

iga.Report 24



Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme

Zusammengestellt von Karsten Knoche und Reinhold Sochert

Norbert Gödecker-Geenen, Thomas Keck, Karsten Knoche, Dr. Bernhard Koch, Wilfried Koletzko, Priv.-Doz. Dr. Christoph Kröger, Dr. Birgit Leineweber, Bernd Marquardt, Dr. Friedrich Mehrhoff, Prof. Dr. Mathilde Niehaus, Dr. Helga Seel, Dr. Reinhold Sochert, Dr. Werner Tilling, Gudrun Vater, Dagmar Vieregge, Sabine Winterstein

Die Initiative Gesundheit und Arbeit

In der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) kooperieren gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung, um arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren vorzubeugen. Gemeinsam werden Präventionsansätze für die Arbeitswelt weiterentwickelt und vorhandene Methoden oder Erkenntnisse für die Praxis nutzbar gemacht.

iga wird getragen vom BKK Bundesverband, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), dem AOK-Bundesverband und dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).

www.iga-info.de

iga.Report 24

Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme

Zusammengestellt von Karsten Knoche und Reinhold Sochert

Autoren: Norbert Gödecker-Geenen, Thomas Keck, Karsten Knoche, Dr. Bernhard Koch, Wilfried Koletzko, Priv.-Doz. Dr. Christoph Kröger, Dr. Birgit Leineweber, Bernd Marquardt, Dr. Friedrich Mehrhoff, Prof. Dr. Mathilde Niehaus, Dr. Helga Seel, Dr. Reinhold Sochert, Dr. Werner Tilling, Gudrun Vater, Dagmar Vieregge, Sabine Winterstein

Inhaltsverzeichnis

1	Karsten Knoche, Dr. Reinhold Sochert Einleitung	6
2	Gudrun Vater, Prof. Dr. Mathilde Niehaus Das Betriebliche Eingliederungsmanagement: Umsetzung und Wirksamkeit aus wissenschaftlicher Perspektive	13
3	Dr. Friedrich Mehrhoff Das Betriebliche Eingliederungsmanagement zur Erhaltung und Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit in Deutschland. Ein ganzheitlicher und individueller Ansatz aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung.....	20
4	Norbert Gödecker-Geenen, Dagmar Vieregge, Thomas Keck Betriebliches Eingliederungsmanagement: Praxis und Perspektiven aus der Sicht der Rentenversicherung.....	25
5	Dr. Helga Seel Praxis und Perspektiven des Betrieblichen Eingliederungsmanagements aus Sicht der Integrationsämter.....	30
6	Sabine Winterstein, Wilfried Koletzko Betriebliches Eingliederungsmanagement – Erfahrungen der DAK-Gesundheit aus der BEM-Praxis.....	35
7	Dr. Bernhard Koch, Priv.-Doz. Dr. Christoph Kröger, Dr. Birgit Leineweber, Bernd Marquardt Das Betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG: Kooperation, die Wirkung zeigt	41
8	Dr. Werner Tilling Das Betriebliche Eingliederungsmanagement in der betrieblichen Praxis – das Profilvergleichsverfahren PVV	48
9	Karsten Knoche, Dr. Reinhold Sochert BEM in Deutschland: Verbreitung, Erfahrungen und Perspektiven – ein Fazit	52
10	Literatur	54

1 Einleitung

Karsten Knoche, Dr. Reinhold Sochert

BKK Bundesverband

Gegenstand und Ziel des iga-Reports

Im Zuge der demografischen Entwicklung wird das Erwerbspersonenpotenzial künftig abnehmen und die Erwerbsbevölkerung im Vergleich zu heute durchschnittlich älter sein. Damit verbunden sind große Herausforderungen für Staat, Gesellschaft, Wirtschaft und somit nicht zuletzt auch für die Unternehmen in Deutschland. Genannt seien hier nur die weitere Finanzierbarkeit der sozialen Sicherungssysteme sowie der Umgang mit dem weiter zunehmenden Arbeits- und insbesondere Fachkräftemangel. Beide Handlungsfelder sind eng miteinander verwoben, da die demografiebedingt steigenden Kosten der sozialen Sicherung allen Prognosen nach von immer weniger Erwerbstätigen erwirtschaftet werden müssen. Der Gesetzgeber hat auf dieses offensichtliche Dilemma bereits mit einigen Maßnahmen reagiert, darunter auch die Rentenreform mit der schrittweisen Einführung der Rente mit 67 bis 2028. Aber damit die Verlängerung der Lebensarbeitszeit ihre entlastenden Effekte auf das Rentensystem und auf den Arbeitsmarkt im beabsichtigten Sinne zeitigen kann, müssen die Erwerbstätigen auch tatsächlich bis 67 Jahre einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit nachgehen können, dürfen und wollen.

Im Kern wird es deshalb zukünftig für alle beteiligten Akteure darum gehen, Sorge dafür zu tragen, dass die vorhandenen Arbeitskräfte so lange wie möglich – am besten bis zum gesetzlichen Rentenalter – arbeits- und beschäftigungsfähig bleiben. Einen Beitrag dazu kann das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) leisten, das seit 2004 im § 84 Abs. 2 Sozialgesetzbuch IX geregelt und Gegenstand dieses iga-Reports ist. Die Ziele des vorliegenden Reports sind:

- die Praxis des BEM aus der Sicht der betrieblichen wie auch der überbetrieblichen Akteure vorzustellen. Im Blickpunkt steht dabei insbesondere die bisherige Zusammenarbeit der beteiligten Akteure, wobei sowohl fördernde als auch hemmende Faktoren identifiziert sowie innovative Ansätze beschrieben werden.
- für das BEM zu werben. Bekanntheit und Verbreitung des BEM in der betrieblichen Praxis sind steigerungsfähig. Hierzu möchte der vorliegende iga-Report beitragen.
- den Dialog und Austausch der beteiligten betrieblichen und überbetrieblichen Akteure des BEM zu fördern, was bereits im Rahmen der Entstehung dieses iga-Reports geschehen ist.

Vorgestellt werden im vorliegenden Report in erster Linie die Ergebnisse des iga-Projekts „Nutzen und Innovationen betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung zur Erhaltung, Stärkung und Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit“. Ziel dieses Projekts war es, das BEM aus unterschiedlichen Perspektiven darzustellen und aufzuarbeiten, um so ein ganzheitliches, umfassendes und vielschichtiges Bild des BEM aus Sicht der überbetrieblichen wie auch der betrieblichen

Akteure zu zeichnen. Methodisch wurde dafür zunächst eine iga-Materialiensammlung zum Thema BEM gesichtet und durch weitere Internet- und Literaturrecherchen ergänzt, um so einerseits eine inhaltliche theoretische Basis zu schaffen und andererseits eventuelle Forschungslücken aufzudecken. Die Recherche ergab, dass nur wenige qualitative Forschungsergebnisse vorliegen, die sowohl die überbetriebliche Praxis des BEM beschreiben als auch die betriebliche Perspektive berücksichtigen. Mit Blick auf das Projektziel wurde deshalb ein standardisierter Interviewleitfaden entwickelt, mit dessen Hilfe die bestehenden Informationslücken geschlossen werden sollten. Dazu wurden im Rahmen des Projekts Interviews mit wissenschaftlichen, überbetrieblichen und betrieblichen Akteuren des BEM – siehe Info-Box 1 – geführt und anschließend ausgewertet.

Die Vorteile einer solchen multiperspektivischen Herangehensweise liegen auf der Hand: Die Leserinnen und Leser lernen nicht nur die theoretischen und gesetzlichen Grundlagen des BEM kennen, sie profitieren darüber hinaus auch von den ebenfalls hier berichteten praktischen überbetrieblichen und betrieblichen Erfahrungen mit dem BEM, die sie dann vielleicht für ihre eigene betriebliche Wirklichkeit nutzen können. Damit verfolgt der vorliegende iga-Report zwei Intentionen: Er ist einerseits ein Kompendium zum Status quo des BEM in Deutschland, andererseits aber auch Handlungshilfe für die betriebliche Praxis mit zahlreichen Tipps zur erfolgreichen Umsetzung des BEM in den Unternehmen.

Info-Box 1

iga fragt – Fachleute antworten

Bei den im Rahmen des iga-Projekts befragten Expertinnen und Experten handelt es sich mit einer Ausnahme um Vertreterinnen und Vertreter jener Institutionen und Organisationen, die mit dem BEM in unterschiedlicher Funktion befasst sind. Die interviewten Fachleute sind:

- Gudrun Vater, Prof. Dr. Mathilde Niehaus, Lehrstuhl für Arbeit und berufliche Rehabilitation an der Universität zu Köln
- Dr. Friedrich Mehrhoff, Leiter des Stabsbereiches Rehabilitationsstrategien und -grundsätze der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
- Dr. Helga Seel, Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen; seit 08.2012 Geschäftsführerin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.
- Norbert Gödecker-Geenen, Dagmar Vieregge, Thomas Keck, Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Münster
- Sabine Winterstein, Wilfried Koletzko, DAK-Gesundheit – Betriebliche Gesundheitsförderung/Versorgungsmanagement
- Bernd Marquardt, Senior Referent Personal- und Sozialpolitik; Dr. Bernhard Koch, Leiter Arbeitsmedizin und Vertreter seines Teams der Salzgitter AG
- Dr. Werner Tilling, Daimler AG, Health & Safety (PER/HS)

Abweichend von der ursprünglichen Idee für diesen iga-Report, wonach die durchgeführten Interviews ausschließlich als Wissensstock genutzt werden sollten, auf dessen Grundlage das Thema BEM dann abgearbeitet werden sollte, haben sich die Autoren nunmehr für ein anderes Konzept entschieden. Nach einer Einführung in das Was, Wie und Warum des BEM kommen die im Rahmen des Projekts interviewten Akteure selbst in Form von eigenen Beiträgen zu Wort. Durch diese Vorgehensweise ist gewährleistet, dass das Expertenwissen unmittelbar und ohne Umwege an die interessierte Leserschaft gelangt – es gilt sozusagen das gedruckte Wort! Kernstück dieses iga-Reports bilden dementsprechend sieben Namensartikel, die sich inhaltlich mit allen Aspekten des BEM aus wissenschaftlicher, überbetrieblicher und betrieblicher Perspektive befassen.

Im Anschluss daran folgt eine kurze Zusammenfassung zum gegenwärtigen Stand des BEM, der Blick auf die perspektivischen Entwicklungsmöglichkeiten dieses Instruments sowie einige Handlungsempfehlungen, die das BEM im jeweiligen Kontext erfolgreicher machen können.

Ausgangslage und Hintergrund

Warum Betriebliches Eingliederungsmanagement?

Das demografiebedingt knapper werdende Erwerbspersonenpotenzial sorgt dafür, dass die im Unternehmen vorhandenen Beschäftigten im Laufe der nächsten Jahre weiter an Wert gewinnen werden – siehe Info-Box 2. Soll der Wert dieser Ressource – die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der erwerbstätigen Menschen – erhalten oder gesteigert werden, sind Initiativen auf unterschiedlichen betrieblichen und überbetrieblichen Handlungsfeldern notwendig – dies insbesondere mit Blick auf die verlängerte Lebensarbeitszeit im Zuge der schrittweisen Einführung der Rente mit 67. So liegt derzeit das reale durchschnittliche Renteneintrittsalter in Deutschland bei rund 63,5 Jahren, wobei diese Zahl wenig darüber aussagt, ob und in welcher Form diese Personen vor dem Renteneintritt erwerbstätig waren. Auch wenig aussagekräftig ist die in den letzten Jahren statistisch stark angestiegene Erwerbstätigenquote bei den 60- bis 64-jährigen in Deutschland, da hier nach Definition geringfügig bzw. vorübergehend beschäftigte Personen ebenso als erwerbstätig erfasst werden wie Personen, die einem Ein-Euro-Job nachgehen.

Wenn aber die Rente mit 67 ihre beabsichtigten Ziele erreichen soll – Entlastung der Rentenversicherung und Verlängerung der Lebensarbeitszeit – sind vor allem die Beschäftigungsquoten der Älteren in sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen interessant. In diesem Bereich qualifizierter Arbeit waren nach Zahlen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales im Jahre 2011 rund 28 Prozent der 60- bis 64-jährigen und nur 12 Prozent der 64-jährigen beschäftigt. Der Großteil der Erwerbstätigen erreicht insofern bereits das derzeit geltende gesetzliche Rentenalter von 65 Jahren nicht in Erwerbstätigkeit.

Die Gründe für diesen verfrühten Renteneintritt sind vielfältig. Neben mangelnder Beschäftigungsfähigkeit – z. B. wegen fehlender Weiterbildungsmöglichkeiten für ältere Beschäftigte – spielen auch gesundheitliche Einschränkungen eine Rolle. Diese sind zum Teil auch auf die Arbeitsgestaltung und die Arbeitsbedingungen zurückzuführen. So haben die in den letzten Jahren stattgefundenen Veränderungen der Arbeitswelt – insbesondere die Verlagerung der Wertschöpfung vom industriellen zum Dienstleistungssektor, aber auch der technische Fortschritt – nicht zu dem eigentlich erwarteten generellen Abbau von Arbeitsbelastungen geführt. Im Gegenteil ist neben den in vielen Berufen weiterhin bestehenden körperlichen Anforderungen eine Zunahme der psychischen Belastungen festzustellen. Diese Entwicklung bleibt nicht folgenlos. So entfällt zwar nach wie vor rund ein Viertel aller Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) auf Krankheiten des Muskel-Skelettsystems, aber auf Platz zwei folgen bereits die von psychischen Störungen verursachten Ausfalltage. Dabei haben die AU-Tage infolge psychischer Erkrankungen von 1997 bis 2012 nach Angaben der DAK um 165 Prozent zugelegt, was auch damit zusammenhängt, dass psychische Erkrankungen zu überdurchschnittlich langen Ausfallzeiten führen. In dieses Bild passt, dass die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbstätigkeit steigen, was insbesondere auf die starke Zunahme der Rentenfälle wegen psychischer Störungen zurückzuführen ist.

Dabei spielt das Alter der Betroffenen im Bereich der psychischen Erkrankungen kaum eine Rolle, während dies beim gesamten Arbeitsunfähigkeitsgeschehen durchaus der Fall ist. So zeigt der von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) herausgegebene Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ (2010), dass es in der Gruppe der 15- bis 24-jährigen mehr Fälle von Arbeitsunfähigkeit pro 100 Beschäftigten gibt (157) als bei den 60- bis 65-jährigen (119). Allerdings steigt die Zahl der AU-Tage kontinuierlich mit zunehmendem Alter auf bis zu 23 Tage bei den 60- bis 65-jährigen an, während der Durchschnitt aller Altersgruppen bei 12 Tagen liegt.

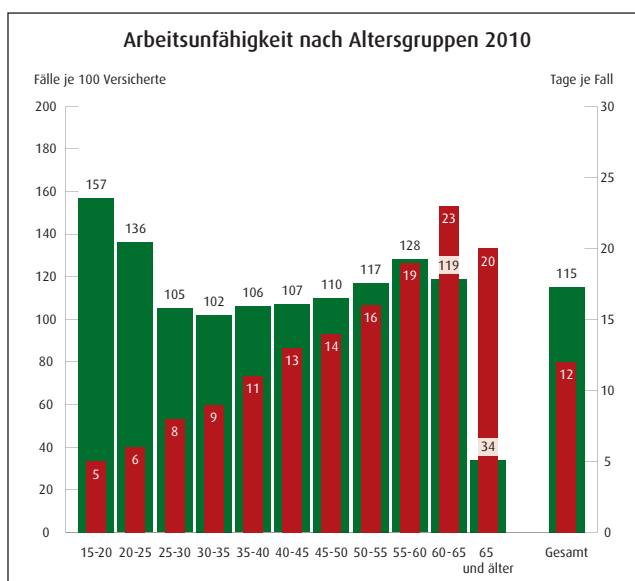


Abb. 1.1: Arbeitsunfähigkeit nach Altersgruppen 2010 (BMAS/BAuA, 2012)

Arbeitsunfähigkeit kommt alle teuer zu stehen. Neben den Einbußen an Wohlbefinden, Gesundheit und Lebensqualität für die Betroffenen selbst verursacht sie hohe volkswirtschaftliche Kosten, die von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) seit Jahren geschätzt werden. Im Jahre 2010 fielen rund 1,1 Millionen Erwerbsjahre durch Arbeitsunfähigkeit aus. Multipliziert mit dem durchschnittlichen Arbeitsentgelt stehen unter dem Strich 39 Milliarden Euro Produktionsausfallkosten. Wenn zudem berücksichtigt wird, dass jeder Beschäftigte durch seine Arbeit Werte schafft, steigen die Kosten weiter: Für das Jahr 2010 betrug der Verlust an Bruttowertschöpfung durch Arbeitsunfähigkeit 68 Milliarden Euro. Ausfallzeiten als Folge der direkten Arbeitsunfähigkeit sind ökonomisch belastend für jedes einzelne Unternehmen, zumal noch jene Kosten hinzuzurechnen sind, die durch gesundheitlich bedingte Leistungs- und Tätigkeitseinschränkungen verursacht werden.

Schaut man auf die bedeutendsten Krankheiten in der Erwerbsbevölkerung – gemessen an den Indikatoren Sterblichkeit, verlorene Arbeitsjahre, Arbeitsunfähigkeit, Frühverrentung, Behandlungskosten – zeigt sich: Es handelt sich in erster Linie um chronische Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, des Herz-Kreislauf-Systems sowie um psychische Störungen. Ab einem Alter von 45 Jahren steigt das Risiko chronischer Beschwerden und verminderter Arbeitsfähigkeit. Insofern schränken Krankheit und gesundheitliche Beschwerden die Erwerbstätigkeit Älterer in nicht geringem Maße ein. So registriert die Bundesagentur für Arbeit bereits seit einigen Jahren eine steigende Tendenz von erwerbslosen, chronisch kranken und älteren Menschen im Alter von 50 bis 65 Jahren, bei denen der Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit im Regelfall außerordentlich schwierig ist.

Info-Box 2

Zahlen zum demografischen Wandel

Nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes wird Deutschland – je nach Zuwanderungsüberschuss – im Jahre 2060 zwischen 65 und 70 Millionen Einwohner haben (2012: ca. 80 Millionen), wobei das durchschnittliche Alter der Bevölkerung bis 2060 von derzeit rund 42 auf gut über 50 Jahre ansteigen wird. Ein Drittel aller Einwohner wird dann mindestens 65 Lebensjahre durchlebt haben, jeder Siebente wird sogar 80 Jahre oder älter sein. Rückgang und Alterung der Gesamtbevölkerung wirken sich auch auf die Struktur der Bevölkerung im Erwerbsalter aus (20- bis 65-jährige). Bei Zugrundelegung der beiden Hauptvarianten der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes ergibt sich folgendes Bild: Während aktuell (2012) knapp 50 Millionen Menschen dieser Altersgruppe angehören, wird ab 2020 ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen sein. Im Jahre 2035 werden dann etwa 39 bis 41 Millionen im Erwerbsalter sein, 2060 nur noch rund 36 Millionen – etwa 27 Prozent weniger als heute. Voraussetzung dafür ist eine jährliche Zuwanderung von 200.000 Personen. Fällt die Zuwanderung nur halb so hoch aus, schrumpft der Personenkreis im erwerbsfähigen Alter 2060 auf knapp 33 Millionen.

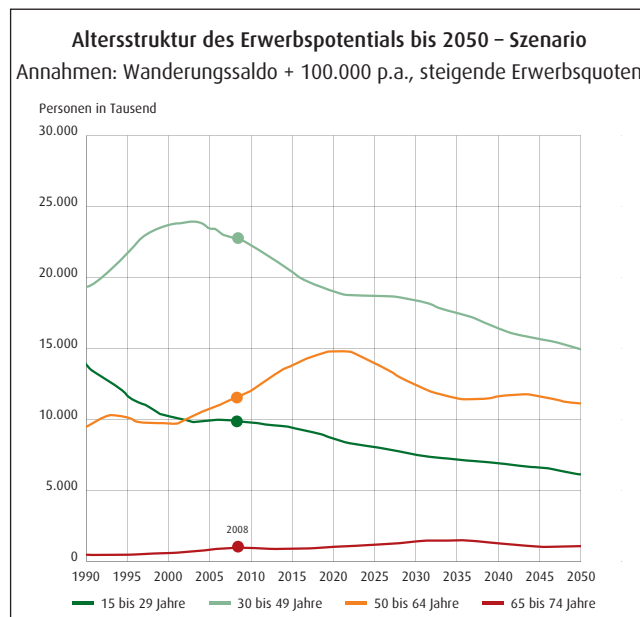


Abb. 1.2: Altersstruktur des Erwerbspersonenpotentials bis 2050 (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung - IAB)

Positive Wirkungen des BEM bewiesen

Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die weitere demografische Entwicklung stehen die betrieblichen und überbetrieblichen Akteure gleich vor mehreren Aufgaben. Viele Studien zeigen: Die Arbeitsfähigkeit bleibt nicht allein durch das Arbeiten erhalten, dafür sind vielmehr Initiativen auf unterschiedlichen Ebenen notwendig. Ohne geeignete Maßnahmen nimmt die Arbeitsfähigkeit in der Regel zwar nicht wegen, aber dennoch mit dem Alter der Beschäftigten ab. Gefragt ist deshalb ein proaktives Gesundheitsmanagement, um Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten langfristig zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Dazu gehört neben einer wertschätzenden Unternehmenskultur auch eine Arbeitsgestaltung, welche die Belange von älter werdenden Belegschaften berücksichtigt. Ziel dieser Aktivitäten ist es, die Beschäftigten länger im Arbeitsprozess zu halten, um ihre Erfahrung, ihre Kompetenzen und ihr Prozesswissen besser als bisher nutzen zu können. In diesem Zusammenhang bedeutsam ist das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), in welches das BEM zum Vorteil von Unternehmen und Mitarbeitenden integriert werden kann.

So profitiert das **Unternehmen** vom BEM im Falle der erfolgreichen Eingliederung nicht nur durch die Einsparungen im Bereich Überbrückungs-, Neueinstellungs- und Einarbeitungskosten; unter Umständen kann es auch kostspieligen Gerichtsverfahren aus dem Wege gehen, die nicht selten im Zusammenhang mit krankheitsbedingten Kündigungen angestrengt werden. Darüber hinaus beugt es dem Verlust von Know-how, Betriebswissen und Erfahrung vor, was durchaus mit wirtschaftlichen Vorteilen im Sinne der Wettbewerbsfähigkeit verbunden sein kann.

Auch die Vorteile für **Beschäftigte** im Falle eines erfolgreichen BEM-Verfahrens liegen auf der Hand: Abgesehen von der Wiedererlangung der Gesundheit und dem damit verbundenen

Zugewinn an Lebensqualität werden sie in die Lage versetzt, ihrer beruflichen Tätigkeit wieder oder weiterhin nachgehen zu können, ihren materiellen Lebensunterhalt zu sichern und so ein positives Selbstbild zu entwickeln bzw. aufrechtzuerhalten.

Dass diese Vorteile nicht nur theoretisch sind, belegt eine Studie der Universität zu Köln aus dem Jahre 2008¹. Danach konnte die Hälfte des entsprechenden Personenkreises dank des durchgeführten BEM erfolgreich wiedereingegliedert werden, wobei die Quote umso höher ausfiel, je größer der Betrieb war. Zudem nennt die Studie weitere festgestellte positive Effekte:

- Reduzierung des Krankenstandes: 36 Prozent
- besseres Arbeitsklima: 32 Prozent
- höheres Engagement der Beschäftigten: 30 Prozent
- Reduzierung krankheitsbedingter Kündigungen: 18 Prozent

Was genau ist BEM?

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) hat seine Rechtsgrundlage im § 84 des neunten Sozialgesetzbuchs. Es verpflichtet den Arbeitgeber unter bestimmten Voraussetzungen zum Eingliederungsmanagement. Dabei gehört das BEM zur Fürsorgepflicht des Arbeitgebers für erkrankte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und zwar nicht nur für behinderte und schwerbehinderte, sondern für sämtliche Beschäftigte. Die Voraussetzungen dafür, wann der Arbeitgeber BEM anbieten muss, sind ebenso gesetzlich geregelt wie der einzubeziehende Personenkreis:

- Verantwortlich für die Durchführung des BEM ist der Arbeitgeber.
- Es ist allen Beschäftigten anzubieten, die in einem Zeitraum von 12 Monaten länger als 42 Tage bzw. 30 Arbeitstage lang- bzw. kurzfristig erkrankt waren.
- Die Interessenvertretung sowie bei schwerbehinderten Menschen die Schwerbehindertenvertretung sind einzubeziehen.
- Betroffene Beschäftigte bzw. ihre bestimmten Vertreter sind im Sinne des Datenschutzes über die Ziele, die Art und den Umfang der für das BEM erhobenen Daten zu informieren.
- Das BEM kann nur mit Zustimmung der betroffenen Arbeitnehmerin/des betroffenen Arbeitnehmers erfolgen.
- Falls notwendig, können Werks- oder Betriebsärzte hinzugezogen werden.

Das BEM verfolgt den Ansatz, betriebliche und überbetriebliche Akteure durch eine gesetzliche Grundlage zur Kooperation im Interesse der Beschäftigten und deren Arbeitsfähigkeit zu motivieren. Es dient dazu, im Rahmen eines standardisierten Verfahrens die Ursachen von Arbeitsunfähigkeitszeiten individuell zu ermitteln, um sie dann in einem zweiten Schritt zu minimieren bzw. zu beseitigen, damit die Beschäftigten möglichst an ihrem Arbeitsplatz weiterbeschäftigt werden können. Ziel vom BEM ist, Ansätze der Prävention, der Rehabilitation und der Integration zu einem individuellen Maßnahmenbündel für die betroffenen Beschäftigten zu schnüren. Insofern ist BEM nicht nur ein Instrument, um Krankheit und Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, sondern zugleich ein Prozess, um Gesundheit möglichst dauerhaft wiederherzustellen.

Info-Box 3

Wie geht BEM in der Praxis? – Das Verfahren

Obgleich in der betrieblichen Praxis unterschiedliche Modelle zum Einsatz kommen – die Kernelemente des folgenden siebenstufigen Modells finden sich in fast allen wieder.

Schritt 1: Die Feststellung einer länger als sechswöchigen Arbeitsunfähigkeit einer/eines Beschäftigten

Durch die regelmäßige Auswertung der Krankenstände können jene Beschäftigte identifiziert werden, die innerhalb eines Jahres (zwölf Monate) 42 Kalendertage respektive 30 Arbeitstage zusammenhängend oder unterbrochen arbeitsunfähig waren. Im Anschluss werden die entsprechenden Informationen der Betroffenen zwecks Kontaktaufnahme an die verantwortliche Ansprechperson weitergeleitet.

Schritt 2: Kontaktaufnahme zur/zum betroffenen Beschäftigten

Die Kontaktaufnahme kann durch den Arbeitgeber, seine Vertretung, die Personalabteilung, die Interessenvertretung oder durch ein Integrationsteam erfolgen. Ziel ist die Unterrichtung der/des Betroffenen über das Angebot des BEM, wobei herauszustellen ist, dass die Teilnahme freiwillig ist und alle gesammelten Daten dem Datenschutz unterliegen. Weiteres Ziel ist die Herstellung einer Vertrauensbasis, indem den Beschäftigten das Interesse des Unternehmens an ihrer Gesundheit sowie an einer Weiterbeschäftigung signalisiert wird. Wenn sich herausstellt, dass ein BEM notwendig bzw. sinnvoll ist und die/der betroffene Mitarbeitende dem BEM-Verfahren grundsätzlich zustimmt, wird ein Termin zum Erstgespräch vereinbart. Ist das nicht der Fall, ist das BEM an dieser Stelle beendet.

Schritt 3: Das Führen des Erstgesprächs

Betroffene Mitarbeitende erhalten im Vorfeld die Möglichkeit, durch ihre Einverständniserteilung die Anwesenheit einzelner Teilnehmender am Gespräch festzulegen, z. B. ein Mitglied der Interessenvertretung oder der Schwerbehindertenvertretung, eine Vorgesetzte/ein Vorgesetzter oder auch eine andere Vertrauensperson. Ziel des Gesprächs ist der weitere Vertrauensaufbau sowie die vollständige Unterrichtung über Verfahren, Sinn und Zweck des BEM. Erst im Anschluss daran erfolgt im positiven Fall die Unterzeichnung der Einverständniserklärung durch den Arbeitnehmer, mit der er seine Mitwirkung am BEM-Verfahren zusichert.

Schritt 4: Die Fallbesprechung

Die Teilnehmenden der Fallbesprechung werden in der Regel vom Arbeitgeber bestimmt. In Frage kommen z. B. Mitglieder der Interessenvertretung und der Schwerbehindertenvertretung, der Werks- bzw. Betriebsarzt, u. U. auch Vertreter der gesetzlichen Rehabilitationsträger.

1 Niehaus et al., 2008. Vgl. auch Kapitel 2.

Betroffene Mitarbeiter müssen nicht, können aber teilnehmen. Die Akteure des BEM sollten betroffene Beschäftigte allerdings ermutigen, an der Fallbesprechung teilzunehmen im Sinne des im SGB IX formulierten Handlungsziels, wonach weniger über als vielmehr mit Menschen mit Behinderung oder Beeinträchtigungen geredet werden soll. Ziel der Fallbesprechung ist die Erfassung aller relevanten Informationen, die mit der Gesundheitssituation der/des Beschäftigten zu tun haben können. Abschließend formulieren die Teilnehmenden ein Konzept, das Elemente der Prävention, der Rehabilitation und Integration umfassen kann.

Schritt 5: Die Spezifikation der Maßnahmen des BEM

In dieser Phase geht es darum, aus dem Angebot praxiserprobter Maßnahmen der Integration jene auszuwählen, die im konkreten Fall erfolgversprechend sind. Dieses individuelle Maßnahmenbündel setzt sich im Regelfall aus Maßnahmen aus den Handlungsfeldern Arbeitsorganisation, Arbeitsumfeld, Arbeitszeit und Arbeitsplatz zusammen, die dazu dienen, die Anforderungen des Arbeitsplatzes mit den veränderten Bewältigungsmöglichkeiten des Beschäftigten in Übereinstimmung zu bringen. Ergänzt werden können diese Maßnahmen um das Angebot zur Stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 SGB V bzw. § 28 SGB IX. Bei der Stufenweisen Wiedereingliederung sollen arbeitsunfähige Beschäftigte durch die zeitlich gestaffelte Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit kontinuierlich an die Belastungen ihres Arbeitsplatzes herangeführt werden. Darüber hinaus kann das Paket auch außerbetriebliche Maßnahmen im Bereich der medizinischen Rehabilitation umfassen, die mit den verantwortlichen Leistungsträgern besprochen werden sollten. Entsprechend des Umfangs der beschlossenen Maßnahmen kann das Feld der aktiv Handelnden umfangreich sein: Vorgesetzte, Personalabteilung, Werks- bzw. Betriebsarzt, externe Dienstleister (z. B. Reha-Kliniken), örtliche Fürsorgestellen oder auch Integrationsfachdienste.

Schritt 6: Durchführung der beschlossenen konkreten Maßnahmen

Mit der Umsetzung des Maßnahmenkatalogs wird das Ziel verfolgt, die Arbeitsunfähigkeit zu durchbrechen, einer gegebenenfalls erneut auftretenden präventiv zu begegnen sowie den Erhalt des Arbeitsplatzes zu ermöglichen. Im Idealfall kann die Gesundheit der Beschäftigten vollständig wiederhergestellt werden, sodass sie an ihrem ursprünglichen Arbeitsplatz zu den ursprünglichen Bedingungen weiterbeschäftigt werden können. Im Falle der nicht vollständigen Genesung besteht die Möglichkeit, den Arbeitsplatz den Leistungsmöglichkeiten der betreffenden Arbeitskraft entsprechend anzupassen. Ist das nicht möglich, sollte die Weiterbeschäftigung auf einem anderen Arbeitsplatz im Unternehmen angestrebt werden.

Schritt 7: Wirksamkeitsprüfung, Evaluation und Dokumentation

Bereits während der Umsetzung der Maßnahmen sollten diese als Ergebnisprotokoll erfasst und festgehalten werden. Bewertet werden sowohl das Gesamtergebnis als auch Teilergebnisse. Ziel ist es, hemmende bzw. fördernde Faktoren des BEM zu identifizieren und dieses Wissen in den nächsten BEM-Prozess zu integrieren. Abschließend empfiehlt es sich, einen Erfahrungsaustausch unter den Beteiligten anzuregen sowie persönliche Einschätzungen der Beschäftigten und ihrer Vorgesetzten hinsichtlich Verlauf und Erfolg des BEM abzufragen.

Wer macht was? - Die Akteure des BEM und ihre Aufgaben

Der Gesetzgeber hat über die betrieblichen Akteure hinaus weitere überbetriebliche Akteure zur Mitwirkung am BEM verpflichtet. Dazu gehören die **Integrationsämter**, die allerdings nicht damit beauftragt sind, konkrete Maßnahmen im Sinne des BEM in einzelnen Betrieben oder die betriebliche Einführung des BEM durchzuführen. Ihr Auftrag besteht vielmehr darin, über das BEM, seine Ziele, Möglichkeiten und Verfahren zu informieren. Wahrgenommen wird diese Aufgabe von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH), die zahlreiche Leitfäden, Handlungsempfehlungen und Checklisten zur Ein- und Durchführung des BEM sowohl als Printversion als auch als Downloadmöglichkeit anbietet.

Eine weitere Akteurin beim BEM ist die **gesetzliche Krankenversicherung**, welche die grundsätzliche Aufgabe hat, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen und auch zu verbessern. Insbesondere sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ihre Mitglieder sowohl hinsichtlich einer gesunden Lebensführung als auch hinsichtlich der aktiven Mitwirkung an Maßnahmen, die Krankheit und Behinderung überwinden bzw. vermeiden können, aufzuklären und zu unterstützen. Auf Basis dieses gesetzlichen Auftrags können sich Arbeitgeber bei Fragen zur Teilhabe oder zu begleitenden Hilfen im Arbeitsleben an die Krankenkassen wenden. Darüber hinaus sind Krankenkassen auch mit der Prävention und Rehabilitation von Krankheiten gesetzlich betraut, was die Unterstützung von Betrieben und Behörden beim BEM einschließt. Zum Angebot der Krankenkassen in diesem Bereich gehören Flyer, Kurzinformationen, Workshops, aber auch die direkte Beratung von Versicherten und Unternehmen, wobei Handlungsempfehlungen, Ablaufskizzen sowie Checklisten für ein erfolgreiches BEM im Vordergrund stehen. Überdies ist die gesetzliche Krankenversicherung zur Kooperation mit der gesetzlichen Unfallversicherung verpflichtet und unterstützt diese bei ihrer Aufgabe, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten.

Damit ist bereits eine weitere Akteurin im Rahmen des BEM genannt. Die **gesetzliche Unfallversicherung** steht im Rah-

men ihres gesetzlichen Auftrags der Prävention – Förderung von Sicherheit und Gesundheit in den Betrieben – mit vielen Unternehmen im direkten Kontakt. In diesem Zusammenhang entwickelt sie Angebote, die Unternehmen dabei unterstützen, das Instrument BEM erfolgreich zu installieren. Mittels Broschüren, einem Leitfaden für Betriebsärzte sowie Informationsveranstaltungen haben die einzelnen Unfallversicherungsträger großen Anteil an der Verankerung des BEM in zahlreichen Unternehmen – von kleinen und mittelständischen Unternehmen bis hin zum Großbetrieb.

Ebenfalls als wichtige überbetriebliche Akteurin ist die **gesetzliche Rentenversicherung** (GRV) zu nennen. Zu ihren Hauptaufgaben gehören die Zahlung von Renten, die Aufklärung und Beratung ihrer Versicherten wie auch die Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation. Sie ist vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, sowohl im Falle der verminderten Erwerbsfähigkeit Rente zu zahlen als auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu gewähren. Diese Leistungen zur Rehabilitation dienen der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und unterstützen so das BEM. Dabei hat die GRV nicht zuletzt aus Kostengründen auch die Prävention im Blick, damit auch weiterhin der steigende Rehabilitationsbedarf finanziert werden kann. In diesem Sinne unterstützt die GRV ihre Versicherten dabei, chronische Krankheiten nach Möglichkeit zu verhindern und ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf zu vermeiden. Das tut sie ganz praktisch im Bereich des BEM im Rahmen ihrer Informations- und Beratungspflicht. So bieten die einzelnen gesetzlichen Rentenversicherungsträger Vorträge, Workshops und Informationsveranstaltungen an, die sich gezielt an die betrieblichen Akteure richten. Zudem unterhält die Deutsche Rentenversicherung ein dichtes Netz von Reha-Beraterinnen und -Beratern sowie Auskunft- und Beratungsstellen, an die sich Versicherte auch bei Fragen zum BEM wenden können.

Darüber hinaus kommt in diesem Zusammenhang den **Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation** als überbetriebliche Akteurinnen eine wesentliche Bedeutung zu. Die Gemeinsamen Servicestellen sind in dem gegliederten Rehabilitationssystem Deutschlands als regionale Anlaufstellen für eine trägerübergreifende, umfassende, neutrale Beratung und Unterstützung, insbesondere für behinderte bzw. von Behinderung bedrohte Menschen, vorgesehen. Sie stehen zudem als Beratungsstelle für Arbeitgeber im Rahmen des BEM zur Verfügung. Bis 2011 entstanden bundesweit in allen Landkreisen und kreisfreien Städten knapp 480 Gemeinsame Servicestellen, die von den unterschiedlichen Rehabilitationsträgern verschiedener gesetzlicher Krankenkassen, der Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit sowie verschiedener Städte und Landkreise unterhalten werden.

Für die eigentliche Umsetzung des BEM ist der **Arbeitgeber** verantwortlich sowie verschiedene weitere betriebliche Akteure. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, dem Beschäftigten das BEM anzubieten, sobald die bereits genannten Kriterien erfüllt sind. Beschäftigte wiederum können das BEM-Angebot annehmen oder ausschlagen. Sie haben auch das Recht, ihre Zustimmung zu einzelnen Punkten einzuschränken oder aber diese jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückzunehmen. In beiden

Fällen dürfen ihnen daraus keinerlei Nachteile entstehen. Sind die Voraussetzungen des BEM erfüllt und haben Beschäftigte ihre Zustimmung gegeben, kann das BEM-Verfahren in Angriff genommen werden – siehe Info-Box 3. Am BEM muss die zuständige Interessenvertretung – Betriebs- und Personalrat, Schwerbehindertenvertretung, evtl. Betriebs- oder Werksarzt – zwingend beteiligt werden. Fehlt diese Interessenvertretung im Betrieb, entbindet das den Arbeitgeber keineswegs vom BEM. In solchen Fällen sollte er auf die genannten externen Akteure zurückgreifen, die ihn beim BEM mit Rat und Tat unterstützen.

Das BEM in Theorie und Praxis – die Fachbeiträge

Wie ist der Wissensstand über Verbreitung und Erfolg des BEM? Welche Ansätze haben sich in der Praxis bewährt? Können Anreize einer weiteren Verbreitung des BEM Vorschub leisten – und wenn ja, welche können das sein? Welche Erfahrungen haben die betrieblichen und überbetrieblichen Akteure des BEM in den vergangenen Jahren sammeln können? Sind Defizite deutlich und Handlungsbedarfe erkannt worden? Lassen sich Handlungsempfehlungen für ein erfolgreiches BEM formulieren?

Auf diese und andere Fragen geben die nachfolgenden Beiträge Antworten. Zu Wort kommen verschiedene Autorinnen und Autoren aus Wissenschaft und Praxis sowie Vertreterinnen und Vertreter von BEM-relevanten Institutionen, die sich dem Thema BEM aus unterschiedlichen Blickwinkeln nähern und annehmen. Entstanden ist ein detaillierter Überblick über Theorie und Praxis des BEM, wobei Unfall-, Renten- und Krankenversicherung, Integrationsämter sowie betriebliche Akteure Einblicke in ihre Erfahrungen mit dem BEM geben.

