

# Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



<b>Konsortialführung:</b>	BKK Dachverband e.V., Abteilung Gesundheitsförderung
<b>Förderkennzeichen:</b>	01NVF16027
<b>Akronym:</b>	BGM-innovativ
<b>Projekttitel:</b>	Arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen
<b>Autoren:</b>	Thomas Moormann und Dr. Anke Siebeneich
<b>Förderzeitraum:</b>	1. April 2017 – 31. März 2021

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>3</b>
<b>II. Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>4</b>
<b>III. Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Zusammenfassung</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Beteiligte Projektpartner</b> .....	<b>7</b>
<b>3. Hintergrund, Projektziele, Fragestellungen und Hypothesen</b> .....	<b>9</b>
3.1 Hintergrund.....	9
3.2 Projektziele .....	9
3.3 Fragestellungen/Hypothesen zum Projekt.....	10
<b>4. Projektdurchführung</b> .....	<b>10</b>
4.1 Implementierung .....	11
4.1.1 Auswahl der Unternehmen und der regionalen Kooperationspartner.....	11
4.1.2 Erstellung von Projektunterlagen.....	11
4.1.3 Schulung und Qualifizierung .....	11
4.1.4 Regionale Vernetzung und Good-Practice-Austausch .....	12
4.2 Intervention .....	13
4.2.1 Modul A „Frühintervention“ .....	13
4.2.2 Modul B „Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation“ .....	14
4.2.3 Modul C „Jobmatch“ .....	14
4.2.4 Allgemeine Ein- und Ausschlusskriterien .....	15
4.2.5 Rekrutierung, Einsteuerung und Fallmanagement .....	15
4.3 Rechtsgrundlage für die neue Versorgungsform .....	17
<b>5. Methodik</b> .....	<b>17</b>
5.1 Effektevaluation (summative Evaluation).....	18
5.2 Prozessevaluation (Formative Evaluation).....	20
5.3 Fallzahlen und Dropouts .....	20
<b>6. Projektergebnisse</b> .....	<b>22</b>
6.1 Ergebnisse der Effektevaluation (Summative Evaluation) .....	22
6.1.1 Primäre und sekundäre Outcomes .....	25
6.1.2 Auszüge aus EFL-Testergebnissen .....	28

6.1.3	Zufriedenheit mit dem BGM-i-Programm und Akzeptanz der Maßnahmen .....	28
6.2	<i>Ergebnisse der Prozessevaluation (Formative Evaluation)</i> .....	30
6.2.1	Eigenschaften/ Eigenwahrnehmung Fallmanager:in .....	31
6.2.2	Interaktion mit Versicherten .....	32
6.2.3	Passfähigkeit.....	33
6.2.4	Lokaler Austausch und akteursübergreifende Zusammenarbeit der Netzwerkpartner:innen .....	33
6.2.5	Überregionaler Austausch und Zusammenarbeit der Netzwerkpartner:innen .....	35
6.2.6	Strukturelle Bedingungen (in der Organisation) .....	35
6.2.7	Studiendesign und Sonstiges.....	36
<b>7.</b>	<b>Diskussion der Projektergebnisse</b> .....	<b>36</b>
<b>8.</b>	<b>Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung</b> .....	<b>38</b>
8.1	<i>Beitrag zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung</i> .....	38
8.2	<i>Fortführung des Projektes und Übertragbarkeit</i> .....	39
<b>9.</b>	<b>Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen</b> .....	<b>42</b>
<b>10.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>44</b>
<b>11.</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>46</b>
<b>12.</b>	<b>Anlagen</b> .....	<b>46</b>

## I. Abkürzungsverzeichnis

AU	Arbeitsunfähigkeit
BA	Interviews mit Betriebsärzt:innen
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BeReKo	Das betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGM-iF	Koordinierendes Fallmanagement (Interventionsgruppe)
BGM-IS	Unterstütztes Selbstmanagement (Vergleichsgruppe)
BKK	Betriebskrankenkasse(n)
BKK DV	BKK Dachverband
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EFL	Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (von Susan Isernhagen in den USA entwickeltes Testverfahren mit 29 standardisierten funktionellen Leistungstests zur Untersuchung der Belastbarkeit für häufige physische Funktionen der Arbeit)
FG	Fokusgruppe mit Fallmanager:innen
IG	Interventionsgruppe
KG	Kontroll-/Vergleichsgruppe
MBOR	Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation (arbeitsplatzbezogene Rehabilitation)
MSE	Muskel-Skelett-Erkrankungen
SGB	Sozialgesetzbuch
TuT	Interviews mit Mitarbeiter:innen aus den Test- und Trainingszentren

## II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Regionales Netzwerk .....	12
Abbildung 2: Ablauf der Einsteuerung .....	16
Abbildung 3: Evaluationsdesign .....	18
Abbildung 4: Flow-Chart.....	23
Abbildung 5: Themenaspekte der bei der Implementierung förderlichen und hemmenden Faktoren .....	31

## III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Konsortial- und Kooperationspartner .....	7
Tabelle 2: Primäre und sekundäre Outcomes der summativen Evaluation .....	18
Tabelle 3: Fallzahlen und Dropouts.....	21
Tabelle 4: Soziodemographische Daten der Stichprobe nach Modulen.....	24
Tabelle 5: Kumulierte MSE-spezifische AU-Tage .....	25
Tabelle 6: Modulunabhängige Intragruppenzeitvergleiche (Baseline t0 vs. Follow-up t1) getrennt für die Gruppen BGM-iF und BGM-iS .....	26
Tabelle 7: Modulspezifische Gruppenvergleiche zur Baseline t0 und zum Follow-up t1 .....	27
Tabelle 8: Intragruppenzeitvergleiche (Baseline t0 vs. Follow-up t1) getrennt für die Gruppen BGM-iF und BGM-iS im Modul A .....	27
Tabelle 9: Intragruppenzeitvergleiche (Baseline t0 vs. Follow-up t1) getrennt für die Gruppen BGM-iF und BGM-iS im Modul B.....	28
Tabelle 10: Allgemeine Zufriedenheit der Studienteilnehmenden mit dem Programm und Akzeptanz der Maßnahmen im Gruppenvergleich .....	29
Tabelle 11: Modulspezifische Intragruppenzeitvergleiche zur Motivationslage der Studienteilnehmenden und Zuversicht in Wirksamkeit der Maßnahmen .....	30

## 1. Zusammenfassung

### Hintergrund (Ausgangslage, Ziele und Fragestellungen)

Rund 80 % der deutschen Bevölkerung sind mindestens einmal im Leben von einer Muskel-Skelett-Erkrankung (MSE) betroffen. Mehr als 150 Krankheitsbilder und Syndrome fallen unter die Gruppe der MSE, die für ca. ein Drittel aller Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) verantwortlich ist.

Ziel des Projektes „BGM-innovativ“ ist es, eine gezielte und auf die individuellen Bedürfnisse der Beschäftigten ausgerichtete Antwort auf den spezifischen Bedarf an gesundheitlicher Versorgung in Unternehmen zu bieten. MSE-Erkrankungen bzw. deren Chronifizierung sollen so vermieden, die Fehlzeiten verkürzt und die Beschäftigungsfähigkeit gestärkt werden.

Um diesen neuen Ansatz in der Versorgung zu überprüfen, wurden folgende Fragestellungen untersucht: Hat das Programm BGM-innovativ einen positiven Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und die MSE-bedingten AU-Tage der Versicherten? Reduziert BGM-innovativ Schmerz und erhöht das Programm die Selbstwirksamkeit der teilnehmenden Beschäftigten? Ist das BGM-innovativ-Programm bezogen auf diese Outcomes effektiver als die Regelversorgung? Was sind aus Sicht der beteiligten Akteure die fördernden und hemmenden Faktoren für die Implementierung von BGM-innovativ?

### Methodik

BGM-innovativ ist multimodal aufgebaut und sieht systematische, arbeitsplatzbezogene, defizit- bzw. symptomorientierte und sektorenübergreifende Versorgungsmaßnahmen vor. Je nach Krankheitsstadium sind dies Maßnahmen der Frühintervention (Modul A), der Rehabilitation (Modul B) oder des Jobmatchs (Modul C). Modul A fokussiert Versicherte mit (sub-/chronischen) MSE ohne besondere Auffälligkeiten in den AU-Zeiten. Auf Basis einer arbeitsplatzbezogenen Eingangstestung, die eine valide Aussage über weitere berufliche Prognosen ermöglicht, folgt ein 3-monatiges - auf die beruflichen Anforderungen ausgerichtetes - Training sowie ein Abschlusstest zur Erfolgskontrolle. Im Modul B werden die Versicherten mit mittelschweren bis schweren MSE versorgt, deren Erwerbsfähigkeit gemindert oder erheblich gefährdet ist. Bei den Versicherten finden sich Arbeitsunfähigkeiten von bis zu sechs Wochen bzw. häufige kürzere AU-Zeiten auf Grund der MSE-Erkrankung. Durch eine multimodale orthopädische Rehabilitationsmaßnahme soll erreicht werden, dass die Versicherten wieder gesund und leistungsfähig an den alten Arbeitsplatz zurückkehren. Im Fokus von Modul C stehen Beschäftigte mit schweren MSE sowie AU-Zeiten von über 6 Wochen, bei denen der Verlust des Arbeitsplatzes unmittelbar droht. In einer zweitägigen ambulanten Maßnahme werden eine vollständige EFL-Testung und eine psychologische Begutachtung durchgeführt. Basierend auf diesen Testergebnissen sowie einem orthopädischen Fachgutachten erfolgt eine Beurteilung der weiteren oder alternativen betrieblichen Einsatzfähigkeit und ggf. die Einleitung weiterer erforderlicher medizinischer Maßnahmen (z.B. Rehabilitation Modul B, stufenweise Wiedereingliederung, Training, berufliche Rehabilitation/Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben).

Alle Prozesse werden zwischen Unternehmen, Betriebskrankenkasse (BKK) und Rentenversicherung abgestimmt und durch das Fallmanagement der BKK koordiniert.

Zur angemessenen Berücksichtigung der Heterogenität und Komplexität der neuen Versorgungsform wurde das Projekt mit einem Mixed-Methods-Design (summative Evaluation kombiniert mit einer formativen Evaluation) untersucht. Im Rahmen einer RCT-Studie wurde die Interventionsgruppe (BGM-innovativ-Programm, Gruppe: koordiniertes Fallmanagement) mit einer Kontroll-/Vergleichsgruppe (Anlehnung an die Regelversorgung, Gruppe: unterstütztes

Selbstmanagement) hinsichtlich spezifischer Outcomes verglichen. Zur Aufdeckung förderlicher und hemmender Faktoren wurden Fokusgruppen und telefonische Experteninterviews durchgeführt.

## **Ergebnisse und Diskussion**

Nach den Ergebnissen der modulunabhängigen Auswertung im Rahmen der summativen Evaluation hatten die Studienteilnehmenden sowohl in der Interventionsgruppe „koordiniertes Fallmanagement“ als auch in der Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ weniger schmerzbedingte Beeinträchtigungen, eine höhere Arbeitsfähigkeit sowie geringere MSE-bedingte AU-Tage. Gemessen mit den Auszügen aus dem Deutschen Schmerzfragebogen erzielte die Interventionsgruppe insgesamt bessere schmerzbezogene Ergebnisse.

Im Vergleich zu den Zeitpunkten vor und nach der Intervention konnten sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe gesundheitliche Verbesserungen nachgewiesen werden. Nach der Intervention hatten die Studienteilnehmenden eine höhere Arbeitsfähigkeit, weniger MSE-bedingte AU-Tage sowie eine geringere schmerzbedingte Beeinträchtigung (Disability Tage, Disability Score, Schmerzintensität). In der Interventionsgruppe wurde eine mittlere Reduktion der MSE-bedingten AU-Tage von 28,7 auf 18,3 Tage und eine Reduktion der schmerzbedingten Beeinträchtigungen von 53,0 auf 40,1 (von 100 Punkten) erzielt. Die Reduktion der schmerzbedingten Beeinträchtigungen von ca. 24 % kann als klinisch relevant bewertet werden. In der Vergleichsgruppe wurde eine mittlere Reduktion der AU-Tage von 28,5 auf 13,3 Tage sowie eine Reduktion der Schmerzen von 54,0 auf 45,9 (von 100 Punkten) erreicht. Die Motivation und Zuversicht in die Wirksamkeit der Maßnahmen war in beiden Gruppen insgesamt hoch, in der Interventionsgruppe aber etwas stärker ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe.

Im Zusammenhang mit den in Modul A bei der Interventionsgruppe durchgeführten arbeitsplatzbezogenen Eingang- und Ausgangstestungen konnte nach der Intervention bei den Parametern Ausdauer, Koordination in mehr als 70 % der Fälle eine Verbesserung festgestellt werden. In Bezug auf Beweglichkeit und Kraft war in über 85 % der Fälle eine Verbesserung nachweisbar.

Im Rahmen der Prozessevaluation wurden zudem Faktoren identifiziert, die für die Einführung und Weiterführung des Programms wichtig sind.

Gemessen am Versichertenpotenzial in den teilnehmenden Unternehmen ist die Rekrutierung niedriger ausgefallen als erwartet, was letztlich auch einen Einfluss auf die Ergebnisse hatte. Um die Versicherten der Vergleichsgruppe für die Teilnahme an der Studie zu gewinnen, erhielten diese mehr Informationen zu Angeboten bzw. ergänzende Hinweise, um sie beim Selbstmanagement ihrer Beschwerden zu unterstützen, als es in der regulären Versorgung der Fall gewesen wäre. Ein Faktor, der bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen ist.

## 2. Beteiligte Projektpartner

Die folgende Tabelle zeigt die beteiligten Konsortialpartner, darunter 15 Betriebskrankenkassen (BKK) und zwei wissenschaftliche Institute, sowie die Kooperationspartner.

**Tabelle 1: Konsortial- und Kooperationspartner**

Institution	Rolle und Verantwortlichkeit	Ansprechpartner:in
BKK Dachverband	Konsortialführung	Thomas Moormann Dr. Anke Siebeneich
BKK Akzo Nobel Bayern	Konsortialpartner  Fallmanagement: Rekrutierung, Aufklärungsgespräche, Durchführung der Randomisierung, Koordination aller Abläufe, Fallführung, Dokumentation, Kommunikation mit Evaluator, Netzwerkarbeit  Projektleitung: Aufbau der Strukturen vor Ort und Sicherstellung der Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards, Schnittstelle zum Gesamtnetzwerk, Berichtspflichten	Thorsten Hegmann
BMW BKK		Christoph Arntzen
BKK Freudenberg		Christina Pfefferle
Koenig & Bauer BKK		Ralf Dernbach
BKK Mahle		Nicole Müller-Coonan
Novitas BKK		Holger Russ
pronova BKK		Maike Brockmeyer
BKK Public		Susanne Meyer
BKK PwC		Roberto Huke
BKK Salzgitter		Susanne Meyer
Siemens-BKK		Andrea Koch
SKD BKK		Martin Breunig
TUI BKK		Susanne Meyer
VIACTIV Krankenkasse		Jürgen Clemens
Wieland BKK		Jürgen Schneider
Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln (IMVR)	Konsortialpartner <ul style="list-style-type: none"> <li>wissenschaftlichen Begleitung (Evaluation)</li> </ul>	Prof. Holger Pfaff
Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik der Universität zu Köln (IMSB)	Konsortialpartner <ul style="list-style-type: none"> <li>Randomisierung und Biometrie (Evaluation)</li> </ul>	Prof. Martin Hellmich
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation	Kooperationspartner <ul style="list-style-type: none"> <li>Rahmenvertragspartner für den BKK Dachverband bzw. für die Beteiligung der Leistungserbringer im Modul A und C</li> </ul>	Christof Lawall
Rentenversicherungsträger	Kooperationspartner <ul style="list-style-type: none"> <li>Rehabilitationsmaßnahmen in Modul B: Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation (MBOR)</li> </ul>	

Institution	Rolle und Verantwortlichkeit	Ansprechpartner:in
BMW AG	Kooperationspartner <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vermittlung der Aufgaben der Arbeitsmedizin und der erforderlichen Zusammenarbeit der Betriebsärzte mit den weiteren Akteuren in den Basisschulungen des Projekts</li> </ul>	Dr. Guido Engelhardt
	Kooperationspartner <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auswahl und Akquise der Test- und Trainingseinrichtungen</li> <li>▪ Erstellung des Projekthandbuchs, Konzeption und Durchführung der Basis-, Vertiefungsschulungen der Hauptakteure (Fallmanager, Betriebsärzte, Mitarbeiter Test-/Trainingseinrichtungen)</li> <li>▪ Begleitung der Fallmanager und der weiteren Akteure bei der Bewältigung ihrer Projektaufgaben</li> </ul>	Dr. Birgit Leineweber
Salzgitter AG	Kooperationspartner <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vermittlung der besonderen betrieblichen Aspekte und Abläufe im Rahmen der Basisschulungen</li> </ul>	Bernd Marquardt
Ambulantes Reha Centrum Braunschweig GmbH	Kooperationspartner, Leistungserbringer <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vermittlung der erforderlichen Kenntnisse zu speziellen Testverfahren in BGM-innovativ (EFL-Testung, David-Test, IPN-Test, PACT-Test und weitere), zum arbeitsplatzbezogenen EFL-Training sowie zur MBOR in den Basisschulungen des Projekts.</li> <li>▪ Telefonische Beratung (Coaching) zur Unterstützung der Fallmanager und der Mitarbeiter der Test- und Trainingseinrichtungen bei der Bewältigung ihrer Projektaufgaben</li> </ul>	Gerhard Schnalke Claudia Sachtler
Medical Contact AG	Fallmanagement der VIACTIV Krankenkasse	N.N.

### 3. Hintergrund, Projektziele, Fragestellungen und Hypothesen

#### 3.1 Hintergrund

Rund 80 % der deutschen Bevölkerung sind mindestens einmal in ihrem Leben von einer Muskel-Skelett-Erkrankung (MSE) betroffen (Knieps und Pfaff 2015). Mehr als 150 Krankheitsbilder und Syndrome fallen unter die Gruppe der MSE, die für ca. ein Drittel aller Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) verantwortlich ist. Mit steigendem Alter steigt die Häufigkeit von MSE-bedingten Arbeitsausfällen. Laut dem Robert-Koch-Institut rangieren die MSE bezogen auf die Höhe der direkten Behandlungskosten an dritter Stelle und sind zudem bei Männern der häufigste, bei Frauen der zweithäufigste Grund für eine Frühberentung (Robert-Koch-Institut, 2006). Somit ist die Diagnosegruppe der MSE höchst relevant, wenn es um Lösungsstrategien für die Reduzierung von Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung geht.

Bedingt durch die demografische Entwicklung wird der Anteil der Erwerbstätigkeiten im mittleren und höheren Alter weiter ansteigen. Prognosen zufolge wird das gesamte Erwerbspotenzial ab 2025 um ca. 15 % abnehmen (Huber et al. 2002). MSE sind bei älteren Beschäftigten bereits häufig vertreten und haben das Potenzial zur Verschlimmerung. Durch eine arbeitsplatznahe und individuelle Behandlung gilt es, im Versorgungssystem die Auswirkungen der Erkrankungen abzumildern sowie eine Verschlimmerung im Verlauf möglichst zu verhindern.

In einem Gutachten des Instituts für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft wird auf gravierende Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Versorgungssektoren bei der Behandlung von MSE hingewiesen. Die verschiedenen Sozialversicherungsträger stehen zwar vor ähnlichen Handlungsbedarfen bei präventiven, kurativen und rehabilitativen Behandlungs-, Versorgungs- und Unterstützungsleistungen, aktuell finden deren Maßnahmen jedoch in aller Regel nebeneinander und unkoordiniert statt (Jahn et al. 2015).

Ein fehlender Arbeitsplatzbezug in den bestehenden Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen sorgt häufig für eine unspezifische Therapie (z.B. allgemeines Muskelaufbautraining), die den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht wird. Arbeitsmediziner:innen, die eine detaillierte Arbeitsplatzbeschreibung der Arbeitnehmer:innen bieten können, sind bisher kaum in den Versorgungsprozess im Rahmen von Arbeitsunfähigkeiten integriert. Vielmehr werden die medizinischen Behandlungen durch Vertragsärzt:innen eingeleitet, die in der Regel wenig Kenntnisse über die konkreten Anforderungen eines Arbeitsplatzes haben. Dies spielt auch bei der Reintegration nach Beendigung einer Rehabilitation eine entscheidende Rolle: Die meisten Arbeitgeber erhalten in der Regel nur unzureichende, teilweise allgemeingültige Informationen über die Einsatzfähigkeit der Beschäftigten seitens der Rehaklinik (Hesse et al. 2008). Gleichzeitig erhalten die zuständigen Rehabilitationseinrichtungen selten genaue Arbeitsplatzbeschreibungen, um die konkreten Arbeitsabläufe einschätzen und so passende Unterstützungsleistungen anbieten zu können.

#### 3.2 Projektziele

BGM-innovativ ist multimodal aufgebaut und sieht systematische, arbeitsplatzbezogene, defizit- bzw. symptomorientierte und sektorenübergreifende Versorgungsmaßnahmen vor. Je nach Krankheitsstadium sind dies Maßnahmen der Frühintervention, der Rehabilitation oder des Jobmatches.

Das Ziel des Projektes ist es, eine auf die individuellen Bedürfnisse der Arbeitnehmer:innen ausgerichtete Antwort auf den spezifischen Bedarf an gesundheitlicher Versorgung in Unternehmen zu bieten. Unternehmen und deren Mitarbeitende im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements sollen unterstützt werden, indem ein auf die jeweilige Arbeitsplatzsituation ausgerichteter Versorgungsmanagement etabliert wird, das in enger Abstimmung mit

den Fallmanager:innen der Betriebskrankenkassen und mit der gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführt wird. Mit diesem Vorgehen sollen MSE-Erkrankungen bzw. deren Chronifizierung vermieden, die Fehlzeiten verkürzt und die Beschäftigungsfähigkeit gestärkt werden.

### 3.3 Fragestellungen/Hypothesen zum Projekt

Um die Qualität und Wirksamkeit des neuen Versorgungsansatzes zu überprüfen, wurden folgende Fragestellungen untersucht:

- *Hat das Programm BGM-innovativ einen positiven Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und die MSE-bedingten AU-Tage der Versicherten?*
- *Reduziert BGM-innovativ Schmerz und erhöht das Programm die Selbstwirksamkeit der Versicherten?*
- *Ist das BGM-innovativ-Programm bezogen auf diese Outcomes effektiver als die Regelversorgung?*

Dazu wurden folgende Arbeitshypothesen überprüft:

- Hypothese 1: Die Versicherten der Interventionsgruppe „koordinierendes Fallmanagement“ haben nach dem Interventionszeitraum eine bessere Arbeitsfähigkeit als die Versicherten der Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“.
- Hypothese 2: Die Versicherten der Interventionsgruppe „koordinierendes Fallmanagement“, haben nach dem Interventionszeitraum geringere MSE-bedingte AU-Zeiten als die Versicherten der Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“.
- Hypothese 3: Die Versicherten der Interventionsgruppe „koordinierendes Fallmanagement“, haben nach dem Interventionszeitraum weniger Schmerzen im Bewegungsapparat als die Versicherten der Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“.
- Hypothese 4: Die Versicherten der Interventionsgruppe „koordinierendes Fallmanagement“ haben nach dem Interventionszeitraum eine höhere Selbstwirksamkeit als die Versicherten der Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“.

Zudem wurden Hindernisse und begünstigende Faktoren bei der Implementierung ermittelt. Die Forschungsfrage hier war:

- Was sind aus Sicht der beteiligten Akteure die fördernden und hemmenden Faktoren für die Implementierung von BGM-innovativ?

## 4. Projektdurchführung

Das Versorgungskonzept hinter dem Projektnamen „BGM-innovativ“ für Versicherte mit MSE wurde ursprünglich in der Salzgitter AG entwickelt und wird dort bereits seit einigen Jahren im Rahmen eines „Betrieblichen Rehabilitationskonzepts“ (BeReKo) (Koch et al. 2012) praktiziert.

Die Innovation dieses Konzeptes liegt neben der sektorenübergreifenden Kooperation vor allem in der zentralen Rolle der Fallmanager:innen der Krankenkassen, die die spezifische situationsgerechte Versorgung zwischen den verschiedenen Akteuren (Beschäftigte, Krankenkasse, Betriebsarzt/-ärztin, medizinisches Versorgungssystem und Rentenversicherung) organisieren und koordinieren.

## 4.1 Implementierung

Die Implementierungsphase dauerte je nach Standort zwischen 4 und 6 Monaten und umfasste insbesondere die folgenden Maßnahmen.

### 4.1.1 Auswahl der Unternehmen und der regionalen Kooperationspartner

Vor dem Start des Projekts führten die BKK Gespräche mit potenziell geeigneten Unternehmen, um einerseits die Eignungsvoraussetzungen zu prüfen, wie hinreichende Anzahl der bei der BKK versicherten Beschäftigten, Verfügbarkeit der für die Trainings und Testungen benötigten Infrastruktur in räumlicher Nähe zum Unternehmen, andererseits aber auch, um die Bereitschaft der Unternehmensführung zur Unterstützung des Vorhabens zu klären. Denn neben der Bereitstellung von betriebliche Räumlichkeiten im Unternehmen für die Durchführung der Aufklärungsgespräche, musste das Unternehmen damit einverstanden sein, dass die Aufklärungsgespräche als Arbeitszeit angerechnet werden, die Belegschaft z.B. über das Aushängen von Plakaten, Auslegen von Flyern, Teilnahme an Betriebsversammlungen über das Projekt informiert werden, die Betriebsärzt:innen die Rekrutierung unterstützen, der Betriebsrat eingebunden wird und einiges mehr.

Neben den betrieblichen Akteuren waren die in die Leistungserbringung involvierten Akteure auszuwählen, also die Trainings-, Test- und Rehabilitationseinrichtungen. Die Auswahl erfolgte auf Basis der im Projektkonzept (siehe Anlage 1) festgelegten Qualitätsanforderungen.

### 4.1.2 Erstellung von Projektunterlagen

Damit die Informations- und Aufklärungsgespräche mit den interessierten Versicherten starten konnten und um ein einheitliches Vorgehen sicherzustellen, wurde eine Reihe von Dokumenten erstellt:

- Handbuch zum Fallmanagement als Ergänzung zu den Schulungen und als Grundlage zur Schaffung der für die Projektumsetzung notwendigen organisatorischen und logistischen Voraussetzungen, besonders in der BKK und im Unternehmen<sup>1</sup>
- Schulungsunterlagen für die Fallmanager:innen, Betriebsärzt:innen und die Akteur:innen der Test- und Trainingseinrichtungen
- Modulspezifische Vorlagen zur Fallführung für die Fallmanager:innen, Vorlagen und Muster zur Dokumentation der Testergebnisse, Trainingsplan-Vorlagen, Fallführungslisten zur Weitergabe an die Evaluatoren sowie Informationen für die Interventionsgruppe

Um auch die Versicherten der Vergleichsgruppe für einen vollständigen Durchlauf durch die Studie (mit Beantwortung beider Fragebögen) zu gewinnen, wurde eine Info-Mappe mit Informationen und Übungsanleitungen zum Selbstmanagement ihrer Beschwerden und Hinweisen zu Präventionsangeboten und Trainingsmöglichkeiten, Verordnungsmöglichkeit von Reha-Sport durch Haus- oder Facharzt und weitere Incentives erstellt.

### 4.1.3 Schulung und Qualifizierung

Um einen einheitlichen und qualitativ hochwertigen Programmablauf an allen teilnehmenden Standorten zu gewährleisten, wurde ein umfassendes, standardisiertes Schulungsprogramm konzipiert und durchgeführt.

---

<sup>1</sup> Der BKK Dachverband stellt Interessenten das BGM-i-Projekthandbuch für die interne Verwendung auf Nachfrage zur Verfügung, E-Mail an [Gesundheitsfoerderung@bkk-dv.de](mailto:Gesundheitsfoerderung@bkk-dv.de).

Die Fallmanager:innen, die Betriebsärzt:innen und die Vertreter:innen der Test- und Trainingseinrichtungen wurden in Basisschulungen auf ihre Rollen und Aufgaben vorbereitet. Inhalte waren medizinisches Basiswissen (Diagnosen, Anatomie, Physiotherapie), Sozialversicherungswissen (SGB V und SGB VI), fallbezogene Projektabläufe, sinnvolle und notwendige Kommunikation zwischen den Akteuren, die Betreuung und Begleitung der Studienteilnehmer:innen, die Versorgung in Interventions- und Vergleichsgruppe, die besonderen Aufgaben des Fallmanagements, die Testverfahren in den Modulen A und C, die Identifikation der Versicherten und ihre Einsteuerung, die Rolle und Aufgaben der betrieblichen Akteure im Projekt, der adäquate Einsatz der verfügbaren Formulare, der Ablauf der Randomisierung, die Dokumentation des jeweiligen Teilprojektes und die wissenschaftliche Evaluation einschließlich der Evaluationskriterien.

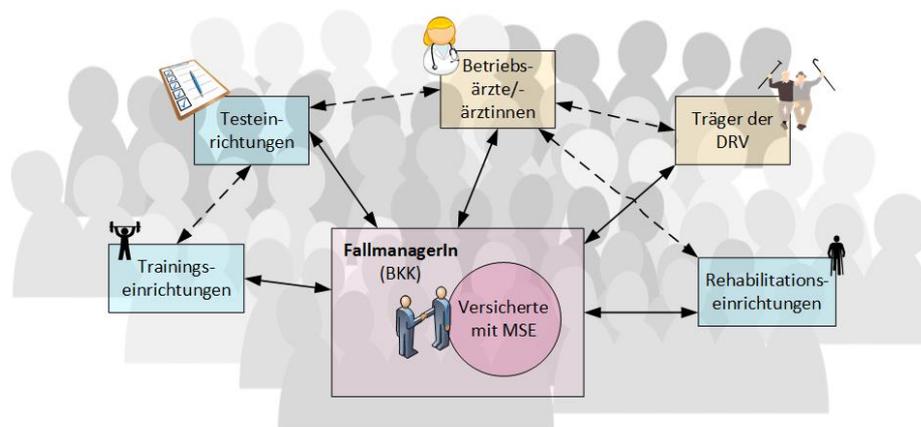
Auf die Basisschulungen folgten regionale Vertiefungsschulungen. An diesen haben jeweils die künftigen Netzwerkpartner:innen der Standorte gemeinsam teilgenommen, d.h. der/die Fallmanager/in der zuständigen BKK, der/die Trainer/in der Trainingseinrichtung, der/die Physiotherapeut/in der Testeinrichtung und ein Betriebsarzt/eine Betriebsärztin des Unternehmens.

Die Schulungen fanden soweit möglich in den Räumlichkeiten der externen Test- und/oder Trainingseinrichtung statt, um diese gemeinsam in Augenschein zu nehmen und das arbeitsteilige Vorgehen im Projekt zu besprechen. Viele BKK nutzten ebenfalls die Möglichkeit einer gemeinsamen Betriebsbegehung, um die Arbeitsplätze und typischen Tätigkeiten im Unternehmen kennenzulernen.

#### 4.1.4 Regionale Vernetzung und Good-Practice-Austausch

Zu den Aufgaben der Fallmanager:innen gehörten der Aufbau und die Pflege des Netzwerks des Teilprojektes und der kontinuierliche Austausch mit allen Kooperationspartnern der Region (siehe Abbildung 1). Die Vernetzung aller Akteure war eine wichtige Voraussetzung für den Start der regionalen Versorgung vor Ort und den Start in die Umsetzung des Programms.

**Abbildung 1: Regionales Netzwerk**



Quelle: verändert nach Lindert et al. (2017)

Ziel des Good-Practice-Austausches war die Optimierung und Standardisierung der Abläufe im Projekt, die Diskussion fallbezogener Probleme sowie die Klärung von Fragen zur Implementierung der Prozesse und zur Evaluation. Der Austausch wurde mit wechselnden Themen und Referent:innen etwa einmal jährlich durchgeführt. Die Treffen fanden, soweit möglich, an betrieblichen Projektstandorten statt und wurden dazu genutzt, Einblick in die Organisation des Projektes vor Ort zu erhalten. Bewährt hat sich hier die Teilnahme des Evaluationsinstituts.

## 4.2 Intervention

Die betroffenen Beschäftigten wurden je nach Schweregrad der MSE sowie dem damit verbundenen Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit einem von drei Modulen zugeordnet: Modul A „Frühintervention“, Modul B „Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation“, Modul C „Jobmatch“. Diese werden im Folgenden näher beschrieben.

### 4.2.1 Modul A „Frühintervention“

**Zielgruppe und Einschlusskriterien:** Zielgruppe sind Versicherte mit (sub-/chronischen) MSE. Einschlusskriterien sind Erkrankungen aus diesem Formenkreis, jedoch ohne Vorliegen auffälliger AU-Zeiten<sup>2</sup>. Bei nicht angemessenem bzw. nicht entsprechend geschultem Gesundheitsverhalten droht ein Fortschreiten der Erkrankung. Die Ermittlung der Kandidat:innen erfolgt durch die BKK und unterstützend durch den Betriebsarzt. Auch eine direkte Kontaktaufnahme des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin zur Einsteuerung in das Projekt ist möglich.

**Ziel:** Durch ein arbeitsplatzbezogenes, defizitorientiertes Training über drei Monate soll ein Fortschreiten der Erkrankung verhindert werden und eine Verbesserung des Gesundheitszustands und des Gesundheitsbewusstseins und in der Folge des Gesundheitsverhaltens der Versicherten erreicht werden.

**Maßnahme:** Zunächst wird eine arbeitsplatzbezogene Eingangstestung bestehend aus Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL-Test (5 individuelle Tests)), PACT-Test (Performance Assessment and Capacity Training (Matheson und Matheson 1989)), Herz-Kreislauf-Test (IPN-Test<sup>®</sup> (Trunz 2001)), funktionellem Test der Rumpfmuskulatur (David-Test) und der Ermittlung des BMI durchgeführt. Die EFL-Testung nach Isernhagen (Isernhagen 2012) basiert auf 29 standardisierten funktionellen Leistungstests und ermöglicht eine valide Aussage über weitere berufliche Prognosen, wodurch die Therapie besser auf die beruflichen Anforderungen ausgerichtet werden kann (Kaiser et al. 2000). Im Anschluss an die Eingangstestung folgt ein 3-monatiges Training nach einem individuellen Trainingsplan, basierend auf den Testergebnissen. Diese Trainingsphase beinhaltet eine Geräteeinweisung, zwei Trainingseinheiten pro Woche und zwei individuelle Kontrolltermine. Die Anwesenheit wird mit einem Laufzettel nachgehalten. Zur Erfolgskontrolle sowie zur Bestimmung der ggf. erforderlichen weitergehenden Maßnahmen wird nach dieser Trainingsphase eine Abschlusstestung (identisch mit der Eingangstestung) durchgeführt.

**Kostenträger:** BKK und Versicherte (Eigenanteil von max. 15 % an den Trainingskosten, die nach vollständiger Projekt- und Studienteilnahme von der BKK zurückerstattet werden.)

**Kosten:** Die Kosten für die eintägige Eingangstestung und die eintägige Ausgangstestung lagen bei 170,00 EUR pro Leistung. Die Teilnehmenden absolvierten in der Regel 26 Trainingseinheiten (mindestens 22) innerhalb eines dreimonatigen Zeitraums in der vertraglich gebundenen Trainingseinrichtung. Der Preis pro Leistung lag bei 175,00 EUR. Die Abrechnung des Eigenanteils übernahm der Leistungserbringer direkt mit dem Versicherten. Um den Rekrutierungserfolg zu stabilisieren bzw. zu erhöhen und zur Optimierung der diagnostischen Abklärung bei der Einsteuerung, haben zwei der beteiligten BKK eine Muskel-Skelett-Sprechstunde (physiotherapeutische Sprechstunde) vor einer Teilnahme am Programm angeboten. Die Untersuchung dauerte 30 Minuten pro Person (Anamnese und Empfehlung), die Sprechstunde insgesamt vier Stunden. Sie fand im Arbeitsmedizinischen Zentrum statt. Die Kosten pro Leistung beliefen sich auf 37,00 EUR.

---

<sup>2</sup> Die AU-Zeiten beziehen sich auf MSE.

#### 4.2.2 Modul B „Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation“

**Zielgruppe und Einschlusskriterien:** In dieser Gruppe werden die Versicherten mit mittel-schweren bis schweren MSE versorgt. Bei den Versicherten finden sich Arbeitsunfähigkeiten von bis zu sechs Wochen bzw. häufige kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf Grund der Erkrankung. Die Erwerbsfähigkeit im Sinne der Rentenversicherung muss erheblich gefährdet oder gemindert sein (§ 10 SGB VI). Die Ermittlung der Kandidat:innen erfolgt durch die BKK und den Betriebsarzt/die Betriebsärztin. Auch eine direkte Kontaktaufnahme des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin zur Einsteuerung in das Projekt ist möglich.

**Ziel:** Durch die Maßnahme soll eine Stabilisierung des Gesundheitszustands der Versicherten erreicht werden mit dem Ziel, wieder gesund und leistungsfähig an den alten Arbeitsplatz zurückzukehren.

**Maßnahme:** Die arbeitsplatzbezogene Rehabilitation/Therapie besteht aus einer multimodalen orthopädischen Rehabilitationsmaßnahme nach den Qualitätskriterien der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Die zuweisende Arbeitsmedizin stellt den medizinischen Befundbericht und die Arbeitsplatzbeschreibung zur Verfügung. Der/die Fallmanager:in erstellt darauf basierend in einem persönlichen Termin mit der/-m Arbeitnehmer:in die Reha-Antragsunterlagen und leitet diesen an den/die zuständige/n DRV-Ansprechpartner:in weiter.

Die regulären Elemente der Rehabilitation werden durch folgende spezifische Maßnahmen der arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation ergänzt: EFL-Testung, 2 x EFL-Training, zusätzliche Trainingseinheiten nach Anforderungen des konkreten Arbeitsplatzes (10 Einheiten pro dreiwöchigem Aufenthalt), auf die arbeitsplatzbezogene Belastung bezogene medizinische Trainingstherapie sowie eine arbeitsplatzbezogene psychosoziale Intervention, bestehend aus 1 bis 3 psychologischen Einzelgesprächen à 45 Min., 2 arbeitsplatzbezogenen Modulen à 60 Min. und 1 x Entspannungstherapie. Die Leistungen finden ganztägig ambulant bzw. stationär in einer von der DRV ermächtigten Rehabilitationseinrichtung mit der Genehmigung zur medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) statt. Es wird ein standardisierter Entlassungsbericht nach den Qualitätskriterien der DRV sowie ein Kurzentlassungsbericht für den Betriebsarzt/die Betriebsärztin mit individuellen, arbeitsplatzspezifischen Zusatzinformationen unter Einbezug der Arbeitsplatzbeschreibung des Betriebes erstellt. Die Reha-Einrichtung terminiert vor der Entlassung der/des Versicherten einen Vorstellungstermin bei dem Betriebsarzt/der Betriebsärztin und der BKK und teilt diese Termine dem/der Versicherten schriftlich mit. Der/Die Fallmanager:in stimmt mit dem/der Versicherten die notwendigen weiteren Maßnahmen (Reha-Sport, Wiedereingliederungsmaßnahmen etc.) ab und unterstützt bei deren Durchführung.

**Kostenträger:** DRV

#### 4.2.3 Modul C „Jobmatch“

**Zielgruppe und Einschlusskriterien:** Zielgruppe sind Versicherte mit schweren MSE. Die Versicherten weisen AU-Zeiten von über 6 Wochen und ggf. eine Komorbidität auf. Der Verlust des Arbeitsplatzes droht unmittelbar. Die Ermittlung der Kandidat:innen erfolgt durch die BKK und den Betriebsarzt/die Betriebsärztin.

**Ziel:** Durch die Maßnahme soll geklärt werden, ob und in welchem Umfang der/die Versicherte betrieblich eingesetzt werden kann. Hierbei wird nicht nur das Defizit des/der Versicherten betrachtet, sondern v.a. die alternativen Einsatzmöglichkeiten sondiert.

**Maßnahme:** Zunächst stellt der zuständige Betriebsarzt/die zuständige Betriebsärztin eine detaillierte Arbeitsplatzbeschreibung des/der Beschäftigten zur Verfügung. Der/Die Fallmanager:in der BKK stimmt mit dem/der Arbeitnehmer:in das weitere Vorgehen ab, holt ggf. medizinische Befunde von Vertragsärzt:innen ein und terminiert nach Rücksprache mit dem/der Arbeitnehmer:in die Maßnahme in der Testeinrichtung. In einer zweitägigen ambulanten

Maßnahme werden eine vollständige EFL-Testung (29 Einzeltests) und eine psychologische Begutachtung durchgeführt. Basierend auf diesen Testergebnissen sowie dem orthopädischen Fachgutachten wird eine ausführliche Stellungnahme mit präziser Beurteilung der weiteren Einsatzfähigkeit erstellt und ggf. weitere erforderliche medizinische Maßnahmen eingeleitet. Das Beurteilungsergebnis wird nach Vorliegen der entsprechenden Datenschutzfreigabe-Erklärung an den Betriebsarzt/die Betriebsärztin und die BKK zur Veranlassung von weiteren notwendigen Maßnahmen gegeben (z.B. Einleitung Rehabilitation Modul B, stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V), Training, berufliche Rehabilitation/Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)).

**Kostenträger:** BKK

**Kosten:** Die Kosten für die zweitägige arbeitsplatzbezogene Testung zum Zweck eines Job-Matches beliefen sich auf 1.350,00 EUR.

#### 4.2.4 Allgemeine Ein- und Ausschlusskriterien

Unabhängig von der modulspezifischen Einordnung wurden folgende unabhängige Ein- und Ausschlusskriterien definiert:

##### Einschlusskriterien

- Personen mit Beschwerden aus dem Formenkreis der MSE (M-Diagnose nach ICD-10) mit oder ohne Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit
- prinzipielle Erwerbsfähigkeit
- aktueller Versichertenstatus in einer der am Projekt teilnehmenden BKK am Unternehmensstandort
- Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie nach erfolgter standardisierter Aufklärung

##### Ausschlusskriterien

- M-Diagnosen M00.0-00.9, M01.0-01.08, M02.0-02.9, M03.0-03.6, M08.0-08.9, M09.0-09.8, M20.0-20.6, M30-36, M46.0-46.9, M60.0-60.9, M61.0-61.9, M62.0-62.9, M63.0-63.8, M80.0-80.9, M84.0-84.9, M87.0-87.9, M88.0-M88.9, M90.0-90.8
- schwerwiegende andere Erkrankungen, die die Person an einer Teilnahme des Programms hindern
- fehlende Rehabilitationsfähigkeit (Kriterium ausschließlich für die Module B und C)

Die Ein- und Ausschlusskriterien für die teilnehmenden Unternehmen/Standorte sind im Kapitel 4.1.1 beschrieben.

#### 4.2.5 Rekrutierung, Einsteuerung und Fallmanagement

Die Aufgabe der Ansprache und der Rekrutierung der Versicherten lag im Wesentlichen bei den Fallmanager:innen der BKK, die Selektion der Versicherten erfolgte mit Hilfe der Routinedaten der BKK und auf Basis von Gesprächen der Versicherten mit dem Betriebsarzt/der Betriebsärztin. Bestand gesundheitlicher Handlungsbedarf und hinreichendes Interesse bei den Versicherten an einer Projektteilnahme, kam es zu einem persönlichen, ausführlichen Beratungs- und Aufklärungsgespräch. In diesem vermittelten die Fallmanager:innen den Interessenten alle wichtigen Informationen über den Projektablauf, die Interventionsinhalte, die wissenschaftliche Begleitung, die Durchführung von Projekt und Studie in drei Modulen und zwei Gruppen (Interventions- und Vergleichsgruppe), einschließlich der Randomisierung. Aufgabe des Fallmanagements war es, die Zuordnung in das richtige Projektmodul (Modul A, B oder C)

vorzunehmen und dem Interessenten nach Lektüre der Studieninformation und der Einwilligungserklärung die informierte Entscheidung über eine Teilnahme zu ermöglichen. Den Prozess der Einsteuerung zeigt die folgende Abbildung:

**Abbildung 2: Ablauf der Einsteuerung**



Legende: A = Modul A „Frühintervention“, B = Modul B „Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation“, C = Modul C „Jobmatch“, Interventionsgruppe „koordinierten Fallmanagement“ (BGM-iF), Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ (BGM-iS)

Die Fallmanager:innen betreuten die eingesteuerten Beschäftigten während des gesamten Versorgungsprozesses, waren Ansprechpartner:in sowie Lotse und organisierten die Terminvergabe für die EFL-Testungen für das arbeitsplatzbezogene Muskelaufbautraining in Modul A. In Modul B organisierten sie alle notwendigen Unterlagen und Arbeitsplatzbeschreibungen für die Reha-Anträge, füllten diese zusammen mit den Beschäftigten aus und schickten die vollständigen Unterlagen an den zuständigen Rentenversicherungsträger. Für die Versicherten waren sie zugleich Motivator während der gesamten Interventionsphase und in der Zeit danach (z.B. zur Weiterführung des Trainings). Zum Zweck der Evaluation dokumentierten sie die Versorgung und Betreuung der Teilnehmenden in einer Fallführungsliste und leiteten diese an das Evaluationsinstitut weiter. Den Versicherten händigten sie den ersten Fragebogen (t0) aus bzw. leiteten den zweiten Fragebogen (t1) an sie weiter.

Nach einer Wartezeit von 12 Monaten wurde auch der Vergleichsgruppe die Teilnahme an den Maßnahmen der Interventionsgruppe in Modul A auf Kosten der BKK ermöglicht. Die Modul-B-Teilnehmer der Vergleichsgruppe erhielten zusätzlich Broschüren der Deutschen Rentenversicherung über beruflich orientierte Rehabilitationsmaßnahmen und Präventionsmaßnahmen sowie die Antragsformulare auf medizinische Rehabilitation.

### 4.3 Rechtsgrundlage für die neue Versorgungsform

Die neue Versorgungsform „BGM-innovativ“ wurde auf der Rechtsgrundlage, § 43 SGB V (Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation), § 1 Satz 4 SGB V (Solidarität und Eigenverantwortung) erbracht.

Die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern für die Testungen und Trainings in den Modulen A und C wurde standardisiert und in einem Rahmenvertrag nach § 43 Absatz 1 Nr. 1 SGB V verbindlich festgehalten. Der Rahmenvertrag sah bei Erfüllung der Leistungs- und Qualitätsvorgaben die Beitrittsmöglichkeit für Leistungserbringer vor. Rahmenvertragspartner waren der BKK Dachverband und die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation. Alle Krankenkassen und Leistungserbringer, die am Förderprojekt teilgenommen haben, sind diesem Rahmenvertrag beigetreten. Das Projektkonzept als wesentliche Vertragsanlage beschreibt detailliert die Aufgaben, Pflichten und Qualifikationsanforderungen der in BGM-innovativ eingebundenen Leistungserbringer in den drei Modulen A, B und C (siehe Anlage 1). Als Leistungserbringer fungierten in Modul A eine (in der Regel ambulante) Rehabilitationseinrichtung sowie pro Unternehmen mindestens eine betriebseigene oder externe Trainingseinrichtung. Leistungserbringer in Modul B und Modul C waren jeweils mindestens eine ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtung.

Zur Sicherstellung eines koordinierten und aufeinander abgestimmten Vorgehens im Rahmen von BGM-innovativ wurde zusätzlich eine Kooperationsvereinbarung mit den Rentenversicherungsträgern geschlossen. Für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen in Modul B wäre dies nicht erforderlich gewesen, weil es sich um eine gesetzliche Pflichtleistung handelt.

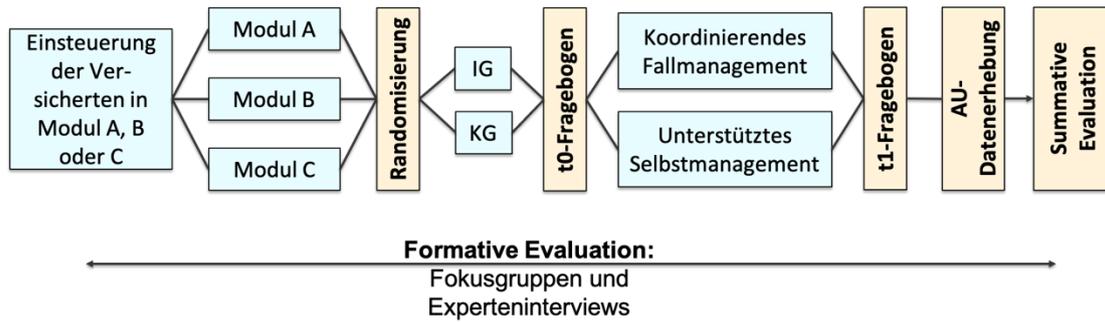
In den Gesprächen über die Übernahme des Projektkonzeptes durch andere Krankenkassen hat sich gezeigt, dass es einen wichtigen Anreiz für einen Einstieg darstellen würde, wenn eine Abrechnung der Leistungen aus Modul A nicht nur nach § 43 SGB V, sondern ergänzend nach § 20b SGB V „Betriebliche Gesundheitsförderung“ ermöglicht würde. Grundsätzlich scheint dies darstellbar, da BGM-innovativ in Modul A eine auf den Bedarf von Beschäftigten der kooperierenden Unternehmen angepasste, präventionsorientierte, d.h. möglichst frühzeitig einsetzende, gesundheitliche Versorgung in Kooperation der Krankenkassen mit den Unternehmen und mit Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung zum Ziel hat. Von Bedeutung sind insbesondere der Zugang der Leistungen für alle Beschäftigten unabhängig vom Versichertenstatus, die Einbindung in einen strukturierten betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess, die angemessene Beachtung verhältnisbezogener Interventionen sowie Abrechnungsfragen (pauschale versus individuumsbezogene Abrechnung).

Die im Sozialgesetzbuch fehlenden Integrationsmöglichkeiten verschiedener Versorgungsstufen (Prävention, Früherkennung, Kuration, Rehabilitation), Leistungserbringer und Sozialversicherungsträger, verbunden mit teils komplizierten rechtlichen Vorgaben, setzen hohe Hürden für eine Installation eines durchgehenden Versorgungsprogramms wie BGM-innovativ.

## 5. Methodik

Das Evaluationskonzept bedient sich quantitativer und qualitativer Methoden der empirischen Sozialforschung. Zur angemessenen Berücksichtigung der Heterogenität und Komplexität der neuen Versorgungsform BGM-innovativ erfolgte a) eine summative Evaluation (Bortz und Döring 2009) und b) eine formative/begleitende Evaluation (Stetler et al. 2006), d.h. das Projekt wurde mit einem Mixed-Methods-Design untersucht (siehe Abbildung 3).

**Abbildung 3: Evaluationsdesign**



Legende: IG = Interventionsgruppe, KG = Kontroll-/Vergleichsgruppe

Eine gesundheitsökonomische Evaluation war nicht im Projekt vorgesehen.

### 5.1 Effektevaluation (summative Evaluation)

Im Rahmen des BGM-innovativ-Programms wurden mittels einer auf Individuumsebene randomisiert-kontrollierten Studie die Ergebnisse der Interventionsgruppe „koordinierendes Fallmanagement“ mit den Ergebnissen der Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ verglichen. Um die Vergleichbarkeit der Interventionsgruppen gewährleisten zu können, erfolgte eine zufällige Zuteilung zu den Gruppen, um dort möglichst eine Gleichverteilung bzgl. der Ausprägungen der Zielkriterien zu Beginn der Intervention zu erzielen. Die Zuteilung war nach Modulen und Standorten stratifiziert.

Versicherte, die die Einschlusskriterien erfüllen, wurden von dem/der Fallmanager:in und Betriebsärzt:innen identifiziert und in einem Beratungsgespräch mit dem/der Fallmanager/in über BGM-innovativ und die begleitende Studie aufgeklärt. Sofern die/der Versicherte der Teilnahme am Programm und der Studie zugestimmt hatte, wurde sie/er zufällig entweder der Interventions- oder der Vergleichsgruppe zugeteilt. Zur Gruppenteilung (im Verhältnis 1:1) wurde der zentrale 24/7 Internet-Randomisierungs-Service ALEA genutzt (<https://nl.tenalea.net/amc/ALEA/Login.aspx>).

