

**Analyse und Entwicklung von Anreizstrukturen
zur nachhaltigen Förderung und
Harmonisierung von Aktivitäten der
Sozialversicherungsträger zum Erhalt und der
Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit
chronisch kranker Beschäftigter**

**Gutachten im Auftrag der AbbVie Deutschland GmbH
& Co. KG**

Dr. Rebecca Jahn
Dr. Natalie Pomorin
Dr. Anke Walendzik
Lennart Weegen
Prof. Dr. Jürgen Wasem

unter Mitarbeit von Susanne Staudt

IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Nr. 209

Juni 2015

Analyse und Entwicklung von Anreizstrukturen zur nachhaltigen Förderung und Harmonisierung von Aktivitäten der Sozialversicherungsträger zum Erhalt und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Beschäftigter

Gutachten im Auftrag der AbbVie Deutschland GmbH
& Co. KG

Dr. Rebecca Jahn (rebecca.jahn@medman.uni-due.de)
Dr. Natalie Pomorin (natalie.pomorin@medman.uni-due.de)
Dr. Anke Walendzik (anke.walendzik @medman.uni-due.de)
Lennart Weegen (lennart.weegen @medman.uni-due.de)
Prof. Dr. Jürgen Wasem (juergen.wasem@medman.uni-due.de)

Impressum: Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES)
Universität Duisburg-Essen
Universitätsstraße 12
45141 Essen
E-Mail: IBES-Diskussionsbeitrag@medman.uni-due.de

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	6
0. Executive Summaries	9
0.1 Executive Summary deutsch.....	9
0.2 Executive Summary English	14
1. Einleitung und Hintergrund.....	20
1.1 Ziele und Fokus des Forschungsvorhabens	22
1.2 Aufbau und methodische Vorgehensweise des Forschungsvorhabens	24
2. Chronisch kranke Beschäftigte mit Fokus auf Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankungen in Deutschland – am Beispiel Rückenschmerz und depressive Episoden	28
2.1 Rückenschmerzen	29
2.2 Depressive Episoden	32
3. Aktivitäten und Maßnahmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Beschäftigter.....	36
3.1 Identifizierte Best Practice Modelle und Kooperationsvorhaben zur Sicherung, zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit	42
3.1.1 Betriebsnahe Präventionsprogramme	42
3.1.2 Modelle zur frühzeitigen Bedarfserkennung und strukturierte Maßnahmen zum Erhalt und zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit	54
3.1.3 Weitere Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und Kooperationsverfahren aller Akteure mit Fokus auf Rehabilitationsmaßnahmen	73
3.2 Ergebnisse der Experteninterviews	73
3.2.1 Themenkomplex betriebsnahe Präventionsprogramme und betriebliches Eingliederungsmanagement	73
3.2.2 Themenkomplex Gemeinsame Servicestellen (GS)	79
3.2.3 Themenkomplex Schnittstellenmanagement, Best-Practice-Modelle und Datenschutz...80	
3.2.4 Abgeleitetes wünschenswertes Vorgehen in Kooperationsmodellen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit	86
4. Lösungsvorschläge mit dem Ziel einer verbesserten Anreizgestaltung zur kooperativen Ausgestaltung von Maßnahmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit	90
4.1 Anreizgestaltung zur Stärkung kooperativer Ausgestaltung von Aktivitäten der Sozialversicherungsträger zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.....	90
4.2 Anreizgestaltung zur Stärkung kooperativer Ausgestaltung von Aktivitäten der innerbetrieblichen Akteure zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit	98
4.2.1 Anreizgestaltung für Arbeitgeber und Betriebe	98

4.2.2	Anreize für Arbeitnehmer	102
4.2.3	Anreize für Werks- und Betriebsärzte bzw. Förderung der Kooperation mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten.....	103
5.	Fazit und Ausblick.....	105
6.	Literatur	107
7.	Anhang	116
7.1	Kurzbeschreibung des methodischen Vorgehens der Häufigkeitsanalyse im Rahmen des Vormoduls	116
7.2	Weitere Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und Kooperationsverfahren aller Akteure mit Fokus auf Rehabilitationsmaßnahmen	117
7.3	Fragen im Rahmen der Interviews	121
7.3.1	Fragen für Akteure aus dem Bereich der Sozialversicherungsträger	121
7.3.2	Fragen für Akteure aus dem Bereich der Arbeitgeber bzw. Arbeitgebervertretung	124
7.3.3	Fragen für Akteure aus dem Bereich der Betriebs- und Werksärzte	128
7.3.4	Fragen für Akteure aus dem Bereich der Gewerkschaften und Patientenvertreter	131
7.4	Stellungnahmen des Lehrstuhls für Medizinmanagement zu aktuellen Gesetzesentwürfen..	135
7.4.1	Stellungnahme zum Regierungsentwurf des „Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)“	136
7.4.2	Stellungnahme zum Regierungsentwurf des „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)“	149

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Optimierte Vorgehensweise zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Arbeitnehmern	12
Figure 2: Optimized approach to sustain and restore the ability to work of chronically ill employed persons	
Abbildung 3: Beeinträchtigungspyramide	24
Abbildung 4: Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Fälle)	28
Abbildung 5: Arbeitsunfähigkeitstage 2012	31
Abbildung 6: Innerbetriebliche Gestaltungsfelder zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit	36
Abbildung 7: Betriebliches Gesundheitsmanagement	37
Abbildung 8: Ablauf eines BEM-Prozesses	39
Abbildung 9: Ablaufplan Betsi-Modell	45
Abbildung 10: Ablaufplan im Rahmen von KomPAS	46
Abbildung 11: Ablauf und Informationsfluss im JobReha-Modell	56
Abbildung 12: Ablauf und Eingliederung von Mitarbeitern in das BeReKo Skelett-Muskel- Erkrankungen Programm	58
Abbildung 13: Zusammenfassung der Kernaufgaben des Betriebs- und Werksarztes im Rahmen des BEM-Prozesses	
Abbildung 14: Abgeleitete wünschenswerte Vorgehensweise zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit	88
Abbildung 15: Prozessverlauf bei Maßnahmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit	89

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Interviewpartner	27
Tabelle 2: ICD-10-GM Version 2015 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes - Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	30
Tabelle 3: ICD-10-GM 2015 Psychische und Verhaltensstörungen	33
Tabelle 4: Übersicht betriebsnahe Präventionsprogramme Teil I	48
Tabelle 5: Übersicht betriebsnaher Präventionsprogramme Teil 2.....	50
Tabelle 6: Modelle zur frühzeitigen Bedarfserkennung und kooperative Maßnahmen der Betriebe und außerbetrieblichen Akteure zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Beschäftigten Teil I	60
Tabelle 7: Modelle zur frühzeitigen Bedarfserkennung und kooperative Maßnahmen der Betriebe und außerbetrieblichen Akteure zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Beschäftigten Teil 2.....	65
Tabelle 8: Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und Kooperationsverfahren aller Akteure mit Fokus auf Rehabilitationsmaßnahmen	117

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
a.d.	an der
AG	Aktiengesellschaft
AGV	Arbeitgeberverband
AHG	Allgemeine Hospitalgesellschaft
akutmed.	akutmedizinisch
amb.	ambulant
aMTT	arbeitsplatzbezogene medizinische Trainingstherapie
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AQMS	Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin am Universitätsklinikum Freiburg
ARC BS	Ambulantes Rehasentrum Braunschweig
ARGE-BFW	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke
AU	Arbeitsunfähigkeit
AVEM	Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster
BAnz AT	Bundesanzeiger Amtlicher Teil
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BG BAU BV	Berufsgenossenschaft Bau Bezirksverwaltung
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BeReKo	Betriebliches Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG
berufl.	beruflich
Betsi	Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern
BFW	Berufsförderungswerk
BG	Berufsgenossenschaft
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
Blbewegt	Boehringer Ingelheim bewegt
BIH	Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen
BK	Berufskrankheiten
BKK	Betriebskrankenkasse
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BO	berufsorientiert
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
bspw.	beispielsweise
BVA	Bundesversicherungsamt
bzw.	beziehungsweise
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
CDU	Christian Democratic Union of Germany
D-Arzt	Durchgangsarzt
DEGEMED	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.
DEGS I	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Welle I
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DMP	Disease Management Programm
DPAG	Deutsche Post AG
Dr.	Doktor
DRV	Deutsche Rentenversicherung

Dt.	Deutschen
DxGs	Diagnosegruppen
EFL	Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit
e.g.	for example
ELSID-Studie	Evaluation of a Large Scale Implementation of Disease Management Programs for patients with type 2 diabetes
EMR	Erwerbsminderungsrente
EntFG	Entgeltfortzahlungsgesetz
e.V.	Eingetragener Verein
FEE	Frühintervention zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit
FITSchi	FIT für die Schicht
FRESH	Freiburger Programm zur Erwerbsfähigkeitssicherung in der Pflege
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GmbH & Co. KG	Gesellschaft mit beschränkter Haftung & Compagnie Kommanditgesellschaft
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GS	Gemeinsame Servicestellen
GUSI	Gesundheitsförderung durch Selbstregulation und individuelle Zielanalyse
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
I	Initiatoren
IBP	Integrierter Behandlungspfad
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
i.d.R.	in der Regel
iga	Initiative Gesundheit und Arbeit
IKK	Innungskrankenkasse
incl.	inclusive
inkl.	inklusive
INQA	Initiative Neue Qualität der Arbeit
JobReha	bedarfsgerechte arbeitsplatzbezogene Rehabilitation
K	Kostenträger
k.a.	Keine Angabe
KK	Krankenkasse
KomPAS	Kombinierte Präventionsleistung für Arbeit mit Schichtanteilen
KMUs	kleine und mittlere Unternehmen
KVB	Kölner Verkehrsbetriebe
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
MBI	Medizinisch-berufliches Integrationsmanagement
MBO	Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation
MBOR	medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
med.	medizinisch
Mio.	Millionen
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
Mrd.	Milliarden
Nr.	Nummer
o.	oder
o.ä.	oder ähnliches

o.J.	ohne Jahr
patholog.	pathologisch
PAULI	Psychosomatik, Auffangen, Unterstützen, Leiten, Integrieren
PrävG	Präventionsgesetz
RSAV	Risikostruktur-Ausgleichsversorgung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SGB VI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch
SGB VII	Sozialgesetzbuch Siebtes Buch
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch
SME	small and medium-sized enterprises
sozialmed.	Sozialmedizinisch
SSC	Social Security Code
stat.	stationär
SWR	Südwestrundfunk
TU	Technische Universität
u.a.	unter anderem
u/o	und/oder
VDBW	Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V.
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
versicherungsrechtl.	versicherungsrechtlich
vgl.	vergleiche
VWN	Volkswagen Nutzfahrzeuge
WAI	Work Ability Index
WebReha	Werks- und Betriebsärzte in Kooperation mit der DRV Rheinland in Rehabilitationsangelegenheiten
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
ZAR Berlin	Zentrum für ambulante Rehabilitation Berlin
z.B.	zum Beispiel
ZRM	Züricher Ressourcen Modell
z.T.	zum Teil

0. Executive Summaries

0.1 Executive Summary deutsch

Ziel der Studie

Angesichts zunehmender Prävalenzen chronischer Erkrankungen von Arbeitnehmern aufgrund der demographischen Entwicklung und deren volkswirtschaftlicher Folgen zielt die vorliegende Studie auf die Erarbeitung von Konzepten zum nachhaltigen Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Erwerbspersonen, basierend insbesondere auf einer Analyse bestehender Best Practice Modelle. Dabei liegt der Fokus auf der Entwicklung sowie Ausgestaltung angemessener Anreizkonstellationen für alle beteiligten Akteure. Als Untersuchungspopulation dienten chronisch kranke Beschäftigten mit langen AU-Zeiten oder bestehendem Krankengeldbezug.

Aufbau und Methodik des Forschungsprojekts

Das von der AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG durch einen unrestricted grant finanziell unterstützte Forschungsvorhaben wies eine modulare Gliederung auf und bestand aus einem dem eigentlichen Forschungsvorhaben vorgelagerten, vorbereitenden Modul und drei aufeinander aufbauende Hauptmodulen. Vor Beginn des eigentlichen Forschungsvorhabens wurde in Kooperation mit dem BKK-Dachverband e.V. und der AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG die das Vorhaben unterstützende Projektgruppe „Anreizsysteme“ ins Leben gerufen.

Im Rahmen des **Vormoduls** wurden weitere 10 Kooperationspartner gewonnen: Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Deutsche Rentenversicherung Bund, Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie und Energie, Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, BKK MedPlus Center als medizinisches Kompetenzzentrum der BKK-Salzgitter, BKK-Publik und TUI-BKK, Deutsche BKK, BKK Pfalz, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und der frühere CDU-Gesundheitspolitiker Dr. Rolf Koschorrek. In einem ersten Workshop wurden auf Basis einer systematischen und teilsystematischen Literaturanalyse und Auswertungen eines Forschungsdatensatzes des Lehrstuhls für Medizinmanagement im Umfang von drei Mio. Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zwei Beispielindikationen festgelegt, „F32 Depressive Episode“ und „M54 Rückenschmerzen“.

Im **ersten Hauptmodul** erfolgte eine Analyse aktuell bestehender fehlerhafter Anreizstrukturen sowie möglicher Schnittstellenproblemen zwischen inner- und außerbetrieblichen Akteuren beim Erhalt und bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit von chronisch kranken Arbeitnehmern. Darüber hinaus wurden sowohl indikationsspezifische als auch indikationsübergreifende Best-Practice-Modelle bzw. -Konzepte zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit durch Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit sowie zur betrieblichen Wiedereingliederung von chronisch kranken Arbeitnehmern untersucht. Aufbauend auf einer systematischen und teilsystematischen Literaturanalyse wurden 13 leitfadenbasierte Experteninterviews zur Analyse der derzeitigen Situation, zu Best-Practice-Modellen und Verbesserungsvorschlägen geführt.

Das **zweite Hauptmodul** diente zur Ableitung wirksamer Anreizstrukturen sowie von Maßnahmen und Konzepten zur Förderung und nachhaltigen Vernetzung von Aktivitäten der betroffenen Akteure zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit von chronisch Kranken.

Ziel des **dritten Hauptmoduls** war die Entwicklung von Empfehlungen zur Implementierung und Umsetzung. Zu diesem Zweck wurden in einem abschließenden Workshop mit allen Kooperationspartnern und weiteren Vertretern relevanter Stakeholder die vom Lehrstuhl für Medizinmanagement entwickelten Maßnahmen und Konzepte vorgestellt und diskutiert.

Die Ergebnisse der Studie wurden in Tagungen der Fachöffentlichkeit vorgestellt und fanden Anwendung in den Stellungnahmen des Lehrstuhls für Medizinmanagement im Zusammenhang mit den Beratungen des Versorgungsstärkungsgesetzes und des Präventionsgesetzes.

Ergebnisse der Studie

Es wurden drei Gruppen von **Best Practice Modellen** in Zusammenhang mit dem Erhalt und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit von chronisch kranken Arbeitnehmern identifiziert:

- Betriebsnahe Präventionsprogramme (8 Programme, vornehmlich der DRV, überwiegend indikationsübergreifend)
- Modelle und Projekte zur frühzeitigen Bedarfserkennung und strukturierte Maßnahmen zur Sicherung und zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit von Beschäftigten (12 Programme, überwiegend modular aufgebaute Kooperationsprojekte zwischen Sozialversicherungsträgern sowie mit Betrieben)
- Weitere Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und Kooperationsverfahren aller Akteure mit Fokus auf Rehabilitationsmaßnahmen (6 Programme)

Merkmal aller Programme ist die verstärkte Vernetzung der beteiligten Akteure und die starke Beteiligung von Rentenversicherungsträgern.

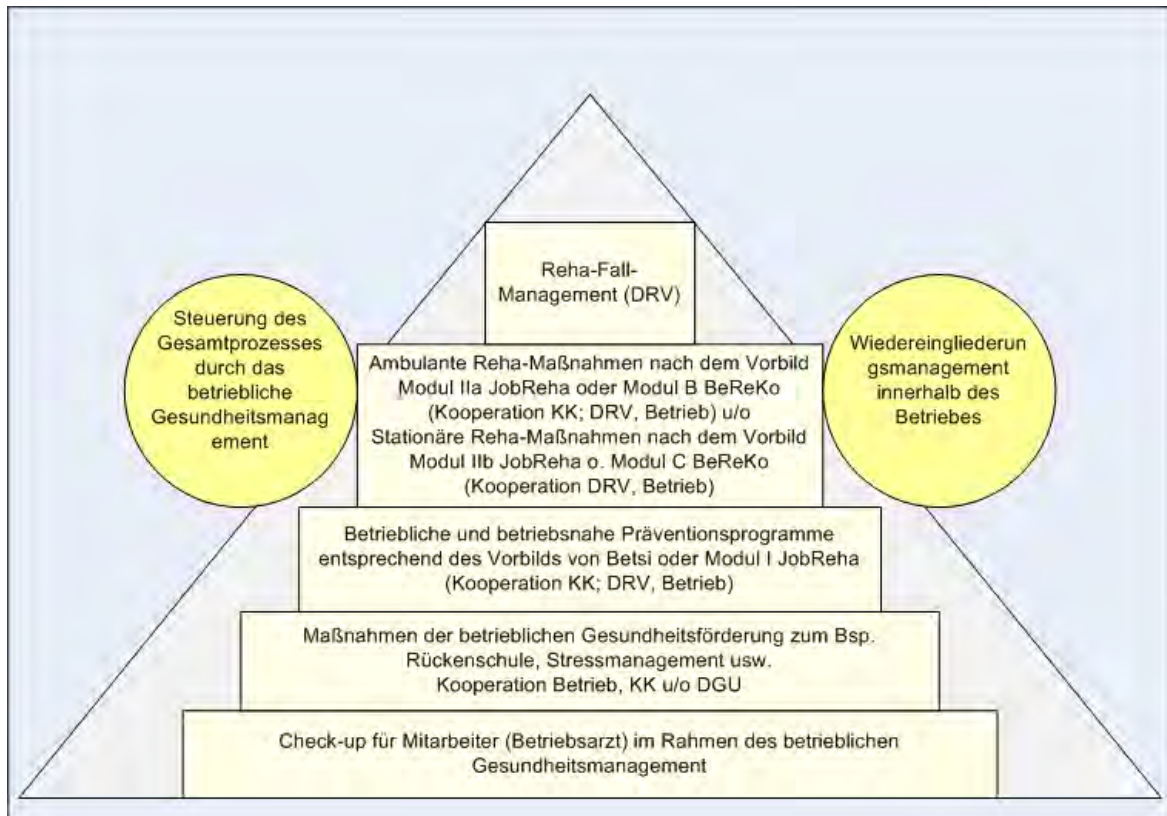
Die **Ergebnisse der Experteninterviews** bezüglich betriebsnaher Präventionsprogramme machten den Bedarf der Arbeitgeber nach flächendeckenderem Ausrollen der Best Practice Modelle deutlich. Die Existenz von Nachholbedarf von kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) bei der Installierung von Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie der Bedarf nach betriebsnahen, sozialversicherungs- und rehabilitationsträgerübergreifenden Dienstleistungen und Beratungen aus einer Hand wurde bestätigt. Als Schwachpunkte der gemeinsamen Servicestellen (GS) wurden, neben ihrer z.T. geringen öffentlichen Präsenz (korrelierend mit einem niedrigen Bekanntheitsgrad über die Beratungs- und Informationsangebote der GS bei Arbeitgebern), auch Unterschiede in der Beratungsqualität und insbesondere die fehlende Entscheidungsbefugnis der GS angesprochen.

In der Befragung wurden außerdem zu Wartezeiten führende Hürden an Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Versorgungssektoren sowie den Sozialversicherungssystemzweigen benannt. Als grundlegende Kriterien für ein funktionierendes Schnittstellenmanagement nannten die Experten die Benennung konkreter Ansprechpartner, die Festlegung von klar definierten Zuständig- und Verantwortlichkeiten zwischen den teilnehmenden Akteuren sowie die Klärung von Entscheidungsfreiheiten der definierten Ansprechpartner wie auch die Notwendigkeit der klaren und einheitlichen Definition von Begrifflichkeiten. Die Vertreter der Sozialversicherungsträger waren einhellig der Meinung, dass die geteilte Zuständigkeit der Renten- und der Krankenversicherung beibehalten werden sollte, also nicht einem Sozialversicherungsträger alleine die Aufgaben im betrieblichen Setting übertragen werden sollten .

Als zentral wurde die klare Entscheidung des Arbeitgebers zur Auflage entsprechender BGM-Maßnahmen angesehen. Den Betriebs- und Werksärzten wurde eine zentrale koordinierende Rolle zugesprochen. Eine erhöhte Sensibilität niedergelassener Ärzte und ihre verstärkte Einbindung wurden gewünscht, hier aber auch Kapazitätsprobleme gesehen. Bei in der Praxis zur Anwendung kommenden Best-Practice-Modellen wurde insbesondere aufgrund ihres modularen Aufbaus von den Interviewpartnern die gut mögliche Übertragbarkeit der Grundkonzepte auf andere Unternehmen oder Indikationen hervorgehoben.

Als **Ergebnis der Analyse der Best Practice Modelle und der Experteninterviews** lässt sich ein in das betriebliche Gesundheitsmanagement eingebundene stufenweise Vorgehensweise zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Arbeitnehmern wie in Abbildung I ableiten.

Abbildung 1: Optimierte Vorgehensweise zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Arbeitnehmern



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Gutenbrunner et al. 2011

Bei der **Ableitung von Lösungsvorschlägen mit dem Ziel einer verbesserten Anreizgestaltung** zu einer möglichst flächendeckenden Einführung entsprechender Modelle wurde nach der Zielgruppe unterschieden.

In Hinblick auf die **Sozialversicherungsträger** erscheinen folgende Regulierungsaspekte relevant:

- Die Schaffung gesetzlich geregelter Vertragsgrundlagen für Kooperations- und Versorgungsverträge zwischen den Sozialversicherungsträgern, so z.B. im Bereich der Regulierung möglicher Vertragspartner in der selektivvertraglichen Versorgung im Rahmen der Gesetzgebung zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im neugefassten §140a SGB V
- Einbezug des Aspekts der Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit der Versicherten in bestehende Versorgungskonzepte für chronische Krankheiten, wie z.B. in strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V sowie
- Berücksichtigung von solchen Leistungen in der gesundheitspolitischen Präventionsdiskussion bei der Einführung von Anreizmechanismen im Rahmen der Gesetzgebung zum Präventionsgesetz.

Eine verbesserte Anreizstruktur für **Arbeitgeber und Betriebe**, insbesondere für die bisher im Durchschnitt weniger aktiven KMU, könnte sich über folgende Maßnahmen ergeben:

- Verpflichtung der gesetzlichen und privaten Krankenkassen zur schriftlichen Information des Arbeitgebers eines Versicherten, wenn dieser den laut § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX vorgeschriebenen Interventionszeitpunkt für ein BEM von sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit erfüllt
- Kohärente Regulierung zur Prämierung von Best-Practice-Modellen oder guten BEM-Konzepten der Arbeitgeber als regionalen Leuchtturmprojekten
- Implementierung einer bundesweiten Telefonnummer sowie eines entsprechenden Internetauftritts unter einem einheitlichen Erscheinungsbild zum Kontakt der Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger.

Bezüglich der Anreize für **Arbeitnehmer** erscheinen folgende Regulierungsänderungen sinnvoll:

- Vereinheitlichung der Entgeltfortzahlungen im Falle einer stufenweise Wiedereingliederung zur Vermeidung, um adverse Anreize zur Verzögerung von Maßnahmen zu vermeiden
- Regionale Vereinheitlichung der Beanspruchung von Urlaubstagen in gleich aufgebauten Maßnahmen

In Hinblick auf die Einbindung der **Werks- und Betriebsärzte** und die Förderung der Kooperation mit **niedergelassenen Haus und Fachärzten** werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

- Abschluss eines bundesweiten Kooperationsvertrages der Renten- und Rehabilitationsträger mit dem Verband der Betriebs- und Werksärzte e.V. (VDBW) zur besseren Einbindung der Werks- und Betriebsärzte nach Vorbild der in der Praxis zur Anwendung kommenden Kooperationsmodelle
- Implementierung eines Moduls „Erhalt und Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Patienten“ in das Medizinstudium (Approbationsordnung für Ärzte) und in das Weiterbildungs-Curriculum im Rahmen der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung
- Einbezug von Hausärzten in die Arbeitsmedizin durch Einführung von Leistungen des „Erhalts- und der Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit“ in bestehende Verträge der hausarztzentrierten Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen

Fazit

Maßnahmen zum nachhaltigen Erhalt und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Erwerbspersonen werden noch unzureichend durchgeführt und sind teilweise durch Verzögerungen, bedingt durch Schnittstellenprobleme, belastet. Es existiert jedoch eine Reihe von Leuchtturmprojekten, oft in Initiative des Rentenversicherungsträgers. Gemeinsam ist ihnen eine verstärkte sozialversicherungszweigs- und sektorübergreifende Zusammenarbeit von Akteuren, d.h. die Überwindung der unserem fragmentierten Gesundheitssystem immanenten sektorspezifischen Sichtweisen und der mit der Fragmentierung verbundenen Schnittstellenprobleme. Um solche Programme möglichst flächendeckend umsetzen zu können, sind legislativ Regulierungen zu verändern, um Anreizstrukturen angemessen zu gestalten.

0.2 Executive Summary English

Aim of the Study

As the German economy faces growing prevalences of chronic diseases in employees resulting from demographical change, this study aims at the development of concepts to sustain and restore the ability to work of chronically ill employees. Based on an analysis of existing best practice models, the study focuses on the design of appropriate incentive systems for the relevant stakeholder groups. As a study population, chronically ill employees with long work absenteeism or receiving sickness benefits were defined.

Study Structure and Methods

The project was supported by an unrestricted grant by AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG and was based on a modular structure. Following a pre-module preparing the study, the project consisted of three main modules building on each other. Before starting, a supporting project group was founded in cooperation with the Umbrella Organization of Company Health Insurance Funds and with AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG.

During the pre-module 10 further cooperation partners could be acquired: the National German Statutory Pension Insurance Schemes, the German Statutory Pension Insurance Scheme Braunschweig-Hannover, the Labor Union for Mining, Chemistry and Energy, the Association of

German Factory and Company Doctors, the German Statutory Accident Insurance, BKK MedPlus Center as a medical competence center of the company health insurance fund BKK-Salzgitter, BKK-Publik und TUI-BKK, Deutsche BKK, BKK Pfalz as company health insurance funds, the Confederation of German Employers' Associations and the former Christian Democratic Union of Germany (CDU) health politician Dr. Rolf Koschorrek. In a first workshop, two example indications were defined: „F32 depressive episode“ and „M54 back pain“. The selection of the indications was based on a systematic and semi-systematic literature review and on an evaluation of a research data set of the Institute for Health Care Management and Research, containing data of three millions of statutory health insured.

Topic of the **first main module** was an analysis of existing potentially deficient incentives structures and interface problems between the players inside and outside of enterprises concerning the sustainment and the restoration of the working ability of chronically ill employees. Additionally, indication specific and general best practice models and concepts concerning the avoidance of working inability and the reintegration of chronically ill employees were explored. Building on a further systematic and semi-systematic literature review, 13 guideline based expert interviews, concentrating on the analysis of the present situation, best practice models and reform suggestions, were conducted.

The **second main module** served to deduce effective incentive structures, measures and concepts to promote and to sustainably crosslink appropriate activities of the relevant players in the field of sustainment and restoration of working ability of chronically ill employees.

The aim of the **third main module** was the development of recommendations for implementation. For that purpose, in a final workshop including all cooperation partners and representatives of further relevant stakeholders, measures and concepts derived by the Institute for Health Care Management and Research were presented and discussed.

The results of the study were presented in several conferences to the scientific and health policy related public. Additionally, the study results were used for argumentation in two expert opinions by the Institute concerning the debate on the legislation of the Care Provision Strengthening Act and the Prevention Act.

Results of the Study

We identified three groups of **best practice models** in the context of the sustainment and the restoration of the working ability of chronically ill employees:

- Company orientated prevention programs (8 programs), mainly organized by Statutory Pension Insurance Schemes, mostly across all indications
- Models and projects for the early identification of needs and structured measures to protect and sustain the working ability of employees (12 programs, mainly cooperation projects by statutory insurance organizations and enterprises, built up in modules)
- Further projects aiming at an early identification of needs and the cooperation of all players focusing on rehabilitation (6 programs)

An improved networking of all involved players and especially the involvement of statutory pension insurance schemes are characteristic for all programs.

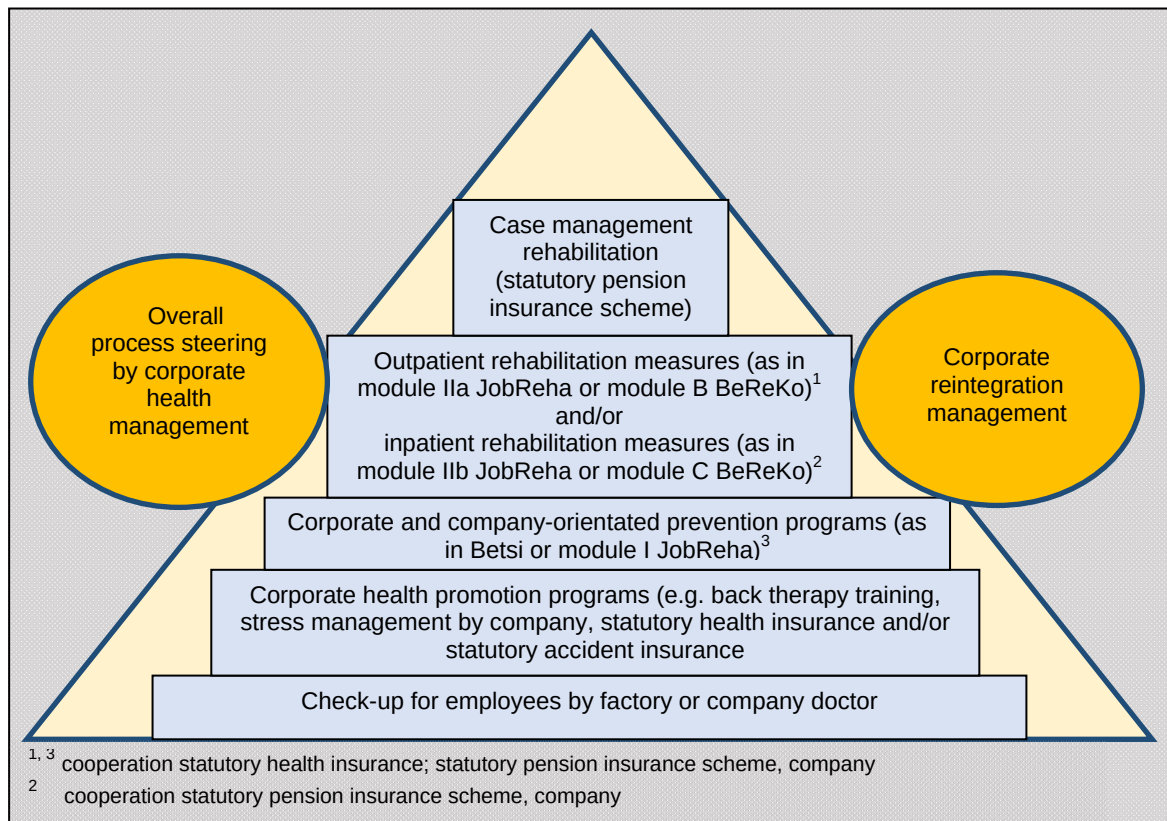
The **expert interviews** revealed a high interest of employers in a nation-wide realization of company orientated prevention programs. They confirmed a shortfall in the demand of small and medium-sized enterprises (SME) for the installation of measures of corporate integration management and a considerable need for company orientated coordinated services and comprehensive counseling. Several weak points in the activities of the joint service centers were identified in the expert interviews: their partly low public presence, the accordingly low publicity of their information and counseling offers among employers, regional differences in counseling quality and especially their lack of decision making power.

Additionally, the experts mentioned waiting times caused by problems at the interfaces between different care sectors and social insurance branches. As important factors influencing the functionality of interface management, they referred to the definition of a constant contact person and of clearly determined responsibilities between the cooperation partners as well as clear decision competencies. Precisely defined common terms should be used. Representatives of social insurance branches consented to preserve the shared responsibility of statutory health and pension insurance.

A clear decision of the employer to install corporate health management measures was seen as a central factor. A major coordinating role was assigned to the factory and company doctors. An increased sensitivity of office-based physicians as well as their increased involvement seemed desirable, although the experts were aware of capacity problems. In expert opinion, the basic concepts of the existing best practice models could be relatively easily transferred to other enterprises and indications especially because of their module structure.

As a **result of the analysis of the best practice models and the expert interviews**, a stepwise approach aiming at the sustainment and restoration of the ability to work of chronically ill employees embedded in the corporate health management can be derived (Figure 2).

Figure 2: Optimized approach to sustain and restore the ability to work of chronically ill employed persons



Source: own figure based on Gutenbrunner et al. 2011

As a result, **solutions introducing or optimizing incentive systems** for a nation-wide installation of appropriate measures were developed for the different stakeholder groups.

The following regulations are relevant concerning incentives for the **statutory insurance branches**:

- The introduction of a legal regulation concerning contracting on the cooperation and joint care activities of statutory insurance branches, e.g. in the regulation of potential contract partners for selective contracting in the new § 140a Social Security Code V (SSC V) by the Care Provision Strengthening Act,

- The inclusion of the aspect of working ability into the existing care concepts for chronic diseases, e.g. into disease management programs according to § 137f SSC V and
- Taking into account this type of programs/services when introducing incentive structures within the legislation of the Prevention Act

An optimized incentive structure for **employers, especially for small and medium-sized enterprises** could be reached by the following measures:

- Obligation of statutory and private health funds to inform employers in written form when an employee has fulfilled the conditions of six weeks of work absence for an obligatory corporate reintegration management offer by the employer (§ 84 SSC IX),
- Coherent regulation of a premium system for best practice models and good concepts of corporate reintegration management by employers and
- Implementation of a nation-wide telephone number and a correspondent website using a corporate design to enhance the contact to the joint service centers of the institutions of rehabilitation.

Concerning incentives for **employees**, the following regulative changes seem appropriate:

- Harmonization of social benefits for the employees in case of a stepwise reintegration into the working process in order to avoid adverse incentives to which delay appropriate measures and
- Regional harmonization of the inclusion of paid holidays into the duration of measures in otherwise identical measures.

Aiming at a better integration of **factory and company doctors** and at the promotion of an improved cooperation with office-based physicians, we propose the following measures:

- Promotion of a nation-wide cooperation contract of all pension and rehabilitation organizations with the Association of German Factory and Company Doctors to embed the factory and company doctors corresponding to the best practice models,
- Implementation of a module „sustainment and restoration of the working ability of patients“ into medical university studies (medical licensure act for physicians) and into the curriculum of advanced medical training in the course of the amendment of the advanced medical training regime prototype and

- Incentives for the involvement of general practitioners in occupational medicine by the introduction of activities concerning the sustainment and the restoration of working ability into the existing selective contracts of general practitioner centered medical care by the health funds.

Conclusion

Measures aiming at the sustainable preservation and the restoration of the working ability of chronically ill employees are – on the German national scale – still insufficiently implemented. Interface problems lead to inappropriate time lags. Several best practice models could be identified, which were often building on the initiative of statutory pension schemes. One of their common features is an increased cooperation of players from different statutory insurance branches and care sectors, by this overcoming sector specific perspectives and the interface problems caused by fragmentation. Legislative regulations have to be changed to implement this type of programs on a nation-wide scale by an appropriate design of incentive systems.

I. Einleitung und Hintergrund

In den letzten zehn Jahren hat die Sicherung und der Erhalt der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit besonders auch von Beschäftigten, die bereits an einer chronischen Erkrankung leiden, sowohl auf betrieblicher als auch auf politischer, gesellschaftlicher und sozialversicherungssystemischer Ebene an Bedeutung zugenommen. Dies lässt sich unter anderem auf den demographischen Wandel und seine Folgen zurückführen, die die zukünftige Zusammensetzung der Erwerbsbevölkerung bestimmen und auch das Erkrankungsspektrum verändern.

Das Erwerbspersonenpotenzial in Deutschland wird, analog zu den Entwicklungstendenzen in den meisten Industrienationen, künftig abnehmen, und die erwerbstätige Bevölkerung wird im Vergleich zu heute ein durchschnittlich höheres Lebensalter aufweisen. Laut Vorausberechnung des statistischen Bundesamtes wird die Anzahl der erwerbsfähigen 20- bis 64-jährigen bis 2030 um über sechs Millionen sinken, während die Anzahl der rentenfähigen über 65-jährigen um mehr als fünf Millionen zunehmen wird. Für das Jahr 2060 ist davon auszugehen, dass die erwerbsfähige Bevölkerung lediglich etwa 36 Millionen Menschen umfassen wird, was einer Reduktion von 27 % im Vergleich zum heutigen Stand von knapp 50 Millionen Menschen im Erwerbsalter entspricht. Dieser Umstand könnte sich durch das zum 1. Juli 2014 in Kraft getretene neue Rentenpaket (mit der Möglichkeit für alle Personen, die 45 Jahre Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt haben, zwei Jahre vor dem eigentlichen Berentungsdatum abschlagsfrei in Rente zu gehen) verschärfen. Bevölkerungswissenschaftler gehen davon aus, dass es nicht möglich sein wird, die Abgänge ausschließlich durch junge Nachwuchskräfte auszugleichen, weil mit einer erheblichen Verringerung des Potenzials an Erwerbspersonen zu rechnen ist. Die Veränderungen der Altersstruktur der in Deutschland lebenden Erwerbsbevölkerung scheinen kurz- und mittelfristig nicht beeinflussbar zu sein (Hoß et al. 2013).

Parallel zu dieser Entwicklung geht mit dem zunehmenden Alter der Erwerbsbevölkerung auch eine Zunahme an chronisch kranken Arbeitnehmern einher. Der Wandel des Krankheitsspektrums mit einer Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität zieht deutliche Veränderungen der Krankheitslast der Bevölkerung sowie des medizinischen Versorgungs- und Rehabilitationsbedarfs u.a. innerhalb der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung nach sich. Waren im Jahr 2000 noch ca. 46% aller Erkrankungen chronisch, ist bis zum Jahr 2020 mit einem Anstieg des Anteils chronischer Krankheiten an der Gesamtmorbidität auf 60 % zu rechnen (Gensichen et al. 2006).

Nach Schätzungen des Deutschen Gewerkschaftsbundes verlieren bereits heute jährlich 500.000 Menschen ihren Arbeitsplatz aufgrund krankheitsbedingter Kündigungen. Am häufigsten sind chronisch- und langzeiterkrankte Beschäftigte im höheren Alter betroffen. Kommt es

krankheitsbedingt zum Verlust des Arbeitsplatzes, erweist sich der Wiedereinstieg in das Erwerbsleben in vielen Fällen als kaum zu bewältigende Herausforderung, denn gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitssuchende haben nach wie vor schlechtere Eingliederungschancen (Vater & Niehaus 2013).

Die vielfältigen Veränderungen in der Arbeitswelt – insbesondere die Verlagerung der Wertschöpfung vom industriellen zum Dienstleistungssektor, aber auch der technische Fortschritt – haben nicht zu dem eigentlich erwarteten generellen Abbau von Arbeitsbelastungen geführt. Im Gegenteil ist neben den in vielen Berufen weiterhin bestehenden körperlichen Anforderungen eine Zunahme an psychischen Belastungen festzustellen. Dies spiegelt sich auch in den jährlich von den gesetzlichen Krankenkassen durchgeführten Analysen der Arbeitsunfähigkeitsdaten wieder: Muskel-Skelett-Erkrankungen stellen heute zwar mit rund einem Viertel der Arbeitsunfähigkeitstage immer noch den häufigsten Grund für Fehlzeiten dar, jedoch nehmen AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen bzw. Erkrankungen bereits Platz zwei in der AU-Tage-Statistik ein.¹ Basierend auf Analysen der DAK im Rahmen des Gesundheitsreports aus dem Jahr 2013 mit dem Schwerpunktthema „Psychische Erkrankungen: Sind wir heute anders krank?“ konnte gezeigt werden, dass AU-Tage infolge psychischer Erkrankungen von 1997 bis 2012 um den Faktor 2,7 zugenommen haben, was auch damit zusammenhängt, dass psychische Erkrankungen zu überdurchschnittlich langen Ausfallzeiten führen (DAK 2013; Knoche & Sochert 2013). Hinzu kommt, dass sich nicht nur die Arbeitsbedingungen in vielen Branchen verändert haben, sondern auch der Leistungs- und Arbeitsdruck zugenommen hat und viele Beschäftigte aufgrund dessen nicht glauben, ihre Arbeit bis zum Renteneintritt erbringen zu können (Hoß et al. 2013). Dies bestätigen auch die Diagnosen aus der Rentenzugangstatistik, die ebenfalls die Dominanz der Erkrankungsgruppen „Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes“ sowie „psychische Erkrankungen“ in der Arbeitswelt belegen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2014).

Neben Einbußen an Wohlbefinden, Gesundheit und Lebensqualität für die Betroffenen verursacht Arbeitsunfähigkeit auch hohe volkswirtschaftliche Kosten bedingt durch Produktionsausfälle, welche jährlich von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) geschätzt werden. Im Jahr 2012 fielen rund 1,4 Millionen Erwerbsjahre durch Arbeitsunfähigkeit aus. Multipliziert mit dem durchschnittlichen Arbeitsentgelt stehen unter dem Strich 53 Milliarden Euro Produktionsausfallkosten. Wenn zudem berücksichtigt wird, dass jeder Beschäftigte durch seine Arbeit Werte schafft, steigen die Kosten weiter: Für das Jahr 2012 betrug der Verlust an Bruttowertschöpfung 92 Milliarden Euro (BAuA 2014).

¹ Es wird allerdings kontrovers diskutiert, inwieweit und zu welchen Anteilen die Zunahme der Diagnosen psychischer Erkrankungen und Störungen durch eine erhöhte Inzidenz und Prävalenz oder durch verbesserte hausärztliche Diagnostik und/oder erhöhte Patientenakzeptanz solcher Diagnosen bedingt ist (DAK 2013).

Die aufgezeigten gesellschaftlichen und krankheitsbezogenen Veränderungen ziehen zahlreiche Herausforderungen nicht nur für die Planung der Gesundheitsversorgung sowie für deren nachhaltigen Finanzierung, sondern auch für die Wahrung der Rechte zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohten Menschen nach sich (Vater et al. 2013). Somit sind sowohl in Bezug auf die Veränderungen in der Zusammensetzung der Bevölkerung als auch in Bezug auf die neuen Arbeitssituationen und den Gesundheitszustand der Erwerbspersonen politische, administrative und technische Anpassungen erforderlich, um die Wettbewerbsfähigkeit von Deutschland und den gesellschaftlichen Wohlstand zu sichern. Dabei geht es auch darum, die aus den Veränderungen resultierenden Belastungen gerecht auf alle Generationen zu verteilen. Das Erwerbspersonenpotenzial muss sich durch eine höhere Beteiligung Älterer auszeichnen. Darüber hinaus kann ein Höchstmaß an Produktivität mit vermehrt älteren oder von chronischer Krankheit betroffenen Beschäftigten nur erreicht werden, wenn Unternehmen, Sozialpartner und Politik Rahmenbedingungen gestalten, die altersgerechtes Arbeiten ermöglichen (Hoß et al. 2013).

Mit der Vereinbarung einer Demographiestrategie der Bundesregierung wurde bereits ein erster wichtiger Schritt getan. Im Rahmen dieser Vereinbarung wurde unter anderem festgehalten, dass zusätzliche Maßnahmen zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit, zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und zur Wiedereingliederung erkrankter und behinderter Menschen ergriffen werden sollen (Vater et al. 2013). In diesem Zusammenhang spielt an der Schnittstelle zwischen inner- und außerbetrieblichen Funktionsbereichen die Kooperation zwischen Betrieben und den einzelnen Sozialversicherungsträgern bei der Sicherung und dem Erhalt der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit chronisch kranker Arbeitnehmer eine zentrale Rolle.

1.1 Ziele und Fokus des Forschungsvorhabens

Der nachhaltige Erhalt und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Erwerbspersonen entspricht einem komplexen Themenfeld, dessen Umsetzung eine systematische, ganzheitliche Vorgehensweise und die Kooperation inner- und außerbetrieblicher Funktionsbereiche sowie eine partnerschaftliche Zusammenarbeit der Sozialversicherungs- und Rehabilitationsträger untereinander und mit den Betrieben erfordert.

Entsprechend den Ergebnissen von Liedtke 2007, Freigang-Bauer & Gröben 2011 und Hoß et al. 2013 zur Thematik des Erhalts der Erwerbsfähigkeit von älteren und/oder chronisch kranken Arbeitnehmern finden sich sowohl auf betrieblicher als auch auf arbeitnehmer- und sozialversicherungsbezogener Ebene Schwachstellen. Verbesserungspotenziale existieren vor allem hinsichtlich der Ausnutzung gesetzlicher Rechte und Pflichten, der Transparenz bzgl. der Unterstützungsleistungen der Sozialversicherungs- und Rehabilitationsträger und des betrieblichen

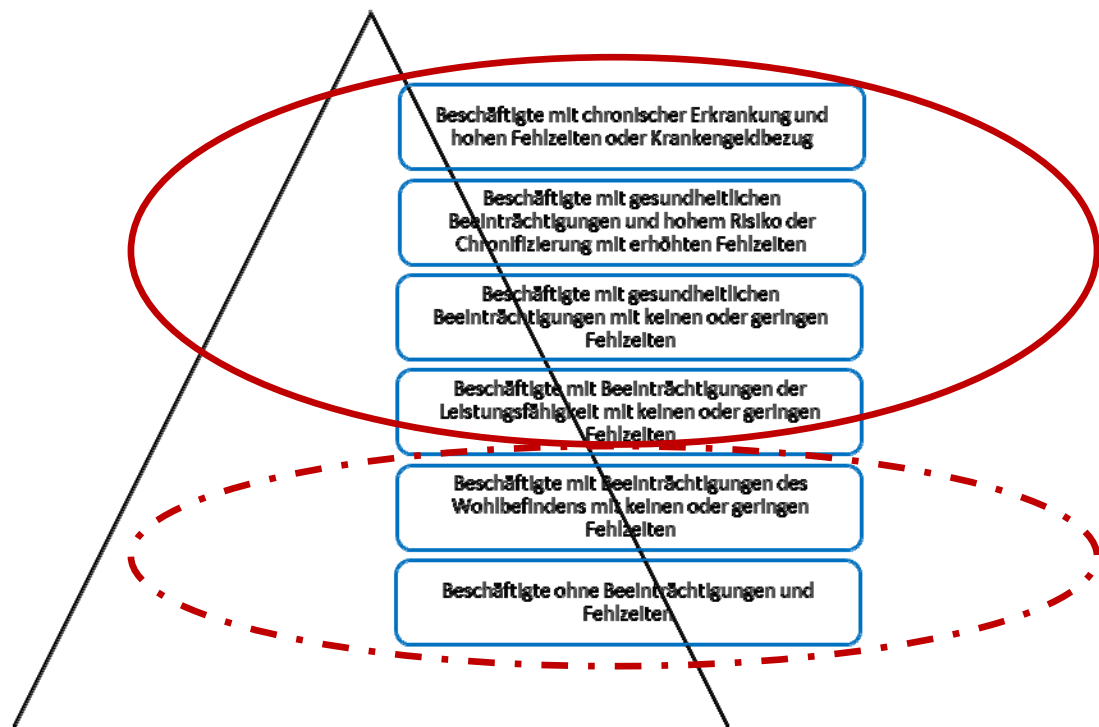
Maßnahmenangebotes sowie der Vernetzung der einzelnen inner- und außerbetrieblichen Akteure und ihrer Angebote.

Ziel des Forschungsvorhabens war es, Konzepte zur Förderung und nachhaltigen Vernetzung von Aktivitäten der außerbetrieblichen Akteure (Renten-, Kranken- und Unfallversicherung) mit Maßnahmen der Arbeitgeber zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitskraft chronisch kranker Beschäftigter zu erarbeiten. Dies sollte durch die Entwicklung sowie Ausgestaltung angemessener Anreizkonstellationen für alle beteiligten Akteure erfolgen.

Der Fokus des Forschungsvorhabens lag vornehmlich auf den Handlungsfeldern des AU-Tage-Managements, der medizinischen bzw. medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation sowie des Betrieblichen Eingliederungsmanagements mit Wiedereingliederungsmaßnahmen. Anhand von zwei Beispielindikationen „F32 Depressive Episode“ und „M54 Rückenschmerzen“, welche im Rahmen eines Kick-Off-Meetings zu Beginn des Vorhabens definiert wurden, wurden Best Practice-Modelle zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit aus der Praxis analysiert und auf Übertragbarkeit in den Regelbetrieb geprüft. Die Arbeiten konzentrieren sich auf die Untersuchungspopulation der chronisch kranken Beschäftigten mit langen AU-Zeiten oder bestehendem Krankengeldbezug (als Spitze der Pyramide, siehe Abbildung 3) und der Beschäftigten mit einem hohen Risiko der Chronifizierung ihres Erkrankungsverlaufes (Hochrisiko-Beschäftigte). Die Gruppe der „gesunden“ Beschäftigten² und damit verbunden inner- und außerbetriebliche Maßnahmen im Bereich der Primärprävention durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden im Rahmen des Forschungsvorhabens nur am Rande berücksichtigt.

