdimensionen Verhaltensänderung und Wohlbefinden dargestellt.

UNTERDIMENSION	Evaluationsergebnisse
1. Verhaltensänderung: <i>körperliche Aktivität</i>	<p>Knapp 46% konstatieren – zumindest für eine Zeit lang – eine positive Änderung der körperlichen Aktivität durch LBL. Bei den meisten hält diese Verhaltensänderung bis heute an.</p> <p>Ca. 22% geben an, ihr Bewegungsverhalten habe sich bis heute geändert und sie seien mehr als 150 Minuten/Woche körperlich aktiv. Nur 2 Personen erreichen das visionäre EPIC-Ziel, täglich mindestens 30 Minuten körperlich aktiv zu sein.</p> <p>Von denjenigen bei denen die Verhaltensänderung anhält, bewegen sich die meisten mit knapp 66% 61 - 240 Minuten/Woche.</p> <p>Die Beschreibung der körperlichen Aktivität ist sehr breit gefächert – am häufigsten wird mit „Fahrradfahren, Spaziergängen, Treppensteigen & Gartenarbeit“ die alltägliche körperliche Aktivität angeführt.</p> <p>Einige qualitative Aussagen decken konkret einzelne Wirkungswege auf bzw. stellen konkret kausale Zusammenhänge zu LBL her.</p>
2. Verhaltensänderung: <i>Obst-/ Gemüsekonsum</i>	<p>Fast 37% konstatieren – zumindest für eine Zeit lang – eine positive Änderung des Obst- und Gemüsekonsums durch LBL. Bei den meisten hält diese Verhaltensänderung bis heute an.</p> <p>Etwa 8% geben an, bis heute täglich mindestens 5 Portionen Obst/Gemüse zu essen.</p> <p>Insgesamt wird deutlich, dass in der Mehrzahl Informationen über diverse Informationskanäle (z.B. LBL-Brief) zu einem gesteigerten Obst- und Gemüsekonsum geführt haben. Die Folge dieser Informationsdurchdringung dürfte dabei ein verstärktes Gesundheitsbewusstsein bzw. eine Ernährungsumstellung sein – was ebenfalls relativ häufig konkret benannt wurde.</p>
3. Verhaltensänderung: <i>Rauchverhalten</i>	<p>Ca. 3% geben an, LBL habe – zumindest für eine Zeit lang – zu einem Rauchstopp geführt. 3 Personen sind durch einen Allen-Carr-Kurs, 4 Personen <i>ausschließlich</i> auf Basis von weiteren Informationen und 3 Personen entweder im Rahmen von anderen LBL-Angeboten ODER auf Basis weiterer von Informationen – zumindest zwischenzeitlich – Tabak-abstinent geworden.</p>
4. Verhaltensänderung: <i>(sonstiges) Gesundheitsverhalten</i>	<p>LBL führt neben den zuvor erfragten Änderungen des Gesundheitsverhaltens insbesondere zu „mehr Gesundheitsbewusstsein“.</p> <p>Beachtend, dass das Ergebnis leicht positiv verzerrt ist, geben insgesamt fast 48% <i>irgendeine</i> positive Verhaltensänderung an. In absteigender Reihenfolge vollzogen sich Änderungen der körperlichen Aktivität, des Obst- und Gemüsekonsums, der sonstigen Lebensweise und des Tabakkonsums. Von diesen Personen nahmen ca. 66% Personen an mindestens einem LBL-Angebot teil. Ca. 1/3 der Verhaltensänderung vollzog sich alleine auf Basis von Informationen im Rahmen von LBL. Es gilt die Vermutung, dass insbesondere der LBL-Brief zu einer Verhaltensänderung beigetragen haben könnte.</p>
5. Wohlbefinden	<p>Genau 50% stimmen voll und ganz, die meisten davon eher zu, dass LBL zu einem besseren Wohlbefinden beigetragen habe.</p> <p>Am häufigsten werden als „Hebel“ zu mehr Wohlbefinden „mehr Gesundheitsbewusstsein“, „Information & Motivation durch LBL“, „mehr Fitness, Gesundheit & Ausgeglichenheit“ und „Verhaltensänderung (Ernährung & Bewegung)“ genannt. Die qualitativen Aussagen stellen in hohem Maße einen kausalen Zusammenhang zu LBL her und stützen so die quantitativen Aussagen.</p>

Limitationen der Evaluation

Die Daten zur Beantwortung der Fragen nach der Wirksamkeit von LBL basieren nur auf den Antworten der im LK Schaumburg und Nienburg lebenden Personen, die einen LBL-Fragebogen ausgefüllt haben. Nicht erfasst werden damit Effekte durch Angebote sowie Effekte durch nicht personalisierte LBL-Informationen (z.B. über das LBL-Magazin) von Personen, die *keinen* Fragebogen ausgefüllt haben.

Bei den Ergebnissen der Befragung kann eine positive Verzerrung angenommen werden: Zum einen sind wahrscheinlich primär gesundheitsaffinere Menschen an LBL interessiert und zum anderen haben davon wahrscheinlich eher die an der Befragung teilgenommen, die positiv gegenüber LBL/BKK24 eingestellt sind.

Blick auf die Forschung & Fazit

„Länger besser leben.“ bewegt sich in Themenfeldern, die aufgrund ihrer präventiven Relevanz auch generell in der gemeindenahen Prävention eine Rolle spielen. Systematische Evaluationen sind dabei noch recht selten verbreitet. Daher sticht die Evaluation von „Länger besser leben.“ aus dem Forschungsfeld hervor – zeigt sie doch, dass eine Evaluation auch solch komplexer Interventionen möglich ist. Die Evaluationsergebnisse sind ein Indiz dafür, dass gemeindenaher Prävention über ein Konzept wie „Länger besser leben.“ positive Wirkungen erzielen kann.

2. Der Evaluationsgegenstand: „Länger besser leben.“

Den wissenschaftlichen Hintergrund von „Länger besser leben.“ bildet die 2008 publizierte EPIC-Studie, welche Daten von ca. 20.000 Personen in Großbritannien analysierte: Quintessenz der Studie ist: Jene Personen die sich an vier simple Verhaltensregeln aus den Bereichen Alkoholkonsum, Bewegung, Ernährung und Rauchen halten, haben dasselbe Risiko zu sterben wie 14 Jahre *jüngere* Personen, die keine der vier Verhaltensregeln beachten. Die EPIC-Studie postulierte schlussfolgernd, dass sich bereits die kombinierte Umsetzung weniger leichter Lebensstiländerungen maßgeblich auf die Gesundheit auswirken könne (Khaw et al., 2008).

Die BKK24 griff den Grundgedanken der EPIC-Studie auf und initiierte **2011** „Länger besser leben.“ in Obernkirchen (Landkreis Schaumburg). Begleitet wird die Gesundheitsinitiative von einem wissenschaftlichen Beirat, dem Prof. Dr. Gerd Glaeske (Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen), Prof. Dr. Petra Kolip (Universität Bielefeld), Norbert Paland (Bundesministerium für Gesundheit) und Klaus Vater (ehemaliger Pressesprecher des Bundesministeriums für Arbeit bzw. Gesundheit) angehören. Schirmherrin der Intervention ist die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt.

Unterstützt wird „Länger besser leben.“ durch ein regionales Netzwerk von aktuell ca. 230 Partnern (Stand: April 2015). Zu diesem Netzwerk gehören z.B. regionale Sportvereine, die Angebote in Kooperation mit der BKK24 ausrichten oder auch „Botschafter“ aus der Regionalpolitik. Eine zentrale Rolle spielt zudem die Medienpartnerschaft zu regionalen Zeitungen, wie beispielsweise zu den „Schaumburger Nachrichten“ oder zum „Blickpunkt Nienburg“, welche regelmäßig über die Aktivitäten von „Länger besser leben.“ berichten.

Grundsätzlich zielt „Länger besser leben.“ darauf ab, Menschen zur Veränderung des Lebensstils (bezüglich Bewegung, Rauchen, Alkoholkonsum und Obst-/Gemüseverzehr) zu motivieren. Primär konzentriert sich die BKK24 dabei auf bestimmte Regionen: Im Juli 2011 wurde zunächst Obernkirchen (Landkreis Schaumburg) als LBL-Stadt ausgerufen, gefolgt vom Landkreis Nienburg im August 2012 und Stadthagen (Landkreis Schaumburg) im September 2012. Darüber hinaus ist „Länger besser leben.“ auch in weiteren Städten und Gemeinden im Landkreis Schaumburg aktiv sowie z.B. ebenso in Hameln und Bad Münder (Landkreis Hameln-Pyrmont) in Herford (Ostwestfalen) oder Germersheim (Rheinland-Pfalz).

Der Einstieg in die Gesundheitsinitiative geschieht über das Ausfüllen eines „Länger besser leben.“-Fragebogens (LBL-Fragebogen; siehe Abbildung rechts). „Länger besser leben.“ ist dabei prinzipiell für alle Interessierten offen, also auch für die Personen, die nicht bei der BKK24 versichert sind oder nicht in den Zielregionen wohnen.

In einigen Städten wie z.B. Obernkirchen wurde dieser Fragebogen als Auftakt an alle Haushalte versandt. Er kann aber auch jederzeit online (<http://www.lbl-stadt.de/index.php?id=157>) oder im Rahmen von Aktivitäten der BKK24 ausgefüllt werden.

Über den Fragebogen wird das aktuelle Gesundheitsverhalten der entsprechenden Person mit Blick auf die vier Verhaltensbereiche Bewegung, Obst- und Gemüsekonsum, Rauchen und Alkoholkonsum erfasst und analog zur Auswertung der EPIC-Studie von BKK24-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern mit maximal 4 Punkten bewertet (Khaw et al., 2008; siehe Tabelle 1). Daraufhin bekommen die Teilnehmenden ein auf das aktuelle Gesundheitsverhalten zugeschnittenes Auswertungsschreiben zugesandt. Des Weiteren bekommen die über den LBL-Fragebogen Registrierten – sofern erwünscht – monatlich einen „Länger-besser-leben“-Brief. Dieser Brief fokussiert jeweils einen der vier LBL-Verhaltensbereiche und wird von der BKK24 je nach Inhalt entweder einheitlich oder teil-individualisiert konzipiert versandt. Seit April 2015 wird dieser Newsletter ausschließlich via E-Mail verschickt.

Tabelle 1: Verhaltensbereiche und ihre Bewertung im LBL-Fragebogen

VERHALTENSBEREICH	BEWERTUNG
Rauchen	1 Punkt: Nichtraucher 0 Punkte: Raucher
Obst- und Gemüsekonsum	1 Punkt: mindestens 5 Portionen/Tag als Indikator für einen Blut-Vitamin-C-Gehalt von $\geq 50\text{nmol/l}$ 0 Punkte: weniger Obst/Gemüsekonsum/Tag
Alkoholkonsum	1 Punkt: höchstens 14 Einheiten Alkohol pro Woche (1 Einheit = 8g Alkohol) 0 Punkte: mehr als 14 Einheiten Alkohol pro Woche
Bewegung	1 Punkt: mindestens 30 Min. Bewegung (Joggen,...) /Tag 0 Punkte: weniger als 30 Min. Bewegung/ Tag

Quelle: modifiziert nach Khaw et al. (2008), S. 3

Über den LBL-Brief wird z.B. auf regionale Angebote im Rahmen von „Länger besser leben.“ aufmerksam gemacht – wie etwa Sportkurse bei örtlichen Vereinen, Kochkurse, Vorträge, Allen-Carr-Kurse (Nichtraucher-Kurse), etc. Darüber hinaus werden die regionalen Angebote auch über die örtlichen Zeitungen oder über die „Länger besser leben.“-Homepage (www.lbl-stadt.de) kommuniziert. Von Sommer 2013 bis Herbst 2014 wurde zudem im Landkreis Schaumburg quartalsweise ein „Länger besser leben.“-Magazin (LBL-Magazin) als Hauspost verteilt und darüber Angebote publik gemacht.

Neben den örtlichen Aktivitäten der BKK24 gibt es zudem Angebote, die nicht regional gebunden sind: Hierzu zählen z.B. die Online-Kurse „iCoach Stop smoking“ und „Online-Coach Blutdruck senken“. Seit Herbst 2014 kann zudem über die LBL-Homepage auf Deutschlands größte Kursdatenbank mit Präventions- und Gesundheitsangeboten zugegriffen werden. In dieser Datenbank zusammengeführt sind Sport Pro Gesundheit-Angebote und Sportabzeichen-Treffs des Deutschen Olympischen Sportbundes, zertifizierte Präventionskurse der Zentralen Prüfstelle Prävention sowie weitere Angebote von Partnern des LBL-Partnernetzwerkes (z.B. von örtlichen Sportvereinen). Die Angebote können z.B. nach Postleitzahl gefiltert ausgegeben werden.

Aus wissenschaftlicher Sicht kann „Länger besser leben.“ durch das vielfältige Maßnahmengefüge und die hohe Anzahl an Mitwirkenden in den unterschiedlichsten Zusammenhängen als *komplexe Intervention* bezeichnet werden – denn eine solche ist durch eine „Vielzahl von Interventionskomponenten, Akteuren oder Kontexten“ (Bödeker, 2012, S. 37) gekennzeichnet. Innerhalb des Spektrums komplexer Interventionen ist „Länger besser leben.“ im Bereich der *gemeindenahen Interventionen* anzusiedeln. Zwar kann „Länger besser leben.“ über den „Länger besser leben.“-Brief prinzipiell Menschen deutschlandweit erreichen – und verteilen sich die Empfänger in der Tat auch deutschlandweit. Die BKK24-Aktivitäten konzentrieren sich jedoch auf regionale Gebiete, denn eigens initiierte Aktionen wie der „Sportabzeichen-Wettbewerb“ oder kooperative Angebote mit z.B. Sportvereinen sind nur regional realisierbar. Die Gesundheitsdatenbank von „Länger besser leben.“ ist neben dem „Länger besser leben.“-Brief das einzige Element, das über die Settings bestimmter Regionen hinausgeht.

3. Evaluationsziele

Die leitenden **Evaluationsziele** von „Länger besser leben.“ waren die Überprüfung der *Prozessqualität* und der *Ergebnisqualität* mit folgenden Unterdimensionen:

EVALUATIONSDIMENSIONEN	UNTERDIMENSIONEN
Prozessqualität	Zielgruppenerreichung - Soll-Ist-Vergleich (Indikator „Erreichung“: LBL-FB-Ausfüllung) - Bewertung von „Länger besser leben.“ - Kenntnis der Botschaft - Informationskanäle, u.a. LBL-Magazin, LBL-Brief - Inanspruchnahme von Angeboten
Ergebnisqualität	Verhaltensänderung - körperliche Aktivität - Obst-/ Gemüsekonsum - Rauchen - sonstige Änderung der Lebensweise - Wohlbefinden

Die Ergebnisse bzgl. der Überprüfung der Prozess- und der Ergebnisqualität werden in Kapitel 9e und f dargestellt.

4. Methodisches Vorgehen

Die **Evaluationsziele** wurden erreicht:

... über die Überprüfung von SMARTen Interventionszielen bzgl. der Ergebnisqualität (siehe Kapitel 9d).

... über die Beantwortung von Evaluationsfragen (siehe Kapitel 7 und 8) bzgl. der Ergebnis- / Prozessqualität (Antworten, siehe Kapitel 9e und f).

... mittels einer Online-Befragung der Teilnehmenden an „Länger besser leben.“ In den Landkreisen Schaumburg und Nienburg.

Die Evaluation erstreckte sich über einen Zeitraum von Januar 2014 bis Juni 2015.

Design der Befragung

Grundsätzlich schloss die vorangeschrittene Zeit viele Evaluationsmethoden aus: Denn „Länger besser leben.“ hatte sich schon etabliert, bevor überhaupt die Planung der Evaluation begann. Vorher-Nachher-Vergleiche konnten daher z.B. nicht mehr realisiert werden.

Es wurde entschieden, eine Befragung der Teilnehmenden an „Länger besser leben.“ durchzuführen. Ziel war dabei primär einen qualitativen Erkenntnisgewinn für die BKK24 zu ziehen, nachrangig ein Erkenntnisgewinn für die Wissenschaft mit fundierten quantitativen Zahlen und externer Evidenz.

Eine postalische und eine telefonische Befragung wurden zunächst sorgfältig argumentiert ausgeschlossen und es fiel die Entscheidung für die Durchführung einer **Online-**

Befragung. Das Hauptargument für eine Online-Befragung war, dass eine solche als einzige die Realisation einer komplexen Filterführung ermöglichte, die angesichts der Komplexität von „Länger besser leben.“ und des vielfältigen Erkenntnisinteresse vonnöten war.

Um potentiellen Befragungsteilnehmenden eine größtmögliche Datensicherheit zu garantieren, wurde entschieden, die Online-Befragung **anonym** durchzuführen.

Fragebogenkonzeption & Pretests 1-5

Die Fragebogenkonzeption erfolgte über den Zeitraum Juni - September 2014 und beinhaltete **5** Pretests mit verschiedenen BKK24-Mitarbeitern. Diese prüften und hinterfragten zu unterschiedlichen Konzeptionszeitpunkten den Fragebogen.

Die Konzeption orientierte sich maßgeblich daran, die im Vorfeld formulierten Evaluationsfragen (siehe Kapitel 7 und 8) beantworten sowie die Interventionsziele überprüfen zu können.

Der finale Fragebogen enthielt **63** Fragen von denen nur **26** Fragen für alle Teilnehmenden gedacht waren, während die übrigen Fragen abhängig von der Filterführung eingeblendet wurden.

Umsetzung Online-Fragebogen, Pretests 6 und 7 & Incentives

Die Umsetzung des Online-Fragebogen wurde mit dem Online-Tool „EFS Survey“ (Enterprise Feedback Suite) der Firma QuestBack unter Verwendung des „Responsive Layouts“ realisiert. Dieses Layout optimiert Online-Fragebögen auch für mobile Endgeräte wie z.B. Smartphones.

Nach der Umsetzung wurden in einem 6. Pretest der Online-Fragebogen getestet und optimiert und in einem 7. Pretest wurde die durchschnittliche Ausfüllzeit ermittelt.

Zur Erhöhung des Rücklaufs wurden **2 iPad mini** als Incentive bereitgestellt. Die Sicherung der hierfür nötigen Adressen trotz anonymer Online-Befragung wurde folgendermaßen umgesetzt: Wer am Gewinnspiel teilnehmen wollte, wurde auf der letzten Seite des EFS-Fragebogens via Link auf einen ANDEREN Fragebogen (der Firma SoSci Survey) weitergeleitet und konnte seine Adresse eintragen. Um ein potentiell mögliches Matchen beider Datensätze im Vorherein zu unterbinden, wurde im EFS-Datensatz auf die Aufzeichnung der IP-Adresse verzichtet und im SoSci-Survey-Fragebogen die Erfassung des Zeitstempels deaktiviert.

Aus diversen Gründen wurde die Schnittstelle EFS-Fragebogen – Kontaktfragebogen jedoch bewusst „undicht“ gehalten: Wer „schummeln“ und sich mehrfach eintragen wollte, konnte dies relativ einfach tun. Die undichte Schnittstelle sollte die Gefahr senken, dass potentielle „Schummler“ auch den Online-Fragebogen erneut ausfüllen und so die

Datengrundlage verzerren. Der Kontaktdatensatz wurde nach Abschluss der Befragung sorgfältig auf Dubletten geprüft und diese wurden entfernt. Zudem wurde bei den zwei gezogenen Gewinnern noch einmal kontrolliert, ob diese auch tatsächlich unter den Eingeladenen waren.

Befragungsgruppe, Einladungswege + Feldzeit

Eingeladen wurden all jene Personen aus den Landkreisen Schaumburg und Nienburg, die jemals einen „Länger besser leben.“-Fragebogen ausgefüllt haben. Die Auswahl der Teilnehmenden fiel ausschließlich auf diese zwei Landkreise, da hier „Länger besser leben.“ am längsten wirken konnte und Änderungen besonders bzgl. einer Verhaltensänderung am plausibelsten erschienen. Ausgeschlossen wurden Personen mit einem Verbewiderspruch und Mitglieder der BKK24-Personalkasse.

Die Filterung der „Länger besser leben.“-Daten erfolgte Ende Dezember 2014. Insgesamt wurden im Januar 2015 **2.460** Personen angeschrieben – **944 via E-Mail** und **1.516** (aufgrund fehlender E-Mail-Adresse) **via Post**. Wohlwissend, dass die Hürde bei einer postalischen Einladung zu einer Online-Befragung höher ist, wurde versucht, diese wie folgt versucht über die Einladung zu senken:

- durch einen QR-Code
- durch einen einfach einzugebenden Link (www.lbl-stadt.de/befragung), der zum „richtigen“ Befragungslink weiterleitete

Durch die überwiegend postalische (Serienbrief-)Einladung musste der Link zur Befragung offen versandt werden, d.h. auf einen Versand individueller Links oder individueller Passwörter (die eine einmalige Teilnahme hätten garantieren können) verzichtet werden. Die Gefahr, dass Personen mehrfach an der Befragung teilnehmen würden, wurde jedoch als gering eingeschätzt. Im Nachhinein wurden auch nur einzelne Datensätze gefunden und entfernt, die sehr wahrscheinlich von Mehrfachausfüllern stammten. Die Anzahl war jedoch wie erwartet sehr niedrig.

Zur Beurteilung des Rücklaufs der unterschiedlichen Wege, wurden per Post + per E-Mail zwei verschiedene Links verwendet, die aber auf dieselbe Online-Umfrage führten.

Die offizielle Feldzeit lief von **Montag, den 12.01.2015 bis Freitag, 30.01.2015**. Die Einladungen wurden von Montag, den 12.01.2015 bis Mittwoch, 14.01.2015 versandt. Am Montag, den 19.01.2015 erfolgte eine pauschale Nachfass-Aktion per E-Mail.

Datenauswertung

Die Datenauswertung gliederte sich in zwei große Schritte:

1. Prüfung und Aufbereitung des Datensatzes
2. Auswertung des Datensatzes

Im Zuge der *Prüfung + Aufbereitung des Datensatzes* wurde der Datensatz u.a. auf Plausibilität und mögliche Dubletten geprüft und die Kodierung fehlender Werte konsistent umgesetzt. Eine Übersicht dieser Kodierung sind der Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Kodierungen im Datensatz und deren Bedeutungen

Kodierung	Bedeutung
-77	(bei geschlossenen Fragen): Person hat die Frage nicht gesehen (entweder aufgrund der Filterführung die Frage nicht eingeblendet wurde oder aufgrund eines Abbruchs des Fragebogens) → Im SPSS-Datensatz als fehlender Wert kodiert
0	(bei geschlossenen Fragen): Person hat die Frage gesehen, aber nicht bearbeitet → Eine 0 wurde auch bei dem Item gesetzt, das als letztes gesehen wurde bevor der FB abgebrochen wurde. → Von einem bewussten „keine Angabe“ kann also nicht überall ausgegangen werden. Im SPSS-Datensatz daher als fehlender Wert kodiert.
999	bei neu erstellten Variablen wurden -77 und 0 in 999 überführt

Quelle: modifiziert nach questback (2014), S. 586

4 auffällige Datensätze, die mit großer Wahrscheinlichkeit von 2 *gleichen* Personen ausgefüllt wurden und damit Dubletten darstellen, wurden für die weitere Datenauswertung ausgeschlossen. Der Datensatz reduzierte sich damit auf **305** Einzeldatensätze bzw. **250** abgeschlossene Befragungen. Der gesamte Prozess der Datenaufbereitung wurde sorgfältig dokumentiert.

Selbst für den Fall, dass im Zuge der richtigen Datenauswertung noch unentdeckte Dubletten ausgewertet wurden, dürften diese nur Einzelfälle darstellen. Insgesamt kann die Datenqualität als **sehr gut** beurteilt werden.

Die *quantitative Auswertung des Datensatzes* wurde ebenso transparent (durch diverse Syntaxen z.B. Syntax zur Erstellung neuer Variablen, etc.) dokumentiert. Die Datenauswertung erfolgte mittels IBM SPSS Statistics Base 22. Die aufbereiteten Ergebnisse sind diesem Bericht zu entnehmen.

Um die Ergebnisse auf eine größere Datenbasis zu stellen, wurden alle Angaben in den jeweiligen Einzeldatensätzen und nicht nur die der 250 abgeschlossenen Einzeldatensätze ausgewertet. Aus diesem Grund nehmen die n-Zahlen der ausgewerteten Antworten mit dem Verlauf des Fragebogens ab. Die meisten Abbrüche (37 von 55) traten dabei bis zur vierten Frage auf. Bei den Auswertungen der ersten Fragen wurde daher geprüft, ob sich

die Antworten zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern unterscheiden. Da dies nicht der Fall war, wird dieser Punkt im Weiteren ausgeblendet.

Bei der *qualitativen Auswertung* der offenen Fragen wurden zunächst einzelne Antworten begründet aus der Auswertung ausgeschlossen. Zu Transparenzzwecken sind diese Antworten mit Begründungen dem Anhang (siehe Kapitel 13, Anhang A) zu entnehmen. Anschließend wurden die Antworten in möglichst homogene Kategorien gruppiert.

Qualitätssicherung

Insgesamt orientierte sich die Planung und Durchführung der Evaluation in hohem Maße an den Standards für Evaluation der DeGEval – Gesellschaft für Evaluation (DeGEval 2014).

Die Qualität der Evaluation wurde des Weiteren durch die **wissenschaftliche Beratung** von Prof. Dr. Petra Kolip und Dr. Emily Finne von der **Universität Bielefeld** (Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG Prävention und Gesundheitsförderung) sichergestellt, die den Evaluationsprozess fortwährend begleiteten.

Insgesamt wurde versucht, die Evaluation so objektiv, so reliabel und so valide wie möglich umzusetzen, um den Anspruch einer wissenschaftlichen Evaluation erheben zu können. Das Robert Koch-Institut in Berlin gab die Erlaubnis, einzelne erprobte Fragen aus der Bundesgesundheitsberichterstattung in die Online-Befragung zu integrieren. Im Online-Fragebogen enthalten waren folgende Items aus dem Fragebogen der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA 2009):

- Item 164 (körperliche Aktivität Tage/Woche)
- Item 170 (Achten auf ausreichend körperliche Bewegung)
- Item 172 (Obstkonsum)
- Item 173 (Portionen Obst/ Tag)
- Item 174 (Portionen Obst/ Woche)
- Item 175 (Gemüsekonsum)
- Item 176 (Portionen Gemüse/ Tag)
- Item 177 (Portionen Gemüse/ Woche)
- Item 187 (Rauchverhalten)
- Item 304 (Achten auf Gesundheit)

Zur Qualitätssicherung beigetragen haben zudem die insgesamt 7 durchgeführten Pretests, die einige Verständnisprobleme bei Fragen etc. im Vorfeld aufdecken konnten.

Als interne Qualitätskontrolle können außerdem ca. vierwöchentliche Meetings bei der BKK24 gezählt werden, bei denen der Status quo des Evaluationsprozesses jeweils kritisch beleuchtet wurde.

5. Die anvisierte Zielgruppe von „Länger besser leben.“

Im Folgenden wird die Zielgruppe beschrieben, die konzeptionell von „Länger besser leben.“ anvisiert wird. Inwieweit diese Zielgruppe erreicht wurde, zeigen später die Ergebnisse in Kapitel 9e.

„Länger besser leben.“ richtet sich an die erwachsene Bevölkerung ab 18 Jahren sowie an Seniorinnen und Senioren, soweit diese keinen besonderen Unterstützungsbedarf haben. Der geplante Schwerpunkt liegt bei der mittleren Altersgruppe von 30 - 49 Jahren.

„Länger besser leben.“ richtet sich gleichermaßen an Männer wie Frauen, an Personen aller Einkommensschichten und an Gesundheitsbewusste ebenso wie an Nicht-Gesundheitsbewusste.

Eine Eingrenzung der Zielgruppe besteht im Hinblick auf den Wohnort: Es werden gegenwärtig primär Personen in definierten Wohngebieten (z.B. Landkreis Schaumburg, Landkreis Hameln-Pyrmont, Gernersheim) angesprochen.

Da sich die Evaluation auf die Landkreise Schaumburg und Nienburg beschränkt, wird die Zielgruppe im Rahmen der Evaluation auf diese zwei Gebiete begrenzt.

Die anvisierte Zielgruppe von „Länger besser leben.“ im Landkreis Schaumburg und Nienburg kann zusammengefasst anhand folgender Merkmale charakterisiert werden:

- **Alter:** 18-74 Jahre, Schwerpunkt: 30-49 Jahre
- **Geschlecht:** Männer + Frauen gleichermaßen
- Personen aller Einkommensschichten-> höchste **Schulbildung** als Indikator
- **Gesundheitsbewusstsein:** Gesundheitsbewusste + nicht Gesundheitsbewusste

Da grundsätzlich die gesamte erwachsene Bevölkerung anvisiert wird gilt, dass die gewünschte Zielgruppe über die entsprechende Verteilung dieser Merkmale in den beiden Landkreisen beschrieben werden kann. Eine Ausnahme besteht lediglich beim Alter: Hier stehen die 30-49-Jährigen im Fokus und sollten unter den LBL-Teilnehmenden einen etwas größeren Anteil als in der regionalen Bevölkerung ausmachen.

6. SMARTe Interventionsziele

Nachfolgend sind die Interventionsziele von „Länger besser leben.“ aufgeführt, die im Zuge der Evaluation überprüft wurden. Die Interventionsziele beziehen sich ausschließlich auf die Dimension der **Ergebnisqualität mit der Unterdimension Verhaltensänderung** und zwar in punkto körperliche Aktivität, Obst- und Gemüsekonsum sowie Tabakkonsum. Eine Begründung für die festgelegten Prozentwerte der Interventionsziele ist dem Anhang (Kapitel 13, Anhang B) zu entnehmen.

Da „Länger besser leben.“ vier Verhaltensbereiche in den Blick nimmt, die von den Teilnehmenden individuell von Interesse sind, wurde die Definition der Interventionsziele in den einzelnen Bereichen nicht auf die gesamte Gruppe bezogen, sondern nur auf diejenigen, die an einem Angebot aus dem jeweiligen Bereich teilgenommen hatten. Für diese Gruppe wurde jeweils angenommen, dass sie an einer Verhaltensänderung interessiert sind und eine solche damit plausibel erschien.

Definition Teilnehmende für SMARTe Ziele

Teilnehmende sind die Personen, die an mindestens einem

- LBL-Bewegungsangebot (3.000-Schritte-Marsch/ Länger besser leben-Spaziergang, Barbarossalauf, Sportabzeichen-Wettbewerb oder Herzkurs) (-> Ziele zum Bewegungsverhalten) und/oder
- LBL-Ernährungsangebot (Gruppenprogramm zur Gewichtsreduktion, Kochkurs/ Grillkurs/Kurs Alkoholfreie Cocktails mixen oder Herzkurs) (-> Ziele zum Obst- und Gemüsekonsum) und/oder
- Allen-Carr-Kurs (-> Ziele zum Rauchverhalten)

teilgenommen haben.

Ziele körperliche Aktivität

Ziel 1 Körperliche Aktivität

Mindestens 10 % der Teilnehmenden geben an, dass sich ihre körperliche Aktivität positiv verändert hat (bzw. hatte).

Ziel 2 Körperliche Aktivität

Die Teilnahme an mindestens einem LBL-Bewegungsangebot hat dazu geführt, dass mindestens **7 %** der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Befragung mindestens 150 Minuten in der Woche körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen kommen oder außer Atem geraten – und diesen Status zudem als anhaltend positive Veränderung ihrer körperlichen Aktivität durch „Länger besser leben.“ bewerten.

Ziel 3 Körperliche Aktivität (EPIC-Ziel)

Die Teilnahme an mindestens einem LBL-Bewegungsangebot hat dazu geführt, dass **mindestens 5 %** der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Befragung 7 Mal in der Woche für mindestens 30 Minuten körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen kommen oder außer Atem geraten – und diesen Status zudem als anhaltend positive Veränderung ihrer körperlichen Aktivität durch „Länger besser leben.“ bewerten.

Ziele Obst- und Gemüsekonsum

Ziel 1 Obst- und Gemüsekonsum

Mindestens 10 % der Teilnehmenden geben an, dass sich der tägliche bzw. wöchentliche Verzehr an Obst und Gemüse durch die Teilnahme an mindestens einem LBL-Ernährungsangebot positiv verändert hat (bzw. hatte).

Ziel 2 Obst- und Gemüsekonsum (EPIC-Ziel)

Die Teilnahme an mindestens einem LBL-Ernährungsangebot hat dazu geführt, dass **mindestens 7 %** der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Befragung täglich fünf Portionen Gemüse und Obst verzehren – und diesen Status als anhaltend positive Veränderung durch „Länger besser leben.“ bewerten.

Ziele Tabakkonsum

Ziel 1 Tabakkonsum

Mindestens 90 % der Teilnehmenden an einem LBL-Angebot zur Tabakentwöhnung (Allen-Carr-Kurs) sind mindestens **wenige Tage** abstinent geblieben.

Ziel 2 Tabakkonsum

Mindestens 60 % der Teilnehmenden an einem LBL-Angebot zur Tabakentwöhnung (Allen Carr-Kurs) sind mindestens **6 Monate** abstinent geblieben.

7. Allgemeine Evaluationsfragen zur Prozessqualität

In Tabelle 3 sind Evaluationsfragen zur Prozessqualität aufgeführt, die im Zuge der Evaluation formuliert wurden. Die Fragen waren leitend für die Konzeption der gesamten Befragung und werden in Kapitel 9e durch die Evaluationsergebnisse beantwortet.

Tabelle 3: Evaluationsfragen zur Prozessqualität, geclustert nach Unterdimensionen

UNTERDIMENSION	EVALUATIONSFRAGEN
1. Zielgruppen- erreichung: <i>Soll-Ist-Vergleich</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Entsprechen die erreichten Menschen in ihren Merkmalen der anvisierten Zielgruppe von „Länger besser leben.“?
2. Zielgruppen- erreichung: <i>Programmbewertung</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie bewerten die TN der Befragung „Länger besser leben.“?
3. Zielgruppen- erreichung: <i>Kenntnis der Botschaft</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kennen die TN der Befragung die Botschaft von „Länger besser leben.“ („Sie können bis zu 14 Jahre länger leben, wenn Sie sich an 4 Regeln halten“)
4. Zielgruppen- erreichung: <i>LBL-Magazin</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kennen die TN der Befragung das „Länger besser leben.“-Magazin? • Wie häufig lesen die TN der Befragung das LBL-Magazin? • Wie oft kommt es vor, dass sich die TN der Befragung AUFGRUND Informationen des LBL-Magazins dazu entschließen, an einem LBL-Angebot teilzunehmen?
5. Zielgruppen- erreichung: <i>LBL-Brief</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie häufig lesen die LBL-Brief-Empfänger den LBL-Brief? • Wie oft kommt es vor, dass sich die TN der Befragung AUFGRUND Informationen des LBL-Briefes dazu entschließen, an einem LBL-Angebot teilzunehmen?
6. Zielgruppen- erreichung: <i>Mediensurvey allgemein</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kennen die TN der Befragung die LBL-Homepage? • Über welche Medienkanäle erreichen die TN der Befragung Informationen zu „Länger besser leben.“?
7. Zielgruppen- erreichung: <i>Inanspruchnahme der Angebote</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie viele TN der Befragung haben an keinem LBL-Angebot teilgenommen? • Wie stellt sich die Teilnahme an LBL-Angeboten dar? • Wie können die TN der Befragung charakterisiert werden, die an LBL-Angeboten teilnehmen/ nicht teilnehmen etc.? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ist ein Bildungsstand-Gradient erkennbar?

Quelle: eigene Darstellung

8. Allgemeine Evaluationsfragen zur Ergebnisqualität

In Tabelle 4 sind Evaluationsfragen zur Prozessqualität aufgeführt, die im Zuge der Evaluation formuliert wurden. Die Fragen waren leitend für die Konzeption der gesamten Befragung und werden in Kapitel 9f durch die Evaluationsergebnisse beantwortet.

Obwohl „Länger besser leben.“ von der EPIC-Studie ausgehend prinzipiell die vier Felder *Bewegung, Obst- und Gemüsekonsum, Rauchen und Alkoholkonsum* fokussiert, wird der Bereich *Alkoholkonsum* in dieser Evaluation und damit auch in den Evaluationsfragen zur Ergebnisqualität ausgeklammert. Denn Ergebnis einer Basis-Dokumentation war, dass „Länger besser leben.“ das Thema *Alkohol* nahezu ausschließlich bei der Kommunikation der vier Verhaltensregeln aufgreift und nicht durch weitere Angebote unterstützt. Aus diesem Grund wären Effekte bzgl. einer Verhaltensänderung kaum logisch begründet erwartbar gewesen.

Tabelle 4: Evaluationsfragen zur Ergebnisqualität, geclustert nach Unterdimensionen

UNTERDIMENSION	EVALUATIONSFRAGEN
1. Verhaltensänderung: <i>körperliche Aktivität</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hat „Länger besser leben.“ dazu beigetragen, dass die TN der Befragung ihr Bewegungsverhalten – zumindest für eine Zeit lang – positiv verändert haben? <ul style="list-style-type: none"> ○ Inwiefern waren Personen, die eine positive Verhaltensänderung in punkto körperlicher Aktivität angaben, körperlich aktiv?
2. Verhaltensänderung: <i>Obst-/ Gemüsekonsum</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hat „Länger besser leben.“ dazu beigetragen, dass die TN der Befragung ihren Obst- und Gemüsekonsum – zumindest für eine Zeit lang – positiv verändert haben, d.h. konsumieren bzw. konsumierten sie mehr Obst- und Gemüseportionen pro Woche?
3. Verhaltensänderung: <i>Rauchverhalten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hat „Länger besser leben.“ dazu beigetragen, dass die TN der Befragung – zumindest für eine Zeit lang – mit dem Rauchen aufgehört haben?
4. Verhaltensänderung: <i>sonstiges Gesundheitsverhalten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hat „Länger besser leben.“ zu weiteren positiven Verhaltensänderungen der TN der Befragung beigetragen?
5. Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> • Hat „Länger besser leben.“ dazu beigetragen, dass sich die TN der Befragung wohler fühlen als vorher?

Quelle: eigene Darstellung

9. Ergebnisse der Datenauswertung

Dieses umfangreiche Kapitel gliedert sich wie folgt: Zunächst erfolgt eine Beschreibung des Rücklaufs der Online-Befragung und grundlegender Merkmale des Datensatzes (**Kapitel a**). Im anschließenden Kapitel wird überprüft inwiefern die Ergebnisse der Online-Befragung auf die Grundgesamtheit, d.h. alle Eingeladenen übertragen werden können (**Kapitel b**). In **Kapitel c** wird das Gesundheitsverhalten der Teilnehmenden an der Online-Befragung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt dargestellt. Das **Kapitel d** widmet sich der Überprüfung der Interventionsziele und in **Kapitel e** und **f** werden die Evaluationsfragen zur Prozessqualität und zur Ergebnisqualität beantwortet.

a) Beschreibung des Rücklaufs & grundlegender Merkmale des Datensatzes

Beschreibung des Rücklaufs

Abzüglich von 9 Testzugriffen gab es insgesamt **367 Zugriffe** auf den Link zur Online-Befragung. Der Original-Datensatz zählt 252 abgeschlossene Befragungen – 207 vom E-Mail-Weg und 45 vom Postweg. Auf Basis des Rohdatensatzes und **nur unter Einschluss der beendeten Befragungen** entspricht dies einem Rücklauf von ca. **22%** (207/944) für den E-Mail-Weg, ca. **3%** (45/1.516) für den Postweg und ca. **10%** (252/2.460) zusammengefasst.

Die **Gesamt-Rücklauf-Rate** auf Basis der beendeten Befragungen verbleibt auch nach der Datenaufbereitung und leichter Reduktion des Datensatzes (Entfernung von vier Einzeldatensätzen, darunter zwei beendete Befragungen) bei **10%** (250/2.460).

- ➔ Der Rücklauf von ca. 22% beim E-Mail-Weg ist ungewöhnlich hoch.
- ➔ Der Rücklauf von ca. 3% beim Post-Weg ist vergleichsweise niedrig. Letzterer Rücklauf ist schwer zu interpretieren, da Vergleichsdaten fehlen – der Medienbruch Post-Internet war jedoch höher als im Vorfeld angenommen.
- ➔ Bei kommerziellen Befragungen, zu denen auch diese Befragung zählt, werden zum Teil auch Rücklaufquoten von weniger als 10% verzeichnet. Höhere Werte werden erst erzielt, wenn die Befragung z.B. von einem renommierten Institut durchgeführt wird (Brosius et al., 2012).
- ➔ Vor dem Hintergrund, dass die Befragung bei einem Großteil der Eingeladenen einen Medienbruch überwinden musste, ist ein Gesamt-Rücklauf von 10% für eine kommerzielle Online-Befragung daher gut.
- ➔ Der Rücklauf kann als **sehr zufriedenstellend** beurteilt werden.

Grundlegende Merkmale des Datensatzes

Final ausgewertet wurde ein Datensatz mit **305 Einzeldatensätzen** von denen **250** komplett abgeschlossen wurden.

Geschlecht

An der Online-Befragung teilgenommen haben **56,5%** (n=143) **Frauen** und **43,5%** (n=110) **Männer**.

Landkreis

83,2% (n=223) entstammen dem **Landkreis Schaumburg**, **16,0%** (n=43) dem **Landkreis Nienburg**. Nur 2 Personen enthielten sich einer Antwort (0,7%).

Alter

Die **Altersverteilung** stellt sich folgendermaßen dar:

10-Jahres-Altersgruppen			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	18 bis 29 Jahre	4	1,6
	30 bis 39 Jahre	23	9,1
	40 bis 49 Jahre	51	20,2
	50 bis 59 Jahre	73	28,9
	60 bis 69 Jahre	70	27,7
	70 Jahre und älter	32	12,6
	Gesamtsumme	253	100,0

Mit **28,9%** (n=73) sind die meisten Teilnehmenden an der Befragung zwischen 50 und 59 Jahre alt, gefolgt von 60 bis 69-Jährigen mit **27,7%** (n=70). Die kleinsten Anteile an der Befragungsgruppe stellen Personen zwischen 18 und 29 (**1,6%**; n=4) sowie 30 und 39 Jahren (**9,1%**; n=23).

- In drei Altersgruppen zusammengefasst, machen die bis 29-Jährigen **1,6%** (n=4), die 30 bis 49-Jährigen **29,2%** (n=74) und die 50+-Jährigen **69,2%** (n=175) der Befragungsteilnehmenden aus.

Schulabschluss

Das Merkmal **Schulabschluss** verteilt sich wie folgt unter den Befragten:

höchster Schulabschluss		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS)	59	23,3
	Fachhochschulreife	31	12,3
	Realschule/mittlere Reife/POS 10. Klasse	116	45,8
	Haupt-/Volksschule/POS 8. Klasse	33	13,0
	Schule beendet ohne Abschluss	1	0,4
	Anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben)	2	0,8
	Keine Angabe	11	4,3
	Gesamtsumme	253	100,0

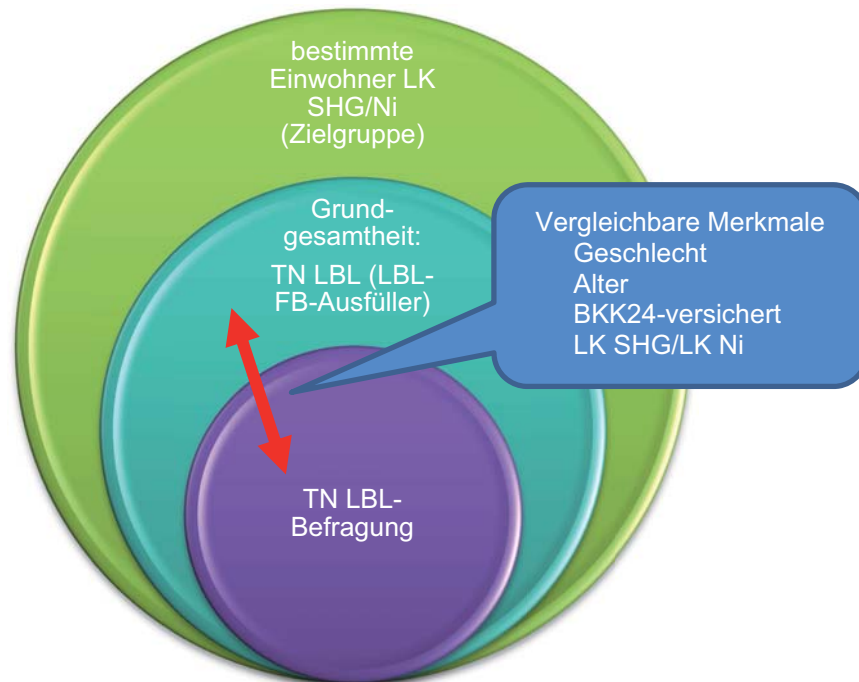
Mit **45,8%** (n=116) geben die meisten Personen einen Realschulabschluss als höchsten Schulabschluss an, gefolgt von **23,3%** (n=59), die ein Abitur vorweisen können. **13,0%** (n=33) haben einen Hauptschulabschluss und **12,3%** (n=31) eine Fachhochschulreife. Die wenigsten Nennungen fallen auf Schule beendet ohne Abschluss (**0,4%**; n=1), einen anderen Schulabschluss (**0,8%**; n=2) sowie auf keine Angabe (**4,3%**; n=11).

→ Zusammengefasst haben **13,0%** (n=33) einen Hauptschulabschluss, **45,8%** (n=116) einen Realschulabschluss und **35,6%** (n=90) ein (Fach-)Abitur.

BKK24-Versichertenstatus

64,0% (n=160) der Teilnehmenden sind bei der **BKK24** versichert, **35,6%** (n=89) nicht. Eine Person macht keine Angabe (0,4%).

b) Übertragbarkeit der Ergebnisse der Online-Befragung auf die Grundgesamtheit



Frage:

Sind die Ergebnisse der Online-Befragung auf die Grundgesamtheit¹ übertragbar?

Methodik:

Die für den Versand der Einladungen aus dem System der BKK24 gezogenen originalen „Länger besser leben.“-Datensätze wurden jeweils so bearbeitet, dass die für diese Auswertung notwendigen Variablen überall gleich kodiert vorlagen. Des Weiteren wurden vorhandene Dubletten gelöscht und die Datensätze final zu einem Datensatz zusammengeführt². Dieser Datensatz repräsentiert die Grundgesamtheit der Eingeladenen. Für den zusammengeführten Datensatz wurden Häufigkeiten für die Merkmale **Geschlecht**, **Alter**, **BKK24-Versichertenstatus** und **Landkreis** ermittelt. Zum Vergleich wurden die Häufigkeiten derselben Merkmale ebenso für den Datensatz der Online-Befragung berechnet und zudem weitere SPSS-Auswertungen durchgeführt, um die Antwort auf die gestellte Frage möglichst genau formulieren zu können.

¹ Unter Grundgesamtheit (GG) werden die zur Online-Befragung Eingeladenen verstanden, d.h. all jene, die jemals im LK Schaumburg/LK Nienburg einen LBL-Fragebogen ausgefüllt haben.

² An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass der hier ausgewertete „Länger besser leben.“-Fragebogen-Datensatz 2.467 Datensätze beinhaltet. Das Delta von 7 zu den 2.460 Eingeladenen erklärt sich dadurch, dass das E-Mail-Programm beim Versand 4 Adressen nicht erkannte. Da nicht nachzuvollziehen war, welche dies waren, konnten diese hier nicht gelöscht werden. Die weiteren 3 Einzel-Datensätze sind der komplizierten Datenaufbereitung für den Versand geschuldet, die nicht 100% deckungsgleich auch bei dieser Datenaufbereitung nachvollzogen werden konnte. Die Differenz ist jedoch so gering, dass keine Verzerrung in den Ergebnissen zu erwarten ist.

Antwort:

	„Länger besser leben.“- Fragebogen-Ausfüller (GG)			TN an Befragung (Teilmenge)			Verteilung gleich?
	männlich	weiblich		männlich	weiblich		
Ge- schlecht	43,4% (1.071)	56,5% (n=1.396)		43,5% (n=110)	56,5% (n=143)		nahezu deckungs- gleich
LK	LK SHG 76,1% (n=1.878)	LK Ni 23,9% (589)		LK SHG 83,2% (n=223)	LK Ni 16,0% (n=43)		weitest- gehend ähnlich
BKK24	ja 29,4% (n=725)	nein 70,6% (n=1.742)		ja 64,0% (n=160)	nein 35,6% (n=89)		Verteilung nahezu umgedreht
Alter	bis 29 7,9% (n=181)	30 - 49 26,9% (n=617)	50+ 65,2% (n=1.496)	bis 29 1,6% (n=4)	30 - 49 29,2% (n=74)	50+ 69,2% (n=175)	weitest- gehend ähnlich

Das Merkmal Geschlecht ist sowohl in der Grundgesamtheit als auch in der Gruppe der Teilnehmenden nahezu deckungsgleich verteilt. Kleinere Abweichungen sind hinsichtlich der Merkmale Landkreis und Alter zu erkennen – diese können aber noch als weitestgehend ähnliche Verteilung beschrieben werden.

Eine starke Abweichung ist jedoch mit Blick auf den **BKK24-Versichertenstatus** festzustellen: Während **29,4%** aus der Grundgesamtheit BKK24-versichert sind, sind es innerhalb der Befragungsgruppe **64,0%**.

Aus diesem Grund wird exemplarisch anhand einzelner Variablen zur Ergebnisqualität geprüft, welchen Einfluss das Merkmal BKK24-Versichertenstatus auf die Ergebnisse hat. Das Ergebnis dieser Datenauswertung ist:

- Die Antworten auf die Frage 18 nach einer **Änderung der körperlichen Aktivität** sind unter den BKK24-Versicherten und den nicht BKK24-Versicherten sehr ähnlich verteilt.
- Bei den Antworten auf die Frage 26 nach einer **Änderung des Obst- und Gemüsekonsums** gibt es größere Unterschiede in der Verteilung der Antworten: Von 160 BKK24-Versicherten gaben 43,2% (n=69) an, dass sie durch „Länger besser leben.“ bis heute oder eine Zeit lang mehr Obst/Gemüse konsumieren/konsumiert haben. Von 88 Personen, die nicht bei der BKK24 versichert sind, bestätigten dies nur 26,1% (n=23).

- Die Antworten auf die Frage 41 nach **sonstigen Änderungen der Lebensweise** sind unter den BKK24-Versicherten und den nicht BKK24-Versicherten relativ ähnlich verteilt.
- Die Antworten auf die Frage 43 nach dem **Wohlbefinden** sind unter den BKK24-Versicherten und den nicht BKK24-Versicherten relativ ähnlich verteilt.
- ➔ Der BKK24-Versichertenstatus beeinflusst zwar kaum die Ergebnisse hinsichtlich einer Änderung der körperlichen Aktivität, sonstigen Änderungen der Lebensweise und des Wohlbefindens, jedoch die Ergebnisse einer Änderung des Obst- und Gemüsekonsums. Möglich ist daher, dass der BKK24-Versichertenstatus auch bei anderen Parametern zu Verzerrungen geführt hat.
- ➔ Das Merkmal Geschlecht ist nahezu deckungsgleich verteilt. Die Merkmale Landkreis und Alter weisen etwas größere Verteilungsunterschiede auf, können aber großzügig noch als weitestgehend ähnlich verteilt gelten.
- ➔ Da insbesondere das Merkmal BKK24-Versichertenstatus einen Einfluss auf die Ergebnisse hat, bleibt es daher **unsicher in welchem Maße die Ergebnisse** der Online-Befragung auf die Grundgesamtheit der Eingeladenen **übertragen werden können**.

c) Das Gesundheitsverhalten der Teilnehmenden an der Online-Befragung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

In diesem Kapitel wird das Gesundheitsverhalten der Teilnehmenden im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deskriptiv charakterisiert. Die Darstellung dient dazu, das Gesundheitsverhalten der Teilnehmenden an der Online-Befragung grob einzuordnen.

Frage 1: Wie stellt sich die Verteilung des „Achtens auf ausreichend körperliche Bewegung“ bei den Teilnehmenden an der Befragung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt dar?

Antwort:

Das in der Online-Befragung verwendete GEDA-2009-Item Nr. 170 bzgl. des Achtens auf körperliche Bewegung wurde äquivalent ebenso bei DEGS 1 verwendet (Krug et al., 2013), so dass Ergebnisse von DEGS 1 hier als Vergleich herangezogen werden.

Diese Tabelle bezieht sich nur auf Personen bis 79 Jahre.

Online-Befragung: Achten auf ausreichend körperliche Bewegung				Prozent DEGS 1 (2008 - 2011) Männer & Frauen gesamt, 18-79 Jahre	Δ (in Prozentpunkten)
		Häufigkeit	Gültige Prozent		
Gültig	stark (sehr stark/stark)	152	62,0	35,0	27
	teils/teils	81	33,1	41,1	8
	gering (wenig/gar nicht)	12	4,9	23,9	19
	Gesamtsumme	245	100,0		

Quelle: eigene Ergebnisse und Ergebnisse von DEGS 1 (Krug et al., 2013)

Teilnehmende an der Online-Befragung bis 79 Jahre achten in weitaus größerem Maße **stark** auf körperliche Bewegung (62,0%; n=152) als Personen im Bundesdurchschnitt (35,0%) (Krug et al., 2013). Der Anteil derjenigen, die **gering** auf ausreichend körperliche Aktivität achten ist bei den Befragungsteilnehmenden mit 4,9% (n=12) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (23,9%) (ebd.) sehr klein.

- ➔ Festzuhalten ist: Insgesamt achten mit **62,0%** 27 Prozentpunkte mehr Menschen stark auf ausreichend körperliche Bewegung als mit **35,0%** im Bundesdurchschnitt.
- ➔ Insgesamt stellt sich das Ergebnisbild in punkto Achten auf körperliche Bewegung viel positiver dar als im Bundesdurchschnitt.

Frage 2: Wie stellt sich die Verteilung der „Häufigkeit des Obstkonsums“ bei den Teilnehmenden an der Befragung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt dar?

Antwort:

Das in der Online-Befragung verwendete GEDA 2009-Item Nr. 172 bzgl. der Häufigkeit des Obstkonsums wurde äquivalent ebenso bei GEDA 2010 verwendet, so dass Ergebnisse von GEDA 2010 hier als Vergleich herangezogen werden.

Online-Befragung: Häufigkeit Obstkonsum				Prozent GEDA2010 Männer & Frauen gesamt, ab 18 Jahre	Δ (in Prozentpunkten)	
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent		
Gültig	Jeden Tag	199	65,2	78,7	60,8	17,9
	Mindestens einmal pro Woche	44	14,4	17,4	29,9	12,5
	Seltener als 1 Mal pro Woche	10	3,3	4,0	7,7	3,7
	Nie				1,5	1,5
	Gesamtsumme	253	83,0	100,0		
Fehlend	999	52	17,0			
Gesamtsumme		305	100,0			

Quelle: eigene Ergebnisse und Ergebnisse von GEDA 2010 (Robert Koch-Institut, 2012)

Befragungsteilnehmende essen mit **78,7%** (n=199) wesentlich häufiger **jeden Tag Obst** als der Bundesdurchschnitt mit **60,8%** (Robert Koch-Institut, 2012). Alle weiteren Kategorien (mindestens einmal pro Woche etc.) sind bei Teilnehmenden an der Online-Befragung prozentual geringer besetzt als im Bundesdurchschnitt. Insgesamt verzehren die Teilnehmende an der Online-Befragung also häufiger Obst als der Bundesdurchschnitt.

Da sowohl das Geschlecht als auch das Alter beim Parameter „Häufigkeit Obstkonsum“ eine Rolle spielen (Robert Koch-Institut, 2012), folgt ein Blick auf die Verteilung dieser Merkmale bei den Teilnehmenden an der Online-Befragung im Vergleich zur GEDA-2010-Stichprobe: Die Verteilung mit Blick auf das Geschlecht ist in beiden Gruppen fast deckungsgleich. Bei den Teilnehmenden an der Online-Befragung lässt sich aber im Vergleich zur Altersverteilung bei GEDA 2010 eine Verschiebung in Richtung der Altersgruppen 45 bis 64 Jahre und 65+ feststellen (vgl. Varnaccia et al., 2014). Da die Häufigkeit des Obstkonsums mit dem Alter ansteigt, könnte dies die Zahlen der Online-Befragung positiver erscheinen lassen als im Bundesdurchschnitt.

- ➔ Festzuhalten ist: Insgesamt essen mit **78,7%** fast 18 Prozentpunkte mehr Menschen jeden Tag Obst als mit **60,8%** im Bundesdurchschnitt.
- ➔ Insgesamt stellt sich das Ergebnisbild in punkto Obstkonsum positiver dar als im Bundesdurchschnitt.
- ➔ Zu beachten ist, dass möglicherweise das höhere Alter der Befragungsteilnehmenden die Ergebnisse in eine positive Richtung verzerrt hat.

Frage 3: Wie stellt sich die Verteilung der „Häufigkeit des Gemüsekonsums“ bei den Teilnehmenden an der Befragung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt dar?

Antwort:

Das in der Online-Befragung verwendete GEDA 2009-Item Nr. 175 bzgl. der Häufigkeit des Gemüsekonsums wurde äquivalent ebenso bei GEDA 2010 verwendet, so dass Ergebnisse von GEDA 2010 hier als Vergleich herangezogen werden.

Online-Befragung: Häufigkeit Gemüsekonsum				Prozent GEDA 2010 Männer & Frauen gesamt, ab 18 Jahre	Δ (in Prozentpunkten)	
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent		
Gültig	Jeden Tag	165	54,1	64,7	40,6	24,1
	Mindestens einmal pro Woche	88	28,9	34,5	54,5	20
	Seltener als 1 Mal pro Woche	2	0,7	0,8	4,5	3,7
	Nie				0,6	0,6
	Gesamtsumme	255	83,6	100,0		
Fehlend	999	50	16,4			
Gesamtsumme		305	100,0			

Quelle: eigene Ergebnisse und Ergebnisse von GEDA 2010 (Robert Koch-Institut, 2012)

Befragungsteilnehmende essen mit **64,7%** (n=165) wesentlich häufiger **jeden Tag Gemüse** als der Bundesdurchschnitt mit **40,6%** (Robert Koch-Institut, 2012). Alle weiteren Kategorien (mindestens einmal pro Woche etc.) sind bei Teilnehmenden an der Online-Befragung prozentual geringer besetzt als im Bundesdurchschnitt. Insgesamt verzehren die Teilnehmende an der Online-Befragung also häufiger Gemüse als der Bundesdurchschnitt. Bei der Häufigkeit des Gemüsekonsums spielt insbesondere das Geschlecht eine Rolle (Robert Koch-Institut, 2012). Wie zuvor beschrieben, ist dieses Merkmal aber sowohl in der Online-Befragung als auch in GEDA 2010 sehr ähnlich verteilt und kann daher nicht zu Verzerrungen führen.

- ➔ Festzuhalten ist: Befragungsteilnehmende essen mit **64,7%** ca. 24 Prozentpunkte mehr **jeden Tag** Gemüse als der Bundesdurchschnitt mit **40,6%**.
- ➔ Insgesamt stellt sich das Ergebnisbild in punkto Gemüsekonsum positiver dar als im Bundesdurchschnitt.
- ➔ Eine Verzerrung in der Online-Befragung durch ein anderes Geschlechterverhältnis als in GEDA 2010 ist auszuschließen.

Frage 4: Wie stellt sich das Rauchverhalten bei den Teilnehmenden an der Befragung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt dar?

Antwort:

Das in der Online-Befragung verwendete GEDA 2009-Item Nr. 187 bzgl. des Raucherstatus wurde äquivalent ebenso bei GEDA 2010 verwendet, so dass Ergebnisse von GEDA 2010 hier als Vergleich herangezogen werden.

Online-Befragung: Raucherstatus				Prozent GEDA 2010 Männer & Frauen gesamt, ab 18 Jahre	Δ (in Prozent- punkten)	
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent		
Gültig	Raucher (täglich oder gelegentlich)	18	5,9	7,1	30,0	22,9
	Exraucher	101	33,1	39,9	26,6	13,3
	Nieraucher	134	43,9	53,0	43,4	9,6
	Gesamtsumme	253	83,0	100,0		
Fehlend	999	52	17,0			
Gesamtsumme		305	100,0			

Quelle: eigene Ergebnisse und Ergebnisse von GEDA 2010 (Robert Koch-Institut, 2012)

Befragungsteilnehmende sind mit **7,1%** (n=18) wesentlich seltener Raucher als im Bundesdurchschnitt (**30,0%**). Mit **39,9%** (n=101) gibt es häufiger Exraucher als bei GEDA 2010 (**26,6%**) und mit **53,0%** (n=134) auch häufiger Nieraucher (im Vergleich zu **43,4%**) (Robert Koch-Institut, 2012). Insgesamt gibt es unter den Teilnehmenden an der Online-Befragung deutlich mehr Ex- und Nieraucher und weniger Raucher als im Bundesdurchschnitt.

Das Geschlecht spielt beim Raucherstatus eine Rolle (Robert Koch-Institut, 2012). Da – wie bereits dargestellt – das Geschlecht in der Online-Befragung und bei GEDA 2010 sehr ähnlich verteilt ist, resultieren hieraus jedoch keine Verzerrungen in den Ergebnissen.

- ➔ Festzuhalten ist: Insgesamt gibt es unter den Teilnehmenden an der Online-Befragung deutlich mehr Exraucher (**39,9%**), mehr Nieraucher (**53,0%**) und weniger Raucher (**7,1%**) als im Bundesdurchschnitt. Bei GEDA 2010 sind Exraucher zu **26,6%**, Nieraucher zu **43,4%** und Raucher zu **30%** vertreten.
- ➔ Insgesamt stellt sich das Ergebnisbild in punkto Raucherstatus viel positiver dar als im Bundesdurchschnitt.
- ➔ Eine Verzerrung in der Online-Befragung durch ein anderes Geschlechterverhältnis als in GEDA 2010 ist auszuschließen.

d) Überprüfung der SMARTen Interventionsziele und weitergehende Betrachtungen

Das nachfolgende Kapitel widmet sich der Überprüfung der im Vorfeld formulierten SMARTen Interventionsziele. Im Anschluss werden die Ergebnisse der Zielüberprüfung kritisch diskutiert.

Frage 1: Konnte das Interventionsziel 1 zur körperlichen Aktivität erreicht werden?

Ziel 1 körperliche Aktivität

Mindestens 10 % der Teilnehmenden geben an, dass sich ihre körperliche Aktivität positiv verändert hat (bzw. hatte).

Antwort:

Diese Tabelle bezieht sich auf Personen, die an mindestens einem „Länger besser leben.“-Sportangebot teilgenommen haben.

Ziel 1 körperliche Aktivität			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	positive Verhaltensänderung körp. Aktivität	50	54,9
	nein, wn, kA	41	45,1
	Gesamtsumme	91	100,0

Von 91 Personen geben **54,9%** (n=50) eine positive Verhaltensänderung bzgl. ihrer körperlichen Aktivität an.

- Der im Interventionsziel 1 zur körperlichen Aktivität gesetzte Ziel-Wert von 10% wurde mit 54,9% **weit übertroffen**.

(Zusatz-)Frage 2: Gibt es Sportangebote, die mit einer positiven Verhaltensänderung in punkto körperliche Aktivität besonders in Zusammenhang stehen?

Antwort:

Festgestellt werden kann:

- Von 71 Personen, die angeben, an einem **3.000-Schritte-Aktion/ Länger besser leben.-Spaziergang** teilgenommen zu haben, konstatieren **54,9% (n=39)** eine positive Verhaltensänderung zur körperlichen Aktivität.
 - Von 22 Personen, die angeben am **Barbarossalauf** teilgenommen zu haben, konstatieren **50,0% (n=11)** eine positive Verhaltensänderung zur körperlichen Aktivität.
 - Von 12 Personen, die angeben, am **Sportabzeichen-Wettbewerb** teilgenommen zu haben, konstatieren **66,7% (n=8)** eine positive Verhaltensänderung zur körperlichen Aktivität.
 - Von 9 Personen, die angeben, an einem **Herzkurs** teilgenommen zu haben, konstatieren **88,9% (n=8)** eine positive Verhaltensänderung zur körperlichen Aktivität.
- Eine Limitation bei dieser Betrachtung ist, dass von 94 Personen 71 Personen nur 1 Sportangebot nutzten, 21 Personen aber 2 und 2 Personen sogar 3. Aus diesem Grund kann die Wirkung „positive Verhaltensänderung körperliche Aktivität“ nicht monokausal auf ein Sportangebot zurückgeführt werden bzw. ist die mehrmalige Teilnahme möglicherweise auch schon Ausdruck einer Verhaltensänderung.
- Hinzu kommt, dass eine Verhaltensänderung bzgl. körperlicher Aktivität möglicherweise auch oder ausschließlich durch *weitere* Informationen im Zusammenhang von „Länger besser leben.“ angestoßen worden sein könnte und nicht zwingend in kausalem Zusammenhang mit der Inanspruchnahme eines Sportangebotes stehen muss.
- Diese Limitationen beachtend, kann aber die These formuliert werden, dass insbesondere der **Sportabzeichen-Wettbewerb** und der **Herzkurs** eine **körperliche Aktivierung** bewirken konnten. Eine Ursache hierfür könnte sein, dass es sich um langfristige und nicht um punktuelle Angebote handelt. Zwar nehmen weniger Menschen die Angebote in Anspruch, die Effekte sind aber nachhaltiger.

Frage 3: Konnte das Interventionsziel 2 zur körperlichen Aktivität erreicht werden?

Ziel 2 körperliche Aktivität

Die Teilnahme an mindestens einem LBL-Bewegungsangebot hat dazu geführt, dass mindestens **7 %** der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Befragung mindestens 150 Minuten in der Woche körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen kommen oder außer Atem geraten – und diesen Status zudem als anhaltend positive Veränderung ihrer körperlichen Aktivität durch „Länger besser leben.“ bewerten.

Antwort:

Diese Tabelle bezieht sich auf Personen, die an mindestens einem „Länger besser leben.“-Sportangebot teilgenommen haben.

Ziel 2 körperliche Aktivität			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	weniger als 150 Min./Woche u./o. körperlich aktiv gewesen	66	71,0
	150 Min/Woche u. bis heute körperlich aktiver	27	29,0
	Gesamtsumme	93	100,0

Von 93 Personen geben **29,0%** (n=27) an, mindestens 150 Min./Woche körperlich aktiv zu sein und halten eine anhaltend positive Verhaltensänderung bzgl. ihrer körperlichen Aktivität fest.

- ➔ Der im Interventionsziel 2 zur körperlichen Aktivität gesetzte Ziel-Wert von 7% wurde mit 29,0% **weit übertroffen**.

Frage 4: Konnte das Interventionsziel 3 zur körperlichen Aktivität erreicht werden?

Ziel 3 körperliche Aktivität (EPIC-Ziel)

Die Teilnahme an mindestens einem LBL-Bewegungsangebot hat dazu geführt, dass **mindestens 5 %** der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Befragung 7 Mal in der Woche für mindestens 30 Minuten körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen kommen oder außer Atem geraten – und diesen Status zudem als anhaltend positive Veränderung ihrer körperlichen Aktivität durch „Länger besser leben.“ bewerten.

Antwort:

Diese Tabelle bezieht sich auf Personen, die an mindestens einem „Länger besser leben.“-Sportangebot teilgenommen haben.

Ziel 3 körperliche Aktivität			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	weniger als 7 Tage/ min. 30 Min./Woche u./o. körperlich aktiv gewesen	93	98,9
	7 Tage/ Woche/ min. 30 Min/ bis heute körperlich aktiver	1	1,1
	Gesamtsumme	94	100,0

Von 94 Personen geben **1,1%** (n=1) an, mindestens 7 Tage die Woche jeweils mindestens 30 Min. körperlich aktiv zu sein und halten eine anhaltend positive Verhaltensänderung bzgl. ihrer körperlichen Aktivität fest.

- ➔ Auf Basis des Prozentwertes von 1,1% wurde das Interventionsziel 3 zur körperlichen Aktivität mit einem Ziel-Wert von 5% **nicht erreicht**.
- ➔ Grundsätzlich zu beachten ist die mit n=1 minimal mögliche Fallzahl in dieser Kategorie.

Frage 5: Konnte das Interventionsziel 1 zum Obst- und Gemüsekonsum erreicht werden?

Ziel 1 Obst- und Gemüsekonsum

Mindestens 10 % der Teilnehmenden geben an, dass sich der tägliche bzw. wöchentliche Verzehr an Obst und Gemüse durch die Teilnahme an mindestens einem LBL-Ernährungsangebot positiv verändert hat (bzw. hatte).

Antwort:

Diese Tabelle bezieht sich auf Personen, die an mindestens einem „Länger besser leben.“-Ernährungsangebot teilgenommen haben.

Ziel 1 Obst- und Gemüsekonsum			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	positive Verhaltensänderung Obst- und Gemüsekonsum	21	72,4
	nein, wn, kA	8	27,6
	Gesamtsumme	29	100,0

Von 29 Personen geben **72,4%** (n=21) eine positive Verhaltensänderung bzgl. des Obst- und Gemüsekonsums an.

- ➔ Der im Interventionsziel 1 zum Obst- und Gemüsekonsum gesetzte Zielwert von 10% wurde mit 72,4% **weit übertroffen**.
- ➔ Allerdings Vorsicht: niedrige Fallzahl! Die prozentualen Angaben und damit die positive Zielerreichung stehen auf keiner soliden Datenbasis. Dennoch ist das Delta von 10% zu 72,4% sehr groß, so dass auch bei größeren Fallzahlen und möglicherweise niedrigeren Prozentwerten der Ziel-Wert sehr wahrscheinlich erreicht worden wäre.

(Zusatz-)Frage 6: Gibt es Ernährungsangebote, die mit einer positiven Verhaltensänderung in punkto Obst- und Gemüsekonsum besonders in Zusammenhang stehen?

Antwort:

- Von 18 Personen, die angeben an einem **Gruppenprogramm zur Gewichtsreduktion (REI-Kurs)** teilgenommen zu haben, konstatieren **72,2% (n=13)** eine positive Verhaltensänderung in punkto Obst- und Gemüsekonsum.
- Von 6 Personen, die angeben an einem **Kochkurs/ Grillkurs/ Kurs „Alkoholfreie Cocktails mixen“** teilgenommen zu haben, konstatieren **50,0%** (n=3, Achtung, sehr niedrige Fallzahl) eine positive Verhaltensänderung in punkto Obst- und Gemüsekonsum.
- Von 9 Personen, die angeben an einem Herzkurs teilgenommen zu haben, konstatieren **88,9% (n=8, Achtung, niedrige Fallzahl)** eine positive Verhaltensänderung in punkto Obst- und Gemüsekonsum.
- ➔ Es gelten dieselben Limitationen wie beim Interventionsziel 1 zur körperlichen Aktivität: Eine Limitation bei dieser Betrachtung ist, dass von 29 Personen 25 nur 1 Ernährungsangebot nutzten, 4 Personen aber 2. Aus diesem Grund kann die Wirkung „positive Verhaltensänderung Obst- und Gemüsekonsum“ nicht monokausal auf ein Ernährungsangebot zurückgeführt werden, da unsicher ist, welches Ernährungsangebot zu einer Verhaltensänderung geführt haben könnte.
- ➔ Hinzukommt, dass eine Verhaltensänderung bzgl. Obst- und Gemüsekonsum möglicherweise auch oder ausschließlich durch andere Informationen im Zusammenhang von „Länger besser leben.“ angestoßen worden sein könnte und nicht zwingend in kausalem Zusammenhang mit der Inanspruchnahme eines Ernährungsangebot stehen muss.
- ➔ Insgesamt steht die Betrachtung aufgrund der durchweg recht kleinen Fallzahlen auf keiner soliden Datenbasis.
- ➔ Diese Limitationen beachtend, kann aber die These formuliert werden, dass insbesondere das **Gruppenprogramm zur Gewichtsreduktion (REI-Kurs)** und der **Herzkurs** eine positive Verhaltensänderung bzgl. des Obst- und Gemüsekonsums bewirken konnten.

Frage 7: Konnte das Interventionsziel 2 zum Obst- und Gemüsekonsum erreicht werden?

Ziel 2 Obst- und Gemüsekonsum (EPIC-Ziel)

Die Teilnahme an mindestens einem LBL-Ernährungsangebot hat dazu geführt, dass **mindestens 7 %** der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Befragung täglich fünf Portionen Gemüse und Obst verzehren – und diesen Status als anhaltend positive Veränderung durch „Länger besser leben.“ bewerten.

Antwort:

Diese Tabelle bezieht sich nur auf Personen, die an mindestens einem „Länger besser leben.“-Ernährungsangebot teilgenommen haben.

Ziel 2 Obst- und Gemüsekonsum			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	weniger als 5 Portionen Obst/Gemüse tägl. u./o. Veränderung eine Zeit lang	22	75,9
	min. 5 Portionen Obst/Gemüse tägl. + bis heute anhaltende Veränderung	7	24,1
	Gesamtsumme	29	100,0

Von 29 Personen geben **24,1%** (n=7) eine positive Verhaltensänderung bzgl. des Obst- und Gemüsekonsums an.

- ➔ Der im Interventionsziel 2 zum Obst- und Gemüsekonsum gesetzte Ziel-Wert von 7% wurde mit 24,1% **weit übertroffen**
- ➔ Allerdings auch hier Vorsicht: Zu beachten ist auch hier die niedrige Fallzahl!

Frage 8: Konnte das Interventionsziel 1 zum Tabakkonsum erreicht werden?

Ziel 1 Tabakkonsum

Mindestens 90 % der Teilnehmenden an einem LBL-Angebot zur Tabakentwöhnung (Allen-Carr-Kurs) sind mindestens **wenige Tage** abstinent geblieben.

Antwort:

Insgesamt geben nur **5** Personen an, an einem AC-Kurs teilgenommen zu haben. Von diesen geben **3** Personen (60,0%) an, durch einen AC-Kurs bis heute mit dem Rauchen aufgehört zu haben.

- ➔ Die bloße Betrachtung der Prozentzahl von 60% ließe schließen, dass das Interventionsziel zum Tabakkonsum mit einem Ziel-Wert von 90% nicht erreicht werden konnte.
- ➔ Allerdings ist die gesamte Fallzahl mit n=5 so niedrig, dass keine sinnvolle Zielüberprüfung möglich ist.
- ➔ Abgesehen davon kann jedoch festgehalten werden: Immerhin geben 3 von 5 AC-Kurs-Teilnehmenden an, dass sie durch einen AC-Kurs bis zum Zeitpunkt der Befragung Tabak-abstinent waren.

Frage 9: Konnte das Interventionsziel 2 zum Tabakkonsum erreicht werden?

Ziel 2 Tabakkonsum

Mindestens 60 % der Teilnehmenden an einem LBL-Angebot zur Tabakentwöhnung (Allen Carr-Kurs) sind mindestens **6 Monate** abstinent geblieben.

Antwort:

Von den **5** Personen die angeben, an einem AC-Kurs teilgenommen zu haben, geben **3** Personen (60,0%) an, durch diesen bis heute mit dem Rauchen aufgehört zu haben.

- ➔ Die bloße Betrachtung der Prozentzahl von 60% ließe schließen, dass das Interventionsziel zum Tabakkonsum mit einem Ziel-Wert von 60% erreicht werden konnte.
- ➔ Allerdings gilt hier dieselbe Limitation wie beim vorherigen Interventionsziel: Die Fallzahl ist mit $n=5$ so niedrig, dass keine sinnvolle Zielüberprüfung möglich ist.
- ➔ Abgesehen davon kann jedoch festgehalten werden: Immerhin geben 3 von 5 AC-Kurs-Teilnehmenden an, dass sie durch einen AC-Kurs nicht nur seit 6 Monaten, sondern seit mindestens 2 Jahren Tabak-abstinent sind. AC-Kurse scheinen demnach auch langfristig gute Erfolge zu haben.
- ➔ Der Zielwert von 60% wurde auf Basis einer Studie zur Wirksamkeit von Allen Carr-Kursen ausgewählt und markiert eine mindestens 6-monatige Tabak-Abstinenz (marketmind, o.J.). Laut Csillag et al. (2005) sind 52% der Teilnehmenden auch 24 Monate nach einem AC-Kurs noch Tabak-abstinent. Die Ergebnisse der Online-Befragung gehen damit – wenn auch auf Basis SEHR niedriger Fallzahlen – in die gleiche Richtung und bestätigen in ihrer Tendenz die Wirksamkeit von AC-Kursen.

Diskussion der Ergebnisse der Zielüberprüfung

Auf den ersten Blick zeigt sich bei der Überprüfung der Interventionsziele ein sehr positives Bild: So wurden die Ziel-Werte bei Interventionsziel 1 und 2 zur körperlichen Aktivität und Interventionsziel 1 und 2 zum Obst- und Gemüsekonsum weit übertroffen. Lediglich das Interventionsziel 3 zur körperlichen Aktivität wurde nicht erreicht.

Dabei ist an dieser Stelle zu sagen, dass die Kopplung der Interventionsziele an die Inanspruchnahme von „Länger besser leben.“-Angeboten mit folgenden Limitationen behaftet ist: Die Überprüfung der Bewegungs- sowie Obst- und Gemüsekonsum-Ziele konnte nur anhand der Inanspruchnahme von Angeboten überprüft werden, die *genau* als Sport-, Ernährungs- oder Anti-Rauchen-Angebot eingestuft werden konnten. So musste die Teilnahme an Vorträgen, an Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie an anderen „Länger besser leben.“-Angeboten (die ebenfalls im Online-Fragebogen erfragt wurden) aus der Betrachtung ausgeschlossen werden, da hier keine eindeutige Zuordnung zu einem Angebot bzgl. eines bestimmten Verhaltensbereichs möglich war. Unter den „Länger besser leben.“-Angeboten verbergen sich aber z.B. – sofern von den Befragten richtig zugeordnet – viele Aktionen mit Sportvereinen, die einen nicht unerheblichen Teil der gesamten „Länger besser leben.“-Aktivitäten ausmachen. Konzeptionell war es jedoch aufgrund der Vielfalt dieser Aktivitäten nicht möglich, sie hinreichend zu clustern, um sie eindeutig abfragbar zu machen. Dies bedeutet, dass sich die Zielüberprüfung nur auf einen Teil der Teilnehmenden an Angeboten stützen konnte, nämlich den Teil, der an spezifischen Angeboten zur Bewegungsförderung, zur Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums sowie zur Tabakentwöhnung teilgenommen hat.

Das Ziel der SMARTen Zielfestlegungen war, diese so realistisch, aber auch so anspruchsvoll wie möglich zu formulieren. Da die gesetzten Ziel-Werte zum Teil weit übertroffen wurden, wird an dieser Stelle noch einmal ein kritischer Blick in die Begründungen der Prozentzahlen bzgl. der Interventionsziele zur körperlichen Aktivität als auch zum Obst- und Gemüsekonsum geworfen werden (siehe Kapitel 13, Anhang B): Sowohl die Interventionsziel-Gruppe zur körperlichen Aktivität (siehe Kapitel 6, Interventionsziel 1-3 zur körperlichen Aktivität) als auch die Interventionsziel-Gruppe zum Obst- und Gemüsekonsum (siehe Kapitel 6, Interventionsziel 1 und 2 zum Obst- und Gemüsekonsum), stehen in einer Art hierarchischen Struktur: Ausgehend von x Personen, die an einem Sportangebot/Ernährungsangebot teilgenommen haben, postuliert jeweils das erste Interventionsziel den höchsten Ziel-Wert bzgl. einer Verhaltensänderung. Interventionsziel 2 (bzw. 3) nehmen zunehmend kleinere Ziel-Werte an, da gleichsam die Teilgruppen, die diesen Ziel-Wert erfüllen können kleiner werden. Bei den Interventionszielen 2 (bzw. 3) wurden dabei Referenzdaten aus der Bundesgesundheitsberichterstattung herangezogen, um die Prozentzahlen angemessen

ansetzen zu können. Problematisch an der Festlegung der Prozentzahlen war: Da es kaum Evidenz für z.B. die körperliche Aktivierung durch gemeindebezogene Aktivitäten gibt (Baker et al., 2011) wäre z.B. ein zu hoher Ziel-Wert beim Interventionsziel 1 zur körperlichen Aktivität nicht begründbar gewesen. Ziel 2 und 3 mussten sich aber wiederum zum einen an Referenzzahlen aus der Bundesgesundheitsberichterstattung orientieren und zum anderen aufgrund der hierarchischen Ziel-Struktur *niedrigere* Prozentzahlen aufweisen als Interventionsziel 1.

Kritisch anzumerken ist insgesamt, dass im Zuge der Zielfestlegungen das „Gesetz der kleinen Zahlen“ möglicherweise nicht ausreichend genug bedacht wurde: Je kleiner die Gesamt-n-Zahl, desto größer sind die prozentualen Effekte einzelner n-Zahlen. Auf Basis kleiner Gesamt-n-Zahlen können daher kleine Prozentwerte viel schneller erreicht werden als bei einem größeren Gesamt-n. In der Online-Befragung kommen im Rahmen der Zielüberprüfung zum Teil relativ kleine Gesamt-n zum Tragen: Die Prozentwerte bei den Zielen zur körperlichen Aktivität beziehen sich auf **ca. 90** Personen und die Ziele zum Obst- und Gemüsekonsum nur auf **ca. 30 Personen** – und einzelne Personen hatten demzufolge größere prozentuale Auswirkungen. Allerdings zeigt der Blick in weitere Ergebnisauswertungen bzgl. der spezifischen Verhaltensänderungen (siehe Kapitel 9f), dass die Zielvorgaben selbst auf Basis ALLER Teilnehmenden an der Befragung und damit größeren Gesamt-n-Zahlen – bis auf das Ziel 3 zur körperlichen Aktivität – erreicht worden wären (siehe Tabelle 5). Und auch diese Prozentwerte sind zum Teil noch so hoch, dass sie im Vorherein nicht hätten fundiert begründet werden können. Das bedeutet: Selbst wenn die Ziel-Werte von vornherein höher gesetzt oder an alle Teilnehmenden gekoppelt worden wären, wären sie vermutlich im Zuge dieser Zielüberprüfung übertroffen worden.

Wahrscheinlich haben positive Verzerrungen in dieser Evaluation gewirkt (siehe Kapitel 10), so dass die Interventionsziele zum größten Teil weit übertroffen wurden. Die positive Verzerrung der Evaluationsergebnisse hat der Zielerreichung entgegen gespielt und diese Möglichkeit wurde im Vorfeld gar nicht antizipiert.

Wohlwissend, dass die positive Verzerrung dieser Evaluation die Zielüberprüfung vereinfacht hat, muss an dieser Stelle auch angemerkt werden: Die positive Verzerrung hätte auch bei schlechteren Ergebnissen zugunsten der Zielerreichung gewirkt. Möglich wäre daher z.B. auch gewesen, dass die Ziele mit Hilfe der positiven Verzerrung gerade eben oder auch gar nicht erreicht worden wären. Aus diesem Grund zeichnet die Überprüfung der Ziele ein positives Bild von „Länger besser leben.“. Die Ergebnisse der Online-Befragung sind trotz der wirkenden Verzerrungen so gut, dass die Ziele zum Teil weit übertroffen werden konnten. Darüber hinaus hat die Zielüberprüfung Einschätzungen darüber geliefert, ob „Länger besser leben.“ überhaupt in Richtung der anvisierten Ziele steuert – was offensichtlich der Fall ist.

Tabelle 5: %-Ziel-Werte gesteckt und erreicht

	Ziel-Werte (%)	Zielüberprüfung, Kopplung an Inanspruchnahme von Angeboten (% erreicht)	Erreichung Ziel-Werte auf Basis ALLER Befragungsteilnehmenden (% erreicht)	Ziel erreicht
Ziel 1 körperliche Aktivität	10%	54,9% (n=50)	45,9% (n=117)	Ja
Ziel 2 körperliche Aktivität	7%	29,0% (n=27)	22,3% (n=57)	Ja
Ziel 3 körperliche Aktivität	5%	1,1% (n=1)	0,8% (n=2)	Nein
Ziel 1 Obst- und Gemüsekonsum	10%	72,4% (n=21)	36,9% (n=94)	Ja
Ziel 2 Obst- und Gemüsekonsum	7%	24,1% (n=7)	8,2% (n=25)	Ja
Ziel 1 Tabakkonsum	90%	<i>nicht überprüft aufgrund nur 5 TN an Allen Carr-Kursen</i>	mindestens zwischenzeitliche Tabakabstinenz: 3,3% (n=10)	/
Ziel 2 Tabakkonsum	60%	<i>nicht überprüft aufgrund nur 5 TN an Allen Carr-Kursen</i>	Tabakabstinenz bis heute: 2,6% (n=8)	/

Quelle: eigene Darstellung

- ➔ Die Interventionsziele 1 und 2 zur körperlichen Aktivität und Interventionsziel 1 und 2 zum Obst- und Gemüsekonsum konnten weit übertroffen werden. Lediglich das Interventionsziel 3 zur körperlichen Aktivität wurde nicht erreicht.
- ➔ Dasselbe Bild hätte sich geboten, wenn die Teilnehmenden-Definition nicht an die Inanspruchnahme von bestimmten Angeboten, sondern auf Basis aller Teilnehmenden formuliert gewesen wäre – wenn auch mit niedrigeren Prozentwerten bzgl. der körperlichen Aktivität und deutlich niedrigeren Prozentwerten bzgl. des Obst- und Gemüsekonsums.
- ➔ Es gelten folgende Thesen:
 - Insbesondere der Sportabzeichen-Wettbewerb und der Herzkurs konnten eine körperliche Aktivierung bewirken.
 - Eine positive Verhaltensänderung in punkto Obst- und Gemüsekonsum konnte insbesondere durch das Gruppenprogramm zur Gewichtsreduktion (REI-Kurs) und den Herzkurs bewirkt werden.

- ➔ Die Interventionsziele 1 und 2 zum Tabakkonsum konnten aufgrund nur 5 Teilnehmenden an Allen-Carr-Kursen nicht überprüft werden. Die Ergebnisse gehen aber tendenziell in Richtung Wirksamkeit von Allen-Carr-Kursen.
- ➔ Die positiv verzerrten Evaluationsergebnisse (siehe Kapitel 10) haben zwar der Zielerreichung entgegengespielt, doch bleibt festzuhalten: „Länger besser leben.“ steuert in die richtige Richtung bzgl. der gesetzten Ziele.

e) **Beantwortung der Evaluationsfragen zur Prozessqualität**

Die Evaluationsfragen zur Prozessqualität werden in der Reihenfolge der vorab formulierten Evaluationsfragen (siehe Kapitel 7) beantwortet. Zudem wurden im Zuge der Datenauswertung Zusatzfragen gestellt und ebenso beantwortet.

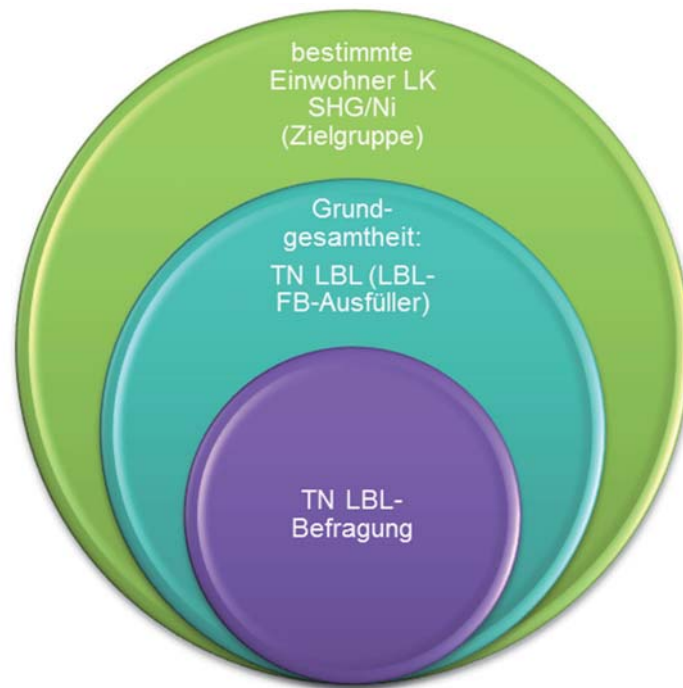
1. Zielgruppenerreichung: Soll-Ist-Vergleich

Bei der nachfolgenden Überprüfung der Zielgruppenerreichung muss auf eine Überprüfung in punkto „Gesundheitsbewusstsein“ verzichtet werden. Diesbezügliche Daten entstammen ausschließlich aus dem Jahr 2009 (GEDA 2009). Da es zumindest theoretisch möglich ist, dass „Länger besser leben.“ auf diesen Parameter gewirkt haben könnte, macht es konzeptionell keinen Sinn, Daten aus dem Jahr 2009 als Referenzverteilung zu nehmen.

Eine Überprüfung der Zielgruppenerreichung erfolgt daher nur für folgende Merkmale, differenziert nach den zwei Landkreisen Schaumburg und Nienburg:

- **Alter:** 18-74, Schwerpunkt: 30-49
- **Geschlecht:** Männer + Frauen gleichermaßen
- Personen aller Einkommensschichten-> höchste **Schulbildung** als Indikator

Definitionen zur Überprüfung der Zielgruppenerreichung



Zielgruppe

Eine genaue Beschreibung der Zielgruppe ist dem Kapitel 5 zu entnehmen.

Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit (GG) repräsentiert alle „Länger besser leben.“-Fragebogenausfüller im LK Schaumburg/ Nienburg = die Eingeladenen zur Online-Befragung. Diese Personen stellen damit eine Teilmenge der gesamten Zielgruppe dar.

TN LBL-Befragung

Die Personen, die den Online-Fragebogen ausgefüllt haben. Diese Personen stellen damit eine Teilmenge der Grundgesamtheit dar.

Indikator für die „Zielgruppenerreichung“

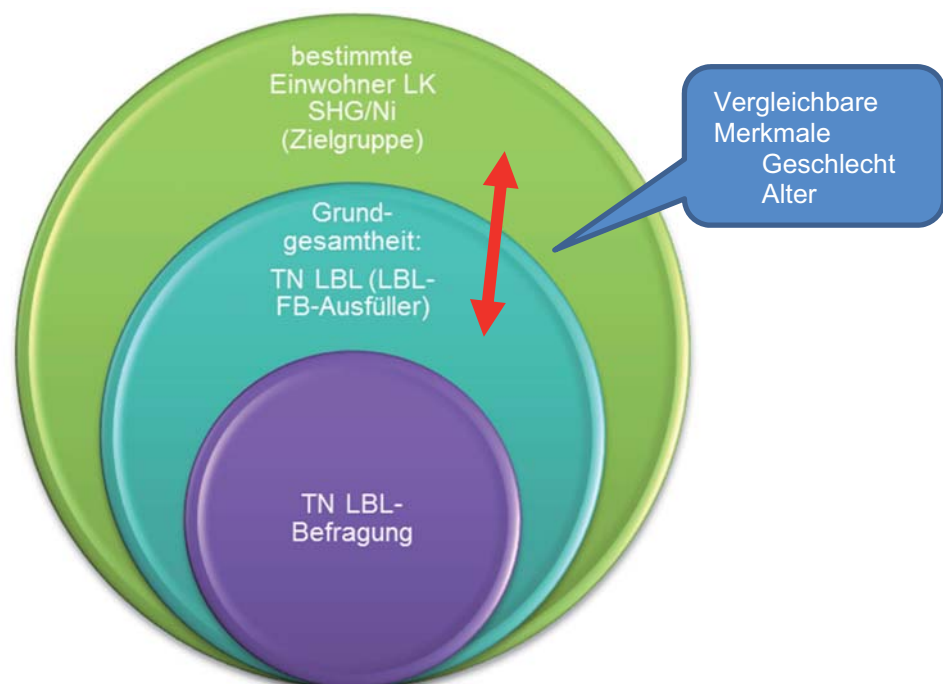
Als Indikator zur Zielgruppenerreichung gilt „Ausfüllung des „Länger besser leben.“-Fragebogens“. Das bedeutet, dass sowohl in der Grundgesamtheit der Eingeladenen als auch unter den Teilnehmenden an der Online-Befragung ALLE Personen als „erreicht“ gelten, da alle dieser Personen einen „Länger besser leben.“-Fragebogen ausgefüllt haben.

