

07.11.2003

Datum

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0373  
vom 11.10.03  
15. Wahlperiode**

### **Stellungnahme des IQPR zum**

### **Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen“ – BT – Drucksache 14/1783 -**

In die Stellungnahme werden insbesondere einbezogen:

- ◆ Entwürfe gemeinsamer Empfehlungen nach den §§ 12 und 13 SGB IX, insbesondere:
  - zur Früherkennung
  - zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure
- ◆ Eckpunkte für ein Präventionsgesetz (Stand 13.08.2003)
- ◆ Rohentwurf des Berichtes zum Projekt „Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung“
- ◆ Unterlagen zum Integrations- (Dis- plus Ability-) Management in Unternehmen, z.B.:
  - Ford AG und IQPR (beispielhaft für Großunternehmen)
  - Kleinunternehmen mit MundA GmbH „Jupp Schmitz lässt nach“ (beispielhaft für Kleinunternehmen)
  - „Disability Management“, Hrgb. F. Mehrhoff, Gentner Verlag 2003

Der Entwurf des Gesetzes wird in seiner Definition von Problem- und Lösungsvorschlägen begrüßt. Nachfolgende Ausführungen zielen ab auf:

- ◆ Konkretisierende Vorstellungen zur Verbesserung der Umsetzung
- ◆ Verstärkung der im SGB IX beinhalteten Ansätze auf Behinderte und von Behinderung Bedrohte
- ◆ Verknüpfung von Prävention und Rehabilitation zu einem Gesundheitsmanagement in großen Unternehmen und für kleine und mittlere Unternehmen
- ◆ Konkretisierung der Verknüpfung von Leistungen und Beratung
- ◆ Betroffene als Partner im Eingliederungsmanagement
- ◆ Darstellung der Machbarkeit mit positiven messbaren Auswirkungen

Zu § 35

Wenn bei geeigneten Menschen mit Behinderungen die Zukunft in einer Modularität der Qualifizierung mit Schwerpunkt in der betrieblichen Ausbildung gesehen wird, so ist Kompetenz und Erfahrung der Einrichtung beruflicher Rehabilitation noch höher anzusetzen. Die zukünftigen Einrichtungen, die mit Reha-Assessment und Profiling zu beauftragen sind, müssen eng mit qualifizierten Bildungseinrichtungen zusammenarbeiten, damit im Rahmen eines Eingliederungsmanagements die Betroffenen auch realistisch vorbereitet, sie mit Kompetenzen, Selbstbewusstsein, Motivation und Qualifikation ausstattet werden.

Zu § 83

Punkt 5: „Betriebliches Eingliederungsmanagement und Gesundheitsförderung“ und Punkt 6: „Hinzuziehung des Werks- und Betriebsarztes“ sind tatsächlich unverzichtbar!

Konkretisierende Vorschläge:

Nach unserer Auffassung müssen diese beiden Punkte noch konkreter in den Entwürfen der gemeinsamen Empfehlungen zur frühzeitigen Erkennung von gesundheitlicher Problematik in Unternehmen einerseits und zur Kooperation anderer Beteiligten andererseits, aufgenommen werden.

Untermuert wird dies zusätzlich durch 2 b, zumindestens über Integrationsämter betriebliches Eingliederungsmanagement durch Prämien zu fördern. Nach unseren Erfahrungen ist dies sowohl für Klein- wie für Großunternehmen denkbar. – Jedoch:

Die Förderungsmöglichkeiten müssen allerdings an bestimmten messbaren Eckpunkten ansetzen, damit Unternehmen vergleichbar innerhalb unseres Landes gefördert werden können. Hierzu müssen in den gemeinsamen Empfehlungen Verfahren und Strukturen exakter benannt, und für Betriebe das Prämiensystem transparenter gemacht werden. Nur in der Prävention fahren Krankenkassen Modelle, während die Unfallversicherung ein geregeltes Bonus-Malus-System hat.

Der Gedanke des dahinter stehenden finanziellen Anreizes für Betroffene und Unternehmen ist absolut zu befürworten, bedarf aber konkreter Ausarbeitung.

Zu § 84

Er ist absolut zu befürworten, wobei hier sich präventive und rehabilitative Methodik deutlich überschneidet.