Als primäre Outcomes (Zielparameter) wurden subjektive Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index (WAI), (Tuomi et al. 2001) und MSE-bedingte AU-Tage sowie als sekundäre Outcomes schmerzbedingte Beeinträchtigung (Ausschnitt aus dem Deutschen Schmerzfragebogen: Disability Tage, Disability Score, Schmerzintensität (Deutsche Schmerzgesellschaft 2012)) und Selbstwirksamkeit (Schwarzer und Jerusalem 1999) festgelegt (siehe Tabelle 2). Für die Erhebung der Haupt- und Neben-Outcomes wurden folgende Indikatoren verwendet:

**Tabelle 2: Primäre und sekundäre Outcomes der summativen Evaluation**

		Datenquelle	Validierung
<b>Primäre Outcomes</b>	Arbeitsfähigkeit	Work Ability Index (WAI)	Tuomi et al. 2001
	AU-Tage aufgrund einer MSE	Routinedaten der teilnehmenden BKK	-
<b>Sekundäre Outcomes</b>	schmerzbedingte Beeinträchtigung	Ausschnitt aus dem Deutschen Schmerzfragebogen (Disability Tage, Disability Score, Schmerzintensität)	In Anlehnung an von Korff et al. 1992, Deutsche Schmerzgesellschaft 2012

	Selbstwirksamkeit	Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung	Schwarzer und Jerusalem 1999
--	-------------------	---	------------------------------

Arbeitsfähigkeit ist das Verhältnis der individuellen Leistungsfähigkeit zur tatsächlich (z.B. durch den Arbeitgeber bzw. das Unternehmen) gestellten Arbeitsanforderung. Die Arbeitsfähigkeit wurde in der vorliegenden Studie mit dem Work Ability Index (WAI) erhoben. Dieser ist ein Instrument, das die aktuelle sowie die zukünftige subjektive Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten mittels einer Selbstauskunft erfasst und bewertet. Die Aussagekraft des WAI wurde in zahlreichen Studien erforscht und gilt international als valide (vgl. Ilmarinen und Tuomi 2004).

Als relevante sekundäre Outcomes für die Beurteilung des Erfolgs des BGM-innovativ-Programms wurden schmerzbedingte Beeinträchtigung und Selbstwirksamkeit der Studienteilnehmer:innen festgelegt. Der Schweregrad der schmerzbedingten Beeinträchtigung wurde in Anlehnung an v. Korff (von Korff et al. 1992) bewertet.

Die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung nach Schwarzer und Jerusalem (1999) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 10 Items zur Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen.

Die Arbeitsfähigkeit, die schmerzbedingte Beeinträchtigung und Selbstwirksamkeit wurden jeweils vor der Intervention bzw. der Vergleichsphase mit dem t0-Fragebogen sowie nach der Intervention bzw. der Vergleichsphase mit dem t1-Fragebogen erhoben. Die t1-Fragebögen enthielten außerdem Fragen zur Akzeptanz und Zufriedenheit der Versicherten mit dem Versorgungsprozess. Die t0-Befragung fand direkt nach der Gruppenzuteilung statt. Die t1-Fragebögen wurden den Studienteilnehmer:innen einheitlich nach 6 Monaten durch den/die Fallmanager:in zugeschickt. Beide Fragebögen wurden mit vorfrankierten und bereits adressierten Rückumschlägen an das IMVR in pseudonymisierter Form geschickt und dort anhand des Pseudonyms mit den anderen Daten verknüpft.

Die Qualitätssicherung bei der Studiendurchführung wurde durch die Beachtung der Standards der Fragebogenentwicklung (Bradburn et al. 2004, Schaeffer und Dykema 2011, Schaeffer und Presser 2003), Pretesting (Prüfer und Rexroth 2000), Dillman's Design Methode zur Erhöhung der Responseraten (Dillman 1978) und Datenaufbereitung mit der Teleform® Software (Teil der IMVR Infrastruktur) gewährleistet.

Für die weitere Beurteilung eines Effekts des BGM-innovativ-Programms auf die Arbeitsfähigkeit der Studienteilnehmer:innen wurden die AU-Daten vor sowie nach der Teilnahme am BGM-innovativ-Programm erhoben. Hinsichtlich der AU-Datenauswertung wurde bewusst ein Zeitraum von sechs Monaten eingeplant, sowie die sechs Monate vor und die sechs Monate nach der Intervention bzw. dem Vergleichszeitraum zur Auswertung herangezogen:

Die in Tabelle 2 darlegten primären und sekundären Outcomes, deren Operationalisierung sowie die eingesetzten Erhebungsinstrumente sind im Kapitel 2 des Evaluationsberichts ausführlich beschrieben, ebenso wie die AU-Daten erhoben, ausgewertet und mit den Primärdaten verknüpft wurden.

Die primären und sekundären Outcomes der summativen Evaluation wurden sowohl für die Gesamtpopulation sowie die Subgruppen bzgl. Gruppenzugehörigkeit (Interventions- und Kontroll-/Vergleichsgruppe), Modul (Modul A, B und C) und Zeitpunkt (Baseline t0 bzw. Follow-up t1) zunächst deskriptiv ausgewertet. Entlang der Hypothesen wurde dann in der Gesamtpopulation auf Gruppenunterschiede getestet ( $\alpha=0.05$ ). Auf Grund von nicht vorliegenden Normalverteilungen wurden ausschließlich nicht-parametrische Verfahren angewandt. Die Untersuchung von Interaktionseffekten (Gruppenzugehörigkeit, Modul, Zeitpunkt) war auf Grund der antizipierten (und eingetretenen) ungleichen Subgruppenverteilung nicht

geplant und deshalb nicht durchgeführt. Subgruppenanalysen bzgl. des Moduls wurden explorativ in den Modulen A und B durchgeführt. Auf Grund der Stichprobengröße in Modul C wurde auf spezifische Tests innerhalb dieser Subgruppe verzichtet. Alle Analysen basieren auf der Intention-to-treat-Population, d.h. alle vorhandenen Werte wurden ausgewertet, auch diejenigen von Studienteilnehmer:innen, die im Verlauf der Studie aus dem Programm ausgeschieden sind und/oder die Nachbefragungen nicht eingeschickt haben.

## 5.2 Prozessevaluation (Formative Evaluation)

Um fördernde und hemmende Faktoren zu identifizieren und um den Prozess der Implementierung (Projektdurchführung) von BGM-innovativ zu evaluieren, wurden leitfadengestützte Fokusgruppen (Merton 1987) mit den Fallmanager:innen der teilnehmenden BKK sowie leitfadengestützte (Flick 2007) Experteninterviews (Meuser und Nagel 2010) mit Betriebsärzt:innen und Mitarbeiter:innen der Test- und Trainingscenter im Projektverlauf durchgeführt. Alle Fokusgruppen und Einzelinterviews wurden mit Einwilligung der Teilnehmenden digital aufgenommen, regelgeleitet transkribiert (Fuß und Karbach 2014) und pseudonymisiert, sowie inhaltsanalytisch im IMVR-Team ausgewertet (Mayring 2015, Gläser und Laudel 2004).

## 5.3 Fallzahlen und Dropouts

Für die Fallzahlberechnung wurden die langjährigen Erfahrungswerte der BKK Salzgitter/Salzgitter AG im Rahmen des BeReKo-Projekts sowie etablierte Standards der Fallzahlkalkulation (Bortz und Döring 2009) zugrunde gelegt: Um einen Effekt von  $d=0,3$  statistisch nachweisen zu können, wurden 175 Personen pro Gruppe (Interventions- und Vergleichsgruppe), insgesamt also 350 Personen, als ausreichend bewertet (Machin 2009).

Aus den Kennzahlen der Salzgitter AG war bekannt, dass bei einer Mitarbeiteranzahl von 6.000 und einer BKK-Versichertenrate von 80 % jährlich insgesamt 127 Versicherte in das Programm eingeschlossen werden (Modul A: 80-100 Versicherte, Modul B: ca. 35 Versicherte, Modul C: 12-15 Versicherte). Insgesamt wurden also 2,65 % der BKK-Versicherten der Salzgitter AG in das Programm eingeschlossen. Eine Reduktion der Fallzahl um 50 % bei der Durchführung einer Studie durch Studienverweigerer:innen und –abbrecher:innen wurde antizipiert. Die vorhergesagte Teilnahmequote reduzierte sich demnach von 2,65 % auf 1,29 %. Um 350 Studienteilnehmer:innen zu erhalten, wurde also eine Grundgesamtheit von 27.131 Versicherten über alle teilnehmenden BKK hinweg benötigt ( $350/0,0129=27.131$ ).

Um eine möglichst heterogene und große Gruppe von Versicherten zu erreichen, schrieb der BKK Dachverband zunächst alle Betriebskrankenkassen an. Im nächsten Schritt wurden anhand qualitativer Merkmale diejenigen Betriebskrankenkassen erneut kontaktiert, bei denen entweder das größte Umsetzungspotenzial auf Grund einer engen Verzahnung zum Unternehmen bzw. ein substanzieller Beitrag zur Heterogenität der Stichprobe angenommen wurde. Zu den Merkmalen zählten die Unternehmensgröße sowie der Unternehmensstandort. Insgesamt sollte eine Repräsentativität der Gesamtversichertenpopulation erreicht werden. Dieses Verfahren wurde gewählt, um bei einer Übernahme des Programms in die Regelversorgung eine möglichst gute Übertragbarkeit der Aussagen des Projekts auf weitere Standorte sicherstellen zu können.

Alle teilnehmenden Betriebskrankenkassen ( $n=15$ ) bildeten zusammen eine Versichertenpopulation von 44.699 Versicherten. Bei der Projektlaufzeit von vier Jahren wurde vermutet, dass die BKK, je nach Dauer der Implementierung, zwischen 29 und 34 Monaten Versicherte in BGM-innovativ einsteuern können. Die kalkulierte Fallzahl bezog sich auf einen Einschlusszeitraum von einem Jahr, so dass bei Verzögerungen im Ablauf und einer dadurch geringeren Anzahl an rekrutierten Versicherten der Einsteuerungszeitraum hätte verlängert und der Effekt somit ausgeglichen werden können. Dies wurde so geplant, um das Erreichen der benötigten Fallzahl während der vierjährigen Projektlaufzeit gewährleisten zu können.

Tabelle 3 stellt die ursprünglich geplanten und tatsächlichen Fallzahlen sowie die Dropouts dar.

**Tabelle 3: Fallzahlen und Dropouts**

Fallzahlen	Modul A	Modul B	Modul C	Summe	Verteilung (%)
Plan 2017*	3.302	925	444	<b>4.681</b>	71/20/9
Plan 2018**	1.127	300	74	<b>1.501</b>	75/20/5
Plan 2019***	593	171	11	<b>775</b>	77/22/1
Ist (Projektende)	651	191	10	<b>852</b>	76/22/1
Dropouts				132	

\* laut Förderantrag

\*\* laut Antrag vom 17.07.2018 (Änderungsbescheid vom 29.08.2018)

\*\*\* laut Antrag vom 17.05.2019 (Änderungsbescheid vom 18.11.2019)

Zu den Dropouts wurden die Fälle der Interventionsgruppe gezählt, bei denen die gesundheitlichen Leistungen nicht vollständig erbracht und/oder die Einwilligung zurückgenommen wurden sowie die Fälle der Vergleichsgruppe, bei denen die Teilnahme abgebrochen oder die Einwilligung zurückgenommen wurde.

Die Fälle, zu denen der t0- oder der t1-Fragebogen nicht bzw. unauswertbar vorliegt und/oder die Fälle, von denen die AU-Daten nicht vorliegen, wurden als „Lost to follow-up“ gewertet.

Insgesamt konnten 852 Personen für die Teilnahme am Projekt gewonnen werden. Die Zahl der neu eingeschriebenen Studienteilnehmer lag zwischen 9 und 44 Fällen pro Monat, schwankte von Monat zu Monat recht stark und folgte dabei insbesondere den typischen Ferien- und Urlaubszeiten.

Im Laufe des Projektes wurden mehrere Maßnahmen zur Unterstützung der Rekrutierung umgesetzt. Die wichtigsten Maßnahmen waren die Einführung einer Wartegruppenintervention, die Entwicklung von vier verschiedenen Plakatmotiven und eines Projekt-Flyers, die Einführung einer Muskel-Skelett-Sprechstunde und der verstärkte Einsatz von betrieblichen Multiplikatoren.

Die Muskel-Skelett-Sprechstunde wurde als Rekrutierungselement an zwei Standorten ab März 2019 bis zum Ende der Rekrutierungsphase (Februar 2020) eingesetzt. Dazu wurden Physiotherapeuten der bereits kooperierenden Trainingseinrichtungen beauftragt, am Betriebsstandort eine Anamnese der Muskel-Skelett-Beschwerden durchzuführen und den Versicherten anschließend eine Handlungsempfehlung auszusprechen, z.B. die Teilnahme am Projekt BGM-innovativ, eine ärztliche Abklärung (vereinzelt OP-Indikation) oder im Akutfall zunächst die Inanspruchnahme von Physiotherapie. Stand kein orthopädisches Krankheitsbild im Vordergrund, wurde an andere therapeutische Fachrichtungen vermittelt. Die Sprechstunden fanden wöchentlich bis zweiwöchentlich in den Räumlichkeiten der Arbeitsmedizin statt. Die Sprechstunde hat sich als hilfreiches Instrument zur Ansprache, zur diagnostischen Abklärung und zur Erhöhung der Fallzahlen erwiesen.

Bei vier der 22 Studienzentren<sup>3</sup> blieb der Rekrutierungserfolg so gering, dass die Rekrutierung dort vorzeitig eingestellt wurde.

---

<sup>3</sup> An dem BGM-i-Projekt haben neben Einzelunternehmen auch Holdings und Industrieparks teilgenommen, die aus pragmatischen Gründen jeweils als ein Studienzentrum definiert wurden.

Gemessen an dem vorliegenden Potenzial an betroffenen Versicherten in den teilnehmenden Unternehmen ist die Rekrutierung niedriger ausgefallen als auf der Basis der Pilotprojekterfahrungen der Salzgitter AG erwartet. Die Gründe waren unterschiedlich: Mitwirkung der Betriebsärzt:innen, Fluktuation in der Arbeitsmedizin, Stimmungslage im Unternehmen/Betriebsklima, Vergleichsgruppendesign, administrativer Aufwand und Fluktuation im Fallmanagement etc. Von Seiten der Fallmanager:innen und Betriebsärzt:innen wurde berichtet, dass das Studiendesign mit der vorgesehenen zufälligen Zuweisung zu den Studienarmen Interventions- und Vergleichsgruppe in der betrieblichen Praxis nur schwierig zu vermitteln gewesen sei und zu einer deutlich schwächeren Rekrutierungsrate geführt habe. Die Beteiligung der Betriebsärzt:innen am Programm BGM-innovativ war begrenzt, zeitliche Ressourcen wurden nur wenige benötigt. Dennoch war die erlebte Unterstützungsbereitschaft der Betriebsärzt:innen im Projekt durchaus unterschiedlich. Vereinzelt hatten die BKK zu sehr auf die Mitwirkung der Betriebsärzt:innen bei der Rekrutierung gesetzt. Insgesamt wurde die nötige Fallzahl in der Gesamtpopulation jedoch erreicht.

## 6. Projektergebnisse

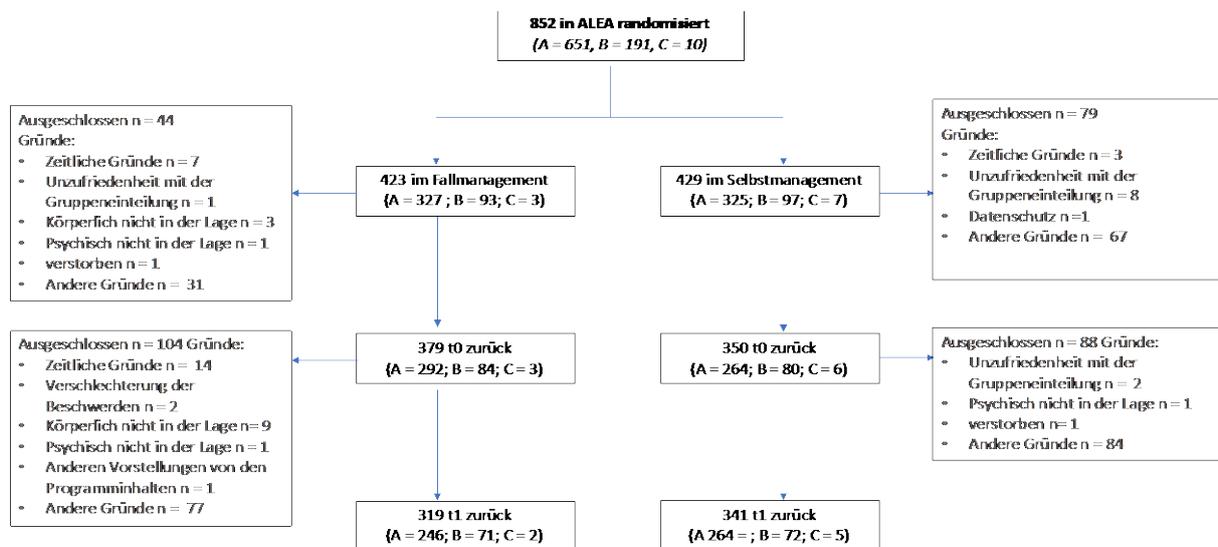
Die Ergebnisse der Evaluation werden gesondert nach der Effektevaluation (summative Evaluation) und der Prozessevaluation (formative Evaluation) in aggregierter Form dargestellt. Es wird hier auf die wesentlichen Aspekte in Hinblick auf die Hypothesen eingegangen. Detailliertere Ergebnisse sind dem Evaluationsbericht sowie den Anlagen 7 bis 9 zu entnehmen.

### 6.1 Ergebnisse der Effektevaluation (Summative Evaluation)

Es wurden insgesamt 852 Personen in ALEA randomisiert. Hiervon wurden 423 Personen per Zufall ins koordinierende Fallmanagement und 429 ins unterstützte Selbstmanagement gesteuert. Von diesen füllten 379 (im koordinierenden Fallmanagement) bzw. 350 Personen (im unterstützten Selbstmanagement) den t0-Fragebogen (erster Befragungszeitpunkt) aus und schickten ihn zur Auswertung ein. Den zweiten Fragebogen (t1-Fragebogen) schickten 319 (im koordinierenden Fallmanagement) bzw. 341 (im unterstützten Selbstmanagement) ein. Die Ausschluss- und Abbruchgründe waren vielfältig (siehe Abbildung 4). Als häufigste Ursache für einen Studienabbruch wurden zeitliche Gründe benannt.

Die nötige Fallzahl von 175 pro Gruppe wurde insgesamt erreicht. Für Modul A konnten auf Grund der hohen Fallzahl modulspezifische Analysen durchgeführt werden. Das Modul B wurde explorativ ebenfalls modulspezifisch analysiert. Die nachfolgende Abbildung zeigt eine Übersicht zu den eingeschlossenen und den im Projektverlauf aus dem Programm ausgeschiedenen Studienteilnehmenden.

**Abbildung 4: Flow-Chart**



Legende: A = Modul A „Frühintervention“, B = Modul B „Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation“, C = Modul C „Jobmatch“

Abbrecher:innen erhielten einen standardisierten Fragebogen, um mögliche Beweggründe für den Studienabbruch zu erfassen. Der Evaluationsbericht enthält einen Überblick über die Anzahl der Abbrecher:innen und welchen Aussagen sie zustimmten bzw. welche sie ablehnten.

Der Tabelle 4 sind die soziodemographischen Angaben (Alter, Geschlecht, Branchenzugehörigkeit und höchster Bildungsabschluss) für die einzelnen Module und Gruppen zu entnehmen. Für keines der Merkmale wurde ein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe festgestellt ( $p > 0.05$ ), d.h. in den beiden Gruppen waren ungefähr gleich viele Männer und Frauen, Personen aus den einzelnen Altersstufen, Branchen sowie mit unterschiedlichen Bildungsabschlüssen vertreten.

**Tabelle 4: Soziodemographische Daten der Stichprobe nach Modulen**

	Modul A		Modul B		Modul C		
	Anzahl (BGM-iF/BGM-iS)	in % (BGM-iF/BGM-iS)	Anzahl (BGM-iF/BGM-iS)	in % (BGM-iF/BGM-iS)	Anzahl (BGM-iF/BGM-iS)	in % (BGM-iF/BGM-iS)	
Alter	bis 29 Jahre	15 / 17	5.12 / 6.44	2 / 3	2.41 / 3.66	0 / 0	0.00 / 0.00
	30-39 Jahre	35 / 37	11.95 / 14.02	7 / 6	8.43 / 7.32	0 / 0	0.00 / 0.00
	40-49 Jahre	82 / 79	27.99 / 29.92	18 / 19	21.69 / 23.17	0 / 1	0.00 / 20.00
	50-59 Jahre	138 / 115	47.10 / 43.56	46 / 51	55.42 / 62.20	3 / 4	100.00 / 80.00
	60-69 Jahre	23 / 16	7.85 / 6.06	10 / 3	12.05 / 3.66	0 / 0	0.00 / 0.00
	ab 70 Jahre	0 / 0	0.00 / 0.00	0 / 0	0.00 / 0.00	0 / 0	0.00 / 0.00
Geschlecht	männlich	220 / 199	75.60 / 75.38	67 / 69	80.72 / 85.19	2 / 5	66.67 / 100.00
	weiblich	70 / 65	24.05 / 24.62	15 / 12	18.07 / 14.81	1 / 0	33.33 / 0.00
	Ich kann mich keinem der beiden Geschlechter eindeutig zuordnen.	1 / 0	0.34 / 0.00	1 / 0	1.20 / 0.00	0 / 0	0.00 / 0.00
Branche	öffentlicher Dienst	8 / 9	2.77 / 3.41	2 / 1	2.44 / 1.27	0 / 0	0.00 / 0.00
	Industrie	256 / 232	88.58 / 87.88	75 / 73	91.46 / 92.41	3 / 5	100.00 / 100.00
	Handwerk	5 / 2	1.73 / 0.76	1 / 1	1.22 / 1.27	0 / 0	0.00 / 0.00
	Handel	1 / 0	0.35 / 0.00	0 / 0	0.00 / 0.00	0 / 0	0.00 / 0.00
	sonstige Dienstleistungen	9 / 15	3.11 / 5.68	2 / 1	2.44 / 1.27	0 / 0	0.00 / 0.00
	andere Branche und zwar:	10 / 6	3.46 / 2.27	2 / 3	2.44 / 3.80	0 / 0	0.00 / 0.00
Bildungsabschluss	Ich habe keinen beruflichen Abschluss.	12 / 7	4.21 / 2.67	6 / 8	7.32 / 9.76	0 / 0	0.00 / 0.00
	Ich habe eine Berufsausbildung abgeschlossen.	161 / 154	56.49 / 58.78	59 / 59	71.95 / 71.95	2 / 5	66.67 / 100.00
	Ich habe eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen.	71 / 64	24.91 / 24.43	11 / 9	13.41 / 10.98	1 / 0	33.33 / 0.00
	Ich habe einen Fachhochschulabschluss.	26 / 28	9.12 / 10.69	4 / 4	4.88 / 4.88	0 / 0	0.00 / 0.00
	Ich habe einen Universitätsabschluss.	10 / 8	3.51 / 3.05	2 / 0	2.44 / 0.00	0 / 0	0.00 / 0.00
	Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss.	5 / 1	1.75 / 0.38	0 / 2	0.00 / 2.44	0 / 0	0.00 / 0.00

Legende: A = Modul A „Frühintervention“, B = Modul B „Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation“, C = Modul C „Jobmatch“, Interventionsgruppe „koordiniertes Fallmanagement“ (BGM-iF), Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ (BGM-iS)

Die kumulierten AU-Tage<sup>4</sup> auf Grund von M-Diagnosen (Hauptdiagnose nach ICD-10) jeweils im 6-Monatszeitraum vor sowie nach der Intervention bzw. dem Vergleichszeitraum, modul-unabhängig sowie getrennt nach Modulen, sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen. Die häufigsten AU-Tage sind in allen Gruppen den Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens zuzuordnen. Die Prozentzahlen stellen den Anteil der AU-Tage in der jeweils betrachteten Subgruppe dar. Bei der Beurteilung der Prozentangaben sind die Verteilungen in den Subgruppen zu berücksichtigen (siehe Abbildung 4).

<sup>4</sup> Um Verzerrungen zu Gunsten der Interventionen zu vermeiden, werden jeweils die AU-Tage nur für vollständige Fälle vor und nach der Intervention dargestellt. In der Interventionsgruppe sind dies für Modul A 105 Fälle, für Modul B 55 Fälle und für Modul C 3 Fälle. In der Vergleichsgruppe sind dies für Modul A 138 Fälle, für Modul B 59 und für Modul C 5 Fälle.

**Tabelle 5: Kumulierte MSE-spezifische AU-Tage**

		Gesamt	in %	A	in %	B	in %	C	in %
AU-Tage vor Intervention bzw. Vergleichszeitraum	M00-M25: Arthropathien	3322	23,18	2517	32,27	797	13,61	8	1,19
	M40-M54: Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	7873	54,94	4237	54,32	3430	58,57	206	30,56
	M60-M79: Krankheiten der Weichteilgewebe	2391	16,69	704	9,03	1227	20,95	460	68,25
	Weitere ICD-10-M-Diagnosen (z.B. M80-M94: Osteopathien und Chondropathien, M95-M99: Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes)	744	5,19	342	4,38	402	6,86	0	0,00
AU-Tage nach Intervention bzw. Vergleichszeitraum	M00-M25: Arthropathien	958	13,58	746	18,57	207	7,22	5	2,99
	M40-M54: Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	4328	61,37	2224	55,35	1979	69,03	125	74,85
	M60-M79: Krankheiten der Weichteilgewebe	1394	19,77	684	17,02	673	23,47	37	22,16
	Weitere ICD-10-M-Diagnosen (z.B. M80-M94: Osteopathien und Chondropathien, M95-M99: Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes)	372	5,28	364	9,06	8	0,28	0	0,00

Legende: A = Modul A „Frühintervention“, B = Modul B „Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation“, C = Modul C „Jobmatch“

### 6.1.1 Primäre und sekundäre Outcomes

Im Rahmen der Evaluation wurden keine Baselineunterschiede bzgl. der primären und sekundären Outcomes gefunden, d.h. es konnten keine auffälligen Unterschiede zwischen den Gruppen zu Beginn der Intervention ausgemacht werden (siehe Evaluationsbericht). Die Randomisierung war demnach erfolgreich.

Zunächst erfolgte eine **modulunabhängige Auswertung** für alle auswertbaren Fälle mit folgenden Ergebnissen:

**Höhere Arbeitsfähigkeit:** Gemäß der Hypothese 1 sollte die Interventionsgruppe „koordiniertes Fallmanagement“ nach der Intervention eine höhere Arbeitsfähigkeit (gemessen mit dem WAI) aufweisen als die Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“. Diese **Hypothese konnte nicht bestätigt werden**. Zum Zeitpunkt t1 sind beide Gruppen in ihrer Arbeitsfähigkeit ohne signifikanten Unterschied als vergleichbar zu bewerten.

**Geringere AU-Zeiten:** Gemäß der Hypothese 2 sollte die Interventionsgruppe „koordiniertes Fallmanagement“ nach der Intervention geringere MSE-bedingte AU-Zeiten in dem Beobachtungszeitraum aufweisen als die Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“. Auch diese **Hypothese konnte nicht bestätigt werden**. Zum Zeitpunkt t1 (nach der Intervention) weisen beide Gruppen für den jeweiligen Beobachtungszeitraum gleich hohe AU-Zeiten auf, ohne signifikanten Unterschied.

**Geringere Schmerzen:** Gemäß der Hypothese 3 sollte die Interventionsgruppe „koordiniertes Fallmanagement“ nach der Intervention eine geringere schmerzbedingte Beeinträchtigung aufweisen als die Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“. Diese **Hypothese konnte bestätigt werden**. Gemessen mit den Auszügen aus dem Deutschen Schmerzfragebogen (Disability Tage, Disability Score und Schmerzintensität) zeigte die Interventionsgruppe **insgesamt geringere Arbeitsunfähigkeitstage auf Grund von Schmerzen, eine generell höhere Arbeitsfähigkeit** auf Basis der Schmerzen sowie insgesamt weniger Schmerzen im Vergleich zur Gruppe „unterstütztes Selbstmanagement“.

**Höhere Selbstwirksamkeit:** Gemäß der Hypothese 4 sollte die Interventionsgruppe „koordiniertes Fallmanagement“ nach der Intervention eine höhere Selbstwirksamkeit aufweisen als die Vergleichsgruppe. **Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden**. Zum Zeitpunkt t1 (nach der Intervention) wiesen beide Gruppen vergleichbare Werte in der Selbstwirksamkeit auf.

Im nächsten Schritt wurden innerhalb der jeweiligen Gruppen „koordiniertes Fallmanagement“ und „unterstütztes Selbstmanagement“ Zeitvergleiche zwischen der Baseline t0 und dem Follow-up t1 durchgeführt. Die gruppenspezifischen Zeitvergleiche zeigen für alle primären und sekundären Zielgrößen (bis auf Selbstwirksamkeit) signifikante Unterschiede in die

erwarteten Richtungen (siehe Tabelle 6) Nach der Intervention hatten die Studienteilnehmer:innen eine höhere Arbeitsfähigkeit, weniger MSE-bedingte AU-Tage sowie eine geringere schmerzbedingte Beeinträchtigung (Disability Tage, Disability Score, Schmerzintensität).

**Tabelle 6: Modulunabhängige Intragruppenzeitvergleiche (Baseline t0 vs. Follow-up t1) getrennt nach Interventions- und Vergleichsgruppe**

über alle Module hinweg		Mittelwert t0 / t1	Perzentile			n	p-Wert	r-Wert
			25. t0 / t1	50. (Median) t0 / t1	75. t0 / t1			
BGM-IF	Arbeitsfähigkeit (WAf)	24.78 / 26.83	20.88 / 22.38	25.00 / 27.50	29.63 / 32.00	258	0.000***	0.3917
	AU-Tage auf Grund einer MSE	28.67 / 18.28	3.00 / 0.00	12.00 / 2.00	33.00 / 19.00	163	0.000***	0.2953
	Disability Tage	1.58 / 0.87	0.00 / 0.00	2.00 / 0.00	3.00 / 2.00	243	0.000***	0.4806
	Disability Score	45.20 / 30.75	26.67 / 10.00	46.67 / 30.00	63.33 / 47.50	262	0.000***	0.547
	Schmerzintensität	53.00 / 40.15	40.00 / 23.33	53.33 / 40.00	66.67 / 56.67	259	0.000***	0.5673
	Selbstwirksamkeit	29.88 / 30.17	28.00 / 29.00	30.00 / 30.00	32.00 / 32.00	256	0.191	0.0818
BGM-IS	Arbeitsfähigkeit (WAf)	24.69 / 25.79	21.00 / 22.00	25.00 / 26.50	29.50 / 31.00	240	0.000***	0.2299
	AU-Tage auf Grund einer MSE	28.49 / 13.33	4.25 / 0.00	14.00 / 0.00	33.75 / 16.75	200	0.000***	0.3971
	Disability Tage	1.69 / 1.11	0.00 / 0.00	2.00 / 1.00	3.00 / 2.00	230	0.000***	0.3809
	Disability Score	46.85 / 35.88	26.67 / 10.00	46.67 / 33.33	70.00 / 56.67	249	0.000***	0.4136
	Schmerzintensität	54.00 / 45.93	40.00 / 23.33	56.67 / 46.67	70.00 / 66.67	249	0.000***	0.3913
	Selbstwirksamkeit	30.29 / 29.95	29.00 / 28.00	30.00 / 30.00	32.00 / 32.00	241	0.148	0.0933

Legende: Interventionsgruppe „koordiniertes Fallmanagement“ (BGM-iF), Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ (BGM-iS)

Im Folgenden werden die explorativen **modulspezifischen Analysen für die Module A und B** vorgestellt. Für keines der primären und sekundären Outcomes konnten Unterschiede zwischen der Interventions- und Vergleichsgruppe zur Baseline t0 nachgewiesen werden (siehe Tabelle 7). Dies gilt sowohl in Modul A als auch in B.

**Nach der Intervention zum Zeitpunkt t1 wurden Gruppenunterschiede bzgl. der Arbeitsfähigkeit, der Ausprägung von Schmerzen, der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit sowie der MSE-spezifischen AU-Tage vermutet. In Modul A kann dies überwiegend bestätigt werden:** Es bestehen Gruppenunterschiede bzgl. der Disability Tage, des Disability Scores, der Schmerzintensität, der Selbstwirksamkeit sowie der Arbeitsfähigkeit. **Ein Unterschied bzgl. der MSE-spezifischen AU-Tage wurde nicht signifikant. In Modul B blieben alle Gruppenvergleiche nicht signifikant** (siehe Tabelle 7).

**Tabelle 7: Modulspezifische Gruppenvergleiche zur Baseline t0 und zum Follow-up t1**

Gruppenvergleich	Zeitpunkt	Mittelwert BGM-IF/BGM-IS	Perzentile			n BGM- IF/BGM-IS	p-Wert	r-Wert
			25. BGM-IF / BGM-IS	50. (Median) BGM-IF / BGM-IS	75. BGM-IF / BGM-IS			
<b>Modul A</b>								
<i>Primäre Outcomes</i>								
<b>Arbeitsfähigkeit (WAI)</b>	Baseline t0	25.60 / 25.64	22.00 / 22.0	26.00 / 26.00	30.00 / 30.00	291 / 259	.888	0.006
	Follow-Up t1	27.93 / 26.57	24.00 / 22.50	28.50 / 27.50	32.00 / 32.00	208 / 197	.035*	0.105
<b>AU-Tage auf Grund einer MSE</b>	Baseline t0	23.61 / 21.89	3.00 / 1.75	9.00 / 12.00	22.50 / 22.25	105 / 138	.641	0.03
	Follow-Up t1	10.79 / 12.25	0.00 / 0.00	0.00 / 0.00	15.00 / 13.00	105 / 138	.786	0.0174
<i>Sekundäre Outcomes</i>								
<b>schmerzbedingte Beeinträchtigung</b>								
Disability Tage	Baseline t0	1.47 / 1.48	0.00 / 0.00	2.00 / 2.00	3.00 / 3.00	284 / 253	.898	0.0055
	Follow-Up t1	.65 / .98	0.00 / 0.00	0.00 / 0.00	1.00 / 2.00	200 / 191	.003**	0.1507
Disability Score	Baseline t0	43.38 / 42.50	26.67 / 20.83	43.33 / 40.00	60.00 / 63.33	293 / 260	.602	0.0222
	Follow-Up t1	26.36 / 32.99	8.33 / 10.00	20.00 / 30.00	43.33 / 53.33	209 / 203	.012*	0.1241
Schmerzintensität	Baseline t0	51.60 / 50.52	40.00 / 36.67	53.33 / 53.33	65.00 / 66.67	293 / 263	.759	0.013
	Follow-Up t1	36.72 / 43.50	20.00 / 23.33	36.67 / 43.33	50.00 / 63.33	206 / 201	.004**	0.1447
<b>Selbstwirksamkeit</b>	Baseline t0	30.16 / 30.09	28.00 / 28.00	30.00 / 30.00	33.00 / 32.00	291 / 256	.503	0.0286
	Follow-Up t1	30.52 / 30.06	29.00 / 28.00	31.00 / 30.00	33.00 / 32.75	208 / 200	.049*	0.0976
<b>Modul B</b>								
<i>Primäre Outcomes</i>								
<b>Arbeitsfähigkeit (WAI)</b>	Baseline t0	20.01 / 21.36	17.00 / 18.25	20.00 / 21.00	23.50 / 25.00	81 / 81	.052	0.1529
	Follow-Up t1	22.71 / 23.42	19.00 / 19.252	23.50 / 24.00	27.00 / 28.25	56 / 53	.621	0.0474
<b>AU-Tage auf Grund einer MSE</b>	Baseline t0	36.80 / 41.22	1.00 / 9.00	23.00 / 23.00	46.00 / 59.00	55 / 59	.320	0.0931
	Follow-Up t1	31.33 / 16.02	0.00 / 0.00	10.00 / 5.00	26.00 / 23.00	55 / 59	.387	0.081
<i>Sekundäre Outcomes</i>								
<b>schmerzbedingte Beeinträchtigung</b>								
Disability Tage	Baseline t0	2.39 / 2.16	2.00 / 2.00	3.00 / 3.00	3.00 / 3.00	77 / 77	.293	0.0847
	Follow-Up t1	1.72 / 1.47	0.00 / 0.00	2.00 / 2.00	3.00 / 3.00	54 / 53	.318	0.0965
Disability Score	Baseline t0	63.49 / 58.17	50.00 / 45.83	66.67 / 60.00	76.67 / 73.33	83 / 82	.142	0.1144
	Follow-Up t1	48.07 / 46.42	31.67 / 30.00	46.67 / 46.67	60.00 / 60.00	57 / 55	.843	0.0187
Schmerzintensität	Baseline t0	65.20 / 64.39	56.67 / 53.33	66.67 / 66.67	76.67 / 80.00	82 / 82	.926	0.0072
	Follow-Up t1	53.69 / 54.44	40.83 / 36.67	60.00 / 60.00	63.33 / 70.83	56 / 54	.737	0.032
<b>Selbstwirksamkeit</b>	Baseline t0	28.93 / 30.33	27.00 / 27.75	30.00 / 30.00	31.00 / 33.00	81 / 78	.057	0.1507
	Follow-Up t1	28.71 / 29.67	26.00 / 28.00	30.00 / 30.00	31.00 / 31.75	55 / 52	.279	0.1046

Legende: Modul A „Frühintervention“, Modul B „Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation“, Interventionsgruppe „koordiniertes Fallmanagement“ (BGM-IF), Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ (BGM-IS)

Neben den direkten Gruppenvergleichen zu den beiden Erhebungszeitpunkten (vor und nach der Intervention) wurden gruppenspezifische Zeitvergleiche herangezogen. **Hier weisen im Modul A alle dargestellten Zielgrößen bis auf die Selbstwirksamkeit im unterstützten Selbstmanagement signifikante Unterschiede auf (siehe Tabelle 8).**

**Tabelle 8: Intragruppenzeitvergleiche (Baseline t0 vs. Follow-up t1) getrennt nach den Gruppen im Modul A**

Modul A	Mittelwert t0 / t1	Perzentile			n	p-Wert	r-Wert	
		25. t0 / t1	50. (Median) t0 / t1	75. t0 / t1				
<b>BGM-IF</b>	<b>Arbeitsfähigkeit (WAI)</b>	26.13 / 27.95	22.50 / 24.00	26.50 / 28.50	30.00 / 32.00	203	<b>0.000***</b>	0.3644
	<b>AU-Tage auf Grund einer MSE</b>	23.61 / 10.79	3.00 / 0.00	9.00 / 0.00	22.50 / 15.00	105	<b>0.000***</b>	0.385
	Disability Tage	1.35 / 0.64	0.00 / 0.00	1.00 / 0.00	2.00 / 1.00	192	<b>0.000***</b>	0.4858
	Disability Score	40.67 / 26.11	20.00 / 6.67	40.00 / 20.00	56.67 / 41.67	205	<b>0.000***</b>	0.6151
	Schmerzintensität	50.02 / 36.65	36.67 / 20.00	50.00 / 36.67	63.33 / 50.00	203	<b>0.000***</b>	0.5665
	<b>Selbstwirksamkeit</b>	30.05 / 30.55	28.00 / 29.00	30.00 / 31.00	33.00 / 33.00	203	<b>0.033*</b>	0.1499
<b>BGM-IS</b>	<b>Arbeitsfähigkeit (WAI)</b>	25.93 / 26.55	22.00 / 22.50	26.00 / 27.25	30.00 / 31.88	188	<b>0.032*</b>	0.1561
	<b>AU-Tage auf Grund einer MSE</b>	21.89 / 12.25	1.75 / 0.00	12.00 / 0.00	22.25 / 13.00	138	<b>0.000***</b>	0.3333
	Disability Tage	1.51 / 1.02	0.00 / 0.00	2.00 / 1.00	3.00 / 2.00	179	<b>0.000***</b>	0.3351
	Disability Score	42.65 / 32.97	20.00 / 10.00	40.00 / 30.00	63.33 / 53.33	195	<b>0.000***</b>	0.3593
	Schmerzintensität	50.39 / 43.47	36.67 / 23.33	53.33 / 43.33	66.67 / 63.33	196	<b>0.000***</b>	0.3418
	<b>Selbstwirksamkeit</b>	30.22 / 30.09	29.00 / 28.00	30.00 / 30.00	32.00 / 33.00	191	0.717	0.0262

Legende: Interventionsgruppe „koordiniertes Fallmanagement“ (BGM-IF), Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ (BGM-IS)

**Für Modul B werden trotz der geringeren Stichprobengröße einzelne Vergleiche (alle bis auf Selbstwirksamkeit in beiden Gruppen sowie AU-Tage im Fallmanagement) als signifikant ausgewiesen (siehe Tabelle 9).**

**Tabelle 9: Intragruppenzeitvergleiche (Baseline t0 vs. Follow-up t1) getrennt nach den Gruppen im Modul B**

Modul B		Mittelwert t0 / t1	Perzentile			n	p-Wert	r-Wert
			25. t0 / t1	50. (Median) t0 / t1	75. t0 / t1			
BGM-IF	Arbeitsfähigkeit (WAI)	20.15 / 23.00	17.00 / 19.00	20.00 / 24.00	24.00 / 27.00	53	.001**	0.4536
	AU-Tage auf Grund einer MSE	36.80 / 31.33	1.00 / 0.00	23.00 / 10.00	46.00 / 26.00	55	.207	0.17
	Disability Tage	2.43 / 1.73	2.00 / 0.00	3.00 / 2.00	3.00 / 3.00	49	.001**	0.4687
	Disability Score	61.58 / 47.27	46.67 / 30.00	66.67 / 46.67	73.33 / 60.00	55	.000***	0.5004
	Schmerzintensität	64.20 / 53.02	56.67 / 40.00	66.67 / 56.67	73.33 / 63.33	54	.000***	0.5536
	Selbstwirksamkeit	29.88 / 30.17	28.00 / 29.00	30.00 / 30.00	32.00 / 32.00	256	0.191	0.0818
BGM-IS	Arbeitsfähigkeit (WAI)	20.83 / 23.61	17.00 / 19.75	21.00 / 24.00	25.00 / 28.75	49	.002**	0.4494
	AU-Tage auf Grund einer MSE	41.22 / 16.02	9.00 / 0.00	23.00 / 5.00	59.00 / 23.00	59	.000***	0.5041
	Disability Tage	2.27 / 1.44	2.00 / 0.00	3.00 / 1.50	3.00 / 3.00	48	.001**	0.4948
	Disability Score	60.85 / 45.42	46.67 / 30.00	63.33 / 46.67	76.67 / 60.00	51	.000***	0.5768
	Schmerzintensität	66.47 / 53.73	53.33 / 36.67	65.00 / 60.00	83.33 / 70.00	50	.000***	0.5859
	Selbstwirksamkeit	30.75 / 29.71	29.00 / 28.00	30.00 / 30.00	33.00 / 31.75	48	.060	0.2711

Legende: Interventionsgruppe „koordiniertes Fallmanagement“ (BGM-iF), Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ (BGM-iS)

### 6.1.2 Auszüge aus EFL-Testergebnissen

Bezüglich der EFL-Testungen<sup>5</sup> werden hier die Aspekte Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit und Kraft deskriptiv dargestellt:

**Ausdauer:** Für die Ausdauer liegen insgesamt 123 auswertbare Fälle vor: Die Ausdauer wurde bei 14/123 Personen als geringfügig verschlechtert, bei 20/123 ohne Veränderung, bei 51/123 als geringfügig verbessert und bei 38/123 als deutlich verbessert eingestuft. Damit wurde die Ausdauer bei ca. **72,4 % mit einer mindestens geringfügigen Verbesserung** bewertet.

**Koordination:** Für die Koordination liegen insgesamt 112 auswertbare Fälle vor: Die Koordination wurde für eine Person als geringfügig verschlechtert, für 24/112 ohne Veränderung, für 70/112 als geringfügig verbessert und für 17/112 als deutlich verbessert eingestuft. Damit wurde die **Koordination bei ca. 77,7 % mit einer mindestens geringfügigen Verbesserung** bewertet.

**Beweglichkeit:** Ähnliche Effekte lassen sich für die Beweglichkeit und Kraft darstellen. Für die Beweglichkeit liegen insgesamt 113 auswertbare Fälle vor: Die Beweglichkeit wurde bei 3/113 Personen als geringfügig verschlechtert, bei 13/113 ohne Veränderung, bei 62/113 als geringfügig verbessert und bei 35/113 als deutlich verbessert eingestuft. Dies sind ca. **85,9 %, die eine mindestens geringfügige Verbesserung der Beweglichkeit** attestiert bekommen haben.

**Kraft:** Für die Kraft liegen insgesamt 127 auswertbare Fälle vor. Die Kraft wurde bei 8/127 Personen als geringfügig verschlechtert, bei 5/127 ohne Veränderung, bei 46/127 als geringfügig verbessert und bei 68/127 als deutlich verbessert eingestuft. Dies sind ca. **89,7 %, die eine verbesserte Kraft nach dem Training** attestiert bekommen haben.

### 6.1.3 Zufriedenheit mit dem BGM-i-Programm und Akzeptanz der Maßnahmen

In der Nachbefragung (t1-Fragebogen) wurden die Studienteilnehmenden gefragt, wie sie ihre allgemeine Zufriedenheit mit den Maßnahmen und dem Programm einschätzten (numerische Ratingskala von 1 = „sehr schlecht“ bis 5 = „sehr gut“). Ebenfalls wurden sie zur Abschätzung

<sup>5</sup> Die Auswertungen der EFL-Testungen erfolgen ausschließlich für Modul A.

der Akzeptanz der Maßnahmen gefragt, wie sie das Verhältnis von Aufwand und Nutzen der BGM-i-Maßnahmen bewerteten (numerische Ratingskala von 1 = „Der Aufwand übersteigt den Nutzen deutlich.“ bis 5 = „Der Nutzen übersteigt den Aufwand deutlich.“). Darüber hinaus wurden die Studienteilnehmenden gefragt, inwieweit sie mit der Teilnahme an BGM-innovativ ihr persönliches Ziel erreicht hätten (numerische Ratingskala von 1 = „viel weniger als erwartet“ bis 5 = „viel mehr als erwartet“).

Die Tabelle 10 zeigt die Gruppenvergleiche für die Module A und B<sup>6</sup> sowie in der Gesamtstichprobe. Sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in Modul A waren die Teilnehmenden in der Interventionsgruppe insgesamt zufriedener mit dem Programm und den Maßnahmen als in der Vergleichsgruppe. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe schätzten den Nutzen höher als den Aufwand der Maßnahmen ein und haben laut Selbstausskunft eher ihre Ziele mit dem Programm erreicht. Diese Unterschiede sind in Modul A und der Gesamtstichprobe statistisch signifikant.

**Tabelle 10: Allgemeine Zufriedenheit der Studienteilnehmenden mit dem Programm und Akzeptanz der Maßnahmen im Gruppenvergleich**

GRUPPENVERGLEICH		Mittelwert BGM-iF/BGM-iS	Perzentile			n BGM-iF/BGM-iS	p-Wert	r-Wert
			25. BGM-iF/BGM-iS	50. (Median) BGM-iF/BGM-iS	75. BGM-iF/BGM-iS			
Modul A	t1 Zufriedenheit	4.24 / 3.36	4.00 / 3.00	4.00 / 3.00	5.00 / 4.00	208 / 186	<.001***	0.4996
	t1 Aufwand vs. Nutzen	3.58 / 2.83	3.00 / 2.00	3.00 / 3.00	5.00 / 3.00	203 / 181	<.001***	-0.3114
	t1 Zielerreichung	2.99 / 2.35	2.00 / 1.00	3.00 / 2.00	4.00 / 3.00	205 / 173	<.001***	-0.2923
	t0 Wirksamkeit	7.62 / 6.30	7.00 / 5.00	8.00 / 7.00	9.00 / 8.00	283 / 255	<.001***	-0.2721
	t1 Wirksamkeit	7.49 / 5.86	6.50 / 4.50	8.00 / 6.00	9.00 / 8.00	201 / 73	<.001***	-0.304
	t0 Motivation	7.95 / 6.79	7.00 / 6.00	8.00 / 7.00	9.00 / 8.00	288 / 258	<.001***	-0.2998
	t1 Motivation	7.07 / 6.07	6.00 / 4.00	7.50 / 7.00	8.00 / 8.00	204 / 96	<.001***	-0.2004
Modul B	t1 Zufriedenheit	3.91 / 3.65	4.00 / 3.00	4.00 / 4.00	4.25 / 4.00	54 / 52	.067	0.1776
	t1 Aufwand vs. Nutzen	3.07 / 3.00	2.00 / 2.25	3.00 / 3.00	4.00 / 3.75	54 / 48	.671	-0.0421
	t1 Zielerreichung	2.72 / 2.46	2.00 / 1.75	3.00 / 2.50	3.00 / 3.00	50 / 46	.273	-0.1119
	t0 Wirksamkeit	7.58 / 7.09	6.00 / 6.00	8.00 / 8.00	9.00 / 8.00	78 / 75	.169	-0.1112
	t1 Wirksamkeit	6.43 / 6.03	5.00 / 5.00	7.00 / 6.00	8.00 / 8.00	49 / 36	.426	-0.0863
	t0 Motivation	7.27 / 6.96	6.00 / 5.00	8.00 / 8.00	9.00 / 8.00	78 / 80	.256	-0.0903
	t1 Motivation	6.46 / 6.64	5.75 / 5.00	6.50 / 7.00	8.00 / 8.00	50 / 39	.791	-0.0281
Gesamt	t1 Zufriedenheit	4.17 / 3.43	4.00 / 3.00	4.00 / 3.00	5.00 / 4.00	264 / 241	<.001***	0.4308
	t1 Aufwand vs. Nutzen	3.47 / 2.86	3.00 / 2.00	3.00 / 3.00	4.00 / 3.00	259 / 232	<.001***	-0.2569
	t1 Zielerreichung	2.93 / 2.37	2.00 / 1.00	3.00 / 2.00	4.00 / 3.00	257 / 223	<.001***	-0.2528
	t0 Wirksamkeit	7.60 / 6.48	7.00 / 5.00	8.00 / 7.00	9.00 / 8.00	364 / 335	<.001***	-0.2327
	t1 Wirksamkeit	7.23 / 5.86	6.00 / 5.00	8.00 / 6.00	9.00 / 8.00	252 / 112	<.001***	-0.2762
	t0 Motivation	7.80 / 6.82	7.00 / 5.00	8.00 / 7.00	9.00 / 8.00	396 / 343	<.001***	-0.2462
	t1 Motivation	6.93 / 6.19	6.00 / 5.00	7.00 / 7.00	8.00 / 8.00	256 / 139	0.001**	-0.1651

Legende: Modul A „Frühintervention“, Modul B „Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation“, Interventionsgruppe „koordiniertes Fallmanagement“ (BGM-iF), Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ (BGM-iS)

Insgesamt hat die Motivation der Studienteilnehmenden und der Glaube in die Wirksamkeit der Maßnahmen in beiden Gruppen über den Projektverlauf leicht abgenommen. Die Studienteilnehmenden aus der Interventionsgruppe waren im Vergleich etwas motivierter und überzeugter von der Wirksamkeit der Maßnahmen (siehe Tabelle 11). Diese Unterschiede gelten für das Modul A und die Gesamtstichprobe, nicht für Modul B.

<sup>6</sup> Eine Analyse in Modul C konnte auf Grund der geringen Fallzahl in diesem Modul nicht durchgeführt werden. Die Subgruppenanalysen sind explorativ.