Den Auftakt macht ein kurzer Abriss über den wissenschaftlichen Forschungsstand zum BEM. **Gudrun Vater** und Frau **Prof. Dr. Mathilde Niehaus**, Lehrstuhl für Arbeit und berufliche Rehabilitation an der Universität zu Köln, gehen in ihrem Beitrag der Frage nach, ob sich die von der Politik in das BEM gesetzten hohen Erwartungen empirisch erfüllt haben. Vorgestellt werden u. a. Zahlen, Daten und Fakten aus der von den Autorinnen durchgeführten großen Studie zum BEM aus dem Jahre 2007, bei der u. a. im Rahmen von Befragungen über 1.100 Personen zum Stand des BEM in „ihrem“ Unternehmen Auskunft gaben. Bei den Personen handelte es sich um jenen Kreis, der in Organisationen mit dem BEM befasst ist, also Betriebs- und Personalrat, Schwerbehindertenvertretung, Arbeitgeber, Personalabteilung, Geschäftsführung, Disability Manager und auch Betroffene. Die im Beitrag vorgestellten Ergebnisse der Studie liefern wertvolle Hinweise für die betriebliche Praxis, da sowohl hemmende als auch fördernde Faktoren vorgestellt werden, welche die Ein- und Durchführung des BEM auf betrieblicher Ebene negativ wie positiv beeinflussen. Zugleich werden Ansatzpunkte genannt, in welche Richtung die weiteren Anstrengungen gehen müssen, wenn in Zukunft eine größere Verbreitung des BEM erreicht werden soll.

Im zweiten Beitrag identifiziert **Dr. Friedrich Mehrhoff**, Leiter des Stabsbereiches Rehabilitationsstrategien und -grundsätze der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), das

BEM als wichtiges Instrument zur Erhaltung und Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit in Deutschland – gerade auch mit Blick auf den demografischen Wandel und den damit verbundenen Veränderungen in der Altersstruktur des Erwerbspersonenpotenzials. Soll das Instrument allerdings seinen Zweck erfüllen, sind aus Sicht der DGUV eine weitere Verbreitung des BEM in den Betrieben, insbesondere in KMU, sowie eine Steigerung des Erfolgs vom BEM, beispielsweise durch die Einführung von gesicherten Qualitätsstandards in der BEM-Beratung und der BEM-Umsetzung notwendig. In seinem Beitrag geht der Verfasser deshalb auf die verschiedenen Rollen und Interessen der am BEM beteiligten betrieblichen und überbetrieblichen Akteure ein und stellt bereits bestehende und mögliche Ansätze einer Qualitätssicherung auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene vor. Im Anschluss denkt der Autor über mögliche Anreizsysteme für Arbeitgeber bei der Einführung eines erfolgreichen BEM nach. Weiterhin zeigt er die Grenzen des BEM aus Sicht der DGUV auf. Den Abschluss bildet ein Blick auf die Situation von Prävention, Rehabilitation und Teilhabe im europäischen und außereuropäischen Ausland.

Im Anschluss daran stellt das Autorenteam **Norbert Gödecker-Geenen, Dagmar Vieregge** und **Thomas Keck** das gewachsene Aufgabenspektrum der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Westfalen im Zusammenhang mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement vor. Aufgezeigt werden neun Handlungsfelder, die sich aus Sicht der DRV aus dem im SGB IX formulierten Paradigmenwechsel vom Leitsatz „Rehabilitation vor Rente“ hin zum Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation“ für die Arbeit der Rentenversicherung ergeben. Dabei widmet sich das Autorenteam insbesondere dem gesetzlich fixierten Kooperationsgebot im Bereich der Prävention sowie der damit verbundenen notwendigen Vernetzung der beteiligten Akteure. Vorgestellt wird der zu diesem Zweck installierte Betriebsservice Gesunde Arbeit. Damit hat die DRV Westfalen ein flächendeckendes Beratungs- und Unterstützungsangebot für Betriebe und Unternehmen geschaffen, das auch die Angebote der anderen Akteure und Leistungsträger wie z. B. Berufsgenossenschaften, Krankenversicherungen und Integrationsämter bekannt und damit für die Betriebe nutzbar macht.

Für die Integrationsämter beschreibt anschließend **Dr. Helga Seel** in ihrem Beitrag die wesentlichen Aspekte des BEM und geht dabei zunächst detailliert auf die Aufgaben ein, die jeder Beteiligte am BEM-Verfahren – Arbeitgeber, betroffene Beschäftigte, externe Partner – zu erfüllen haben. Anschließend erläutert sie die Unterstützungsangebote der Integrationsämter für Betriebe und Dienststellen, die diese im Rahmen der Ein- und Durchführung des BEM in Anspruch nehmen können, um dann Einblicke in die Erfahrungen der Integrationsämter mit der Umsetzung und Verbreitung des BEM auf betrieblicher Ebene zu geben. Wie beides verbessert werden kann, wird ebenso thematisiert wie auch jene Faktoren benannt werden, die sich in der Praxis als hemmend erwiesen haben. Der Beitrag schließt mit einem Blick nach vorn sowie einigen Handlungsempfehlungen.

Abschließend für den Kreis der überbetrieblichen Akteure steht der Beitrag von **Sabine Winterstein** und **Wilfried Koletzko**, die sich aus Sicht der DAK-Gesundheit und auf der Basis sta-

tistischer Kennzahlen kritisch mit dem BEM auseinandersetzen. Vorgestellt werden die Fehlzeiten-Statistiken der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) sowie der Einfluss, den das BEM darauf in den letzten Jahren genommen hat. Ausführlich geht das Autorenteam auf die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund der Diagnose von psychischen Erkrankungen ein und skizziert die Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Krankheitsgeschehen in der Arbeitswelt. Mit Blick auf die festgestellten Trends betonen Winterstein und Koletzko, dass aus Sicht der Krankenkassen der präventive Ansatz des § 84 SGB IX zwar richtig, wichtig und lohnend ist, dass aber alle Beteiligten am BEM – insbesondere auch die Unternehmen und Arbeitgeber – mehr tun könnten. Der Beitrag schließt mit einigen Handlungsempfehlungen, die in Richtung weitere Optimierung des BEM zielen sowie Verbesserungspotenziale aufzeigen.

Die beiden folgenden Beiträge verlassen die überbetriebliche Perspektive und gewähren Einblicke in die konkrete Praxis des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. So stellt das Autorenteam um den leitenden Betriebsarzt der Salzgitter AG, Dr. Bernhard Koch, das betriebliche Rehabilitationskonzept (BeReKo) der Salzgitter AG vor. An dem Kooperationsprojekt waren verschiedene Partner (u. a. TU Braunschweig, BKK Salzgitter) beteiligt, die das Ziel verfolgten, die mit dem demografischen Wandel verbundenen Aufgaben als Netzwerk auf betrieblicher Ebene anzugehen und auch zu bewältigen. Vorgestellt wird der methodische Ansatz des Konzepts, das neben den bekannten primärpräventiven Ansätzen insbesondere sekundär- und tertiärpräventive sowie rehabilitative Ansätze verfolgte, wobei Muskel-Skelett-Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie psychische Erkrankungen im Fokus standen. Im Beitrag wird für die jeweilige Krankheitsgruppe das dafür konzipierte modulare Angebot der Salzgitter AG für die Beschäftigten vorgestellt und erläutert. Darüber hinaus erfahren die Leserinnen und Leser aus erster Hand, welche Faktoren das Projekt zu einem Erfolg gemacht haben und wo die Projektbeteiligten noch Verbesserungspotenzial sehen.

Der letzte Beitrag des iga-Reports beschäftigt sich mit dem Profilvergleichsverfahren (PVV) der Daimler AG. Vorgestellt wird dieser IT-basierte Baustein, der Bestandteil des Eingliederungsmanagements bei dem Unternehmen ist, von **Dr. Werner Tilling**. Er beschreibt, wie die Anwendung des bei Daimler entwickelten Instruments PVV den fähigkeitsgerechten und produktiven Einsatz eines gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeiters für alle Beteiligten nachvollziehbar, transparent und objektiv ermöglicht. Dazu wird zunächst ein detailliertes Fähigkeitsprofil des betroffenen Beschäftigten mit dessen Zustimmung durch die Werksärztin/den Werksarzt in den (in das System integrierten) Werkbereichen erstellt. Im nächsten Schritt werden alle Arbeitsplätze in den in das System integrierten Werkbereichen oder Werken erfasst und katalogisiert. Im Anschluss daran erfolgt der Profilvergleich, bei dem die Fähigkeiten des Beschäftigten mit den Arbeitsplatzprofilen von der Software abgeglichen werden. Vereinfacht ausgedrückt finden auf diesem Wege Mitarbeiter und der individuell am besten geeignete Arbeitsplatz schnell und zuverlässig zueinander.

2 Das Betriebliche Eingliederungsmanagement: Umsetzung und Wirksamkeit aus wissenschaftlicher Perspektive

Gudrun Vater, Prof. Dr. Mathilde Niehaus

Lehrstuhl für Arbeit und berufliche Rehabilitation an der Universität zu Köln

Herausforderung für das Betriebliche Eingliederungsmanagement

Nach Schätzungen des Deutschen Gewerkschaftsbundes verlieren jährlich 500.000 Menschen ihren Arbeitsplatz aufgrund von krankheitsbedingten Kündigungen. Am häufigsten betroffen sind chronisch- und langzeiterkrankte Beschäftigte im höheren Alter (Feldes, 2005). Ein Vergleich über die letzten Jahre zeigt den deutlichen Anstieg älterer (55-65 Jahre) schwerbehinderter Erwerbsloser (Bundesagentur für Arbeit, März 2012). Ist der Arbeitsplatz verloren, erweist sich der Wiedereinstieg in das Erwerbsleben als eine kaum zu bewältigende Herausforderung, denn gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitsuchende haben nach wie vor schlechtere Eingliederungschancen (Bundesagentur für Arbeit, März 2012). Dies ist nicht nur problematisch für die betroffenen Personen, sondern stellt ein gesamtgesellschaftliches und wirtschaftliches Problem dar.

Vor diesem Hintergrund gewinnen präventive Ansätze zur Beschäftigungssicherung zunehmend an Bedeutung. Mit der Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) § 84 Abs. 2 SGB IX hat der Gesetzgeber 2004 auf diese Herausforderung reagiert. BEM setzt am bestehenden Beschäftigungsverhältnis an und fordert den Arbeitgeber auf, bei den Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres insgesamt länger als 6 Wochen erkrankt sind, zu klären, wie die Arbeitsunfähigkeit überwunden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Gemeinsam mit der zuständigen Interessenvertretung bzw. der Schwerbehindertenvertretung und soweit erforderlich unter Einbeziehung des Werks- und Betriebsarztes soll geprüft werden, welche Maßnahmen diesbezüglich zu ergreifen sind. Damit gibt der Gesetzgeber keine konkreten Maßnahmen zur Umsetzung vor, sondern regelt lediglich Ziele und Wege zur Zielerreichung (Paridon, 2009). Die Verfahrenshoheit liegt beim Arbeitgeber. Seine Aufgabe ist es, die organisatorischen Voraussetzungen für ein erfolgreiches BEM zu schaffen. Die Zusammenarbeit mit externen Partnern gewinnt an Bedeutung, wenn bereits eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist (Gröben, Freigang-Bauer & Barthen, 2011).

Die Hoffnungen, die in das Betriebliche Eingliederungsmanagement gesetzt werden, sind hoch. Im Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2011 hat die Regierung deutlich gemacht, dass für die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsmarkt BEM und berufliche Rehabilitation eine zentrale Rolle einnehmen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales BMAS, 2011). Schon 2004 argumentiert die Bundesregierung, dass mit einem

frühzeitigen Zugang zu den Betroffenen und einer frühzeitigen Intervention der überwiegende Teil chronisch kranker und behinderter Menschen wieder eingegliedert werden könne. Damit leiste das Betriebliche Eingliederungsmanagement einen wesentlichen Beitrag zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit (Bundesdrucksache 15/2318, 2004, S.22).

Inwieweit die neue Vorschrift diese Erwartungen auch aus wissenschaftlicher Perspektive erfüllt und welche Schlussfolgerungen sich daraus ableiten lassen, ist Gegenstand der nachfolgenden Ausführungen. Von 2006 bis 2007 wurde von der Universität zu Köln im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales empirisch untersucht, ob und wenn ja wie das Betriebliche Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX von Betrieben, Unternehmen und Dienststellen in Deutschland umgesetzt wird (Niehaus, Magin, Marfels, Vater & Werkstetter, 2008). Im Folgenden werden zunächst die zentralen Ergebnisse dieser Studie vorgestellt und dann vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands diskutiert. Zum direkten Vergleich werden Studien herangezogen, die zwischen 2006 und 2012 zum Thema BEM durchgeführt und veröffentlicht wurden. Dieser Beitrag fokussiert auf den Umsetzungsstand des Betrieblichen Eingliederungsmanagements, die betrieblichen Rahmenbedingungen, die dessen Einführung und erfolgreiche Umsetzung begünstigen und auf Erfahrungen zur Wirksamkeit des Betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie Erwartungen an den betriebs- und volkswirtschaftlichen Nutzen eines BEM.

Studie der Universität zu Köln

Ziel der Studie von Niehaus et al. (2008) war die Bereitstellung quantitativer Aussagen zur Verbreitung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) und betrieblicher Prävention sowie qualitativer Aussagen über die Art und Weise, mit der die Betriebe bzw. die verschiedenen Akteure ein BEM realisieren. Ebenso sollten Faktoren aufgezeigt werden, die ein BEM begünstigen und in der Praxis zum Erfolg führen können. Die Untersuchung erfolgte auf vier Forschungsebenen:

I. Bundesweite Befragung von Betrieben, Unternehmen und Dienststellen

Es haben 630 Personen aus dem Kreis der Schwerbehindertenvertretung, der Betriebs- und Personalräte, der Personalabteilung, des Werkärztlichen Dienstes, der Geschäftsführung, der Beauftragten des Arbeitgebers, der Disability Manager und Betroffene selbst an der bundesweiten Befragung – mit einer starken Beteiligung aus großen Unternehmen – teilgenommen.

II. Bundesweite Befragung in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB)

Bis zum Stichtag 1. September 2007 haben 474 Personen (in der Regel als Schwerbehindertenvertretung) den

Fragebogen in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB) ausgefüllt.

III. Dokumentenanalyse und Interviews mit 16 Experten der Projekte der Initiative des BMAS „job – Jobs ohne Barrieren“ zum § 84 Abs. 2 SGB IX

IV. Interviews mit acht betrieblichen Experten aus Betrieben

Umsetzungsstand des Betrieblichen Eingliederungsmanagements

Seit Mai 2004 sind Unternehmen und Dienststellen verpflichtet, das BEM nach § 84 Abs. 2 SGB IX durchzuführen. Aussagen zum Umsetzungsstand können nur annäherungsweise vorgenommen werden, da die Ergebnisse der Studien in Abhängigkeit vom Zugang zum Untersuchungsfeld, der Stichprobe und der Größe der befragten Unternehmen variieren (Gröben et al., 2011; Vater, 2011).

In der bundesweiten Befragung der Universität zu Köln (2006-2007) hatte die Mehrheit der großen Unternehmen (87%), mehr als die Hälfte der mittelgroßen Unternehmen (68%) sowie jeder dritte kleine Betrieb das BEM bereits thematisiert. Im Gegensatz dazu erfolgte eine praktische Umsetzung deutlich seltener: 68 Prozent der Großunternehmen, 38 Prozent der mittleren Unternehmen und 28 Prozent der kleinen Betriebe haben ein BEM schon implementiert oder durchgeführt (Niehaus et al., 2008).

Die nahezu zeitgleich durchgeführte regionale Studie „Koordination, Rehabilitation und Betrieb KoRB“ kommt aus Sicht mittlerer Unternehmen zu vergleichbaren Ergebnissen. Von den in dieser Studie befragten Unternehmen ist das BEM in mehr als der Hälfte der Unternehmen mittlerer Größe (55% - 66%) bekannt. Obwohl die meisten (60%) Arbeitgeber davon ausgehen, dass ein BEM gut durchführbar wäre, erfolgte eine Umsetzung nur in einem guten Drittel dieser Unternehmen (Gebauer, Hesse & Heuer, 2007), was dem Ergebnis der bundesweiten Befragung aus Köln entspricht. Ein entsprechendes Bild zeigt sich in der Studie „Gesunde Arbeit für alle“ (Köpke, 2009), hier ist das BEM in seinen Grundelementen zwei Drittel der befragten Klein- und Mittelunternehmen bekannt, umgesetzt wird es dagegen ebenfalls nur in 30 Prozent der Betriebe.

Zu deutlich geringeren Werten kommt eine überregionale Befragung des Instituts für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (iqpr), die für das Projekt „Gesunde Arbeit“ durchgeführt wurde. Demnach ist das BEM nur einem Drittel der Befragten aus Klein- und Mittelunternehmen (KMU) bekannt und eine Umsetzung erfolgte lediglich in jedem fünften Unternehmen (Zelfel et al., 2011). Vergleichbar dazu ermittelt die KoRB Studie, dass BEM bei knapp 30 Prozent der Kleinst- und Kleinunternehmen bekannt ist, die Umsetzungsquote dagegen bei nur ca. 11 Prozent liegt (Gebauer et al., 2007). Noch seltener kommt das BEM in der regional angelegten Studie „Regionale Initiative: Betriebliches Eingliederungsmanagement“ der Deutschen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund DRV, 2007) zur Anwendung, dort hatten

weniger als 10 Prozent der Befragten, vorwiegend Kleinst- und Kleinbetriebe, BEM in ihren Betrieben umgesetzt.

Bemerkenswert ist, dass die daran anschließende Studie „Integratives Beratungsnetzwerk: Betriebliches Eingliederungsmanagement“ (DRV, 2010), die von 2008 bis 2010 in derselben Region durchgeführt wurde, eine Steigerung der Umsetzung auf 34 Prozent verzeichnen kann.

Eine leichte Zunahme zeichnet sich zudem in der 2011 durchgeführten Studie „Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen“ ab. Demnach haben in dieser Stichprobe drei Viertel der Großbetriebe und zwei Drittel der Mittelbetriebe das BEM in ihren Unternehmen umgesetzt, gleichwohl liegt auch in dieser Untersuchung die Umsetzung in Klein- und Kleinstbetrieben mit 25 Prozent auf relativ niedrigem Niveau (Gröben et al., 2011).

Demzufolge gibt die Umsetzung des BEM nach wie vor ein heterogenes Bild ab. Ein eindeutiger Trend lässt sich nicht erkennen. In Großbetrieben scheint das BEM größtenteils umgesetzt, dagegen liegt in Klein- und Mittelbetrieben weiterhin Handlungsbedarf vor. Überwiegend Kleinst- und Kleinbetriebe haben noch wenig Erfahrung im Umgang mit Langzeiterkrankten und BEM (Ramm, Mahnke, Tauscher, Welti, Seider & Shafaei, 2012). Dies ist bedenklich in Anbetracht der Tatsache, dass Unternehmen dieser Größe in Deutschland am häufigsten vertreten sind (81%) und knapp die Hälfte aller Erwerbstätigen (41%) dort beschäftigt ist (Statistisches Bundesamt, 2011).

Bei der Interpretation des Umsetzungsstandes ist allerdings zu berücksichtigen, dass Arbeitsunfähigkeitszeiten, die länger als 6 Wochen andauern und damit Auslöser für ein BEM sind, immer noch verhältnismäßig selten auftreten (Gesundheitsreporte der gesetzlichen Krankenkassen; Zelfel et al., 2011). Folglich ist rein statistisch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines BEM-Falles in Kleinunternehmen deutlich geringer als in Großunternehmen. Insofern besteht durchaus die Möglichkeit, dass zahlreiche Kleinst- und Kleinunternehmen noch nicht mit einem BEM-Fall konfrontiert waren. Hinsichtlich des Umsetzungsstandes in den Großunternehmen gehen einige Autoren davon aus, dass ein positiver Bias – in Bezug auf das Vorhandensein von BEM – nicht ausgeschlossen werden kann (Freigang-Bauer, Gröben & Barthen, 2011; Niehaus et al., 2008).

Damit ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement auch Jahre nach Einführung noch nicht flächendeckend bekannt (Ramm et al., 2012). Insofern bedarf es verstärkter Anstrengungen, Rahmenbedingungen und Faktoren zu identifizieren, die eine erfolgreiche Einführung und Umsetzung eines BEM begünstigen und in der Praxis zu einer erfolgreichen Wiedereingliederung führen.

Begünstigende Faktoren

Zur Untersuchung der Faktoren, die die Umsetzung und den Erfolg eines BEM begünstigen, bietet sich an, nicht nur auf BEM als spezifische Präventionsmaßnahme zu fokussieren, sondern die Einstellung der Arbeitgeber und die betrieblichen Rahmen-

bedingungen, insbesondere für ältere Beschäftigte in den Blickpunkt zu nehmen. Die Studie der Universität zu Köln liefert hierfür zahlreiche Anknüpfungspunkte (Niehaus et al., 2008):

- In der Studie zeigt sich, dass, wenn in den Betrieben Strukturen oder Ansprechpersonen für die Bereiche Gesundheit oder gesundes Altern vorhanden sind, die Umsetzung eines BEM signifikant häufiger realisiert wird. Sie erfolgt ebenfalls signifikant häufiger, wenn der Werks- und Betriebsärztliche Dienst sowie die Vertreter der schwerbehinderten Menschen als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Letztere berichten zudem, dass sie mehrheitlich mit der Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zu tun haben.
- Die Einstellung der Arbeitgeber kommt am deutlichsten in Leitlinien und Managementprinzipien zum Ausdruck. Unternehmensleitlinien zur altersgerechten Personalentwicklung, zur sozialen Verantwortung und zu Diversity-Management liegen in den befragten Unternehmen selten vor, sind jedoch mit einer signifikant höheren Umsetzung des BEM assoziiert. Darüber hinaus spielen die Weiterbildung der Führungskräfte zum Thema Gesundheit, ein kooperativer Führungsstil und ein Klima des Vertrauens, bei dem Alter und Krankheit keine Tabuthemen sind, eine bedeutsame Rolle für die erfolgreiche Wiedereingliederung.
- Am förderlichsten für die Umsetzung eines BEM erweisen sich das Betriebliche Gesundheitsmanagement sowie Kooperationen mit den Rehabilitationsträgern.

Vertretung der schwerbehinderten Menschen und die Werks- und Betriebsärzte

Die Relevanz einzelner betrieblicher Akteure wird auch von anderen Autoren betont. Während die Vertretung der schwerbehinderten Menschen maßgeblich an der Einführung des BEM beteiligt ist (Stegmann, 2007; Gröben et al., 2011), spielen die Werks- und Betriebsärzte eine wichtige Rolle, wenn es um die Erhaltung der Arbeitsplätze geht. Die Werks- und Betriebsärzte sehen sich in der Lage, Rehabilitationsbedarf zu erkennen (Hesse, Heuer & Gebauer, 2008) und betrachten es als ihre Pflicht, gesundheitsgerechte und soweit erforderlich auch leidensgerechte Arbeitsplätze für chronisch Kranke zu schaffen (DRV, 2007). Köpke (2009) verweist auf die Expertise von Betriebs- und Werksärzten, die speziell zur Früherkennung von Reha-Bedarf genutzt werden sollte: „(...) denn wie kein anderer kennen sie die Arbeitsplätze der Rehabilitanden“ (Köpke, 2009, S. 127).

Ferner ergab eine Mitgliederumfrage des VDBW (Verband Deutscher Werks- und Betriebsärzte e. V.), dass die Arbeitsmediziner, die an dieser Studie beteiligt waren, im Jahr 2009 durchschnittlich 46 BEM-Fälle betreut haben und die Mehrzahl von ihnen fest in das BEM eingebunden war (Glomm, 2012). Im Rahmen des Projektes „Entwicklung und Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements EIBE“ waren die Werks- und Betriebsärzte neben den Vertretern der Arbeitgeber außerdem maßgeblich an der Konzeptentwicklung beteiligt (Kaiser, Frohnweiler & Jastrow, 2007).

Daraus geht hervor, dass vor allem die Werks- und Betriebsärzte inzwischen eine wichtige Funktion für die Umsetzung des BEM einnehmen. Dennoch muss eingeräumt werden, dass über die Werks- und Betriebsärzte vornehmlich Beschäftigte größerer

Unternehmen erreicht werden (Glomm, 2012). Findet wie häufig in den kleinen und mittleren Betrieben die betriebsärztliche Betreuung nur punktuell und lückenhaft statt, dürften den Betrieben wichtige Erkenntnisse über die spezifische Leistungsfähigkeit im Hinblick auf die Anforderungen des Arbeitsplatzes der Betroffenen fehlen (Ramm et al., 2012).

Unternehmenskultur

Personalverantwortliche und Führungskräfte spielen eine wesentliche Rolle, wenn es um die Einführung und Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements geht (Gröben et al., 2011; Kaiser, Frohnweiler, Jastrow & Lamparter, 2009; Niehaus et al., 2008). In den meisten Fällen sind sie zuständig für die Erstsprache der Personen im Erkrankungsfall (Niehaus et al., 2008). Dabei beeinflusst der Führungsstil den Grad des Vertrauens, den die Mitarbeiter den betrieblichen Leitungspersonen entgegenbringen maßgeblich (Welti et al., 2010). In der Kölner Studie steht ein kooperativer Führungsstil in einem signifikant positiven Zusammenhang mit der Einführung und erfolgreichen Durchführung des BEM.

Einige Studien verweisen zudem auf die Bedeutung eines vertrauensvollen Betriebsklimas für die erfolgreiche Umsetzung des BEM. Hier sind sich Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Experten einig (Kaiser et al., 2009; Niehaus et al., 2008; Ramm et al., 2012; Welti et al., 2010). In diesem Zusammenhang spielen die Transparenz des Verfahrens sowie ein verantwortungsvoller Umgang mit den Daten eine wesentliche Rolle (Kaiser et al., 2009; Niehaus et al., 2008). Als hilfreich hat sich zudem das Vorliegen einer Integrations-, Betriebs- oder Dienstvereinbarung erwiesen (Niehaus et al., 2008). Dementsprechend kommen auch die Befragten der EIBE-Projekte zu dem Ergebnis, dass ein tragfähiges Verhältnis der betrieblichen Sozialpartner und das Vorliegen einer Betriebsvereinbarung eine zentrale Bedingung für die erfolgreiche Implementierung eines BEM darstellen und gleichzeitig zu einer breiteren Akzeptanz bei den Beschäftigten führen kann (Kaiser et al., 2009).

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Grundsätzlich zeigen nach Welti et al. (2010) diejenigen Unternehmen, die Präventionsangebote für ihre Belegschaft vorhalten, verstärktes Interesse am Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Köpke (2012) vertritt die Ansicht, dass betriebliche Gesundheitsförderung prinzipiell geeignet ist, den Bedarf an Teilhabeleistungen frühzeitig aufzudecken und damit die Effizienz und Effektivität des BEM verbessern kann. Darüber hinaus weisen die Erfahrungen der EIBE-Projekte darauf hin, dass es besser gelingt, den Beschäftigten die Chancen eines BEM glaubhaft zu machen, wenn BEM Teil der betrieblichen Gesundheitspolitik ist. Ein betriebliches Gesundheitsmanagement, das Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und betriebliche Eingliederung integriert, ermöglicht nach Kaiser et al. (2009) die Thematisierung von Gesundheit und Ressourcen und bringt damit den Präventionsgedanken des § 84 Abs. 2 SGB IX mehr zum Ausdruck.

Externe Unterstützung, Kooperationen

Die Zusammenarbeit mit externen Partnern ist in den hier zitierten BEM-Studien unterschiedlich ausgeprägt, die Angaben

variieren zwischen knapp 20 Prozent und 66 Prozent (Gröben et al., 2011; Kaiser et al., 2009; Niehaus et al., 2008; Zelf et al., 2011). Soweit Aussagen zu externen Hilfen getätigt wurden, berichten die Befragten grundsätzlich von guten Erfahrungen (Gröben et al., 2011; Kaiser et al., 2009; Köpke, 2009). Wurden externe Partner hinzugezogen, wurden am häufigsten die Integrationsämter, die Rentenversicherung und die Krankenkassen genannt (Gröben et al., 2011; Kaiser et al., 2009; Niehaus et al., 2008).

Ein grundsätzliches Hindernis für den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit im Rahmen eines BEM, so Glomm (2012), sei die fehlende Schnittstelle zwischen der von Kranken- und Sozialversicherung alimentierten kurativen und rehabilitativen Medizin und der vom Unternehmen finanzierten betriebsärztlichen Versorgung. Aus diesem Grund sind in den letzten Jahren zahlreiche Kooperationsverträge zwischen Betriebs- und Werksärzten, Rehabilitationsträgern und -einrichtungen geschlossen worden. Die positiven Erfahrungen dieser Kooperationen tragen beispielhaft zum Überwinden dieser Hindernisse bei (Glomm, 2012; Von Manteuffel, 2011). Am Beispiel der Ford-Werke in Köln kann die erfolgreiche Zusammenarbeit deutlich gemacht werden. Die Wiedereingliederungsquote bei Web-Reha Maßnahmen betrug 95 Prozent im Gegensatz zu 77 Prozent ohne eine Unterstützung durch Web-Reha². Außerdem konnte die Zeitspanne zwischen Rehabilitationsende und vollschichtiger Wiederaufnahme der Arbeit von 55 Tagen auf 17 Tage gesenkt werden. „Wir sparen bei jedem Web-Reha Fall beinahe 10.000 Euro“, berichtet der Arbeitsmediziner von Ford (Von Manteuffel, 2011).

Die Modellprojekte „RehaFutur Real“ der Deutschen Rentenversicherung Westfalen (Gödecker-Geenen, 2011) und das Integrative Beratungsnetzwerk in der Region Berlin-Brandenburg (DRV, 2010) setzen dagegen auf den direkten Kontakt zum Arbeitgeber. Der Arbeitgeber wird zum Kooperationspartner und aktiv in den Teilhabeprozess der Beschäftigten mit eingebunden (Gödecker-Geenen, 2011). In Brandenburg hat sich gezeigt, dass die Anfrage bei den einzelnen Arbeitgebern zu BEM und der steigende Bekanntheitsgrad des Beratungsangebotes im Rahmen des Projektes dazu geführt haben, dass Arbeitgeber verstärkt aktiv auf die Deutsche Rentenversicherung zugegangen sind und um Unterstützung bei Einzelfällen gebeten haben (DRV, 2010).

Diese Beispiele verdeutlichen, wie wichtig Kooperationen für die Umsetzung des BEM und für eine erfolgreiche Wiedereingliederung der betroffenen Beschäftigten sind.

Wiedereingliederung, betrieblicher und weiterer wirtschaftlicher Nutzen

Die Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements sollen sich positiv auf die Erwerbsbeteiligung der Beschäftigten auswirken und einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation, einer zukünftigen Gefährdung dieser sowie dem krankheitsbedingten Verlust des Arbeitsplatzes

vorbeugen. Gleichzeitig wird postuliert, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement positive Auswirkungen für den Betrieb und für die Volkswirtschaft insgesamt habe. In beiden Betrachtungsweisen, so wird weiter angenommen, überwiege der Nutzen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements gegenüber den Kosten (Niehaus et al., 2008, S.84). Die Ergebnisse der Universität zu Köln weisen auf das Potenzial des Betrieblichen Eingliederungsmanagements hin (Niehaus et al., 2008):

Demnach konnte in der Hälfte der BEM-Fälle eine erfolgreiche Wiedereingliederung mit leistungsgerechtem Einsatz erreicht werden. Dabei wird deutlich, je größer der Betrieb ist, desto höher fällt auch die Wiedereingliederungsquote aus. Außerdem berichten die Teilnehmer von einer Reduzierung des Krankenstandes (36%), von einem besseren Arbeitsklima (32%), von einem höheren Engagement der Mitarbeiter (30%) sowie von einer Reduzierung krankheitsbedingter Kündigungen (18%). Hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses schätzen 88 Prozent der Unternehmen, die eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt haben, den Nutzen für das Unternehmen höher als die Kosten ein.

Wiedereingliederung

Für den Erfolg der Wiedereingliederung zeichnet sich ein vergleichbares Bild ab. Im Rahmen der regionalen Initiative der DRV konnten ebenfalls 50 Prozent der BEM-Fälle, die während der Projektlaufzeit (2006-2007) abgeschlossen wurden, erfolgreich eingegliedert werden. Knapp die Hälfte der BEM-Fälle befand sich zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch im Rehabilitationsverfahren (DRV, 2007). Das daran anschließende Projekt (2008-2010) erreichte bei 57 Prozent der abgeschlossenen BEM-Fälle – vornehmlich Personen mit sehr langen AU-Zeiten von durchschnittlich 15 Monaten – eine erfolgreiche Wiedereingliederung. Auch hier befanden sich zum Projektende noch 56 Prozent der BEM-Fälle im offenen Verfahren. Darüber hinaus ist es in dem Projekt „Gute Arbeit für alle“ einigen Betrieben gelungen, mithilfe des Integrationsamtes und der Agentur für Arbeit gefährdete Arbeitsverhältnisse zu erhalten (Köpke, 2009). Bemerkenswert sind die Ergebnisse der EIBE-Projekte, dort konnten jeweils 90 Prozent der abgeschlossenen BEM-Fälle mit einer erfolgreichen Wiedereingliederung beendet werden. Ebenso verzeichnen die Integrationsämter eine Stabilisierung erfolgreich abgeschlossener BEM-Fälle auf konstant hohem Niveau. Im Jahr 2010 kam in 64 Prozent der BEM-Fälle ein erfolgreicher Abschluss zustande und mündete daher nicht in eine Zustimmung zur Kündigung (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter, 2012). Lediglich die Teilnehmenden der Studie von Gröben et al. (2011) berichten von einer geringeren Eingliederungsquote, dort haben nur 29 Prozent der befragten Unternehmen eine erfolgreiche Wiedereingliederung erreicht, 52 Prozent dagegen nur teilweise.

Demnach darf angenommen werden, dass, wenn das BEM in der betrieblichen Praxis umgesetzt wird, dann auch in zahlreichen Fällen zum Erfolg führt.

Betrieblicher Nutzen

Kosten-Nutzen-Analysen, die bei den betrieblichen Praktikerinnen und Praktikern anerkannt sind und zugleich die wesentlichen

² Web-Reha ist eine Kooperation zwischen der Deutschen Rentenversicherung Nordrhein-Westfalen und den Werks- und Betriebsärzten

Faktoren erfassen, fehlen bislang (Niehaus et al., 2008). Außerdem genügen die bisher entwickelten Ansätze zur Beurteilung eines Kosten-Nutzen-Verhältnisses nicht, um zu einem wissenschaftlich anerkannten Ergebnis zu kommen (Faßmann & Emmert, 2010, S.165). Da nur vereinzelt Untersuchungen und Ansätze vorliegen, die sich mit Kosten und Nutzen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements befassen (Niehaus et al. 2008, Magin, 2006), wurde im Rahmen des zweiten EIBE-Projektes ein Modell zur Evaluation des BEM entwickelt. Dafür wurden zunächst relevante Kosten und Nutzenkomponenten identifiziert und quantifiziert. Anhand einer Modellberechnung für ein fiktives Unternehmen wurde die Evaluation dann veranschaulicht (Faßmann & Emmert, 2010). Dementsprechend wurden auf Kostenseite Kosten für die BEM-Einmaldurchführung, laufende Kosten für BEM, extra Stelle und eine geringere Produktivitätsstufe nach BEM sowie auf der Nutzenseite Verringerung der AU-Zeiten, Verminderung der Kosten für die Ausgleichsabgabe, Produktivitätsgewinne der BEM-Kandidatinnen und -Kandidaten, geringere Kosten für die Einstellung von Arbeitnehmern, eine BEM-Prämie, Einsparung von Kosten für Rechtsstreitigkeiten sowie der Nutzen durch die Erhaltung des Humankapitals berücksichtigt.

Das in der Modellberechnung ermittelte Gesamtergebnis ergab ein Kosten-Nutzen-Verhältnis von 1 zu 4,8. Demnach darf angenommen werden, dass der aus dem BEM resultierende Nutzen die dafür anfallenden Kosten in den meisten Fällen übersteigen wird (Faßmann & Emmert, 2010). Die Modellrechnung ermittelt den größten Nutzengewinn durch eine antizipierte Produktivitätssteigerung der BEM-Kandidatinnen und -Kandidaten (Faßmann & Emmert, 2010).

Für die Kleinunternehmen (bis 30 Mitarbeitende) muss bei dieser Herangehensweise berücksichtigt werden, dass durch die Erstattung von Entgeltfortzahlungen (bis zu 80%) und den eingeschränkten Kündigungsschutz (bis 10 Mitarbeitende) wichtige Nutzenargumente entfallen (Ramm et al., 2012). Gleichzeitig besteht in kleinen Unternehmen seltener die Gelegenheit, Sachkenntnis und Routine für die Durchführung eines BEM-Verfahrens aufzubauen, wodurch mit höheren Kosten für die Durchführung eines BEM gerechnet werden muss (Welti et al., 2010). Insofern ist davon auszugehen, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis des BEM aus betriebswirtschaftlicher Sicht für die Kleinbetriebe durchaus ungünstiger ausfallen kann.

Weiterer wirtschaftlicher Nutzen

Für eine volkswirtschaftliche Bewertung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements liegen bislang noch keine anerkannten Modellberechnungen vor. Hierzu sollen nur erste Vorüberlegungen angestellt werden. Einen Hinweis auf die volkswirtschaftliche Relevanz eines BEM liefern die Ergebnisse der Kölner Studie zur Reduzierung des Krankenstandes und zum Rückgang krankheitsbedingter Kündigungen (Niehaus et al., 2008). Im Hinblick auf die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentung in Deutschland haben Bödecker und Mitautoren (2002, 2006) auf das Potenzial arbeitsplatzbezogener Maßnahmen hingewiesen. Insbesondere Erwerbsminderung sollte nach Rehfeld (2006) durch Prävention und rechtzeitige Rehabilitation entgegen gewirkt werden, um die

damit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten zu senken. Diesbezüglich nehmen Welti et al. (2010) an, dass die Sozialleistungsträger bei konsequenter Umsetzung des BEM Kosten für Sozialleistungen vermeiden und höhere Beitragseinnahmen durch stabilisierte Beschäftigung erreichen können. Dass ein positiver Effekt auf die Gesamtwirtschaft durch Rehabilitation möglich ist, zeigt ein Gutachten von Prognos (Steiner, Zwingmann, Riedel, Schüssler & Zweers, 2009). Demnach fließen pro investiertem Euro in die medizinische Rehabilitation 5 Euro in die Volkswirtschaft zurück. Auch die Berechnungen der Deutschen Rentenversicherung legen diesen Schluss nahe. Durch Rehabilitation werden die Ausgaben für Erwerbsminderung gesenkt und die Einnahmen aus Versicherungsbeiträgen erhöht (Buschmann-Steinhage, 2012). Ein Nachweis für die berufliche Rehabilitation und das Betriebliche Eingliederungsmanagement steht allerdings noch aus.

In Anbetracht dieser Szenarien stellt sich die Frage, warum bisher nicht mehr Unternehmen ein Betriebliches Eingliederungsmanagement implementiert haben. Eine gute Aussicht auf Wiedereingliederung, zu erwartender betriebswirtschaftlicher Nutzen und die Aussicht auf volkswirtschaftliche Effekte sprechen für die Einführung und Umsetzung des BEM.

Zusammenfassung

Ziel dieser Ausführungen war es zu prüfen, ob die Erwartungen, die von der Politik in das Betriebliche Eingliederungsmanagement gesetzt wurden, auch aus empirischer Perspektive erfüllt werden.

Die Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements gibt nach wie vor ein heterogenes Bild ab. Auch Jahre nach der Einführung ist das BEM noch nicht flächendeckend bekannt. Insbesondere in den kleinen Unternehmen lässt sich kein nennenswerter Zuwachs feststellen.

In der Praxis sind in den meisten Fällen die Personalleitung sowie Führungskräfte mit der Initiierung und Durchführung des BEM betraut. Im Gegensatz dazu erweisen sich hauptsächlich die Werks- und Betriebsärzte als hilfreich, wenn es um die Umsetzung des BEM und den Erhalt des Arbeitsplatzes geht. Dies kommt nicht allen Beschäftigten zugute. Gerade in kleinen und mittleren Unternehmen findet eine Betreuung nur lückenhaft statt.