Konkreter Vorschlag:

Das betriebliche Eingliederungsmanagement soll in einer gesonderten Empfehlung konkretisiert werden. (Handlungsleitfaden, Datenlage, Auditierung)

Begründung:

Aus unseren früheren Anstrengungen in Kleinunternehmen, Menschen mit Behinderung einzugliedern (s. Broschüre der Bundesanstalt für Arbeit zur Eingliederung von Behinderten von 1989, die unter unserer Mitarbeit entstand) und des Projektes „Jupp Schmitz lässt nach“ aus 2003 in Kleinunternehmen durch die mit uns eng verbundene MundA GmbH (Dr. Christian Rexrodt, Prof. Frank Ramsauer) wissen wir, dass betriebliches Eingliederungsmanagement immer dann funktioniert, wenn klare Ansprechpartner benannt sind, ein „Organisator“ die Dinge in die Hand nimmt, die Prozesse beschreibt, die Aufgaben verteilt sind. Die wesentliche Vorziehung der Intervention, im Sinne sechs Wochen ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit, wird sehr begrüßt. Wie bekannt, gibt es noch weitere konkrete Anhaltspunkte, die signalisieren, dass Leistungsfähigkeit sich wandelt oder begrenzt wird. Einige Großunternehmen haben hier entsprechende „Frühwarnsysteme“ etabliert. Unternehmen, die im „Netzwerk Gesunde Unternehmen“ zusammengeschlossen sind, haben im Rahmen von Gesundheitsmanagement ganz ähnliche Instrumente im Sinne von Frühwarnsystemen (z.B. Befragung von Arbeitnehmer, Betriebsbegehung, Arbeitsplatzanalyse etc.) aufgebaut.

Fazit: Frühwarnsysteme müssen gemäß SGB IX mit präventiver Zielsetzung aufgebaut werden.

Grundsätzliche Anmerkungen:

Die historisch gewachsenen Strukturen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bis hin zu modernen Ansätzen der Gesundheitsförderung einerseits, wie auch das gegliederte System sozialer Sicherung mit sieben Rehabilitationsträgern andererseits, zergliedert das an sich hervorragende Leistungsangebot der Prävention und Rehabilitation für Betroffene wie für Unternehmen bis hin zur Undurchschaubarkeit.

Das Bestreben des Präventionsgesetzes und des SGB IX gleichermaßen ist es u.a. die Akteure, Träger, Beratungsdienste und auf gleicher Augenhöhe die Betroffenen und ihre Verbände zu einem Netzwerk zusammen zu fügen.

Die Entwicklungen im kurativen Sektor sind einzubeziehen. Dieser nimmt großen Einfluss auf die medizinische und berufliche Rehabilitation durch seine neue Entgeltstruktur (DRGs) und neue Versorgungsmodelle.

Dieser Herausforderung muss sich der Bereich der Prävention und Rehabilitation stellen:

Was benötigt er:

- ⇒ Eine Informationsplattform
- ⇒ Eine gemeinsame Sprache
- ⇒ Gemeinsame Vorstellungen von dem Begriff Gesundheit, Wohlbefinden – und! -, Behinderung
- ⇒ Gemeinsame Vorstellungen von betrieblichem Gesundheitsmanagement mit den Elementen von Gesundheitsförderung und Eingliederungsmanagement
- ⇒ Gemeinsame Instrumente, Verfahren und Methoden und Assessments
- ⇒ Ein Prinzip des Frühwarnsystems zur rechtzeitigen Erkennung von Handlungsbedarf
- ⇒ Klare Konzeptionen zur Beteiligung der Betroffenen
- ⇒ Handlungsempfehlungen für alle Akteure, kombiniert mit Fort- und Weiterbildungskonzeptionen, die die Akteure in die Lage versetzen, sich im Netz frei zu bewegen

Für Betroffene und Unternehmen ist Folgendes unbedingt notwendig:

- ⇒ Leistungen müssen „wie aus einer Hand“ funktionieren und transparent gemacht werden
- ⇒ In Unternehmen sind die Ansprechpartner bzw. ein Ansprechpartner des Vertrauens zu benennen
- ⇒ Für kleine und mittlere Unternehmen muss der Ansprechpartner extern gefunden werden
- ⇒ Die Beratungsdienste, insbesondere Integrationsfachdienste, die ja in ihren Kompetenzen begrüßenswerterweise ausgeweitet sind, müssen mit den Servicestellen, deren Kompetenzen in bestimmte Richtung zu erweitern sind, reibungslos kooperieren
- ⇒ Die Vielzahl der Angebote und Leistungen muss für alle transparent aufgearbeitet werden, diese Initiativen sind zu fördern.
- ⇒ Das Instrument der Integrationsvereinbarung sollte sogar noch weiter ausgebaut werden, als es begrüßenswerterweise schon im Entwurf der Fall ist.
- ⇒ Die finanziellen Anreize für Unternehmen wie Betroffene müssen gleichermaßen transparent sein.
- ⇒ Prämien und Bonus-Malus-Systeme müssen aus deutschen Verhältnissen heraus entwickelt werden.
- ⇒ Internationale Vergleichbarkeit sollte angestrebt werden.