**Tabelle 11: Modulspezifische Intragruppenzeitvergleiche zur Motivationslage der Studienteilnehmenden und Zuversicht in Wirksamkeit der Maßnahmen**

	ZEITVERGLEICH		Mittelwert t0 / t1	Perzentile			n	p-Wert	r-Wert
				25. t0 / t1	50. (Median) t0 / t1	75. t0 / t1			
Modul A	BGM-if	Motivation	8.03 / 7.08	7.00 / 6.00	8.00 / 8.00	9.00 / 8.00	200	<.001***	-0,5339
		Wirksamkeit	7.75 / 7.46	7.00 / 6.50	8.00 / 8.00	9.00 / 9.00	193	.47	-0,052
	BGM-is	Motivation	6.99 / 6.07	6.00 / 4.00	8.00 / 7.00	8.00 / 8.00	95	.001**	-0,3263
		Wirksamkeit	6.74 / 5.86	5.00 / 4.50	7.00 / 6.00	9.00 / 8.00	73	.019*	-0,2743
Modul B	BGM-if	Motivation	7.23 / 6.42	6.00 / 5.25	7.00 / 6.50	8.75 / 8.00	48	.014*	-0,353
		Wirksamkeit	7.49 / 6.43	6.00 / 5.00	8.00 / 7.00	9.00 / 8.00	47	.008**	-0,386
	BGM-is	Motivation	6.73 / 6.59	5.00 / 5.00	7.00 / 7.00	8.00 / 8.00	37	.847	-0,0317
		Wirksamkeit	7.18 / 5.94	5.75 / 5.00	8.00 / 5.50	8.00 / 8.00	34	.007**	-0,46

Legende: Modul A „Frühintervention“, Modul B „Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation“

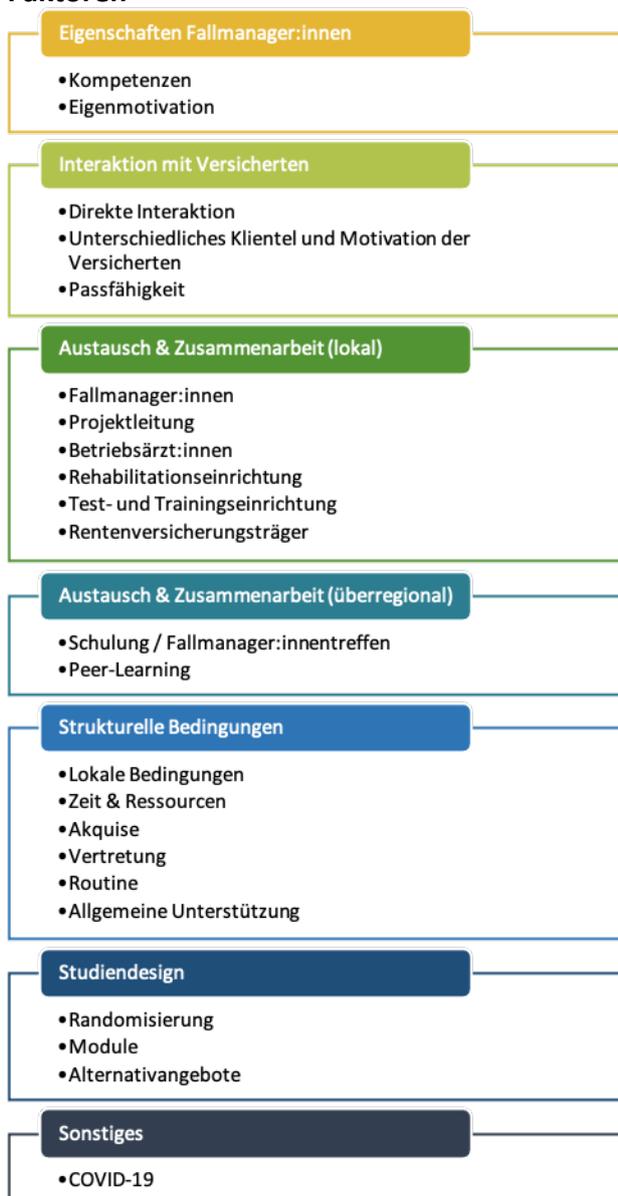
In der Interventionsgruppe wurde außerdem die Absicht auf eigenständige Fortführung einer oder mehrerer Maßnahmen abgefragt. Auf die Frage, ob sie beabsichtigen, eine oder mehrere der Maßnahmen in Zukunft eigenständig fortführen zu wollen, antworteten in Modul A 129 Personen (64,5%) mit „ja“, 17 Personen (8,5 %) mit „nein“ und 54 Personen (27%) mit „weiß nicht“. In Modul B waren es 38 Personen (76%), die die Frage bejahten, 3 Personen (6%), die die Frage verneinten, und 9 Personen (18%), die angaben, die Antwort noch nicht zu wissen. In Modul C bejahten 2 Personen die Frage (100%).

## 6.2 Ergebnisse der Prozessevaluation (Formative Evaluation)

Die Fallmanager:innen wurden nach regionalen Gesichtspunkten einer von bis zu drei verschiedenen Fokusgruppen pro Jahr zugeordnet. Die erste Runde der Fokusgruppen wurde nach Abschluss der Implementierungsphase durchgeführt, die zweite und dritte Fokusgruppenrunde nach einem bzw. nach zwei Jahren (2018 n= 16, 2019 n= 13, 2020 n= 15, Dauer der Fokusgruppen ca. zwei bis drei Stunden). Auf Grund der Covid-Pandemie und der mit ihr verbundenen Reiseeinschränkungen fanden die Fokusgruppen im Jahr 2020 per Telefon statt. Die Einzelinterviews mit den Betriebsärzt:innen erfolgten im Juli 2018 und Juli 2019 (Dauer der Interviews ca. 20 bis 40 Minuten, n= 9 Interviews (2018), n= 13 Interviews (2019)). Die Interviews mit den Mitarbeitenden aus den Test- und Trainingscentern erfolgten im September 2020 (Dauer der Interviews ca. 20 bis 60 Minuten, n= Insgesamt 9 Interviews). Die Interviews bezogen sich auf Kontextfaktoren (z.B. Zuständigkeiten, Rahmenbedingungen, Organisationskultur), Interaktion und Kommunikation zwischen den Netzwerkpartner:innen und den Teilnehmer:innen (Schnittstellen in der Zusammenarbeit der einzelnen Akteure) und die Strategien in Bezug auf die Rekrutierung.

Die folgende Abbildung fasst die wesentlichen Themenaspekte, die als hemmende und förderliche Faktoren bei der Implementierung identifiziert wurden, zusammen.

**Abbildung 5: Themenaspekte der bei der Implementierung förderlichen und hemmenden Faktoren**



Bei der Prozessevaluation konnten Faktoren identifiziert werden, die für die Einführung und Weiterführung des Programms besonders wichtig sind. Dazu werden nachfolgend bestimmte Aspekte fokussiert, die aus Sicht der Fallmanager:innen, Betriebsärzt:innen und Mitarbeiter:innen aus Test- und Trainingseinrichtungen die wichtigsten hemmenden und fördernden Faktoren für die Implementierung des BGM-innovativ-Programms sind. In Klammern wird die Datenquelle jeweils kenntlich gemacht: FG=Fokusgruppe mit Fallmanager:innen, BA=Interviews mit Betriebsärzt:innen, TuT=Interviews mit Mitarbeiter:innen aus den Test- und Trainingszentren.

### 6.2.1 Eigenschaften/ Eigenwahrnehmung Fallmanager:in

Welche Eigenschaften kennzeichnen eine/n gute/n Fallmanager:in? In den Fokusgruppen wurden einige Aspekte benannt, die aus der Sicht der Fallmanager:innen in deren Aufgabenfeld als wichtig eingestuft wurden: Darunter fallen eine gute Kommunikationsfähigkeit, Empathie sowie ein gutes Zeitmanagement. Die Beziehungsgestaltung und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zum/r Versicherten wurden als besonders wichtig erachtet.

*„Also man muss wirklich eine **gute Kommunikationsfähigkeit** haben, eine **Empathie** auch, sich [...] hinein fühlen können in andere Menschen, in deren Situation, was nicht nur [...] Krankheiten angeht, sondern manchmal auch das soziale Umfeld. Und man muss ein **gutes Zeitmanagement** haben [...].“ (FG)*

*„Man sollte natürlich auch ein **respektvolles, aber trotzdem bestimmtes** [...] **Auftreten** haben und sich in irgendeiner Form auch bei manchen einfach durchsetzen können. Ein gewisses **Durchsetzungsvermögen**, ein **Einfühlungsvermögen** und das dann an gegebener Stelle richtig*

*anbringen, das sollte man können. Dass ich mit einem Betriebsarzt respektvoll und freundlich, aber trotzdem offen und ehrlich umgehe, dass ich bei einem Rentenversicherungsträger auch mal etwas bestimmender nachfrage, trotzdem natürlich respektvoll und freundlich [...].“ (FG)*

### 6.2.2 Interaktion mit Versicherten

Die Interaktion mit den Versicherten wurde von den Fallmanager:innen insgesamt als sehr positiv empfunden. Die Fallmanager:innen konnten nach eigenen Angaben einen guten Versichertenkontakt herstellen und auch durch den persönlichen Kontakt die Beratungsgespräche individuell anpassen. Allerdings sei man durch das intensivierte persönliche Verhältnis auch stärker als Ansprechpartner:in für andere Themen in Anspruch genommen worden.

*„[...] weil ich gemerkt habe, dass man als Fallmanager doch ein **ganz anderes Aufgabenfeld hat als ein Kundenberater** und auch mit den Versicherten einen ganz anderen **Gesprächsbedarf** herstellt und eine ganz **andere Beziehung** zueinander.“ (FG)*

*„Also die spiegeln schon, dass sie das toll finden, aber die haben mich auch so ein bisschen **vereinnahmt als persönlichen Ansprechpartner** für alles und nicht nur für das Projekt. [...]“ (FG)*

Fand wenig Interaktion mit den Studienteilnehmer:innen statt, konnte das Verhältnis als sehr unpersönlich empfunden werden. Dies traf teilweise in den Test- und Trainingszentren zu, wenn zu wenig zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestanden hätten. Einige Betriebsärzt:innen haben auch von der Verantwortung gesprochen, die eine Studienaufnahme bzw. Empfehlung mit sich gebracht habe.

Die Versicherten wiesen laut den Fallmanager:innen z.T. andere Vorstellungen von dem Programm auf und zeigten aus deren Sicht oft keine Motivation, das Training nach 13 Wochen weiterzuführen. Eine gezielte Ansprache durch das Fallmanagement habe allerdings z.T. auch die unterschiedliche Motivationslage der Versicherten abfangen können, insgesamt habe es aber auch unter den Studienteilnehmer:innen Härtefälle gegeben, die sich eher eine Art Personal Training/Coach erhofft hatten. Teilweise wurde diese Sicht ebenfalls von den Betriebsärzt:innen geteilt.

Als Prädiktoren für diese Unterschiede wurden das Bildungsniveau der Versicherten, der Gesundheitsstatus sowie der Beruf benannt. Insgesamt habe sich die Tendenz gezeigt, dass diejenigen, die eine höhere Gesundheitskompetenz aufweisen, motivierter sind. Die Interaktion müsse individuell angepasst sein, um solchen Unterschieden angemessen begegnen zu können.

*„Also es gibt solche und solche. Das ist, glaube ich, sehr, sehr unterschiedlich. Das hängt [...] vom **Bildungsniveau** [...] und [...] natürlich auch **von den gesundheitlichen Problemen** ab [...]. Also je größer das **gesundheitliche Problem**, umso **motivierter ist man ja möglicherweise, selbst was dagegen zu tun**. Aber ich kann Leute aus dem Büro wahrscheinlich schneller dazu bringen, zwei Stunden oder zweimal zwei Stunden in der Woche was für ihre Gesundheit zu tun als die Leute, die [...] neun Stunden am Band stehen und abends wirklich kaputt sind und dann auch sagen: Jetzt habe ich auf Sport keine Lust mehr. Das ist ganz inhomogen. Aber es gibt genauso gut die motivierten Leute vom Band, die sagen: Nee, das ist mir wichtig und deshalb investiere ich die Zeit auch. Also das **Spektrum ist** [...] sehr, **sehr uneinheitlich**. Es gibt alles, von **hochmotiviert zu wenig motiviert** und die Abstufungen dazwischen sind genauso häufig.“ (BA)*

*„Die, [...] das **Thema Gesundheit** bei sich **auf der Agenda haben**. Die **nutzen** [...] das **BGM-Programm** noch zusätzlich [...]. Während diejenigen, die jetzt zum Beispiel akut arbeitsunfähig sind, selten reagieren.“ (FG)*

### 6.2.3 Passfähigkeit

Es hat sich gezeigt, dass das BGM-i-Programm nicht alle Versicherten erreicht, z.B. aufgrund von Besonderheiten der Art der Beschäftigung wie Schichtarbeit oder regelmäßige Geschäftsreisen. Test- und Trainingseinrichtungen, die ein Angebot auch zu individuellen Zeiten gewährleisten, könnten hier eine Unterstützung bieten. Für Versicherte mit hoher Reisetätigkeit erwies sich das standortabhängige Training auf Grund des hohen Koordinierungsaufwands und der Unterbrechung von Trainingsregelmäßigkeit als nicht geeignet.

*„Das Projekt [lief] bei uns ist ein bisschen schleppend, [...] weil die meisten Kunden [...] diese zwei Wochen Training nicht vollziehen können aufgrund **Geschäftsreisen**.“ (FG)*

*„Fertigungsmitarbeiter, die arbeiten halt entweder **Dauernacht** oder **Dreischicht** oder **Vierschicht**, finden einfach die Zeit nicht dazu.“ (FG)*

### 6.2.4 Lokaler Austausch und akteursübergreifende Zusammenarbeit der Netzwerkpartner:innen

Im regionalen Netzwerk sollten die Fallmanager:innen eine zentrale Rolle für die Abstimmung der einzelnen Akteure übernehmen. Die geschilderten Erfahrungen waren von Standort zu Standort sehr unterschiedlich. Es wurde von den Fallmanager\*innen als besonders förderlich empfunden, wenn die Aufgabenteilung eindeutig kommuniziert worden war, Ansprechpartner:innen auf verschiedenen Kanälen (schriftlich, telefonisch, persönlich vor Ort) erreichbar waren und Entscheidungen transparent gemacht worden sind. In Einzelfällen wurde berichtet, dass der regionale Zusammenhalt zwischen den Akteur:innen nicht optimal gewesen sei und dies den gesamten Erfolg des Programms an dem Standort negativ beeinflusst habe.

## Betriebsmedizin und Fallmanagement

*„[...] wir beraten sowohl die Mitarbeiter als auch die Arbeitgeber. Zu praktisch allen Aspekten der arbeitsmedizinischen Betreuung, das heißt konkret, dass wir draußen sind zu Begehungen, dass wir beim Kunden sind zu Gesprächen, wann immer die uns einladen zu Projekten, Vorhaben. Gerne auch mal zu solchen Dingen wie dem betrieblichen Gesundheitsmanagement, klassisch auch zum Lösen schwieriger Personalprobleme, überall da, wo es arbeitsmedizinische Aspekte drin gibt. Wir bedienen das ganze Instrumentarium der Dinge, die rund um Leistungswandel von Mitarbeitern eine Rolle spielen, das heißt betriebliches Eingliederungsmanagement, runde Tische, informelle Gespräche, Eignungsuntersuchungen, positive Leistungsprofile und ähnliche Dinge, die wir machen. Den ganzen Apparat, der sich aus den Vorgaben der arbeitsmedizinischen Vorsorge ergibt, das heißt, [...] da steht [...] der Schutz des Mitarbeiters im Vordergrund und [...] all die kleinen Dinge, die sich um das Miteinander [...] von betrieblichen Akteuren drehen. Also, man spricht ganz viel miteinander, telefoniert, erklärt, erläutert, versucht, vorwärts zu bringen [...].“ (BA)*

*„[...] die [Fallmanagerin] hat, zum Beispiel, durch das Projekt noch mal eine ganz andere Perspektive auf ihre Versicherten bekommen und auch die **Möglichkeiten einer Krankenkasse**. [...] Das hat letztendlich dazu geführt, dass man die eigene Arbeit auch mit einer ganz anderen Wertigkeit betrachtet als vorher und von daher macht die **Zusammenarbeit** mit dem/r Fallmanager/in jetzt riesengroßen Spaß.“ (BA)*

*„[...] Ob es C, A oder B-Module, da hab ich wenig eigentlich damit zu tun. Eher der Fallmanager macht das. ... [...] Und wie gesagt, ich kontrolliere noch mal, ob der A, B oder C okay [...] ist, weil ich auch die Karteikarte habe, wo ich hier sage, ja, aufgrund seiner Grunderkrankung oder Beschwerdekomples oder jetzt sagen wir so in der letzten Zeit ein bisschen Mal Probleme gehabt, da könnte ich mir das gut vorstellen, dass er ins Modul A oder B oder C passt.“ (BA)*

„Die Betriebsärzte sind [...] nur wenige Minuten von uns entfernt [...]. [...] Gespräche, die wir mit den Betriebsärzten hatten, [...] waren alle sehr vielversprechend. [...] ein **Großteil der Betriebsärzte war total begeistert von dem Projekt** [...]. Wir haben alles mit denen soweit geklärt, wie wir das [...] aufbauen wollten, dass die Kunden von den Betriebsärzten geschickt werden.“ (FG)

„[...] hatten immer [...] das **Gefühl, die Betriebsärzte stehen überhaupt nicht richtig hinter uns**. [...] Wie gesagt, die **Betriebsärzte haben ja eigentlich den Draht überhaupt**.“ (FG)

„[...] Die Fallmanagerin ist nicht vor Ort. Die sitzt in Stadt\_J glaub ich und steuert Standort\_F, per Mail, per Telefon, aber die sitzt nicht vor Ort.“ (BA)

### Stationäre Rehabilitation und Fallmanagement

„Das Problem ist [...], **wenn es schnell entschieden wird, aber die Aufnahme nicht schnell erfolgen kann**. [...] wir haben jetzt halt einen Krankengeldfall, der dann halt ins Modul B [...] gekommen ist. Dann wurde [...] schnell genehmigt, aber der muss jetzt [...] immer noch warten, dass er [...] aufgenommen wird und das ist [...] bei ihm eine besondere Situation.“ (FG)

### Rentenversicherungsträger und Fallmanagement

„Also ich [...] bekam selbst [...] **innerhalb von zwölf Tagen Bescheid**, was man sonst [...] überhaupt nicht gewöhnt ist. [...] ich hatte drei Einnahmen und drei Zusagen. Die lief gut.“ (FG)

„Ich hatte vier, die einen Rehaantrag gestellt haben. Der eine ist noch nicht entschieden, die anderen drei wurden positiv entschieden. Allerdings habe ich [...] nicht die Erfahrung gemacht, dass es innerhalb von zwölf Tagen der Fall war. **Also das hat schon auch länger gedauert** [...]. Das muss ich aber sagen, **das war so die Weihnachtszeit rum**, vielleicht lag es daran. Das kann ich nicht sagen, aber ich selbst habe von der Rentenversicherung [...] nichts gehört, [...] ich habe das [...] vom Versicherten dann erfahren mit der Bewilligung.“ (FG)

### Test- und Trainingseinrichtung und Fallmanagement

„Wenn die Fallmanagerin [...] Hinweise hatte bezüglich irgendwelcher Besonderheiten bei dem einen oder anderen Trainierenden, dann hatte sie uns das mitgeteilt, dass man [...] hier oder da ein besonderes Augenmerk haben sollte, also **der Informationsaustausch war da schon wichtig und der war auch gegeben** und ich denke, dass man [...] **auf den einen oder anderen speziellen Fall ganz gut eingehen konnte**.“ (TuT)

„[...] mit Trainingszentrum und Testzentrum das läuft also sehr gut. Da war ich [...] zweimal [...] und habe mir das angeguckt. Die sind wirklich alle sehr nett und sehr bemüht, hätten natürlich gerne ein bisschen mehr Leute, [...] aber ansonsten **klappt der Austausch wirklich gut** [...]. (FG)

„[...] Wenn was gewesen ist: E-Mail-Verkehr, Faxverkehr und Telefonate hat **alles super Hand in Hand** gespielt.“ (FG)

„[...] **ich kriege keine Rückmeldung**. Ich [...] habe es aber den Teilnehmern [...] gesagt, sie sollen mir bitte sagen, wenn es [...] losgeht [...] das Ende [...] kann ich mir [...] dann ungefähr ausrechnen. [...] Die, die bis jetzt waren, sind aber auch zuverlässig. [...].“ (FG)

### 6.2.5 Überregionaler Austausch und Zusammenarbeit der Netzwerkpartner:innen

Über Schulungen sollte zu Beginn der Implementierung ein gutes Basiswissen bei den Fallmanager:innen und Betriebsärzt:innen etabliert werden. Über regelmäßige Fallmanagement-Treffen wurde der überregionale Austausch von Erfahrungen erreicht. Dies wurde von den teilnehmenden Fallmanager:innen als sehr hilfreich beschrieben. Betriebsärzt:innen konnten sich ebenfalls bei Bedarf austauschen; für sie war der regionale Austausch im lokalen Netzwerk jedoch entscheidender als der überregionale Austausch mit anderen Betriebsärzten:innen. Auch wenn weiterhin seitens des Projektmanagements Unterstützung angeboten wurde, so war es für Mitarbeiter:innen, die nicht an den initialen Schulungen teilgenommen hatten, mitunter schwierig, das Wissen aufzuholen und intensive Kontakte im Netzwerk zu knüpfen, insbesondere wenn es sich um Teilzeitkräfte handelte.

„Also, für mich ist einfach der **Blick immer nach jedem Treffen noch mal ein bisschen geschärft** worden. [...]“ (FG)

„Und dann ist es [...] **Learning-by-Doing** und wenn man eben diese **Rückmeldungen von anderen** [...] hat, ist es **immer hilfreich**. Und wir hatten [...] den Vorteil, dass wir uns untereinander [...] ein bisschen unterstützten konnten [...].“ (FG)

„[...] ich finde es [...] **wichtig**, gerade den **Austausch untereinander**. Eventuell, dass man auch die gleichen Probleme in irgendeiner Weise hat. Genau, um da eine Lösung zu finden. In diesen Gruppendiskussionen und Gesprächen, die wir hatten, war doch sehr hilfreich.“ (FG)

### 6.2.6 Strukturelle Bedingungen (in der Organisation)

Insgesamt habe das Projekt einen hohen Organisationsaufwand bedeutet. Das Eindenken in die neuen Abläufe sei auch dadurch erschwert worden, dass wegen der geringen Nachfrage teilweise nur unregelmäßig und selten neue Rekrutierungen stattgefunden hätten und deshalb keine Routine entstehen konnte. Zusätzlich habe man für die Aufklärung ein separates Zimmer benötigt und es sei zuweilen schwierig gewesen, geeignete Räume zu finden. Einige Betriebsärzte:innen gaben an, finanzielle Incentives für den entstehenden Mehraufwand wären hilfreich für sie gewesen, um eine stärkere Motivation zu erzeugen. Werbematerial und – an einigen Orten eingerichtete – Muskelskelettsprechstunden haben unterstützend gewirkt. Vertretungsregelungen seien erwünscht, aber in einigen Fällen nicht zu realisieren gewesen.

#### Lokale Bedingungen (z.B. Entfernung zum Betrieb)

„[...] ich bin auch viel unterwegs dann. Ich fahre dann meistens raus an den Betriebsstandort: U oder an den Betriebsstandort: J und gehe dann entweder da in eine Geschäftsstelle. Muss [...] immer gucken, dass ich irgendwo ein Büro kriege, **was gerade frei ist** und wo es ein bisschen ruhig ist und nicht gerade im Kundenservice oder ich muss halt ins Werk [...]. Es ist auch nicht gerade datengeschützt, das ist nicht so einfach, **also muss man schon ordentlich planen**. [...]“ (FG)

„[...] ich muss gefühlt mit drei Leuten telefonieren, Rückrufe vereinbaren, dann natürlich gucken, wann kann der Versicherte, wann ist der Raum frei, passt das zusammen oder nicht.“ [...] (FG)

#### Zeit und Ressourcen

„[...] das sind einfach Termine, wo wir uns auch für die Arbeit **die Zeit blocken** [...]. [...] aber ich habe trotzdem mein **komplettes Arbeitspensum**. Das ist schon nicht ohne. [...] ich finde es [...] wertvoll, was wir da machen und dann müsste eigentlich ein bisschen mehr Zeit uns gegeben werden, mehr Raum. (FG)

„Also, ich glaub, ärztliche Kollegen müssten Sie tatsächlich noch mal anders motivieren. Ich weiß nicht, wie. [...] von **guter Information, Motivation über Geld**, [...] Aber das ist schon glaub ich wichtig [...], wenn man sich dafür entscheidet, dass Ärzte einsteuern sollen, dann muss das denen **inhaltlich schmackhaft machen** und möglicherweise halt auch tatsächlich **angemessen incentivieren**.“ (BA)

### **Akquise (z.B. durch Anschreiben, sonstige Werbemittel)**

„Vor einer Woche hatten wir [...] eine **Anschreibeaktion** und das ist auch **gut angelaufen**, also ich hatte diese Woche auch schon vier Rückmeldungen [...], die jetzt auch dran teilnehmen wollen. Letzte Woche hatte ich alleine drei Teilnehmer. [...]“ (FG)

„Also bei uns ist es am Anfang **etwas zäh angelaufen**, weil wir es einfach **nicht so beworben** haben und jetzt im Januar haben wir an die Mitarbeiter eben Informationen nochmal rausgegeben und jetzt ist es bei uns eigentlich so richtig angelaufen.“ (FG)

### 6.2.7 Studiendesign und Sonstiges

Das Studiendesign wurde als herausfordernd erlebt. Viele Versicherte hätten bereits konkrete Vorstellungen gehabt, welcher Gruppe sie gerne zugeordnet werden würden. Das Verständnis für die Notwendigkeit der Randomisierung habe dort laut Aussage der Fallmanager:innen oft gefehlt. Auch seien einige Betriebsärzt:innen nicht von dem Studiendesign überzeugt gewesen. Ganz besonders herausfordernd empfanden die Fallmanager:innen den Umgang mit dem unterstützten Selbstmanagement in Modul C. Gerade an Standorten, an denen bereits ein umfangreiches Präventionsangebot etabliert gewesen sei, sei die Rekrutierung für ein solches Projekt schwierig gewesen.

Die Auswirkungen der COVID-Pandemie-Einschränkungen seien für alle Netzwerkpartner:innen deutlich spürbar gewesen. Insbesondere die Hygieneauflagen in den Test- und Trainings-einrichtungen, aber auch Veränderungen in den Arbeitsabläufen der Unternehmen sowie der BKK hätten sich auf die Weiterführung des Trainings, die Betreuung der Studienteilnehmer:innen und ihre Motivation negativ ausgewirkt. In Einzelfällen konnte das Training jedoch ohne große Einschränkungen fortgeführt werden. Wegen der Home-Office-Regelung sei in vielen Fällen die Kontaktpflege schwieriger gewesen. Insgesamt hatten sich die Einschränkungen jedoch wenig auf die gesamte Studie auswirken können, da der Großteil der Studie bereits vor Beginn der COVID-Pandemie abgeschlossen war.

## **7. Diskussion der Projektergebnisse**

Die Hypothesen zu Arbeitsfähigkeit, AU-Tagen und Selbstwirksamkeit konnten in der Gesamtpopulation nicht bestätigt werden. Vorteile für das koordinierende Fallmanagement wurden hingegen bezüglich der schmerzbedingter Beeinträchtigung identifiziert. Nach den Ergebnissen der modulunabhängigen Auswertung im Rahmen der summativen Evaluation hatten die Studienteilnehmenden sowohl in der Interventionsgruppe „koordinierendes Fallmanagement“ als auch in der Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ weniger Schmerzen, eine höhere Arbeitsfähigkeit sowie geringere MSE-bedingte AU-Tage. Gemessen mit den Auszügen aus dem Deutschen Schmerzfragebogen erzielte die Interventionsgruppe (koordiniertes Fallmanagement) insgesamt bessere schmerzbezogene Ergebnisse.

Im Vergleich zu den Zeitpunkten vor und nach der Intervention konnten sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe gesundheitliche Verbesserungen nachgewiesen werden. Nach der Intervention hatten die Studienteilnehmenden eine höhere Arbeitsfähigkeit, weniger MSE-bedingte AU-Tage sowie eine geringere schmerzbedingte Beeinträchtigung (Disability Tage, Disability Score, Schmerzintensität). In der Interventionsgruppe wurde eine

mittlere Reduktion der MSE-bedingten AU-Tage von 28,7 auf 18,3 Tage und eine Reduktion der schmerzbedingten Beeinträchtigungen von 53,0 auf 40,1 (von 100 Punkten) erzielt. Die Reduktion der schmerzbedingten Beeinträchtigungen von ca. 24 % kann als klinisch relevant bewertet werden. In der Vergleichsgruppe wurde eine mittlere Reduktion der AU-Tage von 28,5 auf 13,3 Tage sowie eine Reduktion der Schmerzen von 54,0 auf 45,9 (von 100 Punkten) erreicht. Die Motivation und Zuversicht in die Wirksamkeit der Maßnahmen war in beiden Gruppen insgesamt hoch, in der Interventionsgruppe aber etwas stärker ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe.

Im Zusammenhang mit den in Modul A bei der Interventionsgruppe durchgeführten arbeitsplatzbezogenen Eingangs- und Ausgangstestungen konnte nach der Intervention bei den Parametern Ausdauer, Koordination in mehr als 70 % der Fälle eine Verbesserung festgestellt werden. In Bezug auf Beweglichkeit und Kraft war in über 85 % der Fälle eine Verbesserung nachweisbar.

Die statistisch fehlenden Unterschiede zwischen den Gruppen könnten an einer starken Vergleichsgruppe liegen. Damit ist der Umstand gemeint, dass die Interventionsgruppe gegen eine nicht unerheblich verbesserte Regelversorgung getestet wurde. Bei der Diskussion und Entwicklung des Evaluationskonzepts haben die Konsortialpartner gemeinsam mit den Evaluatoren entschieden, den Teilnehmer:innen der Vergleichsgruppe umfassende Informationen zukommen zu lassen, wie sie das Selbstmanagement ihrer Erkrankung gestalten könnten. Dazu gehörten beispielsweise Patienteninformationen für alle drei Module (siehe Anlage 4) mit Informationen über Angebote der Krankenkasse in der Primärprävention und Leistungen des Rentenversicherungsträgers (zum Beispiel Leistungen zur Teilhabe, medizinische Rehabilitation) ebenso wie die ausführliche Beratung über den Antrag zur medizinischen Rehabilitation über den Betriebsarzt und weitere Handlungsoptionen wie das betriebliche Eingliederungsmanagement. Die Informationen und alternativen Unterstützungsangebote wurden den Vergleichsgruppenteilnehmer:innen in einem ausführliches Informations- und Beratungsgespräch mit dem/der Fallmanager:in präsentiert. Aus dem Grund erhielt die Vergleichsgruppe die zutreffende Bezeichnung „unterstütztes Selbstmanagement“. Motiv dieses „Aufpeppens“ der Regelversorgung war, Zweifel am Studienkonzept auf Seiten der BKK und der Betriebe und moralische Bedenken der Fallmanager:innen bei der Betreuung und Begleitung der Teilnehmer:innen auszuräumen sowie die Teilnahmebereitschaft der Beschäftigten schon vor der Randomisierung und während der gesamten Erhebungsphase zu sichern bzw. zu erhöhen. Dies lässt sich als Kompromiss zwischen den methodischen Anforderungen an eine Evaluation und den praktischen Erwägungen im betrieblichen Alltag bezeichnen, barg aber von Beginn an das Risiko von zu geringen Effektunterschieden zwischen den beiden Studiengruppen. Dieser Umstand ist bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Gemessen an dem vorliegenden Potenzial an betroffenen Versicherten in den teilnehmenden Unternehmen ist die Rekrutierung niedriger ausgefallen als auf der Basis der Pilotprojekterfahrungen der Salzgitter AG erwartet. Von Seiten der Fallmanager:innen und Betriebsärzt:innen wurde berichtet, dass das Studiendesign mit der vorgesehenen zufälligen Zuweisung zu den Studienarmen Interventions- und Kontrollgruppe in der betrieblichen Praxis nur schwierig zu vermitteln gewesen sei und zu einer deutlich schwächeren Rekrutierungsrate geführt habe. Unter den Studienabbrechern wurde die Unzufriedenheit mit der Gruppenzuteilung allerdings nur selten als Beweggrund angeführt. Vereinzelt hatten die BKK zu sehr auf die Mitwirkung der Betriebsärzt:innen bei der Teilnehmer:innen-Rekrutierung gesetzt – mit (nicht quantifizierbaren) Konsequenzen für den Rekrutierungserfolg. Insgesamt wurde die nötige Fallzahl in der Gesamtpopulation jedoch erreicht.

Kennzeichnend für das Projekt war die Beteiligung unterschiedlich großer Krankenkassen, die mit Unternehmen zusammenarbeiten, welche verschiedene Branchen und Unternehmensgrößen abdecken. Das Umsetzungspotenzial wurde bei der Initiierung als hoch eingeschätzt,

da keine komplexen, neuen Strukturen geschaffen werden mussten. Die Umsetzung des Konzeptes benötigt ein Unternehmen, ein funktionierendes Fallmanagement der Krankenkassen und die Implementierung standardisierter Versorgungsprozesse. Die erarbeiteten Materialien wie die Schulungskonzepte, Handbücher, Gesprächsleitfäden und Dokumentationsbögen können weiter genutzt werden.

Ein komplexes Projekt mit zahlreichen Akteuren wie BGM-innovativ ist vielen verschiedenen Einflüssen ausgesetzt. Je besser jedoch die Akteure vernetzt sind, um so effizienter können sie das Zusammenwirken der in die Leistungserbringung involvierten Akteure organisieren und steuern. Schnittstellenprobleme in der gesundheitlichen Versorgung werden vermieden und überwunden, die Versorgung der Versicherten lässt sich bedarfsgerechter gestalten, bürokratische Hürden werden abgebaut und die Akteure gewinnen organisations- und sektorenübergreifend an Zufriedenheit und Motivation. Die Fallmanager:innen haben hier eine wichtige Rolle, sie organisieren die Vernetzung, pflegen die Beziehungen innerhalb der Netzwerke, helfen den Versicherten, sich im Versorgungssystem zurecht zu finden und unterstützen ganz konkret bei Terminen und Anträgen.

Bereits vor Projektende haben sich zehn BKK dazu entschieden, das Programm nach Beendigung der Studie weiterzuführen. Es haben sich Überlegungen angeschlossen, das Metakonzept des Fallmanagements auf andere Erkrankungen mit einer hohen Verbreitung (wie z.B. psychische Erkrankungen oder Diabetes) zu übertragen.

## **8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung**

### **8.1 Beitrag zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung**

Das Programm BGM-innovativ weist wesentliche Unterschiede gegenüber der Regelversorgung auf, die sich unmittelbar oder mittelbar aus seinem konzeptionellen Ansatz ergeben:

- BGM-innovativ bindet die Arbeitsmedizin in die Versorgungsprozesse ein und integriert und verankert damit die erforderliche arbeitsplatzbezogene medizinische Kompetenz. Das kann die Symptomatik bzw. die medizinische Versorgung im Rahmen von Arbeitsunfähigkeiten und den Wiedereingliederungsprozess entscheidend verbessern.
- BGM-innovativ legt den Grundstein für eine Kooperation zwischen den Partnern im SGB V (Krankenkassen) und im SGB VI (Rentenversicherung) im Bereich BGM und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM). Optimierte Prozesse der ambulanten arbeitsplatzbezogenen Frührehabilitation (getragen von den Krankenkassen) werden verknüpft mit den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (getragen von den Rentenversicherungsträgern), und führen zu einem verbesserten BEM-Verfahren und einer gewünschten Nachhaltigkeit im sekundärpräventiven Bereich.
- Im Rahmen von BGM-innovativ werden, unterstützt durch die Sozialversicherungsträger, den Unternehmen und den betroffenen Arbeitnehmern krankheitsbezogene und arbeitsplatzbezogene Maßnahmen angeboten, um einen Verbleib am Arbeitsplatz oder eine gezielte, den Fähigkeiten des Mitarbeiters angemessene Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit zu ermöglichen. Das Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes wird mit dem Leistungsprofil des erkrankten Mitarbeiters abgeglichen und eine individuelle, strukturierte Behandlung und Wiedereingliederung ermöglicht.
- Das fachkompetente Fallmanagement der Krankenkassen in BGM-innovativ bietet einen strukturierten, standardisierten Versorgungsprozess. Das entlastet Beschäftigte von der mühsamen Suche nach und der Organisation einer angemessenen und wirksamen Intervention und verbessert die Effizienz des Versorgungsprozesses. Die betroffenen Beschäftigten können sich auf den Trainingsprozess und den Trainingsablauf konzentrieren.

- BGM-innovativ fördert die Etablierung eines strukturierten, standardisierten und abgestimmten Vorgehens von der Selektion der geeigneten Kandidaten über die Ansprache und Begleitung der Betroffenen, dadurch erhöhen sich die Chancen für eine frühzeitige Intervention.
- BGM-innovativ sieht den Aufbau eines lokalen Netzwerks aus betrieblichen und außerbetrieblichen Akteuren vor. Vom Fallmanagement der Krankenkassen initiiert und koordiniert, arbeiten die Therapeuten abgestimmt zusammen. Das verbessert die Qualität der gesundheitlichen Versorgung von Beschäftigten, schafft Vertrauen und fördert weitere Aspekte der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung, zum Beispiel in Zusammenarbeit mit den Rehabilitations- und den Trainingseinrichtungen.
- BGM-innovativ fördert die überregionale Vernetzung sowie die multi- und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Daraus ergeben sich Synergien mit positiven Auswirkungen auf den Aufwand der einzelnen Krankenkasse beim Aufbau einer individuell ausgerichteten arbeitsplatzbezogenen Versorgung. Das Fallmanagement ist auch krankenkassenartenübergreifend vorstellbar.

## 8.2 Fortführung des Projektes und Übertragbarkeit

Im Innovationsfondsprojekt wurden Versicherte der teilnehmenden BKK bis zum 29.02.2020 eingesteuert. BKK, die zu diesem Zeitpunkt vom Erfolg des Projektes überzeugt waren – gestützt überwiegend auf ihre individuellen Projekterfahrungen und Rückmeldungen der teilnehmenden Versicherten – haben sich entschieden, das Programm ihren Versicherten ab März 2020 auf eigene Kosten weiter anzubieten. Die Entscheidung zur Fortführung haben 10 von 15 BKK mit 15 der im Förderprojekt eingebundenen 22 Studienzentren getroffen. 5 BKK haben sich gegen eine Fortsetzung entschieden.

Mit der Entscheidung für oder gegen eine Fortsetzung des Projektes bis zum Vorliegen der Evaluationsergebnisse und der Prüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu warten, war keine Option für die BKK. Denn dies hätte den Fortbestand der im Zuge des Projektes aufgebauten Netzwerkstrukturen gefährdet.

Als Gründe für eine Fortführung des Programms nannten die BKK insbesondere die mit den Programminhalten erzielten gesundheitlichen Verbesserungen, die sehr positive Anerkennung des Programms bei den Teilnehmenden, wobei besonders das Sich-Kümmern der Fallmanager:innen und das individuell abgestimmte Versorgungskonzept in BGM-innovativ, die Berücksichtigung arbeitsplatzbezogener Aspekte, die verbesserten Beziehungen zu den eingebundenen Akteuren und die spürbar gesteigerte Eigenmotivation der Versicherten hervorgehoben wurden. Zur Veranschaulichung hier einige ausgewählte Zitate der BKK:

- „Das Projekt BGM-innovativ führen wir fort, da wir hier einen Mehrwert für unsere Versicherten sehen. Es wird gezielt auf die Erkrankung des Versicherten eingegangen und eine entsprechende Maßnahme ausgewählt.“
- „BGM-innovativ ist eine wichtige und folgerichtige Ergänzung der Leistungen nach § 20b SGB V. Das betriebliche, teils arbeitsplatzbezogene Vorsorgeangebot ist ab einem bestimmten Punkt erschöpft und kann den betroffenen Beschäftigten nicht mehr helfen. Das Angebot bietet dem Betrieb weitergehende Handlungsmöglichkeiten, bei Bedarf zeitnah zu unterstützen. Damit kann positiver Einfluss auf Schwere und Dauer einer Erkrankung ausgeübt werden, was auch die GKV in der Langzeitperspektive entlastet.“
- „Für [...] hat sich gezeigt, dass Versicherte, die eine aktive Einstellung zum Krankheitsgeschehen hatten, in hohem Maße von dem Angebot profitierten, u.a. auch, da sie schnelle Unterstützung erfahren haben. Nach unserer Einschätzung fühlte sich dieser Personenkreis gut betreut, mit seinen Problemen nicht alleine gelassen und der Aspekt, etwas „tun“ zu können und der Situation nicht ausgeliefert zu sein hat sich ebenfalls positiv auf das

Krankheitsgeschehen ausgewirkt. Andererseits wurde die Erfahrung gemacht, dass Versicherte, die bereits zu Beginn der Einsteuerung Bedenken zu den Angeboten hatten, skeptische Äußerungen tätigten oder fremdmotiviert waren, trotz starken Engagements der Fallmanagerin die Angebote nicht bzw. nicht kontinuierlich nutzten. Wir leiten für die Regelversorgung daraus ab, dass entweder bereits eine intrinsische Motivation vorliegen oder der subjektive Leidensdruck weiter steigen muss, um auch aus wirtschaftlicher Sicht die Personalkosten und Test-/Trainingskosten zu verantworten. Fallmanagement kann unterstützen und steuern, die eigene Aktivität des Versicherten kann aber nicht ersetzt werden.“

- „Aufgrund der Struktur der [...] werden Inhalte des BGM-iF im Rahmen von Einzelfallentscheidungen nach ausführlicher Prüfung der Motivation und dem Vorliegen geeigneter Rahmenbedingungen den Versicherten weiter zur Verfügung stehen.“
- „Die Prävention/Vorsorge/Versorgung für die arbeitsbedingten Muskel-Skelett-Erkrankungen sind absolut relevant für unser Trägerunternehmen. Durch die gezielte und motivierende Ansprache der „richtigen“ Personen, durch ein schlüssiges und individuell abgestimmtes Versorgungskonzept und durch die nachhaltige Qualitätssicherung der Fallmanagerin konnten wir dieses Modul gut im Rahmen unseres Case-Managements implementieren. Das gute Zusammenspiel der Netzwerkpartner vermittelt den Eindruck einer „Hand-in-Hand-Versorgung“!“
- „Vor allem das Modul A ist in der Prävention von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems ein effektives Tool, welches eine Großzahl an Arbeitnehmern anspricht und den Weg zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil ebnen kann. Das defizitorientierte Training lässt eine schnelle Verbesserung wahrnehmen – die fallbezogene Unterstützung während der dreimonatigen Trainingsphase baut eine Beziehung zum Versicherten auf und motiviert weiter dran zu bleiben.“
- „Wird dieses Tool nun bei ersten Anzeichen einer Muskel-Skelett-Erkrankung genutzt, z.B. bei Arbeitnehmern mit eintretenden Arbeitsunfähigkeitszeiten oder mit einer Heilmittelverordnung aufgrund einer M-Diagnose, kann dem Fortschreiten der Erkrankung entgegengewirkt werden.“
- „Aufgrund des positiven Feedbacks unserer Kunden, dem Mehrwert für unser Trägerunternehmen und eines langfristig und nachhaltig ausgelegten Case-Managements haben wir uns frühzeitig zu einer freiwilligen Weiterführung entschieden. Wichtig war uns an dieser Stelle, dass die aufgebauten Strukturen bzw. die eingespielten Prozesse durchgehend fortgeführt werden. Auch mit dem Bewusstsein, dass die Ergebnisse der Evaluation erst in einigen Monaten zur Verfügung stehen. Sogar eine Ausweitung auf ein weiteres Trägerunternehmen wurde vorbereitet, Kontakte geknüpft und Leistungserbringer vor Ort identifiziert.“

Eine notwendige Voraussetzung für einen Neueinstieg ist ein hinreichend großes Versichertenpotenzial im Unternehmen und die Bereitschaft zur Kooperation. Auch kleine und mittelständische Unternehmen und kleinere Krankenkassen können einsteigen, wenn die notwendigen Strukturen (z.B. qualifizierte Trainingsmöglichkeiten) und Ressourcen (z.B. kassenübergreifendes Fallmanagement) gemeinsam genutzt werden können. Dies erfordert am Anfang einen gewissen Koordinationsaufwand.

Eine Übertragung der Programmprinzipien auf andere Indikationen, z.B. auf psychische Erkrankungen, ist sehr gut möglich. Der modulare Aufbau des Programms, das zentrale Fallmanagement in Verbindung mit bereits etablierten Netzwerkstrukturen bilden die Grundlage. Die Einbindung weiterer Akteure und die Integration weiterer Versorgungsstufen ist jederzeit denkbar. Kommunale Akteure, Interessenvertretungen der Industrie und des Handwerks (z.B.

Akronym: BGM-innovativ  
Förderkennzeichen: 01NVF16027

Handelskammern), Arbeitgeberverbände, überbetriebliche Netzwerke der betrieblichen Gesundheitsförderung und andere Stakeholder könnten hier wertvolle Unterstützungsarbeit leisten.

Die mit BGM-innovativ gewonnene bzw. gestärkte Beziehung zwischen Krankenkasse und Betriebsärzten und weiteren betrieblichen Akteuren (Gesundheitsmanager:innen, Personalverantwortliche, Führungskräfte, Betriebsrat, ...) eröffnen große Chancen auf den Anschluss weiterer Versorgungsideen. Die mögliche Teilnahme der Fallmanager:innen am Arbeitskreis Gesundheit oder am Arbeitssicherheitsausschuss kann dabei ein wichtiges Element sein.

## 9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

### Zeitschriftenbeiträge (Peer-reviewed)

Choi, K.-E., Lindert, L., Schlomann, L., Samel, Chr., Hellmich, M., Pfaff, H. (2021). A Cross-Provider Health Care Management Program for Musculoskeletal Disorders: Results of a Randomized Controlled Trial in 22 German Companies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), <https://doi.org/10.3390/ijerph182211844>.

Choi, K.-E., Lindert, L., Schlomann, L., Pfaff, H. Healthcare service providers' perceptions of organizational readiness for change in a randomised controlled trial – exploring effects on successful implementation: a qualitative analysis.

Lindert, L., Schlomann, L., Pfaff, H., Choi, K.-E. Mental wellbeing in a worksite health promotion program for employees with musculoskeletal disorders.

Schlomann, L., Lindert, L., Pfaff, H., Choi, K.-E. The case manager in theory and practice: How do case managers perceive their role in a musculoskeletal health promotion network? – A qualitative study.

Lehmann, B. A., Lindert, L., Ohlmeier, S., Schlomann, L., Pfaff, H., Choi, K.-E. (2020). „And Then He Got into the Wrong Group“: A Qualitative Study Exploring the Effects of Randomization in Recruitment to a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph17061886>.

Schubin, K., Schlomann, L., Lindert, L., Pfaff, H., Choi, K.-E. (2020). Occupational Physicians' Perspectives on Determinants of Employee Participation in a Randomized Controlled Musculoskeletal Health Promotion Measure: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph17207445>.

### Zeitschriftenbeiträge (ohne Peer-Review)

Moormann, T. (2018). BGM-innovativ. Stark in Branchen und Netzwerken. Betriebskrankenkassen. Betriebskrankenkassen. Magazin für Politik, Recht und Gesundheit im Unternehmen, 02/2018. S. 24-29.

Moormann, T. (2017). „BGM-innovativ“: Betriebliches Gesundheits- und Versorgungsmanagement nachhaltig gestalten. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 71(1), 17-21.

### Buchbeiträge

Moormann, T., Lindert, L., Choi, K.-E., Leineweber, B. (2019). BGM-innovativ: Starke Netzwerke geben Rück(en)halt. In: Kliner, K., Rennert, D., Richter, M. (Hrsg.): BKK Gesundheitsatlas 2019: Netzwerk(n) für Gesundheit. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin, S. 11-18. (<https://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsatlas.html>; Zugriff am 28.05.2019)

Moormann, T., Bothe, P., Huber, M. (2017). BGM-innovativ – Arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen. In: Amelung, V.E., Eble, S., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägél, R., Ozegowski, S., Schlenker, R.-U., Sjuts, R. (Hrsg.): Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin, S. 272-278.

Koch, B., Kröger, C., Leineweber, B., Marquardt, B. (2012). Kooperation, die Wirkung zeigt – das betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG. In: BKK Dachverband (Hrsg.): BKK Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben. Schröers-Druck GmbH. Essen, S. 135-141.

### **Kongressbeiträge und Vorträge**

Lindert, L., Schlomann, L., Pfaff, H., Choi, K.-E. (2021). Der Einfluss des psychischen Wohlbefindens auf den Disability Score im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramms für Mitarbeitende mit ersten Anzeichen von Muskel-Skelett-Erkrankungen. 20. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung „Versorgungskontext verstehen – Praxistransfer befördern“ am 06.-08.10.2021 in Berlin (digital) (Beitrag akzeptiert)

Schlomann, L., Lindert, L., Pfaff, H., Choi, K.-E. (2021). Selbstwirksamkeit und Unterstützung durch Fallmanager:innen bei Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen: Erkenntnisse aus der Innovationsfonds-Studie „BGM-innovativ“. 20. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung „Versorgungskontext verstehen – Praxistransfer befördern“ am 06.-08.10.2021 in Berlin (digital). (Beitrag akzeptiert)

BKK Dachverband (2021). BGM-innovativ. Disseminationsveranstaltung am 29.01.2021 (digital).

Schubin, K., Schlomann, L., Lindert, L., Pfaff, H., Choi, K.-E. (2021). Betriebsärztliche Perspektiven auf Faktoren der Inanspruchnahme eines randomisiert-kontrollierten Interventionsprogramms für Muskel-Skelett-Erkrankungen – eine qualitative Studie. 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2021. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. „Teilhabe und Arbeitswelt in besonderen Zeiten“ am 22.-25.03.2021 (digital).

Lindert, L., Choi, K.-E., Moormann, T., Pfaff, H. (2018). „BGM-innovativ“: Workplace-related, cross-provider healthcare management of company health insurance funds. Conference of the European Health Psychology (EHPS) at 21.-25.08.2018 in Galway, Ireland

Moormann, T. (2018). „BGM-innovativ“. Posterpräsentation auf dem Kongress „Zwei Jahre Innovationsfonds – Impulsgeber für eine bessere Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses am 22.05.2018 in Berlin.

Moormann, T. (2018). „BGM-innovativ“. Vortrag und Diskussion auf der Fachveranstaltung des BKK Dachverbands „BKK INNOVATIV: Halbzeit beim Innovationsfonds“ am 19.04.2018 in Berlin.

Moormann, T. (2018). Trägerübergreifende Kooperation im betrieblichen Gesundheitsmanagement und in der Rehabilitation. Vortrag und Diskussion auf dem 27. Reha-Kolloquium/Dt. Kongress für Rehabilitationsforschung am 26.02.2018 in München.

Lindert, L., Choi, K.-E., Bothe, P., Kremer, L., Pfaff, H. (2017). BGM-innovativ: Arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen. Vortrag auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung am 05.10.2017 in Berlin.

Moormann, T. (2017). Arbeitsplatznahes Versorgungsmanagement bei muskuloskelettalen Erkrankungen. Vortrag und Diskussion auf dem Demografie-Kongress, Forum 18 Gesundheitsfördernde Unternehmensorganisation am 01.09.2017 in Berlin.

Moormann, T. (2017). „BGM-innovativ“. Projektvorstellung auf der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) am 26.04.2017 in Berlin.

Moormann, T. (2017). „BGM-innovativ“. Projektvorstellung auf der Sitzung der AG Neue Versorgungsformen des Bundesverbandes Managed Care (BMC) am 28.03.2017 in Berlin.

## Masterarbeiten

Schlomann, L. (2019). „Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit in der Prävention und Behandlung von Muskel-Skelett- Erkrankungen – Eine empirische Analyse auf Basis von Daten der BGM-innovativ Studie“ (2019), Zur Erlangung des Grades Master of Science in Gesundheitsökonomie, Universität zu Köln.

