



K. Kliner | D. Rennert | M. Richter (Hrsg.)

Netzwerke(n) für Gesundheit



BKK Gesundheitsatlas 2019

K. Klinier | D. Rennert | M. Richter (Hrsg.)

Netzwerke(n) für Gesundheit



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

BKK Gesundheitsatlas 2019

K. Kliner | D. Rennert | M. Richter (Hrsg.)

Netzwerke(n) für Gesundheit

mit Gastbeiträgen von

V. Aust | H.-J. Beckmann | K. Blum | M. Blum | B. Broge | C. Busch | K.-E. Choi | B. Finger
J. Fleckenstein | T. Floeth | K. Glatzel | P. Gocke | K. Kleine-Budde | F. Knieps | M. König
U. Krug | B. Leineweber | L. Lindert | K. Mehrholz | M. Merfert | T. Moormann
R. Porzig | G. Prinzing | J. Schröder | F. Stiegler | K.H. Vogel



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Kliner K | Rennert D | Richter M (Hrsg.): Netzwerke(n) für Gesundheit.

BKK Gesundheitsatlas 2019. ISBN 978-3-95466-443-6, urheberrechtlich geschützt

© 2019 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.

Der BKK Gesundheitsatlas 2019 und die damit verbundenen Auswertungen wurden durch den BKK Dachverband erstellt.

Herausgeber: Karin Kliner, Dirk Rennert, Dr. Matthias Richter (BKK Dachverband e.V.)

Redaktion: Karin Kliner, Dirk Rennert, Dr. Matthias Richter (BKK Dachverband e.V.)

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
www.bkk-dv.de
info@bkk-dv.de

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstr. 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-443-6

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Zitation:

Kliner K, Rennert D, Richter M (Hrsg.) BKK Gesundheitsatlas 2019. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2019

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, Mai 2019

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Anna-Lena Spies, Susann Weber, Berlin
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin
Layout & Satz: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin
Druck: druckhaus köthen GmbH & Co. KG, Köthen
Coverbild: © j-mel, Adobe Stock

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstr. 4, 10117 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Inhalt

Vorwort	vii
Einleitung	ix
1 Innovationsfonds	1
1.1 Muskel-Skelett-Erkrankungen bei Beschäftigten – ein Überblick <i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	3
BGM-innovativ: Starke Netzwerke geben Rück(en)halt <i>Thomas Moormann, Lara Lindert, Kyung-Eun (Anna) Choi und Birgit Leineweber</i>	11
1.2 Krankheitsgeschehen in der stationären Versorgung – ein Überblick <i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	19
EMSE und USER: Projekte zur Förderung eines strukturierten Entlassmanagements mithilfe von Routinedaten <i>Katja Kleine-Budde, Benjamin Finger, Karl Blum und Björn Broge</i>	27
1.3 Die stationäre Versorgung von Krebserkrankungen – ein Überblick <i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	33
OSCAR – ein social care Netzwerk für Krebspatienten <i>Julia Fleckenstein, Christian Busch, Ralf Porzig, Utz Krug und Kerstin Mehrholz</i>	40
2 Gesundheitsförderung	49
2.1 Gesundheit und Gesundheitsmanagement im Wandel der Arbeitswelt – ein Überblick <i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	51
BGM für die Arbeitsbedingungen der Zukunft – BGM 4.0 <i>Gertrud Prinzing, Julia Schröder und Martin König</i>	59
2.2 Arbeitsunfähigkeit reduzieren, gesunde Arbeit gestalten – ein Überblick <i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	67
Kooperation von Unfall- und Krankenversicherung in der Praxis: Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) <i>Violetta Aust und Michael Blum</i>	73
2.3 Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – ein Überblick <i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	80
Verbreitung guter Praxis Betrieblicher Gesundheitsförderung durch Vernetzung: das Beispiel psyGA <i>Franziska Stiegler und Matthias Merfert</i>	88

3	Interviews	97
	Interview mit Katrin Glatzel	99
	Interview mit Hans-Jürgen Beckmann	101
	Interview mit Thomas Floeth	105
	Interview mit Peter Gocke	108
	Interview mit Kai Helge Vogel	110
4	Fazit	113
	Reißt die Mauern ein! – Ein Plädoyer für ein vernetztes Versorgungssystem	115
	<i>Franz Knieps</i>	

Vorwort

Netzwerke durchdringen und beeinflussen in vielerlei Formen alle Bereiche unseres Lebens: Ausgehend von der Familie, engen Freunden und Arbeitskollegen, bestehen Netzwerke auch zwischen Institutionen, Organisationen und Staaten. Rasant ansteigende Bedeutung gewinnen Netzwerke in jüngster Zeit auch durch die zunehmende Digitalisierung, in den letzten Jahren insbesondere auch im Gesundheitsbereich. Bei der Vernetzung im Gesundheitswesen finden sich alle genannten Facetten und Spielarten von Netzwerken wieder, von der direkten Beziehung zwischen Patient und Arzt über die sektorenübergreifende vernetzte Versorgung bis hin zum Erfahrungsaustausch in Sachen Gesundheitsversorgung von morgen zwischen verschiedenen Institutionen und Staaten.

Nicht immer funktionieren Netzwerke reibungslos. Deshalb wurde zum Beispiel, wie im aktuellen Koalitionsvertrag der Bundesregierung vereinbart, Ende 2018 eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung ins Leben gerufen. Bislang sind gerade die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie die Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer in Sachen Krankenhausplanung und Investitionskostenfinanzierung oftmals eine hohe Hürde auf dem Weg zu einer optimalen Vernetzung und somit einer bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung.

Der BKK Gesundheitsatlas 2019 hat es sich deshalb zur Aufgabe gemacht, anhand von verschiedenen Praxisbeispielen und Leuchtturmprojekten aufzuzeigen, wie gut und – manchmal erstaunlich unkompliziert – Vernetzung zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen gelebt wird, welche positiven Effekte damit verbunden sind und wie solche Netzwerke weiterentwickelt werden können.

Im Zentrum einer vernetzten – analogen genauso wie digitalen – Gesundheitsversorgung steht letztlich der Versicherte selbst und zwar nicht nur als Patient,

der möglichst gut versorgt werden will, sondern vor allem als Mensch mit dem Wunsch, möglichst lange gesund zu bleiben. Deshalb ist es für die Betriebskrankenkassen mit ihrem arbeitsweltlichen Markenkern besonders wichtig, dass das Betriebliche Gesundheitsmanagement alle relevanten Akteure einbezieht und bereits dann ansetzt, bevor der Beschäftigte zum Patienten wird. Aus diesem Grund liegt im vorliegenden Buch, neben dem Fokus auf der vernetzten Versorgung zugunsten von Personen mit Erkrankungen, gleichzeitig ein Hauptaugenmerk auf der Rolle von Netzwerken zur Förderung und Aufrechterhaltung von Gesundheit.

Wir freuen uns besonders, dass wir für den BKK Gesundheitsatlas 2019 wieder zahlreiche Gastautorinnen und Gastautoren gewinnen konnten, die aus ihrer Sicht eindrucksvoll darstellen, wie Netzwerke(n) für Gesundheit im deutschen Gesundheitswesen erfolgreich gelingen kann bzw. schon seit mehreren Jahren erfolgreich gelebt wird.

Ich bin überzeugt, dass der BKK Gesundheitsatlas 2019 mit seinen zahlreichen praxisnahen Beispielen einen wichtigen Impuls für die weitere Vernetzung im Gesundheitswesen gibt. Die Betriebskrankenkassen, als vielgliedriges und vielfältiges Kassennetzwerk innerhalb der GKV, stehen dabei mit ihren Erfahrungen und ihrem Know-how als versierte Netzwerker im Gesundheitswesen zum Wohle aller Versicherten als Partner zur Verfügung.

Ich wünsche Ihnen ein erkenntnisreiches und anregendes Lesevergnügen.



Franz Knieps
Vorstand des BKK Dachverbandes e.V.

Einleitung

Der BKK Gesundheitsatlas 2019 widmet sich in diesem Jahr dem Schwerpunktthema *Netzwerken(n) für Gesundheit*. Damit wird ein Thema aufgegriffen, das in vielerlei Hinsicht von großer Relevanz im deutschen Gesundheitswesen ist. Die sektorenübergreifende Versorgung, die Digitalisierung oder die Vernetzung relevanter Akteure in der Betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGF/BGM) sind nur einige der Themen, die ohne Netzwerkstrukturen nicht oder meist nur unzureichend funktionieren. Deshalb liegt in der dritten Ausgabe des BKK Gesundheitsatlas der Fokus primär auf Projekten und Initiativen aus Forschung und Praxis, die exemplarisch deutlich machen, wie essenziell wichtig Vernetzung und kooperative Zusammenarbeit sind und unter welchen Bedingungen sie gut funktionieren können.

Im **III** Kapitel 1 sind deshalb drei ausgewählte Forschungsprojekte aus dem Bereich des Innovationsfonds dargestellt, die sich u. a. mit der Einführung und Evaluation eines evidenzbasierten BGM beschäftigen, aber auch Möglichkeiten aufzeigen, wie man die sektorenübergreifende Versorgung zwischen stationärem und ambulantem Sektor im Sinne einer für die Patienten möglichst optimalen und reibungslosen Versorgungskette besser gestalten kann. Das sich daran anschließende **III** Kapitel 2 beschäftigt sich in drei Beiträgen mit der Frage, welche Rolle Netzwerke und kooperative Zusammenarbeit für den Erfolg von BGM in Unternehmen einnehmen und wie gut solche Netzwerke insbesondere

für die Herausforderungen der neuen (digitalen) Arbeitswelt gerüstet sind. Außerdem freuen wir uns über unsere diesjährigen Interviewpartner in **III** Kapitel 3, die uns einen Einblick in die Praxis bereits existenter und funktionierender Netzwerke gesundheitlicher Versorgung gewähren sowie auch ihre Standpunkte dazu darlegen, welche zukünftigen Herausforderungen für eine gute Versorgung von morgen noch vor uns liegen und was getan werden muss, um diese zu erreichen. Im abschließenden **III** politischen Fazit werden eindringlich die Notwendigkeit und die Potenziale einer vernetzten Versorgung skizziert und Impulse für die Umsetzung unter Einbezug aller relevanten Akteure gegeben.

Zur Einordnung und Rahmung der Projekte und Initiativen aus den ersten beiden Kapiteln, ist jedem Beitrag einleitend ein Abschnitt vorangestellt, der die spezifischen Themen anhand der BKK Routinedaten näher beleuchtet und hervorhebt. Neben dem primären Fokus auf den Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der beschäftigten Mitglieder werden des Weiteren auch Kennzahlen aus der ambulanten und stationären Versorgung aller BKK Versicherten sowie Ergebnisse der BKK Umfrage, die im Rahmen des BKK Gesundheitsreports 2017 durchgeführt wurde, verwendet. Methodisch interessierte Leser seien, für eine detailliertere Darstellung der Datenbasis und der verwendeten Kenngrößen in diesen jeweils einleitenden Abschnitten, an dieser Stelle auf das Kapitel **III** Methodische Hinweise im **III** BKK Gesundheitsreport 2018 verwiesen.

1.1 Muskel-Skelett-Erkrankungen bei Beschäftigten – ein Überblick

- Muskel-Skelett-Erkrankungen sind einer der häufigsten Konsultationsgründe in der ambulanten Versorgung, mit nahezu jedem vierten Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart sind diese außerdem die wichtigste Ursache von Arbeitsunfähigkeit.
- Mit steigendem Alter nimmt der Anteil der von dieser Erkrankungsart Betroffenen unter den Beschäftigten zu. Je höher das Alter ist, desto länger sind auch im Durchschnitt die Ausfallzeiten.
- Beschäftigte mit hohem Anteil körperlicher Arbeit bei ihrer Tätigkeit (insbesondere in Fertigungsberufen sowie Bau- und Ausbauberufen) weisen deutlich überdurchschnittlich viele AU-Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen auf.

Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems sind eine der am häufigsten in der Bevölkerung verbreiteten Erkrankungsart. Sie sind außerdem einer der häufigsten Gründe, warum Kranke einen niedergelassenen Arzt aufsuchen. Auch in der Arbeitswelt sind die Muskel-Skelett-Erkrankungen ein bedeutsamer Faktor, schließlich führen diese Beschwerden bei Beschäftigten zu vielen Fehltagen.

Relativ allgemein betrachtet können als Ursachen für Muskel-Skelett-Erkrankungen meistens falsche, zu hohe genauso wie zu geringe Belastungen des Muskel-Skelett-Systems ausgemacht werden, mitbedingt durch zu wenig Bewegung und einen untrainierten Bewegungs- und Stützapparat. Bei Beschäftigten spielt dabei auch eine wesentliche Rolle, welche Belastungen durch die auszuübende berufliche Tätigkeit entstehen. So können etwa schweres Heben und einseitige Gewichtsbelastung beim Tragen genauso wie ununterbrochenes Sitzen zu Beschwerden führen¹. Insbesondere zusammen mit psychosozialen Risikofaktoren können die dabei oft auftretenden

Schmerzen zu Chronifizierung führen und die Betroffenen dauerhaft erheblich beeinträchtigen².

Nachfolgend wird dargelegt, welche Rolle die Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems sowohl allgemein in der ambulanten Versorgung als auch insbesondere bei Beschäftigten in Hinsicht auf Arbeitsunfähigkeit spielen.

Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Behandlung aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Fast alle Versicherten – d. h. etwa 9 von 10 Personen (2017: 90,7%) – gehen im Laufe eines Jahres mindestens einmal zu einem niedergelassenen Arzt oder Therapeuten. Dabei ist sehr häufig eine Muskel-Skelett-Erkrankung Grund für eine Konsultation, bei etwa jedem zweiten Versicherten (48,1%) wurde mindestens einmal pro Jahr eine Diagnose aus dem Spektrum dieser Erkrankungsart vergeben, wobei die Inanspruchnahme mit höherem Alter kontinuierlich zunimmt bis hin zu mehr als drei Viertel der Versicherten mit einer solchen Diagnose bei denjenigen, die älter als 74 Jahre sind.

In etwa so hoch ist auch der Anteil der Versicherten mit einer Diagnose, wenn man sich dabei nur auf die beschäftigten Mitglieder beschränkt: So waren im Jahr 2017 49,1% der beschäftigten Mitglieder wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung. Selbst Krankheiten des Atmungssystems, worunter u. a. Erkältungskrankheiten fallen, sind nicht so häufig diagnostiziert worden (47,7%). Dabei ist von den weiblichen Beschäftigten (52,1%) ein größerer Anteil aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen als von den Männern (46,7%). Bei der Differenzierung nach Alter zeigen sich dabei allerdings deutliche Unterschiede bei den Inanspruchnahmequoten

1 Lieber, F., Caffier, G. (2009). Berufsspezifische Arbeitsunfähigkeit durch Muskel-Skelett-Erkrankungen in Deutschland. Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

2 Hasenbring, M.I., Leving, C., Karimi, Z. (2015). BKK Gesundheitsreport 2015. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Diagramm 1.1.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für das Muskel-Skelett-System nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

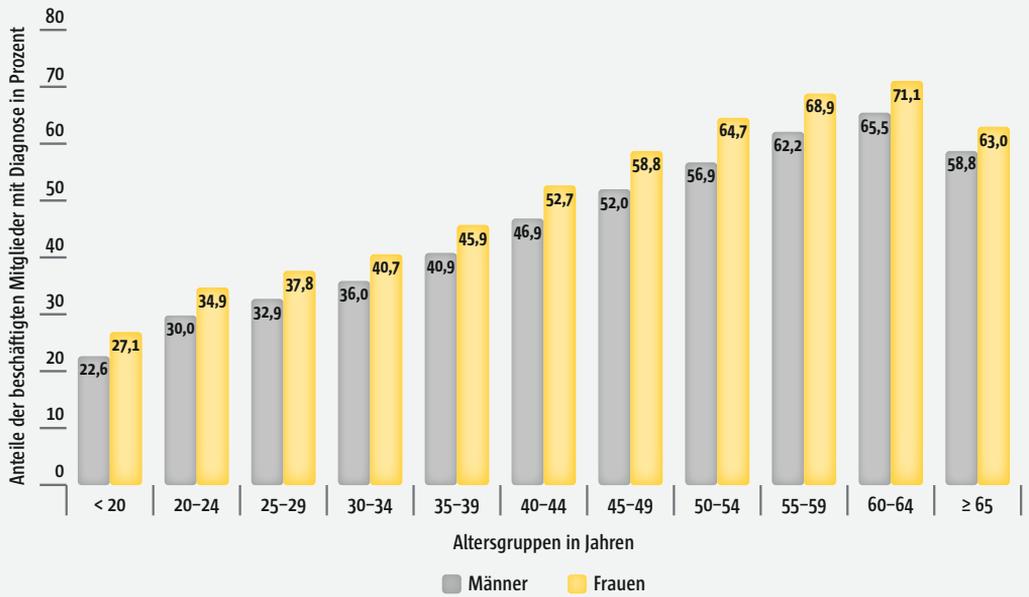


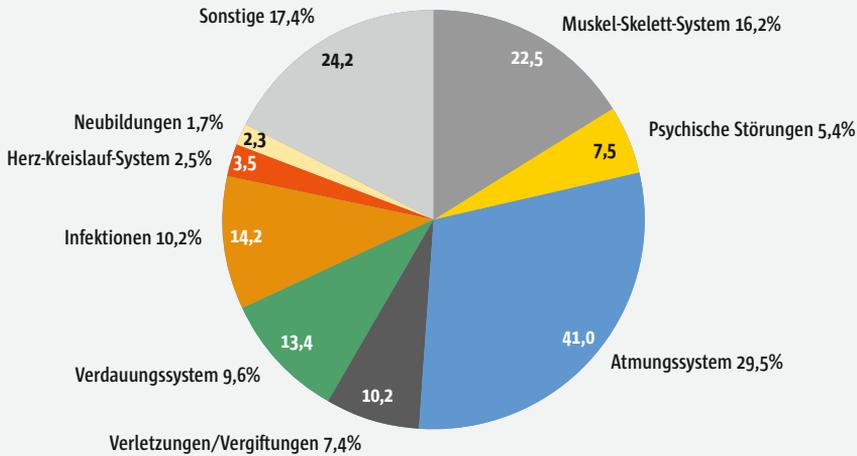
Diagramm 1.1.1): Ist bei den unter 20-jährigen etwa ein Viertel (24,4%) wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen, so ist eine solche Diagnose etwa bei jedem zweiten Beschäftigten (49,6%) im Alter von 40 bis 44 Jahren und sogar bei über zwei Drittel (67,8%) der 60- bis 64-Jährigen gestellt worden. Die letztgenannte Altersgruppe weist dabei die höchste Inanspruchnahmequote auf, wohingegen der Anteil Beschäftigter mit muskuloskelettalen Diagnosen bei den über 65-Jährigen wieder geringer ist. Dies überrascht auf den ersten Blick, sind doch die Anteile von Versicherten mit einer solchen Diagnose wie schon eingangs erwähnt gerade bei denjenigen im Rentenalter am höchsten. Bei den Beschäftigten ist hierbei allerdings der sogenannte *healthy worker effect* zu beobachten: Dieser beschreibt den Umstand, dass Erwerbstätige, die kurz vor dem Renteneintrittsalter stehen (bzw. eigentlich schon im Rentenalter sind, aber noch einer Erwerbstätigkeit nachgehen), meist gesünder als jüngere Beschäftigte erscheinen, was aber wesentlich auf einen vorherigen Selektionseffekt zurückzuführen ist: Personen mit chronischen bzw. schweren Erkrankungen sind überproportional häufig schon vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, sodass diese in der Gruppe der Beschäftigten ab 65 Jahren seltener enthalten sind.

Die bei weitem häufigste Einzeldiagnose bei den beschäftigten Mitgliedern sind Rückenschmerzen (M54), davon sind mehr als ein Viertel betroffen (26,2%). Unter den 20 häufigsten Diagnosen, wegen denen Beschäftigte in ambulanter Behandlung waren, finden sich aus dem Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen außerdem noch biomechanische Funktionsstörungen (M99; 9,7%) und sonstige Bandscheibenschäden (M51; 7,3%). Dabei sind Frauen von biomechanischen Funktionsstörungen deutlich häufiger betroffen als Männer (11,4% vs. 8,4%), während hingegen die sonstigen Bandscheibenschäden leicht häufiger bei Männern diagnostiziert werden (7,1% vs. 7,4%).

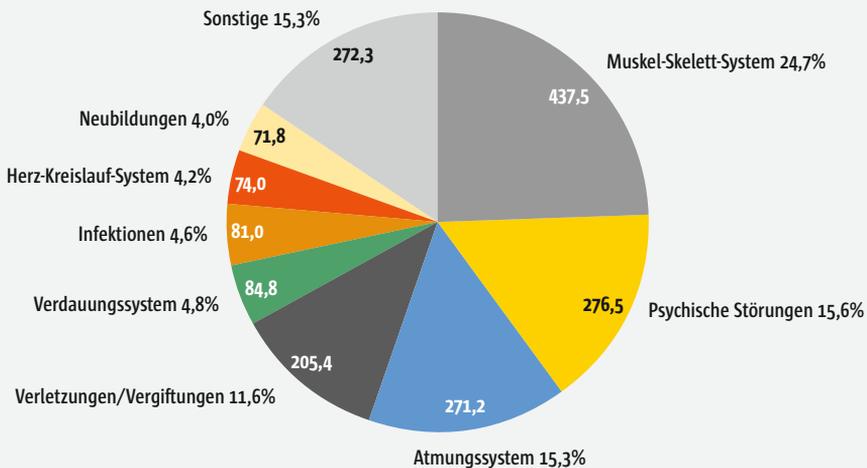
Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Auch am Fehlzeitengeschehen der Beschäftigten haben die Muskel-Skelett-Erkrankungen einen großen Anteil. Diese sind für den zweitgrößten Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen (AU-Fällen) und sogar für den größten Anteil an AU-Tagen verantwortlich (Diagramm 1.1.2): Fast jeder sechste AU-Fall (16,2%) sowie etwa jeder vierte AU-Tag (24,7%) der beschäftigten Mitglieder geht im Jahr 2017 darauf

Diagramm 1.1.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



AU-Fälle je 100 beschäftigte Mitglieder bzw. Anteile in Prozent



AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder bzw. Anteile in Prozent

zurück. Mehr Krankschreibungen gehen nur auf Krankheiten des Atmungssystems zurück (29,5%), diese dauern aber in den meisten Fällen nur relativ kurz, sodass deren Anteil an den daraus resultierenden AU-Tagen deutlich geringer ist (15,3%).

In absoluten Tagen betrachtet ist demnach im Jahr 2017 jeder Beschäftigte im Durchschnitt 4,4 Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen krankgeschrieben gewesen (bei insgesamt 17,7 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied). Dabei weisen anders als

im ambulanten Bereich hier allerdings die Männer gegenüber den Frauen mehr Fehltag auf (4,7 vs. 4,0 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied).

Dabei muss allerdings auch bedacht werden, dass die Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund von Muskel-Skeletterkrankungen nur auf einen relativ kleinen Teil der Beschäftigten zurückgehen (»»» Tabelle 1.1.1) und bei weitem nicht den Anteil derjenigen erreicht, die deswegen in ambulanter Behandlung sind: So waren 14,4% der Beschäftigten im Jahr

Tabelle 1.1.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

Anzahl der AU-Fälle	unter 35 Jahre		35 bis 49 Jahre		50 Jahre und älter		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Anteile in Prozent							
kein AU-Fall	90,6	92,6	84,6	87,7	78,0	81,0	84,4	87,2
1 AU-Fall	7,1	5,9	11,1	9,3	14,7	13,5	11,0	9,5
2 AU-Fälle	1,6	1,1	2,9	2,1	4,7	3,7	3,1	2,3
3 und mehr AU-Fälle	0,7	0,4	1,4	0,9	2,6	1,8	1,5	1,0

2017 mindestens einmal aufgrund solcher Erkrankungen krankgeschrieben (Männer: 15,6%; Frauen: 12,8%). Davon sind wiederum die weitaus meisten im Laufe des Jahres nur einmal aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen von der Arbeit abwesend gewesen. Im Vergleich nach Altersgruppen zeigt sich, dass der Anteil der Beschäftigten mit muskuloskelettal-bedingten Krankschreibungen deutlich steigt (von 8,5% der unter 35-Jährigen bis zu 20,7% bei den ab 50-Jährigen), dabei sind allerdings auch die meisten nur einmal aufgrund einer solchen Diagnose krankgeschrieben. Drei oder mehr Krankschreibun-

gen kommen auch bei den Beschäftigten ab 50 Jahren mit 2,6% bei den Männern und 1,8% bei den Frauen absolut betrachtet nur recht selten vor.

Entsprechend kann daraus geschlossen werden, dass mit höherem Alter die durchschnittliche Zahl der AU-Fälle deutlich ansteigt, was anhand der im Diagramm 1.1.3 aufgeführten Fallzahlen bestätigt wird. Hierbei zeigt sich der schon für die ambulante Versorgung beschriebene *healthy worker effect* für die älteste Gruppe der Beschäftigten ab 65 Jahren. Ebenso kann hierbei ein nahezu linearer Anstieg der durchschnittlichen Falldauer mit zunehmenden

Diagramm 1.1.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

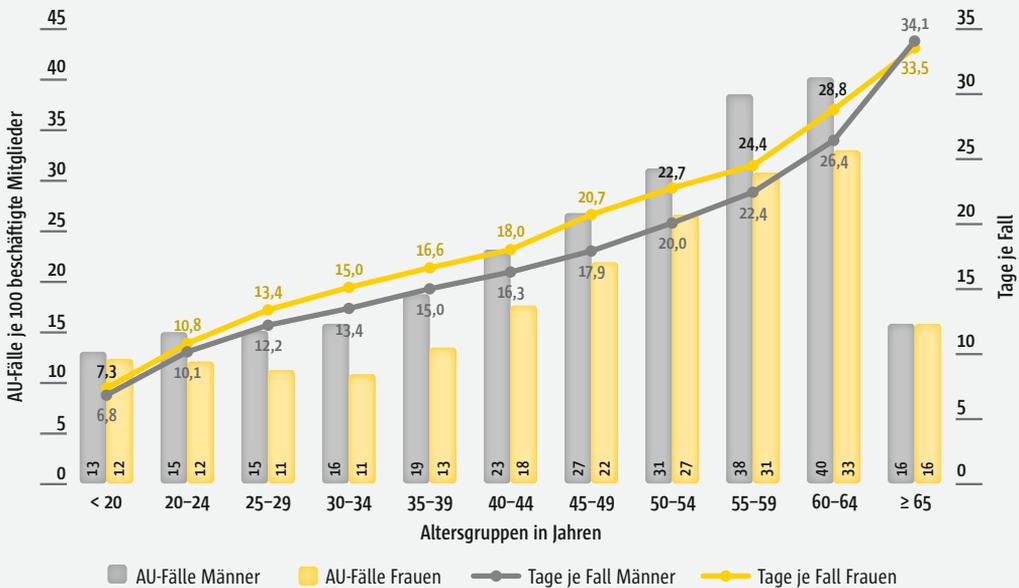


Tabelle 1.1.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		je Fall
Männer				
M54	Rückenschmerzen	99,9	1.367	13,7
M75	Schulterläsionen	12,7	405	31,8
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	11,3	353	31,3
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	10,7	317	29,7
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	15,0	252	16,8
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	5,9	222	37,4
M77	Sonstige Enthesopathien	11,8	199	16,8
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	2,9	131	44,6
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	8,0	125	15,6
M19	Sonstige Arthrose	3,5	112	32,0
Frauen				
M54	Rückenschmerzen	73,1	1.055	14,4
M75	Schulterläsionen	9,6	309	32,3
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	8,6	308	35,7
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	6,4	214	33,3
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	9,5	181	19,0
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	4,1	180	43,9
M77	Sonstige Enthesopathien	8,5	167	19,5
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	9,0	140	15,5
M65	Synovitis und Tenosynovitis	7,0	138	19,7
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	2,5	126	50,4

Alter beobachtet werden und zwar von 12,2 Tagen je Fall bei den unter 35-jährigen Beschäftigten bis zu 33,8 Tagen je Fall bei denjenigen ab 65 Jahren. Interessanterweise ist bei den letztgenannten die durchschnittliche Fallzahl relativ gering, die Falldauer nimmt aber nicht gleichzeitig ab, d.h., diese werden zwar recht selten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen krankgeschrieben – im Falle einer Arbeitsunfähigkeit fallen diese allerdings im Schnitt fast 5 Wochen lang aus.

Bei den Männern wie bei den Frauen sind Rückenschmerzen (M54) nach den akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) die zweithäufigste Einzeldiagnose, die als Grund für die Krankschreibung angegeben wird. Nur bezogen auf Einzeldiagnosen aus dem Spektrum der Muskel-Skelett-Erkrankungen sind – mit deutlichem Abstand nach der Diagnose Rückenschmerzen (M54) – auch Schulterläsionen (M75) sowie sonstige Bandscheibenschäden (M51) (») Tabelle 1.1.2) für viele Arbeitsunfähigkeitstage ursächlich.

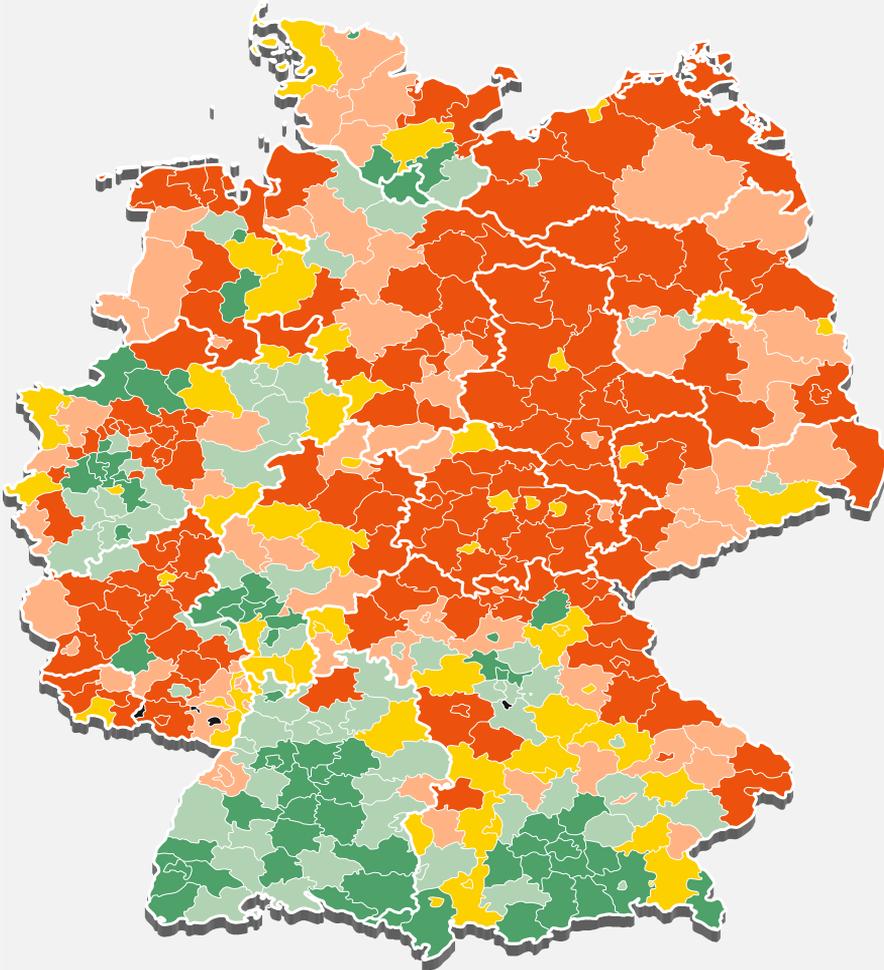
Diagramm 1.1.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



Teils sehr deutliche Unterschiede in den Fehlzeiten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen zeigen sich zudem zwischen einzelnen Berufsgruppen (»»» Diagramm 1.1.4): So sind in der Rohstoffgewinnung- und -aufbereitung, Glas- und Keramikerherstellung und -verarbeitung mit 8,7 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied die meisten Fehlzeiten auf dieser Krankheitsart zu verzeichnen, auch weitere Berufe aus den Bereichen (Aus-)Bau und Fertigung liegen hinsichtlich der muskuloskelettal-bedingten Fehlzeiten deutlich über dem Durchschnitt. Hingegen sind es bei den Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufen nur 1,3 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied. Weitere Berufsgruppen aus den Bereichen der Geisteswissenschaft, Kunst sowie Dienstleistungen weisen ebenso eher unterdurchschnittlich viele Fehlzeiten wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen auf.

Die durchschnittliche Anzahl von AU-Tagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen ist des Weiteren auch regional – selbst nach Berücksichtigung des Einflusses von Alter und Geschlecht durch entsprechende Standardisierung – sehr unterschiedlich, wie das »»» Diagramm 1.1.5 deutlich aufzeigt. Insbesondere in den östlichen Bundesländern, aber auch in zahlreichen Kreisen Westdeutschland sind auffällig hohe Werte zu finden. So hat Herne in Nordrhein-Westfalen die durchschnittlich meisten Fehlzeiten aufzuweisen (7,5 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied), gefolgt vom Kreis Merzig-Wadern (Saarland, 7,1 AU-Tage) und Nordsachsen (Sachsen, 6,9 AU-Tage). Die geringsten Fehlzeiten sind hingegen in den bayrischen Kreisen Starnberg (1,7 AU-Tage) und Erlangen (2,3 AU-Tage) vorzufinden.

Diagramm 1.1.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2017)



Abweichungen der AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner vom Bundesdurchschnitt (4,3 AU-Tage)

- | | |
|--|--|
| ■ mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt | ■ 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| ■ 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt | ■ mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| ■ ± 5% um den Bundesdurchschnitt | ■ keine Angaben* |

* Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Zusammenfassung und Ausblick

Muskel-Skelett-Erkrankungen sind nach wie vor unter den Beschäftigten sehr verbreitet und mit gro-

ßem Abstand der Hauptgrund für Arbeitsunfähigkeit – auch, wenn der Anteil der schwer körperlich Arbeitenden abgenommen hat und weiter abnimmt und Fehlzeiten aufgrund anderer Krankheitsarten,

speziell die aufgrund psychischer Störungen, zugenommen haben (siehe dazu auch **III** Kapitel 2.3). Die Daten zur Inanspruchnahme ambulanter Versorgung sowie zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zeigen, dass mehr Männer betroffen sind als Frauen und bei beiden Geschlechtern besonders ab dem 35. Lebensjahr die Fälle zunehmen. Die AU-Kennzahlen legen dabei nahe, dass nicht nur die älteren Betroffenen häufiger im Jahr krankgeschrieben werden, sondern mit steigendem Alter außerdem ein größerer Teil der Beschäftigten betroffen ist und diese im Falle einer Krankschreibung länger ausfallen. Des Weiteren zeigen die Versichertenkennzahlen, dass Beschäftigte besonders in Tätigkeiten mit hohem Anteil körperlicher Arbeit, insbesondere in Fertigungsberufen sowie (Aus-)Bau-Berufen, betroffen sind.

Gerade der Tätigkeitsbezug sowie die erwähnte Tatsache, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen schon in relativ jungen Jahren auftreten, prädestiniert dafür, ihnen durch Betriebliche Gesundheitsförderung und ein modernes Betriebliches Gesundheitsmanagement entgegenzuwirken. Das Innovationsfonds-Projekt „BGM-innovativ“ legt hierzu ein neues Modell vor, um eine träger- und sektorenübergreifend koordinierte Versorgung zu erreichen. Damit kann zum einen früher, aber auch spezifischer und nachhaltiger den betroffenen genauso wie den gefährdeten Beschäftigten Unterstützung angeboten werden, sodass muskuloskeletale Beschwerden und deren Chronifizierung vermieden werden können. Der nachfolgende **III** Beitrag „BGM-innovativ: Starke Netzwerke geben Rück(en)halt“ gibt hierzu einen näheren Einblick.

BGM-innovativ: Starke Netzwerke geben Rück(en)halt

Thomas Moormann¹, Lara Lindert², Kyung-Eun (Anna) Choi² und Birgit Leineweber³

¹ BKK Dachverband e.V.

² Universität zu Köln, IMVR

³ Salzgitter Flachstahl GmbH

- Gut funktionierende Netzwerke können Schnittstellenprobleme in der Versorgungskette reduzieren. Sie sind in der Lage, eine hohe Versorgungsqualität zu definieren und diese in der Zusammenarbeit der Netzwerkpartner sicherzustellen.
- Klar definierte Abläufe und Standards sind wichtige Erfolgsfaktoren für komplexe Projekte mit vielen Akteuren wie in BGM-innovativ.
- Die größten Profiteure eines etablierten und funktionierenden BGM-Netzwerks sind die Beschäftigten.

Ausgangspunkt

Unternehmen, die ihren Fortbestand mit gesunden und belastbaren Mitarbeiter*innen (MA) sichern wollen, stehen vor höchst unterschiedlichen Herausforderungen: Verschiebungen in der Altersstruktur in Verbindung mit einer Erwerbstätigen- und Fachkräftelücke, zunehmende Probleme in der ambulanten medizinischen Versorgung, veränderte arbeitsplatzbezogene Belastungen, geringe Kooperationsanreize und -möglichkeiten der Sozialversicherungsträger und einiges mehr.

Da der Gesundheitszustand der Beschäftigten zu einem großen Anteil abhängig ist von den Arbeitsplatzbedingungen, ergibt sich auch für die Unternehmen eine Verpflichtung zum Handeln. Um die Gesundheit ihrer Beschäftigten (und damit deren Arbeitsfähigkeit) zu erhalten und zu verbessern, steht ihnen mit einem modernen betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) ein wirksames Instrumentarium zur Verfügung. Diese Aufgabe müssen die Unternehmen allerdings nicht allein bewältigen.

Warum Vernetzen?

Die Lösung kann darin bestehen, mit vertrauten, in dieser Thematik versierten Akteuren ein Versorgungsnetzwerk aufzubauen, in dem alle Beteiligten (Betrieb, MA, Sozialversicherungen, weitere Leistungserbringer) von einer guten und koordinierten Zusammenarbeit profitieren.

Vernetzte Versorgungsstrukturen können dabei helfen, eine auf die MA ausgerichtete gesundheitliche Versorgung zu organisieren, sie zu begleiten und zu unterstützen. Vernetzte Versorgung im Zusammenhang mit betrieblicher Prävention und BGM berücksichtigt neben den üblichen Versorgungsaspekten einer präventiven oder kurativen Versorgung die Arbeitsplatzsituation und ist damit ungleich anspruchsvoller in der Entwicklung und Organisation als die vernetzte Versorgung ohne Betriebsbezug. Bei der Entwicklung und Durchführung geeigneter Maßnahmen können die Unternehmen Unterstützung gut gebrauchen.

Als historisch mit den Betrieben eng verbundener Sozialpartner stellt sich das BKK-System an die Seite seiner Unternehmen und kann in einem solchen Netzwerk die zentrale Steuerungsrolle – das Fallmanagement – übernehmen. Das ermöglicht eine arbeitgeberneutrale, arbeitsplatzbezogene und individuelle Fallführung der betroffenen MA, was unabdingbar für den Erfolg und die Akzeptanz des Vorhabens ist.

Als Einstieg in eine solchermaßen koordinierte und sektorenübergreifende Versorgung wurde vom BKK Dachverband (BKK DV) das Projekt „BGM-innovativ – Arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen“ entwickelt (siehe Eckdaten des Projekts).

Eckdaten des Projektes



- Projektlaufzeit: April 2017 – März 2021
- Rekrutierungszeitraum: August 2017 – Februar 2020
- Interventionszeitraum: August 2017 – August 2020
- Studienzentren: 22
- Teilnehmer*innen (Prognose): 1.000 BKK-Versicherte mit Muskel-Skelett-Erkrankung in ausgewählten BKK-Trägerunternehmen
- Grundgesamtheit: 45.000 Versicherte
- Formative und summative Evaluation mittels Mixed-Methods-Ansatz (qualitative Evaluation durch leitfadengestützte Fokusgruppen und Experteninterviews; quantitative Evaluation durch Fragebogenerhebung im RCT-Design¹ und Auswertung der BKK-Arbeitsunfähigkeitsdaten)

Die Initiative zum Projekt entstand im Laufe des Jahres 2015 parallel zum Vorhaben des Gesetzgebers für einen Innovationsfonds, einem ab 2016 aufgelegten Förderprogramm für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung. Das Förderprogramm fiel zusammen mit dem Bedürfnis der Betriebskrankenkassen wie ihrer Trägerunternehmen, die Partnerschaft und die Vernetzung untereinander weiter zu stärken.

Akteure im Projekt

Der BKK DV als Dachorganisation der Betriebskrankenkassen und typischer Netzwerker des BKK-Systems bot sich als Koordinator an, und Schritt für Schritt entstand aus der Kooperationsidee eine Projektgruppe mit 15 Betriebskrankenkassen und ausgewählten Trägerunternehmen (»»» Tabelle 1).

Eine zentrale Aufgabe der von den Betriebskrankenkassen koordinierten Projektstandorte bzw. Studienzentren ist der Aufbau und die Pflege des lokalen Netzwerks. Zu diesen zählen insbesondere die Ansprechpartner der beteiligten Test- und Trainingseinrichtungen, der zuständigen Rentenversicherungsträger (DRV), der Reha-Kliniken, die betrieb-

lichen Entscheidungsträger und die Betriebsärzt*innen der Trägerunternehmen (»»» Abbildung 1).

Die gemeinsamen Projektschulungen für die Fallmanager*innen der Betriebskrankenkassen, für die Betriebsärzt*innen der Unternehmen und für die Test- und Trainingseinrichtungen in den ersten Wochen nach Projektstart dienten primär der Qualifizierung der Akteure und waren darüber hinaus die Initialzündung für den Aufbau der erforderlichen Netzwerke zu den Projektpartnern wie für die Vernetzung innerhalb der genannten Gruppen. Die Vernetzung ist ganz besonders wichtig für die Gruppe der Fallmanager*innen und den Best-Practice-Austausch untereinander. Nach den initialen Schulungen fiel die Pflege des lokalen Netzwerks vollständig in den Aufgabenbereich der Fallmanager*innen. Diese halten die Fäden vor Ort zusammen und agieren – im Rahmen der durch die lokalen Strukturen vorgegebenen Möglichkeiten – insbesondere als Netzwerker, Kommunikator, Lotse und Problemlöser. Sie sind die zentralen Akteure des Projekts.

Projektziele und -merkmale

Die primären Ziele im BGM-innovativ-Projekt sind die Wiederherstellung der Gesundheit der gefährdeten/erkrankten Versicherten bzw. – abhängig von der Ausgangslage – eine deutlich verbesserte Lebensqualität mit weitgehend schmerzfreiem Zustand in Verbindung mit langfristigem Erhalt des Arbeitsplatzes. Zugang zur Versorgung haben BKK-Versicherte der teilnehmenden Unternehmen mit einer Muskel-Skelett-Erkrankung (MSE). Dabei geht es typischerweise um orthopädische Probleme in Rücken, Knie, Schulter oder Hüfte (»»» Tabelle 1.1.4 in Kapitel 1.1).

MSE sind mit großem Abstand die Hauptindikation für Fehlzeiten in den Betrieben (»»» Diagramm 1.1.2 in Kapitel 1.1). Daher fiel für die Überprüfung der Wirksamkeit des BGM-innovativ-Versorgungskonzeptes die Wahl auf die Indikation MSE, gleichwohl dienen sie mittelfristig betrachtet lediglich als Einstiegsindikation für die Arbeit im Kooperationsnetzwerk.

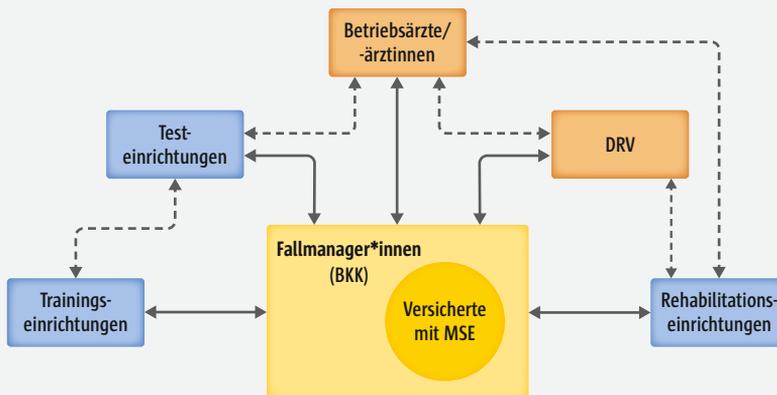
Um die übergeordneten Ziele (Gesundheit, Beschwerdefreiheit, Erhalt des Arbeitsplatzes) erreichen zu können und eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten, musste eine Reihe an Standards für die Versorgungsabläufe und die Zusammenarbeit im Netzwerk gesetzt werden. Diese haben sich im bisherigen Projektverlauf bewährt. Zu nennen sind insbesondere die im Folgenden genannten Aspekte:

1 RCT = randomized controlled trial oder randomisierte kontrollierte Studie

Tabelle 1 Betriebskrankenkassen und Trägerunternehmen als Projektpartner

Krankenkasse	Trägerunternehmen	Betriebsstandorte im Projekt
BKK Akzo Nobel Bayern	■ Industrie Center Obernburg (ICO)	■ Obernburg
BMW BKK	■ BMW AG	■ Leipzig, Berlin
BKK Freudenberg	■ Industriepark Weinheim	■ Weinheim
Koenig & Bauer BKK	■ Koenig & Bauer AG	■ Würzburg, Radebeul
BKK Mahle	■ Mahle GmbH	■ Rottweil
Novitas BKK	■ thyssenkrupp Steel Europe AG	■ Duisburg
pronova BKK	■ Ineos Köln GmbH ■ Johnson Controls Varta Autobatterie GmbH	■ Köln ■ Hannover
BKK Public	■ DRV Braunschweig-Hannover ■ Stadt Salzgitter	■ Laatzen, Braunschweig ■ Salzgitter
BKK PwC	■ PwC GmbH	■ Düsseldorf
BKK Salzgitter	■ Salzgitter AG ■ Stadt Salzgitter	■ Salzgitter, Peine ■ Salzgitter
SBK	■ Continental Automotive GmbH	■ Regensburg
SKD BKK	■ SKF GmbH	■ Schweinfurt
TUI BKK	■ TUI AG	■ Hannover
VIATIV Krankenkasse	■ Vallourec Deutschland GmbH ■ Salzgitter Mannesm. Grobblech GmbH ■ EUROPIPE Deutschland GmbH	■ Mülheim
Wieland BKK	■ Wieland-Werke AG	■ Ulm, Vöhringen

Abbildung 1 Lokales Kooperationsnetzwerk



- **Zeitnaher Beginn der Maßnahme:** Wartezeit bremst Motivation, daher: zügige Terminvergabe, schnelle Antragsbearbeitung (Reha-Anträge) und möglichst wenig Bürokratie. Ziel ist zudem die frühestmögliche Intervention, um Manifestation und Chronifizierung zu vermeiden.
- **Straffe Organisation:** Gemeinsam abgestimmte Abläufe werden vorgegeben und eingehalten.
- **Qualifizierte Leistungserbringer:** Leistungsanbieter müssen mit arbeitsplatzbezogenen Themen und Problemen vertraut sein. Ein einheitliches Fachprofil (EFL-Lizenz²) und Trainingsprofil (Mindestausstattung für Medizinische Trainingstherapie) werden festgelegt.
- **Individuelle und arbeitsplatzbezogene Lösungsangebote:** Maßgeschneiderte Versorgungsangebote sind die Voraussetzung für die Akzeptanz durch die betroffenen Arbeitnehmer*innen und für die Nachhaltigkeit der Maßnahmen. Daher werden sämtliche Interventionen konkret auf den jeweiligen Arbeitsplatz ausgerichtet und die betriebsärztliche Expertise einbezogen.
- **Kurze Wege:** Um lange Wege zu vermeiden und die Motivation zu erhalten, findet die Versorgung (Testung, Training) so arbeitsplatznah wie möglich statt.
- **Berücksichtigung des Ausprägungsgrades der Erkrankung:** Ein gutes Netzwerk stellt für jede(n) MA, die/der ein gesundheitliches Problem hat, eine Anlaufstelle für die Weiterleitung in adäquate Maßnahmen zur Verfügung – ganz unabhängig vom Erkrankungsstadium.
- **Modularer Aufbau:** Die Versorgung auf jeder Ebene einer Erkrankung ist zu garantieren.
- **Enge Vernetzung aller Netzpartner:** In einem Versorgungsnetz müssen alle Akteure wissen, welche Module angeboten werden und welche Indikation für die jeweilige Einsteuerung besteht. Zudem ist es wichtig, dass alle Netzpartner die eigene Rolle und die damit verbundenen Aufgaben wie auch die Rollen und Aufgaben der anderen Netzpartner kennen und diese jeweils erfüllen.
- **Gute Koordination und Begleitung:** Geschulte Fallmanager*innen lotsen und motivieren die Teilnehmer*innen während des gesamten Versorgungs-

ablaufs (im Projekt und danach), nehmen ihnen bürokratische Hürden ab und stellen die Kommunikation der Netzwerkpartner untereinander sicher.

Die Versorgung in den drei definierten Modulen von BGM-innovativ ist in hohem Maße standardisiert³:

- **Modul A** zur Frühintervention für leicht Erkrankte (Eingangstestung, 3-monatiges Muskelaufbautraining, Ausgangstestung),
- **Modul B** zur Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) für mittelschwer Erkrankte und
- **Modul C** als Jobmatch für Versicherte mit einer schweren MSE und krankheitsbedingt akut drohendem Arbeitsplatzverlust.

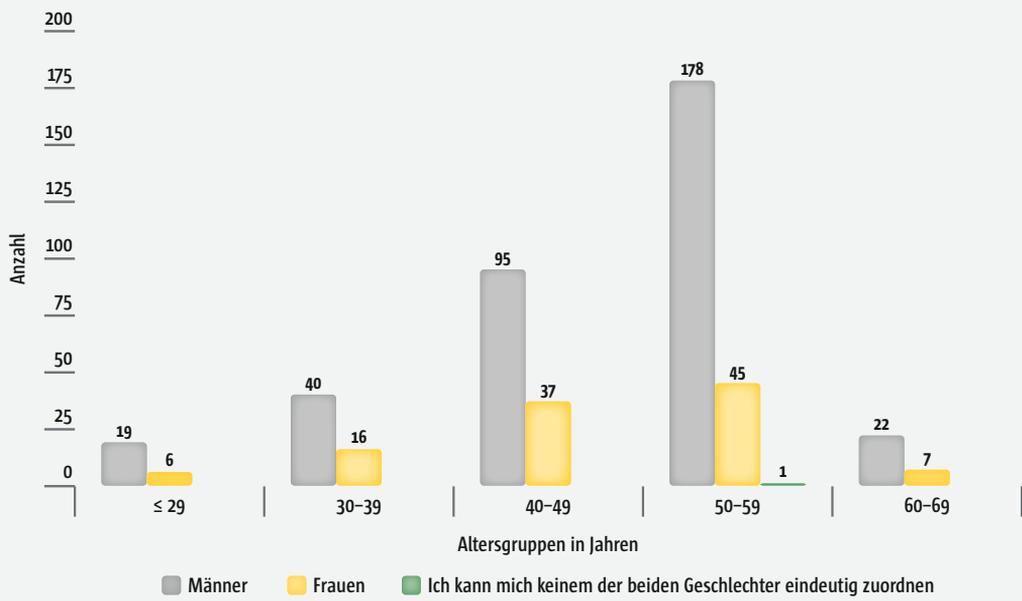
Der starke Arbeitsplatzbezug zieht sich wie ein roter Faden durch alle Module und ist Grundlage des individuellen und nachhaltig wirkenden Versorgungsansatzes. Maßgeblichen Eingang in die Befunderhebung und Maßnahmenentscheidung finden die individuellen Arbeitsplatzanforderungen (Arbeitsplatzprofil), die individuelle Leistungsfähigkeit im Kontext zum Arbeitsplatz und die persönliche Problemdarstellung.