Aus Kenntnis eigener Projekte und beispielhafter Vorhaben anderer Unternehmen halten wir Folgendes theseartig fest:

- ⇒ Transparente und akzentuierte Präventions- und Integrationsmanagementprogramme erhalten eindeutig die Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in mehrfacher Hinsicht. Welche Elemente dazu erforderlich sind, erläutert anliegende Abbildung aus dem Ford-FILM-Projekt und anliegender Artikel.
- ⇒ Der laufende Abgleich von Anforderungen der Arbeit mit Fähigkeiten, Kompetenzen, Eignung und Fertigkeit partizipativ beteiligter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist ein Grundsatz aus Prävention und Gesundheitsförderung, der genauso für die Rehabilitation gilt.

- ⇒ Der alte Grundsatz von Prävention und Rehabilitation heißt ja, frühzeitiges Erkennen und frühzeitiges Eingreifen zum Zwecke des Erhaltes von Beschäftigungsfähigkeit im Sinne von Integration, Re-Integration und Weiterbeschäftigung.
- ⇒ Ein in Unternehmen, gleich welcher Größenordnung, akzeptiertes (Unternehmensleitung und Arbeitnehmervertretung und Schwerbehindertenvertretung) Eingliederungsmanagement mit präventiver Ausrichtung ist das gesundheitsfördernde Programm in sich. Es erhält Beschäftigungsfähigkeit.
- ⇒ Die gekonnte Nutzung aller Leistungen und Hilfen aus Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege fokussiert hier auf das Eingliederungsmanagement in Unternehmen, ermöglicht es auch älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, gleich welcher Herkunft und Geschlecht, länger, auch mit Gesundheitsproblemen, im Arbeitsverhältnis zu bleiben. Damit vermindert sich die Gesundheitsproblematik und erhöht sich die Lebensarbeitszeit.
- ⇒ Unsere Erfahrungen zeigen, dass bei konsequenter Nutzung aller Instrumente sich auch aktuell Einsparungspotenziale ergeben. Dies muss jedoch systematisch ausgebaut werden.
- ⇒ Durch Analyse von Arbeitsanforderungen und Fähigkeiten, deren Vergleich, Ableitung frühzeitiger Intervention können erfahrene Mitarbeiter Unternehmen erhalten werden bei gleichzeitiger deutlicher Senkung des Gesamtkrankenstandes. Hierdurch ergeben sich für Unternehmen auch zusätzliche Einsparpotenziale, genauso wie für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Diese win-win-Situation lässt sich gleichzeitig auch für Träger erkennen.

Dr. H.-M. Schian



Dr. med. Hans-Martin Schian

Wissenschaftliche Leitung Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (GmbH) an der Deutschen Sporthochschule Köln

## **Disability Management**

### **Strategie zur Integration von Behinderten in das Arbeitsleben**

#### **Beitrag Nr. 8 Präventive und rehabilitative Leistungen verknüpfen**

##### Einleitung

Unter dem Aspekt der Integration und des Beschäftigungserhaltes, nicht nur von Behinderten in das Arbeitsleben, wird dieser Beitrag darstellen, dass die Grundlagen präventiven und rehabilitativen Handelns beachtliche Gemeinsamkeiten aufweisen. Dies liegt zunächst nicht auf der Hand, wenn man die rechtlichen Grundlagen der primären Prävention (Arbeitsschutzgesetzgebung, Teile des SGB V und SGB VII insbesondere) und auf der anderen Seite die rechtlichen Grundlagen der sieben Träger der Rehabilitation durchsieht. Mit dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) sind jedoch alle Träger aufgefordert, Prävention unter dem Aspekt der Teilhabe (hier: Teilhabe am Arbeitsleben) in den Vordergrund zu stellen, drohende Behinderung und/oder die Entstehung von chronischen Krankheiten und Behinderungen zu vermeiden. Diese Zielsetzung ist eine Herausforderung an alle Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, sich aus der Fixierung auf primären Arbeits- und Gesundheitsschutz herauszulösen und interdisziplinär mit den Trägern und Akteuren der Rehabilitation ein umfassendes betriebliches Gesundheits- und Integrationsmanagement aufzubauen. Das im Bereich der Kuration und Rehabilitation heute offenbar immer noch als unvermeidlich angesehene gegliederte soziale Sicherungssystem hat in der Arbeitswelt von kleinen und großen Unternehmen eigentlich keinen Platz. Es geht um die Produktionskraft des Arbeitnehmers, die zu erhalten ist, gleichviel, ob nun das System der Prävention und Kuration, Rehabilitation oder Integration in Anspruch genommen werden muss.