Fey, C. (2020). „Voraussetzungen für ein erfolgreiches Fallmanagement – eine qualitative Analyse“ (2020), Zur Erlangung des Grades Master of Science in Versorgungswissenschaften, Universität zu Köln.

Amend, F. (2020) „Der Einfluss des Betrieblichen Gesundheitsmanagements auf Unternehmensfehlzeiten – eine systematische Übersichtsarbeit“, zur Erlangung des Grades Master of Arts Rehabilitationswissenschaften, Universität zu Köln.

Eisch, E. (2020) „Arbeitsbedingungen von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten – eine systematische Übersichtsarbeit“, zur Erlangung des Grades Master of Science in Versorgungswissenschaften, Universität zu Köln.

Kenfenheuer, A. (2021). „Organisationale Veränderungsbereitschaft in einem innovativen betrieblichen Versorgungs- und Gesundheitsmanagementprogramm – eine qualitative Analyse der Perspektive von Leistungserbringern“ (2021), Zur Erlangung des Grades Master of Science in Versorgungswissenschaften, Universität zu Köln.

## 10. Literaturverzeichnis

Bortz J., Döring N. (2009). Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer.

Bradburn N., Sudman S., Wansink B. (2004). Asking questions. The definite guide to questionnaire design – for market research, political polls, and social and health questionnaires. San Francisco: Jossey-Bass.

Deutsche Schmerzgesellschaft. Deutscher Schmerz-Fragebogen. Online: <https://www.schmerzgesellschaft.de/schmerzfragebogen> (letzter Zugriff: 23.06.2016)

Dillman D.A. (Hrsg.) (1978). Mail and telephone surveys: the total design method. New York: Wiley.

Flick U. (2007). Leitfaden-Interviews. Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 194-226.

Fuß S., Karch U. (2014). Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung. Opladen: Budrich.

Gläser J., Laudel G. (2004). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Huber A., Kistler E., Paples U. (2015). Arbeitslosigkeit Älterer und Arbeitsmarktpolitik im Angesicht des demographischen Wandels. Ergebnisse aus der Bundesrepublik Deutschland und dem Land Berlin. In: Huber A, Kistler E, Paples U (Hrsg.). Stuttgart: Fraunhofer-IRB-Verlag.

Isernhagen S. (2012). Evaluation funktioneller Leistungsfähigkeit (EFL). Isernhagen work systems. Braunschweig.

Jahn R., Pomorin N., Walendzik A. et al. (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. Duisburg, Essen.

Kaiser, H., Kersting, M., Schlan, H. M. et al. (2000). Der Stellenwert des EFL-Verfahrens nach Susan Isernhagen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 39, 297-306.

Knieps, F., Pfaff, H. (2015): BKK Gesundheitsreport 2015: Langzeiterkrankungen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.

Koch, B., Kröger, C., Leineweber, B., Marquardt, B. (2012). Kooperation, die Wirkung zeigt – das betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG. In: BKK Dachverband (Hrsg.): BKK Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben. Schröers-Druck GmbH. Essen, S. 135-41.

Von Korff M., Ormel J., Keefe F.J. et al. (1992). Grading the severity of chronic pain. *Pain*, 50(2), 133-149.

Lindert, L., Choi, A., Bothe, P., Kremer, L., Pfaff, H. (2017). BGM-innovativ: Arbeitsplatznahe, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen. In: Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) (Hrsg.). Zukunft regionale Versorgung – Forschung, Innovation, Kooperation. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Berlin, S. 115.

Machin, D. (2009). *Sample size tables for clinical studies*. 3<sup>rd</sup> edition. Chichester, UK: Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Weinheim: Beitz.

Matheson, L. N., Matheson, M. L. (1989): *Spinal function sort. Performance Assessment Capacity Testing*. Santa Margarita: Rancho.

Merton, R. K. (1987). The focused interview and focus groups. *Continuities and discontinuities. Public Opin Q*, 51, 550-566.

Meuser, M., Nagel, U. (2010). Experteninterviews – wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser B, Langer A, Prengel A (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim: Juventa-Verlag, 457-471.

Prüfer P., Rexroth M. (2000). Zwei Phasen-Pretesting. In Mohler PP, Lüttinger P (Hrsg.). *Querschnitt. Festschrift für Max Kaase*. Mannheim: ZUMA, 203-219.

Robert-Koch-Institut (2006). *Gesundheit in Deutschland. Datentabellen*. Robert-Koch-Institut (Hrsg). Berlin.

Schaeffer, N. C., Presser S. (2003). The science of asking questions. *Annual Review of Sociology*, 29, 65-88.

Schaeffer, N. C., Dykema, J. (2011). Questions for surveys: current trends and future directions. *Public opin Q*, 75: 909-961.

Schwarzer, R., Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*.

Stetler, C. B., Legro, M. W., Wallace CM et al. (2006). The role of formative evaluation in implementation research and the QUERI experience. *J Gen Intern Med*, 21, 2: 1-8.

Trunz, E. (2001). *IPN-Test® - Ausdauer- und Gesundheitstest für den Fitness- und Gesundheitssport*. Köln: Institut für Prävention und Nachsorge.

Tuomi, K., Huuhtanen P., Nykyri E. et al. (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occup Med*, 51, 318-324.

## **11. Anhang**

keinen

## **12. Anlagen**

- Anlage 1     Projektkonzept BGM-innovativ
- Anlage 2     Projektflyer (Leporello)
- Anlage 3     Plakatmotive
- Anlage 4     Patienteninformationen Module A, B, C
- Anlage 5     Formulareinsatzanleitung, Teile 1-4
- Anlage 6     Schulungsunterlagen
- Anlage 7     And Then He Got into the Wrong Group: A Qualitative Study Exploring the Effects of Randomization in Recruitment to a Randomized Controlled Trial (Lehmann et al. 2020)
- Anlage 8     Occupational Physicians' Perspectives on Determinants of Employee Participation in a Randomized Controlled Musculoskeletal Health Promotion Measure: A Qualitative Study (Schubin et al. 2020)
- Anlage 9     A Cross-Provider Health Care Management Program for Musculoskeletal Disorders: Results of a Randomized Controlled Trial in 22 German Companies (Choi et al. 2021)



**Konzept**

# **BGM-innovativ**

Arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes  
Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen

des BKK Dachverband e.V.

## INHALTSÜBERSICHT

<b>1. ZIELSETZUNG.....</b>	<b>3</b>
<b>2. RECHTSGRUNDLAGE.....</b>	<b>4</b>
<b>3. BESCHREIBUNG DER LEISTUNGSMODULE .....</b>	<b>5</b>
<b>3.1 Leistungsmodul A.....</b>	<b>5</b>
Zielgruppe und Einschlusskriterien.....	5
Ziel .....	5
Kostenträger .....	5
Beschreibung/Ablauf der Maßnahme .....	6
<b>3.2 Leistungsmodul B.....</b>	<b>7</b>
Zielgruppe und Einschlusskriterien.....	7
Ziel .....	7
Kostenträger .....	7
Beschreibung/Ablauf der Maßnahme .....	7
<b>3.3 Leistungsmodul C.....</b>	<b>9</b>
Zielgruppe und Einschlusskriterien.....	9
Ziel .....	9
Kostenträger .....	9
Beschreibung/Ablauf der Maßnahme .....	9
<b>4. STRUKTURANFORDERUNGEN AN DIE KOOPERATIONSPARTNER .....</b>	<b>10</b>
Testeinrichtung/Rehabilitationseinrichtung.....	10
Trainingseinrichtung Modul A/Reha-Nachsorge .....	10
<b>5. ABKÜRZUNGEN .....</b>	<b>11</b>

## 1. Zielsetzung

Das nachfolgend skizzierte Konzept *BGM-innovativ* (kurz *BGM-i*) für gefährdete bzw. erkrankte Arbeitnehmer ist eine Antwort auf den spezifischen Bedarf an gesundheitlicher Versorgung in Betrieben. Es berücksichtigt in besonderem Maße die Herausforderungen an den Schnittstellen der Sozialversicherungspartner wie die veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt einschließlich der demografischen Entwicklung. Das Konzept soll Betriebe und Arbeitnehmer im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) unterstützen und sieht eine enge Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern vor.

Das *BGM-i*-Konzept fokussiert in einer ersten Ausformung Muskel-Skelett-Erkrankungen, die knapp 30 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage ausmachen (BKK Gesundheitsreport 2015). Andere, wichtige Krankheitsgruppen können bei erfolgreichem Projektverlauf zu einem späteren Zeitpunkt angedockt werden, sind aber nicht Gegenstand des hier vorgestellten Projektes bzw. Arbeitsprogramms.

*BGM-innovativ* ist multimodal aufgebaut und sieht systematische, arbeitsplatzbezogene, defizit- bzw. symptomorientierte und individualisierte, sektorenübergreifende Versorgungsmaßnahmen vor. Je nach Krankheitsstadium sind dies Maßnahmen der Frühintervention, der Rehabilitation und des Jobmatchs<sup>1</sup>.

Folgenden Problemen und Versorgungsdefiziten soll Rechnung getragen werden:

- **Medizinische Prozesse im Rahmen von Arbeitsunfähigkeiten liegen in den Händen von niedergelassenen Ärzten, obwohl diese keine grundlegenden Kenntnisse über eine Arbeitsplatzanforderung haben:**  
Durch die komplette Einbindung der Arbeitsmediziner in die Versorgungsprozesse des *BGM-innovativ* wird eine arbeitsplatzbezogene medizinische Kompetenz in dem Projekt verankert, die zu einer für die Unternehmen und die betroffenen Mitarbeiter zufriedenstellenden Kooperation im Wiedereingliederungsprozess führen wird. Zusätzlich wird durch die Datenschutz- und Schweigepflichtsvorgabe durch die Arbeitsmedizin eine vertrauensvolle Ebene im Rahmen des betrieblichen Settings geschaffen.
- **Mangelnde Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungspartnern:**  
Schnittstellenverluste werden durch eine optimierte Kooperation zwischen den Partnern SGB V (Krankenkassen) und SGB VI (Rentenversicherung) vermieden, und eine wirksame Zusammenarbeit im Bereich BGM/BEM wird aufgestellt. Optimierte Prozesse im ambulanten arbeitsplatzbezogenen Frührehabilitationsbereich, getragen von den Krankenkassen, werden verknüpft mit den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, getragen von

---

<sup>1</sup> Im Rahmen des Jobmatchs wird die Einsatzfähigkeit des Beschäftigten an seinem Arbeitsplatz überprüft. Das Ergebnis (der „Jobmatch“) sagt dann aus, ob und wie weit sich die Anforderungen des Arbeitsplatzes mit der Eignung des Mitarbeiters decken.

den Rentenversicherungsträgern, und führen zu einem verbesserten BEM-Verfahren und einer gewünschten Nachhaltigkeit im sekundärpräventiven Bereich.

- **Betriebe werden im Bereich BGM und BEM nur mangelhaft von den Sozialversicherungsträgern unterstützt:**  
Krankheitsbezogene und arbeitsplatzbezogene Maßnahmen werden den Unternehmen und den betroffenen Arbeitnehmern im Bereich BGM und BEM angeboten, um einen Verbleib am Arbeitsplatz oder eine gezielte, den Fähigkeiten des Mitarbeiters angemessene Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit zu ermöglichen. Das Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes wird mit dem Leistungsprofil des erkrankten Mitarbeiters abgeglichen und eine individuelle, strukturierte Wiedereingliederung wird damit ermöglicht.
- **Mangelnde Unterstützung und Leitung betroffener Arbeitnehmer:**  
Durch ein intensives und fachkompetentes Fallmanagement durch die Krankenkassen werden Arbeitnehmer im Versorgungsprozess entlastet und strukturiert durch die gewählte Maßnahme begleitet. Dadurch wird die Effizienz der angebotenen Maßnahme verstärkt und der betroffene Mitarbeiter kann sich auf den Trainingsprozess und den Trainingsablauf konzentrieren.
- **Mangelnde Nachhaltigkeit von Unterstützungsmaßnahmen:**  
Unspezifische Primärpräventionsangebote werden durch individuelle, arbeitsplatzbezogene Tests und Trainingsmaßnahmen ersetzt, die über einen längeren Zeitraum begleitet werden.
- **Demografischer Wandel:**  
Gezielte individuelle, arbeitsplatzbezogene Maßnahmen ersetzen die unspezifische Primärprävention, die bei einer Altersgruppe oberhalb 45 Jahren (Durchschnittsalter der Arbeitnehmer in den meisten Großbetrieben) nicht wirksam ist.

## 2. Rechtsgrundlage

Das Konzept *BGM-i* sieht gesundheitliche bzw. medizinische Leistungen vor nach § 43 SGB V „Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation“.

### 3. Beschreibung der Leistungsmodule

*BGM-innovativ* ist unterteilt in die nachfolgend beschriebenen Leistungsmodule (die AU-Zeiten beziehen sich auf Muskel-Skelett-Erkrankungen bzw. -Diagnosen):

1. **Modul A:** Frühintervention für prognostisch gefährdete, aber noch nicht dauerhaft erkrankte Mitarbeiter, die keine auffälligen AU-Zeiten aufweisen.
2. **Modul B:** Medizinische Rehabilitation bei Arbeitnehmern mit entweder längeren oder häufigen kürzeren AU-Zeiten, bei denen ambulante Maßnahmen ausgeschöpft sind und bei denen die Erwerbsfähigkeit gefährdet oder gemindert ist.
3. **Modul C:** Jobmatch bei Arbeitnehmern mit schweren Muskel-Skelett-Erkrankungen und ggf. entsprechender Komorbidität und drohendem Arbeitsplatzverlust.

Der Fallmanager (kurz: CM) der Krankenkasse ist der zentrale Akteur. Er organisiert die spezifische, situationsgerechte Versorgung und koordiniert an den Schnittstellen und zwischen den verschiedenen Akteuren – Versicherter, Krankenkasse, Betriebsarzt, medizinisches Versorgungssystem und Rentenversicherung.

#### 3.1 Leistungsmodul A

##### Zielgruppe und Einschlusskriterien

Zielgruppe sind Patienten mit subchronischen Muskel-Skelett-Erkrankungen. Einschlusskriterien sind Erkrankungen aus diesem Formenkreis, jedoch liegen noch keine auffälligen AU-Zeiten vor. Bei nicht entsprechend geschultem Gesundheitsverhalten droht ein Fortschreiten der Erkrankung. Die Ermittlung der Kandidaten erfolgt durch die Betriebskrankenkasse und den Betriebsarzt. Eine direkte Kontaktaufnahme des Arbeitnehmers zur Einsteuerung in das Projekt ist ebenfalls möglich.

##### Ziel

Durch ein arbeitsplatzbezogenes, defizitorientiertes Training über drei Monate soll ein Fortschreiten der Erkrankung verhindert werden und eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und des Gesundheitsbewusstseins des Versicherten erreicht werden.

##### Kostenträger

Betriebskrankenkasse / Versicherter (Eigenanteil von 15 % an den Trainingskosten)

## **Beschreibung/Ablauf der Maßnahme**

### **a) Eingangstestung:**

Arbeitsplatzbezogene Testung nach EFL-Kriterien (EFL-Screening, PACT-Test, Herz-Kreislauf-Test (IPN), funktioneller Test der Rumpfmuskulatur (David-Test), VAS, BMI):

- Erster Termin im Rehabilitationszentrum
- Testung
- Aufstellung eines entsprechenden Trainingsplans aufgrund der ermittelten Defizite und der Arbeitsplatzanforderungen
- Akteur: Kooperationspartner Rehabilitationszentrum
- Kostenträger: BKK

### **b) 3-monatiges Training:**

- Training nach einem individuellen, aufgrund der Testergebnisse im Rehabilitationszentrum erstellten Trainingsplan
- Strukturanforderung an den Qualitätsstandard der Trainingseinrichtung: MTT-Anforderung der DRV
- Module: Geräteeinweisung, Training, zwei individuelle Kontrolltermine
- Mindesttrainingsfrequenz: zwei Trainingseinheiten/ Woche
- Anwesenheitsnachweis (Laufzettel)
- Akteur/ Trainingsort: betriebseigene Trainingseinrichtung, Rehabilitationseinrichtung oder vertraglich eingebundene Trainingseinrichtung
- Kostenträger: BKK / Versicherter (Eigenanteil)

### **c) Abschlusstestung (identisch mit Eingangstestung, s.o.):**

- Zweiter Termin im Rehabilitationszentrum
- Testung
- Beurteilung der aktuellen Leistungssituation nach 3-monatigem Training mit Abgleich der Ergebnisse aus der Ersttestung
- Erstellung eines individuellen arbeitsplatzbezogenen Trainingsplans zum weiterführenden eigenständigen Training
- Akteur: Kooperationspartner Rehabilitationszentrum
- Kostenträger: BKK

## **Nachhaltigkeit (Fallführung nach Beendigung der Akutmaßnahme durch Zweittestung)**

Die Beurteilung mit prognostischer Einschätzung nach dem zweiten Testablauf wird dem Fallmanagement der Betriebskrankenkasse sowie dem Betriebsarzt zur Verfügung gestellt. (Eine entsprechende Datenfreigabeerklärung des Versicherten muss vorliegen.)

Der Fallmanager leitet den Versicherten zum eigeninitiativ durchgeführten, arbeitsplatzbezogenen Training weiter (zum Beispiel in das kooperierende Trainingszentrum) und fragt regelmäßig (alle drei Monate) den Gesundheitsstand sowie die Weiterführung des Trainings beim Versicherten ab.

Der Fallmanager bietet zudem weitergehende unterstützende Maßnahmen an wie Ernährungsberatung und Entspannungsmaßnahmen (§§ 20 oder 20b SGB V / Leitfaden Prävention).

## **3.2 Leistungsmodul B**

### **Zielgruppe und Einschlusskriterien**

In dieser Gruppe werden die Versicherten mit mittelschweren bis schweren Muskel-Skelett-Erkrankungen versorgt. Bei den Versicherten finden sich Arbeitsunfähigkeiten von bis zu sechs Wochen bzw. häufige kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf Grund der Erkrankung. Die Erwerbsfähigkeit im Sinne der Rentenversicherung muss erheblich gefährdet oder gemindert sein (§ 10 SGB VI). Die Ermittlung der Kandidaten erfolgt durch die Betriebskrankenkasse und den Betriebsarzt. Eine direkte Kontaktaufnahme des Arbeitnehmers zur Einsteuerung in das Projekt ist ebenfalls möglich.

### **Ziel**

Durch die Maßnahme soll eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes des Versicherten erreicht werden mit dem Ziel, wieder erfolgreich und motiviert an den alten Arbeitsplatz zurückzukehren.

### **Kostenträger**

Deutsche Rentenversicherung

### **Beschreibung/Ablauf der Maßnahme**

Die Maßnahme ist arbeitsplatzbezogen und bestehen aus einer multimodalen orthopädischen Rehabilitationsmaßnahme nach den Qualitätskriterien der Deutschen Rentenversicherung. Dabei werden die regulären Elemente einer medizinischen Rehabilitation durch die spezifischen Maßnahmen der arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation (= Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, MBOR) ersetzt.

### **Antragstellung**

Die Ermittlung der Versicherten erfolgt durch die Betriebskrankenkasse und den Betriebsarzt. Die zuweisende Arbeitsmedizin stellt den medizinischen Befundbericht und die Arbeitsplatzbeschreibung zur Verfügung. Das Fallmanagement der Betriebskrankenkasse erstellt dann in einem persönlichen Termin mit dem Versicherten die übrigen Reha-Antrags-Unterlagen und leitet den Komplettantrag an den zuständigen DRV-Ansprechpartner weiter. Durch die Übersendung des gekennzeichneten Reha-Antrags (einschließlich der Einverständniserklärung des Versicherten) an die DRV wird die Zuweisung in die kooperierende Reha-Klinik sichergestellt.

## Durchführung

Im Modul B werden – im Vergleich zum Standard einer medizinischen Rehabilitation – die folgenden Elemente eingefügt:

- EFL-Screening<sup>2</sup>
- 2x EFL-Training
- Zusätzliche Trainingseinheiten nach Anforderungen des konkreten Arbeitsplatzes (10 Einheiten pro dreiwöchigem Aufenthalt)
- Auf die arbeitsplatzbezogene Belastung bezogene medizinische Trainingstherapie
- Arbeitsplatzbezogene psychosoziale Intervention:
  - 1 bis 3 psychologische Einzelgespräche à 45 Minuten,
  - 2 arbeitsplatzbezogene Module à 60 Minuten in bestehende Patientenschulung (Gesundheitstraining),
  - 1x Entspannungstherapie (Gruppenbehandlung in bestehenden Gruppen).

Den Patienten werden weitere Trainingsmaßnahmen zur nachhaltigen Sicherung des Erfolges angeboten. Dazu gehören ggf. auch Nachsorgemaßnahmen, die in Kooperation mit dem Fallmanagement der Betriebskrankenkasse durchgeführt werden (Projektüberwachung).

Der Inhalt der Einzelsitzungen richtet sich nach dem Bedarf des Patienten und kann Elemente zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz enthalten.

Die Leistungen der arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation finden ganztägig ambulant bzw. stationär in einer von der DRV ermächtigten Rehabilitationseinrichtung mit der Genehmigung zur MBOR statt. Neben der Einsteuerung in das Modul B über Betriebskrankenkasse und Betriebsarzt kann die MBOR auch im Anschluss an eine Leistung des Moduls C durchgeführt werden.

## Entlassung

Der „Kurzentlassungsbericht“ für den Betriebsarzt enthält individuelle, arbeitsplatzspezifische Zusatzinformationen unter Einbezug der Arbeitsplatzbeschreibung des Betriebes.

Er besteht insbesondere aus

- der EFL-Beurteilung (insbesondere zusammenfassende Beurteilung und Empfehlung),
- einer Stellungnahme, ob bzw. wie der Mitarbeiter an seinem bisherigen Arbeitsplatz wieder eingesetzt werden kann, und
- Empfehlungen für weitere berufliche Rehabilitations- und Trainingsmaßnahme.

Darüber hinaus wird ein standardisierter Entlassungsbericht nach den Qualitätskriterien der Deutschen Rentenversicherung erstellt.

---

<sup>2</sup> Für die MBOR setzen die Rehabilitationseinrichtungen in der Regel das „EFL“-Screening und das darauf aufbauende „EFL“-Training ein. In einigen Regionen wird – bei gleicher Leistungsqualität – routinemäßig davon abgewichen. In solchen Fällen sind vergleichbare Maßnahmen/Instrumente möglich.

## **Nachsorge**

Die Reha-Einrichtung terminiert vor der Entlassung des Versicherten einen Vorstellungstermin beim Betriebsarzt und der Betriebskrankenkasse und teilt diese Termine dem Versicherten schriftlich mit.

Das Fallmanagement der Betriebskrankenkasse bespricht – in Abstimmung mit der DRV – mit dem Versicherten die notwendigen weiteren Maßnahmen (Reha-Sport, Wiedereingliederungsmaßnahmen, weitere ergänzende Maßnahmen) und unterstützt bei der Durchführung.

## **3.3 Leistungsmodul C**

### **Zielgruppe und Einschlusskriterien**

Zielgruppe sind Versicherte mit schweren Muskel-Skelett-Erkrankungen. Die Versicherten weisen AU-Zeiten von über 6 Wochen auf und ggf. eine Komorbidität. Der Verlust des Arbeitsplatzes droht. Die Ermittlung der Kandidaten erfolgt durch die Betriebskrankenkasse und den Betriebsarzt.

### **Ziel**

Durch die Maßnahme soll geklärt werden, ob und in welchem Umfang der Versicherte betrieblich eingesetzt werden kann (nicht nur Betrachtung des Defizits, sondern Sondierung der alternativen Einsatzmöglichkeiten). Die EFL-Testung wird arbeitsplatzbezogen durchgeführt, weitere Testmodule werden nach Bedarf zusätzlich eingefügt.

### **Kostenträger**

Betriebskrankenkasse

### **Beschreibung/Ablauf der Maßnahme**

#### **Einleitung der Maßnahme:**

Nach Ermittlung der Versicherten stellt die zuweisende Arbeitsmedizin die Arbeitsplatzbeschreibung zur Verfügung. Das Fallmanagement der Betriebskrankenkasse erstellt dann in einem persönlichen Termin mit dem Versicherten die notwendigen vereinbarten Dokumente, holt ggf. vorliegende medizinische Befunde von niedergelassenen Ärzten ein und terminiert nach Rücksprache mit dem Versicherten die Maßnahme im Rehabilitationszentrum.

### **Inhalte:**

Die zweitägige ambulante Maßnahme besteht aus folgenden Modulen:

- Vollständige EFL-Testung (29 Stationen nach Isernhagen)
- Psychologische Begutachtung
- Orthopädisches Fachgutachten
- Ausführliche Stellungnahme und präzise Beurteilung der weiteren Einsatzfähigkeit
- Ggf. Einleitung der weiteren erforderlichen medizinischen Maßnahmen

### **Anschlussversorgung:**

Das Beurteilungsergebnis wird nach Vorliegen der entsprechenden Datenschutzfreigabe-Erklärung an den Betriebsarzt und an die BKK zur weiteren Veranlassung von notwendigen Maßnahmen gegeben (Einleitung Rehabilitation Modul B, Stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V) nach vorgegebenem Ablaufschema, Trainingsvorgaben, berufliche Rehabilitation/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) etc.).

## **4. Strukturanforderungen an die Kooperationspartner**

### **Testeinrichtung/Rehabilitationseinrichtung**

- Ermächtigung zur Durchführung einer stationären oder ambulanten medizinischen Rehabilitation nach den Qualitätskriterien der DRV
- EFL-Lizenz und EFL-Durchführung (oder vergleichbare Testverfahren wie z.B. ALa )
- MBOR

### **Trainingseinrichtung Modul A/Reha-Nachsorge**

Erfüllung der Strukturanforderungen/Qualitätssicherung MTT der DRV

## 5. Abkürzungen

ALa	Arbeitstherapeutische Leistungsanalyse ALa® nach Wolters & Sohns zur objektiven Erfassung der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit
AU	Arbeitsunfähigkeit
CM	Case-Manager (Fallmanager)
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BKK	Betriebskrankenkasse
BMI	Body-Mass-Index
David-Test	Biomechanische Funktionsanalyse der Wirbelsäule
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EFL	Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (von Susan Isernhagen in den USA entwickeltes Testverfahren mit 29 standardisierten funktionellen Leistungstests zur Untersuchung der Belastbarkeit für häufige physische Funktionen der Arbeit)
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
MBOR	Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation (arbeitsplatzbezogene Rehabilitation)
MSE	Muskel-Skelett-Erkrankungen
MTT	Medizinische Trainingstherapie
PACT-Test	Performance Assessment and Capacity Testing (Selbsteinschätzung der körperlichen Fähigkeiten)
VAS	Visuelle Analoge Schmerzskala

## Gemeinsam Schule machen: Sie profitieren und helfen!

BGM-innovativ ist gleichzeitig Projekt und Studie. Wir wollen überprüfen, ob unser neuartiger Versorgungsansatz, der sich an anderer Stelle bereits bewährt hat, auch in Ihrem Betrieb erfolgreich sein kann.

Verglichen werden die Ergebnisse zweier Versorgungsformen. Das ist sehr wichtig für wissenschaftliche Studien, um gesicherte Aussagen treffen zu können.

In der ersten Gruppe erhalten Sie umfassende Informationen, um Ihre Versorgung selbstständig zu organisieren. Kommen Sie in die zweite Gruppe, werden Sie engmaschig durch eine geschulte Fallmanagerin oder einen geschulten Fallmanager betreut.

Die Ergebnisse zeigen uns, wie die optimale Versorgung in Zukunft aussehen sollte. So profitieren auch andere Beschäftigte von Ihrer Teilnahme.



## Volle Rückendeckung von Ihrem Arbeitgeber

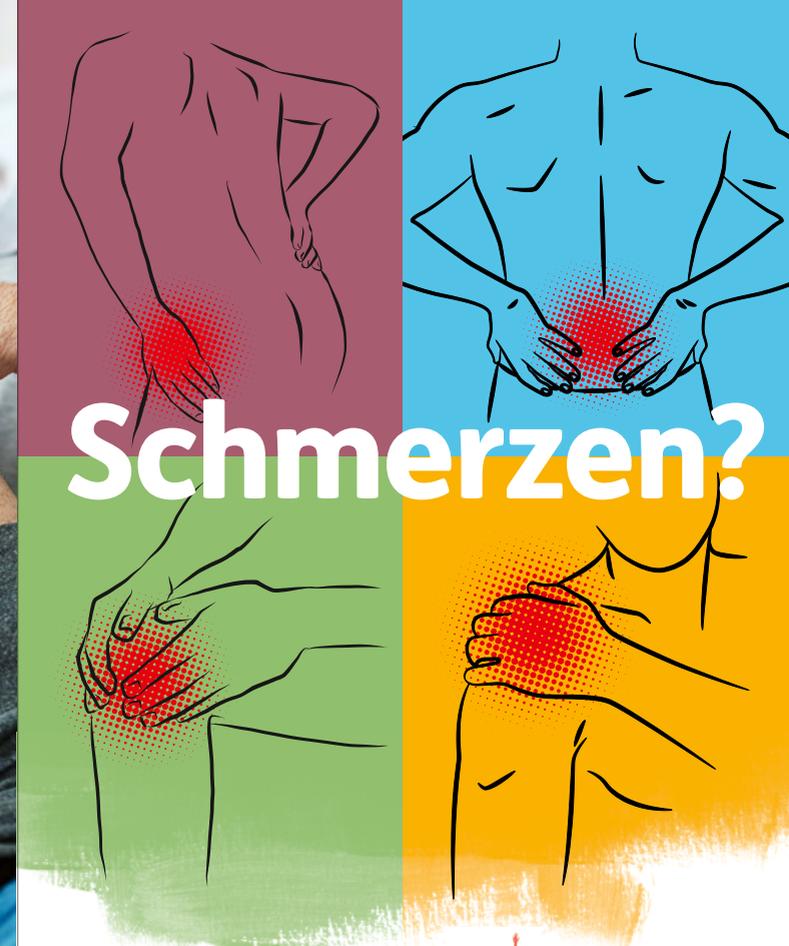
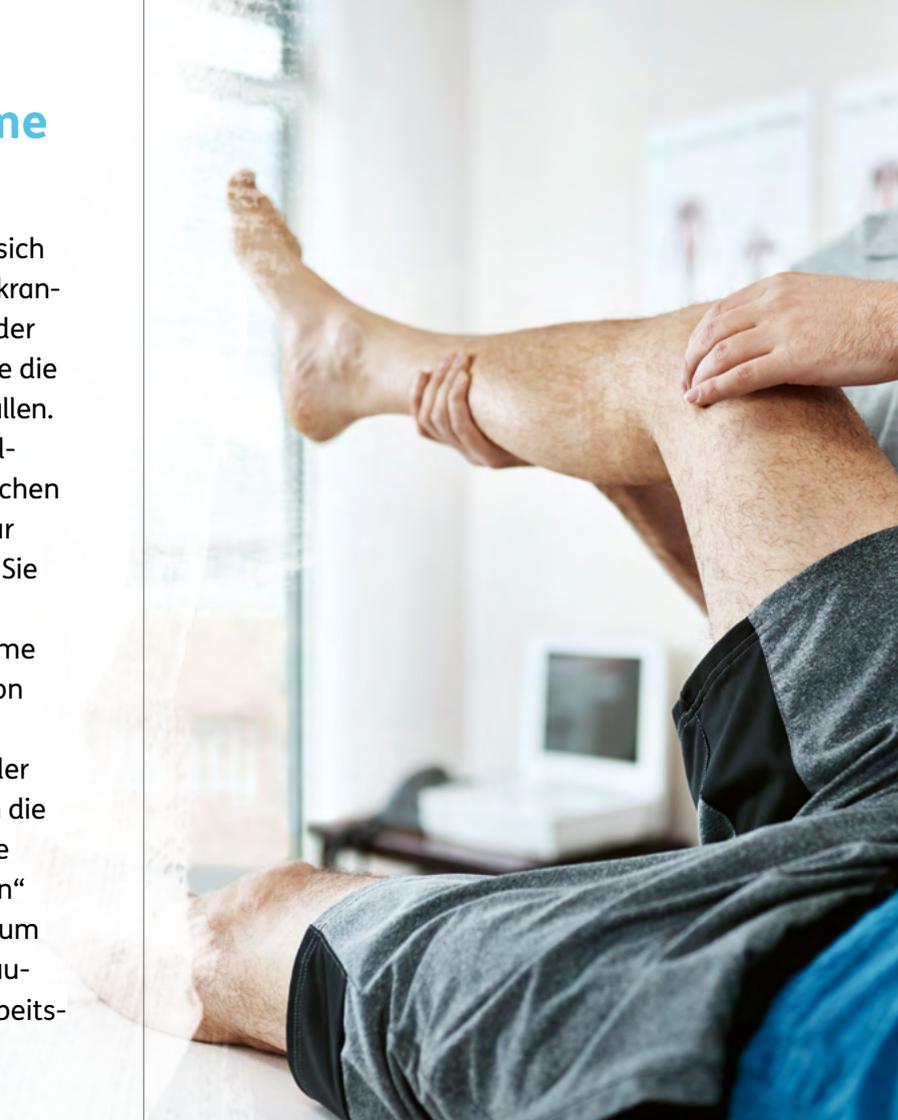
Ihr Arbeitgeber ist Kooperationspartner von BGM-innovativ und unterstützt Ihre Teilnahme. Schließlich profitieren alle von einem verbesserten Gesundheitszustand: an erster Stelle Sie, aber auch Ihre Krankenkasse und Ihr Arbeitgeber. Denn orthopädische Erkrankungen sind die mit großem Abstand häufigste Ursache für krankheitsbedingte Fehltag im Betrieb.

## Wann und wie kann ich teilnehmen?

Wir lassen Ihren Schmerzen keine Zeit: Sie können ab sofort und noch bis Februar 2020 teilnehmen (das Projekt ist zunächst befristet). Sie haben Interesse? Dann sprechen Sie am besten die Fallmanagerin/den Fallmanager Ihrer BKK an. Die Kontaktdaten finden Sie auf der Rückseite.

## Ihr Fahrplan zur Teilnahme am Projekt

- 1 Sie haben Interesse? Dann wenden Sie sich telefonisch oder vor Ort an Ihre Betriebskrankenkasse (Kontakt Daten finden Sie auf der Rückseite). Wir prüfen umgehend, ob Sie die Voraussetzungen für eine Teilnahme erfüllen.
- 2 Von Ihrer Fallmanagerin bzw. Ihrem Fallmanager erhalten Sie in einem persönlichen Gespräch alle nötigen Informationen zur Teilnahme. Danach entscheiden Sie, ob Sie mitmachen möchten oder nicht.
- 3 Nach der Entscheidung für eine Teilnahme werden Sie per Zufallsverfahren einer von zwei Studiengruppen zugeordnet.
- 4 Abhängig von Ihrer Zuordnung in eine der beiden Studiengruppen koordiniert dann die Fallmanagerin bzw. der Fallmanager Ihre Maßnahmen – oder Sie selbst „managen“ Ihre Behandlungsschritte. Denkbar ist zum Beispiel ein mehrwöchiges Muskelaufbau-Training oder eine Rehabilitation mit Arbeitsplatzbezug.



Schnell, unbürokratisch und arbeitsplatznah: Wir helfen bei orthopädischen Erkrankungen.

## Schmerzen? Braucht kein Mensch!

Probleme mit den Knochen und Gelenken haben Einfluss auf Ihre Lebensqualität und führen häufig zu Einschränkungen Ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit. Die Behandlung ist meist aufwendig, langwierig und mühsam zu organisieren.

BGM-innovativ kann Ihnen schnell und unbürokratisch dabei helfen, eine optimale Therapie für Ihre orthopädische Erkrankung zu erhalten und Schmerzen langfristig zu lindern.



## Die beste Wirkstoff- kombination: Starke Partner

**15 Betriebskrankenkassen** bündeln ihr Wissen und ihre Erfahrungen rund um das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) und bieten Ihnen eine speziell auf Sie und Ihre Arbeitsplatzanforderungen zugeschnittene Versorgung an.

Die **Fallmanagerinnen und Fallmanager der Betriebskrankenkassen** stehen Ihnen dabei zur Seite und sind Ihre persönlichen Ansprechpartner während des gesamten Versorgungsprozesses. Je nach Studiengruppe\* organisieren sie die Termine, füllen Anträge aus und stimmen die Versorgung mit Physiotherapeuten, Ärzten und Fitnesstrainern ab. Wartezeiten und Fahrtwege werden vermieden.

Die **Betriebsärztinnen und Betriebsärzte** richten die Maßnahmen optimal auf Ihren Arbeitsalltag aus. Die von uns übernommene Abstimmung mit den Rentenversicherungsträgern beschleunigt Genehmigungsprozesse und baut Bürokratie ab.

\* Die auf dieser Seite beschriebenen Pluspunkte des Projektes gelten nicht in gleichem Maße für beide Studiengruppen.

## Kann ich teilnehmen?

Sie können teilnehmen, wenn Sie unter einer beginnenden oder chronischen orthopädischen Erkrankung (auch Muskel-Skelett-Erkrankung genannt) leiden. Diese äußert sich in der Regel durch Schmerzen an einem oder mehreren Gelenken oder im Bewegungsapparat. Außerdem müssen Sie bei einer der nachfolgenden Betriebskrankenkassen versichert und in einem der jeweils dahinter genannten Betriebe beschäftigt sein:

- BKK Akzo Nobel Bayern (ICO in Obernburg)
- BMW BKK (BMW AG in Leipzig und Berlin)
- BKK Freudenberg (Industriepark Weinheim)
- Koenig & Bauer BKK (Koenig & Bauer AG in Würzburg und Radebeul)
- BKK Mahle (Mahle GmbH in Rottweil)
- Novitas BKK (thyssenkrupp Steel Europe AG in Duisburg)
- pronova BKK (Ineos Köln GmbH in Köln sowie Johnson Controls VARTA Autobatterie GmbH in Hannover)

- BKK Public (DRV Braunschweig-Hannover in Laatzen und Braunschweig sowie Stadt Salzgitter in Salzgitter)
- BKK PwC (PwC GmbH in Düsseldorf)
- BKK Salzgitter (Salzgitter AG in Salzgitter und Peine)
- Siemens-Betriebskrankenkasse SBK (Continental Automotive GmbH in Regensburg)
- SKD BKK (SKF GmbH in Schweinfurt)
- TUI BKK (TUI AG in Hannover)
- VIACTIV Krankenkasse (Vallourec Deutschland GmbH in Mülheim sowie Salzgitter Mannesmann Grobblech GmbH in Mülheim und EUROPIPE Deutschland GmbH in Mülheim)
- Wieland BKK (Wieland-Werke AG in Ulm und Vöhringen)

BGM-innovativ wird vom Innovationsfonds gefördert. Das ist ein neu aufgelegtes Förderprogramm der gesetzlichen Krankenkassen.

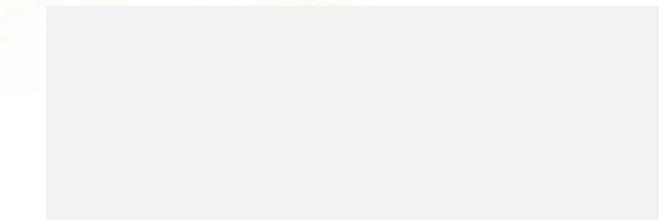
„Das hat gut gepasst:  
Das Training war optimal auf  
meine speziellen Rückenprobleme  
ausgerichtet. Auch im Job weiß  
ich jetzt, wie ich meinen Rücken  
richtig entlaste.“



## BGM-innovativ: die Vorteile

- ✔ Individuelle Maßnahmen, je nach Art und Fortschritt der Krankheit und persönlicher Situation.
- ✔ Angepasst an Ihre Arbeitsplatzsituation – berufliche Ausfallzeiten werden vermieden.
- ✔ Moderne Behandlungsmethoden und neueste Erkenntnisse.
- ✔ Persönliche Ansprechpartner während des gesamten Teilnahmezeitraums.
- ✔ Alle ziehen für Sie an einem Strang: Krankenkasse, Rentenversicherungsträger und Arbeitgeber.

## Weitere Informationen? Persönliche Beratung?

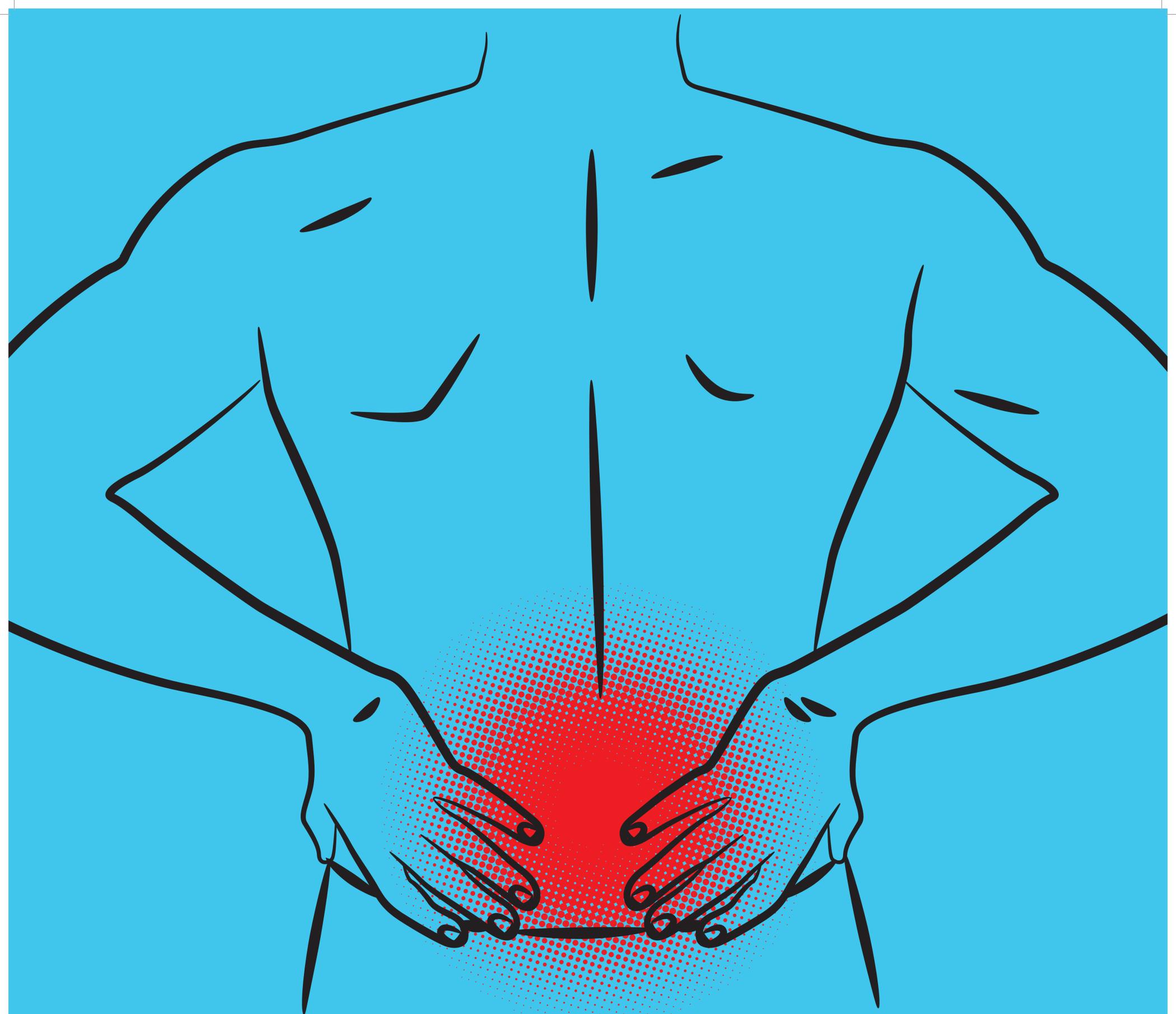


# Schulter?

Schmerzen? BGM-innovativ hilft schnell und unbürokratisch bei orthopädischen Erkrankungen. **Nehmen Sie jetzt teil und sprechen Sie dazu mit Ihrer teilnehmenden Betriebskrankenkasse, Ihrer Betriebsärztin bzw. Ihrem Betriebsarzt!**

Weitere Informationen  
finden Sie im  
ausliegenden Flyer!





# Rücken?

Weitere Informationen  
finden Sie im  
ausliegenden Flyer!



Schmerzen? BGM-innovativ hilft schnell und unbürokratisch bei orthopädischen Erkrankungen. **Nehmen Sie jetzt teil und sprechen Sie dazu mit Ihrer teilnehmenden Betriebskrankenkasse, Ihrer Betriebsärztin bzw. Ihrem Betriebsarzt!**



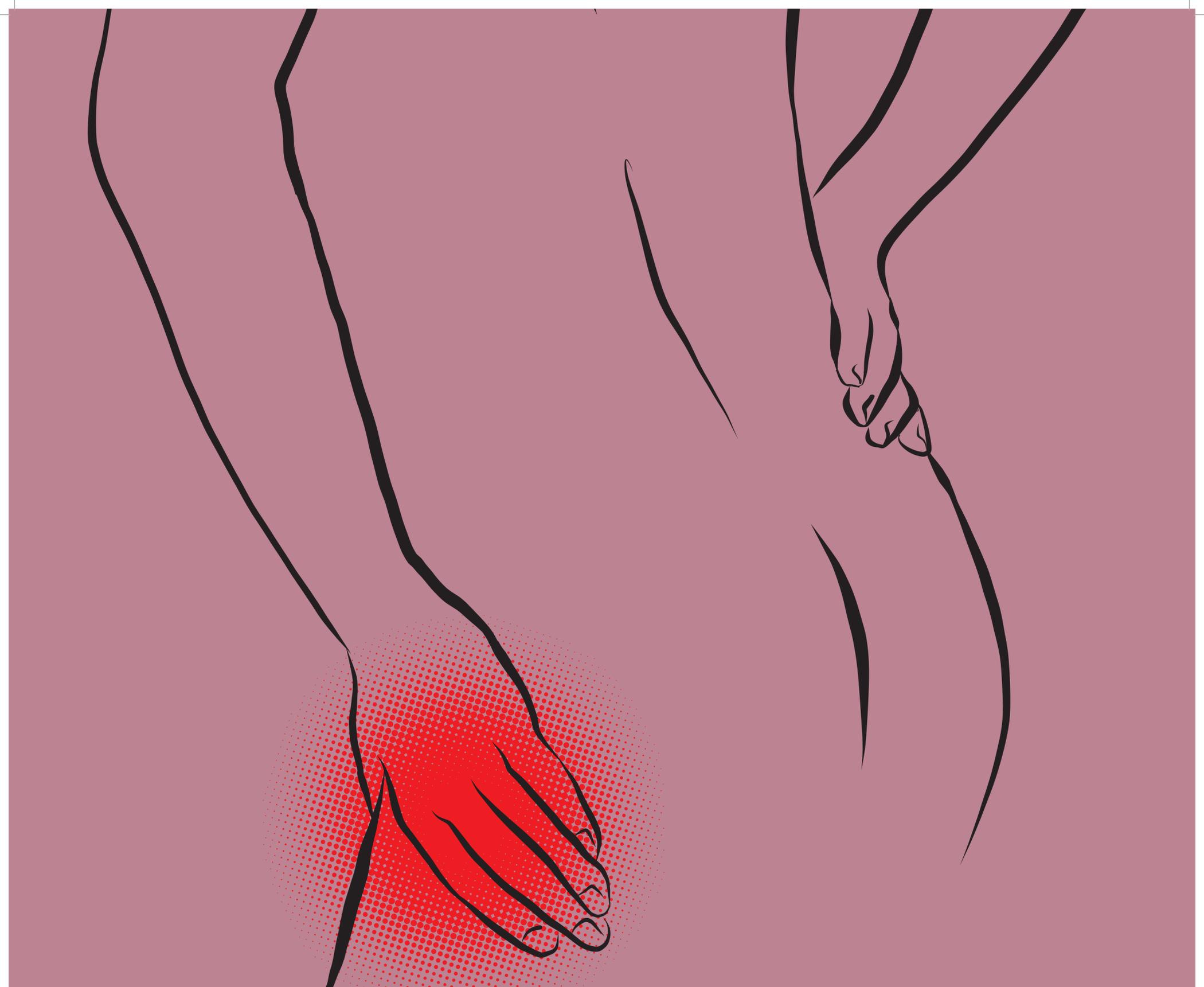


# Knie?

Schmerzen? BGM-innovativ hilft schnell und unbürokratisch bei orthopädischen Erkrankungen. **Nehmen Sie jetzt teil und sprechen Sie dazu mit Ihrer teilnehmenden Betriebskrankenkasse, Ihrer Betriebsärztin bzw. Ihrem Betriebsarzt!**

Weitere Informationen  
finden Sie im  
ausliegenden Flyer!





# Hüfte?

Weitere Informationen  
finden Sie im  
ausliegenden Flyer!



Schmerzen? BGM-innovativ hilft schnell und unbürokratisch bei orthopädischen Erkrankungen. **Nehmen Sie jetzt teil und sprechen Sie dazu mit Ihrer teilnehmenden Betriebskrankenkasse, Ihrer Betriebsärztin bzw. Ihrem Betriebsarzt!**

- Bei längeren Erkrankungen, im Falle einer aktuellen ambulanten Behandlung oder nach einem Krankenhausaufenthalt fragen Sie am besten Ihren Haus- oder Facharzt, welche Präventionskurse für Sie geeignet sind.

Neben den Angeboten der Krankenkassen gibt es viele weitere Anbieter. Ganz vorne dabei sind Sportvereine am Wohnort oder in der Nähe des Arbeitsplatzes. Über die Stadt- oder Kreissportbünde ist es ganz leicht den passenden Verein zu finden. Viele Vereine bieten gleichzeitig auch Präventionskurse an.

Gemeinsame Aktivitäten mit anderen Menschen, z.B. in Präventionskursen oder im Sportverein motivieren und machen Spaß. Noch viel wichtiger ist es, wenn Sie in Ihren Alltag hier und dort und ohne viel Mühe ein bisschen Entspannung, ein bisschen Bewegung „einbauen“. Denn dies können Sie regelmäßig tun, ganz ohne Aufwand oder Fahrtzeit.

Als Einstieg in die Bewegung und kleine Motivationshilfe bekommen Sie von Ihrer BKK ein Fitnessband (elastisches Übungsband) mit einer kleinen Anleitung und Beispielen, wie Sie das Band einsetzen können.

Ihr BKK wünscht Ihnen viel Spaß. Und entspannen Sie sich!

#### Weitergehende Informationen:

Informationen zu Präventionskursen:

→ **Internet-Seite und persönliche Ansprechpartner Ihrer BKK**

Informationen für Patienten mit Rückenschmerzen:

→ **[www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de)**



## Patienteninformation Modul A



# BGM-innovativ

## Modul A

### Und das alles können Sie selbst bei auftretenden Erkrankungen des Bewegungsapparates tun ...

Sie hatten schon einmal Rückenschmerzen oder Probleme mit dem Knie oder Schmerzen in der Schulter?

Wer nicht?! Ob bei der Arbeit, in der Freizeit, im Haushalt – überall tut man etwas, strengt sich an, belastet seinen Körper, manchmal auch zu sehr. Und diese Belastungen oder Fehlbelastungen melden sich dann irgendwann. Die gute Nachricht hierzu ist: Prävention und Gesundheitsförderung können Ihnen helfen.

„Prävention“ steht dafür, dass Sie selber etwas tun können, um eine Erkrankung zu verhindern oder zumindest eine gravierende Erkrankung weniger wahrscheinlich zu machen. „Gesundheitsförderung“ steht dafür, dass Sie etwas für Ihre Gesundheit tun können, auch und gerade dann, wenn Sie schon gesundheitliche Probleme haben. Es ist niemals zu spät, seine eigene Gesundheit zu fördern und etwas für sich selber zu tun.

Nicht alle, die Schmerzen haben, müssen deshalb zum Orthopäden oder gar ins Krankenhaus gehen.