Ferner gelingt es besser, die Chancen eines BEM zu vermitteln, wenn dieses in ein Gesamtkonzept von Gesundheit eingebunden ist. Unternehmen, die betriebliches Gesundheitsmanagement anbieten, zeigen ein verstärktes Interesse am Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Als unterstützend für den Prozess der Wiedereingliederung wirkt zudem, wenn Gesundheit als Führungsaufgabe wahrgenommen und ein kooperativer Führungsstil im Unternehmen praktiziert wird, denn nur in einem vertrauensvollen Betriebsklima lässt sich BEM wirklich umsetzen.

Kooperationen und externe Hilfe spielen eine entscheidende Rolle für eine erfolgreiche Wiedereingliederung. Außerdem zeigt sich, dass, sofern das BEM umgesetzt wird, es auch in den meisten Fällen zum Erfolg führt.

Eine Modellrechnung zum betriebswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Verhältnis ermittelte ein positives Gesamtergebnis. Demnach darf angenommen werden, dass der aus dem BEM resultierende Nutzen, die dafür anfallenden Kosten in den meisten Fällen übersteigen wird. Dennoch ist davon auszugehen, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis für Kleinbetriebe durchaus ungünstiger ausfallen kann. Ein Nutzen aus volkswirtschaftlicher Sicht erscheint ebenfalls plausibel.

Fazit

Wenn die Hoffnungen, die von der Bundesregierung in das Betriebliche Eingliederungsmanagement gesetzt werden, erfüllt werden sollen, bedarf es weiterer intensiver Bemühungen der Politik, der Sozialleistungsträger und der Unternehmen um eine weitere Verbreitung, Akzeptanz und qualitativ hochwertige Umsetzung des BEM voranzutreiben.

Die betrieblichen Akteure müssen in ihren Bemühungen bestärkt werden, das Betriebliche Eingliederungsmanagement zu implementieren.

Hierbei ist insbesondere Forschung wünschenswert, die die Zustimmungsbereitschaft der Betroffenen eruiert und den Stellenwert der Führungskräfte in Zusammenhang mit der Gesundheit ihrer Mitarbeiter thematisiert. Aufmerksamkeit sollte in zukünftigen Studien auch der Vernetzung von KMU mit betriebsärztlichen Angeboten geschenkt werden, damit ihre Expertise auch flächendeckend genutzt werden kann.

Die Sozialversicherungsträger und der Gesetzgeber sind aufgefordert, in noch größerem Umfang betriebliche Gesundheitsförderung und das Betriebliche Eingliederungsmanagement finanziell und beratend zu unterstützen.

Literatur

Bödeker, W., Friedel, H., Röttger, C. & Schröer, A. (2002). Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, FB 946. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Bödeker, W., Friedel, H., Friedrichs, M. & Röttger, C. (2006). Kosten der Frühberentung. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, FB 1080. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Bundesagentur für Arbeit. (2012). Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Der Arbeitsmarkt schwerbehinderter Menschen. Veröffentlichungen der Arbeitsmarktberichterstattung. Nürnberg, März 2012.

Bundesdrucksache 15/2318. (2004). Zugriff am 30.04.2013. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/15/023/1502318.pdf>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (Hrsg.) (2011). Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Öffentlichkeitsarbeit. Stand: September 2011.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen BIH (Hrsg.) (2011). Hilfen für schwerbehinderte Menschen im Beruf: Jahresbericht 2010/2011. Wiesbaden: Universum Verlag.

Buschmann-Steinhage, R. (2012). Budgetprobleme in der Rehabilitation. *Rehabilitation*, 51 (2) 81-88.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2007). Regionale Initiative – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Abschlussbericht Modellprojekt. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2011). Integratives Beratungsnetzwerk – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Abschlussbericht. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Faßmann, H. & Emmert, M. (2010). Betriebliches Eingliederungsmanagement – Anreizmöglichkeiten und ökonomische Nutzenbewertung. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Freigang-Bauer, I., Gröben, F. & Barthen, L. (2011). Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen. Handlungsbedarf aus Sicht betrieblicher Akteure. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Feldes, W. (2005). Eingliedern statt Kündigen. *Gesundheit und Krankheit im Betrieb*. IG Metall: Frankfurt am Main.

Magin, J. (2006). Kosten-Nutzen-Analyse eines betrieblichen Eingliederungsmanagements. *Behindertenrecht*, 45 (2), 36-39.

Friemelt, G. & Ritter, J. (2012). Welche Hilfen benötigen Betriebe und Unternehmen beim Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter – Was kann die Rentenversicherung tun? *Rehabilitation*, 51 (1), 24-30.

Gebauer, E., Hesse, B. & Heuer, J. (2007). KoRB Kooperation Rehabilitation und Betrieb. Ein Projekt zur Versorgungsforschung in kleinen und mittleren Unternehmen (Abschlussbericht). Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Sozialmedizin Münster: Münster.

Gödecker-Geenen, N. (2011). Mit Vernetzung und Kooperation zum Erfolg – berufliche Teilhabe integrationsorientiert gestalten – ein Modellversuch der Deutschen Rentenversicherung Westfalen. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*, 4, 18-23.

Glomm, D. (2012). Von der Gesundheitsförderung bis zur Wiedereingliederung – Erfahrungsbericht aus der betriebsärztlichen Praxis. *Rehabilitation*, 51 (1), 18-23.

- Gröben, F., Freigang-Bauer, I. & Barthen, L. (2011). Betriebliches Eingliederungsmanagement von Mitarbeitern mit psychischen Störungen. Analyse des Handlungsbedarfs aus Sicht betrieblicher Akteure. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 229-236.
- Hesse, B., Heuer, J. & Gebauer, E. (2008). Rehabilitation aus Sicht kleinerer und mittlerer Unternehmen: Wissen, Wertschätzung und Kooperationsmöglichkeiten – Ergebnisse des KoRB-Projektes. *Rehabilitation*, 47 (6), 324-333.
- Kaiser, H., Frohnweiler, A. & Jastrow, B. (2007). EIBE 1 – Entwicklung und Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements, Forschungsreihe des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Bericht 372.
- Kaiser, H., Frohnweiler, A., Jastrow, B. & Lamparter, K. (2009). EIBE 2 – Entwicklung und Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements. Abschlussbericht. Forschungsreihe des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Bericht 372.
- Köpke, K.H. (2009). Praxisprobleme des BEM und der betrieblichen Prävention Teil 2. In F. Welti (Hrsg.), *Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger* (S. 58-62). Münster: Lit Verlag.
- Köpke, K.H. (2009). *Gesunde Arbeit für alle: Von der Gesundheitsförderung zum Eingliederungsmanagement im Betrieb*. Hamburg Lübeck: DRV Nord.
- Köpke, K.H. (2012). Betriebliche Gesundheitsförderung als mögliche Vorstufe wirksamer Rehabilitation. *Rehabilitation*, 51, (1), 2-9.
- Niehaus, M., Magin, J., Marfels, B., Vater, G. & Werkstätter, E. (2008). *Betriebliches Eingliederungsmanagement: Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Niehaus, M., Marfels, B. & Jakobs, A. (2009). Arbeitslosigkeit verhindern durch Betriebliches Eingliederungsmanagement: Individuelle, betriebliche und ökonomische Nutzenaspekte. In A. Hollederer (Hrsg.), *Gesundheit von Arbeitslosen fördern. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 371-389). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Niehaus, M. & Vater, G. (2010). Aktueller Stand der Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen. Gesundheit fördern, Potenziale nutzen* (S. 189-196). Berlin: Springer.
- Paridon, C.M. (2009). *Betriebliches Eingliederungsmanagement im aktivierenden Wohlfahrtsstaat*. BGAG-Report 3/2009. Berlin: DGUV.
- Steiner, M., Zwingmann, Ch., Riedel, W., Schüssler, R. & Zweers, U. (2009). *Studie: Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum*. Basel/Düsseldorf: Prognos AG.
- Ramm, D., Mahnke, C., Tauscher, A., Welti, F., Seider, H. & Shafaei, R. (2012). *Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben. Rechtliche Anforderungen und Voraussetzungen einer erfolgreichen Umsetzung*. *Rehabilitation*, 51 (1), 10-17.
- Rehfeld, U.G. (2006). *Gesundheitsbedingte Frühberentung*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Vater, G. (2011). Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements: Praxisprobleme und Empfehlungen. *Public Health Forum*, 19 (72), 24-25.
- Von Manteuffel, L. (2011). *Medizinische Rehabilitation. Mit Vernetzung zum Erfolg*. *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (17), 936-938.
- Welti, F., Mahnke, C., Tauscher, A., Ramm, D., Seider, H. & Shafaei, R. (2010). *Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben. Rechtliche Anforderungen und Voraussetzungen ihrer erfolgreichen Umsetzung*. Hochschulverlag, Brandenburg.
- Zelfel, R.C., Alles, T. & Weber, A. (2011). *Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen – Ergebnisse einer repräsentativen Unternehmensbefragung*. *Gesundheitswesen*, 73, 515-519.

3 Das Betriebliche Eingliederungsmanagement zur Erhaltung und Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit in Deutschland. Ein ganzheitlicher und individueller Ansatz aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung

Dr. Friedrich Mehrhoff

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Einleitung

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) verursachte bei dessen gesetzlicher Verankerung am 01. Mai 2004 in Deutschland zunächst ein juristisches Strohfeuer. Denn die Arbeitgeber erhielten eine rechtliche Verpflichtung im Sozialrecht (SGB IX), die in das Arbeitsrecht, also in das Verhältnis von Arbeitgeber und Beschäftigten, eingreift. Aber nach dem ersten „Sturm im Wasserglas“ kam es, wie auch dieser Beitrag zeigt, mehr darauf an, wie viele Betriebe das BEM wie gut umsetzen. Der Verfasser hat den Prozess der Gesetzgebung und deren Umsetzung auf vielfältigen Ebenen und in verschiedenen Gremien in Deutschland begleitet und beeinflusst.³ Das gilt für die Implementierung in den Unternehmen, das Verständnis bei den Sozialpartnern, die Dienstleistung von Trägern der sozialen Sicherung und die Gewinnung aller Berufsgruppen, insbesondere in der Medizin, die BEM als Teil einer Unternehmensberatung anzusehen bereit sind und die sich um die gute Durchführung des BEM in Einzelfällen kümmern wollen. Gerade diese Erfolgskriterien eines BEM, an denen eine gute oder schlechte Dienstleistung zu erkennen und zu messen ist, müssen sich seit über 8 Jahren eigentlich herausgebildet haben. Darauf wird sich dieser Beitrag besonders konzentrieren. Dabei wird die ganzheitliche Perspektive der gesetzlichen Unfallversicherung eingenommen, die, obwohl nur für die Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zuständig, ein in der Welt der sozialen Sicherung nahezu einmaliges Leistungsspektrum von präventiven Maßnahmen (Arbeits- und Gesundheitsschutz), akuten und rehabilitativen medizinischen Leistungen (Rehabilitation) bis hin zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gemeinschaft (Teilhabe) anbietet. Der gesetzlichen Unfallversicherung geht es in jedem Einzelfall darum, die Beschäftigungsfähigkeit⁴ von Menschen, die aus dem Arbeitsprozess wegen Verletzung oder Erkrankung herauszufallen drohen, zu erhalten und zu stärken.⁵ Dieser gelebte ganzheitliche und individuelle

Ansatz führt zur Überzeugung, dass BEM zur Produktivität einer Gesellschaft beiträgt: Die Unternehmen profitieren vom proaktiven Handeln, genauso wie die Dienstleister in der sozialen Sicherung und nicht zuletzt die Beschäftigten selbst!

Prävention und Rehabilitation

Die Aufgabe, Leistungen in der Prävention und Rehabilitation zusammenzubringen, also sowohl die Akteure als auch die Gestaltungsfelder, bildet den Nährboden für ein erfolgreiches BEM. Dabei hat die gesetzliche Unfallversicherung den großen Vorteil, Sicherheit und Gesundheit, betriebliche Gesundheitsförderung, BEM und Rehabilitation im weitesten Sinne von Anfang an, also im Sinne einer „präventiven Rehabilitation“, zu organisieren und zum Teil zu finanzieren. Indes bedeutet dieser gesetzliche Auftrag nicht einen Selbstläufer bei den Unfallversicherungsträgern (UV-Träger). Daher hat die DGUV Ende des Jahres 2012 ein von Prävention und Rehabilitation zusammen erarbeitetes Positionspapier zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement⁶ verabschiedet. Es wird derzeit auch an einem Maßnahmenkatalog gearbeitet, u.a. an einem Leitfaden zum BEM für die Präventionsexperten, der als Maßnahme im Rahmen des UV-Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN BRK) aufgenommen ist (www.dguv.de; Webcode [d124618](#)). Das war deshalb eine „schwere Geburt“, weil im Entschädigungsrecht der gesetzlichen Unfallversicherung kausal bezogen gedacht und gehandelt wird. Die UV-Träger kümmern sich im Wesentlichen um Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz und werden deshalb auch nur durch Beiträge der Arbeitgeber finanziert, nicht aber paritätisch durch Beiträge der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite wie in anderen Sozialversicherungen. Obwohl die UV-Träger weniger Fälle (rund 10% der Gesamt-Rehafälle) betreuen, engagieren sie sich besonders wegen ihres Präventionsauftrags für das BEM.⁷ Dieses Frühwarnsystem haben alle Träger der Sozialversicherung bei ihren Dienstleistungen für Beschäftigte auszugestaltet, um zu verhindern, dass eine Person aus dem Erwerbsleben zu früh herausfällt, weil sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr arbeiten kann. Dieser Ansatz der frühen Intervention steckt in dem Begriff Gesundheitsmanagement, der immer häufiger genutzt wird, um zu verdeutlichen, dass alle Maßnahmen zur Prävention, aber auch zum BEM und zur Rehabilitation, zusammengehören, im Interesse der Menschen und der Betriebe.

³ Vgl. Mehrhoff, F. & Schian, H.-M. (Hrsg.). (2009). Zurück in den Beruf. Betriebliche Eingliederung richtig managen. Berlin: DGUV; mit zahlreichen weiteren Nachweisen.

⁴ Der Begriff der Beschäftigungsfähigkeit nimmt als soziologischer Zielbegriff Eingang in die deutsche Sprache, um zu verdeutlichen, dass erstens darunter alle Menschen, die beschäftigt sind, fallen, also auch Beamte, und zweitens es nicht um den Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit im Sinne des SGB V geht. Hinzu kommt, dass die Europäische Union in vielen Regelungen von „Employability“ der Gesellschaft spricht.

⁵ Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation hat am 14. März 2012 ein Positionspapier veröffentlicht zum „Erhalt und Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit in Deutschland“. Diese insgesamt 9 Positionen, die auch den Konsens der Sozialpartner auf Bundesebene gefunden haben, sind nachzulesen unter www.dvfr.de.

⁶ Diese Positionen des Vorstands der DGUV zu den „Möglichkeiten und Grenzen der institutionellen und strukturellen Förderung des BEM durch die gesetzliche Unfallversicherung“ sind nachzulesen unter www.dguv.de; Webcode [d1458](#).

⁷ Die Überschrift zum § 84 SGB IX lautet „Prävention“.

Der Begriff „Management“

Management kommt vom lateinischen „manus“, womit „etwas in die Hand nehmen“ gemeint ist im Sinne von „etwas aktiv tun“. Der allgemeine Ausdruck dafür ist „Case-Management“. Dieser Begriff bestimmt eine Methode und bezieht sich auf einen Einzelfall. Deswegen nutzen einige Akteure⁸ auch den Begriff „Fall-Management“ oder auch, wie in der privaten Versicherungswirtschaft „Schadensmanagement“. Jeweils wird damit relativ unspezifisch zum Ausdruck gebracht, dass man sich um einen Menschen besonders kümmert, wenn also eine Institution mit diesem „Fall“ befasst ist, etwa bei einer Versicherung oder in einem Krankenhaus. Zuständige Leistungsträger demonstrieren damit, dass sie nicht nur die Anwendung des Rechts und damit oft Geldleistungen in ihrem Blickfeld haben, sondern auch die Menschen, die unter einer gesundheitlichen Beeinträchtigung leiden. Die Motive für ein solches Management können also sozial und auch wirtschaftlich sein. Genauer ist schon der Begriff „Rehabilitationsmanagement“.⁹ Damit wird klar zum Ausdruck gebracht, dass der Rehabilitationsprozess, also die Kette von medizinischen und berufsorientierten Maßnahmen, die möglichst bereits in der Akutversorgung beginnen, als ein zu begleitender Prozess aufgefasst wird. Ein solches Management trägt dem interdisziplinären Charakter der Rehabilitation und der nötigen Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger, und damit letztlich auch der von ihnen eingeschalteten Leistungserbringer, Rechnung.

Vereinzelt werden unter den Begriff des Reha-Managements nur alle Maßnahmen der Rehabilitation gefasst, die kranke oder behinderte Beschäftigte in das Arbeitsleben reintegrieren helfen. In diesem Zusammenhang wird auch der Begriff „Integrationsmanagement“ verwendet. Rehabilitation wird danach als Chance genutzt, um Beschäftigte mit Behinderungen, die schon längere Zeit aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden sind, wieder für den Arbeitsmarkt vorzubereiten. Jüngst findet man auch den Begriff „Inklusionsmanagement“, der sich im Zusammenhang mit dem Inklusionsgedanken gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention gebildet hat. Dabei geht es um die Gestaltung von Lebenswelten, in denen Menschen mit und ohne Behinderung gemeinsam leben und arbeiten. Der eingedeutschte Begriff „Disability Management“¹⁰ bezeichnet ein internationales Programm für die Aus- und Fortbildung

von Fachleuten, sogenannte Disability Manager, die Beschäftigte nach Unfällen und bei Krankheiten, also bei erworbenen Behinderungen, wieder zurück ins Arbeitsleben begleiten, möglichst an den alten Arbeitsplatz. In Kanada entwickelt und in Deutschland im Jahre 2003 von der DGUV eingeführt, entspricht dieser englische Begriff am ehesten dem des BEM. Er ist nicht auf eine konkrete Rechtsordnung eines Landes ausgerichtet, sondern beinhaltet die Vermittlung von Methoden, wie etwa die Frühintervention, die Vernetzung und die Nachhaltigkeit einer Maßnahme zur beruflichen Teilhabe.

Die Rolle der Beschäftigten

Neben den Unternehmen spielen die Beschäftigten im Kontext des BEM eine zentrale Rolle. Denn für sie wird ein BEM organisiert, und sie gehören zu dem von den Menschenrechten geschützten Anwendungsbereich der UN-Behindertenrechtskonvention (www.bmas.de oder www.einfach-teilhabe.de). Ohne die Bereitschaft der Beschäftigten läuft, selbst mit dem rechtlichen Hinweis auf die Mitwirkungspflichten, gar nichts im BEM. Wenn sie sich nicht im Rahmen eines BEM betreten lassen wollen, wird ein BEM auch nicht gelingen. Zu der Gruppe der Beschäftigten gehören die Interessenvertretungen der schwerbehinderten Menschen in den Betrieben, die ein deutsches Sondermodell darstellen und die neben den Betriebs- und Personalräten und den Gewerkschaften wesentlich zum Aufbau und zur Praxis eines guten BEM beitragen. Das zentrale Schlüsselwort ist Vertrauen. Ohne Vertrauen zwischen der Arbeitgeber- und der Arbeitnehmerseite im Betrieb funktioniert das BEM nicht wirklich gut. Das hat zuletzt das vom BMAS geförderte Projekt zur Zukunft des BEM vom DGB Bildungswerk¹¹ wieder deutlich gemacht. Das gilt für die Strukturberatung im Betrieb genauso wie für die Einzelfallbetreuung. BEM gelingt besonders gut, wenn von vornherein die Beziehung zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite intakt ist. Im umgekehrten Fall hat BEM keine Akzeptanz, wenn nicht vorher der Grundkonflikt gelöst wird. Ein Faktor, manchmal aber auch ein Störfaktor, ist der Datenschutz. Alles, was mit den persönlichen Daten in einzelnen BEM-Fällen zu tun hat, muss verbindlich geklärt sein, möglichst in einer Betriebsvereinbarung. Dazu gibt es inzwischen genügend Gerichtsurteile und gute Beispiele, an denen sich die Beteiligten am BEM orientieren können. Eine der Informationsquellen bietet das Diskussionsforum der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) zum Reha-Recht¹² (www.reha-recht.de).

Dienstleister für Betriebe

Alle Träger der sozialen Versicherungen, also neben der Unfall-, auch die Kranken- und Rentenversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit, in Fällen der Schwerbehinderungen auch die

8 Zahlreiche Dienste in der privaten Versicherungswirtschaft unterstützen diese Versicherer bei der aktiven Begleitung (Management) von Personenschäden mit dem Ziel, die Versicherten oder Geschädigten im Bemühen, gesund und arbeitsfähig zu werden, zu unterstützen, wie etwa www.ihrrehabilitations-dienst.de.

9 Auf der Ebene der DGUV haben sich die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Jahre 2011 auf ein Grundsatzpapier zum Reha-Management verständigt, das auch in englischer Fassung unter www.dguv.de, Webcode: d1505 veröffentlicht ist. Derzeit werden auf der Ebene der drei deutschsprachigen sozialen Unfallversicherungen in Europa, also zwischen der DGUV und der allgemeinen Unfallversicherungsanstalt in Österreich (AUVA) sowie der schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Grundsätze für Erfolgsfaktoren zum Reha-Management zusammengetragen.

10 Die Bildungsprodukte, die von einem Beratergremium als internationale Standards erarbeitet und aktualisiert werden (www.idmsc.org), kommen aus einem kanadischen Forschungsinstitut, das geleitet wird von einem deutschstämmigen Beschäftigten in der Holzwirtschaft, der in Kanada einen schweren Unfall erlitten hat (www.nidmar.ca).

11 Das vom BMAS über den Ausgleichsfonds gemäß SGB IX (§ 78) finanzierte Projekt des DGB Bildungswerks ist Ende 2012 abgeschlossen worden. Zwischenergebnisse und der voraussichtliche Endbericht stehen unter www.neue-wege-im-bem.de.

12 Das ebenfalls aus dem Ausgleichsfonds des BMAS geförderte Projekt eines Diskussionsforums bietet den Austausch von Meinungen speziell auch zum BEM an. Gerade die Entwicklung von BEM und die zahlreichen Partner bei dieser Dienstleistung bieten ein gutes Beispiel dafür, wie wichtig eine solche Plattform des Meinungsaustausches in Deutschland ist.

Integrationsämter, die die Gelder aus der Ausgleichsabgabe der Arbeitgeber in die Betriebe reinvestieren, müssten eigentlich ein Interesse haben, die Aufgaben der Betriebe im BEM zu unterstützen, also nicht nur in einzelnen Krankheitsfällen, sondern in deren Bemühen, Strukturen und Prozess eines Managements aufzubauen. Denn sie müssen die Maßnahmen später bezahlen, also entweder bei Frühinvalidität, bei Arbeitslosigkeit oder über die Sozialhilfe, wenn die Wiedereingliederung nicht gelingt. Das bedeutet, alle Reha-Träger müssten eigentlich Konzepte machen, wie sie den Betrieben im BEM helfen können. Das haben sie über einen einheitlichen Leitfaden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) versucht.¹³ Daneben gibt es eine Vielfalt von Dienstleistern im Bereich der sozialen Sicherung, die sich zur Unterstützung der Betriebe im BEM anbieten. Dazu gehören insbesondere die Betriebs- und Werksärzte, also die Arbeitsmediziner, mit Unterstützung der Haus- und Fachärzte.¹⁴ Aber die Ärzte sind nicht die einzigen betriebsexternen Akteure im BEM. Anbieter der beruflichen Bildung gehören dazu, etwa die Betriebssozialarbeiter und die Berufsförderungswerke. Sie rücken in den letzten Jahren noch näher und früher an die Betriebe heran, um das BEM vorbildlich umzusetzen. Vieles steht im Abschlussbericht des vom BMAS finanzierten EIBE-Projekts (www.eibe-projekt.de) und zuletzt in dem zu „Reha-Futur“ (www.reha-futur.de). Natürlich gibt es immer Vorzeigebetriebe im Sinne eines guten Beispiels, wenn sich vor allem die Betriebsärzte, so wie bei der Firma Ford in Köln, darauf ausrichten, keinen gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeitenden fallen zu lassen. Der Königsweg ist in diesen Fällen die Kooperation mit betriebsexternen Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation, wie etwa mit einer orthopädischen oder psychosomatischen Klinik, deren behandelnde Fachleute die Arbeitsplätze bei Ford¹⁵ kennen und deren Belastungen für Körper, Psyche und Seele.

Interesse der Betriebe

Im BEM müssen die Dienstleister der sozialen Sicherung zusammen wirken, sowohl in der Strukturberatung als auch in Einzelfällen in den Betrieben¹⁶. Denn oft ereignet sich, was im Folgenden beispielhaft dargestellt wird: Ein Arbeitgeber leidet unter dem gesundheitlichen Ausfall einer wichtigen Mitarbei-

terin. Oft vergeblich versucht er herauszufinden, wo sich die Mitarbeiterin im Prozess der medizinischen Versorgung gerade befindet. Es kommt auch vor, dass er die Krankenkasse fragt, wann die Mitarbeiterin wieder arbeitsfähig ist oder wie lange es noch dauert. Irgendwann wird vielleicht ein Arzt eine Stufenweise Wiedereingliederung gemäß § 28 SGB IX verordnen. Dazwischen kommt es häufig zu Wartezeiten in der medizinischen Versorgung, etwa bei der Terminierung einer Computertomographie. Der Arbeitgeber verzweifelt und beschwert sich bei den Radiologen, dass es doch wohl nicht sein könne, dass Mitarbeiter zwei Monate im Betrieb fehlen, nur weil eine radiologische Untersuchung ausstehe, und dass diese Wartezeiten doch wohl genau so krank seien wie die Mitarbeiter. Schon deshalb müssen sich die Träger der sozialen Sicherung gemeinsam darum kümmern, den Betrieben und den Beschäftigten zu helfen, wieder beschäftigungsfähig zu werden. Denn all das Warten und Verschieben kostet Produktivität und Geld. Sicher ist das Ausmaß der Nöte abhängig von der Betriebsgröße. So sind Kleinbetriebe eher von Wartezeiten und vom Zuständigkeitsstreit betroffen als größere Betriebe, die einen Stab von Gesundheitsexperten haben, die ganzheitliche und schnelle Prozesse fördern helfen können. Das Problem aus Sicht der Arbeitgeber liegt u.U. daran, dass, egal ob in der betrieblichen Gesundheitsförderung oder im BEM, verschiedene Träger der sozialen Sicherung (Mitarbeiter der Krankenkassen, der Integrationsämter und der gesetzlichen Unfallversicherung) in die Betriebe gehen, ohne dass sie voneinander wissen. Es bedarf einer einheitlichen Strukturberatung der Betriebe genauso wie einer Abstimmung der sozialen Leistungsträger in Einzelfällen.

Kooperation auf regionaler Ebene

Wie werden also kleinere und mittlere Betriebe erreicht, wo die meisten Menschen in Deutschland beschäftigt sind? Dort wird der Bedarf an vernetzten Angeboten mehrerer externer Dienstleister in der Prävention und Rehabilitation (s. o.) besonders offensichtlich und das Interesse der Betriebe, Dienstleister zu nutzen, die zusammenarbeiten und gemeinsam etwas anbieten. An dem vom BMAS aus dem Ausgleichsfonds finanzierten Projekt „Gesunde Arbeit“ (www.gesunde-arbeit.net) hat sich in der zweiten Phase bis 2011 auch die DGUV in Schleswig-Holstein finanziell beteiligt. Der in Schleswig-Holstein versuchte Ansatz deckte das ganzheitliche Gesundheitsmanagement ab. Betriebliche Akteure konnten bei einer „Lotsenstelle“ anrufen, wenn Beschäftigte etwa nicht mehr heben konnten, wurden aber nicht nur dazu beraten, welche Reha-Maßnahme helfen würde, sondern gleichzeitig auch dazu, welche Tragehilfen geeignet sein könnten, um künftigen Belastungen der Mitarbeiter vorzubeugen. Somit waren sowohl die Präventionsexpertinnen und -experten als auch die Fachleute in der Rehabilitation gefordert, aber auch die Betriebe selbst. Die gesetzliche Unfallversicherung kann beides mit ihren Präventionsmitarbeitern und den Reha-Managern abdecken. Beide fragen jeweils, wie etwa die Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (www.bgw-online.de) im Friseurhandwerk, bei ihrer Betriebsbetreuung, wie geholfen werden kann, um einerseits die Arbeitsbelastungen generalpräventiv abzubauen und um andererseits individuelle Maßnahmen zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben einzuleiten.

13 Die Qualitätskriterien in BEM, die „Hilfestellung für Unternehmen zur Einführung eines BEM“ heißen, stammen schon aus dem Jahre 2008 und sind ein Produkt einer Arbeitsgruppe des Vorstands mit Beteiligung und Unterstützung der Sozialpartner (www.bar-frankfurt.de/2530). Ob und wie die Reha-Träger indes diese Kriterien umgesetzt haben, ist im Einzelnen nicht bekannt und auch nicht evaluiert worden.

14 Auf der Grundlage des SGB IX (§ 13 Abs. 3 Ziffer 8) haben die Sozialversicherungsträger eine gemeinsame Empfehlung zur Zusammenarbeit zwischen Betriebs- und Fachärzten auf der Ebene der BAR erarbeitet und verabschiedet (www.bar-frankfurt.de). Auch die Umsetzung dieser Empfehlung in der Praxis kann nicht genau gewertet werden, weil zwar die Bundesregierung in gewissen Zeitabständen in einem Bericht über alle Empfehlungen informiert wird, aber nicht auf der Grundlage einer umfassenden Evaluation, sondern nur auf der Basis der Rückmeldung der Reha-Träger.

15 Den besten Überblick über das Ford-Projekt bildet jüngst der Aufsatz von Erich Knülle, „Reha als wichtiger Baustein“, in: Deutsches Ärzteblatt 2012, S. 582-584.

16 Das o.g. Positionspapier der DVfR (siehe Fußnote 5) nimmt gerade diese konkrete Sichtweise der kleinen und mittleren Betriebe besonders auf, was diese Positionen so praxisnah macht.

In § 84 Abs. 2 SGB IX steht, dass sich die Arbeitgeber an eine gemeinsame Servicestelle der Rehabilitationsträger wenden können (www.gemeinsame-servicestellen.de). Eine der Herausforderungen ist aber, dass die Mitarbeiter in den meisten Servicestellen bisher zu wenig über pro-aktive und betriebsnahe Maßnahmen wissen, dadurch wenig betriebsbezogen denken und beraten und erst recht nicht konkrete Maßnahmen im Betrieb empfehlen oder einleiten können. Zwar gibt es positive Ausnahmen, wie etwa in der Region um Münster, wo die DRV Westfalen erfolgreich im Rahmen des Projekts „Gesunde Arbeit“ (s. o.) getestet hat, wie KMU in einer gemeinsamen Servicestelle pro-aktiv beraten werden können (siehe den folgenden Beitrag in diesem Report). Die DRV Westfalen übernimmt dabei zunächst die Federführung in der Beratung und dann werden in einem zweiten Schritt die anderen Sozialversicherungsträger einbezogen. Ob dieses gute Beispiel aber bundesweit nachgemacht wird, muss sich zeigen. Die idealen gemeinsamen Servicestellen für KMU wären eigentlich regionale Kompetenzzentren, die im Sinne eines umfassenden Gesundheitsmanagements (s. o.) beraten und in denen Expertinnen und Experten der Prävention und Rehabilitation zum Wohle der Betriebe zusammenwirken. Die gesetzliche Unfall-, Kranken- und Rentenversicherung wären originäre Partner eines solchen regionalen Zentrums. Die Rentenversicherung deckt als größter Reha-Träger die meisten Indikationen zur medizinischen Rehabilitation ab, die Unfallversicherung ist bekanntlich stark im Arbeitsschutz sowie im betriebsnahen Reha-Management und die Krankenversicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Ein solches Pilotprojekt in einer deutschen Region wird zwar immer wieder diskutiert, bislang aber konkret noch nicht in Angriff genommen. Über die gute Zusammenarbeit zwischen der Unfallversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß §§ 20a,b SGB V (www.iga-info.de) würde auch der Link zur betrieblichen Gesundheitsförderung gelingen.

Disability Manager

Gesunde Ernährung in der Kantine im Sinne von Gesundheitsförderung ist nicht leicht einzuführen, aber, wenn erst einmal entschieden, leicht umzusetzen. Keiner tritt jemandem direkt auf den „Fuß“. Aber wenn es um die Krankheit in einem Einzelfall geht und die Gesundheit von einzelnen Beschäftigten infrage steht, man also über deren gegenwärtige und künftige Leistungsfähigkeit sprechen muss, und wenn dann auch noch so heikle Themen wie Mobbing im Raume stehen, verursacht das natürlich emotionale Konflikte, die man nur mit gemeinsamen Kräften und im Vertrauen unter verschiedenen Akteuren meistern kann (s. o.). Die Betriebsärzte müssen in diesen Fällen mit der Personalabteilung zusammenarbeiten, die Personalabteilung mit dem Betriebsrat, der Betriebsrat mit der Schwerbehindertenvertretung. Ein Disability Manager (s. o. zum Begriff „Management“) bietet häufig die geeigneten Fähigkeiten zur Mediation. Dabei hat ein Disability Manager, der außerhalb des Betriebs als Neutraler agiert, eine günstigere Position. Einige Betriebe brauchen sogar neutrale Experten, die das Vertrauen unter den internen Akteuren fördern. Diese Spezialisten für das BEM hat die DGUV vor etwa 10 Jahren in Deutschland eingeführt. Die Erkenntnisse weltweit führen dazu, dass die Betriebe Experten einbeziehen, die sich den betriebsinternen Heraus-

forderungen qualifiziert annehmen, gleichzeitig die Brücken zu den externen Dienstleistern interdisziplinär spannen und Beschäftigte in Einzelfällen an die Hand nehmen und ins Arbeitsleben zurückbringen. Das haben die Disability Manager als Experten im „Return to Work“ gelernt. Im Jahre 2013 arbeiten in Deutschland bereits über 1000 Personen mit unterschiedlicher Erstausbildung in Prävention und Rehabilitation mit einem internationalen Zertifikat „CDMP“ (Certified Disability Management Professional). Sie arbeiten in Betrieben oder für Betriebe, entweder in größeren Betrieben oder als externe Dienstleister für KMU (www.disability-manager.de), aber auch bei Reha-Trägern. Ein Drittel aller Disability Manager ist bei den UV-Trägern beschäftigt.

Viele Arbeitgeber oder Personaler möchten Dienstleister in die Betriebe holen, die ein einheitliches Gesundheitsmanagement im Betrieb einführen und zwar ohne Schnittstellen zwischen präventiven und rehabilitativen Elementen. Disability Manager sowie Präventionsexperten der UV-Träger helfen dabei, die Strukturen dafür zu schaffen und eine Vernetzung durch die Einbeziehung weiterer Experten sicherzustellen, welche räumlich um den Betrieb herum agieren und miteinander kooperieren. Aber auf jeden Fall müssen sie die Besonderheiten des Betriebes und deren Arbeitsplätze kennen. Was für Großbetriebe gelingt, etwa mit einer Dialogklinik eines Automobilwerkes bei orthopädischen oder psychosomatischen Krankheiten (s. o. „Ford“), können Disability Manager als Koordinatoren und Promotoren auch für KMU leisten. Sie drängen auf eine schnelle Untersuchung mit einer Computertomographie oder auf die Kooperation zwischen Haus- und Betriebsärzten. Und sie koordinieren die Übergänge von der medizinischen Akutversorgung zur medizinischen Rehabilitation und zu Maßnahmen der beruflichen Teilhabe bis hin zur Umgestaltung von Arbeitsplätzen, ja sogar zur Weiterqualifizierung von Beschäftigten, falls dies notwendig ist, um die besonderen Erfahrungen von Mitarbeitern dem Betrieb weiter zugutekommen zu lassen. Alle diese Maßnahmen werden zum großen Teil von verschiedenen Trägern der sozialen Sicherung finanziert. Auch darum kümmern sich die Disability Manager erfolgreich. Die Investitionen in solche Experten zahlt sich für die Betriebe also schnell aus (return on investment).

Anreize für Arbeitgeber

Der Gesetzgeber hat 2004 selbst keine gesetzlichen Druckmittel, etwa Bußgelder, für Arbeitgeber im Sozialrecht eingeführt, die kein oder kein gutes BEM praktizieren. Aber das SGB IX eröffnet Gestaltungsfreiräume für Träger der sozialen Sicherung, gutes oder schlechtes BEM im Rahmen von Bonus-Malus-Regelungen im Prämien- und Beitragsrecht zu beeinflussen. Bisher sind, wenn überhaupt, nur Bonus-Regelungen bekannt. Einige Träger loben Preise für Best-of-Lösungen aus. Dazu zählen die Integrationsämter und die DGUV¹⁷. Unter den Reha-

¹⁷ Die Dachorganisation aller Integrationsämter in Deutschland (www.integrationsaemter.de) hat nicht nur schon recht früh einen Leitfaden für das BEM erstellt, sondern sogar Betriebe prämiert, die diesen Leitfaden gut umsetzen. Hinzu kommt, dass die DGUV mit einem ähnlichen Ansatz, jeweils unter besonderen Qualitätsaspekten, in den Jahren 2006, 2008 und 2010 Betriebe prämiert hat, die ein besonders frühes und vernetztes Angebot zum BEM in Sinne des vorliegenden Beitrags bewiesen haben.

Trägern hat man sich darin geeinigt, dass über § 84 Abs. 3 SGB IX keine gesetzlichen Mindestanforderungen prämiert werden dürfen, sondern nur erfolgreiche gute Beispiele. Bisher fehlt es allerdings an einheitlichen objektiven Kennziffern¹⁸. Vereinzelt Prämien- und Beitragslösungen findet man in der gesetzlichen Unfallversicherung, die auf der Grundlage der Ermächtigung in § 162 Abs. 2 SGB VII kombiniert werden mit finanziellen Anreizen¹⁹ für gute Prävention in den Betrieben. Alle bisherigen Versuche, das gesetzgeberische Instrument einheitlich in der Sozialversicherung zu nutzen, sind nicht erfolgreich gewesen, obwohl es ein internationales Audit zum Disability Management und damit auch zum BEM gibt²⁰. Die Lizenz dafür hat die DGUV erworben und es haben auch einige Unternehmen wie etwa Ford Deutschland und einige Berufsförderungswerke als Arbeitgeber das Audit erfolgreich bestanden. Im Vergleich zu anderen Ländern in der Welt bleiben die finanziellen Anreize für die deutschen Unternehmen allerdings zurück, weil die Systeme der sozialen Sicherung außerhalb Deutschlands, wo die Fälle auf eine Solidargemeinschaft umgelegt werden, oft kapitalgedeckt finanziert sind, sodass also ein einzelnes Unternehmen, wenn ein Mitarbeiter durch Krankheit Kosten verursacht, die haftende Versicherung durch finanzielle Rückstellungen für den einzelnen Fall stark belastet wird. Diese Erkenntnis spiegelt sich auch in zahlreichen Befragungen der Arbeitgeber in Deutschland wider, ob Prämien und Beitragsnachlässe tatsächlich einen Anreiz für ein verstärktes Engagement im BEM bieten (www.eibe-projekt.de).