Diesem trägt teilweise die März 2002 veröffentlichte Strategie der Europäischen Kommission Rechnung: *Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: Eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006*. Zitat: „Sie beruht auf der Konsolidierung einer Kultur der Prävention der Risiken, auf der Kombination verschiedener politischer Instrumente – Rechtsvorschriften, sozialer Dialog, innovativer Vorgehensweise und Ermittlung von best practices, sozialer Verantwortung der Unternehmen, wirtschaftliche Anreize – und auf dem Aufbau von Partnerschaften zwischen allen Akteuren im Bereich der Gesundheit und Sicherheit“.

Die Parallelität zum „Code of practice on managing disability in the workplace“ ist unverkennbar.

Zitat: „2.1.3 Die Management-Strategie zur Integration am Arbeitsplatz sollte verzahnt werden mit einer Politik zur Förderung eines sicheren und gesunden Arbeitsplatzes einschließlich Arbeitsschutzmaßnahmen, Risikoanalyse bei Anpassung des Arbeitsplatzes, frühes Eingreifen und Zuführung zur Behandlung und Rehabilitation solcher Personen, die während der Beschäftigung eine Behinderung erleiden sowie mit einem Beratungssystem, welches die Integration neuer Beschäftigter fördert.

2.1.4 Die Strategie sollte in Einklang stehen mit der innerstaatlichen Politik und Gesetzgebung und sollte auf dem Grundsatz der Chancengleichheit und den allgemeinen Grundsätzen beruhen, auf die sich die internationalen Arbeitsnormen, insbesondere Übereinkommen Nr. 159 stützen“. (Ende des Zitats)

Diese internationalen Initiativen, wie auch deutsche regionale Initiativen schöpfen ihre Kraft zur Durchsetzung von übergreifenden Konzeptionen daraus, dass sie erkennen, dass typische Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle ein Minimum an gesundheitlichen Problemen des Unternehmens darstellen, vielmehr das gesamte Erkrankungsspektrum an der Bevölkerung sich im Unternehmen zusätzlich widerspiegelt.

In Deutschland scheinen die auf historischen Entwicklungen basierenden derzeit vorhandenen, völlig unterschiedlichen rechtlichen Hintergründe für Prävention und Rehabilitation diesen unternehmensbezogenen Brückenschlag immer noch zu behindern. Dennoch macht z.B. das BKK-Team Gesundheit auf diese Problematik genauso aufmerksam, wie jahrzehntelange Entwicklungsarbeiten aus der Hans-Böckler-Stiftung und der Bertelsmann-Stiftung, die jetzt unter Federführung von Badura im Jahr 2000 und im Jahre 2002 ihre Ergebnisse vorlegen. Da wird von Badura dann das Verständnis der Prävention wesentlich ausgeweitet auf die sekundäre und tertiäre Prävention, wenn er formuliert: ...“dass in den Betrieben dringend präventive Maßnahmen gerade für ältere, leistungsgewandelte Beschäftigte entwickelt werden müssen, da angesichts der Bevölkerungsentwicklung in den nächsten Jahren mehr über- 50-jährige als unter- 30-jährige Arbeitskräfte tätig sein werden“.

Relativ zaghaft griff das bereits Rosenbrock in seinem Gutachten „Die Bedeutung von Betriebsärzten in einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik“ auf. Seinen Gedanken aufgreifend stellen wir fest: Wenn Arbeits- und Gesundheitsschutz sich zu einer Serviceleistung im modernen Gesundheitsmanagement entwickeln wollen, dann müssen sie das gesamte Spektrum von Erkrankung und Behinderung im Blick haben und mit den externen ambulanten Strukturen kooperieren lernen.



Dabei müssen Umsetzungs-Projekte in Unternehmen die heutigen Überlegungen zur Modernisierung des Gesundheitswesens berücksichtigen, welche letztendlich das Gutachten des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001 „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“) ausgelöst hat. Ausschließlich aus den Vorarbeiten zur Gewinnung eines Überblicks über Mortalität, Morbidität, chronische Erkrankungen und Behinderungen wurde rückwärts aus diesen Prozessen auf die Erfordernisse der Prävention und Qualitätssicherung geschlossen.