² Als „gesunde“ Beschäftigte werden hier die nicht chronisch kranken oder von Chronifizierung bedrohten Beschäftigten bezeichnet.

Abbildung 3: Beeinträchtigungspyramide



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Schmauder 2011

1.2 Aufbau und methodische Vorgehensweise des Forschungsvorhabens

Das vorliegende wissenschaftliche Gutachten „Entwicklung von Anreizstrukturen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Beschäftigter“ wurde von der AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG durch einen unrestricted grant finanziell unterstützt. Vor Beginn des eigentlichen Forschungsvorhabens wurde in Kooperation mit dem BKK-Dachverband e.V. und der AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG die das Vorhaben unterstützende Projektgruppe „Anreizsysteme“ ins Leben gerufen.

Das Forschungsvorhaben war modular gegliedert und bestand aus einem dem eigentlichen Forschungsvorhaben vorgelagerten, vorbereitenden Modul und drei aufeinander aufbauende Hauptmodulen.

Im Rahmen des „Vormoduls“ wurden von der Projektgruppe „Anreizsystem“ unterschiedliche Kooperationspartner aus den Reihen der von der untersuchten Thematik betroffenen Akteursgruppen - die verschiedenen Sozialversicherungsträger (gesetzliche Renten-, Kranken- und Unfallversicherung), Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V., Gewerkschaften und Arbeitgebervertretungen - zur Unterstützung des Forschungsvorhabens angesprochen. Insgesamt konnten zehn unterschiedliche Kooperationspartner gewonnen werden: Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Deutsche Rentenversicherung Bund, Indus-

trigewerkschaft Bergbau, Chemie und Energie, Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, BKK MedPlus Center als medizinisches Kompetenzzentrum der BKK-Salzgitter, BKK-Publik und TUI-BKK, Deutsche BKK, BKK Pfalz, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und der frühere CDU-Gesundheitspolitiker Dr. Rolf Koschorrek.

Auf einem ersten Workshop zum Thema „**Entwicklung von Anreizstrukturen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Beschäftigter**“ im April 2014 wurde das Design des Forschungsvorhabens den beteiligten Kooperationspartnern vorgestellt und anschließend gemeinsam diskutiert. Im Rahmen des Kick-off-Meetings wurden zwei Beispielindikationen festgelegt, „F32 Depressive Episode“ und „M54 Rückenschmerzen“, anhand derer Best-Practice-Modelle bzw. -Konzepte zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Beschäftigter identifiziert werden sollten, die einen besonderen Fokus auf die Kooperation inner- und auch außerbetrieblicher Akteure sowie die Schnittstellenprobleme in diesem Zusammenhang legen. Darüber hinaus wurde an diesem Tage eine kleine Arbeitsgruppe bestehend aus drei Vertretern aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenkassen, zwei Vertretern aus dem Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung sowie Herrn Dr. Koschorrek und Mitarbeitern des Lehrstuhls für Medizinmanagement ins Leben gerufen, die sich im Verlauf des Forschungsvorhabens auf Arbeitsebene austauschten.

Die Identifikation von Indikationen, welche Hauptursachen von Arbeitsunfähigkeit und /oder Früh- bzw. Erwerbsminderungsrente sind, erfolgte stufenweise. Neben einer Literaturrecherche (bestehend aus einer systematischen Suchstrategie in der Datenbank Scopus sowie einer halbsystematischen Literaturrecherche im Internet nach Arbeitsunfähigkeits- und Rentenstatistiken) wurde eine Häufigkeitsanalyse von Arbeitsunfähigkeits-Diagnosen sowie mit Früh- und Erwerbsminderungsberentungsstatus vergesellschafteten Diagnosen durchgeführt. Basis war hier ein Forschungsdatensatz des Lehrstuhls für Medizinmanagement im Umfang von drei Mio. Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus dem Jahr 2012. Eine Übersicht über das methodische Vorgehen bei der Häufigkeitsanalyse kann dem Anhang 7.1 entnommen werden.

Nach Abschluss der Vorphase erfolgte im ersten Hauptmodul eine Analyse der aktuell bestehenden fehlerhaften Anreizstrukturen sowie von möglichen Schnittstellenproblemen zwischen inner- und außerbetrieblichen Akteuren beim Erhalt und bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit von chronisch Kranken. Darüber hinaus wurden sowohl indikationsspezifische als auch indikationsübergreifende Best-Practice-Modelle bzw. -Konzepte zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit durch Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit sowie zur betrieblichen Wiedereingliederung von chronisch kranken Arbeitnehmern untersucht. Ziel war es, gelebte Modelle und Konzepte zur Überwindung von Schnittstellenproblematiken und zum Aufbau lösungsorientierter Kooperationsstrukturen zu identifizieren. Basis dieser Analyse bildeten neben einer umfassenden Literaturrecherche Strategie Experteninterviews mit betroffenen und beteiligten Akteuren (z.B.

Leistungserbringern (Betriebsärzten), Vertretern der Sozialversicherungsträger, Arbeitgebervertretern und Gewerkschaften sowie Vertretern der Integrationsämter). Die Suchstrategie bestand - vergleichbar mit dem methodischen Vorgehen im Rahmen des Vormoduls - aus einer systematischen Literaturrecherche in der Datenbank Scopus, einer halbsystematischen Literaturrecherche im Internet sowie einer Dokumentenanalyse u.a. auf nationalen Seiten der Sozialversicherungs- und Rehabilitationsträger und auf den Verbandseiten weiterer beteiligter Akteursgruppen. Aufbauend auf den Ergebnissen der Literaturanalyse wurden akteursspezifische Interviewleitfäden mit den folgenden Themenkomplexen entwickelt: betriebsnahe Präventionsprogramme und betriebliches Eingliederungsmanagement, Gemeinsame Servicestellen sowie Schnittstellenmanagement, Best-Practice-Modelle und Datenschutz. Die differenzierten Fragestellungen der akteursspezifischen Leitfäden können in Anhang 7.3 eingesehen werden. Die Interviews wurden entweder in Form von persönlichen oder telefonischen Gesprächen geführt. Allen Interviewpartnern wurden im Vorfeld der Gespräche die Leitfäden zur Vorbereitung zur Verfügung gestellt. Insgesamt wurden im Rahmen der Rekrutierung 15 Ansprechpartner schriftlich für ein Experteninterview angefragt. Von den angefragten Ansprechpartnern erklärten sich insgesamt 13 zu einer Teilnahme bereit. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die angefragten und realisierten Interviews. Entsprechend dem Fokus des Forschungsvorhabens auf der Entwicklung von Konzepten zur Förderung und nachhaltigen Vernetzung von Aktivitäten der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung als außerbetrieblichen Akteuren mit Maßnahmen der Arbeitgeber zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitskraft chronisch kranker Beschäftigter wurden aus den Reihen der Leistungserbringer lediglich Vertreter der Werks- und Betriebsärzte bzw. entsprechende Verbandsvertreter interviewt. Die Expertenbefragung fand im Zeitraum von August bis Oktober 2014 statt. Insgesamt wurden sechs Interviews persönlich und sieben telefonisch geführt. Alle Gespräche wurden per Tonbandgerät aufgezeichnet und im Anschluss ausgewertet. Zur Auswertung wurden in einem ersten Schritt die zentralen Inhalte der Interviews nach Gesprächspartnern bzw. ihren Organisationen aufgezeichnet. In einem nächsten Schritt wurden nach Abschluss der Interviewphase den einzelnen Fragen Kernaussagen zugeordnet und inhaltlich analysiert. Die Zusammenfassung der Kernaussagen zur Darstellung im Gutachten erfolgte akteursspezifisch in anonymisierter Form. Eine Zuordnung der Aussagen zu den jeweiligen Experten wurde im Sinne der den Interviewpartnern zugesicherten Anonymität nicht vorgenommen.

Tabelle 1: Übersicht Interviewpartner

Interviewpartner	angefragt	durchgeführt
Gesetzliche Rentenversicherung	2	2
Gesetzliche Krankenversicherung	3	3
Gesetzliche Unfallversicherung	1	--
Gewerkschaft	2	1
Arbeitgebervertretung	2	2
Vertretung der Arbeitsmedizin	1	1
Integrationsdienst	1	1
Patientenvertretung	1	1
weitere	2	2

Quelle: eigene Darstellung

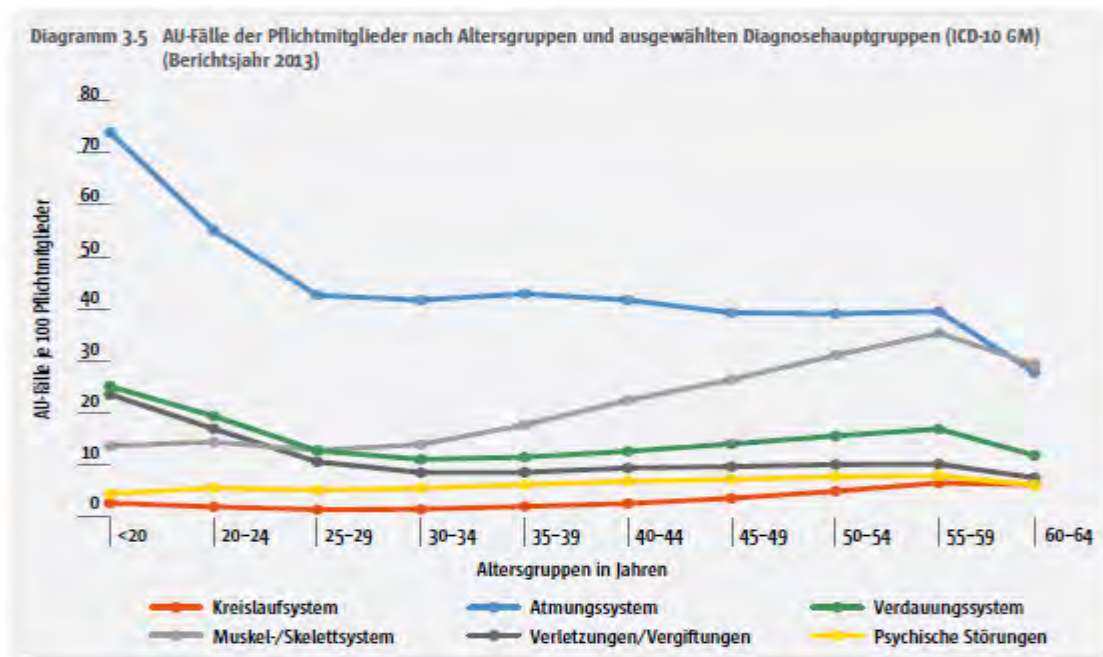
Basierend auf den Ergebnissen des ersten Moduls des Forschungsvorhabens wurden wirksame Anreizstrukturen sowie Maßnahmen und Konzepte zur Förderung und nachhaltigen Vernetzung von Aktivitäten der betroffenen Akteure zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit von chronisch Kranken abgeleitet. Bereits vor Beendigung der Auswertung aller Interviews innerhalb der Interviewphase traf sich die im April gegründete Arbeitsgruppe, um erste Ideen und Förderkonzepte zur nachhaltigen Vernetzung der inner- und außerbetrieblichen Akteure zu diskutieren.

Am 19. November 2014 wurden in einem abschließenden Workshop mit allen Kooperationspartnern und weiteren Vertretern relevanter Stakeholder die vom Lehrstuhl für Medizinmanagement entwickelten Maßnahmen und Konzepte vorgestellt und diskutiert. Ziel des Workshops war die Entwicklung erster Empfehlungen zur Implementierung und Umsetzung der erarbeiteten Ergebnisse. Im Anschluss an den Workshop erfolgte die Erstellung eines finalen Abschlussberichtes unter Einbezug der Workshop-Ergebnisse. Die zentralen Projektempfehlungen wurden in Tagungen der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Sie wurden außerdem, soweit sie sich an den Gesetzgeber richten, in Stellungnahmen an den Gesundheitsausschuss des Bundestages im Zusammenhang mit den Beratungen des Versorgungsstärkungsgesetzes und des Präventionsgesetzes gesendet. Eine Mitarbeiterin des Lehrstuhls für Medizinmanagement wurde daraufhin als Einzelsachverständige zur Anhörung des Gesundheitsausschusses zum Versorgungsstärkungsgesetz eingeladen und konnte Teile der Empfehlungen dort vorstellen.

2. Chronisch kranke Beschäftigte mit Fokus auf Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankungen in Deutschland – am Beispiel Rückenschmerz und depressive Episoden

Die Struktur der deutschen Wirtschaft hat sich, wie bereits in Kapitel 0 kurz angerissen, in den letzten Jahrzehnten gravierend verändert. Von den großen produzierenden Industriebetrieben hat sich der größte Teil der Wertschöpfung hin zu den Dienstleistungsunternehmen verlagert (Geißler 2010). Der technische Fortschritt sorgte zudem für einen verstärkten Einsatz von modernen Automatisierungs- und Computertechnologien. Somit änderten sich auch die Arbeitsbedingungen für einen großen Teil der Beschäftigten. Allerdings sank die Arbeitsbelastung im Ganzen nicht in dem Maße, wie es eigentlich zu erwarten gewesen wäre. Viele Berufe erfordern immer noch einen großen körperlichen Einsatz, und die psychischen Belastungen scheinen sogar zugenommen zu haben. Leistungs- und Arbeitsdruck sind so hoch, dass viele Beschäftigte glauben, nicht bis zum regulären Renteneintrittsalter ihrer Tätigkeit nachgehen zu können (Barthelmes 2010, Hoß et al. 2013). Der Krankenstand hat zwar insgesamt gegenüber früheren Jahren abgenommen - von ca. 5,6 % in den 70er Jahren bis auf ca. 3,9 % im Jahr 2011 - (BMG 2012), allerdings ist wegen der aufgrund der demographischen Entwicklung zu erwartenden steigenden Durchschnittsalters der Beschäftigten mit höheren Krankenständen zu rechnen. Die Anzahl der Krankheitsfälle nimmt mit steigendem Alter zwar ab (vgl. Abbildung 4), aber aufgrund von Multimorbidität und Chronifizierung steigt die Dauer der Krankheitstage und auch der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) (Hoß et al 2013).

Abbildung 4: Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Fälle)



Quelle: Hoß et al 2013, S. 15.

Vor allem zwei Krankheitsgruppen sorgen für hohe Fehlzeiten. Die Arbeitsunfähigkeitsdatenanalysen der gesetzlichen Krankenkassen zeigen, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen mit rund einem Viertel der AU-Tage wie in der Vergangenheit die häufigste Ursache sind, jedoch stehen AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen bzw. Erkrankungen bereits auf Platz zwei der AU-Tage-Statistik (DAK 2013). Darum wurden im Rahmen eines Kick-Off-Meetings zu Beginn des Forschungsvorhabens die zwei Beispielindikationen „F32 Depressive Episode“ und „M54 Rückenschmerzen“ festgelegt, anhand derer dann vor allem die Handlungsfelder des AU-Tage-Managements, der medizinischen bzw. medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation sowie des Betrieblichen Eingliederungsmanagements mit Wiedereingliederungsmaßnahmen untersucht wurden.

2.1 Rückenschmerzen

Zum Krankheitsspektrum „Rückenschmerzen“ gehören mehr als 150 verschiedene Erkrankungsbilder und Syndrome. Die sehr heterogenen Beschwerden reichen von akuten - mit plötzlichem Beginn und kurzer Dauer - bis hin zu bleibenden und sich verschlimmernden (Barthelmes 2010). Häufig ist auch die psychische Gesundheit betroffen. Aber Rückenschmerzen sind nicht nur sehr unterschiedlich, sondern auch schwierig diagnostisch zu differenzieren. Es gibt keine Laboruntersuchungen, die sie nachweisen können, jeder Mensch hat unterschiedliches Schmerzempfinden, die Ursachen können mannigfaltig sein. Von „spezifischem Rückenschmerz“ spricht man, wenn eine pathophysiologische Ursache nachgewiesen werden kann, ansonsten handelt es sich um „unspezifischem Rückenschmerz“, der ca. in 4/5 aller berichteten Fälle vorliegt. Nur sehr selten sind die Ursachen für die Schmerzen also bei Krankheiten der Wirbelsäule oder auch von inneren Organen, bei Entzündungen, Tumoren o.ä., zu suchen (Raspe 2012, Schmidt et Kohlmann 2008).

In der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM) findet sich eine Klassifikation von Rückenleiden vor allem unter den Codes M45-M54, wobei die ersten fünf für verschiedene Formen der Spondylopathien stehen und M50-M54 für sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens.

Tabelle 2: ICD-10-GM Version 2015 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes - Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

ICD-Code	Krankheit oder Störung (Beispiel)
M40-M54	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M40-M43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
M45-M49	Spondylopathien
M50-M54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M50	Zervikale Bandscheibenschäden
M51	Sonstige Bandscheibenschäden
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert
M54	Rückenschmerzen
	M54.0 Pannikulitis in der Nacken und Rückenregion
	M54.1 Radikulopathie
	M54.2 Zervikalneuralgie
	M54.3 Ischaglie
	M54.4 Lumbioschialgie
	M54.5 Kreuzschmerz
	M54.6 Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule
	M54.8 Sonstige Rückenschmerzen
	M54.9 Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet

Quelle: ICD-10-GM Version 2015

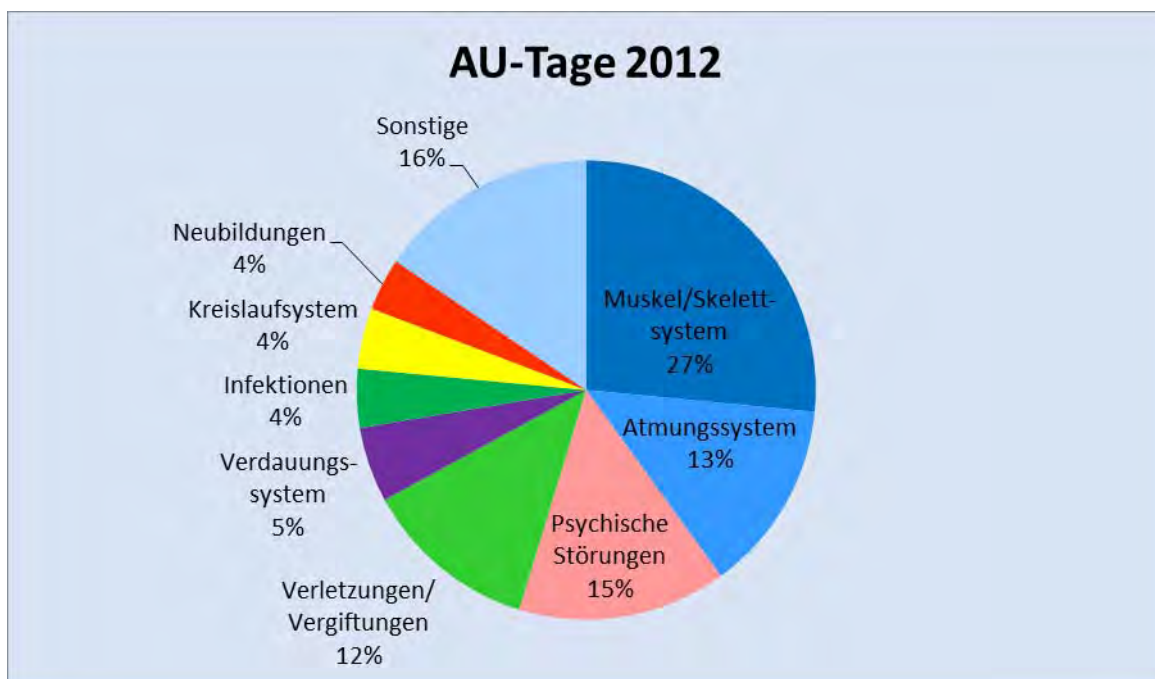
Die medizinische Diagnose soll die Ursachen und die Schwere der Rückenschmerzen bestimmen, aber auch nach Faktoren suchen, die möglicherweise zu einer Chronifizierung der Beschwerden führen könnten. Dabei ist der psychosoziale Kontext sehr wichtig. Das Risiko einer Chronifizierung kann zum einen von der Persönlichkeit des Betroffenen abhängig sein, aber auch von beruflichen Verhältnissen und dem sozialen Umfeld. Starke oder einseitige körperliche Belastungen sind dabei genauso zu beachten wie mangelnde Anerkennung von großem Engagement, Konflikte am Arbeitsplatz und insgesamt geringe Zufriedenheit mit der Arbeit (Barthelmes 2010). Zusätzlich führt das Gesundheitssystem selbst mit z.T. bestehender Überdiagnostik und Überbewertung von bildgebenden Verfahren sowie falschen Behandlungsansätzen zu einem schlechten Krankheitsverlauf. Genetische Ursachen sind dagegen nur für sehr wenige, sehr spezifische Rückenerkrankungen belegt. Auch überwiegend sitzende Tätigkeit, Übergewicht und geringe sportliche Betätigung scheinen kein großes Risiko zu bergen. Zu beobachten ist, dass Menschen mit niedrigem Sozial- und Bildungs-Status vermehrt über Rückenschmerzen klagen (Raspe 2012, Schmidt et Kohlmann 2008).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) berichtet, dass 80 % aller Menschen im Laufe ihres Lebens Schmerzen im unteren Rücken erleben (Barthelmes 2010). Studien zeigen auch für Deutschland eine

Lebenszeitprävalenz bei etwa 80-90 %, die Punktprävalenz liegt bei 30-40 %. Dabei berichtet ein Fünftel aller Erwachsenen von intensiven Schmerzen mit moderaten bis starken Beeinträchtigungen, und 5 % leiden an sehr schweren Rückenschmerzen. Insgesamt ist von einer hohen Rekurrenz bzw. Persistenz von Rückenschmerzen auszugehen (Schmidt CO, Kohlmann T 2008).

Die Folgen für die Volkswirtschaft sind enorm, zwei Drittel der entstehenden Kosten entfallen auf Produktivitätsausfälle aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, ein Drittel auf direkte Kosten im Rahmen oder in Folge von medizinischer Behandlung. Studien gehen davon aus, dass die jährlichen volkswirtschaftlichen Gesamtkosten über 40 Mrd. Euro betragen (Wenig CM et al 2008).

Abbildung 5: Arbeitsunfähigkeitstage 2012



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an BKK Dachverband e.V., 2014

Muskel- und Skeletterkrankungen sind die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit. Z.B. zeigen Daten aus dem BKK-System aus dem Jahr 2012 (ähnlich wie 2011), dass Krankheiten des Muskel-Skelettsystems mit etwas mehr als einem Viertel (rund 27 %) die häufigste Ursache für AU-Tage darstellen (BKK Dachverband 2013, siehe Abbildung 5). Auch bei den Ursachen für Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation stehen sie an erster Stelle, sowohl stationär als auch vor allem ambulant, sowohl bei Männern als auch noch stärker bei Frauen (DRV 2014). Bei den Gründen für gesundheitsbedingte Frühverrentung steht diese Krankheitsgruppe an Platz 2, ihr Anteil sank aber seit Beginn des Jahrhunderts um 48 % (BPtK 2013).

2.2 Depressive Episoden

Zu den psychischen und Verhaltensstörungen zählt man ein weites Spektrum an Krankheitsbildern. Eine eindeutige Definition fällt schwer, da es sich um ein sehr komplexes Geschehen handelt, das sowohl neurobiologische, affektive, kognitive als auch soziale Aspekte beinhaltet, auf jeden Fall aber mit starken Beeinträchtigungen, Leiden, oft auch Schmerzen für die Betroffenen verbunden ist (Sackell 2013). Es reicht von Suchtverhalten bis zu kindlichen Entwicklungsstörungen, von Verhaltensauffälligkeiten bis zu Depressionen. Letztere gehören zu den sogenannten affektiven Störungen.

Hauptsymptome affektiver Störungen sind Veränderungen von Stimmung und Affektivität – entweder zu Angst und Depressionen hin oder zu gehobener Stimmung - verbunden jeweils mit einer entsprechenden Veränderung des Aktivitätsniveaus. Während z.B. bei der bipolaren affektiven Störung Stimmungsveränderungen in beide Richtungen typisch sind, sind diese bei – häufiger auftretenden - rein depressiven Störungen einseitig. Ggf. auftretende weitere Symptome stehen in engem Zusammenhang zu den Stimmungslagen. Oft stehen belastende Ereignisse am Anfang dieser Krankheiten bzw. der Krankheitsepisoden, die in kleineren oder größeren Abständen wiederkehren können (DIMDI 2015).

In der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM) findet man eine Klassifikation der psychischen Störungen vor allem unter den Codes F00-F99, wobei die affektiven Störungen unter F30-F39 angesiedelt sind. Unter F32 ist die depressive Episode kodiert, die in verschieden starken Ausprägungen auftreten kann, je nachdem, in welcher Zahl und Schwere die Symptome wie Antriebsminderung, fehlende Freude und Interessen, Konzentrationsschwierigkeiten, starke Müdigkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust, Schuldgefühle, mangelndes Selbstwertgefühl o.ä. auftreten (DIMDI 2015).

Tabelle 3: ICD-10-GM 2015 Psychische und Verhaltensstörungen

ICD-Code	Krankheit oder Störung (Beispiel)
F00-F99	Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F30.-	Manische Episode
F31.-	Bipolare affektive Störung
F32.-	Depressive Episode
F33.-	Rezidivierende depressive Störung
F34.-	Anhaltende affektive Störungen
F38.-	Andere affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzstörung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Quelle: ICD-10-GM Version 2015

Es wird davon ausgegangen, dass 16-20 % der Menschen weltweit und auch in Deutschland mindestens einmal in ihrem Leben an einer Depression leiden (Kompetenznetz Depression 2015). Laut Bundesgesundheitsurvey (1998) liegt die Punktprävalenz bei erwachsenen Deutschen bei ca. 5,6 %. Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer (Kompetenznetz Depression 2015). Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert-Koch Instituts wurde 2008 bis 2011 eine bevölkerungsrepräsentative Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) durchgeführt, die erwachsene Deutsche zu aktuellen depressiven Symptomen und Ärzte zu diagnostizierten Depressionen befragte. Dabei wurde festgestellt, dass 10,2 % der Frauen und 6,1 % der Männer eine depressive Symptomatik berichteten, häufiger jeweils bei geringerem sozioökonomischem Status der Befragten. Die Lebenszeitprävalenz einer diagnostizierten Depression beträgt nach dieser Untersuchung bei Frauen 15,4 % und bei Männern 7,8 % (Busch et al 2013).

Es wird angenommen, dass jeder Mensch psychische Symptome entwickeln kann, da es immer um ein Wechselspiel zwischen belastenden Ereignissen oder Situationen (egal ob beruflich, privat oder gesellschaftlich) und der individuellen Belastungsgrenze einer Person geht (Sackell 2013). Besonders

häufig erkranken Beschäftigte der Dienstleistungsbranche. Als Ursachen werden oft großer Zeitdruck, schlechte Führungskultur und fehlende Anerkennung genannt. Letztere wird auch als Grund dafür gesehen, dass oft Arbeitslose erkranken. Die Belastungen in der Arbeitswelt sind durch zunehmende Globalisierung, gestiegenen Wettbewerbsdruck (sowohl zwischen Firmen als auch unter Kollegen), permanente Erreichbarkeit und Unsicherheit bzw. Prekarität der Arbeitsverhältnisse enorm gewachsen. Aber auch gesellschaftliche Veränderungen, wie die Auflösung fester familiärer Strukturen und der stetige Druck, sich als Individuum in der Gesellschaft behaupten zu müssen, tragen zu einem Unsicherheitsgefühl der Menschen bei. Ob tatsächlich mehr Menschen psychisch erkranken, ist dennoch umstritten (BPtK 2013, Die Dt. Berufsförderungswerke 2012, Sockoll 2013). Grund für vermehrte AU-Tage in diesem Bereich könnte auch sein, dass die Sensibilität gestiegen ist, Erkrankte nicht mehr so stark stigmatisiert werden und Diagnose und Früherkennung verbessert wurden. Dafür, dass psychische Erkrankungen oft chronisch werden, ist auch das Gesundheitssystem mit verantwortlich, da Diagnostik und vor allem Therapie oft zu spät einsetzen. Wartezeiten von drei oder vier Monaten oder gar länger sind keine Seltenheit und erhöhen die Probleme und auch den volkswirtschaftlichen Schaden (BPtK 2013, Die Dt. Berufsförderungswerke 2012).

Die volkswirtschaftlichen Konsequenzen der zunehmenden psychischen Erkrankungen bzw. Krankschreibungen sind nicht zu unterschätzen. Etwa 26 Milliarden Euro jährlich muss die deutsche Wirtschaft an Ausfallkosten aus diesen Gründen verkraften. Über 6 Milliarden Euro wurden im Jahr 2011 für Behandlung, Prävention und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen, die auf Arbeitsplatzprobleme zurückgeführt wurden, ausgegeben (Die Dt. Berufsförderungswerke 2012).

Basierend auf Analysen der DAK im Rahmen des Gesundheitsreports aus dem Jahr 2013 mit dem Schwerpunktthema „Psychische Erkrankungen: Sind wir heute anders krank“ konnte gezeigt werden, dass AU-Tage infolge von psychischer Erkrankung von 1997 bis 2012 um 165% bzw. um den Faktor 2,7 zugenommen haben, was auch damit zusammenhängt, dass psychische Erkrankungen zu überdurchschnittlich langen Ausfallzeiten führen (DAK 2013; Knochen & Sochert 2013). Die Statistiken des BKK Dachverbandes für das Jahr 2012 zeigen, dass psychische Störungen mit 244 AU-Tagen je 100 BKK Pflichtmitglieder an zweiter Stelle der Häufigkeiten von Arbeitsausfällen liegen, das entspricht 15 % aller Arbeitsausfälle (vgl. Abbildung 4). Damit liegt dieses Krankheitsspektrum noch vor den Krankheiten des Atmungssystems mit 224 AU-Tagen (entspricht 13 %) sowie Verletzungen und Vergiftungen mit 205 AU-Tagen (entspricht 12 %) (siehe Abbildung 5). Fehlzeiten mit dieser Begründung dauern im Durchschnitt über 30 Tage – das ist überdurchschnittlich lange und etwa doppelt so lange wie bei Muskel-Skelett-Erkrankungen - je älter die Patienten sind, desto länger dauern die Episoden (BPtK 2013).

Bei den Ursachen für Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation stehen psychische und Abhängigkeitserkrankungen an zweiter Stelle, sowohl ambulant als auch vor allem stationär, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Beachtenswert ist, dass seit

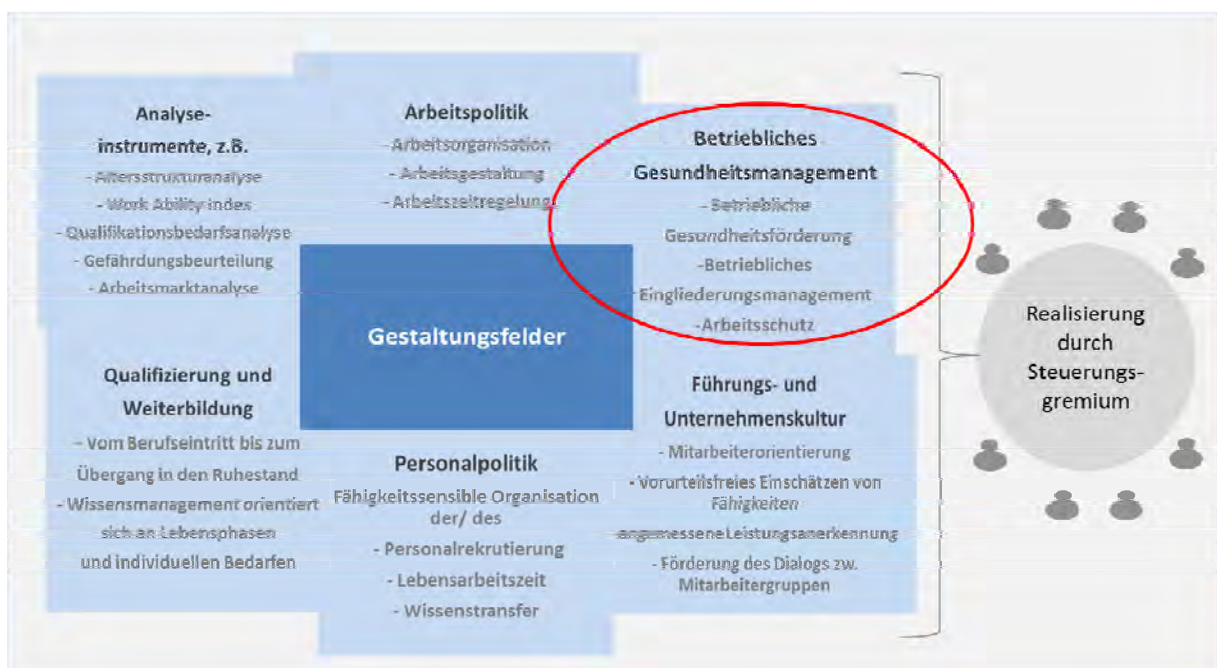
dem Jahr 2000, wenn man die Zahlen altersstandardisiert betrachtet, die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen abgenommen hat, nur im Bereich der psychischen Erkrankungen (inkl. Sucht) stiegen die Zahlen, vor allem seit 2007 (DRV Bund 2013).

Bei den Gründen für gesundheitsbedingte Frühverrentungen stehen psychische Störungen seit vielen Jahren an erster Stelle (mit immer größer werdendem Abstand zu den körperlichen Erkrankungen), im Jahr 2012 lag der Anteil bei über 42 % aller Fälle. Davon wiederum entfielen 38,5 % auf die Diagnosen depressive Episode und rezidivierende depressive Episode. Eine Frühverrentung erfolgt durchschnittlich bei knapp 49 Jahren – das ist besonders früh im Vergleich zu anderen Krankheitsbildern (BPtK 2013).

3. Aktivitäten und Maßnahmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Beschäftigter

Die wesentlichen innerbetrieblichen Gestaltungsfelder zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit umfassen neben der Arbeits- und Personalpolitik, der Qualifizierung und Weiterbildung sowie der Führungs- und Unternehmenskultur auch die Analyse des Leistungsvermögens der Arbeitnehmer und der Gegebenheiten, die den zentralen Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) zugrunde liegen (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Innerbetriebliche Gestaltungsfelder zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit



Quelle: Hoß et al. 2013.

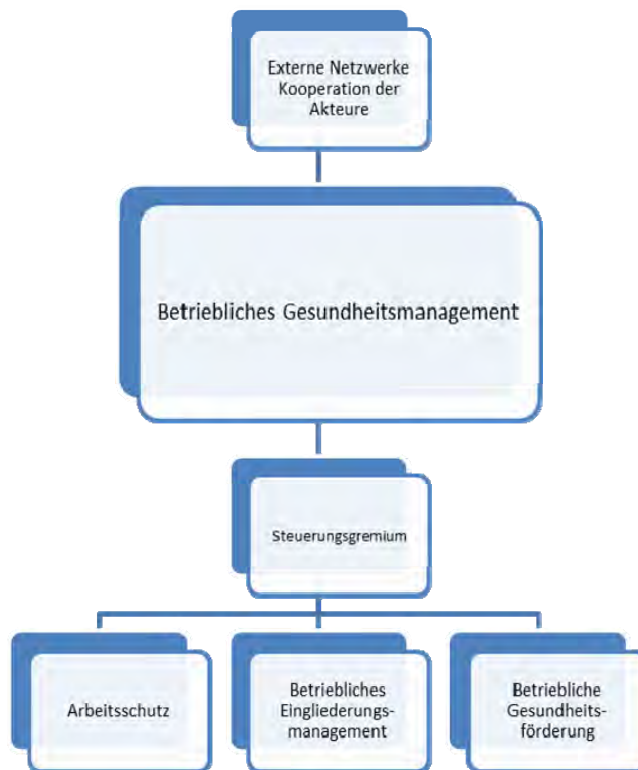
Die essentiellen Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung von innerbetrieblichen Maßnahmen und Aktivitäten zur Wahrung bzw. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bestehen einerseits in der strukturierten Planung und Durchführung, andererseits aber vor allem in der Bildung eines Steuerungsgremiums, das sowohl die wichtigsten Funktionsträger eines Unternehmens als auch externe Unterstützungsinstanzen zusammenführt und einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess ermöglicht.

Auch wenn diese Gestaltungsfelder und deren Instrumente in der Theorie nicht neu sind und bereits seit Jahren vor allem in Großunternehmen erprobt werden, so besteht doch in vielen Unternehmen noch Unkenntnis darüber, welche Maßnahmen primär ergriffen werden müssen, um gerade auch die chronisch kranken Beschäftigten bis zur Rente arbeitsfähig zu halten.

Erfolgreiche Maßnahmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erfordern über das innerbetriebliche Engagement hinaus zudem noch die Unterstützung durch externe Instanzen. Vorhergehende Studien haben gezeigt, dass zum einen viele Unternehmen die diversen Unterstützungsmöglichkeiten entweder nicht kennen oder nicht einsetzen. Zum anderen wurden Defizite in der Kooperation der externen Instanzen untereinander festgestellt (Hoß et al. 2013).

Die zentralen innerbetrieblichen Aktivitäten zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit vor allem chronisch kranker Mitarbeiter resultieren in der Praxis vornehmlich aus dem Handeln des Betrieblichen Gesundheitsmanagements eines Unternehmens. Unter dem Dach des Betrieblichen Gesundheitsmanagements werden der gesetzlich vorgeschriebene Arbeitsschutz, die einzelnen fakultativen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und das obligatorische Betriebliche Eingliederungsmanagement vereint (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Betriebliches Gesundheitsmanagement



Quelle: Hoß et al. 2013.

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement verfolgt eine ganzheitliche Strategie. Im Fokus stehen sowohl Aufgaben, die die Gesundheit, Leistungsbereitschaft und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten erhalten und fördern, als auch Maßnahmen, die zu einer Organisation beitragen, die über Arbeitsbedingungen und Kommunikationsstrukturen sowie Entwicklungs- und Entfaltungspotenziale verfügt, die das Wohlbefinden aller Mitarbeiter – auch der älteren und chronisch kranken – stärken.

Konkret geht es darum, das Thema Gesundheit in bereits bestehende Managementsysteme, wie z.B. das Human Resource Management oder das Qualitätsmanagement, einzugliedern. Integration bedeutet in diesem Zusammenhang, die Gesundheit der Mitarbeiter als strategischen Faktor in das Leitbild und die Unternehmenskultur einzubeziehen. BGM ist erfolgreich, wenn es als Managementaufgabe verstanden wird. Dabei führt ein integriertes Gesundheitsmanagement bereits gewachsene Strukturen und bestehende Aktivitäten in den Bereichen des Arbeitsschutzes, der Gesundheitsförderung und der Prävention sowie des Eingliederungsmanagements im Unternehmen systematisch zusammen.

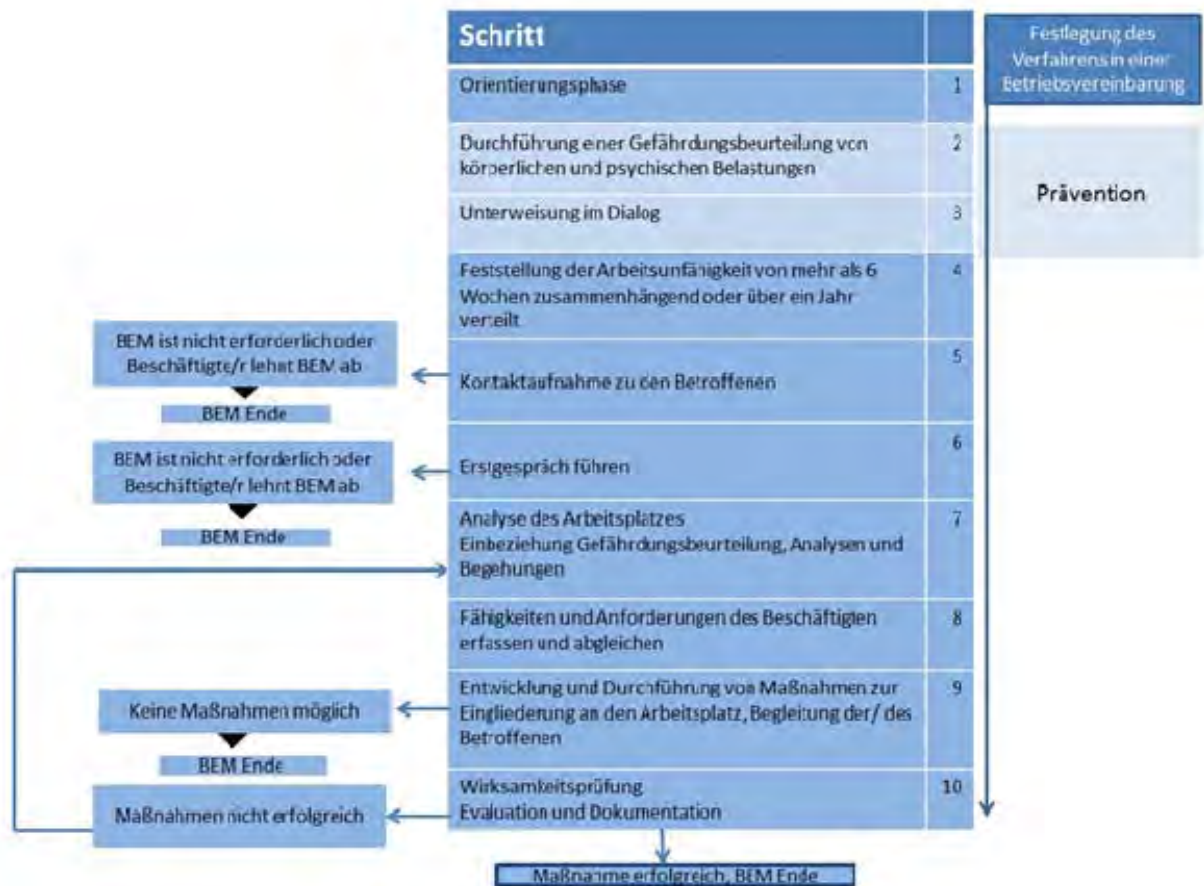
Im Rahmen eines implementierten Betrieblichen Gesundheitsmanagements können somit die Bedürfnisse chronisch kranker Arbeitnehmer zeitnah erfasst. Mit nachhaltigen Maßnahmen kann zum Erhalt ihrer Arbeitsfähigkeit beigetragen werden. Das Management von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung erarbeitet dabei - im optimalen Fall auf Grundlage von Planungsunterlagen der Arbeitsorganisation, Arbeitsplatzbegehungen und Gefährdungsbeurteilungen - verhältnispräventive und verhaltenspräventive Maßnahmen, um die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter zu erhalten und zu fördern. Eine zentrale Rolle in diesem Zusammenhang spielt die Arbeitsmedizin bzw. der Betriebsarzt.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ergänzt die Aktivitäten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements um ein weiteres Steuerungselement vor allem zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit eines (chronisch) kranken Arbeitnehmers. Um die Arbeitgeber verstärkt in die Verantwortung zu nehmen und einen Beitrag für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit ihrer Belegschaft zu leisten, wurde das Betriebliche Eingliederungsmanagement im Jahr 2004 in §84 Abs. 2 SGB IX gesetzlich verankert. Es geht darum, denjenigen Beschäftigten Wiedereingliederungsmaßnahmen anzubieten, die längerfristig oder wiederkehrend erkrankten und von einer Chronifizierung ihrer Erkrankung oder einer Behinderung bedroht sind. In der Umsetzung eines BEM sind sowohl organisations- als auch personenbezogene Maßnahmen vorgesehen, die die Arbeitsfähigkeit erhalten bzw. wiederherstellen sollen. Die Arbeitsplätze sollen dabei nicht nur nach ergonomischen Prinzipien gestaltet, sondern auch nach physischen wie psychischen Belastungen beurteilt werden, damit Gefährdungen erfasst, beseitigt bzw. gemindert werden können.

Das BEM wertet in diesem Zusammenhang systematisch betriebliche Gesundheitsgefährdungen und „krankmachende“ innerbetriebliche Faktoren einschließlich des Führungsverhaltens von Vorgesetzten aus, um Initiativen zur gesundheitsfördernden Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu ergreifen. Im Rahmen der erweiterten betrieblichen Prävention zielt das BEM somit auf eine Weiterbeschäftigung des längerfristig (oder chronisch) erkrankten Mitarbeiters an dem ursprünglichen Arbeitsplatz ab. Ein weiteres Ansteigen von chronischen Erkrankungen und Behinderungen soll dadurch vermieden

werden. In einem ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsmanagement kommen im besten Fall Gefährdungsbeurteilungen von körperlichen und psychischen Belastungen zum Einsatz. Diese dienen dann als Grundlage, um bei Auftritt längerfristiger gesundheitsbedingter Ausfälle die Situation am Arbeitsplatz zu bewerten und Anpassungen zur Wiedereingliederung des jeweiligen Beschäftigten vorzunehmen.

Abbildung 8: Ablauf eines BEM-Prozesses



Quelle: Giesert & Wendt-Danigel 2011

Der Ablauf des BEM-Prozesses beginnt mit der Feststellung einer zusammenhängenden oder über ein Jahr verteilten Arbeitsunfähigkeit eines Mitarbeiters von mehr als sechs Wochen (Schritt 4, Abbildung 8). Im Hinblick auf das Bundesdatenschutzgesetz erfolgt die Identifikation einer solchen Arbeitsunfähigkeit zumeist durch die/den Personalverantwortliche(n) bzw. das Personalbüro. Es folgt die Kontaktaufnahme zu der/dem Betroffenen (Schritt 5) durch die/den BEM-Verantwortliche(n). Im sechsten Schritt erfolgt ein Erstgespräch, in dem über die gesundheitliche Lage des Betroffenen gesprochen werden soll. Ziel ist die Information des Beschäftigten über Wiedereingliederungsmöglichkeiten. Die im besten Fall vorliegenden Ergebnisse aus den Gefährdungsbeurteilungen können hierbei herangezogen werden, um den Arbeitsplatz hinsichtlich

seiner Anforderungen zu analysieren (Schritt 7), ihn auf die vorhandenen Fähigkeiten des Betroffenen abzustimmen und so eine Weiterbeschäftigung an dem Arbeitsplatz zu ermöglichen (Schritt 8). Im Anschluss daran werden entsprechende Maßnahmen entwickelt und durchgeführt. Dabei wird der Betroffene während des Wiedereingliederungsprozesses begleitet. Entscheidend ist, dass die umgesetzten Maßnahmen evaluiert und dokumentiert werden und so der Erfolg oder Misserfolg der Intervention festgestellt werden kann. Wenn der Eingliederungsfall nicht allein unter Beteiligung unternehmensinterner Personen erfolgreich bewältigt werden kann, sollten externe Partner, z.B. Rehabilitationsträger oder Integrationsämter, hinzugezogen werden. Bei Bedarf werden weitere Sozialversicherungsträger und Leistungserbringer angesprochen und in den Prozess integriert. Unerheblich für die Unterstützung von externen Partnern ist dabei, ob die Ursache der Arbeitsunfähigkeit betrieblich bedingt ist oder nicht.

Grundsätzlich darf im Rahmen des BEM D keine Handlung ohne die Zustimmung des Beschäftigten unternommen werden. D.h. dass er selber bestimmt, welche Maßnahmen durchgeführt werden, dass er aber auch das Recht hat, ein BEM abzulehnen und das Verfahren während des Verlaufs abubrechen (siehe Abbildung 8).

Die dargestellte Abbildung zum Ablauf eines BEM stellt dabei nur eine Basis für eine betriebsspezifische Durchführung dar, denn es gibt insgesamt viele Wege, ein BEM im Betrieb zu installieren. In jedem Unternehmen kann das BEM anders aufgebaut und an die jeweiligen, individuellen Anforderungen angepasst werden.

Da es sich beim BEM um ein komplexes Verfahren mit vielen Beteiligten handeln kann, zeigt die betriebliche Erfahrung, dass es vor allem für größere Unternehmen ab 200 Beschäftigten sinnvoll ist, das Verfahren einzelfallübergreifend, systematisch geordnet und auf der Grundlage einer gemeinsamen Vereinbarung anzugehen. Empfehlenswert ist dabei, die Verantwortlichkeiten für den BEM-Prozess und für einzelne Schritte dieses Prozesses klar festzulegen.

Die Zusammenarbeit mit und Unterstützung durch externe Partner gewinnt besonders in jenen Fällen an Bedeutung, bei denen bereits eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten eingetreten ist und rehabilitative Maßnahmen zur Überwindung der Erkrankung notwendig werden.

