



BETRIEBLICHE
KRANKENVERSICHERUNG e.V.



ABSCHLUSSBERICHT 2017

der Dachkampagne: Zeit für mich

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Einleitung.....	5
1. Der BKV e.V.	6
2. Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit psychischer Erkrankungen	7
3. Psychische Erkrankungen und psychische Gesundheit.....	14
4. Stress als Auslöser für psychische Erkrankungen.....	18
5. Die Dachkampagne "Zeit für mich".....	20
Fazit.....	26
Literaturverzeichnis	28
Tabellenverzeichnis	31
Abbildungsverzeichnis	32

Impressum

BKV – Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e. V.
Albrechtstraße 22
10117 Berlin

Telefon: +49 (0) 30 / 847 10 61-0
E-Mail: info@bkv-verein.de

Abkürzungsverzeichnis

AU-Fälle	Arbeitsunfähigkeitsfälle
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BKK	Betriebskrankenkasse
BKKiU	Betriebskrankenkassen im Unternehmen e.V.
BKV e.V.	Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
GBD	GBD 2017 Risk Factors Collaborators
KG-Tage	Krankengeldtage
RKI	Robert Koch-Institut
WHO	World Health Organization

¹ Heute Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU).

Einleitung

Selten zuvor nahm die psychische Gesundheit einen derart großen Stellenwert in der öffentlichen Wahrnehmung ein wie heute. Immer präsenter wird auch in Medien thematisiert, dass wenn die Psyche krank, der Mensch krank ist. Das mentale Wohlbefinden bestimmt ausschlaggebend die Lebensqualität von Betroffenen und ist ein zentrales Fundament für Leistungsfähigkeit sowie Teilhabe am sozialen Leben. Mit psychischen Leiden steht eine Vielzahl von chronischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs im Zusammenhang (WHO 2019). Allein in Deutschland leiden 17,8 Millionen Menschen und damit rund jeder Vierte unter einer psychischen Erkrankung¹ (Jacobi et. al. 2016: 89). In der Europäischen Union sind jedes Jahr mehr als ein Drittel der Bevölkerung betroffen. Darunter sind Angststörungen und Depressionen am häufigsten vertreten (Wittchen et. al. 2011: 655).

Die gravierenden Folgen, die mit psychischen Leiden für zahlreiche Betroffene² und Angehörige einhergehen, stellen nicht die einzige Last dar. Erkrankungen der Psyche sind aufgrund der hohen Prävalenzen und Krankheitslast eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitssystem in der europäischen Region nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (WHO 2013: 2). Steigende Zahlen zur Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen oder Syndrome konfrontieren Unternehmen und die gesamte Volkswirtschaft mit Ausgaben in Milliardenhöhe. In Deutschland betragen die Produktionsausfallkosten im Jahr 2019 13,3 Milliarden Euro, was 0,4 % vom Bruttonationaleinkommen ausmachte. Der Ausfall an Bruttowertschöpfung belief sich auf 22,8 Milliarden Euro und damit 0,7 % des Bruttonationaleinkommens. Damit verursachen psychische Störungen in der Bundesrepublik nach Muskel-Skelett-Erkrankungen die zweithöchsten volkswirtschaftlichen Kosten (BMAS 2020: 44f.).

Vor dem Hintergrund der immer komplexeren Belastungen unserer heutigen Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft sowie der steigenden Digitalisierung und Globalisierung, stellt der Balanceakt

zwischen Arbeits- und Auszeiten für viele Menschen eine zunehmende Herausforderung dar. Neue Technologien ermöglichen uns einerseits Freiheiten, jedoch erschweren Sie gleichzeitig wortwörtlich das „Abschalten“ von Smartphones und Laptops sowie eine klare Trennung zwischen Beruf und Privatleben. Während in der früheren Stressforschung primär physikalische Stressoren und Noxen im Vordergrund standen, werden heute zunehmend psychosoziale Anforderungen im Arbeits- und Privatleben thematisiert, die eine Stressreaktion in unserem Körper auslösen und zu psychischen Leiden beitragen können (Roch / Hampel 2020: 349).

Stress und Belastungen sind nicht immer vermeidbar, weshalb es umso wichtiger ist zu wissen, wie diesen Faktoren entgegengewirkt werden kann. Zu erkennen was einen stresst und welche individuellen Techniken und Ressourcen uns wieder in das nötige Gleichgewicht bringen, stärkt unsere Widerstandsfähigkeit. Mit dem Ziel, Versicherten vor dem Hintergrund der Prävention psychischer Erkrankungen alltagstaugliche Tipps und Unterstützung zur Stärkung der persönlichen Ressourcen zu geben, führte der BKV e.V. in Zusammenarbeit mit seinen Mitglieds-kassen im Jahr 2017 die Dachkampagne „Zeit für mich“ durch. In zahlreichen Print- und Online-Medien, Vorträgen, Workshops und verschiedenen Aktionen lag der Fokus auf einem präventiven und positiven Ansatz, um das Bewusstsein für individuelle Aus- und Entspannungszeiten zu erhöhen – bevor stress-assoziierte Erkrankungen entstehen können.

Der folgende Dachkampagnenbericht verdeutlicht anhand aktueller Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit und theoretischer Hintergründe zu psychischen Erkrankungen die brisant steigende Notwendigkeit für Präventionsangebote. Das Herzstück des Berichtes umfasst einen Überblick über die Dachkampagne „Zeit für mich“ mit entsprechender Auswertung, wie Betriebskrankenkassen die Kampagne umsetzten und diese bei den Versicherten und Mitarbeitenden der Trägerunternehmen angenommen wurde.

¹ In dem vorliegenden Bericht kommt den Begrifflichkeiten Psychische Erkrankung und Psychische Störung die gleiche Bedeutung zu, weshalb sie fortan synonym gebraucht werden.

² Sofern in dem weiterführenden Bericht keine gendersensible Bezeichnung wie „Betroffene“, „Mitarbeitende“ etc. erfolgt, wird aus Gründen der leichteren Lesbarkeit von „Teilnehmern“, „Referenten“ etc. in der männlichen Form gesprochen. Betrifft der Gegenstandsbereich nur Frauen oder Männer, wird dies ausdrücklich erwähnt.

1. Der BKV e. V.

Die Vereinsgründung im Jahr 2005 erfolgte in stürmischen Zeiten. Die erhebliche Verschuldung einzelner Krankenkassen schürt die aufkommende Debatte über die vermeintlich richtige Zahl und Größe von Kassen. 262 Krankenkassen existierten noch seit der Einführung des freien Kassenwahlrechts aus dem Jahr 1996 und diversen Krankenkassenfusionen, die daraufhin folgten. Der damaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) waren die 262 Krankenkassen allerdings noch zu viel und sie sprach sich für 30 bis 50 Krankenkassen aus. Die Krankenkassenvielfalt stand damit zur Disposition und auch die Existenz der unternehmensbezogenen Betriebskrankenkassen wurde in Frage gestellt. Dies wollten 16 unternehmensbezogene Betriebskrankenkassen (im folgenden BKKn), u.a. Daimler BKK, BMW BKK, BKK PwC nicht hinnehmen und gründeten am 24. Februar 2005 den Verein Betriebskrankenkassen im Unternehmen e.V. (kurz: BKKiU). Die Vereinsmitglieder einte das gemeinsame Selbstverständnis, dass unternehmensbezogene BKKn zum originären Kernbestand des BKK-Systems gehören und den eigentlichen Grundgedanken der Betrieblichen Krankenversicherung als echter betrieblicher Solidargemeinschaft verkörpern.

BKKiU erreicht wichtige politische Ziele

Mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG), welches am 01. April 2007 in Kraft trat, konnte der BKKiU wichtige politische Ziele durchsetzen. So hält es für BKKn die Option des Betriebs-/Unternehmensbezuges ohne zeitliche Befristung aufrecht. Eine Zwangsöffnung und Mindestgröße von Krankenkassen kommen nicht. Damit war die Existenzgrundlage der traditionell unternehmensbezogenen BKKn gesichert.

In den folgenden Jahren verfolgte der BKKiU die politischen Bemühungen um eine Einführung eines Präventionsgesetzes. Die Mitgliedskrankenkassen zeichnen sich in der Prävention, insbesondere in der Betrieblichen Gesundheitsförderung, als Vorreiter aus. Durch ihren besonderen Status als eigene Krankenkasse des Unternehmens hat die BKK eine große Nähe zu den Versicherten und zum Trägerunternehmen. Sie kennt die betriebliche Praxis im Trägerunternehmen wie keine andere Krankenkasse. Somit kann sie auf die Bedürfnisse und Wünsche gleichermaßen eingehen und eine maßgeschneiderte Versorgung und Betreuung anbieten. Ein Präventionsgesetz kam dann letztendlich am 18. Juni 2015 zustande. Als „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ wurde es vom Deutschen Bundestag verabschiedet. Auch hier konnte sich der Verein erfolgreich einbringen.

Gründung von BKV e.V.

Sieben Jahre nach Gründung entwickelte sich BKKiU mit einem breit angelegten Strategieprozess unter den Mitgliedskrankenkassen weiter. Sichtbare Veränderung ist die Umbenennung in Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V. (kurz: BKV e.V.). Eine entsprechende Satzungsänderung ermöglicht es, auch „still“ geöffnete BKKn als Vereinsmitglieder aufzunehmen, vorausgesetzt, sie agieren wie eine unternehmensnahe BKK. Neumitglieder sind die BKKn Bertelsmann, Bosch und TUI. Neben der politischen Interessenvertretung sind auch Kooperationen unter den Mitgliedskassen heute ein wichtiger Bestandteil der Aufgaben des BKV e.V., die sich in zahlreichen Projekten und Arbeitsgruppen widerspiegelt. Im Jahr 2020 gehören der Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V. 26 Mitgliedskassen mit insgesamt rund 1 Million Versicherten an. Weitere Informationen zum Verein erhalten Sie unter: www.bkv-verein.de

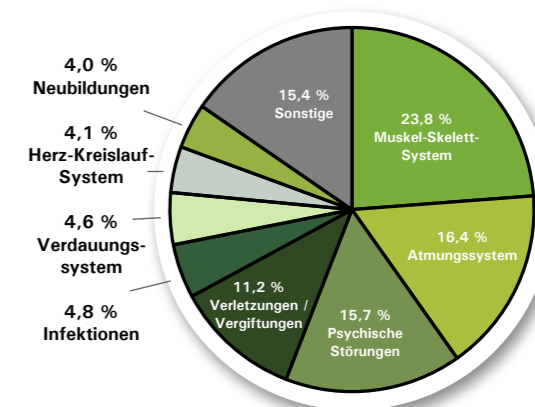
2. Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit psychischer Erkrankungen

Anstelle der früher überwiegend physischen Anforderungen, steht in unserer heutigen Lebenswelt primär die psychische Leistungsfähigkeit im Mittelpunkt. Dauerhafte Belastungen sowohl im Berufs- als auch Privatleben wirken sich zunehmend nicht nur auf die körperliche Gesundheit, sondern auch auf das psychische Wohlbefinden vieler Menschen aus. Daraus resultieren schwerwiegende Folgen für Betroffene und Familienangehörige, aber auch für Arbeitgeber und die gesamte Volkswirtschaft. Lange Arbeitsunfähigkeit, verminderte Leistung und zahlreiche Frühberentungen verdeutlichen die ernstesten Konsequenzen. Die Ausgaben für Unternehmen und die Volkswirtschaft aufgrund psychischer Erkrankungen belaufen sich auf Milliardenhöhe. Die Tendenz ist weiter steigend.

Die folgenden Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit sowie den damit einhergehenden Kosten beziehen sich auf Angaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS 2020) und des BKK Dachverbandes (Knieps / Pfaff 2019) aus dem Berichtsjahr 2018. Die Daten des BMAS sind auf Berechnungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) auf Basis verschiedener Krankenkassenverbände zurückzuführen. Die Werte des BKK Dachverbandes beziehen sich auf beschäftigte BKK Versicherte. In den Summenergebnissen liegen bei Daten des BKK Dachverbandes geringfügige Abweichungen vor, die durch Rundungsfehler auf maximal zwei Nachkommastellen entstehen. Auch die Angaben der BAuA unterliegen Rundungsfehlern.

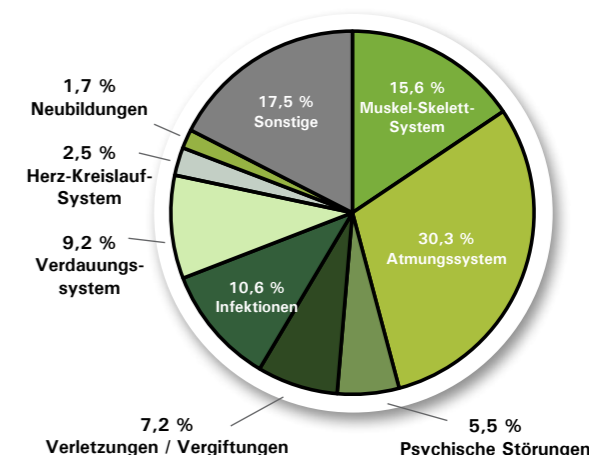
In Deutschland sind geschätzt insgesamt 708,3 Millionen AU-Tage zu verzeichnen, wovon 90,1 Millionen auf Psychische und Verhaltensstörungen entfallen. Nach Daten des BKK Dachverbandes gehen allein 15,7 % der AU-Tage auf Psychische Störungen zurück. Damit landen sie im Vergleich zu anderen Diagnosegruppen nach Muskel-Skelett-Erkrankungen (23,8 %) und knapp hinter Atemwegserkrankungen (16,4 %) an dritter Stelle (Abbildung 1) (Knieps / Pfaff 2019: 61). Nach Angaben des BMAS stellen Psychische und Verhaltensstörungen mit einem Anteil von 15,8 % sogar knapp die zweithäufigste Ursache für AU-Tage nach Muskel- und Skeletterkrankungen dar (BMAS 2020: 8). Zudem gehen 5,5 % der AU-Fälle auf psychische Erkrankungen zurück (Abbildung 2).

