

**Gesundheitsförderung für
arbeitslose Menschen**

**im bundeweiten
Projekt von GKV, BA
und kommunalen
Spitzenverbänden**



Ausgangslage der Novitas BKK

- ca. **400.000 Versicherte** bundesweit, entstanden aus vielen BKK's, z.B.:
 - Thyssen Stahl und KruppThyssen Partner (ktp), Rasselstein
 - Karstadt, EVAG, Steag, Goldschmidt, VBI, Seppelfricke, Schalker Verein
 - Gruner + Jahr, Leuna, Automobilzulieferer Zwickau, Klöckner Moeller, AXA
- Schwerpunkt im Ruhrgebiet
- regional vor allem im Rheinland, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Hamburg, Schleswig-Holstein
- bundesweit knapp **50.000 Teilnehmer** an **medizinischen Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (DMP)**
- davon knapp **27.000 Diabetes Typ 2** und 1000 Typ 1
- davon ca. **16.500 (Typ 2)** und 500 (Typ 1) in **NRW**

Ausgangslage Ruhrgebiet

- überdurchschnittliche Krankheitsbelastung (Morbidity)
- relativ schlechtere Umwelt- und Arbeitsbedingungen
- relativ hohe Einkommen (Schichtarbeit, Zuschläge Schwerstarbeit)
- hoher Anteil gewerblicher Arbeitnehmer
- hoher Rentneranteil
- überdurchschnittlich viele ältere Versicherte
- hoher Anteil an Migranten
- relativ niedrigeres Bildungsniveau
- finanzschwache Kommunen

Faktor Ruhrgebiet – was berücksichtigt der Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen?

„Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich“ (MRSA)?

- überdurchschnittliche Morbiditätsbelastung
- relativ schlechtere Umwelt- und Arbeitsbedingungen
- relativ hohe Einkommen (Schichtarbeit, Zuschläge Schwerstarbeit)
- hoher Anteil gewerblicher Arbeitnehmer
- hoher Rentneranteil
- überdurchschnittlich viele ältere Versicherte
- hoher Anteil an Migranten
- relativ niedrigeres Bildungsniveau
- finanzschwache Kommunen

Konsequenzen des **MRSA** für die **Kassen im Ruhrgebiet**

- Gelder aus MRSA an die Kassen decken nicht die tatsächlichen Ausgaben
- relativ höhere Einkommen werden nivelliert
- höhere Ausgaben / Kosten / Inanspruchnahme in Ballungsräumen werden nicht berücksichtigt
- relativ schlechtere Compliance / Therapiefähigkeit werden nicht berücksichtigt
- überspitzt formuliert: hohes Risiko der Krankenkasse für Zusatzbeiträge, wenig Spielraum für Investitionen in die Versorgung
- *für 80% der Versicherten ist der Preis / der Beitragssatz entscheidend*
- *für 20% der Versicherten / der Patienten die Übernahme der Kosten für die Behandlung*

Gesetzliche Krankenversicherung in Stichworten

Auf der einen Seite:

Leistungserbringer

- Hausärzte
- Fachärzte
- Krankenhäuser
- Rehabilitationseinrichtungen

- Krankengymnasten
- Ergotherapeuten
- Logopäden

.....- Hersteller von Heil- und Hilfsmitteln
(z.B. Diabetes-Teststreifen, Rollator,)
- Arzneimittelhersteller
- Apotheken
- Sanitätshäuser

Auf der anderen Seite:

- **Versicherte**
- **Patienten**
- **Beitragszahler**
 - Berufstätige
 - Rentner
 - Arbeitslose
 - Selbstständige

.....- Arbeitgeber
- Rentenversicherung
- Agentur für Arbeit / Job Center

Gesetzliche Krankenversicherung in Stichworten

Rolle der Krankenkassen als Versicherung

- **Organisieren** die Versorgung der Patienten durch Verträge mit Leistungsanbietern (siehe Beispiele am Schluss)
- **Erhalten** die **Beiträge** zur Krankenversicherung von den Beitragszahlern
- **Bezahlen** die **Leistungserbringer** für die Versorgung / Behandlung der Patienten

Die **Krankenkasse als Versicherung**

- führt selber keine Therapie durch
- Behandelt keine Patienten
- Verschreibt keine Medikamente
- Entscheidet nicht für den einzelnen Patienten, wo und wie er behandelt wird

Sonderfall Krankengeld als „echte“ Versicherungsleistung:

- Arbeitgeber zahlt 6 Wochen Lohn / Gehalt im Krankheitsfall
- Nach 6 Wochen zahlt die Krankenkasse „Krankengeld“

Gesundheitsförderung und Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung

Themenbereiche („Handlungsfelder“)

- Entspannung / Stressbewältigung
- Ernährung
- Bewegung
- Sucht (Alkohol und Nikotin)

Kursinhalte und die Qualifikation der Kursleitung werden im Auftrag der Krankenkassen bundesweit zentral geprüft von der **Zentralen Prüfstelle Prävention** (Sitz in Essen)

es geht **nicht** darum ...