So sind die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) gemäß § 20a SGB V in Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) zu Leistungen der Gesundheitsförderung in Betrieben verpflichtet. Das Leistungsangebot der Krankenkassen für die Unternehmen umfasst dabei die Beratungsfunktion, die Moderation von Projektgruppen bzw. Gesundheitszirkeln, das Projektmanagement, die Dokumentation, die Information der Belegschaft, die Erfolgskontrolle und die generelle Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der

gesundheitlichen betrieblichen und persönlichen Situation auch chronisch kranker Arbeitnehmer. Zudem können Arbeitgeber von den Krankenkassen auch personelle und finanzielle Hilfestellungen bei der Implementierung und Durchführung des BEM erhalten. Eine weitere gesetzlich geregelte und in dem Zusammenhang besonders relevante Unterstützungsleistung der GKV besteht in der stufenweisen Wiedereingliederung von langzeitarbeitsunfähigen (> 6 Wochen) Arbeitnehmern gemäß § 74 SGB V. Nach vorheriger ärztlicher Feststellung sehen die Wiedereingliederungsprogramme parallel zur Zahlung des Krankengeldes eine stufenweise und unterstützte Wiederaufnahme der Tätigkeit nach der Vorgehensweise des sogenannten „Hamburger Modells“ im Betrieb vor.

In Abgrenzung dazu besteht der Gesetzesauftrag der GUV mit dem Ziel, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (BK) zu verhindern sowie nach deren Eintritt die Arbeitsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen, darin, Arbeitsschutzvorschriften zu erlassen (§ 15 SGB VII), deren Einhaltung in den Betrieben durch eigenes Aufsichtspersonal zu überwachen (§ 17 SGB VII) und Unternehmen und Versicherte zu beraten (§ 17 SGB VII) sowie zur Teilnahme an den von ihnen angebotenen Aus- und Fortbildungslehrgängen anzuhalten (§ 23 SGB VII).

Zusätzlich bietet die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) auf Antrag gemäß § 9, Abs. I SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an. Angestrebt wird - nach dem Leitprinzip „Reha vor Rente“ - die Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von (chronisch) kranken Erwerbspersonen mit dem Ziel der Vermeidung eines Arbeitsplatzverlustes. Zusätzlich zu stationären oder ganztägigen Rehabilitationsmaßnahmen umfassen die gesetzlichen Leistungen Hilfen zur Sicherung des Arbeitsplatzes oder Hilfen zur Erlangung eines neuen Arbeitsplatzes in Form von Beratung, Vermittlung, Trainingsmaßnahmen, Mobilitätshilfen sowie Kraftfahrzeughilfe. Neben weiteren direkten Leistungen an die Betroffenen werden auch Leistungen an Arbeitgeber zur Unterstützung ihrer Beschäftigungsbereitschaft erbracht.

Darüber hinaus können Arbeitgeber durch die trägerübergreifenden „gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation“ aller Rehabilitationsträgern (GKV, GRV, GUV, Bundesagentur für Arbeit, Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge, öffentliche Jugend- oder Sozialhilfeträger) Unterstützung bei der Umsetzung des BEM erhalten und Arbeitnehmer wiederum umfassend über die Zielsetzung, Zweckmäßigkeit und Erfolgsaussicht möglicher Leistungen zur Teilhabe informiert werden.

Letztendlich verfolgen sowohl die innerbetrieblichen für das Gesundheitsmanagement verantwortlichen Funktionsbereiche als auch alle externen Unterstützungsinstanzen das Ziel, entweder die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit eines Arbeitnehmers wieder herzustellen oder – wenn dies nur bedingt erreicht werden kann – die weitergehende Beschäftigung eines Mitarbeiters

durch das Schaffen eines angemessenen Arbeitsplatzes möglichst im bisherigen Unternehmen sicher zu stellen.

3.1 Identifizierte Best Practice Modelle und Kooperationsvorhaben zur Sicherung, zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit

Die Sozialversicherungsträger sowie die Integrationsämter haben auf Grundlage der rechtlichen Rahmenbedingungen zum betrieblichen BEM als außerbetriebliche Akteure vornehmlich die Aufgabe, mit den Unternehmen zu kooperieren und für die betrieblichen Akteure entsprechende Unterstützungsangebote vorzuhalten, um den Unternehmen bei ihrem gesetzlichen Auftrag zur Seite zu stehen. Seit Einführung des BEM im Jahre 2004 finden daher in der Versorgungslandschaft eine Reihe von kooperativen Best-Practice Modellen und Kooperationsvorhaben zwischen den Sozialversicherungs- und Rehabilitationsträgern sowie Arbeitgebern erfolgreich Anwendung, z.B. in Form von betriebsnahen Präventionsprogrammen, Modellen zur frühzeitigen Bedarfserkennung und strukturierten Maßnahmen zum Erhalt und der Sicherung der Erwerbsfähigkeit von Beschäftigten.

Nachfolgend werden unterschiedliche in der Praxis identifizierte indikationsspezifische und auch indikationsübergreifende Best-Practice-Modelle bzw. -Konzepte zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit durch Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit sowie zur betrieblichen Wiedereingliederung von chronisch kranken (oder von Chronifizierung ihrer Krankheit bedrohten) Arbeitnehmern vorgestellt. Die Modelle und Kooperationsvorhaben wurden anhand einer umfassenden Literaturrecherche (vgl. Kapitel 1.2) sowie basierend auf den Ergebnissen der leifadengestützten Experteninterviews (vgl. Kapitel 3.2) identifiziert. Auf eine flächendeckende Unternehmens- und Sozialversicherungsträgerbefragung zur Identifizierung von entsprechenden Kooperationsmodellen wurde verzichtet, so dass die Präsentation der hier vorgestellten Modelle keinen Anspruch auf bundesweite Vollständigkeit erhebt. Vielmehr sollen beispielhafte Leuchtturmprojekte aufgezeigt und näher beschrieben werden. Eine übersichtsartige Zusammenfassung aller identifizierten Modelle, differenziert nach betrieblichen Präventionsprogrammen, Modellen zur frühzeitigen Bedarfserkennung und kooperativen Maßnahmen der Betriebe und außerbetrieblichen Akteure zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Beschäftigten, geben Tabelle 4 bis Tabelle 7. Darüber hinaus findet sich in Anhang 7.2 eine Tabelle zu weiteren kooperativen Maßnahmen.

3.1.1 Betriebsnahe Präventionsprogramme

Betriebsnahe Präventionskonzepte werden seit einer Änderung des § 31 Abs. I SGB VI im Jahre 2009 nicht mehr ausschließlich von gesetzlichen Krankenkassen angeboten, sondern seit diesem Zeitpunkt können auch von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) präventive medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten ambulant erbracht werden. Die DRV hat die

Möglichkeit, medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte zu erbringen, die eine besonders gesundheitsgefährdende Beschäftigung ausüben. Gleichzeitig zu den Änderungen im SGB VI wurden die Verwaltungsrichtlinien und Anwendungsempfehlungen der DRV angepasst. Als besonders belastende Erwerbstätigkeit gelten heute nicht mehr nur körperlich schwere Arbeiten, sondern auch Tätigkeiten mit besonderer psychischer Belastung (z.B. hohe Anforderungen an Konzentration, Reaktionsvermögen und Verantwortung). Darüber hinaus wurde ergänzend ein Rahmenkonzept entwickelt. Demnach sollen die Maßnahmen besonders „informativ, aktivierende und motivationsfördernde Module“ beinhalten, zum Beispiel in Form von Bewegungstherapien, Erlernung von Entspannungstechniken oder Informationen zu einer gesunden Ernährungsweise (Meffert et al. 2013). Mittlerweile finden sich in der Versorgungslandschaft eine Reihe von betriebsnahen Präventionsprogrammen der gesetzlichen Rentenversicherungsträger, welche sich explizit an Versicherte richten, bei denen weder ein Rehabilitations- noch ein akutmedizinischer Behandlungsbedarf vorliegt, welche aber von spezifischen beruflichen Belastungen betroffen sind (Meffert et al. 2013).

Insgesamt konnten acht in der Versorgungsrealität implementierte betriebsnahe Präventionskonzepte, vornehmlich der DRV, identifiziert werden. Nachfolgend sollen diese zusammenfassend kurz vorgestellt werden, bevor die Programme *Besti*, *KomPAS* und *Gesund im Beruf* beispielhaft näher beleuchtet werden.

Bei den identifizierten betriebsnahen Präventionsprogrammen handelt es sich überwiegend um indikationsübergreifende Ansätze mit Fokus auf Versichertengruppen mit bereits bestehenden Gesundheitsstörungen, jedoch ohne aktuellen Rehabilitationsbedarf im ursprünglichen Sinne. In der Regel setzen sich die Konzepte aus einer Kombination von stationären Maßnahmen, welche mehrheitlich zu Programmbeginn als Initialphase angesiedelt sind, und ambulanten berufsalltagsbegleitenden Maßnahmen, welche zum Teil in Eigenverantwortung durch die Teilnehmer durchgeführt werden, zusammen. Bei sieben der acht Programme findet am Ende eine sogenannte „Refresher“- oder „Nachsorge-Phase“ statt, in der zuvor erlernte und angewendete Ansätze (zum Beispiel Lebens- und Verhaltensstiländerungen oder Rückenschule) aufgefrischt werden sollen. Ziel ist die nachhaltige Verstetigung der bis zu diesem Programmzeitpunkt erreichten Erfolge und die Befähigung der Teilnehmer, nach Abschluss der Programme das Erlernte eigenständig weiter umzusetzen (DRV-Baden-Württemberg 2008; Meffert et al. 2013).

Die Programmteilnahme steht in den meisten Fällen ausschließlich Beschäftigten der kooperierenden Betriebe frei, die bei den jeweiligen Kostenträgern versichert sind. So steht beispielsweise eine Teilnahme an den Programmen *FEE* oder *1+12* ausschließlich Versicherten der DRV Mitteldeutschland bzw. der DRV-Baden-Württemberg offen. Sonderregelungen finden sich bei den

Programmen *Betsi*, *FRESH* und *KompAS* (vgl. Tabelle 4). Eine Teilnahme am *Betsi*-Konzept kann auch Beschäftigten, die bei der DRV-Rheinland oder DRV Niedersachsen versichert sind, ermöglicht werden. Im Falle von *KompAS* kann der Betrieb (Boehringer Ingelheim) die Kosten der *KompAS*-Maßnahme übernehmen, wenn ein Beschäftigter die entsprechenden Programm-Einschlusskriterien erfüllt, jedoch nicht der DRV Rheinland Pfalz zugehörig ist (Meffert et al. 2013). Die Ansprache potenzieller Programmteilnehmer erfolgt i.d.R. über die Betriebs- und Werksärzte (wenn vorhanden). Jedoch kann der Zugang auch über Betriebsräte, direkte Vorgesetzte oder die Betriebsleitung selbst initiiert werden. Allen Programmen gemein ist eine genaue Definition von spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien, welche mehrheitlich über die Arbeitsmedizin vor Ort operationalisiert werden. Die inhaltlichen Schwerpunkte der Programme reichen von Verhaltens- und Lebensstiländerungen (Bewegung, Ernährung, Entspannung) bis zu psychologischen Interventionen oder einer arbeitsplatzbezogenen individuellen Beratung. Alle identifizierten Programme werden extern begleitend evaluiert (Meffert et al. 2013).

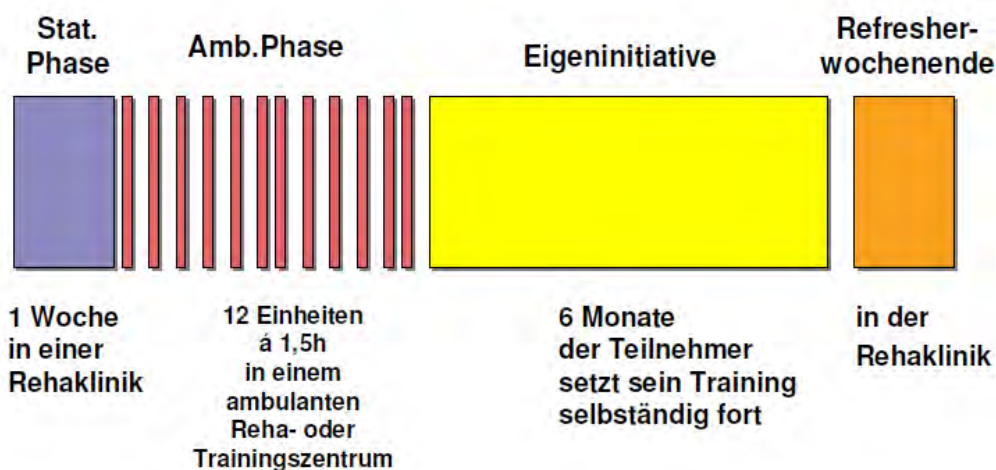
Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern – Betsi:

Eines der bekanntesten betriebsnahen Präventionsprogramme der DRV stellt das Modellprojekt *Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (Betsi)* der DRV Bund, der DRV Baden-Württemberg und der DRV Westfalen dar. Diese drei Rentenversicherungsträger haben gemeinsam zur modellhaften Erprobung des Angebotes von Präventionsleistungen das *Betsi*-Rahmenkonzept entwickelt. Das Rahmenkonzept bietet den Rentenversicherungsträgern Gestaltungsspielräume, um unterschiedliche Handlungsansätze ausprobieren und verschiedene Adressatenkreise ansprechen zu können. Daher haben sich neben dem ursprünglichen *Betsi*-Konzept noch die Modelle *GUSI-Gesundheitsförderung durch Selbstregulation und individuelle Zielanalyse* und *FRESH- Freiburger Programm zur Erwerbsfähigkeitssicherung in der Pflege* entwickelt (Friemelt 2012; Meffert et al. 2013).

Betsi bietet Arbeitnehmern, die in ihrem Berufsleben besonderen Belastungen ausgesetzt sind, ein spezielles Programm mit einer Kombination aus einem einwöchigen stationären Aufenthalt in einer ausgewählten Rehabilitationsklinik und berufsbegleitenden Trainingseinheiten in einem beschäftigungsornahen ambulanten Reha- oder Trainingszentrum (DRV Baden-Württemberg 2008). Die DRV Baden-Württemberg richtet ihr Hauptaugenmerk auf Großunternehmen als Projektpartner, während die DRV Bund und die DRV Westfalen mit allen Betrieben am entsprechenden Standort kooperieren. *Betsi* richtet sich entsprechend dem Rahmenkonzept an Beschäftigte mit beginnenden Funktionsstörungen mit spezifischer beruflicher Gefährdung bzw. Belastungen, die jedoch noch keinen Rehabilitationsbedarf i.S.v. § 10 SGB VI begründen. Als Kriterien können u.a. auffällige AU-Zeiten (analog zu § 84 Abs. 2 SGB IX), besondere Kontextfaktoren (z.B. beruflicher, sozialer oder familiärer Art), Probleme mit Gewicht oder Ernährung, Schmerzproblematik (z.B. Rückenleiden) oder auffällige Medikation angewendet werden (DRV Baden-Württemberg 2008). Potenzielle Teilnehmer

werden von den Betriebs- und Werksärzten angesprochen. Als Unternehmen kooperieren mit der DRV-Baden-Württemberg und der DRV-Bund u.a. die Daimler AG Sindelfingen, die Robert Bosch GmbH Reutlingen, der SWR Stuttgart und Baden-Baden sowie der Deutsche Gewerkschaftsbund bundesweit (DRV-Baden-Württemberg 2012). Als Indikationen stehen Rückenschmerzen, das metabolische Syndrom und psychosoziale Fehlbelastungen wie das Burnout-Syndrom im Vordergrund. Erbracht werden die Leistungen in ambulanten bzw. stationären Rehabilitationseinrichtungen, wobei spezifische Therapiemodule aus der medizinischen Rehabilitation zur Anwendung kommen. Die Präventionsleistungen selbst werden im Rahmen einer modular angelegten Vorgehensweise während einer ambulanten oder stationären Initialphase, einer ambulanten berufsbegleitenden Trainingsphase oder einer Nachsorgephase mit einem sogenannten Refresher erbracht (Friemelt 2012). Abbildung 9 stellt beispielhaft einen entsprechenden Ablaufplan des Betsi-Modells vor.

Abbildung 9: Ablaufplan Betsi-Modell



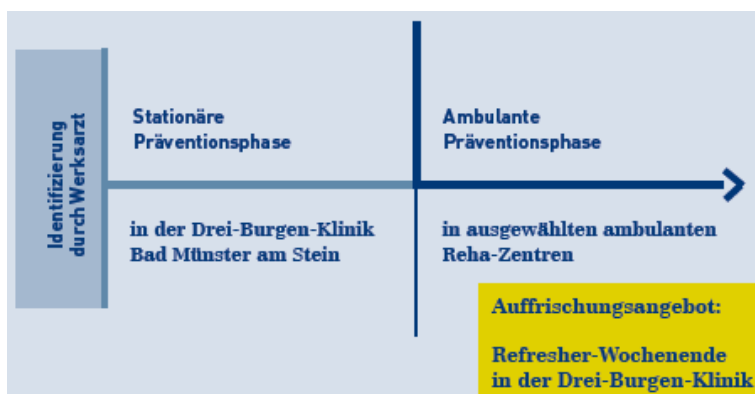
Quelle: DRV-Baden Württemberg 2012

Kombinierte Präventionsleistung für Arbeit mit Schichtanteilen – KomPAS:

Die DRV Rheinland-Pfalz hat u.a. in Kooperation mit der SCHOTT AG Mainz und Aleris Aluminium Koblenz das Programm *Kombinierte Präventionsleistung für Arbeit mit Schichtanteilen – KomPAS* ins Leben gerufen. Das KomPAS-Konzept wurde speziell für Schichtarbeit mit Tag- und Nachtwechsel entwickelt. Als Zielgruppe werden noch gesunde Mitarbeiter, die in Gruppen von etwa zwölf Personen während einer sogenannten Initialphase ein zehntägiges stationäres Programm in der Dreiburgen-Klinik in Bad Münster am Stein durchlaufen, seitens der betriebs- und werksärztlichen Dienstes angesprochen. Im Rahmen dieses stationären Programms sollen die Teilnehmer befähigt werden, bereits ersten Anzeichen gesundheitlicher Beeinträchtigungen bzw. Störungen ohne psychischen oder organischen Krankheitswert entgegenzuwirken (von Manteuffel 2011). An diese

erste Phase schließt eine achtwöchige berufsbegleitende Phase in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen an. Das Programm endet mit einem sogenannten Auffrischungstag (vgl. Abbildung 10). Neben einer umfassenden Eingangsuntersuchung basiert das Programm auf klassischen Elementen einer medizinischen Rehabilitation mit einem Schwerpunkt auf Stressmanagement, gesunder Ernährung und Bewegung, flankiert von Ergonomie- und Sozialberatung. Besonderer Fokus liegt auf der Stressprävention. In fünf aufeinander aufbauenden, psychologisch geleiteten Sitzungen sollen die psychische und psychosomatische Widerstandskraft der Teilnehmer gestärkt werden. Ziele sind dabei das Erlernen des „richtigen“ Umgangs mit Stressfaktoren, die Mobilisierung von Ausgleichsressourcen und die Einstellung auf unterschiedliche Schlafzyklen bedingt durch die Schichtwechsel (Mittag et al. 2013). Als weiteres Kooperationsunternehmen nimmt die Firma Boehringer Ingelheim an diesem Programm teil, mit einem jedoch leicht abgewandelten Format. Das Programm wurde in *FITSchi* (*FIT für die Schicht –Aktiv Erwerbsfähigkeit erhalten*) umbenannt, und im Unterschied zum regulären *KompAS*-Konzept findet bei *FITSchi* die ambulante Phase des Programms nicht in einem der beiden beteiligten ambulanten Rehabilitationszentren, sondern im betriebseigenen Gesundheitszentrum „Blbewegt“ statt (Meffert et al. 2013).

Abbildung 10: Ablaufplan im Rahmen von KompAS



Quelle: DRV-Rheinland-Pfalz 2010

Gesund im Beruf – Eine Initiative der Chemiearbeitgeber in Rheinland-Pfalz:

Bei dem hier vorgestellten Projekt handelt es sich um eine Initiative von Seiten der Unternehmen bzw. eines Arbeitgeberverbandes, welcher dieses Konzept für seine Mitgliedsfirmen mit besonderem Fokus auf kleine und mittlere Unternehmen (KMUs) entwickelt hat. Unter dem Titel *Gesund im Beruf* bietet der Arbeitgeberverband Chemie Rheinland-Pfalz (AGV) in Kooperation mit dem Acura Rheumazentrum Rheinland-Pfalz und der DRV Rheinland-Pfalz eine Gesundheitsförderung für kleine und mittlere Unternehmen an. Das Programm verfolgt das Ziel, Beschäftigte dauerhaft im Berufsleben zu halten und chronischen Krankheitsverläufen von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie

dadurch bedingten Frühberentungen entgegenzuwirken (Arbeitgeberverband Chemie Rheinland-Pfalz o.J.). Der Maßnahmenumfang dieses Konzeptes soll sich am tatsächlichen Bedarf der Betriebe und an den individuellen Therapiezielen der betroffenen Mitarbeiter orientieren. Das Konzept ist in drei Phasen untergliedert: Phase 1 (Risiko-)Analyse in den Betrieben, Phase 2 individuelle Behandlung und Phase 3 wissenschaftliche Auswertung. In der ersten Phase, der Risikoanalyse, definieren die Unternehmen (jeweilige Unternehmensleitung zusammen mit der Arbeitgebervertretung und dem Betriebs- und Werksarzt) gemeinsam mit Ärzten des Acura Zentrums den betriebsindividuellen Umfang des Konzeptes „Gesund im Beruf“ für das spezifische Unternehmen. Die Unternehmensleitung informiert die Mitarbeiter in unternehmensindividueller und entsprechend geeigneter Form über die geplanten Maßnahmen. Die Auswahl potenzieller Teilnehmer, die besonders von dem Programm profitieren (mittleres Risiko) oder bei denen dringender Reha- Bedarf besteht und die ohne lange Wartezeiten in eine Rehabilitation vermittelt werden können (hohes Risiko), erfolgt in kooperativer Abstimmung mit den Mitarbeitern durch den Betriebsarzt. Hierfür werden unterschiedliche Assessmentinstrumente, wie beispielsweise der sogenannten Work Ability Index³ oder ein Kurzfragebogen der DRV, verwendet. Für Mitarbeiter, bei denen noch kein Risiko besteht, bieten die Unternehmen i.d.R. mit externen Partnern allgemeine Gesundheitsprogramme zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit an. Die zweite Phase, die individuelle Behandlung, bezieht sich auf die individuelle Problemverarbeitung und ist dreistufig aufgebaut. Mitarbeiter mit mittlerem Risiko nehmen im Rahmen der Initialphase an einem zweitägigen stationären Aufenthalt teil und stellen einen entsprechenden Antrag auf Präventionsleistungen bei der DRV. Während des stationären Aufenthaltes werden 7 Module á 1,5 Stunden bestehend aus Vorträgen, Übungen und individuellen Analysen absolviert. Thematisch werden die Bereiche Ernährung, körperliche Fitness, Stressmanagement, Entspannung, Ergotherapie und Arbeitsplatz behandelt. An diese erste Phase schließt eine berufsbegleitende, wohnortnahe Trainingsphase im Umfang von zwölf Wochen bestehend aus zwei Modulen pro Woche an. In einer abschließenden ebenfalls zwölf Wochen umfassenden Eigenaktivitätsphase soll der Beschäftigte das Erlernte aus den ersten beiden Programmstufen eigenständig umsetzen und weiterführen. Das Programm endet mit einem sogenannten Refresher-Kurs. In der Regel findet eine wissenschaftliche Begleitung der Programme statt (Phase 3 wissenschaftliche Begleitung). Dabei sollen die Reduktion der Assessment-Werte aus Phase 1 (Risiko-Analyse) nach drei, sechs, zwölf und 19 Monaten erhoben und ausgewertet werden (Arbeitgeberverband Chemie Rheinland-Pfalz o.J.)

³ Der Work Ability Index (WAI) wurde zur Messung der Arbeitsfähigkeit einer Person entwickelt. Der Index basiert auf einem Fragebogen, welcher in einer Kurz- und Langversion zur Verfügung steht. Mit Hilfe des Index kann festgestellt werden, in welchem Maße ein Beschäftigter seiner Arbeit nachkommen kann. Der Fragebogen kann entweder eigenständig vom Beschäftigten oder aber zum Beispiel im Rahmen eines Gespräches mit einem Betriebs- oder Werksarzt ausgefüllt werden. Die WAI-Ergebniswerte reichen von 7 (keine Arbeitsfähigkeit) bis 49 (maximale Arbeitsfähigkeit) (Prümper & Richenhagen 2011).

Tabelle 4: Übersicht betriebsnahe Präventionsprogramme Teil I

Konzept	Betrieb-nahme	Kostenträger (K)/ Initiatoren (I)	Kooperierende Unternehmen	Zielgruppe	Publikationen^a:
BETSI	2009	DRV Bund DRV Westfalen DRV Baden Württemberg ¹	Daimler Sindelfingen ² Bosch Reutlingen SWR Stuttgart und Baden-Baden verschiedene Betriebe und Unternehmen mit dem Sitz in den Modellregionen	Personen, bei denen eine beginnende Funktionsstörung mit einer spezifischen beruflichen Gefährdung bzw. Belastung besteht	DRV-Baden-Württemberg 2015 DRV-Baden-Württemberg 2008 Hartschuh 2012
GUSI	2009	DRV Bund (K/I) DRV Westfalen (K) Reha-Zentrum Bad Salzuflen (I)	86 Betriebe aus der Region Ostwestfalen-Lippe Branchenbeteiligung: 1/3 Dienstleistung 1/3 Gesundheitswesen 1/3 produzierende Betriebe	Versicherte mit spezifischen, persönlichen und beruflichen Belastungen, die sich zu einem Risikoprofil summieren, das die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst	Olbrich & Ritter 2010
FRESH	2010	DRV-Bund (K/I) Pflegedirektion Universitätsklinikum Freiburg (I) AQMS ³ (I) ⁴	Universitätsklinikum Freiburg	Pflegekräfte, die am Universitätsklinikum Freiburg beschäftigt sind	Pflege-krankenhaus.de 2014
FEE	2011	DRV Mitteldeutschland (K/I)	Kleine und mittelständige Unternehmen in Mitteldeutschland	Beschäftigte in klein- und mittelständigen Betrieben in Mitteldeutschland unter Berücksichtigung des §31 SGB VI	DRV-Mitteldeutschland 2012
KompAS	2010	DRV Rheinland Pfalz (K/I) Betriebsärzte (I)	SCHOTT AG Mainz Aleris Aluminium Koblenz Boehringer Ingelheim ⁵	Schichtarbeiter der bereits im Rahmen des BEM kooperierenden Betriebe	von Manteuffel 2011 DRV-Rheinland-Pfalz 2011 Mittag 2013

Konzept	Betrieb-nahme	Kostenträger (K)/ Initiatoren (I)	Kooperierende Unternehmen	Zielgruppe	Publikationen^a:
Plan Ge-sundheit	2011	DRV Rheinland (K/I) pronova BKK (K/I) Currenta	Tochterunternehmen der Firmen Bayer und Lanxess	Beschäftigte mit beruflichen Belastungsfaktoren ohne manifestierte Krankheitsbefunde oder Funktionsstörungen, die eine medizinische Reha erforderlich machen würden	DRV Rheinland 2015 Plangesundheit 2015
1+12	Ende der 1990er Jahre	DRV Baden-Württemberg (K/I) ⁶ Betrieb oder Krankenkasse (K) ⁷	Verschiedene Betriebe und Unternehmen mit Sitz in Baden-Württemberg	Mitarbeiter, bei denen aus gesundheitl. Gründen ein Bedarf für frühzeitig einsetzende Leistungen zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit besteht	Seiter 2012
Gesund im Beruf	2012	Arbeitgeberverband Chemie Rheinland-Pfalz ⁸ (I) Acurca Rheumazentrum Bad Kreuznach (I) DRV Rheinland-Pfalz (K)	Mitgliedsunternehmen der AGV	Beschäftigte mit mittlerem und hohem Gesundheitsrisiko	Arbeitgeberverband Chemie Rheinland-Pfalz o.J

a genutzte Publikationen, keine vollständige Darstellung der verfügbaren Literatur zu den jeweiligen Modellen bzw. Projekten

1 Teilnahmekosten werden auch für Versicherte der DRV Rheinland und DRV Niedersachsen übernommen

2 die berufsbegleitende ambulante Phase findet in einer innerbetrieblichen Einrichtung statt

3 AQMS: Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin am Universitätsklinikum Freiburg

4 auch Pflegekräfte, die bei der DRV Baden-Württemberg oder bei der Knappschaft versichert sind, können an dem Programm teilnehmen

5 Anwendung einer abgewandelten Form des KomPAS-Programms: Umbenennung in FITSchi (FIT für Schicht – Aktiv Erwerbsfähigkeit erhalten) und Durchführung der ambulanten betriebsbegleitenden Phase im betriebseigenen Gesundheitszentrum „Bibewegt“. Boehringer Ingelheim übernimmt bei Mitarbeitern, die nicht bei der DRV Rheinland Pfalz versichert sind, bei inhaltsgleicher Tätigkeit und identischem Belastungsprofil die Gesamtkosten der Maßnahme.

6 Im Rahmen des 1+12 Programms trägt die DRV Baden-Württemberg die Kosten für die stationäre Phase

7 Im Rahmen des 1+12 Programmes tragen entweder der Betrieb oder die entsprechende Krankenkasse die Kosten der ambulanten Phase

8 AGV: Arbeitgeberverband Chemie Rheinland-Pfalz

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Meffert et al. 2013 sowie an die oben genannten Publikationen

Tabelle 5: Übersicht betriebsnaher Präventionsprogramme Teil 2

Konzept	Programmablauf	Ein- und Ausschlusskriterien	Operationalisierung der Ein- und Ausschlusskriterien	Programmschwerpunkte
BETSI	Flexible Ausgestaltung des Programms auf Basis des Rahmenkonzeptes möglich Ablauf i.d.R: Initialphase: 2-3 Tage ganztags ambulant oder 7 Tage stationär. Berufsbegleitendes Training: 6-12 Wo berufsbegleitend ambulant Refresher-Tag: ½ - 2 Tage	<u>Einschlusskriterien:</u> drohende Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe im Zusammenhang mit der Erwerbsfähigkeit <u>Ausschlusskriterien:</u> akutmed. Behandlungsbedarf, Rehabilitationsbedürftigkeit, Ausschlussgründe nach §12 SGB VI, Anspruch auf med. Versorgungslleistung nach SGB V	Betriebs- und Werksärzte, sozialmedizinischer Dienst der Rentenversicherung, Eingangsdiagnose	Bewegung, Ernährung, Entspannung, Stressbewältigung, Risikofaktoren, Ergonomie, Verhaltens- und Lebensstiländerung, psycholog. Intervention
GUSI	Initialphase: 3 Tage ganztags ambulant Berufsbegleitendes Training: 7 Tage berufsbegleitend ambulant (7 Termine) Refresher Tag: 1 Tag 4-5 Monate nach Ende des berufsbegleitenden Trainings	<u>Einschlusskriterien:</u> WAI ¹ -Werte von 27-43, Risikomuster A oder B im AVEM ² , AU ³ -Zeiten unter 42 Tage <u>Ausschlusskriterien:</u> WAI-Werte unter 27, AU-Zeiten über 42 Tage, manifeste Erkrankung und dadurch Akutbehandlungs- oder Reha-Bedarf ⁴	medizinische, psychiatrische und berufsbezogene Diagnostik, AU-Zeiten-Erhebung	Bewegung, Entspannung, Stressbewältigung, Selbstmanagement-training mit ZRM ⁵
FRESH	Initialphase: 5 Tage teilstationär Berufsbegleitendes Training: 6-7 Wo berufsbegleitend ambulant, weiteres Angebot ist optional Refresher-Tag: 1 Tag 5-6 Monate nach Ende des berufsbegleitenden Trainings	<u>Einschlusskriterien:</u> AU-Zeiten:> 15 und <30 Tage im vergangenen Jahr, häufige kurze AU-Zeiten, unspezifische Rückenschmerzen, Alleinerziehende, Schichtdienst, pflegende Angehörige, Risiko eines Burn-Out, Arbeitnehmer über 50 Jahre	Identifikation durch betriebsärztl. Dienst des Uniklinikums Freiburg, Klinik Hüttenbühl im Rahmen der Erstellung eines Präventionsberichtes, sozialmed. Dienst der Rentenversicherung Hausärzte	Bewegung, Ernährung, Entspannung, Stressbewältigung

Konzept	Programmablauf	Ein- und Ausschlusskriterien	Operationalisierung der Ein- und Ausschlusskriterien	Programmschwerpunkte
		<u>Ausschlusskriterien:</u> Reha-Bedarf, akutmed. Behandlungsbedarf, Ausschlussgrund nach §12 SGB VI		
FEE	Initialphase: 6 Tage stationär oder 5 Tage ganztags ambulant, Berufsbegleitendes Training: 12 Wo berufsbegleitend ambulant, 2x pro Wo inkl. 6 Mo Erhaltungsphase Refresher-Tag: 1 Tag im Anschluss an Erhaltungsphase	<u>Einschlusskriterien:</u> Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben <u>Ausschlusskriterien:</u> Arbeitslosigkeit, lange Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitationsbedarf nach §15 SGB VI	Prüfung der persönlichen Voraussetzung nach §10 SGB VI und im positiven Falle zur sozialmed. Entscheidung	Bewegung, Entspannung, Ernährung, Stressbewältigung, Risikofaktoren
KompAS	Initialphase: 10 Tage stationär, Berufsbegleitendes Training: 8- 12 Wo berufsbegleitend ambulant (16 Termine), Refresher-Tag: 1 Tag 6 Monate nach Ende des berufsbegleitenden Trainings	<u>Einschlusskriterien:</u> Anzeichen erster gesundheitlicher Störungen noch ohne patholog. Stellenwert, versicherungsrechtl. Voraussetzungen <u>Ausschlusskriterien:</u> Vorliegender Rehabilitationsbedarf	Abfrage in ärztlicher Stellungnahme im Rahmen der Antragstellung durch Betriebsarzt	Bewegung, Entspannung, Ernährung, Stressbewältigung, Risikofaktoren, arbeitsplatzbezogene Beratung

Konzept	Programmablauf	Ein- und Ausschlusskriterien	Operationalisierung der Ein- und Ausschlusskriterien	Programmschwerpunkte
Plan Gesundheit	Initialphase: 3 Tage ganztags ambulant, Berufsbegleitendes Training: 16 Wo berufsbegleitend ambulant. 2 Termine/Wo, Bestätigungsphase: 20 Mo Eigenverantwortungsphase: 36 Mo, Begleitung durch Präventionsmanager	<u>Einschlusskriterien:</u> rentenversichert bei DRV Rheinland, krankenversichert bei BKK pronova, Altersobergrenze: 5 Jahre bis zur Rente, Präventionsleistungen sinnvoll und durchführbar <u>Ausschlusskriterien:</u> manifeste Erkrankung, fehlende Trainingstauglichkeit, vorrangige Behandlungsbedürftigkeit, bestehende Stoffwechselentgleisung, Suchterkrankungen	zu Beginn ausführliche Bestandaufnahme: Gesundheitsstatus, Besondere Risiken/Belastungen Ausführliche med. Beratung durch den Betriebsarzt	Bewegung, Entspannung, Ernährung, Stressbewältigung, Risikofaktoren, Resilienzbildung, gruppendynamische Effekte
1+12	Initialphase: 7 Tage stationär Berufsbegleitendes Training: 12 Wo berufsbegleitend ambulant Inkl. 3-6 Mo Eigentraining Refresher-Tag: 2 Tage nach der Eigentrainingsphase	<u>Einschlusskriterien:</u> Vorliegen einer beginnenden Funktionsstörung mit spezifischer beruflicher Gefährdung/ Belastung <u>Ausschlusskriterien:</u> akutmed. Behandlungsbedarf, Rehabilitationsbedarf, Ausschlussgründe nach §12 SGB VI, Anspruch auf med. Vorsorgeleistungen nach SGB V	Entscheidung durch den Sozialmedizinischen Dienst	Bewegung, Ernährung, Entspannung, Stressbewältigung, Risikofaktoren, Ergonomie, Verhaltens- und Lebensstiländerung, psychol. Intervention

Konzept	Programmablauf	Ein- und Ausschlusskriterien	Operationalisierung der Ein- und Ausschlusskriterien	Programmschwerpunkte
Gesund im Beruf	<u>Risiko-Analyse:</u> Programmkonzeption im Betrieb in Kooperation mit Acura Rheumazentrum Individuelle Risikoprüfung der Mitarbeiter <u>Individuelle Behandlung</u> Initialphase: 2 tägiger Klinikaufenthalt im Acura-Rheumazentrum Bad Kreuznach Berufsbegleitende Trainingsphase: 12 Wo. berufsbegleitende Trainingsphase mit 2 Modulen/ Wo Eigenaktivitätsphase: 12 Wo ambulant	Mitarbeiter mit mittlerem und hohem Risiko für eine Gesundheitsbeeinträchtigung	Betriebs- und Werksärzte	Ernährung, körperliche Fitness, Anti-Stresstraining, Entspannung, Ergotherapie, Arbeitsplatz
1 WAI: Work Ability Index 2 AVEM: Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster 3 AU: Arbeitsunfähigkeit 4 diese Ausschlusskriterium gilt besonders für F-Diagnosen 5 ZRM: Züricher Ressourcen Modell				

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Meffert et al. 2013 sowie an die in Tabelle 4 genannten Publikationen

3.1.2 Modelle zur frühzeitigen Bedarfserkennung und strukturierte Maßnahmen zum Erhalt und zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit

Hinsichtlich der Modelle und Projekte zur frühzeitigen Bedarfserkennung und der strukturieren Maßnahmen zur Sicherung und zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit von Beschäftigten konnten insgesamt zwölf in der Praxis umgesetzte Konzepte identifiziert werden. Nach einer kurzen übersichtlichen Zusammenfassung dieser Modelle werden die Programme in Tabelle 6 und Tabelle 7 näher beschrieben.

Bei den identifizierten Modellen handelt es sich überwiegend um modular aufgebaute Kooperationsprojekte zwischen Sozialversicherungsträgern (Rentenversicherungsträgern und gesetzlichen Krankenkassen) sowie mit Betrieben. Die Programme „*fit for work*“, „*PAULI*“ und „*RehaFuturReal*“ wurden ohne Betriebsbeteiligung initiiert, wobei sich dem Projekt PAULI unterschiedliche Betriebe und Unternehmen anschließen können. Das Programm „*fit for work*“ ist speziell auf Versicherte der Barmer GEK in Kooperation mit der DRV Bund ausgerichtet, unabhängig von einer spezifischen Unternehmenskooperation. *RehaFuturReal* wurde von der DRV Westfalen als Modelversuch zur Umsetzung der Ergebnisse des bundesweiten Entwicklungsprozesses *RehaFutur* zur Individualisierung, Flexibilisierung und Integrationsorientierung des Rehabilitationsprozesses ihrer Versicherten ohne weitere direkte Kooperationspartner ins Leben gerufen. Eine Besonderheit stellt das Kooperationsprojekt *RehaBau* dar, welches von der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft für seine Mitgliedsunternehmen als Kooperationspartnern gegenüber der DRV Nord, DRV Baden-Württemberg und unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen aufgelegt wurde. Diesem Kooperationsprogramm können sich die Mitgliedsunternehmen der Berufsgenossenschaft anschließen, die Operationalisierung der Ein- und Ausschlusskriterien zur Programmteilnahme sowie die entsprechende Einleitung von Programmleistungen wird vom Betriebsarzt des arbeitsmedizinischen Dienstes der BG BAU übernommen. Dies bietet besonders KMUs ohne eigenen betriebsärztlichen Dienst die Möglichkeit der Kooperation und der spezifischen Förderung von erkrankten Mitarbeitern.

Die identifizierten Programme wurden zwischen 1998 und 2012 begonnen. Im Rahmen der Programme können in Abhängigkeit von den vorliegenden gesundheitlichen Beschwerden oder Beeinträchtigungen der Beschäftigten unterschiedliche Angebote von ambulanten berufsbegleitenden Trainings- und ambulanten berufsbegleitenden Rehabilitationsmaßnahmen bis hin zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen werden. In der Regel ist eine stationäre Rehabilitation von entsprechenden Wiedereingliederungsmaßnahmen in den betrieblichen bzw. beruflichen Alltag flankiert. Kern fast aller identifizierten Programme bildet eine bessere kooperative

Zusammenarbeit von Betriebs- und Werksärzten mit niedergelassenen Leistungserbringern der Beschäftigten und Rehabilitationsärzten sowie eine Verbesserung der Kommunikationsflüsse zwischen den einzelnen Kostenträgern. Den Betriebs- und Werksärzten kommt in den Programmen eine zentrale Rolle zu, nicht nur ist diese Akteursgruppe i.d.R. für die Operationalisierung der Ein- und Ausschlusskriterien und somit den Zugang der Beschäftigten in die Programme verantwortlich, sondern sie sind ebenfalls für die Einleitung der spezifischen Programmmaßnahmen und Beantragung von Rehabilitationsleistungen zuständig.

Von den neun indikationsspezifischen Konzepten befassen sich fünf Programme mit Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems (*BeReKo Muskel-Skelett-Erkrankungen*, *Frührehabilitationsprojekt Airbus*, *JobReha*, *RehaBau*, *Verzahnung von med. und berufl. Reintegration Projekt*) und zwei Programme mit psychischen Störungen (*BeReKo Psychische Erkrankungen* und *PAULI*). Das dritte Modellprojekt der Salzgitter AG in Kooperation mit der BKK Salzgitter und der DRV Braunschweig-Hannover zielt auf Beschäftigte der AG mit chronischen Schmerzleiden ab, wohingegen das Betreuungskonzept der Kölner Verkehrsbetriebe speziell auf die psychische Betreuung der Mitarbeiter nach Unfällen (im Rahmen des Dienstes) ausgerichtet ist (Halama & Schwarz 1999, Leinweber 2011). Die Programmteilnahme steht in den meisten Fällen ausschließlich Beschäftigten der kooperierenden Betriebe frei, die bei den jeweiligen Kostenträgern versichert sind.

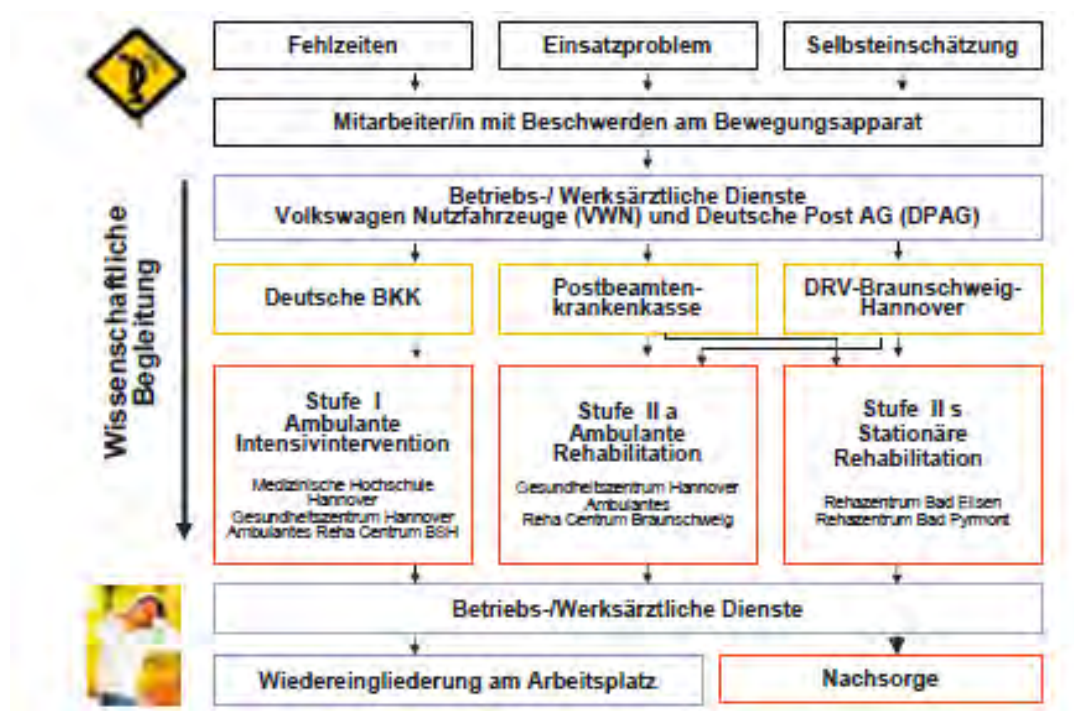
JobReha – bedarfsgerechte arbeitsplatzbezogene Rehabilitation:

Bei *JobReha* handelt es sich um ein Verfahren, das bei der Rehabilitation muskulo-skelettaler Beschwerden von Mitarbeitern zweier Großunternehmen in der Region Braunschweig-Hannover (Deutsche Post AG und Volkswagen Nutzfahrzeuge) auf eine besonders enge Zusammenarbeit zwischen Betriebs- und Werksärzten, gesetzlichen Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Rehabilitationseinrichtung setzt. Mitarbeiter erhalten nicht nur durch ein verbessertes Schnittstellenmanagement eine vereinfachte Zugangsweise zu rehabilitativen Maßnahmen, sondern auch eine auf den Arbeitsplatz abgestimmte Therapie mit gezielter betrieblicher Wiedereingliederung (Schwarze et al. 2008; Manecke et al. 2008). Der Programmmzugang erfolgt im Betrieb über die vor Ort ansässigen Betriebs- und Werksärzte. Die Beschäftigten werden zum einen über entsprechende Informationsbroschüren oder Aushänge und zum anderen mündlich durch direkte Vorgesetzte zum Beispiel bei gehäuften Fehlzeiten oder Einsatzproblemen aus gesundheitlichen Gründen oder durch die Betriebs- und Werksärzte selbst über dieses Programm informiert. Die Programmteilnahme ist freiwillig. Interessierte Beschäftigte werden nach Prüfung der programmeigenen Ein- und Ausschlusskriterien durch die Betriebs- und Werksärzte von diesen in die unterschiedlichen Interventionsstufen der JobReha zugeteilt (Gutenbrunner & Schwarze 2011). Das JobReha Modell besteht aus drei, an dem Schweregrad der vorliegenden Beeinträchtigung der Teilnehmer ausgerichtete, Interventionsstufen: Die erste Stufe (Stufe I) entspricht einer ambulanten

Intensivintervention, bestehend aus einem einwöchigen multimodalen symptomorientierten Präventions- und Rehabilitationsprogramm. In Stufe IIa (ambulante Rehabilitation) erhalten die Teilnehmer eine dreiwöchige ambulante multimodale orthopädische Rehabilitationsmaßnahme nach den Kriterien der DRV. Im Rahmen der Stufe IIb (stationäre Rehabilitation) erhalten die Teilnehmer Rehabilitationsmaßnahmen entsprechend der Stufe IIa jedoch im stationären Setting (Gutenbrunner & Schwarze 2011). Einen Überblick über den Versorgungsablauf sowie den Informationsfluss zwischen allen beteiligten Akteuren gibt Abbildung 11.

Über gesonderte Rahmenvereinbarungen mit den zuständigen Betriebskrankenkassen und den regionalen Rentenversicherungsträgern wurde sichergestellt, dass bei Indikationsstellung durch die Betriebs- und Werksärzte die jeweiligen Maßnahmen der drei Interventionsstufen genehmigt, finanziert und zeitnah eingeleitet werden können (Gutenbrunner & Schwarze 2011).

Abbildung 11: Ablauf und Informationsfluss im JobReha-Modell



Quelle: Schwarze et al. 2008

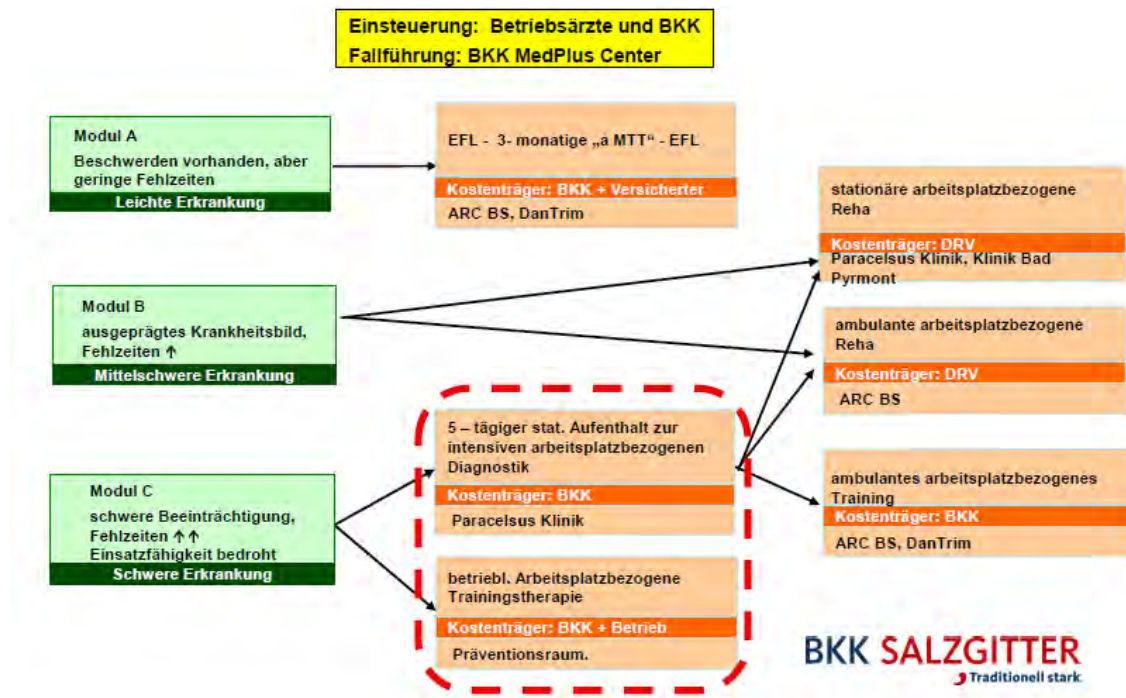
BeReKo – Betriebliches Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG am Beispiel des Programms für Skelett-Muskel-Erkrankungen:

Ziel des BeReKo-Modells der Salzgitter AG ist es, gemeinsam mit der BKK Salzgitter, der DRV Braunschweig-Hannover, dem Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Paracelsus-Klinik an der Gande und dem Ambulanten Rehazentrum Braunschweig (ARC) die Erwerbsfähigkeit eines

erkrankten Mitarbeiters am bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Neben primärpräventiven Ansätzen werden fokussiert sekundär- und tertiärpräventive rehabilitative Ansätze verfolgt, um den betroffenen Mitarbeitern in jedem Krankheitsstadium adäquate Unterstützungsleistungen anbieten zu können (Koch et al. 2013; Leineweber 2011).