Abbildung 1: AU-Tage nach Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen



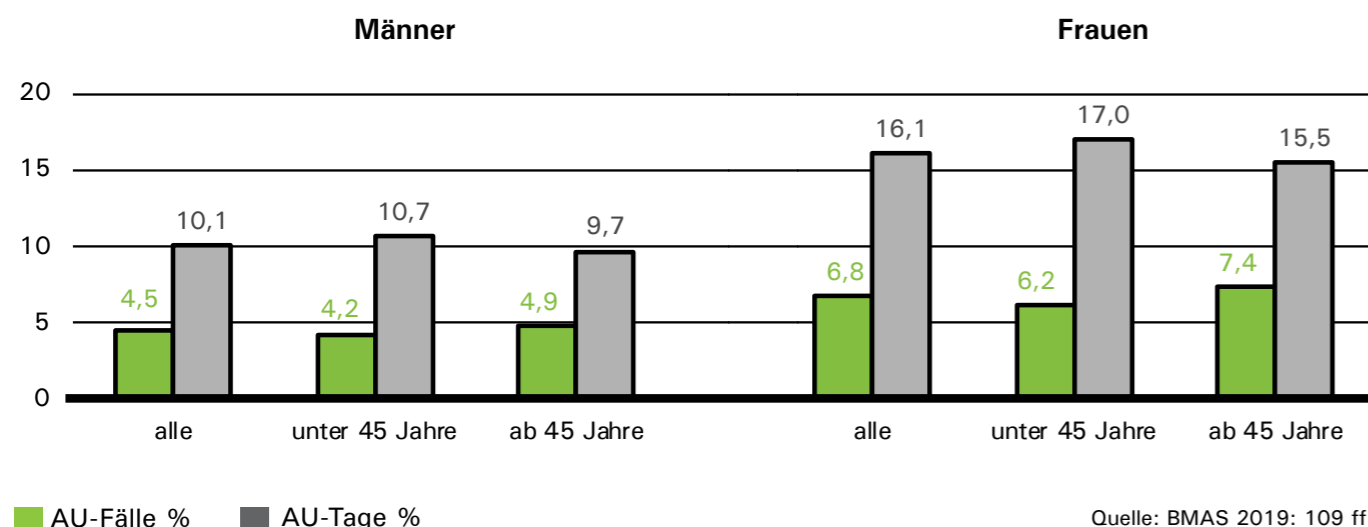
Quelle: Knieps / Pfaff 2019: 61.

Abbildung 2: AU-Fälle nach Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen



Quelle: Knieps / Pfaff 2019: 61.

Abbildung 3: Arbeitsunfähigkeit von Psychischen und Verhaltensstörungen in Beziehung zu Alter und Geschlecht

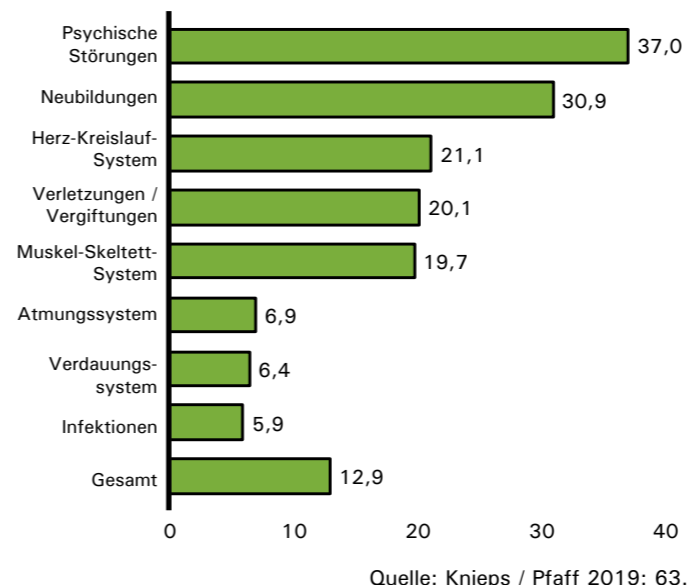


In Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit ist bei psychischen Erkrankungen in der letzten Dekade eine stetig steigende Entwicklung zu beobachten. Insbesondere bei Betrachtung der Fehltagen im Vergleich zu anderen Diagnosegruppen wird die zunehmende Relevanz psychischer Erkrankungen deutlich. Die Fehltagen vom Jahr 2008 bis 2018 haben sich als einzige Diagnosegruppe mehr als verdoppelt (+129,4 %). Im Vergleich ist eine zunehmende Entwicklung der AU-Tage bei Verletzungen und Vergiftungen von 17,8 %, bei Muskel-Skelett-Erkrankungen von 34,2 %, bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen von 30,4 % und bei Atemwegserkrankungen von 51,7 % zu verzeichnen. Die Tendenz der AU-Tage bei Erkrankungen im Verdauungssystem ist annähernd gleichbleiben (+1,4 %). Damit weisen psychische Erkrankungen mit Abstand den größten Zuwachs an Fehltagen auf.³ (Knieps / Pfaff 2019: 61).

Bei Betrachtung der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit durch Psychische und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht (Abbildung 3)

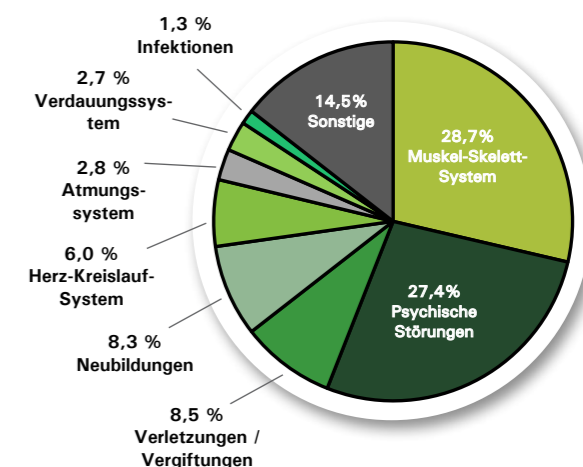
wird ersichtlich, dass Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer. Sowohl mehr AU-Tage als auch AU-Fälle aufgrund von Psychischen und Verhaltensstörungen sind unter dem weiblichen Geschlecht zu verzeichnen. Insgesamt sind bei Frauen 16,1 % der AU-Tage und 6,8 % der AU-Fälle auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Im Vergleich gehen bei Männern 10,1 % der AU-Tage und 4,5 % der AU-Fälle auf psychische Störungen zurück. Der Altersstruktur ist zu entnehmen, dass bei beiden Geschlechtern mehr AU-Tage im jüngeren Alter und mehr AU-Fälle im höheren Alter auftreten. So sind bei Frauen im Alter unter 45 Jahren 17,0 % der AU-Tage und 6,2 % der AU-Fälle auf psychische Erkrankungen zurückzuführen, wohingegen diese bei Frauen im Alter über 45 Jahren 15,5 % der AU-Tage und 7,4 % der AU-Fälle ausmachen. Bei Männern unter 45 Jahren verursachen psychische Erkrankungen 10,7 % der AU-Tage und 4,2 % der AU-Fälle, verglichen zu 9,7 % der AU-Tage und 4,9 % der AU-Fälle bei Männern über 45 Jahre.

Abbildung 4: AU-Tage je Fall nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen



Unangefochten an der Spitze aller Krankheitsarten stehen psychische Erkrankungen in der Falldauer. Im Durchschnitt gehen 37,0 Tage je Fall und damit mehr als 5 Kalenderwochen auf psychische Störungen zurück, gefolgt von Neubildungen (30,9), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (21,1), Verletzungen und Vergiftungen (20,1) und Muskel-Skelett-Erkrankungen (19,7) (Abbildung 4).

Abbildung 5: KG-Tage nach Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen



Psychische Erkrankungen sind zusammen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen (28,7 %) für mehr als die Hälfte aller Krankengeldtage verantwortlich (Abbildung 5). 27,4 % und damit mehr als jeder vierte KG-Tage ist auf psychische Störungen zurückzuführen. Dabei geht mehr als jeder zweite AU-Tag (51,8 %), der durch psychische Erkrankungen ausgelöst wird, mit Krankengeldbezug einher.

³ Ab dem Berichtsjahr 2016 veränderte der BKK Dachverband die Zählweise der AU-Fälle und AU-Tage durch die Hinzunahme von Arbeitsunfällen und Rehafällen. Dies ist bei weiterer Interpretation zu beachten (Knieps / Pfaff 2019: 18).

Tabelle 1: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 2018

	Rentenzugänge 2018		Veränderungen 2015 auf 2018	
	absolut	%	absolut	%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	21.642	12,9	+ 353	+ 1,7
Männer	10.319	12,7	-7	-0,1
Frauen	11.323	13,1	+ 360	+3,3
Psychische und Verhaltensstörungen	71.671	42,7	-2.563	-3,5
Männer	29.564	36,3	-1.993	-6,3
Frauen	42.107	48,7	-570	-1,3
Krankheiten des Kreislaufsystems	15.516	9,2	-630	-3,9
Männer	10.670	13,1	-747	-6,5
Frauen	4.846	5,6	+ 117	+ 2,5
Neubildungen	22.404	13,3	+ 66	+ 0,3
Männer	10.745	13,2	-322	-2,9
Frauen	11.659	13,5	+ 388	+ 3,4
Übrige Diagnosen	36.745	21,9	-2.169	-5,6
Männer	20.245	24,8	-1.399	-6,5
Frauen	16.500	19,1	-770	-4,5
Alle Diagnosegruppen	167.978	100,0	-4.943	-2,9
Männer	81.543	100,0	-4.468	-5,2
Frauen	86.435	100,0	-475	-0,5

Quelle: BMAS 2020: 58.

Darüber hinaus sind Psychische und Verhaltensstörungen im Vergleich zu anderen Krankheitsarten mit Abstand die häufigste Ursache für Frühberentungen (Tabelle 1). Im Jahr 2018 sind 71.671 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf Psychische und Verhaltensstörungen zurückzuführen. Dies macht insgesamt 42,7 % der gesamten Frühberentungen aus. Darunter sind 42.107 Frauen und 29.564 Männer. Unter den Frauen gehen knapp die Hälfte aller Frühberentungen auf Psychische und Verhaltensstörungen zurück (48,7 %). Im Vergleich ist rund jeder dritte Mann (36,3 %) aufgrund von

psychischen Erkrankungen frühberentet. Bei Betrachtung aus dem Jahr 2015 im Vergleich zu 2018 wird deutlich, dass insgesamt aufgrund von Psychischen und Verhaltensstörungen 2.563 weniger Frühberentungen (-3,5 %) zu verzeichnen sind. Dies lässt sich vor allem auf das männliche Geschlecht zurückführen, bei dem im Jahr 2018 1.993 und damit 6,3 % weniger Frühberentungen auftraten. Bei Frauen sind bei einer gleichwohl rückläufigen Zahl, 570 und damit 1,3 % weniger Frühberentungen festzustellen (BMAS 2020: 58).

Tabelle 2: Produktionsausfallkosten und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen 2018

ICD 10	Diagnosegruppe	Arbeitsunfähigkeits-tage		Produktionsausfallkosten		Ausfall an Bruttowertschöpfung	
		Mio. €	%	Mrd. €	vom Bruttonational-einkommen in %	Mrd. €	vom Bruttonational-einkommen
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	90,1	15,8	13,3	0,4	22,8	0,7
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	28,3	5,0	4,2	0,1	7,2	0,2
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	83,5	14,6	12,4	0,4	21,2	0,6
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	27,6	4,8	4,1	0,1	7,0	0,2
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	124,8	21,9	18,5	0,5	31,7	0,9
S00-T98, V01-X59	Verletzungen, Vergiftungen und Unfälle	60,6	10,6	9,0	0,3	15,4	0,4
Alle anderen	Übrige Krankheiten	155,6	27,3	23,1	0,7	39,5	1,1
I - XXI	Alle Diagnosegruppen	570,5	100,0	84,5	2,5	144,7	4,2

Quelle: BMAS 2020: 45.

