

KBS Sozialreport

NEWSLETTER DER KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

VORBEMERKUNG

KBS-Sozialreport in Corona-Zeiten

Das Coronavirus SARS-CoV-2 hat seit Mitte März das gesellschaftliche Leben auf allen Ebenen tiefgreifend verändert und Auswirkungen nach sich gezogen, die bisher kaum vorstellbar waren. Vieles Gewohnte ist anders geworden und wurde den veränderten Bedingungen angepasst. Geschäfte, Schulen und Kindertagesstätten wurden geschlossen, industrielle Betriebe heruntergefahren. In vielen Unternehmen, auch in der Sozialversicherung, wurde die Büroarbeit auf Homeoffice umgestellt. Die Menschen haben gelernt, mit Kontaktsperre, Mundschutz und strikten Hygieneregeln umzugehen. Dem Grundrecht auf „Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ (Art. 2 GG) wurden andere Grundrechte untergeordnet, um Leben zu retten. Unser Gesundheitssystem und insbesondere unsere medizinische Versorgung in den Krankenhäusern haben den Herausforderungen bislang erfolgreich standgehalten. Die Sozialversicherung insgesamt sorgt auch in schwieriger Zeit für soziale Sicherheit und soziale Abfederung.

Inzwischen sind einige Maßnahmen zur Eindämmung des Virus gelockert. In den Krankenhäusern werden elektive Operationen wieder durchgeführt. Seit Anfang Juni steht die Knappschaft-Bahn-See in den Auskunfts- und Beratungsstellen der Rentenversicherung und in den SMD-Dienststellen sowie die KNAPPSCHAFT als Krankenversicherung in ihren Geschäftsstellen auch wieder persönlich für ihre Kundinnen und Kunden zur Verfügung.

Die Wiederaufnahme der persönlichen Kundenkontakte erfolgt zunächst nur im Wege einer Terminvereinbarung, um Wartezimmer-situationen zu vermeiden.



Vor dem Hintergrund der Ereignisse erscheint auch unser KBS-Sozialreport verspätet. In Anbetracht der aktuellen Anforderungen für das Gesundheitswesen in der Corona-Krise sind einige Themen, wie zum Beispiel die Optimierung des MRSA und die Notfallversorgung, in der politischen

Diskussion in den Hintergrund getreten. Dennoch bleiben diese Themen aktuell und bedürfen einer Lösung.

Unseren Leserinnen und Lesern wünschen wir Kraft in dieser ungewohnten Zeit, Mut für Neues und natürlich das Wichtigste: Bleiben Sie gesund! ■

Bettina am Orde
Vorsitzende der Geschäftsführung

Heinz-Günter Held
Mitglied der Geschäftsführung

Andreas Gülker
Mitglied der Geschäftsführung

Möglichkeiten zur weiteren Verfeinerung der Morbiditätsmessung beim Morbi-RSA

„Gleiche Wettbewerbsbedingungen sind eine zentrale Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb im Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung“ – so steht es im vom Deutschen Bundestag im Februar 2020 verabschiedeten „Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz“. Neben Änderungen im Organisationsrecht der Krankenkassen stehen systematische Änderungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) im Fokus des Gesetzes.

Mit der Reform des Morbi-RSA ist ein wichtiger Schritt getan, um gleiche Wettbewerbsbedingungen für die Krankenkassen zu schaffen. Dennoch bedarf es aus Sicht der KNAPPSCHAFT im Hinblick auf die Regionalkomponente und den Risikopool weiterer Betrachtungen und Optimierungen.

KNAPPSCHAFT fordert die versichertenindividuelle Erhebung der Regionalkomponente

Durch die Einführung einer Regionalkomponente werden regional bedeutsame Variablen in einem rein statistischen Ansatz im Morbi-RSA berücksichtigt, wie zum Beispiel die Pflegebedürftigkeit und die Sterberate. Krankenkassen erhalten auf Grundlage der Regionalkomponente Zu- oder Abschläge aufgrund der regionalen Struktur des Wohnumfelds. Praktisch bedeutet dies, dass Krankenkassen für Versicherte in sogenannten Hochkostenregionen, beispielsweise in Ballungsräumen, mehr Zuweisungen erhalten als in Regionen mit niedrigeren Durchschnittskosten. Die Regionalkomponente stellt somit eine Variable dar, die die Struktur einer bestimmten Region ausgleicht. Dadurch wird auch die regionale Wettbewerbsverzerrung bekämpft. Im Vergleich zum Verfahren im Status quo stellt dies jedoch einen Systembruch im Morbi-RSA dar. Das Morbi-RSA-Sys-

tem folgt in der Regel dem Gebot der versichertenbezogenen Berücksichtigung der Ausgleichsmerkmale.