Grenzen des BEM

Wenn man von Potenzialen eines frühen, ganzheitlichen und nachhaltigen Managements von Beschäftigungsfähigkeit überzeugt ist, muss man auch wegen des nicht unerheblichen finanziellen Aufwands ermessen, wann ein BEM im Einzelfall nicht gelingen kann und beendet werden muss. So gelingt es trotz aller medizinischer Errungenschaften mitunter nicht, eine Beschäftigungsfähigkeit nach Verletzungen oder Krankheiten wiederherzustellen. Und ein BEM ist auch nicht immer notwendig, wie etwa bei unkomplizierten Beinbrüchen, die aber länger als 6 Wochen dauern. Eine andere Konstellation kann sich dadurch ergeben, dass die Beschäftigten wegen psychosozialer Faktoren nicht mehr in der Lage sind zu arbeiten oder nicht mehr arbeiten wollen. Die Gründe sind vielfältig. Entweder haben sich die Beschäftigten oder deren Familien auf das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben eingestellt, weil sie ohne laufendes Erwerbseinkommen finanziell unabhängig sind. Immer wieder stoßen indes die Disability Manager zusätzlich auf eine nicht nur in Deutschland verbreitete Mentalität, am besten nicht mehr arbeiten, sondern früh Rente erhalten zu wollen. Wenn Beschäftigte, die es voraussichtlich nicht

schaffen, bis zum Eintritt des Rentenalters zu arbeiten, nicht frühzeitig identifiziert und durch präventive und rehabilitative Maßnahmen gestärkt werden, laufen später ggf. Maßnahmen, die einen Zustand reparieren sollen, ins Leere. Es bedarf eines gesellschaftlichen Konsenses, insbesondere zwischen Staat und Sozialpartnern, möglichst auch von allen politischen Parteien, dass sich Investitionen in die soziale Sicherung, die präventiv und rehabilitativ angelegt sind, lohnen, anstatt die Jungen in der Solidargemeinschaft zu belasten oder Fachkräfte im Ausland anzuwerben. Dann würde auch das Verständnis innerhalb der Betriebe dafür gefördert, dass Mitarbeitende, die Fähigkeiten wegen Krankheit oder Alter verloren haben, nicht als Belastung, sondern aufgrund ihrer Erfahrungen als Gewinn für den Betrieb angesehen und entsprechend behandelt werden.

Internationales

In vielen Ländern kümmern sich Unternehmen selbst um die Prävention und Rehabilitation ihrer Mitarbeiter, weil deren Gesundheit für den Unternehmenserfolg wichtig ist. In einigen Ländern, insbesondere in Europa, unterstützen die Träger der sozialen Sicherung eine Vielzahl von Unternehmen, je nach dem System der Solidargemeinschaften. Daneben gibt es aber viele private Dienstleister, die die Unternehmen in ihren Zielen und Wünschen begleiten. Ob und wie die Unternehmen gesetzlich verpflichtet sind, selbst etwas für die Beschäftigungsfähigkeit zu tun und ob und wie im Einzelnen Sanktionen daran geknüpft werden, ist ganz unterschiedlich²¹. Die gesetzliche Verpflichtung des BEM in Deutschland ist aber unvergleichbar, zumal das Bismarcksche System der deutschen sozialen Sicherung insgesamt, also unter Einbeziehung der Sozialpartner, weltweit als eines der guten Beispiele gilt. Für alle Maßnahmen, die dem Erhalt und der Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit dienen, hat sich mittlerweile international der Begriff „Return to Work“ (RTW) durchgesetzt. Erfolgskriterien zum RTW im Sinne von „Guidelines“ werden derzeit von der Internationalen Vereinigung für soziale Sicherung (IVSS) in Genf erstellt (www.issa.int). Dort ist ein Großteil der Träger der sozialen Sicherung in allen Ländern der Welt Mitglied und für deren Führungen ist der Katalog von „goldenen Regeln“ erarbeitet worden. Federführend für dieses Projekt ist die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) in Kooperation mit Rehabilitation International in New York (www.riglobal.org) und dem IDMSC (s. o.). Die Verabschiedung dieser Erfolgsregeln für die Träger der sozialen Sicherung ist in der Vollversammlung in Qatar im November 2013 zu erwarten. Zudem finden alle zwei Jahre unter dem Begriff „Internationales Forum zum Disabi-

18 Siehe hierzu die o.g. an die Betriebe adressierten Qualitätskriterien der BAR (siehe Fußnote 13).

19 Bei den UV-Trägern sind Anreizsysteme zu Prämien und Beitragsnachlässen etwa bei der BG RCI (Steinbruch) und in der BGN (Fleischereibetriebe) bekannt.

20 Dieses internationale Angebot zum „Consensus Based Disability Management Audit (CBDMA)“ wird in mehreren Ländern der Welt praktiziert und hat die DGUV in Deutschland dem Institut für Prävention und Rehabilitation in Köln (www.igpr.de) übertragen, welches die Tests in den Unternehmen durchführt.

21 In anderen Ländern wird nicht BEM gesagt, aber in der Sache geht es um die Verpflichtung der Arbeitgeber und der Betriebe, die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen. So überlassen die Niederlande bereits seit Jahren den Arbeitgebern die Verpflichtung, bei Krankheit der Mitarbeiter das Entgelt und die Gesundheitsleistungen zu bezahlen, was sie meist durch Verträge den Krankenversicherungen übertragen. In Dänemark und in anderen skandinavischen Ländern besteht ein gemeinde- und betriebsnahes Betreuungssystem von Dienstleistern in der sozialen Sicherung, insbesondere im Gesundheitswesen. Daran arbeiten viele Akteure mit. Und in England wird derzeit versucht, die „sick-note“ in eine „fit-note“ umzuwandeln, damit den Ärzten klar wird, dass es nicht um die Arbeitsunfähigkeit, sondern um die Beschäftigungsfähigkeit der Bevölkerung geht.

lity Management“ (IFDM) ein Austausch von Meinungen und ein Treffen von Akteuren statt, die einen ganzheitlichen und individuellen Ansatz, so, wie er in diesem Beitrag beschrieben wird, diskutieren²². Dort werden immer wieder aufs Neue die

22 Das IFDM 2012 (www.ifdm2012rsm.ac.uk) fand in London statt. Das nächste IFDM ist für 2014 in Neuseeland (www.ifdm2014.nz) und 2016 in Malaysia (Kuala Lumpur) geplant. Im Jahre 2008 war die DGUV, zusammen mit dem BMAS, Gastgeber des IFDM in Berlin.

Erfolgskriterien bestätigt, neue identifiziert und auch einzelne wieder verworfen bzw. modifiziert. Diese Erkenntnisse finden dann Eingang in die internationalen Standards zur Qualifizierung von Disability Managern und von den oben genannten Audits im Disability Management, den Strukturregeln also, die die Betriebe eigentlich vorhalten und erfüllen sollten (www.nidmar.ca; www.idmsc.org)

4 Betriebliches Eingliederungsmanagement: Praxis und Perspektiven aus der Sicht der Rentenversicherung

Norbert Gödecker-Geenen, Dagmar Vieregge, Thomas Keck
Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Münster

Einleitung

Berufliche Teilhabe ist ein zentrales Ziel der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Die Gesellschaft, Arbeitgeber und die Sozialleistungsträger stehen im Bereich der beruflichen Integration insbesondere älterer Beschäftigter vor großen Herausforderungen. Durch die demografische Entwicklung steigt das Durchschnittsalter in den Betrieben. Ein langsam einsetzender Fachkräftemangel und gestiegene Personalkosten führen zu der Erkenntnis, dass die Beschäftigten die zentrale Ressource für den Unternehmenserfolg darstellen. Ältere Beschäftigte sind länger arbeitsunfähig und haben einen steigenden Rehabilitationsbedarf (vgl. Macco et al., 2010). Neue Präventions- und Rehabilitationskonzepte sind notwendig, um die Integrations- und Beschäftigungsfähigkeit von älteren Beschäftigten sowie von chronisch kranken und/oder beeinträchtigten Menschen zu fördern und zu sichern. Aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung ist es das Kernziel, einer Gefährdung und/oder Minderung der Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken bzw. diese zu verhindern. Eine umfassende Weiterentwicklung der rehabilitativen Versorgung muss erfolgen. Im Mittelpunkt dieses Entwicklungsprozesses stehen die Steuerung und Organisation des Eingliederungsprozesses, die enge Vernetzung der beteiligten Akteure sowie der Ausbau von individualisierten und intensivierten Beratungsangeboten. Rehabilitationsleistungen sollen zeitnah, flexibel und passgenau erbracht werden, um das Kernziel der nachhaltigen Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit zu erreichen. Die Kooperation mit Betrieben und Arbeitgebern soll ausgebaut und intensiviert werden.

Bisherige Praxis der Rentenversicherung – zukünftige Bedarfe

Für die gesetzliche Rentenversicherung ist das SGB VI die gesetzliche Grundlage für die Erbringung von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen. Bisher galt vorrangig der Leitsatz „Rehabilitation vor Rente“. Eine Rehabilitationsleistung wurde nur auf Antrag erbracht. Der Rehabilitationsprozess war von einem niedrigen Kooperationsgrad der Sozialleis-

tungsträger geprägt. Kernziel war die Erhaltung und/oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Seit 2001 gibt es das SGB IX als neue ergänzende Handlungsprämisse. Es stellt einen Paradigmenwechsel im Bereich der Prävention und Rehabilitation der Sozialleistungsträger dar. Die Voraussetzungen für die Erbringung von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen wurden verbessert. Wesentliche Elemente sind die Verpflichtung der Leistungsträger zur Kooperation und Koordination der Leistungen, der Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation“ sowie die Verpflichtung der Träger zur rechtzeitigen und zeitnahen Erbringung von Präventions- und Rehabilitationsleistungen. Kernziel des Gesetzes ist die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (Mühlum et al. 2003).

Folgende neue Handlungsfelder ergeben sich aus der Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung:

1. Berücksichtigung der Anforderungen älterer Menschen in der medizinischen Rehabilitation
2. Individualisierung und Flexibilisierung der Rehabilitationsleistungen
3. Verbesserung der Strukturen beim Zugang zur Rehabilitation
4. Weiterentwicklung der Nachsorge
5. Ausbau der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) und bessere Vernetzung mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
6. Förderung betrieblicher Präventionsleistungen
7. Aufbau betrieblicher Beratungskonzepte: Betriebsservice/Arbeitgeberservice
8. Unterstützung der Betriebe und Unternehmen bei der Implementierung und Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)
9. Neuausrichtung und Verbesserung der Beratungsangebote im Bereich der Rehabilitation

Berufliche Teilhabe integrationsorientiert gestalten – Potenziale erkennen und nutzen

Die neue Ausrichtung der gesetzlichen Rentenversicherung im Hinblick auf die berufliche Rehabilitation verfolgt konkret verschiedene Handlungsziele, die eine enge Kooperation mit den Akteuren des BEM erfordern.

Handlungsziel 1: Sicherung der Erwerbsfähigkeit bis zum Renteneintrittsalter

Um die Sicherung der Erwerbsfähigkeit bis zum Renteneintrittsalter zu gewährleisten, müssen umfassende qualifizierte Beratungs- und Unterstützungsangebote eingerichtet werden, die sich sowohl an die Leistungsberechtigten wie auch an Arbeitgeber und Betriebe richten. Sie erbringen ein umfassendes Vernetzungsmanagement, um die verschiedenen Beteiligten des Rehabilitations- und Integrationsprozesses zu steuern.

Handlungsziel 2: Förderung und Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit und betrieblicher Integration

Die Förderung und Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit und die betriebliche Integration müssen als Leitziele der Rehabilitation verstanden werden. Die Inhalte, Strukturen und Prozesse sollten entsprechend angepasst werden. Die Maßnahmen dienen dazu, den Rehabilitanden eine erfolgreiche Bewältigung des betrieblichen Alltags zu ermöglichen. Zentraler Lernort zur Förderung und Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit ist der Betrieb, welcher in den Integrationsprozess aktiv eingebunden werden muss.

Handlungsziel 3: Aufbau eines individualisierten Rehabilitations- und Integrationsmanagements

Notwendig ist der Aufbau eines engagierten, strukturierten Reha-Managements, welches vom Zugang über den Beratungsprozess und die Erbringung der Teilhabeleistung bis hin zur Eingliederung aktiv ist. Durch umfassende individuelle und zeitnahe Beratungsleistungen soll eine dauerhafte und passgenaue Integration ins Erwerbsleben erreicht werden. Der Rehabilitationsbedarf soll frühzeitig ermittelt und Rehabilitationsleistungen sollen einzelfallorientiert, zeitnah und effizient erbracht werden. Eine direkte Kooperation des Reha-Managements der Rentenversicherung mit den BEM-Teams im betrieblichen Kontext muss regelhaft installiert werden.

Handlungsziel 4: Aktive Beteiligung der Leistungsberechtigten bei Entscheidungen

Die aktive Mitwirkung der Leistungsberechtigten in allen Phasen des Rehabilitationsprozesses wird angestrebt. Ziel ist der informierte und motivierte Rehabilitand, der eine eigene Entscheidungskompetenz und Selbstverantwortung entwickelt. Erreicht werden soll dieses Ziel durch eine versichertenorientierte und intensivierende regionale Beratung.

Handlungsziel 5: Direkte Arbeitgeberorientierung unter Einbindung der Leistungsträger und Betriebsärzte

Die Rentenversicherung muss auf Dauer flächendeckende Beratungsangebote für Betriebe und Unternehmen vorhalten. Diese unterstützen bedarfsgerecht zu den Themen Betriebliches Eingliederungsmanagement, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Arbeits- und Gesundheitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung. Sie sorgen für eine frühzeitige Identifizierung des Rehabilitationsbedarfs und eine Vernetzung mit dem Leistungsangebot der Rentenversicherung. Sie kooperieren mit Werks- und Betriebsärzten und vermitteln zwischen beteiligten Leistungsträgern im Sinne einer trägerübergreifenden Kooperation.

Handlungsziel 6: Flexibilisierte passgenaue Rehabilitationsangebote

Notwendig sind individuelle, mit dem Versicherten und den Arbeitgebern abgestimmte, modularisierte Bildungs- und Qualifizierungsangebote. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass diese zeitnah umgesetzt werden. Verschiedene Lernformen, Lernorte und Lerninhalte sowie unterschiedliche zeitliche Rahmenbedingungen sind bei der Leistungserbringung zu berücksichtigen und nach dem jeweiligen Bedarf zu kombinieren. Im Mittelpunkt des Handelns müssen die Ressourcen und Potenziale der Leistungsberechtigten und die Anforderungen des Arbeitgebers stehen.

Handlungsziel 7: Direkte und zeitnahe Vernetzung der beteiligten Akteure

Im Rahmen des Rehabilitationsprozesses sind umfassende Vernetzungsleistungen zu erbringen. Zentrale Funktion eines gezielten Fall-Managements im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist es, den Gesamtprozess zu planen und federführend zu steuern, um ggf. auch Korrekturen vorzunehmen. Es hat das Ziel, ein optimales und bedarfsorientiertes Rehabilitationsergebnis zu erreichen. Bei dieser Vermittlungsfunktion koordiniert der Rehabilitationsfachberater einen kommunikativen Prozess zwischen den am Rehabilitationsverlauf beteiligten Akteuren und Institutionen. Dabei geht es vor allem um einen gezielten, planvollen und transparenten Informationstransfer. Ausreichende personelle Ressourcen sind erforderlich, um diese umfassenden Vernetzungsprozesse zu begleiten und steuern zu können (vgl. Löcherbach et al., 2009).

Die Rentenversicherung als Kooperationspartner im Betrieblichen Eingliederungsmanagement in Betrieben und Unternehmen

Der im SGB IX beschriebene Paradigmenwechsel formuliert sowohl Aufträge an die Leistungsträger wie auch an Betrieb und Unternehmen. Der § 84 Abs. 2 verpflichtet den Arbeitgeber, für Beschäftigte, die innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig krank sind, ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) durchzuführen. Im Rahmen eines strukturierten Verfahrens sollen Wege erarbeitet werden, die der Überwindung von Arbeitsunfähigkeit dienen. Ermittelt werden sollen unterstützende Maßnahmen, mit denen einer weiteren oder erneuten Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden kann. Alle Maßnahmen sollen der langfristigen Integration des Mitarbeiters im betrieblichen Kontext und dem Erhalt des Arbeitsplatzes dienen. Das Gesetz lässt jedoch offen, wie die Vernetzung der einzelnen Akteure erfolgen soll und wie das Verfahren zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement konkret durchzuführen ist.

Der Betriebsservice Gesunde Arbeit – ein Beratungsangebot der DRV Westfalen für Betriebe und Unternehmen

Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen hat vor dem Hintergrund dieser Gestaltungsoffenheit im Jahr 2011 den Betriebsservice Gesunde Arbeit installiert. Das Beratungsangebot richtet sich an Betriebe im gesamten Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Westfalen. Es basiert auf den Erfahrungen und Netzwerken des 3-jährigen, bundesweit

erfolgreichen Modellprojektes „Gesunde Arbeit“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS), an dem sich die DRV Westfalen von 2008 bis 2011 beteiligte. Der Betriebsservice berät Unternehmen in den Bereichen Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM), Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) sowie Demografie-Management und vernetzt sie dabei mit dem Leistungsangebot zur Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Das übergeordnete Ziel besteht darin, die Unternehmen zu befähigen, die Themen „Gesundheit“ und „Integration“ eigenverantwortlich – durch Anwendung eines strukturierten Betrieblichen Gesundheitsmanagements – zu managen. Genutzt wird dabei ein Netzwerk aus kompetenten Kooperationspartnern, Fachdiensten und anderen Leistungsträgern, wie zum Beispiel Berufsgenossenschaften, Krankenversicherungen, Integrationsämter sowie Dienstleister und Verbände.

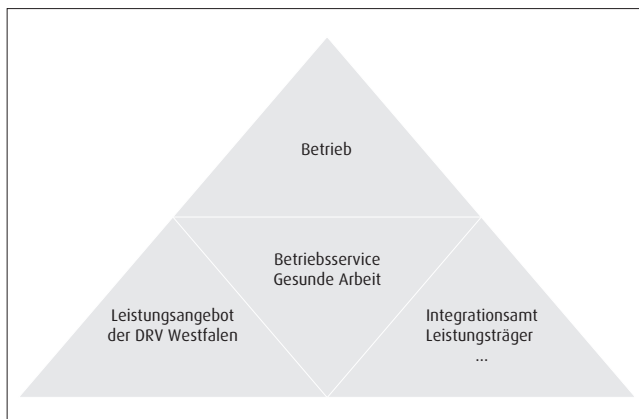


Abb. 4.1: Kontext Betriebsservice Gesunde Arbeit

Situationsdarstellung – Eingliederungsmanagement im betrieblichen Kontext

Das BEM bietet Chancen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Der Arbeitgeber kann weiterhin die Potenziale von qualifizierten und erfahrenen Fachkräften nutzen und erzielt im Rahmen des BEM-Verfahrens eine gesundheitsförderliche Gestaltung des Betriebes. Für den Arbeitnehmer ermöglicht ein gezieltes strukturiertes BEM die frühzeitige Rückkehr in den Betrieb nach längerer Zeit der Arbeitsunfähigkeit und sichert so den Erhalt des Arbeitsplatzes. Vor dem Hintergrund alternder Belegschaften, der Verlängerung der Lebensarbeitszeit, eines zunehmenden Fachkräftemangels und steigender Anforderungen in der Arbeitswelt ist die Anwendung des BEM also ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit. Es zeigt sich, dass die Möglichkeiten des BEM in vielen Betrieben – dies betrifft insbesondere kleine und mittelständische Betriebe – nicht ausreichend genutzt werden (vgl. Ramm et al., 2012). Vielen Arbeitgebern ist der § 84 SGB IX nicht umfassend bekannt. Sie sind vielfach mit der Umsetzung und Realisierung des Verfahrens, insbesondere im Hinblick auf ihre konkrete betriebliche Situation, überfordert. In jedem Einzelfall besteht die Herausforderung darin, individuelle und doch wirksame und nachhaltige Integrationslösungen zu finden. Die Klärung des Einzelfalls setzt umfassendes Wissen über Zuständigkeiten der verschiedenen Sozialleistungsträger und deren Leistungsangebote voraus. Die Vielfalt der verschiedenen Leistungsträger und ihre jeweiligen Leistungsangebote sind nur

schwer zu durchschauen. Hinzu kommen häufig komplizierte Zuständigkeitsregelungen im jeweiligen Einzelfall. Es ist also nicht verwunderlich, dass dieses Wissen in den meisten Betrieben nicht in ausreichendem Maße vorhanden ist. Betriebe haben vor diesem Hintergrund einen dringenden Unterstützungsbedarf durch aufsuchende und qualifizierte Beratung (vgl. Lawall et al., 2008).

Beratungsanforderungen im Betrieblichen Eingliederungsmanagement

Basierend auf diesen Erkenntnissen hat der Betriebsservice Gesunde Arbeit der DRV Westfalen folgende Ziele für die Beratung im Kontext des Betrieblichen Eingliederungsmanagements definiert:

1. Gezielte Information und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema BEM in Betrieben und Unternehmen in Westfalen
2. Direkte und betriebsnahe Unterstützung der Betriebe bei der Entwicklung eines unternehmensspezifischen BEM-Verfahrens
3. Unbürokratischer und frühzeitiger Zugang zum Leistungsangebot der Deutschen Rentenversicherung, insbesondere durch Einbeziehung der Werks- und Betriebsärzte
4. Schaffung eines zeitnahen, betriebsorientierten Rehabilitationsmanagements zur Sicherung der nachhaltigen beruflichen Integration von gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeitern
5. Aktive Vernetzung der Betriebe mit anderen Sozialleistungsträgern und deren Leistungsangeboten

Leistungen des Betriebsservice Gesunde Arbeit im Betrieblichen Eingliederungsmanagement

Die Leistungen des Betriebsservice Gesunde Arbeit im Kontext des BEM folgen den Schwerpunkten Information, Prozessberatung/Prozesssteuerung sowie Koordination von verschiedenen Vernetzungsprozessen.

Information

Die Information der Betriebe zum Thema BEM erfolgt im Rahmen von persönlicher aufsuchender Beratung, über diverse Medien sowie im Rahmen von Arbeitgeberveranstaltungen mit Kammern und Verbänden. Betriebe haben im Rahmen der Umsetzung von BEM einen großen Beratungsbedarf im Hinblick auf die konkrete berufliche Integration einzelner Mitarbeiter und zum Thema Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 33, 34 SGB IX. Die Komplexität des Rehabilitations- und Sozialsystems erfordert umfassende Kenntnisse über Verfahrensweisen, rechtliche Regelungen und Zuständigkeiten im Bereich der Leistungen zur Teilhabe. Dieser gezielte, planvolle und transparente Informationstransfer ist eine Kernaufgabe der betrieblichen Beratung. Betrieben fehlt die Kenntnis über notwendige Abstimmungsprozesse im Hinblick auf Entscheidungen und über weitere Schritte und Maßnahmen im Rahmen des beruflichen Rehabilitationsprozesses.

Prozessberatung und Prozesssteuerung

Der Betriebsservice Gesunde Arbeit bietet Beratungs- und Unterstützungsleistungen in allen Prozessphasen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements an. Bei den vielfach notwendigen Informations-, Koordinierungs- und Vernetzungsleistungen handelt es sich um einen kommunikativen Prozess zwischen den am BEM beteiligten Akteuren und Institutionen.

Er hat das Ziel, ein optimales und bedarfsorientiertes Integrationsergebnis zu erreichen (vgl. Mühlum et al., 2003).

Koordination und Vernetzung

Durch aktive Vernetzung mit betriebsinternen und betriebsexternen Expertinnen und Experten sorgt der Betriebsservice Gesunde Arbeit für einen ausreichenden Informationstransfer und die Integration des nötigen Sachverstandes in das Gesamtverfahren. Genutzt wird dabei ein Netzwerk aus kompetenten Kooperationspartnern, Fachdiensten und anderen Leistungsträgern, wie die Berufsgenossenschaften, die Krankenversicherungen, die Integrationsämter sowie Dienstleister und Verbände.

Ausblick und Perspektiven

Ein strukturiertes BEM soll den Ursachen von Arbeitsunfähigkeitszeiten einer/eines Beschäftigten nachgehen und Lösungen entwickeln, um künftige Arbeitsunfähigkeitszeiten zu vermeiden oder zumindest zu verringern. Über das BEM sollen Rehabilitationsbedarfe zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten frühzeitig identifiziert und entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden (vgl. RKW-Kompetenzzentrum, 2012). Das BEM nutzt somit sowohl dem einzelnen Beschäftigten als auch seinem Arbeitgeber und den Sozialversicherungssystemen. Die gemeinsame strukturierte Gestaltung des Eingliederungsverfahrens in Kooperation mit verschiedenen Leistungsträgern trägt wesentlich zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und damit zur Teilhabe der Versicherten im Erwerbsleben bei. Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen schafft mit der Einrichtung des

Betriebsservice Gesunde Arbeit ein flächendeckendes Beratungs- und Unterstützungsangebot für Betriebe und Unternehmen. Dem Paradigmenwechsel des SGB IX – „Prävention vor Rehabilitation“ – folgend, beginnt die Sicherung der Teilhabe aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung nicht erst bei der Integration langzeiterkrankter Beschäftigter. Die Vermeidung von Erkrankungen sollte ein primäres Ziel aller Bemühungen um betriebliche Gesundheit sein. Deshalb bietet der Betriebsservice Gesunde Arbeit neben den bereits beschriebenen Beratungsleistungen auch Beratung zur Einführung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement. Betriebliches Gesundheitsmanagement umfasst alle Aktivitäten im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung, des gesetzlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. Betriebliches Gesundheitsmanagement zielt auf die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse, welche die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und die Befähigung zum gesundheitsförderlichen Verhalten der Beschäftigten ermöglichen (vgl. Badura et al., 2010). Es integriert das Betriebliche Eingliederungsmanagement und bezieht die Perspektive der Gesundheitsförderung und Prävention mit ein. Es setzt an den Ursachen für die Gefährdung der Beschäftigungsfähigkeit an. Verschiedene Rentenversicherungsträger in Deutschland schaffen derzeit Angebote zur Beratung von Betrieben und Unternehmen mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten. Diese Entwicklung zeigt, dass dieses neue Handlungsfeld als zukünftige Kernaufgabe der Leistungsträger verstanden wird. Alle Akteure und Beteiligten profitieren von einer intensivierten Kooperation und Vernetzung. Rehabilitationsleistungen können zeitnah und flexibel erbracht und der Eingliederungsprozess kann zielori-

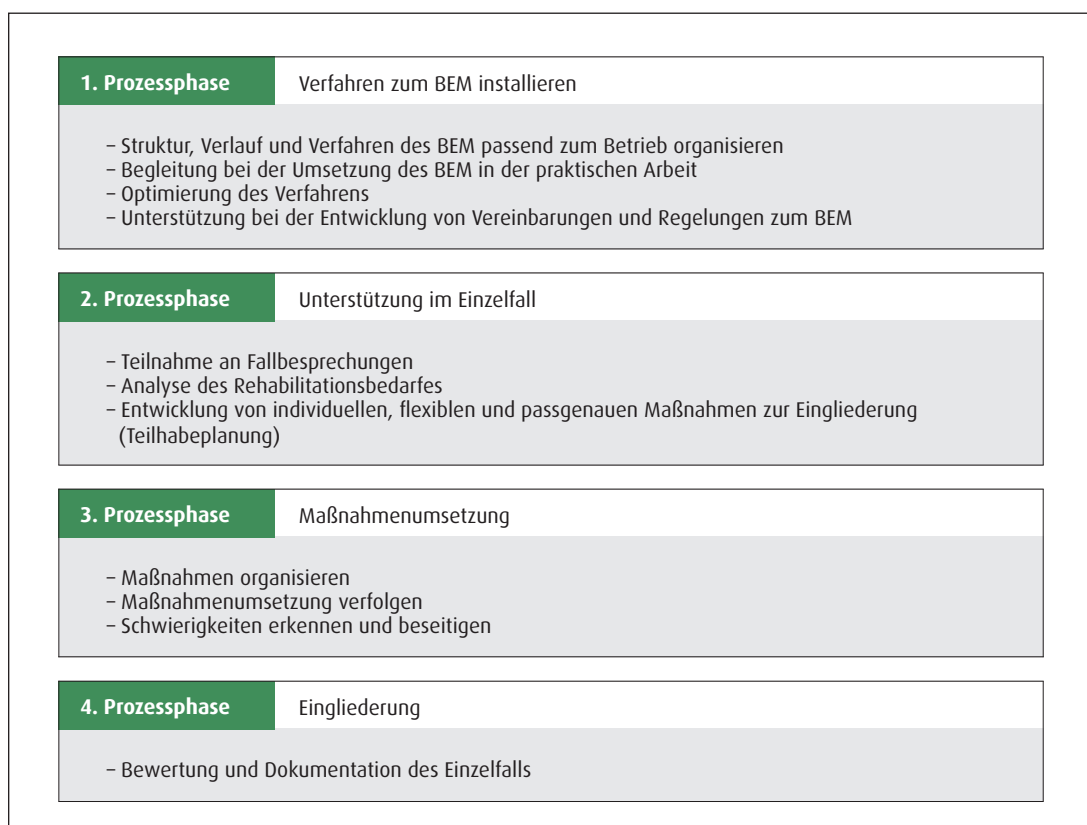


Abb. 4.2: Prozessphasen - Implementierung Betriebliches Eingliederungsmanagement

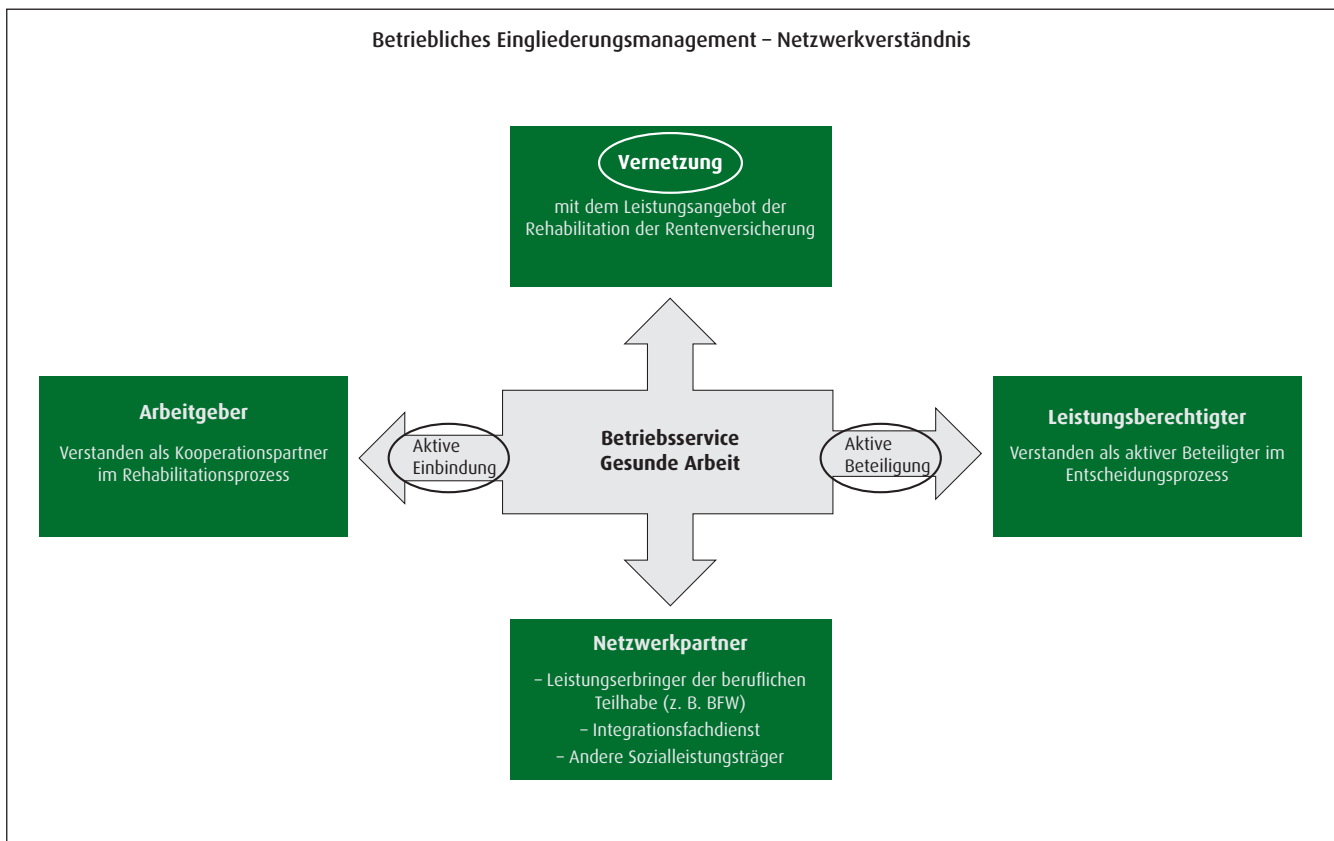


Abb. 4.3: Vernetzung im Rahmen von BEM

entiert gesteuert und organisiert werden. Die aktive Beratung und Unterstützung im Betrieblichen Eingliederungsmanagement und die Perspektiverweiterung in Richtung Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement unterstützt das Kernziel beruflicher Teilhabe: Die Gefährdung und/oder Minderung der Erwerbsfähigkeit soll verhindert und eine dauerhafte berufliche Integration gefördert und erreicht werden.

Literatur

Badura, L. Walter, U. & Hehlmann, T. (2010). Betriebliche Gesundheitspolitik. Berlin Heidelberg: Springer.

Lawall, C., Lewerenz, M. & Muschalla, B. (2008). Wie organisieren Arbeitgeber betriebliches Eingliederungsmanagement und welche Hilfen erwarten sie von Rehabilitationsträgern. RVaktuell (2), 55-60.

Löcherbach, P., Klug, W., Rimmel-Faßbender, R., Wendt, W.R. (Hrsg.). (2009). Case-Management: Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit (4. Aufl.). München: Reinhardt.

Macco, K. & Stallauke, M. (2010). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), Fehlzeitenreport 2010 (S. 272-431). Berlin: Springer.

Mühlum, A. & Gödecker-Geenen, N. (2003). Soziale Arbeit in der Rehabilitation. München: UTB.

Ramm, D., Mahnke, C., Tauscher, A., Welti, F., Seider, H. & Shafaei, R. (2012). Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben. Rechtliche Anforderungen und Voraussetzungen einer erfolgreichen Umsetzung. Rehabilitation, 51, 10-17.

RKW-Kompetenzzentrum. (2012). Präventionsportal: Informationen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. www.betriebliche-eingliederung.de (Zugriff am 20.05.2012).

5 Praxis und Perspektiven des Betrieblichen Eingliederungsmanagements aus Sicht der Integrationsämter

Dr. Helga Seel

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen; seit 08.2012 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in unserer Gesellschaft und der damit verbundenen Diskussion um den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) wichtiger und aktueller denn je: Das BEM will Arbeitsunfähigkeit von Beschäftigten beenden, die Betroffenen durch ein gezieltes und systematisches Vorgehen wieder dauerhaft in den Arbeitsprozess eingliedern und weitere Arbeitsunfähigkeit verhindern. Um dies zu erreichen, werden innerhalb eines einzelnen Verfahrens die erforderlichen Unterstützungsmaßnahmen ermittelt und unter Hinzuziehung betriebsinterner wie auch externer Partner umgesetzt. Ganz im Sinne von Selbstbestimmung und aktiver Mitwirkung setzt das Betriebliche Eingliederungsmanagement das Einverständnis des/der Beschäftigten voraus und bindet ihn/sie in die Gestaltung seines/ihres BEM ein, auch mit dem Recht, in jeder Phase den Prozess abzubrechen.

Beschäftigungserhalt – ein Gewinn für alle

Innerhalb der breit gefächerten Ansätze für Gesundheitsförderung und Prävention stellt das Betriebliche Eingliederungsmanagement einen wichtigen Baustein dar, bei dem es speziell um die Reaktion auf Arbeitsunfähigkeitszeiten geht. Wird die Zielstellung des BEM – der möglichst lange Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit erreicht – dann haben alle etwas davon: die Betroffenen, ihr Betrieb, die Sozialversicherungssysteme. In Bezug auf einen umfassenden Ansatz für ein Gesundheitsmanagement im Betrieb haben z.B. Untersuchungen bei Daimler Chrysler ergeben, dass jeder in das Gesundheitsmanagement investierte Euro dem Unternehmen 2 Euro spart durch weniger krankheitsbedingte Ausfälle. Das öffentliche Gesundheitswesen spare sogar 21 Euro ein (Hattendorf, 2005, S. 68).

Arbeitsunfähigkeit belastet den Betrieb, die kranke Mitarbeiterin/den kranken Mitarbeiter und die Sozialversicherungssysteme. Den Betrieb, weil Arbeitsunfähigkeitszeiten Kosten verursachen ohne entsprechende Gegenleistung; weil eventuelle Mehrkosten entstehen, wenn Vertretungskräfte beschäftigt werden; weil längere Arbeitsunfähigkeitszeiten zu einer Mehrbelastung der übrigen Beschäftigten führen und dadurch der Betriebsfriede leiden kann. Die betroffenen Beschäftigten, weil sie für die Dauer ihrer Arbeitsunfähigkeit aus dem Arbeitsprozess entfernt sind und aus der betrieblichen Welt in die Welt der Medizin und Rehabilitation wechseln. Die Sozialversicherungssysteme, weil nach 6 Wochen krankheitsbedingten Arbeitsausfalls die Lohnfortzahlung durch die Krankenkasse und nach eineinhalb Jahren die Aussteuerung vom Krankenversicherer an die Agentur für Arbeit erfolgt.

Ein funktionierendes Betriebliches Eingliederungsmanagement ist ein Gewinn für den Betrieb, für die Betroffenen und letztlich für die Sozialversicherungssysteme. Für den Betrieb, weil eine Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten Kosten spart; weil ein transparenter, sensibler Umgang mit dem Thema Arbeitsunfähigkeit der Belegschaft Ausdruck sozialer Verantwortung ist und das Betriebsklima und das Image des Arbeitgebers verbessert. Für die betroffenen Beschäftigten, wenn sie möglichst schnell wieder in den betrieblichen Prozess zurückkehren können und die Rückkehr in das Unternehmen mit entsprechenden Unterstützungsmaßnahmen begleitet wird. Für die Sozialversicherungssysteme, weil sie kostenmäßig entlastet werden.

Das BEM ist kein Akt der Freiwilligkeit

Mit der Novellierung des SGB IX durch das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23.4.2004 hat der Gesetzgeber das Erfordernis der betrieblichen Prävention im Rahmen des SGB IX weiter gestärkt. Die Einführung des BEM allerdings ist relativ zäh angelaufen. Zunächst haben nur wenige Arbeitgeber die Regelung zur Kenntnis genommen und sie umgesetzt. Inzwischen haben nicht zuletzt eindeutige gerichtliche Urteile das Bewusstsein dafür geschärft, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement keine freiwillige Aktivität ist, sondern eine gesetzliche Vorschrift, die Arbeitgeber verpflichtet. Der mit der Überschrift „Prävention“ versehene § 84 sieht in seinem Abs. 2 verpflichtend ein Betriebliches Eingliederungsmanagement vor und formuliert klar, dass, wenn ein Arbeitnehmer länger als 6 Wochen in einem Jahr ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig ist, der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung i.S. von § 93 SGB IX bzw. der Schwerbehindertenvertretung klären soll, wie die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt bzw. erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden kann. Der speziell auf den Tatbestand der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtete Abs. 2 verfolgt im weitesten Sinne den Zweck der Gesundheitsförderung. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass – obwohl die Vorschrift im SGB IX verortet ist – die Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements eben nicht nur für schwerbehinderte Menschen und für gleichgestellte behinderte Menschen, sondern für alle Beschäftigten des Betriebes/der Dienststelle gilt, auf die die genannten Voraussetzungen zutreffen. Das Gesetz differenziert auch nicht nach der Größe des Betriebes/der Dienststelle. Grundsätzlich sind alle Arbeitgeber verpflichtet, bei gegebenen Voraussetzungen ein Betriebliches Eingliederungsmanagement mit ihren Beschäftigten durchzuführen. Der zweite wichtige Akteur ist der/die Beschäftigte selbst. Besonders hervorzuheben ist die Voraussetzung, dass ohne Zustimmung des Betroffenen ein Betriebliches Eingliederungsmanagement nicht stattfindet.

Langfristigkeit und Kooperation als wesentliche Merkmale des BEM

In der Praxis kommt es immer noch und immer wieder vor, dass Arbeitgeber ihre Pflicht als erfüllt ansehen, wenn sie im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit ihrer Beschäftigten so genannte „Fehlzeitengespräche“ oder „Krankenrückkehrgespräche“ führen.