- eine akute Erkrankung zu behandeln (z.B. Rückenschmerzen)
- eine chronische Erkrankung (z.B. Diabetes) zu behandeln
- den behandelnden Arzt in der Therapie zu begleiten
- mit eigenen Maßnahmen „zum Therapeuten zu werden“
- dem Kunden zu sagen, **was er alles falsch macht** für seine eigene Gesundheit (Sie bewegen sich zu wenig, Sie rauchen, Sie ernähren sich falsch usw.)
- **dem Kunden zu sagen, was er alles machen oder nicht machen soll** (Sie sollten weniger essen, sich mehr bewegen usw.)

es geht darum den **richtigen Kunden** anzusprechen

Der „richtige“ Kunde hat

- keine gravierenden gesundheitlichen Einschränkungen
- ist selber motiviert etwas für sich zu tun
- hat selber den Wunsch etwas zu tun
- hat das Gefühl, es bringt ihm etwas selber aktiv zu werden und
- braucht eigentlich „nur“ einen Anstoß um das zu tun, was er immer schon tun wollte

Gesundheitskurse – Ziele und Finanzierung

Kurse ...

- sollen **Anreize** vermitteln
- **Einstieg** ermöglichen (8-12 Termine pro Kurs)
- zum **selbständigen** Weitermachen befähigen + motivieren
- stellen **kein Dauerangebot** dar
- sind ausgerichtet auf die **einzelne Person**
- **Finanzierung** (Stand 2016):
 - **Sollwert** 4 Euro pro Versicherten und Jahr
 - Kurse kosten i.d.R. zwischen 70 – 150 Euro
 - Maximal **2 Kurse** im Jahr können bezuschusst werden

Gesundheitskurse – so funktionieren sie

Kurse ...

- sprechen überwiegend aktive, selbständige, informierte Zielgruppen an
- funktionieren relativ kompliziert:
 - müssen von Kassen geprüft („zertifiziert“) sein
 - werden vorab vom Teilnehmer bezahlt („tritt in Vorlage“)
 - setzen regelmässige Teilnahme (80% der Termine) voraus
 - Zuschuss der Kasse muss vom Versicherten beantragt werden
 - Kasse zahlt Zuschuss erst nach dem Kurs

Herzlich willkommen

Bedienungshinweise:

1. Geben Sie einfach Ihre Postleitzahl (ggf. nur die ersten Stellen – fehlende Stellen werden mit Nullen aufgefüllt) und die Umkreissuche in km ein und klicken Sie auf „Anzeigen“.
2. Sie können neben der Postleitzahl auch weitere Suchkriterien Ihrer Wahl eingeben (Stichwort und Themenbereich) und sich danach die Auswahl anzeigen lassen.
3. In der ersten Auswahl werden Ihnen nur die Kurse, bei denen der Veranstalter aktuelle Termine und Veranstaltungsorte hinterlegt hat, angezeigt.
4. Die Auflistung erfolgt aufsteigend mit Angabe der Entfernungskilometer zu Ihrer Postleitzahl.
5. Zur Anzeige weiterer Details (Beschreibung, Ansprechpartner etc.) klicken Sie bitte den entsprechenden Kurs an.
6. Am unteren Ende der Auflistung erscheint der Hinweis zur weiteren Kurssuche auch für die Kurse, die ohne aktuellen Termin und Veranstaltungsort hinterlegt sind (diese Suchmöglichkeit empfehlen wir Ihnen, denn hier können Sie einfach durch einen Anruf oder eine Mail beim Kursanbieter Näheres erfahren).

Bitte geben Sie einen Ort oder eine PLZ ein:

(Unvollständige Postleitzahlen werden mit Nullen aufgefüllt)

Es werden ausschließlich Kurse in folgendem Umkreis angezeigt:

(Nur möglich bei Eingabe einer Postleitzahl)

Themenbereich

Stichwort ¹⁾

Ich suche einen Kurs für

Altersgruppe

¹⁾ Bei Eingabe eines Stichwortes werden alle Kurse angezeigt, bei denen der Begriff in der Kursbezeichnung oder im Namen des Kursanbieters oder Kursleiters vorkommt.

