

Dr. Wolfgang Hien
Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie
Am Speicher XI 9, 28217 Bremen
kontakt@wolfgang-hien.de
www.wolfgang-hien.de

Weiterbeschäftigung bei chronischer Krankheit mit dem Fokus KMU – Neuere Entwicklungen in Deutschland

Input im Rahmen eines arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Seminars an der Bergischen Universität Wuppertal am 16. Januar 2019

Aufgrund des demographischen Wandels, des sog. Fachkräftemangels und einer veränderten öffentlichen Wahrnehmung ist die Arbeitspolitik bemüht, auch ältere, chronisch erkrankte Arbeitnehmer/innen in Arbeit zu halten.



Rentenreform 1999/2000 und Ende der Frühberentungspolitik



Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) nach SGB IX, § 84/2 (2004)



Nationale Arbeitsschutzstrategie (Arbeitsschutzgesetz, Novelle 2008)

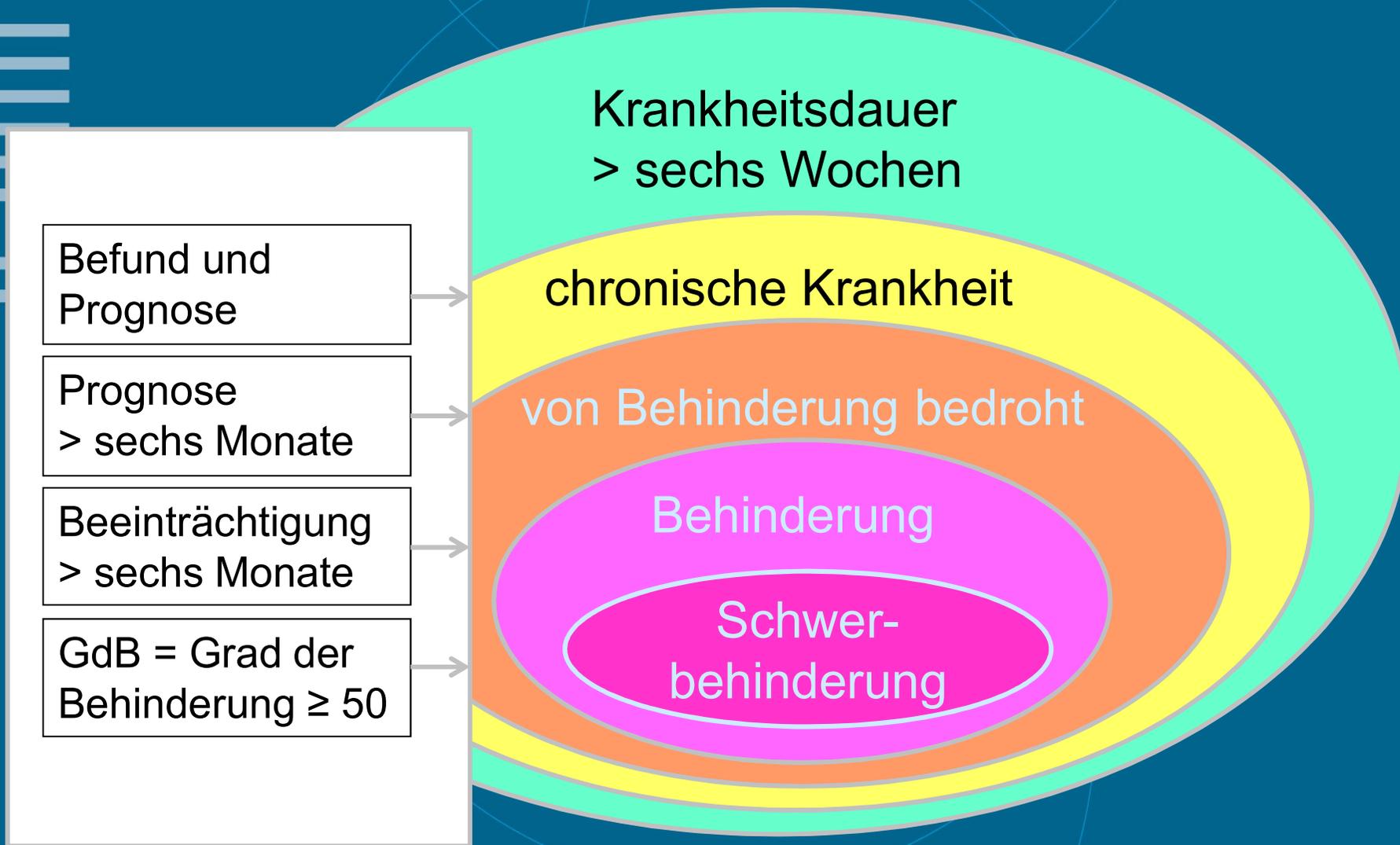


Nationale Präventionsstrategie (Präventionsgesetz 2015)



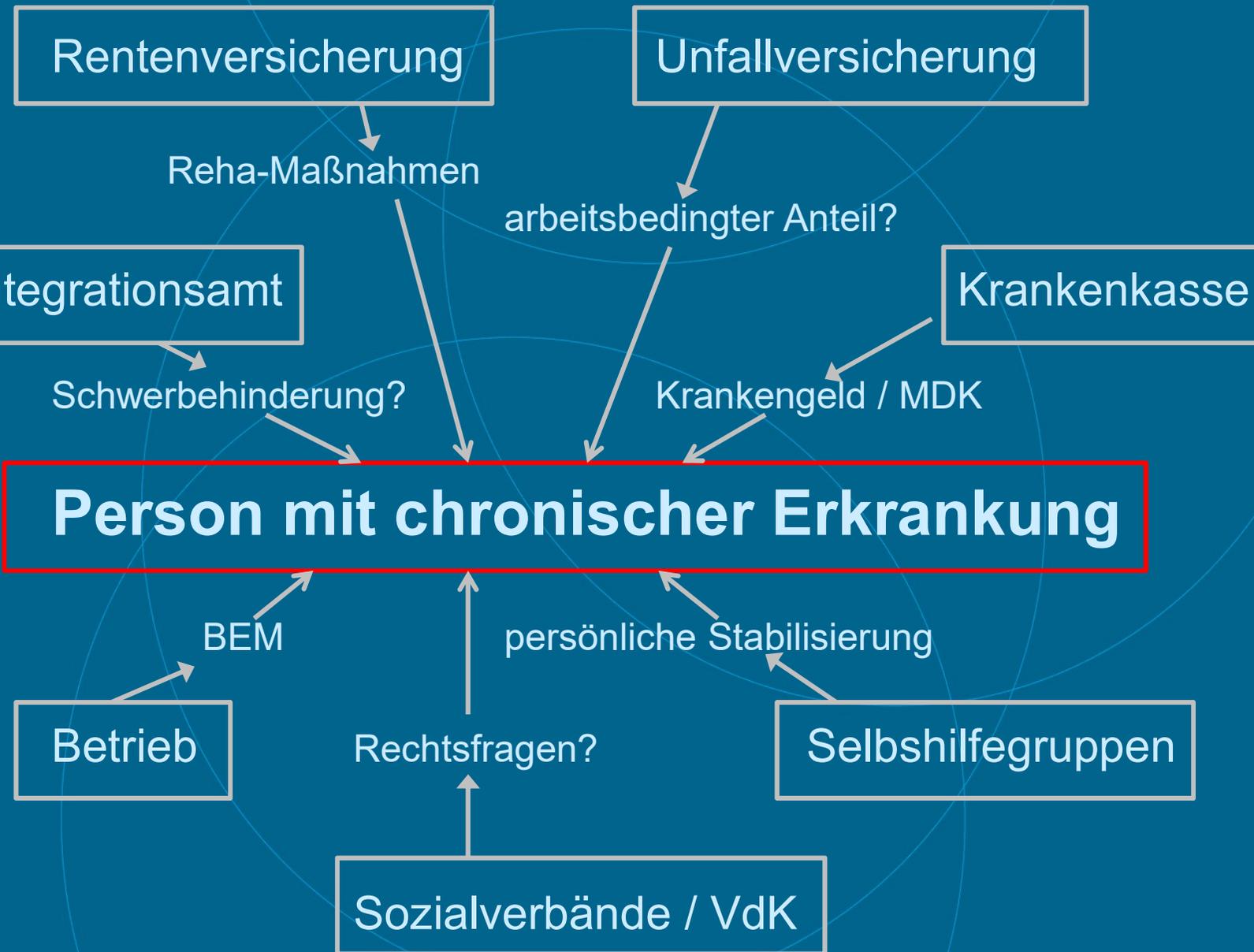
Bundesteilhabegesetz (2016/17) und weitere normative Vorgaben