Im Unterschied zum „Fehlzeitengespräch“ oder zum „Krankenrückkehrgespräch“ ist die Zielstellung des BEM langfristig angelegt: Es geht darum, den Beschäftigten dauerhaft wieder in den Betrieb einzugliedern, für die Zukunft weitere Arbeitsunfähigkeitszeiten zu vermeiden und damit das Arbeitsverhältnis zu erhalten. Wie der Bestandteil „-management“ nahe legt, ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement im Gegensatz zum Fehlzeitengespräch kein einmaliges Gespräch, sondern ein Prozess, der je nach Einzelfall unterschiedlich zu gestalten ist. Handlungsleitend beteiligt an diesem Prozess sind der Arbeitgeber und der betroffene Beschäftigte und – je nach Einzelfall – eine Reihe an internen und externen Akteuren.

Dabei ist von entscheidender Bedeutung, dass für die Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements die Zustimmung des Betroffenen erforderlich ist. Insgesamt ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement als Kooperationsprozess angelegt. Grundvoraussetzung für den Erfolg sind wechselseitiges Zutrauen, Vertrauen und Verlässlichkeit der Beteiligten. Es handelt sich hierbei um „weiche“ Parameter, die per Vorschrift nicht zu regeln sind; entsprechend unsicher sind viele Arbeitgeber, die sichergehen wollen, dass ihre Vorgehensweise im Zweifel auch vor Gericht bestehen kann.

Als weiteres Novum darf eingestuft werden, dass über die Vorschrift zum BEM je nach Betriebsgröße mehrere Personen oder Stellen innerhalb und außerhalb des Betriebs/der Dienststelle zu beteiligen sind. Akteure innerhalb des Betriebes bzw. der Dienststelle sind der Arbeitgeber, die/der Beschäftigte, der Betriebs-/Personalrat, bei schwerbehinderten Beschäftigten die Schwerbehindertenvertretung sowie im Bedarfsfall der Werksarzt oder die Betriebsärztin. Als externe Partner kommen die Rehabilitationsträger sowie bei schwerbehinderten Menschen das Integrationsamt in Frage. In größeren Betrieben und in Dienststellen, in denen das BEM konsequent umgesetzt wird, besteht ein fest etabliertes Integrationsteam aus einem Betriebs- und Personalratsmitglied, der Schwerbehindertenvertretung sowie weiteren innerbetrieblichen Akteuren wie dem Betriebsarzt bzw. der Betriebsärztin und der Arbeitssicherheitsfachkraft. Arbeitgeber, die so verfahren, können, nachdem der Erstkontakt zu den betroffenen Beschäftigten hergestellt und deren Zustimmung zum Verfahren eingeholt wurde, die weitere Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements übertragen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die gemeinsam von der/dem Beschäftigten, dem Arbeitgeber bzw. dem Arbeitgebervertreter, der Schwerbehindertenvertretung und dem Betriebs-/Personalratsmitglied im Rahmen des Verfahrens getroffene Absprachen danach auch gemeinsam getragen und umgesetzt werden. Dies muss auch für evtl.

notwendige betriebsverfassungs- bzw. personalvertretungsrechtliche Mitbestimmungsverfahren gelten, in denen es um die abgesprochenen (Personal-)Maßnahmen geht.

Jeder hat seine Aufgabe

Gerade weil die Umsetzung des BEM nicht einseitig angelegt ist, sondern auf Kooperation setzt, ist Rollenklarheit eine wesentliche Voraussetzung für ein erfolgreiches Betriebliches Eingliederungsmanagement. Jeder muss seine Aufgaben kennen und verlässlich umsetzen. Wie dies erfolgt, muss – trotz inzwischen zahlreicher Empfehlungen – im Betrieb/in der Dienststelle selbst festgelegt und gelebt werden.

Aufgaben des Arbeitgebers

Die Verpflichtung zur Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements liegt beim Arbeitgeber. Er hat zunächst die Aufgabe, die Voraussetzungen, die im Einzelfall ein Betriebliches Eingliederungsmanagement gemäß § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX auslösen, regelmäßig zu prüfen. Das heißt, er muss nachhalten, bei welchen Beschäftigten innerhalb der letzten 12 Monate Arbeitsunfähigkeitszeiten von 6 Wochen vorliegen. Sind die Voraussetzungen erfüllt, so erfolgt eine erste Kontaktaufnahme mit der/dem Beschäftigten. Bei dieser ersten Kontaktaufnahme ist der Arbeitgeber auch verpflichtet, Betroffene oder ihre gesetzliche Vertretung auf die Ziele sowie auf die Art und den Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen.

Der Arbeitgeber kann die Aufgabe delegieren und einen Vertreter bestimmen. Dies kann die/der Vorgesetzte des Betroffenen sein, eine Vertreterin/ein Vertreter der Personalabteilung oder die/der Beauftragte des Arbeitgebers gem. § 98 SGB IX. Es ist dabei darauf zu achten, dass die Person, die die Aufgabe wahrnimmt, Entscheidungsbefugnisse hat oder zumindest in der Lage ist, schnell Entscheidungen des Arbeitgebers herbeizuführen. Auch wenn der Arbeitgeber bei der Durchführung der weiteren Verfahrensschritte den Betriebs-/Personalrat, die Schwerbehindertenvertretung, den/die Betriebsarzt/-ärztin einschaltet, bleibt er für den weiteren Ablauf des Prozesses (letzt-)verantwortlich.

Der betroffene Mitarbeiter/die betroffene Mitarbeiterin

Eine zentrale Rolle innerhalb des Betrieblichen Eingliederungsmanagements hat der betroffene Mitarbeiter selbst. Aktivitäten zur Überwindung oder Verringerung der Arbeitsunfähigkeitszeiten kann es nur mit seiner Zustimmung geben. Der Arbeitnehmer hat in jeder Phase des Betrieblichen Eingliederungsmanagements das Bestimmungsrecht über das Ob und das Wie der durchzuführenden Maßnahmen. Das heißt, damit über den durch den Arbeitgeber initiierten Erstkontakt hinaus weitere Schritte im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements ausgelöst werden können, muss er der Einleitung des Verfahrens zustimmen und ist am gesamten weiteren Prozess zu beteiligen. Dies geschieht zunächst durch eine vollständige Information über die Möglichkeiten und Grenzen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie über die nächsten Schritte. Schließlich durch die Einbeziehung in einzelne Maßnahmen, z.B. die Durchführung einer ärztli-

chen Untersuchung oder eine Arbeitsplatzbegehung durch den beratenden Ingenieur/die beratende Ingenieurin des Integrationsamtes. Wenn eine aktive Mitwirkung nicht erforderlich ist, erfolgt eine regelmäßige Unterrichtung über den Stand der Angelegenheit durch den Arbeitgeber, der damit einen am Verfahren Beteiligten beauftragen kann. Dies bedeutet, dass letztlich allein der Arbeitnehmer darüber entscheidet, ob er das Betriebliche Eingliederungsmanagement nutzen will.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist eine Maßnahme zugunsten von Beschäftigten. Neben den eingeräumten Rechten treffen sie auch Mitwirkungspflichten. Die Pflicht besteht darin, Auskünfte zu erteilen, die für ein erfolgreiches Betriebliches Eingliederungsmanagement von Bedeutung sind. Dies können z.B. Auskünfte sein über die Art der die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Krankheit, über besondere Belastungen am Arbeitsplatz, Name und Anschrift der behandelnden Ärzte.

Wo Betroffene selbst nicht in der Lage sind, die erforderliche Auskunft zu erteilen, besteht die Mitwirkungspflicht darin, der Auskunftserteilung durch Dritte zuzustimmen, z.B. der Schweigepflichtenbindung für behandelnde Ärzte/Ärztinnen oder die Krankenkasse wegen der Bekanntgabe der Krankheitsdiagnosen, die den Arbeitsunfähigkeitszeiten zugrunde liegen. Die Mitwirkungspflicht umfasst auch ärztliche Untersuchungen, z.B. durch den betriebsärztlichen Dienst oder eine/n Rehabilitationsmediziner/in zur Feststellung eines Bedarfs an medizinischer Rehabilitation.

Erteilt der Beschäftigte die Zustimmung zur Einleitung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nicht oder bricht er das Verfahren ab, in dem er die Zustimmung zurückzieht bzw. sich im weiteren Ablauf des Prozesses nicht mehr an den erforderlichen Maßnahmen beteiligt, so endet das Betriebliche Eingliederungsmanagement an dieser Stelle. In einem solchen Fall ist der Arbeitgeber nicht mehr zu einer Durchführung von Maßnahmen im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements verpflichtet. Für den betroffenen Beschäftigten hat die Ablehnung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements keine unmittelbaren Folgen. Die Vorschrift beinhaltet keine Regelung zu der Frage, welche Folgen aus einer Verweigerung von Arbeitnehmerseite entstehen können. Ein Zusammenhang mit dem Ausspruch einer späteren personenbedingten Kündigung aus Krankheitsgründen wird in der Fachliteratur diskutiert und durchaus unterschiedlich bewertet. Mehrheitlich wird gesehen, dass das Risiko, wenn bestimmte Maßnahmen nicht mehr umgesetzt werden, dann bei der/dem Beschäftigten liegt. Für den Arbeitgeber besteht keine Veranlassung, weitere Maßnahmen zu prüfen oder mit dem Betriebs-/Personalrat oder der Schwerbehindertenvertretung mögliche Maßnahmen eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements zu klären. Der Arbeitnehmer kann sich nach Ausspruch einer krankheitsbedingten Kündigung in einem möglichen Verfahren vor dem Arbeitsgericht nicht mehr darauf berufen, dass ein Betriebliches Eingliederungsmanagement nicht stattgefunden hat. Denn letztlich entzieht sich der/die Betroffene durch die Ablehnung des BEM der Möglichkeit, Maßnahmen zur schnelleren Wiederaufnahme der Tätigkeit und zur Reduzierung der Fehlzeiten zu treffen.

Externe Partner

Unterstützung holen sich viele Betriebe bei externen Partnern. Als mögliche externe Beteiligte und Ansprechpartner für Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und für Leistungen zur begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nach dem Schwerbehindertenrecht nennt § 84 Abs. 2 SGB IX die örtlichen Gemeinsamen Servicestellen und die Integrationsämter bei schwerbehinderten Menschen. Eingerichtet sind die Gemeinsamen Servicestellen von den Rehabilitationsträgern: Krankenkasse, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung.

Die externen Beteiligten sollen ihre Leistungen zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit, zur ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung, zur beruflichen Qualifizierung und zur Gewährleistung des Unfallschutzes und der Arbeitssicherheit in den Prozess einbringen. Die Mitwirkung externer Stellen ist in der Vorschrift nicht vorgeschrieben. Ihre Beteiligung empfiehlt sich dann, wenn die Sachverhaltsermittlung und die Gespräche während des innerbetrieblich durchgeführten einzelnen Verfahrens konkret nahelegen, zu überprüfen, ob Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. zur begleitenden Hilfe im Arbeitsleben in Betracht kommen. Umgekehrt ist es Aufgabe der Gemeinsamen Servicestellen, der Rehabilitationsträger und der Integrationsämter, Arbeitgebern und Arbeitnehmern Beratung und Unterstützung anzubieten. Dazu gehört auch die Information über Leistungsvoraussetzungen, die Klärung des Bedarfs und die Klärung der Zuständigkeit im Einzelfall.

Die Gemeinsamen Servicestellen spielen in der Praxis eine eher geringe Rolle, obwohl sie von ihrem gesetzlichen Grundgedanken her die idealen Anlaufstellen wären. Denn im Umgang mit dem Einzelfall stoßen Betriebe häufig auf Hürden, wenn es um Unterstützungsmaßnahmen und die Klärung von Zuständigkeitsfragen möglicher Kostenträger geht.

Unterstützung durch die Integrationsämter

Der Personenkreis, für den Integrationsämter zuständig sind, sind die schwerbehinderten und die gleichgestellten behinderten Menschen.

Die Integrationsämter haben die Einführung und Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements seit Inkrafttreten der Vorschrift offensiv begleitet und mit unterschiedlichen Ansätzen ihre Unterstützung angeboten. Sie unterstützen die Betriebe und Dienststellen einerseits im Einzelfall und andererseits durch Seminare und Praxistage sowie in Form von Beratung, wenn es darum geht, ein Konzept für ein an die Bedürfnisse des Betriebes angepasstes Betriebliches Eingliederungsmanagement zu erarbeiten und einzuführen.

Die Integrationsämter der Landschaftsverbände Rheinland (LVR) und Westfalen-Lippe (LWL) haben aktuell „Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement“ herausgegeben (LVR/LWL, 2010). Diese Handlungsempfehlungen sind mit externer Unterstützung und auf der Grundlage von jeweils einem Workshop mit Arbeitgebern und mit Schwerbehindertenvertretungen entstanden. Wie bereits

festgestellt, gilt die Vorschrift zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement aber nicht nur für den Personenkreis der schwerbehinderten und ihnen gleichgestellten behinderten Menschen, sondern für alle Beschäftigten eines Betriebes/ einer Dienststelle. Eine Differenzierung zwischen behinderten Menschen und nicht behinderten Menschen bei der Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements gibt es nicht. Von daher sind diese Handlungsempfehlungen als Hilfestellung für die Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements im Betrieb/der Dienststelle generell geeignet.

Betriebliches Eingliederungsmanagement – angekommen in der Praxis?

Zwar kann festgestellt werden, dass das BEM in der betrieblichen Realität angekommen ist, doch zeigen die Erfahrungen mit der Praxis, dass die Akzeptanz der Vorschrift immer noch gemischt ist – von Zustimmung über Unsicherheit bis hin zur Ablehnung. Einerseits sehen viele Arbeitgeber in der Vorschrift eine zusätzliche Verpflichtung mit mehr Bürokratie, personellem Aufwand und damit Kosten und eher eine Last als ein hilfreiches Instrument. Aus der Sicht vieler Beschäftigter sind Krankheitszeiten eher Privatsache, die mit dem BEM nun zur betriebsöffentlichen Angelegenheit zu werden drohen. Interessenvertretungen und auch Beschäftigte selbst befürchten eine „Jagd auf Kranke“.

Dem stehen Unternehmen gegenüber, die teilweise schon vor Inkrafttreten der Vorschrift mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung begonnen haben, wie zum Beispiel Arbeitgeber der Automobilindustrie oder des Handels, aber auch kleine und mittelständische Unternehmen. Sie verfügen bereits über gute Erfahrungen und sehen sich durch die Vorschrift bestätigt. Nicht zuletzt bedingt durch den Druck der gesellschaftlichen Entwicklung, die vorliegenden und öffentlich gemachten Bewertungen sowie die Stärkung des BEM über die Rechtsprechung wächst dessen Bedeutung und steigt die Zahl der Unternehmen, die das Betriebliche Eingliederungsmanagement nicht nur umsetzen, sondern von Erfolgen berichten: rückläufige Arbeitsunfähigkeitszeiten, Kosteneinsparungen, höhere Arbeitszufriedenheit werden zunehmend erkennbar.

Unterschiede im Umgang mit dem BEM zeigen sich in der Form der Umsetzung: Eine Verpflichtung, das Betriebliche Eingliederungsmanagement als System einzuführen, formuliert die Vorschrift nicht. Während kleinere Arbeitgeber damit zurechtkommen, jeweils auf den Einzelfall zu reagieren, erweist es sich bei größeren Arbeitgebern als sinnvoll und deshalb empfehlenswert, nach einem einheitlichen und systematischen Verfahren vorzugehen. Ein generell im einzelnen Unternehmen für alle potenziellen Fälle einsetzbares, standardisiertes Verfahren eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements bietet Transparenz gegenüber den Beschäftigten im Betrieb/der Dienststelle; es bringt Klarheit bei der Zuweisung von Verantwortlichkeiten und ist zudem zeitsparender, weil nicht in jedem Einzelfall neu entschieden werden muss, wer was zu welcher Zeit macht. Eine solche Vereinbarung zwischen den Betriebspartnern sollte Regelungen beinhalten:

- zum Verfahrensablauf,
- zur Zuweisung von Verantwortlichkeiten für den Prozess

- oder Teilschritte des Prozesses (z.B. Integrationsteam, Betriebsarzt/-ärztin),
- zu den Mitwirkungspflichten der einzelnen Beschäftigten,
- zur Gewährleistung des Datenschutzes,
- zur Ergebniskontrolle und Fallauswertung zwecks Gewinnung von Erkenntnissen zur Verbesserung der betrieblichen Gesundheitssituation,
- zu Dokumentationsformen und -pflichten.

Wie unterschiedlich die Umsetzungskonzepte für das BEM und die in der Praxis auftretenden Fragestellungen sind, zeigt die Bandbreite der bei den Integrationsämtern für den Erhalt der gesetzlich vorgesehenen Prämie eingereichten Konzepte und weiteren Unterlagen. Folgende Feststellungen zeichnen sich ab: Am konsequentesten praktiziert der öffentliche Dienst das BEM; auffallend ist allerdings, dass sich gerade hier der Datenschutz als Haupthindernis für die Umsetzung erweist und zahlreiche datenschutzrechtliche Fragestellungen aufkommen, die die Umsetzung des BEM nicht voranbringen, sondern blockieren.

In der Privatwirtschaft zeigen sich branchenabhängige Unterschiede. In Großunternehmen wird BEM praktiziert, die Unternehmensgröße hemmt aber gelegentlich die Einführung eines systematischen Vorgehens und die Verfahrensabläufe und Abstimmungsprozesse gestalten sich auf Grund zahlreicher Beteiligter kompliziert, bürokratisch und dauern zu lange. Bei mittelständischen Unternehmen ist zunehmendes Interesse erkennbar. Immer mehr mittelständische Unternehmen legen Wert auf Gesundheitsmanagement und praktizieren das BEM. Deren Interesse wird etwa in der steigenden Nutzung der Veranstaltungsangebote vieler Integrationsämter deutlich. Gerade dort, wo Integrationsämter gemeinsam mit Unternehmerverbänden einladen, bestätigt sich das rege Interesse mittelständischer Unternehmen, was sich dann auch in der konkreten Umsetzung niederschlägt. Viele Mittelständler sind überaus kreativ und schaffen es, ein auf ihren Betrieb zugeschnittenes Konzept für ein BEM zu erarbeiten und einzuführen. In kleinen Unternehmen mit bis zu 20 Arbeitnehmern spielt BEM immer noch fast keine Rolle.

Erfolge und Erfolgsfaktoren versus Hemmschuhe

Die Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements gelingt dann, wenn sowohl der Arbeitgeber als auch die Interessenvertretungen hinter dem Ansatz stehen, dies gemeinsam den Beschäftigten vermitteln und überzeugend darlegen, dass sie gemeinsam Verantwortung in den einzelnen Phasen des Prozesses übernehmen. Auch ist der Erfolg des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in einem hohen Maß von einer gelungenen Einführung abhängig. Gerade weil die Assoziationen mit dem Instrument des Fehlzeitengesprächs eher negativ besetzt sind, ist bei der Einführung eines BEM auf eine solide Aufklärung der Beschäftigten über den Sinn und Zweck des Betrieblichen Eingliederungsmanagements, auf ein hohes Maß an Transparenz der Vorgehensweise zu achten.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement setzt auf Dialog und Konsens. Das Dialog- und Konsensprinzip gilt sowohl für

den Arbeitgeber und die betroffenen Beschäftigten wie auch für die Mitwirkung der weiteren internen und externen Akteure, die ihren Sachverstand in die Beratung einbringen sollen. Wenn dies gegeben ist, wenn gegenseitiges Zutrauen vorhanden ist und ebenso ausreichend Flexibilität, aus den eigenen Erfahrungen, aber auch aus den Erfahrungen anderer zu lernen, dann bietet das Betriebliche Eingliederungsmanagement eine Menge Chancen für das Unternehmen und seine Beschäftigten.

Ein weiterer Erfolgsfaktor ist die konsequente Verortung des BEM in den betrieblichen bzw. behördlichen Strukturen. Immer da, wo es eine Kontinuität in der Aufgabenwahrnehmung gibt, hat BEM auch eine langfristige Basis. BEM braucht nicht zwingend ein großes BEM-Team, viel wichtiger ist ein fester und von allen Seiten – Arbeitgeber, Mitarbeitervertretung, Mitarbeiter – akzeptierter Ansprechpartner. Diese Akzeptanz setzt auch voraus, dass entsprechende Kenntnisse vorhanden sind, etwa in arbeitsrechtlichen Fragen (z.B. zu Direktionsrecht, Umsetzung, Versetzung), zum Datenschutz sowie in Bezug auf die sozialrechtlichen Möglichkeiten (Rehabilitationsmaßnahmen, Zuständigkeit der Rehabilitationsträger, Fragen zur Erwerbsminderungsrente usw.).

Für Beschäftigte, die sich einer Reha-Maßnahme unterziehen, sind professionelle, belastbare Aussagen zu ihrer Leistungsfähigkeit vor und nach der Maßnahme von essentieller Bedeutung. Eine engere Verzahnung zum Werks- bzw. Betriebsarzt ist hier hilfreich: Die Reha-Einrichtung muss einerseits bei Beginn der Maßnahme wissen, an welchem Arbeitsplatz und unter welchen Bedingungen der Betroffene arbeitet und zukünftig möglichst wieder arbeiten soll. Andererseits ist es für den Betrieb unverzichtbar, ein klares Bild zu bekommen, was der Betroffene nach Beendigung der Maßnahme noch leisten kann. Als Hemmschuh erweist sich die Sorge, die gerade bei Personalverantwortlichen festzustellen ist, im Verfahren Fehler zu machen. So wird gerade von dieser Zielgruppe der Wunsch nach BEM-Checklisten vorgebracht, die das BEM-Verfahren möglichst kleinteilig, bis hin zum Aufbau eines BEM-Gespräches, vorgeben.

Vielfach wird die mangelnde Bereitschaft der betroffenen Beschäftigten beklagt, sich an einem BEM zu beteiligen. Diese hängt häufig auch schon mit fehlender Transparenz des BEM-Verfahrens zusammen. Umgekehrt wirkt sich Offenheit positiv aus: In Betrieben, in denen es Positivbeispiele nicht nur gibt, sondern diese auch kommuniziert werden, wächst nachgewiesenermaßen das Zutrauen zum Instrument des BEM.

Perspektiven und Handlungsempfehlungen

Im Betrieblichen Eingliederungsmanagement stecken Chancen für den Betrieb und für seine Beschäftigten. Die Chancen ergeben sich allerdings nicht von selbst und der Erfolg ist nicht integraler Bestandteil des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. Ein für alle Unternehmen fertiges und allgemein gültiges Konzept für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement gibt es nicht. Die entscheidende Herausforderung besteht darin, einen für den Betrieb geeigneten und im Betrieb akzeptierten Ansatz zu finden, um die Ziele des Betrieblichen

Eingliederungsmanagements spürbar zu erreichen. Unbedingt zu vermeiden ist die Erwartungshaltung, mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement sei in jedem Einzelfall ein Allheilmittel zur Überwindung bzw. Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten und zur Vermeidung personenbedingter Kündigungen gefunden worden. Zwar zielt das Verfahren auf die Sicherung des Arbeitsverhältnisses, jedes einzelne Verfahren ist aber stets ergebnisoffen: Vieles geht, aber nicht jede Erkrankung lässt sich auskurieren, nicht jede Belastung lässt sich verringern und nicht jeder Arbeitsplatz kann leistungsgerecht umgestaltet werden.

Generell gilt es, BEM mehr im Bewusstsein aller Beteiligten unter den Stichworten „Gesundheitsmanagement, Gesundheitsförderung“ und nicht unter dem Blickwinkel arbeitsrechtlicher Maßnahmen und Konsequenzen zu verankern. Die demografische Entwicklung der nächsten Jahre wird hierzu beitragen und dies bezieht sich nicht nur auf den Aspekt der alternden Belegschaften. Wie Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement im Unternehmen verstanden und betrieben werden, wird perspektivisch auch Einfluss auf die Bereitschaft junger Menschen haben, sich für ein Unternehmen/eine Behörde zu entscheiden. Hier werden Unternehmen, die attraktive Aktivitäten anzubieten haben, sicherlich einen Vorteil im Wettbewerb um qualifizierte gute Arbeitskräfte haben.

Einer Gesetzesänderung bedarf es nicht. Die gesetzlichen Vorgaben reichen aus und lassen vor allem genug Handlungsspielraum, um den Interessen des jeweiligen Unternehmens gerecht werden zu können. Externe Unterstützer wie die Integrationsämter sind gefordert, ihren verlässlichen Beitrag zu leisten, damit Unternehmen die Handlungsspielräume bei der Implementierung eines BEM insgesamt wie auch bei seiner Anwendung im Einzelfall für sich und ihre Beschäftigten nutzen. Die Herausforderung für die externen Partner wird sein, trägerübergreifendes, vernetztes Arbeiten im Interesse der Unternehmen, ihrer Beschäftigten und der Verantwortlichen im BEM-Verfahren weiter zu auszubauen. „Gesundheitsmanagement und BEM als Selbstverständlichkeit“ lautet die wünschenswerte Perspektive.

Literatur

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände BDA. (2005). Rechtliche Rahmenbedingungen des betrieblichen Eingliederungsmanagements. Berlin: BDA.

Beyer, Ch. & Jansen, G. (2010). Rechtsprobleme des betrieblichen Eingliederungsmanagements, Teil I und II. Behindertenrecht, 89 ff. und 117 ff.

Hattendorf, J. (2005). Disability-Management – Ökonomische Vorteile bei gleichzeitiger Übernahme sozialer Verantwortung. Personalführung, (7), 67-73.

Hetzel, C., Flach, T. & Mozdzanowski, M. (2007). Mitarbeiter krank – was tun!? Praxishilfen zur Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements in kleinen und mittleren Unternehmen. Wiesbaden: Universum.

Landschaftsverbände Rheinland LVR/Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL – Integrationsämter (Hrsg.). (2010). Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Köln Münster: LVR, LWL.

Namendorf, A. & Natzel, I. (2005). Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX und seine arbeitsrechtlichen Implikationen. Der Betrieb, (33), 1794-1798.

Schiefer, B. & Borchard, A. (2011). Neues vom Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Der Betrieb, (43), 2435 -2438.

6 Betriebliches Eingliederungsmanagement – Erfahrungen der DAK-Gesundheit aus der BEM-Praxis

Sabine Winterstein, Wilfried Koletzko

DAK-Gesundheit – Betriebliche Gesundheitsförderung/Versorgungsmanagement

Der Gesetzgeber hat mit der Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements im § 84 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) IX im Jahre 2004 die verpflichtende Grundlage geschaffen, dass Arbeitgeber dazu beizutragen haben, die durch Krankheit vom Verlust des Arbeitsplatzes bedrohten Mitarbeiter/-innen rasch und dauerhaft wieder eingliedern zu können. Neben der raschen (Re-)Integration an den bisherigen Arbeitsplatz im aktuellen Krankheitsfall sind zwei präventive Ziele ausdrücklich genannt: Zum einen soll erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden und zum anderen soll der Arbeitsplatz erhalten bleiben.

Wie geschieht das heute und wie erfolgreich wird das umgesetzt?

Ausgangslage aus Sicht der GKV

Schaut man auf die Fehlzeiten-Statistiken der GKV, dann ist nicht erkennbar, dass die Vorstellung des Gesetzgebers hinsichtlich der Vermeidung von Ausfallzeiten und -tagen durch ein Betriebliches Eingliederungsmanagement in vollem Umfang greift. Trotz Euro-Krise und weltweiter Rezessionsängste erzielte die deutsche Wirtschaft 2011 ein vergleichsweise starkes Wachstum und hat an Wettbewerbsfähigkeit weiter gewonnen. Insgesamt waren 2011 mit über 36 Millionen Erwerbstätigen so viele Arbeitnehmer sozialversicherungspflichtig beschäftigt wie seit der Wiedervereinigung nicht mehr. Das sogenannte Jobwunder hat allerdings auch seinen Preis: Es ist zu einem großen Teil mit prekären Beschäftigungsverhältnissen verbunden. Die Erwerbstätigen müssen in punkto Arbeitszeit, Mobilität und Entlohnung wesentlich flexibler sein als früher. Häufig reicht ein einziger Job zum Lebensunterhalt nicht mehr aus, wenn Menschen in prekären Arbeitsverhältnissen tätig sind. Wer hier mithalten will, muss gesundheitlich besonders belastbar sein. Seit 2006 steigt der Krankenstand moderat, aber stetig an. So auch 2011 wieder. Mit einer Erhöhung um 0,2 Prozentpunkte liegt er nun bei 3,6 Prozent. Seit fünf Jahren verzeichnen wir damit insgesamt eine Steigerung von immerhin 20 Prozent. Anders ausgedrückt: Heute ist jedes erwerbstätige DAK-Mitglied im Schnitt 2 Tage pro Jahr länger krank als 2006. Der erneut gestiegene Anteil von Langzeitar-

beitsunfähigkeiten am Krankenstand unterstreicht neben dem Erfordernis der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung den Bedarf an Rehabilitationsmaßnahmen sowie an einem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (DAK-Gesundheitsreport 2012).

Mit dem BEM sollen nach den Vorstellungen des Gesetzgebers auch die Wiederholungserkrankungen eingedämmt werden. Das kann bisher nicht beobachtet werden.

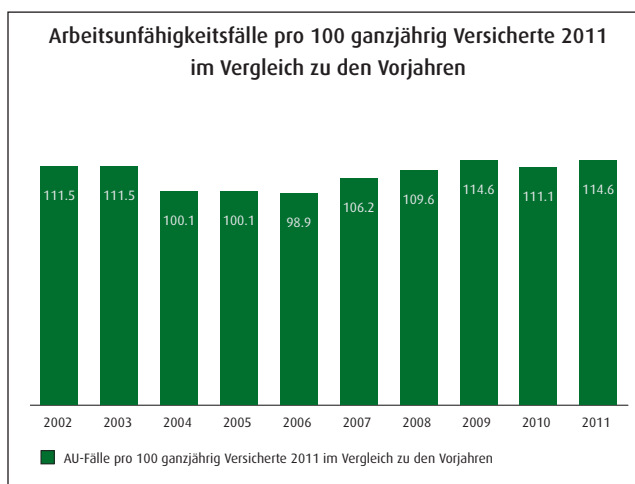


Abb. 6.1: Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2011 im Vergleich zu den Vorjahren (DAK-Gesundheitsreport 2012)

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Beide Kennziffern sind in 2011 angestiegen, sodass das Krankenstandsniveau in 2011 deutlich über dem des Vorjahres liegt. Die Erkrankungshäufigkeit lag 2011 mit 114,6 Erkrankungsfällen je 100 Versicherte höher als im Vorjahr (2010: 111,1 AU-Fälle). Demnach war jedes Mitglied im Jahr 2011 durchschnittlich mehr als einmal arbeitsunfähig. Berücksichtigt man z. B. auch die AU-Fälle, die den Krankenkassen nicht bekannt werden – entweder weil die Betroffenen gar nicht beim Arzt waren oder weil die ärztliche Bescheinigung nicht bei der Krankenkasse eingereicht wurde – so ergibt sich eine im Durchschnitt um etwa 19 Prozent höhere Fallhäufigkeit. Übertragen auf die DAK-Mitglieder im Jahr 2011 bedeutet dieser Befund, dass die „wahre“ Häufigkeit von AU-Fällen

geschätzt bei etwa 136 Fällen pro 100 Versicherte liegt. Abbildung 6.1 zeigt die Fallhäufigkeit für die Jahre 2002 bis 2011.

Ein Krankheitsbild ragt besonders heraus: psychische Erkrankungen. Angestellte und Selbständige fehlen wegen psychischer Erkrankungen viel häufiger als vor zehn Jahren. Gründe dafür sind u. a. höhere Anforderungen und prekäre Anstellungen. Die Zahl der Fehltage wegen psychischer Erkrankungen ist einem Langzeitvergleich zufolge drastisch gestiegen. Nach einer Veröffentlichung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales im April 2012 waren es 2001 deutschlandweit noch 33,6 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage. Im Jahr 2010 ist die Zahl auf 53,5 Millionen angewachsen. Der Anteil solcher Fälle an allen Arbeitsunfähigkeitstagen kletterte demnach von 6,6 auf 13,1 Prozent. Als Gründe nennt auch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales steigende Anforderungen, erhöhte Eigenverantwortung, höhere Flexibilitätsanforderungen und nichtkontinuierliche Beschäftigungsverhältnisse. Besonders gefährdet sind demnach Frauen: 2010 gingen rund 39.000 weibliche Beschäftigte aufgrund psychischer Erkrankungen in die Erwerbsminderungsrente. Dies entspricht fast einer Verdoppelung im Vergleich zum Jahr 2000.

Am Beispiel des DAK-Gesundheitsreports 2012 bestätigt sich diese Entwicklung (Abbildung 6.2).

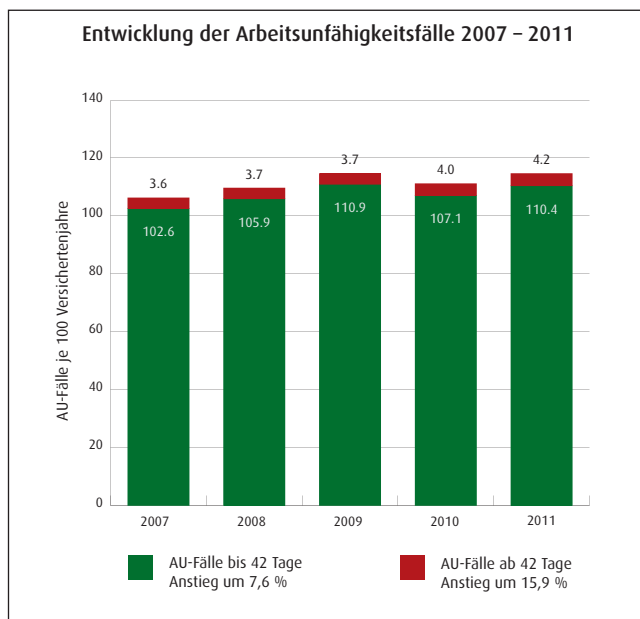


Abb. 6.2: Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitsfälle 2007 – 2011 (DAK-Gesundheitsreport 2012)

Bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen für Erkrankungen mit mehr als 42 Tagen Dauer hat es von 2007 bis 2011 einen Anstieg um insgesamt 15,9 Prozent gegeben. Im gleichen Zeitraum sind die AU-Tage bei Erkrankungen mit kürzerer Dauer nur um 7,6 Prozent gestiegen.

Mit Blick auf die Altersgruppen zeigt sich, dass bei den Jüngeren die Anzahl der Fälle bei Langzeiterkrankungen deutlich stärker ansteigt, bei Männern etwas mehr als bei Frauen (Abbildung 6.3). Die Entwicklung zeigt einen ständigen Anstieg der Fehlzeiten, der seit 2006 ungebrochen scheint. Insbeson-

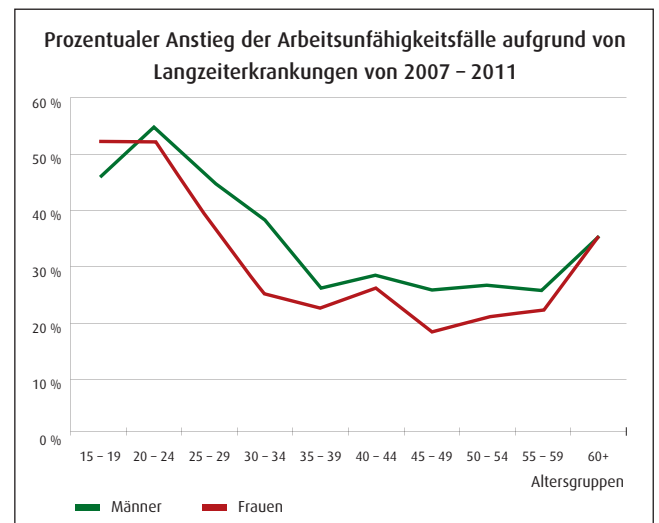


Abb. 6.3: Prozentualer Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund von Langzeiterkrankungen von 2007 – 2011 (DAK-Gesundheitsreport 2012)

dere seitdem die Beschäftigungsquote der über 55-Jährigen – auch bedingt durch den späteren Renteneintritt – einen positiven Verlauf genommen hat, steigen gleichermaßen die Fehlzeiten der älteren Arbeitnehmer. Es ist nun einmal so: Die arbeitende Bevölkerung wird älter, sie bleibt aber nicht im selben Verhältnis gesund.

Der größte Anstieg der AU-Tage bei Langzeiterkrankungen war mit 57,6 Prozent bei den psychischen Erkrankungen zu verzeichnen (Abbildung 6.4). Die Fallzahl ist um 37,2 Prozent angestiegen.

Längere Abwesenheiten können insbesondere in höherem Lebensalter zu einer inneren Abkehr vom Arbeitsplatz führen. Es verstärkt sich das Gefühl, auf die Lebensarbeitszeit bezogen,

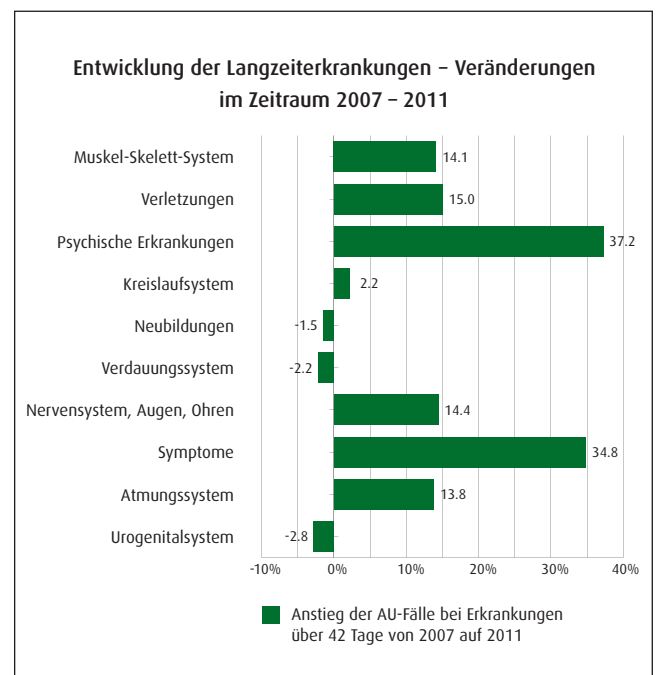


Abb. 6.4: Entwicklung der Langzeiterkrankungen – Veränderungen im Zeitraum 2007 – 2011 (DAK-Gesundheitsreport 2012)

lange genug gearbeitet zu haben und daraus schlussfolgert sich vielfach das Ziel, über den Krankengeldbezug in einen früheren Rentenbezug zu kommen. Nur wenn es den Betrieben gelingt, die Rahmenbedingungen der Arbeit, also die Verhältnisse am Arbeitsplatz optimal zu gestalten und ihnen deutlich wird, dass sie den konkreten Einzelfall durch Wiedereingliederungsmaßnahmen positiv beeinflussen können, dann trägt die Regelung des § 84 SGB IX dazu bei, die Beschäftigungssituation auch und besonders im Hinblick auf die demografische Entwicklung zu sichern.

Insgesamt lohnt der präventive Ansatz des § 84 SGB IX also, dem Verlust des Arbeitsplatzes frühzeitig entgegenzutreten. Denn lang andauernde Krankheit trifft ebenso die Menschen, die ohne Arbeit sind. Arbeitslosigkeit ist ein Faktor, der die Entstehung von Krankheiten begünstigt. Während unter Berufstätigen ein maßgeblicher Anstieg der Fehlzeiten mit psychischen Störungen um 8,4 Prozent lediglich von 2000 auf 2001 feststellbar gewesen ist und nachfolgend zwischen 2001 bis 2004 nur noch ein geringer weiterer Anstieg um 2,7 Prozent zu verzeichnen war, stiegen die Werte unter Arbeitslosen zunächst von 2000 auf 2001 um 9,9 Prozent, jedoch auch ab 2001 noch weiter um 13,5 Prozent. Im Jahr 2004 wurden so unter 100 Berufstätigen 125 Fehlzeiten unter psychischen Diagnosen erfasst (8,6% aller Fehlzeiten in dieser Gruppe). Unter 100 Arbeitslosen waren es 426 der insgesamt 1.506 gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstage, die unter der Diagnose einer psychischen Störung erfasst wurden (28% aller AU-Tage) (TK-Gesundheitsreport 2005).