Die hohen Kennzahlen der Arbeitsunfähigkeit stellen hohe ökonomische Belastungen auf der einen Seite für Arbeitgeber und auf der anderen Seite für die gesamte Volkswirtschaft dar. Die volkswirtschaftlichen Folgen sowie ein mögliches Präventions- und Nutzenpotential lassen sich anhand von Produktionskosten (Lohnkosten) und Bruttowertschöpfungsausfälle (Verlust an Arbeitsproduktivität verdeutlichen). Im Jahr 2018 beliefen sich auf Basis von 570,5 Millionen AU-Tagen die volkswirtschaftlichen Produktionsausfälle schätzungsweise auf 84,5 Milliarden

Euro bzw. der Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 144,7 Milliarden Euro (Tabelle 2). Allein psychische Erkrankungen tragen darunter 13,3 Milliarden Euro Produktionsausfallkosten, was 0,4 % vom Bruttonationaleinkommen ausmacht. Der Ausfall an Bruttowertschöpfung beläuft sich durch psychische Erkrankungen auf 22,8 Milliarden Euro und damit 0,7 % des Bruttonationaleinkommens. Damit verursachen psychische Störungen unter allen Krankheitsarten nach Muskel-Skelett-Erkrankungen die zweithöchsten volkswirtschaftlichen Kosten (BMAS 2020: 45).

Tabelle 3: AU-Kennzahlen für Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppe und Geschlecht

ICD-10-Code	Diagnose-Untergruppe	Männer			Frauen			Gesamt		
		AU-Fälle*	AU-Tage*	Tage je Fall	AU-Fälle*	AU-Tage*	Tage je Fall	AU-Fälle*	AU-Tage*	Tage je Fall
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,19	9,9	52,0	0,21	7,9	36,9	0,20	9,0	44,9
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3,87	151,3	39,1	1,53	56,7	37,1	2,83	109,3	38,6
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	0,79	46,1	58,7	0,64	41,7	65,6	0,72	44,1	61,4
F30-F39	Affektive Störungen	18,47	1.029,8	55,8	28,54	1.587,4	55,6	22,94	1.277,5	55,7
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	37,36	1.037,2	27,8	66,22	1.865,6	28,2	50,18	1.405,1	28,0
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,74	17,1	23,2	1,10	36,5	33,2	0,90	25,7	28,6
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	0,48	22,4	46,3	0,70	39,4	56,5	0,58	29,9	51,8
F70-F79	Intelligenzminderung	0,01	0,5	49,8	0,01	0,3	45,3	0,01	0,4	48,2
F80-F89	Entwicklungsstörungen	0,04	0,9	24,5	0,03	0,6	25,0	0,03	0,8	24,7
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0,21	5,2	24,6	0,18	4,1	23,2	0,20	4,7	24,0
F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0,21	5,1	24,0	0,35	9,8	27,8	0,27	7,2	26,1
F00-F99	Gesamt	62,4	2.325,4	37,3	99,5	3.650,0	36,7	78,9	2.913,8	37,0

*je 1.000 beschäftigte Mitarbeiter

Quelle: Knieps / Pfaff 2019: 121.

Um einen Überblick zu gewinnen, welche Tragweite die einzelnen Diagnoseformen aufweisen, zeigt Tabelle 3 die AU-Kennzahlen der einzelnen Diagnosegruppen in beiden Geschlechtern. Das internationale Diagnoseschema der WHO „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ in der zehnten Revision, kurz ICD-10, klassifiziert psychische Störungen in elf Diagnoseuntergruppen. Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen nehmen mit 1.405,1 AU-Tagen und 50,18 AU-Fällen den wichtigsten Platz im AU-Geschehen ein, gefolgt von Affektiven Störungen mit 1.277,5 AU-Tagen und 55,7 AU-Fällen und Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit 109,3 AU-Tagen und 2,83 AU-Fällen. Auffällig ist, dass Frauen deutlich höhere AU-Kennzahlen als Männer aufgrund affektiver Störungen oder neurotischer Belastungs- und somatoformer Störungen aufweisen. Bei Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen ist ein genau entgegengesetztes Bild zu beobachten, bei dem Männer höhere Fehltag- und -zeiten aufweisen als Frauen (Knieps /Pfaff 2019: 121).

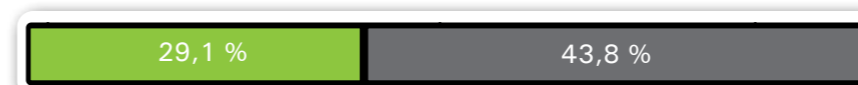
So gehen bei psychischen Störungen rund zwei Drittel (63,6 %) der AU-Fälle und knapp die Hälfte (48,2 %) der AU-Tage auf Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen zurück, zu welchen Ängste-, Zwangs-, und Belastungsstörungen zählen (Abbildung 6). Affektive Störungen, darunter Depressionen, sind für 29,1 % der AU-Fälle und 43,8 % der AU-Tage verantwortlich. 3,6 % der AU-Fälle und 3,7 % der AU-Tage sind auf substanzinduzierte Störungen (v. a. Alkohol) zurückzuführen. Damit machen allein diese drei Diagnoseuntergruppen 96,3 % der AU-Fälle und 95,7 % der AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen aus (Knieps /Pfaff 2019: 121ff.).

Da Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen, Affektive Störungen und substanzinduzierte Störungen die wichtigsten psychischen Erkrankungen im AU-Geschehen sind und zugleich die größten Prävalenzen aufweisen, stehen sie im Fokus des nächsten Kapitels. Zudem findet das Burnout-Syndrom Berücksichtigung, denn diesem kommt eine fortwährend steigende Relevanz bei erwerbstätigen Erwachsenen zu.

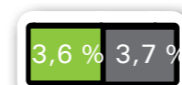
Abbildung 6: Die wichtigsten psychischen Erkrankungen im AU-Geschehen*



Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (u. a. Ängste, Zwänge, Belastungsstörungen)



Affektive Störungen (u. a. Depression)



Substanzinduzierte Störungen (v.a. Alkohol)

■ AU-Fälle % ■ AU-Tage %

Quelle: Knieps / Pfaff 2019: 121ff.

* Anteile der AU-Fälle und -Tage an allen Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen

3. Psychische Erkrankungen und psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit stellt eine grundlegende Voraussetzung für das menschliche Wohlbefinden dar und trägt wesentlich zur Lebensqualität und Leistungsfähigkeit bei. Dabei ist es wichtig, nicht nur die Bedürfnisse von Menschen mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen in den Fokus zu stellen, sondern auch die Relevanz des seelischen Wohlergehens aller Menschen zu berücksichtigen, zu bewahren und zu fördern (RKI 2012: 39). Denn um unsere Potentiale im Leben entfalten zu können, sozial zu interagieren und unsere Rolle in der Gesellschaft und im Arbeitsalltag ausführen zu können, ist seelisches Wohlergehen essentiell. So definiert die WHO psychische Gesundheit als einen „Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann“ (WHO 2019).

Hingegen stellen psychische Erkrankungen „Störungen der psychischen Gesundheit einer Person dar, die oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind“ (WHO 2019). Darunter fallen beispielsweise Depressionen, Angststörungen, Verhaltensstörungen, bipolare Störungen und Psychosen. Häufig leiden Betroffene unter mehreren psychische Erkrankungen zugleich. Circa 40 % der Erkrankten weisen mehr als eine psychische Störung auf. Insbesondere die Kombination aus Angststörungen und affektiven Störungen – darunter Depressionen – ist häufig (Jacobi et. al. 2014: 81). Zudem treten psychische Erkrankungen vermehrt in Komorbidität mit nichtübertragbaren Krankheiten auf. Chronische Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Krebs können psychische Störungen beeinflussen oder von diesen beeinflusst werden. So kann eine psychische Erkrankung sowohl ein Auslöser als auch eine Folge der häufigsten nichtübertragbaren Krankheiten darstellen (WHO 2019). Menschen mit psychischen Störungen sterben im Durchschnitt 10 bis 20 Jahre früher im Vergleich zu der allgemeinen Bevölkerung. Dies geht meist nicht auf eine spezielle Ursache zurück, sondern ist oftmals auf eine nichtübertragbare Krankheit zurückzuführen, bei welcher die Diagnose und Beginn der Behandlung nicht oder zu spät erfolgte (Colton / Manderscheid 2006: 4; Laursen et. al. 2014: 425). Zudem hängen psychische Erkrankungen und Suizid stark zusammen. In der

Europäischen Region der WHO sind die Suizidraten verglichen mit dem Rest der Welt sehr hoch (WHO 2013: 19).

Insgesamt sind in Deutschland jährlich 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung und damit 17,8 Millionen Menschen von einer psychischen Störung betroffen. Damit erfüllt jeder vierte Deutsche pro Jahr die Kriterien für ebendiese (Jacobi et. al. 2016: 89). In der Europäischen Union beläuft sich die Prävalenz auf 164,8 Millionen Menschen, was 38,8 % der Gesamtpopulation ausmacht. Darunter sind mit am häufigsten Angststörungen (14,0 %), Depressionen (6,9 %), somatoforme Störungen (6,3 %) sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch (> 4 %) vertreten (Wittchen et. al. 2011: 655).⁴ Weltweit betrachtet leiden mehr als eine Billion Menschen unter psychischen Erkrankungen (Rehm / Shield 2019: 9).

Auffällig ist, dass deutlich mehr Frauen mit einer psychischen Erkrankung diagnostiziert sind als Männer. Die wenn auch sinkende, aber fortwährend präsente Stigmatisierung und das vorherrschende Weltbild der Geschlechterrollen trägt mitunter dazu bei, dass Männer seltener Unterstützung suchen und mit einer höheren Wahrscheinlichkeit Suizid begehen (Gough / Novikova 2020: 1ff.).

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Zu Neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen zählen u. a. Angststörungen, Zwangsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen. Dieser Untergruppe der psychischen Störungen kommt ein besonders großer Stellenwert zu, da sie die höchsten Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit aufweist.

Angststörungen

Angststörungen zeichnen sich primär durch ein übermäßiges, anhaltendes Angstempfinden aus. Sie gehen oftmals mit unangemessenen Verhaltensweisen einher, wodurch die Angst gemindert werden soll (Hoyer / Beesdo-Baum 2011: 937f.). Begleitet wird das Angstempfinden durch körperliche Symptome wie z. B. Herzrasen, Schweißausbrüche oder Übelkeit. Grundsätzlich ist Angst ein normales Phänomen und schützt uns vor Gefahren. Durch sie setzen wir uns mit Risiken in der Umwelt zugunsten unseres Überlebens auseinander. Wenn jedoch die Regulation der Angstgefühle aus dem Gleichgewicht gerät und

das vegetative Nervensystem in einen Alarmmodus übergeht, obwohl dieses der Situation nicht angemessen ist, können zu starke Angstgefühle entstehen oder sich nicht von alleine zurückbilden. Dies wird in einer solchen Intensität erlebt, dass das alltägliche Leben der Menschen z. T. stark beeinträchtigt wird. Oftmals entstehen Panikattacken situationsunabhängig und überkommen den Menschen wie aus heiterem Himmel (Zwanzger et. al. 2008: 258f.; Thiebaut 2017: 87). Grundsätzlich können sich Angststörungen in unspezifischen, generalisierten Ängsten und Panikstörungen äußern oder sich auf spezifische Objekte oder Situationen beziehen, welche als Phobien bezeichnet werden. So liegt z. B. bei sozialen Phobien die starke Angst vor, einer prüfenden Beobachtung von anderen Menschen zu unterliegen. Ein weiteres Beispiel ist die Agoraphobie, welche auch unter Platzangst bekannt ist. Angststörungen stellen einer der häufigsten psychischen Erkrankungen dar. Nach Daten des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2015 sind circa 15,4 % der 18- bis 79-jährigen Bevölkerung in Deutschland betroffen.⁵ Frauen weisen mit 21,4 % deutlich häufiger Angststörungen auf als Männer mit 9,3 % (Jacobi et. al. 2016: 89). Die Angststörung kann in jedem Lebensalter in Erscheinung treten und der langsame, schleichende Beginn der Erkrankung erschwert es, eine Aussage zum genauen Eintrittszeitpunkt treffen zu können (Hoyer / Beesdo-Baum 2011: 941). Nach aktuellem Kenntnisstand wird die Ursache von Angststörungen genetischen, neurobiologischen und psychosoziale Faktoren zugeschrieben (RKI 2015: 113).

Zwangsstörungen

Bei Zwangsstörungen leiden die Betroffenen unter aufdringlichen Gedanken, deren Inhalt sie selbst als sinnlos erkennen und von denen sie aufgefordert werden bestimmte Handlungen auszuführen. Kennzeichnend sind beispielsweise Zwänge sich nach einem bestimmten Schema sowie in hoher Frequenz zu waschen oder mitunter mehrere Stunden Herd, Wasserhähne oder Türen zu überprüfen bevor das Haus verlassen wird. Die Auswirkungen solcher Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen stellen gravierende Beeinträchtigungen des alltäglichen Lebens der Betroffenen dar und gehen teilweise mit weiteren gesundheitlichen Problemen einher. Das Gefühlserleben ist hierbei nicht unbedingt primär von Angst, sondern auch von Unruhe, Anspannung oder Ekel geprägt (Reinecker 2011: 1017). In Deutschland sind im Jahr 2015 2,3 Millionen Menschen und damit 3,6 % der Erwachsenen von einer Zwangsstörung betroffen, darunter 4,0 % Frauen und 3,3 % Männer

(Jacobi et. al. 2016: 89). Frauen leiden tendenziell etwas häufiger unter Waschzwängen, wohingegen bei Männern eher vermehrt Kontrollzwänge auftreten. Oftmals leiden Betroffene zudem unter Depressionen und Angststörungen. Wann genau die Zwangsstörung begonnen hat ist retrospektiv oftmals schwer herauszufinden, da sich die Betroffenen oftmals erst Jahre später in Behandlung begeben. Bei dem multifaktoriellen Entstehungsprozess einer Zwangsstörung ist davon auszugehen, dass Lernmechanismen sowie kognitive und biologische Faktoren beteiligt sind (Reinecker 2011: 1007ff.).