Am BeReKo Skelett-Muskel-Erkrankungen nimmt zusätzlich zu den oben genannten Partnern das firmeneigene Fitnesscenter DanTrim teil. Das Programm ist in drei Module für verschiedene Schweregrade der Erkrankung aufgeteilt. Abbildung 12 stellt den Ablauf und die Zuweisung der Beschäftigten in die einzelnen Module dar. Das Modul A weist einen sekundär-rehabilitativen Ansatz auf und ist auf Mitarbeiter ausgerichtet, die bereits pathologische Veränderungen im Muskel-Skelett-Bereich haben ohne Vorliegen von entsprechenden Fehlzeiten. Um ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern, werden diese Teilnehmer in einem frühen Stadium angesprochen. Ein Case-Manager der BKK erstellt zusammen mit dem Teilnehmer eine Arbeitsplatzbeschreibung und eine Liste der pathologischen Befunde. Diese Daten werden an das ARC geleitet, wo eine individuelle Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit vorbereitet wird. Im Rahmen eines dreimonatigen ambulanten berufsbegleitenden Trainings absolvieren die Teilnehmer unter Anwesenheitskontrolle zweimal wöchentlich wahlweise im betriebseigenen Fitnesscenter oder im ARC eine 90-minütige Einheit. An diese erste Phase schließt sich eine eigenständige Selbsttrainingsphase an, welche bei Bedarf durch entsprechende Unterstützungsmaßnahmen flankiert werden kann (Leineweber 2011). Im zweiten Modul (Modul B) werden Mitarbeiter mit einem ausgeprägten Krankheitsbild und erhöhten Fehlzeiten betreut. Ihnen wird nach Identifikation durch die Arbeitsmedizin oder die BKK eine ausführliche betriebsärztliche und physiotherapeutische Untersuchung mit nachfolgender arbeitsplatzbezogener medizinischer Trainingstherapie (aMTT) durch die konzerneigenen PhysiotherapeutInnen angeboten. Die aMTT erfolgt schichtbegleitend außerhalb der Arbeitszeit und wird vier Monate lang zweimal wöchentlich durchgeführt. Bei Einverständnis der Teilnehmer erfolgt eine analoge Fehlzeitenabfrage. Erscheint die aMTT als nicht trainingsintensiv genug oder besteht primär die Indikation für eine Rehabilitationsmaßnahme, wird diese über die BKK in Zusammenarbeit mit der Arbeitsmedizin eingeleitet und bei der DRV Braunschweig-Hannover beantragt. Der Antritt der Rehabilitationsmaßnahme erfolgt in der Regel innerhalb von zwei Monaten. Das dritte Modul (Modul C) ist besonders auf Mitarbeiter mit langen Ausfallzeiten, schweren Beeinträchtigungen und fraglicher Einsatzfähigkeit im Betrieb ausgerichtet, bei denen im Rahmen eines fünftägigen Aufenthaltes in der Paracelsus-Klinik an der Gande ein sogenanntes Jobmatch veranlasst wird. Zeitnah nach Beendigung der Maßnahme liegt dem Betriebsarzt und der BKK ein Bericht mit der Restbelastbarkeit des Teilnehmers sowie mit entsprechenden Handlungsempfehlungen vor. Über die Arbeitsmedizin und die BKK werden die empfohlenen Maßnahmen veranlasst bzw. zusammen mit dem Teilnehmer beantragt (Koch et al. 2013; Leineweber 2011).

Abbildung 12: Ablauf und Eingliederung von Mitarbeitern in das BeReKo Skelett-Muskel- Erkrankungen Programm



Quelle: Leineweber o.J.

WeB-Reha Werks- und Betriebsärzte in Kooperation mit der DRV Rheinland in Rehabilitationsangelegenheiten:

Das Projekt WeB-Reha basiert auf der Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller Beteiligten nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX, worin sich die Rehabilitationsträger verpflichten, sowohl bei der Einleitung als auch bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe die Haus-, Fach- und Betriebsärzte zu beteiligen (Bicker et al. 2007). Ziele und wesentliche Merkmale des Konzeptes sind ein hoher Arbeitsplatzbezug der erbrachten Leistungen, „kurze Wege“ beim Informationsaustausch, eine zeitnahe Umsetzung betrieblicher Maßnahmen sowie die inner- als auch außerbetriebliche Prüfung der Nachhaltigkeit der veranlassten Leistungen (Theißen o. J.). Dafür haben alle beteiligten Akteure Rahmenvereinbarungen für eine enge Kooperation und einen zeitnahen Informationsaustausch unterzeichnet. Das WeBReha-Modell besteht aus drei betrieblichen Interventionen. Am Beginn des Verfahrens steht die Einleitung und Anbahnung einer Rehabilitationsmaßnahme durch den Betriebsarzt, welcher neben einem ärztlichen Befundbericht eine umfassende Arbeitsplatzbeschreibung erstellt. Die zweite Interventionsstufe schließt mit einem betriebsärztlichen Eingliederungsgespräch auf Basis des Reha-Entlassungsberichtes und den darin enthaltenden Empfehlungen der Rehabilitationsmediziner direkt an die Rehabilitation an. Eine Nachhaltigkeitsprüfung als dritte Interventionsstufe wird sechs Monate nach Beendigung der Rehabilitation durch den Betriebsarzt durchgeführt (von Manteuffel 2011). Im Jahr 2011 vernetzten

sich bereits über 50 große Unternehmen in Nordrhein-Westfalen, die DRV Rheinland, Westfalen und die Knappschaft-Bahn-See, beide Ärztekammern Nordrhein-Westfalens, der arbeitsmedizinische Dienst BAD, der Landesverband der Deutschen Betriebs- und Werksärzte und die IAS-Stiftung im WeB-Reha Projekt (von Manteuffel 2011).

Tabelle 6: Modelle zur frühzeitigen Bedarfserkennung und kooperative Maßnahmen der Betriebe und außerbetrieblichen Akteure zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Beschäftigten Teil I

<i>Konzept</i>	<i>Betriebnahme</i>	<i>Kostenträger (K)/ Initiatoren (I)</i>	<i>Kooperierende Unternehmen/ Reha-Einrichtung</i>	<i>Zielgruppe</i>	<i>Publikationen^a</i>
BeReKo Muskel-/Skelett-Erkrankung	2006	DRV Braunschweig-Hannover (K/I) BKK Salzgitter (K/I) Salzgitter AG (I)	Salzgitter AG Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Paracelsus-Klinik a.d. Grande Ambulantes Rehasentrum Braunschweig (ARC)	Mitarbeiter, die an Muskel-/Skelett-Beschwerden leiden, untergliedert in drei Schweregrade 1. Beschwerden vorhanden, aber geringe Fehlzeiten 2. ausgeprägtes Krankheitsbild mit erhöhten Fehlzeiten 3. schwere Beeinträchtigung, hohe Fehlzeiten, fragliche Einsatzfähigkeit	Leineweber 2011
BeReKo Psych. Erkrankung	k.A.	DRV Braunschweig-Hannover (K/I) BKK Salzgitter (K/I) Salzgitter AG (I)	Salzgitter AG Psychotherapieambulanz TU Braunschweig	Mitarbeiter mit psychischen Erkrankungen bzw. psychischen Beschwerden	Koch et al. 2013 Leineweber 2011
BeReKo Schmerzgruppe	2011	DRV Braunschweig-Hannover (K/I) BKK Salzgitter (K/I) Salzgitter AG (I)	Salzgitter AG TU Braunschweig	Mitarbeiter, die an chronischen Schmerzerkrankungen leiden	Koch et al. 2013 Leineweber 2011
Betreuungskonzept der Kölner Verkehrsbetriebe (KVB) ¹	k.a.	Kölner Verkehrsbetriebe (I) BG BAHNEN (K)	Kölner Verkehrsbetriebe Institut für psychologische Unfallnachsorge Köln	Präventive Schulung: Mitarbeiter der Betriebsaufsicht und Fahrpersonal. Mitarbeiter der Betriebsaufsicht bedürfen einer Vorbereitung auf die Aufgabe, betroffenen Fahrern als psychologische Ersthelfer und Begleiter in der Krisensituation beistehen zu können Mitarbeiter mit Unfallschock bzw. nach Unfallgeschehen	Halama & Schwarz 1999

Konzept	Betrieb- nahme	Kostenträger (K)/ Initiatoren (I)	Kooperierende Unternehmen/ Reha-Einrichtung	Zielgruppe	Publikationen^a
Fit for work	2005	BARMER GEK (K/I) Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsför- derungswerke (AR- GE-BFW) (K/I) DRV Bund (K)	Keine direkte Kooperation mit ein- zelnen Betrieben, sondern individu- elle Kooperation des Arbeitgebers des beantragenden Versicherten notwendig	Kranke oder von Behinderung bedrohte Arbeitnehmer mit Versicherung bei der BARMER GEK erhalten eine umfassende und kostenlose Beratung durch Mitarbei- ter der Berufsförderungswerke	Barmer GEK 2013 Barmer GEK Redaktion 2013
Frührehabili- tationsprojekt Airbus	2002	Airbus (I/K) Techniker Kranken- kasse (K) DRV Nord (K) DRV Bund (K)	Airbus	Mitarbeiter aus den Pilotbereichen Ober- flächenschutz (Beschäftigte tragen Kor- rosionsschutz innerhalb des Flugzeuges auf), Ausrüstungsfertigung (Mechaniker in der Kleingerätefertigung), Oberflä- chenlackierung (Lackierung der Außen- haut), Taktmannschaft /Crash Crew (Transportarbeiter /Mechaniker) Montage Rumpfcheck (Strukturmechaniker)	Fröh 2007 Gäßler 2007
JobReha	2004	Koordinierungsstelle Angewandte Rehabili- tationsforschung, Klinik für Rehabilitati- onsmedizin der Medi- zinischen Hochschule Hannover (I) Institut für Arbeitsme- dizin der Medizinischen Hochschule Hannover (I) DRV Braunschweig- Hannover (K/I) Deutsche Postbeam- tenkrankenkasse (K), Deutsche BKK (K)	Deutsche Post AG, Volkswagen Nutzfahrzeuge, Reha-Zentrum Bad Eilsen, Reha-Zentrum Bad Pyrmont, Gesundheitszentrum Kestnerstrasse Hannover, Ambulante Reha Centrum Braun- schweig, Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hann- over	Mitarbeiter mit Erkrankungen des Bewe- gungsapparates	Manecke et al. 2008 Schwarze et al. 2008 Gutenbrunner & Schwarze 2011 Teumer et al. 2010

Konzept	Betrieb-nahme	Kostenträger (K)/ Initiatoren (I)	Kooperierende Unternehmen/ Reha-Einrichtung	Zielgruppe	Publikationen^a
PAULI ³	2012	AOK Rheinland/ Hamburg (K/I) DRV Rheinland (K/I) Seit 2015 AOK Rhein- land-Pfalz, DRV Rheinland-Pfalz	AHG Gesundheitszentrum Düssel- dorf	Versicherte mit AU wegen psychischer Störungen	rehaklinik.de (2015) AHG (o.J.)
RehaBau	2001	BG BAU ⁴ (I) DRV Nord (K/I) DRV Baden Württem- berg (K) Krankenkassen des Rehabilitanten ⁵	Mitgliedsunternehmen der BG BAU Rheuma-Klinik Bad Bramstedt; Rehaklinik Bad Kissingen u.a.	Bauhandwerker mit Funktionseinschrän- kungen am Rücken	BG BAU 2006, Hauck et al. 2009
RehaFutur- Real	2011	DRV Westfalen	Modellversuch der DRV Westfalen zur Umsetzung der Ergebnisse des bundesweiten Entwicklungsprozesses RehaFutur	Definition keiner spezifischen Zielgruppe Versicherte der DRV Westfalen werden rekrutiert über verschiedene Zugänge. Es handelt sich um eine Auswahl an ver- schiedenen Fallkonstellationen: Laufende LTA-Fälle ⁶ , Fälle aus der medizinischen Rehabilitati- on, Fälle aus Problemlagen im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanage- ments	Gödecker-Geenen et al. o.J., Gödecker-Geenen et al. 2013, Gödecker-Geenen 2011

Konzept	Betrieb- nahme	Kostenträger (K)/ Initiatoren (I)	Kooperierende Unternehmen/ Reha-Einrichtung	Zielgruppe	Publikationen^a
Verzahnung von med. und berufl. Reintegration Projekt ⁷	1998	Projekt 1: m&i-Fachklinik Enzensberg (I), AUDI AG (I), Audi BKK (K/I), LVA Oberbayern⁷ DRV Oberbayern Projekt 2: DRV Thüringen (I/K), Adam-Opel AG (I), BKK Opel (K/I) Projekt 3: DRV Knappschaft-Bahn-See (K/I)	Projekt 1: AUDI AG, m&i-Fachklinik Enzensberg Projekt 2: Adam Opel AG m&i-Fachklinik Bad Liebstein Projekt 3: Bergwerksbetriebe	Mitarbeiter nach Unfall oder mit bestehendem Rehabilitationsbedarf z.T. mit Rücken- Gelenkbeschwerden	Haase et al. 2002 Müller et al. 2006 Müller et al. 2011a Müller et al. 2011b
WeB-Reha ⁸	2005	DRV Rheinland (I/K), DRV Westfalen (K), Knappschaft-Bahn-See, Ärztekammer Nordrhein (I), Ärztekammer Westfalen Lippe, Landesverband Betriebs- und Werksärzte NRW (I)	Mittlerweile nehmen 50 große Unternehmen aus NRW teil (u.a. Ford Werke Köln); Als Rehabilitationseinrichtungen nehmen u.a. teil: Salzetalklinik, Bad Salzuflen, Klinik Königsfeld, Ennepetal Klinik Rosenberg, Bad Driburg	Beschäftigte mit vorliegendem Rehabilitationsbedarf im Sinne der DRV Erwerbsfähigkeit aus medizinischen Gründen erheblich gefährdet oder gemindert	Bicker et al. 2007, von Manteuffel 2011, Theißen o.J.
a genutzte Publikationen, keine vollständige Darstellung der verfügbaren Literatur zu den jeweiligen Modellen bzw. Projekten 1 Das Konzept der Kölner Verkehrsbetriebe (KVB) basiert auf dem D-Arzt-Verfahren, das für die Einleitung eines berufsgenossenschaftlichen Behandlungsverfahrens erforderlich ist. Dieses Verfahren wurde um die Einbeziehung einer verkehrsmedizinischen und verkehrspsychologischen Betreuung und Therapie ergänzt (Halama & Schwarz 1999) 2 RehaBau: Ergonomisch unterstützendes Rehabilitationsprogramm für ältere Beschäftigte in Handwerksberufen am Beispiel der Bauwirtschaft. Das Programm wird in ähnlicher Form von der BG BAU BV Hamburg gemeinsam mit der BGf Consulting GmbH und dem Institut für Arbeitsmedizin in Lübeck unter dem Namen RehaBeruf angeboten. 3 Psychosomatik, Auffangen, Unterstützen, Leiten, Integrieren 4 BG BAU: Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft					

Konzept	Betrieb- nahme	Kostenträger (K)/ Initiatoren (I)	Kooperierende Unternehmen/ Reha-Einrichtung	Zielgruppe	Publikationen^a
5 Arbeitgeber von Betrieben mit bis zu 30 Mitarbeitern können im Rahmen von RehaBau bei der Krankenkasse des Rehabilitanten Lohnersatz beantragen (U1) 6 LTA: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 7 Im Laufe der Zeit haben sich unterschiedliche Projektvarianten mit verschiedenen Kooperationspartnern aus diesem Projekt ergeben 8 WeB-Reha: Werks- und Betriebsärzte in Kooperation mit der DRV Rheinland in Rehabilitationsangelegenheiten					

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an BAR 2010 und die in der Tabelle genannten Publikationen

Tabelle 7: Modelle zur frühzeitigen Bedarfserkennung und kooperative Maßnahmen der Betriebe und außerbetrieblichen Akteure zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Beschäftigten Teil 2

<i>Konzept</i>	<i>Programmablauf</i>	<i>Ein- und Ausschlusskriterien</i>	<i>Operationalisierung der Ein- und Ausschlusskriterien</i>
BeReKo Muskel-/Skelett-Erkrankung	Modularer Aufbau des Programms bestehend aus: <u>Modul A:</u> 3monatiges ambulant betriebliches berufsbegleitendes Training 2x pro Woche, begleitet durch einen Trainer im ARC oder firmeneigenen Fitnesscenter der Salzgitter AG (Anwesenheitskontrolle) Selbständige Eigenstrainingsphase (regelmäßige Abfrage), bei Bedarf Angebot von Unterstützungsleistungen <u>Modul B:</u> Beginnt mit ausführlicher betriebsärztlicher u. physiotherapeutischer Untersuchung als Basis für eine arbeitsplatzbezogene medizinische Trainingstherapie (aMTT) über 4 Monate (2x pro Woche) Erscheint aMTT als nicht trainingsintensiv oder besteht Reha-Bedarf: Einleitung einer Reha-Maßnahme entweder ambulant (ARC) oder stationär <u>Modul C:</u> Jobmatch im Rahmen eines 5tägigen stationären Aufenthaltes in der Paracelsus-Klinik a.d. Gande, basierend auf dem Ergebnis der Jobmatch Empfehlung folgender Maßnahmen: aMTT, Teilnahme Schmerzgruppe, Rehabilitation, ambulant Training, betriebliche Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	<u>Modul A:</u> Mitarbeiter mit pathologischen Veränderungen im Muskel-Skelett-Bereich, bei nur geringen Fehlzeiten (sekundärpräventiver Ansatz) <u>Modul B:</u> Mitarbeiter mit ausgeprägtem Krankheitsbild und erhöhten Fehlzeiten <u>Modul C:</u> Mitarbeiter mit langen Ausfallzeiten, schweren Beeinträchtigungen und fraglicher Einsatzfähigkeit im Betrieb	Betriebs- und Werksarzt, Case-Manager BKK Salzgitter
BeReKo Psych. Erkrankung	<u>Diagnostische Beratung</u> (Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig): 2 ca. 3stündige Testtermine; gemeinsame Identifikation (Mitarbeiter und Therapeut), ob eine therapiewürdige Situation vorliegt; in 50% der Fälle wird Beratung als ausreichend bewertet	Mitarbeiter mit wiederholten, kurzzeitigen AU-Zeiten, kombiniert mit bestimmten AU-Diagnosen als Indikator für psychische Problematik	Betriebs- und Werksarzt, konzern-eigener Integrationsmanager, BKK Salzgitter

Konzept	Programmablauf	Ein- und Ausschlusskriterien	Operationalisierung der Ein- und Ausschlusskriterien
	<u>Psychotherapie:</u> Gutachterliche Stellungnahme aus dem Beratungsgespräch gilt als bindende Therapieempfehlung für BKK Salzgitter; im Fall, dass ambulante Therapie nicht ausreichend erscheint, Einleitung eines Rehabilitationsverfahrens; falls nach Reha-Maßnahme eine Folge-Psychotherapie erforderlich erscheint, kann dieses in der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig erfolgen		
BeReKo Schmerzgruppe	<u>Psychoedukatives Modul:</u> 8 Gruppentherapiesitzungen + 2-4 Einzeltherapiesitzungen. Geleitet wird die Psychoedukation durch Schmerztherapeut der TU Braunschweig <u>2 Sportmodule</u> <u>Yogamodul</u> Therapie findet in Gruppen von max. 10 Teilnehmern auf dem Werksgelände der Salzgitter AG statt und erfolgt arbeitsplatzbegleitend	Mitarbeiter mit chronischen Schmerzerkrankungen	Betriebs- und Werksarzt, BKK Salzgitter und Empfehlung aus Modul C BeReKo Muskel-Skelett-Erkrankung
Betreuungskonzept der Kölner Verkehrsbetriebe (KVB)	<u>Präventive Schulungsmaßnahmen für Fahrdienstleitung:</u> Schulung umfasst Aufgaben am Unfallort wie Herauslösen des Mitarbeiters aus der Unfallsituation, Kommunikation und Zuwendung gegenüber Unfallbeteiligten Aufgaben am Unfalltag wie Begleitung zum D-Arzt, Benachrichtigung Familienangehöriger Weitere Aufgaben in der Nachsorge wie Kontaktpflege zum Mitarbeiter, Information über betriebliche Hilfsangebote <u>Präventive Schulungsmaßnahme Fahrpersonal:</u> Stressimpfung (mentale Vorbereitung auf Krisenfall) <u>Betreuung nach dem Unfallereignis:</u> Akute Krisenintervention am Unfallort, Therapiephase durch Verkehrspsychologen und Betriebsarzt	Mitarbeitern nach Unfallereignis	Fahrdienstleitung, Betriebsarzt

Konzept	Programmablauf	Ein- und Ausschlusskriterien	Operationalisierung der Ein- und Ausschlusskriterien
	<u>Nachsorgephase:</u> Nachbetreuung des Mitarbeiters durch Teamleitung, Betriebshof, betriebliche Selbsthilfegruppe, Betriebsarzt, Psychologe		
Fit for work	Ziel des Projektes ist die Verbesserung des Kommunikationsflusses und des „reibungslosen“ Ineinandergreifens einzelner Wiedereingliederungsschritte unter Einbindung der Arbeitgeber Beratungsgespräch durch Case-Manager des BFW hinsichtlich möglicher Eingliederungsschritte und Maßnahmen, z.B. ggf. Reduktion Arbeitszeit, Umbau des Arbeitsplatzes nach ergonomischen Kriterien, technische Arbeitshilfen Bei bestehendem Rehabilitationsbedarf Kontaktaufnahme mit dem jeweiligen Reha-Berater der DRV Bund zur Klärung der Leistungsgewährung Kontaktaufnahme mit dem jeweiligen Arbeitgeber	Versicherte, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, arbeitslos oder in den letzten Monaten wiederholt arbeitsunfähig waren und deren berufliche Leistungsfähigkeit gefährdet oder eingeschränkt ist	Fallmanager BARMER GEK Case Manager BFW
Frührehabilitationsprojekt Airbus	<u>Reha 1:</u> Beschäftigte, die an dem Programm teilnehmen möchten, vereinbaren über den betriebsärztlichen Dienst ein erstes Informationsgespräch (Programminhalte, Ablauf, Einschlusskriterien), Absprache mit behandelndem Haus- oder Facharzt <u>Reha 2:</u> (Teilnahmebereitschaft und Erfüllung der Einschlusskriterien) Ausführliche Anamnese, Abfrage bisherige Therapie, Schmerzsymptomatik und Diagnostik. Zuordnung der Teilnehmer zu 4 Behandlungsstufen. Klärung der Kostenübernahme bei Kostenträgern (DRV und Krankenkasse), Nach Kostenzusage Beginn der Programmmaßnahmen:	<u>Einschlusskriterien:</u> <u>Stufe 1:</u> Momentan arbeitsfähig, anamnestisch keine bis leichte Beschwerden <u>Stufe 2:</u> AU kumulativ bis zu 6 Wochen in den letzten 2 Jahren; akute oder rezidivierende Beschwerden; klinische Funktionsstörungen an Wirbelsäule oder Extremitäten <u>Stufe 3:</u> Momentane AU; AU kumulativ bis zu 6 Wochen in den vergangenen 2 Jahren;	Betriebsärztlicher Dienst

Konzept	Programmablauf	Ein- und Ausschlusskriterien	Operationalisierung der Ein- und Ausschlusskriterien
	<u>Programmstufen und Ablauf:</u> 1. Verhaltensprävention; reine Schulungsmaßnahme 2. Arbeitsbegleitende Gruppentherapie Reha-Zentrum über 10x4 Std. in 5 Wochen, 3. Return-to-work-Programm (im Reha-Zentrum, täglich 4 Std. über 3-4 Wochen) 4. Große Reha (im Reha-Zentrum, täglich 4-6 Std. über 3-4 Wochen)	akute oder rezidivierende Beschwerden an Wirbelsäule u/o Extremitäten; Gefährdung der Erwerbsfähigkeit Stufe 4: Kumulative o zusammenhängende AU von > 6 Wochen in den vorherigen 2 Jahren; chronische Schmerzen; chronische Funktionseinschränkungen an Wirbelsäule o Extremitäten; Erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit	
JobReha	Modellprojekt zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz mittels Optimierung der Vernetzung betrieblicher und außerbetrieblicher Maßnahmen und der Kommunikation zwischen Betriebsärzten und Rehabilitationseinrichtungen. Information und Ansprache der Mitarbeiter über Informationsbroschüren, Betriebsarzt oder Arbeitsgruppenleitung. Zuweisung der teilnahmewilligen Mitarbeiter zu 3 Interventionsstufen: <u>Stufe I ambulante Intensivintervention:</u> einwöchiges multimodales symptomorientiertes Präventions- und Rehabilitationsprogramm <u>Stufe IIa ambulante Rehabilitation:</u> multimodale orthopädische Rehabilitationsmaßnahme nach den Qualitätskriterien der DRV, Dauer 3 Wochen <u>Stufe IIb stationäre Rehabilitation:</u> multimodale orthopädische Rehabilitationsmaßnahme nach den Qualitätskriterien der DRV, Dauer 3 Wochen Nach Beendigung der Rehabilitation Vorstellung beim	Einschlusskriterien: Stufe I: Arbeitsfähige Mitarbeiter mit belastungsabhängigen Beschwerden des Rückens oder eines oder mehrerer Gelenke sowie mit muskulären Insuffizienzen; geringe psychosoziale Belastungsfaktoren; Erreichbarkeit der Reha-Einrichtung Fahrzeit bis 45 min Stufe IIa: Mitarbeiter mit chronischen Beschwerden des Bewegungsapparates; Beschwerdedauer > 6 Wochen; deutliche psychosoziale Belastungsfaktoren; Unabkömmlichkeit wegen häuslicher Anforderungen (Familie, Pflege), psychischer Faktoren (Heimweh); Erreichbarkeit der Reha-Einrichtung Fahrzeit bis 45 min Stufe IIb: Mitarbeiter mit chronischen	Betriebs- und Werksärzte

Konzept	Programmablauf	Ein- und Ausschlusskriterien	Operationalisierung der Ein- und Ausschlusskriterien
	Betriebsarzt und Planung der Wiedereingliederung bzw. der Nachsorge im Betrieb.	Beschwerden des Bewegungsapparates zusätzliche Begleiterkrankungen (z.B. neurologische o. Herz-Kreislauf-Erkrankungen); deutliche psychosoziale Belastungsfaktoren; häusliche Belastung (Familie, Pflege) erfordern eine wohnortferne Rehabilitation; fehlende Erreichbarkeit der Reha-Einrichtung	
PAULI	Behandlungszeitraum umfasst 6 Wochen mit insgesamt 20 ambulanten Behandlungseinheiten à 3,5 Stunden, innerhalb dessen ein multimodales Behandlungssetting realisiert wird. Ziel des Programms ist die rasche Rückkehr der Betroffenen an den Arbeitsplatz oder zeitnahe Einleitung weiterer Leistungen wie med. Rehabilitation	Teilnehmen können Patienten, welche an einer mittelgradigen depressiven Episode erkrankt sind (F32.1, F33.1) und/oder an einer Angststörung (F40.0, F40.1, F40.9, F41.0, F41.2) und/oder an einer somatoformen Funktionsstörung (F45.0, F45.4, F45.8) leiden. Versicherte von AOK Rheinland-Hamburg und DRV Rheinland	AOK Rheinland-Hamburg und DRV Rheinland haben für die Durchführung des PAULI-Behandlungskonzeptes spezielle Sachbearbeiter bereit gestellt, welche u.a. die Zusteuerung und die Einleitung des Konzeptes übernehmen
RehaBau	Zugang erhalten Handwerker über den Betriebsarzt des Arbeitsmedizinischen Sicherheitsdienstes der BG BAU Programm umfasst eine 3-wöchige stationäre berufsorientierte Rehabilitation. Das Programm unterstützt Bauhandwerker beim Umgang mit Rückenerkrankungen und enthält ein berufsspezifisches Training für Bauhaupt- und Baunebenberufe sowie ähnliche Handwerksberufe. Das Programm wird in Gruppen mit Kollegen durchgeführt. Durchführung des Programms in den Wintermonaten ist mit geringeren Arbeitsausfällen verbunden.	Einschlusskriterien: vom Betriebsarzt bestätigte medizinische Funktionseinschränkung am Rücken, deren Prognose die Gefahr einer dauerhaften Leistungseinschränkung enthält; Mindestalter 35 Jahre; Frühere Rehabilitation muss mind. 4 Jahre zurückliegen; AU von mehreren Tagen bis Wochen im letzten Jahr wegen Rückenprobleme unterstreichen ggf. die Dringlichkeit	Betriebsarzt des arbeitsmedizinischen Dienstes der BG BAU übernimmt die Feststellung der medizinischen Notwendigkeit, hilft den Beschäftigten bei der Antragstellung und unterstützt das ergonomische Programm in der Klinik
RehaFuturReal	Das Projekt will die Beschäftigungsfähigkeit durch nachhaltiges Umsetzen von Individualisierung, Flexibilisierung und Integrationsorientierung im Rahmen des	Auswahl von 30 Beispielfällen exemplarisch nach folgenden Einschlusskriterien:	Über Betriebsservice Gesunde Arbeit der DRV Westfalen

Konzept	Programmablauf	Ein- und Ausschlusskriterien	Operationalisierung der Ein- und Ausschlusskriterien
	Rehabilitationsprozesses erreichen und sichern. <u>Handlungsschritt 1:</u> Gespräch mit dem Versicherten durch den Berater des Betriebsservices Gesunde Arbeit¹. Ziel dieses Schrittes ist Ermittlung: der beruflichen Problemlagen des Versicherten, der betrieblichen Situation aus der Perspektive des Versicherten des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <u>Handlungsschritt 2:</u> Betriebsbesuch durch Betriebsservice Gesunde Arbeit gemeinsam mit dem Versicherten; Ziel: Ermittlung der betrieblichen Situation aus Perspektive des Arbeitsgebers Klärung der Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung innerhalb des Betriebes Darstellung des Reha-Leistungsangebotes der DRV Westfalen <u>Handlungsschritt 3:</u> Erneuter Betriebsbesuch unter Einbeziehung eines Beraters des Berufsförderungswerkes; Ziel Darstellung und Konkretisierung der Möglichkeiten und Leistungen für den konkreten Einzelfall Darstellung des Leistungsangebotes des Berufsförderungswerkes Verabredung der weiteren Vorgehensweise <u>Handlungsschritt 4:</u> Durchführung eines Assessments im Berufsförderungswerk; Ziel: Potenzialanalyse Einschätzung zu Fähigkeiten/Leistungsvermögen/ Teilhabemöglichkeiten	Noch vorhandener Arbeitsplatz Vorliegende berufliche Eingliederungsproblematik Unterstützungsbedarf im Bereich der beruflichen Integration	

Konzept	Programmablauf	Ein- und Ausschlusskriterien	Operationalisierung der Ein- und Ausschlusskriterien
	Erarbeitung eines Eingliederungsprofils Planung weiterer Maßnahmen in enger Abstimmung mit dem Betriebsservice Gesunde Arbeit <u>Handlungsschritt 5:</u> Konkretisierung der Maßnahme in enger Abstimmung mit dem Beteiligten; Ziel: Entscheidungsfindung über Maßnahme bzw. Bewilligung bestimmter Maßnahmenarten: Eingliederungshilfe am Arbeitsplatz Bildungsleistungen Leistungen zum Lebensunterhalt für den Versicherten <u>Handlungsschritt 6:</u> Durchführung der Maßnahme im Berufsförderungswerk bzw. im Betrieb; Ziel: Erlangung des Eingliederungsziel durch: Umgestaltung des Arbeitsplatzes modulare Bildungs-/Qualifizierungsmaßnahmen modulare Unterstützungsangebote <u>Handlungsschritt 7:</u> Eingliederung am alten bzw. neuen Arbeitsplatz; Ziel: Passgenaue und nachhaltige Integration der Versicherten <u>Handlungsschritt 8:</u> Qualitätssicherung / Prozesscontrolling; Ziel: Ermittlung des Eingliederungsergebnisses (Erfolgskontrolle) an konkreten Erhebungsterminen Evtl. nochmaliger Betriebsbesuch (nach 3-6 Mon.) durch den Betriebsservice Gesunde Arbeit zur Erfolgskontrolle Projektdokumentation und –auswertung mit standardisierten Instrumentarium Erstellung eines Projektberichtes		

Konzept	Programmablauf	Ein- und Ausschlusskriterien	Operationalisierung der Ein- und Ausschlusskriterien
Verzahnung von med. und berufl. Reintegration Projekt	Ziel aller Projekte war die bessere Verzahnung medizinischer Rehabilitation mit anderen Sektoren des Gesundheitswesens durch Kooperation von Rehabilitationskliniken und Betrieben: Im Rahmen einer dreiwöchigen stationären Rehabilitation sind zentrale Bestandteile dieser Projekte ein gestrafftes Antragsverfahren über die Betriebsärzte und die Orientierung der Therapieinhalte an erstellten Arbeitsplatzprofilen sowie eine zeitnahe Weitergabe des Entlassberichtes zur reibungslosen Wiedereingliederung der Beschäftigten	k.a.	Betriebs- und Werksarzt
WeB-Reha	WeB-Reha ist eine Kooperation von Werks- und Betriebsärzten und der DRV in Nordrhein-Westfalen. Ziel des Projektes ist es u.a., den Rehabilitationsbedarf frühzeitig zu erkennen und den Erhalt der Gesundheit am Arbeitsplatz zu unterstützen. Das Projekt umfasst: Anbahnung des Rehaantrags mit Befundbericht und Arbeitsplatzbeschreibung, Eingliederungsgespräch nach Abschluss der medizinischen Reha auf Basis des Entlassberichts aus der Reha-Klinik, Stellungnahme zur Nachhaltigkeit nach 6 Monaten.	Einschlusskriterien: Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, positive Rehabilitationsprognose	Betriebs- und Werksarzt
1 Seit 2011 bietet die DRV Westfalen mit dem Betriebsservice Gesunde Arbeit Unternehmen aus der Region ein komplexes Beratungsangebot in den Bereichen: betriebliches Gesundheitsmanagement, Betriebliches Eingliederungsmanagement, Betriebliches Rehamanagement und betriebliches Demographiemanagement an.			

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an BAR 2010 und die in der Tabelle genannten Publikationen

3.1.3 Weitere Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und Kooperationsverfahren aller Akteure mit Fokus auf Rehabilitationsmaßnahmen

Über die in den Kapiteln 3.1.1 und 3.1.2 vorgestellten Modelle und Kooperationsprojekte hinaus konnten noch weitere sechs Verfahren zur frühzeitigen Rehabilitationsbedarfserkennung und Kooperationsverfahren aller an der Rehabilitation von Beschäftigten mit gesundheitlichen Beschwerden beteiligten Akteure identifiziert werden. Bei den Verfahren und Projekten handelt es sich überwiegend um:

- Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung eines bestehenden Rehabilitationsbedarfes sowie der zeitnahen Einleitung entsprechender Leistungen,
- eine nachhaltige Vernetzung und Kooperation der unterschiedlichen Akteure (z.B. Betriebs- und Werksärzte, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzliche Krankenkassen und DRV)
- bessere Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation auf arbeitsplatzspezifische Besonderheiten und Probleme der Rehabilitanden sowie Berücksichtigung des beruflichen Arbeitsplatzanforderungsprofils im Rahmen der Wiedereingliederungsempfehlungen

Die Grundprinzipien dieser Verfahren und Konzepte finden überwiegend in den bereits vorgestellten Modellen und Kooperationsprojekten aus den Kapiteln 3.1.1 und 3.1.2, zum Teil in abgewandelter Form, Anwendung. Tabelle 8 aus dem Anhang 7.2 fasst die Verfahren zusammen.

3.2 Ergebnisse der Experteninterviews

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der geführten leitfadengestützten Experteninterviews jeweils themenbezogen zusammengefasst. Wie bereits in Kapitel 1.2 näher beschrieben, wurden in den akteursspezifisch entwickelten Interviewleitfäden die Themenkomplexe betriebsnahe Präventionsprogramme und betriebliches Eingliederungsmanagement, Gemeinsame Servicestellen sowie Schnittstellenmanagement, Best-Practice-Modelle und Datenschutz angesprochen.

3.2.1 Themenkomplex betriebsnahe Präventionsprogramme und betriebliches Eingliederungsmanagement

Betriebsnahe Präventionsprogramme:

Durch die Änderung des § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI ist es seit 2009 möglich, dass nicht mehr nur die gesetzlichen Krankenkassen, sondern auch die Deutschen Rentenversicherung präventive medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten ambulant erbringen können. Deshalb zielt die erste Interviewfrage dieses Themenkomplexes auf die Einschätzung der

befragten Experten ab, ob in diesem Feld die beiden Sozialversicherungsträger in Konkurrenz zueinander stehen.

Diese Fragestellung wurde einheitlich von den 13 befragten Experten verneint. Vielmehr werden die einzelnen Maßnahmen oder spezifischen betriebsnahen Präventionskonzepte der Rentenversicherungsträger sowie der gesetzlichen Krankenkassen als ein Miteinander bzw. als ein Aufeinanderfolgen von Maßnahmen wahrgenommen. Als Grund würde angegeben, dass die Ansätze sowie der Auftrag der betrieblichen Präventionsmaßnahmen der beiden Sozialversicherungsträger zum Teil auf unterschiedliche Maßnahmenbereiche und Versichertengruppen abzielen. Die von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen betrieblichen Präventionsmaßnahmen und -konzepte fokussieren entsprechend § 20a SGB V auf Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) sowie entsprechend § 20b SGB V auf Maßnahmen zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und auf primärpräventive Ansätze in Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung. Hingegen folgen die medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit der Deutschen Rentenversicherung eher einem sekundärpräventiven Ansatz zur frühen Intervention vor Chronifizierung für solche Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung entsprechend § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB VI ausüben. Einer der befragten Experten fasste diese Einschätzung beispielsweise wie folgt zusammen „[...] ich sehe da keine Konkurrenz, sondern eher ein Miteinander oder eine Folge auf Dinge, die durch einen Träger angestoßen werden und durch den anderen im Hinblick auf die Prävention vertieft werden können“.

Seitens der DRV wurde auf Absprachen bzw. auf eine bestehende Informationskultur im Rahmen der Initiierung solcher betriebsnahen Präventionskonzepte zwischen den beiden Sozialversicherungsträgern, mit vereinzelt regional angestoßenen Kooperationsmodellen, hingewiesen. Trotz der Verweise auf in der Praxis zur Anwendung kommende Kooperationsmodelle zwischen den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenkassen waren die Aussagen der befragten Experten bezüglich der Notwendigkeit einer stärkeren Kooperation der beiden Sozialversicherungsträger im Feld der betriebsnahen Präventionskonzepte zum Teil kontrovers. Zwar wurde mehrheitlich der Wunsch nach verstärkter Kooperation der beiden Träger geäußert und die Notwendigkeit von Kooperationen bekräftigt, jedoch fanden sich auch Stimmen, die aufgrund der unterschiedlichen Ansätze bzw. Abgrenzungen der Handlungsspielräume sowie des erst kurzen Implementierungszeitraumes von medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit der DRV nach § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB VI vorerst eine Fokussierung auf die individuellen Aufträge der beiden Sozialversicherungsträger für sinnvoll erachteten.

Von den befragten Vertretern der Arbeitgeber- bzw. der Unternehmensseite wurden die betriebsnahen Präventionsmodelle der beiden Sozialversicherungsträger als positive Maßnahmen zum

Erhalt der Erwerbsfähigkeit bewertet. Insbesondere bezüglich der spezifischen in der Praxis zur Anwendung kommenden Modelle der gesetzlichen Rentenversicherungsträger wurde jedoch der Wunsch nach einer bundesweiten Ausrollung dieser Maßnahmen geäußert, die besonders für große Unternehmen mit mehreren Standorten von Relevanz ist (vgl. Kapitel 3.1.1).

Die abschließende Frage zu dieser Thematik nach der Zuordnung der betriebsnahen Prävention zu lediglich einem der beiden Sozialversicherungsträger als spezifische Aufgabe wurde von den Experten einheitlich verneint oder als nicht umsetzbar im gegliederten System eingeschätzt, insbesondere da die DRV und die gesetzliche Krankenversicherung zum Teil unterschiedliche Ziel- / Versicherten- bzw. Personengruppen erreichen. Darüber hinaus müsse im historisch gewachsenen gegliederten Sozialversicherungssystem zunächst einmal die zentrale Frage geklärt werden, wer ein solcher Träger der betriebsnahen Prävention sein könnte, um die Mehrheit der Bevölkerung zu erreichen. Diese Frage scheine derzeit jedoch nicht beantwortbar.

Betriebliches Eingliederungsmanagement:

Seit der Implementierung des betrieblichen Eingliederungsmanagements – als originäre Aufgabe des Arbeitgebers – entsprechend § 84 Abs. 2 SGB IX im Jahre 2004 wurden einige wissenschaftliche Untersuchungen zu dessen Bekanntheitsgrad und Umsetzungsstand in der deutschen Wirtschaft durchgeführt (VDR 2007, Hesse et al. 2008, Niehaus et al. 2009, DRV 2009, Freigang-Bauer et al. 2011, Vater & Niehaus 2013). Die Interviewpartner wurden gebeten, den aktuellen Bekanntheitsgrad sowie den Umsetzungsstand von BEM, insbesondere bei KMUs, nach ihren Erfahrungen einzuschätzen.

Besonders bei großen Unternehmen wurde sowohl der Bekanntheitsgrad als auch der Umsetzungsstand von BEM als hoch bzw. gut eingeschätzt. Differenziert betrachtet zeigt sich in der Praxis, dass für große (bzw. größere) Unternehmen ein systematisches Vorgehen im Rahmen des BEM leichter erscheint als für KMUs. Gründe dafür sind bestehende personelle Zuständigkeiten, vorhandene Infrastruktur bezüglich Ausstattung der Personalabteilung, bereits aufgebaute Strukturen einer betrieblichen Gesundheitspolitik mit Integration eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, arbeitsmedizinische Strukturen mit vorhandenem Werks- und Betriebsärztlichen Dienst sowie das Vorhandensein einer Mitarbeiter- und Schwerbehindertenvertretung.

Hinsichtlich des Bekanntheitsgrades und des Umsetzungs-/Implementierungsstandes von BEM in KMUs fanden sich unterschiedliche Einschätzungen der Interviewpartner. Besonders bei kleinen und Kleinst-Unternehmen wurden der Bekanntheitsgrad und der Implementierungsstand von BEM als überwiegend schlecht bis nicht vorhanden bewertet, mit jedoch regionalen Unterschieden. Für das Rheinland konnte eine positive Bilanz bezüglich der Informationsdurchdringung bzw. des Bekanntheitsgrades von BEM gezogen werden, wobei auch in dieser Region die Umsetzung seitens der Unternehmen als „mühsam“ eingeschätzt wird. Als Ursache für die schlechte bzw. fehlende

Umsetzung wird von den Experten neben dem mangelnden Wissen der Betriebsinhaber über ihren gesetzlichen Auftrag nach § 84 Abs. SGB IX auch das Vorhandensein von i.d.R. informellen Strukturen (die direkte Nähe der Arbeitgeber zu ihren Mitarbeitern) in diesen Betrieben genannt. Zum Teil werden von den Betrieben Maßnahmen wie Krankenrückkehr- oder Fehlzeitengespräche nicht als BEM wahrgenommen. Darüber hinaus erscheinen die Fallzahlen von Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als sechs Wochen in diesen Betrieben, trotz steigender Tendenz, noch gering (Vater 2011).

Es wurde festgehalten, dass mittlere und mittelständische Unternehmen sich zwar mehrheitlich der „Problematik“ der demographischen Entwicklung und des daraus resultierenden Fachkräftemangels bewusst sind, aber dennoch eine große Divergenz beim Umsetzungsstand von BEM vorzufinden ist. Vielfach kommt es nach Einschätzung der Interviewpartner erst bei bestehender Notwendigkeit – wie aktuelle Konfrontation mit Langzeiterkrankten in einem Unternehmen, krankheitsbedingten Kündigungen oder einer „drohenden“ Kündigungsschutzklage durch einen Arbeitnehmer – zu einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Thema BEM seitens der Unternehmensführung.

Obwohl in den letzten zehn Jahren eine Vielzahl von Handlungsempfehlungen und Informationsmaterialien sowie Informationskampagnen zur Thematik des betrieblichen Eingliederungsmanagements und dessen Implementierung in ein Unternehmen veröffentlicht bzw. ins Leben gerufen wurden (unter anderem von den Sozialversicherungsträgern, den Integrationsämtern sowie von Arbeitgeberverbänden), existieren seitens der Arbeitgeber noch vermehrt Wissensdefizite bzgl. der praktischen Umsetzung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements. Dies spiegelt auch die hohe Auslastung von und Nachfrage nach Schulungs- und Beratungsprogrammen, insbesondere spezifischen Angeboten zu praktischen Hilfestellungen sowie Möglichkeiten der Beratung im Einzelfall wider. Dieser Bedarf an spezifischen BEM-Schulungs- und Beratungsprogrammen wurde von allen Interviewpartnern bestätigt. An den Informationskampagnen der letzten Jahre wurde bemängelt, dass diese vornehmlich auf die Zielgruppe der großen Unternehmen ausgerichtet waren oder als Zielgruppe lediglich die bereits an der Thematik interessierten und engagierten Unternehmen erreicht werden konnten. Die Teilnahmequote von KMUs an solchen Veranstaltungen wurde als gering eingeschätzt. Als Gründe für diesen Sachverhalt wurden mangelnde bzw. fehlende zeitliche und personelle Ressourcen dieser Unternehmensgruppen vermutet. Vielfach läge darüber hinaus der Fokus der ins Leben gerufenen Kampagnen vornehmlich auf der Zielgruppe der Arbeitgeber, Wissensdefizite der Arbeitnehmer würden nicht bzw. nur selten adressiert. Neben der Notwendigkeit einer zielgruppenspezifischen Ausgestaltung solcher Programme wurde der nicht gedeckte Bedarf der Arbeitgeber nach betriebsnahen, arbeitgeberspezifischen (praktischen und unkomplizierten) Beratungs- und Hilfsangeboten im Einzelfall zur Sprache gebracht. Nach Erfahrung der befragten Experten wird seitens der Unternehmen insbesondere die Vielzahl an einzelnen Akteuren im Feld des BEM und der stufenweisen Wiedereingliederung von erkrankten Mitarbeitern beklagt. Es fehle an betriebsnahen, sozialversicherungs- und rehabilitationsträgerübergreifenden

Dienstleistungen und Beratungen aus einer Hand. In diesem Zusammenhang wiesen die befragten Experten aus den Reihen der Rentenversicherung auf den in 2014 implementierten bundesweiten Firmenservice der DRV mit einem flächendeckenden Auskunfts- und Beratungsangebot für Unternehmen unter einem gemeinsamen Erscheinungsbild hin. „Erstmals würden darin firmenbezogene Beratungsleistungen in modularer Form aus einer Hand angeboten“ (Böttcher 2014). Die Möglichkeit der Rehabilitationsträger und der Integrationsämter nach § 84 Abs. 3 SGB IX, Arbeitgeber, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus als Anreiz zu fördern, wurde von den befragten Experten sehr kontrovers bewertet. Während die befragten Experten aus dem Bereich der GKV und der Integrationsämter der Anwendung von Prämien- oder Bonusmodellen überwiegend positiv gegenüberstehen, herrscht auf Seiten der befragten Vertreter der Rentenversicherungsträger eher eine zurückhaltende Einstellung. Bis zum jetzigen Zeitpunkt habe die DRV auf Grund mangelnder Transparenz der Vergabeverfahren sowie ungeklärter Fragen der Verteilungsgerechtigkeit und Effektivität solcher Systeme von dieser Möglichkeit noch keinen Gebrauch gemacht. Darüber hinaus stehen laut Aussagen der befragten Experten der Auszahlung von Prämien oder Boni rechtliche Gründe entgegen, da das SGB VI keine Ermächtigungsnorm zur Zahlung solcher Leistungen enthält⁴. In der Implementierung eines BEM-Prämiensystems nehmen die Integrationsämter eine gewisse Sonderstellung ein. Von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) wurden Empfehlungen zur Vergabe von Prämien erarbeitet, in denen Prämienhöhe und Mindestanforderungen festgelegt sind. Das Verfahren zur Vergabe und die Festlegung der Prämienhöhe liegen in der Zuständigkeit der einzelnen Integrationsämter (talentplus Rehadat 2015). Von Seiten der Integrationsämter wurde nach Aussage des befragten Vertreters die Prämierung von Leuchtturmmodellen bzw. Best-Practice-Ansätzen von BEM-Konzepten als Erfolgsmodell mit nachhaltiger Anreizwirkung für sowohl regionale Großunternehmen als auch KMUs eingeschätzt. Besonders eine pressewirksame Veröffentlichung der Prämierung in der Region des zuständigen Integrationsamtes ziehe nicht selten einen Anstieg in der Nachfrage des Beratungsangebotes seitens der regionalen Arbeitgeber nach sich. Die Prämierung von guten BEM-Konzepten als Leuchtturmprojekte oder Best-Practice-Modelle wird sowohl von Seiten der Arbeitgeber- als auch der Arbeitnehmervertretung als wirksames Informations- und Förderungsinstrument zur flächendeckenden Förderung von BEM eingeschätzt. Besonders KMUs profitieren von der Einschätzung und den Erfahrungen anderer Unternehmen beim Aufbau und der Implementierung eines betrieblichen Eingliederungsmanagement-Systems sowie beim Umgang mit langzeiterkrankten oder chronisch kranken Mitarbeitern. Die befragten Experten aus dem Bereich der

⁴ Eine Darstellung der Gründe für die ablehnende Haltung der DRV zur Vergabe von Prämien oder Boni zur Förderung von BEM lässt sich u.a. in den Publikationen von Friemelt & Lewerenz 2010 sowie Friemelt & Ritter 2012 nachlesen.