Auch der Wissenschaftliche Beirat als Expertengremium zur Begutachtung der Auswirkungen des Morbi-RSA hat im sogenannten Regionalgutachten kritisch angemerkt, dass Variablen im Hinblick auf die Regionalkomponente rein regionalstatistisch erhoben und berücksichtigt werden. Generell sei es wünschenswert, wenn individualisierbare Variablen auch versichertenbezogen erhoben würden. So werden derzeit über die Regionalkomponente nur im statistischen Durchschnitt einer Region die ambulante Pflege, stationäre Pflege sowie die Anzahl der Pflegebedürftigen berücksichtigt – nicht jedoch die tatsächlich vorliegenden individualisierten Pflegeausprägungen. Dies führt tendenziell zu Verwerfungen.

Der Systematik der Regionalkomponente folgend erhalten die Krankenkassen nur eine durchschnittliche Zuweisung für pflegebedürftige Versicherte in der jeweiligen Region. Vollkommen außer Acht bleibt bei dieser durchschnittlichen Betrachtung die Pflegeprävalenz der Krankenkasse in der Region: also das Verhältnis pflegebedürftiger Versicherte im Verhältnis zur gesamten Einwohnerzahl (einer Region).

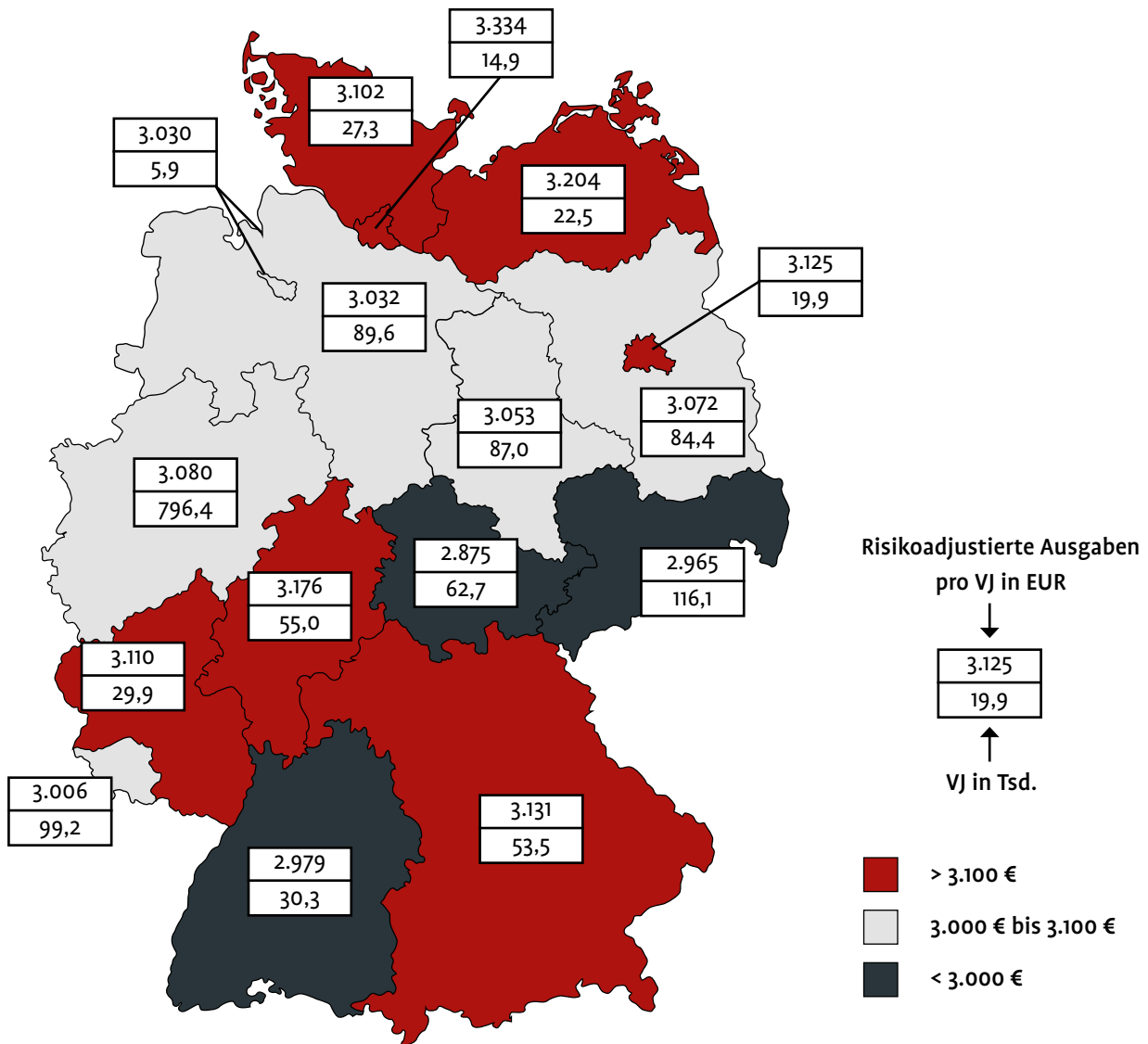
So kann es dazu kommen, dass eine Krankenkasse, die in einer Region überdurchschnittlich viele pflegebedürftige Personen versichert, aufgrund der Regionalkomponente nur unterdurchschnittliche Zuweisungen erhält.