Krankheit und Behinderung nach Sozialgesetzbuch (SGB) IX



Eine zunehmend wichtige Frage, insbesondere für Beschäftigte in KMU:

- Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es auf überbetrieblicher Ebene, wenn eine **chronische gesundheitliche Beeinträchtigung** droht oder bereits eingetreten ist, und der/die Betroffene im Unternehmen, möglichst im gleichen Arbeitsbereich, weiterarbeiten will (Stay at Work, Return to Work / RTW)?
- Wer kann bzw. sollte wann und wie helfen?



Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (Fassung ab 1.1.2018)

§ 3 Vorrang der Prävention

(1) Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter wirken bei der Aufklärung, Beratung, Auskunft und Ausführung von Leistungen im Sinne des Ersten Buches sowie im Rahmen der Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern nach § 167 darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.

Anmerkung: -> SGB IX, § 84/2 alt (BEM) = SGB IX, § 167/2 neu
-> SGB IX, § 167/3 neu (Prämien und Bonuszahlungen)
-> Vgl. BAR-Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“ (neu)

Vorrang der Prävention:

Nach § 14 SGB VI ist es Aufgabe der DRV, in Kooperation mit den anderen Sozialversicherungsträgern, Arbeitgebern/-innen, Betriebsärzten/-ärztinnen und anderen Berater/innen, beim Auftreten „**erster gesundheitlicher Beeinträchtigungen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden,**“ möglichst frühzeitig präventiv tätig zu werden.

Ziel ist die Beschäftigungssicherung durch Verbesserung der „Selbstkompetenz“ der Arbeitnehmer/innen.

Hierfür wurde im Frühjahr 2018 ein Rahmenkonzept veröffentlicht ->



Prävention und Gesundheitsförderung

- Rahmenkonzept zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 14 Abs. 1 SGB VI

Für UVT und DRV gelten folgende Prinzipien:

- Prävention vor Reha und
- Reha vor Rente

- Die BGW bietet z.B. Rückenkollegs und Hautkollegs an (Ähnliches wird auch von anderen BGen entwickelt)
- Die DRV bietet sogenannte Präventionswochen in ambulanten Reha-Einrichtungen und BFWs (Berufsförderungswerke) an.
- Ambulante und stationäre Reha-Aufenthalte werden kombiniert mit sogenannten Arbeitsversuchen (Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, MBOR)



Die DRV entwickelt zur Zeit in Kooperation mit einigen Großbetrieben, Krankenkassen, Akut- und Reha-Kliniken, Kammern und weitere Institutionen und Verbänden regionale Programme unter dem Titel „**Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern**“ (Betsi).

Konkret: Es werden sogenannte **Präventionswochen** angeboten, die in einer Klinik stattfinden.

Es ist angezeigt, die DRV Bund sowie die DRV der Region anzusprechen und auszuloten, inwieweit auch Beschäftigte mittlerer und kleiner Betriebe am Besti-Programm teilnehmen können.