Frage 1: Wurde die Zielgruppe in punkto **Geschlecht** und **Alter** durch „Länger besser leben.“ erreicht?

Methodik:

Die Verteilungen der Merkmale Geschlecht und Alter der **Grundgesamtheit** („Länger besser leben.“-Fragebogenausfüller im LK SHG/Ni) werden mit den Referenzverteilungen dieser Merkmale in der anvisierten Zielgruppe verglichen. Datenquelle der Zahlen zur Geschlechter- und Alters-Referenzverteilung für den Landkreis Schaumburg bzw. den Landkreis Nienburg ist der Mikrozensus 2011 der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (gefiltert online verfügbar: <https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:00,,,> (02.06.2015)).

Die Referenzverteilungen bezüglich des Alters wurden dabei zuvor auf das Altersspektrum der LBL-Fragebogenausfüller angepasst, d.h. die n-Zahlen der bis 19-Jährigen aus der Statistik entfernt und die Prozentwerte entsprechend neu berechnet.



Antwort Zielgruppenerreichung bzgl. Alter (LK Schaumburg):

Kreuztabelle TN-/Referenzgruppe und Alter						
			Alter			Gesamtsumme
			bis 29 ³	30-49	50+	
Gruppe	TN LK SHG	Anzahl	149	465	1.128	1.742
		% in Gruppe	8,6%	26,7%	64,8%	100,0%
	Referenzgruppe LK SHG	Anzahl	14.819	43.244	69.312	127.375
		% in Gruppe	11,6%	34,0%	54,4%	100,0%
Gesamtsumme		Anzahl	14.968	43.709	70.440	129.117
		% in Gruppe	11,6%	33,9%	54,6%	100,0%

Quelle: eigene Ergebnisse und Ergebnisse des Mikrozensus 2011

Im Vergleich zur Referenzgruppe (**54,4%**) sind mit **64,8%** ca. **10 Prozentpunkte** mehr Personen der LBL-FB-Ausfüller älter als 50 Jahre. **26,7%** der LBL-FB-Ausfüller sind zwischen 30 und 49 Jahre alt – im Vergleich zu **34,0%** in der Referenzgruppe. Insgesamt verschiebt sich das Altersspektrum der „Länger besser leben.“-Teilnehmenden im Vergleich zur Referenzgruppe ins höhere Alter.

Ein **Chi-Quadrat-Test** bestätigt, dass diese Unterschiede in der Verteilung auf die Altersgruppen auch statistisch hoch signifikant sind ($p < 0,000$).

- ➔ Es gibt hoch signifikante Abweichungen in der Verteilung auf die Altersgruppen von bis zu ca. 10 Prozentpunkten im Vergleich zur Referenzgruppe.
- ➔ Wie die Besetzung der verschiedenen Alterskategorien zeigt, konnte die eigentlich schwerpunktmäßig anvisierte Zielgruppe im Alter von 30 bis 49 Jahren nicht im gewünschten Umfang erreicht werden: Aktuell werden mit **26,7%** sogar ca. 7 Prozentpunkte *weniger* 30-49-Jährige erreicht als in der Referenzgruppe mit **34,0%** vorhanden.
- ➔ Die Zielgruppe im Landkreis Schaumburg gilt in punkto Alter daher als **nicht vollständig erreicht**.

³ Die LBL-Fragebogen-Ausfüller sind ab 18 Jahre alt, die Referenzverteilung basiert auf Daten ab 20 Jahren.

Antwort Zielgruppenerreichung bzgl. Alter (LK Nienburg):

Kreuztabelle TN-/Referenzgruppe und Alter						
			Alter			Gesamtsumme
			bis 29 ⁴	30-49	50+	
Gruppe	TN LK Ni	Anzahl	32	152	368	552
		% in Gruppe	5,8%	27,5%	66,7%	100,0%
	Referenzgruppe LK Ni	Anzahl	12.645	34.195	50.595	97.435
		% in Gruppe	13,0%	35,1%	51,9%	100,0%
Gesamtsumme		Anzahl	12.677	34.347	50.963	97.987
		% in Gruppe	12,9%	35,1%	52,0%	100,0%

Quelle: eigene Ergebnisse und Ergebnisse des Mikrozensus 2011

Im Vergleich zur Referenzgruppe (**51,9%**) sind mit **66,7%** ca. **15 Prozentpunkte** mehr Personen der LBL-FB-Ausfüller älter als 50 Jahre. **27,5%** der LBL-FB-Ausfüller sind zwischen 30 und 49 Jahre alt – im Gegensatz zu **35,1%** in der Referenzgruppe. Insgesamt verschiebt sich das Altersspektrum der „Länger besser leben.“-Teilnehmenden im Vergleich zur Referenzgruppe ins höhere Alter.

Ein **Chi-Quadrat-Test** bestätigt, dass diese Unterschiede in der Verteilung auf die Altersgruppen auch statistisch hoch signifikant sind ($p < 0,000$).

- ➔ Es gibt also hoch signifikante Abweichungen in der Verteilung auf die Altersgruppen von bis zu ca. 15 Prozentpunkten im Vergleich zur Referenzgruppe.
- ➔ Wie die Besetzung der verschiedenen Alterskategorien zeigt, konnte die eigentlich schwerpunktmäßig anvisierte Zielgruppe im Alter von 30 bis 49 Jahren nicht im gewünschten Umfang erreicht werden: Aktuell werden mit **27,5%** sogar ca. 8 Prozentpunkte *weniger* 30-49-Jährige erreicht als in der Referenzgruppe mit **35,1%** vorhanden.
- ➔ Die Zielgruppe im Landkreis Nienburg gilt in punkto Alter daher als **nicht vollständig erreicht**.

⁴ Die LBL-Fragebogen-Ausfüller sind ab 18 Jahre alt, die Referenzverteilung basiert auf Daten ab 20 Jahren.

Antwort Zielgruppenerreichung bzgl. Geschlecht (LK Schaumburg):

Kreuztabelle TN-/Referenzgruppe und Geschlecht					
			Geschlecht		Gesamtsumme
			männlich	weiblich	
Gruppe	TN LK SHG	Anzahl	820	1.058	1.878
		% in Gruppe	43,7%	56,3%	100,0%
	Referenzgruppe LK SHG	Anzahl	76.362	81.135	157.497
		% in Gruppe	48,5%	51,5%	100,0%
Gesamtsumme		Anzahl	77.182	82.193	159.375
		% in Gruppe	48,4%	51,6%	100,0%

Quelle: eigene Ergebnisse und Ergebnisse des Mikrozensus 2011

In der Referenzgruppe sind **48,5%** Männer und **51,5%** Frauen. Unter den LBL-FB-Ausfüllern sind mit **43,7%** ca. 5 Prozentpunkte weniger Männer und mit **56,3%** ca. **5 Prozentpunkte** mehr Frauen.

Ein **Chi-Quadrat-Test** bestätigt, dass diese Unterschiede in der Verteilung bezüglich des Geschlechts auch statistisch hoch signifikant sind ($p < 0,000$).

- ➔ Die Verteilung in punkto Geschlecht weicht zwar hoch signifikant von der Verteilung in der Referenzgruppe ab. Die Abweichungen sind aber mit ca. 5 Prozentpunkten nicht so groß.
- ➔ Die Zielgruppe kann in punkto Geschlecht im Landkreis Schaumburg hier daher dennoch als ausreichend **erreicht gelten**.

Antwort Zielgruppenerreichung bzgl. Geschlecht (LK Nienburg):

Kreuztabelle TN-/Referenzgruppe und Geschlecht					
			Geschlecht		Gesamtsumme
			männlich	weiblich	
Gruppe	TN LK NI	Anzahl	251	338	589
		% in Gruppe	42,6%	57,4%	100,0%
	Referenzgruppe LK Ni	Anzahl	60.579	61.663	122.242
		% in Gruppe	49,6%	50,4%	100,0%
Gesamtsumme		Anzahl	60.830	6.2001	122.831
		% in Gruppe	49,5%	50,5%	100,0%

Quelle: eigene Ergebnisse und Ergebnisse des Mikrozensus 2011

In der Referenzgruppe sind **49,6%** Männer und **50,4%** Frauen. Unter den LBL-FB-Ausfüllern sind mit **42,6%** ca. 7 Prozentpunkte weniger Männer und mit **57,4%** ca. **7 Prozentpunkte** mehr Frauen.

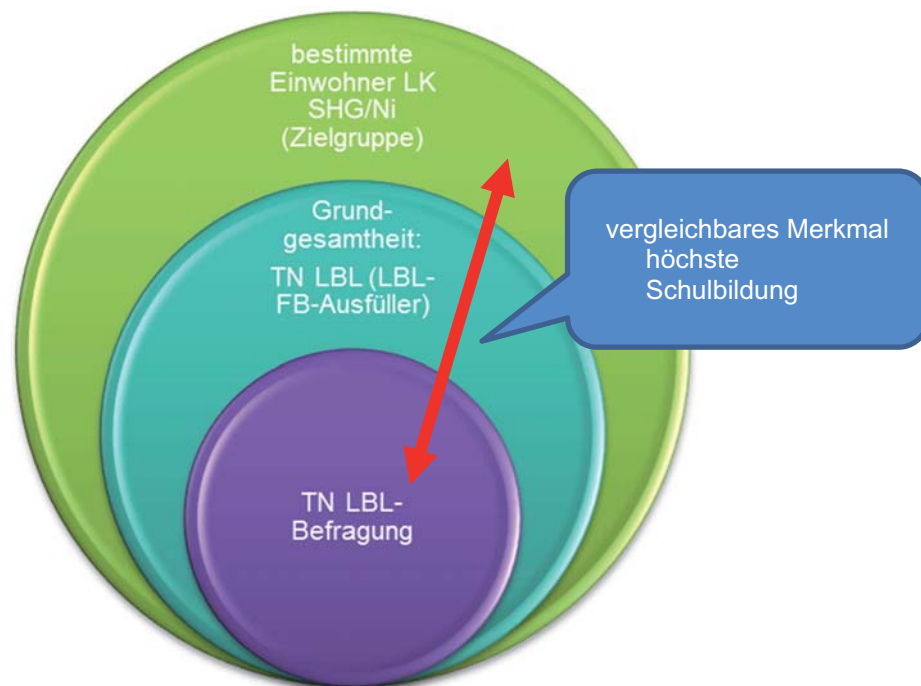
Ein **Chi-Quadrat-Test** bestätigt, dass diese Unterschiede in der Verteilung bezüglich des Geschlechts auch statistisch hoch signifikant sind ($p < 0,001$).

- ➔ Die Verteilung in punkto Geschlecht weicht zwar hoch signifikant von der Verteilung in der Referenzgruppe ab. Die Abweichungen sind aber mit ca. 7 Prozentpunkten noch nicht so groß.
- ➔ Die Zielgruppe kann in punkto Geschlecht im Landkreis Nienburg hier daher dennoch als gerade ausreichend **erreicht gelten**.

Frage 2: Wurde die Zielgruppe in punkto **höchster Schulbildung** durch „Länger besser leben.“ erreicht?

Methodik:

Da das Merkmal „Schulbildung“ über den Gesundheitsfragebogen von „Länger besser leben.“ nicht erfasst wurde, erfolgt die Zielgruppenüberprüfung anhand der Teilnehmenden an der Online-Befragung. Die Verteilungen des Merkmals Schulbildung unter den **Teilnehmenden an der Online-Befragung** werden dabei mit der Referenzverteilung dieses Merkmals in der anvisierten Zielgruppe verglichen. Datenquelle der Schulbildungs-Referenzverteilung für den Landkreis Schaumburg und den Landkreis Nienburg ist der Mikrozensus 2011 der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (gefiltert online verfügbar: <https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:00,,,> (02.06.2015)).



Antwort Zielgruppenerreichung bzgl. höchstem Schulabschluss (LK Schaumburg):

Kreuztabelle TN-/Referenzgruppe und höchster Schulabschluss							
			Schulbildung				Gesamtsumme
			Abi/ Fachabi	Real- schule	Haupt- schule	Sonstiges	
Gruppe	TN LK SHG	Anzahl	82	99	21	3	205
		% in Gruppe	40,0%	48,3%	10,2%	1,5%	100,0%
	Referenz- gruppe LK SHG	Anzahl	30.570	42.030	51.810	10.120	134.530
		% in Gruppe	22,7%	31,2%	38,5%	7,5%	100,0%
Gesamtsumme		Anzahl	30.652	42.129	51.831	10.123	134.735
		% in Gruppe	22,7%	31,3%	38,5%	7,5%	100,0%

Quelle: eigene Ergebnisse und Ergebnisse des Mikrozensus 2011

40,0% haben unter den Befragungsteilnehmenden ein (Fach-)Abitur während es in der Referenzgruppe ca. 17 Prozentpunkte weniger sind (**22,7%**). Auch ein Realschulabschluss ist in der Befragungsgruppe mit **48,3%** ca. 17 Prozentpunkte häufiger vertreten als in der Referenzgruppe (**31,2%**). Damit ist unter den Teilnehmenden an der Befragung (Landkreis Schaumburg) im Vergleich zur Referenzgruppe eine Verschiebung in Richtung höherer Bildungsabschlüsse festzustellen.

Ein **Chi-Quadrat-Test** bestätigt, dass diese Unterschiede in der Verteilung auf die Schulbildungsgruppen auch statistisch hoch signifikant sind ($p < 0,000$).

- ➔ Die Verteilung in punkto höchster Schulbildung weicht hoch signifikant und mit bis zu ca. 17 Prozentpunkten stark von der Referenzgruppe ab.
- ➔ Die Zielgruppe kann in punkto höchster Bildungsabschluss im Landkreis Schaumburg daher als gar **nicht erreicht gelten**.

Antwort: Zielgruppenerreichung bzgl. höchstem Schulabschluss (LK Nienburg)

Kreuztabelle TN-/Referenzgruppe und höchster Schulabschluss							
			Schulbildung				Gesamtsumme
			Abi/ Fachabi	Real- schule	Haupt- schule	Sonstiges	
Gruppe	TN LK Ni	Anzahl	8	17	10	0	35
		% in Gruppe	22,9%	48,6%	28,6%	0,0%	100,0%
	Referenz- gruppe LK Ni	Anzahl	20.150	31.770	43.170	8.720	103.810
		% in Gruppe	19,4%	30,6%	41,6%	8,4%	100,0%
Gesamtsumme		Anzahl	20.158	31.787	43.180	8.720	103.845
		% in Gruppe	19,4%	30,6%	41,6%	8,4%	100,0%

Quelle: eigene Ergebnisse und Ergebnisse des Mikrozensus 2011

22,9% haben unter den Befragungsteilnehmenden ein Abi/Fachabi während es in der Referenzgruppe **19,4%** sind. Ein Realschulabschluss ist in der Befragungsgruppe mit **48,6%** 18 Prozentpunkte häufiger vertreten als in der Referenzgruppe (**30,6%**). Insgesamt ist unter den Teilnehmenden an der Befragung im Vergleich zur Referenzgruppe eine leichte Verschiebung in Richtung höherer (mittlerer) Bildungsabschlüsse festzustellen.

Ein **Chi-Quadrat-Test** bestätigt, dass diese Unterschiede in der Verteilung auf die Schulbildungsgruppen auch statistisch signifikant sind ($p < 0,041$).

- ➔ Die Verteilung in punkto höchster Schulbildung weicht signifikant und mit bis zu ca. 18 Prozentpunkten stark von der Referenzgruppe ab.
- ➔ Die Zielgruppe kann in punkto höchster Bildungsabschluss im Landkreis Nienburg daher als **gar nicht erreicht gelten**.

Diskussion der Zielgruppenerreichung

Insgesamt kann festgehalten werden: Die Zielgruppe wurde bezüglich **Alter und höchster Schulbildung nicht** und in punkto **Geschlecht gerade noch** erreicht – und zwar sowohl im Landkreis Schaumburg als auch im Landkreis Nienburg.

Da aber grundsätzlich alle Unterschiede in den Verteilungen signifikant sind, bedeutet dies zugleich, dass sich die Ausfüller des „Länger besser leben.“-Fragebogens bzw. die Teilnehmenden an der Online-Befragung signifikant in allen drei Merkmalen von der regionalen Bevölkerung in den Landkreisen Schaumburg und Nienburg unterscheiden. Ohnehin sind die Ergebnisse der Online-Befragung schon nur unsicher auf die Grundgesamtheit übertragbar (siehe Kapitel 9b). Davon abgesehen ist eine Übertragbarkeit auf die regionale Bevölkerung angesichts der eben dargestellten Unterschiede ausgeschlossen.

Auf Basis der Häufigkeitstabellen sind die Quintessenzen der Verteilungsverschiebungen:

- ➔ Das Altersspektrum verschiebt sich unter den Teilnehmenden im Vergleich zu den Referenzgruppen sowohl im LK Schaumburg als auch im LK Nienburg **ins höhere Alter**. Die Gruppe der **30- bis 49-Jährigen**, die schwerpunktmäßig anvisiert worden war, ist in beiden Landkreisen im Vergleich zur Verteilung in der Referenzgruppe **unterrepräsentiert**.
- ➔ In beiden Landkreisen ist eine leichte Verschiebung in Richtung weiblicher Teilnehmenden zu erkennen: Etwas **häufiger haben Frauen als Männer** an „Länger besser leben.“ teilgenommen. Zur Verteilung in der Referenzgruppe besteht ein Unterschied von ca. 5 - 7 Prozentpunkten. Beim Merkmal Geschlecht weichen die tatsächlich Erreichten dabei am wenigsten von der Verteilung in der Referenzgruppe ab und die Zielgruppe kann hier daher als gerade noch erreicht gelten.
- ➔ Bei der Schulbildung ist unter den Teilnehmenden in beiden Landkreisen im Vergleich zur Verteilung in den Referenzgruppen eine stärkere Verschiebung in Richtung **höherer Bildungsabschlüsse** zu erkennen.

Auch wenn der höchste Bildungsabschluss nur *ein* Indikator für „Bildung“ ist, kann dennoch festgehalten werden, dass „Länger besser leben.“ prinzipiell eher höher als niedriger Gebildete erreicht. Die Gesetzlichen Krankenkassen werden nach dem Sozialgesetzbuch V aber in die Pflicht genommen, „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial

bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ (SGB V, §20 (1), S. 18)⁵. Aus dieser Perspektive heraus ist dieses Ergebnis nicht zufriedenstellend. Allerdings sieht sich die BKK24 in den Landkreisen Schaumburg und Nienburg in punkto Schulabschluss auch mit höheren „Hürden“ konfrontiert: Im Landkreis Nienburg haben **41,6%** einen Hauptschulabschluss und im Landkreis Schaumburg **38,5%**. Die Prozentwerte – und damit die „Hürden“ – liegen höher als im Bundesdurchschnitt mit **35,6%** oder beispielsweise in der Region Hannover mit **33,8%** (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014 a,b).

⁵ Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung, Stand: Zuletzt geändert durch Art. 2a G v. 17.12.2014 I 2222. Online verfügbar: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (02.06.2015).

2. Zielgruppenerreichung: Programmbewertung

Frage: *Wie bewerten die TN der Befragung „Länger besser leben.“?*

Antwort:

Frage 1: Note			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	1 (sehr gut)	50	17,7
	2 (gut)	184	65,0
	3 (befriedigend)	35	12,4
	4 (ausreichend)	6	2,1
	5 (mangelhaft)	3	1,1
	keine Angabe	5	1,8
	Gesamtsumme	283	100,0

Von 283 Personen geben **17,7%** (n=50) „Länger besser leben“ eine sehr gute Note. Mit **65,0%** (n=184) bewertet der überwiegende Teil „Länger besser leben.“ als gut. **12,4%** (n=35) geben „Länger besser leben.“ eine 3 und **2,1%** (n=6) eine 4 und **1,1%** eine 5 (n=3). **1,8%** (n=5) enthalten sich einer Antwort.

- ➔ Insgesamt geben **82,7%** (n=234) „Länger besser leben.“ eine sehr gute bzw. gute Note – die meisten geben davon eine 2.
- ➔ **12,4%** (n=35) der Befragten vergeben eine befriedigende Note.
- ➔ Nur **3,2%** beurteilen „Länger besser leben.“ schlechter als befriedigend.

3. Zielgruppenerreichung: Kenntnis der Botschaft

Frage: Kennen die TN der Befragung die Botschaft von „Länger besser leben.“?



Frage 3 aus der Befragung:

Wie viele Jahre leben Menschen durchschnittlich länger, wenn sie sich an die vier Regeln halten?

Antwort:

Frage 3: LBL-Regeln			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	Bis zu 3 Jahre	2	0,7
	Bis zu 7 Jahre	98	36,3
	Bis zu 14 Jahre	129	47,8
	Bis zu 19 Jahre	6	2,2
	Weiß ich nicht	32	11,9
	Keine Angabe	3	1,1
	Gesamtsumme	270	100,0

Von 270 Personen kennen mit **47,8%** (n=129) die korrekte Botschaft von „Länger besser leben.“, nämlich dass ein Einhalten der „Länger besser leben.“-Regeln das Leben um bis zu 14 Jahre verlängern kann. **36,3%** (n=98) meinen aber auch, es seien 7 Jahre, gefolgt von **11,9%** (n=32) die keine Antwort wissen. **2,2%** (n=6) geben bis zu 19 Jahren an, **1,1%** (n=3) machen keine Angabe und **0,7%** (n=2) meinen bis zu 3 Jahre.

➔ **47,8%** (n=129) kennen die korrekte Botschaft von „Länger besser leben.“ **51,1%** (n=138) geben jedoch auch falsche Antworten oder geben von selber an, die Antwort nicht zu wissen.

4. Zielgruppenerreichung: LBL-Magazin

Frage 1: Kennen die TN der Befragung das „Länger besser leben.“-Magazin?

Antwort:

Diese Frage danach wurde nur den Personen gestellt, die angaben im Landkreis Schaumburg zu wohnen, da auch nur hier das Magazin per Hauswurfsendung verteilt wurde.

Frage 5: Länger besser leben.-Magazin			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	Ja	149	66,8
	Nein	71	31,8
	Keine Angabe	3	1,3
	Gesamtsumme	223	100,0

Von 223 Personen kennen **66,8%** (n=149) das „Länger besser leben.“-Magazin – **31,8%** (n=71) kennen es nicht.

➔ Insgesamt **66,8%** kennen das „Länger besser leben.“-Magazin, **31,8%** nicht.

Frage 2: Wie häufig lesen die TN der Befragung das „Länger besser leben.“-Magazin?

Antwort:

Frage 6: Lesen Länger besser leben.-Magazin			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	Immer	81	54,4
	Oft	43	28,9
	Gelegentlich/Selten	24	16,1
	Nie	1	0,7
	Gesamtsumme	149	100,0

Von 149 Personen die das LBL-Magazin kennen, lesen **54,4%** (n=81) immer das „Länger besser leben.“-Magazin und **28,9%** (n=43) oft. **16,1%** (n=24) lesen es gelegentlich/selten und eine Person (0,7%) nie.

➔ Insgesamt lesen **83,3%** (n=124) das „Länger besser leben.“-Magazin immer oder oft. Nur **16,8%** (n=25) lesen es gelegentlich/selten oder nie.

Frage 3: Wie oft kommt es vor, dass sich die TN der Befragung aufgrund eines „Länger besser leben.“-Magazins dazu entschließen, an einem „Länger besser leben.“-Angebot teilzunehmen?

Antwort:

Frage 7: Teilnahme Angebot aufgrund Länger besser leben.-Magazin			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	Ja, ein Mal	47	31,8
	Ja, öfter als ein Mal	35	23,6
	Nein	54	36,5
	Keine Angabe	12	8,1
	Gesamtsumme	148	100,0

Von 148 Personen, die das LBL-Magazin mindestens gelegentlich lesen, haben **31,8%** (n=47) angegeben, dass sie sich ein Mal aufgrund des „Länger besser leben.“-Magazins dazu entschlossen haben, an einem „Länger besser leben.“-Angebot teilzunehmen; **23,6%** (n=35) geben öfter als 1 Mal an. **36,5%** (n=54) verneinten die Frage und **8,1%** (n=12) machen keine Angabe.

→ **55,4%** (n=82) der Leser des „Länger besser leben.“-Magazins geben an, dass sie sich mindestens ein Mal aufgrund des „Länger besser leben.“-Magazins entschlossen haben, an einem „Länger besser leben.“-Angebot teilzunehmen. Die 5 bislang erschienen „Länger besser leben.“-Magazine haben davon bei 35 Personen öfter als ein Mal zu dem Entschluss geführt, ein Angebot im Rahmen „Länger besser leben.“ zu besuchen.

5. Zielgruppenerreichung: LBL-Brief

(Zusatz-)Frage 1: Wie viele Personen der TN der Befragung sind aktuell Empfänger des „Länger besser leben.“-Briefes?

Antwort:

Frage 8: Länger besser leben.-Brief			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	Ja	189	71,1
	Nein	64	24,1
	Keine Angabe	13	4,9
	Gesamtsumme	266	100,0

Von 266 Personen geben **71,1%** (n=189) an, aktuell Empfänger des LBL-Briefes zu sein. **24,7%** (n=64) verneinen die Aussage und 4,9% (n=13) machen keine Angabe.

- ➔ Mit **71,1%** ist die Mehrzahl der Teilnehmenden an der Online-Befragung zwar aktuell LBL-Brief-Empfänger – doch nehmen mit **24,1%** auch Personen an der Befragung teil, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr über diesen Weg in Kontakt mit der BKK24 stehen.

Frage 2: Wie häufig lesen die TN der Befragung den „Länger besser leben.“-Brief?

Antwort:

Frage 9: Lesen Länger besser leben.-Brief			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	Immer	115	60,8
	Oft	54	28,6
	Gelegentlich/Selten	19	10,1
	Nie	1	0,5
	Gesamtsumme	189	100,0

Insgesamt geben von 189 LBL-Brief-Empfängern **60,8%** (n=115) an, den LBL-Brief immer zu lesen. **28,6%** (n=54) lesen ihn oft, **10,1%** (n=19) gelegentlich/selten und eine Person (0,5%) nie.

- ➔ **89,4%** (n=169) der LBL-Brief-Empfänger lesen den LBL-Brief immer oder oft.

Frage 3: Wie oft kommt es vor, dass sich die TN der Befragung aufgrund eines „Länger besser leben.“-Briefes dazu entschließen, an einem „Länger besser leben.“-Angebot teilzunehmen?

Antwort:

Frage 10: Teilnahme Angebot aufgrund Länger besser leben.-Brief			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	Ja, ein Mal	46	24,5
	Ja, öfter als ein Mal	32	17,0
	Nein	95	50,5
	Keine Angabe	15	8,0
	Gesamtsumme	188	100,0

Insgesamt geben von 188 derjenigen, die den LBL-Brief mindestens gelegentlich/selten lesen **24,5%** (n=46) an, sich ein Mal aufgrund des LBL-Briefs dazu entschlossen zu haben, an einem LBL-Angebot teilzunehmen. **17%** (n=32) entscheiden sich häufiger als 1 Mal dazu. **50,5%** (n=95) beantworten die Frage mit „nein“ und **8,0%** (n=15) geben keine Angabe.

- ➔ Insgesamt **41,5%** (n=78) der LBL-Brief-Leser geben an, dass sie sich mindestens ein Mal aufgrund des „Länger besser leben.“-Briefs entschlossen haben, an einem „Länger besser leben.“-Angebot teil zu nehmen. 32 Personen fassten diesen Entschluss öfter als ein Mal.

6. Zielgruppenerreichung: Mediensurvey allgemein

Frage 1: Kennen die TN der Befragung die „Länger besser leben.“- Homepage?

Antwort:

Frage 11: Kenntnis LBL-Homepage			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	Ja	131	49,2
	Nein	126	47,4
	Keine Angabe	9	3,4
	Gesamtsumme	266	100,0

Von 266 geben **49,2%** (n=131) an, die LBL-Homepage (www.lbl-stadt.de) zu kennen. **47,4%** (n=126) kennen diese nicht und 3,4% (n=9) geben keine Angabe.

- ➔ Es lässt sich festhalten: **49,2%** der Teilnehmenden an der Online-Befragung kennen die LBL-Homepage, **47,4%** kennen sie nicht.

(Zusatz-)Frage 2: Wie viele der LBL-Brief-Empfänger, die via E-Mail eingeladen wurden, kennen die LBL-Homepage?

Antwort:

Frage 11: Kenntnis LBL-Homepage			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	Ja	96	50,8
	Nein	89	47,1
	Keine Angabe	4	2,1
	Gesamtsumme	189	100,0

Von 189 LBL-Brief-Empfängern, die via E-Mail zur Befragung eingeladen wurden und damit auch den LBL-Brief via E-Mail bekommen, kennen **50,8%** (n=96) die LBL-Homepage. **47,1%** (n=86) kennen sie nicht und **2,1%** (n=4) machen keine Angabe.

- ➔ Im Vergleich zu allen Teilnehmenden an der Online-Befragung kennen mit **50,8%** kaum mehr der LBL-Brief-Empfänger via E-Mail die LBL-Homepage. Diese Zahl ist angesichts desselben Mediums nicht zufriedenstellend. Hier fehlt eine Verbindung zwischen LBL-Brief und LBL-Homepage – die auch in der Tat nicht vorhanden ist: Im LBL-Brief ist lediglich der Link zur bkk24-Seite ins Layout integriert. Der Link zur LBL-Seite ist nicht vorhanden.

Frage 3: Über welche Medienkanäle erreichen die TN der Befragung Informationen zu „Länger besser leben.“?

Antwort:

Die Tabelle bezieht sich auf **264** Personen.

Mehrfachantwort Medienkanal				
		Antworten		Prozent der Fälle
		H	Prozent	
Mehrfachantwort Infokanal	Kenntnis LBL-Magazin dichotom	149	22,0%	56,4%
	Kenntnis LBL-HP dichotom	131	19,4%	49,6%
	Presse (Tageszeitung/Anzeigenblatt)	120	17,8%	45,5%
	Freunde, Bekannte, Verwandte, Kolleginnen und Kollegen	40	5,9%	15,2%
	BKK24 (z.B. über das Mitgliedermagazin, Flyer oder Plakate)	182	26,9%	68,9%
	Homepage der Schaumburger Nachrichten, Themenkanal Gesundheit (www.sn-online.de/gesundheit)	15	2,2%	5,7%
	Sonstiges	28	4,1%	10,6%
	Keine Angabe	11	1,6%	4,2%
Gesamtsumme		676	100,0%	256,1%

Die 676 Antworten in der Tabelle beziehen sich auf **264** Personen, d.h. dass des Öfteren auch mehr als 1 Medienkanal genannt wurde.

Als häufigste Informationsquelle für „Länger besser leben.“ wird mit **68,9%** (n=182) die BKK24 genannt, gefolgt vom LBL-Magazin mit **56,4%** (n=149). Bei **49,6%** (n=131) dient die LBL-Homepage als ein Medienkanal und bei **45,5%** (n=120) die Presse. Eher nachrangige Kanäle für „Länger besser leben.“ sind mit **15,2%** (n=40) die Mund-zu-Mundpropaganda und zu **5,7%** (n=15) die Homepage der Schaumburger Nachrichten mit dem Themenkanal Gesundheit. **4,2%** (n=11) enthalten sich einer Antwort. **10,6%** (n=28) geben einen sonstigen Informationsweg an.

27 Personen konkretisieren ihre „Sonstiges“-Angabe: 6 Personen geben hier „Sportverein“ als Informationsquelle an. Darunter fällt eine Nennung konkret auf den Kneipp-Verein Obernkirchen und eine auf den Sportverein VT Rinteln. 2 Personen nennen die „Feierabendgruppe“ als Informationsquelle und 2 ihren Arbeitgeber (eine Person davon spezifizierte Ardagh Glass GmbH).

Alle weiteren originalen Nennungen sind der folgenden Tabelle zu entnehmen:

weitere Nennungen unter "Sonstiges"
woelpinghausen walkt und w andert
lbl-stadt.de
Barbarossalauf Obernkirchen
3000 Schritte Aktion
gewerbeschau
beim surfen im Internet
Bei der Veranstaltung auf dem Rintelner Marktplatz -als man mit Schrittzähler laufen konnte
Werbbestand
Angebot bei Möbel Holtmann
aktionen in obernkirchen
beim surfen im Netz
Kreissportbund: Aktion AGIL im Golfclub Schaumburg
e mail
Kneipp-Verein Obernkirchen
Bin beim ersten mal 1000 Schritte dabei gewesen und bei Ernährungberatung
Selbsthilfegruppe Schlafapnoe
Mitarbeiter BKK

- ➔ Die primären Informationsquellen für „Länger besser leben.“ sind mit Abstand die BKK24 selber, gefolgt vom „Länger besser leben.“-Magazin, der „Länger besser leben.“-Homepage und der Presse.
- ➔ Dass die BKK24 am häufigsten genannt wird, ist angesichts der Tatsache, dass 64,0% der Teilnehmenden an der Befragung BKK24-versichert sind, nicht verwunderlich.
- ➔ Darüber hinaus ist das „Länger besser leben.“-Magazin die zweitstärkste Informationsquelle und besitzt – neben der Kommunikation über die Presse – grundsätzlich das Potential, auch nicht BKK24-Versicherte anzusprechen.
- ➔ Auch wenn die Antworten unter „Sonstiges“ eher nachrangig sind, zeigen die sehr unterschiedlichen Nennungen aber, dass „Länger besser leben.“ auch über weitere vielschichtige Informationskanäle transportiert wird.

7. Zielgruppenerreichung: Inanspruchnahme der Angebote

Frage 1: Wie viele TN der Befragung haben an keinem „Länger besser leben.“-Angebot teilgenommen?

Antwort:

Von 260 Personen geben **44,2%** (n=115) an, an keinem „Länger besser leben.“-Angebot teilgenommen zu haben.

Frage 2: Wie stellt sich die Teilnahme an LBL-Angeboten dar?

Antwort:

Die Tabelle bezieht sich auf **143** Personen.

Mehrfachantwort Inanspruchnahme LBL-Angebote				
		Antworten		Prozent der Fälle
		H	Prozent	
TN an LBL-Aktivitäten	Allen Carr-Nichtraucherkurs, angeboten durch die BKK24	5	2,0%	3,5%
	Gruppenprogramm zur Gewichtsreduktion (Richtig Essen-Institut), angeboten durch die BKK24	18	7,4%	12,6%
	Kochkurs/Grillkurs/Kurs Alkoholfreie Cocktails mixen	6	2,5%	4,2%
	Vortrag im Rahmen des Länger besser leben.-Forums	43	17,6%	30,1%
	3.000-Schritte-Aktion/Länger besser leben.-Spaziergang	74	30,3%	51,7%
	Barbarossalauf	23	9,4%	16,1%
	Sportabzeichen-Wettbewerb Schaumburg	13	5,3%	9,1%
	Herzkurs der Deutschen Herzstiftung	9	3,7%	6,3%
	Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung durch die BKK24	12	4,9%	8,4%
	Einem anderen Länger besser leben.-Angebot	41	16,8%	28,7%
Gesamtsumme		244	100,0%	170,6%

Da sich die Tabelle auf 143 Personen bezieht, bedeutet dies zum einen, dass 143 Personen an *mindestens einem* LBL-Angebot teilgenommen haben. Die 244 Antworten auf 143 Personen zeigen zudem, dass einige Personen auch an mehreren LBL-Angeboten teilgenommen haben.

Mit **51,7%** (n=74) wurde am häufigsten an einer 3.000-Schritte-Aktion bzw. einem „Länger besser leben.“-Spaziergang teilgenommen, gefolgt von **30,1%** (n=43) an einem Vortrag. **28,7%** (n=41) geben an, an einem anderen „Länger besser leben.“-Angebot dabei gewesen zu sein. Hierunter könnten zum Beispiel Aktionen mit Vereinen fallen – wobei dies im Online-Fragebogen nicht weiter erfragt wurde.

16,1% (n=23) geben an, beim Barbarossalauf dabei gewesen zu sein, **12,6%** (n=18) waren bei einem Gruppenprogramm zur Gewichtsreduktion. **9,1%** (n=13) nahmen am Sportabzeichen-Wettbewerb teil und **8,4%** (n=12) an Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung durch die BKK24. Die restlichen Prozente entfallen auf einen Herzkurs der Deutschen Herzstiftung (6,3%; n=9), einen Kochkurs/Grillkurs/Kurs Alkoholfreie Cocktails mixen (4,2%; n=6) sowie einen Allen-Carr-Kurs (3,5%; n=5).

- ➔ Die 3.000-Schritte-Aktion bzw. ein „Länger besser leben.“-Spaziergang ist das am häufigsten frequentierte Angebot. Dass diese Aktionen an erster Stelle stehen, passt konsistent ins Bild – zählten diese doch (nach internen Schätzungen) die mit Abstand größten Teilnehmerzahlen.
- ➔ Am zweithäufigsten wird die „Länger besser leben.“-Vortragsreihe besucht. Diese gilt auch entsprechend des internen Teilnehmenden-Reports als zunehmend frequentiert und kann zudem jeweils höhere Teilnehmenden-Zahlen fassen als beispielsweise ein Kochkurs.
- ➔ Am dritthäufigsten wird die Teilnahme an einem „anderen „Länger besser leben.“-Angebot“ genannt. Diese Antwort passt ebenso konsistent ins Bild des „Länger besser leben.“-Angebotsspektrums – machen die sehr heterogenen Aktivitäten mit örtlichen Partnern doch einen ansehnlichen Teil aller „Länger besser leben.“-Angebote aus. Allerdings dürften die Zahlen hier weit streuen und im Einzelfall auch sehr klein sein. Dies sind jedoch nur Vermutungen, die nicht mit Zahlen belegt werden können.

Frage 3: Wie können die Personen charakterisiert werden, die an LBL-Angeboten teilnehmen bzw. nicht teilnehmen?

Antwort bzgl. Geschlecht:

Von 138 Personen, die an mindestens einem LBL-Angebot teilnahmen und ihr Geschlecht nannten, sind **61,2%** (n=85) Frauen und **38,4%** (n=53) Männer. Angesichts der Geschlechterverteilung in der Umfrage auf 56,5% Frauen und 43,5% Männer (siehe Kapitel 9a) nehmen demzufolge tendenziell etwas häufiger Frauen ein LBL-Angebot in Anspruch. Die „Ausreißer“ in der Statistik sind dabei das Gruppenprogramm zur Gewichtsreduktion, Kochkurse und andere „Länger besser leben.“-Angebote – diese werden deutlich häufiger von Frauen als von Männern besucht.

Antwort bzgl. Landkreis:

Von 141 Personen, die an mindestens einem LBL-Angebot teilnahmen und zudem ihren Landkreis angaben, stammen **90,1%** (n=128) aus dem Landkreis Schaumburg und **9,2%** (n=13) aus dem Landkreis Nienburg. Im Vergleich zu den **83,2%** Personen die in der gesamten Befragungsgruppe aus dem Landkreis Schaumburg kommen (siehe Kapitel 9a), nehmen die Schaumburger etwas häufiger LBL-Angebote in Anspruch – wobei die Verschiebung angesichts der kleinen n-Zahlen im Landkreis Nienburg nicht zu sehr beachtet werden sollte.

Antwort bzgl. Alter:

Von 138 Personen, die an mindestens einem LBL-Angebot teilnahmen und ihr Alter nannten, ist eine Person (**0,7%**) bis 29 Jahre alt, **26,1%** (n=36) sind zwischen 30 und 49 Jahren und **73,2%** über 50 Jahren (n=101). Das Altersspektrum aller Befragungsteilnehmenden (siehe Kapitel 9a) unterscheidet sich dabei um maximal 4 Prozentpunkte von dem der Personen, die im Rahmen von LBL aktiv waren. Tendenziell sind etwas häufiger 50+Jährige im Rahmen von LBL aktiv.

Antwort bzgl. höchstem Schulabschluss:

Von 132 Personen, die an mindestens einem LBL-Angebot teilnahmen und ihren höchsten Schulabschluss nannten, haben **36,6%** (n=48) ein (Fach-)Abi, **50,4%** (n=66) einen Realschulabschluss und **13,0%** (n=17) einen Hauptschulabschluss. Die Verteilung bzgl. der höchsten Schulabschlüsse aller Befragungsteilnehmenden (siehe Kapitel 9a) unterscheidet sich um maximal 4,5 Prozentpunkte von denen, die im Rahmen von LBL aktiv waren. Tendenziell haben etwas mehr Personen einen höheren Bildungsabschluss, die im Rahmen von LBL aktiv sind.

Antwort bzgl. BKK24-Versichertenstatus:

Von 137 Personen, die an mindestens einem LBL-Angebot teilnahmen und ihren Versichertenstatus nannten, sind **65,7%** (n=90) BKK24-versichert und **34,3%** (n=47) sind es nicht.

Die Verteilung bzgl. des Versichertenstatus unter allen Befragungsteilnehmenden (siehe Kapitel 9a) unterscheidet sich kaum von dem der Personen, die im Rahmen von LBL aktiv waren.

Deutlich häufiger als nicht BKK24-Versicherte nehmen jedoch BKK24-Versicherte an solchen Angeboten teil, deren Kosten von der BKK24 übernommen werden (Gruppenprogramm zur Gewichtsreduktion, Allen Carr-Kurs, Herzkurs). Beim Gruppenprogramm zur Gewichtsreduktion waren z.B. von 18 Teilnehmenden 17 BKK24-versichert.

- ➔ Insgesamt lässt sich festhalten: Es nehmen tendenziell etwas häufiger Frauen an LBL-Angeboten teil. Insbesondere das Gruppenprogramm zur Gewichtsreduktion, Kochkurse und andere „Länger besser leben.“-Angebote werden dabei vermehrt von Frauen besucht.
- ➔ Zudem nehmen etwas häufiger Schaumburger, Personen ab 50 Jahren und Personen mit höheren Schulabschlüssen an „Länger besser leben.“-Angeboten teil.
- ➔ Kaum prozentuale Unterschiede in der Teilnahme gibt es in punkto BKK24-Versichertenstatus. Allerdings nehmen deutlich häufiger BKK24-Versicherte an solchen Kursen teil, deren Kosten im Rahmen von Extra-Leistungen übernommen werden.

f) Beantwortung der Evaluationsfragen zur Ergebnisqualität

Die Evaluationsfragen zur Ergebnisqualität werden in der Reihenfolge der vorab formulierten Evaluationsfragen beantwortet (siehe Kapitel 8). Zudem wurden im Zuge der Datenauswertung Zusatzfragen gestellt und ebenso beantwortet.

1. Verhaltensänderung: körperliche Aktivität

Frage 1: Hat „Länger besser leben.“ dazu beigetragen, dass die TN an der Befragung ihr Bewegungsverhalten – zumindest für eine Zeit lang – positiv verändert haben?

Antwort:

Verhaltensänderung körperliche Aktivität			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	Ja, und ich bin immer noch körperlich aktiver	86	33,7
	Ja, ich war eine Zeit lang körperlich aktiver - bin es aber jetzt nicht mehr	31	12,2
	Nein	103	40,4
	Weiß nicht	21	8,2
	Keine Angabe	14	5,5
	Gesamtsumme	255	100,0

Von 255 Personen geben **33,7%** (n=86) eine anhaltend und **12,2%** (n=31) eine zeitweise positive Veränderung ihrer körperlichen Aktivität durch LBL an. **40,4%** (n=103) konstatieren keine positive Veränderung ihrer körperlichen Aktivität durch LBL und **13,7%** (n=35) wissen keine Antwort bzw. geben keine an.

- ➔ Insgesamt konstatieren damit **45,9%** – zumindest für eine Zeit lang – eine positive Änderung der körperlichen Aktivität durch „Länger besser leben.“.
- ➔ Die Vorgabe „positive Verhaltensänderung der körperlichen Aktivität“ entspricht dem Interventionsziel 1 zur körperlichen Aktivität. In der vorliegenden Betrachtung wird diese Vorgabe auf alle Teilnehmenden an der Befragung bezogen und ist damit nicht gekoppelt an die Inanspruchnahme von Sportangeboten.
- ➔ Der Blick zurück zur Zielüberprüfung (siehe Kapitel 9d) zeigt, dass – bezogen auf die Teilnehmenden an einem Sportangebot – **54,9%** (n=50) eine positive Veränderung ihrer körperlichen Aktivität durch „Länger besser leben.“ angeben. Der Ziel-Wert auf Ebene aller Teilnehmenden liegt mit **45,9%** (n=117) nur etwas niedriger. Der im Bewegungsziel 1 formulierte Ziel-Wert von 10% wäre also auch auf Ebene aller Teilnehmenden weit übertroffen worden.

(Zusatz-)Frage 2: Bei wie vielen Personen hält diese Verhaltensänderung bis heute an und bewegen sich diese mindestens 150 Minuten pro Woche?

Antwort:

Verhaltensänderung körperliche Aktivität (150 Min./Woche + bis heute)			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	weniger als 150 Min./Woche u./o. körperlich aktiv gewesen	199	77,7
	150 Min/Woche u. bis heute körperlich aktiver	57	22,3
	Gesamtsumme	256	100,0

Von 256 Personen geben **22,3%** (n=57) an, bis heute und zudem mehr als 150 Minuten pro Woche körperlich aktiv zu sein.

- ➔ **22,3%** geben an, ihr Bewegungsverhalten habe sich bis heute geändert und sie seien mehr als 150 Minuten/Woche körperlich aktiv.
- ➔ Die Vorgabe „mindestens 150 Minuten/ Woche körperliche Aktivität + bis heute anhaltend“ entspricht dem Interventionsziel 2 zur körperlichen Aktivität. In der vorliegenden Betrachtung wird diese Vorgabe auf alle Teilnehmenden an der Befragung bezogen und ist damit nicht gekoppelt an die Inanspruchnahme von Sportangeboten.
- ➔ Der Blick zurück zur Zielüberprüfung (siehe Kapitel 9d) zeigt, dass – bezogen auf die Teilnehmenden an einem Sportangebot – **29,0%** (n=27) sich bis heute mindestens 150 Minuten täglich bewegen. Der Ziel-Wert auf Ebene aller Teilnehmenden liegt mit **22,3%** (n=57) zwar niedriger – ist aber noch vergleichsweise hoch. Der im Bewegungsziel 2 formulierte Ziel-Wert von 7% wäre also auch auf Ebene aller Teilnehmenden übertroffen worden.

(Zusatz-)Frage 3: Bei wie vielen Personen hält diese Verhaltensänderung bis heute an und bewegen sich diese 7 Mal die Woche mindestens 30 Minuten täglich?

Antwort:

Verhaltensänderung körperliche Aktivität (7 Mal/Woche mindestens 30 Min. + bis heute)			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	weniger als 7 Tage/ min. 30 Min./Woche u./o. körperlich aktiv gewesen	255	99,2
	7 Tage/ Woche/ min. 30 Min/ bis heute körperlich aktiver	2	0,8
	Gesamtsumme	257	100,0

Von 257 Personen geben **0,8%** (n=2) an, bis heute und zudem 7 Tage die Woche mindestens 30 Minuten körperlich aktiv zu sein.

- ➔ **0,8%** geben an, ihr Bewegungsverhalten habe sich bis heute geändert und sie seien täglich mindestens 30 Minuten körperlich aktiv.
- ➔ Die Vorgabe „täglich mindestens 30 Minuten körperlich aktiv + bis heute anhaltend“ entspricht dem Interventionsziel 3 zur körperlichen Aktivität – dem EPIC-Ziel. In der vorliegenden Betrachtung wird diese Vorgabe aber auf alle Teilnehmenden an der Befragung bezogen und ist damit nicht gekoppelt an die Inanspruchnahme von Sportangeboten.
- ➔ Der Blick zurück zur Zielüberprüfung (siehe Kapitel 9d) zeigt, dass – bezogen auf die Teilnehmenden an einem Sportangebot nur eine Person (**1,1%**) sich bis heute mindestens 30 Minuten täglich bewegt. Der Ziel-Wert auf Ebene aller Teilnehmenden liegt mit **0,8%** (n=2) und nur einer Person mehr auf einem ähnlichen sehr niedrigen Niveau. Der im Bewegungsziel 3 formulierte Ziel-Wert von 5% wäre also auch auf Ebene aller Teilnehmenden nicht erreicht worden.
- ➔ Der Blick in die Daten zeigt zudem: diese 2 Personen, die täglich mindestens 30 Minuten aktiv sind, sind die zwei Einzigen in der gesamten Befragung. Es gibt also unabhängig von denen, die durch LBL „aktiviert“ wurden keine Person, die aktuell dieses Niveau an körperlicher Aktivität angibt.
- ➔ Die inhaltliche Umsetzung der strengen „Länger besser leben.“-Regel „Mindestens 30 Minuten tägliche körperliche Aktivität“ scheint demnach sehr ambitioniert zu sein und ist eher im Bereich „Vision“ anzusiedeln.

(Zusatz-)Frage 4: Wie viele Minuten/Woche bewegen sich diejenigen, bei denen die Verhaltensänderung anhält?

Antwort:

Minuten körperliche Aktivität/Woche			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	1 - 60 Min./Woche	6	7,1
	61 - 120 Min./Woche	17	20,0
	121 - 180 Min./Woche	22	25,9
	181 - 240 Min./Woche	17	20,0
	241 - 300 Min./Woche	8	9,4
	301 - 360 Min./Woche	4	4,7
	421 und mehr Min./Woche	11	12,9
	Gesamtsumme	85	100,0

Von 85 Personen sind mit **25,9%** (n=22) die meisten bis heute 61 bis 120 Minuten/Woche körperlich aktiv. Je **20,0%** (je n=17) geben an, 61 - 120 Minuten bzw. 181-240 Minuten/Woche aktiv zu sein. **12,9%** (n=11) geben an, bis heute 412 Minuten und mehr pro Woche körperlich aktiv zu sein. Die restlichen Prozente verteilen sich auf 241 - 300 (9,4%; n=8), 1-60 (7,1%; n=6) sowie 301 - 360 Minuten (4,7%; n=4).

- ➔ Die Besetzung von insgesamt **7,1%** (n=6) der verhältnismäßig „niedrigen“ Kategorien 1 bis 60 Minuten körperliche Aktivität/Woche lässt die Vermutung zu, dass diese Personen von einem verhältnismäßig niedrigen Niveau oder gar keiner körperlichen Aktivität kamen. Diese 6 (Vorsicht: sehr kleine Fallzahl!) Personen könnten zu denen zählen, die durch „Länger besser leben.“ gewissermaßen erst „aktiviert“ wurden.
- ➔ Ansonsten dominiert zusammengenommen die „61 - 240 Minuten“-Kategorie körperlicher Aktivität/Woche mit **65,9%** (n=56). Besonders hier bleibt spekulativ von welchem „körperlichen Aktivitäts-Niveau“ die Personen kamen, d.h. ob „Länger besser leben.“ zu einer großen oder kleinen Verbesserung in diesem Verhaltensbereich geführt hat.
- ➔ **27%** (n=23) sind 241 Minuten und mehr/Woche körperlich aktiv. Unwahrscheinlich ist hier, dass diese Personen quasi von „0 auf 100“ gekommen sind – d.h. diese Personen waren wahrscheinlich auch schon vor „Länger besser leben.“ körperlich recht aktiv.

Frage 5: Inwiefern waren Personen, die eine positive Verhaltensänderung in punkto körperlicher Aktivität angaben, körperlich aktiv?

Frage 19 aus der Befragung:

Können Sie dies kurz beschreiben? Inwiefern waren/sind Sie körperlich aktiver?

Methode:

4 Nennungen wurden zunächst begründet aus der Auswertung ausgeschlossen (siehe Kapitel 13, Anhang A). Die verbliebenen **108** Antworten wurden in möglichst homogenen Kategorien zusammengefasst und inhaltsanalytisch ausgewertet. Dabei wurden einzelne Antworten in zum Teil mehrere Bausteine zerlegt und diese verschiedenen Kategorien zugeordnet: So zählte z.B. die Nennung „Regelmäßige Fitnessstudio Besuche, Fahrradfahren“ sowohl für die Kategorie „Fitnessstudio, Fitnesstraining und Funktionstraining“ als auch für die Kategorie „Fahrradfahren, Spaziergänge, Treppensteigen & Gartenarbeit“. Da einzelne Antworten mehrfach zählten, entspricht die Summe aller Nennungen in den Tabellen nicht der Summe aller Einzel-Antworten (108). Die Tabelle ist vielmehr als eine Art „qualitative Mehrfachantwort“ zu verstehen.

Aufgrund der Masse an Antworten, wird auf eine tabellarische Darstellung der originalen Antworten im Folgenden verzichtet. Es werden jedoch einzelne qualitative Erkenntnisse herausgestellt.

Antwort:

Insgesamt flossen die Antworten von **108** Personen in diese Auswertung. Dabei geben einige Personen an, auf unterschiedliche Art und Weise körperlich aktiv zu sein bzw. gewesen zu sein, so dass ihre Antworten auch in verschiedene „körperliche Aktivitäts-Kategorien“ fließen. Es entsteht der Eindruck, dass viele Personen sich ambitioniert und abwechslungsreich körperlich betätigen und von sich aus die körperliche Aktivität suchen.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl an Nennungen pro Kategorie an.

Kategorie	Anzahl Nennungen
Fahrradfahren, Spaziergänge, Treppensteigen & Gartenarbeit	45
(Nordic) Walking & Wandern	26
Sport im Wasser	26
Fitnessstudio, Fitnesstraining & Funktionstraining	22
sonstige körperliche Aktivität	14
Gymnastik & Yoga	13
mehr Sport	11
Laufen/Joggen	8
Vereinssport & Sportkurse	7
Ergometer & Crosstrainer	6
Herzsport	5
mehr körperliche Aktivität durch LBL	5
Tanzen & Zumba	4

Die meisten Personen (**n=45**) nennen „**Fahrradfahren, Spaziergängen, Treppensteigen & Gartenarbeit**“ als einen Aspekt ihrer körperlichen Aktivität. Einige Antworten deuten in ihrer Formulierung (z.B. „*Mehr mit dem Rad fahren, öfter Spaziergänge*“) dabei darauf hin, dass hier teilweise ein kausaler Zusammenhang mit „Länger besser leben.“ bestehen könnte. Eine Person konstatierte z.B. konkret:

„War vorher bereits körperlich aktiv, finde aber durch den Newsletter auch immer gute Anregungen. Die 3000-Schritte Aktion erinnert mich immer wieder daran, auch mal zwischendurch einfach einen etwas anstrengenderen Spaziergang einzulegen, was mir nicht immer aber oft gelingt.“

Am zweithäufigsten (**n=26**) wird „**(Nordic) Walking & Wandern**“ als Beschreibung der körperlichen Aktivität genannt.

26 Personen geben an, „**Sport im Wasser**“ zu betreiben. Hier wird beispielsweise durch folgende Zitate ein direkter kausaler Zusammenhang mit „Länger besser leben.“ hergestellt:

„Vor der Teilnahme am Kursprogramm zur Gewichtsreduktion habe ich keinen Sport gemacht. Seitdem regelmäßig über REHA-Sport Wassergymnastik (2x/Woche). (...)“

„Ich gehe trotz Schwangerschaft und dem Schweinehund ein bis zweimal in der Woche, und wenn es nur für eine halbe Stunde ist, schwimmen. Ich denke dieses ist meinem Gesundheitsbewusstsein durch Ihr Magazin ein Stückchen weit zu verdanken.“

22 Personen nennen **„Fitnessstudio, Fitnessstraining & Funktionstraining“** bei der Beschreibung ihrer körperlichen Aktivität. Eine Person stellt fest, sie sei über „Länger besser leben.“ ins Fitnessstudio „Looms“ gekommen:

„Ich gehe regelmäßig mit der Feierabend-Gruppe einmal im Monat wandern bis zu 12km ist eine Wanderung. Dann hat mir ein Vortrag in der Lounge von einem Sportmediziner gut gefallen und mich motiviert. Daraufhin habe ich mich im Looms zu Kursen angemeldet und nehme wöchentlich teil. Habe einen Ernährungskurs im Looms gemacht.“

14 Personen geben **„sonstige körperliche Aktivität“** wie etwa Tischtennis oder Volleyball an. Eine Person, die u.a. Tischtennis benennt, stellt dabei einen klaren Zusammenhang zu „Länger besser leben.“ her:

„Ich treibe bewusst mehr Sport. Gymnastik (Dehnübungen) zu Hause. Fitnessstudio, Wassergymnastik und Tischtennis - das hält mich wirklich beweglicher und fitter. Ich fühle mich wohler, habe mein Gewicht reduziert - alles angeschoben durch Lbl - DANKE!“

13 Personen beschreiben ihre körperliche Aktivität über **„Gymnastik & Yoga“**. Da beispielsweise auch der Kneipp-Verein in diesem Zusammenhang genannt wird, besteht die Möglichkeit, dass „Länger besser leben.“ durch ein „Länger besser leben.“-Karussell⁶ oder die Übernahme einer Kneipp-Verein-Jahresmitgliedschaft gewirkt haben könnte.

Des Weiteren nennen **11** Personen generell **„mehr Sport“**, **7** **„Vereinssport & Kurse“**, **6** **„Ergometer & Crosstrainer“**, **5** **„Herzsport“**, **5** **„mehr körperliche Aktivität durch LBL“** und **4** Personen **„Tanzen & Zumba“**.

In die Kategorie „mehr körperliche Aktivität durch LBL“ wurden dabei all jene Antworten sortiert, die ansonsten keine weitere körperliche Aktivität beschrieben, dafür aber den Wirkungsweg aufzeigten, wie „Länger besser leben.“ zu vermehrter körperlicher Aktivität verholfen hat. Nachfolgend sind die 5 Original-Zitate dargestellt:

„Dadurch, dass ich Nichtraucher geworden bin.“⁷

„Zusätzliche Übungen zur Erlangung des Sportabzeichen, welches ich in diesem Jahr auch wieder machen werde“

⁶ Bei einem „Länger besser leben.“-Karussell wird Interessierten die Möglichkeit gegeben, innerhalb eines bestimmten Zeitfensters kostenlos Angebote von einem oder mehreren Sportvereinen ausprobieren zu können.

⁷ Diese Person hat einen Allen Carr-Kurs zur Tabakentwöhnung besucht.

„Ich bin auf der Gesundheitsmesse in Bad Nenndorf angesprochen worden und habe die Informationen umgesetzt.“

„Als ich den Kurs besucht hatte“⁸

„Sport während einer Abnehm- Veranstaltung“⁹

-
- ➔ Insgesamt ist die Beschreibung der körperlichen Aktivität sehr breit gefächert – am häufigsten wird mit „Fahrradfahren, Spaziergängen, Treppensteigen & Gartenarbeit“ die alltägliche körperliche Aktivität angeführt.
 - ➔ Einige qualitative Aussagen decken einzelne Wirkungswege auf (z.B. Teilnahme an einem Vortrag und anschließende Anmeldung in einem Fitnessstudio) bzw. stellen konkret kausale Zusammenhänge zu „Länger besser leben.“ her.
 - ➔ Es kann zwar nicht quantifiziert werden, welche Kategorie der körperlichen Aktivität besonders gesteigert wurde bzw. über welche „Hebel“ „Länger besser leben.“ bei *allen* Fällen gewirkt hat. Generell vermitteln aber die qualitativen Antworten den Eindruck, dass „Länger besser leben.“ zum Teil sowohl ein Motivator ist als auch über die Teilnahme an Angeboten und Aktionen eine Verhaltensänderung in punkto körperlicher Aktivität angestoßen hat.

Limitation der Ergebnisse:

Die offene Frage 19 wurde nur den Personen präsentiert, die eine positive Verhaltensänderung in punkto körperlicher Aktivität bei Frage 18 bestätigten. Die Antworten bilden wahrscheinlich eher das generelle Aktivitäten-Spektrum der Befragten ab und nicht nur das Spektrum, was sich durch „Länger besser leben.“ verändert hat bzw. dazu gekommen ist. Aus diesem Grund kann nicht jede Nennung einer bestimmten körperlichen Aktivität kausal auf „Länger besser leben.“ zurückgeführt werden.

⁸ Diese Person hat einen REI-Kurs zur Gewichtsreduktion besucht.

⁹ Diese Person hat einen REI-Kurs zur Gewichtsreduktion besucht.

2. Verhaltensänderung: Obst-/Gemüsekonsum

Frage 1: Hat „Länger besser leben.“ dazu beigetragen, dass die TN der Befragung ihre Obst- und Gemüsekonsum – zumindest für eine Zeit lang – positiv verändert haben?

Antwort:

Verhaltensänderung Obst-/Gemüsekonsum			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	Ja, und ich konsumiere immer noch mehr Obst/Gemüse als vorher	81	31,8
	Ja, ich habe eine Zeit lang mehr Obst/Gemüse konsumiert - im Moment aber nicht mehr	13	5,1
	Nein	138	54,1
	Weiß nicht	17	6,7
	Keine Angabe	6	2,4
	Gesamtsumme	255	100,0

Von 255 Personen geben **31,8%** (n=81) eine anhaltend und **5,1%** (n=13) eine zeitweise positive Veränderung ihres Obst- und Gemüsekonsums durch LBL an. **51,1%** (n=138) konstatieren keine positive Veränderung ihrer körperlichen Aktivität durch LBL und **9,1%** (n=23) wissen keine Antwort bzw. geben keine an.

➔ Insgesamt konstatieren damit **36,9%** (n=94) – zumindest für eine Zeit lang – eine positive Änderung des Obst- und Gemüsekonsums durch „Länger besser leben.“.

Eventuelle Limitation der Ergebnisse:

Einzelne (ausgeschlossene) Antworten (siehe Kapitel 13, Anhang A) auf die offene Folge-Frage 27 geben den Hinweis, dass möglicherweise die hier ausgewertete Frage 26 nicht von allen Personen im Sinne der Fragebogenkonzeption verstanden und beantwortet wurde: Insgesamt 7 Antworten auf Frage 27 deuten auf **keinen** kausalen Zusammenhang zu „Länger besser leben.“ hin. Die vorliegende quantitative Auswertung von Frage 26 ist daher möglicherweise leicht positiv verzerrt, da sie eventuell Antworten inkludiert, die nicht kausal gemeint waren.

(Zusatz-)Frage 2: Bei wie vielen Personen hält diese Verhaltensänderung bis heute an und konsumieren diese täglich mindestens 5 Portionen Obst und Gemüse?

Antwort:

Ziel 2 Obst- und Gemüsekonsum			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	weniger als 5 Portionen Obst/Gemüse tägl. u./o. Veränderung eine Zeit lang	280	91,8
	min. 5 Portionen Obst/Gemüse tägl. + bis heute anhaltende Veränderung	25	8,2
	Gesamtsumme	305	100,0

Von 305 Personen geben **8,2%** (n=25) an, bis heute täglich mindestens 5 Portionen Obst/Gemüse zu essen.

- ➔ **8,2%** (n=25) geben an, sie würden bis heute täglich mindestens 5 Portionen Obst/Gemüse essen.
- ➔ Die Vorgabe „täglich mindestens 5 Portionen Obst/Gemüse + bis heute anhaltend“ entspricht dem Interventionsziel 2 zum Obst- und Gemüsekonsum – dem EPIC-Ziel. In der vorliegenden Betrachtung wird diese Vorgabe auf alle Teilnehmenden an der Befragung bezogen und ist damit nicht gekoppelt an die Inanspruchnahme von Ernährungsangeboten.
- ➔ Der Blick zurück zur Zielüberprüfung (siehe Kapitel 9d) zeigt, dass – bezogen auf die Teilnehmenden an einem Ernährungsangebot – **24,1%** (n=7) bis heute mindestens 5 Portionen Obst/Gemüse konsumieren. Der Ziel-Wert auf Ebene aller Teilnehmenden liegt mit **8,2%** (n=25) deutlich darunter, basiert aber auf höheren n-Zahlen. Der im Ernährungsziel 2 formulierte Ziel-Wert von 7% wäre also auch auf Ebene aller Teilnehmenden erreicht worden.

(Zusatz-)Frage 3: Wie hat „Länger besser leben.“ zu einer positiven Veränderung des Obst- und Gemüsekonsums beigetragen?

Frage 27 aus der Befragung:

Können Sie kurz beschreiben, wie „Länger besser leben.“ dazu geführt hat, dass Sie mehr Obst/Gemüse essen?

Antwort:

12 Nennungen wurden zunächst begründet aus der Auswertung ausgeschlossen (siehe Kapitel 13, Anhang A).

Die nachfolgenden Tabellen zeigen Nennungen pro Clusterbereich der qualitativen Antworten an. Insgesamt wurden **72** Antworten – ungesplittet – in Kategorien geordnet. Die Tabellen enthalten die originalen Antworten.

durch Informationen im Rahmen LBL (LBL-Brief, LBL-Magazin,...)	
bin durch Lesen Ihrer Berichte aufmerksam geworden und habe meine Ernährung umgestellt	1
durch Lesen der Anregungen für ein gesundheitsbewußtes Verhalten	1
Artikel: 5 Port. Obst/Gemüse tgl.	1
durch intensive druckbetankung ihrererseits	1
Dadurch, dass immer wieder der positive Effekt einer gesunden Ernährung beschrieben wurde, hat es sich mir ins Bewusstsein eingeprägt und eine Verhaltensänderung bewirkt.	1
Obst u. Gemüse habe schon immer dem Fleisch vorgezogen. Durch Ihre Hinweise hat sich das noch verstärkt.	1
Hinweise auf die positiven Eigenschaften dieser Ernährung.	1
durch Infos im Magazin	1
Durch Hinweise auf die Möglichkeiten der Aufnahme von Vitaminen durch Obst/Gemüse	1
Der Hinweis, wie wichtig drei Portionen Gemüse am Tag sind, haben mich noch einmal bestärkt, mich daran zu halten.	1
Bedingt durch die Information und durch die Newsletter	1
Auf den Hinweis das Obst und Gemüse mit seinen Vitaminen für den Körper gesund oder auch nötig ist. Man hat sich zu vor darüber keine Gedanken gemacht	1
Die allgemeinen Ernährungstipps waren ausschlag gebend, bzw deren Inhaltsstoffe.	1
durch die Berichte	1
die Info wofür. Es gutisr sich gesund zu ernähren	1
die Gesundheitsaspekte dieser Produkte wurden gut erklärt	1
Durch die vielen Beiträge in Länger besser Leben . Vitamine sind gesund, versuche dieses jetzt umzusetzen.	1
Durch Information wird man wieder daran erinnert mehr Obst und Gemüse zu essen.	1
BKK24 Briefe, bekommt mir besser	1
Darauf eingewirkt, dass zu den Mahlzeiten immer Obst und Gemüse dabei war.	1
Durch lesen Ihrer Zeitung.	1
die Aufklärung das Obst und Gemüse gesünder ist als Fleisch	1
Durch Info und Broschüre	1
	23

durch mehr (Gesundheits-)bewusstsein	
Die Erkenntnis, das es gesünder ist.	1
Überzeugt	1
Länger besser leben hat mein Bewusstsein für eine gesündere Ernährung geschärft	1
Bewusstere Ernährung	1
Ibl hat mir bewusst gemacht, wie wichtig es ist, mindestens einmal täglich Obst/Gemüse zu essen, obwohl ich eigentlich ein Obstmuffel bin.	1
Mir ist die gesunde Ernährung bewusster geworden	1
Man wird sich bewusster, was einem gut tut.	1
es wird einem bewusster, es ist wie eine Aufforderung. Obst habe ich schon immer gern gegessen, die Vielfalt an Früchten, die es heute gibt, ist doch einfach toll. Außerdem bin ich kein großer Fleischesser, lieber Obst und Gemüse. Schmeckt doch einfach prima, z.B. eine saftige Orange, herrlich.	1
Im denn es mir gezeigt hat wie wichtig es ist, und auch wie einfach man sich gesund ernähren kann.	1
Es wird mir einfach täglich bewusst, es wird eine Selbstverständlichkeit, es gehört einfach dazu	1
schon immer habe ich viel Obst und Gemüse gegessen, durch die Aktion esse ich jetzt noch bewusster und regelmässiger Vitamine	1
Überzeugung	1
Man entscheidet sich aufmerksamer und bewusster dafür.	1
Weil ich noch mehr darauf geachtet habe täglich mind. 4 Port. zu essen.	1
Länger besser leben hat mir vor Augen geführt, wie wichtig Obst und Gemüse ist.	1
Die Aktion hat das Bewusstsein gestärkt, wie wichtig Obst und Gemüse ist und das es auch noch einfach umzusetzen ist. Schmecken tut es auch!!!	1
	16

durch Ernährungsumstellung	
Höherer Konsum hat zu höherer Vitaminzufuhr geführt und dies zu einem besseren Immunsystem und höherem Wohlfühl.	1
ich esse jetzt weniger Brot und Kartoffeln	1
weil ich das Fleisch essen reduziert habe	1
Verdauung verbessert, eigenes Obst nicht nur konserviert, roh verzehrt	1
Ich habe letztes Frühjahr basisch gefastet. Seit dem esse ich mehr Obst und Gemüse.	1
Durch Reduktion des Fleisch-, Wurst- und Fettkonsums sind die Obst- und Gemüseanteile automatisch grösser geworden. Bis zum Sommer 2013 wurde ich von Any care betreut. Habe danach mein Gewicht um mehr als 8Kg reduziert. Aktuell 87 Kg.	1
durch eine gemeinsame Essenumstellung in der Familie	1
Esse nur noch sehr wenig Fleisch	1
ich koche häufiger vegetarisch	1
Statt zu Süßigkeiten greife ich eher zu einem Apfel oder einer Birne und schneide schon am Morgen frisches Obst in mein Müsli...	1
Ich bin Vegetarier geworden.	1
	11

Evaluation „Länger besser leben.“ – Befragung der Teilnehmenden (Gesamtperspektive)

sonstige Antworten	
weil es mir gut geht und ich dadurch weniger Verdauungsprobleme als früher habe.	1
es schmeckt einfach lecker	1
ich achte darauf, welches heimische Obst/Gemüse zur Zeit angeboten wird.	1
weil es Gesund ist.	1
ein anderes Wohlfühl ist eingekehrt und die Verdauung funktioniert besser. Außerdem weiß ich von Freunden, die durch eine Krebserkrankung viel mehr Obst und Gemüse essen.	1
weil Freunde Krebs überstanden haben und immer auf 5 Portionen Obst- und Gemüse tgl. achten	1
Angebotevergleich, Anbieter werben vor Ort	1
Nach sportlicher Betätigung esse ich immer Obst, Banane oder Apfel.	1
weil es gesund ist.	1
	9

durch Ernährungsberatung	
Weil im Coaching darauf hingewiesen wurde und ich gemerkt habe, dass ich mich damit wohler fühle und es auch sättigt	1
durch einen Ernährungsumstellungskurs	1
In Verbindung mit meinem kleinen Trainingsprogramm habe ich auch meine Essgewohnheiten geändert	1
Bei meinem Kurs wurde darauf hingewiesen	1
Ernährungsberatung durch Hausmed.de und Looms	1
Ich habe an dem Ernährungskurs teilgenommen	1
ernährungsberatung	1
	7

über eine Diät	
Im Rahmen einer Diät war das Programm unterstützend	1
Ich ernähre mich nach Art von Weight watcher und führe darüber Buch.	1
Gewichtsreduktion, Vitamine	1
	3

durch Auswertung Gesundheitsfragebogen	
Durch Auswertung Gesundheitsfragebogen.	1
	1

über das Nichtrauchen	
Weil ich Nichtraucher geworden bin.	1
	1

guter Vorsatz	
Guter Vorsatz nach der Anmeldung	1
	1

Insgesamt wird **23 Mal** der Wirkungsweg „**Informationen im Rahmen LBL**“ angeführt. **16 Mal** wird eine Folge der Informationsdurchdringung genannt: ein verstärktes „**(Gesundheits-) bewusstsein**“. **11 Mal** führt eine „**Ernährungsumstellung**“ zu einem positiveren Obst- und Gemüsekonsum. **9 Mal** werden Antworten genannt, die zu heterogen und unspezifisch sind, als dass sie in separate Kategorie hätten einsortiert werden können und daher unter „**sonstige Antworten**“ zusammengefasst werden. **7 Mal** wird angegeben, dass eine „**Ernährungsberatung**“ den Obst- und Gemüsekonsum positiv getriggert hat, **3 Mal** eine „**Diät**“. Jeweils **1** Nennung fällt auf „**Auswertung Gesundheitsfragebogen**“, „**Nichtrauchen**“ und „**guter Vorsatz**“.

- ➔ Insgesamt wird deutlich, dass in der Mehrzahl Informationen über diverse Informationskanäle (z.B. LBL-Brief) zu einem gesteigerten Obst- und Gemüsekonsum geführt haben.
- ➔ Die Folge dieser Informationsdurchdringung dürfte dabei ein verstärktes Gesundheitsbewusstsein bzw. eine Ernährungsumstellung sein – was ebenfalls relativ häufig auch konkret benannt wurde.
- ➔ Insgesamt deuten die Antworten darauf hin, dass sich eine Verhaltensänderung in punkto Obst- und Gemüsekonsum nicht nur durch die Teilnahme an „Länger besser leben.“-Angeboten, sondern auch auf Basis von Informationen im Rahmen von „Länger besser leben.“ vollzogen hat(te).

3. Verhaltensänderung: Rauchverhalten

Frage: Hat „Länger besser leben.“ dazu beigetragen, dass die TN der Befragung – zumindest für eine Zeit lang – mit dem Rauchen aufgehört haben?

Antwort:

10 von 305 Personen (**3,3%**) geben an, dass „Länger besser leben.“ – zumindest für eine Zeit lang – zu einem Rauchstopp geführt habe.

Von diesen **10** Personen

- ... haben **3** Personen durch einen Allen Carr-Kurs bis heute mit dem Rauchen aufgehört. Der Rauchstopp hält dabei jeweils 2 Jahre und länger an.
 - ... sind **2** Personen aktuell Raucher und haben durch Informationen im Rahmen LBL – zwischenzeitlich – aufgehört zu rauchen. Beide haben dabei nur kurzzeitig (1 Woche bis unter 1 Monat) mit dem Rauchen aufgehört.
 - ... haben **5** Personen bis heute durch Informationen im Rahmen LBL mit dem Rauchen aufgehört. 4 Personen sind seit 12 Monaten und länger Tabak-abstinent, 1 Person seit 6 bis unter 12 Monaten.
 - ... haben **4** Personen an gar keinem LBL-Angebot teilgenommen und haben demnach *ausschließlich* auf Basis von Informationen mit dem Rauchen aufgehört. Diese Personen geben alle an, LBL-Brief-Empfänger zu sein und den Brief immer bzw. oft zu lesen. 2 Personen stammen aus dem Landkreis Schaumburg und konstatieren, das „Länger besser leben.-Magazin“ immer gelesen zu haben.
- ➔ Insgesamt geben **10** von 305 Personen (**3,3%**) an, dass „Länger besser leben.“ – zumindest für eine Zeit lang – zu einem Rauchstopp geführt habe.
- ➔ Bei **8** von 305 (**2,6%**) Personen hält diese Tabakabstinenz bis heute an.
- ➔ Hervorzuheben ist, dass nur **3** dieser **10** Personen durch einen Allen-Carr-Kurs mit dem Rauchen aufgehört haben. **4** Personen haben ausschließlich auf Basis von weiteren Informationen (möglicherweise durch den LBL-Brief oder das LBL-Magazin) – zumindest zwischenzeitlich – mit dem Rauchen aufgehört. Die verbleibenden **3** Personen sind entweder im Rahmen von anderen Angeboten ODER davon unabhängig nur auf Basis von Informationen – zumindest zwischenzeitlich – Tabak-abstinent geworden.
- ➔ „Länger besser leben.“ wirkt also über die spezifischen Anti-Raucher-Kurse hinaus auf das Nichtrauchen hin – wenn auch nur in sehr geringem Maße.

4. Verhaltensänderung: sonstiges Gesundheitsverhalten

Frage 1: Hat „Länger besser leben.“ zu weiteren positiven Verhaltensänderungen der TN der Befragung beigetragen?

Antwort:

Weitere Änderungen der Lebensweise			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	Ja	29	11,4
	Nein	196	77,2
	Keine Angabe	29	11,4
	Gesamtsumme	254	100,0

Von 254 Personen geben **11,4%** (n=29) an, „Länger besser leben.“ habe zu noch nicht erfragten Änderungen der Lebensweise geführt, während **77,2%** (n=196) dies verneinen und **11,4%** (n=29) keine Angabe machen.

Limitation der Ergebnisse:

Bei diesen Ergebnissen gibt es folgende Einschränkung: Gefragt wurde bei der hier ausgewerteten Frage 41 konkret nach „*noch nicht erfragten* Änderungen der Lebensweise“. 7 Personen nannten bei der Konkretisierung bei Frage 42 (nachfolgend ausgewertet) jedoch *ausschließlich* eine positive Verhaltensänderung in punkto körperlicher Aktivität, die durchaus *vorher* schon im Fragebogen erfragt worden war. Einzelne Antworten deuten darauf hin, dass möglicherweise zwischen „Spazieren gehen“ und „(anstrengenderer) körperlicher Aktivität“ im Sinne von Sport unterschieden wurde. „Spazieren gehen“ wurde in den Fällen nicht zur „körperlichen Aktivität“, sondern als weitere Änderung der Lebensweise angesehen. Dennoch gilt diese Erklärung nicht für alle Nennungen und so fällt die Auswertung daher möglicherweise etwas positiver aus als sie entsprechend der Konzeption des Fragebogens hätte sein sollen.

- ➔ Insgesamt geben zwar weitere **11,4%** eine sonstige Änderung ihrer Lebensweise durch „Länger besser leben.“ an.
- ➔ Der Frage sollte aber angesichts der genannten Limitationen eher **qualitativ** über die Auswertung der nächsten Frage (Frage 42) bewertet werden.

(Zusatz-)Frage 2: Inwiefern hat sich die Lebensweise geändert?

Frage 42 aus der Befragung:

Können Sie das bitte kurz beschreiben? Inwiefern hat sich Ihre Lebensweise verändert?

Antwort:

4 Nennungen wurden zunächst begründet aus der Auswertung ausgeschlossen (siehe Kapitel 13, Anhang A). Insgesamt flossen **25** Antworten in die Auswertung ein.

Die nachfolgenden Tabellen zeigen Nennungen pro Clusterbereich der qualitativen Antworten an. In einzelnen Fällen wurde mehr als ein Aspekt einer anderen Lebensweise pro Person genannt, so dass die Tabellen z.T. auch Mehrfachantworten beinhalten. Die Tabellen enthalten die originalen Antworten.

mehr Gesundheitsbewusstsein	
lebe gesünder, trinke und rauch nicht	1
Bewusstere Wahrnehmungen	1
Man achtet mehr auf Verschiedenes. Auf Ernährung und Bewegung.	1
Gesundheitsbewusster Leben	1
Bewusster leben,was. Wofür gut ist	1
Was ich jetzt mache, ist einfach bewusster und regelmäßig, nicht nur sporadisch!	1
achte mehr auf meine Gesundheit	1
bewußter leben	1
Man achtet bewusster auf die Ernährung und die regelmäßige Bewegung.	1
Ich Esse bewusster und bewege mich mehr	1
	10

mehr Bewegung	
bin körperlich aktiver geworden	1
Regelmäßiger Sport treiben	1
Bewege mich mehr / Spaziergänge / frische Luft tanken.	1
mehr Bewegung durch die Motivation	1
Hatte bis jetzt nur eine kurze Info hatte,achte aber jetzt mehr auf mein Lebensweise beziehend auf Sportliche Aktivitäten.	1
Ich gehe fast jeden Tag eine halbe Stunde spazieren	1
Mehr Bewegung im Vergleich zu früher	1
mehr Bewegung	1
	8

bewusstere/ andere Ernährung	
bewuster essen mehr obst +gemüse zu essen	1
Reduzierung von Kohlehydraten	1
Ernähre mich bewußter.	1
anderes Essen im Vergleich zu früher	1
	4

Gewichtsreduktion	
Gewichtsabnahme	1
Ich mache immer mal wieder einen anlauf zum Abnehmen	1
Hatte bis jetzt nur eine kurze Info hatte, achte aber jetzt mehr auf mein Lebensweise beziehend auf mein Gewicht.	1
	3

sonstige Änderungen der Lebensweise	
Positivere Lebenseinstellung.	1
Ich bin gelassener geworden und brauche weniger Medikamente.	1
Nicht nur wegen der Schwangerschaft.....doch auch davor konsumierte ich wegen der Artikel im Magazin weniger Alkohol.	1
	3

Insgesamt wurde **10 Mal** der Aspekt „**mehr Gesundheitsbewusstsein**“ genannt – wobei in diesem Zusammenhang auch immer wieder „mehr Bewegung“ Erwähnung fand. **8 Mal** wurde der Aspekt „**mehr Bewegung**“, **4 Mal** „**bewusstere/andere Ernährung**“, **4 Mal** „**Gewichtsreduktion**“ und **3 Mal** „**sonstige Änderungen der Lebensweise**“ genannt.

- ➔ „Länger besser leben.“ führt als sonstige Änderung der Lebensweise insbesondere zu „**vermehrten Gesundheitsbewusstseins**“ – darin verwoben aber zum Teil auch der Aspekt „mehr Bewegung“
- ➔ Wenn auch zuvor im Fragebogen schon erfragt, wird einzeln zudem am zweithäufigsten der Aspekt „**mehr Bewegung**“ erwähnt.
- ➔ Es kann also die Tendenz festgehalten werden: „Länger besser leben.“ bewirkt bei einzelnen Teilnehmenden Änderungen der Lebensweise, die über eine reine körperliche Aktivierung und mehr Obst- und Gemüsekonsum hinausgehen.
- ➔ Diese qualitative Auswertung stützt zudem die qualitative Auswertung bezüglich des Wohlbefindens (folgt ab Seite 92), da auch hier die Antworten in dieselbe Richtung gehen.

(Zusatz-)Frage 3: Bei vielen Personen führte „Länger besser leben.“ zu IRGENDEINER positiven Verhaltensänderung?

Antwort:

Insgesamt geben **146** von 305 (**47,9%**) Personen an, „Länger besser leben.“ habe zu irgendeiner Verhaltensänderung geführt. In diese Auswertung eingeschlossen sind dabei Personen, die entweder eine positive Verhaltensänderung in punkto körperlicher Aktivität, Obst- und Gemüsekonsum oder einer sonstigen Lebensweise konstatierten bzw. durch „Länger besser leben.“ mindestens zwischenzeitlich mit dem Rauchen aufgehört haben.

Die Tabelle bezieht sich auf **146** Personen.

Mehrfachantwort positive Verhaltensänderung				
		Antworten		Prozent der Fälle
		H	Prozent	
pos. Verhaltensänderung mehrfach	pos. Änderung Bewegungsverhalten ja/nein	117	46,8%	80,1%
	pos. Änderung Obst- und Gemüsekonsum ja/nein	94	37,6%	64,4%
	pos. Änderung sonstige Lebensweise ja/nein	29	11,6%	19,9%
	Rauchstopp durch LBL ja/nein	10	4,0%	6,8%
Gesamtsumme		250	100,0%	171,2%

Der Blick auf die Tabelle der Mehrfachantwort „positive Verhaltensänderung“ zeigt, dass – bezogen auf **146**, Personen die eine positive Verhaltensänderung angeben – insgesamt **250** Nennungen auf eine *spezifische* Verhaltensänderung entfallen. Dies bedeutet, dass sich eine Verhaltensänderung in vielen Fällen nicht ausschließlich nur in einem Verhaltensbereich (z.B. körperliche Aktivität), sondern in mehr als einem Verhaltensbereich vollzog. **80,1%** (n=117) der Fälle geben eine positive Änderung des Bewegungsverhaltens an, **64,4%** (n=94) des Obst- und Gemüsekonsums, **19,9%** (n=29) eine sonstige Änderung der Lebensweise und **6,8%** (n=10) der Fälle einen Rauchstopp durch „Länger besser leben.“

- ➔ Insgesamt gibt eine Anzahl von **47,9%** (n=146) der Befragten irgendeine positive Verhaltensänderung an.
- ➔ Die meisten Änderungen beziehen sich dabei auf die körperliche Aktivität, die zweithäufigsten auf den Obst- und Gemüsekonsum und die dritthäufigste auf Änderungen der sonstigen Lebensweise. An letzter Stelle wird eine Änderung des Rauchenverhaltens genannt.
- ➔ Den einzelnen Zahlen haften dabei dieselben Limitationen an, wie zuvor bereits konstatiert. Das Ergebnis ist daher wahrscheinlich leicht positiv verzerrt.

- Der Schwerpunkt des Aktivitäten- und Informationsspektrum von „Länger besser leben.“ über den gesamten Zeitraum von Sommer 2011 bis Januar 2015 folgt derselben Abstufung: Die meisten Aktionen und Informationen widmeten sich dem Bereich „Bewegung“, gefolgt vom Bereich „Ernährung“ und dem Bereich „Rauchen“. Grundsätzlich spiegelt sich also – zumindest im Umfang – das Angebots- und Informationsspektrums in der initiierten Verhaltensänderung wider.

(Zusatz-)Frage 4: Wie viele der Personen, die IRGENDINE positive Verhaltensänderung angaben, nahmen an „Länger besser leben.“-Angeboten teil und wie viele nicht?

Antwort:

Diese Tabelle bezieht sich auf 146 Personen, die eine Verhaltensänderung durch LBL angeben.

positive Verhaltensänderung + TN an Länger besser leben.-Angebote(n)			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	positive Verhaltensänderung + TN an mindestens einem Länger besser leben.-Angebot	97	66,4
	positive Verhaltensänderung + keine TN an Länger besser leben.-Angebot/Frage nicht gesehen	49	33,6
	Gesamtsumme	146	100,0

Von **146** Personen, die irgendeine positive Verhaltensänderung angeben, nahmen **66,4%** (n=97) Personen an mindestens einem „Länger besser leben.“-Angebot teil. **33,6%** (n=49) geben eine positive Verhaltensänderung, aber keine Teilnahme an einem „Länger besser leben.“-Angebot an.

Von den **49** Personen, die an keinem „Länger besser leben.“-Angebot teilnahmen

- ... geben **75,5%** (n=37) an, aktuell Empfänger des „Länger besser leben.“-Briefes zu sein. Von diesen **37** Personen lesen den „Länger besser leben.“-Brief dabei **33** Personen immer oder oft.
- ... geben **58,3%** (n=21) an, das „Länger besser leben.“-Magazin zu kennen. Von diesen **21** Personen lesen dabei **15** Personen das „Länger besser leben.“-Magazin immer oder oft.

- Von **146** Personen, die irgendeine positive Verhaltensänderung angeben, nahmen **66,4%** Personen an mindestens einem, **33,6%** aber auch an keinem „Länger besser leben.“-Angebot teil. Dies bedeutet, dass **ca. 1/3 der Verhaltensänderung alleine auf Basis von Informationen im Rahmen von „Länger besser leben.“ angestoßen wurde.**
- Diese Erkenntnis stützt auch die qualitative Auswertung auf Frage 27 („Können Sie kurz beschreiben, wie „Länger besser leben.“ dazu geführt hat, dass Sie mehr Obst/Gemüse essen?“) bei der „Informationen im Rahmen von „Länger besser leben.“ an erster Stelle genannt wurden (siehe Seite 80f).
- Auch wenn keine kausalen Rückschlüsse möglich sind, über welche Informationswege eine Verhaltensänderung in Gang gekommen ist, lesen immerhin **33** der **46** Personen mit einer Verhaltensänderung auf Basis von Informationen immer oder oft den „Länger besser leben.“-Brief und **15** immer oder oft das „Länger besser leben.“-Magazin.
- Wohlwissend, dass auch weitere Informationswege (LBL-Homepage, Tageszeitung, Mund-zu-Mund-Propaganda,...) denkbar sind, kann die These formuliert werden, dass insbesondere der „Länger besser leben.“-Brief zu einer Änderung des Gesundheitsverhaltens beigetragen haben könnte.

5. Wohlbefinden

Frage 1: Hat „Länger besser leben.“ dazu beigetragen, dass sich die TN an der Befragung wohler fühlen als vorher?

Frage 42 aus der Befragung:

Insgesamt betrachtet: In welchem Maße würden Sie folgender Aussage zustimmen?
 „Länger besser leben.“ hat dazu beigetragen, dass ich mich insgesamt wohler fühle.

Antwort:

Frage 42: Wohlbefinden			
		Häufigkeit	Gültige Prozent
Gültig	Stimme voll und ganz zu	36	14,2
	Stimme eher zu	91	35,8
	Stimme eher nicht zu	47	18,5
	Stimme gar nicht zu	27	10,6
	Weiß nicht	29	11,4
	Keine Angabe	24	9,4
	Gesamtsumme	254	100,0

Von 254 Personen stimmen **14,2%** (n=36) voll und ganz und **35,8%** (n=91) eher zu, dass „Länger besser leben.“ zu ihrem Wohlbefinden beigetragen habe. **18,5%** (n=47) stimmen der Aussage eher nicht und **10,6%** (n=27) gar nicht zu. **11,4%** (n=29) wissen keine Antwort und **9,4%** (n=24) geben keine an.

➔ Insgesamt stimmen damit **50,0%** voll und ganz bzw. eher zu, dass „Länger besser leben.“ zu einem besseren Wohlbefinden beigetragen habe.

(Zusatz-)Frage 2: Inwiefern hat „Länger besser leben.“ zu einem besseren Wohlbefinden beigetragen?

Frage 44 aus der Befragung:

Können Sie das kurz bitte beschreiben? Inwiefern hat „Länger besser leben.“ dazu beigetragen, dass Sie sich wohler fühlen?

Antwort:

3 Nennungen wurden zunächst begründet aus der Auswertung ausgeschlossen (siehe Kapitel 13, Anhang A). Insgesamt flossen die Antworten von **108** Personen in die Auswertung ein. In einzelnen Fällen wurde eine Antwort auch zwei Kategorien zugeordnet. Aufgrund der Vielzahl der Antworten wird auf eine tabellarische Darstellung der originalen Antworten im Folgenden verzichtet. Es werden jedoch einzelne qualitative Erkenntnisse herausgestellt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl an Nennungen pro Kategorie an.

Kategorie	Anzahl Nennungen
mehr Gesundheitsbewusstsein	22
Information & Motivation durch LBL	20
mehr Fitness, Gesundheit & Ausgeglichenheit	19
Verhaltensänderung (Ernährung & Bewegung)	19
mehr Sport	9
sonstige Äußerungen	9
Bestätigung der eigenen gesunden Lebensweise	8
Gewichtsreduktion	7

Die meisten Personen (**n=22**) nennen „mehr **Gesundheitsbewusstsein**“ als Grund für ein verbessertes Wohlbefinden. Eine Person nennt beispielsweise mehr Bewusstsein für tägliche Bewegung:

„Habe mich eigentlich immer schon sportlich betätigt, achte jetzt aber noch mehr darauf, dieses auch nach Möglichkeit täglich zu tun. Zumindest mit einem schnellen Spaziergang.“

20 Personen geben an, dass „**Informationen von bzw. Motivation durch „Länger besser leben.“**“ zu mehr Wohlbefinden geführt habe. Einzelne Beispiele für diese Kategorie sind:

„durch die vielen Infos und Veranstaltungen mit denen sie mich informieren, kann ich für mich etwas Passendes herausfinden. Ja, ich fühl mich wohl, auch durch die vielen persönlichen Beratungen ihrer Mitarbeiter. Danke!!!“

„Die Informationen haben auch immer Motivationswirkung und immer mal Anregungen.“

19 Personen benennen „**mehr Fitness, Gesundheit & Ausgeglichenheit**“ als Ursache für vermehrtes Wohlbefinden. Zitate aus dieser Kategorie sind beispielsweise:

„Durch Bewegung Rückenprobleme verschwunden, Blutdruck ist optimal, überdurchschnittliche Ausdauer für das Alter“

„Ich fühle mich fitter.“

Insgesamt geben **19** Personen an, ihr Wohlbefinden habe sich durch eine „**Verhaltensänderung (Ernährung & Bewegung)**“ gebessert. Beispiele dafür sind:

„Ich ernähre mich bewusster und fettärmer und treibe mehr Sport, dadurch haben sich alle Werte bei mir deutlich gebessert“.