### **Beispiele von praktischen Initiativen in Deutschland**

Die Initiative des Unternehmens *Ford* unter voller Nutzung sämtlicher Erfahrungen unseres Institutes (IQPR) kann heute als model of good practice gemäß dem Code of Disability Management gelten. Die Transferierung auf deutsche Verhältnisse wurde in einem Workshop unter dem Titel „Einführung in das Sozialgesetzbuch IX“ unternommen. Die Möglichkeiten betriebsinterner Kommunikation, Koordination und Kooperation (Integrationsteam) sind innerbetrieblich genauso untersucht, wie die Möglichkeiten der Vernetzung mit externen Strukturen auf Träger- und Leistungsanbietererebene. Betriebsextern scheint zurzeit die Gründung des externen Runden Tisches „Kooperation für Prävention und Rehabilitation“ der derzeit gangbare Weg zu sein (s. auch Beitrag von Knülle).

Aufbauend auf diesen Erfahrungen wird das Institut mit dem Betriebsärztlichen Dienst der Bayer AG ein anforderungs- und ressourcenorientiertes Gesundheitsmanagement aufbauen.

Eine völlig andere Initiative stellt die Kombination in Rheinland-Pfalz (RE-INTEGRA und das Unternehmensforum) dar. Neben dem integrativen Aspekt sind hier Schwerpunkte: Produktgestaltung für Behinderte, Werbung mit Behinderten und durch Behinderte, Schwerbehinderte als Kunden von Unternehmen. Darstellung von Parallelitäten zu anglo-amerikanischen Initiativen würde den hiesigen Beitrag sprengen. Auch weitere Initiativen, die schon internes und externes Prinzip miteinander vernetzen, können hier nicht weiter aufgezählt werden.

### **Aufgaben-Beispiele**

Ein Prävention und Rehabilitation integrierendes, modernes, zeitgemäßes, betriebliches Gesundheitsmanagement scheint nach wie vor nur großen Unternehmen vorbehalten zu sein. Es wird u.a. Aufgabe des neuen Präventionsforums (gegründet 2002) sein, mögliche präventive neue Gesetzgebung dahingehend zu beeinflussen, dass eine Vernetzung mit rehabilitativen Strukturen möglich wird. Auf der anderen Seite müssen die Träger der gesetzlichen Vorgabe nach SGB IX nachkommen, Rahmenempfehlungen so zu gestalten, dass reibungsloses Zusammenspiel zwischen Unternehmen und externen Strukturen möglich ist. Die umfangreiche Erfahrung unseres Instituts in Prävention und Rehabilitation versetzt uns

in die Lage, gemeinsam mit Unternehmen aller Größenordnung eine Konzeption zu erarbeiten, wie dies erste Ergebnisse aus unserem laufenden Projekt und zukünftigen Projekten erweisen werden.

### **Ein vielversprechender Ansatz!**

Umfangreiche internationale Arbeiten und Projekte, die das National Institut of Disability Management and Research initiiert hat, haben zu dem konsensbasierten Disability Management geführt. Dazu gehören:

- Ein Ausbildungskonzept für einen professionellen Disability Manager (die erste Prüfung hierfür legte der Leiter des Integrationsteams des Unternehmens Ford ab)

- Ein Implementierungskonzept für Disability Management Programme nach dem Code of Disability Management

- Die Zertifizierung der „Manager“

- Die Auditierung der Unternehmen

Auf der Basis ihrer anderen Sozialsicherungssysteme konnte anglo-amerikanischen Unternehmen aus Projekten vorgerechnet werden, dass sich die Einführung eines solchen Prozesses lohnt und die Auditierung der Garant dafür ist, dass das Unternehmen wie die Arbeitnehmer auch finanzielle Gewinne zu verzeichnen hat.

### **Aufgaben in Deutschland zur Übertragung des Disability Managements:**

A. Vergleiche und Übertragung auf deutsche Verhältnisse

Die Anpassung auf Unternehmensorganisationen und auf das komplexe System der Kuration und Rehabilitation

Darstellung der Win-Win-Situation bzw. betriebswirtschaftlicher und volkswirtschaftlicher Akzeptanz, z.B. auch so einfacher Aspekte wie:

- Akquise von Fördermöglichkeiten im Rahmen der Integrationsarbeit

- Nutzung von präventiv/rehabilitativen Maßnahmen

- Bonus-Malus-Systeme und Beitragsnachlässe

B. Untersuchungen derzeitig laufender Modelle von Prävention und Rehabilitation einerseits auf Gemeinsamkeiten, andererseits daraufhin, ob eine gemeinsame Konzeption erkennbar ist, die sich auch auf kleinere und mittlere Unternehmen im Rahmen anderer Organisationsformen anwenden lässt.