Überblick und Ablauf von Betsi



Die DRV empfiehlt, über den Betriebsarzt einen qualifizierten Antrag zu stellen. Der/die Beschäftigte sollte „beginnende Funktionsstörung mit zugleich beeinflussbaren Risikofaktoren“ aufweisen.

§ 12 Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung

(1) Die Rehabilitationsträger stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird. (...) Die Rehabilitationsträger benennen Ansprechstellen, die Informationsangebote nach Satz 2 an Leistungsberechtigte, an Arbeitgeber und an andere Rehabilitations-träger vermitteln. Für die Zusammenarbeit der Ansprechstellen gilt § 15 Absatz 3 des Ersten Buches entsprechend.

Anmerkungen: -> SGB I, § 15/3 verpflichtet alle Sozialversicherungsträger zwecks „umfassender Auskunftserteilung“ zur Kooperation
-> „Ansprechstelle“ ist ggf. der Firmenservice der DRV – darüber gibt es z.Z. DRV-interne Auseinandersetzungen

§ 49 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ...

(...)

(3) Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere

1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung,

(...)

(6) Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen. (...) Leistungen sind insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,

2. Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,

3. die Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, wenn die Leistungsberechtigten dem zustimmen,

4. die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,

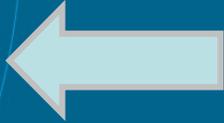
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,

6. das Training lebenspraktischer Fähigkeiten,

7. das Training motorischer Fähigkeiten,

8. die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ...

Überbetriebliche Ansprechpartner:

- Unfallversicherungsträger (UVT): Berufsgenossenschaft, Unfallkasse u.a. / Präventions- und Reha-Berater/innen
- Rentenversicherung (DRV) / DRV-Berater/innen / DRV-Firmenservice („Ansprechstellen“)
- Krankenkasse (SGB V, § 44, Abs. 4: „Beratung und Hilfestellung ... (für) unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“)
- Integrationsamt / Integrationsfachdienste (IFD)
- Sozialverband Deutschland (SoVD), Sozialverband VdK
- Freie Fachdienste für berufliche Integration 

DRV: Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance. Ausgabe 2017, S. 8 f.:



Arbeiten trotz Handicaps – Hilfen für Arbeitnehmer

Damit Sie an Ihrem Arbeitsplatz trotz eines Handicaps wieder arbeiten können, bietet die Rentenversicherung unterschiedliche Hilfen an. Welche Leistungen das im Einzelnen sind, erläutern wir hier.

Wenden Sie sich auch an Ihren Arbeitgeber oder Betriebsarzt.

Beispiel:

Peter K. ist durch seine Diabeteserkrankung sehbehindert. Damit er trotzdem an seinem Bildschirmarbeitsplatz tätig sein kann, benötigt er einen größeren Bildschirm und eine besondere Tastatur. Die dafür anfallenden Kosten können im Rahmen der beruflichen Rehabilitation übernommen werden.

Kraftfahrzeughilfe

- Zur sogenannten Kraftfahrzeughilfe gehören Zuschüsse
- für den Kauf eines Autos,
 - für die behindertengerechte Zusatzausstattung Ihres Autos,
 - um eine Fahrerlaubnis zu erwerben und
 - für die Beförderung durch Transportdienste (zum Beispiel Taxi).

Weitere Beispiele:

Einsatz technischer Hilfsmittel bei handwerklichen Arbeiten wie z.B. Reinigungsroboter (bei Malern und Lackierern), Drohnen mit Videokamera (bei Dachdeckern und anderen Bauberufen)

Unterstützung durch persönlichen Coach bei schwierigen psychosozialen Konstellationen (zeitlich begrenzt, z.B. während der BEM-Phase)

Qualifizierungs- und Weiterbildungsmaßnahmen, um einen Verbleib im Arbeitsbereich zu ermöglichen bzw. im angestammten Betrieb zu verbleiben

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Solmsstraße 18, 60486 Frankfurt am Main

Telefon (069) 60 50 18-0, Telefax (069) 60 50 18-29

E-Mail: info@bar-frankfurt.de

Internet <http://www.bar-frankfurt.de>



Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess

„Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs (einschließlich Grundsätzen der Instrumente zur Bedarfsermittlung), zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe“ gemäß § 26 Abs. 1 i.V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 6 und gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 7 bis 9 SGB IX“

Arbeitsentwurf, Stand 12. Januar 2018



Zur Ermittlung des Bedarfs an LTA wird auf das Konzept der Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) verwiesen.