In der Abbildung 6.5 ist die durchschnittliche Anzahl von Tagen mit Beeinträchtigungen in den letzten 4 Wochen vor der Befragung, differenziert nach dem Erwerbsstatus, dargestellt.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Zeiten mit Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit, des seelischen Befindens und der Ausübung der Alltagsaktivitäten bei Unsicherheit der Beschäftigung und mit der Dauer der Arbeitslosigkeit sukzessive zunehmen. In weiterführenden Analysen wurde die Dauer von Beeinträchtigungen für Altersunterschiede zwischen den Befragten kontrolliert. Nach Berücksichtigung des Geschlechts geben prekär beschäftigte Frauen 35 Prozent mehr Tage mit körperlichen Beschwerden an als sicher beschäftigte Frauen. Bei arbeitslosen Frauen, die weniger als ein Jahr arbeitslos sind, ist die Anzahl um 63 Prozent und bei Langzeitarbeitslosen sogar um 105 Prozent erhöht. Für Männer betragen die entsprechenden Differenzen zu sicher beschäftigten Erwerbstätigen 49 Prozent, 83 Prozent und 145 Prozent. Vergleichbare Differenzen zeigen sich auch für Tage mit Beeinträchtigung des seelischen Befindens und Tage, an denen Alltagsaktivitäten aufgrund gesundheitlicher Probleme beeinträchtigt sind. Wie sich die psychische Gesundheit entwickelt, wenn sich der Status ändert, ist verschiedentlich aufgezeigt worden. Sowohl der Wechsel aus dem Erwerbsleben in die Arbeitslosigkeit als auch umgekehrt zeigt die größten Effekte auf die Entwicklung der Krankheits- und Fehlzeiten – in beiden Richtungen. Der DGB Bundesvorstand hat 2010 in seiner Studie „Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit“ insbesondere auf die durch Arbeitslosigkeit entstehenden gesundheitlichen Folgen hingewiesen. Insofern trägt der Erhalt der Arbeitsplätze durch die Einführung eines funktionierenden BEM dazu bei, die Krankheits- und Fehlzeitsituation insgesamt in eine positive Richtung zu verändern. Es lohnt sich also, die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und über diesen Ansatz hinaus die Arbeitslosigkeit zu vermeiden. Dazu kann das BEM durchaus ein geeignetes Mittel sein.

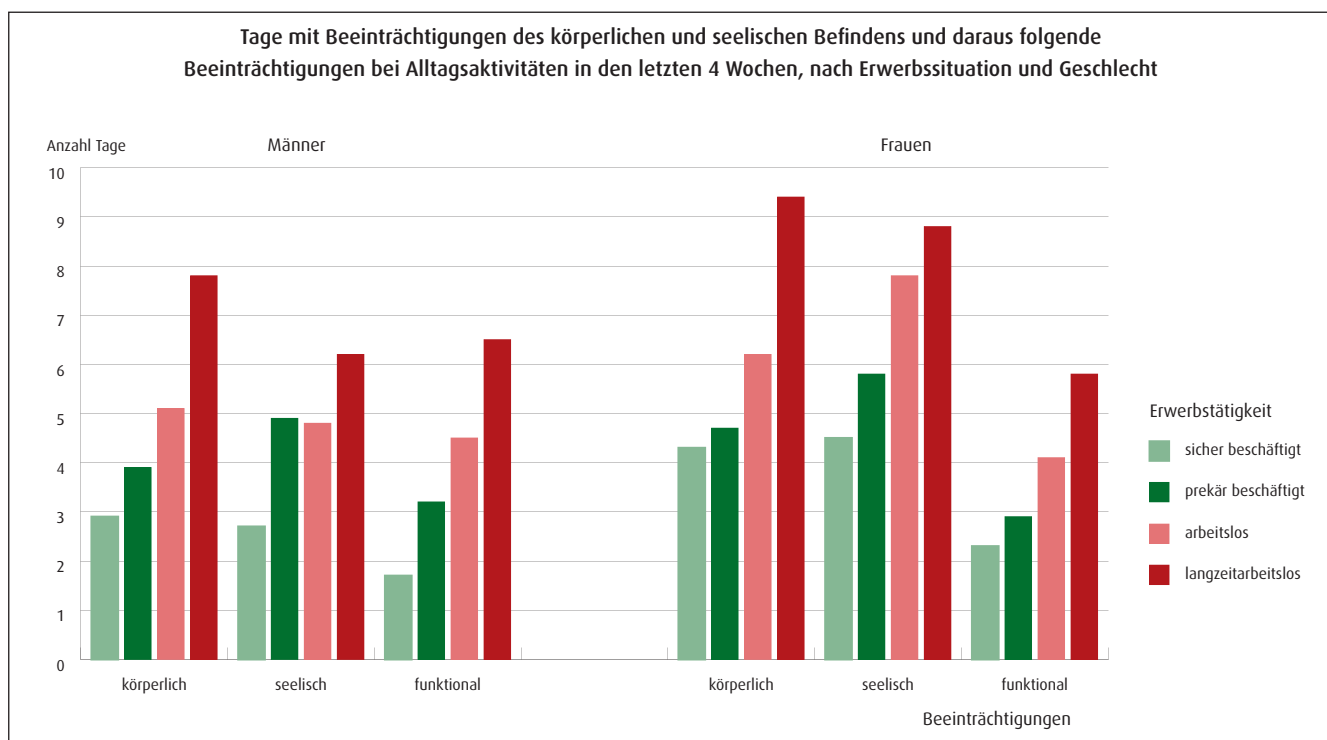


Abb. 6.5: Tage mit Beeinträchtigungen des körperlichen und seelischen Befindens und daraus folgende Beeinträchtigungen bei Alltagsaktivitäten in den letzten 4 Wochen, nach Erwerbssituation und Geschlecht (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012)

Für die gegenwärtige und zukünftige Interpretation des Krankenstandes zeigen sich über alle Branchen hinweg die ersten Anzeichen des demografischen Wandels. Der demografische Wandel ist bereits Realität. Die Belegschaften in den Betrieben sind schon heute deutlich älter als vor 10 Jahren. Laut Bundesagentur für Arbeit (2012) hat sich der Anteil der 60- bis 65-Jährigen an allen Beschäftigten von 11,6 Prozent im Jahr 2001 auf 27,5 Prozent im Jahr 2011 erhöht und damit fast verdreifacht. Ältere Belegschaften haben – so zeigen es unsere Zahlen – einen höheren Krankenstand. Insofern ist demografiebedingt zu erwarten, dass der Krankenstand auch in den nächsten Jahren immer stärker steigen wird, wenn Unternehmen nicht gegensteuern. Bei einer längeren Lebensarbeitszeit und deutlich weniger Berufseinsteigern wird es für Unternehmen zu einer Herausforderung, in den kommenden Jahren mehr junge Fachkräfte zu binden und ältere Arbeitnehmer gesund und leistungsfähig im Betrieb zu halten. Die neue DAK-Gesundheit wird noch stärker als bisher mit einem effizienten betrieblichen Gesundheitsmanagement für die Mitarbeiter präsent sein. Ansatzpunkte dazu liefert der DAK-Gesundheitsreport 2012.

Der demografische Wandel in unserer Gesellschaft verändert auch die betrieblichen Rahmenbedingungen. Der frühere Königsweg der Personalbeschaffung, das Know-how und die Altersstruktur durch Nachwuchskräfte aufzufrischen, greift bereits heute in vielen Branchen nicht mehr. Der Erhalt der Erwerbsfähigkeit erhält damit die höchste Priorität in den Betrieben. Nicht das Alter, sondern Kompetenzen und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter sind entscheidend für die Unternehmen. Damit rückt der Fokus mehr und mehr auf die Gesundheit der Mitarbeiter.

Bisherige Erfahrungen

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement, wie in § 84 Abs. 2 SGB IX festgelegt, wird von allen Beteiligten als verpflichtender Prozess des Arbeitgebers verstanden. Er regelt die Verfahrensweise bei der Wiedereingliederung. Ziele sind der Erhalt der Beschäftigung und die Sicherung des Arbeitsplatzes. Mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) wird ein Suchprozess nach den Ursachen und Lösungsansätzen im Betrieb mit angestoßen. So baut sich durch aktive betriebliche Gesundheitsförderung die Basis für eine veränderte Unternehmensführungsphilosophie auf, von der der Betrieb im BEM profitieren kann.

Der Ansatz für ein frühzeitig gesetzlich geregeltes Handeln scheint im Wesentlichen bei Großbetrieben zu wirken. Klein- und Mittelunternehmen (KMU) haben die Möglichkeiten eines BEM noch nicht erkannt bzw. ignorieren sie wissentlich. Betriebliche Umstrukturierungen, Arbeitsplatzabbau, betriebsbedingte Kündigungen und Ressourcenmangel verschieben oft die Prioritäten in den Unternehmen und stehen der Einführung von BEM im Weg. Kleinere Unternehmen haben oft Probleme, die Betreuung in der optimalen, oft beschriebenen Form durchzuführen: Es fehlen die Ressourcen. Oft ist auch gar nicht bekannt, wer Auskunft geben kann und was z.B. die Gesetzlichen Krankenkassen auf diesem Gebiet leisten. Wichtig sind Informationskampagnen und Projekte, die mit den

Arbeitgebern gemeinsam Lösungen erarbeiten und umsetzen. Unternehmen können dabei zur Gesunderhaltung ihrer Beschäftigten eine Vielzahl von Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation in Anspruch nehmen.

Zahlreiche Untersuchungen²³ zeigen, dass ein guter Gesundheitszustand eine grundlegende Voraussetzung für Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter bildet. Ohne Gesundheit keine Leistungsfähigkeit. Die betriebliche Gesundheitspolitik muss daher an zwei Punkten ansetzen: Bei den Gesunden im Betrieb mit einem systemischen Vorgehen im Sinne einer Maßnahme für alle und bei den einzelnen Arbeitsunfähigen als individuelles Handeln.

Diese zwei Ansätze vereinen sich unter dem Dach des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Systemischer Ansatz

Ein gutes und erfolgreiches Gesundheitsmanagement fußt auf dem systematischen Aufbau von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen. Außerdem sensibilisiert und befähigt der Prozess die Beschäftigten zu einem gesundheitsbewussten Verhalten vor und auch nach einer chronischen Erkrankung. Der Prozesskreislauf von Analyse, Bedarfsplanung, der Durchführung von Maßnahmen und die stetige Überprüfung der Wirksamkeit und Anpassung an Veränderungen muss ein stetiger Suchkreislauf im Unternehmen sein. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) unterstützt seit vielen Jahren Unternehmen in diesem Unterfangen. Damit die Analysen für die Unternehmen auch vollständig sind, ergänzt z.B. die DAK-Gesundheit die innerbetriebliche Gesundheitsberichterstattung, sofern vorhanden, durch die Erstellung von Betriebsberichten, Branchenberichten, Branchenprofilen und dem Gesundheitsreport um den Punkt der Diagnosestellungen und gibt damit Hinweise zu den Schwerpunkten. Mit den Analysen bietet sich auch die Entwicklung eines „Frühwarnsystems“, d.h. durch Fehlzeitenstatistiken können frühe Interventionen und schnelles Eingreifen möglich gemacht werden. Führungskräfte haben innerhalb dieses Prozesses eine tragende Rolle. Sie gestalten die Rahmenbedingungen der Verhältnisse am Arbeitsplatz und bewirken mit ihrem Verhalten auch die Entwicklung der Gesundheit ihrer Mitarbeiter/-innen. Kuoppala et al. (2008) belegen u. a. die Wirkung von unterstützendem Führungsverhalten auf die Fehlzeiten und Frühberentungen. Klarer Führungsstil, verbunden mit dargebrachter Anerkennung und Respekt, vermeiden Stress und die daraus folgenden psychischen Belastungen der einzelnen Mitarbeiter/-innen. Zu den protektiven Einflüssen auf die Gesundheit gehören u.a. auch die soziale Unterstützung von Familie/Partnern und Freunden sowie ein sicherer Arbeitsplatz.

Diese Aufgabe ist weitgehend nicht Teil der Aufgabenbeschreibung der Führungskräfte. Sie muss daher im innerbetrieblichen Gesundheitsmanagementprozess definiert werden.

23 z.B. Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2003); Blumberger, W., Paireder, K. & Niederberger, K. (2005)

Die einmalige Befähigung der Beschäftigten in Kursen reicht nicht aus, um langfristig erfolgreich bei der Vorsorge der Gesundheit und Aufrechterhaltung des erreichten Gesundheitszustandes zu sein. Zudem sind Führungskräfte in ihrer tragenden Rolle zu unterstützen. Erfolg verspricht dies nur dann, wenn die Führungskräfte über ihre Rolle Klarheit haben, ihre Aufgaben beschrieben sind und sie konsequent geschult wurden. BEM ist kein Kranken-Rückkehrgespräch – dies kann Bestandteil des Gesundheitsmanagements sein, muss es aber nicht.

Es müssen in regelmäßigen Gesundheitszirkeln immer wieder Anregungen zum Üben gegeben und Gespräche geführt werden. Verhältnispräventive (umwelt- und organisationsbezogene) Strategien bieten bei vertretbarem Aufwand die Chance, Risikofaktoren zu vermeiden oder zu reduzieren. Sie sollten deshalb fester Bestandteil der Personalentwicklung und der innerbetrieblichen Gesundheitspolitik sein.

Individueller Ansatz

Der auf die Optimierung persönlicher Ressourcen abzielende individuelle Einsatz präventiver Leistungen bezieht insbesondere Stressmanagement, Entspannung, das Erkennen und den daraus folgenden Abbau von Risikoverhalten in die Aktivitäten des Arbeitgebers mit ein. Insbesondere die Führungskräfte sind hier gefordert. Sie gestalten weitgehend die Arbeitsbedingungen und sollten dadurch in der Lage sein, auf die individuellen Anforderungen jedes Einzelnen einzugehen.

Aber was passiert, wenn es passiert? Wenn eine Erkrankung als lang andauernd prognostiziert werden muss oder wenn die wiederholt auftretenden Arbeitsunfähigkeiten zum Verlust des Arbeitsplatzes führen könnten. Nach Ablauf der Entgeltfortzahlung verschwindet der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin oftmals aus dem Blickfeld des Betriebes – die Krankenkassen sorgen mit der Zahlung von Krankengeld für die wirtschaftliche Sicherheit des Arbeitnehmers.

Die Krankenkassen bieten in der Regel ein auf den Einzelfall bezogenes umfassendes Case-Management. Abhängig insbesondere von den bisherigen Arbeitsunfähigkeitszeiten wird eingeschätzt, ob zu erwarten ist, dass der Beschäftigte frühzeitig wieder zur Arbeit geht oder es sich evtl. um eine lang andauernde Erkrankung mit entsprechenden Fehlzeiten und der Gefahr des Verlustes des Arbeitsplatzes handeln könnte. Im Mittelpunkt der weiteren Aktivitäten steht dabei ausschließlich der arbeitsunfähige Versicherte. In regelmäßigen Gesprächen wird mit ihm zusammen vereinbart, wie eine rechtzeitige und dauerhafte Rückkehr zum Arbeitsplatz erreicht werden kann. Dabei unterstützt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit seiner sozialmedizinischen Kompetenz. Weiterhin stehen die allgemeinen Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe, der Integrationsfachdienst und ähnliche Einrichtungen zur Verfügung, die im Einzelfall zielgerichtet angeboten werden können. Eine frühzeitige Abstimmung aller im Einzelfall Beteiligten – Versicherter, Krankenkasse, Behandler, ggf. Rentenversicherungsträger und nicht zuletzt Arbeitgeber – wird dabei mit dem Ziel der Wiedereingliederung des Beschäftigten angestrebt.

Aufgaben des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber wird sinnvollerweise das Erreichen seiner sich aus § 84 SGB IX ergebenden Verpflichtung ebenfalls verfolgen und mit den Beteiligten zusammenarbeiten.

Dies kann mit innerbetrieblichen Strukturen und der Bildung eines Integrationsteam beginnen, um so eine effektive, sozialverträgliche, individuelle und arbeitsverträgliche Lösung zu erreichen. Grundvoraussetzungen sind hier Vertrauen und Akzeptanz bei den Interessensvertretern im Betrieb und den Betroffenen. Gemeinsam mit den Betrieben werden medizinische und rehabilitative Lösungsansätze für den Einzelfall gefunden.

Maßnahmen der Rehabilitation/Integration

Ist durch die lang andauernde Erkrankung oder durch ihre Schwere die Erwerbsfähigkeit des Beschäftigten erheblich gefährdet oder gemindert, können medizinische Rehabilitationsleistungen (bei Vorliegen aller erforderlichen Voraussetzungen durch den Rentenversicherungsträger) angezeigt sein, die dazu beitragen, das Ziel der Wiederaufnahme der Tätigkeit zu erreichen.

Eine weitere zielführende Maßnahmen der (Re-)Integration ist die Stufenweise Wiedereingliederung im Sinne der §§ 28 SGB IX und 74 SGB V. Der Arbeitnehmer wird nach einem individuellen Plan, unter Berücksichtigung seiner Krankheit und der bisherigen Arbeitsunfähigkeitsdauer schonend an die bisherige Arbeitsbelastung herangeführt. Diesen Wiedereingliederungsprozess stößt der behandelnde Arzt oder die zuletzt behandelnde Rehabilitationseinrichtung an. Beide berücksichtigen dabei Art, Umfang und Inhalt der zuletzt ausgeführten Tätigkeiten und legen den zeitlichen Umfang und/oder die einschränkenden Tätigkeiten fest. Nur mit Zustimmung des Arbeitgebers und des Beschäftigten kann die Maßnahme durchgeführt werden. In der Regel wird für die Dauer der Stufenweisen Wiedereingliederung Krankengeld gezahlt. Ist im unmittelbaren Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, d.h. innerhalb von 14 Tagen, eine Stufenweise Wiedereingliederung erforderlich, wird das Übergangsgeld durch den Rentenversicherungsträger bis zu deren Ende weitergezahlt. Der Arbeitgeber kann Entgelt zahlen, ist dazu aber nicht verpflichtet, weil dem Grunde nach weiterhin Arbeitsunfähigkeit besteht.

Information der Arbeitgeber

Die Unternehmen sehen bei ihrem Informationsbedarf zum BEM nicht immer die Krankenkassen als erste Ansprechpartnerinnen. Die Krankenkassen verfügen aber aufgrund ihrer zentralen Stellung im administrativen Ablauf des Arbeitsunfähigkeitsprozesses über umfangreiches Wissen und haben auch großes Interesse daran, denn eine erfolgreiche Begleitung eines Arbeitgebers wirkt sich nicht nur positiv auf die Fehlzeitenentwicklung und damit die Leistungsanspruchnahme aus, sie sichert auch eine Bindung ihrer Kunden.

Es können auch unabhängige Unterstützungsangebote externer Partner Abhilfe schaffen. Die Berufsförderungswerke z.B., als ehemalige Träger der beruflichen Rehabilitation, spezialisierten sich in den letzten Jahren auf BEM und konnten so ihre

Kernkompetenzen wieder zielgerichtet einbringen. Auch wenn in § 22 SGB IX den Servicestellen nicht explizit die Beratung der Arbeitgeber zugeschrieben wird, könnten auch sie beraten und die Zusammenarbeit koordinieren, wenn Leistungen zur Teilhabe verschiedener Träger angezeigt sind. Sie sind in ihrer Beratung neutral. Grundsatz ist, kein Betroffener darf an eine andere Stelle verwiesen werden, sondern er muss dort direkt, umfassend, zeitnah und qualifiziert beraten werden.

Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Die GKV hat eine Vermittlerrolle für den Arbeitgeber bei der Entwicklung des BEM und kann gleichzeitig Initiator im Prozess des jeweiligen Einzelfalles sein.

BEM ist ein Entwicklungsprozess und muss zur Unternehmenskultur des jeweiligen Betriebes passen. BEM kann nur auf Akzeptanz im Betrieb stoßen, wenn es fest und dauerhaft durch die Beteiligten im Betrieb abgesichert im BGM eingebunden ist. Wichtig ist hier neben der Defizitorientierung auch die Ressourcenorientierung, die einen solchen Prozess erst glaubwürdig macht. Es gibt nicht das standardisierte Betriebliche Eingliederungsmanagement für alle Betriebe. Es bedarf einer individuellen Anpassung an Strukturen, Prozesse und Kompetenzen. Genau diesen Weg geht z.B. die DAK-Gesundheit in ihrer Beratung mit den Unternehmen. Da BEM ein verpflichtender Prozess für den Arbeitgeber ist, ist es grundsätzlich nicht die Aufgabe der Krankenkassen, diesen Prozess finanziell zu unterstützen. Die DAK-Gesundheit bietet jedoch ein umfangreiches Leistungsportfolio im Rahmen der §§ 20 a und b SGB V an und kann damit die Grundlage für den gesteuerten Prozess im Betrieb legen.

Verbesserungspotenziale

Vielfach werden in den Betrieben die Möglichkeiten der Analysen nicht genutzt, daher bleibt erhebliches Potenzial bei der Früherkennung bzw. beim Aufgreifen der Einzelfälle bestehen. Vernetzung im Prozess des BEM setzt mehr voraus als eine Ansammlung Beteiligter. Sie muss geschaffen, gelebt und gefüllt werden. Bestehende Betreuungskonzepte und die Verbesserung der Kommunikation untereinander sind nach wie vor zwingend notwendig. Nach wie vor kann dabei auch die Koordination der medizinischen und beruflichen Rehabilitation verbessert werden.

Des Weiteren muss die Motivation der Arbeitgeber auch in den kleineren und mittelständischen Unternehmen angeregt werden. Durch einen niedrigschwelligen Zugang zu den entsprechenden Informationen zur Umsetzung des BEM könnte diese Koordinations- und Wissenslücke geschlossen werden.

Im § 84 SGB IX sollte der verpflichtende Charakter und die daraus folgenden Konsequenzen nicht nur für die Betreuung des Einzelfalles herausgestellt werden; der systemische Ansatz sollte ebenfalls zur Pflicht gemacht werden. Und es ist zu überlegen, ob die bisherige Prämien- oder Bonusregelung des § 84 Abs. 3 SGB IX der richtige Weg ist, Unternehmen in die

Verpflichtung eines funktionierenden BEM zu nehmen, die sich aus Abs. 2 der Vorschrift ergibt.

Ein indirekter Motivationsschub kann sicher die Einbeziehung der Entgeltfortzahlung während der Stufenweisen Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX; § 74 SGB V) darstellen.

Bisher besteht während der Stufenweisen Wiedereingliederung keine Verpflichtung des Arbeitgebers auf Entgeltzahlung. Grund ist, dass Arbeitsunfähigkeit besteht, die nicht teilbar ist. Eine Teilarbeitsunfähigkeit kennt das Gesetz nicht. Die Arbeitspflicht des Arbeitnehmers und die Entgeltfortzahlungspflicht des Arbeitgebers richten sich nach der Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit des Arbeitnehmers. Solange der Arbeitnehmer (teilweise) arbeitsunfähig ist, besteht im Rechtssinne volle Arbeitsunfähigkeit (vgl. Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts vom 28.07.1999; 4 AZR 192/98). Andererseits ist bei einer beispielsweise mehr als halbschichtigen Aufnahme der Tätigkeit nicht zwingend nachvollziehbar, dass der Arbeitgeber bereits nach kurzer Zeit der Stufenweisen Wiedereingliederung von der Arbeitsleistung seines Beschäftigten profitiert, er aber in dieser Zeit von der Entgeltzahlung freigestellt wird, obwohl der Arbeitnehmer Arbeit von wirtschaftlichem Wert erbringt. Hier sind weitere Diskussionen erforderlich bzw. sollte der Gesetzgeber tätig werden.

Zusammenfassung

Akzeptanz für BEM wächst bei den Interessenvertretern und Betroffenen dann, wenn glaubwürdig an allen „Stellschrauben“ im Betrieb gedreht wird. Aktives Bemühen um die Betroffenen und die gesunden Mitarbeiter schafft Vertrauen. Um die Betreuung im Betrieb sicherzustellen, muss der Betrieb auch die personellen wie finanziellen Ressourcen bereitstellen.

BEM ist erfolgreich, wenn es eine enge, vertrauensvolle Zusammenarbeit intern und extern gibt, wenn Kommunikationsprozesse beschrieben und gelebt werden. Aus Sicht der GKV ist der Prozess erfolgreich, wenn es zu einer guten Vernetzung von Prävention, Rehabilitation und (Re-)Integration und der daraus abzuleitenden Maßnahmen kommt. Eine weitere Grundvoraussetzung für den Erfolg eines BEM ist deshalb die enge Zusammenarbeit mit den am Wiedereingliederungsprozess beteiligten Institutionen.

Ein frühes Handeln im Sinne einer ganzheitlichen Vorgehensweise hinsichtlich der Verbesserung der Arbeitsverhältnisse zur Abwehr von krankmachenden Arbeitsumständen und gleichzeitig ein funktionierendes System einer Wiedereingliederung für den einzelnen Betroffenen sind die Grundlagen für eine zukunftsweisende Veränderung der Arbeits- und Unternehmenskultur.

Literatur

Bundesagentur für Arbeit. (2012). Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Arbeitsmarktberichterstattung März 2012.

Bundesarbeitsgericht. (1999). BAG, 28.07.1999 - 4 AZR 192/98.

DAK-Gesundheit. (2012). DAK-Gesundheitsreport 2012. DAK Forschung/IGES Institut GmbH.

DGB Bundesvorstand. (2010). Arbeitsmarkt aktuell. Nr. 09/ August 2010 [Newsletter].

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2012). Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. GBE kompakt: Ausgabe 01/2012.

Techniker Krankenkasse. (2005). Gesundheitsreport 2005. Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten zu Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 8. Hamburg: Techniker Krankenkasse.

Kuoppala, J., Lamminpaa, A., Liira, J. & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health effects – A systematic review and a meta-analysis. Journal of Occupational & Environmental Medicine, 50 (8), 904-915.

7 Das Betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG: Kooperation, die Wirkung zeigt

Dr. Bernhard Koch, Priv.-Doz. Dr. Christoph Kröger, Dr. Birgit Leinweber, Bernd Marquardt

Arbeitsmedizin Salzgitter AG, Technische Universität Braunschweig, BKK MedPlus Center, Salzgitter AG

Mit einem kompetenten Netzwerk gegen die Probleme des demografischen Wandels zu arbeiten und gegen Ressourcenverluste durch Schnittstellenprobleme anzugehen – das ist das Ziel der Netzpartner, die an dem betrieblichen Rehabilitationskonzept (BeReKo) der Salzgitter AG beteiligt sind. Projektpartner bei der Entwicklung und Durchführung des Unterstützungsangebots für psychisch erkrankte Versicherte sind die Salzgitter AG mit dem betriebsärztlichen Dienst, die BKK Salzgitter und die Psychotherapieambulanz der Technischen Universität Braunschweig. Das Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der „Paracelsus-Klinik an der Gande“ war der erste Entwicklungspartner der Arbeitsmedizin der Salzgitter AG und der BKK Salzgitter für Angebotsleistungen von Versicherten mit skelettmuskulären Erkrankungen. Zusammen mit den Projektpartnern der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Braunschweig-Hannover, dem Ambulanten Reha Centrum Braunschweig sowie der Medizinischen Hochschule Hannover bilden die aufgeführten

Einrichtungen ein interdisziplinäres und institutionsübergreifendes Netzwerk. Die Projektsteuerung erfolgt durch die Arbeitsmedizin der Salzgitter AG und durch die BKK Salzgitter.

Die Ausgangssituation

Der demografische Wandel wirkt sich schon jetzt auf die Arbeitswelt aus. Unternehmen müssen sich darauf einstellen, mit einer im Durchschnitt älteren Belegschaft zu arbeiten. Außerdem werden sie bereits in naher Zukunft Schwierigkeiten haben, freie Stellen zu besetzen.

Die Salzgitter AG hat bereits im Jahr 2005 reagiert und das Projekt „GO – Die Generationen-Offensive 2025 der Salzgitter AG“ ins Leben gerufen. Mit zahlreichen Ideen werden die Folgen des demografischen Wandels für die Salzgitter AG abgedeckt. Folgende sechs Handlungsfelder wurden dabei definiert:

- Unternehmenskultur und Führung
- Personalmarketing und -recruiting
- Personalentwicklung und -qualifizierung
- Arbeitsorganisation, Arbeitszeit und Entgelt
- Gesundheit, Fitness und Ergonomie
- Integrationsmanagement.

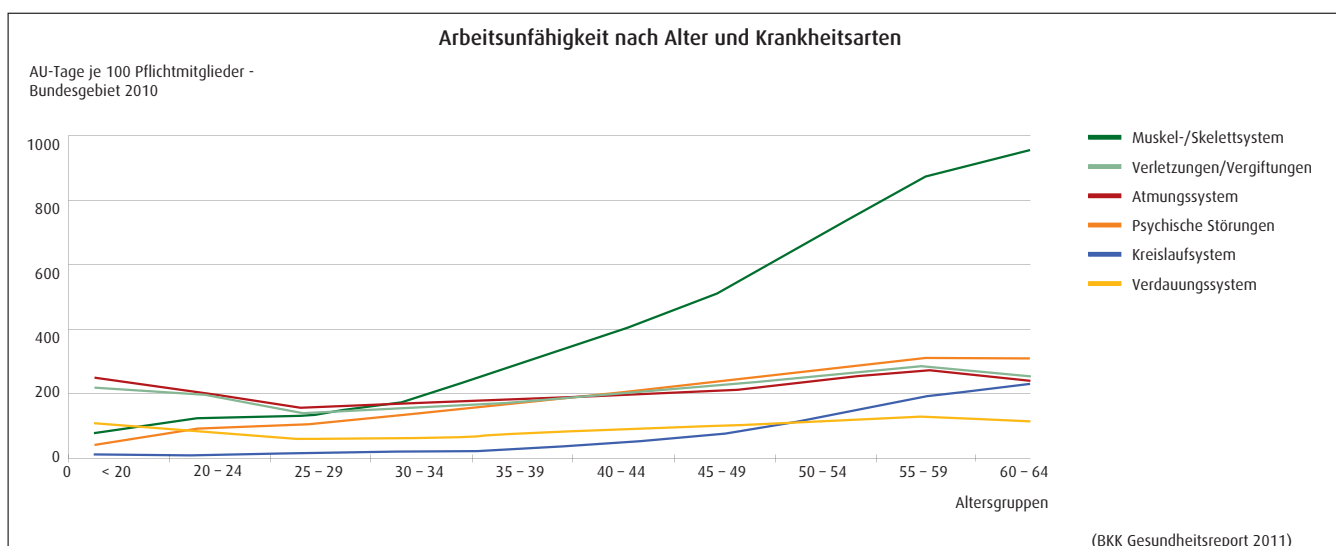


Abb. 7.1: Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (BKK Gesundheitsreport 2011)

Ein zentrales Element des Handlungsfeldes „Gesundheit, Fitness und Ergonomie“ wird im Folgenden näher beschrieben: Im Lohnempfängerbereich der Salzgitter AG sind bereits heute 60 Prozent aller Belegschaftsmitglieder älter als 40 Jahre. Damit steigen altersentsprechend die Inzidenzen für Muskel-/Skeletterkrankungen, Herz-/Kreislaufkrankungen, aber auch psychische Erkrankungen steil an.

Für den Konzern resultieren erhöhte Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie gesundheitliche Einschränkungen der Mitarbeiter, die immer häufiger schichtuntauglich werden oder spezielle Tätigkeiten (Arbeiten unter Atemschutz, kanzelgesteuertes Kranfahren etc.) nicht mehr ausführen können. Ein – auch aus Perspektive der Primärprävention eigentlich begrüßenswerter – flexibler Einsatz der Belegschaft auf Mehrbereichsarbeitsplätzen ist somit immer weniger möglich.

Die Mitarbeiter unterliegen so vermehrt einseitigen körperlichen und psychischen Belastungen. Auf der anderen Seite haben betriebliche Vorgesetzte immer größere Schwierigkeiten, die Produktionsprozesse aufrecht zu erhalten.

Der methodische Ansatz

- Angesichts dieses Szenarios fokussieren wir auf die mittel- und langfristig drei bedeutendsten Krankheitsgruppen: Muskel-/Skeletterkrankungen, Herz-/Kreislaufkrankungen und psychische Erkrankungen.
- Neben den bekannten primärpräventiven Ansätzen (ergonomische Optimierung der Arbeitsplätze, Sportangebote, Ernährungsberatung, Rückenschule etc.), die im Folgenden unerwähnt bleiben sollen, verfolgen wir sekundär- und tertiärpräventive und rehabilitative Ansätze. Unser Motiv ist, krankheitswertige Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und zu therapieren, um ein Fortschreiten der Erkrankungen zu verhindern.
- Unsere klare Schnittstellendefinition bezieht sich nicht allein auf die Frage der Kostenübernahme, sondern auch auf die Aspekte Informationsfluss und Einbindung der Kooperationspartner in der gesamten Versorgungskette von der Früherkennung über Therapie bis zur Rehabilitation und Wiedereingliederung. Dies bedeutet konkret, dass bei allen Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements, bei denen konzernexterne Leistungserbringer tätig werden, die BKK Salzgitter die Fallführung übernimmt. Die konzerninternen Maßnahmen wie Sozialberatung, Sucht- und Schuldnerberatung inklusive der finalen beruflichen Wiedereingliederung obliegen dem konzerninternen Integrationsmanager, der in der Arbeitsmedizin angesiedelt und mit dem betriebsärztlichen Dienst sowie mit Personalabteilung und BKK eng vernetzt ist.
- Die angebotenen Maßnahmen werden individuell auf die Bedürfnisse des Betroffenen zugeschnitten. Die Leistungsangebote sind immer auf Arbeitsplatz und Krankheitsdiagnose fokussiert, denn Ziel ist der Erhalt der Erwerbsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz!
- Durch eine dichte Vernetzung der Leistungsanbieter kann die Maßnahme zeitnah und straff organisiert angeboten werden. Alle beteiligten Strukturen sind so installiert, dass für diag-

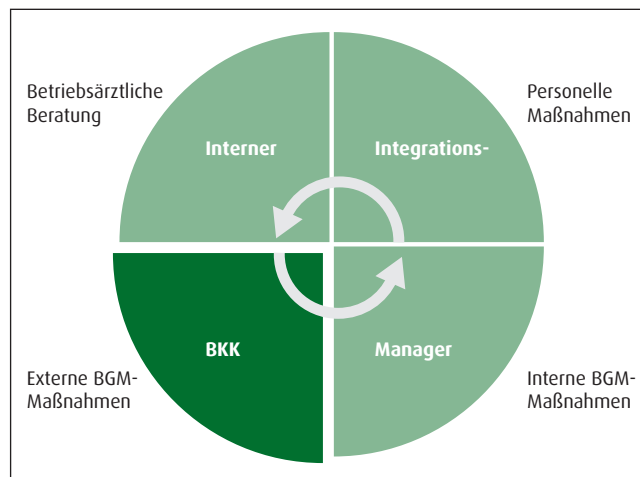


Abb. 7.2: Steuerung des BEM-Prozesses

nostische Abläufe und Therapiemaßnahmen nicht mehr als 15 Tage Wartezeit einzuplanen sind – in akuten Fällen kann die Maßnahme auch schneller erfolgen.

- Zusätzlich wird der Mitarbeiter konsequent in den Verlauf mit eingebunden: Er erhält die Untersuchungs- oder Testergebnisse und die weiteren Terminabläufe werden für ihn organisiert, was jedoch immer nach gemeinsamer Rücksprache geschieht. Für viele Teilnehmer des Projekts ist gerade dieser Aspekt des „Kümmerns“ ein ganz wesentlicher.

Das modulare Angebot bei Muskel-/Skeletterkrankungen

Das Projekt ist in drei Module für verschiedene Schweregrade der Erkrankungen aufgeteilt. Die Auswahl der Versicherten für die einzelnen Module erfolgt nach unterschiedlichen Kriterien, die nachfolgend im Zusammenhang mit der Moduldefinition erläutert werden. Die Fallführung bei allen Maßnahmen, die durch externe Anbieter erbracht werden, übernimmt die BKK Salzgitter. Diese koordiniert die Termine, übernimmt die Befundforderung bei beteiligten behandelnden Ärzten und unterstützt die Betriebsärzte bei den Antragsformalitäten.

Modul A

Im Modul A werden die Mitarbeiter versorgt, die unter Beschwerden leiden und bei denen bereits pathologische Veränderungen im muskulo-skelettalen Bereich vorhanden sind, die aber bisher noch nicht durch Fehlzeiten oder aufwändigere medizinische Maßnahmen aufgefallen sind. Hier handelt es sich um die Patientengruppe, die in einem frühen Stadium der Erkrankung angesprochen wird, um gezielte Maßnahmen gegen das Fortschreiten der Erkrankung anzubieten. Die Identifikation der Patienten erfolgt durch:

- die Betriebskrankenkasse mittels eines EDV-gestützten Filters
- die Betriebsärzte, die im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen aufgrund entsprechender Beschwerden und/oder körperlicher Befunde die Indikation zum Training stellen
- die Nachfrage der Versicherten selbst – ein stark zunehmendes Phänomen, was für die Akzeptanz des Projektes bei den Mitarbeitern der Salzgitter AG spricht.

Im ersten Schritt wird mit dem Versicherten - und gegebenen-

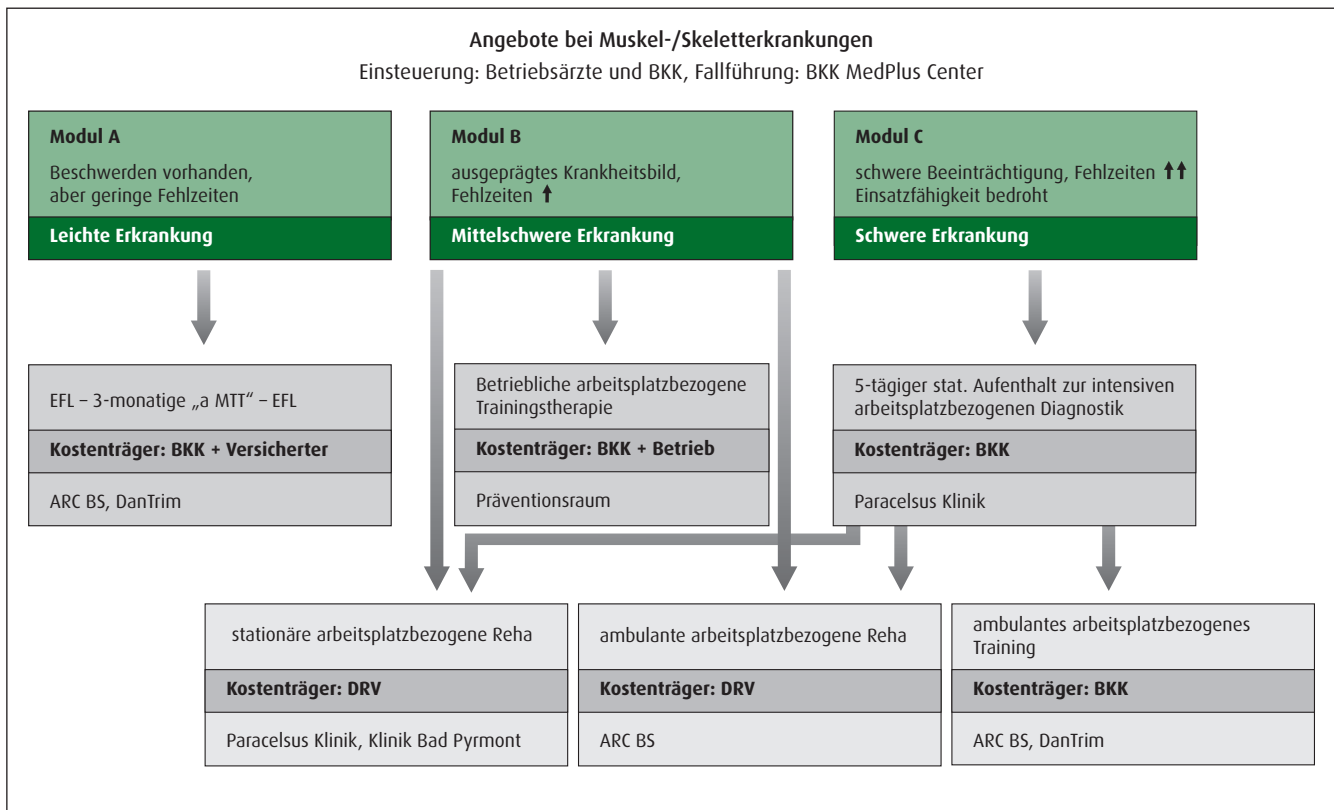


Abb. 7.3: Das modulare Angebot bei Muskel-/Skeletterkrankungen (BKK Salzgitter)

falls mit den Betriebsärzten zusammen - eine Arbeitsplatzbeschreibung erstellt. Zusätzlich erfolgt eine Auflistung der pathologischen Veränderungen, an denen der Betroffene leidet. Diese Daten werden vorab an das Ambulante Reha Centrum Braunschweig geleitet, wo die individuelle Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vorbereitet wird. Für diese Testung erhält der Patient innerhalb von 7 Werktagen einen Termin. Sinn der Testung ist es, die individuelle Leistungsfähigkeit des Versicherten unter Berücksichtigung seiner Erkrankung mit dem beruflichen Anforderungsprofil abzugleichen und Defizite zu erkennen, die dann in den folgenden 3 Monaten durch ein zielgerichtetes Training vermindert werden sollen.