Die Wirksamkeit des Programms wird anhand eines Vorher-Nachher-Vergleichs im RCT-Design über eine Teilnehmerbefragung mit standardisiertem Fragebogen (to = Zeitpunkt des Aufklärungsgesprächs, t1 = 6 Monate später) sowie einer Arbeitsunfähigkeitsdaten-Auswertung (Zeitraum von 6 Monaten vor dem Aufklärungsgespräch im Vergleich zu den 6 Monaten nach dem Interventionszeitraum) überprüft. Dazu werden die Teilnehmer*innen nach dem Aufklärungsgespräch zufällig einer von zwei Gruppen zugeordnet. Die erste Gruppe – „Unterstütztes Selbstmanagement“ (BGM-iS) – stellt eine verbesserte Routineversorgung dar. Bei der zweiten Gruppe – „Koordinierendes Fallmanagement“ (BGM-iF) – geht es um die zu überprüfende neue Versorgungsform. Verglichen werden neben den Arbeitsunfähigkeitstagen die Arbeitsfähigkeit, das Auftreten körperlicher Schmerzen und die Selbstwirksamkeit.

2 EFL = Evaluation funktioneller Leistungsfähigkeit (von Susan Isernhagen in den USA entwickeltes Testverfahren, mit dem anhand von standardisierten funktionellen Leistungstests wie Heben, Tragen, Überkopf-Arbeit, Leiter steigen, Handkoordination u.a. die Belastbarkeit für häufige physische Funktionen der Arbeit untersucht wird)

3 Ausführliche Darstellungen der Leistungen und der Versorgungsabläufe in den drei Modulen sowie des Evaluationskonzeptes finden sich in [1] und [2].

Abbildung 2 Teilnehmer*innen BGM-innovativ nach Alter und Geschlecht (N = 466)



Aktueller Stand in Projekt und Studie

Bis Ende Januar 2019, und damit nach 15–18 Monaten Rekrutierung⁴, konnten die 15 Betriebskrankenkassen an allen Projektstandorten zusammen 562 Versicherte (bzw. Fälle) einsteuern. Von den bislang 562 Fällen befinden sich 77% (434 Fälle) in Modul A, 21% (120) in Modul B und 1% (8) in Modul C. Die Rücklaufquote bei den Fragebögen ist bislang sehr hoch. Bis zum 29.01.2019 sind 466 to-Fragebögen beim Evaluationsinstitut eingetroffen. Dies entspricht ca. 83%, die Rücklaufquote beim t1-Fragebogen liegt bislang bei ca. 75%. **»** Abbildung 2 gibt einen Überblick über die bisherige Verteilung nach Alter und Geschlecht der Studienteilnehmer*innen.

Am Projekt nehmen mehr Männer als Frauen teil. Die Zahl der Teilnehmer*innen nimmt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter zu bis hin zur Altersklasse 50–59 Jahre, aus der die meisten Versicherten stammen. Dieses Bild war aufgrund der altersabhängigen Verteilung der Prävalenzen zu erwarten. In der Altersgruppe ab 60 Jahren sinken die

Teilnehmerzahlen, wahrscheinlich aufgrund der dann sinkenden Beschäftigtenzahlen. Betrachtet man die MSE-Kennzahlen des BKK DV (aus dem Berichtsjahr 2017), zeigt sich eine ähnliche Verteilung hinsichtlich Alter und Geschlecht, sowohl bei den ambulant wegen MSE behandelten Beschäftigten (**»** Diagramm 1.1.1 in Kapitel 1.1) als auch bei den Arbeitsunfähigkeiten (**»** Diagramm 1.1.3 in Kapitel 1.1). Der Anteil der Männer ist allerdings – aufgrund der höheren Männer-Anteile in den beteiligten Industriebetrieben (**»** Tabelle 1) – im Projekt deutlich höher.

Erste Erkenntnisse aus den Abläufen und der Prozessevaluation

In den zurückliegenden ersten 1,5 Jahren wurde das Projekt von den Versicherten der teilnehmenden Betriebe insgesamt gut angenommen. Die Rollen und Zuständigkeiten der einzelnen Stakeholder haben sich gefestigt. Die Projektleiter*innen der einzelnen Betriebskrankenkassen – das sind in aller Regel die direkten Vorgesetzten der Fallmanager*innen – sehen vor allem in der individuellen und arbeitsplatzbezogenen Versorgung der Versicherten einen großen Vorteil von BGM-innovativ.

⁴ Anfang August 2017 begann die erste von fünfzehn Betriebskrankenkassen mit der Rekrutierung der Versicherten. Abhängig vom Abschluss der Projektimplementierung begannen die übrigen in den folgenden Wochen. Seit Mitte November 2017 beteiligten sich alle fünfzehn Betriebskrankenkassen an der Einsteuerung.

Fallstricke und unterstützende Faktoren

Vorzeitig aus der Studie ausgeschieden sind bisher insgesamt 36 Teilnehmer*innen, nach eigenen Angaben in der Gruppe BGM-iS überwiegend aufgrund von Unzufriedenheit mit der Gruppenzugehörigkeit, in der Gruppe BGM-iF vor allem aus zeitlichen und organisatorischen Gründen (sowohl beruflich als auch familiär). So führte bei einigen wenigen Teilnehmer*innen die Entfernung zwischen Wohnort/Betriebsstandort und Trainings-/Testzentrum zu einem Abbruch. Mangelnde Zeitressourcen und organisatorische Herausforderungen (z.B. zu große Entfernung zum Trainingszentrum, familiäre Pflichten) zeigen sich ebenfalls als häufige Hinderungsgründe, sich überhaupt für die Teilnahme an der Studie zu entscheiden. Mit gut 9% ist die Abbruchquote insgesamt jedoch als niedrig einzustufen.

Aus Sicht der Projektleiter*innen und der Fallmanager*innen spielt die Entfernung zum Betriebsstandort eine wesentliche Rolle: Arbeiten die Fallmanager*innen direkt am Betriebsstandort, haben sie einen besseren Zugang zu (möglichen) Studienteilnehmer*innen, sodass Abstimmungsprozesse einfacher sind.

Für die Arbeit der Fallmanager*innen wie der Betriebsärzt*innen und somit für den Erfolg des Programms mit entscheidend ist die zur Verfügung stehende Zeit für die anfallenden (Mehr-)Aufgaben, z.B. für die Vernetzung der einbezogenen Versorgungseinrichtungen. Dies ist bei der Arbeitsplanung unbedingt zu berücksichtigen. Beim Wechsel von MA ist eine gründliche Einarbeitung in die Abläufe noch vor dem anstehenden Wechsel unbedingt zu empfehlen, damit die neuen MA ihre Rolle im Netzwerk kennenlernen und einnehmen können.

Die enge Kommunikation zwischen den Fallmanager*innen und den Studienteilnehmer*innen ist hilfreich bei der Bewertung der einzelnen Maßnahmen (z.B. des Trainings oder des Rehabilitationsprozesses): Über das etablierte Netzwerk können positives wie negatives Feedback direkt an die durchführende Institution weitergegeben und notwendige Verbesserungsprozesse eingeleitet werden. Als besonders positiv wird der übergreifende Austausch über die einzelnen Netzwerke hinaus empfunden: In regelmäßigen Abständen finden Projekttreffen statt, bei denen Probleme und Best-Practice-Beispiele besprochen werden.

Positive Auswirkungen der Netzwerkarbeit

Aus Rückmeldungen an die Konsortialführung lässt sich vorsichtig ableiten, dass das Projekt von einer guten Vernetzung unmittelbar profitiert. So

scheint – bei aller Vielfalt der Einflüsse und Erfolgsfaktoren – eine gute Vernetzung eine wesentliche Grundlage für eine besonders erfolgreiche Rekrutierung neuer Fälle aus dem Kreis der versicherten Beschäftigten der Trägerunternehmen zu sein und viele weitere Prozesse positiv zu beeinflussen [3]. Stellvertretend einige Auszüge:

- Eine Betriebskrankenkasse (BKK) schilderte, wie hilfreich die in einem anderen Projekt bereits aufgebaute vertrauensvolle Beziehung mit dem Trägerunternehmen für die Implementierung der Projektstrukturen in BGM-innovativ war. Der bereits stattfindende regelmäßige Kontakt zum werksärztlichen Dienst und die von der Krankenkasse umgesetzte schnelle und qualifizierte Unterstützung in betriebsärztlichen Notfällen ebneten den Weg für eine Unterstützung durch die Betriebsärztin/den Betriebsarzt im neuen Projekt. Die Pionierarbeit (Netzwerkarbeit) war also bereits geleistet.
- Der über BGM-innovativ intensiviertere Kontakt einer BKK zur ambulanten Reha-Einrichtung öffnete weitere Türen. So bietet die Physiotherapeutin der Einrichtung ein Rückentraining im Unternehmen im Rahmen des BGM an. Und hilft – als Nebeneffekt – bei der Rekrutierung neuer Teilnehmer für BGM-innovativ.
- Durch BGM-innovativ hat eine BKK in einem Zweigwerk einen sehr guten Kontakt zum Betriebsrat aufgebaut. Ein Gesprächstermin über eine (intensivere) Zusammenarbeit ist anberaumt.
- Dank des Projektes hat eine BKK eine hochqualifizierte und motivierte Trainingseinrichtung als Kooperationspartner gefunden. Schon bald nach Projektstart wurde eine gesonderte Kooperationsvereinbarung mit der Trainingseinrichtung geschlossen. Die Kooperation in BGM-innovativ und der regelmäßige Austausch stärkten zugleich die Vernetzung der BKK zum Trägerunternehmen, und der Arbeitgeber erklärte sich bereit, den Arbeitnehmer*innen einen Zuschuss zum Training zu zahlen. In der Folge steigt die Bereitschaft der Beschäftigten zur Aufnahme eines gesundheitsorientierten Trainings.
- Die gute Zusammenarbeit in BGM-innovativ ermöglichte einer BKK ein gemeinsames Auftreten mit der Trainingseinrichtung beim Tag der offenen Tür des Trägerunternehmens. Dabei konnten Beschäftigte mit kleinen Schnupper-Screenings wie einem Gleichgewichtstest auf bestehende Präventionsangebote der BKK und auf das Projekt selbst aufmerksam gemacht werden.

- Das Projekt und die gute Vernetzung mit dem betriebsmedizinischen Dienst erleichterte es einer BKK, viele notwendige Dinge im Alltag, wie das Ausleihen einer Behandlungsliege, „auf dem kurzen Dienstweg“ zu regeln.
- BGM-innovativ hat der zuvor bereits bestehenden Zusammenarbeit mit der Reha- und Trainingseinrichtung einen deutlichen Schub gegeben.
- Der zur Unterstützung der Versicherten bzw. Beschäftigten im Krankheitsfall eingesetzte Patientenbegleiter einer BKK erhielt nach Projektstart einen deutlichen Bedeutungszuwachs im Unternehmen. Das erleichtert das Schnittstellen- und Fallmanagement für den Patientenbegleiter.

Fazit und Ausblick

Die bisherigen Projekterfahrungen mit BGM-innovativ bestätigen die allgemein anerkannt positiven Auswirkungen funktionierender Netzwerke. BGM-innovativ ist eine multizentrische Studie. Die regionalen Verbände sind mit Unterstützung der Konsortialführung wiederum sehr gut untereinander vernetzt: Es ist ein stabiles, mehrdimensionales Netzwerk entstanden. Das gegenseitige Verständnis der Rollenerfordernisse der jeweils anderen Projektpartner und der bekannte „kurze Draht“ tragen wesentlich dazu bei, Schnittstellenprobleme in der gesundheitlichen Versorgung zu vermeiden bzw. zu überwinden und eine zeitnahe und bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen. Die verbesserte Kommunikation zwischen den Akteuren hilft beim Abbau bürokratischer Hürden und spart den Beteiligten viel

Zeit (und Nerven). Das gut funktionierende Netzwerk gibt den Fallmanager*innen Rückhalt bei allen Widrigkeiten, die ihre Lotsenfunktion mit sich bringt. Am stärksten jedoch profitieren die Beschäftigten: Das Netzwerk verschafft ihnen neben Rückhalt auch einen „starken Rücken“. Denn in der Zusammenarbeit der Akteure lässt sich Qualität nicht nur definieren, sondern auch sicherstellen. Das Netzwerk strahlt positiv auf die sektor-, träger- und projektübergreifende Zusammenarbeit aus und wirkt überdies wie ein Katalysator für neue Projektideen, zum Beispiel für die Weiterentwicklung von BGM-innovativ in Richtung betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung und die Integration der psychischen Erkrankungen als weitere Indikation.

Literatur

1. Moormann T (2017) „BGM-innovativ“: Betriebliches Gesundheits- und Versorgungsmanagement nachhaltig gestalten. Gesundheits- und Sozialpolitik 71 (1), 17–21.
2. Moormann T, Bothe P, Huber M (2017) BGM-innovativ – Arbeitsplatznahe, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen. 272–8. In: Amelung VE et al. (Hrsg.) Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin.
3. Spilker M, Hollmann D, Breucker G, Schröder J (2018) Impulse für die Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt. 27–9. In: Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) Arbeit und Gesundheit in Zeiten der digitalen Transformation. Dokumentation des Fachgesprächs des Netzwerks „Enterprise for Health“ am 13.06.2018 in Berlin. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Enterprise_for_health_Dokumentation_des_Fachgespraeches.pdf (23.01.2019).



Thomas Moormann

Studium der Oecotrophologie (Uni Bonn) und der Gesundheitswissenschaften (Uni Bielefeld). Seit über 20 Jahren im Gesundheitswesen mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik, Projektmanagement und Öffentlichkeitsarbeit (u.a. Krankenkasse, Deutscher Bundestag, Universität, AIDS-Hilfe) tätig. Seit Dezember 2003 Referent beim BKK Dachverband in den Bereichen Versorgungsmanagement und Gesundheitsförderung. Seit April 2017 Projektleiter BGM-innovativ.



Lara Lindert

Lara Lindert ist studierte Rehabilitationswissenschaftlerin mit den Schwerpunkten Organisationsentwicklung und Prävention und berufliche Rehabilitation. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln und befasst sich schwerpunktmäßig mit dem Themenbereich Arbeit und Gesundheit. Seit Juni 2017 unterstützt sie u.a. das vom Innovationsfonds geförderte Projekt „BGM-innovativ“.



Dr. Kyung-Eun (Anna) Choi

Dr. Anna Choi ist promovierte Diplom-Psychologin und absolvierte zusätzlich einen Master in Intercultural Studies. Seit Oktober 2018 ist sie Leiterin der Abteilung Versorgungsforschung am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) und Lehrkoordinatorin des Master-Verbundstudiengangs Versorgungswissenschaft an der Universität zu Köln. Ihre wissenschaftlichen Arbeiten erstrecken sich über verschiedene Forschungsgebiete und -ansätze. In zahlreichen Projekten forschte sie u.a. zu chronischen Schmerzsyndromen, experimenteller Analgesie, Emotionsregulation, Nebenwirkungsmanagement bei onkologischen Erkrankungen, koronaren Herzerkrankungen, gastrointestinalen Beschwerden, Placebo sowie Lebensstilinterventionen.



Dr. Birgit Leineweber

Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). 1983 bis 1989 Ausbildung in der Chirurgie, Spezialgebiet Endoskopische Chirurgie am Städtischen Klinikum Braunschweig. Promotion an der MHH 1988. 1989 bis 2004 Niederlassung in eigener Praxis in Salzgitter als Fachärztin für Allgemeinmedizin; Schwerpunktpraxis für Psychosomatik und Suchtmedizin. Von 2004 bis März 2018 Leiterin des medizinischen Versorgungszentrums BKK MedPlus Center der BKK Salzgitter, TUI BKK und BKK Publik. Seit April 2019 Leiterin der Arbeitsmedizin der Salzgitter Flachstahl GmbH.

1.2 Krankheitsgeschehen in der stationären Versorgung – ein Überblick

- Von allen Versicherten hat mit 12,6% tatsächlich nur ein relativ kleiner Teil eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen. Die meisten Behandlungsfälle sind dabei relativ kurz, rund zwei Drittel aller Fälle sind nach höchstens einer Woche abgeschlossen, nur 3% dauern hingegen länger als 6 Wochen.
- Die meisten Fälle in der stationären Versorgung werden durch Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems verursacht, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.
- Die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle steigt etwa ab dem 40. Lebensjahr merklich und kontinuierlich an. Etwa ab dem 75. Lebensjahr steigt zudem die Zahl derer, die eine Pflegebedürftigkeit aufwiesen.

In der stationären Akutversorgung werden schwere bzw. langwierige Erkrankungen mit oftmals dringendem Behandlungsbedarf versorgt. Dies geschieht mit hohem personellem und materiellem Aufwand, entsprechend entfällt auf die stationäre Versorgung in den Akutkrankenhäusern mehr als ein Drittel der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung¹. Aber erst mit diesem hohen Aufwand können aber oftmals Leben gerettet werden.

Nachfolgend wird das Versorgungsgeschehen im stationären Sektor hinsichtlich Häufigkeit und Dauer von Krankenhausaufenthalten skizziert sowie beschrieben, welche Patientengruppen und Erkrankungen dort behandelt werden.

Häufigkeit und Dauer von Krankenhausaufenthalten

Entsprechend ihrer Ausrichtung auf die Behandlung von schwerwiegenden, meist akuten Erkrankungen-

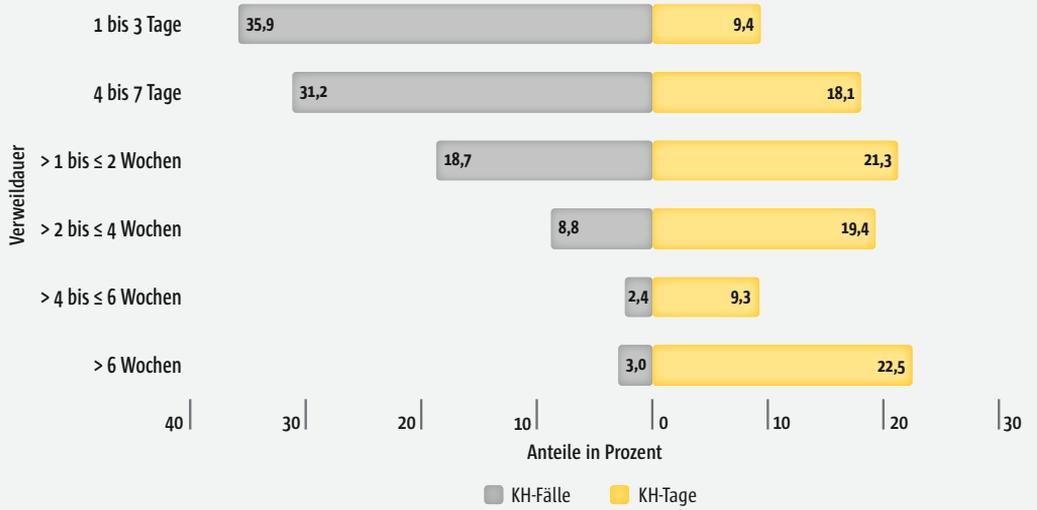
symptomatiken ist es naheliegend, dass Krankenhausbehandlungen nur von einem relativ kleinen Teil der Bevölkerung in Anspruch genommen werden bzw. werden müssen. Betrachtet man für alle BKK Versicherten die Krankenhaufälle des Jahres 2017, so zeigt sich, dass mit 12,6% nur ein relativ kleiner Teil der BKK Versicherten in stationärer Behandlung war, für die meisten davon (9% aller BKK Versicherten) beschränkte sich dies auf nur einen Aufenthalt.

Aufnahmen in bzw. Entlassungen aus dem Krankenhaus erfolgen gehäuft an bestimmten Tagen – ein Muster, dass sich mittlerweile in jedem Jahr in ähnlicher Form so finden lässt: Die meisten Krankenhausaufnahmen erfolgen an einem Montag, jeder fünfte Krankenhausfall (20,5%) hat im Jahr 2017 an diesem Wochentag begonnen. Am Wochenende werden in der Regel nur Notfälle aufgenommen, entsprechend sind hier die wenigsten Aufnahmen zu verzeichnen: 6,1% aller stationären Aufnahmen erfolgten samstags und 7,5% der Aufnahmen sonntags. Die Entlassung aus stationärer Behandlung erfolgen hingegen am häufigsten noch vor dem Wochenende: Knapp mehr als jeder fünfte Krankenhausaufenthalt (21,8%) endete freitags. An Wochenendtagen werden Aufenthalte hingegen nur relativ selten beendet: Den geringsten Anteil machen hier die Sonntage mit 5,5% aller Entlassungen aus, immerhin 10,9% der Aufenthalte endeten an einem Samstag.

Dabei dauerte jeder stationäre Aufenthalt durchschnittlich 8,9 Tage. In der Differenzierung der Aufenthaltsdauer nach Dauerklassen wird allerdings auch ersichtlich, dass die meisten Behandlungsfälle kürzer sind. So wurden im Berichtsjahr 2017 mehr als zwei Drittel (67,1%) der Krankenhaufälle innerhalb einer Woche abgeschlossen, davon wiederum dauern die meisten Behandlungsfälle nur bis zu 3 Tagen (III Diagramm 1.2.1). Auf der anderen Seite machen Aufenthaltsdauern mit mehr als sechs Wochen Liegezeit nur 3,0% aller Behandlungsfälle aus – auf solche Langzeitfälle ist allerdings wiederum mehr als jeder fünfte Krankenhaustag (22,5%) zurückzuführen.

1 Amtliche Statistik KJ1, 2017 (Bundesministerium für Gesundheit: Finanzergebnisse der GKV)

Diagramm 1.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2017)



Die Patientinnen und Patienten und deren Erkrankungen

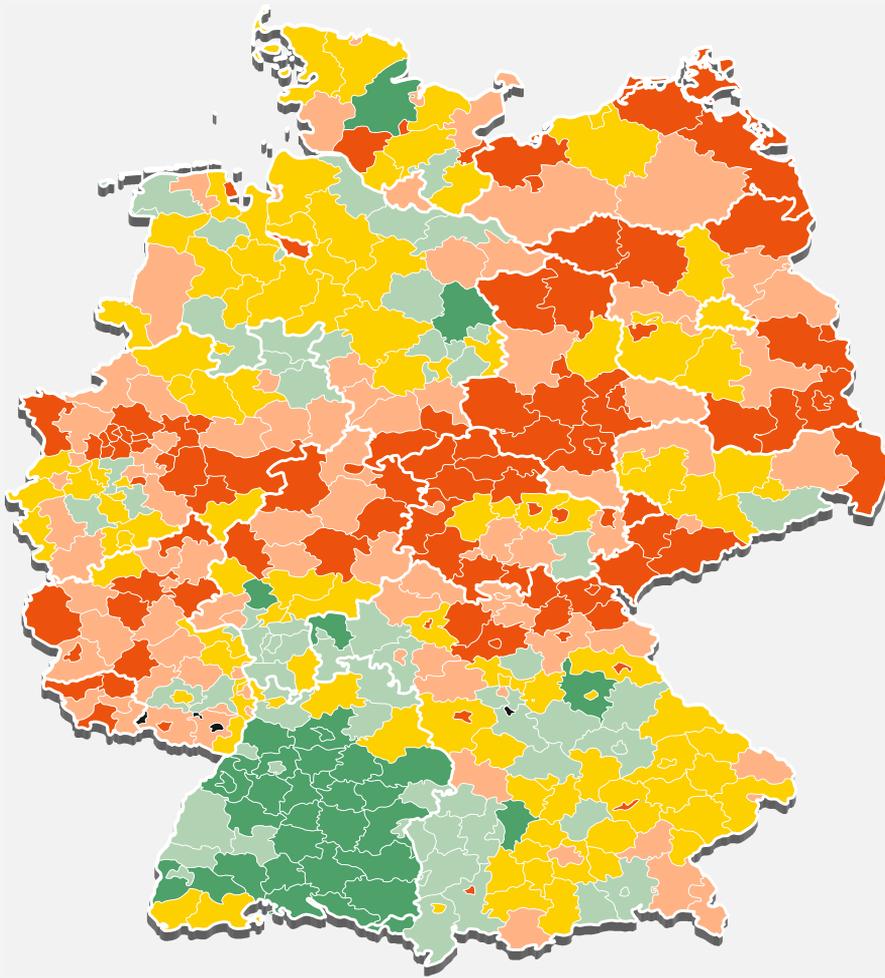
Insgesamt sind Männer und Frauen fast gleich häufig in stationärer Behandlung: Auf 1.000 BKK Versicherte kommen bei den Männern 197,0 Krankenhausfälle, bei den Frauen sind es 189,2 KH-Fälle. Der Unterschied hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl von Krankenhaustagen je Versicherte ist zwischen den Geschlechtern sogar noch geringer (Männer: 1.725 KH-Tage je 1.000 Versicherte; Frauen: 1.711 KH-Tage je 1.000 Versicherte).

Erwartungsgemäß sind Krankenhausbehandlungen bei jungen Menschen eher selten, erst etwa in der zweiten Lebenshälfte werden die Behandlungen häufiger: Bei den unter 35-Jährigen beträgt die Fallzahl zwischen 99 und 107 stationären Behandlungsfällen je 1.000 Versicherte. Im Renteneintrittsalter (Altersgruppe 65 bis 69 Jahre) ist die Fallzahl demgegenüber mehr als dreimal (313 Fälle je 1.000 Versicherte), bei den über 80-Jährigen mehr als sechsmal (684 Fälle je 1.000 Versicherte) so groß. Entsprechend nimmt auch die durchschnittliche Anzahl an stationären Behandlungstagen mit dem Alter zu: 65- bis 69-Jährige waren im aktuellen Berichtsjahr 2017 durchschnittlich einen ganzen Tag mehr in stationärer Behandlung als der Gesamtdurchschnitt aller Versicherten (2,7 vs. 1,7 KH-Tage je Versicherten). Von den Versicherten ab 80 Jahren war im Schnitt jeder sogar 7 Tage in stationärer Behandlung. Betrachtet

man die Altersverläufe außerdem differenziert nach Geschlecht, so scheinen die Jungen bis zur Pubertät das „anfälliger“ Geschlecht zu sein: Sie sind in der Altersgruppe bis 15 Jahre deutlich häufiger in stationärer Behandlung als Mädchen (109 KH-Fälle vs. 92 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). Im Alter zwischen 15 und 39 Jahren sind die Fallzahlen und die damit einhergehende Anzahl an Behandlungstage bei den Frauen höher als bei den Männern. Ab etwa 55 Jahren kehrt sich hingegen das Verhältnis wieder um.

Entsprechend des Umstandes, dass insbesondere Ältere stationäre Versorgung in Anspruch nehmen, ist die Zahl der Behandlungsfälle und -tage in der Regel dort höher, wo auch viele ältere Versicherte wohnen, was insbesondere in den östlichen Bundesländern der Fall ist. In Sachsen-Anhalt sind dabei die Kennzahlen insgesamt am höchsten. Aber auch unter Berücksichtigung des Einflusses von Alter und Geschlecht (durch Standardisierung) zeigen sich teils deutliche regionale Unterschiede (»» Diagramm 1.2.2), dabei oftmals auch innerhalb der einzelnen Bundesländer. So sind im Jahr 2017 die Versicherten im thüringischen Kyffhäuserkreis am längsten im Krankenhaus gewesen (rund 2,6 Behandlungstage je Versicherten) noch vor Bayreuth und Weiden in der Oberpfalz (beides Bayern; jeweils rund 2,5 Behandlungstage je Versicherten). In Bayern sind die Differenzen aber auch besonders ausgeprägt, so weisen die Kreise Aichach-Friedberg, Aschaffenburg und Lindau am Bodensee mit 1,4 KH-Tagen je Versicherten deutlich unterdurchschnittliche

Diagramm 1.2.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2017)



Abweichungen der KH-Tage der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (1.719 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte)

- | | |
|--|--|
| ■ mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt | ■ 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| ■ 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt | ■ mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| ■ ± 5% um den Bundesdurchschnitt | ■ keine Angaben* |

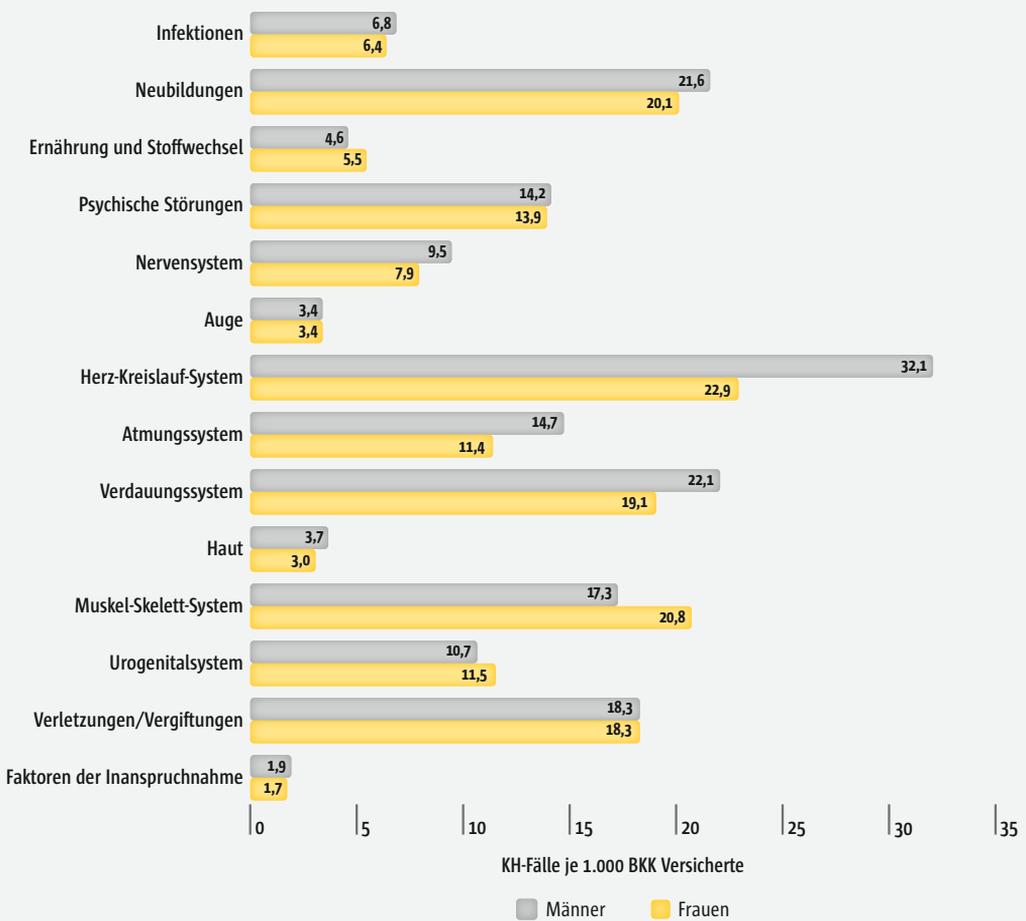
* Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Kennwerte auf. Die wenigsten Behandlungstage sind hingegen im baden-württembergischen Böblingen mit 1,1 KH-Tagen angefallen, gefolgt vom nahegelegenen Tübingen mit 1,2 KH-Tagen je Versicherten.

Häufigste Erkrankungsart, wegen derer Versicherte in stationärer Behandlung sind, sind die

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (III Diagramm 1.2.3): Von allen stationären Behandlungsfällen erfolgt etwa jede siebte Behandlung (14,3% aller KH-Fälle) aufgrund dieser Erkrankungsart. Mit deutlichem Abstand folgen als Behandlungsgrund jeweils bei einem von 10 Behandlungsfällen

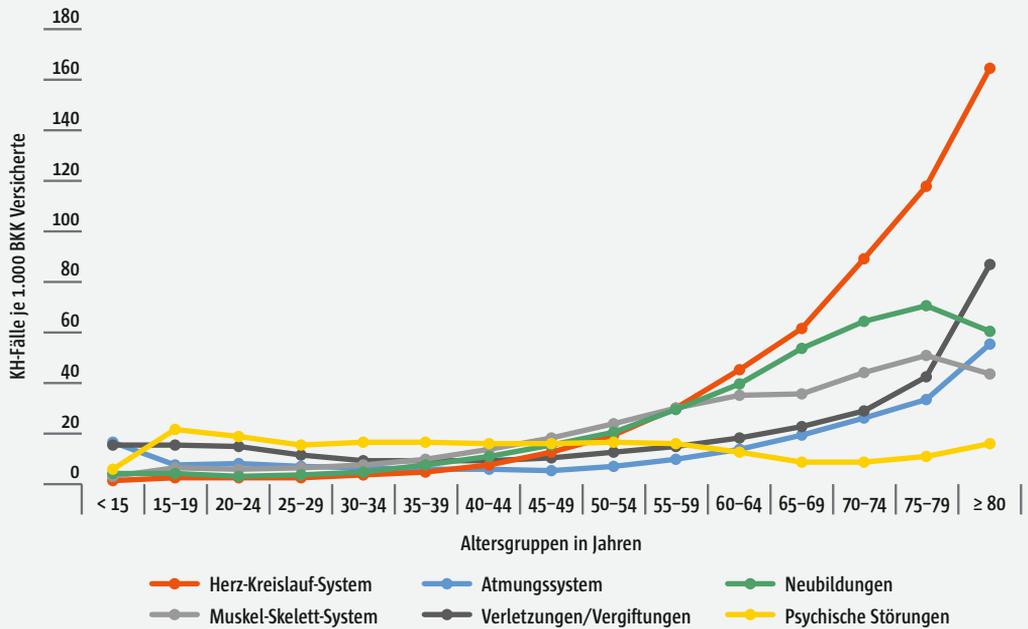
Diagramm 1.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



die Neubildungen (10,8%) sowie die Erkrankungen des Verdauungssystems (10,7%). Dabei sind Männer von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 32,1 KH-Fällen je 1.000 Versicherte etwa um 40% häufiger betroffen als Frauen (22,9 KH-Fälle je 1.000 Versicherte), pro 1.000 männliche Versicherte fallen dabei 267,2 Behandlungstage an (bei den Frauen nur 189,9 Behandlungstage). Aber auch wegen Erkrankungen des Atmungssystems sind Männer öfter in stationärer Behandlung, dementsprechend fallen auch hier mehr Krankenhaustage pro Versicherte bei den Männern an. Frauen werden dagegen häufiger aufgrund von Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen stationär behandelt.

Bei weiterer Differenzierung nach Altersgruppen wird ersichtlich (»» Diagramm 1.2.4), dass die hohen Fallzahlen der Herz-Kreislauf-Erkrankungen insbesondere von den Versicherten im Rentenalter herühren. Während die Fallzahlen aufgrund dieser Erkrankungsart in den jüngeren Altersgruppen noch sehr niedrig sind, wächst deren Anteil insbesondere ab dem 50. Lebensjahr sukzessive an. In der Altersgruppe der 65- bis 69-jährigen ist jeder fünfte Behandlungsfall im Krankenhaus auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen, ab dem 80. Lebensjahr sogar jeder vierte Behandlungsfall. Ebenfalls ein deutlicher Anstieg bei den über 50-jährigen ist für die Fälle von Neubildungen zu verzeichnen, wobei hier auch ein deutlicher Unterschied zwischen

Diagramm 1.2.4 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



den Geschlechtern zu erkennen ist: Bei den weiblichen Versicherten steigt die Zahl der Erkrankungsfälle schon in jüngeren Jahren deutlich an, zwischen 40 und 49 Jahren sind Neubildungen die häufigste Krankheitsart, insgesamt sind Frauen zwischen 25 und 55 Jahren häufiger wegen Neubildungen in stationärer Behandlung als Männer (siehe dazu auch **III** Kapitel 1.3).

Betrachtet man hingegen die durchschnittliche Verweildauer, die pro Fall zuzurechnen ist, so verändert sich das Bild. Hierbei sind die psychischen Störungen diejenige Erkrankungsart, aufgrund derer die Patientinnen und Patienten mit Abstand am längsten in stationärer Behandlung sind. Im Durchschnitt dauert dabei jeder Behandlungsfall fast 4 Wochen (27,2 Tage je Fall), Frauen sind zudem im Schnitt fast 6 Tage länger bei einer psychischen Störung in Behandlung als Männer. Entsprechend ist es wenig überraschend, dass im Sektor der stationären Versorgung auf die psychischen Erkrankungen der größte Anteil an Langzeitbehandlungsfällen zurückgeht: So sind 60,2% aller Fälle mit mehr als sechs Wochen Dauer auf diese Erkrankungsart zurückzuführen. Die stationäre Behandlung von anderen Erkrankungen ist mit durchschnittlich unter 10 Tagen je Fall durchweg deutlich kürzer. So beträgt die Verweildauer bei

Neubildungen im Schnitt 9,3 Tage, bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen rund 8,3 Tage und bei Muskel-Skelett-Erkrankungen 7,9 Tage. Hierbei sind Langzeitfälle seltener, zumindest noch 11,7% der Langzeitfälle gehen auf Neubildungen zurück.

Wenig überraschend sind auch bei Betrachtung von Einzeldiagnosen viele Herz-Kreislauf-Erkrankungen unter denjenigen mit den meisten Behandlungsfällen zu finden. Entsprechend ist auch die häufigste Einzeldiagnose bei Männern wie bei Frauen die Herzinsuffizienz (I50) (**III** Tabelle 1.2.1). Bei den Männern erfolgen allerdings auch fast genauso viele Behandlungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10). Vorhofflimmern und Vorhofflattern (I48) ist immerhin dritthäufigster Behandlungsgrund bei den Männern. Bei Frauen sind hingegen Brustkrebs (C50) und Gallensteine (K80) zweit- bzw. dritthäufigster Behandlungsgrund. Depressionen als Episode (F32) bzw. in rezidivierender Form (F33) verursachen bei beiden Geschlechtern die mit Abstand meisten Behandlungstage. Bei diesen sind allerdings die Fallhäufigkeiten eher gering (in dieser Auflistung tauchen beide Einzeldiagnosen nur bei den Frauen auf), die Behandlungsdauer ist mit durchschnittlich 5 bis 6 Wochen hingegen sehr lang.

Tabelle 1.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn häufigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Männer				
I50	Herzinsuffizienz	4,1	47,3	11,5
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4,1	42,3	10,3
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	3,6	18,0	5,1
K40	Hernia inguinalis	3,5	10,7	3,1
I20	Angina pectoris	3,2	16,1	5,0
I21	Akuter Myokardinfarkt	3,0	25,5	8,5
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	3,0	16,5	5,6
S06	Intrakranielle Verletzung	2,7	13,4	4,9
I63	Hirnininfarkt	2,7	33,0	12,4
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	2,5	24,4	9,7
Frauen				
I50	Herzinsuffizienz	3,5	38,9	11,2
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	3,2	33,7	10,4
K80	Cholelithiasis	3,0	18,7	6,2
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,9	122,7	41,8
M54	Rückenschmerzen	2,7	20,6	7,8
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	2,6	15,4	5,9
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	2,5	13,1	5,2
S06	Intrakranielle Verletzung	2,4	10,3	4,3
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	2,3	24,5	10,8
F32	Depressive Episode	2,1	79,9	37,9

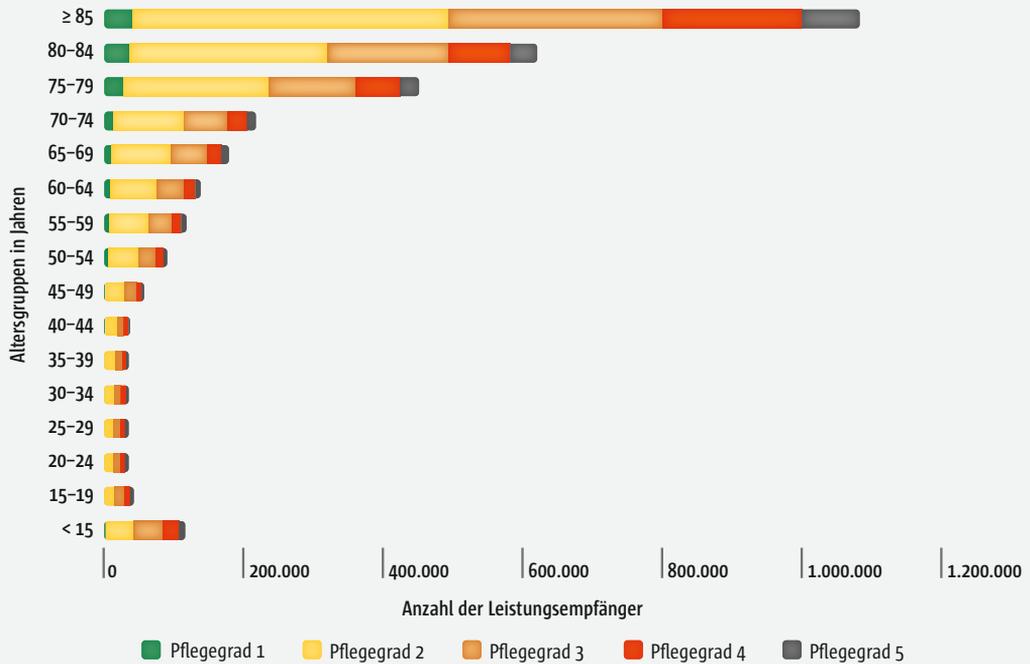
Medizinische Rehabilitation und Pflegebedürftigkeit

Die zuvor berichteten Daten beziehen sich auf die stationäre Akutversorgung, allerdings hört die medizinische Versorgung nicht einfach nach Entlassung auf. In vielen Fällen findet eine ambulante bzw. rehabilitative Versorgung im Anschluss statt, z. B. für Nachsorge und weiterführende Medikation. Dieser Wechsel von einem Versorgungssektor des Gesundheitswesens in einen anderen ist oftmals eine Hürde für die Patienten – dies umso mehr, wenn dann aufwendigere Leistungen benötigt werden, insbesondere in Hinblick auf Rehabilitationsleistun-

gen oder Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit. Nachfolgend sind hierzu einige Eckdaten genannt²:

- Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2018). Reha-Bericht 2018. DRV Bund, Berlin.
 - Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen: Amtliche Statistik KG 5, 2016 (Bundesministerium für Gesundheit: Angaben zu den Geschäftsergebnissen der GKV bezüglich der Leistungsfälle und Tage)
 - Versicherte und Leistungsempfänger in der sozialen Pflegeversicherung: Amtliche Statistik PG 2, Stand 31.12.2017 (Bundesministerium für Gesundheit: Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten).

Diagramm 1.2.5 Pflegerische Versorgung – Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung nach Pflegegraden und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)¹



¹Amtliche Statistik PG 2, Stand 31.12.2017 (Bundesministerium für Gesundheit: Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten)

- Durch die Rentenversicherung erfolgen pro Jahr rund eine Million Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, hinzukommen noch über 700.000 Reha-Maßnahmen durch die GKV (Stand 2016). Jeweils der größte Anteil davon erfolgt stationär, der ambulante Anteil beträgt weniger als 15%. Bei beiden Kostenträgern erfolgt der bei weitem größte Anteil der Leistungen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (DRV: 41%; GKV: 35%). Etwa jede fünfte durch die Rentenversicherung finanzierte Leistung erfolgt aufgrund von psychischen Erkrankungen (inkl. Sucht-Erkrankungen 20%), während entsprechend der älteren Bezugsgruppe (80% sind älter als 65 Jahre) bei den GKV-finanzierten Rehabilitationen rund 22% der Fälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückgehen. Deutliche Unterschiede bestehen außerdem beim Anteil der Anschlussheilbehandlungen bzw. Anschlussrehabilitationen: Während drei Viertel der Rehabilitationen in GKV-Kostenträgerschaft als solche erfolgen, ist der AHB-Anteil bei den Rehabilita-

tionen durch die DRV mit 36% nur etwa halb so groß.

- Von Pflegebedürftigkeit waren in Deutschland Ende 2017 knapp über 3,3 Millionen der mehr als 72 Millionen in der sozialen Pflegeversicherung Versicherten betroffen, mehr als 60% von den Pflegebedürftigen sind Frauen. Sofern ein Pflegegrad festgestellt wurde (dies erfolgt durch Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder andere Prüforganisationen), können die Betroffenen entsprechende Leistungen erhalten. Insgesamt sind mehr als die Hälfte der Versicherten mit Pflegegrad im Alter von 80 Jahren oder darüber, ein weiteres Viertel aller Pflegebedürftigen gehört zur Altersgruppe der 65- bis 79-jährigen (»»» Diagramm 1.2.5). Der größte Teil ist als Pflegegrad 2 eingestuft (44,1%), gefolgt von Pflegegrad 3 (28,4%) und Pflegegrad 4 (15,4%). Über drei Viertel der Pflegeleistungsempfänger werden ambulant betreut.

Zusammenfassung und Ausblick

Wie die berichteten Zahlen erkennen lassen, betrifft die stationäre Versorgung zwar nur einen kleinen Teil der Versicherten – sofern man diese aber in Anspruch nehmen muss, umfasst die Behandlung oftmals mehrere Tage bis Wochen und ist nicht selten lebensrettend. Viele Erkrankungen machen eine Nachbehandlung nötig, das Spektrum reicht dabei von der Sicherstellung der Versorgung mit notwendigen Medikamenten – gerade bei Entlassung am oder kurz vor dem Wochenende – bis hin zu Rehabilitations- und Nachsorgeleistungen. Aber auch darüber hinaus benötigen Patientinnen und Patienten oft Hilfe, um ihre Teilhabe am Leben zu sichern bzw. wiederherzustellen – sei es durch die Organisation von Alltagshilfen, die sich temporär während der

weiteren Rekonvaleszenz um hauswirtschaftliche Dinge kümmern, sei es durch die Einrichtung von dauerhafter Pflege. Viele Kliniken betreiben dazu bereits schon länger ein Entlassmanagement, seit Ende 2017 ist ein solches Angebot für Kliniken gesetzlich verpflichtend.

Der nachfolgende **»** Beitrag EMSE und USER: Projekte zur Förderung eines strukturierten Entlassmanagements mithilfe von Routinedaten beschreibt hierzu mit den beiden genannten Innovationsfonds-Projekten ein spannendes Vorhaben, mit dem für das Entlassmanagement der patientenseitig benötigte Unterstützungsbedarf frühzeitig und mit sektorenübergreifend bereitgestellten Informationen besser gesteuert werden soll, damit nicht nur die Gesundheit, sondern auch die Lebenszufriedenheit der Patienten verbessert wird.

EMSE und USER: Projekte zur Förderung eines strukturierten Entlassmanagements mithilfe von Routinedaten

Katja Kleine-Budde¹, Benjamin Finger², Karl Blum³ und Björn Broge¹

¹ aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

² BKK Dachverband

³ Deutsches Krankenhausinstitut

- Entlassmanagement soll Patientinnen und Patienten beim Übergang von der stationären Versorgung in die oftmals notwendige Anschlussversorgung unterstützen.
- Im Projekt EMSE wurde ein Werkzeug, das Patienten mit einem erhöhten Versorgungsbedarf nach einem Krankenhausaufenthalt frühzeitig erkennt, entwickelt. Im Nachfolgeprojekt USER wird dies nun realisiert.
- Ziel ist, dass über dabei entwickelte Software relevante Patienteninformationen frühzeitig zur Verfügung gestellt werden und von Beginn an der Versorgungsbedarf umfassend und gezielt geplant werden kann. Damit wird die Patientenversorgung insgesamt sektorenübergreifend effizienter gestaltet.

Einleitung

Entlassmanagement als Brücke zwischen der stationären Versorgung und der ambulanten Nachversorgung soll Kontinuität der Versorgung gewährleisten und helfen, Versorgungsbrüche zu vermeiden. Nach einer aktuellen Umfrage der hkk [1] im Rahmen des Gesundheitsreports werden nur 35,8% der Krankenhauspatienten über das nach dem Gesetz vorgesehene Entlassmanagement in der jeweiligen Klinik informiert.

Der gesetzliche Anspruch ist keineswegs neu. Die Schnittstellenversorgung wurde im Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Nachversorgung zuletzt im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) erweitert. In der Begrün-

dung zum GKV-VSG wird vom Gesetzgeber konstatiert, dass das „Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung [...] bisher nicht so umgesetzt worden [ist], dass Leistungslücken in jedem Fall wirkungsvoll geschlossen werden konnten.“ Nachweisen lässt sich dies auch anhand von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung: In der Konzeptskizze des aQua-Instituts für den G-BA aus dem Jahr 2015 wird deutlich, dass von insgesamt 10.401.752 Krankenhausfällen 14% als Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nachzuweisen sind. Bei 5% dieser Krankenhausfälle hat im gleichen Zeitraum nach Entlassung aus dem Krankenhaus ein ambulanter Notfallkontakt stattgefunden [2]. Sicherlich sind nicht alle Versorgungsprobleme im Übergang zwischen den Sektoren auf ein unzureichendes Entlassmanagement zurückzuführen, jedoch hat umgekehrt ein gutes Entlassmanagement einen positiven Einfluss auf die Versorgung [3, 4].

Die im GKV-VSG getroffene Erweiterung im § 39 Abs. 1a SGB V sollte zur Verbesserung beitragen und klarer die Verantwortung für ein Entlassmanagement regeln. Dazu wurde zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband ein Rahmenvertrag festgelegt, der zum 01.10.2017 in Kraft trat. Grundsätzlich sieht dieser Rahmenvertrag im Krankenhaus eine multidisziplinäre Zusammenarbeit mit verbindlich geregelten Verantwortlichkeiten und die Information der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement vor. Dabei soll der Bedarf für ein Entlassmanagement frühzeitig erfasst und die Nachsorge eingeleitet werden. Mit im Rahmenvertrag enthalten ist das Ordnungsrecht für Krankenhäuser u. a. in den Bereichen Arzneimittel

und Hilfsmittel. Die Einbindung der Krankenkassen erfolgt entsprechend bei Unterstützungsbedarf.

Die Erfahrung mit dem Rahmenvertrag zeigt, dass die neu festgelegten Aufgaben entsprechend des Rahmenvertrags einer Anlaufphase bedürfen. Als weiteres Hindernis kommt hinzu, dass der neue Rahmenvertrag Entlassmanagement zu Beginn ohne einen standardisierten elektronischen Datenaustausch zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen funktionieren musste. Seit 01.01.2019 steht dieser nun zur Verfügung. Ggf. notwendige Dokumente können allerdings nicht übertragen werden.