Posttraumatische Belastungsstörungen

Posttraumatische Belastungsstörungen sind schwere, oftmals chronisch verlaufende Störungen, welche in Folge eines schwer belastenden bzw. traumatisierenden Ereignisses auftreten (Maercker et. al. 2008: 577). Nach ICD-10 ist die Diagnose gebunden an ein Ereignis „mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (WHO / DIMDI 2019). Dies können Kriegserlebnisse oder Gefangenschaft sein, jedoch auch Naturkatastrophen oder schwere Unfälle (Schönfeld et. al. 2011: 986). Geprägt ist die Störung vom andauernd erneuten Erlebens des Traumas, entweder in aufdringenden Erinnerungen oder Träumen. Bei Betroffenen stellt sich ein permanentes Gefühl von Beteuertsein und emotionaler Stumpfheit ein, was mit Gleichgültigkeit einhergeht. Situationen, welche an das Ereignis erinnern könnten, werden gemieden. Häufig treten zusammen mit posttraumatischen Belastungsstörungen Depressionen, Angststörungen sowie Schlafstörungen und z. T. Suizidgedanken auf (WHO / DIMDI 2019). 1,5 Millionen Menschen und damit 2,3 % der deutschen Bevölkerung sind nach Angaben des Robert Koch-Instituts davon betroffen, wobei sich die Störung auf 3,6 % Männer und 0,9 % Frauen verteilt (Jacobi et. al. 2016: 89).

Somatoforme Störungen

Unter somatoformen Störungen werden psychische Erkrankungen verstanden, bei denen die Betroffenen fortwährend körperliche Symptome äußern und eine medizinische Untersuchung fordern, trotz dass keine klare Ursache gefunden werden kann (WHO / DIMDI 2019). Auch wenn der Eintritt der Symptome in starken Zusammenhang mit belastenden Lebenssituationen oder Konflikten stehen, sind Betroffene von einer körperlichen Erkrankung überzeugt. Die Möglichkeit einer psychischen Ursache wird wenig diskutiert (Sauer / Eich 2009: 18). 2,2 Millionen und damit 3,5 % der Erwachsenen in der deutschen Bevölkerung leiden jährlich darunter, wobei 5,2 % Frauen und 1,7 % Männer betroffen sind (Jacobi et. al. 2016: 89).

⁴ In der Untersuchung wurden zudem mitunter Schlafstörungen (7,0 %), ADHS (5 %) und Demenz (1-30 %, abhängig vom Alter) berücksichtigt. Auf ADHS und Demenz wird in diesem Bericht nicht näher eingegangen, da diese primär in

den Altersgruppen nicht erwerbstätiger Menschen auftreten. Schlafstörungen werden in dem Abschlussbericht der Dachkampagne 2019 „Bettgeflüster“ näher thematisiert.

⁵ Hierbei ist erwähnenswert, dass die hohen Prävalenzen bei circa der Hälfte der Angststörungen auf spezifische Phobien beziehen, darunter Tierphobien, Höhenangst, Flugangst oder Spritzenphobien.

Affektive Störungen

Nahezu jeder Mensch erlebt mitunter Emotionen, die depressiven Symptomen entsprechen, wie Traurigkeit oder Antriebslosigkeit, insbesondere bei belastenden Ereignissen, Krankheit oder bei hoher Stressbelastung. Wenn jedoch die Steuerung der emotionalen Reaktion so stark außer Gleichgewicht gerät und eine hartnäckige immer wiederkehrende bzw. dauerhafte Niedergeschlagenheit (Depression) oder entgegengesetzt starke Euphorie (Manie) vorherrscht, kann nicht mehr nur von einer normalen Stimmungsschwankung gesprochen werden. Solch klinisch auffällige Veränderungen der Stimmungslage werden als affektive Störung bezeichnet. Werden abwechselnd depressive und manische Episoden erlebt, liegt eine sogenannte bipolare Störung vor (Meyer / Bauer 2011: 858f.).

Depressionen

Allen voran die häufigste und zugleich folgenschwerste affektive Störung unter klinischen, gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten sind Depressionen. 10 % der Frauen und 6 % der Männer in der deutschen Allgemeinbevölkerung sind pro Jahr von ihnen betroffen, wobei im Alter zwischen 45- bis 65 Jahre die häufigsten Diagnosen vorliegen. Auch ist in den höheren Altersstufen ab 45 Jahren der Unterschied in den Geschlechtern am deutlichsten zu erkennen. Bei Frauen zwischen 45- bis 65 Jahren beträgt die Prävalenz 14 %, bei Männern 9 % (RKI 2014: 1f.). Kennzeichnend für Depressionen sind starke Niedergeschlagenheit, Verlust von Interesse und Freude an alltäglichen Aktivitäten sowie Schlafstörungen. Auch Gefühle der Wertlosigkeit, Schuld und sozialer Rückzug gehen häufig mit Depressionen einher. Die Abgrenzung einer depressiven Erkrankung von einer Verstimmung, welche keiner Therapie bedarf, liegt bei der Intensität, Dauer und Anzahl der Symptome. Bei Vorliegen der Symptomatik von mindestens 2 Wochen am Stück wird von einer klinisch bedeutsamen depressiven Episode gesprochen. Der Schweregrad wird den Kategorien leicht, mittel und schwer zugeordnet (Beesdo-Baum / Wittchen 2011: 881 ff.).

Neben der häufigen Kommodität mit Angststörungen treten affektive Störungen zudem vermehrt mit schweren, chronischen Begleiterkrankungen des Körpers wie Diabetes mellitus, Multipler Sklerose und Krebs auf. So ist das Risiko an einer Depression zu erkranken, bei dem Vorliegen einer körperlichen Erkrankung fast doppelt so hoch (DGPPN 2018: 19, Thiebaut 2017: 87). Wenn vorrangig weitere begleitende körperliche Erkrankungen behandelt werden und die Schwere einer depressiven

Erkrankung unterschätzt oder nicht erkannt wird, kann dies mit tragischen Folgen einhergehen. Schätzungsweise 15 % der Betroffenen mit schweren Depressionen sterben durch Suizid und 40 – 50 % aller Selbstmorde stehen in Zusammenhang mit einer Depression (RKI 2012: 69, Kocalevent / Hegerl 2010: 13). Zuzufolge dem gängigen Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Kapitel 4) wird angenommen, dass eine depressive Erkrankung bei dem Zusammenspiel von psychosozialen Auslösern (z. B. stark belastender Lebenssituationen, chronischer Stress, fehlender sozialer Rückhalt) mit einer biologischen Vulnerabilität (genetischer Disposition) entsteht (Mohr et. al. 2017: 30f.).

Manie

Gefühle des starken Glücks oder des Stolzes sind normale Empfindungen. Auch Impulse gereizt zu reagieren und gerne etwas gegen die Wand zu werfen sind vielen von uns bekannt. Wenn jedoch diese Zustände und die Intensität über eine bestimmte Dauer bestehen bleiben und mit weiteren Symptomen einhergehen wie ein niedriges Schlafbedürfnis und stark gesteigertem Antrieb, sind diese nicht mehr situationsadäquat und es wird von einer klinisch bedeutsamen manischen Episode gesprochen. In Phasen der Manie führt der ziellos gehobene Antrieb oftmals zur Selbstüberschätzung und es besteht die Gefahr, dass der Betroffene in bestimmten Situationen die erforderliche Vorsicht nicht aufbringt. So kann es z. B. dazu kommen, dass Millionenvträge abgeschlossen werden, die das Einkommen des Betroffenen bei weitem übersteigen. Zudem können in sozialen Interaktionen aufgrund bestimmter Äußerungen Missverständnisse und Unmut bei dem Gegenüber entstehen. Aus dem Affekt heraus eigenmächtig getroffene Entscheidungen stoßen oftmals auf Unverständnis. Häufig treten manische Episoden im Rahmen von bipolaren Störungen auf (Meyer / Bauer 2011: 858, Bschor / Grüner 2010: 45f.).

Bipolare Störung

Eine bipolare Störung entsteht, wenn sich depressive Episoden mit manischen Episoden abwechseln. Dafür müssen mindestens zwei affektive Episoden mit depressiver und manischer Symptomatik vorliegen, bei welchen die Aktivität sowie Gefühlslage gestört sind. Die Gesamtdauer von depressiven Episoden ist meistens deutlich größer als von manischen Phasen (RKI 2010: 11f.). Die wiederkehrend wechselnden Episoden von depressiver und manischer Symptomatik lösen großes Leid bei den Betroffenen aus und gehen mit erheblichen Einschränkungen im alltäglich Leben einher. Die Symptomatik und der Verlauf der Erkrankung ist von Person zu Person verschieden. So können Verläufe mit nur wenigen Episoden

oder mit bis zu mehr als 100 Episoden im Laufe des Lebens auftreten. Der Tendenz zufolge ist die Wiedererkrankungsrate bei bipolaren Störungen sehr hoch. Auch außerhalb der Krankheitsperioden leiden die Betroffenen vermehrt unter depressiven Symptomen. Grundsätzlich können bipolare Störung auch aus einer Depression heraus entstehen (Meyer / Bauer 2011: 858ff.) Insgesamt ist die Prävalenz bipolarer Störungen im Vergleich zu unipolar depressiven Erkrankungen deutlich geringer. 1 Million Menschen und damit ca. 1,5 % der deutschen Gesamtbevölkerung leidet an einer bipolaren Störung, darunter 1,7 % Frauen und 1,3 % Männer (Jacobi et. al. 2016: 89).

Substanzinduzierte Störungen

Häufige Störungen im Zusammenhang mit dem Gebrauch psychotroper Substanzen stellen der Missbrauch oder die Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen dar. Die natürlichen oder synthetischen Stoffe wirken so auf das zentrale Nervensystem, dass das Denken, Fühlen und Handeln stark beeinflusst wird. Bei substanzinduzierten Störungen wird die Frequenz und Menge zu einem Maß gesteigert, bei dem der Betroffene die komplette Kontrolle über den Zeitpunkt, die Menge und Dauer des Konsums verlieren kann. Oftmals liegt neben einer psychischen Abhängigkeit (unüberwindbares Verlangen und Kontrollverlust) auch eine körperliche Abhängigkeit (Entzug und Toleranz) vor (Bühringer / Behrendt 2011: 698). Substanzinduzierte Störungen haben schwerwiegende Auswirkungen auf die gesamte Gesundheit und können akute sowie chronischen Erkrankungen begünstigen, darunter Krebs, gastrointestinale Erkrankungen und weitere psychische Störungen wie Depressionen (RKI 2015: 223). Insbesondere Alkohol ist ein Hauptrisikofaktor für frühzeitige Sterblichkeit und verlorener Lebensjahre aufgrund von Krankheit oder Behinderung (GBD 2018: 1923 ff.). Bei 2,0 % der Frauen und 4,8 % der Männer in der erwachsenen Bevölkerung ist eine Alkoholabhängigkeit festzustellen. Darüber hinaus liegt bei 3,1 % der deutschen Erwachsenen Alkoholmissbrauch vor (RKI 2015: 114).

Burnout

Das Ausgebranntsein oder sogenannte Burnout-Syndrom nimmt fortwährend immer größere medizinische und gesundheitsökonomische Dimensionen an. Zahlreiche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gehen darauf zurück. Burnout zählt laut dem international anerkannten Klassifikationssystem ICD-10 nicht zu einer psychischen Erkrankung, allerdings wird es ab Januar 2022 in der Neuauflage des Klassifikationskataloges ICD-11 unter „sonstigen Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen“ aufgenommen. Definiert wird es in Zukunft als ein Syndrom, das aus Stress am Arbeitsplatz resultiert, der nicht erfolgreich bewältigt wurde. Zentrale Merkmale sind Energieverlust und Erschöpfungsgefühle, mentale Distanz vom Arbeitsplatz oder eine zynische, negative Haltung diesem gegenüber sowie eine geringere Arbeitseffizienz. Diese Erfahrungen werden spezifisch auf das Arbeitsumfeld bezogen und von anderen Lebensbereichen abgegrenzt (WHO 2020). Die Entscheidung, Burnout weiterhin nicht als anerkannte Krankheit aufzunehmen, löst fortwährend Diskussionen unter Fachexperten aus. Damit liegt die Diagnosestellung weiterhin in der Auslegung der Ärzteschaft oder Psychotherapeuten. Laut Untersuchung aus dem Jahr 2012 gaben 4,2 % der deutschen Erwachsenen an vom einem diagnostizierten Burnout-Syndrom betroffen zu sein, darunter 5,2 % Frauen und 3,3 % Männer. Dabei gilt, je höher der sozioökonomische Status, desto häufiger ist das Syndrom vertreten. Bei niedrigem sozioökonomischen Status beträgt die Prävalenz 2,6 %, bei mittlerem 4,2 % und bei hohem 5,8 % (Kurth 2012: 987). Burnout gilt als ein Risikofaktor, aus dem sowohl psychische Störungen (Angststörungen, Depressionen) als auch körperliche Erkrankungen wie Bluthochdruck resultieren können. Die Entstehung basiert auf einem individuellen Zusammenspiel, bei welchem Perfektionismus und arbeitsplatzbezogene Faktoren wie z. B. Überlastung und fehlende Anerkennung durch Vorgesetzte eine zentrale Rolle spielen können (RKI 2015: 115).