C. Learning by doing

Nach unseren Erfahrungen kann solche Untersuchung keinesfalls nur die Auswertung derzeit vorhandener Materialien bedeuten. Dies wäre zwar ein guter theoretischer Unterbau, würde aber die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion völlig vernachlässigen.

Learning by doing bedeutet, heutiges Wissen direkt in die Praxis gemeinsam mit kooperationswilligen Unternehmen umzusetzen!

Die uns bekannten Modelle haben sämtlichst das Potenzial, sich in diese Richtung weiterzuentwickeln!

D. Darstellung der Gemeinsamkeiten von Prävention und Rehabilitation:

Darstellung gemeinsamer Stellschrauben für Rehabilitation und Prävention

Herausbildung eines Frühwarnsystems zur Früherkennung von Leistungswandlung und rechtzeitige Einleitung von Maßnahmen

Bildung eines gemeinsamen Managementkonzepts von Prävention und Integration

E. Gemeinsame Elemente:

Die Arbeitsanforderungen müssen nach einem Grundmuster analysiert werden

Ressourcenorientierte Integration bedeutet, nach einem gemeinsamen Muster die Fähigkeiten von Behinderten und Nichtbehinderten erkennbar machen

Neue Qualität der Arbeit heißt Nutzung aller ergonomischen Erkenntnisse, einerseits für die Prävention, andererseits spezialisiert für Arbeitsplatzgestaltung für Behinderte

Aufmerksame Beobachtung der Arbeitsorganisation und ihrer Möglichkeiten und fördernder und hemmender Faktoren, z.B. der Gruppenarbeit

Grundsätzliche Beachtung der Arbeitssicherheit und des traditionellen Gesundheitsschutzes mit seinen Ergebnissen und die Mobilisierung der Ergebnisse für ein gemeinsames Konzept

Weiterentwicklung bzw. Organisations- und Personalentwicklung durchsehen

Einbindung aller Akteure

Einbindung der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Partizipation!)

Bildung eines kontinuierlichen Trainings- und Weiterbildungskonzeptes

Perspektiven für eine Lebensarbeitszeit bzw. persönlicher Weiterentwicklung

Berücksichtigung der Aspekte, die Gesundheitsmanagement und Sozialkapital als wichtige Grundpfeiler für den Unternehmenserfolg ansehen

Datenbankbildung für Arbeitsplatzanforderungen

Berücksichtigung der Sozialdaten, Arbeitsunfähigkeitsdaten etc.

Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Bildung eines Management-Teams und der Qualifizierung der Leitung

Aufbau eines externen (außerbetrieblichen) Beratungssystems für Arbeitnehmer und Arbeitgeber

Kommunikation, Kooperation, Koordination – betriebliches Präventions- und Rehabilitationsmanagement gebündelt

Unsere Erfahrungen decken sich grundsätzlich mit den Ergebnissen aus dem Bericht der Expertenkommission betrieblicher Gesundheitspolitik (Bertelsmann- und Hans-Böckler-Stiftung). In Anlehnung daran lassen sich nachfolgende Schemata für die Aspekte von Großunternehmen und kleinen Unternehmen darstellen (s. Abb. 1 und 2).

*Aspekte eines betrieblichen Präventions- und Rehabilitationsmanagement – Abb. 1 Großbetrieb, Abb. 2 KMU*

Hier wird deutlich, dass in einem großen Unternehmen mit vorhandenen Strukturen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes der Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretung, der Schwerbehindertenvertretung etc. sich ein innerbetriebliches Disability Management professioneller Art aufbauen lässt. Dabei sind die Mitarbeiter eines solchen Teams fachorientierte Profis für ihren Bereich, der Leiter jedoch muss professionell alle Aspekte des Managements beherrschen und eine dementsprechende Qualifikation besitzen.

Ein solches Team muss mit sämtlichen Abteilungen des Unternehmens vernetzt sein und auf der Basis von adäquaten Prozessbeschreibungen und Dokumentationen arbeiten. Hierzu gehören Instrumente, Verfahren und Methoden, die einerseits die Fähigkeiten und Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten, das soziale Umfeld usw. der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen hinreichend kennen und dokumentieren können, soweit es für solche Zwecke erforderlich ist. Auf der anderen Seite muss ein solches Team eine Datenbank von Arbeitsplatzanforderungen erstellen und pflegen. Damit werden Profilvergleichssysteme Kernelemente von Prävention und Rehabilitation in Unternehmen. Sie (bzw. ihre Datenbasis) ist gleichzeitig gemeinsame Basis für Kooperation, Kommunikation, Koordination mit externen Partnern und Strukturen.