Festzuhalten ist, dass das Entlassmanagement bisher sehr stark auf das Krankenhaus fokussiert. Zwar kommt der Krankenkasse eine unterstützende Rolle zu, allerdings regelt der Rahmenvertrag keine genauere Verantwortung für den Prozess. Daran lässt sich jedoch die Notwendigkeit erkennen, weitere Instrumente zu entwickeln, die das Entlassmanagement im Sinne einer zielgenauen Versorgung der Patienten unterstützen.

Das Projekt „Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement“ (EMSE) und das Folgeprojekt „Umsetzung eines strukturierten Entlassmanagements mit Routinedaten“ (USER) (Projektteilnehmer siehe ►►► Abbildung 1) greifen diese Forderung auf und versuchen, die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse klarer zu definieren, indem Prozesse erarbeitet und Verantwortlichkeiten definiert werden. Das Vorhaben hat ein hohes Potenzial, da die Krankenkassen über für den Versorgungsprozess wichtige Daten verfügen,

die für die Krankenhäuser von Nutzen sein können. Außerdem kann das gesamte Verfahren beschleunigt werden.

Ziele des Netzwerks

Ziel der neuen Versorgungsform ist es, die Effizienz der Patientenversorgung zu verbessern. Dies soll durch eine Vermeidung von Versorgungslücken nach Entlassung aus dem Krankenhaus, frühzeitige und korrekte Identifizierung von Versorgungsbedarfen der Patienten, einer bedarfsgerechten Versorgung sowie die Einbindung und Empowerment von Patienten erreicht werden. Darüber hinaus soll die Effizienz und Transparenz der Versorgung durch Verbesserung der Qualität und Verfügbarkeit relevanter Informationen, Beschleunigung von Genehmigungsverfahren sowie der Reduktion von Bürokratie und Aufwänden in der Dokumentation gesteigert werden.

Inhalte

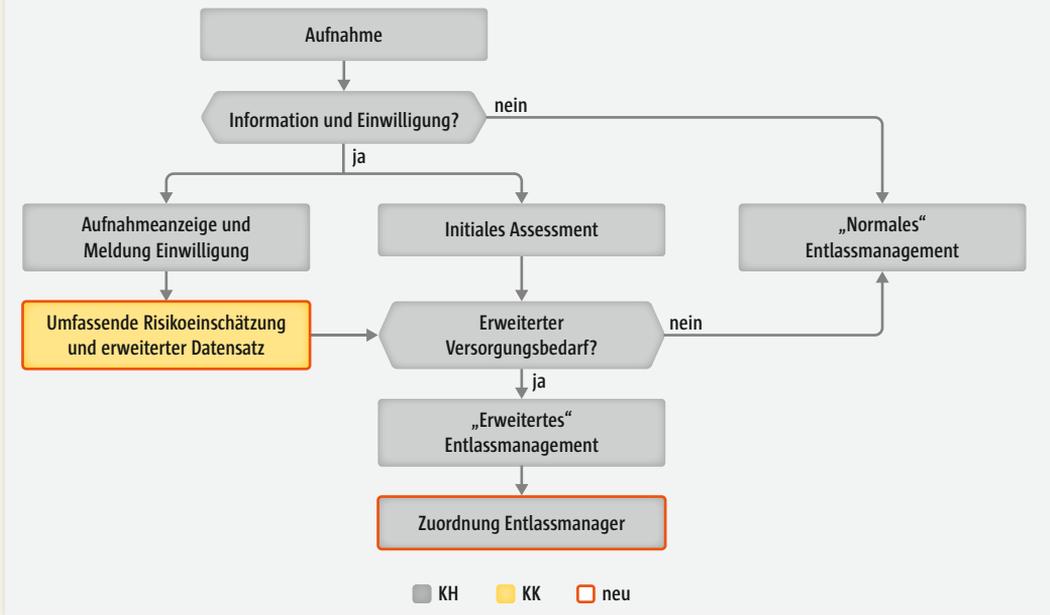
Die oben angestrebten Ziele werden durch eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erreicht, um Informations- und Entscheidungsprozesse im Entlassmanagement besser und effizienter zu gestalten. Folgende vier Elemente spielen dabei eine zentrale Rolle:

1. Ein neu gestalteter automatisierter Informationsfluss von der Krankenkasse zum Krankenhaus stellt diesem wesentliche Informationen über den Patienten zur Verfügung. Dazu zählen seine Patientenhistorie sowie Ergebnisse zu seinem individuellen Risiko für den nachstationären Versorgungsbedarf (z.B. ungeplante Wiederaufnahmen, Pflegebedürftigkeit oder Hilfsmittelversorgung, vgl. unten aufgeführte Kriterien). Direkt nach Aufnahme eines Patienten sollen diese Informationen in Echtzeit bei dem Krankenhaus vorliegen und somit das initiale Assessment im Krankenhaus auf eine breitere Informationsgrundlage stellen und damit die Basis für eine effiziente Anschlussversorgung darstellen (►►► Abbildung 2).
2. Für Patienten mit einem erhöhten nachstationären Versorgungsbedarf wird ein erweitertes Entlassmanagement gestartet. Dabei wird aufseiten der Krankenhäuser und Krankenkassen ein Prozessverantwortlicher bestimmt, der für die Umsetzung der Entlassplanung zuständig ist. Er soll jeweils die zentrale Stelle im Entlassmanage-

Abbildung 1 Teilnehmer des Netzwerks und ihre Rollen



Abbildung 2 Idealtypischer Prozess der Krankenhausaufnahme und Datenflüsse



ment darstellen, die den Überblick über den gesamten Prozess hat, und als Ansprechpartner und Schnittstellenfunktion für intern und extern fungieren. Intern managt er den Informationsfluss und initiiert und koordiniert Maßnahmen im eigenen Haus. Der Entlassmanager im Krankenhaus hat ein Informationsrecht gegenüber Ärzten, Pflegern und Therapeuten und eine Informationspflicht gegenüber Patienten, Angehörigen und der Krankenkasse des Patienten.

Kriterien für einen poststationären Versorgungsbedarf

- Notfallwiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung
- Ambulante Notfallbehandlung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung
- Mortalität innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung
- Erstmalige Inanspruchnahme einer stationären Pflegeleistung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung
- Erhöhung des Pflegegrads/der Pflegestufe innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung
- Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation oder Anschlussheilbehandlung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung
- Inanspruchnahme einer Hilfsmittelversorgung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

3. Durch eine koordinierte Abstimmung des Versorgungsplans mit IT-Unterstützung wird der Prozess der Genehmigung von Leistungen der Kranken- und Pflegekassen vereinfacht, beschleunigt und entbürokratisiert. Darüber hinaus werden Krankenkassen in die Lage versetzt, ihre Beratungsfunktion in Abstimmung mit dem Krankenhaus frühzeitig in Anspruch zu nehmen.
4. Die Krankenkasse unterstützt das Krankenhaus bei der Evaluation des Entlassmanagements und gibt ein regelmäßiges Feedback über die Ergebnisse an das Krankenhaus. Diese Rückmeldungen sind wichtig, um die eigenen Prozesse zu hinterfragen und zu optimieren. Auch der Expertenstandard zum Entlassmanagement empfiehlt den Krankenhäusern, die Ergebnisse ihres Entlassmanagements z.B. durch Befragungen zu evaluieren.

Vorteile für Netzwerke/Personen in Krankenhäusern bzw. Krankenkassen

Die Verwendung von aufbereiteten Routinedaten der Krankenkassen im Prozess des Entlassmanagements hat für die im Aufnahmeprozess tätigen Personen im Krankenhaus den Vorteil, dass diese den Patient-

ten betreffenden relevanten Informationen sofort verfügbar sind. Die für das initiale Assessment wesentlichen Informationen, wie z.B. vorherige Krankenhausaufenthalte oder Arzneimittel, die normalerweise in Patientengesprächen bei der Aufnahme erhoben werden, stehen dadurch in systematisch aufbereiteter Form und somit in hoher Qualität und Objektivität bereits bei Aufnahme zur Verfügung. Auch die Ergebnisse des individuellen poststationären Versorgungsbedarfs sind eine wichtige zusätzliche Informationsquelle für die weitere Entlassplanung. Das Patientenassessment wird dadurch schlanker, die Dokumentationslast verringert und es trägt insgesamt zu einer verbesserten Patientenüberleitung durch die Reduktion von Informationsmängeln bei. Eine geringere Dokumentationslast ergibt sich darüber hinaus durch die IT-Unterstützung im Antragsverfahren. Hier soll der Austausch des Entlassplans zwischen Krankenhaus und Krankenkasse zukünftig nicht mehr manuell bzw. per Fax erfolgen, sondern vollständig automatisiert werden.

Die Bestimmung eines Entlassmanagers sowohl auf Krankenhaus- als auch auf Krankenkassenseite soll die Zusammenarbeit verbessern. Bisher sind die Zuständigkeiten für Außenstehende oft unklar bzw. nicht einheitlich und abhängig von der jeweiligen nachstationären Versorgung. Durch die Bündelung zentraler Aufgaben auf eine verantwortliche Person reduziert sich der Abstimmungs- und Kommunikationsaufwand zwischen den Institutionen.

Eine systematische Evaluation des Entlassmanagements erlaubt es, die eigenen Prozesse zu hinterfragen und zu optimieren und dadurch Verbesserungen durch Lerneffekte bei Kassen und Krankenhäusern zu erzielen. Das Krankenhaus erhält Auskunft darüber, wie die Entlassplanung zur Umsetzung von Versorgungskontinuität beigetragen hat und an welchen Stellen Versorgungsdefizite bestehen.

- dadurch bessere medizinische Versorgung, weniger Wiederaufnahmen und Notfälle
- klar geregelte Zuständigkeiten, der Entlassmanager als fester Ansprechpartner
- Teilnahme ist freiwillig, freie Wahl des Arztes, des Pflegegedienstes usw. bleibt bestehen

Herausforderungen im Netzwerk

Bei der Implementierung der neuen Versorgungsform USER sind insbesondere die Vorgaben aus der neuen DSGVO zu beachten sowie die Zugriffsrechte einzelner Parteien zu definieren. Die Nutzung von Routinedaten direkt bei Aufnahme eines Patienten erfordert deren sofortige und automatische Prüfung auf Vollständigkeit, Validität und Plausibilität, um eine unkritische Verwendung der Daten zu gewährleisten. Dies muss IT-technisch realisiert werden. Um die Zustimmung der Patienten zur neuen Versorgungsform zu erhalten, müssen diese im Vorfeld eines Aufenthalts oder bei Aufnahme ins Krankenhaus über die neue Versorgungsform aufgeklärt werden bzw. sie müssen dem Austausch ihrer eigenen Daten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse zustimmen. Die bisherige Einverständniserklärung zum Entlassmanagement wird um diesen Aspekt erweitert.

Die Implementierung eines Entlassmanagers in die bestehenden Strukturen einer Einrichtung stellt eine weitere Herausforderung dar. Zum einen verfügt jedes Krankenhaus und auch jede Krankenkasse über individuelle Organisationsstrukturen, sodass auch individuelle Implementierungsstrategien gefunden werden müssen. Die bisherige Organisationsfähigkeit der Einrichtungen wird nicht beschränkt. Außerdem muss bedacht werden, dass die notwendigen Qualifikationen geschult werden müssen.

Aufseiten der Krankenkasse bestehen enge rechtliche Rahmenbedingungen, in denen die Krankenkasse das Entlassmanagement im Sinne eines Versorgungsmanagements unterstützen kann. Grundsätzlich kann die Krankenkasse beim Entlassmanagement erst unterstützen, wenn das Krankenhaus Unterstützungsbedarf sieht (gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement). Oftmals erfolgt die Anzeige von Unterstützungsbedarf durch das Krankenhaus noch relativ spät. Gerade bei komplexen Fällen oder wenn strukturelle Versorgungslücken bestehen, könnte die Krankenkasse frühzeitig besser unterstützen. Außerdem wäre wie von EMSE vorgeschlagen, ein gezielterer Datenaustausch wünschens-



Vorteile für Patientinnen und Patienten

- Anamneseprozess wird unterstützt, Informationen zu bisheriger Krankheitsgeschichte, Vorerkrankungen, zusätzlicher Medikation usw. müssen nicht zusätzlich erfragt werden
- Entlastung durch gezieltere Organisation und Koordination der Anschlussmaßnahmen
- Gewährleistung eines möglichst lückenlosen Übergangs über die „Grenze“ zwischen stationärem Sektor und Anschlussbehandlung hinweg

wert. Medizinische Informationen sind zwar ausgeschlossen, allerdings werden bereits nach Rahmenvertrag Entlassmanagement Teile des Entlassplans vom Krankenhaus übermittelt.

Was ist insgesamt dabei zu beachten?

Die Entwicklung der neuen Versorgungsform erfolgte zeitgleich mit der Einführung des neuen Rahmenvertrags zum Entlassmanagement und den Bestrebungen der Krankenhäuser und Krankenkassen, diesen umzusetzen. Aus diesem Grund wurde USER so konzipiert, dass sich die neuen Elemente komplementär zu den bisherigen Bestrebungen auf diesem Gebiet verhalten. Vielmehr versucht die neue Versorgungsform einzelne Punkte der Rahmenrichtlinie spezifischer aufzugreifen und mit Inhalten zu konzipieren.

Da Krankenhäuser und Krankenkassen unterschiedliche Primärsysteme nutzen, die nicht darauf ausgelegt sind, auch Datenströme außerhalb ihrer Einrichtungen zu unterstützen, ist das Thema Interoperabilität für die Umsetzung zentral. Durch eine Erweiterung ihrer spezifischen Systeme oder durch Integration von Speziallösungen können die für das Projekt relevanten Anforderungen umgesetzt werden. Die IT-Dienstleister der Kassen spielen hier eine zentrale Rolle für die Umsetzung des Datentransfers zwischen Krankenhaus und Krankenkasse; im vorliegenden Netzwerk wird dies durch die BITMARCK für die BKK'en und durch die Knappschaft selbst umgesetzt.

Ausblick: Mögliche Erweiterungen des Netzwerks

Neben dem Krankenhaus und den Krankenkassen als den zentralen Akteuren im vorliegenden Netzwerk wäre es wünschenswert, weitere Akteure, die zentral im Geschehen des Entlassmanagements mitwirken, mit in den Kommunikations- und Abstimmungsfluss zu integrieren. Für einen sektorenübergreifenden Ansatz kommen hier insbesondere Hausärzte infrage. Diese sind nicht nur der zentrale Anlaufpunkt in der nachstationären Versorgung, sondern bereits im Vorfeld eines Aufenthalts als oftmals einweisende Person essenziell. Ebenso kommen dafür Einrichtungen infrage, die an der nachstationären Versorgung beteiligt sind, wie Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen, andere ambulante (Fach-) Ärzte oder andere Anbieter, wie Hilfs- oder Heilmitteldienstleister.

Literatur

1. Braun B. Entlassmanagement. In: hkk Gesundheitsreport; 2018
2. AQUA. Entlassmanagement. Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren (17. September 2015). Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH; 2015
3. Laugaland K, Aase K, Barach P. Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. *Work* 2012; 41 Suppl 1: 2915–2924
4. Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET et al. The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs* 2011; 30: 746–754



Katja Kleine-Budde, Dipl.-Ök., MPH

Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Biometrie am aQua-Institut seit 2013. Tätigkeitsschwerpunkte liegen in der Durchführung und insbesondere Auswertung von Projekten im Bereich der Versorgungsforschung. Stellvertretende Leitung des Projektes „Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement“ im Rahmen der Förderung der Versorgungsforschung im Innovationsfonds und „Umsetzung eines strukturierten Entlassmanagements mit Routinedaten“ im Rahmen der Förderung von neuen Versorgungsformen im Innovationsfonds.



Benjamin Finger, M.A.

Benjamin Finger ist seit 2015 beim BKK Dachverband tätig. Zunächst war er Referent für Verbands- und Gremienarbeit, wechselte dann Anfang 2016 in die Abteilung Versorgungsmanagement. Dort ist er Referent für Qualitätssicherung/Krankenhaus und betreut unter anderem das Thema Entlassmanagement. Benjamin Finger ist Politikwissenschaftler mit dem Schwerpunkt Gesundheitspolitik.



Dr. Karl Blum

Seit 1994 im Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) in Düsseldorf tätig, zunächst als wissenschaftlicher Mitarbeiter, seit 2003 als Leiter des Geschäftsbereichs Forschung, seit 2017 als Vorstand. Arbeitsschwerpunkte: Krankenhaus-, Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung.



Björn Broge, Dipl.-Kfm.

Geschäftsführer des aQua-Instituts. 1995 Einstieg beim aQua-Institut als wissenschaftlicher Mitarbeiter und seit 2004 Prokurist. Broge ist Experte für Qualitätsmanagement, datengestützte Feedbacksysteme, Evaluation von Versorgungsformen und Entwicklung von Qualitätsindikatoren. In den Jahren 2009 bis 2015 leitete er den Bereich Verfahrensentwicklung und -umsetzung im Rahmen des vom Gemeinsamen Bundesausschuss erteilten Auftrags zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137a SGB V. Mitarbeit an der Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren zum Thema Entlassmanagement im Auftrag des G-BA (2015). Leiter des Projektes „Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement“ im Rahmen der Förderung der Versorgungsforschung im Innovationsfonds.

1.3 Die stationäre Versorgung von Krebserkrankungen – ein Überblick

- In der stationären Versorgung erfolgt durchschnittlich mehr als jeder zehnte Behandlungsfall und mehr als jeder zehnte Behandlungstag aufgrund von Neubildungen, die meisten davon sind bösartige Neubildungen, welche als Krebs bezeichnet werden.
- Dabei sind Krebs in Bronchien und Lunge (C34) die häufigste Diagnose in der stationären Versorgung: Die meisten Krebsbehandlungsfälle bei den Männern und die zweitmeisten – nach Brustkrebs (C50) – bei den Frauen gehen darauf zurück.
- Brustkrebs kommt auch schon bei relativ jungen Frauen vor, ab dem 25. Lebensjahr steigt die Zahl solcher Behandlungsfälle. Die meisten Prostatakrebsfälle treten hingegen erst jenseits des 55. Lebensjahres auf.
- Je nach Krebsart (bzw. der betroffenen Körperregion) sind auch die Chancen unterschiedlich, die Erkrankung früh zu erkennen und erfolgreich zu behandeln. Z.B. ist Hautkrebs früh erkennbar und gut behandelbar, bei Bauchspeicheldrüsenkrebs hingegen zeigen sich Symptome in der Regel erst sehr spät.

Nach aktuellem Stand erkrankt in Deutschland etwa jede(r) Zweite im Laufe des Lebens an Krebs (Männer leicht häufiger als Frauen)¹. Als Krebs wird eine sogenannte „bösartige“ Entwicklung von Zellen im menschlichen Körper bezeichnet, bei der diese Zellen unkontrolliert wachsen und dabei meist zerstörend in das umgebende Gewebe eindringen bzw. sich über das Blut- und Lymphsystem im Körper verbreiten. Unbehandelt verlaufen bösartige Zellwucherungen in der Regel tödlich. Die Diagnose Krebs ist daher für die meisten Patientinnen und Patienten und genauso

für deren Angehörige mit großer Angst und Unsicherheit verbunden. Darüber hinaus trägt zur Verunsicherung bei den Betroffenen auch der Ausblick auf die Behandlung bei, die langwierig, aufwendig und aufgrund von Nebenwirkungen sowie langfristigen Folgen für die Betroffenen sehr belastend sein kann.

Nachfolgend wird ein Überblick gegeben, welche Rolle Krebserkrankungen in der stationären Akutversorgung spielen, wer davon betroffen ist und welche Krebserkrankungen besonders häufig bzw. langwierig sind.

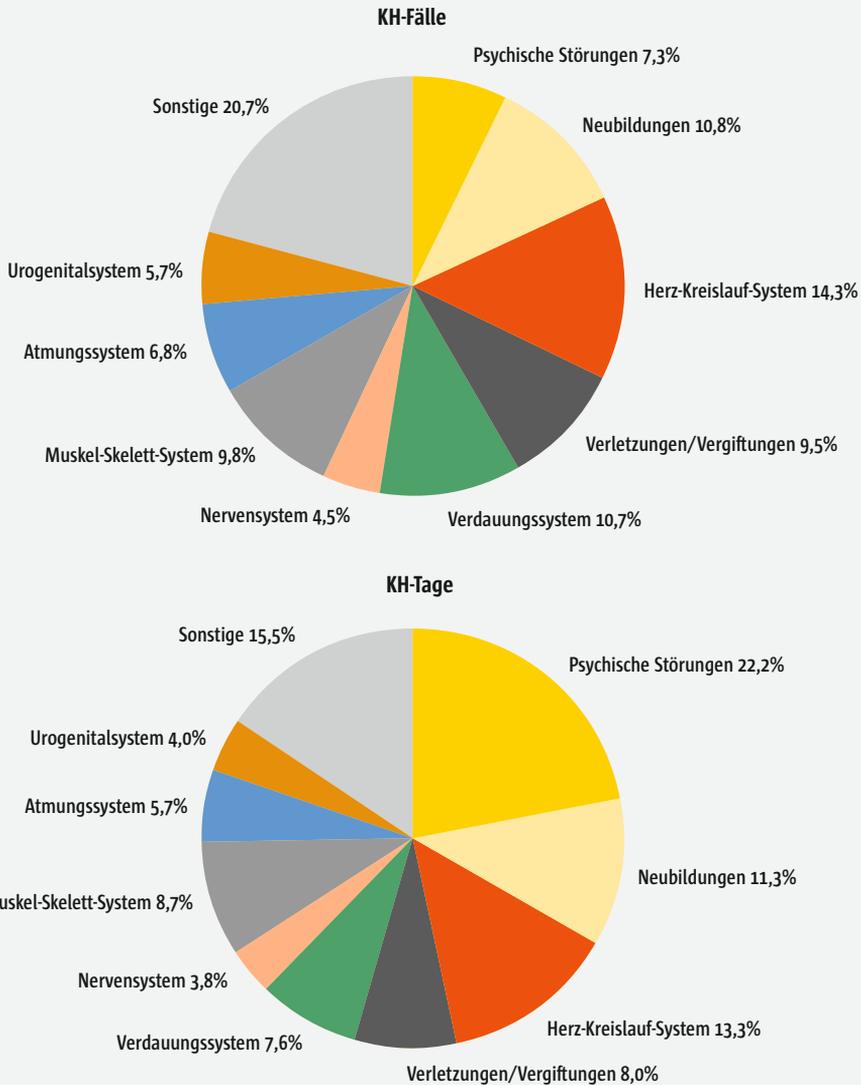
Anteil am Gesamtgeschehen in der stationären Versorgung

Unter der ICD-Diagnosehauptgruppe „Neubildungen“ werden verschiedene sowohl gut- als auch bösartige Gewebewucherungen zusammengefasst. In der stationären Versorgung von Neubildungserkrankungen finden sich allerdings hauptsächlich bösartige Erkrankungen wieder. Insgesamt waren im Jahr 2017 10,8% aller stationären Behandlungsfälle auf Erkrankungen aus dem Bereich der Neubildungen zurückzuführen (» Diagramm 1.3.1). Bei rund einem Drittel der Fälle waren die Versicherten zwei oder mehrere Male deshalb in stationärer Behandlung. Insgesamt sind 1,2% aller Versicherten im Jahr 2017 wegen Neubildungen in stationärer Behandlung gewesen. Auf diese Erkrankungsart gehen wiederum 11,3% aller Krankenhaustage zurück. Damit gehen auf diese Diagnosehauptgruppe bei den Versicherten die zweitmeisten Behandlungsfälle nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (14,3%), sowie die drittmeisten Behandlungstage nach den psychischen Störungen (22,2%) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (13,3%) zurück.

Anders ausgedrückt, entspricht dies für das Jahr 2017 20,9 stationären Behandlungsfällen je 1.000 Versicherte, aus denen 193,4 Behandlungstage resultieren. Diese durchschnittlichen Fall- und Behand-

1 Robert Koch Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.) (2017). Krebs in Deutschland für 2013/2014. RKI, Berlin.

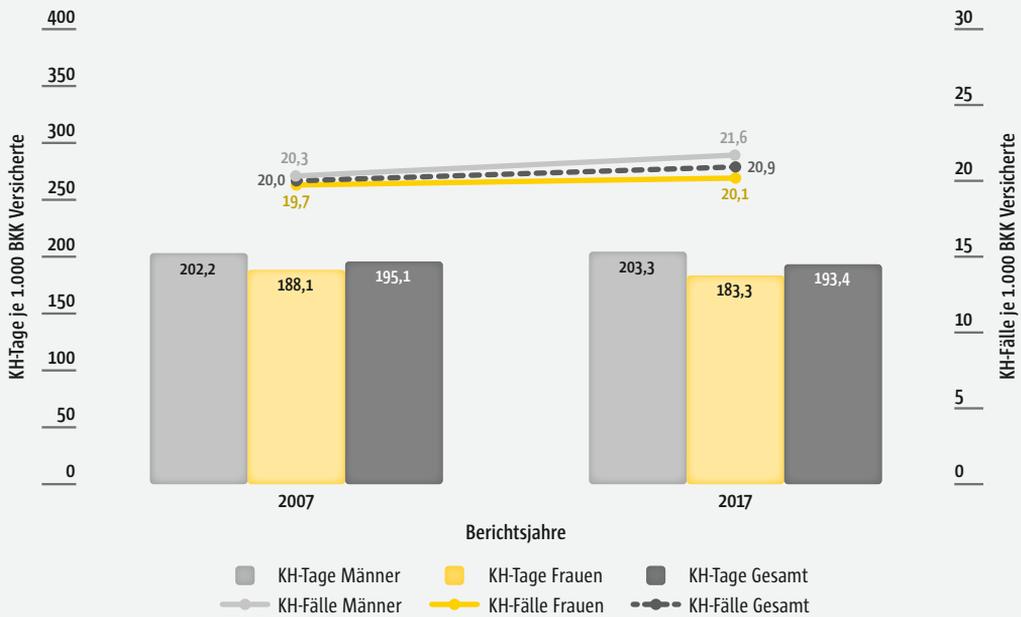
Diagramm 1.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



lungstageszahlen sind in den letzten Jahren im Wesentlichen konstant geblieben, wie das **»»»** Diagramm 1.3.2 zeigt. So unterscheiden sich die Kennzahlen von 2017 nicht wesentlich von denen im Jahr 2007. Am größten ist dabei noch die Steigerung der Fallzahlen bei den Männern, diese sind in den letzten 10 Jahren immerhin um 6,6% gestiegen (von 20,3 Fällen in 2007 auf 21,6 Fälle je 1.000 Versicherte in 2017). Gesunken ist hingegen im gleichen Zeit-

raum die durchschnittliche Behandlungsdauer, insgesamt um einen halben Tag von 9,8 auf 9,3 Tage je Fall. Damit ist bei den Neubildungen eine gegenläufige Tendenz zur Gesamtentwicklung in der stationären Versorgung zu beobachten: Dort sind die Fallzahlen zwischen 2007 und 2017 deutlich um +13,9% gestiegen und auch die durchschnittliche Zahl der Behandlungstage hat in diesem Zeitraum immerhin um +7,1% zugelegt.

Diagramm 1.3.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für Neubildungen nach Geschlecht im Zehnjahresvergleich (2007 und 2017)



Von allen Betroffenen mit Neubildungen sind fast zwei Drittel einmal (65,7%), 18,3% zweimal und 15,9% sogar mindestens dreimal im Jahr 2017 in stationärer Behandlung gewesen. Dabei gibt es allerdings eine breite Verteilung hinsichtlich der Dauer: 48,3% aller Fälle dauern bis zu einer Woche, 36,6% der Fälle dauern zwischen einer Woche und einem Monat, 8,5% sind sogar Langzeitfälle mit einer Dauer länger als 6 Wochen.

Einzelne Krebsdiagnosen

Die meisten Behandlungsfälle und die meisten daraus resultierenden Krankenhaustage sind bei den Frauen auf eine Brustkrebserkrankung (C50) zurückzuführen (» Tabelle 1.3.1), mehr als jeder sechste Behandlungstag in der Onkologie erfolgt bei den Frauen aufgrund dieser Diagnose. Ebenfalls sowohl nach Fällen als auch nach Behandlungstagen an zweiter Stelle folgen mit deutlichem Abstand Krebs in Bronchien und Lunge (C34).

Bei den Männern sind mit Bronchial- und Lungenkrebs hingegen die meisten Krankenhaustage und -tage verbunden, was auch mit dem Rauchverhalten – Männer rauchen deutlich häufiger als

Frauen² – in der Bevölkerung zusammenhängt. Größer noch ist der Geschlechtsunterschied bei Neubildungen des Magens (C16) sowie des Rektums (C20): Bei beiden Einzeldiagnosen weisen Männer im Vergleich zu den Frauen etwa doppelt so viele Krankenhaustage und -tage auf.

Alter und Geschlecht der betroffenen Patientinnen und Patienten

Rund drei Viertel aller stationären Behandlungsfälle und -tage aufgrund von Neubildungen erfolgen bei Patienten, die 60 Jahre oder älter sind (» Diagramm 1.3.3). Bei nur knapp über 5% der KH-Fälle und -tage sind die Patienten jünger als 40 Jahre. Die meisten Fälle und Behandlungstage sind bei beiden Geschlechtern in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen zu finden. Wie das Diagramm aber auch aufzeigt, steigen die Fallzahlen bei den Frauen schon bei jüngeren Altersgruppen an: Auch, wenn insgesamt Frauen seltener wegen Neubildungen behandelt werden, sind sie doch in den Altersgruppen zwischen

2 vgl. z.B. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

Tabelle 1.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Neubildungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Männer				
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	2,5	24	9,7
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	1,8	15	8,4
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	1,0	12	13,1
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	1,6	11	6,9
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,8	10	12,2
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,6	8	12,5
C16	Bösartige Neubildung des Magens	0,7	7	11,4
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	0,5	7	12,7
C83	Nicht follikuläres Lymphom	0,6	6	10,1
C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	0,4	6	16,5
Frauen				
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	3,2	34	10,4
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	1,6	14	9,2
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	0,7	10	14,0
C56	Bösartige Neubildung des Ovars	0,6	8	13,7
D25	Leiomyom des Uterus	1,4	7	5,0
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	0,5	7	12,9
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,5	6	11,9
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,4	5	11,1
C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	0,5	4	9,5
C16	Bösartige Neubildung des Magens	0,3	4	11,9

dem 25. und 55. Lebensjahr diejenigen, die häufiger betroffen sind.

Dies liegt im Wesentlichen darin begründet, dass gerade bei den geschlechtsspezifischen Krebserkrankungen die mittleren Erkrankungsalter unterschiedlich sind: Gebärmutterhals- und Brustkrebs (letzteres tritt auch bei Männern auf, allerdings machen diese nur rund 1% der Neuerkrankungen aus) setzt bei Frauen recht früh ein, Prostatakrebs bzw. der bei Män-

nern deutlich häufigere Harnblasenkrebs betrifft eher ältere Personen³. Das mittlere Erkrankungsalter für Brustkrebs – wie schon zuvor erwähnt ist dies die

³ Alle nachfolgenden Angaben zum mittleren Erkrankungsalter der verschiedenen Krebsarten aus: Robert Koch Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.) (2017). Krebs in Deutschland für 2013/2014. RKI, Berlin.

Diagramm 1.3.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für Neubildungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

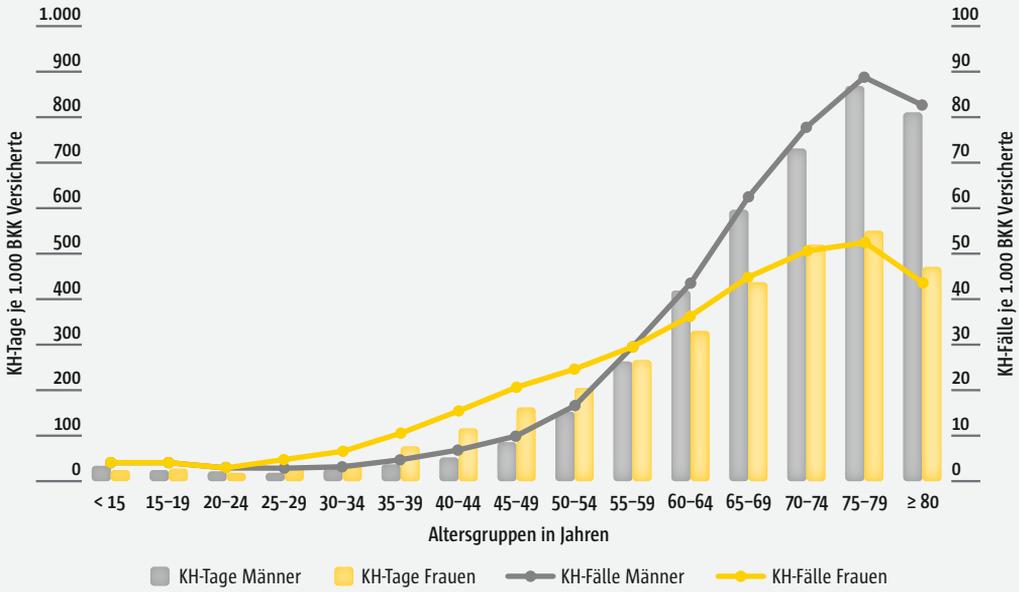


Diagramm 1.3.4 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Neubildungen (Berichtsjahr 2017)

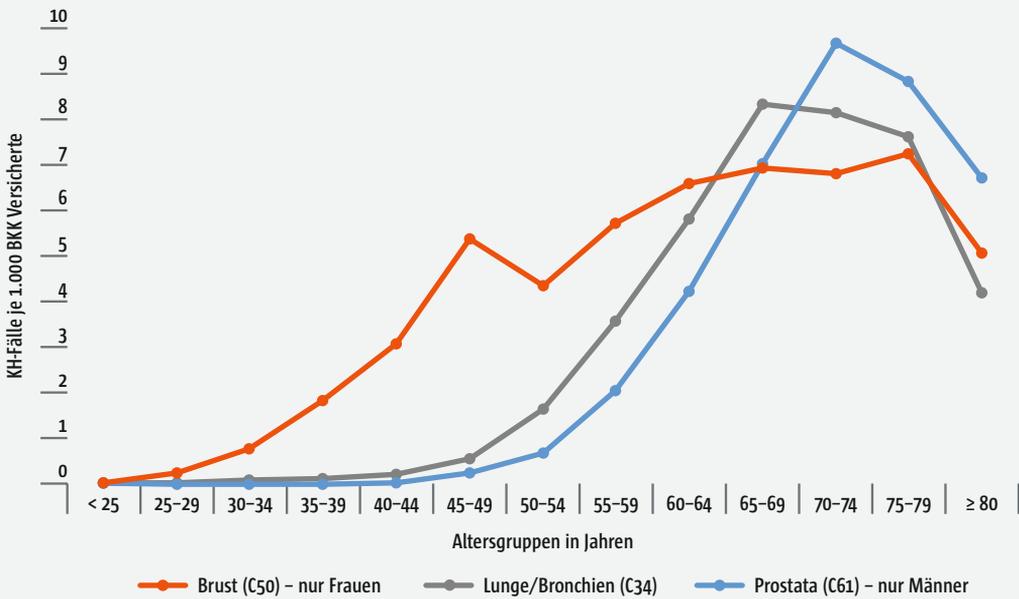
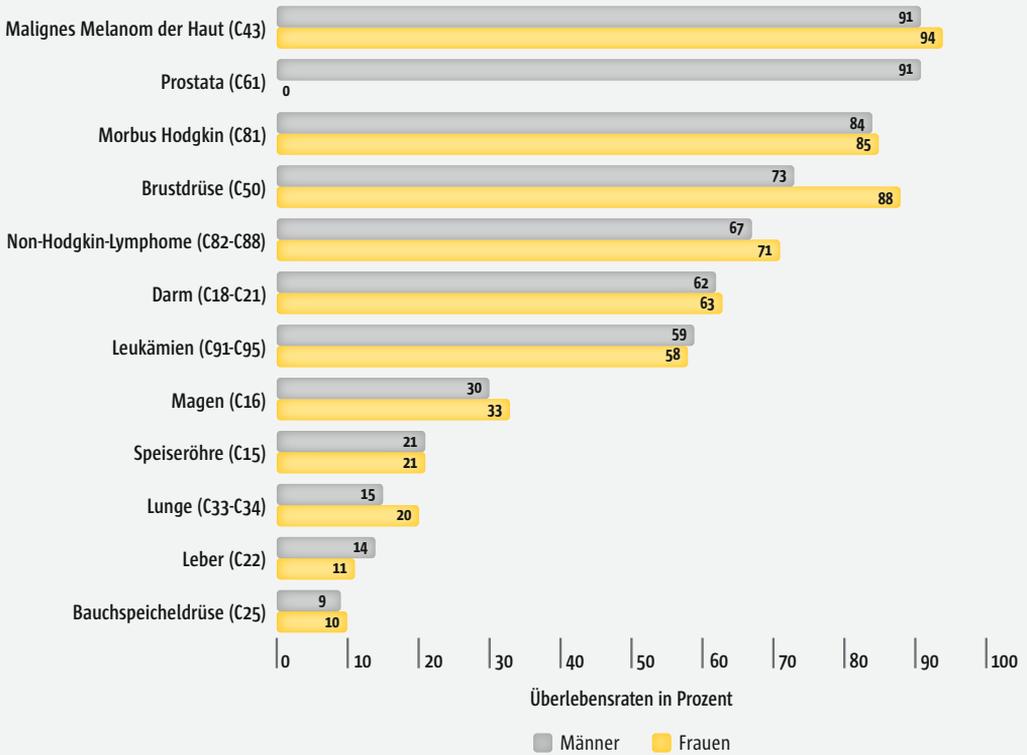


Diagramm 1.3.5 Relative 5-Jahres-Überlebensraten nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (2013–2014)¹



¹Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut, www.krebsdaten.de/abfrage

häufigste Krebsart bei Frauen – liegt einige Jahre unter dem Durchschnitt aller Krebserkrankungen (mittleres Erkrankungsalter: 64 Jahre vs. 69 Jahre bei allen krebserkrankten Frauen), etwa 3 von 10 betroffenen Frauen sind bei Diagnosestellung jünger als 55 Jahre alt, die Erkrankungsraten steigen dabei schon ab dem 25. Lebensjahr deutlich an. Bei Prostatakrebs (mittleres Erkrankungsalter: 72 Jahre vs. 70 Jahre bei allen krebserkrankten Männern) und Harnblasenkrebs (mittleres Erkrankungsalter: 74 Jahre) sind hingegen eher überdurchschnittlich alte Personen betroffen. Entsprechendes zeigt sich auch bei der altersspezifischen Auswertung der stationären Behandlungsfälle von Brust-, Prostata- sowie Lungen- und Bronchialkrebs (» Diagramm 1.3.4): Bei rund 4 von 10 Brustkrebsfällen (39,2%) sind die Patientinnen jünger als 55 Jahre alt, bei Lungen- und Bronchialkrebs sind die Betroffenen (berechnet für beide Geschlechter) nur bei 11,2% jünger als 55 Jahre und nur 4,8% der Prostatakrebs-Patienten sind in einem solchen, noch jungen Alter betroffen.

Krebsbedingte Sterblichkeit

Mit der je nach Krebsart betroffenen Körperlokalität sind auch weitere relevante Aspekte der medizinischen Versorgung verbunden. So hat die betroffene Lokalität auch einen Einfluss darauf, ob der Krebs früh erkannt wird oder noch lange unentdeckt bleibt, wie Leben und Lebensfähigkeit der betroffenen Personen eingeschränkt werden und wie gut eine Therapie möglich ist. Entsprechend unterscheidet sich die krebsbedingte Sterblichkeit je nach Diagnose teils enorm, wie sich anhand von relativen Überlebensraten ablesen lässt (» Diagramm 1.3.5). Diese Kennzahl ist ein Maß für die Sterblichkeit von Krebspatienten im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts innerhalb eines bestimmten Zeitraums (im aufgeführten Diagramm: 5 Jahre). Eine nur relativ geringe krebsbedingte Sterblichkeit weisen etwa Hautkrebs und Prostatakrebs mit Überlebensraten nach 5 Jahren von über 90% auf (d. h., dass fünf Jahre nach

Krebsdiagnose der Anteil der Überlebenden nur um etwa 10% geringer ist gegenüber der Gesamtbevölkerung gleichen Alters und Geschlechts im gleichen Zeitraum). Hingegen eine hohe Sterblichkeit aufgrund der Krebserkrankung weisen Krebserkrankungen in Bauchspeicheldrüse, Leber und Lunge mit weniger als 20% relativer Überlebensrate auf (d.h., dass fünf Jahre nach Krebsdiagnose der Anteil der Überlebenden weniger als 20% des Anteils beträgt, der in der Gesamtbevölkerung gleichen Alters und Geschlechts im gleichen Zeitraum beobachtet wird).

Zusammenfassung und Ausblick

Wie die beschriebenen Daten zeigen, sind Krebserkrankungen auch aufgrund der Schwere dieser Erkrankung ein bedeutsamer Faktor in der stationären Versorgung. So geht durchschnittlich mehr als jeder zehnte Behandlungsfall und mehr als jeder zehnte Behandlungstag in der stationären Versorgung auf Neubildungen zurück. Dabei ist jede Krebsart in

gewisser Weise anders, sowohl in Hinblick darauf, wer betroffen ist – so sind etwa gerade die geschlechtsspezifischen Erkrankungen deutlich unterschiedlich hinsichtlich des mittleren Erkrankungsalters – als auch in Hinblick auf Diagnostik, Therapie und Heilungschancen.

Diese Daten können allerdings nur indirekt erahnen lassen, was eine Krebsdiagnose für Betroffene bedeutet. Oftmals sind Krebspatienten emotional stark belastet, sie müssen aber trotzdem in vielen Belangen wichtige Entscheidungen treffen und sind davon oftmals überfordert. Das Innovationsfonds-Projekt OSCAR hat sich zum Ziel gesetzt, den Betroffenen sowohl erkrankungsbezogenes Wissen und Kompetenzen zu vermitteln, als auch sie durch persönlichen Bezug bei Entscheidungsfindungssituationen zu unterstützen und sie während der stationären Behandlung genauso wie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in organisatorischen Dingen zu entlasten. Im nachfolgenden **»** Beitrag „OSCAR – ein social care Netzwerk für Krebspatienten“ wird dieses Projekt näher beschrieben.

OSCAR – ein social care Netzwerk für Krebspatienten

Julia Fleckenstein¹, Christian Busch², Ralf Porzig³, Utz Krug⁴ und Kerstin Mehrholz⁵

¹ pronova BKK

² BKK Dachverband e.V.

³ Sächsische Krebsgesellschaft e.V.

⁴ Klinikum Leverkusen

⁵ BKK Pfalz

- Zielgruppe des onkologischen social care Projekts der BKK – kurz OSCAR – sind Patienten mit fortgeschrittenen, potenziell lebensbedrohlichen Tumorerkrankungen.
- Diese werden von einer speziell ausgebildeten Social Care Nurse in allen Erkrankungsphasen und im Therapieverlauf kontinuierlich fachlich, aber auch als Vertrauensperson begleitet.
- Die Social Care Nurse bildet die Schnittstelle zwischen verschiedenen Professionen und übernimmt die Koordination medizinischer, psychosozialer und palliativer Unterstützungsangebote, auch über die ambulante-stationäre Sektorengrenze hinweg.
- Für die Patientinnen und Patienten soll eine höhere Lebensqualität und mehr Selbstbestimmung bei der Behandlung erreicht werden.

Krebs: Volkskrankheit und Einzelschicksal

Rund 500.000 Menschen werden in Deutschland jedes Jahr mit der Diagnose Krebs konfrontiert. Die Inanspruchnahme des stationären Sektors aufgrund von Neubildungen ist hoch. Krebs ist offensichtlich eine bevölkerungsbezogene Herausforderung, doch wie fühlt sich der einzelne Mensch mit dieser Diagnose? Betroffene sind zahlreichen körperlichen und emotionalen Stressoren ausgesetzt [1–3]. Die Unsicherheit ist groß. Welche Behandlung ist die Richtige für mich? Wieviel Schmerzen kann ich aushalten? Welche Unterstützung gibt es für mich außerhalb der Klinik? Und nicht zuletzt: Werde ich sterben? Mit diesen und vielen anderen Fragen und Ängsten fühlen sich Betroffene häufig hilflos und allein gelassen. Auch wenn die Krebssterblichkeit in Deutschland dank der immer besseren medizinischen Versorgung zurückgeht und das Wissen um die Ursachen und den Krankheitsverlauf bei Krebs-

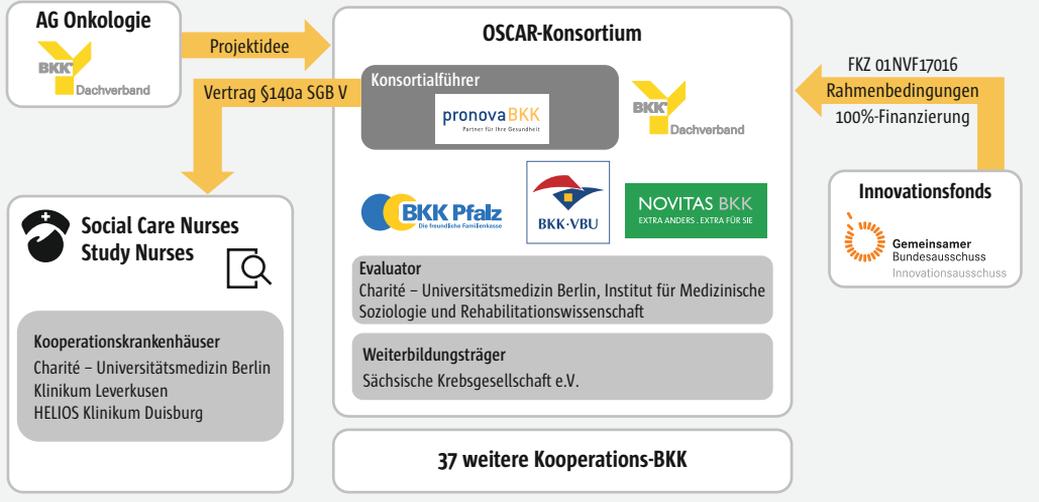
erkrankungen ständig zunimmt, bleibt in dieser existenziellen Ausnahmesituation der individuelle Bedarf eines jeden Einzelnen an menschlicher Zuwendung, medizinischer Aufklärung und sozialer Unterstützung. Da die bestehenden Strukturen eine umfassende Koordination an Versorgungs- und Hilfsleistungen während des Krankheitsverlaufs durch unterschiedliche Sektoren des Gesundheits- und Sozialsystems hinweg nicht hergeben und die Patienten selbst durch den schweren Einschnitt, den die Krebserkrankung hervorruft, oftmals nicht in der Lage sind, diese Koordination selbstständig zu übernehmen, bedarf es eines belastbaren Netzwerks, um der Krebserkrankung selbstbestimmt begegnen zu können.

Kooperative Organisation des Innovationsfondsprojektes OSCAR

Mit dem Innovationsfondsprojekt OSCAR – das onkologische social care Projekt der BKK – wird nun erstmals dieser Netzwerk-Gedanke in der onkologischen Versorgung systematisch erprobt und wissenschaftlich evaluiert. Die innovative Versorgungsform OSCAR wurde von der pronova BKK und weiteren Betriebskrankenkassen gemeinsam mit dem BKK Dachverband entwickelt und zielt darauf ab, die Präferenzen von Krebspatienten systematisch zu erheben, ihre Selbstbestimmung bei der Therapie zu stärken und somit ihre Lebensqualität zu verbessern.

OSCAR, in dem insgesamt 41 Betriebskrankenkassen kooperieren, wird vollumfänglich mit Mitteln aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert. Projekttragende Konsortialpartner sind aufseiten der Kostenträger neben der pronova BKK als Konsortialführer und dem BKK Dachverband die BKK Pfalz, die BKK VBU und die Novitas BKK (» Abbildung 1).

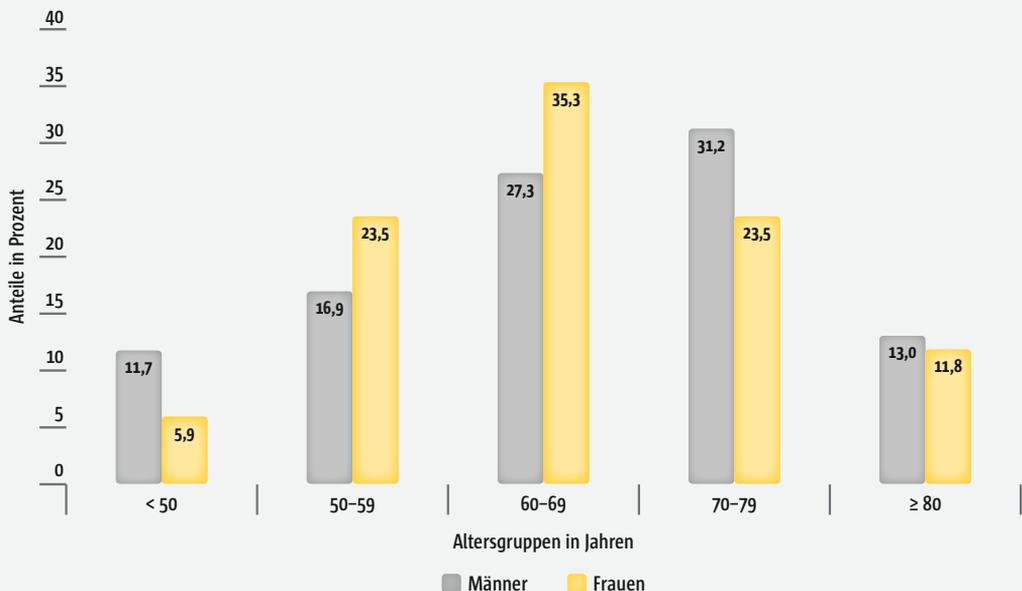
Abbildung 1 Organisation: multizentrisch und kooperativ



Das Pilotprojekt wird seit Januar 2018 für die Dauer von zwei Jahren an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, dem Klinikum Leverkusen und dem HELIOS Klinikum Duisburg umgesetzt. Die angestrebte Fallzahl der Interventionsgruppe beträgt 150 Patienten, die planmäßig in der einjährigen Re-

krutierungsphase erreicht wurde. Das Durchschnittsalter der OSCAR-Teilnehmer liegt bei ca. 65 Jahren (min. 25 Jahre, max. 85 Jahre), rund 60% sind Männer. Die prozentuale Verteilung nach Alter und Geschlecht ist in Abbildung 2 zu entnehmen.