„Esse mehr Obst und Gemüse und treibe regelmäßig Sport.“

9 Personen nennen ausschließlich „**mehr Sport**“ als Beitrag zu ihrem Wohlbefinden. Eine Person gibt in diesem Zusammenhang auch weniger Kontakt zum Arzt und keine Medikamenteneinnahme an:

„(...) Durch die Bewegung, 4-5 mal in der Woche, kennt mich mein Hausarzt nicht mehr. Keine Medikamente!“

9 Personen nennen mit „**sonstigen Äußerungen**“ Punkte, die nicht in separate Kategorien einsortiert werden konnten. In dieser Kategorie wurden beispielsweise neue Sozialkontakte genannt, die zu mehr Wohlbefinden beigetragen haben:

„Habe durch die Feierabend-Gruppe so nette Kontakte gefunden, wir gehen wandern, kegeln, boulen, 2 x waren wir im Bistro bei Holtmann zum Vital-Frühstück gesponsert teils durch die BKK24.“

8 Personen geben „**Bestätigung der eigenen gesunden Lebensweise**“ durch „Länger besser leben.“ an. Zitate aus dieser Kategorie sind z.B.:

„Länger besser leben bestätigt mich in meiner Einstellung zu meiner Gesundheit und den eigenen Aktivitäten.“

„Die gewissheit bestimmte Sachen richtig zu machen.“

7 Personen nennen eine „**Gewichtsreduktion**“ die zu mehr Wohlbefinden geführt habe. Beispielzitate aus dieser Kategorie sind:

„Durch die Gewichtreduktion komme ich nicht mehr so schnell ausser Atem.“

„Durch Gewichtsabnahme (10 kg) mehr Beweglichkeit, verbesserte Atmung und Ausdauer.“

- ➔ Insgesamt am häufigsten werden als „Hebel“ zu mehr Wohlbefinden „**mehr Gesundheitsbewusstsein**“ (n=22), „**Information & Motivation durch LBL**“ (n=20), „**mehr Fitness, Gesundheit & Ausgeglichenheit**“ (n=19), „**Verhaltensänderung (Ernährung & Bewegung)**“ (n=19) genannt.
- ➔ Diese qualitative Auswertung stützt zudem die qualitative Auswertung bzgl. einer sonstigen Änderung der Lebensweise (siehe Seite 86f), da auch hier die Antworten in eine ähnliche Richtung gehen.
- ➔ Die qualitativen Aussagen stellen in hohem Maße einen **kausalen Zusammenhang** zu „Länger besser leben.“ her. Damit **stützen** sie zudem die **quantitativen Aussagen** bzgl. des Wohlbefindens, aber auch bzgl. den Verhaltensänderungen allgemein.

10. Limitationen der Evaluation

Die Evaluation gibt wertvolle Hinweise zur Reichweite und Wirkung von „Länger besser leben.“. Gleichwohl sind bei der Interpretation der Evaluationsergebnisse einige Limitationen zu beachten.

Einschränkungen in der Generalisierbarkeit der Evaluationsergebnisse

Eine Limitation der Evaluation ist, dass nur diejenigen (im Landkreis Schaumburg und Nienburg) zur Online-Befragung eingeladen werden konnten, die jemals einen „Länger besser leben.“-Fragebogen (siehe rechts) ausgefüllt haben. Die Teilnahme an Angeboten im Rahmen von „Länger besser leben.“ ist jedoch nicht immer mit dem Ausfüllen eines solchen Fragebogens verknüpft – und das Ausfüllen ist ohnehin freiwillig. Mögliche Aussagen der Evaluation von „Länger besser leben.“ sind daher von vornherein auf den Personenkreis der LBL-Fragebogenausfüller beschränkt. Die unten stehende Abbildung illustriert, dass nur eine (un)bestimmte Teilmenge aller Teilnehmenden an diversen LBL-Angeboten einen „Länger besser leben.“-Fragebogen ausgefüllt hat und damit für die Evaluation einladbar war. Von dieser Gesamtheit konnten Effekte durch „Länger besser leben.“ wiederum nur über die Teilnehmenden an der Online-Befragung abgebildet werden (siehe Abbildung).



Es ist somit nicht quantifizierbar, wie viele Personen reell an „Länger besser leben.“-Angeboten teilnahmen, *ohne* einen „Länger besser leben.“-Fragebogen auszufüllen. Es ist aber davon auszugehen, dass es solche Personen gibt. So können Personen an einem Allen Carr-Kurs, einer 3.000-Schritte-Aktion, einem Vortrag etc. teilgenommen und „Länger besser leben.“ ihr Gesundheitsverhalten positiv beeinflusst haben – ohne dass dies in dieser Online-Befragung erfasst werden konnte.

Darüber hinaus ist nicht quantifizierbar, wie viele Personen an *keiner* „Länger besser leben.“-Aktion teilgenommen **und** auch *keinen* „Länger besser leben.“-Fragebogen ausgefüllt haben. Dennoch haben möglicherweise Informationen über die Tagespresse, über das „Länger besser leben.“-Magazin oder auch über Mund-zu-Mund-Propaganda das Gesundheitsverhalten einzelner Menschen positiv beeinflusst. Auch solche indirekten Programm-Effekte sind durchaus plausibel denkbar – konnten über die Online-Befragung aber ebenfalls nicht erfasst werden.

Grundsätzlich kann des Weiteren davon ausgegangen werden, dass die Gesundheitsinitiative „Länger besser leben.“ eher die Personen anspricht, die gesundheitsaffiner sind und sich entweder schon aktiv um ihre Gesundheit kümmern oder bereit sind, „aktiviert“ zu werden. Dies bedeutet, dass wahrscheinlich vermehrt gesundheitsbewusstere Personen einen „Länger besser leben.“-Fragebogen ausfüllen und sich allein in dieser Hinsicht von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden.

Zudem ist eine weitere positive Verzerrung wahrscheinlich: Möglicherweise haben verstärkt diejenigen an der Online-Befragung teilgenommen, die der BKK24 bzw. „Länger besser leben.“ positiv gegenüber stehen.

Dass diese positiven Verschiebungen wahrscheinlich sind, zeigt zum einen der deskriptive Vergleich des Gesundheitsverhaltens der Befragungsseilnehmenden im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (siehe Kapitel 9c): Die Teilnehmenden an der Online-Befragung stehen mit ihrem Gesundheitsverhalten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt überaus gut dar. Selbst wenn möglicherweise ein Teil des gesünderen Verhaltens auf „Länger besser leben.“ zurückzuführen ist, ist der Unterschied zum Bundesdurchschnitt doch verhältnismäßig groß. Zum anderen sind die quantitativen Zahlen bezüglich einer Verhaltensänderung in der Online-Befragung nahezu unglaublich positiv (siehe Kapitel 9f).

Insgesamt kann daher angenommen werden, dass besonders die Ergebnisse bezüglich einer Verhaltensänderung bzw. des allgemeinen Gesundheitsverhaltens in unbestimmtem Maße positiv verzerrt sind. Dies hat die Konsequenz, dass sich die positiven Ergebnisse der Onlinebefragung nicht ohne weiteres auf die Grundgesamtheit aller Eingeladenen übertragen lassen. Hinzu kommt, dass diese bereits eine selektive (Selbst-) Auswahl aller durch „Länger besser leben.“ potenziell Angesprochenen darstellen und sich die

Ergebnisse daher also noch weniger auf die Allgemeinbevölkerung in den Landkreisen Schaumburg und Nienburg generalisieren lassen.

Abschließend soll der positiven Verzerrung, dass wahrscheinlich vermehrt diejenigen an der Online-Befragung teilgenommen haben, die positiv zu „Länger besser leben.“ bzw. der BKK24 stehen im Folgenden exemplarisch durch ein sehr konservatives Rechenexempel begegnet werden: Dabei werden die absoluten Zahlen derjenigen, die zumindest eine Zeit lang eine positive Verhaltensänderung durch „Länger besser leben.“ angeben (siehe Kapitel 9f) ins Verhältnis zu den insgesamt 2.460 Eingeladenen gesetzt (siehe Kapitel 4). Das Ergebnis dieses Rechenbeispiels ist: „Länger besser leben.“ hat bei **5,9%** (146/2.460) aller Eingeladenen in den Landkreisen Schaumburg und Nienburg irgendeine – zumindest zwischenzeitlich – positive Verhaltensänderung erreicht. Dies ist demnach als die mögliche Untergrenze für den Anteil an LBL-Teilnehmern/Fragebogenausfüllern zu deuten, bei denen subjektiv wahrgenommene positive Effekte zu erwarten sind. Unter den Teilnehmenden der Online-Befragung wurde hingegen ein Anteil von **47,9%** ermittelt (siehe Tabelle 6). In der Tabelle 6 sind zudem weitere Zahlen bezüglich einer Verhaltensänderung aufgeführt, einmal prozentuiert auf die Teilnehmenden an der Online-Befragung und einmal auf die Eingeladenen insgesamt. Bei diesem Rechenexempel muss beachtet werden, dass den absoluten Zahlen und damit auch den Prozenten dieselben Limitationen anhaften, die bereits zuvor im Ergebnisbericht beschrieben wurden (siehe Kapitel 9f).

Tabelle 6: Verhaltensänderungen, bezogen auf Befragungsteilnehmende und die Grundgesamtheit

	n Online-Befragung	% Online-Befragung	% auf Basis aller LBL-FB-Ausfüller in den LK SHG/Ni
pos. Änderung Bewegungsverhalten mindestens zwischenzeitlich	117	46,8%	4,8%
pos. Änderung Obst- und Gemüsekonsum mindestens zwischenzeitlich	94	37,6%	3,8%
pos. Änderung sonstige Lebensweise mindestens zwischenzeitlich	29	11,6%	1,2%
Rauchstopp durch LBL mindestens zwischenzeitlich	10	4,0%	0,4%
Irgendeine Verhaltensänderung mindestens zwischenzeitlich	146	47,9%	5,9%

Quelle: eigene Darstellung

Bei dieser konservativen Betrachtung im Kontext aller „Länger besser leben.“-Fragebogenausfüller in den Landkreisen Schaumburg und Nienburg kann allerdings davon ausgegangen werden, dass die Wirkung von „Länger besser leben.“ unterschätzt wird. Denn wahrscheinlich haben nicht alle Personen an der Online-Befragung teilgenommen, bei denen „Länger besser leben.“ irgendeine Wirkung erzielt hat. Die realen Zahlen sind

irgendwo zwischen den konservativen Zahlen des Rechenbeispiels und den sehr positiven Ergebnissen der Online-Befragung zu vermuten.

Aussagekraft der Selbstauskünfte in der Onlinebefragung

Darüber hinaus haftet den Ergebnissen eine weitere Limitation an, die durch eine konzeptionelle Grenze gesetzt wurde: Aufgrund der langen Laufzeit von „Länger besser leben.“ und der retrospektiven Evaluation über diesen langen Zeitraum hinweg, war es nicht möglich, die einzelnen Verhaltensänderungen noch konkreter zu erfassen. Interessant wäre z.B. gewesen, wie viele Minuten pro Woche sich jemand VOR „Länger besser leben.“ bewegt hat und wie die mit körperlicher Aktivität verbrachte Zeit seitdem gestiegen ist. Möglich ist z.B., dass jemand schon vorher häufig körperlich aktiv war und durch „Länger besser leben.“ nur noch mehr Sport getrieben hat. Möglich ist aber auch, dass jemand zuvor recht inaktiv war und erst durch „Länger besser leben.“ dazu gekommen ist, regelmäßig körperlich aktiv zu sein. Da unklar bleibt, welche Ausgangswerte für bestimmte gesundheitsrelevante Verhaltensweisen die Teilnehmenden zuvor hatten, bleibt auch unklar, wie groß die „Sprünge“ in den einzelnen Verhaltensänderungen waren, die als Verbesserung benannt wurden. Die Evaluationsergebnisse beschränken sich also auf die Ebene subjektiv erlebter Veränderungen, ohne dass dabei etwas über die *Quantität* der einzelnen Verhaltensänderungen ausgesagt werden kann.

11. Blick auf Forschung und Praxis

Ausgehend von den Ergebnissen der EPIC-Studie fokussiert „Länger besser leben.“ die vier Felder *Bewegung, Obst- und Gemüsekonsum, Tabakkonsum und Alkoholkonsum*. In Kapitel 8 war das Thema Alkoholkonsum jedoch bereits begründet aus dieser Evaluation ausgeschlossen worden und wird daher auch in diesem Kapitel ausgeklammert.

Generell zählen negative Ausprägungen in den eben genannten Verhaltensfeldern, d.h. *körperliche Inaktivität, ungesunde Ernährung und Rauchen* zu den beeinflussbaren Risikofaktoren der Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (Robert Koch-Institut, o.J.). Da Herz-Kreislauferkrankungen die Todesursachenstatistik in Deutschland anführen (Statistisches Bundesamt, 2015), spielt eine Förderung der *körperlichen Aktivität, einer besseren Ernährung* und des *Nichtrauchens* in Prävention und Gesundheitsförderung generell eine wichtige Rolle.

Da „Länger besser leben.“ gemeindenah wirkt, soll nun nachfolgend ein Blick in die Praxis gemeindenaher Prävention geworfen werden, welche thematisch die Spektren *körperliche Aktivität, Obst- und Gemüsekonsum bzw. gesunde Ernährung* und *Tabakkonsum* fokussiert.

In diesem Zusammenhang kann zunächst die deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie hervorgehoben werden, die von 1979 bis 1991 umgesetzt wurde und eine multizentrische gemeindenahe Intervention darstellt. Ähnlich „Länger besser leben.“ war das Ziel, die örtliche Bevölkerung zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu motivieren – und zwar durch eine Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen. Die Studie wurde mittels eines komplexen Designs evaluiert. Das Ergebnis der in diesem Zusammenhang durchgeführten epidemiologischen Endpunktevaluation lässt sich wie folgt zusammenfassen: Die gesetzten Zielvorgaben bzgl. eines hohen Blutdrucks und erhöhten Cholesterins wurden übertroffen und bzgl. Rauchen nicht erreicht. Der Endpunkt „Übergewicht“ konnte durch die Intervention nicht beeinflusst werden (Forschungsverbund DHP, 1998).

Die generelle Studienlage bzgl. einer Steigerung der **körperlichen Aktivität** durch gemeindebezogene Interventionen stellt sich folgendermaßen dar: Bereits 2004 konstatierten Rütten & Abu-Omar, dass zwar gemeindenahe Interventionen das Gesundheitsverhalten zu verbessern scheinen – eine körperliche Aktivitätssteigerung konnte aber bis zu dem Zeitpunkt nicht nachgewiesen werden. 2011 stellten Baker et al. 25 Studien zu diesem Themenfeld in einem Übersichtsartikel zusammen. Die Studien variieren dabei bzgl. der Länder, der eingesetzten Interventionsmethoden, deren Intensität und nicht zuletzt in der Messung der körperlichen Aktivität. Einzelne Studien kommen jedoch zu mehr oder weniger positiven Ergebnissen: Demnach stieg z.B. die körperliche Aktivität in der Bevölkerung in Peking durch eine Intervention an (Jiang et al., 2008). Brown et al. (2006)

konstatierten in einer australischen Gemeinde einen Anstieg der körperlichen Aktivität bei Frauen, aber eine Reduktion bei Männern. Die Ergebnisse von Brown et al. (2006) verkomplizieren sich zusätzlich, da die körperliche Aktivität in einer Kontrollgruppe zunächst über der der Interventionsgruppe lag – im Follow up jedoch darunter. Insgesamt wurde daher kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt. Die einzige Studie mit positivem Ergebnis in Europa wurde in Norwegen durchgeführt: Lupton et al. (2003) stellten einen Anstieg körperlicher Aktivität bei den Männern einer kleinen Gemeinde fest – aber nicht bei den Frauen. Die auf die Bevölkerung adjustierten Ergebnisse waren zudem nicht signifikant. Insgesamt sind die Ergebnisse der Studien widersprüchlich und einige kommen auch zu keinem oder einem negativen Ergebnis. Das Fazit von Baker et al. (2011): Die Studienlage zeigt keine Evidenz, dass gemeindebezogene Interventionen die körperliche Aktivität der Bevölkerung erhöhen könnten.

Unabhängig von dieser allgemeinen Studienlage spielt das Thema „körperliche Aktivität“ in der deutschen gemeindenahen Prävention eine Rolle. Beispielsweise werden in Essen seit 2012 über das Projekt „Mehr Bewegung im Alltag – willst Du mit mir gehen?“ ehrenamtlich geführte Spaziergänge angeboten (Stadt Essen, o.J.a).

In Deutschland wurde zudem im Rahmen eines Nationalen Aktionsplans „IN FORM, Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ 2008 bis 2010 versucht, Menschen zu einem gesünderen Lebensstil zu motivieren (in form, o.J.a). In diesem Zusammenhang entstanden „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ mit dem Ziel, eine „Kultur der Bewegung und gesunden Lebensstile“ zu schaffen (Lernende Region 2012, S. 7). Als Beispiel für Bewegungsförderung in der Kommune sei hier das Aktionsbündnis „Bernburg bewegt!“ genannt, das auf interdisziplinärer und multisektoraler Basis versucht, Lebensstil und Lebenswelt der Bernburger Bürgerinnen und Bürger zu verbessern. Im Fokus steht dabei neben mehr Bewegung zudem gesunde Ernährung (Landesvereinigung für Gesundheit, Sachsen-Anhalt e.V., o.J.). Dieses Aktionsbündnis kommt „Länger besser leben.“ insofern nahe, weil auch hier viele örtliche Akteure auf dasselbe Ziel hinwirken.

Ein anderes Beispiel für den Bereich „körperliche Aktivität“ ist das in Bottrop (Nordrhein-Westfalen) und im Landkreis Uecker-Randow (Mecklenburg-Vorpommern) von 2008 bis 2010 durchgeführte „BIG-Projekt“. Ziel dieses Projektes war die Bewegungsförderung von Frauen in schwierigen Lebenslagen. Das Projekt wurde wissenschaftlich evaluiert und qualitative Einschätzungen bzgl. eines geänderten Bewegungsverhaltens sind positiv (in form, o.J,b).

Speziell zur Steigerung des **Obst- und Gemüsekonsums** wird seit 2002 in Deutschland die Kampagne „5 am Tag“ durchgeführt, unterstützt von den Bundesministerien für Ernährung und Gesundheit (5 am Tag. e.V., 2015). Diese Kampagne ist jedoch vielmehr bevölkerungsbezogen und nicht gemeindenah orientiert. Die einzige Evaluation bezieht sich auf das Programm „Schulfrucht“ (in form, o.J.c). Eine Förderung des Obst- und Gemüsekonsums ist ansonsten vielmehr in die Förderung einer gesunden Ernährung eingebettet. Als Beispiel seien hier die Aktivitäten der „Gesundheitsinitiative Gesund. Leben. Bayern.“ genannt, die u.a. „gesunde Ernährung und Bewegung“ als ein Thema fokussiert – wenn auch diese Initiative anders als „Länger besser leben.“ auf Landes- und nicht auf Kommunalebene anzusiedeln ist (Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 2014). In diesem Rahmen wurde etwa das Projekt „Robuste Kids – Mehr Aktivität und bessere Ernährung für Schulkinder“ etabliert, das Kindern durch eine Art Klassenfahrt die Themen Bewegung und Ernährung näher bringen sollte (Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, o.J.). Das Projekt wurde evaluiert und bereits auf weitere Jugendbildungshäuser und Schullandheime adaptiert (Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, o.J.). Neben solchen Projektevaluationen wurde die „Gesundheitsinitiative Gesund. Leben. Bayern.“ auch auf Ebene der gesamten Intervention evaluiert. Die Evaluation hat insbesondere dazu beigetragen, „wertvolle Hinweise für die weitere Ausgestaltung bzw. Abwicklung dieses und ähnlicher Vorhaben“ (Reisig, 2012, S. 123) zu geben. Nicht direkt abgeleitet werden konnten hingegen Wirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung (ebd.).

Was den **Tabakkonsum** angeht, so gibt es auch hier Aktivitäten im Rahmen von gemeindenaher Prävention: Als Beispiel sei das Essener Projekt „Nichtrauchen“ genannt, das im Rahmen der Essener Gesundheitskonferenz 2004 - 2007 realisiert wurde. Das Fazit des Projektberichts ist insgesamt positiv – benannt wird z.B. dass Interessierte und Träger nun einen Überblick über Maßnahmen zur Tabakentwöhnung gewinnen konnten. Durch ein Einzelprojekt stieg die Zahl rauchfreier KITAS beispielsweise von 16 auf 124 und in einem weiteren wurde in der Stadtverwaltung Tabakentwöhnung als reguläres Angebot in die Betriebliche Gesundheitsförderung integriert (Stadt Essen, o.J.b). Auch bei „Länger besser leben.“ wird die Tabakentwöhnung durch die Bereitstellung von spezifischen Kursen vorangetrieben. Bei „Länger besser leben.“ werden hier Allen Carr- Kurse zur Raucherentwöhnung empfohlen. Allen Carr-Kurse für sich genommen wurden bereits evaluiert und die Studienergebnisse legen eine Wirksamkeit dieser Methode nahe (Csillag et al., 2005; Hutter et al., 2006; marketmind, o.J.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass „Länger besser leben.“ in Bereichen wirkt, die aufgrund ihrer Relevanz auch generell in der gemeindenahen Prävention bearbeitet werden. Die vorhandenen Projekte und Aktivitäten sind jedoch sehr heterogen und

unterscheiden sich in ihrer Größenordnung und Komplexität (Seminar, Projekt, komplexe Intervention), in den beteiligten Institutionen und Akteuren, Zielen und Zielgruppen, den Interventionsmaßnahmen und der Art und Weise über die – gegebenenfalls – evaluiert wurde. Grundsätzlich sind Evaluationen dabei eher auf Projektebene zu finden. Trojan & Süß (2014) stellen zudem fest, dass eine systematische Evaluierung von gemeindenaher Gesundheitsförderung bislang eher selten ist.

„Länger besser leben.“ sticht insofern innerhalb des Feldes der Evaluation gemeindenaher Prävention hervor, weil der seltene Versuch unternommen wurde, eine komplexe Intervention auf Ebene der Gesamtintervention zu evaluieren. Bei der Evaluation von „Länger besser leben.“ wurde dabei neben einer Überprüfung der Prozessqualität das Ziel verfolgt, Erkenntnisse zur Ergebnisqualität bzgl. einer Verhaltensänderung über alle drei Handlungsfelder hinweg zu erlangen.

12. Schlussbetrachtung & Fazit

Insgesamt zeichnen die quantitativen und qualitativen Evaluationsergebnisse ein positives Wirkungsbild von „Länger besser leben.“, allerdings sind die positiven Verzerrungen bei der Interpretation der quantitativen Ergebnisse zu berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund sollen nun abschließend die quantitativen Zahlen in den Hintergrund gerückt und es soll vielmehr ein qualitativer Gesamteindruck herausgestellt werden.

Es bleibt festzuhalten: „Länger besser leben.“ hat es geschafft, dass Personen auch tatsächlich gesundheitsbewusster leben. Dabei ist nebensächlich, dass dieselben positiven quantitativen Zahlen weder in der Höhe bei allen Fragebogenausfüllern im Landkreis Schaumburg und Nienburg noch gar deutschlandweit zu erwarten sind. Fakt ist: Die Evaluation zeigt, dass eine gemeindenahere Intervention wie „Länger besser leben.“ etwas bewirken kann:

- Die Ergebnisse weisen insbesondere auf eine Aktivierung zur körperlichen Aktivität und eine Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums hin. Bei den meisten dieser Personen hält eine Verhaltensänderung bis heute an.
- In sehr geringem Maße hatte „Länger besser leben.“ einen positiven Einfluss auf das Rauchverhalten.
- „Länger besser leben.“ hat zu mehr Wohlbefinden geführt und das Gesundheitsbewusstsein erhöht.

Die auf die Prozessqualität bezogenen zentralen Ergebnisse sind:

- „Länger besser leben.“ stößt auf viel Akzeptanz und wird von einem Großteil der Teilnehmenden positiv bewertet.
- Die Idee, über einen Newsletter und ein regionales Gesundheitsmagazin Personen auf gesundheitsförderliche Angebote aufmerksam zu machen, scheint zu funktionieren.
- „Länger besser leben.“ hat eine hohe Informationsdurchdringung über unterschiedlichste Informationskanäle erzielt.
- Insgesamt nehmen an „Länger besser leben.“ vermehrt ältere Menschen und Personen mit höheren schulischen Bildungsabschlüssen teil, das Geschlechterverhältnis ist hingegen ausgewogen.

Gerade die vermehrte Erreichung von Personen mit höheren schulischen Bildungsabschlüssen sollte im Hinblick auf den gesetzlichen Auftrag im SGB V an die Gesetzlichen Krankenkassen, die gesundheitliche Ungleichheit zu minimieren, bei der Weiterentwicklung von „Länger besser leben.“ diskutiert werden.

Insgesamt bleibt zu sagen: Trotz aller methodischen Einschränkungen hat diese Evaluation im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag geleistet, nützliche Erkenntnisse über die

Wirkung und Wirkungswege einer komplexen Intervention in der gemeindenahen Prävention zu liefern. Die Tatsache, dass Evaluationen in diesem Feld noch nicht weit verbreitet sind, wertet diese Studie zusätzlich auf. Insgesamt sind die vorliegenden Ergebnisse als Indiz zu verstehen, dass eine gemeindenaher Intervention wie „Länger besser leben.“ positiv wirken kann – und es überdies möglich ist, eine komplexe Intervention dieser Art sinnvoll und auf wissenschaftlichem Niveau zu evaluieren.

13. Anhang

Anhang A: Ausgeschlossene Antworten aus den qualitativen Auswertungen

Ausgeschlossene Antworten Frage 19

Frage 19

Können Sie dies kurz beschreiben? Inwiefern waren/sind Sie körperlich aktiver?

Begründung für Ausschluss	v19_Bew_Text
aus Auswertung nehmen, da eher Begründung warum Person aktuell nicht mehr viel macht.	Habe zur Zeit keine Ambitionen Sport zu treiben.
aus Auswertung nehmen, da keine wirkliche Antwort auf Frage inwiefern jemand körperlich aktiv war	Meine Rückenschmerzen sind fast verschwunden.
aus Auswertung rausnehmen, da keine wirkliche Antwort auf die Frage	Ich bin beweglicher und die Muskulatur ist kräftiger.
aus Auswertung nehmen, da eher Begründung warum Person aktuell nicht mehr viel macht.	Aus Altersgründen.
aus Auswertung nehmen, da eher Begründung warum Person aktuell nicht mehr viel macht.	ICH war noch jünger und deshalb auch aktiver.

Ausgeschlossene Antworten Frage 27

Frage 27:

Können Sie kurz beschreiben, wie „Länger besser leben.“ dazu geführt hat, dass Sie mehr Obst/Gemüse essen?

Begründung für Ausschluss	v27_ObstGem_Text
aus Auswertung nehmen: Antwort deutet darauf hin, dass möglicherweise nicht mehr Obst und Gemüse durch LBL gegessen wurde (obwohl bei V26 1 angekreuzt wurde) -> kein kausaler Zusammenhang zu LBL	Ich habe schon immer viel Obst und Gemüse gegessen, also schon vor Länger besser leben
aus Auswertung rausnehmen: Antwort deutet darauf hin, dass möglicherweise nicht mehr Obst und Gemüse durch LBL gegessen wurde (obwohl bei V26 1 angekreuzt wurde)-> kein kausaler Zusammenhang zu LBL	? Habe schon immer gerne und viel Obst gegessen
keine Angabe	Keine Angabe
keine Angabe	...
aus Auswertung nehmen. Fraglich warum Person dann auf V26 mit 1 geantwortet hat. -> kein kausaler Zusammenhang zu LBL	Durch meinen Herzinfarkt
aus Auswertung nehmen, da keine Antwort auf Wirkungsweg. Hat korrekter weise bei V26 2 stehen.	Ich nehme mir immerwieder vor mehr Obst UND Gemüse ZU ESSEN; DASS KLAPPT ZUR ZEIT NICHT SO GUT
aus Auswertung nehmen. Fraglich warum Person dann auf V26 mit 1 geantwortet hat -> kein kausaler Zusammenhang zu LBL	Das hatte ich schon vorher getan.

Evaluation „Länger besser leben.“ – Befragung der Teilnehmenden (Gesamtperspektive)

möchte/kann nicht auf Frage antworten	Nein
aus Auswertung nehmen, da keine Antwort auf Wirkungsweg. Hat korrekter weise bei V26 2 stehen.	weil ich im Moment nicht so den appetit darauf habe
aus Auswertung nehmen. Fraglich warum Person dann auf V26 mit 1 geantwortet hat -> kein kausaler Zusammenhang zu LBL	In Bezug auf Gemüse habe ich meine Essgewohnheiten nicht verändert, da meine Frau für das Essen sorgt und auch schon seit 48 Jahre auf gesunde Ernährung Wert legt.
aus Auswertung nehmen, da keine Antwort auf Wirkungsweg. Hat korrekter weise bei V26 2 stehen.	Ich habe mehr Sport im letzten Jahr gemacht, weil ich unbedingt mein Gewicht reduzieren muss. Nachdem ich den Sport nicht mehr so nachhaltig betrieben habe, bin ich auch mit dem Essen wieder in mein altes Verhaltensmuster verfallen :-)
aus Auswertung nehmen. Fraglich warum Person dann auf V26 mit 1 geantwortet hat -> kein kausaler Zusammenhang zu LBL	Ich habe immer schon gerne Obst und Gemüse gegessen, ganz im Gegensatz zum Fleischkonsum (Nicht erst seit Länger besser leben).
aus Auswertung nehmen. Fraglich warum Person dann auf V26 mit 1 geantwortet hat -> kein kausaler Zusammenhang zu LBL	Habe ich schon immer getan

Ausgeschlossene Antworten Frage 42

Frage 42:

Können Sie das bitte kurz beschreiben? Inwiefern hat sich Ihre Lebensweise verändert?

Begründung	v42 Lebensw Text
keine wirkliche Antwort auf die Frage	Als Rentner kein Stress.
eigentlich keine Antwort auf die Frage nach "inwiefern sich Lebensweise geändert hat"	Ich fühle mich körperlich wohler
eigentlich keine Antwort auf die Frage nach "inwiefern sich Lebensweise geändert hat"	Als Rentner lebt man gesünder.
Nur im Sinne der Fragebogenkonzeption sinnvolle Antwort wenn LBL die Partnerin beeinflusst hätte und diese die antwortende Person.	Durch eine neue Partnerin

Ausgeschlossene Antworten Frage 44

Frage 44:

Können Sie das kurz bitte beschreiben? Inwiefern hat „Länger besser leben.“ dazu beigetragen, dass Sie sich wohler fühlen?

Begründung	v44 Wohlbef Text
keine Angabe	Keine angabe
möchte/kann nicht auf Frage antworten	Nein
Person weiß Antwort nicht	weiß nicht

Anhang B: Begründung für die %-Werte der SMARTen Ziele

Für alle Ziele gibt es keine konkreten Referenzwerte aus Studien (%-Zahlen von TN).

Es wurde dennoch versucht, bei der Festlegung der Prozentzahlen gemäß den SMART-Kriterien eine Balance zwischen „anspruchsvoll“ und „realistisch“ zu finden.

Ziele körperliche Aktivität

Ziel 1 körperliche Aktivität

Mindestens 10% der Teilnehmenden geben an, dass sich ihre körperliche Aktivität positiv verändert hat (bzw. hatte).

- ➔ Insgesamt gibt es wenig Evidenz dafür, dass gemeindebezogene Aktivitäten die körperliche Aktivität erhöhen (Baker et al., 2011).
- ➔ Vor diesem Hintergrund ist eine relativ niedrige prozentuale Veränderung zu erwarten.
- ➔ Der Prozentwert wurde nach Diskussion auf 10 % festgelegt.

Ziel 2 körperliche Aktivität

Die Teilnahme an mindestens einem LBL-Bewegungsangebot hat dazu geführt, dass mindestens **7%** der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Befragung mindestens 150 Minuten in der Woche körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen kommen oder außer Atem geraten – und diesen Status zudem als anhaltend positive Veränderung ihrer körperlichen Aktivität durch „Länger besser leben.“ bewerten.

- ➔ In der Bevölkerung sind laut GEDA 2010 ca. 40% 150 Minuten pro Woche körperlich aktiv (RKI, 2012).
- ➔ Laut DEGS 1 sind es allerdings nur gut 21% (Bezug im Gegensatz zu GEDA: auf 3 Monate Aktivität) (Krug et al., 2013).
- ➔ Der Prozentanteil, der aufgrund eines LBL-Bewegungsangebots aktiver ist, dürfte ungemein niedriger sein.
- ➔ Der Prozentanteil, bei dem die Verhaltensänderung bis zur Befragung anhält noch niedriger.
- ➔ Referenz sind 10% von Ziel 1
- ➔ Da das Erreichen des Ziels aber schwerer als Ziel 1: Festlegung auf 7%.

Ziel 3 körperliche Aktivität (EPIC-Ziel)

Die Teilnahme an mindestens einem LBL-Bewegungsangebot hat dazu geführt, dass **mindestens 5%** der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Befragung 7 Mal in der Woche für mindestens 30 Minuten körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen kommen oder außer Atem geraten – und diesen Status zudem als anhaltend positive Veränderung ihrer körperlichen Aktivität durch „Länger besser leben.“ bewerten.

- ➔ In der Bevölkerung sind laut GEDA 2010 ca. 21% 5 Mal pro Woche 30 Minuten körperlich aktiv (Krug et al., 2013).
- ➔ Der Prozentanteil, der aufgrund eines LBL-Bewegungsangebotes aktiver ist, dürfte niedriger sein.
- ➔ Der Prozentanteil, bei dem die Verhaltensänderung bis zur Befragung anhält noch niedriger.
- ➔ Referenz sind 10% von Ziel 1 und 7% von Ziel 2.
- ➔ Da das Erreichen des Ziels aber schwerer als Ziel 1: Festlegung auf 5%.

Ziele Obst- und Gemüsekonsum

Ziel 1 Obst- und Gemüsekonsum

Mindestens 10% der Teilnehmenden geben an, dass sich der tägliche bzw. wöchentliche Verzehr an Obst und Gemüse durch die Teilnahme an mindestens einem LBL-Ernährungsangebot positiv verändert hat (bzw. hatte).

- ➔ Äquivalent zur Bewegungsziel 1 festgelegt.

Ziel 2 Obst- und Gemüsekonsum (EPIC-Ziel)

Die Teilnahme an mindestens einem LBL-Ernährungsangebot hat dazu geführt, dass **mindestens 7%** der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Befragung täglich fünf Portionen Gemüse und Obst verzehren – und diesen Status als anhaltend positive Veränderung durch „Länger besser leben.“ bewerten.

- ➔ In der Bevölkerung essen laut DEGS 1 nur 15% der Frauen und 7% der Männer täglich 5 Portionen Obst/ Gemüse (im Durchschnitt ca. 11%) (Mensink et al., 2013).
- ➔ Der Prozentanteil, der aufgrund eines LBL-Ernährungsangebots mehr Obst + Gemüse isst, dürfte niedriger sein.
- ➔ Der Prozentanteil, bei dem die Verhaltensänderung bis zur Befragung anhält noch niedriger.
- ➔ Zu bedenken: Bis 02/2014 haben nur ca. 167 Personen insgesamt an LBL-Ernährungsangeboten teilgenommen. Bis 01/2015 könnten es evtl. knapp über 200

sein. Aber: Es ist nicht klar, wie viele Personen von diesen einen LBL-FB ausgefüllt haben, d.h. für die Evaluation angeschrieben werden + wie viele davon an der Online-Umfrage teilnehmen. Möglicherweise beziehen sich die Prozentzahlen auf niedrige n-Zahlen.

- ➔ Je geringer die Grundgesamtheit ist, desto höher sind die Effekte, die einzelne Personen haben.
- ➔ Aus letztgenanntem Grund werden Prozente von 7% (äquivalent zu Bewegungsziel 2) festgelegt, die zwar – ausgehend vom erwartbaren Obst- und Gemüsekonsum relativ ambitioniert, doch aufgrund der erwartbar niedrigen n-Zahlen evtl. noch erreichbar erscheinen.

Ziele Tabakkonsum

Ziel 1 Tabakkonsum

Mindestens 90% der Teilnehmenden an einem LBL-Angebot zur Tabakentwöhnung (Allen-Carr-Kurs) sind mindestens **wenige Tage** abstinent geblieben.

- ➔ Prozentzahlen Studien zur Wirksamkeit von Allen Carr Kursen entnommen (marketmind o.J.).

Ziel 2 Tabakkonsum

Mindestens 60% der Teilnehmenden an einem LBL-Angebot zur Tabakentwöhnung (Allen-Carr-Kurs) sind mindestens **6 Monate** abstinent geblieben.

- ➔ Prozentzahlen Studien zur Wirksamkeit von Allen Carr Kursen entnommen (marketmind o.J.).

Literaturquellen

Baker P.R.A., Francis D.P., Soares J., Weightman A.L. & Foster C. (2011). Community wide interventions for increasing physical activity (Review). Cochrane Library, 4, reprint, 1-127.

Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2014). Gesundheitsinitiative Gesund. Leben. Bayern. Online verfügbar unter: http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/praevention/bayerisches_praeventionsprogramm/gesund_leben_bayern.htm (02.06.2015).

Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (o.J.). Projekt: "Robuste Kids - Mehr Aktivität und bessere Ernährung für Schulkinder". Online verfügbar unter: http://www.stmgp.bayern.de/aufklaerung_vorbeugung/giba/gewicht/robuste_kids.htm (02.06.2015).

Bödeker W. (2012). Wirkungen und Wirkungsnachweis bei komplexen Interventionen. In Robert Koch-Institut & Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes (33-42). Berlin: Robert Koch-Institut.

Brosius H.B., Hass, A. & Koschel, F. (2012). Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung. Heidelberg: Verlag für Sozialwissenschaften.

Brown W.J., Mummery K., Eakin E. & Schofield G. (2006). 10,000 Steps Rockhampton: Evaluation of a whole community approach to improving population levels of physical activity. *Journal of Physical Activity and Health*, 1, 1-14.

Csillag H., Feuerstein A., Herbst A. & Moshhammer H. (2005). Langzeiterfolg betrieblicher Nichtraucher-Seminare. *Sichere Arbeit*, 6, 28-34.

DeGEval – Deutsche Gesellschaft für Evaluation (2014). Standards. Standards für Evaluation. Online verfügbar: <http://www.degeval.de/degeval-standards/standards/> (02.06.2015).

Forschungsverbund DHP (Hrsg.) (1998). Die deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Design und Ergebnisse. Bern: Huber.

Hutter H.P., Mooshammer H. & Neuberger M. (2006). Smoking cessation at the workplace. 1 year success of short seminars. *International Archives of Occupational Environmental Health*, 79, 42-48.

In Form (o.J.a). Umsetzung des nationalen Aktionsplans. Online verfügbar unter: <https://www.in-form.de/profiportal/in-form-initiative/allgemeines/umsetzung.html?ansicht=hzeitfzhmnm> (02.06.2015).

In form (o.J.b). BIG – Bewegung als Investition in Gesundheit. Online verfügbar unter: <https://www.in-form.de/profiportal/in-form-erleben/projekte/projektdatenbank/projekte/big-projekt.html> (02.06.2015).

In form (o.J.c) Evaluation. Hinweise zur wissenschaftlichen Begleitung und Bewertung des Programms. Online verfügbar unter: <http://www.5amtag-schulfrucht.de/index.php?id=160> (02.06.2015).

Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften (o.J.).

Bewegungsprojekte. Online verfügbar unter:

<http://www.beos.uni-bayreuth.de/de/bewegung/projekte/index.html> (02.06.2015).

Jiang B., Wang W. & Wu S. (2008). The effects of community intervention measures on prevention and control of hypertension. *Chinese Journal of Prevention and Control of Chronic Non-communicable Disease*, 16(6), 254-7.

Krug S., Jordan S., Mensink G.B.M., Müters S., Finger J.D. & Lampert T. (2013). Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 765-771.

Landesvereinigung für Gesundheit, Sachsen-Anhalt e.V. (o.J.). Aktionsbündnis. Online verfügbar unter: <http://www.lvg-lsa.de/o.red.c/lvgform-bbgbewegt1.php> (02.06.2015).

Lernende Region – Netzwerk Köln (Hrsg.) (2012). Aktionsbündnisse für gesunde Lebensstile und Lebenswelten. Köln: Lernende Region – Netzwerk Köln.

Lupton B.S., Fonnebo V., Wilsegaard T. & Sogaard A.J. (2003). The Finnmark Intervention Study: Does community intervention work? Trends in CVD risk factors in Arctic Norway. *Norsk Epidemiologi*, 13(1), 65-72.

marketmind (o.J.). Endbericht nach 12 Monaten Projekt: Evaluation der Allen Carr's Easyway Methode. Studie zur Effizienzmessung der Allen Carr's Easyway Methode und zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Nicht-Rauchern.

Mensink G.B.M., Truthmann J., Rabenberg M., Heidemann C., Haftenberger M., Schienkiewitz A. & Richter A. (2013). Obst- und Gemüsekonsum in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 779-785.

Reisig, V. (2012). Evaluation der Gesundheitsinitiative Gesund. Leben. Bayern. In Robert Koch-Institut & Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (119-126). Berlin: Robert Koch-Institut.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (o.J.). Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Online verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/HKK/HKK_node.html (02.06.2015).

Rütten, A. & Abu-Omar, K. (2004). Bevölkerungsbezogene Förderung körperlicher Aktivität aus Sicht einer Evidenzbasierung The promotion of physical activity in populations from an evidence-based perspective. Jahrgang 55, *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, Nr. 7/8, 183-187.

Stadt Essen (o.J.a). Alter und Gesundheit. Online verfügbar unter:

https://www.essen.de/rathaus/aemter/ordner_53/gesundheitskonferenz/GK_Alter_und_Gesundheit_Neu.de.html (02.06.2015).

Stadt Essen (o.J.b). Projekt Nichtrauchen! Online verfügbar unter:
https://www.essen.de/rathaus/aemter/ordner_53/gesundheitskonferenz/Projekt_Nichtrauchen_Neu.de.html (02.06.2015).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014a). Schaumburg. Bevölkerung im regionalen Vergleich nach höchstem Schulabschluss. Online verfügbar unter:
https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:03257,BEG_4_4_6,SCHULABS-2,table (02.06.2015).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014b). Nienburg (Weser). Bevölkerung im regionalen Vergleich nach höchstem Schulabschluss. Online verfügbar unter:
https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:03256,BEG_4_4_6,m,table (02.06.2015).

Khaw K.-T., Wareham N., Bingham S., Welch A., Luben R. & Day N. (2008). Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. PLOS Medicine, 5 (1), 1-9.

questback (2014) Enterprise Feedback Suite EFS Survey. Version 10.4/1.0. Köln: questback.

Statistisches Bundesamt (2015). Todesursachen. Online verfügbar unter:
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen.html> (02.06.2015).

Trojan, A. & Süß, W. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In H. Hurrelmann, Klotz T. & J. Haisch (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 345-355, Berlin: Hans Huber.

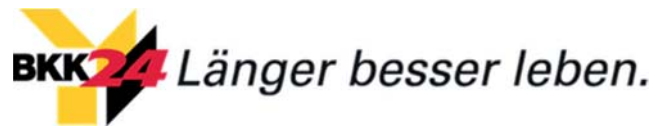
Varnaccia G., Rommel A. & Saß A.-C. (2014). Das Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland Ergebnisse der Befragung „Gesundheit in Deutschland aktuell“ 2010. Bundesgesundheitsblatt, 57, 604-612.

5 am Tag e.V. (2015). Was ist 5 am Tag. Wer wir sind und für was wir stehen? Online verfügbar unter: <http://www.5amtag.de/wissen/was-ist-5-am-tag/> (02.06.2015).

Wissenschaftliche Evaluation der Gesundheitsinitiative
Ergebnisse einer Online-Befragung - Fragenblock:
Gesundheitsprobleme und „Länger besser leben.“

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Universität Bremen
Zentrum für Sozialpolitik





Wissenschaftliche Evaluation der Gesundheitsinitiative

Ergebnisse einer Online-Befragung

Fragenblock:

Gesundheitsprobleme und „Länger besser leben.“

April 2015

Prof. Dr. Gerd Glaeske

Co-Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie,
Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Inhalt

1. Zusammenfassung	2
2. Evaluationsziel.....	3
3. Datenerhebung.....	3
4. Ergebnisse der Datenauswertung (Frage 45 - 56)	4
5. Anhang: Aus der qualitativen Auswertung ausgeschlossene Antworten.....	18

1. Zusammenfassung

Die Antworten der an „Länger-besser-leben.“-Beteiligten zu den Gesundheitsfragen sind vor allem als Hinweise zu bewerten, die aus vielerlei methodischen Gründen nicht im Sinne einer Kausalität interpretiert werden dürfen – dazu ist die Anzahl der Antwortenden zu unterschiedlich und oft auch zu gering. Was aber am wichtigsten gegen eine Auswertung im Sinne der Kausalität spricht, ist die Tatsache, dass sich die Antworten nicht durch vorhandene Daten objektivieren lassen, dazu wären personenbezogene prospektiv erhobene Ergebnisse erforderlich. Trotz dieser relevanten Einschränkungen lassen die Antworten allerdings die Interpretation zu, dass im Zusammenhang mit „Länger besser leben.“ von den Beteiligten, die geantwortet haben, Veränderungen angegeben wurden, die durchaus positiv zu bewerten sind: Der Bluthochdruck, das Übergewicht und die Cholesterinwerte wurden verringert, bei vielen konnte auch der vorher notwendige Arzneimittelkonsum in Absprache mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten reduziert werden. Auffällig war allerdings, dass sich nur wenige Menschen mit Diabetes an der LBL-Befragung interessiert gezeigt haben. Dies könnte darauf hindeuten, dass sich Menschen mit Diabetes-Typ-2 durch „Länger besser leben.“ und die im Mittelpunkt stehenden Ziele der Verringerung von Hypertonie, der Senkung von Cholesterinwerten und der Reduzierung von Übergewicht durch die Umstellung der Ernährung und die Erhöhung der körperlichen Bewegung noch nicht ausreichend angesprochen fühlen. Hier sollten zielgerichtete Angebote für Menschen mit Diabetes-Typ-2 eine Teilnahmebereitschaft erhöhen – diese Gruppe könnte nämlich insbesondere von den Zielen von „Länger besser leben.“ profitieren.

Insgesamt zeigt sich aber in unterschiedlichen Antworten, wenn auch auf zahlenmäßig geringem Niveau, dass sich die Aufmerksamkeit für gesundheitliche Probleme durch „Länger besser leben.“ erhöht hat und dass solche Programme eine gute Möglichkeit zu sein scheinen, das Verständnis für Gesundheitsinformationen und die Umsetzung im Alltag zu verbessern. Insofern können solche Programme durchaus als Katalysator für eine wachsende Gesundheitskompetenz angesehen werden.

2. Evaluationsziel

Ziel des Fragenblocks war, Erkenntnisse darüber zu erlangen, ob „Länger besser leben.“ einen Einfluss auf ausgewählte Gesundheitsprobleme hatte bzw. den Arzneimittelkonsum und Arztbesuche beeinflusst hat. Dieses Evaluationsziel ist als Überprüfung der Ergebnisqualität zu verorten:

EVALUATIONSDIMENSION	UNTERDIMENSIONEN
Ergebnisqualität	Einfluss auf spezifische Gesundheitsprobleme Arzneimittelkonsum Arztbesuche

3. Datenerhebung

Die Erhebung der Daten erfolgte im Zuge der Online-Befragung zu „Länger besser leben.“. Alle methodischen Details sind dem vorangestellten Ergebnisbericht der Online-Befragung zu entnehmen.

Der Frageblock „Gesundheitsprobleme und „Länger besser leben.““ wurde mit einer geschachtelten Filterlogik umgesetzt. Vorab erhob eine Frage (Frage 45) die Existenz spezifischer Gesundheitsprobleme. Je nach Antwort wurden den Teilnehmenden nur die Fragen eingeblendet, welche weitere Details zu Gesundheitsproblemen erfragten. Diese Filterführung erklärt, warum die einzelnen Fragen in dieser Auswertung zum Teil recht geringe absolute Zahlen aufweisen. Fragen nach Arzneimittelkonsum und Arztbesuchen wurden wiederum an alle gerichtet.

Die Filterführung bzgl. der hier ausgewerteten Fragenblocks ist nachfolgend dargestellt.

		Fragen, die alle gestellt bekommen:	
		(...)	
		45 (Gesundheitsprobleme, je nach Antwort Frage 46, 48, 50, 52 einblenden)	
*Gesundheitsprobleme			*keine Gesundheitsprobleme
	46 (RR)		
*deutlich/ein wenig	*nein/wn/kA		
47 (RR – Medikamente)			
	48 (Cholesterin)		
*deutlich/ein wenig	*nein/wn/kA		
49 (Cholesterin – Medikamente)			
	50 (Diabetes)		
*deutlich/ein wenig	*nein/wn/kA		

51 (Diabetes – Medikamente)			
	52 (Übergewicht)		
		53 (Arzneimittel)	
	*deutlich/ein wenig		*nein/wn/kA
	54		
		55 (Arztbesuche)	
	*deutlich/ein wenig		*nein/wn/kA
	56		
		(...)	

4. Ergebnisse der Datenauswertung (Frage 45 - 56)

Frage 45

(Diese Frage wurde allen gestellt)

Welche der aufgeführten Gesundheitsproblemen haben/hatten Sie?

Mehrfachnennungen sind möglich.

1/0 () Bluthochdruck

1/0 () erhöhter Cholesterinspiegel

1/0 () Diabetes

1/0 () Übergewicht

1/0 () Ich habe/ hatte keine der genannten Gesundheitsprobleme

Auswertung:

Diese Tabelle bezieht sich auf **251** Personen, die diese Frage gestellt bekommen haben.

	Antworten		Prozent der Fälle
	H	Prozent	
Bluthochdruck	84	25,1%	33,5%
erhöhter Cholesterinspiegel	53	15,9%	21,1%
Diabetes	14	4,2%	5,6%
Übergewicht	82	24,6%	32,7%
Ich habe/hatte keine der genannten Gesundheitsprobleme	101	30,2%	40,2%
Gesamtsumme:	334	100,0%	

Die bei der Gesundheitsinitiative „Länger besser leben.“ vor allem im Mittelpunkt stehenden Gesundheitsprobleme sind Bluthochdruck als Beispiel für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die damit ursächlich im Zusammenhang stehenden Aspekte Übergewicht und zu hohe Cholesterinwerte. Es kann daher nicht erstaunen, dass sich vor allem Menschen mit diesen Problemen angesprochen gefühlt und den Online-Fragebogen an dieser Stelle beantwortet haben. Es sollte aber in der Gesundheitsinitiative noch deutlicher gemacht werden, dass insbesondere auch Menschen mit Diabetes auf ihren Blutdruck, auf ihr Gewicht und auf ihre Ernährung achten sollten, weil durch eine Gewichtsabnahme und durch die Senkung des hohen Blutdrucks das Risiko für Spätfolgen (vor allem Durchblutungsstörungen in den Augen, Nieren und in den Beinen und Füßen mit der Folge von Gefäßschäden) verringert werden kann. Menschen mit Diabetes sollten sich stärker als bisher durch „Länger besser leben.“ angesprochen fühlen.

Frage 46

Hat sich Ihr Bluthochdruck seit der Teilnahme an „Länger besser leben.“ positiv verändert?

(Einfachauswahl)

- 1 () Deutlich
- 2 () Ein wenig
- 3 () Nein
- 88 () Weiß nicht
- 99 () Keine Angabe

Auswertung:

Frage 46: positive Veränderung Bluthochdruck?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Deutlich	14	4,6	16,7	16,7
	Ein wenig	33	10,8	39,3	56,0
	Nein	21	6,9	25,0	81,0
	Weiß nicht	10	3,3	11,9	92,9
	Keine Angabe	6	2,0	7,1	100,0
	Gesamtsumme	84	27,5	100,0	
Fehlend	-77	221	72,5		
Gesamtsumme		305	100,0		

Bei den zugegebenermaßen wenigen Antworten zeigt sich der Trend, dass sich im Zusammenhang mit „Länger besser leben.“ der Bluthochdruck positiv verändert hat (56%). Dies kann zumindest als Hinweis darauf gewertet werden, dass die „Botschaften“ der Gesundheitsinitiative in die richtige Richtung weisen und dass Beteiligte ihren Bluthochdruck stärker als vorher beachten und sich bemüht haben, ihren Blutdruck zu normalisieren. Die Aufmerksamkeit für diesen wichtigen Wert, der erhöht zu Risiken wie Herzinfarkt oder Schlaganfall führen kann, lässt sich offenbar bei einigen Beteiligten durch „Länger besser leben.“ steigern.

Eventuelle Limitation der Ergebnisse:

Möglicherweise wurde das Wort „seit“ von einzelnen Personen nicht kausal, sondern zeitlich interpretiert. Diese Verzerrung wurde zumindest zum Teil bei der offenen Frage 54 festgestellt und hat vermutlich Antworten auf die quantitative Frage 53 verzerrt (*siehe Frage 53*). Da Frage 46 ebenso mit einem „seit“ formuliert ist, könnte hier dieselbe Verzerrung gewirkt haben.

Möglicherweise stellen sich die vorliegenden Ergebnisse daher etwas positiver dar, da sie eventuell Antworten inkludieren, die in keinem kausalen sondern in einem zeitlichen Zusammenhang mit „Länger besser leben.“ genannt wurden.

Frage 47

Nehmen Sie nach Absprache mit Ihrem Arzt weniger Arzneimittel gegen Bluthochdruck ein?

(Einfachauswahl)

- 1 Ja
- 2 Nein
- 88 Weiß nicht
- 99 Keine Angabe

Auswertung:

Frage 47: weniger Arzneimittel gegen Bluthochdruck?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Ja	26	8,5	55,3	55,3
	Nein	21	6,9	44,7	100,0
	Gesamtsumme	47	15,4	100,0	
Fehlend	-77	258	84,6		
Gesamtsumme		305	100,0		

Die Antworten auf die Frage 47 stehen in enger Beziehung zu den Antworten der Frage 46. Auch wenn kausale Zuordnungen auf Grund der Befragungsmethodik nicht möglich sind, scheint doch die stärkere Berücksichtigung von Ernährungs- und Bewegungshinweisen durch „Länger besser leben.“ die Chance zu bieten, dass auch Arzneimittel zur Behandlung des hohen Bluthochdrucks eingespart werden können. Wenn weniger Arzneimittel zur Senkung des hohen Blutdrucks eingenommen werden, könnte dies zumindest darauf hindeuten, dass auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte eine Weiterverordnung von vorher verordneten Antihypertensiva ausgesetzt haben. Wenn sich ein solcher Befund durch objektive Daten bestätigen ließe (z.B. zukünftige genaue prospektive Dokumentation der eingenommenen Arzneimittel zur Behandlung des zu hohen Blutdrucks und der Blutdruckwerte), wäre dies ein wichtiger Beleg für die Wirksamkeit eines Präventionskonzeptes wie „Länger besser leben.“.

Frage 48

Hat sich Ihr zu hoher Cholesterinspiegel seit der Teilnahme an "Länger besser leben." positiv verändert?

(Einfachauswahl)

- 1 Deutlich
- 2 Ein wenig
- 3 Nein
- 88 Weiß nicht
- 99 Keine Angabe

Auswertung:

Frage 48: positive Veränderung Cholesterinspiegel?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Deutlich	10	3,3	18,9	18,9
	Ein wenig	17	5,6	32,1	50,9
	Nein	15	4,9	28,3	79,2
	Weiß nicht	9	3	17	96,2
	Keine Angabe	2	0,7	3,8	100
	Gesamtsumme	53	17,4	100	
Fehlend	-77	252	82,6		
Gesamtsumme		305	100		

Von den Befragten hat die Hälfte (51%) angegeben, dass sich ihr Cholesterinspiegel im Zusammenhang mit ihrer Beteiligung an „Länger besser leben.“ positiv verändert hat. Hier gilt die gleiche Interpretation wie bei den Antworten zum Bluthochdruck. Aufgrund der

Antworten kann vermutet werden, dass sich durch „Länger besser leben.“ die Aufmerksamkeit auf diesen Wert erhöht hat und dass in der Gesundheitsinitiative vorgeschlagene Umstellungen in der Ernährung zu einem veränderten Cholesterinwert beigetragen haben. Allerdings: Kausale Zuordnungen zu den Antworten sind auch hier nicht möglich, dazu wären weitergehende Befragungen und Datenauswertungen notwendig.

Eventuelle Limitation der Ergebnisse:

Es gelten dieselben Limitationen wie bei Frage 46 beschrieben.

Frage 49

Nehmen Sie nach Absprache mit Ihrem Arzt weniger Arzneimittel gegen einen zu hohen Cholesterinspiegel ein?

(Einfachauswahl)

- 1 () Ja
- 2 () Nein
- 88 () Weiß nicht
- 99 () Keine Angabe

Auswertung:

Frage 49: weniger Arzneimittel gegen einen zu hohen Cholesterinspiegel?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Ja	13	4,3	48,1	48,1
	Nein	11	3,6	40,7	88,9
	Keine Angabe	3	1,0	11,1	100,0
	Gesamtsumme	27	8,9	100,0	
Fehlend	-77	278	91,1		
Gesamtsumme		305	100,0		

Die Antworten auf die Frage 49 korrespondieren sehr gut mit den Antworten zur Frage 48. Offenbar haben die Hinweise durch „Länger besser leben.“ zur notwendigen, aber auch möglichen Senkung des Cholesterinspiegels dazu geführt, dass nach der Konsultation der behandelnden Ärztinnen oder Ärzte weniger Arzneimittel eingenommen werden mussten. Um diese Entwicklung allerdings zu bestätigen, sind objektive Daten über den Cholesterinwert vorher und nachher sowie dessen Veränderung im Zusammenhang mit einer veränderten Ernährung oder mit mehr Bewegung erforderlich. Dennoch sind die wenigen Antworten durchaus interessant und ermutigend.

Frage 50

Haben sich Ihre Diabetes-Werte seit der Teilnahme an "Länger besser leben." verbessert?

(Einfachauswahl)

- 1 () Deutlich
- 2 () Ein wenig
- 3 () Nein
- 88 () Weiß nicht
- 99 () Keine Angabe

Auswertung:

Frage 50: positive Veränderung Diabetes-Werte?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Deutlich	4	1,3	28,6	28,6
	Ein wenig	5	1,6	35,7	64,3
	Nein	3	1,0	21,4	85,7
	Weiß nicht	2	0,7	14,3	100,0
	Gesamtsumme	14	4,6	100,0	
Fehlend	-77	291	95,4		
Gesamtsumme		305	100,0		

Die wenigen Antworten zum Diabetes sind wenig „belastbar“, dennoch kann festgestellt werden, dass sie zumindest in die „richtige Richtung“ zugunsten von „Länger besser leben.“ zeigen. Es scheint aber dringend erforderlich, Menschen mit Diabetes gezielt anzusprechen, da sie von den „Botschaften“ von „Länger besser leben.“ besonders profitieren könnten. Viele Menschen mit Typ-2-Diabetes sind übergewichtig und leiden unter Bluthochdruck – eine Ernährungsumstellung und die Senkung des zu hohen Blutdrucks auf Normalwerte können die Folgekrankheiten bei Diabetes (Augen- und Nierenschädigung, Durchblutungsstörungen, vor allem in Beinen und Füßen) deutlich verringern und damit die Lebensqualität erhöhen.

Eventuelle Limitation der Ergebnisse:

Es gelten dieselben Limitationen wie bei Frage 46 beschrieben.

Frage 51

Nehmen Sie nach Absprache mit Ihrem Arzt weniger Arzneimittel aufgrund Ihres Diabetes ein?

(Einfachauswahl)

- 1 () Ja
- 2 () Nein
- 88 () Weiß nicht
- 99 () Keine Angabe

Auswertung:

Frage 51: weniger Arzneimittel aufgrund Ihres Diabetes?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Ja	7	2,3	77,8	77,8
	Nein	2	0,7	22,2	100,0
	Gesamtsumme	9	3,0	100,0	
Fehlend	-77	296	97,0		
Gesamtsumme		305	100,0		

Hier gelten die gleichen Vorbehalte wie bei den Antworten auf die Frage 50. Die Anzahl der Antwortenden ist zu gering, um daraus Rückschlüsse bzgl. „Länger besser leben.“ zu ziehen. Interessant ist allerdings, dass der überwiegende Anteil der kleinen Gruppe der Antwortenden, darauf hinweist, dass nach Rücksprache mit ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzte weniger Arzneimittel zur Behandlung des Diabetes eingenommen werden mussten. Es wäre wichtig, diese Angaben durch objektive Daten zu bestätigen, da ein solches Ergebnis als ein Hinweis auf die Wirksamkeit eines Präventionskonzeptes wie „Länger besser leben.“ gelten könnte.

Frage 52

Hat sich Ihr Übergewicht seit der Teilnahme an "Länger besser leben." verringert?

(Einfachauswahl)

- 1 () Deutlich
- 2 () Ein wenig
- 3 () Nein
- 88 () Weiß nicht
- 99 () Keine Angabe

Auswertung:

Frage 52: Verringerung Übergewicht?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Deutlich	18	5,9	22,0	22,0
	Ein wenig	31	10,2	37,8	59,8
	Nein	28	9,2	34,1	93,9
	Weiß nicht	2	0,7	2,4	96,3
	Keine Angabe	3	1,0	3,7	100,0
	Gesamtsumme	82	26,9	100,0	
Fehlend	-77	223	73,1		
Gesamtsumme		305	100,0		

Ca. 60% der Antwortenden geben an, dass sich ihr Übergewicht „deutlich“ bis „ein wenig“ verringert hat. Dies wäre im Zusammenhang mit „Länger besser leben.“ ein ermutigendes Ergebnis, weil die Ernährungs- und Bewegungsberatung das Ziel verfolgt, bei Menschen mit Übergewicht das Gewicht zu verringern, um auch die Risiken für Übergewichts-bedingte Folgen (z.B. Bluthochdruck, zu hohe Cholesterinwerte, Diabetes-Typ-2) zu vermindern. Auch hier fehlen allerdings Hinweise auf einen objektivierbaren kausalen Zusammenhang, der aufgrund weiterer und prospektiv erhobener Daten hergestellt werden müsste.

Eventuelle Limitation der Ergebnisse:

Es gelten dieselben Limitationen wie bei Frage 46 beschrieben.

Frage 53

(Diese Frage wurde allen gestellt)

Hat sich seit Ihrer Teilnahme an "Länger besser leben." Ihr Arzneimittelkonsum, selbst gekauft oder verordnet, verändert?

(Einfachauswahl)

- 1 () Deutlich
- 2 () Ein wenig
- 3 () Nein
- 88 () Weiß nicht
- 99 () Keine Angabe

Auswertung:

Frage 53: Änderung Arzneimittelkonsum selbst gekauft oder verordnet?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Deutlich	10	3,3	4,0	4,0
	Ein wenig	35	11,5	13,8	17,8
	Nein	188	61,6	74,3	92,1
	Weiß nicht	5	1,6	2,0	94,1
	Keine Angabe	15	4,9	5,9	100,0
	Gesamtsumme	253	83,0	100,0	
Fehlend	-77	52	17,0		
Gesamtsumme		305	100,0		

Bei den Fragen 47, 49 und 51 hatte nahezu die Hälfte der Antwortenden eine Änderung des Arzneimittelkonsums bejaht – wurden diese Fragen aber auch nur jenen mit spezifischen Gesundheitsproblemen wie z.B. Hypertonie gestellt.

Bezogen auf alle 253 Befragten antworten bei der vorliegenden Frage 53 nur etwa 18 % in diese Richtung. Dieser Unterschied resultiert vermutlich daraus, dass 1. auch komplett Gesunde ohne nennenswerten Arzneimittelkonsum und 2. der Konsum nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel einbezogen wurde. Zudem könnten hier auch Personen geantwortet haben, die an anderen Erkrankungen leiden, welche zuvor nicht erfragt wurden, aber die ebenso durch „Länger besser leben.“ positiv beeinflusst worden sein könnten – wie z.B. Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems.

Eventuelle Limitation der Ergebnisse:

Einige Antworten der offenen Frage (Frage 54) deuten darauf hin, dass es bei einzelnen Personen möglicherweise zu Missverständnissen bzgl. Frage 53 gekommen ist. Gemeint war mit der Frage 53 „Hat sich seit Ihrer Teilnahme an "Länger besser leben." Ihr Arzneimittelkonsum, selbst gekauft oder verordnet, verändert?" eine **positive Veränderung durch LBL**, also ein **kausaler und positiver Zusammenhang**.

In der Formulierung der Frage fehlt jedoch das Wort „positiv“ und es ist daher nicht auszuschließen, dass sich einzelne Antworten möglicherweise auch auf negative Veränderungen statt nur auf positive beziehen. Zumindest wurden bei Frage 54 (der offenen Konkretisierung von Frage 53) auch vereinzelt konkret negative Änderungen (z.B. „neu Vorhofflimmern“) benannt.

Zudem kann das Wort „seit“ in Frage 53 kausal, aber auch zeitlich interpretiert worden sein. Ein Hinweis darauf ist, dass bei Frage 54 vereinzelt Symptome/Krankheiten angegeben wurden, die rein logisch in keinem kausalen Zusammenhang mit „Länger besser leben.“ stehen können (z.B. „ (...), Fußnagelpilz“ oder „(...), Schlaganfall“). Es ist daher anzunehmen, dass teilweise eher in einem zeitlichen als kausalen Zusammenhang geantwortet wurde.

Die Ergebnisse der quantitativen Frage 53 sind aus diesen zwei Gründen vermutlich positiv verzerrt.

Frage 54

Bei welchen Krankheiten oder Symptomen hat sich Ihr Arzneimittelkonsum verändert?

Auswertung:

11 Nennungen wurden zunächst begründet aus der Auswertung ausgeschlossen (siehe Anhang). Insgesamt flossen die Antworten von 30 Personen in die Auswertung.

Die nachfolgenden Tabellen zeigen die Anzahl an Nennungen pro Clusterbereich an. In einzelnen Fällen wurde mehr als eine Krankheit/Symptom pro Person genannt so dass die Tabellen als eine Art qualitative Mehrfachantwort zu verstehen sind.

Die Tabellen enthalten die originalen Antworten.

Evaluation „Länger besser leben.“ – Befragung der Teilnehmenden (Gesundheitsprobleme)

Bluthochdruck	
Bluthochdruck	1
Bluthochdruck	1
bei Bluthochdruck	1
Bluthochdruck	1
Herzkreislauf	1
Bluthochdruck	1
Bluthochdruck. Nach Rücksprache mit meiner Ärztin nahm ich seit einigen Wochen die sonst täglich verschriebene Ration nur noch alle 2 Tage ein. Gegenwärtig prüfen wir durch 3 tägliche Blutdruck- proben und 1 Woche ohne Medikamente, ob auf Blutdrucksenker evtl. verzichtet werden kann. Zumindest ist eine Reduzierung angedacht.	1
Hoher Blutdruck	1
Bluthochdruck	1
Bluthochdruck	1
Blutdrucksenker abgesetzt	1
Bluthochdruck	1
	12

Schmerzmittel gg Kopf-, Gelenk und Rückenschmerzen	
Schmerzmittel.	1
gelenkbeschwerden	1
Kopfschmerzen	1
Kniegelenkbeschwerden habe ich überhaupt nicht mehr.	1
Weniger Schmerzmittel für meine Knie u. Hüfte	1
Rückenschmerzen	1
Kopfschmerzen	1
Weniger Kopfschmerztabletten.	1
	8

Cholesterinspiegel	
Das erblich zu hohe Cholesterin habe ich durch bewußte Ernährung soweit im Griff, daß ich ohne Medikamente auskomme.	1
Cholesterinwert	1
Colesterin senker sind weg gefallen	1
Cholesterinsenker werden nicht mehr benötigt.	1
Cholesterin	1
Cholestrin senker	1
Cholesterin	1
	7

Erkältung/Grippe	
seltener Antuibiotika und weniger Erkältungsmedikamente durch gesundheitsbewußteres Verhalten, regelmäßige Saunabesuche	1
nehme weniger Mittel gegen Erkältung ein	1
Erkältung	1
Erkältung, grippaler Effekt ist nicht mehr so stark ausgeprägt.	1
	4

Sonstiges	
Unruhe	1
Magenschmerzen	1
	2

Zu diesen Antworten lassen sich keine allgemeingültigen Interpretationen formulieren, die Anzahl der Antwortenden ist zu klein, die z.T. angegebenen Begründungen sind zu unterschiedlich. Einige Antworten weisen jedoch darauf hin, dass ein gestiegenes Gesundheitsbewusstsein auch dazu führt, auf Arzneimittel verzichten zu können.

8 Personen haben zudem geantwortet, dass ihr Schmerzmittelkonsum zurückgegangen sei. Dies ist eine erfreuliche Entwicklung – möglicherweise hat dies damit zu tun, dass bei ihnen die körperliche Aktivität zugenommen und damit gleichzeitig der Schmerzmittelkonsum abgenommen hat.

Frage 55

(Diese Frage wurde allen gestellt)

Hat sich seit Ihrer Teilnahme an "Länger besser leben." die Häufigkeit Ihrer Arztbesuche verringert?

(Einfachauswahl)

- 1 Deutlich
- 2 Ein wenig
- 3 Nein
- 88 Weiß nicht
- 99 Keine Angabe

Auswertung:

Frage 55: Arztbesuche					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Deutlich	7	2,3	2,8	2,8
	Ein wenig	32	10,5	12,6	15,4
	Nein	185	60,7	73,1	88,5
	Weiß nicht	11	3,6	4,3	92,9
	Keine Angabe	18	5,9	7,1	100,0
	Gesamtsumme	253	83,0	100,0	
Fehlend	-77	52	17,0		
Gesamtsumme		305	100,0		

Insgesamt geben etwa 15% der Antwortenden an, dass sich die Zahl ihrer Arztbesuche verringert hat, bei der großen Mehrheit der Antwortenden hat sich keine Veränderung ergeben. Im Zusammenhang mit „Länger besser leben.“ muss dies nicht negativ bewertet werden, weil die ärztliche Begleitung bei vielen durch Prävention beeinflussbaren Erkrankungen weiterhin notwendig ist, um den jeweiligen Status von Hypertonie, Hypercholesterinämie, Übergewicht oder Diabetes kontrollieren zu können. Dass im Zusammenhang mit „Länger besser leben.“ dennoch 1/7 der Antwortenden seltener eine Arztpraxis aufsucht, kann aber auch auf die Verbesserung der Gesundheitswissens hindeuten – nicht jedes Symptom muss einer Ärztin oder einem Arzt vorgestellt werden.

Eventuelle Limitation der Ergebnisse:

Es gelten dieselben Limitationen wie bei Frage 46 beschrieben.

Frage 56

Bei welchen Krankheiten oder Symptomen hat sich die Häufigkeit Ihrer Arztbesuche verringert?

Auswertung:

5 Nennungen wurden zunächst begründet aus der Auswertung ausgeschlossen (siehe Anhang). Insgesamt flossen die Antworten von 28 Personen in die Auswertung.

Die nachfolgenden Tabellen zeigen die Anzahl an Nennungen pro Clusterbereich an. In einzelnen Fällen wurde mehr als eine Krankheit/Symptom pro Person genannt so dass die Tabellen als eine Art qualitative Mehrfachantwort zu verstehen sind. Die Tabellen enthalten die originalen Antworten.

Kopf-, Gelenk und Rückenschmerzen	
Rückenschmerzen, Gelenkproblemen	1
Gelenkbeschwerden	1
Gelenkbeschwerden	1
Kniegelenkbeschwerden	1
Schmerzen in Knie u. Hüfte	1
Migräne, Rückenschmerzen	1
Rückenschmerzen	1
S hmerzen in Gelenken etc.	1
wirbelsäule	1
Rückenbeschwerden	1
Rückenschmerzen	1
durch die Bewegung und Teilnahme in verschiedenen Sportvereinen mehrmals wchtl. habe ich den Arzt wg. meiner Rückenprobleme weniger konsultiert	1
	12

Erkältung/Grippe/Mittelohrprobleme	
Erkältungskrankheiten	1
bin nicht mehr erkältet durch regelmäßige Saunabesuche	1
Erkältungskrankheiten habe ich kaum noch.	1
Erkältungen	1
Erkältungen.	1
Mittelohr	1
Erkältung	1
Erkältung, grippaler Effekt	1
Grippe und Erkältung	1
	9

Bluthochdruck	
Bluthochdruck	1
Bluthochdruck	1
Bluthochdruck	1
Hypertonie	1
Bluthochdruck	1
Blutdruck	1
Bluthochdruck	1
	7

Cholesterinspiegel	
Cholesterinwerte werden 1x jährl. überprüft	1
Colesterin	1
Cholesterintest nur noch einmal jährlich.	1
Cholesterinspiegel ist jetzt okay	1
	4

Sonstiges	
ich gehe nur zur Vorsorgeuntersuchungen oder bei Prostataerkrankung.	1

Es zeigt sich, dass ein großer Anteil der vermiedenen Arztbesuche auf Bagatellerkrankungen wie grippale Infekte entfällt. Wenn dies als ein Ergebnis von „Länger besser leben.“ gewertet werden könnte, wäre dies durchaus positiv, weil solche grippalen Infekte auch ohne ärztliches Zutun nach etwa 7 Tage vergehen und verordnete Arzneimittel schon gar nicht erforderlich sind. Wenn also „Länger besser leben.“ die Gesundheitskompetenz der Beteiligten und die Selbstbehandlungsmöglichkeiten fördern würde, wäre dies ein ermutigendes Ergebnis einer Gesundheitsinitiative, die insgesamt das Verständnis und das Wissen der Beteiligten verbessern will.

5. Anhang: Aus der qualitativen Auswertung ausgeschlossene Antworten

Ausgeschlossene Antworten Frage 54

Frage 54

Bei welchen Krankheiten oder Symptomen hat sich Ihr Arzneimittelkonsum verändert?

v54_Med_KH_Text	Begründung für Ausschluss
nehme weniger Medikamente	nicht auswertbar
neu Vorhofflimmern	Missverständnis: Antwort deutet nur auf zeitl. Zusammenhang mit LBL hin + beschreibt eine negative Veränderung
Bluthochdruck, Schlaganfall	Missverständnis: Antwortet deutet auf zeitl. Zusammenhang und keinen kausalen hin. Denn Person beschreibt mit Schlaganfall etwas worauf LBL keinen Einfluss genommen haben kann.
nach Herzinfarkt, der Teilnahme am DMP-Programm und der Einnahme von einigen Medikamenten geht es mir deutlich besser.	Missverständnis: Antwort deutet auf keinen kausalen Zusammenhang mit LBL, sondern durch DMP hin. Person hat nicht zwischen LBL und BKK24 unterschieden.
Für mein Herz muss ich Tabletten jeden Tag nehmen.	Missverständnis: Klingt eher nach Feststellung als nach kausalen Veränderungen.
Krebskranke	Missverständnis: Die Antwort deutet auf zeitlichen und nicht kausalen Zusammenhang hin – denn eine Krebskrankheit kann wohl kaum durch LBL beeinflusst worden sein.
Benutze nur noch pflanzliche Medikamente , bzw, Homöopathische Kügelchen, bei Problemen am Bewegungsapparat gehe ich nur noch zum Osteopathen	Missverständnis: Die genannten Effekte sind wohl nicht auf LBL zurückzuführen und vermutlich wurde eher zeitlicher als kausaler Zusammenhang verstanden.
Kopfschmerz, Fußnagelpilz	Missverständnis: Fußpilz steht in keinem kausalen Zusammenhang zu LBL. Hier wurde vermutlich eher im zeitlichen Zusammenhang gedacht. Daher wurde vermutlich auch der Kopfschmerz in zeitlichem und keinem kausalen Zusammenhang gesehen.
Ich nehme dauerhaft keine Arzneimittel	unplausible Antwort – denn auf Frage 53 wurde mit "ein wenig" (2) geantwortet
durch Herzinfarkt und drei Herzstents muss ich die Medikamente nehmen.	Missverständnis: Die Antwort deutet auf keinen Zusammenhang mit LBL hin, sondern klingt wie eine Feststellung.
diabethe mell. und diversen herzproblemen, wie hr-störungen vhfimmern und flattern usw.	Missverständnis: Die Antwort mit den Herzproblemen deutet eher darauf hin, dass die Person eine neg. Änderung beschreibt bzw. kein kausaler Zusammenhang zu LBL besteht.

Ausgeschlossene Antworten Frage 56

Frage 56:

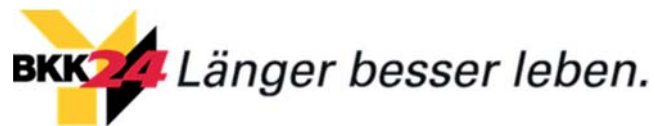
Bei welchen Krankheiten oder Symptomen hat sich die Häufigkeit Ihrer Arztbesuche verringert?

v56_Arztb_KH_Text	Begründung für Ausschluss
Onkologie Blutkrankheit	Missverständnis: kein kausaler Zusammenhang bzgl. dieser Krankheiten und LBL
keine Angabe	nicht auswertbar
Bin kaum beim Arzt ,	nicht auswertbar
Bei einem Gespräch eines Mitarbeiters der BKK 24 hat dieser in einem Nebensatz gesagt, - das Leben ist letztendlich endlich - das hat mich irgendwie sehr angesprochen und seitdem gehe ich erst zum Arzt, wenn ich wirklich das Gefühl habe , allein nicht zurechtzukommen , früher bin ich bei jedem Zipperlein gegangen - so wie ich es jetzt mache, fühle ich mich viel wohler.	Missverständnis: Effekt eher nicht durch LBL sondern durch BK24 an sich.
statt zum arzt gehe ich zum heilpraktiker	Missverständnis: hierauf kann LBL nicht gewirkt haben.

Ergebnisse aus Marktforschungsperspektive I
LBL-Aktionen in Obernkirchen und Nienburg
Effekte und Perspektiven im Zeitverlauf
Empirische Zeitreihenanalysen 2012 - 2014

Gabriele Dostal
dostal & partner
management-beratung gmbh





Ergebnisse aus Marktforschungsperspektive I

LBL-Aktionen in Obernkirchen und Nienburg Effekte und Perspektiven im Zeitverlauf Empirische Zeitreihenanalysen 2012 - 2014

1. September 2014

dostal & partner management-beratung gmbh

Bahnhofstraße 5, 84137 Vilsbiburg

Tel. +49(0)8741-967890

info@dostal-partner.de

Inhalt

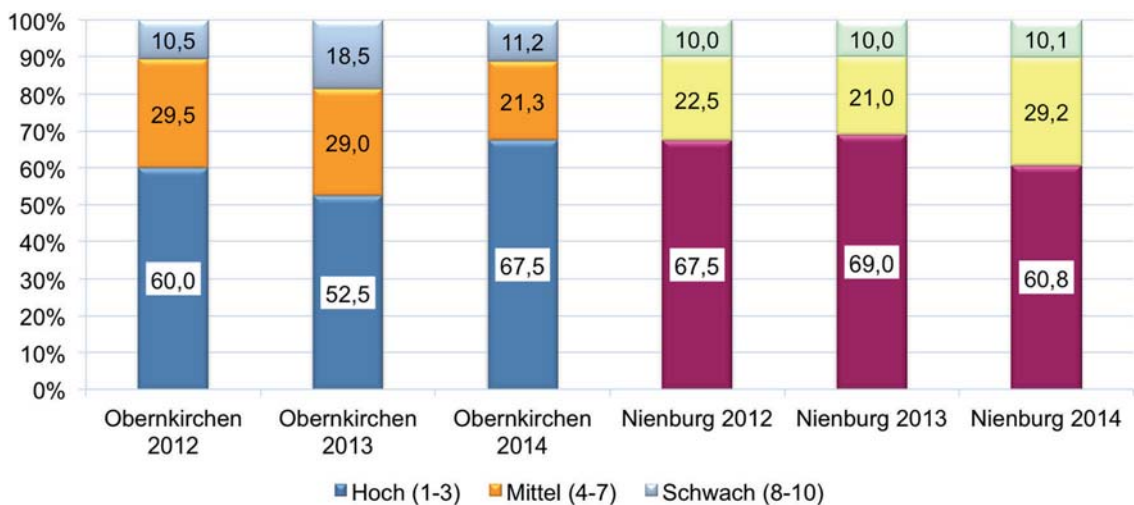
1. Befragungskonzept 2012 - 2014
2. Gesundheitsvorsorge
3. Bekanntheit und Akzeptanz des LBL-Programms
4. Informationsquellen und -inhalte
5. Bekanntheit und Teilnahme an Aktionen
6. Effekte von „Länger besser leben.“
7. Resumée und Empfehlung für die BKK24

1. Befragungskonzept 2012 - 2014

- Telefonische Zeitreihenbefragung in den Vorwahl-Bezirken 05724 und 05021
- Stichprobe
 - Repräsentative Befragung ab 25 Jahre (Alter / Geschlecht), 2014 wurde aufgrund der Vorjahresergebnisse die Altersgruppe auf „ab 16 Jahre“ ausgedehnt.
 - Netto-Stichprobe jeweils n = 200
 - Zufallsstichprobe nach Gabler / Häder-Verfahren
- Befragungszeiträume
 - Obernkirchen: 2012, 2013 und 2014 jeweils Mitte Juni bis Mitte / Ende Juli
 - Nienburg: August 2012 (Nullmessung), 2013 und 2014 Ende Juni bis Mitte / Ende Juli

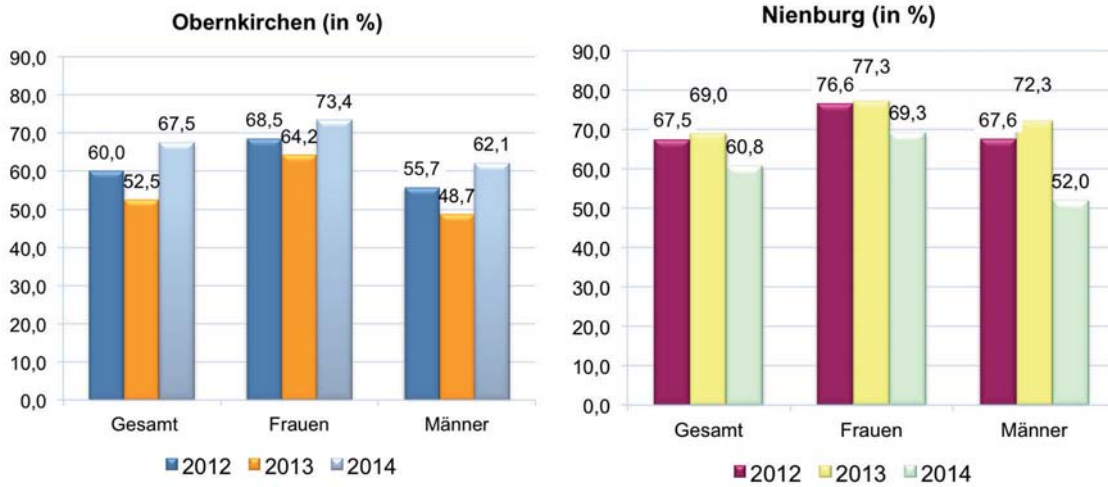
2. Gesundheitsvorsorge

Gesundheitsvorsorge – Interesse gesamt



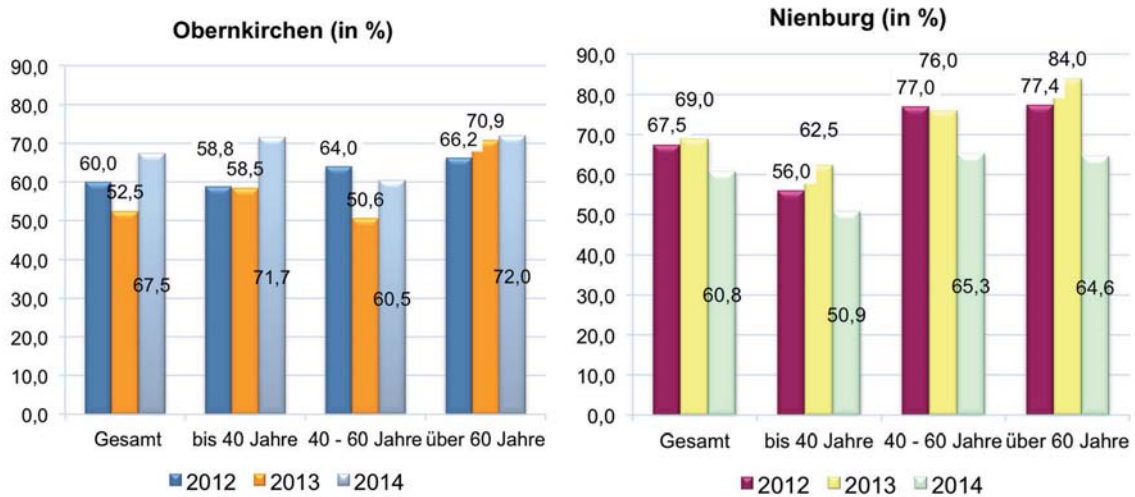
Frage 1: Wie hoch ist generell Ihr Interesse am Thema Gesundheitsvorsorge?
Bitte stufen Sie Ihr Interesse auf einer 10er-Skala ab, 1 = sehr hohes Interesse, 10 = kein Interesse.

Gesundheitsvorsorge – Hohes Interesse (1-3) nach Geschlecht



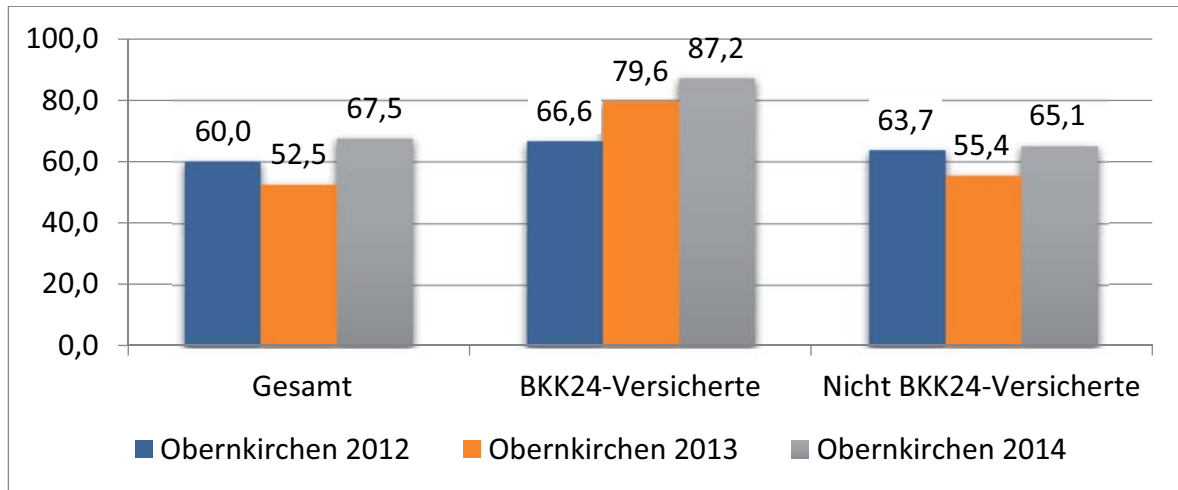
Frage 1: Wie hoch ist generell Ihr Interesse am Thema Gesundheitsvorsorge?
Bitte stufen Sie Ihr Interesse auf einer 10er-Skala ab, 1 = sehr hohes Interesse, 10 = kein Interesse.

Gesundheitsvorsorge – Hohes Interesse (1-3) nach Altersgruppen



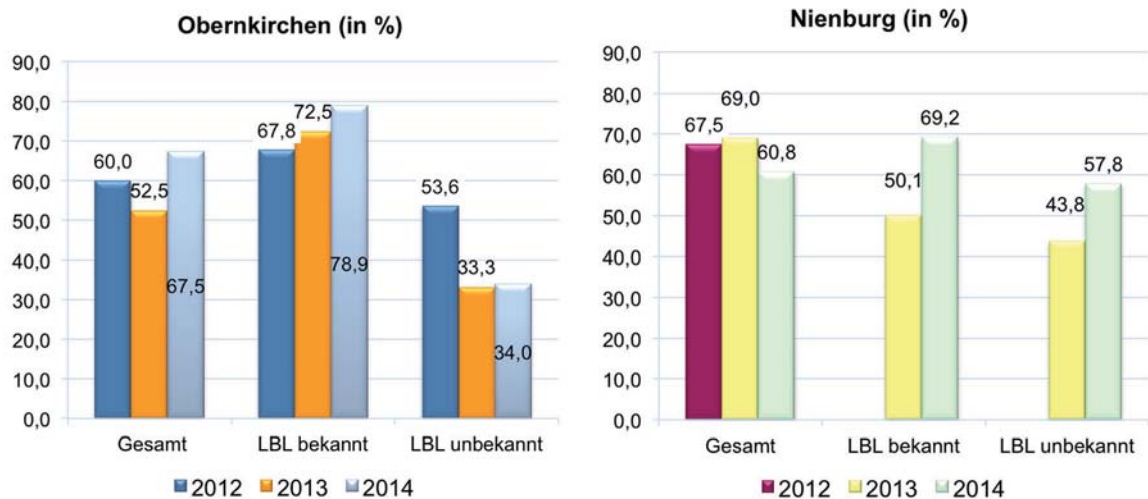
Frage 1: Wie hoch ist generell Ihr Interesse am Thema Gesundheitsvorsorge?
Bitte stufen Sie Ihr Interesse auf einer 10er-Skala ab, 1 = sehr hohes Interesse, 10 = kein Interesse.

Gesundheitsvorsorge – Hohes Interesse (1-3) nach BKK24-Zugehörigkeit (in %)



Frage 1: Wie hoch ist generell Ihr Interesse am Thema Gesundheitsvorsorge?
 Bitte stufen Sie Ihr Interesse auf einer 10er-Skala ab, 1 = sehr hohes Interesse, 10 = kein Interesse.
 Anmerkung: Auswertung ausschließlich für Obernkirchen, da Fallzahlen von BKK24-Versicherten in Nienburg nicht aussagekräftig.

Gesundheitsvorsorge – Hohes Interesse (1-3) nach LBL-Bekanntheit



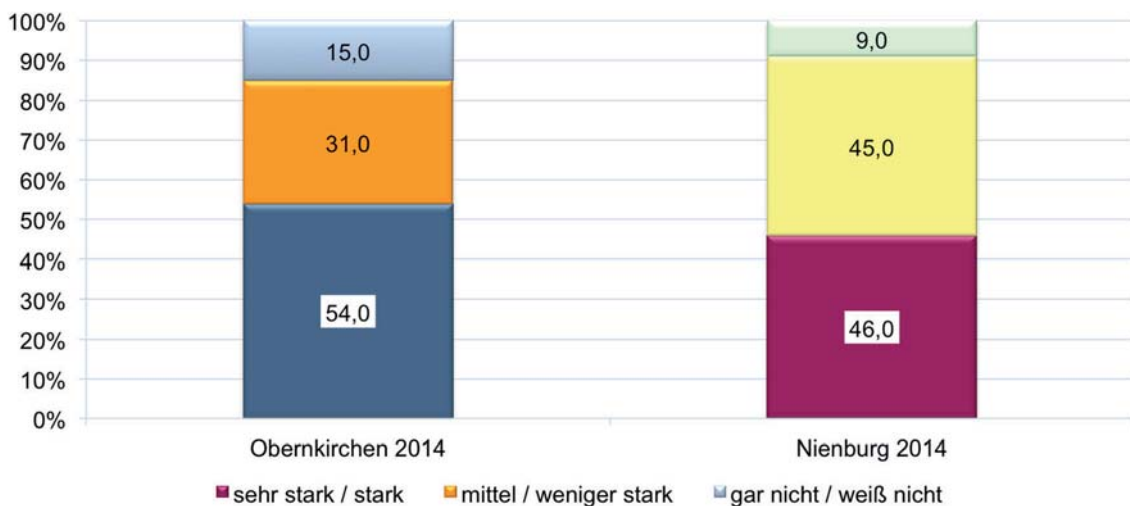
Frage 1: Wie hoch ist generell Ihr Interesse am Thema Gesundheitsvorsorge? (Hinweis: LBL-Bekanntheit in Nienburg 2012 noch nicht abfragbar)
 Bitte stufen Sie Ihr Interesse auf einer 10er-Skala ab, 1 = sehr hohes Interesse, 10 = kein Interesse.