Die externen Partner müssen regionale Runde Tische bilden und dann einen qualifizierten Ansprechpartner für Unternehmen benennen.

Für kleine und mittlere Unternehmen fragt sich, wo dieser platziert sein sollte. Nach unserer Auffassung muss er dort platziert sein, wo KMU sich gewohnheitsmäßig zwecks Auskunft und Lösung ihrer Probleme hinwendet. Da kommen in erster Linie die Innungen und Kreishandwerkerschaften in Frage.

Unter dem Aspekt des „betrieblichen modernen qualifizierten Gesundheits- und Integrationsmanagements“ erhalten die Ergebnisse eines Projektes der Bundesanstalt für Arbeit „Abbau der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen“ ein besonderes Gewicht. Hier wurden vermittelnde Institutionen, arbeitslose Schwerbehinderte und Schwerbehinderte in Arbeit befragt.

Aus dem noch nicht veröffentlichten Bericht lassen sich aber schon folgende Kernelemente von Bedarfen erkennen: In diesen Forderungen waren sich Betroffene, Akteure, Institutionen, Unternehmens- und Betriebsratsvertretungen einig!

Vereinfachung der Strukturen

Ein Ansprechpartner

Unsicherheit von Zuständigkeiten rechtlicher Fragen und Maßnahmen extern regeln und das Angebot „wie aus einer Hand“ für die Unternehmen darstellen

Möglichst nur ein Ansprechpartner

Vereinfachte Instrumentarien zur Arbeitsanalyse

Vereinfachte Instrumentarien zur Fähigkeitserkennung

Transparenz und barrierefreier Zugang

#### Der Ansprechpartner:

Auf den ersten Blick scheint hier das Unmögliche gefordert. Letztendlich ist die Wissensbasis eines externen Ansprechpartners diejenige, die einerseits in der Aufgabenstellung von Servicestellen im SGB IX beschrieben ist und andererseits in Aufgaben- und Arbeitsplatzbeschreibung der Integrationsfachdienste zu finden ist.

Auch eine Aufzählung dieser Elemente würde den hiesigen Rahmen sprengen. Interessant ist jedoch, dass die Grundprinzipien der 25 Module der Fort- bzw. Weiterbildung zum Disability Manager Professional dem Grunde nach die gleichen Forderungen enthalten, wie sie hier in Deutschland auch von professionellen Integrationsfachleuten genauso gesehen werden, wie von nicht professionellen Akteuren aus den Unternehmen.

Aber nicht nur dieser Gesichtspunkt ist von besonderer Bedeutung, vielmehr ist von gleicher Bedeutung, dass diese Ansprüche und Forderungen gleichermaßen von den betroffenen Behinderten selbst und deren Organisationen und Verbänden gestellt werden.

#### Frühwarnsysteme und Intervention

Ein integriertes professionelles präventiv/rehabilitativ ressourcenorientiertes Disability Management kommt ohne ein Frühwarnsystem nicht aus. Das Frühwarnsystem muss alle Elemente des Arbeits- und Gesundheitsschutzes nutzen, darüber hinaus aber Methoden, Instrumente und Verfahren vorhalten, die es ermöglichen, bestimmte Indikatoren abzuprüfen, die für das Ampelsystem des Frühwarnsystems von Bedeutung sind. Hier können nicht nur die Fehlzeiten bzw. Kumulation von Fehlzeiten oder Dauer von Fehlzeiten alleiniger Anhaltspunkt sein. Es sind allerdings die Datensätze, die bisher schon am besten untersucht wurden und sicherlich eine wesentliche Rolle spielen.