Im ICF-Konzept werden Kontextfaktoren einbezogen, so insbesondere ent- oder belastende Bedingungen in der Arbeits- und Lebenswelt des/der Betroffenen.

Die BAR-Empfehlung nennt u.a. folgende Punkte:

- o außergewöhnliche Belastungen durch Arbeitszeitregelungen
- o außergewöhnliche physikalische oder chemische Einwirkungen
- o außergewöhnliche psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz
- o Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen

Teilhabeplanung

Ist erforderlich bei sog. Leistungsgruppenmehrheit, d.h. wenn mehrere LTA bei mehreren Trägern anfallen

§ 48 Zielstellung der Teilhabeplanung

- (1) Die Teilhabeplanung ... dient dazu. Leistungen so aufeinander auszurichten, dass das gesamte Verfahren nahtlos, zügig, zielorientiert und wirtschaftlich abläuft.
- (2) Die Teilhabeplanung ... dient bei Träger- und Leistungsgruppenmehrheit der Koordination und Kooperation (...) (und einer) besseren Verzahnung von Leistungen zur Teilhabe und (zur) Sicherung der Nahtlosigkeit der Leistungserbringung ...

§ 54 Inhaltliche Grundlagen des Teilhabeplans

- (1) Der Teilhabeplan wird erstellt unter Berücksichtigung sämtlicher vorhandener Erkenntnisse zum Bedarf an Leistungen zur Teilhabe. Grundlagen können insbesondere sein: sozialmedizinische Gutachten, Stellungnahmen der Bundesagentur für Arbeit nach § 54 SGB IX, Befundberichte, Gefährdungsbeurteilungen oder Anforderungsprofile des Arbeitsplatzes bzw. der beruflichen Tätigkeit, Verordnungen sowie Erfahrungen des Leistungsberechtigten. (...)
- (2) Empfehlungen der behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte (z.B. im Befundbericht oder in Unterlagen, die der Leistungsberechtigte selbst beibringt), der Beratungsdienste (z.B. Sozialbericht), der Leistungserbringer sowie von Sachverständigen im Begutachtungs-verfahren sollen angemessen berücksichtigt werden.



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales,
Referat Information, Publikation, Redaktion
53107 Bonn



Arbeitsmedizin

Autoren und Mitglieder des AK 4

Joachim Bischof, Brigitte Hoffmann, Petra Müller-Knöß, Beate Nölle, Annegret Schöller,
Ralf Stegmann, Joachim Stork, Andreas Tautz, Stefanie Wagner

Stand: April 2018

Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit

Arbeitsmedizinische Empfehlung

Ausschuss für Arbeitsmedizin

Tätigkeiten mit einem hohen Anteil körperlicher Belastungen können manchmal auch dann nicht bis zum regulären Renteneintrittsalter ausgeführt werden, wenn keine arbeitsbedingte Erkrankung, sondern lediglich eine physiologische Degeneration des Bewegungsapparats vorliegt. Mögliche alternative Einsatzbereiche könnten z.B. die Qualifizierung junger bzw. weniger erfahrener Mitarbeiter/-innen oder in der Industrie z.B. Aufgaben in der Qualitätssicherung bzw. Logistik sein. Je qualifizierter und erfahrener Beschäftigte sind, umso leichter fällt das Angebot einer Alternativtätigkeit aus gesundheitlichen Gründen.