Abbildung 2 Teilnehmer nach Altersgruppen und Geschlecht (Stand Januar 2019)



Patientenorientierung noch Wunschbild

Zielgruppe des Programms sind Patienten mit fortgeschrittenen, potenziell lebensbedrohlichen Tumorerkrankungen wie beispielsweise akuter Leukämie, aggressivem Lymphom, metastasierendem Dickdarm- oder Prostatakarzinom, Karzinomen der Lunge, der Speiseröhre, des Magens und der Bauchspeicheldrüse. „Schwere“ Krebserkrankungen also, die nebenwirkungsreicher und aggressiver Therapien bedürfen und mit starken physischen, psychischen und sozialen Belastungen der Patienten und ihrer Angehörigen einhergehen.

Die Versorgung der Menschen am Lebensende, wie sie bei onkologischen Patienten häufig nötig wird, ist in Deutschland inadäquat und unzureichend auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt. In vielen Regionen in Deutschland ist diese gekennzeichnet durch eine palliative Unterversorgung der Betroffenen [4]. Studien berichten, dass Patienten am Lebensende häufig mit kurativen statt palliativen Therapiezielen behandelt und beispielsweise am Lebensende ins Krankenhaus eingewiesen werden, ohne dass noch kurative Therapieansätze durchgeführt werden können [4, 5]. Ferner haben verschiedene Studien gezeigt, dass ein Teil der Patienten die mit den erhaltenen Therapien verbundene Prognose nicht adäquat einschätzen kann. So gingen mehr als zwei Drittel der Patienten mit fortgeschrittenem Bronchialkarzinom oder Kolonkarzinom irrtümlicherweise davon aus, dass die erhaltene Chemotherapie mit kurativer Intention verabreicht wurde [6, 7]. Patienten mit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen und inadäquatem Krankheitsverständnis haben häufig unrealistische Erwartungen an die verabreichten Therapien und wählen häufiger besonders aggressive Therapieoptionen, die mit teils schweren Nebenwirkungen einhergehen [8, 9]. Eine randomisierte Studie konnte zeigen, dass eine frühe palliative Betreuung der Patienten dabei helfen kann, ein realistischeres Krankheitsbild zu entwickeln [10]. Ein fundiertes Krankheitsverständnis kann Patienten mit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen dabei unterstützen, sich auf das Lebensende vorzubereiten und die Wahl der Therapien an ihre eigenen Wünsche und Vorstellungen anzupassen und so die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern. Ein großer Teil der Patienten, die palliative Versorgungsleistungen erhalten, bekommt diese erst im letzten Lebensmonat vor dem Tod. Somit ist davon auszugehen, dass die Palliativversorgung häufig erst nach Abbruch aller kurativen Therapieversuche angeboten wird [4]. Die früh-

zeitige Palliativversorgung wird, besonders bei onkologischen Patienten, aber zur Steigerung der Lebensqualität zunehmend empfohlen [10–16].

(Selbst-)Hilfe für vulnerable Patientengruppe

Den Kern der OSCAR-Intervention stellt die speziell ausgebildete Social Care Nurse (SCN) dar, die den Patienten in allen Erkrankungsphasen und im Therapieverlauf kontinuierlich begleitet. Die beziehungs-konstante Betreuung soll dabei möglichst schon ab der Diagnosestellung greifen und nicht erst, nachdem alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Die Social Care Nurse unterstützt die Patienten und deren Angehörige in stationären onkologischen Einrichtungen für ein Jahr während ihres Krankenhausaufenthaltes und auch bei sich anschließender ambulanter Versorgung zu allen psychosozialen, fachmedizinischen und sozialversicherungsrechtlichen Fragekomplexen. Mithilfe standardisierter, validierter Befragungen zu Lebensqualität und Lebensprioritäten des Patienten werden Präferenzen und Bedarfe regelmäßig erhoben und damit für den Patienten gegenüber dem behandelnden Arzt kommunizierbar gemacht [17]. So werden unterschiedliche Lebensbereiche und krebspezifische Lebensqualitätsdimensionen abgefragt und hinsichtlich der Wichtigkeit und Zufriedenheit bewertet. Darüber hinaus werden der Umgang mit Substanzmitteln, Schuldgefühle, OTC-Medikation, Sorge um Angehörige, Patientenverfügungen und spirituelle Aspekte im Gespräch mit der Social Care Nurse fragebogen-assistiert thematisiert. Die Entwicklung des Fragebogens war insofern herausfordernd, als dass kaum fachlicher Konsens darüber besteht, welche Befindlichkeitsdimensionen als valide patientenrelevante Aspekte gelten könnten. Der Fragebogen dient als Grundlage für die empathische Beratung durch die Social Care Nurse und ist ein notwendiger Schritt von der Krankheitsakzeptanz über die Bewusstmachung der eigenen Bedürfnisse zur Gesundheitskompetenz des Patienten mit dem Ziel, individuell adaptive Bewältigungsstrategien zu entwickeln [18].

Netzwerkarbeit durch Social Care Nurse

Viele der bereits aktiven Professionen im Krankenhaus sehen den Fokus ihrer Arbeit in der stationären Pflege und Versorgung des Patienten bzw. in der Organisation eines adäquaten Entlassungsmanagements in den ambulanten Sektor: So liegt der Schwer-

punkt onkologischer Fachkrankenschwestern/-pfleger auf der stationären, medizinisch-therapeutisch geprägten Versorgung der Patienten. Kontakte im ambulanten Sektor gibt es wenig. Auch Fachkrankenschwestern/-pfleger mit einer zusätzlichen Ausbildung im Bereich der Palliativpflege haben häufig eher einen stationären Fokus. Selbst wenn eine stationäre Einrichtung über Palliativfachkräfte verfügt, kommunizieren diese bei Bedarf mit bestehenden Netzwerkpartnern, betreiben jedoch keine proaktive Netzwerkpflege. Im ambulanten Bereich soll die spezialisierte ambulante Palliativversorgung – zusätzlich zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung – die Lebensqualität und Selbstbestimmung von Palliativpatienten im häuslichen Umfeld erhalten. Jedoch sind beide Versorgungsformen in Deutschland noch nicht flächendeckend umgesetzt [19]. Insgesamt zeichnet sich die onkologische Versorgung in Deutschland zurzeit noch durch eine Teilung in stationär und ambulant tätige Professionen aus. Eine koordinierende Funktion, die Patienten partizipativ in die Versorgungsplanung einbezieht, findet sich in der aktuellen Versorgungslandschaft nur in wenigen Regionen.

Hier setzt OSCAR an: Die Social Care Nurse bildet die Schnittstelle zwischen Ärzten, Pflegenden, Therapeuten, Sozialdienstmitarbeitern und Sozialversicherungsträgern. Sie übernimmt die Koordination medizinischer, psychosozialer und palliativer Unterstützungsangebote. Der Umfang der Unterstützung richtet sich dabei nach dem vom Patienten wahrgenommenen individuellen Versorgungsbedarf (beispielsweise in Bezug auf Hilfsmittel, Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeit, Rente, Pflege, Psychotherapie), der ebenfalls regelmäßig während des Betreuungszeitraums über standardisierte Interviews erhoben wird. Insbesondere für Schwerstkranke bedeutet die Koordination der therapeutisch-palliativen Maßnahmen über die ambulant-stationäre Sektorengrenze hinweg einen Gewinn an Lebensqualität und mehr wertvolle Lebenszeit außerhalb von Wartezimmern, Ambulanzen und Krankenhäusern. Darüber hinaus vernetzt die Social Care Nurse die Betroffenen auch mit anderen kommunalen Behörden (z.B. Sozial- und Jugendämtern), ehrenamtlichen Selbsthilfe-Initiativen oder Glaubensgemeinschaften, um psychosoziale und alltagspraktische Bedürfnisse zu bedienen.

Weiterbildungscurriculum der Social Care Nurse

Für die Tätigkeit als Social Care Nurse kommen examinierte Pflegefachkräfte oder Mitarbeiter des Sozialdienstes mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung

in der Onkologie infrage. Die Weiterbildung zur Social Care Nurse basiert auf dem Curriculum für die „Onkolotsen“, das durch die Sächsische Krebsgesellschaft e.V. entwickelt wurde. Onkolotsen stehen für seriöse Informationen, Unterstützung und Beratung, eingebettet in Verständnis und Fürsorge. Im August 2012 wurde das erste Onkolotsen-Projekt mit Schwerpunkt auf dem stationären Bereich erfolgreich abgeschlossen. Im Oktober 2012 startete das Nachfolgeprojekt, in dessen Rahmen eine größere Aufmerksamkeit auf den ambulanten Sektor gelegt wurde. Die Weiterbildung zum Onkolotsen ist vom Freistaat Sachsen als Zusatz-, Fort- bzw. Weiterbildung gemäß Richtlinie Gesundheitsvorsorge als Voraussetzung für die Fachkraftförderung in der Tumorberatung und in mehreren Bundesländern als Bildungsveranstaltung im Rahmen der Freistellung zur individuellen Weiterbildung (Bildungsurlaub) anerkannt. Die Erfahrungen des Onkolotsen flossen in das Projekt OSCAR ein. Zudem erfolgte eine Erweiterung um ein sozialversicherungsrechtliches Modul, sodass die Weiterbildung insgesamt stärker sozialmedizinisch akzentuiert wurde. In diesem Teil wird über alle Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse, aber auch anderer sozialer Träger informiert. Der Fokus liegt auf Rechten und Pflichten, die mit Beantragung von Leistungen einhergehen und die die Versicherten im Laufe ihrer Erkrankung vielfach überfordern: Auch ein Grund, warum es immer wieder zu Fehl- oder Mangelversorgungen kommt, die letztendlich zu erneuten vermeidbaren Einweisungen führen können.

Zu den inhaltlichen Schwerpunkten zählen:

1. Wissen über Tumorerkrankungen, Früherkennung und Therapiemöglichkeiten sowie spezielle Fragen der onkologischen Pflege und der palliativmedizinischen Angebote
2. Kenntnisse über medizinische/psychologische Aspekte der Erkrankungen (Nebenwirkungsmanagement, Schmerztherapie, Ernährungs- und Wundtherapie)
3. Einführung in die Psychoonkologie inkl. Umgang mit Trauer und Verarbeitungsstrategien sowie die Einbeziehung interkultureller Besonderheiten
4. Informationen zu sozialversicherungsrechtlichen Unterstützungs- und Versorgungsleistungen für Betroffene und Angehörige
5. Theorie und Praxis der partizipativen Entscheidungsfindung, kritische Reflexion der Rolle des Beraters
6. Training sozialer/kommunikativer Fertigkeiten, Umgang mit Fragebögen und Dokumentation
7. Supervision, Konflikt- und Emotionsregulierung

Für den praktischen Erfolg der Arbeit der Social Care Nurse ist insbesondere der persönliche Kontaktaufbau zu (über-)regionalen Angeboten und Institutionen (z.B. Ämter und Stiftungen, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen, Therapeuten und Psychonkologen, Psychosoziale Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Pflegestützpunkte, Pflegedienste, Hospize, Palliativdienste) erforderlich. Die Social Care Nurse sammelt und bewertet hierfür für ihr Versorgungsgebiet konkrete Informationen und Daten (z.B. Spezifika des Angebotes, Öffnungszeiten, Zugangsvoraussetzungen und Fristen, Telefonnummern, Ansprechpartner, Nutzen). In der Weiterbildung wurde daher ein besonderes Augenmerk auf die Verbesserung

der Informations- und Medienkompetenz gelegt. Zur Netzwerkbildung gehört aber auch der Austausch der Social Care Nurses untereinander, der im Rahmen der Weiterbildung beginnt und auch die praktische Arbeit mit den Patienten begleitet. So können Best-Practice-Ansätze schnell verbreitet, aktuelle Informationen ausgetauscht und neu auftretende Probleme gemeinschaftlich gelöst werden. Regelmäßige Treffen der Social Care Nurses fördern darüber hinaus den persönlichen Austausch untereinander.

Die Weiterbildung ist modular angelegt und wird in mehreren Blöcken durchlaufen. Das Curriculum wird dabei unter aktiver Einbeziehung der Teilnehmer mittels Lernmethoden der beruflichen Erwach-



Interview mit den Social Care Nurses Maryse Cook (MC; links) und Elke Merges (EM; rechts)

Was hat Sie bewogen, als Social Care Nurse im Projekt OSCAR tätig zu werden?

MC: Wir wurden von unserer Pflegedienstleitung direkt angesprochen, ob wir angesichts unserer Qualifikation und langjährigen Berufserfahrung Interesse an der Mitwirkung an dieser Pflegestudie hätten. Für mich gleichermaßen Anerkennung und Herausforderung, die ich gerne angenommen habe. Auch die dreiwöchige Weiterbildung in Zwickau war für mich eine fachliche und persönliche Bereicherung.

EM: Mir hat von Anfang an der niederschwellige und multidimensionale Ansatz von OSCAR gefallen: Physische, psychische, soziale und spirituelle Anliegen der onkologischen Patienten werden adressiert. Mehrfach bin ich Patienten begegnet, deren Krankenhausaufenthalt bei einer sich anbahnenden Krise zu Hause hätte verhindert werden können, wenn sie einen kompetenten Ansprechpartner zur Seite gehabt hätten, z.B. bei Schmerzen zum

Umgang mit Bedarfsmedikation. In dieser Hinsicht empfinde ich OSCAR als sehr innovativ. Auch nach über zwanzig Jahren in der Onkologie bin ich in meinem Beruf immer neugierig auf Neues geblieben, mir liegen die onkologischen Patienten außerordentlich am Herzen.

Was ist der Mehrwert von OSCAR? Wie reagieren die Patienten und Angehörigen auf das Angebot?

MC: Man begegnet den Patienten zunächst einmal in einem extremen, emotionalen Ausnahmezustand. In der Regel ist die Reaktion auf das Angebot positiv, generell ist ein echter Bedarf an professioneller Beratungsunterstützung festzustellen – selbst bei Patienten mit Angehörigen aus Heil- und Pflegeberufen. Mir werden immer wieder Fragen und Sorgen vorgebracht, mit denen der Patient Familie und Freunde nicht belasten kann und will. Gerade nach der Krankenhausentlassung ist die Freude über die proaktive Kontaktaufnahme groß. Die Patienten merken, dass wir auch nach Durchschreiten der Krankenhaus-Tür Interesse an ihrer häuslichen Situation haben – sie als „Mensch“ und nicht als Krankenhausfall wahrnehmen.

EM: Die Patienten, die sich für eine Teilnahme entschieden haben, sind begeistert. Sie schätzen, dass wir uns wirklich Zeit für sie nehmen können. Sie erhalten bei den regelmäßigen Treffen und Telefonaten Aufmerksamkeit und Empathie – aber immer vor dem Hintergrund unseres onkologischen Fachwissens. Die Wahrnehmung unserer fachlichen Kompetenz im stationären Setting legt den Grundstein des langfristigen Vertrauensverhältnisses und strahlt dabei in den ambulanten Bereich mit aus. Wir sind der starke Partner an der Seite des Patienten. Eine Teilnehmerin spiegelte mir zurück, dass sie ohne meine Begleitung die unvermeidlichen, langen und vielen Wartezeiten auf Befunde, Behandlungen, Genehmigungen usw.

senenbildung umgesetzt. Hierbei kommen problemorientierte, handlungsorientierte und partizipative Lernmethoden zum Einsatz, ergänzt um autodidaktische Lerneinheiten, Gruppenarbeiten, Rollenspiele und Coaching-Praxis.

Einen Einblick in die Arbeitsrealität der bislang insgesamt sechs ausgebildeten Social Care Nurses gibt exemplarisch das Kurz-Interview mit Maryse Cook (MC) und Elke Merges (EM), beide Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Onkologie/Palliative Care der Medizinischen Klinik für Onkologie, Hämatologie, Palliativmedizin und Spezielle Schmerztherapie am Klinikum Leverkusen (Klinikdirektor Prof. Dr. Utz Krug), die OSCAR dort mit viel

persönlichem Engagement erfolgreich aufgebaut haben.

Vielschichtig angelegte Ergebnisevaluation

Im Anschluss an die Interventionsphase wird bewertet, welchen Beitrag diese neue Versorgungsform für die Arzt-Patienten-Kommunikation der jeweiligen Patienten leisten konnte. Im Zentrum steht die Frage, ob sich die Betroffenen imstande fühlen, im Alltag angemessene Entscheidungen zu ihrer Erkrankung zu treffen, und ob sich diese stärkere Gesundheitskompetenz positiv auf die individuelle Le-

kaum ertragen hätte. Der OSCAR-Fragebogen ist ebenfalls von hohem Wert. Er dient in den Gesprächen als Screening-Instrument, um frühzeitig Bedürfnisse aufzudecken und darauf als Social Care Nurse kompetent reagieren zu können. Zudem hilft er dem Patienten bei der Selbstreflexion und dabei, die eigene Situation und Entwicklungen besser einzuordnen.

Wie gelingt die Netzwerkarbeit zu anderen Institutionen, Kostenträgern und ambulanten Unterstützungsangeboten?

EM: Das was wir tun, können wir nicht allein. Das gelingt nur im multiprofessionellem Team mit anderen engagierten Partnern: Ärzten, Sozialdienstmitarbeitern, Psychoonkologen und Trauerbegleitern, Physiotherapeuten, Case Managern der Krankenkassen, etc. Je mehr räumliche Nähe, desto besser klappt natürlich die Abstimmung. Außerhalb der Klinikmauern bedarf es vieler Antragsformulare, um Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten zu bekommen. Hier können wir als „Lotse“ fungieren, welche Hilfsmittel und Versorgungsangebote wo und wie besorgt werden können.

Welche Herausforderungen bestehen im Arbeitsalltag einer Social Care Nurse?

EM: Der größte Mehrwert von OSCAR für den Patienten, nämlich die Niederschwelligkeit, ist gleichzeitig auch unsere größte Herausforderung als Social Care Nurse: Wir sind über ein exklusives OSCAR-(Smart-)Phone zeitlich fast unbeschränkt für unsere Patienten erreichbar. Wir richten uns nach dem Patienten, nicht umgekehrt. Dies erfordert eine enorme Flexibilität bei der Kommunikation, der Terminorganisation und beim Zeitmanagement. Es ist kein routinierter, planbarer und strukturierter Arbeitsalltag möglich.

MC: Die Vereinbarkeit der OSCAR-Betreuung mit der „normalen“ Pflergetätigkeit auf Station im Schichtbetrieb ist kräftezehrend und ohne Überstunden eigentlich nicht leistbar. Die OSCAR-Tätigkeit geht daher leider allzu oft auf Kosten des privaten Bereichs. Zudem gilt es, sich angesichts der niederschweligen Kommunikationsmöglichkeiten gegenüber „übergriffigen“ Patienten abzugrenzen.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft für OSCAR?

MC: Unsere strukturelle und personelle Ausstattung ist auf jeden Fall verbesserungsfähig. Ein fester Arbeitsplatz für die administrativen Angelegenheiten sowie ein ruhiger, geschützter Rückzugsort für die Einzelgespräche mit den Patienten wären wünschenswert. Mit einer dickeren Personaldecke ließen sich verlässliche Zeitfenster und klare Erreichbarkeiten besser sicherstellen. Persönlich würde ich mir eine Befreiung von den Wechsel- und Nachtschichten auf Station wünschen. Teilweise vermischen wir eine angemessene materielle wie immaterielle Wertschätzung unserer Zusatzfähigkeit im weiteren Klinikumfeld.

EM: In Bezug auf die OSCAR-Inhalte könnten die eingesetzten Fragebögen für ein besseres Patientenverständnis vereinfacht werden. Auch das Weiterbildungs-Curriculum sollte unter Berücksichtigung unserer beruflichen Fachqualifikation und Erfahrung noch praxisorientierter ausgerichtet werden. Über die genannten Umsetzungsschwierigkeiten hinaus wünschen wir uns allerdings beide, dass OSCAR auch nach der Projektlaufzeit weitergeführt wird und die Beschränkung auf einzelne Tumorerkrankungen, OPS-Codes und Krankenkassenzugehörigkeiten wegfällt, sodass alle unsere Patienten bei Bedarf von OSCAR profitieren können.

bensqualität auswirkt. Da als sekundärer Endpunkt auch die Reduktion der Ressourcenverbräuche aufseiten der Kostenträger, beispielsweise durch eine Reduktion der stationären Behandlungen am Lebensende und kurativer „Übertherapien“, angestrebt wird, gilt es auch die folgende Arbeitshypothese zu testen: Wenn onkologische Patienten bei der Therapiegestaltung stärker eingebunden werden, dann entscheiden sie sich häufiger für ambulante oder teilstationäre Versorgungsangebote.

Die wissenschaftliche Evaluation ist als nicht-randomisierte, kontrollierte, multizentrische Interventionsstudie angelegt und wird anhand von patientenorientierten Primär- und gesundheitsökonomischen Sekundärdaten vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin vorgenommen und publiziert. Auch die protokollierten Projekterfahrungen der Social Care Nurses werden systematisch ausgewertet.

Die Evaluationsergebnisse sollen methodisch sauber und statistisch abgesichert zeigen, was die Social Care Nurses jeden Tag im Kontakt mit ihren OSCAR-Patienten unmittelbar wahrnehmen. Herr Prof. Krug formuliert es so: „Mit dem Projekt der Social Care Nurse, welche den Patienten hochkompetent und hochqualifiziert durch sämtliche Aspekte der Behandlung begleitet, wird den Patienten eine unschätzbare Hilfe an die Seite gestellt. Wir erfahren aktuell täglich, was diese Unterstützung durch unsere hochmotivierten Social Care Nurses für die eingeschriebenen Patienten bedeutet und wie positiv sich das auf die Krankheitsverarbeitung und den Umgang mit der Erkrankung auswirkt.“ Bei überzeugenden quantitativen Evaluationsergebnissen besteht die Chance auf Übernahme der geförderten Versorgungsinnovation in die Regelversorgung, sodass sich das „OSCAR-Netz“ schließlich für alle Krebskranken aufspannt.

Literatur

1. Flatten G, Jünger S, Gunkel S, Singh J, Petzold E (2003) Traumatische und psychosoziale Belastungen bei Patienten mit akuter Tumorerkrankung. *PPmP – Psychother Psychosom Med Psychol* 53(3/4): 191–201.
2. Künzler A, Zindel A, Znoj H, Bargetzi M (2010) Psychische Belastungen bei Krebspatienten und ihren Partnern im ersten Jahr nach Diagnosestellung. *Praxis* 99(10): 593–9.
3. Mehnert A, Lehmann C, Koch U (2008) Erleben der Diagnosemitteilung und psychische Belastung bei Brustkrebspatientinnen. *Senol – Z Für Mammadiagnostik – Ther* 5(2): 101–6.
4. Radbruch L, Andersohn F, Walker J. (2015) Palliativversorgung Modul 3. In *Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung*. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Ueber-Unterversorgung-palliativ.pdf [abgerufen am 12.03.2019]
5. Albisser Schlegler H, Pargger H, Reiter-Theil S (2008) „Futility“ – Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. *Z Für Palliativmedizin* 9(2): 67–75.
6. Weeks JC, Catalan PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL, Schrag D (2012) Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer. *N Engl J Med* 367(17): 1616–25.
7. Temel JS, Greer JA, Admane S, Gallagher ER, Jackson VA, Lynch TJ, Lennes IT, Dahlin CM, Pirl WF (2011) Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 29(17): 2319–26.
8. Rose JH, O'Toole EE, Dawson NV, Lawrence R, Gurley D, Thomas C, Hamel MB, Cohen HJ (2004) Perspectives, preferences, care practices, and outcomes among older and middle-aged patients with late-stage cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 22(24): 4907–17.
9. Fried TR, Bradley EH, Towle VR, Allore H (2002) Understanding the Treatment Preferences of Seriously Ill Patients. *N Engl J Med* 346(14):1061–6.
10. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ (2010) Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med* 363(8): 733–42.
11. LeBlanc TW, Nickolich MS, El-Jawahri A, Temel JS (2016) Discussing the Evidence for Upstream Palliative Care in Improving Outcomes in Advanced Cancer. *Am Soc Clin Oncol Educ Book ASCO Am Soc Clin Oncol Meet* 35: e534–538.
12. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, Hull JG, Li Z, Tosteson TD, Byock IR, Ahles TA (2009) Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA* 302(7): 741–9.
13. Hui D, Kim YJ, Park JC, Zhang Y, Strasser F, Cherny N, Kaasa S, Davis MP, Bruera E (2015) Integration of oncology and palliative care: a systematic review. *The Oncologist* 20(1): 77–83.
14. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leigh N, Oza A, Moore M, Rydall A, Rodin G, Tannock I, Donner A, Lo C (2014) Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 383(9930): 1721–30.
15. Gaertner J, Weingärtner V, Wolf J, Voltz R (2013) Early palliative care for patients with advanced cancer: how to make it work? *Curr Opin Oncol* 25(4): 342–52.
16. Dalgaard KM, Bergenholtz H, Nielsen ME, Timm H (2014) Early integration of palliative care in hospitals: A systematic review on methods, barriers, and outcome. *Palliat Support Care* 12(6): 495–513.
17. Lehmann C, Koch U, Mehnert A (2009) Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten. *PPmP – Psychother Psychosom Med Psychol* 59(7): e3–27.
18. Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Eusebio J, Stagl JM, Gallagher ER, Park ER, Jackson VA, Pirl WF, Greer JA, Temel JS (2016) The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer* 122(13): 2110–6.

19. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015) Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2014. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/>

downloads/17-98-4044/Bericht-Evaluation-SAPV-2014.pdf [abgerufen am 12.03.2019]



Dr. Julia Fleckenstein

Frau Dr. Julia Fleckenstein studierte Diplom-Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth und promovierte dort mit einer institutionenökonomischen Analyse über präventives Verhalten. Sie arbeitete mehrere Jahre im Produktmanagement eines Dienstleisters für Gesundheitsberatung als auch im Gesundheitsmanagement einer privaten Krankenversicherung. Seit Januar 2018 im Vertragsmanagement der pronova BKK beschäftigt, verantwortet sie als konsortialführende Projektleitung das vom Innovationsfonds finanzierte Projekt OSCAR.



Christian Busch

Christian Busch ist gelernter Sozialversicherungsfachangestellter und seit 15 Jahren in verschiedenen Funktionen für die betriebliche Krankenversicherung aktiv. Neben seiner Tätigkeit im Vertragsmanagement sowie als Krankenhausbudgetverhandler einer BKK studierte er Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Beim BKK Dachverband ist er seit 2014 Spezialist für die Krankenhausversorgung. In diesem Bereich wirkt er an der Erarbeitung der Positionen der Betriebskrankenkassen mit und vertritt diese in zahlreichen Gremien auf Bundesebene.



Dr. Ralf Porzig

Herr Dr. Porzig war von 1997 bis 2006 im Sächsischen Landeskontrollverband e.V. tätig, zuletzt als Leiter der Abteilung Beratung und Qualitätssicherung. Seit April 2006 ist er Geschäftsführer der Sächsischen Krebsgesellschaft e.V., einer Organisation, die sich besonders bei der Wissensvermittlung, der psychosozialen Beratung Betroffener und Angehöriger sowie der Unterstützung der Krebselbsthilfe engagiert. In diesem Zusammenhang übernahm er u.a. auch die Koordination von Handlungsfeldern im Rahmen des Gesundheitsziele-Prozesses „Brustkrebs – Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales. Seit 2009 erfolgte unter seiner Leitung die Initiierung und kontinuierliche Entwicklung des „Onkolotsen“-Projektes, das 2013 beim Sächsischen Innovationspreis Fortbildung prämiert wurde.



Prof. Dr. Utz Krug

Prof. Dr. Utz Krug studierte Humanmedizin an der Ruhr-Universität Bochum und an der Medizinischen Hochschule Hannover. Seine Weiterbildung zum Arzt für Innere Medizin und die Zusatzweiterbildung „Rechtmedizin“ absolvierte Prof. Krug am Zentrum für Innere Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover, unterbrochen durch einen Postdoktorandenaufenthalt an der University of California, Los Angeles, USA. 2005 wechselte Prof. Krug an die Medizinische Klinik A des Universitätsklinikums Münster, dort absolvierte er die Weiterbildungen zum Arzt für Hämatologie und internistische Onkologie, Pneumologie, Palliativmedizin und Hämostaseologie und habilitierte sich im Fach „Innere Medizin“. 2014 wechselte Prof. Krug an das Klinikum Leverkusen und ist seitdem als Klinikdirektor für die Medizinische Klinik 3 tätig.



Kerstin Mehrholz

Frau Kerstin Mehrholz absolvierte eine Ausbildung zur Krankenschwester an der Raphaelsklinik Münster/Westfalen und war langjährig in verschiedenen Bereichen von Krankenhäusern, Seniorenheimen und ambulanten Pflegediensten tätig. Mit der Weiterbildung zum Qualitätsmanager und dem Studium des Gesundheitsmanagements an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie Mannheim (Dipl. VWA) arbeitete sie als Assistentin der Pflegedirektion/Qualitätsmanagement im Krankenhaus Hetzelstift/Neustadt (Weinstraße). Seit 2016 ist sie bei der BKK Pfalz als Abteilungsleiterin für die Bereiche Krankenhaus, Hochkostenmanagement und Krankengeldfallmanagement verantwortlich.

2.1 Gesundheit und Gesundheitsmanagement im Wandel der Arbeitswelt – ein Überblick

- Die krankheitsbedingten Fehlzeiten bei den Beschäftigten können als ein Hinweis für die Notwendigkeit von BGM in Unternehmen und als Grundlage für dessen Nutzenbewertung dienen.
- Die Digitalisierung hat die Arbeitswelt unterschiedlich stark durchdrungen, entsprechend variiert die wahrgenommene gesundheitliche Belastung der Beschäftigten durch die Digitalisierung zwischen den Branchen deutlich.
- Nur etwa jeder zweite Beschäftigte gibt an, dass es BGF-Maßnahmen in seinem Unternehmen gibt. Dieser Anteil schwankt stark zwischen Branchen, Betriebsgrößen und Bundesländern.

Nutzen und Anwendung von AU-Kennzahlen in der Arbeitswelt

Unternehmen, die gesundheitsförderliche Maßnahmen für ihre Mitarbeiter planen oder ihre bestehenden Maßnahmen ausbauen bzw. anpassen wollen, verschaffen sich hierfür im Vorfeld einen Eindruck vom aktuellen Status quo. Ein Teil dieser Bestandsaufnahme beinhaltet meist auch die Analyse der betrieblichen Fehlzeiten, die Unternehmen z.B. im Rahmen ihres internen Berichtswesens erfassen. Die Betriebskrankenkassen können Unternehmen ebenfalls arbeitgeberspezifische Fehlzeitenanalysen zur Verfügung stellen. Ein Mehrwert dieser BKK Kennzahlen ist, dass z.B. Krankheitsschwerpunkte bei den Fehlzeiten aufgezeigt werden können und dass gleichzeitig Benchmark-Werte von Unternehmen der gleichen Branche zur Verfügung stehen. Die BKK sind zudem in der Lage, solche Analysen meist über mehrere Jahre hinweg zu erstellen und somit auch abzubilden, ob und in welchem Maße Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung mittel- bzw. langfristig zu Veränderungen bei den Fehlzeiten geführt haben.

Oftmals nutzen Arbeitgeber als ersten Einstieg zunächst einmal allgemeine AU-Kennzahlen, die

von den BKK zur Verfügung gestellt und z.B. im Rahmen des BKK Gesundheitsreports zusammenfassend ausgewertet und aufbereitet werden. Dabei spielen im Wesentlichen zwei Aspekte eine zentrale Rolle:

1. Welche (diagnosespezifischen) Entwicklungstendenzen im AU-Geschehen der Beschäftigten lassen sich insgesamt erkennen?
2. Welche Zusammenhänge gibt es zwischen AU-Geschehen und arbeitsweltlichen Merkmalen des Unternehmens bzw. der Beschäftigten?

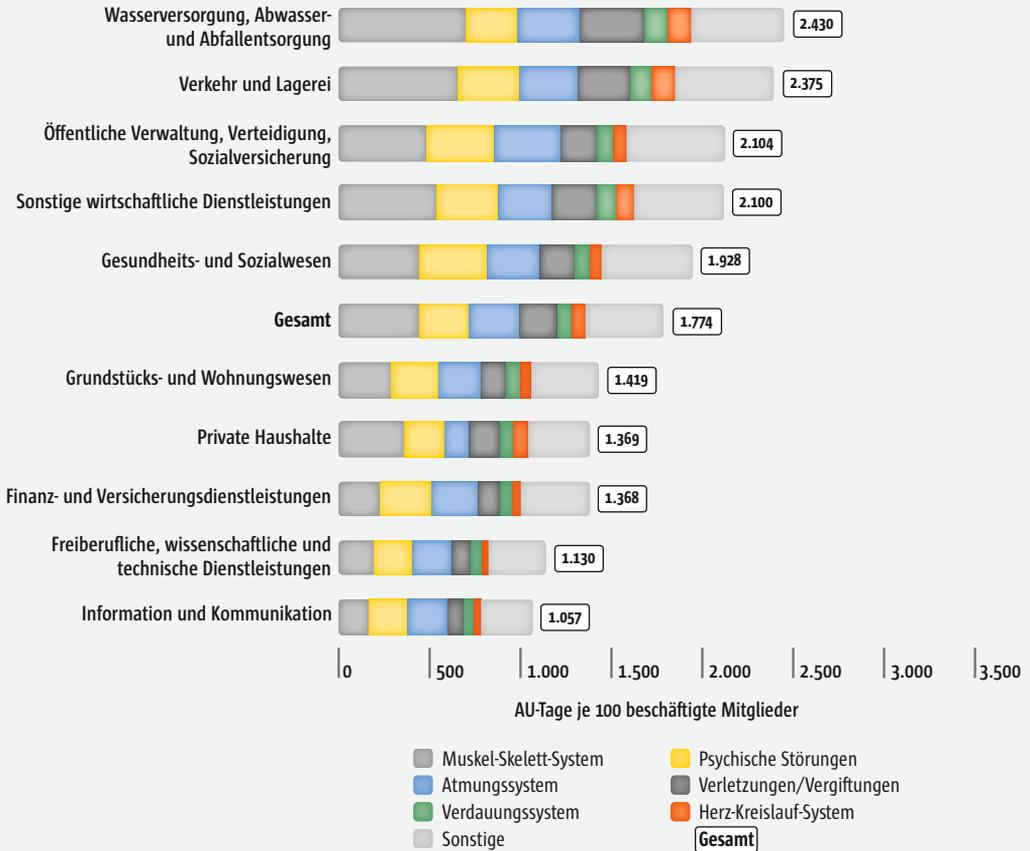
Exkurs monatlicher Krankenstand

Eine sehr aktuelle und ausschließlich digital zur Verfügung stehende Auswertung ist die monatliche Krankenstandstatistik der Betriebskrankenkassen. Auf Basis der AU-Kennzahlen von mehr als 4 Millionen Beschäftigten bundesweit pro Monat können valide Aussagen zu aktuellen Entwicklungen im AU-Geschehen getroffen werden. Besonders intensiv wird diese Statistik von den Akteuren aus der Arbeitswelt verwendet. Hier können Anwender webbasiert mit wenigen Klicks selbst eine Auswahl treffen, welchen Zeitraum, welches Geschlecht, welche Versicherungsgruppe und v.a. welche Branche sie betrachten möchten. Darüber hinaus gibt es begleitend eine noch umfangreichere Auswertung, die zusätzlich nach Bundesländern, Berufsgruppen, Altersgruppen und Krankheitsarten differenziert. Somit bildet die monatliche Krankenstandstatistik, neben den jährlichen Auswertungen im Rahmen des BKK Gesundheitsreports, erste Tendenzen für die Entwicklungen im Krankheitsgeschehen ab und ist in dieser ausführlichen Form einzigartig in Deutschland.

AU-Geschehen im Spiegel der Arbeitswelt

Unterschiedliche Betriebe mit unterschiedlichen Beschäftigten brauchen maßgeschneiderte BGF-

Diagramm 2.1.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)

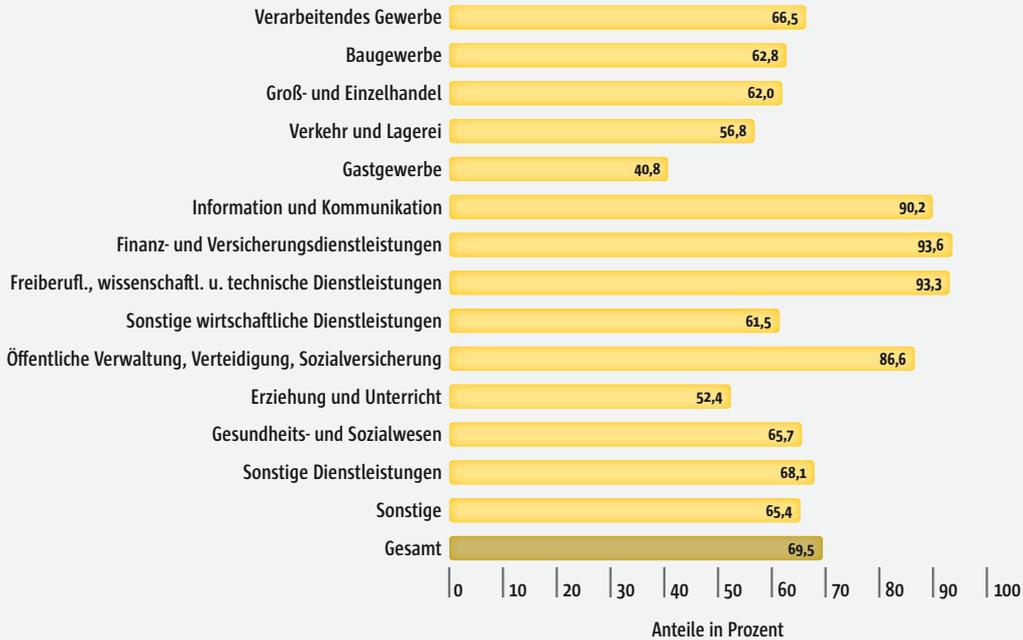


Lösungen. Warum das so wichtig ist, lässt sich am besten an den branchen- und berufsspezifischen AU-Kennzahlen aufzeigen, die aufgrund der sehr unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und -belastungen bezogen auf die konkrete Tätigkeit der Beschäftigten stark variieren. Dabei spielt es nicht nur eine Rolle, wie lange Beschäftigte krankheitsbedingt ausfallen, sondern auch aus welchen krankheitsbedingten Gründen dies passiert. Anhand der in **»»»** Diagramm 2.1.1 dargestellten Kennwerte werden diese Unterschiede beispielhaft für einzelne Branchen aufgezeigt.

Mit insgesamt 24,3 AU-Tagen je Beschäftigten liegen in dieser Aufstellung Erwerbstätige in Unternehmen der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung bei den krankheitsbedingten Fehlzeiten an der Spitze, wohingegen Beschäftigte in Informations- und Kommunikationsunternehmen mit

durchschnittlich 10,6 AU-Tagen nicht einmal halb so viele Fehlzeiten aufweisen. Bezogen auf die AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen ist der Unterschied zwischen beiden Branchen sogar noch größer (6,9 vs. 1,6 AU-Tage je Beschäftigten). Das ist insofern nicht verwunderlich, da der Anteil körperlich schwerer Arbeit in der Abfallentsorgung weitaus höher als im Bereich Information und Kommunikation ist. Entsprechend zeigt sich auch ein ähnliches Verhältnis bezogen auf die Fehlzeiten aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (3,6 vs. 0,9 AU-Tage). Die erstgenannte Branche liegt für beide Krankheitsarten somit deutlich über dem Durchschnittswert aller Beschäftigten. Dagegen liegen die AU-Tage aufgrund psychischer Störungen für beide genannten Branchen (2,8 und 2,1 AU-Tage) im Vergleich zu allen Beschäftigten (2,8 AU-Tage) im (unter-)durchschnittlichen Bereich.

Diagramm 2.1.2 BKK Umfrage Digitalisierung-Arbeit-Gesundheit – Anteile der Beschäftigten mit häufiger/ständiger Nutzung digitaler Kommunikations- und Informationstechnik nach Wirtschaftsgruppen



An diesem Beispiel wird erkennbar, wie deutlich das Fehlzeitengeschehen in der Arbeitswelt von den Arbeitsbedingungen und damit verbundenen körperlichen und psychischen Belastungen abhängig ist und wie differenziert BGF gestaltet werden sollte, um auf diese individuellen Bedürfnisse passgenau ausgerichtet zu werden. Der Wandel in der Arbeitswelt insbesondere im Zuge der Digitalisierung wird dabei auch zunehmend für Gestaltung von BGM relevant, wie auch im nachfolgenden **»»** Beitrag „BGM für die Arbeitsbedingungen der Zukunft – BGM 4.0“ ausführlich beschrieben wird. Welchen Umsetzungsgrad BGM in der Arbeitswelt aktuell hat und welche Zusammenhänge Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit aufweisen, soll Betrachtungsgegenstand des folgenden Abschnitts sein.

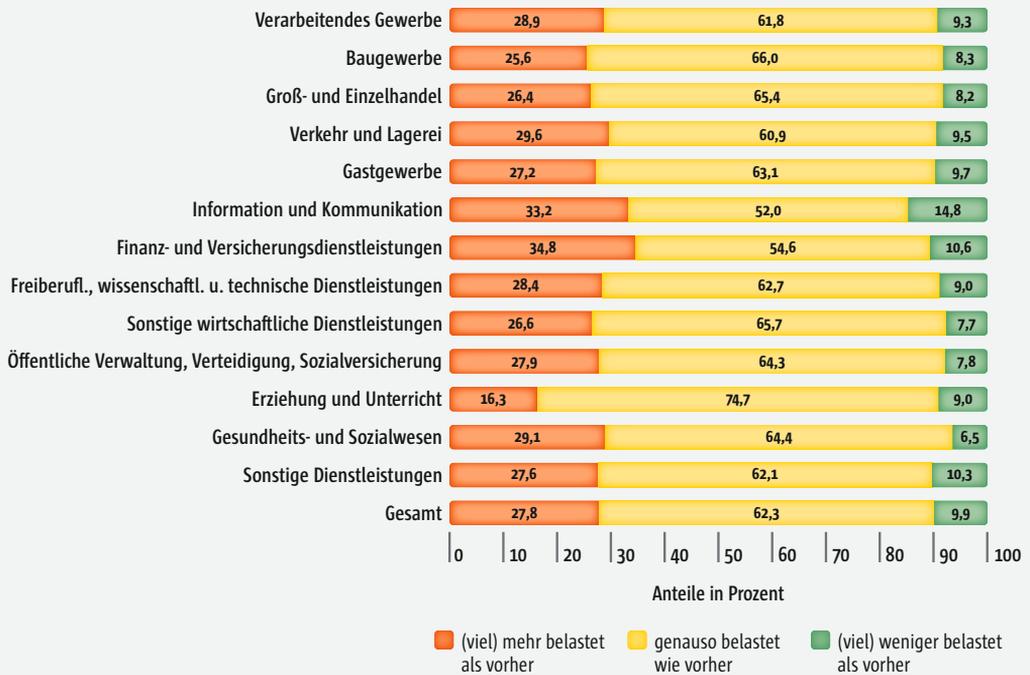
Digitalisierung – Arbeit – Gesundheit: Ergebnisse der BKK Umfrage 2017

Im Rahmen des **»»** BKK Gesundheitsreport 2017, der sich im Schwerpunkt mit dem Thema „Digitale Arbeit – Digitale Gesundheit“ beschäftigte, wurde eine deutschlandweite Befragung von insgesamt

3.000 Erwerbstätigen durchgeführt, deren Ergebnisse hier auszugsweise dargestellt werden.

Für eine erfolgreiche Umsetzung von „BGM 4.0“ stellt sich u. a. die Frage, wie „digitalisiert“ die heutige Arbeitswelt bereits ist. Mehr als zwei Drittel (69,5%) der Beschäftigten geben laut Umfrage an, dass sie häufig bzw. ständig digitale Informations- und Kommunikationstechnik (PC, Handy, Tablet usw.) bei der Arbeit verwenden. Mit jeweils über 90% der Beschäftigten aus der IKT-Branche, dem Finanz- und Versicherungsbereich sowie den freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen ist in diesen Branchen der Digitalisierungsanteil am höchsten. Auf der anderen Seite finden sich Branchen wie das Gastgewerbe (40,8%) sowie Erziehung und Unterricht (52,4%), wo die Digitalisierung der Arbeitsprozesse (noch) einen relativ niedrigen Anteil hat (**»»** Diagramm 2.1.2). Sicher spielt es bei den Unterschieden zwischen den Branchen auch eine Rolle, inwieweit Arbeitsprozesse überhaupt digitalisiert werden können bzw. sollten. So lässt sich im Bereich Erziehung und Unterricht oder im Gesundheits- und Sozialwesen der persönliche menschliche Kontakt sicher nicht „wegdigitalisieren“, allerdings können auch hier zukünftig

Diagramm 2.1.3 BKK Umfrage Digitalisierung-Arbeit-Gesundheit – wahrgenommene Belastung der psychischen Gesundheit durch die Digitalisierung nach Wirtschaftsgruppen



entlastende Potenziale der Digitalisierung vermehrt genutzt werden.

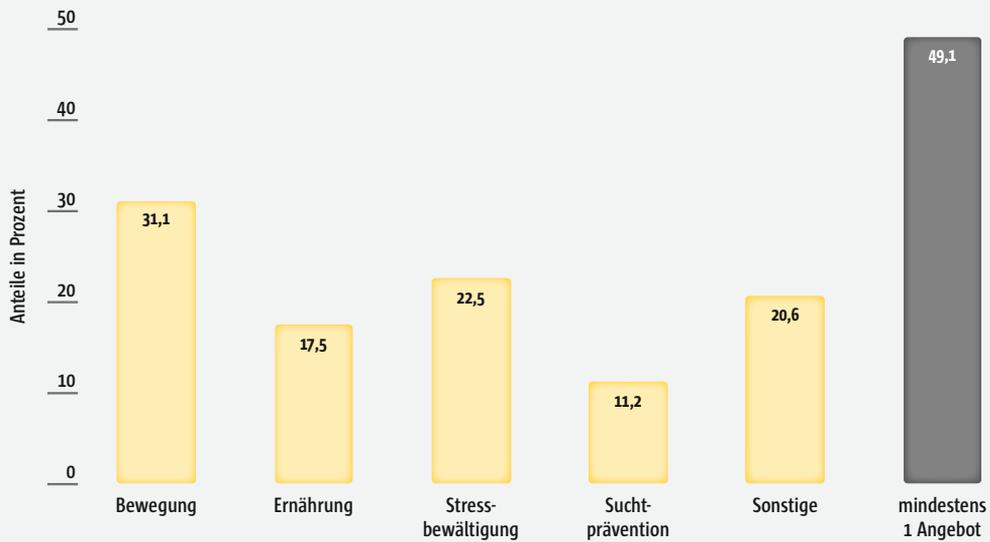
Dass die Digitalisierung nicht nur Chancen, sondern auch Herausforderungen in puncto Gesundheit mit sich bringt, zeigt **»»»** Diagramm 2.1.3. Zunächst die positive Nachricht: Über alle Wirtschaftsgruppen hinweg hat sich die wahrgenommene Belastung der psychischen Gesundheit der Beschäftigten durch die Digitalisierung bei der überwiegenden Mehrheit entweder gar nicht verändert oder wird sogar als Entlastung wahrgenommen (65,2% – 83,7%). Allerdings beurteilt insgesamt auch mehr als jeder Vierte (27,8%) die Digitalisierung seiner Arbeit als zusätzlich belastenden Faktor für die eigene psychische Gesundheit. Dabei schwanken auch hier die Werte um mehr als das Doppelte zwischen 16,3% im Bereich Erziehung und Unterricht bis zu 34,8% bei den Finanz- und Versicherungsdienstleistungen. Erwartungsgemäß finden sich dabei höhere Belastungswerte v.a. in solchen Branchen, die einen hohen Digitalisierungsgrad aufweisen (**»»»** Diagramm 2.1.2).

Gesundheitsförderung im Betrieb – Ergebnisse der BKK Umfrage 2017

Wie die BKK Umfrage ebenfalls zeigt, hält eine überwiegende Mehrheit der befragten Beschäftigten (79,3%) die Förderung von Gesundheit am Arbeitsplatz (BGF) für (sehr) wichtig. Bezogen auf ausgewählte einzelne Angebote zeigt sich, dass der tatsächliche Umsetzungsgrad den Wünschen der Beschäftigten hinterherhinkt – nicht einmal jeder zweite Befragte (49,1%) gibt an, dass es zumindest ein BGF-Angebot in seinem Unternehmen gibt.

Welche konkreten BGF-Maßnahmen in Unternehmen angeboten werden, zeigt das **»»»** Diagramm 2.1.4. Knapp ein Drittel (31,1%) aller Befragten gibt an, dass Angebote zur Bewegung (z.B. Rückenschule, Betriebssport, bewegte Pause usw.) vorhanden sind. Bei etwas mehr als jedem fünften Beschäftigten (22,5%) werden Maßnahmen zur Stressbewältigung und Entspannung angeboten, es folgen Angebote zur gesunden Ernährung (17,5%) sowie zur Suchtprävention (11,2%). Die Mehrheit (67,9%) der Befragten, bei deren Arbeit BGF-Maßnahmen an-

Diagramm 2.1.4 BKK Umfrage Digitalisierung-Arbeit-Gesundheit – Anteile der Beschäftigten mit mindestens einem BGF-Angebot im Unternehmen nach Angebotsart



geboten werden, gibt an, dass es an ihrem Arbeitsplatz ein bis zwei unterschiedliche BGF-Angebote gibt, bei 17,4% sind es drei verschiedene Angebote, bei 14,6% sind es sogar vier oder mehr Angebote.

Aufschlussreich ist auch die Betrachtung der regionalen Verteilung von Unternehmen mit BGF-Angeboten (»» Diagramm 2.1.5). Zwischen dem Bundesland mit dem höchsten Anteil (Hessen: 58,2%) und dem mit dem geringsten Anteil der Unternehmen mit BGF-Angeboten (Thüringen: 38,7%) gibt es einen Unterschied von nahezu 20 Prozentpunkten. Auffällig ist zudem, dass v.a. in den Ostbundesländern (außer Berlin) Betriebliche Gesundheitsförderung in Unternehmen einen deutlichen höheren Nachholbedarf als in den Westbundesländern aufzuweisen scheint.