Von größerer Bedeutung wäre, eine an den Ressourcen und Möglichkeiten des Mitarbeiters ansetzende fähigkeitsorientierte Systematik vorzuhalten, die dann auch rechtzeitig

Fähigkeitsabweichungen, Veränderungen und Reduzierungen erkennen lassen. Ziel eines Frühwarnsystems kann es ja nur sein, rechtzeitig richtige Maßnahmen einzuleiten. Einleitung von rechtzeitigen richtigen Maßnahmen heißt aber auch, die gesamte Palette nicht nur innerbetrieblicher, sondern auch außerbetrieblicher Maßnahmen präventiver und rehabilitativer Art zu überblicken. Die Identifikation eines Präventions- und Rehabilitationsbedarfes in der Gesamtheit einer Belegschaft, genauso wie im Einzelfall darf nicht als Mittel zum Selbstzweck entarten, sondern muss natürlich auch in der Lage sein, den identifizierten Bedarf in Maßnahmen und Interventionen umzusetzen. Frühzeitig Erkennen, frühzeitig Handeln, Maßnahmen erfolgreich abschließen und dieses zum Zwecke weiteren Erkenntnisgewinnes auch zu dokumentieren, muss prioritäres Ziel solcher Managementsysteme sein. Das Management hat somit nicht nur einen strukturellen, systemischen Ansatz, sondern muss jederzeit runtergebrochen werden können auf die Bedarfe des Einzelnen.

Da ein Unternehmen nun einmal ein Produkt herstellt und Gewinn bringend verkaufen will, kann einem Unternehmen an einem solchen System nur gelegen sein, wenn es die Produktivität nicht nur hält, sondern verbessert und möglicherweise sogar steigert.

Ein solches System kann sich also nicht nur an den Fähigkeiten der Belegschaft oder des einzelnen Arbeitnehmers bzw. Arbeitnehmerin festmachen, sondern muss vielmehr auf der anderen Seite Qualität der Arbeitsbedingungen in den Vordergrund stellen.

Nicht nur die Risikoanalyse, sondern eine integrierte Arbeitsanforderungsdatenbank mit möglichst einfachen Mitteln scheint hier das Mittel der Wahl zu sein.

Sieht man in die Programme einzelner, größerer Unternehmen in der Automobil-, Stahl- und Chemischen Industrie, so werden hier die Elemente der Arbeitnehmerbefragung zu ihren Arbeitsbedingungen, der Betriebsbegehung und der Arbeitsplatzanalyse ernst genommen.

Wenn die Ressourcen der Belegschaft insgesamt mit den Anforderungen des Unternehmens übereinstimmen bzw. die Fähigkeiten des Einzelnen den Anforderungen seiner Arbeit entsprechen, dann ist dieses Prinzip die Grundlage jeden weiteren Managements.

Wenn der Vergleich von Fähigkeiten und Anforderungen, nämlich deutliche Abweichungen signalisiert, und eine solche Abweichung ist in das Frühwarnsystem zu integrieren, dann heißt es handeln. Das Handeln kann nicht nur aus theoretischer Identifikation von Handlungsbedarf bestehen, sondern dahinter muss ein Netz von Maßnahmen erreichbar sein.

Wenn man der Belegschaft bzw. dem Einzelnen keine Perspektive bietet, die ihm den Weg im Krankheitsfall zurück in das Unternehmen jederzeit verdeutlicht und transparent macht, dann wären alle Anstrengungen umsonst.

Dieses unternehmerische Prinzip muss auch von den externen Akteuren, die in Prävention und Rehabilitation sich als Profis darstellen, gewusst werden.

### **Schlussfolgerung**

Wenn also interne und externe Disability Manager miteinander auf der gleichen Datenbasis kommunizieren, kooperieren und den Prozess koordinieren, dann lassen sich Strukturen, Prozesse und Ergebnisse dokumentieren und darstellen. Dies führt dann automatisch in eine Qualitätssicherung solcher Managementsysteme und den Elementen der Zertifizierung und Auditierung.

Für ökonomisch Denkende lässt sich daraus nahezu ein Benchmarking-Prozess entwickeln.

Wenn man diesen Gedanken zu Ende führt, können daraus Rechenmodelle entstehen, die hinwiederum als Grundlage finanzieller Anreizsysteme für Arbeitnehmerschaft und Unternehmerschaft brauchbar wären.

Die auf der Basis internationaler Studien vom National Institute of Disability Management and Research vorgerechnete Win-Win-Situation, die die Verwandtschaft mit dem Bonus-Malus-System der deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung erkennen lässt, ließe sich dann begrenzt in deutsche Verhältnisse einpassen. Das bedeutet, Unternehmen in die Verantwortung ziehen, die „Abgabe“ problematischer „Fälle“ an das Solidarsystem erschweren und eine Balance zwischen interventionistischen Ausgaben der beteiligten Träger und flexibler Beitragsgestaltung finden.

Dr. med. H.-M. Schian

Arzt für Allgemeinmedizin, Neurologie und Psychiatrie

Soz.Med., Rehabilitationswesen, Physikalische Therapie

Wissenschaftliche Leitung IQPR - Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation, Köln