Zentrale Prüfstelle Prävention © 2004-2014 Team Gesundheit GmbH

Gesundheitskurse – so finde ich einen Kurs ...

Internetseiten der Krankenkassen

- zum Beispiel

www.novitas-bkk.de

- Sie geben den Ort oder die PLZ ein
- Sie suchen sich das Thema des Kurses aus
- Sie melden sich telefonisch, per E-Mail oder persönlich an
- Beim ersten Termin zahlen Sie den Kursbeitrag
- Sie gehen regelmässig zum Kurs (mindestens 80% der Termine)
- Am Ende des Kurses bekommen Sie eine Teilnahmebescheinigung
- Die Bescheinigung geben Sie bei Ihrer Krankenkasse ab
- Die Krankenkasse zahlt Ihnen dann einen Zuschuss (i.d.R. 80% der Kursgebühr, teilweise begrenzt auf einen bestimmten Euro – Höchstbetrag)

Hier geht es nicht um Gesundheitskurse:

Was man **privat** macht:

- spazieren gehen, Rad fahren, joggen, Treppe statt Fahrstuhl ...
- Sport im Verein
- Fitnesscenter (z.B. Krafttraining, Training an Maschinen)

Was der **Arzt** verordnet:

- Krankengymnastik (z.B. nach einer Meniskusoperation)
- Rehabilitationssport (z.B. nach einem Herzinfarkt)
- Behandlung in einer Rehabilitationsklinik (z.B. nach einem Schlaganfall)

Gesundheitsförderung und Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung 2

- **§ 20 Sozialgesetzbuch SGB V**
- i.R. der individuellen Gesundheitsförderung
- in Betrieben / „im **Setting Betrieb**“
- im **ausserbetrieblichen Setting**
 - im Stadtteil
 - in Kitas, Schulen
 - für Frauen oder Männer
 - für **Arbeitslose**
 - für Migranten

Was heisst **Setting** aus Sicht der Krankenkassen?

- **Gesetzliche Grundlage:** SGB V § 20 Abs. 1 und § 20a Abs. 1:
- „... Leistungen sollen insbesondere zur **Verminderung sozial bedingter Ungleichheit ... von Gesundheitschancen** beitragen...“
- „... entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung ...“
- „Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen *besonders* erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen“.
- anders formuliert: **niedrigschwelliges Versorgungsmanagement**
- Setting steht für Begriffe wie **Alltags-** oder **Lebenswelt** oder **Lebenslage**
- Die Lebenswelt / der Alltag drückt sich aus in verschiedenen Phasen, Abschnitten oder Lebensräumen wie
 - Kita / Kindergarten / Schule
 - Stadtteil
 - Betrieb / **Arbeitslose** / Berufstätige
 - Frauen / Männer / Kinder / Familie
 - Religion / Kultur / Migration
 - Alter / Altenzentrum / Pflegeeinrichtung

Die **Alternative**: der **Setting - Ansatz**

- niedrighschwellige Angebote
- einfach zu nutzen
- kostenlos / kostengünstig
- spricht den Einzelnen als Teil einer Gruppe an
- nutzt Multiplikatoren
- spricht die Sprache der Zielgruppe
- passt sich an Gegebenheiten vor Ort an
- geht auf die Zielgruppe zu

Setting heißt ...

- Man spricht **dieselbe Sprache**
- Die **Betroffenen / Beteiligten** vor Ort sind die **Experten in eigener Sache**.
- Externe Experten nehmen die Rolle des Unterstützer, Beraters, Zuhörenden, Moderators wahr.
- Die **Betroffenen / Beteiligten** spielen die **Hauptrolle**.
- Sie müssen **erreicht, mitgenommen, aktiviert** und in ihrer **Verantwortung gestärkt** werden.
- **Probleme** werden **vor Ort**, im Alltag **erkannt, beschrieben** und **erklärt**.
- **Lösungen** sind im Alltag **praktikabel, umsetzbar** und **motivieren** (machen Spaß).
- Lösungsansätze werden **von, mit** und **durch** die **Betroffenen / Beteiligten entwickelt** und **umgesetzt**.