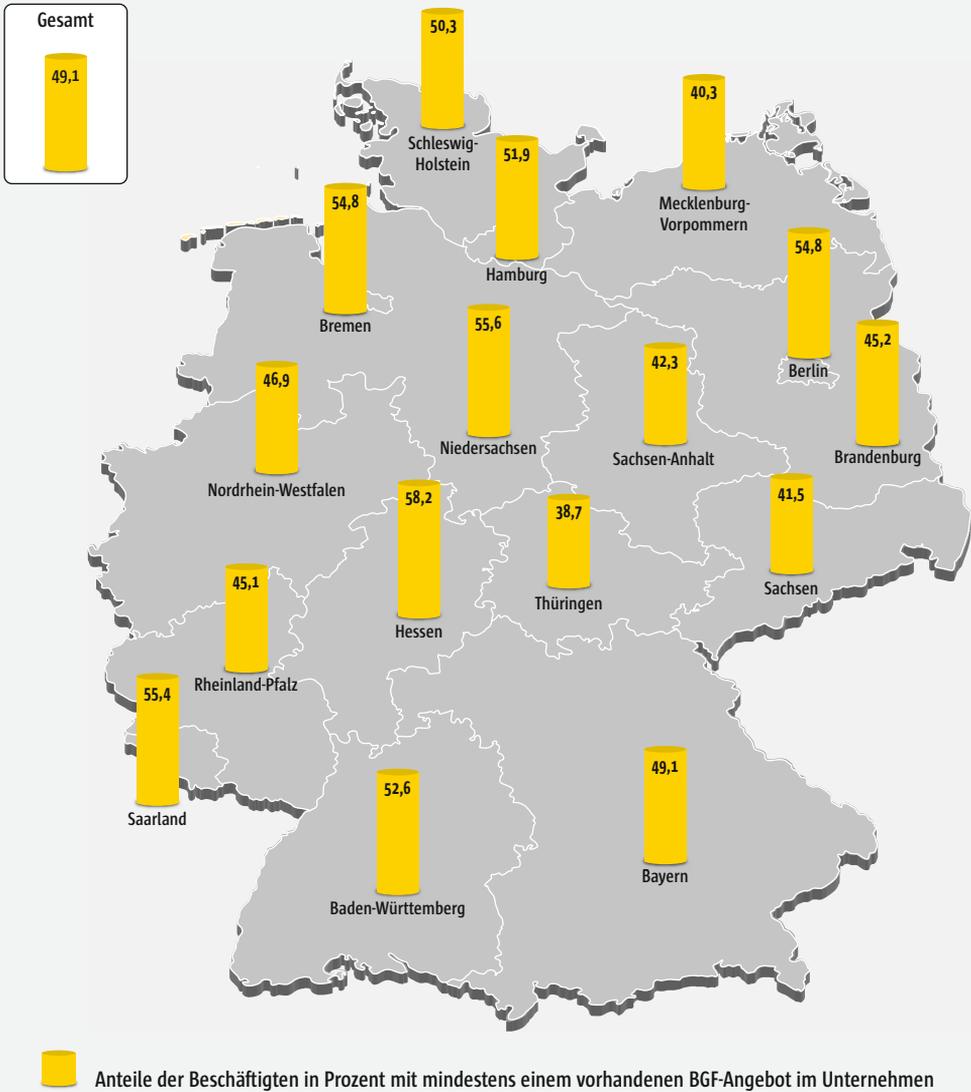
Neben dem allgemeinen bzw. regionalen Verbreitungsgrad von BGF-Maßnahmen in Unternehmen, ist die Verteilung vorhandener Angebote nach Wirtschaftsgruppen aufschlussreich (»» Diagramm 2.1.6). Insgesamt 72,4% der Beschäftigten aus dem Bereich der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung geben an, dass es in ihrem Unternehmen mindestens ein BGF-Angebot gibt. Ebenfalls deutlich überdurchschnittliche Anteile gibt es bei den Beschäftigten der Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (66,7%) sowie im Bereich Information und Kommunikation (59,0%). Anteile unterhalb des

Durchschnitts (49,1%) sind u.a. bei den Beschäftigten im Gastgewerbe (29,1%) oder im Baugewerbe (34,0%) zu finden.

Auf Basis der Umfragerwerte lässt sich zudem nachweisen, dass in Branchen mit besonders hohen Anteilen vorhandener BGF-Angebote meist auch überproportional häufig Beschäftigte in größeren Unternehmen tätig sind. So findet man in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (73,1%), den Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (73,0%) sowie auch im Bereich Information und Kommunikation (52,5%) jeweils den Großteil der befragten Beschäftigten in Unternehmen mit 250 oder mehr Mitarbeitern. Auf der anderen Seite dominieren im Gastgewerbe (72,8%) und im Baugewerbe (54,5%) hingegen eher die Kleinst- und Kleinbetriebe bis zu 49 Mitarbeitern. Neben den finanziellen, braucht es v.a. auch die personellen und zeitlichen Ressourcen, um Betriebliche Gesundheitsförderung im Unternehmen zu planen und umzusetzen. Dass dies in kleineren Unternehmen anscheinend schwieriger ist, wird in »» Diagramm 2.1.7 eindrücklich gezeigt.

Wie vermutet, sind in – nach der Mitarbeiteranzahl – großen Unternehmen deutlich häufiger BGF-Angebote vorhanden, als dies in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) der Fall ist. Zwischen der hier dargestellten kleinsten (weniger als 10 Mitarbeiter: 20,6%) und der größten Klasse (500 oder mehr

Diagramm 2.1.5 BKK Umfrage Digitalisierung-Arbeit-Gesundheit – Anteile der Beschäftigten mit mindestens einem vorhandenen BGF-Angebot im Unternehmen nach Bundesländern (Wohnort)



Mitarbeiter: 65,5%) beträgt der Unterschied bzgl. vorhandener BGF-Angebote mehr als das 3-Fache.

Zusammenfassung und Ausblick

Die digitale Umsetzung von BGF-Angeboten bietet also eine Chance auch Beschäftigte in Unternehmen

zu erreichen, für die BGF-Angebote bisher nur in geringem Maß oder gar nicht zugänglich waren. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass der Digitalisierungsgrad der Branchen mit einem besonders hohen KMU-Anteil (z.B. Gast- und Baugewerbe) im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen (noch) hinterherhinkt. Deshalb ist es hier, verstärkter als in technikaffineren Branchen, notwendig zu überprüfen,

Diagramm 2.1.6 BKK Umfrage Digitalisierung-Arbeit-Gesundheit – Anteile der Beschäftigten mit mindestens einem vorhandenen BGF-Angebot im Unternehmen nach Wirtschaftsgruppen

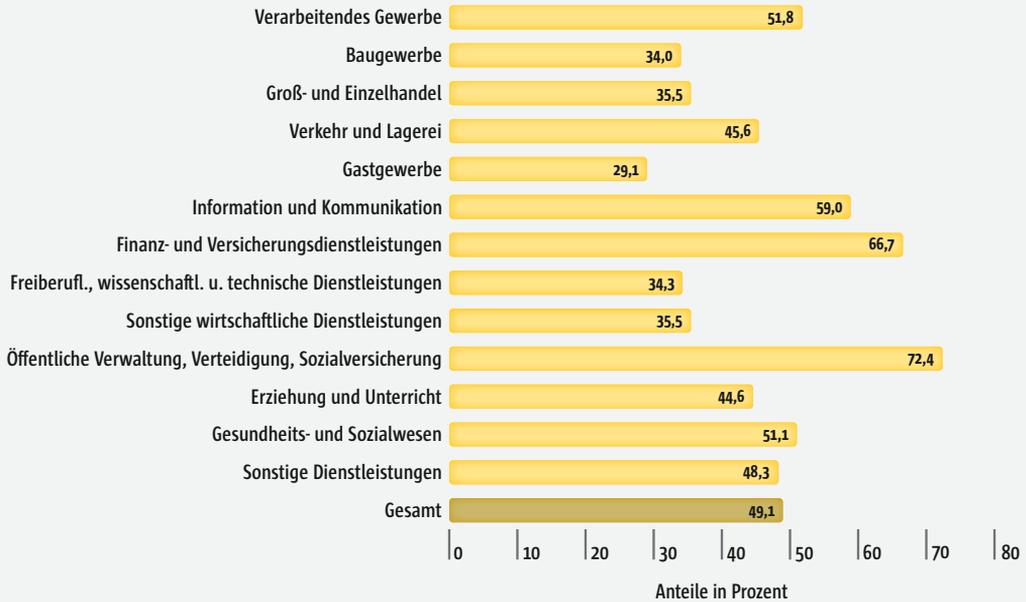
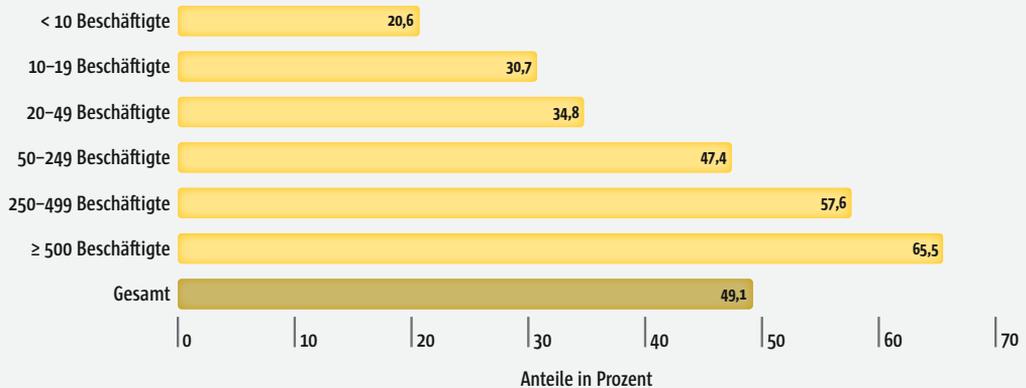


Diagramm 2.1.7 BKK Umfrage Digitalisierung-Arbeit-Gesundheit – Anteile der Beschäftigten mit mindestens einem vorhandenen BGF-Angebot im Unternehmen nach Anzahl der Mitarbeiter



wie und mit welchen Mitteln digitale BGF-Maßnahmen bzw. ein umfassendes digitales BGM ein- und umsetzungsfähig sein werden. Hierfür gilt es weiterhin zu prüfen, inwieweit brancheninterne oder branchenübergreifende Netzwerke für eine höhere Verbreitung von (digitaler) Betrieblicher Gesundheitsförderung gerade in KMU zielführend sein können. Die eingangs erwähnten Kennwerte aus den

AU-Geschehen können dabei in zweifacher Hinsicht hilfreich sein, zum einen, um zu erkennen, wo genau BGF-Angebote im Unternehmen ansetzen müssen und zum anderen, um zu prüfen, ob diese Angebote einen Nutzen, z.B. durch die Reduktion der betrieblichen Fehlzeiten und die damit verbundenen Kosten, bringen. Die hohe Nachfrage der Unternehmen nach solchen Kennwerten aus dem BKK System

bestätigt, dass diese bereits vielfach zur Planung und Evaluierung von BGF genutzt werden. Die von den Betriebskrankenkassen initiierten Projekte „BGM 4.0“ und „BGM labs“ sind hierfür sicherlich ein geeignetes Mittel, um die Umsetzung von BGF auch und gerade in KMU weiter zu befeuern. Aber auch darüber hinaus sind durch den Wandel in der

Arbeitswelt neue BGM-Ansätze notwendig, die im Rahmen von BGM 4.0 umgesetzt werden. Dass dabei insbesondere die Vernetzung zwischen allen beteiligten Akteuren eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen von BGM ist, wird im folgenden [»»»](#) Beitrag „BGM für die Arbeitsbedingungen der Zukunft – BGM 4.0“ näher beleuchtet.

BGM für die Arbeitsbedingungen der Zukunft – BGM 4.0

Gertrud Prinzing¹, Julia Schröder² und Martin König²

¹ Bosch BKK

² BKK Dachverband e.V.



BGM 4.0

Gesundheit im Unternehmen

- Der arbeitsweltliche und demografische Wandel stellt auch das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) vor neue Herausforderungen, die die Betriebskrankenkassen mit ihrem Konzept „BGM 4.0“ annehmen.
- Mit dieser hohen Dynamik Schritt zu halten ist ohne Vernetzung und Kooperation aller relevanten Akteure zukünftig nicht mehr denkbar.
- Die Betriebskrankenkassen mit ihrem arbeitsweltlichen Markenkern und ihrer BMG-Expertise übernehmen dabei die Steuerungsfunktion zur Aufrechterhaltung und zum Ausbau des BGM 4.0-Netzwerkes.

Der (sozio-technologische) Wandel in der Arbeitswelt

Die Arbeitswelt befindet sich in einem tiefgreifenden Wandel, der zu neuen Herausforderungen und Chancen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) führt. Zu den Haupttreibern dieser Veränderungen gehören die Digitalisierung, die Globalisierung, der demografische Wandel und der allgemeine soziale und kulturelle Wandel. Auch wenn die Folgen für die Arbeitswelt, Unternehmen und ihre Beschäftigten sowie für die Gesellschaft im Ganzen derzeit nicht absehbar sind, sind neue Konstellationen bezüglich der Arbeits- und Beschäftigungsformen, der Arbeitsbedingungen und der Unternehmensorganisation zu erwarten.

Die Wirtschaft, Krankenkassen sowie gesundheits- wie arbeitspolitische Akteure suchen nach Antworten auf die Auswirkungen des technologisch-sozialen Wandels in der Arbeitswelt und die damit einhergehenden Herausforderungen. Diese werden unter dem Stichwort „Arbeiten 4.0“ in der von der Bundesregierung initiierten Debatte benannt [1].

Vor dem Hintergrund einer deutlich gestiegenen Flexibilisierung der Arbeitsmärkte mit Auswirkungen auf die zentralen Rahmenbedingungen von Arbeit (Arbeitszeit, Entlohnung und betriebliche Leistungs politik, Beschäftigungs- und Arbeitsformen) sowie die zunehmende Digitalisierung in den Produktions- und Dienstleistungssektoren werden auch Gesundheit und Arbeit immer stärker zu entscheidenden Produktivfaktoren.

Die Digitalisierung führt dazu, dass Arbeiten u.a. komplexer wird, immer größere Mengen von Informationen zur Verfügung stehen und in immer kürzerer Zeit verarbeitet werden müssen.

Perspektivisch gehen diese Veränderungen mit einer Ausweitung der Dienstleistungs- und Wissensarbeit einher. Im Bereich der Wissensarbeit wird das „Lebenslange Lernen“ im Mittelpunkt stehen.

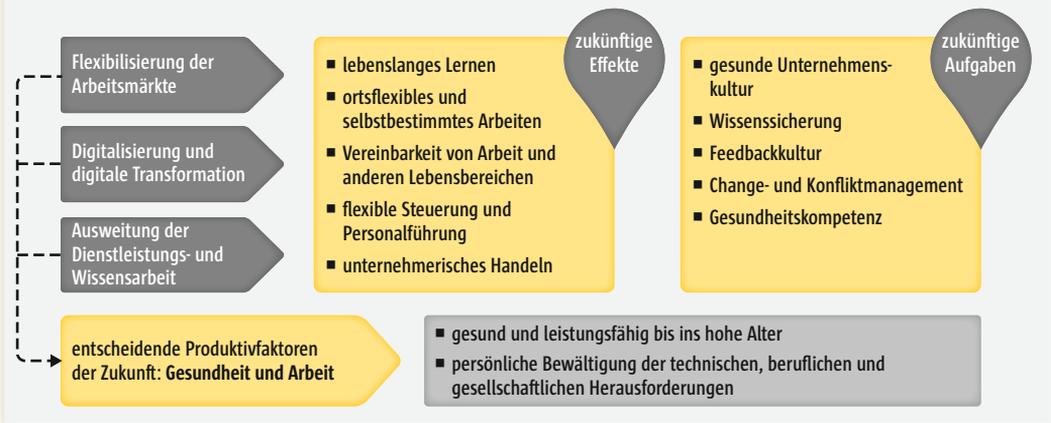
Zeit- und ortsflexibles Arbeiten, wie Telearbeit, Homeoffice, „Crowd-Arbeit“, mobiles Arbeiten oder Mitarbeiter-Sharing werden zunehmen und sowohl die Beschäftigten als auch die Führungskräfte vor neue Herausforderungen stellen. Diese Formen bieten den Beschäftigten mehr Raum für selbstbestimmtes Arbeiten und Möglichkeiten der besseren Vereinbarkeit von Arbeit und anderen Lebensbereichen. Diese flexiblen Arbeitsformen verlangen aber auch flexible Steuerungs- und Personalführungsinstrumente [2].

Bisherige arbeitszeit- und arbeitsschutzrechtliche Vorgaben müssen daher überdacht und diskutiert werden.

Individuelles unternehmerisches Handeln wird sich in vielen Bereichen der Arbeitswelt schrittweise durchsetzen. Damit liegt mehr Verantwortung bei jedem selbst (Selbstfürsorge).

Bei der Frage, welche Themen in den nächsten Jahren von besonderer Bedeutung sein werden, stehen deshalb: „Gesunde Führung“, Maßnahmen für eine gesunde Unternehmenskultur, Wissenssicherung, Feedbackkultur, Change- und Konfliktmanagement sowie „digital leadership“ im Vordergrund. Aber auch die Fortbildung und Befähigung

Abbildung 1 Auswirkungen des technologisch-sozialen Wandels in der Arbeitswelt



der Beschäftigten zur besseren Vorbereitung auf deren wachsende persönliche Verantwortung für die eigene Gesundheit ist ein wesentliches Element. In **»** Abbildung 1 sind die Auswirkungen des technologisch-sozialen Wandels der Arbeitswelt im Überblick zusammenfassend dargestellt [3].

Trotz der politischen Aufwertung der Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesundheits- und Arbeitspolitik wird das Thema „Gesundheit am Arbeitsplatz“ in den Unternehmen entweder auf Lebensstilfragen reduziert – ohne Bezug zu den Arbeitsbedingungen – oder das Thema erreicht Unternehmen vielfach immer noch gar nicht.

Nach wie vor ist die Zahl der aktiven Unternehmen mit Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) in Deutschland begrenzt. Während Großunternehmen bereits BGM in die eigenen Prozesse eingebunden haben, ist dies in der großen Zahl der Klein- und Mittel-Unternehmen (KMU) längst nicht alltägliche Praxis. Das gilt ganz besonders für die für den Arbeitgeber freiwilligen Aktivitäten in der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) sowie für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben im Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Aber auch im Arbeits- und Gesundheitsschutz zeigt die betriebliche Praxis im Bereich der Gefährdungsbeurteilung – vor allem im Bereich der psychischen Belastungen – erhebliches Optimierungspotenzial [4].

(Neue) Anforderungen an das BGM

BGF ist neben dem gesetzlichen Arbeits- und Gesundheitsschutz und BEM einer der drei Pfeiler des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Ein zukunftsfähiges BGM unterstützt neben anderen personalpolitischen Aktivitäten alle Beschäftigten, gesund und leistungsfähig zu bleiben und mit neuen technischen, beruflichen und gesellschaftlichen Herausforderungen mithalten zu können. Aktuell werden komplexe technische Systeme und Technologien aus Sicht technischer und wirtschaftlicher Machbarkeit entwickelt. Daraus ergeben sich für die Arbeitswelt zunehmend veränderte Produktions- und Arbeitsprozesse. Die neuen Prozesse, hervorgerufen durch Digitalisierung und Automatisierung können mit anderen oder neuen Belastungskonstellationen einhergehen bzw. die Qualität der bekannten Belastungskonstellationen kann sich verändern. Darauf muss sich ein zukunftsfähiges BGM einstellen und die Chancen und Risiken, die sich aus der Digitalisierung und Automatisierung für jeden einzelnen Beschäftigten und damit für das Unternehmen ergeben, berücksichtigen.

Ein BGM ist damit nur dann erfolgreich und nachhaltig, wenn es die komplexer werdenden Arbeits- und Lebensbedingungen der Beschäftigten sowie die Erreichbarkeit dieser berücksichtigt.

Dies bedeutet nicht, dass BGM „neu erfunden“ werden muss. Vielmehr müssen die derzeitigen Erfolgsfaktoren eines BGM mit den neuen Anforderungen ergänzt werden, um die Reichweite und Nachhaltigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung hinsichtlich salutogener Lebens- und Arbeitsbedingungen zu erhöhen. In **»** Abbildung 2 sind die wesentlichen Erfolgsfaktoren im Überblick zusammenfassend dargestellt.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor in dem Kriteriengerüst stellt die Vernetzung dar. Eine Vernetzung im BGM ist erfolgsversprechend, wenn sie auf verschie-

Abbildung 2 Erfolgsfaktoren im BGM, entnommen dem Deutsches Siegel Unternehmensgesundheit und dem Deutschen Unternehmenspreis Gesundheit



denen Ebenen ansetzt und die anderen Kriterien maßgeblich beeinflusst:

Unternehmensbezogene Vernetzung

- Vernetzung von betrieblichen und außerbetrieblichen Akteuren, nicht nur im BGM
- Vernetzung zwischen Unternehmen

Maßnahmenbezogene Vernetzung

- Vernetzung interner und externer Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
- Vernetzung von Online- und Offline-Maßnahmen

Strukturbezogene Vernetzung

- Vernetzung von Arbeitsorganisation und Arbeitsplatz mit Online- und Offline-Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
- Vernetzung von Beschäftigten mit Online und Offline-Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung

Eine Vernetzung kann also die Entwicklung, die Erarbeitung und die Verbreitung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung fördern. Daneben können durch Netzwerkarbeit der Aufwand und die Kosten für Entwicklung, Produktion, Verwaltung, Verbreitung und personelle Ressourcen gesenkt und zielführender eingesetzt werden. Ein wesentlicher Vorteil von Vernetzung ist die Bündelung von Wissen und Erfahrungen. Erweitertes Wissen bzw. der Zugang zu Know-how und Informationen ist die Grundlage für neue Innovationen, die wiederum helfen, ein BGM zielführender zu gestalten [4; 5].

Die Digitale Elektronik und Informationstechnologie sowie zunehmend Cyber-physische Systeme ermöglichen verstärkt eine intelligente Vernetzung von Online- und Offline-Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Auch öffnen sie die Möglichkeit für bedarfsbezogenere und individuellere Einstiegspunkte für die Inanspruchnahme der Maßnahmen und fördern eine unternehmensbezogene, maßnahmenbezogene und strukturbezogene Vernetzung [3].

BGM 4.0 – BGM für die Arbeitsbedingungen der Zukunft

Vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen und den Möglichkeiten der Vernetzung setzt das BKK System auf einen Ausbau der Qualität und Innovationskraft von Beratungs- und weiteren Unterstützungsleistungen für seine Kunden- und Trägerunternehmen. Die Betriebskrankenkassen müssen ihre betrieblichen Gesundheitskonzepte auf die Veränderungen in den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen und die damit verbundenen gesundheitlichen Beanspruchungen ausrichten. Unternehmen und die Beschäftigten brauchen Angebote und Konzepte, die zu den neuen Anforderungen und ihren (betrieblichen) Lebenswelten passen. Das Wissen, die Kompetenz und das Engagement der Beschäftigten werden immer wichtiger, um Unternehmen zukunftsfähig aufzustellen.

Die Betriebskrankenkassen müssen auch weiterhin in der Lage sein, ihre Kunden- und Trägerunternehmen qualifiziert, bedarfs-/bedürfnisgerecht, zukunftsorientiert und systemübergreifend zu beraten. Nur so kann eine nachhaltige Präventions- und

Gesundheitsförderungskultur im Unternehmen verankert und gefördert werden. Dafür ist eine Bündelung von Kräften und Ressourcen sowie eine starke Vernetzung im und außerhalb des BKK Systems unter Nutzung von wissenschaftlicher Expertise und Einbindung von innovativen Dienstleistungen erforderlich.

Eine Gruppe von Betriebskrankenkassen nimmt sich dieser Herausforderungen stellvertretend für alle Betriebskrankenkassen, die sich im BKK Dachverband organisieren, an. Unter dem Initiativnamen „BGM 4.0 - BGM für die Arbeitsbedingungen der Zukunft“ versucht die BKK Gruppe Antworten auf die neuen Anforderungen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement und die daraus resultierenden Anforderungen an die Betriebskrankenkassen zu finden und für das BKK System nutzbar zu machen. Dies bedeutet, dass mit der Initiative „BGM 4.0“ ein Netzwerk geschaffen wird, in dem viele selbstständige Akteure an einem gemeinsamen Anliegen arbeiten. Eine Systeminitiative für ein thematisches Handlungsfeld, welches den Markenkern der BKK wesentlich prägt und in welchem das BKK System dementsprechend eine Innovationsführerschaft einnehmen möchte.

Die Initiative „BGM 4.0“ ist fest davon überzeugt, dass gesunde Menschen erfolgreicher mit veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen umgehen können. Mithilfe von Modellen und Vorgehensweisen, die kundennah, bedarfsgerecht und schnell sind, hilft die Initiative Produkte, Angebote und Dienstleistungen bereitzustellen, die den Menschen unterstützen, gesund zu bleiben.

Ziel ist die Entwicklung eines BGM-Baukastens mit flexibel für die Betriebskrankenkassen und deren Kundenunternehmen nutzbaren qualitätsgesicherten, digitalen wie analogen Angeboten, die sich inhaltlich an den Herausforderungen des sozio-technologischen Wandels orientieren.

Die zu entwickelnden inhaltlichen Baukastenbausteine sollen ein Höchstmaß an Flexibilität für die BKK und ihre Kundenunternehmen bieten und möglichst passgenau zugeschnitten und eingesetzt werden können. Existierende Angebote und Produkte sollen ohne großen Aufwand integriert, andere müssten adaptiert und wieder andere sollen neu entwickelt werden.

Die BGM 4.0-Netzwerkstruktur

Die Initiative BGM 4.0 ist als Netzwerk flexibel angelegt, dem ein „atmendes Gebilde“ mit Ausdehnungs- und Schrumpfungsphasen zugrunde liegt. Die Betriebskrankenkassen können sich, je nach Interessenlage und Themenschwerpunkt an der Netzwerkarbeit intensiver oder eher beobachtend beteiligen. Gesteuert wird die Netzwerkinitiative durch einen Kreis von Vorständen aus den Betriebskrankenkassen und dem BKK Dachverband. Dieser Steuerkreis ist strategischer Impulsgeber, lenkt das Vorhaben bzgl. der grundsätzlichen Ausrichtung. Derzeit sind Vorstände der BKK sowie die Abteilung Gesundheitsförderung des BKK Dachverband im Steuerkreis aktiv. Im Folgenden finden Sie Statements einiger Vorstände zum Netzwerkcharakter von BGM 4.0:



„Das BGM 4.0-Projekt bündelt hervorragend die Kompetenzen des BKK Systems zur Weiterentwicklung der bislang schon sehr erfolgreichen BGM-Aktivitäten der Betriebskrankenkassen. Unsere neuen innovativen BGM-Angebote unterstützen unsere Trägerunternehmen und Firmenkunden bei der Transformation hinein in die digitale Arbeitswelt. Dabei werden wir aber auch bislang erfolgreiches nicht gänzlich außer Acht lassen.“

Dirk Lauenstein, Vorstand, Audi BKK

„BGM 4.0 bedeutet auch Industrie 4.0. Sowie sich unsere Unternehmenspartner weiterentwickeln, müssen auch wir unsere innovativen Angebote immer wieder auf den Prüfstand stellen und vorantreiben. Das geht nur mit einem präzisen Monitoring in enger Absprache mit den Firmepartnern. Um neue Ideen aufzuspüren und nutzenbringend einzusetzen, sind wir beständig auf der Suche nach Impulsgebern, die wir in die Kooperationen einbinden.“

Reinhard Brücker, Vorstand, VIACTIV





„Für BGM 4.0 agiert das BKK System als strategisches Netzwerk und bündelt damit einzigartige Ressourcen, über die wir nur als Gemeinschaft verfügen. Das Credo gemeinsam denken, spezifisch handeln verspricht größten Nutzen für alle. Durch das Ausspielen unserer individuellen Vorteile können wir beste Ergebnisse erzielen.“

Lutz Kaiser, Vorstand, pronova BKK

„Im Projekt BGM 4.0 bündeln wir die Kompetenz mehrerer Betriebskrankenkassen. Praktische und vielschichtige Lösungsansätze aus unterschiedlichen Bereichen gekoppelt mit hohem Sachverstand kennzeichnen die Projektarbeit. Aber auch Synergien bei den finanziellen Mitteln und den gesamten Ressourcen kennzeichnen das Projekt BGM 4.0.“

Dagmar Stange-Pfalz, Vorstand, BKK VerbundPlus



„Als Krones BKK sehen wir die Gesundheitsvorsorge im Krones Konzern als partnerschaftlichen Auftrag und Herausforderung zugleich. Als unternehmensbezogene Betriebskrankenkasse kennen wir die internen Abläufe und individuellen Bedürfnisse der Mitarbeiter und des Konzerns. In der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) arbeiten wir kompetent und erfolgreich Seite an Seite mit dem Health Management unseres Trägerunternehmens. Dabei richten wir nachhaltig unser gemeinsames Augenmerk auf gesunde Arbeitsbedingungen.“

Michael Niedermeyer, Vorstand, Krones BKK

„Das BKK System steht im ständigen Wettbewerb zu den anderen Kassenarten. Um als Betriebskrankenkassen stark zu bleiben, setzen wir uns für partnerschaftliche Kooperationen im BKK System ein. So können wir insbesondere unseren Markenkern, der im Betrieblichen Gesundheitsmanagement verankert ist, gemeinsam stärken.“

Hanka Knoche, Vorstand, BAHN-BKK



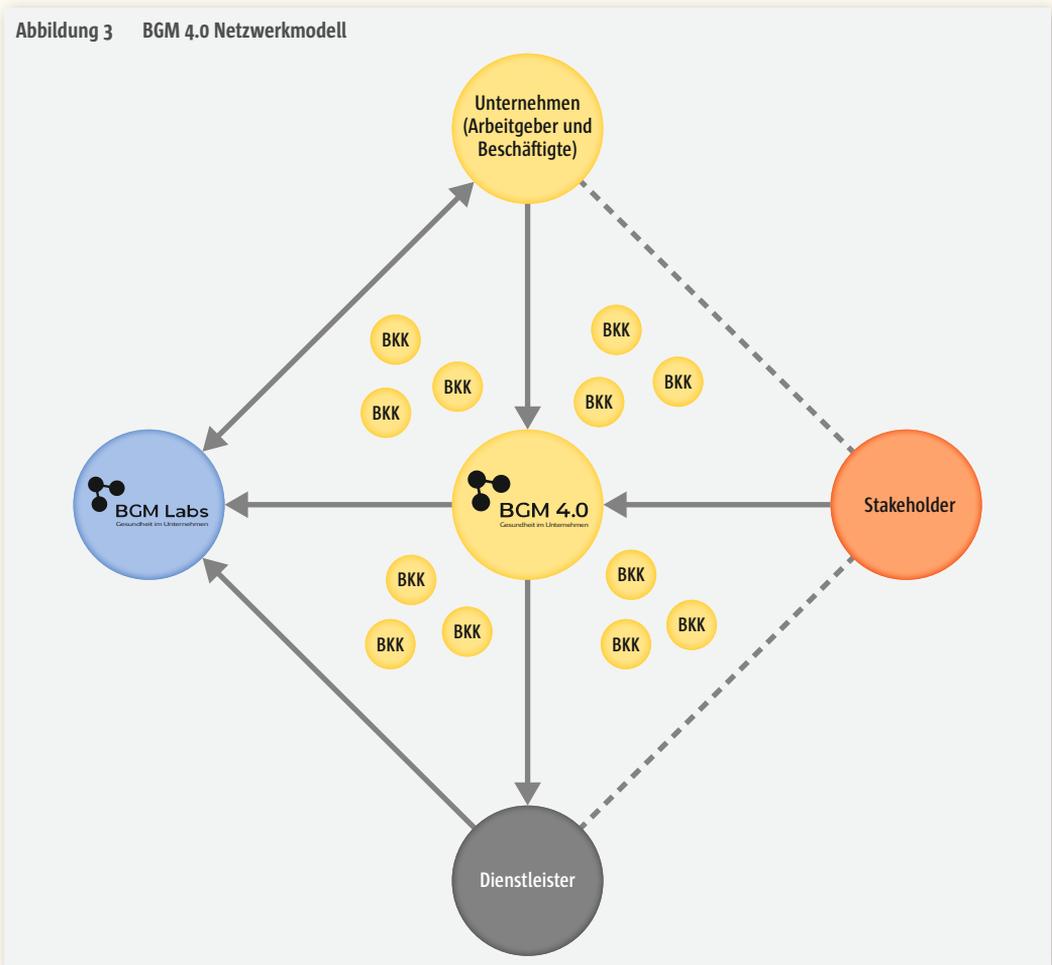
„Die vielfältigen Anforderungen in der Arbeitswelt, sich ergebend aus einem immer dynamischeren Unternehmensumfeld und einer steigenden Komplexität in den Firmen, machen es notwendig, in Netzwerken zusammenzuarbeiten. An diesen Netzwerken sind alle zu beteiligen, die zu gesunden Arbeitsbedingungen der Arbeitnehmer beitragen können. Dazu möchte BGM 4.0 einen Beitrag leisten. Im Mittelpunkt müssen dabei immer die Bedürfnisse der Arbeitgeber und Arbeitnehmer stehen.“

Dr. Stefan Weber, Bereichsleiter Vertragspolitik und Versorgungsmanagement,
SBK – Siemens-Betriebskrankenkasse

Zu dem Anspruchs- und Netzwerkgedanken der Initiative gehört es maßgeblich, dass Unternehmen und gesundheits- wie arbeitspolitische Akteure und die Wissenschaft beteiligt werden. Für die Produktentwicklung ist einerseits der Praxisbedarf der Kunden- und Trägerunternehmen der BKK maßgeblich. Daher ist es erforderlich, dass Vertreter/-innen der Unternehmen (Arbeitgeber und Arbeitnehmer) am

Entwicklungsprozess beteiligt werden. Sie bilden die Basis und den Ausgangspunkt für die Entwicklung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Als spätere Anwender und Nutznießer dieser Maßnahmen werden sie bei der Entwicklung und Integration maßgeblich beteiligt. Auch durch weitere Stakeholder wie gesundheits- und arbeitspolitische Akteure und Player aus dem Be-

Abbildung 3 BGM 4.0 Netzwerkmodell



reich Wissenschaft und anwendungsbezogene Forschung kommen wertvolle Impulse. Unterstützung erhält die Initiative auch durch andere Netzwerke. Der BKK Dachverband ist u. a. Mitglied im Netzwerk „Unternehmen für Gesundheit“. Die dort vertretenen Gesundheitsmanager, Betriebsärzte namhafter und z.T. international tätiger Unternehmen setzen sich bereits mit der Ausgestaltung eines zukünftigen BGM auseinander.

Die digitale Transformation des Gesundheitsmarktes nimmt immer stärker an Fahrt auf und wächst bis 2020 prognostisch um durchschnittlich 21% pro Jahr. In den USA ist die Finanzierung von Start-ups im Gesundheitsmarkt im Jahr 2015 um 4,5 Milliarden Dollar angestiegen [6]. In Europa sind derzeit über 20 Inkubatoren und zahlreiche Industrieinitiativen aktiv. Die Horizon 2020-Initiative der

Europäischen Kommission stellt zudem 600 Millionen Euro für Europas digitale Zukunft bereit [7]. Dieses Potenzial will die Initiative BGM 4.0 für eine innovative und bedarfsgerechte Produktentwicklung nutzbar machen. Daher sollen gezielt auch Unternehmen aus dem Umfeld der Start-up-Branche in das Netzwerk eingebunden werden.

Das im BKK System etablierte Netzwerk „BGM Labs“, das sich seit zwei Jahren mit der Konzeption von systemischen und krankenkassenübergreifenden BGF-/BGM-Angeboten beschäftigt, bildet die Umsetzungsebene der Initiative BGM 4.0. Derzeit beteiligen sich 20 Betriebskrankenkassen in dem Netzwerk und konzipieren bereits erste BGM 4.0-relevante BGF-/BGM-Produkte unter Einbindung von Fachexperten, weiteren Stakeholdern und Dienstleistern. Daher bilden die BGM Labs einen wesentlichen Bau-

stein der Initiative. Zukünftig arbeiten in den BGM Labs Unternehmen, Experten der Betriebskrankenkassen, Stakeholder z.B. aus Wissenschaft und Politik sowie Dienstleister z.B. aus der Start-up-Branche kooperativ, anlass- und themenbezogen in Form einer Co-Creation zusammen. Die Labs sind daher der Geburtsort von konkreten Konzepten und Produkten der Prävention und Gesundheitsförderung.

Fazit und Ausblick

Durch die einzigartige Vernetzung von Wissen, Themen und Strukturen stellt sich das BKK System strategisch im Betrieblichen Gesundheitsmanagement neu auf. Dadurch können gemeinsame Lösungen im BGM für einen individuellen Einsatz in Unternehmen schneller und zielgerichteter gefunden werden. Im Endeffekt profitieren nicht nur BKK und Unternehmen von der Vorgehensweise, sondern auch die Beschäftigten in den Unternehmen (»»» Abbildung 3).

Für das BKK System bedeutet BGM 4.0 daher Netzwerken in 5-facher Hinsicht:

1. Vernetzung der BKK untereinander,
2. Vernetzung mit Unternehmen,
3. Vernetzung mit der Wissenschaft,

4. Vernetzung mit der Start-up-Branche und dem Gesundheitsmarkt
5. und Vernetzung mit gesundheitspolitischen Akteuren.

Literatur

1. Bundesregierung (BMAS) (2017): Weissbuch Arbeiten 4.0. Diskussionsentwurf, Berlin.
2. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2017): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wissenschaftliche Standortbestimmung, Dortmund.
3. Welpel, I., Brosi, P. Schwarzmüller, T. (2018): Digital Work Design – Die Big Five für Arbeit, Führung und Organisation im digitalen Zeitalter, Frankfurt am Main.
4. Matusiewicz, D., Kaiser, L. (Hrsg) (2018): Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement, Wiesbaden.
5. Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (1997/2007): Luxemburger Deklaration zur Gesundheitsförderung in der Europäischen Union.
6. Roland Berger (2016): Digital and disrupted: All change for healthcare.
7. <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en/what-horizon-2020>

Projektteam BGM 4.0 des BKK Dachverbandes: Dr. Julia Schröder, Martin König und Györgyi Bereczky-Löchl



Dr. Gertrud Prinzing
Vorständin der Bosch BKK

Dr. Gertrud Prinzing ist seit Januar 2014 Vorständin der Bosch BKK. Zuvor war die Volljuristin beim Trägerunternehmen Bosch in verschiedenen Führungspositionen im juristischen und kaufmännischen Bereich sowie zuletzt als Personalleiterin eines großen Geschäftsbereichs tätig.



Dr. Julia Schröder

Frau Dr. Schröder startete nach dem Abschluss eines Studiums der Wirtschaftswissenschaften ihre berufliche Laufbahn bei der AOK Rheinland/Hamburg im Bereich grenzüberschreitender Gesundheitsversorgungsprojekte im deutsch-niederländisch-belgischen Grenzgebiet. Im Anschluss war sie mehrere Jahre in der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel tätig, wo sie die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen vertrat und den Gesundheitsausschuss des Europäischen Sozialversicherungsverbandes ESIP leitete. Arbeitsschwerpunkte waren das europäische Arzneimittelrecht, das internationale Koordinierungsrecht im sozialversicherungsrechtlichen Bereich sowie Initiativen der Europäischen Kommission zum Thema Prävention, Patienteninformation, Arbeitskräfte im Gesundheitswesen und die Innovationspartnerschaft „Gesundes Altern“. Ihre Promotion zum Dr. rer. medic. an der Universität Duisburg Essen schloss sie im Jahr 2010 ab. Von 2011 bis 2017 war sie Geschäftsführerin des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung der AOK Rheinland/Hamburg in Köln. Seit Januar 2018 ist Frau Schröder Leiterin der Abteilung Gesundheitsförderung beim BKK Dachverband e.V. in Berlin.



Martin König

Referent Gesundheitsförderung

Martin König verantwortet und begleitet fachlich systemrelevante Initiativen und Projekte, die sich unter anderem mit dem Transfer von Produkten im Rahmen des technologisch-sozialen Wandels beschäftigen sowie außerdem die Geschäftsstelle des Deutschen Siegels Unternehmensgesundheit. Zuvor war der Diplom-Gesundheitswirt und Sozialversicherungsangestellte in verschiedenen Positionen bei Krankenkassen und in Wirtschaftsunternehmen tätig.

2.2 Arbeitsunfähigkeit reduzieren, gesunde Arbeit gestalten – ein Überblick

- Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeit wird z.B. im AU-Geschehen anhand der unterschiedlichen Anzahl an Fehltagen je nach Wirtschaftsgruppen deutlich.
- Unterschiedliche Arbeitsbedingungen in den Branchen gehen auch mit unterschiedlichen krankheitsbedingten Fehlzeiten sowohl im Quer- als auch in den Längsschnitten einher.
- Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung können nur dann wirksam werden, wenn sie sich am jeweiligen spezifischen Bedarf der Beschäftigten orientieren.

Gesundheit und Arbeit – zukünftige Herausforderungen

Die Initiative Gesundheit und Arbeit – kurz iga – die im folgenden **»»»** Beitrag „Kooperation von Unfall- und Krankenversicherung in der Praxis: Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)“ näher beschrieben wird, beschäftigt sich im Kern damit, wie Arbeit gesundheitsförderlich bzw. gesundheitserhaltend gestaltet werden kann. Neben der Frage nach der Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb, werden auch Szenarien zu den Auswirkungen des (digitalen) Wandels in der Arbeitswelt auf die Gesundheit von Beschäftigten thematisiert. Diese und weitere wichtige Aspekte des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und Arbeit werden in Zukunft noch an Dynamik und Bedeutung, nicht zuletzt auch aufgrund des demografischen Wandels, gewinnen. Deshalb ist es nicht nur wichtig den aktuellen Stand, sondern auch mittel- und langfristige Entwicklungen im Blick zu haben, denn mit dem Wandel der Arbeitswelt geht auch ein Wandel des Krankheitsgeschehens Beschäftigter einher. Deshalb sind heute – teils ergänzend oder auch ersetzend – strukturell und inhaltlich anders konzipierte Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) notwendig, wie auch schon im vorhergehen-

den **»»»** Beitrag zum Thema „BGM für die Arbeitsbedingungen der Zukunft – BGM 4.0“ deutlich wurde. So stellt die räumliche und zeitliche Diversifikation von Arbeit (Homeoffice, Crowdfunding, Coworking, flexible Arbeitszeiten etc.) sowie die ständige Erreichbarkeit durch die fortschreitende Digitalisierung der Arbeitswelt BGF heute vor ganz neue Herausforderungen. Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) hat sich seit ihrer Gründung im Jahr 2002 immer wieder an solchen aktuellen Trends und Entwicklungen orientiert und ist somit für die Akteure in der Arbeitswelt ein unverzichtbares Werkzeug zur erfolgreichen Umsetzung der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeit. Nicht zuletzt ist iga auch gerade aufgrund der vernetzten Zusammenarbeit verschiedener Sozialversicherungsträger ein seit vielen Jahren erfolgreiches Projekt.

Gesundheit und Arbeit im Spiegel der Statistik der Betriebskrankenkassen

Traditionell haben die Betriebskrankenkassen durch ihre Nähe zu den jeweiligen Trägerunternehmen von jeher einen starken arbeitsweltlichen Bezug. Dies gilt auch für die Gesundheitsberichterstattung, bei der die gesundheitliche Lage der beschäftigten BKK Mitglieder einen wichtigen Ausgangspunkt darstellt, um Arbeit bzw. Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich(er) gestalten zu können. Denn mit dem Wissen, wie das Krankheitsgeschehen in den einzelnen Branchen und Berufen ausgeprägt ist, lassen sich gezielter BGF-Maßnahmen ableiten. Zudem sind Kennzahlen aus dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (AU-Geschehen) wiederum relevante Kriterien, wenn es um die Bewertung der Wirksamkeit von BGF-Maßnahmen geht. Zu beachten ist aber auch, dass das AU-Geschehen bestimmten zeitlichen Veränderungen unterworfen ist, die teilweise durch den bereits skizzierten Wandel der Arbeitswelt selbst, aber auch durch gesundheits- und gesellschaftspolitische Faktoren

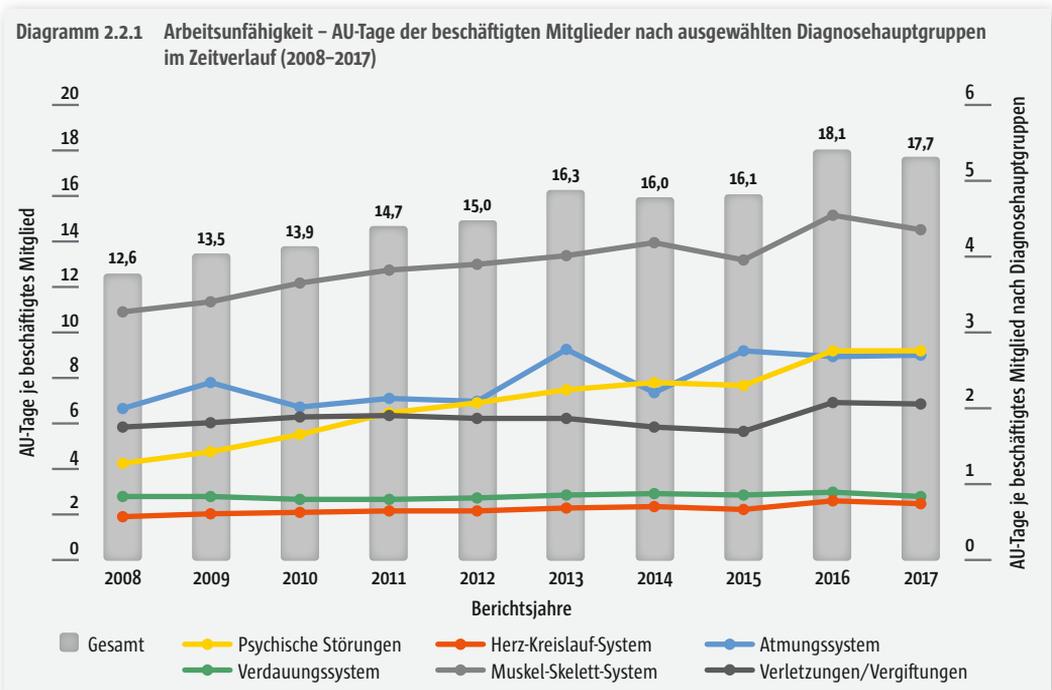
hervorgerufen werden. Diese Punkte gilt es insbesondere bei der Bewertung von langfristigen Entwicklungen im AU-Geschehen zu berücksichtigen.

Gesundheitliche Lage der Beschäftigten – langfristige Trends

Wie bereits im **»»»** BKK Gesundheitsreport 2018 erwähnt, haben die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstage der beschäftigten Mitglieder in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Insgesamt ist zwischen 2008 und 2017 ein Anstieg der AU-Tage um 40,3% zu verzeichnen. Im Durchschnitt ist jeder Beschäftigte heute ca. 5 Tage pro Jahr länger krankheitsbedingt arbeitsunfähig als noch vor neun Jahren. Bei den wichtigsten Diagnosehauptgruppen variiert dieser Anstieg allerdings erheblich. Am geringsten ist die Zunahme der Fehltag für die Erkrankungen des Verdauungssystems (+1,0%) sowie auch für die Verletzungen und Vergiftungen (+16,4%) ausgeprägt. Bei den Muskel- und Skeletterkrankungen (+33,0%) und den Atemwegserkrankungen (+35,9%) fallen die Zunahmen deutlich stärker aus. Mit einem Anstieg der AU-Tage um 117,7% stehen die psychischen Störungen an der Spitze – keine andere Krank-

heitsart hat eine höhere Zunahme bezogen auf die krankheitsbedingten Fehlzeiten zu verzeichnen (**»»»** Diagramm 2.2.1). Einige Auffälligkeiten im Diagramm bedürfen der näheren Erläuterung:

- **Atemwegserkrankungen:** Die teilweise sprunghaften Anstiege in 2009, 2013 und 2015 sind vor allem auf die in diesen Jahren stark ausgeprägten Grippe-Wellen zurückzuführen und sind eher nicht durch bestimmte arbeitsweltliche Bedingungen verursacht. Für das Jahr 2018 ist aufgrund einer ebenfalls stark ausgeprägten Grippe-Wellen mit einer ähnlichen Spitze zu rechnen.
- **Psychische Störungen:** Der kontinuierliche Anstieg der AU-Tage um mehr als das Doppelte im Beobachtungszeitraum ist nicht durch einen Anstieg der epidemiologischen Prävalenzen der zugrundeliegenden Erkrankungen, sondern vielmehr durch einen Wandel der Arbeitswelt und der damit verbundenen Arbeitsbelastungen (weniger körperlich aber zunehmend psychisch) im Kombination mit einer zunehmenden Entstigmatisierung von psychischen Störungen durch eine breite und öffentliche Kommunikation der Thematik verursacht. Psychische Störungen werden heute, anders als vor 10 Jahren, häufiger als solche erkannt, entsprechend korrekter diagnosti-



ziert, vereinen aber somit auch höher Anteile von Fehlzeiten auf sich (vgl. auch **III** Kapitel 2.3).

- **Geänderte Erhebungsmethode:** Ab dem Berichtsjahr 2016 können erstmals vollständig auch alle AU-Daten abgebildet werden, die im Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall bzw. mit einer medizinischen Rehabilitation stehen. Dies war bisher nur in Teilen bzw. gar nicht möglich. Entsprechend ist ein Großteil des Anstiegs der AU-Tage zwischen 2015 und 2016 auf diese geänderte Methodik zurückzuführen. Im Durchschnitt erhöht sich damit der Wert erhebungsbedingt zusätzlich um ca. 1 AU-Tag je Beschäftigten. Somit fällt der Anstieg im Jahr 2016 adjustiert geringer aus, als im Diagramm zu sehen ist. Vermutlich werden dadurch auch die sprunghaften Anstiege der AU-Tage bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, sowie den Verletzungen und Vergiftungen und z.T. auch bei den psychischen Störungen im gleichen Zeitraum erklärbar, da diese häufig bei Unfällen bzw. Reha-Fällen als Diagnosen kodiert werden.

Bei der Interpretation solcher Zeitreihen ist also meist ein tiefergehender Blick auf die Ursachen von Entwicklungstendenzen für deren Bewertung unerlässlich. Für die Anwendung solcher Kennzahlen im arbeitsweltlichen Kontext, insbesondere auch der Evaluation der Wirksamkeit verschiedener BGF-Maßnahmen, ist es also notwendig, möglichst solche Kennzahlen zu verwenden, die mit einer einheitlichen Methodik erfasst und ausgewertet wurden, um sinnvolle Quer- und Längsschnittvergleiche anstellen zu können. Der BKK AU-Monitor, der ein solches Instrument darstellt, bietet nicht nur die Möglichkeit die AU-Kennwerte der Beschäftigten eines Arbeitgebers über verschiedene Berichtsjahre, nach Alter, Geschlecht und Krankheitsarten auszuwerten, sondern stellt gleichzeitig Benchmark-Werte der Branche bzw. aller beschäftigten BKK Mitglieder zur Verfügung. Damit lassen sich auch über mehrere Jahre hinweg Entwicklungen und Wirkungen der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeit aufzeigen.