Arbeitgebervertretung berichteten über positive Erfahrungen mit Prämiensystemen u.a. aus dem Bereich der Inklusions-Förderung in Betrieben. Alle Befürworter eines Prämien- oder Bonusmodells wiesen auf die Notwendigkeit der Definition und Abstimmung eines einheitlichen Kriterienkataloges – entsprechend den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen zur Vergabe von Prämien – hinsichtlich Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Förderung (Qualitätsleitfaden) hin. Die in diesem Zusammenhang aufgeworfene Frage nach durchschnittlichen Implementierungskosten sowie Betriebs- und Verwaltungskosten für ein BEM konnte von den befragten Experten nicht allgemeingültig beantwortet werden. Nach Einschätzung der Interviewpartner sind die Kosten unter anderem von der Betriebsgröße und den im Betrieb bereits vorhandenen Strukturen (wie zum Beispiel einem bereits bestehenden betrieblichen Gesundheitsmanagementkonzept), dem Aufbau und der Struktur der Personalabteilung sowie der Arbeitsmedizin und dem individuellen betrieblich entwickelten BEM-Konzept abhängig. Die für den Betrieb anfallenden Verwaltungsausgaben eines bereits implementierten BEM-Systems wurden als verhältnismäßig „gering“ eingeschätzt. Demgegenüber sind die tatsächlichen Wiedereingliederungskosten fallabhängig und lassen sich nicht verallgemeinert abschätzen.

Neben den Unternehmen selbst spielen natürlich die Beschäftigten im Kontext des betrieblichen Eingliederungsmanagements und ihre Akzeptanz der in den Betrieben eingeführten BEM-Konzepte eine zentrale Rolle. Eine Verpflichtung der betroffenen Beschäftigten, einem BEM-Verfahren zuzustimmen und daran teilzunehmen, besteht nicht; vielmehr basiert das gesamte Verfahren auf dem Prinzip der Freiwilligkeit der Teilnahme seitens der Beschäftigten (Beyer et al. 2013). Zur Einschätzung, welche Faktoren die Teilnahmereitschaft eines betroffenen Mitarbeiters beeinflussen, wurden spezifisch sowohl die Interviewpartner aus den Reihen der Arbeitnehmer- und Patientenvertretung als auch der Arbeitsmedizin nach ihren individuellen Erfahrungen befragt. Einvernehmlich wurden von den Experten ein vertrauensvolles Betriebsklima, eine gewachsene Vertrauenskultur in den Betrieben mit einer guten Zusammenarbeit der Betriebsleitung mit der Schwerbehindertenvertretung und dem Betriebs- oder Personalrat sowie ein für alle Beschäftigten transparentes BEM-Verfahren mit Vereinbarung einer Integrations- oder Betriebsvereinbarung (in der klar definierte Regelungen zum Datenschutz und zum vertrauensvollen Umgang mit Daten der Beschäftigten festgehalten werden) als zentrale Faktoren für ein erfolgreiches BEM genannt. Unter anderem stellen diese Faktoren eine wichtige Voraussetzung dar, um bestehende Ängste seitens der Beschäftigten vor Arbeitsplatzverlust, Krankheitsstigmatisierung oder Karriereeinbußen bedingt durch das Bekanntwerden der eigenen gesundheitlichen Einschränkung abzubauen. Erfolgreiche BEM-Konzepte mit positiven Mitarbeitererfahrungen, welche unter den Beschäftigten ausgetauscht werden, können auch Mitarbeiter zur aktiven Einforderung bzw. eigenständigen innerbetrieblichen Nachfrage solcher Maßnahmen oder Hilfeleistungen motivieren.

3.2.2 Themenkomplex Gemeinsame Servicestellen (GS)

Im Rahmen der Interviews wurde als zweiter Fragenkomplex die Thematik der Gemeinsamen Servicestellen (GS) der Rehabilitationsträger, welche nach § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB IX als BEM-Ansprechpartner für die Arbeitgeber benannt wurden, näher besprochen. Die GS wurden entsprechend des SGB IX als regionale Anlaufstellen für eine trägerübergreifende, umfassende und neutrale Beratung und Unterstützung im gegliederten deutschen Rehabilitationssystem angelegt. Die Einstellungen der befragten Experten zu den GS mit Fokus auf das Thema BEM divergierten zum Teil nicht unerheblich. Tendenziell ließ sich eine eher zurückhaltende Einstellung gegenüber der aktuellen Ausgestaltung und Aufgabenwahrnehmung der GS erkennen, wenngleich seitens der DRV Bund von überwiegend positiven Erfahrungen mit den GS berichtet und auf den vierten Bericht der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu den Gemeinsamen Servicestellen verwiesen wurde, welcher einen Anstieg der durch die GS betreuten Fälle bei gleichzeitiger Reduktion der durch die Rentenversicherung betriebenen GS dokumentiert (BAR 2013).

Entsprechend den Ergebnissen des vierten Berichts der BAR zu den GS wiesen die befragten Experten auf große regionale Unterschiede in der Wahrnehmung bzw. Präsenz der GS bei den Arbeitgebern sowie der ratsuchenden Bevölkerung hin. Die Leistungsanspruchnahme der GS durch die Arbeitgeber sei u.a. von regionalen Gegebenheiten – wie zum Beispiel etablierten Kooperationsstrukturen der einzelnen Sozialversicherungsträger, der Integrationsämter und der Bundesagentur für Arbeit – und von den Aktivitäten und Bemühungen des betreibenden Trägers abhängig. Nicht zu vernachlässigen sei auch das individuelle Beratungs- und Informationskonzept der GS sowie deren sachliche und personelle Ausstattung. Als Best-Practice-Modelle wurden in diesem Zusammenhang Pilot- bzw. Modellprojekte in einzelnen Regionen, in denen eine betriebsbezogene und betriebsnahe Beratung vor Ort in Kooperation mit den beteiligten Leistungsträgern stattfand, genannt.⁵ Trotz dieser Best-Practice-Modelle kommen die GS nach Einschätzung der Mehrheit der Interviewpartner ihrer Aufgabe, das BEM trägerübergreifend durch Beratung und Fallmanagement im Hinblick auf Leistungen zur Teilhabe für Beschäftigte und Arbeitgeber zu unterstützen, nicht allumfassend nach. Als Schwachpunkte wurden neben der z.T. geringen öffentlichen Präsenz der GS (korrelierend mit einem niedrigen Bekanntheitsgrad über die Beratungs- und Informationsangebote der GS bei Arbeitgebern) auch Unterschiede in der Beratungsqualität und insbesondere die fehlende Entscheidungsbefugnis der GS angesprochen. Die Entscheidungs- und Budgethoheit über die Veranlassung und Gewährung von Leistungen (wie zum Beispiel zur Teilhabe am oder für begleitende Hilfen im Arbeitsleben) liegen bei den jeweils betroffenen Rehabilitationsträgern. Die GS nehmen

⁵ Ein Beispiel solcher Modellprojekte zur BEM-Beratung von Arbeitgebern in Zusammenarbeit mit regionalen GS stellt das Modellprojekt „Integratives Beratungsnetzwerk – Betriebliches Eingliederungsmanagement“ der Deutschen Rentenversicherung Bund dar (Friemelt & Lewerenz 2010). Basierend auf den Erfahrungen dieses Modellprojektes wurde der bundesweite Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung entwickelt.

somit lediglich Beratungs- und Koordinationsaufgaben wahr und sind im Rahmen ihrer Tätigkeit auf eine nachhaltige regionale Vernetzung mit allen beteiligten Trägern angewiesen. Vielfach wurde der Wunsch nach einem trägerübergreifenden Lotsen laut. Jedoch müssten nach Meinung der Experten die GS weiterentwickelt werden. Entsprechende Empfehlungen bzw. Eckpunkte zur Weiterentwicklung der GS wurden schon von der Arbeitsgruppe des RehaFutur-Entwicklungsprojektes „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation auf Basis der Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur unter Beteiligung der Akteure – Projekt zur Koordination des Entwicklungsprozesses“ erarbeitet (rehafutur 2012).

3.2.3 Themenkomplex Schnittstellenmanagement, Best-Practice-Modelle und Datenschutz

Der letzte Themenkomplex befasste sich beim Blick auf Kooperationsmodelle und in der Praxis zur Anwendung kommende Best-Practice-Modelle insbesondere mit dem Schnittstellenmanagement und den damit verbundenen Hürden und Problemen für die beteiligten Kooperationspartner und Akteure. Darüber hinaus wurden auch datenschutzrechtliche Herausforderungen und die Sicherstellung des Schutzes von sensiblen Sozial- und Gesundheitsdaten der teilnehmenden Mitarbeiter behandelt.

Als Basis eines funktionierenden Schnittstellenmanagements unabhängig von seiner Zielrichtung – betriebsnahe Prävention, Kooperation unterschiedlicher Leistungserbringer sowie Leistungsfinanzierer über verschiedene Versorgungssektoren oder Sozialversicherungssysteme hinweg – müssen nach Meinung der befragten Experten drei grundlegende Kriterien erfüllt sein. Zum einen sollten bei allen beteiligten Akteuren und Kooperationspartnern konkrete Ansprechpartner definiert werden. Zum anderen kommt der Festlegung von klar definierten Zuständig- und Verantwortlichkeiten zwischen den teilnehmenden Akteuren eine besondere Bedeutung zu, um Reibungsverluste (zum Beispiel bei der Klärung von Finanzierungs- und Erstattungsansprüchen) zu minimieren. Des Weiteren wurden die Definition von Entscheidungsbefugnissen der Akteure sowie die Klärung von Entscheidungsfreiheiten der definierten Ansprechpartner bei den Akteuren als Kriterium genannt. Innerhalb des gegliederten Systems der Sozialversicherung besteht besonders bei Einbezug von Partnern, die außerhalb dieser Strukturen angesiedelt sind, die Notwendigkeit der klaren und einheitlichen Definition von Begrifflichkeiten. Nicht selten kommen unterschiedliche Definitionen einer Begrifflichkeit zwischen den einzelnen Trägern zur Anwendung. Seitens der Interviewpartner aus den Reihen der Patienten- und Mitarbeitervertretung sowie der Integrationsämter wurde in diesem Zusammenhang besonders darauf hingewiesen, dass das gegliederte System im deutschen Gesundheits- und Sozialversicherungswesen einen personenorientierten Ansatz vermissen lässt. Vielmehr ist das System durch eine traditionell

gewachsene Trägerorientierung gekennzeichnet. Eine Implementierung eines Lotsen-Systems auch in der Regelversorgung außerhalb von Modell- und Best-Practice-Ansätzen mit Entwicklung von individuellen Hilfeplänen im Einzelfall wäre wünschens- und erstrebenswert.

Bezogen auf die Versorgungssituation von erkrankten Beschäftigten im gegliederten System werden von Arbeitgeber- und Patientenvertretern die Schnittstellen am Übergang zwischen den unterschiedlichen Versorgungssektoren⁶ sowie den Sozialversicherungssystemzweigen als mit gewissen Hürden behaftet empfunden. Neben Kapazitätsproblemen in der ambulanten Versorgung (verbunden mit Wartezeiten für die Betroffenen) wurden eine verspätete Diagnostik inklusive späterem Therapiebeginn und auch Verzögerungen in der ambulanten Rehabilitations-Nachsorge als Hürden identifiziert. Als problematisch für die Patienten wurden auch Wartezeiten bedingt durch verzögerte Zuständigkeitsklärung zwischen den Leistungsträgern empfunden. Als weitere optimierungswürdige Schnittstelle wurde der Informationsaustausch zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie aufgelegter Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, zum Beispiel hinsichtlich spezifischer betrieblicher Belastungssituationen oder Arbeitsrisiken und des allgemeinen Gesundheitszustandes der Belegschaft, beschrieben.

Innerbetrieblich spielt bei der Implementierung eines Gesundheitsmanagementsystems mit Maßnahmen der betriebsnahen Prävention, des BEM sowie der Umsetzung betrieblicher Wiedereingliederungsmaßnahmen in Kooperation mit unterschiedlichen Leistungsträgern die klare Entscheidung eines Betriebes, solche BGM-Maßnahmen aufzulegen, nach Meinung der Experten eine zentrale Bedeutung. Diese Entscheidung sollte sowohl für eine gute innerbetriebliche Kommunikation als auch außerbetriebliche Kooperationen in einer transparenten Betriebsvereinbarung mit entsprechender Zieldefinition festgehalten werden. Neben der eindeutigen Definition des Anwendungsbereiches der Betriebsvereinbarung mit klarer Beschreibung von Verfahrens- und Prozessregelungen sollte ein solches Dokument nach Erfahrung der Interviewpartner ebenfalls Angaben zu definierten innerbetrieblichen und außerbetrieblichen Ansprechpartnern (innerbetriebliches BEM-Team oder Integrationsteam; Ansprechpartner bei beteiligten Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern, Integrationsamt oder Bundesagentur für Arbeit) sowie Festlegungen der Zuständigkeiten und Entscheidungsbefugnisse dieser Akteure beinhalten. Nach Einschätzung der Interviewpartner ist die Entwicklung einer umfassenden Betriebsvereinbarung mit Festlegung sowohl innerbetrieblicher Ansprechpartner als auch der Vielzahl an außerbetrieblichen Ansprechpartnern besonders für KMUs mit gewissen Herausforderungen verbunden. Zur Umsetzung solcher Vorgaben wäre nach Meinung der Experten die Gründung von regionalen

⁶ Als Schnittstellen am Übergang zwischen unterschiedlichen Versorgungssektoren wurden die Interdisziplinarität der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte, Rehabilitation und die daran anschließende Rückkehr in die ambulante Versorgung genannt.

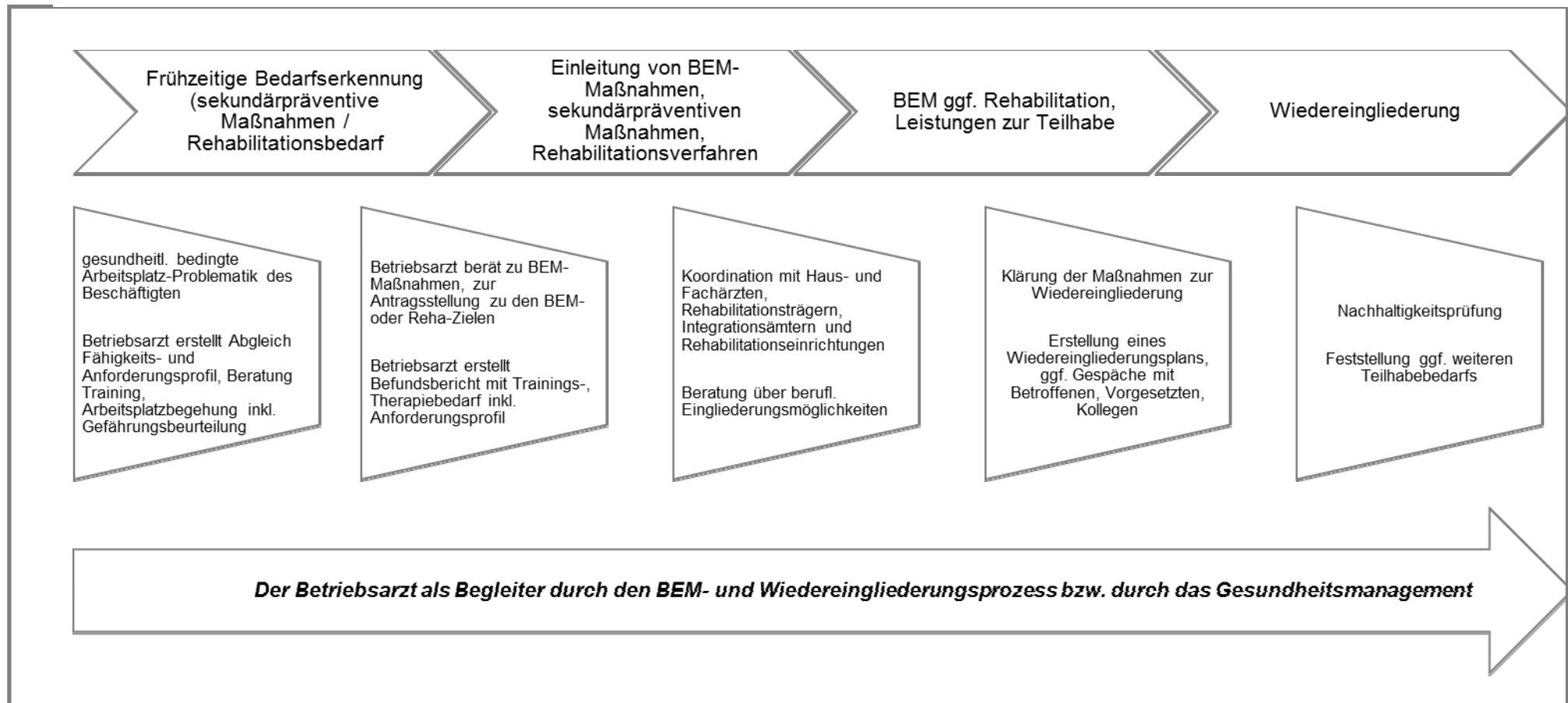
Unternehmensverbünden oder Netzwerken wünschenswert und besonders geeignet. Bei Gründung solcher Verbünde bzw. Netzwerke bestehe jedoch ebenfalls die Notwendigkeit klarer Definitionen von Prozessen und Ansprechpartnern sowie der Zuweisung von Zuständigkeiten.

Den Betriebs- und Werksärzten wurde von allen 13 befragten Interviewpartnern eine zentrale Rolle im betrieblichen Gesundheitsmanagement und ganz spezifisch bei Maßnahmen des BEM von erkrankten Mitarbeitern sowie des Schnittstellenmanagements zugesprochen. Nach Aussage des Verbands der Deutschen Betriebs- und Werksärzte verstehen sich Betriebsärzte heute mehrheitlich als „Gesundheitsmanager im Betrieb, die alle Aspekte eines systematischen Gesundheitsschutzes, der Gesunderhaltung und der Gesundheitsförderung der Mitarbeiter im Auge haben“ (VDBW 2009). Sie kennen nicht nur die betriebspezifischen beruflichen Anforderungen sowie den Gesundheitsstatus der Mitarbeiter, sondern können auch die individuelle Leistungsfähigkeit und Leistungseinschränkungen des einzelnen Betroffenen fachkundig bewerten. Innerbetrieblich übernehmen Betriebsärzte im BEM-Prozess nicht selten eine vermittelnde Rolle im Spannungsfeld zwischen Arbeitgeber sowie Personalabteilung und dem betroffenen Beschäftigten. Im Umgang mit und der Weitergabe von sensiblen Krankheits-, Behinderungs- und weiteren persönlichen Daten, welche zum Teil für die Durchführung eines BEM im Einzelfall benötigt werden, kann der Betriebsarzt eine vermittelnde Funktion zwischen den Parteien einnehmen (Beyer et al. 2013). In der Kooperation sowie Kommunikation mit außerbetrieblichen Akteuren stellt er die Schnittstelle zu den behandelnden niedergelassenen Ärzten, Rehabilitationseinrichtungen und zu Sozialversicherungs- und weiteren Rehabilitationsträgern dar. Wie in Abbildung 13 dargestellt, übernehmen Betriebs- und Werksärzte optimaler Weise die folgenden Kernaufgaben im BEM-Prozess (VDBW 2010; DGUV 2014):

- Frühzeitige Bedarfserkennung (sekundärpräventive Maßnahmen oder Rehabilitationsbedarf),
- Erstellung eines Fähigkeits- und Anforderungsprofils und Beratung hinsichtlich zusätzlichen Trainings- und Therapiebedarfs, wenn notwendig Arbeitsplatzbegehung mit Gefährdungsbeurteilung,
- Kooperation mit Haus- und Fachärzten, Rehabilitationsträgern, Integrationsämtern und Integrationsfachdienst mit ggf. Beratung oder direkter Antragstellung von Rehabilitationsleistungen,
- Erstellung eines Ein- bzw. Wiedereingliederungsplans,
- Begleitung des Mitarbeiters bei der Wiedereingliederung und individuelle Anpassung von Belastung und Arbeitsinhalten,
- Unterstützung des Betriebes bei der Beschaffung von technischen Hilfsmitteln, der Organisation einer Arbeitsassistenz oder der Umgestaltung des Arbeitsplatzes.

Auf die Frage nach dem Einbezug von niedergelassenen Haus- und Fachärzten in unternehmensspezifische BEM-Konzepte wurde die Integration von Niedergelassenen in Konzepte des betrieblichen Gesundheitsmanagements als wünschenswert erachtet. In der Praxis erscheint die Umsetzbarkeit vor allem bedingt durch Kapazitätsprobleme und Aus- bzw. Überlastung der Niedergelassenen jedoch mit gewissen Hürden verbunden. Darüber hinaus wiesen die befragten Experten auf eine zum Teil geringe Sensibilität der niedergelassenen Haus- und Fachärzte für die Thematik der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit hin.

Abbildung 13: Zusammenfassung der Kernaufgaben des Betriebs- und Werksarztes im Rahmen des BEM-Prozesses



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an VDBW 2010; DGUV 2014

Die zeitnahe Reintegration Betroffener in den Arbeitsalltag stelle bei den Niedergelassenen eher ein nachgelagertes Zielkriterium dar, was sich unter anderem in einer verzögerten Einleitung von erwerbsfähigkeitserhaltenden Maßnahmen und einer unzureichenden Patientenaufklärung bezüglich dieser Maßnahmen, verbunden mit Wissensdefiziten der Behandler über spezifische Belastungen der Patienten am Arbeitsplatz und arbeitsplatzspezifische Anforderungen, widerspiegle.

Wie bereits angesprochen, kommen dem Datenschutz und dem sorgsamem Umgang mit sensiblen Krankheits-, Behinderungs- und weiteren persönlichen Daten im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements mit Fokus auf BEM-Maßnahmen eine außerordentliche Bedeutung zu. Zum nachhaltigen Abbau von Ängsten und Unsicherheiten aufseiten der Beschäftigten hinsichtlich BEM-Maßnahmen und deren Inanspruchnahme sowie zur Erfüllung der Anforderungen des Bundesdatenschutzgesetzes sollten entsprechende Regelungen in einer Betriebsvereinbarung transparent festgehalten werden. Hierbei sollten nach Vorstellung der befragten Experten die drei folgenden Prinzipien zur Anwendung kommen:

- a. Vertrauensbildung durch Datenschutzvereinbarungen,
- b. Erhebung von so wenig Daten wie möglich, so viel wie nötig und
- c. Zustimmung der betroffenen Beschäftigten vor jeglicher Weitergabe von Daten

(Eggerer et al. 2007; Beyer et al. 2013).

Jedoch sind mit dem Datenschutz nach Auffassung der dazu befragten Experten besonders beim Einbezug außerbetrieblicher Akteure sowie in der träger- und akteursübergreifenden Zusammenarbeit bei der Bereitstellung rehabilitativer Maßnahmen und Leistungen zur Teilhabe auch gewisse Herausforderungen und Hürden verbunden. Für eine zeitnahe Erfüllung der den jeweiligen Trägern obliegenden Aufgaben sind naturgemäß auch gesundheitsbezogene Informationen von Relevanz, die ggf. bereits von einem anderen Sozialversicherungsträger oder durch entsprechend eingebundene Leistungserbringer erhoben wurden (BAR 2010). Erfahrungen aus in der Praxis zur Anwendung kommenden Best-Practice-Modellen zeigen, dass sich die transparente Einbindung der Beschäftigten mit Einholung der Mitarbeiterzustimmung zur Datenweitergabe bzw. der Entbindung von der Schweigepflicht als geeignetes Mittel zur Sicherstellung von datenschutzrechtlichen Voraussetzungen bei Weitergabe von notwendigen Daten bewährt hat.

Bei abschließender Betrachtung der in der Praxis zur Anwendung kommenden Best-Practice-Modelle, wie dem *Betsi*-Konzept oder dem *JobReha*-Konzept, wurden von den Interviewpartnern besonders die gut mögliche Übertragbarkeit der Grundkonzepte auf andere Unternehmen oder Indikationen hervorgehoben. Dies sei dem modularen Aufbau der Modelle mit der Möglichkeit einer entsprechenden Anpassung an die jeweilig vorherrschenden betriebs- bzw. unternehmensspezifischen und regionalen Gegebenheiten zu verdanken. Der Erfolg der unter Kapitel 3.1 näher vorgestellten Best-Practice-Modelle sei nicht nur auf den Willen der Betriebe zum Aufbau nachhaltiger Strukturen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter, sondern auch auf

den Willen und das Engagement aller beteiligten Modellpartner zur Kooperation und zum Aufbau entsprechender Strukturen zurückzuführen. Jedoch wiesen die Experten auf regionale Unterschiede in der Verbreitung solcher Best-Practice-Modelle hin. Diese ließen sich u.a. durch in einzelnen Regionen sehr aktive und engagierte Sozialversicherungsträger, auf die regional vorfindlichen Infrastrukturen hinsichtlich ansässiger Unternehmen oder Leistungserbringer sowie auf traditionell gewachsene Kooperationsstrukturen und -verbünde begründen. Seitens der gesetzlichen Krankenkassen wurde als Faktor für die Implementierung von Best-Practice-Modellen auch die Anzahl der Versicherten in den teilnehmenden Unternehmen bzw. Regionen als ein Kriterium genannt. Hierbei scheinen Betriebskrankenkassen mit zum Teil noch direkter Nähe zum Ursprungsbetrieb einen strategischen Vorteil gegenüber anderen Krankenkassenarten aufzuweisen. Nochmal besonders hervorgehoben wurde die zentrale Notwendigkeit des Einbezugs der Arbeitsmedizin bzw. des Betriebs- und Werksarztes eines Unternehmens als innerbetrieblichen Manager in das Gesundheitsmanagement bzw. in spezifische BEM-Modellkonzepte mit dem Ziel der Sicherung der Erwerbsfähigkeit. Neben der frühzeitigen Identifikation betroffener bzw. geeigneter Mitarbeiter komme diesem innerbetrieblichen Akteur auch eine wichtige Rolle im Rahmen der Teilnahmemotivation der Mitarbeiter zu. Als weitere Punkte wurden abschließend erneut die Bewertung der tatsächlichen Belastung am Arbeitsplatz und die wünschenswerte Möglichkeit für Betriebs- und Werksärzte, Leistungen zur Teilhabe oder Rehabilitationsleistungen direkt – über entsprechende Rahmenvereinbarungen zwischen den Rentenversicherungsträgern und dem VDBW – zu veranlassen, genannt.

3.2.4 Abgeleitetes wünschenswertes Vorgehen in Kooperationsmodellen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

Wie in den vorangegangenen Kapiteln erarbeitet, liegt das wesentliche Ziel sowohl betrieblicher Maßnahmen zum Gesundheitsmanagement (im Optimalfall integriert in ein betriebliches gesundheitspolitisches Rahmenkonzept), betrieblicher Präventionsmaßnahmen und -programme als auch Rehabilitationsmaßnahmen der Sozialversicherungsträger in der Sicherung und dem Erhalt der Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten mit chronischen Erkrankungen oder unter Risiko zur Ausbildung einer solchen. Besonders bei bereits erkrankten Beschäftigten mit bestehenden AU-Zeiten ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie die Arbeit nach langen AU-Zeiten wieder aufnehmen bzw. dauerhaft im Arbeitsleben verbleiben, nur teilweise von der Schwere und der Dauer der Erkrankung oder der Stärke resultierender Funktionsstörungen abhängig (Gutenbrunner et al. 2011). Hemmende Faktoren können dabei zusätzlich u.a. eine unzureichende Krankheitsverarbeitung, mangelnde Motivation oder niedrige Rehabilitationserwartungen, Arbeitsmarktfaktoren, psychische oder somatische Komorbiditäten, familiäre Probleme, Konflikte am Arbeitsplatz sowie hohe

Versorgungsansprüche oder bestehender Rentenwunsch sein. Darüber hinaus stellt die Dauer der Abwesenheit vom Arbeitsplatz einen bedeutenden wahrscheinlichkeitsmindernden Faktor zum Erhalt der Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit dar. Beispielsweise liegt diese bei Rückenschmerzen nach einer AU-Zeit von ca. 6 Monaten bei unter 10 % (Gutenbrunner et al. 2011).

In der Versorgungsrealität finden, wie in den Kapitel 3.1 ausführlich beschrieben, zahlreiche Konzepte, Modellvorhaben und Kooperationsprojekte zur Sicherung und zum Erhalt der Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit statt, die nicht nur die genannten hemmenden Faktoren adressieren sondern auch abzielen auf:

- das frühzeitige Erkennen von Beschäftigten mit Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit keinen oder nur geringen Fehlzeiten und bestehendem Bedarf an sekundärpräventiven Maßnahmen,
- das frühzeitige Erkennen von Beschäftigten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und hohem Risiko der Chronifizierung mit erhöhten Fehlzeiten und bestehendem Bedarf an sekundärpräventiven Maßnahmen und Rehabilitation,
- die Vermeidung der Ausbildung eines Rehabilitationsbedarfs durch gezielte sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen.
- eine strukturierte betriebliche Wiedereingliederung und berufliche Reintegration bei erkrankten Beschäftigten.
- die nachhaltige Kooperation aller beteiligten Akteure und eine Verbesserung des Informationsflusses zwischen den Akteuren (Betriebe inkl. Betriebs- und Werksärzte, Sozialversicherungsträger, Rehabilitationsärzte und niedergelassene Leistungserbringer).

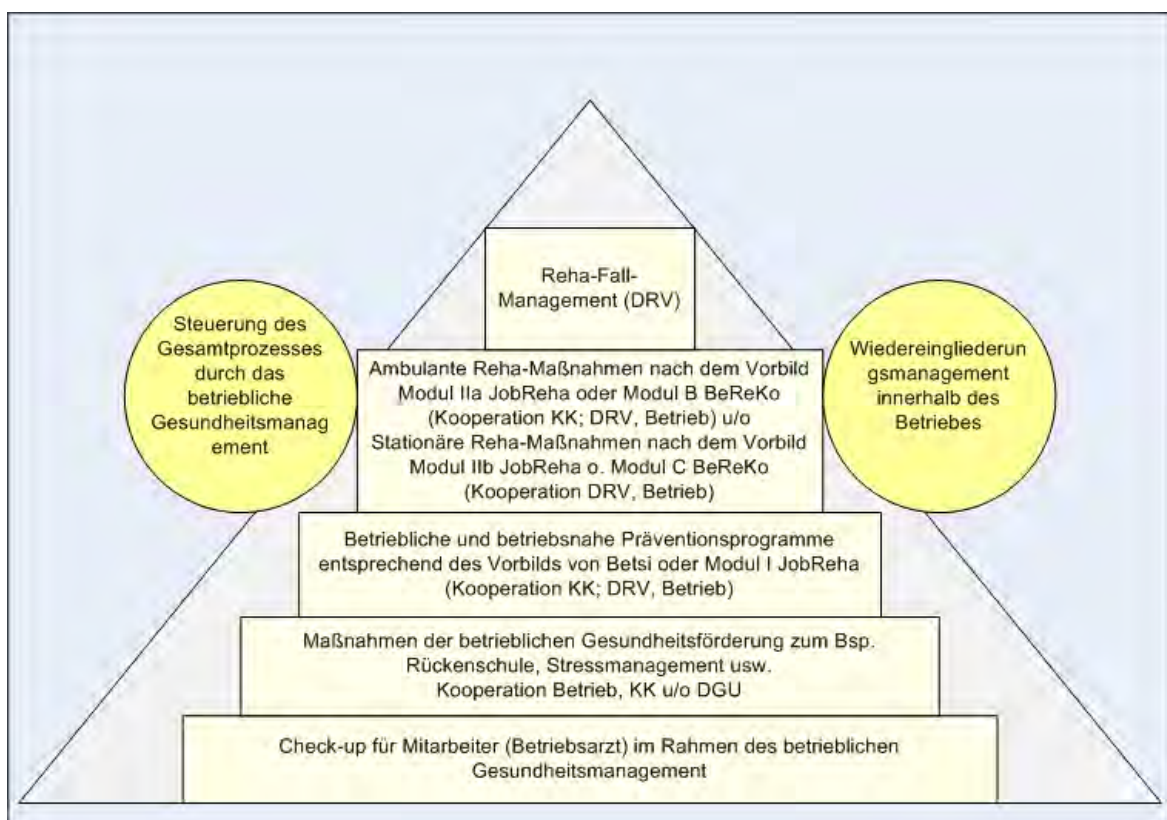
Spezifische Bedeutung in den identifizierten Modellen und Programmen kommt den Betriebs- und Werksärzten zu. Diese nehmen eine zentrale Rolle im betrieblichen Gesundheitsmanagement bei allen präventiven, rehabilitativen und betrieblichen reintegrativen Maßnahmen sowie beim Schnittstellenmanagement ein.

Jedoch lassen sich z.T. in der heutigen Versorgungslandschaft besonders außerhalb solcher Modelle die zeitlichen Abläufe nach Einleitung bis zum Maßnahmenbeginn bzw. nach Ende der Maßnahme bis zur Wiedereingliederung nur schwer einheitlich koordinieren. Nicht selten kommt es nach erfolgreicher Rehabilitation erst nach zwei bis drei Wochen zur betrieblichen Eingliederung trotz bestehender Arbeitsfähigkeit des Rehabilitanden. Im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen kommt es bei fehlenden Arbeitsplatzbeschreibungen und Unkenntnis über die tatsächlichen Arbeitsanforderungen bzw. –belastungen zu intensiven therapeutischen Rehabilitationsmaßnahmen,

welche aber nicht an den für die Tätigkeit notwendigen Abläufen und Erfordernissen ausgerichtet sind (Manecke et al. 2008).

Basierend auf den positiven Erfahrungen und funktionierenden Kooperationssystemen der identifizierten Best-Practice-Modelle sowie auf den Ergebnissen der geführten Experteninterviews aus Kapitel 3.2 lassen sich wünschenswerte Vorgehensweisen und Strukturen zur Sicherung, zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Beschäftigten in Betrieben in Kooperation mit außerbetrieblichen Akteuren ableiten.

Abbildung 14: Abgeleitete wünschenswerte Vorgehensweise zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit



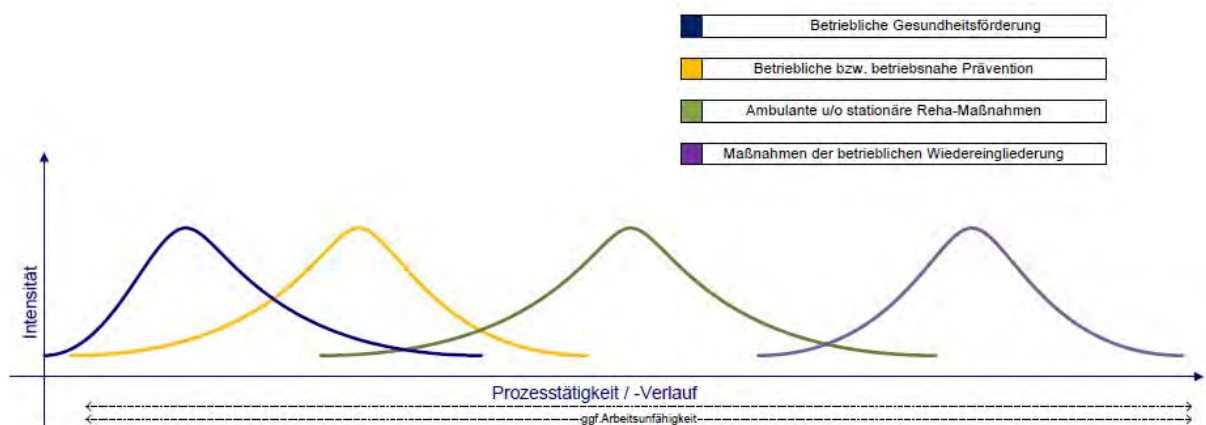
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Gutenbrunner et al. 2011

Das in Abbildung 14 aufgezeigte Modell entspricht einer stufenweise aufgebauten, betriebsbezogenen, gesundheitspolitischen Vorgehensweise als Teil der Betriebspolitik eines Unternehmens, welches ein solches Kooperationsmodell implementieren möchte. Neben den bereits genannten Zielen der identifizierten Modellvorhaben und Kooperationsprojekte umfasst die abgeleitete wünschenswerte Vorgehensweise, dass der Verbleib im Betrieb und möglichst am bestehenden Arbeitsplatz ebenfalls ein prioritäres Ziel betrieblicher Gesundheitspolitik ist. Neben der Förderung der Gesundheit der

Beschäftigten sollen auch deren Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit positiv beeinflusst werden (Gutenbrunner et al. 2011). Basis des Vorgehens bildet ein allgemeiner Check-up für alle Mitarbeiter, durchgeführt vom betriebsärztlichen Dienst mit dem Ziel des frühzeitigen Erkennens von Gesundheitsrisiken, flankiert von Maßnahmen der allgemeinen betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Als dritte Stufe sollte es besonders bei Beschäftigten mit Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit oder mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ohne oder mit nur geringen Fehlzeiten zum Angebot von betrieblichen und betriebsnahen Präventionsprogrammen entsprechend dem Vorbild der Modelle *Betsi*, *Plan Gesundheit* oder des Modul I des *JobReha-Konzeptes* kommen. Sollten bereits gesundheitliche Beeinträchtigungen mit einem hohen Risiko der Chronifizierung einer Erkrankung mit erhöhten Fehlzeiten bei den Beschäftigten erkennbar sein, sind in Abhängigkeit von den individuellen Präferenzen der Beschäftigten bzw. vom Rat des Betriebsarztes Rehabilitationsmaßnahmen nach dem Vorbild der Modelle *JobReha* oder *BeReKo* anzubieten. Für Beschäftigte mit chronischer Erkrankung und hohen Fehlzeiten oder Krankengeldbezug eignet sich ein gezieltes individuelles Reha-Fall-Management. Die Steuerung des Gesamtprozesses erfolgt durch das betriebliche Gesundheitsmanagement im Verantwortungsbereich des betriebsärztlichen Dienstes. Alle Maßnahmen werden bei Bedarf von einem betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement flankiert.

Alle primär-, sekundär-, tertiärpräventiven, rehabilitativen und betrieblichen reintegrativen Maßnahmen sind individuell entsprechend den Bedürfnissen des betroffenen Beschäftigten aufeinander abgestimmt und gehen fließend entsprechend der Grafik in Abbildung 15 ineinander über.

Abbildung 15: Prozessverlauf bei Maßnahmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an BAR 2010

4. Lösungsvorschläge mit dem Ziel einer verbesserten Anreizgestaltung zur kooperativen Ausgestaltung von Maßnahmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

Basierend auf den in Kapitel 3 vorgestellten Aktivitäten und Maßnahmen der Unternehmen sowie der außerbetrieblichen Akteure zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Beschäftigter, den damit verbundenen Schnittstellen und Schnittstellenproblemen im Zusammenspiel der einzelnen Akteure sowie dem daraus abgeleiteten wünschenswerten kooperativen Vorgehen aller Beteiligten sollen im nachfolgenden Kapitel verschiedene Möglichkeiten einer stärkeren Anreizgestaltung zu einer verbesserten kooperativen Ausgestaltung solcher Aktivitäten aufgezeigt werden. Entsprechend der Zielsetzung des Forschungsvorhabens, Konzepte zur Förderung und nachhaltigen Vernetzung von Aktivitäten der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung mit Maßnahmen der Arbeitgeber zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit chronisch kranker Beschäftigter zu entwickeln, fokussiert die Ausgestaltung der Anreize vornehmlich auf diese Akteure. Um jedoch chronisch erkrankte Beschäftigte oder Beschäftigte unter Risiko zur Chronifizierung einer Erkrankung nach Arbeitsunfähigkeitszeiten wieder ins Arbeitsleben zurückzuführen sowie die Beschäftigungsfähigkeit nachhaltig zu sichern, ist die Kooperation verschiedener Professionen im Rahmen der Prävention, medizinischen Versorgung, Rehabilitation und Wiedereingliederung von zentraler Bedeutung. Dies lässt eine Berücksichtigung von Anreizmechanismen zur Förderung der Beteiligung sowohl der Arbeitnehmer selbst, der Werks- und Betriebsärzte sowie der niedergelassenen Haus- und Fachärzte als notwendig erscheinen.

4.1 Anreizgestaltung zur Stärkung kooperativer Ausgestaltung von Aktivitäten der Sozialversicherungsträger zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

Diskussionen über „Schnittstellen“ und „Übergänge“ zwischen Behandlungs- und Versorgungsbereichen sowie zwischen einzelnen Sozialversicherungsträgern sind im Gesundheitswesen und besonders in der zersplitterten Sozialversicherungslandschaft keine Neuheit. Sie stellen vielmehr „Klassiker“ in den Funktions- und Strukturdefizitanalysen des Gesundheitswesens dar (Braun et al. 2011; Hoß et al. 2013; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007; Liedetke 2007, Freigang-Bauer & Gröben 2011). Trotz jahrelanger Bemühungen des Gegensteuerns ist das zersplitterte System bis heute nicht auf die möglichst nahtlose und kooperative Befriedigung des oft gleichzeitig vorhandenen Bedarfs an präventiven,

kurativen, rehabilitativen oder pflegerischen Behandlungs-, Versorgungs- und Unterstützungsleistungen ausgerichtet. Vielmehr existieren die einzelnen Sektoren und Maßnahmen der verschiedenen Sozialversicherungsträger in der Regel unverbunden nebeneinander (Braun et al 2011). Trotz vielfältiger Kooperationsbemühungen besonders hinsichtlich der Sicherung, des Erhalts und der Wiederherstellung der Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit von Versicherten scheint das Interesse der Sozialversicherungsträger vielfach vornehmlich in der Erfüllung des eigenen Versorgungsauftrages zu liegen. Die in der Versorgungspraxis vorzufindenden trägerübergreifenden Kooperationsvereinbarungen und Modellprojekte der Sozialversicherungsträger zusammen mit den Unternehmen (vgl. Kapitel 5) scheinen aufgrund von zum Teil fehlenden gesetzlichen Verpflichtungen zur Kooperation der Träger in Kombination mit gesetzlichen Regelungen zur vornehmlichen Erfüllung der individuellen Versorgungsaufträge an besonders engagierte Personen oder engagierte regionale Sozialversicherungsträger bzw. Partner gebunden zu sein.

Zur Überführung der guten Erfahrungen und funktionierenden Kooperationssysteme aus dem Modellstatus in die Regelversorgung sowie zur nachhaltigen Stärkung von Bemühungen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erkrankter Versicherter und solcher unter besonderem Risiko zur Ausbildung einer Erkrankung erscheinen die Entwicklung folgender Mechanismen zur Anreizsetzung besonders geeignet:

1. Schaffung gesetzlich geregelter Vertragsgrundlagen für Kooperations- und Versorgungsverträge zwischen den Sozialversicherungsträgern,
2. Einbezug des Aspekts der Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit der Versicherten in bestehende Versorgungskonzepte für chronische Krankheiten sowie
3. Berücksichtigung von solchen Leistungen in der gesundheitspolitischen Präventionsdiskussion bei der Einführung von Anreizmechanismen.

Die aktuellen Regierungsentwürfe des „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)“ sowie des „Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)“ bieten dem Gesetzgeber die Möglichkeit, sowohl die Sicherung und den Erhalt als auch die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit besonders von chronisch kranken Arbeitnehmern durch kooperative Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung mit der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung zu fördern und entsprechende Anreize für die Akteure zur Kooperation auszugestalten.

Im Rahmen des Regierungsentwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung – (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 17.12.2014 sollten

Änderungen und Ergänzungen an dem § 137f („strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“) und dem neugefassten § 140a („besondere Versorgung“) vorgenommen werden.

Der sektorübergreifende und interdisziplinäre Konzeptansatz der strukturierten Behandlungsprogramme konnte seit Implementierung in das GKV-System im Jahr 2002 die Qualität der Versorgung von chronisch kranken Patienten nachhaltig verbessern. Dies zeigen beispielsweise die Ergebnisse des Qualitätsberichtes 2013 zu den Disease Management Programmen (DMP) in Nordrhein, die Evaluationsergebnisse des Bundesversicherungsamtes des DMP für Diabetes mellitus Typ 2 aus dem Jahr 2009 oder die ELSID-Studie (Hagen et al. 2014; BVA 2009; Miksch et al. 2010). Obgleich für über 6,5 Millionen eingeschriebene Versicherte die Versorgung durch über 9.900 zugelassene Programme der Krankenkassen flächendeckend sichergestellt werden kann (BVA 2014), bleiben nach Meinung der Autoren besonders Leistungen und spezifische Maßnahmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit von eingeschriebenen Versicherten im erwerbsfähigen Alter meist unberücksichtigt. Zwar wurden in den Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen unter dem Aspekt der Rehabilitation bei allen DMP-Erkrankungen der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit adressiert, jedoch bleiben präventive medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationsleistungen, Leistungen zur Teilhabe oder frühzeitige Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung von eingeschriebenen Versicherten in Kooperation zum Beispiel mit Werks- und Betriebsärzten oder den entsprechenden Rentenversicherungsträger zu vermissen.

In der Versorgungspraxis zeigen die Erfahrungen der einzelnen Modell- und Kooperationsprojekte, wie u. a. dem *JobReha*-Modell, dass insbesondere bei medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsleistungen, Leistungen zur Teilhabe und einer betrieblichen Wiedereingliederung eine systematische Kooperation und gegenseitige Information zwischen Werks- und Betriebsärzten, Haus-, Fach- sowie den Rehabilitationsärzten und allen beteiligten Sozialversicherungsträgern von besonderer Bedeutung für den Erhalt und die Wiederherstellung der Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit von chronisch kranken Arbeitnehmern ist. Durch ein optimiertes Schnittstellenmanagement mit verbesserten Informations- und Kommunikationswegen zwischen allen beteiligten Akteuren lassen sich sowohl Verkürzungen der zeitlichen Abläufe vor und nach den eigentlichen Maßnahmen, Anpassungen der therapeutischen Maßnahmeninhalte an die tatsächlichen Arbeitsplatzsituationen sowie eine Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten realisieren (Teumer et al. 2010).

Die im Regierungsentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz in § 137f Abs. 2 geplante Ausweitung des Spektrums geeigneter Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt und entsprechende Richtlinien nach § 137f Abs. 2 durch den Gemeinsamen

Bundesausschuss (G-BA) erlassen werden sollen, ist sehr zu begrüßen. Ebenso ist der explizite Auftrag an den G-BA, für die Behandlung von Rückenleiden und Depression Richtlinien nach Abs. 2 zu erlassen, insbesondere deshalb zu begrüßen, weil diese zwei Erkrankungen zu den drei Diagnosegruppen – Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (M00-M99); Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99); Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) – zählen, die bundesweit für die meisten Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich sind.

Jedoch sollte, um auch in den strukturierten Behandlungsprogrammen ein stärkeres Bewusstsein für den Erhalt und die Wiederherstellung der Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit von chronisch kranken Versicherten zu fördern, in § 137f Abs. 2 der G-BA aufgefordert werden, in den Richtlinien zu den Anforderungen an die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen nach Abs. 1 auch den Aspekt des Erhalts und der Wiederherstellung der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit im Rahmen eines entsprechend auszugestaltenden zusätzlichen Moduls in Anlehnung an das „Zusatzmodul chronische Herzinsuffizienz“ zu berücksichtigen.