Setting stammt aus der betrieblichen Gesundheitsförderung

- Die Mitarbeiter in einem Betrieb kennen die Verhältnisse dort besser als jeder andere.
- Mitarbeiter, Betriebsräte, Vorgesetzte, Werksärzte sind Eckpfeiler des Settings Betrieb...
- Die **Kommunikation** läuft in wesentlichen Teilen **informell**.
- **Multiplikatoren** (z.B. Betriebsräte) haben die **Akzeptanz** im Betrieb, **geben Informationen weiter** in beide Richtungen (Kollegen und Vorgesetzte).
- Die **Beteiligten kennen sich** und sprechen eine offene Sprache.
- **Gesundheit, Krankheit und Arbeit** werden als **Zusammenhang** gesehen.
- **Vorschläge** zur Gesundheitsförderung / Prävention werden angepasst / **spezifisch entwickelt und umgesetzt** (z.B. für Schichtarbeiter, Arbeitsplätze in der Produktion oder im Büro ...)
- Ziel ist **von einmaligen Massnahmen zu dauerhaften Strukturen / Aktivitäten** zu kommen (z.B. Gesundheitszirkel, betriebliche Gesundheitsberichte, betriebliches Gesundheitsmanagement)

Ausgangslage

Wichtige Merkmale der Zielgruppe Arbeitslose

- Hohe gesundheitliche Belastungen
- Hoher Anteil **chronisch Kranker**
- **Medizinische Versorgung** i.R. von
 - DMP (Disease Management Program = medizinisches Behandlungsprogramm) bei Diabetes, Koronarer Herzkrankheit KHK, Asthma / COPD
 - Hausarztverträgen / Integrierter Versorgung
 - Nicht speziell für Arbeitslose, sondern bei bestimmten Erkrankungen
- gesundheitliche Belastungen / Einschränkungen sind unterschiedlich ausgeprägt
- **Teilweise** Potenziale für **Gesundheitskurse nach § 20 SGB V**

Der **Setting** – Ansatz für **Arbeitslose**

- Zielgruppe wird vor Ort aktiv angesprochen
- „Vor Ort“ heißt in diesem Kontext:
 - Job Center / AA / Massnahmen- und Bildungsträger
- Inanspruchnahme wird vereinfacht:
- Teilnehmer muss nicht in Vorleistung treten
- Kein Eigenanteil bzw. „Rabatt“ des Kursanbieters
- Bei unregelmässiger Teilnahme anteilige Honorare für den Kursanbieter
- Keine Sanktionen bei Abbruch durch den Teilnehmer
- **Ziel: Rahmenvereinbarung** zwischen den **Krankenkassen** und **Präventionsanbietern**, die speziell für die Zielgruppe Arbeitslose einen niedrigschwelligen Zugang ermöglicht

Wie läuft es praktisch ab?

- potenzieller Teilnehmer wird im JC / AA / beim Träger angesprochen (gesundheitsmotivierendes Gespräch)
- bei erfolgreichem Gespräch wird die Teilnahme an einem Präventionsangebot vereinbart und während des Gesprächs die Anmeldung dazu ausgefüllt
- Interessent geht mit Anmeldung zum Präventionsanbieter und meldet sich an (alternativ E-Mail an Anbieter) **oder** Angebot wird direkt vor Ort (beim Träger, im JC / AA) durchgeführt
- Interessent nimmt am Angebot teil und bestätigt Anwesenheit durch Unterschrift auf der Teilnahmebescheinigung
- Anbieter rechnet am Ende des Angebotes direkt mit der federführenden Krankenkasse ab

Finanzielle Ressourcen der Krankenkassen Stand 2016

- Budget **je Versicherten** von **2 Euro** pro Jahr für die Gesundheitsförderung und Prävention in den sog. ausserbetrieblichen Lebenswelten
 - davon gehen direkt 45 Cent an die BZgA für kassenübergreifende Aktivitäten
 - zum Beispiel Fortsetzung und Ausbau des Modellprojekts zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen
 - „übrig“ bleiben 1,45 Euro je Versicherten.
 - diese 1,45 Euro beziehen sich auf alle Versicherten einer Krankenkasse, also in den meisten Fällen auf das gesamte Bundesgebiet (Ersatzkassen, die meisten BKK's, Knappschaft) oder ein oder mehrere Bundesländer (AOK, IKK; Sonderfall NRW mit 2 AOK's)

Finanzielle Ressourcen der Krankenkassen

Rolle der BzgA

Bei 45 Cent je Versicherten ergibt sich ein Gesamtbetrag von ca. 32 Mio. Euro

- aus diesem Budget werden im Auftrag der Krankenkassen
 - zentrale Aufgaben in den Bereichen wissenschaftliche Aufbereitung, Evaluation, Dokumentation definiert und umgesetzt
 - bundesweite Instrumente / Strukturen wie Internetseite, Portale und andere Medien entwickelt und betreut
 - zu bundesweiten Projekten Konzepte und Programme (weiter-) entwickelt
 - projektbezogene Budgets zur Verfügung gestellt, die lokal / regional bei der Umsetzung vor Ort genutzt werden können (aktuelles Beispiel: Ausweitung des Modellprojekts zur Gesundheitsförderung für Arbeitslose