Wie stark sich die AU-Kennzahlen zwischen verschiedenen Branchen unterscheiden, hängt v.a. mit den differierenden Arbeitsbedingungen und -belastungen zusammen. Wie groß diese Unterschiede ausgeprägt sind, ist bereits in **III** Diagramm 2.1.1 des **III** Kapitels 2.1 dargestellt worden: Die verschiedenen Branchen unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Ausprägung der allgemeinen AU-Tage deutlich, sondern diese Unterschiede treten auch

diagnosespezifisch zu Tage, was maßgeblich auch durch die jeweiligen körperlichen und psychischen Arbeitsbelastungen beeinflusst wird. In Erweiterung dessen sollen im Folgenden exemplarisch AU-Kennzahlen ausgewählter Wirtschaftsgruppen im Längsschnitt dargestellt werden, um nicht nur punktuelle Unterschiede, sondern auch solche im Zeitverlauf sichtbar zu machen.

AU-Kennzahlen nach Wirtschaftsgruppen im Zeitverlauf

Im **III** Diagramm 2.2.2 ist die Entwicklung der AU-Tage der Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling zwischen 2008–2017 dargestellt. In gleicher Systematik finden sich die entsprechenden Kennzahlen für die Beschäftigten des Sozialwesens in **III** Diagramm 2.2.3.

Auf den ersten Blick erkennbar ist die starke Dominanz der AU-Tage aufgrund Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die deutlich überdurchschnittlichen AU-Kennwerte bei den Verletzungen und Vergiftungen bei den Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling im Vergleich zu allen Beschäftigten (**III** Diagramm 2.2.1). Dagegen liegen die AU-Tage aufgrund psychischer Störungen in dieser Wirtschaftsgruppe nur auf dem vierten Platz der Krankheitsursachen für Fehltag. Auch bei den Beschäftigten im Sozialwesen sind die Muskel- und Skeletterkrankungen die wichtigste Ursache von Fehltagen, allerdings sind hier pro Jahr im Durchschnitt etwa 2 AU-Tage pro Beschäftigten weniger zu verzeichnen. Dagegen liegen die psychischen Störungen in dieser Wirtschaftsgruppe über alle Berichtsjahre hinweg auf Platz 2 der Ursachen für Fehltag und sind im Mittel um etwa 1,5 AU-Tage je Beschäftigten höher als in der Abfallbeseitigung und im Recycling.

Welche Entwicklungen lassen sich zusätzlich im Längsschnitt aufzeigen? Zunächst sind bei beiden Wirtschaftsgruppen die AU-Tage zwischen 2008 und 2017 gestiegen und zwar um 29,1% bzw. +5,8 AU-Tage im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling sowie um 40,9% bzw. +6,6 AU-Tage im Sozialwesen. Fehltag aufgrund von Krankheiten des Verdauungs- bzw. des Herz-Kreislauf-Systems sind in der letzten Dekade in beiden Wirtschaftsgruppen nahezu unverändert auf einem gleichbleibend niedrigen Niveau geblieben. Gleiches gilt auch bei den Verletzungen und Vergiftungen, wenn man die bereits erwähnte veränderte Methodik für Arbeitsunfälle bzw. Reha-Fälle berücksichtigt. Zieht man hier den

Diagramm 2.2.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder der Wirtschaftsgruppe Abfallbeseitigung und Recycling nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2008–2017)

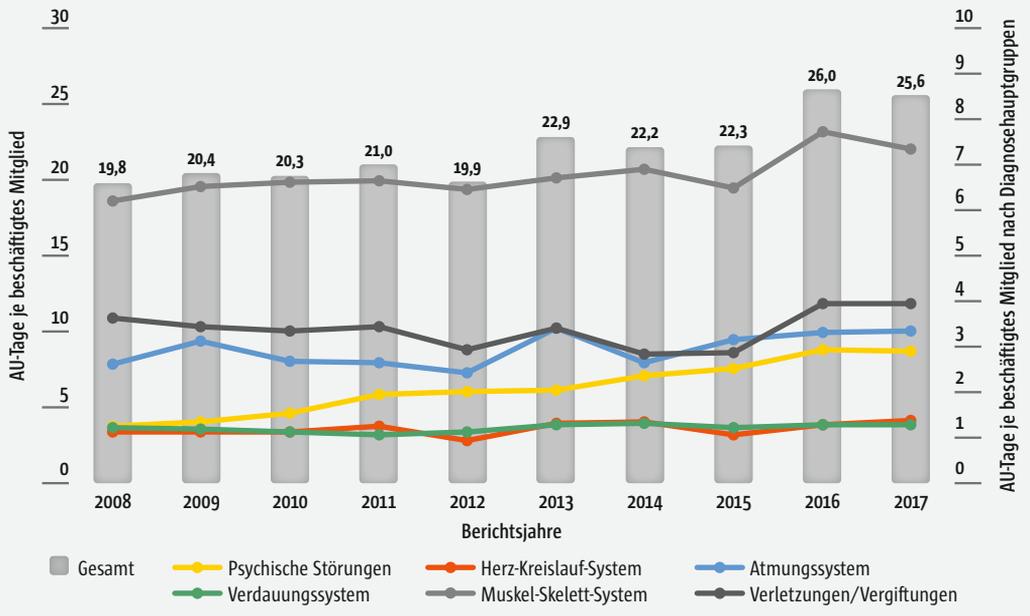
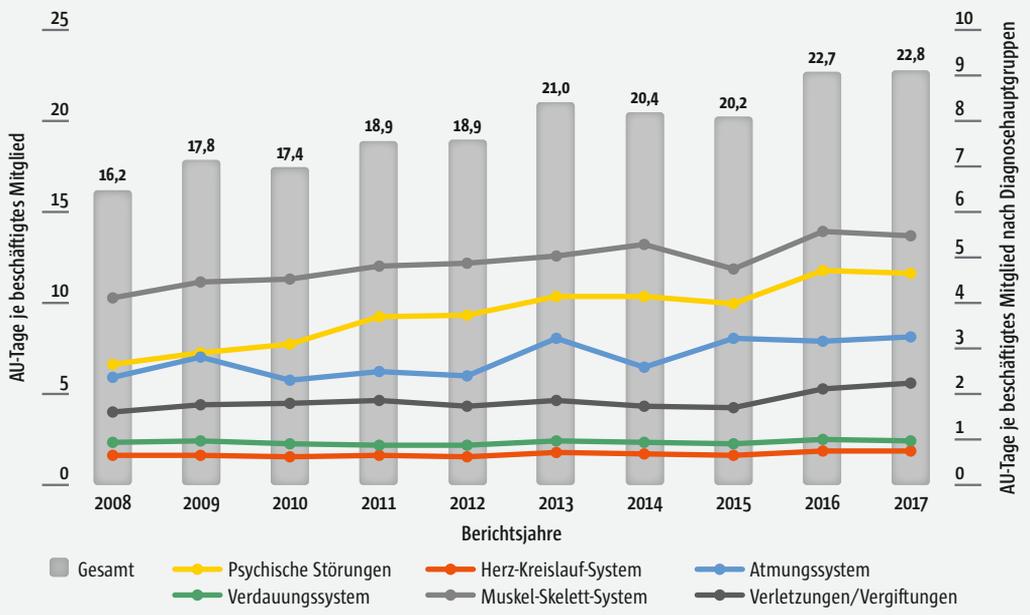


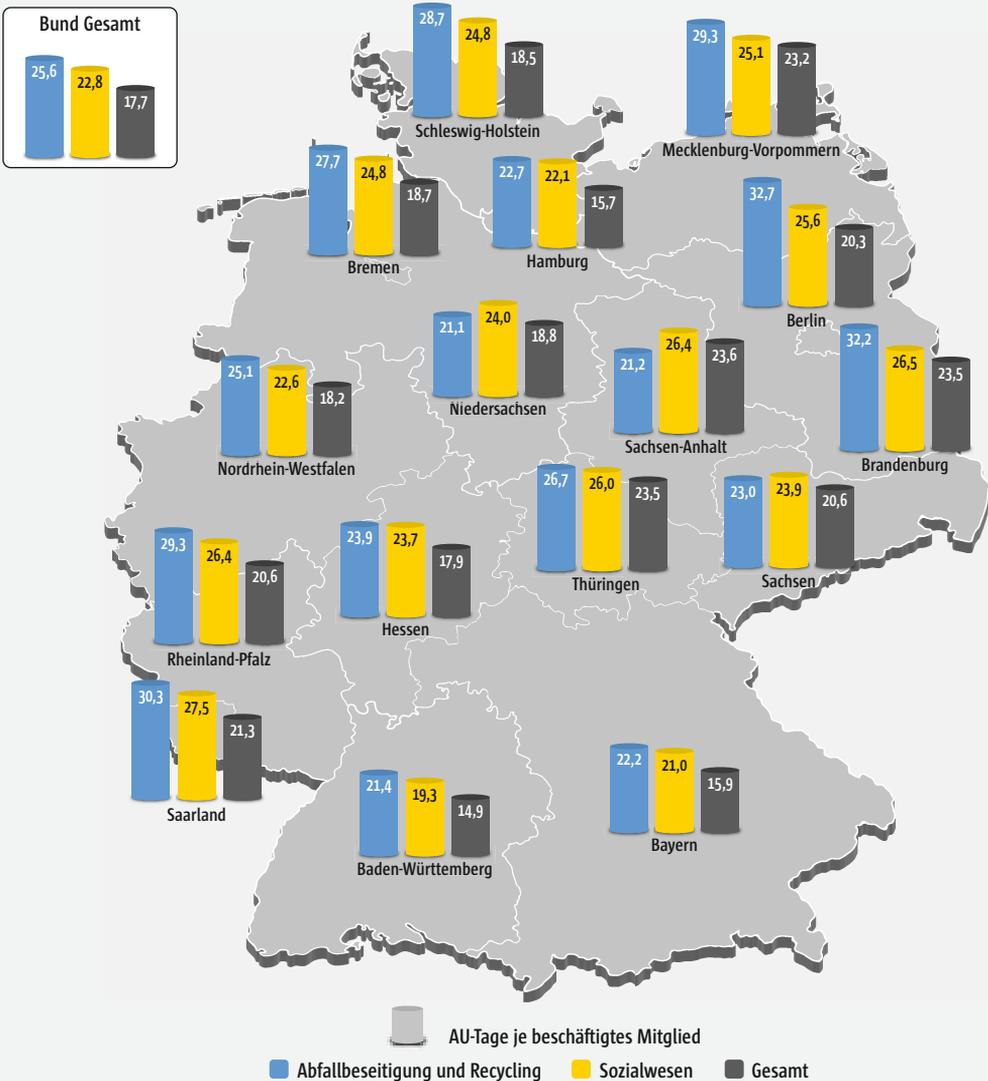
Diagramm 2.2.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder der Wirtschaftsgruppe Sozialwesen nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2008–2017)



Zeitraum der alten Methodik zwischen 2008 und 2015 heran, so ist im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling sogar ein Rückgang um $-20,9\%$ bzw. $-0,8$ AU-Tage zu verzeichnen. Die deutlichsten Steigerungen für beide Branchen finden sich bei den AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen bzw. psychischen Störungen. Bei letztgenannter AU-Diagnose sind die Steigerungen mit $+1,6$ AU-Tagen in der Abfallbeseitigung und dem Recycling bzw. mit

$+2,0$ AU-Tagen je Beschäftigten im Sozialwesen jeweils mit Abstand am höchsten. Dies liegt sicherlich auch in der Tatsache, dass keine andere Krankheitsart längere Falldauern (durchschnittlich $36,8$ Tage je Fall im Jahr 2017) verursacht und somit zusätzlich auftretende Fälle deutlich größeren Einfluss auf die Entwicklung des Mittelwertes ausüben als dies z.B. bei den Atemwegserkrankungen ($6,6$ Tage je Fall im Jahr 2017) der Fall ist.

Diagramm 2.2.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2017)



Regionale Unterschiede im AU-Geschehen

Aber nicht nur in welcher Branche jemand tätig ist, sondern auch in welcher Region ein Beschäftigter wohnhaft ist, kann einen bedeutsamen Einfluss auf dessen Gesundheit haben. Beispielhaft ist dies in **»»** Diagramm 2.2.4 für die beiden vorher im Längsschnitt betrachteten Wirtschaftsgruppen dargestellt. Während die Fehlzeiten bei den Beschäftigten im Sozialwesen mehr als eine Kalenderwoche zwischen dem Bundesland mit dem höchsten (Saarland: 27,5 AU-Tage) und dem niedrigsten (Baden-Württemberg: 19,3 AU-Tage) Wert differieren, ist dieser Unterschied bei den Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling noch größer (Berlin: 32,7 AU-Tage vs. Niedersachsen: 21,1 AU-Tage). In beiden Branchen sind dabei jeweils im Mittel um 3-4 AU-Tage höhere Werte je Branche in den neuen im Vergleich zu den alten Bundesländern zu finden. Maßgeblich für die regionalen Unterschiede ist aber weniger der Wohnort selbst, vielmehr sind es die regional unterschiedlichen sozioökonomischen Lebensbedingungen (z.B. Arbeitslosigkeit, Beschäftigungsmöglichkeiten, Lohngefüge, Angebote zur Freizeitgestaltung usw.) sowie auch die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen (Haus-/Facharztichte, Vorhandensein von und Entfernung zu Krankenhäusern, Apotheken usw.).

Zusammenfassung und Ausblick

Wie an den deutlichen Unterschieden der AU-Kennzahlen zwischen den Beschäftigten verschiedener

Wirtschaftsgruppen beispielhaft gezeigt werden konnte, nehmen arbeitsweltliche Merkmale, vermittelt durch damit verbundene Arbeitsbedingungen und -belastungen, einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Erwerbstätigen. Neben der Wirtschaftsgruppe sind auch der ausgeübte Beruf und die damit verbundenen Merkmale (Art und Anforderungsniveau der Tätigkeit, Beschäftigungsverhältnis, Vertragsform) für die Gesundheit Beschäftigter relevant. Eine ebenfalls relevante Größe ist der Wohnort des Beschäftigten, wobei hier v.a. regionale sozioökonomische und medizinisch-versorgungsstrukturelle Faktoren Einfluss nehmen.

Eine nachhaltige gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit kann deshalb nur dann gelingen, wenn nach einer gründlichen Bestandaufnahme solche bekannten und weiteren Faktoren zur Planung und Umsetzung zielgerichteter Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention genutzt bzw. berücksichtigt werden. Die Initiative Gesundheit und Arbeit – iga – bietet aufgrund ihrer langjährigen Erfahrungen zahlreiche relevante und evidenzbasierte Informationen, die z.B. im Zusammenhang mit unternehmensspezifischen AU-Kennzahlen als Einstieg für die Etablierung eines BGM oder dessen weiterer Ausgestaltung genutzt werden können. Wie dies insbesondere in Zusammenarbeit mit anderen Sozialversicherungsträgern gelingen kann, zeigt der folgende **»»** Beitrag „Kooperation von Unfall- und Krankenversicherung in der Praxis: Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)“.

Kooperation von Unfall- und Krankenversicherung in der Praxis: Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)

Violetta Aust¹ und Michael Blum²

¹ Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

² BKK Dachverband e.V.

Seit 17 Jahren verfolgen vier Verbände der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung in der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) ein gemeinsames Ziel: die Gesundheit im Arbeitsleben fördern.

Die drei Kernfragen in iga lauten:

- Wie muss Arbeit gestaltet sein, damit die Beschäftigten gesund bleiben?
- Wie kann Prävention noch wirksamer werden?
- Und wie bringt man Prävention und Gesundheitsförderung noch besser in die Unternehmen?

In der iga kooperieren der BKK Dachverband e.V., die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), der AOK-Bundesverband und der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek). In einzelnen Projekten wird zudem mit der Deutschen Rentenversicherung Bund kooperiert. Die vier Verbände der iga bündeln die breite Praxiserfahrung der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung und entwickeln in gemeinsamen Projekten grundlegende Handlungshilfen und Instrumente für die Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt (» Abbildung 1).

Erfahrung und Wissen bündeln

iga bündelt Wissen und Erfahrungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention, fördert die Zusammenarbeit und den Austausch von Präventionsexpertinnen und -experten und entwickelt erfolgreiche Vorgehensweisen weiter. Da in iga die Perspektive beider Sozialversicherungszweige einbezogen wird, kann das Präventionshandeln von Kranken- und Unfallversicherung enger miteinander verzahnt werden. Die Kooperation unterstützt den Wissenstransfer und die Beratungspraxis durch qualitätsgesicherte und anwendungsorientierte Projekte, Veranstaltungen und Veröffentlichungen, in denen ein ganzheitlicher Präventionsansatz vertreten wird. Damit möchte iga dazu beitragen, mehr Betriebe und Beschäftigte für die Gesundheitsförderung und Prävention zu gewinnen.

Gesundes Arbeiten als gemeinsames Ziel

Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention verbessern die Gesundheit und Sicherheit im Arbeitsleben. Das wirkt sich positiv auf die

Abbildung 1 Netzwerkpartner der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)

iga
Initiative
Gesundheit
und Arbeit

Die Initiative Gesundheit und Arbeit ist eine Kooperation von



Ressourcen und Fähigkeiten der Beschäftigten aus. „Gesundes Arbeiten“ ist daher ein Ziel, von dem alle profitieren. Die Träger der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung unterstützen die Betriebe bei diesem Ziel. Kooperation und ein abgestimmtes Vorgehen sind hierfür sinnvoll.



Die vier zentralen Themenfelder der Initiative sind:

- Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung,
- Arbeit im Wandel,
- Gestaltung gesunder Arbeit und
- Kooperation und Vernetzung.

Was genau hinter diesen Themenfeldern steckt, soll im Folgenden erläutert werden.

Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung

iga geht der Frage nach den gesundheitlichen wie auch den wirtschaftlichen Auswirkungen von Interventionen im betrieblichen Setting kontinuierlich nach. So zeigte der iga.Report 28 zum Beispiel, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis (Return on Investment; ROI) überaus positiv ist: Mit jedem investierten Euro können im Ergebnis 2,73 Euro durch reduzierte Fehlzeiten eingespart werden [1; 68]. Mit dem iga.Report 28 folgte nach 2003 [2] und 2008 [3] 2015 bereits zum dritten Mal eine Zusammenschau der wissenschaftlichen Evidenz für den Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Ziel ist es, die verfügbaren Forschungsergebnisse einer breiteren Öffentlichkeit und damit auch der Praxis zugänglich zu machen.

Seit das Konzept der Evidenzbasierten Medizin (EBM) zu Beginn der 1990er-Jahre entwickelt wurde, ist es zum Inbegriff einer modernen, wissenschaftsbasierten Medizin geworden. Das Konzept der EBM versteht sich dabei als der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten Wissensbasis für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten [4]. Dass aber auch Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention wirksam und nützlich sein sollen, ist nicht neu und bereits seit längerem Handlungsgrundlage der Präventionsträger. Die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) fordern etwa: „Präventive und gesundheitsfördernde Leistungen aller Träger müssen einen belegbaren Nutzen haben, allgemein

anerkannten Qualitätsmaßstäben entsprechen sowie in fachlich gebotener Qualität und wirtschaftlich erbracht werden“ [5; 11]. Und zudem: „Die verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen werden möglichst unter Nutzung wissenschaftlicher bzw. evidenzbasierter Programme oder qualitätsgesicherter Ansätze von den Lebensweltverantwortlichen umgesetzt“ [5; 14]). Auch die gesetzliche Kranken- sowie die gesetzliche Unfallversicherung legen explizit Wert auf die Evidenzbasierung und die Evaluation der Wirksamkeit von Maßnahmen - für die GKV festgeschrieben im „Leitfaden Prävention“, für die GUV in der „Position der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention“ [6, 11].

Erfreulicherweise wird die Grundlage, auf die sich die iga.Reporte stützen können, immer größer. Während im iga.Report 3 [2] für den Betrachtungszeitraum 1990 bis 2002 etwa 20 Reviews identifiziert werden konnten und im iga.Report 13 [3] für die Jahre 2000 bis 2006 45, wertete der iga.Report 28 [1] für die Jahre 2006 bis 2012 65 Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit Betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention aus.

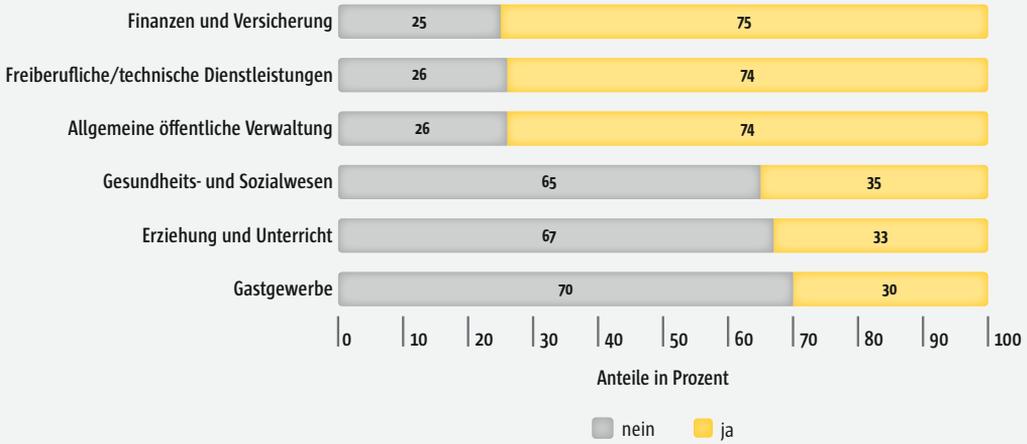
Gleichwohl ist, wie für alle Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention, auch für Maßnahmen im betrieblichen Kontext festzuhalten, dass fehlende Evidenzbelege nicht automatisch mit der Annahme gleichgesetzt werden können, die untersuchte Intervention sei nicht effektiv. Die Aussage „es gibt keine Evidenz“ ist oft darauf zurückzuführen, nicht ausreichend überzeugendes Studienmaterial vorfinden zu können. 2018 startete iga die vierte Aktualisierung der Evidenzzusammenstellung - erstmalig in Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung Bund. Im Vergleich zum iga.Report 28 [1] konnten mehr als anderthalbmal so viele Reviews identifiziert werden. Die Veröffentlichung erfolgt Mitte 2019.

Arbeit im Wandel

Die Arbeitswelt befindet sich in einem stetigen Wandel. Daher untersucht iga in diesem Themenfeld die aktuellen Entwicklungen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten.

Neben der Globalisierung, den technischen Entwicklungen und dem strukturellen Wandel stellt auch der demografische Wandel die Arbeitswelt vor große Herausforderungen. Mit dem Anstieg des Anteils hochaltriger Bürgerinnen und Bürgern steigt auch die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland. Demgegenüber steht bereits heute ein Fachkräft-

Abbildung 2 Anteile der Beschäftigten mit flexiblen Arbeitszeiten nach ausgewählten Branchen [9, S. 19]



mangel in der Altenpflege, der sich durch die demografische Entwicklung und die sinkende Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter noch verschärfen könnte. Für die Pflegerinnen und Pfleger stellt diese Versorgungslücke, neben der ohnehin schon körperlich und psychisch fordernden Tätigkeit, eine zusätzliche Herausforderung dar. Ein wirkungsvoller Arbeitsschutz und die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit können zum Erhalt und zur Stärkung der Gesundheit von Pflegekräften beitragen und die Verweildauer im Pflegeberuf erhöhen.

Mit dem am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) hat der Bundestag ein Gesetz beschlossen, das spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte erreichen soll. Neben einer besseren Personalausstattung sieht das Gesetz unter anderem auch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie eine Stärkung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Kranken- und Altenpflege vor. iga hat das Thema Gesundheit von Pflegekräften bereits 2017 aufgegriffen und in einem iga.Wegweiser Ideen vorgestellt, wie Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte gestaltet werden können [7].

Der Anstieg der Pflegebedürftigen wirkt sich allerdings nicht nur auf die professionelle Pflege aus. Ein Großteil der Pflegebedürftigen wird zu Hause von Angehörigen gepflegt.

Gehen Personen neben der Pflege ihres Angehörigen noch einer Erwerbstätigkeit nach, so sind sie häufig einer Doppelbelastung ausgesetzt. Aufgrund des fortschreitenden demografischen Wandels müssen sich Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber mehr

und mehr damit beschäftigen, wie sich berufliche Verpflichtungen und pflegerische Aufgaben bei ihren Beschäftigten vereinbaren lassen. Im iga.Wegweiser „Beruf und Pflegeverantwortung. Betriebliche Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige“ [8] aus dem Jahr 2019 zeigt iga daher Strategien und Möglichkeiten auf, wie Unternehmen die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ihrer Beschäftigten unterstützen können.

Das iga.Barometer

Ein alle drei Jahre wiederkehrender Baustein im Themenfeld Arbeit im Wandel stellt das iga.Barometer dar. Mit dem iga.Barometer werden regelmäßig in einer repräsentativen Stichprobe 2000 Erwerbstätige im Alter von 18 bis 69 Jahren nach ihrer Einschätzung zu ihrer Arbeitssituation und zum Stellenwert der Arbeit befragt.

Die Auswertung der aktuellen Befragung (die Ergebnisse sind im iga.Report 36 [9] veröffentlicht) zeigt, dass Arbeit nicht nur als Belastung und Gesundheitsrisiko wahrgenommen wird. Sehr viele Erwerbstätige geben an, in ihrer Arbeit Anerkennung zu erhalten, regelmäßig etwas Neues dazuzulernen und Spaß bei der Arbeit zu erleben.

Mindestens die Hälfte der Befragten fühlt sich von ihren Vorgesetzten und im Kollegium häufig unterstützt und mehr als zwei Drittel fühlen sich fair behandelt. Die Mehrheit glaubt, diese Arbeit bis zum Renteneintritt machen zu können. Arbeit hat für einen Großteil der Befragten einen entsprechend hohen Stellenwert.

Abbildung 3 Veranschaulichung von Nudging am Beispiel einer „Piano-Treppe“ (Foto: Top Photo Corporation/Alamy Stock Foto)



Die Ergebnisse zeigen aber auch Veränderungspotenzial auf. Durch verbesserte Arbeitsgestaltung könnten insbesondere Frauen profitieren. Sie berichten häufiger von Zeitdruck, Störungen und Unterbrechungen und profitieren zudem seltener von flexiblen Arbeitszeiten als Männer. Die Anforderungen der digitalen Arbeitswelt, wie ständige Erreichbarkeit und Mobilität, werden von vielen Beschäftigten als Chance wahrgenommen, mehr als ein Drittel der befragten Personen sehen darin aber auch Nachteile und Belastungen.

Flexible Arbeitszeiten fördern offenbar die Vereinbarkeit von Beruf und Familie besser als Teilzeit. 64% der Erwerbstätigen mit flexiblen Arbeitszeiten sagen, dass sie Berufliches und Privates miteinander vereinbaren können. Ohne Möglichkeiten der flexiblen Arbeitszeitgestaltung sind es bei Vollzeitbeschäftigten nur 45%, und selbst bei Teilzeitbeschäftigung ist der Anteil nur minimal höher (47%).

Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass eine gute Vereinbarkeit von Arbeit und Familienleben zur Gesundheit von Beschäftigten beitragen kann, Ruhezeiten eingehalten und Arbeitszeiten von mehr als acht Stunden täglich nicht regelmäßig überschritten werden.

Ein Blick in die einzelnen Branchen offenbart deutliche Unterschiede bei der Flexibilisierung von Arbeitszeit. Während beispielsweise im Finanz- oder Versicherungssektor (75%) sowie in der öffentlichen Verwaltung (74%) den Befragten häufig flexible Arbeitszeioptionen zur Verfügung stehen, ist dies im Gesundheits- und Sozialwesen (35%), im Bildungsbereich (33%) sowie im Hotel- und Gastgewerbe (30%) seltener der Fall (III Abbildung 2). Laut den Ergebnissen des iga.Barometers sind Gleitzeitmodelle zur Flexibilisierung der Arbeitszeit am weitesten verbreitet, während Vertrauensarbeitszeit und Homeoffice deutlich seltener zur Anwendung kommen. 2020 werden die Ergebnisse der dann erfolgten 6. Befragungswelle veröffentlicht.

Gestaltung gesunder Arbeit

Im Themenfeld „Gestaltung gesunder Arbeit“ geht iga der Frage nach, wie Arbeit gestaltet sein sollte, damit die Beschäftigten gesund bleiben.

Im Jahr 2019 veröffentlicht iga hierzu beispielsweise den iga.Report 38 [10] der sich mit dem Thema „Nudging“ im Kontext der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention beschäftigt.

Psychologische und verhaltensökonomische Erkenntnisse widerlegen die Annahme, dass Menschen auf Grundlage vollständiger Informationen rational und zu ihren Vorteilen handeln. Oftmals wird das menschliche Verhalten durch Irrationalität, Inkonsistenz und von Umweltfaktoren beeinflusst. Genau hier setzt der Nudging-Ansatz an, bei dem durch sanftes „Anstupsen“ eine Entscheidung in einer vorhersehbaren Weise beeinflusst wird, ohne die Freiheit des Einzelnen einzuschränken oder Verhaltensvorschriften aufzustellen. Nudging wird bereits als Instrument zur Beeinflussung von Verhalten in verschiedenen Feldern der Politik, wie z.B. der Verbraucher- und Umweltpolitik, eingesetzt (»» Abbildung 3).

Im Kontext von Prävention und Betrieblicher Gesundheitsförderung fand eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Nudge-Ansatz bislang kaum statt, sodass iga im iga.Report 38 [10] eine explorative Übertragung auf das Handlungsfeld leistet und Kriterien für den erfolgreichen und ethisch vertretbaren Einsatz von Nudges in der Gesundheitsförderung und Prävention aufstellt. Neben den Kriterien liefert iga in dem Report zudem zahlreiche Beispiele und eine praktische Anleitung, wie Nudges bei der Arbeit eingesetzt werden können, damit Beschäftigte sicher und gesund handeln.

Kooperation und Vernetzung

Im Themenfeld „Kooperation und Vernetzung“ unterstützt iga mit verschiedenen Projekten und Veranstaltungen (wie z.B. die alle drei Jahre in der Bodenseeregion stattfindende Dreiländertagung BGF mit Expertinnen und Experten aus der Schweiz, Österreich und Deutschland) u.a. den Austausch zwischen Präventionsexpertinnen und -experten der Unfall- und Krankenversicherung sowie Unternehmen, regt zu verstärkter Zusammenarbeit an und fördert die Verbreitung von Prävention und Gesundheitsförderung.

Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)

Mit dem Deutschen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) trägt iga bereits seit fast zwei Jahrzehnten ein bundesweites und nicht-kommerzielles Netzwerk, das allen Interessierten offensteht (»» Abbildung 4). Mit über 3.000 Mitgliedern ist es das größte Netzwerk zur BGF in Deutschland. Betriebliche Akteure, unternehmensnahe Organisationen, Sozialversicherungsträger, Sozialpartner, Ministerien, Wissenschaft und zahl-

Abbildung 4 Logo des Deutschen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung



reiche weitere Multiplikatoren fördern das Ansinnen des DNBGF – die Sensibilisierung und Aktivierung von Unternehmen und relevanten Multiplikatoren durch die Verbreitung guter Praxis und die Verbesserung der Kooperation aller Beteiligten. Die Arbeit des Netzwerks ist geprägt durch den überregionalen, trägerübergreifenden und fachlichen Austausch.

Das DNBGF geht ursprünglich auf eine Initiative des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung zurück und wurde 2002, unterstützt durch die beiden damals zuständigen Ressorts der Bundesregierung (Arbeit und Gesundheit), gegründet. In der Vergangenheit wurde die Netzwerkarbeit in insgesamt sechs parallelen Foren (darunter KMU, Öffentlicher Dienst, Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege) gebündelt und vorangetrieben. Eine Gesamtkonferenz wurde als Plattform für den foren-übergreifenden Austausch zusätzlich eingerichtet. Die zweitägigen DNBGF-Konferenzen fanden zwischen 2003 und 2013 fünfmal statt und stellten, mit teils über 400 Teilnehmenden, ein erfolgreiches Transferformat dar.

Im Rahmen der Beratungen zur Weiterentwicklung der iga wurde auch die Neuausrichtung des DNBGF seit 2015 innerhalb der iga-Verbände und in den zuständigen iga-Gremien beraten und die Umsetzung eines Entwicklungsprojektes angestoßen. Wichtiger Meilenstein dafür war die Durchführung der DNBGF-Zukunftskonferenz, gemeinsam mit vielen Partnerinnen und Partnern und Mitgliedern des Netzwerkes Anfang Mai 2018.

Unter dem Motto „... bis hierher! ... und wie weiter? Eine Strategie für das DNBGF“ lud das DNBGF vom 03. bis 04. Mai 2018 zur Zukunftskonferenz nach Dresden ein. Mit der Zielstellung, das „ganze System“ der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention in

einem Raum zu versammeln, sollte ein Gedankenaustausch in einer einzigartigen Akteurskonstellation stattfinden. Einerseits sollten mögliche Strategien für das DNBGF entwickelt werden – zur Förderung der Verbreitung guter Praxis und einer verbesserten Kooperation der Akteure. Andererseits sollten Umsetzungsideen für die nächste DNBGF-Konferenz entworfen werden. Die Ergebnisse der Ideenfindung bildeten den Grundstein für die aktuelle strukturelle und inhaltliche Ausrichtung des DNBGF.

Die Zukunftskonferenz hat bestätigt, dass die Intention und die Ausrichtung des DNBGF nach wie vor richtig ist: Der fachliche Austausch mit dem Ziel der Verbreitung guter Praxis. Das DNBGF ist dabei gleichermaßen Austauschplattform wie Kompetenzpool. Zudem stellt die Akteursvielfalt des Netzwerks ein Alleinstellungsmerkmal dar, sodass das DNBGF keine Parallelstruktur zu anderen Netzwerken bzw. Plattformen darstellt. Als neues strukturelles Element im DNBGF wurde im Januar 2019 der DNBGF-Partnerkreis ins Leben gerufen, der sich aus wichtigen Akteuren mit Multiplikatorfunktion im Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention zusammensetzt. Der Partnerkreis bestimmt die strategisch-fachlichen Schwerpunkte, Ziele und Aktivitäten des DNBGF. Auch die DNBGF-Konferenz wird als große Leuchtturmveranstaltung wieder aufgenommen. Angestrebt wird ein zweijähriger Turnus. Das Konferenzdesign wird sich dabei an bewährten Formaten wie der Dreiländertagung BGF orientieren.

Der iga.Expertendialog

Wichtiges Anliegen der iga ist es zudem, den Austausch und die Kooperation zwischen Präventionsexpertinnen und -experten der Unfall- und Krankenversicherung zu stärken. Ein Format dafür stellt der iga.Expertendialog dar. Fachleute von Kranken- und Unfallversicherung treffen sich hier regelmäßig mit Akteuren aus der Wissenschaft zur ureigensten Materie oder auch aus angrenzenden Themengebieten. So wurden in den vergangenen Jahren beispielweise Themen wie Flexibilisierung und Dynamisierung in der Arbeitswelt, aber auch Ansätze wie „Job Crafting“ und „Nudging“ und deren Einsatzmöglichkeiten in der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung diskutiert.

Der iga.Expertendialog bietet für Vertreterinnen und Vertreter aus Wissenschaft und Praxis Raum, um theoretische Ansätze und Forschungsergebnisse vorzustellen sowie aktuelle Themen, Trends und Lösungsansätze in der Arbeitswelt gemeinsam zu diskutieren.

So können sich die Präventionsexpertinnen und -experten untereinander austauschen und Anregungen für ihre eigene Arbeit mitnehmen. Ziel ist aber auch, wissenschaftliche Ergebnisse auf ihre Relevanz für die Praxis zu prüfen und Anwendungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Fazit und Ausblick

Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention verbessern die Sicherheit und Gesundheit im Arbeitsleben. Das wirkt sich positiv auf die Ressourcen und Fähigkeiten der Beschäftigten aus. Mit motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, geringeren Ausfallzeiten und einer verbesserten Produktivität gewinnen auch die Betriebe und stärken ihre Wettbewerbsfähigkeit. Seit fast zwei Jahrzehnten trägt iga mit vielfältigen Angeboten dazu bei, gesundes Arbeiten zu ermöglichen – ein Ziel, von dem alle profitieren.

In den nächsten Jahren wird iga ihr Angebot erweitern und dabei aktuelle Trends aus der Arbeitswelt (wie Digitalisierung und New Work) aufgreifen. Die Homepage www.iga-info.de informiert über das stetig wachsende Angebot.

Literatur

1. Pieper C, Schröder S, Bräunig D, Kohstall T. iga.Report 28. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. Dresden: iga, 2015.
2. Kreis J, Bödeker W. iga.Report 3. Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. Essen: iga, 2003.
3. Sockoll I, Kramer I, Bödeker W. iga.Report 13. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. Dresden: iga, 2008.
4. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS: Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? Münchener medizinische Wochenschrift. 1997; 139(44): 644–645.
5. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK). Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V. Erste weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018.
6. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. 2018.
7. Bendig H. iga.Wegweiser Gesundheit für Pflegekräfte im Berufsalltag. Empfehlungen für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. Dresden: iga, 2017.
8. Haubold A-K, Clasen H, Obst L. iga.Wegweiser Beruf und Pflegeverantwortung. Betriebliche Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige. Dresden: iga, 2019.

9. Brodersen S, Lück P. iga.Report 36. Iga.Barometer 2016. Erwerbstätigenbefragung zum Stellenwert der Arbeit. Dresden: iga, 2017.
10. Eichhorn D, Ott I. iga.Report 38. Nudging im Unternehmen. Den Weg für gesunde Entscheidungen bereiten. Dresden: iga, 2019.
11. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). Position der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention. Berlin: DGUV, 2018.
<https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/12764.pdf>

Projektteam iga des BKK Dachverbandes: Michael Blum, Martin König, Nadin Krone



Violetta Aust, M.Sc.

Violetta Aust hat an der Universität Bielefeld ihr Masterstudium in Public Health absolviert. Seit 2018 ist sie beim Spitzenverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) als Referentin im Referat „Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren“ tätig. Dort betreut sie das Sachgebiet „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ und arbeitet als DGUV Vertretung in der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) mit.



Michael Blum, Dipl.-Soz.Wiss.

Michael Blum ist Beauftragter für die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), leitet die DNBGF-Geschäftsstelle und ist im Leitungskreis der Offensive Mittelstand. Der Diplom-Sozialwissenschaftler war zuletzt beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales beschäftigt, bevor er 2013 zum BKK Dachverband wechselte.

2.3 Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – ein Überblick

- Insgesamt ist der Anteil der Personen, die im erwerbsfähigen Alter von einer psychischen Störung betroffenen sind, in den letzten Jahren nicht angestiegen, sondern verharnt – entgegen vielfacher Behauptungen – auf einem konstant hohen Niveau von ca. 30%.
- Mehr als jeder siebte AU-Tag (15,6%) geht bei den beschäftigten BKK Mitgliedern auf eine psychische Störung zurück. Insbesondere die lange Dauer von durchschnittlich mehr als 5 Wochen pro Fall verursacht diesen hohen Anteil am Fehlzeitengeschehen.
- Die AU-Kennzahlen aufgrund psychischer Störungen variieren stark in Abhängigkeit von den (regionalen) Arbeits- und Lebensbedingungen und können somit Hinweise auf einen gezielten Handlungsbedarf für Gesundheitsförderung geben.

Psychische Störungen – aktueller Forschungsstand und Bedeutung in der Arbeitswelt

Die psychischen Störungen sind diejenige Krankheitsart, die in jüngster Zeit nicht nur in der öffentlichen Wahrnehmung, sondern auch im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung enorm an Bedeutung gewonnen hat. Nicht zuletzt haben auch die verstärkte Forschung und die Medienpräsenz des Themas dazu beigetragen, das Befinden und die Bedürfnisse Betroffener besser zu verstehen und gleichzeitig eine optimierte Diagnostik sowie gezieltere Maßnahmen und Therapien zur Prävention bzw. Behandlung anzubieten. Gleichzeitig ist aber durch diese vermehrte öffentliche Präsenz der Eindruck entstanden, dass es sich bei den psychischen Störungen um „die neue Pandemie des 21. Jahrhunderts“ handelt. Große

epidemiologische Studien^{1, 2} zeichnen dagegen ein anderes Bild: In den letzten 15 Jahren hat sich der Anteil der von einer psychischen Störung Betroffenen in Deutschland nahezu nicht verändert und liegt bei den 18- bis 65-Jährigen konstant bei etwa 30%. Auch die Auswertung internationaler Studien zeigt, dass der Anteil der von psychischen Störungen Betroffenen im Zeitverlauf nicht zugenommen hat, dieser allerdings auf einem konstant hohen Niveau verharnt³. Insofern zeigt der vermeintliche Anstieg der Diagnoseraten und AU-Fälle in den Routinedaten der Betriebskrankenkassen vor allem, dass Betroffene und Behandelnde sensibilisierter für das Thema sind und heute häufiger als früher solche Diagnosen, verbunden mit entsprechenden Ausfalltagen, vergeben werden. Unabhängig davon weist die gleichbleibend hohe Prävalenz bei den psychischen Störungen darauf hin, dass hier weiterhin besonderer Handlungsbedarf sowohl im Allgemeinen als auch im betrieblichen Kontext besteht. Nicht zuletzt auch deshalb ist das unter Federführung des BKK Dachverbands laufende Projekt *psychische Gesundheit und Arbeit – psyGA* (www.psyga.info) ein wichtiger und richtiger Schritt, diesem Handlungsbedarf insbesondere im arbeitsweltlichen Kontext gerecht zu werden. Die Bedeutung der Thematik soll im Folgenden, ergänzend anhand der BKK Routinedaten aus der ambulanten Versorgung und dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (AU-Geschehen), für die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder verdeutlicht und untermauert werden.

- 1 Jacobi, F., Bretschneider, J., Müllender, S. (2015). Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland – Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde. In: K. Kliner, D. Rennert, M. Richter (Hrsg.), *Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche*, S. 63–71. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- 2 Bretschneider, J., Müllender, S., Jacobi, F. (2015). Die vermeintliche Zunahme auf dem Prüfstand. *Betriebskrankenkassen – BKK Magazin* 04/2015, 44–49.
- 3 Richter D, Berger K. Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatrische Praxis* 2013; 40 (04): 176–82.

Psychische Störungen im Spiegel der BKK Routedaten

Kennzahlen aus der ambulanten Versorgung

Bei insgesamt 29,7% der beschäftigten BKK Mitglieder wurde im Jahr 2017 mindestens einmal durch einen niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten eine psychische Störung diagnostiziert. Dabei fällt dieser Anteil bei den beschäftigten Frauen mit 36,7% deutlich höher aus als bei den beschäftigten Männern (24,1%).

Die Anteile der Beschäftigten mit mindestens einer Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen nehmen mit steigendem Alter zu. Beträgt der Anteil bei den 15- bis 20-Jährigen gerade einmal 16,4%, so ist dieser bei den 60- bis 65-Jährigen mit 39,2% mehr als doppelt so groß. Bei Beschäftigten, die 65 Jahre oder älter sind, sinkt dieser Anteil hingegen wieder, da hier der sogenannte *healthy worker effect* wirksam wird: Dieser Rückgang der Kennzahlen liegt darin begründet, dass vor allem die gesunden Beschäftigten jenseits des 65. Lebensjahrs überproportional häufig

Tabelle 2.3.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

ICD-10-Code	Diagnosen	Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Männer		
F32	Depressive Episode	6,6
F45	Somatoforme Störungen	6,2
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	5,7
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	5,0
F41	Andere Angststörungen	2,9
F48	Andere neurotische Störungen	2,5
F52	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	2,3
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,2
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,3
F34	Anhaltende affektive Störungen	0,9
Frauen		
F45	Somatoforme Störungen	13,1
F32	Depressive Episode	12,5
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	10,5
F41	Andere Angststörungen	6,2
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	5,5
F48	Andere neurotische Störungen	5,2
F33	Rezidivierende depressive Störung	4,2
F34	Anhaltende affektive Störungen	1,5
F40	Phobische Störungen	1,2
F51	Nichtorganische Schlafstörungen	1,1

weiterarbeiten, während solche mit einer psychischen (oder auch anderen) Erkrankung überproportional häufig und meist vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Am häufigsten werden bei den Beschäftigten innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen affektive Störungen (u. a. Depressionen) sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (u. a. Phobien und Zwangsstörungen) diagnostiziert (III Tabelle 2.3.1). Auch hier gilt in der Regel, dass die Diagnoserate der Frauen deutlich über der der Männer liegt, wie zum Beispiel bei der depressiven Episode (F32) zu sehen ist (Männer: 6,6% vs. Frauen 12,5%). Ein

umgekehrter Effekt zeigt sich zum Beispiel bei den substanzinduzierten Störungen durch Alkohol (F10; Männer: 1,3% vs. Frauen: 0,4%), nahezu kein Unterschied bei den psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17; Männer: 5,7% vs. Frauen: 5,5%). Das vielzitierte Burn-out-Syndrom kommt in dieser Auflistung nicht vor, da es sich eigentlich nicht um eine Erkrankung, sondern lediglich um einen Risikofaktor, der den Gesundheitszustand beeinflussen kann, handelt. Entsprechend wird dieser Zustand häufig mit dem ICD-10-Code *Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung* (Z73) kodiert. 2,3% der weiblichen und 1,1% der männlichen Beschäftigten weisen

Tabelle 2.3.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder
Männer		
F32	Depressive Episode	71
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	43
F33	Rezidivierende depressive Störung	23
F48	Andere neurotische Störungen	23
F45	Somatoforme Störungen	16
F41	Andere Angststörungen	14
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	11
F20	Schizophrenie	3
F31	Bipolare affektive Störung	2
F34	Anhaltende affektive Störungen	2
Frauen		
F32	Depressive Episode	109
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	80
F48	Andere neurotische Störungen	42
F33	Rezidivierende depressive Störung	40
F45	Somatoforme Störungen	26
F41	Andere Angststörungen	23
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4
F34	Anhaltende affektive Störungen	3
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	3
F31	Bipolare affektive Störung	2

eine solche Symptomatik auf – im Vergleich zu den vorher genannten Diagnoseanteilen, wird das Burn-out-Syndrom bezogen auf seine epidemiologische Relevanz in der öffentlichen Wahrnehmung somit tendenziell überschätzt.

Nicht jede vergebene Diagnose führt allerdings automatisch dazu, dass Beschäftigte aufgrund dessen arbeitsunfähig sind. So gibt es zahlreiche Diagnosen, die es z.B. bei entsprechender Medikation oder Therapie den Betroffenen ermöglichen, weiterhin am Sozial- und Arbeitsleben teilzunehmen. Beispiele hierfür gibt es aus dem Spektrum der Phobien (z.B. Schlangen- bzw. Spinnenphobie) oder auch bei der in **III** Tabelle 2.3.1 prominent vertretenen Tabakabhängigkeit (F17). Entsprechend weichen die im Folgenden dargestellten Arbeitsunfähigkeitszeiten teilweise in ihrer Reihung und Tendenz von den Daten der ambulanten Versorgung ab.

AU-Geschehen in der Arbeitswelt und Relevanz der psychischen Störungen

Insgesamt 15,6% aller AU-Tage der beschäftigten BKK Mitglieder wurden im Jahr 2017 durch psychische Störungen verursacht. Nur die Muskel- und Skeletterkrankungen sind mit 24,7% für einen noch höheren Anteil der AU-Tage verantwortlich (**III** Diagramm 1.1.2 im **III** Kapitel 1.1). Dabei sind psychische Störungen nach der Häufigkeit der AU-Fälle erst an der 7. Stelle aller Diagnosehauptgruppen zu finden. Allerdings weist die durchschnittliche krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit pro Fall mit 36,8 Tagen einen Wert auf, der nicht einmal von den noch seltener auftretenden aber ebenfalls meist langwierigen Neubildungen (30,8 Tage je Fall) übertroffen wird.

Ähnlich wie im ambulanten Bereich, dominieren auch bei der Arbeitsunfähigkeit innerhalb der psychischen Störungen die Diagnosen aus dem Bereich der affektiven Störungen sowie der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen das AU-Geschehen bei weiblichen und männlichen Beschäftigten (**III** Tabelle 2.3.2). Entsprechend der höheren Prävalenz im ambulanten Bereich, sind bei gleichem Störungsbild bei den Frauen jeweils deutlich mehr AU-Tage zu verzeichnen. Ein umgekehrtes Bild zeigt sich, ähnlich wie in den ambulanten Daten, wiederum bei den psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10): Hier weisen die Männer mehr als doppelt so viele Fehltage im Vergleich zu den Frauen auf. Die depressive Episode (F32) ist bei beiden Geschlechtern mit den jeweils meisten AU-Tagen innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen vertreten. Für die Beschäftigten stellt diese Diagnose

nach AU-Tagen den insgesamt drittichtigsten Grund für krankheitsbedingte Ausfalltage, nach den Rückenschmerzen (M54) und den akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) dar. Nahezu 5% aller AU-Tage bei den Beschäftigten werden allein durch die depressive Episode (F32) verursacht.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen nach Wirtschaftsgruppen

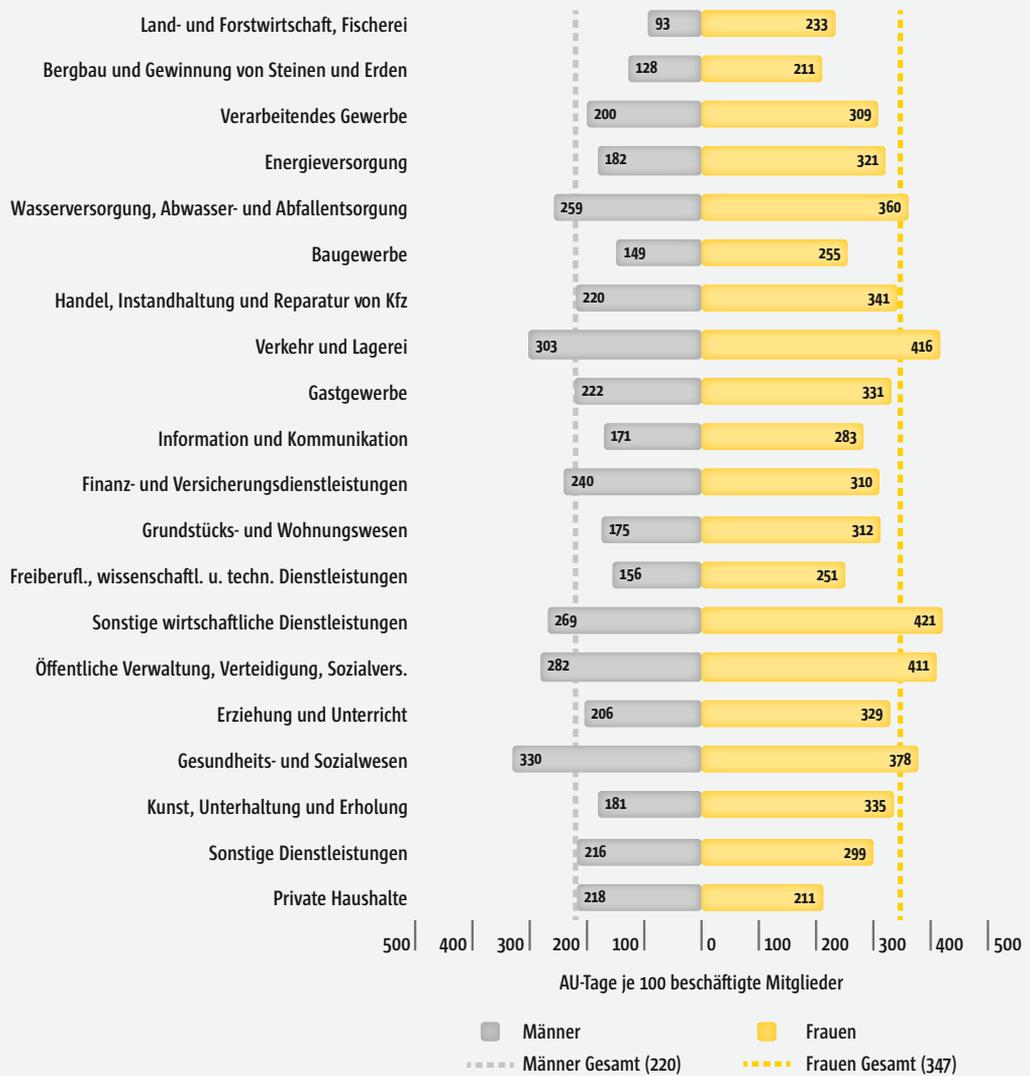
Dass die Ausprägung der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen in der Arbeitswelt zwischen den verschiedenen Wirtschaftsgruppen stark schwankt, zeigt **III** Diagramm 2.3.1. Dabei sind es v.a. die mit der Wirtschaftsgruppe verbundenen Arbeitsbedingungen und -beanspruchungen, die für die unterschiedliche Ausprägung der Fehlzeiten verantwortlich sind. Überdurchschnittlich hohe Werte bei Männern und Frauen sind im Gesundheits- und Sozialwesen, in der öffentlichen Verwaltung, im Bereich sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen sowie auch in Verkehr und Lagerei zu finden. Dabei handelt es sich vorrangig um Branchen, in denen im Vergleich zu anderen besonders viel mit bzw. am Menschen gearbeitet wird und die dort Beschäftigten somit potenziell häufiger psychosozialen Stress ausgesetzt sind, als dies z.B. im produzierenden oder verarbeitenden Gewerbe der Fall ist.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen nach Berufsgruppen

In einer Wirtschaftsgruppe sind oftmals Beschäftigte mit unterschiedlichen Professionen tätig und somit sind diese meist auch unterschiedlichen Arbeitsanforderungen ausgesetzt. Die konkrete berufliche Tätigkeit und die damit verbundenen Beanspruchungen und Belastungen beeinflusst das Fehlzeitengeschehen somit noch direkter, als dies schon bei den Wirtschaftsgruppen der Fall ist. So zeigen sich in **III** Diagramm 2.3.2 die Sicherheitsberufe bei den AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen mit Abstand an erster Stelle. Ebenfalls überdurchschnittlich hohe Werte sind bei den Verkehrs- und Logistikberufen, den Reinigungsberufen und den Gesundheitsberufen zu erkennen. Dem gegenüber sind es v.a. die Produktions- und Fertigungsberufe, die für diese Krankheitsart eher unterdurchschnittliche Fehlzeiten aufweisen.