Anhand des Pflegemerkmals lässt sich somit erkennen, dass die Regionalkomponente zwar zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit im Morbi-RSA führt und ein Schritt in die richtige Richtung ist, aber nur die versichertenindividuelle Berücksichtigung einer Variablen zu der gewünschten Steigerung der Zielgenauigkeit führt.

Die Pflegebedürftigkeit von Versicherten ist zudem ein individualisierbares und manipulationsresistentes Merkmal, da dieses Merkmal auf Bescheiden der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgrund von Feststellungen des Medizinischen Dienstes basiert und bei den Krankenkassen vorliegt.

Somit liegt es – aus Sicht der KNAPPSCHAFT und des Wissenschaftlichen Beirats – nahe, die vorliegenden Ausprägungen von Pflege innerhalb der Regionalkomponente versichertenbezogen zu erheben und zu berücksichtigen. So wird nicht nur das Gebot der

Risikoadjustierte Ausgaben der KNAPPSCHAFT in den Bundesländern im Jahr 2018 pro Versichertenjahr (VJ)



versichertenbezogenen Berücksichtigung der Ausgleichsmerkmale im Morbi-RSA gewahrt, sondern auch die Erklärungskraft des Morbi-RSA signifikant erhöht.

KNAPPSCHAFT fordert weitere Untersuchungen zum Risikopool

Die KNAPPSCHAFT begrüßt grundsätzlich die Schaffung eines Risikopools. Dies folgt vor allem daraus, dass finanzielle Belastungen, die sich aus den sogenannten Hochkostenfällen ergeben, gemindert werden. Der Risikopool dient somit vor allem als Überlastungsschutz für kleinere Krankenkassen.

Allerdings führt die praktische Durchführung der gewählten Variante des Risikopools zu einem aufwendigen Ist-Kosten-Ausgleich.

Dies stellt einen Systembruch im Morbi-RSA dar. Über den Morbi-RSA werden normalerweise nur durchschnittliche Ausgaben ausgeglichen. Der Ist-Kosten-Ausgleich führt somit zu einem hohen Prüfaufwand. Ein Nachteil des gewählten Risikopool-Modells ist – laut Wissenschaftlichem Beirat –, dass die Krankenkassen auch für Fälle mit positivem Deckungsbeitrag Risikopoolerstattungen erhalten.