Lokale und landesweite finanzielle Ressourcen der Krankenkassen 2

Verteilung hängt ab von

- kassenartenübergreifenden Aktivitäten / Projekten auf Landesebene
 - Rolle des MGEPA, des MAIS und der Landesgesundheitskonferenz
- lokalen oder regionalen Schwerpunkten einer Krankenkasse
- oder (Pilot-) Standorten für Projekte
- vorhandenen Strukturen vor Ort (Geschäftsstellen, Kompetenzen, Budgets)

Lokale und landesweite finanzielle Ressourcen der Krankenkassen

- wie **aktiv** engagiert sich eine Krankenkasse in einer Kommune / einem Kreis?
- wie gut ist eine Krankenkasse vor Ort **vernetzt**?
- wie viele **Projekte / Aktivitäten** unterstützt sie auf lokaler, regionaler oder bundesweiter **Ebene**?
 - Beispiel der Förderung von Projekten von Selbsthilfegruppen: Hier haben sich einige Krankenkassen aus der lokalen Förderung herausgenommen
- wie viele **Kunden / Versicherte** hat eine Krankenkasse in der Region?

Evaluation der Pilotkurse / **Erfahrungen** / **Lerneffekte**:

- Wurde die Zielgruppe erreicht und motiviert?
- Kamen die Tn (Teilnehmer) regelmässig?
- Wie wurden die Kursinhalte von den Tn bewertet?
- Einschätzung des Kursanbieters zur Machbarkeit des Konzepts
- Einschätzung der Mitarbeiter / Multiplikatoren vor Ort
- Welche Themen / Handlungsfelder sind für die / aus Sicht der Zielgruppe geeignet / attraktiv?
- Kann / soll das Themenfeld Stressbewältigung erweitert werden in Richtung des Konzeptes Job Fit?

Politische Rahmenbedingungen

- Empfehlung zur Zusammenarbeit zwischen der **Bundesagentur für Arbeit (BA)** und der **Gesetzlichen Krankenversicherung** zum Thema **Arbeitslosigkeit und Gesundheit** (Februar 2012)
- In 2014 startete das Modellprojekt in mehreren Kommunen / Kreisen i.R. des Setting-Ansatzes (**Unna** in NRW)
- Empfehlung der **kommunalen Spitzenverbände** und der **gesetzlichen Krankenversicherung** zur Zusammenarbeit im Bereich **Primärprävention** und **Gesundheitsförderung in der Kommune** (Mai 2013)
- Pilotprojekte in NRW in **Köln** und **Witten** im Jahr 2012
- Analog zur KGK in **Essen** Beschlüsse der **KGK Duisburg** und der **KGK Hagen** (KGK = Kommunale Gesundheitskonferenz)

Aktueller Stand im bundesweiten Projekt

Wer macht mit?

- Bundesweit haben 114 JC / AA ihre Interesse bekundet am Projekt teilzunehmen
- 60 Standorte (54 neue und 6 bisherige Standorte aus der ersten Modellphase wurden ausgewählt)
- Engpassfaktor bei der Auswahl: Krankenkasse, die die Federführung übernimmt
- in NRW 8 Standorte: Unna, Hamm, Bottrop, Gelsenkirchen, Essen, Duisburg, Wuppertal, Solingen
- Federführung:
 - Unna + Hamm: IKK classic + Novitas BKK
 - DU, E, GE, Bot: Novitas BKK
 - W und Solingen: noch offen

Finanzielle Rahmenbedingungen für die Standorte

- Budget von jeweils 40.000 Euro für Präventionsangebote für 2017 und 2018
- Mittel müssen beantragt werden von der federführenden Krankenkasse bei der BzgA
- Mittel werden der Kasse zur Verfügung gestellt durch die BzgA für anfallende Rechnungen
- Bei der Auswahl von Präventionsanbietern müssen die BHO (Bundeshaushaltsordnung) und somit die Vorgaben zur Vergabe und Ausschreibung von Angeboten beachtet werden
- Die genauen Modalitäten sind noch unklar!
- Das Budget kann nur für die Finanzierung von Präventionsangeboten der Krankenkassen verwendet werden!