Schaut man sich die Fehltage aufgrund psychischer Störungen auf einer etwas detaillierteren Ebene der Berufe an, so zeigen sich auch hier Beschäftigte aus den Gesundheitsberufen (Altenpflege), den Sicherheitsberufen (Polizei und Justiz) sowie Verkehrs- und Logistikberufen (Service-

Diagramm 2.3.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



kräfte im Personenverkehr, Fahrzeugführung im Eisenbahnverkehr) an der Spitze. Aber nicht nur bei den AU-Tagen, sondern auch bei den AU-Fällen gibt es hier einen deutlichen Unterschied in identischer Richtung. Gleiches gilt in der Grundtendenz auch für die durchschnittliche Falldauer (»»» Tabelle 2.3.3): Die Berufsgruppen mit den meisten Fehlzeiten sind also nicht nur häufiger, sondern dann auch länger arbeitsunfähig.

Regionale Unterschiede bei der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen

Dass die unterschiedlich stark ausgeprägten AU-Kennzahlen aufgrund psychischer Störungen nicht nur wegen des ausgeübten Berufes zwischen den Beschäftigten variieren, sondern es auch innerhalb ein und desselben Berufes starke Abweichungen in Abhängigkeit vom Wohnort geben kann, zeigt eindrucksvoll das »»» Diagramm 2.3.3. Exemplarisch

Diagramm 2.3.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

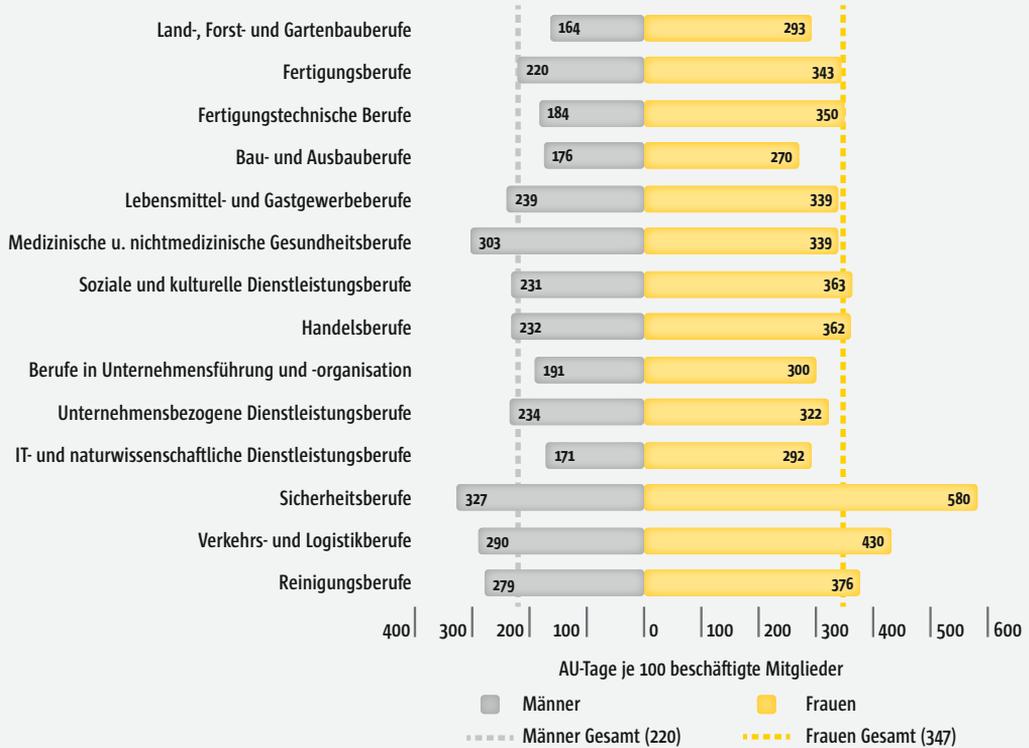
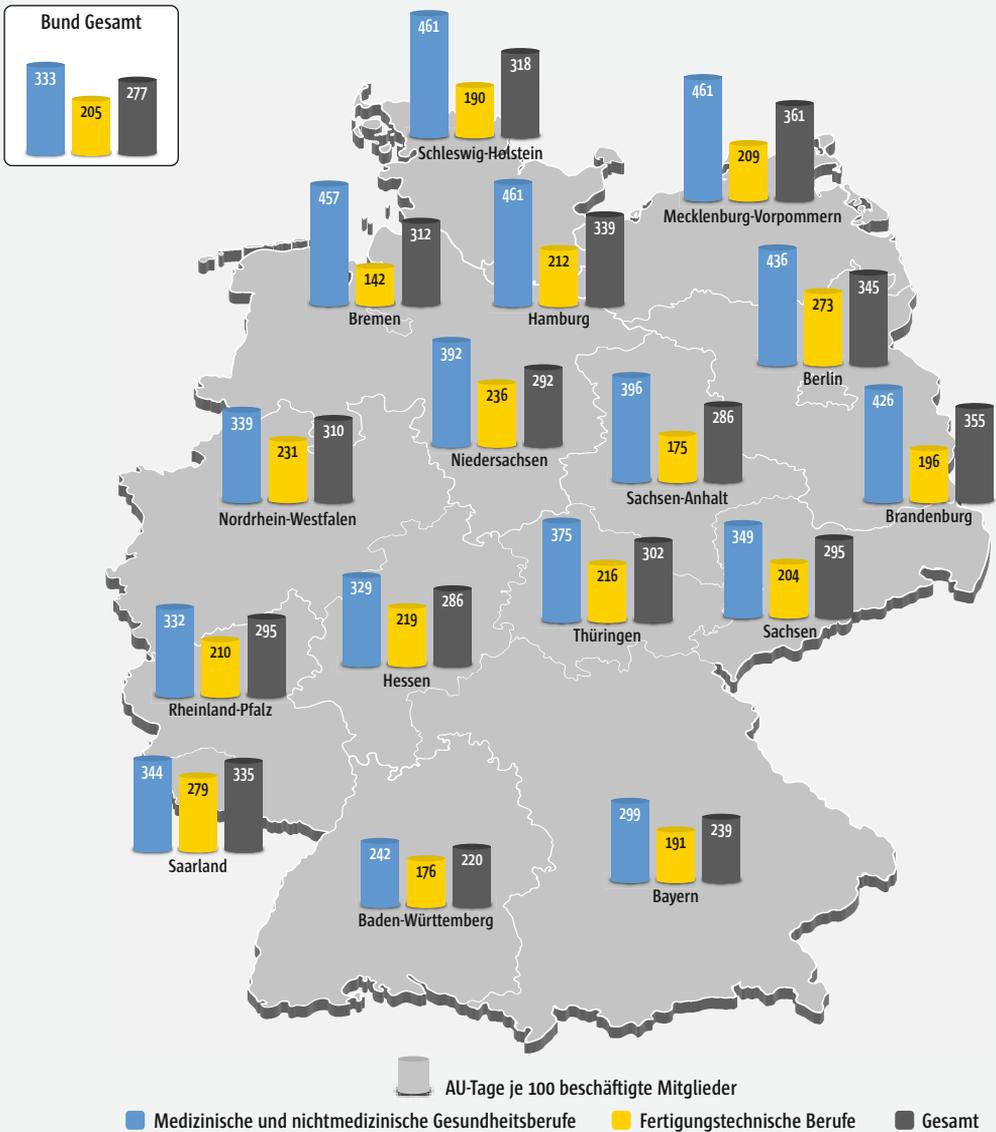


Tabelle 2.3.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die fünf Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund Psychischer Störungen (Berichtsjahr 2017)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
821	Altenpflege	13	548	42,5
532	Polizeivollzugs- und Kriminaldienst, Gerichts- und Justizvollzug	14	531	39,0
514	Servicekräfte im Personenverkehr	16	497	31,5
824	Bestattungswesen	9	481	56,0
522	Fahrzeugführung im Eisenbahnverkehr	15	428	28,2
	Gesamt	8	277	36,8
411	Mathematik und Statistik	3	86	27,4
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	3	83	25,2
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	1	75	62,4
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	3	47	18,9
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	3	46	13,9

Diagramm 2.3.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



wurden hier zwei Berufsgruppen ausgewählt, die durchschnittlich besonders hohe (medizinische und nichtmedizinische Gesundheitsberufe) bzw. eher niedrige (Fertigungstechnische Berufe) Werte aufweisen. Für beide Berufsgruppen zeigt sich, dass der niedrigste bzw. höchste Wert im Bundeslandvergleich jeweils ca. um den Faktor 2 voneinander ab-

weicht. Tendenziell höhere AU-Werte finden sich v.a. in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin, teilweise auch in Bremen. Während die in den Gesundheitsberufen Beschäftigten in den Ostbundesländern im Schnitt höhere Werte aufweisen, ist das Ost-West-Verhältnis bei den Fertigungsberufen ausgeglichen. Wie bereits im [BKK Gesundheitsatlas 2015](#) gezeigt wer-

den konnte, sind die Ursachen v.a. in den regionalen sozioökonomischen und medizinisch-versorgungsstrukturellen Unterschieden zu finden.

Zusammenfassung und Ausblick

Die hier dargestellten und ausgewählten Beispiele sind nur ein kleiner Auszug dessen, was u.a. im Rahmen des BKK Gesundheitsreports bzw. des BKK Gesundheitsatlas zum Thema psychische Störungen insbesondere im arbeitsweltlichen Kontext vorliegt. Anhand der dargestellten Kennzahlen wird deutlich, dass nicht alle Beschäftigten in gleichem Maße von psychischen Störungen betroffen sind. Vielmehr nehmen die Branche und der Beruf sowie die damit verbundenen (regionalen) Arbeitsbedingungen und -belastungen wesentlichen Einfluss auf die Ausprägung dieser Krankheitsart. Will man gesundheitsförderliche Arbeit zielgenau gestalten, so ist also ein

an den Bedürfnissen und Belastungen orientiertes und differenziertes Vorgehen notwendig. Dass die Fehltagelast aufgrund psychischer Störungen zunehmen, obwohl deren Prävalenz in der letzten Dekade nahezu unverändert geblieben ist, zeigt, dass hier ein hoher Handlungsbedarf besteht. Nicht zuletzt auch deshalb stellt die psychische Gesundheit von Beschäftigten heute mehr denn je einen essenziellen Wettbewerbsfaktor für Unternehmen dar. Das Projekt *psychische Gesundheit und Arbeit – psyGA* bietet hierfür zahlreiche Ansatzpunkte, Praxisbeispiele und Maßnahmen, die es den miteinander vernetzten Akteuren in der Arbeitswelt ermöglicht, konkret für die psychische Gesundheit ihrer Beschäftigten – und zwar im Sinne der Verhaltens- und Verhältnisprävention – aktiv zu werden. Wie dies im Detail insbesondere mithilfe von Kooperation und Netzwerkarbeit gelingen kann, zeigt der folgende **»** Beitrag „Verbreitung guter Praxis Betrieblicher Gesundheitsförderung durch Vernetzung: das Beispiel psyGA“.

Verbreitung guter Praxis Betrieblicher Gesundheitsförderung durch Vernetzung: das Beispiel psyGA

Franziska Stiegler¹ und Matthias Merfert²

¹ BKK Dachverband e.V.

² Bundesministerium für Arbeit und Soziales

- Um Expertenwissen praktisch verfügbar zu machen, braucht es passende Angebote und eine vernetzte Transferstruktur.
- Breite Netzwerkarbeit in verschiedenen Settings etablieren Inhalte langfristig.
- Die Voraussetzung für gelingende Netzwerkarbeit ist die Bereitschaft, das eigene Wissen zu teilen und Vorhandenes zu nutzen.

Einleitung und Hintergrund

Unsere Arbeitswelt verändert sich. Verdichtete Arbeitsprozesse, die Anforderung, flexibel und mobil zu arbeiten, und eine steigende Komplexität der Aufgaben bestimmen für viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Arbeitsalltag. Viele Dinge müssen gleichzeitig erledigt werden, es gibt eine immer größere Menge an Informationen zu verarbeiten und fortlaufend Entscheidungen zu treffen. Das hat Einfluss auf die Gesundheit der Menschen aber auch auf die Organisationen, in denen sie arbeiten, die diese Auswirkungen am Grad ihrer Produktivität messen. Die gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen zeigen sich in den Statistiken zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Aus ihnen ergibt sich: Die Krankenzustände sind insgesamt rückläufig. Gleichzeitig werden auffallend häufiger F-Diagnosen (psychische Erkrankungen) als Gründe für Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentungen gemeldet. Die durchschnittliche Dauer psychisch bedingter Krankheitsfälle ist mit mehr als fünf Wochen circa dreimal so hoch wie bei anderen Erkrankungen mit 13 Tagen [1]. Die deutliche Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen spiegelt sich auch in den zunehmenden Produktionsausfallkosten wider: Während diese 2008 noch bei geschätzten knapp 4 Milliarden Euro lagen, sind die Produktionsausfallkosten bis 2014 auf 8,3 Milliarden Euro gestiegen. Gleiches gilt für den Ausfall an Bruttowertschöpfung

durch Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen, hier gab es im selben Zeitraum eine Zunahme von mehr als 6 Milliarden Euro (von rund 7 auf 13,1 Milliarden Euro) [2, S. 44].

2017 hat die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) eine wissenschaftliche Standortbestimmung vorgelegt und dabei zentrale Einflussfaktoren identifiziert. Die Forschung zeigt deutlich, dass psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel multifaktorielle Ursachen aus beruflichen und privaten Einflussfaktoren sowie individuellen Dispositionen zugrunde liegen. Sie zeigt auch, welche Arbeitsbedingungen, in Bezug auf die Arbeitsaufgabe, Führung und Organisation, Arbeitszeit und ergonomische Faktoren, einen gefährdenden Einfluss auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten haben können. Darüber hinaus werden präventiv wirksame Gestaltungsempfehlungen für die einzelnen Bereiche umfassend beschrieben [3].

Die Gesundheitsförderung hat in den letzten 40 Jahren ausgehend von der Ottawa-Charta (1986) und der Reformdiskussion um den traditionellen Arbeitsschutz sowohl solide wissenschaftliche Erkenntnisse als auch darauf aufbauend methodisch und pragmatisch geeignete Verfahrenswege zur Analyse und Prävention psychosozialer Gesundheitsgefahren auf betrieblicher Ebene erarbeitet und erfolgreich erprobt. Das Thema steht auf der gesundheitspolitischen Agenda und stellt die Akteure vor die Frage, wie Arbeitsbedingungen in der Gegenwart und für die Zukunft so gestaltet werden können, dass sie die psychische Gesundheit der Menschen erhalten bzw. verbessern, die unter diesen Bedingungen arbeiten und leben, und damit auch die gesellschaftlichen Kosten (Volkswirtschaft) senken. Eine hochkomplexe Aufgabe, die bereits von vielen Institutionen in unterschiedlicher Weise aufgegriffen wird.

Trotz des vorhandenen Wissens ist die Zahl der Betriebe, insbesondere der Klein- und Mittelunter-

nehmen (KMU), nach wie vor sehr begrenzt, die das Potenzial betrieblicher Strategien zur Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur erkennen, sondern auch gewinnbringend für Mitarbeitende und die eigene Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit in entsprechende Maßnahmen übertragen. Studien zur Verbreitung Betrieblicher Gesundheitsförderung in Deutschland kommen zu dem Ergebnis, dass vor allem große Unternehmen und insbesondere die Industriebranche hier Vorreiter sind. 44% der Befragten berichteten von BGF-Maßnahmen in ihrem Betrieb [4]. Die BKK Umfrage aus dem Jahr 2017 zeigt mit einem Anteil von 49,1% der Befragten mit BGF-Maßnahmen im Betrieb zumindest einen kleinen Aufwärtstrend, wie im »» Beitrag „Gesundheit und Gesundheitsmanagement im Wandel der Arbeitswelt – ein Überblick“ in diesem Buch zu sehen ist. Beim systematischen Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) ist die Bilanz noch negativer: Laut einer weiteren Befragung von Hessenmöller und Rogosky 2014 verfügt nur ein Viertel der Unternehmen über ein Betriebliches Gesundheitsmanagement [5].

Die handelnden Akteure in den Betrieben erklären, dass die vorgeschriebenen und empfohlenen Maßnahmen häufig unübersichtlich formuliert sind und von ihnen als zusätzliche Aufgabe und nicht als ihre eigentliche Arbeit gesehen werden. Ebenso macht die Fülle an Wissen, Akteuren und unterstützenden Dienstleistern eine bewusste Auswahl schwierig. Besonders kleinen und mittleren Unternehmen fehlt es häufig an Ressourcen, das vorhandene Wissen zu recherchieren, auf die eigene Organisation zu übertragen und zu implementieren. So entsteht dann eher ein Widerstand gegen die vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik.

Das Projekt psyGA

Hier setzt das Projekt Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (psyGA) an. Es wird seit 2011 vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) gefördert. In der Initiative erstellen Politik, Arbeitgeberverbände und Kammern sowie Gewerkschaften gemeinsam mit weiteren Akteuren betriebliche Angebote, um gesundheits- und kompetenzförderliche Arbeitsbedingungen mit den wirtschaftlichen Interessen der Betriebe zu verbinden (www.inqa.de).

Ziel des Projektes psyGA ist es, Akteure in Unternehmen und Organisationen für das Thema „psychi-

Abbildung 1 Logo des Projekts „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (psyGA)“



Abbildung 2 Logo der „Initiative Neue Qualität der Arbeit (inqa)“



sche Gesundheit“ zu sensibilisieren, zu informieren und bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit zu unterstützen. Dafür hat psyGA vorhandenes Wissen gebündelt und in praktikable Handlungshilfen übersetzt. Neben klassischen Broschüren mit Informationen und Arbeitshilfen hat psyGA auch eine Reihe digitaler Tools entwickelt, um die Inhalte an die Zielgruppe zu transportieren. Das Projekt nutzt hierzu die Präventionsexpertise und die Netzwerke von aktuell 35 Kooperationspartnern aus der Wissenschaft, dem Gesundheitswesen und zahlreichen Netzwerken mit Zugang zu KMU, die die Aufbereitung und den Transfer der Projekthinhalte mitgestalten.

Die Projektkoordination liegt von Beginn an beim BKK Dachverband. Das BKK System gehört seit Jahrzehnten zu den wichtigen gesundheitspolitischen Akteuren in der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in Deutschland und Europa. Im Rahmen des gesetzlichen Auftrags der (Betriebs-)Krankenkassen bilden Netzwerke eine Schnittstelle zum Austausch mit der betrieblichen Praxis und gewährleisten, dass Betriebskrankenkassen qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte Angebote im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung kontinuierlich zur Verfügung stellen können. Seit den 1980er-Jahren pflegt und steuert das BKK System bundesweite und europäische Netzwerke zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Dazu gehören u.a. das Deutsche

Netzwerk für Gesundheitsförderung (DNBGF) und das Netzwerk „Unternehmen für Gesundheit“ (UfG). Zur Umsetzung der Ziele des Projektes psyGA wurden diese bereits erfolgreichen Infrastrukturen zur Entwicklung und Verbreitung der Projektarbeiten einbezogen. Im Rahmen der Förderung durch die INQA wird das Projekt kontinuierlich durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) fachlich begleitet.

Ziele des Projektes

Die Angebote von psyGA sollen Unternehmen sensibilisieren und unterstützen, Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten im Betrieb präventiv wirksam gestalten zu können.

Um dieses Ziel zu erreichen nutzt das Projekt eine Doppelstrategie:

1. Vorhandene Wissensbestände auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements sowie Guter Praxis für die Betriebliche Gesundheitsförderung werden recherchiert und für die (psychische) Gesundheitsförderung aufbereitet. Diesem Ziel diene die Entwicklung eines Qualitätsmodells, das als Referenzrahmen für die praxisrelevanten Informationen, Instrumente, Tools und Handlungshilfen von psyGA verwendet wird.
2. Vorhandene Infrastrukturen und Netzwerke werden für die Transfer- und Verbreitungsaktivitäten genutzt und in das Vorhaben eingebunden. Hierbei spielte das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) eine zentrale Rolle.

Im Ergebnis kombiniert das Projekt vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse mit dem Erfahrungswissen zentraler institutioneller Akteure über nachhaltige Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz. Die gemeinsam erarbeiteten Handlungshilfen werden so aufbereitet, dass sie in der betrieblichen Praxis Anwendung finden können. Um den Transfer der Projektergebnisse nachhaltig sicherzustellen, wurden für den Entwicklungsprozess Akteure mit Multiplikatorenfunktion ausgewählt.

Die psyGA-Methode

Aus wissenschaftlichen Erkenntnissen praktische Handlungsempfehlungen für die Prävention psychischer Gesundheit in der Arbeitswelt abzuleiten und

einen Transferweg in die betriebliche Praxis zu finden, ist keine leichte Aufgabe. Zentral war hierbei von Beginn an die Annahme, dass es sich bei den Projektergebnissen nicht um „one size fits all“-Produkte handeln soll, da die Rahmenbedingungen der unterschiedlichen Arbeitsumgebungen mindestens nach Branche und Größe der Unternehmen höchst unterschiedlich sind (Setting-Ansatz der Betrieblichen Gesundheitsförderung).

Ausgangsbasis: Ein Qualitätsmodell

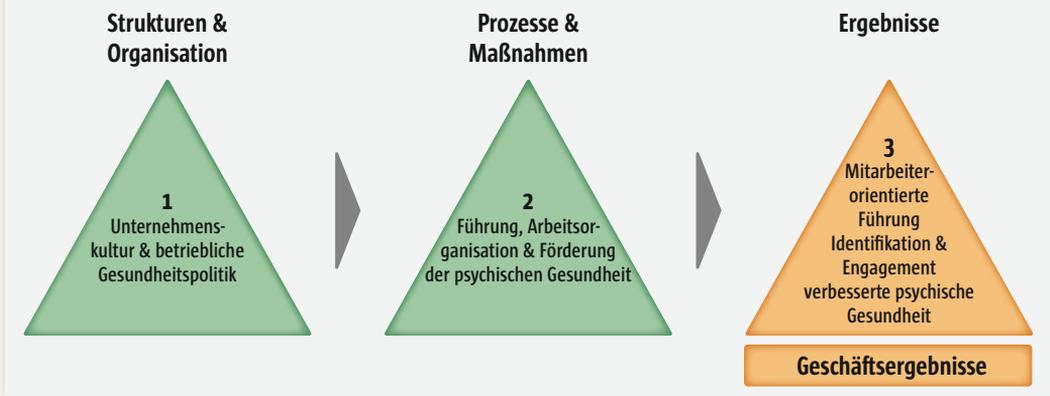
Bereits im Jahr 2009 hat der Projektkoordinator damit begonnen, auf Basis einer internationalen (deutsch- und englischsprachigen) Literatur- und Internetrecherche Qualitätskriterien zu identifizieren, die den Referenzrahmen für alle weiteren Projektentwicklungen und Produkte bilden sollten. Das Konzept der Qualitätskriterien beruht in erster Linie auf den europäischen Qualitätskriterien für Betriebliche Gesundheitsförderung des European Network For Workplace Health Promotion (ENWHP).

Das psyGA-Qualitätsmodell zur psychischen Gesundheitsförderung misst der Führung einen besonders hohen Stellenwert zu und orientiert sich am Leitbild einer „Gesunden Organisation“. Eine gesunde Organisation stellt Strukturen bereit, die die Führung auf allen Ebenen an mitarbeiterorientierten Prinzipien und Werten ausrichtet und in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess unter Beteiligung der Beschäftigten weiterentwickelt (strukturelle und individuelle Führung). Darüber hinaus steuert die Organisation die Qualität gesundheitsrelevanter Arbeitsbedingungen (einschließlich Maßnahmen zur Förderung gesundheitsgerechten Verhaltens) mit demselben Managementansatz. In der betrieblichen Praxis können sich Organisationen immer nur diesem Leitbild annähern, daher besitzen die Qualitätskriterien eine Orientierungsfunktion für die Gestaltung in der Praxis. Insgesamt arbeitet das Modell mit 19 Einzelkriterien, die den drei Bereichen

- Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik,
- Führung, Arbeitsorganisation und Gesundheitsförderung
- und Ergebnisse zugeordnet werden [6].

Für die Selbstbewertung liegt ein psyGA-Instrument vor, in dem für alle aufgeführten Einzelkriterien unterschiedliche Qualitätsstufen unterschieden werden (»»» Abbildung 3).

Abbildung 3 psyGA-Qualitätsmodell zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt



Entwicklung von Angeboten auf Basis des Qualitätsmodells

Orientiert an diesem Qualitätsmodell begann das Projekt 2011 damit, zielgruppenspezifische Handlungshilfen und Medien in Zusammenarbeit mit Partnern und externer Fachexpertise zu erarbeiten und zu publizieren. Es entstanden Angebote für Führungskräfte und Beschäftigte im Broschürenformat und als digitale Anwendungen (e-Learning-Tools).

Aufgrund der hohen Nachfrage wurden die Angebote im Laufe der Förderperioden auf verschiedene Zielgruppen hin ausgeweitet. psyGA adressiert so weiterhin primär Führungskräfte, erreicht durch spezielle Angebote mittlerweile darüber hinaus alle wichtigen Multiplikatoren in Unternehmen und Organisationen (z.B. Betriebs- und Personalräte sowie Unternehmensberaterinnen und -berater) und bietet auch für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer spezielle Angebote und Medien (»»» Tabelle 1).

Seit 2014 richtet sich das Projekt im Schwerpunkt auf die Sensibilisierung kleiner und mittelständischer Unternehmen, die weiterhin niedrige Umsetzungsaktivitäten zeigen. Seit 2017 bietet psyGA spezielle Publikationen insbesondere für KMU und hier insbesondere für besonders belastete Branchen

Tabelle 1 Verfügbare Formate der psyGA-Angebote

Analog	Digital
Praxisordner	eLearning-Tools
Broschüren	Präsentationen
(Kurz-)Checks	Hörbuch
Leitfäden & Tipps	www.psyGA.info

(Handwerk, Gastronomie und Pflegeeinrichtungen) (www.psyGA.info/kleinbetriebe).

Es entstanden im Projekt psyGA in den letzten Jahren 25 Angebote, die in einer Auflage von 700.000 Exemplaren abgesetzt wurden (»»» Abbildung 4). Alle Materialien können zurzeit kostenlos auf der Projekthomepage www.psyGA.info abgerufen werden.

Infrastrukturen und Netzwerke als Erfolgsfaktor für Akzeptanz und Verbreitung der Projektergebnisse

Angelehnt an den Ansatz des Sozialmarketings [7] soll durch innovative und qualitätsgesicherte Angebote die Zielgruppe motiviert werden, gesundheitsförderlich zu handeln. Dieser Strategie folgend wurde ein Konzept erarbeitet, welches die Zielgruppen, die Kommunikationsziele und Kernbotschaften, die Akteure sowie die Strategien, Instrumente und Methoden präzisierete. Als erfolgversprechend wurden hierbei die durch starke Kooperationspartner repräsentierten Organisationsstrukturen und bereits existierenden Netzwerkzusammenhänge und -potenziale in Deutschland angesehen und genutzt [8].

Im Rahmen der Förderung durch die Initiative Neue Qualität der Arbeit profitierte das Projekt vom großen Netzwerk der Initiative sowie deren Unterstützung durch Medien- und Öffentlichkeitsarbeit. psyGA konnte sich so zu einem Leuchtturm-Projekt der Themensäule Gesundheit dieser Initiative entwickeln. Neben der INQA ist das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) eine zentrale Netzwerkstruktur des Projekts. Das DNBGF wurde im Rahmen einer Initiative des Europäischen Netz-

Abbildung 4 Übersicht psyGA-Medien



werkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) zur Förderung der Netzwerkbildung auf nationaler Ebene in Deutschland gegründet. Vor dem Hintergrund einer noch zu geringen Verbreitung von BGF in Deutschland soll die Kooperation zwischen allen nationalen Akteurinnen und Akteuren der BGF verbessert werden.

Nahezu alle psyGA-Kooperationspartner sind – wie der Projektkoordinator selbst – infrastruktureller Teil für die Verbreitung guter Praxis Betrieblicher Gesundheitsförderung in Deutschland und können auf geeignete Organisations- und existierende Netzwerkstrukturen für die Verbreitung in dem Bereich der Arbeitswelt, den sie repräsentieren, zurückgreifen. Die psyGA-Angebote richten sich u. a. in Anlehnung an die ursprüngliche Organisation des DNBCF an fünf zentrale Settings der Arbeitswelt:

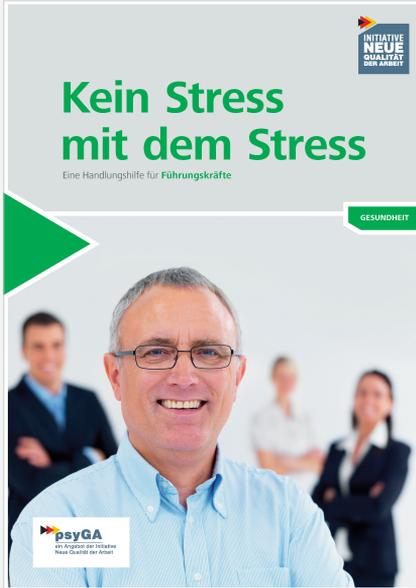
- Großunternehmen,
- Kleine und mittlere Unternehmen (KMU),
- den Öffentlichen Sektor,
- Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege
- sowie Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung.

Die psyGA-Kooperationspartner sind in den vergangenen Jahren auf insgesamt 36 Partner und Netzwerke angewachsen.

psyGA-Kooperationspartner

- Aktionsbündnis Seelische Gesundheit/LVR Klinikum Düsseldorf
- ars serendi gbr
- BAHN BKK
- Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe
- BKK Gildemeister Seidensticker
- BKK Technoform
- BKK VerbundPlus
- BKK VBU
- BKK ZF & Partner
- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband
- ehem. Deutsche BKK/BARMER
- Finanzministerium NRW
- Health Vision GmbH
- IKK classic
- Institut für angewandte Arbeitswissenschaft
- Institut für Arbeits- und Sozialmedizin des Uniklinikums Aachen
- Institut für BGF der AOK Rheinland Hamburg
- Institut für Gesundheit und Management GmbH (IfG)
- Institut für gesundheitliche Prävention (IfPG)
- Landeshauptstadt München

Abbildung 5 Beispiele für die individualisierte Nutzung der psyGA-Angebote



- Landesinstitut für Arbeitsgestaltung NRW
- Leibniz Universität Hannover/Hochschule Magdeburg Stendal
- Mannheimer Institut für Public Health (MI PH)
- Medizinische Hochschule Hannover
- Metropolregion Rhein-Neckar
- Novitas BKK
- pronova BKK
- RheinFlanke gGmbH
- SBK
- Stadtverwaltung Dortmund
- Unfallkasse Bund und Bahn
- Unternehmensnetzwerk zur Betrieblichen Gesundheitsförderung
- VIActiv Krankenkasse
- Vivantes Netzwerk für Gesundheit/Hochschule Neubrandenburg

Mit dieser organisatorischen Einbettung sollte sichergestellt werden, dass die wichtigen überbetrieblichen Akteure in das Netzwerk eingebunden sind und Synergien mit weiteren Projekten und Initiativen nutzbar gemacht werden [7].

Erfolgsfaktor Individualisierung

Ein zentraler Erfolgsfaktor der psyGA-Angebote ist die Möglichkeit, dass sowohl Netzwerkpartner als auch Betriebe die Inhalte der Angebote in ihr eigenes Corporate Design übersetzen können. Alle Projektergebnisse sind dabei als qualitätsgesicherte Inhalte zu verstehen, die von Multiplikatoren und Anwendern in der Form transportiert werden können, die für die Anschlussfähigkeit an die Zielgruppe am besten geeignet ist (» Abbildung 5).

Transfer über regionale Veranstaltungsformate gemeinsam mit Multiplikatoren

Mit psyGA kooperieren eine Reihe von Partnern, die durch öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen dabei unterstützen, die psyGA-Instrumente und Handlungshilfen auch in kleinen und mittelständischen Unternehmen bekannt zu machen.

Ein Konsortium aus 16 Betriebskrankenkassen führt, gemeinsam mit regionalen Multiplikatoren und Akteuren der Wirtschaft oder anderer Sektoren, für das Projekt sogenannte regionale Transferveranstaltungen („psyGA vor Ort“) durch. Durch die Zusammenarbeit mit regionalen Akteuren wie Kammern,

Innungen, Fachverbänden und ähnlichen, die aufgrund ihres Mandats eine jeweils größere Gruppe von Unternehmen oder Organisationen ansprechen, gelingt es, die Zielgruppen mit dem Thema „psychische Gesundheit“ zu erreichen.

Durch Netzwerkarbeit zur Informationsplattform

Durch die kontinuierliche Netzwerkarbeit und breite Streuung der Projektthemen und Inhalte in den Settings der Arbeitswelt hat sich psyGA im Laufe der Jahre zu einer „Marke“ entwickelt. Die Projekthomepage www.psyga.info hat sich seit 2011 zur zentralen Anlaufstelle des Projektes etabliert. Mit durchschnittlich etwa 13.000 Besucherinnen und Besuchern pro Monat ist sie ein wichtiger Akteur und Verteiler der psyGA-Angebote, die hier heruntergeladen und bestellt werden können. Die Projekthomepage wurde 2018/2019 von Grund auf überarbeitet. Die Neugestaltung wird dem Selbstanspruch, eine zentrale Informationsplattform für das Thema psychische Gesundheit in der Arbeitswelt zu sein, die die aktuellen Debatten um das Thema aufgreifen und bündeln, gerechter.

Aktuelle Entwicklungen

Die Marke psyGA soll in den kommenden Jahren weiter zu einer Plattform ausgebaut werden, die durch Unternehmen wie institutionelle Akteure gleichsam genutzt wird. Um diese gewachsene Struktur und das Kooperationspartnernetzwerk rund um das Thema psychische Gesundheit in der Arbeitswelt zu verstetigen, entschieden Projektleitung und Förderer, die Projektaktivitäten bis 2020 zu verlängern. In der aktuellen Förderperiode bleibt das Projekt dem Motto und Qualitätsanspruch treu, evidenzbasiertes Wissen in die Praxis zu transferieren. Das Projekt entwickelt bis 2020 gemeinsam mit ausgewählten Experten praktisch anwendbare Tools für die Zielgruppen und bietet eine Plattform zum Dialog für die institutionellen Akteure.

Für die Zielgruppe KMU entsteht dafür in Kooperation u. a. ein Fragebogen zum IST-Zustand der psychischen Gesundheit im Betrieb inklusive Benchmark sowie ein Pilotprojekt zur Etablierung eines Mitarbeiterunterstützungsprogramms für KMU in der Metropolregion Rhein-Neckar. Auch ein Angebot zur gesundheitsförderlichen Organisation der Arbeitszeit wird entwickelt. Darüber hinaus werden durch die Kooperationspartner ganzheitliche, ziel-

gruppenspezifische Präventionskonzepte und Veranstaltungsformate für Selbstständige, Berufsschülerinnen und Schüler, sowie junge Menschen mit vermindertem Bildungszugang vor dem Eintritt in das Erwerbsleben entwickelt. Gemeinsam mit dem Mannheimer Institut für public health wird in einer neuen Veröffentlichungsreihe – dem psyGA-Monitor – eine aktuelle Längsschnittbefragung von Beschäftigten ausgewertet und veröffentlicht. Im psyGA-Fokus (www.psyga.info/fokus) werden Facetten der Debatte zum Thema psychische Gesundheit aus wissenschaftlicher, politischer und praktischer Perspektive beleuchtet.

Mithilfe etablierter und neuer Multiplikatoren wird die erfolgreiche Verbreitungsphilosophie im Rahmen der Netzwerkarbeit beibehalten. Dafür bleibt psyGA den bewährten regionalen Transferveranstaltungen in Kooperation mit Betriebskrankenkassen und regionalen Multiplikatoren treu. Ergänzend werden neue Veranstaltungsformate konzipiert und erprobt, die sich an Fachberaterinnen und Fachberater richten. Für den öffentlichen Sektor werden mit erfahrenen Kooperationspartnern neue Veranstaltungsformate erprobt und als psyGA-best practice veröffentlicht. Eine Übersicht der aktuellen Projekte und Partner findet sich bei www.psyga.info.

Neue Netzwerkarbeit und die Einladung zum Dialog in der psyGA-Arena

2018 hat psyGA im Rahmen einer offenen Dialogveranstaltung, der psyGA-Arena, einen Anlass geschaffen, bei dem sich die bundesweit wichtigsten Gestaltungs- und Umsetzungsakteure zu zentralen Fragestellungen rund um das Thema psychische Gesundheit in der Arbeitswelt austauschen und weiter vernetzen können. Geschäftsführer, Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Wissenschaft und der Sozialversicherungsträger, Personaler, Betriebsärzte, Arbeitsschützer und Beraterinnen und Berater treffen sich hier in einem ergebnisoffenen, interaktiven Veranstaltungsformat und agieren als Expertinnen und Experten in eigener Sache.

Die aktuelle Debatte stellt sich der Frage, warum das Thema psychische Gesundheit in der Arbeitswelt noch immer tabuisiert wird und wie es gelingen kann, zur Destigmatisierung psychischer Themen im Arbeitskontext beizutragen. Dafür werden die laufenden Aktivitäten der Akteure gebündelt diskutiert und zu psyGA-Angeboten und -Medien weiterentwickelt (»»» Abbildung 6).

Abbildung 6 Logo der psyGA-Arena



Zusammenfassung und Ausblick

Die psychische Gesundheit von Beschäftigten ist für Unternehmen ein zunehmend wichtiges Thema. Trotz fundierten Know-hows in Sachen Gesundheitsförderung ist nach wie vor die Zahl der Unternehmen nicht ausreichend, die das Potenzial betrieblicher Strategien zu Gesundheitsförderung und Prävention nicht nur erkennen, sondern auch gewinnbringend für die Beschäftigten wie für die eigene Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit in entsprechende Maßnahmen umsetzen.

Vor diesem Hintergrund hat das Projekt psyGA das Ziel, betriebliche und überbetriebliche Entscheider sowie wichtige Multiplikatoren für die Thematik zu sensibilisieren und ihre Aufmerksamkeit für das Thema zu erhöhen. Dafür arbeitet psyGA intensiv mit Partnern aus Wissenschaft und Praxis zusam-

men und wird dies zukünftig noch in den schon erwähnten Formaten ausweiten. Die Basis des Erfolges des psyGA-Projekts bildet die kontinuierliche Netzwerkarbeit und die Zusammenarbeit mit zentralen Multiplikatoren.

Literatur

1. Knieps, F. & Pfaff, H. (Hrsg.) BKK Gesundheitsreport 2018. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2018.
2. Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014
3. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg) Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt Wissenschaftliche Standortbestimmung Dortmund/Berlin/Dresden 2017
4. Beck, D. u. Lenhardt, U., Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland, Verbreitung und Inanspruchnahme, Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006 und 2012, In: Das Gesundheitswesen, DOI: 10.1055/s-0034-1387744 2014
5. Hessenmöller, A. u. Rogovsky, E., „Denk an mich. Dein Rücken“, Eine Befragung zu Rückengesundheit und Präventionskultur in Unternehmen“, IAG Report 1/2014, Berlin, 2014
6. Helmig, B., Social Marketing, In: Gabler Wirtschaftslexikon, online im Internet: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de>
7. Krauss-Hoffmann, P., Sochert, R.: Verbreitung guter Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung durch Vernetzung: Das Beispiel psyGA und das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, In: Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, hrsg. von G. Faller, 3. Auflage, Bern, 2017, S. 445–456.
8. Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.) Kein Stress mit dem Stress Qualitätskriterien für das betriebliche Gesundheitsmanagement im Bereich psychischer Gesundheit, Berlin 2015



Franziska Stiegler

Studium der Sozialwissenschaften und Psychologie mit Abschluss Master in Berlin, absolvierte eine Ausbildung zur systemischen Beraterin und Therapeutin in Wiesloch und Heidelberg. Danach war sie mehrere Jahre lang als Beraterin und Trainerin bei einer externen Mitarbeiterberatung tätig. Seit 2016 ist sie Referentin in der Abteilung Gesundheitsförderung des BKK Dachverbands und dort verantwortlich für das vom BMAS im Rahmen von INQA geförderte Projekt „psyGA – Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“.



Matthias Merfert

Erziehungs- und sozialwissenschaftliches Studium mit Schwerpunkt auf Sozialpolitik und sozialer Gerontologie, verschiedene Aufgabenbereiche als Referent in Leitungsbereich und Grundsatzabteilung zunächst im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie im Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Seit 2011 betreut er die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) und ist dort seit 2017 verantwortlich für das Projekt „psyGA – Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“.

3

Interviews



Interview mit Katrin Glatzel

Wenn Hierarchie keine Option darstellt ...

Einige Überlegungen zum Organisationstypus Verbundnetzwerk



Dr. Katrin Glatzel
Partnerin der osb international
Beraterin mit den Schwerpunkten,
Strategie, Führung, Organisation
und Changemanagement

Die aktuellen Diskussionen zeigen:
Der Netzwerkbegriff ist in aller Munde. Sehen Sie das auch so? Und woher kommt das große Interesse an Unternehmensnetzwerken?

Die Beobachtung des großen Interesses an Unternehmensnetzwerken kann ich bestätigen. Hybride Unternehmensnetzwerke sind Organisationen, die eine eigentümliche Verbindung aus Märkten und Hierarchien darstellen. Sie entstehen einerseits dann, wenn vertikal tief integrierte Unternehmungen, z.B. Konzerne, an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit stoßen. Sie entstehen außerdem dann, wenn einzeln am Markt agierende (womöglich kleinere) Unternehmen auf der Suche nach größerer Schlagkraft sind. So führen heute nicht mehr einzelne ausgeprägte strategische Fähigkeiten zum Erfolg, sondern eine Kombination verschiedener Fähigkeiten, von denen vor einigen Jahren womöglich noch eine einzige den Wettbewerbsvorteil gesichert hat. Um diese Herausforderungen zu bewältigen, gehen immer mehr Organisationen unternehmensübergreifende Beziehungen ein und bilden netzwerkförmige Strukturen aus. Es gibt Studien, die zeigen, dass kooperative Unternehmensnetzwerke die weltweit am stärksten wachsende Organisationsform für unternehmerische Aktivitäten sind. Angesichts der offenkundigen Vorteile der Vernetzung

verwundert diese Tendenz nicht. Kooperationen ermöglichen den direkten Zugang zu den Ressourcen der jeweiligen Partnerorganisation – und damit den Ausgleich eigener Defizite und Wettbewerbsnachteile. „Viel Kooperation, weniger Risiko“ lautet auch das Fazit des Mittelstandsverbundes, der einen Großteil der Verbundnetzwerke in Deutschland repräsentiert. Siebert und Veltmann¹ zeigen anhand vorliegender Zahlen der in Verbundgruppen organisierten Einzelunternehmen, dass Kooperationen bzw. Kooperationsysteme eine der tragenden Säulen des mittelständisch geprägten deutschen Wirtschaftssystems darstellen.

Was sind vor diesem Hintergrund die besonderen Merkmale von Verbundnetzwerken und was unterscheidet sie von anderen Organisationsformen (z.B. zentral, hierarchisch)?

Bei Verbundnetzwerken handelt es sich um Unternehmensnetzwerke, die eine polyzentrische Steuerungsform mit einer hohen Stabilität in der Wertschöpfungskonfiguration verbinden. Sie treten üblicherweise unter einer Marke auf, bestehen aber aus vielen selbstständigen Unternehmen. Der Verbund ist hierbei das Ergebnis der Kooperation dezentraler Einheiten, die kollektive Entscheidungsfindung ist für Verbundnetzwerke konstitutiv. Verbundnetzwerke weisen in ihrer Kooperationsform Merkmale auf, die der Ökonomie aus dem genossenschaftlichen Sektor bekannt sind. So basieren sie auf unternehmerischer Eigeninitiative, Selbstständigkeit und demokratieähnlichen vielfach stufenförmig aufgebauten Entscheidungsstrukturen.

¹ Siebert J, Veltmann L. Horizontale Kooperation als Wettbewerbsstrategie. Erscheinungsformen und Entwicklungstendenzen. In: Zentes J (Hrsg.) Handbuch Handel. Strategien – Perspektiven – Internationaler Wettbewerb. Wiesbaden: Gabler, 2006

Mithilfe von Verbundunternehmen schaffen sich die Mitgliedsunternehmen eines Verbundnetzwerks ein dauerhaftes institutionelles Arrangement zur Erzielung von Verbundeffekten. Verbundunternehmen zeichnen sich dadurch aus, dass sie Leistungen für die Verbundpartner erbringen. Die Art dieser Leistungen kann sehr verschieden sein, es kann sich z.B. um Marketing- und Vertriebsunterstützung, Verrechnungsleistungen, Zulieferleistungen, IT-Dienstleistungen etc. handeln. Verbundunternehmen gelten dabei als Partner im Netzwerk. Sind die Primärunternehmen mit den Leistungen des Verbundunternehmens nicht zufrieden, können sie ihren Einfluss geltend machen – im extremen Fall bis hin zur Auflösung des Verbundunternehmens.

Damit sind vier Eigenschaften benannt, die, wenn sie in Kombination auftreten, charakteristisch für Verbundnetzwerke sind: Zu nennen sind die polyzentrische bzw. heterarchische Steuerung, eine eher hohe Stabilität im Zeitverlauf, sprich: Es handelt sich um eine auf Dauer angelegte Kooperation sowie das Vorhandensein (und gegebenenfalls die Absicherung) von dezentralem Unternehmertum und der Betrieb eines oder mehrerer Verbundunternehmen.

Welchen Chancen und Risiken sind die Akteure dabei ausgesetzt?

Es besteht immer das Risiko, dass der Verbund in seinen Reaktionen langsamer ist, als es ein schlagkräftiger Einzelunternehmer wäre und strategisch wichtige Entscheidungen zu spät oder gar nicht getroffen werden. Gleichzeitig hat der Einzelne im Verbund die Chance zu einem schlagkräftigen mit einer übergreifenden Marke und einer guten Verhandlungsposition ausgestatteten Auftreten. Die wechselsei-

tige Bereitschaft, auch ohne sofortige Gegenleistung füreinander einzuspringen, und das Vertrauen darauf, dass sich dies auf lange Sicht für alle Beteiligten auszahlen wird, stellen Grundlage und Existenzberechtigung für Verbundnetzwerke dar. Dabei geht es um das gegenseitige Vertrauen darauf, dass jeder im Verbund seinen Job so gut wie möglich macht – und dann alle Beteiligten hiervon profitieren werden. Diese Grundkonstitution stellt für die Akteure in Verbundnetzwerken existenzielle Chance und Risiko zugleich dar.

Welche Rahmenbedingungen sind nötig, dass Verbundnetzwerke erfolgreich sind – und bleiben?

Die Zukunftssicherung in Verbundnetzwerken hängt davon ab, ob es gelingt, die oftmals sehr unterschiedlichen Interessen der Akteure, die sich z.B. aus Unterschieden in Größe, Kundenstrukturen, regionaler Verortung und Führungskultur ergeben, auf ein gemeinsames Ziel hin auszurichten. Dabei sind Strategiearbeit und Führung in Verbundnetzwerken hoch riskant. Sie erfordern von den beteiligten Akteuren einen feinfühligem Balanceakt. Denn die in diesen Konstellationen auftretenden Machtfragen sowie die internen Reibungsverluste und das hier eingebaute Potenzial zur Selbstdestruktion sind immens. In lose gekoppelten Organisationssystemen gilt grundsätzlich: Eine vorherrschende Kultur des Misstrauens lässt die internen Transaktionskosten bedrohlich ansteigen. Wenn es allerdings gelingt, dieses negative Potenzial konstruktiv zu wenden, dann sind Verbundnetzwerke in der Wettbewerbsauseinandersetzung fast unschlagbar. Sie verbinden dann die dezentrale unternehmerische Autonomie mit der Marktmacht einer übergeordneten Instanz.

Interview mit Hans-Jürgen Beckmann



Dr. Hans-Jürgen Beckmann
Vorstand der „Medizin und Mehr“
e.G.