Gesundheitsvorsorge – Definition

- Die Definition von Gesundheitsvorsorge unterscheidet sich zwischen Obernkirchen und Nienburg in einigen Merkmalen nennenswert bzw. leicht:
 - Nienburger setzen mit 60,0 Prozent Gesundheitsvorsorge mit regelmäßigen Arzt- / Zahnarztbesuchen gleich, Obernkirchner sehen dies nur noch mit 28,5 Prozent so.
 - Obernkirchner können / wollen hier zu 25,0 Prozent keine Angaben machen, in Nienburg sind dies lediglich 3,0 Prozent.
 - Nienburger sehen mit 29,0 Prozent die richtige Ernährung leicht öfter als Obernkirchner (21,5 Prozent) als Bestandteil von Gesundheitsvorsorge.
 - Obernkirchner nennen dagegen mit 17,0 Prozent „gesund leben“ leicht öfter als Nienburger mit 11,5 Prozent.
- Erfreulich ist, dass beide Zielregionen die positive Wirkung von Sport und Bewegung auf die Gesundheit mit 28,5 Prozent (Obernkirchen) und 28,0 Prozent (Nienburg) gleichermaßen sehen.

Frage 2: Was verstehen Sie konkret unter Gesundheitsvorsorge?

Gesundheitsvorsorge – Interesse an eigener Gesundheit



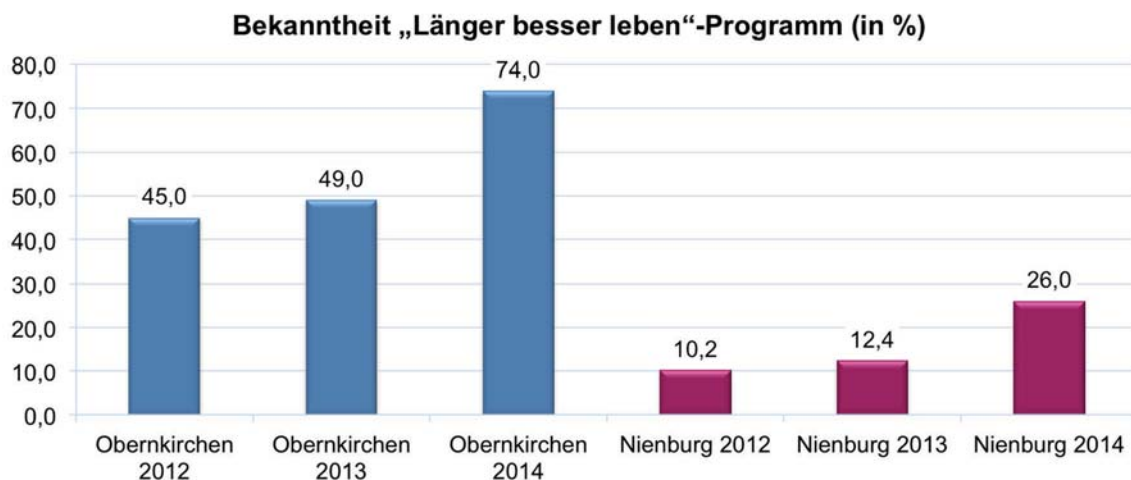
Frage 3: Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit? (geschlossene Frage)

Gesundheitsvorsorge – Fazit VIII – VIII

- Das generelle Interesse am Thema Gesundheitsvorsorge ist – mit leichten Schwankungen – in beiden Zielbereichen vergleichbar hoch.
- Frauen sind über drei Jahre hinweg jeweils vorsorgeaffiner als Männer.
- Während in Obernkirchen die Altersgruppe über 60 Jahre vorsorgeaffiner ist als die beiden jüngeren Altersgruppen, sind in Nienburg die 40 – 60Jährigen fast ebenso vorsorgeaffin wie die höhere Altersgruppe.
- Versicherte der BKK24 sind nachhaltig vorsorgeaffiner als Nicht-Versicherte der BKK24.
- In Obernkirchen besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Bekanntheit des „Länger besser leben.“-Programms und dem Interesse an Gesundheitsvorsorge (oder umgekehrt).
- Die in offener Abfrage abgefragten Inhalte von Gesundheitsvorsorge zeigen in Nienburg die, in den Startjahren der LBL- Aktion auch in Obernkirchen zu erkennende Arzt- und Vorsorgeuntersuchungs-lastigkeit.
- Die recht hohe Anzahl von 25 Prozent keine Angaben zeigt jedoch, dass damit in Obernkirchen für den Verbraucher die Komplexität des Begriffs und daraus die Schwierigkeit zur konkreten Benennung zugenommen hat. Auch wenn hier das Bewusstsein von „gesund leben“ mit 17 Prozent nennenswert höher ausgeprägt ist als in Nienburg (11,5 Prozent).
- Erfreulich ist das in beiden Regionen gleichermaßen verbreitete Bewusstsein (28,5 und 28,0 Prozent) für die positive Wirkung von Sport und Bewegung.

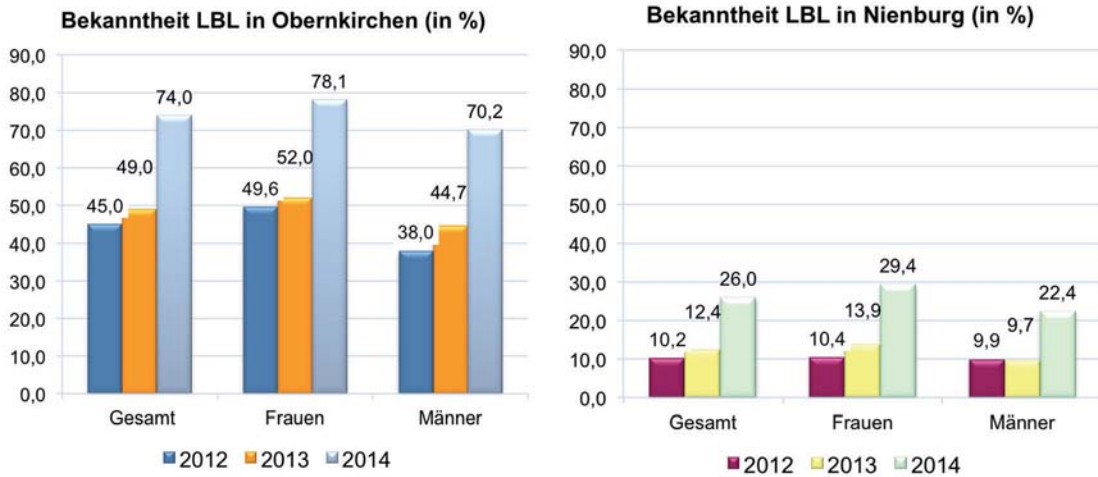
3. Bekanntheit und Akzeptanz des LBL-Programms

Bekanntheit und Akzeptanz des LBL-Programms – gesamt



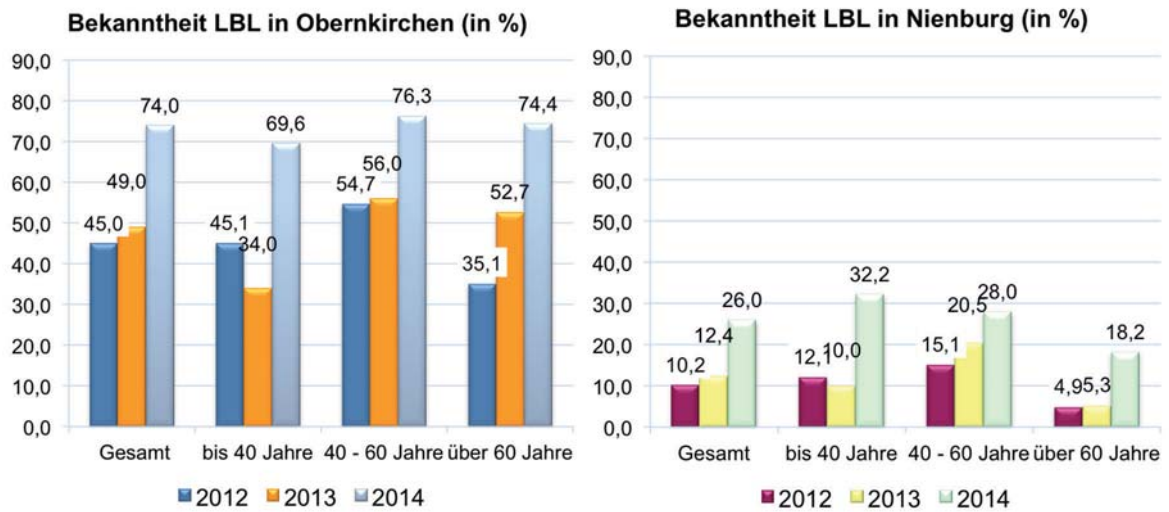
Frage 4: Kennen Sie das Programm „Länger besser leben.“ / LBL?

Bekanntheit und Akzeptanz des LBL-Programms – nach Geschlecht



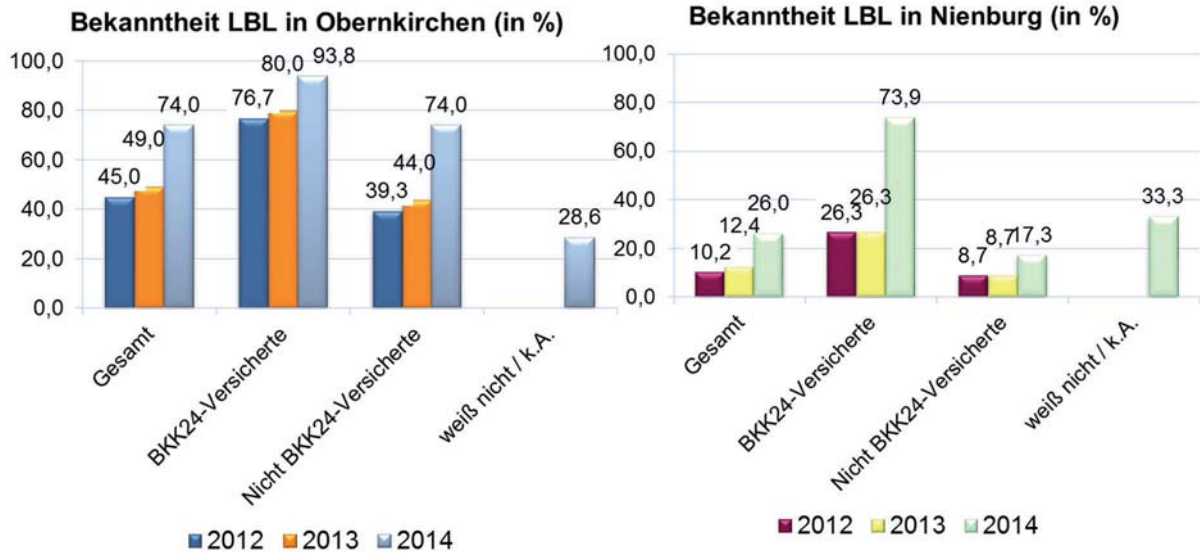
Frage 4: Kennen Sie das Programm „Länger besser leben.“ / LBL?

Bekanntheit und Akzeptanz des LBL-Programms – nach Alter



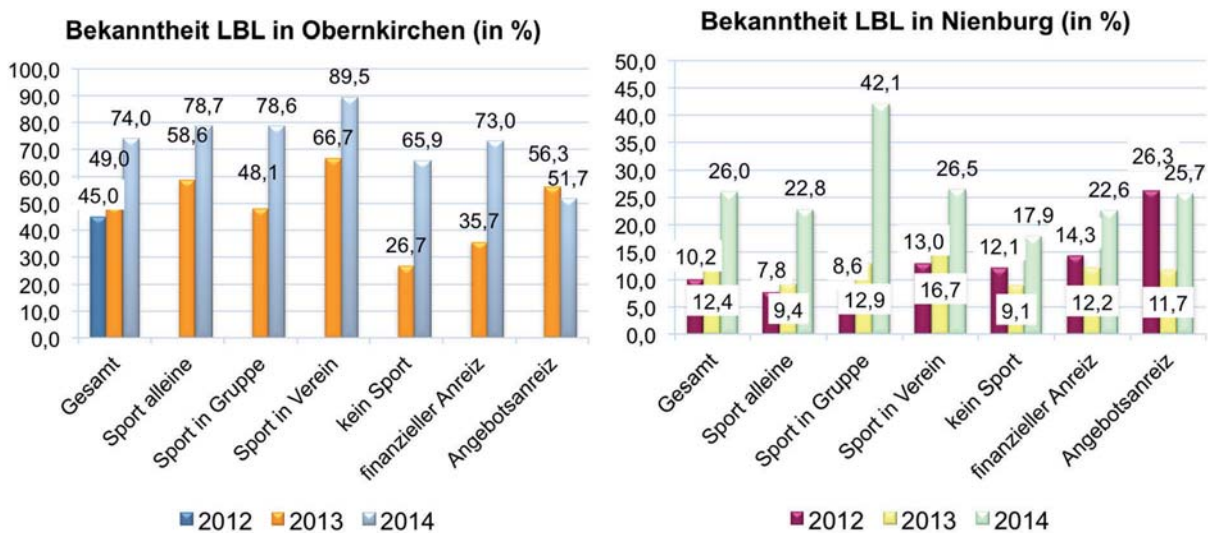
Frage 4: Kennen Sie das Programm „Länger besser leben.“ / LBL?

Bekanntheit und Akzeptanz des LBL-Programms – nach Mitgliedschaft



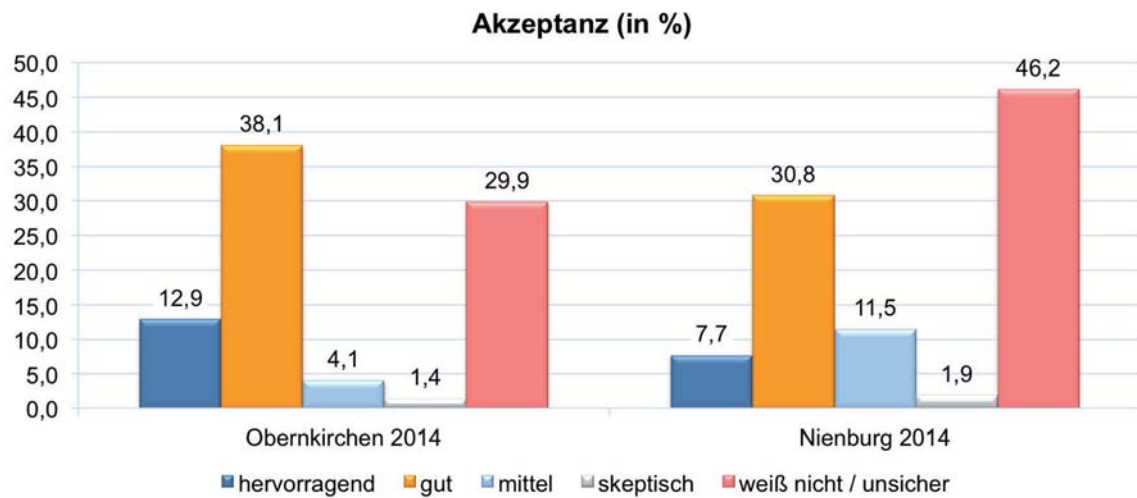
Frage 4: Kennen Sie das Programm „Länger besser leben.“ / LBL?

Bekanntheit und Akzeptanz des LBL-Programms – nach sonst. Untergruppen



Frage 4: Kennen Sie das Programm „Länger besser leben.“ / LBL?

Bekanntheit und Akzeptanz des LBL-Programms – Akzeptanz



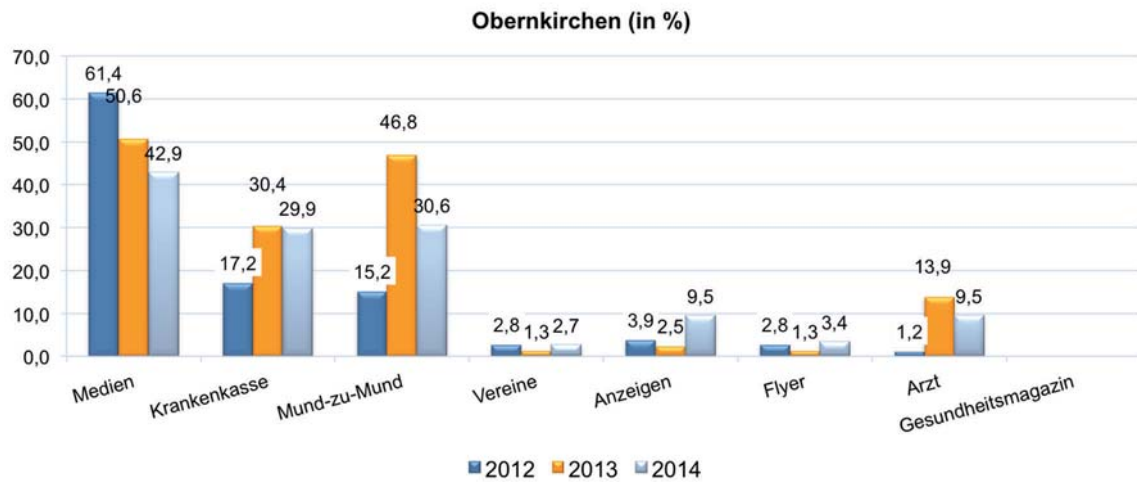
Frage 4: Kennen Sie das Programm „Länger besser leben.“ / LBL? Bei ja: Wie bewerten Sie dieses generell?
(n = 147 bzw. 52)

Bekanntheit und Akzeptanz des LBL-Programms – Fazit

- In beiden Regionen steigt die Bekanntheit des „Länger besser leben.“-Programms stetig an und liegt in Obernkirchen bereits bei 74,0 Prozent. Die deutlich niedrigeren Werte in Nienburg sind Folge eines niedrigeren BKK24-Marktanteils und eines anderen Marketing-Mix. Die mehr als Verdopplung der Bekanntheit von 2013 auf 2014 kann jedoch durchaus zufrieden stellen.
- Die Bekanntheit stieg jeweils bei Frauen (hier auf höherem Niveau) und Männern vergleichbar an.
- Der Anstieg der Bekanntheit ist in beiden Regionen jeweils in allen drei Altersgruppen zu erkennen. In beiden Regionen ist er aber in der Altersgruppe der bis 40Jährigen deutlicher ausgeprägt.
- Die hohe Bekanntheit des Programms unter Versicherten der BKK24 in Obernkirchen mit 93,8 Prozent ist höchst zufriedenstellend. (Fast) noch erfreulicher ist jedoch der Anstieg der Bekanntheit auf 74,0 Prozent unter Nicht-Versicherten bei der BKK24. Der deutliche Anstieg der Bekanntheit unter BKK24-Versicherten in Nienburg lässt auch auf ein deutlich gestiegenes Engagement der Mitarbeiter in dieser Region schließen.
- Erfreulich ist, dass es in Obernkirchen gelungen ist, die Bekanntheit bei Personen, die keinen Sport betreiben überdurchschnittlich zu steigern (65,9 Prozent). In Nienburg trifft dies auf Personen zu, die Sport in der Gruppe betreiben (42,1 Prozent).
- Die nennenswerte bzw. hohe Unsicherheit bei der Akzeptanz des Programms weist auf noch bestehende inhaltliche Kommunikationslücken (Botschaften) der unterschiedlichen Partner hin.

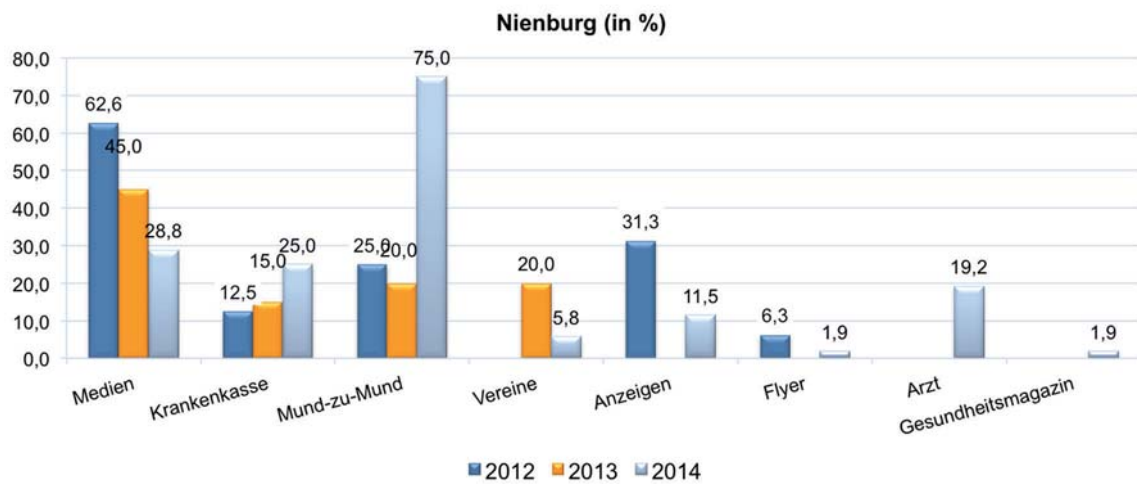
4. Informationsquellen und -inhalte

Informationsquellen und -inhalte – Informationsquellen Obernkirchen



Frage 5: Wie erfuhren Sie vom „Länger besser leben.“-Programm? (n = 147)

Informationsquellen und -inhalte – Informationsquellen Nienburg



Frage 5: Wie erfuhren Sie vom „Länger besser leben.“-Programm? (Achtung: geringe Fallzahlen, n = 52)

Informationsquellen und -inhalte – Informationsinhalte

Obernkirchen (n = 147)

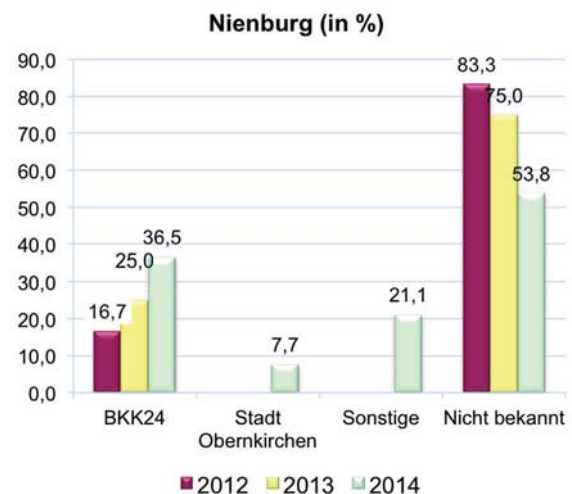
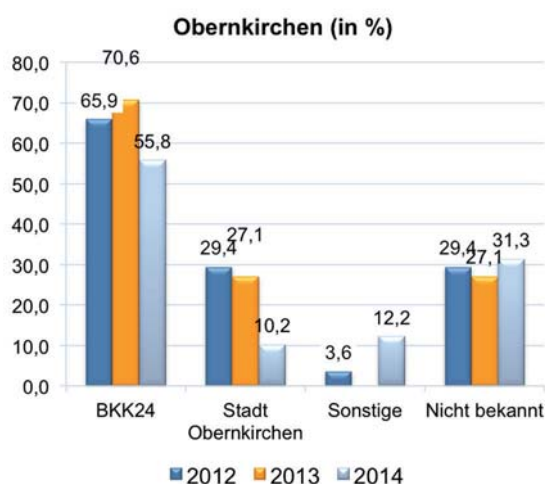
- Bewegung / Sport 33,3%
- gesund bleiben 19,7%
- fit bleiben / aktiv bleiben 15,0%
- gesunde Ernährung 14,3%
- durch gesundes Verhalten länger leben 7,5%
- abnehmen 6,1%
- gesünder leben (Tipps) 5,4%
- Prävention / Vorsorge 4,8%
- länger leben 4,8%
- Herz-Kreislauf 4,1%
- weiß nicht 24,5%

Nienburg (n = 52)

- Bewegung / Sport 25,0%
- gesund bleiben 48,1%
- fit bleiben / aktiv bleiben 42,3%
- gesunde Ernährung 0,0%
- durch gesundes Verhalten länger leben 0,0%
- abnehmen 9,6%
- gesünder leben (Tipps) 1,9%
- Prävention / Vorsorge 0,0%
- länger leben 0,0%
- Herz-Kreislauf 3,8%
- weiß nicht 21,2%

Frage 7: Was sind Ihrer Kenntnis nach die wichtigsten Anliegen des „Länger besser leben.“-Programms?
(offene Nennungen)

Informationsquellen und -inhalte – Initiator



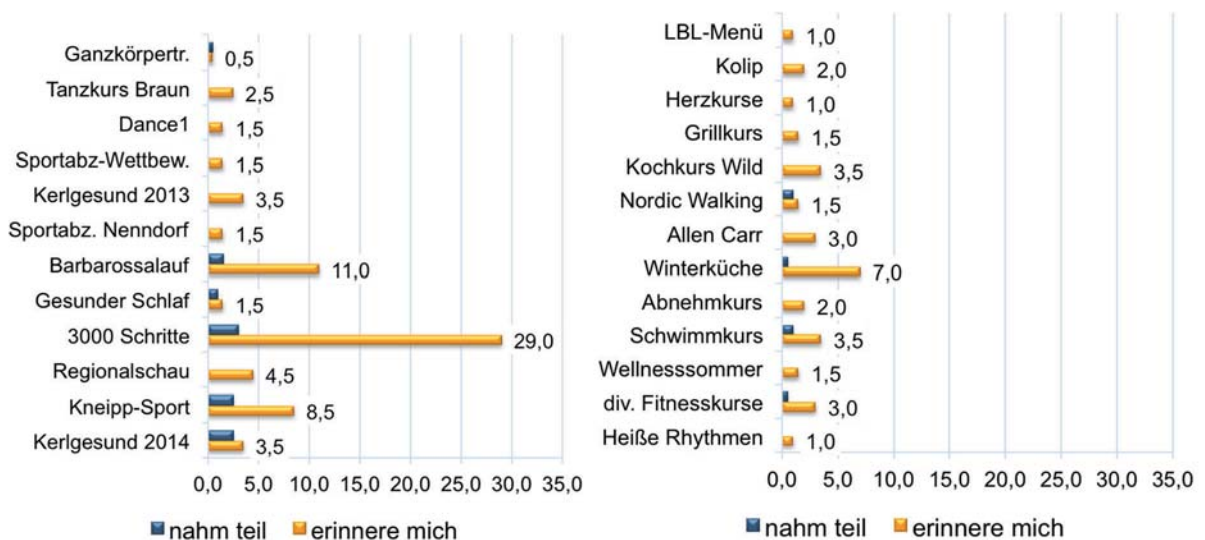
Frage 6: Wer rief Ihrer Kenntnis nach das „Länger besser leben.“-Programm ins Leben? (n = 147 bzw. n = 52)

Informationsquellen und -inhalte – Fazit

- Die insgesamt abnehmende Zahl an genannten Informationsmedien in Obernkirchen ist aufgrund der hohen generellen Bekanntheit des Programms nicht mehr von ausschlaggebender Bedeutung.
- In Nienburg ist der deutliche Anstieg der Mund-zu-Mund Information auffällig, allerdings ist hier die niedrige Fallzahl von n = 52 zu beachten.
- Die TOP 3 genannten Inhalte des LBL-Programms (Markenkern) sind in beiden Regionen „Bewegung/Sport“, „gesund bleiben“ und „fit bleiben / aktiv bleiben“. Der Rest erscheint eher als zufälliger, sich von Jahr zu Jahr ändernder „Bauchladen“.
- Bedenklich ist, dass in Obernkirchen 24,5 Prozent und in Nienburg 21,2 Prozent der Personen, die das „Länger besser leben.“-Programm kennen, nicht beschreiben können, welches die Inhalte sind. Hier ist kommunikativ noch einfacher und ggf. auch aggressiver zu verfahren.
- In Obernkirchen hat sich infolgedessen die hohe Bekanntheit der BKK24 als Initiator (und Moderator?) des Programms nennenswert relativiert. Hier ist gegenzusteuern.
- Demgegenüber sank die hohe Zahl der Personen in Nienburg, die keinen Initiator des Programms nennen konnten. Der Anteil der BKK24 stieg entsprechend an.

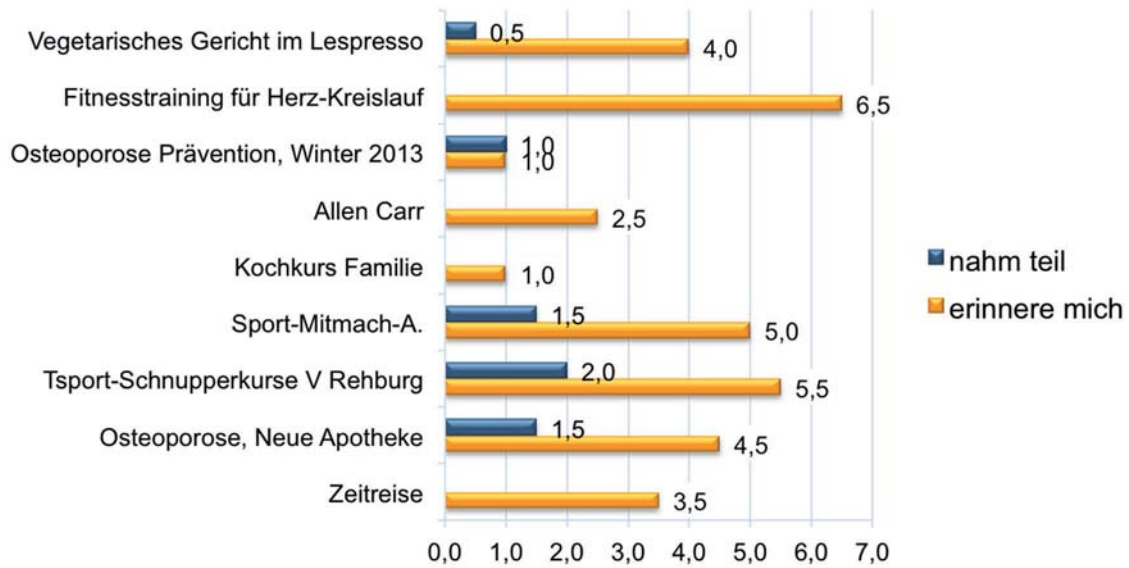
5. Bekanntheit und Teilnahme an Aktionen

Bekanntheit und Teilnahme an Aktionen – Obernkirchen (in %)



Frage 8: Im Rahmen des „Länger besser leben.“-Programms wurden in der letzten Zeit zahlreiche Aktionen durchgeführt. An welche können Sie sich erinnern? Und an welchen nahmen Sie teil?

Bekanntheit und Teilnahme an Aktionen – Nienburg (in %)



Frage 8: Im Rahmen des „Länger besser leben.“-Programms wurden in der letzten Zeit zahlreiche Aktionen durchgeführt. An welche können Sie sich erinnern? Und an welchen nahmen Sie teil?

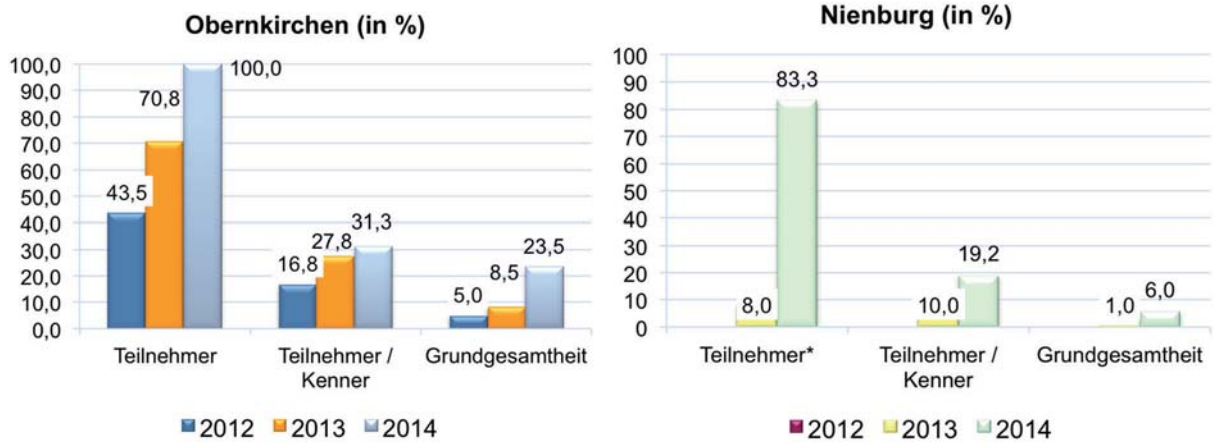
Frage 9: Wenn Sie zurückblicken bis zum Beginn des Programms: Haben Sie i.d. Zeitraum an mind. einer LBL-Aktion teilgenommen?

Bekanntheit und Teilnahme an Aktionen – Fazit

- Insgesamt liegt die Teilnahme an Aktionen in Obernkirchen bei 10 Prozent und in Nienburg bei 5,5 Prozent. Dies ist absolut gesehen ein recht annehmbares Ergebnis.
- In Obernkirchen konzentrieren sich diese 10 Prozent auf 10 von 25 Einzelaktionen. Allerdings gibt es zwischen Grad der Teilnahme und Höhe der Bekanntheit keinen linearen Zusammenhang.
- In Nienburg konzentrierte sich die Teilnahme auf fünf von neun Aktionen. Auch hier lässt sich kaum ein linearer Zusammenhang zwischen Teilnahme und Bekanntheit finden.
- Generell ist der BKK24 zu empfehlen, die einzelnen Aktivitäten hinsichtlich der Inhalte und Vermarktung stärker zu moderieren.
- Darauf aufbauend können dann die einzelnen Aktivitäten hinsichtlich der jeweiligen Beteiligung und der Informationsquelle controlled werden. Hier würde ein einfacher Fragebogen (ähnlich den Fragebögen bei einem Hotelaufenthalt) ausreichen, den die Vor-Ort-Veranstalter an die Teilnehmer mit der Bitte um Beantwortung austeilen.

6. Effekte von „Länger besser leben.“

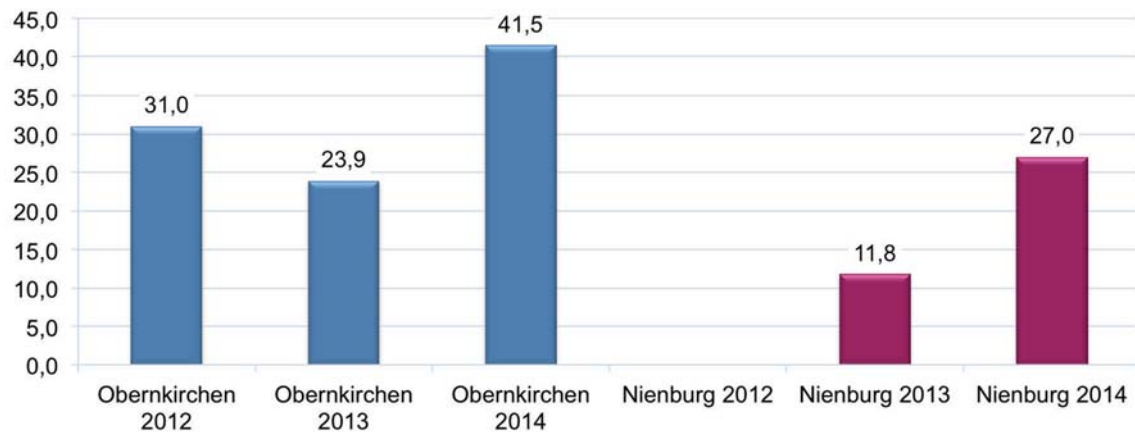
Effekte von „Länger besser leben.“ – Verhaltensänderung



- Wurde 2012 nicht abgefragt.

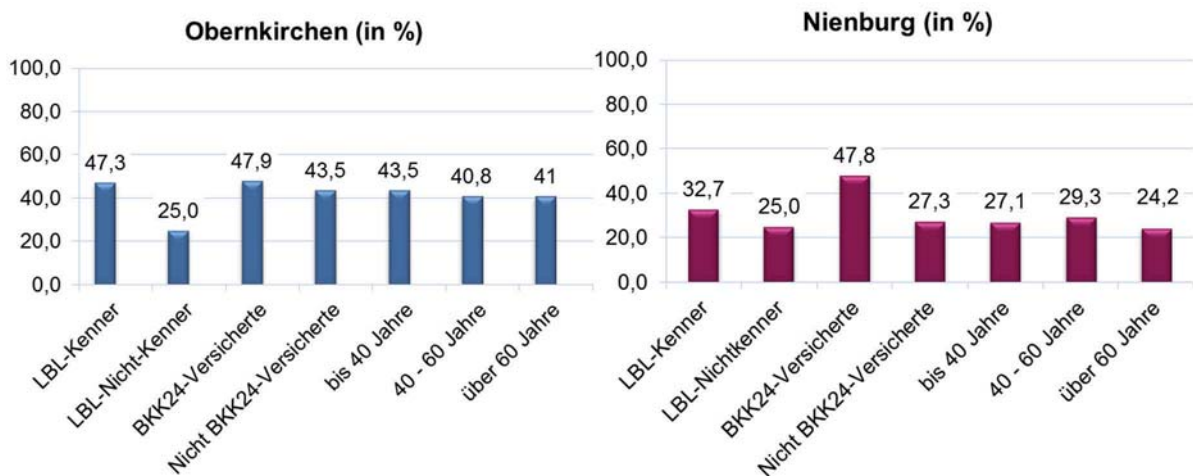
Frage 10a/b: Bei Teilnahme: Hat sich die Teilnahme an der „Länger besser leben.“-Aktion auf Ihr Verhalten ausgewirkt? Bei Nicht-Teilnahme: Haben möglicherweise dennoch Informationen, die Sie im Zusammenhang mit dem „Länger besser leben.“-Programm erhielten bewirkt, dass Sie sich anders verhalten?

Effekte von „Länger besser leben.“ – Teilnahmeinteresse (in %)



Frage 11: Könnten Sie sich vorstellen an weiteren der genannten Aktionen zur Gesundheitsvorsorge teilzunehmen?

Effekte von „Länger besser leben.“ – Teilnahmeinteresse nach Bekanntheit LBL-Programm



Frage 11: Könnten Sie sich vorstellen an weiteren der genannten Aktionen zur Gesundheitsvorsorge teilzunehmen?

Effekte von „Länger besser leben.“ – Teilnahmeinteresse

- Die Zahl der Personen, die Verhaltensänderungen durch das „Länger besser leben.“-Programm angeben, entwickelt sich erfreulich. So nannten dies 100 Prozent der Teilnehmer an einer Aktion in Obernkirchen. Knapp jeder Dritte Kenner/Teilnehmer des Programms in Obernkirchen änderte aufgrund der erhaltenen Informationen bereits sein Verhalten und in der Grundgesamtheit (als von n = 200 befragten Personen in Obernkirchen) gaben 23,5 Prozent an, ihr Verhalten geändert zu haben.
- Für Nienburg fallen die entsprechenden Prozentwerte erwartungsgemäß geringer aus. Aber auch hier gaben in der Gruppe der Teilnehmer bereits 83,0 Prozent an, ihr Verhalten geändert zu haben. Aufgrund der geringeren Teilnehmerquote am Programm waren dies in der Gruppe der Teilnehmer/Kenner (nur) 19,2 Prozent. Insgesamt gaben 6,0 Prozent aller 200 Befragten in Nienburg an, dass das „Länger besser leben.“-Programm ihr Verhalten geändert hat. Dies ist vergleichbar mit den 5,0 Prozent, die im Jahr 2012 in Obernkirchen durch das Programm erreicht werden konnten.
- Aufgrund dieser Zahlen ist das recht hohe Teilnahmeinteresse von 41,5 Prozent in Obernkirchen und von 27,0 Prozent in Nienburg nicht erstaunlich.
- Die von den Befragten geäußerten Verbesserungsvorschläge lassen sich in drei große Bereiche gliedern
 - Mehr Informationen / Bekanntheit steigern, stärkerer Fokus auf Medien
 - Mehr Angebote, Zeiten der Aktionen ändern, Jugendliche, Vereine, Familien mit einbeziehen
 - Angebotsinhalte ändern.

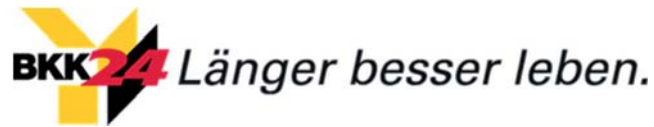
7. Resümée und Empfehlung für die BKK24

- Durch das „Länger besser leben.“-Programm wird (am Beispiel Obernkirchen nachvollziehbar) der Begriff Gesundheitsvorsorge bekannter und inhaltlich neben den Arztbesuchen auf andere Aspekte ausgeweitet. Dies führt allerdings auch dazu, dass die Antworten auf die konkreten Inhalte des Begriffs komplizierter zu beantworten sind (siehe Anzahl „keine Angaben“ in Obernkirchen).
- Die noch bestehenden Lücken bei den Botschaften weisen auf ein noch zu geringes Profil des Markenkerns „Länger besser leben.“ hin. Gleichzeitig kann angenommen werden, dass die LBL-Partner bzw. die LBL-Community unterschiedliche Themen und damit Botschaften anspricht bzw. aussendet.
- Gerade Obernkirchen bietet nach der Phase der Partnergewinnung und Implementierung der jeweiligen und zahlreichen Angebote die Möglichkeit der Konsolidierung. Die erkennbaren Streuverluste, die die BKK24 bei Bekanntheit und Nutzung der breit gestreuten Angebote in Obernkirchen hinnehmen muss, werfen folgende Fragen auf
 - „Was für Themen und Veranstaltungen gehören überhaupt dazu?“ und
 - „Wie wird das Netzwerk von knapp 100 Anbietern durch die BKK24 künftig moderiert und gesteuert?“.
- Hierfür empfiehlt dostal der BKK24 ein QS-System für und mit den Partnern gemeinsam zu entwickeln (vgl. hierzu die laufende Bachelor-Arbeit von Studentin der TU Weihenstephan-Triesberg zum 2. Gesundheitsmarkt, c/o dostal, verfügbar März 2015)
- Ziele hierfür sind die Stärkung des Markeninhalts von LBL durch gleichermaßen verwendete Kernbegriffe, durch eine hochwertige und einheitliche Qualität und die Stärkung der Bindung an die BKK24.
- QS-Inhalte sind:
 - Botschaft, zu verwendende Kernbegriffe, CI
 - Servicequalität
 - Vertriebs- und Kommunikationskanäle
 - Bezug zur BKK24
 - Produkt- bzw. Angebotsqualität
 - Häufigkeit und Nachhaltigkeit der Angebote.
- Ggf. ist hier eine vereinfachte Zertifizierung sinnvoll.
- Zur Einführung bieten sich 2 - 3 Workshops von dostal mit LBL-Partner an.

Ergebnisse aus Marktforschungsperspektive II
Konzeptimpuls, -realisierung und Ausblick:
Verbraucherakzeptanz, Marktdurchdringung und -relevanz
in den Kernregionen Obernkirchen und Nienburg

Gabriele Dostal
dostal & partner
management-beratung gmbh





Ergebnisse aus Marktforschungsperspektive II

Konzeptimpuls, -realisierung und
Ausblick:
Verbraucherakzeptanz,
Marktdurchdringung und -relevanz in den
Kernregionen Obernkirchen und
Nienburg

26. März 2015

dostal & partner management-beratung gmbh

Bahnhofstraße 5, 84137 Vilsbiburg

Tel. +49(0)8741-967890

info@dostal-partner.de

Inhalt

1. Kernfragen der Konzeptüberprüfung
2. Vorgehen 2012 - 2014
3. Ergebnisse der Verbraucherumfragen
 - Marktdurchdringung
 - Zielgruppenerreichung
 - Botschaften
 - Aktivierungsgrad Verbraucher
 - Erzielte Effekte
4. Gesamtresumée

1. Kernfragen der Konzeptüberprüfung

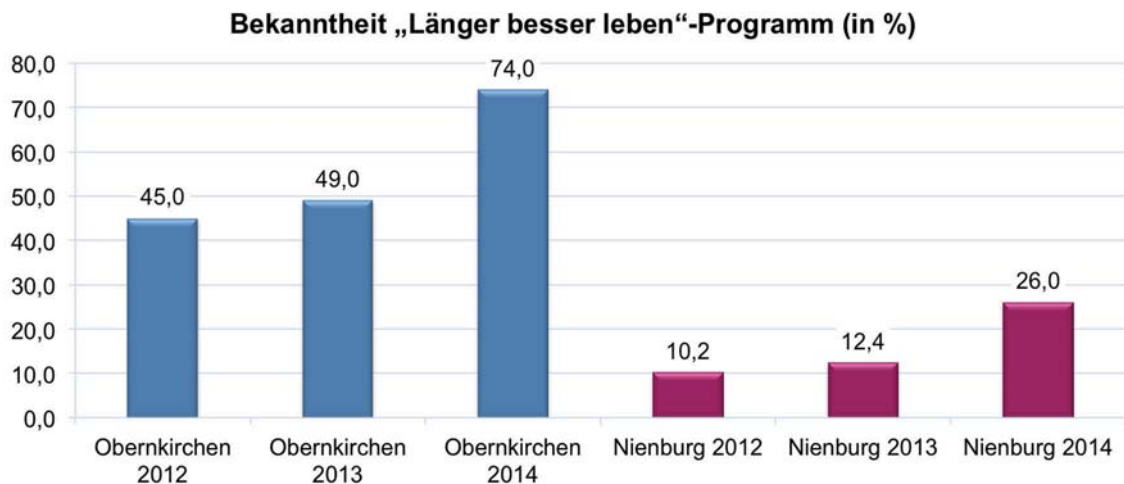
- Hat die EPIC-Studie das Potential breite Bevölkerungsschichten zu erreichen?
- Kommt das „Länger besser leben.“-Konzept beim Verbraucher in den betreffenden Kernregionen an?
- Welche Zielgruppen fühlen sich von der BKK24-Initiative LBL besonders angesprochen?
- Treffen die Botschaften auch die nicht-teilnehmenden Verbraucher?
- Werden die Inhalte verstanden und auch umgesetzt?
- Welche Perspektiven ergeben sich daraus für eine überregionale Ausdehnung der BKK24-Initiative „Länger besser leben.“?

2. Vorgehen 2012 - 2014

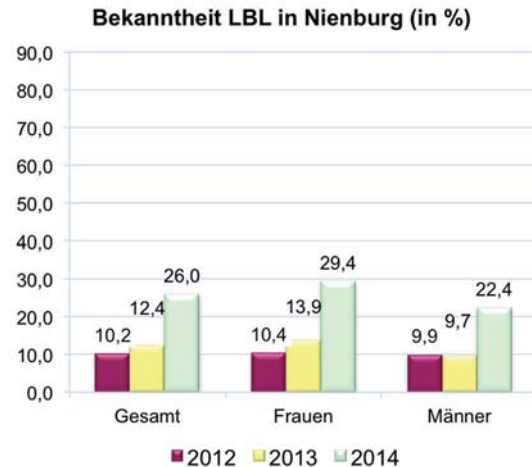
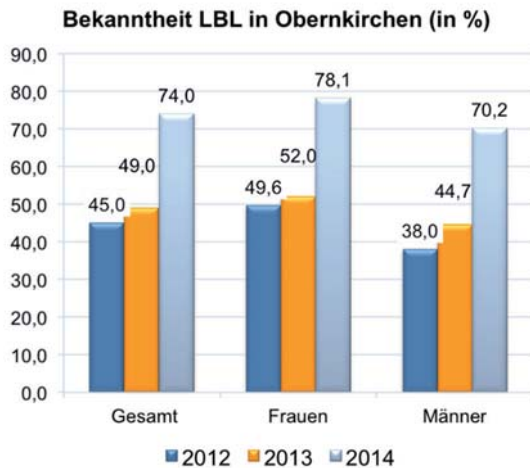
- Repräsentative Telefonbefragungen, Repräsentativitätsfaktoren Alter / Geschlecht
- Zeitreihen-Befragung (2012 - 2014) der Wohnbevölkerung ab 25 Jahren. 2014 wurde aufgrund der Vorjahresergebnisse die Altersgruppe um „ab 16 Jahre“ ergänzt.
- Befragungsregionen Obernkirchen und Nienburg (Festnetz-Vorwahlbezirke 05724 und 05021)
- Zufallsstichprobe nach Gabler / Häder-Verfahren
- Netto-Stichprobe jeweils n = 200
- Befragungszeiträume
 - Obernkirchen: 2012, 2013 und 2014 jeweils Mitte Juni bis Mitte / Ende Juli
 - Nienburg: August 2012 (Nullmessung), 2013 und 2014 Ende Juni bis Mitte / Ende Juli

3. Ergebnisse der Verbraucherumfragen

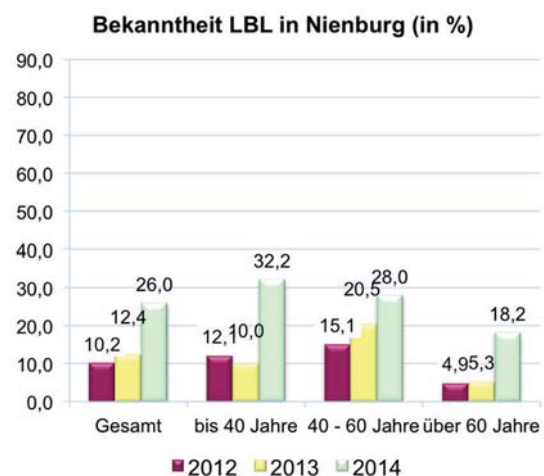
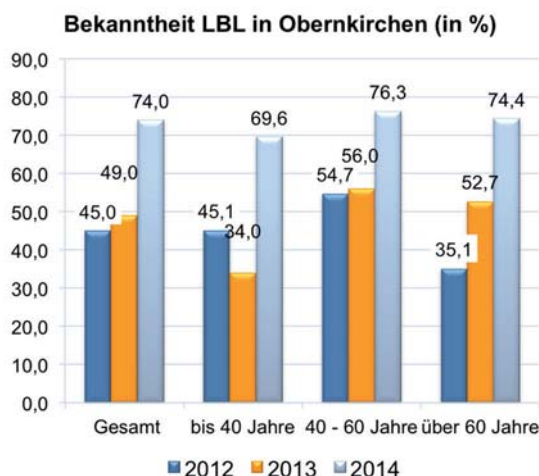
- **Marktdurchdringung** (gestützte Bekanntheit: Frage: „Kennen Sie das Programm „Länger besser leben. (LBL)?“)
 - Schon nach relativ kurzer Aktionszeit von etwa sechs bis neun Monaten wurde in Obernkirchen, dem Hauptsitz der BKK24, eine gestützte Bekanntheit des „Länger besser leben.“-Programms von 45 Prozent erreicht. In Nienburg erreichte die Bekanntheit des Programms nach der Nullmessung in 2012 im Folgejahr lediglich 12,4 Prozent.
 - Gleichzeitig wurde erkennbar, dass auch das weitere Wachstum deutlich abhängig ist vom Image/Bekanntheit/Standing und den eingesetzten finanziellen und personellen Ressourcen des Trägers und Organisators (BKK24).



- **Zielgruppenerreichung** (gestützte Bekanntheit, Frage: „Kennen Sie das Programm „Länger besser leben. (LBL)?“)
- Besonders erfreulich ist, dass das „Länger besser leben.“-Programm in beiden Untersuchungsregionen in relativ gleichem Umfang Männer und Frauen erreicht. Dies ist umso zufriedenstellender, da üblicherweise Themen des „gesunden Lebens“ an Männern vorbei gehen.



- Das Konzept erreicht zudem gerade auch die jüngeren und aktiv im Berufsleben stehenden Altersgruppen. Das ist dahingehend erfreulich, da das Thema Gesundheitsvorsorge und Prävention bereits im Kindesalter beginnt.

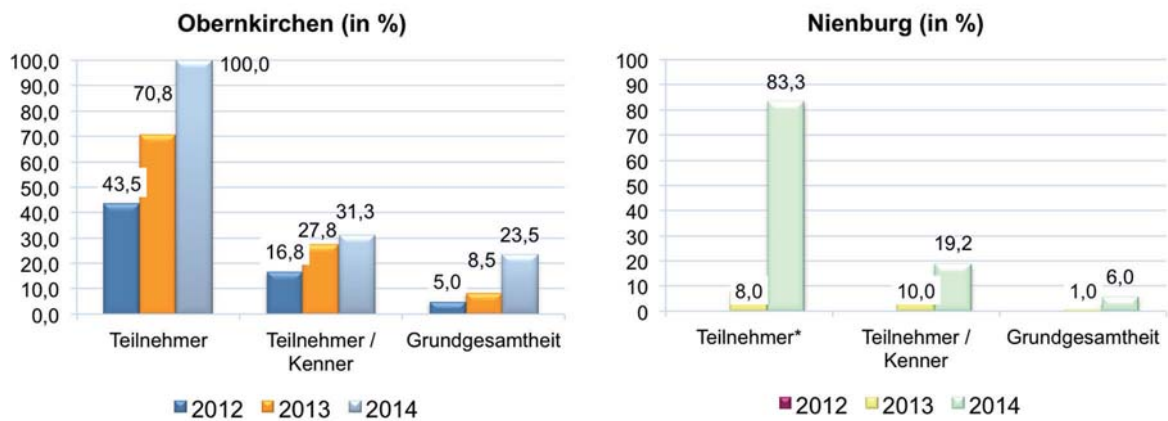


- Auch Bevölkerungsschichten, die keinen Sport betreiben, werden in Obernkirchen 2014 zu 65,9 Prozent (Gesamtwert 74,0 Prozent) und in Nienburg 2014 zu 17,9 Prozent (Gesamtwert 26,0 Prozent) durchaus in zufriedenstellendem Umfang erreicht.

- **Botschaften** (offene Nennungen, Frage: „Was sind Ihrer Kenntnis nach die wichtigsten Anliegen des ‚Länger besser leben.‘-Programms?“)
 - Bedenklich ist, dass in Obernkirchen 24,5 Prozent und in Nienburg 21,2 Prozent der Personen, die das „Länger besser leben.“-Programm kennen, nicht beschreiben können, welches die Inhalte sind.
 - Gleichzeitig konnten rund zwei Dritteln der LBL-Kenner die drei wichtigsten Themen „Bewegung“, „Ernährung“ und „gesund bleiben / länger leben“ erfolgreich kommuniziert werden. Der Rest erscheint eher als zufälliger, sich von Jahr zu Jahr ändernder „Bauchladen“.
 - Erfreulicherweise zeigen die Ergebnisse aber auch, dass die „Länger besser leben.“-Botschaften so klar, eindeutig und verständlich sind, dass sie auch von den Personen verstanden werden, die nicht an einzelnen Aktionen teilnahmen, sondern LBL lediglich aus den (unterschiedlichsten) Medien kennen.

- **Aktivierungsgrad** (Frage: „Im Rahmen des ‚Länger besser leben.‘-Programms wurden in der letzten Zeit zahlreiche Aktionen durchgeführt. An welche können Sie sich erinnern? Und an welchen nahmen Sie teil?“)
 - Insgesamt liegt in 2014 die Teilnahme an Aktionen in Obernkirchen bei 10 Prozent und in Nienburg bei 5,5 Prozent. Diese Werte stiegen in der Zeitreihe jeweils an und sind absolut gesehen ein recht annehmbares Ergebnis.
 - In Obernkirchen konzentrieren sich diese 10 Prozent auf 10 von 25 Einzelaktionen. Allerdings gibt es zwischen Grad der Teilnahme und Höhe der Bekanntheit keinen linearen Zusammenhang. D.h. eine höhere Bekanntheit führt nicht automatisch gleichzeitig zu einer höheren Teilnahmequote.
 - In Nienburg konzentrierte sich die Teilnahme in 2014 auf fünf von neun Aktionen. Auch hier lässt sich kaum ein linearer Zusammenhang zwischen Teilnahme und Bekanntheit finden.

- **Erzielte Effekte** (Frage: „Hat sich die Teilnahme an der „Länger besser leben.“-Aktion auf Ihr Verhalten ausgewirkt?“ Bei Nicht-Teilnahme: „Haben möglicherweise Informationen, die Sie im Zusammenhang mit dem ‚Länger besser leben‘-Programm erhielten bewirkt, dass Sie sich anders verhalten?“)
 - Die Zahl der Personen, die Verhaltensänderungen durch das „Länger besser leben.“-Programm angeben, entwickelte sich im Zeitverlauf erfreulich. So gaben 100 Prozent der Teilnehmer an einer Aktion in Obernkirchen an, dass sich ihr Verhalten geändert hat. In Nienburg lag dieser Wert bei 83,3 Prozent.



- Nimmt man die Personengruppe hinzu, die das Programm „nur“ kannte, fiel der Prozentsatz der bejahten Verhaltensänderung auf rd. 31 Prozent in Obernkirchen und 19,2 Prozent in Nienburg.
- Dies bedeutet, dass das „Länger besser leben.“-Programm effektiv 23,5 Prozent der Obernkirchner und 6,0 Prozent der Nienburger Bevölkerung zu Verhaltensänderungen in Richtung gesundes Leben motivierte.

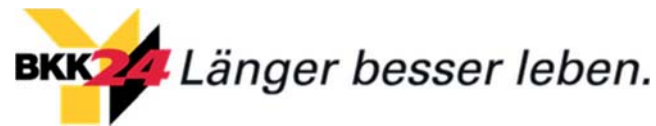
4. Gesamtresumée

- Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass es der LBL-Initiative der BKK24 gelungen ist
 - die Verbraucher jenseits bzw. in pragmatischer Weiterentwicklung der ursprünglichen EPIC-Studie und -Programmatik zu einem gesünderen Lebensstil (z.B. sich mehr bewegen, gesünder zu essen, mehr Sport zu treiben usw.) zu motivieren und zentrale Impulse hierfür zu setzen,
 - zahlreiche Firmen als Multiplikatoren, die sich einem losen Netzwerk zusammen-gefunden haben, für das Vorhaben zu gewinnen und dabei eine unspektakuläre, aber zentral wichtige Win-Win-Situation zu vermitteln sowie
 - nachzuweisen, dass ein kleiner regionaler Kostenträger im Sinne seiner (gesundheitpolitischen) Pflicht zur Gesundheitsvorsorge und Prävention der Bevölkerung durchaus in der Lage ist ein Programm sowohl machbar als auch im Sinne einer „Dividende“ (in Form von Bekanntheitssteigerung, Mitgliederbindung, -gewinnung, Kompetenzsteigerung usw.) umzusetzen.
- Die vorliegenden Ergebnisse zeigen ferner, dass das LBL-Programm das Potential hat
 - sich zu einer überdurchschnittlich erfolgreichen, d.h. lebendigen und tatsächlich etwas bewegende Gesundheitsregion (in Deutschland gibt es mittlerweile etwa 120 solcher „Gesundheitsregionen“ sowie zahlreiche „Gesundheitsstädte“) zu entwickeln, welche sich konkret an die gesamte Wohnbevölkerung richtet,
 - einen wesentlichen lokalen Beitrag zur Bewältigung der demographischen Herausforderung zu leisten und
 - für eine zielgerichtete Ausdehnung in der Fläche rund um die beiden Kernregionen Obernkirchen und Nienburg.

Ergebnisse aus Marktforschungsperspektive III
Ergebnisse einer telefonischen Umfrage zur
Gesundheitsinitiative der BKK24

Sandra Wiese
BKK24
Master of Science (Public Health)





Ergebnisse aus Marktforschungsperspektive III

Ergebnisse einer telefonischen Umfrage zur Gesundheitsinitiative der BKK24

(Umfrage durchgeführt von
dostal & partner management-beratung gmbh)

September 2014

Sandra Wiese
Master of Science (Public Health)

Inhalt

1. Zusammenfassung	3
2. Methode der Telefonbefragung	5
3. Methodisches Vorgehen bei der Datenauswertung.....	5
4. Beschreibung der zwei Stichproben	5
5. Ergebnisse zur Prozessqualität: Zielgruppenerreichung allgemein.....	8
6. Ergebnisse zur Prozessqualität: Zielgruppenerreichung: Soll-Ist-Vergleich.....	25
7. Ergebnisse zur Ergebnisqualität: Verhaltensänderung durch Teilnahme an „Länger besser leben.“-Aktionen im Zeitraum Sommer 2013 - 2014 (Obernkirchen).....	30
8. Ergebnisse zur Ergebnisqualität: Verhaltensänderung durch Teilnahme an „Länger besser leben.“-Aktionen im Zeitraum Sommer 2013 - 2014 (Nienburg)	33
9. Ergebnisse zur Ergebnisqualität: Verhaltensänderung durch Teilnahme an „Länger besser leben.“ seit Sommer 2011 (Obernkirchen).....	35
10. Ergebnisse zur Ergebnisqualität: Verhaltensänderung durch Teilnahme an „Länger besser leben.“ seit Sommer 2011 (Nienburg).....	36
11. Ergebnisse zur Ergebnisqualität: Verhaltensänderung aufgrund von Informationen (Obernkirchen).....	38
12. Ergebnisse zur Ergebnisqualität: Verhaltensänderung aufgrund von Informationen (Nienburg).....	42
13. Ergebnisse zur Ergebnisqualität: Verhaltensänderung durch „Länger besser leben.“ allgemein (Obernkirchen)	43
14. Ergebnisse zur Ergebnisqualität: Verhaltensänderung durch „Länger besser leben.“ allgemein (Nienburg)	44
15. Anhang	45

1. Zusammenfassung

Kapitel 2 & 3: Methode und Datenauswertung

Je 200 Personen aus den Vorwahlbereichen Nienburg (05021) und Obernkirchen (05724) wurden unter Verwendung des Häder-Gabler-Verfahrens Mitte Juni bis Ende Juli 2014 durch dostal & partner management-beratung gmbh telefonisch befragt. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels des Statistikprogramms SPSS Statistics Base 22.

Kapitel 4: Beschreibung der Stichproben

Die Stichproben sind bzgl. Geschlecht und Alter repräsentativ. In Obernkirchen fehlen weitestgehend Angaben zum höchsten Schulabschluss, während in Nienburg vermehrt Personen mit höheren Schulabschlüssen an der Befragung teilgenommen haben – womit diese Stichprobe bzgl. höchstem Schulabschluss nicht repräsentativ ist. In Obernkirchen sind 24% BKK24-versichert, in Nienburg 12%.

Kapitel 5 & 6: Ergebnisse Prozessqualität

Die Kenntnis von „Länger besser leben.“ liegt bei 74% in Obernkirchen und bei 26% in Nienburg.

Die Verknüpfung von „Länger besser leben“ und dem richtigen Initiator liegt in Obernkirchen bei 65% und in Nienburg bei 40%. Von denen, die „Länger besser leben.“ kennen, bewerten es in Obernkirchen ca. 58% mindestens gut, in Nienburg 39%. Gut 30% wissen in Obernkirchen jedoch nicht, wie sie „Länger besser leben.“ bewerten sollen – in Nienburg sind es ca. 46%. Vermutlich ist das Gesamtkonstrukt „Länger besser leben.“ für die Menschen nicht greifbar – und damit auch nicht bewertbar. Das Gleiche gilt in geringerem Maße auch für das Anliegen von „Länger besser leben.“. Zwar nennen sowohl in Obernkirchen als auch in Nienburg viele Menschen korrekte Anliegen – in Obernkirchen können aber ca. 25% kein Anliegen formulieren, in Nienburg sind es ca. 21%.

Was die Informationskanäle angeht, so spiegelt sich die breit gestreute Kommunikationsstruktur wider. Herausragend sind dabei in Obernkirchen Medien (ca. 46% der Fälle) und Krankenkasse (ca. 30% der Fälle) – in Nienburg überwiegt die Mund-zu-Mund-Propaganda (75% der Fälle).

In Obernkirchen erinnerten ca. 50% aller Befragten mindestens eine LBL-Aktion im Zeitraum Sommer 2013 - Sommer 2014 – von allen 28 Aktionen wurden lediglich 3 gar nicht genannt. In Nienburg erinnerten nur 17% der Befragten eine LBL-Aktion – dafür wurde aber jede der 9 Aktionen mindestens ein Mal genannt.

10% (n=20) der Befragten in Obernkirchen nahmen im Zeitraum Sommer 2013 - Sommer 2014 an mindestens einer LBL-Aktion teil und davon wussten 18 Personen, dass es eine LBL-Aktion war. In Nienburg nahmen nur 5% (n=10) aller Befragten an einer LBL-Aktion teil und 7 ordneten diese auch LBL zu.

In Obernkirchen wurde die Zielgruppe in punkto Kenntnis „Länger besser leben.“ bzgl. dem Zielgruppenmerkmal Geschlecht ganz und bzgl. Alter fast erreicht. In Nienburg wurde die Zielgruppe in punkto Kenntnis „Länger besser leben.“ bzgl. dem Zielgruppenmerkmal Geschlecht und Alter fast und bzgl. höchstem Schulabschluss gar nicht erreicht.

Kapitel 7 - 14: Ergebnisse Ergebnisqualität: Verhaltensänderung

Bezogen auf alle Befragten, geben in Obernkirchen 23,5% an, ihr Verhalten durch „Länger besser leben.“ geändert zu haben – in Nienburg sind es 6%.

Besonders hervorzuheben ist, dass insbesondere in Obernkirchen nicht nur Personen angeben, ihr Verhalten geändert zu haben, die an mindestens einer LBL-Aktion seit 2011 teilgenommen haben. Sondern dass zudem weitere 35 Personen angeben, ihr Verhalten aufgrund von Informationen durch LBL geändert zu haben. Allerdings wird dieses Ergebnis dadurch eingetrübt, dass von diesen 35 Personen ca. 70% die Verhaltensänderung entweder nicht konkretisieren wollten oder es nicht näher beschreiben konnten. Insgesamt bleibt daher bei dieser größeren Gruppe weitestgehend im Unklaren, WAS für eine Verhaltensänderung stattgefunden hat. Bei jenen Personen, die ihre Verhaltensänderung nicht präzisieren konnten, ist dabei fraglich, welchen Wert diese angegebene Verhaltensänderung wirklich hatte. Die 23,5% Verhaltensänderung in Obernkirchen müssen vor diesem Hintergrund etwas vorsichtiger betrachtet werden.

Die Art einer Verhaltensänderung bleibt in dieser Befragung daher weitestgehend im Unklaren und lassen sich darunter zudem jegliche Intensitätsabstufungen subsummieren. Für die wenigen Angaben, die vorliegen lässt sich sagen: Bei Teilnehmenden an LBL-Aktionen ist eine vage Tendenz Richtung sportlicher Aktivierung zu erkennen (auf insgesamt 10 Konkretisierungen allgemein bezogen) – bei den Verhaltensänderungen aufgrund von Informationen deutet sich eine vage Tendenz in Richtung „Steigerung des Gesundheitsbewusstseins“ an (auf insgesamt 10 Konkretisierungen allgemein bezogen).

2. Methode der Telefonbefragung

Insgesamt wurden 200 Personen aus dem Vorwahlbereich Nienburg (05021) und 200 Personen aus dem Vorwahlbereich Obernkirchen (05724) unter Verwendung des Häder-Gabler-Verfahrens Mitte Juni bis Ende Juli 2014 durch dostal & partner management-beratung gmbh telefonisch befragt. Eingeschlossen in die Befragung wurden Personen ab 16 Jahren.

Obwohl die Befragungsgruppen im Folgenden verglichen werden, ist einschränkend zu erwähnen, dass die interessierende Bevölkerung ab 16 im Vorwahlgebiet Nienburg etwa drei Mal so groß ist wie die im Vorwahlgebiet Obernkirchen (ca. 10.000 im Vergleich zu ca. 30.000). Da die Telefonbefragung einer Beforschung aus Marktforschungssicht dient, ist dieses Ungleichgewicht akzeptabel. Bei der Betrachtung der Ergebnisse muss jedoch beachtet werden, dass die interessierenden Bevölkerungen in ungleichen Stichprobengrößen vertreten und die Ergebnisse der zwei Vorwahlgebiete aus diesem Grund daher genau genommen nur eingeschränkt vergleichbar sind.

3. Methodisches Vorgehen bei der Datenauswertung

Die übermittelten Daten wurden zunächst auf Plausibilität überprüft und die Daten für die Auswertung vorbereitet (konsistente Kodierung fehlender Werte etc.). Die Datenauswertung erfolgte mittels des Statistikprogramms IBM Statistics Base 22. Jeder einzelne Schritt wurde dabei dokumentiert, so dass die Datenauswertung auch rückblickend nachvollzogen werden kann.

4. Beschreibung der zwei Stichproben

Im Folgenden erfolgt eine Beschreibung der zwei Stichproben anhand der Merkmale Geschlecht, Alter, höchstem Schulabschluss, Wohnort und BKK24-Versichertenstatus.

Geschlecht: Obernkirchen + Nienburg

In **Obernkirchen** und **Nienburg** wurden jeweils ca. 50% Frauen, 50% Männer befragt.

Da dies den ungefähren allgemeinen Geschlechterverteilungen in den beiden Landkreisen (siehe Kapitel 15, Anhang A) gleicht, sind die Stichproben bzgl. des Alters repräsentativ.

Alter: Obernkirchen + Nienburg

Im Alter unterscheiden sich die Stichproben wie nachfolgend dargestellt. Die meisten Personen (zusammen ca. 55%) wurden in der Altersgruppe ab 50 befragt.

neue Altersgruppen * Vorwahlgebiet					
			Vorwahlgebiet		Gesamt
			Obernkirchen	Nienburg	
neue Altersgruppen	bis 29 Jahre	Anzahl	17	29	46
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	8,5%	14,5%	11,5%
	30-49 Jahre	Anzahl	64	69	133
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	32,0%	34,5%	33,2%
	50 Jahre und älter	Anzahl	119	102	221
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	59,5%	51,0%	55,2%
Gesamt		Anzahl	200	200	400
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	100,0%	100,0%	100,0%

Der Vergleich mit der Verteilung der Altersgruppen in den Landkreisen Schaumburg und Nienburg Daten (siehe Kapitel 15, Anhang B) zeigt, dass die Stichproben in Bezug auf das Alter repräsentativ sind: Die Altersgruppen sind in den Stichproben und in den beiden Landkreisen sehr ähnlich verteilt.

Höchster Schulabschluss: Obernkirchen + Nienburg

Bezüglich des Bildungsstandes gibt es folgende Unterschiede:

Höchster Schulabschluss * Vorwahlgebiet						
			Vorwahlgebiet		Gesamt	
			Obernkirchen	Nienburg		
Bildung	Abi/Fachabi	Anzahl	46	72	118	
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	23,0%	36,0%	29,5%	
	Realschule	Anzahl	28	51	79	
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	14,0%	25,5%	19,8%	
	Hauptschule	Anzahl	26	53	79	
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	13,0%	26,5%	19,8%	
	Sonstiges	Anzahl	6	13	19	
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	3,0%	6,5%	4,8%	
	keine Angabe	Anzahl	94	11	105	
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	47,0%	5,5%	26,2%	
	Gesamt		Anzahl	200	200	400
			% innerhalb von Vorwahlgebiet	100,0%	100,0%	100,0%

In **Obernkirchen** machen 47% (n=94) keine Angabe welchen höchsten Schulabschluss sie haben, so dass fast von der Hälfte dieser Befragten keine Auskunft zum Bildungsstand vorliegt. Aus diesem Grund wird die Betrachtung des Bildungsstandes in Bezug auf andere Variablen für weitere Analysen ausgeschlossen.

In **Nienburg** geben nur 5,5% (n=11) keine Angabe bezüglich ihres Bildungsstandes an. 36% (n=72) der befragten Nienburger haben ein (Fach-)Abi, 25,5% (n=51) einen Realschulabschluss und 26,5% (n=53) einen Hauptschulabschluss. 6,5% (n=13) geben „Sonstiges“ an.

An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass die Stichprobe in Nienburg im Hinblick auf den höchsten Schulabschluss nicht repräsentativ für den Landkreis Nienburg ist. Z.B. haben im Landkreis Nienburg nur 19,4% Abi oder Fachabi (siehe Kapitel 15, Anhang C) – in der Stichprobe sind es hingegen 36% (n=72).

Wohnorte: Obernkirchen + Nienburg

Obernkirchen

Ca. 69% der Personen aus dem Vorwahlgebiet Obernkirchen (05724) geben Obernkirchen als Wohnort an. Weitere 6,5% verteilen sich sowohl auf Ortschaften (wie Krainhagen oder Gellendorf), die ebenfalls zu Obernkirchen zählen. Zudem fallen wenige Prozente auf Seggebruch, Helpsen und Nienstädt. Nur 7% verweigern eine Ortsangabe.

Nienburg

Etwa 52% der Befragten geben an, dass sie in Nienburg wohnhaft sind. Weitere ca. 17% geben Ortsteile (wie z.B. Erichshagen oder Holtorf) an, die ebenso Nienburg zugehörig sind. Weitere Prozentwerte verteilen sich auf z.B. Marklohe (inklusive Lemke) und Sonnenborstel.

Allerdings verweigern im Gegensatz zu Obernkirchen 17% eine Ortsangabe.

BKK24-versichert

In Obernkirchen sind 24% (n=48) der Befragten bei der BKK24 versichert, in Nienburg knapp 12% (n=23).

5. Ergebnisse zur Prozessqualität: Zielgruppenerreichung allgemein

Kenntnis „Länger besser leben.“

Obernkirchen + Nienburg

Frage 4: Kennen Sie das Programm Länger besser leben? * Vorwahlgebiet					
			Vorwahlgebiet		Gesamt
			Obernkirchen	Nienburg	
Frage 4: Kennen Sie das Programm Länger besser leben?	Nein	Anzahl	52	148	200
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	26,0%	74,0%	50,0%
	Ja	Anzahl	148	52	200
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	74,0%	26,0%	50,0%
Gesamt		Anzahl	200	200	400
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	100,0%	100,0%	100,0%

In Obernkirchen kennen 74% (n=148) Personen LBL, in Nienburg sind es 26% (n=52).

- ➔ Der Bekanntheitsgrad in Obernkirchen ist überaus zufriedenstellend. Gründe hierfür sind sicherlich u.a. die örtliche Nähe zur BKK24, die größere Angebotsdichte (über die ganze Zeit gesehen) und höhere Präsenz in den Medien und der höhere Anteil BKK24-Versicherter.
- ➔ Die eben genannten Gründe im negativen Sinne sind möglicherweise ursächlich für die geringere Bekanntheit von LBL in Nienburg: Der Bekanntheitsgrad in Nienburg ist mit 26% (n=52) steigerungswürdig – jedoch angesichts der eben genannten Gründe im Vergleich zu Obernkirchen dennoch zufriedenstellend hoch.

Wissen die Personen, die „Länger besser leben.“ kennen, wer der Initiator ist?

Obernkirchen

Die nachfolgende Tabelle bezieht sich auf insgesamt 147 Personen und gibt Mehrfachantworten wider.

Mehrfachantwort Initiator LBL				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Initiator, Mehrfachantwort	BKK24	82	52,2%	55,8%
	Stadt Obernkirchen	15	9,6%	10,2%
	Sonstiges	1	0,6%	0,7%
	nicht bekannt	46	29,3%	31,3%
	Herr Schütte	5	3,2%	3,4%
	Ulla Schmidt	4	2,5%	2,7%
	Krankenkasse	4	2,5%	2,7%
Gesamt		157	100,0%	106,8%

In Obernkirchen nennen 55,8% (n=82) der Personen die LBL kennen die BKK24 als Initiator. Zusammen 8,8% (n= 13) geben mit „Herr Schütte“, „Ulla Schmidt“ und „Krankenkasse“ annähernd richtige Antworten. Insgesamt können also fast 65% den LBL-Ursprung benennen. Allerdings wissen auch 31,3% dieser Personen nicht, wer hinter LBL steckt.

- ➔ Die Verknüpfung LBL und dem richtigen Initiator ist mit ca. 65% bereits recht gut – wobei eine starke Verknüpfung sicherlich wünschenswert wäre.
- ➔ In der externen Kommunikation sollte der Zusammenhang LBL und BKK24 daher (noch) stärker herausgestellt werden.

Wissen die Personen, die „Länger besser leben.“ kennen, wer der Initiator ist?

Nienburg

Die nachfolgende Tabelle bezieht sich auf insgesamt 52 Personen und gibt Mehrfachantworten wider.

Mehrfachantwort Initiator LBL				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Initiator, Mehrfachantwort	BKK24	19	33,3%	36,5%
	Stadt Obernkirchen	4	7,0%	7,7%
	Sonstiges	3	5,3%	5,8%
	nicht bekannt	25	43,9%	48,1%
	Bundesregierung	3	5,3%	5,8%
	Ulla Schmidt	1	1,8%	1,9%
	Krankenkasse	1	1,8%	1,9%
	Organisation	1	1,8%	1,9%
Gesamt		57	100,0%	109,6%

In Nienburg geben 36,5% (n=19) der Personen die LBL kennen die BKK24 als Initiator an. Zusammen 3,8% (n=2) geben mit „Ulla Schmidt“ und „Krankenkasse“ annähernd richtige Antworten, so dass ca. 40% den LBL-Ursprung benennen können.

Allerdings gibt es hier vermehrt Unwissenheit bzgl. des Initiators: 48,1% (n=25) ist der Initiator nicht bekannt und es sind auch weitere falsche Antworten wie „Bundesregierung“ (5,8%, n=3) oder „Sonstiges“ (5,8%, n=3) vertreten.

➔ In Nienburg ist der Zusammenhang LBL und BKK24 mit ca. 40% noch ausbaufähig.

Bewertung „Länger besser leben.“

Obernkirchen

Bewertung LBL * Vorwahlgebiet					
			Vorwahlgebiet		Gesamt
			Obernkirchen	Nienburg	
Bewertung zusammengefasst	hervorragend	Anzahl	20	4	24
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	13,6%	7,7%	12,1%
	gut	Anzahl	65	16	81
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	44,2%	30,8%	40,7%
	mittel/ in Ordnung	Anzahl	7	6	13
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	4,8%	11,5%	6,5%
	negativ	Anzahl	9	2	11
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	6,1%	3,8%	5,5%
	sonstiges	Anzahl	1	0	1
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	0,7%	0,0%	0,5%
	weiß nicht	Anzahl	44	24	68
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	29,9%	46,2%	34,2%
	keine Angabe	Anzahl	1	0	1
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	0,7%	0,0%	0,5%
Gesamt		Anzahl	147	52	199
		% innerhalb von Vorwahlgebiet	100,0%	100,0%	100,0%

Von denen, die in Obernkirchen LBL kennen, bewerten zusammen 13,6% (n=20) LBL als „hervorragend“, 44,2% (n=65) als „gut“ und 4,8% (n=7) als „mittel/in Ordnung“. Allerdings haben auch 6,1% (9) dieser Personen eine negative Meinung von LBL. Dahinter stehen die Antworten „Kundenfang“ (n=2) „skeptisch“ (n=2), „nicht gut“ (n=1) und „uninteressant“ (n=4). 29,9% (n=44) wissen gar nicht, wie sie LBL bewerten sollen.

- ➔ Die mindestens gute Bewertung von zusammen 57,8% (n=85) ist erfreulich.
- ➔ Bei den negativen Bewertungen (von insgesamt 6,1%, n=9) sticht allenfalls der „Kundenfang“ heraus – die n-Zahl von 2 ist aber sehr gering.
- ➔ Jedoch wissen 29,9% (n=44) nicht, welche Bewertung sie LBL geben sollen.
- ➔ Möglicherweise kommt LBL bei den Menschen nicht als „Gesamtkonstrukt“ an – sie wissen nicht, was alles LBL ist und wie es genau funktioniert und wissen daher nicht, wie sie LBL bewerten sollen.
- ➔ Eventuell könnte vor dieser Hypothese überlegt werden, das „Gesamtkonstrukt“ LBL in der externen Kommunikation präziser zu beschreiben, um nach außen ein klareres Bild zu vermitteln, was gemacht wird. Möglicherweise würde dies bewirken, dass die Menschen LBL besser bewerten können. LBL geht über die diversen Aktionen mit

Partnern, die LBL-Homepage und die „Expertenauswertung“ hinaus – was zurzeit Schwerpunkt der externen Kommunikation und möglicherweise nicht gut zu greifen ist. Der LBL-Brief taucht in der externen Kommunikation z.B. gar nicht auf. Dieser gibt neben Gesundheits-Tipps in seiner Funktion als Newsletter auch Informationen zu konkreten Angeboten und kann damit als „Hebel“ zur Inanspruchnahme von Angeboten dienen. Evtl. könnte klarer herausgestellt werden, über welche Wege LBL wirken möchte. Insgesamt ist LBL allerdings – selbst auch interner Sicht – sehr verwoben. LBL nach Außen eine richtige Kontur zu schaffen und damit bewertbarer zu machen bedarf einer genauen Abstimmung.

- Ein ergänzender Ansatz wäre zudem, die einzelnen LBL-Aktionen in einen eindeutigeren Zusammenhang zu LBL zu stellen.

Bewertung „Länger besser leben.“

Nienburg

Von denen, die in Nienburg LBL kennen, bewerten zusammen 7,7% (n=4) LBL als „hervorragend“, 30,8% (n=16) als „gut“ und 11,5% (n=6) als „mittel/in Ordnung“ (siehe vorhergehende Tabelle). Nur 3,8% (2) dieser Personen haben eine negative Meinung von LBL. Dahinter stehen die Antworten „schlecht“ (n=1) und „skeptisch“ (n=1). 46,2% (n=24) wissen jedoch nicht, wie sie LBL bewerten sollen.

- Die mindestens gute Bewertung von zusammen 38,5% (n=20) ist im Vergleich zu Obernkirchen geringer.
- Die negative Bewertung ist bei 3,8% (n=2) erfreulich niedrig und zu vernachlässigen.
- Im Vergleich zu Obernkirchen wissen aber mit 46,2% (=24) noch mehr Personen nicht, wie sie LBL bewerten sollen.
- Es gelten die gleichen Überlegungen bzgl. einer präziseren Darstellung des Gesamtkonstrukts LBL wie bei Obernkirchen beschrieben.

Informationskanäle

Obernkirchen

Die nachfolgende Tabelle bezieht sich auf insgesamt 147 Personen und gibt die Mehrfachantworten bzgl. der Informationskanäle wider. Da 216 Nennungen fielen, gaben einige Personen mehr als eine Antwort.

Mehrfachantwort Informationskanäle				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Infokanäle_mehrfach	Verwandte	12	5,6%	8,2%
	Freunde/Bekannte/ Kollegen	33	15,3%	22,4%
	Arzt	14	6,5%	9,5%
	Medien	63	29,2%	42,9%
	Anzeige	14	6,5%	9,5%
	Flyer	5	2,3%	3,4%
	Verein	4	1,9%	2,7%
	Krankenkasse	44	20,4%	29,9%
	Sonstiges	9	4,2%	6,1%
	weiß nicht	18	8,3%	12,2%
Gesamt		216	100,0%	146,9%

Die meisten Personen (42,9%, n=63) nennen „Medien“ als Informationsquelle, gefolgt von der „Krankenkasse“ (29,9%, n=44). Insgesamt gut 30% nennen Mund-zu-Mund-Propaganda als Informationsquelle: „Verwandte“ (8,2%, n=12) und „Freunde/Bekannte/Kollegen“ (22,4%, n=33). Obwohl nur von 9,5% (n=14) der Personen genannt, sollte zudem die Informationsquelle „Arzt“ hervorgehoben werden: Anscheinend kennen Ärzte in Obernkirchen LBL und geben diesbezüglich Informationen an ihre Patienten weiter.

Sofern von den Befragten präzisiert, verbergen sich folgende Konkretisierungen hinter den einzelnen Antworten:

- Medien: TV-Werbung (n=1), Internet (n=1)
- Anzeige, wo: Zeitung (n=3), Schaumburger Zeitung (n=5), Tageszeitung (n=2), Mitgliedermagazin BKK24 (n=1)
- Flyer, wie bekommen: Geschäft (n=3)
- Verein: Kneipp-Verein (n=2)
- Krankenkasse: BKK24 (N=18), Krankenkasse (n=1)
- Sonstiges: Fitness-Studio (n=1), Kunde bei der BKK24 (n=1), Preisausschreiben Bäder (n=1), In der Nähe (n=1), Internet/E-Mail (n=1)

- ➔ Insgesamt entfällt auf die Nennung „Medien“ als Informationsquelle mit knapp 43% der größte Anteil. Im Datensatz sind jedoch nur die 2 eben angeführten Antworten kodiert, welche Medien die Personen genau meinen. Vermutlich zählen aber in erster Linie die regionalen Tages- und Wochenzeitungen hinzu. Möglicherweise könnte hierunter aber auch die Homepage von „Länger besser leben.“ fallen.
- ➔ In den ca. 30% der Fälle, in denen die Krankenkasse genannt wurde, präzisierten 18 Personen die BKK24.
- ➔ Die Mund-zu-Mund-Propaganda ist mit gut 30% gut vertreten – ein Indiz dafür, dass LBL für so gut befunden wird, dass es sich lohnt, Informationen dazu weiter zu tragen.
- ➔ Zur Informationsquelle „Arzt“ mit knapp 10% ist zu sagen: Je nachdem in welchem Umfang dies aktuell geschieht, könnte überlegt werden, Ärzte noch aktiver als Multiplikatoren für LBL zu gewinnen. Diese Personen sitzen an der „Quelle des Krankseins“ und könnten so auch vermehrt erkrankte bzw. krankheitsgefährdete Personen erreichen – die durch LBL evtl. zu mehr Gesundheit gelangen könnten.
- ➔ Allerdings wurde in Obernkirchen mit KEINER Nennung, das „Länger besser leben.“-Magazin genannt, das quartalsweise 2013 und 2014 als Hauswurfsendung an alle Haushalte verteilt wurde. Dies deutet darauf hin, dass das Gesundheitsmagazin – sofern es denn gelesen wird – zumindest aktiv noch nicht ausreichend mit LBL in Verbindung gebracht wird.

Informationskanäle

Nienburg

Die nachfolgende Tabelle bezieht sich auf insgesamt 52 Personen und gibt die Mehrfachantworten bzgl. der Informationskanäle wider. Da 101 Nennungen fielen, gaben einige Personen mehr als eine Antwort.

Mehrfachantwort Informationskanäle				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Infokanäle_mehrfach	Verwandte	13	12,9%	25,0%
	Freunde/Bekannte/Kollegen	26	25,7%	50,0%
	Arzt	10	9,9%	19,2%
	Medien	15	14,9%	28,8%
	Anzeige	6	5,9%	11,5%
	Flyer	1	1,0%	1,9%
	Verein	3	3,0%	5,8%
	Krankenkasse	13	12,9%	25,0%
	Sonstiges	3	3,0%	5,8%
	LBL-Gesundheitsmagazin	1	1,0%	1,9%
	weiß nicht	10	9,9%	19,2%
Gesamt		101	100,0%	194,2%

In insgesamt 75% wird Mund-zu-Mund-Propaganda als Informationsquelle genannt, d.h. „Verwandte“ (25%, n=13) und „Freunde/Bekannte/Kollegen“ (50%, n=26). Im Gegensatz zu Obernkirchen sind „Medien“ mit 28,8% (n=15) erst an zweiter Stelle vertreten. Auch auf die Krankenkasse fallen mit 25% (n=13) etwas weniger Nennungen als in Obernkirchen. Ebenso wie in Obernkirchen, nennen auch 9,9% (n=10) Ärzte als Informationsquelle.

Sofern von den Befragten präzisiert, verbergen sich folgende Konkretisierungen hinter den einzelnen Antworten:

- Medien: Regionalzeitung (n=8)
 - Anzeige, wo: Zeitung (n=4)
 - Krankenkasse: BKK24 (N=10)
 - Sonstiges: Kunde BKK24 (n=1), Apotheke (n=1), Seminarzeitung (n=1)
- ➔ Auffallend ist die hohe Bedeutung von Mund-zu-Mund-Propaganda mit 75% (allerdings Achtung: alle Zahlen beziehen sich nur auf n=52 Personen insgesamt), was sicher – wie bei Obernkirchen bereits beschrieben – positiv zu werten ist.
- ➔ Die zweitmeiste Informationsquelle „Medien“ mit knapp 29% präzisieren immerhin 8 Personen mit „Regionalzeitung“ – ein Zeichen dafür, dass die Präsenz mit Artikeln oder auch Anzeigen bzgl. LBL in Nienburg ankommt.

- Eine Person nannte im LK Nienburg das LBL-Magazin als Informationsquelle, obwohl es dort gar nicht als Hauspost verteilt wird. Da es aber zum Teil zumindest im Landkreis Schaumburg auch öffentlich zugänglich auslag (z.B. im Pfeffer & Salz), besteht zumindest die Möglichkeit, dass diese Person auch wirklich das LBL-Magazin gemeint haben könnte.

Anliegen „Länger besser leben.“

Obernkirchen

Die nachfolgende Tabelle bezieht sich auf insgesamt 147 Personen und gibt die Mehrfachantworten bzgl. der wichtigsten Anliegen von LBL wider:

Mehrfachantwort Anliegen LBL				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
wichtigste Anliegen, Mehrfachantworten	Bewegung	40	16,9%	27,2%
	Herz-Kreislauf	6	2,5%	4,1%
	zahlreiche	4	1,7%	2,7%
	gesund bleiben	29	12,3%	19,7%
	abnehmen	9	3,8%	6,1%
	fit bleiben / aktiv bleiben	22	9,3%	15,0%
	Kostensenkung für Krankenkasse	6	2,5%	4,1%
	Krebsvorsorge	3	1,3%	2,0%
	gesünder leben (Tipps)	8	3,4%	5,4%
	Sport	9	3,8%	6,1%
	Prävention / Vorsorge	7	3,0%	4,8%
	besser gesünder leben	4	1,7%	2,7%
	gesunde Ernährung	21	8,9%	14,3%
	länger leben	7	3,0%	4,8%
	nicht rauchen	3	1,3%	2,0%
	durch gesundes Verhalten länger leben	11	4,7%	7,5%
	Wanderwege	2	0,8%	1,4%
	Motivation etwas für sich zu tun	3	1,3%	2,0%
	Sonstiges	1	0,4%	0,7%
	Menschen helfen	1	0,4%	0,7%
weiß nicht	36	15,3%	24,5%	
keine Angabe	4	1,7%	2,7%	
Gesamt		236	100,0%	160,5%

Insgesamt zeigen die 236 Antworten auf 147 Personen, dass viele Personen mehrere Anliegen gleichzeitig nennen. In den meisten Fällen wird dabei als Anliegen „Bewegung“ (27,2%, n=40) genannt. Ebenso in diese Richtung zielt „Sport“ mit 6,1% (n=9) der Fälle. Ansonsten zählen zu den häufigsten Nennungen „gesund bleiben“ mit 19,7 % (n=29), „fit/aktiv bleiben“ mit 15% (n=22) und „gesunde Ernährung“ mit 14,3% (n=21). In 24,5% (n=36) der Fälle wissen die Befragten jedoch nicht, welches Anliegen LBL hat.

➔ Insgesamt gesehen spiegeln viele Antworten reelle Anliegen von LBL bzw. die vier LBL-Regeln wider (Bewegung, gesunde Ernährung,...). Wenn also etwas ankommt, dann in der Regel auch das richtige Anliegen – mitunter jedoch nur ein Teil davon. Schaut man sich die vier LBL-Regeln an, dann zählen hierzu Sport, gesunde Ernährung, nicht rauchen und wenig Alkohol. Das Anliegen „wenig Alkohol“ taucht in der Umfrage aber zum Beispiel gar nicht auf – und „nicht rauchen“ wurde nur 3 Mal genannt.

- ➔ Es sollte sich daher noch einmal klar gemacht werden, was genau das Anliegen von LBL ist (Was genau möchte die BKK24 erreichen? z.B. dass die Menschen die LBL-Regeln einhalten?) und daraus eine leicht verständliche Botschaft formuliert werden, die dann konsequent über möglichst viele Kanäle kommuniziert wird.
- ➔ Denn es zeigt sich auch, dass immerhin 24,5% (n=36) gar nicht wissen, was LBL möchte. Dies zeigt ebenfalls, dass das Anliegen bzw. die Botschaft klarer nach außen kommuniziert werden sollte.