Weiterer Ablauf / Strukturen vor Ort

- BzgA führt im Auftrag der Kassen zentrale Auftaktveranstaltungen durch für JC / AA und Federführer der beteiligten Kassen
- in NRW voraussichtlich in Köln bei der BzgA, Termin wahrscheinlich erst Anfang 2017
 - Informationen zum Projekt und zur weiteren Umsetzung
- interessierte JC / AA, die nicht ausgewählt wurden, sollen in 2017 zu einem späteren Zeitpunkt berücksichtigt werden, sodass dann ca. 120 Standorte bundesweit aktiv sind
- formale Punkte:
 - Kassen und JC / AA schliessen vor Ort Kooperationsvereinbarung
 - Kassen, BA / kommunale Spitzenverbände schliessen Vereinbarung auf Landesebene
 - Kassen schliessen untereinander auf Landesebene Vereinbarung

Es geht los – im Prinzip jetzt!

- Federführer der Kasse nimmt Kontakt auf mit JC / AA
- Austausch über Zielgruppen, Zugangswege, Ressourcen, Netzwerke, infrage kommende Partner / Unterstützer / Multiplikatoren
- gibt es vorhandene Netzwerkstrukturen, z.B. Arbeitsgruppen i.R. der kommunalen Gesundheitskonferenzen
- welche Kontakte gibt es vor Ort zwischen JC / AA zum Gesundheitswesen im weiteren Sinne?
- welche Erfahrungen gibt es beim JC / AA zum Thema Prävention
- welche Projekte / Massnahmen / Angebote von JC / AA können genutzt werden / ergänzen Präventionsangebote der Kassen?
- wer ist / sind Ansprechpartner bei JC / AA für den Federführer?

Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK)

- NPK ist ein neues und sehr großes zentrales Gremium auf Bundesebene

Mitglieder mit Stimmrecht:

- Gesetzliche Krankenversicherung: GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen (zwei Sitze)
- Soziale Pflegeversicherung: GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Pflegekassen (zwei Sitze)
- Gesetzliche Unfallversicherung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (jeweils ein Sitz)
- Gesetzliche Rentenversicherung: Deutsche Rentenversicherung Bund (zwei Sitze)
- [Im Falle einer angemessenen finanziellen Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung an Programmen und Projekten im Sinne dieser Bundesrahmenempfehlungen erhält der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e.V. einen Sitz mit Stimmrecht]

Mitglieder mit beratender Stimme:

- Bundesministerien (vier Sitze)
- Landesministerien (vier Sitze)
- Deutscher Städtetag (ein Sitz)
- Deutscher Landkreistag (ein Sitz)
- Deutscher Städte- und Gemeindebund (ein Sitz)
- Bundesagentur für Arbeit (ein Sitz)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (ein Sitz)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (ein Sitz)
- Patientenvertretung nach § 140f SGB V (zwei Sitze)
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (als Vertretung des Präventionsforums) (ein Sitz)

Aufgabe der NPK

Festlegung

- gemeinsamer Ziele
 - Ziel Gesund aufwachsen
 - Ziel Gesund leben und arbeiten
 - Ziel Gesund im Alter ⁽¹²⁾
- vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen,
- zu beteiligender Organisationen und Einrichtungen sowie
- zu Dokumentations- und Berichtspflichten ^(Seite 5)

Rolle der Lebenswelten

Lebenswelten sind für die Gesundheit **bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme** insbesondere des **Wohnens**, des **Lernens**, des **Studierens**, des **Arbeitens**, der **medizinischen** und **pflegerischen Versorgung**, der **Freizeitgestaltung** und des **Sports**. Dazu zählen insbesondere:

- Kommunen
- Kindertagesstätten
- Sonstige Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Freizeitgestaltung
- Allgemeinbildende und berufsbildende Schulen
- Hochschulen
- Betriebe
- Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen
- Einrichtungen der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung.
- **Die Kommune (auch Stadtteil/Quartier) ... von besonderer Bedeutung, weil sie die anderen in der Aufzählung genannten Lebenswelten umgreift. (5,6)**

Merkmale einer **Kommune** / eines Kreises

Hoher Anteil an

- Arbeitslosen,
- MigrantInnen,
- älteren Menschen ⁽⁶⁾

Beispiel **Kita**:

- Ermöglichung ausreichender Bewegung und gesunder Verpflegung in Schulen und Kitas sowie bei der
- Resilienzförderung und Gewaltprävention ⁽¹³⁾

Beispiel zur **Lebenswelt**: **Arbeitslose**

- ungünstigere Gesundheitschancen (Indikatoren:
- niedriger Bildungsstand,
- niedrige berufliche Stellung bzw. Erwerbslosigkeit und
- geringes Einkommen) ⁽⁶⁾