Was ist das Ärztenetz Bünde und was unterscheidet die Versorgung im Ärztenetz von herkömmlichen Versorgungsmodellen?

Das Ärztenetz Bünde ist ein Zusammenschluss von 60 Ärzten in 45 Praxen in der Region Bünde – Rödighausen – Kirchletern im Kreis Herford in NRW. Das Ärztenetz wurde 1996 unter dem Namen „Medizin und Mehr“ (MuM) gegründet. Es ist das älteste Ärztenetz der Bundesrepublik und ist seit 2012 eine eingetragene Genossenschaft (e.G.).

Als das Ärztenetz „Medizin und Mehr“ gegründet wurde, erfolgte die ambulante Versorgung der Bevölkerung noch im Wesentlichen bundesweit einheitlich nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer. Die heute gängige Erkenntnis, dass es regional teils große Unterschiede in der Epidemiologie der Erkrankungen und ebenso große Unterschiede in der Versorgungsdichte und Versorgungsqualität der Menschen gibt, steckte gerade erst in den Kinderschuhen. Weitsichtige Personen erkannten aber bereits, dass die bis dahin angeblich vorhandene Ärzteschwemme – so es sie je gab – dabei war, abzuebben, und wir aufgrund abnehmender Geburtenzahlen in Versorgungsprobleme sowohl im ärztlichen als auch pflegerischen Bereich hineinrutschen würden.

Nachdem eine der ersten Maßnahmen mit Netzgründung die Intensivierung der innerärztlichen Kommunikation durch Netzversammlungen alle 4–6 Wochen war, bei denen organisatorische wie medizinische Probleme zur Sprache kamen und Lösungen erdacht wurden, arbeitete man im Netz besonders häufige Erkrankungen in der Region heraus, die in der einzelnen Praxis aufgrund der dort vergleichsweise geringen Zahl nicht als solche aufgefallen wären. Es stellte sich dann außerdem früh heraus, dass es offenbar allen Kolleginnen und Kollegen schwerer fiel, für die Praxis Vertretungen zu gewinnen; ein erstes „Symptom“ des heute manifesten Ärztemangels.

Als Reaktion auf diese frühe Erkenntnis im Ärztenetz MuM war ein weiterer Schritt die Gründung einer „zentralen Notfallpraxis“ (ZNP). In der ZNP wurde der kassenärztliche Notdienst an den Wochenenden und in der Nacht ab 1998 nur noch von einem Arzt/einer Ärztin des Netzes für alle niedergelassenen Ärzte des Netzes geleistet, und das im täglichen Wechsel über alle Mitglieder verteilt. Die bis dahin bundesweit übliche Praxis, dass jeder Arzt/jede Ärztin jeden Tag und in der Nacht für Patienten erreichbar zu sein hatte, wurde damit erstmals verlassen. So banal dieses Beispiel heute klingen mag, war die zentrale Notfallpraxis von MuM die erste ihrer Art bundesweit. Das Beispiel machte schnell Schule, führte es doch zu einer deutlichen Entspannung bei der Dienstbelastung niedergelassener Ärzte.

Das zweite große Projekt des Ärztenetzes schon kurz nach der Gründung war das sogenannte „Honorarmodell Bünde“. Vereinfacht beschrieben handelte es sich dabei um eine Vergütung der ärztlichen Leistung nach Kopfpauschalen, die individuell für jede Praxis ermittelt wurden. Anders als beim „einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM) der KV, der dem Einzelleistungsprinzip folgt, erhielten die Ärzte des Ärztenetzes für die Behandlung der gesetzlich versicherten Patienten einen Pauschalbetrag pro Quartal.

Das System war einfach, da man die Anzahl der behandelten Patienten lediglich mit dieser Kopfpause multiplizieren musste, um zu wissen, wieviel Geld man pro Quartal erwirtschaftet hatte. Leider fiel das Modell 2009 nach knapp 10 Jahren der EBM-Reform zum Opfer, d.h. die Ärzte des Ärztenetzes mussten wieder im System des EBM abrechnen, obwohl das Honorarmodell von den beteiligten Ärzten nach Befragung gern weitergeführt worden wäre.

Im Jahr 2002 begannen Führung und Mitglieder des Ärztenetzes MuM die Versorgungssituation in der Region noch genauer unter die Lupe zu nehmen. Die bereits erwähnten, bis dato eher „beobachteten“ Versorgungsdefizite und Häufungen bestimmter Erkrankungen wurden bei dieser strukturierten Analyse in Zahlen gefasst. In der Konsequenz wurden in ärztlichen Fachgruppen von MuM in den Jahren 2003/2004 insgesamt 23 verschiedene Versorgungsprogramme entwickelt, die zur Beseitigung der erkannten Versorgungsdefizite beitragen sollten.

Beispiele für die erwähnten Versorgungsprogramme waren etwa das frühzeitige Erkennen von Hautkrebs („Früh gegen Hautkrebs“), nachdem bei einer strukturierten Erfassung eine Häufung dieser Krebsart aufgefallen war. Ein weiteres Programm kümmerte sich schon 2004 um eine frühe Intervention bei der bereits erkennbaren Zunahme übergewichtiger Kinder. Es schloss die Ernährungsschulung für Kinder und Eltern genauso ein wie Bewegung in der Gruppe und psychologische Verhaltensschulung. Oder schließlich das Modul „Früherkennung von Sehstörungen bei Neugeborenen und Kleinkindern“, das auf Initiative der AugenärztInnen im Netz entstand. Dieses Modul und die Früherkennung von Hautkrebs fanden schon wenige Jahre später aufgrund der guten Ergebnisse im Ärztenetz MuM Eingang in die Regelversorgung. Das Problem kindlichen Übergewichts wurde in den Folgejahren in zusätzlichen Versorgungsprogrammen fast aller Kostenträger aufgegriffen.

Kein Versorgungsprojekt gelingt ohne innovativ denkende und dafür offene Partner aufseiten der Kostenträger! Das Ärztenetz fand diese in der „Arbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen Ostwestfalen“ (ArGe OWL) und damals der IKK im Kreis Herford. Gemeinsam mit diesen rief man das Versorgungsmodell „OPTI-MuM“ ins Leben, ein Label, unter dem ein Teil der innovativen Versorgungsprojekte von „Medizin und Mehr“ zusammengefasst ist. Nach Ausscheiden der IKK 2011 wird das Projekt bis heute von der ArGe OWL gemeinsam mit dem Ärztenetz weiterentwickelt. Ein Modul im Versorgungsprojekt OPTI-MuM lautet „Gemeinsam für ver-

besserte Kommunikation“, hinter dem sich ein vom Ärztenetz initiiertes Internet-Fernsehkanaal verbirgt mit Ausstrahlung von Gesundheitsnachrichten in allen Wartezimmern der angeschlossenen MuM-Praxen seit 2007. Redaktionell bespielt wird der Internetkanal aus der Zentrale des Ärztenetzes. Das Internetfernsehen erwies sich als wirksames Instrument der Steuerung, indem etwa flächendeckend Beginn und Ende von Maßnahmen oder freie Kapazitäten ausgestrahlt werden konnten – Informationen, für die Patienten nirgendwo empfänglicher sind als im Wartezimmer ihres Arztes/ihrer Ärztin.

Es war danach nur ein weiterer logischer Schritt, dass die erste Videosprechstunde-Software ab 2015 im Ärztenetz MuM entwickelt wurde. Die Software „elVi“[®] („elektronische Visite“) wurde mit dem Ziel erdacht, die Versorgung von Patienten zu verbessern und dabei für die Akteure Zeit und Arbeitskraft einzusparen. Ihr erster Einsatz erfolgte daher an einem Brennpunkt, nämlich in der Pflegeheimversorgung. Im Rahmen eines Projektes, finanziell unterstützt von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), wurden ab 2016 vierzehn Arztpraxen und dreizehn von zweiundzwanzig Pflegeheimen in der Region mit „elVi“[®] ausgestattet. Resultat war, dass die Betreuungsdichte der Patienten in den Pflegeheimen durch Videosprechstunden zunahm, dass belastende Transporte dieser Patienten reduziert werden konnten, und dass Ärzte wie Pflegekräfte zeitlich deutliche Entlastung erfuhren. Seit Sommer 2017 wird nun die „elektronische Visite“ auf Veranlassung der stufenweise beigetretenen Kostenträger über alle Ärztenetze der KVWL und den in deren Regionen gelegenen Pflegeheimen ausgerollt. Ferner wurde „Medizin und Mehr“ zum Projektpartner im Innovationsfonds-Projekt TelNet@NRW. Bei diesem bisher größten Innovationsfonds-Projekt, das sich mit der Behandlung von Infektionen und Reduktion des hohen Antibiotika-Einsatzes befasst, wird per Videoschaltung mit „elVi“[®] Expertise aus den Universitäten Aachen und Münster in jede der insgesamt 105 teilnehmenden Arztpraxen in den Ärztenetzen Bünde und Köln Süd geholt – ein bundesweites Novum!

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass das Ärztenetz Bünde seit seiner Gründung nach dem Prinzip verfährt, Brennpunkte in der Versorgung zu erkennen, um dann zu versuchen, sie durch innovative Lösungen zu entschärfen. Dass das nur im Verein aller medizinischen Fachgruppen funktioniert und besser im Verein mit Kostenträgern geht, haben Mitglieder und Vorstände schon früh erkannt. Hierdurch unterscheidet sich Arbeit im Ärztenetz gravierend von

der Versorgung in nichtvernetzten Strukturen! Die nunmehr 13-jährige Zusammenarbeit mit den ostwestfälischen Krankenkassen hat das gegenseitige Verständnis gefördert, sodass die Sitzungen im Versorgungsprojekt OPTI-MuM zu einem „think tank“ geworden sind, in den beide Seiten ihre Ideen, Wünsche und Vorstellungen einbringen und diese bis heute zu neuen konstruktiven Versorgungsmodellen weiterentwickeln. Eine Art der regionalen Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern, die es außerhalb von Netzen so ebenfalls nicht gibt.

Gibt es Erkenntnisse über Nutzen und Wirkung der Vernetzung? Was sind die Vorteile für Patienten?

Die Effekte der Vernetzung müssen unterschieden werden in Effekte für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte und in Effekte für Patienten.

Die beteiligten Ärztinnen und Ärzte verspüren die Ergebnisse in erster Linie in der Veränderung ihrer alltäglichen Arbeit in den Praxen. Das ehemalige Honorarmodell, das ihnen Zeit und damit Lebensqualität brachte, die ZNP, die ihre nächtliche Inanspruchnahme durch Patientenanrufe drastisch reduzierte, eine gemeinsam organisierte und von der Ärztekammer zertifizierte Fortbildung, die es leicht macht, die jährlich geforderten Weiterbildungsnachweise vor Ort zu erwerben oder auch nur der verbesserte kollegiale Austausch am Rande der Netztreffen sind nur wenige Beispiele für die Verbesserung, die die Vernetzung gebracht hat. Dass die Netzmitglieder diese veränderten Arbeitsbedingungen tatsächlich als Gewinn wahrnahmen, konnte durch zwei anonyme Befragungen der Ärzteschaft zwischen 2004 und 2010 bestätigt werden.

Für Patienten sind die Effekte der Vernetzung zunächst nur indirekt feststellbar, da ihnen der direkte Vergleich mit der Versorgung in nichtvernetzten Regionen in der Regel fehlt. Zufriedenheit mit schnellen Terminen bei Engpass-Untersuchungen wie Kernspintomografie oder bei Fachärzten, schnelle Abstimmung und Information zwischen Haus- und Fachärzten bei ernsthaften Gesundheitsproblemen ihrer Patienten, viele zusätzliche Gesundheitsprogramme im Stil von OPTI-MuM, verbesserte Versorgung der eigenen Person oder der Angehörigen in Pflegeheimen, ambulante Zusatzbetreuung von Patienten mit chronischen Wunden durch angestellte medizinische Fachkräfte des Ärztenetzes und überhaupt die zentrale Anlaufstelle des Ärztenetzes in der MuM-Zentrale in der Viktoriastraße in Bünde, über

die man Orientierung im Gesundheitswesen der Region erhält, gehen mittlerweile deutlich über das übliche Niveau der Patientenversorgung hinaus. Diesbezügliche positive Rückspiegelungen von Patienten sind an der Tagesordnung.

Aber dieses sind subjektive Eindrücke, und es ist selbstverständlich, dass die Beurteilung der Effekte der Vernetzung auf die Patientenversorgung nicht dem Netz allein überlassen werden kann. Entsprechend fand mit dem OPTI-MuM-Projekt die ökonomische Evaluation des Projektes einerseits, und seiner Effekte auf die Patientenversorgung sowie auf die Patientenzufriedenheit andererseits statt. Die Evaluation erfolgte durch den Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie der Universität Bielefeld. Die Ergebnisse der Bewertung waren sowohl unter gesundheitsökonomischen Aspekten als auch in puncto Patientenzufriedenheit positiv.

Wie sieht die Zukunft des Netzwerkes aus? Was sind zukünftige Herausforderungen und welche Rahmenbedingungen werden für eine weitere erfolgreiche Arbeit benötigt?

Das Ärztenetz „Medizin und Mehr“ hat schon zahlreiche Höhen und Tiefen erlebt. Ein ewiges Problem sämtlicher Arztnetzwerke ist die Finanzierung der Strukturen, die für die Organisation der regionalen Gesundheitsversorgung erforderlich sind. Unter dem Dach der Genossenschaft betreibt das Ärztenetzwerk eigene Gesundheitseinrichtungen, etwa eine Abteilung für Physiotherapie, eine Ernährungsberatung und ein medizinisches Trainingszentrum für chronisch kranke Patienten mit Skelettbeschwerden. Durch diese sogenannten „Eigenbetriebe“ ist es möglich, einen gewissen Anteil an Finanzmitteln unabhängig zu erwirtschaften. Dieser Anteil reicht jedoch bei Weitem nicht, um die von MuM angebotenen umfangreichen Versorgungsprogramme kontinuierlich aufrechtzuerhalten. Das geht nur mit weiteren Finanzmitteln, z.B. aus integrierten Versorgungsverträgen und durch Unterstützung der KVWL, die diesbezüglich bundesweit eine Vorbildrolle einnimmt.

Wichtig für das Ärztenetz MuM und Arztnetze im Allgemeinen ist für die zukünftige Tätigkeit die Anerkennung des „Leistungserbringerstatus“. Hierunter versteht man, dass Arztnetze in die Lage versetzt werden müssen, so zu agieren wie etwa medizinische Versorgungszentren oder Krankenhäuser. Diesen ist es als „Leistungserbringer“ i.S. des SGB V unter anderem möglich, Ärzte anzustellen.

Eine solche Anstellungsmöglichkeit ist Ärztenetzen allerdings bisher nicht gegeben, was aber aus Sicht vieler Ärztenetze zukünftig wichtig für die Aufrechterhaltung der Versorgung speziell in ländlichen Gebieten sein wird. Es könnten dann vakante Arztsitze vom Netz selbst übernommen und z.B. mit angestellten Ärzten im Rahmen der unten skizzierten modernen Arbeitszeitmodelle betrieben werden. Die Arztnetze müssten nicht wie vielerorts bereits jetzt zuschauen, wie profitorientierte Konzerne und Krankenhäuser Arztpraxen aus dem Netz „herauskaufen“, um sie als Einfüllstutzen für die oft profitablere stationäre Behandlung zu benutzen. Deshalb ist die Zuerkennung des Leistungserbringerstatus auch eine Kardinalforderung der „Agentur Deutscher Arztnetze“ in Berlin, deren Gründungsmitglied das Ärztenetz Bünde ist. Mit dem Leistungserbringerstatus und damit der Möglichkeit, die Versorgerrolle als Arztnetz in der Region zu stärken, wären auch weitere Finanzierungsmöglichkeiten für Netzstrukturen gegeben.

Die Herausforderungen werden in den nächsten Jahren noch zunehmen, was die Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung bei abnehmenden Arztzahlen angeht. Gleichwohl sind gut strukturierte und organisierte Arztnetze in der Lage, auch bei knapperen personellen Ressourcen Versorgung regional zu gestalten. Es ist Sache der Kostenträger, gemeinsam mit den Arztnetzen die hierfür nötigen Aufwände zu schätzen und zukünftig solide zu finanzieren. Wie schon die Evaluation des OP-

TI-MuM-Projektes gezeigt hat, wird dies nicht einmal zwingend mit höheren Ausgaben verbunden sein, da nichts teurer ist als schlechte Versorgung. „Medizin und Mehr“ wird sich weiter professionalisieren und als Versorger in der Region unverzichtbar werden. Denn neue Lebens- und Arbeitszeitmodelle nachwachsender ärztlicher Generationen lassen die bisherige gelebte Praxis, dass Hausärzte ständig verfügbar sein sollen, zum Auslaufmodell werden. In Ärztenetzen angestellte Kolleginnen und Kollegen mit flexiblen Arbeitszeitmodellen, die eine Gesundheitsversorgung anbieten, die an die regionalen Besonderheiten durch spezielle Versorgungsprogramme angepasst wird, können auch zukünftig eine hochwertige Patientenversorgung leisten – wenn man ihnen die Zeit dazu lässt. Hierzu kann ein Arztnetz auch dadurch beitragen, dass sämtliche administrative Arbeiten vom Netz und seinen spezialisierten Angestellten übernommen werden, wodurch schon heute ein Viertel mehr ärztliche Arbeitszeit als sie bisher in den Praxen zur Verfügung steht, gehoben werden könnte.

Viele der bei MuM entwickelten Ideen haben den Weg in die Regelversorgung gefunden. Wir sind zuversichtlich, dass auch unsere Ideen zu Leistungserbringerstatus, Netzfinanzierung und Einsatz digitaler Technologie zur Entlastung der Akteure im Gesundheitswesen von Politik und Kostenträgern gehört werden. Die Ernsthaftigkeit unserer Ansätze haben wir in den vergangenen 22 Jahren vielfach bewiesen.

Interview mit Thomas Floeth



Dr. Thomas Floeth
Geschäftsführer Pinel Netzwerk

Was ist das Pinel Netzwerk und was sind Besonderheiten bzw. Unterschiede gegenüber „herkömmlichen“ Versorgungsmodellen?

Das Pinel Netzwerk ist ein gemeinnütziger Träger, der im Rahmen der Gemeindepsychiatrie im Großraum Berlin unter dem Dach der Stiftung Pinel tätig ist. Für Pinel, seit 50 Jahren mit der Frage einer für die Betroffenen wirklich guten Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland befasst, war eine Begleitung in der Lebenswelt schon immer von zentraler Bedeutung. Das Pinel Netzwerk bietet im Vertragsrahmen der „Besonderen Versorgung“ nach § 140a SGB V (vormals „Integrierte Versorgung“) Leistungen zur akuten Krisenversorgung und Krisenprävention sowie zur Rückkehr in Arbeit für Menschen in psychischen Krisen bzw. mit psychischen Problemen an.

Der Fokus auf der Lebenswelt des Klienten bedeutet konkret, dass sich das Pinel Netzwerk und sein Angebot um eine betroffene Person herum aufbaut und ihre Bedarfe in den Mittelpunkt der Versorgung stellt. Der Klient wird als Experte seiner konkreten Fragestellung gesehen und mit verschiedensten Ansätzen in seiner Lösungskompetenz gestärkt. Alle Angebote werden nah an den aktuellen Bedarfen

entwickelt. Das Pinel Netzwerk setzt hierzu multidisziplinär besetzte Teams ein, bei denen je nach Situation Professionen wie Psychologie, Sozialarbeit, Pflege, Pädagogik o.ä. zum Zuge kommen, aber auch die Expertise von sogenannten Erfahrungsexperten. Letzteres sind Personen, die auf eigene Erfahrung als Psychiatriepatient zurückgreifen und diese – nach Teilnahme an dem eigens hierfür entwickelten Weiterbildungsprogramm „EX-IN“ – als Unterstützungsleistung fruchtbar machen können. Dem Klienten werden Bezugspersonen an die Seite gestellt, die konkret vereinbarte Versorgung ist eng im Team abgestimmt. Für Notfälle wird eine 24-Stunden-Hotline vorgehalten sowie eine Krisenpension für einen kurzfristigen Rückzug.

Die Versorgung wird gemeinsam mit dem Versicherten und seinem Lebensumfeld bedürfnisorientiert organisiert, ist also klienten- statt institutionszentriert. Die Person steht nicht allein, sondern sein soziales Netzwerk wird gemäß seinen Wünschen und Einschätzungen einbezogen. In sogenannten Netzwerkgesprächen können alle Personen – Angehörige, Freunde, Arbeitskollegen, professionelle Helfer – beteiligt werden, die für die Bewältigung einer Krise bedeutsam sind und ggf. hilfreich sein können. Vernetzung mit dem Umfeld, aber auch mit niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten, Ämtern usw. findet also vom Klienten aus statt. Im Falle eines manchmal doch notwendigen stationären Aufenthaltes werden die Bezüge zur Alltagswelt des Klienten bewusst durch Besuche und Vernetzung gestärkt und so die Klinikzeit möglichst verkürzt.

Die „Besondere Versorgung“ bietet den Vorteil, die traditionellen Behandlungswege durch Einbeziehung unterschiedlicher Berufsgruppen, kreative Vernetzung und ungewöhnliche Angebote deutlich erweitern und angemessene Antworten für die verschiedenartigsten Fragen finden zu können.



Experienced Involvement (EX-IN) ist ein Weiterbildungsprogramm, das in sechs europäischen Ländern, finanziert als Leonardo da Vinci Pilotprojekt, speziell für Psychiatrie-erfahrene entwickelt wurde.

Das Programm baut auf den Erfahrungen der Teilnehmenden auf. Kerngedanke ist, aus der besonderen „biografischen Lücke“ eine Ressource zu machen, miteinander und voneinander zu lernen, indem (Krisen-)Erfahrungen (*Ich-Wissen*) ausgetauscht und Bewährtes (*Wir-Wissen*) gemeinsam festgehalten wird. Ziel ist, die eigenen Erfahrungen für andere Peers professionell in Beratung und Begleitung zu nutzen. Das Programm wird in Deutschland vielfach angeboten, in Berlin seit 11 Jahren durch Pinel.

Gibt es Erkenntnisse über Nutzen und Wirkung der Vernetzung? Was sind insbesondere die Vorteile für Patientinnen und Patienten?

Gerade in akuten psychischen Krisen sind Aufenthalte auf psychiatrischen Stationen in Deutschland häufig der einzige Weg, der einem Betroffenen als Lösung angeboten wird. Ab einem bestimmten Grad von Unsicherheit und Gefahr sieht z. B. ein behandelnder Arzt keine ambulante Alternative zu einer erstmal „sicheren“ stationären Versorgung. Die damit einhergehende Veränderung der gewohnten Umgebung kann als hilfreich und beruhigend erlebt werden, aber oft auch als einschneidenden Bruch mit der eigenen Lebenswelt. In der Folge solcher Aufenthalte kann eine Rückkehr nach Hause extrem schwerfallen, Kontakte mit Familie, Freunden und Nachbarn werden möglicherweise gefährdet usw. Damit kann eine so versorgte Krise auch zum Abbruch von gewohnten Strukturen führen. Eine Versorgung hingegen, die von der Lebenspraxis des Klienten ausgeht, verhindert manche dieser potenziellen Brüche. Das Netzwerk, was im traditionellen – im Akutfall stationären – Weg von der Bewältigung einer Krise ferngehalten oder ganz ausgeschlossen wird, ist im Gegensatz dazu hier oft der Schlüssel zu seiner Lösung. Die Normalisierung nach einer Krise ist so oft zügiger, niedrigschwelliger und nachhaltiger möglich.

Auch im Bereich Arbeitsbefähigung, wo Menschen aufgrund psychiatrischer Diagnosen eine zeitweise Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, haben die Betroffenen bei diesem Ansatz nicht das Gefühl, standardisierten Methoden gegenüberzustehen, sondern Antworten auf die konkreten Fragen ihrer aktuellen Lebenssituation zu erhalten.

Das deutlichste Kennzeichen ist vielleicht die Tatsache, dass sowohl in der Krisenversorgung als auch im Umgang mit AU-Fällen die Rückfallquote in eine neue Krise deutlich geringer wird, als dies in der herkömmlichen Versorgung erwartbar wäre.

Nach den bisherigen Erfahrungen können durch die Arbeit im Lebensumfeld des Klienten und den ambulanten Ansatz bei der akuten Krisenversorgung mehr als 50% der statistisch zu erwartenden stationären Aufenthalte überflüssig gemacht werden.

Wie sieht die Zukunft des Netzwerks aus? Was sind zukünftige Herausforderungen und welche Rahmenbedingungen werden für eine weitere erfolgreiche Arbeit benötigt?

Nachdem einige Krankenkassen die „Besondere Versorgung“ als eine Verbesserungsmöglichkeit für die Behandlung ihrer Versicherten identifiziert hatten, wurden in den vergangenen 10 Jahren einige vielversprechende Verträge entwickelt und umgesetzt. In jüngster Zeit stehen nun manche dieser Verträge aufgrund kurzfristig ausgerichteter betriebswirtschaftlicher Auswertungen unter sehr starkem ökonomischem Druck mit der Gefahr eines reduzierten Angebots. Diese Entwicklung berücksichtigt weder die gesteigerte Lebensqualität für den Versicherten und sein Umfeld noch die langfristige Verbesserung seiner Versorgung mit ihren volkswirtschaftlichen Folgen. Hier wäre ein Umdenken gefragt sowie die Öffnung weiterer Krankenkassen für diese interessanten Versorgungsmodelle. Mit einfallreichen, erfahrenen Leistungserbringern könnten Kassen weitere bedarfsangemessene, erfolgsversprechende Angebote entwickeln und ein breiteres Verständnis für eine wirklich präventive und kurative Behandlung psychiatrischer Krankheit fördern.

Aktuell gibt es Grund zur Hoffnung, dass einige der Erkenntnisse aus der „Besonderen Versorgung“ in Zukunft in die Regelversorgung übernommen werden könnten. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., der schon bei der Entwicklung von entsprechenden Verträgen federführend tätig war, wird hierzu ein vom Innovationsfonds gefördertes Projekt durchführen. Im Rahmen einer „Gemeindepsychiatrischen Basisversorgung“ werden in einem 3-Jahreszeitraum als relevant erkannte ambulante Behandlungsmodule an regional sehr unterschiedlichen Standorten angewendet – in Berlin durch das Pinel Netzwerk: Dabei wird zu zeigen sein, dass eine solche Versorgung für alle Beteiligten, besonders aber für die Betroffenen, sinnvoll und angemessen

ist und daher in der Regelversorgung ihren Platz erhalten muss.



„Besondere Versorgung“ § 140a SGB V

Dies ist eine Möglichkeit für Krankenkassen, im Verbund mit kreativen Leistungserbringern ihren Versicherten eine interdisziplinär fachübergreifende oft innovative Versor-

gung anzubieten – mit über Regelleistung hinausgehenden Gestaltungsmöglichkeiten. Beispielsweise hat die GWQ ServicePlus AG mit Trägern des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e.V. den Vertrag SeGel (Seelische Gesundheit leben) entwickelt, durch den verschiedene Betriebskrankenkassen wie die Siemens Betriebskrankenkasse (SBK), die BKK Firmus oder die Daimler BKK ihren Versicherten die in diesem Artikel beschriebene Krisenversorgung anbieten können.

Interview mit Peter Gocke



Dr. Peter Gocke
CDO Charité – Universitätsmedizin
Berlin

© Charité

Welches Potenzial birgt eine stärkere Vernetzung für die Patientenversorgung? Welche Rolle können bzw. sollten dabei digitale Technologien spielen?

Die Medizin der Zukunft ist eine zunehmend datengetriebene Medizin. Damit kommt der rechtzeitigen und ubiquitären Verfügbarkeit klinischer Daten eine immer größere Bedeutung zu. Hierbei geht es allerdings zunehmend nicht mehr um den reinen Austausch von Textdokumenten, sondern um die adäquate Verfügbarkeit von strukturierten Daten: bei den immer größer werdenden Datenmengen, die pro Patient und Behandlungsfall anfallen wird es zunehmend nicht mehr möglich sein, diese in angemessener Zeit nur von Menschen auszuwerten und beurteilen zu lassen. Hier kommen bereits heute Algorithmen ins Spiel sowie Vorstufen der sogenannten „schwachen künstlichen Intelligenz“, um diese Daten vorauszuwerten.

Eine stärkere Vernetzung sollte sich aber nicht auf einen besseren Austausch und eine bessere Nutzung von Daten beschränken. Auch Serviceketten, begonnen bei einer elektronischen Terminvereinbarung für Patienten bis hin zu einer von zu Hause aus durchgeführten Online-Anamnese, einem Online-Check-in ins Krankenhaus sowie eine Einbindung der Patienten in Portalsysteme gehören zu den

Möglichkeiten, die die zunehmende Digitalisierung uns bietet und die Patienten zunehmend erwarten. Dies gilt umso mehr, je mehr auch der Patient in seinem persönlichen Umfeld (und gegebenenfalls auch in seinem Arbeitsumfeld) eine Digitalisierung erlebt und aktiv gestaltet. Es darf nicht passieren, dass Patienten bei Kontakt mit den Institutionen des Gesundheitswesens quasi einen digitalen Rückschritt erfahren!

Welche Herausforderungen sind dabei insbesondere in der stationären Versorgung zu meistern?

Die Systeme, welche wir heute in der stationären (und auch in der ambulanten) Versorgung einsetzen, führen zu einer sehr heterogenen Landschaft mit Datenhaltung in Silos und wenig Interoperabilität. Darüber hinaus sind diese Systeme nicht gut darauf ausgerichtet, Daten in strukturierten Formaten zu erfassen und zu handhaben. Diese strukturierten Daten sind aber eine Grundvoraussetzung für die Anwendung von Algorithmen und künstlicher Intelligenz. Letztlich sollte gelten: ein Patient – ein Datensatz.

Darüber hinaus bauen wir oft selbst weitere künstliche Hürden auf, indem wir den Zugriff auf Daten auf einen (wie auch immer definierten) „Fall“ einschränken und damit viel Potenzial verschenken. Auch bei Verlegung zwischen Fachabteilungen (manchmal auch des gleichen Hauses) kommt es immer noch zu schnittstellenbedingten Einschränkungen der Datenverfügbarkeit. Dies ist längst nicht mehr zeitgemäß. Ein modernes Krankenhausinformationssystem sollte die strukturierte Bereitstellung von benötigten Daten und Informationen jederzeit und überall gewährleisten.

Eine weitere Qualität, die die Datenverarbeitung in der stationären Versorgung erreichen muss, ist die einer sogenannten Realtime Datenverarbeitung: letztlich müssen Unterstützungsalgorithmen unmittelbar nach Vorliegen von Daten aktiv werden

können, es ist nicht sinnvoll, Daten erst nach aufwändigen Transfer- und Freigabemechanismen für solche Zwecke verfügbar zu haben.

Welche Rahmenbedingungen sind notwendig, dass eine sektorenübergreifende Vernetzung vorankommt und Nutzen für die Patientinnen und Patienten bringt?

Insbesondere bei der sektorenübergreifenden Vernetzung ist die fehlende Vereinbarung auf allgemeingültige und verpflichtende Standards ein erhebliches Hindernis. Obwohl eine Vielzahl von Standards existiert, ist der Durchdringungsgrad dieser Standards in dem aktuell eingesetzten System immer noch viel zu gering, um die gewünschte nahtlose Zusammenarbeit zum Nutzen der Patienten sicherzustellen. Diese Standards zu setzen und zu etablieren sollte aber das Ziel aller im Gesundheitswesen agierenden Institutionen sein: wir laufen sonst letztlich Gefahr, dass andere (gegebenenfalls auch branchenfremde) diese Standards setzen und damit im Gesundheitsmarkt zu erheblichen Verschiebungen und Disruptionen führen. Hier könnte durchaus auch der Gesetzgeber eine deutlich aktivere Rolle spielen. Letztlich gehört heutzutage zu einer adäquaten Behandlung neben der korrekten Diagnose und richtigen

Therapie auch die angemessene, strukturierte und als Informationsquelle weiter nutzbare Dokumentation. In den USA hat es in der Vergangenheit mit dem sogenannten Programm „Meaningful Use“ entsprechende Aktivitäten gegeben: hierbei wurden zunächst verpflichtende Anforderungen an Dokumentation und Austausch von Dokumenten formuliert, die Umsetzung dieser Anforderungen in den ersten Jahren finanziell gefördert (mit abnehmender Tendenz – wer früh agiert hat, hat mehr Unterstützung bekommen) und im weiteren mit finanziellen Sanktionen belegt (hier mit steigender Tendenz: zunächst erfolgten geringe, später spürbare Abschlüsse in der Vergütung). Auch hier wurde die adäquate Dokumentation und Weitergabe von Informationen als Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Krankenversorgung postuliert. Ein ähnliches System könnte auch in Deutschland erfolgreich sein.

Bei alledem muss selbstverständlich gelten: keine Nutzung von Daten ohne Zustimmung und Kenntnis des Patienten – aber auch keine übertriebene Angst vor dem sinnvollen Gebrauch von Daten. Was das erfordert, hat Aristoteles mal sehr schön so formuliert:

„In den wesentlichen Dingen Einheit, im Handeln Freiheit, und bei allen Dingen Vertrauen“.

Interview mit Kai Helge Vogel



Kai Helge Vogel
Leiter Team Gesundheit und Pflege,
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband

Der Verbraucherzentrale Bundesverband ist der Dachverband der 16 Verbraucherzentralen der Länder und 26 weiterer verbraucher- und sozialpolitisch orientierter Organisationen in Deutschland. Die Themen Gesundheit und Pflege spielen in der Arbeit des Verbands eine wesentliche Rolle. Der Verbraucherzentrale Bundesverband ist u. a. eine der maßgeblichen Organisationen zur Interessenvertretung von Patienten und pflegebedürftigen Menschen in Deutschland.

Welches Potenzial birgt eine stärkere, auch sektorenübergreifende Vernetzung im Gesundheitswesen für Patientinnen und Patienten?

Um die Versorgung für Patienten in Deutschland zu verbessern, sind grundsätzliche strukturelle Veränderungen in der Gesundheitsversorgung notwendig. Trotz jahrzehntelanger Diskussionen und kleinteiliger Ansätze im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren spüren Patienten an vielen Stellen in der Praxis die bislang unzureichende sektorübergreifende Kooperation und Vernetzung sehr deutlich.

Eines der zu Recht vielfach aufgegriffenen Problemfelder stellt beispielsweise das Entlassmanagement dar. Für Patienten ist gerade der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische oder pflegerische Versorgung ein besonders kritischer und wichtiger Aspekt. Um Versorgungslücken – etwa bei alleinlebenden Senioren – zu verhindern, braucht es ein funktionierendes Zusammenspiel verschiedenster Stellen. In den letzten Jahren wurde an dieser Schnittstelle vom Gesetzgeber reagiert, aber es gibt weiterhin erheblichen Verbesserungsbedarf.

Ein besseres Zusammenwirken von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, weiteren Gesundheitsberufen und Versorgungsbereichen ist im Sinne aller Verbraucher. Sie wünschen und brauchen eine reibungslose gute gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Aber auch für die grundsätzliche Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland ist eine stärkere und bessere Vernetzung schlicht unerlässlich. Man kann hier beispielsweise die ärztliche Versorgung nennen. Für die Vertreter der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser sind die jeweiligen Zuständigkeiten von grundlegender Bedeutung und ausschlaggebend, der Patient vor Ort wünscht sich jedoch nur eine möglichst zeitnahe Lösung seines gesundheitlichen Problems.

Welche Chancen und Risiken ergeben sich darüber hinaus für die Akteure im Gesundheitswesen? Was verhindert eine stärkere, sektorenübergreifende Vernetzung?

Erfreulicherweise wurden in den vergangenen Jahren erste Schritte unternommen, um die Vernetzung in der Versorgung zu verbessern und die starren Sektorgrenzen zu überwinden. Trotzdem dominiert noch immer das Sektordenken – vielfach vorrangig aus ökonomischen Interessen. Hier braucht es

Lösungen, ebenso wie bei den rechtlichen Rahmenbedingungen, die viele Vorhaben einschränken oder sogar ganz unmöglich machen. Relevant sind ebenso die unterschiedlichen Finanzierungssysteme der einzelnen Leistungsbereiche.

Von besonderer Bedeutung sind aktuell die ärztliche Bedarfsplanung und die Notfallversorgung. Hier ist eine Verknüpfung von ambulanter und stationärer Versorgung notwendig. Erfreulicherweise hat der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen mit seinem Gutachten 2018 Wege zur Umsetzung aufgezeigt. Aber auch die Einbindung weiterer weniger oft diskutierter Sektoren, wie die (ambulante) Pflege oder die Rehabilitation, sollte dabei bedacht werden.

Die Aktivitäten der Krankenkassen zur Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung sind in diesem Zusammenhang zu begrüßen. Die Kassen tragen dazu bei Barrieren abzubauen und können sich dadurch gleichermaßen im Wettbewerb behaupten. Aus Patientensicht muss der Blick jedoch immer auf die Versorgung aller Patienten unabhängig von ihrer jeweils gewählten Krankenkasse gelegt werden. Deshalb sind Selektivverträge, etc. gute Ansätze, aber die sektorübergreifende Versorgung muss in der Regelversorgung ankommen.

Nur durch die Zusammenarbeit aller Gruppen können zukunftsfähige Lösungen im Sinne der Patienten sowie der einzelnen Akteure geschaffen werden. Es ist zum Glück zu beobachten, dass das Bewusstsein nur als „Einzelkämpfer“ erfolgreich zu sein, abnimmt. Im Gesundheitswesen muss die Botschaft ankommen, dass eine Vernetzung und Zusammenarbeit hilfreich und unerlässlich ist.

Welche Rahmenbedingungen sind auch vonseiten der Politik notwendig, um Vernetzung im Gesundheitswesen auch über Sektorengrenzen hinweg zu verstärken?

Der Auftrag an die 2018 eingerichtete Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen auszubauen und weitere nachhaltige Schritte für eine sektorenübergreifende, am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patientinnen ausgerichteten Versorgung einzuleiten, ist richtig definiert, aber es müssen auch zeitnah Taten folgen. Die alleinige Einrichtung einer Arbeitsgruppe greift jedoch auch zu kurz. Es braucht zwingend weitere Aktivitäten vonseiten der Politik.

Angesichts der starken Lobbygruppen im Gesundheitswesen braucht die Politik Mut. Nur so ist zu erwarten, dass statt einer Vielzahl kleinteiliger Vorhaben endlich strukturelle Veränderungen angegangen werden. Die zunehmende Digitalisierung bietet hierbei aktuell die große und einmalige Chance, Versorgungsabläufe neu zu denken und patientenorientierter zu gestalten. Spätestens an dieser Stelle gilt es auch, sich mit neuen Partnern außerhalb der klassischen Gesundheitsversorgung zu vernetzen.

Noch ist es nicht die Regel, aber es gibt immer mehr Bestrebungen und Modellprojekte, die sich für eine stärkere und umfangreichere Vernetzung einsetzen. Hier braucht es Unterstützer, statt Bedenkenträger. In jedem Fall muss dabei aber das vielfach verwendete aber leider ebenso oft nicht ernst genommene Motto „Der Patient steht im Mittelpunkt“ umgesetzt werden.

4

Fazit



Reißt die Mauern ein! – Ein Plädoyer für ein vernetztes Versorgungssystem



Franz Knieps
Vorstand des BKK Dachverbands,
Berlin

Der Sozialstaat und das Gesundheitssystem in den Klauen der Sektoren

Das deutsche Sozialwesen ist ein komplexes und kompliziertes Gebilde. Es wurde nicht am Reißbrett entwickelt, sondern ist das Ergebnis von großen politischen Sozialreformen und inkrementellen Reformschritten, aber auch von Irrungen und Wirrungen der Geschichte. So unterteilt sich die Sozialversicherung in fünf verschiedene Zweige mit eigenem Leistungs-, Versorgungs-, Finanzierungs- und Organisationsgefüge. Der Organisationsrahmen der Krankenversicherung unterliegt einer international einmaligen Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung mit entsolidarisierender Wirkung. Die gesetzliche Krankenversicherung wiederum zerfällt – trotz Kassenwahlfreiheit seit 1996 – in heute sechs Kassenarten, die älter sind als die Bismarcksche Sozialgesetzgebung. Auf die Versicherungsseite soll hier nicht näher eingegangen werden, obwohl es an der Zeit wäre, zumindest eine Zusammenführung von Kranken- und Pflegeversicherung zu prüfen und das duale System von GKV und PKV durch einen einheitlichen Versicherungsmarkt zu ersetzen. Vielmehr konzentriert sich der BKK Gesundheitsatlas 2019 auf Netzwerke zur Überwindung der Zergliederung in der gesundheitlichen Versor-

gung. Auch hier lassen sich viele Feinheiten in der kleinteiligen Strukturierung der Subsysteme finden, die einer integrierten, patienten- und prozessorientierten Versorgung im Wege stehen und die Qualität, Effektivität und Effizienz der Versorgung in teilweise erheblichem Maße beeinträchtigen.

Gerade das Leistungs- und Versorgungssystem kennt eine mehrfache Untergliederung in Teil- und Subsysteme, die doch eigentlich durch die Schaffung eines einheitlichen Sozialgesetzbuches überwunden werden sollten. Auf der oberen Ebene lassen sich gesundheitliche und soziale Versorgung unterscheiden. Die gesundheitliche Versorgung teilt sich traditionell in präventive, kurative, rehabilitative und pflegerische Versorgung. Prävention lässt sich in mehrere Stufen (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) sowie nach Lebenslagen, Settings (Schule, Betrieb, Quartier) und Zielgruppen (Kinder, Studenten, Berufstätige, Arbeitslose, ältere Menschen, Migranten, vulnerable Gruppen) gliedern. Die kurative Versorgung teilt sich wiederum in diverse Versorgungsgruppen (u. a. ambulante und stationäre, ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln etc.) und Versorgungsstufen (einfache und schwere Erkrankungen, Chronikerversorgung, Palliativversorgung). Ähnlich lassen sich auch Rehabilitation und Pflege untergliedern. Speziell die ambulante ärztliche Versorgung wird weiter unterteilt in haus- und fachärztliche Versorgung.

Delegitimierung durch Qualitätsmängel, Zugangsprobleme, Verteilungskonflikte

Gerade an diesen Schnittstellen entzündeten sich Zuständigkeits- und Verteilungskonflikte, entstehen Probleme und Versorgungslücken, lassen sich Fehlallokationen der Ressourcen und Qualitätsmängel belegen. Die darauf beruhenden Fehlentwicklungen belasten nicht nur die professionellen Akteure im

Gesundheits- und Sozialsystem, sondern bedrohen den bedarfsgerechten Zugang der Menschen zu gesundheitlichen wie sozialen Leistungen und Produkten. Sie gefährden kontinuierliche Betreuungs- und Versorgungsprozesse sowie die definierte Qualität und letztlich sogar den gewünschten Erfolg. Die strukturellen Brüche werden seit Langem als eine wesentliche Ursache für das vergleichsweise schlechte Verhältnis von Ressourcen-Input und messbarem gesundheitlichem Outcome angesehen. Trotz weiter steigendem Ressourceneinsatz für Gesundheit und soziale Sicherheit wird die Legitimation des Sozialstaates dadurch zunehmend infrage gestellt. Mängel wie die hier nur skizzenhaft beschriebenen tragen zur Politikverdrossenheit bei und mindern die Bereitschaft zu wirtschaftlichem und sozialem Wandel. Gesundheit und soziale Sicherheit sind Voraussetzung, nicht etwa Hindernisse für Entwicklungsprozesse. Als pars pro toto sei nur auf die digitale Transformation verwiesen, die weit mehr ist als eine besondere Form des technischen Fortschritts. Sie erfasst alle Lebens- und Arbeitsbereiche, verwandelt Abläufe und Kulturen. Sie definiert Aufgaben und Funktionen neu. Sie enthält Chancen und Risiken, die immer wieder neu auszubalancieren sind.

Dominanz der sektorspezifischen Steuerung

Natürlich hat auch die Gesundheitspolitik diese Defizite erkannt und an verschiedenen Stellen Brücken über die Gräben zwischen den Sektoren geschlagen. Beispiele dafür sind etwa die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus, das Entlassmanagement, die besonderen Versorgungsformen einschließlich der integrierten Versorgung, die Aufwertung des Hausarztes zum Lotsen in der hausarztzentrierten Versorgung, die ambulante spezialärztliche Versorgung, Arztnetze unterschiedlicher Bauart und vieles mehr. Abgesehen von regionalerfolgreichen Leuchtturmprojekten wie dem Hausarztmodell oder dem Projekt „Gesundes Kinzigtal“ haben alle diese Ansätze die Logik der Sektorengliederung kaum ernsthaft infrage stellen können. Diese müssen sich doch immer noch als Ausnahme von der Regel rechtfertigen und weiterhin in komplexen Verwaltungsvorgängen – wie beispielsweise die Budgetbereinigung – um die eigene Existenz kämpfen. Es ist zu befürchten, dass aufgrund des Primats der Sektorenorientierung die Optimierung der Subsysteme weiterhin die Oberhand über die Optimierung des Gesamtsystems behalten wird. Denn für alle Subsys-

teme gibt es eigene Rechtsregeln, ökonomische Anreize und professionelle Identitäten. Das gilt insbesondere für die Steuerung von Kapazitäten, Vergütungen, Qualitätsanforderungen sowie beruflicher Qualifikationen und Aufgabenbereichen. Diese spezifischen Ausprägungen entwerfen oder verdrängen die durchaus vorhandenen Regeln und (wenn auch schwächer ausgeprägten) Anreize zu Kommunikation, Koordination und Kooperation über die Grenzen des jeweiligen Subsystems hinweg.

Aufbruch zu neuen Leitvorstellungen – Bekenntnis zur Ordnungspolitik

Angeht sozioökonomischer Herausforderungen – beispielhaft der demografische und soziale Wandel, die Urbanisierung, die Migration – der digitalen Transformation und des teilweise explosionsartigen medizinisch-technischen Fortschritts bietet es sich an, Gesundheits- und Sozialpolitik völlig neu zu denken. Dies setzt vor allem eine Rückbesinnung auf eine kohärente ordnungspolitische Leitvorstellung voraus. Denn die politische Verantwortung wird in einem System zunehmender „organisierter Nichtverantwortlichkeit“ zwischen Politik und Selbstverwaltung hin und her geschoben.

Mir erscheint eine Neuordnung des Mixes von staatlicher Administrierung, korporatistischer Selbstverwaltung und marktlichem Wettbewerb mit dem Ziel klarer Zuordnung von Aufgaben und Funktionen vielfältiger Akteure sowie der präziseren Bestimmung von Instrumenten und Anreizen ebenso geboten wie die Schaffung einer konsistenten Wettbewerbsordnung und die Stärkung der Innovationskraft. Dabei wäre es auch hilfreich, dem stark vernachlässigten Prinzip der Subsidiarität wieder stärkeren Einfluss einzuräumen. Dieser vor allem in der katholischen Soziallehre entwickelte Grundsatz läuft darauf hinaus, Entscheidungen nur dann auf eine höhere Ebene zu verlagern, wenn die untere Ebene damit überfordert ist.

Plädoyer für den Vorrang der integrierten, vernetzten Versorgung vor sektorspezifischen Ansätzen

Da die Politik in Bund und Ländern zunehmend kurzfristigem Populismus und tagesaktueller Effekthascherei verfallen ist, bietet es sich an, wie vor 30 Jahren eine Enquetekommission des Deutschen Bundestags einzusetzen, um politische Visionen und Leitvorstellungen für ein Gesundheits- und Sozialwesen der

Zukunft jenseits der Tagespolitik und der Interessensgegensätze der Akteure zu entwickeln. Zur Umsetzung dieser Vorstellungen sollte das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) grundlegend neu kodifiziert werden. Dabei wird Vernetzung und Integration Vorrang vor sektororientierten Steuerungsansätzen eingeräumt werden müssen. Alle analogen Instrumente sollten für den digitalen Einsatz freigegeben werden. Verbote mit Erlaubnisvorbehalt können in einer Vielzahl von Fällen in Verbotsvorbehalte umgewandelt werden. Diese Leitvorstellungen müssen der digitalen Transformation Rechnung tragen. Der Zugang der Versicherten zu Innovationen muss erleichtert und verbessert werden, ohne die Anforderungen an Sicherheit und nachgewiesener Evidenz zu senken.

Sektorale Steuerungsinstrumente zur Ermittlung des Bedarfs und zur Planung darauf abgestimmter Kapazitäten sollen in eine integrierte Bedarfsermittlung und -planung überführt werden. Dabei sollen den Akteuren stärkere regionale und bedarfsspezifische Flexibilitäten eingeräumt werden. Ein neues Vergütungssystem, das die Grenzen von Sektoren, Einrichtungen und Professionen überwindet, soll Anreize zu schonendem Ressourcenverbrauch, zur Erhöhung messbarer Qualität und zur Förderung nutzenbelegter Innovationen enthalten.

Mut zur Gestaltung in einer flexiblen Rahmenordnung

Statt starrer, unflexibler Hierarchien, statt Dominanz einer Institution oder Berufsgruppe über andere, statt vorgeschriebener Organisations- und Betriebsformen sollte ein Plädoyer für eine flexible Rahmenordnung, die Spielräume für Versuch und Irrtum, für Experiment und Wettbewerb, für neue Kommunikations- und Kooperationsformen auf Augenhöhe, für Netzwerke und Prozessketten

lässt, das System öffnen und zukunftsfähig machen. Das deutsche Gesundheitswesen und die deutsche Sozialordnung hat Kriege und Krisen, ideologische Versuchungen und praktische Herausforderungen gemeistert, warum sollten sie nicht auch die passenden Antworten auf die gegenwärtigen und die zukünftigen Anforderungen geben.



Reißt die Mauern in der Realität und in den Köpfen ein!

Öffnet die verkrusteten Strukturen für intelligente Netzwerke!

Denkt von den Nutzern des Systems her! Lasst Unterschiede und Ungewöhnliches zu!

Dann werden sich Qualität, Effektivität und Effizienz der Versorgung in einem integrierten System einstellen.

Weiterführende Literatur

- Brandhorst A., Hildebrandt H., Luthé E.-W. (Hrsg.) Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt im Gesundheitswesen, Wiesbaden 2017
- Klemm A.K. Vernetzte, patientenzentrierte, teambasierte Versorgung: eine Utopie? in Knieps F. (Hrsg.), Gesundheitspolitik – Akteure, Aufgaben, Lösungen, Berlin 2017, 83–107
- Knieps F. Soziale Krankenversicherung 4.0 – Visionen eines modernen Versicherungs- und Versorgungssystems. in Böttinger E., zu Putlitz J. (Hrsg.) Die Zukunft der Medizin, Berlin 2019 (erscheint im Frühsommer 2019)
- Porter M.E., Guth C. Chancen für das deutsche Gesundheitswesen – Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen, Berlin Heidelberg 2012
- Schulz T. Zukunftsmedizin – Wie das Silicon Valley Krankheiten besiegen und unser Leben verlängern will, München 2018
- Schwab K. Die Vierte Industrielle Revolution, München 2016