Informationen zu EFL-, PACT- und DAVID-Test sind den Info-Boxen 4, 5 und 6 zu entnehmen.

Info-Box 4

EFL-Test

Das System der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) wurde in den USA von Frau Susan Isernhagen entwickelt und hat sich dort außerordentlich bewährt. Die Ermittlung der funktionellen Leistungsfähigkeit ist Voraussetzung für eine realitätsnahe Leistungsbeurteilung. Die Durchführung der umfassenden Testbatterie dauert rund 6 Stunden, verteilt auf 2 aufeinander folgende Tage. Ziel dieser Untersuchung ist eine detaillierte Erfassung der physischen Fähigkeiten und Defizite. Der EFL-Test ermöglicht die objektive Bestimmung der funktionellen Leistungsfähigkeit. Mit 29 standardisierten funktionellen Leistungstests wird

die Belastbarkeit für häufige physische Funktionen der Arbeit untersucht. Der EFL-Test erfolgt zu Beginn und am Ende des Rehabilitationsprogramms.

Testelemente des EFL-Tests:

Last hantieren/Kraft:

- Heben Boden- zu Taillenhöhe
- Heben Taillen- auf Kopfhöhe
- Heben horizontal
- Stoßen/Ziehen
- Tragen einhändig rechts/links
- Tragen vorne beidhändig
- Handkraft rechts/links

Haltung/Beweglichkeit:

- Arbeit über Kopfhöhe
- Sitzen/Stehen vorgeneigt
- Rotation im Sitzen/Stehen
- Kriechen/Knien/Hocken
- Wiederholte Kniebeuge

Längerdauernde Haltung:

- Sitzen/Stehen

Fortbewegung:

- Gehen
- Treppen steigen, Leiter steigen
- Gehen auf Balken

Handkoordination:

- Geschicklichkeit rechts/links

Der standardisierte EFL-Testbericht enthält die Testresultate, einen ausführlichen Kommentar der beiliegenden Testtabelle und die quantitativen Aspekte der Belastbarkeit. Die Fähigkeiten und Defizite zur Ausübung der letzten beruflichen Tätigkeit oder alternativer Perspektiven werden erörtert.

EFL-Screening-Test:

Im EFL-Screening Test werden alltags- und berufsbezogene Tätigkeiten getestet. Der Test gibt Auskunft über die momentane funktionelle Leistungsfähigkeit bezogen auf indikationsbezogene Fragestellungen. Der Test markiert die Grundlage für ein arbeitsplatzbezogenes Trainingsprogramm und ist auf eine Stunde begrenzt. Innerhalb dieses Screening-Tests werden 5 bis 7 wesentliche Anforderungen des Arbeitsplatzes bestimmt und anschließend in arbeitsplatzbezogene Testsituationen umgesetzt. Somit kann die aktuelle Belastbarkeit des Patienten in Bezug auf die wesentlichen Anforderungen seines Arbeitsplatzes bestimmt und verbessert werden.

Info-Box 5

PACT-Test

Der PACT-Test (Performance Assessment and Capacity Testing) wurde für die Selbsteinschätzung der körperlichen Fähigkeiten entwickelt. 50 Fotos von typischen Belastungssituationen im Alltag wurden mit kurzen Erklärungen in ein Testheft aufgenommen. Der Patient bekommt das Heft vorgelegt und kreuzt an, ob er die dargestellte Aufgabe problemlos, mit wenig Mühe, mit erheblicher Mühe, nur mit großer Mühe oder gar nicht ausführen kann. Über einen Punkte-Score der Endauswertung kann über eine Zuordnung zum Dictionary of Occupational Titles (DOT) eine Einschätzung des Arbeitsniveaus in „sitzend“, „leicht“, „mittel“, „schwer“, „sehr schwer“ vorgenommen werden. Die Einstufungen in die 5 Belastungsniveaus der Arbeit werden in einem Summenscore von 100 (sitzend) bis 195 (sehr schwer) festgehalten. Durch den PACT-Test ist es möglich, zu überprüfen, ob die Selbsteinschätzung im Vergleich mit der tatsächlich erbrachten Leistung auf einem konsistenten Niveau liegt.

Zusätzlich zur EFL-Testung werden ein PACT-Test und ein DAVID-Test durchgeführt, um eine objektivierbare Datenlage zu erhalten. Im Anschluss an die Testphase erhält der Versicherte einen individuellen Trainingsplan, auf dem die Abläufe für das Gerätetraining aufgeführt sind. Zusätzlich werden Dehn- und Ausdauerübungen angegeben, sodass die komplette Übungs-

Info-Box 6

Medizinische Wirbelsäulenanalyse gemäß dem DAVID-System

Innerhalb der apparativ gestützten biomechanischen Funktionsanalyse der Wirbelsäule wird der Funktionszustand der Wirbelsäule und der wirbelsäulenstabilisierenden Muskelgruppen nach folgenden Faktoren quantifiziert:

- Mobilität der Lenden-, Brust- und Halswirbelsäule in den einzelnen Bewegungsebenen,
- isometrische Maximalkraft der wirbelsäulenstabilisierenden Muskelgruppen (Streckmuskulatur, Beugemuskulatur, Seitneiger und Rotatoren),
- Kraftverhältnis von Bauch- und Rückenmuskulatur sowie der Muskelgruppen, welche die Wirbelsäule nach links und rechts neigen und rotieren,
- dynamische Muskelleistungsfähigkeit der Rückenstrecker im Bereich der Lenden- und Brustwirbelsäule.

Die DAVID eigene Software ermöglicht eine umfassende Auswertung der Testergebnisse von Einzelpersonen und Trainingsgruppen.

einheit definiert wird. Trainiert wird wahlweise im konzern-eigenen Fitnesscenter oder im Ambulanten Reha Centrum Braunschweig. Mindestens zweimal in der Woche sollen die Übungen durchgeführt werden bei einer Trainingsdauer von jeweils 90 Minuten. Der Trainingszeitraum ist für 3 Monate festgeschrieben. Regelmäßige Kontrollen und Korrekturen erfolgen durch das Trainerteam, um Steigerungen der Leistungsfähigkeit bei den Trainingsanforderungen zu berücksichtigen und Fehlhaltungen, die sich beim Training einschleichen, zu korrigieren. Zusätzlich erfolgt eine Anwesenheitskontrolle, die die Compliance der Mitarbeiter unterstützt. Diese restriktiv anmutende Vorgehensweise wird vorab mit den Trainierenden besprochen und vereinbart.

Nach 3 Monaten Training erfolgt erneut eine EFL-Testung. Die Leistungssteigerung wird vermerkt und der Versicherte erhält einen aktualisierten Trainingsplan. Das Training soll eigeninitiativ weiter fortgeführt werden. Um die Nachhaltigkeit zu unterstützen, wird nach Beendigung der geförderten Trainingsmaßnahme im Intervall beim Versicherten nachgefragt, ob und in welcher Form weiter trainiert wird. Bei Bedarf werden weitere Unterstützungsmaßnahmen angeboten.

Schon jetzt ist die Resonanz auf dieses Projekt bei den Mitarbeitern des Konzerns hervorragend. Die Trainingsakzeptanz ist außerordentlich hoch und die Rückmeldungen über eine verbesserte Leistungsfähigkeit sind klar positiv.

Modul B

Im Modul B werden Mitarbeiter angesprochen, die einen deutlichen Leidensdruck zeigen und bei denen erhöhte krankheitsbedingte Fehlzeiten drohen oder bereits eingetreten sind. Diese Mitarbeiter werden von den Betriebsärzten oder der konzerninternen Integrationsmanagerin identifiziert und

nach ausführlicher ärztlicher und physiotherapeutischer Untersuchung intern der betrieblichen arbeitsplatzbezogenen medizinischen Trainingstherapie (aMTT) unterzogen. Die aMTT wird von konzerneigenen Physiotherapeuten angeboten. Diese verfügen nicht nur über eine gute Arbeitsplatzkenntnis, sondern sind zudem für multimodale Therapieformen (u.a. manuelle und kraniosakrale Therapie, Osteopathie, Kinesiotaping) speziell ausgebildet.

Die aMTT wird schichtbegleitend außerhalb der Arbeitszeit angeboten. Es wird zweimal pro Woche über 4 Monate trainiert. Der Trainingserfolg wird über einen selbst entwickelten physiotherapeutischen Score gemessen, der vor Trainingsbeginn, zur „Halbzeit“ und unmittelbar zum Trainingsende sowie 6 und 12 Monate später erhoben wird. Mit dem Einverständnis der Betroffenen werden auch die Fehlzeiten über einen 12-Monatszeitraum vor und nach der aMTT verglichen. Kommt die aMTT aus medizinischen oder persönlichen Gründen nicht in Frage, werden Rehabilitationsmaßnahmen – ambulant oder stationär – angestrebt. In diesem Fall schlagen Betriebsärzte oder BKK dem Mitarbeiter eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme über den Rentenversicherungsträger vor. Nach seiner Zustimmung erstellt der Betriebsarzt den medizinischen Befundbericht sowie eine standardisierte Arbeitsplatzbeschreibung, die auch Fotos und Videosequenzen der konkreten Arbeitssituation umfasst.

Die BKK füllt mit dem Versicherten den Rehabilitationsantrag aus und sendet diesen an die für die Salzgitter AG zuständige Job-Reha-Beraterin der DRV Braunschweig-Hannover. Damit ist ein schneller und direkter Weg der Kommunikation gewährleistet. Durch die sorgsame Auswahl der Patienten und die professionelle Erstellung des Antrages liegt die Anerkennungsquote bei über 90 Prozent. Der Antritt zur Rehabilitationsmaßnahme erfolgt innerhalb von 2 Monaten, was wesentlich durch das gewachsene Vertrauensverhältnis und die schnelle Bearbeitung bei der DRV Braunschweig-Hannover bedingt ist.

Modul C

Dieses Modul gilt den „Sorgenkindern“ – das sind die Versicherten mit langen AU-Zeiten, schweren Beeinträchtigungen mit Komorbiditäten und einer fraglichen weiteren Einsatzfähigkeit im Betrieb, die auch durch aufwändige betriebsärztliche Diagnostik nicht definitiv geklärt werden kann. Dieser Zielgruppe bieten wir einen 5-tägigen Aufenthalt in der Paracelsus-Klinik an der Gande an. Diese erhält wiederum vom betriebsärztlichen Dienst vor Aufnahme des Patienten eine ausführliche, individuelle Arbeitsplatzbeschreibung inklusive Foto- und Videodokumentation.

Im Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin werden die Betroffenen einer Reihe von diagnostischen Maßnahmen und Belastungstests unterzogen, u. a. EFL, PACT und AVEM²⁴, um ein umfassendes Bild vom Ausmaß der Erkrankung sowie von der Restbelastbarkeit zu erhalten. Grundlage sind die Informationen über den Arbeitsplatz sowie die Vorbefunde, die aus dem ambulanten oder stationären Bereich von der BKK Salzgitter zusammengestellt worden sind. Die/die Versicherte

wird am Montagmorgen aufgenommen, am Freitagnachmittag entlassen. Der Bericht mit den entsprechenden Handlungsempfehlungen liegt noch am Freitagnachmittag dem Betriebsarzt und der BKK vor, wobei die Krankenkasse nur die Handlungsempfehlungen, nicht aber das ausführliche Testergebnis erhält. Am Montag darauf hat der Patient/die Patientin einen Termin beim Betriebsarzt, am Dienstag bei der BKK, um die empfohlenen Maßnahmen zu besprechen. Aufgrund der exakten Beschreibung des Belastungsprofils des/der Beschäftigten kann der Betriebsarzt den Einsatz am Arbeitsplatz bestimmen und weitere Maßnahmen veranlassen wie ambulantes Training, betriebliche Wiedereingliederung oder Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Sollte sich im Verlauf des Aufenthaltes herauskristalisieren, dass eine Rehabilitationsmaßnahme über den Rentenversicherungsträger notwendig ist, wird dieser Antrag gleich in der Paracelsus-Klinik gestellt und wie im Modul B direkt an die für den Konzern zuständige Mitarbeiterin bei der DRV Braunschweig-Hannover geleitet.

Das modulare Angebot bei psychischen Erkrankungen

Das Thema „Psychische Erkrankungen“ rückt in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus der Betriebe: Obwohl Fallzahlen sowie AU-Zeiten steigen, gibt es bisher kaum erfolgversprechende Lösungsansätze. Die Diagnose einer psychischen Erkrankung wird im Allgemeinen sehr spät gestellt. Oftmals hat sich bereits eine ausgeprägte Angststörung, Somatisierungsstörung oder eine Depression manifestiert. Das Ziel muss hier also die Früherkennung in Kombination mit einer zeitnahen Therapiemöglichkeit sein.

In Zusammenarbeit mit der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig wurde ein Konzept entwickelt, das beide Anforderungen erfüllt. Die Identifikation der betroffenen Mitarbeiter erfolgt wiederum über den Betriebsarzt, die konzerninterne Integrationsmanagerin oder EDV-gestützt über die BKK: wiederholte, kurzzeitige AU-Zeiten, kombiniert mit bestimmten AU-Diagnosen, sind ein Indikator für eine mögliche psychische Problematik. Der Betroffene wird dann von einem Fallmanager der BKK angesprochen oder vom Betriebsarzt nach Einwilligung an die BKK verwiesen. Die Fallmanager haben eine entsprechende Schulung erhalten, damit sie kompetent mit dem Versicherten über dieses sensible Thema sprechen können. Sie bieten dem betroffenen Mitarbeiter eine sogenannte „Diagnostische Beratung“ in der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig an, die aus ca. 3 einstündigen Terminen innerhalb von 14 Tagen besteht. Mit dem Einverständnis des Mitarbeiters wird der TU vom Betriebsarzt vorab eine Situationsbeschreibung zur Verfügung gestellt. Außerdem werden fremdanamnestic Angaben erhoben. Die Fall-Manager der BKK steuern alle medizinischen Befunde bei. Auf diese Weise erhalten die Betroffenen die Möglichkeit, gemeinsam mit dem Therapeuten auf der Basis der Vorbefunde, standardisierter psychologischer Testverfahren sowie eines strukturierten Interviews herauszuarbeiten, ob eine und – wenn ja – welche psychische Erkrankung vorliegt und welche Bedingungen zur Aufrechterhaltung wesentlich beitragen. Anschließend erfolgt zu einem weiteren Termin eine ausführliche Beratung, in der die Ergebnisse und

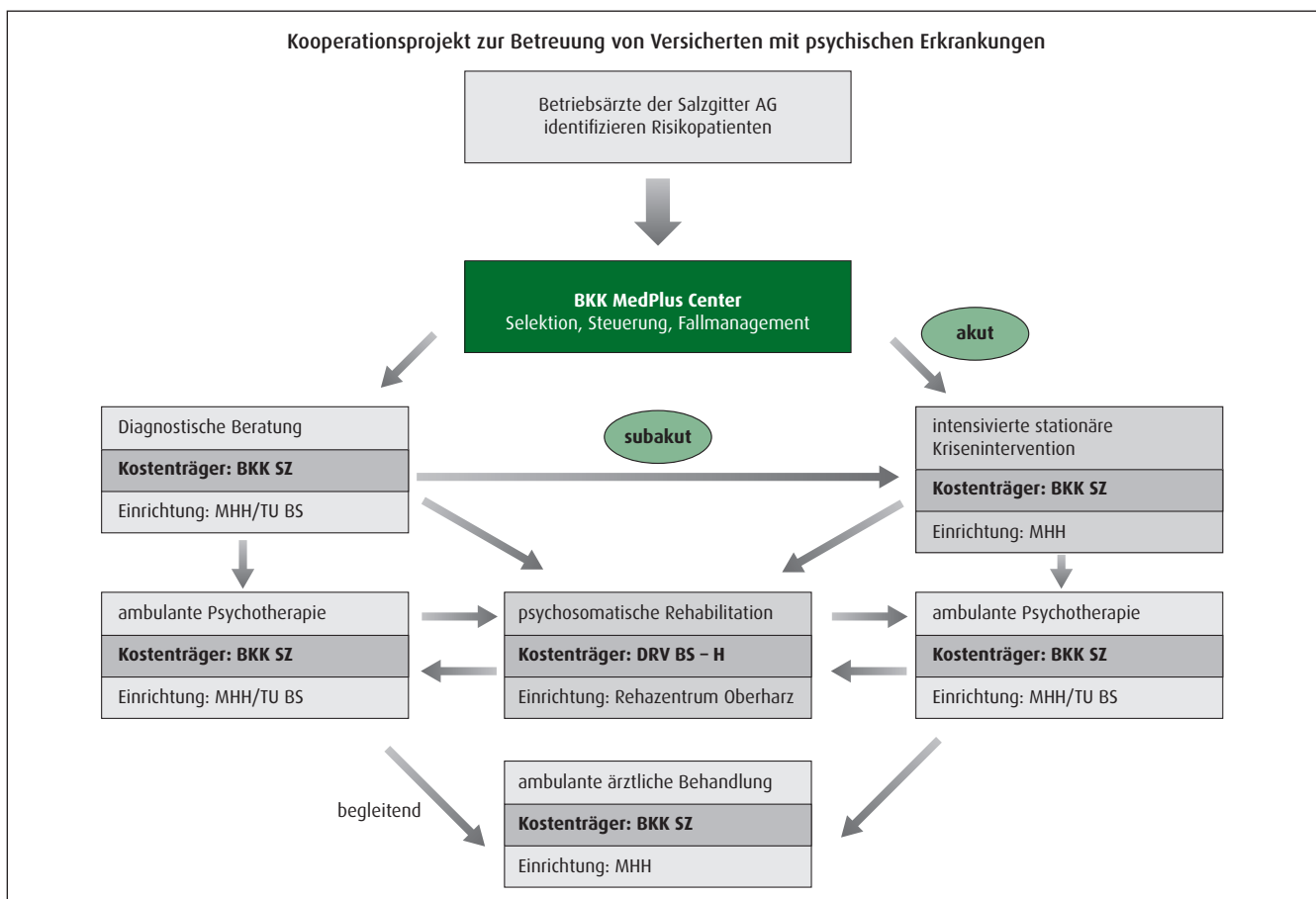


Abb. 7.4: Das modulare Angebot bei psychischen Erkrankungen (BKK Salzgitter)

empfohlenen Maßnahmen (z.B. Physiotherapie, Zielvereinbarungsgespräch mit dem Vorgesetzten, Schuldnerberatung) erläutert werden. Abschließend werden erste Schritte angeregt und eingeleitet (z.B. Informationsvermittlung über Regeln zur Schlafhygiene, Aufbau angenehmer Aktivitäten, Entspannungsverfahren). Mit dem Einverständnis des Mitarbeiters gehen die schriftlichen Empfehlungen an die Fall-Manager; einen ausführlichen Bericht erhalten die Betriebsärzte oder andere Personen, für die der Mitarbeiter eine Zustimmung gegeben hat. Bei ca. 40 Prozent der Fälle wurde diese Beratung als ausreichend empfunden und keine weiteren Maßnahmen empfohlen, wobei immer das Angebot besteht, bei stärkeren Beschwerden wieder Kontakt zur Psychotherapieambulanz aufzunehmen. Bei etwa 60 Prozent der Probanden wird aufgrund der Diagnostik eine Psychotherapie empfohlen. In diesen Fällen gilt die gutachterliche Stellungnahme des Therapeuten für die BKK als bindende Therapieempfehlung, so dass die Psychotherapie (Verhaltenstherapie) umgehend genehmigt werden kann und der Versicherte innerhalb von 15 Tagen einen Therapieplatz erhält. Es bedeutet für die Betroffenen eine erhebliche Entlastung, so zeitnah eine Unterstützung zu erhalten.

In dem Fall, dass die ambulante Therapie nicht ausreichend ist, kann entweder kurzfristig eine intensiviertere Kurzzeitintervention in der Medizinischen Hochschule Hannover erfolgen oder über die DRV Braunschweig-Hannover das Rehabilitationsverfahren eingeleitet werden. Auch hier findet der schnelle Austausch zwischen Betriebsarzt, Therapeuten, Krankenkasse

und Rentenversicherungsträger statt. Sollte dann im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme eine Psychotherapie indiziert sein, kann diese in der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig durchgeführt werden.

Die Schmerzgruppe

Die Schmerzgruppe ist das jüngste „Kind“ in unserem Versorgungsprojekt. Aufgrund der Erfahrungen aus den oben beschriebenen, bereits installierten Modulen haben wir festgestellt, dass es für die Mitarbeiter, die an einer chronischen Schmerzstörung leiden, keine suffiziente ambulante Therapieempfehlung gibt, die arbeitsplatzbegleitend erfolgen kann. Wir haben daher, angelehnt an das Göttinger Rückenintensiv Programm (GRIP), eine eigene Schmerzgruppe ins Leben gerufen, die sich aus den folgenden Bausteinen zusammensetzt: Kernstück ist das psychoedukative Modul, das aus 8 Gruppentherapiesitzungen und 2 bis 4 Einzeltherapiesitzungen besteht. Geleitet wird die Psychoedukation durch eine Schmerztherapeutin der TU Braunschweig. Zusätzlich werden in zwei Sportmodulen und einem Yogamodul den Betroffenen wieder Ausdauer, Konzentration und Beweglichkeit vermittelt, die durch die Schmerzstörung zum großen Teil verloren gegangen sind. Die Therapie findet in einer Gruppe mit maximal zehn Teilnehmenden auf dem Werksgelände der Salzgitter AG statt und erfolgt arbeitsplatzbegleitend. Für die Teilnahme während der Arbeitszeit erfolgt eine Freistellung durch den Betrieb.

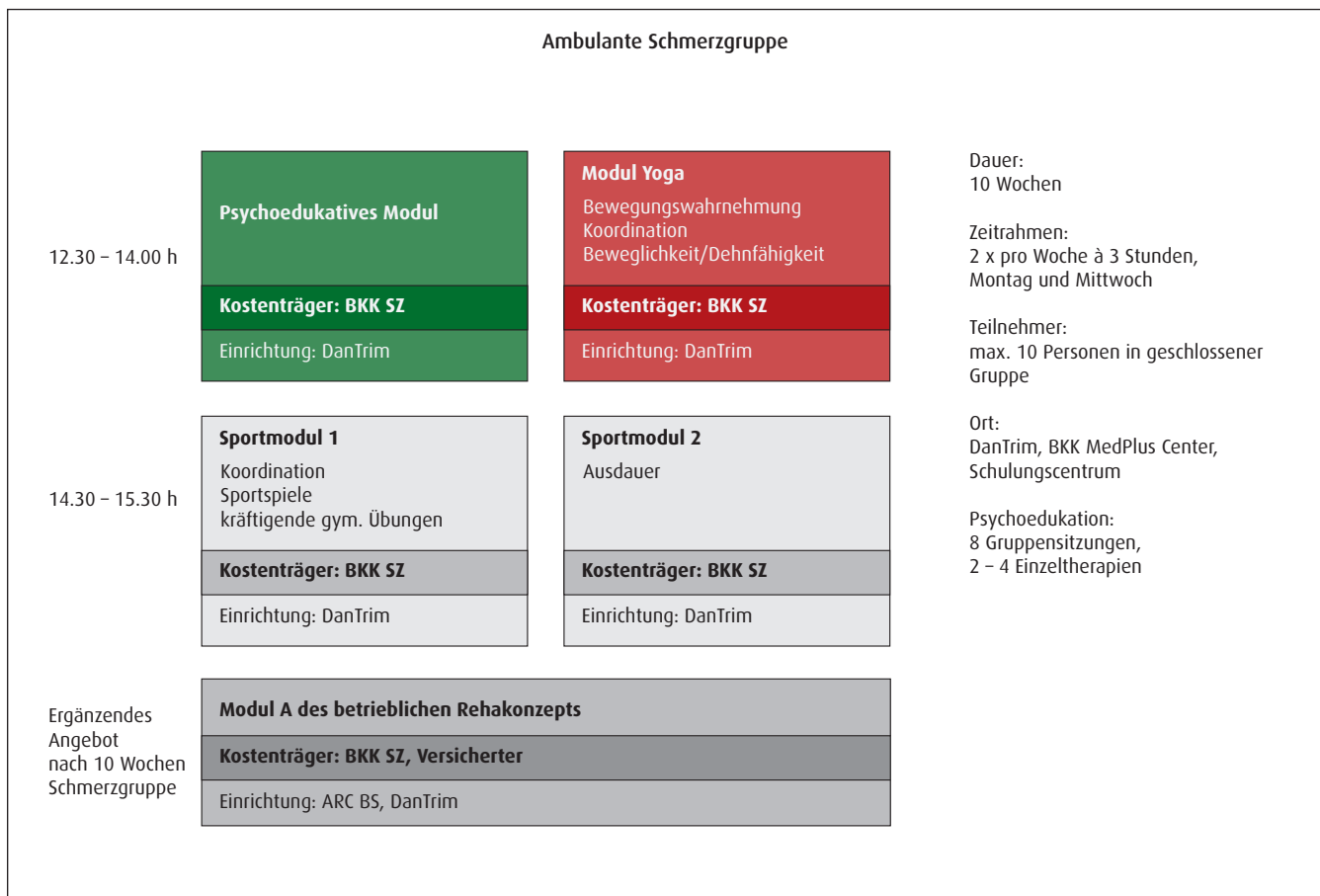


Abb. 7.5: Die Schmerzgruppe (BKK Salzgitter)

Fazit

Alle im vorausgehenden Text beschriebenen Maßnahmen befinden sich in der Umsetzung, werden gelebt und sind zum Teil seit Jahren fester Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements der Salzgitter AG. Weitere Projektbausteine befinden sich in Planung, um die Palette der Unterstützungsangebote für erkrankte Mitarbeiter noch zu erweitern. Insgesamt haben wir in den einzelnen Modulen bis heute ca. 350 Konzernmitarbeiter versorgt. Die Projekte in den Betrieben stoßen auf zunehmendes Interesse bei der Belegschaft. Besonders beim Angebot für psychische Erkrankungen muss man erfreulicherweise feststellen, dass es mit einer sehr hohen Akzeptanz belegt ist. Die Betroffenen scheinen regelrecht erleichtert darüber zu sein, dass ihnen mit diesem Angebot eine konkrete Unterstützung präsentiert wird.

Die Evaluation erfolgt durch die TU Braunschweig, die Arbeitsmedizin der Salzgitter AG und die BKK Salzgitter. Die Ergebnisse sollen zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht werden.

Was läuft gut? – Erfolgsfaktoren

- Als entscheidender Faktor hat sich die Integrität und das Commitment der handelnden Personen erwiesen. Trotz individueller Perspektiven und berechtigter Interessen behalten die Kooperationspartner jederzeit das gemeinsame Ziel – die Genesung und ggf. Wiedereingliederung des Mitarbeiters im Auge. Persönliche Eitelkeiten haben angesichts der engen Zusammenarbeit keinen Platz!

- Die enge regionale Vernetzung ermöglicht Angebote in der unmittelbaren Nähe des Patienten. Dies erhöht die Compliance der Patienten erheblich. Zudem können weitere Leistungserbringer in der Region rasch eingebunden werden, was die Flexibilität des Gesamtkonzeptes erhöht.
- Die beschriebene „mehrgleisige“ Identifikation der Mitarbeiter, die von unseren BGM-Maßnahmen profitieren können, hat sich bewährt. Einerseits erhält der Betriebsarzt im persönlichen Gespräch ggf. sehr frühzeitig wertvolle Hinweise, andererseits erlauben die EDV-gestützten Verfahren der BKK solche Mitarbeiter zu erkennen, die sich nicht (oder nur selten) Vorsorgeuntersuchungen beim Betriebsarzt unterziehen. Die Etablierung einer konzerninternen Integrationsmanagerin, die eine qualifizierte Sozial-, Sucht- und Schuldnerberatung anbieten kann, hat uns erneut die enge Verzahnung von psychischen, physischen und sozialen Problemen vor Augen geführt. Erst wenn Informationen zu allen diesen Facetten psychosozialer und somatischer Probleme in einer Person zusammengeführt werden, kann eine sinn- und effektvolle Maßnahmenplanung erfolgen, die dann auch aus der Perspektive des Betroffenen die zutreffenden Prioritäten setzt. Unserer Meinung nach kann eine Integrationsmanagerin gerade angesichts der Sensibilität der aggregierten Informationen nicht in einer Personalabteilung angesiedelt sein, sondern muss einem Bereich zugeordnet sein, der einer besonderen Vertraulichkeit verpflichtet ist.
- Mit Arbeitgeber, BKK, betriebsärztlichem Dienst, DRV und weiteren Leistungsanbietern sind alle relevanten „Player“ am Start. Irritationen oder Hindernisse können sehr schnell

ausgeräumt werden. Neue Ideen kommen so rasch in die Umsetzung. Das Programm wird permanent kritisch geprüft und weiterentwickelt.

- Die Vertretung der BKK durch eine in der Sozialmedizin erfahrene, regional verankerte Ärztin hat das Programm an entscheidenden Stellen vorangebracht. Zum einen verfügt sie über hervorragende persönliche Kontakte, zum anderen ist ihr die betriebsärztliche Perspektive nicht fremd. Die Stabsstelle ermöglicht über einen direkten Kontakt zur Geschäftsführung der BKK, dass verbindliche Entscheidungen sehr rasch getroffen werden können.
- Die enge, persönliche Fallführung durch die Fall-Manager der BKK Salzgitter ist ein nicht zu unterschätzender Erfolgsfaktor für die Nachhaltigkeit der beschriebenen Projekte.
- Die BKK Salzgitter engagiert sich als geschlossene, dem Salzgitter Konzern damit aufs Engste verbundene Betriebskrankenkasse sowohl als Kostenträgerin als auch als Organisationspartnerin in erheblichem Maße.
- Der enge Bezug zum Arbeitsplatz (z.B. durch Arbeitsplatzbeschreibungen, Einsatz betrieblicher Physiotherapeuten und Videotechnik, Verwendung der EFL-Testung) überzeugt Arbeitgeber wie Arbeitnehmer vom Sinn der einzelnen Maßnahmen.
- Unbestreitbare Erfolge wie die 65-prozentige Reduktion der Fehlzeiten durch die aMTT erzeugen die notwendige Akzeptanz bei den Entscheidern der Salzgitter AG sowie der BKK.
- Selbstverständlich erhöht die Existenz zweier konzerneigener Fitnesscenter durch die Nähe zu den Arbeitsplätzen die Compliance bei der Aufnahme eigeninitiativer Trainings.
- Die wissenschaftliche Begleitung durch das Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Paracelsus-Klinik sowie die

Psychotherapieambulanz der TU-Braunschweig liefert immer wieder wertvolle Hinweise zur Evaluation der Maßnahmen und damit auch zur Projektsteuerung.

- Nicht zuletzt ist die Salzgitter-AG im deutschen Netzwerk „Unternehmen für Gesundheit“ vertreten. Durch den regen hochkompetenten Informationsaustausch konnten wichtige Impulse gesammelt und „Irrwege“ vermieden werden.

Verbesserungspotenziale

- Für die Zukunft wünscht sich das Autorenteam eine noch engere Verzahnung mit den Betrieben. Relevante Impulse kommen nur selten aus den betrieblichen Arbeitskreisen für Gesundheit. Der gegenseitige Informationsaustausch ist essentiell und muss deshalb weiter intensiviert werden.
- Die Gliederung des Konzerns in 29 Gesellschaften und die heterogene Infrastruktur machen die Übertragung von best-practice-Lösungen zu einer ständigen Herausforderung.
- Die Mehrfachbelastung der Kooperationspartner, die neben ihrer „Passion BGM“ auch zahlreiche Alltagsaufgaben zu bewältigen hatten, hat zuweilen zu Verzögerungen geführt, die wir als schmerzlich erlebt haben.
- Eine Optimierung der Evaluation der BGM-Maßnahmen wird unser Anliegen bleiben. Hier hoffen wir auf die Unterstützung von Experten in allen relevanten Gremien (DGAUM - Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, VDBW - Verband Deutscher Betriebs- und Werkärzte e.V., BKK-Bundesverband, BDA - Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände etc.).

8 Das Betriebliche Eingliederungsmanagement in der betrieblichen Praxis – das Profilvergleichsverfahren PVV

Dr. Werner Tilling

Daimler AG, Health & Safety (PER/HS)

Die Ausgangssituation

Die demografische Situation der erwerbstätigen Bevölkerung in Deutschland ist – analog der Entwicklung in den meisten Industrienationen – einem grundsätzlichen Wandel unterworfen. Die Arbeitnehmerschaft in Deutschland wird zunehmend älter. Im Jahre 2010 betrug das Durchschnittsalter der erwerbstätigen Bevölkerung in Deutschland 44 Jahre (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2011). Das Durchschnittsalter der Belegschaft der Daimler AG betrug 2009 42,5 Jahre, im Jahre 2019 wird dieses Durchschnittsalter voraussichtlich bei 47 Jahren liegen (Abbildung 8.1).

Es ist bekannt, dass insbesondere Erkrankungen des Bewegungsapparates mit steigendem Lebensalter in Zahl und Schwere der Erkrankung deutlich zunehmen. Der jährlich erscheinende Gesundheitsreport des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen stellt diesen Zusammenhang deutlich dar und zeigt

einen kontinuierlichen Zuwachs der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Erkrankungen des muskulo-skelettalen Systems mit zunehmendem Lebensalter (Abbildung 8.2).

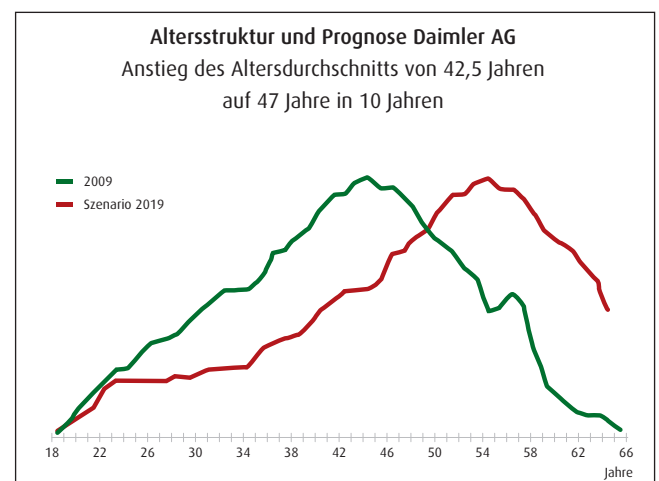


Abb. 8.1: Altersdurchschnitt der Belegschaft der Daimler AG

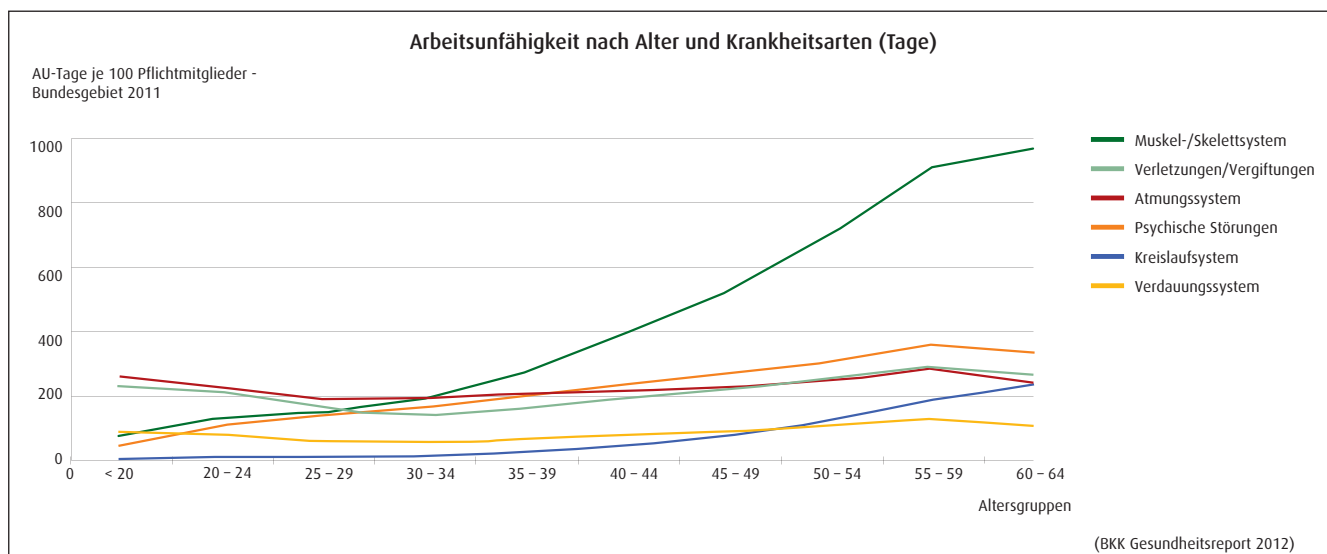


Abb. 8.2: Durchschnittliche AU-Tage pro 100 über Haupterkrankungsarten und Alterskategorien (BKK Gesundheitsreport 2012)

Die Auswirkungen dieser Entwicklung auf die produzierenden Gewerbe in Deutschland sind erheblich. Innerhalb der deutschen Industrielandschaft ist die Automobilindustrie mit einem traditionell hohen Anteil an körperlicher Tätigkeit in besonderem Maß betroffen. Es finden sich im beschriebenen Umfeld Arbeitstätigkeiten, welche zum Teil körperlich anspruchsvoll oder in taktgebundener Tätigkeit mit kurzer Taktzeit ausgeübt werden. Daher ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die oben beschriebenen gesundheitlichen Einschränkungen zu einer steigenden Zahl von Problemen bei der Einsetzbarkeit in der konkreten Arbeitsplatzsituation führen.

Im Umfeld von zunehmender Globalisierung und immer stärker werdendem Wettbewerb steigt zum einen der Kostendruck kontinuierlich an, zum anderen lässt ein zu erwartender Mangel an qualifizierten Arbeitskräften die Rahmenbedingungen in den kommenden Jahren immer enger werden. Aus diesem Grund sind in den Unternehmen alternative Lösungswege gefragt, um eine älter werdende Belegschaft adäquat einzusetzen. Hierbei kann der fähigkeitsgerechte Mitarbeiterinsatz auch vor dem Hintergrund von Produktivitätssteigerung und Qualitätssicherung eine entscheidende Rolle spielen.

Die Daimler AG hat mit dem Profilvergleichsverfahren (PVV) ein IT-basiertes System entwickelt, um den Mitarbeiterinsatz standardisiert und nach objektiven Kriterien sicherzustellen. Das PVV verfolgt als Baustein des Integrationsmanagements der Daimler AG das Ziel, einen fähigkeitsgerechten und wertschöpfenden Personaleinsatz bei Mitarbeitern mit gesundheitlichen Einschränkungen zu gewährleisten. Die Zielgruppe in der Anwendung des PVV sind Mitarbeiter aus der Produktion und aus produktionsnahen Bereichen mit schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die voraussichtlich länger als 6 Monate anhalten.