### Oft sind es buchstäblich ganz kleine, einfache Schritte. Aktivitäten, die sogar Spaß machen können:

- Im Park oder im Grünen spazieren gehen oder walken
- Zu Fuß zum Bäcker oder zum Supermarkt gehen
- Zu Hause, im Büro oder unterwegs mal die Treppe rauf- oder runtergehen und auf den Fahrstuhl verzichten
- Mit dem Rad zum Einkaufen, zum Bahnhof oder zum Fußballstadion fahren oder sich mit Freunden treffen
- Mit dem Rad einfach mal durch die Landschaft fahren, ob zu Hause oder im Urlaub

### Der eine oder die andere geht noch weiter, z.B.

- Regelmäßig joggen oder schwimmen
- Zum Fitnesstraining
- Zum Sportverein (z.B. Tischtennis oder Fußball)
- In den Garten zur „Gartenarbeit“

Man muss deshalb nicht gleich den Marathon laufen oder mit dem Rad durch die Wüste fahren oder einen Triathlon auf Hawaii machen. Das sind die Extremfälle, soweit muss man natürlich nicht gehen.

Ihre Betriebskrankenkasse (BKK) steht Ihnen zur Seite und bietet Ihnen viele Angebote. An erster Stelle stehen die sogenannten Präventionskurse. In diesen Kursen geht es um die Themen Bewegung, Ernährung, Entspannung, Stressbewältigung oder Sucht.

Ganz gleich, wo Sie wohnen – in ganz Deutschland gibt es insgesamt viele Tausende Angebote, die von Ihrer BKK unterstützt werden.

### Wie Sie einen passenden Kurs finden?

#### Das ist ganz einfach:

- Gehen Sie auf die Internetseite Ihrer BKK
- Geben Sie dort „Gesundheitskurs“ oder „Präventionskurs“ als Suchbegriff ein
- Anschließend können Sie auf eine bundesweite Datenbank mit sehr vielen, verschiedenen Kursen zugreifen, die von Ihrer BKK bezuschusst werden.
- Zunächst können Sie auswählen, ob Ihr gewünschter Präventionskurs mit dem Themen Bewegung, Entspannung/Stressbewältigung, Ernährung oder Sucht zu tun haben soll.
- Dann können Sie sich aussuchen, wie nah an Ihrem Wohnort oder im Umkreis einer Postleitzahl der Kurs stattfinden soll.
- Viele der Kurse sind ausschließlich für Frauen, Männer, Jüngere oder Ältere. Sie haben die freie Wahl.
- Die Kurse finden in der Regel 8-12 mal statt und es nehmen meist zwischen 10 und 15 Personen teil.
- Vorkenntnisse sind nicht erforderlich.
- Und wenn Sie unsicher sind, ob Sie zum Beispiel wegen einer Bandscheibenoperation an einem Rückentraining teilnehmen können, wird Ihnen der Kursanbieter sagen, ob das geht oder nicht. Grundsätzlich sollten kleinere gesundheitliche Einschränkungen oder Probleme kein Hindernis sein.

es um die Themen Bewegung, Ernährung, Entspannung, Stressbewältigung oder Sucht. Hierzu gibt es in Deutschland viele Tausende Angebote, die von Ihrer BKK unterstützt werden.

#### **Wie Sie einen passenden Kurs finden? Das ist ganz einfach:**

- Gehen Sie auf die Internetseite Ihrer BKK
- Geben Sie dort „Gesundheitskurs“ oder „Präventionskurs“ als Suchbegriff ein
- Anschließend können Sie auf eine bundesweite Datenbank mit sehr vielen, verschiedenen Kursen zugreifen, die von Ihrer BKK bezuschusst werden.
- Zunächst können Sie auswählen, ob Ihr gewünschter Präventionskurs mit dem Themen Bewegung, Entspannung/Stressbewältigung, Ernährung oder Sucht zu tun haben soll.
- Dann können Sie sich aussuchen, wie nah an Ihrem Wohnort oder im Umkreis einer Postleitzahl der Kurs stattfinden soll.
- Viele der Kurse sind ausschließlich für Frauen, Männer, Jüngere oder Ältere. Sie haben die freie Wahl.
- Die Kurse finden in der Regel 8-12 mal statt und es nehmen meist zwischen 10 und 15 Personen teil.
- Vorkenntnisse sind nicht erforderlich.

Ihre BKK wünscht Ihnen gute Besserung!

#### **Weitergehende Informationen:**

Informationen zu den Leistungen der Deutschen Rentenversicherung (Leistungen, Voraussetzungen, Anträge, Unterlagen, stufenweise Wiedereingliederung, AHB, berufliche Reha, Betriebs- und Werksärzte):

→ [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)

→ [www.rehainfo-aerzte.de](http://www.rehainfo-aerzte.de)

Informationen zur Reha-Nachsorge:

→ [www.nachderreha.de](http://www.nachderreha.de)

Informationen für Patienten mit Rückenschmerzen:

→ [www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de)



## Patienteninformation Modul B



# BGM-innovativ

## Modul B

### Was Sie tun können, wenn die gesundheitlichen Beschwerden im Bewegungsapparat größer sind, wenn sie regelmäßig auftreten und Sie deswegen häufiger krank sind ...

Sie sind berufstätig, haben genug zu tun, kümmern sich um Ihre Kinder oder Ihre Angehörige. Und haben häufiger gesundheitliche Probleme, mit dem Rücken, der Schulter oder dem Knie. Dann kann es soweit kommen, dass Sie wegen dieser gesundheitlichen Probleme, wegen einer Erkrankung „Ihren Job“ nicht mehr machen können, also arbeitsunfähig werden.

Das bedeutet, dass Sie medizinisch untersucht werden. Ihre persönliche Krankheitsgeschichte wird aufgearbeitet. Eine Diagnose wird gestellt. Eine passende Therapie (Behandlung) wird vorgeschlagen.

Das kann eine ambulante Behandlung beim Haus oder Facharzt sein oder eine Behandlung im Krankenhaus. Es kann aber auch eine Maßnahme zur Rehabilitation sein. „Rehabilitation“ steht für Wiederherstellung oder im übertragenen Sinne für Wiedereingliederung.

In der Medizin bedeutet Rehabilitation, dass jemand nach einer schweren/längeren Erkrankung, nach einer chronischen Erkrankung oder nach einer sehr plötzlichen Erkrankung (z.B. durch einen Unfall) wieder in die Lage versetzt wird, sein Alltagsleben wieder soweit wie möglich zu bewältigen. Je nachdem, wie schwer die Folgen einer Erkrankung sind, gibt es sehr unterschiedliche Ziele der Rehabilitation.

Bei Menschen, die berufstätig sind, ist die entscheidende Frage, ob der Betroffene nach seiner Erkrankung wieder in die Lage versetzt werden kann, an seinen alten Arbeitsplatz zurückzukehren. Es kann auch darum gehen, ob er einen Arbeitsplatz benötigt, der auf die besonderen Anforderungen zugeschnitten ist (z.B. durch einen höhenverstellbaren Schreibtisch nach einer Bandscheibenoperation).

Für all diese Fragen ist in Deutschland die gesetzliche Rentenversicherung der wichtigste Ansprechpartner. Sie hat sogar eigene Kliniken und Einrichtungen zur Rehabilitation. Ob eine Rehabilitation sinnvoll und notwendig ist, wird nach gründlichen Untersuchungen festgestellt. Eine ganz wichtige Rolle spielt dabei der Hausarzt oder der Facharzt, die den Patienten mit seiner Krankheitsgeschichte gut kennen. Der Arzt selbst stellt dann meist die Frage, ob eine Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll ist. Sprechen Sie Ihren Haus oder Facharzt an, wenn Sie dazu Fragen haben.

Die Rentenversicherung hat in vielen Städten eigene Servicestellen, in denen jeder persönlich und kostenlos Fragen stellen kann und Informationen und Hilfestellungen bekommt, wenn es um einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme der Rentenversicherung geht.

In der Rehabilitation geht es dann darum, dass Sie durch viele einzelne Maßnahmen Schritt für Schritt wieder in die Lage versetzt werden, Ihr Leben im Alltag zu organisieren. Das können Angebote zur Entspannung oder Stressbewältigung, zur Bewegung oder zur Ernährung sein. Oder spezielle Trainingsangebote für spezielle gesundheitliche Einschränkungen, z.B. einer Bandscheiben- oder Kniegelenk-Operation.

Bei diesen speziellen Angeboten sollen Sie bestimmte Fertigkeiten wieder (neu) lernen oder für den Alltag Wege erkennen, wie Sie mit einer Einschränkung/einer Behinderung besser umgehen können. Dazu gehört dabei immer der Bezug zu Ihrem Arbeitsplatz.

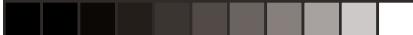
Eine solche Rehabilitation kann mehrere Wochen dauern. Und danach gibt es weitere Möglichkeiten und Unterstützungsangebote.

#### Darunter sind häufig

- **Angebote zum Rehabilitationssport**
- die sogenannte **Medizinische Trainingstherapie**. Dies ist ein Trainingsangebot, das gezielt die Bereiche des Körpers anspricht, die als Folge einer Erkrankung intensiver trainiert werden müssen.
- das sog. **Funktionstraining**. Hier gibt es zum Beispiel Angebote für Menschen mit Rheuma, die von den Rheuma-Selbsthilfegruppen organisiert werden, insbesondere Schwimmangebote.
- **Selbsthilfegruppen**, weil es in der Gruppe leichter fällt, die krankheitsbedingten Einschränkungen zu überwinden.

Durch diese Rehabilitationsmaßnahmen gelingt es oft, die gesundheitliche Lage soweit zu verbessern oder zu stabilisieren, dass eine Rückkehr zum alten oder veränderten Arbeitsplatz möglich ist.

Auch danach können Sie immer noch viel tun. Ihre Betriebskrankenkasse (BKK) ist Ihnen zur Seite und bietet Ihnen viele Angebote. An erster Stelle stehen die sogenannten Präventionskurse. In diesen Kursen geht



Bevor diese Fragen konkreter gestellt und beantwortet werden können, gilt es natürlich zuerst herauszufinden, wie die gesundheitliche Situation, die Erkrankung/die Behinderung aussieht.

Und dabei geht es ganz besonders um Sie als einzelnen Betroffenen: Auch wenn man selbst persönlich in extremer Weise durch die Erkrankung, die berufliche und familiäre Situation betroffen und verunsichert ist und man sich viele Fragen stellt (wie geht es mit mir weiter, mit meiner Arbeit, mit meiner Familie?), ist es umso wichtiger, dass Sie mit anderen über Ihre Situation sprechen. Dass Sie Ihre Probleme und Nöte schildern können und man Ihnen zuhört. Hierzu brauchen Sie einen Ansprechpartner, dem Sie vertrauen können, vielleicht ist das der Schwerbehindertenvertreter, der BEM-Beauftragte, ein Kollege aus dem Betriebsrat oder Ihr Hausarzt.

Nur im Gespräch mit anderen gibt es eine Chance, gemeinsam herauszufinden, welche Handlungsmöglichkeiten existieren, welche Perspektiven es für die Arbeit geben könnte und wie man vor Ort mögliche Lösungsansätze entwickeln kann.

### Weitergehende Informationen:

Informationen zu den Leistungen der Deutschen Rentenversicherung (Leistungen, Voraussetzungen, Anträge, Unterlagen, stufenweise Wiedereingliederung, AHB, berufliche Reha, Betriebs- und Werksärzte):

→ [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)

→ [www.rehainfo-aerzte.de](http://www.rehainfo-aerzte.de)



## Patienteninformation

### Modul C



# BGM-innovativ

## Modul C

### Ein Weg zurück in die Arbeit ...

#### Die Situation:

Sie können Ihre bisherige Arbeit nicht mehr wie bisher ausüben. Sie sind schon längere Zeit arbeitsunfähig und Ihre gesundheitliche Lage ist durch eine Erkrankung, einen Unfall oder durch andere Ereignisse stark beeinträchtigt oder hat sich durch eine chronische Erkrankung verschlechtert.

#### Jetzt stellen sich für Sie mehrere Fragen:

- Gibt es eine Chance, dass ich meine bisherige/frühere Arbeit wieder aufnehmen kann?
- Kann mein bisheriger Arbeitsplatz so angepasst werden, dass ich dort wieder arbeiten kann?
- Und wenn das nicht geht, gibt es alternative Arbeitsplätze, die für mich mit meinen gesundheitlichen Einschränkungen infrage kommen?
- Ist es sinnvoll, an einer Rehabilitationsmaßnahme (noch einmal) teilzunehmen?
- Welche möglichen Behandlungen, ob ambulant beim Arzt oder im Krankenhaus oder wie auch immer könnten mir helfen?
- Ist meine Erkrankung so schwer, dass ich gar nicht mehr arbeiten kann?
- Welche Alternativen gibt es für Menschen mit einer anerkannten Behinderung, die arbeiten möchten?
- An wen kann ich mich wenden?

### Das sind viele Fragen, welche Antworten gibt es darauf?

Im Unternehmen, in dem Sie arbeiten, gibt es für solche Fälle Ansprechpartner: Das ist einmal das Betriebliche Eingliederungsmanagement, abgekürzt BEM. Das BEM hat die gesetzliche Aufgabe, sich um genau solche Mitarbeiter zu kümmern.

Daneben gibt es in Ihrem Unternehmen einen Schwerbehindertenbeauftragten, der sich ebenfalls mit diesen Fragestellungen sehr gut auskennt.

Und auch die Rentenversicherung spielt eine wichtige Rolle. Möglicherweise haben Sie in der Vergangenheit bereits an einer Rehabilitationsmaßnahme der Rentenversicherung teilgenommen. Vielleicht hat diese Maßnahme nicht den gewünschten Erfolg gezeigt. Vielleicht gab es auch eine sogenannte Stufenweise Wiedereingliederung am Arbeitsplatz, die aber auch nicht auf Dauer funktioniert hat. Oder der Versuch, durch eine berufliche Umschulung einen Weg zurück zur Arbeit zu finden, hat nicht wie erhofft geklappt.

Hier geht es um den besonderen Einzelfall, der so zwar nur selten vorkommt, aber wenn er vorkommt, sehr individuell behandelt werden muss. Deshalb gibt es hier auch keine vorgefertigten Antworten. Wichtig ist, dass alle Beteiligten (Sie, Ihr Arbeitgeber, der Betriebsarzt, der BEM-Beauftragte, der Schwerbehindertenbeauftragte, die Rentenversicherung) zusammenarbeiten, um Lösungswege zu entwickeln.

In den Städten und Kreisen gibt es dazu auch Angebote wie die Integrationsfachdienste, die sich speziell um Menschen mit anerkannten Behinderungen kümmern. Dort kennt man sich aus mit den rechtlichen Vorgaben (wann wird eine Behinderung anerkannt), mit finanziellen und Zuständigkeitsfragen (wo es welche Leistungen gibt, welcher Sozialversicherungsträger zuständig ist, welche Angebote/Maßnahmen es vor Ort gibt, welche Anträge wo gestellt werden müssen).

## Anlage 5: Formulareinsatzanleitung, Teile 1-4

Formularname	Einsatz	Wer füllt aus?	Wo verbleibt Original?	Kopie an ...	Weiterleiten an	Anmerkungen
Studieninformation (Anschreiben)	Erstgespräch		TN			<i>nur zur Aushändigung an den Kandidaten</i>
Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Projekt und an der Studie „BGM-innovativ“ (EWE)	a) Teilnahme am Projekt oder b) Nicht-TN, aber anschl. der Kurzfragebogen ausgefüllt wird	TN (Unterschrift!)	FM (bei a) wie bei b))	TN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BGM-iF: BA + Testeinr. + Trainingseinr.</li> <li>• BGM-iS: ---</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>BGM-iF: Weiterleitung der Kopie entweder im Umschlag per Post oder persönlich über den Teilnehmer</i></li> <li>• <i>BGM-iS: keine Weiterleitung einer Kopie</i></li> </ul>
Kurzbefragung bei Nicht-Teilnahme (t0)	Erstgespräch, wenn keine Teilnahme	TN (ohne Sozialdaten!) + FM (Modul-Bezeichnung)	IMVR			<i>FM händigt TN den Fragebogen mit frankiertem Rückumschlag aus.</i> <i>TN füllt Fragebogen ohne Unterstützung des FM aus und schickt ihn anschl. selbst ans IMVR oder gibt ihn dem FM, der den geschlossenen Umschlag weiterleitet.</i>
Fragebogen t0 (BGM-iS sowie BGM-iF)	Erstgespräch: nach Randomisierung	FM (ID) + TN (ohne Sozialdaten!)	IVMR			<i>insgesamt 2 verschiedene Fragebögen;</i> <i>FM händigt TN den Fragebogen mit frankiertem Rückumschlag aus.</i> <i>TN füllt Fragebogen ohne Unterstützung des FM aus und schickt ihn anschl. selbst ans IMVR.</i>
Fragebogen t1 (Modul A/B sowie Modul C für BGM-iS und BGM-iF)	6 Monate nach Erstgespräch	TN (ohne Sozialdaten!)	IMVR		Fragebögen gehen über FM an TN	<i>insgesamt 4 verschiedene Fragebögen;</i> <i>FM erhalten die Fragebögen (mit frank. Rückumschlag) mit ID-Nummer vom IMVR, ordnen sie dem richtigen TN zu und schicken/überreichen ihn dem TN (ohne Sozialdaten auf Fragebogen!)</i>

**Fett gesetzte** Formulare sind auch in der Gruppe BGM-iS zu verwenden.

Lfd. Nr.	Formularname	Wann einzusetzen?	Wer füllt aus?	Wo verbleibt Original?	Kopie für ...	Weiterleiten an ...	Anmerkungen
A1	Fallführungstabelle ModulA	nach unterschriebener EWE	FM	FM		pseudonymisiert an IMVR (jeden 1.-3. Tag des Monats)	FM löscht Sozialdaten; verpackt ("zippt") die Datei, schützt sie mit Passwort und mailt sie zum IMVR
A2	Anamnese ModulA	nach Randomisierung	FM mit TN	FM	TN	Testeinrichtung	
ABC3	Arbeitsplatzbeschreibung (Fallmanager)	nach Randomisierung	FM mit TN	FM	TN	Testeinrichtung	
A4	Checkliste für TN	Erstgespräch	TN (inkl. Unterschr.)	FM	TN		
A5	Info u Kontakt Trainingszentrum	Erstgespräch	FM	TN	FM		
A18	Info u Kontakt Testzentrum	Erstgespräch	FM	TN	FM		
A6	Einladung u Info 1. EFL-Testung	nach Terminvereinb. des FM	FM	TN	FM		
A7	Einladung u Info 2. EFL-Testung	nach Terminvereinb. des FM	FM	TN	FM		
A9	Beendigung der Teilnahme nach EFL-Testung	wenn keine Aufnahme des Trainings	FM	TN	FM		
A8	Beendigung der Teilnahme	wenn kein regelmäßiges Training	FM	TN	FM		
A10 bzw. A10Var	Testergebnis Teil 1 (VAn15a)	1. und 2. Testung	Testeinrichtung	Testeinrichtung	TN	über FM pseudonymisiert an IMVR	FM löscht Sozialdaten, ergänzt ID, verpackt ("zippt") die Datei, <b>schützt sie mit Passwort</b> und mailt sie zum IMVR
A11	Testergebnis Teil 2 (EFL-Eingangstestung) (VAn15b)	1. Testung	Testeinrichtung	Testeinrichtung	TN	über FM pseudonymisiert an IMVR	FM löscht Sozialdaten, ergänzt ID, verpackt ("zippt") die Datei, <b>schützt sie mit Passwort</b> und mailt sie zum IMVR
A12	Testergebnis Teil 3 (EFL-Ausgangstestung) (VAn15c)	2. Testung	Testeinrichtung	Testeinrichtung	TN	über FM pseudonymisiert an IMVR	FM löscht Sozialdaten, ergänzt ID, verpackt ("zippt") die Datei, <b>schützt sie mit Passwort</b> und mailt sie zum IMVR
A13	Trainingsplan (VAn16)	nach 1. Testung	Testeinrichtung	TN	FM	über TN an Trainingseinrichtung	
A14	Info Trainingsstätte (VAn17)	nach 1. u. nach 2. Testung	FM	FM			Dient der Dokumentation durch FM, um Training und Nachfolgephase besser überwachen zu können.
A15	Kurzbericht Modul A (VAn18)	1. und 2. Testung	Testeinrichtung	Testeinrichtung	TN	über FM pseudonymisiert an IMVR	FM löscht Sozialdaten, ergänzt ID, verpackt ("zippt") die Datei, <b>schützt sie mit Passwort</b> und mailt sie zum IMVR
A19a	Einzelabrechnung Testung Modul A	nach 1. u. nach 2. Testung	Testeinrichtung	FM	Testeinr.	FM	Testeinrichtung schickt Rechnung an FM.
A19b	Sammelabrechnung Testung Modul A	nach 1. u. nach 2. Testung	Testeinrichtung	FM	Testeinr.	FM	Testeinrichtung schickt Rechnung an FM. Alternative zur Einzelabrechnung mit A19a.
A16	Anwesenheitsliste Modul A	Training	Trainingseinr. + TN (Unterschr.)	Trainingseinrichtung		über FM pseudonymisiert an IMVR	Gibt Trainingseinrichtung wöchentl. (z. B. jeden Dienstag) an FM, damit dieser über den Trainingsstand informiert ist. FM löscht nach Beendigung des Trainings alle Sozialdaten, ergänzt ID, verpackt ("zippt") die Datei, <b>schützt sie mit Passwort</b> und mailt sie zum IMVR.
A17	Teilnahmebescheinigung Training zur Erstattung	nach vollständiger Absolvierung des Trainings (mind. 26 Einh.)	Trainingseinr.	FM		TN, FM	
A20	Abrechnung Training Modul A	nach Training	Testeinrichtung	FM	Trainingseinr.	FM	

**Fett gesetzte** Formulare sind auch in der Gruppe BGM-IS zu verwenden.

Lfd. Nr.	Formularname	Wann einzusetzen?	Wer füllt aus?	Wo verbleibt Original?	Kopie für ...	Weiterleiten an ...	Anmerkungen
B1	Fallführungstabelle ModulB	nach unterschriebener EWE	FM	FM		pseudonymisiert an IMVR (jeden 1.-3. Tag des Monats)	FM löscht Sozialdaten; verpackt ("zippt") die Datei, schützt sie mit Passwort und mailt sie zum IMVR
B2	Anamnese ModulB	nach Randomisierung	FM mit TN	FM	TN		Hinweis: Anamnese verbleibt in Modul B beim FM (weil DRV-Formulare eine solche Anamnese bereits enthalten).
ABC3	Arbeitsplatzbeschreibung (Fallmanager)	nach Randomisierung	FM mit TN	DRV	TN+FM	über FM an DRV	Hinweis: Während ABC3 in Modul A und Modul C an die Testeinrichtung geht, ist es in Modul B an die DRV weiterzuleiten (zur Ergänzung von B6).
B3	Checkliste für TN Ablauf BGM-iF (Modul B)	Erstgespräch		TN			
B4a	Reha-Antrag G0100	Zweitgespräch	FM + TN (inkl. Unterschr.)	DRV	FM	über FM an DRV	Antrag stempeln! (G0100 sowie alle anderen beigelegten Dokumente)
B4b	Ausfüllhinweise Reha-Antrag G0100	Zweitgespräch					
B5a	Anlage Krankheit-Arbeitsplatz-Arzt G0110	Zweitgespräch	FM + TN	DRV	FM	über FM an DRV	
B5b	Ausfüllhinweise für G0110	Zweitgespräch					
B7	Einwilligung BA-Verfahren DRV Bund G1260	Zweitgespräch	TN (inkl. Unterschr.)	DRV	TN+FM+BA	über FM an DRV	Einsatz nur bei Zuständigkeit der DRV Bund
B7a	Einwilligung FM-Verfahren f DRV Bund	Zweitgespräch	TN (inkl. Unterschr.)	DRV	TN+FM+BA	über FM an DRV	Einsatz nur bei Zuständigkeit der DRV Bund
B7b	Einwilligung BA-Verfahren DRV-Sonstige	Zweitgespräch	TN (inkl. Unterschr.)	DRV	TN+FM+BA	über FM an DRV	Einsatz bei Zuständigkeit einer anderen DRV (alle außer DRV Bund)
B8	Anlage Berufssituation MBOR-Screening G9590	Zweitgespräch	FM + TN (inkl. Unterschr.)	DRV	FM	über FM an DRV	
B9	Selbsteinschätzungsbogen G0115	Zweitgespräch	TN (inkl. Unterschr.)	DRV	FM	über FM an DRV	Bei Fragen unterstützt FM.
B12	AUD-Beleg (BKK) G0120	Zweitgespräch	FM	DRV	FM	über FM an DRV	vor oder nach Zweitgespräch ausfüllen
B12a	Umschlag für G0120	Zweitgespräch				über FM an DRV	
B13	Begleitschreiben an DRV	Zweitgespräch	FM+TN	DRV	FM	DRV	Zur Vorfestlegung der Zielklinik und - sofern ambulante Alternative vorhanden - der Form der Reha (amb/stat)
	ggf. weitere med. Unterlagen	Zweitgespräch		DRV	FM	über FM an DRV	FM fordern TN im Erstgespräch bitte dazu auf, vorhandene med./ärztl. Befunde mitzubringen!
B11	Ärztl Befundbericht (BA) G1204	BA-Gespräch	BA	DRV	FM	über FM an DRV	
B11a	Honorarabrechnung für G1204 (BA) G0600	BA-Gespräch	BA	DRV	FM	über FM an DRV	
B11b	KurzInfo zum G1204 (BA) G1203	BA-Gespräch					
B6	Arbeitsplatzprofil (BA)	BA-Gespräch	BA	DRV	FM	über FM an DRV	

**Fett gesetzte** Formulare sind auch in der Gruppe BGM-iS zu verwenden.

<b>Ldf. Nr.</b>	<b>Formularname</b>	<b>Wann einzusetzen?</b>	<b>Wer füllt aus?</b>	<b>Wo verbleibt Original?</b>	<b>Kopie für ...</b>	<b>Weiterleiten an ...</b>	<b>Anmerkungen</b>
C1	Fallführungstabelle ModulC	nach unterschriebener EWE	FM	FM		pseudonymisiert an IMVR (jeden 1.-3. Tag des Monats)	<i>FM löscht Sozialdaten; verpackt ("zippt") die Datei, schützt sie mit Passwort* und mailt sie zum IMVR</i>
C2	Anamnese ModulC	nach Randomisierung	FM mit TN	FM	TN	Testeinrichtung	
ABC3	Arbeitsplatzbeschreibung (FM)	nach Randomisierung	FM mit TN	FM	TN	Testeinrichtung	
C3	Stammdatenblatt	Im Erstgespräch anzulegen und im weiteren Projektverlauf zu ergänzen	FM mit TN	FM	TN		<i>Info für den FM mit wichtigen betrieblichen Informationen, die er speichert, vereinbart und weiterleitet (Termine) - quasi als "Fallführungsblatt"</i>
C4	Infoblatt für TN über Klinik und AP	Erstgespräch; ggf. spätere Ergänzung, wenn Terminvereinbarung erst später	FM	TN	FM		<i>Falls im Erstgespräch noch kein Termin zur Testung vereinbart werden kann, müssen die Terminfelder freibleiben und später eine entsprechende Ergänzung durch FM vorgenommen werden. Ggf. muss der TN dann die Daten nach Brieferhalt selber eintragen.</i>
	Arbeitsplatzprofil (BA)	Testung	BA	BA		über FM an Testeinrichtung	<i>Hier wird bewusst kein Formular angeboten, da offen und umfassend; ggf. ist Anlehnung an B6 möglich, dann aber mit zusätzlichen Anforderungen an die Testung</i>
	ggf. weitere med. Unterlagen	Testung		Testeinrichtung		vom TN an Testeinrichtung	<i>FM fordern TN im Erstgespräch bitte dazu auf, vorhandene med./ärztl. Befunde zur Testung mitzubringen!</i>
C6	Einladung u Info C-Testung	nach Terminvereinbarung des FM	FM		FM	TN	
C5	Testergebnis Modul C (VAnI9)	Testung	Testeinrichtung		TN+FM	BA (ggf. über den TN)	<i>Weitergabe des Testergebnisses an TN, BA und FM ist vertragliche Leistung. Sollte es Datenschutzbedenken seitens der Testeinrichtung geben, ist die Weitergabe über den TN möglich. In dem Fall muss der BA dem FM informieren, damit dieser die erforderlichen Maßnahmen einleiten kann.</i>
C7	Abrechnung Testung Modul C	nach Testung	Testeinrichtung	FM	Testeinr.	FM	<i>Versand des Rechnungsoriginals an FM</i>

**Fett gesetzte** Formulare sind auch in der Gruppe BGM-iS zu verwenden.

\* Das für alle Fallmanager gültige Passwort ist in der BKK-InSite-Gruppe "BGM-innovativ" abgelegt.

# BGM-innovativ

Arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes  
Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen

Modul Muskulo – skeletale Erkrankungen

**Schulungsunterlagen für das Fallmanagement in gekürzter Fassung**

## Agenda Schulung (2. Tag)

- ▶ 10:30 – 11:00 Zusammenfassende Projektdarstellung (Birgit Leineweber)
- ▶ 11:00 – 12:30 Abläufe der Einzelmodule im Detail (1) (Birgit Leineweber)
- ▶ 12:30 – 13:00 Mittagspause
- ▶ 13:00 - 14:00 Randomisierung, Evaluation, Datenschutzerklärung  
(Thomas Moormann, Lara Lindert)
- ▶ 14:00 – 15:00 Abläufe der Einzelmodule im Detail (2)  
(Birgit Leineweber)
- ▶ 15:00 – 15:15 Kaffeepause
- ▶ 15:15 – 16:00 Formulare, Tools, Tabellen (Birgit Leineweber, Thomas Moormann)
- ▶ 16:00 – 16:30 Fragen und offene Themen

# BGM-innovativ

## Inhalt und Vertragsziel:

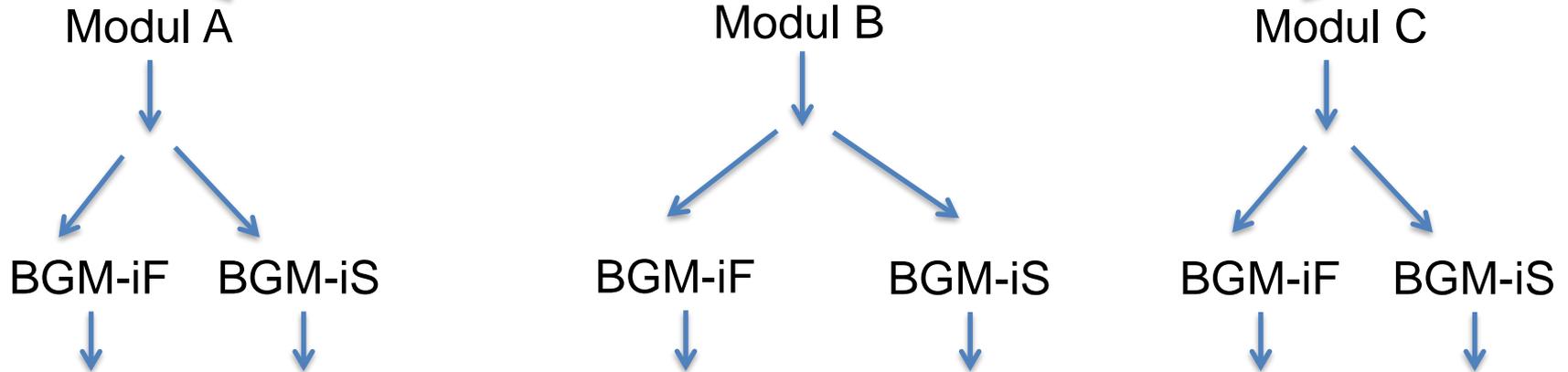
- ▶ Kombination aus Sekundär-/Tertiärprävention und med./berufl. Reha
- ▶ modularer Aufbau in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung
- ▶ Beschleunigter Diagnose-Prozess unter Einschluss von Arbeitsplatzinformationen
- ▶ bilaterale Versorgungsverträge mit Partnern aus dem Rehabilitationsbereich
- ▶ kombinierte Steuerung BKK ↔ Rehaeinrichtung
- ▶ Strukturiertes Fallmanagement durch BKK-Fallmanager
- ▶ Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit

# Projektbesonderheiten

- ▶ Es handelt sich um ein Forschungsprojekt: Es muss **zwei miteinander vergleichbare Versorgungszweige** geben
- ▶ Randomisierung und Evaluation sind verpflichtend und Bestandteil des Projektantrags
- ▶ Zwei Versorgungswege werden wissenschaftlich fundiert im Rahmen einer randomisierten Evaluationsstudie miteinander verglichen
- ▶ Beide Versorgungssysteme sind umfassender als die bestehende Regelversorgung
- ▶ **BGM-iF: Versorgungsmanagement mit koordinierender Fallführung** (entspricht dem Prototypen)
- ▶ **BGM-iS: Unterstütztes Selbstmanagement**

# Projektstruktur Versichertenidentifikation

Projektfallmanager



Kassenfallmanager:

Erläuterung Modulablauf, Fragebogen, Veranlassung der ersten Projektschritte

# Definition BGM-iF

## BGM-iF

### Modul A

#### *Frühintervention bei Vorliegen einer beginn. skelett-musk. Erkrank.*

### Modul B

#### *Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation*

### Modul C

#### *Jobmatch*

#### Indikation

- ▶ Verbleib am Arbeitsplatz nicht gefährdet
- ▶ Medizinische Rehabilitation noch nicht indiziert
- ▶ Aber Verschlechterungsrisiko durch Erkrankung vorhanden

- ▶ Deutliche pathophysiolog. Veränderungen
- ▶ Singulär Bewegungsapparat betroffen
- ▶ Keine relevante Psychosomatose
- ▶ AU-Zeiten < 6 Wochen bzw. häufige kürzere AU-Zeiten aufgrund der Erkrankung

- ▶ Überwiegend AU-Zeiten > 6 Wochen
- ▶ Häufig Komorbidität
- ▶ Entscheidung über Verbleib am Arbeitsplatz dringlich

#### Inhalt

- ▶ Defizitorientiertes, arbeitsplatzbezogenes Muskelaufbautraining zur besseren Bewältigung des Arbeitsplatzes

- ▶ Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation (MBOR)
- ▶ Möglichkeit der Folgeverordnung Medizinische Trainings-therapie (MTT)

- ▶ Arbeitsplatzbezogene Begutachtung und Beurteilung von Einsatzfähigkeit und weiterer Prognose im Arbeitsprozess

#### Ziel

- ▶ Training, Verhaltensänderung und Selbstmanagement

- ▶ Training, Selbstmanagement, Verhaltensänderung, weitere Maßnahmen

- ▶ Jobmatch, Entscheidung über weitere Tätigkeit

# BGM-iF

## Projektcharakteristika (1) :

- ▶ Individuelle Maßnahmen
- ▶ Arbeitsplatzbezogene Lösungsangebote
- ▶ Indikationsbezogene Therapie
- ▶ Berücksichtigung des Ausprägungsgrades der Erkrankung („je früher desto besser“)
- ▶ Zeitnahe Beginn der Maßnahme
- ▶ Niedrigschwellige Angebote

# BGM-iF

## Projektcharakteristika (2):

- ▶ Straffe Organisation der Abläufe
- ▶ Dichte Vernetzung der Leistungsanbieter
- ▶ Modulhafter Aufbau
- ▶ Qualifizierte Leistungserbringer
- ▶ Verfolgung der Nachhaltigkeit
- ▶ Intensiviertes Case-Management

# Definition BGM-iS

## BGM-iS

### Modul A

#### *Intensive Beratung bei Vorliegen einer beginn. skelett-musk. Erkrank.*

### Modul B

#### *Rehabilitation*

### Modul C

#### *Maßnahmen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit*

#### Indi- kation

- ▶ Verbleib am Arbeitsplatz nicht gefährdet
- ▶ Medizinische Rehabilitation noch nicht indiziert
- ▶ Aber Verschlechterungsrisiko durch Erkrankung vorhanden

- ▶ Deutliche pathophysiolog. Veränderungen
- ▶ Singulär Bewegungsapparat betroffen
- ▶ Keine relevante Psychosomatose
- ▶ AU-Zeiten < 6 Wochen bzw. häufige kürzere AU-Zeiten aufgrund der Erkrankung

- ▶ Überwiegend AU-Zeiten > 6 Wochen
- ▶ Häufig Komorbidität
- ▶ Entscheidung über Verbleib am Arbeitsplatz dringlich

#### Inhalt

- ▶ Intensive Beratung über eigenständige Trainingsmaßnahmen, Infolyer, Leitlinien, Theraband, Präventionsdatenbank

- ▶ Information über Rehabilitationsmöglichkeit, Aufzeigen der Antragsabläufe,
- ▶ Flyer, Broschüre DRV

- ▶ Antrag nach § 51 auf LTA
- ▶ Aufzeigen von ergänzenden Trainingsmöglichkeiten
- ▶ Vorstellung BA

#### Ziel

- ▶ Eigenständiges Training, Verhaltensänderung und Selbstmanagement

- ▶ Training, Selbstmanagement, Verhaltensänderung, weitere Maßnahmen

- ▶ Entscheidung über weitere Tätigkeit

# Einststeuerung BGM-innovativ

# Identifikation Kandidaten BGM-i

- ▶ Identifikation durch Kasse:
  - ▶ **Modul A:** Aktuelle AU mit M-Diagnose **und** >9 AU Tage in den letzten zwei Jahren mit einer M-Diagnose, ggf. Verordnung von Physiotherapie (finale Klärung steht noch aus)
  - ▶ **Modul B:** KG–Fallmanager, Kriterien zur Rehabilitation der DRV
  - ▶ **Modul C:** KG-Fälle, BEM-Fälle
- ▶ Arbeitsmedizin
- ▶ Eigenmeldung
- ▶ Niedergelassene Ärzte
- ▶ Betriebsrat
- ▶ Schwerbehindertenvertretung

# Identifikation Reha-Indikation Modul B

- ▶ **Gesundheitliche Einschränkungen:**
  - ▶ Es liegen nicht nur vorübergehende, behandlungsbedürftige gesundheitliche Einschränkungen vor
  - ▶ Es sind anhaltende funktionale Einschränkungen bei alltagstypischen Belastungen und/ oder am Arbeitsplatz vorhanden
- ▶ **Diagnostik:** Die notwendigen diagnostischen Verfahren wurden komplett durchgeführt
- ▶ **Therapie:**
  - ▶ Die übliche Krankenbehandlung hat stattgefunden und ist nicht mehr ausreichend
  - ▶ Eine vorrangige Krankenhausbehandlung (Operation) kommt nicht infrage
  - ▶ Es gibt einen Bedarf der Kombination verschiedener Therapieformen
- ▶ **Ergänzende Aspekte**
  - ▶ Mehrere relevante Gesundheitsstörungen liegen vor
  - ▶ Eine Verhaltensbeobachtung und Überprüfung von Hilfsmittelstrategien in alltagsnahen Situationen ist erforderlich

# Fallbeispiele

## ▶ **Orthopädie - Fall 1**

Rückenschmerzen bei einer 30-jährigen Küchenhilfe, orthopädische Abklärung inkl. Kernspintomografie: keine OP-Indikation, mehrmals Physiotherapie, aktuelle Therapie durch medikamentöse Therapie nicht ausreichend.

-> Reha-Bedarf

## ▶ **Orthopädie - Fall 2**

Knieschmerzen bei einer 59-jährigen Büro-Angestellten, BMI=29 kg/m<sup>2</sup>, bisher nur symptomorientierte medikamentöse Therapie, noch keine weitere fachärztliche diagnostische Abklärung.

-> kein Reha-Bedarf: Diagnostik nicht abgeschlossen, möglicherweise Indikation für operativen Eingriff.

## ▶ **Orthopädie - Fall 3**

Chronisches Wirbelsäulensyndrom bei einem 45-jährigen Informatiker, medikamentöse Behandlung, Rehabilitation vor vier Jahren, seitdem keine ambulante Physiotherapie, eine Suchtproblematik ist nicht auszuschließen.

-> kein Reha-Bedarf: Zunächst ambulante Therapie (Physiotherapie) sowie Klärung der Suchtproblematik erforderlich

# Information über Projekt BGM-i

- ▶ Ansprache durch Arbeitsmedizin
- ▶ Ansprache durch Fallmanager der BKK (Telefon, Anschreiben)
- ▶ Werbeaktion im Betrieb und Information (Plakat, Intranet)
- ▶ BEM – Team im Betrieb
- ▶ ggf. durch behandelnde Ärzte im ambulanten Bereich

# BGM-innovativ

## Projektgrundlagen

# Projektbezogenes Fallmanagement

# Rolle des Fallmanagers

- ▶ Das Fallmanagement in dem Projekt BGM-innovativ ist die zentrale Steuerungsstelle für den gesamten Projektablauf. Von der Qualität und der Motivation der Fallmanager hängt zum größten Teil der Projekterfolg ab
- ▶ Die Arbeit erfolgt Klientenorientiert und soll das selbstbestimmte Handeln fördern
- ▶ Hierbei wird es zwei Ausprägungsgrade geben: Das koordinierende Fallmanagement (BGM-iF) und das unterstützte Selbstmanagement (BGM-iS)
- ▶ Mit beiden Angeboten verlassen die teilnehmenden Krankenkassen den Weg der Prozessritualisierung des Verwaltens (Fragestellung: „Wann gehen Sie wieder arbeiten?“) hin zur klientenorientierten Bedarfsermittlung und Ausrichtung der Unterstützungsangebote an eben diesem Bedarf (Frage „Was können wir für Sie tun, damit es Ihnen wieder gut geht“)
- ▶ Für das BGM-iS ist das Fallmanagement modifiziert und nicht dem Fallmanagementstandard entsprechend durchzuführen

# Phasen des FM im BGM-iF/ BGM-iS

Zur Erinnerung:

## Phasen des Fallmanagements

- ▶ Klärungsphase (Case Finding, Access, Intaking): Identifikation, Kontaktaufnahme, Einsteuerung des Klienten
- ▶ Assessment: Umfassende Beschreibung und Dokumentation der Versorgungs-, Arbeits- und Lebenssituation des Klienten
- ▶ Serviceplanung: Festlegung der Ziele und Unterstützungsleistungen im Einzelfall
- ▶ Linking: Vermittlung der passenden Unterstützungsangebote
- ▶ Monitoring: Sicherung und Prüfung der Unterstützungsangebote sowie Fallsteuerung
- ▶ Evaluation: Bewertung und Abschluss des Fallmanagements

# Klärungsphase BGM-iF/ BGM-iS

## Case Finding:

- ▶ Modul A: Versicherte mit beginnenden Erkrankungen im Bereich der skelett-muskulären Indikationen, wenig oder gar keine AU – Zeiten
- ▶ Modul B: Versicherte mit eindeutiger Rehabilitationsindikation, AU-Zeiten ausgeprägt (häufiger kurze Zeiten oder AU > 4 Wochen, Arbeitsplatz gefährdet
- ▶ Modul C: Ausgeprägter Schädigungsgrad, Arbeitsplatz gefährdet, Jobmatch erforderlich, fragliche Wiedereingliederung

# Klärungsphase BGM-iF/ BGM-iS

## Access:

Der Zugang zum Projekt kann auf verschiedenen Wegen erfolgen:

- ▶ Der Teilnehmer wird durch den Fallmanager angesprochen. Identifiziert wird durch Screening der AU – Vorzeiten und der aktuellen AU – Daten (Kriterium: Aktuelle AU mit einer M-Diagnose und > 9 AU – Tage in der Vorgeschichte in den letzten zwei Jahren)
- ▶ Der Teilnehmer meldet sich selber, da er von dem Projekt gehört hat (Betriebsinformation, Bekannte)
- ▶ Der Teilnehmer wird durch den Betriebsarzt angesprochen, auf das Projekt hingewiesen und an den Fallmanager verwiesen

# Klärungsphase BGM-iF/ BGM-iS

## Intaking (Vorbereitung und direkter Kontakt)

- ▶ Entscheidung über die Aufnahme bzw. die Eingruppierung in das jeweilige Modul A, B oder C durch den Fallmanager
- ▶ Im Rahmen eines ausführlichen Gesprächs erfolgt zunächst die modulbezogene Aufklärung über das Projekt und die Forschungssituation mit Darstellung der zwei unterschiedlichen Versorgungszweige und danach die Einholung der Teilnahmeerklärung
- ▶ **CAVE Zeitplanung: Falls ein potenzieller Teilnehmer sich die Teilnahmeerklärung länger anschauen möchte, pro Fall gleich 15 Minuten Lesezeit einplanen oder, falls ein Lesen zu Hause gewünscht ist, sofort einen Wiedervorstellungstermin zum weiteren Erstellen der Teilnahmevoraussetzungen und zur Einsteuerung vereinbaren**
- ▶ Nach Einholung der Teilnahmeerklärung wird die softwaregestützte Randomisierung in einen der beiden Versorgungszweige durchgeführt

# Ansprache durch den Fallmanager

## Ziel des Projekts: -

- ▶ Unterstützung bei leichten oder ausgeprägten Problemen im skelett-muskulären Bereich
- ▶ Verhinderung, dass eine weitere gesundheitliche Verschlechterung eintritt
- ▶ Eine Gefährdung liegt vor – falls nichts dagegen getan wird, wird eine Verschlechterung eintreten
- ▶ Der Arbeitsplatz soll erhalten bleiben
- ▶ Was im betrieblichen Bereich hilft, hilft auch im privaten Bereich (Beispiel Treppesteigen)
- ▶ Es handelt sich um erprobte und gezielte bzw. bewährte Maßnahmen, die empfohlen werden

# Ansprache durch den Fallmanager

## Forschungsprojekt:

- ▶ Es müssen zwei Versorgungszweige entwickelt und gegeneinander abgeglichen werden
- ▶ Beide Versorgungszweige sind umfangreicher als die Regelversorgung
- ▶ Es wird es zwei Ausprägungsgrade geben: Das koordinierende Fallmanagement (BGM-iF) und das unterstützte Selbstmanagement (BGM-iS)
- ▶ Im BGM-iF erfolgt eine intensive Betreuung und konsequente Unterstützung mit Abfragen der Teilnahme und Ergebnisübermittlung
- ▶ Im BGM-iS erfolgt eine intensive Beratung mit der nachfolgenden Bitte, sich selber anhand der zur Verfügung gestellten Hilfsmittel zu organisieren
- ▶ Nach Abschluss der Teilnahme an BGM-iS kann in die identischen Abläufe wie in BGM-iF vermittelt werden

# Klärungsphase BGM-iF/ BGM-iS

## Intaking (Vorbereitung und direkter Kontakt)

- ▶ Nach Einholung der Teilnahme Einwilligung wird die softwaregestützte Randomisierung in einen der beiden Versorgungszweige BGM-iF oder BGM-iS durchgeführt
- ▶ Vergabe einer Identifikationsnummer (ID) für den Teilnehmer und Erfassung der Nummer und Namenszuordnung in einer standardisierten Tabelle
- ▶ Damit ist ein anonymisiertes Vorgehen über die lediglich mit der ID – versehenen Datensätze (Fragebögen, Testergebnisse) möglich
- ▶ Der Fallmanager ist die einzige Person im Projekt, die eine personenbezogene Zuordnung der Daten durchführen kann
- ▶ Die Zuordnungslisten müssen akribisch geführt werden und dürfen kein Fehlerpotenzial bergen

# Assessment BGM-iF/ BGM-iS

Dokumentation der Krankheitsbezogenen Einschränkungen sowie der Arbeitsplatzbeschreibung

- ▶ Erhebung und Dokumentation der Vorbefunde / Vorbehandlungen und der aktuellen Beschwerden
- ▶ Arbeitsplatzbeschreibung mit den individuellen Anforderungen an den Teilnehmer
- ▶ Darstellung der arbeitsplatzbezogenen Einschränkungen

**Cave 1:** Erst nach dieser Abfrage und Dokumentation erfolgt eine Auftrennung der weiteren Abläufe je nach Zugehörigkeit zu BGM-iF oder BGM-iS!

# Serviceplanung BGM-iS

Intensive Aufklärung über mögliche Unterstützungsangebote in den jeweiligen Modulen:

Aushändigung von passendem Informationsmaterial (Flyer, Kontaktanschriften,...) und Verweis an weiterführende Partner (Betriebsarzt, behandelnder Facharzt, Trainingseinrichtungen, Präventionsdatenbank, Antrag Rehabilitation....)

- ▶ Modul A: Informationsmaterial, Kontakte, Hinweis auf Trainingsmöglichkeit analog Modul A im BGM-iF nach Abschluss der Evaluationsphase
- ▶ Modul B: Informationsmaterial, Kontakte
- ▶ Modul C: Informationsmaterial, Kontakte
- ▶ Aushändigung Fragebogen mit der Bitte um Ausfüllen und Versand an Uni Köln.

**Cave 1 :** Keine Unterstützung beim Ausfüllen der Fragebogen durch den FM!

**Cave 2:** Nach diesem Beratungsschritt erfolgt **keine weitere** Unterstützung mehr durch den FM im Versorgungszweig BGM-iS

# Serviceplanung BGM-iF

Darstellung und Festlegung der Abläufe des Fallmanagements in den jeweiligen Modulen:

- ▶ Modul A: Konkrete Darstellung der Test – und Trainingsabläufe sowie der vereinbarten wöchentlichen Anwesenheitskontrollen. Übermittlung und Unterschrift „Ablaufplan arbeitsplatzbezogenes Training“.
- ▶ Modul B: Ausführliche Darstellung der weiteren Abläufe. Weiterleitung ggf. Erstellung der Formulare G 100 und G 110 zusammen mit dem Teilnehmer. Einholung aktueller Befunde bei den behandelnden Ärzten (durch FM oder TE) Hinweis auf Unterstützung bei weiteren Rehafragen sowie beim Ausfüllen von Klinikunterlagen.

# Serviceplanung BGM-iF

Darstellung und Festlegung der Abläufe des Fallmanagements in den jeweiligen Modulen:

- ▶ Modul C: Ausfüllen des Dokumentationsbogens für Modul C und Bitte um Erstellung der Arbeitsplatzbeschreibung an die Arbeitsmedizin. Einholung aktueller Befunde bei den behandelnden Ärzten (durch FM oder TE). Abfrage an AM zu speziellen Anforderungen an die Testungen im Modul C oder zur Arbeitsplatzproblematik.

Nach allen Modulbezogenen Beratungsgesprächen:

Aushändigung Fragebogen mit der Bitte um Ausfüllen und Versand an Uni Köln

**Cave: Keine Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens durch den FM!**

# Linking BGM-iF

Organisation der Abläufe in den jeweiligen Modulen bei den vereinbarten Leistungsanbietern bzw. Kooperationspartnern.

- ▶ Modul A: Terminierung der ersten Testeinheit im vereinbarten Testzentrum. Schriftliche Übermittlung der Dokumentationsunterlagen (Befunde, Arbeitsplatzbeschreibung,..) an das Testzentrum. Nach Testung Einleiten der 3 – monatigen Trainingsphase im vereinbarten Trainingscenter.
- ▶ Modul B: Terminierung beim Betriebsarzt zur Erstellung des medizinischen Befundberichts und der Arbeitsplatzbeschreibung. Nach Erhalt und Vervollständigung der Antragsunterlagen Weiterleitung derselben an den Kooperationspartner der zuständigen DRV zur Einleitung des Rehaantragsverfahrens.
- ▶ Modul C: Terminierung des zweitägigen Testverfahrens in der vereinbarten Testeinrichtung mit Übermittlung aller vorliegenden Dokumentationen und Unterlagen.