4. Stress als Auslöser für psychische Erkrankungen

Stress an sich ist ein normaler und physiologisch notwendiger Vorgang unseres Körpers. Wird unser Organismus jedoch immer wieder in Stress versetzt und es herrscht eine Art „Dauer-Alarmzustand“, schwächt dies langfristig unseren Körper. Chronischer Stress wirkt sich derart auf biologische Prozesse in unserem Körper und auf unsere Verhaltensweisen aus, dass unser emotionales Erleben beeinflusst wird und die Entstehung psychischer Erkrankungen begünstigt. Stress nimmt also bei der Frage, wie psychische Erkrankungen entstehen, eine zentrale Schlüsselrolle ein.

Laut Definition ist Stress eine „physiologische, psychologische und verhaltensbezogene Anpassung eines Organismus (Stressreaktion) auf umweltbezogene und psychosoziale Reize (Stressoren)“ (Werdecker / Esch 2020: 347). Im Gehirn erfolgt die Entscheidung, ob ein bestimmter Reiz als ein Stressor wahrgenommen wird. Für das Gehirn ist es dabei komplett irrelevant, ob der Reiz ein gefährliches Raubtier, der wütende Chef oder der hektische Straßenverkehr ist. Wenn entschieden wird, dass Gefahr droht und die Situation ein Stressor darstellt, erfolgt im Körper immer die gleiche Reaktion: Der Körper aktiviert alle Energiereserven, die ihm zur Verfügung stehen, um die Leistungsbereitschaft des Körpers zu erhöhen und damit sein Überleben zu sichern. Die Blutzirkulation im Organismus wird verstärkt, der Atem beschleunigt, die Aufmerksamkeit erhöht und die Stoffwechsel- sowie Fortpflanzungsaktivität gemindert. Dieser schützende Mechanismus wird auch oft als Kampf- oder Fluchtreaktion bezeichnet (Schneiderman et. al. 2005: 607f.).

Dabei reagiert der Körper über zwei verschiedene Stressachsen: Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse) und dem sympathischen Nervensystem. Bei der HPA-Achse werden die Reize im Gehirn verarbeitet und Vorläuferhormone abgegeben, die die Ausschüttung von Cortisol in der Nebennierenrinde aktiviert. Das sympathisch autonome Nervensystem kurbelt den Sympathikus an. Es folgt die Ausschüttung von weiteren Hormonen wie Adrenalin und Noradrenalin, die durch Nervenimpulse an die Zielorgane gesendet werden. Die Reaktion auf Stress geht also vom Gehirn aus, beeinflusst jedoch den gesamten Körper. Wenn die Gefahrensituation vorüber ist, kommt der Körper im Normalfall wieder zu Ruhe (Werdecker / Esch 2020: 350).

In unserer heutigen Gesellschaft begegnet der Mensch immer komplexeren Belastungen, auf die er reagieren und sich dementsprechend anpassen muss. In anfänglichen Untersuchungen zum Thema Stress waren vermehrt physikalische Stressoren vorherrschend, wohingegen heute

insbesondere psychosoziale Anforderungen zunehmend Stressreaktionen im Körper auslösen. Eine kurzfristige Energieausschüttung, um die Leistungsfähigkeit zu steigern ist grundsätzlich als Schutzreaktion zu verstehen. Es ermöglicht dem Menschen auf individuelle Belastungen reagieren zu können. Wenn jedoch die Stressoren in ihrer Intensität und Häufigkeit die Ressourcen zur Stressbewältigung überwiegen, kann es zu einer dauerhaften Überlastung in Form von chronischem Stress kommen. Dieser geht mit Folgen für den gesamten Organismus einher: Beeinträchtigungen im Stoffwechsel und im kardiovaskulären System, geschwächtes Immunsystem, gestörte Schlafregulierung, Entscheidungsschwierigkeiten sowie Lern-, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsdefizite. Das Gehirn schüttet durch den Stress erzeugte Chemikalien aus, die unseren inneren Zustand verändern und mit einem Zusammenbruch von Zellen einhergehen. Es entsteht ein vorherrschendes Gefühlserleben negativer Emotionen wie Unzufriedenheit, Aggression, Angst oder Depressionen. Nach Untersuchungen zufolge sind Menschen mit starkem chronischen Stress insbesondere von depressiven Erkrankungen, Burnout und Schlafstörungen betroffen. Zudem steht Stress im Zusammenhang mit zahlreichen körperlichen Erkrankungen wie Herz-Kreislauferkrankungen, Herzinfarkt und Schlaganfall. So ist es nicht verwunderlich, dass psychosozialer Dauerstress im Körper genauso wirkt, als ob die gleichen biologischen Prozesse ablaufen, die einem vorzeitigen Alterungsprozess entsprechen (Hapke et. al. 2013: 749ff., Roch / Hampel 2020: 349ff.; Yaribeygi et. al. 2017: 1057ff.).

Nach Untersuchungen des Robert Koch-Instituts geben Frauen mit 13,9 % deutlich häufiger an unter einer starken Stressbelastung zu stehen als Männer mit 8,2 %. Dabei nimmt die Häufigkeit der Stressbelastung mit steigendem sozioökonomischen Status ab. Während 17,3 % der Befragten mit einem niedrigen sozioökonomischen Statusangaben, unter chronischem Stress zu stehen, sind es unter den Befragten mit einem hohen sozioökonomischen Status 7,6 %. Die vorherrschende Dauerbelastung ist besonders häufig, wenn nur eine geringe Unterstützung im sozialen Umfeld vorhanden ist. Bei 26,2 % der Befragten mit geringem sozialen Rückhalt stellt dies eine große Belastung dar (Hapke et. al. 2013: 750).

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Auf die Frage, wann Stress in einer psychischen Erkrankung resultiert und welche Faktoren dabei eine entscheidende Rolle spielen, versucht das sogenannte Vulnerabilitäts-Stress-Modell eine Antwort zu geben. Dieses stellt einen weit verbreiteten Erklärungsansatz

zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen dar. Dem Modell zufolge wird eine Erkrankung durch biologische, soziale oder psychologische Aspekte (chronischer Stress) vor dem Hintergrund einer erhöhten Anfälligkeit (Vulnerabilität, Prädisposition) ausgelöst. Der Fokus liegt auf folgenden vier Komponenten, die in Interaktion stehen: Vulnerabilität, Stress, Resilienz und Coping (Mohr et. al. 2017: 30f.; Roch / Hampel 2020: 250; Wittchen / Hoyer 2011: 22, Wien et. al. 2008: 5f.).

Die **Vulnerabilität** oder Disposition bezeichnet eine erhöhte Anfälligkeit, überdurchschnittlich stark mit Angst, Spannung und Verwirrung zu reagieren. Sie wird durch genetische, psychische oder soziale Faktoren bestimmt und kann sich im Laufe des Lebens entwickeln. Zudem können Risikofaktoren wie gesundheitsschädliches Verhalten zur Ausprägung von Vulnerabilitäten führen. Zurückzuführen ist dies auf eine verminderte affektiv-kognitive Belastbarkeit, bei der die Fähigkeit zur angemessenen Informationsverarbeitung gestört ist. Von Relevanz wird dies jedoch erst, wenn auslösende Ereignisse eintreten, die die Krankheitsentstehung durch die erhöhte Vulnerabilität begünstigen. Eine Person mit einer niedrigen Vulnerabilität reagiert erst bei Auftreten großer Stressbelastung mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wohingegen Personen mit einer höheren Vulnerabilität frühzeitiger erkranken.

Als **Stress** zählen nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell alle Situationen, bei der eine Person auf biologischer, sozialer und psychologischer Ebene eine Anpassungsreaktion vornehmen muss. Darunter werden sowohl alltägliche Belastungen (kleine Stressoren) kurzweiliger oder dauerhafter Art, als auch schwerwiegende Lebensereignisse (große Stressoren) mit langfristigen Auswirkungen gezählt. Letztere können bestehende Alltagsbelastungen noch verstärken. Welches Ausmaß die Stressbelastung hat, hängt von verschiedenen Faktoren ab, darunter den Vulnerabilitäten, Copingressourcen und der Resilienz einer Person sowie weiteren parallel auftretenden Stressoren und dessen Schweregrad.

Die **Resilienz** oder psychische Widerstandskraft einer Person steht in Zusammenhang mit protektiven Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit eine belastende Situation erfolgreich zu bewältigen, erhöhen. Dem gegenüber stehen Risikofaktoren durch die eine Erkrankung begünstigt wird. Resilienz zeichnet sich durch die Fähigkeit aus, auch bei starken Belastungssituationen adaptiv und proaktiv zu handeln und eine gesundheitsförderliche

Bewältigung der Stressfaktoren zu ermöglichen. So kann bei vorhandener Vulnerabilität auf stressige Ereignisse mit einem gesunden Umgang reagiert werden. Soziale Unterstützung, der familiäre Kontext, eine Vielfalt von Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie sozioökonomische Rahmenbedingungen sind protektive Faktoren, die die Resilienz steigern können.

Wie gut eine Person mit stressigen Situationen und belastenden Lebensereignissen umgehen kann bestimmt die Handlungskompetenz oder auch **Coping** genannt. Wie auch die Resilienz gilt es als eine Fähigkeit und gibt an, wie flexibel und effizient eine Person auf Stress reagiert. Die Bewältigungskompetenzen (Copingressourcen) stehen in Verbindung mit der jeweiligen Situation und individuellen Vulnerabilitäten sowie Schutzfaktoren, über die eine Person in der Belastungssituation verfügt. Wenn eine Reihe effektiver Bewältigungskompetenzen vorhanden sind, ist dies mit hoher Selbstkontrolle und Selbsteffektivität verbunden.

Zusammenfassend basiert das Vulnerabilitäts-Stress-Modell somit auf einem Zusammenspiel von Anlage- und Umweltfaktoren. Um dies zu veranschaulichen kann der Einfachheit halber festgehalten werden, dass wenn die Summe an alltäglichen Belastungen und gravierenden Lebensereignissen eine bestimmte Schwelle überschreitet, eine psychische Erkrankung entstehen kann. Dabei ist die Schwellenhöhe abhängig von der jeweiligen Krankheit und den Vulnerabilitäten. Resilienzen und Copingressourcen tragen dazu bei, die Summe des erlebten Stresses unterhalb der Schwelle für den Ausbruch einer Erkrankung zu halten (Abbildung 7).

Der BKV e.V. widmete sich mit der Dachkampagne „Zeit für mich“ der wichtigen Aufgabe zur Stärkung von Resilienzen beizutragen und stresswirksame Bewältigungsstrategien aufzuzeigen. Im folgenden Kapitel wird diese vorgestellt.

Abbildung 7: Vulnerabilitäts-Stress-Modell



Quelle: Eigene Abbildung nach Mohr et.al. 2017: 31.

5. Die Dachkampagne "Zeit für mich"

Im Jahr 2017 führte der BKV e.V. zum dritten Mal eine gemeinsame Dachkampagne in Zusammenarbeit mit seinen Mitgliedskassen durch. Unter dem Titel „Zeit für mich“ war das diesjährige Ziel, Versicherten vor dem Hintergrund der Prävention psychischer Erkrankungen, alltagstaugliche Tipps und Unterstützung zur Stärkung der persönlichen Ressourcen zu geben. Mit einem positiven und präventiven Ansatz legte die Kampagne den Fokus darauf, das Bewusstsein für individuelle Aus- und Entspannungszeiten zu erhöhen bevor stressassoziierte Erkrankungen entstehen können.

Personen, die bei dem Balanceakt zwischen Beruf, Familie und ständiger Erreichbarkeit nur wenig Zeit für sich finden, weisen ein besonders hohes Risiko auf. Oftmals wird Zeit für eine persönliche Auszeit zurückgestellt und dieser nicht die erforderliche Priorität eingeräumt. Dabei macht für einen guten Umgang mit Herausforderungen gerade das richtige Maß an Ruhe und Erholungszeiten stark für den Alltag. Die Dachkampagne bekräftigte mit ihrem Claim den ohnehin bestehenden Wunsch nach frei verfügbarer Zeit. Visuell sorgte das Logo mit der „Insel der Entspannung“ für eine hohe Identifikation mit der Zielgruppe und unterstrich den Resilienz stärkenden Charakter der Kampagne.

Resilienz fördern durch stresswirksame Bewältigungstechniken

Versicherte und Mitarbeitende der Trägerunternehmen erhielten durch die Präventionskampagne Anregungen und Wege, individuell herauszufinden was Ihnen gut tut und sie stärkt. Es besteht eine Vielzahl von Ansätzen, wie die eigenen Ressourcen gestärkt und Stressfaktoren bewältigt werden können. Dabei kann es hilfreich sein auf verschiedenen Ebenen anzusetzen und sich nicht entmutigen zu lassen, wenn die gewünschte Entspannung nicht sofort eintritt. Denn auch sich zu entspannen und loszulassen ist eine Fähigkeit, die es mitunter erst gilt zu erlernen.