Anliegen „Länger besser leben.“

Nienburg

Die nachfolgende Tabelle bezieht sich auf insgesamt 52 Personen und gibt die Mehrfachantworten bzgl. der Informationskanäle wieder:

Mehrfachantwort Anliegen LBL				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
wichtigste Anliegen, Mehrfachantworten	Bewegung	13	13,5%	25,0%
	Herz-Kreislauf	2	2,1%	3,8%
	zahlreiche	8	8,3%	15,4%
	gesund bleiben	25	26,0%	48,1%
	abnehmen	5	5,2%	9,6%
	fit bleiben / aktiv bleiben	22	22,9%	42,3%
	Kostensenkung für Krankenkasse	8	8,3%	15,4%
	gesünder leben (Tipps)	1	1,0%	1,9%
	Sonstiges	1	1,0%	1,9%
	weiß nicht	11	11,5%	21,2%
Gesamt		96	100,0%	184,6%

Auch hier zeigen die 96 Antworten auf 52 Fälle, dass zum Teil mehrere Anliegen genannt werden.

Dominierend mit 48,1% (n=25) der Fälle ist die Nennung des Anliegens „gesund bleiben“, gefolgt von „fit/aktiv bleiben“ mit 42,3% (n=22). „Bewegung“ wird in 25% (n=13) der Fälle genannt und „zahlreiche“ und „Kostensenkung“ je in 15,4% (n=8) der Fälle. 21,2% (n=11) wissen nicht welches Anliegen LBL hat.

- ➔ Insgesamt spiegelt ein Teil der Antworten durchaus Anliegen von LBL wider.
- ➔ Jedoch können auch hier 21,2% (n=11) gar kein Anliegen formulieren bzw. es werden Anliegen genannt (Kostensenkung für die Kasse).
- ➔ Auch hier sollte wie bei Obernkirchen beschrieben, eine klarere Botschaft herausgearbeitet und kommuniziert werden.

Erinnerung an „Länger besser leben.“-Aktionen Sommer 2013 - 2014

Obernkirchen

Die nachfolgende Tabelle bezieht sich auf die Angaben von 103 Personen. Die Gesamtzahl von 201 Antworten zeigt, dass sich einige Personen an mehrere Angebote erinnern konnten.

Mehrfachantwort Erinnerung LBL-Aktionen Obernkirchen				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Erinnerung an Angebote Obernkirchen	O11_Mänersporttag Kerlgesund, Juni 2014	7	3,5%	6,8%
	O12_Kneipp-Sport-Schnuppertag, Mai 2014	17	8,5%	16,5%
	O13_Schaumburger Regionalschau, April 014	9	4,5%	8,7%
	O14_3.000-Schritte, März 2014, Rinteln	58	28,9%	56,3%
	O15_Aktion Gesunder Schlaf, Betten Meier, März 2014	3	1,5%	2,9%
	O16_Barbarossalauf, Oktober 2013	22	10,9%	21,4%
	O17_Sportabzeichen-Tag, VfL Bad Nenndorf, September 2013	3	1,5%	2,9%
	O18_Männersporttag Kerlgesund, Juni 2013	7	3,5%	6,8%
	O19_Sportabzeichenwettbewerb, 2013, 2014, LK Schaumburg	3	1,5%	2,9%
	O22_Tanzkurs Dance1, April 2014	3	1,5%	2,9%
	O23_Tanzkurs Uschi Braun, März 2014	5	2,5%	4,9%
	O24_Kurs Rückengerechtes Ganzkörpertraining, etc. TV Bergkrug, ab März 2014	1	0,5%	1,0%
	O25_Heiße Rhythmen an kalten Tagen, TuS Niedernwöhren, ab Januar 2014	2	1,0%	1,9%
	O26_diverse Fitnesskurse beim VTR Rinteln, Herbst 2013	6	3,0%	5,8%
	O28_LBL-Wellnessommer, Fitnessstudio Ladies, Sommer 2013	3	1,5%	2,9%
	O31_Schwimmkurs Sonnenbrinkbad, Juni 2014	7	3,5%	6,8%
	O32_Abnehmkurs Gewichtcoaching mental, ab Mai 2014	4	2,0%	3,9%
	O33_Kochkurs Winterküche, März 2014	14	7,0%	13,6%
	O34_Nichtraucherkurs Allen Carr, Februar, März 2014	6	3,0%	5,8%
	O35_Nordic_Walking-Kurs, Januar 2014	3	1,5%	2,9%
O36_Kochkurs Keine Angst vor Wild, November 2013	7	3,5%	6,8%	
O37_Grillkurs vital, August 2013	3	1,5%	2,9%	
O38_Herzkurse, ab Juni, ab November 2013	2	1,0%	1,9%	
O41_Vortrag Kolip, Schweinhund braucht harte Hand, Mai 2014	4	2,0%	3,9%	
O51_Länger besser leben-Menü	2	1,0%	1,9%	
Gesamt		201	100,0%	195,1%

In den meisten Fällen mit 56,3% (n=58) wird die 3.000-Schritte-Aktion im März 2014 in Rinteln genannt, gefolgt vom Barbarossalauf im Oktober 2013 in 21,4% (n=22) der Fälle und mit 16,5% (n=17) vom Kneipp-Sport-Schnuppertag im Mai 2014. Gänzlich in der Tabelle fehlen:

- Trainingsangebot für die Sportabzeichen-Prüfung mit dem MTV Obernkirchen, Mai bis September 2014 (O21)
 - Fit'n balance Kurs beim VfL Bad Nenndorf, ab Herbst 2013 (O27)
 - Vortrag Prof. Glaeske „Fett im Blut, na und?“, Oktober 2013 (O42)
- ➔ Insgesamt ist sehr positiv zu bewerten, dass von allen 28 Aktionen von Sommer 2013 - Sommer 2014 lediglich 3 gar nicht erinnert wurden. Schade ist hier allenfalls, dass darunter die neue Idee fällt, in örtlichen Sportvereinen für das Sportabzeichen zu trainieren – dass es diese Möglichkeit gibt, scheint noch nicht ausreichend angekommen zu sein.
- ➔ Da sich 103 Personen von den befragten 200 Personen an mindestens eine Aktion erinnern konnten, bedeutet das, dass knapp mehr als 50% eine LBL-Aktion im entsprechenden Zeitraum wahrgenommen hatten – das ist sicherlich ein zufriedenstellender Wert.
- ➔ Etwas einschränkend muss erwähnt werden, dass die hier erinnerten Aktionen nicht ausschließlich aktiv erinnert wurden, sondern dass die Telefonistinnen zum Teil einzelne Aktionen als Beispiel nannten. Die aufgeführten Erinnerungen sind daher ein Mix aus aktiver und passiver Erinnerung.
- ➔ Positiv zu werten ist, dass unter den gelisteten Aktionen einige genannt werden, die im LBL-Gesundheitsmagazin präsentiert wurden (z.B.O25, ein Sportangebot vom TUS Niedernwöhren oder O26, Fitnesskurse beim VTR Rinteln). Hier könnte sich ein Blick in die Kommunikationswege der einzelnen Aktionen lohnen. Sollte zum Beispiel eine Aktion AUSSCHLIEßLICH über das LBL-Gesundheitsmagazin kommuniziert worden sein, würde das ein Indiz dafür sein, dass das Magazin doch von einigen Befragten gelesen wurde – auch wenn es nicht aktiv benannt wurde.

Erinnerung an „Länger besser leben.“-Aktionen Sommer 2013 - 2014

Nienburg

Die nachfolgende Tabelle bezieht sich auf die Angaben von 34 Personen. Die Gesamtzahl von 67 Antworten zeigt, dass sich einige Personen an mehrere Angebote erinnern konnten.

Mehrfachantwort Erinnerung LBL-Aktionen Nienburg				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Erinnerung an Angebote Nienburg	N11_Länger besser leben-Zeitreise (Spaziergang), April 2014	7	10,4%	20,6%
	N12_Aktionswoche Osteoporose, November 2013	9	13,4%	26,5%
	N21_Schnupperangebot TV Rehburg, Mai 2014	11	16,4%	32,4%
	N22_Sport-Mitmach-Angebot, MTV Nienburg, März/ April 2014	10	14,9%	29,4%
	N31_Kochkurs für die Familie, Marklohe, März 2014	2	3,0%	5,9%
	N32_Allen Carr-Nichtraucherkurs, Februar 2014	5	7,5%	14,7%
	N33_Präventionskurs Osteoporose, aktiva, Winter 2013	2	3,0%	5,9%
	N34_Herz-Kreislauf Fitness-Training, aktiva, September 2013	13	19,4%	38,2%
	N41_Veg. Gericht im Bistro Lespresso, Mai, Juni 2014	8	11,9%	23,5%
Gesamt		67	100,0%	197,1%

In den meisten Fällen (38,2%, n=13) erinnern sich die Personen in Nienburg an das Herz-Kreislauf-Fitnesstraining ab September 2013. An das Schnupperangebot beim TV Rehburg ab Mai 2014 erinnern sich 32,4% (n=11) und 29,4% (n=10) erinnern das Sport-Mitmach-Angebot beim MTV Nienburg.

- ➔ Im Vergleich zu Obernkirchen konnten sich von 200 Befragten nur 17% (n=34) an mindestens ein LBL-Angebot erinnern. Das erscheint im Vergleich wenig, doch muss dabei beachtet werden, dass Nienburg auch 3 Mal so groß ist wie Obernkirchen und allein diese Tatsache eine flächendeckende Kommunikation schwieriger macht.
- ➔ Positiv ist zu werten, dass jede der 9 LBL-Aktionen, die im Zeitraum Sommer 2013 - Sommer 2014 stattfand, auch erinnert wurde.

Teilnahme an „Länger besser leben.“-Aktionen Sommer 2013 - 2014

Obernkirchen

Die nachfolgende Tabelle bezieht sich auf die Angaben von 20 Personen. Die Gesamtzahl von 28 Antworten zeigt, dass ein paar Personen an mehreren Angeboten teilnahmen.

Mehrfachantwort Teilnahme LBL-Aktionen Obernkirchen				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
TN an Angeboten Obernkirchen	O11_Männersporttag Kerlgesund, Juni 2014	5	17,9%	25,0%
	O12_Kneipp-Sport-Schnuppertag, Mai 2014	5	17,9%	25,0%
	O14_3.000-Schritte, März 2014, Rinteln	6	21,4%	30,0%
	O15_Aktion Gesunder Schlaf, Betten Meier, März 2014	2	7,1%	10,0%
	O16_Barbarossalauf, Oktober 2013	3	10,7%	15,0%
	O24_Kurs Rückengerechtes Ganzkörpertraining, etc. TV Bergkrug, ab März 2014	1	3,6%	5,0%
	O26_diverse Fitnesskurse beim VTR Rinteln, Herbst 2013	1	3,6%	5,0%
	O31_Schwimmkurs Sonnenbrinkbad, Juni 2014	2	7,1%	10,0%
	O33_Kochkurs Winterküche, März 2014	1	3,6%	5,0%
	O35_Nordic_Walking-Kurs, Januar 2014	2	7,1%	10,0%
Gesamt		28	100,0%	140,0%

In den meisten Fällen (30%, n=6) nahmen die Befragten an der 3.000-Schritte-Aktion im März 2014 in Rinteln teil, gefolgt vom Männersporttag Kerlgesund im Juni 2014 (25%, n=5) und dem Kneipp-Schnupper-Tag im Mai 2014 (25%, n=5).

- ➔ Insgesamt gesehen, scheint die Zahl der realen Teilnehmer mit 20 Personen recht niedrig. Bezogen auf alle 200 Befragten entspricht dies 10%. Da die Befragten aber eine Stichprobe aus der allgemeinen Bevölkerung darstellen, kann eine Teilnahme-Quote von 10% an LBL durchaus zufriedenstellen.
- ➔ Wohlwissend, dass sich die Angaben auf nur 20 Personen beziehen, könnte der Schluss gezogen werden, dass die Aktionen an denen teilgenommen wurde möglicherweise anziehender wirken als die, an die sich nur erinnert wurde.

Wussten diese Personen, dass sie an „Länger besser leben.“ teilnahmen?

Obernkirchen

2 der 20 Personen, die an LBL-Aktionen in diesem Zeitraum teilnahmen, kannten LBL nicht. Der Blick in die Daten zeigt, dass eine dieser Personen am Kurs Nordic Walking (O35) teilnahm und die andere angab, an einem Kurs beim TV Bergkrug (O24) sowie an einem Schwimmkurs im Sonnenbrinkbad (O31) teilgenommen zu haben.

- ➔ Die meisten (18) Personen wussten bei Teilnahme an einer LBL-Aktion, dass es eine solche war.
- ➔ Allenfalls beim Kurs Nordic Walking könnte ein leichtes Kommunikationsdefizit vermutet werden, den Kurs LBL zugehörig darzustellen. Bei der anderen Person, die an zwei Kursen teilnahm, ist durchaus möglich, dass diese z.B. beim TV Bergkrug Sportkurse besuchte, ohne dies im Rahmen LBL zu tun – denn die Kurse sind für jedermann geöffnet und existieren auch unabhängig von LBL.
- ➔ Insgesamt kommt in Obernkirchen klar heraus, dass die, die an Aktionen teilnehmen, in der Mehrheit auch wissen, dass diese zu LBL gehören.

Teilnahme an „Länger besser leben.“-Aktionen Sommer 2013 - 2014

Nienburg

Die nachfolgende Tabelle bezieht sich auf die Angaben von 10 Personen. Die Gesamtzahl von 13 Antworten zeigt, dass zum Teil an mehreren Angeboten teilgenommen wurde.

Mehrfachantwort Teilnahme LBL-Aktionen Nienburg				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Teilnahme an Angeboten in Nienburg	N12_Aktionswoche Osteoporose, November 2013	3	23,1%	30,0%
	N21_Schnupperangebot TV Rehburg, Mai 2014	4	30,8%	40,0%
	N22_Sport-Mitmach-Angebot, MTV Nienburg, März/ April 2014	3	23,1%	30,0%
	N33_Präventionskurs Osteoporose, aktiva, Winter 2013	2	15,4%	20,0%
	N41_Veg. Gericht im Bistro Lespresso, Mai, Juni 2014	1	7,7%	10,0%
Gesamt		13	100,0%	130,0%

In den meisten Fällen (40%, n=4) nahmen die Personen in Nienburg am Schnupperangebot TV Rehburg (N21) teil, gefolgt von 30% (n=3) Teilnahme an der Aktionswoche Osteoporose (N12) und 30% (n=3) am Sportmitmach-Angebot beim MTV Nienburg (N22).

- ➔ Insgesamt gesehen, ist die Zahl der reellen Teilnehmer mit 10 Personen sehr niedrig, bezogen auf alle 200 Befragten entspricht dies 5%. Da die Befragten eine Stichprobe aus der allgemeinen Bevölkerung darstellen, wäre eine Teilnahme-Quote von 5% an LBL immer noch zufriedenstellen. Allerdings wird in der nachfolgenden Auswertung deutlich, dass diese 5% zu relativieren sind.

Wussten diese Personen, dass sie an „Länger besser leben.“ Teilnahmen?

Nienburg

3 der 10 Personen, die an LBL-Aktionen in diesem Zeitraum teilnahmen, kannten LBL nicht. Der Blick in die Daten zeigt, dass eine dieser Personen am Schnupper-Mitmachangebot des TV Jahn-Rehburg teilnahm (N22), während 2 Personen an der Aktionswoche Osteoporose (N12) teilnahmen.

- ➔ Dass die Aktionswoche Osteoporose nicht zwingend mit LBL verknüpft wurde, ist nicht verwunderlich – war es primär eine Aktion einer Apotheke, bei der die BKK24 zeitweise mit einer Handkraftmessung beiwohnte.
- ➔ Vor diesem Hintergrund sollte auch intern überlegt werden, welche Aktionen als LBL-Aktionen definiert werden und welche möglicherweise eher dem Spektrum Marketingmaßnahmen für LBL zu zuordnen sind.

6. Ergebnisse zur Prozessqualität: Zielgruppenerreichung: Soll-Ist-Vergleich

Definition Zielgruppe „Länger besser leben.“

In einem Workshop im März 2014 war die Zielgruppe von LBL wie folgt definiert worden:
„Die Gesundheitsinitiative „Länger besser leben.“ Richtet sich an die erwachsene Bevölkerung ab 18 Jahren sowie an Seniorinnen und Senioren, soweit diese keinen besonderen Unterstützungsbedarf haben. Der Schwerpunkt liegt bei der mittleren Altersgruppe von 30 - 49 Jahren. (...) LBL richtet sich gleichermaßen an Männer wie Frauen, an Personen aller Einkommensschichten¹ und an Gesundheitsbewusste ebenso wie an Nicht-Gesundheitsbewusste.“

Die Zielgruppe stellt die örtliche Bevölkerung dar in denen LBL aktiv ist. Als Referenzverteilungen für die Zielgruppenmerkmale dienen daher die allgemeinen Verteilungen der entsprechenden Merkmale in diesen örtlichen Bevölkerungen². Da die Umfrage in Vorwahlgebieten im LK Schaumburg/ LK Nienburg durchgeführt wurde, beziehen sich die Referenzverteilungen des Mikrozensus 2011 vom Statistischen Bundesamt auf diese zwei Regionen und zwar auf folgende Merkmale:

- Geschlecht
- Alter
- höchster Schulabschluss

Wurde die anvisierte Zielgruppe erreicht?

„Kenntnis von „Länger besser leben.““ Gilt als Indikator für die Zielgruppenerreichung. Um zu überprüfen, ob die Zielgruppe erreicht wurde, werden nun die Personen im Vorwahlgebiet Obernkirchen bzw. Nienburg betrachtet, die „Länger besser leben.“ kennen. Diese Gruppe wird in punkto Geschlecht, Alter und höchstem Schulabschluss charakterisiert, d.h. z.B. betrachtet auf welche Altersgruppen sich die LBL-Kenner aufteilen. Die Verteilung des Zielgruppenmerkmals (z.B. Alter) innerhalb der LBL-Kenner wird dann mit der Referenzverteilung dieses Merkmals in der örtlichen Bevölkerung verglichen und entsprechend interpretiert.

Die Analyse erfolgt zunächst für Obernkirchen und anschließend für Nienburg.

¹ Das Einkommen sollte als Indikator für die „soziale Schicht“ dienen – in dieser Befragung wurde stattdessen der höchste Schulabschluss als Indikator erhoben.

² In dieser Auswertung muss das Merkmal „Gesundheitsbewusstsein“ jedoch aus der Zielgruppenbetrachtung ausgeschlossen werden. Die Referenzverteilung für die zwei Landkreise können nur aus dem GEDA-Datensatz 2009 errechnet werden – dieser stand zum Zeitpunkt der Auswertung aber nicht zur Verfügung.

Zielgruppenerreichung in Obernkirchen: Kenntnis „Länger besser leben.“

Zielgruppenmerkmal Geschlecht

	männlich	weiblich
Telefonbefragung (Obernkirchen, Kenntnis LBL=ja)	49,3% (n=73)	50,7% (n=75)
Referenzverteilung Geschlecht LK Schaumburg/ Nienburg ³	50%	50%

LBL ist gleichermaßen bei Frauen (50,7%) wie bei Männern (49,3%) bekannt.

➔ Zielgruppe bzgl. Merkmal Geschlecht in Obernkirchen **erreicht**

Zielgruppenmerkmal Alter

	bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 79 Jahre
Telefonbefragung (Obernkirchen, Kenntnis LBL=ja)	6,8% (n=10)	33,1% (n=49)	60,1% (n=89)
Referenzverteilung Alter LK Schaumburg/ Nienburg ⁴	13%	37%	50%

Da der Schwerpunkt von LBL bei Personen im Alter von 30 bis 49 liegt, sollten in dieser Altersgruppe eigentlich überdurchschnittlich viele Personen LBL kennen. Tatsächlich sind in der Bevölkerung in Obernkirchen 37% im Alter von 30 bis 49 Jahren⁵. LBL kennen jedoch nur 33,1% dieser Altersgruppe, so dass hier die Zielgruppenerreichung leicht unterhalb den Erwartungen bleibt.

Etwas überdurchschnittlich erreicht werden hingegen Personen im Alter von 50 bis 79 Jahren (60,1%, obwohl nur 50% in dieser Altersgruppe sind) – etwas unterdurchschnittlich ist LBL bei den jüngeren Personen bekannt (6,8%, obwohl 13% in dieser Altersgruppe sind).

➔ Zielgruppe bzgl. Merkmal Alter in Obernkirchen **fast erreicht**

³ Da die Geschlechterverteilung – wie nicht anders erwartet – in beiden Altersgruppen ca. 50/50 ist, wird auch hier mit einer gemeinsamen Referenzverteilung gerechnet (siehe Kapitel 15, Anhang A).

⁴ Da sich die Altersgruppen-Verteilungen in den Landkreisen kaum unterschieden, wird für beide Landkreise ein gemittelter Wert verwendet (siehe Kapitel 15, Anhang B).

⁵ An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass sich die Referenzverteilung der Grundgesamtheit zwar auf Personen im Alter von 20 bis 79 bezieht, in der Telefonbefragung jedoch ein Altersspektrum von 16 bis 79 abgebildet ist, so dass sich die Verteilungen nur leicht eingeschränkt gegenüberstellen lassen.

Zielgruppenmerkmal höchster Schulabschluss

Da wie in Kapitel 4 beschrieben, für Obernkirchen fast die Hälfte aller Befragten keine Angabe zum höchsten Bildungsabschluss machte, muss an dieser Stelle ein Soll-Ist-Vergleich bzgl. der Zielgruppenenerreichung für dieses Merkmal ausfallen.

Zielgruppenenerreichung in Nienburg: Kenntnis „Länger besser leben.“

Zielgruppenmerkmal Geschlecht

	männlich	weiblich
Telefonbefragung (Nienburg, Kenntnis LBL=ja)	42,3% (n=22)	57,7% (n=30)
Referenzverteilung Geschlecht LK Schaumburg/ Nienburg ⁶	50%	50%

LBL ist in Nienburg etwas häufiger bei Frauen (57,7%) als bei Männern (42,3%) bekannt.

➔ Zielgruppe bzgl. Merkmal Geschlecht in Nienburg **fast erreicht**

Zielgruppenmerkmal Alter

	bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 79 Jahre
Telefonbefragung (Nienburg, Kenntnis LBL=ja)	21,2% (n=11)	36,5% (n=19)	42,3% (n=52)
Referenzverteilung Alter LK Schaumburg/ Nienburg ⁷	13%	37%	50%

In der Schwerpunktgruppe 30 bis 49 Jahre sind in der allgemeinen Bevölkerung in Nienburg 37% im Alter von 30 bis 49 Jahren – LBL kennen in dieser Altersgruppe „nur“ 36,5%. Eigentlich sollten mehr als 37% LBL kennen – mit 36,5% wurde die Zielgruppe daher in punkto Alter nicht ganz so erreicht wie gewünscht (Achtung allerdings: niedrigere n-Werte im Vergleich zu Obernkirchen machen das Ergebnis weniger trennscharf).

Im Gegensatz zu Obernkirchen werden Personen im Alter von 50 bis 79 Jahren leicht unterdurchschnittlich erreicht (42,3% kennen LBL, obwohl in der regionalen Bevölkerung 50% in dieser Altersgruppe sind) – leicht überdurchschnittlich ist LBL bei den jüngeren Personen bekannt (21,2%, obwohl 13% in dieser Altersgruppe sind).

➔ Zielgruppe bzgl. Merkmal Alter in Nienburg **fast erreicht**

⁶ Berechnungsgrundlage, siehe Kapitel 15, Anhang A

⁷ Berechnungsgrundlage, siehe Kapitel 15, Anhang B

Zielgruppenmerkmal höchster Schulabschluss

	Abi/ Fachabi	Realschule	Hauptschule	Sonstiges
Telefonbefragung (Nienburg, Kenntnis LBL=ja)	63,4% (n=33)	15,4% (n=8)	15,4% (n=8)	5,8% (n=3)
Referenzverteilung höchster Schulabschluss Nienburg ⁸	19,4%	30,6%	41,6%	8,4%

Von den 52 Personen, die in Nienburg LBL kennen, ist bzgl. des Merkmals „höchster Schulabschluss“ ein klares Ungleichgewicht zu erkennen: Während im Landkreis Nienburg 19,4% ein Abi/Fachabi haben, sind es von denen, die LBL in Nienburg kennen 63,4% (n=33). Völlig unterrepräsentiert bzgl. der Kenntnis von LBL sind mit 15,4% (n=8) hingegen Personen mit Realschulabschluss – im Gegensatz zu 30,6%, die im LK Nienburg einen Realschulabschluss haben. Auch Hauptschulabsolventen kennen in Nienburg nur mit 15,4% (n=8) LBL, während im Landkreis Nienburg ansonsten 41,6% Hauptschulabsolventen sind.

- ➔ Glaubt man den Zahlen an dieser Stelle, so kennen sehr viel mehr Menschen mit einem höheren Bildungsabschluss in Nienburg LBL.
- ➔ Allerdings muss einschränkend erwähnt werden, dass die Nienburger Stichprobe in punkto höchstem Bildungsabschluss nicht repräsentativ ist und überdurchschnittlich viele Personen mit einem höheren Schulabschluss enthält (siehe Kapitel 4). Demzufolge hatten mehr dieser Personen die „Chance“, LBL zu kennen. Dennoch war die Verteilung nicht so „schief“, dass sich alleine dadurch die eben genannten Ungleichheiten erklären.
- ➔ Es ist also anzunehmen, dass LBL in Nienburg eher bei Personen mit einem höheren Schulabschluss bekannt ist und wahrgenommen wird.
- ➔ Da LBL eigentlich alle Bildungsschichten ansprechen möchte, kann hier ein Defizit konstatiert werden – gerade vor dem Hintergrund des SGV V, §20 (1)⁹, wonach die Krankenkassen „einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ sollen.
- ➔ Möglicherweise erreicht insbesondere die massenmediale Kommunikation über die Tageszeitungen vermehrt Personen mit einem höheren Schulabschluss bzw. die, die sich z.B. ein Tageszeitungs-Abo leisten können.
- ➔ Hier müsste konkret überlegt werden, wie vermehrt Personen niedrigerer Bildungsschichten erreicht werden können.

⁸ Berechnungsgrundlage, siehe Kapitel 15, Anhang C

⁹ Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung, Stand: Zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 20.2.2013 I 277

- Eventuell könnten vermehrt settingbezogene Kommunikationsformen gewählt werden, so dass ebenso „niedrigere“ Bildungsschichten angesprochen werden (z.B. über Flyer in Supermärkten).
- Insgesamt bleibt festzuhalten:

- Zielgruppe bzgl. Merkmal Bildung in Nienburg **gar nicht erreicht**

7. Ergebnisse zur Ergebnisqualität: Verhaltensänderung durch Teilnahme an „Länger besser leben.“-Aktionen im Zeitraum Sommer 2013 - 2014 (Obernkirchen)

Wie viele der Personen, die an mindestens einer Aktion im Zeitraum Sommer 2013 - 2014 teilgenommen haben, haben ihr Verhalten geändert?

Obernkirchen

Die nachfolgende Tabelle bezieht sich auf 19 Personen.

Verhaltensänderung Obernkirchen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	12	60,0	63,2	63,2
	nein	4	20,0	21,1	84,2
	weiß nicht	3	15,0	15,8	100,0
	Gesamt	19	95,0	100,0	
Fehlend	999	1	5,0		
Gesamt		20	100,0		

63,2% der (n=12) Personen geben an, dass sich ihr Verhalten aufgrund der Teilnahme an mindestens einer Aktion geändert hat, 21,1% (n=4) geben keine Verhaltensänderung an und 15,8% (n=3) wissen es nicht.

➔ Eine Verhaltensänderung in 63,2% der Fälle erscheint auf den ersten Blick zwar sehr zufriedenstellend. Allerdings sollte hier bedacht werden, dass hinter diesen Prozentwerten nur 12 Personen stehen und die absoluten Zahlen sehr niedrig sind.

Wie genau hat sich das Verhalten dieser Personen verändert?

Obernkirchen

Von den 12 Personen, die eine Verhaltensänderung nannten, konkretisierten 10 diese wie nachfolgend.

Verhaltensänderung Obernkirchen Text					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	allgemeine Gesundheit	1	5,0	10,0	10,0
	gehe regelmäßig schwimmen	2	10,0	20,0	30,0
	betreibe regelmäßig Sport	3	15,0	30,0	60,0
	motiviert gesünder zu leben	1	5,0	10,0	70,0
	Bestätigung gesund leben zu wollen	2	10,0	20,0	90,0
	mehr Bewusstsein für Gesundheit	1	5,0	10,0	100,0
	Gesamt	10	50,0	100,0	
Fehlend	999	1	5,0		
	System	9	45,0		
	Gesamt	10	50,0		
Gesamt		20	100,0		

- ➔ Die Hälfte (n=5) dieser Konkretisierungen beziehen sich auf den Bereich „Bewegung“. Achtung jedoch: Die Fallzahlen sind mit n=10 SEHR niedrig!
- ➔ Dennoch kann der vage Schluss gezogen werden, dass in Obernkirchen die Teilnahme an LBL-Aktionen den meisten Einfluss auf eine Steigerung der Bewegungsaktivität hat.

An welchen Aktionen haben diese Personen von Sommer 2013 - 2014 teilgenommen?

Obernkirchen

Personen aus Obernkirchen, die an mindestens einer Aktion im Zeitraum Sommer 2013 - 2014 teilnahmen und eine Verhaltensänderung angaben, besuchten folgende LBL-Aktionen:

- Männersporttag Kerlgesund, Juni 2014: n=5
 - Kneipp-Sport-Schnuppertag, Mai 2014: n=3
 - 3.000-Schritte, Rinteln, März 2014: n=2
 - Aktion Gesunder Schlaf, März 2014: n=2
 - Barbarossalauf, Oktober 2013: n=1
 - Kurs rückengerechtes Ganzkörpertraining etc., TV Bergkrug, ab März 2014: n=1
 - Schwimmkurs Sonnenbrinkbad, Juni 2014: n=2
 - Nordic Walking-Kurs, Januar 2014: n=1
- ➔ Besonders der Männersporttag Kerlgesund im Juni 2014 sticht hervor: Dass insgesamt 5 der 12 Personen, die eine Verhaltensänderung angeben, an dieser Aktion teilgenommen haben, lässt die Vermutung zu, dass diese Aktion in dieser Hinsicht besonders effektiv ist.
- ➔ Einschränkend muss aber erwähnt werden, dass nicht 100% auf die Effektivität der spezifischen Aktionen geschlossen werden, da ein paar Personen an verschiedenen Aktionen teilgenommen haben – und so nicht bekannt ist, welche Aktion den Ausschlag zur Verhaltensänderung gab. Zudem besteht die Möglichkeit, dass einzelne Personen ZUSÄTZLICH zu einer oder mehreren Aktionen im Zeitraum Sommer 2013 - Sommer 2014 an einer Aktion davor teilgenommen haben – und eine Verhaltensänderung evtl. daher rührte.
- ➔ Möglicherweise haben neben den Aktionen auch Informationen im Rahmen von LBL Verhaltensänderungen hervorgerufen – eine diesbezügliche Trennung ließ die Fragebogenkonzeption nicht zu.

8. Ergebnisse zur Ergebnisqualität: Verhaltensänderung durch Teilnahme an „Länger besser leben.“-Aktionen im Zeitraum Sommer 2013 - 2014 (Nienburg)

Wie viele der Personen, die an mindestens einer Aktion im Zeitraum Sommer 2013 - 2014 teilgenommen haben, haben ihr Verhalten geändert?

Nienburg

Die nachfolgende Tabelle bezieht sich auf 10 Personen.

Verhaltensänderung Nienburg					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	5	50,0	50,0	50,0
	nein	1	10,0	10,0	60,0
	weiß nicht	4	40,0	40,0	100,0
	Gesamt	10	100,0	100,0	

➔ Auch wenn eine Verhaltensänderung in 50% der Fälle (n=5) erfreulich erscheint, sind hier die n-Zahlen von 5 Personen so gering, dass dieses Ergebnis allenfalls als SEHR vage Tendenz dienen kann.

Wie genau hat sich das Verhalten dieser Personen verändert?

Nienburg

Von den 5 Personen, die eine Verhaltensänderung nannten, konkretisierten 4 diese wie folgt:

Verhaltensänderung Nienburg Text					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	allgemeine Gesundheit	2	20,0	50,0	50,0
	gehe regelmäßig schwimmen	1	10,0	25,0	75,0
	Sport in der Freizeit	1	10,0	25,0	100,0
	Gesamt	4	40,0	100,0	
Fehlend	System	6	60,0		
Gesamt		10	100,0		

➔ Obwohl aufgrund der sehr niedrigen n-Zahlen kaum Aussagekraft vorhanden ist, ist ebenso wie in Obernkirchen, eine Tendenz in Richtung Aktivierung zur körperlichen Aktivität zu erkennen – die hier aber nur SEHR vage belegt ist.

An welchen Aktionen haben diese Personen von Sommer 2013 - 2014 teilgenommen?

Nienburg

Personen aus Nienburg, die an mindestens einer Aktion im Zeitraum Sommer 2013 - 2014 teilnahmen und eine Verhaltensänderung angaben, besuchten folgende LBL-Aktionen:

- Aktionswoche Osteoporose, November 2013: n=1
 - Schnupperangebot TV Rehburg, Mai 2014: n=3
 - Sport-Mitmach-Angebot MTV Nienburg, März/April 2014: n=2
- ➔ Hervorstechend sind hier mit n=5 die Teilnahme an Aktionen mit Sportvereinen.
- ➔ Einschränkungen der Interpretation und weitere Überlegungen, siehe Kapitel 7, entsprechende Auswertung für Obernkirchen.

9. Ergebnisse zur Ergebnisqualität: Verhaltensänderung durch Teilnahme an „Länger besser leben.“ seit Sommer 2011 (Obernkirchen)

Wie viele der Personen, die an mindestens einer Aktion seit Sommer 2011 haben, haben ihr Verhalten geändert?

Obernkirchen

Die nachfolgende Tabelle bezieht sich auf 21 Personen, die seit Sommer 2011 an mindestens einer LBL-Aktion teilgenommen haben:

Verhaltensänderung Obernkirchen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	12	6,0	57,1	57,1
	nein	6	3,0	28,6	85,7
	weiß nicht	3	1,5	14,3	100,0
	Gesamt	21	10,5	100,0	
Fehlend	999	1	0,5		
	System	178	89,0		
	Gesamt	179	89,5		
Gesamt		200	100,0		

Betrachtet man die Verhaltensänderung aufgrund der Teilnahme an mindestens einer LBL-Aktion über den gesamten LBL-Zeitraum, so geben auch hier wieder nur 12 Personen eine Verhaltensänderung an (wie bereits bei der Teilnahme an Aktionen von Sommer 2013 - 2014, siehe Kapitel 7). Auf alle an LBL-Aktionen Teilnehmenden im gesamten LBL-Zeitraum gesehen, sind dies jedoch hier 57,1% – denn es geben mit 28,6% (n=6) etwas mehr Leute keine Verhaltensänderung an.

➔ Auch wenn ein Prozentwert von 57,1% genannter Verhaltensänderung beachtlich erscheint, so beziehen sich auch diese Werte nur auf 12 Personen!

Wie genau hat sich das Verhalten dieser Personen verändert?

Obernkirchen

Die Konkretisierungen sind deckungsgleich mit denen der Personen in Obernkirchen, die eine Verhaltensänderung aufgrund der Teilnahme an Aktion zwischen Sommer 2013 und 2014 angaben, da es sich um dieselben Personen handelt.

10. Ergebnisse zur Ergebnisqualität: Verhaltensänderung durch Teilnahme an „Länger besser leben.“ seit Sommer 2011 (Nienburg)

Wie viele der Personen, die an mindestens einer Aktion seit Sommer 2011 haben, haben ihr Verhalten geändert?

Nienburg

Die nachfolgende Tabelle bezieht sich auf 11 Personen.

Verhaltensänderung Nienburg					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	6	3,0	54,5	54,5
	nein	1	0,5	9,1	63,6
	weiß nicht	4	2,0	36,4	100,0
	Gesamt	11	5,5	100,0	
Fehlend	999	1	,5		
	System	188	94,0		
	Gesamt	189	94,5		
Gesamt		200	100,0		

Betrachtet man die Verhaltensänderung aufgrund der Teilnahme an mindestens einer LBL-Aktion über den gesamten LBL-Zeitraum, so geben 6 Personen eine Verhaltensänderung an (d.h. eine Person mehr als bei der Teilnahme an Aktionen von Sommer 2013 - 2014, siehe Kapitel 8) – das entspricht insgesamt 54,5% aller Teilnehmenden an Aktionen in Nienburg seit Sommer 2011.

- ➔ Trotz der auch hier recht zufriedenstellenden Prozentzahl, sei auf die absolut kleine Fallzahl von 5 Personen hinzuweisen und daher auch dieses Ergebnis nur als SEHR vage Tendenz zu sehen!

Wie genau hat sich das Verhalten dieser Personen verändert?

Nienburg

Von den 6 Personen, die eine Verhaltensänderung nannten, konkretisierten 5 diese wie folgt:

Verhaltensänderung Nienburg Text					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	allgemeine Gesundheit	2	1,0	40,0	40,0
	gehe regelmäßig schwimmen	1	0,5	20,0	60,0
	Sport in der Freizeit	1	,5	20,0	80,0
	Ernährung	1	,5	20,0	100,0
	Gesamt	5	2,5	100,0	
Fehlend	System	195	97,5		
Gesamt		200	100,0		

Im Gegensatz zu den konkretisierten Verhaltensänderungen bei der Teilnahme an Aktionen zwischen Sommer 2013 und 2014 (siehe Kapitel 8), konkretisiert hier zudem eine Person ihre Verhaltensänderung als „Ernährung“.

➔ Hier zeigt sich, wie schnell sich die Prozentwerte bei geringen Fallzahlen ändern können, wenn nur eine weitere Antwort dazu kommt. Gab es bei der Teilnahme von Sommer 2013 - Sommer 2014 die vage Tendenz von 50% in Richtung Bewegungssteigerung (siehe Kapitel 8) – sind es hier „nur“ noch 40%. Dies unterstreicht, wie vorsichtig mit Prozentwerten dieser Ergebnisse umgegangen werden muss.

11. Ergebnisse zur Ergebnisqualität: Verhaltensänderung aufgrund von Informationen (Obernkirchen)

Wie viele der Personen haben ihr Verhalten aufgrund von Informationen geändert?

Obernkirchen

Die nachfolgende Tabelle bezieht sich auf 127 Personen in Obernkirchen, die LBL kennen, aber an **keiner** LBL-Aktion teilgenommen haben.

Frage 10b: Hat sich Ihr Verhalten aufgrund von Informationen geändert?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	35	17,5	27,6	27,6
	nein	29	14,5	22,8	50,4
	weiß nicht	40	20,0	31,5	81,9
	keine Angabe	23	11,5	18,1	100,0
	Gesamt	127	63,5	100,0	
Fehlend	System	73	36,5		
Gesamt		200	100,0		

Zwar geben die meisten Leute mit 31,5% (n=40) an, dass sie auf die Frage nach einer Verhaltensänderung aufgrund von Informationen keine Antwort wissen und 18,1% (n=23) geben auch keine Angabe. Dennoch sagen 27,6% (n=35) der Befragten, dass sich ihr Verhalten aufgrund von Informationen durch LBL geändert haben.

- ➔ Dieses Ergebnis mit relativ großen n-Zahlen zeigt, dass LBL nicht nur über die Teilnahme an Aktionen wirkt, sondern immerhin 27,6% der LBL-Kenner scheinbar auch zu einer – hier noch nicht näher präzisierten Verhaltensänderung – angeregt wurden, obwohl sie an keiner LBL-Aktion teilnahmen.
- ➔ Dass diese Aussage jedoch relativiert werden muss, zeigt die nächste Auswertung.

Wie genau hat sich das Verhalten dieser Personen verändert?

Obernkirchen

Die folgende Tabelle bezieht sich auf die 35 Personen, die eine Verhaltensänderung aufgrund von Informationen nannten:

Frage 10bz: Verhaltensänderung aufgrund von Info: offener Text					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig		25	71,4	71,4	71,4
	Ernährung	1	2,9	2,9	74,3
	Gesünder leben	2	5,7	5,7	80,0
	Allgemein	3	8,6	8,6	88,6
	motiviert zur Gesundheit	1	2,9	2,9	91,4
	mache mehr Sport	1	2,9	2,9	94,3
	Lebe gesünder	2	5,7	5,7	100,0
	Gesamt	35	100,0	100,0	

71,4% (n=25) dieser Personen konkretisieren nicht, zu was für einer Verhaltensänderung es gekommen ist – die restlichen Antworten sind der Tabelle zu entnehmen.

- ➔ Da der Großteil eine Verhaltensänderung nicht präziserte, trübt das den Gesamteindruck der Verhaltensänderung durch Informationen. Da im Fragebogen an dieser Stelle keine Kodierungen für „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“ vorgesehen waren, bleibt unklar, wie sich die ca. 70% darauf verteilen.
- ➔ Bezüglich der vorhandenen Angaben lässt sich eine leichte Tendenz in Richtung „Steigerung des Gesundheitsbewusstseins“ erkennen.
- ➔ Außerdem sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass eine Verhaltensänderung grundsätzlich in allen möglichen Intensitäten stattgefunden haben kann – und es keinerlei Aussagemöglichkeiten darüber gibt, ob es ganz kleine oder möglicherweise recht große Verhaltensänderungen waren.

Über welche Informationskanäle bekamen diese Personen Informationen zu LBL?

Obernkirchen

Die folgende Tabelle bezieht sich auf die 35 Personen, die eine Verhaltensänderung aufgrund von Informationen nannten:

Mehrfachantwort Informationskanäle Obernkirchen				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Infokanäle_merhfach	Verwandte	1	2,2%	2,9%
	Freunde/Bekannte/Kollegen	5	10,9%	14,3%
	Medien	10	21,7%	28,6%
	Anzeige	9	19,6%	25,7%
	Flyer	1	2,2%	2,9%
	Krankenkasse	12	26,1%	34,3%
	Sonstiges	4	8,7%	11,4%
	weiß nicht	4	8,7%	11,4%
Gesamt		46	100,0%	131,4%

Herausgehoben werden soll hier, dass bei Personen, die ihr Verhalten aufgrund von Informationen geändert haben die Hauptinformationsquelle in 34,3% (n=12) der Fälle die Krankenkasse darstellt.

- ➔ Möglicherweise kann sich hinter der Nennung „Krankenkasse“ als Informationsquelle auch der LBL-Brief verbergen, der von der BKK24 versandt wird.
- ➔ Es bleibt unklar, welche Informationen genau zu einer Verhaltensänderung beigetragen haben. Und ob es möglicherweise gar nicht welche waren, die aus der am häufigsten genannten Quelle stammten. Eventuell hat zwar eine Person (u.a.) von der Krankenkasse von LBL erfahren bzw. darüber Informationen erhalten – zum Umdenken hat aber mitunter der gesamte Kommunikationsmix geführt oder auch nur ein entscheidender Artikel in der Presse.

Wie viele dieser Personen sind BKK24 versichert?

Obernkirchen

Von den 35 Personen, die eine Verhaltensänderung aufgrund von Informationen nennen sind nur 25,7% (n=9) bei der BKK24 versichert. 2 Personen wollen hierzu jedoch keine Angabe machen.

- ➔ Diese Zahlen lassen den Schluss zu, dass die ca. 65% (n=23) Nicht-BKK24-Versicherte LBL-Informationen **nicht** in der Rolle als Versicherter über die BKK24 (z.B. auch das Mitgliedermagazin) erreichen – und dennoch über Informationen zu einer Verhaltensänderung gelangen. Möglicherweise könnte hier auch der LBL-Brief eine Rolle spielen, der jedoch nicht explizit genannt wurde, sich mitunter aber hinter der Nennung „Krankenkasse“ verbergen könnte und so auch Nicht-BKK24-Versicherte erreichen kann (Achtung: Hier kann es sich allenfalls um wenige Personen handeln, denn es nannten nur 12 Personen insgesamt die Krankenkasse als Informationsquelle).

12. Ergebnisse zur Ergebnisqualität: Verhaltensänderung aufgrund von Informationen (Nienburg)

Wie viele der Personen haben ihr Verhalten aufgrund von Informationen geändert?

Nienburg

Die nachfolgende Tabelle bezieht sich auf 44 Personen in Nienburg, die LBL kennen, aber an **keiner** LBL-Aktion teilgenommen haben.

Frage 10b: Hat sich Ihr Verhalten aufgrund von Informationen geändert?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	6	3,0	13,6	13,6
	nein	11	5,5	25,0	38,6
	weiß nicht	21	10,5	47,7	86,4
	keine Angabe	6	3,0	13,6	100,0
	Gesamt	44	22,0	100,0	
Fehlend	System	156	78,0		
Gesamt		200	100,0		

Der größte Teil (47,7% (n=21) weiß auf diese Frage keine Antwort, 25% (n=11) sagen nein und 13,6 % (n=6) verweigern eine Antwort. Im Gegensatz zu Obernkirchen geben hier nur 13,6% (n=6) an, dass sich ihr Verhalten aufgrund von Informationen geändert habe.

- ➔ Achtung: die Verhaltensänderung bezieht sich nur auf 6 Personen! Daher muss auch mit dem Ergebnis von 13,6% vorsichtig umgegangen werden!
- ➔ Es bleibt festzuhalten, dass eine Verhaltensänderung über Informationen in Nienburg wesentlich seltener ist als in Obernkirchen.

Wie genau hat sich das Verhalten dieser Personen verändert?

Nienburg

- ➔ Die geringe Aussagekraft von 6 Personen, die eine Verhaltensänderung aufgrund von Informationen angeben verschleiert sich dadurch, dass 5 Personen keine konkretere Angabe dazu machten – und eine Person lediglich „allgemein“ konkretisierte.

13. Ergebnisse zur Ergebnisqualität: Verhaltensänderung durch „Länger besser leben.“ allgemein (Obernkirchen)

Wie viele der Personen haben ihr Verhalten durch „Länger besser leben.“ geändert?

Obernkirchen

Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf alle 200 Befragten in Obernkirchen und zeigen wie viele Personen ihr Verhalten geändert haben – egal ob durch Teilnahme an mindestens einer LBL-Aktion seit Sommer 2011 oder aufgrund von Informationen.

Verhaltensänderung durch LBL Obernkirchen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Verhaltensänderung angegeben	153	76,5	76,5	76,5
	Verhaltensänderung	47	23,5	23,5	100,0
	Gesamt	200	100,0	100,0	

Bezogen auf alle 200 befragten Personen geben 76,5% (n=153) zwar keine Verhaltensänderung durch LBL an – 23,5% (n=47) aber schon.

- ➔ Insgesamt gesehen scheint eine Verhaltensänderung bei 23,5% der Befragten als sehr zufriedenstellendes Ergebnis.
- ➔ Allerdings muss bei diesem Ergebnis einschränkend erwähnt werden, dass in den vorherigen Kapiteln (siehe Kapitel 8, 10, 11) deutlich wurde, dass – insbesondere bei der Verhaltensänderung durch Informationen – einige Personen nicht angaben (oder nicht wussten), wie sich ihr Verhalten konkret geändert hat. Aufgrund der wenigen Konkretisierungen, gibt es nur eingeschränkte Kenntnisse darüber, in welche Richtung sich die Verhaltensänderungen bewegen.
- ➔ Darüber hinaus ist selbst bei den konkreten Angaben jede Art von Intensitätsabstufungen in der Verhaltensänderung möglich. So kann die Aussage „mache mehr Sport“ von „ich gehe alle 3 Wochen joggen“ bis hin zu „ich jogge 3 Mal die Woche“ reichen.
- ➔ Mit diesem Wissen, muss das bloße Wort „Verhaltensänderung“ mit Bedacht verwendet werden – wenn auch die Ergebnisse insgesamt durchaus positiv zu sehen sind.

14. Ergebnisse zur Ergebnisqualität: Verhaltensänderung durch „Länger besser leben.“ allgemein (Nienburg)

Wie viele der Personen haben ihr Verhalten durch „Länger besser leben.“ geändert?

Nienburg

Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf alle 200 Befragten in Nienburg und zeigen wie viele Personen ihr Verhalten geändert haben – egal ob durch Teilnahme an mindestens einer LBL-Aktion seit Sommer 2011 teilgenommen oder aufgrund von Informationen.

Verhaltensänderung durch LBL Nienburg					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Verhaltensänderung angegeben	188	94,0	94,0	94,0
	Verhaltensänderung	12	6,0	6,0	100,0
	Gesamt	200	100,0	100,0	

Bezogen auf alle 200 befragten Personen geben 96% (n=188) keine Verhaltensänderung durch LBL an und nur 6% (n=12) schon.

- ➔ Wie sich in den vorherigen Kapiteln schon abzeichnete, wurde auf Verhaltensebene in Nienburg nicht so viel erreicht wie in Obernkirchen.
- ➔ Dennoch sind 6% (n=12) in einer Befragung auf Bevölkerungsebene durchaus positiv zu werten.
- ➔ Es gelten jedoch dieselben Einschränkungen wie eben für Obernkirchen beschrieben und relativieren damit das Ergebnis (siehe Kapitel 13).

15. Anhang

Anhang A: Mikrozensus-Daten 2011 Geschlecht

Bevölkerung nach Geschlecht (LK Schaumburg)				
Auszählung aus dem bereinigten Registerbestand				
	Insgesamt		Geschlecht	
	Anzahl	%	Männlich Anzahl	Weiblich Anzahl
Insgesamt	157.496	100,0	76.362	81.135
			48,49%	51,52%

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014a

Bevölkerung nach Geschlecht (LK Nienburg)				
Auszählung aus dem bereinigten Registerbestand				
	Insgesamt		Geschlecht	
	Anzahl	%	Männlich Anzahl	Weiblich Anzahl
Insgesamt	122.241	100,0	60.579	61.663
			49,56%	50,44%

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014b

Geschlechterverteilung für den Ergebnisbericht			
Geschlecht	LKS	LK NI	ca. zusammen
weiblich	51,52%	50,44%	50,00%
männlich	48,49%	49,56%	50,00%

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014a,b, eigene Darstellung

Anhang B: Mikrozensus-Daten 2011 Alter

Alter (10er-Jahresgruppen)	Insgesamt (LK SHG)		für Bericht neu berechnet		
	Anzahl	%	Anzahl (ohne unter 19 und 80+)	% ca.	% ca.
Unter 10	12.553	8,0			
10 - 19	17.569	11,2			
20 - 29	14.819	9,4	14.819	12,5	12,5
30 - 39	15.993	10,2	15.993	13,5	36,5
40 - 49	27.251	17,3	27.251	23,0	
50 - 59	23.042	14,6	23.042	20,0	51,0
60 - 69	18.548	11,8	18.548	16,0	
70 - 79	17.652	11,2	17.652	15,0	
80 und älter	10.070	6,4			
Insgesamt	157.497	100,0	117.305,0	100,0	

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014c und eigene Berechnung

Alter (10er-Jahresgruppen)	Insgesamt (LK NI)		für Ergebnisbericht neu berechnet		
	Anzahl	%	Anzahl (ohne unter 19 und 80+)	% ca.	% ca.
Unter 10	10.511	8,6			
10 - 19	14.296	11,7			
20 - 29	12.645	10,3	12.645	14,0	14,0
30 - 39	13.092	10,7	13.092	14,5	37,5
40 - 49	21.103	17,3	21.103	23,0	
50 - 59	18.259	14,9	18.259	20,0	48,5
60 - 69	12.977	10,6	12.977	14,5	
70 - 79	12.480	10,2	12.480	14,0	
80 und älter	6.879	5,6			
Insgesamt	122.242	100,0	90.556,0	100,0	

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014d und eigene Berechnung

Altersverteilung für den Ergebnisbericht			
Altersgruppen	LKS	LK NI	ca. zusammen
20-29	12,5	14,0	13,0
30-49	36,5	37,5	37,0
49-79	51,0	48,5	50,0

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014c,d, eigene Darstellung

Anhang C: Mikrozensus-Daten 2011 höchster Bildungsabschluss

Höchster Schulabschluss	Landkreis Nienburg (Weser)
	%
Ohne oder noch kein Schulabschluss	8,4
Ohne Schulabschluss	5,1
Noch in schulischer Ausbildung	3,3
Haupt-/ Volksschulabschluss	41,6
Mittlerer Schulabschluss und gymnasiale Oberstufe	30,6
Realschul- oder gleichwertiger Abschluss	28,4
Schüler/-innen der gymnasialen Oberstufe	2,2
Fachhochschulreife	8,0
	11,4

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014e

höchster Schulabschluss	LK Ni	Verteilung höchster Bildungsabschluss für Ergebnisbericht	
	%	% zusammen	
Ohne oder noch kein Schulabschluss	8,4	8,4	sonstiges
Ohne Schulabschluss	5,1		
Noch in schulischer Ausbildung	3,3		
Haupt-/ Volksschulabschluss	41,6	41,6	Hauptschule
Mittlerer Schulabschluss und gymnasiale Oberstufe	30,6	30,6	Realschule
Realschul- oder gleichwertiger Abschluss	28,4		
Schüler/-innen der gymnasialen Oberstufe	2,2		
Fachhochschulreife	8,0	19,4	Abi/Fachabi
	11,4		

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014e, eigene Darstellung

Literaturquellen

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014a). Mikrozensus 2011. Schaumburg. Bevölkerung nach Geschlecht. Auszählung aus dem bereinigten Registerbestand. Online verfügbar unter:

https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:03257,BEG_1_1_0,m,table (21.05.15).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014b). Mikrozensus 2011. Nienburg (Weser) Bevölkerung nach Geschlecht. Auszählung aus dem bereinigten Registerbestand. Online verfügbar unter:

https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:03256,BEG_1_1_0,m,table (21.05.15).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014c). Mikrozensus 2011. Schaumburg. Bevölkerung nach Geschlecht, Familienstand (ausführlich) und Alter (10er-Jahresgruppen). Auszählung aus dem bereinigten Registerbestand. Online verfügbar unter: https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:03257,BEV_10_1,m,table (21.05.15).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014d). Mikrozensus 2011. Nienburg (Weser). Bevölkerung nach Geschlecht, Familienstand (ausführlich) und Alter (10er-Jahresgruppen). Auszählung aus dem bereinigten Registerbestand. Online verfügbar unter:

https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:03256,BEV_10_1,m,table (21.05.15).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014e). Mikrozensus 2011. Nienburg (Weser). Bevölkerung nach im regionalen Vergleich nach höchstem Schulabschluss. Auszählung aus dem bereinigten Registerbestand. Online verfügbar unter:

https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:03256,BEG_4_4_6,m,table (21.05.15).

Netzwerkevaluation in der
kommunalen Gesundheitsförderung
Eine qualitative Untersuchung der Partner der Intervention
„Länger besser leben.“ der BKK24

Lara Weber
Universität Bielefeld



MASTERARBEIT

zur Erlangung des Grades Master of Science in Public Health
der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

**Netzwerkevaluation in der
kommunalen Gesundheitsförderung**

Eine qualitative Untersuchung der
Partner der Intervention
„Länger besser leben.“ der BKK24

vorgelegt von Lara Weber
Erstprüferin: Prof. Dr. Petra Kolip
Zweitprüferin: Dr. Annett Horn

Bielefeld, Oktober 2014

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	I
Abkürzungsverzeichnis.....	II
Zusammenfassung.....	III
1 Einleitung.....	1
2 Kommune als Setting in der Gesundheitsförderung.....	4
2.1 Settingansatz in der Gesundheitsförderung.....	4
2.2 Die Besonderheiten der Kommune als Setting in der Gesundheitsförderung.....	5
3 Netzwerke.....	8
3.1 Definition und Abgrenzung des Netzwerkbegriffs.....	8
3.2 Netzwerke in der Gesundheitsförderung.....	13
4 Fördernde Faktoren für Netzwerkarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung.....	18
4.1 Zielvorstellung.....	19
4.2 Win-win-Situation.....	21
4.3 Zusammenarbeit.....	22
4.4 Nachhaltigkeit.....	26
4.5 Interne Kommunikation.....	26
4.6 Vertrauen.....	27
4.7 Ressourcen.....	29
4.8 Hemmende Faktoren.....	30
5 Vorstellung der Intervention „Länger besser leben.“ der BKK24.....	32
6 Fragestellung.....	35
7 Methodik.....	36
7.1 Evaluationsart.....	36
7.2 Erhebungsmethode - ExpertInneninterview.....	37
7.3 Datenerhebung.....	38
7.3.1 Leitfaden.....	38
7.3.2 Samplebeschreibung und Rekrutierung.....	41
7.3.3 Durchführung der ExpertInneninterviews.....	43
7.4 Datenauswertung.....	43
7.4.1 Aufbereitung des Materials.....	43
7.4.2 Auswertungsverfahren – qualitative Inhaltsanalyse.....	44
8 Ergebnisse.....	48
8.1 Mitgliedschaftsgestaltung bei „Länger besser leben.“.....	48
8.2 Zielvorstellung.....	49
8.3 Win-win-Situation.....	54
8.4 Zusammenarbeit.....	58
8.5 Nachhaltigkeit.....	61

8.6	Interne Kommunikation.....	63
8.7	Vertrauen	65
8.8	Ressourcen.....	66
8.9	Wünsche und Verbesserungsvorschläge	68
9	Diskussion	71
9.1	Methodische Diskussion	71
9.2	Ergebnisdiskussion und Handlungsempfehlungen.....	74
9.2.1	Zielvorstellung.....	74
9.2.2	Win-win-Situation	76
9.2.3	Zusammenarbeit.....	77
9.2.4	Nachhaltigkeit	79
9.2.5	Interne Kommunikation.....	80
9.2.6	Vertrauen	82
9.2.7	Ressourcen.....	82
9.2.8	Schlussbetrachtung	83
10	Fazit.....	85
	Literaturverzeichnis	I
	Ehrenwörtliche Erklärung	XII
	Anhang A.....	XIII
	Anhang B.....	XIX

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1: Einschlusskriterien für die Rekrutierung der InterviewpartnerInnen.....	41
Abbildung 2: Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse	45
Tabelle 1: Definitionen von Netzwerk.....	10
Tabelle 2: Themenbereiche des Leitfadens	39
Tabelle 3: Kategorieinteilung der „Länger besser leben.“ PartnerInnen (Obernkirchen, Stadthagen, übergeordnete PartnerInnen).....	42
Tabelle 4: Kategoriensystem mit Hauptkategorien (HK) und Subkategorien (SK) des Kodierleitfadens	47
Tabelle 5: Leitfaden für ExpertInneninterviews	XIV
Tabelle 6: Kodierleitfaden	XVI

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BKK24	Betriebskrankenkasse 24
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IP	InterviewpartnerIn
LBL	„Länger besser leben.“
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat
WHO	Weltgesundheitsorganisation (engl.: World Health Organization)

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Netzwerke sind eine wichtige Umsetzungsstrategie für erfolgreiche Gesundheitsförderung im Setting Kommune, da sie den Aufbau gesundheitsförderlicher Angebote in den Lebensräumen der Menschen fördern und da in der Kommune eine institutionen- sowie sektorenübergreifende Vernetzung von verschiedenen Akteuren geschaffen werden kann. Erfolgreiche Arbeit im Netzwerk entsteht erst durch das Zusammenwirken verschiedener fördernder Faktoren, die in der Literatur genau herausgearbeitet worden sind: Zielvorstellungen, Win-win-Situationen, Zusammenarbeit, Nachhaltigkeit, interne Kommunikation, Vertrauen und Ressourcen.

Methodik: Zur Klärung der Frage, ob diese fördernden Faktoren auch auf das Netzwerk einer Maßnahme in der Praxis zutreffen - in dieser Arbeit auf das Netzwerk der Intervention „Länger besser leben.“ - wurden zehn qualitative, leitfadengestützte ExpertInneninterviews mit Akteuren des Netzwerks von „Länger besser leben.“ geführt. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring. Das der qualitativen Datenanalyse dienende Programm MAXQDA unterstützte die Auswertung.

Ergebnisse: Die in der Theorie aufgezeigten Faktoren fördern die Arbeit im Netzwerk von „Länger besser leben.“. Insgesamt ist das Netzwerk positiv zu beurteilen, da die fördernden Faktoren gegenüber den hemmenden überwiegen. Es werden zwar auch konkrete Probleme und Grenzen von diesem Netzwerk in der kommunalen Gesundheitsförderung deutlich, aber vor allem zeigt sich, dass diese Art von Netzwerk dennoch möglich ist und erfolgreich sein kann. Die gemeinsame Zielvorstellung wird weitestgehend erfüllt. Die Win-win-Situation wird zwischen der BKK24 und den Mitgliedern erfüllt, jedoch kaum zwischen den Akteuren. Das Verhältnis von Aufwand und Nutzen schätzt der Großteil der Interviewten als angemessen ein oder sieht einen größeren Nutzen im Vergleich zum Aufwand. Die Zusammenarbeit ist zwischen den Akteuren und der BKK24 am intensivsten; unter den Akteuren findet sie hingegen weniger statt. Der Faktor Nachhaltigkeit wird von den Interviewten nicht eindeutig bestätigt. Er wird unterschiedlich eingeschätzt. Mit der internen Kommunikation sind fast alle Befragten zufrieden. Sie beziehen sich dabei allerdings nicht auf weitere PartnerInnen. Ebenso ist das nötige Vertrauen vorhanden und auch Ressourcen vielfältiger Art stehen den Mitgliedern ausreichend zur Verfügung. Wichtig ist herauszustellen, dass die Interviewten die fördernden Aspekte zum größten Teil auf die Arbeit mit der BKK24 beziehen und weniger auf die mit anderen NetzwerkpartnerInnen. Die Ergebnisse der Netzwerkevaluation führen zu Handlungsempfehlungen, die zum Ausbau und zur Verbesserung der Netzwerkarbeit dienen sollen.

1 EINLEITUNG

Die Bedeutung von Netzwerken ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen, wird aber auch weiterhin häufig unterschätzt (Endres, 2011; Quilling, Nicolini, Graf & Starke, 2013). Durch diese Steigerung der Relevanz wird es wichtiger, die Evaluation und die Bewertung des Erfolgs von Netzwerken zu intensivieren; denn bisher haben sie eher selten Anwendung gefunden, u.a. aufgrund der Komplexität von Netzwerken (Aulinger, 2008; Broda-Kaschube, 2005; Trojan & Süß, 2014). Durch eine verstärkte Evaluation von Netzwerken können bisherige weiter entwickelt und optimiert werden. Insbesondere kann eine formative Evaluation dazu beitragen, da der Prozess der Evaluation zur Weiterentwicklung des Netzwerks noch im Verlauf der Maßnahme genutzt werden kann und somit kein reines Analyseinstrument darstellt (Aulinger, 2008; Quilling et al., 2013).

Das Thema Evaluation spielt auch in der Gesundheitsförderung eine immer größere Rolle und sollte dort noch stärker als bisher verankert werden (Kolip, 2014; Kolip & Müller, 2009). Dies forderte der Sachverständigenrat (SVR) bereits in seinem Gutachten im Jahr 2002 (BT-Drs. 14/5660, 2001). In der Gesundheitsförderung sind Evaluationen je schwieriger, desto komplexer die Interventionen sind. Besonders trifft dies auf settingorientierte Maßnahmen in der Gesundheitsförderung zu (Kolip & Müller, 2009).

Im Setting der kommunalen Gesundheitsförderung kommen Netzwerken eine Schlüsselfunktion zu, da in diesem Lebensraum eine Vielzahl an Akteuren aus diversen Bereichen zusammenarbeiten und nur dadurch nachhaltige Veränderungen erreicht werden können (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, 2012). Weiterhin fördern Netzwerke den Aufbau gesundheitsförderlicher Angebote in den Lebensräumen der Menschen (Naidoo & Wills, 2010; Reimann et al., 2010).

Netzwerkevaluationen in der kommunalen Gesundheitsförderung finden zwar bisweilen statt. In der Literatur wird jedoch nicht von dem Einbeziehen der Netzwerkakteure in die Evaluationen berichtet. Da erfolgreiche Arbeit in Netzwerken erst durch das Zusammenwirken dieser Akteure entstehen kann ist es von Interesse zu untersuchen, welche fördernde Faktoren innerhalb des Netzwerks hier eine Rolle spielen und im Zusammenhang damit ebenfalls zu analysieren, welche Faktoren eine hemmende Wirkung aufweisen (Abicht, Schönfeld, Reupold & Tippelt, 2009).

Damit dieser Aspekt in der Praxis untersucht werden kann, wurde die vorliegende Arbeit in Kooperation mit der gemeindebezogenen Intervention „Länger besser leben.“ (LBL) der BKK24 geschrieben. Mit LBL hat sich die BKK24 seit 2011 der Aufgabe gewidmet, kommunale Gesundheitsförderung durchzuführen. Die Bevölkerung verschiedener Kommunen soll motiviert werden, eine Lebensstilveränderung mit Hilfe von vier Regeln gesunder Lebensweise, hinsichtlich Bewegung, Ernährung, Alkoholkonsum und Rauchen umzusetzen. Zur Realisierung dessen bietet die BKK24 in Zusammenarbeit mit vielen verschiedenen PartnerInnen Maßnahmen und Aktivitäten für die BürgerInnen an, die diese freiwillig in Anspruch nehmen können. LBL wird umfangreich evaluiert, da die Evaluation neu entwickelter Konzepte der Intervention besondere Wichtigkeit aufweist (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., 2013). Daher bildet die vorliegende Arbeit einen Teil eines breiter angelegten Evaluationsvorhabens, das auch andere Aspekte der Initiative fokussiert.

Vor dem dargelegten Hintergrund lautet das Thema der vorliegenden Arbeit:

Netzwerkevaluation in der kommunalen Gesundheitsförderung. Eine qualitative Untersuchung der Partner der Intervention „Länger besser leben.“ der BKK24.

In der Arbeit soll herausgefunden werden, ob die in der Theorie aufgezeigten fördernden Faktoren für die Arbeit in einem Netzwerk in der kommunalen Gesundheitsförderung auch auf das Netzwerk von LBL zutreffen und welche Veränderungen im Projekt möglicherweise vorgenommen werden könnten, um die Netzwerkarbeit zu begünstigen. Daher steht folgende Forschungsfrage im Fokus:

*Welche Faktoren fördern die Arbeit im Netzwerk der Intervention
„Länger besser leben.“ der BKK24?*

Ebenso soll die Frage beantwortet werden:

*Welche Faktoren hemmen die Arbeit im Netzwerk der Intervention
„Länger besser leben.“ der BKK24?*

Zur Beantwortung der Fragen werden Experteninterviews mit verschiedenen Akteuren des LBL-Netzwerks geführt.

Die vorliegende Arbeit ist in zehn Hauptkapitel unterteilt. Nach der Einleitung folgt in Kapitel zwei bis vier der theoretische Hintergrund. Zunächst werden in Kapitel zwei Hintergrundinformationen zu Kommunen als Setting für Gesundheitsförderung gegeben,

wobei es erst um den Settingansatz allgemein in der Gesundheitsförderung und im Anschluss um die Besonderheiten in der Kommune geht. In Kapitel drei wird Bezug auf Netzwerke genommen. Der Begriff wird definiert und die Bedeutung von Netzwerken in der Gesundheitsförderung näher dargelegt. Kapitel vier widmet sich den verschiedenen fördernden Faktoren für Netzwerkarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung. Im darauffolgenden Kapitel fünf wird die Intervention „Länger besser leben.“ vorgestellt, die die Grundlage für die empirische Erhebung der Arbeit bildet. Die Fragestellung nach den fördernden und hemmenden Faktoren wird im sechsten Kapitel aufgezeigt, bevor im siebten Kapitel das methodische Vorgehen erläutert wird. Die Ergebnispräsentation ist Inhalt von Kapitel acht. Im neunten Kapitel werden das methodische Vorgehen reflektiert, die Ergebnisse diskutiert sowie daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet. Das zehnte und letzte Kapitel schließt mit einem Fazit hinsichtlich der Forschungsfrage ab.

2 KOMMUNE ALS SETTING IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Der Settingansatz ist die „wichtigste Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung“ (Altgeld & Kolip, 2014, S. 49) und wurde 1986 von der WHO entwickelt (1986). Aufgrund dessen werden im Folgenden zuerst der Settingansatz in der Gesundheitsförderung und anschließend die Besonderheiten der Kommune als Setting in der Gesundheitsförderung näher dargelegt. Darauf aufbauend befasst sich der nächste Teil der Arbeit mit Netzwerken.

2.1 Settingansatz in der Gesundheitsförderung

Die WHO definiert Setting recht allgemein als „Ort oder sozialer Kontext, in dem Menschen ihren Alltagsaktivitäten nachgehen, im Verlauf derer umweltbezogene, organisatorische und persönliche Faktoren zusammenwirken und Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen“ (WHO, 1998, S. 27). Konkreter definieren Grossmann & Scala Setting, wonach es einerseits „ (...) als ein soziales System verstanden [wird], das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst, und andererseits als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können.“ (1999, S. 100).

Soziale Systeme sollen in ihrer Gesamtheit angesprochen werden. Auch wird ein Setting als ein relativ dauerhafter Sozialzusammenhang, ein „abgegrenztes soziales System“ (Rosenbrock & Hartung, 2011, S. 497) charakterisiert. Der Settingbegriff bezieht sich folglich immer auf etwas Bestimmtes, weshalb jedes Setting einzeln zu definieren ist: „Der Mensch [soll] in einer spezifischen Umwelt mit den spezifischen Einflüssen und Bedingungen erfasst werden“ (Penz, 2008, S. 25), wodurch passgenaue Strategien für das jeweilige Setting entstehen können. Der Settingansatz konzentriert sich auf die Lebenswelt, also die Rahmenbedingungen, unter denen die Menschen leben (Penz, 2008).

Die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten ist laut Ottawa-Charta ein wesentlicher Handlungsbereich aktiven gesundheitlichen Handelns (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 1986). Der Stellenwert sowie die Akzeptanz des Settingansatzes in Deutschland veranschaulicht die Nennung in verschiedenen Dokumenten. So wird er u.a. im Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 20 Abs. 1, in mehreren Gutachten des SVR (BT-Drs. 14/5660, 2001; BT-Drs. 15/5670, 2005; BT-Drs. 16/6339, 2007) und den Handlungsleitlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über die „Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung“ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2002) thematisiert.

Die sozialen Systeme unterteilen sich in formale Organisationen (z. B. Kindergarten, Unternehmen, Krankenhaus), regionale Settings (z. B. Kommune, Stadt, Quartier) und/oder gemeinsame Werte (z. B. Religion) oder Lebenslagen (z. B. Jugendliche) (Rosenbrock & Hartung, 2011). Der Settingansatz ist die Konsequenz aus der Erkenntnis, „(...) dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird“ (Altgeld & Kolip, 2014, S. 49). Generell knüpft dieser Ansatz an der Verhaltensebene sowie an der Verhältnisebene an und es kann zwischen Gesundheitsförderung im Setting und der Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings unterschieden werden¹ (Altgeld & Kolip, 2014; Rosenbrock & Hartung, 2011; Stender, 2008). Dabei ist dieser Ansatz ressourcenorientiert und multidisziplinär ausgerichtet und legt Partizipation und Empowerment zugrunde (Rosenbrock & Hartung, 2011).

Jeder Settingansatz hat eine unterschiedliche Reichweite. Besonders in den Settings Betrieb und Schule ist die Verbreitung dieses Ansatzes bisher am größten. Im Deutschen Gesunde Städte-Netzwerk sind allerdings laut Altgeld & Kolip (2014) nur 64 Kommunen aktiv, jedoch die meisten Großstädte. Aufgrund der bisherigen Kenntnisse sowie Weiterentwicklungen wird der Settingansatz aber auch vermehrt in Kommunen angewendet (Altgeld & Kolip, 2014; Kolip, Gerken, Schaefer, Mühlbach & Gebhardt, 2013; Rosenbrock & Hartung, 2011).

2.2 Die Besonderheiten der Kommune als Setting in der Gesundheitsförderung

Die Ottawa-Charta stellt Gesundheitsförderung als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die neben dem Gesundheitssektor auch von der Politik als Querschnittsaufgabe nachvollzogen werden muss. Insofern sollen alle wichtigen Bereiche kooperieren: Gesundheit, Umwelt, Soziales, und Wirtschaft. Auch Regierungen, nicht-staatliche Organisationen und Medien sind mit einzubeziehen. Insbesondere ExpertInnen aus dem Gesundheitswesen wird dabei Verantwortung zugeschrieben (Trojan & Süß, 2011).

Gesundheitsförderung im Setting Kommune nimmt dabei eine wichtige Stellung ein, da Gesundheitsförderung, wie in Kap. 2.1 erwähnt, auf die Rahmenbedingungen von Gesundheit abzielt. Die Stadt bzw. die Kommune sind deswegen ein entscheidender Ausgangspunkt, weil hier diese Rahmenbedingungen entstehen (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, 2012). Außerdem verbindet das Setting Kommune verschiedene Lebenswelten miteinander und ist ein besonders geeignetes Handlungsfeld, da „die

¹ Für genauere Differenzierungen siehe Rosenbrock & Hartung (2011).

kommunale Lebenswelt von hoher gesundheitlicher Relevanz für die dort lebenden Menschen ist und diese hier zugleich in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden können“ (GKV Spitzenverband, 2010, S. 31). Die Kommune ist im Sinne der Ottawa-Charta der Ort, an dem die Gesundheit von Menschen geschaffen und gelebt wird (WHO, 1986). Die Kommune kann als ein umfangreiches Gefüge gesehen werden, in dem Teilsysteme wie Vereine, Kindergärten, Betriebe, Pflegeeinrichtungen oder Schulen angesiedelt sind. Hier können Menschen aller Altersgruppen sowie verschiedene Zielgruppen gleichzeitig angesprochen werden, z. B. Kinder, alte Menschen, MigrantInnen, psychisch und chronisch Kranke (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, 2012; Stender & Böhme, 2011; Trojan & Süß, 2014). Die verschiedenen Bedarfe und lokalen Gegebenheiten der Kommunen gilt es hier zu beachten (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, 2012).

Im deutschsprachigen Raum bezieht sich kommunale Gesundheitsförderung immer auf eine politische Gemeinde. Hinter dieser Abgrenzung steckt „(...) wohl eine gehörige Portion Pragmatismus“ (Penz, 2008, S. 29). Sie hilft jedoch, die Hauptbestandteile kommunaler Gesundheitsförderung zu identifizieren und somit in die komplexe Dynamik des Settings Kommune einzuschließen. Durch diese Sichtweise ergeben sich folgende grundlegenden Vorteile (Laaser & Hurrelmann, 2003):

- Unterschiedliche Organisationen können ergänzende Aktionen im Kontext von Gesundheitsförderung anbieten.
- Maßnahmen können gebündelt und dadurch effizienter gemacht werden.
- Bereits bestehende Vernetzungen können für die Gesundheitsförderung genutzt werden.
- Durch die Einbettung in die lokalen Gegebenheiten können die Maßnahmen in die Lebenswelt der Betroffenen eingegliedert und die Zielgruppen besser erreicht werden. Die Angebote werden besser akzeptiert und die Teilnahmebereitschaft ist höher.

Gemeindebezogene Interventionen wurden seit den 1970er-Jahren international durch epidemiologische und präventivmedizinische Studien vorgebracht² (Trojan & Süß, 2011). In Deutschland spielte die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie eine besondere Rolle, die von 1979 bis 1991 stattfand (Forschungsverbund DHP, 1998). Dieser Art von Intervention wurde lange Misstrauen entgegengebracht, da sie wegen der

² Z. B. in Europa die finnische Nordkarelien-Studie, in den USA die Framingham Study oder das Minnesota Heart Health Program (Trojan & Süß, 2011).

gewählten Indikatoren nur einen begrenzten Erfolg hatte. Dennoch hatte die Studie große Bedeutung, u.a. für den Ausbau von Kooperationsstrukturen in Prävention und Gesundheitsförderung, so dass seit einigen Jahren immer mehr Aktionen mit gemeindebezogener Orientierung entstehen (Kolip, et al., 2013; Trojan & Süß, 2011).

Ein wichtiger Aspekt für die kommunale Gesundheitsförderung ist das Konzept Capacity Building (Strukturbildung). Es richtet sich an die Ebene der Kommune und „gilt als intermediäre Ziel- und Erfolgsgröße für gemeindenaher Gesundheitsförderung“ (Trojan & Nickel, 2008, S. 771). Die Erläuterung von Walter und Schwartz verdeutlicht die Komplexität von Capacity Building sowie die Erfolgskriterien von Setting bezogener Gesundheitsförderung: „Als Schätzer für die Dauerhaftigkeit angestoßener Entwicklungen gilt das sog. Capacity Building. Dieser relativ neue – in der Literatur noch unterschiedlich weit gefasste – Indikator bezieht sich im Wesentlichen auf die Bereitschaft und Befähigung, geeignete Strukturen zu entwickeln, um eine spezifische Maßnahme erfolgreich anzubieten und aufrecht zu erhalten, bis hin zur Nutzung und Mobilisierung geeigneter Ressourcen und Kooperationsstrukturen und der Entwicklung adäquater Strategien zur Umsetzung und Implementierung von Maßnahmen“ (Walter & Schwartz, 2003, S. 206).³

Eine besonders wichtige Facette gemeindebezogener Gesundheitsförderung ist die institutionenübergreifende sowie sektorenübergreifende Vernetzung von verschiedenen Akteuren aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Bildung und Erziehung (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, 2012), da die Kommune als „diffuser Sozialzusammenhang“ (Reimann, Böhme & Bär, 2010, S. 9) bezeichnet werden kann. Nicht immer bestehen klare Strukturen und Verantwortlichkeiten. Dies kann u.a. an der Multidisziplinarität der Akteure und unterschiedlichen Zuständigkeiten liegen. So müssen Organisationsformen der Vernetzung der Gesundheitsförderung im kommunalen Setting geschaffen werden, damit die Akteure zusammenarbeiten können. Eine mögliche Form der Vernetzung in einer Kommune kann dabei die Bildung von Netzwerken sein, da diese den Aufbau gesundheitsförderlicher Angebote und Strukturen in den Lebensräumen der Zielgruppe fördern (Naidoo & Wills, 2010; Reimann et al., 2010; WHO, 1986). Somit bilden Netzwerke, neben weiteren Einflussgrößen⁴, einen Bedingungsfaktor für erfolgreiche kommunale Gesundheitsförderung.

³ Weiterführende Informationen zu Capacity Building s. u.a. Penz (2008), Trojan & Nickel (2008).

⁴ Aufgrund der formalen Vorgaben der Arbeit kann auf die weiteren Einflussgrößen nicht genauer eingegangen werden. Weiteres ist Stender & Böhme (2011) sowie Stender (2008) zu entnehmen.

3 NETZWERKE

Das Setting Kommune ist, wie in Kapitel 2.2 beschrieben, wichtig für erfolgreiche Gesundheitsförderung. Kurz wurde die Bedeutsamkeit von Netzwerken in der Kommune aufgezeigt. Nun soll tiefer der Frage nachgegangen werden, was ein Netzwerk ausmacht. Zur Eingrenzung und zum besseren Verständnis wird der Netzwerkbegriff definiert und von den Begrifflichkeiten Kooperation und Organisation abgegrenzt. Weiterhin werden Ziele eines Netzwerks dargelegt und anschließend Netzwerke in der Gesundheitsförderung aufgezeigt, um in Kapitel vier schließlich fördernde Faktoren für Netzwerkarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung zu eruieren.

3.1 Definition und Abgrenzung des Netzwerkbegriffs

Der Versuch der Definition des Netzwerkbegriffs gestaltet sich schwierig, da der Begriff inflationär verwendet wird. Dennoch sollen im Folgenden verschiedene Perspektiven aufgezeigt werden und eine Abgrenzung zu den häufig synonym verwendeten Begriffen Kooperation und Organisation stattfinden, um schließlich zu einer für die Arbeit passend erscheinenden Definition zu gelangen (Ewers & Badura, 2004; Groß, 2006).

Netzwerke gibt es in diversen gesellschaftlichen Bereichen, wie in den Sektoren Kommunikation, Multimedia, Industrie, Dienstleistung und im Gesundheitswesen (Meierjürgen, 2001, 121; Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008). Dabei wird der Begriff in den unterschiedlichen Kontexten jeweils anders eingesetzt. „Das Spektrum reicht von neuronalen Netzen über Computernetzwerke bis zu Kommunikationsbeziehungen“ (Meyer, 2006, S. 318). Auch verschiedene Fachbereiche, wie z. B. die Sozialwissenschaften, Wirtschaftswissenschaften, Politikwissenschaften oder die Organisationsforschung definieren Netzwerk jeweils unterschiedlich (Aulinger, 2008; Meyer, 2006). Sydow & Milward zeigten bereits 2003 auf, dass es mehr als 100 Definitionen von Netzwerken gibt, die nach verschiedenen Merkmalen festgelegt werden. Die jeweilige Definition ist von der Wahl des Forschungsansatzes abhängig.

Zur besseren Übersicht sind verschiedene Definitionen von Netzwerken in Tabelle 1 aufgeführt. Der Fokus liegt auf Definitionen, die zumindest teilweise für den Netzwerkbegriff in dieser Arbeit geeignet sind, wobei die Zusammenstellung aufgrund der Fülle an Definitionen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Gleich ist allen Definitionen der Bezug auf Beziehungen bzw. die Zusammenarbeit von verschiedenen Akteuren.

Bei den ‚sozialen Netzwerken‘ stehen die Lebenswelt und das Individuum im Mittelpunkt des Handelns. Die Grundlage sozialer Netzwerke ist, dass Individuen immer mit anderen sozial verbunden sind. In der Forschung über soziale Netzwerke wird besonders die Struktur, Qualität und Zusammensetzung analysiert, wobei die Bezugsgröße die Qualität der Beziehungen und nicht die Verhaltensvielfalt ist (Groß et al., 2005). Dieser Fokus auf soziale Netzwerke sollte nach Groß et al. (2005) mit Organisationsnetzwerken kombiniert werden. Diese Netzwerkart soll durch die Zusammenarbeit lokaler Akteure und Betroffener Synergieeffekte für die Entwicklung des Sozialraums generieren. Nach diesen Anforderungen ist die Definition von Sängler & Bennewitz (2001) (s. Tabelle 1) zumindest eine Annäherung an eine für diese Arbeit geeignete Definition, da sie soziale und organisationstheoretische Elemente von Netzwerken verknüpft.

Aufgrund der beschriebenen Schwierigkeiten, wurde im Modellprojekt „Qualitätsentwicklung für lokale Netzwerkarbeit“ eine eigene Definition erarbeitet. Diese ist ebenfalls Tabelle 1 zu entnehmen (AWO Bundesverband e.V., 2004). In diesem Fall ist Netzwerkarbeit infrastrukturell und lebensweltorientiert, da sie sich auf personelle und institutionelle Ressourcen bezieht. Sie ist eine kooperative Methode, um die jeweils definierten Zielvisionen umzusetzen. Netzwerke sind Handlungsstrategien, die beides möglich machen: autonomes oder gleichzeitiges Zusammenwirken von Institutionen und Personen (Groß et al., 2005).

Regionale Netzwerke, auf die in dieser Arbeit Bezug genommen wird, sind laut Payer (2008) als soziale Netzwerke anzusehen, da die Knoten in dieser Art von Netzwerk soziale Akteure (Institutionen, Individuen, Gruppen etc.) sind. Dabei präsentieren die Beziehungen zwischen den PartnerInnen, die ganz unterschiedlicher Art und Weise sein können, die Verbindungen im Netzwerk (Payer, 2008). Erst mittels Teilhabe in Netzwerken können Netzwerkknoten entstehen (Tippelt et al., 2009; Schäffter, 2004). „Netzwerkknoten sind im Wesentlichen Netzwerkmanager/-innen, Akteure und strategische Partner“ (Abicht et al., 2009, S. 193).

Tabelle 1: Definitionen von Netzwerk

Definition von Netzwerk	Quelle
„Im weitesten Sinn versteht man unter einem Netzwerk etwas, das sich aus Knoten (Punkten, Positionen) und Verbindungen (Linien, Beziehungen) zwischen diesen Knoten zusammensetzt. Die grundlegende Metapher des Netzwerks ist das Netz – wie zum Beispiel ein Fischernetz oder ein Spinnennetz, das aus Schnüren oder Spinnfäden besteht, die zu Knoten geknüpft und miteinander verbunden ihre Wirkung entfalten.“	Payer, 2008, S. 5
Soziale Netzwerke werden als „das Gesamt an sozialen Beziehungen zwischen einer definierten Menge von Personen, Rollen oder Organisationen“ bezeichnet.	Röhrle, 1994, S. 1
„Der Begriff ‚soziales Netzwerk‘ bezeichnet ein Beziehungsgeflecht, das Menschen mit anderen Menschen und Institutionen sowie Institutionen mit anderen Institutionen verbindet.“	Hanke, Konrad, Schwarz, König, Langer, Pflugfelder et al., 2003
Soziale Netzwerke sind „Formen der Koordination von Aktivitäten, deren Kern immer die vertrauensvolle Zusammenarbeit eigenständiger, auch gleichzeitig interdependenter Akteure ist, die für einen begrenzten (durchaus auch längeren) Zeitraum zusammenarbeiten und dabei auf Interessen des jeweiligen Partners Rücksicht nehmen (...)“.	Tippelt, 2005, S. 235
„Soziale Netzwerke sind eine besondere Form von komplexen sozialen Gebilden, die durch [...] Veränderung geprägt sind und dennoch das individuelle Handeln jedes Akteurs in hohem Maße regulieren.“	Tippelt et al., 2009, S. 26
„Zentrales Merkmal ist die Entstehung eines mehr oder weniger stabilen Musters von Beziehungen zwischen autonomen Akteuren. (...) Sie verbinden potenziell Akteure aus allen gesellschaftlichen Teilbereichen, dem öffentlichen wie privaten Sektor, den Non-profit-Organisationen und zivilgesellschaftlichen Gruppierungen.“	Oppen & Strassheim, 2002, S. 8
„Netzwerke bieten den beteiligten Partnern ein flexibles Geflecht von Kooperationsbeziehungen, durch die es möglich wird, die eigenen Organisationsziele mit Hilfe strategischer Allianzen erfolgreicher zu erreichen, indem Kompetenzen und Ressourcen gemeinsam erarbeitet und neue Angebote und Lösungen auch außerhalb des eigenen Erfahrungsspektrums genutzt werden.“	Dresselhaus, 2006, S. 317
„Allgemein betrachtet ist ein Netzwerk ein System aus mehreren Elementen, die untereinander Verbindungen aufweisen und einen Austausch z. B. von Informationen, Material, Dienstleistungen oder Wissen durchführen. Sich zu vernetzen geht immer mit dem Aufbau eines Beziehungsnetzes mit unterschiedlichen Personen, Institutionen, Organisationen oder Unternehmen einher. Sie stellen die Knotenpunkte im Netzwerk dar und bilden über Linien bzw. Verbindungen ein Geflecht aus Beziehungen. Die Einbeziehung der Netzwerkpartner kann in Form der lockeren Zusammenarbeit bis hin zu festen strategischen, vertraglichen Bündnissen geschehen.“	Deutscher Olympischer Sportbund, 2010, S. 10
Ein Netzwerk „umfasst das Zusammenwirken der unterschiedlichsten, exekutiven, legislativen und gesellschaftlichen Institutionen und Gruppen bei der Entstehung und Durchführung einer bestimmten Politik. Vertreten sind in einem Netzwerk öffentliche und private Akteure, wobei unter Akteuren Individuen, Gruppen, Institutionen oder Organisationen verstanden werden können. Die Zusammensetzung richtet sich weniger nach formalrechtlichen und institutionellen Kriterien, sondern ist das Ergebnis von teilweise langwierigen Aushandlungsprozessen zwischen den Akteuren, die durch die Bildung gegenseitigen Respekts, Anerkennung und Affinität gekennzeichnet sind. Eine wichtige Funktion haben	Sänger & Bennewitz, 2001, S. 78

dabei Kommunikations- und Interaktionsbeziehungen, die auf der Erkenntnis wechselseitiger Abhängigkeiten, der Herausbildung von Vertrauensbeziehungen sowie der Entwicklung gemeinsamer Verhaltenserwartungen und -orientierungen beruhen.“	
<p>„Netzwerkarbeit ist eine Methode, mittels derer die Zusammenarbeit und Ressourcenauslastung verschiedener Akteure gesteuert wird. (...). [Netzwerkarbeit]</p> <ul style="list-style-type: none"> • wird fallunabhängig, an den Bedarfen und Ressourcen des Sozialraumes orientiert geplant • ist eine langfristige, gemeinsame Vorbereitung und Planung mit einer gemeinsamen Zielsetzung unterschiedlicher lokaler Akteure • ist die stärker institutionalisierte, strategisch angeleitete Zusammenarbeit verschiedener Partner/ -innen.“ 	AWO Bundesverband e.V., 2004, S. 19

Gemäß Weatherly (2013, S. 103) gibt es „eine einheitliche Definition, was Netzwerke im Gesundheitswesen darstellen, (...) nicht.“ Die Definition der WHO hat jedoch einen Bezug zur Gesundheitsförderung. Danach ist ein Netzwerk im Rahmen der Gesundheitsförderung „eine Gruppierung von Individuen, Organisationen oder Einrichtungen, die auf einer nicht hierarchischen Basis um gemeinsame Themen oder Angelegenheiten organisiert ist, welche aktiv und systematisch auf der Basis von Verantwortungsgefühl und Vertrauen verfolgt werden“ (WHO, 1998, S. 20).

Laut Broesskamp-Stone (2003) wird in der Gesundheitsförderung überwiegend das Augenmerk auf interorganisationale Netzwerke gelegt, womit nicht-hierarchische Vereinigungen von Institutionen gemeint sind. Diese möchten, neben der Kommunikation miteinander, ebenso interessengeleitet miteinander kooperieren und Angebote der Gesundheitsförderung hervorbringen (Broesskamp-Stone, 2003).

Dazu passen die Aussagen von Jansen (2006), wonach für Netzwerke Gleichberechtigung und Autonomie der PartnerInnen sowie eine vertrauensvolle Beziehung typisch sind und statt vertikalen eher horizontale Beziehungen bestehen. Für Waldburg (2009) ist die Basis von Netzwerken Freiwilligkeit und Selbstverpflichtung und laut Weatherly (2013) sind Netzwerke Produkte, die zusammen kommunizieren und informieren.

Es ist festzuhalten, dass Netzwerke nicht zum Selbstzweck bestehen, sondern eine Problemlösungsstrategie sind, bei der Problem und Lösung zueinander passen müssen (Quilling et al., 2013; van Santen & Seckinger, 2003; Waldburg, 2002).

Werden die für diese Arbeit wichtigsten Aspekte der verschiedenen Definitionen und Anmerkungen der verschiedenen Autoren zusammengefügt, ergibt sich folgende Arbeitsdefinition:

Ein Netzwerk ist ein vertrauensvoller, strategisch angeleiteter Zusammenschluss. Er stellt eine Problemlösungsstrategie dar und basiert auf einer gemeinsamen Zielsetzung sowie hierarchiearmen Strukturen zwischen autonomen, aber auch interdependenten Akteuren aus verschiedenen gesellschaftlichen Teilbereichen. Die Einbeziehung der Akteure kann von formloser Zusammenarbeit bis hin zu festen strategischen und vertraglichen Bündnissen reichen.

Abgrenzung des Netzwerkbegriffs von Kooperation und Organisation

Netzwerke unterscheiden sich von Kooperationen und Organisationen, auch wenn die Begriffe häufig synonym verwendet werden. Daher werden die Begriffe hier kurz voneinander abgegrenzt.

Kooperationen stellen normalerweise bilaterale Beziehungen für eine begrenzte Zeit dar. Es herrschen ein mittleres Maß an Verbindlichkeit und klare Grenzen zwischen dem Innen und Außen der Umwelt. Die Akteure sind überzeugt, dass das gemeinsame Ziel besser nur zusammen zu erreichen ist (AWO Bundesverband e.V., 2004; Payer, 2008; Schubert, 2008; Tippelt et al., 2009).

Netzwerke weisen hingegen multilaterale Strukturen und eine hohe Offenheit des Zugangs auf und sind gemäß Schäffter (2004, S. 33) eine „logisch höherstufige Form sozialer Strukturierung“ im Vergleich zu Kooperationen. Außerdem sind Netzwerke längerfristig angelegt, schon aufgrund der längeren Entwicklungsdauer wegen der hohen Komplexität (Payer, 2008).