Aus Sicht der KNAPPSCHAFT ergibt es Sinn, den neuen Morbi-RSA mit seinen Reformbausteinen zunächst seine Wirkung entfalten zu lassen, sich dann die verbleibenden Unterdeckungen anzuschauen und dann, sofern noch erforderlich, zum Ausgleich dieser Unterdeckungen einen Risikopool anzusetzen. So spricht sich insbesondere auch der Wissenschaftliche Beirat in seinem Sondergutachten für ein Risikopool-Modell aus, dass in zeitlicher Hinsicht dem Morbi-RSA-Verfahren nachgelagert ist. ■



MEDIZINISCHES KOMPETENZNETZ

Reform der Notfallversorgung

Deutschland verfügt über umfassend ausgebaute Systeme der Notfallversorgung im ambulanten und stationären Bereich sowie über ein gut etabliertes Rettungssystem. Aufgrund der sektoralen Regelungen und Schnittstellenprobleme zeichnet sich die Versorgungslage jedoch seit Jahren durch eine Überbelastung der stationären Notfallambulanzen aus. Um überfüllte Rettungsstellen auch durch eine zu hohe Inanspruchnahme bei leichteren Erkrankungen und kleineren Verletzungen zu entlasten, soll die Notfallversorgung grundlegend umgebaut werden. Aus diesem Grund hat das Bundesministerium für Gesundheit bereits im Dezember 2018 umfassende Reformen der Notfallversorgung angekündigt, um eine bessere Patientensteuerung sicherzustellen. Die jetzt bekanntgewordenen und geplanten Änderungen kommen einer politischen Großoperation bei den Notfallambulanzen gleich.

Seit Januar 2020 liegt ein erster konkreter Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zur Reform der Notfallversorgung vor. Ziel der Reformbestrebungen ist die Verbesserung der Versorgung durch Verkürzung der Wartezeiten in den Notfallambulanzen durch den Aufbau eines gemeinsamen Notfallleit-systems und den Aufbau integrierter Notfallzentren an ausgewählten Krankenhäusern.

Zudem sieht der Referentenentwurf vor, dass die medizinische

Versorgung am Notfallort und die Rettungsfahrten zukünftig als eigenständiger Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt werden.

Hierbei sollen auch die regional unterschiedlichen Notfallversorgungsstrukturen in ein neues, einheitliches System überführt werden. Die Notfallversorgung soll an eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu treffende Auswahl von Krankenhäusern fokussiert und verlagert werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bereits im Frühjahr 2018 ein Konzept beschlossen, wonach es künftig voraussichtlich weniger Krankenhäuser geben dürfte, die für Notfälle eingerichtet sind. Von derzeit rund 1.750 Häusern sollen nur noch rund 1.120 entsprechende Zuschläge bekommen; es könnten also rund 630 Krankenhäuser herausfallen.

Gemeinsame Notfallleit-systeme
Gemeinsame Notfallleit-systeme der Träger der Rettungsleitstellen und der Kassenärztlichen Vereinigungen

sollen in Zukunft als erste Ansprechpartner die zentrale Lotsenfunktion in medizinischen Notsituationen übernehmen. Durch ein strukturiertes und softwaregestütztes Einschätzungsverfahren zur Bewertung der Krankheitsbeschwerden des Patienten soll eine entsprechende Zuweisung erfolgen: Dies kann die Notfallversorgung vor Ort, eine Rettungsfahrt, eine telemedizinische Behandlung oder ein Hausbesuch durch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst sein.

Bei einem Anruf unter der Notrufnummer 112 oder der Rufnummer des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116 117 sollen alle Patienten in Not rund um die Uhr schnell die erforderliche und auf sie zugeschnittene Hilfe erhalten. Weiterhin läuft jedoch über die Notrufnummer 112 weiterhin auch der Brand- und Katastrophenschutz. Dies ist für die Notfall-Praxis durchaus kritisch zu beurteilen.

Integrierte Notfallzentren

Zentrales Ziel der Reform der Notfallversorgung ist die stärkere Steuerung der Patienten in den Notfallambulanzen nach Dringlichkeit des Anliegens. An ausgewählten Kliniken soll es daher in Zukunft Integrierte Notfallzentren geben. In diesen Zentren sollen der Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Notfallambulanzen in den Krankenhäusern zusammengeführt werden. Sie sollen an dafür geeigneten Krankenhausstandorten eingerichtet und von den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit den Krankenhäusern betrieben werden.