Zur Förderung der Implementierung solcher Zusatzmodule mit Fokus auf den Erhalt und die Wiederherstellung der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit chronisch kranker Versicherter sollte ein finanzieller Anreizmechanismus in Anlehnung an die sogenannte „DMP-Pauschale“ des Gesundheitsfonds für die gesetzlichen Krankenkassen entwickelt werden. Dies ließe sich, nach Veröffentlichung einer entsprechenden Richtlinie gemäß § 137f Abs. 2 SGB V durch den G-BA, durch eine Novellierung des § 38 „Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme“ der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV) wie folgt realisieren:

- Ergänzung eines Abs. 1a: „Zur Förderung der Implementierung eines Zusatzmoduls Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit in bereits bestehende und neu aufgelegte strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Krankenkassen für einen Zeitraum von drei Jahren nach Zulassung durch das Bundesversicherungsamt aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für jeden nach § 2 Absatz 1 Satz 3 eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der durchschnittlichen zusätzlichen Dokumentations- oder Koordinierungsleistungen im Rahmen des Zusatzmoduls. Hebt das Bundesversicherungsamt nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Zulassung eines Programms auf, ist die Zuweisung nach Satz 1 zurückzuzahlen.“

Änderung des Abs. 2 in: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt die Höhe der Zuweisungen nach den Absätzen 1 bis 1a und das Nähere über das Meldeverfahren für die eingeschriebenen Versicherten. Kommt die Bestimmung nach Satz 2 nicht zu Stande, bestimmt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisung und das Meldeverfahren. § 30 Absatz 2 bis 4 gilt entsprechend.“

Zur Finanzierung solcher zusätzlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme aus dem Gesundheitsfonds zur Förderung des Aufbaus von Zusatzmodulen mit Fokus auf den Erhalt und die Wiederherstellung der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit chronisch kranker Versicherter stehen zwei Optionen zur Verfügung:

Zum einen ließen sich zusätzliche Finanzmittel für die Zuweisungen des § 38 Abs. 1a RSAV aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanzieren. Wird eine Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel aus der Liquiditätsreserve abgelehnt, ließen sich zum anderen die Finanzmittel über die Zuweisungen für Pflichtleistungen im Rahmen des Gesundheitsfonds über entsprechende Kürzung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuweisungen generieren. Beide Finanzierungsweisen scheinen geeignet, um die benötigten Finanzmittel bereitzustellen.

Die Neustrukturierung der bislang bestehenden Regelungen zu den Möglichkeiten der Krankenkassen, Einzelverträge mit Leistungserbringern abzuschließen in Gestalt des neu gefassten § 140a SGB V („besondere Versorgung“), ist nach Auffassung der Autoren sehr zu begrüßen. Die Zusammenfassung der bisher in §§ 73a, 73c und § 140a-d SGB V geregelten Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen, Strukturverträge, Verträge über eine integrierte Versorgung und Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung zu schließen, erweitert nicht nur die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten für die Kassen, sondern zieht wünschenswerterweise einen Abbau von bürokratischen Hemmnissen im Rahmen des Vertragsabschlusses nach sich.

Jedoch bietet die Neugestaltung des § 140a nur begrenzt Spielraum zur Überführung der positiven Erfahrungen und erprobten Kooperationsysteme von Modell- und Kooperationsprojekten (Best-Practice-Modellen) zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit von chronisch kranken Arbeitnehmern oder Arbeitnehmern unter Risiko zur Ausbildung einer chronischen Erkrankung entsprechend den Leuchtturmmodellen wie *JobReha*, *BeReKo* oder *WeB-Reha* (Manecke et al. 2008, Koch et al. 2013, von Manteuffel 2011) in die allgemeine Versorgungspraxis. Obgleich eine Vielzahl an trägerübergreifenden Kooperationsvereinbarungen und Modellprojekten zusammen mit den Unternehmen in der Praxis existieren und auch gelebt werden, scheinen diese z. T. an besonders engagierte Personen oder engagierte regionale Sozialversicherungsträger bzw. Partner gebunden zu sein. Vertraglich werden diese Modellprojekte z. T. seitens der Krankenkasse auf Basis der §§ 140a-d SGB V umgesetzt. Diese Variante stellt jedoch lediglich eine Behelfsmöglichkeit dar, da weder Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung noch Arbeitgeber oder von Unternehmen angestellte Betriebs- und Werksärzte Vertragspartner nach § 140b SGB V sein können.

Es sind daher die folgenden Änderungen des neustrukturieren § 140a notwendig, um die Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten für die gesetzlichen Krankenkassen noch auszudehnen und gleichzeitig kooperative Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen mit Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie innerbetrieblichen Akteuren zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit zu fördern.

In Abs. 3 Satz 1 sollten über die Nummern 8 bis 10 als neue Vertragspartner für die gesetzlichen Krankenkassen ergänzt werden:

- Nr. 8: Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
- Nr. 9: Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- Nr. 10: Arbeitgeber sowie von Unternehmen angestellte Betriebs- und Werksärzte.

Ziel dieser Ergänzung ist die Förderung von betriebsnahen sekundärpräventiven, integrierten und sozialversicherungsübergreifenden Versorgungskonzepten zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von beschäftigten Versicherten in Anlehnung an Modellprojekte wie *JobReha* oder *BeReKo*.

Konsequenterweise müsste es in diesem Zusammenhang auch zu einer Änderung des Abs. 1 Satz 2 in folgender Form kommen:

*„Sie ermöglicht eine verschiedene Leistungssektoren **und Sozialversicherungssysteme** übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung zugelassener vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsverträge.“*

Bereits mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 wurde mit der Aufnahme der Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in den § 140b SGB V den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, Verträge über die Grenze einzelner Sozialversicherungssysteme hinweg zur Versorgung der Versicherten zu schließen.

Zur Förderung des Auf- und Ausbaus sowie der Durchführung solcher sozialversicherungssystemübergreifenden Kooperationsmodelle im Rahmen des neugestalteten § 140a SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen ist die Implementierung eines finanziellen Anreizmechanismus zur Abgeltung der spezifischen Kooperationsmodellkosten über den Gesundheitsfonds zu empfehlen.

Dies ließe sich durch eine Novellierung der RSAV mit Neugestaltung eines § 38a ab 2016 realisieren.

Neu zu gestaltender § 38a „Zuweisungen für sozialversicherungssystemübergreifende Versorgungsverträge nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“

(1) Zur Förderung des Auf- und Ausbaus sowie der Durchführung besonderer Versorgungsmodelle in Kooperation mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung oder den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung gemeinsam mit Unternehmen erhalten Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für jeden nach § 140a Absatz 4 eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Beratung mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung bestimmt die Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 und das Nähere über das Meldeverfahren für die eingeschriebenen Versicherten. Kommt die Bestimmung nach Satz 1 nicht zu Stande, bestimmt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisungen und das Meldeverfahren.

Die Finanzierung solcher Zuweisungen für sozialversicherungssystemübergreifende Versorgungsverträge nach § 140a SGB V durch den neu eingeführten § 38a RSAV kann nach Auffassung der Autoren auch hier über zwei Wege erfolgen. Einerseits könnten die zusätzlich benötigten Finanzmittel für die Zuweisungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Sollte es zu keinem Rückgriff auf die Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds kommen, könnten die Finanzmittel andererseits auch aus den Zuweisungen für Pflichtleistungen im Rahmen des Gesundheitsfonds, mit entsprechender Kürzung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuweisungen, generiert werden. In einem solchen Fall müsste der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den Anteil der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben an der Programmkostenpauschale bestimmen. Gleiches gilt für die Bestimmung eines Nettoverwaltungsausgabenanteils an der Programmpauschale. Beide Anteile würden in Folge bei der Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds entsprechend für die Bestimmung der Grundpauschale, Krankengeld, der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge sowie den standardisierten Verwaltungsausgaben bei den zu berücksichtigten Ausgaben abgezogen werden.

Der gesundheitspolitische Wille, in einem erneuten Versuch ein Präventionsgesetz zu erlassen, spiegelt die Bedeutung von präventiven Maßnahmen in Lebenswelten und in Betrieben sowie ganz speziell von betrieblicher Gesundheitsförderung besonders aufgrund des demographischen Wandels und seiner Folgen wider. Jedoch sollten im aktuell diskutierten Regierungsentwurf des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17.12.2014

auch explizit Leistungen zum Erhalt und zur Sicherung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von Versicherten Berücksichtigung finden.

Das Vorhaben des Gesetzgebers in § 20d, unter Einbezug aller gesetzlichen Sozialversicherungsträger sowie in Zusammenarbeit mit den für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und Betrieben zuständigen Trägern und Stellen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Inneren und den Ländern eine nationale Präventionsstrategie zu vereinbaren, ist sehr zu begrüßen und zu unterstützen. In der Praxis sind besonders bereits chronisch erkrankte Beschäftigte sowie innerbetriebliche Akteure mehrheitlich mit einem Nebeneinander der Sozialversicherungsträger und ihrer Unterstützungsleistungen konfrontiert. Eine stärkere Förderung der Kooperation der unterschiedlichen Sozialversicherungsträger bildet die Basis nachhaltiger Konzepte zur Sicherung und zum Erhalt der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Bevölkerung.

Jedoch ist im aktuellen Entwurf des § 20d der Einbezug von Maßnahmen zur Sicherung und zum Erhalt der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, auch entsprechend den in § 20 Abs. 3 genannten zu berücksichtigenden Gesundheitszielen und deren Teilzielen, wie zum Beispiel definiert im BAnz AT 26.03.2013, zu vermissen. Um im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie dem - besonders auch für die deutsche Wirtschaft - wichtigen Thema der Sicherung und des Erhalts der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Bevölkerung Rechnung zu tragen, sollte § 20d Absatz 3 Satz 1 wie folgt geändert werden:

*„Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention **und von Leistungen zum Erhalt und zur Sicherung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von Versicherten** in Lebenswelten und Betrieben zuständigen Trägern und Stellen vereinbaren die Träger nach Absatz 1 bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten erstmals zum 31. Dezember 2015.“*

Mit dem neu eingeführten § 20g „Modellvorhaben“ bietet der Gesetzgeber den Akteuren eine sinnvolle Möglichkeit, in einem definierten Rahmen neue Kooperations- und systemübergreifende präventive Versorgungsmodelle zu erproben. Zur Überführung der guten Erfahrungen und funktionierenden Kooperationssysteme im Sinne betriebsnaher Präventionsprogramme nach dem Vorbild von „Betsi“ und zur Förderung von sozialversicherungssystemübergreifenden Kooperationen

besonders in Regionen, in denen die entsprechenden Akteure noch wenig Erfahrung in diesem Bereich aufweisen, sollte der § 20g wie folgt geändert werden:

„Anhand der Modellvorhaben soll die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten, Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Leistungen zur Sicherung und zum Erhalt der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit verbessert werden.“

4.2 Anreizgestaltung zur Stärkung kooperativer Ausgestaltung von Aktivitäten der innerbetrieblichen Akteure zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

Besonders für chronisch kranke Beschäftigte und Beschäftigte unter Risiko zur Chronifizierung einer Erkrankung nach Arbeitsunfähigkeitszeiten realisiert sich die Teilhabe am Arbeitsleben primär dadurch, dass es gelingt, eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung der individuellen gesundheitlichen Situation oder Behinderung auszuüben (Vater et al. 2013). Eine möglichst frühzeitige Klärung, wünschenswerter Weise im Rahmen eines betrieblichen BEM-Verfahrens, wie und mit welchen Hilfeleistungen eine betroffene Person wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren kann, ist hierbei zwingend erforderlich. BEM und stufenweise Wiedereingliederung setzen am bestehenden Beschäftigungsverhältnis der Betroffenen an und fordern den Arbeitgeber zur Anwendung von präventiven Maßnahmen auf.

4.2.1 Anreizgestaltung für Arbeitgeber und Betriebe

Wie bereits in Kapitel 3 ausführlich dargestellt, ist BEM mehr als zehn Jahre nach seiner Einführung bei KMUs nicht flächendeckend bekannt und umgesetzt. Nach Einschätzung der in den geführten Leitfadeninterviews befragten Experten sind sich mittlere und mittelständische Unternehmen mehrheitlich ihrer gesetzlich zugewiesenen Aufgabe nach § 84 Abs. 2 SGB IX bewusst, jedoch ist eine große Divergenz hinsichtlich des Umsetzungsstandes von BEM vorzufinden. Vielfach kommt es erst bei bestehender Notwendigkeit, wie bei Konfrontation mit Langzeiterkranken oder krankheitsbedingten Kündigungen, zu einer aktiven Auseinandersetzung mit der Thematik BEM seitens der Unternehmensführung und dem Versuch der Implementierung entsprechender Verfahren. Bei kleinen und Kleinst-Unternehmen wurden der Bekanntheitsgrad und der Umsetzungsstand von BEM als schlecht bzw. kaum vorhanden eingeschätzt. Gleichzeitig wurde das regional sehr unterschiedliche und geringe bzw. z.T. fehlende Angebot von betriebsnahen, sozialversicherungs- und rehabilitationsträgerübergreifenden Dienstleistungen und Beratung für Unternehmen aus einer Hand bemängelt. Ebenso wurde auf große regionale Unterschiede in der Wahrnehmung und Präsenz der

Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger (als einem der in § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB IX genannten BEM-Ansprechpartner für die Arbeitgeber) hingewiesen. Unternehmen sähen sich vielmehr mit einer Vielzahl an Akteuren im Feld des betrieblichen Eingliederungsmanagements und der Wiedereingliederung von erkrankten Beschäftigten konfrontiert.

Um diesem Sachverhalt Rechnung zu tragen, erscheinen nach Meinung der Gutachter die folgenden Vorschläge besonders geeignet zu sein, den Bekanntheitsgrad von BEM bei KMUs weiter zu fördern sowie Anreize für Arbeitgeber zu setzen, ein entsprechendes Verfahren zu implementieren.

Um besonders KMUs über ihre gesetzliche Verpflichtung zum Angebot eines BEM entsprechend § 84 Abs. 2 SGB IX kontinuierlich zu informieren und um ihnen bei der Identifikation entsprechender BEM-Fälle innerhalb der Belegschaft zur Seite zu stehen, sollte im Rahmen einer geplanten SGB IX-Novellierung ein Abs. (2a). in den § 84 mit folgendem Inhalt ergänzt werden:

„Verpflichtung der gesetzlichen und privaten Krankenkassen zur schriftlichen Information des Arbeitgebers eines Versicherten, wenn dieser den laut § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX vorgeschriebenen Interventionszeitpunkt für ein BEM von sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit erfüllt. Das Anschreiben soll den Arbeitgeber zum einem über seine nach § 84 Abs. 2 SGB IX geregelte Verpflichtung zum Angebot eines BEM informieren. Zum anderen soll das Anschreiben einen Hinweis über entsprechende BEM-Informationsportale der Sozialversicherungsträger und Integrationsämter sowie Kontaktinformationen von regionalen Ansprechpartnern enthalten. Zur Entwicklung eines standardisierten Anschreibens sollen sich die Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Integrationsämtern hinsichtlich der anzugebenden BEM-Informationsportale und regionalen Ansprechpartner abstimmen. Darüber hinaus ist von den beteiligten Akteuren eine einheitliche Operationalisierung des in § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX vorgeschriebenen Interventionszeitpunkt gemeinsam zu definieren.

Vor Versand der schriftlichen Information an einen Arbeitgeber müssen die Krankenkassen ihre Versicherten über die gesetzliche Verpflichtung des Arbeitgebers zum Angebot eines BEM-Verfahrens nach sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit eines Angestellten (§ 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) informieren. Es sollte dabei erklärt werden, dass im BEM-Verfahren gemeinsam die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann, zu klären sind. Darüber hinaus sollte der Versicherte über die Ziele und die Vorteile des betrieblichen Eingliederungsmanagements aufgeklärt und das Einverständnis des Versicherten zur Information seines Arbeitgebers über die Erfüllung des Tatbestandes nach § 84 Abs. 2 Satz 1 eingeholt werden.“

Mit einem solchen systematischen Vorgehen würden alle Arbeitgeber unabhängig ihrer Unternehmensgröße regelmäßig über ihre gesetzliche Verpflichtung zum Angebot eines BEMs informiert. Darüber hinaus könnten die regionalen Sozialversicherungsträger gemeinsam mit den Integrationsämtern über regionale Ansprechpartner für betriebsnahe, sozialversicherungs- und rehabilitationsträgerübergreifende Dienstleistungen und Beratungsleistungen informieren. Jedoch liegen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen in der Regel nicht alle krankheitsbedingte Fehlzeiten eines Versicherten vor, besonders wenn es sich um kurze Fehlzeiten von weniger als drei Kalendertagen handelt. Entsprechend § 5 Abs. 1 EntgFG ist zwar ein Arbeitnehmer verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Eine ärztliche Bescheinigung über das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit ist erst bei Dauer der Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Kalendertagen erforderlich. Somit könnte bei Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen wiederholt arbeitsunfähig waren, die Information über diesen Sachverhalt durch die Krankenkassen verspätet den Arbeitgeber erreichen. Trotz dieser Limitation könnte ein solches systematisch eingesetztes Informationssystem insbesondere solche Unternehmen in der Wahrung ihres gesetzlichen Auftrages unterstützen, die über keine entsprechenden personellen Zuständigkeiten oder Infrastrukturen einer Personalabteilung zur verwaltungstechnischen Nachhaltung von Fehlzeiten bzw. Identifikation von betroffenen Mitarbeitern verfügen.

Die Prämierung von Best-Practice-Modellen oder guten BEM-Konzepten der Arbeitgeber als regionalen Leuchtturmprojekten stellt sich sowohl nach Erfahrung der Integrationsämter als auch nach Einschätzung von Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretung als ein wirksames Informations- und Förderungsinstrument zur flächendeckenden Verbreitung von BEM dar. Besonders KMUs scheinen von den Erfahrungen anderer Unternehmen aus der Region bei dem Aufbau und der Implementierung eines BEM-Systems sowie im Umgang mit Langzeiterkrankten zu profitieren, wenn die Prämierung der Best-Practice-Modelle pressewirksam in den betroffenen Regionen veröffentlicht wird. Entsprechend den Ergebnissen einer Untersuchung von Fassmann et al. 2010 zu Bonus- und Prämiensystemen zur Förderung von betrieblichem Eingliederungsmanagement sowie den Ergebnissen der im Rahmen des Forschungsvorhaben geführten Experteninterviews nehmen die Integrationsämter eine gewisse Sonderstellung bei der Gewährung solcher Prämien bzw. Boni ein (Fassmann et al. 2010). Bis zum jetzigen Zeitpunkt wurden ausschließlich von Seiten der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) Empfehlungen zur Vergabe von Prämien erarbeitet, in denen Prämienhöhe und Mindestanforderungen festgelegt wurden. Obgleich auf Grundlage von § 13 SGB IX die Rehabilitationsträger in der Gemeinsamen Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX von 2004“ in § 7 dieser Empfehlung sich dem BEM widmen und in § 7 Abs. 4 bestimmen, dass

„die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter prüfen- auch unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel- ob durch Prämien oder einen Bonus Arbeitgeber gefördert werden können, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen (§ 84 Abs. 4 SGB IX). Hierzu stimmen sie sich gemeinsam über Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Förderung ab.“

findet sich bis zum heutigen Zeitpunkt noch keine gemeinsame Abstimmung.

Um die Nutzung von Prämien- oder Bonuszahlungen nach § 84 Abs. 3 SGB IX zur Förderung von Arbeitgebern, die ein BEM einführen besonders durch die Rehabilitationsträger zu stärken, sollte in § 13 „Gemeinsame Empfehlungen“ SGB IX der folgende Satz 11 in Abs. 2 ergänzt werden:

„Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 5 vereinbaren darüber hinaus in gemeinsamen Empfehlungen, (11.) in welchem Umfang und nach welchen Kriterien nach § 84 Abs. 3 SGB IX die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter Arbeitgeber, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement praktizieren, durch Prämien oder Boni fördern.“

Da laut Aussage des befragten Experten der Deutschen Rentenversicherung Bund (vgl. Kapitel 3.2.1) der Auszahlung von Prämien rechtliche Gründe entgegen stehen, da das SGB VI keine Ermächtigungsnorm zur Zahlung solcher Leistungen enthält, müsste das SGB VI um eine entsprechende Ermächtigungsnorm im Rahmen der nächsten Novellierung des SGB VI ergänzt werden.

Entsprechend dem Beispiel des bundesweiten Firmenservice der DRV mit einem flächendeckenden BEM-Auskunfts- und Beratungsangebot für Unternehmen unter einem einheitlichen Erscheinungsbild sollte über die Implementierung einer bundesweiten Telefonnummer sowie eines entsprechenden Internetauftritts unter einem einheitlichen Erscheinungsbild zum Kontakt der Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger nachgedacht werden. Mit dem Firmenservice bietet die DRV Unternehmen ein kostenloses Beratungs- und Lotsenangebot, um diese mittels beispielsweise aufsuchender und telefonischer Beratung individuell hinsichtlich der Themenfelder „Gesunde Mitarbeiter“ (inkl. BEM), „Rente und Altersvorsorge“ sowie „Beiträge und Meldungen der Sozialversicherung“ zu beraten (Böttcher 2014). Nicht nur nach Einschätzung der im Rahmen dieser Forschungsvorhabens interviewten Experten, sondern auch entsprechend den Empfehlungen zur Weiterentwicklung der GS einer Arbeitsgruppe des RehaFutur-Entwicklungsprojektes „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation auf Basis der Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur unter Beteiligung der Akteure – Projekt zur Koordination des Entwicklungsprozesses“ (rehaFutur 2012) kommen die GS ihrer Aufgabe, das BEM trägerübergreifend durch Beratung und Fallmanagement im Hinblick auf Leistungen zur Teilhabe für Beschäftigte und Arbeitgeber zu unterstützen, nicht umfassend nach. Ein solcher Service entsprechend dem Vorbild der DRV könnte Betriebe und Arbeitgeber bei der Implementierung eines BEM-Verfahrens und der

Erkennung möglicher Rehabilitationsbedarfe unterstützen sowie die Weiterleitung an unterstützende bzw. gewährende Sozialversicherungs- und Rehabilitationsträgern gezielt koordinieren.

4.2.2 Anreize für Arbeitnehmer

Bei allen Maßnahmen und Konzepten mit dem Ziel des Erhalts und der Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit spielen die betroffenen Beschäftigten und ihre Akzeptanz der angebotenen Konzepte und Maßnahmen eine zentrale Rolle.

Eine Verpflichtung der betroffenen Beschäftigten, beispielsweise einem BEM-Verfahren, einer stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V oder einer Einbindung zum Beispiel in ein betriebsnahes Präventionsmodell der DRV zuzustimmen und daran teilzunehmen, besteht nicht; vielmehr basieren die Verfahren auf dem Prinzip der Freiwilligkeit der Teilnahme seitens der Beschäftigten (Beyer et al. 2013).

Besonders im Zusammenhang mit Maßnahmen einer stufenweise Wiedereingliederung existieren aktuell bezogen auf die gesetzlichen Regelungen zur Festlegung der Ausgleichszahlungen im Falle einer stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V adverse ökonomische Anreize für erkrankte Arbeitnehmer, frühzeitig stufenweise in das Arbeitsleben zurückzukehren. Beginnt ein betroffener Beschäftigter direkt im Anschluss an eine bestehende Arbeitsunfähigkeit ohne vorherige medizinische Rehabilitation oder mindestens fünf Wochen nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation, erhält dieser für die gesamte Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung Krankengeld. Hingegen beziehen Betroffene, die einer stufenweisen Wiedereingliederung unmittelbar nach Ende einer medizinischen Rehabilitation zustimmen, Übergangsgeld seitens des Rehabilitationsträgers. In der Regel fällt das Krankengeld gemäß § 47 SGB V mit 70 % des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommen, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt) bzw. maximal 90 % des kalendertäglichen Nettoeinkommens höher aus als das nach § 21 SGB VI gewährte Übergangsgeld. Die Berechnungsgrundlage des Übergangsgeldes für Versicherte, die ein Arbeitseinkommen erzielt haben, und für freiwillig Versicherte, die Arbeitsentgelt erzielt haben, wird aus 80 % des Einkommens ermittelt, das den vor Beginn der Leistungen für das Kalenderjahr (Bemessungszeitraum) gezahlten Beiträgen zugrunde liegt. Somit besteht bei aktueller Gesetzeslage folglich das Problem, dass mehr gezahlt wird, wenn die Maßnahme möglichst spät nach Rehabilitation stattfindet bzw. wenn gänzlich auf eine Rehabilitation vor Wiedereingliederung verzichtet wird. Aus arbeitswissenschaftlicher und arbeitsmedizinischer Sicht sollte jedoch nach einer Rehabilitation eine stufenweise Wiedereingliederung möglichst früh einsetzen, um den arbeitsunfähigen Beschäftigten die Möglichkeit zu geben, ihre berufliche Belastbarkeit kennenzulernen, ihre Selbstsicherheit wiederzugewinnen und Ängste vor Überforderungen und einem Krankheitsrückfall abzubauen (Hoß et al. 2013; BAR 2004). Es ist daher zu fordern, dass es im Rahmen einer Novellierung des SGB XI zu

einer Vereinheitlichung der Entgeltfortzahlungen im Falle einer stufenweise Wiedereingliederung kommt, damit die verzerrten Anreizstrukturen zu einer Verzögerung dieser Maßnahme aus rein finanziellen Gründen behoben werden.

Hinsichtlich der von Trägern der DRV angebotenen unterschiedlichen Konzepte von betriebsnahen Präventionsprogrammen (wie den Konzepten „Betsi“, „FRESH“ oder „Plan Gesundheit“, vgl. Kapitel 3.1) fällt auf, dass Beschäftigte, die an solchen Programmen teilnehmen möchten, in den Modellen in unterschiedlichem Umfang Urlaubstage einbringen müssen, je nachdem welches Modell vom zuständigen Träger angeboten wird. Um die aktuell hohen Teilnehmerquoten an diesen Best-Practice-Modellen nachhaltig zu sichern, sollte über eine Vereinheitlichung der seitens der Teilnehmer einzusetzenden Urlaubstage oder sogar über eine Streichung dieser Regelung nachgedacht werden. Dies scheint besonders für die Belegschaften von Großunternehmen mit verschiedenen Standorten in Deutschland von besonderer Relevanz, da es hier zum Beispiel regionale Unterschiede zwischen den Belegschaften eines Unternehmens an verschiedenen Standorten kommen könnte.

4.2.3 Anreize für Werks- und Betriebsärzte bzw. Förderung der Kooperation mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten

Betriebs- und Werksärzten kommt in der betrieblichen Gesundheitspolitik inklusive des betrieblichen Eingliederungsmanagements und der Wiedereingliederung von erkrankten Beschäftigten eine zentrale Stellung zu. Diese Akteursgruppe versteht sich heute nach Aussagen des Verbandes der Deutschen Betriebs- und Werksärzte (VDBW) als betriebliche Gesundheitsmanager, die alle Aspekte eines systematischen Gesundheitsschutzes, der Gesunderhaltung und –förderung der Belegschaft koordinieren (VDBW 2009). Wie bereits in den Kapiteln 3.1 und 3.2 näher beleuchtet, übernehmen Betriebs- und Werksärzte besonders bei BEM-Maßnahmen inklusive der Wiedereingliederung erkrankter Mitarbeiter nicht nur die innerbetriebliche Abstimmung, sondern auch die Koordination mit außerbetrieblichen Akteuren und Leistungserbringern. Jedoch fehlt ihnen vielfach die Ermächtigung, Maßnahmen zu Kosten der Rehabilitationsträger anzuregen und einzuleiten.

Wie die Erfahrungen aus Modellkonzepten und Best-Practice-Modellen gezeigt haben, können durch eine systematische Kooperation zwischen Rehabilitationsträgern, Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassenen Leistungserbringern und Betriebsärzten das BEM und die Wiedereingliederung deutlich verbessert werden (Schwarze et al. 2008; Weiler et al. 2006; von Manteuffel 2011). Obgleich in den letzten Jahren zahlreiche Kooperationsverträge zwischen Betriebs- und Werksärzten, Rehabilitationsträgern und Rehabilitationseinrichtungen geschlossen wurden, sind Betriebsärzte nach

Aussage des VDBWs in der Praxis noch heute mit zahlreichen Schnittstellen und einem fehlenden bzw. unzureichenden Informationsfluss zwischen den rehabilitationsbedürftigen Mitarbeitern, niedergelassenen Haus- und Fachärzten, dem Arbeitgeber sowie Rehabilitationsträgern und –einrichtungen konfrontiert (vgl. Kapitel 3.2.3). Um dauerhaft bestehende Schnittstellenprobleme abzubauen und weiterhin die Kooperation unter den Akteuren zu fördern, sollte es nach Auffassung der Gutachter dieses Forschungsberichts zum Abschluss eines bundesweiten Kooperationsvertrages der Renten- und Rehabilitationsträger mit dem Verband der Betriebs- und Werksärzte e.V. zur besseren Einbindung der Werks- und Betriebsärzte nach Vorbild der in der Praxis zur Anwendung kommenden Kooperationsmodelle (z.B. „JobReha“, „WeBReha“ oder „BeReKo“) kommen, um die Einbindung der Arbeitsmedizin in den Rehabilitationsprozess zu verbessern.

Darüber hinaus erscheint es empfehlenswert, dass die BAR in ihren Gemeinsamen Empfehlungen zur Erkennung und Festlegung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (Reha-Prozess) gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX vom 1. August 2014 die Betriebs- und Werksärzte in § 14 Abs. 2 Satz 1 als anregende und einleitende Personen für Leistungen zur Teilhabe ergänzt.

Um besonders auf die von den befragten Experten in den geführten leitfadengestützten Interviews beschriebene zum Teil geringe Sensibilität der niedergelassenen Haus- und Fachärzte für die Thematik der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit einzuwirken und gegebenenfalls bestehenden Wissensdefiziten der niedergelassenen Leistungserbringer über die spezifischen Belastungen der Patienten am Arbeitsplatz und arbeitsplatzspezifische Anforderungen zu begegnen, sollte über die Implementierung eines Moduls „Erhalt und Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Patienten“ in das Medizinstudium (Approbationsordnung für Ärzte) und in das Weiterbildungs-Curriculum im Rahmen der Novellierung der (Muster)Weiterbildungsordnung nachgedacht und diskutiert werden.

Zur Förderung der Zusammenarbeit und Kooperation der Betriebs- und Werksärzte mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten in der Betreuung und Begleitung von chronisch erkrankten Mitarbeitern sollten diesen Leistungserbringer zukünftig stärker in bereits bestehende oder neu aufgelegte BEM-Kooperationsmodelle bzw. Best-Practice-Modelle nach dem Beispiel von „JobReha“ oder dem Salzgitter-Konzept „BeReKo“ einbezogen werden. Darüber hinaus könnte der Einbezug von Hausärzten in die Arbeitsmedizin durch Einführung von Leistungen des „Erhalts- und der Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit“ in bestehende Verträge der Hausarztzentrierten Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen gefördert werden. Zur flächendeckenden Umsetzung eines solchen Vorgehens müssten durch die Politik in § 73b Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V die folgenden Wörter „Erhalts und Wiederherstellung der Arbeits- bzw. Beschäftigungsfähigkeit der Patienten, sowie Leistungen zur Teilhabe nach SGB IX“ ergänzt werden.

5. Fazit und Ausblick

Auch die neuesten Berichte der Krankenkassen, wie z.B. der DAK-Gesundheitsreport 2015, zeigen eine Zunahme der AU-Tage bedingt durch die im Forschungsbericht behandelten chronischen Beispielindikationen (DAK 2015), also durch Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankungen und unterstreichen damit die Aktualität der Thematik des Erhalts und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch erkrankter Beschäftigter.

Bezüglich der Lösungsansätze für diese mit Blick auf die absehbare demographische Entwicklung hochrelevante Thematik lässt sich in Zusammenfassung der Ergebnisse des Forschungsprojekts zweierlei sagen:

Einerseits konnten eine ganze Reihe von Leuchtturm-Projekten identifiziert werden, die koordinierte und passgerechte Maßnahmen unterschiedlicher Träger zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch erkrankter Beschäftigter, und dies häufig auch im Bereich der untersuchten Beispielindikationen, anbieten. Dabei liegt der Schwerpunkt der Projekte auf größeren Unternehmen und ihren Beschäftigten. Diese Projekte werden aber nicht flächendeckend durchgeführt und sind häufig an besonders engagierte Personen oder Organisationen gebunden; insbesondere die Rentenversicherungsträger sind hier besonders aktiv. Gemeinsam ist ihnen eine verstärkte sozialversicherungszweigs- und sektorübergreifende Zusammenarbeit von Akteuren, d.h. die Überwindung der unserem fragmentierten Gesundheitssystem immanenten sektorspezifischen Sichtweisen und der mit der Fragmentierung verbundenen Schnittstellenprobleme.

Andererseits bestätigen die Experteninterviews die in der einschlägigen Literatur beschriebene Problematik (z.B. Vater et al. 2013), dass KMU wenig Kenntnis über ihre Verpflichtung zu Maßnahmen des BEM haben und/oder diese seltener umsetzen. Einige wenige der Leuchtturmprojekte, wie z.B. das Präventionsprogramm FEE oder das Programm zur frühzeitigen Bedarfserkennung Reha Bau unter aktiver Beteiligung der Berufsgenossenschaft und ihres medizinischen Dienstes, wenden sich an den Beschäftigtenkreis dieser Unternehmen. Eine wesentliche Schwierigkeit für die Beteiligung von KMU scheint das Fehlen eigener werksärztlicher Dienste zu sein. Hier ist neben möglichen Initiativen eines Sozialversicherungsträgers wie im Programm Reha Bau besonders die Initiative der Verbände der Arbeitgeber in KMU gefragt, die zum gemeinsamen Ankauf werksärztlicher Dienste für entsprechende Aufgaben führen könnte.

Aufbauend auf der Analyse des aktuellen Versorgungsgeschehens hat das Gutachten eine Reihe gesundheitspolitischer Hemmnisse für die Beteiligung und Zusammenarbeit der Akteure im Handlungsfeld „Erhalt und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Beschäftigter“ identifiziert und Maßnahmen zu ihrer Beseitigung vorgeschlagen.

Daraus resultierte jeweils eine Stellungnahme zu den aktuellen Gesetzesentwürfen zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und zum Präventionsgesetz (vgl. im Anhang 9.4.1 und 9.4.2). Im Rahmen der Expertenanhörung zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde erstere auch zur dortigen Veröffentlichung eingereicht und in wesentlichen Punkten mündlich vertreten (Wasem et al. 2015).

Mit den Stellungnahmen zur Gesetzgebung wird angestrebt, einerseits die Förderung des Erhalts und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Beschäftigter stärker in die Regelversorgung einzubinden und andererseits einen angemessenen selektivvertraglichen Rahmen für vorhandene und weitere Modellprojekte unter Beteiligung der GKV zu schaffen. Dabei soll die Kooperation zwischen den Sektoren des Gesundheitssystems, den Sozialversicherungszweigen und den weiteren Beteiligten wie Unternehmen und Werks- und Betriebsärzte gefördert werden. So ist es z.B. zu empfehlen, die Träger der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, die Unternehmen und die Werks- und Betriebsärzte in die Regelungen zu den Vertragspartnern der besonderen Versorgung einzubeziehen. Die strukturierten Behandlungsprogramme sollten durch Zusatzmodule mit Fokus auf den Erhalt und die Wiederherstellung der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit chronisch Kranker ergänzt werden, deren Durchführung durch entsprechende finanzielle Regelungen angereizt werden muss. Auch im Präventionsgesetz ist die Zielsetzung des Erhalts und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu verankern.

Angesichts der demographischen Situation in Deutschland erscheint es wesentlich, das Thema der Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit auch älterer und chronisch kranker Arbeitnehmer rechtzeitig umfassend aufzugreifen und Anreize zu setzen, Erfahrungen bestehender Leuchtturmprojekte auszuwerten und anzuwenden sowie entsprechende Aktivitäten möglichst flächendeckend und auch in KMU durchzuführen.

6. Literatur

- AHG (o.J.): PAULI – Psychosomatik, Auffangen, Unterstützen, Leiten, Integrieren;
http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Gesundheitszentrum_Duesseldorf/Klinik/Wie_behandeln_wir/Therapieangebot/01Vorsorge_Pauli.html [Zugriff März 2015]
- Arbeitgeberverband Chemie Rheinland-Pfalz (o.J.): Gesund im Beruf. Eine Initiative der
Chemiearbeitgeber in Rheinland-Pfalz. http://www.chemie-rp.de/fileadmin/user_upload/publikationen/AGV_Gesund_im_Beruf_web.pdf [Zugriff März 2015]
- Barmer GEK (2013): „fit for work“ Ein Beratungsprojekt in Kooperation mit dem Deutschen
Berufsförderungsförderungswerken; http://firmenangebote.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Firmenangebote/Services-fuer-Unternehmen/Fachthemen/Broschueren-bestellen/Broschueren_20herunterladen/fitforwork.property=Data.pdf [Zugriff März 2015]
- Barmer GEK Redaktion (2013): fit for work; Schneller zurück in den Job;
https://firmenangebote.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Firmenangebote/Gesundheitsangebote-fuer-Beschaefigte/Gesundheit-im-Unternehmen/Ratgeber/fit_20for_20work/Fit_20for_20work.html [Zugriff März 2015]
- Barthelmes, Ina, „Starke Muskeln, gesunde Knochen, beweglich bleiben im Beruf“ in iga-Fakten, 2,
BKK BV, DGUV, AOK-BV, vdek, Essen/Dresden/Berlin 2010
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014): Volkswirtschaftliche Kosten
durch Arbeitsunfähigkeit 2012. www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/Kosten.html [Zugriff Februar 2015]
- Beyer C; Ihme C; Wallmann P (2013): Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen
Eingliederungsmanagement; Landschaftsverband Rheinland; Landschaftsverband Westfalen
Lippe
- Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU 2006): RehaBau – Präventionsangebot der BA
BAU; <http://www.bgbau.de/ergonomie-bau/programme/reha-bau/pdf-files/2006-projektinformation-reha-bau.pdf> [Zugriff März 2015]
- Bicker H-J, Hefer B, Hess-Gräfenberg R (2007): Das Projekt WeB-Reha. Rheinisches Ärzteblatt
10/2007; 20-21

- BKK Dachverband e.V., „Krankheitsgeschehen im Überblick“ in: Knieps Franz/Pfaff Holger
„Gesundheit in Regionen“, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2014.
(BKK Gesundheitsreport 2014)
- BKK Dachverband e.V., „Gesundheit in Bewegung – BKK Gesundheitsreport 2013“, Berlin 2013.
- Böttcher U (2014): Der Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung – ein Beratungsangebot
für Arbeitgeber und Betriebe; Informationen der Regionalträger der Deutschen
Rentenversicherung in Bayern http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Nordbayern/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/04_OeffentlicheVerwaltung_versaemter/08_versicherungsamter/Fachinformationen/2014/05-2014_Firmenservice.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [Zugriff Januar 2015]
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR 2004): Arbeitshilfe für die stufenweise
Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Wiedereingliederung.pdf [Zugriff März 2015]
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR 2010): Perspektiven für die Optimierung von
Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung
trägerübergreifender Aspekte. Zusammenfassender Ergebnisbericht des BAR-Projektes
„Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ Februar 2010. http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Qualitaet_in_der_Reha/Effektivitaet_und_Effizienz/downloads/BAR_Projekt_WuWV_Ergebnisbericht.pdf [Zugriff Januar 2015]
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR 2013): Vierter Bericht über die Gemeinsamen
Servicestellen für Rehabilitation nach § 24 Abs. 2 SGB IX vom 16.12.2013 .
http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/Startseite/GS_4_Bericht_2010_bis_2013_vom_16_12_2013.pdf [Zugriff Januar 2015]
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2012): Daten des Gesundheitswesens 2012, Berlin, 2012, S.
19.
- BundesPsychotherapeutenkammer (BPtK 2013): BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit,
Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung; Berlin, 2013
- Busch et al (2013): „Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei
Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in
Deutschland (DEGSI)“, Bundesgesundheitsblatt 2013, 56, S. :733–739, Springer Verlag,
Berlin/Heidelberg 2013.

Bundesversicherungsamt (BVA) (2009): Bericht des Bundesversicherungsamtes zur vergleichenden Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen bei Diabetes mellitus Typ 2. März 2009 http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/DMP-Veranstaltungen/Evaluationsergebnisse_DM2_03-06_bericht.pdf [Zugriff Februar 2015]

Bundesversicherungsamt (BVA) (2014): Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme – DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA) (letzte Aktualisierung Dezember 2014) <http://www.bundesversicherungsamt.de/weitere-themen/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html> [Zugriff Februar 2015]

DAK (2013): DAK-Gesundheitsreport 2013 http://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2013-1318306.pdf [Zugriff Januar 2015]

DAK(2015): DAK-Gesundheitsreport 2015, http://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2015-1585948.pdf? [Zugriff April 2015]

Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV 2014): Leitfaden für Betriebsärzte zu Aufgaben und Nutzen betriebsärztlicher Tätigkeit; 2. Vollständig überarbeitete Auflage http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/arbmed/documents/leitfaden_nutzen.pdf [Zugriff Januar 2015]

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV Baden-Württemberg 2008): Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern „Betsi“. Ein gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg zur frühzeitigen und teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Inhalt/Allgemeines/Downloads/Reha-Projekte/Betsi-Rahmenkonzept.pdf?__blob=publicationFile&v=7 [Zugriff Februar 2015]

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV Baden-Württemberg 2015): Präventionsangebot Betsi. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_Reha/01_Modellprojekte/Betsi.htmlDRV_2008_Betsi-Rahmenkonzeptlsny-Vortrag-Betsi_2012 [Zugriff März 2015]

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund 2014): Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang des Jahres 2013 einschließlich Rentenwegfall, Rentenänderung/Änderung des Teilrentenanteils in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung; Band 198

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/27_statistikband_rentenzugang.pdf;jsessionid=78A1154F820F6FFF15E999457704DA7A.cae03?__blob=publicationFile&v=12 [Zugriff Januar 2015]

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund 2013): Reha-Bericht 2013, Berlin, 2013.

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland (DRV Mitteldeutschland 2012): Aktiv im Beruf bleiben. Frühintervention zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit – FEE; http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Mitteldeutschland/de/Inhalt/5_Services/03_Broschueren_Magazine/01_Brosch%C3%BCren/FEE_Aktiv%20im%20Beruf%20bleiben.html [Zugriff Januar 2015]

Deutsche Rentenversicherung Rheinland (DRV Rheinland 2015): Plan Gesundheit – Ein bundesweit einmaliges Präventionsprojekt; http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Rheinland/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Reha/05_fachinformationen/03_reha_projekte/02_plan_gesundheit_node.html [Zugriff Februar 2015]

Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz (DRV Rheinland-Pfalz 2010): Kombinierte Präventionsleistung für Arbeit mit Schichtanteilen. Aktiv Erwerbsfähigkeit erhalten. http://www.drei-burgen-klinik.de/fileadmin/media-3burgen/Flyer_KompAS.pdf [Zugriff März 2015]

Die Deutschen Berufsförderungswerke e.V. (2012): rehavision, Chancen und Perspektiven der Beruflichen Rehabilitation, Berlin, 2012.

DIMDI, ICD-10–GM, Köln, 2015, online: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/#V> [Zugriff Februar 2015]

Eggerer R, Kaiser H, Henning E, Kersting M, Klink M, Frohweiler A, Jastrow B, Kechtenböhmer C, Frigeri F (2007): EIBE Entwicklung und Integration eines Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Friemelt G, Lewerenz M (2010): Betriebliches Eingliederungsmanagement – unverzichtbar in Zeiten des demographischen Wandels. Erkenntnisse aus dem Modellprojekt „Integratives Beratungsnetzwerk – Betriebliches Eingliederungsmanagement“ der Deutschen Rentenversicherung Bund. RVaktuell 12/2010, 57: 401-408

Föh KP (2007): Effekte einer ambulanten arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation für Beschäftigte in der Flugzeugindustrie; Inauguraldissertation; Institut für Arbeitsmedizin; Universität Lübeck 2007

Friemelt G, Ritter J (2012): Welche Hilfen benötigen Betriebe und Unternehmen beim Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter – Was kann die Rentenversicherung tun? Rehabilitation 2012; 51: 24-30

- Gäßler A (2007): Arbeitsmedizin – Prävention und Rehabilitation aus einer Hand, Beschäftigungsfähigkeit nachhaltig sichern;
http://www.dvfr.de/uploads/media/BEM_FT_301107_G%C3%A4%C3%9Fler.pdf [Zugriff Januar 2015]
- Geißler R (2010): Die Sozialstruktur Deutschlands. Aktuelle Entwicklungen und theoretische Erklärungsmodelle. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei (Freidrich-Ebert-Stiftung: Reihe WISO Diskurs November 2010. Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik).
- Gensichen J, Muth C, Butzlaff M, Rosemann T, Raspe H, Müller de Cornejo G, Beyer M, Härter M, Müller U A, Angermann C E, Gerlach F M, Wagner E (2006): Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronisch Kranke. Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes; 100; 365-374
- Giesert, M, Wendt-Danigel, C (2011): Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement, 2011
- Gödecker-Geenen N, Riedel H-P, Keck T (2013): Berufliche Teilhabe integrationsorientiert gestalten. Die Umsetzung der Ergebnisse des Entwicklungsprojektes RehaFutur in der Beratungspraxis der Rentenversicherung.; Rehabilitation 2013; 52(02): 126-131
- Gödecker-Geenen N (2011): Mit Vernetzung und Kooperation zum Erfolg. Berufliche Teilhabe integrationsorientiert gestalten – ein Modellversuch der Deutschen Rentenversicherung Westfalen. Forum Sozialarbeit + Gesundheit 4/2011; 17- 23
- Gödecker-Geenen N, Ahlers C, Verhorst H (o.J.): rehafuturReal – Modellversuch zur Umsetzung der zentralen Eckpunkte von RehaFutur in die Praxis.; Deutsche Rentenversicherung Westfalen http://www.rehafutur.de/fileadmin/DOWNLOADS/RehaFutur_in_Aktion/Poster_DRV_Westfalen_Modellversuch.pdf [Zugriff März 2015]
- Gutenbrunner C, Schwarze M (2011): JobReha – bedarfsgerechte arbeitsplatzbezogene Rehabilitation: systematische Modellentwicklung; Phys Med Rehab Kuror 2011; 21:234-241
- Gutenbrunner C, Schwarze M, Ehlebracht-König I, Kobelt A, Rodewald J, Jabben J, Miede J (2011): Strategisches Konzept für ein berufliches Reintegrationsmanagement in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover; 2011
- Haase I, Riedl G, Birkholz LB, Schaefer A, Zeller M (2002) Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration; Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 37 (2002) 331-335
- Hagen B, Altenhofen L, Groos S, Kretschmann J, Weber A (2014): Qualitätssicherungsbericht 2013 Disease-Management-Programme in Nordrhein – Brustkrebs – Diabetes mellitus Typ1 /Typ 2 – Koronare Herzkrankheit – Asthma/COPD. Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung

- Disease-Management-Programme GbR. Düsseldorf 2014
https://www.kvno.de/downloads/quali/qualbe_dmp13.pdf [Zugriff Februar 2015]
- Hartschuh U (2012): Betsi – ein Erfolgsmodell Beleghäusertagung 2012 Isny Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Hauk A, Hanse J, Hartmann B, Trierweiler R, Middel S (2009): RehaBau - Rehabilitationsprogramm für ältere Beschäftigte in Berufen der Bauwirtschaft, Handlungsanleitung für ein ergonomisches Übungsprogramm; Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft
- Hoß K, Pomorin N, Reifferscheid A, Wasem J (2013): Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit vor dem Hintergrund des demographischen Wandels. IBES Diskussionsbeitrag Nr. 200; Universität Duisburg-Essen
- Knoche K, Sochert R (2013): Einleitung in iga.Report 24 Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme; 6-12
- Koch B, Kröger C, Leineweber B, Marquardt B (2013): Das Betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG: Kooperation, die Wirkung zeigt. In iga.Report 24 Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme; 6-12
- Kompetenznetz Depression, „Depressionsleitlinien“, <http://www.depression-leitlinien.de/depression/7764.php>, [Zugriff Februar 2015]
- Leineweber L (2011): Das Betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG. Netzwerkarbeit, die wirkt. Die BKK 01/2011
- Leineweber L (o.J.): Maßnahmenkatalog BGM BKK Salzgitter, DRV BS-H, Salzgitter AG
- Manecke I-A, Spallek M, Rebe T, Wrbitzky R, Gutenbrunner C, Schwarze M (2008): Das Modellprojekt “JobReha” Hintergrund und Praxisbericht. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 43, 6, 2008
- Meffert C, Mittag O, Jäckel W H (2013): Betriebsnahe Präventionsprogramme der Deutschen Rentenversicherung; Rehabilitation 2013; 52:391-398
- Miksch A, Laux G, Ose D, Joos S, Campbell S, Riens B, Szecsenyi J (2010): Is there a survival benefit within a German primary care-based disease management program? Am J Manag Care 2010; 16:49-54
- Mittag O, Meffert C, Keck M, [u.a.] (2013): Betriebsnahe Präventionsprogramme der Deutschen Rentenversicherung: Erste Ergebnisse aus dem Modellprojekt KomPASS. Vortrag auf dem Zweiundzwanzigsten Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium vom 4. bis 6 März 2013 Mainz; Sammelwerksbeitrag Hrsg. Deutsche Rentenversicherung Bund; Jg. 2013; 315-316
http://www.rehadat-bildung.de/de/berufe-und-co/Behinderung-und-Beruf/Berufe-Rheuma/index.html?referenznr=R/NV357366&connectdb=veroeffentlichungen_detail&infobo

x=%2FinfoBox1.html&serviceCounter=1&wsdb=LIT&detailCounter=16&from=161&anzahl=531&tab=titel&suche=index.html?herausgeber=%22*Deutsche+Rentenversicherung+Bund+-+DRV*%22 [Zugriff März 2015]

Müller WD, Maier V, Bak P, Smolenski UC (2006): Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration bei Beschäftigten der Automobilindustrie mit Rücken- und Gelenkschmerzen. *Phy Med Rehab Kuror* 16; 149-154

Müller WD, Knufinke R, Kleinhans W (2011a): Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration bei Beschäftigten eines Bergwerkbetriebs: Medizinische und ökonomische Ergebnisse eines optimierten Rehabilitationskonzeptes; Abstract auf dem Zwanzigsten Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium 2011 http://www.rehadat-bildung.de/de/berufe-und-co/Behinderung-und-Beruf/Berufe-Rheuma/index.html?infoBox=/infoBox1.html&serviceCounter=1&wsdb=LIT&connectdb=veroeffentlichungen_detail&referenznr=R/NV336623&from=241&anzahl=531&detailCounter=1&maplength=20&suche=index.html?herausgeber=%22*Deutsche+Rentenversicherung+Bund+-+DRV*%22 [Zugriff März 2015]

Müller WD (2011b): Arbeitsplatzbezogene Intervention zur Vermeidung bzw. Verminderung von Arbeitsunfähigkeit, Vortrag 12 Rehabilitationswissenschaftliches Symposium; <http://www.reha-verbund-sat.uni-halle.de/dokumente/Symposium2011/4.pdf> [Zugriff März 2015]

Olbrich D, Ritter J (2010): Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse – GUSI. Ein Modellprojekt zur Prävention der Deutschen Rentenversicherung Bund auf der Grundlage des Rahmenkonzeptes Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern – Betsi; *Praktische Arbeitsmedizin* 2010; 20; 33-35

Plangesundheit (2015): Plan Gesundheit – so läuft es; <http://www.plangesundheit.de/> [Zugriff März 2015]

Pflege-Krankenhaus.de (2014): FRESH – Freiburger Programm zur Erwerbsfähigkeit in der Pflege. Ein gemeinsames Präventionsprogramm des Freiburger Universitätsklinikums und der Deutschen Rentenversicherung Bund für Pflegeberufe; <http://www.pflege-krankenhaus.de/lebensphasengerechtes-arbeiten/modelle-im-ueberblick/universitaetsklinikum-freiburg-erwerbsfaehigkeitssicherung-in-der-pflege.html> [Zugriff Februar 2015]

Prümper J, Richenhagen G (2011): Von der Arbeitsunfähigkeit zum Haus der Arbeitsfähigkeit: Der Work Ability Index und seine Anwendung. In: Seyfried B (Hrsg.); *Ältere Beschäftigte: Zu jung, um alt zu sein. Konzepte – Forschungsergebnisse - Instrumente*. Bielefeld Bertelsmann S. 135-146 http://people.f3.htw-berlin.de/Professoren/Pruemper/publikation/2011/Pruemper_Richenhagen_2011.pdf [Zugriff März 2015]

Raspe H (2012): Rückenschmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch Institut, Berlin, 2012.

rehaFutur (2012): Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation auf Basis der Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur unter Beteiligung der Akteure – Projekt zur Koordination des Entwicklungsprozesses – Abschlussbericht
http://www.rehafutur.de/fileadmin/DOWNLOADS/Publikationen/RehaFutur_EP_Abschlussbericht.pdf [Zugriff Januar 2015]

rehaklinik.de (2015): Auftaktveranstaltung „PAULI“ <http://www.rehakliniken.de/auftaktveranstaltung-pauli> [Zugriff März 2015]

Schmidt CO et Kohlmann T (2008): Rückenschmerzen in Deutschland – ein epidemiologischer Überblick. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein Westfalen „Gesundheitsberichte Spezial, Band 5, Rückengesundheit fördern und verbessern“, Düsseldorf, 2008.