Für Schäffter (2001) wie auch für van Santen & Seckinger (2003) sind Netzwerke aufgrund ihres Organisationsgrades eine strukturelle Bedingung für Kooperationen. Dagegen wird im Rahmen der Programmplattform „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ Kooperation mehr als Bedingung bzw. Bestandteil von Netzwerkarbeit begriffen (Groß et al., 2005). Zwei weitere, dazu ähnliche Sichtweisen sind, dass Kooperationen in Netzwerken stattfinden: „Eine Kooperation ist der kleinste Baustein eines Netzwerkes“ (Deutscher Olympischer Sportbund, 2010, S. 11) bzw. bauen Netzwerke auf Kooperationen auf (Payer, 2008). Diese Gegensätzlichkeit zeigt die Schwierigkeit einer einheitlichen Abgrenzung auf.

Abgrenzen von Netzwerken und Kooperationen lassen sich Organisationen. Diese bezeichnen zum einen Systeme (z. B. Schulen oder Unternehmen), deren Merkmale festgelegte Arbeitsteilung, Grenzen zwischen Innen- und Außenwelt, Stetigkeit und Zweckorientiertheit sind und somit den institutionellen Organisationsbegriff darstellen. Zum anderen gibt es den prozessbezogenen Organisationsbegriff, womit der Prozess des Organisierens gemeint ist (Payer, 2008).

Organisationen haben im Vergleich zu Netzwerken einen hohen Grad an Formalisierung, da sie u.a. klare Grenzen zwischen innen und außen haben, wie es auch bei Kooperationen der Fall ist. Der Grad persönlichen Vertrauens ist geringer als in Netzwerken, da stärkere Hierarchien bestehen und die Organisationsziele vordergründig sind. In Netzwerken sind die Ziele eines jeden Akteurs häufig wichtiger (Payer, 2008; Schäffter, 2004). Gemeinsam mit Netzwerken haben sie die Beständigkeit (Payer, 2008).

Aus diesen Differenzierungen lässt sich schlussfolgern, dass ein Netzwerk zwar keine Organisation ist, jedoch dieser bedarf und dass in Netzwerken Kooperationen existieren müssen.

3.2 Netzwerke in der Gesundheitsförderung

Netzwerke sind eine der kompliziertesten zu organisierenden Organisationsformen (Meierjürgen, 2001). Dies ist speziell bei Netzwerken der Fall, der keine vertraglichen Regelungen zugrunde liegen. Partizipation und Kooperation sind die Fundamente um gemeinsame Ziele mit Hilfe formloserer Vorgaben zu erreichen. Dies ist häufig bei Netzwerken in der Gesundheitsförderung der Fall (Meierjürgen, 2001). In der Gesundheitsförderung sind diese Netzwerktypen bereits seit einiger Zeit als Schlüssel zum Erfolg anzusehen (Kickbusch, 1996).

Die WHO hat durch den Setting-Ansatz die Vernetzungsidee aufgenommen. Am Handlungsfeld „Vermitteln und Vernetzen“, einem von drei Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung aus der Ottawa-Charta von 1986, setzen Netzwerke in der Gesundheitsförderung an, wodurch sie sich als eine wichtige Art der Organisation in der Gesundheitsförderung herausgebildet haben (Broesskamp-Stone, 2003; Meierjürgen, 2001; WHO, 1986).

Die Spitzenverbände der Krankenkassen verlangten bereits 2002 im Beitrag „Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland“ als Prämisse

für erfolgreiche Prävention weitere Vernetzung und Kooperation zentraler Akteure (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2002).

Gesetzlich festgehalten wurde der Bedarf von Kooperation und Vernetzung im Feld der Gesundheitsförderung bisher nur in einem Kooperationsauftrag zwischen Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung und Krankenkassen in SGB V §§ 20a und 20b Abs. 2 sowie in SGB VII § 14 Abs. 2. Diese Paragraphen beziehen sich jedoch nur auf Bildung von Arbeitsgemeinschaften und die Zusammenarbeit mit Bezug auf betriebliche Gesundheitsförderung und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren.

Im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sind Kooperation und Vernetzung unerlässliche Aufgaben, um die Effektivität und Effizienz der Angebote und Anbieter zu sichern und weiterzuentwickeln (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., 2013). Der SVR plädierte bereits 2001 „(...) für die Bildung themen- bzw. zielgruppenspezifischer sowie ggf. institutionen- und hierarchienübergreifender Koalitionen“ (BT-Drs. 14/5660, 2001, S. 124). In dem Gutachten „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ machte der SVR auf die Bedeutsamkeit von intersektoraler Kooperation aufmerksam: „Eine effektive und nachhaltige Primärprävention setzt (...) eine enge inter- und intrasektorale Kooperation der Akteure in unterschiedlichen Lebensbereichen und Politikfeldern voraus“ (BT-Drs. 15/5670, 2005, S. 169). 2007 erwähnte der SVR die Notwendigkeit von Kooperationen auch außerhalb des Gesundheitswesens, u.a. in Kommunen (BT-Drs. 16/6339, 2007).

Trotz der aufgezeigten Bedeutsamkeit von Netzwerken und deren Bildung als einen essenziellen Grundsatz erfolgreicher Gesundheitsförderung, gibt es in Deutschland bisher keinen ausreichenden Auftrag aus der Politik. Netzwerke weisen oft unzulängliche personelle und finanzielle Ressourcen auf (Siebert & Hartmann, 2007). Am umfassendsten wurde dieser Bedarf an Vernetzung und Kooperation bisher im Entwurf des Gesetzes zur Förderung der Prävention aufgezeigt (BT-Drs. 217/13, 2013). Der Bundesrat lehnte den Entwurf jedoch mit der Forderung ab ihn „im weiteren Gesetzgebungsverfahren grundlegend zu überarbeiten“ (BT-Drs. 217/13 (Beschluss), 2013, S. 1). Angedacht war in dem Entwurf u.a., dass zur Förderung regionaler Netzwerke „die Krankenkassen mit örtlichen Unternehmensorganisationen kooperieren“ sollen (BT-Drs. 217/13, 2013, S. 12). Im Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode (CDU, CSU & SPD, 2013) wird erneut erwähnt ein Präventionsgesetz zu verabschieden, voraussichtlich 2014. Zum Zeitpunkt der Beendigung der vorliegenden Arbeit ist dies noch nicht

geschehen, womit keine genaueren Inhalte des Gesetzes aufgezeigt werden können und unklar bleibt, ob das Gesetz wirklich verabschiedet wird.

Vernetzung sollte folglich ein fester Bestandteil in Programmen der Gesundheitsförderung sein, wodurch umfangreiche Programme übergreifend entstehen können, u.a. um die bereits in Kapitel 2.2 erwähnte Nutzendimension Capacity Building zu erlangen. Durch Vernetzung können u.a. die Kompetenzen der Kommunen gefördert werden (Knorr & Schmidt, 2006). Um Gesundheitsförderung erfolgreich umzusetzen, ist eine intensivere Vernetzung in der Praxis also eine wesentliche Determinante (Siebert & Hartmann, 2007), da dadurch Synergien erzeugt und die aufeinandertreffenden Ressourcen genutzt werden sollen. Die Übertragung der Netzwerkforschung auf die Gesundheitsförderung steht erst in den Anfängen (Knorr & Schmidt, 2006; Broesskamp-Stone, 2004).

Daher wird an dieser Stelle kurz das „multi faceted network assessment instrument“ von Broesskamp-Stone aufgegriffen. Es wurde ausdrücklich zur Evaluation von organisationsübergreifenden Netzwerken in der Gesundheitsförderung entwickelt, da ansonsten keine Bewertungsmöglichkeit dafür existiert (Broesskamp-Stone, 2004; Milz, Meier & Stock, 2010). Broesskamp-Stone orientiert sich an bestehenden Modellen aus der Netzwerkforschung und nimmt eine Ergänzung um die Perspektive der Gesundheitsförderung vor, indem Netzwerken in der Gesundheitsförderung eine eigene Ebene zugeteilt wird (Broesskamp-Stone, 2004). Durch diese Ergänzung besteht dieses Modell aus drei Ebenen, die alle miteinander in Verbindung stehen und sich gegenseitig beeinflussen: die weite Umwelt, die enge Umwelt und die interne Ebene des Netzwerks. Die in der letztgenannten Ebene enthaltenen Faktoren Struktur, Prozesse und Gütekriterien betreffen die direkte Arbeitsweise der Netzwerke. Netzwerke werden nach diesem Modell auf den verschiedenen Ebenen untersucht.⁵

Netzwerke in der kommunalen Gesundheitsförderung

Netzwerke im Setting der kommunalen Gesundheitsförderung sind noch einmal von besonderer Bedeutung, da „die Zusammenarbeit der örtlichen Akteure aus den Bereichen Erziehung, Bildung, Gesundheit und Soziales sowie der Bevölkerung (...) einen wesentlichen Bestandteil effektiver Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden...“ darstellt (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, 2012, S. 22). Nur mit

⁵ Für weiterführende Erklärungen des Modells siehe Broesskamp-Stone (2004).

Hilfe dieser vielen verschiedenen Akteure kann kommunale Gesundheitsförderung Veränderungen von Lebensbedingungen und Initiativen mit Einflussnahme auf die Gesundheit realisieren (Deutscher Olympischer Sportbund, 2010; Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, 2012). Auch unter Betrachtung der dieser Arbeit zugrundeliegenden Definition von Netzwerken in Kapitel 3.1, scheinen Netzwerke als Art der Zusammenarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung geeignet.

Die Vorteile von Netzwerken in der kommunalen Gesundheitsförderung sind vielfältig (Deutscher Olympischer Sportbund, 2010; Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, 2010; Payer, 2008; Schubert, 2008):

- gegenseitiger Austausch von Wissen, Materialien etc.
- knüpfen neuer Kontakte
- Vermeidung von Doppelstrukturen
- bessere Abstimmung bereits bestehender Maßnahmen
- Zusammenarbeit unterschiedlicher Tätigkeiten auf Augenhöhe aufgrund geringer Hierarchien
- stärkere Politikfähigkeit mittels breiter Interessenvertretung
- gegenseitige Unterstützung in der Öffentlichkeitsarbeit
- Organisation von Ressourcen
- möglicher Abbau bürokratischer Hürden durch engere Kontakte
- gesteigerte Motivation durch wechselseitige Anerkennung und gemeinschaftliche Einsatzbereitschaft

Tiefergehend werden diese und weitere Facetten im folgenden Kapitel beleuchtet, indem fördernde Faktoren für Netzwerkarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung herausgearbeitet werden.

Trotz der zuvor aufgezeigten, gesetzlich nicht klar geregelten Vorgaben, haben sich in den letzten Jahren immer mehr verschiedenartige Netzwerke in der Gesundheitsförderung gebildet. Einige beziehen sich konkret auf Gesundheitsförderung im kommunalen Setting. Dazu gehören das gemeindeorientierte „Gesunde Städte-Netzwerk“ (Gesundheitsamt Münster, 2011), das Projekt „Das Saarland lebt gesund!“ (LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V., o. J.) und die „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ (Kolip et al., 2013), wovon ein Projekt auch

auf kommunaler Ebene ansetzt („Bernburg bewegt!“⁶). Ebenso besteht das Modellvorhaben „Kein Kind zurück lassen! Kommunen in NRW beugen vor“, eine Präventionskette⁷ (Land Nordrhein-Westfalen & Institut für soziale Arbeit e.V., 2014), der „Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen“ (Milz et al., 2010) sowie „Länger besser leben.“ (BKK24, o. J.a). Letzteres bildet den Ansatzpunkt des empirischen Teils dieser Arbeit und wird in Kapitel fünf näher beschrieben.

Die vorherigen Kapitel verdeutlichen die Bedeutsamkeit von Netzwerken allgemein und in der Gesundheitsförderung. Die Basis dessen bildet die zuvor in Kap. 3.1 festgelegte Arbeitsdefinition von Netzwerken. Damit die Arbeit in einem Netzwerk auf kommunaler Ebene erfolgreich umgesetzt werden kann, stellt sich die Frage nach Gelingensfaktoren. Auch sollten mögliche hemmende Faktoren für die Zusammenarbeit in Netzwerken beachtet werden. Im Folgenden soll herausgearbeitet werden, welche Faktoren dies nach gegenwärtigem Forschungsstand sind.

⁶ Näheres siehe Kolip et al. (2013).

⁷ Präventionsketten sind „lebensphasenübergreifende kommunale Strategien“ (GKV-Spitzenverband, 2013, S. 6).

4 FÖRDERNDE FAKTOREN FÜR NETZWERKARBEIT IN DER KOMMUNALEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG

In der Netzwerkarbeit müssen verschiedene Bedingungsfaktoren berücksichtigt werden. Erfolgreiche Arbeit im Netzwerk entsteht erst durch das Zusammenwirken verschiedener Faktoren (Abicht et al., 2009). Abicht et al. (2009) sowie Strobel, Kuwan & Reupold (2009) sind der Ansicht, dass der Erfolg der Arbeit eines Netzwerks gefährdet ist, wenn einer der im folgenden aufgezeigten Faktoren sehr wenig oder gar nicht vorhanden ist. Die Zahl möglicher Einflussfaktoren ist jedoch sehr hoch. Sydow et al. (2003, S. 8) drücken es wie folgt aus: „The number of criteria, which can be used to assess the success of an alliance or network, is almost unlimited.“ Diese Aussage verdeutlicht, dass es keine generellen Faktoren für gute Netzwerkarbeit gibt und dass die nachfolgenden Faktoren keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben können. Sie repräsentieren aber die wichtigsten und am häufigsten in der Literatur aufgezeigten Bedingungen.

Wie erwähnt gibt es umfassende Literatur zu Erfolgsfaktoren in der Netzwerkarbeit. Studien oder Projekte, in denen konkret Erfolgsfaktoren der Netzwerkarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung aus Sicht der Akteure aufgezeigt werden, wurden in der Literatur nicht gefunden. Daher wird sich auf Literatur aus verschiedenen Bereichen gestützt, die auf Netzwerke im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung übertragen werden.

Relativ allgemein auf Netzwerke bezogen haben sich Aulinger (2008), Endres (2011), Endres (2001), Meyer (2006), Neugebauer & Beywl (2006), Oppen & Strassheim (2002), Quilling et al. (2013), Waldburg (2002) und Weatherly (2013). Die Schwerpunkte liegen dabei u.a. im sozialen Kontext, im Gesundheitsbereich, der kommunalen Beschäftigungsförderung oder der Evaluation generell. Endres (2011, 2001) stützt seine Aussagen auf Ergebnisse qualitativer Leitfadeninterviews mit Netzwerkakteuren.

Aus dem Bildungsbereich, dem Programm „Lernende Regionen – Förderung von Netzwerken“, konnten ebenfalls hilfreiche Quellen bezogen werden (Abicht et al., 2009; Broda-Kaschube, 2005; Strobel et al., 2009; Tippelt, Strobel & Reupold, 2009; Tippelt, 2005). Auch in diesem Projekt wurden u.a. die Netzwerkakteure mittels leitfadengestützter Interviews befragt.

Einige Projekte fanden in der kommunalen Netzwerkarbeit statt, jedoch ohne direkten Bezug zur Gesundheitsförderung (AWO Bundesverband e.V., 2004; Groß, Holz, Boeckh, 2005; Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008).

Konkret über Netzwerke in der Gesundheitsförderung sind immerhin zwei Quellen der FU Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg (1999) und von Kolip et al. (2013). In Kolip et al. (2013) ist das Aktionsbündnis „Bernburg bewegt!“ sogar in der kommunalen Gesundheitsförderung angesiedelt.

Die aufgezeigten Autoren und Projekte zeigen viele übereinstimmende, fördernde Faktoren für gelingende Netzwerkarbeit auf. Dennoch gibt es auch verschiedene Schwerpunktsetzungen und inkonsistente Befunde, die nachfolgend aufgezeigt werden.

4.1 Zielvorstellung

Eines der entscheidendsten Kriterien für ein gelingendes Netzwerk ist eine gemeinsame Zielfindung bzw. -vorstellung aller Akteure (Abicht et al., 2009; Endres, 2001; Kolip et al., 2013; Neugebauer & Beywl, 2006). Das Ziel bzw. die Ziele sollten gemeinsam festgelegt werden und spezifisch, transparent sowie eingegrenzt sein und sich vor allem an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientieren (Endres, 2001; FU Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg, 1999; Kolip et al., 2013; Weatherly, 2013). Nach Endres (2001) benötigt es zur gemeinsamen Zielfindung Möglichkeiten des Austausches, um Gemeinsamkeiten in den einzelnen Zielausrichtungen wahrzunehmen. Dafür müssen sich die Akteure zuvor jedoch über ihre eigenen Ziele bewusst werden, was bereits in der jeweiligen Institution Absprachen benötigt (Endres, 2001). Strobel et al. (2009) sind hingegen der Ansicht, dass die Zielfestlegung durch die zentralen Akteure und nicht durch alle PartnerInnen erfolgen sollte.

Ebenfalls entscheidend für funktionierende Netzwerkarbeit und die Zielvorstellungen ist die gemeinsame Netzwerkidentität, die für alle PartnerInnen transparent sein sollte, sowie soziale Kohäsion (Abicht, et al., 2009; Groß et al., 2005; Strobel et al., 2009; Tippelt, 2005). Zentrale Faktoren, die zur Netzwerkidentität beitragen, sind (Strobel et al., 2009):

- Vertrauen unter den Akteuren
- damit verbundene Kooperation
- Kommunikation mit den einzelnen Partnern
- Motivation
- Bezug auf die verschiedenen Stärken
- ein autoritatives Netzwerkmanagement.

Diese Aspekte stellen weitere Gelingensfaktoren dar und werden im weiteren Verlauf dieses Kapitels näher erläutert.

Um das gemeinsame Ziel erfolgreich zu erlangen, benötigt es einer gemeinsamen Vision. Wie gut die Netzwerkvision erreicht wird, hängt laut Neugebauer & Beywl (2006) einerseits von der Kompetenz der Netzwerkkoordination ab, die Ziele den Akteuren zu vermitteln und andererseits davon, dass die Unterschiede zwischen den Netzwerk- und den PartnerInnenzielen nicht zu groß sind.

In Bezug auf die Unterschiedlichkeit der eigenen und der gemeinsamen Ziele gibt es konträr zu Neugebauer & Beywl (2006) weitere Ansichten in der Literatur. Laut Tippelt et al. (2009) streben alle Aktivitäten in einem Netzwerk letztendlich nach einem gemeinsamen Ziel. Seibold, Loss, Eichhorn & Nagel (2008) sind der Auffassung, dass es trotz möglicher verschiedener eigener Ziele gemeinsame Ziele geben muss, aus denen alle einen Nutzen ziehen können. Schubert (2005) legt den Schwerpunkt darauf, dass nur, wenn das gemeinsame Ziel aus Eigenmotivation vertretbar ist, sich die PartnerInnen dem Gesamtziel teilweise mit ihren Einzelzielen unterordnen. Auch nach dem AWO Bundesverband e.V. (2004) und dem Netzwerk: Soziales neu gestalten (2008) sollte das allgemeine Netzwerkziel mit den eigenen Zielen vereinbar sein, was zu Beginn der Partnerschaft geklärt werden muss. Aulinger (2008) und Groß et al. (2005) vertreten die Meinung, dass die Ziele der PartnerInnen beachtet werden müssen. Dennoch hat laut ihnen jeder Akteur das Recht, die eigenen Interessenslagen innerhalb des Netzwerks immer mit im Blick zu haben. Ersichtlich wird aus den unterschiedlichen Ansichten, dass die Tendenz dahin geht, verschiedene Einzelziele unter einem Netzwerkziel als Normalität anzusehen und dies die Grundlage für ein funktionierendes Netzwerk ist.

Zusammenfassend bemerken Neugebauer & Beywl (2006, S. 252): „Ausschlaggebend für gelingende Vernetzungsprozesse ist, wie das gemeinsame Bezugsproblem definiert und von den einzelnen Akteuren wahrgenommen wird, wie ausgeprägt die Einzelinteressen der Akteure sind und ob die Beiträge zur Lösung (...) kompatibel sind.“ Die Ziele sollten regelmäßig überprüft werden, um die Erwartungen zu vergleichen sowie den Zweck der Zusammenarbeit zu beleuchten und beides bei Bedarf anzupassen (AWO Bundesverband e.V., 2004; Knorr & Schmidt, 2006; Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008). Eine weitere Optimierung wäre, die Ziele so zu formulieren, dass sie messbar sind (Weatherly, 2013).

4.2 Win-win-Situation

Ein weiterer fördernder Faktor in der Netzwerkarbeit ist die Win-win-Situation. Aus der Zusammenarbeit der Akteure heraus sollte sich für alle Beteiligten eine Win-win-Situation entwickeln, jeder Akteur sollte folglich Gewinner sein (Groß et al., 2005; Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008; Quilling et al., 2013). Durch die Orientierung an der Reziprozitätsnorm, dem Prinzip der Gegenseitigkeit, in Bezug auf Kontrolle, Austausch, Vertrauen in die Netzwerkpartner und das Netzwerk an sich, zeichnet sich ein funktionsfähiges Netzwerk aus (Tippelt, 2005; Groß et al., 2005). Es sollte eine Balance zwischen Aufwand und Nutzen der Netzwerkpartner bestehen, wobei die gegenseitige Unterstützung der Akteure eine wichtige Rolle spielt (Strobel et al., 2009). Der entstehende Austausch sollte gewinnbringend sein und der sich daraus entwickelnde Nutzen transparent gegenüber den NetzwerkpartnerInnen dargelegt werden (Auling, 2008; Endres, 2011). Dabei können die Prozesse des Gebens und Nehmens nicht direkt gegeneinander aufgewogen werden und die PartnerInnen müssen das Vertrauen haben, den Nutzen erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erlangen (Oppen & Strassheim, 2002).

Vor dem Profitieren aus der Netzwerkarbeit ist jedoch ein hoher Zeitaufwand, viel Energie und starke Eigeninitiative der Institutionen bzw. Einzelpersonen gefordert (Strobel et al., 2009). Nur mit diesem Engagement können Win-win-Situationen entstehen (FU Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg, 1999; Kolip et al., 2013). Ziehen die Akteure jedoch keinen wechselseitigen Nutzen aus dem Netzwerk, kann dieses nur schwer auf lange Sicht hin bestehen bleiben (Neugebauer & Beywl, 2006; Sydow, 2010).

Endres (2011) merkt an, dass eine reine Win-win-Situation unzureichend ist. Wichtig ist die gerechte Verteilung des Nutzenverhältnisses (Auling, 2008; Endres, 2011). Dafür sollten die Machtpositionen der PartnerInnen ähnlich sein (Waldburg, 2002). Die Bewertung dessen erfolgt allerdings subjektiv durch jeden Akteur persönlich (Endres, 2011). Bei ungleicher Verteilung kann laut Auling (2008) die Engagementbereitschaft bei den nicht so gut Gestellten sinken und nach Groß et al. (2005) sogar die gesamte Netzwerkstruktur gefährdet sein.

4.3 Zusammenarbeit

In diesem Kapitel wird der Gelingensfaktor der Zusammenarbeit erörtert. Die Verbindung einzelner Institutionen bzw. Individuen, auch Netzwerkknoten genannt⁸, ist im Zusammenhang mit den anderen Aspekten, die im weiteren Verlauf erläutert werden, die Grundlage eines funktionsfähigen Netzwerks (Abicht et al., 2009). Durch Netzwerkknoten werden verschiedene Erfolgsfaktoren verknüpft. Im Umkehrschluss: Wenn nicht alle erforderlichen Knotenpunkte eingebunden sind, kann dies die Netzwerkwirksamkeit behindern (Groß et al., 2005; Strobel et al., 2009). Die Netzwerkknoten lassen sich in drei Gruppierungen aufteilen: das Netzwerkmanagement, die Akteure und die strategischen PartnerInnen. Im Folgenden werden diese drei Gruppen genauer dargelegt.

Das *Netzwerkmanagement* ist für die Kooperation des Netzwerks zuständig (Strobel et al., 2009). Gibt es diese hauptamtliche Koordination nicht, sollten nicht zu viele PartnerInnen im Netzwerk vertreten sein (Kolip et al., 2013). Wichtig dabei ist, dass das Netzwerkmanagement in seiner Funktion anerkannt wird, zuverlässig ist, Neutralität gegenüber den Akteuren für eine konstruktive Arbeit aufweist und persönlichen Kontakt zu den Akteuren hat (Abicht et al., 2009; FU Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg, 1999; Strobel et al., 2009; Waldburg, 2002). Häufig sind die Kontakte zwischen Netzwerkmanagement und Akteur bei Netzwerkeintritt enger als die Beziehungen zwischen den Akteuren, weil sie sich schon länger kennen (Broda-Kaschube, 2009).

Des Weiteren sollte das Netzwerkmanagement verschiedene Kompetenzen aufzeigen (Abicht et al., 2009; AWO Bundesverband e.V., 2004; Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008; Strobel et al., 2009):

- Moderationskompetenz
- Entscheidungskompetenz
- Motivationskompetenz
- Kooperationskompetenz
- Kommunikationskompetenz
- Organisations- und Wissensmanagementkompetenz.

Die Akteure haben dem Netzwerkmanagement gegenüber mehrere Erwartungen. Dieses ist verantwortlich für Öffentlichkeitsarbeit und einen gut funktionierenden Austausch zwischen dem Netzwerk und der Umwelt und ist Kernstück für Wechselbeziehungen

⁸ Definition s. Kap. 3.1

und Kommunikation. Weiterhin hat es die Führungs- Steuerungs- und Unterstützungsfunktion inne, muss die Informationsweitergabe aufrechterhalten und Arbeitskreise bilden (AWO Bundesverband e.V., 2004; Broda-Kaschube, 2009).

Die Steuerung innerhalb eines Netzwerks sowie Entscheidungsfindungen, die das komplette Netzwerk anbelangen, sollten in Absprache mit den Akteuren geschehen. Die Koordination übernimmt normalerweise eine Person oder Stelle. Ebenfalls kann dies mittels Gremien oder informellen Absprachen zwischen den Partnern stattfinden (Neugebauer & Beywl, 2006).

Die *Akteure* bilden die zweite Gruppe. Sie sollten möglichst viele der folgenden Kompetenzen mit ins Netzwerk bringen, die als Gelingensfaktoren gelten. Wichtig sind fachliche und soziale Kompetenzen. Die sozialen Kompetenzen haben dabei einen hohen Stellenwert, da darunter weitere Fähigkeiten fallen (Abicht et al., 2009; Kolip et al., 2013; Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008; Oppen & Strassheim, 2002; Waldburg, 2002; Weatherly, 2013):

- Kommunikationskompetenz
- Fähigkeit, im Team zu arbeiten
- Flexibilität
- Konfliktlösungskompetenz
- Offenheit gegenüber Neuem
- Geduld in Diskussionen
- Eigeninitiative
- Experimentierfreude
- Idealismus
- die Fähigkeit, neue Möglichkeiten zu erkennen und umzusetzen
- Flexibilität
- Risikobereitschaft

Die Grundlagen des Netzwerks sollten Wertschätzung, Respekt, Entgegenkommen und ein Wir-Gefühl sein (Kolip et al., 2013; Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008; Weatherly, 2013). Dabei kann die Beziehung unter den Akteuren, vor allem zu Beginn, schwach sein (Broda-Kaschube, 2009). Diese sollten sich jedoch besser kennenlernen, indem z. B. nach Verbindungen zwischen den einzelnen PartnerInnen gesucht wird, um die Vernetzung zu stärken, so dass informelle sowie formelle Partnerschaften entste-

hen können. In diese Vermittlung sollte von Seiten des Netzwerkmanagements investiert werden, damit die Fortentwicklung des Netzwerks langfristig gelingen kann (Strobel et al., 2009).

Einbezogen werden sollten in ein Netzwerk alle relevanten Handlungsträger aus der Region (Abicht et al., 2009; FU Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg, 1999; Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008). „Relevante Akteure sind Einzelpersonen oder Vertreter/-innen von Gruppen und Institutionen, die wichtig für das Thema der Vernetzung sind (durch Engagement, Handlungskompetenz und Wissen in Bezug zur Zielgruppe)“ (AWO Bundesverband e.V., 2004, S. 44). Die Passfähigkeit der Akteure hängt dabei vom Zweck des Netzwerks ab und bezieht sich auf die Qualität der Akteure, deren Ziele, Ressourcen und Interessen (Oppen & Strassheim, 2002). Dabei sollte auf die Komplementarität der NetzwerkpartnerInnen geachtet werden. Sind die Akteure zu homogen in einem Netzwerk vertreten, summieren sich Kompetenzen lediglich auf. Bilden die Akteure hingegen eine heterogene Gruppe, können sie sich im Fall einer funktionierenden Kooperation ergänzen. Dabei besteht jedoch eine höhere Störungsanfälligkeit, da verschiedene Organisationskulturen und –normen aufeinander treffen (Neugebauer & Beywl, 2006). In dem Fall können sogenannte Brückenpersonen eine zentrale Rolle spielen. Sie haben Beziehungen zu unterschiedlichen Akteuren und können somit zur wechselseitigen Verständigung beisteuern (Schubert, 2005). Je größer ein Netzwerk wird, desto schwieriger wird es auch, alle Interessen zusammenzubringen, Entscheidungen zu treffen und dabei ggf. Kompromisse einzugehen. Bei großen Netzwerken bietet sich daher Arbeitsteilung an, indem Untergruppen mit verschiedenen Aufgaben gebildet werden. Hierbei ist darauf zu achten, dass alle PartnerInnen über die Arbeit der anderen Bescheid wissen (Transparenz) und der Informationsfluss bestehen bleibt (Miller, 2005). Ebenfalls sollten die Akteure Entscheidungskompetenz für ihr Institutionen besitzen, damit Entscheidungen direkt getroffen werden können (Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008).

Die dritte Gruppierung bilden die *strategischen PartnerInnen*. Von Bedeutung sind besonders die Kommune und deren Politik sowie die Landespolitik (Abicht et al., 2009; Kolip et al., 2013; Strobel et al., 2009). Die Gegenwart der Politik in der Netzwerkarbeit ist prinzipiell als Unterstützung wichtig, da die entstehenden wechselseitigen Beziehungen gewinnbringend genutzt werden können; wechselseitige Beziehungen in dem Sinne, dass die Politik das Netzwerk nach außen hin vertritt und selbst davon profitieren kann, z. B. durch positive Selbstdarstellung (Strobel et al., 2009).

Einer der entscheidendsten Faktoren durch eine Zusammenarbeit in einem Netzwerk ist das Entstehen von Ansätzen und Herangehensweisen, die für jeden Akteur alleine nicht ausführbar wären (Quilling et al., 2013; Tippelt et al., 2009). Durch die Beziehungen im Netzwerk erhalten die Akteure Informationen und Erfahrungen, über die sie alleine nicht verfügen (Schubert, 2005). Die Netzwerkverbindungen charakterisieren sich dabei vor allem durch die Aspekte

- intensiver Austausch
- hohe Transparenz
- rege Präsenz
- Kontinuität
- kurze Wege zwischen den Akteuren (Abicht et al., 2009; Endres, 2001; Quilling et al., 2013).

Die primären Stärken bei der Zusammenarbeit sind Ressourcen, Kompetenzen und Wissen eines jeden Akteurs (Quilling et al., 2013; Tippelt et al., 2009). Interne Weiterqualifizierungen und Fortbildungen im Netzwerk können produktiv wirken, da Netzwerkarbeit ein andauernder Lernprozess ist (AWO Bundesverband e.V., 2004; Strobel et al., 2009; Wohlfarth, 1996). Ferner ist es hilfreich, an bereits vorhandenen Strukturen und möglicherweise auch schon bestehenden Netzwerken anzuknüpfen (Kolip et al., 2013; Strobel et al., 2009).

Die Zusammenarbeit sollte kontinuierlich sein und eine geringe Fluktuation von Schlüsselpersonen aufzeigen (AWO Bundesverband e.V., 2004; Strobel et al., 2009). Regelmäßige Treffen und ein aktiver Kern sind dabei essenziell, um weiterzukommen (AWO Bundesverband e.V., 2004; Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008). Laut Abicht et al. (2009) und Strobel et al. (2009) ziehen nur die, die aktiv mitarbeiten und sich einbringen, auch einen Nutzen aus einem Netzwerk. Dafür muss jedoch ausreichend Zeit und die Einsatzbereitschaft vorhanden sein, Arbeit in das Netzwerk zu investieren. Auch besteht die Möglichkeit, dass passive Mitglieder Nutzen aus einem Netzwerk ziehen, was zu Differenzen im Netzwerk führen kann (Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008).

Innovationsbereitschaft, also Interesse, Lust und Mut, sich auf Neues einzulassen und aktiv im Netzwerk mitzuarbeiten und Visionen zu entwickeln, ist ein fördernder Faktor für die Zusammenarbeit. Neue Potenziale können dabei vor allem erschlossen werden, wenn Akteure aus verschiedenen Handlungsbereichen kooperieren (Endres, 2011).

Ein weiterer Gesichtspunkt der Zusammenarbeit ist die Kompetenz und Bereitwilligkeit, zeitweilig einen Perspektivenwechsel vorzunehmen, um die Sicht der PartnerInnen zu verstehen und „sich der kulturellen Muster bewusst zu werden, in die sowohl eigenes als auch fremdes Handeln und Wissen eingebettet sind“ (Endres, 2011, S. 2).

Ebenso zeichnen geeignete Organisationsstrukturen, wie z.B. klare Regeln, ein funktionierendes Netzwerk aus (Strobel et al., 2009; Tippelt, 2005; Waldburg, 2002). So kann die Verbindlichkeit mittels schriftlicher Netzwerkvereinbarungen gestärkt werden (AWO Bundesverband e.V., 2004; FU Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg, 1999). Dies kann sich als sinnvoll erweisen, um die gemeinsame Position immer wieder in Erinnerung rufen zu können (Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008). Die Vereinbarungen kommen der Netzwerkkultur zugute. Hier sind die bereits aufgezeigten und noch folgenden Aspekte wie Vertrauen, Kooperation, Transparenz, Austausch und Kommunikation gemeint (Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008).

4.4 Nachhaltigkeit

Eine weitere elementare Grundlage für ein funktionsfähiges Netzwerk ist Nachhaltigkeit. Diese zeichnet sich durch langfristige und stabile Beziehungen aus, besonders durch die kontinuierliche Kollaboration von Schlüsselpersonen (AWO Bundesverband e.V., 2004; Kolip et al., 2013; Strobel et al., 2009; Tippelt et al., 2009; Tippelt, 2005). Die Grundlage für die Beständigkeit eines Netzwerks sind nach Meyer (2006) Vertrauen (genauer s. Kap. 4.6) und positive Erfahrungen innerhalb des Netzwerks. Von Bedeutung dafür sind ebenfalls der Grad der Zusammenarbeit und die Netzwerkstruktur (Neugebauer & Beywl, 2006). Auch die Unterstützung aus den Kommunen spielt eine wichtige Rolle (Strobel et al., 2009).

4.5 Interne Kommunikation

Ein weiterer entscheidender Faktor eines funktionsfähigen Netzwerks ist die interne Kommunikation und der damit verbundene regelmäßige Kontakt und Informationsaustausch zwischen den Akteuren (Groß et al., 2005; Strobel et al., 2009). Dafür muss eine gemeinsame Kommunikationsbasis erschaffen und eine gemeinsame Sprache gefunden werden, was sich nicht immer als leicht herausstellen kann (Endres, 2011; Strobel et al., 2009). Die gemeinsame Kommunikationsbasis kann mit Hilfe gegenseitigen Vertrauens (s. Kap. 4.6) entstehen, was wiederum die Kooperation und Zusammenarbeit im Netzwerk begünstigt (s. Kap. 4.3) (Strobel et al., 2009). Vor allem zu Beginn einer Netzwerkbildung ist die Kontinuität der persönlichen Kontakte wichtig. Doch auch zu späteren Zeitpunkten sollten die Kontakte regelmäßig stattfinden (Endres, 2011).

Zweck der internen Kommunikation ist einerseits ein intensiver Wissensaustausch über Erfahrungen, Daten, Prozesse etc. (AWO Bundesverband e.V., 2004). Andererseits kann sie förderlich für Aufgabenabsprachen und Aufgabenverteilungen sein (Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008). Dabei sollte die Kommunikation immer transparent und aufgeschlossen sein (Kolip et al., 2013). Eindeutige Regeln über die Vorgänge der Kommunikation vereinfachen das Ganze (Weatherly, 2013).

Auch die Art der Kommunikation spielt eine entscheidende Rolle. Generell machen kurze und schnelle Kommunikationswege zwischen den Akteuren diese zufriedener (Broda-Kaschube, 2009; Strobel et al., 2009). Dafür sind nach Broda-Kaschube (2009) die elektronischen Kommunikationswege immer wichtiger. Strobel et al., (2009) legen dar, dass sich wiederholende Treffen oder Newsletter hilfreich sein können. Nach Kolip et al. (2013) stellen sich die örtliche Nähe und das gemeinsame Handeln der Akteure als wichtig heraus. Dadurch soll die Netzwerkkonzeption weiter gefestigt werden (Kolip et al., 2013).

Wenn auch außerhalb des Netzwerks Kommunikation stattfindet, es also persönliche, informelle Kontakte gibt, ist dies ein weiteres Anzeichen für ein funktionierendes Netzwerk, das so nachhaltig bestehen bleiben kann. Gründe dafür sind nach Endres (2011), dass im persönlichen Kontext eher Kritik vermittelt und angenommen werden kann und durch die persönlichen Kontakte wichtige Informationen gesammelt, spezifisch ausgewählt und ggf. weitervermittelt werden können. Ein weiteres Anzeichen für ein funktionsfähiges Netzwerk ist die Preisgabe erfolgskritischer Informationen zwischen den PartnerInnen (Tippelt et al., 2009; Tippelt, 2005).

4.6 Vertrauen

Gleichermaßen von Bedeutung für ein gelingendes Netzwerk ist Vertrauen: Vertrauen in das Gesamtsystem des Netzwerks (Strobel et al., 2009; Waldburg, 2002; Weatherly, 2013) und gegenseitiges Vertrauen der Akteure (Kolip et al., 2013; Strobel et al., 2009). Dies muss sich im Laufe der Zeit entwickeln. Insbesondere bei Institutionen, die vor Netzwerkeintritt einander unbekannt oder gegenseitige Konkurrenz waren, ist dieser Faktor von Bedeutung (Oppen & Strassheim, 2002; Strobel et al., 2009). Ein gutes Vertrauensverhältnis kann vor allem durch viele persönliche Kontakte, auch im inoffiziellen Rahmen und vor allem bei Bildung des Netzwerks, entstehen bzw. vertieft werden (Kolip et al., 2013; Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008).

Um die gemeinsamen Ziele zu erreichen, sollte das zu Beginn möglicherweise vordergründige Konkurrenzdenken immer weiter abgebaut und das Vertrauen gestärkt werden (Strobel et al., 2009). Dennoch ist der Wettbewerbsgedanke nicht grundsätzlich negativ und Kooperationen sind auch unter Wettbewerbsbedingungen möglich. (Tippelt et al., 2009; Tippelt, 2005). Falls doch zu starke Konkurrenzen auftreten, sollten sie möglichst in Win-win-Situationen transformiert werden oder es sollte versucht werden, sie durch eindeutige Rollenverteilungen zu entschärfen (Kolip et al., 2013). Schafft es ein Netzwerk, einen guten Umgang mit den Gegenpolen Konkurrenz und Kooperation herzustellen, können die Akteure sich leichter vertrauen und positive Beziehungen aufbauen (Strobel et al., 2009).

Endres (2011) und Oppen & Strassheim (2002) sind der Überzeugung, dass wechselseitiges Vertrauen dazu führt, dass ein Akteur Input leisten kann und darauf vertraut, ebenfalls einen Nutzen daraus zu ziehen, wenn auch erst zu einem späteren Zeitpunkt. Dafür werden teilweise auch kritische bzw. persönliche Informationen offengelegt, wobei die Akteure darauf vertrauen müssen, dass diese Informationen nicht missbraucht werden. Damit ist nicht gemeint, dass intensive persönliche Beziehungen entstehen, sondern die Sicherheit, nicht ausgenutzt zu werden (Endres, 2011; Oppen & Strassheim, 2002). Dieser Aspekt steht in starkem Zusammenhang mit der Reziprozitätsnorm bei Win-win-Situationen, die bereits in Kapitel 4.2 erläutert wird.

Ein grundlegendes Merkmal für Vertrauen sind positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren (Abicht et al., 2009; Meyer, 2006). Bei starken Beziehungen („strong ties“) kann es zu dauerhaften Wechselbeziehungen kommen. „Emotional bindend und auf Gegenseitigkeit beruhend, nehmen die verschiedenen Institutionen wechselseitig eine unterstützende Funktion ein“ (Tippelt, Kasten, Dobischat, Federighi & Feller, 2006, S. 282).

Bei schwachen Beziehungen („weak ties“) sind die Kooperationen weniger reziprok und intensiv und nützen eher dem Informationsgewinn, indem die Informationsquellen ausgeweitet werden und die Informationsweitergabe dadurch effektiver wird (Abicht et al., 2009). Abicht et al. (2009, S. 192) nennen die „weak ties“ die „leistungsfähigsten Vektoren bei Informationsübertragung“ in einem Netzwerk. Nach Straus (2002, S. 16f.) sind sie „(...) in der Lage, große Entfernungen zu überbrücken und die unterschiedlichsten Beziehungen zu neuen Netzen zu verbinden. Möglicherweise sind die 'weak ties' für die Moderne im Informationszeitalter das, was die starken, dichten Beziehungen aufgrund ihrer Stabilität und Sicherheit für die Vormoderne waren - überlebensnotwendig. Die

Forschung hat gezeigt, dass schwache Beziehungen in der Informationsweitergabe und für innovative Prozesse den dichten, starken Beziehungen deutlich überlegen sind. Am augenfälligsten wird dies, wenn wir uns die Möglichkeiten des Internet vor Augen führen.“

Damit Vertrauen entstehen kann, muss das Netzwerk eine gewisse Beständigkeit aufweisen (s. Kap. 4.4). Reziprok führt dieses Vertrauen erneut zur Festigung des Netzwerks (Meyer, 2006). Je häufiger eine Kooperation stattfindet, desto besser sind die PartnerInnen einzuschätzen und die Akteure bevorzugen eine wiederholte Zusammenarbeit mit den ihnen bekannten Akteuren (Meyer, 2006). Um das Vertrauen abzusichern, können schriftliche Vereinbarungen notwendig sein (Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008). Diese sind bereits im Zusammenhang mit den gemeinsamen Zielen (s. Kap. 4.1) erwähnt worden und sind zur Festigung zahlreicher Faktoren hilfreich.

4.7 Ressourcen

Zur Umsetzung von Netzwerkarbeit müssen alle erforderlichen Ressourcen, zeitlicher, personeller und finanzieller Art, hinreichend und verlässlich zur Verfügung stehen und genutzt werden (AWO Bundesverband e.V., 2004; FU Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg, 1999; Groß et al., 2005; Kolip et al., 2013). Dabei ist Ressourceninterdependenz der Kern von Netzwerken, aus der eine Art Ressourcenpool entsteht. Dafür sollten die Ressourcen so gebündelt werden, dass sie auf das gemeinsame Ziel hin ausgerichtet werden, und dabei die verschiedenen Interessen mit einbeziehen. Nur so können auch die bereits angesprochenen Win-win-Situationen (s. Kap. 4.2) entstehen (Oppen & Strassheim, 2002; Quilling et al., 2013). Ressourcenlücken können dadurch allerdings nicht geschlossen werden (Quilling et al., 2013). Strobel et al. (2009) und Tippelt (2005) sind der Ansicht, dass so viele vorhandene Ressourcen wie möglich genutzt werden sollten, damit alle Teilnehmenden schon zu einem frühen Zeitpunkt motiviert werden und alle wichtigen Akteure involviert werden (Strobel et al., 2009, 134; Tippelt, 2005). Zu beachten ist, dass ein Akteur nur Teil eines Netzwerks wird, wenn er seine Ziele mit Hilfe des Netzwerks besser erreichen kann. Dafür müssen die anderen Institutionen Ressourcen bzw. Kompetenzen einbringen, die dem Akteur selbst nicht zur Verfügung stehen (Oppen & Strassheim, 2002). Bei der Nutzung der Ressourcen ist es immer wichtig, die Rechte der anderen PartnerInnen zu wahren (Miller, 2005, 116).

Zur Bündelung von Ressourcen und zur effektiveren Zusammenarbeit sind Arbeitsgruppen sinnvoll, deren Ergebnisse in der Netzwerkkoordination zusammengetragen werden. Dies führt zu einer verbesserten Nutzung der vorhandenen Ressourcen (Broda-Kaschube, 2009).

4.8 Hemmende Faktoren

Neben den fördernden Faktoren in der Netzwerkarbeit gibt es ebenso hemmende. Häufig resultieren sie aus der Umkehr der oben aufgezeigten Erfolgsfaktoren (Weatherly, 2013). Aufgrund des begrenzten Umfangs der Arbeit und der Schwerpunktsetzung auf die fördernden Faktoren, können die hemmenden Faktoren nicht so ausführlich erläutert werden. Folgendes gibt jedoch einen Überblick:

Die hemmenden Faktoren können grob in zwei Gruppen unterteilt werden. Zum einen sind es fehlendes Vertrauen, Konkurrenz und kontroverse Interessen (FU Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg, 1999). Dabei ist einer der relevantesten Hemmfaktoren die Angst, sich anderen Akteuren gegenüber zu öffnen und verletzt zu werden, da die Informationen gegen sie verwendet werden könnten (Endres, 2011).

Als hemmende Faktoren gelten ebenso Konkurrenzdenken zwischen den PartnerInnen, Vorurteile sowie mangelnde Kooperationsbereitschaft (Strobel et al., 2009; Weatherly, 2013). Auch eine nicht ausreichend entwickelte Kommunikationsfähigkeit bzw. -bereitschaft oder starke Meinungsunterschiede vor allem bei nur gering belastbaren Beziehungen zwischen den Akteuren, sind hinderliche Aspekte in der Zusammenarbeit (Weatherly, 2013).

Weitere hemmende Faktoren in der Netzwerkarbeit sind sich distanzierende Subnetzwerke und somit entstehende Konkurrenz, Misstrauen und intransparente Strukturen (FU Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg; Groß et al., 2005; Spieckermann, 2008; Strobel et al., 2009; Weatherly, 2013) sowie zu häufiger PartnerInnenwechsel oder zumindest der Wechsel von Schlüsselpersonen (Strobel et al., 2009). Denn durch diesen zu häufigen Wechsel könnte das so wichtige Vertrauen nicht entstehen (Meyer, 2006).

Zum anderen lassen sich Faktoren zusammenfassen, die verhindern, genügend Ressourcen jeglicher Art zu aktivieren (FU Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg, 1999). Dazu zählen ein fehlender Zusammenschluss der vorhandenen Ressourcen, z. B. dadurch, dass nicht alle erforderlichen PartnerInnen mit eingeschlossen sind oder

unzureichend vorhandene Ressourcen (FU Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg, 1999; Spieckermann, 2008; Strobel et al., 2009; Weatherly, 2013). Des Weiteren können eine fehlende zielgerichtete Koordination und fehlende materielle sowie ideelle Investitionen in das Netzwerk die Arbeit hemmen. Letzteres hindert das Zustandekommen von Win-win-Situationen (Weatherly, 2013).

Auch unterschätzen viele Akteure den Aufwand bei Eintritt in das Netzwerk, damit dieses funktioniert (Weatherly, 2013). Problematisch ist ferner die Abhängigkeit von öffentlichen Mitteln und ein geringes Interesse regionaler Betriebe und Gebietskörperschaften an dem Netzwerk (Strobel et al., 2009).

5 VORSTELLUNG DER INTERVENTION „LÄNGER BESSER LEBEN.“ DER BKK24

Die Intervention „Länger besser leben.“ (LBL) der BKK24 ist der Ausgangspunkt des empirischen Teils dieser Arbeit. Zur näheren Beschreibung werden der Hintergrund und die Ziele von LBL aufgezeigt. Anschließend wird das Projekt näher erläutert und Bezug auf die Akteure und deren PartnerInnennetzwerk genommen. Zum Abschluss werden einige der ersten Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt in Obernkirchen erörtert.

Die Basis der Intervention LBL ist die 2008 veröffentlichte EPIC-Norfolk Prospective Population Study (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-Study), an der gut 20.000 Frauen und Männer teilnahmen (BKK24, o. J.a). Das zusammengefasste Ergebnis der Studie heißt: „Four health behaviours combined predict a 4-fold difference in total mortality in men and women, with an estimated impact equivalent to 14 y in chronological age“ (Khaw, Wareham, Bingham, Welch, Luben & Day, 2008, S. 1). Die Personen, die ein angemessenes Gesundheitsverhalten aufzeigen, indem sie sich an vier Regeln gesunder Lebensweise bezüglich ausgewogener Ernährung, ausreichender Bewegung, Verzicht auf Nikotin und mäßigen Alkoholkonsum halten, haben eine bis zu 14 Jahre höhere Lebenserwartung. Ferner vervierfacht das Zusammenwirken dieser Faktoren die positive gesundheitliche Wirkung (BKK24, 2014).

Darauf aufbauend erstellte die BKK24 im Jahr 2011 die Intervention „Länger besser leben.“ LBL strebt grundsätzlich an, Menschen zu einer Lebensstilveränderung zu motivieren. Die allgemeinen Ziele sind folgende (BKK24, o. J.b):

- Vernetzung aller Meinungsbilder aus verschiedenen Institutionen, um BürgerInnen von Möglichkeiten und Nutzen der Präventionsmaßnahmen zu überzeugen
- Beteiligung der Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen
- Angebotsentwicklungen innerhalb des regionalen Umfeldes durch alle Akteure, die der Gesundheitsvorsorge dienen (laut Kriterien der EPIC-Studie)
- Vertragsabschlüsse mit regionalen Leistungserbringern für Präventionsangebote, die den gesetzlichen Regelungen zur Kostenübernahme durch die GKV entsprechen

Auf Grundlage des in der Studie eingesetzten Fragebogens entwickelte die BKK24 ihren eigenen LBL-Fragebogen, der die vier Themenbereiche Ernährung, Bewegung, Alkoholkonsum und Rauchen beinhaltet (BKK24, 2014). Dieser wurde bzw. wird zum

Start von LBL in den jeweiligen LBL-Städten bzw. -Kommunen an alle Haushalte versendet sowie bei Aktionen an die BesucherInnen verteilt. Ebenso ist der Fragebogen fortwährend über die LBL Internetseite zugänglich und kann dort von Interessierten kostenlos ausgefüllt werden, unabhängig von der Mitgliedschaft bei einer bestimmten Krankenkasse. Ausgewertet wird er anschließend durch die BKK24. Nach dem Auswerten der Fragebögen erhalten die Teilnehmenden individuelle Vorschläge, wie z. B. Gesundheitskurse oder Raucherentwöhnungsprogramme, die die LBL-PartnerInnen anbieten. Darüber hinaus erhalten die Personen auf Wunsch einen monatlichen Brief von LBL, der jeweils ein Thema fokussiert, welches in Zusammenhang mit den vier Verhaltensbereichen steht. Weiterhin führt die BKK24 in den zugehörigen Regionen und Städten Aktionen durch, die in Bezug zu einem gesunden Lebensstil laut der EPIC-Studie stehen, z.B. eine 3000-Schritte Aktion oder ein Sportabzeichen-Wettbewerb, an dem Unternehmen teilnehmen können. Die Aktionen und Angebote finden meistens regional bzw. in einzelnen Städten statt. Überregional sind hingegen Online-Kurse, z.B. zur Raucherentwöhnung (BKK24, o.J.c).

Die BKK24 führt LBL und die jeweiligen Aktionen zusammen mit insgesamt 215 PartnerInnen⁹ aus allen LBL-Regionen durch. Die Akteure bilden eine sehr heterogene Gruppe und kommen u.a. aus Vereinen, der Gastronomie, dem Gesundheitssektor oder dem Wirtschaftsbereich (von Floristikbetrieben, über Autohäuser bis hin zu Produktionsunternehmen für Glas, Technologie oder Metall). Ebenso spielen Medienpartner, das Bildungswesen und die Politik eine Rolle.¹⁰

Seit dem Start von LBL in Obernkirchen im Jahr 2011 sind immer weitere Regionen und Städte Teil von LBL geworden sind (BKK24, o.J.d):

- Gernersheim in Rheinland-Pfalz
- Herford in Ostwestfalen
- Landkreis Hameln-Pyrmont
- Landkreis Nienburg an der Mittelweser
- Landkreis Schaumburg in Niedersachsen
- Region Hannover

⁹ Stand August 2014, Information wurde der LBL-Internetseite entnommen (<http://www.LBL-stadt.de/index.php?id=95>).

¹⁰ Weitere Informationen über die PartnerInnen sind der LBL Internetseite zu entnehmen (<http://www.LBL-stadt.de/index.php?id=95>).

Die Anzahl der PartnerInnen, die dem Netzwerk von LBL angehören, ist je Stadt bzw. Kommune unterschiedlich.

In einem Zwischenbericht wurden erste Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt von LBL in Obernkirchen veröffentlicht. Das Augenmerk wurde dabei auf die TeilnehmerInnen der Intervention gelegt, worauf an dieser Stelle nur beispielhaft Bezug genommen werden kann (BKK24, 2014):

- Die Arbeitsunfähigkeit ist gegenüber dem im Landesdurchschnitt (von Niedersachsen) 2,7 Tage kürzer.
- Es wird ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Männern erreicht.
- Ca. die Hälfte der Bevölkerung kennt LBL.

Weitere Informationen über den Erfolg von LBL bezüglich des Gesundheitsverhaltens der TeilnehmerInnen, des betriebswirtschaftlichen Zwischenergebnisses, der Wirkung auf die Arbeitsunfähigkeitstage sowie Marketing und Werbung sind dem Zwischenbericht zu entnehmen (BKK24, 2014).

Noch keine Erkenntnisse liegen bezüglich der Arbeit innerhalb des PartnerInnennetzwerks vor.

6 FRAGESTELLUNG

In Kapitel zwei und drei wurde herausgestellt, warum Gesundheitsförderung im Setting Kommune von besonderer Bedeutung ist und weshalb Netzwerkarbeit in diesem Rahmen eine Schlüsselrolle zukommt. Dafür musste der Netzwerkbegriff zunächst für die vorliegende Arbeit operationalisiert werden, da keine einheitliche Definition des Begriffs existiert. Auf Grundlage dessen konnten in Kapitel vier als Schwerpunkt des ersten Teils der Arbeit fördernde sowie hemmende Einflussgrößen auf die Arbeit von Netzwerken in der Gesundheitsförderung aufgezeigt werden. Dabei stellte sich während der Literaturrecherche heraus, dass nicht ausreichend Literatur über Netzwerke und deren Einflussfaktoren in der Gesundheitsförderung vorliegt, noch weniger mit Bezug auf kommunale Gesundheitsförderung. Infolge dessen wurde umfassendere Literatur mit Bezug auf Einflussfaktoren in der Netzwerkarbeit verwendet, die auf das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung übertragbar ist.

Die aufgezeigten fördernden Faktoren für Netzwerkarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung sind zwar systematische Darstellungen, die teilweise auch aus der Praxis hergeleitet wurden. Allerdings stellt sich die Frage, ob diese Erkenntnisse mit der Praxis des „Länger besser leben.“-Netzwerks übereinstimmen.

Vor diesem Hintergrund lautet die zentrale Frage der vorliegenden Arbeit:

*Welche Faktoren fördern die Arbeit im Netzwerk der Intervention
„Länger besser leben.“ der BKK24?*

Da in untrennbarem Zusammenhang damit ebenfalls die Herausforderungen in einem Netzwerk stehen, ergibt sich als weitere Frage:

*Welche Faktoren hemmen die Arbeit im Netzwerk der Intervention
„Länger besser leben.“ der BKK24?*

Durch die Erhebung der fördernden und hemmenden Faktoren der Arbeit im Netzwerk soll diesbezüglich der „Ist-Stand“ des Netzwerks von LBL erfasst werden, um die Netzwerksituation zu bewerten. Aus den Ergebnissen sollen mögliche Bedarfe und Veränderungen identifiziert werden. Diese könnten die Basis dafür bieten, in Zukunft die Zusammenarbeit zwischen der BKK24 und den PartnerInnen zu verbessern und Grundlagen für die BKK24 schaffen, die beteiligten Institutionen zu Veränderungen anzuregen.

7 METHODIK

Im weiteren Verlauf erfolgt eine kurze Erläuterung der Evaluationsart sowie die Darstellung und Begründung des methodischen Vorgehens. Anschließend wird die Datenerhebung erläutert: die Erstellung des Leitfadens, die Auswahl und Gewinnung der InterviewpartnerInnen sowie die Interviewdurchführung. Zum Schluss wird die Auswertungsmethode erörtert.

7.1 Evaluationsart

An dieser Stelle wird kurz aufgezeigt, welche Evaluationsart für diese Arbeit gewählt wird. Nach Quilling et al. (2013) wird Netzwerkevaluation begleitend zur Durchführung eines Projektes bzw. einer Initiative durchgeführt, am besten beim Aufbau sowie während der Arbeit, um dadurch zur Qualitätssicherung und zu einem Prozess der Verbesserung beizutragen. Da die LBL-Initiative bereits seit 2011 existiert, legt die vorliegende Arbeit den Fokus nicht auf die Aufbauphase, sondern auf den Entwicklungsprozess sowie den Verlauf. Die Evaluation ist formativ und nicht summativ, da sie Gegenstand des Entwicklungsprozesses ist und genutzt werden soll, um das Netzwerk weiterzuentwickeln (Aulinger, 2008; Broda-Kaschube, 2005). Diesen Wunsch äußerte die BKK24¹¹: Das Netzwerk von LBL und deren Pflege funktionieren umso besser, je genauer sie wissen, was die NetzwerkpartnerInnen möchten.

Um die Arbeit eines Netzwerks beurteilen zu können, sollten am besten deren Strukturen, Prozesse sowie Ergebnisse evaluiert werden (Milz et al., 2010; Quilling et al., 2013). Die vorliegende Arbeit fokussiert die Qualitätsdimensionen ‚Strukturen‘ und ‚Prozesse‘ innerhalb des Netzwerks der PartnerInnen, da sie eine Komponente eines breiteren Evaluationsvorhabens von LBL darstellt, das die weiteren Aspekte der Intervention analysiert. Die beiden Dimensionen werden kombiniert, da es in beiden Faktoren gibt, die sowohl fördernde als auch hemmende Faktoren für gelingende Netzwerkarbeit darstellen. Des Weiteren überschneiden sich die Dimensionen teilweise und bedingen sich gegenseitig, so dass die Gelingensfaktoren nicht immer ganz klar einer der beiden Dimensionen (Struktur oder Prozess) zugeordnet werden können (Kolip, Ackermann, Ruckstuhl & Studer, 2012).

¹¹ Diese Angabe ist einem, der Autorin vorliegenden Auszug eines Ergebnisprotokoll einer Besprechung vom 28.04.2014 bezüglich der Evaluation von LBL entnommen und kann auf Nachfrage eingesehen werden.

7.2 Erhebungsmethode - ExpertInneninterview

Die Fragestellung wird mit einem qualitativen Ansatz bearbeitet, da es bis zum jetzigen Zeitpunkt, soweit bekannt, keine Untersuchung gibt, die fördernde Faktoren für Netzwerkarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung aus Sicht der NetzwerkpartnerInnen mittels ExpertInneninterviews überprüft. Der Vorteil einer qualitativen Erhebungsmethode ist der explorative und offene Charakter, um Wissenslücken zu schließen (Flick, von Kardoff & Steinke, 2012).

Die Auswahl der richtigen Methode ist bei einer Netzwerkevaluation eine besondere Herausforderung, da Netzwerke einen vielschichtigen Rahmen darstellen (Neugebauer & Beywl, 2006). Da in dieser Arbeit das Augenmerk auf die Akteure gelegt wird, dient die Akteursbefragung als ein wichtiges Erhebungsverfahren (Jansen, 2006). Es werden leitfadengestützte ExpertInneninterviews durchgeführt, um Erkenntnisse über fördernde Faktoren für Netzwerkarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung zu erhalten, in diesem Fall konkret bei der LBL-Initiative. ExpertInneninterviews stellen eine Unterkategorie von Leitfadeninterviews dar (Flick et al., 2012).

In dieser Arbeit können strukturiert die Kenntnisse und Erfahrungen der NetzwerkpartnerInnen von LBL mit den ExpertInneninterviews erhoben werden. Diese Methode ist insbesondere geeignet, um das den ExpertInnen zugeschriebene Wissen über die zu erforschenden Sachverhalte, hier die Erfolgsfaktoren der Netzwerkarbeit, zu erschließen: „In ExpertInneninterviews fragen wir nicht nach individuellen Biographien, untersuchen wir keine Einzelfälle, sondern wir sprechen die ExpertInnen als RepräsentantInnen einer Organisation oder Institution an, insofern sie die Problemlösungen und Entscheidungsstrukturen (re)präsentieren“ (Meuser & Nagel, 1991, S. 444). Ein Experte verfügt dabei „über technisches, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches Handlungsfeld bezieht“ (Bogner & Menz, 2009, S. 73). Somit dient die Methodik des ExpertInneninterviews dazu, sich das Wissen der ExpertInnen zugänglich zu machen, wobei die Einbindung der Person in die institutionellen und organisatorischen Zusammenhänge im Vordergrund steht (Gläser & Laudel, 2010). Weitere Definitionen von ExpertInnen können aufgrund des Umfangs nicht aufgeführt werden. Daher wird sich an dieser Stelle auf den Begriff beschränkt, der die Basis für diese Arbeit bildet: Als ExpertInnen gelten in diesem Fall alle Institutionen, Einzelpersonen, Vereine etc., die PartnerInnen von LBL sind und Wissen über die Arbeit im PartnerInnennetzwerk aufweisen. Diese Beschreibung trifft auf die InterviewpartnerInnen zu, die genauer in Kapitel 7.3.2 beschrieben werden.

Der verwendete Leitfaden (s. Anhang A 1) wird nicht nach einem festen Schema abgehandelt, sondern kann flexibel eingesetzt werden. Dadurch wird jeder befragten Person die Möglichkeit gegeben zu extemporieren, ihrer Auffassung nach wichtige Aspekte anzusprechen und bei Bedarf Beispiele zu geben (Gläser & Laudel, 2010). Unterstützt wird dies durch die offenen Fragen, mit der jeder Themenbereich des Leitfadens beginnt. Darauf folgen erforderlichenfalls Detailfragen, weiterhin offen.

Größtenteils werden die Interviews als face-to-face Interviews geführt. Diese Interviewart bietet die größte Kontrolle des Gesprächsverlaufs und den effektivsten Erhalt an Informationen (Gläser & Laudel, 2010). Einige der Befragungen werden jedoch als Telefoninterviews durchgeführt, veranlasst aus forschungsökonomischen Gründen (Zeit- und Kostenersparnis) (Gläser & Laudel, 2010). Sie sind auch für einige Interviewende aufgrund ihrer größeren Flexibilität bezüglich des Termins angenehmer (Gläser & Laudel, 2010). Zu beachten ist jedoch, dass nonverbale Signale hierbei nicht wahrgenommen werden können und Telefongespräche daher „sehr viel mehr Aufmerksamkeit im Hinblick auf das sprachliche Geschehen abfordern, als unmittelbar persönliche Interaktionen“ (Christmann, 2009, S. 212). Auch können externe Störfaktoren und Nebentätigkeiten bei den Interviewten nur nachvollzogen werden, wenn die Person diese schildert (Gläser & Laudel, 2010). Trotz des Wegfalls von Mimik und Gestik können paraverbale Zeichen, wie der Ton, in dem etwas gesagt wird, und die Stimmlage gewisse Aufschlüsse über die Situation geben (Christmann, 2009; Gläser & Laudel, 2010).

7.3 Datenerhebung

In diesem Unterkapitel werden die Erstellung des Leitfadens in Kapitel 7.3.1, die Rekrutierung der InterviewpartnerInnen sowie die Terminvereinbarung (s. Kap. 7.3.2) erläutert. Abschließend wird die Durchführung der Interviews (s. Kap. 7.3.3) präsentiert.

7.3.1 Leitfaden

Die Leitfadenerstellung lief nach dem SPSS-Prinzip ab. Hierbei werden mit Hilfe von vier Schritten die Fragen und Formulierungen des Leitfadens erarbeitet: Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren. Dieses Vorgehen ermöglicht die erforderliche Strukturierung und bewahrt sich gleichwohl das Prinzip der Offenheit (Helfferich, 2011). Im ersten Schritt (Sammeln) werden alle Fragen zusammengetragen, die für das Thema von Interesse sind. Im zweiten Schritt (Prüfen) werden die Fragen mittels verschiedener Prüffragen¹² dezimiert und strukturiert, um im dritten Schritt die Sortierung vorzuneh-

¹² Weitere Informationen dazu sind in Helfferich (2011) nachzulesen.

men, in diesem Fall nach inhaltlichen Gesichtspunkten. Daraus entstehen Fragenbündel, denen im letzten Schritt (Subsumieren) jeweils eine Erzählaufforderung zugeordnet wird. Darunter können weitere Einzelaspekte subsumiert werden (Helfferich, 2011).

Die Entwicklung des Leitfadens erfolgte dabei in Anlehnung an den der Arbeit zugrunde liegenden theoretischen Bezugsrahmen (s. Kap. 4) und baut auf dessen Literatur auf. Die Reihenfolge der Fragen des Leitfadens sind allerdings nicht verbindlich. So wird zwar gewährleistet, dass alle relevanten Fragen gestellt werden, weiterhin können Nachfragen und neu auftkommende Aspekte des Themas jedoch besprochen werden (Gläser & Laudel, 2010).

Anhand dieses SPSS-Prinzips entstanden sieben Themenblöcke, die als Übersicht in Tabelle 2 zusammengefasst sind. Zusätzlich gibt es eine Einstiegsfrage und eine abschließende Frage. Der Leitfaden ist unterteilt in den jeweiligen Themenblock, die Leitfrage, also die Erzählaufforderung und weitere Detailfragen für tiefergehende Informationsgewinnung. Diese detaillierte Darstellung des Leitfadens kann im Anhang (A 1) eingesehen werden.

Tabelle 2: Themenbereiche des Leitfadens

Nummer	Themenbereich
1	Zielvorstellung
2	Win-win-Situation
3	Zusammenarbeit
4	Nachhaltigkeit
5	Interne Kommunikation
6	Vertrauen und Konkurrenz
7	Ressourcen

(Quelle: Eigene Darstellung)

Am Anfang des Interviews wird jede/r InterviewpartnerIn über den Zweck des Interviews informiert. Auch wird eine Klärung des Begriffs Netzwerk vorgenommen, damit ein einheitliches Verständnis hinsichtlich der Begrifflichkeit herrscht. Ebenso werden Informationen über den Datenschutz gegeben und die Einverständniserklärung bezüglich Aufnahme, Transkription und Auswertung eingeholt, schriftlich oder mündlich, je nach Art der Interviewdurchführung.

Den Einstieg in das Interview bildet eine Frage dazu, was die PartnerInnen im Zusammenhang mit LBL machen. Genauer wird nach der Dauer der Mitgliedschaft gefragt und wie die Institutionen auf LBL aufmerksam geworden sind. Dieser Komplex ist als ein Zusammenschluss von „Anwärmfrage[n]“ (Gläser & Laudel, 2010, S.147) zu verstehen.

Hieran schließen sich die sieben Themenblöcke an. Aufgrund des Umfangs kann nachstehend nicht jede Detailfrage explizit aufgezeigt und erläutert werden, ist jedoch im Leitfaden (s. Anhang A 1) einsehbar.

Das Interesse des ersten Themenblocks liegt in den Zielvorstellungen der Akteure. Diese werden danach gefragt, warum sie PartnerInnen im LBL-Netzwerk geworden sind, welche Ziele sie mit ihrer Mitgliedschaft verfolgen und welche Ziele das Netzwerk verfolgt.

Der zweite Themenblock enthält Fragen zum Ausgleich von Aufwand und Nutzen bzw. Win-win-Situationen. Zuerst wird nach dem zentralen Nutzen durch das PartnerInnennetzwerk von LBL für die Institution und für die Befragten persönlich gefragt. Zudem sollen die Interviewten Aussagen zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis machen. Schließlich wird eine Frage zu möglichen Herausforderungen, die das Netzwerk mit sich bringt, gestellt.

In Themenbereich drei wird nach der Zusammenarbeit mit anderen PartnerInnen des Netzwerks gefragt. Dabei ist zu unterscheiden, ob eine Zusammenarbeit besteht oder nicht. Wenn dies nicht der Fall ist, wird erfragt, ob daran Interesse besteht und wie sie aussehen sollte. Des Weiteren werde alle Personen gefragt, was für eine Rolle die BKK24 bei der Zusammenarbeit bei LBL spielt und welche Aufgaben sie erfüllt.

Das Thema des vierten Blocks ist die Nachhaltigkeit. Hier ist von Interesse, inwieweit die Zusammenarbeit eine Rolle für die Institutionen spielt. Darüber hinaus sollen die Befragten schildern, wie stabil sie die Kontakte innerhalb des Netzwerks einschätzen, mit wie vielen Akteuren ein Austausch stattfindet und ob bestimmte PartnerInnen im Netzwerk fehlen.

Im fünften Themenblock wird auf die interne Kommunikation und die Art des Informationsaustausches eingegangen. Darauf folgt in Block sechs das Thema Vertrauen und Konkurrenz, in dem die InterviewpartnerInnen das Verhältnis ihrer Institution zu den anderen PartnerInnen beschreiben sollen und berichten, wie es sich mit (möglichem) Wettbewerb und Konflikten verhält.

Im letzten Themenblock sollen die Akteure beschreiben, wie viele Ressourcen (zeitlich, personell, finanziell etc.) sie aufwenden, um die Aufgaben, die bezüglich LBL anfallen, umzusetzen. Mögliche hemmende Faktoren in der Netzwerkarbeit sind in den einzelnen Themenblöcken mit eingebunden und bilden daher, anders als im theoretischen Teil der Arbeit (s. Kap. 4.8), keinen extra Fragenblock.

Zum Abschluss können die Befragten weitere Ideen oder Wünsche für Veränderungen des PartnerInnennetzwerks ansprechen.

7.3.2 Samplebeschreibung und Rekrutierung

Im qualitativen Forschungsprozess ist die Wahl der InterviewpartnerInnen ein wichtiger Schritt, da sie die Qualität der erhaltenen Informationen beeinflussen und zur erfolgreichen Beantwortung der Forschungsfrage beitragen (Gläser & Laudel, 2010). Dadurch begründet wird das Sample beschrieben und dessen Rekrutierung erklärt.

Bei den InterviewpartnerInnen handelte es sich um zehn Akteure des PartnerInnennetzwerks von LBL. Da dies mittlerweile eine große Anzahl an PartnerInnen aus verschiedenen Regionen und Städten aufweist, sehr heterogen ist und stetig wächst, wurden der Auswahl der Akteure verschiedene Einschlusskriterien zugrunde gelegt, die Abbildung 1 zu entnehmen sind.

Einschlusskriterien

- Der Akteur ist in Obernkirchen oder Stadthagen ansässig oder überregional tätig.
- Der Akteur ist ein aktives Mitglied im PartnerInnennetzwerk von LBL.
- Zum Zeitpunkt der Rekrutierung ist der Akteur mindestens seit sechs Monaten Mitglied im LBL PartnerInnennetzwerk.

Abbildung 1: Einschlusskriterien für die Rekrutierung der InterviewpartnerInnen

(Quelle: Eigene Darstellung)

Die Beschränkung auf Obernkirchen, Stadthagen sowie überregionale Akteure begründet sich damit, dass LBL in Obernkirchen startete und daher PartnerInnen mit der längsten Mitgliedschaft aufweist. Stadthagen kam als zweite LBL-Stadt hinzu. Außerdem grenzen die Städte aneinander, so dass eine größere Wahrscheinlichkeit der Vernetzungen zwischen InterviewpartnerInnen bestand. Passive PartnerInnen wurden nicht ausgewählt, da kein großer Informationsgehalt bezüglich des Netzwerks von ihnen hätte erwartet werden können. Das Gleiche galt für zu neue Mitglieder.

Den Einschlusskriterien entsprachen 69 Akteure des PartnerInnennetzwerks von LBL. Zur differenzierteren Unterteilung und begründeten Auswahl wurde eine Unterteilung der verbliebenen PartnerInnen in verschiedene Kategorien nach strukturellen Merkmalen vorgenommen (s. Tabelle 3). Angelehnt ist diese an eine Aufteilung der BündnispartnerInnen im Projekt „Bernburg bewegt!“, das eines der „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ ist, da dieses Projekt ähnliche Strukturen und Inhalte wie LBL aufweist (Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., 2012). Die meisten der 69 PartnerInnen gehören der Kategorie Wirtschaft an (24 Akteure), gefolgt

von Vereinen (19) und übergeordneten Partnern (9). Den Kategorien Gesundheitswesen, Bildungswesen, Kommunalpolitik und Verwaltung sowie Medien ließen sich zwischen drei und sechs Akteure zuordnen.

Tabelle 3: Kategorieneinteilung der „Länger besser leben.“ PartnerInnen (Obernkirchen, Stadthagen, übergeordnete PartnerInnen)

Kategorien	Anzahl der PartnerInnen gesamt	Anzahl der Interviews
Wirtschaft	24	3
Vereine	19	1
Gesundheitswesen	6	2
Bildungswesen	3	1
Kommunalpolitik & Verwaltung	5	1
Medien	3	1
Übergeordnete PartnerInnen	9	1
Anzahl gesamt	69	10

(Quelle: Eigene Darstellung)

Der Auswahlprozess fand in Zusammenarbeit mit der BKK24 statt. Diese stellte zu den Akteuren aus den jeweiligen Kategorien auch den Erstkontakt her, da sie als Initiatorin der LBL-Initiative und durch vorherige Kontakte allen bekannt war und somit eine „Türöffner-Funktion“ einnahm. Mit sieben Akteuren vereinbarte die BKK24 direkt die Termine für die Interviews und leitete die Informationen an die Interviewende weiter. Für vier Interviews nahm die Autorin nach dem Erstkontakt durch die BKK24 aus organisatorischen Gründen nochmals persönlich Kontakt zu den Akteuren auf, um Termine zu vereinbaren.

Letztlich konnten zehn InterviewpartnerInnen gewonnen werden, wobei jede Kategorie mindestens einmal abgedeckt wurde (s. Tabelle 3). Durch das Interviewen mehrerer ExpertInnen aus den unterschiedlichen Kategorien sollten möglichst umfassende Informationen gewonnen werden. Aus der Kategorie „Wirtschaft“ wurden drei InterviewpartnerInnen gewählt, da es die größte Kategorie ist und sie in sich recht unterschiedliche Akteure aufweist. Aus der Kategorie „Gesundheitswesen“ wurden zwei Personen interviewt. Kein zweiter Akteur konnte aus der Kategorie „Vereine“ gewonnen werden, trotz der Größe dieser Kategorie. Insgesamt wurde bei der Auswahl der Akteure darauf geachtet, sowohl aktive als auch weniger aktive Akteure zu befragen, um mögliche unterschiedliche Ansichten und Einstellungen herauszufinden. Transparenter können die Angaben über die InterviewpartnerInnen an dieser Stelle nicht sein, da ansonsten die Anonymität der Befragten nicht ausreichend gewahrt bliebe.

7.3.3 Durchführung der ExpertInneninterviews

Die zehn Interviews fanden in der 30. bis 34. Kalenderwoche 2014 statt. Der Leitfaden fand erst Verwendung, nachdem er durch die BKK24 die Zustimmung erhalten hatte. Auch wurde er vor dem ersten Interview einem Pretest unterzogen, der gewisse Verbesserungen zur Folge hatte. Der Pretest musste mit einer Person umgesetzt werden, die die LBL-Initiative kannte, da die Fragen sonst hätten nicht beantwortet werden können. Ein Mitarbeiter der BKK24 erklärte sich bereit und beantwortete ergänzend aus der Perspektive eines Vereins. Alle Interviews wurden mit einer Person durchgeführt. Die Ausnahme bildete Interview G (s. Anhang B 1), bei dem drei Personen der Institution anwesend waren. Dieses Vorgehen war zuvor nicht abgesprochen, stellte jedoch keine Probleme dar und wurde daher wie die anderen Interviews geführt.

Die meisten der Interviews dauerten die beabsichtigten 35 bis 50 Minuten. Drei Interviews wichen davon ab, wobei zwei Interviews mit 16 und 27 Minuten kürzer waren und eins mit 70 Minuten länger andauerte. Die Gespräche wurden als Audioaufnahme mit einem mobilen Rekorder aufgezeichnet sowie wichtige Aspekte zusätzlich protokolliert. Für acht der zehn Interviews fuhr die Interviewerin zu den jeweiligen Institutionen der Befragten. Zwei Interviews wurden per Telefon durchgeführt (s. auch Kapitel 7.2). Dabei entstanden keinerlei Probleme.

7.4 Datenauswertung

Um aus den ExpertInneninterviews Ergebnisse zu erlangen, müssen die Interviews zunächst verschriftlicht und dann, unter Verwendung einer geeigneten Methode, analysiert werden. Dieses Vorgehen wird im weiteren Verlauf näher erläutert.

7.4.1 Aufbereitung des Materials

Im ersten Schritt werden die aufgezeichneten Interviews zur Aufbereitung und Analyse transkribiert. Die Transkripte sind dem Anhang zu entnehmen (s. B 1). Als Aufbereitungsverfahren wird die wörtliche Transkription mit der Technik der Übertragung in normales Schriftdeutsch gewählt (Mayring, 2002). Da das Hauptinteresse auf der thematisch-inhaltlichen Ebene liegt, werden Satzstruktur und Stil geglättet und möglicher Dialekt in normales Schriftdeutsch übertragen. Vom Thema abweichende Äußerungen seitens der Interviewerin und der Interviewten werden nicht transkribiert. Den Personen werden in den Transkripten für die Auswertung Nummern zugeordnet und jedes Transkript wird mit Zeilennummern versehen, um in der Ergebnisdarstellung Quellenangaben vornehmen zu können (Mayring, 2002). Aufgrund der begrenzten Anzahl an Interviews und einzelner Aussagen der InterviewpartnerInnen sind Rückverfolgungen auf

die Institutionen und die Personen teilweise möglich. Dem haben die Befragten schriftlich bzw. mündlich zugestimmt. Interviewabschnitte, die ihnen zu eindeutig zuzuordnen waren, wurden aus den Transkripten entfernt. Dies war jedoch kaum der Fall und essenzielle Informationen sind somit nicht verloren gegangen. Die Transkripte sind zwischen vier und acht Seiten lang. Ihnen sind jeweils Buchstaben (A – J) zugeordnet, in deren Reihenfolge sie auf der beigelegten CD angehängt sind (s. Anhang B 1).

7.4.2 Auswertungsverfahren – qualitative Inhaltsanalyse

Als Methode der Datenanalyse ist die inhaltlich strukturierende, qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt worden. Damit werden die Teile der Interviews extrahiert, die im Zusammenhang mit den fördernden und hemmenden Faktoren für erfolgreiche Netzwerkarbeit stehen und dementsprechend Aufschluss über die zugrunde liegende Fragestellung (s. Kap. 6) geben sollen. Diese Methode erlaubt es, regel- und theoriegeleitet die wesentlichen Ergebnisse des Materials detailliert zu erfassen und herauszufiltern. Ziel ist das Extrahieren und Zusammenfassen bestimmter Themenbereiche (Mayring, 2010). Die Auswertung geschieht mit dem der qualitativen Datenanalyse dienenden computergestützten Programm MAXQDA, das das systematische Strukturieren und Ordnen umfangreicher Textmengen vereinfacht. MAXQDA baut auf Kategoriensystemen auf¹³ (Mayring, 2010).

Der Ablauf der strukturierenden Inhaltsanalyse ist in Abbildung 2 dargestellt und wird nachfolgend näher aufgezeigt.

¹³ Weitere Informationen über MAXQDA befinden sich auf der Internetseite <http://www.maxqda.de>

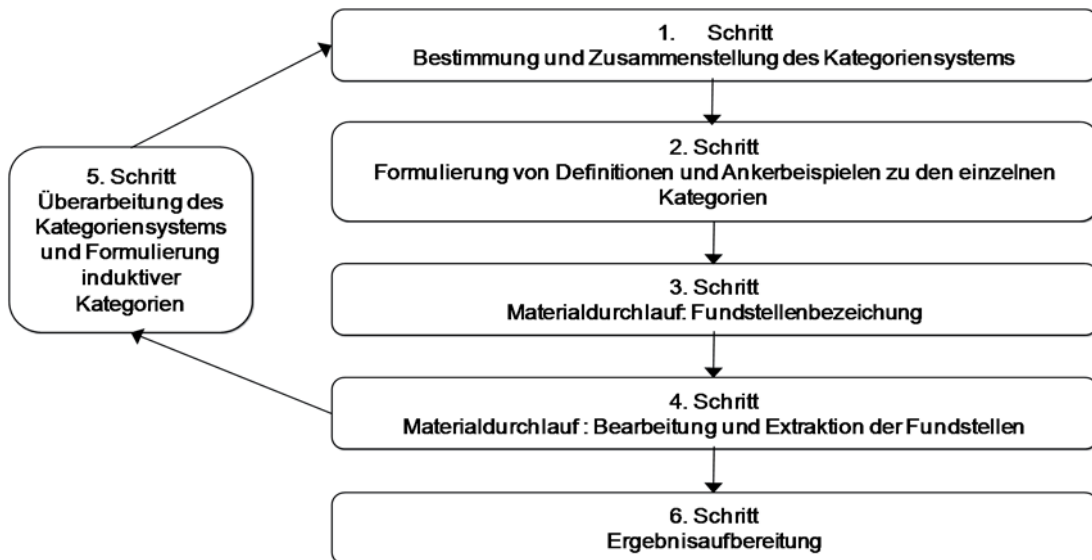


Abbildung 2: Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse

(Quelle: In Anlehnung an Mayring, 2010, S. 93)

Ein Kodierleitfaden wurde entwickelt (s. Anhang A 2), um eine eindeutige Zuordnung des Transkriptionsmaterials zu den deduktiv entwickelten Kategorien vorzunehmen. Der Kodierleitfaden basiert auf den Inhalten des vierten Kapitels und ist demnach ähnlich aufgebaut wie der Interviewleitfaden. Der Kodierleitfaden enthält neun Hauptkategorien (HK): Kennenlernen von LBL, Mitgliedschaftsgestaltung und –dauer, Zielvorstellung, Win-win-Situation, Zusammenarbeit, Nachhaltigkeit, interne Kommunikation, Vertrauen, Ressourcen sowie Wünsche und Verbesserungsvorschläge. Jeder Hauptkategorie sind entsprechende Subkategorien (SK) untergeordnet. Die Kategorien sind in Tabelle 4 dargestellt.

Um die Textabschnitte den richtigen Kategorien zuzuordnen, wurden jede Kategorie bzw. Subkategorie definiert und zur besseren Nachvollziehbarkeit wurde jeweils ein Ankerbeispiel festgelegt (s. Anhang A 2). Weiterer Kodierregeln, die bei Abgrenzungsproblemen aufgestellt werden, bedarf es keiner, da die Kategorien eindeutig definiert sind und das vorliegende Datenmaterial eindeutig zuzuordnen war (Mayring, 2010).

Nach dem Erstellen des Kodierleitfadens gab es als dritten Schritt einen ersten Materialdurchlauf zur Fundstellenbezeichnung, gefolgt von einem weiteren Durchlauf zur Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen. Dabei wurden Gewichtungen an bedeutsame Aussagen vergeben, um diese in der späteren Analyse zu verwenden. Anschließend wurde das Kategoriensystem überarbeitet und es wurde eine induktive Kategorie erstellt, deren Inhalt durch die deduktiven Kategorien nicht abgedeckt werden konnte, sich jedoch als wichtig herausstellte. Die induktive Kategorie ist die Subkategorie „Erfüllung der Erwartungen“.

Im Anschluss gab es einen erneuten Materialdurchlauf nach dem gleichen Schema. Darauf folgte die Ergebnisaufbereitung. Dadurch entstand eine Tabelle, in der alle relevanten Interviewaussagen den entsprechenden Kategorien zugeordnet sind (s. Anhang B 2). Die Auswertungsstrategie lag darin, jede Kategorie jeweils vergleichend auf die Aussagen jeder Person anzuwenden, da das Gesamtergebnis aller Interviews entscheidend ist (Mayring, 2010). Ebenfalls ist es ein Ziel, herauszufinden, welche Faktoren die Befragten als fördernd bzw. auch als hemmend bewerten, wie die Ergebnisse mit denen aus der Theorie übereinstimmen und welche Unterschiede es möglicherweise gibt und warum.

Tabelle 4: Kategoriensystem mit Hauptkategorien (HK) und Subkategorien (SK) des Kodierleitfadens

Hauptkategorien	Subkategorien
HK1: Kennenlernen von LBL, Mitgliedschaftsgestaltung und -dauer	Keine Subkategorien
Fördernde Faktoren für Netzwerkarbeit	
HK2: Zielvorstellung	SK2.1: Intention zur Teilnahme an LBL SK2.2: Erfüllung der Erwartungen SK2.3: Ziele der Institution SK2.4: Netzwerkziele SK2.5: Zielkonflikte
HK3: Win-win-Situation	SK3.1: Nutzen für die Institution SK3.2: Persönlicher Nutzen SK3.3: Verhältnis Nutzen-Aufwand SK3.4: Herausforderungen des Netzwerks
HK4: Zusammenarbeit	SK4.1: Art der Zusammenarbeit SK4.2: Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit SK4.3: Funktion der BKK24
HK5: Nachhaltigkeit	SK5.1: Stabilität und Beständigkeit des Netzwerks SK5.2: Austausch und Kenntnis der PartnerInnen SK5.3: Fehlende PartnerInnen
HK6: Interne Kommunikation	SK6.1: Art und Frequenz des Informationsaustausches SK6.2: Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge
HK7: Vertrauen	SK7.1: Verhältnis zu NetzwerkpartnerInnen SK7.2: Wettbewerb SK7.3: Konflikte
HK8: Ressourcen	SK8.1: Art und Umfang der Ressourcennutzung SK8.2: Fehlende Ressourcen und Wunsch nach weiteren
HK9: Wünsche und Verbesserungsvorschläge	Keine Subkategorien

(Quelle: Eigene Darstellung)

8 ERGEBNISSE

Der Ergebnisteil ist in neun Kapitel aufgeteilt, die wiederum untergliedert sind. Die Unterteilung ist angelehnt an die fördernden Faktoren für Netzwerkarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung (s. Kap. 4). Als Überblick wird in Kapitel 8.1 die Mitgliedschaft der PartnerInnen näher dargestellt. Es folgen die Zielvorstellungen (8.2), Genaueres zur Win-win-Situation (8.3) und zur Zusammenarbeit (8.4). Daraufhin werden die Ergebnisse zu Nachhaltigkeit (8.5), interner Kommunikation (8.6), Vertrauen (8.7) sowie Ressourcen (8.8) aufgezeigt. Das letzte Kapitel (8.9) umfasst Wünsche und Verbesserungsvorschläge der InterviewpartnerInnen bezüglich des Netzwerks.

Den Ergebnissen werden als Bezugsquelle jeweils ein/e InterviewpartnerIn (IP) zugeordnet. Dennoch beziehen sich die Aussagen meistens nicht (nur) auf die Person, sondern auf die Institution, der die Person angehört.

8.1 Mitgliedschaftsgestaltung bei „Länger besser leben.“

Als „Anwärmfrage“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 147) sollten die Befragten erzählen, was ihre Institution bzw. sie als Einzelperson¹⁴ im Zusammenhang mit LBL machen, wie lange sie dabei sind und wie sie auf LBL aufmerksam geworden sind. Dadurch entsteht ein Überblick über die Institutionen und ihr Bezug zu LBL. Wie in Kapitel 7.3.2 aufgezeigt ist, sind die InterviewpartnerInnen verschiedenen Kategorien zuzuordnen. Dementsprechend sind ihre Aufgaben im Zusammenhang mit LBL unterschiedlich und die Einrichtungen können verschiedene Aufgaben gleichzeitig wahrnehmen. Drei PartnerInnen haben, zumindest teilweise, einen repräsentativen Charakter im Zusammenhang mit LBL: Zwei davon im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit und eine/r als MedienpartnerIn bzw. redaktionelle/r PartnerIn. Auch werden die Angebote der Institutionen erweitert und bekannter durch die Zusammenarbeit mit der BKK24. Es werden Veranstaltungen mit ReferentInnen organisiert, die Einrichtungen sind Sponsor bzw. nehmen die BKK24 als Sponsor in Anspruch. Bei vier Einrichtungen besteht die Kooperation wegen des Sportabzeichens und dessen Abnahme in den Betrieben, wobei dies auch nur ein Teil der Zusammenarbeit ausmachen kann und es weitere Umsetzungsmaß-

¹⁴ Im Folgenden werden Einzelpersonen nicht immer wieder mit explizit erwähnt, da die meisten InterviewpartnerInnen für ihre Institutionen sprechen und kaum eine befragte Person als Einzelperson agiert. Bei jeweiliger Nennung der Einzelperson wären die Antworten zu leicht konkreten Personen zuzuordnen und die Anonymität unzureichend gesichert.

nahmen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung gibt. Ebenfalls wird individuelles Gesundheitscoaching durchgeführt und eine befragte Person hat einmalig bei einer Veranstaltung mitgewirkt.¹⁵

Die Hälfte der Institutionen sind von Anfang an dabei (IP 2, IP 3, IP 4, IP 5, IP 6, IP 10). Die anderen sind zwischen einem und zweieinhalb Jahren PartnerIn im Netzwerk von LBL (IP 1, IP 11, IP 12). Eine Institution gab an seit fünf Jahren Mitglied zu sein (IP 7). Da die Intervention LBL jedoch erst seit 2011 besteht, bleibt unklar, auf was sich dieser Zeitraum bezieht. Einige der Befragten hatten bereits vor LBL Kontakte mit der BKK24, wodurch sie auch auf LBL aufmerksam geworden sind (IP 1, IP 2, IP 4, IP 11). Die restlichen Interviewten haben durch ein Schreiben der BKK24 oder den direkten Kontakt mit ihr von LBL erfahren (IP 3, IP 5, IP 6, IP 7-9, IP 10, IP 12).

8.2 Zielvorstellung

Zu Beginn dieses Kapitels werden die Gründe für die Mitgliedschaft bei LBL, die Erwartungen daran und die Erfüllung der Erwartungen näher dargelegt. Darauf folgen die Ziele der Institutionen sowie die Netzwerkziele. Daran anknüpfend werden mögliche Zielkonflikte aufgezeigt.

Teilnahmeintention an „Länger besser leben.“ und Erwartungen

Die Gründe der Interviewten für die Mitgliedschaft bei LBL sind verschieden. Einige Gründe sind jedoch ähnlich: IP 3, IP 6 und IP 11 weisen auf die Bedeutsamkeit des Themas Gesundheit hin. Zum einen passt dieses zu den Bereichen Senioren und demografischer Wandel, die in Obernkirchen eine wichtige Rolle spielen (IP 3), zum anderen ist dieser Bereich für IP 11 wichtig, da mit möglichst vielen PartnerInnen aus verschiedenen Fachbereichen kooperiert werden soll. Der Gesundheitsbereich ist hierbei von entscheidender Bedeutung. IP 6 erklärt, dass das Gesundheitsthema und somit LBL und dessen Inhalte gut sind, um darüber zu berichten und für die Zielgruppe zum heutigen Zeitpunkt sowie die kommenden Jahre von großem Interesse ist. Ebenfalls bringt das Thema Wertschöpfung für die Institution (IP 6). Für zwei Befragte ist es von Interesse, dass die BKK24 als lokale Krankenkasse weiterhin existiert, da dadurch noch Entscheidungen vor Ort und nicht überregional fallen (IP 2, IP 11).

¹⁵ Damit keine direkten Rückschlüsse auf die Interviewten gezogen werden können, gibt es in diesem Abschnitt keine Zuordnungen zu den Interviewpersonen.