Bei der Dachkampagne „Zeit für mich“ erhielten die Versicherten zum Beispiel Anregungen, welche Verhaltensweisen sowie Denkmuster dazu beitragen, um gestärkt mit Herausforderungen im Leben umzugehen. So kann ein wichtiger Ansatzpunkt im Setting Arbeit mitunter sein, die Zeit- und Arbeitsorganisation neu auszurichten. Es empfiehlt sich vorausschauend zu planen, Wochen- und Tagespläne zu erstellen und große Aufgaben in kleine zu zerlegen. Die Aufgaben werden besser eine nach der anderen erledigt und sich diesen ganz bewusst gewidmet. Um die Batterien wieder aufzuladen hilft es, sich bewusst Zeit zu nehmen für kurze Spannungsmomente. Zwischendurch frische Luft zu schnappen und einen Moment die Arbeit hinter

sich zu lassen, lässt uns fokussierter und effektiver weiterarbeiten. Genauso wichtig ist es, sich nach der Arbeit und am Wochenende zwischen Aktivitäten und Pflichten bewusst Zeit für Entspannung einzuplanen und diese Momente bewusst zu genießen. Eingefahrene Verhaltensmuster und Routinen schenken uns zwar ein Gefühl von Sicherheit und Komfort, tun uns aber nicht immer gut.

Gezielte Entspannungstechniken wie Yoga, Tai Chi, Autogenes Training, Meditation und Progressive Muskelentspannung haben sich als effektive Methoden erwiesen, um ein strapaziertes Nervensystem wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Anspannung wird losgelassen und Stresshormone wie Cortisol und Adrenalin abgebaut. Die Progressive Muskelentspannung zielt beispielsweise über die bewusste An- und Entspannung verschiedener Körperpartien darauf ab, muskuläre Spannungszustände abzubauen und so die Sympathikusaktivität des vegetativen Nervensystems zu beruhigen. Auch bei Yoga und Tai Chi wirkt die körperliche Aktivität ausgleichend auf die vegetativen Funktionen. Stress wird abgebaut und nebenbei der gesamte Bewegungsapparat gestärkt.

Neben Aktivitäten, die gezielt zur Entspannung eingesetzt werden, kann Bewegung aller Art ein geeignetes Ventil darstellen, die Anspannung aus dem Körper zu leiten. Insbesondere moderater Ausdauersport wie Radfahren oder Schwimmen helfen uns durch die reine Fokussierung auf die Atmung und Bewegung, Gedanken spiralen zu unterbrechen. Bei der Frage, welche Bewegungsform gewählt werden soll, ist jedoch der Spaßfaktor das Wichtigste. Denn nur dann bleiben wir langfristig dabei. Zudem kann das Gefühl von Widerwille und Zwang sich wiederum negativ im Körper auswirken. Haben wir unsere Lieblingsaktivität gefunden, werden wir regelmäßig nicht nur mit dem Abbau von Stresshormonen, sondern auch mit der Ausschüttung von Glückshormonen wie Serotonin, Dopamin und Endorphinen, belohnt.

Genauso wie das Installieren neuer Verhaltensmuster trägt das Auflösen dysfunktionaler Denkmuster dazu bei, gesünder mit belastenden Situationen und Herausforderungen im Leben umgehen zu können. Wir alle haben sogenannte innere Antreiber, die wesentlich dazu beitragen wie wir denken, fühlen und handeln. Glaubenssätze, wie perfekt sein zu müssen und immer den eigenen zu hohen Erwartungen entsprechen zu müssen, sind in unserer heutigen Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft weit verbreitet. An sich steckt hinter jedem Antreiber eine positive Eigenschaft. Nehmen diese jedoch Überhand, fühlen wir uns schnell gestresst, was wiederum noch stärker unsere Antreiber befeuert. Es entsteht eine

Abwärtsspirale aus ineffektiven Gedanken, negativen Gefühlen und der Ausschüttung von Stresshormonen.

Achtsamkeit ist eine Methode, die uns hilft Distanz zu unseren Gedanken zu schaffen und bewusst im Hier und Jetzt zu sein - ohne zu bewerten. Wer innerlich einen Schritt zurücktritt, kann mit einer gewissen Offenheit auf Situationen blicken und leichter neue Handlungsmöglichkeiten erkennen. Bewusstes Atmen oder die Konzentration auf bestimmte Körperteile bei dem sogenannten Body Scan helfen uns den Fokus auf den gegenwärtigen Moment zu richten. Der Tunnelblick, welcher durch Stress im Körper entsteht, wird wieder geweitet und der Stressreaktion im Körper entgegengewirkt. Beispielsweise können in zertifizierten Achtsamkeitstrainings, die von BKKn gefördert werden, solche Methoden erlernt werden.

Derartige protektive Verhaltensweisen in sein Leben zu etablieren und sich von hinderlichen Gedankenkonstrukten zu lösen sind nur einige Anregungen, die in der Dachkampagne „Zeit für mich“ zum Stressabbau und Stärkung der Ressourcen Beachtung fanden.

Welche Angebote umfasste die Dachkampagne?

Zum einen konnten die teilnehmenden BKKn der Dachkampagne aus einer großen Bandbreite von Begleitmedien im Print- und Onlineformat, Materialien und Aktionsideen zur individuellen Gestaltung der Kampagne wählen. Fünf verschiedene Minibroschüren gaben Ideen für den Umgang mit herausfordernden Situationen im Arbeitsleben und in der Freizeit. Diese zeigten Techniken auf, wie auch unter belastenden Anforderungen kleine Entspannungsinselformen geschaffen und die eigenen Ressourcen durch Bewegung, Entspannungsübungen oder Achtsamkeitstraining gestärkt werden können. Durch ein raffiniertes Endlos-Faltblatt erhielten die Versicherten einen Überblick über die Präventionsangebote ihrer BKK. Ein persönliches Gutscheineheft lieferte Ideen wie kurze Auszeiten im Alltag und kleine Belohnungen aussehen können. Ausmalhefte, Post-its, Werbebanner, Roll-ups und Plakate rundeten das Materialien-

Portfolio ab. Darüber hinaus verfügte jede BKK über eine mit ihrem individuellen Logo versehene Kampagnen-Webseite, welche die Kampagneninhalte widerspiegelte und sämtliche Materialien zum Download für die Versicherten bereitstellte. Auf dieser konnte zudem der Online-Test „psyGA“⁶ zur psychischen Gesundheit durchgeführt werden. Dieser zielt in vier Kapiteln und einer 45-minütigen Bearbeitungszeit auf das persönliche Ausmaß an Ressourcen und Stressoren am Arbeitsplatz sowie die Optimierung der Arbeitsbedingungen ab. Mit konkreten Handlungshilfen können einzelne Themen, die sich für die Nutzer als besonders wichtig herausstellen, vertieft werden. Auch standen den BKKn Artikel für Versichertenzeitschriften rund um das Thema Ressourcenstärkung zur Verfügung, deren Einsatz beliebig über den gesamten Kampagnenzeitraum erfolgen konnte.

Zum anderen bot sich den BKKn die Möglichkeit verschiedene Aktionen zu buchen. Mitunter umfasste das Kampagnen-Portfolio Vorträge von Dr. Marco Freiherr von Münchhausen zur Work-Life-Balance und von Dr. Winfried Prost zu Themen wie beispielsweise dem Zusammenhang von Körper und Seele. Im Rahmen vom 3f Bewegungstrainings ermöglichte Heidrun Link Vorträge und Workshops, um stressfrei durch den Berufsalltag zu kommen. Die Cinderella GmbH bot Life Kinetik an, ein Gehirntraining durch Bewegung. In Zusammenarbeit mit der brainLight GmbH konnten die BKKn Ihren Versicherten eine wohltuende Massage in einem Massagesessel ermöglichen. Wie auch in den Dachkampagnen aus den Jahren 2015 und 2016 bestand die Möglichkeit in Kooperation mit der Heigel GmbH Check-Ups anzubieten, welche in diesem Jahr Herzkreislauf-Screenings mit einer Stress-Risiko-Bewertung ausmachte. Zudem umfasste die Kampagne „Zeit für mich“ dieses Jahr ein besonderes Highlight unter der Aktion: Die Erlebnisausstellung „Grenzen erleben“ machte durch die Erfahrung der Sinne psychische Erkrankungen erlebbar.

Die genaue Umsetzung möglicher Kampagneninhalte aus dem Portfolio sowie weitere Ergänzung mit individuellen Inhalten oblag allein den teilnehmenden Mitgliedskassen und deren Trägerunternehmen.

⁶ Der psyGA Online-Test wird im Rahmen der Initiative „Neue Qualität der Arbeit“ durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert. Das Projekt wird von dem Bundesamt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin fachlich begleitet und vom BKK Dachverband geleitet.

Wie setzten die BKKn die Kampagne um?

Insgesamt führten 18 BKKn und damit rund 70 % der Mitgliedskassen des BKV e.V. die Dachkampagne „Zeit für mich“ durch:

- BKK B. Braun Aesculap
- BKK BPW Bergische Achsen KG
- BKK EWE
- BKK Freudenberg
- BKK Grillo-Werke
- BKK Groz-Beckert
- BKK MTU
- BKK Rieker.RICOSTA.Weisser
- BKK RWE
- BKK Salzgitter
- BKK Voralb
- Bertelsmann BKK
- Bosch BKK
- Daimler BKK
- Merck BKK
- Südzucker BKK
- TUI BKK
- Wieland BKK

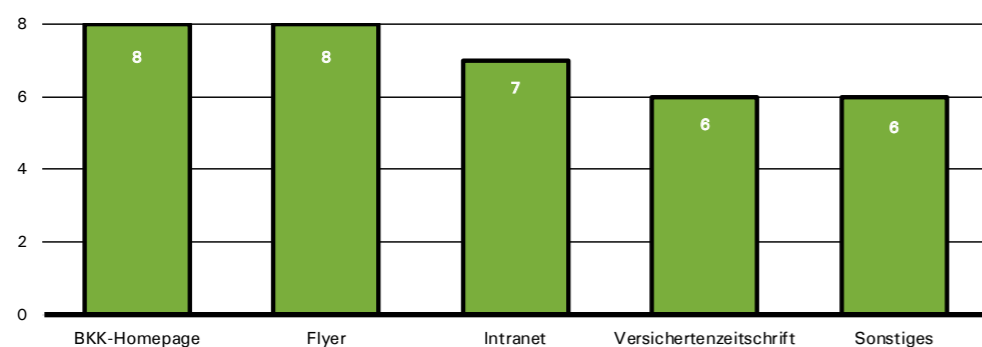
Zur Auswertung der Präventionskampagne nutzte der BKV e.V. wie auch in den Jahren zuvor einen eigens entworfenen Fragebogen, welcher Eckdaten, die Zusammenarbeit mit Dienstleistern bzw. Referenten sowie Feedback der Mitgliedskrankenkassen und Teilnehmer erfragte. 12 BKKn gaben Ihre Rückmeldung mittels des Fragebogens. Aus diesem wurden die folgenden Erkenntnisse überwiegend gewonnen. Um Feedback der Teilnehmer einzuholen stellte der BKV e.V. den BKKn eigens entworfene Fragebögen zu einzelnen Aktionen zur Verfügung. Darüber hinaus lieferten Befragungen von Teilnehmern mittels persönlicher Ansprache Feedback. Zudem führte die BKK EWE in Kooperation mit der Team Gesundheit GmbH eine schriftliche Befragung zum individuell durchgeführten Check-up „bioRelaxx“ durch.

Insgesamt erreichte die Dachkampagne „Zeit für mich“ nach Schätzungen zufolge über 13.300 Versicherte und Mitarbeitende der Trägerunternehmen. Je nach BKK nahmen zwischen 300 und 3.000 Personen an den Angeboten teil. Es ist jedoch anzunehmen, dass die tatsächliche Teilnehmerzahl diesen Wert weit überschreitet, da lediglich von 11 der insgesamt 18 teilnehmenden BKKn eine Angabe hierzu vorliegt. Der Zeitraum, in welchem die Kampagne umgesetzt wurde, variierte stark unter den BKKn. Eine BKK führte die Kampagne 4 Monate lang durch, eine andere BKK nutzt die Inhalte laufend für Präventionsmaßnahmen. An bis zu 39 Standorten in ganz Deutschland konnten Versicherte und Mitglieder der Trägerunternehmen an den Angeboten der Kampagne teilnehmen, u. a. an folgenden Orten:

Augsburg, Baden-Baden, Berlin, Blaichach, Bremen, Bremervörde, Brottewitz, Cloppenburg, Cuxhaven, Darmstadt, Delmenhorst, Duisburg, Freudenberg, Friedrichshafen, Gemering, Gernsheim, Göhrwihl, Hamburg, Hannover, Haselünne, Homburg, Kaiserslautern, Leer, Magdeburg, Mannheim, Neuenburg, Neuffen, Norden, Nürtingen, Offenau, Oldenburg, Owen, Peine, Plattling, Rain, Reichelsheim, Ruhstorf, Salzgitter, Schillerhöhe, Schwäbisch Gmünd, Sottrum, Stuttgart, Tostedt, Unterstadion, Varel, Wabern, Weinheim, Westerstede, Zeitz.