- (1) Mit einer zeitlich und inhaltlich auf den individuellen Krankheitsverlauf abgestimmten, qualitätsgesicherten rheumatologischen Versorgung, innerhalb derer der Rheumatologe mit seinem Praxisteam als Casemanager fungiert und der betreuende Hausarzt den Patienten kontinuierlich wohnortnah begleitet, lassen sich in einer optimierten, multidisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit aller Beteiligten (Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Physio- und Ergotherapeuten sowie den Selbsthilfe-Organisationen Deutsche Rheuma-Liga, Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew) sowohl die Lebensqualität der betroffenen Patienten deutlich erhöhen als auch der Einsatz aller Ressourcen wirtschaftlich gestalten. Durch qualitativ beste sowie schnellere und konsequentere Krankheitskontrolle sollen folgende Ziele erreicht werden:
- a) frühzeitige Identifikation des Patienten
 - b) sinnvolle Zuweisung des Patienten durch vorhergehendes Screening des Patienten durch den behandelnden Hausarzt
 - c) kürzere Arbeitsunfähigkeit
 - d) Sicherung der dauerhaften Erwerbsfähigkeit
 - e) weniger stationäre Behandlungen durch enge Begleitung des Patienten
 - f) frühzeitige Einleitung einer Rehabilitation
 - g) verminderte Folgekosten in der Langzeitbehandlung
 - h) höhere Lebensqualität und
 - i) gute Chancen auf Remissionsinduktion
 - j) Beantwortung von Kassenanfragen zum Gesundheitszustand des Patienten möglichst kurzfristig innerhalb von 3 Arbeitstagen durch den behandelnden Arzt der Ebene 2.
 - k) wirtschaftliche Verordnung von Medikamenten

(2) Die Versorgung von Patienten erfolgt in der Regel auf drei Versorgungsebenen:

- Ebene 1: Hausärzte gem. § 4 Abs. 3
- Ebene 2: internistische Rheumatologen gem. § 4 Abs. 4
- Ebene 3: stationäre Versorgungseinrichtungen (einschließlich Rehabilitationseinrichtungen)

§ 3 Maßnahmen

Zur Umsetzung der durch diesen Vertrag verfolgten Ziele vereinbaren die Vertragsparteien folgende Maßnahmen:

- Koordination der medizinischen Behandlung, insbesondere der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit den an der Behandlung beteiligten Ärzten,
- zur schriftlichen Information (Arztbrief) des Hausarztes über die Diagnosestellung und Behandlungsmaßnahmen, sofern sich aufgrund der fachärztlichen Behandlung Änderungen des Befundes, der Diagnose, der Therapie oder der Medikation ergeben,
- den rechtzeitigen Zugang zum Rheumatologen ohne längere Wartezeiten bei Krankheitsverdachtsfällen („Frühdiagnostik“) und bei Patienten mit einem akuten Krankheitsschub,
- die für die „Frühdiagnostik“ der Krankheitsaktivität erforderlichen zeitaufwändigen Ultraschalluntersuchungen,
- die ggf. mehrfach im Quartal notwendigen Wiedervorstellungen („tight control“), um schnell und ggf. ohne teure Biologika eine Krankheitskontrolle zu ermöglichen,
- die Verfügbarkeit von Infusionseinheiten, in welchen die nur mit mehrstündigen Infusionen anwendbaren Medikamente zum Einsatz kommen können,
- die Einbindung speziell fortgebildeter „Rheumatologischer Fachassistenz“ in die Kontrollstrategien und die Dokumentation sowie zur Optimierung der interdisziplinären Schnittstellen,
- die regelmäßige Bedarfsprüfung und Veranlassung rehabilitativer Leistungen,
- die Verordnung und Kontrolle rheumagerechter Heil- und Hilfsmittel,
- die ambulante Patientenschulung und die Veranlassung eines kontinuierlichen Funktionstrainings/Rehabilitationssports und
- Arzneimittelkontrolle und WHO gerechte Schmerzmedikation.

Psychische Erkrankungen sind größtes Vermittlungshemmnis bei Langzeitarbeitslosen

Heike Friedewald *Presse- und Öffentlichkeitsarbeit*

Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Psychosoziales Coaching in Jobcenter Leipzig zeigt große Erfolge – Ausweitung in andere Regionen geplant

Leipzig, 6. November 2014 – Ein Leipziger Pilotprojekt zeigt: Die Mehrheit der älteren Langzeitarbeitslosen (66%) leidet an **psychischen Erkrankungen**, die bisher nicht erkannt oder nicht optimal behandelt wurden. Diese sind häufig eine wichtige Ursache der Arbeitslosigkeit und verhindern die Reintegration in den Arbeitsmarkt.