IP 3 begründet die Teilnahme durch die Vorreiterrolle der Stadt und die dadurch positiven Signale, die nach außen gesendet werden, da ansonsten meistens negative Nachrichten, wie Einwohnerrückgang überwiegen. Aus Eigeninteresse bzw. als Hilfe für die Einrichtung sind IP1, IP 4, IP 5, und IP 12 dem PartnerInnennetzwerk von LBL beigetreten. Es besteht der Eindruck über LBL mehr Menschen erreichen zu können (IP 5). Die Mitgliedschaft dient als Nachweis, dass es der Institution ernst ist und das Programm von LBL deckt alle für die Institution wichtigen Bereiche ab, wohingegen Programme von anderen Krankenkassen teilweise als zu umständlich angesehen werden (IP 4). Für IP 1 ist es nicht entscheidend, dass er Mitglied bei LBL ist, da er ausschließlich für die BKK24 und keine weiteren Krankenkassen arbeitet und dies auch bereits vor dem Start der Intervention tat. Seine jetzige Arbeit ist lediglich durch LBL zustande gekommen, weshalb die Partnerschaft entstand. IP 12 sieht Sport als wichtig an und wollte ihn daher mit Hilfe des Sportabzeichen-Wettbewerbs in den Betrieb integrieren. Sport ist aus Sicht dieser befragten Person als Kommunikationsmedium und Motivator unter MitarbeiterInnen zu verstehen und wird so auch aufgenommen.

Die InterviewpartnerInnen in Interview G hingegen sind nicht aus einem Eigeninteresse PartnerInnen von LBL geworden. Sie sehen sich als „Sprachrohr“ (IP 8, Z. 20), da sie der Dachverband mehrerer Vereine sind und sich dadurch verantwortlich fühlten Mitglied von LBL zu werden. Es ging zu Beginn eher von der Basis, also den Vereinen aus, als von der Institution selbst. Ein weiterer Anknüpfungspunkt ist der Aspekt Bildung: Es werden Personen ausgebildet, die die Themen Gesundheit und Bewegung an die BürgerInnen weitergeben sollen. Auch persönliche Beziehungen stellen Gründe der Mitgliedschaft dar, werden jedoch nur einmal explizit genannt (IP 2).

Bei mehr als der Hälfte der Interviewten sind die Erwartungen an die Mitgliedschaft im LBL-Netzwerk zum Zeitpunkt der Befragung erfüllt bzw. übertroffen worden (IP 1, IP 2, IP 3, IP 4, IP 6, IP 12). Dabei beziehen sich die Erwartungen entweder auf die gesamte Initiative oder auf die jeweilige Institution bzw. Einzelperson und deren Aufgaben im Zusammenhang mit LBL, die bereits zu Beginn dieses Kapitels dargestellt sind. IP 2 hatte die Erwartungen, dass die LBL-Initiative sich immer stärker ins Alltagsleben integriert, der Bekanntheitsgrad sowie die Zahlen an Personen, die den LBL-Fragebogen (s. Kap. 5) ausfüllen, steigen. Dieser Erwartungen wurden aus Sicht von IP 2 übertroffen, u.a. weil die Mitgliederzahlen schneller als gedacht stark angestiegen sind. Bei IP 3 entwickelten sich die Erwartungen erst im Laufe der Initiative. Die Stadt ist bekannter geworden, da sie die „Keimzelle“ (IP 3, Z. 69) der Intervention sein sollte. Durch die

daraus entstandenen positiven Botschaften sind die Erwartungen mehr als erfüllt worden.

Weitere Erwartungen zu Beginn der Mitgliedschaft, die auch erfüllt wurden, waren die Unterstützung durch die BKK24 bei Fragen innerhalb der Institution (IP 12), langfristig mit seinem auf das Individuum bezogenen Ansatz mehr zu erreichen, als mit Kursangeboten oder einmaligen Vorträgen (IP 1) und eine adäquate Zusammenarbeit bezüglich der Medienpartnerschaft und Werbemaßnahmen (IP 6). IP 4 gab an, nicht erwartet zu haben, dass man sich so frei entwickeln kann und LBL sich von bereits bekannten Angeboten unterscheidet: *„Am Anfang war das ja ein kleines Blümchen, ohne Blüte nur grün, ganz klein. Ich hätte nicht erwartet, dass das so intensiv wurde, die Arbeit. Ich dachte, das ist so eine Geschichte, die man mal macht. Aber dass das so lange kontinuierlich am Leben erhalten wird, dass einem auch immer wieder neue Sachen einfallen.“* (IP 4, Z. 53ff).

Zwei Institutionen hatten bei Eintritt in das PartnerInnennetzwerk von LBL keine konkreten Erwartungen. Stattdessen bestand lediglich der Wunsch, dass sich der über LBL transportierte Gedanke verbreitet und bei den Vereinen ankommt (IP 7) oder es wird immer wieder in Zusammenarbeit mit der BKK24 geplant, was für Schritte möglich sind, ohne bestimmte Erwartungen zu haben (IP 5).

Nur bei IP 11 ist die Erwartung, dass sich Zusammenarbeit im Laufe der Zeit weiter ausbaut nicht erfüllt worden, da sie zum Zeitpunkt der Befragung seit einiger Zeit zum Erliegen gekommen ist. Dies wurde nicht erwartet, ist aber laut IP 11 auch nicht enttäuschend, da so etwas in Kooperationen vorkommen kann. Dennoch geht die Interviewpartnerin von einer weiteren Zusammenarbeit in Zukunft aus.

Ziele der Institutionen

Nachfolgend werden die Ziele aufgezeigt. Es wird zwischen den Zielen der Institutionen und den Netzwerkzielen sowie der gemeinsamen Zielorientierung unterschieden.

Wiederholt wird als Ziel der Institutionen die Etablierung oder Festigung betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. betrieblichen Gesundheitsmanagements genannt (IP 1, IP 2, IP 3, IP 4). Letztendlich wird in den Betrieben versucht den Krankenstand zu beeinflussen. Darauf wird immer stärker geschaut, da es eine zunehmend alternde Belegschaft gibt (IP 4). IP 1 zielt darauf ab, im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung durch individuelle Tipps und Lösungsmöglichkeiten an die Menschen heranzutreten, statt den ursprünglichem Ansatz Kurse anzubieten. IP 2 erklärt sein Ziel wie folgt:

„Also wir verfolgen das Ziel von LBL zu 100 Prozent, genau wie die BKK24 auch. Denn auch das ist Fürsorge für die Mitarbeiter. Das dabei natürlich auch die 100%ige Arbeitsleistung, die Sicherung der Arbeitsleistung eine Rolle spielt, da machen wir gar keinen Hehl draus. Weil gesunde Mitarbeiter sind motiviert und leistungsfähig.“ (IP 2, Z. 70ff.).

In zwei Institutionen soll die Erlangung des Sportabzeichens bzw. Sport allgemein als feste Größe etabliert werden bzw. ist es bereits (IP 4, IP 12). Ebenso sollen neue Mitarbeiter und Auszubildende direkt dazu gebracht werden beim Sportabzeichen mitzumachen (IP 12). Da IP 7-9 das Sportabzeichen ausrichtet, ist die Einrichtung an einer Steigerung des Erwerbs des Sportabzeichens interessiert. Ebenfalls erhoffen sie sich durch die Mitgliedschaft bei LBL einen Anstieg der Mitgliederzahlen in den ihnen zugehörigen Vereinen sowie das Bewusstsein bei der Bevölkerung zu schaffen, über Bewegung vorbeugen zu können: *„Da sind gerade solche Initiativen gut, die da so ein bisschen an der Schraube drehen können, dass wir den Weg wieder zu mehr Bewegung finden“ (IP 8, Z. 49ff.).* Auch IP 5 verdeutlicht als Ziel eine Steigerung der Mitgliederzahlen bzw. zumindest ausreichend TeilnehmerInnen für die angebotenen Kurse, indem das Kurssystem in der Öffentlichkeit bekannter gemacht wird.

Weitere Ziele sind gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit mit der BKK24 (IP 2), Motivator und Werber für LBL zu sein, vor allem zu Beginn der Initiative (IP 3) sowie auf breiter Basis mit anderen Einrichtungen zu kooperieren, die das Leitbild der Institution vertreten können (IP 11). Als weiteres Ziel wird eine mögliche Attraktivität des Unternehmens aufgrund der Mitgliedschaft bei LBL bei Neueinstellungen angegeben. Es wird jedoch als nicht ausschlaggebend angesehen, da nicht geglaubt wird, dass dies ein entscheidendes Argument für BewerberInnen ist (IP 4).

Netzwerkziele

Die Netzwerkziele werden von den InterviewpartnerInnen ähnlich beschrieben. Der Großteil der Befragten sieht als Ziel, das Leben der Menschen gesundheitsbewusster zu gestalten und diese dafür zu sensibilisieren (IP 1, IP 2, IP 3, IP 4, IP 5, IP 6, IP 10, IP 12). Der Name der Intervention, „Länger besser leben.“, wird dabei häufiger als eine Art Zusammenfassung der Netzwerkziele gesehen, um den Menschen ein gesünderes und längeres Leben zu vermitteln. Es sollen gemeinsam Angebote mit geringer Hemmschwelle bereitgestellt werden, um möglichst viele Menschen zu erreichen. Diese sollen wieder aufnahmefähiger werden, die Angebote wahrnehmen und wieder aktiver am Leben teilnehmen (IP 5, IP 11). IP 3 ist der Ansicht: *„Also LBL ist als gemeinsames Ziel oder gemeinsame Marke verinnerlicht worden. Im Grunde ist es im Kopf und das was*

dahintersteht verhaftet.“ (IP 3, Z. 123f.). IP 1 beschreibt auf die Frage hin, welche Ziele das Netzwerk verfolgt: „Basierend auf der Studie, die ja Ausgangspunkt dieser Aktion ist, also dieser Cambridge Studie, durch verschiedenste Angebote dem Menschen zu helfen, ihr Leben gesundheitsbewusster zu gestalten oder eben, wenn dieses schon der Fall ist, dieses weiter zu unterstützen. (...) Und das wäre schon im Netzwerk, wenn wir das jetzt schon so ansprechen. Natürlich kann ich das alleine nicht erreichen und auch kein Arzt oder keine Ernährungsberaterin, weil häufig das Problem zu vielfältig ist und man auf unterschiedlichen Ebenen aktiv werden muss.“ (IP 1, Z. 65ff.). IP 10 meint: „Mehr Leute dazu zu bringen gesünder zu leben. Mehr Leute dazu zu bringen mehr für sich zu tun.“ (IP 10, Z. 28f.). Die verschiedenen Elemente (ausgewogene Ernährung, ausreichende Bewegung, Verzicht auf Nikotin und mäßiger Alkoholkonsum), die der Intervention zugrunde liegen, werden ebenfalls mehrmals als Ziel der Initiative genannt (IP 1, IP 2, IP 4). Sie werden aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet (betrieblich, regional etc.) und der Mensch somit als BürgerIn, Versicherte/r bzw. MitarbeiterIn gesehen.

IP 6 ist der Meinung, dass jede/r NetzwerkpartnerIn individuelle Ziele hat, die jeweils mit der BKK24 definiert werden, da die PartnerInnen sehr unterschiedlich sind. Daher erkennt der Befragte keine gemeinsamen Ziele. Ähnlicher Ansicht ist IP 11: Das einzige gemeinsame Ziel ist viele Menschen zu erreichen. Ansonsten gehen die Ziele aufgrund der Divergenzen der NetzwerkpartnerInnen auseinander: *„(...), da sind etliche Ehrenamtler dabei, Vereine und Menschen, die das nicht von Berufswegen aus machen. Und das ist einerseits natürlich eine wunderbare Sache. Aber andererseits wissen wir auch, dass Menschen, die ehrenamtlich für eine Sache brennen, nur eine gewisse Möglichkeit haben sich einzubringen. Deren Zeitbudget ist nicht unbegrenzt und außerdem stecken Ehrenamtler Misserfolge auch nicht so schnell weg. Das ist auch ganz verständlich. Wenn wir als Hauptamtliche sagen 'Gut, dass hat in diesem Fall jetzt nicht geklappt und wir probieren es anders oder neu.' Dann ist das eine Sache. Für Ehrenamtler war das aber vielleicht das Projekt ihres Lebens.“ (IP 11, Z. 52ff.).*

Drei Personen erwähnen im Zusammenhang mit Netzwerkzielen auch Ziele, die aus ihren Augen die BKK24 vertritt und teilweise gleichzeitig als Ziel des Netzwerks angesehen werden: Dabei geht es um Mitgliederwerbung, was als sehr wirkungsvoll eingeschätzt wird, indem Versicherte über Aktionen von der BKK24 erfahren (IP 4, IP 6) und den politischen Aspekt, dass die BKK24 um ihre Stellung kämpft, um ihren Status zu behalten (IP 11).

Zielkonflikte

Alle interviewten Personen, außer eine, sehen derzeit keine Zielkonflikte innerhalb des Netzwerks bzw. können sich keine vorstellen. Einerseits sind sie der Ansicht, dass die PartnerInnen sich in der Zielverfolgung einig sind und können sich keine PartnerInnen vorstellen, die konträre Ziele verfolgen (IP 2, IP 4). Dem Vorstand der BKK24 wird Respekt gezollt, die PartnerInnen trotz ihrer Unterschiede zusammenzubringen (IP 11). Andererseits begründet IP 6 die nicht vorhandenen Zielkonflikte: *„Weil ich im Sinne des Projektes auch glaube, dass man sich da breit aufstellen muss. Das ist Sinn des Projektziels. Es kann natürlich sein, dass wenn man da mehrere Restaurants hat, dass die dann sagen: 'Das finde ich nicht so gut.' Aber ich glaube bei den meisten, dass die aktiv, also auch finanziell wenig einzubringen haben, da das ja alles die BKK24 trägt. Wenn ich sage: 'Ich bekomme ein Werbeaufschlag oder ich werde in eine gewisse Vernetzung mit einer Marke gebracht, es gibt eine Win-win-Situation. Die BKK24 schafft Inhalte und ich partizipiere von dem LBL Projekt.' Dann kann ich ja nicht sagen: 'Ich will das einzige LBL Menü sein.' Ich glaube nicht, dass die anderen das einfordern, weil sie auch nicht fordern können, weil sie nichts zahlen. Wenn sie das zahlen würden, würden sie vielleicht sagen, dass sie das nicht wollen. Von daher glaube ich auch, dass die BKK24 das bis jetzt auch geschickt ausgesucht hat. Also aus meiner Sicht keine Zielkonflikte.“* (IP 6, Z. 118ff.). Eine Interviewperson kann mögliche Zielkonflikte nicht einschätzen, da sie meint nicht so sehr im Thema zu sein (IP 12).

IP 10 kann sich vorstellen, dass es unter den PartnerInnen Konflikte geben könnte, hat sich jedoch nicht registriert: *„Wenn dann eher unter den einzelnen Partnern. Der eine möchte das machen, der andere möchte das machen und der eine wird dann meckerig, weil der andere mehr Geld verdient. Oder sonst irgendwas. Dass es da Hickhack gibt. Aber habe ich persönlich noch nicht bemerkt.“* (IP 10, Z. 40ff.).

8.3 Win-win-Situation

Dieser Abschnitt beinhaltet die Nutzen des PartnerInnennetzwerks für die Institutionen und persönliche Nutzen. Weiterhin werden das Verhältnis von Aufwand und Nutzen und mögliche Herausforderungen für das Netzwerk aufgedeckt.

Nutzen für die Institutionen

Der finanzielle Aspekt ist der am häufigsten genannte Nutzen (IP 1, IP 2, IP 4, IP 5, IP 6, IP 7-9). Dieser spiegelt sich bspw. durch das Umsetzen von Werbung oder im direkten monetären Gewinn wider (IP 1, IP 6). Ebenfalls zeigen sich die finanziellen Vorteile

durch die Unterstützung der BKK24, u.a. als Sponsor (IP 2, IP 4) und gesteigerte Mitgliederzahlen (IP 5). Indirekt werden finanzielle Vorteile von einigen InterviewpartnerInnen im Bezug auf den Krankenstand in den Unternehmen aufgeführt: Durch die Angebote für die MitarbeiterInnen (Sportabzeichen, Gesundheitscoach und weitere Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung) wird langfristig ein geringerer Krankenstand als vor der Mitgliedschaft bei LBL erhofft (IP 4, IP 12). IP 10 hofft auf mehr KundInnen durch die Mitgliedschaft. Eingeschränkt betrachtet wird der finanzielle Aspekt in Interview G, da er bisher nur eine Hoffnung ist und erst in Zukunft überprüft werden kann, ob LBL tatsächlich ein Mitgliederzuwachs bewirken wird. Ein Anstieg der Mitgliederzahlen in den Vereinen wird als positiv gewertet, da dies die Sicherung der Zukunft der Vereine, vor allem mit Blick auf den demografischen Wandel bedeutet (IP 7-9).

Neben dem finanziellen Aspekt kommt der Öffentlichkeitswirkung eine Schlüsselfunktion zu: Der Bekanntheitsgrad der Einrichtungen ist durch LBL und deren Presse- und Marketingarbeit gewachsen, Synergieeffekte können genutzt werden (IP 2, IP 5, IP 7-9, IP 11). IP 5 kommentiert dies mit: *„Da ist die BKK Gold wert für uns.“* (IP 5, Z. 113f.).

Weitere Nutzen für die Einrichtungen bestehen durch konkrete, unbürokratische Hilfen und Beratung, wobei vor allem persönliche Kontakte von Bedeutung sind (IP 2). Aus Sicht von IP 3 ist die Aufwertung der Stadt ein Nutzen, z. B. durch die bereits erwähnten positiven Signale aus der Stadt oder eine beschilderte Laufstrecke, die aufgrund einer 3000-Schritte Aktion entstanden ist.

Zusätzlich zu den Nutzen für die eigene Institution werden in zwei Interviews auch Nutzen für PartnerInnen des LBL-Netzwerks allgemein genannt. Die Nutzen von LBL für die Institutionen legte die BKK24 von Beginn an dar und sie wurden auch schnell von vielen erkannt: Der Vereinszweck kann öffentlich einer größeren Basis präsentiert werden, bestehende Strukturen können genutzt werden, die BKK24 schafft Inhalte und die PartnerInnen partizipieren von der LBL-Initiative. Dies bezeichnen die Befragten als Win-win-Situation (IP 3, IP 6, IP 7-9), die beispielhaft von IP 8 erklärt wird, der besonders die unterschiedliche Zielausrichtung dabei mit aufnimmt: *„(...) Dass da ein kommerzieller und ein gemeinnütziger Partner zusammen eine Win-win-Situation geschaffen haben, das ist schon bemerkenswert. Beide Interessen bei den Zielsetzungen vereinigen sich, wobei die Ausrichtung aus finanzieller Sicht entgegengesetzt sind.“* (IP 8, Z. 79ff.), da die IP 8 seine Einrichtung als gemeinnützig beschreibt und die BKK24 als kommerziell. Hinzukommend wird die Freiwilligkeit der Netzwerkarbeit betont: *„Und bei dem Netzwerk ist es ja so, dass jeder freiwillig mitarbeitet. Und wenn er dann keinen*

Nutzen mehr darin sehen würde, hätte er jederzeit die Chance heraus zu gehen, ohne dass ihm das negativ ausgelegt wird an der Stelle.“ (IP 3, Z. 129ff.).

Persönlicher Nutzen

Die persönlichen Nutzen, die den Befragten durch das PartnerInnennetzwerk entstanden sind, sind verschieden. Zum einen ist ein Interviewpartner Mitglied bei der BKK24 geworden, da die Krankenkasse mit den handelnden Personen bekannt und sympathisch war (IP 2). Zum anderen entsteht auf ideeller Ebene ein Nutzen: Immer mehr Menschen lernen mit der Zeit LBL kennen und im Zusammenhang damit ebenso verschiedene NetzwerkpartnerInnen, die evtl. einen kleinen Beitrag zu Verhaltensänderungen bei den Personen beitragen (IP 1). Als weiterer persönlicher Nutzen wird von einer befragten Person die persönliche Wertschätzung durch die Geschäftsleitung und die MitarbeiterInnen sowie über eine Firmenauszeichnung genannt; vor allem, da die Person ihre Aufgaben als Ehrenamt durchführt (IP 12). Die der Intervention zugrunde liegenden Inhalte bezüglich Ernährung und Bewegung hat eine Person stärker als vor Teilnahme an LBL verinnerlicht und setzt ab und zu einige Dinge auch um (IP 3). Bei IP 4 ist eine Arbeitsplatzbegehung ein persönlicher Nutzen, da die Person dadurch neben der Verbesserung des Arbeitsplatzes praktische Beispiele zur Umsetzung erhielt. Bisher ist die Umsetzung dieser Beispiele zwar gering, haben aber zum Nachdenken angeregt. Weitere InterviewpartnerInnen ziehen keinen persönlichen Nutzen aus der Teilnahme am LBL-Netzwerk, sondern sehen sich als VertreterIn der Institutionen (IP 5, IP 6, IP 11).

Verhältnis Nutzen-Aufwand

Der Großteil der Befragten schätzt das Verhältnis von Aufwand und Nutzen im Bezug auf LBL als angemessen ein bzw. sieht einen höheren Nutzen als Aufwand (IP 1, IP 2, IP 3, IP 4, IP 6, IP 7-9). Beispielhafte Begründungen: Für IP 1 ist das Aufwand-Nutzen Verhältnis adäquat, da er für seine Arbeit, die er für LBL leistet, finanziell entlohnt wird. Bei einem größeren Arbeitsumfang wäre der Aufwand zu hoch und bei keiner Bezahlung wäre der Nutzen zu gering und das Verhältnis somit nicht ausgeglichen. Auch für IP 6 ist der finanzielle Aspekt der Nutzen. Dieser wurde im Verhältnis zum Arbeitsaufwand kalkuliert und führt somit zu einem passenden Verhältnis, das mit der BKK24 zu Beginn der Zusammenarbeit besprochen wurde. IP 2 beschreibt die Einschätzung folgendermaßen: *„Also der Aufwand hält sich in relativ bescheidenden Grenzen. Sage ich mal ganz deutlich. Es sind finanzielle Dinge, wir beteiligen uns an dem ein oder anderen Werbemittel, dass die BKK speziell für LBL-Aktionen einsetzt. Haben dafür auch den*

Nutzen, dass unsere Institution auch wieder die Öffentlichkeitswirkung haben. Persönlich für uns als Kollegen bedeutet es eben auch mal an einem Sonntag hier auf dem Marktplatz zu sein, (...), mal mit der BKK zu repräsentieren bei der Wahl zum Sportler des Jahres. Und das sind Dinge, die stehen in einem angemessenen Verhältnis.“ (IP 2, Z. 144ff.). Trotz einiges Arbeitsaufwandes im Unternehmen, wie z. B. lange Abstimmungswege, wird das Verhältnis positiv beurteilt, da diese Abläufe als normal im Arbeitsalltag angesehen werden (IP 4). Ebenso schätzt es die Einrichtung aus Interview G ein: Sie profitieren von LBL, da der Aufwand aus personeller und finanzieller Sicht überschaubar ist. Laut IP 3 profitieren viele Mitglieder von LBL durch die Verbesserung der Außendarstellung. Für seine Institution ist *„der Nutzen bezüglich des Aufwandes (...) sehr hoch.“* (IP 3, Z. 156).

Zwei Befragte sehen das Verhältnis von Nutzen und Aufwand nicht so eindeutig ausgeglichen (IP 5, IP 12). Beide sind im Bezug zu LBL ehrenamtlich tätig und sind auf die Frage, inwieweit der Nutzen in einem angemessenen Verhältnis zum Aufwand steht der gleichen Auffassung: *„Das ist eine Frage, die kann man nicht beantworten, wenn es um Ehrenamt geht. Das sind alles Stunden, die nicht bezahlt werden. Das geht halt nur, wenn man die Zeit hat und wenn man bereit ist, das als Hobby anzusehen und wenn die Familie dabei ist.“* (IP 5, Z. 124ff.). IP 12 erwähnt als positive Ausgangslage, dass sie selbst Prüferin für das Sportabzeichen ist, was die Situation noch etwas erleichtert: *„Ich glaube, wenn man etwas Ehrenamtliches macht, darf man diese Rechnung nie aufmachen. Diese Konstellation, dass ich selbst Prüferin bin, ist wie ein Goldkorn. Das kann nicht besser sein, weil viele daran scheitern das Ganze eben umzusetzen.“* (IP 12, Z. 125ff.).

Herausforderungen des Netzwerks

Als Herausforderung, die das Netzwerk mit sich bringt wird ein Bereich von drei InterviewpartnerInnen erwähnt (IP 3, IP 6, IP 11): Die Nachhaltigkeit und Kontinuität der LBL-Intervention. Die Erläuterung von IP 6 verdeutlicht dies und spricht zusätzlich die Ausweitung der Initiative an: *„Die Nachhaltigkeit und die Qualitätssicherung dieses Netzwerkes, das man dort aufbaut und der Angebote, die dort kommuniziert werden, sollen und auch genutzt werden am Ende. Das am Leben zu halten ist glaube ich extrem aufwendig. Und das ist glaube ich auch die große Herausforderung der BKK24, dieses Konzept weiter weg zu tragen aus Schaumburg oder auch schon aus Obernkirchen heraus. Da wo ich sitze, wo ich mich auskenne bin ich natürlich schneller in den Vereinen drin um die Leute zu überzeugen usw. Sie [die BKK24] gehen ja mittlerweile*

weit raus, bis nach Hannover. Aber ich glaube, da ist es um ein Vielfaches schwerer überhaupt erst mal die Ideen zu sammeln, was man wo machen kann. Wie nehmen die mich da wahr, wie viele Ressourcen habe ich da, um Partner zu akquirieren. Daher glaube ich, dass es dort noch langwieriger ist, dort so etwas flächendeckend aufzubauen. Das ist glaube ich die Herausforderung vom LBL Netzwerk.“ (IP 6, Z. 153ff.). Zusätzlich ist IP 6 noch der Auffassung, dass die BKK24 den größten Teil der Herausforderungen selbst bewältigen muss, da alle Arbeitsschritte von LBL über sie laufen. Eine Person sieht keine Herausforderung (IP 4).

8.4 Zusammenarbeit

Die Informationen über die Zusammenarbeit im LBL PartnerInnennetzwerk wird unterteilt in die Art der Zusammenarbeit mit anderen PartnerInnen, Verbesserungsvorschläge und die Funktion, die die BKK24 bei der Zusammenarbeit einnimmt.

Art der Zusammenarbeit

Bei den InterviewpartnerInnen ist die Zusammenarbeit mit weiteren PartnerInnen entweder gar nicht oder nicht stark ausgeprägt. Viele der Befragten möchten keine Veränderungen und sind mit der derzeitigen Situation zufrieden. Auch werden selten andere PartnerInnen für Aktionen o.ä. benötigt, weshalb eine andere Art der Zusammenarbeit als nicht so wichtig betrachtet wird (IP 5). Die einzige enge Zusammenarbeit besteht bei allen Befragten mit der BKK24, auf die anknüpfend eingegangen wird: Beispielfhaft wird dies von IP 4 zusammengefasst, was die Verhältnisse im Netzwerk verdeutlicht: *„Ja gut, dieses Partnernetzwerk, mit den Partnern direkt haben wir keinen Kontakt. Das läuft alles über die Krankenkasse. Also im Prinzip besteht das Netz, aber da gibt es eine Spinne im Netz, die das irgendwie zusammenhält. Wir gehen nicht direkt auf einen Partner zu.“* (IP 4, Z. 94ff.). IP 6 benötigt keinen direkten Kontakt zu anderen PartnerInnen, *„(...)weil ich das Netzwerk in dem Sinne ja nicht so aktiv lebe. Ich habe den Ansprechpartner BKK24 und stehe nicht im Kontakt zu LBL Partnern, um deren oder meine eigenen Wünsche zu erfüllen oder dass die mir helfen.“* (IP 6, Z. 166ff.). Gleichermassen benötigt die Institution der InterviewpartnerInnen 7-9 keinen direkten Kontakt zu weiteren PartnerInnen außer der BKK24. Sie unterstützen die Zusammenarbeit eher ideell, indem sie für die Abwicklung des Sportabzeichens zuständig sind. Eine Mitarbeit im Netzwerk kann sich diese Einrichtung vorstellen. Das Bedürfnis oder die Betroffenheit müsste jedoch von den PartnerInnen kommen, da die Institution eher nicht aktiv an die PartnerInnen herantreten wird. Ähnlicher Ansicht ist IP 2 (s. folgender Abschnitt). IP 8 und IP 12 sehen ihre Institutionen als *„kleine[n]Zahn“* im ganzen Rad bzw. als *„kleines*

Puzzleteil“ (IP 12, Z. 219) und sind der Ansicht: „(...) wenn vieles ineinander greift, dann wird es funktionieren und dann siehst du auch Ergebnisse.“ (IP 8, Z. 251f.). Weiterhin findet IP 12 es wichtig, dass ganz Schaumburg mit in die Intervention eingebunden wird.

Trotz kaum einer konkreten Zusammenarbeit mit NetzwerkpartnerInnen kennen die folgenden Interviewpersonen zumindest einige PartnerInnen des Netzwerks. Die Kooperation von IP 2 mit der BKK24 bestand bereits vor LBL und eine weitere Kooperation mit der Krankenkasse und dem Kreissportbund besteht seit einigen Jahren, die aber auch ohne LBL entstanden wäre. Das Zusammenwirken ist partnerschaftlich, *vor allem aufgrund der persönlichen Kontakte*, und wird als positiv bewertet: *„ (...) wenn man mal immer so ein wenig den Netzwerkgedanken im Hintergrund behält. Das hat immer ganz viel mit persönlichen Kontakten zu tun und mit handelnden Personen. (...) Je besser die handelnden Personen miteinander kommunizieren und je besser da die Chemie stimmt, desto besser läuft die Zusammenarbeit. Man ist da eher bereit auf Dinge gegenseitig einzugehen und sich Dinge anzuhören. Sonst würde man sagen, ach ne, also mit dem kann ich nun überhaupt nichts anfangen. Das muss man ganz offen dazu sagen.“ (IP 2, Z. 18ff.).* Die BKK24 wird als starke PartnerIn wahrgenommen, u.a., da sie in Schaumburg die letzte ansässige Krankenkasse ist und gute Öffentlichkeitsarbeit leistet: *„Und mit starken Partnern arbeitet man lieber zusammen als mit schwächeren Partnern. Das ist, glaub' ich, ganz menschlich.“ (IP 2, Z. 109f.).* Dieser Interviewpartner bewertet die derzeitige Art der Zusammenarbeit als gut funktionierend. Er setzt voraus, dass man wissen muss wen es im Netzwerk gibt, um bei Interesse bzw. Wünschen nachfragen zu können, da seiner Ansicht nach die PartnerInnen ihr Wissen ohne Anfrage nicht unbedingt anderen mitteilen. Bei IP 1 findet normalerweise, wie bei den anderen Befragten, keine direkte Zusammenarbeit mit Mitgliedern des Netzwerks statt. Die bisherigen Ausnahmen bildeten interdisziplinäre Projekte. Für ihn ist es, wie für IP 2, eine Voraussetzung zu wissen, wer zum Netzwerk gehört. Seine Begründung liegt allerdings darin, wissen zu müssen an welche anderen NetzwerkpartnerInnen er seine TeilnehmerInnen weitervermitteln kann. Aufgrund der steigenden Mitgliederzahl wird dies jedoch immer schwieriger und der Weg der Empfehlung wird häufiger über die BKK24 gehen. Die Leute sollen sich an sie wenden, z. B. über die Infohotline oder direkt in der Filiale, um sich über passende PartnerInnen zu informieren. IP 3 sieht die Zusammenarbeit als stetig anwachsend und kennt die PartnerInnen größtenteils. Er geht, im Gegensatz zu den vorausgehenden Einschätzungen davon aus, dass die Akteure, besonders die Größeren bekannt sind: *„Aber da die Stadt nicht so groß ist, kennt man die einzelnen Akteure (...) von größeren Einheiten, die da mitmachen.“ (IP 3, Z. 174ff.).*

Ähnlicher Auffassung ist IP 11, die meint, dass man die Mitglieder mit der Zeit immer besser kennenlernt und die Zusammenarbeit mit jeder/m PartnerIn anders ist.

IP 5 gibt an, dass zwar Kontakt zu anderen Vereinen besteht, jedoch keine direkte Zusammenarbeit: *„(...) die hier vor Ort sind, die kenne ich alle mittlerweile und wir sind auch alle auf einem ganz netten Niveau zusammen, wenn wir uns hier treffen. Das finde ich ganz angenehm. Direkte Zusammenarbeit mit anderen Partnern wüsste ich jetzt so nicht.“* (IP 5, 136ff.). In der Vergangenheit fand jedoch eine konkrete Zusammenarbeit mit einem Akteur statt und es wird erwartet, dass sich die Zusammenarbeit in den nächsten Jahren ausbauen wird. Betont wird außerdem, dass bei den Kontakten keine Konkurrenz zwischen den Vereinen besteht, sondern diese sich ergänzen. Die Kontakte zu anderen PartnerInnen werden bei Bedarf selbst hergestellt; das geschieht nicht über die BKK24. Nur wenn Aktionen direkt in Kooperation mit der BKK24 entstehen, entscheiden auch sie, wer mit dabei ist, u.a. weil die BKK24 die Institution stark fördert. Die eigene Einrichtung wird von IP 5 als sehr aktiv eingeschätzt, die viele Ideen hat, die sie gemeinsam mit der BKK24 plant und umsetzt. Die BKK24 schlägt den PartnerInnen von LBL nicht von sich aus Aktionen vor. Stattdessen müssen das Engagement und die Ideen von den Vereinen kommen, um Unterstützung zu erhalten, so die Meinung von IP 5. Konträr dazu meint IP 6: *„Ich glaube halt, die BKK schiebt an und sagt was sie machen wollen und gehen so auf neue Partner zu. Also es läuft aus meiner Wahrnehmung immer über die BKK24.“* (IP 6, Z. 101ff.). Der Grund dafür ist seiner Meinung nach die Mühseligkeit der Arbeit und die starken Unterschiede zwischen den PartnerInnen, inhaltlich sowie strukturell. Dabei beschreibt er LBL als *„Mammutprojekt“* (IP 6, Z. 111) und ist sich unklar, welche Themen bei einem Zusammentreffen das Interesse aller Mitglieder wecken könnte.

Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit

Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit gibt es wenige. Zwei InterviewpartnerInnen glauben, häufigere Treffen aller Mitglieder könnten dem gemeinsamen Austausch und dem Kennenlernen weiterer Handlungsfelder und PartnerInnen dienen (IP 1, IP 2). Die Treffen sollen ein- bis zweimal bzw. zwei- bis viermal im Jahr stattfinden. Aber nicht häufiger, da die PartnerInnen zu unterschiedliche Strukturen haben und *„(...) alle natürlich in ihren Mikrokosmos irgendwo eingebunden sind“* (IP 2, Z. 181f.). Deshalb könnte es sonst zu einer Belastung führen. IP 1 empfiehlt dies erst in Zukunft durchzuführen, wenn LBL länger existiert. Ferner muss darauf geachtet werden, immer wieder neue Ideen und Inhalte zu entwickeln und in das Netzwerk einfließen zu lassen,

da sich das Angebot, in diesem Fall LBL, zwar verstetigen kann, es ansonsten aber langweilig wird.

Funktion der BKK24

Auf die Frage nach der Funktion der BKK24 gibt es diverse Antworten. Deutlich wird, dass die BKK24 für alle Befragten eine wichtige Rolle spielt. IP 10 sagt dazu: *„Ohne solch ein Unternehmen würde es [die LBL-Initiative] gar keinen Bestand haben. Es muss ja irgendwer die Leute überhaben, um diese LBL-Geschichten mal in Gang zu bringen.“* (IP 10, Z. 85ff.). Für die weiteren InterviewpartnerInnen hat die BKK24 die Funktion des Initiators (IP 5), Promotors (IP 2), treibenden und kreativen Motors bzw. Ideengebers (IP 4, IP 6, IP 7, IP 11). Außerdem ist die BKK24 für die Organisation zuständig (IP 3, IP 5), Vermittler und Auftraggeber (IP 11, IP 12), erster Ansprechpartner sowie Berater (IP 5, IP 6, IP 12). Ebenso liefert die BKK24 Know-how dadurch, dass sie schaut, ob es im gesundheitlichen Bereich Veränderungen gibt und nimmt den koordinierenden und steuernden Teil ein, indem sie alle TeilnehmerInnen zusammen bringt, wenn keine Vier-Augen Gespräche stattfinden (IP 3, IP 4). Auch kann sie Kooperation einfordern, muss es aber nicht. Sie kann also selbst entscheiden mit wem sie arbeiten möchte (IP 12). IP 6 sieht sich als Dienstleister und die BKK24 als Kunde, der die Entscheidungen trifft und die Inhalte festlegt.

8.5 Nachhaltigkeit

Bezüglich der Nachhaltigkeit des LBL-Netzwerks wird die Stabilität der Kontakte innerhalb des Netzwerks, auch längerfristig, von den Befragten eingeschätzt. Weitergehend gibt es Informationen darüber, ob die Bekanntschaft mit NetzwerkpartnerInnen durch LBL entstand oder bereits vorher vorhanden war und mit wie vielen PartnerInnen ein Austausch stattfindet. Auch werden fehlende Mitglieder identifiziert.

Stabilität und Beständigkeit des Netzwerks

Die Meinungen zur Nachhaltigkeit des LBL-Netzwerks gehen ein wenig auseinander. Zum einen sind die Befragten davon überzeugt, dass LBL längerfristig bestehen bleibt, da sich die Idee gut entwickelt hat und kontinuierlich weiter daran gearbeitet wird, die Gesundheit zu beeinflussen (IP 2, IP 4). Außerdem hat sich LBL in den Köpfen der Teilnehmenden festgesetzt, was u.a. durch die vielfältigen Aktivitäten deutlich wird, die im Laufe der Zeit durchaus Wirkung gezeigt haben (IP 2). Ein weiterer Grund der Beständigkeit ist laut IP 10 die Stütze durch die BKK24, um die Initiative aufrechtzuerhalten. Sonst hätte die Krankenkasse nicht so viel Geld in LBL investiert hätte. IP 3 war

von Beginn an von der Nachhaltigkeit überzeugt. Obernkirchen, *„die Keimzelle hat man verlassen. Man ist hier in der Region in so einem kleinen städtischen ländlichen Bereich. Hier kann noch jeder jeden kennen, was helfen kann, ein Angebot zur Verfügung zu stellen.“* (IP 3, Z. 208ff.). Als weitere Begründung führt IP 3 den wissenschaftlichen Beirat¹⁶ von LBL auf. Aus Sicht von IP 3 nehmen die Personen des Beirats diese Rolle nur ein, da sie von der Nachhaltigkeit der Intervention überzeugt sind. Diese Einstellung überträgt sich auf die befragte Person.

Zum anderen sind die InterviewpartnerInnen der Meinung, dass der Bestand von LBL nur durch eine permanente Weiterentwicklung möglich ist, was sehr aufwendig ist (IP 6, IP 11). Laut IP 8 muss LBL zum langfristigen Erhalt im Gespräch bleiben, wie es auch gemäß IP 7 der Fall ist: *„Also eine Idee lebt nur, solange sie im Bewusstsein der Betroffenen vorhanden ist. Und das muss weiterhin passieren. Und wenn man heute sieht, dass dieses Gesundheitsbewusstsein sich ein klein wenig geändert hat, dann hat LBL vlt. schon dazu beigetragen. Und das ist ja eigentlich der Grundgedanke des Ganzen. Und wenn man das am Leben erhalten will, muss man auch die Idee weiterhin verfolgen. Wenn ich mit der Aktion jetzt plötzlich abbreche, ist die auch tot. Es sei denn, jmd. anderes führt das weiter.“* (IP 7, Z. 180ff.). Nach IP 5 hängt die Dauerhaftigkeit vom Engagement ab. So etwas kann *„halt auch sehr schnell einschlafen“* (IP 5, Z. 184). Daher muss es immer wieder Aktionen geben, die in der Öffentlichkeit publik gemacht werden, um nicht in Vergessenheit zu geraten. Infolgedessen wird es als schwierig eingeschätzt, die Initiative in den kommenden Jahren aufrecht zu erhalten, *„weil viele Ideen dann schon verpufft sind.“* (IP 5, Z. 190).

Kenntnis der PartnerInnen

Im Folgenden werden die Einschätzungen dargelegt, ob die Bekanntschaften mit anderen NetzwerkpartnerInnen durch LBL entstanden sind oder bereits vorher bestanden und mit wie vielen PartnerInnen ein Austausch stattfindet.

Häufig waren die Akteure schon vor LBL bekannt (IP 1, IP 2, IP 3, IP 6, IP 10, IP 11). Einige Befragte haben andere Institutionen jedoch auch durch LBL kennengelernt (IP 2, IP 3, IP 5, IP 6). Ein Befragter hat ein Drittel erst durch die LBL-Initiative näher kennengelernt und Kontakte geknüpft bzw. intensiviert. Der Rest war auch ihm vorher bekannt (IP 2). IP 1 kennt viele PartnerInnen über Empfehlungen, jedoch kaum jemanden

¹⁶ Genauere Informationen zum wissenschaftlichen Beirat sind der Internetseite <http://www.lbl-stadt.de/index.php?id=98> zu entnehmen.

persönlich. Die Anzahl der PartnerInnen, die eine befragte Person kennt, ist sehr unterschiedlich und nicht immer ganz klar zu benennen. Sie reicht davon, dass ein Befragter kaum weiß, welche weiteren PartnerInnen existieren, über fünf bis zehn Mitglieder bis dahin, dass fast alle PartnerInnen bekannt sind. IP 1 meint zwar einige Akteure zu kennen, schränkt diese Aussage jedoch auch ein: *„Aber wie gesagt, im Bereich des Netzwerks über ganz Schaumburg ist das dann ja ein verschwindend geringer Teil.“* (IP 1, Z. 102f.). Zu unterscheiden ist an dieser Stelle zwischen Personen, die bekannt sind und den PartnerInnen mit denen ein Austausch stattfindet. Letzteres ist nochmal geringer bzw. findet bei einigen Befragten normalerweise gar nicht statt.

Ferner ist von Interesse fehlende PartnerInnen zu identifizieren. Der Mehrzahl der Befragten fehlen keine PartnerInnen bzw. haben sie keine Idee, wer noch fehlen könnte. Die einzige Anmerkung ist, die Kommunen und Städte, bis hin zu den Gemeinden stärker mit einzubeziehen. *„Weil die öffentliche Verwaltung spielt einfach eine ganz große Rolle. Und die wären auch ein Leuchtturmpartner.“* (IP 2, Z. 213f.).

8.6 Interne Kommunikation

Um genaueres über die interne Kommunikation zu erfahren, wird nach der Art des Informationsaustausches innerhalb des Netzwerks und der Häufigkeit der Kontaktaufnahme gefragt. Zusätzlich werden die Zufriedenheit und Vorschläge für eine verbesserte Kommunikation aufgezeigt.

Art und Frequenz des Informationsaustausches

Alle, außer eine Person (IP 12) erhalten Informationen mittels des LBL-Newsletters, den sie als Informationsmittel wahrnehmen. Am zweithäufigsten findet ein Informationsaustausch über persönliche Kontakte statt, in Form von Treffen oder per Telefon (IP 1, IP 2, IP 3, IP 4, IP 5, IP 6, IP 7-9). In einem Unternehmen werden in einem Gesundheitszirkel, an dem auch die BKK24 als Initiator der LBL Initiative teilnimmt, Maßnahmen im Rahmen von LBL festgelegt (IP 4). Ebenfalls wird über E-Mail zwischen den jeweiligen Mitgliedern und der BKK24 kommuniziert, um konkrete Anliegen zu besprechen (IP 1, IP 2, IP 5).

Persönlicher Kontakt findet je PartnerIn unterschiedlich häufig statt: Zwischen monatlich (IP 1), einmal alle zwei Monate (IP 5), einmal im Quartal (IP 2) und der Angabe, dass die Interaktionsdichte von Aktionen abhängt. Werden diese veranstaltet, gibt es regelmäßige Gespräche, ansonsten kann es mehrere Monate auch keinen Kontakt ge-

ben (IP 7). IP 5 hebt den direkten Kontakt hervor und schätzt ihn, um sich auszutauschen, u.a. auf ein- bis zweimal im Jahr stattfindenden Treffen der NetzwerkpartnerInnen. Dorthin kommen, zum Erstaunen von IP 5, neben einem Kern von PartnerInnen jeweils andere Akteure hinzu, was zu einer stetigen Erweiterung des Kreises führt.

Drei Antworten darauf, wie Informationen innerhalb des Netzwerks ausgetauscht werden, sind allgemeiner gehalten bzw. beziehen sich auf einzelne PartnerInnen. Bei IP 4 findet ein sehr regelmäßiger Austausch mit einem Mitglied statt, der für das Unternehmen im Zusammenhang mit LBL arbeitet. Auch bei IP 11 ist dies der Fall, jedoch nicht so häufig. IP 6 meint: *„Ganz ehrlich, gar nicht. (...) also innerhalb des Netzwerks nicht.“* (IP 6, Z. 173ff.). Weiter ist IP 6 der Ansicht, dass jeglicher Austausch, die Kommunikation etc. über die BKK24 läuft: *„Also jetzt zu sagen das Netzwerk lebt. Das würde ja voraussetzen, dass dieses Netzwerk erst mal nicht nur über die BKK24 kommuniziert, sondern auch untereinander kommuniziert. Da wüsste ich gar nicht, wie das stattfindet.“* (IP 6, Z. 93ff.).

Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge

Der Großteil der Befragten ist zufrieden mit der internen Kommunikation und sieht keinen Verbesserungsbedarf. Vor allem der informelle Austausch sowie die kurzen Kommunikationswege werden geschätzt. IP 7 empfindet keine kommunikativen Hindernisse und IP 5 bewertet den lockeren Rahmen bei den Treffen als positiv. IP 3 und IP 4 sind zufrieden, wie sich die Zusammenarbeit mit der Zeit weiterentwickelt hat. IP 3 war bereits am Anfang mit in die Planungen und Entscheidungen bezüglich der Kommunikationswege involviert. Wären gewisse Arten der Kommunikation nicht mehr sinnvoll, weiß IP 3, dass darüber gesprochen wird und Veränderungen eintreten. Die Interaktionsdichte wird ebenfalls geschätzt: *„Also das läuft gut. Es ist Anlass bezogen und jeder hat auch noch andere Dinge um die Ohren.“* (IP 2, Z. 226f.).

Es gibt eine kritische Anmerkung im Bezug auf die BKK24, mit einem darauffolgenden Verbesserungsvorschlag: *„Sie müssen die Leute im und außerhalb des Netzwerks ständig befeuern. Da ist manchmal natürlich auch weniger mehr, dass weiß ich. Man darf die auch nicht überstrapazieren. Sonst macht die Presse auch gar nichts mehr. Aber dafür gibt es ja eben die innere Kommunikation. Da denke ich schon, dass die Netzwerkpartner mehr an Informationen gebrauchen könnten. Und sei es nur, was die langfristige Planung angeht, Eckdaten z.B. Ich würde mir z.B. wünschen, dass die Auswahl von Orten für Events langfristiger bekannt gemacht wird. Das man z.B. im Jahr*

2015 Bad Nenndorf oder eine andere Stadt im Fokus hat. Ich weiß, dass da sehr basisdemokratisch entschieden werden soll. Aber das kann man ja auch langfristig tun.“ (IP 11, Z. 182ff.). Außerdem soll genauer kundgetan werden, welche Themen im Netzwerk verfolgt werden. Dabei gibt IP 11 jedoch selbst zu bedenken, dass dies nicht immer klar ist und es daher schwierig ist, diesen Vorschlag leicht umzusetzen: *„Und ich glaube, dass das so in Wirklichkeit ist, dass der Vorstand der BKK24 sich auch immer über das nächste ganze oder halbe Jahr hangelt. Ich glaube ehrlich gesagt nicht, dass da eine langfristige Perspektive existiert und eine Planung über die nächsten Jahre. Und das würde ich schon einfordern wollen. Und möglicherweise gibt es das ja doch und dann will man mit dem Wissen nicht rausgehen, warum auch immer. Ich halte das für einen Fehler.“* (IP 11, Z. 195ff.).

8.7 Vertrauen

Von weiterem Interesse ist das Verhältnis der InterviewpartnerInnen zu anderen NetzwerkpartnerInnen und inwieweit das Netzwerk eine vertrauensvolle Zusammenarbeit gewährleistet. In Verbindung dazu steht die Identifikation von Konkurrenz im Netzwerk, wozu mögliche Konflikte und möglicher Wettbewerb beleuchtet werden.

Verhältnis zu den NetzwerkpartnerInnen

Das Verhältnis wird überwiegend als vertrauensvoll und gut beschrieben (IP 1, IP 2, IP 3, IP 7-9, IP 11, IP 12). Ein Befragter hofft, dass die anderen Mitglieder der gleichen Ansicht sind: *„Als sehr gut. Ich hoffe, dass sehen die anderen auch so.“* (IP 2, Z. 233). Genauer differenziert ist das Verhältnis fair und partnerschaftlich, und Offenheit sowie Vertrauen sind eine wichtige Grundlage für die Zusammenarbeit: *„Ich glaube ein Partnernetzwerk lebt von Offenheit (...) und von gegenseitigem Vertrauen (...). Man muss sich auch nicht ständig auf der Pelle hocken.“* (IP 2, Z. 248ff.). Eine Befragte fühlt sich gut aufgehoben, ernst und wichtig genommen (IP 11) und IP 8 schlussfolgert, dass er ohne das bestehende Vertrauen die Zusammenarbeit bereits abgebrochen hätte. IP 12 nimmt das Netzwerk als eine Art von Gemeinschaft wahr: *„Dass man sich, auch wenn man sich nicht kennt, irgendwo so grob als Gemeinschaft empfindet.“* (IP 12, Z. 81ff.). Da nach Ansicht von IP 3 fast jeder jeden kennt, wird die „Kleinheit“ (IP 3, Z. 242) der Stadt als positiv wahrgenommen und somit auch das Verhältnis untereinander als gut eingeschätzt: *„In dem Zusammenhang ist mir nichts Negatives zu Ohren kommt. Es funktioniert.“* (IP 3, Z. 246). Die Arbeit der BKK24 wird dabei als seriös beurteilt. Das Verhältnis, rein zur BKK24, wird als geschäftlich definiert (IP 5) und eine weitere Person

kann keine Einschätzung vornehmen, da kein wirkliches Verhältnis zu bzw. eine Zusammenarbeit mit anderen PartnerInnen herrscht (IP 10).

Wettbewerb und Konflikte

Die Mehrheit weiß von keinem Wettbewerb im Netzwerk und kann ihn sich auch nicht vorstellen. Wenn er doch vorhanden sein sollte, dann unterschwellig (IP 6). IP 12 hat Bedenken, dass identische Aktionen in verschiedenen Vereinen zu Wettbewerb führen können, es jedoch nicht müssen. Konträr ist die Meinung von zwei Befragten, die Wettbewerb als vorhanden ansehen. Eine Aussage bezieht sich auf den Wettbewerb unter Vereinen: *„Den gibt es bestimmt, weil man sieht, was andere Vereine machen und was gut läuft. Und es gibt leider Vereine, die das dann einfach abkupfern. Das bringt nicht viel in einem so kleinen Ort wie Obernkirchen, wenn zwei oder drei Vereine genau das gleiche Angebot bringen. Das ist ein Problem. Das war aber schon ein Problem vor der LBL-Aktion. Das hat sich dadurch leider auch nicht gelöst.“* (IP 5, Z. 221ff.). Die zweite Ausführung bezieht sich ebenfalls auf Vereine und die gesamte Stadt: *„Auf jeden Fall. Ich glaube die Obernkirchner haben ganz schön Angst. Das ist ausgerufen in Obernkirchen und jetzt gibt es eine klare Marktstrategie, das auf andere Städte im Landkreis zu übertragen. Und das hat teilweise ja schon gut geklappt. Aber ich glaube die Obernkirchner sind da ein wenig enttäuscht, dass es nicht dort geblieben ist - die Vereine, die sich da zuerst sehr intensiv drum gekümmert haben, haben bestimmt einen kleinen Dämpfer gekriegt.“* (IP 11, Z. 215ff.).

Konflikte sind keinem/r der InterviewpartnerInnen bekannt, teilweise, da sie zu wenig über die Zusammenarbeit wissen. Die einzige Ausnahme bildet das Wissen von IP 5 über einen Verein, der sich durch die Mitgliedschaft bei LBL mehr erhoffte. Dessen Vorsitzender konnte allerdings nicht genau benennen was, laut Aussage von IP 5.

8.8 Ressourcen

Die Interviewpersonen beschreiben, welche Ressourcen und in welchem Umfang für die Mitgliedschaft bei LBL genutzt werden, um im Anschluss einzuschätzen, ob die vorhandenen Ressourcen ausreichend sind.

Art und Umfang der Ressourcennutzung

Die am häufigsten genannte und genutzte Ressource ist die Zeit (IP 1, IP 3, IP 4, IP 5, IP 12). Sie wird beispielsweise zur Planung, Vorbereitung und Durchführung von Maßnahmen benötigt (IP 4, IP 12). Zu Beginn der LBL Initiative mussten laut IP 3 mehr zeitliche Ressourcen investiert werden als zum jetzigen Zeitpunkt: *„Der Aufwand war*

am Anfang relativ hoch, wegen Sitzungen usw. Aber der Aufwand heute ist minimal.“ (IP 3, Z. 254f.). Neben den zeitlichen Ressourcen werden häufig personelle und bei einigen wenigen finanzielle Ressourcen genutzt. Letzteres ist eher gering, da die BKK24 viele Kosten übernimmt und so bspw. nur IP 2 meint, auch finanzielle Unterstützung zu leisten. IP 12 ist die einzige Person die erwähnt, dass das Unternehmen Kosten übernimmt und keinen Beitrag der BKK24 in Anspruch nimmt: *„Das Material was ich für meine Werbung brauche wird von der Firma hier gesponsert. Auch werden die Getränke für den Sportplatz von der Firma gestellt. (...) Und bei weiteren überschaubaren Kosten würde das auch die Firma zahlen. Ich muss nur die Zeit einbringen.“* (IP 12, Z. 227ff.). Eine andere Position als die restlichen Netzwerkmitglieder nimmt IP 6 ein, da er Aufträge erhält, die die Institution umsetzt. Daher gibt es keine extra Ressourcen, die er für LBL nutzt, lediglich die personellen Ressourcen, die immer für diese Art der Aufträge benötigt werden.

Auf das gesamte Netzwerk bezogen merkt IP 2 an, dass Ressourcen im Vergleich zwischen der BKK24 und den anderen NetzwerkpartnerInnen auf beiden Seiten, hauptsächlich jedoch auf Seiten der BKK24, vorhanden sein müssen. Weiterhin zu beachten ist die von Ehrenamtlichen nur gewisse Möglichkeit sich generell, und so auch bei LBL, einzubringen, denn von ihnen ist das *„Zeitbudget (...) nicht unbegrenzt“* (IP 11, Z. 56).

Fehlende Ressourcen und Wunsch nach weiteren

So ist auch die Einschätzung von IP 12 zur Frage, ob die vorhandenen Ressourcen ausreichend sind, positiv. Sie ist der Meinung, dass die Institutionen selbst gewisse Ressourcen aufzubringen haben. *„Finanzielle Unterstützung ist nicht notwendig, was diese Sache hier betrifft. Das ist auf so einem geringen Niveau, dass ich finde, dass das auch eine Firma, die Gesundheitsmanagement betreiben möchte und davon auch profitieren möchte. Vlt. auch von so einem Netzwerk, um die Mitarbeiter mal zu informieren, das muss sich auch eine kleine Firma etwas kosten lassen. Das ist ja gering. Dafür gibt es in großen Konzernen, die Gesundheitsmanagement für viel Geld betreiben. Finanzielle Mittel - ich finde die Idee nicht schlecht, die Firmen zu prämiieren. Da sollte man ruhig weiterhin die finanziellen Mittel einsetzen. Ansonsten bedarf es mir bei dieser Angelegenheit keiner weiteren Ressourcen.“* (IP 12, Z. 234ff.). Ebenso sind die Ressourcen für IP 3 und IP 4 ausreichend, wobei letztere Person näher begründet, warum es für sie in Ordnung ist Zeit zu investieren: *„Aber ich denke, dass gehört schon auch in so ein modernes Personalwesen hinein, dass man sich darum kümmert.“* (IP 4, Z. 190f.). Als genau richtig bewertet IP 1 den aufzubringenden Ressourcenumfang: *„Ja*

gut, da ich nebenberufliche arbeite ist die Grenze da schon erreicht beim gewissen Zeitbudget. Gut, es ist immer die Frage, wie viel Zeit man zur Verfügung hat, wie viel kann und möchte man investieren. Im Moment würde ich sagen, ist es gerade so, was mein Zeitbudget angeht, in dem Bereich, wie ich es gut leisten kann und ich zufrieden bin, mit dem was ich glaube, was hinterher rauskommt.“ (IP 1, Z. 179ff.).

Einige InterviewpartnerInnen haben den Wunsch nach weiteren Ressourcen: Sie wären im personellen Bereich hilfreich, um im Unternehmen weitere Aufgaben des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu etablieren und dadurch eine stärkere „Durchdringung“ (IP 2, Z. 274) zu erreichen, also mehr MitarbeiterInnen dazu zu bringen, sich an LBL zu beteiligen. IP 5 wünscht sich mehr zeitliche Ressourcen: *„Ressourcen ist eine schwere Sache, weil es steht und fällt mit der Zeit, die man investiert. (...) Ressourcenmangel ist an sich Zeit.“ (IP 5, Z. 261).* Personelle und finanzielle Ressourcen sind bei IP 5 hingegen ausreichend. Eine weitere Person wünscht sich weitere finanzielle Ressourcen, allerdings seitens des Unternehmens, falls die anfallenden Kosten nicht über die LBL Initiative zu finanzieren sind (IP 4).

8.9 Wünsche und Verbesserungsvorschläge

Die von den InterviewpartnerInnen genannten Wünsche und Verbesserungsvorschläge sind vielfältig. Dabei ist zu beachten, dass sie sich nicht rein auf Veränderungen im Netzwerk beziehen, sondern teilweise spezifischer ein Handlungsfeld von LBL in den Blick nehmen.

Einen Netzwerk übergreifenden Wunsch zeigt IP 12 auf: *„Denn eigentlich ist es ja auch wichtig, dass dieses Netzwerk auch irgendwie mit Leben gefüllt wird. Und da ist glaube ich schon noch ein wenig Bedarf. Da muss man schauen, ob es Konkurrenz ist oder man zusammenarbeiten kann. Wie kann man die Vereine so zusammenführen? Weil da auch immer persönliche Interessen dahinterstehen. Muss man ganz klar sagen. Den Vereinen geht es eben nicht gut und da muss jeder zusehen, dass er überlebt. Das ist schon eine Gradwanderung, aber es ist ein guter Weg mit guten Ansätzen. Ganz bestimmt.“ (IP 12, Z. 266ff.).* Ebenfalls ein allgemeiner Wunsch ist es bildungsfernere Schichten anzusprechen und Kinder stärker mit einzubeziehen: *„So ein Ziel was man vlt. hätte noch viel mehr erreichen wollen, vlt. bildungsfernere Schichten ins Programm reinzukriegen. Da weiß ich noch nicht genau, wie das gelungen ist. Zumal der, der sich gesundheitlich informiert usw., den zu bewegen, da noch etwas anderes zu machen ist einfach. Aber es geht ja vlt. um die Leute, die sich eher weniger darum kümmern, die*

einfach vom Sofa runterzuholen. Und der Aspekt, wenn der noch ein wenig vertieft werden könnte, was zumindest glaub ich auch noch auf der Agenda steht. In wie weit das abgearbeitet ist kann ich ihnen nicht sagen, Kinder an ein gesünderes Leben heranzuführen. (...) Oder Kinder, das schildern mir die Erzieherinnen in den Kitas, einfach auch mal mit gesünderen Lebensmitteln in Kontakt zu bringen. In den Bereich müsste es noch etwas weiter hineingehen. Und da würden wir auch als Partner, als Stadt sehr wichtig sein. Denn bei uns fängt es ja mit den Kitas an, geht mit den Grundschulen weiter. Bis dahin sind die Voraussetzungen für das Erwachsen sein gelegt.“ (IP 3, Z. 102ff.).

Eine befragte Person wünscht sich weitere Aktionen und mehr Öffentlichkeitsarbeit, ist sich dem benötigten Ressourcenaufwand dabei jedoch bewusst (IP 2). IP 5 wünscht sich PartnerInnentreffen auf kleinerer Ebene und würde das LBL Netzwerk nicht zu groß werden lassen, da eine Zusammenarbeit mit PartnerInnen aus zu weit entfernten Orten nicht möglich ist. Beispielhaft nennt die Interviewperson ein Treffen nur mit PartnerInnen aus Obernkirchen, auf dem sich alle PartnerInnen, auch die Firmen vorstellen, um herauszufinden, was sie sich eventuell vorstellen könnten bzw. wünschen. In Betrieben könnten neben dem Baustein Bewegung des LBL-Konzepts, das mittels des Sportabzeichens umgesetzt wird, weitere Bausteine integriert und umgesetzt werden. Dies wären bspw. Ernährungsberatung oder Entspannungstraining (IP 12). IP 10 hat die Idee bei anstehenden Aktionen den PartnerInnen Flyer und Plakate zuzusenden, die sie auslegen und verteilen können, um weitere Menschen zu erreichen. IP 12 wünscht sich den Erhalt des Newsletter, da sie diesen nicht erhält. Damit möchte die Institution Informationen im Vorfeld erhalten, um sie in der Firma weitergeben können. In Interview G entsteht eine Idee für Betriebe, die Bewegungspausen o.ä. bei sich einführen möchten, aber keine Person haben, die für die Durchführung geeignet ist. Diese Betriebe könnten eine Person zur Institution der IP 7-9 übermitteln, die dort eine adäquate Ausbildung erhält oder die Institution von IP 7-9 könnte bereits geschulte Personen in die Betriebe schicken.

Zwei Wünsche stehen im konkreten Bezug zur BKK24. Zum einen wird sich eine weitere Rolle für die BKK24 gewünscht: *„Und da würde ich mir vielleicht noch mehr eine Rolle als Moderator wünschen, zwischen den Partnern. Vlt. nochmal ein bisschen den Austausch untereinander fördern und die Partner noch einmal mehr zusammenholen und das ein bisschen mitgestalten, moderieren.“* (IP 2, Z. 189ff.). Zum anderen könnte die BKK24 teilweise die Fachkenntnisse der Institutionen nutzen und bei Interesse Verantwortung an die Institutionen abgeben (IP 11).

Ein Wunsch, der über die Intervention hinausgeht, kommt von IP 11: Da viele PartnerInnen des Netzwerks das Problem haben, nicht ausreichend TeilnehmerInnen zu gewinnen, könnte gemeinsam überlegt werden, wie neue Zielgruppen erreicht werden, *„da die nicht automatisch nachwachsen“* (IP 11, Z. 242).

9 DISKUSSION

Zuerst wird das methodische Vorgehen unter Einsatz der allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung von Mayring reflektiert (s. Kap. 9.1). Darauf folgt der Abgleich der Ergebnisse mit den theoretischen Kenntnissen (s. Kap. 9.2).

9.1 Methodische Diskussion

Die Ergebnisse in der empirischen Forschung sollten sich immer mit Hilfe von Gütekriterien messen lassen. Die qualitative Forschung sollte und kann dabei nicht mit den klassischen Gütekriterien der quantitativen Forschung (Validität und Reliabilität) überprüft werden, da die Maßstäbe an das Vorgehen und das Erkenntnisziel der qualitativen Untersuchung angepasst werden müssen (Mayring, 2002). Daher werden die von Mayring zusammengestellten sechs allgemeinen Gütekriterien der Reflexion zugrunde gelegt: Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, kommunikative Validierung und Triangulation.

Das Kriterium der *Verfahrensdokumentation* wurde eingehalten, indem das Forschungsvorgehen dokumentiert wurde: Von der Erhebungsmethode über die Erstellung des Erhebungsinstruments bis hin zur Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung (Mayring, 2002). Diese Arbeitsschritte sind in Kapitel sieben so dargelegt, dass sie auch für Außenstehende nachvollziehbar sind.

Die *argumentative Interpretationsabsicherung* als zweites Gütekriterium besagt, dass Interpretationen mit Argumenten fundiert werden müssen. Dafür muss das theoretische Verständnis adäquat sein, um die Deutung theoriegeleitet herzustellen (Mayring, 2002). Zur Gewährleistung dessen werden in Kapitel vier die Bedingungsfaktoren für erfolgreiche Netzwerkarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung umfassend herausgearbeitet. In der Ergebnisdiskussion (s. Kap. 9.2) werden auf Grundlage dessen die Ergebnisse interpretiert. Ebenfalls wird als Grundlage der Netzwerkbezug definiert (s. Kap. 3.1) und speziell auf Netzwerke in der Gesundheitsförderung eingegangen (s. Kap. 3.2).

Einfluss auf die Interpretation hat auch der Aspekt der Befragung der PartnerInnen des Netzwerks von LBL. Die Interpretation der Ergebnisse bezieht sich lediglich auf zehn Interviews, obwohl es mittlerweile über 200 NetzwerkpartnerInnen von LBL gibt. Selbst bei der Begrenzung auf Akteure aus den Städten Obernkirchen und Stadthagen sowie übergeordnete PartnerInnen waren es zum Erhebungszeitpunkt 69 Mitglieder. Aufgrund dieser Größe und der zeitlichen Begrenzung war eine Totalerhebung im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, da diese mit Hilfe von Befragungen nur in relativ kleinen

Grundgesamtheiten möglich sind (Jansen, 2006). Somit wurde sich für die in Kapitel 7.3.2 beschriebene Auswahl entschieden. Die Befragten wurden von der BKK24 ausgewählt, wodurch keine Zufallsauswahl stattfand. Aufgrund dieser Aspekte sind die in den Interviews getätigten Aussagen nicht allgemeingültig auf alle PartnerInnen des Netzwerks zu übertragen. Dies kann jedoch dadurch ausgeglichen werden, dass aus jeder Kategorie (s. Kap. 7.3.2) mindestens eine Person interviewt wurde und somit zumindest einige Ergebnisse, vor allem sich häufig wiederholende Antworten, übertragbar sind (Jansen, 2006). Der Weg der Rekrutierung über die BKK24 bot sich an, da der Vorstand der BKK24 die Akteure zum Großteil persönlich kennt und somit als Gatekeeper diente. Kritisch zu betrachten ist jedoch die, trotz der gebildeten Kategorien, mögliche selektive Auswahl; evtl. von Akteuren, die LBL gegenüber besonders positiv eingestellt sind.

Weiterhin sind mögliche Verzerrungen zwischen Beobachtungseinheit (InterviewpartnerIn) und Analyseeinheit (Verband, Institution etc.) zu beachten. Diese können entstehen, indem beim Interviewen von kooperativen Akteuren (Verbände, Institutionen, Unternehmen etc.) Individuen befragt werden, der Untersuchungsgegenstand hingegen die gesamte Institution ist. Dies ist nicht vollkommen zu unterbinden (Jansen, 2006). Durch das vorhandene Bewusstsein dieser Problematik sowie bewusstem Fragen nach persönlichem Nutzen aus dem Netzwerk wurde versucht, diese Verzerrungen möglichst gering zu halten.

Das dritte Kriterium der qualitativen Forschung, die *Regelgeleitetheit*, wurde ebenso erfüllt. Regelgeleitetheit bedeutet ein systematisches Vorgehen, das trotz der Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand das Einhalten gewisser Verfahrensregeln beinhaltet. Dafür muss eine Analysemethode mit passenden Schritten festgelegt werden und die Einteilung des Materials in sinnige Einheiten erfolgen, um die Analyse von Einheit zu Einheit vorzunehmen (Mayring, 2002). Als Analysemethode wurde für diese Arbeit die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse ausgesucht (s. Kap. 7.4.2). Die Regelgeleitetheit wurde dabei mit Hilfe eines dafür erstellten Kodierleitfadens (s. Anhang A 2) eingehalten, da die Kategorien nicht willkürlich, sondern theoriebasiert entwickelt wurden. Damit konnten die Einheiten schließlich sinnvoll analysiert werden.

Die *Nähe zum Gegenstand* meint das Anknüpfen der Forschung an die Alltagswelt der befragten Personen anstatt sie im Labor durchzuführen (Mayring 2002). Das wurde insofern eingehalten, als dass die Interviewerin den Großteil der InterviewpartnerInnen

an ihren Arbeitsplätzen aufsuchte, um die Interviews zu führen. Bei den zwei Telefoninterviews konnte dieses Kriterium nicht vollständig eingehalten werden, da sich zwar die Befragten an ihren Arbeitsplätzen befanden, die Interviewerin jedoch nicht vor Ort war. Die bei Telefoninterviews auftretenden Schwierigkeiten, die bereits in Kapitel 7.2 veranschaulicht sind, wurden dadurch reduziert, dass die Interviews gründlich vorbereitet wurden: Die Vorstellung gegenüber den InterviewpartnerInnen, die Nennung des Grundes für die Interviews und Raum für mögliche Fragen konnten durch eine telefonische Terminvereinbarung vorab gewährleistet werden.

Ebenfalls soll beim Kriterium der Nähe zum Gegenstand eine „Interessenübereinstimmung mit den Beforschten“ (Mayring, 2002, S. 146) erreicht werden. Dazu weist die Forschung einen Bezug zum Arbeitsbereich der Befragten auf. Dies wurde insofern umgesetzt, als dass alle InterviewpartnerInnen Mitglied im LBL-Netzwerk sind und folglich einen Bezug zur Thematik dieser Arbeit aufweisen. Damit diese Berührungspunkte zur Thematik hinreichend waren, wurden Einschlusskriterien zur Auswahl der Interviewten erstellt (s. Kap. 7.3.2). Darüber hinaus können die Ergebnisse dieser Arbeit dem Netzwerk der LBL-Intervention zu Gute kommen, indem sie bei Interesse und Engagement seitens der Netzwerkmitglieder zu Veränderungen im Netzwerk führen können.

Das Kriterium der *kommunikativen Validierung* konnte nicht umgesetzt werden. Normalerweise werden dafür die Ergebnisse, gemeinsam mit den Befragten, überarbeitet und diskutiert (Mayring, 2002). Wegen des zeitlichen Rahmens zum Anfertigen der vorliegenden Arbeit war dies nicht möglich.

Das Kriterium der *Triangulation*, die Verknüpfung verschiedener Analysewege (Mayring, 2002), konnte lediglich im Bezug auf das Nutzen verschiedener Datenquellen in Form von zehn ExpertInneninterviews befolgt werden. Das führt noch nicht zur Erfüllung dieses Gütekriteriums, da weder verschiedene Interpreten noch weitere Methoden zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen werden konnten. Eine Triangulation wäre zweckmäßig gewesen, um der zwar wichtigen, aber für das Problem möglicherweise zu starren Inhaltsanalyse entgegenzuwirken. Es wird dabei weniger in die Tiefe des qualitativen Materials gegangen, weshalb andere Methoden der Auswertung hinzugezogen werden sollten (Mayring, 2010). Außerdem wäre, infolge der komplexen Anforderungen bei Evaluationen von Gesundheitsförderungsprojekten, ein Methodenmix (qualitativ und quantitativ) passend gewesen (Kolip, 2006). Dadurch hätten die Möglichkeiten des Erkenntnisgewinns möglicherweise vergrößert werden können, im Gegensatz zum Einsatz der Einzelmethode (Flick, 2011). Der quantitative Aspekt hätte

in dieser Arbeit z.T. durch eine klassische Netzwerkanalyse¹⁷ abgedeckt werden können. Aufgrund der Größe des LBL-Netzwerks (über 200 PartnerInnen) war diese Methode im Rahmen der Masterarbeit jedoch nicht realisierbar. In Folge dessen wurde sich vorerst auf den qualitativen Teil konzentriert und die Forschungsfrage kann mit Hilfe der ExpertInneninterviews dennoch beantwortet werden. Die Erkenntnisse können der Weiterentwicklung des LBL-Netzwerks dienen, da sie der Gründerin der Initiative, der BKK24, zur Verfügung gestellt werden. Somit stellt sich die qualitative Herangehensweise als geeignete Methode für diese Arbeit heraus.

9.2 Ergebnisdiskussion und Handlungsempfehlungen

Die in Kapitel acht dargestellten Ergebnisse werden im weiteren Verlauf unter Einbezug des theoretischen Hintergrundes diskutiert. Dabei wird vor allem Bezug auf die fördernden Faktoren für Netzwerkarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung genommen (s. Kap. 4). Kapitel vier gibt daher die Struktur der Ergebnisdiskussion vor, um zu überprüfen, ob die Bedingungsfaktoren in der Praxis so angewendet bzw. umgesetzt werden, wie in der Theorie als förderlich beschrieben wird. Dabei werden je förderlichem Faktor ggf. auch die hemmenden Einflussgrößen mit aufgeführt. Außerdem werden am Ende einiger Abschnitte Handlungsempfehlungen und Anregungen gegeben, die als Vorschläge zur Optimierung und Fortentwicklung der Netzwerkarbeit von LBL aufzunehmen sind. Sie sind in die Ergebnisdiskussion mit eingefügt, um im direkten Bezug zum Kontext zu stehen. Zur besseren Sichtbarkeit sind die betreffenden Textteile kursiv formatiert.

9.2.1 Zielvorstellung

Der in der Literatur als sehr wichtig beschriebene Bedingungsfaktor für erfolgreiche Netzwerkarbeit, die gemeinsame Zielvorstellung, wird im Netzwerk von LBL weitestgehend erfüllt. Dies wird verdeutlicht durch die mehrheitlich ähnliche Beschreibung der Ziele des Netzwerks: Die Menschen für ein gesundheitsbewussteres Leben zu sensibilisieren und dieses mitzugestalten sowie im Zusammenhang damit die Umsetzung der Elemente, die der LBL-Intervention zugrunde liegen.

Bei dem in der Literatur diskutierten Aspekt der Verschiedenheit der eigenen Ziele und der Netzwerkziele, stimmen die Ergebnisse am meisten mit den Aussagen vom AWO Bundesverband e.V. (2004) und dem Netzwerk: Soziales neu gestalten (2008) überein. Demnach muss das gemeinsame Ziel des Netzwerks mit den jeweils individuellen Zielen der PartnerInnen vereinbar sein. Nur wenn die Mitglieder das Netzwerkziel vertreten

¹⁷ Weitere Informationen zur Netzwerkanalyse sind Jansen (2006) zu entnehmen.

können, ordnen sie ihre Ziele diesem z. T. unter (Schubert, 2005). Dies ist im LBL-Netzwerk der Fall, da es zwar diverse Einzelziele gibt (s. Kap. 8.2), die meisten Befragten diese aber unter dem gleichen Netzwerkziel ansiedeln. Diese Einschätzung wird auch dadurch bekräftigt, dass nahezu keine bestehenden Zielkonflikte geäußert werden. Verdeutlicht wird dies zusätzlich durch die positive Wertung der BKK24, die es schafft die PartnerInnen gleichwohl ihrer Unterschiedlichkeit unter dem gemeinsamen Ziel zusammenzubringen (IP 11). Eine Ausnahme bildet die Betrachtungsweise von IP 6. Er erkennt kein gemeinsames Ziel des Netzwerks, da aus seine Sicht die Mitglieder von LBL sehr unterschiedlich sind. *Sollten noch weitere, nicht befragte PartnerInnen diese Ansicht vertreten, wäre zu überdenken, ob die BKK24, als Initiator der LBL-Initiative, die Netzwerkziele genauer an die Mitglieder vermitteln sollte. Um dies herauszufinden, müssten weitere Befragungen einer größeren Anzahl von NetzwerkpartnerInnen durchgeführt werden.*

Die häufig erwähnte gemeinsame Zielfindung (Endres, 2001; FU Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg, 1999; Kolip et al., 2013; Weatherly, 2013) fand im LBL-Netzwerk nicht umfassend statt. Nach Endres (2001) ist dies von Bedeutung, um Gemeinsamkeiten in den einzelnen Zielausrichtungen herauszustellen. Bei LBL ist das nicht der Fall und es scheint, dass die PartnerInnen die Ziele der anderen Mitglieder größtenteils nicht kennen. So können sie diese auch nicht beachten, was ein weiteres Charakteristikum eines gelingenden Netzwerks ausmacht. Zwei interviewte Personen, die von Anfang an Mitglied der Initiative sind, waren zwar bereits an der Vorbereitungen von LBL beteiligt (IP 3, IP 6), weitere PartnerInnen, zumindest von den zehn Befragten, wurden jedoch nicht mit einbezogen. Möglicherweise wäre es sinnvoller gewesen von Anfang an zu beachten, was die einzelnen PartnerInnen möchten sowie die Bedürfnisse der Zielgruppe, also die der BürgerInnen von Obernkirchen, mit einzubeziehen, um schließlich zu einer gemeinsamen Zielfindung zu gelangen. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass nur die PartnerInnen hätten mit einbezogen werden können, die von Anfang an Mitglied waren. Nichtsdestotrotz wurden die Erwartungen, die die PartnerInnen an LBL hatten, bei allen außer einer Institution (IP 11) erfüllt. Dies spricht dafür, dass die nicht stattgefundene Zielfindung des Netzwerks keinen negativen Einfluss darauf hatte und die LBL-Intervention sich eher an die Aussage von Strobel et al. (2009) gehalten hat, wonach die Festlegung der Netzwerkziele nicht durch alle PartnerInnen stattfinden muss, sondern die zentralen Akteure dafür ausreichend sind.

Die bei Eintritt in das Netzwerk gestellten Erwartungen der PartnerInnen wurden, wie bereits erwähnt, erfüllt bzw. sogar übertroffen. Infolge dessen sollte an diesem positiven

Aspekt angeknüpft werden. *Die aktuellen Erwartungen der PartnerInnen des LBL-Netzwerks könnten dafür analysiert und zusammengeführt werden, um diese und auch die Einzelziele bei Bedarf anzupassen, so wie in der Literatur empfohlen (AWO Bundesverband e.V., 2004; Knorr & Schmidt, 2006; Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008). Darüber könnte auch die Zusammenarbeit, auf die im Folgenden detaillierter eingegangen wird, gestärkt werden.*

9.2.2 Win-win-Situation

In der Theorie wird als weiterer fördernder Faktor die Win-win-Situation genannt, bei der es um das Gleichgewicht zwischen Aufwand und Nutzen geht (Groß et al., 2005; Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008; Strobel et al., 2009; Quilling et al., 2013). Die meisten InterviewpartnerInnen schätzen dieses Verhältnis als angemessen ein oder ziehen sogar einen größeren Nutzen im Vergleich zum Aufwand, wobei der zumeist genannte Nutzen finanzieller Art ist (IP 1, IP 2, IP 4, IP 5, IP 6, IP 7-9). Die Öffentlichkeitswirkung im Zusammenhang mit dem Bekanntheitsgrad der Institutionen ist ein weiterer wichtiger Nutzen (IP 2, IP 5, IP 7-9, IP 11). Die Ausnahme bilden zwei InterviewpartnerInnen, die ehrenamtlich tätig sind und das Verhältnis von Nutzen und Aufwand nicht eindeutig als ausgeglichen definieren (IP 5, IP 12), da sie für ihre Arbeit finanziell nicht entlohnt werden. Ungeklärt bleibt, ob diese Auffassung auf die weiteren ehrenamtlich Tätigen des Netzwerks übertragbar ist. *An dieser Stelle wäre es sinnvoll, weitere Interviews mit einer größeren Stichprobe, besonders mit Institutionen die (teilweise) ehrenamtlich tätig sind, durchzuführen. Dadurch sollen die Situation und die Auffassung weiterer Betroffener analysiert werden und diese nach Lösungsvorschlägen gefragt werden, um die Ratschläge im nächsten Schritt möglichst gut umsetzen zu können.* Denn längerfristig werden die Institutionen des ehrenamtlichen Sektors möglicherweise nur aktiv bleiben, wenn sich der Aufwand in angemessenem Nutzen aufwiegt.

Der Fokus des Nutzens ist auf die Institutionen gerichtet. Persönlicher Nutzen spielt hingegen eine geringe Rolle. Wenn er das tut, ist er hinsichtlich des Nutzens für die Institutionen eher förderlich als abträglich, z. B. bezüglich der Wertschätzung der Tätigkeiten für die LBL-Initiative (IP 12).

Die Grundlage der Win-win-Situation bildet die Reziprozitätsnorm. Diese beinhaltet u.a. den Aspekt des Austausches, der bei LBL nur in gewissem Maße umgesetzt wird. In den meisten Interviews wird der Austausch überwiegend zwischen den jeweiligen Institutionen und der BKK24 aufgezeigt und unter verschiedenen Gesichtspunkten als sehr

positiv bewertet. Demzufolge herrscht das Prinzip der Gegenseitigkeit bei LBL zwischen der BKK24 und den PartnerInnen, jedoch nicht bzw. kaum zwischen den PartnerInnen untereinander (näheres s. Kap. 9.2.3). Die Forderung von Aulinger (2008) und Endres (2011) nach einem gewinnbringenden Austausch ist so im Bezug auf die BKK24 und die PartnerInnen erfüllt. Auch der Anspruch derselben Autoren, den Nutzen gegenüber den NetzwerkpartnerInnen transparent zu machen, ist auf das LBL-Netzwerk anzuwenden: Einige Befragte legen dar, dass die BKK24 den Nutzen für die Institutionen von Beginn an aufzeigte (IP 3, IP 6, IP 7-9).

In der Literatur wird als Voraussetzung für Win-win-Situationen und dem daraus Profitieren aus Netzwerken ein hoher Zeitaufwand, viel Energie und starke Eigeninitiative gefordert (FU Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg, 1999; Kolip et al., 2013; Strobel et al., 2009). Die Ergebnisse der ExpertInneninterviews weichen insofern davon ab, dass fast alle Befragten den Aufwand insgesamt als gering bewerten und dennoch von der LBL-Intervention profitieren. Die Ergebnisse der Untersuchungen weichen also von o.g. Anforderungen ab. Eine interviewte Person gibt jedoch zu bedenken, dass ihre Institution viel Eigeninitiative zeigt, dies bei anderen Mitglieder aber häufig nicht der Fall ist (IP 5). *Um längerfristig auch wechselseitigen Nutzen zwischen den PartnerInnen zu erlangen, wäre die stärkere Eigeninitiative einiger Institutionen folglich ein erster Schritt.* Dadurch könnte ebenfalls die von Strobel et al. (2009) als wichtig geltende gegenseitige Unterstützung der Akteure gestärkt werden, indem sie ihr jeweiliges Können bei Bedarf weitergeben.

Zusammenfassend ist dieser Faktor als fördernd für die Arbeit im Netzwerk von LBL einzustufen, auch wenn er teilweise anders als in der Literatur vorgegeben umgesetzt wird.

9.2.3 Zusammenarbeit

Die Verbindung (Netzwerkknoten) einzelner Institutionen bzw. Einzelpersonen, wozu die drei Gruppierungen Netzwerkmanagement, Akteure und strategische PartnerInnen zählen, ist nach Abicht et al. (2009) eine Grundlage eines funktionsfähigen Netzwerks. Dies ist laut den Ergebnissen der Befragten im LBL-Netzwerk nicht gänzlich der Fall und unterscheidet sich stark, je nach Gruppierung der Netzwerkknoten.

Die Zusammenarbeit zwischen den Interviewten und dem Netzwerkmanagement ist, im Vergleich zum Zusammenwirken der anderen Gruppierungen, bei LBL am intensivsten. Die Rolle des Managements übernimmt bei LBL eindeutig die BKK24; sie ist für die Kooperation zuständig, wird in ihrer Funktion anerkannt, scheint neutral gegenüber den

Akteuren, hat persönlichen Kontakt zu ihnen und erfüllt somit die Empfehlungen aus der Theorie (Abicht et al., 2009; FU Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg, 1999; Strobel et al., 2009; Waldburg, 2002). Die BKK24 wird als „Spinne im Netz“ (IP 4, Z. 95) gesehen, über die jeglicher Kontakt läuft und die alles zusammenhält. Diese Aussage unterstreicht die wichtige Stellung der BKK24, die von den Interviewten weiter als Initiator, Promoter, kreativer und treibender Motor, Vermittler sowie Berater definiert wird. Ebenfalls koordiniert und steuert sie die LBL-Intervention. Diese Aussagen stimmen mit den Ergebnissen zur Kompetenzbeschreibung des Netzwerkmanagements aus der Literatur mehrheitlich überein (Abicht et al., 2009; AWO Bundesverband e.V., 2004; Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008; Strobel et al., 2009).

Die Kontakte zwischen der BKK24 und den Mitgliedern waren zum Zeitpunkt des Netzwerkeintritts jeweils enger als die zwischen den Akteuren. Wie Broda-Kaschube (2009) aufzeigt, ist dies ein normaler Beginn. Allerdings verändert sich dieses Stadium kaum mit der Zeit. Die Art der Zusammenarbeit und Vernetzung wird ebenfalls durch die Angaben aller Interviewten deutlich, die angeben, dass Zusammenarbeit mit anderen Mitgliedern von LBL nicht stark ausgeprägt ist. Einige Akteure haben andere LBL-Mitglieder erst über die Initiative kennengelernt (IP 2, IP 3, IP 5, IP 6). Häufiger kannten die Interviewten einige Akteure aber bereits vor LBL (IP 1, IP 2, IP 3, IP 6, IP 10, IP 11). In allen Interviews kristallisiert sich heraus, dass die aktiveren PartnerInnen mehr Akteure kennen als die weniger aktiven. Der eigentliche Austausch untereinander findet jedoch wenig statt. Ungeachtet dessen sind die Interviewten mit der derzeitigen Situation zufrieden. Die Beziehung und der Austausch unter den Akteuren sollte mit der Zeit allerdings stärker werden, um die Vernetzung zu stärken (Broda-Kaschube, 2009; Strobel et al., 2009). Auch wenn für die Interviewten Veränderungen nicht unbedingt notwendig sind, ist dies aufgrund der Unterschiedlichkeit der Akteure nicht auf das gesamte Netzwerk übertragbar und der folgende Vorschlag, in Anlehnung an die Literatur (Quilling et al., 2013; Strobel et al., 2009; Tippelt et al., 2009), könnte dennoch auf Interesse stoßen, u.a. um einen noch größeren Nutzen als bisher aus dem Netzwerk zu ziehen.

Es könnten Verbindungen, wie z. B. inhaltlich gleiche Ausrichtungen, zwischen den PartnerInnen identifiziert werden. So könnten sich formelle sowie informelle Partnerschaften herausbilden und Synergien für eine stärkere Zusammenarbeit genutzt werden. Dadurch könnten sich wiederum Herangehensweisen entwickeln, die für einen Akteur allein nicht ausführbar wären. Bspw. könnten Institutionen mit ähnlichen Berufsfeldern gemeinsam Angebote im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements in

Anspruch nehmen, z. B. ein Bewegungskurs für ArbeitnehmerInnen, die sitzende Tätigkeiten ausüben oder gemeinsam Angebote präsentieren. Hierein sollten die BKK24 sowie die PartnerInnen investieren, um die Weiterentwicklung des Netzwerks langfristig zu sichern.

Die Akteure von LBL stellen eine heterogene, institutionenübergreifende Gruppe dar, was nach dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2012) sowie Neugebauer & Beywl (2006) eine Ergänzung der Fähigkeiten darstellen kann. Trotz der Heterogenität muss aufgrund der großen Anzahl an Netzwerkmitgliedern bei LBL darauf geachtet werden, dass keine homogenen Untergruppen entstehen, deren Kompetenzen sich lediglich aufsummieren. Diese Problematik könnte sich IP 12 vorstellen, auch wenn sie keinen konkreten Anhaltspunkt dafür hat. Wegen der zunehmenden Größe des LBL-Netzwerks wird es immer schwieriger alle Interessen zu vereinen und gemeinsame Entscheidungen zu treffen, wenn die Vernetzung unter den PartnerInnen zunimmt. *Daher bietet sich, wie Miller (2005) vorschlägt, in Zukunft möglicherweise eine Arbeitsteilung an, in der Untergruppen zu verschiedenen Aufgaben im Netzwerk gebildet werden. Inwieweit Interesse daran besteht und ob dies somit der richtige Weg der Umsetzung wäre, sollte jedoch erst durch eine Befragung bei den Akteuren herausgefunden werden.* Denn weitestgehend sind die Interviewten mit der derzeitigen Situation zufrieden.

Neben dem Netzwerkmanagement und den Akteuren sind die strategischen PartnerInnen als dritte Gruppierung in Netzwerken ein fördernder Faktor für erfolgreiche Arbeit eines Netzwerks (Abicht et al., 2009; Kolip et al., 2013; Strobel et al., 2009). Als wichtige Unterstützung gehört vor allem die Politik, da die wechselseitigen Beziehungen im Sinne von positiver Außendarstellung des Netzwerks und positiver Selbstdarstellung der PolitikerInnen, gewinnbringend genutzt werden kann (Strobel et al., 2009). Genau so geschieht es bei LBL. Der einzige Unterschied ist, dass die strategischen PartnerInnen mehr ein Teil der Akteure darstellen, als dass sie eine eigene Gruppierung darstellen.

9.2.4 Nachhaltigkeit

Die Bedeutsamkeit der Nachhaltigkeit zeichnet sich durch langfristige und stabile Beziehungen sowie durch regelmäßige Zusammenarbeit von Schlüsselpersonen aus (AWO Bundesverband e.V., 2004; Kolip et al., 2013; Strobel et al., 2009; Tippelt et al., 2009; Tippelt, 2005). Bei LBL stimmt diese Vorgabe insofern überein, dass von den Interviewten ein Großteil seit Beginn der Initiative Mitglied ist und die Beziehung zumindest zur BKK24 als beständig eingeschätzt wird. Die Kontinuität der Zusammenarbeit

hängt dabei stark vom jeweiligen Mitglied und dessen Aktivitäten ab. Diese Ergebnisse sind nicht auf die weiteren LBL-PartnerInnen übertragbar, da der Grad der Zusammenarbeit sich individuell unterscheidet. Auch können mit Hilfe der geführten ExpertInnen-interviews keine expliziten Schlüsselpersonen identifiziert werden. Lediglich aus der Häufigkeit der Zusammenarbeit kann darauf geschlossen werden, dass einige Interviewte eine entscheidendere Rolle einnehmen als andere.

Die Einschätzung der Beständigkeit des Netzwerkes seitens der Befragten ist unterschiedlich. Einerseits sind manche Interviewten vom längerfristigen Bestehen von LBL überzeugt (IP 2, IP 3, IP 4, IP 10). Eine Aussage von IP 10 verdeutlicht den starken Bezug zur BKK24 und, dass sie die Stütze ist, um die Intervention aufrechtzuerhalten. Andere befragte schätzen den Bestand von LBL kritischer ein: Nur durch eine permanente und somit sehr aufwendige Weiterentwicklung und dauerhafte Präsenz ist dies möglich (IP 6, IP 7, IP 8, IP 11). Außerdem glaubt eine interviewte Person nicht, dass eine langfristige Planung über die nächsten Jahre existiert, sondern die BKK24 jedes (Halb-) Jahr neu plant (IP 11). *Im weiteren Verlauf der LBL-Intervention sollte hinterfragt werden, wie groß die Gefahr ist, dass die BKK24 aus dem Projekt aussteigt und dieses direkt zu Ende wäre.* Denn die vorherigen Anmerkungen verdeutlichen, dass dies angenommen wird, bzw. zumindest Bedenken in dem Zusammenhang bestehen.

Strobel et al. (2009) bewertet zusätzlich die Unterstützung aus den Kommunen als relevant. Gleichermäßen sieht es IP 2 und wünscht sich daher einen stärkere Einbezug der Kommunen in LBL.

Die Nachhaltigkeit kann also nicht eindeutig bestätigt werden, jedoch zumindest für möglich gehalten. Dafür bedarf es aber immer wieder neuer Ideen.