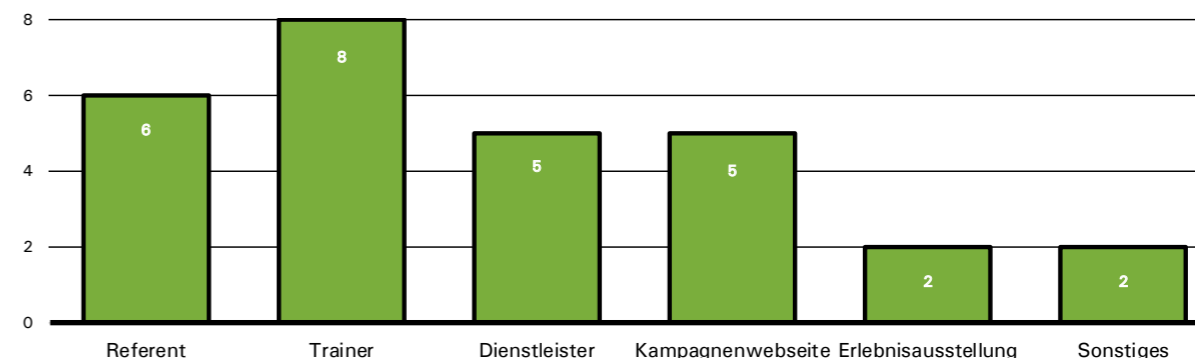
Wie der Abbildung 8 zu entnehmen, fand die Bewerbung der Kampagne insbesondere über die Krankenkassenhomepage (8 BKKn), Flyer (8 BKKn), das Intranet (7 BKKn) und die Versichertenzeitschrift (6 BKKn) statt. Zudem erfuhren Versicherte und Mitarbeitende vereinzelt über Email, Social Media, Aushänge, Betriebsversammlungen und weitere betriebsinterne Kommunikationstools von der Kampagne. Dies ist in der folgenden Abbildung unter der Rubrik „Sonstiges“ (6 BKKn) gefasst.

Abbildung 8: Bewerbung der Dachkampagne



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 9: Leistungsangebote der BKKn



Quelle: Eigene Darstellung.

Jede BKK setzte die Dachkampagne individuell nach Ihren Vorstellungen um und passte sie auf die Bedürfnisse ihrer Zielgruppe an. Zum Beispiel bot die Daimler BKK im Rahmen der Kampagne 41 Vorträge, 18 Life-Kinetik Kurse und weitere zahlreiche BGF-Maßnahmen in ihren Werken, Vertriebsregionen und Logistik-Zentren an. Dementsprechend fiel die Gestaltung sehr unterschiedlich aus, wie der Abbildung 9 zu entnehmen ist. Insgesamt führten 8 BKKn Workshops mit Trainern durch, 6 BKKn luden einen Referenten ein, 5 BKKn legten einen größeren Fokus auf die Kampagnenwebseite, 5 arbeiteten mit einem Dienstleister zusammen und 2 BKKn eröffneten den Teilnehmern die Möglichkeit, die Erlebnisausstellung zu besuchen. Zudem setzten 3 BKKn weitere Angebote um, die sie eigenständig organisierten und zusätzlich zu Inhalten des Kampagnenportfolios anboten. Beispielsweise veranstaltete die Merck BKK ein Kampagnen-Picknick in gemütlicher Atmosphäre mit handgemachter Gitarrenmusik. Die BKK Groz-Beckert bot ihren Versicherten die Möglichkeit einer Ernährungsberatung an, während die Bosch BKK den Referenten Dr. med. Hölzer sowie einen Trainer der Bosch BKK einlud und für Pausen auf Liegestühle mit einem Kampagnenlogo setzte. Auch die TUI BKK sowie BKK Salzgitter arbeiteten mit einer BKK internen Referentin zusammen. Check-ups setzte dieses Jahr allein die BKK EWE in eigener Kooperation mit der Team Gesundheit GmbH in Form der bioRelaxx Stressmessung um.

Feedback der Teilnehmer und der BKKn

Gemäß der Abbildung 10 schätzen 10 BKKn und damit der Großteil das Teilnehmerfeedback als gut oder sehr gut ein. 2 BKKn stuften das Teilnehmerfeedback mitunter als schlecht ein, was insbesondere auf eine spezifische Aktion zurückzuführen ist, der ein Marketingcharakter zugeschrieben wurde. Zugleich sind Rückmeldungen weiterer BKKn zu diesem Leistungsangebot sehr positiv. Teilweise wurde die Aktion sogar die nächsten Jahre als Folgekurs etabliert. Auf diese Diskrepanz wird an dieser Stelle verwiesen.

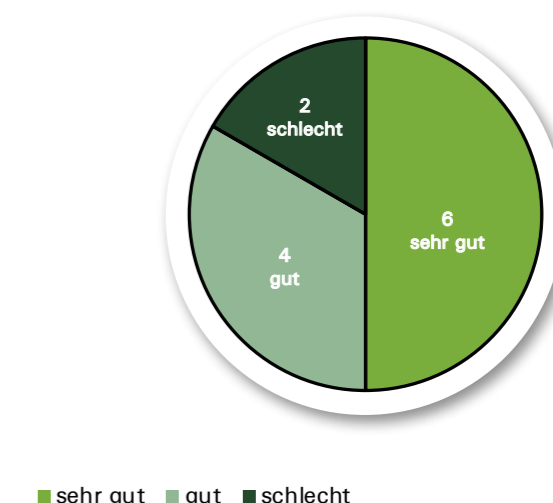
Auch zufolge der Daimler BKK (2018) nahmen Versicherte und Mitarbeitende die Materialien und Kampagnenaktionen sehr gut an. So sind auf der Homepage der Daimler BKK zum Beispiel folgende Reaktionen überzeugter Teilnehmer veröffentlicht:

„Vielen Dank für den mitreißenden Vortrag, in dem ich wie eine Dampflok hinein und aus dem ich entspannt wie auf Wolken herausgeschwebt bin.“ – Stefanie K., Daimler AG Mannheim

„Der Vortrag hat mir geholfen, sich wieder ins Bewusstsein zu rufen, wie wichtig Zeit für mich bzw. kleine Auszeiten sind.“ – Franziska D., Daimler AG Bremen

„Ich finde es super, dass Themen wie Selbstreflexion und Entspannen im Alltag bei uns diskutiert werden.“ – Benjamin R., Daimler AG Hamburg

Abbildung 10: Einschätzung des Teilnehmerfeedbacks



■ sehr gut ■ gut ■ schlecht

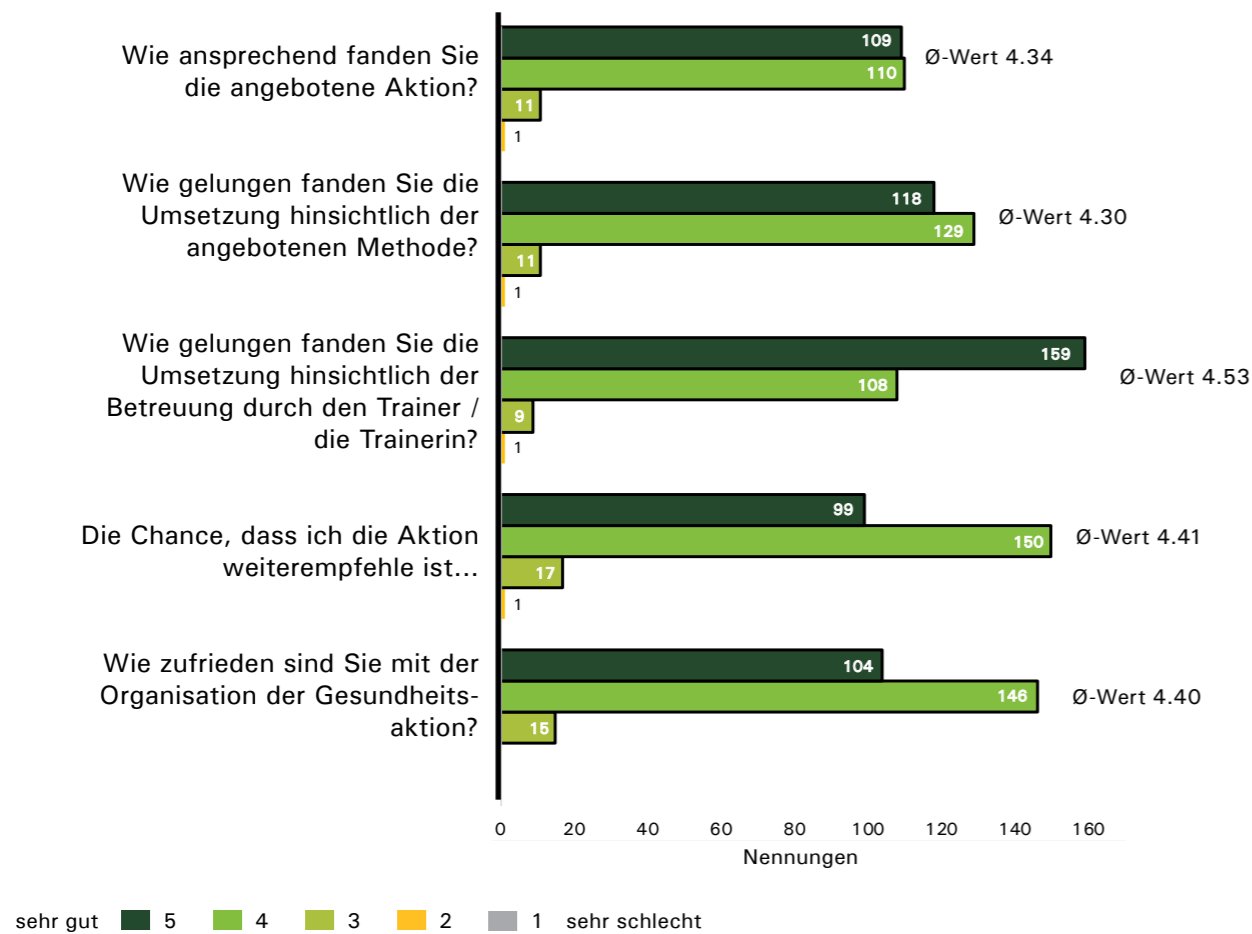
Quelle: Eigene Darstellung nach Team Gesundheit GmbH 2020.

Ferner ist das Feedback zu der bioRelaxx Stressmessung, welche die BKK EWE in Zusammenarbeit mit der Team Gesundheit GmbH durchführte, sehr positiv. Bei dieser Messung kann anhand der körperlichen Auswirkungen von Anspannungs- und Entspannungssituationen mit Hilfe der Herzratenvariabilität eine Aussage zur individuellen Entspannungsfähigkeit getroffen werden. Als Feedback vergaben die Teilnehmer anhand 5 verschiedener Fragen Punkte auf einer Skala von 1 bis 5 (1 = sehr schlecht, 5 = sehr gut). In der Abbildung 11 sind die Anzahl der Nennungen je Frage sowie der jeweilige Durchschnittswert dargestellt. Zu allen Fragen liegt das Feedback der Teilnehmer entweder im guten oder sehr guten Bereich. So wurde der Check-up bioRelaxx insgesamt von rund 45 % der Befragten als sehr gut und rund 50 % als gut wahrgenommen. Insbesondere die Betreuung der Trainer hoben die Teilnehmer positiv hervor. Dass der Großteil der Teilnehmer den Check-up

weiterempfehlen würden, spricht für eine rundum gelungene Aktion.

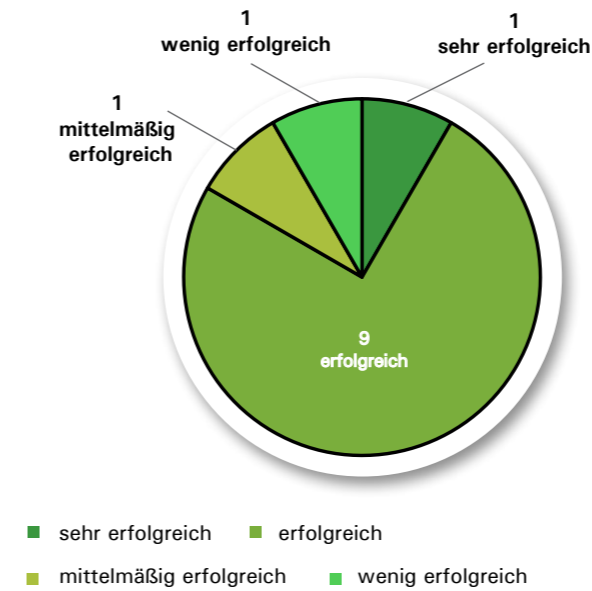
Als besonderes Highlight der Dachkampagne zählte die Erlebnisausstellung „Grenzen erleben“. Diese wurde bei den Versicherten als sehr positiv wahrgenommen. Nicht Betroffene konnten dabei die Erlebniswelt von Menschen mit Depressionen wahrnehmen und nachvollziehen. Grundlegendes Ziel dieser Ausstellung ist, das Verständnis psychischer Erkrankungen zu fördern und gegebenenfalls für erste Anzeichen psychischer Erkrankungen zu sensibilisieren. Der BGF-Experte Ralf Hirmke von der BKK MTU berichtet von über 1500 Teilnehmern der BKK, die tief bewegt die Ausstellung besucht haben: *„Die „Nachwirkung“ dieser Kampagne und dieser Ausstellung ist bis heute im Unternehmen zu spüren und es ist die einzige Kampagne auf die wir auch Jahre danach noch angesprochen werden.“*

Abbildung 11: Einschätzung des Teilnehmerfeedbacks



Quelle: Eigene Darstellung nach Team Gesundheit GmbH 2020.