Der aktuelle Reformvorschlag sieht dabei eine fachliche Leitung durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung vor. In dem von der Kassenärzt-

lichen Vereinigung fachlich geleiteten Integrierten Notfallzentren soll eine qualifizierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfes des Patienten nach dem Prinzip ambulant vor stationär und eine Zuführung in die richtige Versorgungsebene zur Behandlung erfolgen. Da die Standortwahl eines Integriertes Notfallzentrums zukünftig von der Mehrheit von Kassenärztlichen Vereinigung und Krankenkassen entschieden werden soll, muss eine ausreichende Beteiligung der Krankenhäuser in den erweiterten Landesausschüssen sichergestellt werden. Die Integrierten Notfallzentren soll es nur in Krankenhäusern geben, die entsprechend dem Stufenkonzept des Gemeinsamen Bundesausschusses an der Basisnotfallversorgung, an der erweiterten oder an der umfassenden Notfallversorgung teilnehmen. Werden Patienten künftig in Notfallambulanzen von Krankenhäusern behandelt, die nicht an der Notfallversorgung beteiligt sind, müssen sie nach dem vorliegenden Referentenentwurf einen Vergütungsabschlag in Höhe von 50 Prozent hinnehmen. Hierdurch soll eine zielgerichtete Steuerung der Notfallpatienten in die Integrierten Notfallzentren erfolgen.

Anerkennung des Rettungsdienstes als eigenständiger Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung

Leistungen der medizinischen Notfallrettung – also die Versorgung am Notfallort und die Rettungsfahrten –, die durch die Träger der Rettungsdienste nach den Landesrettungsgesetzen erbracht werden, sollen nach dem Referentenentwurf jeweils eigenständige Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Damit wird die zunehmend spezialisierte medizinische Versor-

gung am Notfallort und während der Rettungsfahrt als Behandlungsleistung anerkannt und einer langjährigen Forderung der Länder nachgekommen.

Notfallversorgung im Bereich der Knappschaft Kliniken GmbH

Bereits heute halten die Kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich der Knappschaft Kliniken GmbH Notfallpraxen an den Krankenhausstandorten der Knappschaftsklinikum Saar GmbH, der Klinikum Vest GmbH, der Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH und der Rhein-Maas Klinikum GmbH vor. An der Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum GmbH ist eine Notfallpraxis für die Augenheilkunde außerhalb der regulären Sprechstunden im niedergelassenen Arztbereich besetzt. Die Klinikum Westfalen GmbH führt derzeit Gespräche mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Hier wurde Bereitschaft signalisiert, am Standort Dortmund-Brackel eine außerhalb der regulären Sprechzeiten besetzte Notfallpraxis zu etablieren.

Insgesamt bewertet die KNAPPSCHAFT den ersten Entwurf der Neuregelung der Notfallversorgung positiv. Ein wichtiges Ziel der Reformbestrebungen ist eine verpflichtende sektorenübergreifende Kooperation, insbesondere über die Etablierung von Notfallpraxen an geeigneten Krankenhausstandorten. ■

Pflegeoffensive der Knappschaft Kliniken GmbH

Der Personalmangel an Pflegekräften in deutschen Kliniken wird immer größer. Nach Roland Bergers Krankenhaus-Studie 2019 fehlen in den Krankenhäusern in Deutschland rund 30.000 Pflegerinnen und Pfleger. Nach Angaben der Gewerkschaft ver.di fehlen sogar insgesamt 80.000 Pflegekräfte, um Bedarfe zu decken, Überstunden in Stellen umzuwandeln und Dienstschichten ausreichend zu besetzen. Tatsache ist: Vier von fünf Krankenhäusern haben derzeit Probleme, offene Stellen zu besetzen. Das sagt das Krankenhaus-Barometer 2019 des Deutschen Krankenhausinstituts. Bundesweit sind demnach rund 17.000 vorhandene Pflegestellen unbesetzt.



Diese Zahlen verdeutlichen, wie groß der Handlungsdruck ist, um mehr Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen. Im Jahresdurchschnitt 2019 hatte die Knappschaft Kliniken GmbH in ihren Krankenhäusern erfreulicherweise kaum längerfristig offene Pflegestellen. Damit das so bleibt, stellt sich die Knappschaft Kliniken GmbH konsequent den Herausforderungen der Zukunft.