# Monitoring BGM-iF

Überwachung und Koordination der vereinbarten Leistungen:

- ▶ Modul A: Wöchentliche Kontrolle des zweimaligen Trainings, Abfrage beim Trainingscenter, Kontaktaufnahme zum Teilnehmer bei Problemen (Aussetzen des Trainings, Schmerzen beim Training,...), bei Problemen ggf. Einleitung weiterführender Maßnahmen
- ▶ Modul B: Ggf. Unterstützung beim Ausfüllen von weiterführenden Fragebögen aus der Rehaeinrichtung, motivationale Rehaarbeit mit Hinweis auf die Post – Rehaphase mit Rehasport, Weiterleitung des Teilnehmers nach der Reha an den Betriebsarzt, ggf. Anforderung des Rehaberichts für den Betriebsarzt
- ▶ Modul C: Übermittlung des Befundberichts an den Betriebsarzt und Einleitung der im Bericht empfohlenen weiterführenden Maßnahmen ggf. in Kooperation mit der Arbeitsmedizin

# Evaluation BGM-iF

Die Evaluation wird von der Uni Köln durchgeführt (Fragebögen, Interviews, AU – Daten).

## **Aufgabe der Fallmanager:**

Nach Erhalt von der Uni Köln Zuordnung der nur mit der ID versehenen Fragebögen zu dem Teilnehmer und Weiterleitung der Fragebögen an diesen.

Erinnerung an das Ausfüllen der Fragebögen „Zweitbefragung“ der Uni Köln mit Hinweis an den Projektteilnehmer, dass ein Zweit-Fragebogen nach 6 Monaten nach Abgabe der Teilnahmeerklärung von der Uni Köln zu Evaluationszwecken an die Projektteilnehmer verschickt wird. Dies geschieht über den Fallmanager, da nur dieser die Zuordnung personenbezogener Daten zu der ID, die auf den Fragebögen vermerkt ist, kennt.

# Informationen für die FM (1)

Bei dem Erstgespräch sind folgende Punkte zu beachten:

- ▶ Falls ein Kandidat die Projektunterlagen (Beschreibung, Datenschutz, Teilnahmeerklärung) zunächst in Ruhe zu Hause durchschauen will, bitte diese mitgeben, aber gleich einen erneuten Termin zur Wiedervorstellung und Einsteuerung ausmachen
- ▶ Es wird keine Unterstützung beim Ausfüllen der Fragebögen geleistet
- ▶ Bei der Terminierung genügend Zeit für die Projektaufklärung, Randomisierung und Moduleinsteuerung berücksichtigen (ca. 1 ½ Stunden)
- ▶ Jeder FM erhält ein Projektpaket von der Uni Köln mit den benötigten Dokumenten. Nachforderungen müssen bei der Uni platziert werden (Anschrift im Projekthandbuch)

# Informationen für die FM (2)

- ▶ Das Original der Einverständniserklärung (EV) wird vom Fallmanager nach Vergabe der Identifikationsnummer (ID) aufbewahrt
- ▶ Eine Kopie der EV erhält der Teilnehmer
- ▶ Wünscht ein Interessent keine Teilnahme, wird er gebeten, an einer kurzen Umfrage zu den Gründen für seine Ablehnung teilzunehmen
- ▶ Der Fallmanager muss für jeden Teilnehmer eine laufende Nummer (ID) vergeben- das erlaubt eine Auswertung der Daten ohne Rückschluss auf die Person
- ▶ Genaue Informationen zur Erstellung der ID gibt es im Handbuch
- ▶ Die ID wird auf der EV und dem Fragebogen eingetragen

# Informationen für die FM (3)

- ▶ Zusätzlich führt der FM eine Liste mit vollständiger ID und entsprechendem Namen des Teilnehmers. Er ist damit der einzige, der eine Zuordnung ID – Name des Teilnehmers durchführen kann.
- ▶ Die Randomisierung erfolgt über eine Portallösung der Uni Köln. Jeweils bis max. 5 Personen pro Standort werden einen Zugang und damit die Möglichkeit der Randomisierung erhalten.
- ▶ Die Benennung dieser Personen erfolgt über ein Formular (s. nächste Folie)
- ▶ Fragen zur Durchführung der Randomisierung (z.B. Passwort vergessen etc.) beantwortet Frau [REDACTED] vom IMSIE

PLEASE FILL IN BY TYPEWRITER – THANK YOU!

# Request for online randomisation user account

Study: BGM-innovativ | Lead investigator: Thomas Moormann, Berlin | Statistician: Christina Samel, Cologne

Study site: \_\_\_\_\_

Main local investigator: \_\_\_\_\_

No.	Title	Last name	First name(s)	Email	Role(s)*
1					<input type="checkbox"/> authorized to randomize <input type="checkbox"/> receive notifications

## Members of study team:

1					<input type="checkbox"/> authorized to randomize <input type="checkbox"/> receive notifications
2					<input type="checkbox"/> authorized to randomize <input type="checkbox"/> receive notifications
3					<input type="checkbox"/> authorized to randomize <input type="checkbox"/> receive notifications
4					<input type="checkbox"/> authorized to randomize <input type="checkbox"/> receive notifications

\*Please tick if true. All authorized persons are allowed to randomize for the main local investigator. Notifications are sent by email following randomisation.

I hereby confirm that the persons detailed above have my authorisation to exert the role(s) / receive notification(s) as stated above.



\_\_\_\_\_  
Place, date

\_\_\_\_\_  
Signature of main local investigator

Stamp of study site

Fax to [REDACTED]

# Gesprächsvorgaben für die FM

- ▶ Der Unterschied zwischen Projekt und Studie muss erläutert werden
- ▶ Eine Projektteilnahme ist zwingend an eine Studienteilnahme gebunden
- ▶ Hinweis auf den Versand des zweiten Evaluationsfragebogens durch die Uni Köln nach ca. 6 Monaten
- ▶ Bei Fragen zu den Bögen Verweis auf Kontaktmöglichkeiten zu den auf den Bögen benannten Ansprechpartnern der Uni Köln
- ▶ Bei AU-Zeiten soll bitte ab dem ersten Tag gemeldet werden (wichtig für das Zählen der AU-Tage durch die Uni)
- ▶ Bei der Einverständniserklärung (EV) gibt es Muss – und Kannfelder. Wird ein Mussfeld mit nein gekreuzt, kann eine Aufnahme in das Projekt nicht erfolgen
- ▶ Hinweis an die Teilnehmer des Versorgungszweiges BGM-iS auf die Möglichkeit der Test – und Trainingsteilnahme nach Abschluss der Evaluation (12 Monate nach t0)

# Information über Projekt BGM-i

- ▶ Ansprache durch Arbeitsmedizin
- ▶ Ansprache durch Fallmanager der BKK (Telefon, Anschreiben)
- ▶ Werbeaktion im Betrieb und Information (Plakat, Intranet)
- ▶ BEM – Team im Betrieb
- ▶ ggf. durch behandelnde Ärzte im ambulanten Bereich

# BGM-innovativ

## Modulabläufe

### Modul A

# BGM-iS Modul A

- ▶ **Kandidaten:** In diese Gruppe werden die Patienten mit subchronischen skelett-muskulären Erkrankungen eingeordnet. Kriterium: Vorhandene Erkrankung aus diesem Formenkreis, jedoch noch keine auffälligen AU-Zeiten. Ein Fortschreiten der Erkrankung droht bei nicht entsprechend geschultem Gesundheitsverhalten. Keine aktuelle Gefährdung des Arbeitsplatzes. Die Ermittlung der Kandidaten erfolgt i.w. durch BKK und Betriebsarzt.
- ▶ **Inhalt:** Unterstütztes Selbstmanagement, Aufzeigen von Trainingsmöglichkeiten, Überlassen von entsprechenden Tools und Hinweis auf erweiterte Kassenleistungen

# Inhalte Erstgespräch BGM-iS Modul A durch FM BKK

- ▶ Ziel und Gegenstand der Studie
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls A BGM-iF
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls A BGM-iS
- ▶ Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung
- ▶ Randomisierung
- ▶ Anamnese und Arbeitsplatzbeschreibung

**Cave: Bis hierhin sind die Abläufe in BGM-iF und BGM-iS identisch**

- ▶ Übergabe der BGM-iS Unterlagen: Infolyer, Trainingsvorschläge, etc.
- ▶ Hinweis auf mögliche Test-und Trainingsteilnahme nach Beendigung BGM-iS
- ▶ Übergabe Fragebogen und Freiumschlag

# BGM-iF Modul A

- ▶ Kandidaten: In diese Gruppe werden die Patienten mit subchronischen skelett-muskulären Erkrankungen eingeordnet. Kriterium: Vorhandene Erkrankung aus diesem Formenkreis, jedoch noch keine auffälligen AU-Zeiten. Ein Fortschreiten der Erkrankung droht bei nicht entsprechend geschultem Gesundheitsverhalten. Keine aktuelle Gefährdung des Arbeitsplatzes. Die Ermittlung der Kandidaten erfolgt i.w. durch BKK und Betriebsarzt.
- ▶ Inhalt: Defizitorientiertes, arbeitsplatzbezogenes Einzeltraining (Ausdauer, Geräte) über drei Monate nach einem individuellen Trainingsplan
- ▶ Testverfahren:
- ▶ Arbeitsplatzbezogene Funktionsanalyse (z.B. EFL-Screening )
- ▶ Herz-Kreislauf Test (z.B. IPN)
- ▶ PACT-Test
- ▶ Testung der Rumpfmuskelkraft (z.B. David-Test)
- ▶ BMI
- ▶ VAS (Visuelle analoge Schmerzscala)

# Modul A BGM-iF Charakteristika 1

- ▶ Orthopädische Erkrankungen mit geringem Ausprägungsgrad
- ▶ Keine oder geringe Fehlzeiten
- ▶ Identifizierung der TN durch die BKK oder die Arbeitsmedizin
- ▶ Detaillierte Arbeitsplatzbeschreibung durch Fallmanager der BKK
- ▶ Umfassende Erhebung des Fähigkeitsprofils in den teilnehmenden Testzentren
- ▶ Übermittlung von Trainingsplan und Testergebnissen an die BKK und an das Trainingscenter

# Modul A BGM-iF Charakteristika 2

- ▶ Trainingseinweisung lt. Plan im Trainingszentrum
- ▶ Arbeitsplatzbezogene Medizinische Trainingstherapie schichtbegleitend über 3 Monate/ mindestens 2x pro Woche (mind. 24 Einheiten)
- ▶ Wöchentliche Anwesenheitskontrolle durch das Trainingszentrum (Unterschrift, Einlesen der Eintrittskarte) mit Rückmeldung an die Fallmanager der BKK
- ▶ Nach Abschluss der Re – Testung weiterführendes eigenständiges Training unter Begleitung der Fallmanager der BKK

# Modul A BGM-iF Testverfahren

- ▶ Bestandteile der BGM-iF Testung sind
  - ▶ Arbeitsplatzbezogenes Screening Testverfahren (EFL, Ala)
  - ▶ Isometrische Rumpfmuskelkraft (z.B. DAVID – Test = biomechanische Funktionsanalyse der Wirbelsäule)
  - ▶ PACT – Test (Selbsteinschätzung der körperlichen Fähigkeiten)
  - ▶ Herz-Kreislauf Test (z.B. IPN)
  - ▶ Body Mass Index
  - ▶ VAS (Visuelle Analoge Schmerzcala)
  
- ▶ Profilabgleich im Testzentrum und Erstellung eines defizitorientierten und arbeitsplatzbezogenen Trainingsplans

# Ablauf Modul A BGM-iF

Identifikation BKK/  
Betriebsärzte



Vorstellung FM BKK:  
Projektaufklärung/ TE  
Arbeitsplatzbeschreibung  
Patientenanamnese



Anmeldung  
1. Test

EFL-Screening Test  
Funktioneller Test der  
Rumpfmuskulatur  
PACT-Test, BMI,  
Herz-Kreislauf-Test,  
VAS

Trainingsplan

aMTT:  
3 Monate  
2x Woche

Anmeldung  
2. Test



Korrigierter  
Trainingsplan

EFL-Screening Test  
Funktioneller Test der  
Rumpfmuskulatur  
PACT-Test, BMI,  
Herz-Kreislauf-Test,  
VAS

Kurzbericht an BKK  
und an BA:  
EFL-Entwicklung  
Krankheitsprognose  
Therapieempfehlung



Freies, durch FM  
BKK begleitetes  
Training

# Aufgaben Fallmanager Modul A

## BGM-iF 1

- ▶ Kontaktaufnahme zum Kandidaten
- ▶ Persönliches Gespräch (in der Kasse oder im Betrieb) zur Projektdarstellung, Formularbearbeitung, Randomisierung
- ▶ Anmeldung 1. Testung im Rehaszentrum

### Rückmeldung aus Rehaszentrum: Mitteilung Ersttermin Testung

- ▶ Schriftliche Einladung zur Testung durch FM mit weiteren Projektinformationen (Kleidung, Zeitumfang, Abmeldung im Krankheitsfall, etc....)

# Aufgaben Fallmanager Modul A

## BGM-iF 2

- ▶ Überwachung der Trainingsdurchführung und Kontaktaufnahme zum Teilnehmer bei Abbruch/ unregelmäßiger Durchführung der Maßnahme

### Rückmeldung aus Rehasentrum: Mitteilung Zweittermin Testung

- ▶ Schriftliche Einladung zur Zweittestung durch FM
- ▶ Nach Erhalt des Kurzberichts Kontaktaufnahme zum Versicherten und Klärung des weiteren Trainingsablaufs
- ▶ Nach 2. Testung: Kontaktaufnahme alle drei Monate zur Abfrage der Trainingsfortführung
- ▶ Erneute Intervention bei auftretenden Problemen

# Inhalte Erstgespräch BGM-iF Modul A durch FM BKK

- ▶ Ziel und Gegenstand der Studie
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls A BGM-iF
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls A BGM-iS
- ▶ Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung
- ▶ Randomisierung
- ▶ Anamnese und Arbeitsplatzbeschreibung

**Cave: Bis hierhin sind die Abläufe in BGM-iF und BGM-iS identisch**

- ▶ Ausfüllen der Projektformulare , Übergabe der Kontaktdaten der teilnehmenden Test- und Trainingszentren an Teilnehmer
- ▶ Anmeldung Testzentrum zur 1. Testung
- ▶ Übergabe Fragebogen und Freiumschlag

# Projektunterlagen BGM-iF Modul A Fallmanager

- ▶ Teilnahmeerklärung BGM-innovativ (Original verbleibt bei FM, Kopie an Teilnehmer, Betriebsarzt, Testeinrichtung, Trainingseinrichtung)
- ▶ Aushändigung Fragenbogen BGM-i
- ▶ **Erstellung Anamnesebogen\***
- ▶ **Erstellung Arbeitsplatzbeschreibung**
- ▶ Unterschriebener Ablaufplan des BGM-iF -Moduls A (Kopie an den Versicherten)
- ▶ Kontaktdatenblatt Testeinrichtung (Aushändigung an Teilnehmer)
- ▶ **Infoblatt Teilnehmerkontaktdaten**
- ▶ 1. Einladung zur Testung
- ▶ Kontaktdatenblatt Trainingseinrichtung
- ▶ 2. Einladung zur Testung (Re-Test)

\* Rot sind die Unterlagen gekennzeichnet, die an die Testeinrichtung gehen.

# Ablaufcharakteristika BGM-iF Modul A

- ▶ Testeinrichtung muss nicht identisch mit Trainingseinrichtung sein (z.B. betriebseigenes Trainingszentrum, kooperierendes Trainingszentrum in betrieblicher Nähe)
- ▶ Qualität der Trainingseinrichtung: Strukturvoraussetzungen für MTT nach DRV-Anforderungen sind erfüllt
- ▶ Wöchentliche Information über Trainingsteilnahme
- ▶ Ggf. Ausschreibung aus dem Projekt bei häufigem unentschuldigtem Fehlen
- ▶ Info an Trainingseinrichtung bei Ausfall durch Krankheit, Urlaub, etc.
- ▶ Rückerstattung der Trainingskosten bei Nachweis der Durchführung
- ▶ Nachbetreuung über 2 Jahre

# Ablauf und Kommunikation in Modul A

- ▶ Im Testzentrum erfolgen die Testung und Dokumentation der Testergebnisse
- ▶ Im Testzentrum wird der Trainingsplan erstellt und dem Teilnehmer ausgehändigt
- ▶ Der Teilnehmer terminiert die Einweisung ins Training im Trainingszentrum und trainiert eigenständig über 3 Monate
- ▶ Das Trainingszentrum führt eine Anwesenheitsliste und gibt eine Rückmeldung an den BKK-Fallmanager, wenn das Training nicht 2x wöchentlich durchgeführt wurde
- ▶ Es erfolgt eine zweimalige Kontrolle der Trainingsabläufe, die gemeinsam mit dem Teilnehmer terminiert werden
- ▶ Direkt nach dem zweiten Kontrolltermin soll vom Teilnehmer die Ausgangstestung im Testzentrum vereinbart werden
- ▶ Bei Problemen nimmt das Trainingszentrum Kontakt zum Testzentrum auf und erörtert die Problematik und eine entsprechende Trainingsumstellung bzw. eine Umsteuerung in Modul B
- ▶ Im Testzentrum wird der Ausgangstest durchgeführt und dokumentiert ein aktualisierter Trainingsplan erstellt und ein Abschlusskurzbericht angefertigt

# Checkliste Teilnehmer Modul A (1)

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,  
um ein wirksames Training zu erreichen, bitten wir um Beachtung der folgenden Punkte:

- Das dreimonatige Training kann ausschließlich in dem/den Ihnen vom Fallmanager mitgeteilten Zentrum/Zentren durchgeführt werden.
- Nach der Eingangstestung erfolgt die Aushändigung Ihres persönlichen Trainingsplans, in dem die ersten 4-5 Trainingsgeräte zum Trainingsstart aufgeführt sind.
- Wir bitten um eine selbständige Kontaktaufnahme zur Trainingseinrichtung, um einen Termin zur Geräteeinweisung zu vereinbaren.
- Der Trainingszeitraum umfasst 3 Monate (= 13 Wochen).
- Sie sollen mindestens zwei Mal pro Woche trainieren, sodass Sie auf insgesamt mindestens 26 Übungseinheiten kommen.
- Die Anwesenheit wird durch die Trainingseinrichtung dokumentiert.
- Vor Aufnahme des ersten Trainings ist ein Eigenanteil von 25,50 Euro an die Einrichtung zu zahlen, der Ihnen nach vollständiger Trainingsteilnahme (mindestens 26 Einheiten über 13 Wochen) zurückerstattet wird.
- Die Geräteeinweisung erfolgt durch einen Mitarbeiter der Trainingseinrichtung.

# Checkliste Teilnehmer Modul A (2)

- Bei etwa der 6. bis 8. Trainingseinheit findet eine erste Kontrolle statt zwecks Überprüfung und ggf. Anpassung der einzelnen Übungen. Vereinbaren Sie diesen Kontrolltermin bitte rechtzeitig vorher mit Ihrer Einrichtung.
- Ein erneuter Kontrolltermin sollte bei der 16. bis 18. Trainingseinheit erfolgen, um den Trainingsplan erneut zu überprüfen.
- Direkt nach dem zweiten Kontrolltermin vereinbaren Sie bitte den Termin zur Ausgangstestung.
- Auf Basis der Ausgangstestung erhalten Sie einen neuen Trainingsplan, mit dem Sie Ihr individuelles Training in Eigenregie fortführen können.
- Hierbei wird Ihr Fallmanager Sie weiter begleiten, indem er Sie vierteljährlich kontaktiert, für Fragen zur Verfügung steht und Unterstützung/Hilfestellung anbietet.
- Sollten Sie während des Trainings erkranken und das Training nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie um zeitnahe Information des Fallmanagers. In diesem Fall kann der Trainingszeitraum unterbrochen und die Trainingszeit nach der Genesung fortgeführt werden.

# BGM-innovativ

## Modulabläufe

### Modul B

# BGM-iS Modul B

- ▶ **Kandidaten:** In dieser Gruppe werden die Versicherten mit mittelschweren bis schweren skelett-muskulären Erkrankungen versorgt. Bei den Versicherten finden sich Arbeitsunfähigkeiten von bis zu 6 Wochen bzw. häufig kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund der Erkrankung. Die Erwerbsfähigkeit im Sinne der Rentenversicherung muss erheblich gefährdet oder gemindert sein (§ 10 SGB VI).
- ▶ **Inhalt:** Es wird ein intensive Information über die Möglichkeit einer Rehabilitation durchgeführt, Unterlagen zur Reha und zum Rehaantrag, Broschüre zur Rehabilitation wird ausgehändigt, Erläuterung der weiteren Wege für den Antrag

# Inhalte Erstgespräch BGM-iS Modul B durch FM BKK

- ▶ Ziel und Gegenstand der Studie
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls B BGM-iF
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls B BGM-iS
- ▶ Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung
- ▶ Randomisierung
- ▶ Anamnese und Arbeitsplatzabfrage
- ▶ **Cave: Bis hierhin sind die Abläufe in BGM-iF und BGM-iS identisch**
- ▶ Übergabe von DRV Informationsbroschüren , Hinweise zum weiteren Ablauf der Antragsstellung
- ▶ Übergabe Fragebogen und Freiumschlag

# BGM-iF Modul B

- ▶ **Kandidaten:** In dieser Gruppe werden die Versicherten mit mittelschweren bis schweren skelett-muskulären Erkrankungen versorgt. Bei den Versicherten finden sich Arbeitsunfähigkeiten von bis zu 6 Wochen bzw. häufig kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund der Erkrankung. Die Erwerbsfähigkeit im Sinne der Rentenversicherung muss erheblich gefährdet oder gemindert sein (§ 10 SGB VI).
- ▶ **Inhalt:** Die arbeitsplatzbezogene Therapie besteht aus einer multimodalen orthopädischen Rehabilitationsmaßnahme nach den Qualitätskriterien der Deutschen Rentenversicherung (Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)).
- ▶ **Reha-Inhalte** (arbeitsplatzbezogen):
  - ▶ EFL-Screening
  - ▶ 2 x EFL-Training
  - ▶ Zusätzliche Trainingseinheiten nach Anforderungen des konkreten Arbeitsplatzes (10 Einheiten pro dreiwöchigem Aufenthalt)
  - ▶ Motivationale psychologische Einzelgespräche

# Modul B BGM-iF Charakteristika 1

- ▶ Ambulante Unterstützungsmaßnahmen sind ausgeschöpft, es liegen vermehrt und längere AU – Zeiten vor
- ▶ Einsteuerung in den Rehabilitationsprozess durch BKK Fallmanager
- ▶ Medizinischer Befundbericht und Arbeitsplatzbeschreibung über die Arbeitsmedizin (Betriebsarztverfahren)
- ▶ Sämtliche weiteren Dokumente (incl. einer Erstellung der Arbeitsplatzbeschreibung aus Sicht des Arbeitnehmers) durch den BKK Fallmanager

# Modul B BGM-iF Charakteristika 2

- ▶ Projektzuständige Ansprechpartner für die Antragsstellung in den zuständigen Rentenversicherungen
- ▶ Beschleunigtes Genehmigungsverfahren durch die Rentenversicherungen
- ▶ Maßnahmenbeginn innerhalb von 2 Monaten nach Antragstellung
- ▶ Einsteuerung in definierte Zielkliniken, die Projekterfahrung besitzen

# Ablauf Modul B BGM-iF

Identifikation per EDV

Betriebsärzte



Betriebsärzte erstellen med.  
Befundbericht und AP-Beschreibung



Vorstellung FM Kasse  
Reha-Aufklärung/motivationale  
Arbeit

Erstellung des Reha-Antrags



Weiterleitung Reha-  
Antrag an DRV-  
Projektpartner



Info über Reha-  
Genehmigung an  
Versicherten und FM

Ggf. Unterstützung  
beim Ausfüllen der  
Unterlagen aus der  
Reha-Klinik durch  
FM



Reha mit Anschluss-  
terminierung zur  
Vorstellung FM und BA



Kurzbericht an BA/BKK  
Arbeitsplatzeinsatz  
Krankheitsprognose  
Therapieempfehlung  
Reha-Sport, etc.



Vorstellung nach Reha bei  
BA und FM zur Einleitung  
empfohlener Maßnahmen  
(Reha-Sport, BEM, etc.)



# Aufgaben Fallmanager der BKK BGM-iF

## Modul B

- ▶ Kontaktaufnahme zu dem Kandidaten/ Terminvereinbarung Gespräch
- ▶ Persönliches Gespräch (in der Kasse oder im Betrieb) zur Projektdarstellung, Formularbearbeitung, Rehabilitationsmotivation
- ▶ Versand des Reha-Antrags an den DRV-Projektpartner
- ▶ Nach Reha-Genehmigung Vorbereitung der Reha und Hilfe beim Ausfüllen der Klinikunterlagen
- ▶ Terminvereinbarung mit der Klinik zur Nach-Rehavorstellung
- ▶ Ausführliches Gespräch nach der Reha: Reha-Sport, Arbeitsplatzproblem, nachhaltiges Reha-Verhalten
- ▶ Unterstützung bei problematischer BEM-Situation

# Inhalte Erstgespräch BGM-iF Modul B durch FM BKK

- ▶ Ziel und Gegenstand der Studie
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls B BGM-iF
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls B BGM-iS
- ▶ Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung
- ▶ Randomisierung
- ▶ Anamnese und Arbeitsplatzabfrage

**Cave: Bis hierhin sind die Abläufe in BGM-iF und BGM-iS identisch**

- ▶ Ausfüllen der Projektformulare , Kontaktaufnahme zum BA und Anmeldung Teilnehmer für Med. Befundbericht und Arbeitsplatzbeschreibung
- ▶ Übergabe Fragebogen und Freiumschlag

# Projektunterlagen BGM-iF Modul B Fallmanager

- ▶ Teilnahmeerklärung BGM-innovativ (Original verbleibt beim Fallmanager, Kopie an Teilnehmer, Betriebsarzt, Testeinrichtung, Trainingseinrichtung)
- ▶ Aushändigung Fragenbogen BGM-i
- ▶ Formulare G 100 und G 110 (gekennzeichnet mit „**BGM-innovativ**“ für DRV-Mitarbeiter)
- ▶ Arbeitsplatzabfrage
- ▶ Medizinischer Befundbericht des Betriebsarztes
- ▶ Ggf. Anforderung medizinischer Unterlagen von behandelnden Ärzten

\* Rot sind die Unterlagen gekennzeichnet, die an die Testeinrichtung gehen.

# Nach-Reha-Besprechung durch FM BKK

## BGM-iF Modul B

- ▶ Besprechung der Ergebnisse der Rehabilitation
- ▶ Einleitung des Reha-Sports, falls dieser verordnet wurde
- ▶ Klärung, ob eine Verordnung nachwirkend ausgestellt werden soll, falls keine Verordnung aus der Reha-Einrichtung vorliegt
- ▶ Einleitung eines Gesprächs beim Betriebsarzt, falls eine Arbeitsplatzproblematik vorliegt
- ▶ Klärung des Unterstützungsbedarfs, falls eine problematische BEM-Situation besteht
- ▶ Frage: Was hindert Sie daran, den alten Arbeitsplatz wieder aufzunehmen?

# BGM-innovativ

## Modulabläufe

### Modul C

# BGM-iS Modul C

- ▶ **Kandidaten:** In dieser Gruppe werden die Versicherten mit schweren skelett-muskulären Erkrankungen versorgt. Bei den Versicherten finden sich AU-Zeiten von über 6 Wochen, Komorbidität sowie ein drohender Arbeitsplatzverlust. Die Entscheidung über den Verbleib am Arbeitsplatz ist dringlich.
- ▶ **Inhalt:** Es werden alle Möglichkeiten sondiert, um eine Aussage zu erhalten, ob und in welchem Umfang der Versicherte betrieblich eingesetzt werden: Vorstellung beim Betriebsarzt, erweiterte Trainingsmöglichkeiten, Vorstellung beim Facharzt zur weiteren Abklärung, Veranlassen einer Maßnahme nach § 51 über den MDK. Die Ermittlung der Kandidaten erfolgt durch die BKK und den Betriebsarzt

# Inhalte Erstgespräch BGM-iS Modul A durch FM BKK

- ▶ Ziel und Gegenstand der Studie
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls A BGM-iF
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls A BGM-iS
- ▶ Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung
- ▶ Randomisierung
- ▶ Anamnese und Arbeitsplatzbeschreibung

**Cave: Bis hierhin sind die Abläufe in BGM-iF und BGM-iS identisch**

- ▶ Informationen über weiterführende mögliche Maßnahmen: Vorstellung BA, Frage LTA, Einleitung einer Rehabilitation, Verweis an Versichertenservice DRV
- ▶ Übergabe Fragebogen und Freiumschlag

# BGM-iF Modul C (1)

- ▶ **Kandidaten:** In dieser Gruppe werden die Versicherten mit schweren skelett-muskulären Erkrankungen versorgt. Bei den Versicherten finden sich AU-Zeiten von über 6 Wochen, Komorbidität sowie ein drohender Arbeitsplatzverlust. Die Entscheidung über den Verbleib am Arbeitsplatz ist dringlich. Fragestellung: Ob und in welchem Umfang kann der Versicherte betrieblich eingesetzt werden (nicht nur Betrachtung des Defizits, sondern Sondierung der alternativen Einsatzmöglichkeiten). Die EFL-Testung wird arbeitsplatzbezogen durchgeführt, weitere Testmodule werden jedoch zusätzlich eingefügt. Die Ermittlung der Kandidaten erfolgt durch die BKK und den Betriebsarzt

# BGM-iF Modul C (2)

- ▶ **Inhalt:** Die arbeitsplatzbezogene Maßnahme besteht aus einer zweitägigen ambulanten Begutachtung und Beurteilung von Einsatzfähigkeit und weiterer Prognose im Arbeitsprozess; ggf. Antrag zur Rehabilitation durch die DRV oder Einleitung einer LTA
- ▶ **Testverfahren:**
  - ▶ großer EFL-Test an 2 Tagen
  - ▶ Eingehende fachorthopädische Begutachtung
  - ▶ Psychologische Testverfahren und Begutachtung
  - ▶ Ausführliche schriftliche Stellungnahme und präzise Beurteilung der weiteren Einsatzfähigkeit

# Modul C BGM-iF Charakteristika

- ▶ Langzeiterkrankte und/ oder leistungsgewandelte Mitarbeiter, bei denen eine Wiedereingliederung am Arbeitsplatz fraglich ist
- ▶ Identifizierung durch die BKK Salzgitter und Arbeitsmedizin
- ▶ Betriebsarzt erstellt medizinischen Befundbericht und Arbeitsplatzbeschreibung
- ▶ Betriebsarzt formuliert spezifische arbeitsplatzbezogene Fragestellungen bezüglich der Testverfahren
- ▶ Intensive zweitägige ambulante arbeitsplatzbezogene Diagnostik

# Modul C BGM-iF Inhalte

- ▶ Umfassender orthopädisch – medizinischer Gesundheitsstatus
- ▶ Kompletter zweitägiger EFL – Test mit allen 29 Stationen
- ▶ Standardisierte psychologische Befunderhebung (z.B. AVEM, Depressionsskalen, IRIS, Mini – DIPS, Messung von Angststörungen)
- ▶ Koordination aller beteiligten Professionen im Testzentrum zur Formulierung einer Empfehlung an die Arbeitsmedizin/ BKK

# Modul C BGM-iF Inhalte

- ▶ Gutachterliche Stellungnahme zur arbeitsplatzbezogenen Einsatzfähigkeit mit prognostischer Einschätzung und Benennung von Therapieoptionen
- ▶ Erstellung eines individuellen Einsatzprofils des Betroffenen für die Entwicklung eines BEM – Planes zusammen mit der Arbeitsmedizin
- ▶ Ggf. Einleitung einer LTA
- ▶ Spezielles Trainingsangebot zur besseren Bewältigung einer neuer Arbeitsplatzanforderung im Rahmen des BEM

# Ablauf Modul C BGM-iF

Identifikation per EDV  
Betriebsärzte



Anruf/ Anschreiben FM  
Projektaufklärung und Einwilligung  
Arbeitsplatzbeschreibung durch BA  
Patientenanamnese, Befunde  
andere Ärzte



Kompletter EFL-Test,  
Orthopädische und  
psychologische  
Begutachtung über 2 Tage



Maßnahmeneinleitung:  
Rehabilitation (Modul B)  
LTA  
Arbeitsplatzwechsel  
Individuelles Training



Vorstellung BA und/ oder FM



Kurzinfo an BKK/ ausführlicher  
Bericht an BA  
Jobmatch  
Krankheitsprognose  
Therapieempfehlung  
Einsatz am Arbeitsplatz  
Präzise Beurteilung der Einsatzfähigkeit

# Aufgaben Fallmanager der BKK BGM-iF

## Modul C

- ▶ Kontaktaufnahme zu dem Kandidaten/ Terminvereinbarung Gespräch
- ▶ Persönliches Gespräch (in der Kasse oder im Betrieb) zur Projektdarstellung, Formularbearbeitung,
- ▶ Anmeldung und Terminierung der zweitägigen Testung in der Testeinrichtung
- ▶ Information über Terminierung an Arbeitsmedizin
- ▶ Schriftliche Erinnerung des Versicherten an die Terminvereinbarung zur Testung
- ▶ Ausführliches Gespräch nach der Testung und Vereinbarung eines Vorstellungstermins bei der Arbeitsmedizin
- ▶ Unterstützung bei empfohlenen Maßnahmen
- ▶ Unterstützung bei problematischer BEM-Situation

# Inhalte Erstgespräch BGM-iF Modul C durch FM BKK

- ▶ Ziel und Gegenstand der Studie
  - ▶ Ziel und Inhalt des Moduls A BGM-iF
  - ▶ Ziel und Inhalt des Moduls A BGM-iS
  - ▶ Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung
  - ▶ Randomisierung
  - ▶ Anamnese und Arbeitsplatzbeschreibung
- Cave: Bis hierhin sind die Abläufe in BGM-iF und BGM-iS identisch**
- ▶ Ausfüllen der Projektformulare , Übergabe der Kontaktdaten des teilnehmenden Testzentrums an Teilnehmer, Anforderung Arbeitsplatzbeschreibung und betriebliche Fragestellung von BA
  - ▶ Anmeldung im Testzentrum zur Testung
  - ▶ Übergabe Fragebogen und Freiumschlag

# Projektunterlagen BGM-iF Modul C

## Fallmanager

- ▶ Teilnahmeerklärung BGM-innovativ (Original verbleibt beim Fallmanager, Kopie an Teilnehmer, Kopie für Betriebsarzt, Testeinrichtung, Trainingseinrichtung)
- ▶ Aushändigung Fragenbogen BGM-i
- ▶ **Erstellung Anamnesebogen\***
- ▶ **Erstellung Arbeitsplatzbeschreibung**
- ▶ Kontaktdatenblatt Testeinrichtung (Aushändigung an Teilnehmer)
- ▶ Infoblatt Teilnehmerkontaktdaten
- ▶ **Einladung zur Testung**

\* Rot sind die Unterlagen gekennzeichnet, die an die Testeinrichtung gehen.

# Ablauf und Kommunikation in Modul C

- ▶ Der BKK-Fallmanager erstellt eine ausführliche arbeitsplatzbezogene Anamnese (C2), veranlasst eine Vorstellung bei der Arbeitsmedizin und bittet den Teilnehmer um Einholung relevanter Befunde bei den behandelnden Ärzten
- ▶ Der BKK-Fallmanager vereinbart einen Termin zur zweitägigen Untersuchung und Testung im Testzentrum
- ▶ In der Arbeitsmedizin wird eine aussagekräftige Beschreibung des Arbeitsplatzes erstellt. Zusätzlich sollen arbeitsplatzbezogenen Fragen, die für die Testung wichtig sind, formuliert werden
- ▶ Die Unterlagen werden dem Teilnehmer zur Übergabe an das Testzentrum mitgegeben.
- ▶ Die Ergebnisse der Testung und Untersuchung werden im ausführlichen Befundbericht (C5, C6, C7) an die Arbeitsmedizin festgehalten
- ▶ Der BKK-Fallmanager erhält einen Kurzbefund mit den zu veranlassenden Maßnahmen
- ▶ Der BKK-Fallmanager vereinbart einen Termin zur Vorstellung des Teilnehmers in der Arbeitsmedizin zur Absprache des weiteren Vorgehens

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

# BGM-innovativ

Arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes  
Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen

Modul Muskulo – skeletale Erkrankungen

## Agenda Schulung (1. Tag)

- ▶ 15:00 – 15:15 Begrüßung
- ▶ 15:15 – 16:45 Projektrahmen, Module, Grundlagen des Fallmanagements  
(Dr. Leineweber)
- ▶ 16:45 – 17:00 Kaffeepause
- ▶ 17:00 – 18:00 BGM und Kassenengagement aus betrieblicher Sicht  
(Bernd Marquardt)
- ▶ 18:00 – 18:30 Fragen und Kurzthemen (alle)

## Agenda Schulung (2. Tag)

- ▶ 9:00 – 10:30 Projektgrundlagen (Medizinische Grundlagen, Projektbezogenes Fallmanagement, Randomisierung/Evaluation) (Birgit Leineweber)
- ▶ 10:30 – 10:45 Kaffeepause
- ▶ 10:45 – 12:00 Testverfahren im Projekt (Gerhard Schnalke)
- ▶ 12:00 - 12:30 Mittagspause
- ▶ 12:30 – 13:30 Zusammenarbeit mit der Arbeitsmedizin (Guido Engelhardt)
- ▶ 13:30 – 15:00 Modulabläufe konkret (Fallführung, Checklisten, Aufgaben) (Birgit Leineweber)
- ▶ 15:00 – 15:15 Kaffeepause
- ▶ 15:15 – 16:00 Abschlussbesprechung: Fragen, Kurzthemen

# BGM-innovativ

## Projektrahmen

**Warum - Wer - Wo - Was – Wie**

# BGM-innovativ

## Projektrahmen

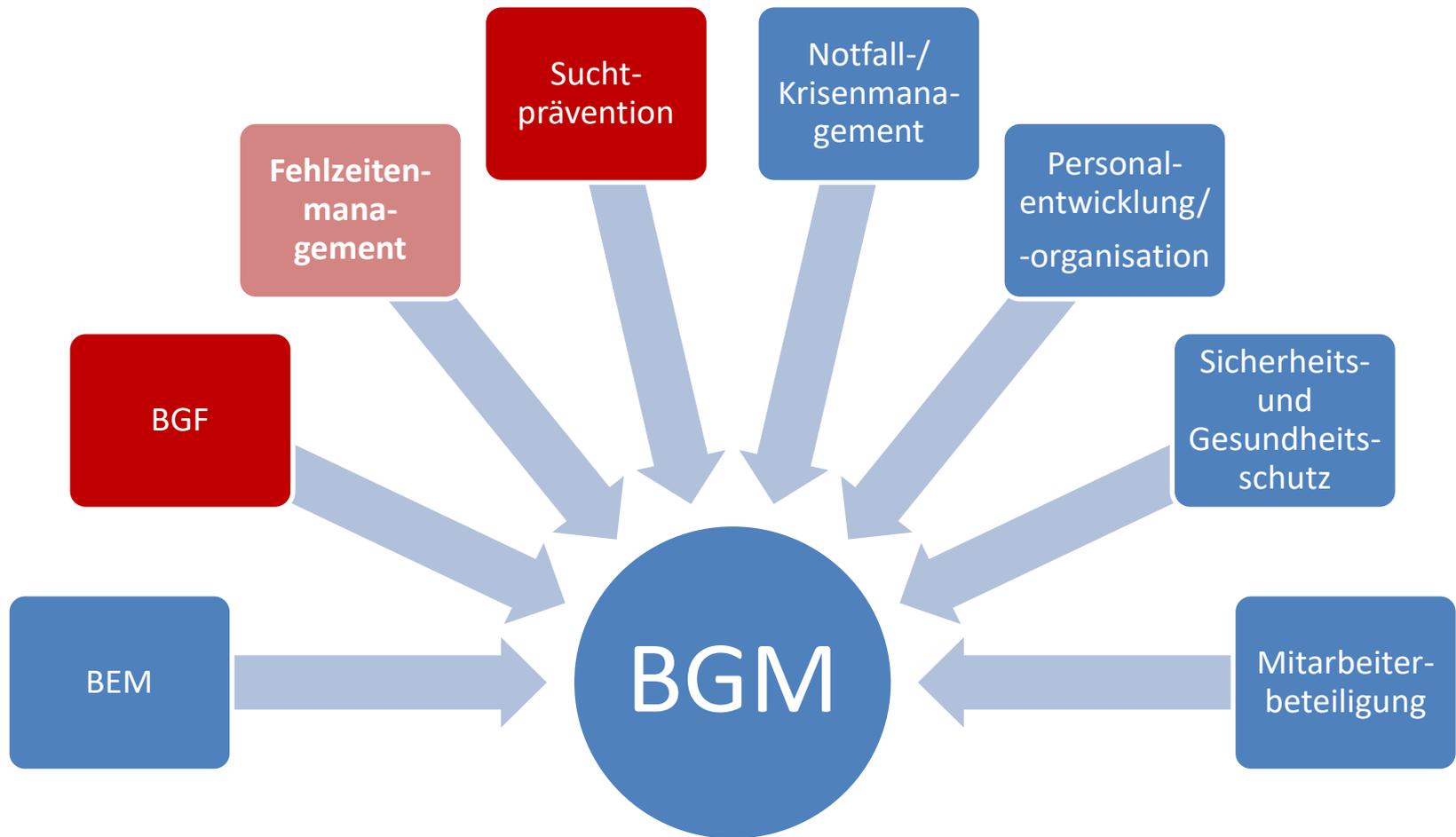
### Warum

# Grundsatzfrage

Klassische Einsatzgebiete der Krankenkassen im Rahmen BGM:

- ▶ BGF
- ▶ Gesundheitsberichte
- ▶ Suchtprävention

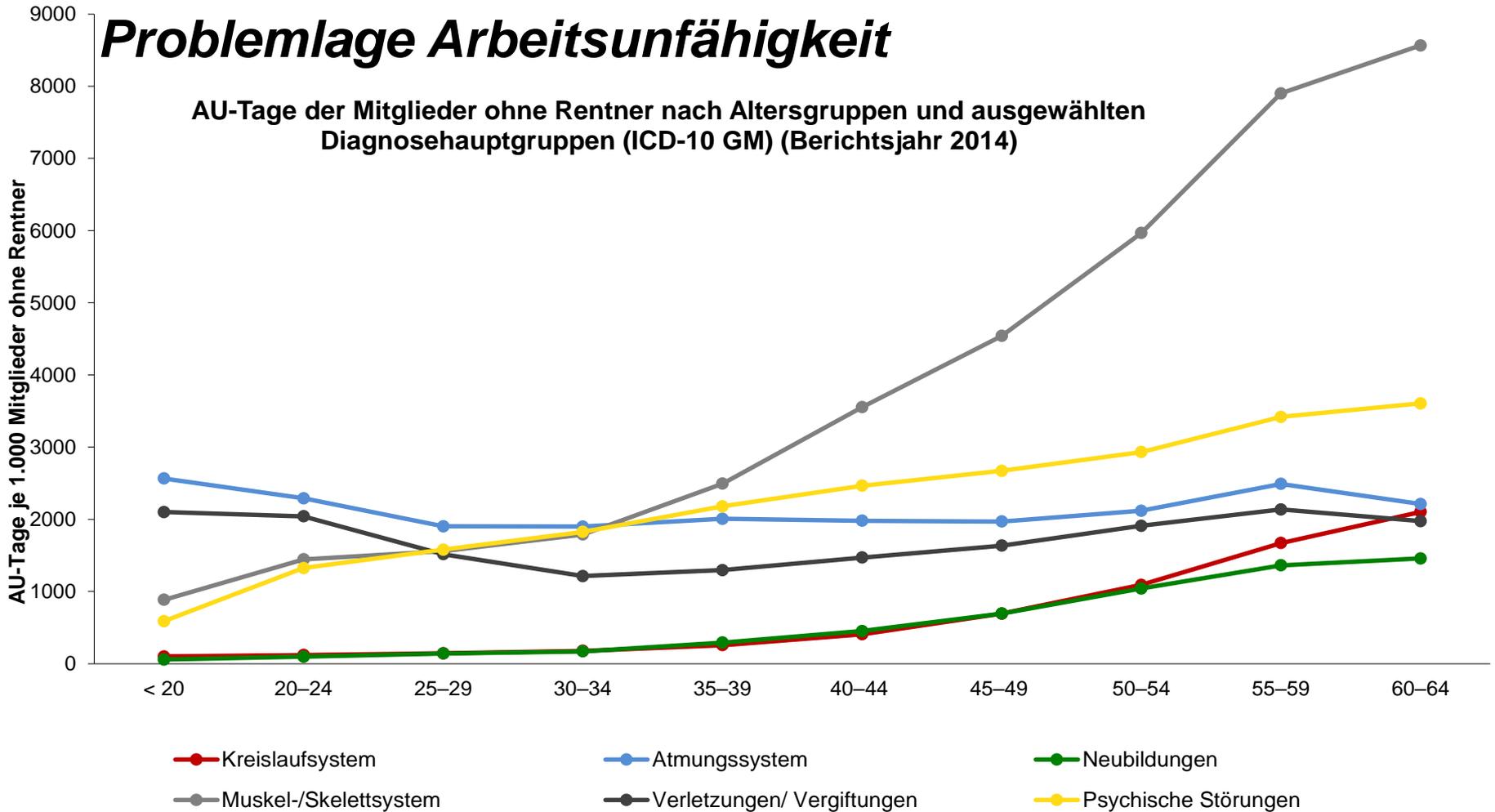
## REICHT DAS????