Die Entwicklung des IT-Systems zum Profilvergleichsverfahren

Der Entschluss zur Entwicklung eines IT-Systems PVV basiert auf positiven Erfahrungen mit dem Einsatz eines Verfahrens auf

der Grundlage dieser Systematik im Realbetrieb. So wurden frühere Versionen dieses im weiteren Beitrag beschriebenen Profilvergleichsverfahrens bereits seit 2002 im Lkw-Werk Würth erfolgreich zum Einsatz gebracht, jedoch ohne Integration in eine IT-Umgebung. In gezielter Weiterentwicklung konnte nun das IT-System an die Bedürfnisse weiterer deutscher Produktionsstandorte der Daimler AG angepasst werden.

Hierzu arbeitete ein Entwicklungsteam, bestehend aus den Spezialisten der Produktionscenter, der Personalabteilung, des Bereiches Health & Safety, der Unternehmens-IT und externen Softwareentwicklern in kontinuierlicher Abstimmung mit der Arbeitnehmerversammlung, eine speziell auf die Bedürfnisse des Konzerns und seiner unterschiedlichen Produktionsgegebenheiten abgestimmte Softwarelösung aus.

Das Profilvergleichsverfahren im Einzelnen

Das Fähigkeitsprofil

Vor der Einführung des Profilvergleichsverfahrens wurden bei der arbeitsmedizinischen Beurteilung von dauerhaft gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeitern sogenannte Einsatzbeschränkungen festgelegt. Mithilfe konkreter negativer Formulierungen wurden im Sinne einer Stellungnahme Eigenschaften der Arbeit beschrieben, die aus arbeitsmedizinischer Sicht nicht empfohlen werden konnten. Als Beispiel sei hier erwähnt: „Keine Tätigkeit in dauerhaft gebückter Haltung“ oder „Keine Tätigkeit mit regelmäßigem Anheben von Lasten schwerer 10 kg aus Bodenhöhe“.

Im Gegensatz dazu werden im PVV die physiologischen Fähigkeiten des Mitarbeiters ganzheitlich positiv formuliert. Die Erstellung des Fähigkeitsprofils wird durch den Werksarzt vorgenommen. An dieser Stelle ist zu bemerken, dass eine Fähigkeitsprofilerstellung nur mit der schriftlichen Einwilligung durch den Mitarbeiter erfolgt.

So bewertet der Werksarzt im Fähigkeitsprofil die folgenden Hauptmerkmale, die wiederum in weitere Untereinheiten differenziert sind:

Fähigkeitsprofil	
Name, Vorname:	Bemerkung Arzt:
Untersuchungsdatum:	Sitzgelegenheit erforderlich <input type="checkbox"/> Sitzarbeitsplatz erforderlich <input type="checkbox"/>
Befristung Profil (Prognose) unbefristet <input type="checkbox"/>	Arbeitsplatz mit Sichtkontakt zu Kollegen erforderlich <input type="checkbox"/>
(1) Körperhaltungen	
Bein-System	
Stehen	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Sitzen	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Kriechen	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Hocken	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Gehen	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Steigen	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Wirbelkolum	
a) Biegung	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
gebückt 20° - 60°	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
gebückt >60°	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
b) Torsion >30°	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
c) seitliche Rumpfhöhe >20°	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Schulter-Arm-System (Überkopf)	
Re. Arm über Schulterhöhe >90°	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Li. Arm über Schulterhöhe >90°	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Re. Arm Überkopf > 132° (Streckung der Halswirbelkolum)	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Li. Arm Überkopf > 110° (Streckung der Halswirbelkolum)	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
(2) Aktionskräfte/Körperteilbewegungen	
Hand-Arm-Finger-System (Teil 1)	
Re. leichter Druck durch Fingerhand (bis 40N)	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Li. leichter Druck durch Fingerhand (bis 40N)	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Re. erhöhter Druck durch Fingerhand (>40N) bzw. Kraftbeständiges Greifen	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Li. erhöhter Druck durch Fingerhand (>40N) bzw. Kraftbeständiges Greifen	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>

Abb. 8.3: Fähigkeitsprofil

- Körperhaltungen, wie z. B. die des Beinsystems
- Aktionskräfte/Körperteilbewegungen, z. B. innerhalb des Hand-Arm-Finger-Systems
- Manuelles Handhaben von Lasten (Teile/Werkzeuge)
- Wahrnehmen von Informationen, z. B. Sehen, Hören, Sprachverständnis
- Umgebungseinflüsse, z. B. Lärm
- Arbeitsorganisation, z. B. Taktbindung

Als Bezugsgröße dient eine definierte Skala körperlicher Fähigkeiten (Abbildung 8.3).

Die quantitative Ausprägung wird in einem festen Stufenschema ausgedrückt, welches einen Prozentrang von 0 bis 100 im Vergleich zu einem gesunden Mitarbeiter durchschnittlicher Leistungsfähigkeit ausweist. Ergänzt wird diese Skala um weitere Eigenschaften, auf die gesundheitliche Faktoren wesentlichen Einfluss haben, wie zum Beispiel unterschiedliche Schichtarbeitsmodelle, der Umgang mit Gefahrstoffen, der Einsatz in Fahrbahnnahe, an schnell laufenden Maschinen oder in Fahrtätigkeiten. So entsteht ein umfassender Eindruck der gesamten Fähigkeiten eines Mitarbeiters. Dies hat in der Praxis mehrere Vorteile. So minimiert sich zum einen die Gefahr der Fokussierung auf ein einzelnes Symptombild unter Vernachlässigung der Gesamtsituation des Mitarbeiters. Zum anderen lässt sich ein motivierender Effekt durch die positive Art der Formulierung erzielen. Wir benennen, was der Mitarbeiter kann, statt zu beschreiben, welche Defizite der Mitarbeiter aufweist.

Anforderungsprofil	
Werk, Werkstatt, Standort (Halle):	Datum (Änderungsstand):
Tätigkeitsbezeichnung:	Qualifikation:
Beschreibung:	Besonderheiten:
(1) Körperhaltungen	
Bein-System	
Stehen	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Sitzen	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Kriechen	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Hocken	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Gehen	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Steigen	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Wirbelkolum	
a) Biegung	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
gebückt 20° - 60°	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
gebückt >60°	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
b) Torsion >30°	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
c) seitliche Rumpfhöhe >20°	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Schulter-Arm-System (Überkopf)	
Re. Arm über Schulterhöhe >90°	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Li. Arm über Schulterhöhe >90°	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Re. Arm Überkopf > 132° (Streckung der Halswirbelkolum)	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Li. Arm Überkopf > 110° (Streckung der Halswirbelkolum)	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
(2) Aktionskräfte/Körperteilbewegungen	
Hand-Arm-Finger-System (Teil 1)	
Re. leichter Druck durch Fingerhand (bis 40N)	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Li. leichter Druck durch Fingerhand (bis 40N)	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Re. erhöhter Druck durch Fingerhand (>40N) bzw. Kraftbeständiges Greifen	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>
Li. erhöhter Druck durch Fingerhand (>40N) bzw. Kraftbeständiges Greifen	ne <input type="checkbox"/> geringst <input type="checkbox"/> zstba <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> übera <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/>

Abb. 8.4: Anforderungsprofil Arbeitsplatz

Das Arbeitsplatzanforderungsprofil

In der gleichen Systematik werden sämtliche Arbeitsplätze in den ins System integrierten Werkbereichen oder Werken erfasst und katalogisiert. Die Charakterisierung der Arbeitsplätze wird in ein Dokument übernommen, welches inhaltlich und hinsichtlich des optischen Erscheinungsbildes dem des Fähigkeitsprofils entspricht (Abbildung 8.4).

Diese in Quantität und Qualität anspruchsvolle Tätigkeit der Arbeitsplatzprofilierung wird durch ein Team entsprechend geschulter, langjährig erfahrener Führungskräfte und Spezialisten aus den jeweiligen Produktionsbereichen in Zusammenarbeit mit einem abteilungsübergreifend agierenden Expertenteam, welches multidisziplinär zusammengesetzt ist, durchgeführt.

Da auf Seiten der Mitarbeiterfähigkeitsprofilierung und auf Seiten der Arbeitsplatzanforderungsprofilierung durchgehend die gleiche Logik verwendet wird, gelingt eine systematisch saubere Gegenüberstellung der Fähigkeiten des Mitarbeiters und der Anforderungen des Arbeitsplatzes. So entsteht eine Transparenz, welche die Akzeptanz des Verfahrens in der Anwendung erhöht.

Der Profilvergleich

Das Kernstück des Verfahrens ist der Profilvergleich, das sogenannte Matching. Hierbei prüft eine speziell programmierte Software die Übereinstimmung des Fähigkeitsprofils eines Mitarbeiters mit allen Arbeitsplatzprofilen eines definierten Bereiches und gibt Zahl und Art der Übereinstimmungen

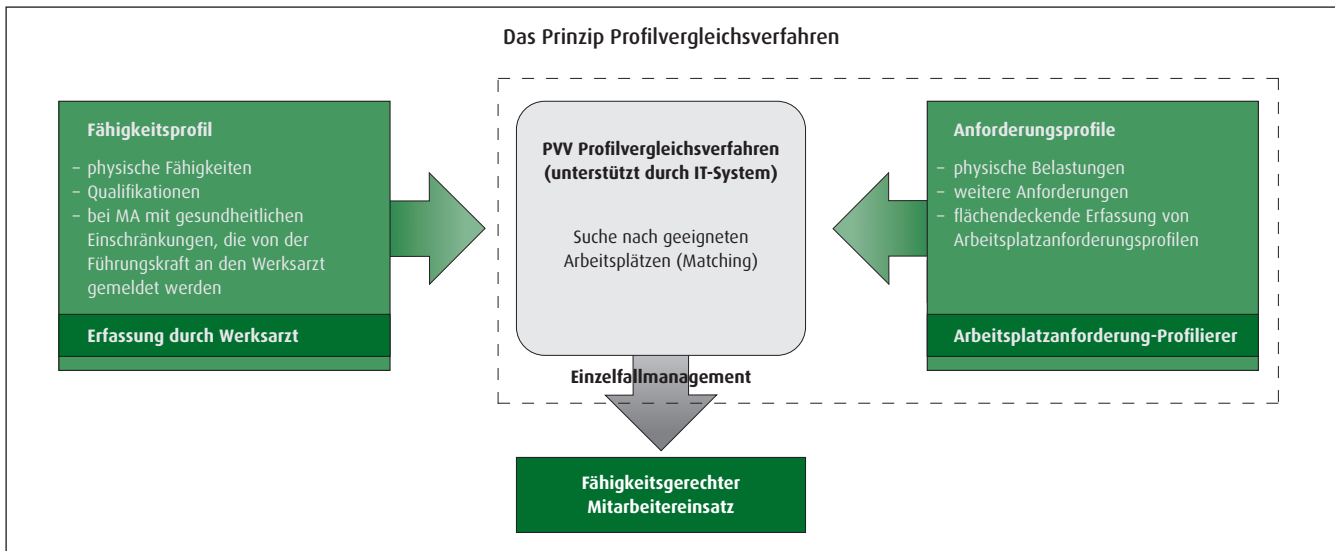


Abb. 8.5: Das Prinzip Profilvergleich

tabellarisch aus. Dabei kann der Toleranzbereich, mit welchem die Suche abläuft, mehrstufig definiert werden.

Da dieser Teil des PVV den vertrauensvollen Umgang mit sensiblen Mitarbeiterdaten voraussetzt, wurde in einem Abstimmungsprozess mit Datenschutzexperten und dem Betriebsrat definiert, welche Mitarbeiter Zugang zum System haben. Dabei beschränkt sich der Personenkreis auf die Führungskraft, den zuständigen Betriebsrat sowie den Fehlstandsmanager.

Das Ergebnis dieses Matchingprozesses zeigt nun für alle beteiligten Akteure transparent eine Rationale auf, mit deren Hilfe sowohl den beteiligten Führungskräften als auch dem direkt betroffenen Mitarbeiter die Sinnhaftigkeit eines Arbeitsversuches visualisiert werden kann (Abbildung 8.6).

Die Suche wird grundsätzlich ausgehend vom bisherigen Stammarbeitsplatz des betreffenden Mitarbeiters gestartet. Das heißt, in einem ersten Schritt wird das Matching innerhalb der ursprünglichen Meisterei des Mitarbeiters durchgeführt. Falls sich dort keine passenden Übereinstimmungen identifizieren lassen, wird auf der nächsthöheren, der Teamleiterebene, und danach in einem folgenden Arbeitsgang in der eigenen Abteilung gesucht. Erst danach wird bei fehlender Übereinstimmung in anderen Werkbereichen, sogenannten Centern, ein Matching durchgeführt. So ist der möglichst stammarbeitsplatznahe Einsatz der Mitarbeiter sichergestellt.

Selbstverständlich gilt auch im Rahmen des Profilvergleichsverfahrens die ärztliche Schweigepflicht. Das bedeutet, dass die Erstellung des Fähigkeitsprofils ausschließlich im Interesse des Mitarbeiters geschieht und Daten weder innerhalb noch außerhalb des Unternehmens weitergegeben werden.

Fazit

Das PVV stellt in seiner Anwendung ein objektives und nachvollziehbares Verfahren für Mitarbeiter, Führungskräfte und die Expertenfunktionen dar. In enger Zusammenarbeit mit den Produktionsbereichen, der Personalabteilung, den internen und

externen IT-Partnern und der Arbeitnehmervertretung wurde auf Basis eines feingranularen, kontinuierlichen Abstimmungs- und Weiterentwicklungsprozesses ein Instrument der betrieblichen Wiedereingliederung entwickelt. Es stellt einen Mehrwert für Mitarbeiter und Unternehmen dar.

Damit demonstriert die Daimler AG, wie wichtig die soziale Verantwortung für ihre wertvollste Ressource ist: für ihre Mitarbeiter.

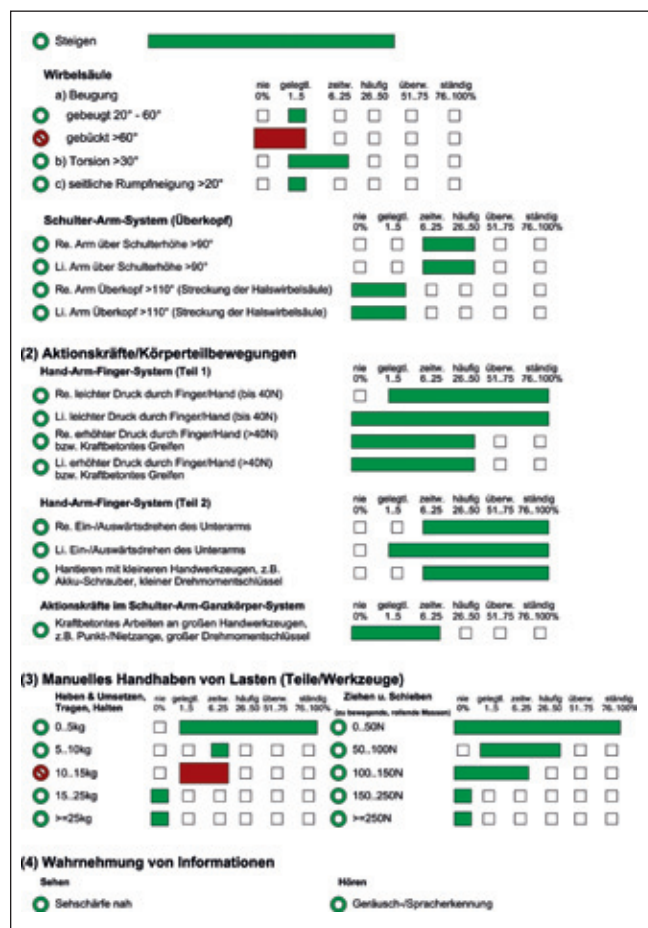


Abb. 8.6: Screenshot Profilvergleich: Beispiel Matching-Ergebnis

9 BEM in Deutschland: Verbreitung, Erfahrungen und Perspektiven – ein Fazit

Karsten Knoche, Dr. Reinhold Sochert

BKK Bundesverband

Verbreitung des BEM in Deutschland

Nach wie vor besitzt das Betriebliche Eingliederungsmanagement einen relativ geringen Bekanntheits- und einen noch geringeren Verbreitungsgrad. Die vorliegenden Zahlen zeichnen zwar kein homogenes Bild, lassen aber Trends erkennen:

- Die Mehrheit der Großunternehmen hat BEM bereits thematisiert, ebenso wie rund die Hälfte der mittelgroßen Betriebe.
- Kein großes Thema ist BEM hingegen bei den Kleinunternehmen, hier liegt der Bekanntheitsgrad bei rund 30 Prozent.

Dabei bedeutet „kennen“ keineswegs, dass das BEM auch umgesetzt wird. Je nach Untersuchung und Studie reichen die Umsetzungszahlen von knapp 70 Prozent bei Großunternehmen bis hin zu weniger als 10 Prozent bei Klein- und Kleinstunternehmen. Damit besteht vor allem bei den Letztgenannten Handlungsbedarf, stellen doch solche Unternehmen mit rund 80 Prozent nicht nur den Löwenanteil in Deutschland, sondern sind hier auch über 40 Prozent aller Erwerbstätigen beschäftigt. Relativierend muss allerdings angemerkt werden, dass Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als 6 Wochen Dauer (und die damit das BEM-Verfahren auslösen) recht selten sind. Entsprechend ist die statistische Wahrscheinlichkeit für einen BEM-Fall in einem Großunternehmen viel größer als in einem Klein- oder Kleinstbetrieb. Es ist also durchaus möglich, dass viele Kleinunternehmen noch keinen BEM-Fall hatten und folglich das BEM auch nicht umgesetzt haben.

Hemmende und fördernde Faktoren

Trotz dieser statistischen Relativierung dürfte es der Realität entsprechen, was die überbetrieblichen Projektbeteiligten konstatieren: Kleine Unternehmen haben im Vergleich zu größeren mehr Handlungs- und Informationsbedarf in Sachen BEM. Als Ursachen dafür werden auch strukturelle Gründe identifiziert. Ähnlich wie beim Arbeits- und Gesundheitsschutz insgesamt fällt es größeren Unternehmen nach Einschätzung der überbetrieblichen BEM-Akteure sehr viel leichter als Kleinbetrieben, ihren Aufgaben im Bereich Eingliederungsmanagement erfolgreich nachzukommen. Verantwortlich für diese bessere Bewältigung sind die hier bereits vorhandenen Strukturen und Personalressourcen, die ein systematisches Umsetzen des BEM begünstigen. Nach den Erfahrungen der Reha-Träger fehlen hingegen insbesondere bei Kleinbetrieben häufig sowohl das Gesundheitsmanagement wie auch der Betriebsrat und die Behindertenvertretung, was die Einleitung und Durchführung des BEM erschwert. Dabei sind sich Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie die Integrationsämter darin einig, dass sie als externe Dienstleister hier die Aufgabe haben, die Betriebe bei der Initiierung und Durchführung des BEM zu unterstützen. Ein Beispiel, wie das gehen

kann, ist das in diesem iga-Report angesprochene Projekt „Gesunde Arbeit“, an dem u. a. auch die Deutsche Rentenversicherung Westfalen (DRV Westfalen) und die DGUV beteiligt waren. Im Rahmen dieses Projekts sind 5 Regionalstellen eingerichtet worden, die insbesondere für KMU die Koordination von Beratungsleistungen zum Thema Beschäftigungsfähigkeit und hier besonders zum BEM übernommen haben.

Ein weiterer Grund für die noch nicht zufriedenstellende Umsetzung des BEM ist nach Ansicht der Projektbeteiligten der häufig noch festzustellende Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Qualität des konkreten BEM-Verfahrens in den Betrieben. Insbesondere die Information der Betroffenen sowie die Transparenz des Verfahrens können nach den Erfahrungen der überbetrieblichen BEM-Akteure in vielen Unternehmen weiter optimiert werden. Diesem Aspekt sollten Arbeitgeber größere Aufmerksamkeit widmen, da sich hier gemachte Fehler schnell auf die Akzeptanz des BEM insgesamt und auf die Bereitschaft der Beschäftigten auswirken, einem BEM-Verfahren zuzustimmen. Nach Einschätzung der Fachleute kommt deshalb der professionellen und qualitativ hochwertigen Unterstützung und Beratung der Unternehmen gleich zu Beginn bei der Einführung des BEM eine große Bedeutung zu, da sich Fehlentwicklungen zu diesem frühen Zeitpunkt später nur schwer korrigieren lassen. Für die überbetrieblichen Akteure stellt sich damit weiterhin die Aufgabe der Qualitätssicherung hinsichtlich Beratung und Begleitung in Sachen BEM; möglich wird diese z. B. durch die Qualifizierung des Beratungspersonals. Praktische Beispiele dafür und erste Erfahrungen dazu finden sich in diesem iga-Report.

Größtes Hemmnis für das Zustandekommen eines BEM-Verfahrens ist nach den Erfahrungen der am Projekt beteiligten Erbringer von Rehabilitationsleistungen die fehlende Bereitschaft der anspruchsberechtigten Beschäftigten, sich überhaupt betreuen zu lassen. Ursächlich verantwortlich dafür ist in erster Linie mangelndes bzw. fehlendes Vertrauen zwischen dem Arbeitgeber auf der einen Seite und den Beschäftigten sowie deren Interessenvertretungen auf der anderen Seite. Wenn der Beschäftigte den Eindruck hat, dass seine Gesundheitsdaten, die er im BEM-Verfahren ein Stück weit preisgibt, zu anderen Zwecken genutzt werden als den im BEM vorgesehenen, findet im Regelfall kein BEM-Verfahren statt. Denn obgleich der Beschäftigte keine Angaben über die Diagnose machen muss, erhält der Arbeitgeber weitreichenden Einblick in die gesundheitliche Situation des betroffenen Mitarbeiters, die er selbstverständlich „insgeheim“ auch zum Nachteil des Beschäftigten nutzen kann. Insofern muss die Schaffung von Vertrauen für Arbeitgeber an erster Stelle stehen. Dabei sollte beim betroffenen Beschäftigten die Botschaft ankommen, dass es dem Unternehmen um seine Gesundheit ausschließlich aus Gründen der Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit geht. Die Erfahrungen der überbetrieblichen Projektbeteiligten jedenfalls sind eindeutig: Nach ihrer Erfahrung funktioniert das

BEM überall dort gut, wo Arbeitgeber und Arbeitnehmer fair miteinander umgehen. Dabei setzt Vertrauen auch und vor allem ein für alle Beteiligten transparentes Verfahren voraus. Hier zeigen die praktischen Erfahrungen, dass sich Offenheit lohnt: Bei Unternehmen, in denen Beispiele einer gelungenen Wiedereingliederung nicht nur existieren, sondern auch offensiv kommuniziert werden, wächst nachweislich das Vertrauen in das BEM.

Hilfreich im Sinne einer vertrauensbildenden Maßnahme ist nach Ansicht der Projektbeteiligten die strukturelle Verankerung des BEM im Unternehmen bzw. in der Behörde. Dabei ist es nicht zwingend notwendig, ein großes Integrationsteam zu installieren. Entscheidender ist nach Expertenmeinung vielmehr, dass ein fester Ansprechpartner existiert, der von allen Beteiligten – Arbeitgeber, Mitarbeitervertretung, Beschäftigte – akzeptiert wird. Als Voraussetzung für diese Akzeptanz werden von den überbetrieblichen Akteuren fundierte Kenntnisse in allen BEM-relevanten Bereichen, wie z. B. Arbeitsrecht, Datenschutz oder sozialrechtliche Aspekte, auf Seiten der Ansprechperson gesehen.

Grundsätzlich zeigen die Erfahrungen, dass in Unternehmen, in denen Strukturen oder Ansprechpersonen für die Bereiche Gesundheit und/oder alternde Belegschaften vorhanden sind, die Umsetzung des BEM höher ist als dort, wo diese fehlen. Ebenfalls positiv auf die Umsetzung des BEM wirkt es sich aus, wenn Werks- bzw. Betriebsarzt und auch die Schwerbehindertenvertretung als Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus fördert es erfahrungsgemäß die Bereitschaft des Beschäftigten, an einem BEM-Verfahren teilzunehmen, wenn vorher eine Prognose gegeben werden kann, wie es hinterher um die Leistungsfähigkeit bestellt sein wird. Dafür – auch das zeigt die Praxis – ist die enge Kommunikation zwischen dem betroffenen Beschäftigten, dem Werks-/ Betriebsarzt sowie der Reha-Einrichtung bedeutsam. Letztere sollte beispielsweise frühzeitig wissen, wie der Arbeitsplatz aussieht, an den der Beschäftigte zurückkehren soll und welche Bedingungen ihn dort erwarten. Auf der anderen Seite ist es auch für den Arbeitgeber mit Blick auf die Planungssicherheit wichtig zu wissen, wie es um die Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters nach dem BEM-Verfahren bestellt ist und welche Einsatzmöglichkeiten sich im Anschluss anbieten.

Häufig – auch dies eine Erfahrung der überbetrieblichen BEM-Akteure – befürchten Personalverantwortliche, Fehler im BEM-Verfahren zu machen, was dazu führt, dass das BEM gar nicht erst begonnen wird. Dieser Personenkreis äußert auch häufig den Wunsch nach Checklisten, die das BEM-Verfahren möglichst detailliert vorgeben. Dass solche Checklisten dabei helfen können, ein BEM-Verfahren zu initiieren, darüber sind sich Projektbeteiligten ebenso einig wie über die Einschätzung, dass es das eine, allgemeingültige BEM-Verfahren nicht geben kann. Vielmehr muss jedes Unternehmen für sich und im Idealfall mit überbetrieblichen Partnern ein eigenständiges Eingliederungsmanagement entwickeln, das zum Unternehmen passt. Welches das sein kann, hängt ebenso von der Unternehmensgröße, der Branche und Region wie

auch von der Kultur ab, die im Unternehmen gelebt wird. Dabei sind sich die am Projekt beteiligten Institutionen ihrer Verantwortung als überbetriebliche Partner und Berater der Unternehmen durchaus bewusst. Denn wenn das entwickelte BEM nicht zum Unternehmen und seinem Profil passt, geht die Akzeptanz ebenso schnell verloren wie der Widerstand gegen das oktroyierte System wächst.

Fragt man die betrieblichen Partner des iga-Projekts nach den Erfolgsfaktoren für das BEM in ihren Unternehmen, so stehen bei der Salzgitter AG die Integrität und das Commitment der handelnden Personen an erster Stelle. Das Unternehmen konnte die Erfahrung machen, dass trotz individueller Perspektiven und auch trotz vorhandener Partikularinteressen immer das gemeinsame Ziel – die Genesung und ggf. Wiedereingliederung des Beschäftigten – bei allen Beteiligten an erster Stelle stand. Darüber hinaus wurde die enge regionale Vernetzung der Leistungserbringer positiv bewertet, wodurch Angebote in unmittelbarer Nähe des Rehabilitanden möglich wurden, was die Akzeptanz und das Interesse erhöhten. Aus Sicht des Unternehmens ist auch ein Blick auf die Ressourcenbereitstellung empfehlenswert. So hat es sich bewährt, eine Integrationsmanagerin zu etablieren, die eine qualifizierte Sozial-, Sucht und Schuldnerberatung anbietet. Dass diese nicht der Personalabteilung, sondern einem Bereich zugeordnet ist, der die Vertraulichkeit sichert, ist aus Sicht des Unternehmens unabdingbar für den Erfolg. Ebenfalls wichtig und nach Ansicht des Unternehmens bedeutsam für den Erfolg war die gelungene Beratung und Betreuung von Seiten der überbetrieblichen Partner. Nicht zuletzt betont das Unternehmen die hohe Bedeutung des möglichst engen Bezugs der im Rahmen des BEM durchgeführten Maßnahmen zum Arbeitsplatz. Im konkreten Fall haben die Arbeitsplatzbeschreibungen, der Einsatz betrieblicher Physiotherapeuten und Videotechnik sowohl Arbeitgeber wie auch Arbeitnehmer vom Sinn und Zweck der einzelnen Maßnahme wie auch vom gesamten BEM-Verfahren überzeugt.

Die Daimler AG nennt als wesentliche Erfolgsfaktoren bei der Einführung des Profilvergleichsverfahrens (PVV) Transparenz, Datenschutz und Mitarbeiterbeteiligung. So wurde das IT-Tool, das im Rahmen des BEM-Verfahrens eingesetzt wird, von einem Entwicklungsteam programmiert, das aus Spezialisten aus dem Produktionscenter, der Personalabteilung, dem Bereich Health & Safety sowie internen und externen Softwareentwicklern bestand. Für Transparenz und damit Erhöhung der Akzeptanz sorgte dabei die kontinuierliche Abstimmung mit der Arbeitnehmervertretung; diese war zu jedem Zeitpunkt informiert und konnte entsprechend frühzeitig Bedenken äußern, den Prozess mitgestalten und auch intervenieren. Ähnlich sorgfältig und damit vertrauensbildend wurde der Datenschutz organisiert. Dort, wo der sichere Umgang mit sensiblen Mitarbeiterdaten gewährleistet sein musste, legten Datenschutzexperten und Betriebsrat den Personenkreis fest, der Zugang zu den Daten bekommen sollte. Der Kreis beschränkte sich auf die Führungskraft, den zuständigen Betriebsrat sowie den Fehlstandsmanager. Nach Überzeugung des Unternehmens waren solche fairen und mitarbeiterorientierten Maßnahmen ausschlaggebend für den Erfolg dieses im Rahmen des BEM entwickelte und umgesetzte Projekt.

Was tun? – Perspektiven und Handlungsempfehlungen

Grundsätzlich lässt der Umsetzungsgrad des BEM in den Unternehmen – insbesondere bei den KMU – noch Wünsche offen. Das ist angesichts der weiteren demografischen Entwicklung und den damit zwangsläufig älter werdenden Belegschaften fahrlässig, steigt doch nicht nur das Risiko chronischer Erkrankungen nachweislich im Alter an, auch die Falldauer verlängert sich. Insofern ist einerseits präventives Handeln im Bereich Arbeitsgestaltung und Gesundheitsförderung in den Unternehmen notwendig, damit arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken möglichst minimiert werden. Auf der anderen Seite muss die Verbreitung und erfolgreiche Umsetzung des BEM stärker gefördert werden, damit gesundheitlich eingeschränkte Beschäftigte individuell unterstützt werden und so dem Arbeitsmarkt langfristig erhalten bleiben. Deshalb gilt es zunächst, das Instrument BEM bei den Unternehmen bekannter zu machen. Möglich wird das durch gezieltes Sozialmarketing, das sich an die überbetrieblichen, insbesondere aber an die betrieblichen Akteure mit dem Ziel richtet, für das BEM bzw. für den gesamten Themenkomplex „Gesundheit und demografischer Wandel“ zu sensibilisieren. In Frage kommen dafür alle öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen wie z. B. klassische Werbung in den Medien (Rundfunk, Printmedien), aber auch der Ausbau eines entsprechenden Internetportals, das von den überbetrieblichen BEM-Akteuren gemeinsam bespielt wird. Bestandteil dieses Portals könnte auch eine Datenbank sein, die Unternehmen mit einem besonders guten und innovativen BEM im Sinne von Best-Practice vorstellen. Unter diesen Unternehmen könnte in regelmäßigen Abständen ein öffentlichkeits- und werbewirksamer Preis ausgelobt werden, analog zu den bereits bekannten Preisen „Deutschlands Beste Arbeitsgeber“ oder „Deutscher Unternehmenspreis Gesundheit“.

Weiterhin ganz oben auf der Agenda der überbetrieblichen Akteure steht die Umsetzung des gesetzlichen Kooperationsauftrags in der Fläche. Projekte, wie beispielsweise das diesem iga-Report zugrundeliegende, fördern das vernetzte Arbeiten der Reha-Träger, sie generieren innovative Ideen zur erfolgreichen Umsetzung des BEM und helfen so letztlich den Unternehmen und Beschäftigten dabei, die Arbeits- und

Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten, wiederherzustellen oder auch zu verbessern.

Im Rahmen ihres Präventionsauftrages sollten die überbetrieblichen Akteure auch weiterhin jene gesundheitsrelevanten Strukturen in den Betrieben fördern, in die das BEM erfolgreich integriert werden kann. Es gilt nach wie vor, die Unternehmen vom Wert der Mitarbeitergesundheit zu überzeugen und sie bei ihren Initiativen in Sachen betrieblicher Gesundheitsförderung zu unterstützen – im Idealfall sollte Gesundheit als ein gleichwertiges Unternehmensziel neben Qualität, Kundenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit stehen. In einem solchen gesundheitsorientierten Umfeld lassen sich dann auch jene Voraussetzungen schaffen, die gesundes Altern sowie eine erfolgreiches BEM zulassen: ein mitarbeiterorientierter Führungsstil, transparente Entscheidungen auf allen Ebenen sowie eine vertrauensvolle und wertschätzende Kommunikations- und Unternehmenskultur.

Darüber hinaus scheint es für die Akzeptanz des Eingliederungsmanagements empfehlenswert, das BEM künftig mehr mit den Begriffen „Gesundheitsförderung“ und „Gesundheitsmanagement“ zu verknüpfen anstatt wie bisher den Blick eher auf arbeitsrechtliche Maßnahmen zu lenken. Letzteres ist bei vielen Unternehmen und Beschäftigten mit negativen Assoziationen verbunden, was der Sache nicht gerecht wird und die Verbreitung des BEM behindert. Sinnvoller ist es, das BEM als weiteren Baustein eines ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitskonzepts und -managements zu bewerben, mit dem Unternehmen ihre Attraktivität als Arbeitgeber am Arbeitsmarkt weiter erhöhen können. Denn so viel ist angesichts der demografischen Entwicklung und älter werdender Belegschaften sicher: Qualifizierter Nachwuchs wird sich künftig nicht mehr nur mit Geld und guten Worten rekrutieren lassen, stimmen muss vielmehr das Gesamtpaket. Und hier wird das Verständnis von Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement, das in einem Unternehmen herrscht, ebenso eine Rolle bei der Entscheidung für oder gegen ein Unternehmen spielen wie der Umgang mit älteren und auch erkrankten Beschäftigten. Unternehmen, die nachweislich belastbare Strukturen zur erfolgreichen Umsetzung des BEM etabliert haben, werden dann die Nase vorn haben im Wettbewerb um neue Hände und Köpfe.

10 Literatur

Adloch, U., Fankhaenel, K., Ihme, C., Magin, J. & Seel, H. (2010). Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (3. aktualisierte Auflage). Münster.

Alles, T. & Flach, T. (2011). Abschlussbericht des Projekts – Gesunde Arbeit – Teil C – Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Köln.

BFW Leipzig/BFW Sachsen Anhalt/BFW Bad Wildbad. (2010). Abschlussbericht des Projekts Gunda – Gesundheit und Arbeit

– Betriebliches Eingliederungsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen. Leipzig.

BKK Bundesverband (Hrsg.). (2011). BKK Gesundheitsreport 2012. Zukunft der Arbeit. Essen.

BKK Bundesverband (Hrsg.). (2012). BKK Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben. Essen.

- BMAS/BAuA. (2012). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2010. Verfügbar unter www.baua.de/suga
- Bödeker, W. (2008). Wettbewerbsvorteil Gesundheit, Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentung in Deutschland. Essen.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV). (2010). Integratives Beratungsnetzwerk – Betriebliches Eingliederungsmanagement – Abschlussbericht.
- Eggerer, R. & Kaiser, H. (2007). Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE. Nürnberg, Köln.
- Eggerer, R., Kaiser, H. & Jastrow, B. (2009). Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE – Weiterführung des Projekts EIBE 1. Nürnberg, München, Köln.
- Ernst, K.-F. (2011). SBV Guide – Praxisleitfaden, Schwerbehindertenvertretung. Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH). Wiesbaden: Universum Verlag.
- Freigang-Bauer, I., Gröben, F. & Barthen, L. (2011). Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen – Handlungsbedarf aus Sicht betrieblicher Akteure. Arbeitspapier 224. Düsseldorf: Hans Böckler-Stiftung.
- Gagel, A., Schian, H.-M., Kothe, W., Preis, U. & Welti, F. (2007). Aktuelle Rechtsprechung zur Bedeutung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement für den Kündigungsschutz – Diskussionsbeitrag Nr. 15/2007. Verfügbar unter www.iqpr.de (Zugriff am 16.03.2012).
- Giesert, M. & Wendt-Danigel, C. (2011). Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement. Arbeitspapier 199 (2. Auflage 2011). Hans Böckler-Stiftung.
- Hetzel, C., Flach, T., Weber, A. & Schian, H.-M. (2006). Zur Problematik der Implementierung des betrieblichen Eingliederungsmanagements in kleinen und mittleren Unternehmen. Gesundheitswesen, 68, S. 303-308.
- Huber, A., Stegmann, R. & Berger, J.-J. (2006). Gesundheitsprävention durch betriebliches Eingliederungsmanagement. Arbeitsfähigkeit erhalten und sichern (1. Auflage). Berlin.
- Hübner, B., Gröben, F. (2007). Beratungsbedarf und Beratungsstrukturen von KMU zu betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht überbetrieblicher Akteure. In F. Gröben, & I. Freigang-Bauer (Hrsg.). Analyse des Beratungsbedarfs betrieblicher Akteure und der verfügbaren Beratungsstrukturen im Themenbereich betriebliche Gesundheitsförderung. Karlsruhe, Eschborn.
- Ilmarinen, J., Tempel, J. (2002). Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hamburg.
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit. (2011). IAB-Kurzbericht 16/2011. Nürnberg.
- iqpr GmbH. (2011). Abschlussbericht des Projekts – Gesunde Arbeit. Köln.
- Mehrhoff, F. (2005). Zurück ins Berufsleben – Neue Aufgaben für die Prävention. bundesarbeitsblatt 8/9-2005, S. 19-21.
- Niehaus, M., Marfels, B., Vater, G., Magin, J. & Werkstetter, E. (2008). Entwicklung ganzheitlicher Maßnahmen und Instrumente zur Beschäftigungsförderung. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach §84 Abs. 2 SGB IX. Universität zu Köln.
- Paridon, C.M. (2009). BGAG-Report 3/2009 Betriebliches Eingliederungsmanagement und Unfallversicherung im aktivierenden Wohlfahrtsstaat. Berlin: Deutsche Unfallversicherung e.V.
- Statistisches Bundesamt. (2009). Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.
- Stegmann, R. (2007). Gute Integrationsarbeit in der Privatwirtschaft und im Öffentlichen Dienst – allgemeine Rahmenbedingungen, individuelles Fallmanagement und externe Vernetzung – Exemplarische Aufarbeitung der Integrations-, Präventions- und Rehabilitationsarbeit am Beispiel des § 84 SGB IX – Abschlussbericht.
- ZBFS, Zentrum Bayern Familie und Soziales. (2008). Betriebliches Eingliederungsmanagement nach dem SGB IX – Was Unternehmen tun können, um gesundheitlich eingeschränkte Mitarbeiter optimal einzusetzen.
- Zelfel, R.C., Alles, T. & Weber, A. (2011). Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen – Ergebnisse einer repräsentativen Unternehmensbefragung. Gesundheitswesen 2011/73, S. 515-519.

IMPRESSUM

Herausgeber

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

BKK Bundesverband
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
Mittelstrasse 51, 10117 Berlin

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

Autoren

Norbert Gödecker-Geenen, Thomas Keck, Karsten Knoche, Dr. Bernhard Koch, Wilfried Koletzko, Priv.-Doz. Dr. Christoph Kröger, Dr. Birgit Leineweber, Bernd Marquardt, Dr. Friedrich Mehrhoff, Prof. Dr. Mathilde Niehaus, Dr. Helga Seel, Dr. Reinhold Sochert, Dr. Werner Tilling, Gudrun Vater, Dagmar Vieregge, Sabine Winterstein

Layout

tk-kommunikation

Bild

Shutterstock, Anna Ismagilova

Initiative Gesundheit und Arbeit

Internet: www.iga-info.de
E-Mail: projektteam@iga-info.de

iga-Report 24
1. Auflage September 2013
ISSN: 1612-1988 (Printausgabe)
ISSN: 1612-1996 (Internetausgabe)

© BKK BV, DGUV, AOK-BV, vdek 2013

iga-Reporte können in kleiner Stückzahl kostenlos über projektteam@iga-info.de bezogen werden.