Die arbeitsmedizinische Beratung bei der Gestaltung betrieblicher Regelungen kann u.a. folgende Ansätze umfassen:

- Altersteilzeit, z. B. als in Stufen reduzierte Tages- oder Wochenarbeitszeit,
- Beteiligung der Beschäftigten bei der Gestaltung des Übergangs von der Erwerbsarbeit zum Ruhestand,
- Abstufung der Altersschwelle für Altersteilzeitregelungen nach arbeitsmedizinischen Kriterien; Beispiele: Nachtarbeit, taktgebundene Tätigkeit, Fließarbeit,
- Ermöglichung individueller Verkürzung der Lebensarbeitszeit über die Option einer freiwilligen Umwandlung von Entgeltanteilen in Arbeitszeitguthaben; das bietet auch die Chance zur Berücksichtigung individueller Lebenspläne,
- Zusätzliche Erholzeiten bei besonders belastenden Arbeiten (z. B. Nachtarbeit),
- Belastungs- und Tätigkeitswechsel,
- Entkopplung taktgebundener Aufgaben,
- Vorfertigung zur Pufferbildung,
- Nutzung altersdifferenzierter Arbeitssysteme mit gezielt unterschiedlichen Arbeitsinhalten und Anforderungen für jüngere und ältere Beschäftigte.

Prozesskette Beschäftigungssicherung

Ressourcen

Primärprävention

Sekundärprävention ...



Gesunderhaltung im Arbeitsprozess (Stay at Work)



Belastungen

- arbeitsbedingt
- umweltbedingt
- lebensstilbedingt

GB / Maßnahmen

Früherkennung durch

- ▶ Lotsen im Betrieb
- ▶ Betriebsärzte/-innen
- ▶ Psychosomatische Reha-Sprechstunde
- ▶ Präventionswochen
- ▶ Krankenkasse
- ▶ BEM

Fortsetzung Prozesskette

Tertiärprävention



Eingliederung im Arbeitsprozess (Return to Work)



Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen :

- ▶ Betriebsarzt/-ärztin / BEM
- ▶ Behandelnde Ärzte/-innen und Therapeuten/-innen
- ▶ Berufsgenossenschaften / Unfallkassen
- ▶ medizinische und berufliche Reha-Einrichtungen
- ▶ Leistungen zur teilhabe am Arbeitsleben (LTA) der DRV
- ▶ Integrationsamt / Integrationsfachdienste (IFD)
- ▶ Freie Fachdienste, Sozialverbände u.a.
- ▶ stufenweise Wiedereingliederung (GKV / DRV)

Eine Fallgeschichte aus der ambulanten Pflege

Frau G., 52 Jahre, examinierte Altenpflegerin (Betrieb ca. 30 MA):

„Ich kann gut mit Menschen ...“

„Das wollte ich immer schon machen ...“

„Das schwere Arbeiten hat mir nie was ausgemacht ...“

Vor zwei Jahren: Abnutzungsdermatose, Hautekzem, multiple Kontaktallergien, mehr als sechs Monate krank, Reha: vier Wochen BG-Klinik, Haut-Nachsorge, Hautkolleg.

Vor einem Jahr: Treppensturz (zu Hause), komplizierte Schulterverletzung, mehrere OPs, Sepsis, Reha, ein knappes Jahr im Krankengeldbezug.

Fortsetzung Fallgeschichte ambulante Pflege:

Frau G. arbeitet wieder, jedoch mit Einschränkungen (GdB 50) – sie kann sehr schwere Patienten nicht mehr alleine bewegen.

Die Inhaberin (zugleich PDL) schätzt Frau G. als gute Pflegekraft. Frau G. wird nicht mehr für schwere Patienten eingeteilt.

Frau G. hat im Betrieb ihre Diagnosen und Befunde öffentlich gemacht. Der Betrieb wird von einem Betriebsarzt (BA) betreut. Die Inhaberin hatte und hat kontinuierlichen Kontakt mit BA, BG, RV, KK, MDK, IA und, IFD.