# Antwort: Nein!

Demografischer Wandel, Arbeitsverdichtung, Fachkräftemangel - alle haben ein Problem:

- ▶ Arbeitgeber
- ▶ Arbeitnehmer
- ▶ Krankenkasse
- ▶ Rentenversicherung

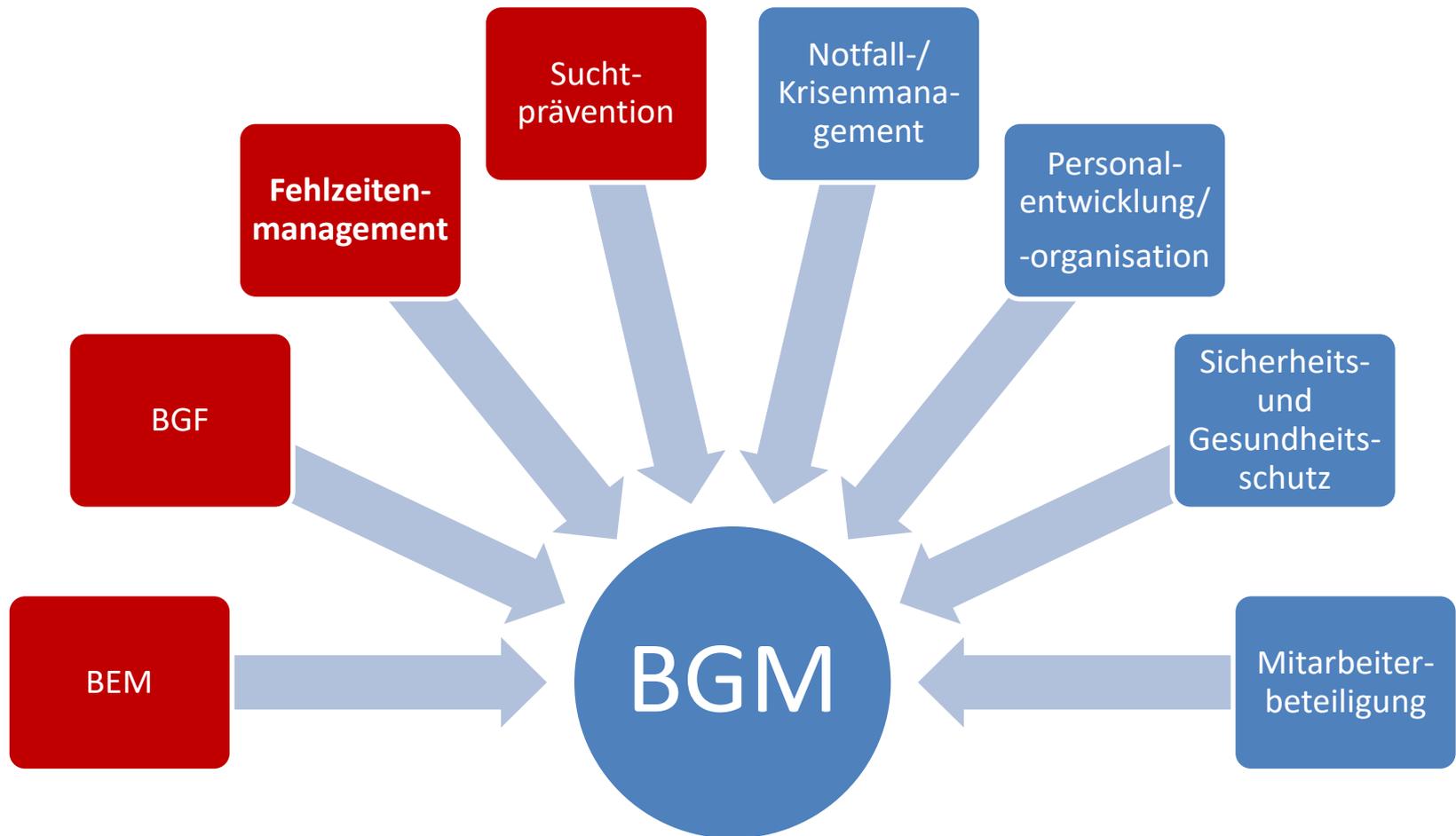


Quelle: BKK Gesundheitsreport 2015, Seite 174

# Forderung:

Die Handlungsfelder der Kassen im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements müssen ausgeweitet werden

## Handlungsfelder des Betrieblichen Gesundheitsmanagements



# FAZIT:

Kassen müssen sich neu definieren und sich aktiv steuernd in den Bereich Fehlzeitenmanagement einbringen

# BGM-innovativ

## Projektrahmen

### Wer

# Projektakteure

# Teilnehmende Betriebskrankenkassen



**BKK PUBLIC**  
gesund + fit im Betrieb



**BKK SALZGITTER**  
gesund + fit im Betrieb



**TUI BKK**  
gesund + fit im Betrieb



# Teilnehmende Betriebe

- ▶ Mainsite GmbH&Co.KG Obernburg
- ▶ BMW AG
- ▶ Freudenberg Service KG
- ▶ Koenig & Bauer AG
- ▶ Mahle GmbH
- ▶ ThyssenKrupp Steel Europe AG
- ▶ Ineos Köln GmbH
- ▶ Johnsons Controls Varta
- ▶ DRV BS-H
- ▶ Salzgitter AG
- ▶ PwC AG
- ▶ Stadt Salzgitter
- ▶ TUI AG
- ▶ Continental Automotive GmbH
- ▶ SKF GmbH
- ▶ Salzgitter Mannesmann Grobblech
- ▶ EUROPIPE Deutschland GmbH
- ▶ Vallourec Deutschland GmbH
- ▶ Wieland Werke AG

# Teilnehmende Rentenversicherungsträger

- ▶ DRV BUND
- ▶ DRV Nordbayern
- ▶ DRV Mitteldeutschland
- ▶ DRV Braunschweig-Hannover
- ▶ DRV Baden-Württemberg
- ▶ DRV Rheinland
- ▶ DRC Bayern Süd
- ▶ DRV Schwaben
- ▶ DRV Berlin-Brandenburg



**Deutsche  
Rentenversicherung**

# BGM-innovativ: Schulung Fallmanager

BKK	Betrieb	Standort	Testeinrichtung
BKK Akzo Nobel Bayern	Mainsite GmbH & Co. KG	Obernburg	remedia MGT Darmstadt
BMW BKK	BMW AG	Leipzig	ARC Leipzig
BMW BKK	BMW AG	Berlin	Rehatagesklinik im Forum Pankow
BKK Freudenberg	Freudenberg Service KG	Weinheim	ZAR Mannheim
BKK KBA	Koenig & Bauer AG	Würzburg	ARC Schweinfurt
BKK KBA	Koenig & Bauer AG	Radebeul	ARC Dresden
BKK Mahle	MAHLE GmbH	Rottweil	Rehaklinik Sonnhalde Donaueschingen
NOVITAS BKK	ThyssenKrupp Steel Europe AG	Duisburg-Hamborn	B.O.R Duisburg
pronova BKK	Ineos Köln GmbH	Köln	Unireha Köln
pronova BKK	Johnson Controls Varta Autobatterie GmbH	Hannover	Gesundheitszentrum Hannover Median Klinik
BKK Public	DRV BS-H	Laatzen	Gesundheitszentrum Hannover Median Klinik
BKK Public	Stadt Salzgitter	Salzgitter	ARC Braunschweig
BKK PWC	PwC AG	Düsseldorf	FAW Düsseldorf
BKK Salzgitter	Salzgitter AG	Salzgitter	ARC Braunschweig
SBK	Continental Automotive GmbH	Regensburg	Reha Zentrum Straubing
SKD BKK	SKF GmbH	Schweinfurt	ARC Schweinfurt
TUI BKK	TUI Konzern	Hannover	Gesundheitszentrum Hannover Median Klinik
VIACTIV Krankenkasse	Vallourec Deutschland GmbH	Mülheim	B.O.R Duisburg
VIACTIV Krankenkasse	Salzgitter Mannesmann Grobblech GmbH	Mülheim	B.O.R Duisburg
VIACTIV Krankenkasse	EUROPIPE Deutschland GmbH	Mülheim	B.O.R Duisburg
Wieland BKK	Wieland-Werke AG	Ulm	ZIR an der RKU - Universitätsklinik Ulm
Wieland BKK	Wieland-Werke AG	Vöhringen	ZIR an der RKU - Universitätsklinik Ulm

# BGM-innovativ: Schulung Fallmanager

BKK	Betrieb	Standort	Trainingseinrichtung
BKK Akzo Nobel Bayern	Mainsite GmbH & Co. KG	Obernburg	MTC Grosswallstadt
BMW BKK	BMW AG	Leipzig	Fit&Company
BMW BKK	BMW AG	Berlin	Fit&Company
BKK Freudenberg	Freudenberg Service KG	Weinheim	Hector Sport Centrum TSG Weinheim
BKK KBA	Koenig & Bauer AG	Würzburg	Fitness-Center Würzburg-West
BKK KBA	Koenig & Bauer AG	Radebeul	Animo
BKK Mahle	MAHLE GmbH	Rottweil	Injoy
NOVITAS BKK	ThyssenKrupp Steel Europe AG	Duisburg-Hamborn	Gesundheitszentrum Lang
pronova BKK	Ineos Köln GmbH	Köln	Physiosport Köln
pronova BKK	Johnson Controls Varta Autobatterie GmbH	Hannover	Gesundheitszentrum Hannover Median Klinik
BKK Public	DRV BS-H	Laatzen	Aqua Fit im Aqua Latium
BKK Public	Stadt Salzgitter	Salzgitter	Dantrim, ARC Braunschweig
BKK PWC	PwC AG	Düsseldorf	City Fitness Düsseldorf
BKK Salzgitter	Salzgitter AG	Salzgitter	Dantrim, ARC Braunschweig
SBK	Continental Automotive GmbH	Regensburg	Physioworld
SKD BKK	SKF GmbH	Schweinfurt	ARC Schweinfurt
TUI BKK	TUI Konzern	Hannover	Gesundheitszentrum Hannover Median Klinik
VIActiv Krankenkasse	Vallourec Deutschland GmbH	Mülheim	Meditrend
VIActiv Krankenkasse	Salzgitter Mannesmann Grobblech GmbH	Mülheim	Meditrend
VIActiv Krankenkasse	EUROPIPE Deutschland GmbH	Mülheim	Meditrend
Wieland BKK	Wieland-Werke AG	Ulm	ZIR an der RKU Ulm
Wieland BKK	Wieland-Werke AG	Vöhringen	SC Vöhringen

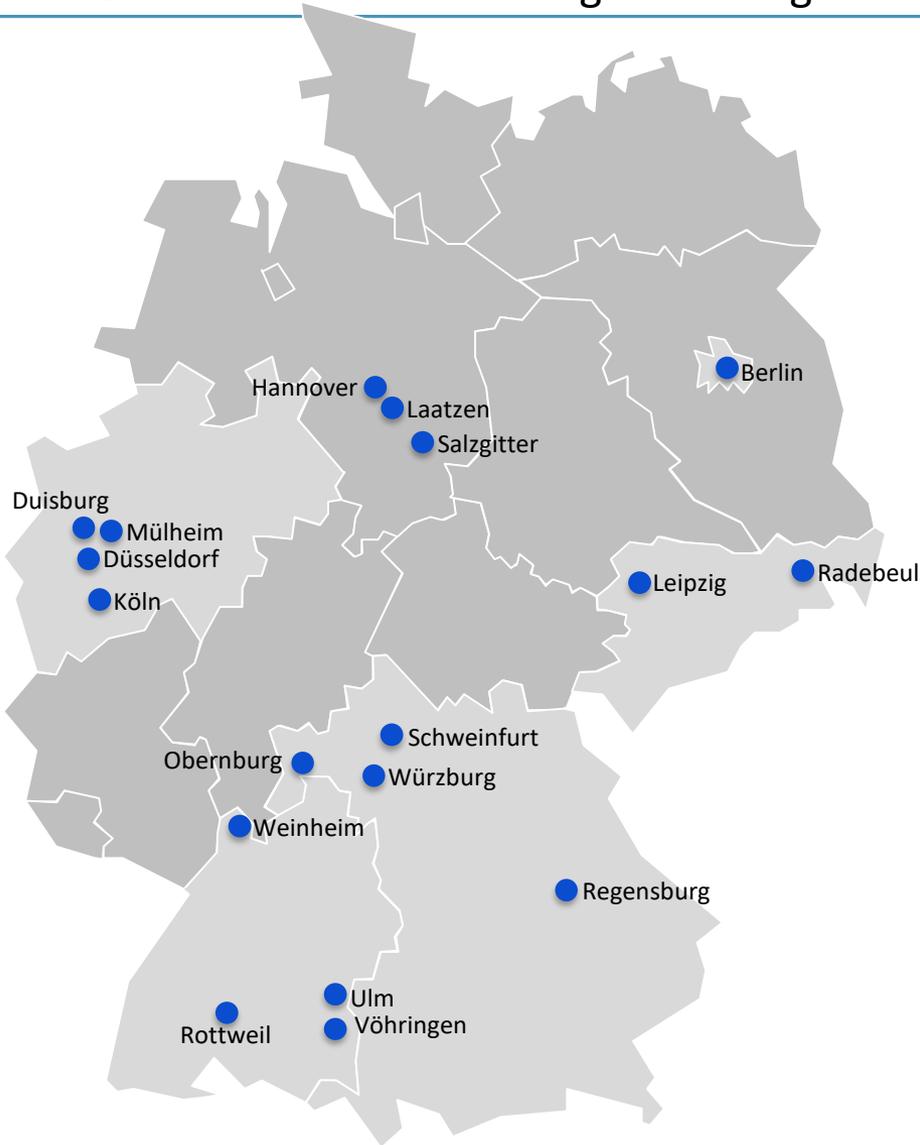
# Leitung und wissenschaftliche Begleitung

- ▶ Konsortialführer: BKK Dachverband
- ▶ Evaluation: IMVR – Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln
- ▶ Evaluation: IMSIE – Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie der Universität zu Köln

# BGM-innovativ

## Projektrahmen

Wo



## Betriebsstandorte

- ▶ Berlin
- ▶ Hannover
- ▶ Laatzen
- ▶ Salzgitter
- ▶ Duisburg
- ▶ Mülheim
- ▶ Düsseldorf
- ▶ Köln
- ▶ Leipzig
- ▶ Radebeul
- ▶ Obernburg
- ▶ Schweinfurt
- ▶ Würzburg
- ▶ Weinheim
- ▶ Regensburg
- ▶ Rottweil
- ▶ Vöhringen
- ▶ Ulm

**15 Betriebskrankenkassen**

**22 Betriebsstandorte**

**45.000 Versicherte**

# BGM-innovativ

## Projektrahmen

### Was

# Auswahl der ersten BGM-innovativ Indikation

## Kriterien:

- ▶ Häufige Erkrankung
- ▶ Hoher Anteil an Krankengeldkosten
- ▶ Gut strukturierbares Versorgungsmanagement ist möglich
- ▶ Betriebe haben einen Unterstützungsbedarf
- ▶ Erfolge bei gezielten Interventionen sind nachgewiesen

# Auswahl der ersten BGM-innovativ Indikation

## Muskulo-skeletale Erkrankungen:

- ▶ Häufige Erkrankung: 23,4 AU-Fälle / 100 Beschäftigte
- ▶ Hoher Anteil an Krankengeldkosten: 29,4% in 2015
- ▶ Gut strukturierbares Versorgungsmanagement ist möglich:  
Ansprache eher unproblematisch, Ablauf gut organisierbar und flächendeckend  
Leistungserbringer
- ▶ Betriebliche Probleme im Rahmen des demografischen Wandels sind nachweisbar
- ▶ Erfolge bei gezielten Interventionen sind nachgewiesen:  
s. Ergebnisse Salzgitter Modell als Prototyp

# Häufigkeit der AU-Fälle

Muskulo-skeletale Erkrankungen stehen an erster Stelle

AU-Tage der beschäftigten Mitglieder insgesamt im Zeitverlauf (2008-2015) nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM)

Berichtsjahr	Alle Diagnosen	Psychische Störungen	Kreislaufsystem	Atmungssystem	Verdauungssystem	Muskel-Skelett-System	Verletzungen, Vergiftungen
	AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder						
2008	1264,5	127,00	57,90	199,60	83,94	329,00	176,49
2009	1353,6	143,71	60,93	234,08	83,61	341,63	181,40
2010	1385,8	165,78	63,35	201,30	80,52	365,28	187,96
2011	1472,9	194,78	65,26	214,36	80,69	383,42	190,84
2012	1498,6	208,39	65,76	210,61	81,69	391,19	186,34
2013	1632,6	224,59	68,82	277,62	86,05	401,80	186,32
2014	1597,9	235,30	71,40	220,94	87,31	420,45	174,92
2015	1613,9	230,18	66,09	276,23	85,87	397,61	168,93

# Häufigkeit der AU-Fälle

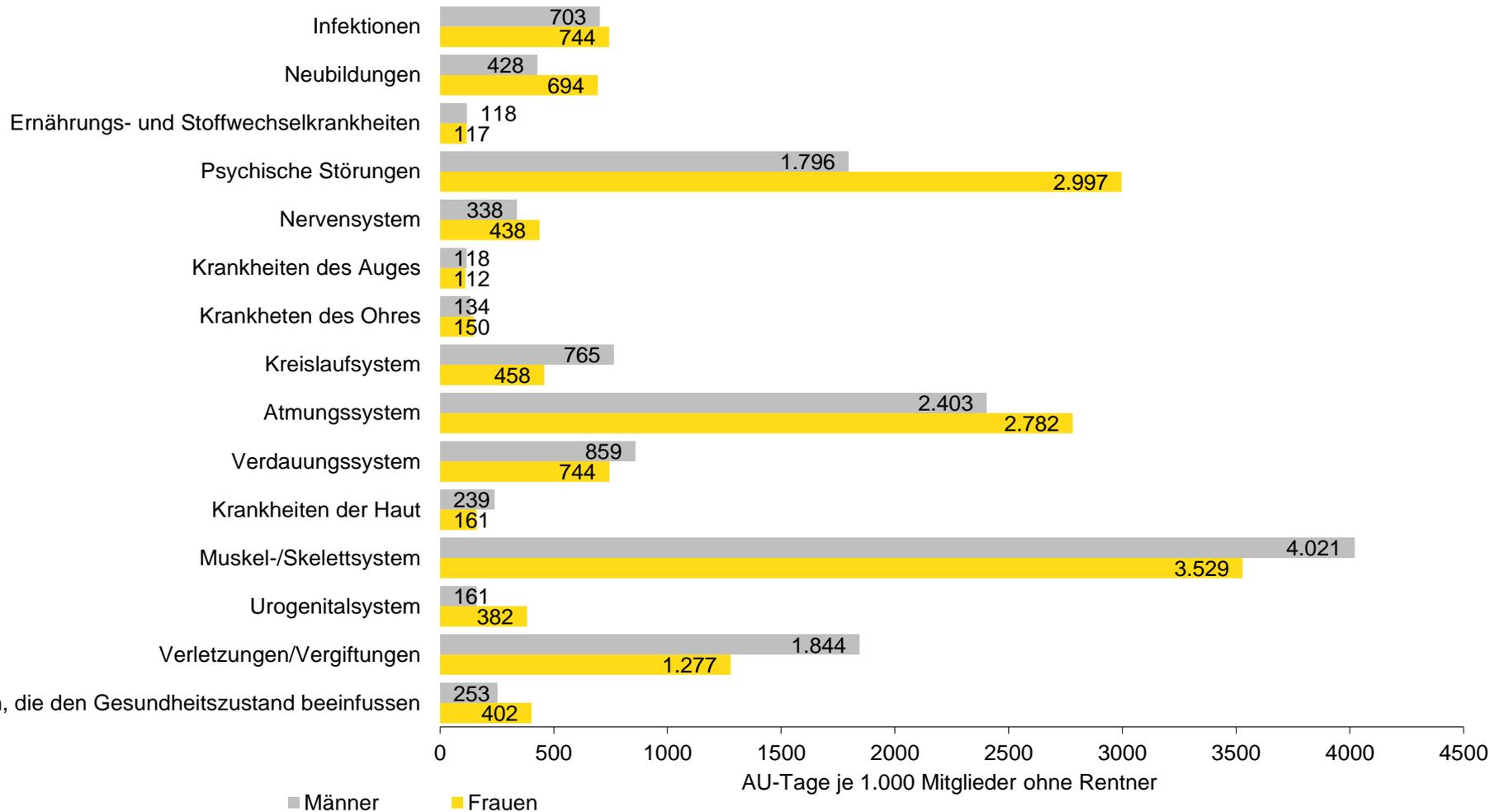
Muskulo-skeletale Erkrankungen stehen an erster Stelle

AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder insgesamt im Zeitverlauf (2008-2015) nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM)

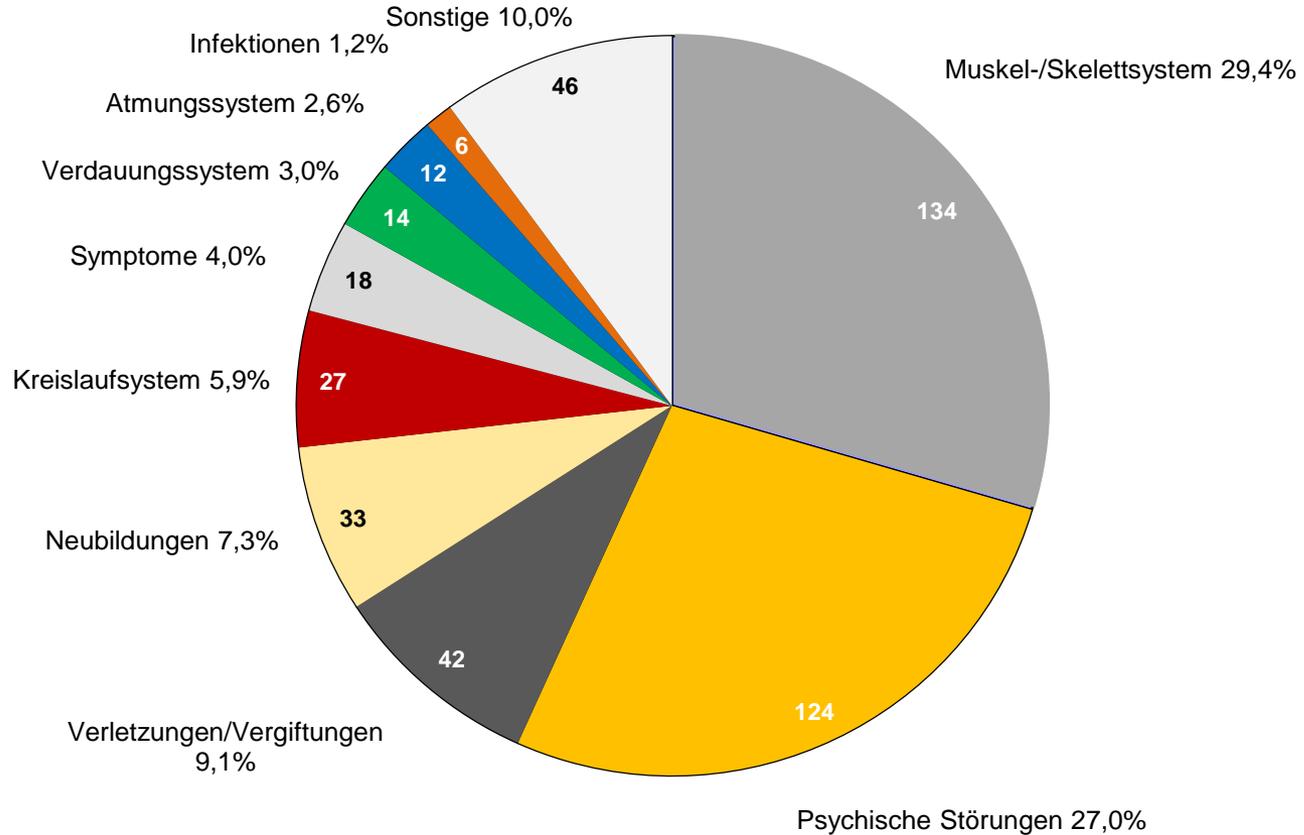
Berichtsjahr	Alle Diagnosen	Psychische Störungen	Kreislaufsystem	Atmungssystem	Verdauungssystem	Muskel-Skelett-System	Verletzungen, Vergiftungen
	AU-Fälle je 100 beschäftigte Mitglieder						
2008	104,5	3,88	2,93	30,66	13,89	17,82	9,14
2009	108,7	4,16	2,90	35,02	13,45	17,26	8,96
2010	108,8	4,70	3,09	30,78	12,85	18,83	9,48
2011	113,5	5,30	3,10	32,40	12,83	19,55	9,53
2012	115,5	5,56	3,22	32,11	12,98	20,19	9,46
2013	131,0	5,92	3,17	41,47	13,73	20,66	9,89
2014	125,7	6,37	3,26	34,09	13,94	21,69	9,72
2015	137,7	6,72	3,42	42,32	14,11	21,83	9,87

# BGM-innovativ: Schulung Fallmanager

AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



## Krankengeldtage der Mitglieder ohne Rentner - Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)



KG-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner bzw. Anteile in Prozent

# BGM-innovativ

## Projektrahmen

**Wie**

# BGM-innovativ

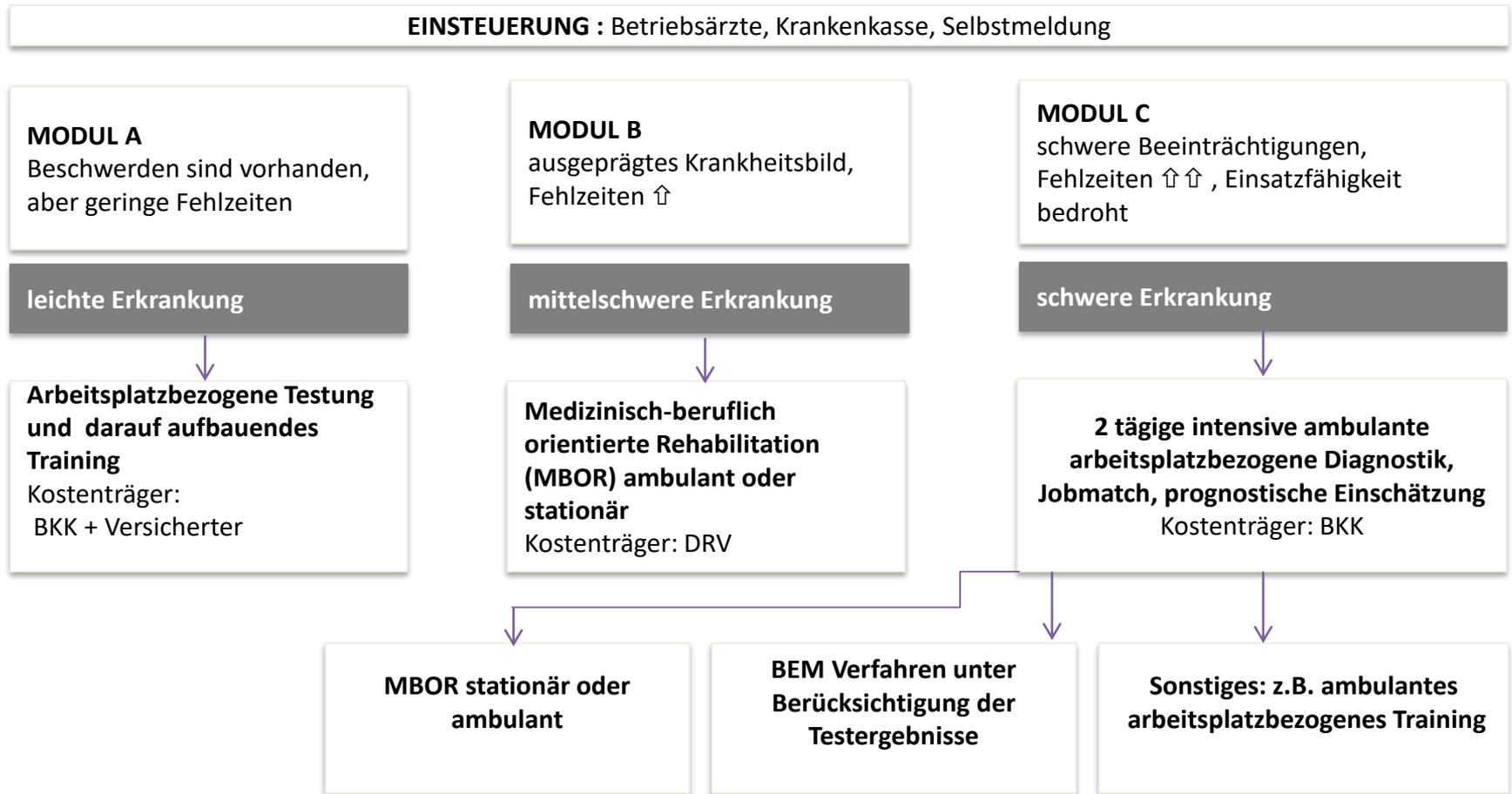
## Inhalt und Vertragsziel:

- ▶ Kombination aus Sekundär-/Tertiärprävention und med./berufl. Reha
- ▶ modularer Aufbau in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung
- ▶ Beschleunigter Diagnose-Prozess unter Einschluss von Arbeitsplatzinformationen
- ▶ bilaterale Versorgungsverträge mit Partnern aus dem Rehabilitationsbereich
- ▶ kombinierte Steuerung BKK ↔ Rehaeinrichtung
- ▶ Strukturiertes Fallmanagement durch BKK-Fallmanager
- ▶ Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit

# BGM-innovativ

## Module

# BGM-innovativ: Aufbau der Module



	<b>Modul A</b> <b><i>Frühintervention bei Vorliegen einer beginn. skelett-musk. Erkrank.</i></b>	<b>Modul B</b> <b><i>Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation</i></b>	<b>Modul C</b> <b><i>Jobmatch</i></b>
<b>Indikation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Verbleib am Arbeitsplatz nicht gefährdet</li><li>▶ Medizinische Rehabilitation noch nicht indiziert</li><li>▶ Aber Verschlechterungsrisiko durch Erkrankung vorhanden</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Deutliche pathophysiolog. Veränderungen</li><li>▶ Singulär Bewegungsapparat betroffen</li><li>▶ Keine relevante Psychosomatose</li><li>▶ AU-Zeiten &lt; 6 Wochen bzw. häufige kürzere AU-Zeiten aufgrund der Erkrankung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Überwiegend AU-Zeiten &gt; 6 Wochen</li><li>▶ Häufig Komorbidität</li><li>▶ Entscheidung über Verbleib am Arbeitsplatz dringlich</li></ul>
<b>Inhalt</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Defizitorientiertes, arbeitsplatzbezogenes Muskelaufbautraining zur besseren Bewältigung des Arbeitsplatzes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation (MBOR)</li><li>▶ Möglichkeit der Folgeverordnung Medizinische Trainings-therapie (MTT)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Arbeitsplatzbezogene Begutachtung und Beurteilung von Einsatzfähigkeit und weiterer Prognose im Arbeitsprozess</li></ul>
<b>Ziel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Training, Verhaltensänderung und Selbstmanagement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Diagnose, Training, Selbstmanagement, Verhaltensänderung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Jobmatch, Entscheidung über weitere Tätigkeit</li></ul>

# Projektbesonderheiten

- ▶ Es handelt sich um ein Forschungsprojekt: Es muss zwei miteinander vergleichbare Versorgungszweige geben
- ▶ Randomisierung und Evaluation sind verpflichtend und Bestandteil des Projektantrags
- ▶ Zwei Versorgungswege werden wissenschaftlich fundiert im Rahmen einer randomisierten Evaluationsstudie miteinander verglichen
- ▶ Beide Versorgungssysteme sind umfassender als die bestehende Regelversorgung
- ▶ BGM-iF: Versorgungsmanagement mit koordinierender Fallführung (entspricht dem Prototypen)
- ▶ BGM-iS: Unterstütztes Selbstmanagement

# Projekthalte

- ▶ Im Versorgungszweig BGM-iF (koordinierendes Fallmanagement) sind arbeitsplatzbezogene, defizit- bzw. symptomorientierte und individualisierte Versorgungsmaßnahmen vorgesehen
- ▶ Im BGM-iS (unterstütztes Selbstmanagement) erfolgen indikationsbezogene unterstützende Informationen, Anweisungen und Leitlinien zur individuellen Umsetzung
- ▶ Die Gruppe der BGM-iS - Teilnehmer kann nach Abschluss der Evaluationsphase auf Wunsch in die Testung und anschließende Trainingsmaßnahme übernommen werden. Somit wird diese Unterstützung allen Interessierten zugänglich gemacht

# BGM-innovativ

# Fallmanagement

# Definition und Merkmale

Eine Person oder Personengruppe , die gemäß des Handlungskonzeptes Fallmanagement begleitet, unterstützt, beraten und versorgt wird, erhält in Absprache gemäß ihres Bedarfs aufeinander abgestimmte Leistungen, deren Merkmale sind:

- ▶ Ausrichtung am Einzelfall
- ▶ Steuerung der Hilfeleistungen „aus einer Hand“
- ▶ Transparenz der Verfahren
- ▶ Subsidiarität der Verfahren (Nachrangigkeitsprinzip)
- ▶ Aufeinander abgestimmte, adressatenbezogene Hilfeleistungen
- ▶ Sicherung einer kontinuierlichen und bedarfsgerechten Versorgung
- ▶ Überwindung von Egoismen von Leistungs-und Kostenträgern

# Zentrale Frage

Nicht

„Wann gehen Sie wieder arbeiten“

sondern

„Was können wir für Sie tun, damit es Ihnen wieder gut geht“

# Inhaltsbereiche

3 Handlungsebenen werden miteinander verknüpft und alle Angebote werden klientenorientiert ausgerichtet:

- ▶ Einzelfallebene:
  - ▶ Kontaktaufnahme und Fallversorgung des Klienten
  
- ▶ Institutionelle Netzwerkebene:
  - ▶ Pflege des regionalen Netzwerks aus Akteuren von Unterstützungs-/
  - ▶ Leistungsangeboten
  
- ▶ Organisationsebene:
  - ▶ Ablauforganisation der jeweiligen Versorgungsstruktur

# Phasen des Fallmanagements

- ▶ Klärungsphase (Intaking) : Einsteuerung/ Kontaktaufnahme
- ▶ Assessment: Dokumentation der Krankheitsausprägung, der Lebens-und Arbeitssituation sowie der Bedarfslage des Klienten
- ▶ Serviceplanung: Festlegung der Ziele und Unterstützungsleistungen im Einzelfall
- ▶ Linking: Vermittlung der Unterstützungsangebote
- ▶ Monitoring: Überwachung/ Sicherung der Leistung, Fallsteuerung
- ▶ Evaluation: Bewertung und Abschluss des Fallmanagements

# Leitprinzipien

Der Fokus des Fallmanagements ist immer auf den Klienten ausgerichtet. Das Fallmanagement dient dem Klienten und berücksichtigt dabei folgende Grundlagen:

- ▶ Adressaten-/Klientenorientierung
- ▶ Lebensweltorientierung
- ▶ Mehrdimensionalität des Menschen
- ▶ Berücksichtigung der Ressourcen
- ▶ Empowerment

# Qualitätsmerkmale

Das Fallmanagement wird auf der Basis eines Qualitätsmanagements durchgeführt:

- ▶ Dem Handeln des Fallmanagers liegt eine detaillierte Leistungsbeschreibung zu Grunde (was tut der FM)
  - ▶ Es liegen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsstandards vor (Rahmenbedingungen sind definiert, wie soll gearbeitet werden, was wurde erreicht)
- ▶ Die Arbeitsinstrumente sind weitgehend standardisiert
- ▶ Ergebnisse werden regelhaft, standardisiert und systematisch dokumentiert und evaluiert
- ▶ Qualitätssichernde Maßnahmen werden regelhaft durchgeführt

# BGM-innovativ

## Projektgrundlagen

# Medizinische Grundlagen

# Hauptindikationen

## Die wichtigsten Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems nach AU-Tagen bei Frauen

Rang	ICD	Bezeichnung	AU-Fälle* Anteil in %	AU-Tage* Anteil in %	Tage je Fall
1.	M54.1	Radikulopathie	11,44	8,0	13,9
2.	M54.4	Lumboischialgie	7,03	6,3	17,8
3.	M54.5	Kreuzschmerz	9,66	6,0	12,4
4.	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	2,30	4,2	36,3
5.	M54.2	Zervikalneuralgie	6,08	3,7	11,9
6.	M23.3	Sonstige Meniskusschädigungen	2,05	3,4	33,0
7.	M25.5	Gelenkschmerz	3,70	3,3	17,7
8.	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	1,74	3,1	34,9
9.	M20.1	Hallux valgus (erworben)	1,06	2,8	52,8
10.	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	2,90	2,4	16,3
<b>Muskel- und Skeletterkrankungen (mit Daten aus 2015)</b>			<b>47,95</b>	<b>43,2</b>	<b>19,9</b>

# Hauptindikationen

## Die wichtigsten Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems nach AU-Tagen bei Männern

Rang	ICD	Bezeichnung	AU-Fälle* Anteil in %	AU-Tage* Anteil in %	Tage je Fall
1.	M54.1	Radikulopathie	12,07	9,0	13,3
2.	M54.5	Kreuzschmerz	12,80	8,2	11,4
3.	M54.4	Lumboischialgie	7,96	7,4	16,6
4.	M23.3	Sonstige Meniskusschädigungen	2,69	4,5	29,6
5.	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	2,42	4,3	31,6
6.	M25.5	Gelenkschmerz	4,43	3,8	15,3
7.	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	1,79	3,3	33,3
8.	M54.2	Zervikalneuralgie	3,66	2,5	12,2
9.	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	1,35	2,3	30,7
10.	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	0,79	2,2	49,3
<b>Muskel- und Skeletterkrankungen (mit Daten aus 2015)</b>			<b>49,97</b>	<b>47,5</b>	<b>17,8</b>

# Schwerpunktprobleme

Es ist auffallend, dass besonders drei Bereiche des Muskulo – skeletalen Systems von Problemen betroffen sind:

- ▶ Wirbelsäule: Bandscheiben- und Nervenschäden
- ▶ Kniegelenk: Verschleißerkrankungen am Gelenk
- ▶ Schulter: Funktionelle Störungen durch Weichteilentzündungen (Sehnen, Muskelansätze)

Das hat seine Gründe, die in der jeweils besonderen Anatomie dieser Strukturen liegen.

# Aufbau der Wirbelsäule

- ▶ Beweglicher Knochenstab aus 24 Wirbelkörpern
- ▶ Doppel –S- Form mit Aufteilung in Halswirbelsäule (7 Wirbelkörper), Brustwirbelsäule (12 Wirbelkörper) und Lendenwirbelsäule (5 Wirbelkörper) mit Übergang in das Steißbein
- ▶ Zwischen jedem Wirbel sitzen Stoßdämpfer: Die Bandscheiben
- ▶ Rundumschutz für den Knochenstab und Garant für die Stabilität: Verschieden lange Muskelgruppen
- ▶ Elastische Gurte der Wirbelsäule: Die Bänder zwischen den kleinen Wirbelgelenken
- ▶ Schutzhülle für den wichtigsten Kanal für die Verbindung vom Gehirn zur Peripherie: In der Wirbelsäule läuft im sogenannten Spinalkanal das Rückenmark

# Erkrankungen der Wirbelsäule

Laut der Auswertung vom BKK Gesundheitsreport treten folgende Störungen am häufigsten auf:

- ▶ Protrusio/ Prolaps: Vorwölbung bis zum Vorfall der Bandscheiben: Durch eine Vorwölbung der Bandscheibe in den Wirbelkanal kann es zur Einengung des Rückenmarks mit den Folgen Schmerzen , Funktionseinschränkungen bis hin zu Lähmungserscheinungen kommen
- ▶ Neuralgien = Nervenreizungen an unterschiedlichen Lokalisationen der Wirbelsäule: Cervikoneuralgie (Halswirbelsäule), Lumboischialgie (Lendenwirbelsäule), Radikulopathie (Nervenreizung ohne spezifische Lokalisation)
- ▶ Unspezifischer Kreuzschmerz oder die Cervikobrachialgie (Schmerzen, die von der Halswirbelsäule in die Arme ausstrahlen): Meist muskulär bedingte Schmerzen mit funktionellen Einschränkungen

# Aufbau des Knies

- ▶ Gelenkige Verbindung zwischen Oberschenkelknochen, Kniescheibe und Schienbein
- ▶ Knochenüberzug aus 3 – 5 Millimeter dickem Knorpel als Gleitfläche
- ▶ Innen –und Außenmenisken als Puffer zwischen Ober-und Unterschenkelknochen sowie zur besseren Druckverteilung zwischen den beiden Knochensystemen
- ▶ Sicherung des Gelenkes durch komplexe Bandstrukturen: Seitenbänder, Kreuzbänder
- ▶ Muskeln und Sehnen umhüllen das Knie und ermöglichen aktive Bewegung
- ▶ Kniescheibe als Schutzschild vor dem Gelenk
- ▶ Gelenkkapsel mit Gelenkflüssigkeit zur Schmierung des Gelenks und Ernährung des Knorpels
- ▶ Schleimbeutel als Puffer und Verschiebeschicht zwischen den einzelnen Gelenkanteilen

# Erkrankungen des Kniegelenks

Laut der Auswertung vom BKK Gesundheitsreport treten folgende Störungen am häufigsten auf:

- ▶ **Meniskusschädigungen:** Einriss oder Teilabriss der Menisken mit schmerzhaften Einklemmungen und Einblutungen. Als Folge können entzündliche Reizzustände mit Kniegelenksergüssen und Knieschwellungen entstehen.
- ▶ **Gelenkschmerz:** Verschiedene Ursachen können zu Gelenkschmerzen führen: Schleimbeutelentzündungen, Meniskusschäden, Verschleißerscheinungen im Knie mit Verkalkungen und Kniegelenksentzündungen, Bakerzyste
- ▶ **Gonarthrose:** Verschleißerkrankung des Kniegelenkes mit Zerstörung der Knorpelschicht, zunehmender Streckhemmung und zunehmender Fehlstellung der Knieachse.

# Aufbau des Schultergelenks

- ▶ Beweglichstes Kugelgelenk des ganzen Körpers
- ▶ Gebildet wird das Gelenk von der Schulterblattpfanne und dem Oberarmknochen
- ▶ Sicherung des Gelenks durch zahlreiche Muskeln, die ihrerseits durch Muskel – und Sehnenansätze an den Knochenstrukturen angeheftet sind (Rotatorenmanschette)
- ▶ Zahlreiche Schleimbeutel sind vorhanden, um die Reibung zwischen Sehnen und Knochenstrukturen zu vermindern

# Erkrankungen des Schultergelenks

Laut der Auswertung vom BKK Gesundheitsreport treten folgende Störungen am häufigsten auf:

- ▶ Impingement-Syndrom der Schulter: Als Impingement-Syndrom bezeichnet eine Funktionsbeeinträchtigung der Gelenkbeweglichkeit. Es entsteht zumeist durch Degeneration oder Einklemmung von Kapsel- oder Sehnenmaterial.
- ▶ Der Begriff wird vorwiegend für die Schulter verwendet. Degeneration oder Verletzung der Rotatorenmanschette (Rotatorenmanschettenruptur) sind hier die häufigste Ursache.
- ▶ Läsionen der Rotatorenmanschette: Als Rotatorenmanschettenruptur wird die Ruptur (Riss) eines oder mehrerer Muskeln oder Sehnen der Rotatorenmanschette, einer Muskelgruppe im Schulterbereich, bezeichnet.

# BGM-innovativ

## Projektgrundlagen

# Projektbezogenes Fallmanagement

# Rolle des Fallmanagers

- ▶ Das Fallmanagement in dem Projekt BGM-innovativ ist die zentrale Steuerungsstelle für den gesamten Projektablauf. Von der Qualität und der Motivation der Fallmanager hängt zum größten Teil der Projekterfolg ab
- ▶ Die Arbeit erfolgt Klientenorientiert und soll das selbstbestimmte Handeln fördern
- ▶ Hierbei wird es zwei Ausprägungsgrade geben: Das koordinierende Fallmanagement (BGM-iF) und das unterstützte Selbstmanagement (BGM-iS)
- ▶ Mit beiden Angeboten verlassen die teilnehmenden Krankenkassen den Weg der Prozessritualisierung des Verwaltens (Fragestellung: „Wann gehen Sie wieder arbeiten?“) hin zur klientenorientierten Bedarfsermittlung und Ausrichtung der Unterstützungsangebote an eben diesem Bedarf (Frage „Was können wir für Sie tun, damit es Ihnen wieder gut geht“)
- ▶ Für das BGM-iS ist das Fallmanagement modifiziert und nicht dem Fallmanagementstandard entsprechend durchzuführen

# Phasen des FM im BGM-iF/ BGM-iS

Zur Erinnerung:

## Phasen des Fallmanagements

- ▶ Klärungsphase (Case Finding, Access, Intaking): Identifikation, Kontaktaufnahme, Einsteuerung des Klienten
- ▶ Assessment: Umfassende Beschreibung und Dokumentation der Versorgungs-, Arbeits- und Lebenssituation des Klienten
- ▶ Serviceplanung: Festlegung der Ziele und Unterstützungsleistungen im Einzelfall
- ▶ Linking: Vermittlung der passenden Unterstützungsangebote
- ▶ Monitoring: Sicherung und Prüfung der Unterstützungsangebote sowie Fallsteuerung
- ▶ Evaluation: Bewertung und Abschluss des Fallmanagements

# Klärungsphase BGM-iF/ BGM-iS

## Case Finding:

- ▶ Modul A: Versicherte mit beginnenden Erkrankungen im Bereich der skelett-muskulären Indikationen, wenig oder gar keine AU – Zeiten
- ▶ Modul B: Versicherte mit eindeutiger Rehabilitationsindikation, AU-Zeiten ausgeprägt (häufiger kurze Zeiten oder AU > 4 Wochen, Arbeitsplatz gefährdet
- ▶ Modul C: Ausgeprägter Schädigungsgrad, Arbeitsplatz gefährdet, Jobmatch erforderlich, fragliche Wiedereingliederung

# Klärungsphase BGM-iF/ BGM-iS

## Access:

Der Zugang zum Projekt kann auf verschiedenen Wegen erfolgen:

- ▶ Der Teilnehmer wird durch den Fallmanager angesprochen. Identifiziert wird durch Screening der AU – Vorzeiten und der aktuellen AU – Daten (Kriterium: Aktuelle AU mit einer M-Diagnose und > 9 AU – Tage in der Vorgeschichte in den letzten zwei Jahren)
- ▶ Der Teilnehmer meldet sich selber, da er von dem Projekt gehört hat (Betriebsinformation, Bekannte)
- ▶ Der Teilnehmer wird durch den Betriebsarzt angesprochen, auf das Projekt hingewiesen und an den Fallmanager verwiesen

# Klärungsphase BGM-iF/ BGM-iS

## Intaking (Vorbereitung und direkter Kontakt)

- ▶ Entscheidung über die Aufnahme bzw. die Eingruppierung in das jeweilige Modul A, B oder C durch den Fallmanager
- ▶ Im Rahmen eines ausführlichen Gesprächs erfolgt zunächst die modulbezogene Aufklärung über das Projekt und die Forschungssituation mit Darstellung der zwei unterschiedlichen Versorgungszweige und danach die Einholung der Teilnahmeerklärung
- ▶ **CAVE Zeitplanung: Falls ein potenzieller Teilnehmer sich die Teilnahmeerklärung länger anschauen möchte, pro Fall gleich 15 Minuten Lesezeit einplanen oder, falls ein Lesen zu Hause gewünscht ist, sofort einen Wiedervorstellungstermin zum weiteren Erstellen der Teilnahmevoraussetzungen und zur Einsteuerung vereinbaren**
- ▶ Nach Einholung der Teilnahmeeinwilligung wird die softwaregestützte Randomisierung in einen der beiden Versorgungszweige durchgeführt

# Klärungsphase BGM-iF/ BGM-iS

## Intaking (Vorbereitung und direkter Kontakt)

- ▶ Nach Einholung der Teilnahme Einwilligung wird die softwaregestützte Randomisierung in einen der beiden Versorgungszweige BGM-iF oder BGM-iS durchgeführt
- ▶ Vergabe einer Identifikationsnummer (ID) für den Teilnehmer und Erfassung der Nummer und Namenszuordnung in einer standardisierten Tabelle
- ▶ Damit ist ein anonymisiertes Vorgehen über die lediglich mit der ID – versehenen Datensätze (Fragebögen, Testergebnisse) möglich
- ▶ Der Fallmanager ist die einzige Person im Projekt, die eine personenbezogene Zuordnung der Daten durchführen kann
- ▶ Die Zuordnungslisten müssen akribisch geführt werden und dürfen kein Fehlerpotenzial bergen

# Assessment BGM-iF/ BGM-iS

Dokumentation der Krankheitsbezogenen Einschränkungen sowie der Arbeitsplatzbeschreibung

- ▶ Erhebung und Dokumentation der Vorbefunde / Vorbehandlungen und der aktuellen Beschwerden
- ▶ Arbeitsplatzbeschreibung mit den individuellen Anforderungen an den Teilnehmer
- ▶ Darstellung der arbeitsplatzbezogenen Einschränkungen

**Cave 1:** Erst nach dieser Abfrage und Dokumentation erfolgt eine Auftrennung der weiteren Abläufe je nach Zugehörigkeit zu BGM-iF oder BGM-iS!

# Serviceplanung BGM-iS

Intensive Aufklärung über mögliche Unterstützungsangebote in den jeweiligen Modulen:

- Aushändigung von passendem Informationsmaterial (Flyer, Kontaktanschriften,...) und Verweis an weiterführende Partner (Betriebsarzt, behandelnder Facharzt, Trainingseinrichtungen, Präventionsdatenbank, Antrag Rehabilitation....)
- ▶ Modul A: Informationsmaterial, Kontakte, Hinweis auf Trainingsmöglichkeit analog Modul A im BGM-iF nach Abschluss der Evaluationsphase
- ▶ Modul B: Informationsmaterial, Kontakte
- ▶ Modul C: Informationsmaterial, Kontakte
- ▶ Aushändigung Fragebogen mit der Bitte um Ausfüllen und Versand an Uni Köln.

**Cave 1 :** Keine Unterstützung beim Ausfüllen der Fragebogen durch den FM!

**Cave 2:** Nach diesem Beratungsschritt erfolgt **keine weitere** Unterstützung mehr durch den FM im Versorgungszweig BGM-iS

# Serviceplanung BGM-iF

Darstellung und Festlegung der Abläufe des Fallmanagements in den jeweiligen Modulen:

- ▶ Modul A: Konkrete Darstellung der Test – und Trainingsabläufe sowie der vereinbarten wöchentlichen Anwesenheitskontrollen. Übermittlung und Unterschrift „Ablaufplan arbeitsplatzbezogenes Training“.
- ▶ Modul B: Ausführliche Darstellung der weiteren Abläufe. Weiterleitung ggf. Erstellung der Formulare G 100 und G 110 zusammen mit dem Teilnehmer. Einholung aktueller Befunde bei den behandelnden Ärzten (durch FM oder TE) Hinweis auf Unterstützung bei weiteren Rehafragen sowie beim Ausfüllen von Klinikunterlagen.

# Serviceplanung BGM-iF

Darstellung und Festlegung der Abläufe des Fallmanagements in den jeweiligen Modulen:

- ▶ Modul C: Ausfüllen des Dokumentationsbogens für Modul C und Bitte um Erstellung der Arbeitsplatzbeschreibung an die Arbeitsmedizin. Einholung aktueller Befunde bei den behandelnden Ärzten (durch FM oder TE). Abfrage an AM zu speziellen Anforderungen an die Testungen im Modul C oder zur Arbeitsplatzproblematik.

Nach allen Modulbezogenen Beratungsgesprächen:

Aushändigung Fragebogen mit der Bitte um Ausfüllen und Versand an Uni Köln

**Cave: Keine Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens durch den FM!**

# Linking BGM-iF

Organisation der Abläufe in den jeweiligen Modulen bei den vereinbarten Leistungsanbietern bzw. Kooperationspartnern.

- ▶ Modul A: Terminierung der ersten Testeinheit im vereinbarten Testzentrum. Schriftliche Übermittlung der Dokumentationsunterlagen (Befunde, Arbeitsplatzbeschreibung,..) an das Testzentrum. Nach Testung Einleiten der 3 – monatigen Trainingsphase im vereinbarten Trainingscenter.
- ▶ Modul B: Terminierung beim Betriebsarzt zur Erstellung des medizinischen Befundberichts und der Arbeitsplatzbeschreibung. Nach Erhalt und Vervollständigung der Antragsunterlagen Weiterleitung derselben an den Kooperationspartner der zuständigen DRV zur Einleitung des Rehaantragsverfahrens.
- ▶ Modul C: Terminierung des zweitägigen Testverfahrens in der vereinbarten Testeinrichtung mit Übermittlung aller vorliegenden Dokumentationen und Unterlagen.

# Monitoring BGM-iF

Überwachung und Koordination der vereinbarten Leistungen:

- ▶ Modul A: Wöchentliche Kontrolle des zweimaligen Trainings, Abfrage beim Trainingscenter, Kontaktaufnahme zum Teilnehmer bei Problemen (Aussetzen des Trainings, Schmerzen beim Training,...), bei Problemen ggf. Einleitung weiterführender Maßnahmen
- ▶ Modul B: Ggf. Unterstützung beim Ausfüllen von weiterführenden Fragebögen aus der Rehaeinrichtung, motivationale Rehaarbeit mit Hinweis auf die Post – Rehaphase mit Rehasport, Weiterleitung des Teilnehmers nach der Reha an den Betriebsarzt, ggf. Anforderung des Rehaberichts für den Betriebsarzt
- ▶ Modul C: Übermittlung des Befundberichts an den Betriebsarzt und Einleitung der im Bericht empfohlenen weiterführenden Maßnahmen ggf. in Kooperation mit der Arbeitsmedizin

# Evaluation BGM-iF

Die Evaluation wird von der Uni Köln durchgeführt (Fragebögen, Interviews, AU – Daten).

Aufgabe der Fallmanager:

Erinnerung an das Ausfüllen der Fragebögen „Zweitbefragung“ der Uni Köln mit Hinweis an den Projektteilnehmer, dass ein Zweit-Fragebogen nach 6 Monaten nach Abgabe der Teilnahmeerklärung von der Uni Köln zu Evaluationszwecken an die Projektteilnehmer verschickt wird

# BGM-innovativ

## Projektgrundlagen

# Randomisierung/ Evaluation

# Förderkriterien Innovationsfonds

Folgende Kriterien mussten für die Genehmigung erfüllt werden:

- ▶ tragfähiges und ergebnisorientiertes Evaluationskonzept
- ▶ Erfüllung nationaler und internationaler methodischer Standards
- ▶ „Das Evaluationskonzept muss sicherstellen, dass die Ergebnisse des Projektes und dessen Effekte für die Versorgung im Hinblick auf eine Prüfung der dauerhaften Übernahme in die Versorgung auf valider und gesicherter Datengrundlage beurteilt werden kann“

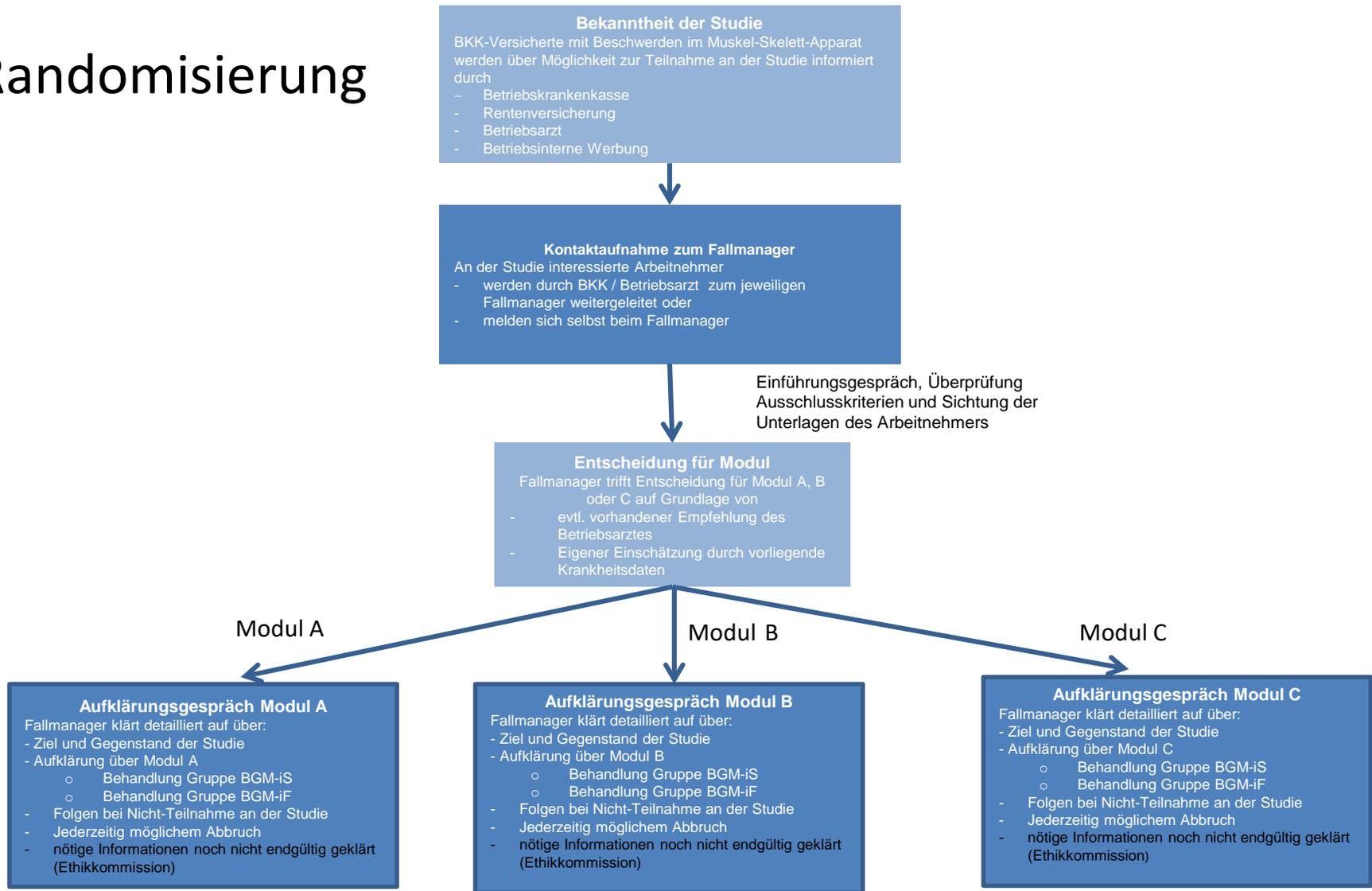
Quelle: Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur themenoffenen Förderung von neuen Versorgungsformen gemäß §92a Abs. 1 SGB V zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. April 2016, S. 6.