9.2.5 Interne Kommunikation

Ein weiterer Faktor eines funktionsfähigen Netzwerkes ist die interne Kommunikation und, damit verbunden, regelmäßiger Kontakt (Groß et al, 2005; Strobel et al., 2009). Die Mehrzahl der Interviewten ist zufrieden mit der internen Kommunikation und sieht keinen Verbesserungsbedarf. Positiv hervorgehoben werden die kurzen Kommunikationswege, der Informationserhalt über den LBL-Newsletter, die Verständigung über persönliche Kontakte in Form von Treffen oder per Telefon sowie der E-Mail Verkehr. Die kurzen und schnellen Wege, besonders der elektronische Weg, die Treffen und Newsletter stimmen mit den Erklärungen von Broda-Kaschube (2009) und Strobel et al. (2009) überein. Deutlich wird zudem: Je aktiver die Interviewten sind, desto regelmäßiger findet ein Kontakt statt. Die Aussagen beziehen sich allerdings lediglich auf die

Kommunikation mit der BKK24. IP 6 ist der einzige Befragte der aufdeckt, dass es keine bzw. kaum Kommunikation innerhalb des Netzwerks gibt.

Ebenfalls ist die örtliche Nähe von Bedeutung (Kolip et al., 2013). Dieser Aspekt ist bei LBL in dem Umfang gegeben, dass die Initiative in einzelnen Städte bzw. Kommunen verankert ist und somit mehrere Akteure im gleichen Umkreis ansässig sind. Demgegenüber wird die große Mitgliederanzahl im LBL-Netzwerk z.T. als hinderlich angesehen, da eine Zusammenarbeit mit PartnerInnen aus zu weit entfernten Orten nicht möglich ist (IP 5). *Um dem entgegenzuwirken, könnten PartnerInnentreffen auf kleiner Ebene stattfinden, z. B. nur mit den PartnerInnen aus Obernkirchen. Dort könnten sich alle Institutionen vorstellen und aufzeigen, was sie können und welche Wünsche sie bezüglich des Netzwerks haben.*

Der Zweck der internen Kommunikation ist teilweise, wie in der Literatur vorgegeben: Der Wissensaustausch über Prozesse, Erfahrungen etc. (AWO Bundesverband e.V., 2004) findet zwar statt, jedoch wiederum nur zwischen der BKK24 und den jeweiligen PartnerInnen. Die Akteure untereinander wissen nur wenig von den Aufgaben der anderen, außer es wird im Newsletter bzw. den Medien darüber berichtet oder mehrere PartnerInnen sind an einer Aktion beteiligt. Für den Zweck der Aufgabenverteilung und -absprache (Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008) wird die Kommunikation nicht explizit genutzt, da dies erst zum Tragen kommt, wenn eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den PartnerInnen entsteht. Mehr Transparenz, die von Vorteil bei der Kommunikation ist (Kolip et al., 2013), wünscht sich zumindest eine befragte Person (IP 11) bezüglich Informationen, die für das gesamte Netzwerk relevant sind, z. B. Eckdaten und Ortsnamen für anstehende Aktionen.

Aufgrund der einseitigen Bewertung der Kommunikation, rein auf die BKK24 bezogen, und des Fehlens des Bezugs zu anderen NetzwerkpartnerInnen, kann dieser Bedingungsfaktor nicht als vollständig erfüllt bewertet werden. *Mit Hilfe der zuvor aufgezeigten Vorschläge für mehr Zusammenarbeit könnte zugleich die interne Kommunikation verbessert werden. Dadurch könnte auch die dominierende Rolle der BKK24 reduziert werden, da die PartnerInnen nicht alles über sie ablaufen ließen, sondern direkt mit den jeweiligen PartnerInnen kommunizieren könnten.*

Eine Verbesserung der bisherigen Kommunikation könnten angepasste Newsletter für jede Stadt oder Kommune sein, um die NetzwerkpartnerInnen mit spezifischeren Informationen zu erreichen. Dabei sollten sich die Newsletter lediglich an die Akteure und

nicht die BürgerInnen richten, damit der Fokus der Inhalte auf den Interessen und Bedürfnissen der Akteure liegen kann.

9.2.6 Vertrauen

Die Interviewten bestätigen ein überwiegend vertrauensvolles und offenes Verhältnis. Das wird in der Literatur als weitere Voraussetzung für ein gelingendes Netzwerk beschrieben (Kolip et al., 2013; Strobel et al., 2009). Die von Abicht et al. (2009) und Meyer (2006) als grundlegendes Merkmal für Vertrauen aufgezeigten positiven Erfahrungen bestätigen die Befragten immer wieder in verschiedenen Zusammenhängen. So kann das Existieren von Konflikten und Wettbewerb im LBL-Netzwerk zwar nicht ausgeschlossen werden, ist aber größtenteils nicht bekannt. Die meisten Antworten beziehen sich dabei wieder auf die Zusammenarbeit mit der BKK24 und nicht auf die weiteren NetzwerkpartnerInnen. Somit kommt die Frage auf, inwieweit die Aussagen auf das gesamte Netzwerk übertragbar sind, da die Interviewten eben nur begrenzt mit anderen Mitgliedern von LBL zusammenarbeiten. Das Vertrauen zu weiteren PartnerInnen ist somit nicht abzuschätzen.

9.2.7 Ressourcen

Die Ressourcen zeitlicher, personeller wie auch finanzieller Art stehen fast allen Befragten ausreichend zur Verfügung und werden genutzt. Dies ist nach Angaben in der Literatur eine Voraussetzung, um Netzwerkarbeit umsetzen zu können (AWO Bundesverband e.V., 2004; FU Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg, 1999; Groß et al., 2005; Kolip et al., 2013). Dabei ist Ressourceninterdependenz der Kern von Netzwerken, woraus ein Ressourcenpool entstehen soll (Oppen & Strassheim, 2002; Quilling et al., 2013). Die Interdependenz besteht bei LBL insoweit, dass die BKK24 häufig den finanziellen Part übernimmt. Diese investieren wiederum ihre Zeit und personellen Aufwand. Zur Entstehung des Ressourcenpools sollten so viele vorhandene Ressourcen wie möglich genutzt werden (Oppen & Strassheim, 2002). Dies ist bei den Interviewten mehrheitlich der Fall. Bei den passiveren PartnerInnen könnte jedoch noch aktivierungsfähiges Ressourcenpotenzial vorliegen. *Ob Interesse an der Aktivierung der Ressourcen besteht sollte wiederum mittels Befragungen eruiert werden. Besteht kein Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit, besteht die Überlegung sich von diesen Mitgliedern zu trennen, um die angesprochene Größe des Netzwerks überschaubarer zu gestalten.*

Insgesamt sollten die vorhandenen Ressourcen bei LBL noch mehr gebündelt werden, so dass sie auf das gemeinsame Ziel hin ausgerichtet sind (Quilling et al., 2013). Denn

bisher nutzen viele Mitglieder lediglich eigene Ressourcen und die der BKK24, was den Erfolg des Netzwerks hemmen kann. Denn erst, wenn ein Akteur seine Ziele mit Hilfe des Netzwerks besser erreichen kann, ist er ein Teil des Netzwerks, so Oppen & Strassheim (2002). Dafür müssen andere Mitglieder Ressourcen einbringen, die der Akteur selbst nicht hat. Zur stärkeren Nutzung der Ressourcen aller Mitglieder ist es im LBL-Netzwerk daher wichtig herauszustellen, welches Mitglied welche Ressourcen ins Netzwerk einbringen kann und möchte. Dadurch können die anderen PartnerInnen von Beginn an einschätzen, ob sich eine Mitgliedschaft lohnt oder die zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht ausreichend bei der Realisation ihrer Ziele sind. *Zur besseren Nutzung der Ressourcen wären Arbeitsgruppen, die bereits unter dem Punkt der Zusammenarbeit diskutiert werden, sinnvoll* (Broda-Kaschube, 2009). Mit deren Hilfe könnte auch indirekt der Wunsch einer ehrenamtlichen Institution (IP 5) nach mehr Zeit umgesetzt werden, da durch das Zusammenarbeiten und Ressourcen bündeln eine Aufgabenteilung und damit eine Zeitersparnis entstehen kann. Dieser Nutzen ist wahrscheinlich auch für weitere Akteure aus dem Bereich des Ehrenamtes hilfreich.

Zur Bündelung der Informationen über die NetzwerkpartnerInnen könnte online eine Ressourcenkartei erstellt werden. Darin werden auf je einer „Online-Karteikarte“, ähnlich eines Profils, Grundinformationen wie Kontaktadresse, Telefonnummer, Zielgruppe, Angebote, vorhandene Ressourcen und gewünschte Unterstützung eines jeweiligen Akteurs festgehalten, so dass die Mitglieder bei Bedarf darauf zurückgreifen und die Informationen in Zukunft weiter genutzt werden können (Früchtel & Budde, 2006). Nur das Netzwerk sollte darauf Zugriff haben.

9.2.8 Schlussbetrachtung

Es kann zusammengefasst werden; die BKK24 stellt die personellen sowie infrastrukturellen Ressourcen zu Verfügung und leistet häufig monetäre Unterstützung. Sie hat das Netzwerk geschaffen und erhält es. Diese Dominanz ist kritisch zu bewerten, da die BKK24 ein Grund sein könnte, warum die direkte Zusammenarbeit zwischen den Netzwerkmitgliedern so gering ist. IP 6 sagt bspw., dass ohne die BKK24 keine Kommunikation im Netzwerk stattfindet. An dieser Stelle stellt sich die Frage, ob dies ein zu vulnerabler Punkt ist und es nicht Strukturen geben müsste, die eine direkte Kommunikation zwischen den NetzwerkpartnerInnen besser ermöglicht. Daran setzen die Verbesserungsvorschläge der Befragten (IP 1, IP 2) an und bilden die Grundlage für mögliche Veränderungen, um die Zusammenarbeit zu erhöhen: *Durch häufigere Treffen aller Mitglieder könnten diese sich gegenseitig und die jeweiligen Handlungsfelder im Zusammenhang mit LBL genauer kennenlernen und sich auf diese Weise austauschen.*

Um die Frequenz der Treffen zu ermitteln, sollten die PartnerInnen, und zwar in größerem Umfang, nochmals befragt werden. Der einfachste und schnellste Weg wäre per E-Mail, besonders, da die Mitglieder darüber bereits Informationen von LBL erhalten und daher diesen Weg der Kommunikation gewohnt sind.

Infolge der Treffen kann bei Bedarf an Unterstützung bzw. dem Wissen und Können eines anderen Mitgliedes leichter bei diesem nachgefragt werden. Denn bisher kennen sich viele der PartnerInnen nicht und in zwei Interviews wird zu bedenken gegeben, dass die Mitglieder ihr Wissen nicht von sich aus kundtun sowie nicht auf andere Akteure aktiv zugehen (IP 2, IP 7-9). Den PartnerInnen des LBL-Netzwerks könnte somit verdeutlicht werden, dass eine Zusammenarbeit ein weiterer Gewinn und eine Hilfe ist. *Zur Unterstützung dessen sollte die BKK24 neben ihrer bestehenden Funktion einen stärkeren Fokus auf die Rolle des Moderators richten (IP 2).*

Ferner sollten immer wieder neue Inhalte und Ideen entwickelt werden und in das Netzwerk einfließen, um die Menschen immer wieder anzusprechen, und damit es nicht langweilig wird (IP 1). Diese Entwicklungen können sowohl von der BKK24 als auch von den PartnerInnen kommen. *Eine Möglichkeit seitens der BKK24 wäre, die neuen PartnerInnen zu Beginn anzuleiten und sie im Anschluss zu mehr Eigeninitiative und Selbstständigkeit zu bringen, auch um sich als Initiator der LBL-Initiative selbst zu entlasten. Dafür sollte die BKK24 deutlicher aufzeigen, was die Aufgaben eines Mitgliedes sind und wie es sich einbringen kann. Nur so wird eine längerfristige Zusammenarbeit ermöglicht. Zur Unterstützung dessen könnte die BKK24 stärker die Fachkenntnisse einiger Institutionen nutzen und dadurch Verantwortung abgeben.*

Mit Blick auf die Arbeitsdefinition (s. Kap. 3.1) kann die LBL-Intervention als Netzwerk angesehen werden, obwohl die Akteure größtenteils nicht voneinander abhängig sind. Denn trotz der Dominanz der BKK24 bildet LBL ein Netzwerk: Die BKK24 ist der Hauptknotenpunkt. Von dort aus bestehen die Vernetzungen hauptsächlich mit den Institutionen. Vernetzungen zwischen den Institutionen selber bestehen nur vereinzelt. Letztere würden das Netzwerk verstärken, vor allem längerfristig. Doch hält es bisher auch so.

10 FAZIT

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, fördernde und hemmende Faktoren für Netzwerkarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung aufzuzeigen und anschließend mittels ExpertInneninterviews zu überprüfen, ob die literaturbasierten Faktoren mit der Praxis des LBL-Netzwerks übereinstimmen. Die Forschungsfrage der Arbeit lautet daher: Welche Faktoren fördern die Arbeit im Netzwerk der Intervention „Länger besser leben.“ der BKK24? Im Zusammenhang damit steht die Frage: Welche Faktoren hemmen die Arbeit im Netzwerk der Intervention „Länger besser leben.“ der BKK24? Durch die vorliegende Arbeit können diese Fragen weitestgehend beantwortet werden.

Es lassen sich sieben Faktoren aus der Literatur ableiten, die Netzwerkarbeit fördern. Sie wurden in den Interviews überprüft: gemeinsame Zielvorstellungen, Win-win-Situationen, eine angemessene Zusammenarbeit sowie Nachhaltigkeit. Ebenfalls zählen interne Kommunikation, Vertrauen und ausreichende Ressourcen dazu. Aus den Interviews ergab sich, dass eine recht große Übereinstimmung zwischen Theorie und Empirie vorliegt und somit jeder der sieben Faktoren die Arbeit im Netzwerk von LBL zumindest teilweise fördert. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Interviewten die fördernden Aspekte größtenteils im Zusammenhang mit der BKK24 nennen und weniger auf die Arbeit mit anderen NetzwerkpartnerInnen beziehen. Denn wie sich herausstellte, ist die Vernetzung zwischen der BKK24 und den Akteuren eng, die Vernetzung zwischen den Akteuren besteht hingegen nur vereinzelt. U.a. könnte die Dominanz der BKK24 ein Grund dafür sein, warum die direkte Zusammenarbeit zwischen den Netzwerkmitgliedern so gering ist. Würde die Vernetzung unter den Akteuren zunehmen, könnte dies positiven Einfluss auf die fördernden Faktoren der Netzwerkarbeit haben und vor allem die Nachhaltigkeit des Netzwerkes stärken.

Der fördernde Faktor einer gemeinsamen *Zielvorstellung* wird weitestgehend erfüllt. Dazu gehört, dass die Akteure diverse Einzelziele haben, diese aber unter dem gleichen Netzwerkziel angesiedelt werden. Eine gemeinsame Zielfindung fand allerdings zum Zeitpunkt der Netzwerkbildung nicht statt. Die *Win-win-Situation* wird bei LBL zwischen der BKK24 und den Mitgliedern erfüllt, jedoch kaum zwischen den Akteuren. Die meisten Interviewten sehen das Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen als angemessen an oder ziehen sogar einen größeren Nutzen im Vergleich zum Aufwand. Bezüglich der *Zusammenarbeit* ist die Verbindung zwischen den drei Gruppierungen Netzwerkmanagement, Akteuren und strategischen PartnerInnen erforderlich. Bei der LBL-Intervention ist diese zwischen der BKK24, die eindeutig die Managementrolle über-

nimmt, und den Akteuren am intensivsten. Hier herrscht eine deutliche Win-win-Situation. Der Austausch unter den Akteuren findet im Vergleich dazu deutlich weniger statt. Auch mit den strategischen PartnerInnen, bei LBL Personen aus der Politik, die bei LBL einen Teil der Akteure darstellen, gibt es positive wechselseitige Beziehungen. Der Faktor *Nachhaltigkeit* wird von den Befragten unterschiedlich eingeschätzt. Einige Interviewte sind von der Beständigkeit überzeugt, während andere diese kritischer einschätzen und sie nur mithilfe einer permanenten Weiterentwicklung und Präsenz für möglich halten. Mit der *internen Kommunikation* ist die Mehrzahl der InterviewpartnerInnen im Grunde zufrieden. Die Kommunikationswege sind E-Mail Verkehr sowie persönliche Kontakte durch gemeinsame Treffen und Telefonate. Da sich diese Bewertung aber hauptsächlich auf den Kontakt mit der BKK24 bezieht, ist dieser Bedingungsfaktor als nicht vollständig erfüllt anzusehen. Die für das *Vertrauen* so wichtigen positiven Erfahrungen im Netzwerk bestätigen die Interviewten immer wieder. Konflikte und Konkurrenz im LBL-Netzwerk sind überwiegend nicht bekannt. Daher ist auch dieser Faktor im Ganzen als erfüllt zu betrachten. *Ressourcen* aller Art stehen ausreichend zur Verfügung. Die Ressourceninterdependenz herrscht jedoch lediglich zwischen der BKK24 und den Akteuren. Daher sollten die Ressourcen insgesamt noch mehr gebündelt werden, um auf das gemeinsame Ziel hin ausgerichtet zu werden.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass das Netzwerk der LBL-Intervention positiv zu beurteilen ist, da die fördernden Faktoren gegenüber den hemmenden deutlich überwiegen und die Arbeit zwischen der BKK24 und den Akteuren positiv verläuft. Es werden zwar konkrete Probleme und Grenzen von diesem Netzwerk in der kommunalen Gesundheitsförderung aufgezeigt, aber vor allem, dass diese Art von Netzwerk dennoch möglich ist und erfolgreich sein kann. Die Handlungsempfehlungen sollen dem Netzwerk, speziell der BKK24, eine Grundlage bieten, die bisherige Netzwerkarbeit von LBL in Zukunft auszubauen.

Die Ergebnisse sind nicht ohne weiteres auf alle NetzwerkpartnerInnen übertragbar, da sie verschieden sind und nicht alle die gleiche Anzahl an Mitgliedern kennen. Folglich könnte in Zukunft, nach ausreichend Zeit zur Umsetzung der Empfehlungen dieser Arbeit, eine vollständige Netzwerkanalyse¹⁸ durchgeführt werden. Dadurch könnten mögliche Verbindungen zwischen einzelnen PartnerInnen aufgezeigt werden. In Verknüpfung mit erhobenen Wünschen der Akteure könnte dadurch eine stärkere Vernetzung angeregt werden.

¹⁸ Genauere Informationen zur Netzwerkanalyse sind Jansen (2006) zu entnehmen.

Ebenfalls sollten die Interessen der BKK24 am LBL-Netzwerk durch ein weiteres ExpertInneninterview eruiert werden, um sie mit den Ergebnissen dieser Arbeit zu vergleichen.

Von weiterem Interesse ist, wie die fördernden Faktoren in anderen Netzwerken in der kommunalen Gesundheitsförderung umgesetzt werden, da die Ergebnisse dieser Arbeit nicht uneingeschränkt auf weitere Netzwerke der Gesundheitsförderung übertragbar sind. In Zukunft sollten daher weitere Evaluationen in diesem Handlungsfeld durchgeführt werden, auch um die Netzwerkakteure stärker als bisher in die Evaluation von Maßnahmen in der kommunalen Gesundheitsförderung mit einzubeziehen und den Stellenwert von Netzwerkevaluation weiter zu verdeutlichen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Abicht, L., Schönfeld, P., Reupold, A. & Tippelt, R. (2009). Idealtypen und Erfolgsmuster von Netzwerken. In R. Tippelt, A. Reupold, C. Strobel & H. Kuwan (Hrsg.), *Lernende Regionen - Netzwerke gestalten. Teilergebnisse zur Evaluation des Programms „Lernende Regionen – Förderung von Netzwerken“* (S. 187–195). Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.
- Altgeld, T. & Kolip, P. (2014). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 45–56). Bern: Hans Huber.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002). *Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Vorstellungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 22. Mai 2002*. Zugriff am 12.08.2014. Verfügbar unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_national/WEIT_GF_PRAEV_SPITZVERB_KK.pdf
- Aulinger, A. (2008). Einführung. In A. Aulinger (Hrsg.), *Netzwerk-Evaluation. Herausforderungen und Praktiken für Verbundnetzwerke* (S. 7–11). Stuttgart: Kohlhammer.
- Aulinger, A. (2008). Unternehmensnetzwerke und Verbundnetzwerke. In A. Aulinger (Hrsg.), *Netzwerk-Evaluation. Herausforderungen und Praktiken für Verbundnetzwerke* (S. 15–34). Stuttgart: Kohlhammer.
- Aulinger, A. (Hrsg.). (2008). *Netzwerk-Evaluation. Herausforderungen und Praktiken für Verbundnetzwerke*. Stuttgart: Kohlhammer.
- AWO Bundesverband e.V. (2004). *Qualitätsentwicklung für lokale Netzwerkarbeit. Eine Arbeitshilfe für die Praxis*. Bonn: Eigenverlag.
- Barkholz, U. (Hrsg.). (2001). *Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen*. Norderstedt: Books on Demand.
- Bauer, P. & Otto, U. (Hrsg.). (2005). *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 2: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive*. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Bauer-Wolf, S., Payer, H. & Scheer, G. (Hrsg.) (2005). *Erfolgreich durch Netzwerkkompetenz. Handbuch für Regionalentwicklung*. Wien: Springer Verlag.
- Bertelsmann-Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung & KGSt (Hrsg.). (2002). *Lokale Beschäftigungsförderung – Aufgabe der Kommunen. Bausteine guter Praxis: Steuerung, Fallmanagement, Arbeiten in Netzwerken* (Bd. 14). Frankfurt am Main: VAS-Verlag.
- BKK24 (2014). *Zwischenbericht Februar 2014*. Zugriff am 21.08.2014. Verfügbar unter <http://www.lbl-stadt.de/fileadmin/downloads/lbl-bericht/LBL-Bericht2014.pdf>
- BKK24 (o. J.a). *Länger besser leben*. Zugriff am 21.08.2014. Verfügbar unter <http://www.lbl-stadt.de/index.php?id=35>

- BKK24 (o. J.b). Länger besser leben. Zugriff am 21.08.2014. Verfügbar unter <http://www.lbl-stadt.de/index.php?id=39>
- BKK24 (o. J.c). Länger besser leben. Zugriff am 21.08.2014. Verfügbar unter <http://www.lbl-stadt.de/index.php?id=94>
- BKK24 (o. J.d). Länger besser leben. Zugriff am 21.08.2104. Verfügbar unter <http://www.lbl-stadt.de/index.php?id=209>
- Bogner, A. & Menz, W. (2009). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In A., Bogner, B., Littig & W., Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendungsfelder* (2. Aufl., S. 61–98). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.). (2009). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendungsfelder* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Broda-Kaschube, B. (2005). Evaluation von Netzwerkentwicklungen in einer lernenden Region - ein Praxisbericht. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 36 (1), 33–44.
- Brödel, R. (Hrsg.). (2004). *Weiterbildung als Netzwerk des Lernens. Differenzierung der Erwachsenenbildung*. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.
- Broesskamp-Stone, U. (2003). Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung. In F. W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (2. Aufl., S. 243–254). München, Jena: Urban & Fischer.
- Broesskamp-Stone, U. (2004). *Assessing networks for health promotion. Framework and Examples (Politik und Partizipation, Band 2)*. Münster: LIT-Verlag.
- BT-Drs. 14/5660 (2001). Drucksache des Deutschen Bundestages 14/5660 vom 21.03.2001. Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation.
- BT-Drs. 15/5670 (2005). Drucksache des Deutschen Bundestages 15/5670 vom 09.06.2005. Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen.
- BT-Drs. 16/6339 (2007). Drucksache des Deutschen Bundestages 16/6339 vom 07.09.2007. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.
- BT-Drs. 217/13 (2013). Drucksache des Deutschen Bundestages 217/13 vom 22.03.2013. Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention.
- BT-Drs. 217/13 (Beschluss) (2013). Drucksache des Deutschen Bundestages 217/13 vom 03.05.2013. Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention, Stellungnahme des Bundesrates.

- Budde, W., Früchtel, F. & Hinte, W. (Hrsg.). (2006). Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH.
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2013). „Potenzial Gesundheit“. Strategien zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in der 18. Legislaturperiode aus Sicht der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG). Bonn: Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2013). Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung. Leitbild der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG), verabschiedet am 09.04.2013 auf der Mitgliederversammlung in Berlin. Bonn: Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). (1999). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Peter Sabo.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). (2011). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden (Neuausgabe). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- CDU, CSU & SPD (2013). Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 18. Legislaturperiode. Zugriff am 20.08.2014. Verfügbar unter http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile
- Christmann, G. B. (2009). Telefonische Experteninterviews - ein schwieriges Unterfangen. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendungsfelder (2. Aufl., S. 197–222). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Deutscher Olympischer Sportbund (2010). Netzwerkarbeit im Sport aufgezeigt am Sport der Älteren. Frankfurt am Main: Deutscher Olympischer Sportbund.
- Dresselhaus, G. (2006). Netzwerkarbeit und neue Lernkultur. Theoretische Grundlagen und praktische Hinweise für eine zukunftsfähige Bildungsregion. Münster: Waxmann Verlag.
- Endres, E. (2001). Erfolgsfaktoren des Managements von Netzwerken. In J. Howaldt, R. Kopp & P. Flocken (Hrsg.), Kooperationsverbünde und regionale Modernisierung. Theorie und Praxis der Netzwerkarbeit (S. 103–117). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Endres, E. (2011). Vernetzung – Was ist das und wie kann sie funktionieren? In Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.), Dokumentation 16. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit (S. 1–6). Berlin. Zugriff am 08.07.2014. Verfügbar unter http://www.armut-und-gesundheit.de/uploads/tx_gbbkongressarchiv/Endres__Egon_Qualitaetsentwicklung_11-02-11.pdf

- Ewers, M. & Badura, B. (2004). Kooperation und Netzwerkbildung der unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation nach § 65b SGB V. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.
- Fatke, R. & Merkens, H. (Hrsg.). (2006). Bildung über die Lebenszeit. Schriftenreihe der GDfE. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, U. (2011). Triangulation. Eine Einführung (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, U., von Kardoff, E. & Steinke, I. (2012). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In E. von Kardoff, I. Steinke & U. Flick (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch (9. Aufl., S. 13–29). Reinbek: Rowohlt Taschenbuch-Verlag.
- Forschungsverbund DHP. (1998). Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Bern: Hans Huber.
- Freie Universität Berlin (FU) & Landesgesundheitsamt Brandenburg (1999). Vernetzung als Strategie der Gesundheitsförderung. Regionale Netzwerke Arbeit und Gesundheit - Bilanz und Perspektiven. Zugriff am 25.07.2014. Verfügbar unter <http://www.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/netzwerke.pdf>.
- Früchtel, F. & Budde, W. (2006). Wie funktioniert fallunspezifische Ressourcenarbeit? Sozialraumorientierung auf der Ebene von Netzwerken. In W. Budde, F. Früchtel & W. Hinte (Hrsg.), Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis (S. 201–218). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH.
- Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert worden ist.
- Garz, D. & Kramer, K. (Hrsg.). (1991). Qualitative empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.). (2011). Dokumentation 16. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin. Zugriff am 08.07.2014. Verfügbar unter <http://www.ksfh.de/files/Lehrende/Vernetzung-Kongress-Armut-und-Gesundheit-Berlin-11-02-11.pdf>
- Gesundheitsakademie/ Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.). (1996). Macht Vernetzung Gesund? Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzungen im Gesundheitsbereich. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Gesundheitsamt Münster. (2011). Gesunde-Städte-Netzwerk. Zugriff am 20.08.2014. Verfügbar unter www.gesunde-staedte-netzwerk.de
- GKV-Spitzenverband (2010). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- GKV-Spitzenverband (2013). Prävention und Gesundheitsförderung weiterentwickeln. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes. Berlin: GKV-Spitzenverband (beschlossen vom Verwaltungsrat am 27. Juni 2013).

- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Göhlich, M., Hopf, C. & Sausele, I. (Hrsg.). (2005). Pädagogische Organisationsforschung. Organisation und Pädagogik 3. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Göpel, E. (Hrsg.). (2008). Systemische Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten (Bd. 3). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Groß, D. (2006). Determinanten erfolgreicher Netzwerkarbeit. In Univation Institut für Evaluation (Hrsg.), Evaluation von Netzwerkprogrammen. Entwicklungsperspektiven einer Evaluationskultur (S. 57–65). Köln: Univation.
- Groß, D., Holz, G. & Boeckh, J. (2005). Qualitätsentwicklung für lokale Netzwerkarbeit. Ein Evaluationskonzept und Analyseraster zur Netzwerkentwicklung. Frankfurt am Main: ISS-Eigenverlag.
- Grossmann, R. & Skala, K. (1999). Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung (S. 100–101). Schwabenheim: Peter Sabo.
- Hanke, T., Konrad, R., Schwarz, A., König, S., Langer, G., Pflugfelder, C. & Prillwitz, S. (2003). Fachgebärdenlexikon Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Universität Hamburg, Institut für Deutsche Gebärdensprache. Zugriff am 08.08.2014. Verfügbar unter <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzepte/153/15385.htm>
- Helfferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Howaldt, J., Kopp, R. & Flocken, P. (Hrsg.). (2001). Kooperationsverbände und regionale Modernisierung. Theorie und Praxis der Netzwerkarbeit. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hrsg.). (2003). Handbuch Gesundheitswissenschaften (3. Aufl.). Weinheim, München: Juventa.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). (2014). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber.
- INBAS (Hrsg.). (2001). Lokale und regionale Netzwerke zur sozialen und beruflichen Integration Jugendlicher. Aktuelle Beiträge aus Theorie und Praxis. Offenbach am Main: Institut für Berufliche Bildung, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik GmbH.
- Jansen, D. (2006). Einführung in die Netzwerkanalyse. Grundlagen, Methoden, Forschungsbeispiele (3., überarbeitete Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Jungk, S. (1996). Kooperation und Vernetzung. In Gesundheitsakademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.), *Macht Vernetzung Gesund? Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzungen im Gesundheitsbereich* (S. 44–56). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- KBE-Fachtagung (Hrsg.). (2001). *Dokumentation der KBE-Fachtagung „Vernetzung auf allen Ebenen“ vom 10./11.5.2001.* o.O.
- Khaw, K.-T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R. & Day, N. (2008). Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study, 5 (1), e12. Verfügbar unter DOI: 10.1371/journal.pmed.0050012
- Kickbusch, I. (1996). 10 Jahre nach Ottawa – Herausforderungen für die Zukunft. *Prävention, Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 19 (2), 35–36.
- Knorr, K. & Schmidt, S. (2006). *Qualitätsentwicklung und Vernetzung in der Gesundheitsförderung. Der Arbeitskreis „Älter werden im Bremer Westen“.* Bremen: Gesundheitsamt Bremen. Zugriff am 27.07.2014. Verfügbar unter http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2_nb_gtp_evaluation_lang.pdf
- Kolip, P. & Müller, V. (2009). *Evaluation und Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention: Zentrale Fragen, vielfältige Antworten.* In P. Kolip & V. Müller (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 7–20). Bern: Hans Huber; Hogrefe AG.
- Kolip, P. & Müller, V. (Hrsg.). (2009). *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention.* Bern: Hans Huber; Hogrefe AG.
- Kolip, P. (2006). *Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. Zentrale Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung.* *Prävention und Gesundheitsförderung* (1), 234–239.
- Kolip, P., Ackermann, G., Ruckstuhl, B. & Studer, H. (2012). *Gesundheitsförderung mit System. quint-essenz - Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention.* Bern: Hans Huber.
- Kolip, P., Gerken, U., Schaefer, I., Mühlbach, A. & Gebhardt, B. (2013). *Gesundheit fördern in vernetzten Strukturen. Evaluation settingorientierter Gesundheitsförderung.* Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Laaser, U. & Hurrelmann, K. (2003). *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.* In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (3. Aufl., S. 395–424). Weinheim, München: Juventa.
- Land Nordrhein-Westfalen & Institut für soziale Arbeit e.V. (2014). *Kein Kind zurück lassen! Kommunen in NRW beugen vor.* Zugriff am 18.08.2014. Verfügbar unter <https://www.kein-kind-zuruecklassen.de>
- LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (o. J.). *Das Saarland lebt gesund!* Zugriff am 27.08.2014. Verfügbar unter <http://www.das-saarland-lebt-gesund.org/projektinfos>

- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. (2012). *Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg. Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung*. Stuttgart: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg.
- Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (2012). *Bernburg bewegt! Zugriff am 26.08.2014*. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Bericht/Abschlussbericht_Bernburg_bewegt.pdf
- Luthe, E.-W. (Hrsg.). (2013). *Kommunale Gesundheitslandschaften*. Wiesbaden: Springer VS.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken (5. Aufl.)*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (11. Aufl.)*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Meierjürgen, R. (2001). *Probleme des Managements von Netzwerken der Gesundheitsförderung. Das Beispiel der Netzwerke zur schulischen Gesundheitsförderung*. In U. Barkholz (Hrsg.), *Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen (S. 120–137)*. Norderstedt: Books on Demand.
- Meuser, M. & Nagel, U. (1991). *Experteninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*. In D. Garz & K. Kramer (Hrsg.), *Qualitative empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen (S. 441–471)*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Meyer, W. (2006). *Evaluation von Netzwerksteuerung*. *Zeitschrift für Evaluation (2)*, 317–332.
- Miller, T. (2005). *Die Störungsanfälligkeit organisierter Netzwerke und die Frage nach Netzwerkmanagement und Netzwerksteuerung*. In P. Bauer & U. Otto (Hrsg.), *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 2: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive (S. 105–126)*. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Milz, S., Meier, S. & Stock, C. (2010). *Evaluation von Netzwerken. Als Beispiel der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen. Prävention und Gesundheitsförderung, 5 (2)*, 75–81.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung (2. Aufl.)*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Netzwerk: Soziales neu gestalten (2008). *Zukunft Quartier - Lebensräume zum Älterwerden. Themenheft 2: Gemeinsam mehr erreichen - Lokale Vernetzung und Kooperation*. Zugriff am 28.07.2014. Verfügbar unter http://www.netzwerk-song.de/fileadmin/user_upload/Themenheft2.pdf
- Neugebauer, U. & Beywl, W. (2006). *Methoden zur Netzwerkanalyse*. *Zeitschrift für Evaluation (2)*, 249–286.

- Oppen, M. & Strassheim, H. (2002). Partnerschaften und Netzwerke in der kommunalen Beschäftigungsförderung. In Bertelsmann-Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung & KGSt (Hrsg.), Lokale Beschäftigungsförderung – Aufgabe der Kommunen. Bausteine guter Praxis: Steuerung, Fallmanagement, Arbeiten in Netzwerken (Bd. 14, S. 8–11). Frankfurt am Main: VAS-Verlag.
- Payer, H. (2008). Netzwerk, Kooperation, Organisation – Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In S. Bauer-Wolf, H. Payer & G. Scheer (Hrsg.), Erfolgreich durch Netzwerkkompetenz. Handbuch für Regionalentwicklung (S. 5–22). Wien: Springer Verlag.
- Penz, H. (2008). Gemeindebezogene Gesundheitsförderung. Eine Fallstudie zu etablierten Konzepten in der landesweiten Umsetzung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Quilling, E., Nicolini, H. J., Graf C. & Starke, D. (2013). Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten. Wiesbaden: Springer VS.
- Reimann, B., Böhme, C. & Bär, G. (2010). Mehr Gesundheit im Quartier. Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung (Edition Difu - Stadt, Forschung, Praxis, Bd. 9). Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik.
- Röhrle, B. (1994). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Beltz Psychologie-Verlags-Union.
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2011). Settingansatz / Lebensweltansatz. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden (Neuausgabe, S. 497–500). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Sänger, R. & Bennewitz, H. (2001). Von der Last zur Lust an der Zusammenarbeit – Handlungsempfehlungen zum Aufbau von Netzwerken gegen Jugendarbeitslosigkeit. In INBAS (Hrsg.), Lokale und regionale Netzwerke zur sozialen und beruflichen Integration Jugendlicher. Aktuelle Beiträge aus Theorie und Praxis (S. 75–100). Offenbach am Main: Institut für Berufliche Bildung, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik GmbH.
- Schäffter, O. (2001). In den Netzen der lernenden Organisation. Ein einführender Gesamtüberblick. In KBE-Fachtagung (Hrsg.), Dokumentation der KBE-Fachtagung „Vernetzung auf allen Ebenen“ vom 10./11.5.2001. o.O.
- Schäffter, O. (2004). Auf dem Weg zum Lernen in Netzwerken. Institutionelle Voraussetzungen für lebensbegleitendes Lernen. In R. Brödel (Hrsg.), Weiterbildung als Netzwerk des Lernens. Differenzierung der Erwachsenenbildung (S. 29–48). Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.
- Schubert, H. (2005). Das Management von Akteursnetzwerken im Sozialraum. In P. Bauer & U. Otto (Hrsg.), Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 2: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive (S. 73–104). Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

- Schubert, H. (2008). Netzwerkkoooperation – Organisation und Koordination von professionellen Vernetzungen. In H. Schubert (Hrsg.), *Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen - Grundlagen und Praxisbeispiele* (S. 7–105). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schubert, H. (Hrsg.). (2008). *Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen - Grundlagen und Praxisbeispiele*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. & Walter, U. (Hrsg.). (2003). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (2. Aufl.). München, Jena: Urban & Fischer.
- Seibold, C., Loss, J., Eichhorn, C. & Nagel, E. (2008). *Partnerschaften und Strukturen in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Gesundheitsförderer*. München: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.
- Siebert, D. & Hartmann, T. (2007). *Basiswissen Gesundheitsförderung. Settings und Netzwerke in der Gesundheitsförderung* (2. Aufl.). Magdeburg: Hochschule Magdeburg-Stendal (FH). Zugriff am 11.07.2014. Verfügbar unter http://www.xn--gesundheitsfördernde-hochschulen-idd.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B3_Settings_und_Netzwerke_der_GF/B3_Basiswissen_GF_Settings_Netzwerke_GF.pdf
- Siebte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist.
- Spieckermann, H. (2008). *Netzwerkmanagement in einer „Lernenden Region“*. In H. Schubert (Hrsg.), *Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen - Grundlagen und Praxisbeispiele* (S. 179–187). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Stender, K.-P. & Böhme, C. (2011). *Gesundheitsförderung und Gesunde / Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive*. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausgabe, S. 236–241). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Stender, K.-P. (2008). *Gesundheitsförderung und Prävention gelingen in gemeinsamer Verantwortung in den Kommunen*. In E. Göpel (Hrsg.), *Systemische Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten* (Bd. 3, S. 144–153). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Straus, F. (2002). *Netzwerkanalysen. Gemeindepsychologische Perspektiven für Forschung und Praxis*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Strobel, C., Kuwan, H. & Reupold, A. (2009). *Erfolge, Erfolgsbedingungen und Hindernisse*. In R. Tippelt, A. Reupold, C. Strobel & H. Kuwan (Hrsg.), *Lernende Regionen - Netzwerke gestalten. Teilergebnisse zur Evaluation des Programms „Lernende Regionen – Förderung von Netzwerken“* (S. 132–150). Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.

- Sydow, J. & Milward, H. B. (2003) Reviewing the Evaluation Perspective: On Criteria, Occasions, Procedures, and Practices. In Paper presented at the Special Interest Group (SIG) on Interorganizational Relations (IOR) within the 10th International Conference on Multi-Organisational Partnerships, Alliances and Networks (MO-PAN), University of Strathclyde, Glasgow, June 27, 2003. Zugriff am 11.09.2014. Verfügbar unter http://www.wiwiss.fu-berlin.de/fachbereich/bwl/management/sydow/media/pdf/Sydow__Milward__2003_-_reviewing_the_evaluation_perspective.pdf?1353072877
- Sydow, J. (2008). Die Evaluationsperspektive in der Netzwerkforschung. In A. Aulinger (Hrsg.), *Netzwerk-Evaluation. Herausforderungen und Praktiken für Verbundnetzwerke* (S. 55–72). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sydow, J. (2010). Management von Netzwerkorganisationen – Zum Stand der Forschung. In J. Sydow (Hrsg.), *Management von Netzwerkorganisationen. Beiträge aus der „Managementforschung“* (5. Aufl., S. 373–470). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Sydow, J. (Hrsg.). (2010). *Management von Netzwerkorganisationen. Beiträge aus der „Managementforschung“* (5. Aufl.). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Tippelt, R. (2005). Pädagogische Netzwerkarbeit und interorganisationales Kompetenzmanagement. Anmerkungen zur innovativen Praxis am Beispiel Lernender Regionen und Metropolen. In M. Göhlich, C. Hopf & I. Sausele (Hrsg.), *Pädagogische Organisationsforschung. Organisation und Pädagogik 3* (S. 233–244). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tippelt, R., Kasten, C., Dobischat, R. & Federighi, P. (2006). Regionale Netzwerke zur Förderung lebenslangen Lernens – Lernende Regionen. In R. Fatke & H. Merckens (Hrsg.), *Bildung über die Lebenszeit. Schriftenreihe der GDfE* (S. 279–290). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tippelt, R., Reupold, A., Strobel, C. & Kuwan, H. (Hrsg.). (2009). *Lernende Regionen - Netzwerke gestalten. Teilergebnisse zur Evaluation des Programms „Lernende Regionen – Förderung von Netzwerken“*. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.
- Tippelt, R., Strobel, C. & Reupold, A. (2009). Theoretischer Rahmen und begriffliche Grundlagen. In R. Tippelt, A. Reupold, C. Strobel & H. Kuwan (Hrsg.), *Lernende Regionen - Netzwerke gestalten. Teilergebnisse zur Evaluation des Programms „Lernende Regionen – Förderung von Netzwerken“* (S. 24–33). Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.
- Trojan, A. & Nickel, S. (2008). Empowerment durch Kapazitätsentwicklung im Quartier - erste Ergebnisse und Einschätzung eines Erhebungsinstruments. *Gesundheitswesen*, 70 (12), 771–778.
- Trojan, A. & Süß, W. (2011). Vermitteln und Vernetzen. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausgabe, S. 572–574). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Trojan, A. & Süß, W. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 345–355). Bern: Hans Huber.

- Univation Institut für Evaluation (Hrsg.). (2006). Evaluation von Netzwerkprogrammen. Entwicklungsperspektiven einer Evaluationskultur. Köln: Univation.
- van Santen, E. & Seckinger, M. (2003). Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. Opladen: DJI Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- von Kardorff, E., Steinke, I. & Flick, U. (Hrsg.). (2012). Qualitative Forschung. Ein Handbuch (9. Aufl.). Reinbek: Rowohlt Taschenbuch-Verlag.
- Waldburg, P. (2002). Arbeit in Netzwerken - Herausforderung an die Organisations- und Personalentwicklung. In Bertelsmann-Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung & KGSt (Hrsg.), Lokale Beschäftigungsförderung – Aufgabe der Kommunen. Bausteine guter Praxis: Steuerung, Fallmanagement, Arbeiten in Netzwerken (Bd. 14, S. 27–29). Frankfurt am Main: VAS-Verlag.
- Walter, U. & Schwartz, F.W. (2003). Prävention. In F. W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Hrsg.), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (2. Aufl., S. 189–214). München, Jena: Urban & Fischer.
- Weatherly, J. N. (2013). Netzwerkmanagement im Gesundheitsbereich. In E.-W. Luthé (Hrsg.), Kommunale Gesundheitslandschaften (S. 103–117). Wiesbaden: Springer VS.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Deutsche Übersetzung. Zugriff am 18.08.2014. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1997). Conference report. New Players for a new era. Leading health promotion into the 21st century. 4th International Conference on health promotion, Jakarta, Indonesia 21-25 July 1997. Zugriff am 23.08.2014. Verfügbar unter [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_41_CHP_98.1_\(part1\).pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_41_CHP_98.1_(part1).pdf?ua=1)
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1998). Glossar Gesundheitsförderung. Deutsche Übersetzung (DVGE) des Glossars von Don Nutbeam. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.
- Widmer, T. & Frey, K. (2006). Evaluation von Mehrebenen-Netzwerkstrategien. Zeitschrift für Evaluation (2), 287–316.
- Wohlfart, U. (1996). Vorschläge für gesundheitsfördernde Netzwerkarbeit. In Gesundheitsakademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.), Macht Vernetzung Gesund? Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzungen im Gesundheitsbereich. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe, dass alle Stellen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß fremden Quellen entnommen wurden, als solche kenntlich gemacht sind und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt wurde.

Bielefeld, den _____

Unterschrift der Verfasserin

ANHANG A

A 1	Leitfaden für ExpertInneninterviews.....	XIV
A 2	Kodierleitfaden.....	XVI

A 1

Tabelle 5: Leitfaden für ExpertInneninterviews

Einstieg	<ul style="list-style-type: none"> • Begrüßung • Zweck des Interviews • Informationen über Datenschutz, Einverständniserklärung, Aufnahme mit Mobilem Recorder 	
Hauptteil	Hauptfragen	Detailfragen
Einstiegsfrage: LBL Bezug	Können Sie mir zu Beginn kurz etwas darüber erzählen, was Ihre Institution im Zusammenhang mit LBL macht?	<ul style="list-style-type: none"> • Wie lange sind Sie dabei? • Wie sind Sie auf LBL aufmerksam geworden?
Erfolgsfaktoren		
1. Zielvorstellung	Warum sind Sie PartnerIn im LBL-Netzwerk geworden?	<ul style="list-style-type: none"> • Mit welchen Erwartungen sind Sie Mitglied von LBL geworden? • Inwieweit werden Ihre Erwartungen erfüllt, die Sie bei Eintritt in LBL hatten?
	Welche Ziele verfolgen Sie mit Ihrer Mitgliedschaft im Netzwerk?	
	Welche Ziele verfolgt das Netzwerk?	<ul style="list-style-type: none"> • Wie groß ist die gemeinsame Orientierung innerhalb des Netzwerks, die Ziele zu erreichen? • Wo sehen Sie Zielkonflikte?
2. Win-win-Situationen bzw. Ausgleich von Aufwand und Nutzen	Welches sind zentrale Nutzen, die für Ihre Institution durch das Partnernetzwerk von LBL entstanden sind?	<ul style="list-style-type: none"> • Bsp. (falls Frage unverständlich): <ul style="list-style-type: none"> ○ Größere Bekanntheit ○ Finanzielle Vorteile ○ Mehr TN/Mitglieder ○ BewohnerInnen zu mehr Bewegung anregen/gesündere Ernährung/... ○ Kontakt zu anderen Institutionen u.ä. ○ Weitere Gründe?
	Welches sind zentrale Nutzen, die für Sie persönlich durch das Partnernetzwerk von LBL entstanden sind?	
	Inwieweit steht der Nutzen in einem angemessenen Verhältnis zum Aufwand?	
	Was sind Herausforderungen, die das Netzwerk von LBL mit sich bringt?	
3. Zusammenarbeit	<p><i>Wenn Zusammenarbeit:</i></p> <p>Wie sieht die Zusammenarbeit mit anderen PartnerInnen von LBL aus?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie konstant ist die Zusammenarbeit mit den anderen PartnerInnen? • Was läuft gut bei der Zusammenarbeit? • Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie? • Was für eine Rolle spielt die BKK24 bei der Zusammenarbeit bei LBL bzw. welche Aufgaben übernimmt sie?

	<p><i>Wenn keine Zusammenarbeit:</i></p> <p>Warum gibt es keine Zusammenarbeit mit anderen PartnerInnen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wünschen Sie sich eine Zusammenarbeit? • Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie? • Wie sollte die Zusammenarbeit aussehen? • Was für eine Rolle spielt die BKK24 bei der Zusammenarbeit bei LBL bzw. welche Aufgaben übernimmt sie?
4. Nachhaltigkeit	Inwieweit spielt die Zusammenarbeit mit den anderen NetzwerkpartnerInnen für Ihre Institution eine Rolle?	<ul style="list-style-type: none"> • Wie stabil schätzen Sie die Kontakte innerhalb des Netzwerks ein, auch längerfristig? • Mit wie vielen PartnerInnen des Netzwerks von LBL tauschen Sie sich aus? <ul style="list-style-type: none"> ○ Kannten Sie diese PartnerInnen bereits vorher oder haben Sie sie über LBL kennengelernt? • Fehlen Ihnen noch bestimmte PartnerInnen im Netzwerk? <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn ja: Wer?
5. Interne Kommunikation	Wie werden Informationen innerhalb des Partnernetzwerks von LBL ausgetauscht?	<ul style="list-style-type: none"> • Wie häufig findet eine Kontaktaufnahme statt? (Interaktionsdichte) • Inwieweit sind Sie mit der Kommunikation innerhalb des Partnernetzwerks zufrieden? <ul style="list-style-type: none"> ○ Verbesserungsvorschläge?
6. Vertrauen und Konkurrenz	Wie würden Sie das Verhältnis Ihrer Institution zu den anderen Partnern von LBL beschreiben?	<ul style="list-style-type: none"> • Inwieweit gewährleistet das Netzwerk von LBL eine vertrauensvolle Zusammenarbeit? • Inwieweit besteht oder bestand ein gewisser Wettbewerb innerhalb des Netzwerkes? • Wissen Sie von Konflikten innerhalb der Initiative, die es gibt bzw. in der Vergangenheit gab?
7. Ressourcen	Welche und wie viele Ressourcen (zeitlich, personell, finanziell) wenden Sie auf, um die Aufgaben, die bezüglich LBL anfallen, umzusetzen?	<ul style="list-style-type: none"> • Sind die Ressourcen ausreichend oder fehlt etwas? <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Ressourcen und wie viel?
Abschlussfrage: Wünsche, Verbesserungsvorschläge	Haben Sie Ideen oder Wünsche für Veränderungen des Partnernetzwerks?	Gibt es weitere Anmerkungen zum LBL, die Sie gerne ansprechen möchten?
Schluss	<ul style="list-style-type: none"> • Dank • Verabschiedung 	

(Quelle: Eigene Darstellung)

A 2

Tabelle 6: Kodierleitfaden

Kategorien	Definitionen	Ankerbeispiele
K1: Kennenlernen von LBL, Mitgliedschaftsgestaltung und -dauer	Beschreibung, wie die Institution auf LBL aufmerksam geworden ist, seit wann sie Mitglied sind und welche ihrer Aufgaben sie mit LBL verbindet.	„Über vielfältigen Kontakte, die es schon vorher gab haben wir von LBL Aktion erfahren.“ (IP 2, Z. 10) „(...) hat vor 2 ½ bis 3 Jahren begonnen.“ (IP 1, Z. 20) „(...) Sportabzeichenwettbewerb (...).“ (IP , Z. 22)
Fördernden Faktoren für Netzwerkarbeit		
K2: Zielvorstellung		
SK2.1: Intention zur Teilnahme an LBL	Grund für und Erwartungen an die Mitgliedschaft bei LBL.	„Um auch einfach Mal zu dokumentieren, dass uns das Ernst ist.“ (IP 4, Z. 33)
SK2.2: Erfüllung der Erwartungen	Erklärung inwieweit die Erwartungen erfüllt wurden.	„Ich muss sagen, das hat meine Erwartungen erfüllt (...).“ (IP 3, Z. 77f.)
SK2.3: Ziele der Institution	Ziele, die die Institution mit der LBL Mitgliedschaft verfolgt.	„Betriebliche Gesundheitsförderung (...) für unsere Mitarbeiter“ (IP 4, Z. 79f.)
SK2.4: Netzwerkziele	Beschreibung der Ziele des Netzwerks.	„„Mehr Leute dazu zu bringen gesünder zu leben“ (IP 10, Z. 28)
SK2.5: Zielkonflikte	Einschätzung von Zielkonflikten im Netzwerk.	„Ich könnte mir keinen Partner vorstellen der konträre Ziele verfolgen könnte“ (IP 4, Z. 118)
K3: Win-win-Situation		
SK3.1: Nutzen für die Institution	Nutzen, die der Institution durch das PartnerInnennetzwerk von LBL entstanden sind.	„ (...)und ich würde sagen der Bekanntheitsgrad ist gewachsen“ (IP 5, Z. 7f.)
SK3.2: Persönlicher Nutzen	Nutzen, die den Befragten persönlich durch das PartnerInnennetzwerk von LBL entstanden sind.	„Als Privatperson hat man natürlich die einfachen Aussagen, die sich hier hinter verstecken zu Gemüte geführt“ (IP 3, Z. 14f.)
SK3.3: Verhältnis Nutzen-Aufwand	Einschätzung, inwieweit der Nutzen im angemessenen Verhältnis zum Aufwand steht.	„Also der Aufwand hält sich in relativ bescheidenden Grenzen.“ (IP 2, Z. 144)
SK3.4: Herausforderungen des Netzwerks	Herausforderungen, die das Netzwerk hervorbringt.	„Und das ist glaube ich auch die große Herausforderung der BKK24, dieses Konzept weiter weg zu tragen aus Schaumburg (...).“ (IP 6, Z. 156f.)
K4: Zusammenarbeit		

SK4.1: Art der Zusammenarbeit	Beschreibung der Zusammenarbeit mit anderen PartnerInnen.	„Ja gut, dieses Partnernetzwerk, mit den Partnern direkt haben wir keinen Kontakt. Das läuft alles über die Krankenkasse.“ (IP 4, Z. 94f.)
SK4.2: Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit	Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit im Netzwerk von LBL.	„Dass man da vielleicht noch einmal öfter sich trifft.“ (IP 2, Z. 167f.)
SK4.3: Funktion der BKK24	Funktion und Bedeutung, die die BKK24 bei der Zusammenarbeit einnimmt.	„Sie ist ganz deutlicher Promoter der Aktion.“ (IP 2, Z. 189)
K5:		
Nachhaltigkeit		
SK5.1: Stabilität und Beständigkeit des Netzwerks	Einschätzung der Stabilität und Beständigkeit des LBL-Netzwerks.	„Ich bin davon überzeugt, dass die längerfristig bestehen bleiben werden.“ (IP 2, Z. 196)
SK5.2: Austausch und Kenntnis der PartnerInnen	Einschätzung, ob die Bekanntschaften mit NetzwerkpartnerInnen durch LBL entstand oder bereits vorher bestand und mit wie vielen PartnerInnen ein Austausch stattfindet.	„Ein Drittel habe ich erst durch die LBL-Aktion kennengelernt (...).“ (IP 2, Z. 205)
SK5.3: Fehlende PartnerInnen	Identifikation fehlender PartnerInnen im Netzwerk von LBL.	„Also spontan fallen mir die Kommunen ein.“ (IP 2, Z. 211)
K6:		
Interne Kommunikation		
SK6.1: Art und Frequenz des Informationsaustausches	Art des Informationsaustausches innerhalb des Netzwerks und Häufigkeit der Kontaktaufnahme.	„Dann aber auch per E-Mail oder per Telefon.(...) Würde ich auf ein Mal im Monat beziffern.“ (IP 2, Z. 117ff.)
SK6.2: Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge	Zufriedenheit mit der Kommunikation innerhalb des Netzwerks und Vorschläge für eine verbesserte Kommunikation.	„Ich halte die Kommunikation für durchaus gut.“ (IP 2, Z. 230)
K7:		
Vertrauen und Konkurrenz		
SK7.1: Verhältnis zu NetzwerkpartnerInnen	Beschreibung des Verhältnisses zu anderen NetzwerkpartnerInnen und inwieweit das Netzwerk vertrauensvolle Zusammenarbeit gewährleistet.	„Als sehr gut. Ich hoffe, dass sehen die anderen auch so. (...) Das ist sehr sehr vertrauensvoll, ja.“ (IP 2, Z. 233ff.)
SK7.2: Wettbewerb	Identifikation von Wettbewerb innerhalb des Netzwerks von LBL.	„Wüsste ich nichts. Könnte ich mir auch nicht vorstellen.“ (IP 2, Z. 243)
SK7.3: Konflikte	Identifikation von Konflikten innerhalb des Netzwerks von LBL.	„Ich weiß von einem Sportverein, der sich mehr erhofft hatte.“ (IP 5, Z. 242)
K8:		
Ressourcen		

SK8.1: Art und Umfang der Ressourcennutzung	Beschreibung, welche Ressourcen und in welchem Umfang für die Mitgliedschaft bei LBL genutzt werden.	„(...) meine Zeit im Grunde genommen. Das Material was ich für meine Werbung brauche wird von der Firma hier gesponsert.“ (IP 12, Z. 227f.)
SK8.2: Fehlende Ressourcen und Wunsch nach weiteren	Einschätzung, ob die vorhandenen Ressourcen ausreichend sind.	„Ressourcenmangel ist an sich Zeit.“ (IP 5, Z. 261),
K9: Wünsche & Verbesserungsvorschläge	Wünsche und Verbesserungsvorschläge für Veränderungen im Netzwerk.	„(...), vlt. bildungsfernere Schichten ins Programm reinzukriegen.“ (IP 3, Z. 103f.)

(Quelle: Eigene Darstellung)

ANHANG B

Anhang B befindet sich auf der beiliegenden Daten-CD.

B 1 Transkripte der Interviews (A – J)

B 2 Auswertungstabelle

Gesundheitsinitiative „Länger besser leben.“
BKK24 Bericht 2015

Jörg Nielaczny
BKK24
Master of Business Administration



Deutschlands größtes regionales Vorsorgeprogramm

- Die Umsetzung der EPIC-Norfolk Studie
- Betriebswirtschaftliche Auswirkungen
- Auswirkungen auf die Krankenstände der Teilnehmer
- Einfluss auf das Gesundheitsverhalten
- Bedeutung für das betriebliche Gesundheitsmanagement
- Erfolg der Marketing- und Werbemaßnahmen
- Resumée und Perspektiven

 **BKK24** *Länger besser leben.*





Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,

warum werden manche Menschen seltener krank und deutlich älter? Diese Frage haben 23 renommierte Forschungszentren aus ganz Europa beantwortet. Nach ihren Erkenntnissen hat die Cambridge Universität Gesundheitsregeln aufgestellt und deren Wirksamkeit bewiesen.

Bereits im vierten Jahr überträgt die BKK24 diesen wissenschaftlichen Fortschritt als einzige Krankenkasse in die Praxis. „Länger besser leben.“ führt als größtes regionales Präventionsprogramm in der Bundesrepublik zu einem Umdenken in der Bevölkerung. Die Teilnehmer interessieren sich eigenverantwortlich und mit steigender Tendenz für Präventionsangebote, die ihre Gesundheit erhalten. Was sie interessiert und gut für sie ist, zeigt ihnen die „Länger besser leben.“-Datenbank mit vielen tausend Kurs- und Veranstaltungsterminen. Dank der Zusammenarbeit mit unseren Partnern ist sie die umfassendste Informationsquelle ihrer Art in Deutschland.

Anhand der bisher ermittelten Fakten wollen wir Ihnen mit diesem Bericht einen Überblick geben, wie sich „Länger besser leben.“ auf die Gesundheit und das Gesundheitsmanagement in den Unternehmen auswirkt - Faktoren, die angesichts der demoskopischen Daten immer weiter in den Fokus rücken. Außerdem haben wir den Einfluss auf die Leistungsausgaben unserer Krankenkasse ausgerechnet, einem wesentlichen Indikator für die künftigen Kosten im Gesundheitswesen.

Nach dem Ende der Pilotphase hat die Initiative in weiteren Städten und Regionen Fahrt aufgenommen und bringt uns den Kernzielen der Gesundheitsvorsorge in Deutschland mit wachsendem Tempo jeden Tag ein Stück näher.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Friedrich Schütte
Vorstand der BKK24



Inhalt

Zusammenfassung des BKK24 Bericht 2015	Seite 03
Die EPIC-Norfolk Studie	Seite 04
Was ist „Länger besser leben.“?	Seite 04
Betriebswirtschaftliches Zwischenergebnis	Seite 05
Daten & Fakten zu den „Länger besser leben.“-Teilnehmern	Seite 06
Auswirkung von „Länger bessert leben.“ auf die Krankenstände	Seite 07
Angebote an Unternehmen sowie engagierte Einzelpersonen	Seite 08
Überblick über den Marketing- und Werbeerfolg	Seite 09
Erkenntnisse aus der Auswertung und der Marktforschung	Seite 10
Perspektiven für die Fortschreibung von „Länger besser leben.“	Seite 11

Erstellt durch:

BKK24 | Kommunikation & Information
Sülbecker Brand 1 | 31683 Obernkirchen

www.bkk24.de/lbl | 2

Zusammenfassung zum „Länger besser leben.“-Bericht 2015

„Länger besser leben.“ geht zurück auf Erkenntnisse der Universität Cambridge – dort haben Wissenschaftler nach rund zwei Jahrzehnten europaweiter Forschung Regeln aufgestellt, mit denen die Menschen nachweislich seltener krank und bis zu 14 Jahre älter werden. Unter der Schirmherrschaft der früheren Gesundheitsministerin Ulla Schmidt entwickelte die BKK24 daraus eine Gesundheitsinitiative, die seit dem Start im Jahr 2011 zu Deutschlands größtem regionalem Präventionsprogramm geworden ist. Innerhalb der zurückliegenden zwölf Monate ist die Zahl der „Länger besser leben.“-Teilnehmer von 5.259 auf 7.201 angestiegen. Ausgehend von der Pilotregion wurde das Aktionsgebiet bis Mai 2015 auf sieben weitere Städte und Landkreise ausgedehnt.

Im Zeitverlauf ist unter anderem die Zahl der Teilnehmer mit Übergewicht zurückgegangen (von 46,5 auf 29,7 Prozent im Jahr 2014) und liegt damit rund 7 Prozentpunkte unter dem bundesweiten Wert. Unter dem Strich geben im Pilotort Obernkirchen 29,2 Prozent mehr Teilnehmer als noch in 2013 an, sich mehr und eigenverantwortlich um ihre Gesundheit zu kümmern. In Nienburg, wo der „Länger besser leben.“-Start ein Jahr später erfolgte, ist diese Zahl von 8,0 auf 83,3 Prozent in 2014 emporgeschellt.

Das „Länger besser leben.“-Gesundheitsmanagement für Betriebe verzeichnet einen ähnlichen

Trend. So fällt in der von der Glasindustrie geprägten Pilotregion der positive Einfluss auf die sonst häufig vorkommenden Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems besonders auf. Der Anteil entsprechender Indikationen ist bei den Teilnehmern um 3,1 Prozentpunkte niedriger, was in der Altersgruppe von 31 bis 50 Jahren unterdurchschnittliche Krankenstände bewirkt.

Der positive Einfluss von „Länger besser leben.“ macht sich auch wirtschaftlich bemerkbar. Allein bei der Krankenkasse BKK24 beträgt der Überschuss der Einnahmen gegenüber den Ausgaben für die Teilnehmer das 7,3-fache des Durchschnitts aller Versicherten. Dies beeindruckt besonders vor dem Hintergrund einer höheren Inanspruchnahme von Satzungsleistungen durch diese Zielgruppe.

Ebenfalls hervorzuheben sind der positive Einfluss der Initiative auf das Vereinsleben sowie das stetig steigende Interesse an sportlichen Freizeitaktivitäten. Die 937 Angebote regionaler Partner (Vorjahr 607) sind nun ergänzt um 2.500 Sportabzeichen-Treffs sowie ca. 19.000 SPORT PRO GESUNDHEIT-Angebote. Darüber hinaus informiert Deutschlands umfangreichste Gesundheitsdatenbank im Internet über alle Präventionsmaßnahmen im Bundesgebiet, für die Kostenerstattungen durch Krankenkassen möglich sind.



1 Nehmen Sie jeden Tag fünf Portionen Obst und Gemüse zu sich.



2 Achten Sie auf ausreichend körperliche Aktivität und Bewegung.



3 Geben Sie das Rauchen auf - oder fangen Sie gar nicht erst damit an.



4 Genießen Sie Alkohol in Maßen. Überschreiten Sie nicht die kritischen Mengen.

Vier einfache Regeln genügen, um sich besser vor Krankheiten zu schützen und die Lebenserwartung um bis zu 14 Jahre zu verlängern. Das haben 23 europäische Forschungszentren¹⁾ festgestellt, die seit über 20 Jahren Daten über den Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und Lebenserwartung sammeln. Sie wurden von der Universität Cambridge²⁾ mit den medizinischen Lebensläufen von 20.244 Bewohnern der Grafschaft Norfolk verglichen.

Die EPIC-Norfolk Studie

Die EPIC-Norfolk Prospektiv Population Study führt den Beweis, dass ein Zusammenwirken von bestimmten Verhaltensfaktoren Krankheitsrisiken reduziert und die Lebenserwartung um durchschnittlich bis zu 14 Jahre verlängert. Diese sind:

- Ausgewogene und überwiegend mediterrane Ernährung, messbar an einem Plasma-Vitamin-C-Gehalt im Blut von $C \geq 50$ nmol/l.
- Ausreichend Bewegung, errechnet aus der Summe körperlicher Aktivitäten im Verhältnis zur Beanspruchung in Beruf und Freizeit.
- Vollständiger Verzicht auf Nikotin.

- Konsum von mehr als 1, höchstens aber 14 (bei Frauen 7) Einheiten³⁾ Alkohol pro Woche.

Im Vergleich zu jedem einzelnen von Ihnen vervielfacht das Zusammenspiel dieser Faktoren die gesundheitliche Wirkung. Das Risiko für Infektionen, kardiovaskuläre Krankheiten und sogar Krebs reduziert sich um bis zu 70 Prozentpunkte.

Die Autoren haben im Kommentar zu ihrer Studie gefordert, die Ergebnisse von der Wissenschaft in die Praxis des europäischen Gesundheitswesens zu übersetzen.

„Länger besser leben.“

Das Präventionsmodell der BKK24 folgt den Ergebnissen der EPIC-Studie. Der von der Cambridge Universität (Bild rechts) zur Ermittlung des aktuellen Gesundheitsverhaltens entwickelte Fragebogen wurde adaptiert.

Ziel ist es, Präventionsmaßnahmen individuell und bedarfsorientiert in einer Form anzubieten,

- die eine nachhaltige Änderung des Gesundheitsverhaltens erwarten lässt,
- möglichst viele, auch traditionell nicht präventionsaffine Zielgruppen erreicht, sowie
- mittel- bzw. langfristig Krankenstände und damit Leistungsausgaben reduziert.

Die EPIC-Forschung endet mit Ermittlung des tatsächlichen Gesundheitsverhaltens. Über den der BKK24 mitgeteilten Ist-Zustand hinaus, will „Länger besser leben.“ die Teilnehmer zu dessen Korrektur in den Teilen motivieren, die sich nicht mit den Voraussetzungen für einen gesundheitsbe-

wussten Lebensstil decken.

Dies erfordert Kom-

munikationsarbeit und das Bereitstellen von Angeboten über reine Präventionsmaßnahmen hinaus.

Die Initiative wird von einem hochkarätig besetzten wissenschaftlichen Beirat begleitet:

- Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bielefeld
 - Norbert Paland, Ministerialdirigent im Bundesministerium für Gesundheit
 - Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen
 - Klaus Vater, ehem. stv. Regierungssprecher
- Schirmherrin ist Ulla Schmidt, Vizepräsidentin des Deutschen Bundestages und Gesundheitsministerin a.D.



1) European Prospective into Cancer and Nutrition

2) Autoren: K.-T. Khaw, Dep. of Public Health and Primary Care; A. Welch, Institute of Public Health; R. Luben, Cambridge School of Clinical Medicine; N. Wareham, Medical Research Council, Epidemiology Unit; S. Bingham, Medical Research Council, Dunn Nutrition Unit

3) 1 Einheit = etwa 8 g Alkohol

Dem Pilotprojekt in Obernkirchen sind inzwischen sieben weitere Städte und Regionen gefolgt, so dass „Länger besser leben.“ inzwischen für mehr als eine Millionen Frauen und Männer erreichbar ist.

Das Bild rechts zeigt den Start des Projekts mit einem Spaziergang über 3.000 Schritte in Rinteln an der Weser.



„Länger besser leben.“-Bericht 2015

Pilotort ist die Stadt Obernkirchen im Landkreis Schaumburg, Niedersachsen (ca. 9.150 Einwohner in ca. 4.500 Haushalten). Das Ausfüllen der Fragebogen erfolgt(e) auf freiwilliger Basis, die Auswertung ist unabhängig von der Mitgliedschaft bei einer bestimmten Krankenkasse.

Zur Ermittlung des vorläufigen Ergebnisses dienten:

- Die regionalen Gesundheitsberichte 2012 und 2013 für die BKK24, aufgestellt vom Institut für Prävention und Gesundheitsforschung an der Universität Duisburg-Essen⁴⁾
- Die empirischen Zeitreihenuntersuchungen 2012, 2013 und 2014 der dostal & partner managementberatung gmbh, Vilsbiburg⁵⁾
- Betriebswirtschaftliche Auswertungen 2015 der BKK24, Fachbereich Unternehmenssteuerung
- Veröffentlichungen des Robert-Koch-Instituts (2008 bis 2013)

Zum Berichtszeitpunkt zählte „Länger besser leben.“:

- 7.201 Teilnehmer (Vorjahr 5.259)
- 234 Netzwerkpartner (Vorjahr 176), darunter Deutsche Herzstiftung, Hausärzte, DOSB etc.
- 973 Angebote regionaler Partner (Vorjahr 607) aus allen vier EPIC-Themenfeldern, dazu rund 2.500 Sportabzeichen Treffs sowie ca. 19.000 SPORT PRO GESUNDHEIT Offerten.

Ausgehend von der Pilotregion wurde das Aktionsgebiet bis Mai 2015 ausgedehnt auf:

- Stadthagen mit diversen Ortsteilen
- Landkreis Nienburg
- Rattenfängerstadt Hameln mit Umfeld
- Landeshauptstadt Hannover
- Stadt Germersheim (Rheinland Pfalz)
- Kreis Herford (NRW)
- Stadt Rinteln

Betriebswirtschaftliches Zwischenergebnis

Mit dem Stand 13.01.2014 wurde 100.047 Datensätze von Versicherten der BKK24 ausgewertet, darunter 3.474 (von damals insgesamt 3.535) Teilnehmer(n)⁶⁾ an „Länger besser leben“.

2011	Überschuss zwischen Einnahmen und Ausgaben für LBL-Teilnehmer pro Kopf:	5,5 fach vom Durchschnitt ⁷⁾
2012	Überschuss zwischen Einnahmen und Ausgaben für LBL-Teilnehmer pro Kopf:	6,1 fach vom Durchschnitt ⁷⁾
2013	Überschuss zwischen Einnahmen und Ausgaben für LBL-Teilnehmer pro Kopf:	10,2 fach vom Durchschnitt ⁷⁾
2014	Überschuss zwischen Einnahmen und Ausgaben für LBL-Teilnehmer pro Kopf:	7,3 fach vom Durchschnitt ⁷⁾

Der Überschuss⁸⁾ für Teilnehmer am Programm ist also seit dem Start von „Länger besser leben.“ gestiegen und war Anfang 2014 um das 7,3-fache höher als für den durchschnittlichen Versicherten.

Die Differenz von 2013 zu 2014 resultiert aus der erstmaligen Berücksichtigung von Satzungsleistungen.

4) Autoren Heiko Friedel (Oktober 2013) | Frank Pisch (Mai 2015)

5) Telefonbefragung mit Zufallsstichproben nach dem Gabler/Häder-Verfahren

6) Ausgewertet wurden nur Daten der Teilnehmer, die bei der BKK24 versichert sind.

7) Quelle: BKK24 Unternehmenssteuerung (2015)

8) Zuweisungsbeträge für Satzungs- und Ermessensleistungen in 2014 erstmals berücksichtigt. Verwaltungskosten und Verwaltungskostenzuweisungen sind nicht enthalten.



Die Ergebnis von Gesundheitsbericht und Marktforschung lassen den Schluss zu, dass durch „Länger besser leben.“ zu einem hohen Prozentsatz Teilnehmer erreicht wurden, die auch tatsächlich erhöhten Präventionsbedarf haben.

Daten & Fakten zu den „Länger besser leben.“-Teilnehmern

Alter und Zielgruppe

Das Durchschnittsalter der erwerbstätigen LBL-Teilnehmer liegt mit 46,7 (2011: 46,2) über dem regionalen Versichertendurchschnitt (43,2 Jahre).

Beide Geschlechter haben nahezu das gleiche mittlere Alter, Männer sind aber – wie schon 2012 – deutlich unterrepräsentiert (41,7 %).

Quelle: Regionale Gesundheitsberichte 2012 (Seite 5 ff.) und 2013 (Seite 7 ff.)

Gewicht (Body Mass Index)

	LBL 2013	LBL 2014	bundesweit
Normalgewicht oder keine Angabe =	37,5 %	55,8 %	38,2 %
Übergewicht (BMI >25) =	46,5 %	29,7 %	36,6 %
Adipositas (BMI ab 30) =	16,0 %	14,6 %	23,6 %

Quelle: bundesweit RKI, Gewichtsveränderung bei Erwachsenen (2013) | BKK24 (2015)

Ernährungsverhalten

	LBL 2013	LBL 2014	bundesweit
Ausreichend Obst und Gemüse ⁹⁾ =	13,1%	8,7 %	9,0 %
Zu wenig Obst und Gemüse ⁹⁾ =	86,9%	91,3 %	91,0 %

Quelle: bundesweit RKI (GEDA 2012) | BKK24 (2015)

Nikotinkonsum

	LBL 2013	LBL 2014	bundesweit
Raucher =	21,3 %	19,7 %	29,8 %
Nichtraucher bzw. Ex-Raucher =	78,7 %	80,3 %	70,3 %

Quelle: bundesweit DEGS1 des RKI (2008-2011) | BKK24 (2015)

Angabe der Teilnehmer, sich mehr und eigenverantwortlich um ihre Gesundheit kümmern zu wollen

	2012	2013	2014	Tendenz
„Länger besser leben.“-Teilnehmer Obernkirchen	43,5 %	70,8 %	100,0 %	+ 29,2 %
„Länger besser leben.“-Teilnehmer Nienburg		8,0 %	83,3 %	+ 75,3 %
Grundgesamtheit Obernkirchen		5,0%	23,5 %	+ 15,0 %
Grundgesamtheit Nienburg		1,0 %	6,0 %	+ 5,0 %

Quelle: dostal (2015), Seite 26

Ziel erreicht: Mit 56,5 Prozentpunkten plus in Obernkirchen (75,3 Prozent in Nienburg) regt „Länger besser leben.“ die Teilnehmer dazu an, sich eigenverantwortlich um die Gesundheit zu kümmern.

Gesundheit der Teilnehmer



9) Nach den Empfehlungen der EPIC-Ernährungsforschung (deckungsgleich mit den Empfehlungen der DGE) werden 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Obst als Untergrenze für einen annähernd mediterranen Lebensstil angesehen



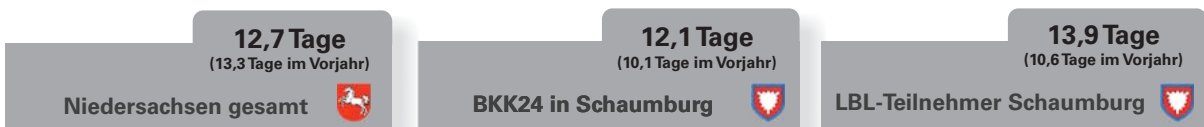
Betriebliche Gesundheitsförderung mit „Länger besser leben.“ wird mit Informationsmaterial unterstützt. Im Bild sehen Sie Beispiele für Einladungen zu verschiedenen Themen.

Auswirkung von „Länger besser leben.“ auf die Krankenstände

7 % der erwerbstätigen Mitglieder der BKK24 leben im Landkreis Schaumburg und sind bis 2,4 Jahre älter, als das entsprechende Vergleichskollektiv der anderen Landkreise - die „Länger bes-

ser leben.“-Teilnehmer sind dort sogar im Mittel 3,5 Jahre älter. Von dieser Altersgruppe nehmen insgesamt 5,9 % - und damit mehr als die Hälfte - an „Länger besser leben.“ teil.

Durchschnittliche AU-Tage je Fall



Quelle: Universität Duisburg-Essen

Durchschnittliche AU-Tage je Fall nach Alter

	BKK24	LBL-Teilnehmer	Differenz
Bis 30 Jahre	7,2	7,3	+ 0,1
31 bis 40 Jahre	10,2	8,8	- 1,4
41 bis 50 Jahre	13,2	11,8	- 1,4
ab 51 Jahre	17,4	17,6	+ 0,2

Quelle: Regionaler Gesundheitsbericht (2014), Seite 10

Beispiele für die Hauptindikationen

	BKK24	LBL-Teilnehmer	Differenz
Verdauungssystem	9,5 %	7,2 %	-2,3%
Muskeln und Skelett	16,9 %	13,8 %	-3,1 %

Quelle: Regionaler Gesundheitsbericht (2014), Seite 13

Erwerbstätige Mitglieder der BKK24 sind mit 12,1 AU-Tagen im Vergleich zu 12,7 AU-Tagen in Niedersachsen ohnehin besser gestellt. Besonders positiv ist in der von Glasindustrie geprägten Region der Einfluss auf die häufig vorkommenden Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems.



Privatpersonen profitieren in der Regel von allen Maßnahmen, die für das betriebliche Gesundheitsmanagement geplant und durchgeführt werden.

Angebote von „Länger besser leben.“ an Unternehmen sowie an thematisch engagierte Einzelpersonen

Über die Kernregionen hinaus unterstützt der Bekanntheitsgrad von „Länger besser leben.“ den Erfolg von Maßnahmen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements:

„Länger besser leben.“-Tage

Um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf den Einstieg ins betriebliche Gesundheitsmanagement vorzubereiten, klären Tagesaktionen über die Hintergründe des „Länger besser leben.“-Programms und die Chancen auf, seltener krank und deutlich älter zu werden. Veranstaltungen werden auch außerhalb der LBL-Regionen durchgeführt, wie in Neuenhagen bei Berlin, in Wahlstedt (Schleswig Holstein) oder Germersheim (Rheinland-Pfalz).

Aktionen für Auszubildende

Bewegung, Suchtprävention sowie gesunde Ernährung sind Themen der regelmäßigen Aktionen, die den Auszubildenden in Zusammenarbeit mit Betrieben angeboten und mit regionalen Partnern durchgeführt werden. Besonders hervorzuheben ist das Gesundheitsmanagement für Berufsanfänger in den Ardagh Werken.

Aktionen für mehr Bewegung

Zusammen mit „Länger besser leben.“-Partnern werden besondere Bewegungsangebote entwickelt und den Mitarbeitern der Unternehmen sowie deren Familienangehörigen angeboten. Dazu gehören Kooperationen mit Fitness-Studios in

Schaumburg, aber auch mit Mrs.Sporty-Niederlassungen in Hessen und Rheinland-Pfalz im Bereich der Frauengesundheit.

Aktionen zur gesünderen Ernährung

In sitzenden Berufen, vor allem aber in Unternehmen mit Schichtarbeit hat sich durch Fehlernährung verursachtes Übergewicht als Problem erwiesen. Hier steuert „Länger besser leben.“ in Zusammenarbeit mit den Werkskantinen und mit Ernährungsaktionen gegen.

Sportabzeichen-Wettbewerb

In welchem Betrieb werden im Verhältnis zur Mitarbeiterzahl die meisten Sportabzeichen abgelegt? Als Motivation loben „Länger besser leben.“-Partner ein entsprechendes Preisgeld aus. Zusätzlich werden Übungsmöglichkeiten auch für Familien und zum Beispiel Schichtarbeiter durch die gezielte Förderung entsprechender Vereinsangebote in Niedersachsen optimiert. Als Nationaler Förderer arbeitet die BKK24 seit 2014 mit dem Deutschen Olympischen Sportbund zusammen. Ziel ist, Freizeitsportler zusätzlich für die Themen Ernährung, Nikotinversicht und Umgang mit Alkohol zu interessieren.



Die in Deutschland einmalige Gesundheitsdatenbank motiviert auch die weniger vorsorgeaffinen Männer. Zum Beispiel in Obernkirchen interessieren sich inzwischen 70,2 % für Eigeninitiative in Sachen Gesundheit (+ 32,2 % im Vergleich zu 2012)

Werbe- und Marketingmaßnahmen mit dem Ziel, zur Teilnahme an „Länger besser leben.“ zu motivieren

Bisher

- Großveranstaltungen (zum Beispiel 3.000 Schritte-Aktionen) zur Einführung von „Länger besser leben.“
- Aufbau von Deutschlands größter Gesundheitsdatenbank zusammen mit Partnern unter anderem aus dem „Länger besser leben.“-Netzwerk, dem Deutschen Olympischen Sportbund und der Zentrale Prüfstelle Prävention.
- Kooperationen mit dem Ziel, zusätzliche Vorsorge- und Präventionsangebote zum Erreichen der EPIC-Ziele als Satzungsleistungen aufnehmen zu können.
- Durchführen von (Partner-)Veranstaltungen sowie deren Bewerbung in örtlichen Medien.
- Regelmäßige Publikationen in den eigenen Medien der BKK24, z.B. Kundenmagazin dieaktive.

Diese Maßnahmen haben in Obernkirchen und Nienburg zu den folgenden Ergebnissen geführt

	2012	2013	2014	Tendenz
Generelles bzw. hohes Interesse an				
Gesundheitsvorsorge in Obernkirchen	89,5 %	81,5 %	88,8 %	+ 7,3 %
Gesundheitsvorsorge in Nienburg	90,0 %	90,0 %	90,0 %	± 0,0 %
Bekanntheit von „Länger besser Leben.“				
Bekanntheitsgrad in Obernkirchen	45,0 %	49,0 %	74,0 %	+ 25,0 %
Bekanntheitsgrad in Nienburg	10,2 %	12,4 %	26,0 %	+ 13,6 %
Mit + 32,2 % in Obernkirchen (+ 12,5 % in Nienburg) überdurchschnittliche Bekanntheit bei den männlichen Befragten				

Quellen: dostal 2013 (Seite 3 ff.) und 2014 (Seite 11 ff.)

Informationsquellen der Einwohner des Pilotortes im Zusammenhang mit „Länger besser leben.“

	2012	2013	2014	Tendenz
Medien Obernkirchen (Zeitungen)	61,4 %	50,6 %	42,9 %	- 7,7 %
Medien Nienburg	62,6 %	45,0 %	28,8 %	- 16,2 %
Mund-zu-Mund Obernkirchen	15,2 %	46,8 %	30,6 %	- 16,2 %
Mund-zu-Mund Nienburg	25,0 %	20,0 %	75,0 %	+ 55,0 %

Quellen: dostal 2013 (Seite 10) und 2014 (Seite 19)

„Länger besser leben.“ ist in den Köpfen der Bevölkerung angekommen. Die Botschaft wird mit einer Steigerungsrate von bis zu 50 Prozentpunkten in Nienburg von Mund zu Mund übertragen. Das entlastet das Kommunikationsbudget und hat die Ausweitung des Aktionsgebietes ermöglicht.

Bekanntheitsgrad und Teilnahme an „Länger besser leben.“-Aktionen

In beiden Kernregionen ist der Bekanntheitsgrad des „Länger besser leben.“-Programms kontinuierlich angestiegen und liegt in Obernkirchen bereits bei 74,0 Prozent.

10 Prozent der „Länger besser leben“-Teilnehmer aus Obernkirchen und 5,5 Prozent aus Nienburg kamen in 2014 zu Veranstaltungen.



- 3.000 Schritte-Aktion mit Prominenten, zuletzt beim „Länger besser leben.“-Start in Rinteln
- „Kerlgesund“ als Tag der Männergesundheit im Landkreis Schaumburg
- „Kneipp-Karrussell“ mit sportlichen Schnupperangeboten
- Barbarossalauf
- Koch- und Grillkurse, darunter auch spezielle Angebote für Familien mit Kindern
- Sportabzeichen-Wettbewerb für die Mitarbeiter regionaler Betriebe
- Diverse Tanz- und Fitness-Kurse
- Herz- und Kreislauftraining
- Angebote zur Gewichtsreduktion

„Länger besser leben.“ in den Kernregionen: Erkenntnisse der Auswertungen und der Marktforschung

- Die Teilnehmer von „Länger besser leben.“ bekommen gesundheitliche Probleme in Summe schneller in den Griff. So ist zum Beispiel die Zahl der Frauen und Männer mit Übergewicht innerhalb eines Jahres von 46,5 auf 29,7 Prozent gesunken. Sie liegt damit knapp sieben Prozentpunkte unter dem bundesweiten Durchschnitt. Ähnlich gut sieht es beim Nikotinverzicht aus.
- Mit dem Einstieg in das „Länger besser leben.“-Programm beginnen die Teilnehmer, sich selbst für ihre Gesundheit verantwortlich zu fühlen. Im Pilotort Obernkirchen zeigen nach vier Jahren praktisch alle Befragten diese Eigeninitiative, in Nienburg sind das nach drei Jahren bereits 83,3 Prozent.
- Das (medizinferne) „Länger besser leben.“ erreicht einen überdurchschnittlich hohen Anteil der an Gesundheitsthemen wenig interessierten Männer. Ihr Anteil beträgt zur Zeit 70,2 Prozent und ist im Vergleich zu 2012 um 32,2 Punkte gestiegen!
- Betriebswirtschaftlich ist „Länger besser leben.“ ein Erfolg für die BKK24. Im Vergleich zu allen weiteren Versicherten hat sich der Überschuss zwischen Einnahmen und Ausgaben um den selbst unter Einbeziehungen der (freiwilligen) Satzungsleistungen um den Faktor 7,3 multipliziert.
- Die Ärzte in den Regionen unterstreichen mit Empfehlungen an ihre Patienten die Bedeutung des „Länger besser leben.“-Programms für die Gesundheitsvorsorge. Leider spielen die weiteren Netzwerkpartner bei der Kommunikation keine vergleichbare Rolle.
- Unter dem Einfluss der Initiative ist das generelle Interesse an der Gesundheitsvorsorge in der wichtigen Altersgruppe bis 40 Jahre in Obernkirchen von 58,5 auf 71,7 Prozent (Zeitraum von 2012 bis 2014) gestiegen. Kunden der BKK24 sind mit 87,2 Prozent im Vergleich zu 65,1 Prozent bei den Versicherten anderer Kassen besonders präventionsaffin.
- Durch Mund-zu-Mund-Propaganda steigt der Bekanntheitsgrad von „Länger besser leben.“ trotz geringeren Werbeeinsatzes. Dies ist besonders signifikant in Nienburg, wo in 2014 auf diesem Weg nach Umfrageergebnissen 75 Prozent über das Programm informiert wurden.
- In Zusammenarbeit mit überregionalen Partnern, darunter dem Deutschen Olympischen Sportbund, der Zentrale Prüfstelle Prävention und vielen mehr, wurde die größte Gesundheitsdatenbank des Landes entwickelt. Sie wird als einzige umfassende Informationsquelle ihrer Art täglich mehrere hundert Mal aufgerufen.



Bei „Länger besser leben.“ hat der Alltag begonnen. Regionale Veranstaltungen erreichen neue Zielgruppen, während überregionale Partner die Voraussetzungen für eine bundesweite Ausdehnung mitbringen.

Perspektiven für die Fortschreibung von „Länger besser leben.“

- „Länger besser leben.“ hat Fahrt aufgenommen. Die während der Pilotphase und danach gewonnen Erkenntnisse haben ausgereicht, um das Angebot auszudehnen auf
a.) Schwerpunktregionen mit intensiver Motivation über Marketing- und Werbemaßnahmen, darunter Kreis Herford, Hameln mit der benachbarten Kurstadt Bad Münder sowie Gernersheim und
b.) alle weiteren Teile des Bundesgebietes durch Bereitstellen von Leistungen in Zusammenarbeit mit überregionalen Partnern (zum Beispiel Sportabzeichen Treffs, bundesweite Präventionsangebote, OnlineCoaches zur Gewichtsreduktion, Nikotinentwöhnung usw.)
- Ein Bekanntheitsgrad, wie er mit dem hohen Werbedruck während der Pilotphase erreicht wurde, ist in den neuen Regionen erst nach längerem Vorlauf zu erwarten. Mund-zu-Mund-Propaganda, wie das Beispiel Nienburg zeigt, wirkt sich positiv auf Kosten und Effektivität der Kommunikation aus.
- Um weitere Zielgruppen zu erreichen, spricht „Länger besser leben.“ bereits Familien über Angebote für Kinder und Jugendliche an. Dem unzureichenden Interesse der jungen Erwachsenen wird mit Maßnahmen für Auszubildende im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagement begegnet.
- Die 2014 begonnene Zusammenarbeit mit dem LandesSportBund Niedersachsen wird wegen des großen Erfolges fortgesetzt. Zu erwähnen sind insbesondere die Förderung von Trainingsangeboten zum Erlangen des Sportabzeichens und die „Kerlgesund-Tour“, ein Angebot speziell für sportlich bis dahin weniger ambitionierte männliche Zielgruppen.
- Die weitere inhaltliche und räumliche Ausdehnung des Programms in der Bundesrepublik wird durch den „Länger besser leben.“-Beauftragten der BKK24 und durch die Besetzung einer Planstelle im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes vorangetrieben.
- Für sich betrachtet, verbessert sich das betriebswirtschaftliche Ergebnis der BKK24 deutlich. Auch künftig wird der Fokus auf dem Verhältnis zwischen Einnahmen und Ausgaben liegen.
- „Länger besser leben.“ übererfüllt schon heute alle Ansprüche an Präventionsmaßnahmen, die von der Gesundheitspolitik für die Krankenkassen überlegt werden.

„Länger besser leben.“
Perspektiven der Gesundheitsinitiative

Friedrich Schütte
BKK24
Vorstand



Perspektiven

„Länger besser leben.“ steigert das Wohlbefinden und verbessert die Gesundheit – diese wichtige Erkenntnis lässt sich zusammenfassend formulieren. Gefragt nach der zentralen Botschaft der Evaluations-, Marktforschungs- und Berichtsergebnisse, ist dies meine Antwort. Die vorliegenden 350 Seiten aber darauf zu reduzieren, wird dem umfangreichen Vorhaben nicht gerecht. Mit großem Engagement und viel Energie haben zahlreiche Personen in den zurückliegenden anderthalb Jahren daran gearbeitet, „Länger besser leben.“ aus unterschiedlichen Blickwinkeln kritisch zu beleuchten. Dass diese Arbeit sehr erfreuliche Ergebnisse für die BKK24 zu Tage fördert – und zusätzlich die Forschung in den Gesundheitswissenschaften voranbringt – ist unabhängig von meinem Dank an alle Beteiligten. Ich möchte mein herzliches Dankeschön allen Personen und Institutionen aussprechen, die mitgewirkt, das Projekt unterstützt und begleitet haben. Jeder Arbeitsschritt war wichtig, jede Rolle von Bedeutung, die vielen Detailbetrachtungen für das Gesamtwerk sinnvoll.

Ob „Länger besser leben.“ für die Teilnehmenden sinnvoll ist, also die Gesundheit spürbar verbessert, dieser Nachweis ist objektiv erbracht. Unsere deutschlandweit einmalige Gesundheitsinitia-

tive hat sich in den vergangenen vier Jahren damit nicht nur zum größten regionalen Präventionsprogramm entwickelt, sondern ist auch unmittelbar mit Akzeptanz, Nutzen und Nachhaltigkeit verbunden. Fügt man diese Aspekte in eine übergeordnete Perspektive ein, entwickeln sich erhebliche Hebelwirkungen: individuelle Vorteile potenzieren sich zu kollektiven Effekten mit gesamtgesellschaftlichen Ausprägungen. Der präventive Grundgedanke von „Länger besser leben.“ setzt auf die Vermeidung von Krankheiten. Auf diese Weise besteht die Möglichkeit, über sinkende Leistungsausgaben, die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen zu entlasten und die Beiträge stabil zu halten.

Stabil ist „Länger besser leben.“ nicht – und dies meine ich ausdrücklich positiv. In immer mehr Lebenswelten, wie zum Beispiel Betrieben, Schulen und Vereinen, zieht unser Präventionsprogramm ein. Diesen Schwung nutzen wir, um weitere Zielgruppen zu erreichen, neue Regionen zu erschließen und innovative Gesundheitsangebote zu etablieren. Der Politik und vielen anderen Akteuren im Gesundheitswesen sind wir heute mit unserem Ansatz voraus. Dies soll so bleiben und wird mit den Evaluationsergebnissen weiter gestärkt.

Impressum

Evaluation der Gesundheitsinitiative „Länger besser leben.“

Herausgeber	BKK24 Sülbecker Brand 1 31683 Obernkirchen
Gestaltung	crossmedia:team GmbH Holtenauer Straße 250 24106 Kiel
Produktion	Gödicke Druck, Verlag & Consulting GmbH Carl-Zeiss-Straße 24 30966 Hemmingen
Fotos	BKK24 Privat Fotolia Wikipedia
Urheberrecht	Der Bericht „Evaluation der Gesundheitsinitiative „Länger besser leben.““ sowie alle darin enthaltenen Einzelberichte, Abbildungen und Tabellen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne vorherige Absprache mit der BKK24 unzulässig und strafbar.