Abbildung 12: Einschätzung des Kampagnenerfolgs



Quelle: Eigene Darstellung.

Auch in der BKK Freudenberg ist die Dachkampagne fortwährend präsent. So werden die Kampagnenmaterialien mitunter noch heute vom arbeitsmedizinischen Dienst ausgehändigt. Insgesamt schätzten wie der Abbildung 12 zu entnehmen, der Großteil der BKKn die Kampagne als erfolgreich ein. So berichtet beispielweise der BGF-Experte Eckhard Köhler der Bosch BKK, dass die aktuelle Relevanz der Kampagnenthematik reichhaltige Anhaltspunkte im Betrieb lieferte.

Insgesamt kann der BKV e.V. mit seinen Mitgliedskassen demnach auf eine erfolgreiche Dachkampagne 2017 unter dem Motto „Zeit für mich“ zurückblicken. Tausende Versicherte und Mitarbeitende der Trägerunternehmen erreichten Inhalte zur Stärkung Ihrer persönlichen Ressourcen. Die Kampagneninhalte sind bisweilen noch heute Gegenstand in den Trägerunternehmen und das Feedback, sowohl seitens der BKKn als auch der Teilnehmer, ist insgesamt positiv.

Fazit

Psychische Erkrankungen sind weltweit eine der häufigsten Ursachen für chronische Krankheiten und langfristige Behinderung (WHO 2005: 2). Nicht nur für das Individuum, sondern auch aus gesellschaftlicher Perspektive wiegen psychische Leiden folgenswer. Bei annähernd gleichbleibend hoher Prävalenz psychischer Störungen steigt seit den letzten Jahren, mitunter aufgrund stärkerer Sensibilisierung und einem gezielteren Behandlungsangebot, der Bedarf in der gesundheitlichen Versorgung fortwährend an. Psychische Erkrankungen sind am häufigsten für Frühberentungen und am zweithäufigsten für Arbeitsunfähigkeits- und Krankengeldtage verantwortlich.

Das individuelle Gleichgewicht zu finden zwischen Anspannung und Entspannung stellt in der heutigen Zeit für viele Menschen eine zunehmende Herausforderung dar. Sowohl Belastungen im Privatleben als auch mit dem Erwerbsstatus verbundene Auswirkungen nehmen starken Einfluss auf unsere Gesundheit. Steigende Leistungsanforderungen, Zeitdruck, ständige Erreichbarkeit und familiäre Verpflichtungen sind nicht selten tägliche Begleiter in unserem Leben, die bei vielen Menschen Stress auslösen. Ist unser Gleichgewicht über einen längeren Zeitraum gestört, kommt es zu einer dauerhaften Überlastung, was die Entstehung psychischer Erkrankungen begünstigt. Angesichts des immer größeren Aufkommens an psychosozialen Stressoren in unserer Lebenswelt, ist die Stärkung individueller Ressourcen als Schutzfaktor dringlicher denn je.

Im Rahmen der Dachkampagne „Zeit für mich“ erhielten die Teilnehmer durch zahlreiche Materialien und Aktionen vielfältige Anregungen und Tipps, wie Stress effektiv abgebaut und Resilienzen

gefördert werden können. 18 BKKn und damit rund 70 % der Mitgliedskassen des BKV e.V. führten die Dachkampagne an bis zu 39 Standorten in ganz Deutschland durch. Insgesamt erreichten die Kampagneninhalte nach Schätzwerten weit über 13.300 Versicherte und Mitarbeitende der Trägerunternehmen. Ein besonderes Highlight in diesem Jahr war die Erlebnisausstellung „Grenzen erleben“. Individuelle Aktionen wie Check-ups zur Stressmessung oder eigens gebuchte Referenten ergänzten die Angebote des BKV e.V. und führten zu einer mannigfaltigen Ausgestaltung der Kampagne. Mitunter werden noch heute BKK Mitarbeitende positiv auf die Präventionskampagne angesprochen.

Aufgrund der großen Reichweite, der guten Annahmequote, der fortwährenden Kampagnenbekanntheit und des zahlreichen positiven Feedbacks der BKKn sowie der Versicherten und Mitarbeitenden der Trägerunternehmen, kann auf eine erfolgreiche Dachkampagne zur Prävention psychischer Erkrankungen und Stärkung persönlicher Ressourcen zurückgeblickt werden.

Seit dem Jahr 2015 bietet der BKV e.V. seinen Mitgliedskassen jedes Jahr eine neue Dachkampagne an, bei welcher jeweils ein Präventionsziel für ein bestimmtes Handlungsfeld verfolgt wird, auf das die unternehmensnahen Betriebskrankenkassen aufmerksam machen möchten. Die Dachkampagne 2018 mit dem Titel „Ich hab`s gecheckt“ thematisiert das metabolische Syndrom und zielt darauf ab, das Bewusstsein für gefährliche Störungen des Stoffwechselkreislaufs zu erhöhen. Denn Stress und fehlende Entspannung können nicht nur zu psychischen Erkrankungen, sondern mitunter auch zu Stoffwechselstörungen unseres Körpers führen.

Literaturverzeichnis

- Beesdo-Baum K, Wittchen HU (2011): Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: Wittchen HU, Hoyer J (Hrsg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin / Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bschor T, Grüner S (2010): Psychiatrie fast. 6h Crashkurs. 3. Auflage. Grünwald: Börm Bruckmeier Verlag GmbH.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2020): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2018. Unfallverhütungsbericht Arbeit. 2. Auflage. Dortmund / Berlin / Dresden: Druck & Verlag Kettler GmbH.
- Bühringer G, Behrendt S (2011): Störungen durch Substanzkonsum: Eine Einführung. In: Wittchen HU, Hoyer J (Hrsg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin / Heidelberg: Springer-Verlag.
- Colton CW, Manderscheid RW (2006): Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. Preventing Chronic Disease 3 (2): A42.
- Daimler BKK (2018): Zeit für mich: Stimmen der Kampagne. Was bisherige Teilnehmer sagen. Online-Publikation: <https://www.daimler-bkk.com/gesundheits/zeit-fuer-mich/zeit-fuer-mich-was-bisherige-teilnehmer-sagen/> (Letzter Zugriff: 05.12.2020).
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (2018): Dossier. Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. Berlin: Buch- und Offsetdruckerei H. HEERNEMANN GmbH & Co KG.
- GBD 2017 Risk Factors Collaborators (GBD) (2018): Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet 392: 1923-94.
- Gough B, Novikova I (2020): Mental health, men and culture: how do sociocultural constructions of masculinities relate to men's mental health help-seeking behaviour in the WHO European Region? Health Evidence Network (HEN) synthesis report 70. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Hapke U, Maske UE, Scheidt-Nave C, Bode L, Schlack R, Busch MA (2013): Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 56: 749-754.
- Hoyer J, Beesdo-Baum K (2011): Generalisierte Angststörung. In: Wittchen HU, Hoyer J (Hrsg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin / Heidelberg: Springer-Verlag.
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1MH). Nervenarzt 85: 77-87.
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U (2016): Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1MH). Nervenarzt 87: 88-90.
- Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) (2019): BKK Gesundheitsreport 2019. Psychische Gesundheit und Arbeit. Zahlen, Daten, Fakten mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kocalevent RD, Hegerl U (2010): Depression und Suizidalität. Public Health Forum 18: 13-14.
- Kurth BM (2012): Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). Bundesgesundheitsblatt 55: 980-990.
- Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB (2014): Excess early mortality in schizophrenia. Annual Review of Clinical Psychology 10: 425-438.
- Maercker A, Forstmeier S, Wagner B, Glaesmer H, Brähler E (2008): Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. Nervenarzt 79: 577-586.
- Meyer TD, Bauer M (2011): Bipolare Störungen. In: Wittchen HU, Hoyer J (Hrsg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin / Heidelberg: Springer-Verlag.
- Mohr B, Korsch S, Roch S, Hampel P (2017): Debora – Trainingsmanual Rückenschmerzkompetenz und Depressionsprävention. Berlin: Springer-Verlag
- Rehm J, Shield KD (2019): Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. Current Psychiatry Reports. Volume 21, 10.
- Reinecker HS (2011): Zwangsstörungen. In: Wittchen HU, Hoyer J (Hrsg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin / Heidelberg: Springer-Verlag.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2010): Depressive Erkrankungen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51. Berlin: Druckerei Heenemann.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Ruksaldruck.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2014): Depression. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Berlin. Online-Publikation: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Faktenblaetter/GEDA12/geda12_fb_inhalt.html (Letzter Zugriff: 16.12.2020).
- Robert Koch-Institut (RKI) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin.
- Roch S, Hampel P (2020): Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: Haring R (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin: Springer-Verlag.
- Sauer N, Eich W (2009): Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. Deutsches Ärzteblatt cme Kompakt 1(1).
- Schneiderman N, Ironson G, Siegel SD (2005): Stress and Health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. Annual Review of Clinical Psychology 1: 607-628.
- Schönfeld S, Boos A, Müller J (2011): Posttraumatische Belastungsstörung. In: Wittchen HU, Hoyer J (Hrsg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin / Heidelberg: Springer-Verlag.
- Team Gesundheit GmbH (2020): Untersuchung und Befunderstellung durch die Team Gesundheit GmbH, Essen. <https://teamgesundheits.de>.
- Thiebaut F (2017): Anxiety disorders: a review of current literature. Dialogues in Clinical Neuroscience 19 (2): 87-88.
- Werdecker L, Esch T (2020): Stress und Gesundheit. In: Haring R (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin: Springer-Verlag.
- Wien S, Bergmann F, Niebling W, Schneider F (2008): Grundlagen. In: Schneider F, Niebling W (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Wittchen HU, Hoyer J (Hrsg.) (2011): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin / Heidelberg: Springer-Verlag.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvadori C, Carulla L, Simon R, Steinhausen H-U (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology 21: 655-679.
- World Health Organization (WHO) (2005): Mental Health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2013): Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Çeşme, Türkei: Regionalbüro für Europa.
- World Health Organization (WHO) (2019): Psychische Gesundheit. Faktenblatt. Online-Publikation: <https://www.euro.who.int/de/media-centre/sections/fact-sheets/2019/fact-sheet-mental-health-2019> (Letzter Zugriff: 16.10.2020).

- Word Health Organization (WHO), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2019): ICD-10-WHO Version 2019. Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Online-Publikation: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/chapter-v.htm> (Letzter Zugriff: 04.12.2020).
- Word Health Organization (WHO) (2020): ICD-11 (Mortality and Morbidity Statistics). QD85 Burnout. Online-Publikation: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281> (Letzter Zugriff: 28.10.2020).
- Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A (2017): The Impact of Stress and Body Function: A Review. EXCLI Journal 16: 1057-1072.
- Zwanzger P, Schneider F, Witzko M (2008): Angst, Panik und Zwang. In: Schneider F, Niebling W (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Heidelberg: Springer-Verlag.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 2018	10
Tabelle 2: Produktionsausfallkosten und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen 2018.....	11
Tabelle 3: AU-Kennzahlen für Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppe und Geschlecht	12

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	AU-Tage nach Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen	7
Abbildung 2:	AU-Fälle nach Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen	7
Abbildung 3:	Arbeitsunfähigkeit von Psychischen und Verhaltensstörungen in Beziehung zu Alter und Geschlecht	8
Abbildung 4:	AU-Tage je Fall nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen	9
Abbildung 5:	KG-Tage nach Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen	9
Abbildung 6:	Die wichtigsten psychischen Erkrankungen im AU-Geschehen	13
Abbildung 7:	Vulnerabilitäts-Stress-Modell	19
Abbildung 8:	Bewerbung der Dachkampagne	22
Abbildung 9:	Leistungsangebote der BKKn	23
Abbildung 10:	Einschätzung des Teilnehmerfeedbacks	23
Abbildung 11:	Feedback zur Check-up Messung bioRelaxx	24
Abbildung 12:	Einschätzung des Kampagnenerfolgs	25

Autorin

Leandra Bürger

Leandra Bürger arbeitet im Gesundheitsmanagement eines Dienstleistungsunternehmens und ist als freiberufliche Gesundheitswissenschaftlerin sowie -trainerin tätig. Ihre Schwerpunktthemen liegen in der Prävention und Gesundheitsförderung, zu denen sie sich fortwährend weiterbildet. Bis Ende 2018 unterstützte sie zuletzt als Projektassistentin die Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V. (BKV e.V.). Ihr Studium schloss sie in Public Health ab (Master of Science).