Schwarze M, Ristel N, Rebe T, Gutenbrunner C, Wrbitzky R, Manecke I-A, Spallek M (2008): Schnittstellenmanagement in der „JobReha“ Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Betriebs- und Rehabilitationsärzten. Zbl Arbeitsmed 58; 2008, 216-218

Seiter H (2012): Prävention und Rehabilitation – die Eckpfeiler der Zukunft für Teilhabe und Integration; Fachtagung Rehabilitation 2012; Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/256728/publicationFile/32210> [Zugriff Januar 2015]

Sockol, Ina, „Psychische Gesundheit im Erwerbsleben“ in iga-Fakten, I, 3. Auflage, BKK BV, DGUV, AOK-BV, vdek, Essen/Berlin 2013.

Statistische Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschland bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

talentplus Rehadat 2015: <http://www.talentplus.de/arbeitgeber/bestehende-arbeitsverhaeltnisse/bem/wer/integrationsaemter/>

Teumer F, Wassmus A-K, Cyganski L, Teichler N, Gutenbrunner C, Schwarze M (2010): Gesundheitsökonomische Evaluation der JobReha bei Volkswagen Nutzfahrzeuge Hannover; Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 45, 8, 2010

Theißen U (o.J.): Das Projekt WeB-Reha – Abstract
<https://www.aekno.de/downloads/aekno/webreha-theissen.pdf> [Zugriff Februar 2015]

- Vater G (2011): Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements: Praxisprobleme und Empfehlungen. Public Health Forum 19 Heft 72 (2011) 24e1-24e3
- Vater G, Hodek L, Niehaus M (2013): Rehabilitation und berufliche Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen in lokalen Strukturen. In Luthe E-W (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaft 417-429
- Vater G, Niehaus M (2013): Das Betriebliche Eingliederungsmanagement: Umsetzung und Wirksamkeit aus wissenschaftlicher Perspektive, in iga.Report 24 Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme; 13-19
- Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. (VDBW 2009): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen. Betriebliche Gesundheitsförderung als betriebsärztliche Aufgabe. Ein Leitfaden für Betriebsärzte und Führungskräfte http://www.vdbw.de/fileadmin/01-Redaktion/02-Verband/02-PDF/Leitfaden/Leitfaden_Betriebliche_Gesundheitsfoerderung_RZ3.pdf [Zugriff Januar 2015]
- von Manteuffel L (2011): Mit Vernetzung zum Erfolg. Deutsches Ärzteblatt Jg. 108, Heft 17 2011; A936-A938
- von Manteuffel L (2011): Risikomanagement am Arbeitsplatz. Prävention für Schichtarbeiter. Deutsches Ärzteblatt Jg. 108, Heft 50, 2011 A2717-A2718
- Wasem et al. 2015: Wasem J, Walendzik A, Weegen L, Jahn R (2015): Stellungnahme zum Regierungsentwurf des „Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)“ – hier: Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit, <http://www.bundestag.de/blob/366698/d96a6cf0bbe7930180241adf2d647b9b/esv-dr--anke-walendzik-data.pdf> [Zugriff April 2015]
- Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T und Schweikert B (2008): Costs of back pain in Germany. Eur J Pain 2008, doi: 10.1016/j.ejpain.2008.04.005 (Epub ahead of print)

7. Anhang

7.1 Kurzbeschreibung des methodischen Vorgehens der Häufigkeitsanalyse im Rahmen des Vormoduls

Durchführung einer Häufigkeitsanalyse zur Identifikation von Diagnosen welche mehrheitlich mit dem Bezug von Krankengeld und einem Erwerbsminderungsrentenstatus vergesellschaftet sind. Die genutzte Datenbasis entspricht einem Forschungsdatensatz des Lehrstuhls für Medizinmanagement mit 3,2 Mio. Versichertendaten aus dem Jahr 2012. Die Datenstruktur des verwendeten Datensatzes entspricht der Struktur der Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Als Untersuchungspopulation für das vorliegende Forschungsvorhaben fanden die folgenden Personen Berücksichtigung:

- alle Versicherten im Alter über 18 und unter 65 Jahren
- Identifikation von Versicherten mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente (EMR-Status) bzw. Krankengeldbezug erfolgte jeweils auf Basis von Sekundärdaten.
- EMR-Status ja, wenn Versicherter mind. einen Tag im Kalenderjahr einen EMR-Status aufwies
- Krankengeldbezug ja, wenn Versicherter im Kalenderjahr >0 Euro Krankengeld erhielt

Es erfolgt eine Stratifizierung nach geschlechtsspezifischen Altersklassen (5-Jahres-Klassen). Dafür wurde die jeweilige Vergleichsgruppe auf die Versichertenpopulation der Erwerbsminderungsrentner bzw. Krankengeldberechtigten adjustiert, indem die geschlechts- und altersklassenspezifischen Adjustierungsfaktoren als Gewichtungsfaktoren auf Versichertenebene angewendet wurden. Die Vergleichsgruppe entspricht der jeweils passenden geschlechtsspezifischen Altersgruppe der Personen ohne Erwerbsminderungsrente, bzw. ohne Krankengeldbezug.

Stationäre und ambulante Diagnosen wurden gleich behandelt. Die Anzahl der Diagnosen findet keine gesonderte Berücksichtigung – ausreichend für die Aufnahme in die Häufigkeitsanalyse war das Vorliegen mindestens einer gesicherten ambulanten oder einer stationären Haupt- oder Nebendiagnose. Anschließend erfolgt eine Häufigkeitsauszählung, welche ICDs (auf 3stelliger und 4stelliger Ebene) die meisten Versicherten in den unterschiedlichen Gruppen betreffen. Dieselbe Darstellung erfolgt auch auf Ebene der DxGs. Anschließend erfolgen eine absteigende Sortierung der häufigsten ICDs bzw. DxGs in den jeweils zu vergleichenden Gruppen und eine deskriptive Beschreibung.

7.2 Weitere Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und Kooperationsverfahren aller Akteure mit Fokus auf Rehabilitationsmaßnahmen

Tabelle 8: Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und Kooperationsverfahren aller Akteure mit Fokus auf Rehabilitationsmaßnahmen

Projekt	Träger	Projekthalte	Projektziele
Medizinisch-berufliches Integrationsmanagement (MBI)	DEGEMED BFW Brandenburg DRV Bund DRV Berlin-Brandenburg AOK Brandenburg ZAR Berlin	Gewinnung existierender medizinischer Dienstleistungseinrichtungen (insbesondere: ambulante oder stationäre Einrichtungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation, Medizinische Versorgungszentren, poliklinische Zentren) zum Aufbau von MBI-Care-Centers (möglich auch Gemeinsame Servicestellen) Ansprache und Information der Unternehmen in der Region (auch Verbände) Etablierung der MBI-Verfahrensweise (Assessment, Beratung, Fallführung) und ihre Anpassung an die konkreten Bedingungen beteiligter Einrichtungen zur Optimierung der sektorenübergreifenden Verzahnung/ Kooperation Festsetzung von (schnittstellenübergreifenden) Qualitätsstandards und Evaluierungskriterien (in Form von „Integrierten Behandlungspfaden [IBP]“) Etablierung eines telemedizinischen Dienstes für Betroffene und Betriebe, Erprobung rehaspezifischer, telemedizinischer Instrumente zur Kontrolle häuslichen Trainings und Fallsupervision in Abstimmung mit den behandelnden Einrichtungen Regelungen für die Bereitstellung gemeinsamer Patientenbudgets (§ 17 SGB IX) durch die beteiligten Geldgeber (Kranken-/Unfall-/ Rentenversicherungen, Arbeitgeber, Bundesagentur für Arbeit, Integrationsämter,	Auf- und Ausbau eines Netzes von CareCenters für MBI in der Region Berlin- Brandenburg, insbesondere als aktive Realisierungshilfe für klein- und mittelständische Unternehmen der Region bei der medizinisch-beruflichen Wiedereingliederung von durch chronische Erkrankung oder Behinderung bedrohte oder betroffene Beschäftigte/Erwerbslose. Ziele des MBI sind insbesondere: die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit für gesundheitlich gefährdete Arbeitnehmer/Erwerbslose die flächendeckende Bereitstellung von Realisierungshilfen für hinsichtlich des Betrieblichen Eingliederungsmanagements strukturell überforderte, kleine und mittelgroße Unternehmen (KMU) eine verbesserte, generell assessmentbasierte Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation zur Realisierung beschleunigter Verfahren mit Nutzen für die Betroffenen und Betriebe (synchronisiert und abgestimmt) die bessere gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen bei Berufsförderungswerken und Facheinrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Projekt	Träger	Projekthinhalte	Projektziele
		Betroffene) Wissenschaftliche Begleitung und Generierung einer Anschubfinanzierung	die Erweiterung des Zielbereiches betrieblicher (Re-)Integration auf die Gruppe der Erwerbslosen (Arbeitslose, Arbeitssuchende, Arbeitsfähige) und damit, neben der Verhinderung von Arbeitsunfähigkeit durch Arbeitsplatzerhaltung und -anpassung, grundsätzlich auch der Erwerb oder die Erhaltung von Beschäftigungsfähigkeit in enger Zusammenarbeit mit den Betrieben nachhaltige Prävention von Ausgliederungen in einer mittelständisch geprägten Wirtschaftsregion mit Modellcharakter für andere Regionen (neues Produkt) ein Beitrag zur Verhinderung von Fachkräftemangel
RehaAssessment	Bundesagentur für Arbeit	RehaAssessment ist ein spezielles Beurteilungssystem, das Fragen zum individuellen Leistungs- und Belastungspotenzial beantwortet. Es besteht aus verschiedenen individuell auf den Rehabilitanden zugeschnittenen Modulen, u.a. aus Eignungsuntersuchungen, Beratungsgesprächen, Reha-Vorbereitungslehrgängen, Bewerbungstrainings und Coachings, und wird bundesweit in den Berufsförderungswerken angewendet.	Ziel ist es, persönliche Neigungen und vorhandene Fähigkeiten des Rehabilitanden mit den Anforderungen eines Arbeitsplatzes oder Berufes zu verknüpfen. Darüber hinaus soll ein erfolgreiches Reha-Verfahren, so früh wie möglich beginnen können, eine zeitliche Verzahnung der einzelnen Reha-Phasen sicherstellen, die unterschiedlichen Akteure durch ein gemeinsames Ziel (ver)binden, die Fähigkeiten des Einzugliedernden in den Mittelpunkt stellen.

Projekt	Träger	Projekthalte	Projektziele
Fallgruppen-spezifische Orientierung medizinischer Reha-Maßnahmen unter Berücksichtigung berufsbezogener Einflussfaktoren (MBO)	DRV Bund DRV Westfalen DRV Bayern Süd Bavaria-Klinik Freyung Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Uni Berlin Institut für Arbeits-Wissenschaften der TU Darmstadt	Im Rahmen der Weiterentwicklung der orthopädischen Rehabilitation der Rentenversicherungsträger wurde ein konsequent berufsorientierter Ansatz zur medizinischen Rehabilitation von Erkrankungen des Bewegungsapparates entwickelt. In Zusammenarbeit mit der DRV Westfalen und der DRV Bund wurden strukturelle und therapeutische Probleme berücksichtigt: Bedarfsorientierung, Schnittstellenproblematik, mangelnde Flexibilität der Leistungsangebote Verzahnung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, sowie Defizite bei Qualitätssicherung und wissenschaftlicher Weiterentwicklung	Durch spezifisch entwickelte therapeutische Maßnahmen sollen der Handlungsrahmen der medizinischen Rehabilitation definiert und die negativen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit minimiert oder beseitigt werden. Die Studie versucht folgende Fragestellungen zu beantworten: • Welche Diskrepanzen zwischen beruflichen Anforderungen und dem Fähigkeitsprofil des Patienten sind relevant? • Welche biomechanischen und psycho-sozialen Therapiebausteine sind geeignet auf diese Diskrepanzen Einfluss zu nehmen? Bei vielen Patienten ist eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit nicht kausale Folge einer Krankheit mit daraus resultierend krankheitsbedingten Behinderungen, sondern das Ergebnis einer psycho-sozialen Rückzugsbewegung, die von verschiedenen Einflussfaktoren gefördert wird. (Plassmann, Färber 1995) Welche - insbesondere auch psycho-soziale - Faktoren lassen sich identifizieren?
Projekte zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (MBOR)	Diverse, z.B. DRV Bund, Klinikverbünde etc.	Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) dient als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation einer Integration des Rehabilitanden in das Erwerbsleben. Hierfür bezieht die medizinische Rehabilitation in allen Phasen berufliche Aspekte ein.	Über Screening- und Assessment-Verfahren werden geeignete Aktivitäten, u.a. in Zusammenarbeit mit Arbeitgebern, Betrieben, BFW, zum Erhalt von vorhandenen Arbeitsverhältnissen identifiziert. Hierzu ist ein gestuftes berufsorientiertes Therapieangebot, welches während der medizinischen Rehabilitation in Rehabilitationskliniken – ausgerichtet mit einem BO-Basisangebot oder als BO-Zentrum – ansetzt, vorgesehen.

Projekt	Träger	Projekthalte	Projektziele
Netzwerk „Betrieb und Rehabilitation“	Betriebsärzte, VDBW Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit Reha-Kliniken ambulante Rehaeinrichtungen BFW Hamburg IKK-Nord soziale Dienste	Entwicklung gemeinsamer Rehabilitationskonzepte, Aufbau betrieblicher Assessmentsysteme, Organisation interdisziplinärer Workshops	Aufbau eines Kompetenznetzwerkes, um stationäre, ambulante und betriebliche Rehabilitation enger miteinander zu verknüpfen. www.netzwerk-betrieb-reha.de
WAI in Rehabilitation und Wiedereingliederung	Bergische Universität Wuppertal im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin	Der Work Ability Index (WAI) ist ein Instrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen. Es handelt sich um ein Fragebogeninstrument, das entweder von den Befragten selbst oder von Dritten, z.B. Betriebsärzten/innen bei der betriebsärztlichen Untersuchung, ausgefüllt wird.	Ziel der Anwendung in Betrieben ist die Förderung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Weitere Anwendungsgebiete sind die Betriebsepidemiologie und wissenschaftliche Studien

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an BAR 2010

7.3 Fragen im Rahmen der Interviews

7.3.1 Fragen für Akteure aus dem Bereich der Sozialversicherungsträger

Themenkomplex betriebsnahe Präventionsprogramme und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX

1. Betriebsnahe Präventionskonzepte werden seit 2009 nicht mehr nur von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten, sondern auch die Deutsche Rentenversicherung kann seitdem ambulant durchgeführte Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit erbringen.

- a) Stehen Ihrer Einschätzung nach in diesem Feld die beiden Sozialversicherungsträger in Konkurrenz zueinander?
- b) Finden sich in diesem Bereich Kooperationsmodelle der Renten- und Krankenversicherung?
Wenn nein, würden Sie Kooperationsmodelle bzw. –programme der beiden Sozialversicherungsträger begrüßen?
- c) Sollte Ihrer Einschätzung nach die Aufgabe der betriebsnahen Prävention eher einem zentralen Sozialversicherungsträger als spezifische Aufgabe zugesprochen werden?

2. Seit Implementierung des BEM im Jahre 2004 als originäre Aufgabe des Arbeitgebers wurden einige Untersuchungen zu dessen Bekanntheitsgrad und Umsetzungsstand durchgeführt.

- a) Wie schätzen Sie nach Ihren Erfahrungen den aktuellen Bekanntheitsgrad sowie den Umsetzungsstand von BEM, insbesondere bei KMUs, ein?

3. Um den Bekanntheitsgrad sowie die Implementierung von BEM, besonders in KMUs, zu fördern, wurden u.a. von Seiten der Sozialversicherungsträger Informationskampagnen sowie Modellprojekte (wie bspw. Tour de BEM, Gesunde Arbeit, Modellprojekt Arbeitgeberservice Rehabilitation der DRV-Bund, Job – Jobs ohne Barrieren oder betriebliches Gesundheitsmanagement im Thüringer Elektrohandwerk) aufgelegt.

- d) Wie schätzen Sie den Erfolg dieser Bemühungen ein?
- e) Was sind Ihrer Einschätzung nach die zentralen Bedingungen, damit solche Maßnahmen von Erfolg gekrönt sind?

4. Im Rahmen des Projektes „Gesunde Arbeit“, welches u.a. vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQA) gefördert wurde, wurden in sechs Pilotregionen unabhängige, trägerübergreifende „Regionalstellen Gesunde Arbeit“ zur Verbesserung der betrieblichen Gesundheitssituation in KMUs aufgebaut. Diese boten den Unternehmen in Form eines Lotsendienstes ein umfassendes Angebot zur Deckung des Beratungs-

und Dienstleistungsbedarfs für betriebliche Gesundheit, inklusive BEM, an. Nach Beendigung der Projektfinanzierung wurde der Lotsendienst lediglich in zwei Pilotregionen weitergeführt.

- a) Warum stellt sich die Aufrechterhaltung einer (insb. von einem spez. Sozialversicherungsträger) unabhängigen Lotsenstelle Ihrer Ansicht nach als kaum zu realisieren dar?
- b) Welche Voraussetzungen müssten Ihrer Erfahrung nach für die nachhaltige Realisierung einer solchen Stelle vorliegen?

5. Die Rehabilitationsträger und das Integrationsamt können laut § 84 Abs. 3 SGB IX die Einführung und Umsetzung eines BEM durch einen Arbeitgeber mit einem Prämien- und Bonussystem fördern. Aktuell wird von diesem Anreizsystem kein oder nur kaum Gebrauch gemacht.

- a) Wie stehen Sie zu dieser Möglichkeit, über Prämien- oder Bonuszahlungen Anreize zur Einführung und Umsetzung eines BEMs zu setzen?
- b) Warum findet dies Ihrer Ansicht nach in der Praxis keine bzw. nur eine geringe Umsetzung?

Themenkomplex Gemeinsame Servicestellen

1. In § 84 Abs. 2 SGB IX sind die Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger als Ansprechpartner der Arbeitgeber beim BEM benannt.

- a) Wie genau ist die Finanzierung der Gemeinsamen Servicestellen ausgestaltet?
- b) Laut viertem Bericht der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu den Gemeinsamen Servicestellen hat die Anzahl der Stellen im Vergleich zu 2010 abgenommen.

Wie schätzen Sie diese Entwicklung ein?

2. Entsprechend den Auswertungen des vierten Berichts der BAR zu den Gemeinsamen Servicestellen zeigt sich, dass die Inanspruchnahme der Gemeinsamen Servicestellen durch die Arbeitgeber sehr von den regionalen Gegebenheiten und den Aktivitäten des betreibenden Rehabilitationsträgers abhängig ist.

- a) Welche Erfahrungen haben Sie mit der Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen?

3. Die Sozialversicherungsträger können nach § 94 Abs. 2 SGB IX in Verbindung mit § 12 Abs. 2 SGB IX eine regionale Arbeitsgemeinschaft zur Trägerschaft der Servicestelle und zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit bilden.

- a) Warum wird Ihrer Ansicht nach von dieser Möglichkeit zurzeit kein Gebrauch gemacht?

4. Mehrere Arbeits- und Expertengruppen, wie zum Beispiel im Rahmen des Projekts „reha futur“, gefördert vom BMAS, oder des Projekts „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ der BAR, fordern eine Weiterentwicklung sowie eine Umgestaltung der Gemeinsamen Servicestellen.

- a) Was sind Ihrer Ansicht nach entscheidende Schwachpunkte der Gemeinsamen Servicestellen und wo sehen Sie Weiterentwicklungsbedarf?
- b) Warum kommt es Ihrer Einschätzung nach zu keiner bzw. zu einer geringen Anwendung der „Gemeinsamen Empfehlungen“ der BAR in der Praxis, sprich in den Gemeinsamen Servicestellen?

Themenkomplex Schnittstellenmanagement, Best-Practice-Modelle und Datenschutz

1. Die Implementierung von betriebsnahen Präventionsmodellen, BEM und auch die Organisation sowie Umsetzung betrieblicher Wiedereingliederungsmaßnahmen sind zentral von einem guten Schnittstellenmanagement zwischen innerbetrieblichen Akteuren (wie Arbeitgeber, Betriebsarzt, Betriebsrat bzw. Mitarbeitervertretung) und externen Akteuren (wie Reha-Trägern, Reha-Einrichtungen, niedergelassenen Fach- und Hausärzten) gekennzeichnet.

- a) Welche sind Ihrer Ansicht nach die zentralen Schnittstellenprobleme und Hürden im Rahmen des Schnittstellenmanagements?
- b) Welche Rolle sollte in solchen Konzepten den Betriebs- und Werksärzten zukommen?
- c) In welcher Form sollten niedergelassene Haus- und Fachärzte in solche Konzepte integriert werden?

2. In der Praxis finden sich indikationsspezifische Best-Practice-Modelle (bspw. JobReha; WebReha oder das betriebliche Rehabilitationskonzept (BeReKo) der Salzgitter AG) für Muskel-Skelett- und psychische Erkrankungen zur Optimierung des Schnittstellenmanagements und des Kooperationsverhaltens der beteiligten Akteure.

- a) Was sind Ihrer Ansicht nach die entscheidenden Erfolgsparameter dieser Programme?
Finden sich Ihrer Meinung nach hierbei indikationsspezifische Unterschiede? Wenn ja, welche?
- b) Wo sehen Sie bei den oben genannten Best-Practice-Modellen noch Schwachstellen und Optimierungspotenziale?
Finden sich Ihrer Meinung nach auch hier indikationsspezifische Unterschiede? Wenn ja, welche?
- c) Haben Sie (Modell-)Projekte zur Kooperation und zum Schnittstellenmanagement im Bereich der betriebsnahen Prävention, der medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation sowie der betrieblichen Wiedereingliederung für Arbeitnehmer ins Leben gerufen?
Wenn ja, für welche Indikationen?
- d) Kennen Sie weitere indikationsspezifische Best-Practice-Modelle für Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen mit Fokus auf die Erkrankungen

„Rückenschmerz“ und „depressive Episode“? Wenn ja, welche würden Sie empfehlen?

3. Besonders Mitarbeiter, die von psychischen Erkrankungen betroffen sind werden von Arbeitgeberseite hinsichtlich des betrieblichen Gesundheitsmanagements, inkl. BEM und betrieblicher Wiedereingliederung, häufig als „Problemfälle“ eingestuft.

a) Wo liegen Ihrer Ansicht nach die spezifischen Schwierigkeiten bzw. Berührungsprobleme im Umgang mit psychischen Erkrankungen?

b) Mit welchen Herausforderungen sind Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei dieser Erkrankungsgruppe im Vergleich zu anderen Indikationen konfrontiert?

4. Im Rahmen des Projekts „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ der BAR wurde eine trägerübergreifende Arbeitsgruppe „Schnittstellen in der Rehabilitation“ ins Leben gerufen.

a) Ist Ihnen diese Arbeitsgruppe bekannt?

Wenn ja, wissen Sie, ob die im Rahmen des Projekts definierten Arbeitseckpunkte dieser AG bereits veröffentlicht sind?

5. Eine effektive und effiziente träger- und akteursübergreifende Zusammenarbeit setzt einen gewissen Austausch von Sozialdaten voraus. Hierbei bestehen aktuell eine Reihe datenschutzrechtlicher Hürden, die eine Einwilligung zur Datennutzung der Versicherten bzw. der Arbeitnehmer unabdingbar machen.

a) Halten Sie eine Anpassung des derzeitigen datenschutzrechtlichen Rahmens der Rehabilitation sowie der betrieblichen Wiedereingliederung für politisch umsetzbar?

b) Wie könnte Ihrer Ansicht nach in Modellprojekten ein gutes Datenweitergabemanagement mit entsprechender Einwilligung der Betroffenen aussehen?

7.3.2 Fragen für Akteure aus dem Bereich der Arbeitgeber bzw. Arbeitgebervertretung

Themenkomplex betriebsnahe Präventionsprogramme und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX

I. Betriebsnahe Präventionskonzepte werden seit 2009 nicht mehr nur von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten, sondern auch die Deutsche Rentenversicherung kann seitdem ambulant durchgeführte Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit erbringen.

a) Stehen Ihrer Einschätzung nach in diesem Feld die beiden Sozialversicherungsträger in Konkurrenz zueinander?

b) Finden sich in diesem Bereich Kooperationsmodelle der Renten- und Krankenversicherung?

Wenn nein, würden Sie Kooperationsmodelle bzw. –programme der beiden Sozialversicherungsträger begrüßen?

- c) Sollte Ihrer Einschätzung nach die Aufgabe der betriebsnahen Prävention eher einem zentralen Sozialversicherungsträger als spezifische Aufgabe zugesprochen werden?

2. Seit Implementierung des BEM im Jahre 2004 als originäre Aufgabe des Arbeitgebers wurden einige Untersuchungen zu dessen Bekanntheitsgrad und Umsetzungsstand durchgeführt.

- a) Wie schätzen Sie, nach Ihren Erfahrungen, den aktuellen Bekanntheitsgrad sowie den Umsetzungsstand von BEM, insbesondere bei KMUs, ein?

3. Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass besonders im Bereich von KMUs des Handwerks BEM kaum bekannt und kaum eingesetzt wird.

- a) Stimmen Sie dieser Einschätzung zu?
- b) Was sind Ihrer Ansicht nach die Gründe für diesen Sachverhalt?

4. Um den Bekanntheitsgrad sowie die Implementierung von BEM, besonders in KMUs, zu fördern, wurden u.a. von Seiten der Sozialversicherungsträger Informationskampagnen sowie Modellprojekte (wie bspw. Tour de BEM, Gesunde Arbeit, Modellprojekt Arbeitgeberservice Rehabilitation der DRV-Bund, Job – Jobs ohne Barrieren oder betriebliches Gesundheitsmanagement im Thüringer Elektrohandwerk) aufgelegt.

- a) Wie schätzen Sie den Erfolg dieser Bemühungen ein?
- b) Was sind Ihrer Einschätzung nach die zentralen Bedingungen, dass solche Maßnahmen von Erfolg gekrönt sind?

5. In der Literatur finden sich unterschiedliche Aussagen zur Einschätzung der durchschnittlichen Kosten der Einführung und dem nachhaltigen Betrieb eines BEM sowie dem damit verbundenen Verwaltungsaufwand.

- a) Wie hoch schätzen Sie die durchschnittlichen Kosten für die Einführung und den nachhaltigen Betrieb eines BEMs sowie den damit verbundenen Verwaltungsaufwand in Großunternehmen und bei KMUs ein?
- b) Mit welchen finanziellen Hürden sind besonders KMUs konfrontiert?
- c) Besteht seitens der Unternehmen die Möglichkeit, die Kosten für die Einführung und den Betrieb eines BEMs steuerlich geltend zu machen?

6. Die Rehabilitationsträger und das Integrationsamt können laut § 84 Abs. 3 SGB IX die Einführung und Umsetzung eines BEMs durch einen Arbeitgeber mit einem Prämien- und Bonussystem fördern. Aktuell wird von diesem Anreizsystem kein oder nur kaum Gebrauch gemacht.

- a) Wie stehen Sie zu dieser Möglichkeit, über Prämien- oder Bonuszahlungen Anreize zur Einführung und Umsetzung eines BEMs zu setzen?
- b) Warum findet dies Ihrer Ansicht nach in der Praxis keine bzw. nur eine geringe Umsetzung?

- c) Generieren diese Maßnahmen tatsächlich relevante Anreize für Arbeitgeber, BEM und betriebliche Wiedereingliederungsmaßnahmen zu implementieren?
- d) Welche zusätzlichen Anreize – neben dem zu erwartenden Nutzen des BEMs, erkrankte Mitarbeiter dem Unternehmen zu erhalten, AU-Tage zu reduzieren und Fachkräfte zu sichern – würden Ihrer Ansicht nach Arbeitgeber bei der Entscheidung, ein BEM zu implementieren bzw. sich nachhaltig um die Sicherung und den Erhalt der Arbeitsfähigkeit seiner Mitarbeiter zu engagieren, unterstützen?
- e) Welche Förderungen können Arbeitgeber neben den genannten Prämien noch im Rahmen der betrieblichen Wiedereingliederung erhalten?

Themenkomplex Gemeinsame Servicestellen

1. In § 84 Abs. 2 SGB IX sind die Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger als Ansprechpartner der Arbeitgeber beim BEM benannt.

- a) Die Ergebnisse des vierten Berichts der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu den Gemeinsamen Servicestellen weisen darauf hin, dass ihre Inanspruchnahme durch die Arbeitgeber sehr von den regionalen Gegebenheiten und den Aktivitäten des betreibenden Rehabilitationsträgers abhängig ist.

Welche Erfahrungen haben Sie mit der Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen?

- b) Erfüllen Ihrer Ansicht nach die Gemeinsamen Servicestellen ihre Aufgabe, Arbeitgebern ein einheitlicher, verlässlicher und umfassend für alle Leistungen der Rehabilitationsträger kompetenter Ansprechpartner zu sein?

2. Mehrere Arbeits- und Expertengruppen, wie zum Beispiel im Rahmen des Projekts „rehafutur“, gefördert vom BMAS, oder des Projekts „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ der BAR, fordern eine Weiterentwicklung sowie eine Umgestaltung der Gemeinsamen Servicestellen.

- a) Was sind Ihrer Ansicht nach entscheidende Schwachpunkte der Gemeinsamen Servicestellen und wo sehen Sie Weiterentwicklungsbedarf?
- b) Warum kommt es Ihrer Einschätzung nach zu keiner bzw. zu einer geringen Anwendung der „Gemeinsamen Empfehlungen“ der BAR in der Praxis, sprich in den Gemeinsamen Servicestellen?

Themenkomplex Schnittstellenmanagement und Best-Practice-Modelle

1. Die Implementierung von betriebsnahen Präventionsmodellen, BEM und auch die Organisation sowie Umsetzung betrieblicher Wiedereingliederungsmaßnahmen sind zentral von einem guten Schnittstellenmanagement zwischen innerbetrieblichen Akteuren (wie Arbeitgeber, Betriebsarzt, Betriebsrat bzw. Mitarbeitervertretung) und externen Akteuren (wie Reha-Trägern, Reha-Einrichtungen, niedergelassenen Fach- und Hausärzten) gekennzeichnet.

- a) Welche sind Ihrer Ansicht nach die zentralen Schnittstellenprobleme und Hürden im Rahmen des Schnittstellenmanagements?

- b) Welche Rolle sollte in solchen Konzepten den Betriebs- und Werksärzten zukommen?
- c) In welcher Form sollten niedergelassene Haus- und Fachärzte in solche Konzepte integriert werden?

2. In der Praxis finden sich indikationsspezifische Best-Practice-Modelle (bspw. JobReha; WebReha oder das betriebliche Rehabilitationskonzept (BeReKo) der Salzgitter AG) für Muskel-Skelett- und psychische Erkrankungen zur Optimierung des Schnittstellenmanagements und des Kooperationsverhaltens der beteiligten Akteure.

- a) Was sind Ihrer Ansicht nach die entscheidenden Erfolgsparameter dieser Programme?
Finden sich Ihrer Meinung nach hierbei indikationsspezifische Unterschiede? Wenn ja, welche?
- b) Wo sehen Sie bei den oben genannten Best-Practice-Modellen noch Schwachstellen und Optimierungspotenziale?
Finden sich Ihrer Meinung nach auch hier indikationsspezifische Unterschiede? Wenn ja, welche?
- c) Haben Sie (Modell-)Projekte zur Kooperation und zum Schnittstellenmanagement im Bereich der betriebsnahen Prävention, der medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation sowie der betrieblichen Wiedereingliederung für Arbeitnehmer ins Leben gerufen?
Wenn ja, für welche Indikationen?
- d) Kennen Sie weitere indikationsspezifische Best-Practice-Modelle für Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen mit Fokus auf die Erkrankungen „Rückenschmerz“ und „depressive Episode“? Wenn ja, welche würden Sie empfehlen?

3. Besonders Mitarbeiter, die von psychischen Erkrankungen betroffen sind, werden von Arbeitgeberseite hinsichtlich des betrieblichen Gesundheitsmanagements, inkl. BEM und betrieblicher Wiedereingliederung, häufig als „Problemfälle“ eingestuft.

- a) Wo liegen Ihrer Ansicht nach die spezifischen Schwierigkeiten bzw. Berührungsprobleme im Umgang mit psychischen Erkrankungen?
- b) Mit welchen Herausforderungen sind Arbeitgeber bei dieser Erkrankungsgruppe im Vergleich zu anderen Indikationen konfrontiert?

4. Ein frühzeitiges Ansprechen eines erkrankten Mitarbeiters stellt einen bedeutsamen Faktor für erfolgreiche betriebliche Wiedereingliederung dar.

- a) Welche Probleme und Hürden sind damit verbunden?
- b) Ist die Beauftragung eines unabhängigen externen Dienstleisters zur Ansprache von Mitarbeitern förderlich?
- c) Wer sollte Ihrer Ansicht nach diese bedeutsame Aufgabe am besten übernehmen und wie sollte die Ansprache optimaler Weise erfolgen?

7.3.3 Fragen für Akteure aus dem Bereich der Betriebs- und Werksärzte

Themenkomplex betriebsnahe Präventionsprogramme und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX

1. Betriebsnahe Präventionskonzepte werden seit 2009 nicht mehr nur von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten, sondern auch die Deutsche Rentenversicherung kann seitdem ambulant durchgeführte Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit erbringen.

- a) Stehen Ihrer Einschätzung nach in diesem Feld die beiden Sozialversicherungsträger in Konkurrenz zueinander?
- b) Finden sich in diesem Bereich Kooperationsmodelle der Renten- und Krankenversicherung?

Wenn nein, würden Sie Kooperationsmodelle bzw. -programme der beiden Sozialversicherungsträger begrüßen?

- c) Sollte Ihrer Einschätzung nach die Aufgabe der betriebsnahen Prävention eher einem zentralen Sozialversicherungsträger als spezifische Aufgabe zugesprochen werden?

2. Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass besonders im Bereich von Klein- und Mittelständigen Betrieben (KMU) des Handwerks BEM kaum bekannt ist und kaum eingesetzt wird.

- a) Stimmen Sie dieser Einschätzung zu?
- b) Was sind Ihrer Ansicht nach die Gründe für diesen Sachverhalt?

3. Um den Bekanntheitsgrad sowie die Implementierung von BEM, besonders in KMUs, zu fördern, wurden u.a. von Seiten der Sozialversicherungsträger Informationskampagnen sowie Modellprojekte (wie bspw. Tour de BEM, Gesunde Arbeit, Modellprojekt Arbeitgeberservice Rehabilitation der DRV-Bund, Job – Jobs ohne Barrieren oder betriebliches Gesundheitsmanagement im Thüringer Elektrohandwerk) aufgelegt.

- a) Wie schätzen Sie den Erfolg dieser Bemühungen ein?
- b) Was sind Ihrer Einschätzung nach die zentralen Bedingungen, damit solche Maßnahmen von Erfolg gekrönt sind?
- c) Welche Rolle kommt den Betriebs- und Werksärzten bei der Aufklärung und Beratung von Unternehmen, insbesondere von KMUs, zu?

4. Die Sozialversicherungsträger gehen davon aus, dass die Motivation zur beruflichen Veränderung und auch die Bereitschaft zur Teilnahme an Wiedereingliederungsmaßnahmen stark vom Alter des erkrankten Arbeitnehmers abhängig sind.

- a) Teilen Sie diese Einschätzung?
- b) Was sind Ihrer Ansicht nach die Ursachen für diese Verhaltensmuster?

5. In der Literatur finden sich Hinweise auf eine eher zurückhaltende Einstellung von Mitarbeitern zu BEM und betrieblichen Wiedereingliederungsmaßnahmen.

- a) Von welchen Faktoren ist Ihrer Erfahrung nach die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme eines Mitarbeiters an BEM abhängig?
- b) Welche Ängste sind auf Seiten der Arbeitnehmer hinsichtlich BEM und betrieblichen Wiedereingliederungsmaßnahmen vorzufinden?
- c) Bei chronisch kranken Mitarbeitern herrscht oftmals der Wunsch nach Anonymität bzgl. des eigenen Gesundheitszustandes gegenüber Kollegen und Vorgesetzten vor. Wie kann diesem Wunsch Ihrer Meinung nach am ehesten im Rahmen eines BEM nachgekommen werden?
- d) In welcher Form bzw. durch welche Maßnahmen können Betriebs- und Werksärzte die Teilnahmemotivation von erkrankten Mitarbeitern an BEM und betrieblichen Wiedereingliederungsmaßnahmen nachhaltig stärken?

6. Betriebs- und Werksärzten wird eine wichtige Mittlerrolle und Moderationsfunktion im Verhältnis zwischen Betrieb und Arbeitnehmer sowie auch zu niedergelassenen Ärzten und Leistungsträgern im Rahmen von betrieblichem Gesundheitsmanagement, inkl. BEM und betrieblicher Wiedereingliederung, zugesprochen.

- a) Wie schätzen Sie die Rolle der Betriebs- und Werksärzte in der Praxis ein?
- b) Welche Voraussetzungen müssen Ihrer Ansicht nach in der Praxis erfüllt sein, damit ein Betriebsarzt die aufgezeigte Mittlerrolle und Moderationsfunktion übernehmen und erfüllen kann?

Themenkomplex Gemeinsame Servicestellen

1. In § 84 Abs. 2 SGB IX sind die Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger als Ansprechpartner der Arbeitgeber und der Mitarbeiter bzw. Mitarbeitervertretung beim BEM benannt.

- a) Die Ergebnisse des vierten Berichts der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu den Gemeinsamen Servicestellen wiesen darauf hin, dass ihre Inanspruchnahme durch die Arbeitgeber sehr von den regionalen Gegebenheiten und den Aktivitäten des betreibenden Rehabilitationsträgers abhängig ist.
Welche Erfahrungen haben Sie mit der Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen?
- b) Erfüllen Ihrer Ansicht nach die Gemeinsamen Servicestellen ihre Aufgabe, Arbeitgebern ein einheitlicher, verlässlicher und umfassend für alle Leistungen der Rehabilitationsträger kompetenter Ansprechpartner zu sein?

2. Mehrere Arbeits- und Expertengruppen, wie zum Beispiel im Rahmen des Projekts „rehafutur“, gefördert vom BMAS, oder des Projekts „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ der BAR, fordern eine Weiterentwicklung sowie eine Umgestaltung der Gemeinsamen Servicestellen.

- a) Was sind Ihrer Ansicht nach entscheidende Schwachpunkte der Gemeinsamen Servicestellen und wo sehen Sie Weiterentwicklungsbedarf?

- b) Warum kommt es Ihrer Einschätzung nach zu keiner bzw. zu einer geringen Anwendung der „Gemeinsamen Empfehlungen“ der BAR in der Praxis, sprich in den Gemeinsamen Servicestellen?

Themenkomplex Schnittstellenmanagement und Best-Practice-Modelle

1. Die Implementierung von betriebsnahen Präventionsmodellen, BEM und auch die Organisation sowie Umsetzung betrieblicher Wiedereingliederungsmaßnahmen sind zentral von einem guten Schnittstellenmanagement zwischen innerbetrieblichen Akteuren (wie Arbeitgeber, Betriebsarzt, Betriebsrat bzw. Mitarbeitervertretung) und externen Akteuren (wie Reha-Trägern, Reha-Einrichtungen, niedergelassenen Fach- und Hausärzten) gekennzeichnet.

- a) Welche sind Ihrer Ansicht nach die zentralen Schnittstellenprobleme und Hürden im Rahmen des Schnittstellenmanagements?
- b) Welche Rolle sollte in solchen Konzepten den Betriebs- und Werksärzten zukommen?
- c) Welche Rolle sollte in solchen Konzepten der Mitarbeitervertretung zukommen?
- d) In welcher Form sollten niedergelassene Haus- und Fachärzte in solche Konzepte integriert werden?

2. In der Praxis finden sich indikationsspezifische Best-Practice-Modelle (bspw. JobReha; WebReha oder das betriebliche Rehabilitationskonzept (BeReKo) der Salzgitter AG) für Muskel-Skelett- und psychische Erkrankungen zur Optimierung des Schnittstellenmanagements und des Kooperationsverhaltens der beteiligten Akteure.

- a) Was sind Ihrer Ansicht nach die entscheidenden Erfolgsparameter dieser Programme?
Finden sich Ihrer Meinung nach hierbei indikationsspezifische Unterschiede? Wenn ja, welche?
- b) Wo sehen Sie bei den oben genannten Best-Practice-Modellen noch Schwachstellen und Optimierungspotenziale?
Finden sich Ihrer Meinung nach auch hier indikationsspezifische Unterschiede? Wenn ja, welche?
- c) Haben Sie (Modell-)Projekte zur Kooperation und zum Schnittstellenmanagement im Bereich der betriebsnahen Prävention, der medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation sowie der betrieblichen Wieder-eingliederung für Arbeitnehmer ins Leben gerufen?
Wenn ja, für welche Indikationen?
- d) Kennen Sie weitere indikationsspezifische Best-Practice-Modelle für Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen mit Fokus auf die Erkrankungen

„Rückenschmerz“ und „depressive Episode“? Wenn ja, welche würden Sie empfehlen?

3. Besonders Mitarbeiter, die von psychischen Erkrankungen betroffen sind, werden von Arbeitgeberseite hinsichtlich des betrieblichen Gesundheitsmanagements, inkl. BEM und betrieblicher Wiedereingliederung, häufig als „Problemfälle“ eingestuft.

- a) Wo liegen Ihrer Ansicht nach die spezifischen Schwierigkeiten bzw. Berührungsprobleme im Umgang mit psychischen Erkrankungen?
- b) Mit welchen Herausforderungen sind Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei dieser Erkrankungsgruppe im Vergleich zu anderen Indikationen konfrontiert?

4. Ein frühzeitiges Ansprechen eines erkrankten Mitarbeiters stellt einen bedeutsamen Faktor für erfolgreiche betriebliche Wiedereingliederung dar.

- a) Welche Probleme und Hürden sind damit verbunden?
- b) Ist die Beauftragung eines unabhängigen externen Dienstleisters zur Ansprache von Mitarbeitern Ihrer Meinung nach förderlich?
- c) Wer sollte Ihrer Ansicht nach diese bedeutsame Aufgabe am besten übernehmen und wie sollte die Ansprache optimaler Weise erfolgen?

5. Eine effektive und effiziente träger- und akteursübergreifende Zusammenarbeit setzt einen gewissen Austausch von Sozialdaten voraus. Hierbei bestehen aktuell eine Reihe datenschutzrechtlicher Hürden, die eine Einwilligung zur Datennutzung der Versicherten bzw. der Arbeitnehmer unabdingbar machen.

- a) Halten Sie eine Anpassung des derzeitigen datenschutzrechtlichen Rahmens der Rehabilitation sowie der betrieblichen Wiedereingliederung für politisch umsetzbar?
- b) Wie könnte in Modellprojekten ein gutes Datenweitergabemanagement mit entsprechender Einwilligung der Betroffenen aussehen?

7.3.4 Fragen für Akteure aus dem Bereich der Gewerkschaften und Patientenvertreter

Themenkomplex betriebsnahe Präventionsprogramme und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX

I. Betriebsnahe Präventionskonzepte werden seit 2009 nicht mehr nur von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten, sondern auch die Deutsche Rentenversicherung kann seitdem ambulant durchgeführte Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit erbringen.

- a) Stehen Ihrer Einschätzung nach in diesem Feld die beiden Sozialversicherungsträger in Konkurrenz zueinander?
- b) Finden sich in diesem Bereich Kooperationsmodelle der Renten- und Krankenversicherung?

Wenn nein, würden Sie Kooperationsmodelle bzw. –programme der beiden Sozialversicherungsträger begrüßen?

- c) Sollte Ihrer Einschätzung nach die Aufgabe der betriebsnahen Prävention eher einem zentralen Sozialversicherungsträger als spezifische Aufgabe zugesprochen werden?

2. Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass besonders im Bereich von Klein- und Mittelständigen Betrieben (KMU) des Handwerks BEM kaum bekannt ist und kaum eingesetzt wird.

- a) Stimmen Sie dieser Einschätzung zu?
- b) Was sind Ihrer Ansicht nach die Gründe für diesen Sachverhalt?

3. Um den Bekanntheitsgrad sowie die Implementierung von BEM, besonders in KMUs, zu fördern, wurden u.a. von Seiten der Sozialversicherungsträger Informationskampagnen sowie Modellprojekte (wie bspw. Tour de BEM, Gesunde Arbeit, Modellprojekt Arbeitgeberservice Rehabilitation der DRV-Bund, Job – Jobs ohne Barrieren oder betriebliches Gesundheitsmanagement im Thüringer Elektrohandwerk) aufgelegt.

- a) Wie schätzen Sie den Erfolg dieser Bemühungen ein?
- b) Was sind Ihrer Einschätzung nach die zentralen Bedingungen, damit solche Maßnahmen von Erfolg gekrönt sind?
- c) Welche Rolle kommt den Betriebs- und Werksärzten bei der Aufklärung und Beratung von Unternehmen, insbesondere von KMUs, zu?

4. Die Sozialversicherungsträger gehen davon aus, dass die Motivation zur beruflichen Veränderung und auch die Bereitschaft zur Teilnahme an Wiedereingliederungsmaßnahmen stark vom Alter des erkrankten Arbeitnehmers abhängig sind.

- a) Teilen Sie diese Einschätzung?
- b) Was sind Ihrer Ansicht nach die Ursachen für diese Verhaltensmuster?