In Leipzig wurde seit 2011 das Modellprojekt „Psychosoziales Coaching“ erprobt, das sich psychische Erkrankung als beseitigbares Vermittlungshemmnis zuwendet. Ziel des Interventionsprogramms ist es, nicht oder nicht optimal behandelte **psychische Erkrankungen** bei älteren Langzeitarbeitslosen zu erkennen und die betroffenen Personen Hilfe zu vermitteln. „Viele glauben, dass Langzeitarbeitslose durch die Arbeitslosigkeit psychisch erkranken. Häufig besteht eher ein umgekehrter Zusammenhang: Depressionen aber auch andere psychische Erkrankungen führen zu Arbeitslosigkeit und erschweren den Weg zurück in die Arbeit. Hier setzen wir mit dem **Psychosozialen Coaching** an: Wir sorgen dafür, dass die psychischen Erkrankungen gut behandelt werden und steigern damit die Chancen für den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben.“ sagt Prof. Dr. Ulrich Hegerl, Projektleiter und Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Depressionshilfe.

Über 90% der Betroffenen nicht optimal **behandelt**

Seit Beginn des Modellprojekts des Jobcenters und der Medizinischen Fakultät in Leipzig im Mai 2011 wurden 852 Klienten beraten:

Davon wiesen 560 (**66%**) mindestens eine **psychische Erkrankung** auf. Von diesen 560 psychisch erkrankten Klienten wurden lediglich 35 (6%) bereits optimal, d.h. leitlinienkonform, behandelt. Dagegen erhielten 525 Klienten (94%) keine bzw. lediglich eine unzureichende Behandlung.

In der Einzelberatung bekamen die Betroffenen **Behandlungsempfehlungen** und wurden bei der **Suche nach einem Behandlungsplatz begleitet**. Eine fachärztliche und/oder psychotherapeutische Behandlung wurde 329 Klienten (63%) ohne Behandlung bzw. mit unzureichender Behandlung empfohlen. Beratungsstellen (z.B. bei Suchtproblematiken) wurden 85 Klienten (16%) und sonstige psychosoziale bzw. medizinische Versorgungsangebote 76 Klienten (15%) empfohlen.

24% der Teilnehmenden am Psychosozialen Coaching haben inzwischen wieder eine sozialversicherungspflichtige Arbeit aufgenommen, was eine unerwartet hohe Reintegrationsrate darstellt. „Das Psychosoziale Coaching ist damit ein wirkungsvoller Baustein, der Barrieren für die Vermittlung in den Arbeitsmarkt abbaut.“ so Prof. Ulrich Hegerl von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe.

Ausweitung auf andere Städte

Über die Stiftung Deutsche Depressionshilfe soll das erfolgreich erprobte Konzept nun auf andere Regionen Deutschlands übertragen werden. „Wir haben mit dem Modellprojekt in Leipzig gesehen, dass viele psychische Erkrankungen ein gut zu beseitigendes Vermittlungshemmnis sind. Deshalb hat die Stiftung Deutsche Depressionshilfe nun eine Koordinationsstelle eingerichtet, welche das Konzept auf andere Regionen auszuweiten und somit ein Netzwerk Psychosoziales Coaching aufbauen will. Ein weiteres Ziel ist es, das Angebot an andere Altersgruppen anzupassen.“ fügt Prof. Ulrich Hegerl hinzu. Unterstützt wird die Stiftung Deutsche Depressionshilfe hierbei durch die Deutsche Bahn Stiftung, mit der seit 2014 eine Kooperation besteht.

Über das Psychosoziale Coaching

Im Rahmen des Programmes werden Vermittlungsfachkräfte in den Jobcentern von Mitarbeitern des Psychosozialen Coachings geschult, Hinweise auf psychische Erkrankungen zu erkennen. Betroffenen Kunden wird dann eine freiwillige Teilnahme am Psychosozialen Coaching angeboten.

Bei einem Erstgespräch mit einem Psychologen werden eine **ausführliche Anamnese** sowie ein **klinisches Diagnostikgespräch** durchgeführt. Im Anschluss erhält der Kunde Informationen zu seiner psychischen Erkrankung, eine Beratung zu Behandlungsmöglichkeiten, Kurzinterventionen und die Möglichkeit an Gruppenprogrammen (Entspannung, Stressbewältigung, Aktiver Alltag, Kontakt und Kommunikation) teilzunehmen. Ein Betroffener sagt dazu: „Mir hat das Psychosoziale Coaching sehr geholfen. Ich wurde durch die Gruppenprogramme offener und konnte mit Anderen Kontakte schließen. Mithilfe der Psychologinnen habe ich neuen Mut gefasst und wieder eine Tätigkeit aufgenommen.“