Knappschaft Kliniken Akademie

Ein wichtiger Baustein dabei ist die Errichtung einer Knappschaft Kliniken Akademie. Sie wird in Zukunft das Zentrum des Personalmanagements für die Knappschaft Kliniken GmbH sein: Ausbildung, Fortbildung, Förderprogramme, Traineeprogramme, Ausbildungsstellen – dies alles wird von der

Knappschaft Kliniken Akademie mit einheitlichen Qualitätsmaßstäben durchgeführt.

Recruiting: Brücke nach Vietnam mit Programm „2Steps2Care“

Neben mittel- und langfristigen Strategien ist ein nationales und internationales Fachkräfte-Recruiting ein wichtiges Mittel zur kurzfristigen Behebung von Personalengpässen im Pflegebereich. Die Knappschaft Kliniken GmbH beschreitet mit dem Programm „2Steps2Care“ aktuell neue Wege bei der Ausbildung und Integration von Pflege-Fachkräften aus dem Ausland. Vertreter des vietnamesischen Arbeitsministeriums, einer Pflegeschule aus Ho-Chi-Minh-City und der Knappschaft Kliniken GmbH unterzeichneten abschließend im März 2020 im Gesundheitsministerium

NRW in Düsseldorf einen Kooperationsvertrag über mehr als 100 vietnamesische Pflege-Auszubildende in den Knappschaft Kliniken und einen breit angelegten interkulturellen Pflegedialog.

Mit „2Steps2Care“ starten die Knappschaft Kliniken ein Programm, das Deutschland und Vietnam nachhaltig Vorteile in der Versorgung mit Pflegekräften bringt. Das Besondere daran ist, dass die Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler zunächst zwei Jahre in ihrem Heimatland die deutsche Sprache und Pflege-Basiswissen lernen. Bei den Knappschaft Kliniken vertiefen sie dann beides in Theorie und Praxis, was hohe Qualitätsstandards nach deutschen Vorgaben sichert. Das Curriculum ist so abgestimmt, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach vier Jahren einen Abschluss haben, der in beiden Ländern anerkannt ist.

Dadurch umgeht „2Steps2Care“ ein Problem, das bei vielen Anwerbungsprogrammen für ausländische Pflegekräfte entsteht: Möchte der Teilnehmer am Ende der Ausbildung nicht in Deutschland bleiben, ist seine Qualifikation im Heimatland oft wertlos. Auch einer bei solchen Programmen nicht unüblichen Abbrecherquote von bis zu

50 Prozent soll so entgegengewirkt werden.

Vietnam bietet sich als Kooperationspartner an, weil die Bevölkerung ein relativ geringes Durchschnittsalter hat und an Pflege interessierte Menschen nicht viele freie Stellen vorfinden. Der Knappschaft Kliniken GmbH war es wichtig, einen Mehrwert für alle Seiten zu schaffen und

soziale Verantwortung auch mit Blick auf das vietnamesische Gesundheitssystem wahrzunehmen. Die Knappschaft Kliniken haben das Programm selbst entwickelt und finanziert und Unterstützung durch das Gesundheitsministerium NRW erhalten.

„2Steps2Care“ fördert nicht nur die Akquise der auch bei den Knappschaft Kliniken dringend

benötigten Pflegekräfte, sondern schlägt auch eine internationale Brücke und fördert den interkulturellen Dialog. Die Pflegeschulen in Bochum, Recklinghausen, Würselen und Sulzbach/Püttlingen sowie hinzukommende Erweiterungen bekommen eine Partnerschule in Vietnam – Schüler und Lehrer tauschen sich miteinander aus und legen so die Basis für eine gelingende Integration in Deutschland. ■

MINIJOB-ZENTRALE

Flexible Arbeitsformen in der Minijob-Zentrale als Chance der digitalen Transformation und Aufrechterhaltung von Arbeitsprozessen auch in Krisenzeiten

Die Flexibilisierung des Arbeitsalltages für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Unternehmens ist in einer modernen Arbeitswelt eine wichtige Aufgabe für jeden Arbeitgeber in Wirtschaft und Verwaltung. Zum einen lassen die digitalen technischen Möglichkeiten heute eine zeitliche und räumliche Flexibilisierung immer mehr zu. Zum anderen werden die Lebenskonzepte der Menschen immer vielfältiger: Beruf, Familie, Pflegeunterstützung und Freizeitverhalten laufen heute nicht mehr starr organisiert nebeneinander ab, sondern verlangen nach Agilität und Beweglichkeit. Zudem zeigt aktuell die Coronavirus-Krise, wie wichtig flexible Arbeitsformen zur Aufrechterhaltung von Arbeitsprozessen auch in Krisenzeiten sind.