5. In der Literatur finden sich Hinweise auf eine eher zurückhaltende Einstellung von Mitarbeitern zu BEM und betrieblichen Wiedereingliederungsmaßnahmen.

- a) Von welchen Faktoren ist Ihrer Erfahrung nach die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme eines Mitarbeiters an BEM abhängig?
- b) Welche Ängste sind auf Seiten der Arbeitnehmer hinsichtlich BEM und betrieblichen Wiedereingliederungsmaßnahmen vorzufinden?
- c) Bei chronisch kranken Mitarbeitern herrscht oftmals der Wunsch nach Anonymität bzgl. des eigenen Gesundheitszustandes gegenüber Kollegen und Vorgesetzten vor. Wie kann diesem Wunsch Ihrer Meinung nach am ehesten im Rahmen eines BEM nachgekommen werden?
- d) In welcher Form bzw. durch welche Maßnahmen können Betriebs- und Werksärzte die Teilnahmemotivation von erkrankten Mitarbeitern an BEM und betrieblichen Wiedereingliederungsmaßnahmen nachhaltig stärken?

6. Betriebs- und Werksärzten wird eine wichtige Mittlerrolle und Moderationsfunktion im Verhältnis zwischen Betrieb und Arbeitnehmer sowie auch zu niedergelassenen Ärzten und Leistungsträgern im Rahmen von betrieblichem Gesundheitsmanagement, inkl. BEM und betrieblicher Wiedereingliederung, zugesprochen.

- a) Wie schätzen Sie die Rolle der Betriebs- und Werksärzte in der Praxis ein?
- b) Welche Voraussetzungen müssen Ihrer Ansicht nach in der Praxis erfüllt sein, damit ein Betriebsarzt die aufgezeigte Mittlerrolle und Moderationsfunktion übernehmen und erfüllen kann?

Themenkomplex Gemeinsame Servicestellen

1. In § 84 Abs. 2 SGB IX sind die Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger als Ansprechpartner der Arbeitgeber und der Mitarbeiter bzw. Mitarbeitervertretung beim BEM benannt.

- a) Die Ergebnisse des vierten Berichts der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu den Gemeinsamen Servicestellen wiesen darauf hin, dass ihre Inanspruchnahme durch die Arbeitgeber sehr von den regionalen Gegebenheiten und den Aktivitäten des betreibenden Rehabilitationsträgers abhängig ist.
Welche Erfahrungen haben Sie mit der Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen?
- b) Erfüllen Ihrer Ansicht nach die Gemeinsamen Servicestellen ihre Aufgabe, Arbeitgebern ein einheitlicher, verlässlicher und umfassend für alle Leistungen der Rehabilitationsträger kompetenter Ansprechpartner zu sein?

2. Mehrere Arbeits- und Expertengruppen, wie zum Beispiel im Rahmen des Projekts „rehafutur“, gefördert vom BMAS, oder des Projekts „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ der BAR, fordern eine Weiterentwicklung sowie eine Umgestaltung der Gemeinsamen Servicestellen.

- a) Was sind Ihrer Ansicht nach entscheidende Schwachpunkte der Gemeinsamen Servicestellen und wo sehen Sie Weiterentwicklungsbedarf?
- b) Warum kommt es Ihrer Einschätzung nach zu keiner bzw. zu einer geringen Anwendung der „Gemeinsamen Empfehlungen“ der BAR in der Praxis, sprich in den Gemeinsamen Servicestellen?

Themenkomplex Schnittstellenmanagement und Best-Practice-Modelle

1. Die Implementierung von betriebsnahen Präventionsmodellen, BEM und auch die Organisation sowie Umsetzung betrieblicher Wiedereingliederungsmaßnahmen sind zentral von einem guten Schnittstellenmanagement zwischen innerbetrieblichen Akteuren (wie Arbeitgeber, Betriebsarzt, Betriebsrat bzw. Mitarbeitervertretung) und externen Akteuren (wie Reha-Trägern, Reha-Einrichtungen, niedergelassenen Fach- und Hausärzten) gekennzeichnet.

- a) Welche sind Ihrer Ansicht nach die zentralen Schnittstellenprobleme und Hürden im Rahmen des Schnittstellenmanagements?
- b) Welche Rolle sollte in solchen Konzepten den Betriebs- und Werksärzten zukommen?
- c) Welche Rolle sollte in solchen Konzepten der Mitarbeitervertretung zukommen?
- d) In welcher Form sollten niedergelassene Haus- und Fachärzte in solche Konzepte integriert werden?

2. In der Praxis finden sich indikationsspezifische Best-Practice-Modelle (bspw. JobReha; WebReha oder das betriebliche Rehabilitationskonzept (BeReKo) der Salzgitter AG) für Muskel-Skelett- und psychische Erkrankungen zur Optimierung des Schnittstellenmanagements und des Kooperationsverhaltens der beteiligten Akteure.

- a) Was sind Ihrer Ansicht nach die entscheidenden Erfolgsparameter dieser Programme?
Finden sich Ihrer Meinung nach hierbei indikationsspezifische Unterschiede? Wenn ja, welche?
- b) Wo sehen Sie bei den oben genannten Best-Practice-Modellen noch Schwachstellen und Optimierungspotenziale?
Finden sich Ihrer Meinung nach auch hier indikationsspezifische Unterschiede? Wenn ja, welche?
- c) Haben Sie (Modell-)Projekte zur Kooperation und zum Schnittstellenmanagement im Bereich der betriebsnahen Prävention, der medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation sowie der betrieblichen Wieder-eingliederung für Arbeitnehmer ins Leben gerufen?
Wenn ja, für welche Indikationen?
- d) Kennen Sie weitere indikationsspezifische Best-Practice-Modelle für Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen mit Fokus auf die Erkrankungen „Rückenschmerz“ und „depressive Episode“? Wenn ja, welche würden Sie empfehlen?

3. Besonders Mitarbeiter, die von psychischen Erkrankungen betroffen sind, werden von Arbeitgeberseite hinsichtlich des betrieblichen Gesundheitsmanagements, inkl. BEM und betrieblicher Wiedereingliederung, häufig als „Problemfälle“ eingestuft.

- a) Wo liegen Ihrer Ansicht nach die spezifischen Schwierigkeiten bzw. Berührungsprobleme im Umgang mit psychischen Erkrankungen?
- b) Mit welchen Herausforderungen sind Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei dieser Erkrankungsgruppe im Vergleich zu anderen Indikationen konfrontiert?

4. Ein frühzeitiges Ansprechen eines erkrankten Mitarbeiters stellt einen bedeutsamen Faktor für erfolgreiche betriebliche Wiedereingliederung dar.

- a) Welche Probleme und Hürden sind damit verbunden?
- b) Ist die Beauftragung eines unabhängigen externen Dienstleisters zur Ansprache von Mitarbeitern Ihrer Meinung nach förderlich?
- c) Wer sollte Ihrer Ansicht nach diese bedeutsame Aufgabe am besten übernehmen und wie sollte die Ansprache optimaler Weise erfolgen?

5. Eine effektive und effiziente träger- und akteursübergreifende Zusammenarbeit setzt einen gewissen Austausch von Sozialdaten voraus. Hierbei bestehen aktuell eine Reihe datenschutzrechtlicher Hürden, die eine Einwilligung zur Datennutzung der Versicherten bzw. der Arbeitnehmer unabdingbar machen.

- a) Halten Sie eine Anpassung des derzeitigen datenschutzrechtlichen Rahmens der Rehabilitation sowie der betrieblichen Wiedereingliederung für politisch umsetzbar?
- b) Wie könnte in Modellprojekten ein gutes Datenweitergabemanagement mit entsprechender Einwilligung der Betroffenen aussehen?

7.4 Stellungnahmen des Lehrstuhls für Medizinmanagement zu aktuellen Gesetzesentwürfen

Die aus dem Projekt gewonnenen Lösungsvorschläge wurden vom Lehrstuhl für Medizinmanagement in zwei Stellungnahmen zum Regierungsentwurf des „Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)“ und zum Regierungsentwurf des „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – Prävg)“ umgesetzt. Ein Teil der Vorschläge zum erstgenannten Regierungsentwurf konnten in der Anhörung des Gesundheitsausschusses vom 25.3.2015 von Frau Dr. Walendzik auch mündlich vertreten werden.

7.4.1 Stellungnahme zum Regierungsentwurf des „Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)“



Fakultät für
Wirtschaftswissenschaften

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Stellungnahme zum Regierungsentwurf des „Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)“

– hier: Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Dr. Anke Walendzik, Lennart Weegen MA, Dr. Rebecca Jahn

Essen, den 04.03.2015

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund und Vorbemerkungen.....	138
2. Stellungnahme zu einzelnen Aspekten des Gesetzesentwurfs.....	141
3. Literatur.....	147

I. Hintergrund und Vorbemerkungen

In den letzten zehn Jahren hat die Sicherung und der Erhalt der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit besonders auch von Beschäftigten, die bereits an einer chronischen Erkrankung leiden, sowohl auf betrieblicher als auch auf politischer, gesellschaftlicher und sozialversicherungssystemischer Ebene an Bedeutung zugenommen. Dies lässt sich unter anderem auf den demographischen Wandel und dessen Folgen verbunden mit einem veränderten Erkrankungsspektrum sowie der zukünftigen Zusammensetzung der Erwerbsbevölkerung zurückführen.

Das Erwerbspersonenpotenzial in Deutschland wird, analog zu den Entwicklungstendenzen in den meisten Industrienationen, künftig abnehmen und die erwerbstätige Bevölkerung wird im Vergleich zu heute ein durchschnittlich höheres Lebensalter aufweisen. Laut Vorausberechnung des statistischen Bundesamtes wird die Anzahl der Erwerbsfähigen 20-64-Jährigen bis 2030 um über 6 Millionen sinken, während die Anzahl der Rentenfähigen über 65-Jährigen um mehr als 5 Millionen zunehmen wird. Für das Jahr 2060 ist davon auszugehen, dass die erwerbsfähige Bevölkerung lediglich etwa 36 Millionen Menschen umfassen wird, was einer Reduktion von 27 % im Vergleich zum heutigen Stand von knapp 50 Millionen Menschen im Erwerbsalter entspricht. In diesem Zusammenhang zeichnet sich für die Arbeitswelt ab, dass viele Personen der geburtenstarken Jahrgänge bis zum Jahr 2030 in Ruhestand gehen werden (Statistisches Bundesamt 2009). Parallel zu dieser Entwicklung geht mit dem zunehmenden Alter der Erwerbsbevölkerung auch eine Zunahme an chronisch kranken Arbeitnehmern einher. Der Wandel des Krankheitsspektrums mit einer Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität zieht deutliche Veränderungen der Krankheitslast der Bevölkerung sowie des medizinischen Versorgungs- und Rehabilitationsbedarfs u.a. innerhalb der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung nach sich. Waren im Jahr 2000 noch ca. 46 % aller Erkrankungen chronisch, ist bis zum Jahr 2020 mit einem Anstieg des Anteils chronischer Krankheiten an der Gesamtmorbidität auf 60 % zu rechnen (Gensichen et al. 2006).

Nach Schätzungen des Deutschen Gewerkschaftsbundes verlieren bereits heute jährlich 500.000 Menschen ihren Arbeitsplatz aufgrund krankheitsbedingter Kündigungen. Am häufigsten sind chronisch- und langzeiterkrankte Beschäftigte im höheren Alter betroffen. Kommt es krankheitsbedingt zum Verlust des Arbeitsplatzes, erweist sich der Wiedereinstieg in das Erwerbsleben in vielen Fällen als kaum zu bewältigende Herausforderung, denn gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitssuchende haben auch heute nach wie vor schlechtere Eingliederungschancen (Vater & Niehaus 2013).

Die vielfältigen Veränderungen in der Arbeitswelt – insbesondere die Verlagerung der Wertschöpfung vom industriellen zum Dienstleistungssektor, aber auch der technische Fortschritt – haben nicht zu dem eigentlich erwarteten generellen Abbau von Arbeitsbelastungen geführt. Im

Gegenteil ist neben den in vielen Berufen weiterhin bestehenden körperlichen Anforderungen eine Zunahme an psychischen Belastungen festzustellen. Dies spiegelt sich auch in den jährlich von den gesetzlichen Krankenkassen durchgeführten Analysen der Arbeitsunfähigkeitsdaten wieder: Muskel-Skelett-Erkrankungen stellen heute zwar mit rund einem Viertel der Arbeitsunfähigkeitstage immer noch den häufigsten Grund für Fehlzeiten dar, jedoch nehmen AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen bzw. Erkrankungen bereits Platz zwei in der AU-Tage-Statistik ein. Basierend auf Analysen der DAK im Rahmen des Gesundheitsreports aus dem Jahr 2013, mit dem Schwerpunktthema „Psychische Erkrankungen: Sind wir heute anders krank?“, konnte gezeigt werden, dass AU-Tage infolge psychischer Erkrankungen von 1997 bis 2012 um den Faktor 2,7 zugenommen haben, was auch damit zusammenhängt, dass psychische Erkrankungen zu überdurchschnittlich langen Ausfallzeiten führen (DAK 2013; Knoche & Sochert 2013). Neben Einbußen an Wohlbefinden, Gesundheit und Lebensqualität für die Betroffenen verursacht Arbeitsunfähigkeit auch hohe volkswirtschaftliche Kosten bedingt durch Produktionsausfälle, welche jährlich von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) geschätzt werden. Im Jahr 2012 fielen rund 1,4 Millionen Erwerbsjahre durch Arbeitsunfähigkeit aus. Multipliziert mit dem durchschnittlichen Arbeitsentgelt stehen unter dem Strich 53 Milliarden Euro Produktionsausfallkosten. Wenn zudem berücksichtigt wird, dass jeder Beschäftigte durch seine Arbeit Werte schafft, steigen die Kosten weiter: Für das Jahr 2012 betrug der Verlust an Bruttowertschöpfung 92 Milliarden Euro (BAuA 2014).

Die aufgezeigten gesellschaftlichen und krankheitsbezogenen Veränderungen ziehen zahlreiche Herausforderungen nicht nur in der Planung der Gesundheitsversorgung sowie deren nachhaltigen Finanzierung sondern auch in der Wahrung der Rechte zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohten Menschen nach sich (Vater et al. 2013)

Mit der Vereinbarung einer Demografiestrategie der Bundesregierung wurde bereits ein erster wichtiger Schritt getan. Im Rahmen dieser Vereinbarung wurde unter anderem festgehalten, dass zusätzliche Maßnahmen zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit, zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und zur Wiedereingliederung erkrankter und behinderter Menschen ergriffen werden sollen (Vater et al. 2013). Darüber hinaus wurde mit Einführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX der Arbeitgeber verpflichtet „alle Aktivitäten, Maßnahmen und Leistungen“ zu ergreifen, „die geeignet sind, im konkreten Einzelfall die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit wiederherzustellen und auf Dauer zu sichern“ (Freigang-Bauer & Gröben 2011). Primäres Ziel des BEM ist es, Arbeitsunfähigkeiten und eine mögliche Chronifizierung von Erkrankungen zu vermeiden. In diesem Zusammenhang spielt an der Schnittstelle zwischen inner- und außerbetrieblichen Funktionsbereichen die Kooperation zwischen Betrieben und den einzelnen Sozialversicherungsträgern bei der Sicherung und dem Erhalt der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit chronisch kranker Arbeitnehmer eine zentrale Rolle.

Der Regierungsentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)“ bietet dem Gesetzgeber die Möglichkeit, sowohl die Sicherung und den Erhalt als auch die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit besonders von chronisch kranken Arbeitnehmern durch kooperative Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung mit der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung zu fördern. **Diese Gelegenheit wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht entschieden genug genutzt.**

In der Versorgungslandschaft finden solche kooperativen Maßnahmen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und gesetzlichen Rentenversicherungsträgern in Form von einzelnen Modellprojekten bereits erfolgreich Anwendung. Beispielhaft für solche Best-Practice-Modelle sollen das Modell- bzw. Kooperationsprojekt „JobReha“, das auf eine Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz zielt, das betriebliche Rehabilitationskonzept BeReKo Muskel-Skelett-Erkrankungen der Salzgitter AG und das WeB-Reha Projekt „**Werks-** und **Betriebsärzte** in Kooperation mit der DRV Rheinland in **Rehabilitationsangelegenheiten**“ genannt werden. Bei „JobReha“ handelt es sich um ein Verfahren, das bei der Rehabilitation muskuloskelettaler Beschwerden von Mitarbeitern zweier Großunternehmen in der Region Braunschweig-Hannover (Deutsche Post AG und Volkswagen Nutzfahrzeuge) auf eine besonders enge Zusammenarbeit zwischen Betriebs- und Werksärzten, gesetzlicher Krankenkasse, Rentenversicherungsträger und Rehabilitationseinrichtung setzt. Mitarbeiter erhalten nicht nur durch ein verbessertes Schnittstellenmanagement eine vereinfachte Zugangsweise zu rehabilitativen Maßnahmen sondern auch eine auf den Arbeitsplatz abgestimmte Therapie mit gezielter betrieblicher Wiedereingliederung (Schwarze et al. 2008; Manecke et al. 2008). Ziel des BeReKo-Modells der Salzgitter AG ist es, gemeinsam mit der BKK Salzgitter, der DRV Braunschweig-Hannover, dem Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Paracelus-Klinik an der Gande und dem Ambulanten Rehazentrum Braunschweig als Partner die Erwerbsfähigkeit eines erkrankten Mitarbeiters am bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Neben primärpräventiven Ansätzen werden fokussiert sekundär- und tertiärpräventive rehabilitative Ansätze verfolgt, um den betroffenen Mitarbeitern in jedem Krankheitsstadium adäquate Unterstützungsleistungen anbieten zu können (Koch et al. 2013; Leineweber 2011). Im Jahr 2005 wurde das Projekt WeB-Reha von der Ärztekammer Nordrhein (ÄkNo) und der DRV Rheinland ins Leben gerufen. Das Projekt WeB-Reha basiert auf der Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller Beteiligten nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX, worin sich die Rehabilitationsträger verpflichten, sowohl bei der Einleitung als auch bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe die Haus-, Fach- und Betriebsärzte zu beteiligen (Bicker et al. 2007). Ziel und wesentliche Merkmale des Konzeptes sind ein hoher Arbeitsplatzbezug der erbrachten Leistungen, „kurze Wege“ beim

Informationsaustausch, eine zeitnahe Umsetzung betrieblicher Maßnahmen sowie die inner- als auch außerbetriebliche Prüfung der Nachhaltigkeit der veranlassten Leistungen (Theißen o. J.). Im Jahr 2011 vernetzten sich bereits über 50 große Unternehmen in Nordrhein-Westfalen, die DRV Rheinland, Westfalen und Knappschaft-Bahn-See, beide Ärztekammern Nordrhein-Westfalens, der arbeitsmedizinische Dienst BAD, der Landesverband der Deutschen Betriebs- und Werksärzte und die IAS-Stiftung im WeB-Reha Projekt (von Manteuffel 2011).

Zur Überführung der guten Erfahrungen und funktionierenden Kooperationssysteme aus dem Modellstatus in die Regelversorgung sowie zur nachhaltigen Stärkung von Bemühungen inner- und außerbetrieblicher Akteure zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erkrankter Mitarbeiter oder solchen unter besonderem Risiko zur Ausbildung einer Erkrankung erscheinen die folgenden Anpassungen bzw. Ergänzungen im Gesetzesentwurf nach Auffassung der Autoren für notwendig:

2. Stellungnahme zu einzelnen Aspekten des Gesetzesentwurfs

Zum nachhaltigen Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von chronisch kranken Versicherten oder Versicherten unter Risiko zur Chronifizierung einer Erkrankung sollten im Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung – (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 17.12.2014 auch explizit Leistungen zum Erhalt und zur Sicherung der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit von Versicherten Berücksichtigung finden.

§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Die Autoren begrüßen die Ausweitung des Spektrums geeigneter Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt und entsprechende Richtlinien nach § 137f Abs. 2 SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassen werden sollen. Der explizite Auftrag an den G-BA, für die Behandlung von Rückenleiden und Depression Richtlinien nach Abs. 2 zu erlassen, wird insbesondere deshalb begrüßt, weil diese zwei Erkrankungen zu den drei Diagnosegruppen – Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (M00-M99); Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99); Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) – zählen, die bundesweit für die meisten Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich sind.

Der sektorübergreifende und interdisziplinäre Konzeptansatz der strukturierten Behandlungsprogramme konnte seit Implementierung in das GKV-System im Jahr 2002 die Qualität

der Versorgung von chronisch kranken Patienten nachhaltig verbessern. Dies zeigen beispielsweise die Ergebnisse des Qualitätsberichtes 2013 zu den Disease Management Programmen (DMP) in Nordrhein, die Evaluationsergebnisse des Bundesversicherungsamtes für Diabetes mellitus Typ 2 aus dem Jahr 2009 oder die ELSID-Studie (Hagen et al. 2014; BVA 2009; Miksch et al. 2010). Obgleich für über 6,5 Millionen eingeschriebene Versicherte die Versorgung durch über 9.900 zugelassene Programme der Krankenkassen flächendeckend sichergestellt werden kann (BVA 2014), bleiben nach Meinung der Autoren besonders Leistungen und spezifische Maßnahmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit von eingeschriebenen Versicherten im erwerbsfähigen Alter meist unberücksichtigt. Zwar wurden in den Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen unter dem Aspekt der Rehabilitation bei allen DMP-Erkrankungen der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit adressiert, jedoch bleiben präventive medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationsleistungen, Leistungen zur Teilhabe oder frühzeitige Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung von eingeschriebenen Versicherten in Kooperation zum Beispiel mit Werks- und Betriebsärzten oder den entsprechenden Rentenversicherungsträger zu vermissen.

In der Versorgungspraxis zeigen die Erfahrungen der einzelnen Modell- und Kooperationsprojekte, wie u. a. dem „JobReha“-Modell, dass insbesondere bei medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsleistungen, Leistungen zur Teilhabe und einer betrieblichen Wiedereingliederung eine systematische Kooperation und gegenseitige Information zwischen Werks- und Betriebsärzten, Haus-, Fach- sowie den Rehabilitationsärzten und allen beteiligten Sozialversicherungsträgern von zentraler Bedeutung für den Erhalt und die Wiederherstellung der Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit von chronisch kranken Arbeitnehmern ist. Durch ein optimiertes Schnittstellenmanagement mit verbesserten Informations- und Kommunikationswegen zwischen allen beteiligten Akteuren lassen sich sowohl Verkürzungen der zeitlichen Abläufe vor und nach den eigentlichen Maßnahmen, Anpassungen der therapeutischen Maßnahmeninhalte an die tatsächlichen Arbeitsplatzsituationen sowie eine Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten realisieren (Teumer et al. 2010).

Um auch in den strukturierten Behandlungsprogrammen ein stärkeres Bewusstsein für den Erhalt und die Wiederherstellung der Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit von chronisch kranken Versicherten zu fördern, sollte nach Auffassung der Autoren in § 137f Abs. 2 SGB V der G-BA aufgefordert werden, in den Richtlinien zu den Anforderungen an die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen nach Abs. 1 auch den Aspekt des Erhalts und der Wiederherstellung der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit im Rahmen eines entsprechend auszugestaltenden zusätzlichen Moduls in Anlehnung an das „Zusatzmodul chronische Herzinsuffizienz“ zu berücksichtigen.

Die Autoren dieser Stellungnahme empfehlen, zur Förderung der Implementierung solcher Zusatzmodule mit Fokus auf den Erhalt und die Wiederherstellung der Beschäftigungs- und

Erwerbsfähigkeit chronisch kranker Versicherter einen finanziellen Anreizmechanismus in Anlehnung an die sogenannte „DMP-Pauschale“ des Gesundheitsfonds für die gesetzlichen Krankenkassen zu entwickeln. Dies ließe sich, nach Veröffentlichung einer entsprechenden Richtlinie gemäß § 137f Abs. 2 SGB V durch den G-BA, durch eine Novellierung des § 38 „Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme“ der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV) wie folgt realisieren:

- Ergänzung eines Abs. 1a: „Zur Förderung der Implementierung eines Zusatzmoduls Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit in bereits bestehende und neu aufgelegte strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Krankenkassen für einen Zeitraum von 3 Jahren nach Zulassung durch das Bundesversicherungsamt aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für jeden nach § 2 Absatz 1 Satz 3 eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der durchschnittlichen zusätzlichen Dokumentations- oder Koordinierungsleistungen im Rahmen des Zusatzmoduls. Hebt das Bundesversicherungsamt nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Zulassung eines Programms auf, ist die Zuweisung nach Satz 1 zurückzuzahlen.“
- Änderung des Abs. 2 in: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt die Höhe der Zuweisungen nach den Absätzen 1 bis 1a und das Nähere über das Meldeverfahren für die eingeschriebenen Versicherten. Kommt die Bestimmung nach Satz 2 nicht zu Stande, bestimmt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisung und das Meldeverfahren. § 30 Absatz 2 bis 4 gilt entsprechend.“

Zur Finanzierung solcher zusätzlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme aus dem Gesundheitsfonds zur Förderung des Aufbaus von Zusatzmodulen mit Fokus auf den Erhalt und die Wiederherstellung der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit chronisch kranker Versicherter stehen zwei Optionen zur Verfügung:

Zum einen ließen sich zusätzliche Finanzmittel für die Zuweisungen des § 38 Abs. 1a RSAV aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanzieren. Wird eine Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel aus der Liquiditätsreserve abgelehnt, ließen sich zum anderen die Finanzmittel über die Zuweisungen für Pflichtleistungen im Rahmen des Gesundheitsfonds über entsprechende Kürzung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuweisungen generieren. Beide Finanzierungsweisen scheinen geeignet um die benötigten Finanzmittel bereitzustellen.

§ 140a Besondere Versorgung

Die Neustrukturierung der bislang bestehenden Regelungen zu den Möglichkeiten der Krankenkassen, Einzelverträge mit Leistungserbringern abzuschließen in Gestalt des neu gefassten § 140a Besondere Versorgung, ist nach Auffassung der Autoren sehr zu begrüßen. Die Zusammenfassung der bisher in §§ 73a, 73c und § 140a-d SGB V geregelten Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen Strukturverträge, Verträge über eine integrierte Versorgung und Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung zu schließen, erweitert nicht nur die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten für die Kassen, sondern zieht wünschenswerterweise einen Abbau von bürokratischen Hemmnissen im Rahmen des Vertragsabschlusses nach sich.

Jedoch bietet die Neugestaltung des § 140a nur begrenzt Spielraum zur Überführung der positiven Erfahrungen und erprobten Kooperationssysteme von Modell- und Kooperationsprojekten (Best-Practice-Modelle) zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit von chronischen kranken Arbeitnehmern oder Arbeitnehmern unter Risiko zur Ausbildung einer chronischen Erkrankung entsprechend der Leuchtturmmodelle wie „JobReha“, „BeReKo“ oder „WeB-Reha“ (Manecke et al. 2008, Koch et al. 2013, von Manteuffel 2011) in die allgemeine Versorgungspraxis. Obgleich eine Vielzahl an trägerübergreifenden Kooperationsvereinbarungen und Modellprojekten zusammen mit den Unternehmen in der Praxis existieren und auch gelebt werden, scheinen diese z. T. an besonders engagierte Personen oder engagierte regionale Sozialversicherungsträger bzw. Partner gebunden zu sein. Vertraglich werden diese Modellprojekte z. T. seitens der Krankenkasse auf Basis der §§ 140a-d SGB V umgesetzt. Diese Variante stellt jedoch lediglich eine Behelfsmöglichkeit dar, da weder Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung noch Arbeitgeber sowie von Unternehmen angestellte Betriebs- und Werksärzte Vertragspartner nach § 140b SGB V sein können.

Die Autoren dieser Stellungnahme regen daher die folgenden Änderungen des neustrukturierten § 140a SGB V an, um die Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten für die gesetzlichen Krankenkassen noch auszudehnen und gleichzeitig kooperative Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie innerbetrieblichen Akteuren zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit zu fördern.

In Abs. 3 Satz 1 sollten über die Nummern 8 bis 10 als neue Vertragspartner für die gesetzlichen Krankenkassen ergänzt werden:

- Nr. 8: Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
- Nr. 9: Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

- Nr. 10: Arbeitgeber sowie von Unternehmen angestellte Betriebs- und Werksärzte.

Ziel dieser Ergänzung ist die Förderung von betriebsnahen sekundärpräventiven, integrierten und sozialversicherungsübergreifenden Versorgungskonzepten zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von beschäftigten Versicherten in Anlehnung an Modellprojekte wie „JobReha“ oder „BeReKo“.

Konsequenterweise müsste es in diesem Zusammenhang auch zu einer Änderung des Abs. 1 Satz 2 in folgender Form kommen:

*„Sie ermöglicht eine verschiedene Leistungssektoren **und Sozialversicherungssysteme** übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung zugelassener vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsverträge.“*

Bereits mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 wurde mit der Aufnahme der Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in den § 140b SGB V den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, Verträge über die Grenze einzelner Sozialversicherungssysteme hinweg zur Versorgung der Versicherten zu schließen.

Die Autoren dieser Stellungnahme empfehlen zur Förderung des Auf- und Ausbaus sowie der Durchführung solcher sozialversicherungssystemübergreifenden Kooperationsmodelle im Rahmen des neugestalteten § 140a SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen die Implementierung eines finanziellen Anreizmechanismus zur Abgeltung der spezifischen Kooperationsmodellkosten über den Gesundheitsfonds.

Dies ließe sich durch eine Novellierung der RSAV mit Neugestaltung eines § 38a ab 2016 realisieren. Neu zu gestaltender § 38a „Zuweisungen für sozialversicherungssystemübergreifende Versorgungsverträge nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“

(1) Zur Förderung des Auf- und Ausbaus sowie der Durchführung besonderer Versorgungsmodelle in Kooperation mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung oder den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung gemeinsam mit Unternehmen erhalten Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für jeden nach § 140a Absatz 4 eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Beratung mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung bestimmt die Höhe

der Zuweisungen nach Absatz 1 und das Nähere über das Meldeverfahren für die eingeschriebenen Versicherten. Kommt die Bestimmung nach Satz 1 nicht zu Stande, bestimmt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisungen und das Meldeverfahren.

Die Finanzierung solcher Zuweisungen für sozialversicherungssystemübergreifende Versorgungsverträge nach § 140a SGB V durch den neu eingeführten § 38a RSAV kann nach Auffassung der Autoren über zwei Wege erfolgen. Einerseits könnten die zusätzlich benötigten Finanzmittel für die Zuweisungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Sollte es zu keinem Rückgriff auf die Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds kommen, könnten die Finanzmittel andererseits auch aus den Zuweisungen für Pflichtleistungen im Rahmen des Gesundheitsfonds, mit entsprechender Kürzung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuweisungen, generiert werden. In einem solchen Fall müsste der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den Anteil der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben an der Programmkostenpauschale bestimmen. Gleiches gilt für die Bestimmung eines Nettoverwaltungsausgabenanteils an der Programmpauschale. Beide Anteile würden in Folge bei der Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds entsprechend für die Bestimmung der Grundpauschale, Krankengeld, der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge sowie den standardisierten Verwaltungsausgaben bei den zu berücksichtigten Ausgaben abgezogen werden.

3. Literatur

- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2012. www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/Kosten.html [Zugriff Februar 2015]
- Bicker H-J, Hefer B, Hess-Gräfenberg R (2007): Das Projekt WeB-Reha. Rheinisches Ärzteblatt 10/2007; 20-21
- Bundesversicherungsamt (BVA) (2009): Bericht des Bundesversicherungsamtes zur vergleichenden Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen bei Diabetes mellitus Typ 2. März 2009 http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/DMP-Veranstaltungen/Evaluationsergebnisse_DM2_03-06_bericht.pdf [Zugriff Februar 2015]
- Bundesversicherungsamt (BVA) (2014): Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme – DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA) (letzte Aktualisierung Dezember 2014) <http://www.bundesversicherungsamt.de/weitere-themen/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html> [Zugriff Februar 2015]
- DAK (2013): DAK-Gesundheitsreport 2013 http://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2013-1318306.pdf [Zugriff Januar 2015]
- DRV Baden-Württemberg – Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (2008): Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern „Betsi“. Ein gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg zur frühzeitigen und teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Inhalt/Allgemeines/Downloads/Reha-Projekte/Betsi-Rahmenkonzept.pdf?__blob=publicationFile&v=7 [Zugriff Februar 2015]
- Freigang-Bauer I, Gröben F (2011): Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen. Handlungsbedarf aus Sicht betrieblicher Akteure. Hans-Böckler-Stiftung; Arbeitspapier 224; 2011
- Gensichen J, Muth C, Butzlaff M, Rosemann T, Raspe H, Müller de Cornejo G, Beyer M, Härter M, Müller U A, Angermann C E, Gerlach F M, Wagner E (2006): Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronisch Kranke. Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes; 100; 365-374
- Hagen B, Altenhofen L, Groos S, Kretschmann J, Weber A (2014): Qualitätssicherungsbericht 2013 Disease-Management-Programme in Nordrhein – Brustkrebs – Diabetes mellitus Typ I /Typ 2 – Koronare Herzerkrankheit – Asthma/COPD. Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR. Düsseldorf 2014 https://www.kvno.de/downloads/quali/qualbe_dmp13.pdf [Zugriff Februar 2015]

- Hoß K, Pomorin N, Reifferscheid A, Wasem J (2013): Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit vor dem Hintergrund des demographischen Wandels. IBES Diskussionsbeitrag Nr. 200; Universität Duisburg-Essen
- Knoche K, Sochert R (2013): Einleitung. In iga.Report 24 Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme; 41-47
- Koch B, Kröger C, Leineweber B, Marquardt B (2013): Das Betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG: Kooperation, die Wirkung zeigt. In iga.Report 24 Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme; 6-12
- Leineweber B (2011): Das Betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG. Netzwerkarbeit, die wirkt. Die BKK 01/2011
- Manecke I-A, Spallek M, Rebe T, Wrbitzky R, Gutenbrunner C, Schwarze M (2008): Das Modellprojekt "JobReha" Hintergrund und Praxisbericht. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 43, 6, 2008
- Miksch A, Laux G, Ose D, Joos S, Campbell S, Riens B, Szecsenyi J (2010): Is there a survival benefit within a German primary care-based disease management program? Am J Manag Care 2010; 16:49-54
- Schwarze M, Ristel N, Rebe T, Gutenbrunner C, Wrbitzky R, Manecke I-A, Spallek M (2008): Schnittstellenmanagement in der "JobReha" Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Betriebs- und Rehabilitationsärzten. Zbl Arbeitsmed 58; 2008, 216-218
- Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschland bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung
- Teumer F, Wassmus A-K, Cyganski L, Teichler N, Gutenbrunner C, Schwarze M (2010): Gesundheitsökonomische Evaluation der JobReha bei Volkswagen Nutzfahrzeuge Hannover; Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 45, 8, 2010
- Theißen U (o.J.): Das Projekt WeB-Reha – Abstract
<https://www.aekno.de/downloads/aekno/webreha-theissen.pdf> [Zugriff Februar 2015]
- Vater G, Hodek L, Niehaus M (2013): Rehabilitation und berufliche Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen in lokalen Strukturen. In Luthe E-W (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaft 417-429
- Vater G, Niehaus M (2013): Das Betriebliche Eingliederungsmanagement: Umsetzung und Wirksamkeit aus wissenschaftlicher Perspektive, in iga.Report 24 Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme; 13-19
- von Manteuffel L (2011): Mit Vernetzung zum Erfolg. Deutsches Ärzteblatt Jg. 108, Heft 17 2011; A936-A938

7.4.2 Stellungnahme zum Regierungsentwurf des „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)“



Fakultät für

Wirtschaftswissenschaften

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

**Stellungnahme zum Regierungsentwurf des „Gesetzes zur Stärkung der
Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)“**

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Dr. Anke Walendzik, Lennart Weegen MA, Dr. Rebecca Jahn

Essen, den 04.03.2015

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund und Vorbemerkungen.....	151
2. Stellungnahme zu einzelnen Aspekten des Gesetzesentwurfs.....	154
3. Literatur.....	156

I. Hintergrund und Vorbemerkungen

In den letzten zehn Jahren hat die Sicherung und der Erhalt der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit besonders auch von Beschäftigten, die bereits an einer chronischen Erkrankung leiden, sowohl auf betrieblicher als auch auf politischer, gesellschaftlicher und sozialversicherungssystemischer Ebene an Bedeutung zugenommen. Dies lässt sich unter anderem auf den demographischen Wandel und dessen Folgen verbunden mit einem veränderten Erkrankungsspektrum sowie der zukünftigen Zusammensetzung der Erwerbsbevölkerung zurückführen.

Das Erwerbspersonenpotenzial in Deutschland wird, analog zu den Entwicklungstendenzen in den meisten Industrienationen, künftig abnehmen und die erwerbstätige Bevölkerung wird im Vergleich zu heute ein durchschnittlich höheres Lebensalter aufweisen. Laut Vorausberechnung des statistischen Bundesamtes wird die Anzahl der Erwerbsfähigen 20-64-Jährigen bis 2030 um über 6 Millionen sinken, während die Anzahl der Rentenfähigen über 65-Jährigen um mehr als 5 Millionen zunehmen wird. Für das Jahr 2060 ist davon auszugehen, dass die erwerbsfähige Bevölkerung lediglich etwa 36 Millionen Menschen umfassen wird, was einer Reduktion von 27 % im Vergleich zum heutigen Stand von knapp 50 Millionen Menschen im Erwerbsalter entspricht. In diesem Zusammenhang zeichnet sich für die Arbeitswelt ab, dass viele Personen der geburtenstarken Jahrgänge bis zum Jahr 2030 in Ruhestand gehen werden (Statistisches Bundesamt 2009). Parallel zu dieser Entwicklung geht mit dem zunehmenden Alter der Erwerbsbevölkerung auch eine Zunahme an chronisch kranken Arbeitnehmern einher. Der Wandel des Krankheitspektrums mit einer Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität zieht deutliche Veränderungen der Krankheitslast der Bevölkerung sowie des medizinischen Versorgungs- und Rehabilitationsbedarfs u.a. innerhalb der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung nach sich. Waren im Jahr 2000 noch ca. 46 % aller Erkrankungen chronisch, ist bis zum Jahr 2020 mit einem Anstieg des Anteils chronischer Krankheiten an der Gesamtmorbidität auf 60 % zu rechnen (Gensichen et al. 2006).

Nach Schätzungen des Deutschen Gewerkschaftsbundes verlieren bereits heute jährlich 500.000 Menschen ihren Arbeitsplatz aufgrund krankheitsbedingter Kündigungen. Am häufigsten sind chronisch- und langzeiterkrankte Beschäftigte im höheren Alter betroffen. Kommt es krankheitsbedingt zum Verlust des Arbeitsplatzes, erweist sich der Wiedereinstieg in das Erwerbsleben in vielen Fällen als kaum zu bewältigende Herausforderung, denn gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitssuchende haben auch heute nach wie vor schlechtere Eingliederungschancen (Vater & Niehaus 2013).

Die vielfältigen Veränderungen in der Arbeitswelt – insbesondere die Verlagerung der Wertschöpfung vom industriellen zum Dienstleistungssektor, aber auch der technische Fortschritt – haben nicht zu dem eigentlich erwarteten generellen Abbau von Arbeitsbelastungen geführt. Im

Gegenteil ist neben den in vielen Berufen weiterhin bestehenden körperlichen Anforderungen eine Zunahme an psychischen Belastungen festzustellen. Dies spiegelt sich auch in den jährlich von den gesetzlichen Krankenkassen durchgeführten Analysen der Arbeitsunfähigkeitsdaten wieder: Muskel-Skelett-Erkrankungen stellen heute zwar mit rund einem Viertel der Arbeitsunfähigkeitstage immer noch den häufigsten Grund für Fehlzeiten dar, jedoch nehmen AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen bzw. Erkrankungen bereits Platz zwei in der AU-Tage-Statistik ein. Basierend auf Analysen der DAK im Rahmen des Gesundheitsreports aus dem Jahr 2013, mit dem Schwerpunktthema „Psychische Erkrankungen: Sind wir heute anders krank?“, konnte gezeigt werden, dass AU-Tage infolge psychischer Erkrankungen von 1997 bis 2012 um den Faktor 2,7 zugenommen haben, was auch damit zusammenhängt, dass psychische Erkrankungen zu überdurchschnittlich langen Ausfallzeiten führen (DAK 2013; Knoche & Sochert 2013). Neben Einbußen an Wohlbefinden, Gesundheit und Lebensqualität für die Betroffenen verursacht Arbeitsunfähigkeit auch hohe volkswirtschaftliche Kosten bedingt durch Produktionsausfälle, welche jährlich von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) geschätzt werden. Im Jahr 2012 fielen rund 1,4 Millionen Erwerbsjahre durch Arbeitsunfähigkeit aus. Multipliziert mit dem durchschnittlichen Arbeitsentgelt stehen unter dem Strich 53 Milliarden Euro Produktionsausfallkosten. Wenn zudem berücksichtigt wird, dass jeder Beschäftigte durch seine Arbeit Werte schafft, steigen die Kosten weiter: Für das Jahr 2012 betrug der Verlust an Bruttowertschöpfung 92 Milliarden Euro (BAuA 2014).

Die aufgezeigten gesellschaftlichen und krankheitsbezogenen Veränderungen ziehen zahlreiche Herausforderungen nicht nur in der Planung der Gesundheitsversorgung sowie deren nachhaltigen Finanzierung sondern auch in der Wahrung der Rechte zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohten Menschen nach sich (Vater et al. 2013). Mit der Vereinbarung einer Demografiestrategie der Bundesregierung wurde bereits ein erster wichtiger Schritt getan. Im Rahmen dieser Vereinbarung wurde unter anderem festgehalten, dass zusätzliche Maßnahmen zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit, zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und zur Wiedereingliederung erkrankter und behinderter Menschen ergriffen werden sollen (Vater et al 2013). In diesem Zusammenhang spielt an der Schnittstelle zwischen inner- und außerbetrieblichen Funktionsbereichen die Kooperation zwischen Betrieben und den einzelnen Sozialversicherungsträgern bei der Sicherung und dem Erhalt der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit chronisch kranker Arbeitnehmer eine zentrale Rolle.

Der Regierungsentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) bietet dem Gesetzgeber die Möglichkeit, die Sicherung und den Erhalt der Arbeitsfähigkeit besonders von chronisch kranken Arbeitnehmern durch kooperative Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung mit der gesetzlichen Renten- und

Unfallversicherung zu fördern. **Diese Gelegenheit wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht entschieden genug genutzt.**

In der Versorgungslandschaft finden solche kooperativen Maßnahmen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und gesetzlichen Rentenversicherungsträgern in Form von einzelnen Modellprojekten zum Beispiel im Rahmen von betrieblichen Präventionsprogrammen erfolgreich Anwendung. Beispielhaft für solche Best-Practice-Modelle sollen das betriebsnahe Präventionsmodell „Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (Betsi)“ der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und das Modell- bzw. Kooperationsprojekt „JobReha“, das auf eine Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz zielt, genannt werden. Das betriebsnahe Präventionsmodell Betsi bietet Arbeitnehmern, die in ihrem Berufsleben besonderen Belastungen ausgesetzt sind, ein spezielles Programm mit einer Kombination aus einem einwöchigen stationären Aufenthalt in einer ausgewählten Rehabilitationsklinik mit berufsbegleitenden Trainingseinheiten in einem beschäftigungsornahen ambulanten Reha- oder Trainingszentrum (DRV Baden-Württemberg 2008). Bei „JobReha“ handelt es sich um ein Verfahren, das bei der Rehabilitation muskuloskelettaler Beschwerden von Mitarbeitern zweier Großunternehmen in der Region Braunschweig-Hannover (Deutsche Post AG und Volkswagen Nutzfahrzeuge) auf eine besonders enge Zusammenarbeit zwischen Betriebs- und Werksärzten, gesetzlicher Krankenkasse, Rentenversicherungsträger und Rehabilitationseinrichtung setzt. Mitarbeiter erhalten nicht nur durch ein verbessertes Schnittstellenmanagement eine vereinfachte Zugangsweise zu rehabilitativen Maßnahmen sondern auch eine auf den Arbeitsplatz abgestimmte Therapie mit gezielter betrieblicher Wiedereingliederung (Schwarze et al. 2008; Manecke et al. 2008).

Zur Überführung der guten Erfahrungen und funktionierenden Kooperationssysteme aus dem Modellstatus in die Regelversorgung sowie zur nachhaltigen Stärkung von Bemühungen inner- und außerbetrieblicher Akteure zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erkrankter Mitarbeiter oder solchen unter besonderem Risiko zur Ausbildung einer Erkrankung erscheinen die folgenden Anpassungen bzw. Ergänzungen im Gesetzesentwurf nach Auffassung der Autoren für notwendig:

2. Stellungnahme zu einzelnen Aspekten des Gesetzesentwurfs

Zur nachhaltigen Sicherung und zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit von chronisch kranken Versicherten oder Versicherten, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Arbeitsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung entsprechend § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI ausüben, sollten im Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17.12.2014 auch explizit Leistungen zum Erhalt und zur Sicherung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von Versicherten Berücksichtigung finden.

§ 20d Nationale Präventionsstrategie

Die Autoren dieser Stellungnahme begrüßen außerordentlich das Vorhaben des Gesetzgebers, unter Einbezug aller gesetzlichen Sozialversicherungsträger sowie in Zusammenarbeit mit den für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und Betrieben zuständigen Trägern und Stellen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Inneren und den Ländern eine nationale Präventionsstrategie zu vereinbaren. In der Praxis sind besonders bereits chronisch erkrankte Beschäftigte sowie innerbetriebliche Akteure mehrheitlich mit einem Nebeneinander der Sozialversicherungsträger und ihren Unterstützungsleistungen konfrontiert. Eine stärkere Förderung der Kooperation der unterschiedlichen Sozialversicherungsträger bildet die Basis nachhaltiger Konzepte zur Sicherung und zum Erhalt der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Bevölkerung.

Jedoch ist im aktuellen Entwurf des § 20d der Einbezug von Maßnahmen zur Sicherung und zum Erhalt der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der deutschen Bevölkerung, auch entsprechend den in § 20 Abs. 3 genannten zu berücksichtigenden Gesundheitszielen und dessen Teilzielen, wie zum Beispiel definiert im BAnz AT 26.03.2013, zu vermissen. Um im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie dem, besonders auch für die deutsche Wirtschaft, wichtigen Thema der Sicherung und des Erhalts der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Bevölkerung Rechnung zu tragen, sollte § 20d Absatz 3 Satz 1 wie folgt geändert werden:

*„Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention **und Leistungen zum Erhalt und zur Sicherung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von Versicherten** in Lebenswelten und Betrieben zuständigen Trägern und Stellen vereinbaren die Träger nach Absatz 1 bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangigen Handlungsfeldern und*

Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten erstmals zum 31. Dezember 2015.“

§ 20g Modellvorhaben

Der § 20g Abs. 1 Satz 2 sollte zur Förderung von in der Versorgungslandschaft vereinzelt zur Anwendung kommenden Kooperationsmodellen der Sozialversicherungsträger, wie dem „Betsi“ Konzept der Deutschen Rentenversicherung oder dem Kooperationsprojekt „JobReha“, wie folgt geändert werden:

„Anhand der Modellvorhaben soll die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten, Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung **und Leistungen zur Sicherung und des Erhalts der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit** verbessert werden.“

3. Literatur

- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2012. www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/Kosten.html [Zugriff Februar 2015]
- DAK (2013): DAK-Gesundheitsreport 2013
http://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2013-1318306.pdf [Zugriff Januar 2015]
- DRV Baden-Württemberg – Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (2008): Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern „Betsi“. Ein gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg zur frühzeitigen und teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Inhalt/Allgemeines/Downloads/Reha-Projekte/Betsi-Rahmenkonzept.pdf?__blob=publicationFile&v=7 [Zugriff Februar 2015]
- Gensichen J, Muth C, Butzlaff M, Rosemann T, Raspe H, Müller de Cornejo G, Beyer M, Härter M, Müller U A, Angermann C E, Gerlach F M, Wagner E (2006): Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronisch Kranke. Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes; 100; 365-374
- Hoß K, Pomorin N, Reifferscheid A, Wasem J (2013): Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit vor dem Hintergrund des demographischen Wandels. IBES Diskussionsbeitrag Nr. 200; Universität Duisburg-Essen
- Knoche K, Sochert R (2013): Einleitung in iga.Report 24 Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme; 6-12
- Manecke I-A, Spallek M, Rebe T, Wrbitzky R, Gutenbrunner C, Schwarze M (2008): Das Modellprojekt „JobReha“ Hintergrund und Praxisbericht. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 43, 6, 2008
- Schwarze M, Ristel N, Rebe T, Gutenbrunner C, Wrbitzky R, Manecke I-A, Spallek M (2008): Schnittstellenmanagement in der „JobReha“ Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Betriebs- und Rehabilitationsärzten. Zbl Arbeitsmed 58; 2008, 216-218
- Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschland bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung
- Vater G, Hodek L, Niehaus M (2013): Rehabilitation und berufliche Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen in lokalen Strukturen. In Luthe E-W (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaft 417-429

Vater G, Niehaus M (2013): Das Betriebliche Eingliederungsmanagement: Umsetzung und Wirksamkeit aus wissenschaftlicher Perspektive, in iga.Report 24 Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme; 13-19

IBES



ISSN-Nr. 2192-5208 (Print)
ISSN-Nr. 2192-5216 (Online)