Eine Fallgeschichte aus der Gastronomie

Herr P., 38 Jahre, gelernte Restaurantfachkraft (Betrieb ca. 70 MA):

„Ich bin gerne Kellner ...“

„Ich hab gerne mit Menschen zu tun ...“

„Es ist schwere Arbeit, man muss was für sich tun ...“

Rücken- und Schulterprobleme sind, so Herr P., in der Gastronomie „normal. Herr P. leidet unter Bandscheibenschäden – er spricht von „Rückennerv-Verklebungen“ – wegen denen er regelmäßig KG und Rückenübungen macht. Er war deswegen auch kurz krankgeschrieben, geht aber zur Arbeit, weil er ansonsten eine Kündigung befürchtet.

Fortsetzung Fallgeschichte Gastronomie:

Es gibt keinen Betriebsarzt, keinen Kontakt zur BG oder anderen Institutionen des Sozialversicherungssystems. Der Inhaber ist daran auch nicht interessiert.

Der behandelnde Orthopäde hat Herrn P. auch nicht auf die Möglichkeiten einer von der DRV getragenen ambulanten oder stationären Reha hingewiesen.

Dass es derartige Möglichkeiten gibt, erfuhr Herr P. erst durch den sozialwissenschaftlichen Interviewer.

Herr P. sagt, er vermeidet es, im Betrieb über seine Krankheit zu sprechen.

Einige Zwischenüberlegungen

Arbeits- und Betriebskulturen in kleinen und mittleren Betrieben unterscheiden sich erheblich. Die Thematisierung von Belastungen und Erkrankungen scheint in der Pflege eher möglich zu sein als in der Gastronomie.

Doch es gibt – das zeigt unsere Empirie – in der ambulanten Pflege mittlerweile auch andere Betriebskulturen, die eher denen der in der Gastronomie häufig anzutreffenden Kulturen ähneln.

Dagegen fanden wir in familiengeführten Hotels durchaus Betriebskulturen, in denen der Fürsorgegedanke dominierte.

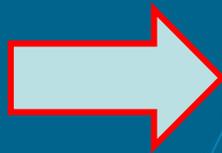


Mitentscheidend für eine Thematisierung ist die Unternehmer-/Inhaber-Persönlichkeit. Eine grundsätzliche **Aufklärung und Beratung der Betriebe** durch BG u/o RV sollte verpflichtend verankert werden.

Ebenso wichtig ist die **Aufklärung und Beratung der Betroffenen**, d.h. der von drohender oder eingetretener chronischer Krankheit betroffenen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen.

An chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidende Beschäftigte brauchen eine betroffenennahe Anlaufstelle und Erstberatungsmöglichkeit. Diese zu schaffen, ist das Gebot der Stunde.

Die normativen Vorgaben sind vorhanden



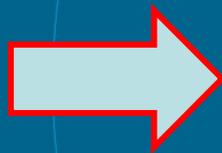
Vorrang der Prävention (verhaltensbedingte Erkrankungen): SGB VI, § 14



Prävention arbeits- und berufsbedingter Erkrankungen: SGB VII, § 14



Frühzeitige Bedarfserkennung für Reha-Maßnahmen: SGB IX, § 12



Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: SGB IX, §§ 49 und 50

Literaturhinweise (Auswahl aus eigenen Publikationen):

Hien, W. (2016): Kranke Arbeitswelt. Ethische und sozialkulturelle Perspektiven. Hamburg: VSA

Hien, W. (2018): Die Arbeit des Körpers – von der Hochindustrialisierung bis zur neoliberalen Gegenwart. Wien: Mandelbaum.

Hien, W. (2018): Krank – und in der ambulanten Pflege arbeiten. Working Paper: Hans-Böckler-Stiftung.

Hien, W. (2018): Kellnern – das schafft keiner bis 67. Working Paper: Hans-Böckler-Stiftung.