Bei flexiblen Arbeitsformen muss grundsätzlich unterschieden werden zwischen der Möglichkeit der mobilen Telearbeit, bei der es um die gelegentliche Erledigung von Aufgaben außerhalb des eigentlichen Arbeitsplatzes geht und einer grundsätzlichen Verlagerung des Arbeitsplatzes in einen privaten Haushalt, dem sogenannten Home-Office.

Die Minijob-Zentrale als Teil des Verbundsystems der Knappschaft-Bahn-See arbeitet seit ihrem Bestehen 2003 in vielen Arbeitsprozessen

in hohem Maße digitalisiert. Bei der Flexibilisierung der Arbeitsformen nimmt sie derzeit im Gesamtunternehmen der Knappschaft-Bahn-See eine Pilotfunktion ein. Ziel der Minijob-Zentrale ist es, rund 40 Prozent der Beschäftigten in den Beitragsdezernaten in Cottbus und Gelsenkirchen dauerhafte Home-Office-Arbeitsplätze mit einem Büropräsenztag pro Woche anzubieten. Am Standort Cottbus der Minijob-Zentrale werden beispielsweise bis zum Ende dieses Jahres rund 140 Home-Office-Arbeitsplätze neu

geschaffen, um Büroräume für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der neuen, zusätzlichen Aufgabe der KBS als Fachstelle für Fördermittel des Bundes/Europäischer Sozialfonds bereitzustellen.

Die Minijob-Zentrale hat seit einiger Zeit viel Erfahrung mit alternierender Telearbeit aus sozialen Gründen. Nunmehr wurde der Zeitanteil der räumlichen Trennung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von der Dienststelle auf vier Wochenarbeitstage ausgedehnt und die



Auswirkungen von vollständigen Home-Office-Arbeitsplätzen auf Arbeitsqualität und Arbeitsquantität überprüft. Ergebnis: Die Effekte auf Führungsaufgaben, Teamstrukturen, Arbeitsergebnisse und Arbeitsorganisation sind durchweg positiv. Die Mitarbeiterzufriedenheit ist höher, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird deutlich verbessert. Insgesamt bietet das Home-Office den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

ein störungsfreieres Umfeld, in dem konzentrierter und damit effektiver gearbeitet werden kann.

Insgesamt ist es das Ziel der Knappschaft-Bahn-See, in allen ihren Leistungsbereichen die Chancen der digitalen Transformation auch für mehr dauerhafte Home-Office-Arbeitsplätze zu nutzen. Dies ist personalorganisatorisch sinnvoll zur Erhöhung von

Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit, ökonomisch sinnvoll zur Einsparung von Büroarbeitsplätzen, ökologisch sinnvoll zur Vermeidung von Berufsverkehr, sozial sinnvoll zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und gesellschaftlich sinnvoll zur Aufrechterhaltung von Arbeitsprozessen auch in Krisenzeiten. ■

IMPRESSUM

KBS-SOZIALREPORT - NEWSLETTER DER KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

Herausgeber

Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum
www.kbs.de

V.i.S.d.P.

Bettina am Orde
Vorsitzende der
Geschäftsführung der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Anfragen

Referat 0.2
Büro der Geschäftsführung
Gilbert Gratzel
Telefon 0234 304-82210

E-Mail

sozialreport@kbs.de

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, fotomechanische Wiedergabe oder Speicherung in elektronischen Medien von Beiträgen, auch auszugsweise, sind nach vorheriger Genehmigung des Herausgebers und mit Quellenangaben gestattet.

Stand: Juni 2020

Bildnachweis

S. 1, Gettyimages (@zhangshuang/GettyImages)
S. 4, Gettyimages (@vm/GettyImages)
S. 6, Gettyimages (@FredFroese/GettyImages)
S. 8, Gettyimages (@Reza Estakhrian/GettyImages)