# Förderkriterien Innovationsfonds

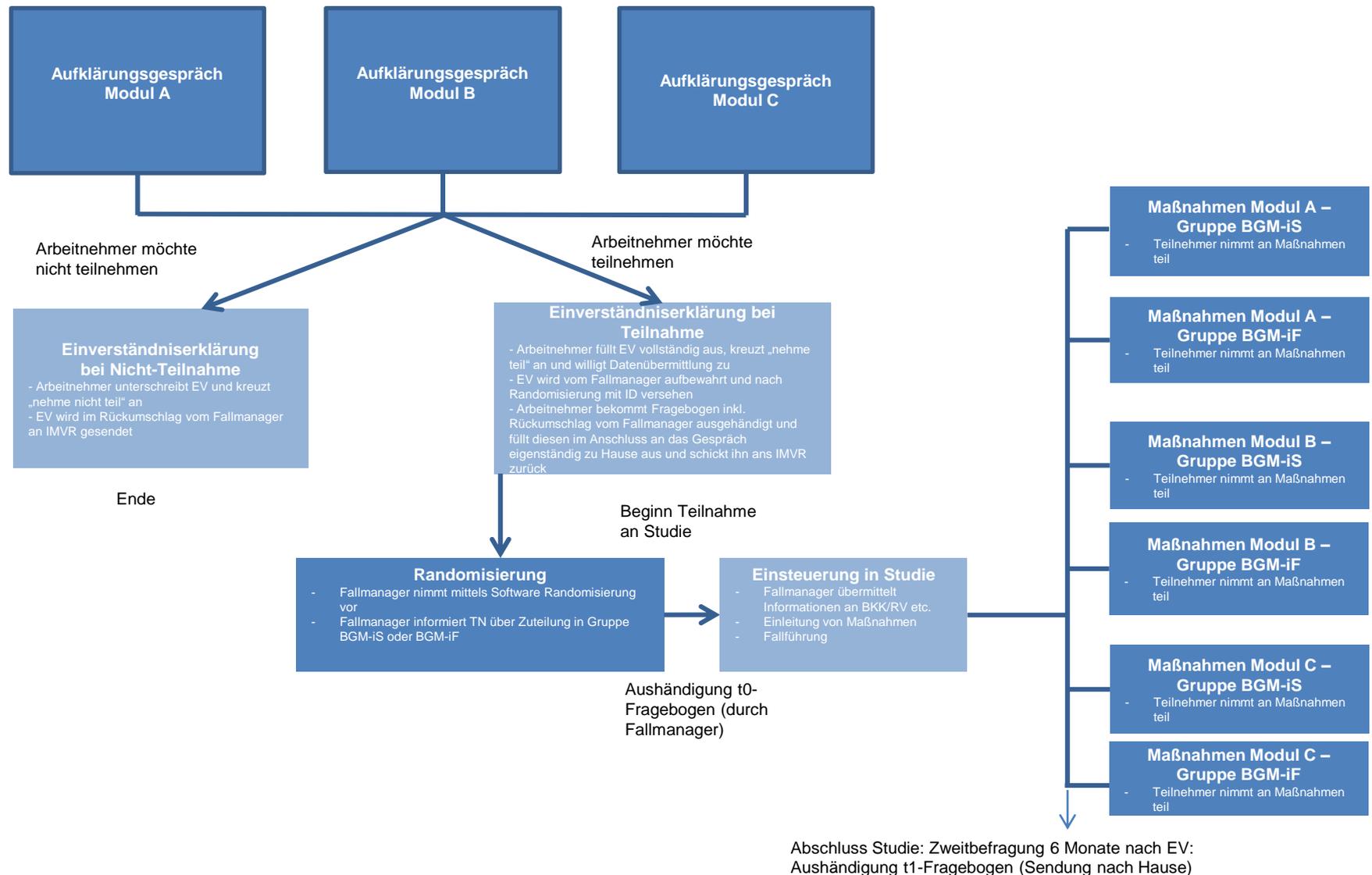
## Was bedeutet das für BGM-innovativ?

- ▶ Innerhalb des Förderzeitraums (4 Jahre) muss nachgewiesen werden können, dass BGM-innovativ besser als die Regelversorgung ist
- ▶ Es muss ein Wirksamkeitsnachweis erbracht werden
- ▶ Gemäß internationaler wissenschaftlicher Standards ist dafür eine Randomisierung notwendig
- ▶ Nur durch eine Randomisierung kann ein zufälliger Effekt ausgeschlossen und die Wirksamkeit von BGM-innovativ bewiesen werden

## Randomisierung



# BGM-innovativ: Schulung Fallmanager



# Evaluationsinhalte und Tools

## Fragebögen:

- ▶ Es werden zwei Fragebögen ausgegeben: t0 zu Beginn der Maßnahme, t1 6 Monate nach t0
- ▶ t0 wird vom FM im Rahmen des Erstgesprächs ausgehändigt
- ▶ t1 wird 6 Monate nach Einverständniserklärung durch die Uni an den Teilnehmer versandt
- ▶ Inhalte der Abfragen: Allgemeine Einschätzungen und Gefühle, Schmerzanamnese, Arbeitsfähigkeit und deren Beeinträchtigung, Wohlbefinden, Gesundheit, Qualität des Fallmanagements, Beurteilung der Qualität des Programms
- ▶ Bei Ablehnung des Programms wird um eine Stellungnahme (per Fragebogen) zu den Gründen der Ablehnung gebeten (freiwillig)
- ▶ Fragebögen, Studieninformation sowie Teilnahme-/ Einverständniserklärung werden der Ethikkommission der Uni Köln vorab zur Genehmigung vorgelegt (Prozess läuft, finale Unterlage dann im Handbuch)

# Evaluationsinhalte und Tools

## Experteninterviews

- ▶ Es sind Interviews mit beteiligten Betriebsärzten und Kooperationspartnern bei den Rentenversicherungen geplant
- ▶ Dauer ca. 45 – 90 Minuten
- ▶ Das Interview wird telefonisch stattfinden
- ▶ Betriebsärzte werden im Rahmen der Schulungen nach Interesse an einer Beteiligung angefragt

## Fokusgruppen

- ▶ Setzen sich aus den Fallmanagern zusammen
- ▶ Treffen sich einmal im Jahr
- ▶ Wahrscheinlich auf regionaler Ebene
- ▶ Koordiniert und durchgeführt durch die Uni Köln

# Informationen für die FM (1)

Bei dem Erstgespräch sind folgende Punkte zu beachten:

- ▶ Falls ein Kandidat die Projektunterlagen (Beschreibung, Datenschutz, Teilnahmeerklärung) zunächst in Ruhe zu Hause durchschauen will, bitte diese mitgeben, aber gleich einen erneuten Termin zur Wiedervorstellung und Einsteuerung ausmachen
- ▶ Es wird keine Unterstützung beim Ausfüllen der Fragebögen geleistet
- ▶ Bei der Terminierung genügend Zeit für die Projektaufklärung, Randomisierung und Moduleinsteuerung berücksichtigen (ca. 1 ½ Stunden)
- ▶ Jeder FM erhält ein Projektpaket von der Uni Köln mit den benötigten Dokumenten. Nachforderungen müssen bei der Uni platziert werden (Anschrift im Projekthandbuch)

## Informationen für die FM (2)

- ▶ Das Original der Einverständniserklärung (EV) wird vom Fallmanager nach Vergabe der Identifikationsnummer (ID) aufbewahrt
- ▶ Eine Kopie der EV erhält der Teilnehmer
- ▶ Wünscht ein Interessent keine Teilnahme, wird er gebeten, an einer kurzen Umfrage zu den Gründen für seine Ablehnung teilzunehmen
- ▶ Der Fallmanager muss für jeden Teilnehmer eine laufende Nummer (ID) vergeben- das erlaubt eine Auswertung der Daten ohne Rückschluss auf die Person
- ▶ Genaue Informationen zur Erstellung der ID gibt es im Handbuch
- ▶ Die ID wird auf der EV und dem Fragebogen eingetragen

# Informationen für die FM (3)

- ▶ Zusätzlich führt der FM eine Liste mit vollständiger ID und entsprechendem Namen des Teilnehmers. Er ist damit der einzige, der eine Zuordnung ID – Name des Teilnehmers durchführen kann.
- ▶ Die Randomisierung erfolgt über eine Portallösung der Uni Köln. Jeweils bis max. 5 Personen pro Standort werden einen Zugang und damit die Möglichkeit der Randomisierung erhalten.
- ▶ Die Benennung dieser Personen erfolgt über ein Formular (s. nächste Folie)
- ▶ Fragen zur Durchführung der Randomisierung (z.B. Passwort vergessen etc.) beantwortet Frau [REDACTED] vom IMSIE

PLEASE FILL IN BY TYPEWRITER – THANK YOU!

# Request for online randomisation user account

Study: BGM-innovativ | Lead investigator: Thomas Moormann, Berlin | Statistician: Christina Samel, Cologne

Study site: \_\_\_\_\_

Main local investigator: \_\_\_\_\_

No.	Title	Last name	First name(s)	Email	Role(s)*
1					<input type="checkbox"/> authorized to randomize <input type="checkbox"/> receive notifications

## Members of study team:

1					<input type="checkbox"/> authorized to randomize <input type="checkbox"/> receive notifications
2					<input type="checkbox"/> authorized to randomize <input type="checkbox"/> receive notifications
3					<input type="checkbox"/> authorized to randomize <input type="checkbox"/> receive notifications
4					<input type="checkbox"/> authorized to randomize <input type="checkbox"/> receive notifications

\*Please tick if true. All authorized persons are allowed to randomize for the main local investigator. Notifications are sent by email following randomisation.

I hereby confirm that the persons detailed above have my authorisation to exert the role(s) / receive notification(s) as stated above.



\_\_\_\_\_  
Place, date

\_\_\_\_\_  
Signature of main local investigator

Stamp of study site

Fax to XXXXXXXXXX

# Gesprächsvorgaben für die FM

- ▶ Der Unterschied zwischen Projekt und Studie muss erläutert werden
- ▶ Eine Projektteilnahme ist zwingend an eine Studienteilnahme gebunden
- ▶ Hinweis auf den Versand des zweiten Evaluationsfragebogens durch die Uni Köln nach ca. 6 Monaten
- ▶ Bei Fragen zu den Bögen Verweis auf Kontaktmöglichkeiten zu den auf den Bögen benannten Ansprechpartnern der Uni Köln
- ▶ Bei AU-Zeiten soll bitte ab dem ersten Tag gemeldet werden (wichtig für das Zählen der AU-Tage durch die Uni)
- ▶ Bei der Einverständniserklärung (EV) gibt es Muss – und Kannfelder. Wird ein Mussfeld mit nein gekreuzt, kann eine Aufnahme in das Projekt nicht erfolgen
- ▶ Hinweis an die Teilnehmer des Versorgungszweiges BGM-iS auf die Möglichkeit der Test – und Trainingsteilnahme nach Abschluss der Evaluation (12 Monate nach t0)

**BGM-innovativ**

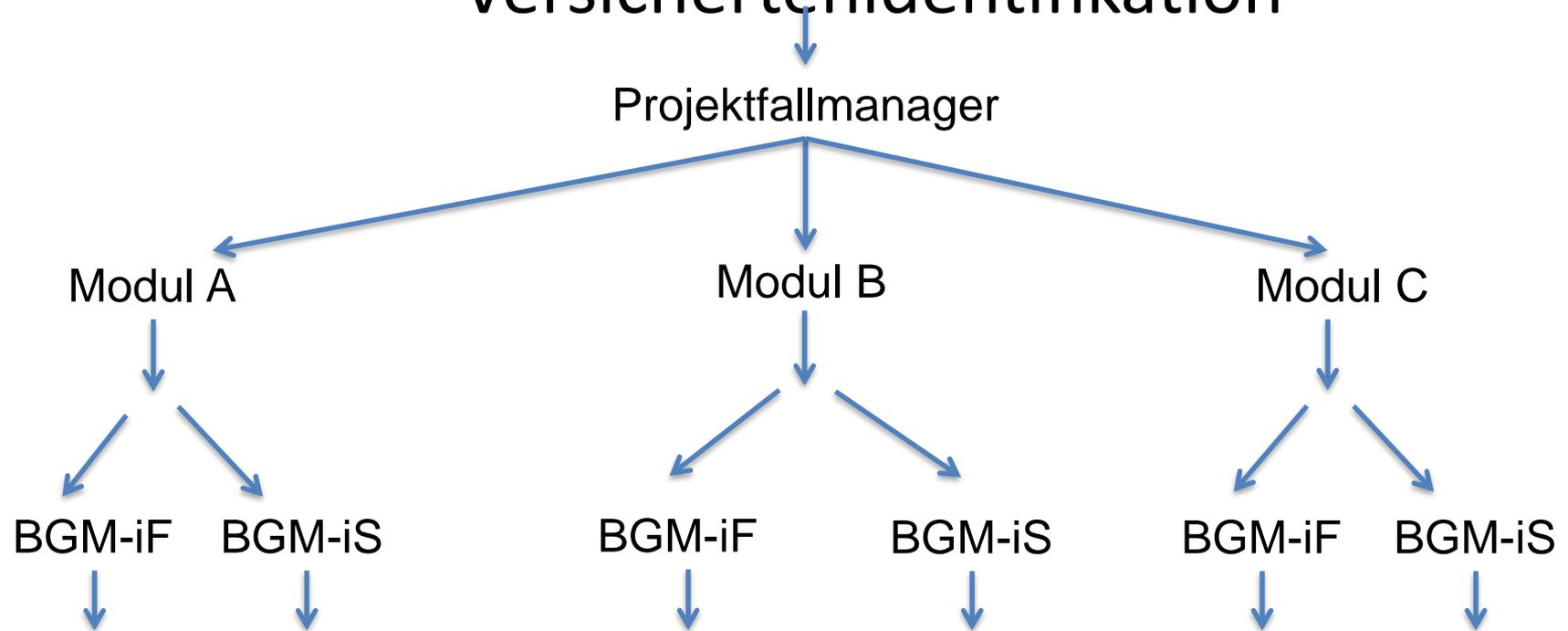
**Modulaufteilung**

**Einsteuerung**

**BGM-iF/ BGM-iS**

# Projektstruktur

## Versichertenidentifikation



Kassenfallmanager:

Erläuterung Modulablauf, Fragebogen, Veranlassung der ersten Projektschritte

# Definition BGM-iF

## BGM-iF

	<b>Modul A</b> <i>Frühintervention bei Vorliegen einer beginn. skelett-musk. Erkrank.</i>	<b>Modul B</b> <i>Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation</i>	<b>Modul C</b> <i>Jobmatch</i>
<b>Indikation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Verbleib am Arbeitsplatz nicht gefährdet</li><li>▪ Medizinische Rehabilitation noch nicht indiziert</li><li>▪ Aber Verschlechterungsrisiko durch Erkrankung vorhanden</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Deutliche pathophysiolog. Veränderungen</li><li>▪ Singulär Bewegungsapparat betroffen</li><li>▪ Keine relevante Psychosomatose</li><li>▪ AU-Zeiten &lt; 6 Wochen bzw. häufige kürzere AU-Zeiten aufgrund der Erkrankung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Überwiegend AU-Zeiten &gt; 6 Wochen</li><li>▪ Häufig Komorbidität</li><li>▪ Entscheidung über Verbleib am Arbeitsplatz dringlich</li></ul>
<b>Inhalt</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Defizitorientiertes, arbeitsplatzbezogenes Muskelaufbautraining zur besseren Bewältigung des Arbeitsplatzes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation (MBOR)</li><li>▪ Möglichkeit der Folgeverordnung Medizinische Trainings-therapie (MTT)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Arbeitsplatzbezogene Begutachtung und Beurteilung von Einsatzfähigkeit und weiterer Prognose im Arbeitsprozess</li></ul>
<b>Ziel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Training, Verhaltensänderung und Selbstmanagement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Diagnose, Training, Selbstmanagement, Verhaltensänderung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Jobmatch, Entscheidung über weitere Tätigkeit</li></ul>

# BGM-iF

## Projektcharakteristika (1) :

- ▶ Individuelle Maßnahmen
- ▶ Arbeitsplatzbezogene Lösungsangebote
- ▶ Indikationsbezogene Therapie
- ▶ Berücksichtigung des Ausprägungsgrades der Erkrankung („je früher desto besser“)
- ▶ Zeitnaher Beginn der Maßnahme
- ▶ Niedrigschwellige Angebote

# BGM-iF

## Projektcharakteristika (2):

- ▶ Straffe Organisation der Abläufe
- ▶ Dichte Vernetzung der Leistungsanbieter
- ▶ Modulhafter Aufbau
- ▶ Qualifizierte Leistungserbringer
- ▶ Verfolgung der Nachhaltigkeit
- ▶ Intensiviertes Case-Management

# Definition BGM-iS

## BGM-iS

### Modul A

#### *Frühintervention bei Vorliegen einer beginn. skelett-musk. Erkrank.*

### Modul B

#### *Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation*

### Modul C

#### *Jobmatch*

#### Indikation

- ▶ Verbleib am Arbeitsplatz nicht gefährdet
- ▶ Medizinische Rehabilitation noch nicht indiziert
- ▶ Aber Verschlechterungsrisiko durch Erkrankung vorhanden

- ▶ Deutliche pathophysiolog. Veränderungen
- ▶ Singulär Bewegungsapparat betroffen
- ▶ Keine relevante Psychosomatose
- ▶ AU-Zeiten < 6 Wochen bzw. häufige kürzere AU-Zeiten aufgrund der Erkrankung

- ▶ Überwiegend AU-Zeiten > 6 Wochen
- ▶ Häufig Komorbidität
- ▶ Entscheidung über Verbleib am Arbeitsplatz dringlich

#### Inhalt

- ▶ Intensive Beratung über eigenständige Trainingsmaßnahmen, Infolyer, Leitlinien, Theraband, Präventionsdatenbank

- ▶ Information über Rehabilitationsmöglichkeit, Aufzeigen der Antragsabläufe,
- ▶ Flyer, Broschüre DRV

- ▶ Antrag nach § 51 auf LTA
- ▶ Aufzeigen von ergänzenden Trainingsmöglichkeiten
- ▶ Vorstellung BA

#### Ziel

- ▶ Eigenständiges Training, Verhaltensänderung und Selbstmanagement

- ▶ Diagnose, Training, Selbstmanagement, Verhaltensänderung

- ▶ Entscheidung über weitere Tätigkeit

# Einsteuerung BGM-innovativ

# Identifikation Kandidaten BGM-i

- ▶ Identifikation durch Kasse:
  - ▶ **Modul A:** Aktuelle AU mit M-Diagnose **und** >9 AU Tage in den letzten zwei Jahren mit einer M-Diagnose, ggf. Verordnung von Physiotherapie (finale Klärung steht noch aus)
  - ▶ **Modul B:** KG – Fallmanager, Kriterien zur Rehabilitation der DRV
  - ▶ **Modul C:** KG-Fälle, BEM-Fälle
- ▶ Arbeitsmedizin
- ▶ Eigenmeldung
- ▶ Niedergelassene Ärzte
- ▶ Betriebsrat
- ▶ Schwerbehindertenvertretung

# Information über Projekt BGM-i

- ▶ Ansprache durch Arbeitsmedizin
- ▶ Ansprache durch Fallmanager der BKK (Telefon, Anschreiben)
- ▶ Werbeaktion im Betrieb und Information (Plakat, Intranet)
- ▶ BEM – Team im Betrieb
- ▶ ggf. durch behandelnde Ärzte im ambulanten Bereich

# Kontaktaufnahme durch FM BKK

- ▶ Telefon: Kurzvorstellung des Projekts, Einladung zum Gespräch
- ▶ Brief: Vorstellung des Projekts, Mitsenden eines Flyers, Bitte um Kontaktaufnahme bei Interesse

# BGM-innovativ

## Modulabläufe

### Modul A

# BGM-iS Modul A

- ▶ **Kandidaten:** In diese Gruppe werden die Patienten mit subchronischen skelett-muskulären Erkrankungen eingeordnet. Kriterium: Vorhandene Erkrankung aus diesem Formenkreis, jedoch noch keine auffälligen AU-Zeiten. Ein Fortschreiten der Erkrankung droht bei nicht entsprechend geschultem Gesundheitsverhalten. Keine aktuelle Gefährdung des Arbeitsplatzes. Die Ermittlung der Kandidaten erfolgt i.w. durch BKK und Betriebsarzt.
- ▶ **Inhalt:** Unterstütztes Selbstmanagement, Aufzeigen von Trainingsmöglichkeiten, Überlassen von entsprechenden Tools und Hinweis auf erweiterte Kassenleistungen

# Inhalte Erstgespräch BGM-iS Modul A durch FM BKK

- ▶ Ziel und Gegenstand der Studie
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls A BGM-iF
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls A BGM-iS
- ▶ Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung
- ▶ Randomisierung
- ▶ Anamnese und Arbeitsplatzbeschreibung

**Cave: Bis hierhin sind die Abläufe in BGM-iF und BGM-iS identisch**

- ▶ Übergabe der BGM-iS Unterlagen: Infolyer, Trainingsvorschläge, etc.
- ▶ Hinweis auf mögliche Test-und Trainingsteilnahme nach Beendigung BGM-iS
- ▶ Übergabe Fragebogen und Freiumschlag

# BGM-iF Modul A

- ▶ Kandidaten: In diese Gruppe werden die Patienten mit subchronischen skelett-muskulären Erkrankungen eingeordnet. Kriterium: Vorhandene Erkrankung aus diesem Formenkreis, jedoch noch keine auffälligen AU-Zeiten. Ein Fortschreiten der Erkrankung droht bei nicht entsprechend geschultem Gesundheitsverhalten. Keine aktuelle Gefährdung des Arbeitsplatzes. Die Ermittlung der Kandidaten erfolgt i.w. durch BKK und Betriebsarzt.
- ▶ Inhalt: Defizitorientiertes, arbeitsplatzbezogenes Einzeltraining (Ausdauer, Geräte) über drei Monate nach einem individuellen Trainingsplan
- ▶ Testverfahren:
- ▶ Arbeitsplatzbezogene Funktionsanalyse (z.B. EFL-Screening )
- ▶ Herz-Kreislauf Test (z.B. IPN)
- ▶ PACT-Test
- ▶ Testung der Rumpfmuskelkraft (z.B. David-Test)
- ▶ BMI
- ▶ VAS (Visuelle analoge Schmerzscala)

# Modul A BGM-iF Charakteristika 1

- ▶ Orthopädische Erkrankungen mit geringem Ausprägungsgrad
- ▶ Keine oder geringe Fehlzeiten
- ▶ Identifizierung der TN durch die BKK oder die Arbeitsmedizin
- ▶ Detaillierte Arbeitsplatzbeschreibung durch Fallmanager der BKK
- ▶ Umfassende Erhebung des Fähigkeitsprofils in den teilnehmenden Testzentren
- ▶ Übermittlung von Trainingsplan und Testergebnissen an die BKK und an das Trainingscenter

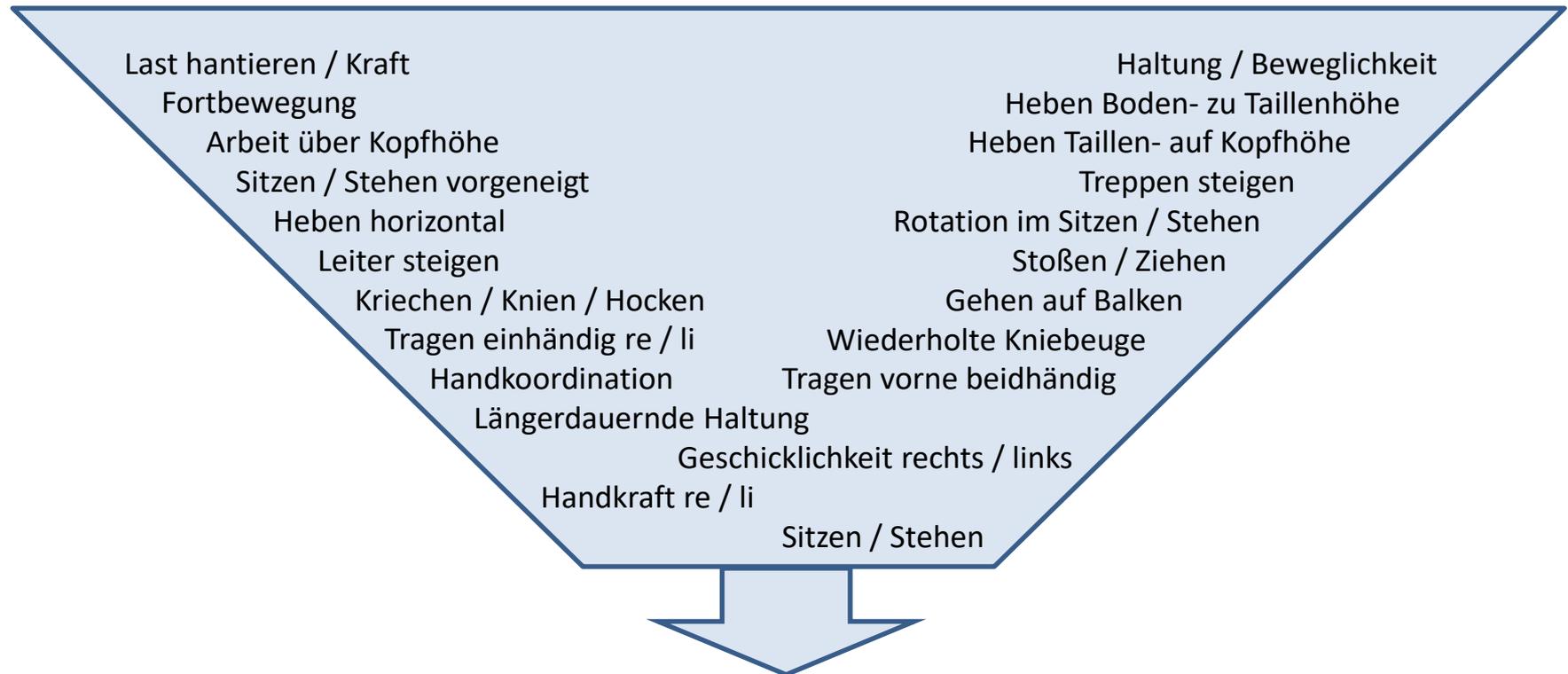
# Modul A BGM-iF Charakteristika 2

- ▶ Trainingseinweisung lt. Plan im Trainingszentrum
- ▶ Arbeitsplatzbezogene Medizinische Trainingstherapie schichtbegleitend über 3 Monate/ mindestens 2x pro Woche (mind. 24 Einheiten)
- ▶ Wöchentliche Anwesenheitskontrolle durch das Trainingszentrum (Unterschrift, Einlesen der Eintrittskarte) mit Rückmeldung an die Fallmanager der BKK
- ▶ Nach Abschluss der Re – Testung weiterführendes eigenständiges Training unter Begleitung der Fallmanager der BKK

# Modul A BGM-iF Testverfahren

- ▶ Bestandteile der BGM-iF Testung sind
  - ▶ Arbeitsplatzbezogenes Screening Testverfahren (EFL, Ala)
  - ▶ Isometrische Rumpfmuskelkraft (z.B. DAVID – Test = biomechanische Funktionsanalyse der Wirbelsäule)
  - ▶ PACT – Test (Selbsteinschätzung der körperlichen Fähigkeiten)
  - ▶ Herz-Kreislauf Test (z.B. IPN)
  - ▶ Body Mass Index
  - ▶ VAS (Visuelle Analoge Schmerzcala)
  
- ▶ Profilabgleich im Testzentrum und Erstellung eines defizitorientierten und arbeitsplatzbezogenen Trainingsplans

# Testelemente der EFL



5 Tests / Patient

# Ablauf Modul A BGM-iF

Identifikation BKK/  
Betriebsärzte



Vorstellung FM BKK:  
Projektaufklärung/ TE  
Arbeitsplatzbeschreibung  
Patientenanamnese



Anmeldung  
1. Test

EFL-Screening Test  
Funktioneller Test der  
Rumpfmuskulatur  
PACT-Test, BMI,  
Herz-Kreislauf-Test,  
VAS

Trainingsplan

aMTT:  
3 Monate  
2x Woche

Anmeldung  
2. Test



Korrigierter  
Trainingsplan

EFL-Screening Test  
Funktioneller Test der  
Rumpfmuskulatur  
PACT-Test, BMI,  
Herz-Kreislauf-Test,  
VAS

Kurzbericht an BKK  
und an BA:  
EFL-Entwicklung  
Krankheitsprognose  
Therapieempfehlung



Freies, durch FM  
BKK begleitetes  
Training

# Aufgaben Fallmanager Modul A

## BGM-iF 1

- ▶ Kontaktaufnahme zum Kandidaten
- ▶ Persönliches Gespräch (in der Kasse oder im Betrieb) zur Projektdarstellung, Formularbearbeitung, Randomisierung
- ▶ Anmeldung 1. Testung im Rehasentrum

### Rückmeldung aus Rehasentrum: Mitteilung Ersttermin Testung

- ▶ Schriftliche Einladung zur Testung durch FM mit weiteren Projektinformationen (Kleidung, Zeitumfang, Abmeldung im Krankheitsfall, etc....)

# Aufgaben Fallmanager Modul A

## BGM-iF 2

- ▶ Überwachung der Trainingsdurchführung und Kontaktaufnahme zum Teilnehmer bei Abbruch/ unregelmäßiger Durchführung der Maßnahme

### Rückmeldung aus Rehasentrum: Mitteilung Zweittermin Testung

- ▶ Schriftliche Einladung zur Zweittestung durch FM
- ▶ Nach Erhalt des Kurzberichts Kontaktaufnahme zum Versicherten und Klärung des weiteren Trainingsablaufs
- ▶ Nach 2. Testung: Kontaktaufnahme alle drei Monate zur Abfrage der Trainingsfortführung
- ▶ Erneute Intervention bei auftretenden Problemen

# Inhalte Erstgespräch BGM-iF Modul A durch FM BKK

- ▶ Ziel und Gegenstand der Studie
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls A BGM-iF
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls A BGM-iS
- ▶ Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung
- ▶ Randomisierung
- ▶ Anamnese und Arbeitsplatzbeschreibung

**Cave: Bis hierhin sind die Abläufe in BGM-iF und BGM-iS identisch**

- ▶ Ausfüllen der Projektformulare , Übergabe der Kontaktdaten der teilnehmenden Test- und Trainingszentren an Teilnehmer
- ▶ Anmeldung Testzentrum zur 1. Testung
- ▶ Übergabe Fragebogen und Freiumschlag

# Projektunterlagen BGM-iF Modul A Fallmanager

- ▶ Teilnahmeerklärung BGM-innovativ (Original verbleibt bei FM, Kopie an Teilnehmer, Betriebsarzt, Testeinrichtung, Trainingseinrichtung)
- ▶ Aushändigung Fragenbogen BGM-i
- ▶ **Erstellung Anamnesebogen\***
- ▶ **Erstellung Arbeitsplatzbeschreibung**
- ▶ Unterschriebener Ablaufplan des BGM-iF -Moduls A (Kopie an den Versicherten)
- ▶ Kontaktdatenblatt Testeinrichtung (Aushändigung an Teilnehmer)
- ▶ **Infoblatt Teilnehmerkontaktdaten**
- ▶ 1. Einladung zur Testung
- ▶ Kontaktdatenblatt Trainingseinrichtung
- ▶ 2. Einladung zur Testung (Re-Test)

\* Rot sind die Unterlagen gekennzeichnet, die an die Testeinrichtung gehen.

# Ablaufcharakteristika BGM-iF Modul A

- ▶ Testeinrichtung muss nicht identisch mit Trainingseinrichtung sein (z.B. betriebseigenes Trainingszentrum, kooperierendes Trainingszentrum in betrieblicher Nähe)
- ▶ Qualität der Trainingseinrichtung: Strukturvoraussetzungen für MTT nach DRV-Anforderungen sind erfüllt
- ▶ Wöchentliche Information über Trainingsteilnahme
- ▶ Ggf. Ausschreibung aus dem Projekt bei häufigem unentschuldigtem Fehlen
- ▶ Info an Trainingseinrichtung bei Ausfall durch Krankheit, Urlaub, etc.
- ▶ Rückerstattung der Trainingskosten bei Nachweis der Durchführung
- ▶ Nachbetreuung über 2 Jahre

# BGM-innovativ

## Modulabläufe

### Modul B

# BGM-iS Modul B

- ▶ **Kandidaten:** In dieser Gruppe werden die Versicherten mit mittelschweren bis schweren skelett-muskulären Erkrankungen versorgt. Bei den Versicherten finden sich Arbeitsunfähigkeiten von bis zu 6 Wochen bzw. häufig kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund der Erkrankung. Die Erwerbsfähigkeit im Sinne der Rentenversicherung muss erheblich gefährdet oder gemindert sein (§ 10 SGB VI).
- ▶ **Inhalt:** Es wird ein intensive Information über die Möglichkeit einer Rehabilitation durchgeführt, Unterlagen zur Reha und zum Rehaantrag, Broschüre zur Rehabilitation wird ausgehändigt, Erläuterung der weiteren Wege für den Antrag

# Inhalte Erstgespräch BGM-iS Modul B durch FM BKK

- ▶ Ziel und Gegenstand der Studie
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls B BGM-iF
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls B BGM-iS
- ▶ Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung
- ▶ Randomisierung
- ▶ Anamnese und Arbeitsplatzabfrage
- ▶ **Cave: Bis hierhin sind die Abläufe in BGM-iF und BGM-iS identisch**
- ▶ Übergabe von DRV Informationsbroschüren , Hinweise zum weiteren Ablauf der Antragsstellung
- ▶ Übergabe Fragebogen und Freiumschlag

# BGM-iF Modul B

- ▶ **Kandidaten:** In dieser Gruppe werden die Versicherten mit mittelschweren bis schweren skelett-muskulären Erkrankungen versorgt. Bei den Versicherten finden sich Arbeitsunfähigkeiten von bis zu 6 Wochen bzw. häufig kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund der Erkrankung. Die Erwerbsfähigkeit im Sinne der Rentenversicherung muss erheblich gefährdet oder gemindert sein (§ 10 SGB VI).
- ▶ **Inhalt:** Die arbeitsplatzbezogene Therapie besteht aus einer multimodalen orthopädischen Rehabilitationsmaßnahme nach den Qualitätskriterien der Deutschen Rentenversicherung (Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)).
- ▶ **Reha-Inhalte** (arbeitsplatzbezogen):
  - ▶ EFL-Screening
  - ▶ 2 x EFL-Training
  - ▶ Zusätzliche Trainingseinheiten nach Anforderungen des konkreten Arbeitsplatzes (10 Einheiten pro dreiwöchigem Aufenthalt)
  - ▶ Motivationale psychologische Einzelgespräche

# Modul B BGM-iF Charakteristika 1

- ▶ Ambulante Unterstützungsmaßnahmen sind ausgeschöpft, es liegen vermehrt und längere AU – Zeiten vor
- ▶ Einsteuerung in den Rehabilitationsprozess durch BKK Fallmanager
- ▶ Medizinischer Befundbericht und Arbeitsplatzbeschreibung über die Arbeitsmedizin (Betriebsarztverfahren)
- ▶ Sämtliche weiteren Dokumente (incl. einer Erstellung der Arbeitsplatzbeschreibung aus Sicht des Arbeitnehmers) durch den BKK Fallmanager

# Modul B BGM-iF Charakteristika 2

- ▶ Projektzuständige Ansprechpartner für die Antragsstellung in den zuständigen Rentenversicherungen
- ▶ Beschleunigtes Genehmigungsverfahren durch die Rentenversicherungen
- ▶ Maßnahmenbeginn innerhalb von 2 Monaten nach Antragstellung
- ▶ Einsteuerung in definierte Zielkliniken, die Projekterfahrung besitzen

# Ablauf Modul B BGM-iF

Identifikation per EDV

Betriebsärzte



Betriebsärzte erstellen med.  
Befundbericht und AP-Beschreibung



Vorstellung FM Kasse  
Reha-Aufklärung/motivationale  
Arbeit

Erstellung des Reha-Antrags



Weiterleitung Reha-  
Antrag an DRV-  
Projektpartner



Info über Reha-  
Genehmigung an  
Versicherten und FM

Ggf. Unterstützung  
beim Ausfüllen der  
Unterlagen aus der  
Reha-Klinik durch  
FM



Reha mit Anschluss-  
terminierung zur  
Vorstellung FM und BA



Kurzbericht an BA/BKK  
Arbeitsplatzeinsatz  
Krankheitsprognose  
Therapieempfehlung  
Reha-Sport, etc.



Vorstellung nach Reha bei  
BA und FM zur Einleitung  
empfohlener Maßnahmen  
(Reha-Sport, BEM, etc.)



# Aufgaben Fallmanager der BKK BGM-iF

## Modul B

- ▶ Kontaktaufnahme zu dem Kandidaten/ Terminvereinbarung Gespräch
- ▶ Persönliches Gespräch (in der Kasse oder im Betrieb) zur Projektdarstellung, Formularbearbeitung, Rehabilitationsmotivation
- ▶ Versand des Reha-Antrags an den DRV-Projektpartner
- ▶ Nach Reha-Genehmigung Vorbereitung der Reha und Hilfe beim Ausfüllen der Klinikunterlagen
- ▶ Terminvereinbarung mit der Klinik zur Nach-Rehavorstellung
- ▶ Ausführliches Gespräch nach der Reha: Reha-Sport, Arbeitsplatzproblem, nachhaltiges Reha-Verhalten
- ▶ Unterstützung bei problematischer BEM-Situation

# Inhalte Erstgespräch BGM-iF Modul B durch FM BKK

- ▶ Ziel und Gegenstand der Studie
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls B BGM-iF
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls B BGM-iS
- ▶ Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung
- ▶ Randomisierung
- ▶ Anamnese und Arbeitsplatzabfrage

**Cave: Bis hierhin sind die Abläufe in BGM-iF und BGM-iS identisch**

- ▶ Ausfüllen der Projektformulare , Kontaktaufnahme zum BA und Anmeldung Teilnehmer für Med. Befundbericht und Arbeitsplatzbeschreibung
- ▶ Übergabe Fragebogen und Freiumschlag

# Projektunterlagen BGM-iF Modul B Fallmanager

- ▶ Teilnahmeerklärung BGM-innovativ (Original verbleibt beim Fallmanager, Kopie an Teilnehmer, Betriebsarzt, Testeinrichtung, Trainingseinrichtung)
- ▶ Aushändigung Fragenbogen BGM-i
- ▶ Formulare G 100 und G 110 (gekennzeichnet mit „**BGM-innovativ**“ für DRV-Mitarbeiter)
- ▶ Arbeitsplatzabfrage
- ▶ Medizinischer Befundbericht des Betriebsarztes
- ▶ Ggf. Anforderung medizinischer Unterlagen von behandelnden Ärzten

\* Rot sind die Unterlagen gekennzeichnet, die an die Testeinrichtung gehen.

# Nach-Reha-Besprechung durch FM BKK

## BGM-iF Modul B

- ▶ Besprechung der Ergebnisse der Rehabilitation
- ▶ Einleitung des Reha-Sports, falls dieser verordnet wurde
- ▶ Klärung, ob eine Verordnung nachwirkend ausgestellt werden soll, falls keine Verordnung aus der Reha-Einrichtung vorliegt
- ▶ Einleitung eines Gesprächs beim Betriebsarzt, falls eine Arbeitsplatzproblematik vorliegt
- ▶ Klärung des Unterstützungsbedarfs, falls eine problematische BEM-Situation besteht
- ▶ Frage: Was hindert Sie daran, den alten Arbeitsplatz wieder aufzunehmen?

# BGM-innovativ

## Modulabläufe

### Modul C

# BGM-iS Modul C

- ▶ **Kandidaten:** In dieser Gruppe werden die Versicherten mit schweren skelett-muskulären Erkrankungen versorgt. Bei den Versicherten finden sich AU-Zeiten von über 6 Wochen, Komorbidität sowie ein drohender Arbeitsplatzverlust. Die Entscheidung über den Verbleib am Arbeitsplatz ist dringlich.
- ▶ **Inhalt:** Es werden alle Möglichkeiten sondiert, um eine Aussage zu erhalten, ob und in welchem Umfang der Versicherte betrieblich eingesetzt werden: Vorstellung beim Betriebsarzt, erweiterte Trainingsmöglichkeiten, Vorstellung beim Facharzt zur weiteren Abklärung, Veranlassen einer Maßnahme nach § 51 über den MDK. Die Ermittlung der Kandidaten erfolgt durch die BKK und den Betriebsarzt

# Inhalte Erstgespräch BGM-iS Modul A durch FM BKK

- ▶ Ziel und Gegenstand der Studie
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls A BGM-iF
- ▶ Ziel und Inhalt des Moduls A BGM-iS
- ▶ Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung
- ▶ Randomisierung
- ▶ Anamnese und Arbeitsplatzbeschreibung

**Cave: Bis hierhin sind die Abläufe in BGM-iF und BGM-iS identisch**

- ▶ Informationen über weiterführende mögliche Maßnahmen: Vorstellung BA, Frage LTA, Einleitung einer Rehabilitation, Verweis an Versichertenservice DRV
- ▶ Übergabe Fragebogen und Freiumschlag

# BGM-iF Modul C (1)

- ▶ **Kandidaten:** In dieser Gruppe werden die Versicherten mit schweren skelett-muskulären Erkrankungen versorgt. Bei den Versicherten finden sich AU-Zeiten von über 6 Wochen, Komorbidität sowie ein drohender Arbeitsplatzverlust. Die Entscheidung über den Verbleib am Arbeitsplatz ist dringlich. Fragestellung: Ob und in welchem Umfang kann der Versicherte betrieblich eingesetzt werden (nicht nur Betrachtung des Defizits, sondern Sondierung der alternativen Einsatzmöglichkeiten). Die EFL-Testung wird arbeitsplatzbezogen durchgeführt, weitere Testmodule werden jedoch zusätzlich eingefügt. Die Ermittlung der Kandidaten erfolgt durch die BKK und den Betriebsarzt

# BGM-iF Modul C (2)

- ▶ **Inhalt:** Die arbeitsplatzbezogene Maßnahme besteht aus einer zweitägigen ambulanten Begutachtung und Beurteilung von Einsatzfähigkeit und weiterer Prognose im Arbeitsprozess; ggf. Antrag zur Rehabilitation durch die DRV oder Einleitung einer LTA
- ▶ **Testverfahren:**
  - ▶ großer EFL-Test an 2 Tagen
  - ▶ Eingehende fachorthopädische Begutachtung
  - ▶ Psychologische Testverfahren und Begutachtung
  - ▶ Ausführliche schriftliche Stellungnahme und präzise Beurteilung der weiteren Einsatzfähigkeit

# Modul C BGM-iF Charakteristika

- ▶ Langzeiterkrankte und/ oder leistungsgewandelte Mitarbeiter, bei denen eine Wiedereingliederung am Arbeitsplatz fraglich ist
- ▶ Identifizierung durch die BKK Salzgitter und Arbeitsmedizin
- ▶ Betriebsarzt erstellt medizinischen Befundbericht und Arbeitsplatzbeschreibung
- ▶ Betriebsarzt formuliert spezifische arbeitsplatzbezogene Fragestellungen bezüglich der Testverfahren
- ▶ Intensive zweitägige ambulante arbeitsplatzbezogene Diagnostik

# Modul C BGM-iF Inhalte

- ▶ Umfassender orthopädisch – medizinischer Gesundheitsstatus
- ▶ Kompletter zweitägiger EFL – Test mit allen 29 Stationen
- ▶ Standardisierte psychologische Befunderhebung (z.B. AVEM, Depressionsskalen, IRIS, Mini – DIPS, Messung von Angststörungen)
- ▶ Koordination aller beteiligten Professionen im Testzentrum zur Formulierung einer Empfehlung an die Arbeitsmedizin/ BKK

# Modul C BGM-iF Inhalte

- ▶ Gutachterliche Stellungnahme zur arbeitsplatzbezogenen Einsatzfähigkeit mit prognostischer Einschätzung und Benennung von Therapieoptionen
- ▶ Erstellung eines individuellen Einsatzprofils des Betroffenen für die Entwicklung eines BEM – Planes zusammen mit der Arbeitsmedizin
- ▶ Ggf. Einleitung einer LTA
- ▶ Spezielles Trainingsangebot zur besseren Bewältigung einer neuer Arbeitsplatzanforderung im Rahmen des BEM

# Ablauf Modul C BGM-iF

Identifikation per EDV  
Betriebsärzte



Anruf/ Anschreiben FM  
Projektaufklärung und Einwilligung  
Arbeitsplatzbeschreibung durch BA  
Patientenanamnese, Befunde  
andere Ärzte



Kompletter EFL-Test,  
Orthopädische und  
psychologische  
Begutachtung über 2 Tage



Maßnahmeneinleitung:  
Rehabilitation (Modul B)  
LTA  
Arbeitsplatzwechsel  
Individuelles Training



Vorstellung BA und/ oder FM



Kurzinfo an BKK/ ausführlicher  
Bericht an BA  
Jobmatch  
Krankheitsprognose  
Therapieempfehlung  
Einsatz am Arbeitsplatz  
Präzise Beurteilung der Einsatzfähigkeit

# Aufgaben Fallmanager der BKK BGM-iF

## Modul C

- ▶ Kontaktaufnahme zu dem Kandidaten/ Terminvereinbarung Gespräch
- ▶ Persönliches Gespräch (in der Kasse oder im Betrieb) zur Projektdarstellung, Formularbearbeitung,
- ▶ Anmeldung und Terminierung der zweitägigen Testung in der Testeinrichtung
- ▶ Information über Terminierung an Arbeitsmedizin
- ▶ Schriftliche Erinnerung des Versicherten an die Terminvereinbarung zur Testung
- ▶ Ausführliches Gespräch nach der Testung und Vereinbarung eines Vorstellungstermins bei der Arbeitsmedizin
- ▶ Unterstützung bei empfohlenen Maßnahmen
- ▶ Unterstützung bei problematischer BEM-Situation

# Inhalte Erstgespräch BGM-iF Modul C durch FM BKK

- ▶ Ziel und Gegenstand der Studie
  - ▶ Ziel und Inhalt des Moduls A BGM-iF
  - ▶ Ziel und Inhalt des Moduls A BGM-iS
  - ▶ Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung
  - ▶ Randomisierung
  - ▶ Anamnese und Arbeitsplatzbeschreibung
- Cave: Bis hierhin sind die Abläufe in BGM-iF und BGM-iS identisch**
- ▶ Ausfüllen der Projektformulare , Übergabe der Kontaktdaten des teilnehmenden Testzentrums an Teilnehmer, Anforderung Arbeitsplatzbeschreibung und betriebliche Fragestellung von BA
  - ▶ Anmeldung im Testzentrum zur Testung
  - ▶ Übergabe Fragebogen und Freiumschlag

# Projektunterlagen BGM-iF Modul C

## Fallmanager

- ▶ Teilnahmeerklärung BGM-innovativ (Original verbleibt beim Fallmanager, Kopie an Teilnehmer, Kopie für Betriebsarzt, Testeinrichtung, Trainingseinrichtung)
- ▶ Aushändigung Fragenbogen BGM-i
- ▶ **Erstellung Anamnesebogen\***
- ▶ **Erstellung Arbeitsplatzbeschreibung**
- ▶ Kontaktdatenblatt Testeinrichtung (Aushändigung an Teilnehmer)
- ▶ Infoblatt Teilnehmerkontaktdaten
- ▶ **Einladung zur Testung**

\* Rot sind die Unterlagen gekennzeichnet, die an die Testeinrichtung gehen.

# BGM-innovativ

Wie geht es weiter?

## Regionale Schulungen

# BGM-innovativ

## Inhalte regionale Schulungen:

- ▶ Kennenlernen der Projektpartner aus Kasse, Testeinrichtung, Trainingseinrichtung, Betriebsarzt, Betrieb
- ▶ Darstellung der Kommunikationswege und der zu verwendenden Formulare
- ▶ Darstellung der Projektabläufe im gemeinsamen Rahmen
- ▶ Ggf. Besichtigung der Test – und/ oder Trainingseinrichtung
- ▶ Ggf. gemeinsame Begehung der betrieblichen Arbeitsplätze

# BGM-innovativ

Termine regionale Schulungen (anders als im Handout-auch vorläufig):

- ▶ Ende Mai: Hannover, Salzgitter, Braunschweig
- ▶ 26.05.2017 Regensburg
- ▶ 29.05.2017 Ulm/ Vöhringen/ Rottweil
- ▶ 30.05.2017 Berlin
- ▶ 08./09.06.2017 Leipzig, Radebeul
- ▶ 16.06.2017 Duisburg, Mühlheim, Düsseldorf
- ▶ 17.06.2017 Köln
- ▶ 23.06.2017 Würzburg, Schweinfurth, Obernburg (ggf. Tausch mit Weinheim)
- ▶ 24.06.2017 Weinheim

# BGM-innovativ

Wie geht es weiter?

## Unterlagen

# BGM-innovativ

Logo für Flyer, Plakate, Anschreiben:



# BGM-innovativ

## Erstellung von projektspezifischen Unterlagen:

Logo für Flyer, Plakate, Anschreiben:

- ▶ Fallführungsunterlagen für die Fallmanager: Anamnese, Meldung an Test – Trainingseinrichtungen, Tabellen zur Fallführung, Arbeitsplatzbeschreibung,...
- ▶ Unterlagen für die Test und Trainingszentren: Testauswertungen, Trainingspläne, Kurzberichte.....
- ▶ Unterlagen für die Fallmanager: Evaluation und Randomisierung
- ▶ Betriebliches Informationsmaterial
- ▶ ??????????????????????????????

# BGM-innovativ

## Projektmanual

Es wird ein Projektmanual zur Verfügung gestellt, in dem alle wesentlichen Inhalte und Zusatzinformationen zum Projekt enthalten sind

Darin enthalten sind auch Kontaktlisten und Ansprechpartner für verschiedene Projektthemen

Material für BGM-iS wird ebenfalls zur Verfügung gestellt. Flyer und Informationsmaterial befinden sich in finaler Abstimmung

# BGM-innovativ

Wie geht es weiter?

## Coaching

# BGM-innovativ

Es ist ein Projektbegleitendes Coaching über den gesamten Projektzeitraum vorgesehen

Abläufe Test – und Trainingszentren/ fachliche Beratung bei der Implementierung:

Ansprechpartner Herr Gerhard Schnalke, Geschäftsführer des ARC Braunschweig

Abläufe Fallmanagement/ fachliche Begleitung bei der Implementierung:

Ansprechpartnerin Dr. med. Birgit Leineweber, BGM

# BGM-innovativ

## **Anmerkung:**

Tabellen und Diagramme sind dem BKK Gesundheitsreport 2013 mit Aktualisierung durch den BKK DV mit Zahlen von 2015 entnommen

# Dr. med. Birgit Leineweber

**Fachärztin für Allgemeinmedizin**  
**Betriebliches Gesundheitsmanagement**  
**Leiterin BKK MedPlus Center**  
**Kontaktdaten im Projekt:**



**Anlage 7:**

**Lehmann, B. A., Lindert, L., Ohlmeier, S., Schlomann, L., Pfaff, H., & Choi, K. E. (2020). "And Then He Got into the Wrong Group": A qualitative study exploring the effects of randomization in recruitment to a randomized controlled trial. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 1886.**

abrufbar unter: <https://doi.org/10.3390/ijerph17061886>

**Anlage 8:**

**Schubin, K., Schlomann, L., Lindert, L., Pfaff, H., & Choi, K. E. (2020). Occupational physicians' perspectives on determinants of employee participation in a randomized controlled musculoskeletal health promotion measure: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7445.**

abrufbar unter: <https://doi.org/10.3390/ijerph17207445>

**Anlage 9:**

**Choi, K. E., Lindert, L., Schlomann, L., Samel, C., Hellmich, M., & Pfaff, H. (2021). A cross-provider healthcare management program for musculoskeletal disorders: results of a randomized controlled trial in 22 German companies. International journal of environmental research and public health, 18(22), 11844.**

abrufbar unter: <https://doi.org/10.3390/ijerph182211844>